

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT FARMATSEVTIKA INSTITUTI**



**Farmakologiya va klinik farmatsiya
kafedrası**

“BIRINCHI TIBBIY YORDAM”

FANIDAN

O`QUV - USLUBIY MAJMUA

Bilim sohasi: 500000 – Sog‘liqni saqlash va ijtimoiy ta‘minot

Ta‘lim sohasi: 510000 – Sog‘liqni saqlash

**Ta‘lim yo‘nalishi: 5510500 – Farmatsiya (turlari bo‘yicha)
5510500-Farmatsevtika ishi**



TOSHKENT – 2020

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT FARMATSEVTIKA INSTITUTI**

**Farmakologiya va klinik farmatsiya
kafedrası**

“BIRINCHI TIBBIY YORDAM”

FANIDAN

O`QUV - USLUBIY MAJMUA

Bilim sohasi: 500000 – Sog‘liqni saqlash va ijtimoiy ta‘minot
Ta‘lim sohasi: 510000 – Sog‘liqni saqlash
Ta‘lim yo‘nalishi: 5510500 – Farmatsiya (turlari bo‘yicha)
5510500-Farmatsevtika ishi

TOSHKENT – 2020

Fanning ishchi o'quv dasturi O'zbekiston Respublikgining Sog'liqni saqlash vazirligining 2019 yil "12" sentyabrda 231-sonli buyrug'i bilan (buyrug'ining 1- ilovasi) tasdiqlangan "Farmakologiya" fani dasturi asosida tayyorlangan.

Tuzuvchilar:

N.V. Shilsova – "Farmakologiya va klinik farmatsiya" kafedrası dotsenti, b.f.n.;
G.A. Alimdjanova - "Farmakologiya va klinik farmatsiya" kafedrası ass.

Taqrizchilar:

T.B. Mustanov – TTA farmakologiya kafedrası dotsenti, t.f.n.

V.B. Rasulova – Toshkent farmatsevtika instituti tibbiy –biologik fanlar kafedrası dotsenti, b.f.n.

O'quv-uslubiy majmua tibbiy va biologik soha uslubiy kengashining 2020 yil 10 iyundagi 10-sonli bayoni bilan ko'rib chiqildi va tasdiqlandi.

Soha uslubiy kengashining raisi  Z.T. Fayzieva

O'quv-uslubiy majmua Toshkent farmatsevtika institutining MUKda ko'rib chiqildi va tasdiqlandi.

"7" iyul 2020 yil dagi «12» sonli bayonnomasi.
Markaziy uslubiy kengash raisi  Z. A. Yuldashev



O'quv-uslubiy majmua Toshkent farmatsevtika institutining Ilmiy Kengashida ko'rib chiqildi va tasdiqlandi.

"30" iyun 2020 yil dagi «11» sonli bayonnomasi.
Kengash kotibi  V.R. Haydarov

MUNDARIJA

I	O`QUV MATERIALLARI	
1 Ma'ruza	BTYo to'g'risida tushuncha. Bemorlarni parvarish qilish. Davolash muolajalari. (dorilarni yuborilish usullari)	7
2 Ma'ruza	Aseptika va antiseptika asoslari. Jarohatlar va ularning turlari.	22
3 Ma'ruza	Desmurgiya. Bog'lamlarning turlari. Qon oqishi va qon yo'qotish turlari, sabablari va oqibatlari va unda BTYo.	31
4 Ma'ruza	Sovuq olish, kuyish, va ularning turlari. Shikastlanishlar. Yumshoq to'qima shikastlanishi va BTYo Bosh miya shikastlanishi va unda BTYo	53
5 Ma'ruza	Chiqish va sinishlar. Ularning turlari . O'tkir va surunkali jarrohlik infeksiyalari.	77
6 Ma'ruza	O'tkir jarroxlik kasalliklari va unda BTYo.	88
7 Ma'ruza	O'tkir terapevtik kasalliklari va unda BTYo(Bronxial astma.Yurak ishemik kasalligi , Yurak astmasi tutqanoq, buyrak sanchig'i,miyaga qon quyilishi, diabetik komalar).	101
8 Ma'ruza	Reanimatsiya usullari to'g'risida tushuncha .	108
9Ma'ruza	Zaharlanishlar (ilon, chayon, qoraqurt chaqqanda, petsitsidlar, zaharli o'simliklar, dorilardan zaharlanish) va BTYo.	112
1 amaliy mashg'ulot	BTYo to'g'risida tushuncha. Bemorlarni parvarish qilish.	127
2 amaliy mashg'ulot	Davolash muolajalari (dorilarni yuborilish usullari).	129
3 amaliy mashg'ulot	Aseptika va antiseptika asoslari.	131
4 amaliy mashg'ulot	Jarohatlar va ularning turlari.	133
5 amaliy mashg'ulot	Desmurgiya. Bog'lamlarning turlari.	135
6 amaliy mashg'ulot	Qon oqishi va qon yo'qotish turlari, sabablari va oqibatlari va unda BTYo.	136
7 amaliy mashg'ulot	Sovuq olish. Kuyish. Ularning turlari.	138
8 amaliy mashg'ulot	Shikastlanishlar. Yumshoq to'qima shikastlanishi va BTYo.	140
9 amaliy mashg'ulot	Bosh miya shikastlanishi va ko'krak qafasining shikastlanishi va unda BTYo.	141
10 amaliy mashg'ulot	Chiqish va sinishlar. Ularning turlari.	142
11 amaliy mashg'ulot	O'tkir va surunkali jarrohlik infeksiyalari.	143
12 amaliy	O'tkir jarroxlik kasalliklari va unda BTYo.	146

mashgulot		
13 amaliy mashgulot	O'tkir terapevtik kasalliklar va unda BTYo(Bronxial astma.Yurak ishemik kasalligi .Yurak astmasi).	148
14 amaliy mashgulot	O'tkir terapevtik kasalliklari va unda BTYo (tutqanoq,buyrak sanchig'i,miyaga qon quyilishi, diabetik komalar).	150
15 amaliy mashgulot	Reanimatsiya usullari to`g`risida tushuncha.	152
16 amaliy mashgulot	Zaharlanishlar . Zaharli o'simliklar, petsitsidlar, dorilardan zaharlanish va BTYo.	153
17 amaliy mashgulot	Ilon, chayon, qoraqurt chaqqanda BTYo.	155
II	MUSTAQIL TA'LIM MASHG'ULOTLARI	158
III	Glossariy	159
IV	Ilovalar	170
4.1.	Fan dasturi	171
4.2.	Ishchi fan dasturi	179
4.3.	Tarqatma materiallar	188
4.4.	Testlar	205
4.5.	Baholash mezonlari	210
V	Adabiyo`tlar ro`yxati	215

I O'QUV MATERIALLARI

1 - MA'RUZA

BTYo TO'G'RIDA TUSHUNCHA. BEMORLARNI PARVARISH QILISH. DAVOLASH MUOLAJALARI. (DORILARNI YUBORILISH USULLARI).

Reja:

1. Tibbiy etika va tibbiy deontologiya.
2. Btyo to'g'risida tushuncha
3. Bemorlarni parvarish qilish.
4. Davolash muolajalari

Tayanch sozlar: Bemor, etika, deontologiya, parvarish, muolajalar.

Tibbiy etika. Etika grekcha «ethos» so'zidan olingan bo'lib, odob-ahloq ma'nosini bildiradi. Odob-ahloq deganda kishilarning bir-biriga, jamiyatga va oilaga bo'lgan munosabatlari tushuniladi.

Tibbiy xodim o'zi bajarayotgan ishning to'g'riligiga ishongan holda o'z burchini halol bajarishi lozim. Undan yuksak odob-ahloqqa ega bo'lish, javobgarlik talab etiladi va o'z vazifasiga yuzaki qaramaslik, qonunni buzmaslik talab etiladi.

O'z burchini tushunish shon-sharaf va qadr-qimmat tushunchalari bilan chambarchas bog'liqdir. Shu bilan birga burchni anglash, shon-sharaf va shaxsiy qadr-qimmat hamisha insof-diyonat tushunchasi bilan uzviy bog'langandir. Insof-diyonat esa o'z navbatida odob-ahloqning ajralmas qismi hisoblangan to'g'rilik va yaxshilik, o'zgalar huquqini hurmat qilish bilan bog'liq bo'ladi.

Umumxalq tushunchasi bo'yicha tibbiy xodim — bu xushmuomala, to'g'ri so'zli, halol va yuqori madaniyatli kishidir.

Tibbiy deontologiya. «Deontologiya» atamasini ingliz faylasufi Bentamom taklif etgan bo'lib, bu burch to'g'risidagi ta'lim, degan ma'noni bildiradi. Aynan tarjimai — «deon — «burch», «logos» — «ta'lim» demakdir.

Tibbiy deontologiya tibbiyot xodimlarining shaxsiy manfaatini emas, balki ularning bemorga nisbatan burchi va mehribonligini ham ifoda etadi.

Tibbiy deontologiyaning asosiy vazifalari mashhur jarroh N.N.Petrovning 1944 yilda chop etilgan «Jarrohlik deontologiyasi masalalari» kitobida belgilab berilgan.

Ular quyidagilardan iborat:

1. Tibbiy muassasa xodimlari ishini ularning xuquq va vazifalari to'g'ri taqsimlanishiga asoslangan holda uyg'un ravishda yo'lga qo'yish;
2. O'tkazilayotgan davolash natijasi ijobiy bo'lishi uchun bemor ruhiyatini doim hisobga olib borish va uni avaylash;
3. Turli kasalliklar to'g'risida olingan ilmiy bilimlarini, har bir bemorning kasalligini aniqlash va davolashga qaratish;

4.«Bemorlar jarrohlik uchun emas, balki jarrohlik bemorlar uchun», degan shiorga amal qilish;

5. O'z ish faoliyatida yo'l qo'yiladigan xato va kamchiliklarni aniqlash va muhokama qilish yo'li bilan tajriba to'plash.

Jarrohlikda arziyas narsaning o'zi yo'q. Bu mas'uliyatli va xatarli ishdur. Shu sababdan ham bu prinsiplarga amal qilmaslik, deontologiya qoidalarini qo'pol buzish demakdir.

Shifokorning noto'g'ri hatti-harakati natijasida bemorning umumiy ahvoli og'irlashishi, hatto yangi "yatrogen" (Iatros– grekcha"shifokor") – shifokor sababchi bo'lgan kasalliklar kelib chiqishi mumkin.

I.A.Kassirskiy yatrogen kasalliklarning sabab va formalarini quyidagicha ta'riflab beradi:

1) tibbiy xodimlarning ehtiyotsizligi tufayli bemorni shikastlanishi (ruhiy aseptika qoidalarini buzish);

2) tibbiy adabiyotlarni o'qishga aloqador bo'lgan bilvosita shikastlanish;

3) psixopatik, psixostenik reaksiyaga moyil bo'lgan bemorlar ruhiyatini shikastlantirish;

4)tibbiy asbob-uskunalar yordamida o'tkaziladigan noto'g'ri tekshirishlar, dori-darmonlarni yanglishib yuborish va boshqalar.

Biz bemor ruhiyatini asrash, yatrogen kasalliklarning oldini olish to'g'risida gapirganimizda, o'zini to'g'ri tutish, e'tiborli bo'lish va ziyraklik sifatlarini alohida ta'kidlab o'tishimiz zarur.

Har bir tibbiy xodim yuqori darajada madaniyatli bo'lishi kerak.Madaniyatli tibbiy xodim zararli odatlardan (chekish, spirtli ichimlik iste'mol qilish va boshqalardan) holi bo'lishi, shaxsiy gigiena va estetika qoidalariga qat'iy amal qilishi, kiyimlari orasta, ishlash va yurish turishi, bejirim bo'lishi, har xil atir-upa va bo'yoqlarni me'yorida ishlatishi, bemorlar yonida o'zining shaxsiy ishlari to'g'risida gapirmasligi lozim.Bunday madaniyatga ega bo'lgan tibbiy xodim o'zining rang-barang va qo'pol kiyimlari bilan, hatti-harakati va boshqa nojo'ya odatlari bilan bemorda salbiy taassurot qoldirmaydi.

Bunday tibbiy deontologiya qoidalariga amal qilish farmatsevtika xodimlariga ham taaluqlidir.

Tibbiy xodim va farmatsevtlardan shifokorlik sir-asrorini oshkor qilmaslik, chunonchi: 1) bemorning o'zidan yoki davolash jarayoni davomida olingan ma'lumotlarni jamoatchilikka sezdirmaslik; 2) bemorlar to'g'risidagi ba'zi ma'lumotlarni ularning o'zlariga bildirmaslik talab etiladi.

Shifokorlik diplomiga ega bo'lmagan tibbiy xodim va farmatsevtlardan jarohatlangan be'morlarga to malakali shifokor etib kelguniga qadar tibbiy yordam ko'rsatishi talab etiladi. Farmatsevt o'z vaqtida va to'g'ri ko'rsatilgan birinchi tibbiy yordam bemor taqdirini xal qilishi haqida yaxshi tushunchaga ega bo'lishi,shundan kelib chiqib, jabrlangan yoki kasallangan kishilarga birinchi tibbiy yordam ko'rsatish qoidalarini mukammal egallagan bo'lishi kerak.

Farmatsevt bemorni davolamasa ham, unga dori-darmonlar buyurmasa ham, bemor yoki uning qarindosh-urug'lari bilan muloqotda bo'ladi, kerakli dori-

darmonlarni aniq va o'z vaqtida tayyorlab berishi bilan bemor ruhiyatiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi, tuzalib ketishiga ishonch tug'diradi.

Shu bilan birga shifokor ko'rsatmasiz bemorga u yoki bu dorini yozib berishga, farmatsevtning haqqi yo'q chunki faqat shifokorgina bemorda bo'lgan ob'ektiv o'zgarishlarni, organizmda kechayotgan xususiyatlarni hisobga olgan holda, qo'shimcha kasalliklarni e'tiborga olib ish tutadi, bu narsalar farmatsevtlarga ma'lum emas.

Tibbiy xodim hamda farmatsevt uchun zarur bo'lgan fazilatlardan eng asosiysi kasb pokligi bo'lib, ish davomida yo'l qo'yilgan xato va kamchilikni o'z vaqtida payqay olish hisoblanadi. U xato va kamchiliklar oqibatida obro'si pasayib ketishi yoki jazolanishidan qo'rqmasdan inson hayotini saqlash, bemor sog'lig'ini tiklashni o'z vazifasi deb bilishi lozim.

Uddaburon va bilimdon tibbiy xodim yoki farmatsevt o'z xatolarini tan olishdan cho'chimasligi kerak.

Davolash sifati ko'pgina hollarda shifokor buyurgan muolajani o'z vaqtida aniq va puxta bajarishga va bemorlarni parvarish qilishga bog'liq bo'ladi, bu mas'uliyat tibbiy hamshiralar va enagalarga ham yuklanadi.

Tibbiy hamshiralar o'z ishlarining sir-asrorini yaxshi biladigan, pok, aql-zakovatli, o'z kasblarini mukammal egallagan kishilar bo'lmog'i kerak. Hamshira faqatgina tibbiy xodimgina emas, balki u kishilarning qadrdon, eng yaqin odami hamdir.

Bemorning tezda sog'ayib ketishini yaxshi parvarishsiz hamda enagalarsiz tasavvur qilish qiyin. Enaga (sanitarka) tibbiy hamshiraning birinchi yordamchisidir. Faqat enagalargina boshqa tibbiyot xodimlariga qaraganda, ko'proq bemor yonida bo'ladilar. Shuning uchun u bemorlar bilan qanday muomalada bo'lishni, bemorning tezroq tuzalib ketishida unga aytilgan har bir yaxshi va shirin so'z katta ahamiyatga ega ekanligini yaxshi tushunishi kerak. Bu borada Servantesning ajoyib so'zlarini keltirish o'rinli: «Xushmuomalali bo'lishning hech bir qiyinchiligi yo'q va hech bir narsa u kabi yuqori baholanmaydi». Bemorlarda kasallik tufayli paydo bo'ladigan o'ta noziklik, inijqlik, achchiqlanish kabi hollar kuzatilganda, xushmuomalalik — kasalning tuzalishi uchun muhim omildir.

«Xayot jo'shqin va g'ayratli mehnat bilan go'zaldir, agar kimki, uni g'am-tashvishga aylantirsa, buning uchun o'zi aybdordir», — degan edi V.V. Veresaev.

Biz qaerda, nima bilan mashg'ul bo'lmaylik, nimaiki qilmaylik, bizni ulg'aytirgan, tarbiyalagan, ishga va ijodga ruhlantirgan Ona-Vatan oldida qarzdor ekanligimizni hamisha his etmog'imiz kerak.

2. BTYo to'g'risida tushuncha

Sog'liqni saqlash tizimi keng ko'lamli tarmoq. Bu tarmoq aholiga, malakali tibbiy yordamni tashkil qiluvchi turli tibbiy muassasalarning ko'pligi bilan boshqa tarmoqlardan ajralib turadi. Bu tarmoqdagi ko'plab shifoxonalar, dispanserlar, poliklinikalar, tug'ruqxonalar, tibbiy-sanitariya qismlari, salomatlik punktlari, tez tibbiy yordam stansiyalari, dorixonalar insonlar xizmatida.

O'tgan yillar davomida mamlakatimizda tibbiyot sohasida katta ishlar amalga oshirilib chechak, o'lat, parazitar terlama, traxoma kabi xavfli yuqumli kasalliklar batamom tugatildi. Bezgak va poliomielitni yo'q qilishga erishildi. Sil, brutsellyoz va boshqa kasalliklar keskin kamaytirildi.

Hukumatimiz tomonidan aholi sog'lig'ini yaxshilash borasida ko'plab ishlar amalga oshirilib, tarmoqqa har yili yangi-yangi texnologiyalar olib kiritilmoqda, davolash va profilaktikaning eng yangi va samarali usullaridan foydalanilmoqda. Sog'lom avlod, sog'lom onadan sog'lom farzand yo'nalishiga ayniqsa katta e'tibor qaratilmoqda. Natijada keyingi yarim asr davomida mamlakatda umumiy o'lim qariyb 4 barobar, bolalar o'limi esa 10 barobar kamaydi. O'rtacha umr ko'rish 2 marta oshdi, ya'ni o'rtacha 70 yoshga etdi.

Shifokor va farmatsevtlar zaruriyat tug'ilganda malakali birinchi tibbiy yordamni ko'rsata bilishlari kerak. Shundan kelib chiqib, BTYo fanining asosiy vazifalari talabalarga malakali BTYo ko'rsatishni, uni nazariy va amaliy jixatlarini har tomonlama o'rgatishdan iborat. Ma'lumki, BTYo ko'rsatishda bir necha bosqich qayd etiladi.

Malakasiz tibbiy yordam. Bunda har qanday shaxslar tomonidan amalga oshiriladigan yordam inobatga olinadi (cho'kkan odamni qutqarish, binolar tagidan odamlarni olib chiqish va b).

Shifokorgacha bo'lgan BTYo. Bunda BTYo asosan o'rta tibbiy xodimlar yoki farmatsevtlar tomonidan amalga oshiriladi (sun'iy nafas oldirish, yurakni massaj qilish, qon oqishini vaqtinchalik to'xtatish va b).

Malakali shifokorlar yordami. Bunda BTYo mutaxassis shifokorlar tomonidan amalga oshiriladi.

Mashg'ulotning asosiy maqsadi mazkur ma'lumotlarni talabalarga o'rgatishdir.

Jumladan, odam organizmida anatomik, fiziologik va patologik jarayonlarni bevosita a o'tkazilishi mumkin bo'lgan ayrim tekshirish uslublari va ma'lumotlar kiritilgan. Mazkur o'quv- qo'llanmada zamonaviy usullar bilan bir qatorda an'anaviy klassik anatomik va fiziologik usullari ham kiritilgan. Bu esa talabalarni organizm, uning a'zolari, tizimlari va hujayraviy darajadagi patologik qonuniyatlarni puxta o'zlashtirishga yordam beradi.

3. Bemorlarni parvarish qilish

Bemorlarni parvarish qilish va birinchi tibbiy yo`rdam ko'rsatish, o'z vaqtida shifoxonaga etkazish muhim ahamiyatga ega. Shifoxonadagi bemorning bo'lim to'g'risidagi birinchi taassuroti uning ruhiyatiga katta ta'sir ko'rsatadi. Shuning uchun har bir tibbiyot xodimining bemorga qilgan har qanday muomalasi muhim ahamiyatga ega. Bemorni qabul qilgan hamshira uni palataga olib borib, bo'limning tuzilishi (ovqatlanadigan xona, vanna, xojatxona), ichki qoidalar va kun tartibi bilan tanishtirishdan tashqari yana bir qancha vazifalarni o'z zimmasiga oladi. Bular quyidagilar:

- 1) palatada sanitariya-gigiena qoidalariga rioya qilish;

- 2) bemor uchun qoʻlay joy tayyorlash va uni toza tutish;
- 3) bemorning gigiena holatini saqlash, unga ovqat berish, xojatxonaga borishga yordamlashish;
- 4) shifokor koʻrsatmalarini bajarish;
- 5) bemorga yaxshi sharoit yaratish;
- 6) oʻzining shirin soʻzi va mehribonligi bilan bemor kayfiyatini koʻtarish.

Bemorni parvarish qilish – bu kecha-kunduz uning ahvolini, ruhiyatini kuzatib borish demakdir. Bemor es-hushi joyida boʻlsa, ruhiyati tetik boʻlsa, toʻshakda bemalol yotib-tursa, uning ahvoli qoniqarli, agar bemor es-hushi joyida boʻlmasa, yuz-koʻzida loqaydlik alomati boʻlsa, joyida qimirlamay yotsa, uning ahvoli ogʻir hisoblanadi.

Agar bemor kasallikning turi, tabiatidan qatʼiy nazar, oʻzi yotib, oʻzi tursa, bemalol oʻtirs, yursa u faol bemor hisoblanadi.

Oʻzi oʻtira olmaydigan, qoʻzgʻalishi qiyin boʻlgan bemorning holati sust deb yuritiladi.

Zoʻr-bazur oʻrniga yotib turadigan, oʻz azobini oʻzi engillashtirishga harakat qiladigan bemorning ahvoli — majburiy ahvol deb yuritiladi.

Har qanday bemorga bir xilda va ehtiyotkorlik bilan parvarish qilish (tabiiyki, ahvoli ogʻir bemorlarga koʻproq eʼtibor berish) zarur. Uzoq muddat yotib qolganligi sababli aʼzoi-badanida oqma, yotoq yaralari paydo boʻlgan bemorlar oʻzlarini eplay olmaydilar va oʻz ahvollaridan qattiq xijolat chekadilar. Ulardan qoʻlansa hid taraladi va atrofdagilarning jirkanib, hattoki yuzini bujmaytirib qarashi bunday bemorlarning soʻnggi umidlarini ham puchga chiqarib, ularning ahvollarini ogʻirlashtirib qoʻyishi mumkin.

Bemorlarni parvarishlash umumiy va maxsus boʻladi.

Umumiy parvarishda kasallikning turi, xiliga qapamay, bir xil chora-tadbirlar koʻriladi. Jarrohlik kasalliklari, peshob yoʻli, ginekologik, stomatologik va tanosil kasalliklarda qoʻshimcha maxsus tadbirlar qoʻllaniladi – bu maxsus parvarish qilish deyiladi.

Bemorga qarashning yana bir muhim tomoni buyurilgan dori-darmonlarni, tibbiy muolajalarni oʻz vaqtida, aniq bajarish hamda bemor tabiiy ehtiyojlarini (oziq-ovqat, ichimlik, harakat, fiziologik yozilish) qondirishdan iborat.

Bemorlarni parvarish qilish – ularni qattiq hayajonlanishdan, asabiylashishdan va achchiqlanishdan asrash, ularga yaxshi sharoit yaratishdan iborat boʻladi.

Parvarish jarayonida ozodalikka gigienik meyorlarga rioya qilish muhim ahamiyatga ega. Gigienik meyorlarga muvofiq har bir katta yoshli bemorga 25 m³ xavo toʻgʻri kelishi zarur. Buning uchun bir karavot uchun balandligi 3,5 metr boʻlgan xonada 7 m² joy ajratilishi shart. Palatadagi xavoning xarorati 18—20⁰ S dan past boʻlmasligi lozim. Palatani muntazam ravishda, hatto qish paytida ham kuniga 2—3 marta shamollatib turish lozim.

Bemorlar parvarishi erta bilan soat 7.00 da xonani shamollatishdan boshlanadi. Holsiz bemorlarga yuvinish uchun suv, tufdonlar va tuvaklar (sudno) beriladi. Oʻrnidan tura olmaydigan ogʻir bemorlar esa sanitarkalar yordamida

yuvintiriladi. Shundan so'ng tuvaklar tashqariga olib chiqiladi va o'rinlar to'g'rilanadi.

Ertalabki nonushtadan so'ng xona shifokor kelgunga qadar ya'ni soat 8 dan 9 gacha yig'ishtiriladi. Kuniga ikki marta dezinfeksiyalovchi modda qo'shilgan suv yordamida namlab tozalanadi. Bemorlarni to'g'ri parvarish qilish ko'plab kasalliklarning oldini oladi. Chunonchi, madori qurigan bemorning og'iz bo'shlig'ini parvarish qilish, stomatit (og'iz bo'shlig'i shilliq pardasining yallig'lanishi) va parotit (qo'loq oldi so'lak bezining yallig'lanishi) rivojlanishini bartaraf etadi, terini parvarish qilish esa yotoq yaralar hosil bo'lishiga yo'l qo'ymaydi.

Og'iz bo'shlig'ini parvarish qilish. Sog'lom odamlarda tun bo'yi og'iz bo'shlig'i va tishlar shilliq va mikroorganizmlardan tashkil topgan karash bilan qoplanadi. Bundan tashqari, buyrak etishmovchiligi hamda diabet kasalligida og'iz bo'shlig'ining shilliq qavati orqali azotli moddalar, simobdan zaharlanganda va simob preparatlari bilan davolanganda esa simob ajralib chiqishi mumkin.

O'zlari chaynay olmaydigan og'ir va kamquvvat bemorlarning og'iz bo'shlig'i pinset yordamida paxta bo'laklari bilan kuniga bir necha bor artiladi, bunda soda eritmasi (bir stakan suvga bir choy qoshiq soda solinib tayyorlangan eritma), bor kislotasining 2% li eritmasi yoki kaliy permanganat eritmasi (pushti rangli) qo'llaniladi.

Terini parvarish qilish. Teri sezish, himoya vazifasini o'tash, tana haroratini saqlash, moddalar almashinuvida ishtirok etish kabi bir qator vazifalarni bajaradi. Shifoxonada davolanayotgan bemor haftada kamida bir marta gigienik vanna yoki dush qabul qiladi. Vanna yoki dush qabul qila olmaydigan bemorlarning badani har kuni artib turiladi. Og'ir bemorlar terisi har safar kirlanganda (beixtiyor axlat yoki siydik ajralganda) qaytadan tozalanishi lozim.

Uzoq muddat bir holatda chalqancha yotgan bemorlarda ko'pincha yotoq yaralar paydo bo'ladi. Dumg'aza, kurak va tovon sohasi yotoq yaralarning eng ko'p paydo bo'ladigan joyi hisoblanadi. Bu erlarda teri uzoq vaqt qisilib qoladi, qon aylanishi buziladi. Sekin-asta teri jonsizlana boradi.

Yotoq yaralar paydo bo'lishining oldini olish uchun ularni keltirib chiqaradigan sabablarni bartaraf etish lozim:

- 1) O'rin-ko'rpani tartibga solish;
- 2) bemor terisiing tozaligiga qarab turish;
- 3) og'ir bemorlarning orqa va dumg'aza terisiga har kuni muntazam ravishda sanitar-gigienik ishlov berish hamda qo'shimcha ravishda 1-2 marta kamfora spirti bilan artib turish;
- 4) yotoq yaralar paydo bo'lish ehtimoli bo'lgan joylarga rezina doira qo'yish lozim.

Bemorlarni operatsiyaga tayyorlash davrida parvarish qilish.

Xar bir operatsiya bemor uchun og'ir sinov hisoblanadi. Operatsiyalar rejali, shoshilinch ravishda bo'ladigan va kechiktirib bo'lmaydigan operatsiyalarga bo'linadi. Bemorni operatsiyaga tayyorlashda umumiy va maxsus tadbirlar

ko‘riladi. Bu operatsiya vaqtida va operatsiyadan keyingi asoratlarning oldini olishga yordam beradi.

Xar qanday rejali operatsiyadan avval, bemorning asab tizimini va ruxiyatini, ichki a‘zolari va operatsiya qilinadigan joyini operatsiyaga tayyorlash lozim. Buning uchun bemor umumiy holati va shaxsini bilish, uning ishonchi va e‘tiborini qozonish, barcha sa‘y-harakatlarni bemor ruhiyatini avaylashga qaratish keark bo‘ladi.

Nafas olish a‘zolari kishi organizmida eng muhim vazifalardan birini bajaradi. Nafas olganda tanadan karbonat angidrid ajralib, qon kislorod bilan to‘yinadi. Nafas olishning buzilishi yurak-qon tomir tizimidagi o‘zgarish orqali, bemorning umumiy ahvoliga salbiy ta‘sir ko‘rsatadi.

Sog‘lom kishi bir daqiqada 18-20 marta nafas oladi. Nafas olish taxminan yoki qo‘lni bemor ko‘kragiga qo‘ygan holda sanaladi.

Yurak-qon tomir tizimi, markaziy asab tizimi, buyrak kasalliklarida, tana xarorati ko‘tarilishi bilan kechadigan o‘tkir yuqumli xastaliklarda nafas tezligi o‘zgaradi (nafas tezlashadi yoki qiyinlashadi).

Nafas mushaklarining zo‘riqib ishlashi, xavo etishmasligi bilan kechadigan tez-tez va qiyin nafas olishga nafas qisishi deyiladi. Bunda nafas olish bir daqiqada 30-50 martagacha chiqadi.

Bemorni operatsiya qilishdan oldin, uning nafas olishini meyoriga keltirish katta ahamiyatga ega.

Yurak-qon tomir tizimi faoliyatini nazorat qilish ham muhim ahamiyatga ega. Yurak urishining soni yurak ustiga kaftni ko‘yib yoki puls bo‘yicha aniqlanadi. Qon tomirining urishi arteriya tomirlarini bosish yo‘li bilan aniqlanadi (qo‘l tomiri, kamdan-kam hollarda son yoki uyqu arteriyalarida). Bemor tinch holatda yotganda puls minutiga 60-70 marta uradi. Odatda 4 marta yurak urishi 1 marta nafas olishga to‘g‘ri keladi.

Yurak-qon tomir tizimiga baxo berishda qon bosimini o‘lchash ham muhim o‘rin tutadi. Arterial qon bosimi odatda bilak bo‘g‘imi arteriyasida aniqlanadi. Odatda eng yuqori bosim 110 - 120 mm simob ustuniga, eng kam bosim 70-80 mm. simob ustuniga teng bo‘ladi.

Qon xossalarini bir qadar aniq baholash uchun klinik va biokimyoviy tahlil o‘tkaziladi. Ba‘zi bemorlarda qonning ivish ko‘rsatkichlari aniqlanadi, qon guruxi va rezus omili belgilanadi.

Ovqat hazm qilish a‘zolarining holatini aniqlash ham muhim ahamiyatga ega. Bemorlarda ko‘p uchraydigan qayt qilish hazm a‘zolari kasalliklaridan tashqari boshqa ko‘plab xastaliklarda ham kuzatilishi mumkin.

Vertikal holda qusish yotgandagiga nisbatan engilroq bo‘ladi, shuning uchun qayt qilayotganda, agar mumkin bo‘lsa, bemorni o‘tqazish, boshi va elkasini ushlab, keyin og‘ziga idish tutish kerak. Ancha holdan toygan, o‘rnidan tura olmaydigan bemorning qayt qilishini engillatish uchun uning boshini yon tomonga o‘girib salgina pastga engashtirish, og‘iz chekkasiga sochiq qo‘yish kerak. Bu qusuq massasi xiqildoqqa qaytib ketmasligining hamda yostiq va o‘rin ifloslanmasligining oldini oladi.

Barcha hollarda ham og‘iz bo‘shlig‘i sochiq yoki paxtali tampon bilan yaxshilab tozalanadi. Me‘dadagi bor narsalar qusuq bilan birga chiqib ketganda, qayta qusishning oldini olish uchun qo‘ltumlab sovuq suv ichirish, mayda tuz bo‘lakchalari, limon, apelsin so‘rish, yalpiz (5 tomchi), validol (5 tomchi) berish tavsiya etiladi.

Qon qusish hayot uchun juda xavfli belgi (simptom), shuning uchun ham bu xaqda darhol shifokorga murojaat qilish zarur.

Jigar va buyrak faoliyatini aniqlash uchun klinik, laborator, rentgenologik va boshqa tekshirishlardan foydalaniladi. Bu tekshiruv natijalari operatsiyadan oldingi tayyorgarlik jarayonida albatta e‘tiborga olinadi.

Bemorning umumiy xolatiga baho berishda teri va shilliq qavatining rangi hamda tarangligi ham muhim ahamiyatga ega. Keskin rangsizlanish ko‘p qon ketganda, rak (o‘sma) kasalligida, ba‘zi yuqumli xastaliklarda (bezug, sepsis, revmatizm va boshqalar) sodir bo‘ladi.

Venoz qon to‘plashidan darak beruvchi burun uchi, lablar, qo‘l va oyoq barmoqlarining ko‘karishi (sianoz) yurak faoliyatining susayganligidan darak beradi. Teri, ko‘z soqqasi, yumshoq yutqun tanglayining sariqligi jigar yoki o‘t yo‘llari zararlanganligini bildiradi.

Bemorlarni operatsiyaga tayyorlashda tana harorati har kuni ertalab va kechqurun (ko‘rsatma bo‘yicha esa ko‘proq) o‘lchab turiladi. Bemor uchun to‘g‘ri keladigan parhez va dori–darmon beriladi. Operatsiyadan bir kun oldin, kechqurun kasalga klizma (xuhna) qilinadi, operatsiya qilinishi lozim bo‘lgan joylar tuklardan tozalanadi, bemor cho‘miltirilib, ich kiyimi va o‘rin–ko‘rpa jildlari almashtiriladi. Operatsiyaga taxminan 40 daqiqa qolganda bemorga dori–darmonlar yuboriladi (premedikatsiya qilinadi). Operatsiyadan avval bemor albatta qovug‘ini bo‘shatishi zarur. Operatsiya xonasiga bemor maxsus aravachada olib boriladi. Operatsiya xonasiga olib borilayotganda ruhiyatga yomon ta‘sir etuvchi narsalarni bemorga ko‘rsatmaslik kerak (ya‘ni tosdagi qonli bog‘lov vositalari).

Uzoq muddatga qoldirib bo‘lmaydigan operatsiya – shoshilinch ravishda o‘tkaziladigan operatsiya deyiladi. Bemorni bunday operatsiyaga tayyorlash rejali operatsiyaga tayyorlagandagi kabi, biroq qisqa muddat ichida amalga oshiriladi. Agar lozim bo‘lsa, zudlik bilan qon va peshob tahlili va boshqa tekshiruvlar o‘tkaziladi, badanning kir joyi tozalab yuviladi. Oshqozonni tozalash uchun zondan foydalaniladi. Operatsiya qilinadigan joy sovun surtmasi yordamida tuklardan tozalanadi. Teri tozalangandan keyin va operatsiya qilishdan oldin operatsiya qilinadigan joyga yodning spirtli eritmasi 2 marta surtiladi.

O‘tkir appenditsit, qisilgan churra, ichak o‘tkazuvchanligining buzilishi, bachadondan tashqari xomiladorlik, me‘da yarasining teshilishi, ko‘krak qafasi jarohati va boshqa shikastlanishlarda bemorlar zudlik bilan operatsiya qilinadi. (Bunday hollarda kasallikni aniqlash va operatsiyaga tayyorlash maqsadida zarur chora–tadbirlar ko‘riladi).

Bemorlarni operatsiyadan keyin parvarish qilish.

Operatsiyadan keyingi davrning ikki xil turi – asoratsiz va asoratlangan turlari mavjud. Kasallik asoratsiz kechganda ham organizm asoratlar yuz berishiga tayyor

bo'lib turadi, shuning uchun organizmning bir meyorda ishlab turishini tamirlash va ro'y berish ehtimoli bo'lgan asoratlarning oldini olish operatsiyadan keyingi davrdagi asosiy vazifa hisoblanadi.

Operatsiyadan keyingi davr uch bosnichga-operatsiyadan keyingi (dastlabki 3-5 kun) ilk bosqich, operatsiyadan keyingi (2-3 xaftagacha boradigan) ikkinchi kechki bosqich va bemorning ish qobiliyati tiklanguncha o'tadigan uzoq muddatli uchinchi bosqichga ajratiladi. Ilk bosqichda operatsiyadan keyingi shok rivojlanishining, suv-elektrolit va moddalar almashinuvi buzilishining, o'pkada qoladigan asoratlarning (atelektaz va shish) hamda jigar-buyrak etishmovchiligining oldini olish lozim bo'ladi. Ikkinchi bosqichda ko'pincha qon ivishining o'zgarishi bilan bog'liq bo'lgan asoratlar (tromboflebit, o'pka arteriyasi emboliyasi), atsidoz holati, oqsil – proteinlarning kamayishi, vegetativ asab tizimi faoliyatining susayishi (ichaklar, siydik pufagi parezlari) yuzaga keladi.

Narkozdan so'ng bemor bolishsiz issiq o'ringa boshi bir tomonga burilgan (tili ketib qolmasligi uchun) holda 4-5 soatga yotqizib qo'yiladi. Operatsiya bo'lgan joyga bir necha soat davomida qumli xalta yoki muz solingan rezina pufakcha qo'yiladi. Muzli rezina tagiga sochiq qo'yiladi, muz erigach, o'rniga yangi muz parchalari solinadi. Bunda suv oqib ketmasligini nazorat qilib turiladi. Suv jarohatga qo'yilgan aseptik (toza) bog'lamni iflos qilib qo'yishi mumkin.

Operatsiya bo'lgan joyga og'ir xaltacha va muzli xalta qo'yish qon tomirlarining qisilishi va mayda qon tomirlarining torayishiga olib keladi hamda operatsiya bo'lgan joydagi to'qimalarda qon to'planishining oldini oladi. Bundan tashqari muzli xalta og'riqni kamaytiradi moddalar almashinuvini susaytiradi.

Bemor o'z holiga kelib uyg'onmaguncha uning ahvolidan xabardor bo'lish, tashqi ko'rinishi, arterial qon bosimi, tomir urishi, nafas olishini kuzatib turish zarur.

Ko'pincha narkoz berilgandan so'ng bemor qayt qiladi. Shu sababli 2—3 soat davomida bemorga suv va ovqat berilmaydi. Agar bemor narkozdan so'ng qayt qilsa qayt qilishini to'xtatish uchun maxsus dorilar yuboriladi.

Ba'zan qorin bo'shlig'ida o'tkazilgan operatsiyadan so'ng (bemorlarda) xiqichoq tutadi. Xiqichoqning sababidan kelib chiqib, unga qarshi turli tadbirlar ko'riladi. Masalan, me'da shikastlanganda uni bo'shatish va yuvish kerak, muz yutish, limon shimish, ba'zan 2—3 tomchi validol shimdirilgan qandni shimish yaxshi natija beradi. Nafas gimnastikasi - sekin va chuqur nafas olish va chiqarish maslaxat beriladi.

Operatsiya hoh maxalliy anesteziya, hoh umumiy narkoz yordamida amalga oshirilgan bo'lsin oradan 1-1.5 soat o'tgach operatsiyadan keyingi og'riq boshlanadi.

Nafas azolarida kuzatilishi mumkun bo'lgan asoratlarning oldini olish uchun nafas azolari faoliyatini yaxshilaydigan bir qancha tadbirlar ko'rilishi lozim. Chunonchi, bemor uyg'ongan zahoti, chuqur nafas olish va chiqarish, oyoq va qo'llarni qimirlatish tavsiya etiladi. Yo'talganda qo'lini operatsiya bo'lgan sohaga qo'yish, yoki bu joyni ushlab turish, tizzasini bukish kerakligi tushuntiriladi.

Chuqur nafas olish uchun og‘riqni qoldiradigan dori-darmonlar ishlatish va lozim bo‘lganda namlangan kislorod bilan nafas oldirish ham katta ahamiyatga ega.

Me‘da va ichaklar tonusining izdan chiqishi operatsiyadan keyingi davrda eng ko‘p kuzatiladigan asoratlardan hisoblanadi. Ichaklar tonusining pasayishi oqibatida ichaklarda to‘planib qolgan gazni chiqarib yuborish maqsadida gaz chiqaradigan naycha qo‘llaniladi. Naychani yo‘g‘onichakka kiritiladigan uchi ichakning shilliq pardasini shikastlantirmasligi uchun to‘mtiq bo‘lishi zarur. Naycha uchi vazelin surtilib, shoshmasdan, engil harakat bilan 20 - 25 sm ichkariga kiritiladi. Uning tashqi uchi tuvakka tushirib qo‘yiladi (chunki gaz bilan birga axlat ham chiqishi mumkin). Naychani ichakka uzog‘i bilan 30 daqiqaga qo‘yiladi. Naycha orqa teshikdan olingandan so‘ng orqa teshik issiq suv bilan yuvilishi va artilishi kerak.

Ichak yurishishini qo‘zg‘atish, qisqarishini kuchaytirish uchun pituitrin, prozerin qo‘llaniladi. Pituitrinni (teri ostiga 1 ml) qon bosimi oshganda, shakllangan aterosklerozda buyurib bo‘lmaydi. Prozerin (teri ostiga 0,05%) bronxospazmni keltirib chiqarishi mumkin (ayniqsa shu dardga moyil kishilarda), shuning uchun bronxial astmada u qo‘llanmaydi.

Venaga yuborilgan osh tuzi (10% li eritma 60 ml gacha), glyukoza (40% li eritma 20—40 ml) ning gipertonik eritmalari ham ichak tonusini tiklashga yordam beradi.

Ko‘pincha operatsiyadan chiqqan bemorlar yotgan holda peshob ajrata olmaydi – bu holat ularga noqo‘laylik tug‘diradi. Bunday bemorlar operatsiyagacha bo‘lgan davrda yotgan holda peshob ajratishga o‘rgatiladi. Ba‘zan siydik pufagi sfinkterining torayishi oqibatida ham siydik tutilishi mumkin.

Agar, bemor operatsiyadan keyin 8-10 soat mobaynida peshob ajratmasa, siydik pufagini bo‘shatish chorasi ko‘riladi. Bunda dastlab oddiy yordam usuli qo‘llaniladi. Siydik pufagi va chot oralig‘iga isituvchi vosita (grelka) qo‘yiladi, krandan oqib turgan suv ham ruhan peshob ajratishga ta’sir etadi. Siydikning kelishiga xuqna qilish, ayollarda esa siydik yo‘lini issiq suvda yuvish ham foyda beradi. Siydikni keltiradigan dori-darmonlardan urotropin (0,5 g) ichish yoki (40%5ml) venaga yuborish, mushakka 25% magniy sulfat eritmasidan 3-5 ml yuborish ham foyda beradi. Agar yuqoridagi muolajalar yordam bermasa, rezina naycha bilan peshob chiqariladi.

4.DAVOLASH MUOLAJALARI. (DORILARNI YUBORILISH USULLARI).

Operatsiyadan so‘ng davolashning faol usullariga bemor to‘shakda harakat qilishi, tezroq ovqatga kirishi, davolash fizkulturasi bilan shug‘ullanish kabilar kiradi. Ma’lumki ruhi tetik, asab tizimi, limfa va qon aylanishi bir meyorda bo‘lgan bemorlarning jarohati tez tuzaladi.

Tana azolari sog‘lom va faol odamning jarohati tez bitadi. Shuning uchun operatsiyadan chiqqan bemorlarni tezda quvvatga kiritish lozim bo‘ladi. Buning uchun foydali, zarur ovqatlar berish katta ahamiyatga ega. Qorin sohasidagi operatsiyadan keyin bemorning ahvoli qoniqarli bo‘lsa, ikkinchi kundan boshlab qaynatilgan suvni qoshiqda qo‘ltumlatib ichirishi mumkin. Shuningdek, xom yoki

ilitilgan tuxum, uchinchi kuni esa sariyog‘ solingan manna bo‘tqasi, to‘rtinchi kuni obdon qaynatilgan sho‘rva, pechene, kefir yoki qatiq, beshinchi kuni oq non, tvorog (suzma), go‘sht qiymasi berish mumkin. Qiymali yumshoq ovqat oz-ozdan kuniga 5-6 marta beriladi. Me‘da yarasi operatsiya qilingan bemorlarga 7-8-kuni 1-parhez buyuriladi. Kundalik ratsionda 100—120 g oqsil moddasi, 80—90 g yog‘, 400—500 g uglevod moddasi bo‘lishi kerak.

O‘zi eya olmaydigan bemorlarga ovqat bir uchiga rezina naycha kiygizilgan ovqatlantirgich orqali beriladi.

Diagnostika va davolash muolajalari. Operatsiyadan oldingi, operatsiyadan keyingi ko‘plab laboratoriya tekshiruvlari hamda davo muolajalarining samarasi ularning nechog‘li to‘g‘ri bajarilishiga bog‘liq bo‘ladi.

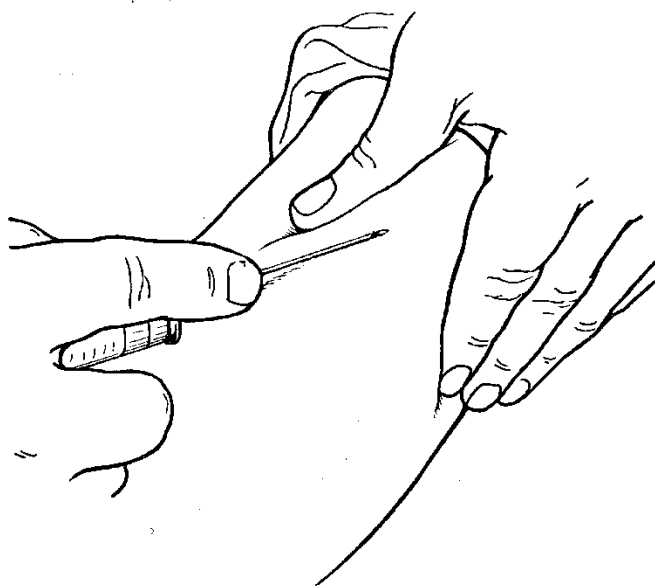
Dorilarni yuborish usullari. Dorilarni yuborishning bir necha usullari mavjud bo‘lib bularga teri tashqi yuzasi va shilliq qavatlar orqali, nafas yo‘llari orqali, ichki (enteral) — og‘iz yoki to‘g‘ri ichak orqali va parenteral, ya‘ni me‘da-ichak yo‘lidan tashqari (teri ostiga, mushak yoki vena ichiga) yo‘llar orqali yuborish usullari mavjud.

Dori-darmonlarni teri va shilliq qavati yuzasida qo‘llash, ularning maxalliy ta‘siriga asoslangan. Bunga ingalyasiya, ya‘ni dorilarni nafas yo‘llari orqali (nafas olish yo‘li bilan) yuborish ham kiradi.

Dori qabul qilishning oddiy va qo‘lay xamda ko‘p tarqalgan usullari - ularni maydalangan kukun, tabletka, tomchi va mikstura (suyuq) xolida ichish hisoblanadi. Ular umumiy va mahalliy ta‘sir qilishi mumkin. Betinim qusish oqibatida yuta olmay qolgan, alahlayotgan va behush bo‘lib qolgan bemorlarga dori to‘g‘ri ichakka klizma qilish yoki shamcha (svecha) qo‘yish yo‘li bilan yuboriladi.

Yanada og‘ir bemorlarga dori-darmonlar parenteral usulda yuboriladi. Bunday usulda yuborishning umumiy afzalligi dori miqdorini (dozasini) aniq belgilagan holda tez yuborishning imkoni mavjudligi, xamda uning ta‘sir kuchi tezda namoyon bo‘lishidadir.

In‘eksiya qilish deganda dori-darmonlarni teri orasiga, teri ostiga, mushakka, suyakka, orqa miyaga shprits orqali yuborish tushuniladi (1-rasm).



1-rasm. Dori moddasini teri ostiga yuborish.

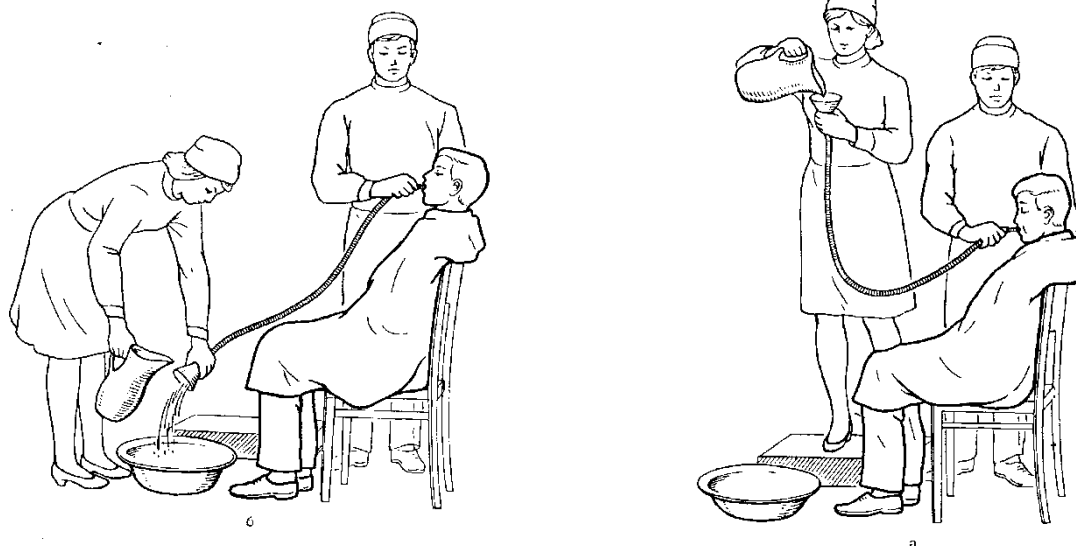
Venaga dori yuborish texnikasi:

- Bemorni qoʻlay tarzda oʻtqaziladi yoki yotqiziladi;
- Bemorning qoʻli stolga yoki maxsus yostiqcha ustiga qoʻyiladi;
- Tirsak tepasi (elka suyagining oʻrtasi) dan rezina shlang yoki tasma (jgut) bilan venoz qon tomiri siqiladigan darajada siqib bogʻlanadi. Venalar yaxshi koʻzga tashlanmaydigan hollarda jgut qattiqroq bogʻlanadi. Bunda uning uchlari tepaga – ukol qilinadigan joyga teskari tomonga – qaragan holda, ukolga xalaqit qilmaydigan tomonda turishi kerak;
- Bemordan mushtini bir necha bor siqib-ochish keyin ukol paytida siqib turish soʻraladi;
- Ukol qilinadigan joy koʻz yordamida yoki barmoqlar yordamida aniqlanadi;
- Tirsakdan bukiladigan joy ikki marta 70% li spirt shimdirilgan paxta bilan artiladi. Bunda birinchi artishda kengroq maydon, ikkinchi marta artishda ukol qilinadigan kichikroq maydon artiladi;
- Shpritsni oʻng qoʻlda ushlagan holda chap qoʻlning bosh barmogʻi bilan tomir qochib ketmasligi uchun teri bir oz tortilib ushlab turiladi. Bunda chap qoʻlning bosh barmogʻi ukol qilinadigan joydan 4-5 sm pastda turishi lozim;
- Igna teri yuzasiga deyarli parallel holatda boʻshliqqa tushish holati sezilgunga qadar teri ostiga kiritib boriladi. Bunda igna uchining kesilgan tomoni yuqoriga qaragan holda boʻlishi lozim;
- Shprits chap qoʻl bilan ushlab turilib, koʻrsatkich barmoq bilan igna asosi bosiladi. Oʻng qoʻl yordamida shprits porsheni orqaga tortilib shprits ichiga qon tushganligiga ishonch hosil qilinadi. Shprits ichida qon koʻrinishi ignaning tomirga toʻgʻri tushganligini koʻrsatadi. Agar shpritsga qon tushmasa harakat takrorlanadi. Agar ukol joyida shish paydo boʻlsa - bu igna tomirni teshib oʻtib ketganligini va tomirdan qon chiqib toʻqimalarga quyilganligini bildiradi. Bunday hollarda igna chiqarib olinib ukol boshqa qoʻlda qilinadi;

- Jgut bo'shatilib bemordan mushtini bo'shashtirishi so'raladi va asta-sekin tomirga dori yuboriladi. Bunda shprits porsheni oxirigacha yuborilmasdan dorining 0,5 ml miqdori shpritsda qoldiriladi;
- Spirtli paxta ukol joyiga igna ustidan bosilib, igna sekin chiqarib olinadi. Bemordan paxta ustidan bosib qo'lini bukish so'raladi;
- Ukol paytida hamda ukoldan keyin doimiy ravishda bemorning umumiy holati kuzatib turiladi. 5 daqiqadan so'ng ukol qilingan joydan qon ketmayotganligi tekshiriladi;
- Ishlatilgan shprits va paxta dezinfeksiyalovchi modda solingan maxsus idishga solinadi.

Venaga tomchi dori yuborish. Venaga dori yuborish texnikasini o'rgangan kishiga tomchi dori (kapelnitsa) yuborish hech bir qiyinchilik tug'dirmaydi. Faqat bunda venaga igna sanchishdan avval suyuqlik solingan idish bemor o'rnidan bir metr balandlikda tomizgich (kapelnitsa) ning vintli qisqichi suyuqlik oqimining tezligi daqiqasiga 1—5 ml (ba'zi hollarda 10 – 20 ml (1 ml — 20 tomchiga to'g'ri keladi) miqdorda oqadigan qilib o'rnatiladi.

Me'dani yuvish. Agar biror-bir sabab tufayli zaharlanish holati yuzaga kelsa va qayt qildirish hech bir natija bermasa me'dani yuvish usulini qo'llash lozim bo'ladi. Buning uchun quyidagilar kerak bo'ladi: bemor oldini o'rash uchun uzun kleyonka fartuk; qaynatilgan iliq suvli (5 litr) obdasta (osh tuzi yoki sodaning 1% eritmasi), suv quyish uchun idishcha, oshqozon zondi va voronka (2-rasm).



2-rasm. Me'dani yuvish. a) suvni me'daga kiritish; b) me'dadan suvni ajratib chiqarish.

Me'dani yuvishda diametri 10—12 mm bo'lgan uzun oshqozon zondidan foydalaniladi (ba'zida zondning bir uchi kengaygan bo'lib, ikkinchi uchida yon tomonidan ikki teshigi bo'ladi). Zondga shisha voronka kiygizilib, uning uchiga

glitserin yoki vazelin moyi surtiladi va og‘iz bo‘shlig‘iga u erdan esa halqumning oxirigacha kirgiziladi. Zond halqumdan o‘tkazilgach, bemorga bir necha bor yutish harakati buyuriladi, shunda zond qizilo‘ngach va me‘daga osonlik bilan o‘tadi. Me‘dani yuvish ikki bosqichdan iborat: 1-bosqich: voronkani bemor og‘zidan 0,25myuqoriga qiya ko‘tarib (me‘daga havo kirmasligi uchun), unga iliq suv quyish; 2-bosqich: voronkada ozgina suv qolganda uni tezlik bilan pastga tushirib, erda turgan tosga to‘g‘irlash. Bunda suv me‘dadan voronkaga va tosga qayta to‘kiladi.

Klizma (xuqna) qilish – bu tashxis hamda davolash maqsadida har xil suyuqliklarni to‘g‘ri ichakka yuborish demakdir. Davolash klizmalarining ikkituri mavjud: biri suyuqlik yordamida ichni bo‘shatishga xizmat qilsa, ikkinchisi, ichakka suyuqlik bilan birgalikda mahalliy va rezorbtiv ta’sirga ega vositalarni yuborishga xizmat qiladi. Birinchi xiliga — ichni tozalovchi, yumshatuvchi va yuvuvchi; ikkinchisiga esa — dorili, tomchilab yuboriladigan va oziqlantiruvchi klizmalar kiradi. Ichni tozalash klizmasi quyidagi hollarda ishlatiladi: 1) har xil sabablarga ko‘ra ich qotganda; 2) ichki va tashqi zaharlanish hollarida; 3) operatsiyadan, tug‘ishdan, qorin bo‘shlig‘i va kichik tos a’zolarini rentgenologik tekshirishdan oldin hamda dorilarni tomchi va oziqlantiruvchi klizmalar orqali yuborishdan avval. Klizmaning mexanik ta’siri suyuqlik miqdori, bosimi va yuborish tezligiga bog‘liq bo‘ladi. Katta yoshli kishiga bir litr suv (750 ml dan 2 litrgacha) yuboriladi. Idish qanchalik yuqori ko‘tarilsa (0,5— 1,5 m), yuboriladigan suyuqlik bosimi ham shunchalik yuqori bo‘ladi.

Odatda klizma qilishda harorati tana haroratiga teng yoki yaqin (37°S — 39°S) suv olinadi. Klizmaning ta’sirini tezlatish uchun suvga sovun (bir qoshiq xo‘jalik yoki bolalar sovunining mayda bo‘lakchalari), 2—3 qoshiq glitserin yoki o‘simlik moyi ham qo‘shish mumkin. Klizmaning mexanik ta’siridantashqari, ichak peristaltikasi kuchayishiga yuboriladigan suyuqlikning past harorati ham sababchi bo‘ladi. Atonik ich qotishida suyuqlik harorati 20°S va hatto 12°S bo‘lishi mumkin, spastik ich qotishida esa iliq va issiq (37°S — 42°S) spazmlarni kamaytiradigan klizmalar qilinadi.

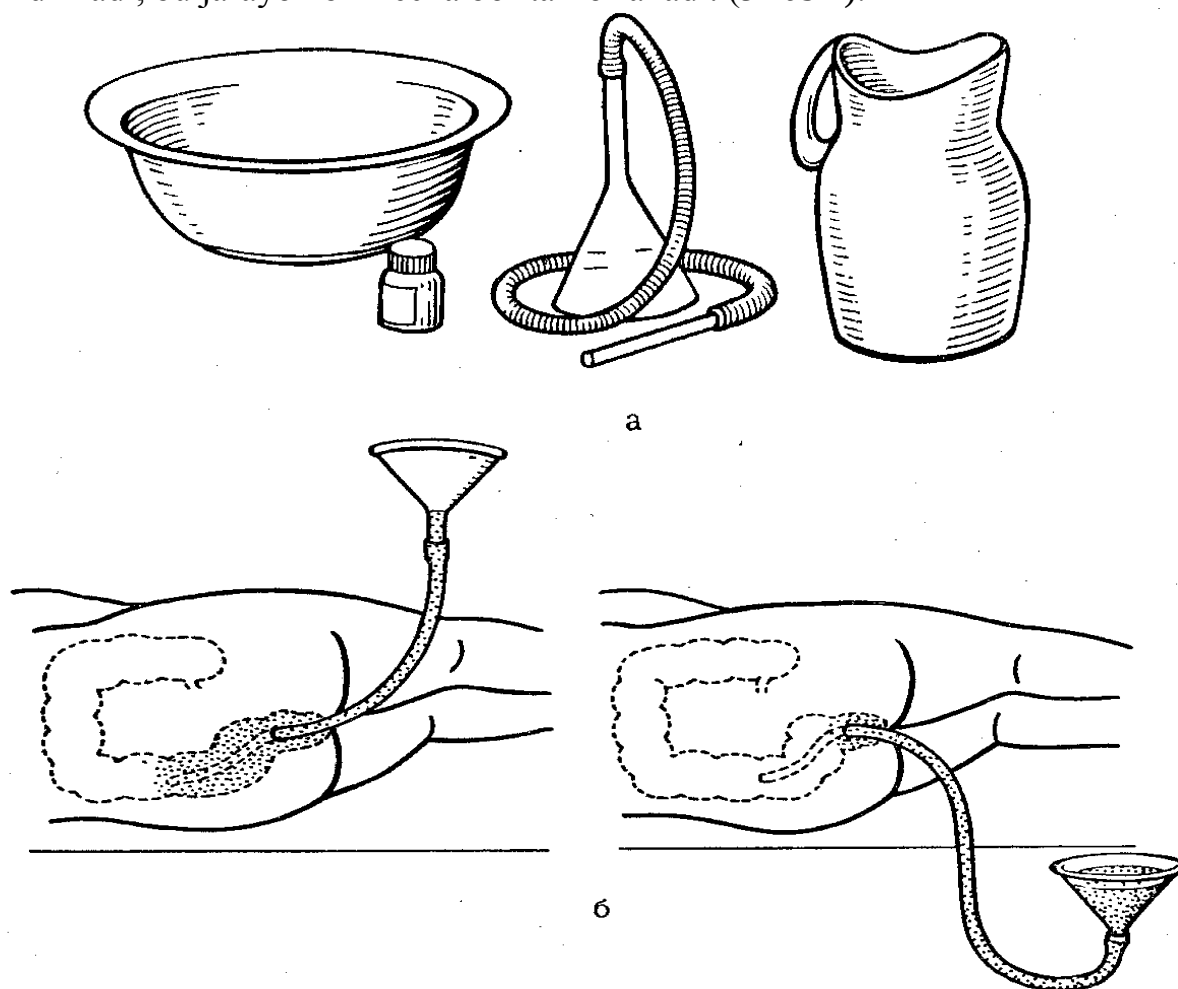
Moychechak (Romashka) qaynatmasidan qilinadigan klizma (bir qoshiq quruq romashka bir stakan suvga) tozalovchi klizmalardan bo‘lib, ich ketganda ishlatiladi.

Ko‘p suyuqlik yuborish orqali qilingan klizmalar foydasiz bo‘lgan hollarda ichni suruvchi klizmalar – moyli va gipertonik eritmalar qo‘llaniladi. Moyli klizmalar spastik ich qotishida va yo‘g‘on ichak shamollaganida buyuriladi. Odatda o‘simlik yog‘i (kungaboqar) kunjut, paxta moyi va vazelin ishlatiladi. Moyni ichakka yuborish uchun rezina balloncha yoki 100—200 ml hajmli Jane shprintsidan foydalaniladi. Buning uchun ballonga yoki shprintsiga rezina boshcha o‘rnatiladi. Moy sekinlik bilan yuboriladi. Gipertonik klizmada 10 % li osh tuzi yoki 20—30% limagniyli oltingugurt tuzi eritmasidan foydalaniladi.

Agar tozalovchi klizmalar foyda bermasa, sifon klizma qo‘llaniladi. U quyidagi hollarda ishlatiladi: 1) ichak o‘tkazuvchanligining buzilishida; 2)

zaxarlanishda; 3) gazni chiqarish va davolash maqsadida yo'g'on ichakning pastki qismini yuvishda.

Sifon klizmasi uchup sterillangan, uzunligi 1,5 metr, diametri 1,5 sm bo'lgan, uchiga 0,5 litr suyuqlik sig'adigan voronka kiydirilgan rezina naycha, 5—8 litr dezinfeksiyalovchi suyuqlik (permanganat kaliyning kuchsiz eritmasi) yoki harorati 38° S gacha bo'lgan qaynatilgan suv hamda to'kish uchun chelak tayyorlanadi. Bemorni chap yoniga yoki chalqancha yotqiziladi, tagiga kleyonka to'shaladi, karavotning yoniga to'kish uchun chelak va suyuqlik solingan idish qo'yiladi. To'g'ri ichakka yuboriladigan rezina naycha uchiga yaxshilab vazelin surtib, 20—30 sm ichkariga kiritiladi. Voronka bemor tanasidan sal pastroqda egilgan holda ushlab turiladi, shundan so'ng asta-sekin voronka suyuqlik bilan to'ldirilib, tana ustidan yuqoriga 0,5 metrgacha ko'tariladi. Klizmaga ishlatilayotgan suyuqlik sathi voronka bo'g'zigacha tushganda, uni pastga tushiriladi, bir ozdan so'ng voronka ichida havo pufakchalari, axlat parchalari paydo bo'ladi, ana shunda voronkadagi narsalar tosga to'qiladi va u yana suv bilan to'ldiriladi, bu jarayon bir necha bor takrorlanadi. (3-rasm).



3-rasm. Sifonli klizma. a) kerakli anjomlar; b) sifonli klizmani amalga oshirish tartibi.

Dorili, tomchilab qilinadigan va oziqlantiruvchi klizmalar odatda tozalovchi klizmaning ta'siridan so'ng (20—30 minut o'tgandan keyin) qilinadi.

To'g'ri ichakka mahalliy (yallig'lanishga, spazmlarga, parazitlarga va boshqalarga) yoki umumiy ta'sirga ega bo'lgan dorilarni yuborishda dorili klizmalardan foydalaniladi.

Kateterizatsiya – siydik chiqib ketishiga mon'elik bo'lgan hollarda maxsus vosita (kateter) yordamida siydikni chiqarib yuborish usuli. Kateterizatsiya odatda davolash va tashxis maqsadlarda qo'llaniladi, Kateterlarning, rezina, metall va elastik turlari mavjud.

Metall va rezinadan bo'lgan kateterlar qaynatiladi, elastiklarini esa formalin bug'i bilan zararsizlantiriladi.

Kateterni erkaklarga yuborish, xotinlarga yuborishga qaraganda qiyinroq kechadi, chunki erkaklarda siydik yo'lining uzunligi 22—25 sm bo'lib, ikki joyidan fiziologik qisilgan bo'ladi va bu kateterning o'tishiga xalal beradi.

Kateterni yuborishda aseptika qoidalariga qat'iy rioya qilish, kerak. Avvalo qo'llarni yaxshilab sovunlab yuvish, so'ng spirt va yod bilan artish zarur. Jinsiy a'zolar bor kislotasi shimdirilgan paxta bilan artiladi, vazelinsurtilgan kateter pinset yoki sterillangan doka bilan ushlanib, siydik chiqarish kanaliga sekin-asta yuboriladi. Agar kateter qovuqqa to'g'ri tushsa, siydik chiqa boshlaydi. Metall kateterlarni faqat shifokor yuborishi kerak.

2-Ma'ruza Aseptika va antiseptika asoslari. Jarohatlar va ularning turlari.

Reja.

1. Aseptika
2. Antiseptika
3. Jarohatlar va ularning turlari

Tayanch so'zlari: Aseptika, antiseptika, jarohatlar

XVIII- asrning o'rtalarida o'tkazilgan eng kichik operatsiyadan keyin ham jarohatlar o'rni yiringlab ketavergan, operatsiya qilingan bemorlarning 80% i hayotdan ko'z yumgan.

Buning sababi jarrohlar infeksiya to'g'risida hech narsa bilishmagan, natijada o'zlarining harakatlari bilan ko'pincha jarohatni zararlantirishgan va natijada ko'ngilsiz hodisalar ro'y beravergan.

Jarohatlarni davolashdagi keskin burilish 1860 yilda L. Paster tomonidan achish va chirishlar organizmga kasallik qo'zg'atuvchi tashqi mikroorganizmlar tushishi tufayli ro'y berishini isbotlangandan so'ng yuzaga kela boshladi. 1967 yilda esa ingliz jarrohi Djozef Lister tibbiyotda to'plagan o'z tajribalari asosida «Jarrohlik amaliyotida antiseptik prinsip» ishlab chiqqanidan so'ng antiseptika haqidagi fan rivojlana boshladi.

Biroq tajriba ortib borishi bilan antiseptik usulning ijobiy tomonlari bilan bir qatorda uning salbiy tomoni ham aniqlana bordi: jarrohlik xonasida ishlaydiganlar va bemorlarning zaharlanishi, qo'l terisining qattiq qichishi kuzatildi, karbol kislotasi eritmasining jarohatga tekkizilishi faqatgina mikroblarning o'lishiga olib kelib qolmasdan, to'qimalarning ham zararlanishiga olib keldi.

Aseptika.

Aseptika bu fizik, kimyoviy va biologik usullar yordamida jarohatga mikroblar tushishining oldini olish demakdir.

Aseptikaning asosiy qonuni quyidagicha sharhlanadi: jarohatga tegadigan har bir narsa bakteriyalardan xoli bo'lishi, ya'ni steril bo'lishi kerak. Bu qoidani hayotga tatbiq etish uchun yaraga mikroblar tushishi mumkin bo'lgan manbalarni yaxshi bilish kerak. Bu manbalar ikki xil bo'ladi: ekzogen va endogen. Jarohatga tashqi muhitdan havo, so'lak va boshqa suyuqliklarning tarqalishidan (tomchi infeksiyasi), jarohatda qoldirilgan jismlardan (ip, drenaj va boshqalar) tushadigan infeksiyaga ekzogen infeksiya deyiladi.

Kishi tanasining ichki yoki tashqi a'zolaridan (teri, me'da-ichak, nafas yo'li va boshqalar orqali) o'tadigan infeksiyaga endogen infeksiya deyiladi. Endogen infeksiya jarohatga to'g'ridan-to'g'ri yoki qon-tomir orqali tushadi (limfa yoki qon-tomir).

Operatsiya blokining ish tartibi. Havo-tomchi infeksiyasi operatsiyadan so'nggi asoratning kuchayishiga olib kelishi, dalillar bilan asosli tasdiqlangan. Shuning uchun ham operatsiya blokining maxsus ish tartibi ishlab chiqilgan. Bu qoidaga binoan operatsiya va operatsiya oldi xonasi (steril) toza bo'lishi lozim.

Operatsiya bloki shifoxonaning boshqa bo'limlaridan ajratilgan bo'lishi hamda qabulxona, anesteziologik-reanimatsiya va jarrohlik bo'limlar bilan uzviy aloqada bo'lishi lozim. Operatsiya blokini tashqi muhitning salbiy ta'siridan (shahar shovqinidan, chang bo'lishidan) saqlash uchun uni yuqori qavatlariga joylashtirish kerak.

Operatsiya xonasi namlab tozalashga, umuman kamlikka moslashgan bo'lishi lozim (shu jumladan, mebellar ham), devorlar rangi och ko'k yoki ko'k havo rang bo'lgani ma'qo'l, chunki bu jarroh ko'zini toliqtirmaydi. Operatsiya xonasining poli suv o'tkazmaydigan, engil tozalanadigan va dezinfeksiya qiluvchi eritmalar bilan yuvishga chidamli bo'lishi kerak.

Aseptika sharoitini yaratish uchun xonalar bir-biridan ajratilgan alohidalangan (zonalashtirilgan) bo'lishi shart. Qat'iy rejimli birinchi xona – operatsiya xonasi, ikkinchi xona—operatsiyadan oldingi xona hisoblanadi. Uchinchi xona qon saqlanadigan, operatsiyada ishlatiladigan maxsus jihozlar o'rnatiladigan, to'rtinchi xona – ko'makchi xona hisoblanadi. Tozalik va tartib-intizom — aseptikaning asosiy qonunidir. Zotan, operatsiya blokida ishlovchining kiyim-kechagi, xulq-axloqi namunali bo'lishi kerak. Aseptikani ta'minlash uchun xalat orqasidan bog'lanadigan bo'lishi, eng bilakkacha shimarilishi, boshga ro'molcha yoki qalpoqcha, oyoqqa oq shippak, uning ustidan baxilla (steril matodan tikilgan etik) kiyilishi lozim. Operatsiya xonasidan maxsus kiyimda chiqishga ruxsat etilmaydi. Kir bo'lgan xalat va qalpoqni vaqti-vaqti bilan almashtirib turish, oyoq kiyimni antiseptik eritmalar bilan tozalash kerak.

Kiyimlarni tartibga solib, oyoqqa baxilla kiyib, og'iz va burunga 4-qavatli doka tutiladi, so'ng opepasiya xonasiga kiriladi.

Operatsiya xonasida namlik 50%, harorat 22—25° S bo'lishi, havosi soatiga 3—4 marta ventilyasiya orqali almashtirib turilishi lozim.

Operatsiya xonalarining havosini dezinfeksiya qilish operatsiya vaqtida hamda har bir operatsiyadan so'ng, har haftada tozalash, haftada bir marta devor, pol va stollarga dezinfeksiyalovchi eritmalar sepish, ultrabinafsha lampalari qo'yish yordamida amalga oshiriladi.

Shuni ta'kidlash lozimki, operatsiya va muolaja bilan shug'ullanuvchi xodimlar maxsus sanitar-bakteriologik tekshirishdan o'tkazilmasa, profilaktik chora-tadbirlarning barchasi besamar ketadi. Shuning uchun Sog'liqni saqlash vazirligining 720—78 qaroriga binoan, operatsiya va muolaja bilan shug'ullanuvchi barcha xodimlar dispanser nazoratida turadilar. Ular olti oyda bir marta tibbiyot ko'rigidan o'tib turadilar. Bu ishlar patogen mikroblarni tashib yuruvchilarni o'z vaqtidatopish va ularni davolash maqsadida amalga oshiriladi. Agar patogen bakteriya tashuvchilar aniqlansa, ular operatsiya xonasida ishlashdan chetlashtiriladi va zudlik bilan davolanadilar.

Kontaktli infeksiyaning oldini olish. Kontaktli infeksiyaning oldini olish — qo'lni, operatsiya maydonini, Asboblari, apparatlar, bog'lov materiallari, operatsiya kiyimlarining zararsizligini ta'minlashdan iborat.

Qo'lni zararsizlantirish. Shuni yaxshi bilish kerakki, har bir tibbiyot xodimi o'z qo'lini hamisha toza tutishi shart. Qo'l yuvishning har xil usullari mavjud.

I bosqich — qo'l ikkita steril cho'tka yordamida issiq suvda 10 daqiqa davomida sovunlab yuviladi (bunda kaft, barmoqlar orasi va teri qatlamlari yaxshilab ishqalab yuviladi);

II bosqich—qo'l steril salfetka yoki sochiq bilan quritiladi (avval qo'l barmoqlari, so'ng bilak pastdan yuqorigacha);

III bosqich – qo'l 5 daqiqa davomida 96%lispirt bilan tozalanadi;

IV bosqich —barmoq uchlari, barmoq oralari 10% li yod eritmasi bilan artiladi.

Qo'l tozalashning kombinatsiyalangan Spasokukotsiy-Kochergin usuli keng tarqalgan: Qo'l o'n daqiqa davomida ikkita cho'tka bilan 5 daqiqadan sovunlab yuviladi. So'ngra sovunni yaxshilab yuvib tashlab, qo'l 0,5% novshadil spirti eritmasi solingan idishda qayta yuviladi. Novshadil spirti teri yuza qavatidagi yog'ni eritib, etil spirtining teri chuqur qatlamidagi bakteriyalarga ta'sir qilishini engillashtiradi. Qo'l steril salfetka bilan artiladi hamda 70%li etil spirti eritmasi bilan tozalanadi. Tirnoq yostiqchasi va teri burmalari 3% li yod eritmasi bilan artiladi.

Sog'liqni saqlash vazirligining 720 – 78 sonli qarorida ko'rsatilishi bo'yicha, qo'l 2,4 yoki 4,8 li pervomur (s—4) eritmasi bilan tozalanadi. Bunda qo'l bir daqiqa davomida sovun bilan yuviladi, so'ng chayiladi, steril salfetka bilan quritiladi va bir daqiqa davomida dezinfeksiyalovchi eritmaga botiriladi hamda quriguncha artiladi.

Qo'lni pervomur kabi antiseptic eritmalar bilan 2—3 daqiqa davomida tozalanadi. Ba'zi hollarda (harbiy dala sharoitida yoki uzoq vaqt bog'lash xonasida ishlaganda) boshqa tezlashtirilgan qo'l yuvish usullaridan foydalaniladi: buning uchun 3 daqiqa davomida salfetkani quyidagi eritmalarining biriga obdon shimdirib

artish lozim. Bu eritmalar quyidagilar: 1) formalinning 0,5% li eritmasi; 2) yodning 2% li eritmasi; taninning 5% li spirtli eritmasi; 3) brilliant ko'kning 0,5%li spirtli eritmasi; 4) 96%li spirt. Ushbu eritmalar qo'llanilganda operatsiya faqat sterillangan qo'lqopda bajariladi.

Operatsiya qilinadigan joyni tozalash ikki bosqichda o'tadi.

Birinchi bosqich — dastlabki tayyorgarlik.

a) gigienik vanna yoki dush (agar imkoni bo'lsa);

b) o'rin va kiyimni almashtirish;

v) operatsiyadan avval (yoki gigiena vannasidan avval) operatsiya qilinadigan joyni quruq usulda junlardan tozalash, so'ng terini spirt bilan artish.

Ikkinchi bosqich— operatsiyaga tayyorlashning ko'p tarqalgan Filonchikov-Grossix usuli, bu operatsiya qilinadigan joyga ikki marta yodning 5% spirtli eritmasini surtish, operatsiya tugaganda va ip qo'yilgandan so'ng jarohat chetlarini yod bilan artishdan iborat. Bolalarda va terisi noziq katta kishilarda yod o'rnida brilliant ko'kning 1% li spirtli eritmasi ishlatiladi (Bakkal usuli).

Asboblari, bog'lov materiallari va kiyimlarni sterillash. Aseptik holatni saqlash uchun fizik va kimyoviy sterilizatsiya usullari qo'llaniladi. Fizik usulga suvda qaynatish, bug'da kuydirish, issiq havo va nurlar bilan (ultrabinafsha nuri, ultratovush, nurlash) sterillash; kimyoviy usulga esa gazli va sovuqda sterilizatsiya qilish kiradi. Ko'pincha aseptik holat fizik usulda sterilizatsiya qilish yo'li bilan olib boriladi va u quyidagicha amalga oshiriladi: qisqa vaqt ichida sterillash ta'minlanadi, sterillangan material zaharli, antigen yoki boshqa zararli xususiyatga ega bo'lmaydi (bu antiseptik moddalarni ishlatish yo'li bilan amalga oshiriladi).

Jarrohlikda gigroskopik xususiyatga ega bo'lgan dokadan qilingan matolar (salfetka, tampon, sharcha va boshqalar) keng qo'llaniladi.

Bitta jarrohlik o'ringa yiliga 200 metr doka yoki 225 dona bint beriladi. Appendektomiya, churra operatsiyalarida 6 – 7 metr, oshqozon operatsiyasida 20 – 25 m, ichak o'tkazuvchanligining buzilishida yoki tarqalgan peritonitda (qorin pardasi yallig'lanishida) – 50 – 60 metr va undan ko'p doka, paxta, lignin (yog'och paxta) va boshqalar ishlatiladi.

Bog'lov materiallari baraban yoki biksda, kiyimlar esa yostiq g'iloqlarida yoki choyshab bog'lamlarida sterilizatsiya qilinadi. Bunda avtoklavdan foydalaniladi.

Hozirgi vaqtda bug' bilan sterillash uchun 1,5—2 atmosfera bosimiga ega, harorati 120—130⁰S gacha etadigan avtoklavdan foydalaniladi, bunda bog'lov materiallarini sterillash uchun 30—45 daqiqa, kiyimlar uchun esa 70 daqiqa kerak bo'ladi.

Sterilizatsiyalashning kerakli haroratda bo'lishi quyidagi usullar bilan nazorat qilib turiladi:

Probirkaga erish harorati 110—120⁰S bo'lgan oltingugurt kukuni (0,5 g) yoki benzol kislotasi, antipirin, rezorsin solinadi va avtoklavga qo'yiladi. Agar biks markaziga qo'yilgan idishdagi kukun erib ketgan bo'lsa, unda harorat etarli hisoblanadi.

Qog'ozga “sterillangan”, deb yoziladi va avval 3% li kraxmal eritmasi, u qurimasidan turib tarkibida yod bo'lgan lyugol surtiladi, yod kraxmal bilan

birlashib, qog'oz rangi ko'karadi va yozuv yo'qoladi. Qog'oz quritilib biki o'rtasiga qo'yiladi. Yuqori harorat ta'sirida yod parchalanib ketadi, qog'oz oqaradi va yozilgan harflar ko'rinib qoladi. Sterillangan buyumlarni biksni ochmasdan, 2—3 kungacha saqlash mumkin. Asboblari metall yashiklarda qaynatiladi. Buning uchun har xil kattalikdagi sterilizatorlarning devorlarida tuz qoldig'i hosil bo'lmasligi uchun 2% li soda eritmasi yoki distillangan suv solinadi. Asboblari qismlarga ajratilgan holda, qaynab chiqishdan boshlab 30 daqiqa davomida sterilanadi. Kesadigan asboblarni qaynab turgan suvga 5 daqiqa, keyin 1 — 1,5 soat davomida spirtga solib qo'yib sterilash uchun etarli hisoblanadi. Asboblari yiring bilan yoki ichakdagi moddalar bilan ifloslanganda 5% li lizol yoki 0,1% li diotsid. eritmasiga 30 daqiqa davomida solib qo'yiladi, keyin shu eritmada cho'tka bilan yuviladi va yuvish eritmasi bilan tozalanadi. Operatsiya davomida anaerob infeksiya bilan zararlangan asboblari 6% li vodorod peroksid eritmasi bilan 0.5% li yuvish vositasining eritmasi aralashmasiga kamida bir soatga solib qo'yiladi yoki 90 minut davomida qaynatiladi, so'ng o'sha eritmada cho'tka yordamida yuviladi va sterilash yuqorida aytilgandek davom ettiriladi.

Oxirgi 10—15 yil davomida shpitslar quruq haroratda yoki avtoklavda sterilizatsiya qilinmoqda, chunki qaynatish virusli gepatit qo'zg'atuvchilariga etarlicha ta'sir etmaydi.

Yuqori haroratga faqat porsheni oynali LOER yoki «Rekord» xilidagi shpitslar chidaydi. Shpitslar ajratilgan holda pergament qog'oziga, qog'oz esa paketga solinadi, paketlar esa biks yoki qopchalarga joylashtiriladi. Harorat 160° S bo'lsa — 60 daqiqa, 180°S bo'lsa — 45 daqiqa davomida sterilanadi.

Oynali va chinni idishlar qaynatish yo'li bilan 10—14 daqiqa davomida yoki maxsus shkaflarda quruq issiq havoda 150—160°S haroratda 2 soatgacha yoki avtoklavda (2 atm. bosimi ostida), 130—135°S haroratda sterilizatsiya qilinadi.

Kateterlarni, naychalarni, drenaj va rezina qo'lqoplarni yaxshisi avtoklavda sterilash kerak. Ularni 10 daqiqa davomida distillangan suvda qaynatish ham mumkin. Biroq qayta qaynatilgandan so'ng rezina sifati buziladi.

Keyingi vaqtlarda rezina qo'lqoplarni sovuq sterilash keng tarqalmoqda. Buning uchun ular 1% li dezoksan eritmasida — 18°S harorat ostida, 45—50 daqiqa (sterilizatsiyadan keyin distillangan suvda yuvib tashlanadi), 6% li vodorod peroksid eritmasida 50°S haroratda 3 soat, 4,8% li pervomurda, 15—20 daqiqa davomida, 2% li xloramin eritmasida — 2 soat davomida sterilanadi.

Implantatsion infeksiyaning oldini olish.

Tikish materiallari, har xil sintetik protezlar, drenaj naychalar hamda dori-darmonlar implantatsion infeksiyani keltirib chiqarishi mumkin. Jarrohlikda qo'llaniladigan sintetik materiallar (kaprondan yasalgan ip, ayvalondan yasalgan momiq, parolon va boshqa shunga o'xshash narsalar) 1,5 atmosfera bosimi ostida 20 daqiqa davomida, boshqa materiallar esa 50 daqiqa davomida sterilanadi. Ba'zi sintetik materiallar ularda ko'rsatilgan qoidaga muvofiq zararsizlantiriladi. Sterillashning qo'lay usullaridan biri sovuq usulda sterilash hisoblanadi. Sintetik buyumlar karbol kislotasi (3 g), natriy oksidi (15 g), formalin (20 g), distillangan suv (1000 ml) dan iborat bo'lgan Krupenin eritmasida sterilanadi. Bu eritmada

mikroblar 30 daqiqa davomida, ularning sporalari esa 40—60 daqiqa davomida o‘ladi. Bunday eritmada plastmassadan qilingan buyumlar, qaynatilgan va sterillangan ignalar, skalpellar, polietilen naychalari va boshqalarni saqlash qo‘lay.

Tikish vositalarini sterillash javobgarlikni talab qiluvchi mashaqqatli va masuliyatli ish hisoblanadi, bunda aseptika qoidalariga amal qilmaslik xatarli oqibatlariga olib kelishi mumkun.

Keyingi yillarda tikish materiallarini tayyor holda ishlab chiqarish ko‘paymoqda. Ampulaga solingan ipak va ketgut gamma nurlari ta‘sirida sterilizatsiya qilinadi. Shunga qaramay ko‘pincha tikish materiallarini sterillash operatsiya xonalarida o‘tkaziladi.

Ipakdan tayyorlangan tikish materiallari ko‘pincha, Koxer usulida bosqichma-bosqich sterillanadi. Birinchi bosqichda mexanik tozalash o‘tkaziladi (ipak issiq suvda sovun bilan bir necha marta yuviladi). Ikkinchi bosqichda yog‘sizlantiriladi (g‘altakli ipak 24 soat davomida efirga botirib qo‘yiladi). Uchinchi bosqichda qotirish va sterilizatsiyalash o‘tkaziladi (buning uchun ipakli g‘altakni 24 soat davomida 70% li spirtga solib qo‘yiladi). To‘rtinchi bosqichda sterillash va antiseptik modda shimdirish ishlari olib boriladi. (1:1000 sulema eritmasida 10 minutdan 20 minutgacha qaynatish). Beshinchi bosqichda saqlash va qotirish amalga oshiriladi (ipak 96° li spirt solingan idishda saqlanadi). Ikki kundan so‘ng bakteriologik tekshirishdan o‘tkaziladi.

Ba‘zi jarrohlik bo‘limlarda tikiladigan iplar Pershin usulida diotsidda qayta ishlanadi. Ushbu usulning dastlabki ikki bosqichi Koxer usulining ikki bosqichiga o‘xshaydi. Uchinchi bosqichda g‘altak ipak 1:1000 nisbatdagi diotsid eritmasiga 24 soat davomida sterillash, qotirish va shimdirish uchun solib qo‘yiladi. Keyinchalik iplar qopqog‘i mahkam berkiladigan shisha idishlarda 1:5000 nisbatli diotsid eritmasida saqlanadi.

Kapron iplar quyidagicha sterillanadi: o‘ram yuvilib quritilgandan so‘ng (xuddi ipak kabi yuvilgandan so‘ng) qopqog‘i zich berkiladigan efirli bankaga 18 soatga solib qo‘yiladi. Shundan so‘ng 1:1000 nisbatli sulema eritmasida, uning qalinligiga qarab 1—5 daqiqa davomida qaynatiladi. So‘ngra iplar 96° li spirtga ikki sutkaga solib qo‘yiladi va nihoyat 96° li spirtning yangi porsiyasida uch kungacha saqlanadi. Shundan so‘ng kapron ip ishlatishga tayyor bo‘ladi. Ketgut so‘rilib ketadigan ip turlaridan bo‘lib, u qo‘y ichagining seroz va mushak qismidan tayyorlanadi. Xom ketgut bakteriyalar bilan juda ifloslangan bo‘lib, ular ichida spora tashuvchilari ham bo‘lishi mumkin (qoqshol, kuydirgi va boshqalar). Shuning uchun ketgutni sterilizatsiya qilish juda mas‘uliyatli ish hisoblanadi. Ketgutni sterillash Sitkovskiy usulida bajariladi. Bu usul yod bug‘ini shimdirish (impregnatsiya)ga asoslangan bo‘lib, olti bosqichda amalga oshiriladi: Birinchi bosqichda ketgutni yog‘sizlantirish uchun uni 12—24 soat davomida efirga solib qo‘yiladi; ikkinchi bosqichda standart ip uch qismga bo‘linib sulema eritmasida namlangan steril doka tamponi bilan obdon artiladi; uchinchi bosqichda iplar 1—2 daqiqa davomida 2% li kaliy yodning suvli eritmasiga solinadi; to‘rtinchi bosqichda iplar halqalarga o‘raladi va uzun iplarga teriladi, so‘ngra tagiga yod kristali solingan qopqog‘i zich yopilgan shisha idishga (40 g yod kristali 3 litrli

bankaga) joylashtiriladi; beshinchi bosqichda banka qopqog'i parafin bilan kavsharlanib, 5 kun davomida saqlanadi; oltinchi bosqichda ketgut quruq sterillangan bankaga solinadi. Ipnig sterillanganligini bilish uchun ekma olinadi, keyin unga spirt quyiladi, spirt har 10 kunda almashtiriladi.

Antiseptika

Antiseptika-bemor tanasiga tushgan mikroblarni yo'qotishga qaratilgan chora-tadbirlar majmuasi. Antiseptika mexanik, fizik, kimyoviy, biologik va aralash antiseptikaga ajratiladi.

Mexanik usul – jarohatlangan to'qimani turli iflosliklardan tozalash, birlamchi jarrohlik qayta ishlovi, o'lgan to'qimani olib tashlash, chayish va h.k.

Fizik usul – jarohatlangan to'qimadan yiringni chiqarib yuborish uchun tampon, drenaj, trubkadan yoki mikroblarga qarshi kvars, ultrabinafsha lampalar va h.k. dan foydalanish.

Kimyoviy usul – turli kimyoviy moddalar yordamida mikroblarga qarshi kurashish.

Biologik usul – organizmning mikroblarga qarshiligini oshirish uchun immun zardoblar (passiv emlash uchun), fermentlar (tripsin, xemotripsin, ribonukleazalar), antibiotiklar va vaksinalardan (faol emlash uchun) foydalanish kiradi.

Mexanik antiseptika. Barcha jarohatlar bakteriya bilan zararlangan hisoblanadi, shuning uchun jarohatlarda asosiy vazifa ularni birlamchi jarrohlik yo'li bilan imkoni boricha tezroq tozalashdan iborat bo'ladi. Bu esa mexanik usullar yordamida amalga oshiriladi – jarohatni antiseptik eritmalar bilan yuvish, yot jismlarni olib tashlash, yashash qobiliyatini yo'qotgan to'qimalarni kesib tashlash, jarohatlar atrofini tekislash va kerak bo'lganda, ularni tikish (jarohatlar mavzusiga qarang).

Fizik antiseptika. Uning mohiyati, jarohatlardagi mikroblarning rivojlanishiga yo'l qo'ymaydigan, toksinlar so'rilishi va to'qima mahsulotlarining emirilishini kamaytiradigan sharoitlar yaratuvchi fizik usullarni qo'llashdan iborat.

Hozirgi vaqtda shu maqsadda rezina naychali drenajlar keng qo'llanilmoqda. Lekin, ba'zi hollarda bu ochiq drenajlar o'z vazifasini sust bajaradi va jarohatda hosil bo'layotgan yiringni har doim ham etarli darajada tashqariga chiqara olmaydi. Shu sababli keyingi paytlarda aspiratsiya vazifasini bajaruvchi so'ruvchi vakuum tizimi bilan ulangan yopiq drenajlar yoki yuvuvchi drenajlar ishlatilmoqda.

Kimyoviy antiseptika. Mikroblarga ta'sir etuvchi kimyoviy moddalar dezinfeksiyalovchi, antiseptik va ximioterapevtik preparatlar guruhlariga bo'linadi.

Antiseptik moddalar mikrob hujayrasiga qarshi ta'siriga qarab, bakteriostatiklar va bakteriotsidlarga ajratiladi.

1. Galogen guruhiga mansub moddalar tarkibida xlor, yod, bo'ladi. bunday moddalardan bir xloramin bo'lib uning eritmasi qo'lni tozalashda, yiringli yaralarni davolashda (0,5— 3% eritma), metallmas asboblarda (0,5% eritma), bemorga qarash uchun ishlatiladigan asboblarda va xonani tozalashda (1—3% eritma) qo'llaniladi. Yod preparatlaridan uning 5% li spirdagi eritmasi, lyugol va yodanatning suvdagi eritmasidan foydalaniladi. Yod eritmasi operatsiya

qilinadigan joyga, jarohat atrofiga surtishda va boshqalarda ishlatiladi. Shuni unutmaslik kerakki, metallardan yasalgan asboblarda yod tekkanida buziladi. Lyugol, yod va yodid kaliyning spirt yoki suvdagi eritmasidan ketgutni sterillash va shilliq qavatlariga surtishda foydalaniladi. Yodanatning suvli eritmasi — yodning sulfat bilan kompleks birlashgan eritmasi bo'lib, operatsiya qilinadigan joy va shoshilinch operatsiyada qo'lni zararsizlantirishda ishlatiladi.

2. Oksidlovchi moddalarga vodorod peroksid, rux oksidi va kaliy permanganat kiradi. Bu antiseptiklar organik birikmalar ishtirokida mikroorganizmda oksidlanish-qaytarilish jarayonlarini buzadigan faol kislorod ajratadi. Vodorod peroksidning 3% li eritmasi yiringlagan va chirigan jarohatlarni bog'lashda tozalovchi va dezodorlovchi modda sifatida qo'llaniladi, kaliy permanganat (0,1—0,5% eritma) badbo'y jarohatlarni yuvish, chayish va sprinsovkalash (0,02—0,1% eritma) kiradi.

3. Kislotalar va ishqorlar. Bu guruhga pervomur (81 ml 85%li chumoli kislotasi bilan 171 ml 33%li vodorod peroksid), bor kislotasi, kalsiylangan soda, nashatir spirti, natriy ishqori kiardi. Bu moddalar qo'lni, operatsiya qilinadigan joyini, asboblarni, ip va boshqa materiallarni dezinfeksiya qilish uchun, shuningdek, jarohat va bo'shliqlarni yuvish uchun ishlatiladi (bor kislotasining 2—3%li suvli eritmasi). Ishqorlar, masalan, kalsiyli soda novshadil spirti, natriy tuzining eritmalari mikroorganizm hujayralaridagi oqsillarni emirish hisobiga bakteritsid ta'sir ko'rsatadi. 2% li natriy gidrokarbonat asboblarni sterillashda qo'llaniladi. 0,9% li natriy xlorning (osh tuzi) izotonik eritmasini boshqa dorilar bilan birga venaga yuborish mumkin, gipertonik eritma (2—5—10%) yiringli yaraga surtilganda, osmotik va mikrobgga qarshi ta'sir ko'rsatadi. Ammiak yoki novshadil spirtning (0,5% li) eritmasi qo'lni Spasokukotskiy – Kochergin usuli bo'yicha yuvishda ishlatiladi.

4. Og'ir metallar tuzlariga simob xloridi, sulema va kumush nitrat (lyapis) kiradi. Kuchli bakteritsid ta'sirga ega bo'lgan ushbu moddalar zaharli bo'lib, A ro'yxati bo'yicha saqlanadi. Simob xloridi va sulema eritma holida (1:1000) rezina qo'lqoplarni, ipakni dezinfeksiya qilishda ishlatiladi.

Kumush nitrat yoki lyapis bakteriyalarga, yallig'lanishga qarshi burishtiruvchi va kuydiruvchi modda sifatida kuchli ta'sir ko'rsatadi. Bu eritmalaridan yangi yiringli jarohat va bo'shliqlarni yuvishda (0,1—2% li eritmasi) foydalaniladi, ortiqcha to'qimalarni kuydirish uchun esa 5 – 10% li eritmalar ishlatiladi. Shuni unutmaslik kerakki, lyapisning 10%li eritmasi teri yoki shilliq qavatga tushsa, uni kuydirishi va hatto to'qimalar nekroziga sabab bo'lishi mumkin.

Kseroform 3—10%li (maz) surtma dori va sepma sifatida yaralarga ishlatiladi. U Vishnevskiy surtmasi tarkibiga kiradi.

6. Spirtlar. Jarrohlik ishlarda etil spirti ishlatiladi. 70⁰li spirt juda yaxshi bakteritsid ta'sirga ega. 96⁰li spirt qo'lni zararsizlantirish, operatsiya joyini tozalash, kesuvchi asboblarni, optik jihozlarni dezinfeksiya qilish, ipakni sterillash va saqlash uchun ishlatiladi. yuqori foizli spirt oqsillarini ivitib qo'yishi natijasida uning to'qimalarga chuqur singib borishi qiyinlashadi.

7. Aldegidlar gruppasiga formaldegid kiradi. O'tkir hidli suvda yaxshi eriydigan bu moddaning 40%li suvdagi eritmasi formalin deb yuritiladi. U asboblarni, drenajlarni dezinfektsiyalashda 2—5%li eritma holida ishlatiladi. Formalinning uch tarkibli eritmasi (formalin 20 g, karbol kislotasi 10 g, natriy gidrokarbonati 30 g va 1 litr distillangan suv) asbob, qo'lqop, drenaj va boshqalarni dezinfektsiyalashda keng qo'llaniladi.

8. Bo'yoqlar guruhiga brilliant ko'ki, metil ko'ki kiradi. Brilliant ko'king 0,1—2% li spirtli eritmasi terining bir necha yiringli kasalliklarida surtish uchun, 2% li eritmasi esa teri yuzasi shikastlanganda ishlatiladi. Metil ko'kidani (1—2% li eritma) kuyganda, teri yuzasi jarohatlanganda (3% li eritma) foydalaniladi.

9. Sulfanilamid preparatlari tanaga mahalliy va umumiy ta'sir ko'rsatadi. Ularga metilsulfazin, urosulfon va boshqalar kiradi. Davomli ta'sir ko'rsatadigan sulfanilamidlarga orsul, sulfapiridazin, madribon va boshqalar kiradi.

10. Tarkibida nitrofuran bo'lgan moddalar. Bu toifaga kiruvchi furagin, furozolidon, furazidinlar bilan streptokokkli yuqumli kasalliklarni davolashda foydalaniladi. Ular hujayra elementlarining fagotsitar faoliyatini sezilarli darajada kuchaytiradi.

Biologik antiseptika. Bu guruhga kiradigan moddalar faqatgina mikroblarni yo'qotibgina qolmay, balki inson organizmining immunobiologik holati yaxshilanishiga xizmat ham qiladi. Bularga antibiotiklar, enzimlar, zardoblar kiradi. Bemorlarni davolashda ko'proq makrolidlar (azitromitsin, eritromitsin), streptomitsinlar, aminoglikozidlar (kanamitsin, monomitsin, gentomitsin va boshqalar), tetratsiklinlar (tetratsiklin, oksitetratsiklin) qo'llaniladi. Ferment preparatlarini jarroxlik kasalligi bo'lgan bemorlarda qo'llash, ularning nekrotik ta'siriga va shu bilan birga yuqumli yaralarni, yiringli bo'shliqlarni yiringlardan va yashay olmaydigan to'qimalardan tezda tozalashga asoslangan. Ular bir vaqtning o'zida shish va shamollashning oldini oladi va antibiotiklar faolligini oshiradi. Hayvonlardan olingan fermentlar ham keng qo'llaniladi: bular — tripsin, ximotripsin, ximopsin, ribonukleaza hamda bakterial streptokinazadir. Jarohat antiseptik yo'l bilan tozalanadi, so'ng unga 2—3% li ximopsin yoki ximotripsin eritmasi bilan shimdirilgan salftka qo'yiladi.

O'rta hisobda har bir jarohat bog'lamiga 30 mg tripsin (ximotripsin), 100—150 mg ximopsin, 25000 TB streptokinaza va 12500 TB dezoksiribonukleazalar ishlatiladi. Jarohat bog'lami har kuni almashtiriladi.

Proteolitik fermentlarni mushak orasiga bir kunda ikki marta yuborish mumkin (5 ml). Tripsin kukuni 0,25—0,5% li 2 ml novokainda eritiladi va muskul orasiga yuboriladi. Proteolitik fermentlar oqmalar va suyak bo'shliqlarini yuvish uchun ishlatiladi. Shuningdek ular vena va suyakka ham yuboriladi.

Jarroxlik kasalligi bor bemorlarni davolashda maxsus zardob, anatoksinlardan (passiv va aktiv immunizatsiya hosil qilish uchun) foydalanish mumkin.

Bemorni faol immunizatsiyalash uchun stafilokokk anatoksini teri ostiga quyidagi sxema bo'yicha yuboriladi. Ukol miqdori 0,1 ml.dan boshlanib har 2 – 3 kunda 0,1 ml dan ko'paytirib boriladi, anatoksin dozasi 1 mg.ga etganda davolash muddati tugaydi. Yiringli jarohatning asorati qolmasligi uchun shoshilinch

operatsiya vaqtida kurak ostiga bir marta 0,5 ml anatoksin yuborish bilan kechiktirib bo'lmaydigan immunizatsiya o'tkaziladi. Passiv immunizatsiya hosil qilish uchun antistafilokokk plazmasi bemorning har 1 kg og'irligiga 4—6 ml miqdorda venaga yoki mushakka yuboriladi. Bunday in'eksiya bir marta yoki zarur bo'lganda bir necha kun davomida qilinadi. Antistafilokokk gamma-globulin mushakka bir marta va bir necha kun davomida 3—6 ml dan yuboriladi. Bu dori antistafilokokkli plazma singari stafilokokkning og'ir shakllarini davolashda qo'llaniladi (sepsis).

3 MA'RUZA. Desmurgiya. Bog'lamlarning turlari. Qon oqishi va qon yo'qotish turlari, sabablari va oqibatlari va unda BTYo.

Reja:

- 1.Desmurgiya.
2. Bog'lamlarning turlari.
3. Qon oqishi va qon yo'qotish turlari, sabablari va oqibatlari va unda BTYo.

Tayanch so'zlari: Desmurgiya, Bog'lam, Qon oqishi

3.1.Desmurgiya – bog'lamlarni bog'lash va qo'llash qoidalariga ta'limot. Jaroxat yoki tananing boshqa qismlariga davo maqsadida bog'lov materiallaridan foydalaniladi. Bog'lamlar jaroxatga bog'lov materialini maxkamlab quyish yoki travmalar xamda kasalliklar vaqtida tana qismini qimirlamaydigan- immobilizatsiya – qilib quyish uchun xizmat qiladi. Birinchi yordam ko'rsatish uchun bog'lov paketlari (individual paketlar) keng qo'llaniladi. Bular ikkita steril tampon va bintdan iborat.

Ishlatiladigan materialni xiliga qarab:

- yumshoq (elim, plastir, kosinka, bint bog'lamlar)
- qattiq bog'lamlar: shina, kraxmal, gips bog'lamlarga tafovut qilinadi.

Shina bog'lamlari – shikastlangan bemorga birinchi yordam ko'rsatish uchun va uni olib borish paytida (transport shinalari) shuningdek yalliglanish kasalliklarida davo maqsadida (davo shinalari) qo'llaniladi. Qo'l va oyoq travmalarida Kramer va diterixs shinalaridan keng qo'llaniladi.

Suyaklar shikastlanganda taxtakachlash va transportirovka qilish:

Suyagi singan bemorlarni transportda jo'natilayotganda taxtakachlash shikastlanganda ogriq paydo bo'lishi tabiiy xoldir. Ma'lumki, taxtakachlanganda suyak bo'laklari va mushaklar xarakatsizlashtiriladi, to'qimalari qo'shimcha jaroxatlanishni oldini oladi. Aksincha, taxtakachlanmasa yoki u noto'g'ri

bajarilgan bo'lsa, atrofdagi muskullar qon tomirlar va nervlar suyak bo'laklaridan shikastlanishi, xatto teri teshilishi mumkin. Qisman singanda suyak qattiqligi susayadi, taxtakachlash esa mexanik kuchlar, xususan og'irlik kuchi ta'sirini yo'qqa chiqaradi, bu bilan suyaklarni to'la sinishdan saqlab qoladi.

To'g'ri taxtakachlash qon tomirlarni ezilishini ularni torayishini oldini oladi, shikastlangan soxani qon bilan ta'minlanishini yaxshilaydi, bu bilan to'qimalari mikroblarga qarshilik qilish qobiliyatini oshiradi. Suyak bo'laklari, muskullar va boshqa to'qimalarning xarakatsizligi mikroblarni tarqalishiga to'sqinlik qiladi. Shikastlangan tomirlarda xosil bo'lgan tromblarni saqlab qolishda va ikkilamchi qon ketishini oldini olishda taxtakachlanishning roli katta.

Demak o'z vaqtida va to'g'ri bajarilgan xarakatsizlanitirish muolajasi shikastlanishini yaxshi kechishida, asoratlarni oldini olishda va qisqa vaqtda a'zo faoliyatini to'la tiklanib ketishida shubxasiz katta ahamiyatga ega.

Shunday qilib, transportirovka vaqtida taxtakachlanishning roli quyidagilardan iborat:

ogriqsizlantirish va travmatik karaxtlikni oldini olish,

to'qimalarni qo'shimcha shikastlanishini va ikkilamchi qon ketishini oldini olish,

shikastlanmagan to'qimalarni qon bilan ta'minlanishini yaxshilash, ularni qarshilik qobiliyatini oshirish, ogir infeksiya asoratlarni oldini olish,

shikastlanishni osonroq kechishini va a'zo funksiyasini to'la tiklanishi uchun sharoitini ta'minlash.

Taxtakachlash jabrlanuvchi uchun o'ta qo'lay bo'lib, qo'shimcha shikoyat, bezovtalik keltirmasligi kerak. Transportirovka vaqtidagi taxtakachlanishning maqsadiga to'la erishishi uchun asosiy ko'rsatmalarga rioya qilishi lozim, ularning ayrimlari quyidagilardan iborat:

Taxtakachlash iloji boricha ertaroq amalga oshiriladi.

Odatda jabrlanganning kiyimi poyafzali taxtakachlashga xalaqit bermaydi, ular shina ostida yumshoq yopqichdek a'zoni ximoya qiladi. Kiyim va poyafzal sog' tomondan boshlab echiladi.

Transportirovka qilish uchun taxtakachlashdan avval a'zoni ogriqsizlantirish lozim.

Agar jaroxat bo'lsa, shina qo'yishdan oldin uni aseptik bog'lam bilan berkitiladi jaroxatni kiyim yoki poyafzal choki bo'ylab qirqib echiladi.

Ko'rsatma bo'lganda, qon to'xtatuvchi jgut qo'yishi xam taxtakachlashdan avval bajariladi.

Ochiq sinishda chiqib ketgan suyak bo'laklarini jaroxat ichiga kirgizib yuborishi man etiladi, chunki chuqurdagi tuqimalar mikroblar bilan ifloslanishi mumkin.

Shina bemor a'zosi xajmi va shakliga moslashtirilgandan so'ng qo'yilgandagina yaxshi xarakatsizlantirishga erishish mumkin.

Shina to'qimalari ezmasligi, yotoq yara qilmasligi, qirralari terini qiymasligi zarur.

Shina shikastlangan a'zoni qo'shni ikki bo'gimni xam ishg'ol qilishi kerak, yo'qsa kutilgan natijaga erishib bo'lmaydi.

Suyak bo'laklarining siljishi uning birikkan muskullarga bog'liq, shunday ekan taxtakachlanganda muskullar bo'shashi uchun a'zo fiziologik xolatda bo'lishi kerak.

A'zo shina bilan bo'y barobar bint, tasma bilan qattiq boylangan bo'lishi lozim.

Atrof xarorat past vaqtda taxtakachlangan a'zoni sovuq urib qolmasligi uchun issiq saqlash kerak.

Transport shinasi butkul ostidagi yumshoq va qattiqroq buyumlar yoki maxsus qilingan moslamalar (Diterixs, Kramer shinalari va boshkalar) bo'lishi mumkin.

3.2. Xarakat tayanch apparati shikastlarida gipsli bog'lamdan foydalanish va uning qoidalari.

Gipsli bog'lam sinish va chiqishlarga qo'llaniladigan xarakatsizlanitiradigan asosiy vositadir. Bog'lam shikastlangan a'zoga moslab oddiy yoki gipsli standart bintlardan tayyorlanadi.

Gipsli bog'lam qo'yish qoidalari:

Oldindan kerakli xamma narsalar tayyorlanadi,

Bog'lam singan soxa va qo'shni ikki bo'gimni qo'shib qilinadi,

A'zoga o'rta fiziologik xolat beriladi (bintni tashqaridan markazga qarab o'raladi, oldingi o'ramni keyingisi 2/3 qismini ishg'ol qiladi).

Barmoq uchlari kuzatish uchun bog'lamdan ochiq qoldiriladi,

Bog'lam a'zoni siqib qo'ymasligi va aksincha bo'sh bo'lmasligi kerak.

Bog'lam qo'yishdan avval lozim bo'lsa ogriqsizlantirib suyak bo'laklari bir biriga to'g'rilanadi.

Gipsli bog'lam quyidagi turlari ma'lum:

Longetli gips bog'lami a'zoni 2/3 qismini tarnov sifat ishg'ol qilib yaxshi taxtakachlaydi. Shikastlanishning dastlabki vaqtlarida va ambulatoriya sharoitida juda qo'l keladi,

Aylanma bog'lam a'zoni butun aylanasi bo'ylab ishg'ol qiladi, longet bog'lami keyinchalik longet-aylanma bog'lamiga aylantirilishi mumkin.

Kaltalashtirilgan sirkulyar bog`lam, shikastlangan bo`g`imni segmentlari bilan ko`tarib ushlab turadi,

Darchali bog`lam – a'zoni ayrim joyini kuzatish yoki davolash uchun darchasi bo`ladi (masalan, ochiq singanda jaroxat soxasi ochiq qoldiriladi)

Kupriksimon bog`lam – aloxida – aloxida aylanma bog`lamlar o`zaro xavozalar bilan birlashtirilgan bo`ladi,

Zakrutka bog`lami, bo`g`imda xarakat xajmini kuch ishlatib oshirish uchun qo`shni segmentlarga qo`yiladi, ikki shoxni yakinlashtirganda ishlatiladigan mosalama kabi ijro etiladi,

Bosqichli bog`lam, a'zo o`qi asta-sekin to`g`rilanayotganda qo`yiladi,

Korset bog`lam, umurtqa pogonasiga tushadigan og`irlikni qisman engillashtiradigan bog`lam,

Gipsli krovat - tanani orqa va yon yuzalarini ishg`ol qiluvchi yaxlit bog`lam.

Gipsli bog`lamlar olib qo`yiladigan, olinmaydigan va aylanma bo`lishi mumkin. Transportirovka vaqtida taxtakachlash, suyak bo`laklarini repozitsiya qilish va gipsli bog`lam qo`yishda a'zolarning o`rta fiziologik xolatini inobatga olishi zarur.

Desmurgiya – bu bog`lamlarda va kullash koidalari xakidagi soxa. Bog`lamlar ikki katta guruxga bulinadi:

1. Yumshoq – kleolli, bintli va ro`mol orqali.

2. Qattiq – shinalar, kraxmalli, gipsli.

Ko`zlangan maqsadga qarab bog`lamlar quyidagi guruxlarga bo`linadi:

Mustaxkamlovchi

Xarakatsizlovchi

Mustaxkamlovchilar – leykoplastirli, ro`molcha orqali, qavatma- qavatli, T simon va bintli bo`ladi.

Xarakatsizlovchilar – shinalar (qotiruvchi, shifoxonaga junatishga ishlatiladiganlari), kraxmal, kley, gipsli.

Bintli bog`lamlar:

1. aylanma

2. spiralsimon

3. sudraluvchi

4. 8-simon

5. qaytuvchi turlari

Bosh kukrak qafasi, chanoq, qorin, qo'l va oyoqqa qo'yiladigan bog'lamlar mavjud.

Singanda bemorlarni shifoxonaga junatishda taxtakachlash.

Taxtakachlash maqsadi:

Ogriqsizlantirish va travmatik shokni oldini olish

Qo'shimcha shikastlanishni va ikkilamchi qon ketishini oldini olish

To'qimalarda qon aylanishini yaxshilash va infeksiyon asoratlarni oldini olish

Shina deganda qo'l ostidagi xar qanday qattiq narsa yoki maxsus qilingan vosita ko'zda tutiladiki, u bemorni muttaxisiga jo'natishda xarakatsizlantiriladi. (Diterexs va Kramer shinalari).

Shina xarakatsizlantirish uchun qo'yiladi, ikki yoki uch bo'g'imni ishgol qiladi. Shina o'z vazifasini bajarish uchun u shikastlangan a'zoga butun bo'yi bilan mustaxkamlanadi. Qo'yishdan oldin shina a'zoga qarab moslanadi va ogriqsizlantiriladi. Erta va to'gri bajarilgan taxtakachlash shikastlanishni yaxshi kechishida juda katta rol o'ynaydi, asoratlarni oldini oladi, qisqa vaqtda to'la faoliyat tiklanishini ta'minlaydi.

Shinali bog'lamlar oddiy (ko'taruvchi va transportli) va ekstenzion (davolovchi shinalar yoki tortma uchun apparatlar) bo'ladi.

Oddiy shinalar metalli (qattiq, simli va boshqalar) yogochli, kartonli bo'ladi. Qotib qoladigan bog'lamlar tarkibiga tezda qotadigan moddasi borlar kiradi. Kraxmal, kleolli bog'lamlar, gipsli bog'lamlar. Gipsli bog'lamlar aylanma, longetli, darchali, gipsli krovatlar va korsetlar bo'lishi mumkin. Omuxta gipsli bog'lamlar: longetli va aylanmali katta bo'g'imlar soxasida qo'llaniladi. Gipsli bog'lamlar taglik bilan yoki bevosita tanaga qo'yiladi.

Bemorlarni shifoxonaga jo'natishda taxtakachlash.

Taxtakachlash – turli kasallik va shikastlanishlarda xarakatsizlikni yaratish demakdir. Bu termin xarakatsiz degan lotin so'zidan kelib chiqadi. Xarakatsizlantirish doimiy yoki uzoq bo'lishi mumkin. Unda bog'lam suyak bo'laklari yoki katta jaroxat bitguncha qo'yiladi. Masalan umurtqa pog'anasini ayrim sinishlarida gipsli korset 4-5 oyga qo'yiladi. Bu davolovchi taxtakachlash xisoblanadi. Agar taxtakachlash bemorni shikastlangan joydan davo muassasasiga evakuatsiya qilish davrida qo'yilsa buni transportli taxtakachlash deyiladi. Davolovchi taxtakachlash maxsus shifoxonalarda xirurg – travmatolog, neyroxirurg va boshqa mutaxassislar tomonidan qo'yiladi. Transportirovka qiluvchi taxtakachlash xodisa sodir bo'lgan joyda tibbiy xodim yoki o'z-o'ziga va o'zgaga yordam shaklida amalga oshiriladi.

Transportli shinalar.

Kramer shinasi birlamchi P shaklida bukilgan qalin simdan tayyorlangan bo`lib yon oyoqlari orasi 1 sm orasida qiyshiq ko`ndalang tortilgan ingichka simdan iborat bo`lib, uzunligi 70 sm , eni 7 sm.

Ingliz jarroxi Tomas son suyagi singanda tortib turuvchi, taxtakachlovchi shina tavsiya qilgan. Shina P shaklida bukilgan metall tasma bo`lib uzunligi oyoqdan kattaroqdir. Shina yuqori qismida metall xalqa bo`lib tortilganda chanoqqa qadalib turadi. Son va boldirni ushlab turish uchun shinaga matoli gamakchalar mustaxkamlanadi. Panjaga qovuzloq kiyg`azilib oyoq uzunligi u orqali tortiladi.

Diterexs oyoqlar singanda original shina tavsiya qildi. U yogoch oyoqchalardan iborat bo`lib, ikkitasi asosiy va bir burama uchun yogoch bo`lagi xamda uch bo`lak arqonchalari bor. Ikki oyoqchasi qo`ltik oyoq sifat bo`lib yuqorida moslashtirilgan ko`ndalang tayoq ustki qismlari mavjud. Ularda teshiklar bo`lib ulardan qotiruvchi arqonlar o`tkaziladi.

O`z vaqtida Filbri turli shinani keng qo`llagan. Shinalar juda mustaxkam bo`lmaganidan yaxshi taxtakachlolmaydi. Uzoq davrlarda arablar, ispanlar va boshqa xalqlar yogochga va plastinkalarga kanop va simlar bilan boylab taxtakachlash uchun foydalangan. Abissan shinalari – temirchalar yig`indisi ma'lum Gindinning parus simli to`kilgan shinasi shina-shtoraning turi xisoblanadi.

YUMSHOQ BOG`LAM	QATTIQ BOG`LAM
PLATSIRLI KLEOLLI RO`MOLLI BINTLI	DEKSTRINLI KRAXMALLI GIPSLI

Gippokrat qalpog`i.



Bog‘lam bog‘lash uchun ikki boshchali bint yoki **ikkita bint** qo‘llaniladi. O‘ng qo‘ldagi bint boshchasi bilan sirkulyar o‘ramlar qilinadi va bintlanayotgan o‘ramlar mahkamlanadi. Ular tarqalib yoki to‘planib, atsa-sekin kalla gumbazini bekitadi .

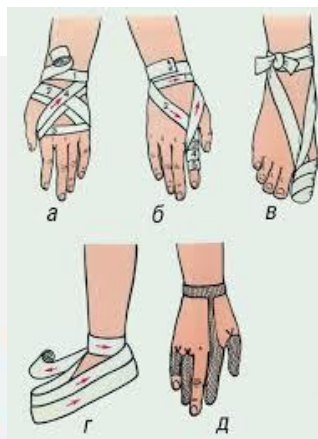
Qalpoqchali shaklida bog‘lash.



Dezo bog'lami



Barmoqni bog'lash



Nuxtasimon bog'lam



3.3. QON OQISHI VA QON YO'QOTISH TURLARI, SABABLARI VA OQIBATLARI VA UNDA BTYo.

Qon ketishi deb, qon tomirlarining mexanik shikastlanishi, ularning patologik holati yoki qon ivish tizimining buzilishi natijasida qonning tomirlardan tashqi muhitga, atrof to'qimalariga va ichki bo'shliqqa chiqishiga aytiladi.

Qon ketish tasnifi

Qon ketishi quyidagi tartibda tavsiflanadi:

1. Qon ketishi sababiga ko'ra: qon tomir butunligi buzilmasdan turib (diapedez tufayli); qon tomirlar devori butunligining buzilishi oqibatida.
2. Shikastlangan qon tomirning anatomik tuzilishi va fiziologik holatiga qarab: arterial, venoz, kapillyar, aralash, va parenximatoz.
3. Klinik holat yoki qonning qon tomiridan chiqishiga qarab: tashqi – qonning tashqi muhitga erkin oqishi; ichki – qonning tana bo'shlig'iga yoki anatomik bo'shliqqa ketishi; to'qimalar orasiga oqib to'qimalarda cheklanib yig'ilib qolishi; yashirin – diffuzion; to'qimalarning qonga shimilishi.
4. Qon ketishning sodir bo'lgan vaqtiga qarab: birlamchi va ikkilamchi.
5. Yo'qotilgan qon hajmiga qarab: engil, o'rta va og'ir.
6. Qon ketishi sababiga ko'ra: qon tomir butunligi buzilmasdan turib (diapedez); qon tomirlar devori butunligi buzilishi oqibatida.

Diapedez qon ketishi. Qon tomir butunligi buzilmasdan turib qon ketishiga diapedez qon ketishi deyiladi. Bunday qon ketishi turli xil kasalliklar, patologik holatlar (yallig'lanishlar, o'sma kasalliklari, nekroz) oqibatida sodir bo'ladi va arroviv qon ketishlar (arrozum – emirilish) deb ham yuritiladi. Arroviv qon ketishlar o'zining hayot uchun xavfliligi bilan katta (magistral) qon tomirlarining travmatik shikastlanishidan qolishmaydi.

Diapedez qon ketish yuqumli kasalliklar oqibatida organizmda sodir bo'lgan patologik holat (avitaminoz, sepsis, zaharlanish) tufayli gialuron kislotasining almashinuvi buzilishi natijasida kelib chiqishi mumkin. Gialuron kislota bog'lovchi to'qimalarning asosiy moddasini tashkil etadigan muhim komponent bo'lib, qon tomirlarining «barerlik vazifasi»ni tartibga solib turadi. U qon tomirlar devorlarining o'tkazuvchanligini boshqarib, qon tomir to'qimalarining anatomik butunligini saqlaydi. U to'qimada qon yig'ilishi bilan namoyon bo'ladi (terida gemorragik toshma, sepsisda qon quyulishi va boshqalar).

Qon ketishining boshqa xillari (koagulopatik) gemokoagulyasiya tizimining turli halqalari buzilganda sodir bo'ladi. Gemokoagulyasiya tizimi qon ivishining murakkab jarayonini boshqarib turadi. Koagulopatik qon ketish gemofiliya, gemolitik anemiyaning bir necha turlari kabi irsiy kasalliklarda, shuningdek trombotsitopenik purpura, gipoplastik anemiya, davomli sariq xastaliklarda sodir bo'lishi mumkin. Bu kasalliklarda qon ketish asosiy dardni og'irlashtiradi.

Qon tomirlar devori butunligi buzilishi oqibatida kelib chiqadigan qon ketishlar. Bunday qon ketishlar tashqi omillarning a'zo va to'qimalarga bevosita ta'siri – mexanik ta'sir oqibatida yuzaga keladi.

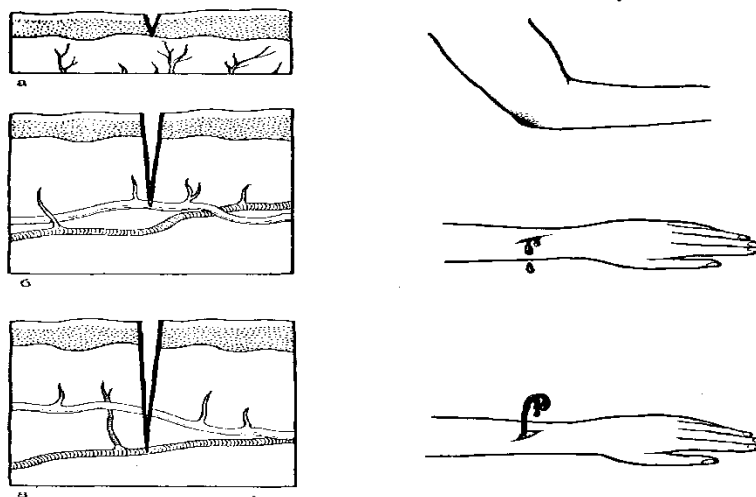
Arterial qon ketishi arterial qon tomiri shikastlanganda kuzatilib qon fontan bo'lib, och qizil rangda, ba'zan katta tomirlar shikastlangan vishillagan ovoz chiqarib oqishi bilan xarakterlanadi. Bunda qon ketish hajmi va tezligi qon tomirning katta-kichikligiga, arterial bosimga, qon tomirining shikastlanish darajasiga bog'liq bo'ladi. Magistral arteriya ko'ndalangiga yorilganida undan ko'p qon ketadi. Bu tezda shok holatini keltirib chiqarishi va hatto o'limga sababchi bo'lishi ham mumkin.

Venoz qon ketishi venoz qon tomir shikastlanganda kuzatilib kislorodga to'yinmagan, nisbatan to'qroq rangdagi qon oqishi bilan xarakterlanadi. Venoz qon ketishi, arterial qon ketishidan fontan bo'lib oqmasligi bilan farqlanadi.

Bo'yin yoki ko'krak qafasi venoz qon tomirlarining shikastlanishi havo emboliyasi –qon tomiriga havo kirib qolish bilan xavflidir, bu kichik qon aylanish tizimida xavfli asoratlar keltirib chiqarishi mumkin.

Arteriya va vena qon tomirlarining alohida shikastlanishi kam uchraydi, shuning uchun ko'pincha aralash qon ketishi kuzatiladi. Bunda arterial va venoz qon aralashib chiqadi.

Kapillyar qon ketishi teri, shilliq qavati, mushak yuzi shikastlanganda uning yuzidagi kapillyarlardan qon oqishi bilan xarakterlanadi. Bunday qon oqishi o'z-o'zidan to'xtaydi. Agar qon ivishi buzilgan bo'lsa, kapillyar qon ketishi ham hayot uchun o'ta xavfli bo'lishi mumkin.



7-rasm. Tashqi qon ketishi. a) kapillyar; b) venoz; v) arterial.

Parenximatoz qon ketishi jigar, me'da osti bezi, buyraklar – parenximatoz a'zolar shikastlanda kichik tomirlardan qon ketishi bilan xarakterlanadi. Bu a'zolarida qon tomirlarining qisqarishi qiyin bo'lganligi sababli bunday qon ketishning o'z holicha to'xtashi qiyin kechadi.

Tashqi qon ketishi qonning tashqi muhitga oqib chiqishi bilan xarakterlanadi. Tashqi qon ketish ko'proq bo'yin, qo'l-oyoq va boshda kuzatiladi. Ichki a'zolarining shikastlanishi oqibatida qon ketishi kam uchraydi (buyraklar, oshqozon osti bezi va boshqalar). Lekin bunday shikastlanishda jarohat kanali orqali tashqariga ko'p qon ketadi, ichki a'zolar shikastlanganda yara yiringlashi mumkin, chunki tashqi muhit bilan bog'langan yara kanali orqali o'tadigan patogen mikroblar va qon iviqlari yaraga infeksiya tushirishi mumkin.

Ichki qon ketishi shikastlangan qon tomirlaridan bo'shliqqa, oraliqqa, ichki a'zolar joyi va uning atrofiga tarqalishi bilan xarakterlanadi. Shikastlangan qon tomiridan ichki a'zolar yoki plevra bo'shlig'iga qon ketishi xavfli hisoblanadi. Chunki, bu joydagi qon tomirini bosishning iloji yo'qligi, qonning qotishi uchun sharoit yo'qligi (bo'shliqlarda to'plangan qon fibriondan mahrum bo'ladi va ivish qobiliyatini yo'qotadi), bo'shliqlarning hajmi kattaligi sababli oqayotgan qonga to'sqinlik qiluvchi bosim hosil bo'lmasligi sababli qon o'z-o'zidan to'xtamaydi. Qon faqat anatomik cheklangan a'zolarida (diafragma tepasida, kichik to'sda, charvi xaltasida) o'z-o'zidan to'xtashi mumkin. Bunda qonning to'qimalar orasiga oqib to'qimalarda cheklanib yig'ilib qolishi kuzatiladi. Bu joylarga oqayotgan qon cheklangan miqdordagina to'planadi va ma'lum darajada bosim hosil qilib oqayotgan qonni to'xtatadi.

Qorin bo'shlig'i yopiq shikastlanganida parenximatoz a'zolarining (jigar, taloq, buyraklar) qobig'i yorilishi mumkin.

Ichki qon ketish katta hajmda bo'lsa, aniq belgilar (terining oqarishi, qon bosimining pasayishi, tomirning tez urishi, nafas olishning qiyinlashishi, eritrotsitlar soni va gemoglobinining kamayishi) umumiy anemiya kasalligining klinik belgilari paydo bo'ladi.

Yashirin qon ketishining tashqi va ichki qon ketishlardan farqi shuki, yashirin qon ketishida klinik noaniqliklar kuzatiladi. Bularga «tushunib

bo'lmaydigan» kamquvvatlik, tez charchab qolishlik, bosh aylanishi, ko'z oldining qorong'lashishi va boshqalar bilan kiradi. Ichak-oshqozon bo'shlig'iga qon tushsa, u jigarrang tusga kiradi, ya'ni qondagi gemoglobin moddasi oshqozon shirasining ta'sirida ushbu rangni beradi. Agar qon oshqozonga yoki ichakka o'tsa, axlat qorayib ko'mir rangiga aylanadi, bu esa yashirin qon ketishining ishonarli belgilaridan hisoblanadi. Buyrak, siydik yo'li, siydik qopi shikastlanishi qon ketish bilan kechsa, siydikda qon paydo bo'ladi. Odatda yashirin qon ketishini aniqlash uchun qo'shimcha tekshirish usullarini (laborator, rentgen, radioizotop, morfologik va boshqa tekshirish usullarini) qo'llash lozim bo'ladi.

Qon ketishning sodir bo'lgan vaqtiga qarab, uning **birlamchi va ikkilamchiligi** belgilanadi. Shikastlanish sodir bo'lgan zahoti qon ketishi birlamchi deb ataladi.

Ba'zi hollarda shikastlangan qon tomiridan har xil sabablarga ko'ra (birlamchi qonning atrofidagi to'qimalarga obturatsion ta'siri, qonning quyilib qolishi va boshqa sabablarga ko'ra) qon oqmaydi. Bunday hollarda bemor qon bosimining oshishi, bog'lamning noto'g'ri qo'yilishi, qon tomirdagi quyilgan qonning chiqarib yuborilishi oqibatida **ikkilamchi qon ketishi** sodir bo'lishi mumkin. Ikkilamchi qon ketishi shikastlanishning birinchi kunida yarada infeksiya paydo bo'lishi tufayli, ivigan qonning chiqib ketishi natijasida, shuningdek, qon tomirini drenaj naychasi bosib qolishi yoki yot jismlar, suyak bo'lakchalarining qon tomirlarini shikastlashi hamda to'qimalarning o'lishi tufayli yuzaga kelishi mumkin. U shikastlanish sodir bo'lgandan keyingi bir necha kun yoki bir necha hafta o'tgandan so'ng ham sodir bo'lishi mumkin.

Ikkilamchi qon ketishning xavfli tomoni shundaki, unda ko'p qon ketadi va qon yiringli yara orqali oqadi, bu qonni to'xtatishda ma'lum qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Bunday holda qon tomirini yuqoridan ochib, uni bog'lab qo'yishga to'g'ri keladi.

Qon ketishda uning oqibatini aniqlaydigan muhim omillardan biri, bu yo'qotilgan qon hajmini aniqlash hisoblanadi.

Engil darajali qon yo'qotishda inson tanasidagi qonning 10-15 foizini yo'qotadi. Bunday qon ketishini organizm engil ko'taradi. Uning klinik ko'rinishi tomir urishining tezlashishi, (minutiga 80 marta), teri oqarishi, kamquvvatlik, qon bosimining bir oz pasayishi (100—70, 100—60 mm. simob ustuni) bilan xarakterlanadi. Laborator tahlillar eritrotsitlarning $3,5 \cdot 10^{12}$ dan, gemoglobin 100 g/l dan kamligini ko'rsatadi. Engil darajada qon ketishida qon ketishi to'xtatilgandan so'ng qon to'plovchi va qon ishlab chiqaruvchi a'zolarining faoliyati hisobiga, ya'ni, to'qimalar orasidagi suyuqliklarning qon tarkibiga qo'shilishi, suyak ko'migida (ilikda) qon shaklli elementlarining ishlashi tezlashishi hisobiga yo'qotilgan qonning hajmi qariyb bir-ikki kun ichida qayta tiklanadi.

O'rta darajali qon yo'qotish inson tanasidagi qonning 15—20 foizini yo'qotganda sodir bo'ladi. Bunda organizmda ma'lum darajada funksional o'zgarishlar sodir bo'ladi. Ushbu funksional o'zgarishlar rangning oqarishi, badanni sovuq ter bosishi, kamquvvatlik, bosh aylanishi, tomir urishining 100—

110 gacha ko'tarilishi, qon bosimining, 90—100 mm simob ustuniga tushib ketishi tarzida namoyon bo'ladi, ba'zida bemor hushidan ketadi. Laborator tekshiruvlar eritrotsitlar miqdorini $2,5 \cdot 10^{12}$ — $3,5 \cdot 10^{12}$ oralig'ida, gemoglobinni 80—100 g/l atrofida ko'rsatadi.

O'rta darajali qon yo'qotishda qon hayot uchun muhim bo'lmagan to'qimalardan (teri, teri osti kletchatkasi, muskul, taloq va boshqalar hisobidan) hayotiy muhim a'zolarga (miya, yurak, o'pka)ga oqib boradi, ya'ni bu holat qon aylanishining markazlashuvi sodir bo'ladi. O'rta darajali qon yo'qotgan bemorlarga nisbatan qon oqishini to'xtatish bilan birga, qon ketishi asoratlarni to'xtatish bo'yicha qo'shimcha davo chora-tadbirlarini ko'rish lozim bo'ladi.

Og'ir darajali qon yo'qotish inson tanasidagi qonning 20—30 foizini yo'qotganda yuzaga keladi. Bunday miqdorda qon yo'qotgan bemor behush holatda bo'ladi, yirik qon tomirlarida ham tomir urishi aniqlanmasligi mumkin, arterial qon bosimi 90 mm. simob ustunidan pastga tushib ketadi. Laborator tekshiruvlar eritrotsitlarning $2,5 \cdot 10^{12}$ dan pastga, gemoglobinning 80 g/l va undan kamayib ketganligini ko'rsatadi.

Katta arteriya va venalarning kesilishi og'ir qon-ketishi bilan kechib, organizmning tiklanish mexanizmi zaiflashadi. Bunday holda shoshilinch choralar-ko'rish, buning uchun darhol qon yoki qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar quyish lozim bo'ladi.

Yo'qotilgan qon miqdoriga qarab bemor ahvoli har xil bo'ladi uning ahvoli qon ketish tezligi va organizmning holatiga, bemor yoshi, jinsi, jismoniy etukligi, yurak-qon tomir tizimi ahvoliga, qo'shimcha kasalliklarga bog'liqdir.

Jismonan charchagan, toliqqan, hayajonli, sovuqda qolib ketgan bemor qon yo'qotishni og'ir o'tkazadi.

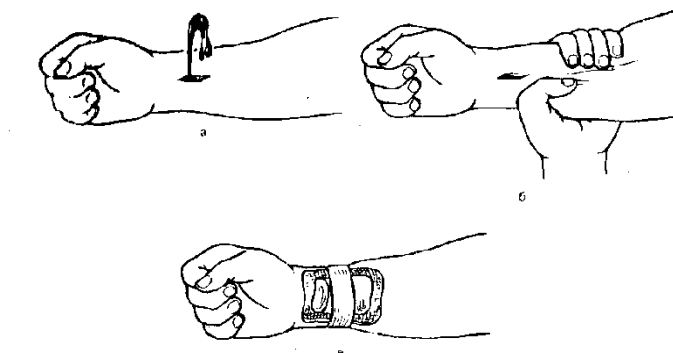
Qon yo'qotish natijasida organizmda kuzatiladigan umumiy o'zgarishlar. Fiziologik holatda inson tanasidagi qonning tananing 1/13ini tashkil qiladi. Bu 5—6 litrga to'g'ri keladi. Tanadagi qon arteriyalarda 20%, venada 75%, kapillyarlarda esa 5% miqdorda taqsimlanadi. Boshqacha qilib aytganda umumiy qonning 95% i qon tomirlar va yurak bo'lmalarida joylashib, yurak-tomir gidrodinamikasini ta'minlaydi, 5% qon esa to'qimalar almashinuvida ishtirok etadi. 40—50% aylanib turgan qonni yo'qotish o'limga olib keladi, undan kamroq miqdorda qon yo'qotish ichki a'zo va tizimlarda har xil o'zgarishlar keltirib chiqaradi. Qon ketishda organizmdagi funksional va morfologik o'zgarishlar ham, kompensator reaksiyalar ham yo'qotilgan qon miqdoridan kelib chiqib aniqlanadi.

Tanada qon miqdorining kamayishi, qon tomirlar interoretseptorlari asab hujayralari orqali himoya reaksiyasiga sabab bo'ladi. Buning natijasida yurak faoliyati va nafas olish tezlashadi. Chekka arterial va venoz qon tomirlarning muskullari qisqarib teri, teri osti qatlami, jigarda qon aylanish susayadi. Natijada qon hayotiy muhim a'zolarga tarqaladi.

Qon yo'qotganda yordam berish. Qon yo'qotganda tibbiy yordam berish uni to'xtatish, yo'qotilgan qonning o'rnini to'ldirish va patologik o'zgarishlarni yaxshilashga qaratiladi. Qon ketishini to'xtatish, uni davolashda muhim omil hisoblanib, oqayotgan qon vaqtincha yoki batamom to'xtatiladi.

Qon ketishini vaqtincha to'xtatish qon tomirini mexanik bosish yo'li bilan bajariladi, bunda qon tomiri devorlari bir-biriga tegib qon ketishi to'xtaydi. Bularga bosib turadigan bog'lam qo'yish, qo'l yoki oyoqni ko'tarib qo'yish, tomirni barmoq bilan bosish, jgut qo'yish kabilar kiradi.

Qon ketishini batamom to'xtatish uchun mexanik, fizik, kimyoviy yoki biologik usullardan foydalaniladi.



8-rasm. Qon oqishi (a), qon tomirini bosish (b) va siqib turuvchi bog'lam qo'yish (v).

Qon ketishini mexanik usulda to'xtatishga quyidagilar kiradi: jarohatni bog'lash yoki qon ketayotgan tomirni tikish, jarohatda ajralib turgan qon tomirni bog'lash, shikastlangan joyga o'zining vena tomirini yoki protez tomir qo'yish.

Qon ketishini fizik usulda to'xtatishga quyidagilar kiradi:

1. Yuqori harorat yordamida tromb hosil bo'lishini amalga oshirish. Buning uchun qon ketayotgan parenximatoz a'zolar yuzini issiq eritma bilan yuviladi yoki diatermokoagulyasiya –bu elektr pichoq bilan qon tomir va to'qimalar kuydiriladi.

2. Past harorat (0°S) yordamida qon tomiri qisqarishi va tromb hosil bo'lishini tezlatish. Buning uchun sovuq narsalar (muz parchalari, qor) yoki haddan tashqari past harorat keltirib chiqaruvchi vositalar (suyuq azotni kriozond orqali yuborish) yordamida qonni muzlatib qo'yish.

3. Yuqori energiya (lazer «pichog'i», plazmali skalpel) yordamida to'qimalarda nekroz zonasi hosil qilish yo'li bilan qonni to'xtatish (parenximatoz a'zolari operatsiya vaqtida «qonsiz» kesish, oshqozon-ichak yarasidan qon ketishida endoskop orqali lazer bilan qonni to'xtatish).

Qon ketishini kimyoviy usulda to'xtatishga mahalliy qon tomirlarining lokal qisqarishiga olib keladigan moddalar surtish (shilliq qavatga adrenalin surtish), organizmga qon tomirlarining qisqartirishiga olib keladigan dorilar (pituitrin), qon ivishini tezlatadigan dorilar (Ca^{++} tuzlari, gelofibin, epsilon-aminokapron kislotasi) yuborishlar kiradi.

Qon ketishini to'xtatishning biologik usuliga qon ketayotgan to'qimalar sathini charvi, mushak, moy to'qimasi, fassiya bilan berkitish (tamponada), qon

ketishini to'xtatish uchun qon plazmasi, trombotsitar massa, qon to'xtatish uchun ishlatiladigan qondan tayyorlangan preparatlarni (trombin, qon to'xtatadigan bulutcha, fibrin plenkasi, biologik antiseptik tampon) ishlatish kiradi.

Qon ketishini batamom to'xtatish uchun maxsus sharoit talab etiladi (mutaxassis, asbob-uskuna, dori-darmonlar), shuning uchun bu ish maxsus tibbiy davolash muassasalarida amalga oshiriladi.

Qon ketganda shifokor kelgunga qadar birinchi tibbiy yordam ko'rsatish quyidagilarni o'z ichiga oladi:

1. qon ketishini vaqtincha to'xtatish;
2. qon ketishini to'xtatishda bemorga sharoit yaratish;
3. bemorni davolash muassasasiga yuborish.

Birinchi navbatda qon ketish joyi va uning kechishi aniqlanadi. Yordam berish uchun bemor qo'lay tarzda joylashtiriladi: shikastlangan sohadan kiyimlar echiladi, qon ketishning klinik holati aniqlanib, uning qaysi (anatomik va funksional) tizimga qarashliligi aniqlanadi. Qon ketishini vaqtincha to'xtatishda, bemor ahvoliga va asbob-uskunalar bilan ta'minlanganlikka qarab aniq usul qo'llaniladi, undan so'ng qonni batamom to'xtatish usuliga o'tiladi.

Bosuvchi bog'lam va a'zolarining ko'tarilgan holati. Teri, mushak, boshqa yumshoq to'qimalarda kichik arteriya va vena qon tomirlari shikastlanishi natijasida kapillyar qon ketishi bosuvchi bog'lam yordamida to'xtatiladi va unda quyidagi qoidaga rioya qilinadi: shikastlangan joy atrofiga 3—4 sm oraliqda antiseptik eritma surtilib, steril bog'lam qo'yiladi, qon ketishini to'xtatish uchun jarohat ustiga jips taxlangan salfetka, bint, doka, paxta va boshqalar qo'yib, ustidan bint bilan qattiq bog'lab qo'yiladi.

Venadan qon ketganda qattiq bog'lash bilan birga qo'shimcha tarzda a'zolari ko'tarish yo'li bilan ham (yurak sohasidan balandroq) qon ketishini to'xtatish mumkin, bu quyidagicha bajariladi:

Qo'l uchun. Qo'l, bilak va elka uchun tirsak bo'g'imlarining bukiladigan old qismiga matodan paxta-dokali yostiqlik qo'yiladi va bilakni maksimal ravishda nurafshon arteriyasidan puls yo'qolib, to'yaradan qon ketishi to'xtaguncha bukib shu holda elkaga bog'lab qo'yiladi. O'mrov osti, qanot osti va elka arteriyalaridan ketayotgan qonni to'xtatish uchun ikki elkani orqaga tortib, kamar yoki bintli bog'lam bilan bir-biriga yaqin holatda bog'lanadi.

Oyoq uchun. Bemor chalgancha yotgan holda tizza chuquriga paxta-dokali yostiqlik qo'yilib, son qorin tomonga keltiriladi, boldir son tomonga bukilib bintli bog'lam qo'yiladi. Son arteriyasidan qon ketganda oyoqni chanoq son bo'g'imida bukib, unga ham yostiqlik qo'yiladi va tanaga mahkamlanadi. Arterial qon ketishini vaqtincha to'xtatishda keng tarqalgan usulga ko'ra magistral qon tomir devorining ma'lum anatomik nuqtalari barmoq bilan bosiladi. Arteriyani barmoq bilan bosish katta arterial qon ketishda, ko'pincha travmatik shikastlanishda tavsiya etiladi.

Qo'l-oyoqlarda qon tomir jarohatdan yuqoriroqdan, bo'yin va bosh shikastlanganda pastdan, qon tomirlar bir necha barmoqlar yordamida bosiladi, yaxshisi ikkala qo'lning barmog'i bilan bosgan ma'qo'lroq.

Bo'yin va bosh sohasi jarohatlanganda qon ketishini barmoq bilan quyidagi tartibda bosish yordamida to'xtatiladi:

- 1) umumiy uyqu arteriyasini 6-bo'yin umurtqasi ko'ndalang o'smachasiga ko'krak-o'mrov mushagi ichki tomonidan;
- 2) tashqi jag' arteriyasini jag'ning pastki qismi orqa chegarasi va o'rta qismiga;
- 3) yon peshona arteriyasini peshona suyagiga qo'loqning yuqori peshona tomoniga.

Qo'l arteriyasidan qon ketganda quyidagicha bosiladi:

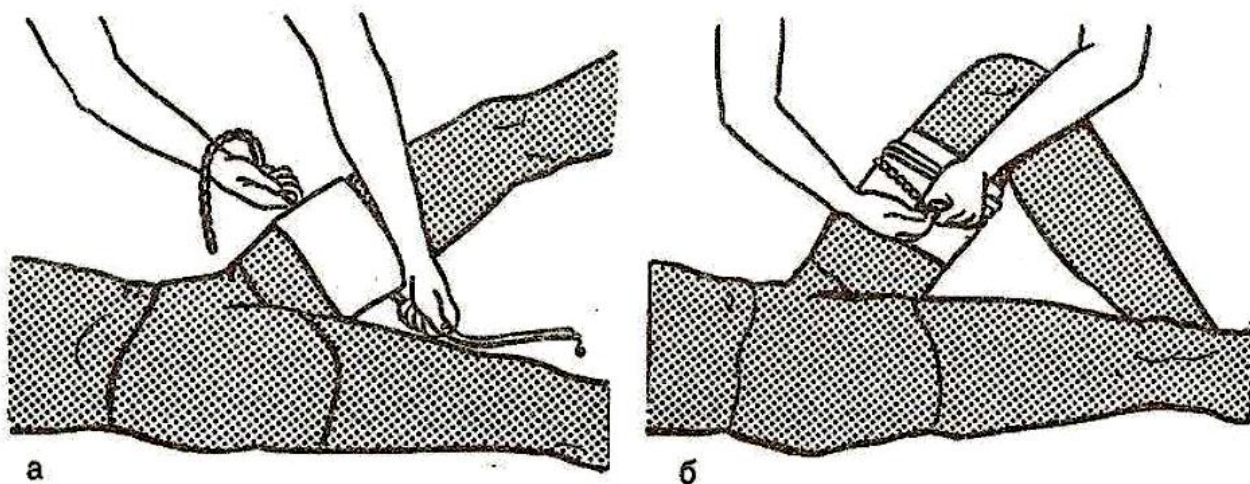
- 1) o'mrov osti arteriyasini 1- qovurg'agacha o'mrov osti tomonining boshqa qismiga; bu ko'krak-o'mrov mushagi birlashgan joyga to'g'ri keladi;
- 2) qo'ltiq osti arteriyasi shikastlanganda qo'ltiq osti chuqurchasi bo'yicha elka suyagi boshchasiga;
- 3) elka arteriyasi — elkaning yuqori qismi ichki tomonini ikki boshli mushakning chetiga;
- 4) yoysimon arteriya — puls aniqlanadigan yoysimon suyakka;
- 5) bilak arteriyasi — bilakning yuqori qismidan bilak suyagiga.

Oyoq magistral qon tomirlari shikastlanganda quyidagi nuqtalar bosiladi:

- 1) son arteriyasi — pupart boylamining past qismiorqali tos suyagining ko'ndalang qismiga;
- 2) tizza osti arteriyasi — tizza chuqurchasi o'rtasida son suyagining bo'g'im sohasiga;
- 3) oyoq papjasi usti arteriyasi — ichki va tashqi do'mboqchalar o'rtasida, boldir panja bo'g'imining pastidan;
- 4) orqa boldir arteriyasi — ichki do'mboqchaning orqa qismiga.

Qorin arteriyasining shikastlanishi ko'p qon ketish bilap kechadi, qon ketishni vaqtincha to'xtatish uchun (agar shikastlangan kishi to'la bo'lmasa) mushtni kindikning chap tomonidan umurtqa pog'onasiga bosish bilan to'xtatish mumkin.

Qon ketishini vaqtincha to'xtatishda jgut qo'yish, eng ishonchli va keng tarqalgan usul hisoblanadi (11-rasm). Qon ketishni to'xtatuvchi 3 xil jgut mavjud: matodan burmali, enli rezina lentasimon, esmarx naysimon, enli lentasimon jgut. To'qimalarning kamroq shikastlanishi uchun enli lentasimon jgutlardan foydalanish yaxshiroq. Qon ketish joyiga qarab, qon to'xtatuvchi jgut qo'ltiq osti sohasiga, elkaning yuqori qismiga, sonning yuqori va pastki qismiga qo'yiladi.



9-rasm. Rezina jgutini qo'yish texnikasi. a) jgutni cho'zish, b) jgutni seepochka va ilmoq yordamida fiksatsiyalash.

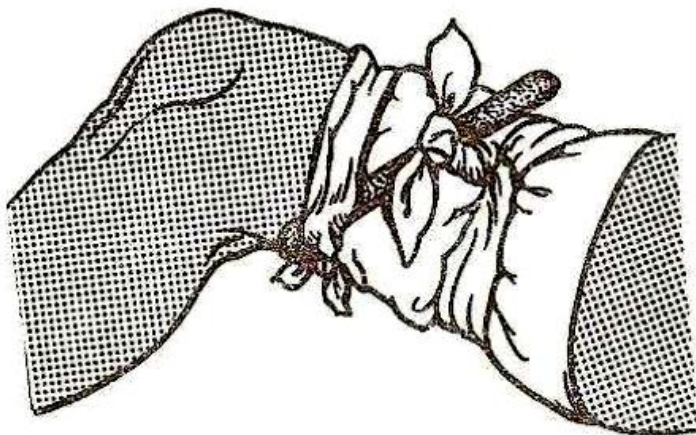
Kollateral qon bilan ta'minlanish boldirda etarli rivojlanmaganligi tufayli, bu joylarga jgut qo'yish tavsiya etilmaydi.

Jgut qo'yishning quyidagi qoidalar mavjud:

- a) qon ketishini vaqtincha to'xtatish maqsadida tomir barmoq bilan bosiladi;
- b) markaziy jarohatlar va unga yaqin teriga, jgut qo'yilishi lozim bo'lgan joyga kiyim yoki yumshoq matodai yostiqlar qo'yiladi (ro'mol, bint va boshqalardan), faqat ularning burishgan joylari bo'lmasligi kerak;
- v) qo'l-oyoqlardan vena qonining oqib ketishini ta'minlash uchun ular 20—30 sekund yuqoriga ko'tariladi;
- g) jgut o'ng qo'l bilan zanjirga yaqin erdan ushlanib, chap qo'l bilan uni 30—40 sm o'rta qismigacha ushlab turiladi;
- d) jgut qo'l bilan cho'ziladi va bir marta aylantirib o'ralgandan so'ng, ikkinchisi uning o'rnini bosib turishi kerak;
- e) jgutning to'g'ri qo'yilganini bilish jarohatdan qon ketishining to'xtashi, pulsning yo'qolishi, vena tomirlarining pasayishi, teri yuzasining oqarishi bilan aniqlanadi;
- j) jgutni qattiq tortib, uning qolgan qismi spiral shaklida a'zoga qo'yilib, ilmoqcha zanjirga ulab qo'yiladi;
- z) jgutga yoki bemor kiyimiga, jgut qo'yilgan vaqt— soat va minuti yozib qo'yiladi;
- i) jgut qo'yilgan a'zo transport shinalari yoki qo'l ostidagi narsalar bilan yaxshilab taxtakachlanadi, jgut ustidan bint o'ralmaydi, u yaxshi ko'rinib turishi kerak;
- k) jgut qo'yilgan bemor birinchi galda evakuatsiya qilinadi;
- l) qish paytida jarohatlangan a'zo muzlab qolmasligi uchun jgut qo'yilgan joy yaxshilab o'raladi.

Jgut bir soatga qo'yiladi. Agar transportirovka qilish ko'rsatilgan vaqtdan uzaysa, u vaqtda magistral tomirni barmoq bilan bosib turib, jgut echiladi va yangi joyga qaytadan qo'yiladi.

SHikastlangan uyqu arteriyasidan qon ketganda uni to'xtatish uchun Mikulich usuli qo'llaniladi. SHikastlangan tomirni bosish uchun cho'zilgan jgut paxta-dokali yostiqla ustidan tortib qo'yiladi, jgut asfiksiya holatini keltirib chiqarmasligi uchun qo'l bosh tomonga ag'darib qo'yiladi, qon ketishini to'xtatish jguti matodan yasalgan bo'lsa, jgut qo'yishdagi qoidaga amal qilinib u faqat tomirni asta-sekin, yog'och tayoqcha burmani o'rash bilan olib boriladi (12-rasm).



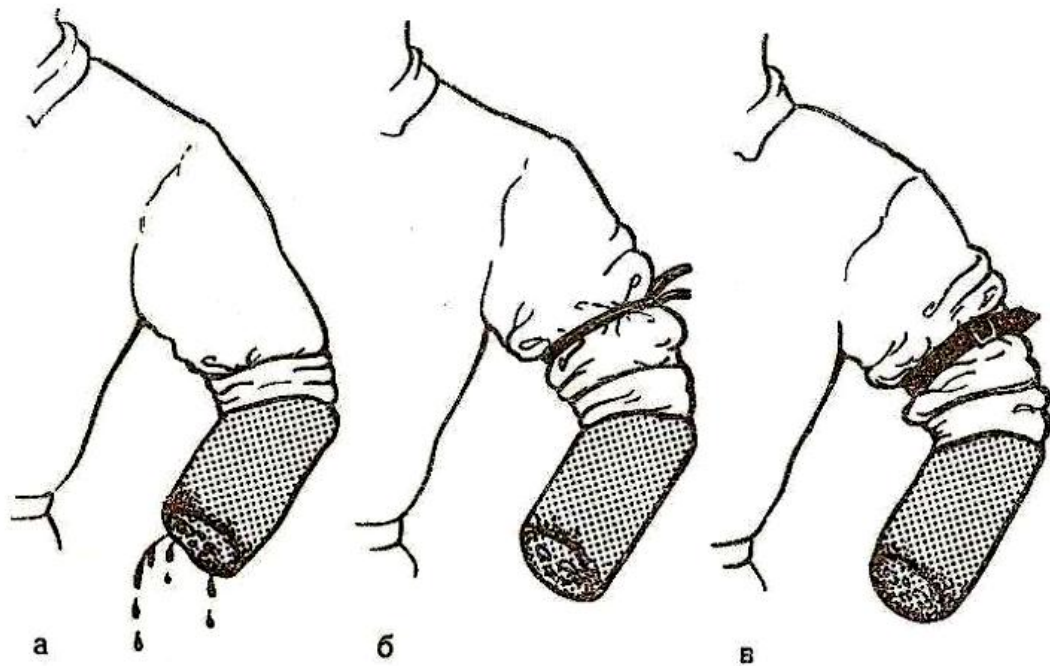
10-rasm. Arterial qon ketishini yog'och tayoqchada burmani o'rash bilan to'xtatish .

Qon ketish yo'l-transport hodisasi tufayli yuz berganda zudlik bilan birinchi yordam ko'rsatish uchun qo'l ostidagi narsalardan foydalanish zarur (dastro'molcha, ro'mol, sharflar, kamar, galstuk, mato bo'lagi va boshqalar). Qonni to'xtatish uchun yumshoq matodan qo'lbola burama yasab, a'zolar, (qo'l yoki oyoq) shikastlangan joydan yuqoriroqqa lenta qo'yilib tayoqcha bilan buraladi, burama qon oqishini to'xtatguncha davom ettiriladi, shu holda burama bog'lam bilan bog'lanadi (13-rasm).

Qon ketishini to'xtatishda shimning kamari qo'lay vosita hisoblanadi, u buklanib ikki sirtmoqli qilinadi va jgutga o'xshab tortiladi.

Qon ketishini to'xtatishda qo'l ostidagi narsalar kiyim ustidan yoki ostiga biror narsa qo'yib bog'lanadi, jgut o'rnida ingichka qattiq narsalarni (sim, shnur) bog'lash ruxsat etilmaydi, chunki ular to'qimalarning shikastlanishiga sabab bo'lishi mumkin.

Qon ketishi vaqtincha to'xtatilgan bemorning qon ketishini batamom to'xtatish uchun uni qisqa vaqt ichida shifoxonaga olib borish lozim. Agar yirik tomirlar shikastlansa, a'zo shina va qo'l ostidagi narsalardan foydalanib taxtakachlanadi. Qon yo'qotgan bemor sanitar zambilga yotqizilib, boshi egilgan holda tibbiy xodim nazorati ostida transportirovka qilinadi.



11-rasm. Qon to'xtatuvchi jgut. a) arterial qon ketishi, b) rezina trubkali jgut, v) shim kamari.

Agar sanitar transporti bo'lmasa, shikastlangan kishi duch kelgan transportda, yordam bergan kishi bilan birgalikda olib boriladi.

dan, og'iz bo'shlig'idan, tashqi eshitish teshigidan tashqi qon ketish kundalik turmushda uchrab turadi, bu xavfsiz bo'lsada, ko'pincha ko'p qon ketib qoladi, qonning ko'rinishi, qon ketish joyi, patologik reflekslar (qon qusish) ko'pincha qon ketishini o'z vaqtida to'xtatishga xalaqit beradi, bemor qo'rqadi va xavf ostida qoladi, bularning hammasi uning ahvolini og'irlashtirib qo'yadi.

Burundan qon ketish uning shikastlanishi natijasida, bosh suyagi singanda, aksirganda, burun qoqqanda, ba'zi hollarda somatik kasalliklarda (qon bosimi oshishi bilan bog'liq kasalliklarda) kuzatiladi. Burnidan qon ketayotgan bemor yarim o'tirgan holatda boshi yuqoriga ko'tariladi, halqumga tushgan, qon yutmay tuflab tashlanadi. Burunga nam latta, muz, qor burun yo'llariga esa adrenalin shimdirilgan paxta qo'yiladi, burun yo'llari bekitib (tampon) qo'yiladi.

Tish olingandan so'ng qon ketganda tish ildiziga dokadan yasalgan sharchalar qo'yiladi.

Qo'loqdan qon ketishi eshitish yo'li shikastlanganda, bosh suyagining asosi singanda (bu og'ir bosh miya shikastlanishi sodir bo'lganidan darak beradi) kuzatiladi. Bunday hollarda bemorni sog' tomonga yotqizib, boshi bir oz ko'tariladi, eshitish yo'li yuvilmaydi, faqat aseptik bog'lam qo'yiladi.

Ichki qon ketishda birinchi tibbiy yordam. Ichki qon ketishda yordam ko'rsatish qon oqishini kamaytirish va to'xtatishdan iborat bo'lib, buning uchun bemorni tez, avaylab transportga chiqarish, a'zolarining kompensator reaksiyani saqlab qolishga harakat qilinadi.

Ichki qon ketishda yordam berish quyidagi tarzda amalga oshiriladi: 1) bemorga tinch holat yaratish; 2) qon ketish joyi ma'lum bo'lgan joyga sovuq narsa

qo'yish (muzli yoki qorli idish, sovuq suv); 3) imkoni bo'lsa, qon to'xtatadigan dorilar yuborish (kalsiy xlor, gemofobin, vikasol, S vitamini, aminokapron kislotasi, jelatina); 4) imkoni boricha tez bemorni tibbiy muassasaga etkazish.

O'pkadan qon ketishiga sabab shikastlanish yoki o'pka kasalliklari bo'lishi mumkin (sil, abscess, o'sma kasalliklari va boshqalar). Bu holatlarda yo'talganda ko'pikli qon ketishi, nafas olishning qiyinlashishi, balg'amning qon rangida bo'lishi kuzatiladi. Ko'p qon yo'qotishda bemor keskin oqarib ketadi, boshi aylanadi, arterial bosim tushib ketadi. Bunda bemorni yarim o'tirgan holatga keltirib, orqasiga suyanish uchun yostiq beriladi, ko'krak qafasi xoli qo'yiladi (yoqasi, shimining kamari echiladi, sovuq kompress qo'yilib, toza havo etib borishi ta'minlanadi), qimirlash, yo'talish, gapirish ruxsat etilmaydi. Tezlik bilan sanitar transportda yarim o'tirgan holatda davolash muassasasiga etkaziladi.

Ko'krak qafasi ichiga qon ketishi ko'krak qafasi a'zolarining (yurak, katta tomir, o'pka) shikastlanishi natijasida vujudga kelgan bo'lsa plevra bo'shlig'iga ko'p qon quyiladi, u o'z holicha to'xtamaydi. Plevra bo'shlig'ida yig'ilib to'plangan qon o'pkani siqib qo'yib uning kengayishiga, binobarin, nafas olishning qiyinlashuviga olib keladi. Ko'p qon yig'ilishi asfiksiya holatini vujudga keltiradi. Bunda nafas olish tezlashib, teri va shilliq qavatlar ko'karib ketadi. Xavfli belgilarning tez rivojlanishi bemorni zudlik bilan jarrohlik muolajalari o'tkazish uchun davolash muassasasiga yuborishni talab qiladi. Bunda bemor oyoqlari bukilgan va yarim o'tirgan holga keltirilib, uning ko'krak qafasiga sovuq narsa qo'yiladi, ko'ylak yoqasi kengroq echilib, kamari bo'shatiladi, yaxshi nafas olish uchun qo'lay sharoit yaratiladi.

Me'da yarasi, 12 barmoq ichak kasalligi, o'sma va boshqa kasalliklar yoki shikastlanishlar me'da-ichak qismiga qon ketish bilan kechishi mumkin. Bunday qon ketishning klinik belgilari quyidagilar: kofe quyqasi rangidagi kabi qusish, axlatning qora kelishi, kamqonlik kasalligining umumiy belgilari, kamquvvatlik va es-hushning yo'qolishi.

Xotin-qizlarda ichki qon ketishi bachadondan tashqari homiladorlik holatida ko'zatiladi. Bunday hollarda qon o'zidan-o'zi to'xtamay bemor 2—3 litrgacha qon yo'qotadi. O'tkir kamqonlik (anemiya), kollaps, peritonit rivojlanadi. Bemorni saqlab qolish uchun zudlik bilan jarrohlik amaliyoti o'tkazish yo'li bilan qonni uzil-kesil to'xtatish lozim.

Ichki qon ketishda bemor yotqizilib, uning tinch holati ta'minlanadi, qoringa muz solingan idish qo'yiladi (og'iz orqali mayda muz parchalarini yutish ham mumkin). Bunday bemorlarga u chanqoq his qilishiga qaramasdan suv va ovqat berilmaydi.

Bemorlar qorniga sovuq kompress qo'yilib, yotgan holda transportirovka qilinadi.

Ba'zida yo'qotilgan qonning o'rnini bosish va asoratlarini bartaraf etish maqsadida qon quyish lozim bo'ladi. Quyilgan qon organizmga o'rinbosarlik, stimullovchi, qon to'xtatuvchi, zararsizlantirish kabi bir qator neyroqumoral ta'sir ko'rsatadi.

Qon bemor organizmida 2 haftadan 4 haftagacha saqlanib, kislorod ta'minotida, fagotsitoz va boshqa jarayonlarda ishtirok etadi. Qon quyilgandan keyin, masalan, ko'mikning qon ishlab chiqarish faoliyati ortadi, leykotsitlarning fagotsitozlik xususiyati yaxshilanadi. SHu bilan bir qatorda qon bosimi pasaygan bo'lsa ko'tariladi, qonning ivish jarayoni tezlashadi.

Qon quyilishidan oldin uning guruhlarini aniqlash zarur (9-rasm). Eritrotsitlar tarkibida bo'ladigan agglyutinogen A va plazmadagi agglyutinin α va β ga qarab qon 4 guruhga bo'linadi:

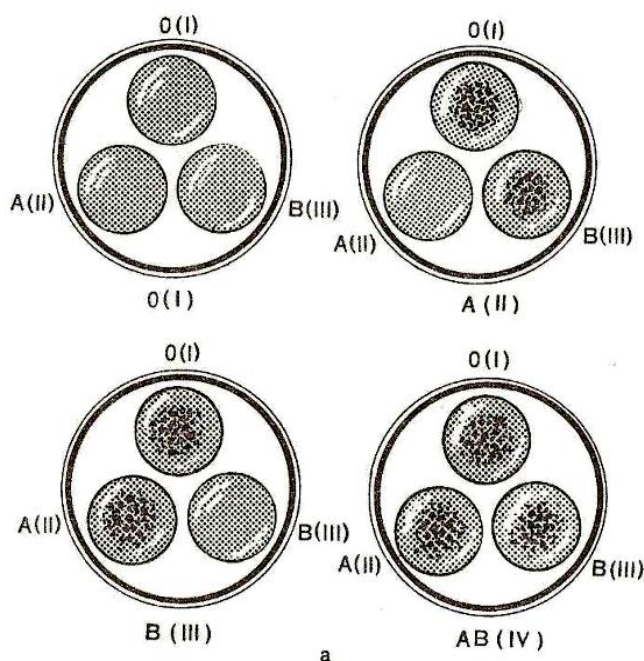
0 (I)guruh qonning eritrotsitlarida agglyutinogenlar yo'q, plazmada esa α va β agglyutininlar bor.

A (II) guruh qonning eritrotsitlarida A-agglyutinogen hamda plazmada β -agglyutinin bor.

B (III)guruh qonning eritrotsitlarida β agglyutinogen hamda plazmada α agglyutinin bor. AB (IV) guruh qon eritrotsitlarida A va V agglyutinogenlar bor, plazmada esa agglyutininlar yo'q.

Agar qon quyilganda A agglyutinogen α -agglyutinin bilan, V-agglyutinogen β -agglyutinin bilan uchrashsa, agglyutinatsiya reaksiyasi ro'y beradi, yani eritrotsitlar bir-biriga yopishib, qon ivib qoladi va gemolizga uchraydi. Bu esa og'ir holatlarga (karaxtlikka) olib keladi.

Qon guruhleri standart zardoblar yordamida aniqlanadi. Buning uchun chinni tarelka yoki shisha bo'lagi olinib, uchga bo'linadi va I, II, III raqamlari bilan belgilanadi.



12-rasm. Qon gruppasini aniqlash .

a) standart zardoblar yordamida,

b) anti- A va anti-B tsiklonlar yordamida.

Har bir raqam ro'parasiga muayyan (standart) zardobdan 1 tomchidan tomiziladi. Keyin barmoqdan olingan qonning 1 tomchisidan uchchala zardobga tomiziladi va 5 daqiqa kuzatiladi.

Agar aralashma uchchala guruhda ham o'zgarmasa (ipir-ipir quyqa hosil bo'lmasa), tekshirilayotgan qon 1-guruh deb hisoblanadi. Agar IIraqami qo'yilgan joyda o'zgarish bo'lmasa II gurux, III guruh raqami qo'yilgan joyda o'zgarish

bo'lsa III guruh, aralashmalarning uchchala guruhida ham ipir-ipir quyqa hosil qilsa tekshirilayotgan qon IV guruh deb hisoblanadi.

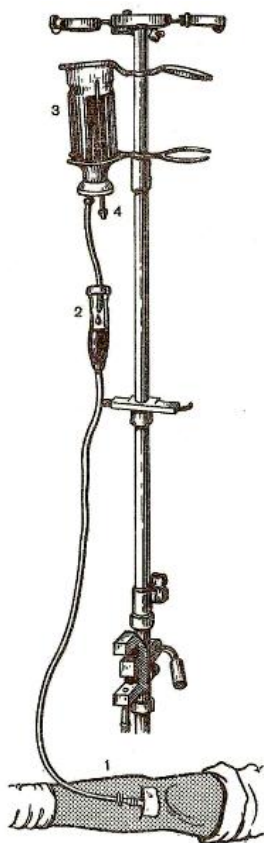
Qon beruvchi shaxs donor, qon qabul qiluvchi-retsipient deyiladi. I guruh qoni universal donor deyiladi, chunki uni hamma guruhlarga quyish mumkin. IV guruh qoni esa universal retsipient deyiladi, chunki u hamma guruh qonini qabul qila oladi. Hozirgi vaqtda tibbiyot amaliyotida retsipientga ko'proq bir xil guruhdagi qon qo'yiladi.

Qon quyishda rezus-faktorni ham hisobga olish lozim. Taxminan 15 % odamlarda rezus faktor mavjud bo'lsa (rezus-manfiy kishilar), 85 % kishilarda u mavjud bo'lmaydi. (rezus-musbat kishilar). Agar rezus manfiy odamga rezus omili bor qon quyilsa, eritrotsitlar yopishib qoladi va gemolitik shok yuzaga keladi.

Qon quyishda albatta shaxsiy va biologik moslik tekshiriladi. Shaxsiy mos kelishini tekshirishda 2 tomchi bemor qoni zardobi 0,1 ml flakondagi qon bilan CHashka Petrida aralashtiriladi. CHashka Petri 10 daqiqa 40-42⁰ S li suv xammomiga qo'yiladi. Agar shu vaqt ichida agglyutinatsiya bo'lsa, qon mos hisoblanadi.

Biologik sinamada bemor venasiga 15-20 ml qon yuborib, 2-3 daqiqa kutiladi. Agar bemor organizmida o'zgarishlar-titrash, bel og'rig'i, qayt qilish, sovuq ter bosishi, puls sustlashishi kuzatilmasa, takroran ikki marta qon yuboriladi, so'ngra to'liq quyish davom ettiriladi.

Qon quyishning **bevosita va bilvosita usullari** mavjud. Bevosita usulda to'g'ridan-to'g'ri donordan retsipientga qon qo'yiladi. Bilvosita usulda qon maxsus tekshiruvlardan o'tgan sog'lom odamlardan olinib, konservatsiya qilinib, 4-5⁰ S haroratda 30 kungacha sovutgichlarda saqlanadi, so'ngra foydalaniladi. Qon quyish tomchilatib yoki bir martalik usulda amlga oshirilishi mumkin. (10-rasm). Bundan tashqari qon suyak to'qimasining g'ovak moddasiga ham quyilishi mumkin. Arteriya ichiga qon quyish bemor og'ir (terminal) xolatda bo'lganda amalga oshiriladi.



13-rasm. Bemor venasiga tomchilatib qon quyish.

1) venadagi igna, 2) kapelnitsa bilan sistema, 3) flakon
ishida qon, 4) flakonga havo kirishi ushun ignali filtr

Qon preparatlari (plazma, zardob, eritrotsitar massa, leykotsitar massa, trombotsitar massa).

Plazma qonni 4°S haroratda 48 soat davomida tindirish yo‘li bilan olinadi. Zardob ivigan yoki fibrinsizlangan qonning suyuq qismi. Plazma va zardob tarkibida oqsil moddalar, antitelolar va gormonlar bo‘ladi. Ular suyuq va quyuq xolda chiqariladi.

Plazmayoki zardobni shok holatida gemostaz maqsadida, organizm oqsil yo‘qotganda uning o‘rnini bosish maqsadida va boshqa holatlarda quyish tavsiya etiladi.

Eritrotsitar massa– 80-90 % eritrotsit bilan 20 % plazmadan iborat massa bo‘lib, tayyor ampulalarda chiqariladi.

Leykotsitar massa har xil leykopeniyalarni davolash maqsadida quyiladi, shuningdek, jarohatning bitishini tezlatish uchun mahalliy chora sifatida qo‘llaniladi.

Trombotsitar massasuyuq va quruq holda chiqariladi. Qonning ivish xossasi buzilganda gemostazni tiklash maqsadida quyiladi. Xozirgi vaqtda qon o‘rnini bosuvchi eritmalaridan ham amaliyotda keng foydalaniladi.

Qon o‘rnini bosuvchi eritmalar: 1) tuzli kristallsimon eritmalar-Ringer eritmasi; 2) qon shaklli eritmalarini saqllovchi tuz eritmaları-Petrov eritmasi, quruq plazma;3) sintetik kolloid eritmalar- poliglyukin, reopoliglyukin, polivinilpirrolidon;4) geterogen kolloid eritmalar- jelatinol, ferrofuzin; 5)oqsil gidrolizatlari-aminopeptid, kazein gidrolizat, gidrolizin-L-103, aminokrovin va xak.6) shokka qarshi eritmalar- Asratyan, Banaytis eritmaları, mannit, sorbit va hok.

Qon quyishga bo'lgan ko'rsatmalar: o'tkir kamqonlik, shok xolatlari, surunkali kasalliklardan so'nggi madorsizliklar, zaharlanishlar, qon kasalliklari, qon ivish tizimi buzilishlari.

Qon quyib bo'lmaydigan holatlar: bo'yрак va jigarning og'ir yallig'lanish kasalliklari, yurakning dekompensatsiyalangan nuqsonlari, miyaga qon quyilishi, o'pka silining infiltrativ shakli.

4 Ma'ruza Sovuq olish, kuyish, va ularning turlari. Shikastlanishlar. Yumshoq to'qima shikastlanishi va BTYo. Bosh miya shikastlanishi va unda BTYo.

Reja;

4.1.Sovuq olish, kuyish, va ularning turlari.

4.2.Shikastlanishlar.

4.3.Yumshoq to'qima shikastlanishi va BTYo

4.4.Bosh miya shikastlanishi va unda BTYo

Tayanch iboralar: Sovuq olish, kuyish, Shikastlanishlar, Yumshoq to'qima shikastlanishi, Bosh miya shikastlanishi.

4.1.SOVUQ OLISHI,KUYISH VA ULARNING TURLARI

Kuyish deb, to'qimalarning yuqori harorat, kimyoviy moddalar, nurlanish hamda elektr toki ta'siri natijasida shikastlanishiga aytiladi. SHunga ko'ra termik, kimyoviy, nur hamda elektr ta'sirida kuyishlar farqlanadi. Ular ichida to'qimalarga yuqori haroratning ta'siri oqibatida kelib chiqadigan termik kuyishlar boshqalariga nisbatan ko'proq uchraydi. Haroratning miqdoriga, kuygan joyning o'rniga, chuqurligiga hamda shikastlangan kishining yoshiga qarab kuyishlar engil, og'ir, o'ta og'ir kechib, ba'zi hollarda bemor hayotiga xavf soladi.

Qaynoq suv bilan kuyganda, suvning harorati 1000Sdan oshmasligi sababli uning intensivligi, ta'sir muddati uncha katta bo'lmaydi, shuning uchun ham bunday hollarda teri yuzasi I—II—III darajali kuyadi. Bunday kuyishlar odatda tananing old tomonida bo'ladi (qorin, chot, oyoq). Kuyish miqdori uncha katta bo'lmay 3—10% ni tashkil etadi. Bolalarda issiq suyuqliklardan kuyish tananing katta qismini qamrab oladi va umumiy o'zgarishlar hisobiga og'ir kechadi.

Issiq bug'dan kuyganda jarohat kamdan-kam hollarda teri ichiga o'tadi, teri yuzasida esa uning sathi katta (60% gacha va undan ortiq) bo'ladi. Kuyishlar yana issiq kleysimon va yopishqoq moddalar ta'sirida ham kelib chiqishi mumkin(masalan, issiq elim, bitum va boshqalar). Issiq massalar badanga yopishib qolib, uzoq muddat davomida jarohatning tubiga yomon ta'sir ko'rsatadi.

Yongʻindan kelib chiqadigan kuyishlar eng ogʻir kuyishlardan hisoblanadi. Jabrlanuvchining kiyim-kechagi yonishi oqibatida jarohatining tarqalishi va ichkarigacha oʻtib-ketishi kuchayadi. Tez yonadigan suyuqliklarga namiqqan kiyim-kechak yonganda bu ayniqsa xavfli boʻladi. Bolalar va qariyalarda yongʻin oqibatida kelib chiqqan kuyishlar birmuncha ogʻir kechadi.

Erigan metallardan kelib chiqadigan kuyishlar chuqur boʻladi. Ular III—IV darajali kuyishlarni keltirib chiqaradi. Bunda faqatgina teri emas, teri osti qavatlari (teri osti biriktiruvchi toʻqima, paylar, mushaklar va hatto suyaklar) ham kuyadi. Bunday kuyishlar cheklangan boʻladi, shuning uchun ham kuyish kasalligi sodir boʻlmaydi. Etiologik omil tabiatiga koʻra issiq predmetlardan kuyishlar (kontaktli kuyishlar) kuyishning boshqa koʻrinishlari ichida ajralib turadi.

Kuygan joydagi toʻqimaning patologoanatomik oʻzgarishlari, zararlanish chuqurligiga qarab kuyish darajasi toʻrt xil boʻladi. I darajali kuyish — bunda teri qizaradi (giperemiya), shishadi, qattiq ogʻriydi; II darajali kuyish – yuqoridagi belgilarga sariq suyuqlik yigʻilgan pufakchalar qoʻshiladi. Agar pufakchalar yorilgan boʻlsa, barmoq bilan bosganda toʻq pushti rangli suyuqlik chiqib, teri yuzasi qattiq ogʻriydi.

III darajali kuyish teri nekrozi bilan xarakterlanib III (a) va III (b) darajalarga boʻlinadi. III darajali kuyishda ham II darajali kuyishda boʻlganidek, pufakchalar hosil boʻladi, biroq undagi suyuqlik gemorragik tusda boʻladi. Pufaklar yorilganda ularning tagi koʻpincha och, baʼzan och pushti rangda boʻladi va ulardan ajralib chiqadigan suyuqlik II darajadagi kabi rangsiz boʻlmaydi.

III (a) darajali kuyishda teri qatlamining yuzasi shikastlansa, III (b) darajali kuyish terining barcha qatlamlarini chuqur shikastlaydi. Bunda odatda, quruq-qalin, sariq-qoʻngʻir rangli qasmoq hosil boʻladi, baʼzida teri osti venasida tromb hosil boʻlishi mumkin. III (a) darajali kuyishda kuygan joy bosib koʻrilsa kuchsiz boʻlsada ogʻriq seziladi III (b) darajali kuyishda esa ogʻriq sezilmaydi.

IV darajali kuyishda terining butun qavati va teri osti toʻqimalari kuyadi, baʼzan kuyish suyakkacha tarqaladi. Bunda avvalgidek qalin qasmoq yuzaga keladi (14-rasm).

Davolash taktikasi nuqtai nazaridai I—II—III(a) darajali kuyishlarda terining bitishi (epitelizatsiya) oʻz-oʻzidan teri oʻsish hisobiga, operatsiyasiz bitadi, III (b)—IV darajali kuyishlar operatsiya yoʻli bilan davolanadi.

Katta kishilarda kuygan joyning sathini aniqlash uchun, etarli aniqlikka ega boʻlgan «Toʻqqizlik qoidasi» va «Kaft qoidasi» usullaridan foydalaniladi.

«Toʻqqizlik qoidasi»ga binoan, har bir anatomik maydon sathi 9% hisobidan olinadi; bosh va boʻyin — 9%, har bir qoʻl — 9% dan, har bir oyoq 18% dan, tananing old va orqa qismi 18% dan, chot va jinsiy aʼzolar sohasi — 1 %.

«Kaft qoidasi» har bir kishining kafti o‘z tana yuzasining 1,1% ini tashkil qilishidan kelib chiqib qo‘llaniladi.

Bolalarda kuygan teri sathini aniqlashda maxsus jadvaldan foydalaniladi, chunki bolalarda har bir tana maydoni bola yoshiga qarab o‘zgarib turadi.

Kattalarda kuygan teri sathi 25—30% bo‘lganda va kuyishning chuqurligi 10%dan ortiq bo‘lganda, organizmda umumiy buzilishlar kuzatiladi. SHuning uchun bunday holat «Kuyish kasalligi» deb ataladi. Bolalarda, ayniqsa 2—3 yoshgacha, ozgina kuygan joyi bo‘lsa qam «Kuyish kasalligi» alomatlari rivojlanadi. Nafas a‘zolarining shikastlanishi (issiq havo yoki bug‘ bilan) kuyish kasalligini og‘irlashtiradi.

Kuyishning quyidagi bosqichlari farqlanadi:

1. Kuyish shoki;
2. O‘tkir kuyish toksemiyasi (zaharlanish);
3. O‘tkir septikotoksemiya;
4. Rekonvalessensiya.

Kuyish shoki–tananing 20 %i II- va III a - darajada yoki 10 %i 3b va 4-darajada kuyganda kuzatiladi.

I darajali kuyish shokida bemorning holati o‘rtacha bo‘lib, es-xushi saqlangan holda titrash, teri oqarishi, puls va arterial bosimning o‘zgarishi, keksalarda qo‘zg‘alish, bolalarda apatiya, tormozlanish kuzatiladi.

II darajali kuyishda bemorning ahvoli og‘ir bo‘lib, es-xushi saqlangan holda, chanqoq, ko‘ngil aynishi, qusish, teri qurishi va oqarishi, tomir urishi tezlashishi, arterial bosimning pasayishi, nafas olishning tezlashib yuzakilashishi kuzatiladi. Qqo‘zg‘alish tormozlanishga o‘tadi.

III darajali kuyishda bemorning ahvoli nihoyatda og‘ir bo‘lib, es-xushi xiralashadi, chanqoqlik, kofe quyqasi kabi qusish, teri rangining oqarishi, pulsning ipsimon bo‘lishi, arterial bosim va tana harorati pasayishlari kuzatiladi.

Kuyish shoki— kuyishning birinchi bosqichi hisoblanib, unda kuygan qism tananing 10—15% dan kam bo‘lmagan sathini tashkil qiladi.

Ba’zi hollarda, bolalarda va 60 yoshdan oshgan kishilarda terining kamroq maydoni shikastlanganda ham kuyish shoki kuzatiladi.

Kuyishdan hosil bo‘lgan shok holati, travmatik shok holatidan farq qilib, kuyishdan hosil bo‘lgan shok holatida, erektel va torpid fazalar ajralib turadi. Kuyish shoki erektel fazaning davomli bo‘lishi bilan ajralib turadi, u 3—4 soat davom etib, ruhiy o‘zgarishlar, bemorning bezovtalanishi bilan kechadi, arterial qon bosimi oshadi, puls va nafas olish tezlashadi. So‘ng erektel faza torpid fazasiga

ko'chadi. Bu fazada bemor bo'shashadi, apatik holatga tushadi. Tomir tonusining pasayishi hisobiga arterial bosim tushadi, kapillyarlarning o'tkazuvchanligi oshadi, plazmaning atrofdagi to'qimalarga, jumladan, kuygan teri yuzasiga chiqadi. Qon tomirlardagi plazma miqdorining kamayishi hisobiga tanada aylanib turgan qonning kamayishi (gipovolemiya) sodir bo'ladi, uning quyulishi va cho'ziluvchanligi kuchayadi. Plazmaning ko'p miqdorda yo'qolishi, kuyish shokining ikkinchi farqini ko'rsatadi. Qon quyulib qolishi natijasida arterial bosim tushadi, nekroz holatidagi o'zgarish natijasida tana zaharlanib, a'zolar, asosan buyrak faoliyati buziladi, soat sayin diurez – siydik ajralishi kamayadi, og'ir hollarda siydik kelmasligi — anuriya holati kuzatilishi mumkin. (1 soat davomida 60—80 ml siydik ajralishi o'rtacha me'yor hisoblanadi). Buning natijasida buyrak etishmovchiligi kelib chiqadi. Buyrak etishmovchiligiga eritrotsitlarning parchalanishi (gemoliz) natijasida hosil bo'ladigan gemoglobin pigmentlari ta'sirida buyrak kanalchalari shikastlanishi sabab bo'ladi. Bunda buyrak bo'lmalari ishdan chiqishidan tashqari, buyrak arteriyalari torayadi. Natijada buyrakda qon aylanishi buziladi. Buyrakning o'tkir etishmovchiligi kuyishda sodir bo'ladigan shok holatining uchinchi farqlovchi belgisi hisoblanadi.

Kuyishda bo'ladigan shok holati 24—72 soatgacha davom etadi.

O'tkir kuyish toksemiyesi— bu kuyishning ikkinchi bosqichi hisoblanib, u 2—3 sutkadan 14—15 sutkagacha davom etadi. Bu davr jarohatda hosil bo'lgan zaharli moddalarning organizmga so'rilishi bilan xarakterlanadi. Zaharli moddalar, jumladan, issiqlik ta'sirida paydo bo'lgan spetsifik toksin qonga so'rila boshlaydi va toksemiya keltirib chiqaradi. Zaharlanish spetsifik kuyish toksinidan tashqari, o'zgargan oqsil moddalari hamda bakterial toksinlar hisobiga yanada kuchayadi. Klinikada bu holat yuqori harorat (38—40S) bilan, tomir urishi va nafas olishning tezlashishi, kamqonlik (anemiya), oqsillar almashinuvining buzilishi (gipo- va disproteinemiya), jigar va buyrak faoliyatining izdan chiqishi bilan xarakterlanadi.

Septikotoksemiya – bu kuyishning uchinchi davri bo'lib, taxminan 10—15 kun o'tgach boshlanadi va zaharli moddalardan tashqari jarohatda paydo bo'lgan infeksiyaning qonga tushishi bilan ta'riflanadi. Kuygan joyda mikroorganizmlarning yashashi va ko'payishi uchun qo'lay sharoit yuzaga kelishi sababli ular rivojlanib to'qimalar va o'pka orqali bir soat ichida qon tomirlariga tusha boshlaydi. Bunda dastlabki bakteriemiya (mikroorganizmlarning qonda aylanib yurish) holati yuzaga keladi. Kuygan kishilarda ko'pincha bakteriemiya holatini keltirib chiqaruvchi mikroorganizmlar — stafilokokk, ko'k yiring paydo qiluvchi tayoqcha, ichak tayoqchasi va proteylar hisoblanadi. Teri qatlamlarining termik shikastlanishi natijasida, uning qarshiligi, bakteritsidlik faoliyati va organizmning tabiiy qarshiligi susayadi. Kuygan bemorlarda rivojlanadigan mikrofloralar, odatda keng ta'sirga ega bo'lgan antibiotiklarga chidamli bo'ladi. SHu sababli infeksiya asoratlarning oldini olish va uni davolash qiyin kechadi va bu asoratlar ko'pinchao'linga sabab bo'ladi.

Bemorga ko'p miqdorda suyuqlik quyish qon aylanishini yaxshilab zaharlarni qon tomirlari va to'qimalardan chiqarib yuborishga xizmat qiladi.

Rekonvalessensiya – bu davr a'zo va to'qimalarning faoliyati tiklana boshlashi bilan xarakterlanadi.

Kuygan kishiga birinchi yordam ko'rsatish. Birinchi yordam ko'rsatishda bemorni shifoxonaga yuborishdan avval, uning kuyish darajasini aniqlash, hayotiga xavf soluvchi patologik holatlarni (kuyish natijasida shok holati, nafas a'zolarining shikastlanishi, yonuvchi zaharli moddalar bilan zaharlanish, mexanik shikastlanishlar, elektrotravma ta'sirida hayot faoliyatining buzilishini) bilish va agar lozim bo'lsa, reanimatsiya va davo tadbirlarini qo'llash (yurak massaji, sun'iy nafas berish, taxtakachlash) lozim.

Voqea sodir bo'lgan joyda kuygan yaraga bog'lam qo'yish aslo mumkin emas. Agar kimyoviy kuyish sodir bo'lsa, zudlik bilan shikastlangan joyni ko'p miqdordagi oqar suv bilan 10—15 daqiqa davomida yuvish zarur. Kuygan yara atrofini quruq salfetka (iloji bo'lsa, steril mato, mato bo'lmasa xohlagan toza mato bilan) berkitish lozim. Kuygan joyga dori-darmonlar qo'yish ruxsat etilmaydi, ayniqsa, har xil surtmalar (hatto ular farmatsevtika mahsuloti bo'lsa ham) va yog'simon moddalar surtish kerak emas, bu diagnostika hamda kuyish darajasini aniqlashni qiyinlashtiradi, uydagi dorilardan o'z bilgancha foydalanish ham yaxshi natija bermaydi.

Bemorni transportirovka qilish muhim masala bo'lib, undan oldin, agar kuyish katta ko'lamda bo'lsa, shokka qarshi muolajalar qilinadi. Buning uchun og'riqni qoldiradigan dorilar (promedol, morfin eritmalari, analgin va antigistamin moddalar, dimedrol, suprastin) ishlatiladi. Iloji bo'lsa, ularni venaga yuborish kerak, chunki shok holati sodir bo'lganda bu moddalarning teri ostidan va mushakdan so'rilishi sekin kechadi. Bemorlarni transportirovka qilishdan avval yo'lda (agar kuygan kishini shifoxonaga olib borishga bir soatdan ortiq vaqt ketsa), venaga 800—1200 ml zardob o'rnini bosadigan va elektrolit eritmalari (poliglyukin, jelatinol, reopolyuglikin, reoglyuman, disol, trisol va boshqalar) quyish lozim.

Agar venaga suyuqlik quyishga sharoit bo'lmasa, birinchi tibbiy yordam sifatida bemorga issiq choy yoki kofe, ozroq alkogol, yoki ishqorli mineral suv (500—2000 ml) ichirish lozim. Mineral suv quyidagi tartibda tayyorlanadi:

- 1) bir litr suvga 4 g gidrokarbonat natriy (ichimlik sodasi), 5,5 g natriy xlorid (osh tuzi) qo'shiladi.
- 2) 0,5% xlorid natriy eritmasi, 0,15% ichimlik sodasi;
- 3) bir litr choyga bir choy qoshiq osh tuzi va 2/3 choy qoshiq ichimlik sodasi.

Shikastlangan kishiga ushbu eritmalardan istaganicha berish mumkin, bu eritmalarda albatta ishqorli ta'sir etishi va unda elektrolitlar bo'lishi shart. Katta miqdordagi elektrolitlari bo'lmagan suyuqlikni 0,5 litrdan oshiq ichirish zararli.

Kuygan kishini u yotgan holda sovqottirmasdan transportirovka qilish lozim.

Kuyganlarga birinchi yordam berish, transportirovka qilish quyidagi tartibda amalga oshiriladi:

Shikastlangan joyda:

1. Yuqori harorat ta'sirini yo'qotish;
2. Kuygan yuzalarni sovitish;
3. Og'riqni qoldiradigan dorilar berish;
4. Himoyalovchi bog'lam qo'yish;
5. Issiq choy, kofe, ishqorli suv ichirish.

Transportirovka qilishdan avval, og'riqni qoldiruvchilar, neyroleptiklar qilinadi. Transportirovka qilish vaqtida kislorod berish, ingalyasion anesteziyasi, soda-ishqorli suyuqliklar ichirish, plazma o'rnini bosuvchi yoki elektrolitli eritmalarini vena orqali yuborish, kardiotonik moddalar va ishqorli eritmalarini ko'p miqdorda ichirish lozim.

Bemorni shifoxonaga yotqizganda birinchi yordam qay tariqa ko'rsatilganligini aniqlash lozim, chunki bu shikastlanishning qay ahvolda ekanligini aniqlashda va kelgusi davo choralarini qo'llashda hisobga olinadi. Shifoxonada kuygan kishilarni umumiy davolash bilan birga mahalliy davolash maqsadga muvofiq. (bemorni davolashda umumiy va mahalliy davolash birgalikda olib borilishi shart).

Kuygan kishini umumiy davolash. Kuygan kishini davolashning o'ziga xos xususiyatlari mavjud. Kuyish shoki holatida infuzion davolash katta ahamiyatga ega, bunda qon zardobi va uning preparatlari (albumin, protein), antiseptiklar, zardob o'rnini bosuvchi moddalar (poliglyukin, reopoliglyukin), kolloid eritmalar (osh tuzining 0,9% eritmasi, Ringer-Lokk eritmasi, natriy gidrokarbonatning 5% eritmasi), 0,25% 100—200 ml novokain eritmasi, 5% va 10% glyukoza eritmasi, 30% li 30—50 ml natriy giposulfit eritmaları qo'yiladi. Yuboriladigan suyuqlik, uning tarkibi va yuborish usullari shok holatining og'irligi va shikastlanish vaqtiga qarab belgilanadi. Infuzion dorilar yuborish kuyishning klinik oqibatiga qarab boshqariladi hamda davolash dinamikasini bilish (puls, arterial qon bosimi) ga asoslanadi. Bunda davo muolajasining samaradorligi buyrak funksiyasini baholovchi omil –har soatdagi diurez hisoblanadi. Shokka qarshi davolash boshlanguncha siydik pufagiga doimiy kateter qo'yiladi va har 3soatdagi siydik miqdoridan o'rtacha soatdagi diurez aniqlanadi. Agar siydik miqdori soatiga 30—50 ml bo'lsa, qilinayotgan davolash tadbiri o'rinli hisoblanadi. Agar siydik miqdori

kam bo'lsa, yuborilayotgan suyuqlikni ko'paytirish va aksincha siydik miqdori ko'p bo'lsa, kamaytirish lozim.

Kuyish shokida davolash tadbirlariga ikki tomonlama paranefral blokada ham kiradi, bunda buyrak atrofiga har qaysi tomondan 80—100 ml 0,25% li novokain eritmasi yuboriladi. Agarda bel sohasi kuygan bo'lsa, blokada kuyish yuzasi yaxshilab tozalanganidan keyin qilinadi. Paranefral blokada buyrak tomirlarining qisilishini (spazmini) kamaytiradi, kanalchalarning qon bilan ta'minlanishini kuchaytiradi, natijada buyrak faoliyati yaxshilanadi.

O'tkaziladigan infuzion terapiya og'riq qoldiruvchilar (promedol, morfin, omnopon), antigistaminlar (dimedrol, suprastin), yurak-qon tomirlari faoliyati yaxshilovchi (strofantin, kordiamin) va vitaminlar bilan birgalikda olib boriladi. Bularning barchasi keng ta'sirga ega bo'lgan antibiotiklar bilan hamkorlikda olib boriladi. Nafas a'zolari zararlangan hamda nafas etishmovchiligi mavjud bo'lgan bemorlarga bronxospazmolitiklar (eufilling 2,4%li eritmasidan 5—8 ml, efedrinning 5%li eritmasidan 0,5—1 ml) hamda 100—200 ml gidrokortizon yoki 30—40 ml/g prednizolon buyuriladi. Asfiksiya ro'y berganda, tovush chiqaruvchi oraliq shishganida, traxeotomiya o'tkaziladi. O'pkaning o'tkir shishi ro'y berganida bemorni yarim o'tqazgan holatda spirt orqali ingalyasiya yo'li bilan kislorod beriladi, kalsiy xloridning 10% li eritmasidan 10 ml, 100—200 mg gidrokortizon yuboriladi. Ko'mir oksidi bilan zaharlangan kishilarning venasiga metil ko'kning 1% eritmasi, askorbin kislotasi bilan birgalikda 40% li glyukoza eritmasi, V vitamini, kokarboksilaza yuboriladi.

Toksemiya va septikotoksemiya bosqichlarida davolash. Kuyish shokidan chiqarilgan bemorning ahvoli hali og'irligicha qoladi va navbatdagi davolash tadbirlari qo'llanilishini talab etadi. Bu davrdagi davolash infeksiya, intoksikatsiya, anemiya, gipoproteinemiya va boshqa asoratlarga qarshi kurashga qaratilgan bo'ladi.

Keng ta'sirga ega bo'lgan antibiotiklar kuyish shoki bosqichida yuborilib, keyinchalik ular aniqlangan mikrofloraning sezuvchanligiga qarab boshqasi bilan almashtiriladi. Intoksikatsiyani kamaytirish maqsadida mikromolekulali, plazma o'rni bosuvchi preparatlar daqiqasiga 50—60 tomchi tezligida sutkasiga 600—800 ml.dan venaga tomchi holida yuboriladi.

Bu preparatlar qondagi toksinlarni birlashtirib buyrak orqali tez chiqarib yuborish xususiyatiga ega. Suv va elektrolit balansini saqlash uchun 5% li glyukoza, Ringer-Lokk, disol, trisol, laktosol eritmalaridan sutkasiga 2 litr atrofida yuboriladi. Davolash A, V1 V6, S, D vitaminlarini yuborish bilan davom ettiriladi. Amemiya, gipoproteinemiyaga qarshi qon, qon plazmasi, albumin, oqsil gidrolizatlari (gidrolizat, kozein), yog' emulsiyasi (lipofundin) kabilar yuboriladi.

Keyingi yillarda kuyish toksemiyasini davolashda yangi usul—gemisorbsiya keng qo'llanilmoqda.

Kuyishlarni mahalliy davolash. Mahalliy davolash birlamchi tozalashdan so'ng boshlanadi. Buning uchun avvalo og'riqsizlantiruvchi dorilar yuboriladi. Keyin terining epidermik qavati butun bo'lsa, kuygan joyning atrofi spirt, benzin yoki ammiakning 0,25% li eritmasi bilan yaxshilab artiladi. Kuygan yuzani keyingi mahalliy davolash –ochiq va yopiq usulda olib boriladi.

Ochiq usul qo'llanilganda bemor chiroqlar o'rnatilgan maxsus karkas tagiga yotqiziladi, u havo namligini kamaytiradi va biroz haroratni oshiradi, bu o'z navbatida kuygan yuzada quruq qavatning (strupning) paydo bo'lishi hamda kuygan yuzani kuzatib turish imkoniyatlarini beradi. Shu bilan birga ochiq yo'l bilan davolashning o'ziga xos kamchiliklari ham mavjud. Bunda og'ir bemorlarni parvarish qilish qiyin bo'ladi. Choyshablar ko'p ishlatiladi, karkas ichidagi haroratni nazorat qilib turish qiyinlashadi, shu sababli ham ochiq usul bog'lama qo'yish qiyin bo'lgan (yuz, oraliq, jinsiy a'zolar) joylarda qo'llaniladi. Bunda kuygan yuza tarkibida antiseptik (furatsilin, sulfamilon) preparatlar bilan kuniga 3—4 marta artib turiladi. Kaliy permanganat (margansovka) ning 1:5000 ga eritmasidan kuniga 3—4 marta foydalaniladi. Natijada kuygan yuzada qoramtir rangli qavat (strup) hosil bo'ladi va uning tagida epitelizatsiya jarayoni (bitish) boshlanadi. Chuqur kuyishlarda ushbu qavat ko'chib tushganidan keyin yopiq usulga o'tiladi.

Hozirgi vaqtda ochiq davolashning «ikkinchi usuli» - kuyish yuzalarini boshqaruv muhitida davolash keng qo'llanilmoqda.

Kuyishni yopiq usul, ya'ni bog'lamlar qo'llash bilan davolash keng tarqalgan. Yuzaroq (II darajali) kuyishlarda shu maqsad uchun bakteritsid va og'riqsizlantirish xususiyatiga ega bo'lgan 5—10%li sintomitsin 0,5%li furatsilin, 10%li anestezin, Vishnevskiy surtmalari ishlatiladi. Kuyish yuzasi tozalangandan so'ng, ushbu surtmalar surtilgan bog'lama qo'yiladi va agar yiring ko'p bo'lmasa, 6—8 kungacha almashtirilmaydi. Odatda 6—12 kun ichida epitelizatsiya (bitish) jarayoni boshlanadi.

III darajali kuyishda yiringli-demarkatsion yallig'lanish boshlanadi. Bunda yog'li bog'lamlar emas, balki antiseptik xususiyatga ega bo'lgan 0,02% li furatsilin, 3% li bor kislotasi, 0,5% li azot-kumush eritmali bog'lamlar qo'yiladi. Bog'lamlar har kuni, kun ora ajralayotgan yiringning miqdoriga qarab almashtirib turiladi. Ustki qavat tushishi va epitelizatsiya boshlanishi bilan yog'li balzam (Vishnevskiy mazi) ishlatiladi. Odatda 4—6 haftadan keyin kuygan joy bitib ketadi.

III darajali va boshqa chuqur kuyishlar asosan operatsiya yo'li bilan davolanadi. U quyidagilardan iborat:

1. Nekrotomiya — nekrotik qavatlarni kesish;
2. Nekrektomiya — kuygan qavat o'lgan to'qimani olib tashlash;
3. Teri plastikasi (terini ko'chirib o'tkazish).

Kimyoviy kuyishlar. Kimyoviy kuyishlar teriga kislotalar, ishqorlar va boshqa kimyoviy faol moddalarning tushishidan kelib chiqadi. Kuyishning chuqurligi kimyoviy moddaning faolligi, harorati va ta'sir etgan muddatiga bog'liq bo'ladi.

Birinchi yordam ko'rsatish kimyoviy agentni tezroq yo'qotish, uning teridagi konsentratsiyasini kamaytirish, zararlangan yuzani sovutishdan iborat. Asosiy natija oqayotgan suv bilan yuvganda kuzatiladi. Agar kuyish kislotalar ta'siridan kelib chiqqan bo'lsa, kuygan joyni ishqorli eritmalar (natriy gidrokarbonat) bilan yuvish, agar ishqorlar ta'siridan kelib chiqqan bo'lsa, kislotalar bilan yuvish tavsiya etiladi. Kuygan yuzadan kimyoviy agentlar qanchalik tez chiqarib tashlansa, natija shunchalik yaxshi bo'ladi.

Agarda kimyoviy faol preparatlar bilan kiyim namiqqan bo'lsa, uni tezroq chiqarib tashlashga kirishish kerak. Buning uchun kuchli bosim ostidagi suvda (kiyim ustidan) yuvish lozim. Bunda kiyim bilan teri orasida maxsus bo'shliq paydo bo'ladi va uni echish imkoni tug'iladi.

Ba'zi hollarda suvdan foydalanish zararli hisoblanadi. Masalan, dietilalyuminiy gidrid, trietilalyuminiy suv bilan birikkanda yonadi yoki yangi ohak, konsentrlangan sulfat kislotasi suv bilan qo'shilganida qo'shimcha kuyishga olib keladi, Buni esdan chiqarmaslik kerak.

Kimyoviy kuyishlar termik kuyishga o'xshasa-da, o'z xususiyatlariga ega, xususan, kislotalar bilan kuyish koagulyasion nekroz tipida kechadi, bunda kislotali proteinatlar birikmasi paydo bo'lib, oqsillarning tez parchalanishi, to'qimalarning suvsizlanishi yuzaga chiqadi va natijada qalin qavat (strup) hosil bo'ladi. Ishqorlar bilan kuyish aksincha, kollektivatsion nekrozlar hosil bo'lishi bilan ifodalanadi. Kimyoviy kuyishlarni mahalliy davolash, termik kuyishlarni davolashdan jiddiy farq qilmaydi.

Elektr tokidan kuyishlar. Elektr tokidan kuyishlar tok manbaiga tekkanda ro'y beradi, ular odatda termik kuyishlardan batamom farq qiladi. Elektrokuyishlar toki bo'lgan agentning yuzasiga qarab nuqtasimon yoki kattaroq bo'lishi mumkin. Dastlabki soatlarda bu kichik nuqta – oqishroq yoki pushti rang dog'ga o'xshaydi, keyinchalik shu erda qattiq qavat (strup) paydo bo'ladi. Elektr tokidan kuyishning o'ziga xos xususiyatlaridan biri faqatgina terining emas, balki tevarak-atrofdagi to'qimalarning ham chuqur zararlanishi hisoblanadi. Bunda muskullar va suyaklar destruksiyasi kuzatiladi. Jarohat butun organizmning zararlanishi, intoksikatsiyasi bilan birgalikda kechadi, to'qimalarning destruksiyasi yiringli asoratlarni (flegmona) keltirib chiqaradi.

Elektr tokidan kuyishlar bilan chuqur termik kuyishlarni mahalliy davolash bir-biridan jiddiy farq qilmaydi.

Nurlanish tufayli kuyishlar. Portlashdan kelib chiqadigan nurlanish energiyasi(infragizil va ultrabinafsha nurlar) birdaniga kuyishga olib keladi. Yongan predmetlar va kiyimlardan kelib chiqadigan kuyishlar ikkilamchi kuyishlar

hisoblanadi. O'ta yorug'likdan kuyishlar tananing ochiq va portlashga qaragan profil yoki kontur tomonida ro'y berishi yoki qora rangli kiyimlarning badanga zich yopishib turgan sohasida ro'y berishi mumkin—bu kontaktli kuyish deb ataladi. Nurlanish tufayli kelib chiqqan kuyishlarning kechishi va ularni davolash termik kuyishlarga o'xshash bo'ladi.

Kombinatsiyalangan (qurama) zararlanishlar boshqalardan tubdan farq qiladi. Atom bombasi portlashidan kelib chiqadigan kuyishlar mexanik jarohat hamda nurlanish ta'siri bilan birgalikda kuzatiladi (nurlanish kasalligi). Bunda bir kasallikning kechishi ikkinchisiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Chuqur kuyishlarning tozalanishi va bitishi radiatsion zararlanish ta'sirida sekinlashadi yoki to'xtaydi, nekroz esa rivojlanadi. Bunda gematoma, yuqumli asoratlar, qayta qon yo'qotishlar avjlanadi. Bitish jarayonlari sekinlashadi. Nurlanish o'tishi bilan esa bitish jarayonlari me'yorlashadi. Bunday bemorlarda patologik chandiqlar, uzoq bitmaydigan yaralar paydo bo'ladi. Kombinatsiyalangan zararlanishda birinchi yordam va davolash umumiy qoidaga muvofiq olib boriladi (transportirovka usullari, shokka qarshi kurash va boshqalar). Keyinchalik, kuyishlarni davolashdan tashqari, nurlanish kasalligiga qarshi tadbirlar ko'riladi. Terining chuqur kuyishlarida nurlanish kasalligining zo'rayishiga qadar, nekroektomiya qilish va nuqsonni autodermotransplantat bilan yopish maqsadga muvofiq.

Umumiy kuyishlarning 90-95%ini termik kuyishlar tashkil qiladi. Termik kuyishlarga alanga, qaynoq suyuqliklar, bug', issiq buyumlar sabab bo'lishi mumkin.

SOVUQ OLDIRISH.

To'qimalarning past harorat ta'sirida zararlanishiga sovuq oldirish yoki sovuq urishi deb ataladi.

Sovuq oldirishning asosiy va yagona sababi, past haroratning to'qimalarga uzoq ta'sir etishi hisoblanishiga qaramasdan sovuq urishida tana haroratining pasayishiga imkon yaratuvchi omillar asosiy rol o'ynaydi. Meteorologik omillar orasida namlik sovuq urishini tezlashtiruvchi muhim omil hisoblanadi. Haddan tashqari yuqori namlik havo darajasi — 1-20 dan +50S gacha bo'lganida ham oyoq panjalarining mumifikatsiyasini keltirib chiqarishi mumkin. Bunga misol qilib harbiy shifokorlar tomonidan ko'plab marotaba muzlagan yoki qor qoplagan okoplarda turishga qaraganda, loy va suv to'la okoplarda turish ko'proq sovuq oldirishga sabab bo'lishi aniqlashganligini keltirish mumkin. Bunga sabab namlikning issiqlikni tez o'tkazishi hisoblanadi. Sovuq oldirishning boshqa iqlimiy omillaridan biri shamol bo'lib, inson tanasi sovuq, lekin quruq havoni, kuchli shamol yoki namlikka nisbatan engil ko'tarishadi.

Sovuq oldirishning kelib chiqishida organizmning o'ziga xos moslashish xususiyati ham katta ahamiyatga ega (shimoliy hududlarda doimiy yashovchi aholi sovuq oldirishga chidamli bo'ladi).

Sovuq oldirishdan issiq kiyimlar bilan saqlanish katta ahamiyat kasb etadi. Bu tushunchaga faqatgina issiqni saqlovchi narsalargina emas, balki ulardan to'g'ri foydalanish ham kiradi. Hatto juda issiq, lekin tor oyoq kiyimi ham oyoq-qo'llarning shishishiga, qon aylanishi buzilishiga va sovuq oldirishning kelib chiqishiga sabab bo'ladi.

Sovuq oldirishning boshqa omillari orasida organizmning umumiy qarshiligi katta rol o'ynaydi. Kamharakatlilik, es-hushning pasayishi, har xil ekstremal holatlar (og'ir jarohatlar) sovuq oldirishga sabab bo'ladi.

Qon aylanishining etishmovchiligi bilan bog'liq yurak va qon tomirlarining kasalliklari ham sovuq oldirishga va og'irlashishga olib keladi.

Sovuq oldirishlar zararlanishning chuqurligiga qarab 4 asosiy darajaga bo'linadi:

I-daraja. Sovuq ta'siri uncha katta bo'lmagan hollarda kuzatilib, to'qimalarning bir oz qizarishi, ba'zan ko'karashi yoki marmar rangga kirishi, sezgining yo'qolishi bilan xarakterlanadi. 1-darajali sovuq urgan joy isitilgandan keyin taktil va og'riq sezgilari tiklanadi. Panja va oyoqlardagi harakatlarning faolligi saqlanib qoladi. Ba'zi hollarda zararlangan joylarda harorat sog'lom a'zolarga qaraganda balandroq bo'ladi.

II-daraja. Ichi tiniq suyuqlikka to'lgan pufakchalar va shish paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Zararlangan teri qismida og'riq, qichishish, to'qimalarning taranglashishi kuzatiladi. Agarda pufakchalar birinchi sutkada paydo bo'lmasa, teri oqargan, isitilgandan keyin esa qizargan, ko'kimtir tusga kirgan bo'ladi. Pufakchalar 2—3 – kunlarda paydo bo'lishi ham mumkin. Ularning tubida terining fibrin bilan qoplangan epitelial qavati ko'rinadi. Ular og'riq va harorat ta'siriga sezuvchan bo'ladi. Terining ustki qavati zararlanmaydi shu sabab u 1—2 hafta ichida batamom bitib ketadi. Tirnoqlar tushib ketadi, lekin keyinchalik qayta o'sib chiqadi.

Sovuq oldirishning I—II darajalari yuzaki zararlanishga kiradi.

III-daraja. Sovuqning uzoq ta'sir etishidan kelib chiqib, ichi qonli suyuqlik bilan to'lgan, erta hosil bo'luvchi pufakchalar paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Ular hosil bo'lmagan taqdirda zararlangan segmentlar ko'pincha to'q qizil, ushlab ko'rilganda sovuq bo'ladi. O'lik to'qimalarning anatomik zonasi teri ostidagi yog' kletchatkasigacha etib borishi hisobiga sezgi yo'qoladi. Nam nekroz kuzatiladi. Teri qatlami mustaqil tiklanmaydi. Bunday darajali zararlanishda davomli va kuchli og'riq seziladi, chirish jarayoni teri osti kletchatkalariga o'tib strup paydo qiladi. Organizmda intoksikatsiya rivojlanadi. Periferik arteriyalarda puls kuchsizlanadi. Yiringli jarayonlar boshlanib oyoq va qo'l panjalarida flegmona rivojlanishi mumkin. Tuzalish strup tushib ketganidan so'ng boshlanadi. Agar zararlangan joyga teri ko'chirib o'tqazilmasa, chandiqlar hosil bo'ladi. Tirnoqlar o'smaydi. Zararlangan maydonlar mexanik va termik ta'sirlarni sezmaydi.

III va IV darajali sovuq oldirishlar chuqur zararlanishga, II darajali klinik sovuq oldirishlar engil zararlanishlarga kiradi. (16-rasm).

16-rasm. Sovuq urishi.

a) I darajali, b) II darajali, s) III darajali sovuq urishi

Dala sharoitida:

1. Muzlagan oyoq kiyimi, paypoq va qo‘lqoplarni echish;
2. Tananing sovuq urgan qismini qo‘l yoki jun mato bilan ishqalash;
3. Imkoni boricha issiq ichimlik va bir oz alkogol berish;
4. Issiq saqlovchi bog‘lam — kompress qo‘yish;
5. Bemorni shifoxonaga jo‘natish.

Uy sharoitida:

1. Muzlagan oyoq kiyimi, qo‘lqop va paypoqlarni echish;
2. Bemorni (yoki uning oyoq yoki qo‘lini) harorati 17—180 S bo‘lgan suvli vannaga solish va asta-sekin bir soat davomida suvning haroratini 360Sga etkazish;
3. Vannada paytida bemorning tanasini (a’zosini) chetdan markazga qarab uqalash,
4. Issiq ichimlik berish va issiq o‘ringa yotqizish.

Sovuq urgan bemor shifoxonaga keltirilgandan so'ng (reaktiv davrgacha bo'lgan paytda) uni davolash quyidagicha olib boriladi:

1. Sovuq urgan joyga qalin, issiq bog'lam qo'yiladi yoki bemorni harorati 17—180S bo'lgan suvli vannaga solib, suv harorati bir soat ichida asta-sekinlik bilan 36—370S gacha ko'tariladi va bir vaqtning o'zida chetdan markazga qarab avaylab massaj qilinadi.

2. Organizmning umumiy termoproduksiyasi va periferik qon aylanishini boshqarish uchun bemorga issiq suyuqlik beriladi, arteriya yoki venaga spazmolitiklar (papaverin, platifillin, no-shpa), dezagregantlar (aspirin, kurantil) va antikoagulyantlar (geparin), hamda qonning mayda tomirlarda yurishini yaxshilovchi moddalar (reopoliglyukin, reoglyuman) yuboriladi.

Statsionarga reaktiv davrda keltirilgan sovuq urgan bemorlarga yordam ko'rsatish reaktiv davrgacha keltirilganga qaraganda hajmi va xarakteri jihatidan tubdan farq qiladi. Bunda to'qimalarni isitishga harakat qilinmaydi. Asosiy e'tibor zararlangan to'qimalarda qon aylanishini tiklash, mahalliy jarayonlarni davolash, yuqumli asoratlarning oldini olishga, qaratiladi. Bu tadbir zararlanish chuqurligidan kelib chiqib belgilanadi.

Sovuq urishlarni konservativ yo'l bilan davolash turkumiga infuzion transfuzion terapiya kiradi. Bular; 1) qonning reologik xususiyatlarini yaxshilaydigan (qonning kichik tomirlarda aylanishini yaxshilaydigan) preparatlar; 2) dezintoksikatsion preparatlar; 3) qon preparatlari; 4) oziqlantiruvchi preparatlar; 5) immunologik preparatlar hisoblanadi.

Reologik preparatlarga reopoliglyukin va reoglyuman kiradi. Ular qonning yopishqoqligini pasaytiradi, qon tanachalarining tomir devorlariga agregatsiyasini pasaytiradi, tromboz va emboliyalarning oldini oladi hamda dezintoksikatsion va diuretik ta'sir ko'rsatadi. Dezintoksikatsion preparatlarga gemodez va neokompenson kiradi. Ular toksinlar bilan birga komplekslar hosil qiladi va ularning buyrak orqali chiqib ketishiga yordam beradi.

Qon prelaratlari orasida albumin va fibrinolizin katta ahamiyatga ega. Fibrinolizin antikoagulyant (geparin) bilan birgalikda tromblar hosil bo'lishining oldini oladi. Aniq namoyon bo'lgan anemiya va intoksikatsiya oqibatida kelib chiqadigan gipoproteinemiya bemorga qon quyish tavsiya etiladi. Teri ostiga oziqlantiruvchi preparatlar (aminopeptid, kazein gidrolizati, aminozol, moriamin, poliamin) ovqat hazm qilish a'zolari faoliyati buzilgan bemorlarga qo'llaniladi. Ular organizmda oqsillar almashinuvini yaxshilaydi, infeksiyaga qarshi, yaralar bitishi – regeneratsiyasi uchun plastik materiallar shakllanishiga yordam beradi.

Spetsifik va nospetsifik himoya omillarini oshirish maqsadida immunologik transfuzion moddalar va preparatlar qo'llaniladi: stafilokokka, proteyga, ko'k yiring hosil qiluvchi tayoqchalarga qarshi, plazmalar, stafilokokka qarshi gammaglobulin, rekonvalessentlar qoni va plazmasi (qattiq sovuq urishdan

sogʻaygan kishilarga), purin va piramidon qatoridagi preparatlar (pentaksil, metiltiouratsil) immunostimulyasiya preparatlari (lizotsim, prodigiozan, levomizol) kiradi. Infuzion-transfuzion davo, antikogulyantlar (geparin), tomirlarni kengaytiruvchilar (papaverin, platifillin), keng taʼsirli antibiotiklar, ogʻriqsizlantiruvchilar (promedol, analgin), desensibilizatsiyalovchilar (dimedrol, suprastin) bilan birgalikda olib boriladi. Sovuq urgan bemorlarga qoqshol anatoksini va zardobi maxsus sxema bilan yuborilishi zaruriy shart hisoblanadi.

3. Kuygan segmentning amputatsiyasi — nekroektomiyadan tashqari, funktsiya jihatidan yaroqli choʻltoq hosil qilishda;

4. Teri qatlamini operatsiya yoʻli bilan tiklash — bu sovuq urish natijasida nekroektomiyadan soʻng va yara granulyasiyasi paydo boʻlgandabajariladi

5. Rekonstruktiv operatsiyalar — choʻltoqning funksional holatini yaxshilash, yoki nekroektomiyadan keyin hosil boʻladigan chandiqlar vaqtida qoʻllanadi. Jarohatdan 2 oy keyin bajariladi

Yuqorida koʻrsatilgan har tomonlama olib boriladigan kompleks davolashlar sovuq urish kasalligida yaxshi natija beradi. Lekin maʼlum vaqt oʻtgandan keyin eski sovuq urgan segment yoki joyda salgina sovuqlikka sezgirlik, terlash, teri nevriti, tomirlar kasalligiga moyillik boʻladi. Chandiqlik oʻrnida trofik — uzoq vaqt bitmaydigan yaralar hosil boʻlishi mumkin. Bu holatlarning har biri oʻz navbatida uzoq va maxsus davolashni talab qiladi.

4.2.Shikastlanishlar.

Lat eyish yoki shikastlanish deb, kishi organizmiga tashqi omillarning (mexanik, fizik, kimyoviy, ruhiy) toʻsatdan taʼsir etishi natijasida toʻqimalarning anatomik butunligi yoki fiziologik faoliyati buzilishi, organizmda mahalliy va umumiy oʻzgarishlar yuzaga chiqishi bilan xarakterlanadigan jarayonga aytiladi.

Mamlakatimizda qabul qilingan yagona nomenklaturagamuvofiq, shikastlanishlarning quyidagi turlari ajratiladi: 1) ishlab chiqarish bilan bogʻliq boʻlgan; 2) ishlab chiqarish bilan bogʻliq boʻlmagan; 3) atayin qilingan; 4) harbiy harakatlar natijasida orttirilgan.

Oʻz navbatida ishlab chiqarish bilan bogʻliq boʻlgan shikastlanishlar quyidagilarga boʻlinadi: a) iqtisodiyot obʼektlarining barcha sohalarida ishlaydigan kishilarda kuzatiladigan — sanoat shikastlanishlari, b) qishloq xoʻjaligida ishlaydigan kishilarda uchraydigan — qishloq xoʻjalik shikastlanishlari.

Ishlab chiqarish bilan bogʻliq boʻlmagan shikastlanishlar esa: a) uy-roʻzgʻor shikastlanishlari; b) transport (temir yoʻl, avtomobil, tramvay, koʻcha-koʻyda boʻladigan); va v) sport shikastlanishlariga boʻlinadi. Ataylab qilingan shikastlarga oʻzini yoki boshqa odamni oʻldirish maqsadida qilingan harakatlar oqibatida kelib chiqqan shikastlanishlar.

Teri yoki shilliq qavatining jarohatlanishiga qarab: a) yopiq shikastlanishlar (lat eyish, cho‘zilish, uzilish, suyaklar sinishi, chiqishlar) va b) ochiq shikastlanishlar(yaralar)ga bo‘linadi.

Mexanik kuchlarning ta’siriga qarab jarohatlar:

a) to‘g‘ridan-to‘g‘ri (og‘riq, qon quyilishi, shishlar) va b) to‘g‘ridan-to‘g‘ri bo‘lmagan turlarga bo‘linadi. Jarohatlar ta’sir vaqtiga qarab o‘tkir (ta’sir kuchidan keyin darhol ro‘y berishi) va surunkali (kuchning kichik va ko‘p ta’siridan kelib chiqadigan) xillarga bo‘linadi. Surunkali jarohatlarga ko‘pincha kasb kasalliklari kiradi.

Har qanday jarohat organizmda mahalliy va umumiy o‘zgarishlar keltirib chiqaradi. Mahalliy o‘zgarishlarga og‘riq, shaklning va rangning o‘zgarishi, teri butunligining buzilishi, jarohat olgan a‘zo faoliyatining buzilishlari, umumiy belgilarga esa, hushdan ketish, kollaps va shoklar kiradi.

Jarohatning og‘irligi quyidagi sabablarga bog‘liq bo‘ladi:

- 1)jarohatga sababchi bo‘lgan omilning fizik xarakteristikasi(shakli, konsistensiyasi)ga;
- 2) jarohat olgan to‘qima va a’zoning anatomofiziologik xususiyatiga;
- 3) to‘qima va a’zolarning jarohat vaqtidagi patologik holatiga;
- 4) bemorning qanday sharoitda bo‘lishiga.

Yopiq jarohatlarga yumshoq to‘qimalarning lat eyishi, cho‘zilishi, uzilish, chayqalish va siqilishlar kiradi. Yopiq jarohatlar faqatgina to‘qimalar yuzasidagina bo‘lib qolmasdan, balki qorin, ko‘krak bo‘shliqlarida joylashgan a’zolarida, bosh suyak bo‘shliqlarida va bo‘g‘imda ham yuz berishi mumkin.

4.3.YUMSHOQ TO‘QIMA SHIKASTLANISHI VA BTYO.

Lat eyish. Lat eyish deb, yumshoq to‘qimalar yoki a’zolarning teri yuzasi butunligi buzilmasdan bo‘ladigan mexanik shikastlanishga aytiladi. Lat eyish tananing biron-bir joyiga o‘tmas jism ta’sir etishi oqibatida ro‘y beradi. Lat eynshda shikastlanish darajasi jarohatlovchi predmetning hajmi va og‘irligiga, uning konsistensiyasiga, kuchiga hamda to‘qimaning lat eyish vaqtidagi holatiga bog‘liq bo‘ladi. Lat eyishga ba’zan ancha og‘ir jarohatlar bilan birga kelishi mumkin, (sinishlar, chiqishlar, ichki organlarning yorilishi va boshqalar). Lat eyishda bo‘ladigan patologoanatomik o‘zgarishlar bemorning umumiy ahvoli, yoshi va boshqa bir qator omillarga bog‘liq bo‘ladp.

Lat eyishda og‘riq, to‘qimalar shishi, qontalash, funkiiyalarning buzilishi xarakterlidir.

Og‘riq zarbning kuchiga va jarohatning o‘rniga bog‘liq bo‘ladi. Juda kuchli og‘riq suyak usti pardasi, katta nerv tomirlari va chigallari, moyak lat eganda kuzatiladi.

To‘qimalarning shishi ularga qonning ko‘proq qismi so‘rilishi tufayli sodir bo‘ladi (aseptik yallig‘lanish).

Qontalashlik kichik qon tomirlarning yorilishidan kelib chiqadi. Quyilgan qoni ko‘k dog‘ ko‘rinishida ayniqsa teri osti qavatida to‘qimalarning diffuzion immobilizatsiyasiga olib keladi. Ba‘zan qon to‘qimalarni bir-biridan ajratadi va gematoma hosil qiladi.

Shish, qon quyilishi, og‘riq natijasida to‘qimalar va a‘zolarining faoliyati buziladi.

Lat eyishda asosiy shikoyat og‘riq hisoblanadi. Shu sababli ham birinchi yordam ko‘rsatishda og‘riqni kamaytirishga qaratilgan tadbirlar ko‘rilishi lozim. Ko‘pincha og‘riq qon quyilishi natijasida asab tolalari uchlarining qanchalik bosilganligiga bog‘liq bo‘ladi, shu sababli ham qon ketishini kamaytirish choralarini ko‘rish kerak. Bu maqsadda ichiga sovuq suv yoki muz solingan rezina xaltachalar qo‘llaniladi. Qontalashni kamaytirish maqsadida bosib turuvchi bog‘lam qo‘yiladi. Ayniqsa bu narsa bo‘g‘im sohasining lat eyishida zarurdir. Harakat vaqtida og‘riq kuchayishi sababli lat egan joyning harakatsizligi ta‘minlanishi (immobilizatsiya qilinishi) kerak, yani oyoqlar shikastlanganda shu joy qimirlatmasdan tinch qo‘yiladi, quyilgan qonning tezroq so‘rilishi uchun uchinchi va to‘rtinchi kunlarda lat egan joyga isituvchi vositalar (grelka) kompresslar, fizioterapevtik davolash usullari — diatermiya, ultratovushlar qo‘llaniladi.

Katta gematomalar sodir bo‘lganida punksiya, uning foydasi bo‘lmaganida esa gematomani ochish va quyilgan qonni drenaj yordamida tashqariga chiqarish usulidan foydalaniladi. Bo‘g‘imlar qotib qolishining oldini olish maqsadida massaj va davolash gimnastikasi (LFK) qo‘llaniladi.



Cho‘zilishlar. Cho‘zilish deb, to‘qimalarning qarama-qarshi tomonga tortish kuchi ta‘sirida haddan tashqari taranglashishi tushuniladi. Bo‘g‘imlar joyining cho‘zilishida ayrim tolalarning hamda mahalliy tomirchalarning uzilishi kuzatiladi. Qishki paytlarda yiqilish, qayirib bosish natijasida boldir-oshiq bo‘g‘imi paylarining cho‘zilishi ro‘y beradi. Paylar qon-tomircha-larning cho‘zilishi va qisman uzilishida qon quyilishi va aseptik yallig‘lanishi tufayli, bo‘g‘im sohasida shish paydo bo‘ladi. Bu qon quyilishi birinchi kunlari unchalik rivojlanmagan bo‘lib, kechroq u qoramtir-ko‘kish dog‘ holida ko‘rinadi. Bo‘g‘imda harakat bo‘lsada, u og‘riqli va bir oz cheklangan bo‘ladi.

Cho'zilishlarda ham xuddi lat eyishdagidek qon ketishini kamaytirish maqsadida, birinchi soatlarda muz solingan xaltacha, sovuq kompresslar qo'yiladi. Ikkinchi kundan boshlab, issiq muolajalar buyuriladi. Bir vaqtning o'zida oyoq-qo'llar ko'tarilib, 8 simon bosib turuvchi bog'lam bilan bog'lanadi va osoyishtalik ta'minlanadi. Ushbu tadbirlar qo'llanilsa, bemor 10 kun ichida sog'ayib ketishi mumkin.

Uzilishlar.Uzilishlar deb o'tkir ta'sir kuchi orqali to'qimalarning anatomik qarama-qarshiligini oshiradigan yumshoq to'qimalarning shikastlanishiga aytiladi. Odatda paylar, mushaklar, fassiyalar, hatto qon-tomirlar va asab tolalari ham uziladi. Hammadan ko'proq tizza, qo'l uchi bo'g'imlari, paylarning uzilishi ro'y beradi.

Paylarning uzilishi ko'pincha bo'g'im kapsulasining va uning sinovial po'stlog'ining shikastlanishi bilan birga ro'y beradi. Paylarning uzilishi odatda uning birikkan joyida yoki o'zida bo'lishi mumkin. Agarda paylarning uzilishi bo'g'im kapsulasi shikastlanishi bilan birga ro'y bersa, qon bo'g'im ichiga tushadi va bunday holatga gemartroz deyiladi. Gemartroz tizza bo'g'imi va uning X simon payining shikastlanishida ayniqsa ko'p kuzatiladi. Bunda bo'g'imda qattiq og'riq paydo bo'ladi, bukish va yozish qiyinlashadi. Bo'g'imga qon quyilishi natijasida uning hajmi kattalashadi. Bo'g'im ichidagi yarimoysimon meniskning yorilishi natijasida bo'g'im blokadası kelib chiqadiki, buni faqatgina maxsus davolash muassasasida davolash mumkin. Tizza bo'g'imidagi gemartrozga tizza qopqog'i harakati simptomi xarakterlidir.

O'mrov akromion payining uzilishida o'mrov suyagining to'la bo'lmagan chiqishi, paylar uzilishida esa, uning to'la chiqishi kuzatiladi.

Ko'p hollarda muskullarning uzilishi ro'y berishi mumkin. Muskullar uzilishida to'satdan paydo bo'ladigan og'riq, ko'zga tashlanib turadigan deformatsiya, shish, teri tagiga qon quyilishi va faoliyatining buzilishi kuzatiladi.

Lat eyish, cho'zilish, uzilishlarda birinchi yordam qon ketishi va og'riqni pasaytirishga qaratilishi kerak. Buning uchun shikastlangan joyga bosuvchi va harakatsizlantiruvchi (immobilizatsiyalovchi) bog'lam va sovuq qo'yiladi. Paylarning uzilishi shu a'zo faoliyatning buzilishi bilan ro'y bersa, davolash operatsiya (tikish va plastika) yo'li bilan amalga oshiriladi. Agar muskullar ma'lum joyidan to'la uzilgan bo'lsa, ular operatsiya yo'li bilan tiklanadi va 12—15 kunga immobilizatsiya qilinadi. Operatsiyadan keyin muskul faoliyatini tiklash uchun reabilitatsiya choralari ko'riladi (massaj, jismoniy tarbiya, fizioterapiya).

Travmatik toksikoz. To'qimalar ezilishi natijasida paydo bo'lgan zararli moddalarning (gistamin toifasiga kiruvchi moddalarning) qonga so'rilishi oqibatida yuzaga keladigan neyreflektor hamda tomirlarda bo'ladigan o'zgarishlar bilan xarakterlanadigan holat.Travmatik toksikoz «Uzoq ezilish sindromi» deb ham ataladi. Bunda «ezilish» atamasi birlamchi shikastlanish mexanizmi va jarohatlangan organizmda kelib chiqadigan mahalliy yoki umumiy o'zgarishlar mohiyatini ochib beradi. Travmatik toksikozning klinik manzarasi jarohatlangan kishi ezuvchi kuch ta'siridan xoli etilganidan (bir necha soat o'tganidan) so'ng yuzaga chiqadi.

Mahalliy o'zgarishlar ezilgan joydagi terining oqarishi, ko'kimtir dog'lar va qisilish nuqtasi bilan ta'riflanadi. Shikastlangan oyoq yoki qo'lda tezda shish paydo bo'ladi, hajmi kattalashadi. Shish natijasida terida ichi seroz-gemorragik suyuqlik bilan to'lgan pufakchalar paydo bo'ladi, ular oralig'ida esa qon quyilishi kuzatiladi. Zararlangan joy bosib ko'rilganda yumshoq to'qima qattiqlashadi. Asab tomirlarining qisilishi natijasida ezilgan joyning pastki qismida sezuvchanlik yo'qoladi. Qattiq og'riq tufayli bo'g'imlarda harakat bo'lmaydi. Qon tomirchalarida puls aniqlanmaydi.

Mahalliy o'zgarishlardan tashqari siydikda ham eritrotsitlar va oqsillar paydo bo'lib, siydik qoramtir-qizg'ish tusga kiradi. Uning ajralishi kamayadi (sutkasiga 100—150 ml). Buyrak kanalchalarining qisilishi natijasida, bemor qonida uning ahvoriga salbiy ta'sir etuvchi toksik moddalar yig'iladi.

Travmatik toksikozning klinik kechishida uchta davr farqalanadi: erta (jarohatdan 2—3 kundan so'ng), oraliq (3—12 kun) va kechki (12 kundan 1—2 oygacha). Erta davrda asosan shishning ko'payishi va gemodinamik buzilishlar ro'y beradi. Oraliq davrda buyrak etishmovchiligi rivojlanadi. Kechki davr— asta-sekin sog'ayish davridir.

Birinchi yordam bosib turuvchi bog'lam, jgut, sovuq qo'yish va harakatsizlantirish (immobilizatsiya)dan boshlanadi. Og'riq qoldiruvchi va antigistamin preparatlar qo'llaniladi. Bemorni tezroq davolash muassasasiga yotqizish choralari ko'riladi.

Statsionar sharoitida intoksikatsiyaga qarshi ko'p suyuqliklar ichirish va sutkasiga 3—4 litrgacha qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar — poliglyukin, reopoliglyukin, 5% li glyukoza, plazmalar yuboriladi. Suyuqliklarni quyish diurezni nazorat qilish bilan birgalikda olib boriladi. Agarda diurez 40—50 ml/soat bo'lsa, yuborilayotgan suyuqlik miqdori ko'paytiriladi, kam bo'lsa, sutkasiga 500— 1000 ml gacha kamaytiriladi. Har ikki buyrak atrofiga, hamda qisilgan joy yuqorisiga novokaindan blokada qilinadi. Dastlabki 3—4 kun ichida yurak-qon tomirlari va nafas olishni yaxshilaydigan dorilar – «B» va «C» guruhiga mansub vitaminlar yuboriladi.

Buyrak etishmovchiligida gemodializ o'tkazish lozim bo'ladi.

Ikkilamchi qisilishlarni kamaytirish maqsadida tomirlar, asab tomirlari, muskullarni ozod qilish uchun fassial qavatlarni keng ochish tavsiya etiladi. Agarda oyoq yoki qo'l yashash qobiliyatini yo'qotgan bo'lsa, amputatsiya qilinadi.

Kechki davrlarda travmatik nevritlar va kontrakturalarni davolash uchun issiq muolajalar, davolash gimnastikasi va massaj qo'llaniladi.

4.4. Bosh miya jarohati.

Bosh miya va ko'krak qafasining jarohati inson hayoti uchun xavfliligi, klinik manzarasining hamda jarohatga bo'lgan reaksiyaning o'ziga xos xususiyati bilan alohida ajralib turadi.

Bosh miya jarohati. Bosh suyagining jarohati kommotsion – kontuzion sindrom bilan xarakterlanadi. Bosh suyagining jarohati yumshoq to'qimalarning, gematomalarning paydo bo'lishi hamda bosh suyagining sinishlari va yorilishlari, bosh miyaning shikastlanishlari bilan kechadi.

Bosh miya funksiyasining buzilishlari jarohatlanganlarning 8—15%ida qayd etiladi, yopiq shikastlanishlar ochiq shikastlanishlarga qaraganda 3 marta ko‘proq uchraydi. Ko‘cha-transport falokati oqibatidagi bosh-miya shikastlanishlarining soni umumiy shikastlanishlarning 50%idan oshadi.

Bemorni tekshirayotganda bosh suyagida jarohatning bor yoki yo‘qligi, yaraning chuqurligi, miyaning shikastlanishini aniqlash katta ahamiyatga ega.

Bosh shikastlanganda bosh terisining butunligi, jarohatlar, gematomalar yoki bosh suyagi ezilishini aniqlashga harakat qilish kerak. Jarohat chuqurligi tekshirilganda undan ajralayotgan narsalar xarakteriga ham e‘tibor beriladi. Jarohat chuqurligidan chiqayotgan ko‘p qon bosh suyagi shikastlanganligini ko‘rsatadi. Orqa miya suyuqligining ajralishi yoki qisman miya zarrachalarining bo‘lishi — yaraning miyaga va uning qavatiga o‘tganligidan darak beradi.

Ko‘z qovoqlarining ko‘zoynak ko‘rinishida ko‘karishi, ko‘z kosasi konyunktivasi ostiga qon quyilishi — bosh suyagi asosining sinishidan, qo‘loqlardan qon ketishi — o‘rta bosh suyagining sinishidan; qo‘loq orqasi suyagi terisiga qon quyilishi — orqa bosh suyagining sinishidan darak beradi.

Bosh miya jarohatida miya shikastlanishining asosiy uch formasi ajratiladi: chayqalish, lat eyish va miyaning qisilishi.

Miya chayqalishi. Miyaning chayqalishi mexanik kuchning tez ta‘sir etishidan kelib chiqadi. Miya chayqalishi portlashdan hosil bo‘lgan to‘lqin zarbi yoki og‘ir narsalarning boshga urilishi oqibatida kelib chiqadi.

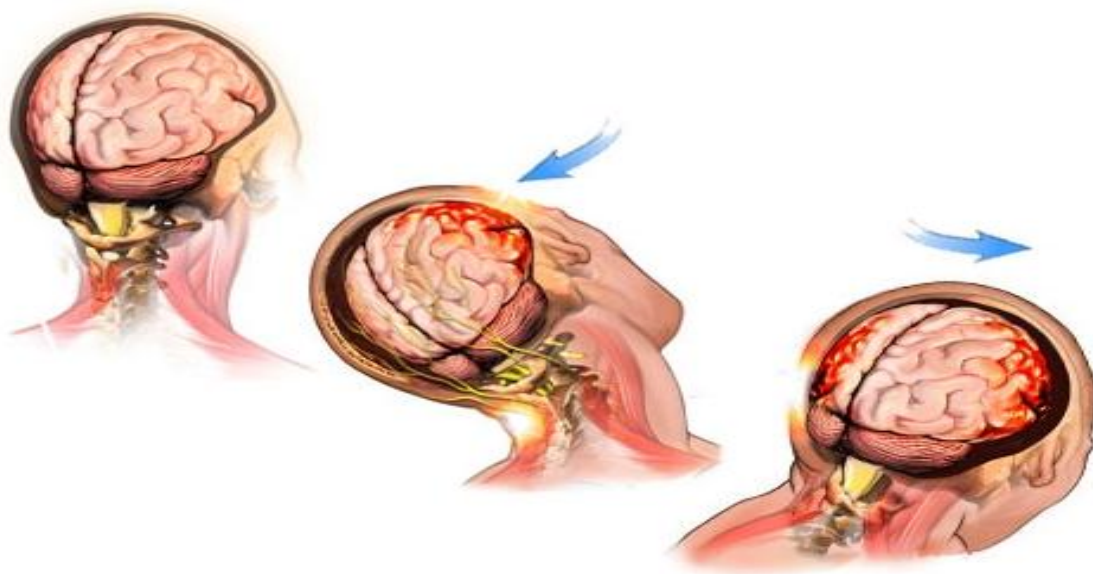
Klinik kechishining og‘ir yoki engilligiga qarab miya chayqalishi uchga bo‘linadi: engil, o‘rtacha va og‘ir. Miya chayqalishining engil darajasida qisqa muddatli hushdan ketish, ba‘zan bosh aylanishi, qo‘loqlar shang‘illashi, ko‘z oldi qorong‘ilashishi, bosh og‘rig‘i, teri oqarishi, ko‘ngil aynishi yoki qusish ro‘y beradi. Miya chayqalishining asosiy belgilaridan biri retrograd amneziya (bemor hushiga kelgandan keyin jarohatdan oldingi holatini eslay olmaydi) hisoblanadi. Bu ko‘rsatilgan narsalar 5—7 kundan so‘ng asta-sekin yo‘qoladi.

O‘rta darajali miya chayqalishida bir necha soat davomida hushni yo‘qotish, adinamiya, ruhiy qo‘zg‘alish, qusish, reflekslarning pasayishi, nistagm, ko‘z qorachig‘ining torayishi, tomirning sekin va kuchsiz urishi, nafas olishning tezlashishi kuzatiladi.

Miya chayqalishining og‘ir darajasi hushni uzoq vaqt yo‘qotish (bir necha soatdan kungacha) bilan xarakterlanadi. Bunda nafas olishning yuzakilanishi, pulsning kuchsizlanishi va sekinlanishi, teri qavatlarining oqarishi, reflekslarning yo‘qolishi, ko‘z qorachig‘ining yorug‘likka reaksiyasi yo‘qolishi, siydik va axlatshshg ixtiyorsiz ajralishi yuz beradi. Buning hammasi koma va o‘lim bilan tugashi ham mumkin.

Bosh miyaning yopiq jarohatlarini davolash bemorga mutloq osoyishtalik yaratishdan boshlanishi kerak. Ularni transportirovka qilish — boshi bir oz ko‘tarilgan, yotgan holda amalga oshirilishi lozim. Bemor hushsiz bo‘lganligi tufayli, qusuqning nafas yo‘liga tiqilishi, tilning tortilishiga qarshi choralar ko‘riladi. Buning uchun bosh yon tomonga egilib, og‘iz bo‘shlig‘iga havo

o'tkazuvchi naycha qo'yish lozim. Ba'zan transportirovka qilishda kislorod bilan nafas oldirish va yurak-tomir preparatlari berish lozim bo'ladi.



Miyaning lat eyishi.



Og'ir bemorni transportirovka qilishda maxsus taxta, zambil yoki g'ildirakli zambil ishlatiladi. Bemor solingan zambil ikki yoki to'rt kishi yordamida bemorni chayqatmasdan ko'tariladi. Shikastlangan bemorni yuqori qavatlariga ko'tarishda boshini old tomonga va oyoq tomonini gorizontaal holatgacha ko'targan holda chiqarish lozim. Bemorni zambildan to'shakka o'tkazishda zambilni karavot sathida ushlab va 2—3 kishi zambil bilan karavot orasida bemorga qaragan holda turishi lozim. Bunda bir kishi bemor boshi va ko'kragini, ikkinchi kishi beli va sonini, uchinchi kishi boldirini ushlashi kerak. Miyasi chayqalgan bemorlar engil chayqalishda uch haftagacha, og'irroq hollarda bir oydan ikki oygachayotishlari shart. Chayqalish natijasida bosh miyada shish ro'y bergan hollarda, hamma davolash choralari ushbu shishni kamaytirishga qaratilishi, buning uchun organizmdan suyuqlikni haydash – degidratatsiya chorasi ko'rilishi kerak. Shu

maqsadda venaga natriy xloridi yoki glyukozaning gipertonik eritmalari, muskullar ichiga magneziya yuboriladi. Ruhiy ko'zg'alishlarda tinchlantiruvchi (sedativ) dorilar buyuriladi.

Nafas olish og'irlashganida o'pkaga intubatsiya qilish lozim bo'ladi.

Miyaning lat eyishi. Miya lat eyishi deb, miya moddasining shikastlanishi tushuniladi. Og'ir jarohatlarda bu shikastlanish fizik kuch ta'sirining qarama-qarshi tomonida joylashgan bo'ladi (qarama-qarshi urilishdan lat eyish).

Miya lat eganida miya funksiyasining buzilishi ham kuzatiladi. Bunday holat jarohatdan so'ng to'satdan rivojlanadi. Bunda oyoq yoki qo'lning (monoplegiya) yoki gavda yarmi mushaklarining (gemiplegiya) falajlanishi kuzatiladi, ovoz yo'qoladi (afaziya), yuzdagi asab tolalarining faoliyati buzilishi tufayli yuz qiyshayadi, ko'z yaxshi ko'rmaydi, harorat 40⁰Sgacha ko'tarilishi mumkin. Bemorlarda siydikning sutkalik miqdori oshadi, undagi qand miqdori ko'payadi.

Miya lat eyishini davolash uchun 4—5 hafta davomida kompleks tadbirlar qo'llaniladi. Bunda asosiy e'tibor nafas olish va qon-tomir tizimlarining faoliyatini yaxshilash, keyinchalik esa nevrologik o'zgarishlarni yo'qotishga qaratiladi.

Miyaning qisilishi. Miya qisilishi bosh suyagi ichidagi tomirlardan qon ketishi yoki suyaklar sinishi natijasida ro'y beradi.

Gematoma (qonning to'planishi) miya qattiq po'stlog'i ustida (epidural gematoma) hamda miya to'qimasi ichida (miya ichi gematomasi) hosil bo'ladi.

Miya qisilishining ilk belgisi, es-hush yo'qolmagan holda tormozlanish va bosh og'rig'i hisoblanadi. Ko'z qorachig'ining qon quyilgan tomonda kengayishi, kompressiya kuchaygan sari bemorning tashqi muhitga reaksiyasi yo'qola borishi, hushini yo'qotishi, tomir urishi sekinlashishi (bir daqiqada 40—50 martagacha kamayadi), shovqinli va notekis nafas olish kuzatiladi. Bosh miyada qon ketishi natijasida qisilish belgilari birdaniga ro'y bermasdan ma'lum muddatdanson'ng namoyon bo'ladi, shuning uchun ham bemor shifokor nazoratida bo'lishi lozim.

Birinchi yordam ko'rsatish, miya chayqalishi va lat eyishdagi kabi o'tkaziladi. Bunda boshni zinapoyasimon yoki Elanskiyning fanerli shinasi bilan harakatsizlantirish (immobilizatsiya) qilish kerak, ba'zan bu ishni avtomobil kamerasi, shinel yoki adyol va boshqa rezinalar yordamida ham amalga oshirish mumkin.

Statsionar sharoitda orqa miyani punksiya qilish kerak. Konservativ yo'l bilan davolash natijasiz bo'lganda va kompressiya oshib borganida dekompressiv trepanatsiya yo'li bilan gematoma, qotib qolgan qon olib tashlanadi, zararlangan tomir bog'lanadi. Operatsiyadan keyin bemor birdan hushiga kelishi mumkin. Operatsiyadan keyingi davrda xuddi miya chayqalishi va lat eyishdagi kabi davolash choralari ko'riladi.

Ko'krak qafasining shikastlanishi. Ko'krak qafasining shikastlanishi klinik ko'rinishining xilma-xilligi bilan xarakterlanadi.

Ko'krak qafasining shikastlanishiga lat eyish, qisilish, chayqalish, qovurg'alar va to'sh suyagining sinishlari kiradi.

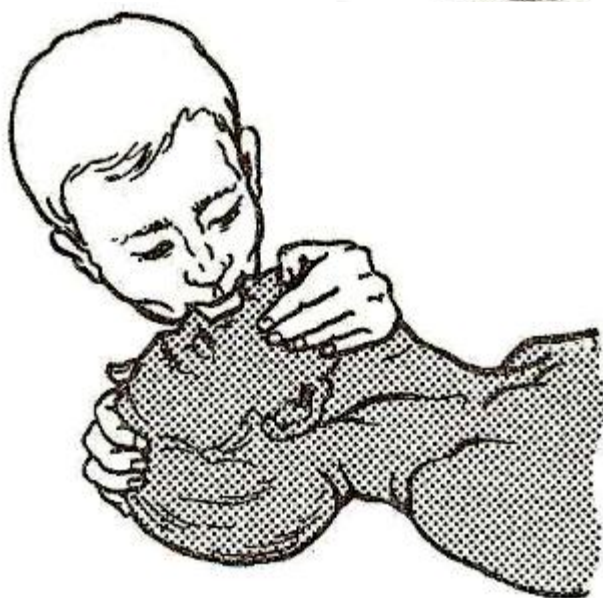
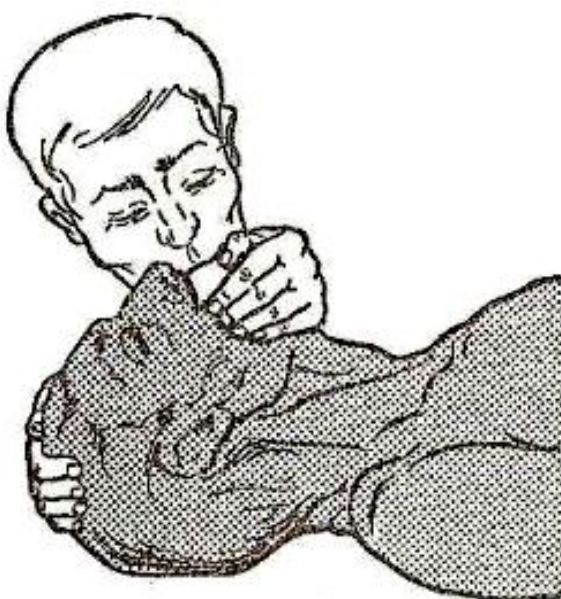
Ko'krak qafasining lat eyishi ko'cha-transport falokatlari oqibatida to'g'ridan-to'g'ri urilish, balandlikdan yiqilish natijasida sodir bo'ladi.

Ko'krak qafasi lat eganida teri osti qavati va qovurg'alar orasidagi muskullarga qon quyilishi natijasida og'riq naydo bo'lib bosib ko'rilganda, nafas olganda va chiqarganda u kuchayadi. Og'riqni sezish taxminan bir hafta ichida sekin-asta kamayib boradi va izsiz yo'qoladi. Qovurg'alar singanda uzoqroq davolash zarur bo'ladi.

Birinchi yordam ko'rsatilganda qontalash va og'riqni kamaytirish maqsadida sovuq (muzli pufak) va lat egan joyga xloretil qo'yiladi. Analgin yoki aspirin 0,5 dan kuniga 3 marta beriladi, yumshoq to'qimalarga quyilgan qonning tezroq so'rilishi uchun maxsus isitgich, yarim spirtli isituvchi kompresslar va fiziomuolajalar (ultratovush, ionoforez) qo'llaniladi.

Ko'krak qafasining qisilishi — jarohatlanishning og'ir turlaridan hisoblanib, bir-biriga qarshi (shoshilinch ravishda) ikki kuch ta'sirida (ikki og'ir narsaning qisishi) kelib chiqadi. Ko'krak qafasining qisilishida havoning etishmasligi, tomir urishining tezlashishi, yuz va bo'yin terilarida nuqtasimon qon quyilishi bilan bo'ladigan ko'karish ro'y beradi. Og'ir hollarda qon tuflash kuzatiladi.

Birinchi yordam ko'rsatayotganda jarohatlanganlarni ta'sir etuvchi kuchdan ajratib, shoshilinch ravishda muskul orasiga og'riq qoldiruvchi (morfin, promedol) dorilar yuboriladi. Bunda nafas olish etishmovchiligida morfin yuborish maqsadga muvofiq emas, chunki u nafas markazini susaytiradi. Bemorlarga osoyishtalik yaratilib, tezlikda davolash muassasasiga jo'natiladi. Nafas olish qiyinlashganda sun'iy o'pka veptilyasiyasi yoki sun'iy nafas oldirishning «og'izdan-og'izga», «og'izdan burunga» usullaridan foydalanish lozim (17-rasm).



a)

b)

17-rasm. Sun'iy o'pka ventilyasiyasi. a) og'izdan og'izga, b) og'izdan burunga.

Ko'krak qafasining chayqalishi organizmga portlash to'liqini (portlatish ishlarida) ta'sir qilganida kelib chiqadi. Bunda mahalliy o'zgarishlar bo'lmasdan, shokka o'xshash umumiy belgilar yuzaga chiqadi. Arterial qon bosimining pasayishi, tomir urishining tezlashishi, yuzaki nafas olish, havoning etishmasligi, teri yuzasining oqarishi, qayt qilish, yuz teri qavatining ko'karishi, qon tuflash ro'y beradi.

Bemorga birinchi yordam sifatida og'riq qoldiruvchi dorilar, kislorod, yurak dorilari, pnevmoniyaning oldini olish maqsadida esa antibiotiklar va sulfanilamidlar beriladi. Bemor chalqancha yotgan holda kasalxonaga jo'natiladi.

Ko'krak qafasining yopiq shikastlari ko'pincha qovurg'alar sinishi natijasida kelib chiqadi. Qovurg'alar sinishi oddiy yoki murakkab bo'lib, ular sinishi natijasida atrofidagi yumshoq to'qimalar, qon tomirlari va o'pka zararlanishi va

buning oqibatida teri osti emfizemasi, gemotoraks, pnevmotoraks kelib chiqishi mumkin.

Qovurg'alar sinishining asosiy belgilaridan biri, nafas olishda, yo'talganda, gavdani qimirlatganda kuchayadigan lokal og'riq hisoblanadi. Qo'krak qafasi bosib ko'rilganda og'riq yaqqol seziladi yoki krepitatsiya (singan joyning bir - biriga tegib g'ijirlashi) aniqlanadi. Murakkab sinishlarda esa, o'pkadan chiqadigan havoning teri osti qavatiga o'tishi natijasida teri osti emfizemasi paydo bo'ladi. Bunda bosib ko'rilgan joydan qorning g'ichirlashiga o'xshagan ovoz chiqadi. Qovurg'a sinishi rentgen orqali aniqlanadi.

Birinchi yordam bemorga qo'laylik yaratishga qaratilgan bo'lishi kerak. Shikastlangan joyga enli bint, sochiq, choyshab, yoki shunga o'xshash narsalar bilan bosib turuvchi aylana bog'lam qo'yish tavsiya etiladi. Lekin qattiq bog'lam ko'krakni siqib qo'yishi va nafas olishni qiyinlashtirishi mumkin, shuning uchun ham ko'pincha faqat shikastlangan tomonga leykoplastirli bog'lam qo'yiladi.

Shikastlanganlarga og'riq qoldiruvchi dorilar beriladi. Bemor statsionarga jo'natiladi. shifoxonada novokain blokadasi qilinadi (novokainning 2% li eritmasidan 10—15 ml singan joyga yuboriladi). Asoratsiz bo'lgan sinishlarda mehnat qobiliyati o'rtacha 3—5 xafta, o'pka to'qimasining shikastlanishi bilan bo'lgan murakkab sinishlarda esa 2—2,5 oydan so'ng tiklanadi.

Pnevmtoraks deb, plevraning vistseral va parietal qavatlari orasida – plevral bo'shliqda havo to'planishi natijasida kelib chiqadigan patologik holatga aytiladi. Plevra bo'shlig'iga havo kirib qolishiga ko'krak devori yoki o'pka va bronx to'qimalarining shikastlanishi sabab bo'ladi. Pnevmtoraksning yopiq, ochiq va klapanli turlari ajratiladi.

Yopiq pnevmotoraks jarohatdan so'ng darhol yuz beradi. Kichik yorilishlarda havo plevra bo'shlig'iga oz miqdorda to'planadi va keyinchalik so'rilib ketadi. Agarda plevra bo'shlig'iga to'plangan havo nafas olish aktida ko'krak qafasining yarasi orqali atmosfera havosi yoki bronx bilan qo'shilib tursa, unga ochiq pnevmotoraks deyiladi. Bunda ko'p hollarda nafas olish va qon aylanishning buzilishi bilan bo'ladigan plevropulmonal shok rivojlanadi. Akrotsianoz – chetki a'zolar (burun uchi, qo'loq, barmoq uchlari) terisining ko'karishi kuzatiladi. Nafas olish tezlashadi. Bemorda kuchli bezovtalik yuzaga kelib, og'izlarini katta-katta ochib "havoni yutishga" harakat qiladi.

O'z vaqtida ko'rsatilgan birinchi yordam plevropulmonal shokning oldini olish, keyingi davolash usullarining sifatini oshirishga qaratiladi va bu harakatlar bemor sog'ayishining asosi hisoblanadi. Birinchi yordamning asosiy maqsadi ochiq pnevmotoraksni okklyuzion (germetik) bog'lam qo'yish yo'li bilan yopiq pnevmotoraksga anlantirishdan iborat. Buning uchun havo kirayotgan joy havo o'tkazmaydigan biror narsa bilan yopiladi.

Bemorlarni transportirovka qilishda oldin og'riq qoldiruvchi va yurak faoliyatini yaxshilovchi dorilar qilinib, so'ng ular yarim o'tirgan holda zambilga yotqiziladi. Imkoni mavjud bo'lgan hollarda kislorod to'ldirilgan yostiqcha, sun'iy nafas berish apparatidan foydalaniladi.

Ko'krak qafasining ayrim og'ir shikastlanishlarida klapanli pnevmotoraks ro'y beradi. Bunda bemor nafas olganda havo plevra bo'shlig'iga kiradi, nafas chiqarganda esa qaytib chiqib ketmaydi. Bunga jarohat joyidan chiqib ketishi lozim bo'lgan havoga biror bir to'siqning mavjudligi (klapan) sabab bo'ladi. Shuning uchun bunday pnevmotoraks klapanli pnevmotoraks deb ataladi.

Klapanli pnevmotoraks nafas olish va qon aylanish faoliyatining tezda buzilishi bilan xarakterlanadi. Plevra bo'shlig'ida to'planib qolgan havo zararlangan tomondagi o'pkani bosadi va yurak joylashgan oraliqni sog' tomonga siljitadi. Nafas olish qiyinlashadi, bemorning ahvoli keskin ravishda yomonlashadi, tomir tez va kuchsiz ura boshlaydi, lablar ko'karadi (sianoz).

Birinchi yordamning asosiy vazifasi klapanli pnevmotoraksni ochiq pnevmotoraksga aylantirishdan iborat. Buning uchun yo'g'on sterillangan igna yoki troakar yordamida plevra bo'shlig'i punksiya qilinadi va havo chiqariladi. YUrak faoliyatini yaxshilaydigan dorilardan yuboriladi, kislorod beriladi va bemor tezlikda maxsus jarrohlikbo'limiga jo'natiladi.

Qovurg'alar orasidagi qon tomiri yoki o'pka zararlanganda plevra bo'shlig'iga qon to'planishi (gemotoraks) mumkin: plevra bo'shlig'iga quyilgan qon miqdoriga qarab, kichik (200 ml gacha), o'rtacha (1l.gacha) va katta (1 l.dan ko'p) gemotorakslar farqlanadi. Katta bo'lmagan, bir tomonlama gemotoraks bemor sog'lig'iga zarar etkazmaydi. Katta gemotoraks hayot uchun xavfli hisoblanadi. Bunda bemorning ahvoli og'irlashib qoladi. Bemor yarim o'tirgan holatda o'zlarini yaxshi his qilishadi. Nafas olish tezlashgan, yuzaki, tomir urishi tezlashgan, kuchsiz bo'ladi, qon bosimi tusha boshlaydi. O'pka shikastlanganda qon aralash balg'am tuflash kuzatiladi.

5 Ma'ruza Chiqish va sinishlar. Ularning turlari . O'tkir va surunkali jarrohlik infeksiyalari.

Reja

5.1.Chiqish va sinishlar.

5.2.Ularning turlari .

5.3. O'tkir va surunkali jarrohlik infeksiyalari.

Tayanch iboralar: Chiqish, sinishlar., o'tkir va surunkali jarrohlik infeksiyalari.

Chiqishlar deb, bo'g'im hosil qiluvchi suyak bo'g'im yuzalarining bir-biriga nisbatan me'yordan tashqari siljishiga aytiladi. Chiqishlar to'g'ridan-to'g'ri yoki bilvosita jarohatlar natijasida kelib chiqadi. Ko'pincha 20 dan 50 yoshgacha bo'lgan ishga layoqatli kishilar jarohatlanadilar. Elka bo'g'imining chiqishi hammadan ko'proq, keyingi o'rinda bilak, keyin o'mrov, ulardan kamroq son chiqishlari uchraydi. Chiqishlarni tug'ma, orttirilgan, jarohatlar va kasalliklar natijasida paydo bo'lgan turlari ham farq qilinadi.

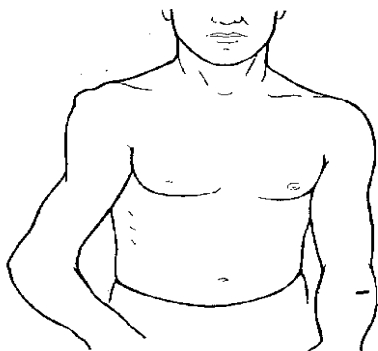
Chiqishlar to'la va to'liqsiz, yangi va eski bo'ladi. Bundan tashqari odatlangan chiqishlar ham uchrab turadi, bunda bir bo'g'imning o'zida hech qanday tashqi kuch ta'sirisiz, oddiy harakat natijasida chiqishlar takrorlanib turadi. Jarohat tufayli ro'y beradigan chiqishlarda bo'g'imlar zararlanadi, bo'g'imga va atrof to'qimalarga qon quyiladi. Ba'zan asab tomirlari, yirik qon tomirlari ham shikastlanadi. Bunday chiqishlar asoratli deb ataladi. Chiqishlar natijasida bo'g'im ichidagi yoki atrofidagi suyaklar sinishi mumkin, ya'ni sinish — chiqish sodir bo'ladi. Agarda chiqishlar tufayli teri butunligi buzilsa, bunga ochiq chiqishlar deyiladi. Chiqish nom chiqqan joydan distal joylashgan suyakka qarab aniqlanadi (elka chiqishi, son chiqishi va boshqalar).

Chiqishning asosiy belgisi shikastlangan qo'l-oyoqlarning noto'g'ri o'rtnashib qolishi — deformatsiya hisoblanib, bu ayniqsa qo'lning bosh barmog'i, dahan, sonlarning chiqishida yaqqol ko'rinadi. Bundan tashqari bo'g'imda keskin og'riq va harakatsizlik kuzatiladi. (18-rasm).

Birinchi yordam ko'rsatish vaqtincha immobilizatsiya qilish va og'riq qoldiruvchi dorilar berishdan iborat. Shundan so'ng shikastlangan kishi tezlikda davolash muassasasiga jo'natilishi shart.

Chiqqan a'zoni to'g'rilab, o'rniga tushirish turli xil usullar bilan shifokor jarrohlardan tomonidan bajariladi. Har qanday chiqishni to'g'rilashning asosiy sharti, muskullar tarangligini umumiy yoki mahalliy og'riqsizlantiruvchilar ta'sirida kamaytirish hisoblanadi. Chiqishlarni davolashning umumiy qoidalari bilan tanishish maqsadida eng ko'p uchraydigan elka «bo'g'imining chiqishini Koxer yoki Janelidze usuli bilan to'g'rilash usulini ko'rib chiqamiz.

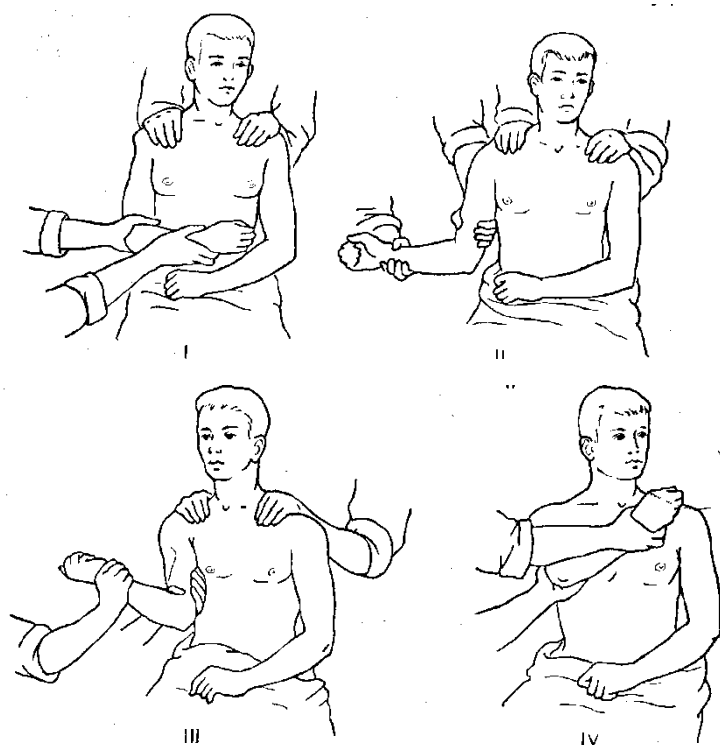
Elka bo'g'imi chiqishini Koxer usulida to'g'rilashning 4 ta asosiy bosqichini bajarish lozim. Birinchi bosqichda: jarroh bir qo'li bilan tirsak bo'g'imi orqasidan, ikkinchisi bilan — pastki qo'l-panja bo'g'imidan ushlaydi. Bemor qo'lini bilak bo'g'imidan 90⁰ ostida bukib, elka suyagini bemor tanasiga yaqinlashtiradi. Ikkinchi bosqichda: elkani pastga tortadi va bir vaqtning ehtiyotlik bilan tashqariga buradi: bunda tirsak-bilak yuzasi bemor tanasi bilan bir tekislikda bo'lishi kerak.



18-rasm. Elka bo'g'imi chiqishidagi tipik deformatsiya.

Bunda elka suyak o'z joyiga tushadi. Agarda tushmasa, uchinchi bosqichga o'tiladi: jarroh tortishni davom ettirib, tirsakni kindik tomonga buradi va to'rtinchi bosqichda bilakni keskin ravishda orqaga tortadi, bunda shikastlangan bo'g'im o'z

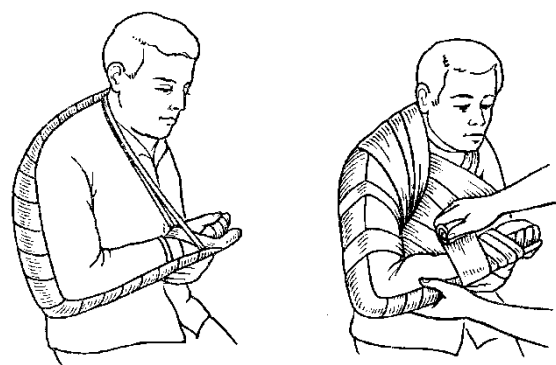
oʻrniga tushadi. Chiqqan elkani toʻgʻrilash paytida oʻziga xos «shiqirlash» eshitiladi va bemor bimalol harakat qila oladi (19-rasm).



19-rasm. Elka boʻgʻimi chiqishini Koxer usulida toʻgʻrilashi. I- bilakni bukish; II- elkani tashqariga burish; III- tirsak-bilak yuzasi bemor tanasi bilan bir tekislikda boʻlishi; IV- elkani ichkariga rotatsiya qilish.

Janelidze usuli muskullarning oʻz ogʻirligi taʼsirida charchab, boʻshashiga asoslangan. Lekin bunday usulni qoʻllashda ham ogʻriqsizlantirishni oʻtkazish talab qilinadi. Bogʻlash stolining chetiga bemor chiqqan qoʻlini pastga osiltirgan holda yotqiziladi. Boshining tagiga kleyonkadan tikilgan yostiqlar qoʻyiladi. Bemor shu holatda qoʻlini osiltirib 20—30 daqiqa yotishi lozim. Soʻngra qoʻlni tirsak boʻgʻimidan bukib, pastga sekin-asta, qattiq tortmay elka boʻgʻimida aylanma harakat qilinadi. Elka suyagi boʻgʻimini joyiga solishda «shiqirlash» tovushi eshitiladi va bemor erkin harakat qila oladi.

Chiqqan aʼzo joyiga solinganidan keyin, shikastlangan toʻqimalar oʻz holiga kelishi uchun gips bogʻlami bilan immobilizatsiya qilinadi (20-rasm).



20-rasm. Yuqori bo‘g‘imlar jaroxatida transport immobilizatsiyasi

Gips uch haftadan keyin echiladi va reabilitatsiya muolajalari — massaj, davolash gimnastikasi, elektrostimullash va boshqalar o‘tkaziladi. Davolashning o‘rtacha muddati 4—5 haftadan iborat.

Suyak sinishi. Suyak butunligining to‘la yoki qisman buzilishi va ko‘pincha ular atrofidagi yumshoq to‘qimalarning shikastlanishi sinishlar deyiladi.

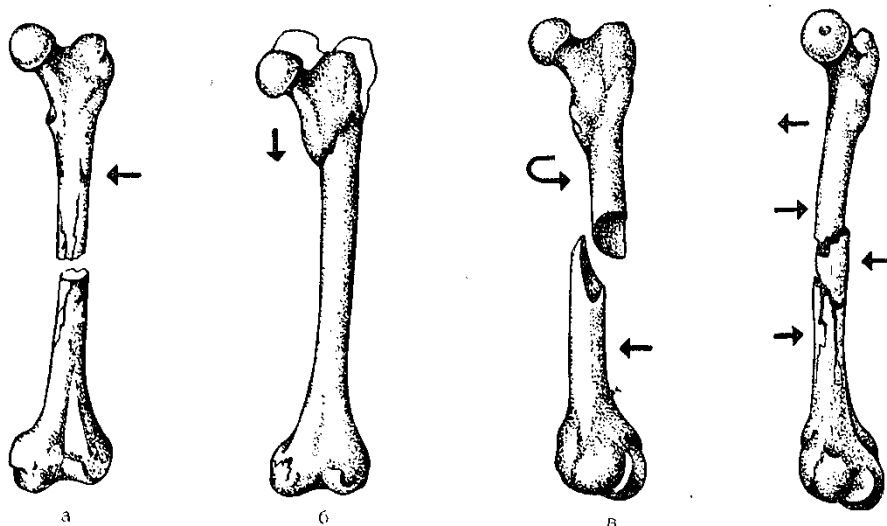
Kelib chiqish sabablariga ko‘ra tez ta’sir etuvchi travmatik agent ta’sirida kelib chiqadigan travmatik va suyak kasalliklari (surunkali osteomielit, sil, tez o‘sovchi va zararli shishlar) tufayli paydo bo‘ladigan patologik sinishlar mavjud. Singan joydagi terining shikastlanishi yoki jarohatlanishiga qarab yopiq va ochiq sinishlarga ajratiladi.

Anatomik joylashishiga ko‘ra epifizar, metafizar, diafizar sinishlar farq qilinadi.

Sinishlarning ko‘ndalang, bo‘ylamasiga, qoldiqli va vintsimon turlari farqlanadi. (21-rasm).

Sinishlar aylana ta’sir ostida kelib chiqsa, bular spiral yoki vintsimon deb aytiladi. Ular ko‘pincha son-boldir va elka suyaklarida kuzatiladi.

Ajralib sinishlar muskullarning qisqarishi tufayli ro‘y beradi. Bunda suyakning bir bo‘lagi muskullar payi bilan birga uziladi. Sinishlar natijasida suyak bo‘laklarining har xil ko‘rinishdagi siljishlari qayd etiladi. Bunga tashqi agentning ta’siri, muskullarning keskin reflektor qisqarishi, transportirovka qilishda harakatsizlikning ta’minlanmaganligi sabab bo‘ladi.



21-rasm. Sinishning turlari. a) ko'ndalang; b) bo'ylamasiga; v) vintsimon; g) qoldiqli

Sinishlar natijasida qon tomirlari, asab tomirlari va a'zolar shikastlanishiga qarab, asoratli sinishlar farqlanadi. Suyaklar sinishining asosiy belgilari lokal og'riq, singan joyning deformatsiyasi, patologik harakatning mavjudligi va qo'l-oyoq funksiyasining buzilishi hisoblanadi.

O'z vaqtida va to'g'ri ko'rsatilgan birinchi yordam sinishlarni muvaffaqiyatli davolashda muhim ahamiyatga ega. Bu ochiq sinishlarda yiringlash, siniq suyaklarning ikkilamchi siljishi, qon ketishi, yumshoq to'qimalar, asab tomirlari zararlanishi va shok kabi asoratlar rivojlanishining oldini oladi.

Singan joyda jarohat bo'lsa, darhol uni tozalab, aseptik bog'lam qo'yish kerak. Jarohatdan bo'rtib chiqib turgan suyakni olmaslik kerak. Jarohatga steril salfetka qo'yib, bint bilan bog'lanadi. Bog'lash vositasi bo'lmasa, biron-bir toza, yumshoq matoni yaxshilab dazmollab, spirt yoki aroqqa botirib olib, so'ng yaraga qo'yish mumkin.

Ochiq va yopiq sinishlarda immobilizatsiya qilish muhim ahamiyatga ega bo'lib, bu transport taxtakachlarini qo'yish orqali bajariladi. Taxtakachlarning standart (tabel) va qo'lbola xillari mavjud. Standart taxtakachlar tibbiy sanoat tomonidan ishlab chiqariladi va tibbiy muassasalarga tarqatiladi, qo'lbola taxtakachlar esa qo'l ostidagi materiallar(yog'och reykalari, karton tayoqchalar va daraxt shoxlari)dan tayyorlanadi. Bular bo'lmaganda, masalan son yoki boldir singanida ular sog'tomoniga qo'l singanida esa bemor tanasiga bog'lab qo'yiladi. Uzun naysimon suyaklar singanda transport immobilizatsiyasi uchun Kramer taxtakachidan foydalaniladi. U «zinapoyasimon taxtakach» deb ham ataladi, u metall simlardan yasalgani uchun oson egiladi, zanglamaydi. Uni qo'l yoki oyoqning har qanday sinishiga moslash mumkin. Undan ustiga ozgina paxta qo'yib, kleyonkadan qilingan xaltacha kiygizib yoki ustidan bint o'rab foydalanish mumkin.

Shuningdek, simdan, fanerdan yoki kartondan yasalgan taxtakachlarni ham ishlatib bo‘ladi.

Keyingi paytlarda immobilizatsiya uchun pnevmatik tibbiy taxtakachlar ham ishlatilmoqda. Bunday shinalar engilligi, kichik hajmliligi, eng asosiysi rentgen nurini to‘liq o‘tkazishi hisobiga singan joyni ko‘ra bilish imkoniyati mavjudligi bilan boshqalaridan ajralib turadi. Bu shinalarning kamchiligi qattiq bo‘lmaganligi sababli ularni esa son va elka suyagi singanida ishlatib bo‘lmashligida.

Harakatsizlikni ta‘minlashning quyidagi asosiy qoidalari mavjud:

Singan joydan baland va pastdagi – ikkita qo‘shni bo‘g‘imning harakatsizligini ta‘minlash;

Son suyagi singanda uch bo‘g‘im—boldir, oshiq-tizza, son bo‘g‘imlar harakatsizligini ta‘minlash;

Harakatsizlik(immobilizatsiya)ni iloji boricha erta amalga oshirish. (Bu qo‘shimcha asoratlarning oldini oladi);

Harakatsizlik ta‘minlangandan so‘ng (imkoni mavjud hollarda) singan a‘zoni tepaga ko‘tarish (masalan, oyoqni 30-50 sm tepaga ko‘tarib qo‘yish. Bu singan joyga qon quyulishini kamaytiradi);

Taxtakach va bog‘lam qo‘yilgandan keyin singan joyga sovuq (muz) qo‘yish (bu singan joyga qon quyulishining oldini oladi).

Bilak va tirsak suyaklari singanida transport immobilizatsiyasi uchun Kramer taxtakachidan foydalaniladi, bunda u 90^oga bukilib, elka bilan qo‘shib bog‘lanadi, bilak va qo‘l-panja bo‘g‘imlari shu tariqa harakatsizlantiriladi. Elka taxtakachi qo‘lning uchigacha etkazilib, ro‘molchaga osib qo‘yiladi.

Elka suyagi singanida shina uch bo‘g‘imda — elka, bilak, qo‘l panjalarining harakatsizlikni ta‘minlash kerak. Buning uchun shina yaxshilab tekislanadi, egiladi va bemor panjasiga mahkamlanadi. Taxtakachning yuqori qismi sog‘ elkada bo‘lishi kerak. Harakatsizlik bintlash yo‘li bilan bajariladi. Qo‘l ro‘molcha vositasida osib qo‘yiladi. Boldir suyaklari singanida harakatsizlik Kramer yoki pnevmatik taxtakach yordamida amalga oshiraldi. Taxtakachni qo‘yishdan oldin u oyoq shakliga keltiriladi va oyoq panjalaridan sonning o‘rta yoki yuqori qismigacha qo‘yiladi. Fiksatsiya mustahkam bo‘lishi uchun singan oyoqning ichki va tashqi tomonidan yoki Kramer taxtakachining kichikroq o‘lchamdagilaridan bittadan katta shinani v-simon qilib bukib qo‘yiladi va ustidan bint bilan o‘raladi.

Son suyagi singanda Diterixs shinasidan foydalaniladi. U taxtadan tayyorlangan, uzunligi 115—120 sm, og‘irligi 1,5 kg bo‘ladi. U qo‘ltiqayoqqa o‘xshash uzunroq tashqi va kaltaroq ichki ikki qismdan iborat.

Diterixs shinasini qo‘yish bir necha bosqichdan iborat.

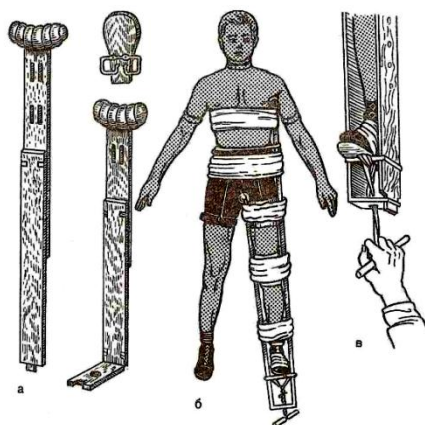
I bosqich — shina branshini sogʻlom oyoq uzunligiga moslashtiriladi. Tashqi qismining yuqori uchibemor qoʻltigʻiga, ichki qismining yuqori uchi chotga taqaladi.

II bosqich — bint yoki kamar bilan podstopnik oyoq tagiga mahkamlanadi.

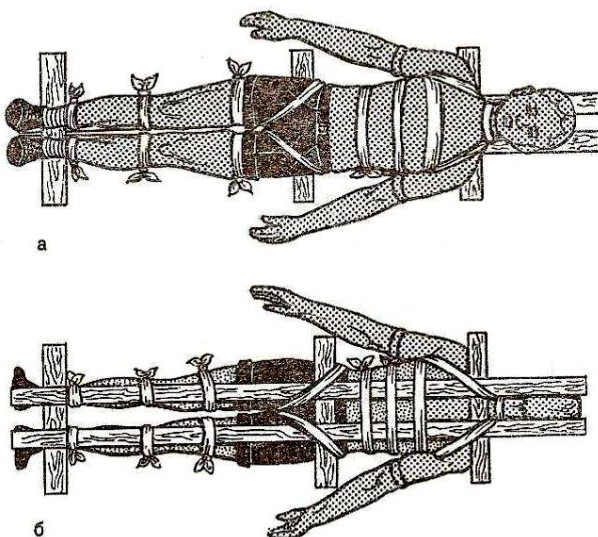
III bosqich — bint yoki kamar bilan oyoqqa, keyin bemor tanasiga mahkamlanadi.

IV bosqich — ichki va tashqi branshlar oyoq uchidagi qismiga biriktiriladi va tortiladi (22-rasm).

Umurtqa pogʻonasi shikastlanganda har xil sinishlar yuz beradi, hattoki orqa miya ham zararlanishi mumkin. Shu sababli ham bunday bemorlarni transportirovka qilishda ehtiyotkorlik choralarini koʻrish lozim (23-rasm). Umurtqaning qaysi boʻlimi sinishiga qaramasdan, bemorlarni shitga yotqizilgan holda transportirovka qilish kerak. Boʻyin umurtqalari singanida transportirovkadan oldin «Shand vorotnigi» bilan immobilizatsiya qilish tavsiya etiladi.



22-rasm. Standart Diterixs transport shinasini. a) shina detallari, b) qoʻyilgan shinanining umumiy koʻrinishi, v) buragich yordamida boʻgʻimlarni choʻzish



23-rasm. Umurtqa pogʻonasi singanidagi immobilizatsiya.

a) oldidan koʻrinishi,
b) orqasidan koʻrinishi.

Chanoq suyaklari singanida bemorlarni taxtadan yasalgan doska yoki qattiq zambilda, «qurbaqa» holatida (son va tizza bo'g'imlari bukilgan, tizza tagiga adyol yoki ko'rpachadan yasalgan yostiq qo'yilgan, tizzalari yoyilgan holda) immobilizatsiya qilinadi.

Suyaklar sinishini davolash maxsus travmatologiya bo'limlarida olib boriladi.

Sinishlarni davolashda asosiy vazifa:

- 1) singan suyaklarni aniq joyiga qo'yish (repozitsiya);
- 2) siniqlarni bir-biriga jipslashtirish;
- 3) qattiq fiksatsiya va siniqlarni bitgunicha to'g'ri holatda ushlab turish;
- 4) singan a'zoning funksional holatini ta'minlashdan iborat.

Siniqlarning bir-biriga tegib turishi va to'bitishiga qadar qimirlatmasdan ushlab turish, ularni davolashning asosiy sharti hisoblanadi.

Suyaklarni to'g'ri holatda fiksatsiya yoki immobilizatsiya qilish, turli usullar:

- a) gipslash;
- b) maxsus shinalar va apparatlar yordamida tortish;
- v) siniqlarni bir-biriga qo'shish (osteosintez) metall konstruksiyalar (sixlar, sterjenlar, shuruplar va hokazolar) yordamida operatsiya yo'li bilan olib boriladi.

5.3. O'tkir va surunkali jarrohlik infeksiyalari.

Turli ko'rinishdagi yallig'lanish jarayonlarini keltirib chiqaruvchi infeksiya jarroxlik kasalliklari ichida 35—45% ni tashkil etadi va u kamayishga moyil emas.

Ko'p hollarda turli shikastlanishlarda (kuyish, sovuq olish, jarohatlarda) jarroxlik infeksiya asoratlari kuzatiladi. Aseptika va antiseptika qoidalarini buzish va sanitariya-gigiena qoidalariga rioya qilmaslik kasalxona ichida ham jarroxlik infeksiyalarining tarqalishiga olib kelishi mumkin.

Jarroxlik infeksiyalari klinik kechishi va to'qimalardagi patologoanatomik o'zgarishlarga qarab quyidagicha tasniflanadi:

A. O'tkir jarroxlik infeksiyasi;

1. o'tkir yiringli infeksiya;
2. o'tkir anaerob infeksiya;
3. o'tkir spetsifik infeksiya (qoqshol, kuydirgi va boshqa);

4. o'tkir chirituvchi infeksiya.

B. Surunkali jarroxlik infeksiyalari;

1. surunkali nomaxsus infeksiya;

2. surunkali maxsus infeksiya (sil, sifilis, aktinomikoz).

Har bir sanab o'tilgan infeksiyalar mahalliy kechish yoki umumiy septik kechish formasida o'tishi mumkin.

O'tkir jarroxlik infeksiy.

O'tkir yiringli (aerob) infeksiya. Yiringli jarayonlarni ko'proq stafilokokk, streptokokk, ichak tayoqchasi, pnevmokokk va ko'k yiring tayoqchasi keltirib chiqaradi.

O'tkir jarroxlik infeksiyasining rivojlanishiga quyidagi omillar ta'sir qiladi:

a) shikastlangan mikroblar uchun oziq moddalarning mavjudligi (to'qimalarga qon quyilishi, ularning o'tishi);

b) bir vaqtning o'zida teri orqali bir necha ko'rinishdagi mikroblarning o'tishi (poliinfeksiya);

v) boshqa bemordan yuqori virulentli mikroblar tushishi;

Yaraga tushgan mikroblar 6—12 soatdan so'ng faol harakat qilishi aniqlangan.

O'tkir yiringli infeksiyaning asosiy qo'zg'atuvchisi stafilokokk hisoblanib, u 1879 yili Lui Paster tomonidan topilgan. Stafilokokk — uch ko'rinishga ega: oltinsimon, epidermal va soprofitli. Ko'pchilik mualliflarning fikricha, stafillakokklarning barcha turlari tashqi muhitga va odam organizmida yashashga yaxshi moslashgan va tez ko'payadi. Kasallikning birinchi bosqichlarida kapsulaza fermenti ta'sirida eriydigan fibrinogen oqsili erimaydigan fibringa aylanib, qon plazmasini buzadi, fibrin bilan o'ralgan stafilokokk rivojlana boshlaydi. Etarli miqdorda to'plangan stafilokokk fibrinolizin fermenti ta'sirida fibrin qobiqni eritib yuboradi va ko'p miqdorda qonga tushadi. Infeksiya mahalliy ko'rinishdan umumiy ko'rinishga o'tishi uchun boshqa omillar qatori, birlamchi mikroblar to'plamida ularning soni «urug'lanishning kritik darajasi»da, ya'ni 1 g to'qimadagi mikroblar soni 10^5 ga teng bo'lishi kerak.

Stafilokokklar 40 dan ortiq kasalliklar keltirib chiqarib, ularning patogenlik xususiyatlari har xil zaharli moddalar ishlab chiqarishi tufayli yuzaga chiqadi. Stafilokokklar keltirib chiqaradigan kasalliklar 4 guruhga bo'linadi:

1. Teri, teri osti to'qimasi, suyak to'qimalarining yiringli kasalliklari (chipqon, abscess, flegmona, osteomielit va boshqalar);

2. Qorin bo'shlig'i va ichki a'zolarining o'tkir jarroxlik kasalliklari (xoletsistit, appenditsit, pankreatit, o'pka va jigar abscesslari, peritonit, meningit va boshqalar);
3. Ochiq va yopiq shikastlarning yiringlashi;
4. Operatsiya qilingan joyning yiringlashi.

Yiringli jarayonning boshlanishi, kechishi va natijasi 1) mikroorganizmning immunologik holatiga; 2) mikroorganizmlarning dozasi, virulentligi, ichki muhitga o'tish xususiyatlariga; 3) mikrofloralar to'planishining anatomofiziologik xususiyatlariga; 4) qon aylanishining holatiga; 5) bemor qonining tarkibiga; 6) organizmning allergizatsiyalanish darajalariga bog'liq bo'ladi.

To'qimalarning mahalliy reaksiyasi. Mahalliy anatomo-fiziologik sharoitlar infeksiya rivojlanishiga katta ta'sir ko'rsatadi. Mikroorganizmlar qon-tomirlari keng tarqalgan joylarda ko'proq to'sqinlikka uchraydi. Masalan, bosh va yuzda qon bilan ta'minlanish yaxshi bo'lgani uchun yiringli kasalliklar bu joyda kam uchraydi.

To'qimalarning mahalliy reaksiyasi arteriyadan qon kelishi kuchayishi, venada qon yurishi buzilib, shish va og'riq paydo bo'lishi, mahalliy to'qimalar harorati oshib a'zo faoliyatining buzilish, yallig'lanish zardobida leykotsitlar katta miqdorda to'planishi bilan ifodalanadi.

Keyinchalik yiringli jarayon boshlanib, ba'zan yuza to'qimalarning chegaralangan bo'lagida yig'iladi (abscess, furunkul, karbunkul) yoki chuqur tarqalib flegmonaga olib keladi. Organizmning qarshiligi organizm ichki muhiti bilan infeksiya to'planishini bir-biridan ajratib turuvchi granulyasion val hosil bo'lishi bilan xarakterlanadi. Yiringli jarayon uzoq vaqt davom etsa, uni o'rab turgan granulyasion halqadan infeksiya tarqalishini tutib turuvchi qalin parda hosil bo'ladi. Limfatik bezlar va tomirlar ham shunday to'siq vazifasini o'taydi.

Yuqori virulentli infeksiya tushganida va organizm kam quvvatli bo'lganda himoya to'siqlari sekin hosil bo'ladi, bu infeksiyaning qon va limfatik yo'llar orqali organizmga tarqab ketishiga sabab bo'ladi. Bunday hollarda umumiy yiringli infeksiya rivojlanadi.

Organizmning umumiy reaksiyasi. Organizmning umumiy reaksiyasi unga o'tayotgan toksinlar va to'qimalar emirilishidan paydo bo'lgan moddalar miqdori, hamda organizmning himoya vositalariga bog'liq bo'ladi. Organizm umumiy reaksiyasining klinik ko'rinishlariga badan haroratining ko'tarilishi, titroq bosishi, bosh og'rig'i, lohaslanish, og'ir hollarda es-hushni yo'qotish, yurak qon-tomir faoliyati tomir urishining tezlashib ketishi, arterial qon bosimining tushib ketishi) hamda jigar va buyrak faoliyatining buzilishlari kiradi. Qon ishlab chiqarish pasayadi — kamqonlik yuzaga keladi, qon tarkibi o'zgarib, etilmagan qon elementlari paydo bo'ladi, leykotsitar formula chap tomonga siljiydi, eritrotsitlarning cho'kishi (SOE) tezlashadi. Jigarning zararlanishi tufayli

al'buminlar kamayib, globulinlar ko'payadi, qonga jigar o'ti pigmentlari tushishi oqibatida teri va shilliq pardalar sariq tusga kirishi mumkin. Siydik tarkibida oqsil va silindrlar paydo bo'ladi, bu buyrak faoliyati buzilganligidan darak beradi. Jigar va qora taloqning hajmi kattalashadi. Umumiy yiringli infeksiyaning kechishi ba'zi bir infeksiyon kasalliklarga o'xshab ketadi. Masalan: tif, brutsellez, paratif va boshqalar. Shuning uchun o'tkir yiringli infeksiya bilan og'rigan bemorlar albatta kasalxonaga yotqizilib, davolanishlari kerak.

O'tkir chirituvchi infeksiyalar uzoq evolyusion jarayonni bosib o'tgan bo'lib, ular shunday biologik xususiyatga ega bo'lganlarki, bu xususiyatlar ularning qiyin sharoitlarda ham tirik qolishlariga imkon beradi. O'tkir chirituvchi infeksiyaning klinik ko'rinishlari juda xilma-xilligiga qaramay, ularga ba'zi bir belgilar xosdir, bular:

- 1) sassiq hidli zardoblar ajralishi;
- 2) yallig'langan joylarning chirishi, gangrenasi;
- 3) to'qimalarda gaz hosil bo'lishi va ajralib chiqishi;
- 4) infeksiyaning qon aylanishi buzilgan joylarda tez rivojlanishi;
- 5) infeksiyaning aminoglikozidlar uzoq vaqt qo'llanilganida o'sishi;
- 6) infeksiyaning spora hosil qilmaydigan anaeroblar yashaydigan joyda to'planishi (ichaklar operatsiyasi, kichik tos organlari operatsiyalari);
- 7) qon tekshirilganda bakteriyalarning aniqlanmasligi;
- 8) sepsisli tromboflebit;
- 9) qon tarkibida bakteriyalar tarqalganini bildiruvchi klinik belgilarning paydo bo'lishi va terining sarg'ayishi;
- 10) yallig'lanish natijasida shilliq qavatlarning qora rangga kirishi.

O'tkir jarroxlik infeksiyaning oldini olish.

O'tkir jarroxlik infeksiyasining oldini olish:

- 1) sanitariya-gigiena holatining qandayligi;
- 2) mikroshikastlarning davolanishi;
- 3) shikastlar va kasalliklarda aholiga tez yordam ko'rsatishni tashkil etish yo'li bilan olib boriladi.

Kiyim-kechak va terining iflosligi, ularda mikroblarning ko'pligi, kichik shikastlarda yiringli kasalliklarga sabab bo'ladi. Tabiiyki, aholining gigienik sharoiti yuqori bo'lsa, yiringli kasalliklar kam bo'ladi. Kichik shikastlarni o'z

vaqtida davolash katta ahamiyatga ega. Buning uchun odam terisi zararlanganda, albatta o'sha joyga yod nastoykasi yoki brilliant ko'ki surtish kerak.

Yiringli jarayonning oldini olish usullariga quyidagilar kiradi:

- 1) shikastlarda birinchi yordamni to'g'ri ko'rsatish va to'g'ri transportirovka qilish;
- 2) ish joylarida, qishloq xo'jaligida va turmushda shikastlanishlarga qarshi kurashish;
- 3) yiringli jarayonlarni o'z vaqtida to'g'ri davolash va bemorlarni to'g'ri parvarish qilish;
- 4) yiringli kasalliklarning rivojlanishini tezlashtiradigan qandli diabet va boshqa surunkali kasalliklarni davolash.

Kasalxona ichida infeksiya tarqalishining oldini olish katta ahamiyatga ega va buning uchun quyidagilarga e'tibor berish kerak:

- tibbiy xodimlar ichida stafilokokkni yo'qotish;
- bo'limda sanitariya, gigiena rejimiga qat'iy rioya qilish;
- o'tkir jarroxlik infeksiya bilan kasallanganlarni izolyasiya qilish;
- operatsiya qilish, qayta bog'lam va dori yuborish vaqtlarida aseptika va antiseptika qoidalariga qat'iy rioya qilish.
- bolalarni va operatsiya qilinadigan kasallarni immunizatsiya qilish.

6 Ma'ruza O'tkir jarroxlik kasalliklari va unda BTYo

Reja

6.1.O'tkir jarroxlik kasalliklari

6.2.Qorin bo'shlig'i a'zolarining o'tkir yallig'lanish kasalliklari.

6.3.Qorin bo'shlig'idagi parenximatoz va bo'shliq a'zolarining yo'piq jarohatlanishi

Tayanch iboralar: O'tkir appenditsit, o'tkir xoletsistit, o'tkir pankreatit, peritonit

O'tkir jarroxlik kasalliklari to'satdan boshlanishi, tez rivojlanishi, hayot uchun xavfli bo'lgan asoratlarni keltirib chiqarishi bilan xarakterlanib, ko'pincha jarroxlik muolajalar yordamida davolanadi. Qorin bo'shligi a'zolarining o'tkir jarroxlik kasalligiga chalingan bemorlar shoshilinch ravishda xirurgiya bo'limlariga, yotqizilishlari shart.

O'tkir jarroxlik kasalliklar va qorin bo'shlig'i a'zolarining jarohatlanishi kelib chiqish sabablariga, rivojlanish mexanizmiga, kasallik klinikasida ustun bo'lgan belgilariga ko'ra quyidagi guruhlariga bo'linadi:

1) yallig'lanish kasalliklari (o'tkir appenditsit, o'tkir xoletsistit, o'tkir pankreatit, peritopit);

2) bo'shliq a'zolarining teshilishi - perforatsiya (oshqozon, 12 barmoq ichak yarasining perforatsiyasi, ingichka va yo'g'on ichak yaralarining perforatsiyasi);

3) o'tkir ichak tutilishi (ichak tutilishi, qiyshayib qolgan ko'richak);

4) ichki qon ketishi (oshqozon-ichakdan qon ketishi, bachadon nayi homiladorligining buzilishi);

5) qorin bo'shlig'i a'zolarining ochiq va yopiq jarohatlanishi (jigar, taloq, bo'shliq a'zolarining yorilishi).

Har bir ko'rsatib o'tilgan kasallikning o'ziga xos klinik tasviri va bir qator o'ziga xos funksional o'zgarishlari borki, ularni tahlil qilganda shu kasallik xarakterini va qaysi anatomik sohada jonlashganligini bilib olish mumkin.

Qorin bo'shlig'i a'zolarining o'tkir jarroxlik kasalliklari klinik ko'rinishi jihatidan turli-tuman bo'lishiga qaramay, bu guruh kasalliklarida umumiy simptomokompleks kuzatiladi. Bu «o'tkir qorin» termini bilan ataladigan har xil klinik belgilar yig'indisi bo'lib u har bir alohida kasallikka o'ziga xos ravishda tegishlidir.

Bunga: qorindagi to'satdan yoki asta-sekin paydo bo'lgan, biroq kuchayib borayotgan, doimiy yoki buraluvchi og'riqlar; ko'ngil aynish, eyilgan ovqat, safro, ichak moddalarini qayt qilish; qorinning shishishi, ich kelmasligi, el chiqmasligi; oldingi qorin mushaklarining «taxta» misoli qattiq bo'lishi; qorin pardasi yallig'lanishi belgilarining aniqlanishi; hushdan ketib qolishlar kiradi. Sanab o'tilgan xatarli belgilarning namoyon bo'lishi (alohida yoki bir nechtasini) aniq, tipik diagnostikani bermaydi, biroq bemorni shoshilinch ravishda xirurgiya bo'limiga yotqizishni, diagnostik va davolash muammolarini tezda hal qilishni talab etadi.

Shuni unutmaslik kerakki, bemorning ahvolini yaxshilash, og'riqni qoldirishga qaratilgan har qanday noto'g'ri xatti-harakatlar, kuchli ta'sir etuvchi dori-darmonlarni noto'g'ri yuborish, kasallikning klinik tasvirini o'zgartirib (bo'yab) shifokorni noto'g'ri yo'lga boshlashi va jarroxlik aralashuvni orqaga surishi mumkin.

Qorin bo'shlig'i a'zolarining o'tkir jarroxlik kasalliklarga gumon qilinayotgan bemorlarga, shifokor ko'rsatmasidan oldin quyidagi dori-darmonlar qilinishi taqiqlanadi:

1. Og'riqni qoldiruvchi va narkotik moddalar;
2. Antibiotiklar, ichak peristaltikasini tezlatuvchi va sekinlashtiruvchi moddalar;
3. Oshqozonni yuvish;
4. Tozalovchi klizmalar qilish;
5. Qorinni isitish (quruq issiq, issiq vanna).

Bemor ahvolining yomonlashuvi, qorindagi ogʻriqning juchayishi, yuqorida qayd etilgan simptomlarning paydo boʻlishi, diagnostik va davolash taktikasini tanlash uchun tezda xirurg konsultatsiyasini talab etadi.

Qorin boʻshligʻi aʼzolarining oʻtkir yalligʻlanish kasalliklari.

Jarroxlik aralashuvni talab etuvchi qorin boʻshligʻi aʼzolarining oʻtkir yalligʻlanish kasalliklariga:

koʻrichak – chuvalchangsimon oʻsimtasining yalligʻlanishi (appenditsit), oʻt pufagining yalligʻlanishi (xoletsistit), oshqozon osti bezining yalligʻlanishi (pankreatit) hamda shu kasalliklarning murakkablashishi natijasida rivojlanadigan qorin boʻshligʻi pardasining yalligʻlanishi (peritonit) kiradi.

Oʻtkir appenditsit. Shoshilinch jarroxlik kasalliklar ichida koʻrichak - chuvalchangsimon oʻsimtaning yalligʻlanishi koʻp tarqalgan boʻlib asosan mehnatga layoqatli yoshda (20—40 yosh), ayollarda erkaklarga nisbatan taxminan ikki barobar koʻp uchraydi (1000 aholiga 3-4 kishi).

Appendiksning yalligʻlanishiga olib keladigan sabablarga: ovqatlanish xarakteri (oqsil moddasi boʻlgan ovqatlarni, oʻsimlik moddasi boʻlgan ovqatlarga nisbatan koʻproq isteʼmol qiladigan odamlar appenditsit bilan 2 barobar koʻp ogʻriydilar), ichak qurtlari invaziyasi, ichakda xilma-xil mikrofloraning mavjudligi, ichak motorikasining funksional buzilishi va boshqalar kiradi.

Shilliq va shilliq osti qavatining yalligʻlanishi, «kataral» appenditsitning klinik koʻrinishiga mos keladi; yalligʻlanish jarayonining chuvalchangsimon oʻsitma devorining barcha qavatiga yoyilishi «flegmonali» appenditsitning, appendiks devorining nekroz darajasiga olib kelgan yalligʻlanish «gangrenali» appenditsitning klinik alomatini belgilaydi.

Oʻtkir appenditsitning simptomatikasi undagi morfologik oʻzgarishlarning koʻrinishiga, patologik jarayonning bosqichiga, chuvalchangsimon oʻsimtaning aniq anatomik joylashishiga, bemorning yoshiga, organizmning reaktivligiga va boshqa bir necha omillarga bogʻliq boʻladi. Koʻpincha kasallik bemor oʻzini butunlay sogʻlom his etib turgan paytida, birdaniga aniq boʻlmagan ogʻriqlar bilan boshlanadi. Ogʻriq epigastral, kindik atrofi, oʻng biqin atrofi yoki qorinning boshqa qismlarida boshlanib, keyinchalik (4—6 soatdan keyin) oʻng biqin atrofiga koʻchishi mumkin. Ogʻriq kuchli boʻlmagan holda doimiy xarakterga ega boʻladi. Baʼzi hollarda (appendiksni axlat toshlari butunlay berkitib qoʻyganda) ogʻriq oʻng biqin atrofida boshlanishi ham mumkin.

Ogʻriq sindromi chuvalchangsimon oʻsimtaning qayerda joylashganligiga bogʻliq. U retrotsekal joylashgan boʻlsa (siydik nayi bilan yonma-yon) ogʻriq belga, jinsiy aʼzolarga oʻtadi, tez-tez siyish kuzatiladi; pastda joylashganida — appenditsit siydik pufagi, tuxumdonlar(ayollarda)da kuzatilib, toʻgʻri ichak yalligʻlanishi klinikasini beradi, appendiks yuqorida, jigar ostida, joylashganda ogʻriq oʻng qovurgʻa ostiga tarqaladi.

Kamdan-kam hollarda, tugʻma notoʻgʻri rivojlanishda va ichki aʼzolarning oʻziga xos anatomik tuzilishlarida, chuvalchangsimon oʻsimta chap biqinda, chap

qovurg'a ostida, chov churrasida joylashib, o'ziga xos og'riq va klinik ko'rinishga ega bo'ladi.

Og'riq sindromi appenditsitda kuchayib borayotgan zaharlanish, qaltirash, og'iz qurishi, darmonsizlik, ko'ngil aynishi, tana haroratining bir oz ko'tarilishi: ba'zida qayt qilish bilan birga kuzatiladi. Bemorlar yurak urishinnng tezlashishiga, ichning qotishiga, elning kelmasligiga, qorin shishishiga shikoyat qiladilar. Appendiksda patologik o'zgarishlarning chuqurlashuvi bilan parallel holda bemorlarning ahvoli ham yomonlashadi. Flegmona va gangrena shaklli appenditsitda o'ng biqin atrofidagi og'riqlar kuchayib, tana harorati 38°S gacha ko'tariladi, leykotsitoz 10—15000 gacha oshib ketadi, o'ng biqin sohasidagi oldingi qorin devori mushaklarining taranglashuvi aniqlanadi. Qorin palpatsiya qilinganda o'ng biqinda og'riq va qorin devorlari mushaklarining taranglashishi aniqlanadi. Agar yallig'lanish jarayoni chuvalchangsimon o'simtadan atrofdagi to'qimalarga tarqalsa, (flegmonali, gangrenali appenditsitda) qorin bo'shlig'i pardasining yallig'lanishini ko'rsatuvchi maxsus belgilar aniqlanadi: qorin devorini barmoqlar bilan bosib turib, birdan qo'yib yuborganda og'riqning kuchayishi, chap yon-boshga yotilganda o'ng biqin sohadagi og'riqning kuchayishi va hokazolar.

Qorin bo'shlig'i pardasi yallig'lanishining tarqalishi bemor ahvolini og'irlashtiradi, zaharlanish kuchayadi, yurak urishi daqiqasiga 120 martagacha etadi, og'riq qorinning barcha qismiga tarqaladi, bemor tez-tez qayt qiladi, ichak faoliyatining parezi rivojlanadi. Kasallikning bu bosqichida bemorlarni davolash natijasi ko'pincha qoniqarsiz bo'ladi.

Bolalarda o'tkir appenditsit tana haroratining yuqori darajaga ko'tarilishi, qorinda og'riqning paydo bo'lishi, ko'ngil aynish, qayt qilish, ich ketishi bilan kechadi. Bunday paytda og'riq qaerdaligini aniqlash uchun qorinni bola uxlab yotgan paytida tekshirgan ma'qol. Appenditsit bo'lgan bola xarakterli ko'rinishda: oyoqlarini qoriga keltirib o'ng yonboshida yotishi mumkin. Muhim diagnostik belgilardan biri to'g'ri ichak va qo'ltiq ostidagi haroratning 1°S dan ortiqqa farq qilishi hisoblanadi. Yallig'lanish jarayoni bolalarda katta yoshdagilarga nisbatan tez va salmoqli kechadi, jarroxlik aralashuvning kechiktirilishi xavfli asoratlarga olib kelishi mumkin, shuning uchun qorni og'riyotgan bolalarni albatta shifokorga ko'rsatish lozim. Yordam ko'rsatayotganda ichni suradigan dorilar berish, tozalaydigan klizmalar qilish, oshqozonni yuvish va qoriga isituvchi vositalar qo'yish qat'iyman etiladi. Bunday muolajalar o'tkir appenditsitda xavfli hisoblanadi.

O'tkir appenditsit qari odamlarda boshqa kasalliklar va funksional buzilishlar tufayli o'ziga xos klinik ko'rinish bilan kechadi. Ularda o'tkir appenditsit klinik simptomatikaning kamligi, og'riqning kuchli bo'lmasligi, tana haroratining o'zgarmasligi, oldingi qorin devori mushaklari taranglashishi va qorin bo'shlig'i pardasining ta'sirlanish belgilarining har doim aniqlanmasligi bilan ta'riflanadi. Keksa odamlarda o'tkir appenditsit kasalligining shubha qilinishi, shoshilinch ravishda jarroxlik statsionarga joylashtirishni talab qiladi.

Homilador ayollarda o'tkir appenditsit kasalligini aniqlash alohida diagnostik qiyinchiliklarni tug'diradi. Homiladorlikning birinchi yarmida (4 oygacha) kasallik

oddiy tarzda kechadi, lekin to'g'ri diagnoz qo'yish homiladorlik belgilari bo'lganligi tufayli, (ko'ngil aynish, qayt qilish, qorindagi og'riq va hokazo) birmuncha qiyinroq bo'ladi. Bachadonning katta bo'lishi (homiladorlikning 2-yarmida) ko'richakning va chuvalchangsimon o'simtaning o'ng qovurg'a ostiga, bachadonning orqasiga surilishiga sabab bo'lib, og'riq paydo bo'lgan joyning o'zgarishiga olib keladi.

Shoshilinch yordam. O'tkir appenditsit kasalligi borligiga shubha qilingan bemorlar, shifokor ko'rmaguncha to'shakda yotishlari, o'ng biqinga yoki og'riq eng kuchli bo'lgan joylarga muzli pufak qo'yib turishlari mumkin. Yordam ko'rsatilayotganda narkotik va ichni suradigan dorilar berilishi; tozalovchi va davolovchi klizmalar qilinishi; qoringa kompresslar va isitgichlar qo'yish qat'iyman etiladi. Bolalarda, keksalarda, homilador ayollarda qorin og'rig'i paydo bo'lsa, o'tkir appenditsit kasalligini mustasno qilish tariqasida albatta xirurg konsultatsiyasini olish lozim, agar buning iloji bo'lmasa, bemorlarni shoshilinch ravishda kasalxonaga yotqizish kerak.

O'tkir xoletsistit. O't pufagining yallig'lanishi (o'tkir xoletsistit) ko'p uchraydigan kasallik bo'lib, keng tarqalishi jihatidan faqat o'tkir appenditsitdan keyingi o'rinda turadi. U qorin bo'shlig'i a'zolarining o'tkir jarroxlik kasalliklari strukturasida 10% atrofida o'rin egallaydi. Xoletsistit bilan ko'pincha o'rta yoshdagi (40—60 yosh) odamlar kasal bo'ladilar, ammo so'nggi paytlarda keksa yoshdagilarda (70 yosh va undan ortiq) ham uning ortib borishi kuzatilmoqda. Ayollar erkaklarga nisbatan 5—6 marta ko'p kasal bo'ladilar, bu xolesterin moddasi almashinuvining homiladorlik paytida o'ziga xos kechishi bilan bog'liq bo'lib, o't pufagida toshlar paydo bo'lishiga olib keladi va o'z navbatida o'tkir-xoletsistit kasalligining rivojlanishini keltirib chiqadigan omil hisoblanadi. O'tkir xoletsistit kasalligining rivojlanishida infeksiya hamda safroning muntazam oqib chiqishining (o't pufagidan, o't yo'llaridan yoki 12 barmoq ichakdan) buzilishi etakchi rol o'ynaydi.

Xoletsistit kasalligining kelib chiqishi va rivojlanishida asosiy rol o't toshlariga tegishli bo'lib, ular o'tkir xoletsistit tufayli operatsiya qilingan bemorlarning 78—80%ida uchraydi. O't pufagi devorining yallig'lanish darajasiga qarab o'tkir xoletsistitning quyidagi formalari farqlanadi: kataral – yallig'lanish jarayoni faqat shilliq qavatni qamrab oladi; flegmonali – yallig'lanish jarayoni o't pufagi devorining barcha qavatlarini qamrab oladi va gangrenali – yallig'lanish o't pufagi devorining nekrozi.

O'tkir xoletsistitning destruktiv (flegmonali, gangrenali) shakllari o't pufagi devorining yorilishi (perforatsiya), infeksiyalangan o't suyuqligining qorin bo'shlig'iga oqishi va qorin bo'shlig'i ichki pardasining yallig'lanishi (peritonit) bilan xavflidir.

O'tkir xoletsistit o'ng qovurg'a ostidagi og'riqlar bilan boshlanadi. Og'riqlar asosan ovqatlangandan so'ng birmuncha vaqt o'tgach yoki ko'p, yog'li ovqatlar iste'mol qilingandan keyin birdaniga, kechasi uyqu paytida yoki ovqatlanishga bog'liq bo'lmagan holda boshlanishi mumkin. Ko'p hollarda kuchli og'riq sindromi boshlanishidan oldin bemorlar o'ng qovurg'a ostida og'irlik, yoqimsiz

hissiyotlar, og'izda achchiq va metall ta'mi, ko'ngil aynishni his qiladilar. Og'riq o'ng qovurg'a ostida joylashib, epigastral sohaga tarqalishi, o'ng kurakka, elkaga, elka ustiga, bo'yinning o'ng qismiga o'tishi mumkin. Og'riq muddati doimiy bo'lmay qisqa vaqt yoki bir necha kun davom etishi va borgan sari kuchayib borishi mumkin. Qorindagi og'riq ko'pincha yurak atrofida noxush tuyg'ular uyg'otib, ba'zida bemorlar buni «yurak sanchig'i» deb o'ylashlari mumkin.

O'tkir xoletsistitning doimiy belgilariga ko'ngil aynish va qayt qilish kirib, qayt qilish ko'p marotaba takrorlanib, bemor tinka-madorini quritadi, engillik keltirmaydi.

O'tkir xoletsistit sanchig'i organizm holatining bir qancha ob'ektiv ko'rsatkichlari (tomir urishi, tana harorati, terining rangi va hokazo) o'zgarishlar bilan kechadi. Bunday o'zgarishlar qancha kuchli bo'lsa, o't pufagidagi yallig'lanish jarayoni ham shuncha og'ir bo'ladi.

Og'riq sindromi va yallig'lanish jarayoni tomir urishining daqiqasiga 100—120 martagacha tezlashishiga, tana haroratining 38°Sga ko'tarilishiga olib keladi. Bemorning og'zi quriydi, chanqaydi, umumiy o't yo'li tosh bilan to'silib qolganidan ko'z pardasi sarg'ayadi, siydikning rangi to'qlashadi, axlatning rangi oqarib, oq loyni eslatadi va «mexanik sarg'ayish» sindromi rivojlanadi.

Qorin bo'shlig'i palpatsiya qilinganida ko'pincha, o'ng qovurg'a ostida og'riyotgan, yumaloq, shishsimon jismni— shishib ketgan o't pufagini aniqlash mumkin. o'tkir xoletsistitning maxsus simptomiga: kaft bilan o'ng qovurg'a yoyi urib ko'rilganda og'riqning zo'rayishi kiradi. O't pufagida yiringli yallig'lanish jarayoni rivojlansa, zaharlanish simptomlarini (bezgak to'tish, tana haroratining 38°S dan yuqorilashishi, chanqash, og'iz qurishi, yuqori leykotsitoz) va mahalliy peritonitni (o'ng qovurg'a osti devori muskullarining taranglashishi, qorin bo'shlig'i pardasining tebranish simptomlarini) aniqlash mumkin.

Keksalarda xoletsestitning klinik tasviri boshqa kasalliklarning belgilari bilan yashirinishi mumkin, shuning uchun uning diagnostikasi ancha qiyin bo'ladi. Shuni ta'kidlash kerakki, aterosklerotik jarayonlarning tarqalganligi, o't pufagi devorida qon aylanishi buzilganligi tufayli, ko'pincha keksalarda xoletsistitning murakkablashgan turlari rivojlanadi. Konservativ davolash yo'llari bilan to'xtatilmagan xoletsistit, uning destruktiv turlari, peritonit, mexanik sarg'ayish, jigar ichidagi safro (o't) chiquvchi yo'llarining yallig'lanishi bilan murakkablashgan turlari jarrohlik usuli bilan davolashni talab etadi.

Shoshilinch yordam. O'tkir xoletsistit bilan og'rikan bemorlar jarrohlik kasalxonalariga yotqizilishi kerak. Shifokor ko'rguncha ular to'shakda yotishlari, o'ng qovurg'a ostiga muzli pufak qo'yishlari lozim. Diagnostik qo'yilgandan so'ng, spazmolitik dorilar qabul qilish mumkin. Narkotik moddalar yuborish, isitkichlar qo'llash man etiladi.

O'tkir pankreatit. Qorin bo'shlig'ining shoshilinch jarrohlik kasalliklari qatorida pankreatit keng tarqalishi bo'yicha appenditsit va xoletsistitdan keyin uchinchi o'rinda turadi. Kasallik keskin boshlanib, epigastral sohasida, oshqozon osti bezi proeksiyasida, o'ng va chap qovurg'a ostida juda qattiq, borgan sari kuchayib boradigan og'riq paydo bo'ladi va bu og'riq belga uzatilib, go'yoki

bemorni «kamar» bilan bog‘lab qo‘ygandek bo‘ladi. Og‘riq sindromining kuchliligi oshqozon osti bezi nervlari va quyosh nerv chigalining ta’sirlanishi tufayli tushuntiriladi. Og‘riq to‘xtovsiz qayt qilish bilan davom etadi. Tana harorati bir necha kun davomida 37—38°S gacha ko‘tariladi. Haroratning ko‘tarilib, tushib turishi infeksiya borligidan dalolat bnradi.

Kasallikning xarakterli belgilariga qorinning dam bo‘lishi, ichning qotishi, elning kelmasligi kiradi. Qorin bosib ko‘rilganda kindikdan yuqoriroqda muskullarning zo‘r berib og‘rishi aniqlanadi. Bir qator kasallarda oshqozon osti bezining boshi ko‘proq shikastlanganda, sarg‘ayish (sklera va teri qatlamining) paydo bo‘ladi. Og‘ir hollarda zaharlanish, hushdan ketish, yurak-tomir, jigar, buyrak faoliyatlarining izdan chiqishi kuzatiladi.

O‘tkir pankreatit diagnostikasida bemor qonini va siydigini laboratoriya usuli bilan tekshirish katta ahamiyatga egadir, chunki ular tarkibida spetsifik pankreatit ferment — amilazaning miqdori yuqori bo‘ladi.

O‘tkir pankreatit jarrohlik bo‘limida davolanadi: pankreatitning shishgan formalari konservativ yo‘llar, spazmolitiklar, bez faoliyatini susaytiradigan blokatorlar, yallig‘lanishga qarshi moddalar, ko‘p miqdorda dorivor suyuqliklar yuborish bilan amalga oshiriladi. Ko‘p hollarda o‘z vaqtida boshlangan tibbiy yordam foyda keltiradi. Peritonit bilan kechganda, oshqozon osti bezi emirilganda, yiringlaganda bemorlar jarrohlik yo‘li bilan – nekroz o‘choqlarini, yiringli bo‘shliqlarni yorib tozalash, qorin bo‘shlig‘ini drenaj qilish yo‘li bilan davolanadi.

Shoshilinch yordam. Bemorlarga to‘shak rejimi, ochlik, epigastrol sohasiga muzli pufak qo‘yish buyuriladi. Shifokor tavsiyasisiz dori-darmonlar qo‘llash ta’qiqlanadi. Diagnoz qo‘yilgandan keyin, kasallar jarroxlik bo‘limga yotqizilishlari shart. Kasalxonaga yotqizish kechiqqan hollarda va kuchli og‘riq sindromida atropin, papaverin, analgin eritmalarini qilish mumkin. Bemorlar yotgan holida, zambilda transportirovka qilinishi kerak.

O‘tkir peritonit. Qorin pardasining yallig‘lanishi juda ko‘p hollarda ikkilamchi patologiya bo‘lib, o‘tkir jarrohlik kasalliklarini yoki qorin bo‘shlig‘i a’zolarining zararlanishini murakkablashtiradigan holda kechadi. Yallig‘lanish jarayoni qorin pardasiga kontakt gematogen (qon bilan birga), limfogen (limfa suyuqligi orqali) yo‘l bilan o‘tishi mumkin. Peritonit quyidagi kasalliklarning kechishini murakkablashtiradi: appenditsit, xoletsistit, pankreatitning destruktiv turlari, oshqozon va ichak yaralarining teshilishi, ichki a’zolarining travmatik jarohatlanishi. Yallig‘lanish jarayonining qorin pardasida tarqalish darajasiga qarab, peritonit quyidagilarga bo‘linadi: mahalliy, tarqalgan va umumiy. Peritonitning klinik tasviri, uni keltirib chiqargan jarrohlik kasalligi simptomatikasining o‘ziga yarasha davomi ko‘rinishida bo‘ladi.

Chegaralangan peritonit quyidagilar bilan: lokal (yallig‘lanish jarayoni eng rivojlangan zonada) og‘riq hissiyotlari, shu sohadagi oldingi qorin devori muskullarining taranglashuvi, qorinni og‘ritadigan belgilar, zaharlanish alomatlari bilan ta’riflanadi. Bemorning hayoti uchun peritonitning keng yoyilgan turlari ayniqsa xavfli. Qorin pardasi yallig‘lanishining eng asosiy klinik belgisi og‘riq hisoblanib, u qorinning barcha qismini qamrab oladi. Ko‘ngil aynish va qayt qilish

ham muhim diagnostik ahamiyatga ega. Bemorlar chidab bo'lmaydigan darajada chanqaydilar. Zaharlanish zo'rayib borishi ongning buzilishiga, yuz qiyofasining jiddiylashishiga, terining kul rang tus olishiga, labning qurib yorilishiga olib kelishi mumkin. Til jigarrang po'stloq bilan qoplanadi. Qorin dam bo'lib og'riydi, qorin pardasida tebranish simptomlari aniqlanadi, ichak peristaltikasi to'xtaydi, el kelmay qoladi.

Peritonitning rivojlanishiga qarab, taxikardiya oshib boradi (minutiga 120—140 marotaba) va qon bosimi pasayib, tana harorati 38—39⁰S gacha etadi. Qon va siydik tekshirilganda ham katta o'zgarishlar aniqlanadi.

Shu paytgacha peritonitning yagona davolash yo'li jarrohlik hisoblanib, bunda 3 ta vazifa bajariladi: peritonit o'chog'ini yo'qotish, yuvish, qorin pardasini tozalash, drenaj usulida yiringning qorin bo'shlig'idan chiqib turishini ta'minlash.

Shoshilinch yordam. Bemorga yordam ko'rsatish vaqti muhim ahamiyatga ega. Peritonitda, vaqtida qilingan operatsiyalar davolash natijasini yaxshilaydi, shuning uchun qorin pardasi yallig'langanligiga shubha qilingan bemorni xirurgiya bo'limiga yotqizish uchun shoshilinch choralarni ko'rish lozim. Shifokor ko'rmaguncha bemor to'shakda yotishi va qorniga muzli pufak qo'yilishi va bemorning ahvolidan xabar olib turilishi kerak. Analgetiklar va turli dori-darmonlar qilinmaydi. Bemor zambilda transportirovka qilinadi.

Qorin bo'shlig'i a'zolarining perforatsiyasi (teshilishi). Me'da-ichak yo'lining bir qator kasalliklari, qorin bo'shlig'i shilliq qavatida yara paydo bo'lishi bilan kechadi (oshqozon, 12 barmoq ichak, ingichka va yo'g'on ichaklar). Yara paydo bo'lish sabablariga oshqozon va 12 barmoq ichak sekretor funksiyalarining murakkab buzilishlari (yara kasalligi), yuqumli kasalliklar (ich terlama, parazitlar kolitlar), ichak devori qon aylanishining o'tkir buzilishi kiradi. Oshqozon va ichak devorining patologik jarayon sababli chuqur emirilishi, qorin bo'shlig'i a'zolarining bosimi birdaniga oshishi (qayt qilish, ko'p ovqat eyish, alkogolni suiste'mol qilish), ba'zida ko'zga ko'rinmas sabablar tufayli perforatsiyaga, buning natijasida infeksiya bilan shimilgan massalarning qorin bo'shlig'iga quyilishiga va peritonitning rivojlanishiga olib keladi. Qorin bo'shlig'i a'zosining perforatsiyasi shoshilinch operatsiya qilishni talab etadi, shuning uchun bemorlar tezda jarroxlik bo'limga yotqizilishlari lozim.

Oshqozon va 12 barmoq ichak yarasining perforatsiyasi. Oshqozon va 12 barmoq ichak yarasining teshilishi, kasallikning xavfli murakkablashuvi bo'lib, o'rta yoshdagi (20—40 yosh) odamlarda, ko'pincha yara kasalligi bilan ko'p vaqt og'rigan erkaklarda uchraydi. Yoshi 30 gacha bo'lgan odamlarda «soqov yaralar» teshilishi mumkin (bu yaralar perforatsiyagacha hech qanday belgisiz kechadi).

Oshqozon va 12 barmoq ichak yarasining perforatsiyasining klinik ko'rinishi 3 davrdan iborat: shok bosqichi, vaqtincha yaxshilanish, tarqalgan peritonit. Kasallik birdaniga epigastral sohada «xanjar» bilan urilgandek o'tkir og'riqlar bilan boshlanib, qisqa vaqt ichida qorinning barcha qismlariga tarqaladi (shok bosqichi). Og'riq sindromining kuchliligi shunchalik zo'rayadiki, bemor cho'kka tushib o'tirib olishga majbur bo'ladi, qo'lini qorniga bosadi, oldinga bukiladi yoki tizza va tirsakka tayanib turib qoladi. Bemorning yuzidan azob chekayotgani

bilinib turadi, u oqarib, peshonasini sovuq ter bosadi, tili qurib qalin oq po'stloq bilan qoplanadi. Agar kasal oyoqlarini qorniga tirab chalqancha yotsa, ozgina qimirlash ham og'riqni keskin kuchaytiradi. Bemor tekshirilganda, oldingi qorin devori taranglashgan holdaligi, nafas olishda ishtirok etmasligi («taxtasimon qorin») aniqlanadi. Qorin devorini paypaslash juda og'riqli bo'ladi, ko'pincha teriga salgina tegilsa ham og'riq kuchayib ketadi. Yel chiqishi to'xtaydi. Kasallikning boshlanish davrida tomir urishi daqiqasiga 50—60 marta bo'ladi, qon bosimi kamayadi, nafas tezlashadi, oyoq-qo'llar muzlaydi. Vaqt o'tishi bilan (5—6 soatdan so'ng) qorindagi og'riq kamayadi (vaqtincha yaxshilanish), qorin devori muskullari bo'shashadi, bemor o'zini «yaxshi his qila boshlaydi», lekin peritonit rivojlanib boradi; tomir urishi tezlashadi, tana harorati ko'tariladi, zaharlanish ortadi, qorin dam bo'lib, el kelishi to'xtaydi, ich qotadi. 10—12 soatdan so'ng kasallikning klinik ko'rinishida tarqalgan peritonitning belgilari paydo bo'ladi.

Teshilgan yarani faqat jarrohlik yo'li bilan davolash mumkin; operatsiya qancha erta qilinsa, natijasi shuncha yaxshi bo'ladi. Operatsiya vaqtida teshilgan yarani tikib, peritonit belgilari bo'lsa, qorin bo'shlig'ini tozalash va drenaj qilish kerak.

Shoshilinch yordam. Oshqozon va 12 barmoq ichak yarasi teshilishida shubhalangan bemorlar tezda, zambilda yotgan holda, jarroxlik bo'limlarga jo'natilishlari lozim. Tashxis qo'yilmaguncha ovqat eyish, ichish, oshqozonni yuvish, tozalovchi klizmalar qilish, qorinni isitish mumkin emas.

Ichak yaralarining teshilishi. Ich terlama bilan kasallangan bemorning 2—3%ida kasallik qo'zg'atuvchi mikroblar tufayli paydo bo'lgan yaralarning teshilishi kuzatiladi. Bunday asorat kasallik davrining 3—4-haftasida kuzatilib, qorinda qattiq og'riq paydo bo'lishi va peritonitning asta-sekin namoyon bo'lishi bilan ta'riflanadi.

Nospetsifik yarali kolit ichak shilliq qavatida bir nechta yara paydo bo'lishi bilan ifodalanib, shu yaralardan bir vaqtning o'zida bittasi yoki bir nechtasi teshilib, «perforativ» peritonitning klinik ko'rinishi rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Kasallik surunkali tarzda kechayotganlarda, reaktivligi pasaygan bemorlarda klinik ko'rinishi aniq bo'lmagan, atipik peritonit kuzatiladi.

Ichak yarasi perforatsiyasi bo'lgan kasallar shoshilinch ravishda jarrohlik bo'limlariga yotqizilishlari shart. Operatsiya davolashning yagona yo'li bo'lib, unda ichakdagi teshik tiqiladi, agar teshiklar ko'p bo'lsa, ichakning bir qismi kesib tashlanadi.

O'tkir ichak tutilishi. Ichak tutilishi deb, ichak massalarining tabiiy yo'nalish bo'yicha oshqozondan orqa chiqaruv teshigi tomon surilishi va tashqariga chiqmasligiga aytiladi. Ichak o'tkazmasligi 2 xil bo'ladi: mexanik (ichak burilib qolishi, ichak yo'lining ezilishi, ichakning tugun bo'lib bog'lanishi, ichak qo'shni qismlarining bir-biri ichiga kirib qolishi) va dinamik (spazm yoki ichak atoniyasi).

Ichak o'tkazmasligining asosiy klinik belgilariga —qorindagi og'riq, qayt qilish, ichning qotishi, elning chiqmasligi kiradi. Og'riq birdaniga yoki asta-sekin boshlanib, to'lg'oqsimon xarakterga ega bo'ladi. Burab og'rishlar, qayt qilish bilan

birga kechadi. (Og'riq sindromi ichak faoliyati motorikasining kuchayishi bilan bog'liq.) Qusuqda avvaliga eyilgan ovqat, keyinchalik o't, ichak moddalari bo'ladi. Kasallik uzoq vaqt davom etganda qusuqdan axlat hidi kela boshlaydi. Qayt qilmagan kasallarni ko'ngil aynishi, kekirish, o'qchish bezovta qiladi.

Ichak o'tkazmasligining ilk davri (2—12 soat) og'riq sindromining ustun kelishi bilan namoyon bo'ladi (kuchli, burab og'riydigan og'riq «shokka o'xshash» holatni keltirib chiqaradi). 12—36 soatlar o'tgandan so'ng doimiy og'riq paydo bo'lib, ichak peristaltikasi susayadi, qorin assimetrik shaklga kiradi, tez-tez qayt qilinadi, yurak urishi tezlashadi, arterial bosim pasayadi, organnizmning qurishi va zaharlanish belgilari paydo bo'ladi. Kasallik boshlanganidan 36 soatdan keyin peritonit simptomlari ustun keladi: kasalning umumiy ahvoli og'irlashadi, «axlatli» qusish paydo bo'ladi; qorin shishadi, tana harorati ko'tariladi, tomir urishi tezlashadi, arterial bosim pasayadi.

Shoshilinch yordam: o'tkir ichak o'tkazmasligi gumon qilinayotgan kasalni to'shakka yotqizib, zarur yordam ko'rsatish kerak. Ichak peristaltikasini kuchaytiruvchi dorilar yuborish qat'iy man etiladi. Kasalni shifokorga ko'rsatish va xirurgiya bo'limiga joylash kerak. Bemorlar zambillarda tashiladi.

Tashqi qisilib qolgan churra. Tashqi churra deb, ichki a'zolarining qorin bo'shlig'i pardasining devor qavati bilan birga turli xil tabiiy teshiklar orqali old yoki orqa qorin devorining muskul aponevrotik qismiga bo'rtib chiqishiga aytiladi.

Old qorin devori qopchig'i ko'pincha qovuq va son kanali, kindik, qorinning oq chizig'i sohasida joylashadi. Churra yuzaga kelishida quyidagi omillar asosiy rol o'ynaydi: o'sishning tug'ma nuqsonlari, old qorin devori ma'lum zonalarining anatomik «sustligi», qorin bo'shlig'i bosimining ko'tarilishi, og'ir jismoniy mehnat va boshqalar. Churra bilan kasallangan bemorlar aholining 2%ini tashkil etadi, kasallik barcha yoshdagi odamlarda uchraydi.

Churra kasalligining xavfli asorati churraning bekilib qolishi hisoblanadi. Bu churra xaltasida joylashgan a'zolarining qorin bo'shlig'idan chiqqan joyda ezilishi, keyinchalik tiqilib qolgan a'zoda qon aylanishining buzilishi va uning o'lishi bilan xaraterlanadi.

Qisilish qorin bo'shlig'i bosimi birdaniga ko'tarilganda (og'irlik ko'tarish, yo'talish, aksa urish) yuzaga keladi. Bunda churra xaltasi diametri kattalashadi va churraga ingichka va yo'g'on ichaklarning qismlari, katta charvi kirib qoladi ular churra darvozasida ezilib, qolgakliklari tufayli, qaytadan chiqa olmaydi.

Bemor hayoti uchun ichak qismining qisilib qolishi katta xavf tug'diradi, chunki ezilgan narsa o'lishi va tarqalgan peritonitni yuzaga keltirishi mumkin. Yana bir tomondan, churra ichak qismining qisilishi, ichak moddalarining tabiiy haydalishiga qarshilik ko'rsatadi va mexanik ichak o'tkazmasligining bir shakli hisoblanadi. Old qorin devori tashqi churra qisilishi 4 ta asosiy belgi bilan xarakterlanadi: churra bo'rtmasi ezilgan sohada yoki qorinda birdaniga paydo bo'ladigan og'riq; churrani to'g'rilashning ilojisizligi; churra bo'rtmasining taranglashishi, yo'tal turtkisi simptomining yo'qligi;

Og'riq asosiy klinik belgi bo'lib, u odatda fizik og'irlikdan so'ng yuzaga kelib, terining rangsizlanishi, taxikardiya, arterial bosimning pasayishi bilan birga

boradi. Og‘riqlar churra kanaliga, chov churrasida — urug‘don moyak xaltasiga, jinsiy a‘zoga o‘tishi mumkin. Ichak qismining qisilib qolishida charvi ildizining tortilishi, og‘riqnig epigastral va kindik oldi sohasiga o‘tishiga sabab bo‘ladi, reflektor qayt qilish kuzatiladi. Og‘riq sindromi doimiy bo‘ladi va qisilib qolgan a‘zo nekrozga uchraguncha davom etadi.

Qisilib qolishning asosiy klinik belgilaridan biri —churra ichidagi moddalarning qorin bo‘shlig‘iga to‘g‘ri kelmasligidir.

Avval yotgan holatda yoki churra bo‘rtmasini qo‘l bilan ezganda churraning bemalol yo‘qolganligini kuzatgan bemorlar churrani to‘g‘rilay olmaydilar, churra xaltachasi bosilganda og‘riq kuchayadi. Qisilib qolish uchun churra xaltachasi o‘lchamining kengayishi, uning taranglashishi va qo‘l bilan tekshirib ko‘rilganda birdaniga og‘riq paydo bo‘lishi xarakterlidir. O‘tib ketgan hollarda qisilib qolgan churraning klinik manzarasi kuchayib, toraygan ichak tutilish belgilari qo‘shiladi.

Shoshilinch yordam. «Qisilib qolgan churra» gumon qilinayotgan bemorlarga quyidagilar qat’iyan man etiladi:

1. Mustaqil ravishda churrani to‘g‘rilashga harakat qilish;
2. Issiq vanna qabul qilish;
3. Spazmolitiklar ichish. Bemorlar tezda xirurgiya bo‘limiga (operativ o‘tkazish maqsadida) yotqiziladi.

Churra mustaqil to‘g‘rilangan holatlarda darrov og‘riq yo‘qoladi. Bunday hollarda bemorni uyda qoldirish mumkin emas, balki uni tekshiruv uchun xirurgiya bo‘limiga yotqizish kerak.

Churrani kesish bo‘yicha o‘tkazilgan rejali operatsiya churra qisilishining oldini olishning eng yaxshi vositasi hisoblanadi.

Ichki qon ketishi. Ichki qon ketishi oshqozon, 12 barmoq ichak, ingichka ichak, yo‘g‘on ichak, o‘pka, yurak va boshqa a‘zolar kasalliklari va jarohatlarida kuzatiladi. Ko‘p hollarda qon qorin va o‘pka bo‘shlig‘iga ketadi. Ichki qon ketishi uning yashirinligi, hajmi va tezligini aniqlashning imkoni yo‘qligi sababli xavfli hisoblanadi.

Ichki qon ketishini keltirib chiqaradigan asosiy kasalliklar oshqozon va ichak organik kasalliklari — oshqozon va 12 barmoq yara kasalligi, eroziyalı gastrit, oshqozon venalarining varikoz kengayishi va boshqalar hisoblanadi.

Ichki qon ketishida organizmda qon miqdorining kamayishi natijasida kelib chiqadigan belgilar — bosh aylanishi, darmonsizlik, teri rangining oqarishi, ko‘z oldida «qor» tovlanishi, predmetlarning ikkita bo‘lib ko‘rinishi, chanqoq his qilish, tomirning tez va sust urishi, arterial qon bosimining tushib ketishi, oyoq-qo‘llarning muzlashi, sovuq ter bosishi, ko‘ngil aynish (ba’zida qayt qilish), hushdan ketish va ichki qon ketishiga sabab bo‘lgan kasallikka xos bo‘lgan bir qator belgilar kuzatiladi.

Ichki qon ketishi sababi va jarayonidan qat’iy nazar bemor hayotiga xavf soladi. Shuning uchun bunday odamlar shoshilinch ravishda kasalxonaga yuboriladi va ichki qon ketishini to‘xtatish choralari ko‘riladi.

O‘tkir oshqozon-ichak kasalligida qon ketishi. Oshqozon va 12 barmoq ichak yara kasalliklarining 80%ida qon ketishi kuzatiladi.

O'tkir oshqozon ichak kasalliklarida qon ketishi oshqozon-ichak yarasining qaytalanishi natijasida to'satdan yuzaga keladi. Bunda og'riqlar kam bo'ladi qon ketish boshlanishi bilan esa butunlay yo'qoladi. Bemorlarda o'tkir kamqonlik belgilari paydo bo'ladi.

Ko'p miqdorda qon ketishi bemor hayoti uchun xavfli. Shuning uchun davolash choralari qon ketishini to'xtatishga qaratilgan bo'lishi kerak. Kasallar shoshilinch ravishda xirurgiya bo'limiga yuboriladi.

Shoshilinch yordam. Birinchi yordam bemorni yotqizib har qanday harakatni taqiqlash, (tanani qimirlatish ham qaytadan qon ketishiga olib kelishi mumkin) tartibida muz bo'lakchalarini yuttirish, epigastral sohaga muzli pufak qo'yish, 5% — aminokapron kislotasini oz-ozdan qultumlatib ichirish, venaga 10% kalsiy xlor yoki kalsiy glyukonat suyuqligini, mushak orasiga 1-2 ml 1% vikasol eritmasini yuborish lozim. Bemorlar zambilda yotgan holda, sezilarli kamqonlik hollarida — bosh qismi pastga tushirilgan holda transportirovka qilinadi.

Bachadon nayi homiladorligi. Bachadon nayi homiladorligining kelib chiqishiga jinsiy organlaridagi yallig'lanish bilan kechadigan kasalliklar, o'sish anomaliyalari, infantilizm, gormon buzilishlari, shish jarayoni va boshqalar sababchi bo'ladi.

Bachadon nayi homiladorligining buzilishi, ko'p miqdorda qorin bo'shlig'iga qon ketishi, (bir qismi bachadon ichiga ketadi) «o'tkir qorin» belgilari yuzaga kelishiga sabab bo'ladi.

Bachadon nayi yirtilishi (yorilishi) birdaniga paydo bo'ladi, ko'pincha ichki qorin bosimining ko'tarilishi, jismoniy zo'riqish, og'ir narsa ko'tarish bunga sabab bo'ladi. Kasalda qorin tagiga, to'g'ri ichakka, oraliqqa beradigan kuchli og'riq paydo bo'ladi. Og'riq bosh aylanish, vaqtincha hushni yo'qotish bilan birga kechadi; teri rangsizlanib, sovuq ter bosadi, ko'z qorachig'i kengayadi. Og'riq o'ng kurakka, elkaga beradi. Tomir urishi tezlashadi, arterial bosim pasayadi, tana harorati biroz ko'tariladi. Vertikal holatga o'tishga harakat qilinganda kasal o'zini juda yomon his qiladi, jinsiy a'zolaridan qonli, suyuqlik ajraladi, ichni bo'shatish ehtiyoji paydo bo'ladi. Qorin ozgina shishgan, yumshoq, nafas olishda ishtirok etadi, old qorin devorida ayniqsa uning pastki qismlarida qattiq og'riq paydo bo'ladi, qorin bo'shlig'i pardasining ta'sirlanish simptomlari aniqlanadi. Qonning umumiy tahlilida eritrotsitlar va gemoglobinning pasayishi kuzatiladi.

Shoshilinch yordam: bemor shifokorga etkazilgunga qadar 10%li xlorli kalsiy yoki glyukonat kalsiydan 10 ml, 10%li jelatin suyuqligidan venaga 30—50 ml, 1%li vikasol suyuqligidan mushak ichiga 1—2 ml yuborish mumkin. Bemor ginekologiya yoki xirurgiya bo'limiga yotqiziladi. Kasallar zambillarda, yotqizilgan holatda transportirovka qilinadi. Miyada kislorod etishmasligining oldini olish maqsadida, zambilning bosh tomonini oyoq tomoniga nisbatan pastroq tushirish lozim bo'ladi.

Qorin bo'shlig'i a'zolarining travmatik jarohatlanishi. Bunday jarohatlanish hozirgi tinch davrda transport, ishlab chiqarish, sport va maishiy travmatizm ko'rinishlarida uchraydi. Transport vositalari xaydovchilari va piyodalar tomonidan harakat qoidalarining buzilishi, ishlab chiqarish jarayonida

xavfsizlik qoidalaiga rioya qilmaslik, alkogol iste'mol qilish jarohat sodir bo'lishiga sharoit yaratib beradi. Travmatik jarohatlardagi yuqori o'lim darajasi jarohatlangan a'zolar va qon tomirlaridan juda ko'p qon ketishi yoki bo'shliq a'zolar butligining buzilishi natijasida peritonitning rivojlanishi bilan izohlanadi.

6.3.Qorin bo'shlig'idagi parenximatoz va bo'shliq a'zolarining yopiq jarohatlanishi. Qorin yopiq jarohatlarining 30%i taloq, jigar yorilishlari, yoki ularning birga jarohatlanishi bilan kechadi. Jigar jarohati zarbning jigar sohasiga (zarba yoki ezilish), ko'krak qafasining o'ng yarmiga ta'siri tufayli yoki inersiya kuchi (yuqoridan yiqilish) tufayli yuzaga kelishi mumkin. Jarohatlanishga kasallangan jigar (sirroz, malariya, sifilis) to'qimasi ayniqsa moyil bo'ladi. Jigar bir joydan yoki bir necha joydan yorilishi mumkin.

Shok va ichki qon ketishda uchraydigan belgilar jigar yorilishi klinikasidagi asosiy belgilar hisoblanadi.

Jigari yorilgan bemorlar o'ng yonda yotishadi. Tana holati o'zgarsa, o'zlarini yomon his qilishadi. Kasallarda ichki qon ketish belgilari yuzaga chiqadi.

Taloq jarohati qoringa yoki ko'krak qafasining chap yarmiga berilgan zarb yoki yiqilish tufayli yuzaga keladi. Malaria, sepsis, brutsellez, portal gipertenziya tufayli o'zgargan taloq to'qimasida kichik jarohat tufayli ham qon ketishi mumkin.

Taloq jarohati klinikasida ham birinchi o'rinda shok va ichki qon ketish belgilari turadi. O'tkir qon yo'qotish belgilari tez kuchayadi va umumiy klinik ko'rinishda asosiy rol o'ynaydi.

Jarohatlanganlar qorinning chap yarmidagi, chap elka va elka ustiga beradigan og'riqdan bezovta bo'lishadi. Og'riq tufayli chuqur nafas olishning iloji yo'qligi sababi nafas olish yuzaki bo'ladi. Bemor chap tomonga yonboshlagan, oyoqlari qorniga buqilgan holatda bo'ladi. bemorda ichki qon ketish belgilari namoyon bo'ladi.

Qorinning chap yarmida kuchli og'riq, qorin bo'shlig'i pardasining ta'sirlanish belgilari aniqlanadi.

Parenximatoz a'zoning jarohatlanish klinikasi hamma vaqt ham yuqorida ko'rsatilganidek bo'lavermaydi. Jigar jarohatida bo'lganidek, taloq jarohatlanganda ham ikki lahzali yorilishlar bo'ladi. Unda a'zo to'qimasi kapsula ostida jarohatlanadi. To'plangan qon esa kapsulani to'qimadan ajratib, bir qancha vaqt o'tganidan keyin qaytadan qorin bo'shlig'iga qo'yiladi.

Jigar va taloqning mana shunday jarohatlanish mexanizmini doimo esda tutish kerak va albatta bemorning umumiy ahvoli yaxshi bo'lsa ham, xirurg konsultatsiyasiga yuborish lozim.

Qoringa tushadigan o'tmas zarb ko'pincha oshqozon, 12 barmoq ichak, ingichka va yo'g'on ichaklarning yorilishi bilan birga kechadi. Bo'shliq a'zolarining jarohatlanishi qorin devoriga qilingan to'g'ri zarb, yuqoridan yiqilish, qorinning ezilishi tufayli yuzaga keladi.

7 Ma'ruza O'tkir terapevtik kasalliklari va unda BTYO(Bronxial astma.Yurak ishemik kasalligi , Yurak astmasi tutqanoq, buyrak sanchig'i,miyaga qon quyilishi, diabetik komalar)

Reja:

7.1. Yurak ishemik kasalligi

7.2.Bronxial astma va yurak astmasi tutqanoq,

7.3 diabetik komalar

7.1. Yurak ishemik kasalligi

Stenokardiya – yurak muskullarini qon bilan ta'minlab beruvchi koronar arteriyalarning spazmi yoki anatomik buzilishi (tomirlar aterosklerozi) natijasida yurakda qon aylanishining buzilishi bilan xarakterlanadigan kasallik.

Stenokardiyaasosinimiokard gipoksiyasitashkil etib, yurak gipoksiyasi deganda yurak muskullarining kislorodga bo'lgan talabi va uning qondirilishi o'rtasidagi farqi tushuniladi. Yurak muskulida mahalliy moddalar almashinuvining o'zgarishi, simpatik innervatsiyaningbuzilishinoradrenalinvaadrenalinning ko'p miqdorda ajralib chiqishiga olibkeladi.Bu o'z navbatida miokardningkislorodgabo'lgantalabini oshirib,miokard gipoksiyasi va stenokardiya xurujini kuchaytiradi. Stenokardiya o'tkir og'riq xuruji tarzida klinik belgi beradi.

Og'riq xarakteriko'krak sohasida og'irlik, to'sh suyagi orqasining achishib og'rishi, qattiq siquvchi og'riq va boshqa turli xil ko'rinishda bo'lishi mumkin. Og'riq turi kasallarda uyg'oq vaqtgacha bir xil bo'ladi. Ko'p hollarda og'riq to'sh suyagi orqasida bo'lib, chap elka va kurak sohasiga tarqaladi.

Stenokardiya xurujini yurak faoliyatini kuchaytiruvchi yoki miokardning kislorod bilan ta'minlanishini kamaytiruvchi omillar keltirib chiqaradi. Bularga jismoniy va emotsional ta'sirlar, meteorologik sharoitlarning o'zgarishi (sovuqda va shamolda yurish) sabab bo'ladi.

Stenokardiya xuruji to'satdan paydo bo'lib, qisqa vaqt davom etadi va faqat ayrim hollarda 25—30 daqiqaga cho'zilishimumkin.

Organizmning jismoniy zo'riqishi natijasida paydo bo'lgan og'riq sindromi zo'riqish stenokardiyasi debataladi. Tinch holatda vujudga kelgan og'riq xuruji, tinch holat stenokardiyasi deyiladi. Og'riq xuruji vaqtida kasallar rangi oqarib, qimirlamay turib qoladilar. Ozgina harakat og'riqni kuchaytiradi. Stenokardiya xuruji holsizlik, yuz qizarish va bosh aylanish seziladi. Stenokardiya xurujini yo'qotish uchun qon tomirlarini kengaytiruvchi dorilar qo'llaniladi. Bunday dorilarga validol hamda nitrat va nitrit guruhiga kiruvchi dorilar kiradi. (nitroglitserin tabletkasi —0,5 ml yoki 1—2 tomchi 1% li eritma til tagiga; amilnitrit 2—3 tomchidan dokaga tomizib, nafas olinadi). Bu dorilarning kamchiligi ularni arterial qon bosim past vaqtda qo'llab bo'lmasligidir. Bundan

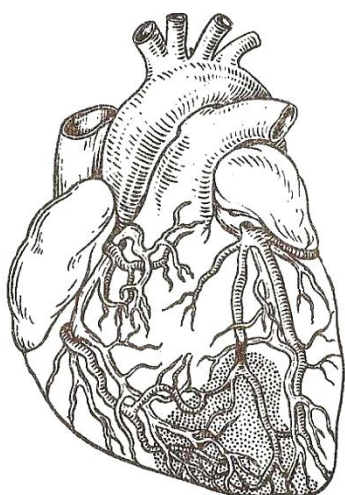
tashqari, kuchli ogʻriq sindromi 2—3 ml 2% li papaverin (2 ml 2% li no-shpa eritmasi) va 2 ml 50 % li analgin eritmasini birgalikda vena orqali yuborish yoʻli bilan qoldiriladi. YUrak sohasiga gorchichnikqoʻyish ham bir qancha engillik tugʻdirishi mumkin.

Miokard infarktida birinchi yordam koʻrsatish.

Miokard infarkti yurak muskullariga qon kelishining buzilishi oqibatida uning bir qismida nekroz oʻchogʻi paydo boʻlishi bilan xarakterlanadi. Yurak muskullarida qon aylanishining buzilishiga qon-tomirlari aterosklerozi yoki ularda hosil boʻlgan tromblar sabab boʻladi. Ayrim vaqtlarda miokard infarkti funksional buzilishlar tufayli, yaʼni yurak qon-tomirlarining spazmi natijasida yuzaga keladi.

Miokard infarktining asosiy belgisi—bu toʻsatdan, tinch holatda yoki uyqu paytida paydo boʻluvchi ogʻriq sindromidir (24-rasm). Ogʻriq toʻsh suyagi sohasida boʻlib, koʻkrak qafasining chap tomoniga tarqaladi. Stepokardiya xurujidan farqli oʻlaroq, miokard infarktida, ogʻriq kuchli xarakterga ega boʻlib, nafaqat chap elkaga, balkichap kurak, qoʻl, qorin va orqa tomonlarga ham oʻtadi.

Miokard infarkti vaqtida ogʻriq bir necha soatdan bir necha kungacha davom etib, nitritlar taʼsirida engillashmaydi. Bir qator hollarda miokard infarkt miya qon aylanishi buzilishi klinikasiga oʻxshab ketadi va bosh ogʻrish, bosh aylanish, qayt qilish, es-hushning yoʻqolishi va hushdan ketish kabilarga olib keladi. Kasallikning birinchi soatlarida ogʻriq oshqozon-ichak faoliyatining buzilishi (koʻngil aynish qayt qilish) va hattoki, ichak tutilish belgilari bilan birgalikda keladi. Koʻkrak ostidagi kuchli ogʻriqlar baʼzan, oshqozon yarasi teshilishi, oʻtkir pankreatit, xoletsistit kabi notoʻgʻri tashxislar qoʻyilishiga sabab boʻladi. Quchli ogʻriq kardiogen shokka olib kelishi mumkin.

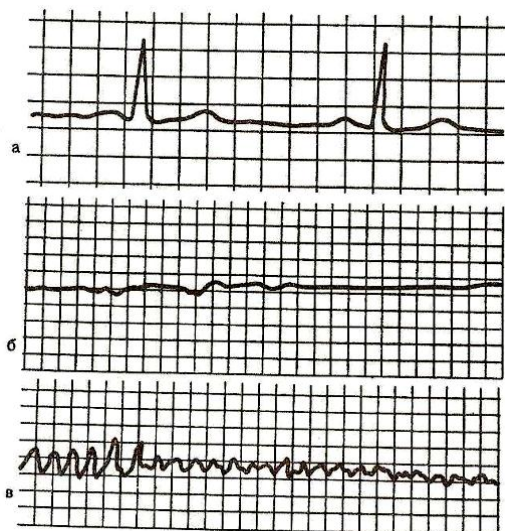


24-rasm. Miokard infarkti. Qora rangda arteriyada hosil boʻlgan tromb koʻrsatilgan.

Yurak muskulida joylashgan nekrotik sohaga qarab, yurak maromining buzilishlari – ekstrosistoliya, paroksizmal taxikardiya, tez uruvchi aritmiya – kuzatilishi

mumkin. Miokard infarktining ikkinchikunida ba'zan, tana harorati ko'tarilishi va bu holat ikki haftagacha davom etishi mumkin.

Tana haroratining bir oz ko'tarilishi, birinchi kunlaridayoq kuzatilishi mumkin. 1—2 kun o'tgandan keyin SOE tezlashishi kuzatiladi. Elektrokardiografik(EKG) tekshirish miokard infarkti diagnostikasida katta ahamiyatga ega bo'lib, u yurak muskullaridagi o'zgarishlarning joylashishi, rivojlanishi va tarqalishini ko'rsatib beradi (25-rasm).



25-rasm.
Elektrokardiogramma.

Miokard infarktiga uchragan kasallarga zudlik bilan yordam ko'rsatish lozim bo'ladi. Kuchli og'riq vena orqali narkotik analgetiklar (1—2 ml 2% li promedol eritmasi, 1% li morfin yoki 0,005% li fentanil eritmasi) yuborish orqali tez va to'la-to'kis og'riqsizlantirishni talab etadi. Bundan tashqari, gistamininga qarshi dorilar (1—2 ml 1% li dimedroldan 2,5% liolfen eritmasi), neyroleptiklar (0,25% li droperidol eritmasi) yuboriladi. Og'riqlar qayta paydo bo'lganda azot oksidi bilan kislorod berish lozim bo'ladi.

Tibbiy yordam hajmini hisobga olgan holda, miokard infarkti yuz berganda kasallarni darhol maxsus kardiologik bo'limlar yoki terapevtik statsionarlarga olib borish kerak.

Nafas yo'llarining o'tkir buzilishi.

Nafas yo'llarining o'tkir buzilishi nafas yo'lga qattiq yoki suyuq jismlarning tushishi hamda astmatik holat natijasida yuzaga keladi.

Nafas yo'lga qattiq jism tushganida klinik ko'rinish yot jismning kattaligiga va obturatsiya darajasiga bog'liq bo'lib, yot jismlarning halqum yoki traxeyaga tushishiningasosiy simptomlari — yo'tal, qattiq nafas siqishi, yutinish vaqtida tomoqda og'riq sezish va ovozning buzilishlaridan iborat bo'ladi. (26-rasm). Agar

yot jism halqumni butunlay berkitib qo'ysa, shu zahoti asfiksiya rivojlanadi va o'limga olib keladi.

Nafas yo'llariga yot jism tiqilib qolganda birinchi yordam qoidalari. Nafas yo'llariga yot jism tiqilib nafas yo'llari butunlay bekilib qolganda birinchi yordam quyidagi tarzda amalga oshiriladi:

26-rasm. Nafas yo'llariga yot jism tiqilganda birinchi yordam.



Bir qo'l bilan tiqilgan odamning qornidan quchib ikkinchi qo'l bilan uning ko'raklari orasiga uriladi. Bunda urayotgan qo'lning harakati jabrlanuvchining og'zi tomonga yo'naltiriladi. Agar yo'tal paydo bo'lsa tiqilgan odamning o'ziga kelib olishi kutiladi. Urish harakatlari takrorlanmaydi.

Agar yo'tal paydo bo'lmasa jabrlanuvchining orqasida turib bir qo'l musht qilib, jabrlanuvchining kindigidan teparoqqa, oshqozon sohasiga yaqinroq joyga joylashtiriladi. Ikkinchi qo'l birinchi qo'l mushti ustidan qo'yiladi. Keskin harakat bilan jabrlanuvchining qornini qisiladi. Bunda harakat orqa va tepaga, ya'ni diagonal bo'ylab diafragma tomon yo'naltiriladi. Bu samarali usul bo'lib u qorin bo'shlig'i bilan ko'krak qafasini bir-biridan ajratib turadigan parda — diafragmaning tepaga ko'tarilishi natijasida o'pkadagi havo siqilib yuqori bosim hosil qilishiga va ushbu bosim yordamida nafas yo'lidagi jismni chiqarib yuborishga asoslangan. Bu harakatlar bir-necha marta yot jism chiqib ketguniga qadar yoki yo'tal paydo bo'lguniga qadar takrorlanadi.

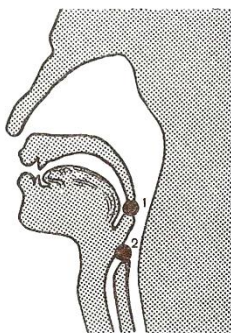
Agar jabrlanuvchi homilador ayol bo'lsa yoki uni qornidan quchoqlab olishga qo'loch etmasa musht jabrlanuvchining qorniga emas to'sh suyagining ustiga qo'yiladi. Ikkinchi qo'l birinchi qo'l mushti ustidan qo'yilib kuch bilan siqiladi.

Agar jabrlanuvchi hushidan ketgan bo'lsa yoki u erda yotgan bo'lsa, uni chalqancha yotqizib, kindigidan biroz tepaga bir qo'lning kafti, uning ustidan ikkinchi qo'l qo'yilib kuch bilan diafragma tomonga qaratib bir necha marta

bosiladi. Bosishlar yoʻtal harakatlari paydo boʻlguncha bir necha marta takrorlanadi.

Qisman tiqilishlarning tashxisi anamnez, klinik koʻrinish va rentgenologik tekshirishlar natijasida qoʻyiladi. Birinchi yordam koʻrsatish jarroxlakinstrument yordamida yot jismni olib tashlashdan iborat. Agar asfiksiya rivojlanadigan boʻlsa, traxeostomiya qilish kerak boʻladi. Nafas yoʻllariga tushgan qon, qusuq massalari va suyuqliklar kateter bilan soʻrib olinadi. YOt jism olib tashlangandan keyin, nafas yoʻllarida yalligʻlanishning oldini olish uchun antibiotiklar va sulfanilamidlar qilinadi.

Traxoestomiya tartibini berish kerak



27-rasm. Nafas yoʻllaridagi yot jism. 1-xalqumga tushishi, 2-xiqildoqqa tushishi.

Kasallar darhol davolash muassasalariga yotqizilishi kerak.

7.2.Bronxial astma va yurak astmasi tutqanoq,

Bronxial va yurak astmasi.

Astma deb, vaqti-vaqti bilan, toʻsatdan paydo boʻluvchi nafas siqish xurujiga aytiladi. Astmatik xurujni keltirib chiqaruvchi sabablariga qarab, bronxial, yurak astmasi, uremik astma, miya astmasi va isterik astmalar ajratiladi. Bronxial va yurak astmalarining klinik kechishi bir-biriga juda oʻxshab ketadi, lekin ular davolanish, kelib chiqish sabablariga qapab har xil boʻladi.

Bronxial astma bronxlar silliq muskulaturasining spazmi hisobiga nafas siqishi (asosan nafas chiqarishning qiyinlashishi) bilan kechadigan kasallik. Bronxial astma ikki xil — infeksiyon-allergik va atopik turlarga boʻlinadi. Infeksiyon-allergik turning rivojlanishiga tomoq-burun, bronx va oʻpkalarning yalligʻlanish kasalliklari sabab boʻladi. Atopik forma tashqi muhit agentlariga ortiqcha taʼsirchanlik tufayliyuzaga keladi. Shuning uchun, bronxial astma xuruji turli xil endogen va ekzogen faktorlarga bogʻliq boʻladi. Astma xurujida bronxlar silliq muskulaturasining spazmidan tashqari shilliqpardaning shishishi va yopishqoq balgʻamhosil boʻlishi ham muhim oʻrin tutadi.

Nafas chiqarishning qiyinlashishi hisobiga alveolalar havoga toʻlib ularda ichki bosim oshib ketadi. Natijada gipoksiya rivojlanadi. Bu oʻz navbatida kichik qon

aylanishi doirasi arteriyalarining spazmi va o'pka arteriyalari tizimida qon bosimi oshib ketadi. Yurak o'ng qorinchasining ishi og'irlashib, yurak faoliyati etishmovchiligi yuzaga keladi.

Bronxial astmada nafas siqishi quruq yo'taldan boshlanib, nafas chiqarish keskin qiyinlasha boradi. Kasalga havo kelmayotgandek bo'lib tuyuladi, bezovtalanadi, xirillab nafas olishi masofadan eshitilib turadi. Agar xuruj cho'zilib ketsa, nafas olish soni kamayib, sianoz ko'payadi. Badan ter bilan qoplanadi. Ko'krak qafasi qimirlamay qoladi. Nafas qisish xuruji to'xtaganda, xirillash tez yo'qoladi. Yo'tal kuchayib, balg'am ko'chadi. Bronxial astmaga xos xuruj vaqtida tashxis qo'yish qiyinchilik tug'dirmaydi. Tashxis paytida uni yurak astmasidan farqlash lozim bo'ladi. Yurak-tomir etishmovchiligi paytida bronxial astmani yurak astmasidan farqlash qiyin kechadi.

Yurak astmasi og'ir yurak-tomir kasalliklarida yuzaga keladi. O'zining ko'rinishi va bemorlarning sub'ektiv sezishlari bilan bronxial astmani eslatadi. Bronxial astma ko'proq yoshlarda uchrasa, yurak astmasi katta yoshdagi kasallarda ko'proq uchraydi. Nafas qisishi bronxial astmada to'satdan paydo bo'ladi, yurak astmasida esa asta-sekin rivojlanadi. Yurak astmasida kasal tinch holatdabo'ladi.

Bronxial astmada birinchi yo'rdam ko'rsatish nafassiqish xurujini yo'qotishdan iborat. Xurujning engil formalarida ingalyasion yo'l bilan yokidorilar yordamida bronxlar kengaytirishga harakat qilinadi. (0,025 g efedrin tabletkasi ichishga; 0,005 g izadrin tabletkasi til tagiga yoki 2% li 0,5—1 ml eritmasi ingalyasiya uchun). Agar bu muolajalar yordam bermasa, 5% li 0,5—1 ml efedrin eritmasi teri ostiga yuboriladi. Nafas siqish og'ir kechgan hollarda venaga 2,4% li 5—10 ml eufillin eritmasi, teri ostiga 0,1% li 0,3—0,5 ml adrenalin eritmasi, 0,05% li 1—2 ml alupent eritmasi (ba'zan muskul orasiga) yuboriladi.

Yurak astmasi xurujini to'xtatish uchun yurak glikozidlari (0,06% li 0,5—0,75 ml korglikon eritmasi yoki 0,05% li 0,3—0,5 ml strofantin eritmasi) 20 ml 40% li glyukoza eritmasida qo'llaniladi.

7.3 Diabetik komalar

Koma- bu nafas olish va qon aylanish qisman saqlangan holda muskullarning batamom bo'shashishi, reflekslar va sezish xususiyatlarining yo'qolishi bilan kechuvchi qattiq hushsizlik holati bilan xarakterlanadigan kasallik. Komatoz holatlar negizida asab tizimi faoliyatining buzilishi yotadi. Bundan holatlarda anamnez yig'ishning imkoni yo'qligisababli uning tashxisi qiyinlashtiradi. Klinik amaliyotda ko'pincha diabetik (giperglikemik) koma uchraydi.

Diabetik koma organizmda insulin etishmasligi natijasida qon tarkibida qand (**giperglikemiya**) tufayli uglevod, yog' va oqsillar almashinuvining buzilishi, ketonlar (atsetouksus va kislotalari) miqdorining oshishi hamda vodorod

ionlarining ko'plab hosil bo'lishi bilan xarakterlanadi. Giperglikemiya hujayra tashqarisi suyuqligining osmotik bosimini oshirib dehidratatsiya holatini yuzaga keltiradi. Bundan tashqari, siydikda glyukozaning yuqori konsentratsiyasi buyrak kanalchalarida suv va elektrolitlarning qayta so'rilishiga to'sqinlik qilib, organizmning suvsizlanishini yanada kuchaytirib, mineral almashinuvining buzilishiga olib keladi. Organizm suvsizlanishidan o'z navbatida diurez qisqarib, vodorod ionlarining organizmdan chiqib ketishi kamayadi. Bu o'z navbatida kaliy vanatriy ionlarining kamayib, vodorod ionlarining ko'payishiga – atsidozga (qon tarkibida kislotalik xususiyatining oshishiga) olib keladi.

Ma'lumki, diabetik koma qandli diabet bilan og'rigan kasallarda parhezning buzilishi yoki insulinni noto'g'ri yuborish natijasida yuzaga keladi. Bu holatning rivojlanishiga, shuningdek, infeksiyon kasalliklar, jarroxlik muolajalar, jismoniy va emotsional og'irliklar ta'sir ko'rsatadi.

Koma boshlanishidan oldin chanqash, poliuriya, ko'ngil aynash, qusish va boshqa belgilar kuzatiladi. Ba'zan yoshi katta bo'lmagan bemorlarda organizm suvsizlanishi tufayli, qorin sohasi va bo'g'imlarda kuchli og'riq bo'ladi. ko'pincha bu og'riqlar diagnostik xatolarga olib keladi.

Giperglikemik komaning klinik ko'rinishi asta-sekin rivojlanadi. Bunday bemoravval holsizlanib, ko'z oldi qorong'ilashadi. Nafas chuqurlashib, shovqinlitus oladi, og'zidan atseton hidi keladi. Teri va shilliq pardalar oqarib, qurishib qoladi. Yuzdan qon qochib, ko'zlar ichkariga tortilib ketadi. Muskullar bo'shashib, reflekslar pasayadi yoki yo'qoladi. Yurak urishi sustlashib arterial bosim tushib ketadi, tomir tez va kuchsiz ura boshlaydi. Chuqur koma vaqtida kollaps holat yuzaga keladi. Qonda qand miqdori diabetik koma vaqtida 4—8 g/l gacha etadi (400—800 mg %).

Organizmdan ko'p miqdorda suyuqlik yo'qotgan (kuyish, qusish, ich ketish va boshqalar sababli) qandli diabetga chalingan bemorlarda diabetik koma atipik ko'rinishda kechishi mumkin; bunda yuqori miqdorda giperglikemiya va glyukozuriya kuzatiladi, lekin ketoatsidoz kuzatilmaydi.

Birinchi yordam ko'rsatish insulinoterapiyadan iborat (20—40 ml izotonik eritmada 40—50 ED vena orqali yoki 40—50 ED teri ostiga yuboriladi). Keyinchalik teri osti in'eksiyalari qonda va siydikda qand va keton tanachalari miqdorini kuzatgan holda qaytarilib turiladi. Insulinoterapiya bilan birgalikda vena orqali Ringer-Lokk eritmasi yoki natriy xloridning izotonik eritmasi (2—3 litrgacha), shuningdek yangi tayyorlangan 4%—8% li natriy gidrokarbonat eritmasi (200—400 ml) yuboriladi. Bundan tashqari yurak faoliyatini yaxshilovchi dorilar beriladi (1 ml 0,06% li korglikon yoki 0,75—1 ml 0,05% li strofantin eritmasi). Ayrim hollarda bir xil gruppali yangi tayyorlangan qon yuborish yaxshi klinik foyda beradi.

Gipoglikemik koma.

Gipoglikemik komaning asosiy klinik ko'rinishlari bosh miyada uglevod moddasining etishmasligidan kelib chiqadi. Gipoglikemiya klinikasi qonda qand miqdori 0,5 g/l dan (50 mg%) pasayib ketganida vujudga keladi. Gipoglikemik koma qandli diabet bilan kasallangan bemorlarni davolashda insulin dozasi oshirib yuborilishi natijasida, qandli diabeti bo'lmaganlarda organizmda glyukozaning sarf bo'lishi (og'ir jismoniy mehnat, baland isitma va boshqalar) tufayli vujudga keladi. Gipoglikemik koma, shuningdek, organizmda insulinning ortiqcha sekretsiasida (oshqozon osti bezi hujayralarining o'smalari va boshqalarda) ham rivojlanishi mumkin. Gipoglikemik koma boshlanishidan oldin qo'rquv, vahima bosish, ochiqish (chanqash bo'lmaydi) holatlari bo'lmasdan bosh aylanish, ko'ngil aynash terlash kabi belgilar yuzaga keladi. Arterial bosim oshib, taxikardiya kuzatiladi. Nafas etishmovchiligi bo'lmaydi, o'pkadan chiqarilgan xavodan atseton hidi keladi. Gipoglikemiya oshgan sari kasal bezovtalana boshlaydi, alahsirash kuchayib, agressiv holat yuzaga keladi. Bu holat o'tkir psixoz klinikasiga o'xshab ketadi. Psixomotor qo'zg'alish muskullar tortishishiga aylanib, bemor gapirolmay qoladi. Gipoglikemik koma cho'zilib ketsa, nafas olish yuzakilashib, arterial bosim tushib ketadibradikardiya paydo bo'ladi. Qonda qand miqdori juda past bo'ladi. ba'zida bosh miyada qaytmas o'zgarishlar kelib chiqib koma o'lim bilan yakun topishi mumkin.

Gipoglikemik holati aniqlanganda darhol vena orqali 40—50 ml 40% li glyukoza eritmasi yuboriladi. Agar kasal o'ziga kelmasa in'eksiya qaytariladi. Gipoglikemiya chuqur bo'lsa, teri ostiga 0,5—1 ml 0,1% li adrenal eritmasi yuboriladi.

Ko'rsatilgan muolajalar yordam bermasa, glyukokortikoidlar qo'llaniladi (75—100 mg gidrokortizon yoki 30—60 mg prednizolonning 5% li 500 ml glyukozadagieritmasi).

8 Ma'ruza Reanimatsiya usullari tug'risida tushuncha . Zaharlanishlar (ilon, chayon, qoraqurt chaqqanda, petsitsidlar, zaharli o'simliklar, dorilardan zaharlanish) va BTYo.

Reja:

8.1.Reanimatsiya usullari tug'risida tushuncha

8.2. ilon, chayon, qoraqurt chaqqanda BTYO

8.3. Zaharlanishlar-petsitsidlar, zaharli o'simliklar, dorilardan zaharlanish va BTYO.

Tayanch iboralar:

8.1. Reanimatsiya usullari tugʻrisida tushuncha

Reanimatsiya- organizmning hayotiy zarur faoliyatlarini tiklash tadbirlaridir. Reanimatsiyani nafas harakati va yurak faoliyati toʻxtaganda yoki bu ikkala faoliyat organizm talabini qondira olmaydigan darajagacha kamayganda oʻtkaziladi. Oʻlim sodir boʻlish mexanizmi murakkab boʻlib, oʻlim hech qachon birdaniga roʻy bermaydi, oʻlim oldi –terminal holat davrida boʻladigan oʻzgarishlarni orqaga qaytarish mumkin. Organizmning etarlicha qarshilik qilish xususiyati borligi va oʻz vaqtida koʻrsatilgan yordam tufayli terminal holatdagi oʻzgarishlarni bartaraf etish mumkin. Terminal holatda agoniya va klinik oʻlim farq qilinadi.

Agoniya-es-xushning yoʻqolishi, reflekslarning sunishi, teri qoplamlarining oqarib ketishi, arterial bosimning aniqlanmasligi, nafasning buzilishi-aritmik boʻlishi, yuzakilashishi bilan xarakterlanadi. Puls uyqu arteriyalarida zoʻrgʻa aniqlanadi. YUrak tonlari boʻgʻiq boʻlib, zoʻrgʻa eshitiladi. Agonal holat bir necha daqiqa yoki soat davom etib, klinik oʻlimga oʻtadi.

Klinik oʻlim-nafas olish va qon aylanishining toʻla toʻxtashi bilan davom etadi. Bosh miyada hali qaytmas oʻzgarishlar yuzaga kelmagan boʻladi. Klinik oʻlim 5-8 daqiqa davom etib, reanimatsiya chora-tadbirlari koʻrilsa odamni saqlab qolish mumkin.

Keyin esa biologik oʻlim rivojlanadi. Bu davrdagi oʻzgarishlarni orqaga qaytarib boʻlmaydi.

Yordam koʻrsatuvchi odam tiriklik va oʻlim belgilarini aniqlay olishi lozim. Tiriklik belgilari: yurak urishi-chap koʻkrak sohasida quloq bilan eshitib; nafas-ogʻiz yoki burunga tutilgan oynaning namlanishiga qarab; qorachiqning yorugʻlikka reaksiyasi koʻzga nur yoʻnaltirilganda qorachiqning torayishiga qarab aniqlanadi.

Tiriklik belgilari aniqlansa zudlik bilan reanimatsiya choralari koʻrilishi lozim.

Oʻlim belgilari: koʻz shox pardasining xiralashishi va qurishi, «mushuk koʻzi simptomi»-koʻz bosib, qoʻyib yuborilsa qorachiq deformatsiyalanadi va mushuk koʻzini eslatadi, tananingsovushi va murda dogʻlarining paydo boʻlishi, murdaning qotishi. Biologik oʻlim yuz bergandan soʻng tiriltirishning iloji boʻlmaydi.

Reanimatsiya choralari avvalo oʻlim sababini yoʻq qilish va nafas hamda qon aylanishini tiklashga qaratilgandir. Reanimatsiyani ogʻir mexanik travmadan soʻng, travmatik shok va qon ketishi holatlarida, tok urganda, oʻtkir zaharlanishda, boʻgʻilish yoki suvga choʻkish, termik kuyish, umumiy sovqotish holatlarida oʻtkaziladi.

Reanimatsiya qanchalik vaqtli boshlansa shunchalik ijobiy natijaga erishish oson boʻladi. Reanimatsiyani bir odam amalga oshirayotgan boʻlsa 2:15 nisbati tavsiya etiladi, yaʼni har 2 marta oʻpkaga tez yuborilgan havodan keyin 15 marta koʻkrak qafasi eziladi. Agar yordamni 2 kishi amalga oshirayotgan boʻlsa, unda bir kishi

yurakni massaj qiladi, ikkinchisi esa o'pkani sun'iy ventilyasiya qiladi. Ularning harakatlari kelishilgan bo'lishi kerak, aks holda o'pkaga havo yuborilayotgan vaqtda ko'krak qafasi ezilib turilsa bunday «nafas»dan foyda bo'lmaydi, balki o'pkaning yorilishi kuzatilishi mumkin. Bunday holatning oldini olish uchun 1:5 nisbat tavsiya etiladi, bunda birinchi odam o'pkaga bir marta havo yuboradi, ikkinchisi 5 marta ko'krak qafasini ezadi.

Hozir jahon bo'yicha qabul qilingan AVS dasturi (jonlantirish alifbesi) qat'iy ketma-ketlikda, ilmiy asoslangan davolash muolajalarining yig'indisidir. Uning eng katta afzalligi oddiyligi va aholiga qulayligidir.

AVS dasturi bo'yicha jonlantirish qat'iy ketma-ketlikda o'tkaziladigan 3 usuldan iborat:

A. Birinchi navbatda nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini tiklash zarur. Buning uchun bemor orqasiga yotqiziladi, boshni maksimal orqaga engashtiriladi, pastki jag' esa oldinga chiqaziladi. Shundan so'ng barmoq bilan (datsrumolga o'rab) og'iz bo'shlig'ini aylanma harakat qilib tekshiriladi va yot moddalardan, qusuq massalari va shilimshiqdan tozalanadi. Bular tez, lekin jarohat etkazmasdan extiyotkorlik bilan o'tkaziladi.

V. Sun'iy nafas oldirish: og'izdan og'izga yoki og'izdan burunga. Agar yurak faoliyati to'xtamagan bo'lsa, sun'iy nafas oldirish Mustaqil nafas tiklangunga qadar davom etadi. Nafas to'xtashiga tezda yurak to'xtashi qo'shiladi.

S. Bir vaqtning o'zida qon aylanishi yurakning tashqi massaji yordamida tiklanadi. Buning uchun kesishgan kaftlarni to'shning utsiga, uning pastki qismiga qo'yiladi va tez ritmik harakat bilan u eziladi. Shunda yurak to'sh va umurtqa oralig'ida siqilib yurakdan qon haydaladi, tanaffus vaqtida esa ko'krak qafasi kengayib, yurak ichi qonga to'ladi. Yurakni bilvosita massaj qilish uchun nafaqat qo'l kuchini, balki gavda og'irligini ham qo'llash kerak.

Klinika sharoitida bemorni jonlantirish uchun o'pkaning sun'iy ventilyasiya apparati va defibrillyatordan foydalaniladi. Agar jarrohlik amaliyoti davrida yurak to'xtasa bevosita massaj usulidan foydalanish mumkin. Bunda jarroh ko'krak bo'shlig'ini ochib, yurakni quliga oladi va massaj qiladi.

Shok-organizmning umumiy og'ir reaksiyasi bo'lib, eksremal omillar ta'sirida sodir bo'ladi. Shokning asosini hayot uchun muhim bo'lgan qon aylanish va nafas olish faoliyatlari, asab va endokrin tizim, moddalar almashinuvining birdan buzilishi tashkil qiladi. Kelib chiqish sabablariga ko'ra shokning bir necha turi farqlanadi:

Kardiogen shok-yurak etishmovchiligining alohida og'ir shakli bo'lib, miokard infarktining asorati hisoblanadi. Kardiogen shok arterial bosimning pasayib ketishi, pulsning tezlashuvi, qon aylanishining buzilishi bilan kechadi.

Infeksion-toksik shok-og'ir infeksiyon jarayonlarda rivojlanadi. Bu holatda shokning klinik ko'rinishi tana haroratining oshishi, qaltirash, yiringli septik o'choqning bo'lishi bilan ajralib turadi.

Emostional shok-to'satdan va kuchli ruxiy travmalar ta'sirida yuzaga keladi. Ba'zan qo'rquv tufayli to'liq harakatsizlik kelib chiqishi mumkin. Bu holat bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etishi mumkin. Ayrim holatlarda aksincha keskin qo'zg'aluvchanlik kelib chiqadi, bunda baqirish, ma'nisiz harakatlar, yugurish, yurak urishining tezlashishi, terining chuqur qizarishi yoki oqarishi, terlash, ich ketishi kuzatiladi.

Anafilaktik shok-dori moddalariga tana sezuvchanligi yuqori bo'lganda kelib chiqadi. Buning oldini olish uchun dorilarni yuborishdan oldin teri-allergik sinamasi o'tkazish lozim.

Potsgemorragik shok-ko'p qon yo'qotilganda, gemolitik shok esa gemolitik zaharlar bilan zaharlanganda yoki noto'g'ri qon quyilganda kuzatiladi.

Travmatik shok-og'ir Shikastlanishlar natijasida kelib chiqadi. Qattiq kuyish natijasida yuz beruvchi kuyish shoki ham travmatik shokning bir turi hisoblanadi.

Shokning davrlari.

Qo'zg'alish davri (erektel faza)-10-20 daqiqa davom etadi. Belgilari: hushi joyida, teri va shilliq qavatlar oqargan, qarashlari notinch, kuchli ter ajralishi, qorachiqalar kengayishi, qorachiqalarning yorug'likka sezuvchanligining yaxshiligi, puls past, arterial bosim me'yor atrofida, mushaklartortishgan, teri va pay reflekslari kuchaygan, nafas olishi tezlashgan.

Tormozlanish davri (torpid faza)-bu davrda hushi joyida bo'lsa ham og'riq sezuvchanlik birdan pasayib ketadi. Belgilari: arterial va venoz bosim tushadi, puls tezlashadi, tana harorati tushib ketadi, nafas olish sekinlashadi, terini nam, sovuq ter bosadi, chanqoqlik, ba'zan qayt qilish kuzatiladi, bemor xotirjam yotadi, atrof-muhitni sal sezadi yoki umuman sezmasligi mumkin.

Travmatik shokning tormozlanish davri 4 darajaga bo'linib, zudlik bilan beriluvchi yordam shokning og'ir-engilligiga mos kelishi kerak.

I daraja (engil): teri oqargan, es-xushi joyida yoki sal tormozlangan, mushaklar titraydi, arterial bosim tushib ketgan, puls bir maromda, nafas olishi tekis, tana harorati me'yorda. Bu daraja hayot uchun xavfli emas.

I darajali shokda birinchi yordam: jismoniy va ruxiy tinchlantirish, og'riqsizlantirish, qon oqishini to'xtatish, transport immobilizatsiyasidan iborat.

II daraja (o'rta og'irlikda): bemorning ahvoli birmuncha og'irroq, asablari taranglashgan, sezilarli darajada yaqqol tormozlangan. Terisi oqargan, hushi joyida, qorachiqalar yorug'likni sal sezadi, arterial bosim tushib ketadi, puls va nafas olishi tezlashadi, tana harorati pasayadi, reflekslar pasayib ketadi.

II darajali shokda birinchi yordam: jabrlanuvchiga issiq shirin choy ichirish, ogʻriqsizlantirish, nafas yoʻllarining oʻtkazuvchanligini tiklash, tashqi qon oqishini toʻxtatish, transport immobilizatsiyasi, tezlikda kasalxonaga etkazishdan iborat

III darajali (ogʻir) shok: asablarning sezilarli darajadagi taranglashuvi, qotib qolish, atrofga va oʻziga nisbatan befarqlik, hushi joyida, teri va shilliq qavatlar kulrangroq rangpar, sovuq ter bosgan, sitsolik bosim 70 mm s.u.dan past, diatsolik esa 30-40 mm s.u., puls va nafas olish sekinlashgan, yuzaki boʻladi.

III darajali shokda birinchi yordam: asab, yurak, qon-tomir tizimi, nafas olish aʼzolari faoliyatini normallashtiruvchi shokka qarshikompleks choralar koʻriladi; yuqori nafas yoʻllari oʻtkazuvchanligi taʼminlanadi-boshni orqaga egib, pastki jagʻini tortib, nafas yoʻllarini shilliqlardan, qondan, qusuq moddalardan tozalanadi; ogʻriqsizlantiriladi; qon oqishini toʻxtatiladi; zararlangan qoʻl-oyoq oxirlarini standart transport vositalari yordamida immobilizatsiya qilinadi; zudlik bilan kasalxonaga yotqiziladi.

IV daraja (oxirgi): klinik oʻlimga oʻtuvchi davr. Voqea joyida yordam koʻrsatish va transportirovka qilishda jabrlanuvchini shok holatidan butunlay chiqarishga urinish shart emas. Muhimi, shokning kuchayib ketishiga yoʻl qoʻymaslik kerak, nafas va yurak qon tomir tizimining faoliyatini yaxshilab, oʻlim xavfini kamaytirish kerak. Travmatik shokni davolashning asosiy manbai-maxsus davolash muassasasiga zudlik bilan yotqizish.

Shokda yordam berishning umumiy tamoyillari. Shokda birinchi yordam jabrlanuvchini jarohatlovchi omil taʼsiridan xalos qilishga qaratiladi. buning uchun uni yonayotgan kiyim, elektr toki manbai va b. dan xalos qilish lozim. Ochiq jarohat boʻlib, qon oqayotgan boʻlsa, qonni vaqtinchalik toʻxtatish choralari koʻrish, sinish yoki chiqish boʻlsa vaqtinchalik immobilizatsiya qilish kerak. Ogʻiz boʻshligʻi va halqum qusuq moddalari va b. dan tozalanadi. Agar zarur boʻlsa oʻpkaning sunʼiy ventilyatsiyasi oʻtkaziladi. Agar jabrlanuvchi hushsiz boʻlsa-yu, yurak va nafas faoliyati saqlanib qolgan boʻlsa qusuq moddalarining nafas yoʻliga tushib qolmasligi uchun qorin tarafga buklab, boshini yon tomonga egadi. Hushi oʻzida boʻlgan jabrlanuvchiga ogʻriq qoldiruvchi dorilar ichiriladi. Bundan tashqari shokning kelib chiqishiga qarab klinikada maxsus choralar koʻriladi (potsgemorragik shokda qon quyish, kardiogen shokda narkotik analgetiklar yuborish va b.)

9-Ma`ruza. Zaharlanishlar petsitsidlar, zaharli oʻsimliklar, dorilardan zaharlanish va BTYo.

Dori-darmonlardan zaharlanish— koʻpincha uyqu va tinchlantiruvchi, analeptik, dezinfeksiyalovchi va antiseptiklar taʼsirida yuz beradi. Keyingi oʻrinlarda zaharlanishlarga turmushda ishlatiladigan kimyoviy birikmalar - asosan insektitsidlar, boʻyoqlar, pardoziy laklar, kasb sohasidagi birikmalardan — ishlab chiqarish va kasb-korda ishlatiladigan benzin, kerosin, organik zritmalar, kislotalar, ishqorlar, har xil gazlar va boshqalar turadi.

Moddalarning asosan uch xil – mahalliy, rezorbtiv va reflektor ta'sir ko'rsatadi.

Mahalliy ta'sir ko'rsatadigan moddalarga sulfat, xlorid, azot va boshqa kislotalar hamda ularning bug'lari, ammiak, ishqorli moddalar kiradi. Bulardan ko'pchiligi mahalliy ta'siridan tashqari, rezorbtiv-zaharli ta'sirga ham ega (simob tuzlari va uning birikmalari, sirka va boshqa organik kislotalar, ftor, xlor saqllovchi birikmalar).

Reflektor ta'sir ko'rsatuvchi moddalarga xlorfosgen, ammiak va boshqalar kiradi. Ular markazga intiluvchi nervlar, nafas va me'da-ichak yo'li, teriga ta'sir ko'rsatib, bunda tovush chiqaruvchi oraliqning spazmiga olib kelishi mumkin. Reflekslar tomirlarning kimyoviy retseptorlari orqali va moddalarning to'qimalardan qonga so'rilishi natijasida sodir ham bo'lishi mumkin.

Bunday ta'sir ba'zi alkaloidlarda, (lobelin, anabazin, nikotin va boshqalar) sinil kislotasi qoldiqlarida bo'ladi.

Patologik xususiyatlarning rivojlanishi zaharning miqdori, fizik va kimyoviy tuzilishi hamda kishi organizmiga, ya'ni zaharlangan kishining yoshiga, jinsiga, ovqatlanishiga, organizmning boshqa xususiyatlariga ham bog'liq bo'ladi. Shuningdek, patologik jarayonning rivojlanishi insonni o'rab olgan atrof-muhit holatiga, ya'ni havo bosimi, harorat, namlik va boshqalarga ham bog'liq.

Zaharlangan kishiga qanchalik tez yordam ko'rsatilsa, zaharning og'ir oqibati shunga tez bartaraf etiladi. Shuning uchun zaharlangan kishiga nisbatan quyidagi zudlik bilan bajarilishi lozim bo'lgan choralar qo'llanilishi lozim: 1) tanaga zahar tushishini to'xtatish; 2) hali qonga so'rilib ulgurmagan zaharni tanadan chiqarib tashlash; 3) zaharni zararsizlantirish yoki uning so'rilishini to'xtatish; 4) so'rilgan zaharni antidotlar (zaharga qarshi dorilar) yuborish yo'li bilan zararsizlantirish; 5) tananing muhim hayotiy faoliyatlarini saqlashga harakat qilish.

Zaharlangan kishidan va atrofdagilardan zaharlanish sababini surishtirish katta ahamiyatga ega. Bunda qachon va qaerda zaharlanish sodir bo'lgani, qanday yo'l bilan va qancha zahar tanaga kirganini aniqlash kerak bo'ladi.

Zaharlanishni aniqlashda zaharlanish belgilarini va qusuq moddalarni, oshqozonni yuvishdan chiqqan suvlarni, qon, siydik, nafas olganda chiqarayotgan havoni tahlil qilish muhim ahamiyatga ega. Shuningdek zaharning hidiga ham ahamiyat berish zarur.

Zaharning tanaga tushish yo'li aniqlansa, uning tarqalishini to'xtatish oson kechadi. Agar, u tanaga havo orqali kirgan bo'lsa, bemorni tezda zaharlangan muhitdan olib chiqish hamda qo'shimcha zahar manbai bo'lishi mumkin bo'lgan kiyimlarini echish, davolash muolajalarini zaharlanmagan joyda o'tkazish lozim. Zaharlangan hududda yordam ko'rsatish, bemor ahvolini og'irlashtiribgina qolmay, balki yordam beruvchilar uchun ham xavf tug'dirishi mumkin. Agar zahar teriga tushgan bo'lsa, uni tezda suv bilan sovunlab yuvish yoki paxta bo'lagi bilan olib tashlash, so'ngra suv bilan yuvish zarur.

Zaharlovchi modda tanaga og'iz orqali kirgan bo'lsa, zudlik bilan oshqozon yuviladi. Yuvishning eng yaxshi usuli zond yordamida yuvish hisoblanadi, biroq yordam berishda bunga imkoniyat bo'lmasa, unda zahar qayt qilish orqali

chiqariladi. Buning uchun bir necha qo'ltum suv yoki 0,1—0,05%li margansovka eritmasi ichiladi. Shuni esda tutish lozimki, kislota, ishqor va boshqa moddalar bilan zaharlanganda, bemorga tuzli eritmalar berilmaydi. Zahar oshqozonga tushganda, uni zararsizlantirishni bir qancha moddalar bilan amalga oshirishni unutmaslik kerak. Zararsizlantirishning eng yaxshi usuli—aktivlashtirilgan ko'mir bilan adsorbsiya qilishdir (10—20 g aktivlashtirilgan ko'mir 100 g suvga solinadi). Faol ko'mir— alkaloidlar, glikozidlarni, ko'plab suyuq organik birikmalarni, og'ir metallar tuzlarini yaxshi adsorbsiya qiladi. Adsorbent o'rnida oq loyni ishlatish ham mumkin (20—30 g 100 g suvga).

Oshqozondagi zaharning singishini kamaytirish uchun zaharni kesadigan kisel, sut, uning suvdagi aralashmasi, jele va boshqa narsalar berish mumkin. Shuni unutmaslik kerakki, yog'da eruvchi zaharlar bilan (fosfor, anilin va boshqalar) zaharlanganda, zaharni kamaytirish uchun yog' ishlatish mumkin emas.

Zaharlanishni bartaraf etish usullaridan biri: eruvchi birikmalarni erimaydigan yomon so'riluvchi, birikmalarga aylantirish hisoblanadi. Buning uchun zaharning turiga qarab har xil kimyoviy moddalar ishlatiladi. Zaharga qarshi adsorbsiya, kimyoviy neytralizatsiya, oshqozondan zaharni mexanik yo'l bilan olib tashlash choralari ko'rilgandan so'ng, zaharning ichakdan chiqib ketishini tezlatish uchun surgu va sifon klizmalari qo'llaniladi.

Zudlik bilan bajarilishi lozim bo'lgan choralar ko'rilgandan so'ng, detoksikatsiya va dezintoksikatsiyalovchi davo choralari qo'llaniladi. Hayotiy muhim a'zo va sohalar ahvolidan kelib chiqib, gemolitik desorbsiya va gemodializ qilinadi. Odatda, og'ir zaharlanish sodir bo'lganda, zaharlanganlar reanimatsiyabo'limida agar bu bo'lim bo'lmasa intensiv palatada (xonalarda) davolanadilar.

Keng tarqalgan dori-darmonlar bilan zaharlanishlar. Ularning belgilari va davolash usullari.

Ko'pincha barbitur kislotalari hosilalaridan zaharlanish hollari kuzatiladi. Bu dorilar turkumiga barbamil, barbital, (veronal) geksenal, tiopental-natriy, fenobarbital (lyuminal) etaminal-natriy (nembutal) va boshqalar kiradi. Ulardan geksenal va tiopental-natriy parenteral usulda yuborishga moslab, qolganlari esa tabletka shaklida chiqarilgan. Ko'rsatilgan moddalar kuchli ta'sir etuvchi, narkotik ta'sirga ega bo'lgan dori-darmonlar hisoblanadi. Barbituratlardan zaharlanishning to'rt bosqichi farqlanadi: a) uxlab qolish; b) yuza koma holati; v) chuqur koma holati; g) koma holatidan keyingi bosqich.

Birinchi bosqichida uyqudan bosh ko'tara olmaslik, beparvolik, so'zlarning noaniqligi kuzatiladi. Nafas olish va qon aylanishi buzilmaydi. Bemor og'riqni va har qanday tovushni sezib turadi. Uyg'onish bosqichi 10—15 soatgacha davom etishi mumkin. Bemor dorisiz o'zi-o'zidan uyg'onadi. Barbituratlarni ko'p miqdorda qabul qilgan kishida, yuza koma holati vujudga keladi. Bunda reflekslar saqlangan holda chuqur uyquga ketish holati kuzatiladi. Bemor es-hushini yo'qotadi, qorachig'i torayadi, biroq uning yorug'lik reaksiyasi pasayadi, patologik reflekslar paydo bo'ladi, bo'yin mushaklari qotadi. Arterial qon bosimi o'z me'yorida bo'lgani holda tomir urishi tezlashib, nafas olish sekinlashadi. Teri rangi

ko'karishi mumkin. YUzaki koma holatida til orqaga ketib qolishi, qusuq moddalarining tiqilishi natijasida mexanik asfiksiya holati yuzaga kelishi mumkin.

Chuqur koma holatida chuqur uyqu holati, reflekslarning (keyinchalik hatto qorachiq refleksining), mushak tonusining yo'qolishi kuzatiladi, a'zolar birmuncha torayib, nafas sekinlashadi.

Zaharlanishning bu bosqichida o'tkir yurak qon-tomir etishmovchiligi yuzaga chiqadi, arterial qon bosimi pasayadi, tomir urishi susayadi. Og'ir koma bosqichida paroksizmal taxikardiya rivojlanib, nafas to'xtab qolishi, kollaps, o'pka va miyaning shishishi kuzatilishi mumkin.

Keyingi (komadan so'nggi) holat harakat muqobilligining buzilishi bilan xarakterlanadi. Bunda harakat beso'naqaylashib, emotsional beqarorlik, ba'zida ruhiy tushkunlik kuzatiladi. Bu bosqichda o'pka shamollashi, to'qimalarning trofik o'zgarishlari kuzatilishi mumkin.

Barbituratlar bilan engil zaharlanishda uyqu bir kun, o'rtacha zaharlanganda 1—2 kun, og'ir zaharlanishda esa 5 kun va undan ortiq vaqt davom etishi mumkin. Barbituratlar bilan zaharlanganda zudlik bilan ko'riladigan choralardan biri, nafas yo'lining ravonligini ta'minlash, ya'ni traxeotomiya qilish, shuning bilan birga tanadagi zaharli moddani olib tashlash uchun oshqozonni zond bilan yuvish (oshqozonni iliq suv bilan, margansovka eritmasi (1:1000) yoki natriy gidrokarbonatning 2%li eritmasi bilan chayish) lozim bo'ladi. Oshqozonni yuvib bo'lgandan keyinunga zaharli moddalarni o'ziga so'rib olish xususiyatiga ega bo'lgan ko'mir aralashmasi yuboriladi. SHuni eslatib o'tish lozimki, oshqozonni yuvish zaharlanish sodir bo'lgan vaqtdan so'nggi 4 soat ichidagina samara beradi.

keyingi davolash muolajalari tanadan zaharni chiqarib yuborishga, muhim a'zolarining bir me'yorda faoliyat yuritishiga qaratilgan bo'lishi kerak. O'tkir zaharlanish holati va komadan so'nggi bosqichda davolash uning asoratlari tugatishga qaratiladi. Diurez, ya'ni siydikni haydash ham zaharni tanadan chiqarishda muhim o'rin tutadi. Bunda mochevina yoki mannitol yordamida osmotik diurez usuli keng qo'llaniladi. Gемodializ (sun'iy buyrak apparatini qo'llash) hamda peritonealdializ ham yaxshi foyda beradi.

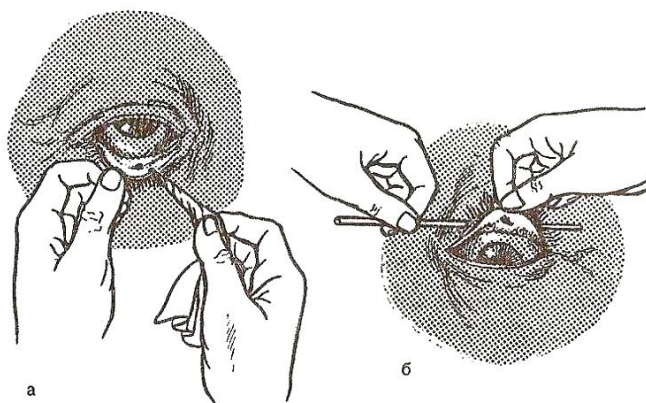
Tashqi nafas olishning keskin buzilishi bilan bir qatorda, nafas olish etishmasligi o'pka shamollashi va traxeobronxit natijasida ro'y bergan bo'lsa, yuqoridagilarni hisobga olib, zaharlanganlarni kompleks davolash bilan birga o'pka shamollashini ham davolash lozim bo'ladi. Zaharlanish natijasida suv-elektrolit almashinuvi ham buziladi, shuning uchun ham davolanish jarayonida buni e'tiborga olish lozim. Bunday hollarda yurak-tomir dori-darmonlari, vitaminlar berish lozim. Terida rivojlanishi mumkin bo'lgan trofik o'zgarishlarining oldini olish va unga qarshi kurashish muhim ham ahamiyatga ega. Buning uchun bemorni tez-tez havoga olib chiqish va teriga mexanik ta'sirni yo'qotish, (rezina aylanmasi, to'shak, o'rin-joylarni o'zgartirish) terini kamforli spirt bilan tez-tez artish lozim.

Bemorga qarab turish muhim ahamiyatga ega, ya'ni bronxlardan shilliq moddalarni chiqarib tashlash, harorat pasayganda uni isitish, tana gigienasi va og'iz bo'shliqlari gigienasiga rioya qilib turish kerak.

Xolinolitik moddalar(atropin, amizil, aprofen, astmatol, aeron, bekarbon, besalol, krasavka nastoykasi, skopolamin, spazmolitik va boshqalar)dan zaharlanish. Ushbu dorilar kattadozada ishlatilsa, markaziy va periferik asab tizimining xolinolitik tizimiga g'ov bo'ladi.

Zaharlanish ushbudorillarni ichganda, ukol qilinganda, hamda ko'z shilliq qavatiga ta'sir qilganda sodir bo'ladi. Dori-darmonlardan zaharlanish ta'sirida og'iz qurishi, tovush o'zgarishi, nutq buzilishi yuz beradi. YOrug'likdan qo'rqish paydo bo'lib, yurak urishi tezlashadi, nafas olish qiyinlashadi, bosh og'rig'i kuchayadi, qorachiq kattalashadi, akkomodatsiya xususiyati yo'qolib, uning parez holati yuzaga keladi, bunda yaqindan ko'rish buziladi. Teri qurib qizaradi. Zaharlanishning og'ir turida ruhiy o'zgarish yuzaga kelib, harakatlar o'zgaradi, gallyusinatsiya (yo'q narsani ko'rish, g'oyibdan eshitish) paydo bo'ladi, esankirash sodir bo'ladi, epilepsiyaga o'xshash tomir tortishi bo'lib, so'ng bemor o'zini bilmay qoladi. Agar zahar ichga ketsa, unda tezlik bilan oshqozon 1% li tanin eritmasida yuviladi. Agar zaharlanish ko'z shilliq qavatiga tushgan bo'lsa, ko'z suv bilan yuviladi, yot jisimlar olib tashlanadi (27-rasm).

Uning antidoti 0,05% prozerin (1 ml) eritmasi yoki 0,1% fizostigminning eritmasi hisoblanib, u teri ostiga yuboriladi. Psixomotor qo'zg'alishda aminazin (2,5% li 2 ml eritma) mushakga yuboriladi. Agartomir tortishi ro'y bersa, barbituratlar (tiopental natriy 5—10 ml 2,5% li eritma) teri ostiga yuboriladi. Ko'zga ko'rinarli zaharlanish sodir bo'lganda siydik haydovchi dorilar berish va qonni ishqorlash lozim. Buning uchun glyukoza bilan askorbin kislotasi bilan yuboriladi. Taxikardiya holatida (tomirning tez urishida) inderal ishlatiladi. Agar gipertermiya holati yuzaga kelsa, boshga, chovga muz solingan xalta qo'yilib badan nam latta bilan artiladi.



28-rasm. Yot jismni ko'zdan olib tashlash: a) pastki qovoqdan; b) yuqori qovoqdan;

Ganglioblokatorlar(arfonad, benzogeksoniy, gangleron, dikolin, dimekolin izoprin, kvateron, paxikarpin, pentamin, pirilenlar)dan zaharlanishlar. Ular ichida paxikarpindan zaharlanish ko'p uchraydi. Bu dori ganglioblokalovchi ta'sirdan tashqari, mushaklar tonusini oshirib, bachadon

mushaklari qisqarishini kuchaytiradi. SHuning uchun xotinlarda paxikarpin «ishonchli» vosita bo'lib, homilani tushirishda ishlatiladi, ushbu dorini 0,5 dan 8 grammgacha qo'llash zaharlanishga olib keladi.

Uning klinik ko'rinishi bosh aylanish, ko'z xiralashishi, ko'ngil aynishi, qusish, qorinda og'riq paydo bo'lishi, qo'loq shang'illashi, og'iz qurishi, ruhiy qo'zg'alishlar, tomir tortishi bilan xarakterlanadi. Og'ir hollarida hushdan ketish, kollaps kuzatilishi, nafas olish va yurak faoliyati to'xtab qolishi mumkin. Zudlik bilan davolash usullariga oshqozonni yuvish, tuzli, surgı dori berish, tozalovchi klizma qilishlar kiradi. Keyinchalik vegetativ asab tolalari ish faoliyatini yaxshilashga qaratilgan choralar ko'riladi. Bunda prozerin (1 ml 0,05% li eritma) vitamin V₁ (6% li eritma), ATF (2—8 ml 1% li eritma) yuboriladi. Agar qo'zg'alish yuqori bo'lsa sedativ moddalardan geksonal yuboriladi. Agar kollaps vujudga kelsa, unda mezaton va boshqa yurak-tomir dorilari beriladi.

Og'ir hollarda siydikni haydash va gemodializ qilish kerak bo'ladi, agar bemor mustaqil nafas ola olmasa, sun'iy nafas oldiriladi.

Opiy (afyun) guruhiga mansub moddalar (dionin, kodein, kodterpin, morfin gidrokloridi, opiy nastoykasi, omnopon, promedol, tekodin va boshqalar) bilan zaharlanishlar. Ushbu dorilarning barchasi bo'lib, ular A yoki B gruppasiga kiradi.

Og'riqni qoldiruvchilar guruhiga kiruvchi morfin misolida bunday moddalardan zaharlanish va ularda yordam berishni ko'rib chiqish mumkin. Davolash ta'siriga ega bo'lgan miqdordagi morfin og'riq o'tkazishni to'xtatib qo'yadi. Morfinning kishi uchun zaharli dozasi—0,1 gr; 0,2 gr esa o'limga olib keladi. Biroq nashavandlarda bu ko'rsatkich yuqori bo'lishi mumkin. Morfinni zaharlash miqdorida ichilganda yoki ukol orqali yuborganda bemorda koma holati (behush) sodir bo'lishi mumkin, bunda qorachiqning yorug'likka bo'lgan reaksiyasi susayadi, teri qizaradi, mushak faoliyati oshadi, ba'zida tomir tortishi ro'y beradi. Og'ir hollarda esan nafas olish qiyinlashadi hattou to'xtab qoladi. Bunda shilliq qavatlarning ko'karib ketishi, qorachiqning kengayishi, tomir urishining sekinlashishi, kollaps, haroratning pasayishi kuzatiladi.

Morfin bilan zaharlanganda u qanday yo'l bilan tushganligidan qat'iy nazar birinchi navbatda margansovka eritmasi (1:100) bilan oshqozon yuviladi, tuzli surgı dori beriladi. Morfinning antidoti nalorfin (antorfin) hisoblanadi, u venaga 10—15 daqiqa orasida yuboriladi. Bunda uning umumiy dozasi 0,4 gr (8 ml 0,5% li eritmasidan) dan oshmasligi lozim. Agarnalorfin bo'lmasa, teri orasiga atropin (1 ml—0,1% eritma) yuboriladi.

Zaharlanishning og'ir hollarida, suyuqlikni tez chiqarish va dializ, nafas olish qiyinlashganda esa — kislorod bilan sun'iy nafas oldiriladi, yurak faoliyatini yaxshilovchi moddalar, analeptiklar (kofein 2 ml 10% eritmasi, kordiamin 2 ml), vitamin B₁ (3 ml 5% li eritmasi), glyukoza eritmasi yuboriladi.

Davolash jarayonida bemorni isitish lozim bo'ladi, chunki narkotiklar bilan zaharlanganda tana harorati pasayib ketadi. Agar bemor hushidan ketmagan bo'lsa, unga choy, kofe beriladi.

Mis, rux, simob, kuchala va ular birikmalaridan zaharlanish. Mis va uning birikmalari: mis oksidi, mis kuporosi, bordos eritmasi, xlor, oksidli mis, karbonatli mis tanaga ko'pincha nafas olish yo'li bilan tushib, nafas yo'li va qizilo'ngach shilliq qavatlariga qitqlovchi ta'sir ko'rsatadi. Qonda gemoliz holatini keltirib chaqiradi va ichki a'zolarga salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Yashirin (latent) bosqichi (4—48 soat) o'tgandan so'ng, et uvishishi rivojlanadi. Tana harorati 39— 40⁰S gacha ko'tariladi, tomir urishi tezlashadi, bemor qayt qilish mumkin. Ba'zida burundan qon keladi. Ko'p miqdorda zaharlanganda o'pka shishadi, markaziy asabtizimi zararlanadi. Bemor tezda halok bo'lishi mumkii. Agarmisbirikmasioshqozongatushsa, bir necha vaqt o'tgandan so'ng, og'izda metall mazasi paydo bo'ladi, keyin ko'ngil aynishi, qusish, oshqozonda og'riq, ich ketish va kuchli tashnalik kuzatiladi. Teri sariq tusga kiradi. Til va shilliq qavatlar ko'karib ketadi. Tana harorati pasayadi. Yurak qisqarishi kamayadi (bradikardiya). Koma holati sodir bo'lib, og'ir ahvollarda tomirtortishikuzatiladi.

Birinchi yordam berish oshqozonni 0,5% li sariq tusli qon tuzi eritmasi bilan bir necha bor yuvishdanboshlanadi. Bu eritma bemorga 1—3 osh qoshiqdan har15 daqiqada ichiriladi hamda tozalangan ko'mir (1 osh qoshiq ko'mir bir stakan suvga) yoki magniy oksidi (2 oshqoshiq bir stakansuvga) beriladi. Bemorning venasiga 30% li 100 ml tiosulfat natriy, teriostiga esa morfin va atropin yuboriladi.

Qo'rg'oshin va uning birikmalari(Qo'rgoshin oksidi, qo'rg'oshinning ikkilamchi oksidi, surik va boshqalar)dan zaharlanish tanaga nafas yo'li, oshqozon-ichak va teri orqali tushadi.Qo'rg'oshindan o'tkir zaharlanishda kuchli sanchiq va og'izda shirin ta'm paydo bo'lishi, so'lak oqishi, qusish, qorinning qattiq og'rishi, hamda spastik ich qotishi kuzatiladi.

Zaharlangan kishi bezovtalanadi (qiynaladi, og'riqdan ingraydi), qorinda og'riq, terlash, qon bosimining oshishi, tana haroratining ortishi bilan pasayadi. Buyrak faoliyati susayib siydik miqdori kamayadi, teri sarg'ayishi mumkin.

Birinchi yordam ko'rsatilganda dastlab oshqozon magniy sulfat eritmasi bilan chayiladi hamda tuzli surgi dori beriladi. 0,1% 1 ml atropin eritmasi kuniga 2—3 marta yuboriladi, 2 ml — 2% li promedol teri ostiga, 200 ml gacha 0,25% novokain eritmasi va shuningdek 20%limannit eritmasi glyukoza bilan tomirga yuboriladi. Bulardan tashqari paranefral novokain blokadas va qorin atrofida diatermiya hamda magniy sulfatdan issiq klizma qilinadi. Venaga tomchi holid glyukoza(500—1000 ml 5% eritma) tetatsin kalsiy (20 ml 10%lieritma) bilan har 1—2 kunda yuboriladi, hamda kompleks hosil qiluvchi dori moddalaridan 0,5 g dan kunora 4 mahal ichishga beriladi.

Maxsus davo choralaridan tashqari bemorga vitaminlar, tomir tortishishining oldini oladigan dori-darmonlar va parhez buyuriladi. Parhez sutli va o'simlik yog'idan tayyorlangan taomlardan iborat bo'lishi lozim.

Rux va uning birikmalari(rux oksidi, rux xloridi, rux sulfati)dan zaharlanish. Bu birikmalar tanaga nafas yo'llari, ba'zan ovqat hazm qilish a'olari orqali tushadi. Rux va uning birikmalari bilan zaharlanganda og'izda metall mazasi paydo bo'ladi. Tashnalik va holsizlik, ko'ngil aynish va qusish, qorinda og'riq va ich ketish

kuzatiladi. Bemorning uyquasi keladi, mushaklari ogʻrishidan shikoyat qiladi. Keyinchalik quruq yoʻtal, bronxit yuzaga chiqadi. Zaharlanishning ogʻirligiga qarab, bu belgilar 4—5 soatgacha davom etadi, keninchalik et uvishadi, harorat 38—40° S darajaga koʻtarilib, bir necha soatgacha davom etadi. Keyinchalik terlaydi va harorat pasayadi. Ogʻir hollarda oʻpka shamollashi va shishishim mumkin.

Zahar teriga tushsa, yara paydo qiladi. Agar modda ogʻiz orqali kirsam, ovqat hazm qilish yoʻllari shilliq qavatining kuyishiga olib keladi. Bunday hollarda qon qusish va boldir mushaklarining tortishishi yuzaga keladi.

Rux va uning birikmalari ichga tushganda oshqozon 3%linatriy gidrokarbonat eritmasi bilan yuviladi, 0,2% tanin eritmasi, tuzli surji dorilar beriladi. Antidot oʻrnida unitiol ishlatiladi. Unitiol bemorning har 10kg ogʻirligiga 5%lieritmadan 1 ml hisobida birinchi kun 3—4 marta ikkinchi kun 2—3 marta, uchinchi kundan ettinchi kungacha 1—2 marta ishlatiladi. Bundan tashqari ishqorli moddalar(novshadil spirti)ni hidlatish, venaga askorutin kislotasi bilan glyukoza yuboriladi. Lozim boʻlganda narkotik va yurak-tomir dorilari yuboriladi.

Margimush va uning birikmalari (margimush angidridi, natriy arsenat, kalsiy arsenat, parij yoki shveydfurt koʻki, dorivor moddalar - osarsol, novorsenol, miarsenol va boshqalar) bilan zaharlanish.

Ushbu birikmalarning taʼsiri buyrakda, jigarda, ichak va asab tizimlariga oʻz taʼsirini koʻrsatadi. Agar zahar kishi ichiga tushsa, meʼda ichak zaharlanishi yuz beradi. Bu zaharlanish ogʻizda metall taʼmi paydo boʻlishi, qusish, qorinda ogʻriq va ich ketishi bilan boshlanadi. Qusuq massasi yashil tusli, axlati qaynatilgan guruch suyuqligiga oʻxshash boʻladi. Organizmda suyuqlik keskin kamayib ketishi hisobiga tomir tortishi, sariq kasalligi, oʻtkir buyrak etishmovchiligi, kamqonlik yuz beradi. Termik holatda kollaps va koma holati kuzatilishi mumkin.

Zaharlanishning paralitik turida bemor gangib qoladi, esi ogʻadi, tomiri tortishadi, hushidan ketadi, nafas faoliyati toʻxtab, kollaps holati yuzaga keladi. Nafas orqali zaharlanganda gemolizning ogʻir formasi kuzatiladi. 2—3-kunlarda buyrak-jigar etishmovchiligi kelib chiqadi.

Margimushning 0,1—0,2 grami oʻlimga olib kelishi mumkin. Birinchi yordam oshqozonni yuvish, sifon klizmasidan boshlanadi. Birinchi kuni venaga 150—200 ml 5%li unitiol yuboriladi hamda mushakka 5 ml dan kuniga 8 marta ukol qilinadi. Vitaminlardan askorutin kislotasi, V₁ V₆, V₁₅ yuboriladi. Venaga 500—1000 ml 5% li glyukoza eritmasi, 30 ml 10% tetatsin — kalsiy hamda osh tuzinng gipertonik eritmasi yuboriladi.

Oshqozonda qattiq ogʻriq paydo boʻlganda, buyrak atrofiga novokain blokadasini qilinadi, spazmga qarshidorilar yurak-tomir tizimini quvvatlovchi dorilar yuboriladi.

Siydikda gemoglobin aniqlanganda venaga glyukoza — novokain aralashmasi (500 ml% li glyukoza eritmasi, 50 ml 2% li novokain eritmasi), glyukozaning gipertonik eritmasi (20—30%li 200—300 ml), diafillin (10% ml 2,4% eritmasi) natriy gidrokarbonat (1000 ml 4% li eritma) yuboriladi. Ogʻir hollarda siydikni haydash va gemodializ qilish lozim.

Alkogoldan zaharlanish. Ortiqcha dozali ichimlik iste'mol qilinganda hammaga ma'lum bo'lgan mastlik holatidan so'ng zaharlanish holati sodir bo'ladi. Zaharlanish holati teridan sovuq va yopishqoq ter chiqishi, yuz, ko'z va og'izning qizarishi, tana haroratiniig pasayishi, siydik va axlatning beixtiyor ketishi, qorachiq torayishi (agar nafas olish ishdan chiqsa, u kengayadi), nafas olish sekinlashishi, tomirningtez va sust urishi bilan xarakterlanadi. Bundan tashqari tomir tortishi, qusuq massalarinipg nafas yo'liga tushib qolishi, bo'g'ilib qolish, nafas to'xtab qolishi, yurak-tomir tizimi faoliyatining pasayishi kuzatiladi. 300 ml 96% lispirto'limga olib kelishi mumkip.

Alkogoldan zaharlanganda, uning organizmga tarqalishini to'xtatish uchun oshqozonni yuvish lozim. Qondagi alkogolni bartaraf qilish uchun, venaga glyukozaning gipertonk eritmasini insulin bilan birga (500 ml 20% glyukoza eritmasi va 20 ED insulin) hamda 500—1000 ml 4% linatriy bikarbonat eritmasi bilan yuboriladi. Og'ir koma holida siydik haydovchi dorilar, qon bosimi tushib ketganda, yurakni quvvatlovchi va tomir tizimiga ta'sir ko'rsatuvchi (strofantin, kordiamin, metazon va boshqalar) yuboriladi.

Qishloq xo'jaligida foydalaniladigan kimyoviy moddalar bilan zaharlanish. Hozirgi vaqtda qishloq xo'jaligida hasharotlarni yo'qotish uchun turli-tumankimyoviy moddalar ishlatilmoqda, CHunonchi hasharotlarga qarshi insektitsidlar, yovvoyi o'simliklarga qarshi gerbitsidlar, kanalarga qarshi akaritsidlar, zamburug'larga qarshi fungitsidlar va boshqalar ishlatilmoqda. Ushbu kimyoviy moddalarning ko'pchiligi zaharli bo'lib, ularga fosfororganik, xlororganik, simoborganik birikmalar, sink va ftor birikmalar, margimush va boshqalar kiradi. Shulardan fosfororganik va xlororganik birikmalardan zaharlanish ko'proq uchraydi.

Fosfororganik moddalardan zaharlanish. Ushbu moddalar qatoriga dixlofos, karbofos, tiofos, xlorofos va boshqalar kiradi. Ko'rsatilgan moddalar ruhiy va neyrotoksik ta'sirga ega bo'lib, zaharlanish oshqozon, nafas yo'li va teri orqali sodir bo'ladi. bunda zaharlanishning uch bosqichi farqlanadi:

1-bosqich: psixomotor qo'zg'alish rivojlanadi, ko'krak qisishi paydo bo'ladi, nafas etishmaydi, o'pka xirillaydi, badanni ter bosadi, qon bosimi ko'tariladi:

2-bosqich: alohida va keng tarqalgan miofibrilyasiya sodir bo'lib, klonik-tonik tomir tortishi, ko'krak qafasi mushaklarning rigid holati, nafas va yurak-tomirfaoliyatining buzilishiyuzberadi:

3-bosqich: oyoq, qo'l mushaklarining falajlanishi, nafas olish mushaklarining kuchsizlanishi hamda nafas olish markazining susayishi va hatto uning to'xtab qolishi kuzatiladi. Arterial qon bosimi pasayadi, yurak ritmi buziladi. Nafas faoliyati va yurak-tomir tizimining buzilishi natijasida o'lim holati sodir bo'lishi mumkin.

Fosfororganik zaharlar bilan zaharlanganda birinchi yordam oshqozonni yuvish va surgi dorilar berishdan boshlanadi. Yo'g'on ichakdan zahar sifon klizmasi yordamida chiqariladi.

Birinchi bosqichda atropin (2— 3 ml 0,1% lieritma) teri ostiga, aminazin (2 ml 2,5% lieritma) va magniy sulfat (10 ml 25% eritma) mushakka yuboriladi.

Ikkinchi bosqichda 3 ml atropin 5% li glyukoza eritmasi bilan og‘iz qurib qolguncha yuboriladi. Nafas faoliyatini yaxshilash uchun, shilliq qavat quriguncha qaytadan 15—20 ml atropin yuboriladi. Qon bosimi yuqori bo‘lsa va tomir-tortishsa — geksoniy (1 ml 2,5% eritmasi) va sulfat magniy mushak orasiga, diazepam (20 ml 0,5% eritmasi), natriy gidrokarbonat (300 ml. gacha 4% li eritma) venaga yuboriladi. Xolinesteraz reaktivatori (dipiroksim 1 ml 15% li eritma, izonitrozin 2 ml 40% eritma) ikkinchi bor mushakka yuboriladi (bu dorilar faqat birinchi kuni yuboriladi) 3—4 kun davomida atropinizatsiya davom ettiriladi. Zaharlanishning 3-chi bosqichida shikastlangan kishi sun‘iy nafas oldirishga o‘tkaziladi. Venaga tomchi usuli bilan atropin, (20— 30 ml) yuboriladi. Qo‘shimcha ravishda kortikosteroidlar, antibiotiklar yuboriladi. Iloji boricha, tezda gemodializ, peritonial dializ va gemosorbsiya qilinadi.

Xlororganik birikmalardan zaharlanish. Ushbu moddalarga DDT, geksafloran va boshqalar kiradi. Bu zaharlar asab tizimiga zaharli ta‘sir ko‘rib, ovqat hazm qilish a‘zolari faoliyatini buzadi, qorinda og‘riq paydo qiladi, muskullar tortishib qolishiga sabab bo‘ladi. zaharlangan kishi hayajonga tushib, eti uvishadi, giperkinez – muskullar qisqarishining faollashi uvi – titrash, oyoq mushaklarining tortishishi, mushaklar kuchining kamayishi, reflekslarning bo‘shashishi kuzatiladi. Asta-sekin soporoz holati, ya‘ni es-hushni yo‘qotish yuzaga chiqib, o‘tkir yurak-tomir va jigar etishmovchiligi yuzaga chiqadi. Bu zaharlimoddalarning 30 grammi o‘limga olib keladi.

Birinchi yordam berish oshqozonni yuvishdan boshlanadi. Shikastlangan kishiga tuzli surgi beriladi. Siydik haydash kuchaytiriladi, siydik ishqorlashtiriladi. Shu bilan birga venaga glyukonat va kalsiy xloridi (10 ml 10% li eritma) yuboriladi. Nikotin kislotasi (2 ml 5% li eritma) va vitamin B₂ yuborish tavsiya etiladi. Agar tomir tortishi sodir bo‘lsa, unda diazepam, barbamil (5 ml 10%) eritmasi yuboriladi. zaharlanish oqibatida kelib chiqqan anemiya, gepatitga qarshi davolash choralari ko‘riladi. Xlororganik birikmalar bilan zaharlanganda adrenalin yuborish mumkin emas.

Ilon, chayon, qoraqurt chaqqanda, BTYo.

Reja:

9.1 Ilon chaqqanda BTYo.

9.2. chayon chaqqanda BTYo.

9.3. qoraqurt chaqqanda BTYo.

Tayanch iboralar: anafilaktik shok, asfiksiya, zardob.

9.1 Ilon chaqqanda BTYo.

Ilon chaqishidan zaharlanish. Zaharli ilonlarning eng xavflisi «ko‘r kobra», O‘rta Osiyo va kavkaz gyurzasi, qum efasi, qora ilonlardir. Ilon chaqishida mahalliy va umumiy o‘zgarishlar kuzatiladi. Mahalliy o‘zgarishlarga og‘riq, shish, qon quyulishi va po‘rsildoq paydo bo‘lishi (u qon suyuqligi bilan to‘la bo‘ladi) bilan xarakterlanadi. Zahar so‘rilgandan so‘ng umumiy belgilar paydo bo‘ladi. Umumiy belgilarga bosh aylanishi, bo‘shashish, ko‘ngil aynish, terlash, nafas qisishi, tomir tez urishi, qon bosimining tushishi, behushlik, kollaps holatlari sodir bo‘ladi. Ba‘zan qo‘zg‘alish va tomir tortishishi kuzatilishi mumkin.

Birinchi yordam jarohatlangan a‘zoni taxtakachlashdan boshlanadi, bu mushaklar harakatini cheklab zaharning limfa tugunlari orqali tarqalishini kamaytiradi. Shuning uchun jarohatlangana‘zodan tashqari jabrlanuvchining ham tinchligini ta‘minlash muhim ahamiyatga ega. Ilon chaqqandan so‘ng birinchi daqiqada yaradan zaharni so‘rib olishlozim. Zaharni so‘rib olishni shikastlangan kishining o‘zi yoki yordam berayotgan kishi bajarishi mumkin. Faqat bunda og‘iz va lab shilliq qavatlari shikastlanmagan bo‘lishi lozim. Zaharni so‘rib olish uchun quruq banka yoki sut so‘ruvchi asbobdan foydalansa ham bo‘ladi. Ilon chaqqan joyga tarkibida spirt bo‘lgan hamda isituvchi vositalar qo‘yish qat‘iyan man etiladi, chunki ular zahar so‘rilishini tezlatadi. Bu joyga muz qo‘yiladi. Ilon chaqqan joyning yuqorisidan rezina jgut bilan bog‘lash ilonning qanday turi chaqqanligi aniq bo‘lgan hollardagina amalga oshiriladi. Jarohat kaliy permanganatning (margansovka) 1% li eritmasi bilan yuvilib jabrlanuvchi kachalxonaga etkaziladi.

Shifoxonada tishlangan joyga 0,3 ml 0,1% adrenalin yuqoriroqdan aylantirib novokain yuboriladi. Zaharning ta‘sirini yo‘qotish uchun maxsus zardob yuboriladi (gyurza antigeni va boshq). Gyurzaantigeni (ilon zaxriga qarshi) gyurza va boshqa bunga yaqin bo‘lgan ilonlar zaharini neytral holga olib keladi. Bu zardob engil zaharlanishlarda 500 AE (2—5 ml), og‘ir zaharlanishlarda 1000—1500 AE miqdorda teri ostiga, ba‘zi hollarda juda sekinlik bilan venaga tomchi usulida yuboriladi. Bu vaqtda bemor ahvoli diqqat bilan kuzatib boriladi, chunki bunda anafilaktik reaksiya belgilari kuzatilishi mumkin. Anafilaktik shok holati sodir bo‘lsa, unda zudlik bilan allergik reaksiyani davolashga kirishiladi. Zardobdan tashqari bir necha kun davomida glyukokortikosteroidlar yuboriladi. Qon aylanishini yaxshilash uchun yurakglikozidlari (glyukoza bilan birga), kofein, kordiamin, noradrenalin yuboriladi. Ba‘zida qon quyiladi. Tromboz va emboliyaning oldini olish uchun, ilon chaqqandan so‘ng birinchi 10 minutda - 5000—1500 TB (Geparin) yuboriladi.

Shikastlanganlarga V guruhiga kiruvchi vitaminlar, askorbin kislotasi, vitamin R, K, rutin beriladi. Zaharning tanadan chiqishini tezlatish uchun ko‘p miqdorda suyuqlik ichiriladi. Asfiksiyaning oldini olish uchun kislorod beriladi zarur hollarda sun‘iy nafas beriladi.

9.2. Chayon chaqqanda BTYo.

Chayon chaqqan joyga sarimsoqni ezib surting va usha yerga tuz sepib turing. Agar it tishlasa, sarimsoqni ezib tok kuli va sirkaga qo'shib bog'lang. Ilon chaqqan joyga sigirning tezagini issiq-issiq bog'lab turilsa, zahar ta'sir qilmaydi. Ilon chaqqan joyga suvdagi baqaning qornini yorib, bosish kerak. Qo'ng'izni majag'lab, chayon chaqqan joyga qo'ysangiz, zahrini yo'q qiladi. Zirani sharob bilan ichsangiz ilon zahrini ketkazadi. Shirin bodom mag'zini anjir bilan yesangiz yoki ikkisini qovushtirib bog'lasangiz, quturgan it qopganda shifo bo'ladi. Uch kun piyoz suvidan 200 grammdan ichib tursangiz, quturgan it tishlagan bo'lsa, zahri tandan ketadi.

Hayvonlarni boqish, chorva ozuqasi jamg'arish, dala ishlarini bajarish yoki tabiat qo'yniga dam olish uchun chiqqanda kanadan himoyalaniş choralarini ko'rish, har soatda o'zingiz, hamrohingizning ustini ko'zdan kechirib, kana bor-yo'qligini aniqlab turish, umuman, kanalarni yaqinlashtirmaydigan repellantlardan foydalanish kerak;

chorva va uy hayvonlarida kanani payqasangiz, uni qo'l bilan olib tashlashga yoki qaychi bilan kesishga harakat qilmang, darhol veterinariya mutaxassisiga murojaat qilib, uning maslahat va ko'rsatmalarini bajaring.

Esda tuting, kana odam tanasiga o'tib olgandan keyin darhol chaqmaydi, avval o'ziga qulay joy qidiradi (qo'ltiq osti, chatan va boshqa issiq, pana joy), bu vaqtda uni payqab qolsangiz pinset yordamida, rezina qo'lqop bilan olib tashlang. Agar kana tanaga yopishgan bo'lsa, uni zinhor yulib olmang. Kananing nafas olish a'zosi tanasining orqa qismida joylashgan bo'lib, uning ustiga kamfora yog'i, agar u yo'q bo'lsa oddiy o'simlik yog'ini tomizsangiz, nafasi bo'g'ilib, so'rg'ichini tanadan chiqaradi. Keyin uni osongina pinset yoki rezina qo'lqop bilan olib tashlash mumkin. Tibbiyot maskani yaqin bo'lsa, darhol tibbiyot xodimlariga murojaat qiling.

Kasallikning oldini olish maqsadida chorva mollarining junini qirqishga tayyorlashda ularga maxsus vositalar yordamida kanalarga qarshi ishlov berilishi, qirqimga jalb qilingan ishchilar to'liq maxsus kiyim (etik, kombinezon, qo'lqop) bilan ta'minlanib, gigiyena qoidalariga qat'iy rioya qilishi, veterinariya ko'rigidan o'tkazilmagan, kasal hayvonlarni so'ymaslik, molxona, qo'ra-qo'tonlarda muntazam ravishda kanalarga qarshi dezinfeksiya tadbirlarini o'tkazib borish, axlat va go'ng yig'ilib qolishiga, sichqonlar va boshqa kemiruvchilar ko'payishiga yo'l qo'ymaslik lozim.

Qrim-Kongo gemorragik isitmasiga qarshi emlama, maxsus davolash usuli mavjud emas. Kasallikning oldini olish maqsadida veterinariya, sog'liqni saqlash, sanitariya-epidemiologiya nazorati organlari tomonidan har yili chorva mollariga, cho'pon uylariga ishlov berish, qo'ra-qo'tonlarda dezinfeksiya o'tkazish, har xil veterinariya va tibbiyot preparatlarini xarid qilish tadbirlari o'tkazib borilmoqda. Qiymati bir necha yuz million so'mni tashkil etuvchi ushbu profilaktik tadbirlar, fuqarolarimiz tomonidan yuqorida qayd etilgan oddiy qoidalarga rioya

qilinmasa kutilgan yuqori samarani bermaydi va kasallik chiqishi xavfi saqlanib qoladi.

9.3. Qoraqurt chaqqanda BTYo.

Hasharot chuqurligidan keyin shamollashni davolash xalq usullari bilan amalga oshirilishi mumkin:

- Olma sharbati sirkasi. qizarishi, qichima olib tashlash uchun, sirka, 1 stavka suv bilan suyultiriladi kerak: 2, bir Paxta novda namlamoq va jarohat qo'llaniladi.
- Xuddi shu maqsadda soda eritmasi ishlatiladi. Bir stakan suvda bir choy qoshiq sodali suvni chiqarib, aralashtiring va tishlarini artib oling.
- Boshqa **samarali** karam va asal. Boshidan yaproqni yirtib tashlash, barcha qalinlashuvlarni kesib, qaynab turgan suvga 30 soniya tushirish kerak. Shundan so'ng, uni olib, asal bilan yoyib, iltihaplanmish bir joyga ulang. Siqilish ertalabgacha qoldirilishi kerak. Bunday davolanish shikastlanish va qizilashlikning oldini olish uchun yordam beradi.
- Aloe sharbati. Agar zararkunandalar bu o'simlikning sharbati bilan yog'langan bo'lsa, hasharot erto'lasidan keyin allergik reaksiya 15-20 daqiqada o'tadi.
- Qat'iyatsiz qichima bilan rezan qaynoq yordam beradi. 0,5 litr suv uchun 5 osh qoshiq reyhan va qaynatib oling. Keyin suvi sovutib, kuniga uch marta yarim stakanga olib boring.

Qaysi hashoratlardan qo'rqish kerak?

- ☐ Avvalo, asalarilar, asalarilar, hornetslardan qo'rqish kerak. Hujumga kirganlarida, ular to'qimalarning hujayra devorlarini yo'q qilish qobiliyatiga ega bo'lgan terining ostida zahar quyishadi. Bundan tashqari, toksin katta hajmdagi o'smalarga qadar jiddiy yallig'lanishni va terining qizarilishini keltirib chiqaradi.
- ☐ Mosquitoes, blozlar, chivinlari bilan buyraklar teri hujayrasi ostida qoldiriladi, bu qon pıhtının oldini olishga imkon beruvchi fermentlarni o'z ichiga oladi. Natijada terida kichik shish paydo bo'lib, qichima paydo bo'ladi. Bundan tashqari, bu hashoratlarda har xil kasalliklarni tashuvchisi bo'lishi mumkin.
- ☐ Chumolilar. Hujumga tushganlarida, ular terining ostida zahar qoldiradilar, ularning ısırıkları og'riq va qattiq qichishtirishga sabab bo'ladi. Bu esa inson tanasida mikrotraum orqali teri sirtini tararken infeksiyaga olib kelishi mumkin.



Hasharotlar har xil patogenlar tashuvchisi bo'lishi mumkin:

- chivinlar ensefalit, bezgak, dengiz isitmasi, leishmaniaz kabi infeksiyalar vektorlari orasida mutlaq etakchi hisoblanadi;
- oqadilar Lyme kasalligi va ensefalitni yuborish imkoniyatiga ega;
- chivinlar dizenteriya va vabo kabi kasalliklarga, shuningdek, ichak infeksiyasining barcha turlariga olib keladi;
- bitlar mikroorganizmlarni tashuvchisi bo'lishi mumkin - rickettsia, bu tifus va takroriy tifus kabi kasalliklarga olib keladi;
- burun ısırıkları bubonik vabo, salmonella, tifüs bilan bulg'angan bo'lishi mumkin.



Davolash.

Birinchidan, kichkinagina shishani olib tashlash uchun har qanday antigistamin kerak. Keyin jarohatni dezinfektsion qiling va maxsus jellardan foydalaning yoki qattiq qichishish bilan muz qismini qo'llang. Dezinfektsiyadan oldin asalarilarga hujum qilganda, qolgan yarani yaradan olib tashlash kerak.

Har xil hasharotlarning ısırikları bir-biridan farq qiladi, shuning uchun davolanish turli xil bo'lishi mumkin. Quyida tishlamaning turiga qarab terining qichishi, qizarishi va shishishini olib tashlash usullari keltirilgan.

Moss. Terida shishishdan tezda xalos bo'lish uchun dandelion barglarini qo'llang. Buning uchun ular yirtilib yoki mayda qisiladi. Keyin olingan yorqin bintga yoyilib, yaraga bog'landi. Bandajni har ikki soatda o'zgartiring.

Moskotlar va otlar. Bu hasharotlar bargi barglaridan so'ng o'sib chiqadi. Sharbani berish, yaraga biriktirish va uni tarmoqli yordam bilan tuzatish uchun biroz ezilgan bo'lishi kerak. Bundan tashqari psylliumda dezinfeksion xususiyatlarga ega.

Hornets, asalarilar va ari. Eng avvalo, jarohatdan nafas olish. Keyin ısırmayı dezenfekte qiling va muz amal qiling. Agar antihistamin va kerak bo'lganda anestetik dori ichish. Agar jiddiy allergik reaksiya bo'lmasa, shishani olib tashlash uchun tuz va suv aralashmasini qo'llash yoki otangning sharbatini qo'llash mumkin.

1- AMALIY MASHGULOT.

BTYO TO‘G‘RISIDA TUSHUNCHA. BEMORLARNI PARVARISH QILISH.

Talabalarda BTYO fani va maqsadlari:

Shifokor va farmatsevtlar zaruriyat tug‘ilganda malakali birinchi tibbiy yordamni ko‘rsata bilishlari kerak. Shundan kelib chiqib, BTYO fanining asosiy vazifalari talabalarga malakali BTYO ko‘rsatishni, uni nazariy va amaliy jixatlarini har tomonlama o‘rgatishdan iborat.

Ishdan maqsad:

-xaroratni o‘lchash, A/B-o‘lchash, puls xisoblash, me‘dani chayish, klizma-qo‘yish, turli in‘eksiyalar, suniy nafas oldirish, yurakni yopiq usulda uqalash; qon oqishini vaqtinchalik to‘xtatish; jgut va shina qo‘yish; turli bog‘lamlar qo‘yish; jaroxatlangan va boshqa bemorlarni transportda olib borish qoidalari; spetsifik kasallik bilan og‘rigan og‘ir bemorlarni (urologik, xirurgik v.b.) parvarish qilishni *bilishi va ulardan foydalana olishi*;

Masalaning qo‘yilishi:

1. Etika va deontologiya nima?
2. Nafas a'zolarining xolatlari qanday aniqlash
3. Teri va og‘iz bo‘shlig‘ini parvarishlash usullarini sanang.
4. Puls va qon bosimini o‘lchash qanday amalga oshirish
5. Hazm a'zolarining xolatini qanday aniqlash
6. Bemorlarni jarroxlik amaliyotigacha va undan so‘ng parvarishlash

Ishni bajarish uchun namuna:

1. Terapiya bo‘limida yotgan bemorni himoyalash-osoyishtalash tartibini tuzing.

2. Quyida berilgan jadvalni to‘ldiring “Blits” usuli bo‘yicha tuzing.

Ko‘rsatkichlar	Puls soni	Qon bosimi	Tana harorati
meyorda			
kasalliklarda o‘zgarishi			

3. Quyidagilar asosida bemorlarning holatiga baho bering. “Blits” usuli bo‘yicha jadval to‘ldiring.

Bemor, o‘zi yuradi, ovqat qabul qiladi, muolajalarga qatnay oladi, umumiy holati o‘rtacha.	
Bemor, yura olmaydi, o‘z holatini o‘zgartira olmaydi, ovqatlantirish va parvarishga muhtoj.	
Bemor o‘z ahvolini yengillashtirish va og‘riqni kamaytirish uchun yotgan joyida o‘ziga hos holatni olgan.	

4. **“Qorbo’ron” ish o’yini.**

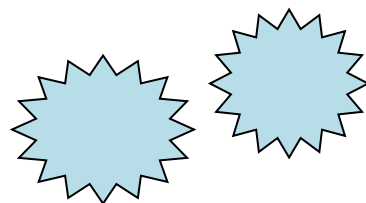
Maqsad :guruh talabalarining hammasini 1 vaqtning o’zida bilimini nazorat qilish.

Ish o’tkazish tartibi:

Guruh 2 – 3 talabadan iborat kichik guruhlarga bo’linadi .Guruh talabalarining hammasi bitta savol yoki vaziyatni o’zaro tahlil qilishadi . Har bir to’g’ri javob bergan guruhchaga ball sifatida “qorbo’ron” yozib qo’yiladi. Natijada eng ko’p qorbo’ronlar to’plagan guruhcha g’olib bo’ladi.

Ish o’yinini o’tkazish uchun savollar to’plami:

- 1) Banka qoyish texnologiyasi.
- 2) Gorchichnik qoyish texnologiyasi.
- 3) Inektsiya qilish
- 4) Grelka qoyish
- 5) Muzli haltacha qoyish



5. **Insert usuli**

Insert – samarali o’qish va fikrlash uchun belgilashning interfaol tizimi hisoblanib, mustaqil o’qib o’rganishda yordam beradi. Bunda mavzu va materiallar talabalarga oldindan vazifa qilib beriladi. Uni o’qib chiqib v , + , - , ? belgilari orqali o’z fikrini ifodalaydi.

Insert jadvali mustaqil o’qish jarayonida olinadigan ma’lumotlarni bir tizimga keltirishga imkoniyat beradi. Oldindan olingan ma’lumotni yangisi bilan o’zaro bog’lash qobiliyatini shakllantirishga imkon beradi. Talabalar jadval tarkibi va uni to’ldirish qoidasi bilan tanishishadi. Shaxsan uni rasmiylashtirishadi
Matnni belgilash tizimi.

“ V “ – men bilgan narsani tasdiqlaydi “ + “ – yangi ma’lumot.

“ – “ – men bilgan narsaga zid.

“ ? “ – meni o’ylantirdi. Bu borada menga qo’shimcha ma’lumot zarur.

Masalan:

Tushuncha	V	+	-	?
Gorchichnik				
Banka				
Klizma				

2-AMALIY MASHG'ULOT.

DAVOLASH MUOLAJALARI. (DORILARNI YUBORILISH USULLARI).

Talabalarda BTYo fani va maqsadlari:

Shifokor va farmatsevtlar zaruriyat tug'ilganda malakali birinchi tibbiy yordamni ko'rsata bilishlari kerak. Shundan kelib chiqib, BTYO fanining asosiy vazifalari talabalarga malakali BTYO ko'rsatishni, uni nazariy va amaliy jixatlarini har tomonlama o'rgatishdan iborat.

Ishdan maqsad:

-xaroratni o'lchash, A/B-o'lchash, puls xisoblash, me'dani chayish, klizma-qo'yish, turli in'eksiyalar, suniy nafas oldirish, yurakni yopiq usulda uqalash; qon oqishini vaqtinchalik to'xtatish; jgut va shina qo'yish; turli bog'lamlar qo'yish; jaroxatlangan va boshqa bemorlarni transportda olib borish qoidalari; spetsifik kasallik bilan og'rigan og'ir bemorlarni (urologik, xirurgik v.b.) parvarish qilishni *bilishi va ulardan foydalana olishi*;

Masalaning qo'yilishi:

1. Teri va og'iz bo'shlig'ini parvarishlash usullarini sanang.
2. Puls va qon bosimini o'lchash qanday amalga oshiriladi?
3. Hazm a'zolarining xolatini qanday aniqlash mumkin?
4. Bemorlarni jarroxlik amaliyotigacha va undan so'ng parvarishlash usullarini tushuntiring?
5. Mushak orasiga , venaga teri orasiga dori yuborish.

Ishni bajarish uchun namuna:

1. Terapiya bo'limida yotgan bemorni himoyalash-osoyishtalash tartibini tuzing.

2. Quyida berilgan jadvalni to'ldiring "Blits" usuli bo'yicha tuzing.

Ko'rsatkichlar	Puls soni	Qon bosimi	Tana harorati
meyorda			
kasalliklarda o'zgarishi			

3. Quyidagilar asosida bemorlarning holatiga baho bering. "Blits" usuli bo'yicha jadval to'ldiring.

Bemor, o'zi yuradi, ovqat qabul qiladi, muolajalarga qatnay oladi, umumiy holati o'rtacha.	
Bemor, yura olmaydi, o'z holatini o'zgartira olmaydi, ovqatlantirish va parvarishga muhtoj.	
Bemor o'z ahvolini yengillashtirish va og'riqni kamaytirish uchun yotgan joyida o'ziga hos holatni olgan.	

4. "Qorbo'ron" ish o'yini.

Maqsad :guruh talabalarining hammasini 1 vaqtning o'zida bilimini nazorat

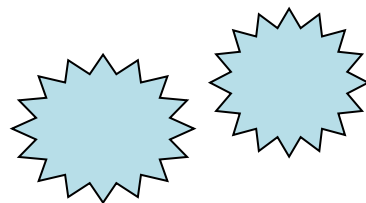
qilish.

Ish o'tkazish tartibi:

Guruh 2 – 3 talabadan iborat kichik guruhlarga bo'linadi .Guruh talabalarining hammasi bitta savol yoki vaziyatni o'zaro tahlil qilishadi . Har bir to'g'ri javob bergan guruhchaga ball sifatida “qorbo'ron” yozib qo'yiladi. Natijada eng ko'p qorbo'ronlar to'plagan guruhcha g'olib bo'ladi.

Ish o'ynini o'tkazish uchun savollar to'plami:

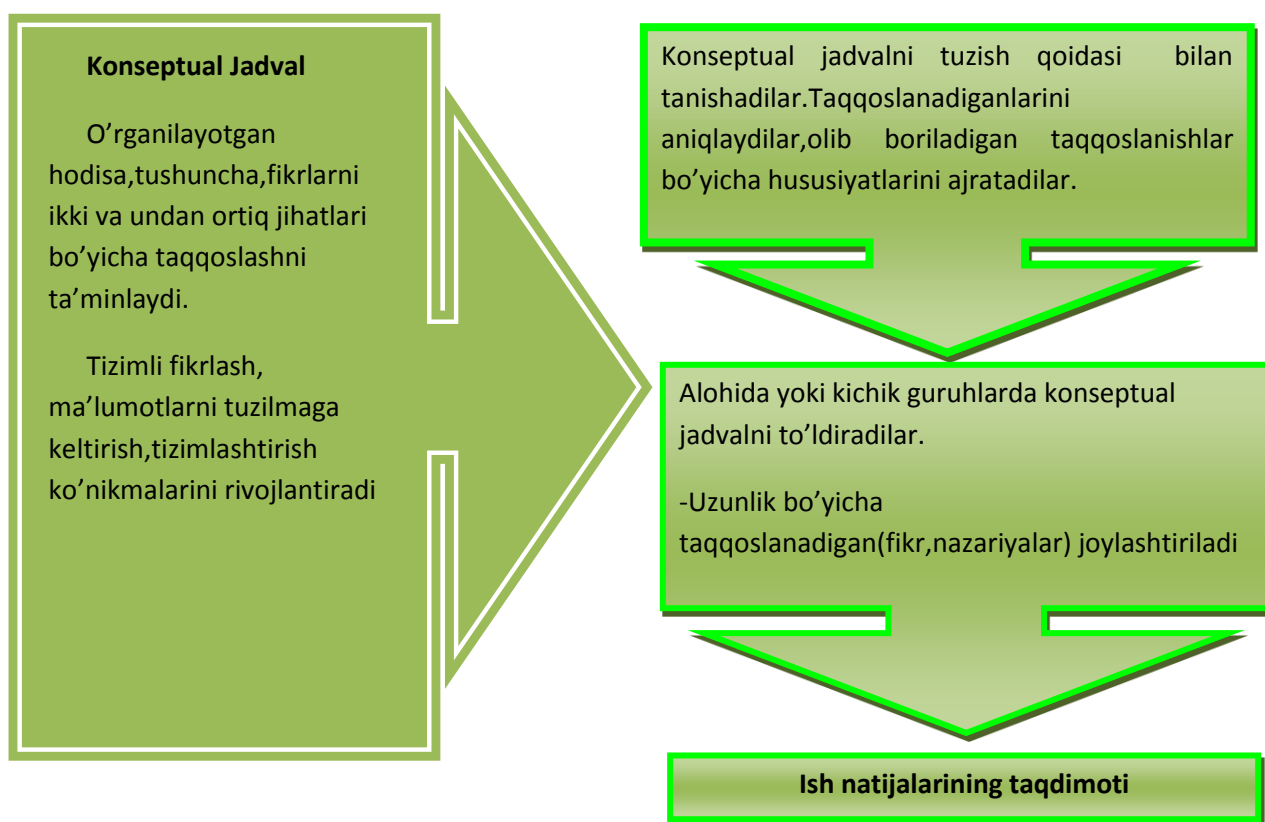
- 6) Banka qoyish texnologiyasi.
- 7) Gorchichnik qoyish texnologiyasi.
- 8) Inektsiya qilish
- 9) Grelka qoyish
- 10) Muzli haltacha qoyish



Klaster, konseptual jadval organayzerlari

Klasterni tuzish qoidasi

1. Aqlingizga nima kelsa, barchasini yozing. G'oyalari sifatini muhokama qilmang faqat ularni yozing.
2. Xatni to'xtatadigan imlo xatolariga va boshqa omillarga e'tibor bermang.
3. Ajratilgan vaqt tugaguncha yozishni to'xtatmang. Agarda aqlingizda g'oyalar kelishi birdan to'xtasa, u holda qachonki yangi g'oyalar kelmaguncha qog'ozga rasm chizib turing.



Xar bir gurux boshqa guruxlarni baxolaydi. Xar bir talab bo'yichato'liq bajarilsa – 15 ball

3-AMALIY MASHG'ULOT.

ASEPTIKA VA ANTISEPTIKA ASOSLARI.

Talabalarda BTYo fani va maqsadlari:

Shifokor va farmatsevtlar zaruriyat tug'ilganda malakali birinchi tibbiy yordamni ko'rsata bilishlari kerak. Shundan kelib chiqib, BTYO fanining asosiy vazifalari talabalarga malakali BTYO ko'rsatishni, uni nazariy va amaliy jixatlarini har tomonlama o'rgatishdan iborat.

Ishdan maqsad:

-xaroratni o'lchash, A/B-o'lchash, puls xisoblash, me'dani chayish, klizma-qo'yish, turli in'eksiyalar, suniy nafas oldirish, yurakni yopiq usulda uqalash; qon oqishini vaqtinchalik to'xtatish; jgut va shina qo'yish; turli bog'lamlar qo'yish; jaroxatlangan va boshqa bemorlarni transportda olib borish qoidalari; spetsifik kasallik bilan og'rigan og'ir bemorlarni (urologik, xirurgik v.b.) parvarish qilishni *bilishi va ulardan foydalana olishi*;

Masalaning qo'yilishi:

1. Aseptika tushunchasi
2. Asboblar, bog'lov materiallari va oqliklarni sterillash usullari.
3. Jarroxlik blokining zonalari va rejimi.
4. Qo'l yuvish usullarini aniqlang.
5. Antiseptikaning usullari.
6. Kimyoviy antiseptik eritmalar va ularning guruhlari.

Ishni bajarish uchun namuna:

1. Quyidagilardan qaysi birlari biologik antiseptikada ishlatiladi? («+» yoki «–» bilan belgilang). Quyidagi jadvalni “Blits” usuli bo'yicha to'ldiring.

Preparatlar	
Fermentlar	
Antibiotiklar	
Maxsus zardoblar	
Spirtlar	
Anatoksinlar	
Sulfanilamidlar	
Og'ir metall tuzlari	

2. Quyidagi guruhlarga mansub antiseptik preparatlarni aniqlang. Quyidagi jadvalni Blits usuli bo'yicha to'ldiring.

Guruhlar	Preparatlar
Galoidlar	
Kislota va ishqorlar	
Aldegidlar	
Bo'yoqlar	

2. Jarroxlikda foydalaniladigan ipni Koxer bo'yicha sterillashning bosqichlarini aniqlab bering. Quyidagi jadvalni Blits usuli bo'yicha to'ldiring.

3.

I bosqich	
II bosqich	
III bosqich	
IV bosqich	
V bosqich	

4.

B/B/B chizmasi

B/B/B chizmasi – bilaman/ bilishni xoxlayman/ bilib oldim.
Mavzu, matn, bo'lim bo'yicha izlanuvchanlikni olib borish imkonini beradi.
Tizimli fikrlash, tuzilmaga keltirish, tahlil qilish ko'nikmalarini rivojlantiradi.

Talabalar:1.Jadvalni tuzish qoidasi bilan tanishadilar. Alohida kichik guruhlarda jadvalni rasmiylashtiradilar.

2.“Mavzu bo'yicha nimalarni bilasiz” va “Nimani bilishni xohlaysiz” degan savollarga javob beradilar (oldindagi ish uchun yo'naltiruvchi asos yaratiladi). Jadvalning 1 va 2 bo'limlarini to'ldiradilar.

B/B/B JADVALI

B/B/B JADVALI		
Bilaman	Bilishni xohlayman	Bilib oldim

„SWOT“ – tahlil jadvali.

SWOT tahlili talabalarga tizimli mushohada qilish, taqqoslash, solishtirish, tahlil, sintezni amalga oshirish ko'nikmalarini rivojlantiradi. Talabalar mini guruhlariga birlashishadi, taqqoslashadi, to'ldirishadi, o'zgartirishadi. Umumiy SWOT jadvalga jamlanadi.

SWOT – tahlil nomlanishi inglizcha bosh harflardan olingan.
Strenghts – kuchli tomoni nazarda tutiladi;
Weakness – kuchsiz tomoni yoki ichki muammolar mavjudligi;
Opportunities –tashqaridagi mavjud imkoniyatlar;
Threats – xavflar, tashqi muhitdagi mavjud xavf-xatarlar

S kuchli tomoni	W kuchsiz tomoni
O mavjud imkoniyatlar	T xavflar, tashqi muhitdagi mavjud xavf-xatarlar

4-AMALIY MASHG'ULOT.

JAROHATLAR VA ULARNING TURLARI.

Talabalarda BTYo fani va maqsadlari:

Shifokor va farmatsevtlar zaruriyat tug'ilganda malakali birinchi tibbiy yordamni ko'rsata bilishlari kerak. Shundan kelib chiqib, BTYO fanining asosiy vazifalari talabalarga malakali BTYO ko'rsatishni, uni nazariy va amaliy jixatlarini har tomonlama o'rgatishdan iborat.

Ishdan maqsad:

-xaroratni o'lchash, A/B-o'lchash, puls xisoblash, me'dani chayish, klizma-qo'yish, turli in'eksiyalar, suniy nafas oldirish, yurakni yopiq usulda uqalash; qon oqishini vaqtinchalik to'xtatish; jgut va shina qo'yish; turli bog'lamlar qo'yish; jaroxatlangan va boshqa bemorlarni transportda olib borish qoidalari; spetsifik kasallik bilan og'rigan og'ir bemorlarni (urologik, xirurgik v.b.) parvarish qilishni *bilishi va ulardan foydalana olishi*;

Masalaning qo'yilishi:

1. Jarohatlarning umumiy belgilarini aytib bering.
2. Jarohatlarning tasnifi.
3. Jarohatlarda ko'rsatiladigan birinchi tibbiy yordam tadbirlari.
4. Jarohatlarni davolash printsiplari
5. Jarohatlarning asoratlari va ularni oldini olish.

Ishni bajarish uchun namuna:

1. Jarohatlarning tasnifini aniqlang

Jarohatlovchi asbobning tavsifiiga ko'ra:	
Kelib chiqishiga ko'ra:	
Tana bo'shliqlariga bo'lgan munosabatiga ko'ra:	
Infektsiyalanganiga ko'ra:	

2. Jarohatlarni birlamchi jarroxlik qayta ishlovining bosqichlarini to'liq yozib bering.

3. Yiringli yaralarni davolash tadbirlarini aniqlang

Yallig'lanish fazasida ko'riladigan tadbirlar	
Regeneratsiya fazasida ko'riladigan tadbirlar	

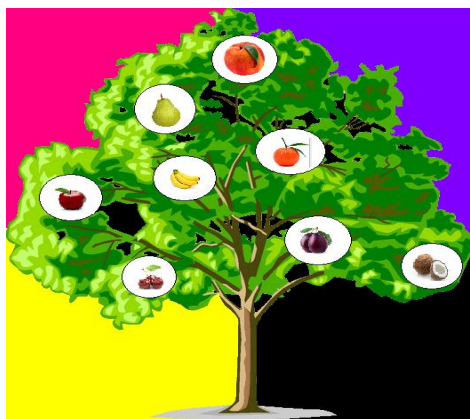
4. "Mevali daraxt" metodining qo'llanilishi

"Mevali daraxt" metodining maqsadi: talabalarda tezlik, axborotlar tizimini tahlil qilish, rejalashtirish, prognozlash ko'nikmalarini shakllantirishdan iborat. Mazkur metodni baholash va mustahkamlash maksadida qo'llash samarali natijalarni beradi.

Bu metoddan maqsad, talabalarda ma'lum bir faoliyat yoki tushunchalarning ketma-ketligi, uzluksizligi, bog'liqligi, bosqichma-bosqichligi hamda tartibini aniqlash malaka va ko'nikmalarini rivojlantirishdan iborat.

Buning uchun pedagog tomonidan ma'lum ketma-ketligi mavjud bo'lgan faoliyat yoki tushunchaning o'rinlari almashtirilgan holda beriladi. Talabalar ushbu ketma-ketlikni topishi, tartibga keltirishi, o'z o'rniga qo'yib chiqishi lozim. Bu topshiriqda talabalar o'z javoblarini va guruhij javobni berish imkoniyatiga ega bo'ladilar. To'g'ri javob e'lon qilingandan so'ng talabalarni baholash mumkin.

Bunday topshiriq talabalarni fikrlashga undab, mavzu bilimlarini mustahkamlashga, aniqlashtirishga va tafakkurni rivojlantirishga yordam beradi.



Metodni amalga oshirish bosqichlari:

“Mevali daraxtni” katta o‘lchamli karton, 8ta varaqa, old tomondan meva rasmi tushurilgan, orqasida savol yozilgan.

O‘qituvchi o‘yin qoidalarini tushuntiradi. Talabalar ikki guruhga bo‘linadilar, so‘ng o‘qituvchi umumiy savolni beradi. Har bir guruhdan bittadan talaba navbatma-navbat javob beradilar. Javob to‘g‘ri bo‘lsa o‘qituvchi meva beradi va u daraxtga knopka bilan sanchiladi. Javob berolmasa meva berilmaydi. Qaysi guruh ko‘proq meva yig‘sa o‘sha guruh g‘alaba qozonadi.

5-AMALIY MASHG‘ULOT.

DESMURGIYA. BOG‘LAMLARNING TURLARI.

Talabalarda BTYo fani va maqsadlari:

Shifokor va farmatsevtlar zaruriyat tug‘ilganda malakali birinchi tibbiy yordamni ko‘rsata bilishlari kerak. Shundan kelib chiqib, BTYO fanining asosiy vazifalari talabalarga malakali BTYO ko‘rsatishni, uni nazariy va amaliy jixatlarini har tomonlama o‘rgatishdan iborat.

Ishdan maqsad:

-xaroratni o‘lchash, A/B-o‘lchash, puls xisoblash, me‘dani chayish, klizma-qo‘yish, turli in‘eksiyalar, suniy nafas oldirish, yurakni yopiq usulda uqalash; qon oqishini vaqtinchalik to‘xtatish; jgut va shina qo‘yish; turli bog‘lamlar qo‘yish; jaroxatlangan va boshqa bemorlarni transportda olib borish qoidalari; spetsifik kasallik bilan og‘rigan og‘ir bemorlarni (urologik, xirurgik v.b.) parvarish qilishni *bilishi va ulardan foydalana olishi*;

Masalaning qo‘yilishi:

1. Bog‘lamlarning asosiy turlari.
2. Bosh va ko‘krak qafasiga ishlatiladigan yumshoq bog‘lamlar
3. Tanaga ishlatiladigan yumshoq bog‘lamlar.
4. Oyoq-qo‘llar va chanoq sohasiga ishlatiladigan yumshoq bog‘lamlar.
5. Yumshoq bog‘lamlarni qo‘yish qoidalari va yo‘l qo‘yish mumkin bo‘lgan xatoliklar.
6. Qattiq bog‘lamlar va ularning ishlatilishi

Ishni bajarish uchun namuna:

1. Quyidagilar asosida bog'lamlarni tavsiflab bering. Quyidagi jadvalni "Blits" usuli bo'yicha to'ldiring.

Bog'lamning turi	Ishlatilishi
Immobilizatsiyalovchi	
Korrigirlovchi	
Okklyuzion	
Siqib turuvchi	

2. Individual bog'lov paketidan foydalanish qoidalarini yozib bering.
3. Dezo bog'larni qo'yishni tushuntiring va amalda ko'rsatib bering.
4. Bintli bog'larni qo'yishning umumiy qoidalarini yozib bering.
5. "Б/Б/Б чизмаси" modeli asosida mavzuni yoritib.

<i>B/B/B JADVALI</i>		
Bilaman	Bilishni xohlayman	Bilib oldim

6- AMALIY MASHG'ULOT.

QON OQISHI VA QON YO'QOTISH TURLARI, SABABLARI VA OQIBATLARI VA UNDA BTYO.

Talabalarda BTYO fani va maqsadlari:

Shifokor va farmatsevtlar zaruriyat tug'ilganda malakali birinchi tibbiy yordamni ko'rsata bilishlari kerak. Shundan kelib chiqib, BTYO fanining asosiy vazifalari talabalarga malakali BTYO ko'rsatishni, uni nazariy va amaliy jihatlarini har tomonlama o'rgatishdan iborat.

Ishdan maqsad:

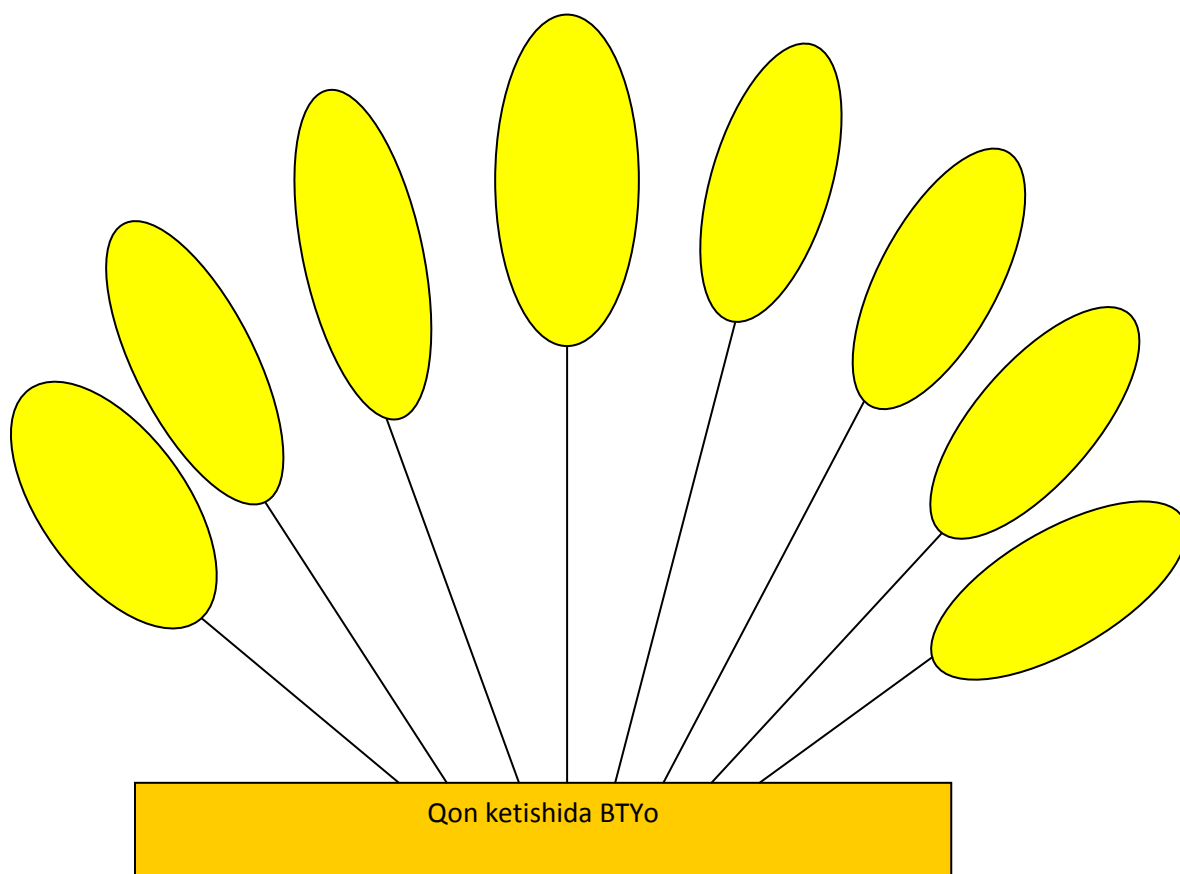
-xaroratni o'lchash, A/B-o'lchash, puls xisoblash, me'dani chayish, klizma-qo'yish, turli in'eksiyalar, suniy nafas oldirish, yurakni yopiq usulda uqalash; qon oqishini vaqtinchalik to'xtatish; jgut va shina qo'yish; turli bog'lamlar qo'yish; jaroxatlangan va boshqa bemorlarni transportda olib borish qoidalarini; spetsifik kasallik bilan og'rigan og'ir bemorlarni (urologik, xirurgik v.b.) parvarish qilishni bilishi va ulardan foydalana olishi;

Masalaning qo'yilishi:

1. Qon oqishining umumiy belgilari va darajalari, ularning bir-biridan farqini tushuntiring.
2. Qon oqishining tasnifi.
3. Tashqi qon oqishida birinchi tibbiy yordam tadbirlarini tushuntiring.
4. Ichki qon oqishida birinchi tibbiy yordam tadbirlarini ayting.
5. Qon oqishning asoratlari va ularni oldini olish.
6. Qon quyishning usullarini gapirib bering.
7. Qon guruhleri va rezus-omilni aniqlash, ularni ahamiyati.
8. Qon o'rmini bosuvchi suyuqliklar to'g'risida tushuncha.

Ishni bajarish uchun namuna:

“Elpig'ich”

**Tushunarli metod**

Tushunchalar	Sizningcha qanday ta'riflanadi	Tushunchaning maqsadini yozing
Arterial qon ketishi		
Venoz qon ketishi		

Kappillar qon ketishi		
parinxematoz qon ketishi		

FSMU TEXNOLOGIYASI

Ichki qon ketishi- bu..

Fikr

Sabab

Misol

Umumlashtiring

7-AMALIY MASHG‘ULOT.

SOVUQ OLISH, KUYISH, VA ULARNING TURLARI.

Talabalarda BTYo fani va maqsadlari:

Shifokor va farmatsevtlar zaruriyat tug‘ilganda malakali birinchi tibbiy yordamni ko‘rsata bilishlari kerak. Shundan kelib chiqib, BTYO fanining asosiy vazifalari talabalarga malakali BTYO ko‘rsatishni, uni nazariy va amaliy jixatlarini har tomonlama o‘rgatishdan iborat.

Ishdan maqsad:

-xaroratni o‘lchash, A/B-o‘lchash, puls xisoblash, me‘dani chayish, klizma-qo‘yish, turli in‘eksiyalar, suniy nafas oldirish, yurakni yopiq usulda uqalash; qon oqishini vaqtinchalik to‘xtatish; jgut va shina qo‘yish; turli bog‘lamlar qo‘yish; jaroxatlangan va boshqa bemorlarni transportda olib borish qoidalari; spetsifik kasallik bilan og‘rigan og‘ir bemorlarni (urologik, xirurgik v.b.) parvarish qilishni *bilishi va ulardan foydalana olishi*;

Masalaning qo‘yilishi:

1. Kuyish turlarini ayting.
2. Kuyishning darajalari va uni aniqlash usullari.
3. Kuyishda BTYO va davolashni aniqlang.
4. Sovuq olish sabablari va darajalarini ayting.
5. Sovuq olishda BTYo.
6. Sovuq olishni davolash usullari.

Ishni bajarish uchun namuna:

1. Termik kuyishning darajalarini tavsiflang. Quyidagi jadvalni “Blits” usuli bo‘yicha to‘ldiring.

Darajalari	Belgilari
I daraja	
II daraja	
III A-daraja	
III B-daraja	
IV-daraja	

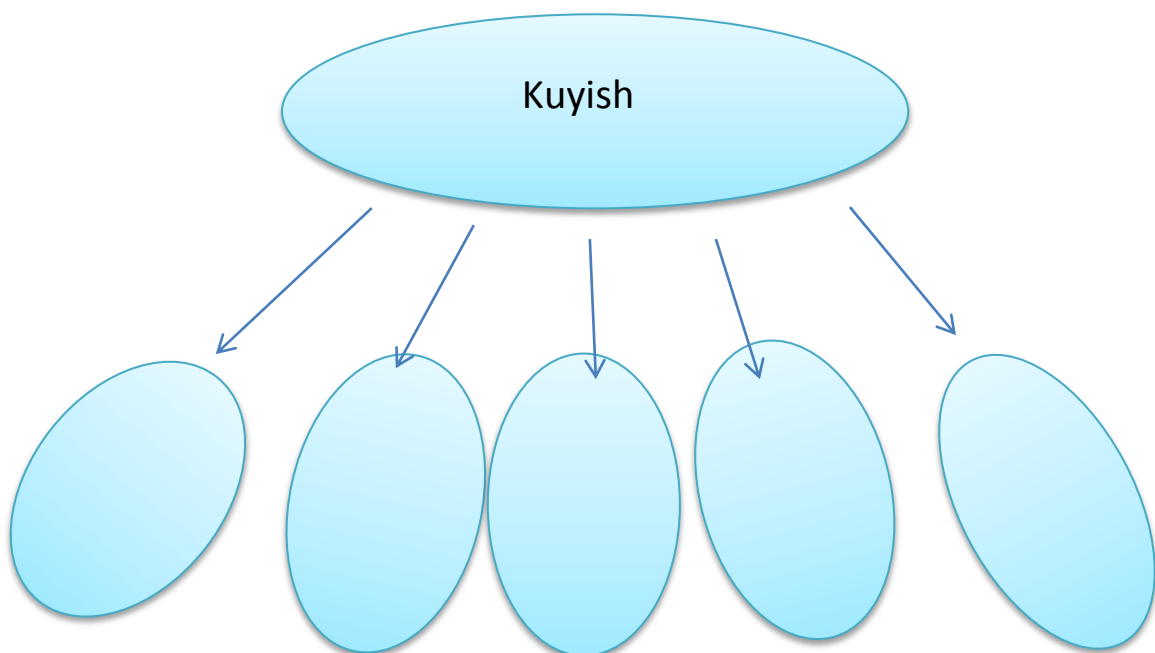
2. Sovuq olishning darajalarini tavsiflang. Quyidagi jadvalni “Blits” usuli bo’yicha to’ldiring.

Darajalari	Belgilari
I daraja	
II daraja	
III daraja	
IV daraja	

3. Sovuq olishda ko’rsatiladigan BTYo tadbirlarini aniqlang. Quyidagi jadvalni “Blits” usuli bo’yicha to’ldiring.

Dala sharoitida	Uy sharoitida	Ambulatoriya sharoitida

1. “Elpigich” usulini qo’llagan holatda jarohatlarni yoritib bering.



8-AMALIY MASHG'ULOT.

SHIKASTLANISHLAR. YUMSHOQ TO'QIMA SHIKASTLANISHI VA BTYo

Talabalarda BTYo fani va maqsadlari:

Shifokor va farmatsevtlar zaruriyat tug'ilganda malakali birinchi tibbiy yordamni ko'rsata bilishlari kerak. Shundan kelib chiqib, BTYO fanining asosiy vazifalari talabalarga malakali BTYO ko'rsatishni, uni nazariy va amaliy jixatlarini har tomonlama o'rgatishdan iborat.

Ishdan maqsad:

-xaroratni o'lchash, A/B-o'lchash, puls xisoblash, me'dani chayish, klizma-qo'yish, turli in'eksiyalar, suniy nafas oldirish, yurakni yopiq usulda uqalash; qon oqishini vaqtinchalik to'xtatish; jgut va shina qo'yish; turli bog'lamlar qo'yish; jaroxatlangan va boshqa bemorlarni transportda olib borish qoidalari; spetsifik kasallik bilan og'rigan og'ir bemorlarni (urologik, xirurgik v.b.) parvarish qilishni *bilishi va ulardan foydalana olishi*;

Masalaning qo'yilishi:

1. Shikastlanishlarning tasnifi.
2. Yumshoq to'qimalarning yopiq shikastlanishlari va ularda birinchi tibbiy yordam.
3. Uzoq vaqt bosilib qolish sindromi, patogenezini va belgilari.
4. Uzoq vaqt bosilib qolish sindromi kuzatilganda birinchi tibbiy yordam tadbirlari.

Ishni bajarish uchun namuna:

1. Quyidagilar asosida shikastlanishlarni ta'riflang

Turlari	Sabablari
Ishlab chiqarishga oid	
Ishlab chiqarishga oid bo'lmagan	
Qasddan qilingan	
Harbiy	

2. Yumshoq to'qimalarning shikastlanishi belgilari va birinchi tibbiy yordamni aniqlang

Shikastlanish turi	Belgilari	Birinchi tibbiy yordam
Lat yeish		
Paylarning cho'zilishi		
Mushaklarning		

yorilishi		
-----------	--	--

3. Uzoq vaqt bosilib qolish sindromida ko'rsatiladigan birinchi tibbiy yordam bosqichlarini yozib bering.

9-AMALIY MASHG'ULOT.

BOSH MIYA SHIKASTLANISHI VA KO'KRAK QAFASINING SHIKASTLANISHI VA UNDA BTYo.

Talabalarda BTYo fani va maqsadlari:

Shifokor va farmatsevtlar zaruriyat tug'ilganda malakali birinchi tibbiy yordamni ko'rsata bilishlari kerak. Shundan kelib chiqib, BTYO fanining asosiy vazifalari talabalarga malakali BTYO ko'rsatishni, uni nazariy va amaliy jihatlarini har tomonlama o'rgatishdan iborat.

Ishdan maqsad:

-xaroratni o'lchash, A/B-o'lchash, puls xisoblash, me'dani chayish, klizma-qo'yish, turli in'eksiyalar, suniy nafas oldirish, yurakni yopiq usulda uqalash; qon oqishini vaqtinchalik to'xtatish; jgut va shina qo'yish; turli bog'lamlar qo'yish; jaroxatlangan va boshqa bemorlarni transportda olib borish qoidalari; spetsifik kasallik bilan og'rigan og'ir bemorlarni (urologik, xirurgik v.b.) parvarish qilishni *bilishi va ulardan foydalana olishi*;

Masalaning qo'yilishi:

1. Bosh miya jarohati
2. Miya chayqalishi
3. Pnevmotoraks
4. Ko'krak qafasining shikastlanishi
5. Miyaning qisilishi.
6. Miyaning lat eyishi.

Ishni bajarish uchun namuna:

Guruxning xar bir a'zosi:

- o'z sheriklarining fikrlarini xurmat qilishlari lozim;
- berilgan topshiriqlar bo'yicha faol, hamkorlikda va mas'uliyat bilan ishlashlari lozim;
- o'zlariga yordam kerak bo'lganda so'rashlari mumkin;
- yordam so'raganlarga ko'mak berishlari lozim;
- guruhni baholash jarayonida ishtirok etishlari lozim;
- "Biz bir kemandamiz, birga cho'kamiz yoki birga qutilamiz" qoidasini yaxshi bilishlari lozim.

“Vertushka usuli”.

1.

Bu uslubda 3 ta yoki 5 ta guruxga material tarqatiladi va xar bir gurux yakka xolda belgilaydi. Keyin bu material guruxlarga aralashtirib beriladi va yana belgilanadi, xar bir gurux bilganini belgilagandan keyin o‘qituvchi va talabalar bilan umumiy to‘g‘ri javob o‘rtoqlanadi.

1. I – guruh
2. Miya chayqalishida BTYO tadbirlari.

II – guruh

1. Pnevmotoraksda BTYO

– guruh
Miyaning lat eyishida BTYO.

2. Quyidagi jadvalni “Blits” usuli bo‘yicha to‘ldiring

Turlari	Sabablari

10-AMALIY MASHG‘ULOT.

CHIQISH VA SINISHLAR. ULARNING TURLARI.

Talabalarda BTYO fani va maqsadlari:

Shifokor va farmatsevtlar zaruriyat tug‘ilganda malakali birinchi tibbiy yordamni ko‘rsata bilishlari kerak. Shundan kelib chiqib, BTYO fanining asosiy vazifalari talabalarga malakali BTYO ko‘rsatishni, uni nazariy va amaliy jixatlarini har tomonlama o‘rgatishdan iborat.

Ishdan maqsad:

-xaroratni o‘lchash, A/B-o‘lchash, puls xisoblash, me‘dani chayish, klizma-qo‘yish, turli in‘eksiyalar, suniy nafas oldirish, yurakni yopiq usulda uqalash; qon oqishini vaqtinchalik to‘xtatish; jgut va shina qo‘yish; turli bog‘lamlar qo‘yish; jaroxatlangan va boshqa bemorlarni transportda olib borish qoidalari;

spetsifik kasallik bilan ogʻrigan ogʻir bemorlarni (urologik, xirurgik v.b.) parvarish qilishni *bilishi va ulardan foydalana olishi*;

Masalaning qoʻyilishi:

1. Suyaklarning chiqishi, belgilari, ularda birinchi tibbiy yordam.
2. Suyaklarning sinishi, sabablari, belgilari.
3. Suyaklar singanda birinchi tibbiy yordam tadbirlari.
4. Shinalar va ularning amalda ishlatilishi
5. Suyaklar singanda davolash printsiplari.

Ishni bajarish uchun namuna:

1. Suyaklar sinishining tasnifini bering

Suyak oʻqining uzunligiga koʻra	
Suyakning qaysi qismida joylashganligiga koʻra	
Teri butunligining buzilgan yoki yoʻqligiga qarab	

2. Suyak chiqishi va sinishining asosiy belgilarini aniqlang

Suyaklarning sinishi	Belgilari
Suyaklarning chiqishi	

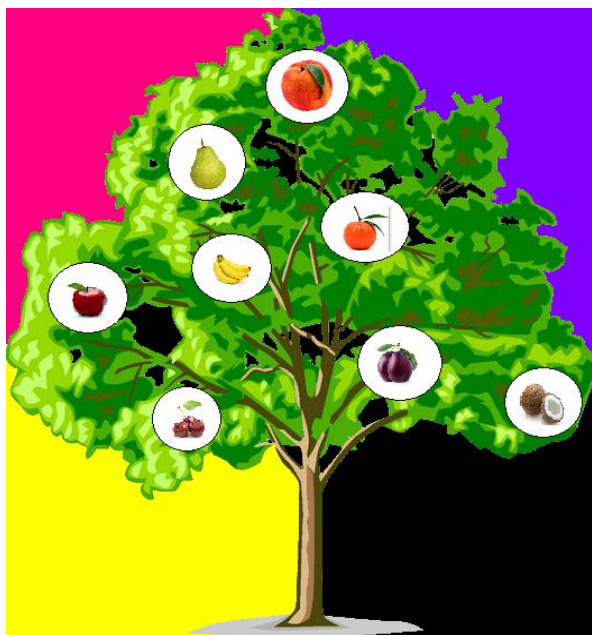
3. Transport immobilizatsiyasining qoidalarini yozib bering.

4. “Mevali daraxt” metodining qoʻllanilishi

“Mevali daraxt” metodining maqsadi: talabalarda tezlik, axborotlar tizimini tahlil qilish, rejalashtirish, prognoʻzlash koʻnikmalarini shakllantirishdan iborat. Mazkur metodni baholash va mustahkamlash maksadida qoʻllash samarali natijalarni beradi.

Bu metoddan maqsad, talabalarda maʼlum bir faoliyat yoki tushunchalarning ketma-ketligi, uzluksizligi, bogʻliqligi, bosqichma-bosqichligi hamda tartibini aniqlash malaka va koʻnikmalarini rivojlantirishdan iborat.

Buning uchun pedagog tomonidan maʼlum ketma-ketligi mavjud boʻlgan faoliyat yoki tushunchaning oʻrinlari almashtirilgan holda beriladi. Talabalar ushbu ketma-ketlikni topishi, tartibga keltirishi, oʻz oʻrniga qoʻyib chiqishi lozim. Bu topshiriqda talabalar oʻz javoblarini va guruhiiy javobni berish imkoniyatiga ega boʻladilar. Toʻgʻri javob eʼlon qilingandan soʻng talabalarni baholash mumkin. Bunday topshiriq talabalarni fikrlashga undab, mavzu bilimlarini mustahkamlashga, aniqlashtirishga va tafakkurni rivojlantirishga yordam beradi.



Metodni amalga oshirish bosqichlari:

“Mevali daraxtni” katta o‘lchamli karton, 8ta varaqa, old tomondan meva rasmi tushurilgan, orqasida savol yozilgan.

O‘qituvchi o‘yin qoidalarini tushuntiradi. Talabalar ikki guruhga bo‘linadilar, so‘ng o‘qituvchi umumiy savolni beradi. Har bir guruhdan bittadan talaba navbatma-navbat javob beradilar. Javob to‘g‘ri bo‘lsa o‘qituvchi meva beradi va u daraxtga knopka bilan sanchiladi. Javob berolmasa meva berilmaydi. Qaysi guruh ko‘proq meva yig‘sa o‘sha guruh g‘alaba qozonadi.

11-AMALIY MASHG‘ULOT.

O‘TKIR VA SURUNKALI JARROHLIK INFEKSIYALARI.

Talabalarda BTYO fani va maqsadlari:

Shifokor va farmatsevtlar zaruriyat tug‘ilganda malakali birinchi tibbiy yordamni ko‘rsata bilishlari kerak. Shundan kelib chiqib, BTYO fanining asosiy vazifalari talabalarga malakali BTYO ko‘rsatishni, uni nazariy va amaliy jixatlarini har tomonlama o‘rgatishdan iborat.

Ishdan maqsad:

-xaroratni o‘lchash, A/B-o‘lchash, puls xisoblash, me‘dani chayish, klizma-qo‘yish, turli in‘eksiyalar, suniy nafas oldirish, yurakni yopiq usulda uqalash; qon oqishini vaqtinchalik to‘xtatish; jgut va shina qo‘yish; turli bog‘lamlar qo‘yish; jaroxatlangan va boshqa bemorlarni transportda olib borish qoidalar; spetsifik kasallik bilan og‘rigan og‘ir bemorlarni (urologik, xirurgik v.b.) parvarish qilishni *bilishi va ulardan foydalana olishi*;

Masalaning qo‘yilishi:

1. O‘tkir yiringli infeksiyalar: panaritsiy, furunkul, karbunkul, limfadenit, limfangit, abtsess, flegmonalarning sabablari va davolash tadbirlari.
2. Sepsis va uni davolash usullari
3. Yiringli infeksiyalarni oldini olish tadbirlari
4. Yiringli infeksiyalarni davolashning umumiy usullari

5. Qoqshol, uning oldini olish va davolash tadbirlari.
6. Surunkali jarroxlik infeksiyasi to'g'risida tushuncha.

Ishni bajarish uchun namuna:

«Akliy xujum» usulining asosiy qoidalari:

- Olg'a surilgan fikr va g'oyalar tanqid ostiga olinmaydi va baholanmaydi.
- Taklif kilinayotgan fikr va g'oyalar qanchalik fantastik va antiqa bo'lsa ham, uni baholashdan o'zingizni tiying!
- Tanqid qilmang – hamma bildirilgan fikrlar bir xilda bebahodir.
- Fikr bildirilayotganda bo'lmang!
- Maqsad – fikr va g'oyalar sonini ko'paytirish.
- Qanchalik ko'p fikr va g'oyalar bildirilsa shunchalik yaxshi. Yangi va bebaho fikr va g'oyalarning paydo bo'lish ehtimoli paydo bo'ladi.
- Agar fikrlar qaytarilsa asabiylashmang va hayron bo'lmang.
- Hayollar «to'zg'ishiga» ijozat bering.
- Bu muammo faqatgina ma'lum usullar yordamidagina hal bo'lishi mumkin, deb o'ylamang.

<i>№</i>	<i>Savollar</i>
1.	O'tkir yiringli infeksiyalar: panaritsiy, furunkul, karbunkul, limfadenit, limfangit, absess, flegmonalarning sabablari va davolash Sepsis va uni davolash usullari
2.	Yiringli infeksiyalarni oldini olish tadbirlari va davolashning umumiy usullari
3	Qoqshol, uni oldini olish va davolash tadbirlari.
4	Surunkali jarroxlik infeksiyasi to'g'risida tushuncha. O'tkir appenditsitda BTYO tadbirlari.

Mustaqil bajarish uchun vazifalar:

1. Jarroxlik infeksiyalarining tasnifini keltiring.
2. Quyidagi jadvalni "Blits" usuli bo'yicha to'ldiring

O'tkir jarroxlik infeksiyalari	Surunkali jarroxlik infeksiyalari

3. O'tkir yiringli infeksiyalarning belgilarini yozib bering.
4. Quyidagi jadvalni "Blits" usuli bo'yicha to'ldiring

Mahalliy belgilar	Umumiy belgilar
-------------------	-----------------

--	--

5. O'tkir yiringli infeksiyalarni oldini olish tadbirlarini yozib bering.
6. **"Krossvord"** usulida mavzuni yoriting.

12-AMALIY MASHG'ULOT.

O'TKIR JARROXLIK KASALLIKLARI VA UNDA BTYO

Talabalarda BTYo fani va maqsadlari:

Shifokor va farmatsevtlar zaruriyat tug'ilganda malakali birinchi tibbiy yordamni ko'rsata bilishlari kerak. Shundan kelib chiqib, BTYO fanining asosiy vazifalari talabalarga malakali BTYO ko'rsatishni, uni nazariy va amaliy jixatlarini har tomonlama o'rgatishdan iborat.

Ishdan maqsad:

-xaroratni o'lchash, A/B-o'lchash, puls xisoblash, me'dani chayish, klizma-qo'yish, turli in'eksiyalar, suniy nafas oldirish, yurakni yopiq usulda uqalash; qon oqishini vaqtinchalik to'xtatish; jgut va shina qo'yish; turli bog'lamlar qo'yish; jaroxatlangan va boshqa bemorlarni transportda olib borish qoidalari; spetsifik kasallik bilan og'rigan og'ir bemorlarni (urologik, xirurgik v.b.) parvarish qilishni *bilishi va ulardan foydalana olishi*;

Masalaning qo'yilishi:

1. O'tkir appenditsitda birinchi tibbiy yordam tadbirlarini aytib bering
2. O'tkir xoletsistit, sabablari, belgilari va BTYo
3. O'tkir pankreatit, sabablari, belgilari va BTYo
4. O'tkir peritonitlar, sabablari, belgilari va BTYo
5. O'tkir ichak tutilishi va unda BTYo
6. Me'da va o'n ikki barmoqli ichak yarasi teshilishida BTYo

Ishni bajarish uchun namuna:

Guruxning xar bir a'zosi:

- o'z sheriklarining fikrlarini xurmat qilishlari lozim;
- berilgan topshiriqlar bo'yicha faol, hamkorlikda va mas'uliyat bilan ishlashlari lozim;
- o'zlariga yordam kerak bo'lganda so'rashlari mumkin;
- yordam so'rganlarga ko'mak berishlari lozim;
- guruhni baholash jarayonida ishtirok etishlari lozim;
- "Biz bir kemadamiz, birga cho'kamiz yoki birga qutilamiz" qoidasini yaxshi bilishlari lozim.

"Vertushka usuli".

Bu uslubda 3 ta yoki 5 ta guruxga material tarqatiladi va xar bir gurux yakka xolda belgilaydi. Keyin bu material guruxlarga aralashtirib beriladi va yana belgilanadi, xar bir gurux bilganini belgilagandan keyin o'qituvchi va talabalar bilan umumiy to'g'ri javob o'rtoqlanadi.

3. I – guruh
4. Surunkali jarroxlik infeksiyasi t'y'risida tushuncha. O'tkir appenditsitda BTYo tadbirlari.
5. O'tkir xolesistit, sabablari, belgilari va BTYO

II – guruh

1.O'tkir pankreatit, sabablari, belgilari va BTYO

– guruh

O'tkir ichak tutilishi va unda BTYO.

Me'da va o'n ikki barmoqli ichak varasi teshilishida BTYO

1. O'tkir ichak tutilishining turlari va sabablarini aniqlang.
2. Quyidagi jadvalni "Blits" usuli bo'yicha to'ldiring

Turlari	Sabablari

2. Qorin bo'shlig'ining o'tkir jarroxlik kasalliklarida shifokor ko'rguncha qilinishi man etiladigan tadbirlarni yozib bering

3. Me'da va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligiga tegishli ma'lumotlarni to'ldiring. Quyidagi jadvalni "Blits" usuli bo'yicha to'ldiring

Asoratlari	BTYo tadbirlari

4. **"Qorchalar"** usulida o'zaro savollarga javob bering.

13-AMALIY MASHG'ULOT:

O'TKIR TERAPEVTIK KASALLIKLARI VA UNDA BTYO(BRONXIAL ASTMA.YURAK ISHEMIK KASALLIGI , YURAK ASTMASI.)

Talabalarda BTYo fani va maqsadlari:

Shifokor va farmatsevtlar zaruriyat tug'ilganda malakali birinchi tibbiy yordamni ko'rsata bilishlari kerak. Shundan kelib chiqib, BTYO fanining asosiy vazifalari talabalarga malakali BTYO ko'rsatishni, uni nazariy va amaliy jixatlarini har tomonlama o'rgatishdan iborat.

Ishdan maqsad:

-xaroratni o'lchash, A/B-o'lchash, puls xisoblash, me'dani chayish, klizma-qo'yish, turli in'eksiyalar, suniy nafas oldirish, yurakni yopiq usulda uqalash; qon oqishini vaqtinchalik to'xtatish; jgut va shina qo'yish; turli bog'lamlar qo'yish; jaroxatlangan va boshqa bemorlarni transportda olib borish qoidalari; spetsifik kasallik bilan og'rigan og'ir bemorlarni (urologik, xirurgik v.b.) parvarish qilishni *bilishi va ulardan foydalana olishi*;

Masalaning qo'yilishi:

1. Stenokardiya kasalligi, belgilari, tibbiy yordam tadbirlari
2. Miokard infarkti, sabablari, belgilari va tibbiy yordam tadbirlari.
3. Yurak va bronxial astmasi, tibbiy yordam va davolash printsiplari
4. Tutqanoq kasalligi, turlari, tibbiy yordam tadbirlari
5. Buyrak sanchig'i, asosiy belgilari va tibbiy yordam tadbirlari.
6. Miyaga qon qo'yilganda tibbiy yordam va davolash printsiplari
7. Giper- va gipoglikemik komalar, sabablari, belgilari va BTYo.
- 8.O'pka shishi, unda BTYo tadbirlari.

Ishni bajarish uchun namuna:



"Klatser usuli" bo'yicha mashhulot o'tkazish uchun talabalarni 3 guruxga bo'linadilar. Ulardan 1 miokard infarkti,

2 bronxial astma,

3 yurak astmasi xolatlari bo'ladilar.

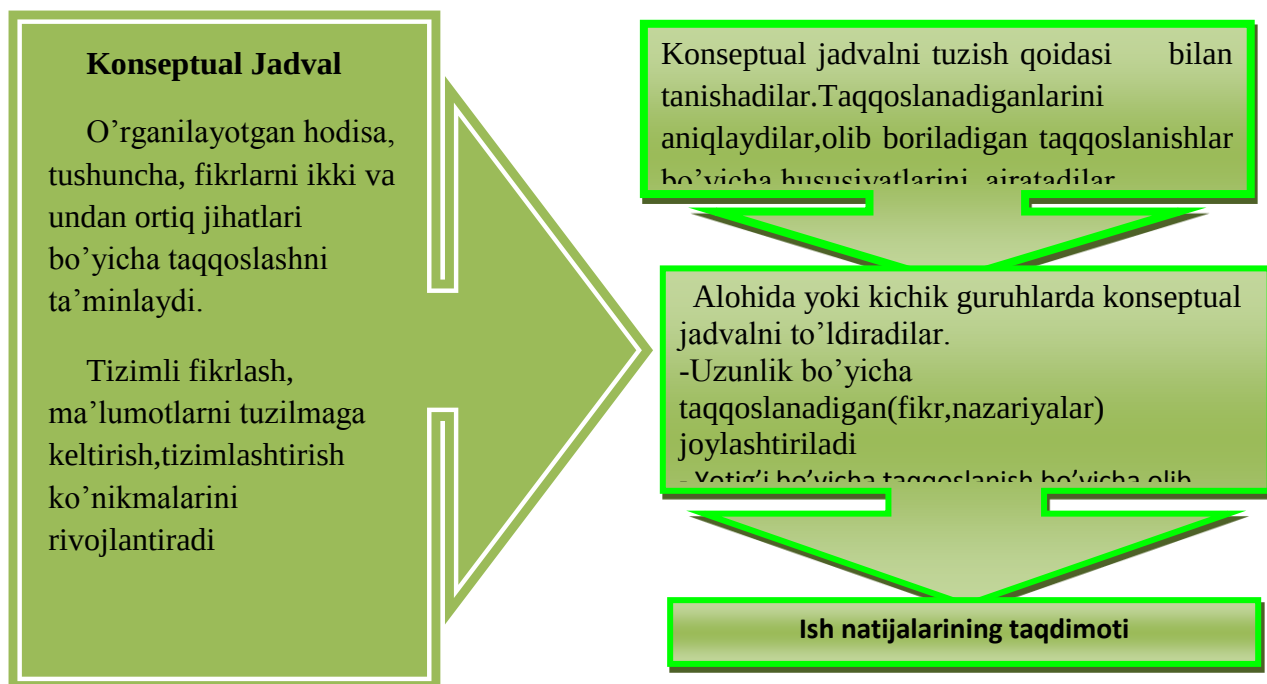
Xar bir gurux yuqorida keltirilgan xolatlarda kuzatiladigan va unda ko'rsatiladigan BTYOni gapirib o'tadilar.

Klaster, konseptual jadval organayzerlari

Klasterni tuzish qoidasi

1. Aqlingizga nima kelsa, barchasini yozing. G'oyalari sifatini muhokama qilmang faqat ularni yozing.
2. Xatni to'xtatadigan imlo xatolariga va boshqa omillarga e'tibor bermang.

3. Ajratilgan vaqt tugaguncha yozishni to'xtatmang. Agarda aqlingizda g'oyalar kelishi birdan to'xtasa, u holda qachonki yangi g'oyalar kelmaguncha qog'ozga rasm chizib turing.



1. Stenokardiya va miokard infarktining asosiy tavsifini bering.
2. Quyidagi jadvalni Blits usuli bo'yicha to'ldiring

Kasallik turi	Asosiy belgilari	BTYo tadbirlari
Stenokardiya		
Miokard infarkti		

2. Bronxial va yurak astmasi kasalliklarini taqqoslang. Quyidagi jadvalni Blits usuli bo'yicha to'ldiring

Kasallik turi	Belgilari	BTYo tadbirlari
Bronxial astma		
Yurak astmasi		

1. O'pka shishida ko'riladigan chora-tadbirlarni yozib bering
2. Baliq suyagi modeli asosida mavzuni tasniflang.
 1. Tutqanoq kasalligining asosiy tavsifini bering. Quyidagi jadvalni "Blits" usuli bo'yicha to'ldiring

Kasallik turi	Asosiy belgilari	BTYo tadbirlari
Katta tutqanoq		
Kichik tutqanoq		

Psixomotor ekvivalent		
-----------------------	--	--

2. Diabetik komada ko'riladigan BTYo tadbirlarini aniqlang. "Blits" usuli bo'yicha to'ldiring

Koma turi	BTYo tadbirlari
Giperglikemik	
Gipoglikemik	

1. Miyaga qon quyilganda ko'riladigan chora-tadbirlarni yozib bering.
2. "Daraxt" modeli sifatida mavzuga tasnif bering.

14-AMALIY MASHG'ULOT.

O'TKIR TERAPEVTIK KASALLIKLARI VA UNDA BTYO'(TUTQANOQ,BUYRAK SANCHIG'I,MIYAGA QON QUYILISHI, DIABETIK KOMALAR)

Talabalarda BTYo fani va maqsadlari:

Shifokor va farmatsevtlar zaruriyat tug'ilganda malakali birinchi tibbiy yordamni ko'rsata bilishlari kerak. Shundan kelib chiqib, BTYO fanining asosiy vazifalari talabalarga malakali BTYO ko'rsatishni, uni nazariy va amaliy jixatlarini har tomonlama o'rgatishdan iborat.

Ishdan maqsad:

-xaroratni o'lchash, A/B-o'lchash, puls xisoblash, me'dani chayish, klizma-qo'yish, turli in'eksiyalar, suniy nafas oldirish, yurakni yopiq usulda uqalash; qon oqishini vaqtinchalik to'xtatish; jgut va shina qo'yish; turli bog'lamlar qo'yish; jaroxatlangan va boshqa bemorlarni transportda olib borish qoidalari; spetsifik kasallik bilan og'rigan og'ir bemorlarni (urologik, xirurgik v.b.) parvarish qilishni *bilishi va ulardan foydalana olishi*;

Masalaning qo'yilishi:

- 1.O'tkir terapevtik kasalliklari btyo
- 2.Tutqanoq
- 3.Buyrak sanchig'i
- 4.Miyaga qon quyilishi
- 5.diabetik komalar

Ishni bajarish uchun namuna:

1. Terapiya bo'limida yotgan bemorni himoyalash-osoyishtalash tartibini tuzing.
2. Quyida berilgan jadvalni to'ldiring "Blits" usuli bo'yicha tuzing.

Ko'rsatkichlar	Puls soni	Qon bosimi	Tana harorati
meyorda			
kasalliklarda o'zgarishi			

3. Quyidagilar asosida bemorlarning holatiga baho bering. “Blits” usuli bo’yicha jadval to’ldiring.

Bemor, o’zi yuradi, ovqat qabul qiladi, muolajalarga qatnay oladi, umumiy holati o’rtacha.	
Bemor, yura olmaydi, o’z holatini o’zgartira olmaydi, ovqatlantirish va parvarishga muhtoj.	
Bemor o’z ahvolini yengillashtirish va og’riqni kamaytirish uchun yotgan joyida o’ziga hos holatni olgan.	

4. **“Qorbo’ron” ish o’yini.**

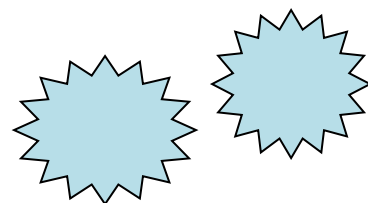
Maqsad :guruh talabalarining hammasini 1 vaqtning o’zida bilimni nazorat qilish.

Ish o’tkazish tartibi:

Guruh 2 – 3 talabadan iborat kichik guruhlariga bo’linadi .Guruh talabalarining hammasi bitta savol yoki vaziyatni o’zaro tahlil qilishadi . Har bir to’g’ri javob bergan guruhchaga ball sifatida “qorbo’ron” yozib qo’yiladi. Natijada eng ko’p qorbo’ronlar to’plagan guruhcha g’olib bo’ladi.

Ish o’yinini o’tkazish uchun savollar to’plami:

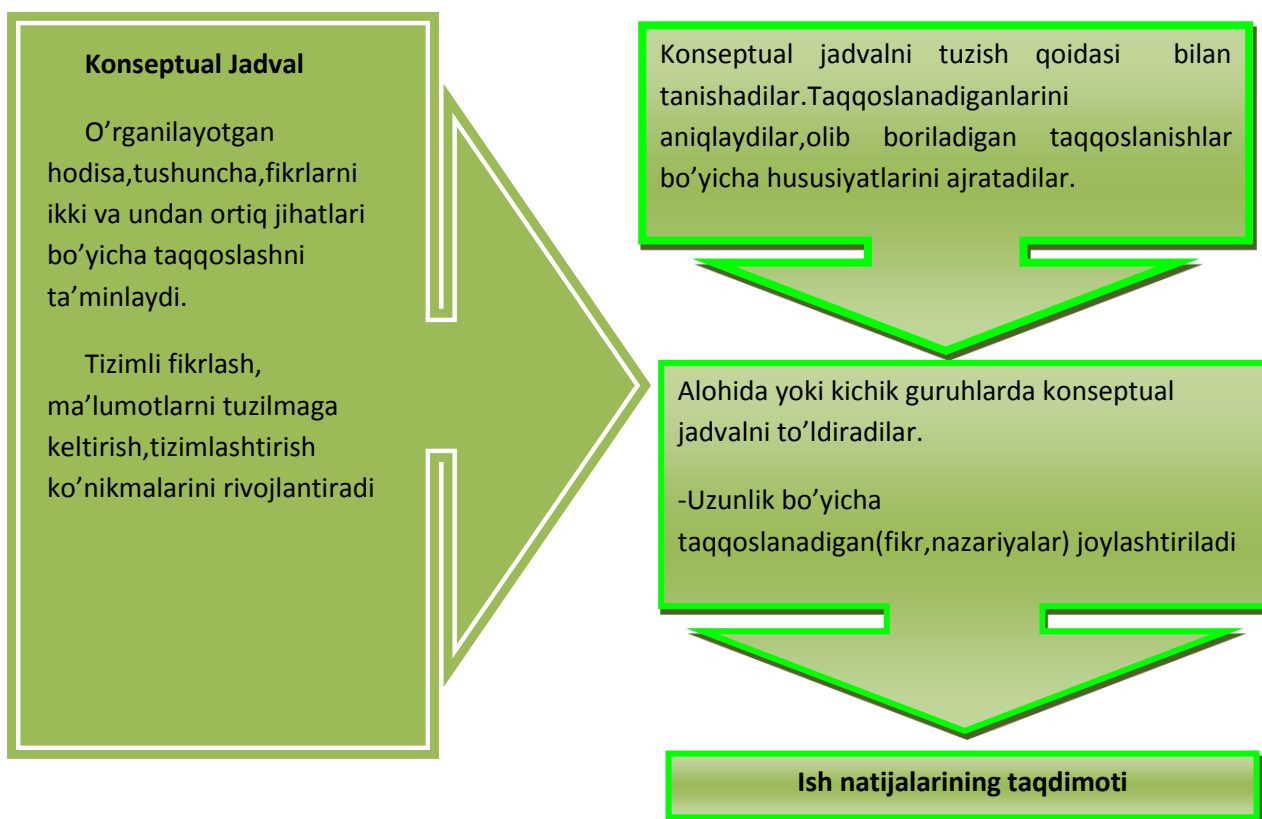
1. Tutqanoq
2. Buyrak sanchig’i
3. Miyaga qon quyilishi
4. diabetik komalar



Klaster, konseptual jadval organayzerlari

Klasterni tuzish qoidasi

1. Aqlingizga nima kelsa, barchasini yozing. G’oyalari sifatini muhokama qilmang faqat ularni yozing.
2. Xatni to’xtatadigan imlo xatolariga va boshqa omillarga e’tibor bermang.
3. Ajratilgan vaqt tugaguncha yozishni to’xtatmang. Agarda aqlingizda g’oyalar kelishi birdan to’xtasa, u holda qachonki yangi g’oyalar kelmaguncha qog’ozga rasm chizib turing.



Xar bir gurux boshqa guruxlarni baxolaydi. Xar bir talab bo'yicha to'liq bajarilsa – 15 ball

15-AMALIY MASHG'ULOT.

REANIMATSIYA USULLARI TUG'RIDA TUSHUNCHA.

Talabalarda BTYO fani va maqsadlari:

Shifokor va farmatsevtlar zaruriyat tug'ilganda malakali birinchi tibbiy yordamni ko'rsata bilishlari kerak. Shundan kelib chiqib, BTYO fanining asosiy vazifalari talabalarga malakali BTYO ko'rsatishni, uni nazariy va amaliy jihatlarini har tomonlama o'rgatishdan iborat.

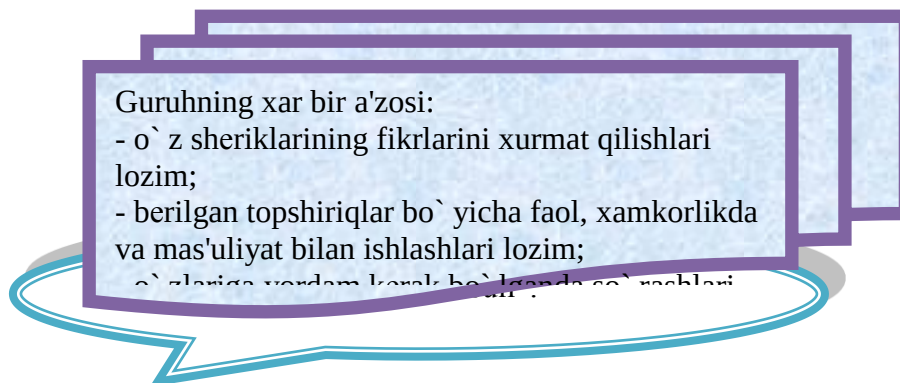
Ishdan maqsad:

-xaroratni o'lchash, A/B-o'lchash, puls xisoblash, me'dani chayish, klizma-qo'yish, turli in'eksiyalar, suniy nafas oldirish, yurakni yopiq usulda uqalash; qon oqishini vaqtinchalik to'xtatish; jgut va shina qo'yish; turli bog'lamlar qo'yish; jaroxatlangan va boshqa bemorlarni transportda olib borish qoidalari; spetsifik kasallik bilan og'rigan og'ir bemorlarni (urologik, xirurgik v.b.) parvarish qilishni *bilishi va ulardan foydalana olishi*;

Masalaning qo'yilishi:

1. Reanimatsiya to'g'risida tushuncha.
2. Shok, uning turlari va unda tibbiy yordamning umumiy tamoyillari.
3. Cho'kkanda birinchi yordam tadbirlari.
4. Elektr toki urganda birinchi yordam tadbirlari.

Ishni bajarish uchun namuna:



Bu uslubda 3 ta yoki 5 ta guruxga material tarqatiladi va xar bir gurux yakka xolda belgilaydi. Keyin bu material guruxlarga aralashtirib beriladi va yana belgilanadi, xar bir gurux bilganini belgilagandan keyin o`qituvchi va talabalar bilan umumiy to`g`ri javob o`rtoqlanadi.

I – guruh

1. Reanimatsiya to`g`risida tushuncha.

II – guruh

1. Shok, uning turlari va unda tibbiy yordamning umumiy tamoyillari.

III – guruh

1. Cho`kkanda birinchi yordam tadbirlari.

Amaliy ko`nikmalar.

1. Ilon chaqqanda BTY tadbirlari.
2. Dorilardan zaharlanganda me`dani yuvish tartibi.
3. Is gazidan og`ir zaharlanganda BTYo.

16-amaliy mashg`ulot.

ZAHARLANISHLAR, PETSITSIDLAR, ZAHARLI O`SIMLIKLAR, DORILARDAN ZAHARLANISH) VA BTYO

Talabalarda BTYo fani va maqsadlari:

Shifokor va farmatsevtlar zaruriyat tug`ilganda malakali birinchi tibbiy yordamni ko`rsata bilishlari kerak. Shundan kelib chiqib, BTYO fanining asosiy vazifalari talabalarga malakali BTYO ko`rsatishni, uni nazariy va amaliy jixatlarini har tomonlama o`rgatishdan iborat.

Ishdan maqsad:

-xaroratni o`lchash, A/B-o`lchash, puls xisoblash, me`dani chayish, klizma-qo`yish, turli in`eksiyalar, suniy nafas oldirish, yurakni yopiq usulda uqalash;

qon oqishini vaqtinchalik to'xtatish; jgut va shina qo'yish; turli bog'lamlar qo'yish; jaroxatlangan va boshqa bemorlarni transportda olib borish qoidalari; spetsifik kasallik bilan og'rigan og'ir bemorlarni (urologik, xirurgik v.b.) parvarish qilishni *bilishi va ulardan foydalana olishi*;

Masalaning qo'yilishi:

1. Zaharlanish va uning turlari, belgilari, sabablari to'g'risida umumiy tushuncha bering.
2. Zaharlanishda ko'rsatiladigan birinchi tibbiy yordamning umumiy printsiplarini aytib bering.
3. Barbituratlar, xolinoblokatorlar, og'ir metallar va ularning birikmalari bilan zaharlanish va BTYo.
4. Pestitsidlar, turli gazlardan va alkogoldan zaharlanish va unda BTYo.

Ishni bajarish uchun namuna:

Guruhning xar bir a'zosi:

- o'z sheriklarining fikrlarini xurmat qilishlari lozim;
- berilgan topshiriqlar bo'yicha faol, xamkorlikda va mas'uliyat bilan ishlashlari lozim;
- o'zlariga yordam kerak bo'lganda so'rashlari mumkin;
- yordam so'raganlarga ko'mak berishlari lozim;
- guruhni baholash jarayonida ishtirok etishlari lozim;
- "Biz bir kemadamiz, birga cho'kamiz yoki birga qutilamiz" qoidasini yaxshi bilishlari lozim.

"Vertushka usuli".

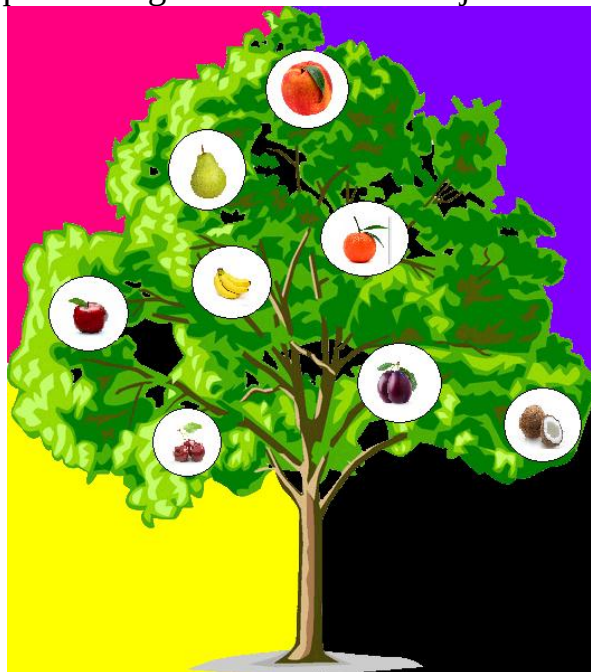
Bu uslubda 3 ta yoki 5 ta guruxga material tarqatiladi va xar bir gurux yakka xolda belgilaydi. Keyin bu material guruxlarga aralashtirib beriladi va yana belgilanadi, xar bir gurux bilganini belgilagandan keyin o'qituvchi va talabalar bilan umumiy to'g'ri javob o'rtoqlanadi.

„Mevali daraxt“ metodining qo'llanilishi

„Mevali daraxt“ metodining maqsadi: talabalarda tezlik, axborotlar tizimini tahlil qilish, rejalashtirish, prognozlash ko'nikmalarini shakllantirishdan iborat. Mazkur metodni baholash va mustahkamlash maksadida qo'llash samarali natijalarni beradi.

Bu metoddan maqsad, talabalarda ma'lum bir faoliyat yoki tushunchalarning ketma-ketligi, uzluksizligi, bog'liqligi, bosqichma-bosqichligi hamda tartibini aniqlash malaka va ko'nikmalarini rivojlantirishdan iborat.

Buning uchun pedagog tomonidan ma'lum ketma-ketligi mavjud bo'lgan faoliyat yoki tushunchaning o'rinlari almashtirilgan holda beriladi. Talabalar ushbu ketma-ketlikni topishi, tartibga keltirishi, o'z o'rniga qo'yib chiqishi lozim. Bu topshiriqda talabalar o'z javoblarini va guruhij javobni berish imkoniyatiga ega bo'ladilar. To'g'ri javob e'lon qilingandan so'ng talabalarni baholash mumkin. Bunday topshiriq talabalarni fikrlashga undab, mavzu bilimlarini mustahkamlashga, aniqlashtirishga va tafakkurni rivojlantirishga yordam beradi.



Metodni amalga oshirish bosqichlari:

“Mevali daraxtni” katta o'lchamli karton, 8ta varaqa, old tomondan meva rasmi tushurilgan, orqasida savol yozilgan.

O'qituvchi o'yin qoidalarini tushuntiradi. Talabalar ikki guruhga bo'linadilar, so'ng o'qituvchi umumiy savolni beradi. Har bir guruhdan bittadan talaba navbatma-navbat javob beradilar. Javob to'g'ri bo'lsa o'qituvchi meva beradi va u daraxtga knopka bilan sanchiladi. Javob berolmasa meva berilmaydi. Qaysi guruh ko'proq meva yig'sa o'sha guruh g'alaba qozonadi.

17-amaliy mashg'ulot.

ILON, CHAYON, QORAQURT CHAQQANDA BTYO`

Talabalarda BTYo fani va maqsadlari:

Shifokor va farmatsevtlar zaruriyat tug'ilganda malakali birinchi tibbiy yordamni ko'rsata bilishlari kerak. Shundan kelib chiqib, BTYO fanining asosiy vazifalari talabalarga malakali BTYO ko'rsatishni, uni nazariy va amaliy jixatlarini har tomonlama o'rgatishdan iborat.

Ishdan maqsad:

-xaroratni o'lchash, A/B-o'lchash, puls xisoblash, me'dani chayish, klizma-qo'yish, turli in'eksiyalar, suniy nafas oldirish, yurakni yopiq usulda uqalash; qon oqishini vaqtinchalik to'xtatish; jgut va shina qo'yish; turli bog'lamlar qo'yish; jaroxatlangan va boshqa bemorlarni transportda olib borish qoidalari; spetsifik kasallik bilan og'rigan og'ir bemorlarni (urologik, xirurgik v.b.) parvarish qilishni *bilishi va ulardan foydalana olishi*;

Masalaning qo'yilishi:

1. chayon chaqqanda btyo belgilari, sabablari to'g'risida umumiy tushuncha bering.
2. kana chaqqanda birinchi yordamning umumiy printsiplarini aytib bering.
3. Ilon va boshqa jonivorlar chaqqanida zaharlanish va BTYo.

Ishni bajarish uchun namuna:

Guruhning xar bir a'zosi:

- o`z sheriklarining fikrlarini xurmat qilishlari lozim;
- berilgan topshiriqlar bo`yicha faol, xamkorlikda va mas'uliyat bilan ishlashlari lozim;
- o`zlariga yordam kerak bo`lganda so`rashlari mumkin;
- yordam so`raganlarga ko`mak berishlari lozim;
- guruhni baholash jarayonida ishtirok etishlari lozim;
- "Biz bir kemadamiz, birga cho`kamiz yoki birga qutilamiz" qoidasini yaxshi bilishlari lozim.

"Vertushka usuli".

Bu uslubda 3 ta yoki 5 ta guruxga material tarqatiladi va xar bir gurux yakka xolda belgilaydi. Keyin bu material guruxlarga aralashtirib beriladi va yana belgilanadi, xar bir gurux bilganini belgilagandan keyin o'qituvchi va talabalar bilan umumiy to'g'ri javob o'rtoqlanadi.

I – guruh .ILON CHAQQANDA btyO.

II – guruh CHAYON CHAQQANDA BTYO.

III – guruh KANA CHAQQANDA BIRINCHI YORDAM.

Mustaqil bajarish uchun vazifalar:

1. Quyidagi moddalardan zaharlanganda asosiy belgilar va BTYo ni aniqlang. “Blits” usuli bo’yicha to’ldiring

Moddalar	Belgilari	BTYo
ilon chaqqanda btyo.		
chayon chaqqanda btyo		
kana chaqqanda birinchi yordam.		

2. Og’ir metall birikmalari bilan zaharlanganda ko’rsatiladigan BTYo bosqichlarini ketma-ketlikda yozing.

3. Qishloq xo’jaligida ishlatiladigan kimyoviy birikmalar bilan zaharlanganda asosiy belgilari va BTYo ni ko’rsating. “Blits” usuli bo’yicha to’ldiring

Moddalar	Belgilari	BTYo tadbirlari
chayon chaqqanda btyo		
kana chaqqanda birinchi yordam.		

II-MUSTAQIL TA'LIM MASHG'ULOTLARI

Farmatsiya yonalishi uchun

t/r	Mustaqil ta'lim mavzulari	Hajmi (soatda)
1	BTYO to'g'risida tushuncha Bemorlarni parvarish qilish.	3
2	Davolash muolajalari. (dorilarni yuborilish usullari).	3
3	Aseptika va antiseptika asoslari	3
4	Jarohatlar va ularning turlari	3
5	Desmurgiya. Bog'lamlarning turlari	3
6	Qon oqishi va qon yo'qotish turlari, sabablari va oqibatlari va unda BTYO	3
7	Sovuq olish, kuyish, va ularning turlari.	3
8	Shikastlanishlar. Yumshoq to'qima shikastlanishi va BTYO	3
9	Bosh miya shikastlanishi va ko'krak qafasining shikastlanishi va unda BTYO	3
10	Chiqish va sinishlar. Ularning turlari	3
11	O'tkir va surunkali jarrohlik infek-siyalari.	3
12	O'tkir jarroxlik kasalliklari va unda BTYO	3
13	O'tkir terapevtik kasalliklari va unda BTYO(Bronxial astma.Yurak ishemik kasalligi , Yurak astmasi.)	3
14	O'tkir terapevtik kasalliklari va unda BTYO(tutqanoq,buyrak sanchig'i,miyaga qon quyilishi, diabetik komalar)	3
15	Reanimatsiya usullari tug'risida tushuncha.	2
16	Zaharlanishlar (ilon, chayon, qoraqurt chaqqanda, petsitsidlar, zaharli o'simliklar, dorilardan zaharlanish) va BTYO	2
17	Ilon , chayon, qoraqurt chaqqanda BTYO	2
	JA'MI	48

III. GLOSSARIY

Рус	ENGLISH TERM	O'zbek
антисептика	Antisepsis	Antiseptika-bemor tanasiga tushgan mikroblarni yo'qotishga qaratilgan chora-tadbirlar majmuasi.
абсцесс, гнойник	abscess	Abtsess, yiring
снижение абсолютного риска	absolute risk reduction	Xatarning kamayishi
реферат, краткий обзор, резюме; мн.ч. - тезисы	abstract	Tezis, referat
ацеллюлярный; бесклеточный	acellular	hujayrasiz
приобретенный иммунитет	acquired immunity	Hosil bo'lgan immunitet
синдром приобретённого иммунодефицита (СПИД)	acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)	Immun tanqislik sindromi
активный иммунитет	active immunity	Aktiv immunitet
острый	acute	O'tkir

острый вялый паралич (ОВП)	acute flaccid paralysis (AFP)	O`tkir sekin kechuvchi falajlanish
острая кишечная инфекция (ОКИ)	acute gastrointestinal infection (AGII)	O`tkir ichak infektsiyasi
острое респираторное заболевание (ОРЗ)	acute respiratory disease (ARD)	O`tkir respirator kasallik
острая респираторная инфекция (ОРИ)	acute respiratory infection (ARI)	O`tkir respirator infektsiya
острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ)	acute respiratory viral infection (ARVI)	O`tkir respirator virusli infektsiya
аддитивное взаимодействие	additive interaction	Qo`shimcha hamkorlik
аденин (А)	adenine (A)	Adenin(A)
приверженность (лечению)	adherence (to treatment)	Sodiqlik (davolanishga)
адъювант (о вакцине)	adjuvant (about vaccine)	Yordamchi(zardob haqida)
административная структура	administrative structure	Ma`muriy tuzilma
неблагоприятная побочная реакция; побочный эффект; осложнение	adverse event	No`joya t`asir, asorat
неблагоприятное проявление после	adverse event following	Zardobdan so`ng

иммунизации (НППИ); поствакцинальное побочное проявление; поствакцинальное осложнение	immunization (AEFI)	nojo`ya asorat
поствакцинальные побочные проявления	adverse events following immunization	Zardobdan so`ng nojo`ya ta`sir
неблагоприятные проявления после иммунизации	AEFI (adverse events following immunization)	Zardobdan so`ng noxush ta`sir
реакция агглютинации	agglutination test	Agglyutinatsiya reaktsiya
отягощенный анамнез	aggravated history	Kasallik tarixi
сводные данные; обобщенные данные	aggregated data	Uymiy ma`lumotlar
ОКИ (острые кишечные инфекции)	AGI (acute gastrointestinal infections)	O`tkir ichak infektsiyasi
анализ соответствия	agreement study	Tahlil natijalari
СПИД (синдром приобретённого иммунодефицита)	AIDS (acquired immunodeficiency syndrome)	Orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi
воздушно-капельная инфекция	airborne infection	Havo-tomchi infektsiyasi
аланинаминотрансфера за (АЛТ)	alanine transaminase (ALT)	Alaninaminotransferaz a

алгоритм	algorithm	Algoritm
аллергия	allergy	Allergiya
дисперсионный анализ	analysis of variance	Dispersion tahlil
анамнез/история болезни	anamnesis/patient history	Anamnez (kasallik tarixi)
Анатомо-терапевтическая и химическая классификация лекарственных средств; классификационная система АТС	Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC)	Dori vositalarining anatomo-terapevtik kimyoviy tasniflanishi
анизакидоз (зоонозный гельминтоз)	anisakiasis	Anizakidoz(zoonoz gelmintoz)
сибирская язва	anthrax	Kuydirgi
антропонозное заболевание	anthroponosis	Antroponoz kasallik
потребление антибиотиков	antibiotic consumption	Antibiotiklarning qo`llanilishi
устойчивость к антибиотикам; антибиотикорезистентность	antibiotic resistance	Antibiotiklarga chidamlilik
антитело	antibody	Antitelo(Antitana)

титр антител	antibody titre	Antitelo titri
иммунитет, обусловленный антителами	antibody-mediated immunity	Immunitet
антимикробный препарат	antimicrobial drug	Mikroblarga qarshi preparat
противовирусный	antiviral	Virusga qarsi
червеобразный отросток/аппендикс (анат.)	appendix (anatomic)	Chuvalchangsiwon o'simta
лечащий врач	attending physician	Davolovchi shifokor
птичий грипп (грипп птиц)	avian influenza (avian flu)	Parranda grippi
бацилла Кальметта- Герена (БЦЖ)	Bacillus Calmette- Guerin (BCG)	Kalmetta-Gerena batsilla (BTSG)
бактериемия	bacteremia (bacteraemia)	bakteremiya
бактерия	bacterium (pl. bacteria)	bakteriya
поведение	behaviour	Holat
двусторонняя припухлость	bilateral swelling	Ikki tomonlama shish
иммунобиологические препараты	biologicals	Immunobiologik preparatlar
число форменных	blood count	Qon shaklli

элементов крови; формула крови; счет кровяных телец		elementlari
инфекция, передаваемая через кровь	blood-borne infection	Qon orqali o`tuvchi infektsiya
ботулизм	botulism	Botulism
бруцеллез	brucellosis	Brutsellez
канцерогенез	carcinogenesis	O`smaning rivoglanishi
носитель	carrier	Tashuvchi
носительство	carrier state	tashuvchchanlik
летальность	case fatality; lethality	O`lim holati
анамнез; история болезни; описание клинического случая	case history (case clinical history)	Anamnez (kasallik tarixi)
случай вероятный	case, probable	Bo`lgan holat
центральная нервная система (ЦНС)	central nervous system (CNS)	Markaziy nerv sistemi
инфекция центральной нервной системы (ЦНС)	central nervous system (CNS) infection	Markaziy nerv sistemi infektsiyasi
цефалоспорин	cephalosporin	Tsefalosporin

спинномозговая жидкость (СМЖ); цереброспинальная жидкость;	cerebrospinal fluid (CSF)	Orqa miya suyqligi
цереброспинальный менингит	cerebrospinal meningitis	Orqa miya meningiti
холера	cholera	Xolera(vabo)
холерная вакцина	cholera vaccine	Vabo vaktsinasi
хронический	chronic	Surunkali
клиническая диагностика	clinical diagnostics	Klinik tashhis
групповой случай	cluster case	Ommaviy hodisa
инфекционное заболевание; инфекционная болезнь	communicable disease (infectious disease)	Yuqumli kasallik
осложнение	complication	Asorat
сопутствующий диагноз	concomitant diagnosis	Qo`shimcha tashhis
врожденный порок сердца	congenital heart defect (CHD)	Tug`ma yurak nuqsoni
КОНЬЮНКТИВИТ	conjunctivitis	Konyuktivit
постельный режим	couch etiquette	Yotoq rejim
посев	culture	ekma

кожный абсцесс	cutaneous abscess	Terining abtsessi
показатель смертности; коэффициент смертности (число случаев смерти в данной группе населения в определенном временном интервале, обычно из расчета на тысячу или на сто тысяч лиц данной группы)	death rate (mortality rate) - an estimate of the proportion of a population that dies during a specific period	O`lim ko`rsatkichi
установленная суточная доза (УСД)	defined daily dose (DDD)	Belgilangan sutkali doza
дезоксирибонуклеиновая кислота (ДНК)	deoxyribonucleic acid (DNA)	Dezoksiribonuklein kislota
апирогенный	depyrogenized, pyrogen-free	Apirogen
отставание в развитии	developmental delay	Rivojlanishdan orqada qolish
вспомогательное устройство, приспособление	device	Yordamchi qurilma
диагностировать	diagnose	tashhis qo`yish
диагностическое средство	diagnostic tool	Diagnostik vosita
диарея	diarrhoea	Ich ketishi

растворитель	diluent	Erituvchi
растворение, разведение	dilution	Eritish,suyultirish
дифтерия	diphtheria	Ich terlama
профилактика болезней	disease prevention	Kasallikni oldini olish
дизентерия	dysentery	Ichburug`
экстренная иммунизация; экстренная вакцинопрофилактика	emergency immunization	Shoshilinch immunisatsiya
экстренная медицинская помощь	emergency medicine	Shoshilinch tibbiy yordam
оперативные мероприятия	emergency response	Tezkor tadbirlar
чрезвычайная ситуация	emergency situation	Favulotda holat
новая инфекция	emerging infection	Yangi infektsiya
новый возбудитель	emerging pathogen	Yangi qo`zg`atuvchi
энцефалит	encephalitis	Entsefalit
энцефалопатия	encephalopathy	Entsefalopatiya
эндокардит	endocarditis	Endokardit
этиология	etiology	Kelib

		chiqishi(etiologiya)
экспериментальное исследование	experimental study	Eksperimental o`rganish
экспертная группа	expert group	Ekspert guruhi
внутриутробная смерть	fetal death (stillbirth)	Homila o`limi
лихорадка	fever	Isitma
препарат первого ряда	first line drug	Birinchi qator preparati
фторхинолон	fluoroquinolone	Ftorxinolon
очаговая (фокальная) инфекция	focal infection	O`choqli infektsiya
всемирная охрана здоровья	global health	Butunjahon sog`liqni saqlash
гонорея	gonorrhoea	So`zak
грамотрицательный	gram-negative	Grammanfiy
руководство, рекомендации	guidelines	Qo`llanma
медицинский работник	HCW (health care worker)	Tibbiy xodim
лечебное учреждение	health institution	Davolovchi tashkilot
служба	health service	Tibbiyot xizmati

здравоохранения		
гомогенный; однородный	homogenous	Bir jinsli
внутрибольничная (нозокомиальная) инфекция	hospital acquired (nosocomial) infection, hospital infection	Shifoxona ichi infektsiyasi
выписка из больницы	hospital discharge	Shifoxonadan ko`chirma
ММСП (Международные медико-санитарные правила)	IHR (International Health Regulations)	Halqaro tibbiy sanitar qoidalar
иммунная активность	immune activity	Immun aktivlik
иммунный ответ	immune response	Immun javob
иммунизация	immunisation	immunizatsiya
инъекция (внутрикожная, подкожная, внутримышечная, внутривенная)	injection (intradermal, subcutaneous, intramuscular, intravenous)	Ukol qilish

IV. ILOVALAR

4.1. Fan dasturi

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
OLIV VA O'RTA MAXSUS TA'LIMI VAZIRLIGI**

Ro'yxatga olindi:

№ BD – 5510500 – 110

2016 yil "8" - 08



Oliy va o'rta maxsus ta'lim
vazirligi

2016 yil "15" - 08

BIRINCHI TIBBIY YORDAM

FAN

DASTURI

Bilim sohasi: 100000 – Gumanitar soha
500000 – Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot

Ta'lim sohasi: 110000 – Pedagogika
510000 – Sog'liqni saqlash

Ta'lim yo'nalishi: 5510500 – Farmatsiya (Klinik farmatsiya)
5510500 – Farmatsiya (Farmatsevtik taxlil)
5510500 – Farmatsiya (Farmatsevtika ishi)
5111000 – Kasb ta'limi (5510500-Farmatsevtika ishi)

TOSHKENT – 2016

Fanning o'quv dasturi O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2019 yil 12 sentyabrdagi 231-buyrugi bilan (buyrug'ininig1- ilovasi)tasdiqlangan "Birinchi tibbiy yordam" fani dasturi asosida tayyorlangan.

Tuzuvchilar:

Fayziyeva Z.T	Farmakologiya va klinik farmatsiya kafedrası mudiri,dotsent,t.f.d
Umrzakova R.Z.	Farmakologiya va klinik farmatsiya kafedrası dotsenti
Sultanova R.X.	Farmakologiya va klinik farmatsiya kafedrası katta o`qituvchisi
Alimjonova G.A	Farmakologiya va klinik farmatsiya kafedrası assistenti
Moyliyev G`	Farmakologiya va klinik farmatsiya kafedrası assistenti

Taqrizchilar:

Allaeva M.J. TTA, Farmakologiya kafedrası mudiri, t.f.d., dots.

Rasulova V.B Toshfarmi, Tibbiy fanlar kafedrası t.f.n., dots

Fanning o'quv uslubiy majmuasi soha uslubiy kengashining 2020 yil 10 lyundagi 10-son yigilishida muhokama qilingan va tasdiqlashga tavsiya etilgan

Soha uslubiy kengash raisi

Z.T. Fayzieva

Fanning o'quv uslubiy majmuasi institut Markaziy uslubiy kengashining 2020 yil 7 iyul dagi 12- son yigilishida muhokama qilingan va tasdiqlashga tavsiya etilgan.

Markaziy uslubiy kengash raisi

Z.A.Yuldashev

Fanning o'quv uslubiy majmuasi institut kengashining 2020 yil 30 iyundagi 11- son yigilishida muhokama qilingan va tasdiqlashga tavsiya etilgan.

Kengash ilmiy kotibi

Haydarov V.R.

KIRISH

Shifokor va farmatsevtlar zaruriyat tug'ilganda malakali birinchi tibbiy yordamni ko'rsata bilishlari kerak. Shundan kelib chiqib, BTYO fanining asosiy vazifalari talabalarga malakali BTYO ko'rsatishni, uni nazariy va amaliy jixatlarini har tomonlama o'rgatishdan iborat. Ma'lumki, BTYO ko'rsatishda bir necha bosqich qayd etiladi.

Malakasiz tibbiy yordam. Bunda har qanday shaxslar tomonidan amalga oshiriladigan yordam inobatga olinadi (cho'kkan odamni qutqarish, binolar tagidan odamlarni olib chiqish va b).

Vrachgacha bo'lgan BTYO. Bunda BTYO asosan o'rta tibbiy xodimlar yoki farmatsevtlar tomonidan amalga oshiriladi (sun'iy nafas oldirish, yurakni massaj qilish, qon oqishini vaqtinchalik to'xtatish va b).

Malakali shifokorlar yordami. Bunda BTYO mutaxassis shifokorlar tomonidan amalga oshiriladi.

Fanning maqsad va vazifalari

Fanni o'qitishdan maqsad – turli baxtsiz xodisalar tufayli jaroxatlanishda, o'tkir kechuvchi kasalliklarda, zaharlanishda va boshqa xolatlarda shifokor kelguncha o'z vaqtida va to'g'ri BTYO ko'rsatish xaqida tushunchaga ega bo'lish.

Fanning asosiy vazifasi – turli xil baxtsiz xodisalar tufayli yuzaga kelgan xolatlarda bemorlarga yoki jaroxatlangan kishilarga shifokor kelguncha o'z vaqtida va to'g'ri tibbiy yordam ko'rsata bilishdan iborat.

Fan bo'yicha talabalarning bilimi, ko'nikmasi va malakasiga qo'yiladigan talablar

Fanni o'rganish davomida talabalar:

- aseptika, antiseptika;
- jaroxatlarning turlari va birinchi tibbiy yordam;
- qon oqishi turlari va birinchi tibbiy yordam;
- bog'lamlar turlari va birinchi tibbiy yordam;
- suyak sininishi va bo'g'im chikishida birinchi tibbiy yordam;
- kuyish va sovuq olishida birinchi tibbiy yordam;
- bosh miya jaroxatlanishida birinchi tibbiy yordam;
- o'tkir terapevtik kasalliklarda birinchi tibbiy yordam;
- o'tkir xirurgik kasalliklarda birinchi tibbiy yordam;
- zaxarlanishda vrachgacha bo'lgan birinchi tibbiy yordam usullarini bilishi kerak.

shuningdek talabalar:

- ichki a'zolarning anatomik tuzilishi va fiziologik xususiyatlari,
- ichki a'zolar funksional xolatlarini baxolash;
- aholi o'rtasida ko'p uchraydigan o'tkir kechuvchi terapevtik kasalliklarning kechimini aniqlay olish
- o'tkir kechuvchi xirurgik kasalliklarda shifokorgacha shoshilinch yordam ko'rsata olish
- o'tkir va surunkali yuqumli kasalliklarni aniqlay olish;
- turli moddalar bilan zaxarlanish holatlarida shishilinch yordam ko'rsata olish ko'nikmalariga ega bo'lishi kerak.

talabalar:

- bemorlarni parvarish qilish va tibbiy muolajalarni bajara olish
- (xaroratni o'lchash, A/B-o'lchash, puls xisoblash, me'dani chayish, klizma-qo'yish, turli in'eksiyalar, suniy nafas oldirish, yurakni yopiq usulda uqalash);
- qon oqishini vaqtinchalik to'xtatish;
- jgut va shina qo'yish;
- turli bog'lamlar qo'yish;
- jaroxatlangan va boshqa bemorlarni transportda olib borish qoidalari;
- spetsifik kasallik bilan og'rigan og'ir bemorlarni (urologik, xirurgik v.b.) parvarish qilish malakalariga ega bo'lishi kerak.

Fanning boshqa fanlar bilan o'zaro bog'liqligi

Fanni o'zlashtirish uchun talabalar fiziologiya, anatomiya va fuqarolar mudofaasi, lotin tili kabi o'quv rejasidagi boshqa fanlarni yaxshi o'zlashtirgan bo'lishlari kerak.

Fanning ilm-fan va ishlab chiqarishdagi o'rni

BTYO fani tibbiyotning amaliy sohalari bilan uzviy bog'liq bo'lib, olingan bilimlar bemorlarga bevosita shoshilinch shifokorgacha yordam ko'rsatish lozim bo'lganda, ya'ni o'tkir jarrohlik va terapevtik kasalliklar, shok, zaharlanishlar va b. qo'llaniladi. BTYO fani klinik fanlar erishgan yutuqlar asosida doimiy ravishda mazmunan boyitib boriladi.

Fanni o'qitishda foydalaniladigan zamonaviy axborot va pedagogik texnologiyalari

BTYO fanini o'qitishda ta'limning zamoaviy usullaridan foydalanish, yangi informatsion-pedagogik texnologiyalarni tadbiq etish muxim ahamiyatga egadir. Ma'ruzalarda Internet materiallari, tarqatma materiallar, prezentatsiyalar, multimedia, slaydlardan, amaliy mashg'ulotlarni o'tishda esa zamonaviy pedagogik texnologiyalardan foydalaniladi.

ASOSIY QISM

Nazariy mashg'ulotlar mazmuni

Fanga kirish

BTYO fani to'g'risida tushuncha. Tibbiy yordamning bosqichlari. Bemorlarni parvarish qilishning umumiy tamoyillari. YOtoq yaralarini oldini olish chora-tadbirlari.

Bemorlarni parvarish qilishning umumiy tamoyillari. Dori vositalarining organizmga kiritilish yo'llari. Aseptika va antiseptika. Jarohatlanishlar

Dori vositalarni tanaga kiritilish yo'llari. Enteral va parenteral yo'llarning o'ziga xos tomonlari. Aseptika va antiseptika asoslari. Jarrohlik va tug'ruq bo'limlarida aseptikaning o'ziga xos tomonlari. Jaroxatlarni turlari, ularni davolashda aseptik bog'lamlarni qo'yish qoidasi.

Qon oqishi va qon ketishini to'xtatish usullari

Qon ketishini turlari. Qon oqishini vaqtincha va uzil-kesil to'xtatish usullari. Qon yo'qotishning umumiy belgilari. Bevosita va bilvosita qon qo'yish usullari.

Kuyish va sovuq olishlar

Kuyish kasalliklarning kechishi. Kuyishda birinchi tibbiy yordam berish va davolash; Sovuq olishlar, klinik belgilari. Birinchi tibbiy yordam.

Shikastlanishlar

Ochiq va yopiq shikastlanishlar to'g'risida tushuncha. SHikastlanishga sabab bo'lgan sharoitlar. o'tkir va surunkali shikastlanishlar. Uzoq vaqt bosilish sindromi va unda BTYO.

Ko'krak qafasi va bosh miyaning shikastlanishi. Umurtqa pog'onasi shikastlanishlari

Ko'krak qafasi va bosh miyaning shikastlanishi, pnevmotoraks. Umurtqa pog'onasi shikastlanishlari va ularning asoratlari.

Suyaklarni chiqishi va sinishi

Suyaklarni chiqishi va sinishi. Xayot mobaynida orttirilgan, patologik, tugʻma chiqish va sinishlar. Bu xollarda birinchi tibbiy yordam va transport immobilizatsiyasi.

Oʻtkir xirurgik kasalliklar

Qorin boʻshligʻi oʻtkir jarroxlik kasalliklari, turlari, ularda birinchi tibbiy yordam berish. Operatsiyadan keyin va oldin bemorni parvarish qilish.

Oʻtkir terapevtik kasalliklar

Oʻtkir terapevtik kasalliklari turlari, kechishi, ularda birinchi tibbiy yordam berish tamoyillari. Bronxial astma, yurak poroklari, stenokardiya va miokard infarktida BTYO. Gipertoniya kasalligining kechimi va BTYO tadbirlari. Gipo va giperglikemik komalar, tutqanoq kasalligida BTYO.

Reanimatsiya. Zaharlanishlar

Reanimatsiya tugʻrisida tushuncha. Shok va kollaps holatlarida BTYO. Choʻkkanda va elektr tokidan shikastlanganda BTYO.

Dori vositalaridan zaxarlanish, uning turlari, kechimi va birinchi tibbiy yordam.

Amaliy mashgʻulotlarning mavzulari

- Bemorlarni parvarish qilish
- Davolash muolajalari
- Desmurgiya. Bogʻlamlarning turlari.
- Aseptika va antiseptika asoslari.
- Jarohatlar va ularning turlari
- Qon oqishi va uni toʻxtatish. Qon yoʻqotishning umumiy belgilari
- Sovuq olish, kuyish, va ularning turlari.
- Shikastlanishlar. YUmshoq toʻqimalarning yopiq shikastlanishi. BTYO.
- Bosh miya shikastlanishi va ularning turlari.
- Chiqish va sinishlar. Ularning turlari. BTYO.
- Oʻtkir va surunkali jarroxlik infeksiyalari. BTYO.
- Oʻtkir jarroxlik kasalliklari. BTYO.
- Oʻtkir jarroxlik kasalliklari. BTYO. (davomi)
- Oʻtkir terapevtik kasalliklar. BTYO
- Oʻtkir terapevtik kasalliklar. BTYO (davomi)
- Reanimatsiya usullari tugʻrisida tushuncha.
- Zaharlanishlar (ilon, chayon, qoraqurt chaqqanda, pestitsidlar, zaharli oʻsimliklar, dorilardan zaharlanish) va BTYO.

Laboratoriya ishlarini tashkil etish bo'yicha ko'rsatmalar

Fan bo'yicha laboratoriya ishlari namunaviy o'quv rejada ko'zda tutilmagan.

Kurs ishini tashkil etish bo'yicha ko'rsatmalar

Fan bo'yicha kurs ishi namunaviy o'quv rejasida rejalashtirilmagan

Mustaqil ta'limning mavzulari

Talaba mustaqil ishining asosiy maqsadi – o'qituvchining raxbarligi va nazoratida muayyan o'quv ishlarini mustaqil ravishda bajarish uchun bilim va ko'nikmalarni shakllantirish va rivojlantirish.

Talaba mustaqil ishini tashkil etishda quyidagi shakllardan foydalaniladi:

- ayrim nazariy mavzularni o'quv adabiyotlari yordamida mustaqil o'zlashtirish;
- berilgan mavzular bo'yicha axborot (referat) tayyorlash;
- nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llash;
- maket, model va namunalar yaratish;
- ilmiy maqola, anjumanga ma'ruza tayyorlash va x.k..

Amaliy mashg'ulotlarni tashkil etish bo'yicha kafedra professor – o'qituvchilari tomonidan ko'rsatma va tavsiyalar, masalalar to'plami ishlab chiqiladi. Unda talabalarga asosiy ma'ruza mavzulari bo'yicha amaliy masala va misollar echish uchun masalalar keltirildi.

Tavsiya etilayotgan mustaqil ishlarning mavzulari

1. Bemorlarni parvarishlash usullari
2. Kuyishda shok xolatini aniqlash va birinchi tibbiy yordam
3. Bog'lam turlari va ularni qo'yish
4. Shinalarni turlari va ularni o'rnini bosadigan tadbirlar
5. Barmoqlarda bo'ladigan yiringli yaralar (panaritsiy va paranixiy) va BTYO.
6. O'tkir pankreatit va tosh kasalligida BTYO
7. O'tkir appenditsit va peritonitlarda BTYO.
8. Is va boshqa gazlar bilan zaxarlanishda BTYO
9. Tutqanoq xurujida birinchi yordam
10. Alkogoldan o'tkir zaharlangan odamga BTYO kursatish
11. Engil xushdan ketishda (obmorok) BTYO
12. Yurak etishmovchiligi xolatida shifokorgacha birinchi yordam tadbirlari
13. Radiatsion nurdan shikastlangan odamlarga tibbiy yordam
14. Quturish kasalligining oldini olish tadbirlari
15. Cho'kkanda birinchi yordam ko'rsatish
16. Travmalarda BTYO kursatish usullari

Dasturning informatsion - metodik ta'minoti

Dasturni o'zlashtirishda zamonaviy pedagogik texnologiyalar, shuningdek, axborot ta'limi resurslari-multimedia, elektron kutubxona, internet ma'lumotlari va b. dan keng foydalanish nazarda tutilgan

- jarohatlanishlar va qon yo'qotishga oid ma'ruza darslarida zamonaviy kompyuter texnologiyalari yordamida prezentatsiya usullari,
- o'tkir terapevtik va jarrohlik kasalliklariga bag'ishlangan amaliy mashg'ulotlarda aqliy xujum va elpig'ich pedagogik texnologiyalari,
- reanimatsiya bo'limini o'rganishga oid mashg'ulotlarda bumerang va guruxli fikrlash pedagogik texnologiyalari qo'llaniladi.

Tavsiya etiladigan adabiyotlar ro'yxati

Asosiy adabiyotlar

1. Nikbaev A.T. v.b. Patologiya asoslari va birinchi tibbiy yordam T.Ibn Sino 2006.
2. F. G. Nazirov va b. Bemorlarni uyda va shifoxonada parvarish qilish. Toshkent. 2003.
3. O.M. Muxitdinova, SH.T. Yusupov. Birinchi tibbiy yordam ko'rsatish bo'yicha qo'llanma. Toshkent 2003.

Qo'shimcha adabiyotlar

1. Z. T. Fayzieva va b. BTYOdan ma'ruzalar matni. Toshkent. 2006 y.
2. I. N. Denisov i dr. «Klinicheskie rekomendatsii i farmatsevticheskiy spravochnik» Moskva, 2005 g.
3. Первая доврачебная помощь. Под.ред. В.М.Величенко, М., Медицина 1989г

Internet saytlari

1. <http://www.ziyonet.uz>
2. <http://www.wikipedia.ru>
3. <http://www.chemist.com>
4. <http://www.himiki.ru>
5. <http://www.organicchem.com>
6. <http://www.Lex.uz>.

4.2. ISHCHI FAN DASTURI

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT FARMATSEVTIKA INSTITUTI



“BIRINCHI TIBBIY YORDAM”
FANINING ISHCHI O'QUV DASTURI

Ta'lim sohasi: 510000– Sog'liqni saqlash

Ta'lim yo'nalishi: 5510500-Farmatsiya (farmatsevtika ishi)

Umumiy o'quv soati: -116 soat

Jumladan:

Ma'ruza	-18 soat (9 semestr)
Amaliy mashg'ulot	-50 soat (9 semestr)
Mustaqil ish-	-48 soat (9 semestr)

TOSHKENT – 2020

Fanning ishchi o'quv dasturi O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash Vazirligining 2016 yil "25" avgustdagi 355- sonli buyrug'i bilan (buyrug'ining 2- ilovasi) tasdiqlangan "BTYo" fani dasturi asosida tayyorlangan.

Ishchi o'quv dasturi Toshkent farmatsevtika instituti MUKning 2020 yil "7" iyul 12- sonli bayoni bilan tasdiqlangan.

Tuzuvchilar:

Shiltsova N.V.	Farmakologiya va klinik farmatsiya kafedrası dotsenti, b.f.n.
Umurzakova R.Z.	Farmakologiya va klinik farmatsiya kafedrası dotsenti, t.f.n.
Saydaliyeva F.A.	Farmakologiya va klinik farmatsiya kafedrası katta o'qituvchisi
Sultanova R.X.	Farmakologiya va klinik farmatsiya kafedrası katta o'qituvchisi
Davronova X. A.	Farmakologiya va klinik farmatsiya kafedrası assistenti
Alimdjanova G.A.	Farmakologiya va klinik farmatsiya kafedrası assistenti

Taqrizchilar:

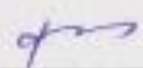
M. J. Allayeva- Toshkent tibbiyot akademiyasi farmakologiya kafedrası mudiri, dotsent, biologiya fanlari doktori

V.B. Rasulova - Toshkent farmatsevtika instituti tibbiy va 2iologic fanlar kafedrası dotsenti, b.f.n.

ToshFarMI, farmatsiya fakulteti dekani:

2020 yil "30" 06. 11-son  U.X. Usmanov

Farmakologiya va klinik farmatsiya kafedrası mudiri:

2020 yil "27" 06. 21-son  Z.T. Fayziyeva

1.O'quv fani o'qitilishi bo'yicha uslubiy ko'rsatmalar

Shifokor va farmatsevtlar zaruriyat tug'ilganda malakali birinchi tibbiy yordamni ko'rsata bilishlari kerak. Shundan kelib chiqib, BTYO fanining asosiy vazifalari talabalarga malakali BTYO ko'rsatishni, uni nazariy va amaliy jihatlarini har tomonlama o'rgatishdan iborat.

Fan bo'yicha talabalarning bilimi, ko'nikma va malakalariga quyidagi talablar qo'yiladi. **Talaba:**

- ichki a'zolarining anatomik tuzilishi va fiziologik xususiyatlari, ichki a'zolar funksional xolatlarini baxolash to'g'risida ***tasavvurga ega bo'lishi***;

-xaroratni o'lchash, A/B-o'lchash, puls xisoblash, me'dani chayish, klizma-qo'yish, turli in'eksiyalar, suniy nafas oldirish, yurakni yopiq usulda uqalash; qon oqishini vaqtinchalik to'xtatish; jgut va shina qo'yish; turli bog'lamlar qo'yish; jaroxatlangan va boshqa bemorlarni transportda olib borish qoidalari;

spetsifik kasallik bilan og'rigan og'ir bemorlarni (urologik, xirurgik v.b.) parvarish qilishni ***bilishi va ulardan foydalana olishi***;

- bemorlarni parvarish qilish va tibbiy muolajalarni bajara olish, aholi o'rtasida ko'p uchraydigan o'tkir kechuvchi terapevtik kasalliklarning kechimini aniqlay olish, o'tkir kechuvchi xirurgik kasalliklarda shifokorgacha shoshilinch yordam ko'rsata olish, o'tkir va surunkali yuqumli kasalliklarni aniqlay olish; turli moddalar bilan zaxarlanish holatlarida shishilinch yordam ko'rsata olish ***ko'nikmalariga ega bo'lishi kerak***.

Birinchi tibbiy yordam fanining boshqa fanlar bilan integratsiyasi:

Birinchi tibbiy yordam fanini mukammal o'zlashtirish uchun talabalar quyidagi fanlardan yetarli bilim, ko'nikma va malakaga ega bo'lishlari kerak:

- fiziologiya;
- patologiya;
- farmakologiya;
- klinik farmakologiya;
- klinik farmatsiya farmakokinetika asoslari bilan;
- XFX

2. Ma'ruza mashg'ulotlari

1-jadval.

№	Ma'ruzalar mavzulari	Dars soatal ri hajmi
1.	BTYO to'g'risida tushuncha Bemorlarni parvarish qilish Davolash muolajalari. (dorilarni yuborilish usullari)	2
2	Aseptika va antiseptika asoslari. Jarohatlar va ularning turlari.	2
3	Desmurgiya. Bog'lamlarning turlari. Qon oqishi va qon yo'qotish turlari, sabablari va oqibatlar va unda BTYO.	2
4	Sovuq olish, kuyish, va ularning turlari. Shikastlanishlar. Yumshoq to'qima shikastlanishi va BTYO Bosh miya shikastlanishi va unda BTYO	2
5	Chiqish va sinishlar. Ularning turlari . O'tkir va surunkali jarrohlik infeksiyalari.	2
6	O'tkir jarroxlik kasalliklari va unda BTYO.	2
7	O'tkir terapevtik kasalliklari va unda BTYO(Bronxial astma.Yurak ishemik kasalligi , Yurak astmasi tutqanoq, buyrak sanchig'i,miyaga qon quyilishi, diabetik komalar)	2
8	Reanimatsiya usullari tug'risida tushuncha .	2
9	Zaharlanishlar (ilon, chayon, qoraqurt chaqqanda, petsitsidlar, zaharli o'simliklar, dorilardan zaharlanish) va BTYO.	2
	Jami	18

Ma'ruza mashg'ulotlari multimediya qurilmalari bilan jihozlangan auditoriyada akademik guruhlar oqimi uchun o'tiladi.

3. Amaliy mashg'ulotlar

Darsni olib borish rejasi (xronoharita):

1. O'qituvchining mavzu bo'yicha kirish so'zi - 5 daqiqa;
2. Talabalarning bilimni og'zaki usulda mavzuga tegishli savollar bilan tekshirish -30 daqiqa;
3. Mavzuni tushuntirish: o'qituvchi talabalarning bergan javoblariga qarab, yo'l qo'yilgan xatoliklarni tuzatib, javoblarni umumlashtiradi - 10 daqiqa;
4. Kundalik daftarni tekshirish: (mavzu bo'yicha ishlanmalarni tekshirish) – 15 daqiqa;

5. Amaliy mashg'ulotni bajarish: o'quv uslubiy qo'llanmada keltirilgan topshiriqlarni bajarilishi o'qituvchi tomonidan to'g'ri bajarilishi kuzatib boriladi) -40 daqiqa;
 6. Bajarilgan ishni qabul qilish - 20 daqiqa.
- Jami: 120 daqiqa.

2-jadval.

№	Amaliy (seminar) mashg'ulotlarining nomi	Soat
1.	BTYO to'g'risida tushuncha Bemorlarni parvarish qilish.	3
2.	Davolash muolajalari. (dorilarni yuborilish usullari).	3
3.	Aseptika va antiseptika asoslari	3
4.	Jarohatlar va ularning turlari	3
5.	Desmurgiya. Bog'lamlarning turlari	3
6.	Qon oqishi va qon yo'qotish turlari, sabablari va oqibatlari va unda BTYO..	3
7.	Sovuq olish, kuyish, va ularning turlari.	3
8.	Shikastlanishlar. Yumshoq to'qima shikastlanishi va BTYO	3
9.	Bosh miya shikastlanishi va Ko'krak qafasining shikastlanishi va unda BTYO	3
10.	Chiqish va sinishlar. Ularning turlari	3
11.	O'tkir va surunkali jarrohlik infek-siyalari.	3
12.	O'tkir jarroxlik kasalliklari va unda BTYO	3
13.	O'tkir terapevtik kasalliklari va unda BTYO(Bronxial astma.Yurak ishemik kasalligi , Yurak astmasi.)	3
14.	O'tkir terapevtik kasalliklari va unda BTYO(tutqanoq,buyrak sanchig'i,miyaga qon quyilishi, diabetik komalar)	3
15.	Reanimatsiya usullari tug'risida tushuncha.	3
16.	Zaharlanishlar (, petsitsidlar, zaharli o'simliklar, dorilardan zaharlanish) va BTYO	3
17.	Ilon, chayon, qoraqurt chaqqanda BTYO	2
	Ja`mi	50

Amaliy mashg'ulotlar multimedia qurilmalari bilan jihozlangan auditoriyada har bir akademik guruhda alohida o'tkaziladi. Mashg'ulotlar faol va interfaol usullar yordamida o'tiladi. "Keys stadi " texnologiyasi ishlatiladi, keyslar mazmuni o'qituvchi tomonidan belgilanadi. Ko'rgazmali materiallar va axborotlar multimediya qurilmalari yordamida uzatiladi.

4. Mustaqil ta'lim

t/r	Mustaqil ta'lim mavzulari	Hajmi (soatda)
1	BTYO to'g'risida tushuncha Bemorlarni parvarish qilish.	3
2	Davolash muolajalari. (dorilarni yuborilish usullari).	3
3	Aseptika va antiseptika asoslari	3
4	Jarohatlar va ularning turlari	3
5	Desmurgiya. Bog'lamlarning turlari	3
6	Qon oqishi va qon yo'qotish turlari, sabablari va oqibatlari va unda BTYO	3
7	Sovuq olish, kuyish, va ularning turlari.	3
8	Shikastlanishlar. Yumshoq to'qima shikastlanishi va BTYO	3
9	Bosh miya shikastlanishi va ko'krak qafasining shikastlanishi va unda BTYO	3
10	Chiqish va sinishlar. Ularning turlari	3
11	O'tkir va surunkali jarrohlik infek-siyalari.	3
12	O'tkir jarroxlik kasalliklari va unda BTYO	3
13	O'tkir terapevtik kasalliklari va unda BTYO(Bronxial astma.Yurak ishemik kasalligi , Yurak astmasi.)	3
14	O'tkir terapevtik kasalliklari va unda BTYO(tutqanoq,buyrak sanchig'i,miyaga qon quyilishi, diabetik komalar)	3
15	Reanimatsiya usullari tug'risida tushuncha.	2
16	Zaharlanishlar (ilon, chayon, qoraqurt chaqqanda, petsitsidlar, zaharli o'simliklar, dorilardan zaharlanish) va BTYO	2
17	Ilon , chayon, qoraqurt chaqqanda BTYO	2
	JA'MI	48

Mustaqil o'zlashtiriladigan mavzular bo'yicha talabalar tomonidan referatlar tayyorlanadi va uni taqdimoti tashkil qilinadi.

Fan bo'yicha kurs ishi. Fan bo'yicha kurs ishi namunaviy o'quv rejasida rejalashtirilmagan.

Fan bo'yicha talabalar bilimini baxolash va nazorat qilish mezonlari

Baxolash usullari	Ekspress testlar, yozma ishlar, og'zaki surov		
Baholash mezonlari	86-100 ball "a'lo" - fanga oid nazariy va amaliy tushunchalarni to'la o'zlashtira olish, tasniflanishini bilish. -fanga oid o'rganilayotgan mavzuga to'la ta'rif bera olish; - jarohat joyini aniqlay olishi; - vrachgacha bo'lgan tezkor tibbiy yordamni ketma ketligini vaziyatdan kelib chiqqan xolda to'g'ri tanlay bilish; - tezkor yordam asosida dori vositasini to'g'ri tanlay olish; -bemorni to'g'ri transportirovka qila olishi; -immobilizatsiya qila olishi		
	71-85 ball "yaxshi" - fanga oid nazariy va amaliy tushunchalarni to'la o'zlashtira olish, tasniflanishini bilish. -fanga oid o'rganilayotgan mavzuga to'la ta'rif bera olish; - jarohat joyini aniqlay olishi; - vrachgacha bo'lgan tezkor tibbiy yordamni ketma ketligini vaziyatdan kelib chiqqan xolda to'g'ri tanlay bilish;		
	55-70 "qoniqarli" - vrachgacha bo'lgan tezkor tibbiy yordamni ketma ketligini vaziyatdan kelib chiqqan xolda to'g'ri tanlay bilish; - tezkor yordam asosida dori vositasini to'g'ri tanlay olish; -bemorni to'g'ri transportirovka qila olishi;		
	0-54 "qoniqarsiz" -o'tilgan fanning nazariy va amaliy tushunchalarni bilmaslik; - tezkor tibbiy yordam bosqichlari haqida tassavurga ega emaslik; - jarohat joyini aniqlay olmaslik;		
	Reyting baxolash turlari	Maks. ball	O'tkazish vaqti
	Joriy nazorat: Amaliy mashg'ulotda faolligi, savollarga to'g'ri javob berganligi, amaliy mashg'ulot topshiriqlarni bajarilganligi uchun	45	Semestr boshlangandan ikkinchi mashg'ulotdan oxirgi mashg'ulotga qadar har bir mashg'ulotda 100 ballik tizimda joriy baholanadi, so'ngra

			ushbu yig'indisidan o'rtacha ball chiqarilib, 0,45 ko'effitsientga ko'paytiriladi.
	Mustaqil ta'lim	5	
	Oraliq nazorat: Amaliy mashg'ulotida og'zaki so'rov ko'rinishida qabul qilinadi. Ma'ruzachi o'qituvchi va amaliy mashg'uloti o'qituvchisi tomonidan birgalikda o'tkaziladi. Oraliq nazorat savollari va retsept topshiriqlari 2 hafta avval e'lonlar doskasiga joylashtiriladi. Oraliq nazorat 20 ballni tashkil etib, undan: (86-100 %) 17,2-20,0 A'lo "5" (71-85 %) 14,2-17,2 Yaxshi "4" (55- 70 %) 11-14,2 Qoniqarli "3" (0-54 %) 11 baldan kam Qoniqarsiz "2"	20	18 xaftada
	Yakuniy nazorat (yozma)	30	20 xaftada
	JAMI	100	

7. Asosiy va qo'simcha o'quv adabiyotlar hamda axborot manba'lari

Asosiy adabiyotlar

- 1.1.F. G. Nazirov va b. Bemorlarni uyda va shifoxonada parvarish qilish. Toshkent. 2003.
- 1.2.Первая доврачебная помощь. Под.ред. В.М.Величенко, М., Медицина 1989г.
- 1.3 First Aid in Case of Accidents and Emergency Situations : course book / I. P. Levchuk, M. V. Kostyuchenko, A. P. Nazarov. - M. : GEOTAR-Media, 2017. - 120

Qo'shimcha :

1. Mirziyoev Sh.M. Erkin va farovon demokratik O'zbekiston davlatini birgalikda barpo etamiz. Toshkent, "O'zbekiston" NMIU, 2017. – 29 b.
2. Mirziyoev Sh.M. Qonun ustuvorligi va inson manfaatlarini ta'minlash yurt taraqqiyoti va xalq farovonligining garovi. "O'zbekiston" NMIU, 2017. – 47 b.
3. Mirziyoev Sh.M. Buyuk kelajagimizni mard va olijanob xalqimiz bilan birga quramiz. "O'zbekiston" NMIU, 2017. – 485 b.
4. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2017 yil 7 fevraldagi "O'zbekiston Respublikasini yanada rivojlantirish bo'yicha harakatlar strategiyasi to'g'risida" gi PF-4947-sonli Farmoni. O'zbekiston Respublikasi qonun hujjatlari to'plami, 2017 y., 6-son, 70-modda
5. Z. T. Fayzieva va b. BTYOdan ma'ruzalar matni. Toshkent. 2006 y.
6. И. Н. Денисов и др. «Клинические рекомендации и фармацевтический справочник» Москва, 2005 г.
7. David Verner "Oilam sog'lom bo'lsin desangiz" qayta nashri – Hammabop tibbiyot qo'llanmasi. Toshkent-2011 y.
8. Nikbaev A.T. v.b. Patologiya asoslari va birinchi tibbiy yordam T.Ibn Sino 2006.
9. M. Muxitdinova, SH.T. Yusupov. Birinchi tibbiy yordam ko'rsatish bo'yicha qo'llanma. Toshkent 2003.
10. Первая помощь : учебник / С.В. Демичев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 192 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-4166-4.

Internet va Ziyonet saytlari

1. www.ziyonet.uz
2. www.Lex.uz.
3. www.uzpharm-control.uz
4. www.doridarmon.uz
5. www.uzpharmsanoat.uz

4.3. TARQATMA MATERIALLAR

1 mavzu- BTYo to'g'risida tushuncha. Bemorlarni parvarish qilish

Me'dani yuvish. Agar biror-bir sabab tufayli zaharlanish holati yuzaga kelsa va qayt qildirish hech bir natija bermasa me'dani yuvish usulini qo'llash lozim bo'ladi. Buning uchun quyidagilar kerak bo'ladi: bemor oldini o'rash uchun uzun kleyonka fartuk; qaynatilgan iliq suvli (5 litr) obdasta (osh tuzi yoki sodaning 1% eritmasi), suv quyish uchun idishcha, oshqozon zondi va voronka (2-rasm).



2-rasm. Me'dani yuvish. a) suvni me'daga kiritish; b) me'dadan suvni ajratib chiqarish.

Me'dani yuvishda diametri 10—12 mm bo'lgan uzun oshqozon zondidan foydalaniladi (ba'zida zondning bir uchi kengaygan bo'lib, ikkinchi uchida yon tomonidan ikki teshigi bo'ladi). Zondga shisha voronka kiygizilib, uning uchiga glitserin yoki vazelin moyi surtiladi va og'iz bo'shlig'iga u erdan esa halqumning oxirigacha kirgiziladi. Zond halqumdan o'tkazilgach, bemorga bir necha bor yutish harakati buyuriladi, shunda zond qizilo'ngach va me'daga osonlik bilan o'tadi. Me'dani yuvish ikki bosqichdan iborat: 1-bosqich: voronkani bemor og'zidan 0,25myuqoriga qiya ko'tarib (me'daga havo kirmasligi uchun), unga iliq suv quyish; 2-bosqich: voronkada ozgina suv qolganda uni tezlik bilan pastga tushirib, erda turgan tosga to'g'irlash. Bunda suv me'dadan voronkaga va tosga qayta to'kiladi.

Klizma (xuqna) qilish – bu tashxis hamda davolash maqsadida har xil suyuqliklarni to'g'ri ichakka yuborish demakdir. Davolash klizmalarining ikkituri mavjud: biri suyuqlik yordamida ichni bo'shatishga xizmat qilsa, ikkinchisi, ichakka suyuqlik bilan birgalikda mahalliy va rezorbtiv ta'sirga ega vositalarni

yuborishga xizmat qiladi. Birinchi xiliga — ichni tozalovchi, yumshatuvchi va yuvuvchi; ikkinchisiga esa — dorili, tomchilab yuboriladigan va oziqlantiruvchi klizmalar kiradi. Ichni tozalash klizmasi quyidagi hollarda ishlatiladi: 1) har xil sabablarga ko'ra ich qotganda; 2) ichki va tashqi zaharlanish hollarida; 3) operatsiyadan, tug'ishdan, qorin bo'shlig'i va kichik tos a'zolarini rentgenologik tekshirishdan oldin hamda dorilarni tomchi va oziqlantiruvchi klizmalar orqali yuborishdan avval. Klizmaning mexanik ta'siri suyuqlik miqdori, bosimi va yuborish tezligiga bog'liq bo'ladi. Katta yoshli kishiga bir litr suv (750 ml dan 2 litrgacha) yuboriladi. Idish qanchalik yuqori ko'tarilsa (0,5— 1,5 m), yuboriladigan suyuqlik bosimi ham shunchalik yuqori bo'ladi.

Odatda klizma qilishda harorati tana haroratiga teng yoki yaqin (37°S — 39°S) suv olinadi. Klizmaning ta'sirini tezlatish uchun suvga sovun (bir qoshiq xo'jalik yoki bolalar sovunining mayda bo'lakchalari), 2—3 qoshiq glitserin yoki o'simlik moyi ham qo'shish mumkin. Klizmaning mexanik ta'siridantashqari, ichak peristaltikasi kuchayishiga yuboriladigan suyuqlikning past harorati ham sababchi bo'ladi. Atonik ich qotishida suyuqlik harorati 20°S va hatto 12°S bo'lishi mumkin, spastik ich qotishida esa iliq va issiq (37°S — 42°S) spazmlarni kamaytiradigan klizmalar qilinadi.

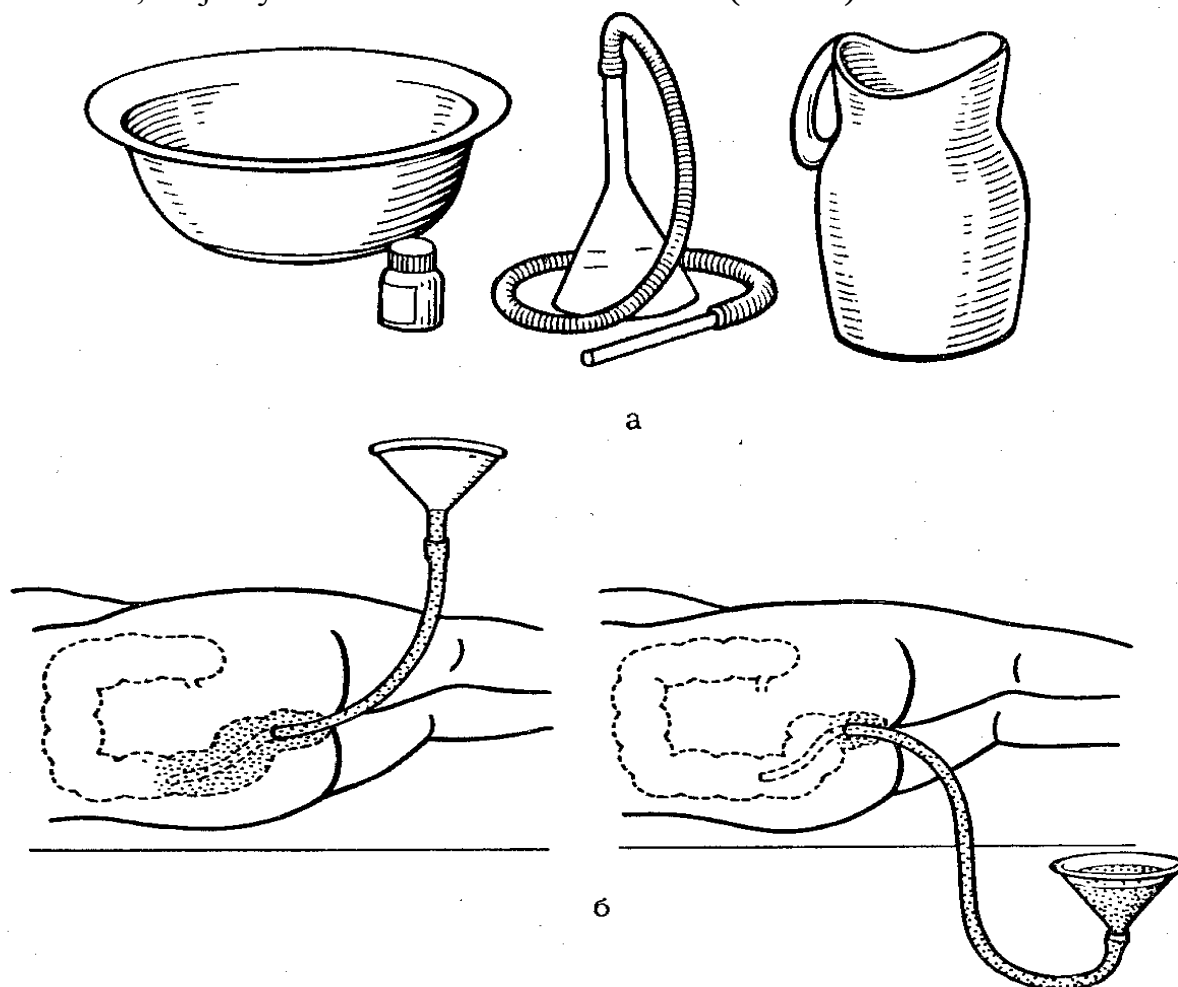
Moychechak (Romashka) qaynatmasidan qilinadigan klizma (bir qoshiq quruq romashka bir stakan suvga) tozalovchi klizmalardan bo'lib, ich ketganda ishlatiladi.

Ko'p suyuqlik yuborish orqali qilingan klizmalar foydasiz bo'lgan hollarda ichni suruvchi klizmalar – moyli va gipertonik eritmalar qo'llaniladi. Moyli klizmalar spastik ich qotishida va yo'g'on ichak shamollaganida buyuriladi. Odatda o'simlik yog'i (kungaboqar) kunjut, paxta moyi va vazelin ishlatiladi. Moyni ichakka yuborish uchun rezina balloncha yoki 100—200 ml hajmli Jane shprintsidan foydalaniladi. Buning uchun ballonga yoki shprintsiga rezina boshcha o'rnatiladi. Moy sekinlik bilan yuboriladi. Gipertonik klizmada 10 % li osh tuzi yoki 20—30% limagniyli oltingugurt tuzi eritmasidan foydalaniladi.

Agar tozalovchi klizmalar foyda bermasa, sifon klizma qo'llaniladi. U quyidagi hollarda ishlatiladi: 1) ichak o'tkazuvchanligining buzilishida; 2) zaharlanishda; 3) gazni chiqarish va davolash maqsadida yo'g'on ichakning pastki qismini yuvishda.

Sifon klizmasi uchup sterillangan, uzunligi 1,5 metr, diametri 1,5 sm bo'lgan, uchiga 0,5 litr suyuqlik sig'adigan voronka kiydirilgan rezina naycha, 5—8 litr dezinfeksiyalovchi suyuqlik (permanganat kaliyning kuchsiz eritmasi) yoki harorati 38°S gacha bo'lgan qaynatilgan suv hamda to'kish uchun chelak tayyorlanadi. Bemorni chap yoniga yoki chalqancha yotqiziladi, tagiga kleyonka to'shaladi, karavotning yoniga to'kish uchun chelak va suyuqlik solingan idish qo'yiladi. To'g'ri ichakka yuboriladigan rezina naycha uchiga yaxshilab vazelin surtib, 20—30 sm ichkariga kiritiladi. Voronka bemor tanasidan sal pastroqda egilgan holda ushlab turiladi, shundan so'ng asta-sekin voronka suyuqlik bilan to'ldirilib, tana ustidan yuqoriga 0,5 metrgacha ko'tariladi. Klizmaga ishlatilayotgan suyuqlik sathi voronka bo'g'zigacha tushganda, uni pastga

tushiriladi, bir ozdan so'ng voronka ichida havo pufakchalari, axlat parchalari paydo bo'ladi, ana shunda voronkadagi narsalar tosga to'qiladi va u yana suv bilan to'ldiriladi, bu jarayon bir necha bor takrorlanadi. (3-rasm).



3-rasm. Sifonli klizma. a) kerakli anjomlar; b) sifonliklizmani amalga oshirish tartibi.

Dorili, tomchilab qilinadigan va oziqlantiruvchi klizmalar odatda tozalovchi klizmaning ta'siridan so'ng (20—30 minut o'tgandan keyin) qilinadi.

To'g'ri ichakka mahalliy (yallig'lanishga, spazmlarga, parazitlarga va boshqalarga) yoki umumiy ta'sirga ega bo'lgan dorilarni yuborishda dorili klizmalardan foydalaniladi.

Kateterizatsiya – siydik chiqib ketishiga mon'elik bo'lgan hollarda maxsus vosita (kateter) yordamida siydikni chiqarib yuborish usuli. Kateterizatsiya odatda davolash va tashxis maqsadlarda qo'llaniladi, Kateterlarning, rezina, metall va elastik turlari mavjud.

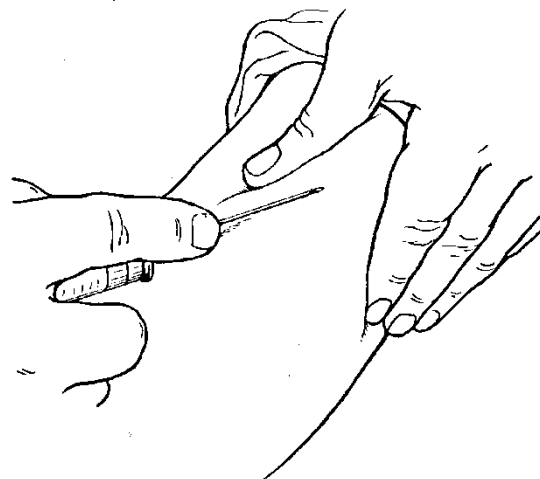
Metall va rezinadan bo'lgan kateterlar qaynatiladi, elastiklarini esa formalin bug'i bilan zararsizlantiriladi.

Kateterni erkaklarga yuborish, xotinlarga yuborishga qaraganda qiyinroq kechadi, chunki erkaklarda siydik yo'lining uzunligi 22—25 sm bo'lib, ikki joyidan fiziologik qisilgan bo'ladi va bu kateterning o'tishiga xalal beradi.

Kateterni yuborishda aseptika qoidalariga qat'iy rioya qilish, kerak. Avvalo qo'llarni yaxshilab sovunlab yuvish, so'ng spirt va yod bilan artish zarur. Jinsiy

a'zolar bor kislotasi shimdirilgan paxta bilan artiladi, vazelinsurtilgan kateter pinset yoki sterillangan doka bilan ushlanib, siydik chiqarish kanaliga sekin-asta yuboriladi. Agar kateter qovuqqa to'g'ri tushsa, siydik chiqa boshlaydi. Metall kateterlarni faqat shifokor yuborishi kerak.

2- mavzu .Davolash muolajalari. (dorilarni yuborilish usullari)



Venaga dori yuborish texnikasi:

- Bemorni qo'lay tarzda o'tqaziladi yoki yotqiziladi;
- Bemorning qo'li stolga yoki maxsus yostiqcha ustiga qo'yiladi;
- Tirsak tepasi (elka suyagining o'rtasi) dan rezina shlang yoki tasma (jgut) bilan venoz qon tomiri siqiladigan darajada siqib bog'lanadi. Venalar yaxshi ko'zga tashlanmaydigan hollarda jgut qattiqroq bog'lanadi. Bunda uning uchlari tepaga – ukol qilinadigan joyga teskari tomonga – qaragan holda, ukolga xalaqit qilmaydigan tomonda turishi kerak;
- Bemordan mushtini bir necha bor siqib-ochish keyin ukol paytida siqib turish so'raladi;
- Ukol qilinadiga joy ko'z yordamida yoki barmoqlar yordamida aniqlanadi;
- Tirsakdan bukiladigan joy ikki marta 70% li spirt shimdirilgan paxta bilan artiladi. Bunda birinchi artishda kengroq maydon, ikkinchi marta artishda ukol qilinadigan kichikroq maydon artiladi;
- Shpritsni o'ng qo'lda ushlagan holda chap qo'lning bosh barmog'i bilan tomir qochib ketmasligi uchun teri bir oz tortilib ushlab turiladi. Bunda chap qo'lning bosh barmog'i ukol qilinadigan joydan 4-5 sm pastda turishi lozim;
- Igna teri yuzasiga deyarli parallel holatda bo'shliqqa tushish holati sezilgunga qadar teri ostiga kiritib boriladi. Bunda igna uchining kesilgan tomoni yuqoriga qaragan holda bo'lishi lozim;
- Shprits chap qo'l bilan ushlab turilib, ko'rsatkich barmoq bilan igna asosi bosiladi. O'ng qo'l yordamida shprits porsheni orqaga tortilib shprits ichiga qon tushganligiga ishonch hosil qilinadi. Shprits ichida qon ko'rinishi ignaning tomirga

to'g'ri tushganligini ko'rsatadi. Agar shpritsga qon tushmasa harakat takrorlanadi. Agar ukol joyida shish paydo bo'lsa - bu igna tomirni teshib o'tib ketganligini va tomirdan qon chiqib to'qimalarga quyilganligini bildiradi. Bunday hollarda igna chiqarib olinib ukol boshqa qo'lda qilinadi;

- Igut bo'shatilib bemordan mushtini bo'shashtirishi so'raladi va asta-sekin tomirga dori yuboriladi. Bunda shprits porsheni oxirigacha yuborilmasdan dorining 0,5 ml miqdori shpritsda qoldiriladi;
- Spirtli paxta ukol joyiga igna ustidan bosilib, igna sekin chiqarib olinadi. Bemordan paxta ustidan bosib qo'lini bukish so'raladi;
- Ukol paytida hamda ukoldan keyin doimiy ravishda bemorning umumiy holati kuzatib turiladi. 5 daqiqadan so'ng ukol qilingan joydan qon ketmayotganligi tekshiriladi;
- Ishlatilgan shprits va paxta dezinfeksiyalovchi modda solingan maxsus idishga solinadi.

Venaga tomchi dori yuborish. Venaga dori yuborish texnikasini o'rgangan kishiga tomchi dori (kapelnitsa) yuborish hech bir qiyinchilik tug'dirmaydi. Faqat bunda venaga igna sanchishdan avval suyuqlik solingan idish bemor o'rnidan bir metr balandlikda tomizgich (kapelnitsa) ning vintli qisqichi suyuqlik oqimining tezligi daqiqasiga 1—5 ml (ba'zi hollarda 10 – 20 ml (1 ml — 20 tomchiga to'g'ri keladi) miqdorda oqadigan qilib o'rnatiladi.

3-mavzu Aseptika va antiseptika asoslari

АСЕПТИКА ВА АНТИСЕПТИКА.

Антисептика-бемор танасига тушган микробларни йукотишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуаси. Антисептика усуллари қуйидагилар:

Механик усул-жароҳатланган тўқимани турли инфлюксиклардан тозалаш, бирламчи жарроҳлик қайта ишлови, ўлган тўқимани олиб ташлаш, чайиш ва х.к.

Физик усул-жароҳатланган тўқимадан йирингни чиқариб юбориш учун тампон, дренаж, трубка, кварц, ультрабинафша лампалар ва х.к. дан фойдаланиш.

Биологик усул-организмни микробларга қаршилигини ошириш учун иммун зардоблар (пассив эмлаш учун), ферментлар (трипсин, хемотрипсин, хеомпасин, ребонуклеазалар), антибиотиклар ва вакциналардан (актив эмлаш учун) фойдаланиш киради. Ҳозирги вақтда микробларга қарши курашиш учун пенициллинлар, тетрациклинлар, аминогликозидлар ва макролидлар каторига кирувчи антибиотиклардан кенг фойдаланилади. Булар микробларни ўсиш ва ривожланишини тўхтатиб қўйиши (бактериостатик таъсир) ёки уларни ҳалок қилиши мумкин (бактерицид таъсир). Ферментлар эса некролитик таъсир кўрсатиб, йирингли яраларни ва бўшлиқларни тозаланишига ёрдам беради.

Йирингли касалликларни даволашда кўпинча стафилакокка қарши анатоксин ёки γ-глобулиндан фойдаланилади.

Кимёвий антисептика- микробларга карши курашиш учун турли кимёвий моддалардан фойдаланилади.

Галогенлар гуруҳи: хлорли бирикмалар (хлорли охак, хлорамин Б) ва йод сакловчи бирикмалар-йоднинг 5 %ли спиртли эритмаси, Люголь эритмаси (йод ёки калий йодни сувли ёки спиртли эритмаси), йоданат (йодни сульфат билан комплекс бирикмасининг сувли эритмаси) киради.

Оксидловчилар: органик моддалар иштирокида фаол кислородни ажратиб микроб хужайрасида оксидланиш-кактарилиш жараёнларини бузади. Водород пероксид, калий перманганат, рух оксиди мисол бўлади.

Кислота ва ишқорлар гуруҳи: қўлни, жаррохлик майдонини, асбобларини, жаррохлик амалиётида ишлатиладиган ип ва материалларни зарарсизлантириш учун кенг қўлланилади.

Бунга первомур (81мл,85 % чумоли кислотаси+171 мл 33% водород пероксид), бор кислотасининг 2-3 % ли сувли эритмаси, кальцийланган сода, нашатир спирти, натрий ишқори кабилар.

О'ир металл тузлари гуруҳи: кучли бактерицид таъсирга эга бўлиб, резина перчаткалар ва жаррохлик ипини зарарсизлантиришда кенг ишлатилади. Сулема (1: 1000 симоб хлорид сувли эритмаси), кумуш нитрат (5-10% ли эритмаси), ксироформ (3-10% матхам мази ва упаси) ишлатилади.

Спиртлар гуруҳи: этил спирти амалиётда кенг қўлланилади. 70% лиси юкори бактерицид таъсирга эга бўлиб, жаррохлик майдони, асбоблар, қўлни, ипини тозалаш учун ишлатилади.

Альдегидлар гуруҳи: формаалдегид- газсимон модда, сувда яхши эрувчан, 40% ли эритмаси-формалин инструментлар, дренажлар, қўлқопларни зарарсизлантиришда ишлатилади.

Бўёқлар ва нитрофуранлар бриллиант яшнинг 0.1-2%ли спиртли эритмаси йирининг ялчиланишларда-сиртга, метилен қўқининг 1-2% ли спиртли эритмаси куйганда ишлатилади.

4-mavzu Jarohatlar va ularning turlari

ЖАРОҲАТЛАГАН БУЮМНИНГ ХАРАКТЕРИГА ҚЎРА:

Кесилган жароҳат-ўткир асбоблар(скампел,пичок,лезвия) келтириб чиқаради ва жароҳат четлари текис бўлиб қўп кон кетади.

Юлинган жароҳат-тери ва тери ости тўқмаси қўчади ва четлари нотўғри, кон оқиши купрок.

Чопилган- ўткир ва оғир асбоблар болта, теша, килич) ёрдамида хосил қилинади ва чуқуррокда жойлашган тўқималар зарарланиб, қўндалан чопилса жароҳатланган тўқманинг тортилиши кучаяди.

Лат еган- ўтмас, қаттиқ буюмлар (тош, темир, ё'оч) ёрдамида юзага келади ва юмшоқ тўқималарнинг эзилиши кучли ва кон оқиши кам бўлади.

Санчилган - ўткир учли асбоблар найза бигиз, мих) таъсирида келиб чиқади ва жароҳат жуда чуқур бўлади.

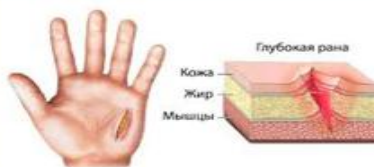
Тишланган-қўпинча хайвонлар таъсирида келиб чиқади ва микроблар билан зарарланган бўлади (асоратида кутуришга олиб келиши мумкин).

Захарланган — илон, чаён каби захарли хайвонлар чакканида ва кимёвий моддалар таъсирида келиб чиқади.

Ўқ теккан —милтиқ,гўшпонча каби қуроллар таъсирида юзага келади ва танани тегишб ўтиши ёки ўтмаслиги мумкин.

Жароҳат турлари

- а) **кесилган жароҳатлар** — булар ўткир кесиш асбоблари — скальпель, ойна, пичоқ ва бошқалар билан жароҳатланганда ҳосил бўладиган жароҳатлар. Бундай жароҳатлар очиқ, атрофи текис бўлиб, кўпинча улардан қон кетади;
- б) **скальпель тўфайли юз берган жароҳатлар** — четлари ҳар хил бўлиб, тери ва тери ости ёғининг бошқа тўқималардан ажралиб туриши билан характерланадиган жароҳатлар. Бундай жароҳатлар кесиш асбоблари тегиб кетиши натижасида содир бўлади;



- в) **чопилган жароҳатлар** — ўткир ва оғир асбоблар (болта, теша, қилич)нинг зарбаси натижасида таг тўқималар ва аъзоларнинг жароҳатланиши. Бундай жароҳатларнинг атрофи қаттиқ шикастланган бўлиб, жароҳат битишини кечиктиради;



- г) **эзилган жароҳатлар** — тўмтоқ асбоблар таъсиридан (таёқ, тош ва бошқалар) келиб чиқадиган жароҳатлар. Бунга мажақланган, юлинган жароҳатлар киради, улар тўқималарнинг умумий шикастланиши ва озроқ қонаш билан кечади. Мажақланган жойнинг катта бўлиши кўпинча, жароҳат атрофи қўшилиши ва инфекция тушишига олиб келади;





- д) **санчилган жароҳатлар** — ўткир асбоблар (мих, бигиз ва бошқалар) таъсирида юзага келадиган жароҳатлар. Санчилган жароҳатлар чуқур бўлиб, бунда кўпинча ички аъзолар ва йирик томирлар шикастланади;



5- mavzu Desmurgiya. Bog'lamlarning turlari

Bog'lam qoyish



Materialning qo'llanilishiga ko'ra bog'lamlar

YUMSHOQ BOG'LAM	QATTIQ BOG'LAM
PLATSIRLI KLEOLLI RO'MOLLI BINTLI	DEKSTRINLI KRAXMALLI GIPSLI



■ Bir ko'zni bog'lash.

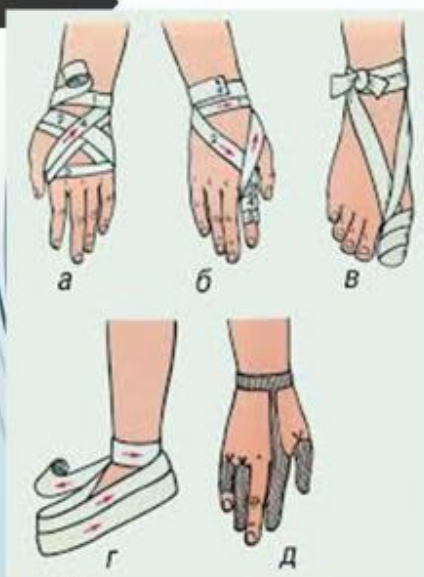
- O'ng ko'zni bog'lashda bint chapdan o'nga qarab yurgiziladi. Chap ko'zni bog'lashda esa buning aksi qilinadi. Bint sirkulyar yo'nalishda bosh atrofidan aylantirib mahkamlanadi, so'ngra orqadan pastga ensaga tushiriladi va quloq ostidan qiyshiq holda yuqoriga ko'tarilib, bemorning ko'zi bekitiladi. qiyshiq o'ram doira o'ram bilan mahkamlanadi. So'ngra avvalgi o'ramning yuqorisidan qiyshiq o'ram qilinadi. SHunday qilib o'ramlarni qiyshiq o'ramlar bilan navbatlab, butun ko'z sohasi bekitiladi.



■ Ikki ko'zni bog'lash.

- Bint gir aylantirib, o'rab mutsahkamlangach keyingi o'ram bosh tepasi va peshona bo'ylab pastga tushiriladi va yuqoridan pastga tomon chap ko'zni bekitadigan qiyshiq o'ram qilinadi, so'ngra bintni ensa orqali o'tkazib, pastdan yuqoriga tomon o'ngni ko'zni bekitadigan qiyshiq o'ram qilinadi. Buning natijasida bintning keyingi xamma o'ramlari qanshar sohasida kesishib, ikkala ko'zni bekitadi va tobora pastga tushaveradi. Bintlash oxirida bog'lam gorizantal doira shaklida o'rash bilan mutsahkamlanadi.

Barmoqni bog'lash



■ Bitta barmoqni bog'lash.

■ Bog'lam kaft utsi atrofida mutsahkamlaydigan doira o'ramlar qilishdan boshlanadi. So'ngra bintni qo'l panjasining orqasi osha barmoq uchigacha qiyshiq holda yo'naltiriladi va shu erdan pastdan yuqori tomonga barmoq asosigacha spiralsimon bog'lanib keyin qo'l panjasining orqasi osha kaft utsiga keltiriladi va bu erda mahkamlovchi sirkulyar o'ramlar qilinadi

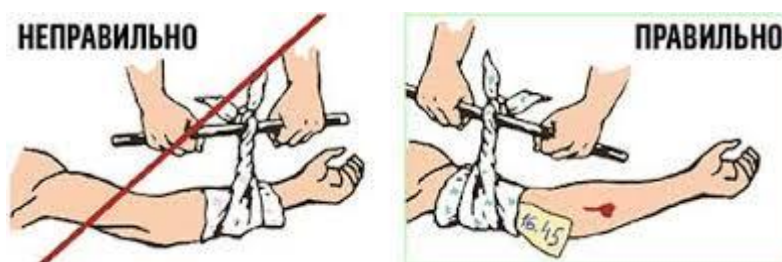
■ Bosh barmoqni bog'lash.

■ Boshqosimon bintlash tariqasida bajariladi. Mutsahkamlovchi doira o'ram ham kaft utsi-bilakda qilinadi. So'ngra bintni qo'l panjasi orqasi osha barmoq uchigacha olib boriladi. Barmoq spiralsimon aylantirilib o'raladi, kaft utsi-bilakning orqa tomoniga so'ngra kaft tomoniga qaytariladi. Bint barmoqni tamomila bekitguncha o'ramlar takrorlanadi.

Dezo bog'lami

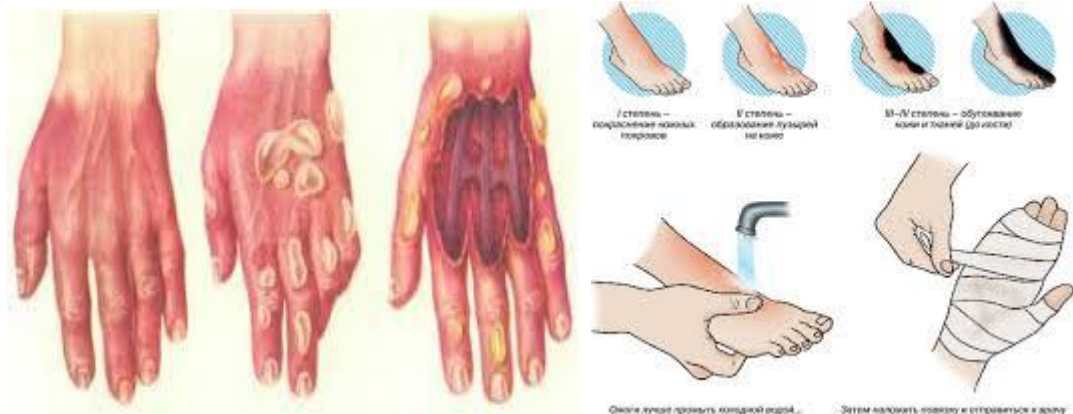


6- mavzu . Qon oqishi va qon yo‘qotish turlari, sabablari va oqibatlari va unda BTYo



7-mavzu Sovuq olish, kuyish, va ularning turlari





8-mavzu. Shikastlanishlar. Yumshoq to'qima shikastlanishi va BTYo

- * **Uzoq vaqt bosilish sindromi** – zilzilalar, tabiiy falokatlar tufayli odam uzoq vaqt binolar yoki boshqa qulagan obektlar tagida qolib ketganda kuzatiladi. Uzoq vaqt bosilish sindromi patogenezida asosan 3 ta omil ahamiyatga ega:
- * Kuchli og'riq sezgisi-buning oqibatida markaziy nerv sitsemasida patologik o'zgarishlar sodir bo'ladi.
- * Travmatik toksemiya- SHikastlangan to'qimalarning parchalanish maxsulotlarining qonga sunilishi oqibatida kelib chiqadi.
- * Plazma yo'qotish- bu SHikastlangan a'zolari shishishi tufayli rivojlanadi.
- * SHikastlangan odamda kuchli og'riq, qo'zg'alish belgilari, atrof-muxitga mos bo'lmagan javob reaksiyasi, titrash, pulsning sekinlashishi, arterial qon bosimining tushib ketishi, xattoki, o'lim kuzatilishi mumkin. Maxalliy belgilar: teri qoplamlarining oqarishi, ko'karishlar, o'sha joyda shish va pufaklar paydo bulishi, qon quyilishi kabilar kuzatiladi. Qon tarkibida qonning quyuvlashishi, gematokrit ko'rsatkichining oshishi, eritrostitlar va gemoglobin miqdorining ko'payishi kabi, shuningdek buyrak faoliyatining izdan chiqishi va ajralayotgan peshob miqdorining kamayishi kuzatiladi.
- * **Boylamlarning cho'zilishi** bo'g'im sohasida uni cho'zib yuboradigan va hatto boylamlarni uzib yuboradigan zo'r keladigan harakatlar natijasida kelib chiqadi. Boylam cho'zilganda qattiq og'riq paydo bo'ladi. SHikastlangan soha tezda shishadi va bo'g'in faoliyati buziladi, qon tomirlari uzilishi oqibatida cho'zilish bildir-o'yog' panjasi bo'g'imida, tizza va tirsak bo'g'imlarida ko'p uchraydi. Boylam cho'zilganda, bo'g'im sohasiga bosib turadigan bog'lam qo'yish kerak. Og'ir xollarda gipsli bog'lam qo'yiladi. Bo'g'im cho'zilganda avval muzli xalatacha yoki sovuq kompress ishlatiladi. Keyingi kunlarda esa isituvchi muolajalar qilinadi.
- * **Boylamlarni uzilishi.** Ko'pincha boylamlar, mushaklar, qon tomir va nerv tolalari tortilishi natijasida uzilishi mumkin. Bunday SHikastlanish ko'proq jismoniy tarbiya va sport bilan shug'ullanuvchilarda uchraydi.
- * **Boylamlarni uzilishi natijasida bo'g'imda qon yig'iladi, og'riq bo'ladi.** Tizza bo'g'imi SHikastlanganda oyoqni bukish yoki yoyish kuchli og'riq beradi, shu erda shish paydo bo'ladi.
- * **Mushaklar uzilishida ham qattiq og'riq seziladi va uzilgan joyda bo'shliq hosil bo'ladi, shish kuzatiladi. Mushaklarning yorilishi** to'satdan og'riq bo'lishi, teri ostiga qon quyilishi, shish, SHikastlangan a'zo faoliyatining buzilishi bilan tavsiflanadi.
- * **BTYo** tadbirlari immobilizatsiya qilish, og'riq qoldiruvchi dorilar berish, muzli xalatacha qo'yishdan iborat SHishlarni kamaytirish maqsadida oyoq yoki qo'l ko'tarilgan holatda bo'lishi kerak.

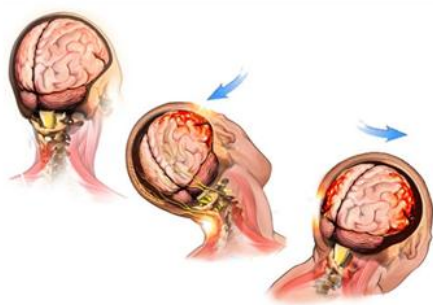
9 mavzu. Bosh miya shikastlanishi va ko'krak qafasining shikastlanishi va unda BTYo

* Бош тубининг синиши

Бош туби суяклари (асоси) кўпинча бош билан йиқилганда синади. Рентгенологик текшириш таххисни аниқлашда ёрдам беради. Шикастланишдан кейин кўкариш, бурун ва қулоқдан қон кетиши кузатилади.

БТЕ. Беморни бош томонини юқори қилиб тинч ҳолатда ётқизиб қўйилади. Эпители йўллари ва бурунни ювмаслик керак, кўп қон оққанда бурунга тампон қўйиш мумкин. Қулоқ соҳаси асептик боғланади. Қала ички босимини тушириш учун глюкозанинг 40 % ли эритмасидан венага 10-20 мл юборилади; оғир ҳолларда орқа миё суяқлиги олинади, шунда бош оғриши ва бош айланиши камаяди. Инфекция ривожланишининг олдини олиш учун пенициллин билан стрептомицин эритмасини аралаштирилиб юборилади. Бемор камида 4-5 ҳафта, миёдаги ўзгаришлар бутунлай йўқолгунча ўринда ётиши шарт.

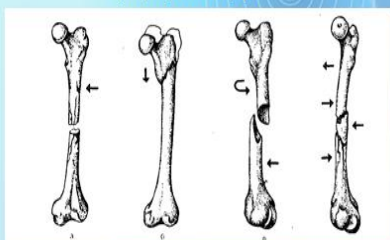
Бош мия шикастланиши



- Бош суяги ёпик ва очик шикастланиши мумкин.
- Уриб олиш ёки лат ёйиш, миёнинг эзилиши ёпик шикастланишга киради. Бу ўтмас буюмлар таъсирида содир бўлади.
- Жароҳатланиш эса очик шикастланишга киради. Бунда терининг бутунлиги бузилиб, қон оқади.
- Бош мия шикастланишларида тиббий ёрдамни тўғри ташкил қилиш учун унинг белгиларига эътибор бериш лозим. Шикастланган одамда эс-хуш қуйидагича бўлиши мумкин:
- **Эс-хушнинг тиниқлиги**-бемор атроф-муҳит, вақт ва ўз ҳолатини баҳолай олади, саволларга мос жавоб беради.
- **Уйқучанлик ҳолати**-бемор оддий саволларга тўғри жавоб беради, вақт ва турган жойини айтиб беролмайди, уйқу тортади.
- **Сопор ҳолати**-сўзларга жавоб бермайди, фақат беморда оғриққа жавоб реакцияси мавжуд.
- **Кома ҳолати**-бемор ички ва ташқи қўзғатувчиларга жавоб бермайди. Айрим асосий рефлексларгина сақланиб қолган бўлади, нафас ва юрак фаолияти издан чиқади, асфиксия ҳавфи пайдо бўлади, пешоб тутилади.

10- mavzu Chiqish va sinishlar. Ularning turlari

Синишларнинг кўндаланг, бўйламасига, винтсимон ва қодиқли турлари фарқланади



Ёпик синиш

Очик синиш



Синишда БТЁ

- Қон тўхтатиш (жгут қўйиш)
- Оғриқсизлантирувчилар бериш
- Асептик шароитни таъминлаш
- Иммобилизация қилиш (шина қўйиш)
- Касалхонага етказиш (тоғри транспортировка қилиш)

11- mavzu O'tkir va surunkali jarrohlik infeksiyalari

O'tkir yiringli infeksiyalar.

- Ko'pincha o'tkir yiringli infeksiyalarni stafilokokk, streptokokk, ichak tayoqchasi, pnevmokokk, ko'k yiring tayoqchasi qo'zg'atadi.
- **Yiringli jarayonning kechishi va oqibati quyidagi omillarga bog'liq:**
- immunologik holatga
- Mikroblarning biologik xususiyatlari-dozasi, virulentligi va b.
- Mikrob tushgan o'choqning anatomo-fiziologik xususiyatlari;
- Qon aylanishning holati,
- Bemorqoni tarkibi,
- Tananing allergiyalanish darajasi.

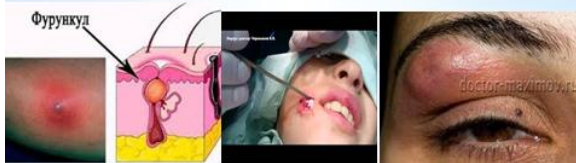
* **PANARITSIIY**-barmoqlarni o'tkir yiringli yallig'lanishi. U teri orasidan, teri ostida, tirnoq ostida, payda, suyakda, bo'g'imda bo'lishi mumkin. Keyingi 3 turi og'ir kechadi.

* Panaritsiyni boshlang'ich davrida barmoqni gipertonik eritmaga (10-20 % osh tuzi) solib turish, piyoz boylash, bog'lam quyish (Vishnevskiy malxami bilan) mumkin.

* Og'riq kuchayganda jarroxlik yo'li bilan davo qilinadi. Panaritsiy 1-2 % novokainli anetseziyadan so'ng kesiladi va yiringdan tozalanib, antiseptiklar bilan davo qilinadi. Agar vaqtida jarroxlik muolajasi qilinmasa og'ir turlariga o'tib ketishi va asoratlari berishi mumkin.



* **Furunkul**-soch qopchasi, yog' bezlari va ularning atrofidagi to'qimalarning o'tkir yiringli yallig'lanishi. **Birinchii tibbiy yordamda** issiq qilish, UVCH, piyoz boylash, Vishnevskiy surtmasini qo'yish, antibiotiklar ishlatish o'rindir. Agar bu tadbirlar samara bermasa jarrohlik usuli qo'llanadi. Yara kesib yiringni serjeni olib tashlanadi va yiringdan tozalanib, vodorod peroksid, gipertonik eritma bilan turunda qo'yiladi. Antibiotiklar (ampitsillin) in'eksiya qilinadi. Faol va passiv emlash mumkin. Chirpogni oldini olishda shaxsiy gigiyenaga rioya qilish va jarohatlanganda antiseptiklarni ishlatish katta ahamiyatga ega.



* **KARBUNKUL**-soch qopchalari, yog' bezlari va boshqa yon va osti to'qimalarini ko'plab yiringli yallig'lanishi natijasida to'qimani nekrozga uchrab, o'rta qismida qoramtir rangli tusni oladi.

* Yallig'langan joyda kuchli og'riq bo'lib, uyqu buziladi, tana harorati 39° S gacha ko'tariladi, ko'pincha lifadenit, tromboflebit, sepsis kabi asoratlari beradi.

* Kasallikni boshlanishida mahalliy muolajalar (quruq issiq, UVCH, antibiotiklar) qilinadi. Karbunkul shakllanib bo'lgach, jarrohlik usuli bilan kesilib, yara tozalanadi-nekrozga uchragan to'qimalar, yiringlar olib tashlanadi va antibiotiklar, antibakterial dorilar (furatsillin, kaliy permanganat, vodorod peroksid) bilan yuviladi va gipertonik eritma (10 % osh tuzi) bilan turunda quyilib, u har kuni yangilanadi.



* Гоймуча



* **Lifangit**-limfa tomirlarining, **limfadenit** esa limfa bezlarining yallig'lanishidir. Yiringli jarayonlarning asorati sifatida rivojlanadi. Bemorlar shikastlangan sohada achishish, qichishga shikoyat qiladilar, yiringli o'choqdan limfa tugunlari tomon yo'nalgan qizil chiziqlar hosil bo'ladi, ular og'riqli bo'lib, kattalashadi, zichlashadi. Ularning atrofidagi teri qizargan, bir qancha vaqt o'tgach flyuktuatsiya kuzatiladi.

* Davolashda asosiy yiring o'chog'ini tugatish, antibakterial terapiya, immobilizatsiyadan foydalaniladi.



12- mavzu. O'tkir jarroxlik kasalliklari va unda BTYo

* **O'tkir pankreatit**- me'da osti bezining utkir yallig'lanishi. Bu kasallik oshqozon osti bezi fermentlari (proteaza, lipaza, amilaza) ning jigar o'tining qanchadir miqdorda tushishi natijasida, faolligining oshishidan bez to'qimasi emirilish natijasida kelib chiqadi. Bundan tashqari yog' almashinuvining bo'zilishi, spirtli ichimliklarga ruju quyish, Yurak qon-tomir, ut pufagi kasalliklari xam sabab bo'ladi. Bunda og'riq ung qovurg'a tagida, oshqozon soxasida quproq tanani belbog' singari qamrab oladigan kuchli og'riq bilan boshlanadi. Bemorda xuddi kesgandek, xurujsimon, siqib og'riq turib elka soxasiga kuchadi. Kungil aynishi va qusish, teriningo oqarishi, qorinning dam bulishi, axlatning tutilishi, gaz yig'ilishi kuzatiladi. Kasallikning og'ir formasida kuchli intoksikatsiya, es-xushning buzilishi, buyrak,jigar,yurak-qon tomir tizimi faoliyatlarida buzilish kuzatiladi.

* **BTYo.**

* Analgetik, spazmolitiklar (no-shpa, platifillin, papaverin), proteoliz ingibitorlari (25000-100000 TB da kantrikal) beriladi. Tezda shifoxonaga yuboriladi va xirurgik davolanadi.



* **Peritonit**-qorin pardasining utkir yallig'lanishi. Ko'pincha qorin bo'shlig'i a'zolarining teshilishi oqibatida rivojlanadi.

* **Belgilari:** Butun qorin soxasida og'riq, intoksikatsiya, bemorning es-xushi ayniydi va eyforiyaga tushadi, arterial qon bosimi pasaygan, puls ipsimon, ya'ni zurg'a seziladi. Bemordan muzdek ter ajraladi, qorin shishadi, ichak peritsaltikasi (sarakati) yuq, gaz ajralmaydi, qorinda quchib yurgan suyuqlikning shovchini eshtiladi, buyrak va jigar faoliyati buziladi. Qorin devorini siyaganda uning mushaklarining qisqargan bo'lishi natijasida u taxtaga o'xshash qattiq xolatda bo'ladi.

* **BTYo.**

* Bemorga tinch sharoit yaratish, uni yotqizib qo'yish, qoringa muzli xalta qo'yish va kasaxonaga etkazish zarur. O'tkir peritonitda yordam qancha erta boshlansa, asoratlari shuncha kam va bemorning tuzalib ketishi tez bo'ladi. Chunki kasallik faqat jarroxlik yo'li bilan davolanadi: oshqozon, ichak, qorin bo'shlig'ini yuvish, mikroblarni yo'qotish, drenaj qo'yish, antibiotiklar va boshqa antibakterial terapiya o'tkazil, immunitetni oshirish va b. tadbirlardan iborat. Shuningdek, bemorni shok xolatidan qicharish, ichki a'zolar faoliyatini tiklash lozim.



* Me'da va 12 barmoqli ichak yara kasalligida **ICHAKNING YOKI ME'DANING TESHILISHI** og'ir asoratdir.

* **Belgilari:** Bunda tusatdan qorin soxasida pichoq urgandek sanchiq turib bemor shoka tushadi. Og'riq kuchlitigidan bemor majburiy xolat, ya'ni qulni qoriga quyib, bukchayib, tizzalari qoriga tiriladi. Ko'zdan kechirilganda qorin pardasi taranglashgan, xarakatsiz, nafas olishda ishtirok etmaydi. Bu xolat qorinning taxta kabi qotib qotish xolati deyiladi. Koriga kul bilan tegilganda juda qattiq og'riq va gazlarning tutilib qotishi kuzatiladi, AB pasayadi, puls minutiga 50-60 ta, nafas olish susayadi. Me'da va 12 barmoqli ichak teshilganidan 5-6 soat utgandan sung peritonit rivojlanadi.

* **BTYo.**

* Bemorni zudlik bilan kasaxonaga olib boirish.

* Bemorga ovsat va suyuqliklar berish, me'dani yuvish, tozalovchi klizmalar qilish, qorinni istish man etiladi.

* Davolash. yallig'langan a'zoning qismi olib tashlab qorin pardasini yuvib, drenaj quyiladi, sungra qolgan kismini jarroxlik usuli qullaniladi.

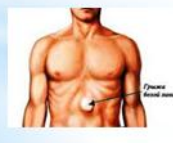


* **Churraning chiqib qolishiga** sabab, kupincha qorin ichki bosimining ortishi (og'ir kutarish, kuchli tuxtovsiz yutal va x.k.). Natijada churra qopchasi ichak petyasidan tashqariga chiqib qoladi. Keyinchalik chiqib qolgan churrada oziqlanish buzilib uladiv a peritonit rivojlanadi.

* **Belgilari:** churra soxasida tarqaluvchi kuchli og'riq paydo buladi, churra qopchasing kattalashishi, taranglashishi, tegliganda bezilab turishi asosiy belgi xisoblanib, bundan tashqari terining oqarishi, taxikardiya, AB pasayishi, qusish kuzatiladi. Tushgan ichakni qaytadan qorin bo'shlig'iga o'tmasligi, gaz va ich kelmasligi xam churrani tushganligidan darak beradi.

* **BTYo.** Churrani uzicha qaytadan solishga xarakat qilish, issiq vannalar qabul qilish, spazmolitiklar yuborish mumkin emas. Tezda kasaxonaga yuborilib zudlik bilan operatsiya qilinadi.

* **Profilaktikasi.** Churrasi bor odamni rejali ravishda operatsiya qilishdan iborat



13 mavzu. O'tkir terapevtik kasalliklari va unda BTYo (Bronxial astma. Yurak ishemik kasalligi, Yurak astmasi.)

Бронхиал астма- бронхлар бўшлигининг торайиши натижасида тўсатдан пайдо бўлади. Бўғилиш ва нафас чиқишининг қийинлашуви билан характерланади.

Белгилари. Кўкрак қисилиб, киши дармонсизланади ва тўсатдан хуруж тутади. Нафас олиш ва чиқариш оғирлашади, ранги ўчиб юзи кўкаради, синчиклаб қаралганда кўкрак қафасининг катталашганлиги сезилади, ўпкада перкуртор товуш аниқ, равшан, паст тонда, аускультацияда нафас товуши секинлашади ва хуштак овозидек хириллаш кўзатилади, тана ҳарорати деярли ўзгармайди. Хуруж 2-3 соат ва ўзоқроқ давом этади. Хуруж дастлаб кам ва кейинчалик тез-тез туриб туради.

Юрак пороги. Юрак клапанлари функцияси юракнинг органик ўзгариши оқибатида бузилиши ва қон айланишининг издан чиқиши. Пороглар тўғма ва орттирилган бўлади. Тўғма порок она қорнида боланинг нормал ўсмаслиги, юрак қон-томир тизимининг нотўғри шаклланиши туфайли пайдо бўлади. ўмумий порогнинг 1-3% ни ташкил этиди. Орттирилган порог- 90% ини ташкил қилиб, асосан ревматизм сабаб бўлади. Клапан ёки томирнинг зарарланишига кура митрал клапан пороги, 3 тавақали клапан пороги кабилар фарқланади.

Даволаш 3 босқичда олиб борилади. 1. Бемор камида 2 ҳафта уринда бўлиб, енгил ҳазм булувчи таомлар, адонис препаратлари, диуретиклар, транквилизаторлар берилиб, туз ва суюқлик миқдори чекланади. санаторияларда даволаниш тавсия этилади. 2. 1-2 ой уринда ётади, ётоқ ярасининг олдини олиш мақсадида камфора сунгилари, нафасни енгиллатиш чоралари қурилиб, сўтқалик сийдик миқдори аниқланади. Суюқлик миқдори чекланади, ёғсиз таомлар, балик, тухум, сабзавотлар ва резавор мева-лар берилади

YURAK ASTMASI

- ✗ Yurak astmasi og'ir yurak-tomir kasalliklarida yuzaga keladi.
- ✗ O'zining ko'rinishi va bemorlarning sub'ektiv sezishlari bilan bronxial astmani eslatadi.
- ✗ Bronxial astma ko'proq yoshlarda uchrasa, yurak astmasi katta yoshdagi kasallarda ko'proq uchraydi.
- ✗ Nafas qisishi bronxial astmada to'satdan paydo bo'ladi, yurak astmasida esa asta-sekin rivojlanadi. Yurak astmasida kasal tinch holatda bo'ladi.

14- mavzu. O'tkir terapevtik kasalliklari va unda BTYo (tutqanoq, buyrak sanchig'i, miyaga qon quyilishi, diabetik komalar)

- * **Тутқаноқ-руҳий касаллик бўлиб, бош миёда патологик эпилептоген ўчоқ ҳосил бўлиши билан тавсифланади. Тутқаноқ хуружининг бир неча турлари ажратилади:**
- * **катта тутқаноқ хуружлари-энг оғир шакли бўлиб, тоник-клоник қисқаришлар, эс-хушни йўқолиши, марказий нерв тизимининг умумий сусайиши билан кечади. Бемор оғзидан кўпик келиб, йиқилиб тушади, нафас йўллари аспирацияси натижасида бемор асфиксиядан ҳалок бўлиши мумкин,**
- * **психомотор қўзғалишлар- бемор ўзини бошқача тутати, мослашмаган ҳаракатлар қилади, лекин кейинчалик буларни эслай олмайди. Кўпинча эс-хушни хиралашиши кузатилади, лекин хуружлар рўй бермайди.**
- * **кичик хуружлар- қисқа вақтга хушнинг йўқотиш, юз ва бошқа мушакларни учиши ва б. белгилар кузатилади.**
- * **БТЁ.**
- * **Катта тутқаноқ хуружлари вақтида беморнинг нафас йўллари сулак ва кўпик массаларидан тозалаш, тилни орқага кетиб қолмаслиги учун тортиш керак. Хуружларни бартараф этиш учун фенобарбитал, бензонал ва бошқа барбитуратлардан фойдаланиш мумкин. Сибазон, клоназепам препаратлари, оғир ҳолларда эса наркоз воситаларидан фойдаланиш мумкин. Беморга осойишталовчи режим тавсия этилади.**

Кома ҳолати- олий нерв фаолиятининг бузилиши натижасида юзага келиб, эс-хушнинг, сезгирликнинг сусайиши билан кечади. Аммо нафас олиш ва қон айланиш фаолияти бузилмайди.

Диабетик кома. Инсулин миқдорининг организмга етишмаслиги ва бунинг натижасида гипергликемиянинг ривожланиши, кетон таначаларининг ҳосил бўлиш жараёнининг ошиши, водород ионларининг қупайиши диabetик команинг келиб чиқишига сабаб бўлади.

Гипергликемия натижасида хужайрадан ташқари суюқликнинг осмотик босими ошиб кетади ва хужайра дегидратацияси кузатилади. Бирламчи сийдикда глюкоза миқдорининг юқорилиги суё ва электролитларни буйрак каналчаларида қайта сурилишига қаршилиқ қилади ва организм сувсизланиб минераллар алмашинуви бузилади. Диурез камаяди ва водород ионларининг чиқарилиши сусайиб кетади (ацидоз). Метаболик ацидоз натижасида натрий ва калий запаслари камаяди. Диabetic кома кома ҳаёлиди диabet касаллиги билан касалланган беморларда, инсулини ортиқча қабул қилиш ва пархезга риоя қилмаслик оқибатида ривожланади. Бунга юқумли касалликлар, жарроҳлик операциялари, жисмоний ва эмоцианал зурриқш ҳам сабаб бўлади.

Белгилари: Кома олдидан чанқаш кучаяди, пешоб миқдори ортади, кунгил айланиш, қўнғиш ва айрим ҳолларда қорин ва бугимларда оғриқ кузатилади.

Гипергликемик кома аста секин ривожланади, беморлар апатик (лоқайд), эс-хуши тиниқ эмас, нафас олиши чуқур ва шовқинли, оғзидан ацетон хиди келади, тери қопламлари оқарган ва қуруқлашган, кузлари киртайган, мушаклар бушашган, пай рефлекслари деярли йўқ, АД пасайган, пульс тез ва заиф. Чуқур кома вақтида қоллас ҳолати ривожланиб, қондаги қанд миқдори (нормада 3,3-5,5 г/л) 8 г/л гача ошади. Диabetic кома айрим ҳолларда юқори гипергликемия, глюкозурия билан кечади, лекин кетоацидоз кузатилмайди.

БТЁ. инсулинотерапия утказилади (40-50 ТБ инсулин, изотоник эритмани 20-40 мл билан аралаштирилиб венага, бир вақтда яна Рингер-Локк эритмаси ёки 4-8 л 200-400 мл натрий гидрокарбонат, юрак гликозидларидан коргликон (1мл 0,06%) ёки строфантин 1мл, 0,05% венага юборилади. Оғир ҳолатида беморнинг қонига мос янги тайерланган цитрат қушилган қон қўйилади.

15- mavzu. Reanimatsiya usullari tug'risida tushuncha.



16- mavzu. Zaharlanishlar : zaharli o'simliklar, petsitsidlar, dorilardan zaharlanish va BTYo

ЗАҲАРЛАНИШЛАРДА БИРИНЧИ ЁРДАМ ЗАҲАРНИНГ ТАНАГА ТАЪСИРИНИ ТЎХТАТИШ ВА ЧИҚАРИБ ЮБОРИШГА ҚАРАТИЛАДИ. БУНИНГ УЧУН ҚУЙИДАГИЛАР АМАЛГА ОШИРИЛАДИ:

1. Заҳарни танага тушишини тўхтатиш,
2. Заҳарни ҳали қонга сўрилиб улгурмаган қисмини чиқариб юбориш,
3. Заҳарли моддани сўрилишини камайтириш ва зарарсизлантириш,
4. Қонга ўтган заҳарли моддани зидди заҳар ёрдамида зарарсизлантириш,
5. Организмнинг ҳаётий фаолиятини тиклаш.

ДОРИ МОДДАЛАРИДАН ЗАҲАРЛАНИШ.

Наркотик моддалардан заҳарланиш.

Наркотик воситаларни юқори дозаларда қабул қилиш ўткир заҳарланиш ва ўлимгача олиб келиши мумкин. Морфиннинг 0, 1г дан ортиғи заҳарли ҳисобланади. Морфиндан ўткир заҳарланишда кўз қорачиқлари торайиб, ёруғликка сезги пасайиб кетади, тери қизаради, мушаклар тонуси ошиб кетади. Ҳинд каноплясидан (гашиш, марихуана) заҳарланиш психомотор қўзғалиш, кўз қорачиқларининг кенгайиши, қўлоқларда шовқин, галлюцинациялар билан кечади. Кейинчалик умумий ҳолсизлик, беқувватлик, чуқур уйқу, тана ҳароратининг тушиб кетиши кузатилади. Оғир ҳолларда нафас бузилиб, асфиксия ривожланади.

ОҒИР МЕТАЛЛ ТУЗЛАРИДАН ЗАҲАРЛАНИШ.

Мис бирикмаларидан заҳарланиш.

Мис купороси, мис оксиди, мис карбонат ва б. кўпинча нафас йўллари орқали танага тушади, ва уларни таъсирлайди. Улар қон гемолизи ва ички аъзоларда дегенератив ўзгаришларни чақиртириш хусусиятига эга.

Курғоқсин бирикмаларидан заҳарланиш.

Курғоқсин бирикмалари нафас ва меъда-ичак йўллари, тери орқали танага тушиши мумкин. Бемор оғизда ширин таъм, сўлак оқиши, кўнгил айнаши, қусиш, қоринда кучли оғриқ, спастик қабзият кузатилади. Бемор кўзгалган, қорни дам бўлиб, терлайди, артериал босим ва ҳарорати кўтарилади. Ажралаётган пешоб миқдори камайиб кетади, ҳаттоки тўхташи мумкин.

Рух ва унинг бирикмаларидан заҳарланиш.

Танага рух бирикмалари нафас аъзолари ва ҳазм йўллари орқали тушиши мумкин. Рух бирикмалари билан заҳарланганда оғизда металл таъми, чанқаш, ҳолсизлик, кўнгил айнаш, қусиш, қоринда оғриқ, ич кетиши кузатилади. Бемор уйқучан, мушакларда оғриққа шикоят қилади. Кейинроқ бронхит белгиси бўлган қуруқ йўтал кузатилади. Бу 4-5 соат давом этиб, сўнгра кучли титраш, тана ҳароратини 38-400 С га кўтарилиши, терлаш кузатилади. Оғир ҳолларда пневмония ва ўпка шиши ривожланади.

Мишьяк бирикмаларидан заҳарланиш.

Мишьяк бирикмалари танада нефротоксик, гепатотоксик, нейротоксик, энтеротоксик таъсирларни намойён қилади. Заҳар танага оғиз орқали тушганда металл таъми, қоринда оғриқ, қусиш кузатилади. Қусуқ массаси яшил рангда бўлади, ахлат гуруч кайнатмасини эслатади. Тана сувсизланиб, тиришишлар ривожланади.

АЛКОГОЛДАН ЗАҲАРЛАНГАНДА БТЁ.

Алкогол маст қилувчи дозадан ҳам юқори миқдорда қабул қилинса заҳарланиш келиб чиқади. Белгилари: юз терисини қизариши, тана ҳароратини пасайиши, қусиш, совуқ тер ажралиши, қорачикларни торайиши, нафасни сусайиши, пульсни заифлашиши ва б. Тиришишлар, қусуқ массаларини аспирацияси, ларингоспазм ривожланиши, нафас ва юрак фаолияти тўхташи мумкин.

96 % спиртни 300 мл миқдори ўлимга олиб келади.

БТЁ. Меъдани зонд билан ювиш лозим. Венага глюкозанинг гипертоник эритмасини инсулин билан қўшиб (500 мл 20 % глюкозага 20 ТБ инсулин), 500-1000 мл 4 % натрий гидрокарбонат эритмасидан юбориш мумкин. Комада форсирланган диурез усулидан фойдаланилади. Шунингдек, юрак-томир воситалари, тонусни оширувчилар (кардиамин, камфора) тавсия этилади.

17- mavzu. Ilon, chayon, qoraqurt chaqqanda BTYo

ЗАҲАРЛИ ИЛОНЛАР ВА ҲАШАРОТЛАРНИНГ ЧАҚИШИ.

Заҳарли илонлар чақиши қаттиқ ва узоқ давом этадиган оғриқ, шиш, чакқан жойда қон қуюлишни келтириб чиқаради. Белда оғриқ бўлади, нафас олиш ва юрак уриши қийинлашади, оғир ҳолларда эс-хушнинг йўқолиши, қусиш, нафас олишнинг ва юрак фаолиятининг кескин сустлашуви кузатилади. Заҳар тезлик билан тананинг бошқа қисмларига тарқалиши мумкин, бунинг натижасида артериал босимнинг пасайиши, кўзғалишлар, талваса, нуктали қон қуйилишлари кузатилади.

Ҳашаротлар чакқанда тўқималарнинг маҳаллий шиши, қизариши ва маҳаллий тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади. Ҳолдан тойиш, бош айланиши ва оғриши, титраш, кўнгил айнаши, қусиш, айрим ҳолларда эшакем, белда ва бўғимларда оғриқ, юрак уриши кузатилади.

Если все же укусили

Надо как можно скорее убрать клеща. Раньше считалось: чтобы предотвратить заразу, паразиту нужно как следует присосаться. Но оказалось, он начинает выделять яд сразу же. Сдвинув своим телом голову вперед, клещ проникает на 30-60 минут после присасывания. В это время слюна у клеща максимально заразна.

ЧЕМ УБИВАТЬ. Пытаясь пощипать клеща для бровей. Или пальцем, неактивно обкрутившим чистой нитью или нити бы продеформированным спиртовым раствором. Неотоме, впитывая яд, наносила на раздраженный клещ.

КАК ДЕЙСТВОВАТЬ. Если уже хорошо впитал, клеща на него растительного масла, вазелина, керосина, обильно смазывать и постепенно довести до того, чтобы клещ начал отходить. Заверните клеща как можно ближе к голове. Движениями головы доведите поверхность кожи и осторожно прижмите клеща по оси. Проверьте, не осталась ли голова - ее тоже надо обязательно вынуть. Затем плавно, выньте руку, ранку обработайте йодом.

ЧТО ДЕЛАТЬ С ПАРАЗИТОМ. Если вы точно не можете проверить клеща на зараженность, то сожгите его или заройте в землю. Но лучше все же выкинуть, зарывший или нет. Для этого его надо - на выдохе, осяном или без головы, - поместить в чистый кулечок, властную бумажку или в воду вместе с влажной салфеткой или марлевой ваткой. И опустить его в течение двух суток в стерилизованный спирт.

Плечико 0,5 мм

Взрослая особь: мужская 2,5-3 мм, женская 3,5-4,5 мм

После кровососания клещ раздувается до 10 мм



4.4. TESTLAR

1. Малакали биринчи тиббий ёрдамни кимлар кўрсатиши мумкин?

- А. Махсус билимга эга бўлган хамширалар ва фармацевтлар.
- Б. Уй бекалари ва оила хамширалари.
- В. Воқеа рўй берган жойдаги ҳар қандай шахс.
- Г. Жамоат транспорти хайдовчилари.
- Д. Тўғри жавоб йўқ.

2. Асфиксия нима?

- А. Нафас қисилишининг тез авж олиши.
- Б. Кислород етишмаслик ҳолати.
- В. Ис газидан захарланиш.
- Г. Нафас олиш ритмининг тезлашиши.
- Д. Нафас олиш ритмининг секинлашиши.

3. Болаларда тана ҳарорати қаерда ўлчанади?

- А. Оғиз бўшлиғи ва қўлтиқ остида
- Б. Оғиз бўшлиғи ва тўғри ичакда.
- В. қўлтиқ остида.
- Г. тўғри ичакда ва қўлтиқ остида.
- Д. тўғри жавоб йўқ.

4.5 ёшгача бўлган болаларда пульс қанча бўлади.

- А. 60-70.
- Б. 70-80.
- В. 50-70.
- Г. 90-100.
- Д. 40-60.

5. Ётоқ яраларининг олдини олиш учун қандай тадбирлар кўрилади.

- А. Беморнинг вазиятини ўзгартириб турилади.
- Б. Орқа ва думғазани камфора спиртида.
- В. бемор терисининг тозалигини сақлаш.
- Г. ўрин, тўшакни тез-тез алмаштириш.
- Д. барча жавоб тўғри.

6. Қуйидагилардан қайси бири дори моддаларни юборишнинг энтерал усулига киради?

- А. Мушак орасига
- Б. Оғиз орқали
- В. Венага томчилаб
- Г. Ингаляция йўли
- Д. Терига суртиш

7. Қуйидагилардан қайси бири дори моддаларни юборишнинг парентерал усулига киради?

- А. Мушак орасига
- Б. Оғиз орқали
- В. Тўғри ичак орқали
- Г. Тил остига
- Д. Ингаляция йўли

8. Гипертоник ҳуқнанинг таркиби қандай?

- А. 0,9% ли натрий хлор эритмаси билан 20-30% ли магний сульфат
- Б. 10 % ли натрий хлорид ва 20-30 % магний сульфат
- В. Сув ва глюкоза
- Г. 40 % глюкоза ва 20-30 % магний сульфат
- Д. Тўғри жавоб йўқ

9. Ёғли ҳуқналар қачон қўлланилиши мумкин?

- А. Спастика қабзиятларда
- Б. Ўткир захарланишларда
- В. Дори моддаларини оғиз орқали қабул қила олмаганда
- Г. Озиқлантириш мақсадида
- Д. ҳаммаси тўғри

10. Инъекцияларнинг салбий томонини аниқланг?

- А. Дозасининг аниқлиги
- Б. Оғриқлилиги
- В. Аллергик ҳолатларнинг юзага келмаслиги
- Г. Махсус мутахассис талаб қилинмаслиги
- Д. Асоратларнинг бўлмаслиги

11. Меъдани ювишга оид кўрсатмаларни аниқланг.

- А. Ўткир захарланишларда
- Б. Энтеритларда
- В. Тўғри ичак ярасида
- Г. қабзиятларда
- Д. жаррохлик амалиёти олдида

12. қуйидаги кимёвий антисептиклар ичидан оксидловчиларни аниқланг.

- А. Первомур
- Б. Нашатир спирти
- В. Водород пероксид
- Г. Хлорамин Б
- Д. Сулема

13. Этил спиртининг хусусиятларини аниқланг

- А. Фалажловчи хусусияти
- Б. Оксидловчи
- В. Ўраб олувчи
- Г. Микробларга қарши
- Д. Тўғри жавоб ё'қ.

14. қуйидаги кимёвий антисептиклар ичидан оғир металл тузларини аниқланг.

- А. Первомур
- Б. Нашатир спирти
- В. Водород пероксид
- Г. Хлорамин Б
- Д. Сулема

15. қуйидагилар ичидан жарроҳ қулини ювишда ишлатиладиган усулларни аниқланг

- А. Спасокукоцкий-Кочергин
- Б. Алфелд
- В. Дигмен билан
- Г. Дигметсид билан
- Д. Ҳамма жавоб тўғри

16. Йирингли яра ва бўшлиқларни ювиш учун ишлатиладиган эритмани аниқланг.

- А. 0,9% ли натрий хлорид эритмаси.
- Б. Магnezия сульфатнинг 10% ли эритмаси
- В. Кумуш нитратнинг 0,1-0,2% ли эритмаси
- Г. Натрий хлорнинг 10% ли эритмаси
- Д. Тўғри жавоб йўқ.

17. қон кетишда биринчи тиббий ёрдам тадбирларига қирмайди

- а. Жгут қуйиш
- б. қон ва қон ўрнини босувчи суюқликлар юбориш
- в. Сиқиб турувчи боғлам қуйиш
- г. Артерияни босиб туриш
- д. Гепарин эритмаси юбориш

18. қон ўрнини босувчи суюқликлар қаторига қирадиган воситани аниқланг.

- А. Кальций хлорид
- Б. Викасол
- В. Кальций глюконат
- Г. Желатинол
- Д. Витамин К

19. қуйидаги препаратлардан қайси бири қонни тўхтатиш хусусиятига эга эмас?

- А. Кальций хлорид
- Б. Викасол

- В. Кальций глюконат
- Г. Ацетилсалицил кислота
- Д. Витамин К

20. Диапедез қон кетиш деб нимага айтилади?

- А. қон томир бутунлиги бузилмасдан туриб
- Б. қон томирларнинг йирингли яллиғланиш ёки некрозида
- В. Ички аъзолар Шикастланганда
- Г. Жарохатларда
- Д. Тўғри жавоб йўқ

21. Аррозив қон кетишлар деб нимага айтилади?

- А. қон томир бутунлиги бузилмасдан туриб
- Б. қон томирларнинг йирингли яллиғланиш ёки некрозида
- В. Ички аъзолар Шикастланганда
- Г. Жарохатларда
- Д. Тўғри жавоб йўқ

22. Kuyishning 2-darajasida ko'zatiladigan belgilarni aniqlang.

- А. Qonli pufakchalarning bo'lishi
- Б. Teri tomirlarining trombozi
- В. Kumirlanish
- Г. Hujayra oqsillarining koagulyatsiyasi
- Д. Tiniq suyuqlik saqlagan pufakchalarning bo'lishi.

23. Kuyishning 4-darajasida ko'zatiladigan belgilarni aniqlang.

- А. Qonli pufakchalarning bo'lishi
- Б. Terining qizarishi
- В. Kumirlanish
- Г. Xujayra oqsillarining koagulyatsiyasi
- Д. Tiniq suyuqlik saqlagan pufakchalarning bo'lishi.

24. Kuyish kasalligida kuzatiladigan asoratlarni qayd eting.

- А. Kuyish shoki
- Б. O'tkir kuyish toksemiyasi
- В. Tana haroratining ko'tarilishi.
- Г. Ichki a'zolar faoliyatining buzilishi.
- Д. Hammasi to'g'ri.

25. Sovuq urishning 3-darajasida qanday BTYo ko'rsatiladi?

- А. Bemorni issiq vannaga kiritish
- Б. Terini massaj qilish
- В. Teriga yog' va mazlar surtish.
- Г. Bemorni asta-sekin isitish va og'riqsizlantiruvchilar berish.
- Д. Bog'lam qo'yish.

26. Elektr tokidan shikastlangan odamga BTYo ko'rsatish tadbirlariga qo'yidagilardan qaysi biri kirmaydi?

- A. Jabrlanuvchini elektr tokidan ajratish
- B. Mahalliy kuygan sohani tozalash
- V. Yurak faoliyatini tiklash
- G. Bemorni tuproqqa ko'mib qo'yish
- D. Sun'iy nafas oldirish.

27.«Сопқонсимон» боғлам тананинг қайси соҳасига қўйилади?

- A) бурунга
- Б) иякка
- B) пешонага
- Г) энсага
- Д) кўрсатилганларнинг ҳаммасига

28.Тошбақасимон боғлам тананинг қайси соҳасига қўйилади?

- A) бошга
- Б) бўйинга
- B) кўкрак қафасига
- Г) бўғинга
- Д) қорин соҳасига

29.Спиралсимон боғлам қўйидагилардан қайси соҳага қўйилади?

- A) бўйинга
- Б) билакка
- B) бармоққа
- Г) болдирга
- Д) кўкрак қафасига

30.Елимли боғламни аниқланг?

- A) бинтли
- Б) клеоли
- B) крахмалли
- Г) дуррачали
- Д) гипсли

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT FARMATSEVTIKA INSTITUTI
«FARMAKOLOGIYA VA KLINIK FARMATSIYA» KAFEDRASI

«Tasdiqlandi»
O‘quv va tarbiyaviy ishlar bo‘yicha
prorektor F.f.d., Z.A. Yuldashyev

«_____» _____ 2020 y

BTYO FANIDAN
TALABALAR BILIMINI BAHOLASH REYTING

MEZONI

Toshkent – 2020

Farmakologiya va klinik farmatsiya kafedrasida
BTYO fanidan
«Farmatsiya» fakulteti 5-kurs talabalarining bilimini
baholash mezonlari

Baxolash usullari	Ekspress testlar, yozma ishlar, ogʻzaki surov		
Baholash mezonlari	<i>86-100 ball “a’lo”</i> - fanga oid nazariy va amaliy tushunchalarni toʻla oʻzlashtira olish, tasniflanishini bilish. -fanga oid oʻrganilayotgan mavzuga toʻla taʼrif bera olish; - jarohat joyini aniqlay olishi; - vrachgacha boʻlgan tezkor tibbiy yordamni ketma ketligini vaziyatdan kelib chiqqan xolda toʻgʻri tanlay bilish; - tezkor yordam asosida dori vositasini toʻgʻri tanlay olish; -bemorni toʻgʻri transportirovka qila olishi; -immobilizatsiya qila olishi		
	<i>71-85 ball “yaxshi”</i> - fanga oid nazariy va amaliy tushunchalarni toʻla oʻzlashtira olish, tasniflanishini bilish. -fanga oid oʻrganilayotgan mavzuga toʻla taʼrif bera olish; - jarohat joyini aniqlay olishi; - vrachgacha boʻlgan tezkor tibbiy yordamni ketma ketligini vaziyatdan kelib chiqqan xolda toʻgʻri tanlay bilish;		
	<i>55-70 “qoniqarli”</i> - vrachgacha boʻlgan tezkor tibbiy yordamni ketma ketligini vaziyatdan kelib chiqqan xolda toʻgʻri tanlay bilish; - tezkor yordam asosida dori vositasini toʻgʻri tanlay olish; -bemorni toʻgʻri transportirovka qila olishi;		
	<i>0-54 “qoniqarsiz”</i> -oʻtilgan fanning nazariy va amaliy tushunchalarni bilmaslik; - tezkor tibbiy yordam bosqichlari haqida tassavurga ega emaslik; - jarohat joyini aniqlay olmaslik;		
	Reyting baxolash turlari	Maks. ball	Oʻtkazish vaqti
	Joriy nazorat: Amaliy mashgʻulotda faolligi, savollarga toʻgʻri javob berganligi, amaliy mashgʻulot topshiriqlarni bajarilganligi uchun	45	Semestr boshlangandan ikkinchi mashgʻulotdan oxirgi mashgʻulotga qadar har bir mashgʻulotda 100 ballik tizimda joriy baholanadi, soʻngra

			ushbu ballar yig'indisidan o'rtacha ball chiqarilib, 0,45 koeffitsientga ko'paytiriladi.
	Mustaqil ta'lim	5	
	Oraliq nazorat: Amaliy mashg'ulotida og'zaki so'rov ko'rinishida qabul qilinadi. Ma'ruzachi o'qituvchi va amaliy mashg'uloti o'qituvchisi tomonidan birgalikda o'tkaziladi. Oraliq nazorat savollari va retsept topshiriqlari 2 hafta avval e'lonlar doskasiga joylashtiriladi. Oraliq nazorat 20 ballni tashkil etib, undan: (86-100 %) 17,2-20,0 A'lo "5" (71-85 %) 14,2-17,2 Yaxshi "4" (55- 70 %) 11-14,2 Qoniqarli "3" (0-54 %) 11 baldan kam Qoniqarsiz "2"	20	Har 17 haftasida
	Yakuniy nazorat (yozma)	30	20 haftada
	JAMI	100	

Namuna:

Xaftalar soni Baxolash Turi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16 ON	17 YAB	jami
JN	+	5	+	5	+	5	+	5	5	5	+	5	+	5	5	+	+	45
TMI							2,5				2,5							5
ON																20		20
YAB																	30	30
JAMI		5		5		5	2,5	5	5	5	2,5	5		5	5	20	30	100

Fanlardan reyting nazorati bo'yicha yakunlovchi qaydnoma varaqasi (vedomost) fan tugagan kundan 1 kun muddatda kafedrada 2 nusxada to'ldiriladi va mas'ul xodim, kafedra mudiri tomonidan imzolanib, 1 nusxasi dekanatlarga topshiriladi.

Talabanning fan bo'yicha baholash turlarida to'plagan ballari reyting qaydnomasiga butun sonlar bilan qayd qilinadi

Fan bo'yicha reyting daftarchasini rasmiylashtirish tartibi:

№	Fan nomi	Umumiy o'quv soat	Uzlashtirish kursatkichi	Reyting	O'qituvchining F.I.SH	Sana	Imzo
1	BTYO	116	86	62	Fayzieva Z.T.	15.06.2021 y	

Talabanning fan bo'yicha bir semestrda reytingi quyidagicha aniqlanadi;

$$R_f = \frac{V * O'}{100}$$

bu erda: V - semestrda fanga ajratilgan umumiy o'quv yuklamasi (soatlarda);

O' - fan bo'yicha o'zlashtirish darajasi (ballarda).

Talabanning saralash balidan past bo'lgan o'zlashtirishi "Reyting daftarchasi" da qayd etilmaydi.

Dekanat va kafedralar tomonidan belgilangan tartibda fan bo'yicha talabanning JB, OB hamda YAB turlarida ko'rsatilgan o'zlashtirish reyting ko'rsatkichlarining monitoringi olib boriladi. O'zlashtirish natijalari kafedralar tomonidan reyting nazorati ekranida muntazam ravishda yoritib boriladi va belgilangan tartibda qaydnomalarga kiritiladi.

Kafedra mudiri:

Z.T.Fayzieva.

Asosiy va qo'simcha o'quv adabiyotlar hamda axborot manba'lari

Asosiy adabiyotlar

- 1.1.F. G. Nazirov va b. Bemorlarni uyda va shifoxonada parvarish qilish. Toshkent. 2003.
- 1.2.Первая доврачебная помощь. Под.ред. В.М.Величенко, М., Медицина 1989г.
- 1.3 First Aid in Case of Accidents and Emergency Situations : course book / I. P. Levchuk, M. V. Kostyuchenko, A. P. Nazarov. - M. : GEOTAR-Media, 2017. - 120

Qo'shimcha :

5. Mirziyoev Sh.M. Erkin va farovon demokratik O'zbekiston davlatini birgalikda barpo etamiz. Toshkent, "O'zbekiston" NMIU, 2017. – 29 b.
6. Mirziyoev Sh.M. Qonun ustuvorligi va inson manfaatlarini ta'minlash yurt taraqqiyoti va xalq farovonligining garovi. "O'zbekiston" NMIU, 2017. – 47 b.
7. Mirziyoev Sh.M. Buyuk kelajagimizni mard va olijanob xalqimiz bilan birga quramiz. "O'zbekiston" NMIU, 2017. – 485 b.
8. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2017 yil 7 fevraldagi "O'zbekiston Respublikasini yanada rivojlantirish bo'yicha harakatlar strategiyasi to'g'risida" gi PF-4947-sonli Farmoni. O'zbekiston Respublikasi qonun hujjatlari to'plami, 2017 y., 6-son, 70-modda
5. Z. T. Fayzieva va b. BTYOdan ma'ruzalar matni. Toshkent. 2006 y.
6. И. Н. Денисов и др. «Клинические рекомендации и фармацевтический справочник» Москва, 2005 г.
7. David Verner "Oilam sog'lom bo'lsin desangiz" qayta nashri – Hammabop tibbiyot qo'llanmasi. Toshkent-2011 y.
8. Nikbaev A.T. v.b. Patologiya asoslari va birinchi tibbiy yordam T.Ibn Sino 2006.
9. M. Muxitdinova, SH.T. Yusupov. Birinchi tibbiy yordam ko'rsatish bo'yicha qo'llanma. Toshkent 2003.
10. Первая помощь : учебник / С.В. Демичев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 192 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-4166-4.

Internet va Ziyonet saytlari

6. www.ziyonet.uz
7. www.Lex.uz.
8. www.uzpharm-control.uz
9. www.doridarmon.uz
10. www.uzpharmsanoat.uz