

**O`ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG`LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI
«FAKULTET VA GOSPITAL XIRURGIYA ANESTEZIOLOGIYA
REANIMATSIYA » KAFEDRASIDA**

“Tasdiqlayman”

**O`quv ishlari prorektori, dots.
S.SH. Olimov_____**
«____» _____ 2020yil

**Kafedra yig`ilish
bayonnomasi _____ 2020yil**
**Fanlararo uslubiy komissiya
yig`ilish bayonnomasi _____**
_____ 2020yil
**Markaziy uslubiy komissiya
yig`ilish bayonnomasi _____**
_____ 2020yil

**Davolash va tibbiy pedagogika
fakulteti
6- kurs talabalari uchun**

**SHOSHILINCH HOLATLAR VA TEZ-TIBBIY YORDAM
FANIDAN
O`QUV-USLUBIY
MAJMUA**

Buxoro – 2020 yil

O`ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG`LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

ANESTEZIOLOGIYA VA REANIMATSIYA KURSI
SHOSHILINCH HOLATLAR VA TEZ-TIBBIY YORDAM

Fanni

Bilim sohasi:	700000 - Sog`liqni saqlash va ijtimoiy ta`minot
Ta`lim sohasi:	720000 - Sog`liqni saqlash
Ta`lim Yo`nalishi:	5720100 - Davolash ishi
	5140900 - Tibbiy-pedagogika

Tuzuvchi: T.f.n., dotsent: **Eshonov O. SH.**

Taqrizchilar:

Axmedov R.M - hospital va fakul'tet xirurgiya kafedraci mudiri t.f.d. professor.

O'roqov SH.T –xirurgik kasalliklar,anesteziologiya va reanimatsiya kafedrasi mudiri t.f.d.

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
OLIY VA O'RTA MAXSUS TALIM VAZIRLIGI

Ro'yxatga olindi
№ _____
2013 yil "___" ____

O'zbekiston Respublikasi Oliy vao'rta maxsus
ta'lim vazirligining 2013_ yil "____"
_____dagi "____"-sonli buyrug'i bilan
tasdiqlangan

Shoshilinch holatlar

Fanining

O'QUV DASTURI

Bilim sohasi:	700000	– Sog'liqni saqlash va ijtimoiy taminot
Talim sohasi:	720000	– Sogliqni saqlash
Talim yo'nalishi:	5720100	- Davolash ishi

Toshkent – 2013

Fanning o'quv dasturi Oliy va o'rta maxsus, kasb-hunar talimi o'quv-uslubiy birlashmalari faoliyatini muvofiqlashtiruvchi kengashning 20 yil «__»_____dagi «__»-sonli maglis bayoni bilan maqullangan.

Fanning o'quv dasturi Toshkent tibbiyot akademiyasida ishlab chiqildi.

Tuzuvchilar:

V. E. Avakov – TTA, t.f.d., professor.
S.N. Islamova – TTA, t.f.n, dostent.
N.SH. YUsupova - TTA, assisent

Taqrizchilar:

SobirovD.M. – TSHMOI, t.f.d., professor.
MavlyanovO.R. - TTA, t.f.d. professor.

Fanning o'quv dasturi Toshkent tibbiyot akademiyasi Ilmiy-uslubiy kengashida tavsiya qilingan (20 yil «__»_____dagi «__»-sonli bayonnoma).

O'quv yuklama xajmi

Ish xajmi	O'quv yuklama xajmini turlari bo'yicha taqsimlash (soatda).					Mustaqil ishlar
	Jami	Ma'ruza	Amaliy mashg'ulot	Klinik mashg'ulot	Laborator ishlar	
144	48	6	20	22		96

Anatatsiya

O'quv dasturi «Davolash ishi» va «Kasbiy ta'lim (Davolash ishi)» yo'nalishlari bo'yicha talabalarga shoshilinch xolatlar va tez tibbiy yordam fanini o'qitishdan maksad talabalar tomonidan umumiy amaliyot shifokori (UASH) faoliyatida poliklinika, vrachlik punkti, tez yordam sharoitida bemor xayotiga xavf soluvchi xollatlarda, shuningdek reanimatsiya va intensiv terapiyaning umumiy tamoyillarini o'zlashtirishni o'z ichiga oladi.

O'zbekiston Respublikasida jamiyatni demokratlashtirish va iqtisodiyotni bozor tamoillari asosida islox qilish borasida belgilangan ishlarni amalga oshirishda, tibbiyot xodimlarining vazifasi kasalliklarning oldini olish, va ularni sifatli davolashdan iboratdir. Buning uchun talabalarni shoshilinch xolatlar va tez tibbiy yordam fanidan mukammal bilim berish va bu bilimlarni kelgusida etuk mutaxassis sifatida qo'llay olishlari uchun asos yaratishga qaratilgan bo'lishi kerak.

Dastur shoshilinch xolatlar va tez tibbiy yordam fanining asosiy bo'limlarini o'z ichiga oladi va tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalariga odam organizmida kechadigan fiziologik jarayonlarning mohiyatini va ularning mexanizmini tushinib etish uchun zarur bo'lgan bilimlarni egallab olishga imkoniyat yaratadi. Bu o'z navbatida organizmning faoliyatini chuqurroq tushinib etishga asos yaratadi.

Ushbu dastur Davlat ta'lim standarti va umumiy amaliyot shifokorini tayyorlash dasturi asosida tuzilgan, tibbiyot oliy o'quv yurtlarining davolash, tibbiy-pedagogika fakultetlarining talabalariga anesteziologiya va reanimatologiyadan ta'lim berish uchun mo'ljallangan.

SHoshilinch xolatlar.

Terapevtik, xirurgik, akusherlik patologiyalarda va ayrim kritik xolatlarda shifoxonagacha bosqichida malakali shifokor yordamini ko'rsatish borasida bilimlar, malakalar va amaliy ko'nikmalarni shakllantirish. Kritik xolatlar etiologiyasi, diagnostikasi, klinikasi, reanimatsiya va intensiv terapiyaning umumiy tamoyillari bo'yicha bilimlarni shakllantirish.

Tez tibbiy yordam.

Tez tibbiy yordam ko'rsatishda talabalar uchun kerakli nazariy bilim va amaliy ko'nikmalar o'rganishni o'z ichiga olgan. O'qitilish jarayoni zamonaviy inovatsion usullar bilan olib boriladi.

O'quv fanining maqsadi va vazifalari

Fanni o'qitishdan maqsad – UASH praktikasida uchraydigan asosiy shoshilinch xolatlarni, ularning klinikasi va erta diagnostikasini. UASH taktikasi. Tez tibbiy yordam ko'rsatish chora-tadbirlari interpretatsiya qilish va amaliy ko'nikmalarini egallashdan iborat.

Fanning vazifalari:

- shokning shakllari va kollaps, komatoz xolatlar, sepsis sindromning zamonaviy nazariy bilimlarni egallash;
- qon aylanishi to'xtashi borasida asosiy amaliy ko'nikmalarga ega bo'lish;
- gemorragik sindrom, massiv qon yo'qotish sindromi, gomolik qon, tromboembolik va DVS sindromlarni o'zlashtirish;
- elektrotravma va harorat ta'sirotlari natijasida kelib chiqqan kritik xolatlarning to'g'ri talqin qila bilish;

Fan bo'yicha bilim, malaka va ko'nikmaga qo'yiladigan talablar

« SHoshilinch xolatlar va tez tibbiy yordam » o'quv fanini o'zlashtirish jarayonida amalga oshiriladigan masalalar doirasida bakalavr:

shokning kardiogen, gipovolemik, qayta taqsimlanuvchi, obstruktiv shakllari va kollaps, diagnostikasi, klinikasi va tez tibbiy yordam ko'rsatish, xar xil etiologiyali komatoz xolatlar. Diabetik, nevrologik, uremik, jigar va eklampsik komalarning diagnostikasi, klinikasi va tez tibbiy yordam ko'rsatish, elektrotravma va harorat ta'sirotlari natijasida kelib chiqqan kritik xolatlarning diagnostikasi, klinikasi va tez tibbiy yordam

ko'rsatish, qon aylanishi to'xtashi diagnostikasi, klinikasi va tez tibbiy yordam ko'rsatish, sepsis sindrom diagnostikasi, klinikasi va intensiv terapiya, gemorragik sindrom, massiv qon yo'qotish sindromi, gomolik qon, tromboembolik va DVS sindrom. UASH praktikasida uchraydigan asosiy shoshilinch xolatlarni, ularning klinikasi va erta diagnostikasini. UASH taktikasi. Tez tibbiy yordam ko'rsatish chora-tadbirlari. Bajara olishi kerak: KVP/SHVP sharoitida kritik xolatni tez aniqlay bilish, tez tibbiy yordam ko'rsatish, to'g'ri va to'liq davo olib borish uchun, kerak bo'lsa bemorni mutaxassis yoki konsultantga yuborish (maxsuslashtirilgan shifoxona). UASH KVP/SHVP sharoitida tez tibbiy yordam ko'rsatish uchun zarur (kerakli, adekvat va effektiv) muolajalarni o'tkazishni **bilishi kerak**;

klitik va funksional belgilarga asoslanib shokning darajalarini aniqlash, klinik va laborator ma'lumotlarga asoslangan xolda ong buzilishini darajasini aniqlash, harorat ta'sirotlari va elektrotravmada shifoxonagacha bo'lgan etapda shoshilinch yordam ko'rsatish, klinik va funksional belgilarga asoslanib qon aylanishining to'xtashi turlarini aniqlash, sepsis kriteriyalarini klinik va laborator ma'lumotlarga asoslanib aniqlash, yo'qotilgan qon xajmini aniqlash va uni adekvat to'ldirish. Klinik belgilar asosida tromboembolik asoratlarni aniqlash, KVP/SHVP sharoitida kritik xolatni tez aniqlay bilish, tez tibbiy yordam ko'rsatish, to'g'ri va to'liq davo olib borish uchun, kerak bo'lsa bemorni mutaxassis yoki konsultantga yuborish (maxsuslashtirilgan shifoxona), UASH KVP/SHVP sharoitida tez tibbiy yordam ko'rsatish uchun zarur (kerakli, adekvat va effektiv) muolajalarni o'tkazishni *ko'nikmalariga ega bo'lishi kerak*.

yuqori nafas yo'llari o'tkazuvchanligini ta'minlash, geymlix usulini qo'llash, kislorodterapiya o'tkaza olish, sun'iy nafas berish (og'izdan-og'izga, Ambu qopchasi yordamida), yurakning yopiq massajini o'tkazish, elektrodefibrillatsiya, qon aylanishi to'xtaganda dori vositalarini organizmga kiritish usullarini bilish (markaziy vena, endotraxeal), venalarni punktsiya qilish, oshqozonni zondlash va yuvish, infuzion-transfuzion terapiya o'tkazish, bemorni so'rab, surishtirish va ko'rikdan o'tkazish, EKG olish va uning taxlili, dogospital etapda o'pka-yurak reanimatsiyasini amalga oshirish (nafas yo'llari o'tkazuvchanligini tiklash, sun'iy nafas va yurakning bilvosita massaji), tozalovchi xuqna *malakalarga ega bo'lishi kerak*

Tavsiya etilayotgan mustaqil ishlarning mavzulari:

SHoshilinch holatlarfani bo'yicha:

6-kurs talabalari uchun:

Tavsiya etilayotgan mustaqil ishlarning mavzulari:

1. O'pka arteriyasining tromboemboliyasi.
2. Eklampsik komalar.
3. YOgli emboliya sindromi.
4. Utkir ekzogen intoksikatsiyalar va zaxarlanishlarning differensial diagnostikasi.
5. Ekstrakorporal detoksikatsiyaning asosiy usullari.
6. Ilon va xashorotlar chakishi.
7. Postreanimatsion kasallik. Vegetativ xolat.
8. Gipertermiyalarni davolash.
9. Respirator terapiyaning maxsus usullari prinsiplari.
10. Gemo- i plazmotransfuziyalarning asorati.
11. Bosh miya utkir shikastlanishi. Davolashning zamonaviy tamoyilari
12. Gemo- i pnevmotoraksda shoshilinch erdam kursatish
13. Talvasa sindromida intensiv davo prinsiplari

Dasturning informatsion-uslubiy taminoti

Mazkur fanlarni o'qitish garayonida talimning zamonaviy intyrfaoal usullari, yangi pydagogik vaaxborot-kommunikatsiyalari pryzyntatsion, multimydia, elyktron-dydaktik tyxnologiyalarining qo'llanilishi nazarda tutilgan.

- barcha mavzular bo'yicha maruza mashg'ulotlarida zamonaviy kompyutyr tyxnologiyalari yordamida pryzyntatsion vaelyktron didaktik tyxnologiyalarni;

- fanning umumiy va xususiy bo'limlariga tegishli mavzularida o'tkaziladigan amaliy mashg'ulotlardaaqliy hugum, qora quti, o'rgimchakini, guruhli fikrlash pydagogik tyxnologiyalarini qo'llash nazarda tutiladi.

Ma'ruzalar tematik rejasi.

№	Mavzu	Soat
1.	O'tkir yurak kon-tomir etishmovchiligi.	1
2.	O'tkir chap korincha etishmovchiligi va upka shishi	1
3.	Qon aylanishi tuxtagan bemorlar reanimatsiyasi	1
4.	O'tkir nafas etishmovchiligida reanimatsion yordam	1
5.	Har xil etiologiyali komatoz xolatlar	1
6.	Ayrim kritik xolatlarda reanimatsion yordam.	1
	Jami	6 s

Fanning o'quv rejadagi boshqa fanlar bilan o'zaro bog'liqligi va uslubiy jihatdan uzviy ketma-ketligi

SHoshilinch xolatlar va tez tibbiy yordam fani tibbiy fan hisoblanib, 11- va 12-semestrlarda o'qitiladi. Dasturni amalga oshirish o'quv rejasida rejalashtirilgan (anatomiya, normal fiziologiya, patologik fiziologiya, klinik farmakologiya, terapiya va xirurgiya) fanlardan etarli bilim va ko'nikmalarga ega bo'lishlik talab etiladi.

Sog'liqni saqlash tizimidagi o'rni

SHoshilinch xolatlar va tez tibbiy yordam fani zamonaviy tibbiyot amaliyotida muxim o'rin tutadi. Xozirgi vaqtda axoli orasida xar xil etiologiyali shoklar, komatoz xolatlar, bronxial astma, qon aylanishining to'xtashi, o'tkir zaxarlanishlar, DVS sindromi, xarorat ta'sirotlari, gipertonik kriz, yurak ritm buzilishlari kabi xolatlar oshib bormoqda. Ayniqsa yuqoridagi sindromlar oqibatida o'lim ko'rsatkichi oshib bormoqda. SHu nuqtai nazardan olib qaralganda shoshilinch xolatlar va tez tibbiy yordam fani UASH faoliyatida muxim o'rin egallaydi. SHoshilinch xolatlar va tez tibbiy yordam fani amaliyotda uchraydigan kasalliklarni erta tashxislash, ularni samarali davolash usullarini takomillashtirish va profilaktika choralarini o'rgatishni o'z oldiga maqsad qilib qo'yyadi. Bu fanni chuqur o'qitilishi UASH uchun xam nazariy xam amaliy axamiyat kasb etadi.

Fanni o'qitishda zamonaviy axborot va pedagogik texnologiyalar

Talabalarning SHoshilinch xolatlar va tez tibbiy yordam fanini o'zlashtirishlari uchun o'qitishning ilg'or va zamonaviy usullaridan foydalanish, yangi informatsion-pedagogik texnologiyalarni tatbiq qilish muhim axamiyatga egadir. Fanni o'zlashtirishda darslik, o'quv va uslubiy qo'llanmalar, ma'ruza matnlari, tarqatma materiallar, kompyuter dasturlari, elektron materiallar hamda mulyajlar, videotizimlardan foydalaniladi. Ma'ruza va amaliy darslarda mos ravishdagi ilg'or pedagogik texnologiyalar qo'llaniladi.

SHoshilinch holatlarfanining maqsad va vazifalari

Ta'limning "Davolash ishi" va "Kasbiy ta'lim (Davolash ishi)" yo'nalishlari bo'yicha 6 kurs talabalariga SHoshilinch holatlar fanini **o'qitishdan maqsad** talabalar tomonidan umumiy va mahalliy anesteziya, shuningdek reanimastiya va intensiv davoning umumiy tamoyillarini o'zlashtirishdir.

O'qitish vazifalari:

Zamonaviy og'riqsizlantirishning turlari va usullari borasida bilimlar, malakalar va amaliy ko'nikmalarni shakllantirish;

Kritik holatlar Etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, reanimastiya va intensiv davoning umumiy tamoyillari bo'yicha bilimlarni shakllantirishdan iborat hisoblanadi.

SHoshilinch holatlar **fani bo'yicha bilimlar, malakalar va amaliy ko'nikmalarga qo'yiladigan talablar:**

Ta'limning "Davolash ishi" va "Kasbiy ta'lim (Davolash ishi)" yo'nalishlari bo'yicha 6-kurs talabalari quyidagilarni **bilishi zarur:**

- Og'riqsizlantirish usullari va turlarining zamonaviy tasnifini;
- Zamonaviy ko'p komponentli anesteziya o'tkazishning tamoyillarini, narkoz vositalarini, anesteziyaning texnik ta'minlanishini;
- Patologik sindromlar va kritik holatlar rivojlanishining Etiopatogenetik omillarini, ularning diagnostika va klinikasini;
- Organizm gomeostazi muhim ko'rsatkichlari: gaz almashinuvi; gemodinamika, suv Elektrolit almashinuvi, kislota-ishqor muvozanati buzilishlarining mexanizmlarini, ularni korrekstiyalash tamoyillarini;
- Kritik holatlar va patologik sindromlarda reanimastiya va intensiv davo tamoyillari
- Anesteziologiya va reanimatologiya fani bo'yicha ta'limning "Davolash ishi" va "Kasbiy ta'lim (Davolash ishi)" yo'nalishlari bo'yicha 6-kurs talabalari **quyidagi malakalarni Egallashi lozim:**
- Klinik va funktsional belgilarga asoslangan holda anesteziyaning etarililigi baholashni;
- Klinik va laborator ma'lumotlarga asoslangan holda nafas etishmovchiligi darajasini aniqlash va baholashni;
- Klinik va laborator ma'lumotlarga asoslangan holda o'tkir yurak qon –tomir etishmovchiligining har xil shakllarida qon aylanishining buzilish darajasini aniqlash va baholashni;
- Har xil kritik holatlar oqibatida rivojlangan bioximiyaviy gomeostaz va volemik holatlarning buzilishi darajalarini aniqlash va baholashni.

SHoshilinch holatlar Fani bo'yicha ta'limning "Davolash ishi" va "Kasbiy ta'lim (Davolash ishi)" yo'nalishlari bo'yicha 6 kurs talabalari **quyidagi amaliy ko'nikmalarni Egallashi lozim:**

- Narkoz nafas apparaturasini ishlashga tayyorlash.
- Siqilgan gazlar (kislород, azot (I)oksidi) bilan ishlash.
- Operatsion-anesteziologik xavf darajasini aniqlash.
- Mahalliy va umumiy og'riqsizlantirish asoratlarini oldini olish.
- Klinik belgilarga asoslangan holda "klinik o'lim" holatining diagnostikasi.
- EKG ma'lumotlariga asoslangan holda yurak to'xtashi turlarini aniqlash.
- YUrakni medikamentoz stimulyastiya qilish. Kasalxonagacha va kasalxona bosqichlarida o'pka-yurak va miya reanimastiyasini o'tkazish.
- Defibrillyastiyani amalga oshira bilish.
- Traxeyani intubastiya qilish.
- Infuzion-transfuzion davo o'tkazish (KIM ni baholash, asosiy Elektrolitlar va h.k.lar miqdorini hisoblash).
- Nazofaringeal kateter va niqoblar orqali kislород terapiyasini o'tkazish.
- Regurgitastiya va aspirastiyani oldini olish.

Ushbu fanni o'rganish uchun lozim bo'ladigan fanlar va bo'limlar ro'yxati

SHoshilinch holatlar fanini o'rganish uchun quyidagi fanlardan zaminiy bilimlar bo'lishi zarur: normal va patologik fiziologiya, topografik va patologik anatomiya, bioximiya va farmakologiya, ichki kasalliklar va xirurgiya, akusherlik va ginekologiya.

Laborator, seminar va amaliy auditoriya mashg'ulotlariga asoslangan holda topshiriqlar soniga qo'yiladigan minimal majburiy talablar.

- Ingalyastion anestetiklarning konstantriyasini, miqdorlarini hisoblashni va ularni organizmga yuborish yo'llarini bilish.
- Umumiy anesteziyaning reflektor asoratlarini bilish, ularni oldini olish.
- Klinik belgilarga asoslangan holda anesteziya darajasini baholashni bilish.
- Kirish narkozi va traxeya intubastiyasini o'tkazish ketma-ketligini bilish va bajara olish.
- Anesteziya o'tkazishda texnika xavfsizligi qoidalarini bilish va bajara olish.
- KIM ni baholash va metabolik astidoz holatida natriy gidrokarbonat miqdorini hisoblashni bilish va bajara olish.
- SEM buzilish shakllarini baholay olish, belgilarini bilish va korrekstiyalash tamoyillarini o'tkazish.

- Klinik va funktsional belgilarga ko'ra gipovolemiya darajalarini baholashni bilish.
- Klinik o'lim holatida o'pka-yurak reanimatsiyasining asosiy usullarini qo'llay bilish.
- Klinik va laborator belgilarga ko'ra O'NE darajalarini baholashni bilish.
- O'NE bilan bemorlarni O'SV ga o'tkazishga ko'rsatmalarni bilish.
- Ekzogen zaharlanishlarda detoksikasiyaning Ekstrakorporal usullarini qo'llashga ko'rsatmalarni bilish.

Talabalar bilimini baholash uchun o'tkaziladigan nazorat chora-tadbirlari:

Talabalar bilimi joriy, oralik va OSCE usulida o'tkaziladigan yakuniy baholash tarzida nazorat qilinadi.

Komp'yuter, informatsion va ta'limning boshqa zamonaviy texnologiyalaridan foydalanish:

Ushbu dasturni samarali o'qitish ko'rgazmali qurollarni komp'yuterlashtirish, vaziyatli masalalar, ishchi o'yinlar, testlardan va boshqalardan foydalanish; kritik holatlar diagnostikasi va gomeostaz buzilishlarini korrekstiyalash bo'yicha o'qituvchi va nazorat qiluvchi komp'yuter dasturlarini, Elektron nashrlarni, audio-video o'quv materiallarini ishlab chiqish va o'quv jarayoniga qo'llash, ta'lim jarayoniga ilg'or pedagogik texnologiyalarini jalb qilishni ko'zda tutadi.

Asosiy qism

Arterial gipotoniya

Xushini yukotish, kollaps, shok.O'tkir buyrak usti bezi etishmovchiligi (O'BUBE). Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish.Adabiyotlar. A. 1-4 ,Q 4-8,15,16.24

O'tkir endogen va ekzogen zaharlanish sindromi. Komalar.

Gipo- va giperglikemik, jigar,uremik, nevrologik komalar, xashorotlar va ilon chakishi klinikasi, diagnostikasi, tez tibbiy yordam ko'rsatish,UASH taktikasi.Adabiyotlar. A 1-4 ,Q 4-8,15,16.24

Harorat ta'siroti va elektrotravma

Kuyish, sovuq urishi. Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi. Adabiyotlar. A 1-4 ,Q 4-8,15,16.24

Kardial o'lim sindromi.

Qon aylanish to'xtashi turlari.Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. O'pka-yurak reanimatsiyasi (O'YUR) o'tkazish tamoyillari. UASH taktikasi. Adabiyotlar. A 1-4 ,Q 4-8,15,16.24

Isitma sindromi.

Sepsis. Klinikasi, diagnostikasi. Septik shokda tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasiAdabiyotlar. A 1-4 ,Q 4-8,15,16.24

Gemorragik sindrom

Massiv qon yo'qotish sindromi, gomologik qon , DVS va tromboembolik sindrom. Klinikasi, diagnostikasi. Tez tibbiy yordam ko'rsatish usullari. UASH taktikasiAdabiyotlar. A 1-4 ,Q 4-8,15,16.24

Nafas siqishi, bo'g'ilish.

Bronxial astma xuruji, astmatik status. Soxta krup. Nafas etishmovchiligi. YUrak astmasi, o'pka shishi. O'tkir o'pkali-yurak. Diagnostikasi Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi Adabiyotlar. A 1-4 ,Q 4-8,15,16.24

Arterial gipertoniya.

Gipertonik kriz. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi Adabiyotlar. A 1-4 ,Q 4-8,15,16.24

YUrak ritmining buzilishi.

Paroksizmal taxikardiya. Morgani-Edemsa-Stoksa simptomi. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi. Adabiyotlar. A 1-4 ,Q 4-8,15,16.24

Ko'krak qafasidagi og'rik sindromi

Stenokardiya. Miokard infarkti. Tromboembolik sindrom. Diagnostikasi. SHoshilinch yordam. UASH taktikasi. Adabiyotlar. A 1-4 ,Q 4-8,15,16.24

Qorinda og'riq sindromi.

Ichak, jigar, buyrak sanchig'i.Diagnostikasi. SHoshilinch yordam. UASH taktikasi. Adabiyotlar. A 1-4 ,Q 4-8,15,16.24

Amaliy mashg'ulotlarning taxminiy tavsiya etiladigan mavzulari:

1. Arterial gipotoniya
2. O'tkir endogen va ekzogen zaharlanish sindromi. Komalar.
3. Harorat ta'siroti va elektrotravma
4. Kardial o'lim sindromi.
5. Isitma sindromi.
6. Sepsis.
7. Gemorragik sindrom
8. Nafas siqishi, bo'g'ilish.
9. Arterial gipertoniya.
10. Gipertonik kriz.
11. YUrak ritmining buzilishi.
12. Ko'krak qafasidagi og'rik
13. Qorinda og'riq.

Amaliy mashg'ulotlarni tashkil etish bo'yicha kafedra professor-o'qituvchilari tomonidan ko'rsatma va tavsiyalar ishlab chiqiladi. Unda talabalar asosiy ma'ruza mavzulari bo'yicha olgan bilim va ko'nikmalarini amaliy masalalar echish orqali yanada boyitadilar. SHuningdek, darslik va o'quv qo'llanmalar asosida talabalar bilimlarini mustahkamlashga erishish, tarqatma materiallardan foydalanish, ilmiy maqolalar va tezlarni chop etish orqali talabalar bilimini oshirish, masalalar echish, mavzular bo'yicha ko'rgazmali qurollar tayyorlash va boshqalar tavsiya etiladi.

Amaliy mashg'ulotlarni tashkil etish bo'yicha ko'rsatmalar va tavsiyalar

1. Situatsion masalalarni kupaytirish.
2. Manekenlar bilan ishlashni takomillashtirish.
3. Ukuv filmlaridan keng foydalanish.
4. Mustaqil ishlarni tashkil etishning shakli va mazmuni.

Mustaqil ta'limning kattagina turli xil shakllari mavjud bo'lib, talaba o'qituvchi rahbarligida yangi bilimlarni, o'quv va ko'nikmalarni o'zlashtirish, ijodiy faoliyatni amalga oshirish maqsadida bajara oladi. Ushbu shakllarga quyidagilar tegishlidir:

Darslik va o'quv qo'llanmalar bo'yicha fanlar boblari va ma'ruzalarini o'rganish; doklad, demonstratsion material, situatsion masalalar tuzish, tarqatma materiallar bo'yicha ma'ruzalar qismini o'zlashtirish, avtomatlashtirilgan o'rgatuvchi nazorat qiluvchi tizimlar bilan ishlash; maxsus yoki ilmiy adabiyotlar (monografiyalar, maqolalar) bo'yicha fanlar bo'limlari yoki mavzulari ustida ishlash; YAngi texnikalarni, apparaturalarni, ilmtalab jarayonlar va texnologiyalarni o'rganish; talabalarning ixtisoslashtirilgan klinik kafedralardagi va klinik laboratoriyalardagi ishlari; talabaning ilmiy tekshirish ishlarini (TITI) bajarish bilan bog'liq bo'lgan fanlar bo'limlari va mavzularini chuqur o'rganish; faol o'qitish uslubidan foydalaniladigan o'quv mashg'ulotlari. Mustaqil ish mavzusi va uni bajarish shakllari kafedra yig'ilishida muhokama qilinadi va tasdiqlanadi. Sikl boshida kafedra xodimlari talabalarga mustaqil ish vazifasini topshiradi va oxirida talaba ishni himoya qiladi. Mustaqil ish kafedrada 2 yil saqlanadi. Mustaqil ishga qo'yilgan ball joriy nazoratga qo'shiladi.

Mustaqil ish mavzlari

	Mustaqil ish mavzlari	Soat
1	O'pka arteriyasining tromboemboliyasi.	8
2	Eklampsik komalar.	8
3	YOgli emboliya sindromi.	8
4	Utkir ekzogen intoksikatsiyalar va zaxarlanishlarning differensial diagnostikasi.	8
5	Ekstrakorporal detoksikatsiyaning asosiy usullari.	8
6	Ilon va xashorotlar chakishi.	7
7	Postreanimatsion kasallik. Vegetativ xolat.	7
8	Gipertermiyalarni davolash.	7
9	Respirator terapiyaning maxsus usullari prinsiplari.	7
10	Gemo- i plazmotransfuziyalarning asorati.	7
11	Bosh miya utkir shikastlanishi. Davolashning zamonaviy tamoyilari	7
12	Gemo- i pnevmotoraksda shoshilinch erdam kursatish	7
13	Talvasa sindromida intensiv davo prinsiplari	7
	J a m i :	96 soat

FOYDALANILGANADABIYOTLAR.

Asosiy:

1. Avakov V.E.Darslik, M, Reanimatsiya i intensivnaya terapiya neotlojnyx sostoyaniy. 1992. 232s.
2. Bunyatyan A.A. Darslik, M, Anesteziologiya i reanimatologiya.1985. 510s.
3. Dolina E. A.Darslik, M, Anesteziologiya i reanimatologiya. M. Med. 1996. 556s.
4. Dj. Edvard Morgan.Darslik, M, Klinicheskaya anesteziologiya. Per. s angl. T.1. 1998. 523s.
5. Dj. Edvard Morgan.Darslik, M, Klinicheskaya anesteziologiya. Per. s angl. T.2. 2000. , 678s.

Qo'shimcha adabiyotlar

1. Butrov A. V. Darslik,Ekstrennaya anesteziologiya. L. Med. 1990. 30s
2. Oripov U. A. Karimov SH. N. Monografiya, Umumiy xirurgiya. 7 bob. Anesteziologiya va reanimatologiya. 1994, 345s..
3. P. Marino. Monografiya, Intensivnaya terapiya. Per. s angl. 1997,678s.
4. Vorobev. Monografiya, Spravochnik prakticheskogo vracha v 2-x tomax, 1990 g., 240s.
5. Vudli M., A.Uzlan. Monografiya, Terapevticheskiy spravochnik Vashingtonskogo Universiteta.Praktikum, 1995. 600s.
6. Gorbachev V.V., Monografiya, Prakticheskaya kardiologiya. 1997,200s.
7. Gubachev YU.M. Monografiya,Biblioteka semeynogo vracha, 1999,340s.
8. Komarov F.I. Monografiya, Diagnostika i lechenie vnutrennix bolezney. Rukovodstvo dlya vrachey v 3-x tomax, M,Meditsina,1998, 457s.
9. Kurbanov R.D., Kiyakbaev G.K.Metodik qo'llanma, Infarkt miokarda. Tashkent,2001g,30s.
10. Merta Dj.Monografiya, Spravochnik vracha obshchey praktiki. M., Praktikum, 1998g,438s.

11. Michigan. Monografiya, Kardiologiya v tablitsax. 1994, 25s.
12. Murashko V.V., Strubinskiy A.V. Metodik qo'llanma, Elektrokardiografiya. Meditsina, 1987 g, 86s..
13. Okorokov A.N. Monografiya, Lechenie bolezney vnutrennix organov v 4-x tomax. Moskva. Meditsinskaya literatura. 1999, 2000, 2003. 340s.
14. Okorokov A.N. Monografiya, Diagnostika bolezney vnutrennix organov v 4-x tomax. Moskva. Meditsinskaya literatura. 1999, 2000, 2003, 340s.
15. Ruksin. Monografiya, Neotlojnaya kardiologiya. 1998, 150s.
16. Serdechno-legochnaya reanimatsiya, Metodik qo'llanma, Moskva, 1996, 36s.
17. Xeglin R. Monografiya, "Differensialnaya diagnostika vnutrennix bolezney". Meditsina 1997g., 8-tom. 230s.
18. CHazov E.I. Monografiya, Neotlojnye sostoyaniya i ekstremnaya meditsinskaya pomoshch. 1989, 465s.
19. SHuskov S.B., Barsukov A.V. Metodik qo'llanma, Arterialnaya gipertoniya v tablitsax i sxemax. Diagnostika i lechenie. Sankt-Peterburg 2004, 56s.
20. Bunyatyan A.A. Monografiya, Spravochnik po anesteziologii i reanimatologii. M. Med. 1994, 456s.
21. Juravlyov A. A. Monografiya, Spravochnik po infuzionnoy terapii. 1994, 178s.
22. Klimanskiy V. A. Monografiya, Transfuzionnaya terapiya pri xirurgicheskix zabolevaniyax. 1984, 135s.
23. Lujnikov E. A. Monografiya, Klinicheskaya toksikologiya. 1982, 265s.
24. Terapevticheskiy spravochnik Vashingtonskogo universiteta. Monografiya, Per.s angl. 1995. 689s.
25. Denisov I.D. Monografiya, Ensiklopediya klinicheskogo obsledovaniya bolnogo, GEOTAR, Moskva., Meditsina, 1998. 234s.
26. Don X. Monografiya, "Prinyatie resheniya v intensivnoy terapii"., 1-P tom. M. "Meditsina", 1995g. 467s.
27. Mashkovskiy. Monografiya, "Lekarstvennyye sredstva", 1996 g. 543s.
28. Teylor D. Monografiya, "Trudnyy diagnoz". M., 1995 g. 164s.

<http://www.medlit.ru/medrus/anest.htm>, <http://narkoz.ru/>,

<http://medi.ru/doc/001itarr.htm>, http://www.rusanesth.com/new_tech/,

http://www.medalfavit.ru/medtex/dir.php?parent_id=7, http://boutique-realty.ru/offer_18605.html -

<http://www.medlit.ru/medrus/anest.htm>, <http://narkoz.ru/>, <http://medi.ru/doc/001itarr.htm>,
http://www.rusanesth.com/new_tech/, http://www.medalfavit.ru/medtex/dir.php?parent_id=7,
http://boutique-realty.ru/offer_18605.html -

Fanning yangi yutuqlari

1. Eshonov O. SH. Ekstrakorporalnie metodi detoksikatsii pri Endotoksikoza u detey grudnogo vozrasta. Buxara 1997.
2. Axmedov R. M. Eshonov O. SH. Operastiyadan keyingi intensiv terapiya. Buxoro 2010.
3. Eshonov O. SH. Serebralnaya terapiya Toshkent 2009
4. Axmedov R. M. Eshonov O. SH. Infuzionno-transfuzionnaya terapiya v xirurgii Toshkent 2011
5. Eshonov O. SH. Gipovolemiya Toshkent 2012

SHOSHILINCH HOLATLAR BO'YICHA ISHCHI DASTUR

Ta'lim yo'nalishi	Davolash ishi
Fakul'tet	Tibbiy pedagogika
Kafedra	Xirurgik kasalliklar, anesneziologiya va reanimatsiya
Kurs	6
Ma'ruza	6
Amaliy mashg'ulot	20
Klinik mashg'ulot	22
Mustaqil ish	96
Jami	144

**SHOSHILINCH HOLATLAR BO'YICHA 6-KURS DAVO LASH
FAKULTETI TALABALARI UCHUN
ISHCHI DASTUR**

Kirish

Ushbu majmua Davlat ta'lim standarti, kvalifikatsion tavsif umumiy amaliyot shifokorini tayyorlash dasturi asosida tuzilgan, tibbiyot oliy o'quv yurtlarining davolash, tibbiy-pedagogika, tibbiy-profilaktika fakultetlarining talabalariga Shoshilinch holatlar fanidan ta'lim berish uchun mo'ljallangan.

Dastur Shoshilinch holatlar fani bo'yicha o'qitiladigan talabalarining bilishlari kerak bo'lgan nazariy bilimlar vaamaliy ko'nikmalar hajmini belgilaydi.

Ushbu dastur talabalarga reanimastion kasalliklarning asosiy klinik simptomlari, ularning tashhisot printsiplari, qiyosiy tashhisot aspektlari, davolash, shoshilinch holatlarda tez yordam ko'rsatish choralari, shuningdek profilaktika asoslari (umumiy va maxsus) kabi bilimlarini egallab olishga imkoniyat yaratadi. Bu o'z navbatida organizmning faoliyatini va uning atrof-muhit bilan muloqotini, chuqurroq tushunib etishgaasos yaratadi.

Dastur tuzishda Shoshilinch holatlar fanini o'qitilishidagi halqaro tajribalar, Umumjahon tibbiy ta'lim federatsiyasi tavsiyalari va O'zbekiston Respublikasida aholining kasallanishi va nogironligi darajasini kamaytirilishiga, shuningdek ertaoldini olishga ta'sir etaoladigan mutaxassislar tayyorlashni ko'zda tutgan, tibbiy ta'limning profilaktik yo'nalishini kuchaytirish kabi O'zbekiston Respublikasi Oliy tibbiy ta'limini rivojlantirish kontsepsiyasi holatlari e'tiborga olingan.

Shoshilinch holatlar –hozirgi kunda keng tarqalgan va umumiy amaliyot shifokori faoliyatida ko'p uchraydi. Shu sababli umumiy amaliyot shifokori o'quv dasturiga «Shoshilinch holatlar» bo'limi kiritilgan. Mazkur o'quv dasturda reanimastion kasalliklar etiologiyasi, patogenezi, epidemiologiyasi, asosiy klinik simptomlari, tashhisoti va davolash, shuningdek, profilaktika asoslari (umumiy va maxsus) kiritilgan.

Ushbu dastur Shoshilinch holatlar fanining asosiy bo'limlarini o'z ichigaoladi va tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalariga yuqumli kasalliklarning asosiy klinik simptomlari, ularning tashhisot printsiplari, qiyosiy tashhisot aspektlari, shoshilinch holatlarda tez yordam ko'rsatish choralari, shuningdek profilaktika asoslari (umumiy va maxsus) bilimlarini egallab olishga imkoniyat yaratadi. Bu o'z navbatidaorganizmning faoliyatini va uning atrof-muhit bilan muloqotini chuqurroq tushinib etishgaasos yaratadi.

Mazkur fan bo'yichaolingan nazariy bilim vaamaliy ko'nikmalar bo'lajak umumiy amaliyot shifokorlariga, aholi o'rtasida shifokorlik uchastkalarida profilaktik va epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarni tashkil qilish va o'tkazish bo'yicha ishlarni bajarishda yordam beradi.

Fan bo'yicha talabalarining bilimiga, ko'nikma va malakasiga qo'yiladigan talablar Shoshilinch holatlar fani bo'yicha bilimlar, malakalar va amaliy ko'nikmalarga qo'yiladigan talablar:

Ta'limning “Davolashishi” va “Kasbiyta'lim (Davolashishi)” yo'nalishlari bo'yicha 6-kurs talabalari quyidagilarni **bilishi zarur:**

- Og'riqsizlantirish usullari va turlarining zamonaviy tasnifini;
- Zamonaviy ko'p komponentli anesteziya o'tkazishning tamoyillarini, narkoz vositalarini, anesteziyaning texnik ta'minlanishini;
- Patologik sindromlar va kritik holatlar rivojlanishining Etiopatogenetik omillarini, ularning diagnostika va klinikasini;
- Organizm gomeostazi muhim ko'rsatkichlari: gaz almashinuvi; gemodinamika, suv Elektrolit almashinuvi, kislota-ishqor muvozanati buzilishlarining mexanizmlarini, ularni korrekstiyalash tamoyillarini;
- Kritik holatlar va patologik sindromlarda reanimatsiya va intensiv davo tamoyillari
- Anesteziologiya va reanimatologiya fani bo'yicha ta'limning “Davolash ishi” va “Kasbiy ta'lim (Davolashishi)” yo'nalishlari bo'yicha 6-kurs talabalari **quyidagi malakalarni Egallashi lozim:**
- Klinik va funkstional belgilarga asoslangan holda anesteziyaning etarililigini baholashni;
- Klinik va laborator ma'lumotlarga asoslangan holda nafas etishmovchiligi darajasini aniqlash va baholashni;
- Klinik va laborator ma'lumotlarga asoslangan holda o'tkir yurak qon –tomir etishmovchiligining har xil shakllarida qon aylanishining buzilish darajasini aniqlash va baholashni;
- Har xil kritik holatlar oqibatida rivojlangan bioximiyaviy gomeostaz va volemik holatlarning buzilishi darajalarini aniqlash va baholashni.

Shoshilinch holatlar fani bo'yicha ta'limning “Davolash ishi” va “Kasbiy ta'lim (Davolash ishi)” yo'nalishlari bo'yicha 6 kurs talabalari **quyidagi amaliy ko'nikmalarni egallashi lozim:**

- Narkoz nafas apparaturasini ishlashga tayyorlash.
- Siqilgan gazlar (kislorod, azot (I) oksidi) bilan ishlash.
- Operastion-anesteziologik xavf darajasini aniqlash.
- Mahalliy va umumiy og'riqsizlantirish asoratlarini oldini olish.
- Klinik belgilarga asoslangan holda “klinik o'lim” holatining diagnostikasi.
- EKG ma'lumotlariga asoslangan holda yurak to'xtashi turlarini aniqlash.
- Yurakni medikamentoz stimulyastiya qilish. Kasalxonagacha vakasalxona bosqichlarida o'pka-yurak va miya reanimastiyasini o'tkazish.
- Defibrillyastiyani amalga oshira bilish.
- Traxeyani intubastiya qilish.
- Infuzion-transfuzion davo o'tkazish (KIM ni baholash, asosiy Elektrolitlar va h.k.lar miqdorini hisoblash).

- Nazofaringeal kateter va niqoblar orqali kislorodterapiyasini o'tkazish.
- Regurgitastiya va aspirastiyani oldini olish.

Ushbu fanni o'rganish uchun lozim bo'ladigan fanlar va bo'limlar ro'yxati

Anesteziologiya va reanimatologiya fanini o'rganish uchun quyidagi fanlardan zaminiy bilimlar bo'lishi zarur: normal va patologik fiziologiya, topografik va patologik anatomiya, bioximiya va farmakologiya, ichki kasalliklar va xirurgiya, akusherlik va ginekologiya.

Laborator, seminar va amaliy auditoriya mashg'ulotlariga asoslangan holda topshiriqlar soniga qo'yiladigan minimal majburiy talablar.

- Ingalyastion anestetiklarning konsentrastiyasini, miqdorlarini hisoblashni va ularni organizmga yuborish yo'llarini bilish.
- Umumiy anesteziyaning reflektor asoratlarini bilish, ularni oldini olish.
- Klinik belgilarga asoslangan holda anesteziya darajasini baholashni bilish.
- Kirish narkozi va traxeya intubastiyasini o'tkazish ketma-ketligini bilish va bajara olish.
- Anesteziya o'tkazishda texnika xavfsizligi qoidalarini bilish va bajara olish.
- KIMni baholash va metabolik astidoz holatida natriygidrokarbonat miqdorini hisoblashni bilish va bajara olish.
- SEM buzilish shakllarini baholay olish, belgilarini bilish va korrekstiyalash tamoyillarini o'tkazish.
- Klinik va funkstional belgilarga ko'ra gipovolemiya darajalarini baholashni bilish.
- Klinikolimholatidao'pka-yurakreanimastiyasiningasosiyusullariniqo'llaybilish.
- Klinikvalaboratorbelgilargako'raO'NEdarajalarinibaholashnibilish.
- O'NEbilanbemorlarniO'SVgao'tkazishgako'rsatmalarnibilish.
- EkzogenzaxarlanishlardadetoksikastiyaningEkstrakorporalusullariniqo'llashgako'rsatmalarnibilish.

Talabalarbiliminibaholashhuchuno'tkaziladiganazoratchora-tadbirlari:

Talabalarbilimijoriy, oraliqva OSCE usulidao'tkaziladiganyakuniybaholashtarzidanazoratqilinadi.

Komp'yuter, informastionvata'limningboshqazamonaviytexnologiyalaridanfoydalanish:

Ushbudasturnisamaralio'qitishko'rgazmaliqurollarnikompyuterlashtirish, vaziyatlimasalalar, ishchio'yinlar, testlardanvaboshqalardanfoydalanish; kritikholatlardiagnostikasivagomeostazbuzilishlarinikorrektstiyalashbo'yichao'qituvchivanazoratqiluvchikompyuterlashtirish, testlardanvaboshqalardanfoydalanish; terdasturlarini, Elektronnashrlarni, audio-videoo'quvmateriallariniishlabchiqishvao'quvjarayonigaqo'llash, ta'limjarayonigaig'orpedagogiktexnologiyalarinijalbqilishniko'zdatutadi.

SHoshilinchholatlarFanibo'yichata'limning "Davolashishi" va "Kasbiyta'lim (Davolashishi)" yonalishlaribo'yicha 6 kurstalabalariquyidagiamaliyko'nikmalarniEgallashilozim:

- Narkoznafasapparatursiniishlashgatayyorlash.
- Siqilgangazlar (kislorod, azot (I)oksidi) bilanishlash.
- Operastion-anesteziologik xavfdarajasinianiqlash.
- Mahalliyvaumumiyog'riqsizlantirishasoratlarinioldiniolish.
- Klinikbelgilargaasoslanganholda "kliniko'lim" holatiningdiagnostikasi.
- EKGMa'lumotlarigaasoslanganholdayurakto'xtashiturlarinianiqlash.
- YUuraknimeidikamentozstimulyastiyaqilish. Kasalxonagachavakasalxonabosqichlaridao'pka-yurakvamiyareanimastiyasiniotkazish.
- Defibrillyastiyaniamalgaoshirabilish.
- Traxeyaniintubastiyaqilish.
- Infuzion-transfuziondavoo'tkazish (KIMnibaholash, asosiyElektrolitlarvah.k.larmiqdorinihisoblash).
- Nazofaringealkatetervaniqoblarorqalikislorodterapiyasiniotkazish.
- Regurgitastiyavaaspirastiyanioldiniolish.

Ushbu fanni o'rganish uchun lozim bo'ladi gan fanlar va bo'limlar ro'yxati

SHoshilinchholatlarfaninio'rganishhuchunquyidagifanlardanzaminibilimlarbo'lishizarur:

normalvapatologikfiziologiya, topografikvapatologikanatomiya, bioximiyavafarmakologiya, ichkikasalliklarva xirurgiya, akusherlikvaginekologiya.

Laborator,seminarvaamaliyauditoriyamashg'ulotlarigaasoslanganholdatopshiriqlarsonigaqo'yiladiganminimalmajburiy talablar.

1. Ingalyastionanestetiklarningkonsentrastiyasini, miqdorlarinihisoblashniavularniorganizmgayuborishyo'llaribilish.
2. Umumiy anesteziyaning reflektorasoratlarinibilish, ularnioldiniolish.
3. Klinikbelgilargaasoslanganholdaanesteziyadarajasinibaholashnibilish.
4. Kirishnarkozivatraxeyaintubastiyasiniotkazishketma-ketliginibilishvabajaraolish.
5. Anesteziyao'tkazishdatexnika xavfsizligiqoidalarinibilishvabajaraolish.
6. KIMnibaholashvametabolikastidozholatidanatriygidrokarbonatmiqdorinihisoblashnibilishvabajaraolish.
7. SEMbuzilishshakllarinibaholayolish, belgilarinibilishvakorrekstiyalash tamoyillariniotkazish.
8. Klinikvafunkstionalbelgilargako'ragipovolemiyadarajalarinibaholashnibilish.
9. Klinikolimholatidao'pka-yurakreanimastiyasiningasosiyusullariniqo'llaybilish.
10. Klinikvalaboratorbelgilargako'raO'NEdarajalarinibaholashnibilish.
11. O'NEbilanbemorlarniO'SVgao'tkazishgako'rsatmalarnibilish.
12. EkzogenzaxarlanishlardadetoksikastiyaningEkstrakorporalusullariniqo'llashgako'rsatmalarnibilish.

Talabalar bilimini baholash uchun o'tkaziladigan nazorat chora-tadbirlari:

Talabalar bilim joriy, oraliq va OSCE usulida o'tkaziladigan umumiy baholash tarzidan nazorat qilinadi.

Komp'yuter, informatsion va ta'limning boshqazamonaviy texnologiyalaridan foydalanish:

Ushbu dasturni samarali o'qitish ko'rgazmaligini o'rnatish, vaziyatli masalalar, ishchi o'yinlar, testlardan va boshqalardan foydalanish; kritik holatlar diagnostikasi va gomeostaz buzilishlarini korektsiyalash bo'yicha o'qituvchi va nazorat qiluvchi komp'yuter dasturlarini, Elektron nashrlarni, audio-video o'quv materiallarini ishlab chiqish va o'quv jarayoniga qo'llash, ta'lim jarayoniga ilg'or pedagogik texnologiyalarini jalb qilishni ko'zda tutadi.

**SHOSHILINCH HOLATLAR FANIDAN 6-KURS TALABALARI UCHUN 2017-2018
O'QUV YILIDA MA'RUZALARNING KALENDAR-TEMATIK REJASI.**

№	Ma'ruza mavzusi	Soat	Foydalanilgan adabiyotlar
№	Mavzu	Soat	
1.	O'tkir yurak kon-tomir etishmovchiligi. O'tkir chap korincha etishmovchiligi va upka shishi. Qon aylanishi tuxtagan bemorlar reanimatsiyasi.	2	
2.	O'tkir nafas etishmovchiligida reanimatsion yordam	2	
3.	Har xil etiologiyali komatoz xolatlar. Ayrim kritik xolatlarda reanimatsion yordam.	2	
	Jami:	6 s	

**“SHOSHILINCH TIBBIY YORDAM” FANIDAN 6-KURS TALABALARI UCHUN
AMALIY MASHGULOTLARNING 2017-2018 O'QUV YILIDAGI ISHCHI REJASI**

№	Mavzu	Kischa annotatsiya	Soat	
			A/ m	K/ m
1	Arterial gipotoniya, Arterial gipertoniya	Xushini yukotish, kollaps, shok. O'tkir buyrak usti bezi etishmovchiligi (O'BUBE). Arterial gipertoniya klassifikatsiyasi. Gipertonik kriz. Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi.	3	3
2	O'tkir endogen va ekzogen zaharlanish sindromi. Komalar.	O'tkir zaharlanishlar klassifikatsiyasi. Gipo- va giperglikemik, gipotireoidit, jigar, uremik, nevrologik komalar. Alkogol va uning surrogatlaridan, sirka kislotasidan, qo'zikorindan, psixotrop dori vositalaridan, ishqorlardan, noorganik kislotalardan, fosfoorganik birikmalar, is gazidan, vodorod sulfiddan zaharlanish, xashoratlar va ilon, chayon chakishi klinikasi, diagnostikasi, shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish. klinikasi, diagnostikasi, tez tibbiy yordam ko'rsatish, UASH taktikasi.	3	3
3	Harorat ta'siroti va elektrotravma	Kuyish, sovuq urishi. Elektrotravma Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi.	3	3

4	Kardial o'lim sindromi.	Qon aylanish to'xtashi turlari. Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. O'pka-yurak reanimatsiyasi (O'YUR) o'tkazish tamoyillari. UASH taktikasi	3	3
5	Isitma sindromi. Sepsis. Gemorragik sindrom	Isitma sindromi. Isitma turlari. Sepsis. Septik shok. Massiv qon yo'qotish sindromi, gomologik qon, DVS va tromboembolik sindrom. Klinikasi, diagnostikasi. shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi	2	3
6	Nafas siqishi, bo'g'ilish.	Bronxial astma xuruji, astmatik status. Soxta krup. Nafas etishmovchiligi. Yurak astmasi, o'pka shishi. O'tkir o'pkali-yurak. Diagnostikasi Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi	2	3
7	Ko'krak qafasidagi og'rik. Yurak ritmining buzilishi.	Stenokardiya. Miokard infarkti. Tromboembolik sindrom. Paroksizmal taxikardiya. Morgani-Edemsa-Stoksa simptomi. Klinikasi. Diagnostikasi. SHoshilinch tibbiy yordam. UASH taktikasi.	2	2
8	Qorinda og'riq.	Ichak, jigar, buyrak sanchig'i. Diagnostikasi. SHoshilinch yordam. UASH taktikasi.	2	2
		J a m i :	20	22
			42 soat	

	Mustaqil ish mavzlari	Soat
1	O'pka arteriyasining tromboemboliyasi.	8
2	Eklampsik komalar.	
3	YOgli emboliya sindromi.	8
4	Utkir ekzogen intoksikatsiyalar va zaxarlanishlarning differensial diagnostikasi.	8
5	Ekstrakorporal detoksikatsiyaning asosiy usullari.	8
6	Ilon va xashoratlar chakishi.	7
7	Postreanimatsion kasallik. Vegetativ xolat.	7
8	Gipertermiyalarni davolash.	7
9	Respirator terapiyaning maxsus usullari prinsiplari.	7
10	Gemo- i plazmotransfuziyalarning asorati.	7
11	Bosh miya utkir shikastlanishi. Davolashning zamonaviy tamoyilari	7
12	Gemo- i pnevmotoraksda shoshilinch erdam kursatish	7
13	Talvasa sindromida intensiv davo prinsiplari	7
	J a m i :	96 soat

QISQARTMALAR

AB	Arterialbosim
AQH	aylanadiganqonhajmi
GBO	giperbarikoksigenastiya
GK	gipertonikkriz
KIM	kislotaishqormuvozanati
KT	komp'yutertomografiya
MNT	markaziynervtizimi
MVB	markaziyvenozbosim
MRT	magnitrezonanstomografiya
NLA	neyroleptanal'geziya
O'SV	o'pkaningsun'iyventilyastiyasi
O'YOV	o'pkaningyordamchiventilyastiyasi
MA	mahallianesteziya
O'NE	o'tkirnafasetishmovchiligi
PO	parenteraloziqlantirish
YUQS	yurakqisqarishlarisoni
YUI	yurakindeksi
YUIK	yurakishemikkasalligi
YUZH	yurakzarbhajmi
TITQIS	tomirichitarqalganqonivishsindromi
SHI	shokindeksi
EA	Epiduralanesteziya
EEG	ElektroEnstefalografiya
EKG	Elektrokardiografiya
YAMP	yangimuzlatilganplazma
O'YUR	o'pka-yurakreanimastiyasi
NOMB	nafasoxiridamusbatbosim
VMH	ventilyastiyaningminutlikhajmi
NH	nafashajmi
UASH	umumiyamaliyotshifokori
NCH	nafaschastotasi
O'OV	o'mrovostivenasi
O'TS	o'pkaningtirikliksig'imi
QF	qorinchalarfibrillyastiyasi
SEM	suv-Elektrolitmuvozanati
O'ATE	o'pkaarteriyasitromboEmboliyasi
FiO ₂	nafasaralashmasidakislorodningfrakstionkonstentrastiyasi
PaO ₂	arterialqondagikislorodningparstialbosimi.
RaSO ₂	arterialqondagikarbonatangidridningparstialbosimi
SaO ₂	arterialqondagikislorodmiqdori
SaO ₂	arterialqonningoksigemoglobinbilanto'yinishi
Hb	gemoglobin
v/i	venaichiga
m/o	muskulorasiga
t/o	teriorasiga

ASOSIY QISM

MA'RUZA MASHG'ULOTLARINING TA'LIM TEXNOLOGIYASI MODELI

1-mavzu: Kirish. O'tkir yurak kon-tomir etishmovchiligi. O'tkir chap korincha etishmovchiligi va upka shishi. Qon aylanishi tuxtagan bemorlar reanimatsiyasi.

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -2 soat	Talabalar soni : 16-18 ta
Mashg'ulot shakli	Axborotli ma'ruza, mul'timediyama'ruza.
Mashg'ulotning Rejasi	1. O'tkir yurak kon-tomir etishmovchiligi haqida umumiy ma'lumot 2. Reanimatsionchora-tadbirlaro'rmi. 1. O'tkirchapqorincha etishmovchiligi haqidatushuncha 2. O'pkashishietilogiyasi, klinikasidiagnostikasi. 3. O'tkir chap qorincha etishmovchiligi va o'pka shishi bilan bemorlarda Reanimatsiya va intensiv terapiya choralari 4. Qon aylanishi tuxtagan bemorlar reanimatsiyasi.
Mashg'ulotning maqsadi: <i>Ta'limiy, Tarbiyaviy: odob, axloq va deontologiya, Rivojlantiruvchi:</i> O'tkir yurak kon-tomir etishmovchiligi bilan bemorlarda Reanimatsiya va intensiv davo.	
Ta'lim berish vositalari	Ukuv kulanma, darslik, ma'ruza matni, proektor, kompyuter
Mashg'ulot uslubi	Axborotli, suxbat, ma'ruza va x.
Ta'lim berish shakllari	Jamoaviy
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baxolash	Og'zaki nazorat: savol-javob

1.2. “Kirish. O'tkir yurak kon-tomir etishmovchiligi. O'tkir chap korincha etishmovchiligi va upka shishi. Qon aylanishi tuxtagan bemorlar reanimatsiyasi haqida ma'lumot” MA'RUZA mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatining mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi (5daqiq)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish MA'RUZA si uchun taqdimot multimedia tayyorlash. 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini taqdim etish	Tinglaydilar Tinglaydilar
1. Mavzuga kirish (15 daqiqa)	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi. 2. Mavzu bo'yicha savollar beradi (reja). 1. Reanimatsiyani tushuntiring. 2. Reanimatsionchora tadbirlarni bosqichma-bosqich tushuntiring .	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
2 – asosiy bosqich (55 daqiqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi, 5 ta multimedia namoyish qilish. 2. Ko'rgazmali platlardan foydalaniladi.	Tinglaydilar Ko'radi Tinglaydilar
3-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Ko'pkomponentli umumiy anesteziya haqida ma'lumotlarni mujassamlashtiradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
4-Mustaqil ta'lim uchun topshiriqlar 5 daqiqa	Mustaqil ish beradi. O'tkir yurak kon-tomir etishmovchiligi bilan bemorlarda Reanimatsionchora tadbirlari haqida ma'lumot	Tinglaydi Yozib oladi

MA'RUZA BAYONI

O'tkir yurak-qontomir etishmovligi ko'rinishlari:

1. Hushdan ketish.
2. Kollaps.
3. SHok.
4. O'tkirchapqorincha etishmovchiligi.

Hushdan ketish

Patogenezi asosida parasimpatik nerv tizimining qo'zg'alishiyokisimpatik nervatsiyaning susayishini natijasida tomirlar tonusining pasayishi va boshmiyaning qon bilan ta'minlanishining birdankamayishi yotadi.

Funksional sabablariga – jismoniy varuhiy zo'riqish, stress holatlari, kuchli qo'rquv yoki hayajon, medikamentoz terapiya, ortostatik holat, dezadaptatsion holatlari kiradi. Organik sabablariga asetserebral vasomatogen (kardiogen, neyrogen, anemik, distsirkulyator, intoksikatsion, gipovolemik, gipoksik, respirator va boshqa) holatlari kiradi.

Klinikasi. Hushdan ketish bir necha soniyadanto 2-3 daqiqagachadavometadi. Boshaylanishi, o'zini yomon his qilish, quloqlaridashang'illash, ko'zoldiqorong'ilashuvi, kuchayib boruvchi holsizlik zaminida bemor birdan hushidan ketadi. Nafasiyuzaki, teri ranglari oqargan,

ba'zihollardabradikardiya, gipotoniya, umumiy mushak gipotoniya sikuzatiladi. Ba'zanesa, ixtiyorsizsiyishvadefekatsiyahamkuzatilishimumkin. Postsinkopaldavrdabemorasta-sekino'zigakelaboshlaydi, biroz chalkashishvaamnezia kuzatilishimumkin.

Gorizontal holatdabemorhushining tiklanishihushdanketishdiagnozini qo'yishda ahamiyatga ega.

SHoshilinch yordam chora-tadbirlari. Engavvalo, ta'sirlovchi omil bartaraf qilinadi. So'ngrahayoti muhim funktsiyalar holatini afas, qonaylanishtizimikuzatilib, bahoberiladi. Bemorgato zahavokelishnita'minlash (siqib turgankiyimtugmalarini echish, derazani ochish). Bemornichalqanchayotqiziladi, boshqisminipastgaqiliboyoqlariko'tariladi, kofein mushakorasiga qilinadi.

Kollaps

Kollaps klinik jihatdan arterial qon bosiminingo'tkir pasayishibilan xarakterlanadigan vazudlik bilantez hamdakechiktiribbo'lmaydiganyordam nitalabqiladigan holathisoblanadi.

Arterial qon bosimio'tkir pasayishining 3 turitafovutetiladi.

1-turi. Kardiogengipotoniya bevositayurakkasalliklaribilan bog'likbo'lib, ko'pinchamiokardinfarktidakardiogenshoktipidakechadi.

Undantashqario'tkirmiokarditvao'pkatomirlari emboliasidahamyuzagakelishimumkin.

2-turi. Tomirkollapsiperiferikqontomirlarningkengayishibilan xarakterlanib, ko'pinchao'tkirinfeksionkasalliklardakuzatiladi. Undantashqaripnevmoniya, sepsis, qorintifaboshqakasalliklardakelibchiqadi. Buturgabarbituratlardanintoksikatsiya, gipotenziivpreparatlarniqabulqilgandan (ushbupreparatlargayuqorisezuvcibo'lganda), hamdatez korallergikreaktsiya (anafilaktikshok) zaminida arterial qon bosimining tushishini hamkuzatish mumkin.

3-turi. Gemorragik kollapsaylanib yuruvchi qon hajmining kamayishibilan bog'liq. Bunday gipotoniyaningsababiko'pmiqdordayokimassivqonyo'qotishhisoblanadi.

Klinikasi. Kollapsda arterial qon bosimining turlisathlardatushishibilan birqatorda (diastolik bosimko'pincha 50-40 mm.sim.ustgachatushadi) bemorning tashqiko'rinishidaham xarakterlio'zgarishlarkuzatiladi: yuzqirralariningo'tkirlashuvi, rangparlik, atrofdagilargabefarqlik, tashqita'sirlargareaktsiyaningyo'qligi.

Arterial qon bosiminingo'tkir pasayishikollaps gasabachibo'lgan bemorning asosiy kasalligidankelibchiqqan holdaa niqlabolinadi. Terapiyanuqtainazaridanyurakvatomir etishmovchiligidifferensatsiyasimavjud. YUrak etishmovchiligida arterial bosimning (asosandiaastolik) bunday pasayishikollapsdagidanko'rakamkuzatiladi. Tomir etishmovchiligidorbemorlarko'pinchagorizontal holatnima'qulko'rishadi. YUrak etishmovchiligidatsianoz (ko'pincha akrotsianoz) bo'yin venalariningkengayishikuzatilsa, tomir etishmovchiligida aksinchaoqarish, rangparlik, ayrimhollardadiffuztsianoz, periferik venalariningbo'rtishikuzatiladi. YUrak etishmovchiligidahansirash xarakterlinafastezlashgan, kuchayganbo'lsatomir etishmovchiligida qiyinlashmagan, lekinyuzabo'ladi. YUrak etishmovchiligidayurako'lchamlarining kattalashganligivao'pkadadimlanishalomatlarihamda ayrimhollardajigarningk attalashuvianiqlanadi. Tomir etishmovchiligidabusimptomlarbo'lmaydiyokikamifodalanganbo'ladi.

Kechiktiribbo'lmaydiganyordam.

Nokardiogentomirkollapslaridada volashasosiykasalliknidavolashga qaratilgan hamdatomirtonusinivaarterialbosimniko'tarishga qaratilgansimptomatikchoralarolibboriladi.

Intoksikatsiyahollarida 11 5% glyukozayoki izotonik natriy xloreritmasinivena ichigatomchilab quyishtavsiyaetiladi. Kollapsnidavolashdamushakichigayokiteriorasiga 1 ml 1% mezoneritmasikiritiladi. Og'irholatlardaayniqsanarkotiklarbilanzaharlanganda 2-4 ml kardiaminnivena ichigasekinlikbilanyuboriladi. 1-2 ml 0,2% noradrenalin 500 ml 5% glyukozabilanvena ichigatomchilabo'tkazilsa, samarayaxshibo'ladi. Undantashqario'tkirtomir etishmovchiligidorbemorlarga teriorasiga 2-4 ml 20% kamforaeritmasio'tkaziladi.

SHOK

SHOK – frantsuzcha (*choc*) so'zidantarijimaqilinganda “zarba” deganma'nonibildiradi. 1795 yilda Jeyms Lattashokterminitibbiyotgaolibkirdi. Hozirgivaqtdashokning 119 xilta'rif mavjudbo'lib, lekinularningbirtasihamshokningto'liqmohiyatiniochibberaolmaydi.

Bugungitasavvurlargaasosanshok

buorganizmninkuchlita'sirotlarganisbatanhimoyamoslashuvreaktsiyasihisoblanibvauquyidagibelgilardanamoyonbo'ladi:

1. Gipovolemiya;
2. Gipotoniya;
3. Gipotermiya;
4. Gipouriya - minutliksiydikmiqdoriningkamayishi (30 ml/min.dankam).

Barchashoklargipovolemiya - organlarperfuziyasiningkamayishibilankechadi. Gipovolemiya 2xilbo'ladi:

- a) mutloqgipovolemiya - postgemoragikshokda, travmatikshokda, kuyishshokidavadehidratatsiyadakuzatiladi;
- b) nisbiygipovolemiyashokningqolganturlaridakuzatiladi.

Shoklarning zamonaviy klassifikatsiyasi

A. Gipovolemikshokturlari

1. Gemorragikshok
2. Travmatikshok
3. Kuyishshoki
4. O'tkirdegidrotatsionshok.

B. Qaytataqsimlanuvchishokturlari

1. Anafilaktikshok
2. Infeksion toksik (septik) shok

3. Neyrogenshok

B. Kardiogenshokturlari

1. CHinkardiogenshok
2. Reflektorkardiogenshok
3. Aritmikshok
4. Areaktivkardiogenshok

Г. Tomirbo'shlig'ibekilishitufaylikelibchiqadiganshokturlari

1. O'pkaarteriyasitromboemboliyasi
2. YUraktamponadasi
3. Zo'riqishpnevmotoraksi

Shok holati tamoyilga asosan 2 xil gemodinamik variantda kechadi.

1. Gipodinamik (sovuq) shakliperiferikvazokonstriksiya, YUZH, YUI, AB, MVB, diurezningkamayishivaperiferikqarshilikni, kislorodningarterio-venozfarqinioshishibilankechadi. SHokningbuvariantiko'puchraydi (septikshok) vabarchashoklarningoxirgifazasidakuzatiladi.

2. Giperdinamik (issiq) shakliperiferikvazodilyatatsiya, MVB,periferiktomirqarshiligini, kislorodningarterio-venozfarqinikamayishivaYUQS, YUZH, YUIoshishibilankechadi. SHokningbuvariantikamuchraydivaseptikshokningboshlang'ichfazasidakuzatiladi.

Organizmningagressiyaga (stressholati) nisbatanjavobreaktsiyasimexanizmi. Stressholatigaorganizm 2 tahimoyatiziminingfaollashishibilanjavobberadi:

- simpatoadrenaltizim;
- endokrintizim.

Organvatizimlardagireseptorlar, sezgiorganlaridankattamiqdordagiafferentimpul'slar, talamusgau erdanboshmiyapo'stlog'igao'tkaziladi.

Stressgajavobangipotalamusgipofizgao'zfaoliyatinioshirishikerakliginibuyuradi.

Gipofizgarmonlarion'znabatidaorganizmdagibarchaendokrinbezlarfaoliyatini kuchayishigaolibkeladi.

YA'nibuyrakustibezidakatexolaminlarsintezikuchayadi.

Oshqozonostibezidainsulinsintezipasayishioqibatidagiperglikemiya yuzagachiqadi. Stressholatidasimpatoadrenaltizimfaollashuvioqibatidaorganizmdaqonaylanishivaqontaqsimlanishio'zgaradi.

Kollapsholatidanfarqliravishdashokdamikrotsirkulyatsiyaningbuzilishi, organlarperfuziyasiningkamayishivaKIMbuzilishibilannamoyonbo'ladiganfazalikechishkuzatiladi.

Erekitil

qo'zg'alishfazasi jarohatlargaorganyokitanaqismidan hosilbo'lganimpul'slarnihaddantashqariko'pmiqdordaboshmiya gauzatilishinatijasidayuzberadi. Bufazadaorganizmdako'pmiqdordaadrenalinajraladi,

buo'znabatidaorganizmningadaptatsionmexanizmlariniishgatushiradi.

Qon-tomirtizimiginiperkinetikqonaylanishturigaalmashtiradi. YUarakzarbioshadi, koronarvaperiferikqon - tomirlarkengayibmushaklarniqonbilanta'minlanishioshadi. Trombotsitlarmiqdorioshadi vafaollashuvikuzatiladi.

Qonivishfaktorlarinioshiradishujumladanprotrombinvafibrinogenmiqdorioshibqonningantikoagulyantfaktorlaritorm ozlanadi.

Qo'zg'alishfazasijudaqisqa (5 - 10, 15 – 20 min) bo'ladi. Faqatkuyishshokidauzoq (40 min) davometadi.

Klinikasi -bemorpsixomotorqo'zg'alishholatida, baqirib, yordamgachaqiradi, qochishgaharakatqiladi. Ob'ektivtekshirishgavadavogaqarshilikqiladi. Terisiodatdagidekissiq, ABbirozoshgan, taxikardiya, nafasolishtezlashganbo'ladi.

Torpid (tormozlanish) fazasi - bundaboshmiyatormozlanishikuzatiladi. Ko'pmiqdordakelayotganimpul'slargamiyatormozlanishibilanjavobberadi.

SHuuchunteridagijarohatdeyarlisezilmaydi.

Bufazadako'pmiqdordanoradrenalinqongachiqadi.

Bundaqonaylanishturinigipokinetikturigaot'tishi, periferikqon -tomirlarspazmihisobidanABushlanibturiladi. YUarakshiminimalsarflibo'ladi. Bemorharakatsiz, shikoyatiyo'q, terisisovuq, oqish, ko'zibirnuqtagaqaragan,

savollargazo'rg'ajavobberadi. Tormozlanishfazasiuzoqdavometadi,

tobemorshokholatidanchiqqanchayokio'limbilantugaydi. jadval

Torpidfazabosqichlari

№	Bosqichlar	Qon-tomiro'zgarishlari
1.	Kompensatsiya	Arteriospazm, venulalarnipre vapostkapillyarsfinkterispazmi.
2.	Qaytalanuvchidekompensatsiya	Qon-tomirlarkengayishi, arteriolalarvaprekapillyarsfinkterlarkengayishi, venulalarvapostkapillyarspazmi.
3.	Qaytmasdekompensatsiya	Qon-tomirlaratoniyasi (to'qimalararokoloidosmotikbosimqon – tomirichidagibosimdanyuqori)

jadval

Torpidfazabosqichlariklinikasi

Kliniksimgptomlar	I bosqich	IIbosqich	IIIbosqich
Es-hushi	Saqlangan	Tormozlangan	Prekomayokikoma
Teri	Oqimtir	Ko'kimtir	Ersimon-marmarsimon
Qorachiq	Mioz	Midriaz	Fiksatsiyalanganmidriaz
Nafasolish	YUzaki, biroztezlashgan	YUzaki, taxipnoe	YUzaki, taxipnoe

Diurez	Saqlangan, oligouriyagamoyil	Oligoanuriya	Anuriya
Oqdog'simptom (O'BE belgisi)	bor, 3-5 mindankeyinyo'qoladi	bor, 15-20 mindankeyinyo'qoladi	Bor, doimsaqlangan
AB	100/80 – 100/90 90/70 – 90/80	80/60 – 80/70 70/50 – 70/60	60 mm.sim.ustdanpast
Pul's	90-100 qoniqarli	110-120 kuchsiz	130 vaundanko'p, ipsi-mon
SHokindeksi (Al'goverindeksi)	0,8 -1,0 20 % yoki 1-1,2 lqonyo'qotganda	1,1-1,3 30-40% yoki 1,5-2lqonyo'qotganda	1,5- ... 50% yoki 2,5 ldanko'pqonyo'qotganda

Tomirbo'shlig'ibekilishitufaylikelibchiqadiganshok – bundayurakzarbiningyurakkabog'liqbo'lmaganholdakamayishikuzatiladi.
O'ATE (o'pkaarteriyasitromboemboliyasi) – o'pkaarteriyasitrombyokiemboliyabilanbekilishinatijasidachapbo'lmachagaqonkelishikamayadiyokiumankelmaydi, ABtushadi.

Taranglashganpnevmotoraks – shokko'krakqafasigermetikliginingbuzilishihisobigayuzagakeladi. Ko'krakqafasidamanfiybosimqolishinatijasidayurakperiferikqon–tomirlaridanqonniso'ribololmaydi, natijadaavvalo'ngbo'lmachakeyinchapqorinchaqonbilanto'lishikamayibABtushadi.

Qontaqsimlanishiningbuzilishibilankeladiganshoklar. SHokholatidayuzagakelgankompensatorhimoyareaksiyasinatijasidakattamiqdordakatexolaminlarqongatashlanadi, postkapillyarsfinkterdagireseptornikatexolamingasezgirlligitufaylispazmro'yberadi, lekinprekapillyarsfinkterdagireseptorniesakatexolamingasezgirlligiyo'qligitufayliqonoqibkelishidavometadiv anati jad akapillyardagigidrostatikbosimoshibketadi. Kapillyarlardevorlarior'kazuvchanligibuzilishivaoshishinatijasidaqontarkibidagial'buminvaplazmainterstitsialbo'shliqqasizibo'tadivainterstitsialbo'shliqdakolloid-osmotikbosimoshishigaolibkeladi. O'zo'rniidaal'buminko'pmiqdordasuvniqon-tomirlaridantortiboladi. Interstitsialshishvanisbiygipovolemiyayuzagakeladi. Aynanshumexanizmorqalianafilaktik, septikvainfeksiontoksikshoklarda, zaharlivakimyoviyomodallardanazaharlanish, to'qimalarniholatiysiqilishsindromidaqonningtaqsimlanishibuziladivaqaytataqsimlanuvchishokyuzagakeladi.

Septikvainfeksion-toksikshoklarningo'ziga xosligi. Septikshokdaqondahambakteriyaningoz'zi, hamuningtoksinlarsirkulyatsiyaqilsa, infeksiion-toksikshokdafaqatginatoksinlarsirkulyatsiyasibo'ladi.

Bakteriyalar 2 xiltoksinchiqaradi:

- ekzotoksin;
- endotoksin.

Ekzotoksinlarnigramm (+) musbatkokklarchiqaradi, lekinegzotoksinlarkamhollardashokholatiniyuzagachiqaradi.

Endotoksinlarnigramm (-) manfiybakteriyaloro'zqobig'idanchiqaradi, judakuchlitoksinhisoblanadivaog'irshokholatlarigaolibkeladi.

To'qimalarniholatiysiqilishsindromidashokningo'ziga xosligi.

Busindromuzoqvaqt davometganmushakto'qimasisiqilishioqibatidayuzberadi. Buaslidatravmatikshokningbirvariantibo'lib, lekinbundashokningasosiychaqiruvchisiog'riqemas, balkito'qimalarmetabolizmidahosilbo'lganoraliqu mahsulotlartoksinlar: sutkislotasi, gistamin, serotonin, kininlar, tromboplastin, lizosomalfermentlarhisoblanadi. BusindromdaeritrotsitlaragregatsiyasivaTITQISOqibatidaengavvalbuyraklarzararlanadi. Siydikqoramtirrangdabo'lib, tarkibidamioglobinv aerkingemoglobinbo'ladi. Idishtubidako'pikcho'kmao'tiradi. Agardiurezkamayibborsabuyomonoqibathisoblanadi. O'tkirbuyrak etishmovchiligrivojlanibo'limgaolibkelishimumkin. Giperkalemiyahisobigayurakritmibuzilishikuzatiladi. Bufertizimikislotalitomongaog'ganbo'libmetabolikatsidozyuzagakeladi. Oqsilsizerkinazotmiqdorioshibboradi, uzluksizqusishkuzatiladivaionlarmuvozonatibuziladi.

Neyrogenshok xususiyatlari. SHokningengkamuchraydiganturi. Ko'proqtavmatiktetraplegiyayokiparaplegiyadan, umurtqapog'onasiningyuqoriqismlaritravmasidanyokiGien-Barre sindrominiog'irkechishidankeyinkuzatiladi.

O'tkirbuyrakustibezi etishmovchiligi – uzoqvaqtqabulqilinayotgankortikosteroidgormonlarnito'satdanqabulqilishnito'xtatgandayuzberadivaquyidagi: kollaps, adinamiya, qusish, qorindaog'riq, ko'krakqafasidaog'riq, kapillyaro'tkazuvchanliknioshishiko'rinishdanamoyonbo'ladi. Laboratortekshirishdagiponatriemiya, giperkaliemiya, gipoglikemiya, azotemiya, anemiyakuzatiladi.

Harbirqo'shimchajarahatshokholatiniog'irlashtiradi, shuninguchunoperatsiyanibemornishokholatidanchiqargungaqadarto'xtatibturishkerak, agardaichkarigaqonketish, asfiktsiya, anaerobinfeksiyayokiuchihipnevmotoraksbo'lmasa. Uzoqdavometganishemiyada, eritrotsitlaragregatsiyasinatijasidashokningquyidagiasoratlariyuzagakelishimumkin:

- respirator distresssindrom;
- oshqozon–ichaktizimiatoniyasi;

- ichaklarcharvisinfarkti;
- o'tkirbuyrak etishmovchiligi;
- o'tkirjigar etishmovchiligi;
- o'tkirpankreatit.

SHokkatushganbemorningahvolishokturigavashokkaqarshichora-tadbirlarqachonboshlanganligiga, bemordabo'lganboshqaqo'shimchakasalliklarigavaularningasoratigabog'liqbo'ladi. SHokkaqarshichora-tadbirlaro'zvaqtida, to'g'rivato'la-to'kisbajarilmasa, shokdanbemorlarnichiqishiqiyinkechadi.

Shokka qarshi barcha chora –tadbirlar birinchi 3 soat ichida samarali hisoblanadi.

O'tkirchapqorincha etishmovchiligi

O'tkirchapqorincha etishmovchiligi miokardisqaruvchanliqobiliyatining buzilishioqibatidayuzagakeladi, natijadakichikqonaylanishdorasidagidrostatikbosimortadi. O'pkakapillyarlaridagidrostatikbosimning 28-30 mmsimust.danortishiqonsuyuqqismining o'pkainterstitsialto'qimasigasuzibchiqishigaolibkeladivainterstitsialo'pkashi shirivojlanadi.

Jarayonrivojlanibborgansarikapillyarlarendoteliysorasidagimasofakengayib, tomiro'tkazuvchanligiortibboradi, qonningsuyuqqismivamakromolekulalarial'veolalarbo'shlig'igatushshikuzatiladivaal'veolyaro'pkashishirivojlanadi. Harbinafasaktidaal'veolagatushgansuyuqlikbronxiolalar, bronxlarbo'shlig'inito'ldirib, yuqorigaqarabko'tarilibboradi. Al'veolabo'shlig'igatushgan 100 mlplazmadan 1-1,5 lko'pikhosilbo'ladi. Ko'piknafaqatnafasyo'llario'tkazuvchanliginibuzadi, balkial'veoladagisurfaktantsintezinihamizdanchiqaradi. Buo'znavbatidao'pkaningelastikliginipasaytiradi, natijadanafasmushaklariningzo'riqishi, gipoksiyaningkuchayishikuzatiladi.

Gipoksiyao'pkashishiniyanadakuchaytiradi. Limfavakapillyarqonaylanishi, kollateralo'pkaventilyatsiyasi, o'pkaningdrenajfunksiyasibuzilishinatijasidaal'veolo-kapillyarmembranaorqalio'pkadagazlarmashinuvi (diffuziya) jarayonikeskinizdanchiqadi. Natijadaqonningshuntlanishi(alveolalarnichetlabo'tishi), ya'niarterialqonbilanvenozqonningaralashuvivauningnatijasidagipoksiyaningyanadakuchayishikuzatiladi.

O'tkirchapqorincha etishmovchiligiog'irlikdarajasiningtasnifi:

I bosqich - yurak etishmovchiligibelgilaribo'lmaydi.

II bosqich - engilyurak etishmovchiligi: hansirash, auskul'tatsiyadao'pkaarteriyasiustida II tonaktsenta, o'pkaningpastkibo'limlaridamaydapufakchalinam xirillashlareshitiladi.

III bosqich - og'iryurak etishmovchiligi, yaqqolhansirash, o'pkaningdeyarlibarchayuzasidanam xirillashlareshitiladi.

IV bosqich - arterialqonbosiminingkeskintushibketishi, periferikvazokonstruksiya, mikrotsirkulyatsiyaningbuzilishi, yaqqoltsiano, terisisovuq, yopishqoqterbilanqoplangan, oligouriyavavaqti-vaqtibilanhushbuzilishlarikuzatiladi.

Klinikasi. YUrakastmasi (interstitsialo'pkashishi) ko'pinchakechasiyuzberadi, chunkikechasiadashgannervfaoliyatiningoshishivagorizantalholatdakichikqonaylanishdorasidabosimningortishikuzatiladi. Birdanhavo etishmasligi, quruqyo'talbezovtaqiladi. Bemorortopnoeholatinoladi. Akrotsiano, terisisovuq, yopishqoqterbilanqoplanadi, taxipnoekuzatiladi. Auskul'tatsiyadao'pkaningpastkibo'limlaridadag'alnafas, quruq, xushtaksimom xirillashlareshitiladi, yurakqon-tomirtizimitomonidantaxikardiya, o'pkaarteriyasida II tonvayurakchuqqisida II tonaktsentieshitiladi, yurakmaromibuzilishikuzatiladi.

Bujarayonlimfaqishiningkuchayishivaoyoqlardaqondimlanishihisobigaqismankompensatsiyaqilinishimumkin. Interstitsialo'pkashishirivojlanibborsa, al'veolyaro'pkashishigao'tibketadi.

Al'veolyaro'pkashishibirdanigabug'ilish xuruji, ko'piklibalg'ambilanyo'talpaydobo'lishibilanboshlanadi. Ko'pikavvalrangsiz, tiniq, keyinchalikalvonranggakiradi. Bemordamajburiyholatdahushbuzilishikuzatiladi. Akrotsianokeyinchalikdiffuztsianozaaylanadi. Terisinam, sovuqterbilanqoplangan. Keskintaxipnoe, nafasaktidayordamchimushaklarishtiroketadi. Auskul'tativo'pkaningyuqoriqismlaridadag'alnafaszaminida xushtaksimomquruq xirillashlar, o'rtavapastkibo'limlaridasustvezikulyar, nafaszaminidahar xilkalibrlinam xirillashlareshitiladi.

YUrakqon-tomirtizimitomonidan: taxikardiya, protodiastolikdupurmaromi, o'pkaarteriyasiustida II tonaktsentieshitiladi. Ba'zihollardayurakshovqinlario'pkadagi xirillashlarhisobigaeshitilmaydi.

Rentgenologikbelgilar. O'pkabo'laklarinianiqlanmoynetuvchi "A" va "B" tipidagiKerlichizig'i, o'pkaildizisathidao'pkasuratiningkuchayishi, ildizningkengayishikuzatiladi. Massivo'pkashishidao'pkarasminingtotalsoyalanishianiqlanadi.

SHoshilinchyordam. O'pkashishinibartarafqilishkasalxonagachabo'lishikerak, bemorningahvolibirozyaxshilangachtransportirovkaqilinib, reanimatsiyavaintensivterapiyabo'limigayotqizilishikerak.

O'pkashishibilanbemorlarniko'chirishmezonlari:

- nafassoningdaqiqasiga 22-26 tagachakamayishi;
- ko'piklibalg'amningkamayishiyokiyo'qolishi;
- o'pkaoildingisathidannam xirillashlarningyo'qolishi;
- tsianozninkamayishi;
- bemorgorizantalholatdayotqizilgandao'pkashishiretsidiviningbo'lmasligi;
- gemodinamikaningturg'unlashuvi.

Bemorlarniboshtomoniko'tarilganholatdato'g'ridanto'g'rireanimatsiyavaintensivterapiyabo'limigagospitalizatsiyaqilinadi.

Barchadavolashtadbirlariyurakkatushayotganzo'riqishni (oldzo'riqish) kamaytirish, miokardqisqaruvchanlikqobiliyatini yaxshilash vakichikqonaylanishdoirasidagibosimni kamaytirishga qaratilgan bo'lish ikerak.

1. YU rakkatushayotgan zo'riqishni kamaytirish uchun periferiyadankichikqonaylanishdoirasiga qonning oqib kelishini kamaytirish lozim. Buning uchun periferik vazodiyatatorlar (nitratlar) vagan-glioblokatorlar qo'llaniladi. Nitratlardan nitrogilitserin boshlang'ich dozasi 25 mkg/min. (1 ml 0,01% eritmani 4 mindavomida). YU borishtezligini hammaholatlar da individual taqsimlanadi, bunda AB dastlabkiko'rsatkichdan 10-25% gachakamayish mumkin. Nitrogilitserindan tashqari nitratlarning boshqa xillari (natriy nitroprussid, perlinganit, nitromakham) qo'llaniladi. Ganglioblokatorlarni dozalashtirish ham yuqoridagikabi amalga oshiriladi.

2. Miokardqisqaruvchanlikqobiliyatini oshiruvchi preparatlardan simpatomimetiklar qo'llaniladi, tanlov preparati dopmin va dofamin hisoblanadi.

3. Aylanayotgan qon hajmini kamaytirish maqsadida vena ichiga saluretiklar qo'llaniladi. Osmodiuretiklarni (mannit) qo'llash qat'iyan manqilinadi, chunki ular interstitsial bo'shliqda suyuqlikni tomir bo'shlig'iga tortib chiqarish yo'libilano'pkashishini kuchaytiradi.

4. Gipoksiyani bartaraf qilish va ko'pikniso'ndirish maqsadida 3-5 l/daq. kislorod ko'piko'ndiruvchi suyuqlik (70% etilspirti) orqalib beriladi.

5. Infuzion terapiyaning hajmi minimal bo'lish ikerak (MVB nazorat ostida).

6. Al'veolyaro'pkashish bronxospastik komponent bilan birga kuzatilganda o'taehtiyotkorlik bilan yurak maromiku zati viostida eufillingo'llash mumkin.

7. Hujayra membranasini tkazuvchanligini tug'atish maqsadida glyukokortikosteroidlar (prednizolon kamida 120-180 mg, deksazon 12-16 mg) qo'llaniladi. Gormonlarni qo'llash MVB ni tug'atish va dano'sng maqsadga muvofiq.

8. O'tkazilayotgan terapiyaning samarasizligi, o'pkashishning avj olib borishi va AB ning pasayishi bemorlarga O'SV ga o'tkazishga ko'rsatmabo'ladi. O'SV (REER) nafas chiqarish oxirida musbat bosim rejimida olib boriladi. Bunda al'veolalardagi qarshibosim oshadi, fil'tratsiya qiyinlashadi, buo'znavbatidankichikqonaylanishdoirasidagipillyarlardan transsudatsiya jarayonini kamaytiradivayurakkakeluvchive nozqonni kamaytiradi.

9. Ushbu patologiyanidavolash MVB vasoatlik diurez doimiynazorat ostida olib boriladi. Bundantashkari, KIM va SEM ham nazorat ostida bo'lish ikerak.

O'pkashishi

O'pkashishibu-yurakchapqorinchasifaoliyatining o'tkir etishmovchiligi oqibatida o'pkato'qimasidagidratatsiyaning oshishi va funksionalqobiliyatining pasayishi bilan kechadiga njuda o'g'ir, xavfli sindromdir.

O'pkashish kelib chiqishida asosan 2 xil sabablar bor

1. **Kardial sabablar.** O'tkir chapqorincha etishmovchiligi, gipertonik krizog'ir miokarditlar, aortalvami tralyurak poroklari, yurakritmibuzilishi.

2. **Nokardial sabablar.** Infuzion-transfuzion gipervolemiya, gipopro-teinemiya, anafilaktik shok, jigar va buyrak etishmovchiligi, og'ir pnevmoniya, O'ATE, cho'kish, gazlardan zaharlanish.

Patogenezi. CHapqorincha qisqarishqobiliyatipasa yandao'pkakapillyarlarda qon dimlanishikuzatiladi. Kichikqonaylanishdoirasidagidrostatik bosim ortadi (30 mmsimust. danyuqori). O'pkato'qimasinterstitsialbo'shlig'iga qon nisbiy qismitranssudatsiyasikuzatiladi (interstitsialshish). So'ngsu yuqlik al'veolabo'shlig'igao'tadi (al'veolyarshish). Bubilnparallel holdagazlardiffuziyasibuzilib, simpatoadrenal tizim barotseptorlarifa ollashadi. Gistamin, kinin, serotonin, prostoglandinlarni qidori shibtomirlarga pressorta'sir qiladi. Buo'pkakapillyaro'tkazuvchanligini yanada oshiradi. Gazdiffuziyasibuzilibatsidozholatikelibchiqadi. Qondagigipoksiyaholatimiokardqisqarishkuchini yanada kamaytiradi, natijadapatalogik halqapaydobo'ladi.

Klinikasi. Asosiy kasallik bago'liq holda bemorning nafas olishi qiyinlashuvi (ekspirator hansirash), taxipnoe, yo'tal, nafas chiqargandako'piklibalg'am (oq vapushtirangda) ajraladi, diffuz tsiano z kuzatiladi. O'pkaustidankichik va o'rtakalibrli jarangsiz nam xirillashlar eshitiladi. Pul'stezvayuzakibo'ladi. Bemormajburiyo'tirgan holatda. Nafasaktida qo'shimchamushaklarishtiroketishikuzatiladi. Bemorlanj, adinamik, gohidagipoksikentsefalopatiyatufayliqo'zg'algan holatdabo'ladi.

Keyingi yillarda kardial va nokardial o'pkashishini farqlash uchun o'pka arteriyasidatiqilish bosimi Svans - Ganzakateteriyordamidao'lchanadi. Kardial o'pkashishida o'pka arteriyasidatiqilish bosimi 20 mmsimust. dan baland. Nokardial o'pkashishida bosim 15 mmsimust. dan pastbo'ladi.

O'pkashish hoshi linch holatlarga ruhi gaki ribtez, intensiv varatsional davotalab qiladi.

Umumiy tamoyillar:

- nafasyo'llario'tkazuvchanligini tiklash;
- atsidoz va arterial gipotoniya dan keyin kelib chiqadigan og'ir buzilishlarida traxeya intubatsiyasi va O'SVo'tkazish

;

- Oksigenoterapiya - 100% linamlangan kislorodni naychayokini qoborqalib berish;
- ko'pmiqdordako'pikajralganda O₂ni 96⁰lietilspirtidano'tkazilganigalyatsiyasi.

Medikamentoz intensiv terapiya:

- narkotikalarni getiklar va neyroleptiklar nivena ichiga yuborish. (morfin, droperidol).
- qarshiko'rsatmabo'lmagandadiuretiklar nivena ichiga yuborish.
- glyukokortikoidlar nivena ichiga yuborish.

- vazodilyatatorlarniehtiyotkorlikbilanvenaichigayuborish.
- bronxospazmioldiniolishvaal' veolaventilyatsiyasiniyaxshilash.
- o'pkatommirlaridagidrostatikbosiminipasyatirishmaqsadida: narkotikanal' getiklarvaneyleptiklar: morfin 1% - 1 ml, fentanil 0.005% - 2 ml, promedol 1% - 1 ml, droperidol 0.25% - 2 ml Vazodilyatatorlar: nitroglicerol 0.5 mg sublingval, natriynitroprussid 0,1 mkg/kg/min ABnazoratiostidatomirichigatomchilabyuboriladi.

Ularperiferikommirlarnikengaytirib, yurakkaqonkelishinikamaytiradivayurakzo'riqishiningoldinioladi. Qonbosimipastbo'lgandavazopressorlarbilanbirgagemodinamikko'rsatgichlarnazoratiostidayuboriladi.

Ganglioblokatorlar: pentamin 5% - 1 ml, benzogeksoniy 2% - 1 ml, arfonad 1,5- 3 mg/min.

Ularkattaqonaylanishdoirasidatomirlarnikengaytirib yurakkaqonborishinikamaytiradi.

Arterialvavenozqonbosiminitushiribikkalaqorinchaishini engillashtiradi. ABpastbo'lgandaishlatilmaydi.

Venozqonchiqarish: 300-500 mlmiqdorida. O'tkirmio kardinfarktida, og'irsurunkaliqonaylanishiningbuzilishihollarda qo'llanilmaydi.

Aylanadiganqonhajminikamaytirishva o'pkadegidratatsiyasimaqsadida: diuretiklar: furosemid 40-80 mg, uregit 50 mg, bumetanid 1 mgvenaichiga. Ulardiuretika'siribilantomirlardakolloid-osmotikbosimni oshiribtomirichigasuyuqlikni tortadi. SHubilano'pkadimlanishikamayadi.

Osmodiuretiklar AQHni oshirish sababli ishlatilmaydi.

Miokardqisqarishkuchini oshirishmaqsadida: musbat inotrop ta'sirli preparatlar: dofamin 2-4 mkg/kg/min, dobutamin 5 mkg/kg/min, lopeksamingidroxlorid 1-6 mkg/kg/mintomirichigatomchilabyuboriladi.

Ular a- va b- adrenoretseptorlarni stimullay yurakqisqarishkuchini oshiradi. ABtushgan hollarda uniko'taradi, buyrakda qonaylanishini yaxshilab diuretika'sir qiladi. ABbalandbo'lganda ishlatilmaydi.

- yurakglikozidlari: strofantin 0,05% - 1 mlyokikorglyukon 0.06.% - 1 ml + 10 ml 0,9 % NaCl eritmasidav/igasekinyuboriladi.

Ular yurakqisqarishkuchini oshiribkichikqonaylanishdoirasida qonaylanishini yaxshilaydi.

- Glyukokortikoidlar: prednizolon 8-10 mg/kg, gidrokortizon 100-150 mgvenaichiga. Ular alveoladevorio'tkazuvchanligini mustahkamlaydi, bronxlarni o'tkazuvchanligini yaxshilaydi, antigistamin ta'sir qiladi.

- Bronxospazm vaal' veolaventilyatsiyasini yaxshilash maqsadida: bronxolitiklar: eufillin (teofilin, aminofilin) 2.4%-10-20 mlular bronxlarni kengaytirib havo almashinuvini yaxshilaydi.

Miokardgato'g'ridanto'g'ristimullovchita'sir qiladi.

Tomirdevorimuskullarini bo'shashtirib buyrakda qonaylanishini yaxshilab qisqand diuretika'sir qiladi.

O'SVdan nafaschiqarish xiridamusbat bosim berish usuli:

Al' veoladagi fil'tratsiya qaqarshib bosimni oshirish hisobiga kichikqonaylanishdoirasiga pillarlaridan transsudat nial' veolaga o'tishinikamaytiradi.

SHubilani birganafaschiqarishga qarshilik qilib yurak vavenozqonkelishinikamaytiradivakichikqonaylanishdoirasiga bosim pasayadi, arterio-venozshunt kamayadi.

Arterialgipertenziyada o'pkashishini davolash.

1. SHoshilinch umumiy choralar.
2. Bemorni oyog'ini pastgatushgan holatda yotqizish.
3. Nitroglicerol sublingval yoki venaichiga. O'SHog'irkechgan danitroprussid natriy 30 mg + 300 ml 0,9% NaCl eritmasidatomchilab (6 tomchi/minut/ har 15 minutda 10 tomchi/minutiga oshirish. Bemorahvoliturg'unlashgan holda AB 90 mmsimust. dankambo'lganda ishlatiladi.
4. Ganglioblokatorlar: pentamin 1-2 ml 5% lieritma 20 ml 0,9% NaCl eritmasidavenagafraksion usulda 3-5 ml laralashma 5-10 minut interval bilan ABnazoratiostidayuboriladi.
5. Klofelin 1 ml 0.01% lieritma, droperidol 2-4 ml 0.25% lieritma, diazepam 10 mgvenaichigayuboriladi.

Arterialgipotenziyada o'pkashishini davolash.

1. SHoshilinch umumiy choralar.
2. Boshni yuqoriga qilib yotqizish.
3. Dofamin 200 mg 250 ml 0,9% NaCl eritmada 3 mkg/kg/min. gachapreparat possinaptik dofaminergik retseptorlarni stimullay buyrak tomirlarini kengaytiradivadiurezni yaxshilaydi. Kattadozda 3-10 mkg/kg/minda a- va b- adrenoretseptorlarni qo'zg'atib yurakqisqarishkuchini oshiradi, koronarqonaylanishini yaxshilaydi.
4. ABoshish bilan O'SH kuchaysaqo'shimcharavishdavenaichiganitroglitsiriniyuboriladi.
5. Laziks 40 mgvenaichiga ABstabilizatsiya sidanso'ngyuboriladi.

YUkritmibuzilishida o'pkashishini davolash.

1. Taxiaritmiyada – kardioversiya, medikamentozdavo: ko'pchilik aritmiyaga qarshidori larninggipotenziyavamanfiy inotrop ta'siriga asoslanib kamta vsviya etiladi. Ehtiyotkorlik bilan lidokain 100 mgvenaichiga yoki novokainamid 10% -10 mlieritma 0.2 mlmezaton bilan birgavenaichiga ABva YUQSnazoratiostidayuboriladi.

2. Bradiaritmiyada – elektrokardiostimulyatsiya, medikamentoz: atropin 0.1 % - 1 ml, alupent 0.05 % - 1 mlieritmavenaichigayuboriladi.

O'pkashishini bartaraf qilganligi belgilari.

1. Hansirashning minutiga 22 tagach kamayishi.
2. Ko'piklilalg'amy o'qolishi.
3. Ho'l xirillashlar bo'lmasligi.
4. TSiano zkamayishi.
5. Turg'ungemodinamika.

Bemorningorizontalholatida O'SH retsedi vibo'lmisligi.

Yurak-o'pka va bosh miya reanimatsiyasi

Klinik o'lim -xayot va biologik o'lim o'rtasidagi davr bo'lib, o'limning qaytuvchan bosqichidir. Bu holat yurak urishi va nafas olish to'xtagan va tiriklik alomatlari yo'qolgan paytdan boshlab organizm kechirayotgan va bir necha daqiqa davom etuvchi qaytuvchan funktsional va struktur o'zgarishlar jarayonidir. Klinik o'lim ro'y berishi bilan modda almashinuvi so'nib boradi, xujayralar destruktiviyasi boshlanadi. Ammo 5-6 min davom etuvchi bosh miya po'stlog'idagi o'zgarishlar ham qaytuvchan xususiyatga ega bo'lganligi tufayli ham organizmni to'la-to'kis tiriltirish imkoniyati mavjuddir. Inson organizmi uchun klinik o'lim muddati 3-5 min.dan oshmaydi. Gipotermik sharoitda, masalan, tana harorati 10-8°C bo'lganda, klinik o'lim muddati 2 soatgacha etishi mumkin. Klinik o'lim izidan vujudga keluvchi biologik o'lim organizmdagi tiklanmas siljishlar jarayonidan iborat bo'ladi va shu sababli organizmni bir butun holda tiriltirish imkoniyati qo'ldan chikarilgan bo'ladi. O'lish jarayoni ketma-ket keluvchi bosqichlar- klinik, ijtimoiy va biologik o'lim davrlariga ajratiladi:

I. organizm faoliyatining so'nib borishi davri. Bu davrda kimyoviy, fizik va Elektrik jarayonlarning chuqur izdan chiqish oqibatida funktsiyalar namoyon bo'la olmaydi. Bu funktsional faoliyatsizlik davri bo'lib, klinik o'lim holatiga o'tadi va miyada qaytmas siljishlar vujudga kelguncha davom etadi.

II. oraliq yoki ijtimoiy o'lim davri. Bu davrda bosh miya po'stlog'i faoliyati tamoman yo'qoladi, ammo boshqa organ to'qimalaridagi siljishlar qaytuvchan bo'ladi.

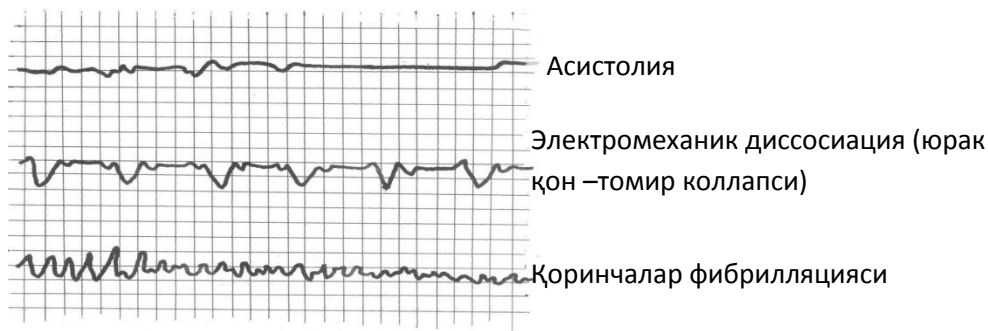
III. biologik o'lim davri barcha to'qimalardagi tiklanmas funktsional va struktur siljishlardan iborat bo'ladi.

Qon aylanishining to'xtashi 3 ko'rinishga ajratiladi:

1. Asistoliya -miokardning qo'zg'aluvchanlik va qisqaruvchanlik xususiyatlari saqlanganligi zaminida bo'lmalararo qo'zg'aluvchanlik o'tkazilishining buzilishi tufayli yurak qisqarishining butunlay yo'qolishidir.

2. Qorinchalar fibrillyastiyasi va hilpillashi miokard qisqarishining diskoordinatsiyasi bo'lib, qorinchalar yoki bo'lmalar o'tkazish sistemasidagi qo'zg'aluvchanlikning buzilishi oqibatidir.

3. Miokard atoniyasi -miokardning qo'zg'aluvchanlik va qisqaruvchanlik qobiliyati va tonusining butunlay yo'qolishidir. Atoniya zaminida miokardning bioElektrik aktivligi saqlangan bo'ladi va bu holat Elektromexanik dissostiasiya ko'rinishida qayd etiladi.



Rasm. Yurak to'xtashining turlarining Elektrokardiografik ko'rinishi

Qon aylanishi faoliyatining to'xtashi intrakardial va Ekstrakardial sabablarga ko'ra ro'y beradi. Intrakardial sabablarga koronarogen, aritmogen va yurakni shikastlantiruvchi omillar kiradi. Qon aylanishi to'xtashining Ekstrakardial sabablariga gipoksiya, giperkapniya, gipovolemiya, ionlar muvozanatining siljishi, Elektr oqimidan shikastlanish, vagus reflekslari, farmakologik ta'sir, ruxiy-Emostional holat, gipotermiya, kattik jarohatlanishlar kiradi. Bemor ahvolining keskin yomonlashuvi, quyidagi alomatlarining paydo bo'lishi qon aylanishining to'xtaganligidan dalolat beradi:

- bemor hushidan ketishi (yurak to'xtagandan 5 sekunddan keyin)
- bemor rang-ro'yining o'zgarishi, asosan stianoz paydo bo'lishi;
- qisqa muddatli tutqanoq tutishi va uning ketidan barcha reflekslarning so'nishi;



Rasm. Qon aylanishi to'xtaganda klinik o'lim belgilarining ketma-ketligi

- magistral arteriyalar (uyqu va son) urishining yo'qolishi;
- ko'z qorachig'ining kengaya borishi va 30-60 sek o'tgach maksimal kengayib ketishi;
- nafas olish xususiyatlarining o'zgarishi va 30-40 sek o'tgach apnoe ro'y berishi;
- Elektrokardiografiya kuzatuvida izo chiziq, fibrillyastiya yoki o'tkazuvchi sistema blokadasini zaminida aritmiya paydo bo'ladi.

Klinik o'lim diagnostikasi mezoni uyqu arteriyasida tomir urishining bo'lmasligi hisoblanadi. ABni o'lchash, yurak tonlarini Eshitish tavsiya etilmaydi.

YUrak-o'pka va bosh miya reanimatsiyasining bosqich va tadbirlari

YUrak-o'pka va bosh miya reanimatsiyasi uch bosqichli tadbirlar guruhidan iborat bo'lib, har qaysi bosqichda aniq maqsadni ko'zlagan tadbirlar amalga oshiriladi va bular shartli ravishda bosh xarflar bilan belgilanadi.

I. Hayotiy muxim faoliyatlarni sun'iy ta'minlab turish bosqichi. Bu qon aylanish va gaz almashinuvini saqlab turishga qaratilgan bo'lib, quyidagilardan iborat:

A- nafas yo'llari o'tkazuvchanligini tiklash (P. Safar usuli bilan.)

B - o'pka sun'iy ventilyatsiyasini o'tkazish

V -yurakni yopiq uqalash vositasida sun'iy qon aylanishini tiklash

II. Qon aylanishi mustaqilligini tiklash bosqichi, bu bosqich quyidagilardan iborat:

G-dori vositalari va infuzion suyuqliklardan foydalanish;

D-Elektrokardiografiya va monitoring o'tkazish;

E-Elektrik defibrillyastiya qo'llash;

III. Bosh miya reanimatsiyasi va postreanimastion davr intensiv terapiyasi bosqichi miya va boshqa organlar faoliyatini saqlash, tiklash va ularni saqlab turishga qaratilgan quyidagi tadbirlardan tashkil topadi:

J- yurakning to'xtashiga olib kelgan sababni aniqlash va uni bartaraf etish

Z- miyani ishemik jarohatlanishdan saqlash va uning faoliyatini tiklash;

I- postreanimastion patologiyada intensiv davolash o'tkazish.

BIRINCHI BOSQICH TADBIRLARI

A- nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini tiklash.

Buning uchun quyidagi tadbirlar qo'llaniladi:

- bemorni chalqancha yotqizish;

-bemor jag'ini oldinga va yuqoriga surgan, boshini esa orqaga tashlagan holda ushlab turish (P. Safarning uchlik usuli).

Rasm. Nafas yo'llari o'tkazuvchanligini P. Safarning uchlik usuli orqali ta'minlash. a – boshni orqaga tashlash. b – pastki jag'ni ko'tarish va og'zni ochish.

-chuqur nafas olib bemorning og'zi yoki burni orqali uning o'pkasiga havo puflab ko'rish;

-bemorning og'zi, burni va halqumini tozalab tashlash;

-orofaringeal nafas nayi o'rnatish;

-traxeyani intubatsiya qilish, traxeya va bronxlarni so'rgich vositasida tozalash yoki krioreotomiyani bajarish;

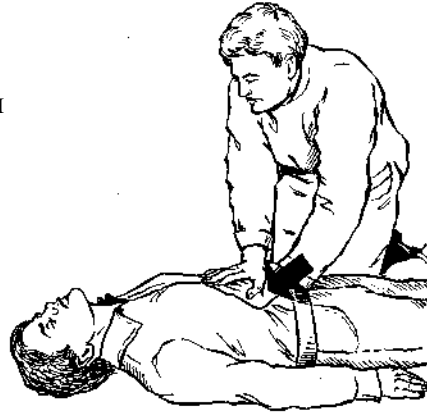
-bronxospazmni bartaraf qilish;

B-o'pka sun'iy ventilyatsiyasini o'tkazish.

Sun'iy nafas oldirishning Ekspirator ko'rinishlari, «og'izdan-og'izga» va «og'izdan-burunga», T- va S-simon xavo o'tkazuvchi naylar vositasida o'pkaga havo puflash bilan amalga oshiriladi. Sun'iy ventilyatsiya o'tqazish uchun maxsus respiratorlardan ham foydalaniladi. Jumladan, qo'l vositasida harakatga keltiruvchi «kopchiq». Umumiy amaliyot shifokori dasturi bo'yicha bemor traxeyasi intubatsiya qilinib, respirator yordamida

nafas beriladi. Sun'iy ventilyastiya to'g'ri bajarilayotgan bo'lsa, bemorning ko'krak qafasi ritmik tarzda ko'tarilib va pasayib, burni va og'zidan nafas chiqib turadi. Ayrim hollarda nafas o'tmay qolishi tomoqda yot jism borligidan darak beradi. Bu holatda Geymlix usuli qo'llaniladi.

Расм. Геймлих усули қорин юқори
қисми диафрагмага томон тез босилиш
билан амалга оширилади.



V- yurakning yopiq uqalashini qilib sun'iy qon aylantirish uchun bemor qattiq o'ringa yotqizilishi lozim. To'sh suyagining pastki va o'rta uchdan bir qismi chegarasiga, xanjarsimon o'simtadan ikki Enlik yuqoriga qo'lning kaft yuzasi qo'yiladi, ikkinchi kaft Esa uning ustiga qo'yiladi. Ko'krak qafasi umurtqa pog'onasi tomonga 4—5 sm ga bosiladi va shu holatda yarim sekundgacha ushlab turiladi. Qo'lni ko'krak qafasidan uzmaganda bosish kuchi kamaytirilsa, ko'krak qafasi o'z holatiga qaytadi. YUrak uqalashi samarali bo'lishi uchun ko'krak qafasiga 20-50 kg kuch bilan niqtab bosish lozim. YUrakni uqalash minutiga 60-80 marta qilinishi shart. Ayrim mutaxassislar minutiga 100 martadan ortiq yoki 40 martagacha uqalash o'tkazish zarur deb hisoblaydilar. Qutqaruvchi yolg'iz bo'lganida ventilyastiya va uqalash 2:15 yoki 2:30 nisbatida bajariladi, ya'ni 2 marta nafas oldirilgach, 15-30 marta uqalash qilinadi. Qutqaruvchi ikkita bo'lsa, ventilyastiya va uqalash 1:5 nisbatida o'tkaziladi. YOpiq yurak uqalashi quyidagi holatlarda samarali deb baholanadi:

- uyqu va son arteriyalarida har bir uqalashga javoban pul'sastiya aniqlansa;
 - kardiomonitorida bo'lma-qorincha biopotenstial kompleksi paydo bo'lib tursa;
 - elka arteriyasida 60—80 mm simob ustuniga teng arterial qon bosimi paydo bo'lsa;
 - stianoz tarqalib, ko'z qorachig'i torayib, ko'z soqqasining harakati paydo bo'lib borsa;
- YUrakni ochiq uqalash quyidagi hollarda qo'llaniladi:
- ko'krak qafasi organlaridagi amaliyotlar zaminida yurak faoliyati to'xtasa;
 - o'pka shikastlangan va ko'krak qafasi bo'shlig'iga qon ketish zaminida yurak urishi to'xtasa;
 - yurak tamponadasiga gumon bo'lganda;
 - klapanli pnevmotoraks bor bo'lganda;
 - o'pka arteriyasi tromboEmboliyasi ro'y berganda;
 - gipotermiya holatidagi bemorlarda defibrillyastiya samara bermasa va yurakni bevosita isitish zarur

bo'lsa;

- 10-15 min o'tkazilgan yopiq uqalash natija bermasa;
- ochiq uqalash yopiqqa nisbatan samarali hisoblanadi.

YUrakning bevosita uqalashini bajarish uchun IV qovurg'alar oralig'idan torakotomiya qilinadi. Bosh barmoq yurakning oldingi, qolgan to'rtta barmoq Esa yurakning orqa yuzasiga qo'yilgan holda uqalash bajariladi. YUrak katta bo'lsa uqalash ikkala qo'lning kafti bilan o'tkaziladi. Qorinchalar fibrillyastiyasi paytida perikard kesilib uqalash qilinadi. Mayda to'lqinli fibrillyastiya va asistoliya paytida uqalashni boshlashdan oldin tomir ichiga 1 ml adrenalin Eritmasi yuborilishi lozim. Yirik to'lqinli fibrillyastiya va miokard tonusi vujudga kelgach defibrillyastiya o'tqaziladi.

Ikkinchi bosqich tadbirlari

G-dori vositalari va infuzion suyuqliklardan foydalanish quyidagi maqsadlarni qo'zda tutadi:

I. YUrak mushaklari metabolizmiga ta'sir qilish. Buning uchun miokard o'tkazuvchanligi va qo'zg'aluvchanligini kuchaytiruvchi yoki miokard qo'zg'aluvchanligini defibrillyastiya uchun pasaytiruvchi dorilar qo'llaniladi.

II. Qon tomirlar tonusini tiklash.

III. Reanimastiya paytida dorilar magistral (o'mrov osti venasi) venaga yoki traxeyaga in'ekstiya qilinishi yoki al'veolalar orqali yuborilishi mumkin.

Xozirgi vaqtda chap qorincha ichiga in'ekstiya qilish ta'qiqlanadi (toj tomirlar jarohati Ehtimoli yuqori bo'lganligi uchun). Bundan tashqari reanimastiya vaqtida glyukoza, kal'stiy xlorid, bikarbonat natriy qo'llash ham mumkin Emas.

Adrenalin 1.5-2ml miqdorda venaga yoki traxeyaga yuboriladi. Atropin ham 0,1% -1 ml t/i yoki traxeyaga yuboriladi. Buning uchun 2 ml adrealin 10ml 0,9 % Na Cl Eritmasi bilan aralashtirilib qilinadi. Samara bo'lmasa 3-5 min.da qayta yuboriladi.

Noradrenalin miokard atoniyasi, digitalis va xinidindan zaharlanganda, giperkaliemiya yaxshi natija beradi. Bu preparat venaga 0,1—0,2 ml miqdorda, gohida Esa 5% li glyukozaning 250 ml Eritmasiga 1-2 ml qo'shilgan holda minutiga 20 tomchidan tomiziladi. Miokard atoniyasi va giperkaliemiya 10% li kal'stiy xlorid

Eritmasidan 5—10 ml tomir ichiga yuboriladi. Miokardning qo'zg'aluvchanligi oshib ketgan va fibrillyastiyada lidokain, novokain, novokainamid, inderal va shu kabi preparatlar ishlatiladi.

-Elektrokardiografiya va monitoring o'tkazish orqali yurakning sust ko'rinishi va yurak urishining tiklanishi, dori-darmon terapiyasi sifati va miqdori aniqlanadi.

E - Elektrik defibrillyastiya qorinchalar fibrillyastiyasi va paroksizmal taxikardiya qo'llaniladi. Defibrillyastiya o'tkazish uchun chap kurak ostiga birinchi Elektrod o'rnatiladi. Dastali Elektrod ko'krak qafasining yurak sathiga qo'yiladi va qattiq bosib turilgan holda Elektr impul'si uzatiladi. Defibrillyatorning ikkala Elektrodi ham bir xil izolyator dastali bo'lsa, ularning biri to'sh suyagining yuqori qismiga, ikkinchisi Esa yurakning cho'qqisiga qo'yilgan holda Elektr impul'si beriladi.

Defibrillyastiya bajarish paytida bemorning badaniga, bemor yotgan jarrohlik stoli yoki karavotiga tegib turmasligi, asbob va jihozlar erga ulangan va Elektr o'lchov va qayd kilish jihozlari Esa o'chirilgan bo'lishi lozim. Defibrillyastiya yirik to'lqinli fibrillyastiya zaminida bajarilishi shart. Mayda to'ltinli fibrillyastiya adrenalin, lidokain, kal'stiy xlorid, natriy gidrokarbonati va massaj vositalarida yirik to'lqinli fibrillyastiya aylantiriladi. Kattalarga 4-7 kv Elektr oqimi, katta yoshdagi bolalarga 4 kv Elektr oqimi va kichik yoshdagi bolalarga Esa 3 kv Elektr oqimidan defibrillyastiya qilinadi. Defibrillyastiyadan so'ng uyqu arteriyalarida mustaqil pul'sastiya paydo bo'lguncha yurak uqalashi davom Ettiriladi va tezroq bemor yaqin shifoxonaga yoki reanimastiya bo'limiga transportirovka qilinishi kerak.

Uchinchi bosqich tadbirlari

J-yurak urishining to'xtash sababini aniqlash va uni chetlashtirish. YUqorida keltirilgan tadbirlarni qo'llash davom Ettirilgan holda anamnestik, klinik, laborator va boshqa tashxis usullaridan foydalanib qon aylanishining to'xtash sababini aniqlash va Etiologik davolash o'tkazish talab qilinadi.

3-miyani ishemik jarohatlanishdan saqlash va uning faoliyatini tiklash. Bu yo'nalishda miyaning qon aylanishi ko'rsatkichlarini va sterebrospinal bosimni normallashtirish, metabolik siljishlarni izga solish, antioksidant dorilar yuborish, kraniosterebral gipotermiya va detoksikastion usullar va davomli o'pka ventilyastiyasi qo'llaniladi.

I - postreanimastion davrda intensiv davolash. Postreanimastion kasallikni chetlashtirishga qaratilgan tadbirlardan iborat. Postreanimastion kasallik-postishemik funkstional va struktur buzilishlar oqibatida kelib chiquvchi poliorgan etishmovchiligidir. Postreanimastion kasallik asosida nevrologik va psixik funkstiyalarning buzilishi, qon aylanishining nosozligi, o'pkaning gaz almashtirish va boshqa funkstiyalarining izdan chiqishi, gepato- va nefropatiya, bakteriemiya va autointoksikastiya, Endokrin boshqarilish va metabolizmning buzilishi kabi og'ir sindromlar yotadi.

Postreanimastion kasallikni intensiv davolash to'qimalar perfuziyasining adekvatligini tiklash, organizmning Energetik talablarini qondirish, metabolik siljishlarni izga solish, yiringli-septik asoratlarga qarshi kurashish va detoksikastiya o'tkazishdan iborat bo'ladi.

Jadval 7

YUrak - o'pka reanimastiyasining yoshga qarab belgilangan hajmi.

Yoshi	Nafas berish soni 1 minutda	YUrak soxasiga qo'l bilan bosishlar soni 1 minutda
Chaqaloqlar	40 marta	140 marta
6 oylik	40-35 marta	130-135 marta
1yosh	35-30 marta	120-125 marta
2yosh	35-30 marta	110-115 marta
Zyosh	30-25 marta	105-110 marta
4yosh	25 marta	100-105 marta
5yosh	25marta	100 marta
Byosh	22-20 marta	90-95 marta
7yosh	22-20 marta	85-90 marta
8-9 yosh	22-20 marta	80-85 marta
10-12 shyo	22-20 marta	80 marta
13-15 yosh	20-18 marta	75 marta
Kattalar	12-15 marta	60 marta

Defibrillyastiya

efibrillyastiya-yurak ish faoliyatini tiklash maqsadida, qorinchalar fibrillyastiyasini-miokard alohida mushaklari guruhining tartibsiz qisqarishlarini to'xtatish usuli hisoblanadi.

Defibrillyastiyaning 2 usuli bor: ximik va Elektrik. Ximiyaviy usulda tomir ichiga konstantrlangan kaliy xlorid (7,5%) Ertimasi (20 ml) yurakni uqalash davom ettirilgan holda yuboriladi. YUrakdagi operastiyalar paytida chap qorinchaga kaliy xlorid yuborish mumkin. So'ng Esa yurak uqalash ta'sirida kaliy tuzlari yurakdan chiqib ketishi va kal'stiy preparatlari yuborilishi okibatida yurak faoliyati tiklanadi.

Elektrik defibrillyastiyada yurak qo'zg'aluvchanligiga foydali vaqt davomiyligi yaqin bo'lgan kuchli va qisqa muddatli Elektr toki yuborilishi natijasida qo'zg'aluvchanlik jarayonining sinxronlanishiga Erishiladi. YUrak qisqarishlarning tiklanishi miokarddagi Energetik resurslarga bog'liq.

Qorinchalar fibrillyastiyasi Elektr toki bilan jarohatlanganda, suvga cho'kkanda, shuningdek miokardit, Endokardit kasalliklarida yuzaga keladi.

EKGda chastotasi 1 minutda 400-500ta, baland amplitudali, sinusoidga o'xshash formada namoyon bo'lsa va ritmi to'g'ri bo'lsa (I-darajali fibrillyastiya) defibrillyastiya samarali hisoblanadi. Agar amplitudasi kichik, aritmik, polimorf ko'rinishda bo'lsa (IV-V darajali fibrillyastiya) defibrillyastiya foyda bermasligi mumkin.

Hozirgi vaqtda impul'sli defibrillyatorlar qo'llaniladi. SHkalalarga bo'lingan, Joul' yoki kilovol'tlarda ifodalanadi.

Qorinchalar defibrillyastiyasi uslubi. Qorinchalar defibrillyastiyasi transtorakal va bevosita usullarda bajariladi.

-Defibrillyastiya birinchi urinishda taxminan etarli bo'lgan Eng kichik kuchlanishda bajariladi. Samara bo'lmaganda kuchlanishni 0,5-1 kVga oshirib takroriy defibrillyastiya o'tkaziladi. Bo'sag'a kuchiga teng bo'lgan qaytmas asistoliyaga, to'liq AV blokadaga olib kelishi mumkin. Asteniklarga 3000-4000V, normosteniklarga 3500-4500V, gipersteniklarga 4500-5000 V kuchlanish yuborish mumkin.

-ko'krak qafasi terisi qarshiligini qamaytirish maqsadida defibrillyator Elektrodleri quyiladigan joylarga maxsus pasta yoki Elektrod Eritmasi (Elektrodlarni ho'llash, bir necha qavatli dokaga o'rash) dan foydalanish mumkin.

-Defibrillyator Elektrodlerini bemor tanasiga maksimal kuchda (10kg) bosish kerak, chunki Elektrod va terining kontakt yuzasi kam bo'lsa qarshilik oshadi va tok kuchi kamayadi. Elektrodleri joylashtirishning 2 usuli farqlanadi:

1. Ikkala Elektrod ham ko'krak qafasining oldingi devori yuzasida: birinchisining markazi-to'sh suyagi o'ng tomonida ikkinchi qovurg'a oralig'i, ikkinchisining markazi -yurak cho'qqisi sohasida.

2. Birinchi Elektrod bemor chap kuragi ostida joylashadi va bemorni og'irligi bilan bosiladi, ikkinchisi-oldingi tomonda yurak sohasida, ko'krak qafasi chap tomonida qo'yiladi.

Qorinchalar defibrillyastiyasi samarali bo'lishida quyidagi vrach taktikasi muhim hisoblanadi.

- agar bemor doimiy monitor nazoratida bo'lsa va qorinchalar fibrillyastiyasi vaqtida tajribali mutaxassis (vrach yoki hamshira) bemor to'shagi yonida bo'lsa, yurakni tashqi uqalamasdan turib defibrillyatorni bir-ikki razryadi uzatilishi mumkin (fibrillyastiyaning birinchi 30-40 sek):

-agar bemor monitor nazoratida bo'lmasa reanimastiya yurakni vositali uqalash va sun'iy nafas berishdan boshlanadi. YUrakni uqalash davom ettirilayotgan paytda fibrillyastiyani bartaraf Etish uchun kerakli barcha sharoit tayyorlanadi. SHundan so'ng uqalash to'xtatiladi va o'sha zahoti defibrillyator razryadi uzatiladi. Fibrillyastiya saqlanganda uqalash davom ettiriladi va takroriy defibrillyastiyaga tayyorgarlik ko'riladi. Agar asistoliya yuzaga kelsa, yurakni uqalash va Elektrostimulyastiyaga ko'rsatma bo'ladi:

-YUrak faoliyati tiklangandan keyin ma'lum vaqt davomida (bir necha sutka davomida) doimiy EKG nazorati o'tkaziladi. CHunki fibrillyastiya qaytalanishi yoki turli aritmiyalarda paydo bo'lishi mumkin. Ko'p marta qorinchalar defibrillyastiyasi o'tkazilgan va yaxshi natija olingan bemorlar to'g'risida ma'lumotlar bor.

Torakal operastiyalar yoki yurakni bevosita uqalash paytida qorinchalar fibrillyastiyasini bartaraf Etish uchun defibrillyator Elektrodleridan biri bevosita yurakka qo'yiladi.

Elektr toki ko'krak qafasi oldingi devori, o'pka, perikard qarshiligini engishiga to'g'ri kelmaydi, shuning uchun bu paytda tashqi defibrillyastiyaga nisbatan kichikroq kuchlanish berish kifoya. Bu odatda 1500-1750 Vni tashkil qiladi.

Defibrillyastiya vaqtida ko'p uchraydigan kamchiliklar.

-YUrakni uqalashda uzoq muddatli tanaffuslar yoki defibrillyastiyaga tayyorgarlik paytida reanimastion chora-tadbirlarning bajarilmasligi;

-Elektrodlarni yaxshi bosmaslik yoki yaxshi namlamaslik;

-III-V darajali fibrillyastiyada miokard Energetik resurslarni oshirmasdan turib razryad uzatish;

-o'ta kichik yoki o'ta yuqori kuchlanishdagi razryad yuborish

Adabiyotlar

1. Bunyatyan A.A. Anesteziologiya i reanimatologiya. 1985.
2. Butrov A.V. Ekstrennaya anesteziologiya. L. Med. 1990.
3. Darbinyan T.M. Rukovodstvo po klinicheskoy reanimatologii. 1973.
4. Dj. Edvard Morgan. Klinicheskaya anesteziologiya. Per. s angl. T.1. 1998.
5. Dj. Edvard Morgan. Klinicheskaya anesteziologiya. Per. s angl. T.2. 2000.
6. Dolina E.A. Anesteziologiya i reanimatologiya. M. Med. 1996.
7. Eshonov O.SH. Anesteziologiya, reanimatologiya va intensiv terapiya. Toshkent, 2008.

2-mavzu: O'tkir nafas etishmovchiligi bilan bemorlarda Reanimatsiya va intensiv terapiya. 2 soat.

1. 1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -2 soat	Talabalar soni : 18-22 ta
Mashg'ulot shakli	Kirish-axborotli Ma'ruza.
Mashg'ulotning rejasi:	1. O'tkirnafas etishmovchiligitog'risidatushuncha 2. O'tkirnafas etishmovchiliklinikasi, diagnostikasi. 3 O'tkir nafas etishmovchiligi bilan bemorlarda Reanimatsiya va intensiv terapiya tadbirlari.
O'quv mashg'ulotning maqsadi: O'tkirnafas etishmovchiligibilanbemorlardaReanimatsiyavaintensiv terapiya.	
Ta'lim berish usullari	Ko'rgazmali, Ma'ruza, suhbat
Ta'lim berish shakllari	Jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	Ma'ruza matni, proektor, kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat:savol-javob.

1.2.O'tkir nafas etishmovchiligi bilan bemorlarda Reanimatsiya va intensiv terapiya. 2 soat.

MA'RUZA mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatining mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi (5daqiq)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Qon aylanishi to'xtagan bemorlarda yurak, o'pka, bosh miya reanimatsiyasi. Klinik o'lim. Klinik o'lim belgilari, diagnostikasi. YUrak to'xtash turlari. O'pka yurak reanimatsiyasini shifoxonagacha va shifoxonada o'tkazish.MA'RUZA si uchun taqdimot multimedia tayyorlash. 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini taqdim etish	Tinglaydilar Tinglaydilar
1. Mavzuga kirish (15 daqiqa)	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi. 2. Mavzu bo'yicha savollar beradi (reja). 1. Nafas yo'llarini o'tkazuvchanligini ta'minlash, sun'iy qon aylanish va nafas berishni ta'minlashni tushuntiring 2. Ushbu kasalliklar klinikasi haqida ma'lumot bering	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
2 – asosiy bosqich (55 daqiqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi, 5 ta multimedia namoyish qilish. 2. Ko'rgazmali platlardan foydalaniladi.	Tinglaydilar Ko'radi Tinglaydilar
3-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Qon aylanishi to'xtagan bemorlarda yurak, o'pka, bosh miya reanimatsiyasi. Klinik o'lim. Klinik o'lim belgilari, diagnostikasi haqida ma'lumotlarni mujassamlashtiradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
4-Mustaqil ta'lim uchun topshiriqlar 5 daqiqa	Mustaqil ish beradi: O'pka yurak reanimatsiyasini shifoxonagacha va shifoxonada o'tkazish. Nafas yo'llarini o'tkazuvchanligini ta'minlash, sun'iy qon aylanish va nafas berishni ta'minlash	Tinglaydi Yozib oladi

O'tkir nafas etishmovchiligi

(O'NE)polietiologikpatologiksindrombo'libbundanafastizimidagazlaralmashinuvimeyoridakechmaydi.

BuningnatijasidagipoksiyayokigiperkapniyaqondaO₂pasayishivaSO₂miqdoriningoshishikuzatiladi. **YA'ni, O'NE – buo'pkaningvenozqonniarterialqongaaylantiribberishqobiliyatiningbuzilishidebta'riflasabo'ladi.**

O'NE kelibchiqishida 3 taguruhpatologiyaasosiy o'rintutadi.

1. Nafasyo'llariobstruksiyasi.
2. O'pkaventilyatsiyasiningbuzilishi.
3. Ventilyatsiondiffuziyaningbuzilishi.

Og'irligibo'yicha 3 tabosqichkuzatiladi.

1-bosqich – hansirash, taxikardiayajismoneyzo'riqishnatijasida.

2-bosqich – zo'riqishdaxikardiyaatinchholatdayokijismoneyzo'riqishdabirdankuchayishi. Lablarningko'karishiqismanakrotsianozburunqanotlariningshishishi, qovurg'alarorasiningkengayishi.

3-bosqich – hansirashkuchaygan (1-min-da 60 tagachatinchholatda) nafasCHeyn-Stoks, Kussmaul, Biotatipiderivashilliqqavatlariko'karishi, nafasolishidanafasuskullariishtirotetadi. Bemorlarlanjadinamikyokiog'zalganbo'ladi. Gipoksikentsefalopatiyakuzatilishimumkin

(hushningyo'qolishitutqanoqlar).

O'tkirnafas etishmovchiligigaolibkeladigansabablar:

Boshmiyabilanbog'liqmarkaziysabablar. Miyadaqonaylanishiningbuzilishi, bul'barpoliomielit, markaziytipdagial'veolyargipoventilyatsiya, operatsiyadankeyinginarokozdepressiyasi, dorimoddalarinitoksikta'siri, boshmiyajarohatlari, miyashishi.

1. Orqamiyabilanbog'liqbo'lgansabablar: Giena - Barre Landre sindromi, orqamiyajarohatlari, poliomielit, yontomonlamaamiotrofiksleroz.

2. Asab-mushaktizimibilanbog'liqsabablar: miasteniya, qoqshol, botulizm, periferiknevrit, tarqoqskleroz.

3. Ko'krakqafasivaplevrabilanbog'liqsabablar: qovurg'alararomushaklardistrofiyasi, yog'bosish, kifoskolioz, ko'krakqafasijarohati.

4. Nafasyo'llarivaal'veolalarbilanbog'liqsabablar: hushsizholatdagiobstruktivapnoe, tovushboylamlarifalaji, bronxialastma, bronxoobstruktivsyndrom, massivpnevmoniya, respiratordistresssyndrom.

O'tkirnafas etishmovchiligi klassifikatsiyasi

Nafas etishmovchiliginingtasnifiuningsababikabiko'pdir. Nafas etishmovchiligiuningetiologikfaktorlariga, patogenetikk mexanizmlariga, og'irlikdarajasiga, klinikko'rinishlarigavadolashjarayonigaqarabtasnifgabo'linadi.

O'NE etiologikklassifikatsiyasi

1. O'pkaningbirlamchijarohatlanishibilan
2. O'pkaningikkilamchijarhatlanishi
3. O'pkagabog'liqbo'lmagan

O'NE patogenetikklassifikatsiyasi

Nafas etishmovchiliginingpatogeneziyo'yicha 2 taasosiyguruhgabo'linishimumkin.

1-guruh. Aynanboshqamexanizmlarzararlanishinatijasida

- nafasmarkaziyboshqarilishinibuzilishi
- mushaklarjarohatlanishi
- qontizimikasalliklari
- qonaylanishtizimibuzilishi

2-guruh. O'pkamexanizmlarizararlanishinatijasida

- markaziyvaperiferiknafasyo'llariningobstruktiviyasi
- o'pkakapillyarlariningzararlanishi
- o'pkato'qimasiningkamayishi
- al'veolalarrestriktiviyasi

O'NE klinikklassifikatsiyasi

1. Klinikbelgilarningyuzagachiqishigaqarab:
 - a) o'tkirnafas etishmovchiligi – qisqamuddatlardabirnechaminutyokisoatdayuzagachiqadi.
 - b) surunkalinafas etishmovchiligi birnechaoylyillardavometadi.

Nafas etishmovchiligi o'tkirshaklisurunkaligao'tishimumkinvaaksinchasurunkalishaklio'tkirlanishimumkin.

1. Nafas etishmovchiliginingog'irlikdarajasigaqarab:
 - a) KompensatsiyalashganO'NE;
 - b) DekompensatsiyalashganO'NE;
 - b) YAshirinO'NE;

YUrakkon-tomirtizimibilanbog'liqsabablar

- o'pkaningkadiogenshishuvi
- o'pkaarteriyasiningemboliyasi

Boshqaturlisabablar

- YOg'emboliyalari
- Ilonchaqishi
- Strangulyatsion –bo'g'ilishhisobiga

O'tkirnafas etishmovchiliginingklinikbelgilari

Bemornitekshirishdahayotiyfunksiyalarnibaholashdanboshlashkerak: nafas, qonaylanishivaes-hushi.

Bemornitashqiko'rinishidauningqandayholatdaekanligi, nafasolishdarajasi, ko'krakqafasiningnafasfaoliyatidaikkitomonninghambir xilqatnashishini, terirangivashilliqqavatlarranginidiqqatbilanko'zdankechirishzarur. Fizikaltekshirishlardannafasolishsoni, pul's, arterialqonbosimini, RSO_2 va RO_2 miqdorinio'lchashzarur.

O'tkirnafas etishmovchiliginidavolashtamoyillari:

1. Nafasyo'llario'tkazuvchanliginitiklash.
2. Bemorniintubatsiyaqilish.
3. O'pkasun'iyventilyatsiyasi (O'SV).
4. Oksigenoterapiya.

jadval

O'tkirnafas etishmovchiliginingklinikmezonlari

Mezonlar	Me'yoriyko'rsatkich	Traxeyaniintubatsiyaqilishgako'rsatma
Nafasolishsoni	1 min. da 12 – 20 ta	1 min.da 35 danko'p
O'pkaningtirikliksig'imi	65 – 75 ml/kg	15 ml/kgdankam
Funktsionalventilyatsiyahajmi	50 –60 ml/kg	10 ml/kgdankam

CHuqurnafasolish	75 – 100 smsuvust.	10 smsuvust. dankam
Kislorodningpartialbosimi	85- 100mm.sim.ust. (atrofdagihavodannafasolganda)	70mm.sim.ust. vaundankam (qo'shimchaO ₂ lihavodannafasolganda)
A-aDO ₂ (100% likislorodbilannafasolganda 10 min.dankeyin). (A-aDO ₂ – kislorodningal'veolyar- arterialfarqi).	25 – 65 mmsimust.	450 mmsimust. danko'p
Vd /Vt	0,25 – 0,40	0,6 danko'p
SO ₂ partialbosimi	35 – 45 mmsimust.	55 mmsimust.danko'p

SHoshilinchyordamtamoyillari:

1. Nafaso'tkazuvchanliginitiklash, traxeyaintubatsiyasi, O'SV.
2. Aero, oksigenoterapiya – 100% kislorodberish.
3. Gemodinamikani, mikrotsirkulyatsiyani, to'qimalardaO₂o'tkazuvchanliginiyaxshilash.
4. To'qimanafasfunksiyasinitiklash.
5. Asfiksiyabosqichida - reanimatsiyachoratadbirlarinio'tkazishikerak.
6. Bemorzudlikbilanreanimatsiyabo'limidayotqizilishikerak, o'tkirnafas
etishmovchiliginisababidanqat'iyazar.

O'pkasun'iyventilyatsiyasi

O'pkasun'iyventilyatsiyasi–

bemornafasolishikamaygandayokiumumannafasolmagandao'pkadagazalmashinuvinitiklashgaqaratilgandavolashusul idir.

AnesteziologiyavareanimatologiyaamaliyotidapuflasshasosidaO'SVo'tkazishasosiyoringallaydivabuikkiyo'nalishda olibborilishimumkin.

1) apparatsiz: og'izdan - og'izgayokiog'izdan - burunga

2) apparatlaryordamida(qo'lbilanyokiavtomatik)

HozirgivaqtdaO'SVo'tkazishuchunko'plabapparatlartaklifetilganbo'lib, ularni xarakteristikasi bemoryoshi, o'pkasiningholati, operatsiyahajmivadavomiyiligaqarabboshqarishusulivaparametrlariniindividualtanlashimkoniyatiniberadi.

O'SVasosiyparametrlariventilyatsiyaningminutlikhajmi (VMH), nafashajmi (NH) vanafaschastotasi (NCH) hisoblanadi**VMH=NH+NCH**. BugungikundaVMHnihisoblashuchunamaliyotdatanolinganT.M.Darbinyan (1976) formulasiqo'llaniladi.

VMH, l/min = tanamassasi, kg+1/10.

FormulagaasosanVMHhisoblangandaNHvaNCHnitanlashmuhimhisoblanadi.

Masalan, birinchidanNCHniko'paytirishNHnikamaytirishnitalabqiladi, buo'znavbatidao'pkadagibosimnipasayishigavaal'veolyarventilyatsiyaningkamayishigaolibkeladi.

Ikkinchidan,NHoshirilishivaNCHkamayishial'veolyarventilyatsiyanio'rtishiga, o'znavbatidaesao'pkadagibosimniko'tarilishigaolibkeladi. SHunihisobgaolibkamdankamhollardaNCH 12 tadankamva 22 tadanko'pqilibbelgilanadi. NHko'phollarda 15ml/kghisobidantanlanadi.

O'pkasun'iyventilyatsiyasigako'rsatmalar:

1. Umumiyko'rsatmalar

- o'tkirnafas etishmovchiligi
- ko'pqonketish
- tarqalganperitonitlar
- eklamptikkomalar
- boshmiyajarohatlari
- mexanikasfiksiya

2. Klinikko'rsatmalar

- Apnoe
- nafasritminingbuzilishipatologiknafasturlari
- nafassoni 35-40 danoshsa, tanaharoratibilanbog'likbo'lmaganholatda
- gipoksemiya, giperkapniya

Sun'ynafasberishapparatlariningishlash xususiyatlaribo'yichaquyidagiguruhlarga'linadi:

1) bosimostidaishlaydiganapparatlar - buapparatlaryordamidanaafasolishvachiqarishbosimostida, nafasgazlarivanafaskonturlariyordamidabo'ladi;

2) hajmostidaishlaydiganapparatlar - buorqalinafasolishvachiqarishda, gazlaruzatilishivaboshqarishhajmorqaliberiladi;

3) vaqtbo'yichaishlaydiganapparatlar - nafasolishvachiqarishvaqtbo'yichauzatilib, boshqarishchastotabo'yichabo'ladi;

4) aralash tipda ishlaydigan – “RO”, (RO 2, RO 5, RO 6-N, RO 6-R, RO 6 03) turkumidagi apparatlar hamma vaqt ishlatiladi. Uzoqvaqtmobaynidanaafasmustaqilberilibventilyatsiyabilanta'minlanadi, har xiletiologiyalikasalliklardahamqo'llaniladi.

SHuniesdatutishkerakki, puflasshasosidaO'SVo'tkazishbemormustaqilnafasolishidananchafarqqiladi. Masalan: bemormustaqilnafasolgandanaafasyo'llarivaalveolalardagibosimatmosferadagidan 2mm.suv.ust.gapastbo'ladi. O'SVpaytidaesanaafasolishdagibosimatmosferadagidan 12-20 mm.suv.ust.balandbo'ladi.

Bufarqplevrabo'shlig'idagibosimo'zgarishigata'sirqiladivaO'SVzazarlitomonlarinikeltiribchiqaradi.

1) ko'krakqafasinisho'rish xususiyatibuziladivayurakkavenozqonnikelishikamayadi.

2) o'pkakapillyarlaritorayishinatijasidao'pkadaqonaylanishikamayishivaventilyatsionperfuziyaningbuzilishigao libkeladi.

3) o'pkaichidagibosimnihaddanziyodoshishio'pkato'qimasijarohatlanishi xavfinitug'diradi.

4) uzoqyoki

etarlibo'lmagangiperventilyatsiyagazlarmashinuvibuzilishigavaKIMo'zgarishigaolibkelishimumkin.

O'SVorganizmazararita'sirinikamaytirishuchununiboshqarishusulivaparametrlarinito'g'ritanlashtalabetiladi.

O'pkasun'iyventilyatsiyasidakuzatiladiganasoratlar,

ularningprofilaktikasivadavolash.O'pkasun'iyventilyatsiyasidakuzatiladiganasoratlarjoylashishijoyigaqarab 4 guruhgabo'linadi.

1. Nafasyo'llaridakuzatiladiganasoratlar:

- traxeobronxit;
- traxeyashilliqqavatiningyarasi;
- traxeya- qizilo'ngachqomayarlari;
- traxeyastenozi.

2.O'pkatomonidanbo'ladiganasoratlar:

- pnevmoniya;
- atelektaz;
- pnevmotoraks.

3. YUraqqantomirtizimidakuzatiladiganasoratlar:

- tomirlardanqonketish;
- yuraknito'xtashi;
- arterialbosimningpasayishi.

4.O'pkasun'iyventilyatsiyasiningtexnikjihatkankuzatiladiganasoratlar.

Traxeobronxit.Bemorlarning 35-40%datraxeobronxituchraydi. Ko'proqkomaholatidagibemorlarda, og'irtravmalarda, boshmiyakasalliklarida, turli xilintoksikatsiyalardatraxeobronxitkelibchiqadi.

Traxeobronxitgaolibkeluvchifaktorlar: bronxlarsekretievakuatsiyasiningbuzilishi, nafasyo'llarigaqonvaoshqozonsuyuqliginingaspiratsiyasi. Traxeobronxitbemorlarda 2- yoki 3- kunlariba'zanesa 3-6 kunlariyuzagakeladi. Tashxisqo'yishdaklinikbelgilargavafibrobronxoskopiyagaasoslanadi.

Traxeobronxitning engilshaklida- yallig'lanishnafasyo'llaridabo'lib, bemorningshikoyati: traxeyadayotnarsasezgisi, og'riq, bronxlardagipersekretsiyabo'ladi. Fibrobronxoskopiyadatrayexaninggiperemiyasi, shishi, ba'zisahalaridanuqtaliqonquyilishlarko'riladi. Traxeobronxito'rtachaog'irlikda-xurujsimonyo'tal, yopishqoqyokiyingliko'pmiqdordabalg'amajraladi. Fibrobronxoskopiyadaasosangiperemiya, nafasyo'llaridafibrinliqoplamlarniko'ramiz. Engilshaklidano'rtachaog'irlikshakliga 3 - kunio'tadi.

Traxeobronxitningog'irshaklidahavo etishmaslik, traxeyadanko'pmiqdordayiringlihidlibalg'amajraladi.Fibrobronxoskopiyadafibrinli, yiringliqoplama, bronx segmentlaridatiqinlarko'riladi.

Davolash.Mikrobningsezigirligigaqarabantibiotiklarparenteralvatrayeaychigayuboriladi.

Bemorlarga postural drenaj qilinadi.

Og'irshaklidamukolitikdoripreparatlartraxeyachigayuboriladivaaerozolingalyatsiya, davolovchifibrobronxoskopiyaqilinadi.

Traxeyashilliqqavatidayaralar.

Intubatsiontrubkanimanjetkasinishishirilganiyokitrubkaningoxiritraxeyaniezishihisobigashilliqqavatidao'zgarishlarbo'ladi. Uzoqvaqto'pkasun'iyventilyatsiyasida 12- 13% hollardatraxeyadayaralarpaydobo'ladi.

Traxeyadevoridagichuquro'zgarishlaragardavolanmasayaralarakelibchiqishga, keyinchaliktraxeyadevoriningperforatsiyasigaolibkelishimumkin.

Profilaktikasi.

Intubatsiontrubkagagidrokartizonsurtilibso'ngratraxeyaintubatsiyaqilinishikerak. Uzoqdavometadigano'pkasun'iyventilyatsiyasidatrubkaningmanjetkasinikuniga 3 - 4 marta 15 - 20 minutdanhavosinichiqaribturiladi.

Adabiyotlar

1. Bunyatyan A.A. Anesteziologiya i reanimatologiya. 1985.
2. Butrov A.V. Ekstrennaya anesteziologiya. L. Med. 1990.
3. Darbinyan T.M. Rukovodstvo po klinicheskoy reanimatologii. 1973.
4. Dj. Edvard Morgan. Klinicheskaya anesteziologiya. Per. s angl. T.1. 1998.
5. Dj. Edvard Morgan. Klinicheskaya anesteziologiya. Per. s angl. T.2. 2000.
6. Dolina E.A. Anesteziologiya i reanimatologiya. M. Med. 1996.
7. Negovskiy V.A. Osnov' reanimatologii. M.Med. 1997.
8. Eshonov O.SH. Anesteziologiya, reanimatologiya va intensiv terapiya. Toshkent, 2008.

3-mavzu: Har xil etiologiyali komatoz holatlarda Reanimatsiya va intensiv terapiya. Ayrim kritik xolatlarda reanimatsion yordam.2 soat.

1. 1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -4 soat	Talabalar soni : 18-22 ta
Mashg'ulot shakli	Kirish-axborotli Ma'ruza.
Mashg'ulotning rejasi:	1. Har xiletiologiyalikomatozholatlarto'g'risidatushuncha 2.Komalardiagnostikasi. 3. Komalardareanimatsiyavaintensivterapiyachoratadbirlari 4, Kritik xolatlar.
O'quv mashg'ulotning maqsadi:	Har xiletiologiyalikomatozholatlardaReanimatsiyavaintensivterapiyachoralari bilan tanishtirish va o'rgatish.
Ta'lim berish usullari	Ko'rgazmali, Ma'ruza, suhbat
Ta'lim berish shakllari	Jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	Ma'ruza matni, proektor, kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat:savol-javob.

1.2. Har xiletiologiyalikomatozholatlardaReanimatsiyavaintensivterapiya. 2 soat.

MA'RUZA mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatining mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi (5daqqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Qon aylanishi to'xtagan bemorlarda yurak, o'pka, bosh miya reanimatsiyasi. Klinik o'lim. Klinik o'lim belgilari, diagnostikasi. YUrak to'xtash turlari. O'pka yurak reanimatsiyasini shifoxonagacha va shifoxonada o'tkazish.MA'RUZA si uchun taqdimot multimedia tayyorlash. 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini taqdim etish	Tinglaydilar Tinglaydilar
1. Mavzuga kirish (15 daqiqa)	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi. 2. Mavzu bo'yicha savollar beradi (reja). 1. Nafas yo'llarini o'tkazuvchanligini ta'minlash, sun'iy qon aylanish va nafas berishni ta'minlashni tushuntiring 2. Ushbu kasalliklar klinikasi haqida ma'lumot bering	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
2 – asosiy bosqich (55 daqiqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi, 5 ta multimedia namoyish qilish. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi.	Tinglaydilar Ko'radi Tinglaydilar
3-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Qon aylanishi to'xtagan bemorlarda yurak, o'pka, bosh miya reanimatsiyasi. Klinik o'lim. Klinik o'lim belgilari, diagnostikasi haqida ma'lumotlarni mujassamlashtiradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
4-Mustaqil ta'lim uchun topshiriqlar 5 daqiqa	Mustaqil ish beradi: O'pka yurak reanimatsiyasini shifoxonagacha va shifoxonada o'tkazish. Nafas yo'llarini o'tkazuvchanligini ta'minlash, sun'iy qon aylanish va nafas berishni ta'minlash	Tinglaydi Yozib oladi

KOMALAR

Miyadaqonaylanish xususiyatlari

Miyamushakkanisbatan 20 marta, jigarganisbatan 10 marta ko'pkislorodgahtiyojibor. GazalmashinuvivaqonaylanishibuzilgandaMNTqo'zg'aluvchanligikamayadi. Nervhujayralariglyukozagajudasezgir. 3-5 minutdavomidaO₂bormasa, miyao'limiyuzagakeladi. Umumiyqonaylanishdannisbatanmustaqilbo'lib, qonbosimi 60-180 mm.sim.ust. oralig'idabo'lgandamiyadaqonaylanishko'rsatkichlarig'zgarishsizqoladi. 1 minutda 100 gr. miyamoddasiga 50-55 mlqon, umuman 1 minutda 750 mlqonto'g'rikeladi, yurakminutlikhajmning 15% miyagato'g'rikeladi.

Boshmiyaqontomirlaridananasioyo'rindapialarteriyalarturadi.

Buarteriyalarsubaraxnoidalbo'shliqdaerkinholdajoylashib, xususiyatiagaavako'pkollaterallarhosilqiladi.

o'zshaklinio'zgartirish

Miyadaqonaylanishiautoregulyatsiyasi:

1. Ximikautoregulyatsiya - qondagiSO₂vaO₂partsialbosimita'siridaboshqariladi;
2. Geminamikomil - tomirqisilishibosimoshishiga,tomirkengayishiesabosimpasayishigaolibkeladi;
3. Nervtizimitomonidanboshqarilishi.

Miyadaqonaylanishiturg'unligigaqaramay, ba'zihollarda (kuchsizlangan, qaribemorlar) gorizontolholatdanvertikalholatgao'tganda(hushdanketish) tserebralgeminamikatezdebuziladi.

Koma (grekchasoma - chuquruyqu) - markaziynervtiziminingchuqurdarajadagipatologiktormozlanishibo'lib, es-hushningchuqurbuzilishi, bunda: tashqita'surotlarganisbatanreflekslarningyo'qolishivaorganizmhayotiyumhimfunktsiyalariboshqarilishiningizdanchiq ishikuzatiladi.

Komaningkelibchiqishigaqarabklassifikatsiyasi.

1.Markaziynervtizimikasalliklaroqibatidayokinevrologikkomalalar:

- apoplektikkomalalar (insul'tlar);
 - epileptikkomalalar;
 - travmatikkomalalar (boshmiya - kallasuyagijarohatlarida);
 - boshmiyavauningpardalariyallig'lanishkasalliklarivao'smakasalliklarida.
2. Endokrinkasalliklarda, metabolitkbuzilishlarnatijasidakelibchiqadigankomalalar:
- gormonlarsinteziningetishmovchiliginatijasida (diabetik,gipokortiqoidli, gipotireoidli, giopitiutrinli);
 - gormonlarko'pishlabchiqarilgandayokidavolashvaqtidagormonlarozasioshirilganda (tireotoksik, gipoglikemik).
3. Suv-elektrolitlarvaenergetikmahsulotlaryo'qotilishibilankelibchiqadigankomalalar:
- xlorgidropenik, pilorostenozdako'pqusishnatijasidarivojlanadi;
 - alimentar- distrofikkoma.
4. Gazlarmashinuvibuzilishinatijasidarivojlanuvchikomalalar:
- gipoksik- tashqaridankislorodkiritilishi etishmovchiligida (gipobarikgipoksemyada, yoki qondakislorodtashilishibuzilgandaanemiyavaqonaylanishiningo'tkirbuzilishida;
 - respirator (respirator- tserebral', respirator- atsidotik) yokio'tkirnafasetishmovchiligida.
5. Toksikkomalalar - endogenintoksikatsiyalarya' nitoksikoinfektsiyalar, pankreatit, jigarvabuyrak etishmovchiligidayokiekzogenzaxarlanishlar (fosfoorganikbirikmalardan, al'kagol, barbituratlarvaboshqafarmakotoksikmahsulotlardanzaxarlanishlarda).

Umumiy simtomatikasivakechishi. Komalarjudatez,

birnechaminutdayokiastasekinbirnechasoatdanbirnechakungacharivojlanishimumkin.

Etiologik sababbo'luvchi quyidagikasalliklardakomalalarjudatez rivojlanishikuzatiladi: epilepsiya, gipoglikemiya, boshmiyakallasuyagijarohatlari, insul'tlar. Bemorlarto'satdan hushiniyuqotadivabirnechaminutdachuqurkomabelgilaripaydobo'ladi. SHovqinli, xirillashli, CHeyn-Stokstipidagipatologiknafasvanafasbuzilishiningboshqako'rinishlarikuzatiladi, ABtushaboshlaydi. Bemorlaryuqoritovushvaog'riqta'sirlovchilarigajudaqisqavaqtqo'zg'aladi, savollargajavobbermaydiyokinoaniq, noto'g'rijavobberadi. Soporbosqichidabemorsuvnisuyuqovqatlarniyutishi, to'shakdamustaqilaylanishimumkin. Soporozholatningkomatozholatgao'tishdavridaqo'zg'atuvchita'sirlarganisbatanbarchareflekslarsusayibiyokiyo'qolib oradi, shujumladaqorachiqningyorug'likkanisbatanreaktsiyasisusayishiyokiyo'qolishi, keyinchalikshox pardavayutishreflekslarningyo'qolishi, vegetativfunktsiyalarningbuzilishivaEEGdao'zgarishlarkuzatiladi. Komatozholatlarningog'irligigaqarabto'rtadarajasi farqlanadi:engil, yaqqolifodalangan, chuqurvterminal.

Engil komadarajasi. Eshushyo'qolgan, kuchliqo'zg'atuvchita'sirlargareaktsiyasaylangan, psixomotoravtomatizmpaydobo'ladi. Qorachiq, shox pardavayutishreflekslarisaylangan, terireflekslarisusayganyokiyo'qolgan, payreflekslarishamkuchayganyokisusaygan, ko'zolmasiningmayatniksimonharakatlanishikuzatiladi, EEGdadi ffuzo'zgarishlarningyaqqolbelgilarikuzatiladi.

YAqqolifodalangan komadarajasi. Po'stloqvapo'stloqostisohasidatormozlanishkuchayibboradi. Po'stloqostivamiyaustiniavtomatizmpaydobo'ladi. Mustaqilharakatlarmurakkabligivaaniqligipasayibboradi, qorachiqningyorug'likkareaktsiyasiyo'qolgan, qorachiqlartoraygan, shox pardavayutishreflekslarisaylangan. Terireflekslarianiqlanmaydi, mushaklardistoniyasikuzatiladi. Taxiinoevastridorlinafas, nafasritmibuzilishlarianiqlanadi. EEGdaα-ritmianiqlanmaydi, kichikfaollikianiqlanadi.

CHuqur komadarajasi. O'rtamiyavamiyako'prigifunktsiyalariyo'qolibboradi. Bundaqorachiqlartoraygan, yoruqlikkareaktsiyasianiqlanmaydi, shox pardarefleksianiqlanmaydi. Ko'zyumaloqmushaklaridagipotoniyaaniqlanadi, payreflekslarisusayganvaskuletmushaklartonusipasangan. TanaharorativaABpasaygan, nafasbuzilishlari, yaqqolifodalangantsianoz, EEGdadi ffuzsekinlashganfaollik, "bioelektrikjimlik" aniqlanadi.

Terminal komadarajasiuzunchoqmiyafunktsiyasiningchuqurbuzilishinatijasidamustaqilnafasyo'qolishivaABningtezlikbilantushibborishikuzatiladi. To'liqarefleksiyaaniqlanadi. EEGdabioelektrikfaollikianiqlanmaydi. Bemorhayotifaqatmaxsusdavolashchoralariyordamidasaqlabturiladi.

UzoqO'SVdankeyinginaorqamiyaningreflektorfaoliyatitikanishimumkin.

Komaholatlinikbelgilarikelibchiqishigaqarabto'rtbosqichifarqlanadi, bosqichlargabo'lishklinikdiagnozqo'yishni engillashtiradi. I-II bosqichprekomaholatihisoblanadi. SHoshilinchholatlardamaxsusstekshirishusullariniqo'llamasdanturibhambemorlaradaes-hushiningbuzilishinichuqurliginiqisqartirilganGlazgoshkalasibo'yichaaniqlashmumkin. Bundaasosan 3 tabelgi - ko'zni ochishi, harakatreaktsiyasi, nutqreaktsiyasiballarihisobgaolinadi.

Es-hushniholatinibaholashharbirgurudagiballarnihisoblashyo'libilanamalgaoshiriladi. 15 ballbemorlarnies-hushito'liqsaylangan, 13-14 ball- karaxt, 9-12 ballsopor, 4-8 ball -komaholati, 3 ballesamiyao'limigato'g'rikeladi.

Glazgoshkalasiko'rsatkichlaribilano'limholatiorasidabog'liqlikbo'lib, bemorninges-hushiholati 3-8 ballbaholansa - o'lim 60% ni, 9-12 ballbaholansao'lim 2 % ni, 13-15 ballbo'lgandaesa, o'lim 0 atroflaridabo'ladi.

UmumiyamaliyotshifokorifaoliyatidaGlazgoshkalasidanfoydalanishjudaosonvaqulayhisoblanibturlikomatozholatlard

- a, kuzatiladigannatija (oqibatni) aniqlashda qo'llaniladi. Glazgoshkalasibo'yicha 24
soatdan keyin to'plangan ballarni solishtirish orqali dinamika holat belgilanadi. Es-
hush buzilishini darajasini aniqlashda tashqari bemorning umumiy ahvolidi hisobga olish katta ahamiyatga ega.
Amaliyotda bemorning umumiy ahvolidi baholash 5 darajaga bo'linadi:
1. Qoniqlik holat-es-hushdagi, zarur organlar faoliyati buzilmagan;
 2. O'rta og'irlikdagi holat-es-hushdagi yoki biroz karaxtlik bilan;
 3. Og'ir holat-es-hush chuqur karaxtlik yoki sopor holatiga chabuzilgan, nafas vayurak qon -
tomirlar tizimida juda chuqur buzilishlar bor.
 4. O'rta og'ir holat-es-hush chuqur komaga chabuzilgan, nafas, yurak va qon-
tomirlar tizimida juda chuqur buzilishlar bor.
 5. Terminal holat- miya ustunizara lanishining chuqur belgilari.

jadval

Komatoz holatlarchuqurligini aniqlash shkalasi (Pitsburg-Glazgo)

	Belgilar	Ball		Belgilar	Ball
A.	Ko'zni ochishi: • Ixtiyoriy • CHaqiriqqa • Og'riqqa • Ochmaydi	4 3 2 1	D.	Bosh miya nervlar reaksiyasi: • Barcha his qilingan • Kiprik refleksiyo'q • SHox parda refleksiyo'q • Okulotsefal refleks (ko'g'irchoq ko'z simptom). • Traxeyabifurkatsiyasidagi	5 4 3 2 1
B.	Harakat reaksiyasi: Buyruqni bajaradi Qo'l vaoyoqni ixtiyorsiz harakatlantiradi. Anomal qo'l vaoyoq bukishlar Anomal qo'l vaoyoq yozishlar Harakatlanmaydi	6 4 3 2	E.	Tutqanoqlar: • Yo'q • Mahalliy • O'tib ketuvchi • O'tib ketmaydigan • To'liq bo'shashish	5 4 3 2 1
V.	Nutq reaksiyasi: • To'g'riga yiradi Tutlib gapiradi • O'ylovsiz gapiradi • So'zsiz gapiradi • Gapirmaydi	5 4 3 2 1	J.	Mustaqil nafas: • Me'yorda • Davriy • Markaziy giperventilyatsiya yoki aritmik gipoventilyatsiya • Apnoe	5 4 3 2 1
G.	Qorachilarning yorug'lik reaksiyasi: • Me'yorda • Sekinlashgan • Har xil • Anizokoriya • Reaksiya yo'q	5 4 3 2 1			

	Umumiy baholash	
Mustaqil nafasda	35 ball	Komayo'q
	25 ball	Miyao'limi
O'pkasun'iy ventilyatsiyasida (nutq reaksiyasi va mustaqil nafas baholanmaydi).	25 ball	Komayo'q
	5 ball	Miyao'limi

Davolashtamoyillari: **birinchi navbatdagi poglikemik komani inkoretish zarur hisoblanadi, buning uchun tomir ichiga 40%-100ml glyukozayuboriladi.**

- A. Nafasyo'llarining o'tkazuvchanligini ta'minlash.
- B. Qo'shimcha o'vqatlantirish va vitaminoterapiya.
Agar bemor uzoq vaqt parvarishga muhtoj bo'lsa o'vqatlantirish maqsadida duodenal zondlash.
- B. Suv - elektrolit muvozanatini doimiy monitoring qilib yo'qotilgan suvo'rni to'ldirish.
- Γ. YO toqiyalarini oldini olish maqsadida bemor holatini to'shakdaha 2 soatida o'zgartirish va uqalash.
- Д. Bo'g'inlarni kontrakturasini oldini olish maqsadida to'shakda passiv gimnastika o'tkazish.
- E. SHox parda jarohatlanishi oldini olish maqsadida metiltellyulozani (tomchilabhar 4 soatda) qo'llash.
- Ж. Kerak bo'lgandasiy dikyo'llarika teterizatsiyasi.
3. Stress yaralarni va qon ketish asoratini oldini olish maqsadida nazogastral zond orqali yoki kivenaichiga N₂-retseptor blokatorlari yuboriladi.
- И. Geparin 5000 Edterio stigahar soatdachuqur venalar tromboz va o'pkararteriya si tramboembo liyasini oldini olish maqsadida.

12

Terminal holatlar

Organizm funksiyalarining soʻnib borishi maʼlum bir qonuniyatlar asosida kechadigan bir qator ketma-ket jarayonlar orqali amalga oshadi. Aynan vaqt bilan bogʻliq ana shu qonuniy ketma-ketlik, organizm funksiyalarini qayta tiklash imkoniyatini keltirib chiqaradi. Terminal holat deb nomlangan organizmning bu oʻziga xos holati u yoki bu ogʻir, uzoq davom etuvchi yoki oʻtkir yuzaga kelgan ogʻir kasalliklarning oxirgi qonuniy bosqichi xisoblanadi. Terminal holatlar organizm kompensator va himoya reaksiyalari imkoniyati tugallangandan keyin, hayotning oxirgi davri ekanidan darak beradi.

V.A.Negovskiy taʼbiri bilan aytganda terminal holatlarga preagoniya, agoniya va klinik oʻlim holati kiradi. Preagonal holatda markaziy nerv tizimi faoliyatining buzilishi bemor karaxt yoki komada, qon aylanishining buzilishi (AB 70-60 mm.sim.ust.) yoki AB aniqlanmaydi, kuchsiz, tezlashgan tomir urishi, periferik qon aylanishini yaqqol buzilishi belgilari sianoz yoki teri qoplamlarining oqarishi kuzatiladi.

Nafas olishning buzilishi gipoksiya rivojlanishiga va toʻqima atsidoziga olib keladi. Preagonal holatni davom etish vaqti aniq emas, davolashga bogʻliq boʻlmagan holda qisqa (elektrotravmada) yoki uzoq (qon ketishlarda) boʻlishi mumkin. Bu preagonal holatni keltirib chiqargan sababga bogʻliq boʻladi.

Agonal holat koʻp hollarda aniq klinik belgi terminal pauza yaʼni preagonal holatning agonal holatga oʻtishida tezlashgan nafasning birdaniga toʻxtashi, shox reflekslarining soʻnishi bilan boshlanib bir necha sekunddan 2-4 minutgacha davom etadi.

Agonal holat terminal pazadan keyin yuzaki, qisqa nafas olish bilan boshlanib, nafas olish amplitudasi keyinchalik oʻsib boradi. Nafas olish jarayonida koʻrak qafasi mushaklari bilan birga boʻyin va ogʻiz sohasi mushaklari ham qatnashadi. Nafas olish strukturasining buzilishi oqibatida qisqa nafas olish va chiqarishda oʻpka ventilyatsiyasi amalga oshmaydi. Kuchaygan nafas haratlari birdaniga toʻxtaydi. MNT faoliyatining toʻxtashi natijasida hayotiy funksiyalarni boshqarish bulbar va orqa miya markazlariga oʻtadi. Bunday holatda organizm oʻzining tirikligini saqlab qolish uchun oxirgi imkoniyatlarini safarbar qiladi. Lekin organizmning oʻzi mustaqqil ravshda bu holatdan chiqib ketolmaydi, chunki energiya taʼminoti faqatgina anaerob glikoliz hisobidan taʼminlanadi. Bu nafaqat yetarli boʻlmagan, balkim oksidlanmagan metabolitlarning toʻplanishiga ham olib keladi, natijada moddalar almashinuvi keskin buziladi (28-rasm).

Agoniya holati koʻp davom etmaydi. Nafas va yurak qisqarishlari tezda toʻxtaydi, shundan keyin klinik oʻlim holati boshlanadi.

Klinik oʻlim hayot va biologik oʻlim oʻrtasidagi davr boʻlib, oʻlimning qaytishi mumkin boʻlgan bosqichidir. Bu holat yurak urishi va nafas olish toʻxtagan va tiriklik alomatlari yoʻqolgan paytdan boshlab organizm kechirayotgan va bir necha daqiqa davom etuvchi qaytuvchan funksional va struktur oʻzgarishlar jarayonidir. Klinik oʻlim roʻy berishi bilan modda almashinuvi soʻnib boradi, hujayralar destruksiya boshlanadi. Qon aylanish toʻxtagandan keyin bosh miyadagi O₂ zahirasi 10 soniyada, glyukoza va ATF zahirasi esa 5 minut davomida tugaydi va neyronning oʻlimiga olib keladi. Shu bilan birga gipoksiya holati GEB ni oʻtkazuvchanlik xususiyatini buzadi, natijada bosh miya hujayralaridan birinchi navbatda kaliy ionlari tashqariga chiqishga, natriy, xlor va kalsiy ionlari esa ichkariga kirishga boshlaydi. Oxirida oqsillar neyronlar ichiga kirib ichkaridagi osmolyarlikni 5-6 marta oshiradi va bu holat katta miqdordagi suvning hujayra ichiga kirishi va neyronning shishishi bilan tugaydi. Agarda miyada qon aylanishni toʻxtashi 5 minutdan ortiq davom etsa, bosh miyaning oʻlimiga olib keladi. Ammo 3-5 min davom etuvchi bosh miya poʻstlogʻidagi oʻzgarishlar qaytuvchan xususiyatga ega boʻlganligi tufayli ham organizmni toʻla-toʻkis tiriltirish imkoniyati mavjuddir. Inson organizmi uchun klinik oʻlim muddati 3-5 min.dan oshmaydi. Gipotermik sharoitda, masalan, tana harorati 10-8°S boʻlganda, klinik oʻlim muddati 2 soatgacha choʻzilishi mumkin. Klinik oʻlim izidan vujudga keluvchi biologik oʻlim organizmdagi tiklanmas siljishlar jarayonidan iborat boʻladi va shu sababli organizmni bir butun holda tiriltirish imkoniyati qoʻldan chiqarilgan boʻladi.

Oʻlish jarayoni ketma-ket keluvchi bosqichlar - klinik, ijtimoiy va biologik oʻlim davrlariga ajratiladi:

I. organizm faoliyatining soʻnib borishi davri. Bu davrda kimyoviy, fizik va elektrik jarayonlarning chuqur izdan chiqish oqibatida funksiyalar namoyon boʻla olmaydi. Bu funksional faoliyatsizlik davri boʻlib, klinik oʻlim holatiga oʻtadi va miyada qaytmas siljishlar vujudga kelguncha davom etadi.

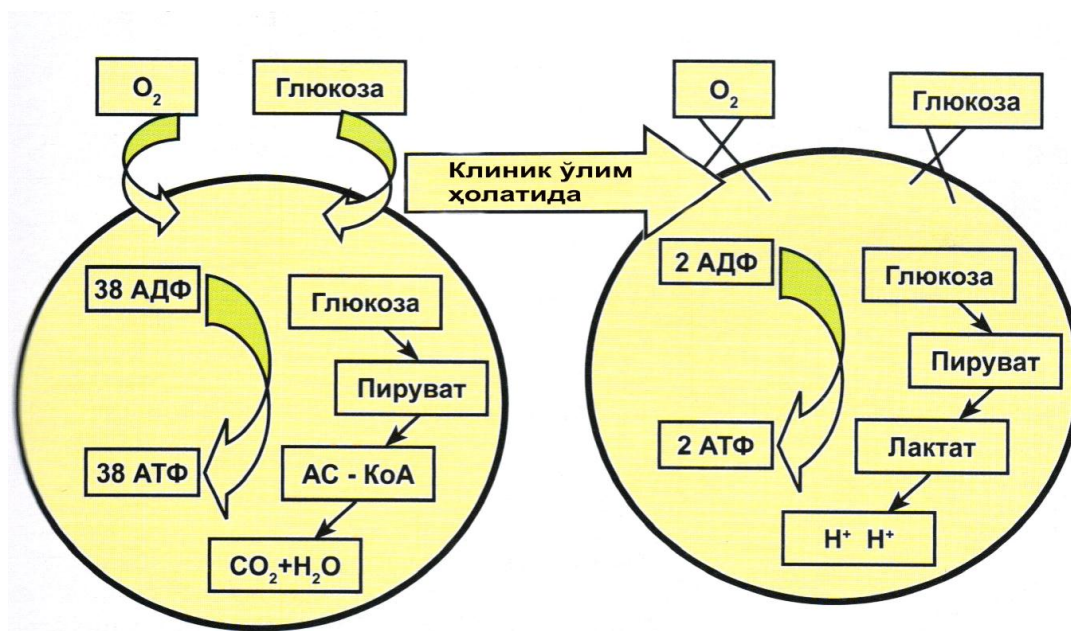
II. oraliq yoki ijtimoiy oʻlim davri. Bu davrda bosh miya poʻstlogʻi faoliyati tamoman yoʻqoladi, ammo boshqa organ toʻqimalaridagi oʻzgarishlar qaytuvchan boʻladi.

III. biologik oʻlim davri barcha toʻqimalardagi tiklanmas funksional va struktur oʻzgarishlardan iborat boʻladi.

Tibbiyot faninining rivojlanishi va uning bugungi kundagi imkoniyatlari klinik oʻlim toʻgʻrisidagi tasavvurlarimizni chuqurlashtiradi. Yurak va oʻpka faoliyatining toʻxtashidan keyin yuzaga keladigan organizmning oʻziga xos holati - klinik oʻlim bu bosh miya poʻstloq hujayralarining kislorodsiz va oziq moddalarsiz yaʼni ekstremal sharoitdagi yashash vaqti hisoblanib, tashqi muhit haroratiga bogʻliq holda oʻrtacha 3-5 minut davom etadi. Klinik oʻlim holatining davomiyligi vaqtdan tashqari organizmning holatiga, klinik oʻlim sababiga, bemor yoshiga va tashqi muhit haroratiga bogʻliq. Gipotermiya sharoitida kislorod ehtiyoji kamligi tufayli klinik oʻlim holati 12min.gacha choʻzilishi mumkin.

Shundan kelib chiqib reanimatsiya soʻzining mazmun mohiyatiga eʼtibor beradigan boʻlsak, qayta tiriltirish bu bosh miya poʻstloq hujayralarining faoliyatini yaʼni ong, es-hushni qayta tiklash degani hisoblanadi. Bu degani, agar oʻtkazilgan reanimatsion chora-tadbirlardan keyin bemor hushiga kelmasa u tirilgan hisoblanmaydi. Aynan bosh miya poʻstloq funksiyasini tiklash bugungi kundagi reanimatologiyaning asosiy maqsadi va vazifasi hisoblanadi. Shunday qilib reanimatsion chora-tadbirlar faqatgina klinik oʻlim holatidagina, yaʼni 3-5 minut oraligʻida samarali

bo'lishi mumkin. Demak klinik o'lim bu aynan bosh miya hujayralarining yashash vaqti hisoblanadi. Klinik o'lim holatining davomi sotsial o'lim jarayoni bo'lib, bunda ko'pincha reanimatsion chora-tadbirlar kech boshlanishi hisobiga yurak va o'pka faoliyati tiklanishiga qaramasdan bosh miya faoliyati tiklanmaydi. Undan keyin biologik o'lim yuzaga keladi, bunda bosh miya, hayotiy muhim organlar va to'qimalarda qaytmas o'zgarishlar yuzaga keladi. O'tkazilgan reanimatsion chora tadbirlar (25-30 min davomida) natijasida yurak o'pka faoliyatini ham tiklab bo'lmaydi.



Adabiyotlar

1. Bunyatyan A.A. Anesteziologiya i reanimatologiya. 1985.
2. Butrov A.V. Ekstrennaya anesteziologiya. L. Med. 1990.
3. Darbinyan T.M. Rukovodstvo po klinicheskoy reanimatologii. 1973.
4. Dj. Edvard Morgan. Klinicheskaya anesteziologiya. Per. s angl. T.1. 1998.
5. Dj. Edvard Morgan. Klinicheskaya anesteziologiya. Per. s angl. T.2. 2000.
6. Dolina E.A. Anesteziologiya i reanimatologiya. M. Med. 1996.
7. Negovskiy V.A. Osnov' reanimatologii. M. Med. 1997.
8. Eshonov O.SH. Anesteziologiya, reanimatologiya va intensiv terapiya. Toshkent, 2008.

AMALIY MASHGULOTLARINING TA'LIM TEXNOLOGIYASI

1-mavzu: Xushini yukotish, kollaps, shok.O'tkir buyrak usti bezi etishmovchiligi (O'BUBE). Arterial gipertoniya klassifikatsiyasi. Gipertonik kriz. Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi.

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 8-10
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Reja	1.Kirish. Xushini yukotish, kollaps, shok 2. O'tkir buyrak usti bezi etishmovchiligi (O'BUBE). 3. Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. 4. Arterial gipertoniya klassifikatsiyasi. 5. Gipertonik kriz Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish.
Mavzuning maqsadi: Fan predmetini o'rganishda talabalar Xushini yukotish, kollaps, shok.O'tkir buyrak usti bezi etishmovchiligi (O'BUBE). Arterial gipertoniya klassifikatsiyasi. Gipertonik kriz. Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasini o'rganish. Bu maqsadga erishish uchun quyidagi shu harakatlarini bosqichma- bosqich bajarish lozim. I bosqich. Maqsad: kasallik tarixini yig'ish jarayonida tashxis uchun kerakli ma'lumotlarni ajratish. Buning uchun: 1. Bemor shikoyatlariga e'tibor berish. 2. Kasallik tarixini yig'gandaolingan ma'lumotlar. 3. Epidemiologik anamnez ma'lumotlarini aniqlash. II bosqich. Maqsad: Bemordakasallikturini aniqlash. Buning uchun: 1. Bemorni ko'rikdan o'tkazayotganda kasalliknint kerakli belgilarini aniqlash. 2. Laboratoriyaviy ma'lumotlarni e'tiborgaolish. III bosqich. Maqsad: Bemorni keyingi tekshiruv va davolashishlarining Yo'nalishini belgilash. Buning uchun bemorlarni yuqumlikasalliklar mutaxassisiga Yo'naltirish.	
Mavzuning vazifasi- hozirdaanesteziyaningdorivositalari, narkozklinikasi, asoratlari, ularnioldiniolishvadavolashishlarini maxsus va umumiy choralarni o'rgatish.	
Ta'lim berish usullari	Ko'rgazmali, suhbat
Ta'lim berish shakllari	Jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	kompyuter, multimedia, slaydlar, qabul bo'limi hujjatlari va boshqalar
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat:savol-javob.

1.2.Kirish. Xushini yukotish, kollaps, shok.O'tkir buyrak usti bezi etishmovchiligi (O'BUBE). Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	1. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. 2. Talabalarni mashg'ulotga tayyorligini tekshiradi 3. Davomatni nazorat qiladi.	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (20 daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish MA'RUZA si uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash. 3. Fanni o'rganishda faoydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish.	
2. Asosiy bosqich (235daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3. multimediyalardan foydalaniladi umumiyog'riqsizlantirishlari. 4. Kuratsiya ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Yakuniy bosqich (15 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi. 2. Mustaqil ish beradi. 3. Uyga vazifa beradi.	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

Mavzuning asosiy savollari

1. Xushini yukotishnima?
2. Xushini yukotish klinikasi?
3. Xushini yukotishpatofiziologiyasi?
4. Xushini yukotishda shoshilinch yordam chora-tadbirlari?
5. Kollaps nima-?
6. Kollaps klinikasi?
7. Kollapsturlarini aytin?
8. Kollapsda shoshilinch yordam chora-tadbirlar?
9. Arterial gipertoniya.
10. Arterial gipertoniya klassifikatsiyasi.
11. Gipertonik kriz.
12. Gipertonik krizda shoshilinch yordam chora-tadbirlari?

Talabalar egallashi zarur bo'lgan amaliy ko'nikmalar.

YUrako'pkarenanimatsiyasini o'tqazish

Ko'rsatma: Klinikolim xolati.

Kerakli asboblari: laringoskop, intubatsion trubka, laringialniqob, defirillyator.

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (10 ball)	To'liq va aniq bajardi (20 ball)
1.	Bemorqattiq joyga orqasibilanyotqiziladi.	0	10	20
2.	Og'izbo'shlig'ivaburunniodjislardan tozalash. Nafasyo'llario'tqazuvchanligini tiklash (P.Safarninguchlikusuli)	0	10	20
3.	Traxeyani intubatsiya qilish. Trubka orqasun'iy nafas berish.	0	10	20
4.	YUrakni vositali uqalash.	0	10	20
5.	YUrakni medikamentoz stimulyatsiya qilish. Elektrik defibrillyatsiya o'tqizish	0	10	20
	Jami	0	50	100

Mashg'ulotda qo'llanadigan interaktiv usullar texnologiyasi

Interfaol o'qitish vositalari o'qituvchi tomonidan talabalar bilan dars davomida olib boriladi.

“Miyashtrumi” metodi.

Uslubning asosiy qoidalar:

G'oyahosil qilishga xalaqit beruvchi qanday tanbeh vatan qidiy fikr bildirmasin.

- Eng ko'pmiqdordata kliflar olish.
- G'oyalarkombinatsiya sivaular dan rivojlantirish
- Guruhlarkombinatsiya sivaular ga ishlov beruvchilarga ajratish.

Bu uslub har qanday sharoitda optimal qaror qabul qilishga, opponentlarni qabul qilina yotganyo'lning to'g'riligiga ishonch hosil qilishga o'rgatadi.

Bu uslub asosiy mavzu ni muhokama qilishda oldindanyaxshigina tayyorgarlikdir.

Masalan: Dars mavzusi “Kardiogenshok”

O'qituvchidosa oldidaturib, Kardiogenshokga xossipmtomlarni aytin gdebmurojaat qiladi. Narkoz klinikasiga xosbelgilarni talabalar birma-bir aytadilar:

- YUrak sohasidagi o'riq;
- Nafasetishmovchili, hansirash;
- Sovuq ter bosishi.

O'qituvchi guruhdagi har birtalabaning muhokamada ishtirokinika zabboradi.

Birortaham javob to'g'ri yoki noto'g'rideb sharxlanmaydi.

Hammavariantlartugagandansa'ngmuhokama ni boshlash mumkin.

Bunda o'qituvchiso'raydi: “Qandayo'ylaysiz? YUrak sohasidagi o'riqinfarkmiokard belgisimi? yoki qovurg'alar ne vralgiyasimi?”.

Talabalar o'qituvchi bilan birgalikda hammavariantlarni faol muhokama qilishga kirishadilar.

Bunda noto'g'ri javoblarni muhokama tarzida hal qilina diva asoslab beriladi.

SHunda so'ngo'qituvchi bilimlarniko'proq mustahkamlashda talabalardan to'g'ri variantlarni yozib olishni so'raydi.

Uslubning maqsadi: Qisqavaqtichidaguruhdanko'pmiqdordavariantlar olish, talabalar bilimini aniqlash bunda muammolarni hal qilishga qodirg'oyalartaklif qilinishi mumkin.

Mavzu bo'yicha talabalarining mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma'zuni, bajarish bo'yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari)

TARQATMA MATERIAL

Zamonaviy ko'pkomponentli anesteziyaning tarkibiy qismlari:

Savol	Izohi
a) Xushini yukotishda shoshilinch yordam chora-tadbirlari?	
Talabani mustaqil bilimni tekshirish	

Savol	Javob
1. Xushini yukotish klinikasi?	
2. Kollaps klinikasi?	
3. Kollapsturlarini ayting?	

Mavzu bo'yicha talabalarning mustaqil ishi (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma'zuni, bajarish bo'yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari)

Talaba uchun topshiriq

Savollar	Izoh
1. Xushini yukotish klinikasi?	
2. Xushini yukotish patofiziologiyasi?	
3. Kollapsda shoshilinch yordam chora-tadbirlari?	

KEYS-METOD (CASE STUDY).

1-masala.

Bemor

20

yoshda quruvchibolibishlaydi. Ishpaytidak uchli jarohat olgan. Qo'ltanjasuyaklarimaydalanib singan. AQB tushgan, pul'ssoni oshib bormoqda. Bemor kuchli qo'zg'algan holatida.

1. Sizning taktikangiz?
2. Sizning tashxisingiz?

MAVZU BAYONI

Xushini yukotish, kollaps, shok. O'tkir buyrak usti bezi etishmovchiligi (O'BUBE). Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. Hushdan ketish

Patogenezi asosida parasimpatik nerv tizimining qo'zg'alishi yoki simpatik innervatsiyaning susayishi natijasida bosh miyaning o'tkir anoksik ishemiyasi yotadi. Funktsional sabablariga – jismoniy va ruhiy zo'riqish, stress holatlari, kuchli qo'rquv yoki hayajon, medikamentoz terapiya, ortostatik holat, dezadaptatsion holatlar kiradi. Organik sabablariga esa serebral va somatogen (kardiogen, neyrogen, anemik, dissirkulyator, intoksikatsion, gipovolemik, gipoksik, respirator va boshqa) holatlar kiradi.

Klinikasi. Hushdan ketish bir necha soniyadan to 2-3 daqiqagacha davom etadi. Bosh aylanishi, o'zini yomon his qilish, quloqlarida shang'illash, ko'z oldi qorong'ilashuvi, kuchayib boruvchi holsizlik zaminida bemor birdan hushidan ketadi. Nafasi yuzaki, teri ranglari oqargan, ba'zi hollarda bradikardiya, gipotoniya, umumiy mushak gipotoniyasi kuzatiladi. Ba'zan esa, ixtiyorsiz siyish va defekatsiya ham kuzatilishi mumkin. Postsinkopal davrda bemor asta-sekin o'ziga kela boshlaydi, bir oz chalkashish va amneziya kuzatilishi mumkin. Gorizontol holatda bemor hushining tiklanishi hushdan ketish diagnozini qo'yishda ahamiyatga ega.

Shoshilinch yordam chora-tadbirlari. Eng avvalo, ta'sirlovchi omil bartaraf qilinadi. So'ngra hayotiy muhim funksiyalar holati nafas, qon aylanish tizimi kuzatilib, baho beriladi. Bemorga toza havo kelishini ta'minlash (siqib turgan kiyim tugmalarini echish, derazani ochish). Bemorni chalgancha yotqiziladi, bosh qismini pastga qilib oyoqlari ko'tariladi, kofein mushak orasiga qilinadi.

Kollaps

Kollaps (tushib ketish) - klinik jihatdan arterial qon bosimining o'tkir va keskin pasayishi bilan xarakterlanadigan va zudlik bilan, hamda kechiktirib bo'lmaydigan yordamni talab qiladigan holat hisoblanadi.

Arterial qon bosimi o'tkir pasayishining 3 turi tafovut etiladi:

1-turi. Kardiogen gipotoniya bevosita yurakkasalliklari bilan bog'lik bo'lib, ko'pinchamiokard infarktida kardiogen shok tipidakechadi. Undan tashqari o'tkir miokardit va o'pka tomirlari emboliyasida ham yuzagakeishi mumkin.

2-turi. Tomir kollapsiperiferik qon tomirlarning kengayishi bilan xarakterlanib, ko'pincha o'tkir infeksionkasalliklarda kuzatiladi. Undan tashqari pnevmoniya, sepsis, qorin tifi va boshqakasalliklarda kelib chiqadi. Bu turga barbituratlardan intoksikatsiya, gipotenzivpreparatlarniqabul qilgandan (ushbu preparatlarga yuqori sezuvchi bo'lganda), hamda tezkor allergik reaksiya (anafilaktik shok) zaminida arterial qon bosimining tushishini ham kuzatish mumkin.

3-turi. Gemorragik kollaps aylanib yuruvchi qon hajmining kamayishi bilan bog'liq. Bunday gipotoniyaning sababi bo'p miqdorda massiv qon yo'qotish hisoblanadi.

Klinikasi. Kollapsda arterial qon bosimining turli sathlarda tushishi bilan bir qatorda (diastolik bosim ko'pincha 50-40 mm.sim.ust gacha tushadi) bemorning tashqi ko'rinishida ham xarakterli o'zgarishlar kuzatiladi: yuz qirralarining o'tkirlashuvi, rangparlik, atrofdagilarga befarqlik, tashqi ta'sirlarga reaksiyaning yo'qligi. Arterial qon bosimining o'tkir pasayishi kollapsga sababchi bo'lgan bemorning asosiy kasalligidan kelib chiqqan holda aniqlab olinadi. Terapiya nuqtai nazaridan yurak va tomir etishmovchiligi differentsiatsiyasi mavjud. YUrak etishmovchiligida arterial bosimning (asosan diastolik) bunday pasayishi kollapsdagidan ko'ra kam kuzatiladi. Tomir etishmovchiligi bor bemorlar ko'pincha gorizontol holatni ma'qul ko'rishadi. YUrak etishmovchiligida sianoz (ko'pincha akrotsianoz) bo'yin venalarining kengayishi kuzatilsa, tomir etishmovchiligida aksincha oqarish, rangparlik, ayrim hollarda diffuz sianoz, periferik venalarning bo'rtishi kuzatiladi. YUrak etishmovchiligida hansirash xarakterli nafas tezlashgan, kuchaygan bo'lsa tomir etishmovchiligida qiyinlashmagan, lekin yuza bo'ladi. YUrak etishmovchiligida yurak o'Ichamlarining kattalashganligi va o'pkada dimlanish alomatlar hamda ayrim hollarda jigarning kattalashuvi aniqlanadi Tomir etishmovchiligida bu simptomlar yoki bo'lmaydi yoki kam ifodalangan bo'ladi.

Kechiktirib bo'lmaydigan yordam. Nokardiogen tomir kollapslarida davolash asosiy kasallikni davolashga qaratilgan hamda tomir tonusini va arterial bosimni ko'tarishga qaratilgan simptomatik choralar olib boriladi.

Intoksikatsiya holatlarida 1l 5% glyukoza yoki izotonik natriy xlor eritmasini vena ichiga tomchilab quyish tavsiya etiladi. Kollapsni davolashda mushak ichiga yoki teri orasiga 1 ml 1% mezaton eritmasi kiritiladi. Og'ir holatlarda ayniqsa narkotiklar bilan zaharlanganda 2-4 ml kardiaminni vena ichiga sekinlik bilan yuboriladi. 1-2 ml 0,2% noradrenalin 500 ml 5% glyukoza bilan vena ichiga tomchilab o'tkazilsa, samara yaxshi bo'ladi. Undan tashqari o'tkir tomir etishmovchiligi bor bemorlarga teri orasiga 2-4 ml 20% kamfora eritmasi o'tkaziladi.

Gipertonik kriz

Gipertonik kriz (kriz-bu kasallik alomatlarining birdan kuchayishi yoki zo'rayish hisoblanadi)—sistolik va diastolik arterial bosimni gipertoniklarda keskin ko'tarilishi va xastalik belgilarini birdaniga kuchayib ketishi bilan ifodalanadi. Bular qon tomirlarning zo'riqishlar ta'sirida reaktivligiga, umumiy (markaziy, nerv gumoral) va mahalliy (buyrak, miya, yurak) adaptatsiya mexanizmlari buzilishining natijasi sifatida vujudga keladi. Gipertonik krizlar (GK) gipertoniya kasalligiga chalingan 20-34% bemorlarda kuzatiladi. Ayrim mualliflar GK ni diastolik AB 120 mm.sim.ust. dan yuqori bo'lganda, ensefalopatiya belgilari kuchayishi bilan namoyon bo'ladi degan fikr bildiradilar. Ayrim hollarda hattoki AB < 180/120mm.sim.ust.da, nishon organlarida (stenokardiya, o'tkir chap qorincha etishmovchiligi, eklampsiya, insult, ko'rish nervi so'rg'ichining shishi) chuqurlashib boruvchi belgilarning namoyon bo'lishi ham GK deb qaralishi kerak. Asosiy kelib chiqish sabablaridan 63% bemorlarning gipotenziv dorilarni tartibsiz iste'mol qilishi hisoblanadi.

Klassifikatsiyasi:

a) Markaziy gemodinamika xususiyatidan kelib chiqib gipertonik krizning ikki I va II turi farqlanadi:

GK birinchi turi (giperkinetik) - gipertoniya kasalligining erta bosqichlarida kuzatiladi, o'tkir boshlanadi, bemorlarda qo'zg'aluvchanlik kuzatiladi, vegetativ belgilar (mushaklar titrashi, ter ajralishining kuchayishi, kaft terisi qizaradi, yurak o'ynashi, kriz oxirida poliuriya, ayrim hollarda ko'p miqdorda ichning suyuq o'tishi kuzatiladi) va qisqa (3-4 soat atrofida) muddat davom etadi.

Birinchi tur krizlar uchun sistolik bosimning va puls bosimining ko'tarilishi xos bo'lib, bu qonda adrenalin miqdorining oshishi bilan tushuntiriladi.

GK ikkinchi turi (gipokinetik) - gipertoniya kasalligining kechki bosqichlarida kuzatiladi, juda yuqori qon bosimi bilan yuruvchi kishilarda asta-sekin (bir necha soatdan 4-5 kunda) rivojlanadi va og'ir kechadi. Bunday bemorlarda behollik, karaxtlik miya va yurakda qon aylanishi buzilish belgilari tez rivojlanadi. Sistolik va diastolik bosim juda yuqori bo'lib, asosan diastolik bosimning ko'tarilishi natijasida puls bosimi birmuncha pasayadi. Ikkinchi tur krizda qonda angiotenzin II va noradrenalin miqdorining ko'payishi pereferik tomirlar qarshiligining oshishi va shu sababdan diastolik bosim ko'tarilishi kuzatiladi. GK ning bu turi 34 soatdan 45 kungacha davom etadi va gipertoniya kasalligining III bosqichida kuzatiladi.

b) Klinik kechishiga qarab:

Asoratlanmagan GK

Asoratlangan GK

Tashxisi:

Gipertoniya krizi tashxisi uchta belgi asosida qo'yiladi.

Gipertonik krizning nisbiy to'satdan boshlanishi.

SHaxsga xos holda AB birdaniga yuqori ko'tarilishi.

Kardial, serebral va umumiy vegetativ xarakterdagi shikoyatlarning mavjudligi.

Qiyosiy tashxisi: Gipertonik krizlar renovaskulyar gipertoniya, feoxromotsitoma, Itsenko-Kushing, Konn sindromi, gipertoniyaning gemodinamik turi bilan qiyosiy tashxisot o'tkaziladi.

Intensiv terapiya tamoyillari:

Asoratlanmagan GK da AB bir sutka davomida sekinlik bilan individual ko'rsatgichgacha pasaytirilishi kerak. AB birdaniga me'yorgacha pasaytirish mumkin emas, chunki ikkilamchi ishemiya holati kelib chiqadi. Nishon organlari (miyada-insult, o'pkada-shish, yurakda-infarkt) jarohatlanganda AB birinchi soatlarda 20-25% ga ko'tarilganiga nisbatan sekinlik bilan pasaytiriladi. Gipotenziv intensiv terapiya arterial bosimning doimiy nazorati ostida amalga oshiriladi. Quyidagi dori moddalaridan biri GK ning I turida qo'llanilishi mumkin:

Droperidol 0,25% - 2-4 ml, tomir ichiga sekinlik bilan;

Diazepam 2-3 ml mushak orasiga yoki tomir ichiga;

• **Taxiben 10-50 mg tomir ichiga tomchilab, boshlanishida 2 mg/minutiga AB nazorati ostida yuboriladi;**

• Natriy nitroprussid vena ichiga tomchilab 0,25-10 mkg/kg/ minut;

• Nitroglitserin 50-100 mg/ minut vena ichiga tomchilab sekinlik bilan.

• GK ning II turida kompleks davo choralari o'tkaziladi;

• Taxiben 10-50 mg tomir ichiga sekinlik bilan AB nazorati ostida;

• Furosemid 40- 180 mg tomir ichiga;

• Propranolol (anaprilin) 40 mg;

• Gipertonik krizning og'ir holatlarda va davolashga berilmaydigan turlarida tez gipotenziv samara olish uchun **Taxiben(urapidil)** 10-50mg tomir ichiga sekinlik bilan AB doimiy nazorati ostida yuboriladi. **Taxiben** markaziy va periferik ta'sirga ega bo'lib postsinaptik alfa retseptorlarni bloklaydi. Nishon organlari jarohatlanganiga qarab intensiv terapiya o'tkaziladi.

• MNT jarohatlaganda (ensefalopatiya, insult). Nitroprussid (agar diastolik bosim 130 mm.sim.ust. dan yuqori bo'lsa) yoki taxiben, qo'shimcha furosemid. Ayrim hollarda magniy sulfat, kaptopril yaxshi foyda beradi. Diensefal o'zgarishlarda (titrash, qaltirash, qo'rquv hissi, ko'ngil aynishi va h.k.) – droperidol qo'llaniladi.

Infarkt miokardda analgetiklar, sedativ preparatlar, nitroglitserin, labetalol, nifedipin yoki kaptopril qo'llash tavsiya etiladi.

• O'tkir yurak etishmovchiligida - nitroprussid, nitroglitserin, kaptopril qo'llanilib albatta EKG tekshiruvdan o'tkaziladi. Buyrak etishmovchiligida nitroprussid yoki labetalol. Feoxromotsitomada -**Taxiben 10-50 mg tomir ichiga sekinlik bilan AB nazorati ostida**, fentolamin, nitroprussid qo'llaniladi. Feoxromostomada tropofen 1% - 1 ml. tomir ichiga oqim bilan yoki fentolamin 5mg tomir ichiga, har besh minutda, kriz bartaraf bo'lguncha yuboriladi.

Asoratlari: O'tkir, surunkali yurak ishemik kasalliklari (stenokardiya, infarkt miokard, kardioskleroz, yurak ritmining buzilishi), bosh miya kasalliklari (insultlar, ruhiyat buzilishi, to'r parda ko'chishi - ko'rlik) buyrak kasalliklari(buyrakning birlamchi bujmayishi, surunkali buyrak etishmovchiligi).

Testsavollari:

1. Uyqu dorisi bilan zaharlangan kataoda damda oshqazonqanchami qordasi yuqligibilanyuviladi.

a) 1 l

b) 2 l v) 15 l

g) 17 l

*d) 10 l

2. Bemor hushsiz, A/B 90/60 min.s.u. nafassoni 30 ta refleks yo'qolgan hamda keltirilgan to'shagi oldida Naetamin bo'sh filakoni.

Onasining aytishicha flakonda 30 tatabletkabo'lgan. 1-navbatdanima qilinadi?

a) Forsirlangandiurez

b) Gemosorbtsiya

v) IVLgao'tkazish

*g) Traxeyaintubatsiyasi, oshqozonyuvish

d) Oshqozonyuvish, vena ichiga bemegrid yuborish.

3. Metilspirt zaharlanganda spetsifik terapiya.

a) Vena ichiga 50 mg/kg bemegrid

b) Forsirlangandiurez

v) Barvaqt gemosorbtsiya

*g) Vena ichiga etilspirti 2 ml/kg sutkada

d) Vena ichiga 20-40% glyukozainsulin bilanyuborish.

4.

Qastdano'zin zaharlangan bemorni ambulator davola nishini psixiatrik maslahat sifatida tavsiya qilish mumkinmi?

*a) Ha b) Yo'q

5. Mendel'son sindromi kelib chiqish bog'liq:

a) Aspiratsiya langansuyuqlik hajm bilan

*b) Oshqozon shirasikislotaliligibilan

v) Oshqozon suyugligibilan o'tsuyuqligi aralashmasibilan

g) Allergik fon

d) parasimpatik nerv sistemasi tonusibilan.

6. Gipoglikemiya komaning asosiy patogenezi:

a)

Kompensatsiya lashmagan metabolik asidoz rivojlanishi.

b) Yurak etishmovchiligi.

*v)

Miyato'qimasidagi yukoza niko ntsentratsiya sipasayishi

g) Jigar etishmovchiligi

d) Barchasi.

7. Gipoglikemiya da qondagi yukoza nechaga etgan klinik belgilarni namoyon bo'ladi?

a) 8 mmol/l

b) 6 mmol/l

v) 5 mmol/l

g) 3 mmol/l

*d) 3 mmol/l dankam.

8. Qandli diabet keltirib chiqaradi:

*a) Barvaqtateroskleroz kelib chiqadi

b) Jigar etishmovchiligi

v) Osteoxondroz

g) Polinevritvanevralgiya

d) Barchasi.

9. Qandli diabetdabemorlaro'limining asosiy sababi:

a) OPN

b) O'tkir jigar etishmovchiligi

*v) Miokardinfarktiva MO'QAB

g) SBE

d) Barchasi

10. Giperosmolyarkomaning patogenezi:

a) Kompensatsiyalashmaganmetabolikatsidoz.

*b) YAqqol xujayraichidegitratatsiyasi

v) YAqqol namoyonbo'lganketoatsidoz

g) O'BE

d) Barchasi.

11. MO'QABdahushning yo'qolish sababi:

a) Miyatomirlarining kengayishi

*b) Miyatomirlarlaris pazmi

v) Miyachuqurstrukturalaribuzilishi.

g) Boshmiyashishi

d)

Miyagakeladiganglyukozamiqdorining tez dakamayishi.

12. Sog'lom odam damiya qonaylanish tezligi:

a) 10 ml/100 gr miyaminutida

b) 20 ml/100 gr miyaminutida

v) 30 ml/100 gr miyaminutida

*g) 40 ml/100 gr miyaminutida

d) Boshqato'qimalardan farq qilinmaydi.

13. SO₂ miyatomirlariga qanday ta'sir qiladi?

*a) Kegaytiradi

b) Qisqartiradi

v) Toraytiradi

d) Falaj qiladi

14. Bemorning AQB 140/80 mm.sim.ust. dan birdan 0 gatushgan. Uning likvor bosimi qancha bo'ladi?

*a) 0

b) 40 sm.suv.ust.

v) 100 smsuv. Ust.

G) 150 smsuv.ust.

D) Likvor bosimi AQBgag'liqemas.

15. Gematoentsefalik bar' erfunktsiyasini qaysi preparat teng yaxshinormallashtiradi?

a) Eufillin

*b) Glyukokortikoid

v) SaSI

g) Manit

d) Furasemid

16. Rejali

xoletsistektomiya operatsiyasi qilinadigan bemorda "bo'sh oshqozon"

holatini keltirib chiqarish uchun nima qilish kerak?

a) Operatsiyadan oldin oshqozonni yaxshilab yuvish

b) Tozalovchi huqna qilish

*v) Operatsiyadan 12 soat oldin ovqatlanmaslik.

g) Operatsiyadan 6 soat oldin ovqatlanmaslik.

17. Tomirichiga morfin yuborilganda nechaminutdank eyin nafas maksimal darajada pasayadi?

a) 1-2 min

*b) 3-7 min

v) 60-90 min

g) 15-30 min

d) 30-45 min

18. Parasimpatik nerv sistemasiga atropin quyidagicha ta'sir qiladi.

a) Atsetilxolin hosil bo'lishining kamayishi.

b) Xolinesteraz hosil bo'lishining oshishi.

v) Mionevral sinaps gatoridan-to'g'ri depressiya.

*g) Atsetilxolin konkurent antagonizmi.

d) Adrenergik aktivlikni stimulyatsiyasi.

19. Gipoksiya qaysitipida arterial qonning O₂ bilantoyishishio'zgaradi?

a) TSirkulyator

b) Anemik

*v) Gipoksik

g) To'qima

d) YUqoridagilar.

20. Uyqu dorisi bilan zaharlangan kataoda damda oshqozon qanchamiqdordasuyuqlik bilanyuviladi.

a) 1 l

b) 2 l v) 15 l

g) 17 l

*d) 10 l

21. Bemor hushsiz, A/B 90/60 min.s.u. nafas soni 30 ta refleksyo'qolgan hamda keltirilgano'shagi oldida Naetaminbo'sh filakoni.

Onasining aytishicha flakonda 30 tatablet kabo'lgan. 1-navbatdan imaqilinadi?

a) Forsirlangandiurez

b) Gemosorbtsiya

v) IVLgao'tkazish

*g) Traxeyaintubatsiyasi, oshqozon yuvish

d) Oshqozon yuvish, venaichiga bemegrid yuborish.

22. Metilspirt zaharlanganda spetsifik terapiya.

a) Venaichiga 50 mg/kg bemegrid

b) Forsirlangandiurez

v) Barvaqt gemosorbtsiya

*g) Venaichiga etilspirti 2 ml/kg sutkada

d) Venaichiga 20-40% glyukozainsulin bilan yuborish.

23. Qastdano'zin zaharlangan bemorni ambulatordavolanishini spetsiatri maslahat sifatida tavsiya qilish mumkinmi?

*a) Ha b) Yo'q

24. Mendel'son sindromi kelib chiqish bog'liq:

a) Aspiratsiyalangan suyuqlik hajmi bilan

*b) Oshqozon shirasikislotililigi bilan

v) Oshqozon suyuqligi bilan o'tsuyuqligialashmasi bilan

g) Allergik fon

d) parasimpatik nerv sistemasiton usibilan.

25. Gipoglikemiya komaning asosiy patogenezi:

a)

Kompensatsiyalashmaganmetabolikatsidoz rivojlanishi.

b) YUrak etishmovchiligi.

*v)

Miyato'qimasidaglyukozanikontsentratsiyasipasayishi

g) Jigar etishmovchiligi

d) Barchasi.

26. Gipoglikemiya da qondaglyukozane chaga etganda klinik belgilarnamoyonbo'ladi?

a) 8 mmol/l

b) 6 mmol/l

v) 5 mmol/l

g) 3 mmol/l

*d) 3 mmol/l dankam.

27. Qandli diabet keltirib chiqaradi:

*a) Barvaqtateroskleroz kelib chiqadi

b) Jigar etishmovchiligi

v) Osteoxondroz

g) Polinevritvanevralgiya

d) Barchasi.

28.Qandlidiabetdabemorlari'liminingasosiysababi:

a) OPN

b) O'tkirjigar etishmovchiligi

*v) MiokardinfarktivaMO'QAB

g) SBE

d) Barchasi

29.Giperosmolyarkomaningpatogenezi:

a) Kompensatsiyalashmaganmetabolikatsidoz.

*b) YAqqol xujayraichidegitratatsiyasi

v) YAqqolnamoyonbo'lganketoatsidoz

g) O'BE

d) Barchasi.

30.MO'QABdahushningyo'qolishisababi:

a) Miyatomirlariningkengayishi

*b) Miyatomiralarispazmi

v) Miyachuqurstrukturalaribuzilishi.

g) Boshmiyashishi

d)

Miyagakeladiganglyukozamiqdoriningtezdekamayishi.

31.Sog'lomodamdamiyaqonaylanishitezligi:

a) 10 ml/100 grmiyaminutida

b) 20 ml/100 grmiyaminutida

v) 30 ml/100 grmiyaminutida

*g) 40 ml/100 grmiyaminutida

d) Boshqato'qimalardanfarqqilinmaydi.

32.SO₂miyatomirlarigaqandayta'sir qiladi?

*a) Kegaytiradi

b) Qisqartiradi

v) Toraytiradi

d) Falajqiladi

33.BemorningAQB 140/80 mm.sim.ust. danbirdan 0 gatushgan. Uninglikvorbosimi qanchabo'ladi?

*a) 0b) 40 sm.suv.ust.

v) 100 smsuv. Ust.

G) 150 smsuv.ust.

D) LikvorbosismiAQBgabog'liqemas.

34.Gematoentsefalikbar' erfunktsiyasiniqaysiprepara tengyaxshinormallashtiradi?

a) Eufillin

*b) Glyukokortikoid

v) SaSI

g) Manit

d) Furasemid

35.Rejali

xoletsistektomiyaoperatsiyasiqilinadiganbemorda

"bo'shoshqozon"

holatinikeltiribchiqarishhuchunnimaqilishkerak?

a) Operatsiyadanoldinoshqozonniyaxshilabyuvish

b) Tozalovchihuqnaqilish

*v) Operatsiyadan 12 soatoldinovqatlanmaslik.

g) Operatsiyadan 6 soatoldinovqatlanmaslik.

36.Qandlidiabetborbemorda qandmiqdori 10 mmol'/lgateng.

Operatsiyadanoldinbemorgaqanchamiqdordainsulin yuboriladi?

a)Qilinmaydi

*b) 10 ed

v) 20 ed

g) 30 ed.

37.Qorinolddevoriflegmonasini ochishhuchuntomirichi gayuboriladiganketalardozasiniko'rsating

a) 1 mg/ kg

*b) 2-4 mg/ kg

v) 4-6 mg/ kg

g) 6-8 mg/ kg

d) 8-10 mk/kg

Xushini yukotish, kollaps, shok.O'tkir buyrak usti bezi etishmovchiligi (O'BUBE). Arterial gipertoniya klassifikatsiyasi. Gipertonik kriz. Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi.

A'lo 5 baho	86-100%	Talaba Xushini yukotish, kollaps, shok.O'tkir buyrak usti bezi etishmovchiligi (O'BUBE). Arterial gipertoniya klassifikatsiyasi. Gipertonik kriz. Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi to'grisida to'liq nazariy bilimga ega bo'lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga Ega bo'lsa, amalda qo'llay olsa, mustaqil mushohada yuritsa, ijobiy fikrlay olsa
YAxshi 4 baho	71-85.9%	Talaba Xushini yukotish, kollaps, shok.O'tkir buyrak usti bezi etishmovchiligi (O'BUBE). Arterial gipertoniya klassifikatsiyasi. Gipertonik kriz. Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasito'grisida to'liq nazariy bilimga ega bo'lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga Ega bo'lsa, amalda qo'llay olsa.
Qoniqarli 3 baho	55-70.9%	Talaba Xushini yukotish, kollaps, shok, Arterial gipertoniya, Gipertonik kriz to'grisida tushunchaga ega bo'lsa,
Qoniqarsiz 2 baho	55 dan past	Talaba: bilmasa va aniq tasavvurlargaEgabo'lmasa, qo'shimcha yo'naltirilgan savollarga javob bera olmasa.

2-mavzu: O'tkir endogen va ekzogen zaharlanish sindromi. O'tkir zaharlanishlar klassifikatsiyasi. Komalar. Gipo- va giperglikemik, jigar, uremik, nevrologik komalar. Alkogol va uning surrogatlaridan, sirka kislotasidan, qo'zikorindan, psixotrop dori vositalaridan, ishqorlardan, noorganik kislitalardan, fosfoorganik birikmalar, is gazidan, vodorod sulfiddan zaharlanish, xashoratlar va ilon, chayon chakishi klinikasi, diagnostikasi, shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi.

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 8-10
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Reja	1. O'tkir endogen va ekzogen zaharlanish sindromi. 2. O'tkir zaharlanishlar klassifikatsiyasi. 3. Komalar. 4. Gipo- va giperglikemik, jigar, uremik, nevrologik komalar, xashoratlar va ilon chakishi klinikasi, diagnostikasi, tez tibbiy yordam ko'rsatish, UASH taktikasi. 5. Alkogol va uning surrogatlaridan, sirka kislotasidan, qo'zikorindan, psixotrop dori vositalaridan, ishqorlardan, noorganik kislitalardan, fosfoorganik birikmalar, is gazidan, vodorod sulfiddan zaharlanish, xashoratlar va ilon, chayon chakishi klinikasi, diagnostikasi, shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi.
Mavzuning maqsadi: O'tkir endogen va ekzogen zaharlanish sindromi. O'tkir zaharlanishlar klassifikatsiyasi. Komalar. Gipo- va giperglikemik, jigar, uremik, nevrologik komalar. Alkogol va uning surrogatlaridan, sirka kislotasidan, qo'zikorindan, psixotrop dori vositalaridan, ishqorlardan, noorganik kislitalardan, fosfoorganik birikmalar, is gazidan, vodorod sulfiddan zaharlanish, xashoratlar va ilon, chayon chakishi klinikasi, diagnostikasi, shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi. I bosqich. Maqsad: O'tkir endogen va ekzogen zaharlanish sindromi bilan bemorlarni reanimatsion va intensiv buning uchun: 1. O'tkir endogen zaharlanish sindromi 2. O'tkir ekzogen zaharlanish sindromi II bosqich. II. Maqsad: Buning uchun: . Gipo- va giperglikemik, jigar, uremik, nevrologik komalar, xashoratlar va ilon chakishi klinikasi, diagnostikasi, tez tibbiy yordam ko'rsatish, UASH taktikasi Mavzuning vazifasi- O'tkir endogen va ekzogen zaharlanish sindromi. Komalar. Gipo- va giperglikemik, jigar, uremik, nevrologik komalar, xashoratlar va ilon chakishi klinikasi, diagnostikasi, tez tibbiy yordam ko'rsatish, UASH taktikasi.	
Ta'lim berish usullari	Ko'rgazmali, Ma'ruza, suhbat
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	kompyuter, multimedia, slaydlar, mavzugaooid bemorlar va boshqalar
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat: savol-javob.

1.2. O'tkir endogen va ekzogen zaharlanish sindromi. Komalar. Gipo- va giperglikemik, jigar, uremik, nevrologik komalar, xashoratlar va ilon chakishi klinikasi, diagnostikasi, tez tibbiy yordam ko'rsatish, UASH taktikasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	1. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. 2. Talabalarni mashg'ulotga tayyorligini tekshiradi 3. Davomatni nazorat qiladi.	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (20 daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish MA'RUZA si uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash. 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish.	
2. Asosiy bosqich (235 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlaridan foydalaniladi. 3. Slaydlar, multimediyalardan foydalaniladi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Yakuniy bosqich	1. Yakunlovchi xulosa qiladi. 2. Mustaqil ish beradi.	Tinglaydi Yozib oladi

(15 daqiqa)	3. Uyga vazifa beradi	Yozib oladi
-------------	-----------------------	-------------

Mavzuning asosiy savollari (tayanch iboralar, soʻzlar, echiladigan muammolar)

Talabalar egallashi zarur boʻlgan amaliy koʻnikmalar:

Narkozapparatlar bilan ishlashni oʻrganish

Maqsad: Oʻpkasunʼiy ventilyatsiyasini oʻtkazish

Koʻrsatma: Nafasetishmovchiligioldini olish

Kerakli anjomlar:

Intubatsion naychalarning toʻliq toʻplami.

1. Laringoskop vakurakchalart oʻplam bilan.
2. Oʻtkazgich.
3. Manjetanishirish uchun shprits.
4. Naychanimahkamlash uchun moslama.
5. Elektrosgʻich.

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (10 ball)	Toʻliq va aniq bajardi (20 ball)
1.	1. Laringoskopni chapqoʻlga olish.	0	10	20
2.	2. Oʻngqoʻl bilan bemorni ogʻzini ochish.	0	10	20
3.	3. Laringoskop kurakchasini tilidizchasini yuqoriga koʻtarish.	0	10	20
4.	4. Tomoqdahiqildoqstitogʻayinitopib kurakchani uchunikoʻtarish. Ovozboylamlarivaovozyorigʻinikoʻrish.	0	10	20
5.	5. Naychanikeraklioʻlchamdagisibilantraxeyani intubatsiya qilish.			
	6. Trubkanitraxeyada Ekanligini oʻpkasuskultasiyasiorqalitekshiribkoʻrish.	0	10	20
	Jami	0	50	100

“Miyashtrumi” metodi.

Uslubning asosiy qoidalar:

Gʻoyahosil qilishga xalaqit beruvchi qanday tanbeh vatanqidiy fikr bildirmasin.

- Eng koʻpmiqdordatakliflar olish.
- Gʻoyalarkombinatsiyasivaulardan rivojlantirish
- Guruhlarkombinatsiyasivaularga ishlash beruvchilarga ajratish.

Bu uslub har qanday sharoitda optimal qaror qabul qilishga,

opponentlarni qabul qilayotganyoʻlning toʻgʻriligiga ishonch hosil qilishga oʻrgatadi.

Bu uslub asosiy mavzu ni muhokama qilishda oldindanyaxshigina tayyorgarlikdir.

Masalan: Dars mavzusi “Kardiogenshok”

Oʻqituvchidiska oldidaturib, Kardiogenshokga xossipmtomlarni aytibdebmurojaat qiladi.

Narkoz klinikasiga

xosbelgilarni talabalar birma-bir aytadilar:

- Yurak sohasidagi ogʻriq;
- Nafasetishmovchili, hansirash;
- Sovuq ter bosishi.

Oʻqituvchiguruhdagiharbitalabaning muhokama daishtirokinikuzatib boradi.

Bir ortaham javob toʻgʻriyokinotoʻgʻrideb sharhlanmaydi. Hammavariantlartugagan danoʻng muhokama ni boshlash mumkin.

Bundaoʻqituvchisoʻraydi: “Qandayoʻylaysiz? Yurak sohasidagi ogʻriq infarkmiokardbelgisimi?

yoki qovurgʻalar nevrologiyasimi?”. Talabalar oʻqituvchibilan birgalikda hammavariantlarni faol muhokama qilishga kirishadilar.

Bundan oʻtgan gʻrijavoblarni muhokama tarzida hal qilindi va asoslab beriladi.

SHundan oʻtgan gʻoʻqituvchibilimlarni koʻproq mustahkamlashda talabalardantoʻgʻrivariantlarni yozib olishni soʻraydi.

Uslubning maqsadi: Qisqavagtichidaguruhdankoʻpmiqdordavariantlar olish, talabalar bilimini aniqlash bundam uammolarni hal qilishga qodir gʻoyalartaklif qilinishi mumkin.

Mavzu boʻyicha talabalarning mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriqlar maʼmuni, bajarish boʻyicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari)

TARQATMA MATERIAL TALABA UCHUN TOPSHIRIQ

№	Savol	Izohi
1.	Oʻtkir endogen va ekzogen zaharlanish sindromi. Komalar.	
2.	Gipo- va giperglikemik, jigar, uremik, nevrologik komalar, xashoratlar va ilon chakishi klinikasi, diagnostikasi, tez tibbiy yordam koʻrsatish, UASH taktikasi.	

Talabani mustaqil bilimni tekshirish

№	Savol	Javob
1.	Oʻtkir endogen va ekzogen zaharlanish sindromi.	
2.	Komalar.	

3.	Gipo- va giperglikemik, jigar, uremik, nevrologik komalar, xashorotlar va ilon chakishi klinikasi, diagnostikasi, tez tibbiy yordam ko'rsatish, UASH taktikasi.	
----	---	--

Keys-metod Vaziyatiymasalar.

1-masala. Bemorayol, 30 yoshda. Tug'ruqdan so'ng bachadon ekstirpatsiya operatsiyasi bajarilgan. Bemorning hushi xiralashgan. Terisioqargan, AQB 60/40 mm.sim.ust. YUQS 1 min. 120 ta, nafassoni 40 ta. Bemorda quyilayotgan suyuqliklarga qaramasdan siydigi 1 sutkada 200 ml.

1. Sizning tashxisingiz?
2. Taktikangiz?

MAVZU BAYONI .

KOMALAR

Bosh miya butun tana og'irligining 2% tashkil qilgani holda, organizmga kiradigan O_2 ni 50% sarf qiladi. Neyronlarning O_2 qabul qilish intensivligi 350–450 mkl O_2 /min (yurak uchun bu ko'rsatkich 70–90 mkl, mushaklar uchun – 1,6–2,4 mkl) tashkil etadi. SHu bilan birga antioksidant tizim fermentlarining (katalaza, glutation peroksidaza) faolligi boshqa to'qimalarga nisbatan past.

Butun tana vaznining 2% tashkil etgan bosh miya, bir sistoladagi qondan kislorodning 20% gacha, glikogendan hosil bo'lgan glyukozaning 70% gacha qabul qilib sarflaydi. Miyada qon aylanishi 900ml/min. bo'lgani holda, bu yurakning minutlik 15-20% hajmini tashkil etadi. Miyadagi qon aylanishining me'yordagi o'rtacha ko'rsatkichi -55ml/100g/min: bosh miyaning kul rang moddasida -70-75ml/100g/min., oq moddasida esa 25-30ml/100g/min. ni tashkil etadi.

Miya mushakka nisbatan 20 marta, jigarga nisbatan 10 marta ko'p kislorodga ehtiyoji bor. Gaz almashinuvi va qon aylanishi buzilganda MNT qo'zg'aluvchanligi kamayadi. Nerv hujayralari glyukozaga juda sezgir bo'lib, qondan glyukozani insulinsiz qabul qilib oladi. 3-5 minut davomida bosh miyaga glyukoza va O_2 bormasa miya o'limi yuzaga keladi. Filogenetik tartibda qari nerv markazlari o'limi yuzaga keladi. Umumiy qon aylanishdan nisbatan mustaqil bo'lib, qon bosimi 60-180 mm.sim.ust. oralig'ida bo'lganda ham miyada qon aylanish ko'rsatkichlari o'zgarishsiz qoladi. 1 minutda 100 gr. miya moddasiga 50-55 ml qon, umuman 1 minutda 750 ml qon, minutlik hajmning 15-20% miyaga to'g'ri keladi. Bosh miya qon tomirlaridan asosiy o'rinda pial arteriyalar turadi. Bu arteriyalar subaraxnoidal bo'shliqda erkin holda joylashib, o'z shaklini o'zgartirish xususiyatiga ega va ko'p kollateral hosil qiladi. Miyada qon oqimining boshqarilishi 3 ta asosiy mexanizm yordamida amalga oshiriladi:

1. Gemodinamik mexanizm (autoregulyasiya) — arterial bosim ko'tarilganda yoki pasayganda miya tomirlarining torayish yoki kengayish xususiyati bilan baholanadi (Ostroumova — Beylisa samarasi). Autoregulyasiya o'rtacha arterial bosim ($O'AB$) 50-150 mm sim. ust. oralig'ida o'zgarishlarida miya qon oqimi (MQO) ning me'yor darajasida bo'lishini ta'minlaydi. Ushbu mexanizm amalga oshirilishi uchun 1-3 minut zarur, shuning uchun $O'AB$ ning autoregulyasiya chegarasida keskin o'zgarishlari MQO ning tegishli o'zgarishlari bilan kechadi. $O'AB$ ning 50 mm sim. ust. dan pasayganda MQO kamayadi va 40 mm sim.ust. ga teng perfuzion bosimda miya ishemiyasi belgilari paydo bo'ladi. Agar $O'AB$ autoregulyasiya chegaralaridan chiqadigan bo'lsa, bu gematoensefalitik to'siqning buzilishi va miya shishi rivojlanishiga olib keladi. 1-2 oyga cho'ziladigan umumiy gipertenziya autoregulyasiya chegaralarini ko'tarilish tomonga siljishiga sabab bo'lib, buning natijasida hattoki $O'AB$ ning 50 mm sim.ust. da ham miya ishemiyasi kelib chiqishi mumkin.

2. Respirator mexanizm — qon va miya to'qimasida SO_2 va O_2 tarangligi o'zgarishlariga javob tariqasida miya tomirlari silliq mushaklarining taranglashishi yoki bo'shashishi. Masalan, $PaCO_2$ 40 dan 80 mm sim.ust. gacha oshganda MQO ikki marta ko'payadi, aksincha $PaCO_2$ ning 40 dan 20 mm sim.ust. gacha kamayishi MQO ning ikki marta kamayishiga olib keladi. $PaCO_2$ ko'tarilishi yoki kamayishining miya perfuziyasiga ta'siri o'tkinchidir. $PaCO_2$ ko'rsatkichi o'zgarishlari saqlansada, MQO 6-8 soatdan so'ng avvalgi holatiga qaytadi.

3. Metabolik (kimyoviy) mexanizm – metabolizm “faol” mahsulotlari konsentratsiyasi o'zgarishlariga javoban miya tomirlarining silliq mushaklarining taranglashishi yoki bo'shashishi.

Gemodinamik boshqaruv mexanizmi, shikastlovchi ta'sirotlarga kimyoviy boshqarish mexanizmlaridan ko'ra sezgirroqdir. YAllig'lanish o'choqlari va ba'zi bosh miya o'smalari atrofidagi perifokal zonada, miya to'qimasining travmatik yoki ishemik jarohatlanishida paydo bo'ladigan reaktiv giperemiya shu bilan izohlanadi. Me'yorda miya tomirlari uchun arterial spazm xarakterli emas va asosan miya asosi arteriyalari bilan chegaralanuvchi kam uchraydigan fenomen hisoblanadi.

Miya qon oqimi, O'AB va KSIB o'rtasidagi tafovut hisoblanuvchi serebral perfuzion bosim (SPB)ga bevosita bog'liq bo'ladi. Agar venoz gipertenziya ham MQO ga ta'sir qilishini inobatga oladigan bo'lsak, SPBni hisoblash formulasi quyidagi ko'rinishda bo'ladi:

$$SPB = O'AB - (KSIB + MVB),$$

Bunda: SPB — serebral perfuzion bosim, mm sim.ust.;

O'AB — o'rtacha arterial bosim, mm sim.ust.

(O'AB = ABdiastol. + (ABSistol. – ABdiastol.)/3);

KSIB — kalla suyagi ichi bosimi, mm sim.ust.;

MVB — markaziy venoz bosim, mm sim.ust.

Me'yorda SPB80 mmsim.ust.ga teng, uning ko'rastkichi 50 mm sim.ust.dan pasayganda miya elektr aktivligining kamayishi va ishemiyaniq metabolik ko'rinishlari yuzaga chiqadi.SPB 70 mm sim.ust.dan pasayganda kasallik kechishi og'irlashgani va yakuni o'lim bilan tugashi ko'plab tadqiqotlarda isbotlangan.

Koma (grekcha koma - chuqur uyqu) - markaziy nerv tizimining chuqur darajadagi patologik tormozlanishi bo'lib, bunda: es-hushning chuqur buzilishi, tashqi ta'ssurotlarga nisbatan reflekslarning yo'qolishi va organizm hayotiy muhim funksiyalari boshqarilishining izdan chiqishi kuzatiladi.

23.2.Komaning kelib chiqishiga qarab klassifikatsiyasi.

6. Markaziy nerv tizimi kasalliklari oqibatida yoki nevrologik komalar:
 - apoplektik komalar (insultlar)
 - epileptik komalar
 - travmatik komalar (bosh miya - kalla suyagi jarohatlarida)
 - bosh miya va uning pardalari yallig'lanish kasalliklari va o'smakasalliklarida.
7. Endokrin kasalliklarda, metobolitik buzilishlar natijasida kelibchiqadigan komalar:
 - gormonlar sintezining etishmovchiligi natijasida (diabetik,gipokortikoidli, gipotireoidli, giopitiutrinli);
 - gormonlar ko'p ishlab chiqarilganda yoki davolash vaqtida gormonlar dozasi oshirilganda (tireotoksik, gipoglikemik).
8. Suv- elektrolitlar va energetik mahsulotlar yo'qotilishi bilan kelibchiqadigan komalar:
 - xloridropenik, pilorostenozda ko'p qusish natijasida rivojlanadi
 - alimentar- distrofik koma.
9. Gazlar almashinuvi buzilishi natijasida rivojlanuvchi komalar:
 - gipoksik- tashqaridan kislorod kiritilishi etishmovchiligida (gipobarik gipoksemyada, yoki qonda kislorod tashishi buzilganda anemiya va qon aylanishining o'tkir buzilishida.
 - respirator (respirator- serebral, respirator- atsidotik) yoki o'tkir nafas etishmovchiligida.
10. Toksik komalar- endogen intoksikatsiyalar ya'ni toksikoinfeksiyalar, pankreatit, jigar va buyrak etishmovchiligida yoki ekzogen (alkagol, fosfoorganik birikmalar,barbituratlar va boshqa farmakotoksik mahsulotlar) zaharlanishlarda kelib chiqadi. M.Samuels (1997) bo'yicha komalar kelib chiqishining klassifikatsiyasi.

Birlamchi serebrogen komalar

A Bosh miyaning birlamchi jarohatlari.

1.Kalla - miya jarohati:

- a) bosh miyaning chayqalishi;
- b) bosh miyaning lat eyishi;
- v) bosh miya ichi travmatik gematomasi yoki teshib o'tuvchi jarohati;
- g) subdural gematoma;
- d) epidural gematoma.

2. Qon tomir kasalliklarida:

- a) bosh miyaga qon quyilishning ehtimoliy sabablari; arterial gipertenziya; anevrizmaning yorilishi ; arteriovenoz malfarmatsiyaning yorilishi; gemarragik diatez; amiloid angiopatiya; o'sma tufayli qon tomir eroziyasi ;
- b) subaraxnoidal qon quyilishining ehtimoliy sabablari;
- anevrizmaning yorilishi;
- arterioavenoz malfarmatsiyaning yorilishi;
- v) ishemik insult;
- g) o'tkir gipertonik ensefalopatiya.

3. Infeksiyalar:

- a) meningitlar;
- b) ensefalitlar;
- v) abscesslar.

4. O'smalar:

- a) kalla ichi birlamchi o'smalari;
- b) metastatik o'smalar ;
- v) metastaz bermaydigan xavfli o'smalar(rivojlanuvchi multikofal leykoensefalopatiya).

5 Epileptik holat.

Ikkilamchi serebrogen komalar

B Bosh miyanig ikkilamchi jarohatlari.

1. Ichki organlar funksiyasining etishmovchiligi va metabolik buzilishlarida:

- a) gipoglikemiya;
- b) diabetik ketoatsidoz;
- v) giperglikemik ketoatsidozsiz giperosmolyar holat;
- g) gipoterioz yoki tireotoksikoz;
- d) uremiya;
- e) jigar etishmovchiligi;
- j) giponatriemiya;
- z) giper yoki gipokalsiemiya.

2. Gipoksiya holatidagi sabablarda:

- a) yurak to'xtashi;
- b) yurakning ogir etishmovchiligi;
- v) o'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi dekompensatsiyasi;
- g) nafas oladigan havodagi kislorod parsial bosimining pasayishi.

3. Ekzogen zaharlanishlarda:

- a) og'ir metallardan;
- b) is gazidan;
- v) dori moddalaridan(barbituratlar, trankvilizatorlar, opioidlar va boshqalar);
- g) alkogoldan;
- d) boshqa toksik moddalardan.

4 Termik jarohatlarda (issik va sovuq urishi).

5 Elektrdan jarohatlanganda.

23.3. Komalarning umumiy simptomatikasi va kechishi

Barcha komatoz holatlarning negizida bosh miya shishi sindromi yotadi. Komalar juda tez, bir necha minutda yoki asta sekin bir necha soatdan bir necha kungacha rivojlanishi mumkin. Etiologik sabab bo'luvchi quyidagi kasalliklarda komalar juda tez rivojlanishi kuzatiladi: epilepsiya, gipoglikemiya, bosh miya kalla suyagi jarohatlari, insultlar. Bemorlar to'satdan hushini yuqotadi va bir necha minutda chuqur koma belgilari paydo bo'ladi. SHovqinli, xirillashli, CHEyn-Stoks tipidagi patologik nafas va nafas buzilishining boshqa ko'rinishlari kuzatiladi, AB tusha boshlaydi. Bemorlar yuqori tovush va og'riq ta'sirlovchilariga juda qisqa vaqt qo'zg'aladi, savollarga javob bermaydi yoki noaniq, noto'g'ri javob beradi. Sopor bosqichida bemor suvni suyuq ovqatlarni yutishi, to'shakda mustaqil aylanishi mumkin. Soporoz holatning komatoz holatga o'tish davrida qo'zg'atuvchi ta'sirlarga nisbatan barcha reflekslar susayib yoki yo'qolib boradi, shu jumlada qorachiqning yorug'likka nisbatan reaksiyasi susayishi yoki yo'qolishi, keyinchalik shox parda va yutish reflekslarning yo'qolishi, vegetativ funksiyalarning buzilishi va EEGda o'zgarishlar kuzatiladi.

O'tkir zaharlanishlarning klassifikatsiyasi

Ekzogen zaharlanishlarning 300 dan ortiq turi ro'yxatga olingan. O'tkir zaharlanishlarning 80% tasodifan, 18% qasddan va 2% ishlab chiqarishda zaharlanisharga to'g'ri keladi.

Zaharli moddalarning qo'llanish sohasiga qarab klassifikatsiyasi.

1. Sanoatdagi zaharli moddalar ishlab chiqarishda qo'llaniladigan: organik erituvchilar (dixloretan), bo'yoqlar (anilin), yoqilg'ilar: (metan, propan, butan), muzlatuvchilar (freon) bilan zaharlanishlar.
2. Qishloq xo'jaligida qo'llaniladigan yadroximiklar: xlor organik pestitsidlar (geksoxloron, polixloramin), fosfor organik insektitsidlar (karbofos, xlorofos, fosfamid, trixlormetafos-3, metilmerkoptofos), ruxorganik birikmalar bilan zaharlanishlar.
3. Dori vositalari bilan zaharlanishlar.

4. Maishiy xizmatlar: shaxsiy gigiena va kosmetikada qo'llaniladigan moddalar, kiyimlar, uy jixozlari va avtomobillarni ishlov berishda qo'llaniladigan moddalar, ovqat qo'shimchalari (uksus kislotasi) bilan zaharlanishlar.
5. Biologik o'simlik va hayvon zaharlari: zamburug'lar (akonit, oq pogonka, sikuta, ilon, chayon zahri) bilan zaharlanish.
6. Jangovor zaharlovchi moddalar (zarin, chirin, fosgen, harbiy kimyoning sintetik zaharli moddalari) bilan zaharlanish.

Zaharlanishlarning sababi va sodir bo'lgan joyiga qarab klassifikatsiyasi.

- I. Tasodifan zaharlanishlar.
 1. Ishlab chiqarishida yuzaga keladigan zaharlanishlar.
 2. Maishiy zaharlanishlar.
 - a) O'z-o'zini davolash natijasida zaharlanish.
 - b) Dori vositalarini miqdorini oshishi natijasida zaharlanish.
 - v) Alkogol yoki narkotik moddalardan zaharlanish.
 3. Tibbiy xatolik natijasida zaharlanish.

II. Oldindan rejalartirilgan zaharlanishlar.

1. Kriminal zaharlanishlar.
 - a) Birovni o'ldirish maqsadida.
 - b) Kuchsizlantirish maqsadida.
2. O'z joniga qasd qilish maqsadida.

Zahar moddalarning organizmga kirishiga qarab quyidagi turlari farqlanadi:

1. Peroral – og'iz orqali ko'pincha maishiy zaharlanishlarda uchraydi.
2. Ingalyatsion – nafas yo'llari orqali ko'pincha ishlab chiqarishdagi zaharlanishlarda uchraydi.
3. Teri orqali zaharlanishlar.
4. In'eksion zaharlanishlar ham farqlanadi – zahar moddalarni organizmga sanchib kiritish – ilon, chayon, hasharotlar chaqishi va zaharli moddalarni in'eksiya qilish.
5. Zaharli moddalarni to'g'ri ichakka va quloqqa tushishi oqibatida zaharlanish.

31-jadval

Zaharli moddalarning tanlab ta'sir qilishiga qarab klassifikatsiyasi

№	Moddalar ta'siri	Dori vositalari.
1.	Yurakka ta'sir qiluvchi zaharli moddalar: kardiotoxik ta'sir yurakda o'tkazuvchanlik va ritmning buzilishi, miokardda toksik distrofiyaning yuzaga kelishi.	Yurak glikozidlari (digitalis, digoksin, lantozid) antidepressantlar: (imipramin, amitriptilin), o'simlik zaharlari (akonit, zamanixo, xinin), hayvon zaharlari (tetrodotoksin), tuzlar (bariyli, kaliyli).
2.	Nevrlarga ta'sir qiluvchi zaharli moddalar: neyrotoksik ta'siri - psixik faollikning buzilishi, toksik koma, toksik giperkineziya va paralizlar.	Psixofarmakologik dori vosi-talari (narkotiklar, trankvili-zatorlar, uxlatuvchilar) fosforanik birikmalar, izoniozid birikmalari (tubazid, ftivozid) alkogol v uning surrogatlari, is gazi.
3.	Buyrakka ta'sir qiluvchi zaharli moddalar: nefrotoksik ta'siri- toksik nefropatiya.	Og'ir metall birikmalari etilenglikol, shavel kislotasi.

4.	Jigarga ta'sir qiluvchi zaharli moddalar: gepatotoksik ta'siri - toksik gepatopatiya.	Xlorlangan uglevodorodlar (dixloretan), zaharli zamburug'lar (oq pagonka) fenollar va aldegidlar.
5.	Qonga ta'sir qiluvchi zaharli moddalar: gematotoksik ta'siri - gemoliz, metgemoglobinemiya.	Anilin va uning brikmalari, nitratlar, mishyak vodorodi.
6.	Oshqozon-ichakka ta'sir qiluvchi zaharli moddalar: Gastroenterotoksik ta'siri – toksik gastroenterit.	O'tkir kislota va ishqorlar, og'ir metall birikmalari va mishyak.
7.	O'pkaga ta'sir qiluvchi zaharli moddalar: Pulmonotoksik ta'siri – toksik shish va o'pka fibrozini yuzaga kelishi.	Parakvat, fosgen.

Klinik kechishiga qarab o'tkir va surunkali zaharlanishlar farqlanadi.

Klinik belgilarning namoyon bo'lishiga qarab: yengil, o'rta, og'ir, o'ta og'ir va o'lim bilan tugaydigan zaharlanishlar darajasi farqlanadi. Zaharlanishlarning klinikasida asoratlarning kelib chiqishi og'ir zaharlanishdan darak beradi.

Zaharlanish kimyoviy strukturasiga qarab zaharlanishlarning nozologik turlari ham farqlanadi. Nozologik klassifikatsiya zaharlanishga olib kelgan kimyoviy moddani hisobga oladi (metil spirti bilan zaharlanish, mishyak yoki is gazidan zaharlanish).

Zaharlanishlarning umumiy diagnostika usullari.

1. Klinik diagnostika usullari – anamnestik ma'lumotlar, voqea joyidagi ko'rik xulosalari, kasallikning klinik ko'rinishi va zaharlanishlarining o'ziga xos simptomlariga asoslanadi.

O'tkir zaharlanishlar klinik diagnostikasi zaharli modda ta'sirida yuzaga keladigan o'ziga xos simptomlar, zaharli moddaning tanlab ta'sir etuvchi va uning fizik - kimyoviy xususiyatlariga asoslanadi. Masalan: es-hushning karaxtligi, koma, qo'zg'alish va ensefalopatiya belgilari kuzatilganda psixotrop medikamentlardan (narkotiklar, barbituratlar, neyroleptiklardan) o'tkir zaharlanish shubha qilinadi.

“Noma'lum zaharli moddadan zaharlanish” diagnozi o'zining amaliy qiymatiga ega emas, chunki bu vaqtda maqsadga yo'naltirilgan davolash choralarini ham olib borish imkoniyati bo'lmaydi. Shu sababli o'tkir zaharlanishlarda klinik simptomatika, anamnestik ma'lumotlar va voqea joyi ma'lumotlarini diqqat bilan o'rganib aniq bir xulosaga kelish kerak.

Klinik diagnozni asoslashda laborator diagnostika ham katta ahamiyatga ega.

- **Elektroensefalogramma** - bosh miya bioelektrik faolligini aniqlab psixo yoki neyrotrop moddalardan zaharlanish, zaharlanish og'irlik darajasini va oqibatini qiyosiy diagnostikasida katta ahamiyatga ega.
- **Elektrokardiogramma** - yurakning toksik jarohatlanish xususiyati va darajasini, ritm hamda o'tkazuvchanlik buzilishini baholashda katta ahamiyatga ega.

Instrumental diagnostikada pulsoksimetriya, elektropletizmografiya, reopletizmografiya, spirografiya, Astrupning pH–metriya usuli, rentgenologik ma'lumotlar, ezofagogastroduodenoskopiya, ultratovush tekshirish xulosalaridan foydalaniladi.

2. Laborator toksikologik ma'lumotlarga asoslangan diagnostika - zaharli moddaning miqdori, sifati va organizmga tarqalishi (qon, siydik, orka miya suyuqligi) aniqlanadi.

Zaharlanishlarni laborator diagnostikasining asosiy 3 yo'nalishi mavjud:

- organizm biologik suyuqliklaridagi zaharli moddalarni maxsus toksikologik aniqlash;
- qon biokimyoviy tarkibining zaharlanishga xos xarakterga o'zgarishini aniqlash;
- qon biokimyoviy tarkibini o'ziga xos xarakterda bo'lmagan o'zgarishini aniqlash, ya'ni jigar, buyrak va boshka tizimlarning toksik jarohatlanish og'irlik darajasini aniqlash.

3. Patomorfologik diagnostika - zaharlanishlarda o'lim yuz bergandan keyingi o'ziga xos belgilariga asoslanadi.

O'tkir zaharlanishlarda davolashning umumiy tamoyillari.

- Zaharli moddaning organizmga ta'sirini to'xtatish;
- Zaharli moddaning zararli ta'siridan organizmni ximoyalash;
- Zararlangan organ va tizimlarni hayotchanligini himoyalash, zarurat bo'lsa ular funksiyasini vaqtinchalik sun'iy boshqarish.

Shular jumlasiga zaharli moddani organizmdan tez chiqib ketishini ta'minlash, spetsifik antidot terapiya, faol detoksikasiya, organizm buzilgan funksiyasini korreksiyalash va simptomatik davolash chora- tadbirlari ham kiradi.

Alkogoldan va uning surrogatlaridan o'tkir zaharlanish

Alkogoldan o'tkir zaharlanish asosan – etil spirt va tarkibida 12% etil spirti saqllovchi suyuqliklarni qabul qilganda kuzatiladi. Bunday suyuqliklar quyidagilar: spirtli ichimliklar, duxilar, odekolonlar, dorivor o'simlik damlamalari, turli xildagi kleylar "BF", bo'yoqlarni suyultiruvchi eritmalar va hokazo.

Etil spirtining o'limga olib kelishi mumkin bo'lgan bir martalik miqdori 96% 300-400 ml eritmasi yoki 4-12 g/kg hisoblanadi. Alkogolni komaga olib keluvchi miqdori 3 g/l, o'limga olib keluvchi konsentratsiyasi 6 g/l hisoblanadi.

Qondagi alkogol konsentratsiyasi 150 mg % bo'lganda zaharlanish kuzatiladi, 350 mg % bo'lganda og'ir zaharlanish, 550 mg % bo'lganda o'lim holati kuzatiladi.

Alkogol toksikokinetikasi, ya'ni organizmga kirib so'rilishidan to chiqib ketishigacha bo'lgan jarayon ikki fazaga bulinadi:

I. Rezorbsiya (so'rilish) fazasi.

Alkogolni 20 % i oshqozonda va 80 % ingichka ichakda so'rilishi natijasida 1,5 soat davomida qondagi konsentratsiyasi maksimal darajaga yetadi.

II. Eliminatsiya (chiqarib yuborish) fazasi.

- o'pka orqali o'zgargan holda
- buyraklar orqali o'zgarmagan holda chiqarib yuboriladi.
- 7-12 soatdan keyin to'liq eliminatsiya amalga oshadi.

Etanol jigarda chiqadigan alkogoldegidrogenaza fermenti ta'sirida atsetaldegid, uksus kislotasi, CO₂ va H₂O gacha parchalanadi.

Yengil mastlik holatida eyforiya (kayfiyatning ko'tarilishi) belgilari, o'rta og'irlikdagi mastlikda yuqoridagilarga qo'shimcha harakat koordinatsiyasining, qadam tashlashning buzilishi, qo'zg'aluvchanlik, uyquchanlik va chuqur uyqu kuzatilishi mumkin. Mastlikning bu darajalarida davo muolajalarini olib borish shart emas.

O'tkir zaharlanishda yuqoridagi barcha belgilar chuqurlashadi va mastlik holati chuqur uyqu va narkoz holatiga o'tib, barcha turdagi sezgilar shu jumladan va issiqlik sezgisining yo'qolishi ham kuzatiladi.

Bu holatning o'zi hayot uchun xavfli emas, bir necha soatda o'tib ketishi mumkin, lekin chuqur uyqu holatida bir necha soat noqulay, bir xil holatda yotib qolishi natijasida yotoq yaralar, gangrenalar, mahalliy qon aylanishining buzilishi kuzatiladi. Bunday paytda bemorlar tez sovuq qotadi, havo harorati +12⁰S bo'lganda, tana harorati 31-32⁰S gacha pasayadi, natijada tomir urishi 28-52, nafas olish soni 8-10 tagacha kamayadi, og'riq sezgisining bo'lmasligi va diskordinatsiya sababli og'ir jarohatlar kuzatiladi. Bunda kombinatsion jarohatlanishlar hayot uchun juda xavfli bo'lib bemorlar o'limiga sababchi bo'lishi mumkin. Birinchi sutkada nafas buzilishlari hisobidan, yaqin haftalarda sovuq qotishdan keyingi pnevmoniya va o'pka gangrenasi kuzatiladi.

Juda og'ir mastlik holatlarida barcha bosqichlar (eyforiya, qo'zg'alish, narkoz) tez o'tib bemorlar chuqur komaga tushadi.

Komatoz holatning 3 bosqichi farqlanadi:

- Yuzaki koma I
- Yuzaki koma II
- Chuqur koma.

Yuzaki koma I - qorachiqalar toraygan, og'riq reaksiyasiga qisqa vaqt kengayadi, og'izdan alkalol hidi seziladi, nashatir spirti hidlatilganda bemor mimik reaksiya, qo'l himoya harakati bilan javob beradi. Alkogoldan zaharlanishning bu bosqichi unchalik xavfli bo'lmay, ko'p holatlarda bemorlar zond orqali oshqozoni yuvilgandan so'ng o'ziga keladi.

Yuzaki koma II - yaqqol namoyon bo'lgan mushak gipotoniyasi, reflekslar saqlangan (pay va qorachig' refleksi), nashatir spirti hidlatilganda kuchsiz ta'sirlanadi, bunday bemorlar tezda gospitalizatsiya qilinadi hamda davolash muolajalari olib boriladi. Alkogolni uzoq so'rilishining oldini olish maqsadida oshqozon zond orqali yuviladi, bunda bemorlarning o'ziga kelishi qiyinroq kechadi.

Chuqur koma - barcha reflekslar yo'qolgan, qorachiqalar toraygan, agar nafas yetishmovchiligi bo'lsa, qorachig'lar kengayadi, og'riq sezgisiga, nashatir spirtiga reaksiya yo'qolgan.

Alkogoldan o'tkir zaharlanishlarda nafas buzilishlari: tilning nafas yo'lini berkitishi hisobidan, aspiratsiya (qusuq massalari, so'lak hisobidan, bronxlar sekretiysasi oshishi hisobidan) bo'lishi mumkin. Bundan tashqari yurak-tomir tizimidagi buzilishlar gipertoniya, gipotoniya bilan almashinishi, yurak ritmi buzilishlari, taxikardiylar kuzatilishi mumkin.

Diagnostikasi va differensial diagnostikasi.

Diagnostika: anamnez, klinik ko'rinishi, laborator tekshirish (qondagi alkalol mikdori) natijalariga asoslanadi.

Differensial diagnostikasi: bemor og'zidan alkalol hidi kelishi, faqatgina alkalol komasi ekanligini isbotlay olmaydi. Avvalambor bunday bemorlarda miyada qon aylanishining o'tkir buzilishlari (insultlar), uremik komalar, narkotik koma, bo'yin umurtqalarining sinishi yo'qligini yoki birgalikda kechmaganligini aniqlashimiz zarur.

Davolash:

1. Nafas yo'llari o'tkazuvchanligini tiklash va ta'minlash. **Chuqur koma vaqtida nafas analeptiklari (bemegrid, kordiamin) qo'llanilmaydi.**
2. Intoksikatsiyani davolash:
 - Alkogolning qonga so'rilishini to'xtatish maqsadida oshqozonni zond orqali suv bilan yuvish;
 - Tomir ichiga glyukozaning gipertonik eritmasini (10-20 %) insulin bilan quyish;
 - Siydik chiqishini jadallashtirish;
 - Gipersalivatsiya va bronxoreyani oldini olish maqsadida atropin sulfat 0,1% - 1 ml tomir ichiga yuboriladi.
 - Vitaminoterapiya
 - Qustiruvchi vositalar apomorfina teri ostiga yuboriladi. Hushsiz, oriq va juda past qon bosimidagi bemorlarda apomorfina ishlatilmaydi.
 - Bunday bemorlarda atsidoz rivojlanadi, shu sababli tomir ichiga 4 % li natriy gidrokarbonat eritmasi quyiladi yoki zond orqali 2-7 g suyultirilib yuboriladi.
 - Bemorlar isitiladi.
 - Bemorlarda qo'zg'alish kuzatilsa barbituratlar va morfin kabi dori vositalari qo'llanilmaydi, chunki nafas markazini tormozlashi mumkin. Bu hollarda droperidol va xloralgidrat qo'llaniladi.
 - Bundan tashqari bemorlar ahvoriga qarab simptomatik davo muolajalari olib boriladi.

Alkogol surrogatlaridan o'tkir zaharlanish.

Metil spirti etil spirtiga nisbatan kam zaharli, lekin organizmda oksidlanish natijasidagi zahar mahsulotlari (chumoli kislotasi va formaldegid) o'ta zaharli bo'lib, juda yomon oqibatlariga olib keladi. Metil spirtiga nisbatan individual sezuvchanlik 100 ml bo'lib, etil spirtiga nisbatan yuqori. O'lim ko'rsatkichi metil spirtidan zaharlanganda sezilarli darajada yuqori (50-150 ml).

Simptomatikasi va kechishi. Juda yuqori dozali zaharlanishlarda yashin tezligidagi turi kuzatiladi, bunda og'ir mastlik holatidagi eyforiya, diskordinatsiya, qo'zg'alish kabi klinik belgilar tez va kuchli namoyon bo'lib, 2-3 soatda bemorlar o'limi bilan tugaydi.

Yengil forma zaharlanishda – bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, bir necha marta qusish, oshqozon soxasida og'riq, bosh aylanishi, ko'rishning buzilishi - ko'z oldi xiralashishi, ko'z oldi qorong'lashishi, bu belgilar 2-7 sutkagacha saqlanadi va keyinchalik o'tib ketadi.

O'rta og'ir forma zaharlanishda –yukoridagi belgilar barchasi namoyon bo'ladi, lekin yengil formaga nisbatan og'ir kechadi, bir- ikki kundan so'ng ko'z ko'rmaydi (ko'rlik). Bu xolat sekin-asta tiklanadi, lekin to'liq tiklanmaydi, letallik ko'rsatkichi pastroq, ammo deyarli barcha bemorlar ko'rish qobiliyati u yoki bu darajada buziladi.

Og'ir forma zaharlanishda - boshlanishi yuqoridagi simptomatikani eslatadi, 6-10 soatdan keyin bemorlarda uyquchanlik, karaxtlik, oyoqlarda, boshda kuchli og'riq hamda chanqoqlik bezovta qiladi.

Obyektiv ko'rishda teri va shilliq qavatlar quruq, yallig'langan, ko'kimtir tusda, tili jigarrang karash bilan qoplangan, og'izdan alkohol hidi keladi, puls tezlashgan, vaqt o'tishi bilan sekinlashib boradi. Qon bosimi ko'tarilgan vaqt o'tishi bilan pasayib boradi, psixomotor qo'zg'alishlar va tutqonoqlar kuzatiladi. Komatoz holat tez rivojlanadi, o'lim nafas mushaklari paralichi va yurak qon-tomir faoliyatining susayishidan kelib chiqadi.

Davolash:

- Oshqozonni yuvish uchun, 20-30,0 natriy sulfatni bir stakan suvda eritib zond orqali yuboriladi. Oshqozonni yuvish 2-3 sutka davomida takrorlanib turiladi, sababi metil spirti oshqozondan sekin so'riladi.
- Nafas buzilishini oldini olish, oksigenoterapiya imkoni va ko'rsatma bo'lganda O'SV o'tkaziladi.
- 2-5 % li etil spirtini 20 ml/kg miqdorda tomir ichiga tomchilab yuboriladi. yengil darajasida 100 ml 30% li etil spirti ichishga beriladi. Etil spirti organizmdagi metil spirtining chumoli kislotaga va formaldegidgacha parchalanishini oldini oladi va organizmdan chiqib ketishini tezlashtiradi
- Ko'z jarohatlanishini oldini olish maqsadida lyumbal punksiya, ATF, atropin sulfat, prednizolon, vitaminoterapiya kilinadi.

Chumoli spirtidan zaharlanish. Chumoli spirtining kimyoviy xossalari, ta'sir mexanizmi metil spirtiga yaqin, 150 gr o'limga olib kelishi mumkin.

Klinik ko'rinishi metil spirtidan zaharlanish belgilariga o'xshash, psixomotor qo'zg'alishlar, deleriaz holatlar kuchliroq namoyon bo'ladi, 2-4 sutkadan so'ng o'tkir buyrak yetishmovchiligi boshlanadi.

Davolash metil spirtidan o'tkir zaharlanish davridagi davolash prinsiplariga qo'shimcha o'tkir buyrak yetishmovchiligi davolandi.

Odekolondan zaharlanish- Odekolon kosmetik vosita bo'lib, tarkibida 60% etil spirti, metil spirti, aldegid, efir yog'i va boshqa xil kimyoviy moddalar mavjud. Etil spirtiga nisbatan zaharli hisoblanadi.

Klinik ko'rinishi, diagnostikasi va davolash etil spirtidan zaharlanish bilan bir xil.

Sirka kislotasidan zaharlanish

Sirka (kimyoviy formulasi CH_3COOH) – organik kislotaga bo'lib, turmushda konsentratli eritma shaklida ko'p ishlatiladi. Shuning uchun bu kislotadan zaharlanish ko'p uchraydi. Sirka kislotasining 96% li eritmasi muzli uksus kislotaga, 40% dan to 80% gacha bo'lgan eritmasi sirka essensiyasi, 5-8 % li eritmasi oshxona uksusi deyiladi.

Kislotadan zaharlanishning patogenezi va klinik belgilari.

Patogenezi: sirka kislotasi bilan zaharlanganda mahalliy kimyoviy kuyish kelib chiqadi. To'qima hujayralari kislotaga bog'langandan keyin eritrotsit membranasini lipid qavatini eritib yuboradi, eritrotsitning suyuq qismi chiqib, eritrotsitlar gemolizi kuzatiladi va ekzotoksik shok holati kelib chiqadi.

Qaytmas o'zgarishlar, qon tomir ichi gemolizi va ekzotoksik shok, mikrotsirkulyatsiyaning buzilishi jigarda nekrotik o'choqlar rivojlanishiga olib keladi. Uksus kislotasidan zaharlangandagi kuyish kasalligining kechishida quyidagi fazalar farqlanadi:

I-faza: Ekzotoksik shok va zaharlanishning boshlang'ich belgilari (1-sutka);

II-faza: Toksemiya – gipertermiya va tez-tez bo'ladigan o'tkir intoksikatsion psixozlar (2-3 sutkalar);

III-faza: Infektsion asoratlar - ezofagit, gastrit, traxeobronxit, pnevmoniya, reaktiv pankreatit, reaktiv peritonit klinikasi namoyon bo'lishi (4 sutkadan 1,5-2 xaftagacha);

IV-faza: Stenozlanish va kuyish asteniyasi – oqsil, elektrolit muvozanatining buzilishi, tana og'irligining kamayishi (15-20% gacha);

V-faza: Sog'ayish fazasi.

Zaharlanishning og'irligi kislota konsentratsiyasi, dozasi, oshqozonning to'lgan yoki to'lmaganligi va boshka omillarga bog'liq. Yuqori konsentratsiyali kislota 10-12 ml, essensiyaning 30-40 ml o'lim dozasi hisoblanadi. Sirka kislotasini rezorbsiya vaqti 2-6 soat, intensiv rezorbsiya vaqti 30 minut davom etadi. To'qimalarda koagulyatsion nekroz chaqiradi.

Sirka kislotaning asosiy ta'siri, uning odam tanasi bilan birlamchi aloqada bo'lgan sohalarda kuzatiladi va kimyoviy kuyishni keltirib chiqaradi. Umumiy toksik ta'siri esa eritrotsitlarni parchalanishi (gemolizi) hisobidan kelib chiqadi. Kislotani ichgandan so'ng tezda og'iz bo'shlig'ida, xalqumda va qizilo'ngachda kuchli og'riq, ovqat hazm qilish yo'li sohasi shilliq qavatlarining shishi kelib chiqadi, kuchli shish rivojlanadi. Kislotaning oshqozonga va ichaklarga harakati tufayli u yerda ham kuchli og'riq bilan kechuvchi kuyish yuzaga keladi.

Oshqozonning kuyishi tufayli qusish kelib chiqadi, qusish massasi qonli bo'ladi. Agar kislotani ichayotgan payt uning bir qismi teriga tushsa, kuyish og'iz atrofida ham bo'ladi. Kislotani oshqozon va ichak to'qimalariga ta'siri natijasida to'qimalarda nekroz jarayoni rivojlanadi, yaralar kelib chiqadi. Zararlangan sohalarda va eritrotsitlar gemolizi natijasida hosil bo'lgan zaharli mahsulotlar buyrakdan ajralayotgan payt uni zararlaydi.

Sirka essensiyaning ta'siri. Plazmorragiya, gemokonsentratsiya, metabolik atsidoz gemoliz, gemoglobinuriya va o'tkir buyrak yetishmovchiligiga olib keladi. Bundan tashqari qon ivuvchanligi buziladi, oshqozon-ichakdan qon ketishlar, erta pnevmoniya kelib chiqadi.

Yuqoridagi klinik belgilarga asoslangan holda zaharlanishning quyidagi darajalari farqlanadi:

- **Yengil darajadagi zaharlanish**
- **O'rta og'ir darajadagi zaharlanish**
- **Og'ir darajadagi zaharlanish.**

Yengil darajadagi zaharlanish – og'iz bo'shlig'i, yutqin, qizilo'ngach shilliq qavatlarida, kataral seroz yallig'lanish, yengil nefropatiya belgilari va jigarda yengil gemodinamik buzilishlar kuzatiladi. Qondagi erkin gemoglobin miqdori 5 g/l gacha bo'ladi.

O'rta og'ir darajadagi zaharlanish: og'iz bo'shlig'i, yutqin, qizilo'ngach, oshqozon shilliq qavati kuyishi, kataral-seroz va kataral fibroz yallig'lanish, ekzotoksik shok, gemoliz va gemoglobinuriya rivojlanadi, o'rta og'irlikdagi nefroz va toksik nefropatiya, yengil yoki o'rtacha og'irlikda hepatopatiya kuzatiladi. Qonda erkin gemoglobin 5-10 g/l

Og'ir darajadagi zaharlanish: qizilo'ngach, oshqozon, ingichka ichak kuyishi, yarali nekrotik yallig'lanishi kuzatiladi, ekzotoksik shok, gemoliz, gemoglobinuriya, o'tkir nefroz, og'ir toksik nefropatiya va hepatopatiya kuzatiladi. Qonda erkin gemoglobin 10 g/l dan yuqori.

Bolalarda sirka kislotasidan zaharlanish nisbatan og'irroq kechadi.

Ko'pincha bolalarda kislotani ichishi tufayli ko'krak, bo'yin va iyak terisi sohasida 1-2 darajali kuyish kelib chiqadi. Og'iz, murtak bezlari, xalqum shilliq qavatlar qizargan, shishgan, qonagan bo'ladi.

Bemorlar tomoqdagi, qizilo'ngach yo'lidagi va epigastral sohadagi kuchli og'riqdan shikoyat qilishadi. Salivatsiya kuchaygan, nafas olish va yutinish qiyinlashgan. Hiqildoq shishi ovoz tirqishini torayishiga va asfiksiyaga olib keladi. Ovoz bo'g'ilgan yoki to'liq afoniya kuzatiladi. Qon bilan qusish va qonli ich ketishi bemor ahvolini og'irlashtiradi. Bolalar ko'pincha jismoniy va ruxiy qo'zg'algan bo'ladi. Puls 180-200 tagacha oshgan, AB ko'tarilgan bo'ladi, zaharlanishning bu simptomlari og'rik natijasida ham kelib chiqadi, shuning uchun bu holatni shokning birinchi (erektel) fazasi ko'rinishi deb o'ylash mumkin. Ko'pgina bolalarda yurak tonlari bug'iqlashgan, diurez kamaygan, tana harorati pasaygan (parchalanish mahsulotlarini so'rilishi bilan bog'liq holda boshlanuvchi intoksikatsiya hisobidan) bo'ladi.

Og'ir hollarda intoksikatsiya simptomlari suv-tuz almashinuvi buzilishidan chuqurlashadigan toksik o'pka shishi bilan birga kechadi.

Shovqinli nafas, davriy stenotik xarakterga ega bo'ladi, ko'p miqdorda shilliq ajralishi bilan kechadi. Shilliq bilan birga nekrotik massaning ajralishi kuzatiladi. Zaharlangan bemorlarda odatda leykotsitoz 20-30000 gacha, neytrofilyoz, leykotsitar formulaning chapga siljishi kabi o'zgarishlar bo'ladi.

Sirka kislota bilan zaharlanish boshqa kislotalarga nisbatan kuchli rezorbtiv ta'siri bilan farqlanadi. Kuchli atsidoz, gemoliz va gemoglobinuriya zaharlanishning birinchi daqiqalarida yuzaga chiqadi. Gemoliz qondagi bilvosita bilirubin miqdori oshishi bilan birgalikda kechadi. Qonda gemoglobin me'yorda, eritrotsitlar miqdori esa gemoliz hisobidan kamayadi.

Qon yopishqoqligi oshadi, bu esa tomirda tromb hosil bo'lishi va kollaps rivojlanishiga olib keluvchi gemodinamikaning buzilishi uchun yaxshi sharoit yaratadi. Massiv gemoliz va gemoglobin bo'laklari buyrak kanalchalariga tiqilib, o'tkir buyrak yetishmovchiligining tipik klinik belgisi gemoglobinurik nefropatiyaga olib keladi. Qoldiq azot 50-70 mg % gacha oshadi. Atsidoz va gemoliz kechishning og'irligi zaharlanishdan dastlabki ikki sutka davomidagi o'lim foizini aniqlaydi.

Shoshilinch yordam va intensiv terapiya prinsiplari.

Voqea sodir bo'lgan joydagi chora-tadbirlar. Agar bemorda hiqildoq kuyishi natijasida hiqildoq shishi rivojlansa, tezda traxeya intubatsiyasi yoki konikotomiya qilish kerak. Og'riqni olish uchun tomir ichiga 2% li promedol yoki 1% li pantopon yoki 1-2 ml morfin eritmasini 0,1% - 0,5 ml atropin, antigistamin preparatlar (1%li dimedrol, 2%li suprastin 1 ml eritmasi) bilan birga yoki 2-3 ml 0,005% fentanil eritmasini 2-3 ml 0,25 % li droperidol eritmasi bilan ham yuborish mumkin. Almagel "A" zond orqali yuboriladi.

Kuyish plazmoragiyasiga qarshi tezda 400 ml Refortan, stabizol, reosorbilakt 400-600 ml yoki 5 % li glyukoza eritmasini infuziya qilish kerak. Tomir ichiga 10-20 ml - 2,4 % li eufillin, 60-120 mg gacha prednizolon yoki 8-12 mg deksametazon yuborish kerak.

Oshqozonni yuvishni nihoyatda ehtiyotkorlik bilan bajarish kerak (qizilo'ngach kuyishi oqibatida zond jarohatidan teshilishi mumkin). Oshqozon zond orqali 10-15 litr sovuq suv bilan yuviladi.

Transportirovka paytidagi chora-tadbirlar. Tomir ichi infuziyalarini davom ettirish kerak. Narkotiklar va antigistamin preparatlar bilan og'riq qolmasa, analgeziya bosqichidagi kislorodli narkozdan foydalaniladi. Gipersalivatsiya va spazmni oldini olish uchun 0,1% - 1 ml atropin tomir ichiga yuboriladi.

Statsionardagi chora - tadbirlar. Birinchi o'rinda plazmoragiya va metabolik atsidozga qarshi kurashish kerak. Tomir ichiga (2,5-3 l gacha) plazma, reosorbilakt, 5-20 % li glyukoza + novokain aralashmasi (400 ml 5% li glyukoza+ novokain 0,5% li - 100 ml), kislota-ishqor holati nazorati ostida 1-1,5 litr gacha 4% li natriy gidrokarbonat eritmasi yuboriladi. Agar bunday nazorat bo'lmasa, dastlabki 3-4 soat davomida 400-800 ml 4% li natriy gidrokarbonat to'g'ri gemoglobulinuriya to'xtatguncha yuboriladi. Qancha erta natriy gidrokarbonat yuborilsa, shuncha oqibati yaxshi bo'ladi. Pnevmoniyani profilaktikasi uchun keng ta'sir ko'lamidagi antibiotiklar beriladi.

Sirka kislotasidan zaharlanishdan o'lim dastlab shokdan, keyinchalik jigar, buyrak, o'pkada kelib chiqadigan asoratlardan yuzaga keladi.

Quyidagi asoratlar kuzatilishi mumkin:

- Erta asoratlar.
- Kechki asoratlar.

Erta asoratlar – mexanik asfiksiya, birlamchi va ikkilamchi erta qon ketishlar, intoksikatsion psixozlar, o'tkir reaktiv pankreatit, birlamchi oligouriya va anuriya (1-2 sutkada) kuzatiladi.

Kechki asoratlar – kechki qon ketishlar, traxeobronxit va pnevmoniyalar, kechki intoksikatsion psixozlar, o'tkir jigar-buyrak yetishmovchiligi, qizilo'ngach va oshqozondagi chandiqli o'zgarishlar, chandiqli o'zgarishlarning malignizatsiyasi kuzatilishi mumkin.

Periferik qon tomirlar spazmiga qarshi kurashda va buyrakda qon aylanishni yaxshilash maqsadida tomirga eufillin va reosorbilakt yoki 5 % li glyukoza eritmasi, narkotik analgetiklar umumiy dozasida 0,25 % li novokain eritmasi bilan birga, antigistamin preparatlar va neyroleptoanalgetiklar yuborish kerak.

Gematokrit ko'rsatkichlar yaxshilangandan va periferik qon aylanish normallashtirildan keyin tomirga 1 kg tana massasiga 1-1,5 gr 10-15 % li mannitol eritmasi yoki laziks 40 mg sutkada 1-2 marta yuborish kerak. Diurezning aniqlanishini o'tkazish kerak bo'ladi. Qon ivuvchanligi birdaniga tushsa, toza muzlatilgan plazma qo'llaniladi. Qon ketishda gemotransfuziya qilinishi kerak. Intensiv terapiyani gemoglobinemiya va gemoglobinuriya to'liq yuqolguncha olib borish tavsiya etiladi. Og'iz bo'shlig'ini 1 % li natriy gidrokarbonat eritmasi va gidrokortizon aralashmasi (125 mg + 200 mg) bilan chayqash kerak, 10 yed. insulin qo'shilgan shu eritma bilan infuziya qilish kerak. Pnevmoniyani (antibiotik, banka,

kislorod) va jigar yetishmovchiligini (prednizolon 180-240 mg sut, glyukoza, vitaminlar) erta profilaktikasi amalga oshiriladi. To'qima bilan kontakt bo'lgan kislota kuyishni keltirib chiqaradi, bu esa og'ir shokka olib keladi. Kislota va to'qima parchalanish mahsulotlari umumtoksik ta'sir qiladi.

Qo'ziqorindan zaharlanish

Zaharlanishlarning taxminan 4% qo'ziqorinli zaharlanishga to'g'ri keladi. Bu zaharlanishlarning asosiy sababi, qo'ziqorinlarni yaxshi bilmaslik va ularni noto'g'ri tayyorlash hisoblanadi.

Qo'ziqorindan zaharlanish biologik zaharlanishga kiradi, unga zaharli qo'ziqorinlardan zaharlanish (oq paganka, muxomor, soxta opyanka, soxta dojdevik) kiradi, ular yoqimsiz ta'mga yoki hidga ega, bu esa uning iste'mol qilinishiga to'sqinlik qiladi, maydalanganda sutsimon sharbat ajratadigan, achituvchi ta'mga ega (svinushki, volnushki, chernushki) va zaharli kislotasi bor shartli iste'mol qilinadigan zamburug'lardan zaharlanishga kiradi. Bu qo'ziqorinlarni iste'mol qilishdan oldin ishlov berish kerak, noto'g'ri ishlov berish natijasida hattoki iste'mol qilinadigan zamburug'lardan zaharlanish turlariga bo'linadi. Qo'ziqorin bu ichakda qiyin hazm bo'ladigan mahsulot hisoblanadi. SHuning uchun uni 8 yoshgacha bo'lgan bolalarga homilador va bola emizadigan ayollarga berish tavsiya qilinmaydi.

Zaharli qo'ziqorinlarni har xil alkaloidlari (asosan termostabil) organ va tizimlarga tanlab ta'sir ko'rsatadi. Masalan oq pagankani alkaloidi (falloidin va amanitin) nefro va hepatotoksik, muxomor (muskarin i mikoatropin) - neyrotoksik (xolinolitik), psilotsibinsimon zamburug'lar (psilotsin, psilotsibin, baotsibin) narkotik (gallyutsinator), gematotoksik (gemolitik), neyrotoksik (talvasali), nefro- i hepatotoksik ta'sir ko'rsatadi. Odatda qo'ziqorindan zaharlanish to'satdan yuzaga chiqadi (bemorlar ko'pincha iste'mol qilinadigan qo'ziqorin yeganlarini aytishadi) va oilaviy xarakterga ega. Qo'ziqorindan zaharlanishni simptomlari 30 daqiqadan to 24 soatgacha bo'lgan vaqt orasida yuzaga chiqadi.

Qisqa inkubatsion davrga ega qo'ziqorinlardan zaharlanish (30 mindan to 2 soatgacha).

a) Gastroenterit tipda kechuvchi zaharlanish.

Oshqozon-ichak trakti shilliq qavatini yallig'lanishi bu zaharlanishni asosiy belgisi hisoblanadi. Intoksikatsiyaning klinik belgilari to'satdan paydo bo'ladigan ko'ngil aynish, qusish, ko'p ich ketish bilan xarakterlanadi. Og'ir holatga olib keluvchi, ayniqsa yosh bolalarda suvsizlanish kelib chiqadi: tana harorat pasayadi, arterial bosim tushib ketadi, atsidoz ichaklar spazmi, bradikardiya yuzaga chiqadi.

Sog'ayish nisbatan tez 2-3 kundan keyin kuzatiladi. O'lim kamdan-kam, faqat juda nimjon bolalarda yoki boshqa kasallik qo'shilganda yoki noto'g'ri davolashdan keyin kuzatilishi mumkin. Davolashning asosiy maqsadi qusish va ich ketishga qaramasdan tezda oshqozonni yuvib va ich suruvchi vositalarni berib, oshqozon-ichak yo'lidan qo'ziqorin qoldiqlarini chiqarib yuborish hisoblanadi. Bu muolajalarni zaharlanganning qo'ziqorin yegan barcha oila a'zolariga simptomlar bo'lmagan taqdirda ham, o'tkazish kerak, chunki bu simptomlarning uzoq latent davrdan keyin paydo bo'lishi zaharlanishning og'ir klinik ko'rinishini yuzaga chiqarishi mumkin. Oshqozon yuvishdan oldin va keyin faollangan ko'mir berish kerak, kollapsni oldini olish uchun qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar, noradrenalin 5 % - 400 ml glyukoza bilan tomchilab tomir ichiga yuborish kerak.

b) Muskarinsimon sindrom.

Qisqa latent davrdan keyin bemorlarda salivatsiya, ter ajralishining kuchayishi, ko'ngil aynishi, qusish, ko'z qorachig'ining torayishi, akkomadatsiyaning spazmi (miopiya), bradikardiya kuzatiladi, og'ir hollarda-kollaps, nafas olishning buzilishi, qon bosimining tushishi va o'pka shishi kelib chiqadi. yengil holatlarda 8-12 soatdan keyin barcha simptomlar yo'qoladi, og'ir hollarda esa-o'lim 4%ni gashkil qiladi.

Intoksikatsiyani davolash, qo'ziqorin qoldiqlaridan organizmni bo'shatish va har 0,5-1 soatda muskul orasiga atropin yuborish kerak. Og'ir hollarda esa atropinning birinchi dozasi sekin v/iga yuboriladi. Suvsizlanish va uning asoratlariga qarshi kurash olib borish kerak.

v) "Yo'lbars poganka" sindromi.

Bu sindromga xos klinik belgi, qizil muxomor, qora muxomor yoki yo'lbars poganka bilan zaharlanish natijasida kelib chiqadi. Qo'ziqorin iste'mol qilgandan 1-2 soatdan so'ng bolalarda: yengil gastroenterit, atropin bilan zaharlanish tipdagi MNT qo'zg'alishi, hushning chalkashishi, gallyutsinatsiyalar, noxosdan muskullarning qisqarishi kabi belgilar paydo bo'ladi. Zaharlanish simptomlari asosan 12 soatda yo'qoladi, lekin 2% holatlarda o'lim kuzatiladi.

Intensiv terapiya tamoyillari. Qusish va ich ketish sust namoyon bo'lganligi sababli, oshqozon va ichakni to'liq bo'shatish; 3-5 yoshdan katta bolalarga apomorfingidroxlorid tavsiya qilinadi. Oshqozonni yuvish hamma vaqt ham maqsadga muvofiq emas, chunki bemorlar qo'zg'alganligi tufayli oshqozon saqlanmasi va yuvindi suyuqliklar aspiratsiya bo'lishi mumkin. Faollangan ko'mir va magniy sulfat ich suruvchi vosita sifatida ishlatiladi. Qo'zg'alganda va talvasada-aminazin, natriy fenobarbital, relanium, diazepamdan foydalaniladi. Infuzion-dezintoksikatsion, kardial, gepatonefrotrop intensiv terapiya, kerak bo'lganda sun'iy detoksikatsiya o'tkaziladi.

Uzoq inkubatsion davrga ega qo'ziqorinlardan zaharlanish.

Evropada o'suvchi qo'ziqorinlarning eng zaharli turi muxomor hisoblanadi: sassiq muxomor va oq muxomor yoki rangpar poganka. Bu qo'ziqorinlar bilan zaharlanganda o'lim 30%ni tashkil etadi. Bular bilan zaharlanish asosan kechki yomg'irli yozda va erta kuzda kuzatiladi. Bu qo'ziqorinlarning tarkibi va zaharlanish klinik belgilari bir xil. 100 gr qo'ziqorin tarkibida: 10 mg-falloidin, falloin izlari, 8 mg-amanitin, 0,5 mg-Y-amanitin bor.

Zaharlanishning klinik belgilari. Qo'ziqorin iste'mol qilingandan 8-24 soat o'tgandan so'ng to'satdan qusish, ich ketish, qorin sohasida og'riq boshlanadi. Dastlabki kunlardan oq suyuqliklar va elektrolitlarni yuqotish natriy va xlor yetishmovchiligi, gipokaliemiya olib keladi. Toksinlarni qon tomir markaziga va kapillyarlarga to'g'ridan-to'g'ri ta'siri natijasida kelib chiqadigan sirkulyator kollaps og'ir hollarda intoksikatsiyaning birinchi kunlarida o'limga sabab bulishi mumkin. Agar bemor zaharlanishning bu fazasidan chiqsa, tezda yoki ma'lum kun remissiyadan keyin bemorda jigarning zararlanishini ko'rsatuvchi belgilari boshlanadi: hepatomegaliya, sariqlik, gipoprotrombinemiya, qon zardobidagi glyutamoyavelevouksus va glyutamopirouzum transaminazaning, zardobdagi bilirubin va qoldiq azot miqdorining oshishi, siydik bilan ko'p miqdorda o't pigmentlarining chiqishi kuzatiladi. Og'ir hollarda jigar komasi kelib chiqadi. MNT tomonidan hushning chalkashganligi, qo'zg'alish, talvasalar kuzatiladi. Buyrakning zararlanganligini ko'rsatuvchi simptomlar ikki fazali xarakterga ega: dastlab suvsizlanishga bog'liq holda oligouriya yoki anuriya kuzatiladi, keyinchalik 3-4 kunlarda poliuriya va buyrak parenximasiga toksinlarning ta'siri natijasida buyrak yetishmovchiligi kelib chiqadi. Siydikda oqsil, silindr va aminokislota aniqlanadi.

Davolash. Qo'ziqorinli zaharlanishga shubha qilingan yoki diagnoz qo'yilgan bola tezda kasalxonaga yotqizilishi kerak. Barcha yeyilgan qo'ziqorinlarni oshqozondan yuvib chiqarish kerak va faollangan ko'mir, ich suruvchi vositalar qabul kilinishi kerak. Kollaptoid holatda bo'lgan bemorni oshqozonini yuvish bemor ahvolini og'irlashtirishi mumkinligini esda tutish kerak. Og'ir qusishda bo'lsa ham bemorga faollangan ko'mir ichirish kerak, nafas yo'llariga tushishini oldini olish uchun esa zond orqali berish ma'kul.

Jigarni himoya qilish uchun glyukoza, m/oga yuqori dozada (5-10mg/kg bir sutkada) gidrokortizon va 0,2g/kg 5%li arginin yuborish keak. Arginin qon plazmasida qoldiq azot miqdorni kamaytiradi va normal yoki patologik o'zgargan jigarni mochevina produksiyasini kuchaytiradi. SHu bilan birga xolin va V, K guruxi vitaminlarini berish tavsiya qilinadi. Jigar komasi xavfida ichak sterilizatsiyasi uchun va ichakda ammiak hosil bo'lishini oldini olish uchun og'iz orqali neomitsin berish tavsiya etiladi. Buyrak funksiyasining chuqur o'zgarishlarida gemodializ va peritoneal dializ qo'llaniladi.

Aholi orasida qo'ziqorinning zaharligini kumush qoshiqni qorayganligidan bilish mumkin degan fikr bor, lekin bu notug'ri hisoblanadi. Chunki kumushning qorayishi har xil qo'ziqorinlar aminokislotalari tarkibidagi oltingugurtga bog'liqdir. YAna noaniq qo'ziqorinni piyoz va sarimsoq piyoz bilan birga qaynatilsa, agar qo'ziqorin zaharli bo'lsa, bu sabzavotlar qoramtir tusga kiradi deyiladi, bu ham noto'g'ri. Sabzavotlarning qoramtir tusga kirishi ham qo'ziqorinlarning tarkibidagi tirozinaza fermentiga bog'liq. Ayrim odamlar agar qo'ziqorinni qurt-qumursqalar kemirgan bo'lsa, bu iste'mol qilinishi mumkin bo'lgan qo'ziqorin deb o'ylashadi, lekin qurt-qumursqalar nafaqat iste'mol qilinadigan, balki zaharli qo'ziqorinlarni ham kemirishadi. Zaharlanishning asosiy sababi, tuzlangan va marinadlangan qo'ziqorinlarni ruxli yoki sirlangan sopolli idishlarda saqlashlar tufayli kelib chiqadi. Chunki bunda zaharlanish qo'ziqorin zahridan emas, balki kuchli kislota ta'sirida oksidlangan simob va ruxdan kelib chiqadi. SHuning uchun qo'ziqorinlarni bunday idishda saqlash xavfli hisoblanadi.

Psixotrop dorilardan zaharlanish

Zamonaviy tibbiyotda dori vositalarini keng qo'llash, o'zini davolash va joniga qasd qilish natijasida o'tkir zaharlanishlarning yuzaga kelishiga sabab bo'lmoqda. Psikotrop preparatlardan o'tkir zaharlanish xo'jalikdagi kimyoviy zaharlanishlarning asosiy sababi hisoblanadi. Zaharlanishlar ko'pincha barbituratlardan benzodiazepindan yuzaga kelishi mumkin. Oxirgi yillarda psixotrop dori vositalarining yangi turlaridan zaharlanishlar soni ortib bormoqda, masalan, tritsiklik antidepressantlar leponeks, finlepsin, shuningdek narkotik va xolinolitiklardan. Ko'pincha yangi dori vositalarini nostatsionar sharoitda ko'p miqdorda qabul qilish natijasida zaharlanishlar kelib chiqadi va yangi toksikologik patologiyalar yuzaga keladi.

Psixotrop dori vositalarning tipik vakillari, ya'ni ko'proq toksik ta'sir ko'rsatadiganlari barbituratlar hisoblanadi. Aminazin jigarda detoksikasiya qilinadi. 3 sutka davomida qabul qilingan dozaning 8 % siydik va ichak orqali chiqadi, toksik dozasi 500 mg. Qondagi toksik konsentratsiyasi 1-2 mg/l, o'lim dozasi 3-12 mg/l.

Klinik belgilari, diagnostikasi – holsizlik, bosh aylanishi, og'iz qurishi, chanoqash, qaltirash va hushdan ketish mumkin. Chuqur bo'lmagan komatoz holat, pay reflekslari kuchaygan, qorachiq qisqargan, pulsning kamayishi, AB pasayishi, sianoz yo'q, terida allergik reaksiyalar, komadan chiqish paytida parkinsonizm belgilari kuzatilishi mumkin. Aminazin qabul qilganda og'iz shilliq qavatida shish va giperemiya kuzatiladi. Bolalarda esa oshqozon-ichak yo'li shilliq qavatiga ta'sirlantiruvchi ta'sir ko'rsatadi.

Birinchi yordam: oshqozonni yuvish, ichak lavaji, detoksikatsion gemosorbsiya, peritoneal dializ. Gipotoniya 1-3 ml 10% kofein, 2 ml 5% efedrin tomir ichiga. Parkinsonizm: deparken, melipramin 50-70 mg sutkasiga. O'tkir yurak-qon tomir yetishmovchiligini davolash. Benzodiazepinlardan: elenium, diazepam, oksozepam, nitrozepam, oshqozon va ingichka ichakda tez so'riladi. Plazma oqsillari bilan birikadi. Jigarda detoksikasiya bo'ladi, siydik va axlat bilan chiqariladi. O'lim dozasi 1-2 gr. Qondagi toksik konsentratsiyasi 5-20 mg/l, o'lim dozasi 50 mg/l. Yuzaga keladigan toksik ta'siri: psixotrop neyrotoksik ta'sir, markaziy nerv tizimining tormozlanishi.

Narkotiklar bilan zaharlanishlarga opiy, pantopan, heroin, deonin, kodein, tikodin, fenodon va morfin gidroksloriddan zaharlanish kuzatiladi. Klinikasi: koma holati, qorachiq torayishi, teri gipertonusi, klonik va tonik talvasalar, asfiksiya, bradikardiya, AB pasayishi, kollaps, gipotermiya.

Birinchi yordam:

1. Bemorni intubatsiya qilib O'SV ga o'tkazish.
2. Oshqozonni yuvish.
3. Nalorfin 0,5 % li 3-5ml vena ichiga.
4. Infuzion terapiya.
5. Simptomatik terapiya.

Ishqorlar bilan zaharlanish

Ishqorlar bilan zaharlanish ko'proq nashatir spirti bilan, ayrim hollarda kaustik soda bilan yuzaga keladi.

Odatda nashatir spirti tibbiyotda nafasni qo'zg'atish va bemorlarni hushsiz holatidan chiqarishda, xirurgiya amaliyotida qo'l yuvishda ishlatiladi.

Ammiakning texnik eritmasi ishlab chiqarishning turli sohalarida qo'llaniladi. Kaustik soda sun'iy tola, sovun mahsulotlari ishlab chiqarishda, qog'oz ishlab chiqarishda, xo'jalikda, kir yuvish vositalari chiqarishda qo'llaniladi.

Nashatir spirt (NH_4OH) - 10% suvni ammiak eritmasi (NH_3), texnik eritmasi 28 - 29 % ammiak saqlaydi.

Ammiak suvda eritiladi va kuchli hid tarqatadi. Ammiakning suvli eritmasining 1% lisi pH - 11,7ga teng. Kaustik soda qattiq oq modda, erish temperaturasi 320°S, qaynash temperaturasi 1390°S. 42% li suvli eritmasida pH – 1 ga teng. Ishqorlar organizmga asosan og'iz orqali tushadi. Apparatlarda nosozlik bo'lsa, tashuvchi trubalarda butunlik buzilsa ammiak ingalyatsion ta'sir qiladi.

Ishqorlar darhol gidroksil ionlarga aylanadi. Kaustik sodalar bilan zaharlanganda o'lim ko'rsatkichi ko'proq kuzatiladi - 50% bemorlar o'ladi. Qolgan 50 % bemorlarda ham qizilo'ngach strikturasi kuzatildi. Hozirgi vaqtda bunday zaharlanish kamayib bormoqda, sababi ammiak ishlab chiqarishda kam ishlatilyapti.

Nashatir spirti bilan zaharlanish hamma zaharlanishlarning 15 - 20 % ni tashkil qiladi. SHu kasallikdan letallik 5%, letal dozasi 10% li suvli ammiakning 50-100ml.

Ishqorlardan o'tkir zaharlanish patogenezi. Ishqorlarning toksik ta'siri kislotalardan farq qiladi. Ishqorlar hujayraning suyuq va oqsil qismlarini aralashtiradi, yog'larni eritadi, to'qimalarni ezadi va bo'ktiradi (kollektivatsion nekroz) hujayra devori o'tkazuvchanligini oshiradi. Ishqorlarning oqsillarga qo'zg'atuvchi ta'siri ularning gidroksil ionlar hosil qilishi bilan bog'liq. Gidroksil ionlar to'qima elementlari bilan kimyoviy bog'lanish hosil qiladi.

Ishqorlar qizilo'ngachda chuqur kuyish hosil qiladi, oshqozon esa kislota bilan zaharlanganga qaraganda kamroq zararlanadi, chunki oshqozonda ishqorlar oshqozon shirasi bilan biroz neytrallanadi.

Ishqor bilan zararlanganda rezorbsiya fazasi 0,5-2 soat davom etadi.

Ishqorlar bilan zaharlanishni klinikasi va davolash.

Ishqor bilan zaharlangan bemorlarda hazm yo'li kuyishlari sindromi asosiy o'rinni egallaydi. Ko'rganda shilliq va shilliq osti qavatlarida shish, qizarish, deskvamatsiya sohalari kuzatiladi. Zararlangan sohalar aniq chegara bilan ajralmagan bo'ladi. Kizilo'ngachning chuqur kuyishlarida perforatsiya, periezofagit, mediastenit, nevrillar yuzaga keladi.

Qizilo'ngachning og'ir kuyishlari odatda striktura bilan tugaydi, striktura asosan qizilo'ngachning pastki 1/3 qismida kuzatiladi. Chandiqli obliteratsiya kuyishdan 1-2 yildan keyin yuzaga keladi.

Patomorfologik tekshirganda shilliq qavat shishgan, qizargan, ilviragan, yuzasi shishasimon ko'rinishda, butunligi tez buziladi, zararlangan sohadan aniq chegaralanmaydi.

Ishqorlar suvni tortadi va oqsillarni buzadi va shuning natijasida kollektivatsion nekroz bo'ladi. Ishqorlar ta'sirida to'qimalar jarohatlanishi kislota ta'siridagidan kuchliroq bo'ladi. O'limning sababi asosan intoksikatsiya va ekzotoksik shok bo'ladi.

Ishqorlar bilan zaharlanishning klinik kechishida quyidagi bosqichlar farqlanadi.

I bosqich: kuyish shoki bosqichi 1 - sutka

II bosqich: toksemiya bosqichi 2 - 3 - sutka

III bosqich: infeksiyon asoratlar bosqichi 1 - 2 - hafta

IV bosqich: tuzalish va stenozlanish bosqichi.

SHok bosqichida bemorlarda AB - pasayib, siydik miqdori kamayib, puls va nafas tezlashadi, bemor bezovta bo'ladi. Toksemiya bosqichida tana temperaturasi oshadi va psixomotor qo'zg'alishlar kuzatiladi.

Infeksiyon asoratlar bosqichida kuygan sohalarga infeksiya tushib qolishi natijasida, ezofagit, yiringli flebit, pnevmoniya, yiringli traxeobronxit, mediastenit rivojlanadi.

Keyinchalik chandiqli o'zgarishlar kuzatilib qizilo'ngachning o'tkazuvchanligi buziladi. Kuyish shoki rivojlanishi davomida tomir ichi gemolizi jigar va buyrak funksiyalariga yomon ta'sir qiladi. Natijada toksik hepatit va gemoglobinuriyalik nefroz rivojlanadi.

Davolash:

1. Oshqozonni yuvish. Bunday bemorlarni gosptalizatsiya qilinguncha va gosptalizatsiya qilingandan keyin ham qalin zond bilan oshqozon 8-10 litr sovuq suv bilan yuviladi. Yuvishdan oldin spazmni va og'riqni kamaytirish uchun teri ostiga 1ml 2% li promedol, 2ml 2% li papaverin, 1ml 0,1% atropin yuboriladi.
2. Og'riq sindromini davolash o'z ichiga quyidagilarni oladi. Morfin, promedol, omnopon 1ml dan 3-4 marta sutkada. Neyroleptoanalgeziya 0,1 mg, fentanil va 5mg droperidol 2-3 marta sutkada glyukozaga qo'shib vena ichiga.
3. Qizilo'ngach va oshqozondan qon ketishini davolash. Oshqozon sohasiga muz qo'yish, ditsinon 2ml m/o. Aminokapron kislota 5%-100 ml vena ichiga.
4. Ekzotoksik shokni davolash. Infuzion terapiya sifatida vena ichiga stabizol, refortan, reosorbiakt, 10% li glyukoza insulin bilan, 4%li natriy bikorbanat.
5. Toksik kaogulopatiyani davolash.
6. Nefropatiyani profilaktikasi va davolash.
7. Nafas buzilishini davolash.
8. Dietoterapiya.

Noorganik kislotalardan zaharlanish

Umumiy toksikologik ma'lumotlar

Ko'p hollarda HCl va H₂SO₄ dan zaharlanishlar uchraydi. Bu kislotalar ishlab chiqishning ko'pgina tarmoqlarida ishlatiladi. Meditsinada HCl kislota suvultirilgani qo'llaniladi. 6% HCl eritmasi qichitmani Demyanovich metodi bilan davolashda ishlatiladi. Konsentrlangan H₂SO₄ akkumulyatorlar suyuqligida ishlatiladi.

HCl kislota- rangsiz eritma bo'lib, suv bilan aralashadi. Kuchli kislotalar qatoriga kiradi, yuqori dissotsiatsiya darajasiga ega sintetik HCl kislota 31% HCl saqlaydi, texnikda -27,5% ingibirlangan -19-20% dan kam emas.

H₂SO₄ toza holatda tiniq rangsiz eritma 330°S qaynaydi. Suv bilan aralashganda katta miqdorda issiqlik ajraladi. Kuchli kislota qatoriga kiradi. Noorganik kislotalar tez dissotsiatsiyalanib kislota ionlari hosil bo'ladi. Kislotalar toksikligi ularning konsentratsiyasiga bog'liq. Kuydiruvchi suyuqliklar bilan zaharlanishlarning 7% ni noorganik kislotalar tashkil qiladi. Letallik 30-40% ga yetadi. Letall doza 40-50ml.

Mineral kislotalardan o'tkir zaharlanish patogenezini

Mineral kislotalardan zaharlanganda kuyish kasalligi ularning to'g'ridan to'g'ri destruktiv ta'siriga bog'liq bo'lib hisoblanadi. To'qimalarni zararlash xususiyati kislota suvni olishiga bog'liq.

Shuning natijasida to'qimalarda mahalliy suvsizlanish va gidratatsion munosabatlik buziladi. Ularning oqsil strukturasi yaqqol o'zgaradi, hayotiylikni yo'qotadi. To'qimalardan suvni olish xususiyati har xil kislotalarda turlicha bo'lib, bu kislota molekulasida erkin vodorod ionlarining bo'lishiga bog'liq. Qancha erkin vodorod ionlari bo'lsa shunchalik kislota kuydiruvchi va buzuvchi ta'siriga ega bo'ladi. Kislota qizilo'ngach oshqozon shilliq qavatining yuza qavat koagulyatsion nekroz yuzaga kelishiga sabab bo'ladi. Nekrozga uchragan sohalar po'stloq hosil qilib, chuqur to'kima qatlamlarini kislota ta'siridan saqlaydi. Bundan tashqari qizilo'ngachdan oshqozonga o'tib qizilo'ngachda ko'pgina hollarda chuqur o'zgarishlar devorida bo'lmaydi.

Kislotalardan zaharlanganda ko'pincha oshqozon alohida holda kuyadi. Kam hollarda kombinatsiyalashgan kuyish uchraydi. Qizilo'ngach va oshqozon zararlanishi juda kam uchraydi- qizilo'ngachning o'zi alohida kuyishi, bunda oshqozon zararlanmaydi. Ko'p hollarda oshqozonning antral sohasi zararlanadi. Og'ir holatlarda quyish ingichka ichak va yo'g'on ichakka tarqaladi. Nekroz oshqozon va ichakning shilliq osti, mushak qavatini egallashi mumkin. Kislota rezorbtivligi uning konsentratsiyasiga bog'liqdir. Konsentrlangan kislota ichilganda rezorbsiya fazasining qisqaligi (0,5-2soat) kuzatiladi.

Konsentratsiyasi sust bo'lgan kislota eritmalari bilan zaharlanganda rezorbsiya fazasi 6 soatgacha ortadi. Mineral kislotalar bilan zaharlanganda qonda KIM yaqqol o'zgaradi.

Faqat konsentratsiyasi past bo'lgan kislotalar ta'sirida gemoliz kuzatiladi. Bu patologiyada ekzotoksik shok va atsidoz natijasida jigar va buyrakning zararlanishi sodir bo'ladi. Patomorfologik xosligi oshqozon ichak yo'li devoridagi destruktiv o'zgarishlar yaqqolligidir. Gemoglobinurik nefroz va jigarning pigmentli sirrozi bo'lmaydi.

Davo: Oshqozonni 8-10 l suv bilan zond orqali darhol yuvish kerak. Kuydiruvchi modda ta'sirini kamaytirish uchun, gipersalivatsiya va sanchiqli og'riqni olish maqsadida 2% -2 ml promedol v/i, 2%-2 ml papaverin v/i, 0,1% -1 ml atropin v/i., Almagel yoki maydalangan magneziy kukuni ishlatiladi.

Og'riqni qoldirish uchun morfin, promedol, omnopon)1 ml 3-4 marta kuniga m/o, 0,1%-1 ml atropin t/o, glyukoza novokain aralashmasi (500 ml 5% glyukoza, 2%-50 ml novokain eritmasi) tomirga tomchilab. Metabolik atsidoz vaqtida 4% NaHCO₃ 1500 ml, kuyish shokini davolash uchun mahalliy 100:200 ml kungaboqar yog'i emulsiyasi anestezin 2,0 , biomitsin 2,0 aralashmani har 1 soatda 20ml dan yuborish kerak.

Yurak qon tomir ishini yaxshilash uchun- kordiamin 2,0 m /o, kofein 10% 2,0 tomir ichiga glyukoza novokain aralashmasi.

Massiv antibiotiklar qo'llash penitsillin 1mln.YeD 4-6 marta kuniga, levometsitin 1-2g kuniga, gormonoterapiya gidrokortizon 125 mg, prednizolon 30-60-120 mg.dan tomir ichiga.

Qon ketish kuchaysa qon komponentlari, vikasol 1%5ml m.o, ditsinon 2ml dan tomir ichiga.

Hiqildoq shishida aerosol ingalyator orqali penitsillin 300.000 yeD, novokain 0,5%-3ml, efedrin 5%-1ml, adrenalin 0,1 %-1ml qo'llaniladi.

Agap samara bermasa intubatsiya, traxeostomiya. Dieta № 1a Pevzner buyicha 3-5 kundan keyin 5a. Bemor intensiv terapiya bo'limiga yotqiziladi. Qizilo'ngachni erta 7-8 sutkada bujlashni amalga oshirish kerak.

Fosfororganik birikmalardan zaharlanish

Fosfororganik birikma (FOB) larga quyidagilar kiradi:

Insektitsidlar – tiofos, xlorofos, karbofos.

Bu birikmalar qishloq xo'jaligida zararkunandalarga qarshi ishlatiladi.

Zaharlanish quyidagi yo'llar orqali sodir bo'lishi mumkin.

- Zaharni ichganda (tasodifan)
 - Nafas yo'llari orqali (ishlab chiqarishda)
 - Shilliq qavatlar va teri qoplamlari orqali
- Tiofos dozasi 0,5-2 gr.ga yetganda o'lim holati yuz beradi.

FOBning toksik ta'siri xolinesteraza fermentini faolligini pasaytirishdan iborat.

Simptomlari: Zaharning ta'siri 1,5-2 soatdan keyin namoyon bo'ladi. Ichgan paytdagi zaharlanishda quyidagi 3 ta bosqich kuzatiladi.

1-bosqich. Qo'zg'alish ustunlik qiladi. Psixomotor qo'zg'alish kuzatiladi, midriaz, ko'krakda siqilish sezgisi, hansirash, o'pkalarda nam xirillashlar, kuchli terlash, gipersalivatsiya, qorinda og'riq, suyuq axlat ketishi hamda AB ning ko'tarilishi kuzatiladi.

2-bosqich. Alohidalashgan va generalizatsiyalashgan miofibrillyatsiya ustunlik qiladi. Klonik – tonik tutqanoqlar, xoreik giperkinezlar kuzatiladi. Ko'krak qafasi rigidligi, bronxoreya hamda hansirash oshishi natijasida nafas buzilishi va komatoz holat kuzatiladi.

3-bosqich. Nafas markazining bosilishi natijasida nafasning umuman to'xtashi, buning natijasida nafas mushaklarining falaji kuzatiladi. AB tushib ketadi. Yurak falajidan bemor vafot etishi mumkin.

Ingalyatsiya orqali zaharlanishda miotik, bronxospastik, tutqanoqli va paralitik bosqichlar tafovut qilinadi. Zaharlanishning yashirin davri bir necha soatgacha bo'lishi mumkin (o'rtacha 1,5-2 soat).

Kechiktirib bo'lmaydigan yordam.

Zond orqali oshqozonni tuzli eritmalar bilan yuvish.

1-bosqichda atropin 0,1%-2-3 ml aminazin 2,5%-2 ml va magniy sulfat 25%-5 ml t/i ga yuboriladi.

II-bosqichda atropin sulfat 0,1%-3 ml va 40%-10 ml glyukoza v/i ga, bronxoreyani bartaraf etish maqsadida va shilliq qavatlar quruq holga kulguncha qilinadi. AB tez oshgan va tutqanoqlarda 2% - 1 ml benzogeksoniy va 25%-10 ml magniy sulfat v/i ga qilinadi.

Tiofos bilan zaharlanganda 4%-200 ml natriy gidrokarbonat venaga tomchilab yuboriladi. Komatoz hollarda bo'lsa intubatsiya qilinadi. Yuqori nafas yo'llarini shilliqlarini so'rib olinadi. 2-3 kun davomida atropinizatsiya qilinadi. Bronxoskop yordamida bronxolavaj ham o'tkaziladi.

III-bosqichda. Bemor O'SVga olinadi. Bronxoreyani bartaraf etish uchun 0,1%li atropin sulfat eritmasi vena ichiga tomchilab yuboriladi va xolinesteraza reaktivatorlari qilinadi. Qo'shimcha ravishda simptomatik davo choralari va infuzion terapiya olib boriladi.

Is gazidan zaharlanish

Is gazi (uglerod oksid) organizmga faqat nafas olish yo'llari orqali kiradi. Is gazi organik moddalarning to'liq yonmasligidan paydo bo'ladi (yong'inda, gazlarning to'liq yonmaganida). Masalan avtomobil gazi 3 dan 7 % gacha is gazi saqlaydi. U o'pka orqali qonga tushib, Hb bilan birikadi, karboksigemoglobin hosil qiladi va to'qimalarga kislorodni yetkazib berolmaydi. Ma'lumotlarga ko'ra, is gazi sitoxromoksidazani bloklaydi va to'qima gipoksiyasiga olib keladi.

O'tkir zaharlanishga kimyoviy travma sifatida qarash mumkin. Buning yuzaga chiqishida, kimyoviy moddalarning organizmga bevosita yoki aloqa ta'siri oqibatida namoyon bo'ladi. Zaharlanishning boshlang'ich bosqichida toksinlar organizmga spetsifik ta'sir qiladi, (membrana funksiyasining buzilishi, oqsil va boshqa retseptorlarning zararlanishi). Keyingi bosqichlarida neyrotoksik, kardiotoxik, pulmonotoksik, hepatotoksik, gematotoksik ta'sir ko'rsatadi.

Klinikasi. Zaharlanishning 3 ta darajasi tafovut qilinadi.

1. Yengil daraja (qonda 10 dan 30 % gacha karboksigemoglobin aniqlanadi.) bunda asosan bosh og'rig'i, bosh aylanishi,

- quloqda shovqin, koordinatsiyaning buzilishi, ko'ngil aynish, qusish, quruq yo'tal, ko'krak qafasida og'riq kuzatiladi.
2. O'rta darajasi (qonda 30-40 % karboksigemoglobin aniqlanadi.) qisqa vaqt hushini yuqotish, tormozlanishi, hansirash, taxikardiya, yuz teri giperemiyasi, harakatning qo'zg'alishi, talvasa kuzatiladi.
 3. Og'ir daraja (qonda 40-60 %gacha karboksigemoglobin aniqlanadi). Komatoz holatlar har xil chuqurlikda kuzatiladi, qorachiq kengaygan, ko'z olmalarining bo'ysunmaydigan harakati, klonik va tonik talvasalar, patologik reflekslarning paydo bo'lishi, parezlar va paralichlar, nafas olish patologik tiplarigacha buzilishi kuzatiladi, o'tkir qon- tomir yetishmovchiligi rivojlanadi, gohida o'pkada o'tkir shishlar aniqlanadi.

Ko'p uchraydigan asoratlari: pnevmoniya, miokardning zararlanishi, ko'rishning buzilishi, trofik buzilishlar, gavda og'irligi tushib turgan sohalarga qon aylanishi qiyinlashishi natijasida trofika buziladi va nekrotik dermatomiozitlar, bulvoz dermatitlar rivojlanadi. Uzoq vaqt davomida bemorning yotib qolishi natijasida unda yotoq yaralar rivojlanib, bu uning ahvolini yanada og'irlashtirib yuboradi.

Yurak qon tomir tizimi funksiyasining buzilishi natijasida taxikardiya va gipotoniya, yurak tonlarining bo'g'iqlashuvi, sistolik shovqin eshitiladi.

EKGda sinusli taxikardiya, elektrik sistolaning kattalashishi, qorinchalar kompleksi oxirgi qismlarining o'zgarishi, T tishning manfiyligi. Bular hammasi miokardning toksik distrofiyasi natijasida yuzaga keladi. Gemodinamik buzilishlar ham kuzatilishi mumkin.

Tez tibbiy yordam ko'rsatish va davolash.

Bemorni zaharlangan atmosferadan olib chiqish kerak va 100% li O₂ bilan oksigino terapiya qilinadi, GBO o'tkazish samarali ta'sir ko'rsatadi, gipoksiyani bartaraf etadi, miokardni faoliyatini yaxshilaydi, sirkulyator buzilishlarining tez yo'qolishiga olib keladi.

Nafas buzilishlarida bemorni O'SV ga o'tkaziladi. Qo'zg'aluvchanlikda (miyaning gipoksik shishida) oksibutirat natriy 10-20 ml 20%li eritmasi vena ichiga tomchilab yuboriladi. Glyukoza, vitamin S va vitamin V₁, kortikosteroidlar, antibiotiklar, novokain, eufillin, gidrokarbonat natriy vena ichiga yuboriladi. Qonni almashlab qo'yish amalga oshiriladi.

Og'ir holatlarda albatta giperbarik oksigenatsiya 2-3 atm rejimida qilinadi.

Pnevmoniya rivojlanishi oldi olinadi.

Antidot terapiya

Organizmda oshqozon-ichak tizimidan zaharning so'rilishini sekinlashtirish va neytrallash.

1.Oshqozon-ichak yo'lidan zaharni sekin so'rilishini ta'minlash uchun o'rab oluvchi vosita nospetsifik sorbent orqali amalga oshirilishi mumkin. Faollangan ko'mir universal antidot 0,2-0,5 gr/kg dozada qo'llaniladi. SHuningdek tuxum oqsili, oqsilli suv "uchta tuxum oqsili va 1 litr suv", tuxumli suv. Oqsil tabiatli o'rab oluvchi vositalar og'ir metall tuzlari bilan erimaydigan albuminat tuzlarini hosil qiladi.

2. Neytrallash: oshqozon-ichak yo'lida zaharni neytrallash kimyoviy yo'llar bilan amalga oshiriladi. Narkotiklar bilan zaharlanganda kaliy permanganat antidot. Oq fosfat-mis sulfat bilan zaharlanganda neytrallash uchun qo'llaniladi (0,3-0,5 gr yarim stakan iliq suvda). Bunda erimaydigan mis sulfat hosil bo'ladi.

Tiosulfat natriy mishyak, simob, qo'rg'oshin toksikligini neytrallash uchun qo'llaniladi. Bunda mishyak, simob, qo'rg'oshinni zaharsiz sulfidlar hosil qilish yo'li bilan neytrallanadi. Toksik sianidlar esa kam zaharli rodanidlarda aylanadi.

Unitiol quyidagi preparatlar bilan bog'lanadi: Mishyak, simob, xrom, vismut va boshqa metallar penitsilinamin - metallar bilan eruvchi komplekslar hosil qilib tez buyrakdan chiqishiga yordam beradi.

Sianid bilan zaharlanganda amid nitrit natriy qo'llaniladi. Sianidlar bilan zaharlanganda glyukozani ham spetsifik antidot ta'siri bor. Metilen ko'ki sinil kislota bilan zaharlanganda qo'llaniladi. Metil spirti bilan zaharlanganda etil spirti antidot hisoblanadi. Xolinomimetik va antixolin esterazalar bilan zaharlanganda xolinolitiklar va xolinesteraza reaktivatorlari dipiroksim qo'llaniladi. Immunologik antidot sifatida ilon zahriga qarshi zardob va mikroba toksinlariga qarshi antitoksin zardobi qo'llaniladi.

O'tkir zaharlanishlarda simptomatik davolash

O'tkir zaharlanishlarda psixonevrologik buzilishlar turli ko'rinishlarda bo'lishi mumkin.

1. Zahar moddalarning bosh miyaga ta'siri natijasida psixomotor qo'zg'alishlarda.
 - Seduksen 0,5% 2-4 ml v/ichiga
 - Aminazin 2,5% 1 ml m/o (AD yuqori bo'lishi kerak, aks holda kollaps yuzaga kelishi mumkin)
 - Tizersin 20,5% 1 ml m/o
 - Galloperidol 0,5% 1 ml m/o
 - Oksibutirat natriy 20 % 10-20 ml v/ichiga
 - Piratsetam 20 % 5 ml v/ichiga
2. Talvasa sindromida: FOB, strixnin, santonin, qoqshol toksini bilan zararlanish asosida kelishi mumkin.
 - Seduksen 0,5% 2-4ml v/i
 - Oksibutirat natriy 20% 20-40 ml v/i
 - Geksenal 5% 20ml gacha m/o.

Yuqoridagi dori vositalar bilan bartaraf bo'lmaydigan uyushgan talvasalarda miorelaksantlardan foydalanish mumkin. Bu vaqtda bemor traxeyasi intubatsiya qilinib O'SV ga o'tqaziladi.

- Tubarin 1,5% 2 ml v/i.
4. Zaharlanishlarda komatoz holatlar patogenetik omilga muvofiq turlicha bo'ladi.
Koma holatida nafas analeptiklarini, qo'zg'atuvchi vositalarni, stimulyatorlarni (bemegrid) organizmga yuborish mumkin emas.

Miyada metabolizmni yaxshilovchi dori vositalarini yuborish zarur. Miya shishini kamaytirish uchun osmodiuretiklar qo'llaniladi. Qo'shimcha laziks ham yuboriladi. Birinchi navbatda O'SVsi giperventilyatsiya rejimida olib boriladi.

Energetik va metabolik vositalar v/i ga yuboriladi:

- glyukoza 20% 900ml , panangin 10 ml , insulin 8 yeD
 - V guruh vitaminlar, askorbin kislotasi v/i
 - Nootropil, piratsetam v/i
4. Nafas va qon aylanishi yetishmovchiligini tiklashga yo'naltirilgan chora-tadbirlar:
 - Nafas yo'lari o'tkazuvchanligini ta'minlash
 - O'SV va yurakni yopiq holda uqalash
 - Venaga dori vositalarni yuborish uchun markaziy tomirlar kateterizatsiyasi.
 - Vena ichiga yoki introtraxéal adrenalín, atropin yuborish.
 5. O'pka shishini davolash:
 - Furosemid 20-40 mg v/i
 - Uregit 50-100mg v/i
 - Gigróniy 250mg + 250ml 0,9% NaCl v/i 80-100 tomchi 1min.da AB pasaygandan keyin kerakli darajada saqlash uchun 10-15 tomchi 1min.da yuborib turish yetarli.
 - Ko'pikni yo'qotish - kislorodni spirt, antifomsilan bilan ingalyatsiya qilish.
 - 10% antifomsilan 3ml/ 15 min.da sekin yuboriladi.
 - perlanganit 10 ml +0,9% -200 ml natriy xlorid bilan tomchilab v/i yuboriladi.
 - oyoqlarga bog'lam qo'yish.
 - 0,05% 1 ml strofantin K + 0,9% 10 ml NaCl v/i.
 - prednizolon 60-120 mg v/i.
 - qon eksfuziyasi 400-600 ml.
 6. Yurak aritmiya va blokadalar zaharlanish simptomi bo'lishi mumkin. Bunday holatda quyidagi muolajalar o'tkaziladi:
 - Qorincha usti paroksizmal taxikardiyasida 10% 5-10 ml novokainamid v/i.
 - Qorincha paroksizmal taxikardiyasida lidokain 5 ml v/i blokada. taxikardiya chaqiriladi. 0.1 % 1 ml atropin sulfat v/i ga.
 - Bo'lmachalar titrashi yoki hilpillashida obzidan 1 ml dan har 2 soatda yoki strofantin K 0,05% 0,5 ml+0,9% 10ml natriy xlorid bilan v/i.
 7. Toksik shok o'ta og'ir va o'tkir intoksikatsiyalarida rivojlanadi va quyidagi belgilar bilan xarakterlanadi: arterial bosimning birdan pasayishi, teri qoplamlarining oqarishi-taxikardiya, hansirash kuzatiladi.
Toksik shokda dekompensatsiyalashgan metabolik atsidoz rivojlanib, tomirlar tonusi va o'tkazuvchanligi buziladi, natijada gipovolemiya va mikrotsirkulyatsiya buzilishi belgilari namoyon bo'ladi.

Quyidagi dori vositalar v/i ga yuboriladi:

- arterial bosimni oshirish uchun 400 ml poliglyukin stabizol - qonni reologik xususiyati va mikrotsirkulyatsiyani me'yorlashtirish va dezintoksikatsiya uchun 400 ml reosorbilakt
- natriy gidrokarbanat 4% - 200 ml
- Kortikosteroid preparatlar-prednizolon 60-120 mg v/i

8. Og'riq sindromida:

- morfin 1%-1 ml m/o yoki t/i
- neyroleptiklar (fentanil 2 ml, droperidol 1 ml)
- xolinolitiklar: atropin sulfat 0.1% 1 ml t/o

9. Jigar va buyrakning toksik zararlanishi qo'shilib kelib o'tkir jigar-buyrak yetishmovchiligi deyiladi va bu vaqtda ekstrakorporal detoksikasiya qilinadi. O'tkir buyrak yetishmovchiligi va buyrak ishemiyasini oldini olish uchun:

- reosorbiakt 400 ml v/i
- papaverin 2% 2 ml yoki 2,4% 10ml eufillin v/i
- laziks 20-40 mg v/i
- geparin 5000 yed. dan 6 maxal t/o
- atsidozni korrektsiyalash
- paranefral blokada.

O'tkir buyrak yetishmovchiligining oliguriya fazasida suyuqliklar $X + 800$ formula bo'yicha yo'qotilayotgan suyuqlik miqdoriga qarab qo'yiladi. Giperkaliemiya va atsidozni oldini olish va bartaraf qilish uchun kalsiy xlorid, natriy gidrokarbanat va 10%li glyukoza yuboriladi. Organizm detoksikasiyasi uchun oshqozon va ichak tizimi takror yuviladi.

Jigar yetishmovchiligini oldini olish va davolash uchun dori moddalari kindik venasi orqali yuboriladi .

- 20% 500 ml glyukoza + 25 yed. insulin v/i tomchilab
- vitaminlar kompleksi: askorbin kislota 5%-5ml, tiamin xlorid 5%-4 ml, piridoksin gidroxlorid 5%-4 ml sianokobalamin-5000 mg v/i.
- unitiol 5% 5 ml dan 3 mahal t/i
- glutamin kislota 1% 1000mg/sutkada

Tez va kechiktirib bo'lmaydigan tibbiy yordam joyida ko'rsatilgandan keyin zudlik bilan bemorlar tez tibbiy yordam markaziga yotqiziladi:

Antidot terapiya prinsiplari quyidagilardan iborat:

- zaharni kimyoviy-fizik tarkibiga ta'sir qilish
- spetsifik kimyoviy ta'sirlovchi to'g'ridan-to'g'ri metall tuzi bo'lsa unitiol
- zaharni metabolizmi natijasida hosil bo'lgan toksik metabolitlarni yig'ilishini oldini olish
- organizmdagi bioprotsesslarni buzilishini oldini olish
- organizmda biokimyoviy protsesslarni tiklash
- vena porta orkali dorilarini yuborish

Mavzu bo'yicha nazorat savollari (test, vaziyatli masalalar)

1. Kuyishshokibilan kelgan bemorga 1-chiyordam.
2. Gipovolemikshokklassifikatsiyasini ayting.
3. Kuyishshokibo'lgan bemornibirinchisutkadadori-darmonlarbilan davolash.
4. Travmatikshokpatogenezinia yting.
5. SHokningkelibchiqishnazariyalidarini ayting.
6. SHokfazalarini ayting.
7. SHoknidavolashdaintensivterapiyatamoyillarini ayting.
8. Gipovolemikshokqaysikasalliklardakuzatiladi?
9. Gemorragikshokpatogenezinia yting.
10. SHokning engildarajasiningparametrlarini ayting.
11. SHokog'irdarajasiningparametrlarini ayting.

Mavzu bo'yicha test savollari;

1.Effektivnafasningmezoni:

- a) Nafashajmi.
- b) Minutliknafashajmi
- v) Nafaschastotasi
- *g) $RaSO_2$ va RaO_2

2.Gazningal'veoladanqongadiffuziyasiqandaybo'ladi?

- *a) Al'veolyarepiteliy, biriktiruvchito'qimavakapillyarmembranaorqali.
- b) Kapillyarendoteliysivaal'veolyarepiteliy.
- v) Faqatkapillyarendoteliysidan.
- G). Faqatal'veolyarepiteliydan.

3.Uzoqdavometuvchigiperventilyatsiyacha qiradi:

- a) Miyatemirinikengaytiradi.
 - b) Kislorodo'tilizatsiyasiningoshishi.
 - *v) Nafasmarkazining SO_2 gazezgiriliginingpasayishi
 - g) Nafasatsidoz
- 4.70 yoshli erkakda qon hajmi ml/kg**
- a) 50 ml
 - b) 60 ml
 - *v) 65 ml
 - g) 100 ml

5. **Qaysiko'rsatkichbuyrakfunksiyasikontsentratsiyasiniani qo'rsatadi?**
 a) Qondamochevinakontsentratsiyasi.
 b) Mochevinaklireisi.
 v) Qondagikreatinishkontsentratsiyasi.
 *g) Kreatinishklerensi.
6. **Sistolikarterialbosimqanchaga etgandakontakgafil'tratsiyasito'xtaydi?**
 a) 90 mm. S.u.
 *b) 70 mms.u.
 v) 100 mm. S.u.
 g) 80 mm. S.u.
7. **Tomirichigamorfinyuborilgandanechaminutdan keyin nafas maksimal darajadapasayadi?**
 a) 1-2 min
 *b) 3-7 min
 v) 60-90 min
 g) 15-30 min
 d) 30-45 min
8. **Parasimpatik nervsistemasiga atropin quyidagich ata'sir qiladi.**
 a) Atsetilxolin hosil bo'lishining kamayishi.
 b) Xolinesteraz hosil bo'lishining oshishi.
 v) Mionevral sinaps g'ridan-to'g'ridepressiya.
 *g) Atsetilxolinga konkurent antagonizm.
 d) Adrenergik aktivlikni stimulyatsiyasi.
9. **Efirli anesteziyadagi perqlikemiya bo'lishining sababi.**
 a) Glikogenolitik markaz stimulyatsiyasi
 *b) Ko'pmiqdorda adrenal inajralishi.
 v) Efirning jigargujayralarigabevositata'siri.
 g) Insulinajralishi.
 d) Mushaklardagi liklogenolizning oshishi.
10. **Ftoratansubnarkotik kontsentratsiyasidata'sir qilish xususiyatiga ega.**
 a) antianal'getik
 *b) Anal'getik
 v) Sedativ
 g) antisedativ
 d) analentik
11. **Quyidagi anestetiklardan qaysi biri uzoqta'sir qilish xususiyatiga ega.**
 a) Lidokain
 b) Trimekain
 v) Dikain
 *g) Markain (bupivikani)
12. **Atroni bilan premedikatsiya qilish qanday bemoirlarga qarshiko'rsat mahisoblanadi.**
 a) Bronxial astma
 b) Sinuslitaxikardiya
 v) Hilnillovchitaxmaritmiya
 *g) Glaukoma
13. **Endotraxeal narkozdan birkun keyin mushaklarog'ri shining sababi.**

- a) Intubatsiya qilganda travmabo'lishi.
 b) Bemorni operatsion stolganoto'g'ri yotqizish.
 *v) Suktsinilxolin qilinganda mushak fibrilyatsiyasi.
14. **Arduanyoki yoksuktsinilxolindan qolgan qoldiq relaksatsiyaning davosi.**
 *a) Boshqariladigan yoki yordamchiventilyatsiya.
 b) Qonalmashtirish
 v) Prozerim yuborish
 g) Atropin yuborish.
15. **Sun'iy qonaylanishdan keyin qiladigan geparinasi neytralash uchun ko'pincha qanday qilinadi.**
 a) Vitamin K
 *b) Protaminsul'fat
 v) Kal'tsiy xlorid
 g) Xininidim
 d) Vikosal
16. **Bemor operatsiyadan soat to'g'andanso'ngo'ladi, anesteziyada vrida qusish kuzatilgan. O'linsababini mabo'lishim mumkin.**
 a) Bakterial pnevmoniya
 *b) Ximik pnevmaniya (Mendel'son sindromi)
 v) O'pkashishi
 g) Pnevmonotoraks
17. **Nimasababdan akusherlik amaliyotida barbiturat larni qo'llash mumkin emas.**
 *a) CHa qaloqdadepressiya chaqiradi.
 b) Ko'ngilaynisha qusishni chaqiradi.
 v) Bachadontonusini pasaytiradi.
 g) Qon ketishini kuchaytiradi.
18. **Tug'ayotgan ayollarda pastkiklov venasindromi paydo bo'lish profilaktikasi.**
 a) Operativ tug'ishni ta'qiqlash
 *b) CHaktamonga qaytish (yotqizish)
 v) Intubatsiya
 g) Tomirichiganoradrenalini yuborish
19. **Tug'ayotgan ayolga davolovchi qanday narkoz yuboriladi.**
 a) Kolipsol
 *b) Natriy oksibutirat
 v) Fentanil - droperidol
 g) Geksenal
 d) Barbiturat
20. **Kattayoshli damda orqamiyasuyugligining umumiy hajmi.**
 a) 25 ml
 b) 75 ml
 *v) 130 ml
 g) 200 ml
 d) 250 ml.

O'tkir endogen va ekzogen zaharlanish sindromi. O'tkir zaxarlanishlar klassifikatsiyasi. Komalar. Gipo- va giperglikemik, jigar, uremik, nevrologik komalar. Alkogol va uning surrogatlaridan, sirka kislotasidan, qo'zikorindan, psixotrop dori vositalaridan, ishqorlardan, noorganik kislitalardan, fosfoorganik birikmalar, is gazidan, vodorod sulfiddan zaxarlanish, xashoratlar va ilon, chayon chakishi klinikasi, diagnostikasi, shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi.

A'lo 5 baho	86-100%	Talaba O'tkir endogen va ekzogen zaharlanish sindromi. O'tkir zaxarlanishlar klassifikatsiyasi. Komalar. Gipo- va giperglikemik, jigar, uremik, nevrologik komalar. Alkogol va uning surrogatlaridan, sirka kislotasidan, qo'zikorindan, psixotrop dori vositalaridan, ishqorlardan, noorganik kislitalardan, fosfoorganik birikmalar, is gazidan, vodorod sulfiddan zaxarlanish, xashoratlar va ilon, chayon chakishi klinikasi, diagnostikasi, shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi to'grisida to'liq nazariy bilimga ega bo'lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga ega bo'lsa, amalda qo'llay olsa, mustaqil mushohada yuritsa, ijobiy fikrlay olsa
Yaxshi 4 baho	71-85.9%	Talaba O'tkir endogen va ekzogen zaharlanish sindromi. O'tkir zaxarlanishlar klassifikatsiyasi. Komalar. Gipo- va giperglikemik, jigar, uremik, nevrologik komalar. Alkogol va uning surrogatlaridan, sirka kislotasidan, qo'zikorindan, psixotrop dori vositalaridan, ishqorlardan, noorganik kislitalardan, fosfoorganik birikmalar, is gazidan, vodorod sulfiddan zaxarlanish, xashoratlar va ilon, chayon chakishi klinikasi, diagnostikasi, shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi to'grisida to'liq nazariy bilimga ega bo'lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga ega bo'lsa, amalda qo'llay olsa.
Qoniqarli 3 baho	55-70.9%	Talaba o'tkir endogen va ekzogen zaharlanish sindromi to'grisida tushunchaga ega bo'lsa.
Qoniqarsiz 2 baho	55 dan past	Talaba: bilmasa va aniq tasavvurlarga ega bo'lmasa, qo'shimcha yo'naltirilgan savollarga javob bera olmasa.

3-mavzu: Harorat ta'siroti va elektrotravma. Kuyish, sovuq urishi. Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi.

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 16-18s
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Reja	1. Harorat ta'siroti va elektrotravmada teztibbiyyordamko'rsatish. UASH taktikasi. 2. Kuyish, sovuq urishi. Klinikasi, diagnostikasi, davolash.
Mavzuning maqsadi: Harorat ta'siroti va elektrotravma bilan bemorlarni reanimatsion va intensiv davosi. Etiologiyasi va patogenezi. Diagnostikasi Kuyish, sovuq urish shakllari. Klinikasi va davosi. Teztibbiyyordamko'rsatish. UASH taktikasi. Bu maqsadga erishish uchun quyidagi shu harakatlarini bosqichma- bosqich bajarish lozim. I bosqich. Maqsad: Harorat ta'siroti va elektrotravma bilan bemorlarni reanimatsion va intensiv davosi. Patogenezi. Diagnostikasi. Buning uchun: 1. Harorat ta'siroti va elektrotravma. Klinikasi, diagnostikasi, davolashini bilish. 2. Kuyish, sovuq urishi. Teztibbiyyordamko'rsatishni o'rganish II bosqich. II. Maqsad: UASH taktikasi. Mavzuning vazifasi: Harorat ta'siroti va elektrotravma bilan bemorlarni reanimatsion va intensiv davosi. Etiologiyasi va patogenezi. Diagnostikasi Kuyish, sovuq urish shakllari. Klinikasi va davosi. Tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi.	
Ta'lim berish usullari	Ko'rgazmali, Ma'ruza, suhbat
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	kompyuter, multimedia, slaydlar, mavzuga oid bemorlar va boshqalar
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat: savol-javob.

1.2 Harorat ta'siroti va elektrotravma. Kuyish, sovuq urishi. Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	1. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. 2. Talabalarni mashg'ulotga tayyorligini tekshiradi 3. Davomatni nazorat qiladi.	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (20 daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish MA'RUZA si uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash. 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish.	
2. Asosiy bosqich (25 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlaridan foydalaniladi. 3. Slaydlar, multimediyalardan foydalaniladi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Yakuniy bosqich (15 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi. 2. Mustaqil ish beradi. 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

Mavzuning asosiy savollari (tayanch iboralar, so'zlar, echiladigan muammolar)

1. Elektrotravma nima?
2. Gipertermik sindrom nima?
3. Gipertermik sindrom klinikasi?
4. Gipertermik sindrom diagnostikasi?
5. Quyosh urishi nima.
6. Issiq urishi nima.
7. Elektrotravma klinikasi?

Talabalar egallashi zarur bo'lgan amaliy ko'nikmalar:

YUrakni bilvosita uqalash

Maqsad: yurak ishini qayta tiklash

Ko'rsatma: YUrak to'xtaganda

Kerakli anjomlar: mulyaj.

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (10 ball)	To'liq va aniq bajardi (20 ball)
1.	Bemorni tekis, qattiq joyga gorizontal holatda yotqizish.	0	10	20
2.	Bemorning o'ng yoki chap tomonida turish.	0	10	20
3.	To'sh suyagi xanjarsimon o'sitmasining pastki 1/3 qismidan 2 ta ko'ndalang barmoq yuqoriga qo'l kaftini qo'yish.	0	10	20
4.	Birinchi qo'l kaftini pastdagi kaft ustiga qo'yish.	0	10	20
5.	To'sh suyagini umurtqa pog'onasi tarafga perpendikulyar siltab bosish.	0	10	20
	Jami	0	50	100

“Miyashtrumi” metodi.

Uslubningasosiyqoidalari:

G'oyahosilqilishga xalaqitberuvchiqandaytanbehvatanqidiy fikrbildirmasin.

- Engko'pmiqdordatakliflarolish.
- G'oyalarkombinastiyasivaulardanrivojlantirish
- Guruhlarkombinastiyasivaulargaishlovberuvchilargaajratish.

Buusulubharqandaysharoitdaoptimalqarorqabulqilishga, oppenentlarniqabulqilinayotganyo'lningto'g'riligigaishonchhosilqilishgao'rgatadi.

Buusulubasosiy mavzunimuhokamaqilishdaoldindanyaxshiginatayyorgarlikdir.

Masalan: Darsmavzusi “Kardiogenshok”

O'qituvchidoskaoldidaturib, Kardiogenshokga xossipmtomlarniaytingdebmurojaatqiladi. Narkozklinikasiga xosbelgilarnitalabalarbirma-biraytadilar:

- YUraksohasidagiog'riq;
- Nafasetishmovchili, hansirash;
- Sovuqterbosishi.

O'qituvchiguruhdagiharbirtalabaningmuhokamadaishtirokinikuzatibboradi.

Birortahamjavobto'g'riyokinoto'g'ridebsharxlanmaydi. Hammavariantlartugagandanso'ngmuhokamaniboshlashmumkin.

Bundao'qituvchiso'raydi: “Qandayo'ylaysiz? YUaraksohasidagiog'riqinfarkmiokardbelgisimi? yoki qovurg'alarnevralligiyasimi?”. Talabalaro'qituvchibilanbirgalikdahammavariantlarnifaolmuhokaqilishgakirishadilar.

Bundanoto'g'rijavoblarmuhokamatarzidahalqilinaldivaasoslabberiladi.

SHundanso'ngo'qituvchibilimlarniko'proqmustahkamlashdatalabaldanto'g'rivariantlarniyoziabolishniso'raydi.

Uslubningmaqsadi: Qisqavaqtichidaguruhdanko'pmiqdordavariantlarolish, talabalarbiliminianiqlashbundamuammolarnihalqilishgaqodirg'oyalartaklifqilinishmumkin.

Mavzu bo'yicha talabalarning mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma'zmuni, bajarish bo'yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari)

TARQATMA MATERIAL**TALABA UCHUN TOPSHIRIQ**

№	Savol	Izohi
1.	Harorat ta'siroti va elektrotravmadatez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi.	
2.	Kuyish, sovuq urishi. Klinikasi, diagnostikasi, davolash.	

Talabaning mustaqil bilimini tekshirish

№	Savol	Javob
1.	Harorat ta'siroti va elektrotravma bilanbemorlarnireanimatsionvaintensivdavosi. Patogenezi. Diagnostikasi. Teztibbiyyordamko'rsatish.	
2.	Kuyish, sovuq urishi. Klinikasi, diagnostikasi, davolash.	

Keys-metod Vaziyatiymasalalar.

1-masala: BemorRashidovA., 57 yoshda. Reanimatsiyabo'limigahushsizkeltirilgan. Bemor 2 martamiokardinfarktinio'tqazgan. Bemordabirdanigachapko'kraksohasidakuchliog'riq, AQBvapul'skamaygan, siydikmiqdorihamkamaygan. Teriranglarioqargan, tanaharoratiningpasayishikuzatiladi.

SAVOL: SizningTashxisingiz?

Keraklitekshirishusullarinio'tkazing.

2-masala.Bemor Reanimatsiya bo'limiga hushsiz holda keltirildi. ko'kargan.

Uyquateriyasidapul'saniqlanmaydi.

Nafasolmaydi,

SAVOL:

Diagnoz va reanimatsion chora-tadbirlar ketma-ketligini belgilang.

3-masala.Bemor Reanimatsiya bo'limiga og'ir jarohat bilan keltirildi. A/B 60/20 mm.sim.ust., pul'sipsimon. Anamnezida: og'ir tanjarohat olgan. Sonsuyagisinish belgilaribor.

SAVOL:

Diagnoz va intensiv terapiya belgilarini belgilang.

MAVZU BAYONI .

Gipertermik sindrom

Gipertermik sindrom patologik holat bo'lib termoregulyasiya buzilishi natijasida tana haroratining kutilmagan holatda 40° S dan ko'tarilishi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi: Ko'p holatda bolalarda uchraydi. Katta yoshdagi odamlarda asosan bosh miyada bo'ladigan patologik o'zgarishlar (travma, shishlar, qon quyilishlar) va narkoz asorati sifatida yuzaga keladi.

Bolalarda: a) ko'pincha infeksiyon kasallik asosida rivojlanadi (gripp, pnevmoniya, sepsis va boshqalar),

b) infeksiyon-allergik, toksiko-allergik jaryonlar,

v) gipervitaminoz, organizmning suvsizlanishi, shuningdek tug'ruq vaqtidagi travmalar, respirator distress sindrom natijasida yuzaga keladi.

Patogenezi: Gipertermik sindromning asosiy sababi termoregulyasiya markazining izdan chiqishi (asosan gipotalamus) natijasida yuzaga keladi. Issiqlik hosil bo'lishining gormono-metabolik buzilishlari va issiqlik chiqarilishining buzilishi asosiy o'rin tutadi. Buning natijasida termoregulyasiya izdan chiqadi va organizm ekzogen (toksinlar) yoki endogen (katexolaminlar, prostoglandinlar va pirogen moddalar) ta'sirida issiqlik hosil bo'lishining tez oshishini kompensatsiya qila olmaydi. Issiqlik chiqarilishi esa periferik qon tomirlar spazmi natijasida pasayadi.

Klinikasi:Gipertermik sindrom katta yoshdagilarda asosiy kasallikning o'tkir va surunkali bosqichlariga mos ravishda yuzaga keladi. Gipertermiya bilan birga gipertermik krizlar ham yuzaga kelishi mumkin. Klinikada quyidagi o'zgarishlar kuzatiladi: teri termoassimetryasi, nafasning tez buzilishi, gipoksiya, varaja, suvsizlanish, teri rangining oqarishi yoki marmar tusiga kirishi (qon tomir spazmi natijasida) bilan xarakterlanadi. Gipertermik sindrom narkoz vaqtida ham kuzatiladi, unda yuqoridagi belgilardan tashqari mushaklarda rigidlik taxikardiya, AB ko'tarilishi bilan xarakterlanadi va bu xafli hisoblanadi.

Bolalarda gipertermik sindrom yomon sifatli gipotermiya ko'rinishida oq gipertermiya ko'rinishida kechishi mumkin, qaysikim, tana haroratining 42°S ga ko'tarilishi, terining oqarishi, taxikardiya, hansirash, hushdan ketish yoki qo'zg'alish, oligouriya, suvsizlanish yoki miya shishi, atsidoz, talvasalar DVS sindrom bilan xarakterlanadi. YOmon sifatli gipertermiyaning yana bir turi bu-Omberdan sindromidir. Bu ko'krak yoshidagi bolalarda operatsiyadan keyin 10-36 soat ichida yuzaga kelishi mumkin. Sabab organizmda pirogenlar to'planishi va narkozning gipotalamusga ta'siri bilan xarakterlanadi, bu gipertermiyada harorat tezda ko'tarilib ko'pincha o'lim holatlariga ham sabab bo'ladi.

Davolash.Asosan issiqlik hosil bo'lishini pasaytirish va chiqarilishini kuchaytirilishiga qaratilgan bo'lishi kerak:

a) nonarkotik anal'getiklar va haroratni tushiruvchi preparatlardan foydalaniladi (analgin, amidopirin);

b) neyroleptiklar (aminazin, droperidol);

s) antigistamin (diprazin, dimedrol);

d) ganglioblokatorlar (gigroniy, pentamin), shuningdek suv elektrolit muvozonatini yaxshilash, suvsizlanishini me'yorlashtirish, nafasni yaxshilash, qon aylanishi me'yorlashtirish kerak.

YOmon sifatli gipertermiyada reosorbiyakt tomchiusulida vena ichiga, gidrokortizon 100-150 mg, 10% kalsiy xlor eritmasi, 0,25% novokain eritmasi (2-4 ml/kg) infuzimat yordamida tomir ichiga quyiladi. Miya shishida deksazon 8-16 mg, miqdorda t/i ga qilinadi.

Bundan tashqari o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi amalga oshiriladi. Atsidoz, nafas, yurak qon-tomir etishmovchiligining oldini olish uchun kerakli preparatlar tayinlanadi. Bemor intensiv terapiya bo'limida davolanishi kerak.

Quyosh urishi

Quyosh urishi organizmga xususan bosh sohasiga uzoq vaqt quyosh nuri ta'sir qilishidan vujudga kelib, odatda tananing umumiy qizishi, terining mahalliy kuyishi va MNS ning jarohatlanishi bilan kechadi. Quyosh nuri infra-qizil, ko'k, binafsha va ultrabinafsha faol quyosh spektriga ega bo'lib, ularning ta'siri qariyalar va bolalarda ayniqsa kuchli o'tadi.

Klinikasi:Quyosh urishining ta'siri latent davridan so'ng ro'yobga kelib, bosh og'irishi, aylanishi, qusish, tomir urishining tezlashishi, rang ko'rishning buzilishi kuzatiladi (atrofdagi ashyolar yashil yoki qizil bo'ladi), keyinchalik qo'l-oyoqlar titraydi, ter chiqishi tezlashadi. Bemor befarq va haddan tashqari aktiv bo'ladi, hushdan ketib, qon bosimi pasayadi. Bu hol boshlanishda bemor yuzi qizarib, keyin oqarib ketadi. Miyada o'choqli shikastlar paydo bo'ladi, tutqanoq ro'yobga keladi, burnidan qon ketishi mumkin.

SHoshilinch yordam:Bemor soya, salqin joyga yotqiziladi, boshiga sovuq xaltacha qo'yiladi, yurak-tomir faoliyatini yaxshilovchi preparatlar va infuzion teapiya qilinadi, suyuqlik ichiriladi. SHifoxonaga yotqizish bemorning ahvolidan qarab individual hal etiladi.

Issiq urishi

Termoregulyasiyaning buzilishiga olib keluvchi organizmni o'tkir qizishi issiqlik urishiga sabab bo'ladi. Ko'pincha issiq havo aylanishi iloji bo'lmagan xonalarda, yuqori namlik bo'lganda ro'yobga keladi. YUrak xastaligi, qon bosimi baland bo'lgan, semiz kishilar bunga moyil bo'ladi.

Klinikasi:CHarchash, bosh og'riq, yurak atrofida yomon hissiyot bo'lishi erta belgilaridir. Tomir urish va nafas olish tezlashadi. Qon bosimi pasayib, oligoanuriya yoki anuriya bo'lishi mumkin. Tana harorati oshib, mushaklar tirishishi kuzatiladi, nafas olishi qiyinlashib koma vujudga keladi.

Davolash: Bemor salqin joyga yotqiziladi, toza havo beriladi. Boshiga va katta tomirlar oldiga muzli xaltachalar qo'yiladi. YUrak qon-tomir faoliyatini yaxshilovchi dorilar, antigistamin,kortikosteroidlar preparatlar, infuzion terapiya qilinadi, bosh miya shishini oldini olish va davolash choralari belgilanadi, ba'zida reanimatsiya (nafas buzilganda) harakatlarini bajarishga to'g'ri keladi.

27.5.Sovuq urishi

Sovuq urishi bu uzoq muddat sovuq ta'sirida tananing biror sohasi yoki muchalarning zararlanishidir.Patogenezi uzoq muddat qontomirlarida spazm, keyinchalik tromblar yuzaga kelishi natijasida to'qima trofikasi buzilishi va nekrozga uchrashi kuzatiladi. Organizmning hamma sohasiga sovuq ta'siri sovuq qotish deyiladi. Bu terida va chuqur joylashgan to'kimalarda qon aylanishining buzilishiga olib keladi. To'qimalar nekrozi teridan boshlanib keyin chuqurlashib boradi. Sovuq urishi ham darajalarga bo'linadi, lekin bu darajalarni darhol aniqlash qiyin, bu 12-24 soatdan keyin aniqlanadi.

Klinika: yashirin yoki reaktiv davrgacha teri rangi oq sianotik rangda bo'ladi. Sovuq, taktil, og'riq sezgilari yo'qolgan yoki pasaygan bo'ladi. Boshlang'ich davrida zararlangan sohada bijirlash seziladi. Qizitgandan so'ng og'riq paydo bo'ladi.

I daraja – teri qizargan, ko'kimtir, shishgan bo'ladi.

II daraja – serozsuyuqlik saqlagan pufakchalar bo'ladi.

III daraja – teri rangi ko'kimtir, shilingan, gemorragik tarkibli pufakchalar bo'lib, butun teri bo'ylab teri nekrozi kuzatiladi.

IV daraja – muchalardistal qismini va barmoqlarni butunlay sovuq urib zararlangan. Ular qopa rangda, suyakka qadar to'qimaning nekrozi va bir haftadan keyin quruq yoki ho'l gangrena kuzatiladi.

Agar butunlay muzlash kuzatilsa, bemor holsiz, atrofga befarq, teri qoplamlari oqargan, puls ipsimon, A/Btushgan, tana temperaturasi 36°S danpast bo'ladi.

1-o'rinda sovuq urgan maydonni isitish kerak!

Bemor issiq xonaga kiritilib kiyimlari echiladi. Sovuq urgan coha quruq material bilan artiladi. Keyin 36-40°S suvli vannaga 15 minut davomida kiritib qo'yiladi. SHu bilan bir vaqtda periferiyadan markazga qarab massaj qilinadi.Agar og'riq sezgi o'z holatida qolsa, ya'ni og'riq va taktil sezgilari paydo bo'lsa teri quritiladi, 33 % li spirt bilan ishlov beriladi. Quruq paypoq kiygiziladi. YAna qizitishni boshqa usullar bilan davom ettiriladi. Agar yuz va quloqni sovuq urgan bo'lsa, quruq qo'l bilan ishqalanadi, toki ochiq qizil rangga kirguncha. Keyin spirt va vazelin moyi surtiladi. Artish uchun qorni qo'llash mumkin emas, chunki bunda terini zararlash va jarohatni chuqurlashtirish mumkin. Bundan tashqari issiq choy, issiq ovqat beriladi. Davolash asosan tomir spazmini bartaraf etishga, mikrotromblar hosil bo'lishini oldini olishga va trofik buzilishlarni bartaraf etishga qaratilgan bo'lishi kerak.

Vena ichiga:

- 1-2 ml 0,005 % fentanil eritmasi;
- 1 % li 2 ml promedol eritmasi;
- 1-1,5 ml 0,25 % droperidol;
- 2 ml 2 % papaverin;
- Vena ichiga tomchilab reopoliglyukin 400 ml quyiladi;
- Geparin - 5000-10000 ED tomir ichiga 10-20 ml 0,9 % li NaCl bilan.

Gospitalizatsiya: birinchi darajali sovuq urishi bilan bemor kelganda gospitalizatsiya qilinmasdan, yordam berish mumkin. Qolgan holatlarda, ya'ni II, III, IV darajalarida bemorlarni gospitalizatsiya qilish kerak va shart hisoblanadi.

Elektrdan shikastlanish

Elektr tokidan shikastlanish - bu MNT da chuqur funksional o'zgarishlar, nafas va yurak qon tomir tizimida buzilishlar hamda mahalliy o'zgarishlarga olib keluvchi shikastlanishdir. Elektr simlarining ikkala qutbini ushlaganda tokdan shikastlanish ro'y beradi. Elektr tokini ta'sir qilishi uning kuchiga, kuchlanishi va ta'sir davomiyligiga bog'liq bo'ladi. Uning turi (doimiy, o'zgaruvchan, uch fazali) unchalik ahamiyatga ega emas. Mahalliy o'zgaruvchan tok (220V) doimiy tokdan xavfliroq. U tok bilan aloqa bo'lganda organizmda omik qarshilik paydo bo'ladi. Kishi terisining qarshiligi bir necha yuzdan to million Omgacha boradi.Terining qarshiligi qancha kam bo'lsa, tok ta'siri shunchalik chuqur va xavfli bo'ladi.Elektrdan shikastlanish darajasi yana organizm holatiga: charchoq, alkogoldan mastlik, yoshga, nerv tizimi surunkali

kasalliklari, endokrin (giperterioz), yurak-qon tomir tizimi holatiga bog'liq. Elektrdan shikastlanish patogenezida terining o'tkazuvchanligi katta ahamiyatga ega, ya'ni butunligi, qalinligi, namligi va ter bezlariga boyligiga bog'liq. Eng yuqori o'tkazuvchan teri sathlariga yuz, kaft, oraliq sohasi terisi, kamroq bel va oyoqning boldir-tovon bo'g'in sohasi terisi kiradi.

Elektr toki termik, kimyoviy va mexanik shikastlanishlarga sabab bo'ladi. Elektr energiyasining issiqlikka aylanishi (Joul issiqligi) kuyishga olib keladi. Intensiv termik reaksiya (Volt yoyi) natijasida organizm ko'mirga aylanib qolishi mumkin. Elektr toki metal orqali odamga o'tsa, metalizatsiya holati ro'y berib, to'qima metalning mayda parchalaridan zararlanadi. Mis simidan zararlangan coha sariq-qo'ng'ir, temir simidan esa kulrang tusga kiradi. Elektr tokining ta'sirida elektroliz (bug' yoki gaz hosil bo'lishi) holati ro'yobga kelib, suyakda fosfor tuzlari eriydi, bu marvaridga o'xshash eritemaga sabab bo'ladi. YUqori kuchlanishdagi tok teridan tashqari mushak va suyaklarni ham zararlaydi. Mushak ko'chadi, tunel paydo bo'lib, qon quyiladi. Bu o'zgarishlar tokning kirish, shuningdek chiqish joyidan ham ro'y beradi. Elektr tokidan shikastlanishda terminal holatlarida asosan yurak qorinchalari fibrillyasiyasi, uzunchoq miya faoliyati buzilishi va nafas mushaklari tetanik spazmiga sabab bo'ladi. Uzunchoq miyada hayot uchun muhim sohalarining paralichi, tok urishidan so'ng o'sha zahoti emas, balki shikastlanishdan so'ng 2-3 soat davomida sodir bo'ladi. Ba'zan MNT ning chuqur birlamchi zararlanishi nafas va qon aylanishini boshqaruvchi markazlarning tormozlanishi elektrik letargiya deb ataladigan holatgacha olib kelib, EKG va o'pkada gaz almashinuvini tekshirib turgan holda uzoq davolashni talab etadigan holatga sabab bo'ladi. Ko'pincha elektrdan shikastlanishning o'tkir davrida qon tomirlar tarqoq spazmi sodir bo'lib, bu terinig sovishi, sianoziga sabab bo'ladi. Kam holatlarda qon aylanishi buzilishi mahalliy bo'lib, arterial tomir devori yorilishi, trombozi va natijada qo'l-oyoqda shish yoki ishemiyaga olib keladi. Nafas va yurak faoliyatiga kuchli ta'sir qilmagan holda uzoq davom etuvchi elektr toki ta'sirida o'pka tomirlari yorilishi, buyrak va jigarda o'choqli nekroz, oshqozon-ichak tizimidagi a'zolarida perforatsiyalar, oshqozon osti bezida shish va nekrozlarga sabab bo'ladi.

Klinikasi: o'pkada gaz almashinuvining birlamchi buzilishi, ya'ni apnoe bevosita tok ta'sir qilib turgan vaqtda nafas mushaklari tetanik spazmi va ovoz boylamlari spazmi natijasida sodir bo'ladi. SHuning uchun jabrlanuvchi atrofdagilarni chaqirishi yoki ularning e'tiborini tortishi mumkin bo'lmaydi. Ba'zan apnoe uzunchoq miyadagi nafas markaziga elektr toki ta'sir qilganligi sababli shikastlanishdan so'ng ham uzoq davom etib, kasalni uzoq vaqt O'SV da ushlab turishga to'g'ri keladi.

Elektrik letargiya holatida nafas buzilishini diagnostikasi ancha murakkab. Tok halqasi ko'krak qafasi orqali o'tganda yurak faoliyatining buzilishinihar xil ko'rinishlari, ya'ni ektopik ekstrasistoliyalardan to qorincha fibrillyasiyasigacha olib kelishi mumkin. Bu holatda nafas to'xtashi ikkilamchi bo'lib, hushni yo'qotish bilan birga qon aylanishi to'xtashi ta'sirida sodir bo'ladi. Elektr tokidan shikastlangan sohada sarg'ish-qo'ng'ir yoki kulrang kuyish jarohatlari hosil bo'ladi. Ular odatda katta bo'lmasdan 2-3 mm, o'rtasi chuqurcha va atrofi do'mboqcha (tok nishonalari) ko'rinishida bo'ladi. Termik kuyishdan farqli ravishda elektrdan kuyganda giperemiya va og'riq bo'lmaydi. Bu belgilar tokning chiqish joyida ham mavjud bo'lishi mumkin. Jarohat chuqurligini aniqlash qiyin, ba'zida mushak, nerv, qon-tomir, suyaklar zararlanishi, tok o'tgan sohada tunel yoki bo'shliqlar paydo bo'lishi mumkin. YUqori voltli tok ta'sir qilsa, kapillyarlar falajga uchraydi, chaqmoq belgilari ro'yobga keladi. Kapillyarlar rasmi daraxtsimon bo'lib bosganda, uqalaganda yo'qoladi. CHaqmoq belgilari bir necha kundan so'ng yo'qoladi. Umumiy belgilar har xil bo'ladi. U tokning ta'sir qilish davriga bog'liq. Engil hollarda qo'rquv, hushdan ketish, darmonsizlik kuzatiladi. Kasallarda charchash, kam quvvatlik, ko'rishning buzilishi hollari kuzatiladi. Qonda leykotsitoz, ECHT oshadi, siydikda oqsil, eritrotsitlar paydo bo'ladi.

Davolash: Birinchi yordam shikastlanish ro'y bergan joyda shok va klinik o'lim holatlarida nafas va yurak faoliyati tiklanguncha reanimatsiya davom ettiriladi. Tokdan shikastlanganda yordam beruvchi odam birinchi navbatda shaxsiy hafvsizlik qoidalarini bajarishi lozim. Agar qon aylanishi buzilmagan holda nafas to'xtagan bo'lsa sun'iy nafas beriladi, traxeya intubatsiya qilinib, O'SV si davom ettiriladi, agar zarurat bo'lsa, og'iz va nafas yo'llari sanatsiyasi o'tkaziladi. Qon aylanishi to'xtashi bilan bo'lgan bemorlarda reanimatsiya choralari to'liq ABC bo'yicha olib boriladi. YUrakni uqalashni boshlashdan oldin to'shning pastki 1/3 qismiga musht bilan bir-ikki zarb beriladi. YUrak faoliyatini uqalash va medikamentlar bilan tiklangandan so'ng bemor statsionarga transportirovka qilinadi. Fibrillyasiya yuzaga kelganda defibrillyasiya, yurak faoliyatini yaxshilovchi preparatlar qo'llaniladi. Doimiy EKG, gemodinamik va gomeostaz ko'rsatkichlari kuzatib boriladi. Polyarizatsiyalovchi aralashma, koronorolitiklar, antiaritmik vositalar (izoptin, lidokain), miyada va boshqa hayotiy muhim a'zolarida qon aylanishini va metabolizmni yaxshilovchi vositalardan iborat bo'lgan intensiv davolash tadbirlari olib boriladi.

TESTSAVOLLARI.

1. SHokning 1 chibelgisi

- a) MVBpasayishi
- b) YUraqqisqarishiningpasayishi
- *v) A/Bpasayishi
- g) A/Boshishi

d) Venozqonningoshishi

2. Kardiogenshokningasosiysababi

- a) Og'riq
- *b) Miokardqisqaruvchanlikfunktsiyasiningpasayishi.
- v) Venalarpazmi

g) Gipovolemiya

3. SHokning qaysiturida MV Boshadi.

*a) Kardiogen

b) Anafilaktik

v) Septik

g) Travmatik

4. Jigar

etishmovchiligida ekstrakorporal usullardan qaysibirike ngqo'llaniladi?

*a) Gemosorbtsiya

b) Gemosorbtsiya + gemodializ

v) plazmoforez

g) barchasi

D) limfosorbtsiya

5. Gemorragik shokdabirinchi navbatda qanday infuzion preparatyuboriladi?

a) poliglyukin

*b) Natriy xlorizotonikeritmasi

v) tozatsitratliqon

g) Al'bumin

d) Protein

6. Eklampsiyarivojlanishida asosiy hisoblanadi:

*a) Arteriyalarning giperalizatsiyalashganspazmi

b) Oqsilgaboydieta

v) Elektrolit balansibuzilishi

g) Izoimmunizatsiya.

7. Eklampsiyatutqanoq

xurujidamiyashishikelibchiqishsababi:

a) YUarakotilishipasayishi

b) Qon plazmasidan natriyvakaliy balansibuzilishi

*v) Ovozboylamispazmi

g) qononkotikbosimtushishi.

8. Eklampsiyavada vometuvchitutqanoqlardashoshilinc heffektivusul.

a) Seduksenvadropredoldozasini oshirish

b) Gomkyuborish

*v) Endotraxeal intubatsiya va IVL gao'tkazish.

g) Diuretiklarni yuqoridagidagilardan qo'llash

9. O'pkashishida qaysidiuretik ishlatilmaydi?

a) Laziks

b) Diakarb

v) Etakrinkislota

*g) Mannitol

10. Glyukozaning qanday erishmasi izotonik

a) 0,85% b) 3,0% *v) 4,2% g) 5,5%

d) 7,0%

11. Og'irdarajadagi kisish yoki uzoq davom etuvchi kisish holib keladi.

a) Qonda xloridoshishi

*b) Qonda xlorid pasayishi

v) Na kamayishi

g) Qon RNsioshishi

12. Operatsiyadan keyingi trombozil bo'lish profilaktikasi

*a) 5000-10000 ed/sutgeparinyuborish

b) Tozaqon quyish

v) Narkotikanal'getik bilan og'riqsizlashtirish

g) NaCl yuborish.

13. Sirkakislota bilan zaharlanganda oshqozonni yuvish boshlanadi?

a) NaHCO₃ 4% ml

b) NaHCO₃ 8%

v) Ringenerishmasi

*g) Suv bilan

14. Qorin chaparoqsiz maltaxikardiyasini kamayish uchun 1-bo'lib nima qilinadi?

a) Strofastin

b) Novokainamid

*v) Lidokain

g) Obzidan

15. O'tkir chap qorincha

etishmovchiligida o'pkashishini davolash nimadan boshlanadi.

a) Vena ichigakardiotonik moddalar

*b) Periferik vazodilyatorlar

v) Sun'iy o'pkaventilyatsiyasi

g) O₂ingalyatsiyasi

d) 0,5 lgacha qonchiqarish.

16. Kardiogen shokda davolovchinarkoz qilganda

N₂O₂ va O₂ nisbatida qanday bo'ladi?

a) 50% : 50% *b) 70% : 30% v) 60% : 40%

g) 50% : 50% 2, Oml 50% anal'gin mushakostigayuborib

d) 80% : 20%.

18. NL Adadropidol qilgandan keyin qanday asorat bo'ladi?

a) Taxikardiya

b) Bradikardiya

v) Arterial gipertenziya

*g) Arterial gipjtenziya

19. Miokard infarktida og'riqqa qarshi kurashda qaysi usul effektiv?

a) 1% 2,0 morfin + 1% 2,0 dimedrol

b) Premedol 1% - 1,0 v/v

v) Droneredol 3,0/ 7,5 ml + fentanil 4,0 /o,2 mgv/n

*g) Davolovchinarkoz Efunii-Petrovskiy bo'yicha

20. Gipoksiya qaysitipida arterial qonning O₂ bilant o'yishi

o'zgaradi?

a) TSirkulyator

b) Anemik

*v) Gipoksik

g) To'qima

d) YUqoridagilar.

21. Qutidagilarning qaysibiri dtraxeostomiya qilinadi?

*a)

Bo'yinumurtqasini shiqovurg'alarida mushak paralichibilabirga

b) Bul'bar poleomelit

v) anafilaktik shokdagi bronxospazm

g) Qorincha fibrilyatsiyasidagi apnoeda

d) O'zini sog'andani keyingi holat.

Harorat ta'siroti va elektrotravma. Kuyish, sovuq urishi. Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi.

A'lo 5 baho	86-100%	Talaba Harorat ta'siroti va elektrotravma. Kuyish, sovuq urishi. Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi to'grisida to'liq nazariy bilimga ega bo'lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga Ega bo'lsa, amalda qo'llay olsa, mustaqil mushohada yuritisa, ijobiy fikrlay olsa
Yaxshi 4 baho	71-85.9%	Talaba Harorat ta'siroti va elektrotravma. Kuyish, sovuq urishi. Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi to'grisida to'liq nazariy bilimga ega bo'lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga Ega bo'lsa, amalda qo'llay olsa.
Qoniqarli 3 baho	55-70.9%	Talaba Harorat ta'siroti va elektrotravma to'grisida tushunchaga ega bo'lsa,
Qoniqarsiz 2 baho	55 dan past	Talaba: bilmasa va aniq tasavvurlargaEgabo'lmasa, qo'shimcha yo'naltirilgan savollarga javob bera olmasa.

4-mavzu: Kardial o'lim sindromi. Qon aylanish to'xtashi turlari. Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. O'pka-yurak reanimatsiyasi (O'YUR) o'tkazish tamoyillari. UASH taktikasi.

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 16-18s
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Reja	1. Kardial o'lim sindromi. Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi. 2. O'pka-yurak reanimatsiyasi (O'YUR) o'tkazish tamoyillari. Shoshilinch yordam. 3. Qon aylanish to'xtashi turlari. Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi.
Mavzuning maqsadi: Kardial o'lim sindromi. Qon aylanish to'xtashi turlari. Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. O'pka-yurak reanimatsiyasi (O'YUR) o'tkazish tamoyillari. UASH taktikasi. Bu maqsadga erishish uchun quyidagi shu harakatlarini bosqichma- bosqich bajarish lozim. I bosqich. Maqsad: Kardial o'lim sindromi. Qon aylanish to'xtashi turlari bilan bemorlarni reanimatsiya terapiyasi. Etiologiyasi va patogenezi. Diagnostikasi, klinikasi va davosi haqidama'lumotga ega bo'lish. Buning uchun: Kardial o'lim sindromi. Qon aylanish to'xtashi turlarida shoshilinch yordam. II bosqich. II. Maqsad: Qon aylanish to'xtashi turlarida shoshilinch yordam. UASH taktikasi. Mavzuning vazifasi: Kardial o'lim sindromi. Qon aylanish to'xtashi turlari. Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. O'pka-yurak reanimatsiyasi (O'YUR) o'tkazish tamoyillari. UASH taktikasi.	
Ta'lim berish usullari	Ko'rgazmali, Ma'ruza, suhbat
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	kompyuter, multimedia, slaydlar, mavzuga oid bemorlar va boshqalar
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat: savol-javob.

1.2. Kardial o'lim sindromi. Qon aylanish to'xtashi turlari. Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. O'pka-yurak reanimatsiyasi (O'YUR) o'tkazish tamoyillari. UASH taktikasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	1. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. 2. Talabalarni mashg'ulotga tayyorligini tekshiradi 3. Davomatni nazorat qiladi.	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (20 daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish MA'RUZA si uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash. 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish.	
2. Asosiy bosqich (235 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3. Slaydlar, multimediyalardan foydalaniladi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Yakuniy bosqich (15 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi. 2. Mustaqil ish beradi. 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

Mavzuning asosiy savollari (tayanch iboralar, so'zlar, echiladigan muammolar)

1. Klinik o'limnima?
2. **Klinik o'limning belgilari**
3. Klinik, ijtimoiy va biologik o'lim davrlari?
4. Klinik o'limdareanimatsion chora-tadbirlar?
5. Qon aylanishining to'xtashi sabablari?
6. Asistoliya nima?
7. Qon aylanishning to'satdan to'xtashi sabablari.
8. Qon aylanishining to'satdan to'xtashi mexanizmi..

Talabalar egallashi zarur bo'lgan amaliy ko'nikmalar:

O'pka-yurak reanimatsiyasini o'tkazish

Maqsad: Qayta jonlantirish

Ko'rsatma: Klinik o'limyuzagakelganda

Kerakli anjomlar: laringoskop, nafasotkazuvchinaycha, defibrilyator, mulyaj.

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (10 ball)	To'liq va aniq bajardi (20 ball)
1.	Nafasyo'llario'tkazuvchanliginitiklash (P.Safarninguchlikusuli)	0	10	20
2.	Traxeyaniintubastiyaqilish.	0	10	20
3.	Trubkaorqalsun'iynafasberish.	0	10	20
4.	YUraknibilvositaualash. YUraknimedikamentozstimulyastiyaqilish.	0	10	20
5.	Elektrikdefibrilyastiyo'tkazish	0	10	20
	Jami	0	50	100

“Miyashtrumi” metodi.

Uslubningasosiyqoidalari:

G'oyahosilqilishga xalaqitberuvchiqandaytanbehvatanqididifkribildirmasin.

- Engko'pmiqdordatakliflarolish.
- G'oyalarkombinastiyasivaulardanrivojlantirish
- Guruhlarkombinastiyasivaulargaishlovberuvchilargaajratish.

Buusulubharqandaysharoitdaoptimalqarorqabulqilishga, oppenentlarniqabulqilinaotganyo'lningto'g'riligigaishonchhosilqilishgao'rgatadi.

Buusulubasosiy mavzunimuhokamaqilishdaoldindanyaxshiginatayyorgarlikdir.

Masalan: Darsmavzusi “Kardiogenshok”

O'qituvchidoskaoldidaturib, Kardiogenshokga xossipmtomlarniaytingdebmurojaatqiladi. Narkozklinikasiga xosbelgilarnitalabalarbirma-biraytadilar:

- YUraksomhasidagiog'riq;
- Nafasetishmovchili, hansirash;
- Sovuqterbosishi.

O'qituvchiguruhdagiharbirtalabaningmuhokamadaishtirokinikuzatibboradi.

Birortahamjavobto'g'riyokinoto'g'ridebsharxlanmaydi. Hammavariantlartugagandanso'ngmuhokamaniboshlashmumkin.

Bundao'qituvchiso'raydi: “Qandayo'ylaysiz? YUraksomhasidagiog'riqinfarkmiokardbelgisimi?

yoki qovurg'alarnevrologiyasimi?”. Talabalaro'qituvchibilanbirgalikdahammavariantlarnifaolmuhokaqilishgakisirishadilar.

Bundanoto'g'rijavoblarmuhokamatarzidahalqilinaidivaasoslabberiladi.

SHundanoso'ngo'qituvchibilimlarniko'proqmustahkamlashdataalabaldanto'g'rivariantlarniyoziabolishniso'raydi.

Uslubningmaqsadi: Qisqavaqtichidaguruhdanko'pmiqdordavariantlarolish, talabalarbiliminianiqlashbundamuammolarnihalqilishgaqodirg'oyalartaklifqilinishmumkin.

Mavzu bo'yicha talabalarning mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma'zmuni, bajarish bo'yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari) TARQATMA MATERIAL

TALABA UCHUN TOPSHIRIQ

№	Savol	Izohi
1.	Kardial o'lim sindromi.Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi.	
2.	O'pka-yurak reanimatsiyasi (O'YUR) o'tkazish tamoyillari.Shoshilinch yordam	

Talabaning mustaqil bilimni tekshirish

№	Savol	Javob
1.	Kardial o'lim sindromi.Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi.	
2.	O'pka-yurak reanimatsiyasi (O'YUR) o'tkazish tamoyillari.Shoshilinch yordam	
3.	Qon aylanish to'xtashi turlari.Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish.UASH taktikasi	

Keys-metod Vaziyatimasalalar. Vaziyatimasalalar.

1-masala.

Bemor 45 yoshda uysharoitida Reopoliglyukin preparativna ichiga asta-sekin yuborilgan dan keyin bemor datsiano ztaxikardiya, AQBNipasayishi, nafas olishning qiyinlashuvi, burun bitish kuzatiladi.

Bemorg azudlik bilan depressiya lovcchi preparat glyukokortikosteroid preparati qilinadivastatsionargayuboriladi.

Bemor statsionargakelguncha o'ldi.

SAVOL: 1. Bemor datsixisqo'ying.

2. Sizning taktikangiz.

3.

MAVZU BAYONI

Klinik o'lim hayot va biologik o'lim o'rtasidagi davr bo'lib, o'limning qaytishi mumkin bo'lgan bosqichidir.

Bu holat yurak urishi va nafas olish to'xtagan va tiriklik alomatlari yo'qolgan paytdan boshlab organizm kechirayotgan va bir necha daqiqa davom etuvchi qaytuvchan funksional va struktur o'zgarishlar jarayonidir. Klinik o'lim ro'y berishi bilan modda almashinuvi so'nib boradi, xujayralar destruksiya boshlanadi. Qon aylanish to'xtagandan keyin bosh miyadagi O₂ zahirasi 10 soniyada, glyukoza va ATF zahirasi esa 5 minut davomida tugaydi va neyronlarning o'limiga olib keladi. SHu bilan birga gipoksiya holati GEB ni o'tkazuvchanlik xususiyatini buzadi, natijada bosh miya hujayralaridan birinchi navbatda kaliy ionlari tashqariga chiqishga, natriy, xlor va kalsiy ionlari esa ichkariga kirishga boshlaydi. Oxirida oqsillar neyronlar ichiga kirib ichkaridagi osmolyarlikni 5-6 marta oshiradi va bu holat katta miqdordagi suvning hujayra ichiga kirishi va neyronning shishishi bilan tugaydi. Agarda miyada qon aylanishni to'xtashi 5 minutdan ortiq davom etsa, bosh miyaning o'limiga olib keladi. Ammo 3-5 min davom etuvchi bosh miya po'stlog'idagi o'zgarishlar qaytuvchan xususiyatga ega bo'lganligi tufayli ham organizmni to'la-to'kis tiriltirish imkoniyati mavjuddir. Inson organizmi uchun klinik o'lim muddati 3-5 min.dan oshmaydi. Gipotermik sharoitda, masalan, tana harorati 10-8°S bo'lganda, klinik o'lim muddati 2 soatgacha cho'zilishi mumkin. Klinik o'lim izidan vujudga keluvchi biologik o'lim organizmdagi tiklanmas o'zgarishlar jarayonidan iborat bo'ladi va shu sababli organizmni bir butun holda tiriltirish imkoniyati qo'ldan chiqarilgan bo'ladi. Xulosa qilib shuni aytish mumkinki, **klinik o'lim bu bosh miya po'stlog'i hujayralarning qon aylanishi to'xtagandan keyingi yashash vaqti** bo'lib hisoblanadi.

O'lish jarayoni ketma-ket keluvchi bosqichlar - klinik, ijtimoiy va biologik o'lim davrlariga ajratiladi:

I. organizm faoliyatining so'nib borishi davri. Bu davrda kimyoviy, fizik va elektr jarayonlarning chuqur izdan chiqish oqibatida funksiyalar namoyon bo'la olmaydi. Bu funksional faoliyatsizlik davri bo'lib, **klinik o'lim** holatiga o'tadi va miyada qaytmas o'zgarishlar vujudga kelguncha davom etadi.

II. oraliq yoki ijtimoiy o'lim (surunkali vegetativ holat) davri. Bu holat reanimatsiya o'tkazilib, yurak va nafas faoliyati tiklangan bemorlarda kuzatiladi. Bu davrda bosh miya po'stlog'i faoliyati kuzatilmaydi, chunki bemorning es-hushi bo'lmaydi, faqatgina vegetativ reaksiyalar saqlanib qoladi va u ijtimoiy hayotda ishtirok etmaydi, ovqat bersa eydi, uxlaydi. Hozirgi vaqtda bunday bemorlarni eshitishi, muloqotga kirishish xoxishi borligi isbotlangan.

III. biologik o'lim - bosh miya va barcha to'qimalardagi tiklanmas funksional va struktur o'zgarishlardan iborat bo'ladi.

Tibbiyot fanining rivojlanishi va uning bugungi kundagi imkoniyatlari klinik o'lim to'g'risidagi tasavvurlarimizni chuqurlashtiradi. Yurak va o'pka faoliyatining to'xtashidan keyin yuzaga keladigan organizmning o'ziga xos holati - **klinik o'lim** bu bosh miya po'stlog'i hujayralarining kislorodsiz va oziq moddalarsiz ya'niqon aylanishi to'xtagandan keyingi yashash vaqti hisoblanib, tashqi muhit haroratiga bog'liq holda o'rtacha 3-5 minut davom etadi.

SHundan kelib chiqib reanimatsiya so'zining tibbiy mazmun mohiyatiga e'tibor beradigan bo'lsak, qayta tiriltirish bu bosh miya po'stlog'i hujayralarining faoliyatini ya'ni ong, es-hushni qayta tiklash degani hisoblanadi. Bu degani, agar o'tkazilgan reanimatsion chora-tadbirlardan keyin bemor hushiga kelmasa u tirilgan hisoblanmaydi. Aynan bosh miya po'stlog'i funksiyasini tiklash bugungi kundagi reanimatologiyaning asosiy maqsadi va vazifasi hisoblanadi. SHunday qilib reanimatsion chora-tadbirlar faqatgina klinik o'lim holatidagina, ya'ni 3-5 minut oralig'ida samarali bo'lishi mumkin. Demak klinik o'lim bu aynan bosh miya hujayralarining yashash vaqti hisoblanadi. Klinik o'lim holatining reanimatsion chora-tadbirlardan keyingi davomi **sotsial o'lim** jarayoni bo'lib, bunda ko'pincha reanimatsion chora-tadbirlar kech boshlanishi hisobiga yurak va o'pka faoliyati tiklanishiga qaramasdan bosh miya faoliyati tiklanmaydi. Agarda o'tkazilgan reanimatsion chora tadbirlar (25-30 min davomida) natijasida yurak o'pka faoliyatini ham tiklanmasa bosh miyada qaytmas o'zgarishlar yuzaga keladi va **biologik o'lim** qayd etiladi.

Reanimatsion chora-tadbirlarni samaradorligi asosan uchta shartga bog'liq.

1. O'z vaqtida reanimatsiya o'tkazish ya'ni aynan klinik o'lim holatining 3-5 minutlarida. Buning uchun klinik o'lim holati diagnostikasi shu vaqtoralig'ida bo'lishi kerak.
2. Kompleks reanimatsion chora-tadbirlarni o'tkazish: yurakni tashqi uqalash, o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi - intubatsion trubka orqali, yurakni medikamentoz qo'zg'atish va defibrillyatsiya.

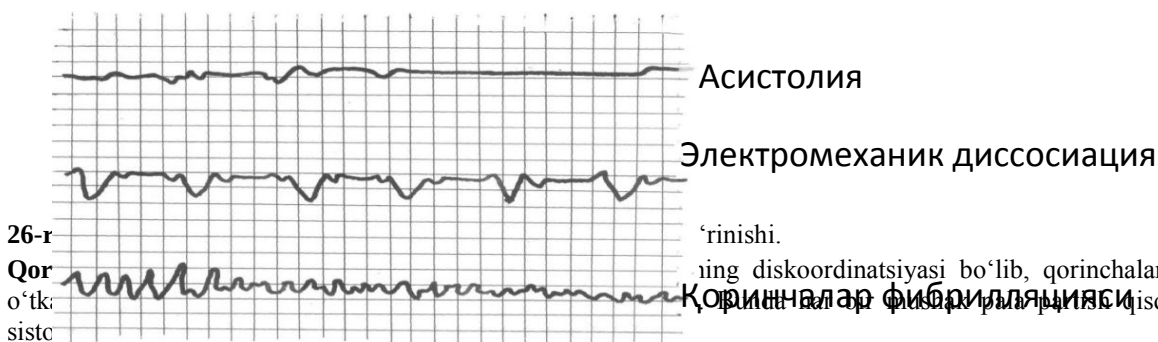
3. Reanimatsion chora tadbirlarni to'g'ri o'tkazish (voqea joyida bir kishining ishlashi juda qiyin bo'ladi, shuning uchun maxsus reanimatsion brigada chaqiriladi).

25-rasm. Bosh miya hujayralarida klinik o'lim holatida energiya etishmasligi chizmasi.

Voqea joyiga etib kelganda klinik o'lim holatini yuzaga kelgani aniq vaqtini surishtirmasdan (buni aniq bilib bo'lmaydi), reanimatsion chora-tadbirlar boshlanishi kerak. YUrak-o'pka va bosh miya reanimatsiyasining umumiy va maxsus turlari (elektrik defibrillyasiya, dorilarni organizmlarga kiritish) farqlanadi. Reanimatsion yordam bir kishi (reanimatolog) tomonidan ko'rsatilayotganda, Amerika va Evropa kardiologlar assotsiatsiyasining yangi 2010 yilgi tavsiyasiga ko'ra: yurak tashqi uqalash minutiga 100ta, yurakni tashqi uqalash va sun'iy nafas berish nisbati 30:2 ni tashkil etishi, AVS o'rniga SAV tartibida o'tkazilishi kerak. Agar reanimatsion yordam ikki kishi tomonidan bajarilayotgan bo'lsa bu nisbat 5:1 bo'lishi kerak. Hozirgi vaqtda klinik o'lim holatining turli sabablarida reanimatsion tadbirlarning aniq algoritmlari ishlab chiqilgan.

Qon aylanishining to'xtashi 4 xil sababga ko'ra yuzaga keladi.

1. **Asistoliya** -miokardning qo'zg'aluvchanlik va qisqaruvchanlik xususiyatlari saqlanganligi zaminida bo'lmalararo qo'zg'aluvchanlik o'tkazilishining buzilishi tufayli yurak qisqarishining butunlay yo'qolishidir.



2. **Qorinchalар фибрилляцияси** - qorinchalar yoki bo'lmalararo qo'zg'aluvchanlikning diskoordinatsiyasi bo'lib, qorinchalar yoki bo'lmalararo qo'zg'aluvchanlikning qisqarishi natijasida yuzaga keladi.
3. **Miokard atoniyasi** - miokardning qo'zg'aluvchanlik va qisqaruvchanlik qobiliyati va tonusining butunlay yo'qolishidir. Atoniya zaminida miokardning bioelektrik faolligi saqlangan bo'ladi va bu holat **elektromexanik dissotsiatsiya** ko'rinishida qayd etiladi (29-rasm).
4. **Pulssiz qorinchalar taxikardiyasi.** Pulssiz qorinchalar taxikardiyasi va qorinchalar fibrillyasiyasi kattalarda qon aylanish to'xtashining asosiy sabablarini tashkil qiladi (80% holatlarda).

Qon aylanishining to'xtashi ko'pincha nafas to'xtashi bilan bog'liq holda kuzatiladi:

- Nafas yo'llari obstruksiyasi.
- Og'ir bosh miya travmalarida, bosh miyada qon aylanishining o'tkir buzilishlarida va o'tkir zaharlanishlarida MNT depressiyasi.
- Laringo-bronxospazm
- Nafas markazi depressiyasi.
- O'pka kasalliklari.
- Aspiratsion sindrom.

Qon aylanishi faoliyatining to'xtashi intrakardial va ekstrakardial sabablarga ko'ra ro'y beradi. Intrakardial sabablarga koronarogen, aritmogen va yurakni shikastlantiruvchi omillar kiradi. Qon aylanishi to'xtashining ekstrakardial sabablariga gipoksiya, giperkapniya, gipovolemiya, ionlar muvozanatining buzilishi, elektr oqimidan shikastlanish, vagus reflekslari, farmakologik ta'sir, ruhiy-emotsional holat, gipotermiya, qattiq jarohatlanishlar kiradi. Bemor ahvolining keskin yomonlashuvi, quyidagi alomatlarining paydo bo'lishi qon aylanishining to'xtaganligidan dalolat beradi (27-rasm).

Klinik o'limning belgilari :

- uyqu arteriyasida tomir urishning bo'lmashligi (28-rasm);
- bemorni hushidan ketishi yurak to'xtagandan 5 – 10sekund ichida;
- bemor rang-ro'yining o'zgarishi, asosan sianoz paydo bo'lishi;
- qisqa muddatli tutqanoq tutishi va uning ketidan barcha reflekslarning so'nishi;
- ko'z qorachig'ining kengaya borishi va 30-60 sek ichida;
- nafas olish xususiyatlarining o'zgarishi va 30-40 sek o'tgach apnoe ro'y berishi;
- elektrokardiografiya kuzatuvida to'g'ri chiziq , fibrillyasiya yoki o'tkazuvchi tizim blokadası zaminida aritmiya paydo bo'lishi .



28-rasm. Уйку артериясида томур уришини аниқлаш.

Klinik o'lim diagnostikasi mezoni uyqu arteriyasida tomir urishining bo'lmashligi hisoblanadi. ABni o'lchash, yurak tonlarini eshitish tavsiya etilmaydi. Klinik o'lim diagnostikasi uchun 5 sekund vaqt ajratiladi.

1.2. Qon aylanishning to'satdan to'xtashi

Klinik o'lim uzoq cho'zilgan terminal holatdagi o'limdan farqli to'satdan yuzaga kelishi mumkin. To'satdan qon aylanishining to'xtashi sabablarini ikki katta guruhga bo'lish mumkin: kardial va ekstrakardial.

Kardial sabablar: yurakning ishemik kasalligi (YUIK), o'tkir miokard infarkti; stenokardiya, koronar tomirlar spazmi, turli xarakterli va genezli aritmiyalari; elektrolit disbalansi, yurak klapanlari zararlanishi, infeksiyon endokardit; miokardit, kardiomiopatiyalari; yurak tamponadasi; aorta anevrizmasi, o'pka arteriyasi tromboemboliyasi.

Ekstras kardial sabablar: nafas yo'llari obstruksiyasi, o'tkir nafas etishmovchiligi, istalgan etiologiyali shok, yurakning reflektor to'xtashi, emboliyalari, dori vositalarining dozasini oshirib yuborish, elektr tokidan zararlanish, yurakning jarohatlanishi, isib ketish, ekzogen zaharlanish.

Qon aylanishining to'satdan to'xtashi mexanizmi. Yurakning qon haydash funksiyasi 0 ga teng bo'lib qoladi yoki organizmni qon bilan ta'minlab bera olmay qoladi. Qon aylanishining to'satdan to'xtashi klinikasi quyidagicha rivojlanishi mumkin:

- 1) qorinchalar fibrillyasiyasi yoki qorinchalarning pulssiz, paroksizmal taxikardiyasi;
- 2) asistoliyalari;
- 3) EMD (elektromexanik dissosiyasi).

Elektrokardiografiyaning ambulator ko'rsatkichlariga qaraganda 80% holatda to'satdan o'lim vaqtida qorinchalar fibrillyasiyasi va aritmiyasi kuzatiladi. Qorinchalar fibrillyasiyasida EKGda qorincha kompleksi o'rniga turli amplituda va shakldagi, chastotasi 1 daqiqada 250-400 ga teng to'lqinlar qayd qilinadi. Amplitudalar to'lqin uzunligiga qarab yirik va mayda amplitudali fibrillyasiyalari farqlanadi. Qon aylanishining to'satdan to'xtashi bradiarritmiya, yurak asistoliyasi bilan ham izohlanadi. Yurak asistoliyasida EKG da to'g'ri chiziq, kam hollarda qorinchalar kompleksi va R tishcha kuzatiladi.

Dori preparatlarini kiritish yo'llari: Endotraxeal yo'l. 2010 yil ko'rsatmalariga binoan dori vositalarini endotraxeal yo'l bilan kiritish tavsiya etilmaydi. Tekshirishlar shuni ko'rsatadiki, adrenalinni endotraxeal yo'l bilan kiritishdan ko'ra, parenteral kiritishda natija 3-10 marta oshadi. SHuni ta'kidlash kerakki endotraxeal yo'l bilan kiritilgan dori vositalari β -adrenergik ta'sir ko'rsatib gipotenziya, koronar tomirlarda bosim pasayishiga olib keladi. Bundan tashqari endotraxeal yo'l bilan kiritilgan katta miqdordagi suyuqlik gaz almashinuvining yomonlashuviga olib keladi. SHu sababli endotraxeal yo'ldan voz kechib dori moddalarini organizmga kiritishning boshqa 2 yo'li taklif etiladi:

- a) vena ichiga: markaziy yoki periferik venalarga. Eng qulay yo'l markaziy venalarga-o'mrov osti va bo'yinturuq venalariga yuborish bo'lib, bu usul bilan yuborilgan moddani markaziy sirkulyasiyaga etkazish oson hisoblanadi;
- b) suyak ichiga: dori moddalarini elka yoki katta boldir suyagiga yuborish plazma konsentrasiyasini me'yorlashtirishni adekvatligini ta'minlaydi. Ko'proq pediatriya amaliyotida periferik venalarni topishning iloji bo'lmaganda bu usul qo'llaniladi. Mandrenli qalin igna bilan katta boldirning suyak bo'shlig'iga g'adir-budur sohasidan punksiya qilinadi.

Reanimatsiyani farmakologik ta'minlash:

1. Adrenalin:

- a) asistoliya/pulssiz elektrik faollik holatida har 3-5daqiqada 1 mg dan 10-20ml natriy xlor bilan vena ichiga yuboriladi;
- b) qorinchalar fibrillyasiyasida 3-bor defibrillyasiya qilingach natija bo'lmasa, adrenalin 1 mg dozada 10ml natriy xlor bilan har 3-5daqiqada vena ichiga yuboriladi. Adrenalina alternativ sifatida bir vaqtning o'zida 40 TB dozada vena ichiga vazopressin ham yuborish mumkin.

2. Atropin. Og'ir hollarda bradikardiya bartaraf etish uchun atropin ineksiyasidan foydalaniladi. Atropin kiritilgach 1-2 daqiqada natija bermasa adrenalin yuborishga ko'rsatma hisoblanadi. 0,5-1 mg atropin vena ichiga, og'ir bradikardiya 3-5 daqiqadan so'ng 0,04 mg/kg dozada yuboriladi. Atropinni elektromexanik dissosiasiyada, asistoliya, qo'llash man etiladi.

3. Amiodaron-antiaritmik preparat bo'lib qorinchalar fibrillyasiyasida 3-elektroimpuls terapiya samarasi bo'lganda 300 mg dozada yuboriladi. Og'ir holatlarda har bir defibrillyator razryadidan so'ng takroran 150mg yuboriladi. Qon aylanishi tiklangandan so'ng yana 900mg dozada v/i ga 24 soat ichida postreanimatsion davrda defibrillyasiya profilaktikasi uchun yuboriladi.

4. Lidokain amiodaron bo'lmaganda 100mg dozada v/i ga yuboriladi. Bolyus terapiya maqsadida 50 mg (har 1 soatda 3 mg/kg dan oshmasligi kerak) v/i ga yuboriladi.

5. Natriy bikarbonat-o'pka-yurak etishmovchiligi yoki qon aylanishi tiklangandan so'ng asossiz qo'llash tavsiya etilmaydi. Natriy bikarbonatning qo'llanilishi uchun ko'rsatmalar:

- 15 minutdan ko'p cho'zilgan reanimatsiyada;
- tritsiklik antidepressantlardan zaharlanganda;
- gipokaliemiya .

6. Kalsiy xlorid-10ml 10% dozada v/i ga (6,8 mmol Ca_2^+) giperkaliemiya, gipokaliemiya, kalsiy kanali blokatorlaridan zaharlanganda qo'llaniladi, reanimatsiya vaqtida qo'llanilmaydi.

7. **Magniy sulfat** qon aylanish to'xtashi gipomagnemiya zaminida kechganda qo'llaniladi. Hozirgi kunda gipokaliemiya, diuretiklar bilan davolash, digoksin qabul qilganda ham qo'llaniladi. Antiaritmik ta'sir ko'rsatadi, qorinchalar fibrillyasiyasida effektiv. Boshlang'ich doza 2gr 40-50ml 5%li glyukoza eritmasida eritilib 1-2 daqiqada bolyusli yuboriladi. Natija bo'lmaganda 10-15 minutdan keyin takroran yuboriladi.

8. **Infuzion terapiya** maqsadida tuzli eritmalar (giperglikemiya) tezkor tomchilar ko'rinishida qo'llaniladi. Qon aylanishi to'xtaganda o'tkaziladigan reanimatsiya vaqtida infuzion terapiya katta ahamiyatga ega. Kristalloidlar, kolloidlar, qon va qon preparatlari qo'llaniladi.

9. **Oksigenoterapiya.** Gipoksiyani bartaraf etish uchun zudlik bilan yuqori konsentrasiyada (100%) kislorod berish lozim. Yuqori konsentrasiyali kislorodni niqob yoki intubasion trubka orqali o'pkaga kiritish gipoksiyani kamaytiradi.

Elektroimpuls terapiya (EIT). Defibrillyasiya-qorinchalar fibrillyasiyasini bartaraf etish. Bunda yurakka katta kuchlanishli elektr razryadi bilan ta'sir qilinadi. Qorinchalar fibrillyasiyasida har bir yurak miofibrillasi asinxron-ya'ni uyushmagan holda qisqara boshlaydi (bu jarayon asosida Re-entriy fenomeni yotadi). Elektr razryadi esa miofibrillalarni bir vaqtda depolyarizasiyasini ta'minlab, bir vaqtda qisqartiradi. Bunda birinchi bo'lib sinus tuguni faoliyati tiklanadi. Bugungi kunda defibrillyasiya maqsadida doimiy tokdan foydalaniladi.

Qon aylanishini to'satdan to'xtashini asosiy sabablari.

- Aritmiyalar
- Qorinchalar fibrillyasiyasi (80% holatlarda)
- Qorinchalar taxikardiyasi
- Sinus tuguni kuchsizligi sindromi
- YAqqol bradikardiya
- To'liq AV blokada
- O'tkir yurak etishmovchiligi
- Miokard infarkti
- Kardiomiopatiyalar
- O'pka arteriyasi tromboemboliyasi
- O'tkir qon yo'qotishlar
- Mexanik jarohatlar
- CHap qorincha devorining yirtilishi
- Subaraxnoidal qon quyilishi
- Elektrdan jarohatlanish

Boshqa sabablar

- O'tkir zaharlanishlar
- Suv –elektrolit muvozanatining buzilishi
- YUrakning reflektor to'xtashi
- YUrakni diagnostik tekshirish asoratlari.

TESTSAVOLLARI.

1.Effektivnafasningmezoni:

- a) Nafashajmi.
- b) Minutliknafashajmi
- v) Nafaschastotasi

*g) $RaSO_2$ va RaO_2

2.Gazningal'veoladanqongadiffuziyasiqandaybo'ladi?

*a) Al'veolyarepiteliy, biriktiruvchito'qimavakapillyarmembranaorqali.

b) Kapillyarendoteliysivaal'veolyarepiteliy.

v) Faqatkapillyarendoteliysidan.

G). Faqatal'veolyarepiteliydan.

3.Uzoqdavometuvchigiperventilyatsiyachaqiradi:

a) Miyatemirinekengaytiradi.

b) Kislorodo'tilzatsiyasiningoshishi.

*v) Nafasmarkazining SO_2 gasezgirriginingpasayishi

g) Nafasatsidoz

4.70 yoshlierkakdaqonhajmiml/kg

a) 50 ml

b) 60 ml

*v) 65 ml

g) 100 ml

5.

Qaysiko'rsatkichbuyrakfunktsiyasikonsentratsiyasini aniqko'rsatadi ?

a) Qondamochevinakonsentratsiyasi.

b) Mochevinaklireisi.

v) Qondagikreatinshkonsentratsiyasi.

*g) Kreatinshkleriensi.

6.

Sistolikarterialbosimqanchaga etgandakontakgafil'tratsiyasito'xtaydi?

a) 90 mm. S.u.

*b) 70 mms.u.

v) 100 mm. S.u.

g) 80 mm. S.u.

7.Tomirichigamorfinyuborilgandanechaminutdankeyi nnafasmaksimaldarajadapasayadi?

a) 1-2 min

*b) 3-7 min

v) 60-90 min

g) 15-30 min

d) 30-45 min

8. Parasympatik nervsistemasiga atropin quyidagicha ta'sir qiladi.

- a) Atsetilxolin hosil bo'lishining kamayishi.
- b) Xolinesteraz hosil bo'lishining oshishi.
- v) Mionevral sinapsgato'g'ridan-to'g'ridepressiya.
- *g) Atsetilxolinga konkurent antagonizm.
- d) Adrenergik aktivlikni stimulyatsiyasi.

9. Efirli anesteziyadagi periglikemiyabo'lishining sababi.

- a) Glikogenolitik markazni stimulyatsiyasi
- *b) Ko'pmiqdorda adrenal inajralishi.
- v) Efirning jigarrang rangli gabevositaga ta'siri.
- g) Insulinajralishi.
- d) Mushaklardagi glikogenolizning oshishi.

10. Ftorat anesteziya kontsentratsiyasida ta'sir qilish xususiyatiga.

- a) antianalgetik
- *b) Analgetik
- v) Sedativ
- g) antisedativ
- d) analentik

11. Quyidagi anestetiklardan qaysi biri uzoq ta'sir qilish xususiyatiga ega.

- a) Lidokain
- b) Trimekain
- v) Dikain
- *g) Markain (bupivikain)

12. Atroni bilan premedikatsiya qilish qanday bemorlarga aqarshikorsat mahisoblanadi.

- a) Bronxial astma
- b) Sinuslitaxikardiya
- v) Hilnillovchitaxmaritmiya
- *g) Glaukoma

13.

Endotraxeal narkozdan birkunkeyin mushaklarog'risi ningsababi.

- a) Intubatsiya qilganda travmabo'lishi.
- b) Bemorni operatsion stolga noto'g'ri yotqizish.
- *v) Suktsinilxolin qilinganda mushak fibrilyatsiyasi.

14. Arduanyokiyo kisuktsinilxolindan qolgan qoldiq relaksatsiyaning davosi.

- *a) Boshqariladigan yoki yordamchi ventilyatsiya.
- b) Qonalmashtirish
- v) Prozerim yuborish
- g) Atropin yuborish.

15. Sun'iy qon aylanishidan keyin qiladigan geparinasineytralash uchun ko'pincha nima qilinadi.

- a) Vitamin K
- *b) Protaminsul'fat
- v) Kal'tsiy xlorid
- g) Xinidim
- d) Vikosal

16. Bemor operatsiyadan 72 soat o'tgandan so'ng o'ladi, anesteziya davrida qusish kuzatilgan. O'lim sababini mabo'lishi mumkin.

- a) Bakterial pnevmoniya
- *b) Ximik pnevmaniya (Mendel'son sindromi)
- v) O'pkashishi
- g) Pnevmonotoraks

17. Nimasababdan akusherlik amaliyotida barbituratlar niqu'llash mumkin emas.

- *a) CHa qalqoqdadepressiya chaqiradi.
- b) Ko'ngilaynisha quvishni chaqiradi.
- v) Bachadontonusini pasaytiradi.
- g) Qon ketishini kuchaytiradi.

18. Tug'ayotgan ayollarda pastkiklovak venasindromi paydobo'lish profilaktikasi.

- a) Operativ tug'ishni ta'qiqlash
- *b) CHaktamonga qaytish (yotqizish)
- v) Intubatsiya
- g) Tomirichiganoradrenalinyuborish

19. Tug'ayotgan ayolga davolovchi qanday narkoz yuboriladi.

- a) Kolipsol
- *b) Natriy oksibutirat
- v) Fentanil - droperidol
- g) Geksenal
- d) Barbiturat

20. Kattayoshli damda orqamiyasuyugligining umumiy hajmi.

- a) 25 ml
- b) 75 ml
- *v) 130 ml
- g) 200 ml d) 250 ml.

21. Orqamiya anesteziasidagi potoniyasababi.

- *a) Preganglionar simpatik blokadasi
- b) Buyrak ustibezamiya qismini innervatsiya lovdinervlar blokasi
- v) Mushak paralichi
- g) Orqamiyasuyugligi oqishi
- d) Venaspasmi.

22. O'ng yurak etishmovchiligi nining belgilari.

- a) Arterial bosimlarning pasayishi
- *b) MVB boshishi
- v) MVB pasayishi
- g) Anemiya

23. Bolalarda anestezianing salbiy belgilardan biri.

- *a) Bradikardiya 50 ta
- b) A/B 90/60 mm. S. U.
- v) Taxikardiya 160 ta
- g) Noregulyar nafas

24. SHokning 1 chibelgisi

- a) MVB pasayishi
- b) YUraqisqarishining pasayishi
- *v) A/B pasayishi
- g) A/Boshishi
- d) Venozqonning oshishi

25. Kardiogen shokning asosiy sababi

- a) Og'riq
- *b) Miokard qisqaruvchanlik funksiyasining pasayishi.
- v) Venalar spasmi
- g) Gipovolemia

26. SHokning qaysitida MVB boshadi.

- *a) Kardiogen
- b) Anafilaktik
- v) Septik
- g) Travmatik

27. Havo emboliasibo'lgan bemorlarning qanday holatda o'tqizish kerak.

- a) Orqagorizantal
- b) Orqatrendelenburgholatda
- *v) CHaptamon Trendelenburgholatda
- g) O'ng tamon Trendelenburgholatda

28. Epileptik statusda o'limning asosiy sababi.

- a) YUraqotilish pasayishi
- b) Uzunchoqmiya funksiyasibuzilishi
- *v) Nafasventilyatsiyasi etishmovchiligi (ovozboylarining spasmi)

g) To'qimaperfuziyasipasayishi

29.Jigar

etishmovchiligibo'lganbemorlar daelektralitlaralmashi nuviqandayholatda

a) Giperkaliemiya *b) Gipokaliemiya

v) Gipoxloremiyag) Gipernatrimemiya

30.Jigar

etishmovchiligrivojlanayotgandanqaysiparametraniq ko'rsatadi?

a) Qondagibilirubin

b) ALTvaASTaktivligi

*v) Protrombinindeksi

g) Leykotsitoz

31.Jigar

etishmovchiligidaekstrakorporalusullardanqaysibirike ngqo'llaniladi?

*a) Gemosorbtsiya

b) Gemosorbtsiya + gemodializ

v) plazmoforez

g) barchasi

D) limfosorbtsiya

32.Gemorragikshokdabirinchinavbatdaqandayinfuzio npreparatyuboriladi?

a) poliglyukin

*b) Natriy xlorizotonikeritmasi

v) tozatsitratliqon

g) Al'bumin

d) Protein

34.Eklampsiyatutqanoq

xurujidamiyashishikelibchiqishsababi:

a) YUrakotilishipasayishi

b) Qonplazmasidanatriyvakaliybalansibuzilishi

*v) Ovozboylamispazmi

g) qononkotikbosimtushishi.

35.Eklampsiyavadavometuvchitutqanoqlardashoshilin cheffektivusul.

a) Seduksenvadropolidozasinioshirish

b) Gomkyuborish

*v) EndotraxealintubatsiyavaIVLgao'tkazish.

g) Diuretiklarniyuqoridozadaqo'llash

36.O'pkashishidaqaysidiuretikishlatilmaydi?

a) Laziks

b) Diakarb

v) Etakrinkislota

*g) Mannitol

Kardial o'lim sindromi. Qon aylanish to'xtashi turlari.Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. O'pka-yurak reanimatsiyasi (O'YUR) o'tkazish tamoyillari. UASH taktikasi.

A'lo 5 baho	86-100%	Talaba Kardial o'lim sindromi. Qon aylanish to'xtashi turlari.Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. O'pka-yurak reanimatsiyasi (O'YUR) o'tkazish tamoyillari. UASH taktikasi. to'grisida to'liq nazariy bilimga ega bo'lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga Ega bo'lsa, amalda qo'llay olsa, mustaqil mushohada yuritisa, ijobiy fikrlay olsa
YAxshi 4 baho	71-85.9%	Talaba Kardial o'lim sindromi. Qon aylanish to'xtashi turlari.Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. O'pka-yurak reanimatsiyasi (O'YUR) o'tkazish tamoyillari. UASH taktikasi. to'grisida to'liq nazariy bilimga ega bo'lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga Ega bo'lsa, amalda qo'llay olsa.
Qoniqarli 3 baho	55-70.9%	Talaba Kardial o'lim sindromi Qon aylanish to'xtashi turlari to'grisida tushunchaga ega bo'lsa,
Qoniqarsiz 2 baho	55 dan past	Talaba: bilmasa va aniq tasavvurlargaEgabo'lmasa, qo'shimcha yo'naltirilgan savollarga javob bera olmasa.

5-mavzu: Isitma sindromi. Isitma turlari. Sepsis. Septik shok. Gemorragik sindrom. Massiv qon yo'qotish sindromi, gomologik qon, DVS va tromboembolik sindrom. Klinikasi, diagnostikasi. shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 16-18s
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Reja	1. Isitma sindromi.tasnifi, etiologiyasi, patogenez, klinikasi. 2. Isitma turlari. 3. Isitma rivojlanishining mexanizmlari 4. Isitma sindromi bilan bemorlardagi reanimatsiya va intensiv terapiya. 5. Sepsis. Septik shok Klinikasi, diagnostikasi. shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish. 6. Gemorragik sindrom. 7. Massiv qon yo'qotish sindromi, gomologik qon , DVS va tromboembolik sindrom. Klinikasi, diagnostikasi. Tez tibbiy yordam ko'rsatish usullari. UASH taktikasi 8. Gemorragik sindrom bilan bemorlardagi reanimatsiya va intensiv terapiyasi.
Mavzuning maqsadi: Isitma sindromi. Isitma turlari. Sepsis. Septik shok. Gemorragik sindrom. Massiv qon yo'qotish sindromi, gomologik qon, DVS va tromboembolik sindrom. Klinikasi, diagnostikasi. shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi. Bu maqsadga erishish uchun quyidagi shu harakatlarini bosqichma- bosqich bajarish lozim. I bosqich. Maqsad: Isitma sindromi, tasnifi, etiologiyasi, patogenez, klinikasi haqida ma'lumotga ega bo'lish. Buning uchun: . Isitma sindromi rivojlanishining mexanizmlarini bilish. II bosqich. II. Maqsad: Isitma sindromi bilan bemorlardagi reanimatsiya va intensiv terapiya.	
Mavzuning vazifasi- Isitma sindromi. Isitma sindromi bilan bemorlarda reanimatsiya va intensiv terapiya.	
Ta'lim berish usullari	Ko'rgazmali, Ma'ruza, suhbat
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	kompyuter, multimedia, slaydlar, mavzugaoide bemorlar va boshqalar
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat: savol-javob.

1.2. Asmatik status. Bronxobstruktiv sindrom, pnevmotoraksoqibatidagi rivojlangan nafas etishmovchiligi bilan bemorlardagi reanimatsiya va intensiv terapiya.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	1. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. 2. Talabalarni mashg'ulotga tayyorligini tekshiradi 3. Davomatni nazorat qiladi.	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (20 daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish MA'RUZA si uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash. 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish.	
2. Asosiy bosqich (235 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlaridan foydalaniladi. 3. Slaydlar, multimediyalardan foydalaniladi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Yakuniy bosqich (15 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi. 2. Mustaqil ish beradi. 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

Mavzuning asosiy savollari (tayanch iboralar, so'zlar, echiladigan muammolar)

BAHOLASH SAVOLLARI.

1. Isitma sindromi nima.
2. Isitma sindromi turlari ?

3. Isitma etiologiyasi.
4. Isitmada intensive terapiya
5. Isitma bosqichlari.
6. Isitmaning diagnostik mezonlari?
7. Sepsis nima.
8. Sepsis klinik ko'rinishi?
9. Sepsis etiologiyasi.
10. Septik shok nima.
11. Septik shok bosqichlari.
12. Septik shokning diagnostik mezonlari?
13. Gemoragik sindromgata'rifbering.
14. Gemoragik sindromklinikasi
15. Gemoragik sindromnecha xilifarqlanadi?
16. Gemoragik sindromda birinchi yordam?
17. Gemoragik sindrom diagnostikasi?
18. Gemoragik sindrom reanimatsion chora tadbirlarni tashkil etish?
19. Massiv qon yo'qotish sindromi nima?
20. Massiv qon yo'qotish sindromida birinchi yordam?
21. Massiv qon yo'qotish klinikasi?
22. DVS nima?
23. DVS klinikasi?
24. DVS davoo'tkazish tartibi

Talabalar egallashi zarur bo'lgan amaliy ko'nikmalar:

Konikotomiyao'tkazish

Maqsad: Nafaso'tkazuvchanliginitiklash

Ko'rsatma: Nafasetishmovchiligi

Kerakli anjomlar: spirt, skalpel', nafaso'tkazuvchinaycha, mulyaj.

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (10 ball)	To'liq va aniq bajardi (20 ball)
1.	Bemornichalqanchayotqizish.	0	10	20
2.	Anatomikmo'ljallarnianiqlash. Vrachqo'livaoperationmaydongaaseptikishlovberish.	0	10	20
3.	Operastiyamaydoninimahalliyog'riqsizlantirish.	0	10	20
4.	Teriniko'ndalangkesishvayog'kletchatkasidanajratish.Membrananiko'ndalangkesish.	0	10	20
5.	Naynachanitraxeyagakiritishvamahkamlash.	0	10	20
	Jami	0	50	100

“Miyashtrumi” metodi.

Uslubningasosiyqoidalari:

G'oyahosilqilishga xalaqitberuvchiqandaytanbehvatanqidiy fikrbildirmasin.

- Engko'pmiqdordatakliqlarolish.
- G'oyalarkombinastiyasivaulardanrivojlantirish
- Guruhlarkombinastiyasivaulargaishlovberuvchilargaaajratish.

Buuslubharqandaysharoitdaoptimalqarorqabulqilishga,

oppenentlarniqabulqilinayotganyo'lningto'g'riligigaishonchhosilqilishgao'rgatadi.

Buuslubasosiy mavzunimuhokamaqilishdaoldindanyaxshiginatayyorgarlikdir.

Masalan: Darsmavzusi “Kardiogenshok”

O'qituvchidoskaoldidaturib, Kardiogenshokga xossipmtomlarniaytingdebmurojaatqiladi. Narkozklinikasiga xosbelgilarnitalabalarbirma-biraytadilar:

- YUraksohasidagiog'riq;
- Nafasetishmovchili, hansirash;
- Sovuqterbosishi.

O'qituvchiguruhdagiharbirtalabaningmuhokamadaishtirokinikuzatibboradi.

Birortahamjavobto'g'riyokinoto'g'ridebsharxlanmaydi.

Hammavariantlartugagandanso'ngmuhokamaniboshlashmumkin.

Bundao'qituvchiso'raydi:

“Qandayo'ylaysiz?

YUraksohasidagiog'riqinfarkmiokardbelgisimi?

yoki qovurg'alarnevralligiyasimi?”.

Talabalaro'qituvchibilanbirgalikdahammavariantlarnifaolmuhokaqilishgakirishadilar.

Bundanoto'g'rijavoblarmuhokamatarzidahalqilinadivaasoslabberiladi.

SHundanso'ngo'qituvchibilimlarniko'proqmustahkamlashdatabalardanto'g'rivariantlarniyoziabolishniso'raydi.

Uslubningmaqsadi:

Qisqavaqtichidaguruhdanko'pmiqdordavariantlarolish, talabalarbiliminianiqlashbundamuammolarnihalqilishgaqodirg'oyalartaklifqilinishimumkin.

**Mavzu bo'yicha talabalarning mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma'zmoni, bajarish bo'yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari) TARQATMA MATERIAL
TALABA UCHUN TOPSHIRIQ**

№	Savol	Izohi
1.	Isitma sindromi, tasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi.	
2.	Isitma rivojlanishining mexanizmlari	

Talabaning mustaqil bilimini tekshirish

№	Savol	Javob
1.	Isitma sindromi, tasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi.	
2.	Isitma rivojlanishining mexanizmlari	
3.	Isitmasindromi bilanbemorlardareanimatsiyavaintensivterapiya.	

Keys-metod Vaziyatimasalalar.

Vaziyatimasalalar.

1-masala.

BemorUbaydullaevN., 45 yoshda. Uyidakechqurungijanaldano'ngko'krakqafasidanjarohatolib (pichoqlangan) vaReanimatsiyabo'limigaolibkelingan. Ertasikunijarohatlangansohadabirdanigakuchliog'riqboshlangan. 3 kundanberioq'riqezuvchi xarakterdavadometayapti. Bemordataxikardiya, hansirash, gipotoniya kuzatiladi. Terisioqish, akratsianoq, sovuqterbilanqoplangan. Bemoro'ngtomoniga (zararlantomonga) yonboshlaganholatdayotadi.

Nafaschiqargandazararlantomondagio'pkabujmayadivanafasolgandao'rnigaqaytmaydi.

Rentgendako'ksoralig'ia'zolarisog'tomongasiljigan.

Auskul'tatsiyadao'ngtomondanafasningsekinsusaygani, chapo'pkadanafaskuchaygan.

SAVOL: 1. YUqoridagilargaasoslanibbemorgatashxisqo'ying.

2. Sizningdavalashtaktikangizqanday?

MAVZU BAYONI.

Sepsis

Sepsis – bu organizmning mikroorganizm invaziyasiga tizimli yallig'lanish javob reaksiyasi hisoblanadi.

Epidemiologiya, etiologiya, patogenez. AQSHda yilida 300000-500000 kishi sepsis bilan kasallanadi, ulardan 100000tasi o'lim bilan tugaydi.Bularning 2/3 kismi statsionarda kuzatiladi. Sepsis bilan og'rikan bemorlarning 30-60% va septik shokka tushgan bemorlarning 60-80% qonini muhitga ekilganda, 75% bemorlarda grammanfiy bakteriyalar, 10-20% bemorlarda grammusbat kokklar va 2-5% zamburug'lar aniqlanadi.

Grammanfiy bakteriemiya rivojlanishi uchun xavfli omillar: qandli diabet, limfoproliferativ kasalliklar, jigar sirrozi, kuyish, invaziv muolajalar va neytropeniya. Grammusbat bakteriemiya rivojlanishining xavf omillari: tomir ichi kateterlari va mexanik muolajalar, kuyish va dorilarni vena ichiga yuborish.

Sepsis mikroba antigenlariga nisbatan organizmning kompleks reaksiyalari natijasida kelib chikadi: Lipopolisaxaridlar (LPS yoki endotoksinlar), peptoglikan va bir qancha hujayradan tashqari fermentlar va toksinlar. Organizmning javob reaksiyasi leykotsitlar, gumoral omillar (sitokinlar, prostoglandinlar, koagulyasiya omillari) va tomir endoteliysi tomonidan amalga oshiriladi.

Klinik ko'rinishi. Isitma, qaltirash, taxikardiya, taxipnoe, es-hushning buzilishi va gipotenziya. SHu bilan birga septik reaksiyaning asta sekinlik rivojlanishi va yuqoridagi simptomlar bo'lmasligi ham mumkin.Giperventilyasiya, dezorientatsiya va es-hushning buzilishi – sepsisning erta belgilari bo'lib hisoblanadi. Keyinchalik arterial gipotenziya va TITQI sindromi kelib chiqishi mumkin.

Sepsisda teridagi o'zgarishlar:sianoq, periferik to'qimalar ishemik nekrozi,sellyulit,pufakcha,bulla,gemorragik zararlantish- lar kuzatiladi.

Oshqozon ichak yo'li tomonidan: ko'ngil aynishi, qusish, diareya, qabziyat, oshkozondan qon ketishi va xolestatik sariqlik belgilari kuzatiladi.

Asoratlari: Respirator distress sindrom («shokli o'pka») 20-30% sepsis bilan og'rikan bemorlarning kichik qon aylanish doirasida mikrotsirkulyasiyaning buzilishi natijasida kelib chiqadi va o'pkaning diffuz infiltratsiyasi, gipoksemiya bilan birga kechadi.

Diagnostikasi. Sepsisni erta bosqichlarda aniqlash uchun yordam beradigan ishonchli laborator usul yo'q. Klinik belgilari turli darajada yuzaga chiqishi mumkin, ular sepsisga xos bo'lmaydi. Laborator o'zgarishlardan leykotsitoz chapga siljish bilan, trombositopeniya, proteinuriya, leykopeniya ham bo'lishi mumkin. YAqqol darajada rivojlangan gemoliz klostridial bakteriemiya, bezgakda yoki TITQI sindromida kuzatiladi. Giperventilyasiya chaqirgan respirator alkaloz, metabolik atsidoz va gipoksemiyaga almashinishi mumkin. Ko'krak qafasi rentgenografiyasida kattalarning respirator distress sindromi va pnevmoniyani aniqlash mumkin. Aniq diagnoz qon ekmasidan keyin ko'yiladi.

Davolash. Emperik davolash bemor, bemor yotgan statsionar va mahalliy mikroflorasi haqida klinik ma'lumot asosida olib boriladi. Gemokultura javobi kelguncha grammanfiy va grammusbat bakteriyaga qarshidavolash olib boriladi. Birlamchi infeksiya o'chog'i aniqlanmagan bo'lsa, sefotaksim (v/i 3 g har 6 soatda) yoki seftazidim (v/i 2g har 8 soatda) + gentamitsin yoki tobramitsin (1.5 mg/kg v/i har 8 soatda) yuboriladi. Agar bemor vena ichiga in'eksiyalar olayotgan bo'lsa, doimiy kateter qo'yilgan bo'lsa yoki terida infeksiya o'chog'i mavjud bo'lsa nafsillin (v/i 3g har 6 soatda) yoki vankomitsinni (v/i 15mg/kg har 12 soatda) ham qo'shish kerak. Agar infeksiya o'chog'i qorin bo'shlig'ida ekanligiga taxmin qilinsa metronidazol (v/i 500mg har 6 soatda) yoki klindamitsin (v/i 600mg har 6 soatda) bilan davo davom ettiriladi. Yiringli massani to'qimalardan olib tashlash yoki infeksiya mahalliy o'chog'ini drenaj qilish lozim (doimiy vena ichiga yoki siydik pufagiga kateter bo'lishi, yuqori jag' bo'shlig'i, qorin bo'shlig'i, paranebral bo'shliq, kichik chanoq). Gemodinamik buzilishlarni davolash to'qimalarni kislorod bilan ta'minlanishini me'yorlashtiradi. AQHni tiklash uchun v/i 1-2soat davomida 1-2 l izotonik eritma quyiladi. Refrakter shok bo'lgan, shuningdek qo'shilib keluvchi yurak va buyrak zararlanishlarida bemor doimiy kuzatib boriladi.

Septik shok

Septik shok - bu murakkab patofiziologik jarayon bo'lib, patologik o'choqdan (limfadan, yiringli o'choqdan) ekstremal omil ta'siri natijasida qo'zg'atuvchi va uning toksinlarining qon oqimiga tashlanishi bilan bog'lik. Bu esa to'qima va organlarning zararlanishi bilan bir qatorda adaptatsiyaning nospetsifik mexanizmlarining zo'riqishi va gipoksiya, to'qimalar gipoperfuziyasi, moddalar almashinuvining chuqur buzilishi bilan kuzatiladi. Septik shok (infeksion-toksik, bakteriotoksik yoki endotoksik) massiv bakteriemiya, bakteriya hujayrasining intensiv parchalanishi va endotoksinlarning ajralishi, tomir o'zani hajmi boshqarilishining buzilishi bilan kechuvchi tarqalgan infeksiyalarda rivojlanadi. Septik shok nafaqat bakterial infeksiyalarda, balki virusli infeksiyalar, sodda jonivorlar invaziyasida, zamburug'li sepsisda, og'ir shikastlanishlarda ham rivojlanishi mumkin.

Klinik ko'rinishi. Septik shokning boshlang'ich bosqichi. Infeksiyaning yallig'lanish o'chog'idan chiqishi yoki endotoksinning qon oqimiga tushishi septik shokning birinchi mexanizmini ishga tushiradi, bunda infeksiyaning pirogen ta'siri (ayniqsa endotoksinning) kuzatiladi. Qaltirash bilan kechadigan gipertermiya ($>38-39^{\circ}\text{S}$) septik shokning asosiy belgisidir. Ko'pincha gektik yoki noto'g'ri tipdagi zo'rayuvchi isitmada harorat yoshga xarakterli bo'lmagan yuqori darajalarga ko'tariladi (keksa bemorlarda $40-41^{\circ}\text{S}$), qon aylanishning buzilishi, taxikardii (yurak qisqarishlar soni 1 minutda 90 tadan ortiq) bilan kechadi. Bu septik shokning boshlang'ich bosqichi «issiq normotenzia» deb ham ataladi. Markaziy gemodinamika tekshirilganda qon aylanishning giperdinamik turi aniqlanadi (yurak indeksi $> 5\text{l/min/m}^2$).

Septik shokning kechki bosqichi. Jarayon zo'rayib boraversa yuqorida aytib o'tilgan klinik faza «issiq gipotenzia» fazasi bilan almashinadi, bunda tana harorati keskin yuqori ko'tariladi, qaltirash, bemor ruhiyatining buzilishi: qo'zg'alish, bezovtalik, o'zini boshqacha tutishi, ba'zan psixoz kuzatiladi. Teri qoplamlarini ko'rganda issiq, quruq, giperemiyalangan yoki pushti rangda. Nafas buzilishi giperventilyasiya tipida bo'ladi, bu esa nafas alkaloz va nafas olish muskullarining zo'riqishiga olib keladi. Taxikardiya (1 minutda 120 va undan ortiq) to'liq puls va gipotenzia bilan birga keladi. Bu bosqichda diurez oligouriyagacha kamayadi (1 soatda siydik ajratish 25 ml.dan kam).

Septik shokning terminal bosqichi. Septik shokning terminal bosqichi es-hushning buzilishi, o'pkada gaz almashinuvining buzilishi, periferik va markaziy sirkulyator etishmovchilik, jigar va buyrak etishmovchiligi bilan kechadi. Bu bosqichni klinitsistlar boshqacha qilib «sovuq gipoteziya» deb ham atashadi. Simptomlari: hushning xiralashishi – komagacha, teri qoplamlarining oqarishi, akrotsianoza, oligoanuriya kuzatiladi. Sezilarli taxipnoe (1 minutda 40 dan ortiq nafas) oksigenoterapiya zaminida ham pasaymaydigan nafas etishmovchiligi hissi bilan qo'shilib keladi.

Qaltirash va gipertermiya tana haroratining pasayishi bilan almashinadi. Tana haroratining pasayishi g'arak-g'arak terlash bilan birga kechadi. Sovuq va rangpar sianotik barmoqlar va tovonlar tarqalgan infeksiyaning patognomonik belgisidan biridir. Tez-tez (1 minutda 130-160 ta), to'liqsiz, ba'zan aritmik puls arterial qon bosimining kritik tarzda tushishi bilan qo'shilib keladi.

Organlar zararlanishining erta va aniq belgisi bu - buyrak funksiyasining buzilishi ya'ni azotemiya va oshib boruvchi oligoanuriya (diurez 10ml/soat dan kam) hisoblanadi. Oshqozon ichak yo'lining zararlanishi: dinamik ichak tutilishi va oshqozon ichakdan qon ketishi ko'rinishida bo'ladi. Jigarning zararlanishida sariqlik va giperbilirubinemiya paydo bo'ladi. Septik shokda qondagi xarakterli o'zgarishlar: leykotsitlar $>12.0 \cdot 10^9/l$ neytrofilyoz, leykotsitar formulaning keskin «yosharishi» va leykotsitlarning toksik donadorligi. Septik shok uchun ob'ektiv mezon leykotsitoz bilan birga leykotsitar indeksning oshishi (LII >10) va trombotsitopeniya ham bo'lishi mumkin. Ba'zida dinamika to'liqsimon xarakterda bo'ladi, dastlab leykotsitoz so'ngra leykopeniya bilan almashinadi.

Septik shokning diagnostik mezonlari:

Tana harorati 38-39°C dan yuqori yoki 36,5 dan past bo'lishi va qaltirashning bo'lishi. Keksa bemorlarda paradoksial gipotermiya kuzatiladi;

Neyropsixik buzilishlar (dezorientatsiya, eyforiya, qo'zg'alish, sopor);

Giper yoki gipodinamik sindrom, qon aylanishining buzilishi;

Taxikardiya (YUQS minutiga 100-120 tadan ortiq);

Sistolik arteial bosim 90 mm sim ust. dan past;

Mikrotsirkulyasiyaning buzilishi (teri qoplamlarining sovuq, rangpar, ba'zan sezilarli arg'imgir bo'lishi);

Taxipnoe va gipoksemiya (nafas harakatlari soni minutiga 20 ta yoki $RaSO_2$ 32 mm sim ust. dan kam, akrotsianoza);

Oligoanuriya, siydik ajratish soatiga 30 ml dan kam yoki diurezni qo'llab turish uchun diuretiklar ishlatib turishni talab qiladi;

Laktat miqdori 2 mmol/l dan yuqori.

Ba'zi klinitsistlar septik shokda uchlik simptomlarni ajratadilar: es-hushning buzilishi (dezorientatsiya va o'zini tutishining o'zgarishi), giperventilyasiya, infeksiya o'chog'ining bo'lishi.

Septik shokda intensiv terapiyaning asosiy tamoyillari:

Nafas olish va yurak qon-tomir tizimini qo'llash yo'li bilan kislorod transportini tiklash;

Respirator tizim funksiyasini tiklash: o'pkalarda gaz almashinuvini va qonda kislorod miqdorini yaxshilash ($SO_2=90\%$, $RO_2 = 60$ mm sim. ust.)

YUrak qon-tomir tizimi funksiyasini tiklash: infuzion terapiya yo'li bilan volemik buzilishlarni korreksiya qilish, yurak zarb hajmini me'yordagidan ko'ra 1.5-2 marta oshirish;

Metabolik va organlardagi buzilishlar korreksiyasi;

Infeksiya o'chog'ini yo'qotish;

Samarali antibakterial terapiya uchun endolimfatik, limfatrop antibiotikoterapiyani qo'llash asosiy hisoblanadi.

O'tkir buyrak etishmovchilini profilaktikasi (laziks)-siydik qopini kateterlash, soatlik, sutkalik diurezni nazorat qilish orqali.

YUqoridagi muolajalar shoshilinch va bir vaktida amalga oshirilishi kerak. Septik shokning maxsus terapiyasi mavjud emas. Respirator qo'llab quvvatlash. Sepsisda nafas etishmovchiligi 80% bemorlarda rivojlanadi. Bu esa o'pkaning yordamchi ventilyasiyasini talab qiladi. Deyarli barcha sepsis bilan og'riq bemorlarda gipoksemiya kuzatiladi, shuning uchun ularga oksigenoterapiyaga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Agar bemorda taxipnoe 1 minutda 30 ga yaqinlashsa va SO_2 90% dan pasaysa traxeya intubatsiyasi rejalashtiriladi.

Infuzion terapiya mezonlari:

Septik shok bo'lgan bemorga o'rtacha 4-6 litrgacha kristalloid eritmalar (NaCl saqllovchi) yoki o'rtacha hajmdagi kolloid eritmalar quyish talab qilinadi. Infuzion terapiyaning eng yaxshi tartibi kristalloid va kolloid eritmalarini birgalikda ishlatish. Infuziya ko'proq «tajriba yo'li» orqali olib boriladi, lekin quyiladigan suyuqlik hajmi ko'p bo'lib, gemodinamik samara bo'lmasa, o'pka arteriyasi kateterizatsiyasi talab qilinadi. CHap qorinchada zo'riqishini baholashning yagona usuli to'g'ridan-to'g'ri o'pka arteriyasida bosimni o'lchash hisoblanadi.

Natriy xloridning gipertonik (7.5%) eritmalarini qo'llash ham katta ahamiyatga ega. Chunki ular interstitsial to'qimadan o'ziga suyuqlikni tortib olishi hisobidan plazma hajmini tiklaydi. Septik shok holatidagi og'ir gipovolemiyada natriy xloridning gipertonik eritmasi (7,5 %) bilan kolloid eritmasini (GEK-refortan, stabizol) birgalikda (4ml/kg) qo'llash mikrotsirkulyasiyani va to'qimalar perfuziyasini tezda yaxshilaydi. Suyuqlik hajmini to'ldirgandan so'ng ham arterial bosim pastligicha

qolsa vazopressorlar va kardiostimulyatorlar qo'llaniladi. Vazopressorlarning gipovolemiyani yo'qotilmagan paytda qo'llanilishi zararli hisoblanadi, chunki ular to'qima va organlar perfuziyasini buzadi. Hajm to'ldirilgandan so'ng quyidagi ishlar qilinadi: dopamin (dofamin) etaricha past bo'lgan arterial bosimda 5mg/kg/min dan qo'llaniladi, keyinchalik kerakli natija olish uchun oshirib boriladi. Dopaminni sekinlik bilan kiritish buyraklarda qon aylanishini yaxshilaydi. A/B juda pasayganda dopaminga noradrenalin qo'shiladi.

Tomir ichi tarqalgan qon ivishi(TITQI) sindromi

TITQI-sindromi trombogemorragik sindrom deb ham atalib, uning asosida qonda trombin miqdori ko'payib, fibrinogenning fibringa transformatsiyasi to'xtashi kuzatilib, kapillyar devorida qon laxtalari paydo bo'ladi. Bu turdagi qon ivishining buzilishi fibrin laxtalarining o'rta va katta kalibrdagi qon tomirlarda paydo bo'lishi trombozdan farq qiladi va qaysiki plazmin tasiriga chidamli bo'ladi. TITQI-sindrom travmatik, septik, anafilaktik, gemorragik shoklarda, shuningdek, katta travmatik operatsiyalarda (ko'p miqdorda qon ketish bilan kuzatiladigan) gemotransfuziyalarda, qon tomir ichi gemolizida, o'tkir nafas va yurak qon-tomir etishmovchiliklarida, xirurgiyadagi ekstremal holatlarda, akusher-ginekologiyada (massiv qon ketishda, amniotik emboliya, yo'ldosh ajralganda) kelib chiqadi. TITQI -sindrom bir necha shartlar asosida kelib chiqadi:

1) Retikuloendotelial tizim blokadasini uning asosida bemorning infeksiyon-allergik statusining o'zgarish zaminida, kapillyarlarda fibrinning to'planib qolishi ikkilamchi fibrinoliz faollashuvi, fibrin degradatsiyasi mahsulotlari konsentratsiyasining oshishi va qon ivishining kuchayishi yotadi.

2) Qon oqimiga biologik faol moddalarning tushishi bilan birga qon shakliy elementlarining agregatsiyasi va aglyutinatsiyasi kuzatiladi.

3) Mikrotsirkulyasiyaning buzilishi.

4) Mikrotsirkulyasiya buzilishi zaminida kininlar ishlab chiqarishning kuchayishi kuzatiladi.

TITQI-sindromi 4 bosqichda kechadi:

I bosqich- giperkoagulyasiya;

II bosqich-qon ivishi kuchayishi bilan kuzatiladigan gipokoagulyasiya;

III bosqich- shikastlangan organ va tukimadan massiv qon ketishi va qon ivishining kuchayishi bilan kuzatiladigan fibrinoliz;

IVbosqich-tiklanish bosqichi, uning asosida gemostaz tizimining me'yorlashuvi kuzatilib, lekin «qoldiq» trombozlar saqlangan va distrofiyaga uchragan hayotiy muhim organlar funksiyasining buzilishi xavfi yuqori bo'lib qolaveradi.

TITQI sindrom o'tkir, o'tkir osti va surunkali kechadi, shuningdek tarqalgan (butun mikrotsirkulyasiya tizimini qamrab olgan) va lokal (bir yoki ikkita organi egallaydi) bo'ladi. TITQI sindrom qon ivishi buzilishi, diapedez qon quyilishlari va mikrotsirkulyartor buzilishlar majmuasi hisoblanadi. Terapevtik kasalliklarda giperkoagulyasiya fazasi birmuncha uzoqroq kechadi (trombinning qon oqimiga sekinlik bilan tushishi kuzatiladi). TITQI sindromda parenximatoz organlar nekrozi va buyrak etishmovchiligi kelib chiqishi bilan bir qatorda azotemiya, oligouriya, anuriya, «shokli o'pka», jigar etishmovchiligi, va miya shishi kelib chiqadi. Xirurgik va akusherlik praktikalarida giperkoagulyasiya fazasi qisqa davom etadi. TITQI sindromi diagnostikasi quyidagi belgilarga asoslanib qo'yiladi:

1) Fibrinogen konsentratsiyasi, V,VII,VIII, IX, X antitrombin-III, trombositlar miqdorining va protrombin indeksining pasayishi;

2) Fibrinolizning faollashuvi;

3) Eruvchan fibrin, fibrinmonomer, FDM (fibrin degradatsiyasi mahsulotlari) miqdorining ko'payishiga qarab qo'yiladi.

YAqqol TITQI sindromiga xos belgilar: fibrinogen konsentratsiyasining 1g/l dan pasayishi; trombositlar sonining 50,0-100,0×10⁹/l dan pasayishi; protrombin indeksining 45% dan pasayishi xarakterlidir.TITQI sindromida davolash tamoyillari birmuncha qiyinchilik bilan boradi, ayniqsa, katta shikastlanishlarda, massiv qon ketishlarda, og'ir yondosh kasalliklarda. Davolash samarasi asosiy kasallik bilan shuningdek, aniq laborator diagnostikaga va gemostaz tizimining patogenetik buzilishiga bog'liqdir.

I bosqichida -TITQIsindromi trombin ingibitori bo'lmish - geparin (10000-12000 ed. vena ichiga sutkasiga tomchilatib) va yangi muzlatilgan plazma (YAMP) da saqlanadigan antitrombin-III yuboriladi. SHular bilan bir vaqtda infuzion terapiya (albumin,kraxmal eritmalari,reosorobilakt va boshqalar) mikrotsirkulyasiyani me'yorlashtiruvchi preparatlar (trental, komplamin, droperidol, nitroglitserin va hokazo)bilan olib boriladi. TITQI-sindromini keltirib chiqargan: gipovolemiya, atsidoz, gipoksemiya, endo- va ekzo- intoksikatsiya holatlari korreksiya qilinadi.

II bosqichda- qon ivishini yo'qotgan omillarni YAMP quyish bilan shuningdek, trombositlar massa, kriopretsipitatlar yuborish bilan to'ldirish mumkin. SHuningdek, qon koagulyasiya xususiyatlarini tiklash maqsadida (ditsinon, etamzilat); infuzion terapiya maqsadida (GEK eritmalari, oqsil preparatlar, protein, albumin); mikrotsirkulyasiyani yaxshilash maqsadida (komplamin, trental) yuboriladi.

III bosqichda - II bosqichdagi davo muolajalari davom ettirilib, qo'shimcha proteaza ingibitorlari (kontrikal 60000ed gacha); antiplazmin va boshqa preparatlar qo'llaniladi. Bu davolash usullari gemostaziogramma va klinik tekshiruv ko'ratkichlariga asoslangan holda olib boriladi. Hozirgi paytda TITQI sindromining o'tkir kechishida ham geparinning hatto kichik dozalarini qo'llash qat'iy ehtiyotkorlikni talab qiladi. Geparinoterapiyaga mikrotromblar hosil bo'lishi, oligouriya bilan kechadigan buyrak etishmovchiligi, anuriya va azotemiya ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Geparin vena ichiga sekin yuborilib, gemostaziogramma va antitrombin-III faolligi nazorati ostida olib boriladi.

Geparinni qo'llashga qarshi ko'rsatma: Davom etayotgan qon ketishlar, xirurgik gemostazning naf bermasligi, jarohatlangan organlar kuzatilganda; katta jarohat va ko'p miqdorda qon ketayotgan holatda (bachadon, jigar va boshqalar), trombositopeniyada ($50,0-100,0 \times 10^9$ dan past bo'lganda), fibrinogen miqdorining pastligida (1g/l dan past), yuqori fibrinolitik faollik bo'lib hisoblanadi.

IV bosqichda davo muolajalari gipoksiyaga, atsidoz, gipertermiyaga qarshi, antibakterial terapiya, patogenetik, asoslangan infuzion terapiyaga qaratilgan bo'ladi.

Tromboembolik asoratlarni profilaktikasi

O'tkir va surunkali yallig'lanishlarda (appenditsit, xoletsistit, pankreatit, peritonit) operatsiyagacha giperkoagulyasiya holati kuzatiladi. Operatsion jarohatda qon-tomir devori buzilib tromboplastin ajraladi, plazmenogen faollashadi, simpatoadrenal tizim qo'zg'aladi, natijada gemostaz o'zgarib, organizmning tabiiy himoya reaksiyasi kompensator giperkoagulyasiya yuzaga keladi. Anesteziyaning o'zi ham gemostaz mexanizmiga turlicha ta'sir ko'rsatadi. YUzaki anesteziyada giperkoagulyasiya, chuqur narkoz holatida esa gipokoagulyasiya kuzatiladi. Narkozning NLA turi boshqalarga nisbatan qon ivishi mexanizmiga va trombositlar agregatsiyasiga kam ta'sir qilishi aniqlangan. Operatsiya vaqtida qon ketishi gemostaz mexanizmiga ta'sirining muhim omillaridan hisoblanadi. Operatsiya keyingi giperkoagulyasiya holati 5-6 kungacha saqlanib turadi. Bu davr trombozlarning va tromboembolik asoratlarning kelib chiqishida eng xavfli hisoblanadi. SHuning uchun operatsiyadan keyingi davrdagi tromboemboliyaning profilaktikasini ko'pchilik mutaxassislar fikricha juda erta operatsiyadan keyin 1-2- kunlardan boshlab amalga oshirish kerak. Tromboembolik asoratlarning profilaktikasi fibrinogen miqdori yuqori, posttromboflebetik sindromi va oyoq venalarining varikoz kengayishi bor, kichik to'sda yallig'lanishi bo'lgan, 50 yoshdan yuqori, yurak-qon tomir kasalligi bo'lgan bemorlarda, davomli, og'ir va murakkab operatsiyalardan keyin o'tkazilishi kerak. Operatsiyadan keyingi tromboembolik asoratlarning profilaktikasi kompleks bo'lib ikki: (maxsus va nomaxsus) turda olib boriladi. Nomaxsus profilaktika turiga bemorni erta faollashtirish, og'riqni qoldirish, ichak faoliyatini yaxshilash, shuningdek atsidozni oldini olish, suv-elektrolit muvozonatini saqlash, qon reologiyasini yaxshilash kiradi. Maxsus profilaktika qon ivish tizimi tahlillarida yuqori ko'rsatkichlar qayd etilgan bemorlarda geparin 5000 ed. dan har 4 soatda, 4-5 kun qo'llash orqali olib boriladi. Tromboembolik asorat xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda koagulogramma ko'rsatkichidan qat'iy nazar geparinoterapiya o'tkazish kerak bo'ladi.

Bugungi kunga kelib operatsiyadan keyingi intensiv terapiya majmuiga tromboembolik asoratlarni oldini olish uchun pastmolekulyar geparindan foydalanish tavsiya etilmoqda. Pastmolekulyar geparinni fraksiyalanmagan oddiy geparinga nisbatan yuqori samaradorligi, qulayligi, xavfsizligi va iqtisodiy tejamliligi e'tirof etilmoqda.

Akademik V.S. Savelevning (1999, 2001) ta'kidlashicha, bugungi kunda antikoagulyant profilaktika uchun operatsiyadan keyingi davrda pastmolekulyar geparinlar guruhidan Kleksan (enoksaparin) preparati yuqori samarali hisoblanadi. E'tiborlisi shuki, Kleksan 40 mg dan teri ostiga 1 sutkada 1-2 marta 7 kun davomida yubriladi. Plazmadagi kleksanni faollik vaqti 24 soatdan iborat. Pastmolekulyar geparinlardan eng chuqur Kleksan o'rganilgan bo'lib, jahonning 100 dan ortiq mamlakatlarining klinikalarida ishlatiladi. Kleksanning xavfsizligi geparinga nisbatan gemorragiya, osteoparoz, trombositopeniya holatini juda kam chaqirishi bilan belgilanadi. Dozani tanlash talab etilmaydi, ishlatishga tayyor shpirlarlarda chiqariladi. Laboratoriya nazorati haftasida 2 marta trombositlar soni sanaladi.

TESTSAVOLLARI.

1. Effektivnafasningmezoni:

- a) Nafashajmi.
- b) Minutliknafashajmi
- v) Nafaschastotasi
- *g) RaSO_2 va RaO_2

2. Bronxospazmiyo'qotishdako'proqnimaqilishm a'qulroq?

- a) Traxeobronxialsekretyasiyo'qotish
- b) Bo'yinvenalarnishishiniyo'qotishi
- v) MVB 1,96 kPa / 20 sm. suv.ust.
- *g) RaSO_2 5,3 kPa / 49 sm. suv.ust.

3. Bemorhushsiz, A/B 90/60 min.s.u. nafassoni 30 tarefleksyo'qolganhamdakeltirilganto'shagioldida Naetaminbo'shilakoni.

Onasiningaytishichaflakonda

30

tatabletkabo'lgan. 1-navbatdanimaqilinadi?

- a) Forsirlangandiurez
- b) Gemosorbtsiya
- v) IVLgao'tkazish
- *g) Traxeyaintubatsiyasi, oshqozonyuvish
- d) Oshqozonyuvish, venaichigabemegridyuborish.

4. Metilspirtizaharlangandaspetsifiterapiya.

- a) Venaichiga 50 mg/kgbemegrid
- b) Forsirlangandiurez
- v) Barvaqtgemosorbtsiya
- *g) Venaichigaetilspirti 2 ml/kgsutkada
- d) Venaichiga 20-40% glyukozainsulinbilanyuborish.

5.

Qastdano'zinizaharlanganbemorniambulatordavo

lanishinipsixiatrmaslahatisiztavsiyaqilishmumkin mi?

*a) Hab) Yo'q

6.Mendel'sonsindromikelibchiqishibog'liq:

a) Aspiratsiyalangansuyuqlikhajmibilan

*b) Oshqozonshirasikislotaliligibilan

v)

Oshqozonsuyuqligibilano'tsuyuqligiaralashmasibilan

g) Allergikfon

d) parasimpatiknervsistemasitonusbilan.

7.Gipoglikemikkomaningasosiypatogenezi:

a)Kompensatsiyalashmaganmetabolikatsidozrivojlani shi.

b) YUrak etishmovchiligi.

*v)

Miyato'qimasidaglyukozanikonsentratsiyasipasayish i

g) Jigar etishmovchiligi

d) Barchasi.

8.Gipoglikemiyadaqondaglyukozanechaga etgandaklinikbelgilarnamoyonbo'ladi?

a) 8 mmol'/l

b) 6 mmol'/l

v) 5 mmol'/l

g) 3 mmol'/l

*d) 3 mmol'/ldankam.

9.Qandlidiabetkeltiribchiqaradi:

*a) Barvaqtaterosklerozkelibchiqadi

b) Jigar etishmovchiligi

v) Osteoxondroz

g) Polinevritvanevralgiya

d) Barchasi.

10.Qandlidiabetdabemorlaro'liminingasosiysabab i:

a) OPN

b) O'tkirjigar etishmovchiligi

*v) MiokardinfarktivaMO'QAB

g) SBE

d) Barchasi

11.Giperosmolyarkomaningpatogenezi:

a) Kompensatsiyalashmaganmetabolikatsidoz.

*b) YAqqol xujayraichidegitratatsiyasi

v) YAqqolnamoyonbo'lganketoatsidoz

g) O'BE

d) Barchasi.

12.MO'QABdahushningyo'qolishisababi:

a) Miyatomirlariningkengayishi

*b) Miyatomiralarispazmi

v) Miyachuqurstrukturalaribuzilishi.

g) Boshmiyashishi

d)

Miyagakeladiganglyukozamiqdoriningtezdakamayish i.

13.Sog'lomodamdamiyaqonaylanishitezligi:

a) 10 ml/100 grmiyaminutida

b) 20 ml/100 grmiyaminutida

v) 30 ml/100 grmiyaminutida

*g) 40 ml/100 grmiyaminutida

d) Boshqato'qimalardanfarqqilinmaydi.

14.SO₂miyatomirlarigaqandayta'sir qiladi?

*a) Kegaytiradi

b) Qisqartiradi

v) Toraytiradi

d) Falaj qiladi

15.BemorningAQB 140/80 mm.sim.ust. danbirdan 0 gatushgan. Uninglikvorbosimiqanchabo'ladi?

*a) 0

b) 40 sm.suv.ust.

v) 100 smsuv. Ust.

G) 150 smsuv.ust.

D) LikvorbosismiAQBgabog'liqemas.

16.Gematoentsefalikbar' erfunktsiyasiniqaysiprep aratengyaxshinormallashtiradi?

a) Eufillin

*b) Glyukokortikoid

v) SaSI

g) Manit

d) Furasemid

17.Rejali

xoletsistektomiyaoperatsiyasiqilinadiganbemorda "bo'shshqozon"

holatinikeltiribchiqarishhuchunnimaqilishkerak?

a) Operatsiyadanoldinoshqozonniyaxshilabyuvish

b) Tozalovchihuqnaqilish

*v) Operatsiyadan 12 soatoldinovqatlanmaslik.

g) Operatsiyadan 6 soatoldinovqatlanmaslik.

18.Qandlidiabetbormemordaqaqandmiqdori 10 mmol'/lgateng.

Operatsiyadanoldinbemorgaqaqanchamiqdordainsu linyuboriladi?

a)Qilinmaydi

*b) 10 ed

v) 20 ed

g) 30 ed.

19.Qorinolddevoriflegmonasiniochishhuchuntomiri chigayuboriladiganketalardozasiniko'rsating

a) 1 mg/ kg

*b) 2-4 mg/ kg

v) 4-6 mg/ kg

g) 6-8 mg/ kg

d) 8-10 mk/kg

20.Quyidagipreparatlardanqaysibirineyrovegetati vhimoyaqiladi?

a) Dipidolor

*b) Droperidol

v) fentanil

g) Azotoksidi

d0 Arduan.

21.Anesteziyadaqaysipreparatanal'getikkomponen t xususiyatigaega?

*a) Fentanil, promedol, dipidolor

b) GOMK, relanium, seduxsen

v) Droperidol, galoperidol

g) Arduan, tubarin, ditilin

d0 Barchasi.

22.Nimasababdanrelaksantlarumumiyasteziyada ishlatiladi?

a) Umumiyanestetiklarta'sirinikuchaytiradi.

b) gemodinamikanistabilizatsiyalashtiradi, miorelaksatsiyaqiladi.

v) AQBnipasaytiradi, buintraoperatsionqonketishnikamaytiradi.

g) Mushaknirelaksatsiyaqiladi.

*d) Mushaknirelaksatsiyaqiladiva 1-2 bo'yindaanesteziyaqilishhuchunqulay.

23.Regurgitatsiyanima?

a) Narkozpaytidagiqusish.

b) Qusuqmassasibilanqusish

*v) Nafasyo'liga, oshqozon-ichaktraktidagimassaningtushishi.

g) Narkozpaytidashillikvaso'lakaspiratsiyasi.

24. Kirishnarkozipaytida (2% tiopental) bemorda “kukarikuyushie” nafas, tsianoz, taxikardiya, AQB 180/80 mm.sim.ust.. Maskaliventilyatsiya (O₂) qilibbo’lmaydi. Buqanday asorat?

- a) Bronxospazm
- b) Gipetonikkriz
- v) Gipoksiya
- *g) Laringospazm
- d) Giperkalemiya.

25. SHokning 1 chibelgisi

- a) MVBpasayishi
- b) YUraqisqarishiningpasayishi
- *v) A/Bpasayishi
- g) A/Boshishi
- d) Venozqonningoshishi

26. Kardiogenshokning asosiysababi

- a) Og’riq
- *b) Miokardqisqaruvchanlik funksiyasiningpasayishi.
- v) Venalarpazmi
- g) Gipovolemiya

27. SHokning qaysiturida MVB boshadi.

- *a) Kardiogen
- b) Anafilaktik
- v) Septik
- g) Travmatik

28. Havo emboliyasibolgan bemorlarni qanday holatda o’tqizish kerak.

- a) Orqagorizantal
- b) Orqatrendelenburgholatda
- *v) CHaptamon Trendelenburgholatda
- g) O’ngtamon Trendelenburgholatda

29. Epileptik statusda o’limning asosiysababi.

- a) YUarakotilishpasayishi
- b) Uzunchoqmiya funksiyasibuzilishi
- *v) Nafasventilyatsiyasi etishmovchiligi (ovozboylamlariningspazmi)
- g) To’qimaperfuziyasipasayishi

30. Jigar

etishmovchiligi bo’lgan bemorlarda elektralitlar almashinuvi qanday holatda

- a) Giperkaliemiya
- *b) Gipokaliemiya
- v) Gipoxloremiya
- g) Gipernatrimemiya

31. Jigar

etishmovchiligi rivojlanayotgandan qaysi parametraning ko’rsatadi?

- a) Qondagibilirubin
- b) ALT va AST aktivligi
- *v) Protrombin indeksi
- g) Leykotsitoz

32. Jigar

etishmovchiligi da ekstrakorporal usullardan qaysibi rikeng qo’llaniladi?

- *a) Gemosorbtsiya
- b) Gemosorbtsiya + gemodializ
- v) plazmoforez
- g) barchasi
- D) limfosorbtsiya

33. Gemorragik shokdabirinchi navbatda qanday infuzion preparatyuboriladi?

- a) poliglyukin
- *b) Natriy xlorizotonikeritmasi
- v) tozatsitratliqon
- g) Al’bumin
- d) Protein

34. Eklampsiya rivojlanishida asosiy hisoblanadi:

- *a) Arteriyalarning giperalizatsiyalashgan spazmi
- b) Oqsilgaboydieta
- v) Elektrolit balansibuzilishi
- g) Izoimmunizatsiya.

35. Eklampsiya tutqanoq

xurujidamiy ashish kelib chiqish sababi:

- a) YUarakotilishpasayishi
- b) Qon plazmasidan natriyvakaliy balansibuzilishi
- *v) Ovozboylamispazmi
- g) qononkotik bosimtushishi.

36. Eklampsiya davom etuvchi tutqanoqlardashos hilinche effektivusul.

- a) Seduksenavdroperidoldozasini oshirish
- b) Gomkyuborish
- *v) Endotraxeal intubatsiya va IVL gao’tkazish.
- g) Diuretiklarni yuqoridagidagilash

37. O’pkashishida qaysidiuretik ishlatilmaydi?

- a) Laziks
- b) Diakarb
- v) Etakrinkislota
- *g) Mannitol

38. Glyukozaning qanday erishmasi izotonik

- a) 0,85%
- b) 3,0%
- *v) 4,2%
- g) 5,5%
- d) 7,0%

39. Og’irdarajadagi qusish yoki uzoq davom etuvchi qusish holikeladi.

- a) Qonda xloridoshishi
- *b) Qonda xloridpasayishi
- v) Na kamayishi
- g) Qon RNSioshishi

40. Sirkakislota bilan zaharlanganda oshqozonni yuvish boshlanadi?

- a) NaHCO₃ 4% ml
- b) NaHCO₃ 8%
- v) Ringenerishmasi
- *g) Suv bilan

41. Qorinchaparoksizmal taxikardiyasini kamayish uchun 1-bo’lib nima qilinadi?

- a) Strofatin
- b) Novokainamid
- *v) Lidokain
- g) Obzidan

42. O’tkirchaqorincha

etishmovchiligi da o’pkashishini davolash nimadan boshlanadi.

- a) Venaichigakardiotonik moddalar
- *b) Periferik vazodilyatorlar
- v) Sun’iy o’pkaventilyatsiyasi
- g) O₂ ingalyatsiyasi
- d) 0,5 lgacha qonchiqarish.

Isitma sindromi. Isitma turlari. Sepsis. Septik shok. Gemorragik sindrom. Massiv qon yo‘qotish sindromi, gomologik qon, DVS va tromboembolik sindrom. Klinikasi, diagnostikasi. shoshilinch tibbiy yordam ko‘rsatish. UASH taktikasi

A'lo 5 baho	86-100%	Talaba Isitma sindromi. Isitma turlari. Sepsis. Septik shok. Gemorragik sindrom. Massiv qon yo‘qotish sindromi, gomologik qon, DVS va tromboembolik sindrom. Klinikasi, diagnostikasi. shoshilinch tibbiy yordam ko‘rsatish. UASH taktikasi to‘grisida to‘liq nazariy bilimga ega bo‘lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga Ega bo‘lsa, amalda qo‘llay olsa, mustaqil mushohada yuritsa, ijobiy fikrlay olsa
Yaxshi 4 baho	71-85.9%	Talaba Isitma sindromi. Isitma turlari. Sepsis. Septik shok. Gemorragik sindrom. Massiv qon yo‘qotish sindromi, gomologik qon, DVS va tromboembolik sindrom. Klinikasi, diagnostikasi. shoshilinch tibbiy yordam ko‘rsatish. UASH taktikasi to‘grisida to‘liq nazariy bilimga ega bo‘lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga Ega bo‘lsa, amalda qo‘llay olsa.
Qoniqarli 3 baho	55-70.9%	Talaba Isitma sindromi. Isitma turlari. Sepsis. Septik shok. Gemorragik sindrom. Massiv qon yo‘qotish sindromi, gomologik qon, DVS va tromboembolik sindrom. Klinikasi, diagnostikasi. shoshilinch tibbiy yordam ko‘rsatish. UASH taktikasi to‘grisida tushunchaga ega bo‘lsa,
Qoniqarsiz 2 baho	55 dan past	Talaba: bilmasa va aniq tasavvurlargaEgabo‘lmasa, qo‘shimcha yo‘naltirilgan savollarga javob bera olmasa.

6-mavzu:Nafas siqishi, bo‘g‘ilish. Bronxial astma xuruji, astmatik status. Soxta krup. Nafas etishmovchiligi. YUrak astmasi, o‘pka shishi. O‘tkir o‘pkali-yurak. Diagnostikasi Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi

1.1. Ta’lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg‘ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 16-18s
Mashg‘ulot shakli	Amaliy mashg‘ulot
Reja	1.Nafas siqishi, bo‘g‘ilish. Bronxial astma xuruji, astmatik status. Soxta krup. Nafas etishmovchiligi. YUrak astmasi, o‘pka shishi. O‘tkir o‘pkali-yurak tasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi. 2. Nafas etishmovchiligrivojlanishining mexanizmlari 3. YUrak astmasi, o‘pka shishioqibatidarivojlangannafas etishmovchiligidanbemorlardareanimatsiyavaintensivterapiya.
Mavzuning maqsadi:Nafas siqishi, bo‘g‘ilish. Bronxial astma xuruji, astmatik status. Soxta krup. Nafas etishmovchiligi. YUrak astmasi, o‘pka shishi. O‘tkir o‘pkali-yuraketiologiyasi, patogenezi, diagnostikasivaklinikasi. SHoshilinchyordamtamoyillari. Intensivterapiyaningumumiyyvamaxsususullari. Bu maqsadga erishish uchun quyidagi shu harakatlarini bosqichma- bosqich bajarish lozim. I bosqich. Maqsad:. Nafas siqishi, bo‘g‘ilish. Bronxial astma xuruji, astmatik status. Soxta krup. Nafas etishmovchiligi. YUrak astmasi, o‘pka shishi. O‘tkir o‘pkali-yuraktasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi haqida ma’lumotga ega bo‘lish. Buning uchun: Nafas etishmovchiligi rivojlanishining mexanizmlari II bosqich. II. Maqsad: Nafas etishmovchiligioqibatidarivojlangannafas etishmovchiligidanbemorlardareanimatsiyavaintensivterapiya. Mavzuning vazifasi- Nafas siqishi, bo‘g‘ilish. Bronxial astma xuruji, astmatik status. Soxta krup. Nafas etishmovchiligi. YUrak astmasi, o‘pka shishi. O‘tkir o‘pkali-yuraketiologiyasi, patogenezi, diagnostikasivaklinikasi. SHoshilinchyordamtamoyillari. Intensivterapiyaningumumiyyvamaxsususullari.	
Ta’lim berish usullari	Ko‘rgazmali, Ma’ruza, suhbat
Ta’lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta’lim berish vositalari	kompyuter, multimedia, slaydlar, mavzuga oid bemorlar va boshqalar
Ta’lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og‘zaki nazorat:savol-javob.

1.2.Nafas siqishi, bo‘g‘ilish. Bronxial astma xuruji, astmatik status. Soxta krup. Nafas etishmovchiligi. YUrak astmasi, o‘pka shishi. O‘tkir o‘pkali-yuraketiologiyasi, patogenezi, diagnostikasivaklinikasi. SHoshilinchyordamtamoyillari. Intensivterapiyaningumumiyyvamaxsususullari.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta’lim beruvchi	Ta’lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	1.Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. 2.Talabalarni mashg‘ulotga tayyorligini tekshiradi 3.Davomatni nazorat qiladi.	
1. O‘quv mashg‘ulotiga kirish bosqichi (20 daqiqa)	1. Mavzu bo‘yicha o‘quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish MA’RUZA si uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash. 3. Fanni o‘rganishda faoydalaniladigan adabiyotlar ro‘yxatini ishlab chiqish.	
2. Asosiy bosqich (235daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo‘lib, mavzu bo‘yicha savollarni beradi. 2. Ko‘rgazmali plakatlaridan foydalaniladi. 3. Slaydlar, multimediyalardan foydalaniladi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma’lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag‘batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlariga bo‘linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Yakuniy bosqich (15 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi. 2. Mustaqil ish beradi. 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

Mavzuning asosiy savollari (tayanch iboralar, so‘zlar, echiladigan muammolar)

BAHOLASH SAVOLLARI.

1. Nafas siqilishi nima?
2. Bo‘g‘ilish nima?
3. Asmatik status -nima?
4. Asmatik statusklinikasi.
5. Asmatik statusbosqichlari

6. Asmatik statusdavo lash taktikasi
7. Oksigenoterapiya o'tkazish taktikasi?
8. Nafas etishmovchiligi nima.
9. Yurak astmasi nima.
10. O'tkir o'pka yurakda intensive terapiya.

Talabalar egallashi zarur bo'lgan amaliy ko'nikmalar:

Konikotomiya o'tkazish

Maqsad: Nafas o'tkazuvchanligini tiklash

Ko'rsatma: Nafas etishmovchiligi

Kerakli anjamlar: spirt, skalpel, nafas o'tkazuvchi naycha, mulyaj.

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (10 ball)	To'liq va aniq bajardi (20 ball)
1.	Bemorni chalqancha yotqizish.	0	10	20
2.	Anatomik mo'ljallarni aniqlash. Vrach qo'li va operastion maydonga aseptik ishlov berish.	0	10	20
3.	Operastiya maydonini mahalliy og'riqsizlantirish.	0	10	20
4.	Terini ko'ndalang kesish va yog' kletchatkasidan ajratish. Membranani ko'ndalang kesish.	0	10	20
5.	Naynachani traxeyaga kiritish va mahkamlash.	0	10	20
	Jami	0	50	100

“Miya shtrumi” metodi.

Uslubning asosiy qoidalari:

G'oya hosil qilishga xalaqit beruvchi qanday tanbeh va tanqidiy fikr bildirmasin.

- Eng ko'p miqdorda takliflar olish.
- G'oyalar kombinastiyasi va ulardan rivojlantirish
- Guruhlar kombinastiyasi va ularga ishlov beruvchilarga ajratish.

Bu uslub har qanday sharoitda optimal qaror qabul qilishga, oppenentlarni qabul qilinayotgan yo'lning to'g'riligiga ishonch hosil qilishga o'rgatadi. Bu uslub asosiy mavzuni muhokama qilishda oldindan yaxshigina tayyorgarlikdir.

Masalan: Dars mavzusi “Kardiogen shok”

O'qituvchi doska oldida turib, Kardiogen shokga xos sipmtomlarni ayting deb murojaat qiladi. Narkoz klinikasiga xos belgilarni talabalar birma-bir aytadilar:

- YUrak sohasidagi og'riq;
- Nafas etishmovchili, hansirash;
- Sovuq ter bosishi.

O'qituvchi guruhdagi har bir talabaning muhokamada ishtirokini kuzatib boradi. Birorta ham javob to'g'ri yoki noto'g'ri deb sharxlanmaydi. Hamma variantlar tugagandan so'ng muhokamani boshlash mumkin.

Bunda o'qituvchi so'raydi: “Qanday o'yaysiz? YUrak sohasidagi og'riq infark miokard belgisimi? yoki qovurg'alar nevralgiasimi?”. Talabalar o'qituvchi bilan birgalikda hamma variantlarni faol muhoka qilishga kirishadilar. Bunda noto'g'ri javoblar muhokama tarzida hal qilinadi va asoslab beriladi. SHundan so'ng o'qituvchi bilimlarni ko'proq mustahkamlashda talabalardan to'g'ri variantlarni yozib olishni so'raydi.

Uslubning maqsadi: Qisqa vaqt ichida guruhdan ko'p miqdorda variantlar olish, talabalar bilimini aniqlash bunda muammolarni hal qilishga qodir g'oyalar taklif qilinishi mumkin.

Mavzu bo'yicha talabalarning mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma'zmoni, bajarish bo'yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari) TARQATMA MATERIAL

TALABA UCHUN TOPSHIRIQ

№	Savol	Izohi
1.	Nafas siqishi, bo'g'ilish. Bronxial astma xuruji, astmatik status. Soxta krup. Nafas etishmovchiligi. YUrak astmasi, o'pka shishi. O'tkir o'pkali-yurak tasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi.	
2.	Nafas etishmovchiligi rivojlanishining mexanizmlari	

№	Savol	Javob
1.	Nafas siqishi, bo'g'ilish. Bronxial astma xuruji, astmatik status. Soxta krup. Nafas etishmovchiligi. YUrak astmasi, o'pka shishi. O'tkir o'pkali-yurak tasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi.	
2.	Nafas etishmovchiligi rivojlanishining mexanizmlari	
3.	YUrak astmasi, o'pka shishi oqibatida rivojlangan nafas etishmovchiligi bilan bemorlarda reanimatsiya va intensiv terapiya.	

Keys-metod Vaziyatiy masalalar.

Vaziyatiymasalalar.

1-masala.

Bemor Ubaydullaev N., 45 yoshda. Uyidakechqurungijandano'ngko'krakqafasidan jarohat olib (pichoqlangan) va Reanimatsiya bo'limiga olib kelingan. Ertasikun jarohatlangan sohadabirdanigakuchliog'riqboshlangan. 3 kundan beri og'riqezuvchi xarakterdada vometayapti. Bemor data xikardiya, hansirash, gipotoniya kuzatiladi. Terisioqish, akratsiano, sovuqter bilan qoplangan. Bemor o'ng tomoniga (zararlantomonga) yonboshlagan holatda yotadi.

Nafaschiqargandazarlangantomondagi o'pkabujmayadivana fasoliganda o'rniga qaytmaydi.

Rentgentdako'ksoralig'ia'zolarisog'tomongasiljigan.

Auskul'tatsiyada o'ng tomondan nafasning sekinsusaygani, chapo'pkadanafaskuchaygan.

SAVOL: 1. YUqoridagilarga asosan ibbemor gatashxisqo'ying.

2. Sizning davolash taktikangiz qanday?

MAVZU BAYONI

Astmatik holat

Astmatik holat (AH) – bu bronxial astma xurujining og'ir asorati hisoblanib, bronxiolalar spazmi, yallig'lanishi, shishi, quyuq balg'amning to'planishi oqibatida, dinamikada bo'g'ilishning kuchayishi bilan kechadigan holatdir. Astmatik holatda bemor organizmida quyidagi patologik o'zgarishlar rivojlanadi:

- bronxlarning drenaj funksiyasining buzilishi;
- bronxiolospazm va bronxiolalar shilliq qavatining yallig'lanishli shishi;
- gipovolemiya va qon quyuqlashishi;
- kichik bronxlarning eksplorator kollapsi;
- gipoksemiya va giperkapniya;
- metabolik sub- va dekompensatsiyalashgan atsidoz.

Patogenetik variantidan qat'iy nazar astmatik holatda o'pkaning qoldiq hajmi oshadi, nafas olish va chiqarish hajmi kamayadi, o'tkir emfizema yuzaga keladi, emfizema cho'qqisida alveolalar yorilib pnevmotoraks yuzaga kelishi mumkin.

O'ng qorinchaning haydaydigan qon hajmi kamayadi, ko'krak bo'shlig'i alveolalar ichi bosimi ortishi hisobiga o'pka gipertenziyasi kelib chiqadi. YUqori ko'krak qafasi bosimi ko'krak limfa yo'lidagi limfa harakatini buzadi, natijada interstitsial suyuqlik miqdori ortadi. Bronxial obstruksiyaning rivojlanishi giperkapniya va metabolik atsidozni yuzaga keltiradi. Interstitsial suyuqlikning ortishi xujayra regidratatsiyasiga olib keladi. O'pka arteriyasi trombozi kelib chiqishi xavfi ko'payadi.

Klinikasi: Astmatik holatning asosiy klinik belgilari bu rivojlanib boradigan o'tkir nafas etishmovchiligi, andozaviy terapiyaning samarasizligi, nafas olmaydigan shovqinsiz yoki "gung" o'pka, o'pkali yurak belgisi. Astmatik holatdagi bemorni ko'rganda uning umumiy ko'rinishi, jismoniy faolligi, shilliq qavatlar va teri rangi, nafas xarakteri va soni, puls va ABga e'tibor beriladi. Astmatik holatning kechishida uchta bosqich kuzatiladi. Astmatik holatni bosqichlarga bo'lish shartli ravishda bo'lsa, bu davolash andozasini belgilashda yordam beradi.

Astmatik holatning birinchi bosqichi. Bemorning ahvoli nisbatan turg'un, es-hushi o'zida, lekin ko'pchilik bemorlarda qo'rquv, eyforiya, qo'zg'alish kuzatilishi mumkin. Holati majburiy, elkalari qisilgan holatda, rivojlangan akrotsiano, hansirash (nafas soni 26-40 ta bir minutda) nafas chiqarish qiyinlashgan, balg'amsiz, yushnovchi yo'tal kuzatiladi. Auskultatsiyada o'pkaning barcha qismlarida qattiq nafas, katta miqdorda quruq, hushtaksimon xirrilashlar eshitiladi, yurak tonlari bo'g'iq, o'pka emfizemasi tufayli yaxshi eshitib bo'lmaydi. Taxikardiya va arterial gipertenziya, o'tkir nafas etishmovchiligi va o'tkir yurak etishmovchiligi belgilari kuzatiladi. Arterial qondagi PaO_2 70 mm.sim.ust. ga $PaCO_2$ 30-35 mm.sim.ust. ga kamaygan, ya'ni kompensator respirator alkalozdan darak beradi. rN me'yorida yoki subkompensator metabolik atsidoz chegarasida. Umumiy suvsizlanish (hansirash hisobidan) va qon quyuqlashishi belgilari kuzatiladi.

Astmatik holatning ikkinchi bosqichi. Bemorning hushi o'zida, lekin adekvat emas, gipoksik ensefalopatiya belgilari kuzatiladi bemorning ahvoli og'ir yoki juda og'ir, o'ta behollik, o'zi ovqatlana olmaydi, teri va ko'zga ko'rinarli shilliq qavatlar ko'kargan, ushlaganda nam, bo'yin venalari bo'rtgan, nafas olishi yuzaki (nafas soni 40 tadan ortiq 1 minutda). Nafas shovqinlari masofadan eshitiladi. Auskultatsiyada o'pkaning "gung",

ya'ni nafas olmaydigan sohalari aniqlanadi, bu belgi asmatik holatning II-bosqichida asosiy hisoblanadi, yurak tonlari bo'g'iq, gipotenziya, puls 110-120 ta 1 minutda, o'tkir o'ng qorincha etishmovchiligi belgilari kuzatiladi. rN dekompensatsiyalashgan metabolik atsidoz tomonga og'adi RaO_2 60 mm.sim.ust. dan pasayadi. RaSO_2 50-60 mm.sim.ust. dan oshgan bo'ladi, umumiy suvsizlanish belgilari kuchayadi.

Astmatik holatning uchinchi bosqichi. Bemorning ahvoli o'ta og'ir, hushsiz, gipoksiya hisobidan tutqanoqlar, tarqalgan diffuz "qizil sianoz", sovuq ter kuzatiladi. Qorachiqalar maksimal kengaygan, yorug'likka reaksiyasi juda ham sust, nafas soni 1 minutda 60 tadan yuqori, yuzaki, aritmik bradipnoega o'tish ehtimoli bor. Auskultatsiyada o'pkada shovqinlar eshitilmaydi, to'liq "gung" o'pka, yurak tonlari o'ta bo'g'iq, taxikardiya (140 tadan ortiq 1 minutda), aritmiya kuzatilishi mumkin. Arterial bosim o'ta past yoki aniqlanmaydi. rN – metabolik atsidoz, RaO_2 50 mm.sim.ust. gacha va undan past, RaSO_2 70-80 mm.sim.ust. va undan yuqori. Umumiy dehidratatsiyaning belgilari juda rivojlangan va o'tkir o'ng qorincha etishmovchiligi kuzatiladi.

Intensiv terapiya tamoyillari

AH bosqichidan qat'iy nazar o'tkazilishi shart bo'lgan davo choralari:

1. Nafas yo'llari o'tkazuvchanligini tiklash;
2. Bronxiolalar yallig'lanishli shishini to'xtatish;
3. β – adrenergik retseptorlarni qo'zg'atish; .
4. Gipovolemiyani bartaraf etish.

Astmatik holatni birinchi bosqichidagi intensiv terapiya

Oksigenoterapiya.

1. Namlangan kislorod, 3-5 litr hajm minutda.
2. Geliy kislorod aralashmasi (75% geliy + 25% kislorod) 40-60 min davomida sutkasida 2-3 marta, yomon ventilyasiya bo'ladigan o'pka sohalariga havoga nisbatan engillik bilan kirib, ventilyasiya hajmini oshirishi hisobiga gipoksemiyani kamaytiradi. Narkotik va sedativ preparatlarni qo'llash mumkin emas, nafas markazi depressiyasi xafi kelib chiqishi tufayli.

Infuzion terapiya. Eng foydalisi 5% - 3-4 l. glyukoza insulin bilan birga tomir ichiga 24 soat davomida tomchilab yuboriladi. Qon reologiyasini yaxshilash uchun 400 ml reosorbilakt, 400ml – 5% glyukoza, 5000 ed. geparin bilan birga quyiladi. **Hozirda 0,9% natriy xlorid, 4%li bikarbonat eritmalarini qo'yish ta'qiqlanadi, bu interstitsial o'pka shishni kuchaytirishi mumkin.**

Medikamentoz terapiyada 2,4 % li eufillin tomir ichiga sekinlik bilan 20 minut davomida 4-6 mg/kg hisobida yuboriladi.

Glyukokortikoidlardan prednizolon 1mg/kg har 3-4 soatda, gidrokortizon 1mg/kg/soat, prednizolonni o'rtacha yuqori dozasi 200-400 mg dan 1500 mg gacha. Gormonlarning samaradorligi yallig'lanishga qarshi, shishga qarshi, antigistamin ta'siri bilan izohlanadi. Balg'amni yumshatish uchun tomir ichiga 10% li natriy yodid, 10-30 ml/sutkasiga, lazolvan 30 mg dan 2-3 marta sutkasiga, shuningdek vibrouqalash amalga oshiriladi. β -adrenostimulyatorlar yoshi o'tmagan, yurak patologiyasi bo'lmagan bemorlarda, eufillin va glyukokortikoidlarga rezistentlik bo'lgan paytda AB va puls nazorati ostida (terbutalin 0,5 ml 0,05 % mushak ostiga 2-3 marta/sutkasiga, ipradol 2 ml 1% li suyuqlik 300 ml 5% glyukoza tomir ichiga tomchilab) qo'llaniladi.

Antibiotiklar o'pkada rentgenologik tekshirishda infiltratlar aniqlanganda, surunkali bronxit xurujida, yiringli balg'am ko'chganda qo'llaniladi. **Penitsillin va sefalosporinlar gistamin qo'zg'atuvchi ta'siri tufayli qo'llanilmaydi.**

Diuretiklar dehidratatsiyani kuchaytirishi tufayli qo'llanilmaydi, faqatgina MVB 150 mm.sim.ust. dan baland bo'lgan paytda qo'llash mumkin, aks holda 400-500 ml qon chiqarish tavsiya etiladi. **Vitaminlar, CaCl_2 , kokarboksilaza, ATF mutlaqo qo'llanilmaydi allergiya xavfi tufayli. Antixolinergik preparatlar atropin, skopolamin, metatsin sekretsini pasaytirishi tufayli qo'llanilmaydi. Narkotiklar va sedativ preparatlar nafas markazini tormozlashi sababli mutlaqo qo'llanilmaydi**, faqatgina neyroleptik galoperidolni (2-10 mg) qo'llash mumkin.

Mukolitiklardan tripsin, ximotripsin, atsetilsistein, astmatik holatda faqatgina mkrotraxeostomiya orqali qo'llaniladi.

Astmatik holatning ikkinchi bosqichidagi intensivterapiya tamoyillari

Birinchi bosqichdagi intensiv terapiyaga qo'shimcha ravishda gormon dozasi ikki baravarga oshiriladi yoki uzluksiz tomir ichiga tomchilab quyiladi. Bronxoskopiya va bronxlarning segmentar davolovchi lavaji o'tkaziladi. Metabolik atsidoz korreksiyasi o'tkaziladi. O'tkir nafas etishmovchiligi II-III-darajasi belgilarida O'SV ga o'tiladi.

Traxeya intubatsiyasi mahalliy og'riqsizlantirish yordamida neyrovegetativ himoya ostida o'tkaziladi .

Astmatik holatning uchinchi bosqichidagi intensiv terapiya tamoyillari:

Bronxlarni bronxoskopik tozalash va bronxlarning segmentor lavaji davom ettiriladi. Prednizolon har soatda 150 mg dan tomir ichiga yuboriladi. Atsidoz korreksiyasi uchun 200-400 ml 4% li bikarbonat natriy tomir ichiga tomchilab qo'yiladi. Ekstrakorporal membranali qonni oksigenatsiyasi o'tkaziladi. Regidratatsion terapiya balg'amni chiqarish yaxshilanganga qadar davom ettiriladi.

Astmatik holatni to'xtatilganligidan darak beruvchi asosiy klinik belgi yo'taldan keyin yopishqoq quyuq balg'amning chiqishi hisoblanadi va ho'l xirillashlar paydo bo'ladi, aynan shu vaqtda mukolitiklar ingalyasiya qilinadi. Astmatik holatda bemorlar intensiv terapiya bo'limida davolanadi. Astmatik holatdagi bemorlarni O'SV o'tkazish klinik va laborator ko'rsatkichlarga asosan amalga oshiriladi: es-hushining yo'qolishi, qo'zg'alish, taxipnoe- minutiga 40 martadan ko'p nafas, taxikardiya - minutiga 140 tadan ko'p, rivojlanib borayotgan gipoksiya, giperkapniya, dekompensatsiyalashgan metabolik atsidoz. Astmatik holatdagi bemorlarga O'SV o'tkazishda quyidagi tavsialarga amal qilinadi:

- 1) kichik nafas hajmini (6-7 ml/kg) qo'llash;
- 2) nafas chastotasini 1 minutda 8-12 atrofida olib borish;
- 3) nafas oxirida musbat bosimni 5 sm suv.ust. gacha olib borish, bundan yuqori bosim xavfli hisoblanadi;
- 4) gipoventilyasiyani nazorat qilish rSO_2 55-60 mm sim.ust yuqori bo'lmagan holatda;

Astmatik holatning intensiv terapiyasi jarayonida KIM, SEM, gemodinamika, yurak faoliyati ko'rsatkichlari uzluksiz nazorat – monitoring qilib boriladi.

Testsavollari:

1.Kattayoshliodamdaorqamiyasuyuqliginingumumi miyhajmi.

- a) 25 ml
- b) 75 ml
- *v) 130 ml
- g) 200 ml
- d) 250 ml.

2.Orqamiyaanesteziyasidagipotoniyaasababi.

- *a) Preganglionarsimpatikblokadas
- b) Buyrakustibezamiyaqisminiinnervatsiyalovchinervlar blokasi
- v) Mushakparalichi
- g) Orqamiyasuyuqligioqishi
- d) Venaspazmi.

3.O'ngyurak etishmovchiliginingbelgilari.

- a) Arterialbosimlarningpasayishi
- *b) MVBoshishi
- v) MVBpasayishi
- g) Anemiya

4.Bolalardaanesteziyaningsalbiybelgilardanbiri.

- *a)Bradikardiya 50 ta
- b)A/B 90/60 mm. S. U.
- v) Taxikardiya 160 ta
- g) Noregulyarnafas

5.Kardiogenshokningasosiyasababi

- a) Og'riq
- *b)Miokardqisqaruvchanlikfunksiyasiningpasayishi.
- v) Venalarpazmi
- g) Gipovolemiya

6.SHokningqaysituridaMVBoshadi.

- *a) Kardiogen
- b) Anafilaktik
- v) Septik
- g) Travmatik

7.Havoemboliyasibo'lganbemorlarniqandayholatda o'tqizishkerak.

- a) Orqagorizantal
- b) Orqatrendelenburgholatda
- *v) CHaptamonTrendelenburgholatda
- g) O'ngtamontrendelenburgholatda

8.Epileptikstatusdao'limningasosiyasababi.

- a) YUarakotilishpasayishi
- b) Uzunchoqmiyafunksiyasibuzilishi
- *v) Nafasventilyatsiyasi etishmovchiligi (ovozboylamlariningspazmi)
- g) To'qimaperfuziyasipasayishi

9.Jigar

etishmovchiligibo'lganbemorlaradaelektralitlaralm ashinuviqandayholatda

- a) Giperkaliemiya
- *b) Gipokaliemiya
- v) Gipoxloremiya
- g) Gipernatrimemiya

10.Jigar

etishmovchiligrivojlanayotgandanqaysiparametran iqko'rsatadi?

- a) Qondagibilirubin
- b) ALTvaASTaktivligi
- *v) Protrombinindeksi
- g) Leykotsitoz

11.Jigar

etishmovchiligidaekstrakorporalusullardanqaysibirikengqo'llaniladi?

- *a) Gemosorbtsiya
- b) Gemosorbtsiya + gemodializ
- v) plazmoforez
- g) barchasi
- D) limfosorbtsiya

12.Gemorragikshokdabirinchinavbatdaqandayinfuzionpreparatyuboriladi?

- a) poliglyukin
- *b) Natriy xlorizotonikeritmasi
- v) tozatsitratliqon
- g) Al'bumin
- d) Protein

13.Eklampsiyarivojlanishidaasosiyhisoblanadi:

- *a) Arteriyalarninggiperlatsiyalashganspazmi
- b) Oqsilgaboydieta
- v) Elektrolitbalansibuzilishi
- g) Izoimmunizatsiya.

14.Eklampsiyatutqanoq

xurujidamiyashishikelibchiqishsababi:

- a) YUarakotilishpasayishi
- b) Qonplazmasidanatriyvakaliybalansibuzilishi
- *v) Ovozboylamispazmi

g) qononkotikbosimtushishi.

**15.Eklampsiyavadavometuvchitutqanoqlardashos
hilincheffektivusul.**

a)Seduksenvadroperidoldozasinioshirish

b)Gomkyuborish

*v)EndotraxealintubatsiyavaIVLgao'tkazish.

g) Diuretiklarniyuqoridozadaqo'llash

16.O'pkashishidaqaysidiuretikishlatilmaydi?

a)Laziks

b)Diakarb

v)Etakrinkislota

*g) Mannitol

17.Glyukozaningqandayerishmasiizotonik

a) 0,85% b) 3,0% *v) 4,2% g) 5,5%

d) 7,0%

**18.Og'irdarajadagiqusishyokiuzoqdavometuvchiq
usisholibkeladi.**

a) Qonda xloridoshishi

*b) Qonda xloridpasayishi

v) Na kamayishi

g) QonRNsioshishi

**19.Operatsiyadankeyingitrombhosilbo'lishprofilak
tikasi**

*a) 5000-10000 ed/sutgeparinyuborish

b) Tozaqonquyish

v) Narkotikanal'getikbilanog'riqsizlashtirish

g) NaCl yuborish.

20.O'tkirchaqorincha

**etishmovchiligidao'pkashishinidavolashnimadanb
oshlanadi.**

a)Venaichigakardiotonikmoddalar

*b)Periferikvazodilyatatorlar

v)Sun'iy o'pkaventilyatsiyasi

g) O₂ingalyatsiyasi

d) 0,5 lgachaqonchiqarish.

**21.GipoksiyaqaysitipidaarterialqonningO₂bilanto'
yishishio'zgaradi?**

a)TSirkulyator

b)Anemik

*v)Gipoksik

g) To'qima

d) YUqoridagilar.

**22.Qutidagilarningqaysibiridatraxeostomiyaqilina
di?**

*a)

Bo'yinmurtqasisinishiqovurg'alaridamushakparalich
ibilanbirga

b) Bul'barpoleomelit

v) anafilaktikshokdagibronxospazm

g) Qorinchafibrilyatsiyasidagiapnoeda

d) O'zinosgandankeyingiholat.

**23.Bronxospazmniyo'qotishdako'proqnimaqilish
ma'qulroq?**

a) Traxeobronxialsekretsiyasiyo'qotish

b) Bo'yinvenalarnishishiniyo'qotishi

v)MVB 1,96 kPa / 20 sm. suv.ust.

*g) RaSO₂ 5,3 kPa /49 sm.suv.ust.

**24.Uyquдорisibilanzaharlangankataodamdaoshqa
zonqanchamiqdordasuyuqlikbilanyuviladi.**

a) 1 l

b) 2 l v) 15 l

g) 17 l

*d) 10 l

**Nafas siqishi, bo'g'ilish. Bronxial astma xuruji, astmatik status. Soxta krup. Nafas etishmovchiligi. YUrak
astmasi, o'pka shishi. O'tkir o'pkali-yurak. Diagnostikasi Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi.**

A'lo 5 baho	86-100%	Talaba Nafas siqishi, bo'g'ilish. Bronxial astma xuruji, astmatik status. Soxta krup. Nafas etishmovchiligi. YUrak astmasi, o'pka shishi. O'tkir o'pkali-yurak. Diagnostikasi Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi to'grisida to'liq nazariy bilimga ega bo'lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga Ega bo'lsa, amalda qo'llay olsa, mustaqil mushohada yuritsa, ijobiy fikrlay olsa
YAxshi 4 baho	71-85.9%	Talaba Nafas siqishi, bo'g'ilish. Bronxial astma xuruji, astmatik status. Soxta krup. Nafas etishmovchiligi. YUrak astmasi, o'pka shishi. O'tkir o'pkali-yurak. Diagnostikasi Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi to'grisida to'liq nazariy bilimga ega bo'lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga Ega bo'lsa, amalda qo'llay olsa.
Qoniqarli 3 baho	55-70.9%	Talaba Nafas siqishi, bo'g'ilish. Bronxial astma xuruji, astmatik status to'grisida tushunchaga ega bo'lsa,
Qoniqarsiz 2 baho	55 dan past	Talaba: bilmasa va aniq tasavvurlargaEgabo'lmasa, qo'shimcha yo'naltirilgan savollarga javob bera olmasa.

7-mavzu:Ko‘krak qafasidagi og‘rik sindromi. YUrak ritmining buzilishi. Stenokardiya. Miokard infarkti. Tromboembolik sindrom. Paroksizmal taxikardiya. Morgani-Edemsa-Stoksa simptomi. Klinikasi. Diagnostikasi. SHoshilinch tibbiy yordam. UASH taktikasi.

1.1Ta‘lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg‘ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 16-18s
Mashg‘ulot shakli	Amaliy mashg‘ulot
Reja	1.YUrak ritmining buzilishi, tasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi. 2. Paroksizmal taxikardiya bilan bemorlardagi reanimatsiya va intensiv terapiya. 3.Morgani-Edemsa-Stoksa simptomi. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi.. SHoshilinch davousullari. 4. YUrak ritmining buzilishi, tasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi. 5. Paroksizmal taxikardiya bilan bemorlardagi reanimatsiya va intensiv terapiya. 6.Morgani-Edemsa-Stoksa simptomi. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi.. SHoshilinch davousullari.
Mavzuning maqsadi:Ko‘krak qafasidagi og‘rik sindromida reanimatsion va intensiv davo. Haroratta‘sirotlar travmasi. Miokard infarkti. Tromboembolik sindrom. Etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, shoshilinch yordam. Bu maqsadga erishish uchun quyidagi shu harakatlarini bosqichma- bosqich bajarish lozim. I bosqich. Maqsad: Buning uchun:Ko‘krak qafasidagi og‘rik sindromi tasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi. Stenokardiya rivojlanishining mexanizmlari II bosqich. II. Maqsad: . Miokard infarkti. Tromboembolik sindrom. YUrak ritmining buzilishlari. Morgani-Edemsa-Stoksa simptomi Etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, shoshilinch yordam. Mavzuning vazifasi- Ko‘krak qafasidagi og‘rik sindromida reanimatsion va intensiv davo. Harorat ta‘sirotlar travmasi. Miokard infarkti. Tromboembolik sindrom. Etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, shoshilinch yordam.	
Ta‘lim berish usullari	Ko‘rgazmali, Ma‘ruza, suhbat
Ta‘lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta‘lim berish vositalari	kompyuter, multimedia, slaydlar, mavzuga oid bemorlar va boshqalar
Ta‘lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og‘zaki nazorat:savol-javob.

1.2.Ko‘krak qafasidagi og‘rik sindromida reanimatsion va intensiv davo. Harorat ta‘sirotlar travmasi. Miokard infarkti. Tromboembolik sindrom. Etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, shoshilinch yordam.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta‘lim beruvchi	Ta‘lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	1.Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. 2.Talabalarni mashg‘ulotga tayyorligini tekshiradi 3.Davomatni nazorat qiladi.	
1. O‘quv mashg‘ulotiga kirish bosqichi (20 daqiqa)	1. Mavzu bo‘yicha o‘quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish MA‘RUZA si uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash. 3. Fanni o‘rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro‘yxatini ishlab chiqish.	
2. Asosiy bosqich (235daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo‘lib, mavzu bo‘yicha savollarni beradi. 2. Ko‘rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3. Slaydlar, multimediyalardan foydalaniladi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma‘lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag‘batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlariga bo‘linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Yakuniy bosqich (15 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi. 2. Mustaqil ish beradi. 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

Mavzuning asosiy savollari (tayanch iboralar, so‘zlar, echiladigan muammolar)
BAHOLASH SAVOLLARI.

1. Ko'krak qafasidagi og'rik sindromi tasnifi?
2. Ko'krak qafasidagi og'rik sindromi etiologiyasi?
3. Ko'krak qafasidagi og'rik sindromi patogenezi?
4. Stenokardiya etiologiyasi?
5. Stenokardiya patogenezi?
6. Stenokardiya klinkasi?
7. Stenokardiya shoshilinch yordam?
8. Miokard infarkti etilogiya, patogenezi?
9. Miokard infarkti klinikasi?
10. Miokard infarktidaintensiv terapiya?
11. Tromboembolik sindrom nima?
12. Yurak ritmi buzilishlari klasifikatsiyasi?
13. Yurak ritmi buzilishlari klinikasi ?
14. Yurak ritmi buzilishlari diagnostikasi?
15. Yurak ritmi buzilishlari asoratlari nima?
16. Yurak ritmi buzilishlari qagday laborator va instrumental tekshiruvlar o'tkaziladi?
17. Yurak ritmi buzilishlarida bemorlarni O'SV gao'tkazish gako'rsatmalar nisanang.
18. Yurak ritmi buzilishlarida boshmiya qon aylanishi qandayo'zgarishlari kuzatiladi?
19. Yurak ritmi buzilishlarida intensiv terapiya
20. Paroksizmal taxikardiya etiologiyasi nima?
21. Paroksizmal taxikardiya klinikasida bemor qanday holatlari kuzatiladi?
22. Morgani-Edemsa-Stoksa simptomi?

Talabalar egallashi zarur bo'lgan amaliy ko'nikmalar:

Konikotomiya o'tkazish

Maqsad: Nafas o'tkazuvchanligini tiklash

Ko'rsatma: Nafas etishmovchiligi

Kerakli anjomlar: spirt, skalpel', nafas o'tkazuvchi naycha, mulyaj.

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (10 ball)	To'liq va aniq bajardi (20 ball)
1.	Bemorni chalqancha yotqizish.	0	10	20
2.	Anatomik mo'ljallarni aniqlash. Vrach qo'li va operatsion maydonga aseptik ishlov berish.	0	10	20
3.	Operatsiya maydonini mahalliy og'riqsizlantirish.	0	10	20
4.	Terini ko'ndalang kesish va yog' kletchatkasidan ajratish. Membranani ko'ndalang kesish.	0	10	20
5.	Naynachani traxeyaga kiritish va mahkamlash.	0	10	20
	Jami	0	50	100

“Miya shtrumi” metodi.

Uslubning asosiy qoidalari:

G'oya hosil qilishga xalaqit beruvchi qanday tanbeh va tanqidiy fikr bildirmasin.

- Eng ko'p miqdorda takliflar olish.
- G'oyalar kombinatsiyasi va ulardan rivojlantirish
- Guruhlar kombinatsiyasi va ularga ishlov beruvchilarga ajratish.

Bu uslub har qanday sharoitda optimal qaror qabul qilishga, opponentlarni qabul qilinayotgan yo'lni to'g'riligiga ishonch hosil qilishga o'rgatadi. Bu uslub asosiy mavzuni muhokama qilishda oldindan yaxshigina tayyorgarlikdir.

Masalan: Dars mavzusi “Kardiogen shok”

O'qituvchi doska oldida turib, Kardiogen shokga xos simptomlarni aytib deb murojaat qiladi. Narkoz klinikasiga xos belgilarni talabalar birma-bir aytadilar:

- YUrak sohasidagi og'riq;
- Nafas etishmovchiligi, hansirash;
- Sovuq ter bosishi.

O'qituvchi guruhdagi har bir talabaning muhokamada ishtirokini kuzatib boradi. Birorta ham javob to'g'ri yoki noto'g'ri deb sharhlanmaydi. Hamma variantlar tugagandan so'ng muhokamani boshlash mumkin.

Bunda o'qituvchi so'raydi: “Qanday o'ylaysiz? YUrak sohasidagi og'riq infark miokard belgisimi? yoki qovurg'alar nevrologiyasimi?”. Talabalar o'qituvchi bilan birgalikda hamma variantlarni faol muhokama qilishga kirishadilar. Bunda noto'g'ri javoblar muhokama tarzida hal qilinadi va asoslab beriladi. SHundan so'ng o'qituvchi bilimlarni ko'proq mustahkamlashda talabalardan to'g'ri variantlarni yozib olishni so'raydi.

Uslubning maqsadi: Qisqa vaqt ichida guruhdan ko'p miqdorda variantlar olish, talabalar bilimini aniqlash bunda muammolarni hal qilishga qodir g'oyalar taklif qilinishi mumkin.

Mavzu bo'yicha talabalarning mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma'zuni, bajarish bo'yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari) TARQATMA MATERIAL

TALABA UCHUN TOPSHIRIQ

№	Savol	Izohi
1.	Ayrim kritik holatlartasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi.	
2.	Harorat ta'sirotlar travmasi rivojlanishining mexanizmlari	

Talabani mustaqil bilimini tekshirish

№	Savol	Javob
1.	Ayrim kritik holatlartasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi.	
2.	Harorat ta'sirotlar travmasi rivojlanishining mexanizmlari	
3.	Hayvonlar va hasharotlar chaqishi. Etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, shoshilinch yordam.	

Keys-metod Vaziyatiy masalalar.

Vaziyatiy masalalar.

1-masala.

Reanimatsiyabo'limigaog'irahvolda 32 yoshliayolkeltirildi. Es-hushijoyida, gapirishni xohlamaydi, og'izatrofidakimyoviykuyishbelgilaribor, og'izorqalichiqayotganhidnoaniq. Bemorniyaqinlarihambemorningahvolito'g'risidabirornarsaaytolmaydi. Nafasolishimustaqil, shovqinli, A/B 110/70 mm.sim.ust. Pul's 118 ta 1 daqiqada. Siydikpufagikateterizatsiyaqilingandaqonsimonsiydikolindi

SAVOL:

Diagnozvaintensivterapiyatamoyillarinibelgilang.

**MAVZU BAYONI
OG'RIQ SINDROMI**

Og'riq - sensor va emotsional sezgi bo'lib, patologik holat paydo qiluvchi biror sababning organizmga ta'sir etayotganidan darak beradi. Ichki va tashqi ta'sirlarning og'riq sezgisi ko'rinishida aks etilishini ta'minlovchi sensor informatsiyaning qabul qilinish va qayta ishlash jarayoni-notsitseptsiya deyiladi.

Og'riq fizik va ruhiy ta'sirdan vujudga keladi. Og'riqning fiziologik mexanizmi 3 jarayondan iborat.

1. Retseptorlarda qo'zg'alish va impul'slar oqimining vujudga kelishi
2. Afferent impul'slar oqimiga javoban bosh miya strukturalari reaksiyasining vujudga kelishi.
3. Og'riqning efferent natijasi -vegetativ va harakat reaksiyasi ko'rinishidagi og'riq sindromining vujudga kelishi.

Og'rik reaksiyasiga 2 xil qapash mavjud. Birinchi qarash bo'yicha og'riq ta'siri faqat maxsus retseptorlar vositasida qabul qilinadi. Boshqa fikrga binoan og'riq ta'sirlari har qanday retseptorlar orqali qabul qilinishi mumkin. Jumladan og'riq sezgisini vujudga keltiruvchi ta'sir A-del'tasimon sensor tolalarining terminallari orqali qabul qilinadi. SHu sensor tolalarining preterminal sathi og'riq retseptori bo'lib xizmat qiladi. Og'riqning xarakteri notsitseptiv impul'slarning uzatilish yo'llari va shu impulslar oqimining etib boradigan joyini ko'zda tutgan holda og'riq sindromini davolash uchun nerv sistemasining turli sathlariga har xil usullar yordamida ta'sir etib samara olish mumkin.

Og'riq sezgisining barcha ko'rinishlari haqidagi axborot og'riq markazi hisoblanuvchi ko'rish tepachasiga kelib tushadi. Og'riq impul'slari talamus va gipotalamusda retikulyar formatsiya hamda bosh miya po'slog'iga tarqaladi. So'ngra impul's gipofiz zonasiga o'tadi. Natijada, gipofizar adrenal sistemasining gipofiz zonasiga shakllanadi. Oqibatda giperglikemiya, oligouriya, giperkaliemiya, laktat va fibrinogen miqdorining oshishi va boshqa bir qator metabolik o'zgarishlar, organlar faoliyatining izdan chiqishi kabilar ro'y beradi. Og'riqqa javoban endogen opioid peptidlar qatnashuvi bilan autoanal'geziya samarasining vujudga kelishi, gipofiz gormoni betagipotropinning ajralib chiqishi va uning qondagi miqdorining oshib borish jarayoni bilan bog'likdir. Og'riq zaminida birorta funktsional sistema yoki organ faoliyati o'zgarishga uchramay qolmaydi.

Vegetativ nerv sistemasi simpatik bo'limining qo'zg'alishi natijasida bir qator reaksiyalar ro'y beradi. Jumladan:

1. Periferik qon tomirlar torayadi.
2. Pilomotor reaksiya ya'ni ko'z qorachig'i torayadi
3. Ter ajralishi kuchayadi.
4. Gormonal siljishlar yuzaga keladi.
5. Moddalar almashinuvi izdan chiqa boshlaydi.

Og'riq ta'sirida taxikardiya kuzatiladi, haddan tashqari kuchli og'riq esa bradikardiya va yurak urishining to'xtashiga olib keladi. Arterial qon bosimi ko'tariladi. To'qimalarga qon kelishining kamayishi-gipoperfuziya, qon aylanishining markazlashuvi, kapillyarlar funktsiyasining buzilishi, arteriola va venula anastomozlarining ochilishi va mikrotsirkulyator blokada ro'y beradi. Kislorod tanqisligidan anaerob modda almashinuvi boshlanadi, to'qimalarda toksik metabolitlar to'planadi, atsidoz rivojlanadi. Kapillyarlarda falajlanish vujudga keladi. Membranalar o'tkazuvchanligi oshib boradi. Qon plazmasi interstitsial bo'shliqqa o'tadi, qon quyuqlashadi, eritrotsitlar va qonning boshqa shaklli elementlari bir-biriga yopishib agregatlar vujudga keladi, gipovolemiya paydo bo'ladi. Qonning kislorodga to'yinishi kamayadi, karbonat angidridning partsial bosimi esa oshib boradi.

Gipoksemiya va respirator atsidoz kuchayib boradi. Oshqozon va ichak bezlarining shira ishlab chiqarishi va ularning peristaltikasi susayadi, ichak atoniyasi, qusish ro'y beradi. Oligoanuriya rivojlanadi.

Og'riq sindromini intensiv davolash 3 yo'nalishda olib boriladi.

1. Og'riq sindromini keltirib chiqaruvchi omilni yo'qotish. Bu terapevtik yo'nalish juda samarali bo'lishiga qaramasdan, unga hamma vaqt ham erishib bo'lmaydi.

2. Og'riq tufayli organizmda vujudga keladigan ikkilamchi funktsional o'zgarishlarni tuzatishga qaratilgan terapevtik choralarni qo'llash. Bu yo'nalish tadbirlari yaxshi samara bermasada, og'riq tufayli kelib chiqadigan funktsional siljishlar chuqurlashishining oldini olish, patogenetik va tanatogenetik zanjirni o'z vaqtida uza olishga sharoit yaratib beradi.

3. Og'riqning o'zini chetlashtirish - anal'geziya. Og'riq sezgisini o'z vaqtida chetlashtirish va shu tufayli organizmda funktsional o'zgarishlar rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik yaxshi natijalar beradi.

Og'riq sezgisining yo'q qilish yo'lida quyidagi usullar qo'llaniladi.

1. Narkotik analgetik moddalar yordamida afferent impul'slar oqimini qabul qiluvchi markaziy nerv sistemasi strukturalariga ta'sir etish. Narkotik analgetiklar orqa miya jelatinasimon modda neyronlariga ta'sir ko'rsatib, afferent impul'slar oqimini to'sishdan tashqari, opiat - retseptorlar bilan aloqaga kirishib, ularni blokada qiladi.

2. Nonarkotik analgetiklarning kinin, prostaglandin va boshqa biologik polipeptidlarga qarshi aktivlik xususiyatlaridan foydalanib og'riqsizlantirish samarasini yuzaga keltirish maqsadida hozirgi vaqtda diklofenak, dolak, va ketonal (NYAQP) singari preparatlar keng ishlatiladi.

3. Afferent impul'slar oqimiga orqa miya shoxlari va periferik nerv tolalari sathida turli blokadalar vositasida to'sqinlik yaratish. SHu maqsadda, peridural, subaraxnoidal, perisakral, interkostal va hokazolar qo'llaniladi.

4. Refleksoterapiya yordamida endogen opioid peptidlarning ajralib chiqishini kuchaytirish orqali autoanal'geziyani rag'batlantirish.

5. Gipnotik usuldan foydalanish. Bu usul mustaqil holda qo'llanilmasa ham suggestiv element shaklida ishlatiladi.

6. Neyroxirurgiya uslublari - periferik nevroliz, ximiyaviy va lazerli gipofizektomiya o'tkazish, simpatik gangliylarini olib tashlash kabilardan iboratdir.

7. Ximiyaviy moddalar va fizik omillar yordamida autoanal'geziya o'tkazish.

Xozirgi vakt **Lek** firmasining Ketonal dori vositasi operatsiyadan oldin (100mg) va keyin (100mg) qo'llanilganda og'riqni keskin kamaytiri-shi isbotlangan. Bu operatsiyadan keyin narkotik dorilarni qo'llashni kamaytirish imkoniyatini beradi.

Kardiogen shok -bu asosan miokard infarktining og'ir asorati bo'lib, yurak chap qorincha qisqarish kuchining pasayishi va yurak minutlik hajmining kamayishi oqibatida kelib chiqadigan simptomokompleksdan iborat va bir necha turlari farqlanadi. Bundan tashqari kardiogen shok yurak ichi gemodinamikasining buzilishi natijasida (klapanlar va xordalar uzilishi, qorinchalararo to'siq yorilishi, yurak o'smasi), yurak qisqarishlar sonini oshishi va kamayishida (taxi va bradiaritmialar, bo'lmacha qorincha o'tkazuvchanligi buzilganda), miokardit, kardiomiopatiya, miokard toksik zaharlanishida, o'pka arteriyasi tromboemboliyasida ham kelib chiqadi.

Kardiogen shok patogeneza og'riq sindromi va miokard qisqaruvchanlik funksiyasining buzilishi etakchi hisoblanadi.

Kardiogen shokning klinikasi :

1. YUrak sohasidagi kuchli og'riqlarni chap qo'lga va kurakka tarqalishi.
2. Arterial gipotoniya (sistolik bosim 80 mm sim.ust. dan kam) va puls bosimi pasayishi (20 mm. sim. ust. gacha);
3. Oligoanuriya (20 ml/soat va undan kam);
4. Es-hushning buzilishi (karaxtlik);
5. Periferik qon aylanishining buzilishi: teri rangining oqarishi, tana harorati pasayishi, sovuq ter bosish, akrotsionoz.
6. O'tkir buyrak etishmovchiligi kuzatilishi mumkin.

Kardiogen shokning 4 ta klinik turi farqlanadi.

1. **Reflektor kardiogen shok:** Bunda ishemiya natijasida yurakdagi kuchli og'riqdan reflektor ravishda periferik vena tomirlari tonusi pasayadi. Qonning qorin bo'shlig'i va mushaklar vena tomirlarida to'planishi natijasida yurakning o'ng qismiga kelishi pasayadi va yurakning zarb hajmi kamayadi. Reflektor kardiogen shok barcha bemorlarda miokard infarktining boshlanishida kuzatiladi va qisqa davom etadi. Klinikasi: arterial qon bosimining (70mm.sim.ust.dan past) subkritik yoki kritik darajagacha pasayishi, patogeneza xos bradikardiya (puls 40 tadan kam), yurak sohasida kardiogen og'riq bilan xarakterlanadi. Kasalning es hushi saqlangan, lekin atrof muhitga befarq.

2. **Haqiqiy kardiogen shok** – CHap qorinchaning kattagina qismida (40% dan ortiq) nekroz bo'lganda kelib chiqadi. Bunda miokard qisqarish qobiliyatining buzilishi va umumiy periferik qarshilikning oshishi bilan birga keluvchi yurak minutlik hajmining kamayishi kuzatiladi.

Klinikasi: umumiy perefirik qarshilik oshishi va taxikardiyaga qaramay arterial qon bosimning kritik darajagacha pasayishi kuzatiladi. Oldin gipertoniya bilan og'rikan bemorlarda kardiogen shok holatida sistolik arterial bosimi 110-120 mm sim. ust. gacha pasayadi. Asosiy belgi sifatida arterial bosim pasayishini emas, balki puls bosimining qancha darajada o'zgarishini hisobga olish kerak. Unda puls bosimi 20 mm. sim. ust. va undan kam bo'lishi mumkin. Aritmialar kuzatilishi mumkin. Teri rangi oqargan, sovuq ter bosgan, qo'l-oyoqlarning sovushi

kuzatiladi. Bemor ko'zg'algan yoki karaxt bo'lishi mumkin. Atrof muhitga reaksiyasi befarq. SHokning bu turiga: umumiy pereferik qarshilik va markaziy venoz bosim oshishi, oligo yoki anuriya, metabolik atsidoz, yurak minutlik hajmining pasayishi, eritrotsitlar agregatsiyasi natijasida mikrotsirkulyasiya buzilishi, qon qovushqoqligining oshishi xos hisoblanadi.

3. **Areaktiv kardiogen shok** – tarqalgan miokard infarkti oqibatida, chin kardiogen shok davosi kech boshlanganda va etarli davolanmaganda yuzaga keladi. Areaktiv shok pereferik tomir spazmi natijasida umumiy pereferik qarshilik oshishi bilan birga yurak minutlik hajmining kamayishi bilan xarakterlanadi. Kardiogen shokning bu turi arterial bosimning kritik darajagacha pasayishi va puls bosimining pastligi, ipsimon pulsning bo'lishi bilan farq qiladi. Bemorlarda harakat kam, yaqqol sianoz, teri qoplamining marmarsimon bo'lishi, o'tkir buyrak etishmovchiligi kuzatiladi. Kardiogen shokning bu turida o'lim holati 90% ni tashkil qiladi. Medikamentoz va konservativ davoga osonlikcha berilmaydi.

4. **Aritmogen kardiogen shok** – har xil aritmiyalar natijasida kelib chiqib, bu aritmiyalar koronar qon aylanishini buzadi va yurak qisqarish funksiyasining buzilishi hisobidan minutlik hajmi ham pasayadi.

Kardiogen shok darajalari :

I. Daraja shok davomiyligi 3-5 soat, AB 90/50 - 60/40 mm.sim.ust. puls bosimi 40-25mm.sim.ust. shok belgilari kam rivojlangan, kompleks davolagandan 30 - 60 minutdan keyin o'tib ketadi.

II. Daraja og'ir kechib 5-10 soatgacha davom etadi. AB 80/50 - 40/20 mm.sim.ust., puls bosimi 30-15 mm.sim.ust., o'tkir yurak etishmovchiligi belgilari qo'shiladi(akrotsionoz, hansirash, o'pka shishi).

III. Daraja og'ir kechib, AB kritik darajagacha pasayadi. Puls bosim 15 mm.sim.ust. dan past, o'tkir yurak etishmovchiligi belgilari va o'pka shishi tez va kuchli rivojlanadi. O'lim 90% holatda kuzatiladi. Kardiogen shokni davolash kompleks tarzda: shokning turiga, gemodinamik ko'rsatkichlarga, MVB, EKG, KIM ga asoslanib olib boriladi.

Intensiv terapiya tamoyillari:

- og'riqni kamaytirish maqsadida morfin 1%-1 ml vena ichiga, fentanil bemor vazni 50 kg dan kam, 60 yoshdan oshgan yoki o'pka kasalliklar dekompensatsiyasi bo'lganda 1 ml , qolgan barcha hollarda 0.005%-2ml vena ichiga yuboriladi. Droperidol– AB 100mm.sim.ust. gacha bo'lsa 1 ml., AB 120 mm.sim.ust. gacha bo'lsa 2 ml, AB 160 mm.sim.ust. gacha bo'lsa 3 ml, AB 160 mm.sim.ust.dan yuqori bo'lsa va bemor qo'zg'algan hollarda 4 ml 0.25 % vena ichiga yuboriladi;

- EKG monitoring o'rnatish (yurak ritmini kuzatish maqsadida);
- 100 % namlangan O₂ berish, davriy ravishda 10-15 minutdan;
- markaziy vena kateterizatsiyasi infuzion terapiya va MVB ni o'lchash uchun;
- qon bosimi turg'unligini saqlash uchun: dobutamin (5-15 mkg/kg/min) yoki dofamin (5-15 mkg/kg/min) vena ichiga tomchilab yuboriladi;refortan 200-400 ml vena ichiga tomchilab, mezaton,noradrenalin qo'llash mumkin..

Sistolik AB 60 mm sim. ust.dan past bo'lganda – **norpayn** (0,5-30 mkg/min) yoki dofamin (10-20 mkg/kg/min) bilan birga reflektor gipotenziya paytida qo'llaniladi.

AB 90 mm sim. ust.dan yuqori bo'lganda periferik tomirlar qarshiligini kamaytirish uchun nitroprussid natriy 0,1-5 mkg/min/kg yoki nitroglitserin 10 mkg/min venaga tomchilab 48-72 soat davomida yuboriladi,**reflektor kardiogen shokda nitropreparatlar qo'llanilmaydi!** ;

- vena ichiga polyarizatsiyalovchi aralashma qo'yish glyukoza 10 % + insulin + KSI yoki antikoagulyant terapiya – 10000 ed. geparin vena ichiga va 5000 ed. geparin teri ostiga 4 mahal, fibrinolizin 60000-80000 ed. streptokinaza 250000 ed. vena ichiga tomchilab yuboriladi.
- trombolitik terapiya 12 soatdan kech bo'lmagan vaqt oralig'ida o'tkaziladi: streptokinaza 1,5 mln ED dozada 100 ml 0,9% natriy xlorid eritmasida 30–60 min.davomidatomir ichiga tomchilab yuboriladi. Alteplaza 15 mg yoki urokinaza 2 mln ED dozada vena tomiriga.
 - aritmiyani davolash (kardiogen shokning aritmik turida).
- Aortaichi ballonli kontrapulsatsiyasi.
- Samara bo'lmaganda(refrakter shokda) xirurgik davolash (ballonli koronar angioplastika, koronarografiya va koronar shuntlash).
- O'tkir buyrak etishmovchilini profilaktikasi dofamin(2-4 mkg/kg/min «buyrak dozasi»,siydik qopini kateterlash,soatlik, sutkalik diurezni nazorat qilish orqali.

Kardiogen shokni davolashni zamonaviy tamoyillari.

- Kardiogen shokning davo natijasi klinikada birmuncha noxushdir.Kardiogen shokda kasalxona ichi o'lim kursatkichi 70% dan oshadi, omon qolganlarida yurak etishmovchiligi tufayli yomon oqibat ro'y berishi mumkin.

Kardiogen shokni davosi shartli ravishda bo'linadi.

- A.asosiy quvvatlovchi choralar.
- B.farmakologik davo.
- V.qon aylanishini mexanik quvvatlash
- G.koronar arteriyalar reperfuziyasi.
- D.jarrohlik usuli

Adams – Stoks – Morgani sindromi

Adams – Stoks – Morgani (ASM) sindromi yurak ritmining o'tkir buzilishi natijasida yurak zarb hajmining kamayishi va miyadagi ishemiya holati – hushdan ketish bilan kuzatiladigan simptomakompleks bo'lib, bu to'liq ko'ndalang atreoventrikulyar (AV) blokada, paroksizmal taxikardiya, qorinchalar fibrillyasiyasi, sinus tuguni sustligi va boshqa holatlarda paydo bo'ladi.

Etiologiyasi:

- Intoksikatsiya: kalsiy antagonistlari, betta-adrenoblokatorlar, digoksin, amiodaron;
- Miokard ishemiyasi;
- YUrakdagi infiltrativ yallig'lanish jarayonlarida o'tkazuv tizimining zararlanishi.

Klinikasi: Birdan bosh aylanishi, hushdan ketish, oqarish, arterial gipotenziya, tonik-klonik tirishishlar. Bradi yoki taxikardiya(asosan bradikardiya),EKGda yurak ritmining buzilishi: to'liq AV blokada, sinoaurikulyar blokada, Gis tutami oyoqchasi blokadas, qorincha va qorincha usti taxikardiyasi, fibrillyasiyasi va boshqa klinik belgilar kuzatiladi.

SHoshilinch yordam tamoyillari:

EKG – monitor orqali kuzatiladi. Blokada bo'lganda **α**va **β**adrenostimulyatorlar, glyukokortikoidlar, atropin qo'llash ; paroksizmal taxiaritmiyalarni davolash uchun: novokainamid, lidokain, dizopiramid, amiodaron, veropamil qo'llaniladi. SHoshilinch holatlarda elektrokardiostimulyasiya qilinadi. Kerak bo'lsa sun'iy ritm boshqaruvchisi o'rnatiladi.

14.10.Paroksizmal taxikardiya

Paroksizmal taxikardiya (paroksizm-xuruj)- yurak qisqarish faoliyatining birdan tezlashishi (minutiga 150-220 tagacha) bilan kechadigan, to'satdan boshlanib, to'satdan to'xtaydigan yurak ritmining buzilishidir.

Paroksizmal taxikardiyaning kelib chikishiektstrasistoliya kabi 2 xil:

1) supraventrikulyar (bo'lmacha va atriioventrikulyar tugunchadan) va 2) qorinchadan (QPT) bo'ladi.

Paroksizmal taxikardiya ko'pincha impulsning qayta aylanib kirish «re-entry» jarayoni natijasida, ba'zi hollarda ektofik yuqori chastotali patologik qo'zg'alish o'chog'i faoliyati natijasida paydo buladi. Ektofik o'choq paydo bo'lishida markaziy va vegetativ asab tizimining holati, miokardda shikastlangan o'choqlar borligi, undagi biokimyoviy va elektrolitlar buzilishlari katta ahamiyatga ega.Paroksizmal taxikardiya simpatik asab tizimi tonusining oshishi, katexolaminlar ko'plab ishlab chiqarilishi va faolligining oshishi xosdir. Innervatsiya buzilishi, mahalliy biokimyoviy va elektrolitlar o'zgarishiga olib keladi. Miokard, yallig'lanish, distrofiya va chandiq rivojlanishi sababli shikastlanishi mumkin. Elektrolitlar buzilishida gipokalemiya ahamiyatga ega.

Supraventrikulyar paroksizmal taxikardiya (SVPT) sababi har doim ham aniqlanavermaydi. 2/3-3/4 hollarda yuragida kasalliklari yo'q kishilarda rivojlanadi. Supraventrikulyar paroksizmal taxikardiya choy, kofe, spirtli ichimliklar iste'mol qilganda, chekkandan keyin sodir bo'lishi mumkin. Oshqozon-ichak, diafragma, o't qopi kasalliklarida paroksizmal taxikardiya reflektor yo'l bilan rivojlanishi mumkin. Tireotoksikoz, xomiladorlik, pubertat davr, klimaks holatlarida paroksizmal taxikardiya neyrohumoral ta'sirlar natijasida paydo bo'ladi. Paroksizmal taxikardiya xurujlari yana yurakning organik qasalliklari, WPW sindromida uchraydi. Bundan tashqari paroksizmal taxikardiya yurak kasalliklari jarrohlik yo'li bilan davolanganda, kateter bilan tekshirilganda, xinidin, prokainamidga o'xshashdorilardan zaharlanganda uchraydi. Qorincha paroksizmal taxikardiya ba'zida sog'lom yoshlarda uchraydi.

Paroksizmal taxikardiya gemodinamika buzilishining asosiy sababi diastolaning qisqarishidir. Bo'lmacha-qorinchalar faoliyatining muvozanati buzilishi ham ahamiyatga ega. Buning natijasida yurakning minutlik hajmi, arterial qon bosimi kamayadi, hayot uchun zarur a'zolarining qon bilan ta'minlanishi kamayadi. Bu o'zgarishlar qorinchaparoksizmal taxikardiyasida yorqin namoyon bo'ladi. Supraventrikulyar paroksizmal taxikardiya atriioventrikulyar tugunchadan paydo bo'lsa, gemodinamik o'zgarishlar kuchliroq bo'ladi.

Klinikasi. Paroksizmal taxikardiya yurak urish xurujlari tez boshlanib, tez tugashi yoki tez boshlanib, asta-sekin tugashi mumkin. YUrak urishining soni minutiga 150 martadan kam bo'lmamligi kerak. Xuruj vaqtida yurak sohasida qattiq titrash, og'irlik, siqilish, og'riq bo'yin va bosh sohasida zo'riqish, holsizlik, asab zo'riqishi, kichik qon aylanish doirasi faoliyatining buzilishi natijasida hansirash paydo bo'lishi mumkin. Agar QPT va SVPT lar yurakning organik xastaligi natijasida kelib chiqsa, chap qorinchaning o'tkir etishmovchiligiga „aritmik shok” holatiga olib keladi. YUrakda og'riq xurujlari toj qon tomirlarining faoliyati tufayli paydo bo'ladi, agar toj qon tomirlarda organik o'zgarishlar bo'lsa, o'tkir miokard infarkti rivojlanishi mumkin. Miya qon aylanishining buzilishi oqibatida bosh aylanishi, hushdan ketish kuzatiladi. Paroksizmal taxikardiya xurujlari ko'proq SVPT da vegetativ simptomlar: titrash, terlash, ko'ngil aynishi, qusish, tez-tez siyish kuzatiladi.Ob'ektiv tekshirilganda bemor rangpar, terisi nam, terlagan bo'ladi. YUrak urishi soni 150-220 ta, maromi to'g'ri, jismoniy zo'riqish yoki ortostatik holat o'zgarganda, ko'paymaydi. YUrak urishi maromi ba'zida mayatniksimon, embriokardiya tarzida I-ton kuchaygan, II-ton sustlashgan, galop ritmi bo'ladi. Sistolik shovqin yo'qoladi. YUrak chegaralari o'zgarmaydi. Puls yumshoq, to'liqligi kamaygan, arterial qon bosimi past bo'ladi. Bo'yinturuq venalari shishadi, arterial puls bilan sinxron urib turadi. Supraventrikulyar paroksizmal xurujida adashgan nerv qo'zg'atilsa, xuruj to'xtashi mumkin.Qorincha paroksizmal taxikardiyasida supraventrikulyar paroksizmal taxikardiya dan farqli o'laroq adashgan nerv qo'zg'atilganda xuruj to'xtamaydi, bo'yinturuq venalari pulsi arterial puls sonidan kam bo'ladi. Morgani-Adams-Stoks sindromi kuzatilishi mumkin.

Paroksizmal taxikardiya ni tashxislashda, uning supraventrikulyar va qorincha xilini farqlashda EKG tekshirish usuli qo'llaniladi.Paroksizmal taxikardiyaning bo'lmachadan paydo bo'lish turida impuls bo'lmachada paydo bo'ladi. EKGda R-R intervali juda qisqargan va bir xil yurak qisqarish soni 160-220 ta maromi to'g'ri

ektopik R1 tishcha yoziladi. Ektopik to'ltin Pl tishcha deformatsiyalangan, 2 fazali, musbat yoki manfiy bo'ladi. Agar ektopik o'chok bo'ltinaning yuqori qismida bo'lsa, deformatsiyalangan, Pl tishcha musbat bo'ladi. Ektopik o'chok bo'ltinaning pastki qismida bo'lsa, Pl tishcha manfiy bo'ladi. PQ intervali o'zgarmaydi. Qo'zg'atish qorinchalarda normal yo'l bilan tarqaladi. SHuning uchun QRS o'zgarmaydi. Har bir QRS kompleksi bir xil vakt oralig'ida bir-biridan so'ng P₁ ektopik tishcha bilan bog'langan holda takrorlanadi. Atrio-ventrikulyar tugunchada paydo bulgan paroksizmal taxikardiya ektopik o'choq atrio-ventrikulyar tugunchada joylashadi va qo'zg'atish yuqoriga, ya'ni bo'ltmachalarga retrograd tarqaladi.

Qorinchalar paroksizmal taxikardiya. Qorinchaning paroksizmal taxikardiya impuls qorinchalarida joylashgan ektopik o'chokda paydo bo'ltganligi uchun qo'zg'atishning qorinchalarda tarqalishi buziladi. EKG da QRS kompleksi kengaygan 0,12 sekdan ko'proq ST segmenti T tishcha QRS kompleksiga nisbatan diskordant joylashgan. Impuls bo'ltmachalarga retrograd o'tib bormaydi. Buning natijasida bo'ltmacha sinus tugun ta'sirida qo'zg'aladi. Bu qo'zg'atish qorinchalarga o'tmaydi. Sababi qorinchaning refrakter fazasiga to'g'ri kelib qoladi. Natijada qorincha va bo'ltmacha faoliyatining dissotsiatsiyasi kuzatiladi. Lekin EKG da bo'ltmachada qisqarishi qayd qilinmaydi -Pl tishcha bo'ltmaydi. Bemorni xurujdan tashqari holatda ko'rilganda paroksizmal taxikardiya xurujiga sabab bo'ltgan yurak tomir kasalliklarini aniqlash mumkin. Xurujdan keyin darhol bir qator laboratoriya tekshirishlari o'tkazish kerak. (kon tarkibidagi leykotsitlar, eritrotsitlar, cho'kish tezligi, transaminazalar, ADG, KFK ni aniqlash) Bu ko'rsatgichlar paroksizmal taxikardiya xuruj natijasida miokard infarkti rivojlanganda o'zgaradi.

Paroksizmal taxikardiya davolashda quyidagilarga rioya qilinadi:

1. Uning hamma turlarida tinchlantiruvchi sedativ dorilar beriladi va psixoterapevtik ta'sir o'tkaziladi.
2. Xuruj vaqtida dori berishdan avval adashgan nervga mexanik ta'sir ko'rsatiladi a) chuqur nafas olish, b) o'ng uyku arteriyasining sinusini uqalash (CHermak-Gering refleksi), v) ko'z soqqasini bosish. (Ashner -Danini refleksi),

g) quqish refleksini qo'zg'atish, qattiq ovqat bo'ltaklarini yutish, sovuq suv ichish, d) yuzni sovuq suvga botirish («suvga sho'ng'igan it» refleksi), e) cho'kkalab o'tirish, j) Valsalva sinamasini bajarish, z) past arterial bosimda venaga oz miqdorda mezaton (1% eritmadan 0,2-0,3 ml) yuborish yo'li bilan xurujni to'xtatish.

3. Adashgan nervni qo'zg'atish foyda bermaganda dorilar qo'llashga o'tiladi.

Supraventrikulyar paroksizmal taxikardiya:

1) 2 ml ATF yoki 0,5 ml 0,05% strofantin «K» 20 ml 40% glyukozaga qo'shib venaga yuboriladi, yoki 10 ml 10% novokainamid venaga sekin yuborilib, arterial qon bosimi va QRS kompleksi kengligi tekshirib turiladi, yoki 10 ml izoptin 20 ml 50% glyukozaga yoki 1-54 mg inderal glyukozaga qo'shib venaga yuboriladi.

2) dorilar yordam bermasa, xuruj uzok davom etsa, gemodinamik buzilish belgilari bo'lsa, yoki yurak toj tomirlarida kon aylanishi yomonlashsa, elektroimpuls bilan davolashga o'tiladi.

3) dorilar yordam bermaganda qizilo'ngach orqali yoki bevosita endokardial yo'l bilan siyraklashtiruvchi elektr stimulyasiya qilish mumkin.

4) elektroimpuls terapiyasi va kardiotimulyasiyalar yordam bermasa yurakni juft stimulyasiya qilinadi.

Og'ir gemodinamik va koronar buzilishlar bo'lgandaparoksizmal taxikardiya xurujini to'xtatish uchun davolanishnielektroimpuls terapiyasi yoki elektrokardiotimulyasiya usulidanboshlash kerak.

Qorincha paroksizmal taxikardiya paytida:

1. venaga tomchilab 100 mg lidokain 925-2,5 mg yoki 10 ml 10% novokainamid eritmasini glyukozada yuboriladi. Yurak glikozidlarini berish xavfli (qorinchafibrilliyasi bo'lishi mumkin), ayrim vaqtlarda xurujni to'xtashi mumkin.

2. Lidokain, novokainamid yordam bermasa, elektroimpuls terapiyasi tavsiya etiladi. Agar bu usul ham yordam bermasa, elektr stimulyasiya (fazasinxronlitez-tez) qilinadi. Natija bo'ltmasa, juft stimulyasiya qilinadi.

Profilaktikasi: tez-tez qaytariladigan paroksizmal taxikardiya yoki kam uchraydigan og'ir xurujlarda umumiy tadbirlardan tashqari kasallik sababiga ta'sir qiluvchi va tinchlantiruvchi dorilar bilan bir qatorda kuniga 0,6g kordaron yoki 2-4 g novokainamid yoki 0,2 g dan 3-4 maxal xinidan yoki 0,01- 0,02 -0,04 g dan 3 marta propranolol (SVPT da) beriladi. Aymalin berish mumkin. Bundan tashqari etatsizin, etmozin, ritmilen tavsiya qilinadi. Agar preventiv (oldini oladigan) davolash yordam bermasa, radiochastotali elektr stimulyasiya tavsiya etiladi. So'nggi yillarda paroksizmal taxikardiya yurak qorinchalarining vaqtidan ilgari qo'zg'alishi tufayli yuzaga kelganda paraatrioventrikulyar shunt yo'llarini kesib, jarrohlik yo'li bilan davolash o'tkazilyapti.

TESTSAVOLLARI

1. Sistolik arterial bosim qanchaga

etgandakontakgafil'ratsiyasito'xtaydi?

a) 90 mm. S.u.

*b) 70 mms.u.

v) 100 mm. S.u.

g) 80 mm. S.u.

2. Tomirichigamorfinyuborilgandanechaminutdan

keyin nafas maksimal darajadapasayadi?

a) 1-2 min

*b) 3-7 min

v) 60-90 min

g) 15-30 min

d) 30-45 min

3. Parasimpatik nerv sistemasiga atropin quyidagich

ata'sir qiladi.

a) Atsetilxolin hosilbo'lishining kamayishi.

b) Xolinesteraz hosilbo'lishining oshishi.

v) Mionevral sinaps gatoridan-to'g'ridepressiya.

*g) Atsetilxolin konkurent antagonizm.

d) Adrenergik aktivlikni stimulyatsiya.

4. Efirli anestezia dagiperglikemiyabo'lishining sababi.

a) Glikogenolitik markaz stimulyatsiya

*b) Ko'pmiqdorda adrenal inajralishi.

v) Efirning jigar hujayralariga bevositata'siri.

g) Insulin ajralishi.

d) Mushaklarda gligenolizning oshishi.

5. Ftoratansubnarkotik konsentratsiyasida ta'sir qilish xususiyatiga.

a) antianal'getik

*b) Anal'getik

v) Sedativ

g) antisedativ

d) analentik

6. Quiyidagi anestetiklardan qaysi biri uzoqta'sir qilish xususiyatiga.

a) Lidokain

b) Trimekain

v) Dikain

*g) Markain (bupivikain)

7. Atroni bilan premedikatsiya qilish qanday bemorlarga qarshiko'rsatma hisoblanadi.

a) Bronxial astma

b) Sinuslitaxikardiya

v) Hilnillovchitaxmaritmiya

*g) Glaukoma

8.

Endotraxeal narkozdan birkun keyin mushaklarog'ri shining sababi.

a) Intubatsiya qilganda travmabo'lishi.

b) Bemorni operatsion stolga noto'g'ri yotqizish.

*v) Suktsinilxolin qilinganda mushak fibrilyatsiyasi.

9. Arduanyoki yoksuktsinilxolindan qolgan qoldiqre laksatsiyaning davosi.

*a) Boshqariladigan yoki yordamchiventilyatsiya.

b) Qonalmashtirish

v) Prozerim yuborish

g) Atropin yuborish.

10. Sun'iy qonaylanishdan keyin qiladigan geparinasi neytralash uchun ko'pincha qila.

a) Vitamin K

*b) Protaminsul'fat

v) Kal'tsiy xlorid

g) Xinidim

d) Vikosal

11. Bemor operatsiyadan

72

soat o'tgandan so'ng o'ladi,

anesteziya davrida qusish kuzatilgan.

O'lim sababini mabo'lish mumkin.

a) Bakterial pnevmoniya

*b) Ximik pnevmaniya (Mendel'son sindromi)

v) O'pkashishi

g) Pnevmonotoraks

12. Nimasababdan akusherlik amaliyotidabarbituratlarni qo'llash mumkin emas.

*a) CHaaloqdadepressiya chaqiradi.

b) Ko'ngilaynisha qusishni chaqiradi.

v) Bachadontonusini pasaytiradi.

g) Qon ketishini kuchaytiradi.

13. Tug'ayotgan ayollarda pastkik ovak venasindromi paydo bo'lish profilaktikasi.

a) Operativ tug'ishni ta'qiqlash

*b) CHaktamonga qaytish (yotqizish)

v) Intubatsiya

g) Tomirichiganoradrenalin yuborish

14. Tug'ayotgan ayolga davolovchi qanday narkoz yu boriladi.

a) Kolipsol

*b) Natriy oksibutirat

v) Fentanil - droperidol

g) Geksenal

d) Barbiturat

15. Kattayoshli damda orqamiyasuyuqligining umumiy hajmi.

a) 25 ml

b) 75 ml

*v) 130 ml

g) 200 ml

d) 250 ml.

16. Orqamiya anesteziyasida ipotoniya sababi.

*a) Preganglionar simpatik blokada

b)

Buyrak ustibezamiya qismini innervatsiya lovdinervlar blokasi

v) Mushak paralichi

g) Orqamiyasuyuqligini qo'shish

d) Venaspazmi.

17. O'ng yurak tishmovchiligining belgilari.

a) Arterial bosimlarning pasayishi

*b) MVB boshishi

v) MVB pasayishi

g) Anemiya

18. Bolalarda anesteziyaning salbiy belgilardan biri.

*a) Bradikardiya 50 ta

b) A/B 90/60 mm. S.U.

v) Taxikardiya 160 ta

g) Noregulyar nafas

19. SHokning 1 ch belgisi

a) MVB pasayishi

b) Yurak qisqarishining pasayishi

*v) A/B pasayishi

g) A/B boshishi

d) Venoz qonning oshishi

20. SHokning qaysi turida MVB boshadi.

*a) Kardiogen

b) Anafilaktik

v) Septik

g) Travmatik

21. Eklampsiya rivojlanishida asosiy hisoblanadi:

*a) Arteriyalarning giperliziatsiya lashgan spazmi

b) Oqsilgaboydiya

v) Elektrolit balansibuzilishi

g) Izoimmunizatsiya.

22. Eklampsiya tutqanoq

xurujidami yashish kelib chiqish sababi:

a) Yurak otillish pasayishi

b) Qon plazmasidan natriy va kaliy balansibuzilishi

*v) Ovoz boylam spazmi

g) qononkotik bosim tushishi.

23. Eklampsiya davom etuvchi tutqanoqlardashos hilinche effektivusul.

a) Seduksen va droperidol dozasini oshirish

b) Gomkiyuborish

*v) Endotraxeal intubatsiya va IVL gao'tkazish.

g) Diuretiklarni yuqoridagidagilash

24. O'pkashishida qaysi diuretik ishlatilmaydi?

a) Laziks

b) Diakarb

v) Etakrinkislota

*g) Mannitol

25. Glyukozaning qanday erishmasi izotonik

a) 0,85% b) 3,0% *v) 4,2% g) 5,5%

d) 7,0%

26. Og'irdarajadagi qusish yoki uzoq davom etuvchi usisholib keladi.

a) Qonda xlorid oshishi

*b) Qonda xloridpasayishi

v) Na kamayishi

g) QonRNsioshishi

27. Operatsiyadankeyingitrombhosilbo'lishprofilatikasi

*a) 5000-10000 ed/sutgeparinyuborish

b) Tozaqonquyish

v) Narkotikanal'getikbilanog'riqsizlashtirish

g) NaCl yuborish.

28. Sirkakislotal bilan zaharlanganda oshqazonniyuvish boshlanadi?

a) NaHCO_3 4% ml

b) NaHCO_3 8%

v) Ringenerishmasi

*g) Suv bilan

29. Qorinchaparoksiz maltaxikardiyasinikamayish uchun 1-bo'lib nima qilinadi?

a) Strofastin

b) Novokainamid

*v) Lidokain

g) Obzidan

30. O'tkir chaqorincha

etishmovchiligidao'pkashishinidavolashnimadan boshlanadi.

a) Venaichigakardiotonik moddalar

*b) Periferik vazodilyatorlar

v) Sun'iy o'pkaventilyatsiyasi

g) O_2 ingalyatsiyasi

d) 0,5 lgacha qonchiqarish.

31. Kardiogenshokda davolovchinarkoz qilganda

N_2O_2 va O_2 nisbatiganday bo'ladi?

a) 50% : 50% *b) 70% : 30% v) 60% : 40%

g) 50% : 50% 2,0 ml 50%

anal'gin mushakostigayuborib

d) 80% : 20%.

32. NL Adad roperidol qilgandankeyinqanday asorat bo'ladi?

a) Taxikardiya

b) Bradikardiya

v) Arterial gipertenziya

*g) Arterial gipjtenziya

Ko'krak qafasidagi og'rik sindromi. YUrak ritmining buzilishi. Stenokardiya. Miokard infarkti. Tromboembolik sindrom. Paroks.izmal taxikardiya. Morgani-Edemsa-Stoksa simptomi. Klinikasi. Diagnostikasi. SHoshilinch tibbiy yordam. UASH taktikasi.

33. Miokard infarktida og'riqqa qarshikurashda qaysi usul effektiv?

a) 1% 2,0 morfin + 1% 2,0 dimedrol

b) Premedol 1% - 1,0 v/v

v) Droneredol 3,0/ 7,5 ml + fentanil 4,0 / 0,2 mgv/n

*g) Davolovchinarkoz Efunii-Petrovskiy bo'yicha

34. Gipoksiya qaysitipida arterial qonning O_2 bilantoyishishio'zgaradi?

a) TSirkulyator

b) Anemik

*v) Gipoksik

g) To'qima

d) YUqoridagilar.

55. Qutidagilarning qaysi biridatraxeostomiya qilindi?

*a)

Bo'yin murtqasini shiqovurg'alaridamushakparalich bilan birga

b) Bul'bar poleomelit

v) anafilaktik shokdagibronxospazm

g) Qorinchafibrilyatsiyasidagi apnoeda

d) O'zini sog'andakeyingi holat.

36. Bronxospazmniyo'qotishdako'proq nima qilish ma'qulroq?

a) Traxeobronxial sekretiysiyao'qotish

b) Bo'yin venalarnishishiniyo'qotishi

v) MVB 1,96 kPa / 20 sm. suv. ust.

*g) RaSO_2 5,3 kPa / 49 sm. suv. ust.

77. Metilspirtizaharlanganda spetsifik terapiya.

a) Venaichiga 50 mg/kg bemegrid

b) Forsirlangandiurez

v) Barvaqt gemosorbtsiya

*g) Venaichiga etilspirti 2 ml/kg sutkada

d) Venaichiga 20-40% glyukozainsulin bilan yuborish.

38.

Qastdano'zinizaharlangan bemorni ambulatordavolanishinipsixiatrmaslahatisiztavsiya qilish mumkinmi?

*a) Ha b) Yo'q

A'lo 5 baho	86-100%	Talaba Ko'krak qafasidagi og'rik sindromi. YUrak ritmining buzilishi. Stenokardiya. Miokard infarkti. Tromboembolik sindrom. Paroks.izmal taxikardiya. Morgani-Edemsa-Stoksa simptomi. Klinikasi. Diagnostikasi. SHoshilinch tibbiy yordam. UASH taktikasi to'grisida to'liq nazariy bilimga ega bo'lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga ega bo'lsa, amalda qo'llay olsa, mustaqil mushohada yuritsa, ijobiy fikr lay olsa
YAxshi 4 baho	71-85.9%	Talaba Ko'krak qafasidagi og'rik sindromi. YUrak ritmining buzilishi. Stenokardiya. Miokard infarkti. Tromboembolik sindrom. Paroks.izmal taxikardiya. Morgani-Edemsa-Stoksa simptomi. Klinikasi. Diagnostikasi. SHoshilinch tibbiy yordam. UASH taktikasi to'grisida to'liq nazariy bilimga ega bo'lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga ega bo'lsa, amalda qo'llay olsa.
Qoniqarli 3 baho	55-70.9%	Talaba Ko'krak qafasidagi og'rik sindromi. YUrak ritmining buzilishi. Stenokardiya. Miokard infarkti. Tromboembolik sindrom. Paroks.izmal taxikardiya. Morgani-Edemsa-Stoksa simptomi. Klinikasi. Diagnostikasi. SHoshilinch tibbiy yordam. UASH taktikasi to'grisida tushunchaga ega bo'lsa.
Qoniqarsiz 2 baho	55 dan past	Talaba: bilmasa va aniq tasavvurlarga ega bo'lmasa, qo'shimcha yo'naltirilgan savollarga javob bera olmasa.

8-mavzu: Qorinda og'riq sindromi. Ichak, jigar, buyrak sanchig'i. Diagnostikasi. SHoshilinch yordam. UASH taktikasi

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 16-18s
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Reja	1.Qorinda og'riq sindromidaintensivdavo. Reanimatsiyavaanesteziya. 2. Ichak, jigar, buyrak sanchig'i rivojlanish mexanizmi 3. Qorinda og'riq sindromi. Ichak, jigar, buyrak sanchig'ida reanimatsiyavashoshilinchyordamningo'ziga xosligi.
Mavzuning maqsadi:Qorinda og'riq sindromi. Ichak, jigar, buyrak sanchig'ida reanimatsiya va shoshilinch yordamning o'ziga xosligi. Bu maqsadga erishish uchun quyidagi shu harakatlarini bosqichma- bosqich bajarish lozim. I bosqich. Maqsad:. Qorinda og'riq sindromi. Ichak, jigar, buyrak sanchig'ida reanimatsiya va shoshilinch yordamning o'ziga xosligi. Buning uchun: Ichak, jigar, buyrak sanchig'i rivojlanish mexanizmi II bosqich. II. Maqsad: Qorinda og'riq sindromida reanimatsiyavashoshilinchyordamningo'ziga xosligi.	
Mavzuning vazifasi- Qorinda og'riq sindromi. Ichak, jigar, buyrak sanchig'i. Diagnostikasi. SHoshilinch yordam. UASH taktikasi	
Ta'lim berish usullari	Ko'rgazmali, Ma'ruza, suhbat
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	kompyuter, multimedia, slaydlar, mavzuga oid bemorlar va boshqalar
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat:savol-javob.

1.2.Qorinda og'riq sindromi. Ichak, jigar, buyrak sanchig'i. Diagnostikasi. SHoshilinch yordam. UASH taktikasi

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	1.Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. 2.Talabalarni mashg'ulotga tayyorligini tekshiradi 3.Davomatni nazorat qiladi.	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (20 daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish MA'RUZA si uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash. 3. Fanni o'rganishda faoydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish.	
2. Asosiy bosqich (235daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3. Slaydlar, multimediyalardan foydalaniladi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Yakuniy bosqich (15 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi. 2. Mustaqil ish beradi. 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

Mavzuning asosiy savollari (tayanch iboralar, so'zlar, echiladigan muammolar)

BAHOLASHSAVOLLARI.

1. Qorinda og'riq sindromi nima.
2. Qorinda og'riq sindromida klasifikatsiyasi
3. Qorinda og'riq sindromida klinika?
4. Qorinda og'riq sindromida diagnostika?
5. Ichak sanchishi diagnostika.
6. Ichak sanchishi klinikasi.
7. Buyrak sanchishi diagnostika?
8. Buyrak sanchishi klinikasi.

Talabalar egallashi zarur bo'lgan amaliy ko'nikmalar:

YUrakni bilvosita uqalash

Maqsad: yurak ishini qayta tiklash

Ko'rsatma: YUrak to'xtaganda

Kerakli anjomlar: mulyaj.

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (10 ball)	To'liq va aniq bajardi (20 ball)
1.	Bemorni tekis, qattiq joyga gorizontal holatda yotqizish.	0	10	20
2.	Bemorning o'ng yoki chap tomonida turish.	0	10	20
3.	To'sh suyagi xanjarsimon o'sitmasining pastki 1/3 qismidan 2 ta ko'ndalang barmoq yuqoriga qo'l kaftini qo'yish.	0	10	20
4.	Birinchi qo'l kaftini pastdagi kaft ustiga qo'yish.	0	10	20
5.	To'sh suyagini umurtqa pog'onasi tarafga perpendikulyar siltab bosish.	0	10	20
	Jami	0	50	100

“Miya shtrumi” metodi.

Uslubning asosiy qoidalari:

G'oya hosil qilishga xalaqit beruvchi qanday tanbeh va tanqidiy fikr bildirmasin.

- Eng ko'p miqdorda takliflar olish.
- G'oyalar kombinastiyasi va ulardan rivojlantirish
- Guruhlar kombinastiyasi va ularga ishlov beruvchilarga ajratish.

Bu uslub har qanday sharoitda optimal qaror qabul qilishga, oppenentlarni qabul qilinayotgan yo'lning to'g'riligiga ishonch hosil qilishga o'rgatadi. Bu uslub asosiy mavzuni muhokama qilishda oldindan yaxshigina tayyorgarlikdir.

Masalan: Dars mavzusi “Kardiogen shok”

O'qituvchi doska oldida turib, Kardiogen shokga xos sipmtomlarni ayting deb murojaat qiladi. Narkoz klinikasiga xos belgilarni talabalar birma-bir aytadilar:

- YUrak sohasidagi og'riq;
- Nafas etishmovchili, hansirash;
- Sovuq ter bosishi.

O'qituvchi guruhdagi har bir talabaning muhokamada ishtirokini kuzatib boradi. Birorta ham javob to'g'ri yoki noto'g'ri deb sharxlanmaydi. Hamma variantlar tugagandan so'ng muhokamani boshlash mumkin.

Bunda o'qituvchi so'raydi: “Qanday o'yaysiz? YUrak sohasidagi og'riq infark miokard belgisimi? yoki qovurg'alar nevralligiyasimi?”. Talabalar o'qituvchi bilan birgalikda hamma variantlarni faol muhokama qilishga kirishadilar. Bunda noto'g'ri javoblar muhokama tarzida hal qilinadi va asoslab beriladi. SHundan so'ng o'qituvchi bilimlarni ko'proq mustahkamlashda talabalardan to'g'ri variantlarni yozib olishni so'raydi.

Uslubning maqsadi: Qisqa vaqt ichida guruhdan ko'p miqdorda variantlar olish, talabalar bilimini aniqlash bunda muammolarni hal qilishga qodir g'oyalar taklif qilinishi mumkin.

Mavzu bo'yicha talabalarning mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma'zmoni, bajarish bo'yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari) TARQATMA MATERIAL

TALABA UCHUN TOPSHIRIQ

№	Savol	Izohi
1.	Qorinda og'riq sindromida intensiv davo. Reanimatsiya va anesteziya.	
2.	Ichak, jigar, buyrak sanchig'i rivojlanish mexanizmi	

Talabaning mustaqil bilimini tekshirish

№	Savol	Javob
1.	Qorinda og'riq sindromida intensiv davo. Reanimatsiya va anesteziya.	
2.	Ichak, jigar, buyrak sanchig'i rivojlanish mexanizmi	
3.	Qorinda og'riq sindromi. Ichak, jigar, buyrak sanchig'ida reanimatsiya va shoshilinch yordamning o'ziga xosligi.	

Keys-metod Vaziyatiy masalalar.**Vaziyatiymasalalar.****1-masala.**

Bemor 58 yoshda. Es-hushijoyida, lekinatrofgabefarq. Bemoryuragitezurishigaqaramay, pul'sbosimipasaygan. Bemorsovuqterbilanqoplangan, rangioppoq. Bemordaoliguriya, yuzidaakratsiano, anamnezidagipertoniyabilankasallanibyurgan. Bemordabirkunoldinyuraksanchig'ibo'lganvautezdao'tibketgan.

SAVOL:Sizningtashxisingizvaintensivterapiyatamoyillarinelgilang.

Og'riq sezgisining yo'q qilish yo'lida quyidagi usullar qo'llaniladi.

1. Narkotik analgetik moddalar yordamida afferent impulslar oqimini qabul qiluvchi markaziy nerv tizimi strukturalariga ta'sir etish. Narkotik analgetiklar orqqa miya jelatinasimon modda neyronlariga ta'sir ko'rsatib, afferent impulslar oqimini to'sishdan tashqari, opoid - retseptorlar bilan aloqaga kirishib, ularni blokada qiladi.
 2. Nonarkotik analgetiklarning kinin, prostaglandin va boshqa biologik polipeptidlarga qarshi faollik xususiyatlaridan foydalanib og'riqsizlantirish samarasini yuzaga keltirish maqsadida hozirgi vaqtda diklofenak, dolak, va ketonal (NYAQP) singari preparatlar keng ishlatiladi.
 3. Afferent impulslar oqimiga orqqa miya shoxlari va periferik nerv tolalari sathida turli blokadalar vositasida to'sinlik yaratish. SHu maqsadda, peridural, subaraxnoidal, perisakral, interkostal va hokazolar qo'llaniladi.
 4. Refleksoterapiya yordamida endogen opoid peptidlarning ajralib chiqishini kuchaytirish orqali autoanalgeziyani rag'batlantirish.
 5. Gipnotik usuldan foydalanish. Bu usul mustaqil holda qo'llanilmasa ham suggestiv element shaklida ishlatiladi.
 6. Neyroxirurgiya uslublari - periferik nevrofiz, ximiyaviy va lazerli gipofizektomiya o'tkazish, simpatik gangliylarini olib tashlash kabilardan iboratdir.
 7. Ximiyaviy moddalar va fizik omillar yordamida autoanalgeziya o'tkazish.
- Ko'p tarkibli yoki bugungi kunda multimodal deb nomlangan analgeziyaning konsepsiyasi turli ta'sir mexanizmiga ega bo'lgan dori moddalarni birgalikda qo'llash tamoyiliga asoslangan bo'lib, oxir oqibatda ularning ta'siri qo'shilishi hisobiga yuqori analgetik samara kelib chiqadi. Prostoglandin xarakteridagi biologik faol moddalarning klassik ingibitori bo'lib yallig'lanishga qarshi nosteroid moddalar hisoblanadi (ketoprofen, ketonal). Kalsiy kanali blokatori sifatida nifedipin, veropamil qo'llaniladi.

Operatsiyadan keyingi davrda og'riqsizlantirishdan asosi maqsad notsitseptiv reaksiyalarni oldini olish hisoblanadi. Opoid analgetiklarni monoanalgeziya sifatida qo'llash samaradorligi 25-30% oshmagani holda, ko'p hollarda dozani oshirish hisobiga nojo'ya ta'sirinamoyon bo'lishiga olib keladi va operatsiyadan keyingi davrda turli asoratlarni (nafas depressiyasi) kelib chiqishiga sabab bo'ladi. SHuni hisobga olib keyingi vaqtlarda multimodal analgeziya amaliyotga keng tadbiiq qilindi. Qo'llaniladigan dori moddalar bir – birini ta'sirini kuchaytirishi natijasida ularni miqdorini kamaytirish, ya'ni kichik dozada qo'llash imkoniyati paydo bo'ladi va nojo'ya ta'siri bartaraf etiladi. Operatsiyadan keyingi davrda og'riqsizlantirishni ayrim misollarni keltiramiz.

Sertofen – 50 mg m/o yoki t/ichiga 1marta sutkasiga.

Sertofen – 50 mg m/o 1 marta sutkasiga.

Morfin – 10mg – (1 ml) 1 marta sutkasiga.

SHunisi e'tiborliki Sertofen sutkasiga 1 marotaba qilingani holda, ta'siri 24 soat davom etadi va samaradorligi ham saqlab qolinadi. Ikkinchidan Sertofenni birta shprintsda morfin bilan ham qo'llash mumkin.

Dori moddalarning o'zaro tasiridan, operatsiya sohasidan, hajmidan va bemordagi yo'ldosh kasalliklardan kelib chiqib, boshqa multimodal kombinatsiyalar ham bo'lishi mumkin. SHuningdek ko'llaniladigan dori moddalarning ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalari ham hisobga olinishi zarur.

Hozirgi vaqtda barcha xirurgiya, anesteziologiya va intensiv terapiya bo'limlari faqat daliliy tibbiyotda tasdiqlangan anestetik va analgetiklar bilan ishlashi maqsadga muvofiq hisoblanadi. Bugungi kunda eng zamonaviy hosoblanayotgan-bu bemorning o'zi nazorat qiladigan analgeziya usuli hisoblanadi.

Travmatik shok holatida og'riqni qoldirish uchun intensiv terapiyaning quyidagi ketma-ketligiga rioya qilinadi: boshlanishida kolloid va kristalloid suyuqliklarni vena tomiriga oqim bilan quyib, periferik qon aylanishi tiklangandan keyingina og'riqsizlantirish amalga oshiriladi. Aks holda analgetik moddalarning ozgina bo'lsa ham simpatolitik ta'siri tomir o'zani hajmining kengayishiga va AB yanada keskin pasayishiga olib keladi.

Natijada mavjud gipovolemia chuqurlashib organlar perfuziyasi ham yomonlashadi. SHuning uchun ham keyingi vaqtda travmatik shokda ko'roq mahalliy anesteziyani qo'llash tavsiya etiladi.

TESTSAVOLLARI

1. Og'irdarajadagi qusish yoki uzoq davom etuvchi qusi sholib keladi.

a) Qonda xloridoshishi

*b) Qonda xlorid pasayishi

v) Na kamayishi

g) Qon RNsioshishi

2. Operatsiyadan keyingitrombhosil bo'lish profilaktikasi

*a) 5000-10000 ed/sutgeparinyuborish

b) Tozaqon quyish

v) Narkotikanal'getik bilan og'riqsizlashtirish

g) NaCl yuborish.

3. Sirkakislota bilan zaharlanganda oshqozonniyuvis h boshlanadi?

a) NaHCO₃ 4% ml

b) NaHCO₃ 8%

v) Ringenerishmasi

*g) Suv bilan

4. Qorinchaparoksiz maltaxikardiyasini kamayishu chun 1-bo'lib nima qilinadi?

a) Strofatin

b) Novokainamid

*v) Lidokain

g) Obzidan

5. O'tkirchaqorincha

etishmovchiligidao'pkashishinidavolash
nimadanboshlanadi.

a) Venaichigakardiotonikmoddalar

*b) Periferikvazodilyatorlar

v) Sun'iyo'pkaventyatsiyasi

g) O₂ingalyatsiyasi

d) 0,5 lgachaqonchiqarish.

6. Kardiogenshokdavadolovchinarkozqilganda

N₂O₂vaO₂nisbatiqandaybo'ladi?

a) 50% : 50% *b) 70% : 30% v) 60% : 40%

g) 50% : 50% 2,0ml 50%

anal'ginmushakostigayuborib

d) 80% : 20%.

7. NLAdadropidolqilgandankeyinqandayasoratbo'ladi?

a) Taxikardiya

b) Bradikardiya

v) Arterialgipertenziya

*g) Arterialgipjtenziya

8. Miokardinfarktidaog'riqqaqarshikurashdaqaysi usuleffektili?

a) 1% 2,0 morfin+ 1% 2,0 dimedrol

b) Premedol 1% - 1,0 v/v

v) Droneredol 3,0/ 7,5 ml + fentanil 4,0 /0,2 mgv/n

*g) DavolovchinarkozEfunii-Petrovskiybo'yicha

9. GipoksiyaqaysitipidaarterialqonningO₂bilantoy'ishishio'zgaradi?

a) TSirkulyator

b) Anemik

*v) Gipoksik

g) To'qima

d) YUqoridagilar.

10. Qutidagilarningqaysibiridatraxeostomiyaqilindi?

*a)

Bo'yinumurtqasisinishiqovurg'alaridamushakparalich
ibilanbirga

b) Bul'barpoleomelit

v) anafilaktikshokdagibronxospazm

g) Qorinchafibrilyatsiyasidagiapnoeda

d) O'ziniosgandankeyingiholat.

11. Bronxospazmniyo'qotishdako'proqnimaqilish ma'qulroq?

a) Traxeobronxialsekretsiyasiyo'qotish

b) Bo'yinvenalarnishishiniyo'qotishi

v) MVB 1,96 kPa / 20 sm. suv.ust.

*g) RaSO₂ 5,3 kPa / 49 sm.suv.ust.

12. Uyquдорisibilanzaharlangankataodamdaoshqazonqanchamiqdordasuyuqlikbilanyuviladi.

a) 1 l

b) 2 l v) 15 l

g) 17 l

*d) 10 l

13. Bemorhushsiz, A/B 90/60 min.s.u. nafassoni 30 tarefleksyo'qolganhamdakeltirilganto'shagioldida Naetaminbo'shfilakoni.

Onasiningaytishichaflakonda

30

tatabletkabo'lgan. 1-navbatdanimaqilinadi?

a) Forsirlangandiurez

b) Gemosorbtsiya

v) IVLgao'tkazish

*g) Traxeyaintubatsiyasi, oshqozonyuvish

d) Oshqozonyuvish, venaichigabemegridyuborish.

14. Metilspirtizaharlangandaspetsifikterapiya.

a) Venaichiga 50 mg/kgbemegrid

b) Forsirlangandiurez

v) Barvaqtgemosorbtsiya

*g) Venaichigaetilspirti 2 ml/kgsutkada

d) Venaichiga 20-40% glyukozainsulinbilanyuborish.

15.

Qastdano'zinizaharlanganbemorniambulatorevdolanishinipsixiatrmaslahatisiztavsiyaqilishmumkinmi?

*a) Hab) Yo'q

16. Mendel'sonsindromikelibchiqishibog'liq:

a) Aspiratsiyalangansuyuqlikhajmibilan

*b) Oshqozonshirasikislotaliligibilan

v)

Oshqozonsuyuqligibilano'tsuyuqligiaralashmasibilan

g) Allergikfon

d) parasimpatiknervsistemasitonusbilan.

17. Gipoglikemikkomaningasosiyopatogenezi:

a)

Kompensatsiyalashmaganmetabolikatsidozrivojlanishi.

b) YUrak etishmovchiligi.

*v)

Miyato'qimasidaglyukozanikontsentratsiyasipasayishi

i

g) Jigar etishmovchiligi

d) Barchasi.

18. Gipoglikemiyadaqondaglyukozanechaga etgandaklinikbelgilarnamoyonbo'ladi?

a) 8 mmol'/l

b) 6 mmol'/l

v) 5 mmol'/l

g) 3 mmol'/l

*d) 3 mmol'/ldankam.

19. Qandliabetkeltiribchiqaradi:

*a) Barvaqtaterosklerozkelibchiqadi

b) Jigar etishmovchiligi

v) Osteoxondroz

g) Polinevritvanevralgiya

d) Barchasi.

20. MO'QABdahushningyo'qolishsababi:

a) Miyatomirlariningkengayishi

*b) Miyatomiralarispazmi

v) Miyachuqurstrukturalaribuzilishi.

g) Boshmiyashishi

d)

Miyagakeladiganglyukozamiqdoriningtezdakamayishi.

21. Sog'lomodamdamiyaqonaylanishitezligi:

a) 10 ml/100 grmiyaminutida

b) 20 ml/100 grmiyaminutida

v) 30 ml/100 grmiyaminutida

*g) 40 ml/100 grmiyaminutida

d) Boshqato'qimalardanfarqqilinmaydi.

22. SO₂miyatomirlarigaqandayta'sir qiladi?

*a) Kegaytiradi

b) Qisqartiradi

v) Toraytiradi

d) Falaj qiladi

Qorinda og'riq sindromi. Ichak, jigar, buyrak sanchig'i. Diagnostikasi. SHoshilinch yordam. UASH taktikasi

A'lo 5 baho	86-100%	Talaba Qorinda og'riq sindromi. Ichak, jigar, buyrak sanchig'i. Diagnostikasi. SHoshilinch yordam. UASH taktikasi to'grisida to'liq nazariy bilimga ega bo'lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga Ega bo'lsa, amalda qo'llay olsa, mustaqil mushohada yuritsa, ijobiy fikrlay olsa
YAxshi 4 baho	71-85.9%	Talaba Qorinda og'riq sindromi. Ichak, jigar, buyrak sanchig'i. Diagnostikasi. SHoshilinch yordam. UASH taktikasi to'grisida to'liq nazariy bilimga ega bo'lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga Ega bo'lsa, amalda qo'llay olsa.
Qoniqarli 3 baho	55-70.9%	Talaba Qorinda og'riq sindromi. Ichak, jigar, buyrak sanchig'i to'grisida tushunchaga ega bo'lsa,
Qoniqarsiz 2 baho	55 dan past	Talaba: bilmasa va aniq tasavvurlarga Egabo'lmasa, qo'shimcha yo'naltirilgan savollarga javob bera olmasa.

Бухоро Давлат Тиббиёт институти
Даволаш факултети

Мавзу: Оғриқ ва оғриқ
синдроми.

Theme: The pains and
pain syndrome



Бухоро Давлат Тиббиёт институти
Даволаш факултети

- Мавзу:** Кардиоген шок. Этиология, классификация, клиника, реанимацион чора тадбирлар ва интенсив терапия.



- Theme:** The cardiogenic shock. The etiology, classification, clinic, reanimation and intensive care of cardiogenic shock.

SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI
BUXORO DAVLAT TIBBIYOT
INSTITUTI TEZ TIBBIY YORDAM
KAFEDRASI.

Mavzu (Theme) : Astmatik status.

T.f.n. dots. Eshonov O.Sh

БУХОРО-2012

Бухоро Давлат Тиббиёт институти
Даволаш факултети

- Мавзу:** Гиповолемик шок. Этиология, классификация, клиника, реанимацион чора тадбирлар ва интенсив терапия.
- Theme:** The hypovolemic shock. The etiology, classification, clinic, reanimation and intensive care of hypovolemic shock




Амалий машғулот мавзуси:

**Қайта тақсимланувчи
ШОК**

Асс. Исмоилов З
Т.ф.н доц. Эшоннов О.Ш.

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ МАВЗУСИ:

**СТРАНГУЛЯЦИОН
АСФИКСИЯ**

Асс. Исмоилов З
Т.ф.н доц. Эшоннов О.Ш.

Бухоро Давлат Тиббиёт институти
Даволаш факултети

Мавзу: Ҳар хил
этиологияли коматоз
ҳолатларда реанимация ва
интенсив терапия

Theme: The coma. The
reanimation and intensive
care of coma



Бухоро Давлат Тиббиёт институти
Даволаш факултети

Мавзу: Экзоген
интоксикациялар. Этиология,
классификация, клиника,
шошилиш тез ердан курсатиш
принциплари

Theme: The exogenous
intoxication. The etiology,
classification, clinic, reanimation
and intensive care of exogenous
intoxication.



byLix.com

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ МАВЗУСИ:

ЭКЛАМПСИЯ ВА ЭКЛАМПСИК КОМА

Асс. Исмоилов З
Т.ф.н доц. Эшонев О.Ш.

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ МАВЗУСИ:

АЙРИМ КРИТИК ҲОЛАТЛАРДА РЕАНИМАЦИОН ВА ИНТЕНСИВ ДАВО

Асс. Исмоилов З
Т.ф.н доц. Эшонев О.Ш.

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ МАВЗУСИ:

ТАБИЙ ОФАТЛАР ТИББИЁТИ

Асс. Исмоилов З
Т.ф.н доц. Эшонев О.Ш.

Elektrondarsliklarro'yxati

(Fakvagospital xirurgiyakafedrasianesteziologiyavareanimatologiyakursibilan)

№	Fannomi	Asosiyadabiyot nomi	AsosiyadabiyotningInternetdagimanzili		
			Institutsaytida	Kafedrasaytida	Internetningboshkasaytlarida
1	2	3	7	8	9
1	Anesteziologiyavareanimatologiya	DolinaE.A. «Anesteziologiyavareanimatologiya». 1996.	http://buxdti.uz/ebook/tib	http://ustoz.com/fagost/ebook	http://www.booksmed.com/engine/go.php?url=aHR0cDovL2Jvb2tzbWVhLmNvbS91cGxvYWRzL2ZpbGVzODcxYXNXLzA4NjUucmFy
2	Anesteziologiyavareanimatologiya	BunyatyanA.A. «Anesteziologiyavareanimatologiya». 1985.	http://buxdti.uz/ebook/tib	http://ustoz.com/fagost/ebook	http://www.booksmed.com/engine/go.php?url=aHR0cDovL2Jvb2tzbWVhLmNvbS91cGxvYWRzL2ZpbGVzODcxYXNXLzIxMjUucmFy
3	Anesteziologiyavareanimatologiya	ButrovA.V. «Ekstrennayaanesteziologiya».	http://buxdti.uz/ebook/tib	http://ustoz.com/fagost/ebook	http://medobook.com/575-ekstrennaya-anesteziologiya-butrov-av-1990-g.html
4	Anesteziologiyavareanimatologiya	DarbiyanT.M. «RUKovodstvopoklinicheskoyreanimatologii». 1973.	http://buxdti.uz/ebook/tib	http://ustoz.com/fagost/ebook	http://www.booksmed.com/engine/go.php?url=aHR0cDovL2Jvb2tzbWVhLmNvbS91cGxvYWRzL2ZpbGVzODcxYXNXLzE2MDcucmFy
5	Anesteziologiyavareanimatologiya	NegovskiyV.A. «Osnov'reanimatologii». 1977.	http://buxdti.uz/ebook/tib	http://ustoz.com/fagost/ebook	http://depositfiles.com/ru/files/pm424xw10
	Anesteziologiyavareanimatologiya	Dj.EdvardMorgan. Klinicheskayaanesteziologiya. Tom 1.1998	http://buxdti.uz/ebook/tib	http://ustoz.com/fagost/ebook	http://dl.rutacker.org/forum/dl.php?t=1699249&guest=1
	Anesteziologiyavareanimatologiya	Dj.EdvardMorgan. Klinicheskayaanesteziologiya. Tom 2. 2000.	http://buxdti.uz/ebook/tib	http://ustoz.com/fagost/ebook	http://dl.rutacker.org/forum/dl.php?t=1699249&guest=1
	Anesteziologiyavareanimatologiya	P.Marino. Intensivnayaterapiya. 1997.	http://buxdti.uz/ebook/tib	http://ustoz.com/fagost/ebook	http://www.webmedinfo.ru/intensivnaya-terapiya-pol-l-marino.html
	Anesteziologiyavareanimatologiya	Zil'berA.P. Klinicheskayafiziologiyavanesteziologiiireanimatologii	http://buxdti.uz/ebook/tib	http://ustoz.com/fagost/ebook	http://www.twirpx.com/signup/
	SHoshilinchholatlar	SuminS. A. Neotlojn'esostoyaniya. 2000.	http://buxdti.uz/ebook/tib	http://ustoz.com/fagost/ebook	http://booksmed.com/engine/go.php?url=aHR0cDovL2Jvb2tzbWVhLmNvbS91cGxvYWRzL2ZpbGVzODcxYXNXLzAzMDcucmFy

GLOSSARIY

- Agoniya** – terminalholatning ikkinchibosqichiboʻlib, organizm hayotiy kuchlarining soʻnishiga qarshimiyabarcha strukturalarining qisqamuddatga faollashishi, klinikoʻlimdan oldingiholat.
- Adaptatsion sindrom** – patogen qoʻzgʻatuvchilarta sirida odam organizmidasodirboʻladigan nospestifikoʻzgarishlari yigʻindisi.
- Adsorber** – gazonarkotikaralashmatarkibidankarbonat angidrid vasuvbugʻlarini biriktirib qoluvchi sorbent solingan moslamamoslama.
- Akrostantoz** – tananing distal qismlari – barmoqlarning koʻkarishi.
- Alkaloz** – organizmda asoskationlarikoʻpayish va qonishqoriy ligioshishinatinijasidaki slotatishqormuvozanatining buzilishi.
- Allergiya** – organizmning reaktivligioʻzgarishinatinijasidahar xil moddalarga nisbatan sezuvchanligining ortishi.
- Anesteziya** – barcha sezgurlarini yoʻqotish.
- Analʻgeziya** – ogʻriqni qoldirish.
- Analeptiklar** – terapevtik dozalar da u zunch oqmiyadagivazomotor va nafas markazlarining pasaygan faoliyatini kuchaytiruvchi yoki tiklovchidori-darmonlar.
- Anuriya** – siydik hosil boʻlmasligi.
- ApnoE** – nafastoʻxtashi.
- Aritmiya** – yurakning qisqaruvchanlik, qoʻzgʻaluvchanlik, oʻtkazuvchanlik va avtomatizmining buzilishioqibatidiyurakni notekis qisqarishi.
- Asistoliya** – yurakning qisqarish faoliyatitoʻxtashinatinijasida, qonaylanishining toʻxtashturi.
- Aspiratsiya** – nafas olish vaqtida nafas yoʻllariga suyuq va qattiq moddalarni ketib qolishi.
- Astmatik status** – bronxial astmaning asoratiboʻlib, bronxlar oʻtkazuvchanligining buzilishi, simpatomimetik va bronxolitiklarga rezistentlik paydoboʻlish bilan ifodalanganuvchi patologik holat.
- Asfiksiya** – boʻgʻilish holatidan keyingioʻtkir kislorod etishmovchiligi.
- Atelektaz** – oʻpkayoki uning biror qismining bujmayishi.
- Astidoz** – kislotatishqormuvozanatining buzilishiboʻlib, organizmda N^+ ionlarimiqdorining ortishibilan xarakterlanadi.
- Biologikoʻlim** – hayotiy muhima zohar hujayralarida qaytmametabolikoʻzgarishlarnatinijasidagiqaytmasholat.
- Bradikardiya** – yurak urish sonining daqiqasiga 60 tadan kamayishi.
- BradipnoE** – nafas sonining minutiga 12 tadan kamayishi.
- Bronxospazm** – bronxlar silliq mushaklarining spazmi.
- Gematokrit** – qonshakliy Elementlarining uning suyuq qismiganisbati.
- Gemodializ** – Ekstrokorporal detoksikatsiya usuli, qondan kichik va oʻrtamolekulyar moddalarni tanlab yarimoʻtkazgich membrana orqalidifuziyoʻlibilanjratish.
- Gemodilyustiya** – infuzion terapiya usuli, bunda plazma oʻrninibosuvchi Eritmalar bilan qonni suyultirib, reologiyasini yaxshilash.
- Gemoliz** – Eritrostitlar parchalanishioqibatidagemo globinning plazmagachiqishi.
- Giperbarik oksigenatsiya (GBO)** – barokamera sharoitida, davolash maqsadida, yuqori atmosferabosim ostidaki kislorod qoʻllash.
- Giperventilyatsiya** – minutlik nafas sonining 22 tadan oshishi.
- Gipervolemia** – qontomirlarda suyuqlikning meyoridankoʻpayishi.
- Gipergidrataatsiya** – organizmda suyuqlik hajmikoʻpayishi.
- Giperglikemiya** – qondagi qand miqdorining meʼyordan oshishi.
- Gipoglikemiya** – qondagi qand miqdorining meʼyordan kamayishi.
- Giperkapniya** – SO_2 parstial bosimining qonvatoʻqimlarda ortishi.
- Giperoksiya** – organizmda oʻqimlarida O_2 miqdorining ortishi.
- Gipertermiksindrom** – patologik jarayon. Gipotalamusdagi termoregulyatsiya buzilishinatinijasidan aharoratining meyoridankoʻtarilishi.
- Gipoventilyatsiya** – alʼveolalar ventilyatsiyasining sekinlashishi, nafas hajmivada qiqalik nafas hajmining kamayishi.
- Gipovolemia** – aylanayotgan umumiy suyuqlik hajmining kamayishi.
- Gipokapniya** – arterial qonda SO_2 parstial bosimining kamayishi.
- Gipoksemiya** – qonda O_2 parstial bosimining kamayishi.
- Gipoksiya** – organizmdaki kislorod etishmasligi.
- Sunʼiy gipotermiya** – tanaharoratini sunʼiy ravishda pasaytirish.
- Sunʼiy gipotoniya** – qontomir tonusini sunʼiy pasaytirish hisobiga, qisqamuddatga arterial qon bosimining pasayishiga Erishish.
- Degidrataatsiya** – organizmdagi suyuqlik hajmining kamayishi.
- Degidrataatsion terapiya** – organizmdagi suyuqlik miqdorini kamaytirishga qaratilgan davolash muolajalari.
- Dezintoksikatsion terapiya** – organizmdagi toksik moddalarni miqdorini kamaytirishga qaratilgan infuzion davolash muolajalari.

Detoksikasiya - organizmni zahar moddalardan tozalash.

Dekortikasiya - boshmiya po'stlog'i hujayralari funktsiyasining to'liq yo'qolishi.

Dekurazatsiya - relaksant ta'sirini yo'qotish uchun antidotyuborish.

Defibrillatsiya - yurak qorinchavabo'l machalarini muskullarining fibrillar qisqarishlarini to'xtatish.

Desterebratsiya - kattamiya oldingibo'l malari hujayralari faoliyatining to'liq buzilishi.

Dozimetr - gazoqiminivag'to'lchamibirligidaboshqaruvchimoslama.

Yordamchisun'iynafas - bemorning spontannafasietarlibo'l maganda, maxsus apparatlar yordamida, sun'iyravishdabemorningnafashajmini oshirish.

Intensiv terapiya - organizm hayoti uchun zarur bo'lgan organlari funktsiyalarini tiklash uchun kuchaytirilgan davolash muolajalari.

Intubatsiya (traxeyaintubatsiyasi) - traxeyaga Endotraxealni nayikiritish.

Infuziya - organizmgahar xil Eritmalarni to'ldirishga kiritish.

Kliniko'lim - boshmiya xujayralarining kislorodsiz va oziq moddasiz sharoitdagi yashash holati.

Kollaps - qontomirtonusining birdanigapasayish oqibatidagi arterial gipotenziya.

Konnektor - Endotraxeal trubkani adapterga birlashtiradigan moslama.

Kriz - kasallik alomatlarining birdan zo'ravishi.

Laringospazm - tomoq mushaklarining qisqarish natijasidatovush yo'lining qisman yoki to'liq berkilishi.

Oliguriya - sutkalik siydik miqdorining 500 mldan kamayishi.

Oligoanuriya - sutkalik siydik miqdorining 100 mldan kamayishi.

Poliuriya - sutkadabuyraklardansiydikajralishining patologik ko'payishi (2 l dan ortiq).

Preagonal holat - o'limning boshlang'ich bosqichibo'lib, markaziy nerv tizimi faoliyatining, nafas va qon aylanishining qaytar buzilishidir.

Postreanimatsion kasallik - klinik o'lim va terminal holatlarda o'tkazilgan reanimatsion choratadbirlardan keyin tiklanish davrida organizmning hayotiy muhim funktsiyalarini patologik o'zgarishlari bilan xarakterlanadigan kasallik.

Reanimatologiya - boshmiya va organizm funktsiyalarini o'z qonunlarini avlarni faoltiklashni o'rganadigan fan.

Reanimatolog - reanimatologiya ning nazariyasi va amaliy ko'nikmalarini Egallagan shifokor.

Reanimator - o'pka-yurak reanimatsiyasini bajaruvchi shifokor yoki paramedik.

Reanimatsiya - qon aylanishini va nafas to'xtatganda organizmning hayotiy muhim funktsiyalarini av birinchi navbatdaboshmiya faoliyatini tiklash uchun ko'rsatiladigan davolash tadbirlari.

Renoprivholat - ikkalab buyrakning hambo'l maslik holati.

Relaksatsiya - mushak tonusining bo'shashishi.

Rekurazatsiya - relaksant ta'sirini qaytanamoyonbo'lishi.

Regurgitatsiya - oshqozon saqlanmasining tomoqbo'shlig'iga passiv chiqishi.

Reduktor - gazlar bosimini talabga mos pasaytiradigan moslama.

Sekvestratsiya - qonni periferiyada patologik o'planishi.

Sladjsindrom - Eritrostitlarning agregatsiyasini hisobiga konglomeratlar hosil qilishi.

Sostialo'lim - qisman qaytuvchi holatbo'lib, boshmiya po'stlog'i funktsiyasi yo'qolishi (surunkali vegetativ holat, apalliksindrom, desterebratsionsindrom).

Spontannafas - mustaqil nafas.

Sun'iynafas (O'SV) - nafasetishmovchiliklarida etarligazalmashinuvini ta'minlash uchun sun'iyravishdan nafas berish.

Surfaktant - nafaschiqarganda al'veolalarning yopishib qolishiga qarshilik ko'rsatuvchi, al'veolyar Epiteliy hujayralarini tomonidan ishlab chiqariluvchi tiarilektatik omil.

Taxipnoe - nafas olishning minutiga 22 dan ortiq bo'lishi.

Terminal holat - organizm hayotiy muhim funktsiyalarining o'tasustlashuvibo'lib, preagonal, agonal va klinik o'lim holatlarini qamrab olgan.

Transfuziya - qon va uning komponentlarini to'ldirishga quyish.

Uremiya - buyrak etishmovchiligini natijasidametabolizm mahsulotlarining (mochevina, kreatinin, azot qoldiqlari) qondako'payishi.

Fibrillatsiya - qo'zg'alishning qorinchavabo'l macha o'tkazuvchi tizimio'ralibuzilish oqibatidayurak mushaklarining nomutanosib qisqarishi.

SHok - organizmning har qanday kuchlita'sirga qarshiihimoyareaksiyasi.

Ekstubatsiya - Endotraxealni naychanitraxeyadan chiqarib olish.

Endotoksikoz - gomeostazni buzilish natijasida qondatoksinlar (oraliq mahsulotlar) ning ko'payishi.

Eritrostitlar agregatsiyasi - Eritrostitlarning fibrin bilan birikib, har xil kattalikdavi azichlikd konglomeratlar hosil qilishi.

O'tkir nafasetishmovchilik - organizmning patologik holatibo'lib, tashqi nafas organizmni etarli O₂ bilanta'minlayolmasligi va SO₂ ni to'liq chiqaraolmasligi bilan xarakterlanadi.

Havoo'zkazgich - yuqorinafas yo'llariga havoo'tishiravonligini ta'minlovchi moslama.

7.

Institut rahbarining buyrug'ib bilan ichkinazorat va monitoring bo'limi rahbarligida tuzilgan komissiya ishtirokida Anesteziologiya-reanimatologiya va SHoshilinch holatlar fanlaridanyakuniynazorat nio'tkazish jarayonidavriy ravishda o'rganib boriladi va unio'tkazish tartiblaribuzilgan hollarda, yakuniynazorat natijalaribekorqilinishi mumkin. Bunday hollarda yakuniynazorat qayta o'tkaziladi.

III. Baholashtartibivamezonlari

10. Talabalarning bilim saviyasi, ko'nikma va malakalarini nazorat qilishning greyting tizimi asosida talabaning Anesteziologiya-reanimatologiya va SHoshilinch holatlar fanlaribo'yicha o'zlashtirish darajasiballorqaliifodalanadi.

11. Anesteziologiya-reanimatologiya va SHoshilinch holatlar fanlaribo'yichatalabaning stikldavomidagi o'zlashtirish ko'rsatkichi 100 ball tizimida baholanadi.

Ushbu 100 ball nazoraturlaribo'yicha quyidagichataqsimlanadi:

joriy baholash - 45 ball;

mustaqilish - 5 ball;

yakuniy baholash - 50 ball;

Tibbiyot instituti talabalarinio'qitish uslublarinio'ziga xosligini inobatga olgan holda bilimini baholashda JB, TMI va YABlarning qiymatini hisobga olish uchun ko'rsatkichlar qo'llaniladi.

Fanlarning auditoriya soatlari 72 soatdankam bo'lgan xolda ushbu 100 ball nazoraturlaribo'yicha quyidagichataqsimlanadi:

joriy baholash - **45 ball**

mustaqilish - **5 ball**

yakuniy baholash - **50 ball**

JAMI 100 ball

№	Baxolashturi	Maksimal ball	Saralash bali	Koeffitsient
1.	Joriy baxolash	45	24,75	0,45
2.	TMI	5	2,75	0,05
3.	YAKuniy baholash	50	27,5	0,5
	JAMI	100	55,0	1

12. Talabaning greytingdaftarchasiga alohida qayd qilinadigan mazkur fanlarbo'yichayakuniynazorat 100 ball tizimida baholanadi.

13. Talabaning Anesteziologiya-reanimatologiya va SHoshilinch holatlar fanlaribo'yicha o'zlashtirish ko'rsatkichini nazorat qilishda quyidagina munaviy mezonlar tavsiya etiladi:

a) 86-100 ball uchun talabaning bilim darajasi quyidagilargajavob berish lozim:

xulosava qaror qabul qilish;

ijodiy fikr layolish;

mustaqil mushohada yuritish;

olgan bilimlarini amalda qo'llayolish;

mohiyatini tushunish;

bilish, aytib berish;

tasavvurga egabo'lish.

b) 71-85 ball uchun talabaning bilim darajasi quyidagilargajavob berish lozim:

mustaqil mushohada yuritish;

olgan bilimlarini amalda qo'llayolish;

mohiyatini tushunish;

bilish, aytib berish;

tasavvurga egabo'lish.

v) 55-70 ball uchun talabaning bilim darajasi quyidagilargajavob berish lozim:

mohiyatini tushunish;

bilish, aytib berish;

tasavvurga egabo'lish.

v) quyidagi hollarda talabaning bilim darajasi 0-54 ball bilan baholanishi mumkin:

aniqtasavvurga Egabo'Imaslik;
bilmaslik.

14. Namunavi mezonlarasosida Anesteziologiya-
reanimatologiyavaSHoshilinchholatlarfanlaridan joriy va oraliq nazoratlarbo'yicha aniq mezonlar ishlab chiqildi,
kafedramudiri tomonidan tasdiqlandi va talabalar gahar birstiklboshida o'qib Eshittiriladi.

16. Talabalarining Anesteziologiya-
reanimatologiyavaSHoshilinchholatlarfanlaribo'yichamustaqilish joriy va yakuniy nazoratlar jarayonida tegishli to
pshiriqlarni bajarish va unga ajratilgan ballardankelibchiqqan holda baholanadi.

17. Talabaning fanlarbo'yicha reytingi quyidagicha aniqlanadi:

$$R_f = \frac{V \cdot O'}{100}$$

buerda:

V – semestrda fanga ajratilgan umumiy o'quv yuklamasi (soatlarda);

O' – fanbo'yicha o'zlashtirish darajasi (ballarda).

18. Anesteziologiya-
reanimatologiyavaSHoshilinchholatlarfanlaribo'yichajoriy va yakuniy nazoratlarning har biriga ajratilgan ballning
55 foizisaraslashball Etib belgilanadi.

Joriy nazoratning vatalabamustaqilishining har biriga ajratilgan ballning saralashballi 55
foizidan ortiq ball to'plagan barcha talabalar mazkur fanlarbo'yichayakuniy nazoratga kiritiladi.

Agartalabayakuniy nazoratdashi nazorat uribo'yichasaraslashballidanyuqoriball to'plasa,
buball joriy nazorat dato'plangan ballarga qo'shiladi.

19. Talabaning stikldavomida Anesteziologiya-
reanimatologiyavaSHoshilinchholatlarfanlaribo'yichato'plagan umumiy balli har bir nazorat uridan belgilangan qoi
dalarga muvofiq to'plagan ballariyig'indisigateng.

IV. Nazorat turlarini o'tkazish muddati

20. YAkuniy nazorat urikalendartematik reja gamu vofiqdekanatomonidan tuzilgan reyting nazorat jadvali arasosida o'
tkaziladi. YAkuniy nazorat stiklning oxirida o'tkaziladi.

21. Joriy nazorat dasaralashballidankamball to'plagan va uzrlisabablarga ko'ranazoratlarda qatnasha olmagan talabagaq
aytatopshirish uchun, navbatdagishunazorat urigacha,
so'nggi joriy nazorat uchun yakuniy nazoratgachabo'lgan muddat beriladi.

Belgilangan muddatlarda topshirilgan joriy va oraliq nazorat ballari keyingibaholashballariga qo'shilmaydiv
aqaytatopshirishga ruxsat berilmaydi.

Kasalligisabablidarslarga qatnashmagan hamda belgilangan muddatlarda joriy,
oraliq va yakuniy nazoratlarni topshira olmagan talabalar gafakul'tetdekanifarmoyishiasosida,
o'qishni boshlaganidan so'ng kurs mudiri belgilagan muddatda topshirishga ruxsat beriladi.

22. STiklyakunida mazkur fanlarbo'yichajoriy,
yakuniy yoki TMInazorat turlarini har biribo'yichasaraslashballidankamball to'plagan talabaning o'zlashtirish qoniqa
rsiz (akademik qarzdor) hisoblanadi.
Akademik qarzdor talabalar gase mestr tugaganidan keyinqayta o'zlashtirish uchun 2 haftamuhlat beriladi.
SHumuddatdavomida ushbu fanlarni o'zlashtira olmagan talaba,
fakul'tetdekanitavsiyasigako'rabelgilangan tartibda rektorning buyrug'ibilan talabalar safidanchetlashtiriladi.

23. Talabanazorat natijalaridan norozibo'lsa,
ushbu fanlarbo'yichanazorat urin natijalari E'lon qilingan vaqt dan boshlab bir kun mobaynida fakul'tetdekaniga arizab
ilan murojaat Etishim umkin. Bunday holda fakul'tetdekanining taqdimnomasigako'rarektor buyrug'ibilan 3 (uch)
a'zodankambo'lgan tarkibda apellyastiyakomissiyasitashkil Etiladi.
Apellyastiyakomissiyasitalabalarining arizalariniko'ribchiqib, shukunningo'zida xulosasinibildiradi.

24. Baholashningo'rnatilgan talabalarasosidabelgilangan muddatlarda o'tkazilishi hamdarasmiylashtirilishi fakul'tetde
kani, kafedramudiri, o'quvbo'limi hamda ichkinazorat va monitoringbo'limitomonidan nazorat qilinadi.

V. Reyting natijalarini qayd qilish va tahlil Etish tartibi

25. Talabaning mazkur fanlarbo'yichanazorat turlaridato'plagan ballari stiklyakunida reyting qaydnomasigabutunsonla
r bilan qayd qilinadi. Reytingdaftarchasining "O'quv rejasida ajratilgan soat"

ustunigasemestruchunfangaaajratilganumumiyo'quvyuklamasoatlari, "Fandanolinganhaho" ustunigaEsa 100 balliktizimdagio'zlashtirishiqo'yiladi.

Talabaningsaralashbalidanpastbo'lgano'zlashtirishireytingdaftarchasigaqaydEtilmaydi.

26. Mazkurfanlarbo'yichao'tkaziladigannazoratturlariningnatijalariguruhvaprofessor-o'qituvchijurnallarihamdaqaydnomadaqaydEtiladiva (nazoratturiyozmaishshaklidao'tkazilganbo'lsa, 2 (ikki) kunmuddatichidatalabalarE'tiborigaetkaziladi.

27.

YAkuniynazoratnatijalarigako'radekanattalabalarningmazkurfanbo'yichareytinginianiqlaydihamdareytingdaft archavaqaydnomaningtegishliqisminito'ldiradi.

28. Talabaningreytingiuningbilimi, ko'nikmasivamalakalaridarajasinibelgilaydi.

29. Joriyvayakuniynazoratnatijalari "Fakultetvagospital xirurgiya" kafedrayig'ilishlarida, muhokamaEtibboriladivategishliqarorlarqabulqilinadi.

Anesteziologiya-reanimatologiyavaSHoshilinchholatlarfanlaridan 5-6-
kurstalabalariningbiliminibaxolashreytingtizimito'g'risidaNizom «FakultetvaGospital xirurgiya»
kafedrasimajlisining «02 » sentyabr 2010 yildamuhokamaqilinib, 3-sonlibayonnomabilantasdiqlangan.

Talabamustaqlishinitashkiletish, nazoratqilishvabaholashtartibito'g'risida

NamunaviyNizom. Umumiyqoidalar

MazkurNizomUzbekistonRespublikasiVazirlarmaxkamasining 2001 yil 16 avgustdagi «Oliyta'limningdavlatda'limstandartlarinitasdiklashtug'risida»gi 343
sonlikarorigamuvofikkadrlartayerlashsifatininazoratqilishdatalabalarningmustakilishlarinitashkilEtish,
nazoratqilishvabaxolashtartibinibelgilaydi.

Talabaningmustakilishiukuvrejasidamuayyanfanniuzlashtirishuchunbelgilanganukuvishlariningajralma skismibulib, uuslubiyvaaxborotresurslarijixatdanta'minlanadi,
xamdabajarilishireytingtizimitalablariasosidanazoratkiliniadi.

Institutdatabaning xaftalikmustakilishlariningumumiy xajmibakalavriatningkunduzgibulimida 22 soatnitashkilEtadi.

Ukuvsemestriyakunidatabaningmustakilishibuyichatuplanganreytingballari xarbifanbuyichaauditoriyadagiukuvishlarigaberilganreytingballaribilanbirgalikdagurux reytingkaydnomasida, talabaningreytingdaftarchasidavaukishyakunidabitiruvchigatakdimEtiladigandiplomilovasidakaydEtiladi.

Talabamustaqlishiningmaqsadvavazifalari

Talabamustakilishiningasosiymaksadi —
ukituvchiningraxbarligivanazoratiostidatabadamuayyanukuvishlarinimustakilravishdabajarishuchunzarubul ganbilimvakunikmalarnishakllantirishvarivojlantirish.

Talabamustakilishiningvazifalarikuyidagilardaniborat:

- YAngibilimlarnimustakiltarzdapuxtauzlashtirishvakunikmalargaEgabulish;
- keraklima'lumotlarniizlabtopishkulayusullarivavositalarinianiklash;
- axborotmanbalarivamanzillaridansamaralifoydalanish;
- an'anaviyukuvvailmiyadabietlar, me'eriya xujjatlarbilanishlash;
- Elektronukuvadabietlarvama'lumotlarbankibilanishlash;
- internettarmogidanmaksadlifoydalanish;
- berilgantopshirikningrastionalechimibeligilash;
- ma'lumotlarbazasinitaxlilEtish;
- ishnatijalariniEkspertizagatayerlashvaEkspert xulosasiasosidakaytaishlash;
- topshiriklarnibajarishdatizimlivaijodiyendoshish, ishlabchikilganechim, loyixaekigoyaniasoslash, mutaxassislarjamoasida ximoyakilish.

Talabamustaqlishiningtashkiliyshakllari

TalabamustakilishinitashkilEtishdamuayyanfan (kurs)ning xususiyatlarini, shuningdek xarbirtalabaningakademikuzlashtirishdarajasivakobiliyatini xisobgaolgan xoldakuyidagishakllardanfoydalaniladi:

- kasalliktarixinioyozishvauniximoyakilish;
- ayrima'zolarningmodellarivamulyajlariniasash;
- a'zolarvaularningtuzilishirasmlarivasxemalarinichizish;
- ayrimnazariymavzularniukuvadabietlarierdamidamustakiluzlashtirish;
- berilganmavzubuyichaaxborot (referat) tayerlash;
- seminarvaamaliymashgulotlarga tayergarlikkurish;
- laboratoriyaishlarinibajarishgata tayergarlikkurish;
- nazariybilimlarniamaliyetdakullash;

- amaliytdagimavjudmuammolarningechiminitopish (keys - stadi);
- ilmiymakola, anjumangama'ruzatezislarnitayerlash;
Ukitylaetganfanningxususiyatlaridankelibchikkaxolda,
talabamustakilishinitashkilEtishdaboshkashakllardanxamfoydalanishimumkin.

O'kuvfanlarinamunaviyvaishchidasturlardatalabamustakilishiningshakli, mazmunivaxajmifodaEtiledi.

Talabamustakilishiuchunajratilganvaktbyudjetigamosravishdaxarbirfanbuyichategishlikafedralardamu
stakilishningtashkiliyshakllari, topshiriklarvariantlariishlabchikiladivafakul'tetilmiy -
uslubiykengashidatasdiklanadi.

Mustakilishnibajarishuchunfanlarbuyichatalabalargazaruriymetodikkullanma,
kursatmavatavsiyalarishlabchikiladi.

Talabamustaqilishiningaxborotta'minoti

Talabauchunmuayyanfanbuyichamustakilishtopshiriklaritegishlikafedraprofessori (ekietakchidostent)
tomonidanukuv mashgulotlarinibevositaolibboruvchiukituvchibilanbirgalikdatuziladi,
xamdakafedramudiritomonidantasdiklanadi.

TalabagaberilgantopshirikdamustakilishnibajarishbuyichadastlabkikursatmavatavsiyalarkaydEtiledi.

Mustakilishnibajarishuchuntalabagaaxborotmanbasisifatidaderslikvaukuvkullanmalar,
metodikkullanmavakursatmalar, ma'lumotlartuplamivabanki, ilmiyvaommaviydavriynashrlar,
internettarmogidagitegishlima'lumotlar, berilganmavzubuyichaavvalbajarilganishlarvaboshkalarxizmatkiladi.

Kafedramudirivategishlifakul'tetdekanitakdimnomasiasosidainstitutraxbariyatitalabalargamustakilishl
arnibajarishuchunzaruriyaxborotmanbaavavositalarinibelgilaydi, talabalargaturlikutubxonalar, muzeylar,
tarmokmuassasalarivakorxonalaridanmustakilishuchunzaruriy ma'lumotlartuplashyuzasidansurovnomaxatlarini
rasmiylashtiribberadi.

Oliyta'limmuassasasiraxbariyatitomonidantalabalargamustakilishlarniuzvaktidabajarishuchunkomp'yu
tertexnikasivainternettarmogidansamaralifoydalanishuchunshart – sharoitlaryaratibberiladi.

Talabamustaqilishininazoratqilishvabaholash.

Xarbirfanbuyichatalabamustakilishigaraxbarlikkilishiyuklamasi (ishchiukuvrejasining 10
ustunidakeltirilgan) professor – ukituvchishaxsiyishrejasiningtashkiliy - uslubiybulimida (1540 soatdoirasida)
kaydEtiledi.

Talabamustakilishigaraxbarlikkilishtuziladiganvafakul'tetdekanitomonidantasdiklangankonsul'tastiyal
arjadvaliasosidaamalgaoshiriladi.

Talabamustakilishibuyichakonsul'tastiyasoatlariguruxjurnalidakaydEtibboriladi.

Talabamustakilishininazoratkilishukuv mashgulotlarinibevositaolibboruvchiukituvchitomonidanamalga
oshiriladi.

Talabareytingkursatgichlari, shujumladanmustakilishbuyicha , an'anaviyguruxreytingoynasidava (yoki)
fakul'tetningmaxsusElektrontarmogidayoritibboriladi.

Talabamustakilishininazoratkilishturlarivaunibaxolashmezonlaritegishlikafedratomonidanbelgilanadiv
afakul'tetilmiyKengashidatasdiklanadi. Mustakilishlarnibaxolashmezonlaritalabalargaukuvyili

(semestri) boshlanishioldidanmetodikmateriallaribilanbirgalikdatarkatiladi.

Mustakilishbuyichabelgilanganmaksimalreytingbalining 55%
dankamtuplagantalabafanbuyichayakuniynazoratgakuylmaydi.

Fanlarkesimdatalabalariningmustakilishlaribuyichauzlashtirishimuntazamravishdatalabalarguruxlarida ,
kafedrayigilishlarivafakul'tetilmiykengashlaridamuxokamaEtibboriladi.

Talabamustakilishikafedraarxividaruyxatgaolinadivaukuvyilimobaynidasaklanadi.

Oliyta'limmuassasalaridayukoridarajadabaxolangantalabaningmustakilishlarima'naviyvamoddiyjixatd
anragbatlantiriladi.

NIZOM

1. Talabani mustaqil qilishi (TMI) o'quv rejasidagi gospital vafakultet xirurgiya kafedrasidan in'ozlashtirish uchun belgilangan o'quvishlarining ajralmas qism bo'lib, uushlubiy va axborot resurslarini jihatdantaminlanadi, hamdabajarilish rejaytingiz imitalablarisosi danazoratqilinadi.
2. Talabani xaftalik mustaqil qilishlarining xajmi 22 soatni tashkil qiladi.
3. TMI ning asosiy maqsadi o'qituvchining rahbarligi va azorati ostida talabada muayyano'quvishlarini mustaqil ravishdabajar ishi uchun zarur bo'lgan bilim va ko'nikmalarni shakllantirish va rivojlantirishdir.
4. TMI tashkil etishda, xar birtalabani ng akademiku zlashtirish darajasi va qobiliyatini xisobga olgan xolda quyidagishakllardan foydalaniladi:
 - ayrim nazariy mavzularni o'quv adabiyotlarini yordamida mustaqilo'zlashtirish
 - berilgan mavzuga o'yicha axborot (referat) tayyorlash
 - seminar va Amaliy mashg'ulotlarga tayyorgarlik ko'rish
 - nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llash
 - jadvallar, slaydlar, krossvordlarni tayyorlash
 - vaziyatli masalalarni kompleksini ishlabchiqish
 - algoritmlarni testlarni tuzish.
5. TMI shakli, mazmuni va xajmini amunaviy va ishchidasturida ifodalatiladi.
6. Kafedrada TMI ning tashkiliy shakllari, topshiriqlar variantlari ishlabchiqiladi.
7. TMI bajarish uchun gospital vafakultet kafedrasidagi urologiya kursibilan-Fan bo'yicha talabalarga zaruriy metodik qo'llanma, ko'rsatmalar va tavsiyalar ishlabchiqiladi.
8. TMI bajarish uchun talabalarga axborot manbasini sifatida darslik va o'quv qo'llanmalar, metodik qo'llanma va ko'rsatmalar, ma'lumotlarni o'plam va banki, ommaviy davriy nashrlar, komp'yuter texnikasi, va Internet tarmog'idan foydalanish tavsiya qilinadi.
9. TMI ga xabarlik qilish yuklamasi o'qituvchining shaxsiy ish rejasining tashkiliy-uslubiy bo'limida qayd etiladi.
10. TMI ga o'yilgan baho (ball) talabani ng semestr davomidagi gospital vafakultet jarroxliligiga o'yichato'plangan baholariga o'zshiladi.
11. TMI xam 100 ball rejaytingiz imi bo'yicha amalga oshiriladi.
- O'quv jurnalidagi semestrning oxirigamaliy mashg'ulotidan so'ng bitta ustun TMI ga ajratiladi.
12. Kafedrada TMI topshiriqlarini semestr boshida talabalarga etkazadi.
- TMI kafedra arxivida ro'y xatga olinadigan o'quv yilidagi ommidasaqlanadi.
13. TMI xar birkursning uslubiy ishlariga javobgar shaxs va o'quv mashg'ulotlarini bevosita olib boruvchi o'qituvchi bilan birgalikda tuziladigan dafedra mudir tomonidan tasdiqlanadigan azoratqilib boriladi.

MUNDARIJA

Namunaviy o'quv dasturi	3 bet
Kirish	5 bet
O'quv dasturi	13 bet
bet	
MA`RUZA MASHG`ULOTLARI	
1-mavzu: Kirish. O'tkir yurak-qon-tomir etishmovchiligi bilan bemorlarda Reanimatsiya va intensiv davolash.	
1. 1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.	20 bet
1.2. Ma'ruza texnologik kartasi (Muammoli Ma'ruza texnologik kartasi).....	20 bet
2-Mavzu. O'tkir qorincha etishmovchiligi va o'pkashishi bilan bemorlarda Reanimatsiya va intensiv terapiya.	
1. 1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.	25 bet
1. 2. Ma'ruza texnologik kartasi.....	25 bet
Mavzu 3. O'tkir nafas etishmovchiligi bilan bemorlarda Reanimatsiya va intensiv terapiya.	
1. 1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.	29 bet
1. 2. Ma'ruza texnologik kartasi.....	29 bet
Mavzu 4. Har xil etiologiyali komatoz holatlarda Reanimatsiya va intensiv terapiya.	
1. 1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.	33 bet
1. 2. Ma'ruza texnologik kartasi.....	33 bet
AMALIY MASHG`ULOTLARI	
1-mavzu: Xushini yukotish, kollaps, shok. O'tkir buyrak usti bezi etishmovchiligi (O'BUBE). Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish.	
1. 1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.	36 bet
1.2. Amaliy mashg'ulotlari texnologik kartasi.	36 bet
2-mavzu: O'tkir endogen zaharlanish sindromi. Komalar. Gipo- va giperglikemik, jigar, uremik, nevrologik komalar klinikasi, diagnostikasi, tez tibbiy yordam ko'rsatish, UASH taktikasi.	
1. 1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.	41 bet
1.2. Amaliy mashg'ulotlari texnologik kartasi.	41 bet
3-mavzu: O'tkir ekzogen zaharlanish sindromi. Komalar. O'tkir zaxarlanishlar klassifikatsiyasi. Alkol va uning surrogatlaridan, sirka kislotasidan, qo'zikorindan, psixotrop dori vositalaridan, ishqorlardan, noorganik kislitalardan, fosfoorganik birikmalar, is gazidan, vodorod sulfiddan zaxarlanish, xashoratlar va ilon, chayon chakishi klinikasi, diagnostikasi, shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi.	
1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.	48 bet
1.2. Amaliy mashg'ulotlari texnologik kartasi.	48 bet
4-mavzu: Harorat ta'siroti va elektrotravma. Kuyish, sovuq urishi. Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi.	
1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.	68 bet
1.2. Amaliy mashg'ulotlari texnologik kartasi.	68 bet
5-mavzu: Elektrotravma. Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi.	
1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.	75 bet
1.2. Amaliy mashg'ulotlari texnologik kartasi.	75 bet
6-mavzu: Kardial o'lim sindromi. Qon aylanish to'xtashi turlari. Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. O'pka-yurak reanimatsiyasi (O'YUR) o'tkazish tamoyillari. UASH taktikasi.	
1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.	80 bet
1.2. Amaliy mashg'ulotlari texnologik kartasi.	80 bet
7-mavzu: Isitma sindromi. Klassifikatsiyasi, Klinikasi, diagnostikasi. Isitma sindromi tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi	
1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.	88 bet
1.2. Amaliy mashg'ulotlari texnologik kartasi.	88 bet
8-mavzu: Sepsis. Klinikasi, diagnostikasi. Septik shokda tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi	
1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.	95 bet
1.2. Amaliy mashg'ulotlari texnologik kartasi.	95 bet
9-mavzu: Gemorragik sindrom. Massiv qon yo'qotish sindromi, gomologik qon, DVS va tromboembolik sindrom. Klinikasi, diagnostikasi. Tez tibbiy yordam ko'rsatish usullari. UASH taktikasi	
1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.	102 bet
1.2. Amaliy mashg'ulotlari texnologik kartasi.	102 bet

10-mavzu:Nafas siqishi, bo‘g‘ilish. Bronxial astma xuruji, astmatik status. Soxta krup. Nafas etishmovchiligi. YUrak astmasi, o‘pka shishi. O‘tkir o‘pkali-yurak. Diagnostikasi Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi	
1.1. Ta‘lim berish texnologiyasining modeli.	108 bet
1.2. Amaliy mashg‘ulotlari texnologik kartasi.	108 bet
11-mavzu:Arterial gipertoniya.Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi	
1.1. Ta‘lim berish texnologiyasining modeli.	114 bet
1.2. Amaliy mashg‘ulotlari texnologik kartasi.	114 bet
12-mavzu:Gipertonik kriz. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi	
1.1. Ta‘lim berish texnologiyasining modeli.	119 bet
1.2. Amaliy mashg‘ulotlari texnologik kartasi.	119 bet
13- mavzu:YUrak ritmining buzilishi.Paroksizmal taxikardiya. Morgani-Edemsa-Stoksa simptomi. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi.	
1.1. Ta‘lim berish texnologiyasining modeli.	124 bet
1.2. Amaliy mashg‘ulotlari texnologik kartasi.	124 bet
14-mavzu:Ko‘krak qafasidagi og‘rik sindromi. Stenokardiya. Miokard infarkti. Tromboembolik sindrom. Diagnostikasi. SHoshilinch yordam. UASH taktikasi.	
1.1. Ta‘lim berish texnologiyasining modeli.	130 bet
1.2. Amaliy mashg‘ulotlari texnologik kartasi.	130 bet
15-mavzu:Qorinda og‘riq sindromi.Ichak, jigar, buyrak sanchig‘i. Diagnostikasi. SHoshilinch yordam. UASH taktikasi	
1.1. Ta‘lim berish texnologiyasining modeli.	137 bet
1.2. Amaliy mashg‘ulotlari texnologik kartasi.	137 bet
Mul’timediyaalar, diafil’mlar, Elektron darsliklar ro‘yxati.....	142 bet
Elektron darsliklar ro‘yxati.....	144 bet
GLOSSARIY.....	145 bet
Reytingnizomi.....	147 bet
Mustaqil ish nizomi.....	152