

ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН ДАВЛАТ ЖАҲОН ТИЛЛАРИ УНИВЕРСИТЕТИ

ИСМАТУЛЛАЕВА ДИЛҲУЗА ТУРСУНОВНА

КАСАЛЛИК ВА ЗАҲАРЛАНИШЛАРДА ШИФОКОРДАН
ОЛДИНГИ ЁРДАМ.

*Олий ва ўрта махсус таълим муассасаларида аҳолини
ҳимоя қилиш учун тиббий хамииралар тайёрловига
мўлжалланган талабалар ва ўқитувчилар учун*

У с л у б и й қ ў л л а н м а

Тошкент – 2007

Исматуллаева Дилфуза Турсуновна – “Тиббий билим асослари, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш” кафедраси ўқитувчиси.

Тақризчилар: Тошкент Педиатрия Медицина Институти “Юқумли касалликлар” кафедраси доценти Мударисова Р.Х., Ўз ДЖТУ “Тиббий билим асослари, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш” кафедраси мудири катта ўқитувчи Акбарова М.Х.

Олий таълим муассасаларида фавқулодда вазиятлар тиббий ҳамшираларини тайёрлаш учун мўлжалланган.

Ушбу услубий қўлланма “Тиббий билим асослари, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш” курси билан мувофиқ ҳолатда ёзилган. Ҳозирги шароитда гигиеник тарбия ва аҳолини тиббий маданияти даражаси етарли бўлмаган ҳолатда махсус тиббий билимларни эгаллашга эҳтиёж туғилди. Бу савол айниқса олий гуманитар таълим системасида долзарб. Услубий қўлланмада нафас, юрак, овқат ҳазм қилиш, буйрак, руҳий касалликлар, нур касаллиги ва турли заҳарланишларнинг клиник белгилари тўлиқ ёритилган.

КИРИШ

Аҳоли сонининг кўпайиши билан боғлиқ бўлган жамият тараққиёти ишлаб чиқаришнинг масштаби ва эффективлигини кучайиши билан давом этади. Бу ҳолатларда кўпинча илмий асосланган техник меъёрлар ва технологик жараёнлардан четга чиқишлар, баъзан ўз вазифасига нисбатан жиноий лоқайдликлар ҳам кузатилиб турибди. Буларнинг ҳаммаси авариялар ва офатларга, кучли заҳарли моддаларни атроф-муҳитга тарқалиши билан давом этадиган портлашларга олиб келади.

Авариялар, офатлар ва ҳалокатлар бир вақтнинг ўзида кўп миқдорда одамларнинг зарарланишига, уларнинг биринчи ёрдамга муҳтож бўлишларига олиб келади. Улуғ Ватан уруши тажрибалари шуни кўрсатадики, шикастланганларнинг 32,6% олган шикастлари нинг оғирлигидан эмас, балки ўз вақтида биринчи ёрдам кўрсатилмаганлигидан ҳалок бўлишган.

Шифокордан олдинги ёрдам аввало шикастланишнинг дастлабки дақиқаларида шикастланганларга ўз-ўзига ва ўзаро ёрдам беришни тақозо этади. Бироқ, бундай ёрдамни кўрсатиш кишидан маълум тайёргарлик ва тиббий билим асосларига эга бўлишни талаб этади. Ушбу услубий қўлланма худди шу билимларни беришга мўлжалланган.

“Тиббий билим асослари, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш” бўйича университетлар ва педагогика институтларининг талабаларини ўқитиш дастури Ўзбекистон Республикаси Фавқулодда вазиятлар вазирликлари томонидан 1998 йил 15 майда тасдиқланган. Дастур 8 та бўлимдан иборат бўлиб, 5 – бўлим “Касаллик ва заҳарланишларда шифокордан олдинги ёрдам” деб номланиб, 32 соатга мўлжалланган ва 9 та мавзудан иборат. Услубий қўлланмада ўз-ўзига ва ўзаро ёрдам бериш асосларига, дастлабки шифокордан олдинги ёрдам усуллариغا, касаллик, унинг сабаблари ва текшириш усуллариغا, уларни олдини олиш ва даволашга алоҳида урғу бериб ўтган.

Бўлим мавзуларини ўрганиш давомида талаба касаллик ва саломатлик тушунчаларини, касалликларнинг келиб чиқиш сабабларини, ривожланишини, клиник белгиларини, текшириш усуллари, нафас, юрак, овқат ҳазм қилиш аъзолари, руҳий касалликлар, радиацион зарарланиш оқибатида келиб чиқадиган нур касаллигини, турли хил заҳарланишларнинг клиник белгилари, даволаш чораларини ўрганадилар ва амалиёт давомида ўз кўзлари билан кўриб кўникма ва малакаларга эга бўладилар.

**МАВЗУ № 1. ЎЗ -ЎЗИГА ВА ЎЗАРО ЁРДАМ БЕРИШ
АСОСЛАРИ. ДАСТЛАБКИ ТИББИЙ ЁРДАМ ВА ШИФОКОРДАН
ОЛДИНГИ ЁРДАМ.
ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ.**

Режа:

1. Тиббий ёрдамнинг турлари.
2. Касаллик ҳақида тушунча.
3. Касалликнинг этиологияси ва патогенези.
4. Касалликнинг клиник кўриниши.
5. Касалликни текшириш усуллари.
6. Касалликни даволаш усуллари.

Таянч сўзлар: этиология, патогенез, аускультация, перкуссия, пальпация, анамнез, инструментал текшириш усуллари, симптом, , синдром, ремиссия, рецидив.

Тиббий ёрдамнинг турлари.

Тиббий ёрдамнинг куйидаги турлари фарқланади:

1. Биринчи (малакали булмаган) тиббий ёрдам .
2. Биринчи малакали (врачгача) тиббий ёрдам.
3. Биринчи врач ёрдами.
4. Малакали тиббий ёрдам.
5. Ихтисослашган тиббий ёрдам.

Биринчи (малакали булмаган) тиббий ёрдам тиббий билимга эга булмаган кишилар томонидан курсатилади. Бундай ёрдам ўз-ўзига ва ўзаро ёрдам кўринишида санитар дружиначилар ва махсус тайёрланган кишилар томонидан шикастланиш рўй берган жойда кўрсатилади.

Биринчи малакали (врачгача) тиббий ёрдам тиббиёт ходимлари томонидан шикастланиш рўй берган жойда, транспортировка қилишда ва даволаш муассасида врач келгунча курсатилади. Тиббиёт ходимлари (провизорлар, фармацевтлар, лаборантлар, ўрта тиббиёт ходимлари) малакали врачгача тиббий ёрдамни малакалироқ бажаради (реанимация чораларини, кон оқишини тухтатишда стандарт воситаларни ишлатишни, дориларни инъекция қилишни, стандарт шиналари кўйишни, жарохатни боғлашни, зидди-захар юборишни).

Биринчи врач ёрдам умумий тиббиёт муассасаларида умумий тоифали шифокор томонидан амбулатория ва поликлиникаларда кўрсатилади.

Малакали тиббий ёрдам стационарларда, диспансерларда шифокорлар томонидан кўрсатилади.

Ихтисослашган тиббий ёрдам ихтисослашган касалхоналарда ва тиббиёт муассасаларида мутахассислар томонидан кўрсатилади.

Касаллик ҳақида тушунча.

Касаллик деб, ички ва ташқи омиллар таъсирида организмнинг нормал ҳаёт фаолиятини бузилишига ва унга боғлиқ ҳолатда организмда юз берадиган функционал ва морфологик ўзгаришларга айтилади. Касаллик кўзгатувчи агентлар ва фавқулодда кўзгатувчиларнинг кучи одам организмидаги ҳимоя ва компенсатор хусусиятлардан устун бўлган ҳоллардагина касаллик юзага келиш мумкин. Бу ҳолларда касаллик таъсиротнинг биринчи марта ёки узоқ вақт давомида таъсир қилганда юзага келади. Касаллик маълум бир касалликларга нисбатан наслий мойиллик оқибатида ҳам ривожланиши мумкин. Кўпгина касалликлар маълум бир аъзоларда патологик жараённинг локализацияси билан акс этади. Шу вақтнинг ўзида ҳар бир касаллик бутун организмни ҳаёт фаолиятининг бузилиши ҳисобланади. Ақлий ва жисмоний зўриқиш, кун ва дам олиш тартибига, шахсий гигиенага риоя қилмаслик, нотўғри овқатланиш, носоғлом турмуш тарзи, зарарли одатлар (чекиш, алкоғолли ичимликларни истеъмол қилиш) каби факторлар организмнинг ҳимоя хусусиятларини пасайтириб, кўпгина касалликларнинг сабабчилари бўлиб ҳисобланади.

Касалликларнинг сабаблари, ривожланиш қонуниятлари, клиник кечиши ва тугалланиши ҳақидаги тиббиёт фани патология деб аталади. Патология фани одам организмида турли касалланиш жараёнларида юз берадиган ўзгаришларни ўрганади.

Касалликнинг этиологияси ва патогенези.

Касалликнинг сабаби тугрисидаги фанни **этиология** дейилади. Касалликни вужудга келтирувчи сабаблар ташқи ва ички омилларга бўлинади. Ташқи омилларга қуйидагилар киради:

1. Инфекция – касаллик чақирувчи микроблар ва вируслар касалликни вужудга келтирувчи сабаб бўлади.
2. Механик сабаблар - механик куч таъсирида миянинг чайқалиши, лат ейишлар, жароҳатланиш, суякларнинг синиши, бўғимларнинг чиқиши.
3. Физикавий сабаблар – паст ва юқори ҳароратнинг таъсири натижасида турли хил касалликларнинг ривожланиши.
4. Химиявий сабаблар – турли химиявий моддалар (кислоталар ва ишкорлар) таъсирида куйиш рўй бериши мумкин .
5. Социал сабаблар.

Ички омилларга одамнинг насли, конституцияси, ёши, жинси киради. Бироқ “ички омиллар” тушунчаси шартли, чунки бу омилларнинг шаклланиши ташқи омиллар билан узвий боғлиқдир.

Касалликнинг патогенези – касалликнинг ривожланиш механизми ҳақидаги фан бўлиб, этиология билан узвий боғлиқ. Этиологик фактор касаллик ривожланишида бошланғич механизм бўлиб ҳисобланади. Бироқ бир хил сабаб бўлиб туриб касалликнинг ривожланиш механизми турлича бўлиши мумкин. Касалликнинг этиологияси ва патогенезини билиш рационал даволаш ўтказишга ёрдам беради.

Касалликнинг клиник кўриниши.

Касалликнинг давомийлиги бўйича ўткир – давомийлиги 15 кун ва сурункали – 45 кун ва ундан ошқ бўлади.

Касалликнинг белгилари ҳар доим ҳам яққол кўзга кўринмайди ва унинг кечишида даврлар фарқланади:

1. Яширин (инкубацион) давр касаллик чақирувчи агент билан зарарланган вақтдан то касалликнинг биринчи белгилари юзага келадиган давр. Бир неча дақиқадан бир неча йилгача бўлиши мумкин.

2. Продромал давр – касалликнинг биринчи белгиларидан авж олгунга бўлган давр. Бу даврда кўпчилик касалликларга хос умумий белгилар кузатилади: ҳолсизлик, бўшашиш, бош оғриғи, эт увишиши, иситманинг кўтарилиши ва бошқалар.

3. Касалликнинг авж олган даври – маълум бир касалликка хос бўлган симптомларнинг намоён бўлиши билан характерланади. Баъзи ҳолларда бу даврда белгилар яққол акс этмайди ва бу ҳолат касалликнинг яширин шаклларида кузатилади.

4. Касалликнинг тугалланиш даври – 1) касалликнинг белгиларини йўқолиши ва аъзоларнинг фаолиятининг тикланиши билан тугалланадиган даволаниш; 2) касалликни тўлиқ даволанмаганлиги оқибатида сурункали формага ўтиши; 3) организм ҳёт фаолиятининг тугалланиши – ўлим билан тугалланиши мумкин.

Касалликнинг белгиларини тиббиёт тилида симптом дейилади. Симптомлар объектив ва субъектив симптомларга бўлинади.

Объектив симптомлар – текширувчи врач кўзига яққол кўриниб турган симптомлар (терининг рангига, аъзолар фаолиятига аҳамият берилади).

Субъектив симптомлар – беморнинг шикоятлари орқали аниқланадиган белгилар (масалан: бош оғриғи, бош айланиши, дармонсизлик).

Маълум бир касалликка хос бўлган бир неча симптомлар йигиндиси *синдром* дейилади. Масалан: ўткир нефрит касаллигида қуйидаги симптомлар синдроми бўлади: сийдикда қон бўлиши, шиш ва қон босимининг кўтарилиши.

Беморга тўғри ташхис қўйиш касалликни даволашда муҳим роль ўйнайди.

Ташхис беморнинг шикоятлари, айти касалликни тарихи, касал бўлгунга қадар қандай касалликлар билан оғриганлиги, турмуш шароити ва объектив текшириш натижасида тўпланган маълумотларга асосланади.

Касалликни текшириш усуллари.

Касалликни аниқлаш мақсадида бемордан сўраш (анамнез йиғиш) ва лаборатория усулларида фойдаланилади. Анамнез йиғганда бемор ҳақидаги умумий маълумот, беморнинг шикоятлари, мазкур касалликнинг келиб чиқиш тарихи ва беморнинг ҳаётини анамнези сўралади. Беморни бундай текшириш субъектив текшириш усулига киради. Сўнгра объектив усуллар билан текшириш олиб борилади: бемор кўздан кечирилади, ички органлар

хोलатини аниқлаш мақсадида пайпаслаш – пальпация, аускультация, перкуссия методлар қўлланилади.

Бундан ташқари беморнинг тана ҳарорати, бўйи, вазни ўлчанади ва қони, сийдиги, ахлати, балгами, йирингини лаборатория-бактериологик анализ қилиш, артериал қон босимини ўлчаш, рентгенография, электрокардиография, ректороманоскопия, цистоскопия, урография инструментал текшириш усулига киради.

Пальпация – бу усул билан қорин бўшлигидаги аъзоларнинг касалликлари, лимфа тугунларининг ҳолати – катта-кичиклиги, шакли, консистенцияси, огриш-огримаслиги, ҳаракатчанлиги аниқланади. Шунингдек, терининг таранглиги – тургор, намлиги ёки қуруқлиги, бўғимлар ва мускуллар ҳолати аниқланади.

Аускультация – организмда содир бўладиган товушларни эшитиб кўришга айтилади. Аускультация ёрдамида ўпка, юрак – томирлар система си, баъзан қорин бўшлигидаги аъзолар текширилади.

Аускультация 2 хил бўлади:

1. Бевосита аускультация – беморнинг баданига бевосита кулоқ қўйиб эшитилади.
2. Билвосита аускультация – бу усулда беморни махсус асбоб стетоскоп ёки фонендоскоп билан эшитилади.

Перкуссия – танани устидан дукиллашиб кўришга айтилади.

Перкуссия ёрдамида айрим ички аъзоларнинг чегаралари, улардаги содир бўлган ўзгаришлар аниқланади. Бевосита ва билвосита перкуссия фаркланади. Бевосита перкуссияда беморнинг баданига битта ёки жуфтланган бармоқ учлари билан уриб кўрилади. Билвосита перкуссияда баданган қўйилган бармоқ устига урилади. Бунда 3та асосий товушга эътибор берилади: ўпка товуши, утмас товуш, тимпаник товуш.

Касалликни даволаш усуллари.

ДАВОЛАШ – бемор аҳволини яхшилаш, соғлигини тиклашга қаратилган чора - тадбирлар йиғиндиси. Даволашнинг асосий мақсади беморнинг куч-қуввати ва меҳнат қобилиятини тиклашга қаратилган.

Касалликларни даволаш тадбирлари бир неча хил бўлиб, этиологик, симптоматик ва комплекс даволашдан иборат. Касалликнинг сабабига қарши қаратилган даво этиологик, симптомларига қарши даво симптоматик, бир қанча даво тадбирларининг мажмуаси комплекс даволаш деб юритилади.

Даволаш касалликнинг характериға, беморнинг индивидуал хусусиятларига, ва нерв системаси ҳолатига тўғри келиши керак.

Даволаш тизимида тўғри ташкиллаштирилган парваришга ва ҳимоя тартибига катта аҳамият берилади. Беморни покизаликда тутиш, рационал овқатлантириш, ўз вақтида бажарилган тиббий муолажалар, асоратларнинг профилактикаси-буларнинг ҳаммаси даволашнинг тўғри кетиши учун ёрдам беради. Парвариш даволашнинг асосий қисмини ташкил қилади.

Саволлар:

1. Тиббий ёрдамнинг қандай турларини биласиз?
2. Касаллик нима?
3. Касалликнинг этиологияси деганда нимани тушунасиз?
4. Касалликнинг ривожланиш механизми нима деб аталади ва у нимага боғлиқ?
5. Касалликнинг қандай кечади?
6. Симптом ва синдром деганда нималарни тушунасиз?
7. Касалликка ташҳис нимага асосан қўйилади?
8. Касалликни объектив ва субъектив текшириш усулларига нималар киради?
9. Касалликка ташҳис қўйишда инструментал-клиник методларнинг қандай аҳамияти бор?
10. Касалликни қандай даволаш усулларини биласиз?

Тестлар.

1. **Касаллик деганда нимани тушунасиз?**
 - а) макроорганизм билан микроорганизм ўртасида ташқи муҳитнинг маълум бир шароитларидаги ўзаро курашиши;
 - б) наслий мойиллик;
 - в) ташқи куч таъсирида организмда юзага келадиган ўзгаришлар;
2. **Этиология нима?**
 - а) касалликнинг ривожланиш механизми;
 - б) касалликни келтириб чиқарувчи сабаблари;
 - в) касалликни текшириш усули;
3. **Патогенез нима?**
 - а) касалликни ривожланиш механизми;
 - б) касалликни келтириб чиқарувчи сабаблари;
 - в) касалликни текшириш усуллари.
4. **Беморни текшириш усуллари:**
 - а) объектив, субъектив ва клиник-инструментал усуллар;
 - б) вирусологик текширишлар;
 - в) дерматовенерологик текшириш усуллари;
 - г) микробиологик текшириш усуллари.
5. **Беморларни даволаш усуллари:**
 - а) симптоматик даволаш усуллари;
 - б) патогенетик даволаш усуллари;
 - в) комплекс даволаш усуллари.

Адабиётлар:

1. Л.А.Николаев. “Доврачебная помощь при заболеваниях и отравлениях и уход за больными”. 2000 йил.
2. Р.А.Рамазанова, Ю.Г.Сёмина. “Тиббий ҳамширалар учун ўқув қўлланма”. 1985 йил.

МАВЗУ 2. НАФАС ОЛИШ АЪЗОЛАРИНИНГ КАСАЛЛИКЛАРИ.

Режа:

1. Нафас олиш касалликларининг асосий белгилари.
2. Ўткир бронхит.
3. Бронхиал астма.
4. Пневмониялар.
5. Плевритлар.
6. Ўпка абсцесси.
7. Қон тупуриш ва ўпкадан қон кетиши.

Таянч сузлар: инспиратор хансираш, экспиратор хансираш, бронхит, пневмония, астма, плеврит, абсцесс.

Нафас олиш аъзолари касалликларининг асосий белгилари.

Ўўтал, нафас қисиши, балгам ташлаш, қон туфлаш, кўкракдаги баъзи огриқлар нафас аъзолари касалликларининг асосий белгилари ҳисобланади.

Беморнинг шикоятлари (аломатлар, белгилар) нафас олиш касалликларига характерли булган: Ўўтал, хансираш (одишка), қон тупуриш, кўкрак кафасидаги огриқлар: умумий белгиларга эса иситма, дармонсизлик, иштаҳанинг пасайишидан иборат.

Хансираш асосий симптомлардан булиб, ташқи нафас олишнинг бузилишидир. Хансираш нафас частотаси, ритми, чуқурлигининг бузилиши ва ҳаво етишмаслик билан характерлидир. Инспиратор хансираш-нафас олишнинг қийинлашуви, экспиратор хансираш - нафас чиқаришнинг қийинлашувидир.

Ўўтал - рефлектор акт булиб, нафас йўлларидаги (трахея, бронх) ёт жинсга ва шиллиққа қарши химоя реакциясидир.

Ўўтал қуруқ, нам булади. Эрталабки (чеқувчиларда, абсцессларда, силда, сур.бронхитларда) ва кун давомида (бронхитлар, пневмониялар) ва кечкурунги (силда, ўсма касалликларида) бўлади. Ўўтал яна доимий ва хуружсимон бўлади, дагал, секин, калта-калта бўлади.

Қон тупуриш – ўўтал вақтида қон аралаш балгам ажралишидир. Қон тупуриш нафас ва юрак касалликларида ҳам учрайди. Қон ҳажми ҳар хил бўлади. Ранги ҳам ҳар хил бўлади (оч қизил, зангсимон). Ўўтал билан бир галикда қон кетишлар кузатилади.

Огриқлар – локализацияси, характери, интенсивлиги, давомийлиги ва иррадиациясига қараб ҳар хил бўлади.

Бронхитлар.

Бронхлар шиллиқ пардасининг яллигланиши бронхит дейилади. Касаллик кечишига қараб, ўткир ва сурункали бўлади.

Ўткир бронхит. Бу касалликнинг келиб чиқишига юқумли касалликларнинг таъсири, чекиш, чанг атмосферада меҳнат қилиш, шамол

лаш, баъзи микроорганизмлар сабаб бўлади. Шамоллашнинг характерига қараб, катарал, йирингли, шилимшиқ - йирингли бронхит бўлади.

Касалликнинг белгилари: касалликнинг бошланишида томоқ қичиши ши, товушнинг бўғилиши, елка мушакларида, қўл ва оёқларда огриклар, дармонсизлик, тумов, халкум, ҳиқилдок, трахеяларнинг яллигланиши, кўкракнинг қисилиши, тўш орқасида ачишиш кузатилади. Сўнг шилимшиқ ёки шилимшиқ - йирингли балгам аралаш йўтал, тана ҳароратининг 38-40 даражагача кўтарилиши кузатилади. Касаллик бир неча кундан 2-3 ҳафтагача давом этади.

Даволаш: беморга 5-7 кун давомида ётоқли тартиб буюрилади. Беморга касаллик белгиларига қараб симптоматик даво тавсия этилади. Асоратларининг олдини олиш учун беморга сульфаниламид препаратлари ва антибиотиклар берилади.

Сурункали бронхит. Касаллик узоқ давом этиши, вақти-вақти билан қўзғалиб, қайталаниб туриши билан ўткир бронхитдан фарқланади. Касалликнинг келиб чиқишига инфекциялар, ўткир бронхитдан сўнг нафас йўлларида чанг, никотин узоқ вақт таъсир этиши, спиртли ичимликларнинг кўп истеъмол қилиш, юрак ва ўпканинг сурункали касалликлари сабаб бўлади.

Касаллик белгилари: бемор йўталганда балгам ажралади, нафас қийинлашади, лоҳаслик кузатилади. Балгам шилимшиқ - йирингли бўлади. Сурункали бронхит йилнинг совуқ фаслларида зўраяди.

Даволаш: симптоматик даво буюрилади.

Бронхиал астма.

Нафас аъзоларининг сурункали касаллиги бўлиб, бронхлар ўтказувчанлигининг бузилиши оқибатида юзага келадиган экспиратор ҳансираш хуружларининг қайталаниши билан характерланади. Хуружларнинг сабаблари майда бронхлар - бронхиолаларнинг мускул толаларининг спазми ва улар ёригининг торайишидир. Хуружлар турли кетма – кетликда ва аниқ бир қонунга бўйсунмасдан юзага келади.

Этиология: Инфекцион аллергенлар билан чақирилган бронхиал астмада асосий вазифани организмни аллергик ўзгаришига олиб келувчи микроблар бажаради. Бу ҳолат нафас аъзоларининг ёки бошқа аъзоларнинг сурункали касалликларида ривожланади.

Ноинфекцион аллергенлар чақирган бронхиал астмада аллергенлар бўлиб, жун, патлар, от ёли, балиқ тангалари, капалаклар, ўсимлик чанглари, гуллар ҳиди хизмат қилиш мумкин. Касаллик кўпинча баҳор – куз ойларида, ҳарорат ўзгарганда ҳавонинг намлиги ошган вақтда ривожланади.

КЛИНИКА: Касалликнинг асосий белгиси нафас қисиш хуружлари бўлиб, хуружлар тўсатдан бошланади. Улар бир неча дақиқа, соат ёки сутка давом этиши мумкин. Чўзилиб кетган нафас қисиш хуружи астматик ҳолат дейилади. Хуруж вақтида бемор мажбурий ҳолатни эгаллайди: ўринда

ўтирган ҳолатда қўллари тиззаларига тираб баланд нафас олади (шовқин ва ҳуштак билан), оғзи очик бўлади, бурун катаклари кенгайган бўлади. Нафас чиқараётганда бўйин веналари кенгайиб кетади. Хуруж авж олганда қийин кўчувчи, чўзилувчан, ёпишқоқ балгам ажралади.

Хуруж вақтида кўкрак қафаси кенгайиб кетади, инспиратор ҳолатда бўлади. Перкуссияда ўпка устида қутичасимон товуш. Аускультацияда нафас чиқараётганда ҳуштакли хириллашлар эшитилади. Бу хириллашлар масофадан ҳам эшитилади. Тахикардия кузатилади. Хуруж сўнаётган маҳалда балгам яхши ажралади, хириллашлар камаяди, унинг ўрнига нам ва ҳўл хириллашлар эшитилади. Харорат кўтарилмаслиги мумкин. Хуруж тугагандан сўнг бемор ўзини яхши ҳис қила бошлайди.

Конда хуруж маҳалида лимфоцитоз ва эозинофилия, балгамида Куршман спираллари ва Шарко-Лейден кристаллари ажралади. Рентгенологик текширганда ўпка майдонлари тасвири аниқ, диафрагма чекланган ҳаракат қилади. Хуружлари безовта қилмаган вақтда беморларнинг шикоятлари бўлмайди.

ДАВОЛАШ. Сабабчини—аллергенни бартараф этиш керак. Хуруж вақтида вена ичига эуфиллиннинг 2.4% ли эритмасидан 7-10 мл юбориш, тери остига 5% ли эфедрин эритмасидан ёки таблетка холида бериш, изодрин ва мезатонни ингаляция йўли билан юбориш (ингаляторда). Ношпани таблетка ва инъекция холида бериш. Бунини хуружлар орасидаги даврда ҳам бериш мумкин. Бронхолитик ва балғамни юмшоқлаштирувчи калий йод ҳам яхши натижа беради. Астматик ҳолатда гормонал терапия буюрилади. Бу бошқа терапиянинг эффекти бўлмаганда буюрилади.

Пневмониялар.

Пневмония ўпка тукумасининг уткир яллигланиши касаллигидир. Бу касаллик мустақил узи ривожланиши мумкин ёки бошқа касалликнинг асорати сифатида келиб чиқиши мумкин.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ:

Этиологиясига кўра: бактериал пневмониялар (пневмококклар, стафилококклар, стрептококклар), вирусли пневмониялар (грипп, орнитоз, аденовирус), замбуругли пневмониялар (кандидомикоз ва б.к) газлар, парлар, чанг заррачаларининг таъсири натижасида буладиган пневмониялар булади. Микротик пневмониялар дисбактериоз касаллиги натижасида, яъни антибиотикларни куп қуллаш натижасида келиб чиқади, аспирацион пневмониялар, (қусуқ масса, қаттиқ ва юмшоқ ёт жисмлар натижасида), гипостатик пневмониялар (ёши катта кишиларда, узок ётган ва огир беморларда) бўлади.

Формаси бўйича ўчоқли (бронхопневмония), сегментар, крупоз, интерстициал пневмониялар булади.

Кечиши бўйича ўткир, сурункали, асоратсиз, асоратли, обструктив пневмониялар бўлади.

Ўчокли пневмония (бронхопневмония) упка бўлаklarининг яллигланиши.

Этиология: бактериялар, стрептококklar, стафилакокklar, вируслар. Бронх ва бронхиолалардаги яллигланиш жараённинг бевосита ўпка тўкимасига ўтиши натижасида ҳам келиб чиқади.

Касалликнинг белгилари. Касалликни бошланишини аниқ айтиш қийин, чунки шамоллаш процесси бошланиб бўлади. Энг характерли белгилардан йўтал, иситма, ҳансираш, кўкрак қафасидаги огриклар. Иситма асосан бўшаштирувчи ёки нотўғри типда бўлади. Баъзида субфебрил булади, холсиз беморларда эса умуман бўлмаслиги мумкин.

Объектив текширганда юзларида гиперемия ва лабларда цианоз. Нафас олиш тезлашади, минутига 20 – 30 марта. Бунда касалланган томондаги ўпка нафас олишда иштирок этмайди. Перкуссияда, агар яллигланиш чуқурроқ булса, перкутор товушнинг бўғиқлашуви, аускультацияда курук ва хўл хириллашлар, баъзи жойларда нам хириллашлар билан бирга крепитация ҳам эшитилади. Рентгенда ўчокли ўзгаришлар кўринади 1–2 см. Балғам шиллиқ – йирингли, чўзилувчан, баъзида қон аралаш бўлади. Қонда лейкоцитоз, чапга силжиш, СОЭ нинг ошиши кузатилади.

Кечиши. Узоқ давом этади, сурункали формага ўтиши мумкин.

Крупоз пневмония – инфекцион - аллергияк касалликлар гуруҳига киради.

Этиология: Бу касалликни организмнинг курашиш қобилияти тушиб кетганда, қаршилиги қамайганда, пневмококklar чақиради. Организм совук еганда, ёмон шароитга тушиб қолганда бошланади. Мактаб ёшгача ва мактаб ёшдаги болаларда кўпроқ учрайди.

1. Касаллик бошланиши –ўткир бошланади, совук ейиш, эти увишиш, жуда қаттиқ бош огриги, тана хароратининг кўтарилиши билан бошланади (39* - 40*), қалтираш 1 соатдан 3 соатгача давом этади. Касалланган томонда огрик сезилади. Йўтал бошида курук бўлиб, 1–2 кундан кейин зангсимон балғам ажралади. Беморнинг умумий аҳволи огир бўлади. Беморни бу даврда кўздан кечирганда юзларида гиперемия, яллигланган томонда айланиб кучлироқ, ҳансираш, цианоз, яллигланган томонда кўкрак қафасининг нафас олишда орқада қилиши кузатилади. Перкуссияда перкутор товушнинг қисқариши, тимпаник товуш, аускультацияда везикуляр нафас сусайган ва бошлангич крепитация эшитилади.

2. Касалликнинг авж олиш даври (патологоанатомик босқичнинг қизил ва қул ранг жигарланиш даврига мос келади). Беморнинг умумий аҳволи огир. Яллигланган бўлакнинг нафас олишда орқада қилиши ва кучли интоксикация ҳисобига, нафас олиш тез-тез ва юзаки (30 – 40 марта), тахикардия (100 –120 марта), перкуссияда зарарланган томонда ўтмас товуш, аускультацияда бронхиал нафас эшитилади, овоз қалтираши, ҳансираш, цианоз, пульснинг тез, тўлиқ

бўлмаслиги кузатилади. Асаб системасида ҳам ўзгаришлар рўй беради (уйқунинг бузилиши, галлюцинациялар, алаҳсираш). Агар даволаниш бошланмаган бўлса, харорат 11 кун сақланиб туриши мумкин. Харорат

тушиши крупоз пневмонияда критик равишда бўлади 12-24 соат ичида ёки литик равишда 2-3 кунда .

3. Тузалиш босқичида экссудат сўрилади, альвеолалардан ҳаво ўта бошлайди. Шунинг учун тимпаник товуш ва крепитация эшитила бошлайди .

Балғам қон қуйилиш босқичида чўзилувчан, қизғиш рангда бўлади, қизил жигарланиш босқичида занг рангида, кул ранг жигарланиш босқичида шиллиқ - йирингли бўлади .

Плевритлар.

Плеврит – плевранинг яллиғланиши бўлиб, қуруқ ва экссудатли плевритлар фарқланади. Плевритлар кўп ҳолларда иккиламчи касаллик бўлиб ривожланади (сил ва ревматизм).

Қуруқ плевритлар. Плевра варақларининг кенгайиб, унда фибрин ипларининг тўпланиши билан характерланади , спайкалар ҳосил бўлади .

Касалликнинг белгилари – кўкрак қафасидаги оғриқлар нафас олганда ва йўталганда кучаяди. Йўтал қуруқ, ҳарорат субфебрил бўлади. Нафас юзаки бўлади. Объектив текширганда касалланган томоннинг нафас олишда орқади қолиши, перкуссияда ўзгаришлар бўлмаслиги кузатилади. Аускультацияда плевралар ишқаланиш шовқини эшитилади. Касаллик тўғри даволанганда 1-3 ҳафтада даволаниш мумкин .

Экссудатли плевритлар. Плевра бўшлиғида экссудатнинг (сероз, сероз-йирингли, фибриноз, геморрагик) тўпланишидир. Касалликнинг белгилари: кучли оғриқлар, ҳансираш. Йўтал кучсиз бўлади, баъзан бўлмаслиги мумкин. Беморнинг умумий аҳволи жуда оғир бўлади, айниқса йирингли плевритларда. Юқори иситма, алаҳсираш, интоксикация билан кечади. Объектив текширганда: кўкрак қафасининг ассимметрияси, нафас олишда орқада қолиши. Перкуссияда суюқлик тўпланган жой тепасида бўғиқ товуш. Аускультацияда нафас суюқлик тўпланган жойда эшитилмайди. Тахикардия, А.Б.нинг ошиши, бош айланиш ва ҳушидан кетиш ҳоллари кузатилади.

Даволаш. Энг аввало асосий касалликни бартараф этиш, симптоматик даво, пункция қилинади.

Ўпка абсцесси - ўпка тўқимасининг чегараланган йирингли яллиғланиши.

ЭТИОЛОГИЯси: йирингли инфекциянинг асосий қўзғатувчиси стафилококклар. Касаллик йирингли инфекцияларнинг аспирацияси оқибатида ва инфекциянинг ўпкаларга гематоген ва лимфоген йўл билан бошқа инфекция ўчоқларидан келишидан ривожланади.

КЛИНИКА: Касаллик кечишида 2 та давр фарқланади: биринчи давр – абсцесснинг шаклланиши ва бронхларга ёрилгунча бўлган давр, иккинчи давр – абсцесснинг бронхга ёрилиши .

Касалликнинг биринчи даври нисбатан қисқа бўлиб, юқори иситма,

кўп терлаш, биқинда огриклар, йўтал билан харктерланади. Беморни объектив текширганда зарарланган томоннинг орқада қолиши, рентгенологик текширув да абсцесс ўрнида қорайган ўчоқ кўринади.

Қон ташхисда нейтрофил лейкоцитоз ва ЭЧТ нинг ошгани кузатилади.

Касалликнинг иккинчи даврида абсцесснинг бронхга ёрилиши кузатилади. Кучли йўтал юзага келиб, жуда кўп миқдорда йирингли балгам ажралиши билан давом этади. Абсцесс ёрилгандан сўнг ўпкада бўшлиқ ҳосил бўлади. Бу бўшлиқ ўрнини эшитиб кўрганда тимпаник перкутор товуш, ҳўл хириллашлар ва амфорик бронхиал товуш эшитилади. Рентгенологик текширганда қорайган доғ ўрнида суюқлик сатҳини кўриш мумкин.

Абсцесс ёрилгандан сўнг беморнинг ахволи яхшиланади, тана ҳарорати тушади. Баъзи ҳолларда касаллик чўзилган ва сурункали шаклга ўтиши мумкин.

АСОРАТЛАРИ: абсцесснинг плевра бўшлигига йирингли плевритнинг ривожланиши билан ёрилиши, турли аъзоларга йирингли метастазнинг тарқалиши ва сепсиснинг ривожланиши.

ДАВОЛАШ: Кўп ҳолларда абсцесс хирургик йўл билан даволанади. Кичик абсцессларда антибиотикларни қўллаш аҳамиятга эга (линкомицин, стрептомицин, пенициллин, оксациллин, ампициллин).

Антибиотикларни иккита ёки учтасини бир вақтнинг ўзида комбинациялаштириб қўлланилади. Шунингдек, сульфаниламидларни ҳам қўлланилади.

Қон тупуриш ва ўпкадан қон кетиши.

Қон тупуриш – нафас йўлларида балғам билан биргаликда қоннинг ажралиши.

Ўпкадан қон кетиши – нафас йўлларида кўп миқдорда қоннинг ажралиши.

Қон тупуриш ва ўпкадан қон кетиши қуйидаги ҳолатларда кузатилади: 1) ўпка силида, 2) ўпкаларнинг хавфли ўсмаларида, 3) ўпка абсцесси ва гангрена, 4) бронхоэктазия касаллиги, 5) митрал стеноз, 6) ўпка инфарктида ва бошқа сабаблар (уремия, геморрагик диатез, лейкозлар).

Тиббий ёрдам кўрсатиш учун ўпкадан қон кетишини ошқозондан қон кетиши билан фарқлай билиш керак. Ўпкадан қон кетганда қон йўтал вақтида оч қизил рангда, кўпикли, ишқорий реакцияга эга.

ДАВОЛАШ: Қон тупуришда викасол таблеткаси, 10%ли кальций хлор эритмаси ва аскорбин кислотаси буюрилади.

Ўпкадан қон кетган вақтда шошилишч ёрдам кўрсатиш керак: беморга олдинга эгилган ҳолатда ўтириш тавсия қилинади, жисмоний ва рухий безовталиклар бартараф этилади, кўкракка муз халтачаси қўйилади.

Беморга қон кетишини тўхтатувчи дорилардан 10%ли кальций хлор ва 5%ли аминакапрон кислотаси вена ичидан юборилади. Бемор гуруҳидаги

қондан 10-100мл миқдорида қуйилади. Овқат ва суюқликлар совуқ ҳолда берилади ҳамда муз парчасини ютишга берилади .

Тестлар:

1. Нафас аъзолари касалликларининг асосий белгилари:

- а) қайд қилиш, кўнгил айнаши, ич кетиши, ошқозон соҳасида оғриқ;
- б) олигурия, протеинурия, белда оғриқ;
- в) ҳансираш, йўтал, кўкрак қафасида оғриқ, цианоз.

2. Ўткир бронхит касаллигининг белгилари:

- а) иситманинг кўтарилиши, қуруқ ва балғам аралаш йўтал, ҳансираш, кўкрак қафасида оғриқ;
- б) ҳаво етишмаслик хуружи, Крушман-Лейден спираллари, акроцианоз;
- в) тана ҳароратининг кўтарилиши, қуруқ йўтал, рентгендаги ўзгаришлар, нафас олишнинг етишмовчилиги, ҳансираш.

3. Бронхиал астманинг юзага келиш сабаблари:

- а) аллергия – инфекция сабаблар;
- б) нотўғри овқатланиш;
- в) совуқда қолиш, вирусли инфекциялар.

4. Бронхиал астманинг клиник белгилари:

- а) иситманинг кўтарилиши, қуруқ ва балғам аралаш йўтал, ҳансираш, кўкрак қафасидаги ўзгаришлар;
- б) ҳаво етишмаслик хуружи, Крушман-Лейден спираллари, акроцианоз, субфебрил ҳарорат;
- в) тана ҳароратининг кўтарилиши, қуруқ йўтал, рентгендаги ўзгаришлар, нафас олишнинг етишмовчилиги, ҳансираш.

5. Ўткир пневмониянинг клиник белгиларини айтиб беринг:

- а) тана ҳароратининг 39-40*гача кўтарилиши, қуруқ йўтал, зангсимон балғам аралаш йўтал, ён томондаги оғриқлар, нафас сонининг тезлашиши, тахикардияқонда лейкоцитоз ва ЭЧТ нинг тезлашиши;
- б) тана ҳароратининг кўтарилиши, рентгендаги ўзгаришлар, ҳансираш;
- в) ҳаво етишмаслик хуружи, Крушман-Лейден спираллари, акроцианоз, субфебрил ҳарорат.

6. Ўпка абсцессининг этиологиясини кўрсатинг:

- а) наслий мойиллик;
- б) инфекция-аллергия мойиллик;
- в) йирингли таёчалар, стафилококк, ичак таёқчалари, протей, стрептококк.

7. Қон туфлаш ва ўпкадан қон кетишида биринчи ёрдам кўрсатинг.

- а) жгут боғлаш, иммобилизация қилиш, окклюзион боғлам;
- б) суюқлик миқдорини камайтириш, ичишга викасол таблеткалари, 10%ли кальций хлорид, аскорбин кислота, ўтирган ҳолат, кўкрак қафасига муз халта, қон ивувчанлигини оширувчи препаратлар;
- в) муз парчасини ютиш, қорин устига муз халта, ётоқ тартиби, овқат миқдорини чеклаш.

Саволлар:

1. Нафас аъзолари касалликларининг кандай белгиларини биласиз?
2. Уткир ва сурункали бронхитнинг кандай белгилари бор ва улар бир – биридан кандай фаркланади?
3. Пневмонияларнинг кандай турларини биласиз?
4. Бронхиал астманинг сабаблари, клиникаси ва 1 – ёрдам курсатиш усуллари.
5. Плевритларни даволаш усуллари.
6. Кон тупуриш ва упкадан кон кетишининг бир – биридан фарқи ва шу ҳолатларда 1 – ёрдам курсатишда нималарга аҳамият бериш керак?

Фойдаланилган адабиётлар:

Л.А.Николаев «Доврачебная помощь при заболеваниях и отравлениях и уход за больными».

Р.А.Рамазанов ва Ю.Г.Семина «Медицина ҳамширалари ўқув қўлланмаси».

МАВЗУ № 3. ЮРАК – ҚОН ТОМИР СИСТЕМАСИ КАСАЛЛИКЛАРИ.**Режа:**

1. Юрак – қон томир системаси касалликларининг асосий белгилари.
2. Юракнинг ишемик касаллиги.
 - стенокардия
 - миокард инфаркти.
3. Ўткир юрак етишмовчилиги.
4. Ўткир қон – томир етишмовчилиги.
 - шок
 - коллапс
 - ҳушдан кетиш.
5. Гипертония касаллиги ва гипертоник криз.

Таянч сўзлар: ишемия, цианоз, тож томирлар, гипоксия, стенокардия, юрак астмаси, шок, коллапс, гипертония, гипотония, гипертоник криз.

Қон айланиш системаси касалликларидаги асосий белгилар.

ЮРАК УРИШИ – тез ва кучли юрак қисқаришларини сезиш.

Соглом одамларда юрак уриши кучли жисмоний меҳнатдан сўнг, ташқи ҳарорат кўтарилганда, спиртли ичимликлар истеъмол қилганда, тамаки чекканда, ўткир чой ва кофе истеъмол қилганда кузатилади.

ХАНСИРАШ – нафас сонини, чуқурлигини, ритмини бузилиши бўлиб, юрак хансираши кўкариш ва қўл – оёқларнинг совуши билан давом этади.

Жисмоний зўриқиш даврида хансираш кучайиб, бўғилишга олиб келиши мумкин.

ЦИАНОЗ – тери ва шиллиқ пардаларнинг кўкимтир рангга кириши. Кон таркибида кислород миқдорининг камайиши оқибатида юзага келади. Цианоз қон айланишининг бузилишидан ривожланиб, тананинг периферик қисмларида – буруннинг учида, қўл-оёқларда пайдо бўлади.

ЮРАК СОҲАСИДАГИ ОГРИКЛАР – қисқа ёки узоқ давом этувчи санчувчи, симилловчи ва ғижимловчи характерга эга. Баъзи ҳолларда тўсатдан бошланади ёки секин-аста ривожланади. Тўш суяги орқасида тўсатдан бошланувчи, чап қўл ва чап куракка бериладиган огриклар стенокардияга хос бўлиб, шошилишча ёрдам талаб қилади.

ШИШЛАР – юрак етишмовчилиги оқибатида юзага келиб, буйраклар, сийдик таркибидаги туз ва сувни етарли миқдорда ҳайдаб чиқаролмайди. Натижада организм тўқималарди суяқлик тўпланади.

БОШ ОГРИГИ – артериал қон босимини ошиши ва у билан боғлиқ бўлган бошмия томирларининг спазми оқибатида бош мия озиқланишининг бузилиши сабаб бўлади. Қон босими тушганидан кейин бош оғриғи йўқолади.

Юракнинг ишемик касалликлари.

Юрак-томир касаллиги бўлиб, тож томирларда қон айланишининг бузилиши, ва миокардда ишемия пайдо бўлиши билан характерланади. Юрак ишемик касаллигининг стенокардия, миокард инфаркти, атеросклеротик кардиосклероз турлари бор.

ЭТИОЛОГИЯ. Касаллик ривожланишида вена қон томирларининг атеросклерози ва бир қатор хавфли омиллар: беморнинг ёши (40 ёшдан кейин), жинси (асосан эркеклар), гипертензия, чекиш, қандли диабет, семизлик, жисмоний активликнинг етишмаслиги, наслий мойиллик катта роль ўйнайди.

КЛИНИКА. Касалликнинг асосий белгиси тўш суяги орқасида ўткир ғижимловчи хуружсимон огрик. Бу хуружлар жисмоний ва руҳий толиқиш оқибатида, баъзан тунда уйқў маҳалида тутади. Одатда огрик чап қўл, чап кафт ва бўйиннинг чап томонига тарқалади. Баъзан огрик чап курак остига, кўкрак қафаси остига берилади. Хуруж вақтида бемор ўлимдан қўрқувни ҳис қилади, огрикни кучайтирадиган ҳар қандай қаракатдан тийилади.

Беморни объектив текширилганда юзи оқарган, совуқ майда тер билан қопланган бўлади. Юрак томонидан ҳеч қандай ўзгаришлар аниқланилмайди. Баъзан қон босимининг бир оз кўтарилиш кузатилади. Хуруж бир неча секунддан бир неча минутгача давом этади.

ДАВОЛАШ. Хуруж вақтида жисмоний ва руҳий тинчлик берилади. Хуружни олиш учун нитроглицерин таблеткаси тил остига қўйилади. Енгил хуружларда тил остига валидол таблеткаси қўйилади.

Миокард инфаркти – юракнинг ишемик касаллигининг оғир шакли бўлиб, юрак миокардида ишемик некроз ўчоғининг ривожланиши ва юрак фаолиятининг бузилиши билан кечадиган касаллик.

Миокард инфаркти юракнинг тож томирларининг тешигини торайиши ва атеросклероз окибатида тож томирларга тромбнинг тикилиб қолишидан вужудга келади. Кўпинча стенокардия ва гипертония касаллигидан кейин инфаркт касаллиги ривожланиши мумкин. Шунингдек, инфарктнинг ривожланишига эмоционал ва жисмоний зуриқиш, тамаки чекиш, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш, меъридан ортиқ овқатланиш мойиллик кўрсатади.

КЛИНИК КЎРИНИШИ - тўш орқасида кучли огриқ хуружининг пайдо бўлиши билан характерланади. Баъзан огриқ кўкрак қафасининг бошқа сохаларида ҳам бўлиши мумкин. Огриқ чап кўлга, елкага, бўйинга, пастки жағга, чап курак остига ёйилиши мумкин ва санчик характериға эға. Огриқ хуружининг давомийлиги 20-30 дақиқадан бир неча соатгача бўлиши мумкин.

Огриқ умумий холсизлик, кўнгил айнаш, қайд қилиш, терлаш, ҳаво етишмаслик ва ўлимдан қўрқув ҳисси билан давом этади. Хуружнинг бошлангич давридаги гипертония кейинчалик ўткир юрак етишмовчилигининг белгиси бўлган гипотонияға ўтади. Йирик ўчоғли инфарктлар кардиоген шок, юрак астмаси, ўпка шиши каби асоратларға олиб келиши мумкин. Огриқ хуружи нитроглицерин билан қолмайди. Бемор безовта, териси муздек тер билан қопланган, пульс тезлашган, юрак чегаралари кенгайди, тонлари тўмтоқлашади, юрак ритми бузилади.

Инфарктнинг доимий белгиси тана хароратини 38 градусға 3-7 кун давомида кўтарилиши кузатилади. Кон тахлилида лейкоцитоз, ЭЧТ тезлашади, бу ҳолат 30-40 кун давомида кузатилади.

Миокард инфарктининг асосий **АСОРАТЛАРИГА** қуйидагилар киради:

1) юрак астмаси ва ўпка шиши, 2) кардиоген шок, 3) ўнг қоринча етишмовчилиги, 4) юрак ритмининг бузилиши, 5) юрак деворларининг ёрилиши, 6) юрак аневризмаси.

ДАВОЛАШ фақат касалхона шароитида амалға оширилади. Беморға ёрдам кўрсатишда асосий мақсад огриқ хуружларини қолдириш. Шу мақсадда наркотик анальгетиклар-морфин (1мл 1%ли эритмаси) ёки промедол (1мл 1-2%ли эритмаси) атропин (0,5мл 0,1%ли эритмаси) билан бирға ёки платифиллин (1мл 0,2%ли эритмаси) билан бирға тери остиға юборилади. Наркотик анальгетикларни таъсирини антигистамин препаратлар – дипразин (1-2мл 2,5%ли эритмаси) ёки димедрол (1мл 1%ли эритмаси)ни юбориш йўли билан кучайтириш мумкин.

Касалликнинг бошлангич давларидаёқ антикоагулянтлар ва фибринолитиклар—гепарин, фибринолизин, стрептазалар тавсия қилинади.

Бундан мақсад тромб ҳосил бўлишини тўхтатиш ва ҳосил бўлган тромбларни эритиш. Бу препаратлар 250 мл натрий хлориднинг изотоник эритмасида 6-10 соат ичида вена ичига секинлик билан юборилади.

Даволаниш даврида беморларга тож томирлар қисилишини олдини олувчи ва миокард ишини яхшиловчи препаратлар (верапамил, кордарон, курантил, анаприлин, тразикор) буюрилади.

Беморларнинг овқатланишига аҳамият бериш керак бўлади: биринчи кунларда ярим суюқ овқатлар оз миқдорда кунига 4-5 маҳал берилади. Ош тузининг миқдори камайтирилади. Беморнинг ҳолатига қараб, кунига 1200-1500 мл суюқлик тавсия этилади. Беморнинг ҳолати яхшиланган сари унинг диетаси кенгайтирилади.

Ўткир юрак етишмовчилиги.

Ўткир юрак етишмовчилиги бўлиб, юракнинг организм аъзо ва тўқималарини етарли даражада қон билан таъминлаш хусусиятини камайиши билан юзага келади.

Юрак астмаси – бугилиш хуружи бўлиб, юракнинг чап камераларини етишмовчилиги билан характерланади. Бу ҳолат юракнинг ишемик касаллигида, миокардитларда, юракнинг тугма ва орттирилган нуқсонларида, гипертония касаллигида, ўткир ва сурункали нефритларда ривожланади.

Клиник кўриниши – юрак астмаси хуружи кўп ҳолларда тунда рўй беради. Бемор ҳаво етишмаслигидан уйғониб кетади ва ўрнига ўтириб олади. Ҳансираш ривожланади, кўпиксимон балғам аралаш йўтал, безовталиқ, ҳолсизлик пайдо бўлади. Тери кулранг-кўкимтир тусга киради, совуқ ёпишқоқ тер билан қопланади. Пульс тезлашган, кам тўлиқлик ва кучланишда. Ўпка шиши авж олган сари хансираш кучаяди, нафас сони минутига 60 мартагача етади, нафас юзаки, йўтал кўпиксимон қон аралаш балғам билан бирга.

Чап қоринча етишмовчилиги хуружлари бир неча дақиқадан бир неча соатгача давом этиши мумкин, баъзи ҳолларда ўпка шишига ҳам олиб келиши мумкин.

Даволаш – юрак астмаси бемор ҳаётига хавф солиши мумкинлиги туфайли даволаш ишларини тезкорлик билан амалга ошириш мумкин. Бунинг учун беморга ярим ўтирган ҳолат ёки оёқларини осилтириб ўтирган ҳолат берилади ва намланган кислороддан нафас олишга берилади. Елка ва сонларнинг ўрта қисмига қоннинг бир қисmini қон айланишдан чиқариш мақсадида резина жгутлар боғланади. Жгутлар тромбофлебитларда ва септик эндокардитда ман этилади.

Асосий патогенетик даво кўринишида юрак гликозидлари (строфантин ва коргликон) вена орқали 4-6 дақиқа давомида юборилади. Строфантиннинг дозаси-0,3мл 0,05%ли эритмасини 5-10мл 40%ли глюкоза эритмасида юборилади. Юрак гликозидларидан сўнг тери остига қон томирлар тонусини ошириш мақсадида кордиамин (0,4-1мл) юборилади.

Ўпка шиши вақтида сийдик ҳайдовчи моддалар (фуросемид-2-4мл 1%ли эритмаси мушак орасига) тавсия қилинади. Ўпка шишини олдини олиш мақсадида 250-300мл қон чиқариб юбориш яхши натижа беради.

Хуруж камайгандан сўнг чалгитувчи муолажалар-иссиқ оёқ ваннаси, банкалар қўлланилади. Хуруж ўтгандан сунг беморга седатив моддалар, оз-оз микдорда овкатланиш, ош тузи ва суюқликлар микдорини камайитириш тавсия этилади.

Ўткир томир етишмовчилиги.

Ўткир томир етишмовчилиги- бу артериал қон босимини тушиб кетиши ҳисобига қон томирлар тонусини пасайишидир. Аини вақтда юракка веноз қон келиши камаяди, юракнинг қон хайдаши камаяди, тўқима перфузияси ва модда алмашинуви бузилади, бош миянинг гипоксияси ривожланади, организмнинг ҳаётий зарур функциялари сўнади.

Ўткир юрак етишмовчилигини учта клиник кўриниши фарқланади: хушдан кетиш, коллапс, шок.

Хушдан кетиш – ўткир томир етишмовчилигининг енгил формаси бўлиб, мия қон айланишининг қисқа вақт бузилиши тушунилади.

Этиологияси: хушдан кетиш кучли рухий ҳаяжондан (қўрқув, чўчиб кетиш), кучли огриқдан (буйрак, жигар, ичак санчиқлари), иссиқлик ёки қуёшдан қизиб кетиш вақтида, баъзи ҳолларда горизонтал ҳолатдан вертикал ҳолатга ўтган вақтда, қон йўқотишларда юзага келиши мумкин.

Клиник кўриниши: хушдан кетиш кўкқисдан ёки секин-асталик билан ривожланади. Бунда ҳолсизлик, терининг кескин оқариши, бош айланиши, кўнгил айнаш, кўзларда қоронғилик кузатилади. Бемор ҳушини йўқотади ва йиқилади.

Кўрик вақтида юз ва тана териси оқарган, қорачиқлар кенгайган, ёругликка сезгирлиги суств, юзаки нафас, кучсиз пульсни аниқлаш мумкин. Артериал қон босими пасайган. Хушдан кетишнинг давомийлиги 20-40 секунд, баъзи ҳолларда 1-2 дақиқа.

Юрак-томирлар томонидан ўзгаришлар бўлмаса, юқоридаги белгилар йўқолади ва беморнинг ҳуши тикланади. Бироқ ҳолсизлик ва бош огриги узок вақт сақланиб қолади.

Даволаш: Кўп ҳолларда тез ёрдам кўрсатиш мақсадида беморга оёқларни кўтариб, горизонтал ҳолат берилади. Сиқиб турган кийимлардан бўшатилади, хонага тоза ҳавони кириши таъминланади, беморнинг юзига совуқ сув сепилади, нашатир спиртидан ҳидлашга берилади. Одатда беморнинг ҳушини тиклаш учун юқоридаги муолажалар етарли. Узок вақт давом этган хушдан кетишда беморга 1мл кордиамин ёки 1мл 10%ли кофеин эритмаси юборилади.

Коллапс – ўткир ривожланадиган томир етишмовчилиги бўлиб, қон томирларнинг тонусини тушиб кетиши ва айланаётган қон ҳажмини камайиши билан характерланади.

Этиологияси: коллапснинг сабаблари кўпинча уткир юқумли касалликлар, захарланишлар, интоксикациялар бўлади.

Клиник кўриниши: тери қопламлари оқарган, совуқ ёпишқоқ тер билан қопланган, кўз ичига ботади. Артериал қон босими тушиб кетади, пульсни

аниқлаш қийинлашади. Нафас тезлашади. Ихтиёрсиз равишда сийдик ва ахлат ажралиши кузатилади. Тана ҳарорати 35 градусгача тушиб кетади. Бемор тормозланган, хуши қоронгилашган, қўлларнинг титраши, баъзан юз ва қўлларнинг тортишишлари кузатилади. Баъзи ҳолларда белгилар тез кучаяди, бемор хотирасини йўқотади, қорачиқлар кенгаяди, рефлекслар йўқолади, юрак фаолияти сустлашади ва агония ҳолати юзага келади.

Даволаш: Коллапс ҳолатидаги беморни ўринга ёстиқсиз, оёқлар ва тананинг пастки қисмини бироз кўтарилган ҳолатда ётқизилади, оёқларга грелка қўйилади, нашатир спиртидан ҳидлашга берилади, хонани шамоллатиб, ичишга иссиқчой ёки кофе берилади. Артериал қон босимини тиклаш учун тонусни кўтариувчи моддалар (норадреналин-1мл 0,2%ли эритмаси ёки мезатон-1мл 1%ли эритмаси тери остига ёки вена ичига юборилади), психостимуляторлар (кофеин), аналептиклар (кордиамин), глюкокортикостероидлар (преднизолон) тавсия этилади.

Шок – томир етишмовчилигининг энг оғир шакли бўлиб, нерв ва эндокрин системаси, қон айланиши, нафас ва моддалар алмашинувидаги ҳаётий муҳим функцияларини оғир бузилиши билан характерланади.

Этиологияси: шокнинг сабаблари оғир травмалар (травматик шок), қуйишлар (қуйиш шоки), жаррохлик аралашувлари (операцион шок), тўғри келмаган қонни қуйиш (гемолитик шок), миокард инфаркти (кардиоген шок), аллергия (анафилактик шок) бўлиши мумкин.

Клиник кўриниши: Травматик шокнинг кечишида икки фаза ажратилади: эректил ва торпид. Эректил фазада бемор кўзгалувчан, қарашлари безовта, юзи оқарган, ҳаракатнинг кўзгалиши кузатилади. Торпид фазадаги беморда хуши сақланган ҳолда оғриққа сезгининг камайиши, юз терисининг оқариши, тана ҳароратининг камайиши, терининг совуқ ва ёпишқоқ тер билан қопланганлиги, нафаснинг тезлашиши, ташналик, баъзан қайд қилиш аломатларининг пайдо бўлиши кузатилади. Травматик шок зарарланишдан бир неча дақиқадан кейин ёки 24 соат давомида ривожланади. Қуйиш шоки энг оғир кечади.

Анафилактик шок учун кўнгил айнаш, қайд қилиш, артериал босимнинг кескин тушиши, пульснинг тезлашиши, юзаки нафас, баъзан эс-хушнинг йўқолиши, ноихтиёрий сийиб қуйиш ва дефекация ҳос.

Кардиоген шок кучли ҳолсизликнинг ривожланиши, терининг рангпарлиги, лабларнинг кўкариши, қўл ва оёқларнинг музлаши, ёпишқоқ муздек терлаш, хушдан кетиш билан характерланади.

Даволаш: шокнинг турига боғлиқ бўлади. Кучли оғриқларда беморни шок ҳолатидан чиқариш учун оғриқ қолдирувчи воситалар (морфин, промедол, таламонал) берилади. Қон кетиш оқибатида юзага келган шокда кетаётган қонни тўхтатгандан кейин қон, қоннинг ўрнини босувчи суюқликлар ва шокка қарши дори воситалари қуйилади. Томир етишмовчилиги пайдо бўлган вақтда юрак-қон томир препаратлари берилади.

Гипертония касаллиги.

Гипертония касаллиги – сурункали касаллик бўлиб, унинг асосий белгиси доимий қон босимининг кўтарилиши ҳисобланади. Томир дистонияси касалликлари қаторига киради.

Этиологияси: гипертония касаллигини ривожланиш асосида икки фактор ётади: 1) рухий шикастланиш ва марказий нерв системасининг зўриқиши, 2) наслий мойиллик. Булардан ташқари овқатланиш характери ва зарарли одатлар катта аҳамиятга эга.

Клиникаси: Гипертония касаллигининг кечишида 3 та босқич фарқланади:

1-босқич учун ташқи муҳит кўзгатувчилари таъсирида артериал босимнинг вақтинчалик ошиши, оз муддат ушланиб туриши ва даволашсиз ўтиб кетиши хос. Бу вақтда беморлар бош айланиши, бош оғриги, юракнинг уриб кетиши, уйқунинг бузилиши каби белгиларни сезадилар.

2-босқичда артериал босим узоқ вақтгача юқори туради, бемор ўзини ёмон ҳис қилади ва шифокорга юрак соҳасидаги оғриқларга, бош айланишига, бош айланишига, кўнгил айнашига, тез чарчашга шикоят қилади.

3-босқичда артериал босим кескин кўтарилган ва даволашга берилмайдиган бўлади. Бош мия, юрак, буйрақлар ва бошқа ҳаёт учун муҳим аъзолардаги қон томирларнинг атеросклеротик ўзгаришига олиб келади. Тож томирларнинг зарарланиши юракнинг ишемик касаллигига ва юрак етишмовчилигига олиб келади. Бош миёдаги қон айланишининг бузилиши хотиранинг, иш қобилиятининг пасайишига, доимий бош оғриқларига, кўнгил айнаб, қайд қилишга, кўриш ўткирлигининг пасайишига олиб келади. Ташқи факторлар таъсирида кўпинча **г и п е р т о н и к к р и з л а р** ривожланади. Бу вақтда беморда кўнгил айнаб, қусиш, кучли бош оғриги, кўриш ўткирлигининг, эшитишнинг кескин пасайиши, сезгининг, нутқнинг пасайиши, баъзан юрак астмаси хуружлари кузатилади. Гипертоник криз оғир асорат – инсульт ёки миокард инфаркти билан тугалланиши мумкин.

Даволаш: Гипертоник криз вақтида беморни тинчлантириш, ўринда ярим ўтирган ҳолатни бериш, оёқларга иссиқ ванна қилиш, ичишга корвалол бериш, мушак орасига бензогексоний, клофелин, вена ичига мия қон айланишини яхшилаш учун эуфиллин берилади.

Гипертония касаллигида магний сульфат эритмаси, папаверин гидрохлорид, дибазол мушак орасига юборилади ёки ичишга адельфан, раунатин, клофелин, резерпин берилади.

Овқатланиш рациониди сут-ўсимлик диетасига, сабзавотлар, ҳўл мевалар, сокларга аҳамият берилади. Ош тузи, ёғли ва ширин маҳсулотлар, суюқлик чекланади.

Вазиятли вазифалар:

“Ўткир томир етишмовчилиги”, “Юракнинг ишемик касалликлари”, “Гипертония касаллиги” мавзуларида.

Саволлар:

1. Юрак – қон томир касалликларининг қандай белгиларини биласиз?

2. Юракнинг ишемик касаллигининг узига хос хусусиятларини санаб утинг, уларнинг бир – биридан фаркланишини айтиб беринг.
3. Миокард инфарктининг кандай белгиларини биласиз?
4. Ўткир қон томир етишмовчилигида қандай 1 – ёрдам кўрсатилади?
5. Ўткир юрак етишмовчилигида қандай белгилар бўлади?
6. Гипертония кризидаги 1 – ёрдам курсатишнинг хусусиятлари.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Л.А.Николаев. «Доврачебная помощь при заболеваниях и отравлениях и уход за больными».
2. Р.А.Рамазанова. «Медицина ҳамширалари учун ўқув қўлланма».

МАВЗУ4. Овқат ҳазм қилиш, модда алмашинуви ва эндокрин система касалликларида шифокордан олдинги ёрдам.

Режа:

1. Овқат ҳазм қилиш касалликларининг асосий белгилари.
2. Ўткир гастритлар.
3. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги.
4. Ўткир энтерит ва колит.
5. Ўткир холецистит.
6. Қандли диабет.

Таянч сўзлар: гастрит, колит, энтерит, холецистит, диабетик кома, гипергликемик кома, “жигар санчиғи”.

Овқат ҳазм қилиш касалликларининг асосий симптомлари: Овқат ҳазм қилиш касалликларида қоринда оғрик, иштаҳанинг камайиши, кўнгил айнаш, қайд қилиш, кекириш, жигилдон қайнаши, қорин шиши, қабзият, ич кетиши, бошқа белгилар кузатилади.

ОҒРИҚЛАР – асосий белги бўлиб ҳисобланади. Уларни жойлашиши урнига ва пайдо қилиш вақтига қараб фарқлаш мумкин. Оғриқлар даврий, овқат қабул қилиш билан боғлиқ, кун вақтига боғлиқ, ўткир хуружлар қуринишида ва доимий симиллаб турувчи бўлади. Тўсатдан пайдо бўладиган хуружсимон оғриқлар санчиқ дейилади.

ИШТАХАНИНГ КАМАЙИШИ - марказий нерв системаси томонидан бошқариладиган овқат ҳазм қилиш безларининг секретор функцияси бузилганидан далолат беради. Иштаҳанинг пайдо бўлиши сўлак ажралиши, ошқозон ширасининг ишлаб чиқарилиши, ошқозон-ичак тракти перистальтикасини кучайиши билан характерланади. Иштаҳанинг умуман йўқолиши-анорексиядан тортиб, то иштаҳанинг кучайиши-булемиягача бўлган ҳолат турли касалликларнинг белгиси бўлиши мумкин.

КўНГИЛ АЙНАШИ – кучли сўлак ажралиши ва қайд қилиш билан тугалланадиган ошқозон соҳасидаги ва халқумдаги нохуш ҳолат.

ҚАЙД ҚИЛИШ – организмнинг ошқозон шиллик пардасига ёмон сифатли овкат махсулотли, захарли моддалар, ёт моддаларнинг таъсири оқибатида юзага келадиган химоя-мослашув реакциясидир. Ошқозон касалликларида қайд қилишдан олдин кўпинча кўнгил айнаш ҳолати бўлади. Қайд қилгандан кейин бемор ўзини енгил ҳис қилади.

КЕКИРИШ - ошқозондаги ҳавони оғиз орқали беихтиёр равишда ажралиши. Ошқозонда ҳаво газли ичимликлар ичганда, шошиб овкат истеъмол қилганда, овкат ҳазм бўлиш жараёнида ажралади. Кекириш нордон, аччиқ, овкат мазаси билан ва сероводород хиди билан бўлиши мумкин. Кекириш ошқозон, жигар, ут пуфаги, ичаклар касалликларининг белгиси бўлиши мумкин.

ЖИГИЛДОН КАЙНАШИ-кизилунгачнинг пастки қисмида қуйиш хиссининг пайдо бўлиши. Ошқозон шираси таркибида кислоталиликни қупайиб кетиши оқибатида юзага келади. Гастритларда, яра касаллигида, холециститларда ривожланиши мумкин.

ИЧ КЕТИШИ – суюқ ахлат массаларини ичаклардан ажралиши. Организмнинг химоя реакцияси бўлиб, унинг ёрдамида захарли моддалар ва касаллик чакирувчи микроблар чиқиб кетади. Ич кетишлар ичак шиллик пардасининг яллигланишида юзага келади. Бунда ичакларнинг перистальтикаси кучаяди, сурилиш камаяди ва шиллик пайдо бўлади.

КАБЗИЯТ- ахлатнинг 48 соатдан қуп вақтда сурункали ушланиши ёки кундалик ичакнинг бушашишининг қийинлашуви. Соғлом одамларда ичак перистальтикасини секинлашуви, утрок ҳаёт тарзида яшовчи ва диета тартибини бузувчи одамларда ривожланади. Кабзиятлар ошқозон, ут йуллари, буйраклар ва аёллар жинсий аъзолари касалликларида ривожланиши мумкин.

Ўткир гастритлар.

Гастрит-ошқозон шиллик пардасининг яллигланиш каслиги бўлиб, ўткир ва сурункали бўлади.

ЭТИОЛОГИЯ: ўткир гастритларнинг сабаблари бўлиб, ёмон сифатли овкат махсулотларини истеъмол қилиш, захарли моддалар билан захарланиш, оғир юқумли касалликлар, меёридан ортиқ, аччиқ овкат ейиш, ута иссик ва совуқ овкат истеъмол қилиш ҳисобланади.

КЛИНИК ҚУРИНИШИ: сифатсиз овкат қабул қилгандан кейин 2-3 соат утгач, чап қовурга остида ноҳуш ҳолатлар, оғрик, кўнгил айнаши, оғизда ёмон маза пайдо бўлади. Кейинчалик сулак оқиши, қайд қилиш қузатилади. Кўпинча юқоридаги белгилар умумий ҳолсизлик, бош оғриғи, иситманинг бир оз қутарилиши билан давом этади. Бир неча соатдан кейин суюқ ич кетиши бошланади.

Беморни қуриқдан утказганда – тил оқиш-қулранг қараш билан қопланганлигини, қоринни пальпация қилганда эпигастрал соҳада оғрик борлигини аниқлаш мумкин.

Уз вақтида ва тугри килинган даволаш муолажаларидан сунг бемор бир неча кун ичида тулик согайиб кетиши мумкин.

ДАВОЛАШ: ошқозонни йугон ошқозон зонди ёрдамида ювишдан бошланади. Бу муолажа зонд оркали тоза сув тушгунча давом эттирилади. Ошқозон тозалангандан сунг беморга тузли сурги дори берилади (25г магний сульфат порошоги) ва тозаловчи клизма куйилади.

Ошқозон зонди йук булган холларда беморга 3-4 стакан 0,5%ли ичимлик содаси эритмаси ичирилади ва тери остига 1%ли апоморфиндан 1мл юбориш йули билан ёки тил илдизини ва халкум орка деворини механик кузгалтириб, кайд килиш чакирилади.

Агар уткир гастрит концентрланган кислоталар таъсирида чакирилган булса, нейтраллаш мақсадида ичимлик содаси эритмаси билан, ишкорлар таъсирида келиб чиккан булса, лимон ёки уксус кислотаси эритмалари билан ювилади. Кучли огрик вақтида огрик қолдирувчи (1мл 1%ли промедол эритмаси инъекцияси) ва спазмолитиклар (1мл 0,1%ли атропин сульфат эритмаси инъекцияси) қилинади.

Даволаш вақтида пархез катта аҳамиятга эга. Касалликнинг 1-2 кунлари илик ичимликлар, кейинчалик илик суюқ овқатлар тавсия этилади. Ундан сўнг суюқ бўтқалар, картошка пюреси, тухумлар, гўшт берилади. 1,5-2 хафта давомида диетотерапия (диета столи №1) буюрилади.

Одатда, ўткир гастритдан тўлиқ даволашга эришиш мумкин. Бироқ, ошқозон шиллиқ пардасида патологик ҳолатлар бўлган вақтда, касаллик сурункали жараёнга ўтиши мумкин.

Ошқозон ва ўн иккинчи бармоқли ичак яра касаллиги.

Яра касаллиги - ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг шиллиқ пардасида яраларнинг ҳосил бўлиши, чап қовурға остида огриклар, фаслий зўриқишлар ва бошқа белгилар билан кечадиган сурункали касаллик.

ЭТИОЛОГИЯ. Яраларнинг пайдо бўлишининг асосий сабаблари овқат ёки сифатсиз сув билан ошқозонга тушувчи патоген кислотага чидамли микроблар-хеликобактерпилорилардир. Касалликнинг ривожланишида нерв-руҳий ҳолат, овқатланиш тартибининг бузилиши, чекиш ва алкоголь истеъмол қилиш ҳам катта аҳамиятга эга.

КЛИНИК КЎРИНИШИ. Касалликнинг доимий белгиси –овқат қабул қилиш билан боғлиқ бўлган ва қатъий чегараланган огриклардир. Яранинг ошқозон ёки ўн икки бармоқли ичакда жойлашганига қараб, огриклар «эрта», «кеч» ва «оч»бўлиши мумкин.

«Эрта» огриклар овқат қабул қилгандан ярим-бир соатлардан кейин, «кеч» огриклар – 2-3 соатдан кейин, «оч» огриклар оч қоринга ёки кечаси пайдо бўлади.

«Оч» огриклар 12 бармоқли ичакка хос бўлиб, меёрий бўлади ва оз миқдорда овқат еганда ёки 1 неча қултум сув ичганда йўқолади. Огриклар пайдо бўлишида аччиқ ва дағал овқатлар ўзига хос ўринга эга.

Кўп ҳолларда овқат қабул қилгандан 2-3 соат кейин кучли жиғилдон қайнаши кузатилади, ичимлик содаси эритмасини ичгандан кейин у камаяди.

Вақти-вақти билан беморлар кекиришга, кўнгил айнашига ва қайд қилишга шикоят қиладилар. Қайд қилиш оғриқлар авж олган даврда бўлиб, ундан сўнг беморлар енгиллик ҳис қилади.

Касалликнинг зўриқиши куз ва баҳор ойларида юз беради, 1-2 ой давом этади, баъзи ҳолларда асоратларига олиб келиши мумкин.

Беморни кўздан кечирганда, оқ караш билан қопланган тил, қорин пальпациясида олдинги девор мушакларини таранглигини, эпигастрал соҳада ёки киндикдан ўнг томонда оғриқни кузатиш мумкин. Оғрик хуружи вақтида бемор мажбурий ҳолатни эгаллайди - ён бошлаган, оёқларни тизза ва сон бугимларида буклаб, қоринга яқинлаштирган ҳолатда.

Рентгенологик текширув вақтида шиллиқ пардадаги нуқсон – «тешик» белгисини кўриш мумкин.

АСОРАТЛАРИ:

1. Ички кон кетиш – ошқозон яраларида кон аралаш қайд қилиш, 12 бармокли ичак ярасида ичакдан кон кетиши оқибатида ахлатнинг қорайиши.
2. Яранинг перфорацияси (тешилиши) - эпигастрал соҳада кескин ва бутун қорин бўйлаб оғрикнинг пайдо бўлиши билан намоён бўлади.
3. Ошқозоннинг чиқиш қисмини торайиши – стенози оқибатида ошқозоннинг кенгайиши – овқатдан 3-4 соатдан кейин оғрикнинг пайдо бўлиши, эрталаблари еган нонушта билан қайд қилиш билан намоён бўлади.
4. Ошқозон ярасининг саратонга айланиши.

ДАВОЛАШ. Медикаментоз, пархез, физиотерапевтик даволашларни комплекс олиб борилади. Медикаментоз даволаш утказиш учун касаллик кузгатувчисини йукотишга қаратилган. Шу мақсадда микробларга қарши воситалардан кенг доирадаги дорилар де-нол, метронидазол, оксациллин, амоксациллин, тетрациклин буюрилади. Кучли оғрик маҳалида спазмолитиклардан атропин, но-шпа, папаверин, антацид препаратлардан – алмагель, викалин, викаир, натрий гидрокарбонат берилади. Ярани тезроқ битиши учун витаминотерапия, анаболик стероидлар (ретаболил, метандростенолон) буюрилади. Ички кон кетиш маҳалида беморга мажбурий ётоқ тартиби буюрилади, ошқозон соҳасига муз халта қуйилади. Коннинг ивулчанлигини ошириш мақсадида коагулянтлар (10мл 10%ли кальций хлорид эритмасини вена ичига, 1мл 1%ли викасол тери остига, 50-100мл 5%ли аминоксапрон эритмасидан вена ичига томчилаб) буюрилади. Кон кетиш тухтагач, беморга 2 кун давомида очлик тартиби, кейинчалик суюқ ҳолатда совуқ овқатлар тавсия қилинади. Пархез билан даволаш 1-пархез столи билан амалга оширилади. Чекиш ва спиртли ичимликларни ичиш қатъиян ман этилади.

Ўткир энтерит ва колит.

Ўткир энтерит – ингичка ичакнинг яллигланиш касаллиги бўлиб, якка ҳолатда камдан-кам учрайди. Клиник амалиётда энтероколит ва гастроэнтерит қуринишида бўлади.

Ўткир колит – йугон ичакнинг яллигланиш касаллиги.

Энтероколит – бир вақтнинг ўзида ингичка ва йугон ичакнинг яллигланиш касаллигидир.

Этиология : Ўткир энтерит ва колитлар инфекциян табиатга эга. Касаллик ривожланишига мойил фактор бўлиб, нотугри овқатланиш ва овқатдан захарланишлар, алиментар аллергия, диспепсия ҳисобланади. **Клиник қуриниши** :

Касаллик белгилари жараённинг қайси ичакдалигига боғлиқ. Оғир белгилар ингичка ичак зарарланган ҳолатда кузатилади: қоринда хуружсимон оғриқлар, ич кетиши ва қайт қилиш, ичқелиши кунига 5-10 марта, ахлатда шилимшиқ пайдо бўлади. Касалликнинг биринча кунлари тана ҳарорати 38*-40* га етади. Йугон ичак зарарланганда тенезмлар, суткасига 30 мартаб ич қелиши мумкин.

Беморни куздан кечирганда, тили қуруқ, қараш билан қопланган, қорни қаттиқ, бутун қорин бўйлаб оғриқ сезилади.

Даволаш: овқатдан захарланишларда даволашни ичакни тозалаш дан бошланади. Беморнинг ошқозони ювилиб, сурғи дори берилади. Шундан кейин ётоқ тартиби, қоринга ва оёқларга иситғич берилади. Юрак – томир етишмовчилигини олдини олиш мақсадида камфора, кофеин, кордиамин қулланилади. Микробларга қарши дорилардан сульфаниламидлар(фталазол ёки сульгин), антибиотиклардан тетрациклин, эритромицин, левомецетин буюрилади.

Сувсизланишни даволаш мақсадида қўп микдорда суюқлик, вена ичига глюкоза, натрий хлориднинг изотоник эритмаси юборилади.

Беморларга 4-парҳез столи тавсия қилинади.

Ўткир холецистит.

Холецистит – ўт пуфагининг яллигланиш касаллиги бўлиб, кечишига қўра ўткир ва сурункали бўлади. Қўпинча урта ва қатта ёшдаги аёлларда учрайди.

Этиология: Холецистит ривожланишининг асосий сабабчиси 12 бармоқли ичакдан, гематоген ва лимфоген йўл билан бошқа аъзолардан ўт пуфагига тушувчи микроб инфекциясидир. Касаллик ривожланишидаги мойил факторлар: нотугри овқатланиш, қам ҳаракатлилиқ, одатий қабзиятлар ва ҳомиладорлик.

Клиник қуриниши: Ўткир холециститнинг типик қуриниши жигар санчиги хуружидир. Хуруж вақтида ўнг қовурга остида ва ошқозон соҳасида қўчли оғриқ пайдо бўлади ва бу оғриқ ўнг елкага, ўнг қўракка берилади. Одатда оғриқ билан биргалиқда қўнгил айнаши, қайт қилиш, тана ҳароратининг 38*-39* га

кутарилиши кузатилади. Куп холларда огрик хуружи ёгли овкатларни истеъмол килгандан сунг пайдо булади.

Беморни текширган махалда бемор безовта, хуружнинг 2-3-кунларида тери ва склераларнинг сариклиги, сийдикнинг пиво рангига кириши кузатилади. Лаборатория текширувларидан кон ташхисида лейкоцитоз ва ЭЧТнинг тезлашганини аникланади. Ут пуфагидаги тошларни рентген ва ультратовуш текширувида куриш мумкин.

Даволаш: Уткир холецистит билан касалланган бемор жаррохлик булимида даволанади, чунки огир асоратлар жаррохлик аралашувини талаб килади. Енгил ва урта даражасижа консерватив даво чоралари утказилади.

Жигар санчиги хуружи махалида наркотик анальгетиклардан морфин, промедол, омнопон, спазмолитиклардан атропин, папаверин, но-шпа килинади. Унг ковурга остига иситгич ёки илик ванна тавсия килинади. Огрик хуружи камайгандан кейин 1-2 кун давомида очлик тартиби, кейинчалик 5-пархез столи буюрилади.

Микробларга карши дорилардан кенг доирадаги антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлардан берилади.

Қандли диабет.

Қандли диабет - эндокрин модда алмашинуви касаллиги булиб, одам организмида ошқозон ости беги гормони – инсулин етишмовчилиги окибатида ривожланади.

Этиология: қандли диабетнинг ривожланишида наслий мойил лик катта ахамиятга эга. Касаллик ривожланишидаги яна бир фактор - куп ейиш ва енгил хазм буладиган углеводларни куп истеъмол килиш хисобланади. Баъзи холларда қандли диабет ошқозон ости безининг яллигланиш, жарохат ва инфекцион касалликлари окибатида ривожланади.

Клиник қурилиши: Одам организмида инсулиннинг етишмов чилиги асосан углеводлар алмашинувига таъсир курсатади. Мушак ва жигар глюкозани гликогенга айлантириш хусусиятини йукотади, бу эса уз урнида конда қанднинг микдорини ортиши – гипергликемия ва қанднинг сийдик билан ажралиши – глюкозурияга олиб келади, организм туқималари энергия манбаи сифатида қандни ишлата олмайди.

Касалликнинг характерли белгилари – полидипсия-доимий чанкок, полиурия-сийдикнинг куп микдорда ажралиши (қунига 6 литргача), огиз қуриши, холсизлик ва тана вазнининг камайиши. Беморлар терининг йирингли касалликларига мойил бўлади. Терида қичишишлар, айниқса оралик соҳасида пайдо бўлади.

Углевод алмашинувининг бузилиши ҳисобига ёғ ва оксил алмашинуви ҳам бузилади. Конда ёғ алмашинувининг оралик маҳсулотлари (ацетон, ацетоуксус кислота) тўпланади, организмнинг кислотали захарланиши – ацидоз ривожланади. Ацидоз окибатида қандли диабетнинг огир асорати – **диабетик кома** ривожланади.

Диабетик кома – секин-асталик билан иштаханинг йуколиши, уйкучанлик, бош огриги, кунгил айнашидан кейин ривож ланади. Сийдикда ацетон ва ацетоуксус кислота пайдо булади. Чанкок ва полиурия кучаяди. Бемордан ацетон хиди келади. Агар бу вақтда инсулин билан даволаш бошланмаса, беморда шовкинли нафас пайдо булади, артериал босим тушади, пульс тезлашади, хушидан кетади. Беморга тезлик билан инсулин билан даволашни бошлаш керак булади.

Агар инсулин дозаси ортса, конда канднинг микдори кескин камаяди, бу эса **гипогликемик команинг** ривожланишига олиб келади. У уткир бошланади. Инсулин киритилгандан 1-2 соатдан сунг беморда очлик хисси, холсизлик, терлаш, юрак уришининг тезлашиши, бош айланиши, бош огриги терининг оқариши кузатилади. Пульс тезлашган, артериал босим пасайган, куз корачиклари кенгайган, алахсираш пайдо булади ва бемор хушидан кетади.

Даволаш: кандли диабетни даволашда 9-пархез столи, инсулин ёки канд микдорини камайтирувчи препаратлар кулланилади. Касалликнинг энгил шаклида пархезнинг узи етарли. Огир холларда инсулин ёки бошқа канд микдорини камайтирувчи препаратлар (бутамид, букарбан, цикламид) буюрилади.

Диабетик кома вақтида аввалига вена ичига, кейин тери остига 40-50 ТБ да инсулин юборилади. 1-1,5 соатдан кейин тери остига ёки вена ичига ёки тугри ичакка томчилаб 5%ли глюкоза қилинади. Тери ости инъекциялари 25-50ТБ дан хар 2-4 соатда бемор узига келгунча қилинади. Инсулиннинг 1-инъекциясидан сунг тери остига ёки вена ичига 1-3л. натрий хлориднинг изотоник эритмаси юборилади.

Гипогликемик кома вақтида вена ичига 40%ли глюкоза эритмасидан 20-40мл юборилади. Агар бунинг иложи булмаса, тери остига ёки хукна ёрдамида 5%ли глюкоза эритмасидан 100-200мл юборилади. Огир холатларда адреналин (0,1%ли эритмасидан 0,5-1мл) буюрилади.

Тестлар:

1. Ошқозон, 12 бармоқли ичак яра касаллигининг этиология сини кўрсатинг:

- а) ёмон сифатли овқат маҳсулотларини, спиртли ичимликлар ва дори маҳсулотларини қабул қилиш;
- б) наслий мойиллик, хилакобактериялар, бетартиб овқатланиш, спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиш;
- в) стафилококк, стрептококк, совуқда қолиш.

2. Қандли диабетнинг асоратларини кўрсатинг:

- а) коллапс, плевритлар, юрак астмаси;
- б) комалар, гангрена, кўрлик;
- в) қон қусиш, коллапс, ётоқ яралари.

3. Диабетик команинг белгиларини белгиланг:

- а) кучли ташналик, оғзидан ацетон ҳиди келиши, ҳушдан кетиши;
- б) кучли бош оғриғи, бош айланиши, кўнгил айнаши, қайд қилиш;
- в) белда оғриқлар, оёқларда шиш, сийдикнинг тўхташи.

4. Гипогликемик комада тез тиббий ёрдам кўрсатинг:

- а) инсулин, глюкоза, суюқликларни вена орқали юборилади;
- б) дибазол, глюкоза 40%ли 50,0 венага;
- в) ширинлик берилади, 40%ли 50,0 венага.

5. 7-парҳез столи қандай касалликларда буюрилади:

- а) қандли диабет, ошқозон-ичак касалликлари, буйрак касаллиги;
- б) буйрак касалликлари;
- в) жигар касалликлари, юрак касалликлари.

6. Ошқозон яра касаллигининг белгиларини кўрсатинг:

- а) кўнгил айнаб қайд қилиш, бош оғриғи, бош айланиши;
- б) овқат егандан кейинги чап қовурға соҳасида оғриқлар, қон аралаш қайд қилиш, кўнгил айнаши, рентгеноскопияда “тешик” белгиси;
- в) метеоризм, қабзият, киндик атрофида оғриқ.

Саволлар:

1. Овқат ҳазм қилиш аъзолари касалликларининг асосий белгилари қандай?
2. Ўткир гастрит касаллигининг қандай белгиларини ва даволаш чораларини биласиз?
3. Сурункали гастрит касаллигининг сабабчилари ва клиник белгиларини айтиб ўтинг.
4. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллигининг сабаблари, клиник белгилари қандай?
5. Ошқозондан қон кетганда қандай биринчи ёрдам кўрсатасиз?
6. Энтероколит ҳақида нималарни биласиз?
7. Ўткир холецистит касаллигининг клиник белгилари қандай?
8. “Жигар санчиғи” хуружида қандай 1-ёрдам берасиз?
9. Қандли диабет касаллигининг асосий сабабчиларини айтинг.
10. Гипогликемик ва диабетик команинг бир-биридан фарқини айтинг ва шу ҳолатларда биринчи ёрдам нималардан иборат?

Адабиётлар:

1. Л.А.Николаев. “Доврачебная помощь при заболеваниях и отравлениях”. Минск 2000 й.
2. Рамазанова, Симонова “Тиббий ҳамширалар учун ўқув қўлланмаси”.

МАВЗУ 5.СИЙДИК-ТАНОСИЛ АЪЗОЛАРИНИНГ КАСАЛЛИКЛАРИ.

Режа:

1. Сийдик-таносил системаси касалликларининг асосий белгилари.
2. Уткир гломерулонефрит.
3. Пиелонефрит.
4. Буйрак – тош касаллиги, буйрак санчиги.
5. Уремия. Уремик кома.

Таянч сўзлар: протеинурия, уремия, гематурия, цистит, олигурия, полиурия, поллакиурия, никтурия, анурия, диурез, уремик кома, гломерулонефрит, пиелонефрит.

Сийдик-таносил системаси касалликларининг асосий симптомлари.

Протеинурия – сийдикда оксилнинг булиши, буйрак коптокчаларида капиллярларнинг утказувчанлиги ошиб кетган холатларда кузатилади. Протеинурия физиологик ва патологик булади. Физиологик протеинурия куп микдорда овкат еганда, кучли жисмоний зурикишдан сунг, совукда кузатилади. Патологик протеинурия уткир нефритларда, нефрозларда кузатилади.

Гематурия – сийдик таркибида коннинг булиши. Гематурия чин ва сохта булади. Чин гематурияда сийдик таркибида коннинг шаклли элементларини куриш мумкин. Нефритларда, буйракнинг инфекцион касалликларида, захарланишларда, силида, буйрак-тош касаллигида ва сийдик йулларининг зарарланишларида чин гематурияни куриш мумкин. Сохта гематурияда кон пигментларининг аралашмасидан сийдик кизил рангга киради – гемоглобинурия.

Шишлар – Буйрак шишларининг ривожланишида сув ва туз алмашинувининг бузилиши сабаб булади. Куз билан куринарли шишлар пайдо булгунга кадар одам организмида 4-6 литр суюклик тупланади(яширин шишлар). Нефрозларда шиш суюклиги 20 литргача тупланиши мумкин.

Огриклар – буйрак паренхимаси сезгир эмас, шунинг учун буйрак касалликларида буйрак капсуласидан ва сийдик йулларидан пайдо булиши мумкин. Бел сохасидаги огриклар уткир нефрит ва пиелитларда кузатилади. Буйрак-тош касаллигида огриклар буйрак санчиги куринишида намоён булади.

Диурез – сийдик хосил булиш ва ажралиш жараёни. Диурезнинг куйидаги бузилишларини куриш мумкин. **Полиурия** – диурезнинг купайиши – кунига 1800мл дан ортик сийдикнинг ажралиши. **Поллакиурия** – сийдикнинг тезлашиши. **Олигурия** – сийдик микдорининг камайиши. **Анурия** – сийдик копига сийдикнинг келишини тухташи. **Никтурия** – кечкурунги диурезнинг кундузги диурездан ортиши.

Гипертензия – артериал кон босимининг ортиши. Бирламчи ва иккиламчи гипертензия фаркланади. Бирламчи гипертензия гипертония касаллигида,

иккиламчи гипертензия буйрак ва буйрак томирларининг касалликларида кузатилади.

Ўткир гломерулонефрит.

Гломерулонефрит – буйрак коптокчалари томирларининг шикастланиши билан утадиган яллигланиш касаллиги. Клиник кечишига кура уткир ва сурункали нефрит фаркланади.

Этиология – касаллик ривожланишида стрептококк инфекцияси катта аҳамиятга эга. Касаллик купинча ангина ёки сурункали тонзиллит зурикишидан кейин, юкори нафас йуллариининг яллигланиш касалликларидан кейин пайдо булади. Касалликка мойил факторлар: организмнинг ута совукда қолиши ва кузгатувчига нисбатан аллергия.

Клиник қуриниши. Касаллик ривожланишидан олдин 1-3 ҳафтадан иборат яширин давр кузатилади. Бу даврда бемор кучли бош огригига, хансирашга, белдаги огрикларга, шишга, кунгил айнашига ва юрак уриб кетишига шикоят қилади. Ўткир гломерулонефритнинг характерли белгиларига шишлар, артериал қон босимининг кутарилиши – гипертензия, сийдикдаги узгаришлар қиради.

Шишлар аввалига эрталаблари юзда, кейинчалик бутун тана буйлаб кун давомида кузатилади. Шиш суюклиги қорин ва плевра бушлигида ҳам пайдо булади. Буйрак гипертензияси 180-230/120-160 мм сим. уст. га тенг булади ва 2-3 ҳафта давомида муқим булиб туради. Гипертензия юракка нисбатан булган зуриқишни кучайтиради, бунинг ҳисобига юрак етишмовчилиги ривожланади. Сийдик ташҳисида унинг таркибида эритроцитлар булиб, сийдикка гушт ювиндиси рангини беради. Шу билан бирга протеинурия ҳам аниқланилади. Касалликнинг 2-3- кунлари сидик микдори қамаяди.

Асоратлари – ўткир гломерулонефритнинг ҳавфли асоратларидан буйрак эклампсиясидир. Беморларда гипертония ва шишлар булганда ривожланади. Эклампсиянинг тусатдан ривожланади, унинг характерли белгилари шайтонлаш, қайд қилиш, кучли бош огриги. Буйрак эклампсиясининг ривожланиши миё ичи босими ва миё шиши билан боғлиқдир. Касалликка ташҳисни клиник белгилар, сийдик ташҳиси, УТТ асосида қуйилади.

Даволаш. Ўткир гломерулонефрит билан касалланган бемор қасалхонада 30-35 кун давомида даволанади. Беморга ётоқ тартиби ва парҳез тавсия қилинади. Уриндаги горизонтал ҳолат буйракларда қон айланишини яхшилайдди. Касалликни даволашда парҳез катта аҳамиятга эга: 1-3- кунлари беморга тула очлик тартиби буюрилади. 7 – парҳез столи буюрилади, туз микдори чекланади ёки 1,5 – 2 г берилади.

Медикаментоз даволашда антибиотиклар, юрак гликозидлари, гипотензив воситалар, сийдик ҳайдовчи препаратлар, десенсибиловчи дорилар ва витаминлар буюрилади.

Буйрак экламписияси ривожланган вақтда тулик ётоқ тартиби берилади, 15 – 20 мл кон чикариб юборилади, вена орқали 10 мл 25%ли магний сульфат ва 40-60 мл 40%ли глюкоза юборилади.

Пиелонефрит.

Пиелонефрит – буйрак жомчаларининг инфекциян яллигланиш касаллиги бўлиб, инфекция буйрак жомчаларига гематоген ва уриноген йуллар билан утади. Пиелонефрит уткир ва сурункали бўлади.

Этиология - касаллик ривожланишида носпецифик инфекция ахамиятга эга. Купгина юкумли касалликлар (корин тифи, грипп) ва организмдаги сурункали инфекция учоклари бўлганда ривожланиши мумкин. Касаллик кузгатувчилари: ичак таёкчаси, стрептококклар, стафилококклар ва бошқа микроблардир.

Клиник қуриниши. Беморда тусатдан эт увишиши, белда огрик пайдо бўлади. Кунгил айнаши, кайд килиш, бошда ва мушакларда огрик кузатилади. Юрганда ва ҳаракат қилганда огрик зураяди. Белга уриб қурилганда Пастернацкий симптоми ижобий. Объектив текширганда тахикардия ва нафас сонининг тезлашиши, сийдикда лейкоцитлар ва микроблар аниқланилади.

Уткир пиелонефритнинг огир кечишида буйракнинг ажратиш фаолияти бузилади, қонда мочевиначининг микдори купаяди – уремия.

Даволаш. Даволаш антибиотиклар билан бошланади: пенициллин, левомецетин, ампициллин, оксациллин, канамицин, цефазолин, кефзол. Антибиотикларни сульфаниламид ва нитрофуран унумлари билан ишлатилади. Даволаш курсининг охиригача беморга ётоқ тартиби ва куп микдорда ичимлик бериш тавсия қилинади. Сийдик ҳайдовчи усимликлардан можжевельник, пол-пола, минерал сувлари, белга иссиқ муолажалар буюрилади.

Буйрак – тош касаллиги.

Буйрак – тош касаллиги – буйракларда сийдикнинг таркибий қисмларидан тузилган тошларнинг ҳосил бўлиши билан характерланадиган сурункали касаллик.

Этиология. Касаллик сабабчиси бўлиб баъзи ички секреция безларининг фаолиятининг бузилиши оқибатида ривожланадиган модда алмашинувининг бузилиши ҳисобланади. Касалликнинг ривожланишида таркибида минерал тузлар тутувчи озик-овқат маҳсулотларини истеъмол қилиш, сийдик йулларидаги димланиш ва улардаги яллигланиш жараёнлари мойиллик қилади. Касаллик 20 – 50 ёшдаги одамларда учрайди.

Клиник қуриниши. Буйрак – тош касаллигининг асосий белгиси буйрак санчиги хуружи ҳисобланади. Хуруж белдаги кескин огриклар билан бошланади ва бу огрик ташки жинсий аъзоларга берилади.

Буйрак санчиги хуружи вақтида кунгил айнаши, кайд килиш, тез-тез сийдик кисташи бўлади. Баъзан сийдик қон аралаш бўлади (гематурия). Беморни текширганда ковурга-бел соҳасида огрик ва ижобий Пастернацкий симптоми

аникланилади. Хуруж тошнинг буйракдан ковука тушгандагина босилади. Огрик хуружи бир неча соатдан бир неча кунгача давом этиши мумкин.

Асоратлари. Пиелонефрит, буйрак етишмовчилиги, гидронефроз, артериал гипертония.

Даволаш. Буйрак санчиги махалида бел сохасига иситгичлар, умумий иссик ванналар тавсия килинади. Огрикни колдириш ва силлик мускуллар тиришишини камайтириш учун морфин ёки промедолни 1мл 0,1%ли атропин эритмаси билан юборилади. Фойдаси булмаса, буйрак атрофи тукумасига 0,25%ли новокаин эритмаси билан паранефрал блокада килинади. Сийдик йулига катта тош тикилиб колганда жаррохлик аралашуви утказилади.

Касалликни даволашда модда алмашинувининг бузилишини ахамиятга олган холда пархез овкатланиш тавси килинади:

- оксалат тошлар хосил булганда таркибида шавель ва лимон кислотасини тутувчи махсулотлар (каламбир, шавель, смородина, дуккакдилар, маймунжон, ва бошқалар) ман этилади.
- урат тошлар хосил булганда таркибида пурин тутувчи махсулотлар (гушт, жигар, кофе, какао, шоколад) ман этилади. Пархезда сут-усимлик махсулотлар булиши мумкин.

Уремия, уремик кома.

Уремия ёки сийдикли қон – буйрак етишмовчилиги ҳисобига организмни ўзини ўзи заҳарлашидир. Бунда организмда кислота-ишқор мувозанати бузилиб, оксил алмашинувининг заҳарли махсулотлари тўпланади, бу эса ўз навбатида ҳамма орган ва системаларнинг функциясини бузилишига олиб келади. Ўткир ва сурункали уремия фарқланади.

Ўткир уремия ўткир буйрак етишмовчилигининг оқибати бўлиб, умумий қон айланиш бузилганда, оғир травма, қон кетиши, куйишлар, совуқ олишлар, сувсизланишлар, аллергиялар ва сепсислар оқибатидаги шок ҳолатида ривожланади.

Сурункали уремия буйрак касалликларининг оқибатида, сийдик йўллариининг ўтказувчанлиги бузилган ҳолатларда ривожланади.

Клиник белгилари: уремия симптомлари умумий ҳолсизлик, тез чарчаш, бош оғриқлари, уйқу ва иштаҳанинг бузилиши билан намоён бўлади. Кучли ташналик, терининг қичишиши ва кўнгил айнаши кузатилади. Тери қуруқ ва оқимтир рангга киради. Қонда азот бирикмаларининг миқдорининг ортиши кузатилади. Кейинчалик азот бирикмалари (мочевина ва бошқалар) тери, шиллик пардалар орқали чиқарилиб, терини қўзғалтиради. Бу уремик гастритнинг, колитнинг, плевритнинг, перикардитнинг, жигарнинг, суяк кўмигининг, кўришнинг функциялари бузилишига олиб келади. Қон кетишларга мойиллик пайдо бўлади. Ўз вақтида ёрдам кўрсатилмаса, уремик окма ҳолати ривожланиши мумкин: бемор ҳушини йўқотади, нафас ритми ва чуқурлиги ўзгаради, оғиздан сийдик ҳиди келади, сийдик қопи бўш, юз оқарган, бутун тана бўйлаб шишлар, ратериал босим юқори, тана ҳарорати нормал ёки

пасайган, кўз қорачиқлари торайган. Касалликнинг охирги босқичларида тутқаноқлар пайдо бўлади. Команинг давомийлиги 8 кунни ташкил қилади.

Даволаш. Асосий касалликни даволашга қаратилган бўлиши керак. Сурункали уремия ҳолатида оксили, тузи, кислотали маҳсулотлар чекланган парҳезга риоя қилиш керак. Юракдан шикоятлар бўлмаса, шунингдек шишларга мойиллик бўлмаса, ишқорий суюқликлардан кўп миқдорда бериш лозим.

Камқонликка шикоят қилмаган ҳолатларда қон чиқариш тавсия қилинади. Вена ичига 40-100 мл 40%ли глюкоза эритмаси, 200-500 мл 5%ли натрий гидрокарбонат эритмаси ва 5%ли глюкоза эритмаси юборилади. Ошқозонни 2%ли натрий гидрокарбонат эритмаси билан ювилади. Кислород ингаляцияси ўтказилади. Тери остига 1 мл кордиамин ёки 1мл 10%ли кофеин эритмаси юборилади. Кучли кўзғалишларда ва тутқаноқларда аминазин қилинади.

Агар ўтказилган чора-тадбирлар эффект бермаса, организмни азот бирикмаларидан гемодиализ ёрдамида тозаланади.

Вазиятли вазифалар: Пиелонефрит, буйрак-тош касаллиги, уремик окма касалликлари ва ҳолатлари бўйича махсус тайёрланган.

Саволлар:

1. Сийдик-таносил касалликларидаги асосий белгиларни санаб беринг.
2. Гломерулонефрит касаллигининг қандай сабабларини биласиз?
3. Гломерулонефрит касаллигининг қандай клиник белгиларини биласиз?
4. Пиелонефритнинг сабаблари нима?
5. Пиелонефритнинг клиник белгилари ва даволаш усуллари қандай?
6. Буйрак-тош касаллиги қандай ҳолатларда ривожланади?
7. Буйрак санчиғи ҳолатида қандай биринчи ёрдам кўрсатасиз?
8. Уремик кома нима?
9. Уремик комада қандай биринчи ёрдам кўрсатасиз?

Адабиётлар:

1. Л.А.Николаев. “Доврачебная помощь при заболеваниях и отравлениях и уход за больными”. Минск 2000й.

Мавзу 6. АСАБ – РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАРИ.

Режа.

1. Неврозлар.
2. Психозлар.
3. Шайтонлаш. Эпилепсия.

Таянч сўзлар:

Неврастения, истерия, психотерапия, “бир ҳаёллик” ҳолатлари, галлюцинация, аффектив ўзгаришлар, олигофрения, тоник ва клоник шайтонлашлар, эпилептик статус.

Неврозлар.

Рухий зўриқишлар оқибатида юзага келадиган асаб – руҳиятнинг функционал касалликлари гуруҳидир.

Этиология: неврозлар ривожланишида руҳий таъсир кўрсатувчи факторлар, эмоционал ва ақлий зўриқиш, бошдан ўтказилган ички ва юқумли касалликлар катта аҳамиятга эга.

Клиник кечишлари бўйича неврозларнинг қуйидаги турлари фарқланади:

1. Неврастения.
2. Истерия ёки истерик невроз.
3. “Бир ҳаёллик” ҳолати.

Неврастения – неврознинг бу тури тез чарчаш, ўта кўзғалувчанлик, шунингдек руҳий жараёнларнинг секин тикланиши билан давом этади. Касаллик кечишида 3 босқичда кузатилади.

Бошланғич босқичда хуш кайфиятнинг ўта кўзғалувчанлик билан алмашиб туриши кузатилади. Уйкуга кетишнинг қийинлашуви, юрак уришининг тезлашиши, кўп терлаш ҳолатлари асабийлашганда ва жисмоний зўриқиш вақтида кучаяди. Шу билан бирга ташқи кўзғатувчи таъсиротилар беморни ўзидан чиқаради, уўзини тутиб туrolмайди, овозини баландлатиб, бақира бошлайди. Бу ўзгаришлар даволаш ва дам олиш оқибатида ўтиб кетади.

Иккинчи босқичи руҳий чарчоқнинг кучайиши, диққатнинг камайиши билан характерланади. Бемор диққатини жамлаши қийин кечади, хотираси пасаяди, тез чалғийди. Уйкуга кетишининг қийинлашиши, гипотония ёки гипертония, бош оғриқлари, овқат ҳазмининг функционал ўзгаришлари кузатилади. Кўпинча мушак тонусининг пасайиши, қўл бармоқларининг тремори, жинсий ҳохишнинг камайиши билан намоён бўлади.

Неврастениянинг учинчи босқичи узоқ вақт руҳий таъсиротга қўшимча чарчаш ва соматик касалланишнинг таъсири оқибатида юзага келади. Апатия, адинамия, ҳолсизлик ва ўта чарчаш билан намоён бўлади.

Ташҳис клиник кўринишларга ва анамнезга кўра қўйилади.

Даволаш : медикаментоз терапиянинг рационал психотерапия ва аутоген терапия билан биргаликда олиб борилганда яхши натижа беради. Седатив (транквилизаторлар, бром препаратлари), психостимуляторлар (кофеин, кордиамин, фенамин, индопан), умумий қувватни оширувчи воситалар ва физиотерапевтик муолажалар билан биргаликда олиб борилади. Даволашнинг натижаси яхши бўлиши учун кун ва овқатланиш тартибини яхшилаш аҳамиятга эга.

Истерия – руҳий шикаст таъсири остида асаб системаси нозик одамларда ривожланади. Кўпинча ёшларда ва аёлларда ривожланади. Полиморф белгили функционал ўзгаришлар билан характерланади ва бу ўзгаришлар 4 гуруҳга бўлинади: 1) ҳаракат бузилишлари; 2) сенсор(сезги) бузилишлари, 3) вегетатив бузилишлар, 4) руҳий бузилишлар.

Ҳаракат бузилишлари истерик тутқаноқлар, фалаж ва мушакларнинг контрактуралари, юришнинг ўзгариши ва дудуқланиш билан намоён бўлади. Истерик тутқаноқлар кимнингдир иштирокида, беморнинг секин хавфсиз йиқилиши билан бошланади. Бемор ерда думалайди, титрайди, қўл-оёқлари билан уради, ёйсимон букланади, кийимини, сочини юлади, юзини ва танасини юмдалайди, ўзининг қўлларини тишлаб ташлайди. Истерик тутқаноқ бир неча дақиқадан

бир неча соатгача атрофдагиларнинг иштирокида давом этади ва кучли ташқи таъсир оқибатида (совуқ сув, каттиқ овоз, кескин буйруқ) тўхтабди.

Сенсор (сезги) бузилишлари сезгининг камайиши ёки оғриқ, тактил, ҳарорат сезгиларининг йўқолиши ёки кучайиши билан ўтади. Кўпинча бўғимларда, тилда, сийдик қоғида, қовуқда, тирноқларда истерик оғриқлар пайдо бўлади. Баъзан истерик кўрлик, гаранглик, маза ва ҳид билишнинг йўқолиши ҳам кузатилади.

Вегетатив – висцерал ўзгаришлар тез – тез ва турли кўринишлар да бўлади: ҳаво етишмаслиги, бронхиал астма хуружга ўхшаш, дисфагия, сийдик келишининг тўхташи, қабзиятлар, юрак соҳасида оғриқ, пульс ва артериал босимнинг ўзгарувчанлиги, аменорея, дисменорея, менорагиялар, кам ҳолларда истерик ҳомиладорлик кузатилади.

Рухий ўзгаришлар турли руҳий касалликларнинг симптомлари кўринишида бўлади. Энг характерли ўзгаришлар руҳий хотиранинг йўқолиши, галлюцинациялар, алаҳсираш, сомнамбулизм белгиларидир.

Ташҳис характерли клиник белгилар асосида қўйилади.

Даволаш комплекс ва умумқувватловчи воситалар билан биргаликда олиб борилади: (витаминотерапия, глюкоза, даволаш физкультураси, тўғри кун тартиби, электроуйку), тинчлантирувчи препаратлардан транквилизаторлар амизил, мепротан, элениум, седуксен, эуноктин ва психотерапия чоралари.

“Бир хаёллик” ҳолати. Беморнинг ўз хоҳишига қарши ҳолда доимий кўрқувлар, хотиралар, ҳаракатлар, иштиёқларнинг пайдо бўлиши.

Клиник белгилари: “Бир хаёллик” кўрқувлар ёки фобиялар турли шаклларда намоён бўлади: ўткир предметлардан кўрқиш; баландликдан, очик бўшлиқдан, кўпчиликдан, ифлосланишдан, ногиронликдан, ёлғизликдан кўрқиш.

“Бир хаёллик” хотиралар - қандайдир хавфсиз ходисалар беморнинг хаёлида пайдо бўлади ва уни ишдан чалғитади.

“Бир хаёллик” ҳаракатлар – бир хаёллик кўрқувлар ва ҳадиклар билан боғлиқ.

Психозлар.

Рухий касалликлар борлиқни қабул қилиш билан боғлиқ бўлган бош мия фаолиятининг бузилишларидир. Шакли ва даражасига кўра руҳий касалликлар ҳар хил.

Этиология: руҳий касалликларнинг сабаблари ичида наслий факторлар катта аҳамиятга эга, айниқса маниакал-депрессив психозларда, олигофренияда, шизофренияда ва эпилепсияда.

Шунингдек, наслга ота-оналарнинг ичкиликбозлиги, ҳомиладорлик вақтида алкогольни истеъмол қилиш таъсир кўрсатади. Баъзи ҳолларда руҳий касалликларнинг сабаблари сурункали интоксикациялар ва юқумли касалликлар (энцефалитлар, бруцеллёз, мия сифилиси, тошмали тиф, токсоплазмоз) ҳисобланади.

Руҳий касалликларнинг белгилари. Руҳий касалликларнинг доимий белгилари галлюцинациялар, алаҳсирашлар, аффектив бузилишлар, хотиранинг, эс-хушнинг бузилиши, ақли пастлик ҳисобланади.

Галлюцинациялар – ташқи оламни қабул қилишни бузилиш турларига ҳисобланади. Беморда мавжуд бўлмаган объектларни тасаввури пайдо бўлади. Кўрув, эшитув, ҳид билув, сезги галлюцинациялари бўлади.

Алаҳсирашлар – ҳеч қандай сабабсиз, фақат субъектив асосга эга бўлган нотўғри фикрлашдир. Ўзининг мазмунига кўра буюклик, айблик ҳисси, таъқиб, ўғирлик, рашк, заҳарланиш, касаллик алаҳсирашлари фарқланади.

Аффектив бузилишлар – кайфиятнинг бузилиши билан боғлиқ бузилишлар. Уларни маниакал ва депрессив ҳолатлари кузатилади. Маниакал ҳолатларга хурсандчилик, иш ва фикрлаш қобилиятини ортиши хос бўлса, депрессив ҳолатларга тушкун кайфият, фикрлашни, нутқни ва ҳаракатни тормозланиши хос.

Эс – ҳушнинг йўқолиши – ташқи муҳитдан ажралган ҳолда, тўғри фикрлаш, ташқи муҳитда, вақтда, жойда ориентирланиш билан боғлиқ бўлган руҳий фаолиятнинг тўлиқ ва қисман вақтинчалик издан чиқишидир.

Хотиранинг бузилиши – эслаб қолиш, ҳимояланиш, ҳодисаларни қабул қилиш хусусиятларини пасайиши.

Ақли пастлик – руҳиятнинг чуқур изга қайтмас етишмовчилиги бўлиб, интеллектнинг кучсизлиги, аввал эгалланган билимларни йўқолиши, янги билимларни ўрганишнинг қийинлашуви, ҳулқни бузилиши билан боғлиқ бўлган ҳолатдир. Ақли пастликнинг туғма - олигофрения ва орттирилган – шизофрения турлари фарқланади.

Шайтонлаш. Тутқаноклар.

Шайтонлаш – бу кўндаланг – тарғил ёки силлиқ мускулларнинг хуружсимон ихтиёрсиз қисқаришларидир. Шайтонлашлар нерв системасининг касаллик ва травматик бузилишларида, ички секреция безлари функциясининг бузилишларида, заҳарланишлар ва интоксикациялар вақтида юзага келади.

Мушакларнинг қисқаришига қараб, шайтонлашлар тоник ва клоник, шунингдек аралаш бўлади.

Этиология. Шайтонлашларнинг сабаблари экзоген ва эндоген факторлар бўлади. Клоник шайтонлашлар бош мия пўстлогининг нерв хужайраларида, тоник шайтонлашлар бош мия пўстлоқ ости хужайраларида қўзғалишлар ўчоғининг пайдо бўлиши ҳисобига юзага келади.

Клиник белгилари. Нутқ актида иштирок этадиган мускулларнинг клоник ва тоник тиришиши ҳисобига дудукланиш, кўз айланма мускуллариининг тоник

тиришиши ҳисобига блефароспазм, чайнаш мускулларининг тоник тиришишлари ҳисобига тризм, диафрагманинг клоник тиришишлари ҳисобига ҳикичок, ўмров-тўш-сўргичсимон мускулнинг даврий қисқаришлари ҳисобига калланинг тасдиқ ҳаракатлари кузатилади.

Даволаш. Шайтонлаш ҳолатини олдини олиш учун шайтонлашга қарши препаратлар триметин, хлоракон, дифенин, гексамедин, фенобарбитал тавсия қилинади. Шунингдек, паркинсонизмни даволаш учун артан, динезин, кондельфин, наркопан, циклодол препаратлари буюрилади. Шайтонлаш ҳолатларини олдини олишда седатив препаратлар, илиқ ванналар, уйқу тартибига риоя қилиш яхши наф беради.

Эпилепсия – бош миянинг сурункали касаллиги бўлиб, шайтонлаш тутқаноқлари ва шахснинг специфик ўзгаришлари билан давом этади.

Этиология. Касалликни сабаблари туғма ва орттирилган мойиллик билан бўлиши мумкин. Касаллиkning бошланишига бош мия травмалари, инфекциялари, интоксикациялар ва бошқа факторлар сабаб бўлади. Кўпчилик беморларда ота-онанинг алкоголизми сабаб бўлади.

Клиник белгилари. Эпилепсиянинг кўринишлари турлича бўлади. Беморларда катта ва кичик тутқаноқлар кузатилади. Катта эпилептик тутқаноқларда бемор ҳушини йўқотади ва тоник шайтонлаш ҳолатига тушади, бу ҳолат 20-30 секунд давом этади. Ундан сўнг клоник шайтонлашлар бўлади, бу ҳолат 2 минут давом этади. Бемор бунда ўзини ерга уради, оғзидан кўпик келади, баъзи ҳолларда ахлат ва сийдикнинг беихтиёр ажралиши кузатилади. Шайтонлаш тугагач, ҳуши секин-аста тикланади, баъзан чуқур уйқуга кетади. Катта эпилептик тутқаноқлар коматоз ҳолат билан характерланади – сезги йўқолган, нафас шовқинли, қорачиқ кенгайган, ёруғликка реакция бермайди.

Баъзи ҳолларда шайтонлаш тутқаноқлари кетма-кет давом этади ва бу ҳолат эпилептик статус дейилади. Бу бир неча соатдан бир неча кунгача давом этади ва ўлимга олиб келади.

Кичик эпилептик тутқаноқлар қисқа вақт ичида ҳушнинг йўқолиши билан кузатилади. Бемор йиқилмайди, аввалги ҳолатини сақлайди, лекин гапирмайди, қўлидаги буюми тушиб кетади, бир нуқтага тикилиб қарайди. Тутқаноқ ҳақида эсламайди, лекин ҳолсизлик билан сезади.

Баъзи беморларда вақтинчалик кайфиятнинг бузилиши (дисфория) кузатилади: хурсандлик, безовталиқ, жахлдорлик бўлади.

Эпилепсиянинг кечиши кўп факторларга боғлиқ бўлади. Енгил шаклларида тутқаноқлар бир турли ва кам бўлади, оғир ҳолларда ҳар куни ва турли-туман бўлади.

Даволаш. Бирламчи тутқаноқ маҳалида беморни қўлларини, оёқларини ва бошини шикастланишдан ҳимоя қилиш керак, кийим тугмаларини ечиб, бош остига юмшоқ нарса қўйилади. Тилини тишлаб олмаслиги учун жағ тишлари орасига сочиқ билан ўралган қошиқ дастасини қўйиш керак.

Эпилептик статус ривожланган вақтда тозаловчи клизмадан кейин даволовчи клизма(фенобарбитал), 10-15 минутдан кейин хлоралгидрат клизмалари

қилинади ва седуксен 2-6мл 0,5%ли эритмаси инъекция қилинади. Эффе́кт бўлмаган ҳолларда мушак орасига гексенал, магний сульфат, аминазин, пентамин ва бошқа воситалар қилинади.

Профилактика ҳомиладорлик патологияларини, туғруқ жароҳатларини, оғир юкумли касалликларни ва бош мия жароҳатларини олдини олишга қаратилган.

Ўқув саволлари:

1. Неврозларнинг қандай турларини биласиз?
2. Неврастениянинг ўзига хос хусусиятларини айтиб беринт?
3. Истерия касаллигининг клиник белгилари қандай ва қандай биринчи ёрдам кўрсатилади?
4. “Бир хаёллик” ҳолатларининг турлари.
5. Психозлар нима ва улар қандай сабабларга кўра юзага келади?
6. Шайтонлаш, унинг сабаблари ва олдини олиш чоралари.
7. Эпилепсия ва унинг хуружларида биринчи ёрдам.

Фойдаланилган адабиётлар:

Л.А.Николаев. “Доврачебная помощь при заболеваниях и отравлениях и уход за больными”.

МАВЗУ 7. РАДИАЦИОН ЗАРАРЛАНИШ.

Режа.

1. Радиоактивлик.
2. Ионловчи нурланишнинг биологик таъсири.
3. Радиацион зарарланишнинг профилактикаси.
4. Ташқи нурланиш оқибатида юзага келадиган ўткир нур касаллиги.
5. Шикастланиш ўчоғида зарарланганларга шифокоргача бўлган ёрдам ва уларни парвариш қилиш.

Таянч сўзлар:

Ионлар, радиолиз, нурланиш, радионуклидлар, бирламчи нур реакцияси, яширин давр, лимфопения, лейкопения.

Радиоактивлик.

Радиоактивлик — бу турғун бўлмаган атом ядроларини бошқа элемент ларнинг ядроларига ихтиёрий айланиши бўлиб, бунда ядро нурланиши юз беради. Радиоактивликнинг 4 та тури бор: альфа-парчаланиш, бета-парчаланиш, атом ядроларини спонтан бўлиниши ва протонли радиоактивлик. Радиоактивлик биринчи марта 1896 йилда Беккерель томонидан аниқланган.

Ҳар қандай радиоактив модда маълум бир меёردа узлуксиз тарзда парчаланади ва буни ифодалаш учун манба активлиги тушунчаси киритилади. Радионуклиднинг активлиги деб вақт бирлигида радиоактив ядроларнинг парчаланиш сонига айтилади.

Радиоактив нурланишнинг тури ҳар бир модда учун специфик. Таркиби жиҳатидан радиоактив нурланиш мураккаб. Ядро портлаган вақтда альфа, бета, гамма нурлар ва нейтронлар ажралади. Булардан хавфлиси юқори сингиш хусусиятига эга бўлган гамма-нурлар ва нейтронлар оқимидир.

Ионловчи нурланишнинг биологик таъсири.

Ионловчи нурланишнинг ташқи муҳит билан таъсири моддаларнинг атом ва молекулаларини ионланишига ва қўзғалишига боғлиқ.

Ионланиш жараёнида нейтрал атомлар турли белгили электр зарядланган заррачаларга-ионларга айланади. Бу ионлар жуда қисқа вақт ичида сақланиб туради.

Атом ва молекулаларнинг қўзғалиш жараёни атом электронлари томонидан қўшимча энергия қабул қилиши ҳисобига юзага келади.

Ионловчи нурланиш таъсири остида моддаларнинг химиявий ўзгариши радиолиз дейилади. Радиолиз вақтида нурланиш касаллигини келтириб чиқарувчи моддалар ажралиб чиқади. Ионловчи нурланишнинг бевосита ва билвосита таъсирини кўриш мумкин. Бевосита таъсир деганда организмнинг турли биологик структураларининг радиолиз жараёни тушунилади. Билвосита таъсирда сув радиолизининг маҳсулотлари одам организмнинг биологик актив молекулаларига таъсир қилади. Одам организмнинг 65%ни сув ташкил қилади, шунинг учун сув молекулаларини ионланиши организмнинг бошқа моддаларининг ионланишига нисбатан юқори бўлади.

Сув молекулалари радиолизда пероксид бирикмалар ҳосил бўлади, улар кучли оксидловчи ва захарли хусусиятларга эга. Улар бошқа активланган молекулалар билан енгил реакцияга киришади.

Организмнинг паст молекуляр бирикмалари(аминокислоталар, пурин ва пиримидин асослари, нуклеотидлар ва нуклеозидлар)нинг радиолизи оқсил ва нуклеин кислоталарнинг макромолекулаларининг радиацион-химиявий ўзгаришига олиб келади ва уларнинг структурасини ўзгартиради. Ионловчи нурланиш юзага келтирган генетик ўзгаришлар хужайранинг ўлишига ёки наслнинг ўзгаришига сабаб бўлади. Кўпчилик бундай ўзгаришлар организм учун зарарли.

Нурланишнинг катта миқдори соматик хужайраларнинг генетик апаратининг ўзгаришига ва ўткир нур касаллигининг ривожланишига олиб келади.

Ионловчи нурланишнинг организмга таъсири нафақат нурланишнинг тури ва дозасига, балки энергиянинг чизик бўйича тарқалишига, нурланишнинг шароитига, организмда нурланишнинг тарқалишига, ўта сезгир аъзоларга танлаб таъсир кўрсатишига, организмнинг нурланишдан олдинги функционал ҳолатига ва нурланиш вақтига боғлиқ.

Алоҳида аъзолар ва системаларнинг радиосезгирлик кетма-кетлигини қуйидагича кўриб чиқиш мумкин: қон яратиш тўқимаси, ичак эпителийси,

гонадалар, тери эпителийси ва гавҳар сумкаси, фиброз тўқима, тоғай, суяк, мушаклар, нерв тўқимаси. Ундан ташқари радиосезгирлик ёшга, жинсга ва шахсга боғлиқ бўлади.

Радионуклидларнинг зарарловчи таъсирининг эффективлиги унинг организмдан чиқарилиш тезлигига боғлиқ. Организм қанчалик ёш бўлса, радионуклидлардан тозаланиш шунча тез кечади.

Вақти-вақти билан ядро ўчоқларида қутқарув ва тиклаш ишларини олиб борувчи фуқаро муҳофазасининг кўчма кучлари фракцион нурланиш олганда радиациянинг биологик эффективлиги камаяди. Бунга сабаб, организмда юз берадиган шикастланишлар нурланишдан кейин 4-кундан бошлаб, секин-аста тикланади. Ҳужайра генетик материалининг репарацияси ферментларнинг махсус

системалари томонидан олиб борилади. Биринчи ой давомида шикастланишнинг 50%и тикланади.

Радиацион зарарланишнинг профилактикаси.

Радиацион ҳимоя бўйича халқаро комиссия касбий мажбурият бўйича ионловчи нурланиш билан алоқада бўладиган одамлар учун нурланишнинг тахминий тўғри келадиган миқдорини ишлаб чиқдилар: 0,05 Гр – бутун тана учун, 0,75 Гр – қўл ва оёқлар учун, 0,3 Гр – тери учун, 0,15 Гр – кўз учун. Бошқа аҳоли учун бу кўрсаткич 10 баробар камайтирилади.

Радиоактив чўкмалар тушган ҳудуд радиацион зарарланиш ўчоғи дейилади. Бундай ҳолатларда аҳолини огоҳлантириб, зарарланиш профилактикаси бўйича тезкор тадбирларни ўтказиш керак. Бундай тадбирларга противогаз, респиратор ёки пахта – боғич боғламлари ёрдамида радиоактив чанглардан нафас аъзоларини ҳимоя қилиш, терининг очиқ жойларини қисман санитар обработкаси, зарарланмаган сув билан кўзни ювиш, оғиз бўшлиғи, бурун ва бурун-ҳалқумни чайиш киради.

Қисман санитар ишлови бир соат давомида ўтказилади. Терини совун ёки ювувчи воситалар билан ювиш қайта тозалаш эффективлигини 10 марта кўпайтиради.

Одам организмига радиоактив чангларнинг асосий кириш йўллари ингаляцион ва алиментар. Ҳаво билан организмга кирган радионуклидларнинг 75% юқори нафас йўлларинда сақланиб қолади ва балғам билан биргаликда ташқарига чиқарилади, лекин баъзи одамларда 62,5% ошқозонга тушиб, ички нурланишга сабаб бўлади. Радионуклидлар алиментар йўл билан организмга тушганда уларнинг эрувчанлиги, қонга сўрилиш даражаси ва ички нурланиш катта аҳамиятга эга.

Йод радионуклидлари билан зарарланганда калий йодни ичиш тавсия қилинади. Ионловчи нурланишни зарарловчи таъсирини камайтириш ва радионуклидларни организмда тезкор чиқариш мақсадида бошқа радиоҳимоя воситаларини қабул қилиш нурланиш ҳудудида бўлиш вақтига ва бошқа маълум бир шароитларга боғлиқ.

Одам организмига кирган радионуклидларнинг зарарловчи таъсири уларнинг парчаланиши, биологик модда алмашинуви жараёнида организмдан чиқарилиши ва баъзи аъзоларда маҳаллий ўзгаришлар чақириб, тўпланиши ва кейинчалик намоён бўладиган организмнинг умумий реакциясига боғлиқ. Шундай қилиб, суякларда стронций, барий, торий, радий, уран, жигарда цезий ва неодим, қалқонсимон безда йод моддалари тўпланади.

Овқат маҳсулотлари билан биргаликда организмга кирган радионуклидларни тўпланиши ва сўрилишини олдини олиш мақсадида таркибида пектин кўп бўлган овқат маҳсулотларини (илдизмевалилар, олма ва бошқа мевалар). Пектинли моддалар одам организмида сўрилмайди, лекин организмдаги радионуклидларни боғлаб, ташқарига чиқариш хусусиятига эга. Жигарранг ва қора пигментларни – меланинни тутувчи овқат маҳсулотлари (чай, кофе, какао, қизил узум, кўзикорин) цезий, стронций, кобальт, рутений, радий радионуклидларини адсорблаб, организмдан чиқариш хусусиятига эга.

Профилактика чораларига амал қилмаган ҳолатларда организмда аста – секинлик билан радионуклидлар тўпланади, астения, тез чарчаш, уйқунинг бузилиши, кўзғалувчанлик пайдо бўлади, кейинчалик маҳаллий зарарланиш симптомлари кузатилади ва сурункали нур касаллиги ривожланади.

Радионуклидлар билан ифлосланган ҳудудда яшовчи аҳолига ташқи нурланишни ва уларни организмга киришини олдини олиш учун махсус чора – тадбирларни қўллаш тавсия қилинади. Бу ҳолатларда радионуклидларнинг манбалари қуйидагилар бўлиши мумкин: Атмосфера ҳавоси, ўтин, кул, ифлосланган овқат маҳсулотлари, кийим ва пойабзал. Бундай ҳолларда биринчи навбатда санитар гигиена чораларини ўтказиш керак: хонани нам тозалаш, иш кийими ва пойабзалини яшаш жойларидан ташқарида сақлаш, печларда қолган кулни супуриб ташлаш ва бошқалар. Овқатланишни тартибга солиш, витаминли овқатларни истеъмол қилиш катта аҳамиятга эга. Бу ички нурланишга нисбатан чидамлилик ва организмдан радионуклидлар ни чиқарилишига ёрдам беради.

Ифлосланган ҳудудда ҳўжалик олиб боришнинг ҳам ўзига хос хусусиятлари бор. Айни вақтда сабзавотларни радионуклидларни тўплаш хусусиятлари кетма-кетлиги қуйидагича: карам, бодринг, помидор, пиёз, чеснок, картошка, сабзи, лавлаги, редиска, нохот, шавель. Мевалар ичида радионуклидларни тўплаш хусусияти қора ва қизил смородина, олмалар ва нокларда кучли.

Радионуклидларни организмдан чиқарилишида сут – қатик маҳсулотлари, тухумлар, гўшт ва балиқ маҳсулотлари ёрдам беради. Таркибида калий тутувчи мева ва сабзавотлар (лавлаги, картошка, сабзи, помидорлар, ананас, апельсин, ўрик, банан) ичакда цезийни сўрилишини камайтиради.

Ташқи нурланиш оқибатида ривожланадиган нур касаллиги.

Нур касаллиги – одам организмига ионловчи нурланишнинг таъсири оқибатида юзага келадиган касаллик. Одамда яшин тезлигида, ўткир, ўткир ости ва сурункали нур касаллиги фарқланади.

Ўткир нур касаллиги 1Гр дан юқори дозада ионловчи нурланишнинг қисқа вақт ичида кўрсатган таъсири оқибатида ривожланади ва ўзига хос клиник белгилар ва даврий кечиш билан характерланади.

Ўткир нур касаллиги тушунчаси 1945 йилда америкалик учувчилар нинг Хиросима ва Нагасаки шаҳарларига атом бомбасини ташлаган вақтда пайдо бўлди. Нур касаллиги нафақат ташқи нурланиш вақтида, балки радионуклидларни организмга овқат, хаво, сув ва зарарланган тери орқали кирганда ҳам ривожланиши мумкин.

Таъсир кўрсатган нурланиш дозасига боғлиқ равишда клиник белгиларнинг оғирлигига қараб, ўткир нур касаллигининг қуйидаги шакллари фарқланади: суяк, ичак, токсемик ва церебрал шакллари.

Суяк шаклининг клиник кўринишида суяк кўмигининг қон яратиш вазифасини бузилиши ката ўрин тутуди.

Ичак шаклининг клиник кўринишида ошқозон – ичак трактининг зарарланиш белгилари ва нурланишдан 2 ҳафтадан сўнг ўлим юз бериши билан характерланади.

Токсемик шаклида касалликнинг 3-4 кунига келиб оғир интоксикация, буйрак етишмовчилиги(азотемия, олигурия), юрак фаолиятининг бузилиши, артериал босимнинг тушиб кетиши, 3-5 кунга келиб, мия шиши белгиларининг пайдо бўлиши билан намоён бўлади. Ўлим нурланишдан кейинги 5-7 кунлари юз беради.

Церебрал шаклида нурланишнинг бевосита бош мияга таъсири оқибатида мия шиши, нафас ва қон айланиш системаларининг ишини бузилиши 3 кун ичида беморнинг ўлимига олиб келади.

Ўткир нур касаллигининг кечиши 4 асосий даврни ўз ичига олади:

1. *Бошланғич ёки нурланиш бирламчи реакция даври..* Нурланишдан кейинги даврда бошланиб, бир неча соат ёки кун давом этади. Бошланғич даврининг характерли белгилари: кўнгил айнаши, қайд қилиш, бош оғриғи, иштаҳанинг йўқолиши, умумий ҳолсизлик, бош айланиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, юзнинг қизариши. Оғир ҳолатларда ичак эпителийсининг зарарланишидан далолат берадиган ич кетиш кузатилади. Полиурия, тахикардия, кўзғалувчанлик, аритмия, терининг қизариши, қичишиши, ачишиши, адинамия ривожланади, қон ташҳисида лимфопения, нейтрофил лейкоцитоз ва ретикулоцитларнинг кўпайиши ривожланади.

2. *Яширин давр.* Нурланиш дозасига қараб, 10-15 кундан 4-5 ҳафтагача давом этади. Нурланиш дозаси ўта юқори бўлган вақтда биринчи давр учинчи давр – касалликнинг авж олган даврига ўтиши мумкин. Яширин даврнинг характерли хусусияти бирламчи реакциянинг белгиларини сусайишидир. Лекин яширин тинчлик даврида периферик қон таркиби томонидан патологик ўзгаришлар йиғилиб, кучаяди, суяк кўмигининг бўшаши, ичак эпителийсини зарарланиши кучайиб боради, сперматогенез бузилади, терининг шикастланиши, сочларнинг тўкилиши бошланади. Қон ташҳисида лейкопения

ва лимфопения кузатилади. Касалликнинг 8-20 кунига келиб тромбоцитопенияни кўриш мумкин. Шикастланиш даражасининг ортишига қараб, тромбоцитопения, сочларнинг тўкилиши ва терининг зарарланиши эртароқ пайдо бўлиши мумкин.

3. *Касалликнинг авж олган даври ёки яққол акс этган клиник белгилар даври.* 1 ҳафтадан 2-3 ҳафтагача давом этади. Бу даврнинг бошланишида холсизлик, тана хароратининг кўтарилиши, бош оғриғи, уйқусизлик, бош айланиши кузатилади. Ошқозон ичак тракти томонидан қайд қилиш, иштаҳанинг йўқолиши, шиллиқ ёки қон билан ич кетиши пайдо бўлади. Кўнгил айнаш ва қайд қилиш организмнинг сувсизланишига олиб келиб, тана вазнининг 25-30% йўқолишига сабаб бўлади. Шиллиқ пардаларда яра-некротик ҳосилалар яллиғланиш жараёнлари билан оғирлашади – ярали гингивит, стоматит, некротик ангина, эзофагит, гастроэнтероколит. Ҳаёт учун зарур бўлган аъзоларга қон қуйилиши нур касаллигининг клиникаси янада оғирлаштиради. Шунингдек, бурундан, бачадондан, ичаклардан қон кетиши кузатилади. Иккинчи даврда бошланган соч тўкилишлари давом этади. Терининг нурланган жойларидаги сочларнинг интенсив тўкилиши кал бўлишга олиб келади. Бу даврдаги иситманинг кўтарилиши юқумли жараённинг кўшилишидан, сепсис ва кўпгина аъзо ва системаларнинг фаолияти бузилишидан далолат беради. Тана харорати септик жараённинг кечишини билдириб, бу даврнинг охиригача ушлаб турилади. Периферик қондаги патологик ўзгаришлар янада кучаяди, анемия кўшилади.

4. *Тикланиш даври.* Бир неча ҳафтадан 3-6 ойгача давом этади. Иситманинг тушиши бу даврнинг бошланганлигини билдиради. Аста – секин нерв-регулятор бузилишлари чекинади, бош оғриқлари камаёди, уйқу тикланади, ошқозон-ичак трактининг секретор-мотор функцияси тикланади, қайд қилиш ва кўнгил айнаши камаёди, шиллиқ пардалардаги яралар битади, геморрагик белгилар йўқолади, секинлик билан қон яратиш аъзоларининг фаолияти тикланади. Кал бўлган соҳаларда соч ўсиши кузатилади. Узоқ вақтгача, баъзан бир умрга гипотоник турдаги нейроциркулятор дистония, руҳий толиқиш, қон яратиш фаолиятининг етишмовчилиги, эндокрин бузилишлар сақланиб қолади.

Нур касаллиги нурланиш дозасига қараб, 4 та даражага бўлинади.

1 – даража енгил даража – 100-200 Р.

2 – даража ўртача оғир даража – 200-400 Р.

3 – даража оғир даража – 400-600 Р.

4 – даража ўта оғир даража – 600 Р дан юқори.

Шикастланиш ўчоғида зарарланганларга биринчи ёрдам кўрсатиш ва уларни парвариш қилиш.

Шикастланиш ўчоғида биринчи тиббий ёрдам бевосита аҳоли томонидан ўз-ўзига ва ўзаро ёрдам, санитар дружиначилари ва фуқаро муҳофазасининг ҳаракатчан кучлари томонидан ёрдам бериш тариқасида олиб

борилади. Ўз вақтида кўрсатилган тиббий ёрдам зарарланиш оқибатларини олдини олишга ва асоратларни камайтиришга ёрдам беради.

Санитар дружиначилари ёрдам кўрсатишни бирламчи тиббий сортировкадан – ёрдам кўрсатиш кетма-кетлиги ва зарарланганларни эвакуациясидан бошлайдилар. Биринчи ўринда нурланиш олган шикастланганлар ва куйганларга, ундан кейин радиацион зарарланганларга ёрдам берилади.

Биринчи навбатда зарарланганларнинг ҳаётига хавф соладиган қон кетишини тўхтатиш керак. Респиратор, противогазлар ва қўл остидаги воситалар ёрдамида нафас аъзоларини радиоактив чангларнинг киришидан сақлаш керак. Юмшоқ тўқималарнинг шикастланишида ва синишларда қўл-оёқларни иммобилизация қилиб, шокка қарши чоралар кўрилади. Радиацион ўчоқдан тезлик билан чиқишнинг иложи бўлмаса, сингувчи радиациянинг зарарловчи таъсирини камайтириш мақсадида шахсий аптечкадан нурланишга қарши таблеткалар (6 та цистамин таблеткаси) қабул қилинади. Цистаминнинг таъсири ичилгандан кейин 30 дақиқадан сўнг таъсир қилади. Кўнгил айнаш ва қайд қилишнинг олдини олиш мақсадида этаперазин ёки аэрон таблеткалари ичиралади.

Шикастланиш ўчоғида ерга ўтириш, ичиш, овқат ейиш, атрофдаги буюмларни қўл билан ушлаш ман этилади.

Ҳамма шикастланганлар уларга биринчи ёрдам кўрсатилганидан сўнг радиоактив шикастланиш ўчоғидан биринчи медицина ёрдам отрядига тезлик билан эвакуация қилинадилар. Биринчи навбатда оғир жароҳат олганлар эвакуация қилинади. Транспорт воситалари бўлмаса, енгил шикастланганлар га мустақил равишда ўчоқдан чиқиш йўли кўрсатилади.

Радиоактив шикастланиш ўчоғидан эвакуация қилинган одамлар биринчи навбатда қисман санитар ишловга, дозиметрик назоратга берилади. Ундан кейин шикастланиш белгилари йўқ, иш қобилятини сақлаб қолган шикастланганларни маълум бир вақт давомида текшириб туриш керак.

Организмга радиоактив моддалар кирган, яъни инкорпорация вақтида махсус антидотлар берилади. Бу антидотлар радиоактив моддаларни организмдан чиқарилишига ёрдам беради. Бундай антидотларга калий йодид, кальция глюконат, пентацин, унитиол, тетацин кальций, этилендиаминтетрауксус кислотасининг динатрийли тузи, тримефацин, пеницилламин, ферроцин, зостерин киради.

Ўқув саволлари:

1. Радиоактивлик нима?
2. Ионловчи нурланиш одам организмига қандай таъсир кўрсатади?
3. Радиацион ўчоқ нима?
4. Радиоактив чанг одам организмига қайси йўллар билан киради?
5. Радионуклидларнинг зарарловчи таъсир нимага боғлиқ?
6. Организмда радионуклидларнинг сўрилиш ва тўпланишининг олдини олиш учун нималар қилиш керак?

7. Қандай овқат маҳсулотлари радионуклидларни организмдан чиқарилишига ёрдам беради?
8. Ўткир нур касаллиги нима ва унинг қандай турларини биласиз?
9. Шикастланиш ўчоғида зарарланганларни парвариш қилишда нималарга аҳамият бериш керак?

Адабиётлар:

1. Л.А.Николаев. “Доврачебная помощь при заболеваниях и отравлениях и уход за ними”. Минск 2000.
2. Нурхўжаев А.Қ., Юнусов М.Ю., Хабибуллаев И.Х. “Фавқулодда вазиятлар ва муҳофаза тадбирлари”. Тошкент 2001.

МАВЗУ 8. КУЧЛИ ТАЪСИР ҚИЛУВЧИ ЗАҲАРЛИ МОДДАЛАР БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ.

Режа:

1. Фосфорорганик заҳарловчи моддалар билан заҳарланиш ва уларда биринчи ёрдам.
2. Терини яра қилувчи заҳарли моддалар билан заҳарланиш ва уларда биринчи ёрдам.
3. Умумзаҳарловчи заҳарли моддалар билан заҳарланиш ва уларда биринчи ёрдам.
4. Бўғувчи заҳарли моддалар билан заҳарланиш ва уларда биринчи ёрдам.
5. Психохимиявий заҳарли моддалар ва улар билан заҳарланиш.
6. Кўздан ёш оқизувчи заҳарли моддалар ва улар билан заҳарланиш.

Таянч сўзлар:

Антидот, ИВЛ, миоз, противогаз, дегазатор, ИПП, эйфория, детоксикация, оксигенотерапия.

Фосфорорганик моддалар билан заҳарланиш ва уларда биринчи ёрдам.

Фосфорорганик моддалар юқори даражали заҳарли таъсирга эга бўлиб, нерв системасига танлаб таъсир кўрсатиш хусусиятига эга. Буларга табун, зарин, зоман, V- газлар кирази. Кучсизроқ таъсирга эга бўлган фосфор органик моддалар (метафос, тиофос, хлорофос) кемирувчилар билан курашда қўлланилади. Бироқ уларни эҳтиётсиз ишлатишда уларнинг чангидан, тери ва шиллиқ пардаларга тушишидан заҳарланиш юзага келиши мумкин. Бундай заҳарланишларнинг клиник белгилари нерв-паралитик моддалар билан заҳарланишга ўхшаб, худди шундай даволанишга муҳтож бўлади. Ҳамма ЗМ лар суяқ ҳолатида ҳам, буғ ҳолатида ҳам кучли заҳар бўлиб ҳисобланади. Липоидларда яхши эриганлиги туфайли бу ЗМ лар тери орқали сўрилиб, кучли резорбтив таъсир кўрсатади, терида ҳеч қандай ўзгаришлар чақирмайди. Заҳарланиш белгиларининг ривожланиш тезлиги ЗМ нинг кириш йўлларида боғлиқ(тери ва шиллиқ пардалар, нафас аъзолари, ошқозон-ичак тракти).

ФОЗ лар нафас йўллари орқали кирганда зарарланишнинг объектив белгилари кўз қорачиқларининг торайиши(миоз) ва бронхлар мускуллари нинг спазмидир.

ЗМ лар тери ва ошқозон-ичак тракти орқали кирганда миоз ва бронхлар спазми намоён бўлмайди, лекин сўлак безларининг ва бронхлардаги безлар фаолиятини зўрайиши зарарланишдан далолат беради.

ФОЗ ларнинг нафас йўллари орқали кирганда сўлак оқишининг тезлашиши, тумов, кўкрак қафасидаги оғирлик ҳисси, бронхорея ва бронхоспазмнинг белгиси бўлмиш нафас чиқаришдаги хириллашлар кузатилади.

Тери зарарланганда шикастланган соҳанинг терлаши ва шу соҳадаги мушакларнинг тиришиши маҳаллий белги бўлиб ҳисобланади. Умумий белгилар маҳаллий белгилардан сўнг 10-30 дақиқа кейин пайдо бўлади.

Овқат ҳазм қилиш тракти орқали зарарланганда ошқозон соҳасида оғриқ, кўнгил айнаш, қайд қилиш, ноихтиёрий ич келиши ва сийиб юбориш каби белгилар намоён бўлади.

Клиник белгиларига қараб, оғирлик даражаларига қараб, енгил, ўртача оғирликдаги ва оғир даражалари фарқланади.

Енгил формадаги захарланиш бош оғриқлари, кўрқув ҳисси, ҳаракат безовталиги, енгил миоз, нафас чиқаришнинг қийинлашуви билан ўтадиган бронхоспазм, бурундан кўп миқдорда келадиган шиилиқ билан ўтадиган тумов, балғамли йўтал, кўкракда оғриқ, ёруғликдан кўрқиш, аккомодациянинг бузилиши, қўзғалувчанлик, уйқунинг бузилиш билан характерланади. Бу белгилар 1-2 сутка давомида кузатилади. Кўпинча енгил даражадаги захарланишда тўлиқ тузалиш юз беради.

Ўртача оғирликдаги даражада енгил даражадаги белгиларнинг оғирлашуви кузатилади. Кучли бош оғриғи, бош айланиши, кўрқув ҳиссининг кучайиши ривожланади. Аккомодация бузилиши билан миоз вақтинчалик бир неча кунга кўришнинг бузилишига олиб келади. Кучли кўз ёш оқиши, сўлак оқиши, тумов, терлаш, қоринда кучли хуружсимон оғриқлар, қайд қилиш ва ич кетиш кузатилади. Ҳаракат координацияси бузилган. Бронхоспазм ва бронхорея бўғилиш хуружларига олиб келади, нафас шовқинли, хуштакли хириллашлар билан, тери ва шиллик пардалари кўкаради. Шунингдек, юқоридаги белгиларга қовоқ, юз, тил ва қўл-оёқларнинг фибрилляр тортишувлари, пульснинг тезлашиши, артериал қон босимининг кўтарилиши, сийишнинг тезлашиши ҳам кўшилади.

Захарланишнинг оғир даражасида бош оғриғи, кўрқув ҳисси, бурундан ва оғиздан кўпиксимон ажратмаларнинг келиши, атроф-муҳитда мослашиш ва нутқнинг бузилиш зўраяди. Кучли бўғилишлар бронхоспазм ва бронхореянинг зўрайиши ҳисобига кучаяди. Гипоксия марказий нерв системасининг фаолиятини бузилишига ва ҳушнинг йўқолишига олиб келади. Оғир даражанинг энг характерли ва асосий белгиси тутқаноклардир. Тутқаноклар клонико-тоник характерга эга. Кейин организмда чуқурроқ бузилишлар, фалажлар пайдо бўлади, рефлекс сусаяди, артериал қон босими пасаяди, пульс

йўқолади. Ўлим ҳолати кўп ҳолларда нафас марказининг фалажланиши оқибатида юз беради.

Биринчи ёрдам кўрсатиши. ФОЗ лар билан заҳарланишдан нафас йўллариини противогазлар, тери қопламларини эса махсус ҳимоя кийими ҳимоялайди. Терининг очик жойларига тушган ФОЗлар шахсий ҳимоя пакетида(ИПП)ги махсус дегазаторлар ёрдамида зарарсизлантирилади. Махсус дегазатор бўлмаса, қисман санитар ишлови совунли сувда ёки ишқорли ювувчи воситалар ёрдамида ўтказилади. Биринчи тиббий ёрдам бевосита шикастланиш ўчоғида ўтказилади:

1. ЗМларнинг нафас йўллари орқали киришини тўхтатиш мақсадида противогаз кийгизилади. Қўл, юз, бўйиннинг очик терисига тушган ЗМ ларнинг томчилари шахсий химиявий моддаларга қарши пакетдаги суюқлик билан қисман тозаланади.
2. Шахсий аптечкадаги антидот берилади: белгилар ривожлангунга қадар профилактика мақсадида 2 таблетка тарен ёки бошқа препарат берилади. Заҳарланиш белгилари бўлган ҳолларда махсус шприц-тубикдаги антидотни кийим устидан мушак орасига юборилади.
3. Зарарланганларни шикастланиш ўчоғидан БМЁ га зудлик билан эвакуация қилинади.

Умумзаҳарловчи заҳарли моддалар билан заҳарланиш ва уларга биринчи ёрдам кўрсатиши.

Умумзаҳарловчи ЗМларга синил кислота, хлорциан, мишьяксимон ва фосфорсимон водород, металлар карбонили ва фторорганик моддалар киради.

Синил кислотанинг заҳарлилиги тўқималардаги нафас ферменти-цитохромоксидазани блоклашга асосланган. Бунинг оқибатида тўқималарнинг нафас олиши бузилади, биологик оксидланиш ва энергетик заҳираларнинг синтез жараёни тўхтади ва заҳарланишнинг клиник белгилари ривожланади. Синил кислота билан заҳарланишнинг яшин тезлигидаги ва секинлашган шакллари фарқланади.

Яшин тезлигидаги шакли синил кислота ичга кетганда ва нафас йўллари орқали заҳарланганда ривожланади. Одам тўсатдан қичқиради, ўша заҳоти хушини йўқотиб йиқилади. Кейин тутқаноқлар пайдо бўлади, рефлекслар йўқолади, артериал босим тушиб кетади ва нафас тўхтади. Ўлим 2-3 дақиқа ичида юз бериши мумкин.

Секинлашган шакли синил кислотанинг ташқи муҳитда миқдори камрок бўлган ҳолатларда ривожланади ва 10-15 дақиқа давомида ривожланади. Унинг кечишида 4 давр фарқланади:

1. Бошланғич давр – аччиқ бодом таъмининг сезилиши, томоқда тирналиш, сўлак оқиши, оғизда бемаза таъмининг пайдо бўлиши, тўш орқасида оғриқ билан бошланади. Булардан ташқари бош оғриғи, кўнгил айнаши, қайд қилиш, ич кетиши мумкин. Тери ва кўзга кўринарли шиллик пардалар ёрқин қизил рангда

2. Ҳансираш даври – биринчи даврдаги белгиларнинг кучайиши билан характерланади, шунингдек кучли ҳансираш, мушакларнинг бўшашиши, юрак соҳасида оғриқ, ўлимдан қўрқув ҳисси ривожланади.

3. Тутқаноқ даври – ҳансирашнинг кучайиши, ҳушнинг йўқолиши, ҳуружсимон тонико-клоник тутқаноқлар пайдо бўлиши билан характерланади. Экзофтальм(кўзларнинг чиқиши), қорачиқлар кенгайган. Тутқаноқлар вақтида пульс ритми ва тўлиқлиги, нафас чуқурлиги ва тезлиги бузилади. Тери ва шиллиқ пардаларнинг ёрқин қизил ранги сақланиб қолади.

4. Фалажланиш даври. Тутқаноқларнинг камайиши, мушакларнинг бўшашиши, сезги ва рефлексларни йўқолиши, ҳансирашнинг юзаки нафас билан алмашилиши, артериал қон босимининг тушиши, беихтиёр ич келиши ва сийиб юбориш, нафас фалажи билан характерланади. Нафас тўхтагач, юрак хали 3-5 дақиқа қисқариб туради, сўнгра ўлим юз беради.

Синил кислота билан заҳарланганда биринчи тиббий ёрдам ва беморларни парваришlash. Биринчи тиббий ёрдам бевосита ўчоқда амалга оширилади ва қуйидаги чора-тадбирлардан иборат.

1. Заҳарни организмга киришини олдини олиш учун противогаз кийилади.

2. Аминитрит антидоти зудлик билан юборилади, бунинг учун антидотли ампула синдирилади ва противогазнинг маскасини остига жойлаштирилади. Агар 10 дақиқадан сўнг зарарланганнинг аҳволи яхшиланмаса, антидот қайтадан берилади.

3. Зарарланганни ўчоқдан зудлик билан эвакуация қилинади, қисман санитар ишловидан сўнг лозим бўлса, ўпкаларни сунъий вентилияцияси ўтказилади, кислород ингаляция қилинади ва бошқа чоралар қўлланилади.

Химиявий ўчоқда биринчи ёрдам асосан заҳарли модданинг организмга киришини тўхтатиш мақсадида ўтказилади.

Терини яра қилувчи заҳарли моддалар билан заҳарланиш.

Терини яра қилувчи заҳарли моддаларга иприт киради. У терини яра қилувчи ва терия резорбтив таъсирга эга, одам организмига аэрозоллар ва буғлар кўринишида аэроген йўл билан, терига контакт йўл билан ва зарарланган овқат ва сув билан алиментар йўл билан киради.

Иприт юзага келтирадиган ўзгаришлар яширин даврдан сўнг 2-24 соат ичида юзага келади. Бу давр ичида ҳеч қандай субъектив ўзгаришлар кузатилмайди. Терининг таъсирланиш оғирлигига қараб, эритематоз, буллёз, буллёз-яра ва некротик шакллари фарқланади.

Эритематоз шакли жуда оз миқдордаги иприт билан тери таъсирланганда ривожланади. Яширин даврдан сўнг терида оч пушти рангдаги чегараланмаган эритема (қизариш) пайдо бўлади. Кейинчалик эритеманинг катталашади, қичишиш, оғриқ ва шиш ривожланади. Енгил даражали зарарланишда эритема 5-10 кундан сўнг доғ ҳосил қилиб йўқолади.

Буллѐз шакли зарарланган терида 8-24 соатдан кейин қирғоғида майда пуфакчалари бўлган эритема ривожланади. Сўнгра бу пуфакчалар катталашади ва каттароқ пуфакчаларга қўшилади, уларнинг ичида қаҳрабосимон-сарик рангдаги суюқлик бўлади “иприт маржони”. Пуфакчаларнинг ҳосил бўлиши кучли қичишиш ва оғриқ билан давом этади. Биринчи ҳафтанинг охирига бориб, пуфакчалар кичиклашади, уларнинг ўрнида катқалоқ ҳосил бўлади, ойнанинг охирига бориб, эпителийнинг регенерацияси юз беради.

Буллѐз-яра шакли терига катта дозада ёки кечиккан санитар ишлови вақтида ривожланади. Бундай вақтда яширин давр 2-6 соатни ташкил қилади, пуфакчалар 2-3 кун хосил бўлади. Кейинчалик улар ёрилади, инфицирланади ва яраланади. Тўқималарнинг регенерацияси зарарланишдан кейинги биринчи ойнанинг охирида пайдо бўлади, 2-3 ойдан кейин чандиқ ҳосил бўлади.

Некротик шакли Терига томчи суюқ ҳолатдаги ипритнинг таъсири оқибатида ривожланади. Кучли оғриқ, қичишиш, шиш, эритемадан сўнг катта яралар пайдо бўлади. Некротик шакли узоқ вақт даволанишни талаб қилади, 3-6 ой чўзилади. Битгач, яранинг ўрнида хунук чандиқ ҳосил бўлади.

Клиник белгиларнинг ривожланишига қараб, захарланишнинг енгил, ўртача оғир ва оғир формалари фарқланади.

Енгил шаклида клиник белгилар 6-12 соатдан кейин пайдо бўлади ва секин ривожланиш билан характерланади. Биринчи бўлиб, катарал конъюнктивит белгилари пайдо бўлади: кўз ачишиши, кўздан ёш оқиши, ёруғдан кўрқиш. 10-12 соатдан кейин қуруқ йўтал, овознинг бўғилиши, томоқда қичишиш, юқори нафас йўллариининг катарал яллиғланиш белгилари пайдо бўлади. Биринчи тиббий ёрдам ўз вақтида кўрсатилганда 7-8 кундан сўнг белгиларнинг йўқолиши ва тўлиқ даволаниш билан тугалланади.

Ўртача оғирликдаги шаклида кўзларнинг зарарланиши 2-6 соатдан кейин пайдо бўлади. Конъюнктивитдан ташқари шох парданинг яллиғланиши – кератит ҳам қўшилади. 2 –кунга келиб, қовоқларда спазм, шиш пафдо бўлади ва кўзлар беркилиб қолади. Нафас йўллариининг шикастланиши оқибатида трахеит ва бронхитлар ривожланишини кўриш мумкин. Доимий асоратлари сифатида бронхопневмония кузатилади. Биринчи ёрдам ўз вақтида кўрсатилган ҳолатларда кўриш функцияси 2-4 ҳафтадан кейин тикланади, кейинчалик бир неча ойлар ва йиллар давомида зарарланиш асоратлари кузатилиши мумкин.

Оғир шаклдаги захарланишда қисқа вақтли яширин даврдан кейин кўзларда кучли оғриқ пайдо бўлади, оғир формадаги конъюнктивит ва кератит ривожланади, оғир холларда шох парданинг тешилишини кўриш мумкин. Шу билан бир қаторда нафас йўллариининг шикастланиш белгилари – афония, кучли йўтал, ипритли пневмониянинг ривожланиши кузатилади, бу эса кучли асоратлар – ўпка абсцесси ёки ўлим ҳолати билан тугалланади.

Зарарланганларга биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш.

1. Зудлик билан противогаз ва химоя кийимларини кийиш ва кийгизиш. Терига тушган ЗМларни ИПП даги дегазацияловчи восита ёрдамида қисман зарарсизлантириш.

2. Тананинг шикастланган қисмларига асептик боғлам қўйиб иложи борича иммобилизация қилиш.
3. ЗМ кўзга тушганда уларни 2%ли натрий гидрокарбонат ёки 0,25%ли хлорамин эритмаси билан ювиш. Кўзларни ИПП даги суюқлик ювиш мумкин эмас.
4. Шикастланганларни ўчоқдан эвакуация қилинади.
5. ЗМ ни ошқозон-ичак трактига кетганлигидан далолат берувчи белгилар кузатилганда 2 таблетка карболен берилади ва ошқозон ювилади. Бунинг учун 1-1,5л ичимлик суви ичирилиб, механик йўл билан қусиш маркази кўзғатилади.

Бўғувчи захарли моддалар билан захарланиш.

Бўғувчи ЗМ ларга ўпкаларнинг токсик шишини юзага келтирувчи воситалар киради. Хозирги вақтда харбий аҳамиятга эга моддалардан фосген, дифосген ва фосгеноксим таниқли.

Захарланишнинг клиник белгиларининг ривожланиши учун даврийлик хос.

Бошланғич даврида сомон ёки чириган меваларнинг хид келади, оғизда ёқимсиз маза ва сўлак оқиши, кўзларнинг ачишиши, кунгил айнаши, бош айланиши, йўтал, нафаснинг бузилиши, баъзи холларда ларингоспазм ва бронхоспазм кузатилади.

Яширин ёки вақтинчалик сокинлик даврида захарланишнинг субъектив белгилари йўқолади. Бироқ белгиларнинг йўқолиш фонида пульснинг секинлашуви ва нафаснинг тезлашишини кузатиш мумкин.

Ўпка шиши ривожланиш даври – захарланиш даражасига қараб, секинлик билан ёки яшин тезлигида ривожланиши мумкин. Аввалига кўкрак қафасида қисилиш, куруқ йўтал, хансираш пайдо бўлади. Тана ҳарорати 38-39* га кўтарилади. Ўпка шиши ривожланиш фонида газ алмашинуви ва организмда кислород танқислиги (гипоксия) ривожланади. Клиник белгиларнинг ривожланиш даражасига қараб, кўк ва кул ранг гипоксия ривожланади.

Кўк гипоксия лабларнинг, тери ва тирноқ фалангаларининг кўқариши, хансираш, пульснинг тезлашиши, хушнинг ва юрак-томир фаолияти сақланган ҳолатда артериал қон босимининг тушиб кетиши билан характерланади.

Кул ранг гипоксия оғир шикастланишдан далолат беради. Тери ва шилик пардалари кулранг, пульс ипсимон минутага 160-180 марта, артериал қон босими 80/45 мм.сим.уст., юрак-томир етишмовчилиги, хушнинг қоронғилашуви ва йўқолиши билан характерланади, хансираш Чейн-Стокс туридаги аритмик нафас билан алмашинади, йўтал кўп миқдорда балғам ажралиши билан давом этади.

Гипоксиянинг иккала турида умумий қон айланиш ҳажмининг камайиши ва қоннинг қўйилиши кузатилади. Ўз вақтида кўрсатилмаган ёрдам беморни ўлимга олиб келиши мумкин.

Тикланиш даврида кейинги 3-4 кун ичида организмнинг қайта тикланиши кузатилади, шиш суюқлиги секин-аста сўрилади ва балғам билан биргаликда йўталганда чиқиб кетади.

Ўпка шиши тарқалгандан кейин ҳам юрак-томир системасининг фаолияти секин тикланади ва асоратларнинг келиб чиқишига олиб келади. Тикланиш даври 2-3 хафтани ўз ичига олади.

Захарланганларга биринчи тиббий ёрдам кўрсатиши.

Биринчи тиббий ёрдам шикастланиш ўчоғида кўрсатилади ва биринчи навбатда ЗМ нинг организмга киритилишини тўхтатиш билан боғлиқ чораларни ўз ичига олади. Биринчи тиббий ёрдам қуйидагилардан иборат:

1. Организмга ЗМ нинг киритилишини противогаз кийиш ёрдамида амалга оширилади.
2. Зарарланганларни шикастланиш ўчоғидан эвакуация қилинади.
3. Кўзларни зарарлангани ҳақида шикоят бўлса, кўзлар 2%ли натрий гидрокарбонат ёки оддий тоза сув ёрдамида ювилади. Эҳтиёж бўлганда юрак фаолиятини яхшилаш мақсадида кофеин ёки кордиамин инъекция қилинади.

Психохимиявий захарли моддалар билан захарланиш.

Психохимиявий захарли моддалар – ўсимлик ёки синтетик психотроп воситалар бўлиб, одамда руҳий ўзгаришларни чақиради.

Химиявий ўчоқда харбий мақсадларда мескалин, псилоцибин, псилоцин, ВЗ, ДЛК-25 каби моддалар ишлатилади. Ҳамма психоген моддалар организмга ингалецион, энтерал йўллар билан киритилади.

Клиник белгилари . Психохимиявий моддалар билан зарарланганда оғиз бўшлиғида куруқлик, нутқнинг бузилиши, терининг қуриши, қўлларнинг титраши, пульс частотасининг тезлашиши, қорачиқларнинг кенгайиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, қайд қилиши кузатилади. Енгил даражали захарланишда фикрлаш секинлашади, диққат сусаяди, хотира пасаяди.

Кейинчалик захарланиш белгилари ривожланиб, қарахтлик ҳолати пайдо бўлади – бемор кучсиз таъсиротларга жавоб қайтармайди, нутқ ноаниқ, фикрлашнинг секинлашиши, ҳаракат координациясининг бузилиши, вақтда ва бўшлиқда ориентир қилиш бузилади, кўркув ва хавотир ҳисси пайдо бўлади. Қарахтлик ҳолати галлюцинациялар, делирий ва комага ўтиш билан тугалланади.

Беморга тиббий ёрдам кўрсатганда зарарланиш белгилари тескари йўналишда қайтади: кома ҳолати делирийга ўтади, делирий қарахтликка ўтади, қарахтлик ҳушнинг тикланиши билан тугалланади.

Захарланиш миқдorigа қараб, психотик ҳолат бир неча соатдан бир неча кунгача давом этади. Психоз тугаллангач, бир неча ҳафтагача оғир астеник ҳолат ривожланади.

Биринчи тиббий ёрдам. Организмга ЗМ нинг киришини противогаз кийиш йўли билан тўхтатилади. Зарарланганларни шикастланиш ўчоғидан олиб чиқилади. Махсус антидотлардан резерпин, барбитуратлар, мексамин, глутамин кислота, галантамин ёки физостигмин тавсия қилинади.

Вазиятли вазифалар:

Турли хил химиявий моддалар билан заҳарланганда кузатиладиган белгилар ва биринчи ёрдам чоралари ҳақида махсус тайёрланган.

Саволлар:

1. Фосфорорганик бирикмалар билан заҳарланишнинг қандай белгиларини биласиз?
2. Фосфорорганик бирикмалар билан заҳарланганда қандай биринчи ёрдам кўрсатасиз?
3. Терини яра қилувчи заҳарли моддалар организмда қандай ўзгаришлар чақиради ва бу ҳолатларда қандай биринчи тиббий ёрдам кўрсатасиз?
4. Умумзаҳарловчи заҳарли моддалар билан заҳарланишнинг белгилари ни ўзига хос хусусиятлари.
5. Умумзаҳарловчи заҳарли моддалар билан заҳарланганда биринчи тиббий ёрдам кўрсатинг.
6. Бўғувчи заҳарли моддалар билан заҳарланганда қандай белгилар кузатилади ва қандай биринчи ёрдам кўрсатилади?
7. Кўздан ёш оқизувчи заҳарли моддалардан заҳарланиш ва уларда биринчи ёрдам кўрсатишнинг ўзига хос хусусиятлари.
8. Психохимиявий заҳарли моддалардан заҳарланишда ва биринчи ёрдам кўрсатишда нималарга аҳамият бериш керак?

Адабиётлар:

1. Л.А.Николаев “Доврачебная помощь при заболеваниях и отравлениях и уход за ними”. Минск 2000й.
2. «Медицина ҳамширалари ўқув қўлланмаси». Р.А.Рамазанова., Ю.Г. Сёмина таҳрири остида. Тошкент 1985й.

МАВЗУ 9. ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШЛАРДА ШИФОКОРДАН ОЛДИНГИ ЁРДАМ.

Режа:

1. Одам организмига ЗМ ларнинг кириш йўллари ва фавқулодда вазиятларда кўриладиган чора-тадбирлар.
2. Кучли таъсир қилувчи ЗМ лар билан заҳарланиш.
3. Қўзиқоринлар билан заҳарланиш ва биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш.
4. Заҳарли ўсимликлардан заҳарланиш ва биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш.
5. Алкоголдан заҳарланиш.

6. Чаён чаққандаги белгилар ва биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш.
7. Илон чаққанда биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш.

Таянч сўзлар:

гемолиз, гемоглобинурия, ступор ҳолати, кома ҳолати, диплопия, гемосорбция, атаксия, диурезни тезлатиш.

Одам организмига захарли моддаларнинг кириш йўллари ва фавқулодда вазиятларда кўриладиган чора-тадбирлар.

Захарланиш – бу одам организмига турли захарларни кириш оқибатида юзага келадиган касаллик ҳолати. Ўткир, сурункали, ишлаб чиқаришдаги, овқат маҳсулотлари, дорилар орқали захарланишлар бўлади. Захарли модданинг табиатига қараб, овқат маҳсулотларидан ва ноозиқ-овқат маҳсулотларидан захарланишлар фарқланади.

Овқат маҳсулотларидан захарланишлар захарли кўзиқоринлар ёки балиқлардан, овқат маҳсулотларини микроблар билан зарарланиши, ҳам маҳсулотлардан бўлиши мумкин.

Ноозиқ овқат маҳсулотларидан захарланишлар кучли таъсир қилувчи захарли моддалар, дори моддалари ва махсус кўрсатмали ЗМ лар билан юз бериши мумкин.

Одам организмига ЗМ лар нафас йўллари, овқат ҳазм тракти, тери орқали киради. Фавқулодда вазиятлар юзага келганда умумий чора-тадбирлар қуйидагилардан иборат: 1) захарли моддаларнинг организмдан чиқарилиши; 2) захарни зарарсизлантирувчи антидотларни зудлик билан қўллаш; 3) айти захар билан зарарланган аъзоларни вазифаларини ушлаб турувчи симптоматик терапия.

Кучли таъсир қилувчи ЗМ лар билан захарланиш.

Хлор билан захарланиш.

Хлорнинг баъзи бир бирикмалари тиббиёт соҳасида антисептика, дезинфекция ва дегазация мақсадларида қўлланилади. Ишчи хоналарда хлорнинг оз миқдори ҳам сурункали захарланишларга олиб келиши мумкин, булар ўз ўрнида сурункали бронхитлар, бронхиал астма, пневмосклероз, ўпка юрак етишмовчилигининг ривожланишига сабаб бўлади. Ўткир захарланишлар миқдоридан юқори даражада хлор билан тўйинган ҳаводан нафас олган ҳолларда ривожланади.

Захарланишнинг клиник белгиларига қараб, енгил, ўртача оғирликда, оғир ва яшин тезлигидаги шакллари фарқланади.

Захарланишнинг бошланғич босқичларида организмнинг рефлексор реакцияси вақтинчалик нафасни тўхтатувчи рефлексор ларингоспазм билан намоён бўлади.

Захарланишнинг енгил даражасида бирламчи реакция бўлмаслиги мумкин. Зараланган одам кўзларида ачишиш, кўз ёш оқиши, томоқда ва бурун ҳалқумда

қичишиш ва қуруқ йўтал ҳис қилади. Ўз вақтида кўрсатилган ёрдам оқибатида бир неча кун давомида бу белгилар йўқолади.

Ўртача оғирликдаги заҳарланишларда қисқа вақтли рефлексор нафас тўхтагач, нафас тикланади, лекин юзаки ва аритмик бўлиб қолади. Бемор кўз ёш оқишига, кўзларнинг ачишишига, қуруқ йўталга ва кўкрак қафасидаги оғриққа шикоят қилади. Заҳарланишдан 2-4 соатдан кейин кучли гипоксия ва ўпка шиши ривожланади.

Оғир формадаги заҳарланишларда қисқа вақтли ларингоспазмдан кейин юзаки ва тез нафас, цианоз пайдо бўлади, ҳуши йўқолади, юрак-томир етишмовчилиги ва мускулларнинг клоник тиришишилари ривожланади. Ўлим 5-25 дақиқадан сўнг нафас тўхташи оқибатида юз беради.

Яшин тезлигида ривожланган заҳарланишларда турғун ларингоспазм пайдо бўлади, нафас мускулларининг клоник тиришишлари, цианоз, экзофтальм, ҳушнинг йўқолиши кузатилади. Ўлим бир неча дақиқа ичида бўғилиш оқибатида юз беради.

Хлор билан ўткир заҳарланишларда асоратлар бўлиб нафас йўллариининг сурункали касалликлари, пневмосклероз, ўпка эмфиземаси, бронхоэктатик касаллик ва ўпка-юрак етишмовчилиги ривожланади.

Хлор билан заҳарланишларда биринчи тиббий ёрдам. Зараланган одамни ўчоқдан эвакуация қилинади, 1мл 1%ли морфин эритмаси, 1мл 0,1% ли атропин эритмаси, 1мл 5%ли эфедрин эритмаси тери остига, 15мл 10% ли кальция хлорид ёки 20мл 10%ли кальций глюконат эритмалари, 10мл 2,4% ли эуфиллин эритмаси вена ичига юборилади. Шунингдек, димедрол, гидрокортизон инъекциялари, 2%ли натрий гидрокарбонат эритмасидан ингаляция, антибиотиклар, эфедрин билан новокаин аралашмаси инъекция қилинади. Кўзларни водопровод суви билан ювилади.

Аммиак билан заҳарланиш.

Аммиак билан заҳарланиш газсимон ёки сувли кўринишдаги бирикмалари билан юз бериши мумкин. Нашатир спиртининг 25-50 мл ўлимга олиб келувчи миқдор бўлиб ҳисобланади. Оз миқдордаги аммиакни ҳидлаган вақтда юқори нафас йўллари шиллиқ пардаларининг таъсирланишига ва нафас-юрак-томир марказининг кўзғалишига, нафаснинг тезлашишига ва артериал қон босимининг ортишига сабаб бўлиши мумкин. Аммиакнинг бу хусусияти ҳушдан кетишларда ва алкогольдан заҳарланишларда фойда беради. Аммиак ва нашатир спирти шиллиқ пардаларда ва терида тўқималарнинг химиявий куйишига сабаб бўлади.

Енгил заҳарланиш тумов, томоқда қичишиш ва оғриқ, овознинг бўғилиши, сўлак оқиши, юқори нафас йўллари шиллиқ пардаларининг қизариши билан характерланади.

Оғир заҳарланишларда кўшимча кўкрак қафасида сиқилиш, оғриқ, хуружсимон балғамли йўтал, бўғилиш, кучли кўзғалиш, бош оғриғи, қорин оғриғи, қайд қилиш, пульснинг тезлашиши, сийдикнинг тўхташи

кузатилади. Рефлектор спазм, ҳиқилдоқнинг куйиши ва шиши оқибатида асфиксия юз бериши мумкин. Тери ва кўзларнинг шиллик пардаларига тушганда шох парданинг куйиши ва хиралашиши кейинчалик кўришнинг пасайишига олиб келиши мумкин. Ичга кетганда ҳалқумда, қизил ўнгачда, ошқозонда кучли оғриқлар пайдо бўлади, қон билан қайд қилиш, тумов, йўтал, кўздан ёш оқиши, тахикардия, оёқларнинг фалажи ва коллапс ривожланади.

Аммиак билан заҳарланганларга тиббий ёрдам кўрсатиши. Зарарланганни шикастланиш ўчоғидан зудлик билан эвакуация қилиш, терини ва кўзларини водопровод суви билан ювилади. Кўзлардаги оғриқларни камайтириш учун 1%ли дикаин эритмаси томизилади, ковоқларни 1%ли эритромицинли мазь билан суртилади. Нашатир спирти билан заҳарланганда ошқозонни зонд ёрдамида ювилади, ундан сўнг 1%ли анестезиннинг ёғли эритмаси ва ўраб олувчи моддалар (сут, оксилли сув) юборилади. Терининг зарарланган қисмларига 5%ли уксус ёки лимон эритмасидан примочкалар қилинади. Нафас тўхтаган ҳолларда ўпкаларнинг сунъий вентилияцияси ўтказилади, зарур ҳолларда трахеотомия қилинади.

Ис гази билан заҳарланиш.

Одам организмига ис гази нафас йўллари орқали киради. Заҳарланишнинг клиник кўриниши ис газининг ҳаводаги концентрациясига, таъсир қилиш экспозициясига ва жисмоний зўриқишнинг интенсивлигига боғлиқ. Заҳарланишнинг 3 даражасини фарқлаш мумкин.

Енгил заҳарланишда бошланғич белгилар кучли бош оғриғи, чакка артерияларининг пульсациясидир. Зарарланган ҳудуддан чиққанда бу белгилар йўқолиши мумкин. Акс ҳолда юқоридаги белгиларга қўшимча аритмия, пульс ва нафаснинг тезлашиши, ҳансираш, безовталиқ, қўрқув ҳисси, тери ва шиллик пардалари оч қизил рангга киради, мускулларнинг бўшашиши, кўнгил айнаши, ҳаракат координациясининг бузилиши, эшитишнинг камайиши, бош айланиши кузатилади.

Агар ис газининг таъсири камаймаса, ўртача оғирликдаги заҳарланиш ривожланади. Бу даражадаги заҳарланишлар учун ҳушнинг йўқолиши, қорачиқларнинг кенгайиши, клоник ва тоник тутқаноқлар хос. Тана ҳарорати 38-40* гача кўтарилади, баъзи ҳолларда сийдикнинг ва ахлатнинг беихтиёр келиши кузатилади. Агар зарарланганни ўчоқдан олиб чиқилса, тутқаноқлар камаяди, нафас ва қон айланиши тикланади. Ҳуши секин-аста ўзига келади, баъзи ҳолларда руҳий ўзгаришлар сақланиб қолади.

Агар зарарланганга ўз вақтида ёрдам кўрсатилмаса, оғир заҳарланиш юз беради. Бу даражадаги заҳарланишни узоқ вақтли ҳушни йўқолиши характерлайди. Тутқаноқлар секин-аста камаяди, мушаклар бўшашади, нафас секинлашади, тўхтади. 50% ҳолларда ўлим нафас марказининг фалажи оқибатида юз беради.

Биринчи тиббий ёрдам ис газини организмга киритилишини тўхтатишдан иборат. Бунинг учун зараланганни тоза ҳавога олиб чиқилади. Унинг бурни олдига нашатир спирти билан ҳўлланган пахта бўлаги келтирилади, кўкрак қафасининг олдинги юзаси ишқаланади, оёқларга грелка қўйилади, кўкракка ва орқага ханталма қўйилади, иссиқ чой ёки кофе ичишга берилади. Нафас тўхтаганда ўпкаларнинг сунъий вентилияцияси ўтказилади, кислород берилади, нафас стимуляцияси учун лобелин ёки цититон қилинади. Нафас марказининг фаолиятини яхшилаш мақсадида кордиамин ёки кофеин, тутқаноқ маҳалида хлоралгидрат(даволовчи клизма билан), фенобарбитал тавсия қилинади. Асосий даволаш чораси оксигенотерапиядир.

Қўзиқорин билан захарланиш.

Қўзиқориндан захарланиш овкат махсулотларига захарли кузиқоринлар (ок поганка, кизил мухамор, сохта сморчок) тушганда ёки шартли озука кузиқоринларни (сморчоклар, свинушкалар) истеъмол қилганда юз беради.

Ок поганка билан захарланганда захарланиш белгилари 8-24 соатдан кейин пайдо бўлади. Коринда кучли огрик, кайд қилиш, гуруч қайнатмаси қурилишида қон аралаш ич қилиши билан намоён бўлади. Тана ҳарорати пасайиши, тутқаноқлар, сариклик пайдо бўлиши, жигарнинг қатталашиши, қон қосим тушиб қетиб, юрак фаолияти бузилиши мумкин. Ёрдам қурсатилмаганда 2-3 қунига қелиб жигар-буйрак етишмовчилиги фонида юрак фаолиятининг етишмовчилигидан қлим юз қериши мумкин.

Строчкалар билан захарланганда симптомлар овқатдан 6-10 соатдан кейин пайдо бўлади ва қоринда огриклар, қунқил айнаш, сафро билан қайд қилиш, баъзан ич қетиши билан ҳарактерланади. Оқир захарланишларда жигар ва талокнинг қатталашиши, сариклик, гемолиз, гемоглобинурия (сийдикнинг қизариши), юрак-томир етишмовчилиги, тутқаноқ ва ҳушнинг йуқолиши қузатилади.

Қизил мухамор билан захарланганда белгилар 30 дақика ёки 6 соатдан кейин пайдо бўлади. Қунқил айнаши, қайд қилиш, суқок ич қелиши, терлаш, сулак ва қуз ёшининг оқиши, перистальтиқанинқ қуқайиши, бош айланиши, галлюцинациялар, алахсираш ва қуз қорачикларининг торайиши қузатилади. Кейинчалиқ ступор ёки қома ҳолати ривожланади ва юрак-томир етишмовчилигидан қлим юз қериши мумкин.

Қўзиқоринлар билан захарланганда биринчи тиббий ёрдам ошқозонни ювиш, активлиштирилқан қумир ва тузли сурқи дориларни қериш билан бошланади. Антидот ва симптоматик терапия мақсадида беморларни қасалхонага юборилади. Организмнинг детоксикацияси мақсадида вена орқали липа қислотаси, тери остига 1мл 0,1%ли атропин эритмаси юборилади. Организмдан захарни тезлик билан қикарилиши мақсадида натрий хлориднинг 0,9%ли эритмасини қунига 1000-1500 мл юборилади. Қунқик дозаси 10 млн.ТБ гача тавсия қилинади. Симптоматик терапия мақсадида норадреналин ёки мезатон,

юрак фаолиятини мустаҳкамлаш учун юрак гликозидлари, жигар- буйрак фаолиятини яхшилаш учун гидрокортизон ёки преднизолон тавсия қилинади.

Заҳарли ўсимликлар билан заҳарланиш.

Бу турдаги заҳарланишлар овқатга ўсимлик заҳарларини тутувчи мевалар, барглар ва илдизларни истеъмол қилган вақтда ривожланади. Бундай ҳолатларда хавфни сезмай қолган болалар зарарланади. Ўсимликлар таркибидаги заҳарлар алкалоидлар, гликозидлар, сапонинлар, эфир ёғлари ва бошқа химиявий бирикмалар бўлиши мумкин.

Заҳарли ўсимликларни меваларини ва бошқа таркибий қисмларини (бузина, гелиотроп, жостер, красавка, лютик, спорынья) истеъмол қилган вақтда уткир гастроэнтерит (қўнгил айнаш, қайд қилиш, қоринда оғриқ, ич кетиши) ривожланади. Оғир заҳарланишларда ҳолсизлик, юрак-томир, нафас системаларининг етишмовчилиги, тутқаноқлар, ҳушнинг йўқолиши кузатилиб, ўлим юз бериши мумкин.

*Заҳарли ўсимликлардан заҳарланишда биринчи тиббий ёрдам*_ошқозонни ювиш билан бошланади. Ундан сўнг ичишга активланган кўмир, заҳарларни қамраб олиш учун танин, ичакни тозалаш учун тузли сурғи дори берилади. Кейинги антидотли ва симптоматик терапия заҳарнинг химиявий турига ва беморларнинг аҳволига қараб ўтказилади.

Никотиндан заҳарланиш. Танлаб психотроп ва нейротоксик таъсир курсатади. Заҳарланиш симптомокомплекси бош айланиши, бош оғриғи, қўнгил айнаш, қайд қилиш, ич кетиши, сулак оқиши, совуқ тер билан қопланиши, пульс аввалига секинлашган, кейин тезлашган, аритмик, қорачикларнинг торайиши, эшитиш ва қуришнинг бузилиши, тутқаноқларни уз ичига олади. Катталарда улим чакирувчи дозаси 40 мг., болаларда 10 мг.(1 дона сигаретда 15 мг. никотин бор).

Биринчи ёрдам. Ошқозонни 1:1000 нисбатдаги калий перманганат эритмаси билан ювилади. Тузли сурғи дорилар ва активлашган кумир ичишга берилади. Касалхонага юборилади.

Ангишвонагул (белладонна) билан заҳарланиш. Бу ўсимлик танлаб психотроп таъсир курсатади. Белгилари: оғизда ва томоқда қуруқлик, нутқ ва ютишнинг бузилиши, яқинни қуришнинг бузилиши, диплопия, ёруғликдан қурқиш, юракни уриб кетиши, хансираш, бош оғриғи, тери қуруқ, қизил, пульс тезлашган, қорачиклар кенгайган, ёруғликка реакция бермайди, рухий ва ҳаракат қўзғалувчанлиги, қуриш галлюцинациялари, эпилепсияга ўхшаш тутқаноқлар, кома.

Биринчи ёрдам. Оғиз орқали заҳарланганда ошқозон ювилади, қўчли диурез, гемабсорбция, бошга ва чов соҳасига муз халта, беморни нам чойшаб билан уралади.

Ҳинд кукнориси билан заҳарланиш.(гашиш, марихуана, анаша). Танлаб психотроп наркотик таъсир курсатади. Клиник белгилари: психомото қўзғалиш, қорачикларнинг кенгайиши, қўлоқларнинг шангиллаши, ёркин қуриш

галлюцинациялари, умумий холсизлик, йиглокилик ва пульснинг секинлашиши ва тана ҳароратининг давом этиши билан узоқ чуқур уйқу кузатилади.

Биринчи ёрдам. Огиз орқали қабул қилинганда ошқозон ювилади, активлаштирилган кумир, тезлашган диурез, гемабсорбция. Кескин кузғалишда аминазин, галоперидол берилади.

Алкоголдан заҳарланиш.

Алкоголнинг токсик дозаларини қабул қилиш вақтида мастликнинг умумий белгиларига қўшимча равишда қуйидаги белгилар кузатилади: совуқ ёпишқоқ тери, юз териси ва конъюнктиванинг гиперемияси, тана ҳароратининг пасайиши, қайд қилиш, ноихтиёрий ич келиш ва сийиб юбориш. Кўз қорачиқлари қисқарган, нафас бузилиши кучая борган сари кучаяди. Нафас секинлашган, пульс кучсиз, тезлашган. Тутқаноқлар, қусиш массаларининг аспирацияси, ларингоспазм бўлиши мумкин. Нафас ва юрак – томир фаолиятининг тўхташи кузатилади. Ўлим дозаси 96%ли спиртнинг 300мл. Алкоголдан заҳарланишни тўхтатиш мақсадида зонд ёрдамида ошқозон ювилади. Алкоголнинг элиминациясини

тезлаштириш мақсадида вена ичига глюкозанинг гипертоник эритмаси инсулин билан биргаликда (20%ли глюкоза эритмасининг 500 мл ва 20 ТБ лигида инсулин), 500-1000мл 4%ли гидрокарбонат натрий эритмаси юборилади. Оғир кома ҳолатларида ўлчовли диурез ўтказилади. Артериал босим тушиб кетганда юрак-томир препаратларидан строфантин, кордиамин, мезатон ва бошқа препаратлар буюрилади.

Бўғимоёқлилар чакқанда биринчи ёрдам кўрсатиш.

Чаён чакқанда кузатиладиган белгилар.

Ҳозирги вақтда чаёнларнинг 500 га яқин тури мавжуд бўлиб, бизнинг мамлакатимизда 12 тури учрайди. Чаён чакқанда асоратлари унинг турига, зарарланганнинг ёшига, индивидуал сезгирлигига, чақиш ўрнига боғлиқ. Катта ҳажмдаги чаёнларнинг чақиши ва бошни, юз ва бўйинни чакқанда ҳаёт учун хавфли ҳисобланади.

Чаён заҳри марказий нерв ва юрак-томир системасига токсик таъсир кўрсатади. Чакқан жода кучли оғриқ сезилади. Тўқималарнинг шиши кузатилади. Терида тиниқ суюқликка тўлган пуфакчалар пайдо бўлади. Юрак уриши тезлашади, тана ҳарорати кўтарилади. Бош оғриғи, қайд қилиш, уйқучанлик, эт увишиши, холсизлик кузатилади. Кейинчалик тутқаноқлар, қўлоёқлар мускулларининг тортишиши пайдо бўлади, муздек тер билан қопланади, юрак ритми бузилади. Баъзан зарарланганнинг умумий аҳволи вақтинчалик яхшиланади, кейин оғирлашади. Оғир ҳолларда тўсатдан нафас тўхтаб қолиши кузатилади.

Қорақурт чакқанда кузатиладиган белгилар.

Ўрта Осиёда, Қримда, Кавказда кўп учрайди. Қорақурт кечки вақтларда фаоллиги ортади, лекин кундуз кунлари ҳам чақиши мумкин. Унинг заҳари ўта

хавфли илонларнинг заҳаридан 15 марта кучли бўлиб, от ёки туяни ўлдириш хусусиятига эга. Агар зарарланган одамга тез ёрдам кўрсатилмаса, 1-2 кун ичида ўлим юз бериши мумкин.

Қорақурт чаққан жойида кичкина қизил доғ пайдо бўлади, бу доғ тезлик билан оқаради. 10-15 минутдан кейин қоринда, белда, кўкрак қафасида кучли оғриқ, кучли безовталиқ, қўзғалиш, ўлимдан қўрқув пайдо бўлади. Зарарланган одамнинг оёқлари увишади, нафас олиши қийинлашади, қайд қилиш ва бош оғриғи кузатилади. Юрак қисқаришлари сони камаёди, пульс аритмик бўлади. Кескин қўзғалиш ҳолати умумий ҳолсизлик билан алмашинади, лекин безовталиқ ҳисси сақланиб қолади. 3-5 кундан кейин терига тошма тошади, зарарланганнинг ҳолати биров яхшиланади. Тузалиш 2-3 ҳафтадан кейин юз беради, лекин одам анча вақтгача ҳолсизликни ҳис қилиб туради.

Бўғимоёқлилар чаққанда биринчи ёрдам кўрсатиш. Бўғимоёқлилар чаққан жойида чаққандан 2-3 дақиқа ўтиб, ёниб турган гугурт билан қуйдирилади. Агар қўл ёки оёқдан чақилган бўлса, шу соҳаларнинг ҳаракатсизлиги таъминланади. Кўп миқдорда суюқлик берилади. Бўғимоёқлилар чаққанда қорқуртга қарши зардоб буюрилади. Беморга биринчи ёрдам кўрсатгач, уни тезлик билан касалхонага етказилади.

Илон чаққанда биринчи ёрдам кўрсатиш.

Бизнинг мамлакатимизда 56 га яқин илон турлари бўлиб, одам учун хавфлиси 11 туридир. Илон чаққан вақтда қуйидаги маҳаллий белгилар кузатилади: кучли ва давомли оғриқ, шиш, тери остига қон қуйилишлар, ичига геморрагик суюқлик тўлган пуфакчалар пайдо бўлади. Умумий белгилардан бош айланиши, ҳолсизлик, қўнғил айнаши, терлаш, ҳансираш, тахикардия, артериал қон босимининг тушиб кетиши, ҳушдан кетиш, коллапс кузатилади. Биринчи шифокордан олдинги ёрдам кўрсатишни зарарланган соҳани иммобилизациясидан бошланади. Чақишнинг биринчи дақиқаларида жароҳатдан заҳар сўриб ташланади. Жгут боғлаш ва терини кесиш қатъиян ман этилади.

Биринчи ёрдам кўрсатиш мақсадида жароҳат ўрнини 1%ли перманганат калий эритмаси билан ювилади. Жароҳат ўрнига муз халта қўйилади, жароҳат ўрнига 0,3мл 0,1%ли адреналин эритмаси юборилади. Сўнгра беморни жароҳлик стационарига махсус ёрдам учун юборилади.

Саволлар:

1. Одам организмига заҳарли моддалар қайси йўллар билан киради?
2. Хлор билан заҳарланишда қандай белгилар кузатилади ва биринчи ёрдам кўрсатиш усуллари?
3. Аммиак билан заҳарланишнинг белгилари ва қандай биринчи ёрдам кўрсатилади?
4. Ис гази билан заҳарланишнинг қандай белгилар кузатилади?
5. Қўзиқорин билан заҳарланишнинг белгиларини айтиб беринг?

6. Заҳарли ўсимликлар билан заҳарланиш ва уларда биринчи ёрдам кўрсатиш чораларини айтиб беринг.
7. Алкоголдан заҳарланишнинг қандай белгиларини биласиз?
8. Бўғимоёқлилар чаққанда қандай белгилар кузатилади ва биринчи ёрдам кўрсатиш чораларини айтиб беринг?
9. Илон чаққанда ўзига хос белгилари ва ёрдам кўрсатиш чоралари.

Адабиётлар:

1. Л.А.Николаев. “Доврачебная помощь при заболеваниях и отравлениях и уход за ними”. Минск 2000.
2. Р.А.Рамазанова, Ю.Г.Сёмина “Медицина ҳамширалари учун ўқув қўлланмаси”. Тошкент. 1985.

Тестлар.

1. Касаллик деганда нимани тушунасиш?

- а) макроорганизм билан микроорганизм ўртасида ташқи муҳитнинг маълум бир шароитларидаги ўзаро курашиши;
- б) наслий мойиллик;
- в) ташқи куч таъсирида организмда юзага келадиган ўзгаришлар;

2. Этиология нима?

- а) касалликнинг ривожланиш механизми;
- б) касалликни келтириб чиқарувчи сабаблари;
- в) касалликни текшириш усули;

3. Патогенез нима?

- а) касалликни ривожланиш механизми;
- б) касалликни келтириб чиқарувчи сабаблари;
- в) касалликни текшириш усуллари.

4. Беморни текшириш усуллари:

- а) объектив, субъектив ва клиник-инструментал усуллар;
- б) вирусологик текширишлар;
- в) дерматовенерологик текшириш усуллари;
- г) микробиологик текшириш усуллари.

5. Беморларни даволаш усуллари:

- а) симптоматик даволаш усуллари;
- б) патогенетик даволаш усуллари;
- в) комплекс даволаш усуллари.

6. Нафас аъзолари касалликларининг асосий белгилари:

- а) қайд қилиш, кўнгил айнаши, ич кетиши, ошқозон соҳасида оғриқ;
- б) олигурия, протеинурия, белда оғриқ;
- в) ҳансираш, йўтал, кўкрак қафасида оғриқ, цианоз.

7. Ўтқир бронхит касаллигининг белгилари:

- а) иситманинг кўтарилиши, қуруқ ва балғам аралаш йўтал, ҳансираш, кўкрак қафасида оғриқ;
- б) ҳаво етишмаслик хуружи, Крушман-Лейден спираллари, акроцианоз;
- в) тана ҳароратининг кўтарилиши, қуруқ йўтал, рентгендаги ўзгаришлар, нафас олишнинг етишмовчилиги, ҳансираш.

8. Бронхиал астманинг юзага келиш сабаблари:

- а) аллергия – инфекция сабаблар;
- б) нотўғри овқатланиш;
- в) совуқда қолиш, вирусли инфекциялар.

9. Бронхиал астманинг клиник белгилари:

- а) иситманинг кўтарилиши, қуруқ ва балғам аралаш йўтал, ҳансираш, кўкрак қафасидаги ўзгаришлар;
- б) ҳаво етишмаслик хуружи, Крушман-Лейден спираллари, акроцианоз, субфебрил ҳарорат;
- в) тана ҳароратининг кўтарилиши, қуруқ йўтал, рентгендаги ўзгаришлар, нафас олишнинг етишмовчилиги, ҳансираш.

10. Ўтқир пневмониянинг клиник белгиларини айтиб беринг:

- а) тана ҳароратининг 39-40*гача кўтарилиши, қуруқ йўтал, зангсимон балғам аралаш йўтал, ён томондаги оғриқлар, нафас сонининг тезлашиши, тахикардияқонда лейкоцитоз ва ЭЧТ нинг тезлашиши;
- б) тана ҳароратининг кўтарилиши, рентгендаги ўзгаришлар, ҳансираш;

в) ҳаво етишмаслик хуружи, Крушман-Лейден спираллари, акроцианоз, субфебрил ҳарорат.

11. Ўпка абсцессининг этиологиясини кўрсатинг:

- а) наслий мойиллик;
- б) инфекцион-аллергик мойиллик;
- в) йирингли таёчалар, стафилококк, ичак таёқчалари, протей, стрептококк.

12. Қон туфлаш ва ўпкадан қон кетишида биринчи ёрдам кўрсатинг.

- а) жгут боғлаш, иммобилизация қилиш, окклюзион боғлам;
- б) суюқлик миқдорини камайтириш, ичишга виқасол таблеткалари, 10%ли кальций хлорид, аскорбин кислота, ўтирган ҳолат, кўкрак қафасига муз халта, қон ивувчанлигини оширувчи препаратлар;
- в) муз парчасини ютиш, қорин устига муз халта, ётоқ тартиби, овқат миқдорини чеклаш.

13. Юракнинг ишемик касаллигига нималар киради?

- а) шок, коллапс, ҳушдан кетиш;
- б) гипертоник криз, гипертония;
- в) стенокардия, миокард инфаркти, юрак аневризмаси.

14. Юрак – томир етишмовчилигини кўрсатиб ўтинг:

- а) шок, коллапс, ҳушдан кетиш;
- б) гипертоник криз, гипертония;
- в) стенокардия, миокард инфаркти, юрак аневризмаси.

15. Гипертония касаллигида даволаш усуллари:

- а) юрак ва томирларни стимулловчи препаратлар, иссиқ чой, кофе;
- б) қон томирларни кенгайтирувчи, қонни суюлтирувчи, сийдик ҳайдовчи препаратлар;
- в) антибиотиклар, дезинтоксикацион суюқликлар, гормонал препаратлар.

16. Стенокардияда биринчи ёрдам кўрсатинг.

- а) тил остига нитроглицерин ёки валидол, сиқиб турувчи кийимлардан ҳоли қилиш, тоза ҳаво келишини таъминлаш;
- б) қон томирларни кенгайтирувчи, қонни суюлтирувчи, сийдик ҳайдовчи препаратлар;
- в) антибиотиклар, дезинтоксикацион суюқликлар, гормонал препаратлар.

17. Ошқозон, 12 бармоқли ичак яра касаллигининг этиологиясини кўрсатинг:

- а) ёмон сифатли овқат маҳсулотларини, спиртли ичимликлар ва дори маҳсулотларини қабул қилиш;
- б) наслий мойиллик, хилакобактериялар, бетартиб овқатланиш, спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиш;
- в) стафилококк, стрептококк, совуқда қолиш.

18. Қандли диабетнинг асоратларини кўрсатинг:

- а) коллапс, плевритлар, юрак астмаси;

- б) комалар, гангрена, кўрлик;
- в) қон қусиш, коллапс, ётоқ яралари.

19. Диабетик команинг белгиларини белгиланг:

- а) кучли ташналик, оғзидан ацетон ҳиди келиши, ҳушдан кетиши;
- б) кучли бош оғриғи, бош айланиши, кўнгил айнаши, қайд қилиш;
- в) белда оғриқлар, оёқларда шиш, сийдикнинг тўхташи.

20. Гипогликемик комада тез тиббий ёрдам кўрсатинг:

- а) инсулин, глюкоза, суюқликларни вена орқали юборилади;
- б) дибазол, глюкоза 40%ли 50,0 венага;
- в) ширинлик берилади, 40%ли 50,0 венага.

21. 7-парҳез столи қандай касалликларда буюрилади:

- а) қандли диабет, ошқозон-ичак касалликлари, буйрак касаллиги;
- б) буйрак касалликлари;
- в) жигар касалликлари, юрак касалликлари.

22. Ошқозон яра касаллигининг белгиларини кўрсатинг:

- а) кўнгил айнаб қайд қилиш, бош оғриғи, бош айланиши;
- б) овқат егандан кейинги чап қовурға соҳасида оғриқлар, қон аралаш қайд қилиш, кўнгил айнаши, рентгеноскопияда “тешик” белгиси;
- в) метеоризм, қабзият, киндик атрофида оғриқ.

23. Нефрит касаллигининг белгиларини кўрсатинг:

- а) сийдик ранги қизил, миқдори кам, юзда шишлар;
- б) ўнг қовурға соҳасида оғриқ, сийдик ранги қизил, ахлат оқарган;
- в) бемор ранги кўкарган, оёқларда шиш, сийган вақтда оғриқлар.

24. Буйрак тош касаллиги хуружида қандай биринчи ёрдам кўрсатилади?

- а) антибиотиклар, дезинтоксикацион препаратлар;
- б) гормонал препаратлар, қорин устига муз халта, спазмолитиклар;
- в) спазмолитиклар, оғриқ қолдирувчи наркотик ва нонаркотик анальгетиклар, бел соҳасига иссиқ, умумий ванна.

25. Неврозлар гуруҳига нималар киради?

- а) стенокардия, коллапс, гипертония касаллиги;
- б) неврастения, истерия;
- в) психозлар, эпилепсия.

26. Эпилепсия хуружида тез тиббий ёрдам кўрсатинг:

- а) аминазин, валокордин;
- б) жағ орасига қошиқ қўйиш, реланиум, беморнинг йиқилишини олдин олиш;
- в) димедрол, но-шпа, викасол.

27. Истерик тутқаноқнинг белгиларини кўрсатинг:

- а) тутқаноқ ясама, бемор безовта, ўзини у ёқ бу ёққа уради, ерга ётиб бақиради;
- б) ҳушидан кетади, бақиради, нафас бузилади, юрак уриши тезлашади;

в) скелет мускуллар тиришади, “тризм”, “опистотонус”.

28. Ўткир нур касаллигининг шакллари:

- а) ўпка, геморрагик, септик;
- б) суяк, ичак, токсемик, церебрал тури;
- в) бубон, тери, ичак, ўпка.

29. Кучли таъсир қилувчи заҳарли моддалар билан заҳарланганда биринчи ёрдам кўрсатиш чоралари:

- а) вена ичига глюкоза, инсулин, дезинтоксикацион суяқликлар юбориш;
- б) тозаловчи клизма қўйиш, ошқозонни ювиш, сурги дорилар бериш;
- в) противогоз кийгизиш, кислород ингаляцияси, антидотлар бериш.

30. Илон чаққанда қандай ёрдам кўрсатилади?

- а) сўриб туфланади, илон заҳарига қарши антитоксик зардоб;
- б) жароҳат ўрни кесилади, жгут боғланади;
- в) маҳаллий оғриқсизлантирувчи дорилар юборилади; жгут боғланади.

Ўзбекистон давлат жаҳон тиллари университети
“Тиббий билим асослари, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш”
кафедраси йиғилишининг 8 – Баённомасидан

КУҶЧИРМА

28 март 2006 йил

Қатнашдилар: 12 та кафедра аъзолари.

КУН ТАРТИБИ:

3). Кафедра ўқитувчилари З.О.Валиева ва Д.Т.Исматуллаеваларни катта ўқитувчи лавозимига тавсия этиш тўғрисида.

Эшитилди: Ушбу масала бўйича кафедра мудир, катта ўқитувчи М.Х.Акбарованинг ахбороти:

Зайнаб Валиева – 1966 йилда туғилган. Тошкент Давлат Медицина Институтини 1988 йилда тугатган, стоматолог. Умумий иш стажи – 18 йил, шундан 9 йили стоматология соҳасида, 9 йили ЎзДЖТУда. 2 та мақола (газетада), 1 та мақола журналда чиқиш арафасида, 1 та тезис конференция материалларида chop этилган.

Ишчанлиги, талабчанлиги, чуқур билими, тўплаган тажрибаларини талабалар онгига сингдира олиши билан ажралиб турадилар. Ўқитувчи З.О.Валиева томонидан “Замонавий табиий ва техноген хусусиятли фавқулдда вазият ҳолатларида аҳолини ҳимоя қилиш бўлими” бўйича услубий қўлланма тайёрланди. Унинг бу хизматларини ҳисобга олиб, катта ўқитувчи лавозимига тавсия этаман.

Дилфуза Исматуллаева – 1972 йилда туғилган. Тошкент Давлат Педиатрия Медицина Институтини 1996 йилда тамомлаган, педиатр. Умумий иш стажи – 10 йил. Шундан 4 йили СВП - 18 да маҳалла педиатри, 6 йили ЎзДЖТУда. 1 та мақоласи газетада ва 1 та мақола журналда чиқиш арафасида.

Талабчан, масъулиятли, чуқур билимли ва тўплаган билимларини талабаларга сингдира оладиган, ўқитувчи ва талабалар орасида ҳурматга сазовор. Ўқитувчи Д.Т.Исматуллаева томонидан “Касаллик ва заҳарланишларда шифокордан олдинги ёрдам” бўлими бўйича услубий қўлланма тайёрланди. Унинг бу хизматларини ҳисобга олиб, катта ўқитувчи лавозимига тавсия этаман.

Кафедра катта ўқитувчиси Н.А.Набиева сўзга чиқиб, ҳар иккала ўқитувчи ҳам тайёрлаган услубий қўлланмалари ҳозирги даврда тиббиётда долзарб бўлиб турган мавзулар бўйича илмий асосланган, талабалар учун тушунарли тарзда, тиббий атамаларга алоҳида урғу берган ҳолда ёзилганлигини айтиб ўтди ва уларни катта ўқитувчилик лавозимига тавсия этди.

Овозга қўйилди:

“Рози”лар – 12 та.

“Қаршилар” – йўқ.

“Бетараф”лар – йўқ.

Кафедра йиғилиши

ҚАРОР ҚИЛАДИ:

Ўқитувчилар З.О.Валиева ва Д.Т.Исматуллаеваларни бир овоздан катта ўқитувчи лавозимиغا илмий кенгаш тасдиғига тавсия этилсин.

Кафедра мудири

М.Х.Акбарова.

Котиба

Д.В.Турсунхўжаева.

КЎЧИРМА

Қатнашдилар:

1. Акбарова М.Х. - кафедра мудири
2. Файзуллаева М - ўқитувчи
3. Саидова Ш – ўқитувчи
4. Исматуллаева Д – ўқитувчи
5. Ражабова А – ўқитувчи
6. Валиева З – ўқитувчи
7. Турсунова Н – ўқитувчи
8. Турабова Ф – ўқитувчи
9. Набиева Н – ўқитувчи
10. Турсунхўжаева Д - ўқитувчи

Кун тартиби: 4-масала ўқитувчилар З.О.Валиева “Замонавий табиий ва техноген хусусиятли фавқулдда вазият ҳолатларида аҳолини муҳофаза қилиш”номли ва Д.Т.Исматуллаеваларнинг “Касаллик ва заҳарланишларда шифокордан олдинги шошилишч ёрдам” номли услубий қўлланмаларини Университет Илмий Кенгаши тасдиғига тавсия этиш.

Сўзга кафедра мудири Акбарова М.Х. чиқди: 1 – бўлим бўйича ёзилган услубий қўлланмада ҳар бир мавзу матни низомда кўрсатилган шаклда ёзилган. Уларда турли фавқулдда вазиятларда аҳолини муҳофаза қилиш чоратadbирлари, эвакуация босқичларида шикастланганларга турли даражада тиббий ёрдам кўрсатиш, якка ва жамоа ҳимоя воситаларидан фойдаланиш қоидалари яхши ёритилган.

5 – бўлим бўйича ёзилган услубий қўлланмада ҳар бир маъруза матни низомда кўрсатилган шаклда ёзилган. Уларда ўз-ўзига ва ўзаро ёрдам асослари, касаллик ҳақида умумий маълумот, ички касалликларнинг сабаблари, белгилари, олдини олиш ва даволаш усуллари кенг тасвирланган.

Ўқитувчи Ш. Саидова сўзга чиқди: З.О.Валиева тайёрлаган услубий қўлланмада ҳозирги фан ва техника тараққий этган даврда содир бўлиши мумкин бўлган фавқулдда вазият ҳолатлари, уларда аҳолини ҳаракати, аҳолини ҳимоя қилиш ва шикастланганларга эвакуация босқичларида тиббий ёрдам кўрсатишнинг замонавий усуллари кенг ёритилган. Д.Т.Исматуллаева томонидан ёзилган услубий қўлланма ҳам ўз ичига долзарб мавзуларни қамраган. Ўз-ўзига ва ўзаро ёрдам кўрсатиш, турли касалликларда ва заҳарланишларда шифокордан олдинги шошилишч ёрдам кўрсатишни билиш ҳозирги тараққиёт авж олган даврнинг асосий талаби ҳисобланади.

Кафедра мудири Акбарова М.Х. сўзга чиқиб З.О.Валиева ва Д.Т. Исматуллаевалар ёзган услубий қўлланмаларни Илмий Кенгаш тасдиғига тавсия этишни таклиф этди ва овозга қўйилди:

Розилар – 12 та

Қаршилар – йўқ

Бетарафлар - йўқ

Кафедра йиғилиши

Қарор қилади:

1. Тиббий билим кафедраси ўқитувчилар З.О.Валиева ва Д.Т.Исматуллаеваларнинг номли услубий қўлланмаларини нашр этиш учун тавсия қилинсин.
2. Ушбу қарорни тасдиқлаш Университет Илмий Кенгашидан сўралсин.

Кафедра мудири:
Котиба:

М.Х. Акбарова
Д. Турсунхўжаева

Ўзбекистон давлат жаҳон тиллари университети
1 – инглиз филологияси факультети йиғилишининг 8 - баённомасидан
КЎЧИРМА

31 март 2006 йил

Қатнашдилар: 40 та факультет ўқитувчилари.

Қатнашмади: 6 та ўқитувчи.

КУН ТАРТИБИ:

5). Кафедра ўқитувчилари З.О.Валиева ва Д.Т.Исматуллаеваларни катта ўқитувчи лавозимига тавсия этиш тўғрисида.

6). З.О.Валиева ва Д.Т.Исматуллаеваларни тайёрлаган услубий қўлланмаларини нашрга тайёрлаш тўғрисида.

Эшитилди: 1-инглиз филологияси факультети декани Т.Т.Икромов сўзга чиқиб, З.О.Валиева ва Д.Т.Исматуллаеваларнинг ўқув, илмий-услубий ва маънавий-маърифий ишларига ижобий баҳо бердилар.

Ушбу масала бўйича кафедра мудир, катта ўқитувчи М.Х.Акбарованинг ахбороти:

Зайнаб Валиева – 1966 йилда туғилган. Тошкент Давлат Медицина Институтини 1988 йилда тугатган, стоматолог. Умумий иш стажи – 18 йил, шундан 9 йили стоматология соҳасида, 9 йили ЎзДЖТУда. 2 та мақола (газетада), 1 та мақола журналда чиқиш арафасида, 1 та тезис конференция материалларида chop этилган.

Ишчанлиги, талабчанлиги, чуқур билими, тўплаган тажрибаларини талабалар онгига сингдира олиши билан ажралиб турадилар. Ўқитувчи З.О.Валиева томонидан “Замонавий табиий ва техноген хусусиятли фавқулдда вазият ҳолатларида аҳолини ҳимоя қилиш бўлими” бўйича услубий қўлланма тайёрланди. Унинг бу хизматларини ҳисобга олиб, катта ўқитувчи лавозимига тавсия этаман.

Дилфуза Исматуллаева – 1972 йилда туғилган. Тошкент Давлат Педиатрия Медицина Институтини 1996 йилда тамомлаган, педиатр. Умумий иш стажи – 10 йил. Шундан 4 йили СВП - 18 да маҳалла педиатри, 6 йили ЎзДЖТУда. 1 та мақоласи газетада ва 1 та мақола журналда чиқиш арафасида.

Талабчан, масъулиятли, чуқур билимли ва тўплаган билимларини талабаларга сингдира оладиган, ўқитувчи ва талабалар орасида ҳурматга сазовор. Ўқитувчи Д.Т.Исматуллаева томонидан “Қасаллик ва заҳарланишларда шифокордан олдинги ёрдам” бўлими бўйича услубий қўлланма тайёрланди. Унинг бу хизматларини ҳисобга олиб, катта ўқитувчи лавозимига тавсия этаман.

Кафедра катта ўқитувчиси Н.А.Набиева сўзга чиқиб, ҳар иккала ўқитувчи ҳам тайёрлаган услубий қўлланмалари ҳозирги даврда тиббиётда долзарб бўлиб турган мавзулар бўйича илмий асосланган, талабалар учун тушунарли тарзда, тиббий атамаларга алоҳида урғу берган ҳолда ёзилганлигини айтиб ўтди ва уларни катта ўқитувчилик лавозимига тавсия этди.

Овозга қўйилди:

“Рози”лар – 36 та.

“Қаршилар” – йўқ.

“Бетараф”лар – 4 та.

Факультет йиғилиши

ҚАРОР ҚИЛАДИ:

1. Ўқитувчилар З.О.Валиева ва Д.Т.Исматуллаеваларни бир овоздан катта ўқитувчи лавозимиغا илмий кенгаш тасдиғига тавсия этилсин.
2. Ўқитувчилар З.О.Валиева ва Д.Т.Исматуллаевалар томонидан тайёрланган услубий қўлланмалар илмий кенгаш тасдиғига нашр учун тавсия этилсин.

Факультет декани
Котиба

Т.Т.Икромов.
З.Рустамова.