

ТОШКЕНТ ФАРМАЦЕВТИКА ИНСТИТУТИ
ТИББИЙ ФАНЛАР КАФЕДРАСИ

БИРИНЧИ ТИББИЙ ЁРДАМ
(МАЪРУЗАЛАР МАТНИ)

ТОШКЕНТ-2005 ЙИЛ

МАНВЗУ: БИРИНЧИ ТИББИЙ ЁРДАМ (БТЕ) ФАНИНИНГ ВАЗИФАЛАРИ. АСЕПТИКА ВА АНТИСЕПТИКА. ЖАРОХАТЛАР ВА УЛАРНИНГ ТУРЛАРИ.

Режа:

1. Тиббий ёрдамнинг босқичлари
2. Асептика ва антисептика туғрисида тушунча.
3. Жароҳатлар ва уларда БТЕ.

Врач ва провизорлар зарурият ту²илганда малакали БТЕ ни курсата билишлари керак. Шундан келиб чи[±]иб БТЕ фанининг асосий вазифаси талабаларга малакали БТЕ к^орсатишни, назарий ва амалий жихатларини ^оргатишдан иборат.

БТЕ к^орсатишда бир нечта босқич фарқланади:

1. Малакасиз тиббий ёрдам-бу хар [±]андай шахслар томонидан амалга оширилиши мумкин (чуккан одамни [±]ут[±]ариш, бинолар тагидаги шахсни тупро[±]дан олиб чи[±]иш ва х.к.)
2. Врачгача булган БТЕ- бу асосан урта тиббий ходимлар ёки провизорлар томонидан амалга оширилади (сунъий нафас олдириш, юракни массаж [±]илиш, [±]он о[±]ишини ва[±]тинчалик т^охтатиш ва х.к.) Беморни касалхонага ж^онатиш ҳам шу бос[±]ичга киради.
3. Малакали шифокорлик ёрдами- бу шифокорлар томонидан амалга оширилади.

Асептика ва антисептика.

Антисептика-бемор танасига тушган микробларни й^отишга [±]аратилган чора-тадбирлар мажмуаси. Антисептика усуллари [±]ойидагилар:

Механик усул-жароҳатланган т^оимани турли ифлосликлардан тозалаш, бирламчи жарроҳлик қайта ишлови, ^олган т^оимани олиб ташлаш, чайиш ва х.к.

Физик усул-жароҳатланган т^оимадан йирингни чи[±]ариб юбориш учун тампон, дренаж, трубка, кварц, ультрабинафша лампалар ва х.к. дан фойдаланиш,

Биологик усул-организмни микробларга [±]аршилигини ошириш учун иммун зардоблар (пассив эмлаш учун), ферментлар (трипсин, хемотрипсин, хемопасин, ребонуклеазалар), антибиотиклар ва вакциналардан (актив эмлаш учун) фойдаланиш киради. Ҳозирги вақтда микробларга қарши курашиш учун пенициллинлар, тетрациклинлар, аминогликозидлар ва макролидлар қаторига кирувчи антибиотиклардан кенг фойдаланилади. Булар микробларни ўсиш ва ривожланишини тўхтатиб қўйиши (бактериостатик таъсир) ёки уларни ҳалок қилиши мумкин (бактерицид таъсир). Ферментлар эса некротик таъсир кўрсатиб, йирингли жараларни ва бўшлиқларни тозаланишига ёрдам беради.

Йирингли касалликларни даволашда кўпинча стафилакокка қарши анатоксин ёки γ-глобулиндан фойдаланилади.

Кимёвий антисептика– микробларга таъсир курашиш учун турли кимёвий моддалардан фойдаланилади.

1. Галогенлар гуруҳи: хлорли бирикмалар (хлорли оҳак, хлорамин Б) ва йод саъловчи бирикмалар-йоднинг 5 %ли спиртли эритмаси, Люголь эритмаси (йод ёки калий йодни сувли ёки спиртли эритмаси), йоданат (йодни сульфат билан комплекс бирикмасининг сувли эритмаси) қиради.

2. Оксидловчилар: органик моддалар иштирокида фаол кислородни ажратиб микроб хужайрасида оксидланиш-тайтарилиш жараёнларини бузади. Водород пероксид, калий перманганат, рух оксиди мисол бўлади.

3. Кислота ва ишторлар гуруҳи: таъли, жаррохлик майдонини, асбобларини, жаррохлик амалиётида ишлатиладиган ип ва материалларни зарарсизлантириш учун кенг таълланилади.

Бунга первомур (81мл, 85 % чумоли кислотаси+171 мл 33% водород пероксид), бор кислотасининг 2-3 % ли сувли эритмаси, кальцийланган сода, нашатир спирти, натрий ишкори кабилар.

4. О²ир металл тузлари гуруҳи: кучли бактерицид таъсирга эга бўлиб, резина перчаткалар ва жаррохлик ипини зарарсизлантиришда кенг ишлатилади. Сулема (1: 1000 симоб хлорид сувли эритмаси), кумуш нитрат (5-10% ли эритмаси), ксироформ (3-10% малхам мази ва упаси) ишлатилади.

5. Спиртлар гуруҳи: этил спирти амалиётда кенг таълланилади. 70% лиси юъори бактерицид таъсирга эга бўлиб, жаррохлик майдони, асбоблар, таъли, ипини тозалаш учун ишлатилади.

6. Альдегидлар гуруҳи: формаалдегид- газсимон модда, сувда яхши эрувчан, 40% ли эритмаси-формалин инструментлар, дренажлар, кўлқопларни зарарсизлантиришда ишлатилади.

7. Б^оёлар ва нитрофуранлар: бриллиант яшили 0,1-2%ли спиртли эритмаси йирингли ялли²ланишларда сиртга, метилен к^окининг 1-2% ли спиртли эритмаси куйганда ишлатилади.

Фурацилин эритмаси 0,02 % сиртга таълланилади.

Антисептик моддалар бемор танасидаги микробларни, дезинфекцияловчи моддалар эса ташта муҳитдаги микроблар (кийими, тушаги, ахлати, бал²амини ва б.ш) ни олдириш учун таълланилади.

Асептика-жароҳатгага микроблар тушишини олдини олишга таъратилган чора-тадбирлар мажмуаси. Микроблар жароҳатга ташқи муҳитдан (экзоген инфекция) ҳаво-томчи йўли, оғиз орқали, жароҳатда қолдирилган буюмлар – дренаж ва б. орқали, яъни имплантацион йўл билан тушиши мумкин. Бундан ташқари инфекция кўзгатувчилари тери, нафас йўллари, ҳазм йўлларида мавжуд бўлиб, лимфа ва қон орқали жароҳатга тушиши мумкин (эндоген инфекция).

Маълумки, жаррохлик амалиётидан кейинги йирингли асоратларни олишда операция блокининг иш тартиби катта аҳамиятга эга. Операция блоки хоналари осон тозаланадиган, сув ўтказмайдиган материаллардан қилиниб, қатъий равишда зоналарга бўлинади. Булар куйидагилар: 1-зона-қатъий режим зонаси-операция хоналари қиради, 2-операция олди зонаси, 3-

зонага қон, кўчувчи тиббий аппаратлар ва б. сақланадиган хоналар киради. 4-зонага ёрдамчи хоналар киради.

Контакт инфекцияларнинг жароҳатга тушишини олдини олиш мақсадида жарроҳ қўлини турли усуллар билан зарарсизлантиради. Қўлни зарарсизлантиришда Спасокукоцкий-Кочергин, Альфельд усулларида, церигель, дегмен, дегмицид билан ювиш усулларида фойдаланилади. Жарроҳлик амалиётида ишлатиладиган асбобларни, оқлик ва боғлов материалларини зарарсизлантиришда стерилизациянинг турли усулларида фойдаланилади.

Жароҳатлар.

Тери ёки шилли± пардаларнинг бутунлигининг бузилиши жароҳатлар дейилади. Белгилари: о²ри±, ±он о±иши ва жароҳатланган т^о±има тортилиши, унинг четларини қочиши. Оғриқнинг кучи: а) жароҳатнинг жойлашган ўрнига, б) жароҳатлаган асбобнинг турига, в) тўқималарни шикастланишининг тезлигига, г) жабрланувчини шахсий хусусиятлари ва рухий ҳолатига боғлиқ.

Жароҳатланган тўқима четларини қочиши, тортилиши, Ушбу тўқиманинг қисқаришига, ундаги чўзилувчан-эластик толаларга боғлиқ. Жароҳатланиш натижасида эластик толалар кўндалангига кесилган бўлса, четлари қочиши шунча каттароқ бўлади ва шунча микроблар тушиши билан боғлиқ асорат кўп бўлади.

Қон кетиши жароҳатнинг турига, катта-кичиклигига, тўқиманинг қон билан таъминлангани, қон босими ва б. га боғлиқ. Кўп қон йўқотиш ўткир камқонлик, қарахтлик ва б.га сабаб бўлади.

Жароҳатнинг келиб чи±иш сабабига к^ора: беихтиёр ва қасддан қилинган; инфекцияланганига кўра: асептик, микроблар билан ифлосланган ва инфекцияланган бўлади.

Жароҳатлаган буюмнинг характериға кўра:

Кесилган жароҳат-^откир асбоблар(скалпел,пичо±,лезвия) келтириб чи±аради ва жароҳат четлари текис б^олиб к^оп ±он кетади.

Юлинган жароҳат-тери ва тери ости т^о±маси к^очади ва четлари нот^о²ри, ±он о±иши купро±.

Чопилган-^откир ва о²ир асбоблар болта, теша, килич) ёрдамида ҳосил ±илинади ва чу±урро±да жойлашган т^о±ималар зарарланиб, к^ондалан чопилса жароҳатланган т^о±манинг тортилиши кучаяди.

Лат еган-^отмас, ±атти± буюмлар (тош, темир, ё²оч) ёрдамида юзага келади ва юмшо± т^о±ималарнинг эзилиши кучли ва ±он о±иши кам б^олади.

Санчилган -^откир учли асбоблар найза бигиз, мих) таъсирида келиб чи±ади ва жароҳат жуда чу±ур б^олади.

Тишланган-к^опинча хайвонлар таъсирида келиб чи±ади ва микроблар билан зарарланган б^олади (асоратида ±утуришга олиб келиши мумкин).

Захарланган – илон, чаён каби захарли хайвонлар ча±канида ва кимёвий моддалар таъсирида келиб чи±ади.

Ў± теккан –милти±,т°ппонча каби ±уроллар таъсирида юзага келади ва танани тешиб °тиши ёки °тмаслиги мумкин.

БТЁ к°рсатиш :

Жароҳатланган одамга ёрдам кўрсатишда жарроҳлик қайта ишлови асосий аҳамиятга эга. Жарроҳлик қайта ишлови агар биринчи 6 соат ичида ўтказилса эрта, 24 соат ичида ўтказилса кечиктирилган, ундан ҳам кейин ўтказилса ўта кечиккан дейилади.

Бирламчи жарроҳлик қайта ишловида жароҳатни оғир-енгиллигига қараб маҳаллий ёки умумий оғриксизлантирилиб, ярани ювилади ва қуйидаги 5 та тадбир амалга оширилади: 1) ярани кесиб очиш, 2) ўлган тўқималарни олиб ташлаш, 3) жароҳатдаги ёт жисмларни олиб ташлаш, 4) қон оқишини тўхтатиш, 5) жароҳатни тикиш, дренаж қўйиш.

Ҳар қандай жароҳатни ифлосликлардан тозалаб, четлари йодонат, йодопирон билан, жароҳатнинг ўзи эса 1-2 % водород пероксид билан ишланади ва асептик боғлам қўйилади.

Ифлосликлар бўлмаганда, ёт жисмларни тўла олиб ташлаш ва жароҳат четларини тортмасдан яқинлаштириш имкони бўлса, магистрал томирлар ва нерв стволлари бутун бўлса жароҳатни тикиш мумкин.

Йирингли жароҳатларни яллиғланиш фазасида даволашда В. И. Стручков бемор иммун тизимини фаоллаштириш, антисептиклардан фойдаланиш, йирингни чиқиб кетишига имкон яратиш, протеолитик ферментлардан фойдаланишни тавсия этади. Регенерация фазасида эса умумий қувватлантирувчи терапия, индифферент малҳамлардан фойдаланиш тавсия этилади. Зарурият бўлса жарроҳлик усулларида фойдаланилади.

МАВЗУ: ҚОН ОҚИШИ ВА ҚОН ЙЎҚОТИШ

Режа.

- 1 . Қон о±ишининг турлари ва белгилари
- 2 . Қон й°±отиш даражалари ва унинг асоратлари
- 3 . Қон о±ишида к°рсатиладиган врачгача БТЁ

4. Қон ±°йиш ва бунда ишлатиладиган препаратлар.

Қон о±иши деб ±он томирлардан ±оннинг чи±ишига айтилади. Қон оқиши сабабига кура 2 хил бўлиши мумкин: 1) қон томир бутунлиги бузилмасдан туриб (диапедез туфайли), 2) қон томирлар девори бутунлиги бузилиши билан. Бу турдаги қон кетишлар аъзо ва тўқималарга бевосита механик таъсир оқибатида (фавқулодда вазиятлар, транспорт ходисалар ва ҳақ); ёки касаллик туфайли (яллиғланишлар, ўсма касалликлари, некроз оқибатида) содир бўлиши мумкин. Охирги қайд этилган ходиса аррозив қон кетишлар (arrozum- емирилиш) дейилади.

Шикастланган томирнинг тузилишига кўра: артериал, веноз, капилляр, паренхиматоз ва аралаш қон кетишлар фарқланади. Артериал қон кетишда оқаётган қон оч қизил рангда бўлиб, томирдан босим билан отилиб чиқади. Кетаётган қон миқдори томирнинг ката-кичиклиги ва яранинг характериға боғлиқ. Артериал қон кетишлар ҳаёт учун хавфли ҳисобланади. Веноз қон кетишлар оқаётган қон тўқ рангда бўлиб, пульсация қилмайди, секин оқади. Йирик веналарнинг шикастланиши ҳаёт учун хавф туғдиради, юракка яқин веналар шикастланганда ҳаво эмболияси келиб чиқиши мумкин. Капилляр қон кетишлар-тери, шиллиқ пардалар ва мушаклар шикастланганда юзаға келади, ҳаёт учун хавфсиз, ўзи ёки сиқиб турувчи боғлам таъсирида тухташи мумкин. Паренхиматоз қон кетишлар жигар, буйраклар, талоқ ёки бошқа ички аъзолар шикастланганда кузатилади, улар ҳаёт учун хавфли ва тухтатиш қийин кечади.

Қон қаерға қуйилишиға қараб ички, ташқи ва яширин қон кетишлар фарқланади. Ташқи қон кетишларда қон қаердан кетаётганлиги кўриниб туради ва ташхис қўйиш осон. Ички қон кетишларда қон бушлиқлар ва ички аъзоларға қўйилади. Ички қон оқишни аниқлашда қуйидаги ўзгаришларға асосланилади: беморни тинка-мадори қуриши, қувватсизлик, кулоқни шанғиллаши, кўз олди қоронғилашиши, бош айланиши, ташналик, кўнгилни беҳузур бўлиши, қайт қилиш, тер ива шиллиқ пардаларнинг рангини ўчиши, қўл-оёқларни музлаши, терлаш ва бошқалар. Бундан ташқари пульсни сусайиши, тез уриши, тана ҳаракатини пасайиши, нафас тезлашиши, қон босимини пасайиши ва бошқа ўзгаришлар содир бўлади. Улар бемор қонидаги эритроцитларни ва гемоглобинни камайиб кетиши билан боғлиқ бўлган гипоксия (организмға кислород етишмаслиги) ҳолати сабабли юз беради. Ҳаддан ташқари кўп қон йўқотилса турли оғир ҳолатлар кома, қарахтлик ҳаёт учун анча хавфли бошқа ўзгаришлар содир бўлади.

Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигида қон томирлар бутунлиги бузилса ва қон кетиши содир бўлса, қон таркибидаги гемоглобин хлорид кислота таъсирида гематинга ўтади ва унинг ранги тўқ, қорамтил қизил (кофеға ўхшаш) рангға ўтади ва бемор қайт қилганда ташқарига чиқади. Ингичка ичакка оққан қон эса нажасни қора рангға айлантиради ва ташқарига чиқади.

Жароҳат олган захоти келиб чиқадиган қон кетишлар бирламчи, вақт ўтган сўнг келиб чиқса иккиламчи ҳисобланади.

Қон йўқотишнинг асосий кўрсаткичи, кечиши ва асорати йўқотилган қон миқдориға боғлиқдир. Қон йўқотишнинг **енгил, ўрта ва оғир даражалари** фарқланади. Енгил даражадаги қон кетишда томирлардаги умумий қоннинг 10-15 % и йўқотилади. Бунда артериал босим 100/60 мм с.у., эритроцитлар 3, $5 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин миқдори 100 г/л, пульс биров тезлашган бўлади. Бу деподаги қонни томирларға чиқиши ва гемопоззни тезлашиши ҳисобига 1-2 кунда тикланиши мумкин. Ўртача даражадаги қон кетишида умумий қони миқдорининг 15-20 % и йўқотилади. Бунда юқорида келтирилган белгилар янада яққолроқ ифодаланган бўлади (арт.босим 90/60 мм с.у, Нв 80 г/л, эритроцитлар 2, 5 млн дан кам). Бу даражадаги қон кетишида танаға полиглокин, реополиглокин ва ҳақ. инфузион эритмалар киритилади. Оғир даражадаги қон кетишларда умумий қоннинг 20-30 % йўқотилади. Уткир қон йўқотишларда бемор ҳушсиз бўлиб, систолик арт.босим 70-80 мм с.у.гача, Нв 60 г/л дан пастгача, эритроцитлар сони 2 млн. дан ҳам тушиб кетади, пульс йўқолади. Бунда қонни зудлик билан тўхтатишға ва қон урнини босувчи эритмалар ёки қўйишға киришиш керак.

Қон кетишини **вақтинча ва бутунлай тўхтатишға** қаратилган бўлади. Вақтинчалик қон кетишини тўхтатиш босиб турувчи боғлам қўйиш, томирни бармоқ билан босиб туриш, жгут қўйиш, оёқ-қўлларни қайириб туриш ёки кутариш ёрдамида амалға оширилади. Қон кетишини узил-кесил тўхтатишнинг механик, физик, кимёвий ва биологик усуллари мавжуд. Механик усулларға қон томирни тикиш, томирни ҳар икки томонидан боғлаш, циркуляр боғлам қўйиш ва ҳақ. киради. Физик усулларға юқори ҳарорат ёрдамида қон ивишини кучайтириш, диатеромокоагуляция-электр пичоқ билан қонаётган тўқималарни куйдириш, совуқ ҳароратдан фойдаланиш (музли халтача қўйиш), юқори энергиялардан фойдаланиш (лазер пичоқ, электрокоагуляция) мисол бўлади. Кимёвий усуллар-парентерал усул билан кальций хлорид, аминокепрон кислота, викасол ва бошқаларни танаға киритишдан иборат. Биологик усулларға қон қўйиш, гемостатик губка, фибрин плёнкадан фойдаланиш, қон оқувчи юзаларни тампонадаси киради.

БТЁ курсатиш қон кетишни вақтинчалик тўхтатиш, беморға қон йўқотишни тиклаш учун керакли шароитни яратиш, беморни даволаш муассасасига жунатишдан иборат.

Қон қўйиш йўқотилган қоннинг ўрнини босиш ва асоратларни бартараф этиш мақсадида амалға оширилади. Қон қўйиш бутун организмға мураккаб нейрогуморал таъсир этади. Ушбу таъсир асосан қўйидагилардан иборат: қоннинг ўринбосарлик таъсири, стимулловчи таъсир, қон тўхтатувчи таъсир, зарарсизлантирувчи таъсир.

Қўйилган қон бемор организмда 2 ҳафтадан 4 ҳафтагача сақланиб, кислород таъминотида, фагоцитоз ва бошқа жараёнларда иштирок этади. Қон қўйилгандан кейин, масалан, кўмикнинг қон ишлаб чиқариш фаолияти

ортади, лейкоцитларнинг фагоцитозлик хусусияти яхшиланади. Шунинг билан бир қаторда қон босими пасайган бўлса кўтарилади, қоннинг ивиш жараёни тезлашади.

Қон қуйилишидан олдин унинг гурухларини аниқлаш зарур. Эритроцитлар таркибида бўладиган агглютиноген А ва плазмадаги агглютининин α ва β га қараб қон 4 гурухга бўлинади:

0 (I) гурух қонининг эритроцитларида агглютиногенлар йўқ, плазмада эса α ва β агглютининлар бор.

A (II) гурух қонида эритроцитларида А-агглютиноген ва плазмада эса β -агглютинин бор.

B (III) гурух қони эритроцитларида β агглютиноген ва плазмада эса α агглютинин бор.

AB (IV) гурух қон эритроцитларида А ва В агглютиногенлари бор, плазмада эса агглютининлар йўқ.

Агар қон қуйилганда А агглютиноген α -агглютинин билан, В-агглютиноген β -агглютинин билан учрашса, агглютинация реакцияси рўй беради, яъни эритроцитлар бир-бирига ёпишиб, қон ивиб қолади-гемолизга учрайди. Бу эса оғир ҳолатларга (карахтликка) олиб келади.

Қон гурухлари стандарт зардоблар ёрдамида аниқланади. Бунинг учун чини тарелка ёки шиша бўлаги олиниб, учга бўлинади ва I, II, III рақамлари билан белгиланади.

Ҳар бир рақам рўпарасига муайян (стандарт) зардобдан 1 томчидан томизилади. Кейин бармоқдан олинган қоннинг 1 томчисидан уччала зардобга томизилади ва 5 дақиқа кузатилади.

Агар аралашма уччала гурухда ҳам ўзгармаса (ипир-ипир қуйқа ҳосил бўлмаса), текширилатган қон I-гурух деб ҳисобланади. Агар II гурух ўзгармаса II гурух, III гурухда ўзгармаса III гурух, аралашмалар уччала гурухда ипир-ипир қуйқа ҳосил қилса текширилатган қон IV гурух деб ҳисобланади.

Қон берувчи шахс донор, қон қабул қилувчи-реципиент дейилади. I гурух қони универсал донор дейилади, чунки уни ҳамма гурухларга қуйиш мумкин. IV гурух қони эса универсал реципиент дейилади, чунки у ҳамма гурух қонини қабул қила олади. Ҳозирги вақтда тиббиёт амалиётида кўпроқ бир хил гурухдаги қонни қуйилади.

Қон қуйишда резус-факторни ҳам ҳисобга олиш лозим. Тахминан 15 % ида резус фактор бўлмайди (резус-манфий кишилар), 85 % кишиларда эса у бўлади (резус-мусбат кишилар). Агар резус манфий одамга резус омили бор қон қуйилса, эритроцитлар ёпишиб қолади ва гемолитик шок ривожланади.

Қон қуйишда албатта шахсий ва биологик мослик текширилади. Шахсий мос келишини текширишда 2 томчи бемор қони зардоби 0, 1 мл флакондаги қон билан Чашка Петрида аралаштирилади. Чашка Петри 10 дақиқа 40-42° С ли сув хаммомига қуйилади. Агар шу вақт ичида агглютинация бўлмаса, қон мос ҳисобланади.

Биологик синамада бемор венасига 15-20 мл қон юбориб, 2-3 дақиқа кутилади. Агар бемор организмида ўзгаришлар-титраш, бел оғриғи, қайт қилиш, совуқ тер босиши, пульсни сустлашиши кузатилмаса Яна шундай қилиб икки марта қон юборилади, сўнгра тўлиқ қуйиш давом эттирилади.

Қон қуйишнинг **бевосита ва билвосита усуллари** мавжуд. Бевосита усулда тўғридан-тўғри донордан реципиентга қон қуйилади. Билвосита усулда қон махсус текширувлардан ўтган соғлом одамлардан олиниб, консервация қилиниб, 4-5° С ҳароратда 30 кунгача совутгичларда сақланади, сўнгра фойдаланилади. Қон қуйиш томчилаб ва бир марталик булиши мумкин. Бундан ташқари суяк тўқимасининг ғовак моддасига қон қуйилиши мумкин. Артерия ичига қон қуйиш бемор оғир (терминал) ҳолатда бўлганда амалга оширилади.

Қон препаратлари.

Плазма-қонни 4°С да 48 соат тиндириб олинади. Зардоб- ивиган ёки фибринсизланган қоннинг суяқ қисми. Плазма ва зардоб таркибида оксил моддалар, антителолар ва гормонлар бўлади. Улар суяқ ва қуюқ ҳолда чиқарилади.

Хаар хил шок пайдо бўлганда, гемостаз мақсадида қон қуйилганда, организм оксил йўқотганда ва бошқа ҳолларда плазма ёки зардоб қуйиш тавсия этилади.

Эритроцитар масса- 80-90 % эритроцит билан 20 % плазмадан иборат бўлиб, тайёр ампулаларда чиқарилади.

Лейкоцитар масса ҳар хил лейкопенияларда венага қуйилади, шунингдек, жароҳатнинг битишини тезлатиш учун маҳаллий чора ҳисобланади.

Тромбоцитар масса- суяқ ва қуюқ ҳолда чиқарилади. Қоннинг ивиш хоссаси бузилганда гемостазни тиклаш мақсадида венага қуйилади. Ҳозирги вақтда қон ўрнини босувчи эритмалардан ҳам амалиётда кенг фойдаланилади.

Қон ўрнини босувчи эритмалар: 1) тузли кристаллсимон эритмалар- Рингер эритмаси, 2) қон шаклли эритмаларини сақловчи туз эритмалари- Петров эритмаси, қуюқ плазма, 3) синтетик коллоид эритмалар- полиглюкин, реополиглюкин, поливинилпирролидон, 4) гетероген коллоид эритмалар- желатинол, феррофузин, 5) оксил гидролизатлари-аминопептид, казеин гидролизат, гидролизин-Л-103, аминокровин ва ҳақ. 6) шока қарши эритмалар- Асратян, Банайтис эритмалари, манит, сорбит ва ҳақ. қиради.

Қон қуйишга кўрсатмалар: ўтқир камқонлик, шок ҳолатлари, сурункали касалликлардан сўнг беморни тинкаси қуриган ҳолларда, заҳарланишлар, қон касалликлари, қон ивиш тизими бузилишлари.

Қон қуйиб бўлмайдиган ҳоллар: бўйрак ва жигарнинг оғир яллиғланиш касалликлари, юракнинг декомпенсацияланган нуқсонлари, мияга қон қуйилиши, ўпка силининг инфилтратив шакли.

МАВЗУ: ШИКАСТЛАНИШЛАР. ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ.

Режа:

1. Шикастланишларнинг таснифи
2. Юмшоқ тўқималарнинг шикастланиш турлари
3. Узоқ вақт босилиш синдроми, асосий белгилари ва унда БТЁ

Шикастланиш деб одам организмига тўсатдан турли ташқи омиллар таъсири натижасида тўқималарда, органларда анатомик-функционал ўзгаришлар вужудга келиб, маҳаллий ва умумий реакциялар билан давом этадиган патологик ҳолатга айтилади.

Шикастланишларнинг қуйидаги турлари маълум:

- 1) ишлаб чиқариш билан боғлиқ бўлган,
- 2) ишлаб чиқариш билан боғлиқ бўлмаган,
- 3) ҳарбий,

4) қасддан етказилган.

Ишлаб чиқариш билан боғлиқ шикастланиш корхона, ташкилот в.б. иш жараёнида содир бўлади. Бунга қишлоқ хўжалиги билан боғлиқ шикастланиш ҳам киради.

Ишлаб чиқариш билан боғлиқ бўлмаган шикастланиш корхона, ташкилот в.б. иш жараёнида содир бўлмайди. Бунга уй шароитида, транспортда, кўчада, спорт билан шуғулланганда бўладиган шикастланишлар киради.

Ҳарбий шикастланиш эса ҳарбий хизмат билан боғлиқ шикастланишларни ўз ичига олади.

Қасддан шикастланишга эса ўзгалар томонидан атайлаб етказиладиган шикастланишлар киради. Шикаст етказадиган омиллар-механик, физик, кимёвий ва б. бўлиши мумкин.

Кўриниши бўйича ёпиқ ва очик; келиб чиқиши бўйича бевосита ва билвосита шикастланишлар фарқланади. Ёпиқ шикастланишларда тери бутунлиги сақланади, тери остидаги тўқима ва аъзолар шикастланади. Очик шикастланишда эса тери жароҳатланади. Бевосита шикастланишда ташқи омил таъсир этган жойда ўзгаришлар кузатилади. Билвосита шикастланишда эса таъсир жойида ўзгаришлар бўлмай, бошқа жойларда ўзгариш кузатилади. Шикастловчи омил бир марта ёки узоқ вақт аста-секин таъсир этиши мумкин (ўткир ва сурункали шикастланишлар).

Шикастланишларнинг маҳаллий белгиларига оғриқ, тери рангини ва бутунлигини ўзгариши, шикастланган аъзо фаолиятини бузилиши ва б. киради. Умумий белгиларга хушдан кетиш, шок, коллапс киради.

Шикастланиш даражаси қуйидаги омилларга боғлиқ: 1) шикастловчи омилни физикавий тавсифи, 2) шикастланган тўқималарнинг анатомик-физиологик хусусиятлари, 3) шикастланиш вақтида жабрланувчининг аҳволи, 4) тўқима ва аъзолардаги патологик ўзгаришлар ва б.

Шикастланишлар кечишига қараб: енгил (иш қобиляти йўқотилмайди, ўртача (иш қобиляти вақтинча йўқотилади) ва оғир (иш қобиляти узоқ вақт йўқотилади) бўлиши мумкин.

Юмшоқ тўқималарнинг ёпиқ шикастланиши.

Лат ейиш. Шикастланишлар ичида кўп учраб, ўтмас буюм таъсирида содир бўлади. Лат ейиш мушт, таёқ, тош билан уриш, йиқилиш, юқоридан тушган нарсаларнинг қаттиқ урилиши натижасида келиб чиқиши мумкин. Лат ейишнинг белгиларига оғриқ, тўқималар шиши, тери остига қон қуйилиши, фаолиятининг бузилиши киради. Тери тўқималари остига қон қуйилиши қон талаш дейилади, каттароқ қон томир шикастланган бўлса, қон кўп миқдорда тўпланади ва гематома ҳосил бўлади. Уриб олиш натижасида ички аъзолар (жигар, ўпка, бўйрак, ичаклар) шикастланиши мумкин. Бунда шок ривожланиши мумкин. Оғриқ шикастловчи омилнинг кучи ва шикастланиш жойига боғлиқ. Нерв стволлари ва рефлексоген зоналар лат еганда оғриқ кучли бўлади. Оғриқ ҳаракат қилганда кучаяди ва тинч турганда камаяди. Ҳосил бўлган шишнинг катта-кичиклиги қуйилган қон миқдорига ва лимфа томирларининг узилишига боғлиқ бўлади. Сурилиш жараёнида

гемоглобин ранги ўзгаришига боғлиқ холда қон қуйилган жой аввал яшил, сўнг сарғиш тус олади.

БТЁ. Лат еган одамга ёрдам бериш тинч қўйиш, қон қуйилишини ва оғриқни камайтиришга қаратилади. Оғриқни қолдириш учун шикастланган сохани юқори қўтариб қўйилади, совуқ компресс буюрилади, сиқиб турувчи боғлам қўйиш мумкин. Лат еган бўғимни иммобилизация қилиш лозим бўлади. Гематоманинг сўрилишини тезлатиш учун 2-3 кундан кейин иссиқ компресс, ванна, УВЧ ва массаж қўлланилади.

Бойламларнинг чўзилиши бўғим соҳасида уни чўзиб юборадиган ва хатто бойламларни узиб юборадиган зўр келадиган ҳаракатлар натижасида келиб чиқади. Бойлам чўзилганда қаттиқ оғриқ пайдо бўлади. Шикастланган соҳа тезда шишади ва бўғим фаолияти бузилади, қон томирлари узилиши оқибатида чўзилиш болдир-оёқ панжаси бўғимида, тизза ва тирсак бўғимларида кўп учрайди. Бойлам чўзилганда, бўғим соҳасига босиб турадиган боғлам қўйиш керак. Оғир холларда гипсли боғлам қўйилади. Бўғим чўзилганда аввал музли халатача ёки совуқ компресс ишлатилади. Кейинги кунларда эса иситувчи муолажалар қилинади.

Бойламларни узилиши. Кўпинча бойламлар, мушаклар, қон томир ва нерв толалари тортилиши натижасида узилиши мумкин. Бундай шикастланиш кўпроқ жисмоний тарбия ва спорт билан шуғулланувчиларда учрайди.

Бойламларни узилиши натижасида бўғимда қон йиғилади, оғриқ бўлади. Тизза бўғими шикастланганда оёқни букиш ёки ёйиш кучли оғриқ беради, шу ерда шиш пайдо бўлади.

Мушаклар узилишида ҳам қаттиқ оғриқ сезилади ва узилган жойда бўшлиқ ҳосил бўлади, шиш кузатилади. **Мушакларнинг ёрилиши** тўсатдан оғриқ бўлиши, тери остига қон қуйилиши, шиш, шикастланган аъзо фаолиятининг бузилиши билан тавсифланади.

БТЁ тадбирлари иммобилизация қилиш, оғриқ қолдирувчи дорилар бериш, музли халтача қўйишдан иборат Шишларни камайтириш мақсадида оёқ ёки қўл қўтарилган ҳолатда бўлиши керак.

Узоқ вақт босилиш синдроми – зилзилалар, табиий фалокатлар туфайли одам узоқ вақт бинолар ёки бошқа қулаган объектлар тагида қолиб кетганда кузатилади. Узоқ вақт босилиш синдроми патогенезида асосан 3 та омил аҳамиятга эга:

1. Кучли оғриқ сезгиси-бунинг оқибатида марказий нерв системасида патологик ўзгаришлар содир бўлади.
2. Травматик токсемия- шикастланган тўқималарнинг парчаланиш махсулотларининг қонга сурилиши оқибатида келиб чиқади.
3. Плазма йўқотиш- бу шикастланган аъзоларни шишиши туфайли ривожланади.

Шикастланган одамда кучли оғриқ, қўзғалиш белгилари, атроф-мухитга мос бўлмаган жавоб реакцияси, титраш, пульснинг секинлашиши, артериал қон босимининг тушиб кетиши, хаттоки, ўлим кузатилиши мумкин. Махаллий белгилар: тери қопламларининг оқариши,

кўкаришлар, ўша жойда шиш ва пуфаклар пайдо булиши, қон қуйилиши кабилар кузатилади. Қон таркибида қоннинг қуюқлашиши, гематокрит кўрсаткичининг ошиши, эритроцитлар ва гемоглобин микдорининг кўпайиши каби, шунингдек буйрак фаолиятининг издан чиқиши ва ажралаётган пешоб микдорининг камайиши кузатилади.

Узоқ вақт босилиш синдромининг кечишида 3 та давр ажратилади:

1. Эрта давр-шикастлангандан кейин 2-3 кун ичида кузатилади.
2. Оралиқ давр-3 нчи 12нчи кунлар ичида кузатилади
3. Кеч даври- 12 нчи кундан сунг кузатилади.

Эрта даврда тананинг шиши ва гемодинамик ўзгаришлар, оралиқда-буйрак етишмовчилиги, кеч даврда жабрланувчи ҳолатининг аста –секин соғайиши кузатилади.

Биринчи тиббий ёрдам. Жабрланувчини босиб турган буюмлар остидан олиб чиқиш, нафас йулларини тозалаш, музли халтача қуйиш, эзилган жойларга асептик боғлам қуйиш, жароҳатли жойни эластик бинт билан боғлаш, қон кетаётган бўлса жгут қуйиш ҳамда транспорт иммобилизациясидан иборат. Захарланишни камайтириш учун венага суюқликлар юбориш ёки ишқорий суюқликлар ичириш тавсия этилади. Оғриқ қолдириш мақсадида 1-2 мл, 1-2 % ли промедол ёки наркотик анальгетиклардан (морфин) фойдаланиш мумкин.

МАНЗУ: БОШ МИЯ ВА УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Режа:

1. Бош миЯ шикастланишининг асосий белгилари
2. МиЯ чайқалиши
3. МиЯ урилиши ва эзилиши, белгилари, БТЁ.

Бош суяги ёпиқ ва очик шикастланиши мумкин. Уриб олиш ёки лат ейиш, миЯнинг эзилиши ёпиқ шикастланишга киради. Бу аксари ўтмас буюмлар таъсирида содир бўлади. Жароҳатланиш эса очик шикастланишга киради. Бунда терининг бутунлиги бузилиб, қон оқади.

Бош миЯ шикастланишларида тиббий ёрдамни тўғри ташкил қилиш учун унинг белгиларига эътибор бериш лозим. Шикастланган одамда эс-хуш қуйидагича бўлиши мумкин:

Эс-хушнинг тиниқлиги-бемор атроф-мухит, вақт ва ўз ҳолатини баҳолай олади, саволларга мос жавоб беради.

Уйқучанлик ҳолати-бемор оддий саволларга тўғри жавоб беради, вақт ва турган жойини айтиб беролмайди, уйқу тортади.

Сопор ҳолати-сўзларга жавоб бермайди, фақат беморда оғриққа жавоб реакцияси мавжуд.

Кома ҳолати-бемор ички ва ташқи қўзғатувчиларга жавоб бермайди. Айрим асосий рефлексларгина сақланиб қолган бўлиши мумкин, нафас ва

юрак фаолияти издан чиқади, асфиксия хавфи пайдо бўлади, пешоб тутилади.

Хотиранинг ўзгариши: ретроград ва антероград амнезия тарзида намоён бўлади. **Ретроград амнезия**- шикастланган захоти хотирани йўқолиши ва уни қисқа вақт давом этиши. **Антероград амнезия**-хотирани шикастланган даврдан то тўла тиклангунча бўлган вақт оралиғида йўқолиши.

Кўз соққасининг ҳолати: мия чайқалган одамда одатда кўзлари ёпик ҳолатда бўлади. Кўз олмасининг нотўғри жойлашиши мияни оғир жароҳатланишидан дарак беради. Кўз олмасининг мувофиқлашмаган ҳаракатланиши (нистагм) ҳам мияни шикастланганини билдиради.

Кўз қорачиғининг ҳолати қорачиқни қисқариши секинлашиши ёки йўқолиши мия шикастланганини билдиради. Кўз қорачиғини бир томонлама кенгайиши (анизокория) мияга қон қуйилганда, мия эзилганда кузатилади. Кўз қорачиғини икки томонлама кенгайиши ва қорачиқни ёруғликка реакциясини йўқолиши мияни икки томонлама босилганлигини билдирадиган ноҳўш белги ҳисобланади.

Бундан ташқари мия шикастланганда мимик мушакларни асимметрияси, энса мушакларини ригидлиги ва б. белгилар кузатилади.

Бош суякларининг очик синиши-уни ўраб турган юмшоқ тўқима бутунлигининг бузилиши билан тавсифланади. Бош суягининг очик синганлигини аниқлаш унча қийинчилик туғдирмайди. Бунда рентгенография усули қўлланади. Рентгенография ёрдамида бош суяги синишининг йўналишини, дарз кетганлигини, ичига ботганлигини ва шунга ўхшаш ҳолатларни аниқлаш мумкин бўлади.

БТЁ. Бош суяклари синганда биринчи ёрдам бериш, миянинг чайқалиши ва шокка қарши курашга қаратилади. Бош суяги синган одамни горизонтал ҳолатда ётқизиб, бошига музли халтача қўйиш керак. Нафас олиши тўхтаб қолган бўлса, сунъий нафас олдириш ва нафас анализаторлари (1% ли лобелин эритмаси) инъекция қилиш керак. Бемор хушига келгач даволаш муассасасига жунатилади. Бош суяги синганда бемор узоқ вақт қимирламай ётиши керак бўлади. Мия фаолиятида ўзгаришлар бўлмаса, операция қилинмайди. Беморга тўла ором берилади. Суяк парчаларининг ботиб кетиши натижасида кала ички босими ошса, босимни тушириш ва ботган парчаларни олиб ташлаш учун бош суяги тешилади, яъни трепанация қилинади. Бош суяклари очик синганда зудлик билан жаррохлик амалиёти ўтказилади.

Бош тубининг синиши. Бош туби суяклари (асоси) кўпинча бош билан йиқилганда синади. Рентгенологик текшириш ташхисни аниқлашда ёрдам беради. Шикастланишдан кейин кўкариш, бурун ва қулоқдан қон кетиши кузатилади.

БТЁ. Беморни бош томонини юқори қилиб тинч ҳолатда ётқизиб қўйилади. Эшитиш йўллари ва бурунни ювмаслик керак, кўп қон оқганда бурунга тампон қўйиш мумкин. Қулоқ соҳаси асептик боғланади. Кала ички босимини тушириш учун глюкозанинг 40 % ли эритмасидан венага 10-20 мл юборилади; оғир ҳолларда орқа мия суюқлиги олинади, шунда бош оғриши

ва бош айланиши камаяди. Инфекция ривожланишининг олдини олиш учун пенициллин билан стрептомицин эритмасини аралаштирилиб юборилади. Бемор камида 4-5 ҳафта, миядаги ўзгаришлар бутунлай йўқолгунича ўринда ётиши шарт.

Миянинг эзилиши. Мия суяклари синганда мия эзилиши, синиқ суяк парчалари ботиши, қаттиқ ва юмшоқ пардаларга қон қуйилиши ҳамда мия шишиб кетиши натижасида қон айланиши бузилиши ва орқа мия суюқлиги кўп миқдорда йиғилиши мумкин.

Мия эзилишининг энг асосий белгиси қон томирининг секин уришидир (40-50 марта). Мия эзилганда бош тинмай оғрийди, бемор қусади, кўзғалади, нафас олиши тезлашади, томири суст уради, кўз қорачиқлари кенгайиб кетади ва ёруғликка реакция бермайди, нихоят хушидан кетади.

БТЁ. Биринчи ёрдам бошни қимирлатмасликка қаратилган бўлади. Транспорт иммобилизацияси учун зинапоясимон ёки Еланскийнинг фанерли шинасидан фойдаланилади. Мия шишини олдини олиш учун диуретиклар ва гипертоник эритмалардан фойдаланиш мумкин. Оғир ҳолларда бош суяги трепанация қилинади.

Миянинг урилиши. Шикастловчи омилнинг мияга карама-қарши томондан зарб билан урилиши натижасида келиб чиқади, бунда бошнинг юмшоқ тўқимаси бутун қолиб, мия моддаси шикастланади. Енгил даражада урилганда-эс-хушнинг йўқолиши, неврологик ўзгаришлар, нутқ ва сезишнинг бузилиши, фалажликлар кузатилади. Ўрта даражада мия фаолиятининг бузилиш белгилари бирмунча яққолроқ ифодаланади. Оғир даражада узоқ вақт хушсизлик, ҳаётий фаолиятларни издан чиқиши кузатилади.

БТЁ. Бошни юқорига қаратиб ётқизилган ҳолда замбилда касалхонага жўнатилади. Даволаш 4-5 ҳафта олиб борилади ва мия шишини олдини олишдан, мияга қон қуйилганда пункция қилиш, мия озиқланишини яхшилаш ва яллиғланишга қарши курашдан иборат бўлади.

Мия чайқалиши. Шикастланиш туфайли мияда морфологик ўзгаришлар рўй бермасдан фақат унинг фаолиятини бузилиши мия чайқалиши дейилади. Енгил даражада қисқа вақт эс-хушни йўқотиш, қусиш, бош оғриғи, бош айланиши кузатилади. Ўрта даражасида бир неча соат эс-хушини йўқотиш. адинамия, нистагм, қорачиқни торайиши, пульсни секинлашиши, нафасни тез ва юзаки бўлиши кузатилади. Оғир ҳолларда эса эс-хуши узоқ вақт тикланмайди, пульс ва нафас олиш секинлашади, неврологик ўзгаришлар кузатилади.

БТЁ. Мияси чайқалган одам шифохонада узоқ вақт даволанади. Кўзғалиш аломатлари бўлганда морфин, люминал ёки веронал буюрилади, бошига музли халта қуйилади. Узоқ вақт хушсиз ётганда натрий хлориднинг 10 % эритмасидан 10-20 мл, глюкозанинг 40 % ли эритмасидан 20-40 мл венага, 25 % магний сульфат 4 мл мушаклар орасига юборилади, магний сульфатнинг 50 % ли эритмасини клизма қилиш мумкин. Кала ички босимини тушириш

учун диуретиклардан (фуросемид, триамтерин) ҳам фойдаланиш мумкин. Седатив ва томирларни кенгайтирувчи воситалардан фойдаланилади.

Умurtқа поғонасининг шикастланиши–қурилиш, тоғда ишловчилар, қишлоқ хўжалик ишларини бажараётганлар, спортчилар орасида учраши мумкин. Умurtқа поғонаси ёпиқ ва очиқ синиши мумкин.

Белгилари: синган соҳанинг шишиб қолиши, оғриқ, ҳаракатсизлик ва б. Кўпинча тўлиқ ва қисман фалажлик (парез ва гемепарез), сезувчанликнинг йўқолиши, чанок аъзолари фаолияти бузилиши кузатилади.

БТЁ. Беморни қимирлатмасдан касалхонага жўнатилади. Узоқ вақт ўринда ётиш, тортиб кўйиш, гипсли корсет, даволаш физкультураси, физиотерапия ва бошқа усуллардан фойдаланилади.

МАВЗУ: СУЯКЛАРНИНГ СИНИШИ ВА ЧИҚИШИ

Режа:

1. Суякларнинг синиши, турлари, асосий белгилари, асоратлари
2. Суяк синишида БТЁ
3. Суякларнинг чиқиши, турлари, асосий белгилари, асоратлари
4. Суяк чиқишида БТЁ.

Суяк бутунлигининг тўлиқ ёки қисман бузилиши синиш дейилади. Суякларнинг синиши очи± ва ёпи± к°ринишда булади. Очи± синиш-тери бутунлигининг бузилиши, яъни жароҳатланиши б°лса, ёпи± синишда эса тери бутунлиги са±ланади. Суяклар т°ли± ва ±исман синган булиши мумкин. Суякнинг тули± синишида суяк булакларга булинади ёки дарс кетади. Бунда кундалангига, ±ийши±, буралган, майдаланиб синган булиши мумкин. Шикастланишнинг жойига кура суяк синиши 2 га булинади: 1. Суякнинг °рта ±исми синса-диафизар синиш 2. Суякнинг бу²ин ±исми синса эпифизар синиш дейилади. Суяк синишида кўпинча суяк булаклари мушаклар рефлектор ±ис±ариши ёки таъсир этувчи куч ҳисобига ён томонга ва узунасига силжийди.

Суяк синишининг асосий белгилари

1. Ғатти± о²ри±. О²ри± ҳаракат ±илинганда кучаяди ва бу суякнинг синган турига, таъсир этган кучга, юмшо± т°±ималарнинг жароҳатига бо²ли±. Энг кучли о²ри± суякнинг очи± синиб жуда майдаланиб кетган ҳолатида булади. Натижада о²ри±дан бемор шок ҳолатига тушиш мумкин.
2. Оё± суяклари синишида деформация (±ийши±лик, калталиги) кузатилади.
3. синган соҳада патологик ±имирлаш (синган суяк ҳаракати) ва крепитация (суяк булакларининг ²ичирлаши) белгилари сезилади. Бу ва±тда о²ри± янада кучаяди, чунки я±ин жойлашган ±он томир ва нервлар шикастланиши мумкин. Бу белгиларни юзаки к°риш ва со² оё±±а та±±ослаш ор±али ани±ланади.

4. Агар ёпи± холда синган булса гематома, шиш хосил булиши, очи± холда суяк булаклари юмшо± т°±имадан куриниши ва ±он о±иши белгилари кузатилади.

Суяк синишида БТЁ.

Суяк синишида жароҳатланган одамнинг та±дири ва±тида ва т°²ри курсатилган БТЁ га бо²ли±.

Очи± синишда: 1. Ва±тинчалик ±он о±иши тухтатилади.

2. о²ри±ни камайтириш ма±садида жароҳатланган суякни ва у билан бо²ли± бу²инларни ҳаракатсизлантирилади (иммобилизацияланади) ва бу билан шокка тушишнинг олди олинади. Агар ту²ри иммобилизация ±илинмаса, ±он томир, нервнинг шикастланиши, шок ҳолати кузатилади. Асосийси транспорт иммобилизацияси шикастланган одамни со², асоратсиз ва тезликда стационарга олиб боришдан иборат. Бунинг учун махсус шиналардан (±имирлатилмайдиган, ±имирлатиш ва тортиш учун мулжалланиб), булар б°лмаганда фанер, кардон, ё²оч-тахталардан шина сифатида фойдаланиш мумкин.

Транспорт иммобилизациясининг қоидалари:

1. қўйилаётган шина пастки ва юқори икки бўғимни қамраши керак. Айрим ҳолларда эса 3 та бўғим (сон ва елка суяклари синишида) ҳам ҳаракатсизлантирилади.
2. шикастланган оёқ қўлни иложи борича физиологик ҳолатда, агар имконият бўлмаса оғриқ кам сезиладиган ҳолатга қўйилади.
3. очик синишда чиқиб турган суяк бўлагини қайтадан жойига қўйиш манн этилади. Бунда стерилланган боғлам билан боғланади ва шу ҳолатда шина қўйилади.
4. Ёпиқ синишда жароҳатланган шахсни устки кийимларини ечиш тақиқланади.
5. Шина тагига юмшоқ буюмлар (пахта, сочик, рўмол ва б.) қўйиш тавсия этилади.
6. Жароҳатланган шахсни кўтариш ва ётқизишда шикастланган оёқ ёки қўлни ушлаб туриш зарур.
7. Ушбу тавсиялар эътиборга олинмаса жароҳатланган шахсни ахволи оғирлашади, ёпиқ синиш очик турига ўтиши, қон ва нерв томирлари шикастланиши ва б. асоратлар рўй бериши мумкин.

Синган суякка қараб иммобилизациянинг турли усулларидан фойдаланилади. Сон суяги синганда Дитерихс ва норвонсимон симли шиналар, болдир суяги синганда фанерли, нарвонсимон симли ва бошқа қўл келган шиналар ишлатилади. Қўл суякларини синишида нарвонсимон симли шина ёки бошқалар (тўрсимон, фанерли) қўлланади. Қовурға суяклари синганда Еланский шиналари ёки пахтали докадан ясалган боғлам ишлатилади.

БТЁ дан сунг даволаш иммобилизацияси стационарда утказилади. Бунда гипсли бо²ламдан фойдаланилади. Гипс 100-130° С исси±ликда ±уритилган калций сульфатдир. 10-12 да±и±ада ±отади, ута гигроскопик.

Шикастланишнинг бошлан²ич даврида лангет (гипсли бо²лам ярим уралади), т^о±има шишлари ±айтганда циркуляр (кенг, уртача тор холда) гипсли бо²лам уралади.

Гипсланишнинг асосий ±оидалари:

1. гипс қўйишда пайтда ±ул-оё± ҳаракатсиз ва ±улай ҳолатда бўлиши лозим,
2. гипсланаётган аъзо ёрдамчи томонидан фа±ат кафт билан ушланади, 3. гипснинг яхши ±отиши ва синмаслигини таъминлаш учун эҳтиёт чоралари қўрилади,
4. гипсли бинт ўралаётганда ҳар гал олдинги ўрашни 2/3 қисми қамраб олинади,
5. ҳар бир гипсли бинт қавати устидан ±ул билан текисланади,
6. гипсланган оё± ёки ±ул бармо±ларининг учлари очи± ±олдирилиши лозим,
7. гипс ±отгач оё± ёки ±ул кутарилиб ±уйилиши, агар о²ри± сезилса махсус ±айчи билан кесилиб лангет тарзида устидан бо²ланади.

Суякларнинг чи±иши.

Суякларнинг бу²имлардан нормал ҳолатидан сурилиши суяк чи±иши дейилади. Суякларнинг б^о±им юзаси бир-бирига жипс тегмай ±олса т^оли± чи±иш, бу²им юзаси биров булсада тегиб турса ±исман чи±иш дейилади. Суяк елка б^огимидан чи±са елка суяги чи±иши, тирсакда билак суяқларининг чи±иши ва х.к .

Суяк чи±иши сабабларига кура ту²ма, травматик, патологик, ва одат б^олиб ±олган чи±иш турларига б^олинади:

1. Суякнинг т^о±ма чи±иши. Она ±орнида б^о±им юзаларининг нот^о±ри ривожланиши натижасида чано±-сон бу²имида сон суяги бир томндан ёки 2 томондан чи±иб ±олади. Бу бола юра бошлагач о±со±ланганидан ёки урдакка ухшаб юришидан сезилади. Бу кам учрайдиган чи±иш тури б^олиб купро± ±из болаларда учрайди.
2. Суякнинг травматик чи±иши купро± учрайди. Яъни травма о±ибатида масалан, елка билан йи±илганда елка суягининг чикиши.
3. Патологик чи±иш кам учраб бу²им ва унинг атрофидаги т^о±маларда бирон касаллик (сил, захм, остеомиелит) натижасида бўлади.
4. Одат бўлиб ±олган чи±иши илгари чи±±анда бу²им капсуласининг узилганлиги ва чузилганлиги сабабли суяк такрор чиқадиган бўлиб ±олади. Спортсменларда (курашчилар) куп учрайди .

Суяк чи±ишининг асосий белгилари.

Чиққан соҳада ўзига хос ғичирлаган товуш эшитилади, ±атти± о²ри± туради, бўғим фаол ҳаракат қила олмайди, чи±±ан б^о±имнинг таш±и к^оринишининг узгаради. Чи±±ан соҳада шиш ҳосил б^олиши ва ±он ±уйилиш, чи±±ан оё±-±ул узунлигининг узгариши кузатилади. Оёқ-қулни ҳолатини ўзгартиришга ҳаракат қилганда агар чиққан бўлса, қаршилиқ сезилади.

Чи±±анда БТЁ. Беморни ±имирлатмай ёт±изиб ±уйиш, чи±±ан оё± ёки ±улни ±имирламайдиган ±илиб бо²лаш ва тезда касалхонага олиб бориш,

о²ри± ±олдирувчи дорилар (морфин, промедол) берилади. Чиккан суякни ўзича тўғрилашга ҳаракат қилиш тавсия этилмайди.

Ҳаётда кўпроқ елка суягининг чиқиши кузатилади. Бунда чиққан елка суяги касалхонада Кохер, Мота-Мухина, Гиппократ усуллари билан тўғриланади.

МАВЗУ: КУЙИШ ВА СОВУҚ ОЛИШЛАР

Режа:

1. Термик куйишнинг белгилари, БТЁ
2. Кимёвий куйиш, БТЁ
3. Электр токи ва нур таъсирида куйиш
4. Совуқ уриш, даражалари, БТЁ.

Куйиш деб тўқималарни юқори харорат, кимёвий омиллар, ну рва электр токи таъсирида шикастланишига айтилади.

Термик куйишлар

Термик куйишлар умумий куйишларни 90-95 % ини ташкил этади. Термик куйишларга аланга, қайноқ суюқликлар, буғ, иссиқ буюмлар сабабчи бўлиши мумкин. Куйишга жавобан танада руй берадиган патологик ҳолат куйиш касаллиги дейилади: Унинг куйидаги даврлари фарқланади: 1) куйиш шоки, 2) ўткир куйиш токсемияси, 3) ўткир септикотоксемия, 4) реконвалесценция.

Куйиш касаллигини оғирлиги куйган майдоннинг ҳажмига ва тўқималарни қанчалик чуқур куйганига боғлиқ .

Куйиш даражалари:

1-даражали куйишда тўқималарни қизариши ва шиши ачишиш кузатилади. Тўқималар ҳалок бўлмайди.

2-даражали куйишда тиниқ суюқлик (плазма) билан тулган пўфаклар ҳосил бўлади. Пуфаклар атрофида қизарган сохалар аниқланади, ачишиш бўлади.

3 А даражали куйишда ёрилган ёки сариқ суюқлик билан тўлган пўфаклар аниқланади. Ёрилган пўфак ўрнида нам некроз кузатилади, оғриқ сезгиси пасайган.

3 Б даражали куйиш-кенг геморрагик суюқлик билан тўлган пўфаклар кузатилади. Пўфаклар ёрилган жойда зич, қуруқ, қўнғир рангли пўслоқ кузатилади. Бу қуруқ некроз, тери томирлари тромбози натижасидир.

4 –даражали куйиш-теридан чукурда ётган мушаклар ва суяклар ҳам некрозга учрайди.

Куйиш шоки-тананинг 20 % и 2- ва 3 А даражада ёки 10 % и 3 Б ва 4-даражада куйганда кузатилади.

I даражали куйиш шокида беморнинг ҳолати ўртача бўлиб, эс-хуши сақланган, титраш, тери оқариши, пульс ва артериал босимнинг ўзгариши, кексаларда қўзғалиш, болаларда апатия, тормозланиш кузатилади.

II даражада беморнинг аҳволи оғир, эс-хуши сақланган, ҳаракат қўзғалиши тормозланишга ўтади, чанқоқлик, кўнгил айниш, қусиш, тери қуриши, оқариши, пульс тезлашиши, артериал босим пасайиши, нафас олишнинг юзакилашиши, тезлашиши кузатилади.

III даражада беморнинг аҳволи ниҳоятда оғир бўлиб, эс-хуши хиралашади, эс-хуши хиралашади, чанқоқлик, кофе куйқаси каби қусиш, тери оқариши, пульс ипсимон бўлиши, артериал босим ва тана ҳарорати пасайиши кузатилади.

Ўткир куйиш токсемияси-куйиш касаллигининг кейинги даври бўлиб, 2-3 кундан икки ҳафтагача давом этади. Бу даврда захарланиш белгилари устун бўлади: тана ҳарорати 38-40° С, тахикардия, нафасни тезлашиши, камқонлик, оксил алмашинуви бузилиши, жигар ва бўйрак фаолиятининг издан чиқиши.

Септикотоксемия-10-15 кунларда бошланиб, инфекция ривожланади. Кўпинча инфекцияга стафилакокклар, кўк йиринг таёқчаси, ичак таёқчаси, протейлар сабабчи бўлади. Бу даврда захарланиш, камқонлик, оксиллар етишмовчилиги белгилари кузатилади.

Реконвалесценция даврида аъзо ва тўқималарнинг фаолияти тиклана бошлайди.

Куйган сохани аниқлаш.

Куйган одамга тўғри тиббий ёрдам кўрсатиш учун куйган сохани аниқлаш лозим.

1. Кафт билан ўлчаш-катта ёшли одамда кафтнинг ички юзаси бутун бадан юзасининг 1-2 % ини ташкил этади. Куйган сохага стерилланган салфетка ёпиб ўлчанади ва шу сон 1 ёки 1, 2 га кўпайтирилади.

2. Тўққизлар қоидасига мувофиқ ўлчаш- бош, бўйин юзаси жами баданнинг 9 % ини, бир қўл юзаси 9 % ни, тана 36 % ни, ҳар бир оёқ юзаси 18 % ни, оралик ва жинсий аъзолар 1 % ни ташкил этади. Шу рақамлардан фойдаланиб куйган юзани тахминан аниқлаш мумкин.

БТЁ. Агар бемор олов таъсирида куйган бўлса, биринчи навбатда эҳтиёткорлик билан унинг кийимини ечиш керак. баданга ёпишиб қолган кийимлар қайчи билан эҳтиёт бўлиб қийилади. Одатда куйган сохага қуруқ асептик пахта-дока боғлам куйишдан иборат бўлади. Шу мақсадда махсус куйишга қарши боғламлардан фойдаланган маъқул. Оёқ-қўлнинг кўп жойи куйганда транспорт шинаси куйиш шарт. Бадан сатхининг кўп жойи куйганда бемор стерилланган чойшабга ўралади. Агар стерил материал топилмаса тоза газмолдан фойдаланиш мумкин. Куйган юзага малхамлар,

глицерин, бўёқ эритмалари суртиш ман этилади, чунки бу ярани ювиш ва унинг чуқурлигини аниқлашни қийинлаштиради.

Куйган жойнинг ўзида кўриладиган чор-тадбирлар: шикастловчи омилни таъсирини тўхтатиш, тана ва куйган жойни совутиш, оғриқни камайтириш, химояловчи боғлам қуйиш, ишқорий ичимликлар ичиришдан иборат. Касалхонага жўнатиш олдидан эса анальгетиклар, нейролептиклар, гистаминга қарши воситалар юборилади. Оғриқни қолдириш учун наркотик анальгетиклар-промедол, омнопон, морфин; гистаминга қарши воситалар сифатида димедрол, тавегил, супрастин ва б. ишлатилиши мумкин. Шифохонада анестезия қилинади, кардиотоник воситалар юборилади, плазма ўрнини босувчи ва электролитлар эритмалари (полиглюкин, желатиноль, полифер, реополиглюкин, «Дисоль», «Трисоль») томчилаб венага юборилади. Совуқ олган кишига қоқшолга қарши зардоб юборилади.

Махаллий даволаш-ёпиқ ёки очик усулда бўлиши мумкин. Боғламлар қуйиш иложи бўлмаганда, яъни юз, оралик. жинсий аъзолар соҳаси куйганда ишлатилади. Бунда куйган жой кунига 3-4 марта антисептиклар ва антибиотиклар билан қайта ишланади. Калий перманганат 1:5000 эритмаси билан 3-4 марта ювиш мумкин. Хозирги вақтда айрим касалхоналарда куйганларни очик даволаш учун абактериал герметик палаталар ташкил этилган.

Ёпиқ усулда боғламлардан фойдаланилади. 2-даражали куйишда ярани бирламчи ювгандан сўнг бактерицид ва оғриқсизлантирувчи таъсирга эга малҳамлар (5-10 % синтомицин; 0, 5 % фурацилин, 10 % анестезин) суриб боғлаб қуйилади. Йиринглаш кузатилмаса боғлам бир неча кундан сўнг алмаштирилади.

3 А даражали куйишда йирингли-демаркацион яллиғланиш ривожланади, шунинг учун қуруқ пустлоқ ҳосил бўлишига ёрдам бериш керак. Бунинг учун антисептиклар (0, 02 % фурацилин, 3 % бор кислота; 0, 5 % кумуш нитрат) ишлатилиши мумкин. Малҳамлар тавсия этилмайди. Эпителий янги ҳосил бўла бошлагач Вишневский малҳами ишлатилиши мумкин. Боғламларни алмаштиришда 1-3 % водород пероксидга намланган салфеткалар билан яра ювилади.

3 Б даражадаги куйишда куйган соҳа пластик жаррохлик амалиёти учун тайёрланади. Чуқур куйишларни 3 босқичда жаррохлик усули билан даволанади: 1) некротомия-некроз соҳасини кесиш, 2) некроэктомия-некроз соҳасини олиб ташлаш, 3) тери пластикаси.

Кимёвий куйиш

Кимёвий куйишлар кислота, ишқорлар ва б. кимёвий моддалар таъсирида келиб чиқади. Кимёвий куйишларда асосий тадбир терининг оқар сувда камида 15 дақиқа ювиш ҳисобланади, бу фақат оҳак билан куйганда тавсия этилмайди. Кислоталар билан куйганда кучсиз ишқорлар (натрий гидрокарбонат), ишқорлар билан куйганда эса кучсиз кислоталар (0, 01 % хлорид кислота, 1-2 % чумоли кислота) билан ювиш тавсия этилади. Агар кимёвий модда кийимга шимилган бўлса, уни тезда ечиб олиш лозим.

Кислоталар билан куйганда оксиллар парчаланади, кислотали протеинатлар комплекси хосил бўлади, тўқималар куриб, коагуляцион (курук) некроз ривожланади. Ишқорлар билан куйганда ишқорий протеинатлар хосил бўлади, ёғлар совунланади ва колликвацион (нам) некроз ривожланади.

Айрим моддалар билан куйганда умумий ўзгаришлар кузатилади. Масалан, фосфор ва пикрин кислота нефротоксик. танин кислота гепатотоксик таъсига эга ва хак.

Электр токи ва нурдан куйиш.

Электр токидан куйиш ток манбаи билан бевосита алоқада бўлган жойда кузатилади. Тиббий ёрдам ва маҳаллий даволаш тадбирлари термик куйишдаги каби.

Нурдан куйиш- ядро портлаганда кузатилади. Радиоактив моддалар танага ютилиб, тўқималарни ўзгаришига олиб келади. танани маълум бир қисми нурланганда нурдан куйиш, бутун тана нурланиш олганда эса нур касаллиги дейилади. Тиббий ёрдам тадбирлари асептик боғлам куйиш, музли халтача ёки совуқ сувга намланган боғлам куйиш, некрозга учраган тўқималарни олиб ташлаш ва хак. дан иборат. 1-2 даражали куйишда малхам куйиб боғлаш тавсия этилади. Венага 0, 5 % новокаин эритмаси юборилиши мумкин. Нур касаллигида эса бемор махсус касалхонада узоқ вақт даволанади.

Совуқ олиш.

Тўқималарни паст харорат таъсирида шикастланиши совуқ олиш дейилади. Кўпроқ Сибир ва Узоқ Шарқ минтақаларида учрайди. Совуқ олишда хаво харорати, кийим, намлик, шамол, кишининг шахсий мослашув хусусиятлари рол ўйнайди. Масалан, совуқ минтақада яшовчилар анча мослашган бўлади. Алкогол қон томирларни кенгайтиради ва иссиқликни йўқолишига олиб келиб, совуқ олишни кучайтиради.

Совуқ олишнинг реактив олди ва реактив даври фарқланади. Реактив олди даври бир неча соатдан 1 кунгача давом этиб, терининг оқарганлиги, цианоз, совуқлиги, кам сезувчанлиги билан тавсифланади. Совуқ урган соҳада ачишиш ва парестезия сезилади, оғриқ бўлиши мумкин. Шикастланган соҳада харорат меъёрига келиши билан реактив босқич бошланади.

Реактив босқичда терининг қизариши, қизиши, оғриқ ачишиш кузатилади. Тери шишган, ранги ҳар хил бўлади. Шиш ва терининг ранги шикастланишнинг чуқурлигини билдирмайди.

Совуқ олишнинг 4 даражаси фарқланади:

1-даражали совуқ олганда қон томирлари торайиб кетиши натижасида совуқ олган соҳадаги тери оқариб ёки кўкариб кетади ва ҳеч нарсани сезмайди. даволаш натижасида бир неча кундан кейин бу ўзгаришлар йўқолади.

2-даражали совуқ олишда тиниқ суюқликка тўлган пўфакчалар хосил бўлади. Терини ўсувчи қавати шикастланмагани учун у 1-2 ҳафтада тикланади.

3-даражали совуқ олишда қонли суюқлик билан тўлган пўфаклар ҳосил бўлади. Тўқималар чуқур шикастланган учун у тикланмайди, агар тери кучириб утказилмаса, чандиқ ҳосил бўлади. Шикастланган сохада сезги йўқолади. Нам некроз кузатилади.

4-даражали совуқ олишда (мумиёланиш) бўғимлар ва суяклар ҳам шикастланади. Совуқ урган соха қорайиб, қурий бошлайди. Оғриқ ва захарланиш натижасида бемор ҳалок бўлади.

БТЁ. Совуқ олган одамни иссиқ хонага олиб кириш, нам кийимларни ечиб ташлаш, баданни совуқ урган жойини иситиш, қон айланишини тиклаш учун массаж қилиш зарур. Совуқ урган одамни илиқ ваннага киритиб, сув ҳарорати аста-секин 36°C гача оширилади. Кейин бемор иссиққа уралиб, баданни шикастланган жойига асептик боғлам қўйилади. Совуқ урган сохага ёғ ва мазлар суртиш мумкин эмас. Беморга иссиқ чой, кофе ичирилади, сўнгра шифохонага юборилади. Оғир ҳолларда анальгетиклар қилинади, юрак-қон томир ва нафас фаолиятини тиклашга ҳаракат қилинади. Терига инфекция тушишини олдини олиш, организмни тиклаш учун витаминли овқатланиш зарур. Совуқ олган кишига қоқшолга қарши зардоб юборилади.

Дала шароитида

- 1 . Нам оёқ кийим, қўлқоп, пайпоқ ечилади.
- 2 . Иссиқ қўл билан тананинг совуқ олган жойлари иситилади.
- 3 . Иссиқ ичимлик берилади.
- 4 . Боғлом қўйилади.
- 5 . Шифохонага юборилади.

Уй шароитида

1. Нам оёқ ва уст кийимлари ечилади.
2. Бемор $17-18^{\circ}\text{C}$ ли ваннага киритилиб, сув ҳарорати 36°C гача аста-секин кўтарилади.
3. Иссиқ чой ёки кофе ичириб, иссиқ жойга ётқизиб, ўраб қўйилади.

МАВЗУ: ЎТКИР ЖАРРОҲЛИК ИНФЕКЦИЯЛАРИ.

Режа:

1. Ўткир жарроҳлик аэроб инфекциялари, уларни олдини олиш ва даволаш.
2. Ўткир йирингли инфекцияларни айрим турлари ва уларда БТЁ.
3. Ўткир анаэроб жарроҳлик инфекциялари.

Клиник кечиши ва тўқималардаги патологоанатомик ўзгаришларга қараб, жарроҳлик инфекциялари қуйидагиларга ажратилади:

Ўткир жарроҳлик инфекциялари:

1. Ўткир йирингли инфекция;
2. Ўткир анаэроб инфекция;
3. Ўткир махсус инфекция (қоқшол, куйдирги ва б.)
4. ўткир чириш инфекцияси.

Сурункали жарроҳлик инфекцияси:

1. Сурункали носпецифик инфекция;
2. Сурункали махсус инфекция (сил, захм, актиномикоз).

Ўткир йирингли инфекциялар.

Кўпинча ўткир йирингли инфекцияларни стафилакокк, стрептококк, ичак таёкчаси, пневмококк, кўк йиринг таёкчаси қўзғатади.

Йирингли жараённинг кечиши ва оқибати қуйидаги омилларга боғлиқ:

1. Макроорганизмнинг иммунологик ҳолати,
2. Микробларнинг биологик хусусиятлари-дозаси, вирулентлиги ва б.
3. Микроб тушган ўчоқнинг анатомио-физиологик хусусиятлари;
4. Қон айланишнинг ҳолати,
5. Бемор қони таркиби,
6. Тананинг аллергияланиш даражаси.

Микроорганизмлар танага тушганда қуйидаги маҳаллий белгилар кузатилади: артериал гиперемия, шиш, оғриқ, шу соҳада ҳароратнинг кўтарилиши, аъзо ва тўқималар фаолиятининг бузилиши. Яллиғланиш экссудатида кўп миқдорда лейкоцитлар йиғилади.

Умумий реакцияларнинг келиб чиқиши бактериялар токсинларининг ва тўқималарнинг парчаланиш маҳсулотларини миқдорида, тананинг ҳимоя кучларига боғлиқ. Умумий клиник белгиларига тана ҳароратининг ошиши, титраш, бош оғриғи, умумий ҳолсизлик, ақл-хушнинг хиралашуви киради. Юрак-қон томир, жигар ва буйраклар фаолияти издан чиқади. Қон таркибидаги ўзгаришлар: камқонлик, ЭЧТ ошиши, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши ва б. Жигар шикастланганда глобулинлар миқдори ортиши, альбуминлар миқдори эса камайиши, буйрак шикастланганда пешобда оқсил ва цилиндрлар пайдо бўлиши кузатилади.

Йирингли инфекцияларни олдини олиш учун қуйидагиларга эътибор бериш лозим:

1. Шикастланишларнинг олдини олиш,
2. Шикастланишларда биринчи тиббий ёрдамни тўғри ташкил қилиш,
3. Қандли диабет ва б. касалликларни даволаш,
4. Турли йирингли жараёнларни ўз вақтида даволаш.

Касалхона ичи инфекцияларини олдини олиш учун қуйидагилар амалга оширилади:

- бўлимда ишловчилар орасида стафилакокк ташувчиларини санация қилиш,
- бўлимнинг санитария-гигиена ҳолатини қаттиқ назорат қилиш,
- ўткир жарроҳлик инфекцияси аниқланган беморларни ажратиш,
- муолажа ва жарроҳлик амалиёти ўтказилаётганда асептика ва антисептика қоидаларига амал қилиш,
- фаол эмлаш,
- грипп эпидемияси вақтида махсус ниқобчалардан фойдаланиш, чунки бу ҳам организмни кучсизлантириб, йирингли инфекциялар ривожланишига шароит яратади.

Ўткир йирингли инфекцияларни даволаш асосан яллиғланиш ўчоғини чегаралашга қаратилади. Бунинг учун яллиғланиш ўчоғи атрофига новокаин ва антибиотиклар юбориш, вена ёки мушаклар орасига антибиотиклар юбориш, физиотерапевтик муолажалар тавсия этиш ва бошқа тадбирлар бажарилади. Бундан ташқари йиринглаган тўқимани йирингдан тозалаш, антисептик дорилар билан ювиш, гипертоник эритма билан тампон қўйиш ва бошқа тадбирлар бажарилади. Организмнинг иммун тизимини яхшилаш мақсадида витаминлар, аутогемотерапия, калорияли ва сифатли овқатланиш тавсия этилади. Ярани некроз массаларидан тезроқ тозаланиши учун протеолитик ферментлардан (химотрипсин, террилитин) фойдаланилади. Айрим ҳолларда иммуномодулятор препаратлари (тималин, тимоглобулин в.б.) берилади. Антибиотиклар билан даволаш, фаол ва пасив эмлаш усулларида фойдаланилади.

Панариций-бармоқларни ўткир йирингли яллиғланиши. У тери орасидан, тери остида, тирноқ остида, пайда, суякда, бўғимда бўлиши мумкин. Кейинги 3 тури оғир кечади.

Касалликнинг асосий белгилари: оғриқ, шиш, қизариш, ҳароратни кўтарилиши ва бармоқларнинг фаолияти бузилиши. Бу белгилар панарицийнинг турига қараб ҳар хил даражада ифодаланган бўлади. Панарицийнинг асосий ва доимий белгиси кучайиб борадиган оғриқдир. Уни олдини олиш учун микротравмалардан сақланиш, шахсий гигиенага эътибор бериш, тирноқ олиш ва маникюрда эҳтиёт бўлиш ва ҳақ. Панарицийни бошланғич даврида бармоқни гипертоник эритмага (10-20 % ош тузи) солиб туриш, пиёз бойлаш, боғлам қўйиш (Вишневский малхами билан) мумкин.

Оғриқ кучайганда жарроҳлик йўли билан даво қилинади. Панариций 1-2 % новокаинли анестезиядан сўнг кесилади ва йирингдан тозаланиб,

антисептиклар билан даво қилинади. Агар вақтида жаррохлик муолажаси қилинмаса оғир турларига ўтиб кетиши ва асоратлар бериши мумкин.

Фурункул-соч қопчаси, ёғ безлари ва уларнинг атрофидаги тўқималарнинг ўткир йирингли яллиғланиши. Ушбу тери касаллиги кўпроқ бўйинда, орқада, думбада ва юзда бўлиб туради. Уни стафилакокклар келтириб чиқаради. Айниқса терининг майда жароҳатланиши, тери ифлосланиши, совуқ ейиш, авитаминоз, қандли диабет натижасида ривожланади. Чипқон бошланишида инфильтрат (тўқиманинг шишиши), оғриқ сезилади ва аста-секин ривожланиб боради. Инфильтрат ҳам, оғриқ ҳам кучая боради. Яллиғланишнинг ҳамма белгилари намоён бўлади. 5-7 кунга бориб чипқоннинг ўртасида йирингли стержен ҳосил бўлади ва иштаҳанинг пасайиши, уйқунинг бузилиши, умумий ҳароратнинг кўтарилиши каби ўзгаришлар кузатилади. Чипқонни юқори лабда жойлашиши хавфли ҳисобланади, чунки инфекция веналар орқали бош миёга ўтиши ва менингит асоратини бериши мумкин.

Биринчи тиббий ёрдамда иссиқ қилиш, УВЧ, пиёз бойлаш, Вишневский суртмасини қўйиш, антибиотиклар ишлатиш ўринлидир. Агар бу тадбирлар самара бермаса жаррохлик усули қўлланади. Яра кесиб йирингни стержени олиб ташланади ва йирингдан тозаланиб, водород пероксид, гипертоник эритма билан турунда қўйилади. Антибиотиклар (ампициллин) инъекция қилинади. Фаол ва пассив эмлаш мумкин. Чипқонни олдини олишда шахсий гигиенага риоя қилиш ва жароҳатланганда антисептикларни ишлатиш катта аҳамиятга эга.

Карбункул-соч қопчалари, ёғ безлари ва бошқа ён ва ости тўқималарини кўплаб йирингли яллиғланиши натижасида тўқимани некрозга учраб, ўрта қисмида қорамтир рангли тусни олади. Оғир ҳолларда тери ости клетчаткаси ҳам яллиғланади. Карбункул орқа ва бўйинда кўпроқ жойлашиб, кўзгатувчиси стафилакокклар. Карбункул чипқонга қараганда оғирроқ ўтади.

Яллиғланган жойда кучли оғриқ бўлиб, уйқу бузилади, тана ҳарорати 39°C гача кўтарилади, кўпинча лифаденит, тромбофлебит, сепсис каби асоратлар беради.

Касалликни бошланишида маҳаллий муолажалар (курук иссиқ, УВЧ, антибиотиклар) қилинади. Карбункул шаклланиб бўлгач, жаррохлик усули билан кесилиб, яра тозаланади-некрозга учраган тўқималар, йиринглар олиб ташланади ва антибиотиклар, антибактериал дорилар (фурациллин, калий перманганат, водород пероксид) билан ювилади ва гипертоник эритма (10 % ош тузи) билан турунда қўйилиб, у ҳар куни янгиланади.

Лифангит-лимфа томирларининг, **лимфаденит** эса лимфа безларининг яллиғланишидир. Йирингли жараёнларнинг асорати сифатида ривожланади. Беморлар шикастланган соҳада ачишиш, қичишга шикоят қиладилар, йирингли ўчоқдан лимфа тугунлари томон йўналган қизил чизиқлар ҳосил бўлади, улар оғрикли бўлиб, катталашади, зичлашади. Уларнинг атрофидаги тери қизарган, бир қанча вақт ўтгач флюктуация кузатилади.

Даволашда асосий йиринг ўчоғини тугатиш, антибактериал терапия, иммобилизациядан фойдаланилади.

Абцесс-йирингни тўқима ва аъзоларда чегараланган тўпланишидир. Асосий кўзгатувчиси стафилакокклар. Яраланганда, микротравмаларда, муолажалар қилишда асептика қоидалари бузилганда келиб чиқади. оғрик, тери кизариши, флюктуация кузатилади. Тана ҳарорати кўтарилади.

Флегмона-тери ости ёки мушак аро тўқимасининг тарқалган йирингли яллиғланиши. Клиник белгилари: тери қизариши, юқори ҳарорат, оғрик, шикастланган аъзо фаолиятини бузилиши.

Абцесс ва флегмонани даволаш шаклланиб бўлган йирингни кесиш, улган тўқималарни олиб ташлаш, водород пероксид, фурацилин билан ярани ювиш, дренаж ёки гипертоник эритмали тампон қўйишдан иборат. Антибиотиклар, стафилакокка қарши γ-глобулин, дезинтоксикация мақсадида қон ўрнини босувчи суюқликлар юборилади.

Сепсис-оғир инфекцион касаллик бўлиб, кўпинча йиринг чақирувчи микроблар келтириб чиқаради. Сепсис тўғридан-тўғри ривожланса бирламчи, йирингли касалликлардан сўнг келиб чиқса иккиламчи дейилади. Сепсис организмни инфекцияга қарши қобиляти пасайганда, йирингли яллиғланишлар бутун тана бўйлаб тарқалиб кетиши натижасида рўй беради. Септицемия ва септикопиемия фарқланади. Метастазларсиз ўткир сепсис-септицемияда юқори ҳарорат ($40-41^{\circ}\text{C}$), кунлик ҳароратни фарқи кичик бўлиши (1°C), метастазларда эса (септикопиемия) эрталабки ва кечқурунги ҳароратлар орасида фарқ катта бўлиши кузатилади. Тери оқарган, петехиал тошмалар, пульсни кучсизлиги, артериал босим пасайгани аниқланади. Қонда лейкоцитоз, стерилликка текширилганда микроблар ўсиши аниқланади. Энг оғир асорати септик шок ҳисобланади.

Даволашда беморни калорияли, витаминли овқатлантиришга эътибор бериш керак. Ётоқ яраларини олди олинади. Сепсисни келтириб чиқарган ўчоқ бартараф этилади. Антибиотиклар, иммуностимуляторлардан фойдаланилади.

Анаэроб инфекциялар

Газли гангрена-кўпроқ *Clostridium perfringens* турига мансуб микроблар кўзғатади. Бу микроблар ахлат, гўнг, чанг, одамнинг ифлос терисида жуда кўп бўлади. Газли гангрена ривожланишига магистрал томирларни зарарланиши, суякларни очик синишида етарлича иммобилизация қилинмаслик, яранинг ифлосланиши, мушакда жароҳат бўлиши, тўқималардаги кислород танқислиги, очлик, совуқ қотиш, организм қаршилигини пасайиши ва б. таъсир кўрсатади.

Клиник белгилари яраланишдан 3-4 кун ўтгач юзага чиқа бошлайди. Ярада қаттиқ тортишадиган оғрик пайдо бўлиши ва яраланган бемор умумий аҳволининг ёмонлашиши, кўзғалиш, юз оқариши, тилнинг қуруқлашиши дастлабки белгилар ҳисобланади. Кейинчалик яра соҳаси қурийдис, тўқималар тезлик билан шишади ва аста-секин қўл ёки оёқнинг ҳамма ерига тарқалади, мушаклар ранги ўзгаради (қайнатилган гўштга ўхшаб қолади) ва

терида ҳар хил рангдаги доғлар пайдо бўлади. Тери ости клетчаткасида газ бўлганлигидан ушлаб кўрилганда ғижирлагандек бўлади. Бундан ташқари ярадан ёмон ҳид келади, атрофига пўфакчалар тошади, мушаклар ирийди. Беморнинг аҳволи заҳарланиш туфайли ёмонлаша боради. Аини вақтда юмшоқ тўқималар ўла бошлайди, гангрена юқорига кўтарилиб боради.

Газли гангренага жарроҳлик усули билан даво қилинади, яъни шикастланган соҳанинг териси мушаклар йўналиши бўйлаб кесилади. Агар бу чоралар ёрдам бермаса, қўл ёки оёқ ампутация қилинади. Бундан ташқари антибиотиклар, қон ўрнини босувчи суюқликлар қўйиш ва б. чоралар кўрилади. Махсус давоси 50000 АБ гангренага қарши зардоб юбориш ҳисобланади. Бемор алоҳида палатада парваришланади. Унинг ярасига теккан нарсалар ташлаб юборилади.

Олдини олиш учун юмшоқ тўқималар шикастланганда, суяклар синганда мушаклар орасига гангренага қарши (3000 бирлик зардобни 100-150 мл стерилланган физиологик эритмада эритиб) зардоб юборилади ҳамда яралар ўз вақтида бирламчи жарроҳлик қайта ишлови ўтказилади.

Қоқшол-ўткир юқумли касаллик бўлиб, уни терида, одамлар кийимида, ерда бўладиган қоқшол таёкчалари келтириб чиқаради. Шунинг учун ҳам тери ёки шиллиқ парданинг ҳар қандай кичик кичик шикастланиши натижасида қоқшол таёкчаси одам организмига шу жароҳатлар орқали тушиши мумкин. Қоқшолнинг белгилари ўзига хос бўлиб, асосан ярада тортишадиган оғриқ пайдо бўлиши ҳамда мушакларнинг, ҳатто кучсиз таассуротда ҳам (товуш, ёруғлик тушиши, теги шва бошқалар) тортишиб қолиши ва натижада тиришиб қолишидан иборат бўлади. Тиришиш асосан чайнаш мушакларидан бошланади (тризм), кейин мимика мушакларига (сардоник кулиш), энса мушакларига ҳамда баданнинг ҳамма мушакларига тарқалади. Бемор мажбурий ҳолатни эгаллайди (опистотонус). Тана ҳарорати $40-42^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилади, нафас ва пульс тезлашади, бемор кўп терлайди, беҳол бўлиб қолади, ички аъзоларида спазм пайдо бўлади.

Даволашда танага кунига 3-4 л суюқлик киритилади. Нафас йўлларида асоратлар юзага келмаслиги учун антибиотиклар, тиришишларни олдини олиш учун миорелаксантлар-диплацин, дитилин, нейролептиклар-аминазин, антигистамин дорилар-димедрол, супрастин, қоқшолга қарши зардоб (венага 200000 АБ кунига) юборилади.

Қоқшолни олдини олиш учун ҳар қандай шикастланишларда тери остига махсус зардоб ва анатоксин қилинади. Зардобнинг бир профилактик дозаси 1500 АБ ни ташкил қилади, агар яра тупроқ ёки чангли кийим билан ифлосланган бўлса 3000 АБ юборилади.

Сарамас. Тери ва шиллиқ пардаларни стрептококк билан шикастланиши бўлиб, микроб одатда майда ёриқчалар орқали киради ва тарқалади. Енгил шаклида (эритемасимон) терининг қизариши ва шиши, ўртачада эса пўфаксимон-йирингли тошмалар, тўқималарни кучлироқ шиши, оғир шакли тери яллиғланиши, тер ива тери ости клетчаткасининг некрози билан тавсифланади.

Беморда ҳолсизлик, титраш, тана ҳарорати кўтарилиши кузатилади. Оғир ҳолларда эс-хуш айланиши, алаҳлаш мумкин.

Сарамас тромбофлебит, нефрит, пневмонияга олиб келиши мумкин.

Даволашда антибиотиклар пенициллин 500000 ТБ 4-6 марта), маҳаллий муолажалар-УБ нурлантириш, антисептиклар билан боғлаб қўйиш, организм қаршилигини оширишга қаратилади. Беморлар атрофдагилардан ажратиб даволанади.

МАВЗУ: ЎТКИР ЖАРРОҲЛИК КАСАЛЛИКЛАРИ

Режа:

1. Ўткир аппендицитнинг келиб чиқиш сабаблари, асоратлари, асосий белгилари ва унда кўрсатиладиган БТЁ
2. Ўткир холициститнинг келиб чиқиш сабаблари, асосий белгилари, асоратлари ва унда кўрсатиладиган БТЁ
3. Ўткир панкреатит ва перитонит касалликларининг келиб чиқиш сабаблари, асосий белгилари, асоратлари ва унда кўрсатиладиган БТЁ
4. Меъда ва 12 бармоқли ичакнинг тешилиши ва қон кетиши келиб чиқиш сабаблари, асосий белгилари, асоратлари ва унда кўрсатиладиган БТЁ
5. Чуррак ва ичакнинг буралиб қолиши, уларнинг келиб чиқиш сабаблари, асосий белгилари, асоратлари ва унда кўрсатиладиган БТЁ.

Ўткир жарроҳлик касалликлари тўсатдан бошланиб, тез ривожланади ва ҳаёт учун хавфли асоратларни қолдиради. Бу касалликлар албатта жарроҳлик аралашуви билан даволанади. Бу касалликларга қуйидагилар киради:

1) яллиғланиш касалликлари-ўткир аппендицит, холецистит, панкреатит, перитонит;

2) ковак аъзоларнинг ёрилиши (меъда ва ўн икки бармоқ ичак ярасининг тешилиши, ичак ярасининг ёрилиши;

3) ўткир ичак тутилиши (ичак тутилиши, чурранинг чиқиб қолиши;

4) ички қон кетишлар-меъда-ичакдан қон кетиши, бачадондан ташқари ҳомиладорлик;

5) қорин бўшлиғи аъзоларининг очик ва ёпиқ шикастланишлари.

Йуғон ичак чувалчангсимон ўсимтаси-аппендикснинг носпецифик яллиғланиши уткир **аппендицит** касаллиги дейилади. Касалликнинг келиб чиқиш сабаби аппендикснинг бўшлиғига қолдиқ массанинг йиғилиши ва у ерда микроорганизмларнинг ривожланиши натижасида ўсимтанинг парда қаватлари яллиғланишидир. Уткир аппендицит бир неча куринишларда кечади. Катарал шакли-чувалчангсимон ўсимта шиллик пардаси қизариб (гиперимия) яллиғланиши, флегманоз шакли-чувалчангсимон усимтанинг фиброз йирингли қоплам билан қопланиши, гангреноз шакли-чувалчангсимон усимтанинг озиқланиши бузилишидир. Флегманоз ва гангреноз шакллари касалликнинг оғир формаларидир.

Асосий белгилари: бемор касаллик бошланишида қориннинг юқори қисмида, киндик атрофида, кейинчалик эса қориннинг унг ва пастки қисмида оғриқдан шикаят қилади. Беморда интоксикация белгилари, титраш, оғиз қуриши, холсизлик, кунгил айнаши ва қусиш, пульс тезлашиши, тана хароратининг ошиши кузатилади. Оғир шаклларида бу белгиларнинг кучайиши кузатилади. Аниқ ташхис қўйишнинг махсус белгиси-Шёткин-Блумберг симптоми ёрдамида, яъни осойишталик билан бармоқлар ёрдамида уша сохани секин босиб бирдан қўйиб юборилганда қориннинг унг пастки қисмида қаттиқ оғриқ кузатилиши, шунингдек, қорин пардасининг таранглиги, лейкоцитоз каби белгилар билан аниқланади.

БТЁ. Бемор уткир аппендицитга шубҳа қилинганда уринга ётқизилади ва қорин соҳасига музли халтача қўйилади. Беморга наркотиклар ва сурги дорилар бериш, клизмалар қилиш, қоринга грелка қўйиш қатъий ман этилади. Бемор тезда шифохонага юборилиши керак.

Ўт пуфагининг ўткир яллиғланиши **ўткир холецистит** дейилади. Бу касаллик куп учраши билан аппендицитдан кейинги уринда туради ва ўт қопида ва йулларида тош йиғилиши билан боғлиқдир. Тошнинг йиғилишига сабаб моддалар алмашинувининг бузилиши, камхаракатлик ва бошқалардир. Шакллари:

а) катарал-шиллик парда яллиғланиши б) флегманоз- ут пуфаги барча қаватлари йирингли яллиғланади в) гангреноз-ут пуфаги деворлари некрозга учрайди.

Белгилари: холецистит хуружи тусатдан, купинча кечкурун бошланиб, жигар сатхида унғ қовурға ости сохасида кучли оғриқ туради. кунгил айниш, қусиш, иштаханинг пасайиши, тана хароратининг кутарилиши, эт увишиши, пульснинг тезлашиши, оғизда темир мазаси, жиғилдон қайнаши, қонда лейкоцитоз (1 мм^3 .қонда 15000-20000) кузатилади. Оғир турларида бу белгилар яққолроқ намоён булади. Аниқ ташхис қуйишнинг махсус белгиси-унғ томон қовурғаларига кафт ёни билан урилганда оғриқнинг кучайиши хисобланади.

БТЁ.

Ўткир холецистит хуружида ҳам беморга оғриқ қолдирувчи, сурги дорилар ва антибиотиклар бериш, ошқозонни ювиш, қайт қилдириш тақиқланади. Бемор уринга ётқизишиб, музли халтача қуйилади ва тезда касалхонага олиб борилиши лозим. Касалликнинг оғир турлари тезликда операция қилинади.

Ўткир панкреатит- меъда ости безининг уткир яллиғланиши. Бу касаллик ошқозон ости беzi ферментлари (протеаза, липаза, амилаза) нинг жигар ўтининг канчадир миқдорда тушиши натижасида, фаоллигининг ошишидан без тўқимаси емирилиш натижасида келиб чиқади. Бундан ташқари ёғ алмашинувининг бўзилиши, спиртли ичимликларга ружу қуйиш, юрак қон-томир, ут пуфаги касалликлари ҳам сабаб бўлади. Бунда оғриқ унғ қовурға тагида, ошқозон сохасида купроқ танани белбоғ сингари қамраб оладиган кучли оғриқ билан бошланади. Беморда худди кесгандек, хуружсимон, сиқиб оғриқ туриб елка сохасига кучади. Кунгил айниши ва қусиш, терининг оқариши, қориннинг дам булиши, ахлатнинг тутилиши, газ йиғилиши кузатилади. Касалликнинг оғир формасида кучли интоксикация, эс-хушнинг бузилиши, буйрак, жигар, юрак-қон томир тизими фаолиятларида бузилиш кузатилади.

БТЁ.

Анальгетик, спазмолитиклар (но-шпа, платифиллин, папаверин), протеолиз ингибиторлари (25000-100000 ТБ да кантрикал) берилади. Тезда шифохонага юборилади ва хирургик даволанади.

Перитонит-қорин пардасининг уткир яллиғланиши. Кўпинча қорин бўшлиғи аъзоларининг тешилиши оқибатида ривожланади.

Белгилари: Бутун қорин сохасида оғриқ, интоксикация, беморнинг эс-хуши айнийди ва эйфорияга тушади, артериал қон босими пасайган, пульс ипсимон, яъни зурға сезилади. Бемордан муздек тер ажралади, қорин шишади, ичак перистальтикаси (харакати) йуқ, газ ажралмайди, қоринда кучиб юрган суюқликнинг шовқини эшитилади, буйрак ва жигар фаолияти бузилади. Қорин деворини сийлаганда унинг мушакларининг қисқарган бўлиши натижасида у тахтага ўхшаш қаттиқ холатда бўлади.

БТЁ.

Беморга тинч шароит яратиш, уни ётқизиб қўйиш, қоринга музли халта қўйиш ва касалхонага етказиш зарур. Ўткир перитонитда ёрдам қанча эрта бошланса, асоратлари шунча кам ва беморнинг тузалиб кетиши тез бўлади.

Чунки касаллик фақат жаррохлик йўли билан даволанади: ошқозон, ичак, қорин бўшлиғини ювиш, микробларни йўқотиш, дренаж қўйиш, антиботиклар ва бошқа антибактериал терапия ўткази, иммунитетни ошириш ва б. тадбирлардан иборат. Шунингдек, беморни шок ҳолатидан чиқариш, ички аъзолар фаолиятини тиклаш лозим.

Меъда ва 12 бармоқли ичак яра касаллигида **ичакнинг ёки меъданинг тешилиши** оғир асоратдир.

Белгилари: Бунда тусатдан қорин соҳасида пичоқ ургандек санчиқ туриб бемор шока тушади. Оғриқ кучлилигидан бемор мажбурий ҳолат, яъни қулни қоринга қуйиб, букчайиб, тиззалари қоринга тиралади. Кўздан кечирилганда қорин пардаси таранглашган, ҳаракатсиз, нафас олишда иштирок этмайди. Бу ҳолат қориннинг тахта каби қотиб қолиш ҳолати дейилади. Қоринга Қул билан тегилганда жуда қаттиқ оғриқ ва газларнинг тутилиб қолиши кузатилади, АБ пасаяди, пульс минутага 50-60 та, нафас олиш сусаяди. Меъда ва 12 бармоқли ичак тешилганидан 5-6 соат утгандан сунг перитонит ривожланади.

БТЁ. Беморни зудлик билан касалхонага олиб боирш.

Беморга овқат ва суюқликлар бериш, меъдани ювиш, тозаловчи клизмалар қилиш, қоринни иситиш ман этилади.

Даволаш. яллигланган аъзонинг қисми олиб ташлаб қорин пардасини ювиб, дренаж қуйилади, сунгра қолган қисмини жаррохлик усули қулланилади.

Меъда ва 12 бармоқли ичак ярасининг асоратларидан яна бири ундан **қон кетишидир**. Беморнинг умумий аҳволи кетаётган қон миқдорида боғлиқ. ўларда холсизлик, бош айланиши, нафас сиқилиши, қусиш, қуриш функциясининг бузилиши (шарпалар пайдо булиши ва атрофдаги буюмларнинг 2 та булиб қуриниши) кузатилади. Бемор кофе қуйқасига ухшаш қусади. Агар қон ичакка тушса ахлат қораяди. Беморнинг безовта, териси оқарган, совуқ тер билан қопланган, пульс тез ва кучсиз, АБ сусайган. Қон миқдорда қон йўқотиш бемор ҳаёти учун хавфли.

БТЁ.

Бемор уринда ётиш керак, ҳаракат тақиқланади, беморга муз парчаси берилади, 5% ли аминакапрон кислота, 10% ли кальций хлор венага юборилади. Сунгра касалхонага носилкада олиб борилади.

Ўткир ичак тутилиши-ичакдаги ахлат массасини ошқозондан туғри ичакка табиий ҳаракатланишининг тухташи. Турлари– механик ва динамик тутилиш.

Механик тури ичак буралиб қолганда, ичак бўшлиғида чандиқ бўлганда кузатилади.

Динамик тури ичак ҳаракати бузилганда кузатилиб, спазтик ҳамда паралитик булиши мумкин. Паралитик қуринишида қорин бўшлиғида операциялардан сунг ва қорин парда аъзолари яллигланганда, умуртқа поғонаси ва чаноқ шикастланганда ичакнинг фалажланиши туфайли келиб чиқади.

Спазтик қуриниши эса невроз, эстерия ҳолатида, гельментозларда кузатилади.

Белгилари: хуружсимон оғриқ, қусиш, ахлат ва газларнинг тутилиши кузатилади. Қусиш бир неча бор такрорланса ҳам беморнинг ахволи енгиллашмайди. Оғриқ эса тусатдан пайдо булиб кучаяди ва хуружсимон қуринишга утади. Ахлат ва газлар ҳаракатланмаслиги сабабли ичак ва қориннинг таранглиги ортади ва натижада қоринда ғулдираш овози эшитилади. Интоксикация белгилари, пульснинг тезлашиши 120 тагача, АБ нинг пасайиши кайд этилади.

БТЁ. Клизма кили шва сурги дорилардан фойдаланиш ман этилади. Зудлик билан касалхонага олиб бориш ва жарроҳлик усули.

Чурранинг чиқиб қолишига сабаб, купинча қорин ички босимининг ортиши (оғир кутариш, кучли тухтовсиз йутал ва х.к). Натижада чурра қопчаси ичак петлясидан ташқарига чиқиб қолади. Кейинчалик чиқиб қолган чуррада озикланиш бузилиб уладив а перитонит ривожланади.

Белгилари: чурра соҳасида тарқалувчи кучли оғриқ пайдо булади, чурра қопчасининг катталашиши, таранглашиши, тегилганда безиллаб туриши асосий белги ҳисобланиб, бундан ташқари терининг оқариши, тахикардия. АБ пасайиши, қусиш кузатилади. Тушган ичакни қайтадан қорин бўшлиғига ўтмаслиги, газ ва ич келмаслиги ҳам чуррани тушганлигидан дарак беради.

БТЁ. Чуррани узича қайтадан солишга ҳаракат қилиш, иссиқ ванналар қабул қилиш, спазмолитиклар юбориш мумкин эмас. Тезда касалхонага юборилиб зудлик билан операция қилинади.

Профилактикаси. Чурраси бор одамни режали равишда операция қилишдан иборат.

Бачадондан ташқари хомиладорлик–уруғланган тухум хужайранинг бачадон бўшлиғида эмас, балки бачадон найларида ривожланишидир. Бола катталашган сари бачадон найи таранглашиб боради ва ёрилишга олиб келади. Бачадон найининг ёрилишига кўпинча қорин ички босимининг ортиши, жисмоний зўриқиш, оғир кўтариш сабаб бўлади. Беморда қорин пастки қисмида тўсатдан кучли оғриқ туриб, оралик ва тўғри ичак томон тарқалади. Оғриқлар бош айланиши, эс-хушни йўқотиш билан кечади, беморнинг ранги оқарган, совуқ тер босган, кўз қорачиқлари кенгайган бўлади. Пульс тезлашган, юзаки, артериал босим пасайган, тана ҳарорати бироз кўтарилган. Беморнинг ахволи оғирлашиб, жинсий аъзолардан қонли ажратмалар келади. Қорин шишган, юмшоқ, нафас олишда иштирок этади, қорин пардани таъсирланиш белгилари пайдо бўлади. Қонда гемоглобин ва эритроцитлар миқдори камаёди. Қон қорин парда остига йиғилгани сабабли «ўткир қорин» белгиси ва ички қон йўқотиш аломатлари кузатилади.

Бемор тезда шифохонага жўнатилади ва жарроҳлик амалиёти ўтказилади. Биринчи ёрдам 10 мл 10 % кальций хлорид венага ёки кальций глюконатни мушак орасига, тери остига 30-50 мл 10 % желатина эритмаси юборишдан иборат. Шунингдек, 1-2 мл 1 % викасолни мушак орасига юбориш мумкин. Бемор носилкага боши пастроқ ётқизилган ҳолда касалхонага юборилади.

ЎТКИР ТЕРАПЕВТИК КАСАЛЛИКЛАР.

Режа

1. Ўткир нафас аъзолари касалликлари
 - а) Бронхиал астма касаллиги, келиб чиқиш сабаблари, асосий белгилари ва унда БТЁ.
 - б) Ўпкадан қон кетиши ва сабаблари, асосий белгилари ва БТЁ
2. Юрак қон-томир касалликлари
 - а) Юрак пороклари касаллиги, келиб чиқиш сабаблари, асосий белгилари ва БТЁ
 - б) Стенокардия ва миокард инфаркти касаллиги, келиб чиқиш сабаблари, турлари, асосий белгилари ва БТЁ
3. Гипертония касаллиги, келиб чиқиш сабаблари, асосий белгилари ва БТЁ тадбирлари.

Бронхиал астма– бронхлар бўшлиғининг торайиши натижасида тўсатдан пайдо бўлади. Бўғилиш ва нафас чиқишининг қийинлашуви билан характерланади

Этиологияси ва патогенези. Ўпкани иннервацияловчи адашган нерв учларининг кузғалишидан бронхлар силлиқ мушакларида спазм келиб чиқади ва бронхлар тораяди ва астма хуружи юзага келади. Аллергенлар (тухум, балиқ, уй хайвонларининг юнги хиди) таъсиридан, бурун тўсиғининг қийшайиши, бурундаги полиплар, ут пуфаги яллиғланиши ва юқумли

касалликлар натижасида, булардан ташқари зах хоналарда яшаш, нам хаводан ҳам астма хуружи келиб чиқади. Бу кўпроқ МНС фаолиятига боғлиқ бўлиб, яъни кучли курқиш, рухий ўзгаришлар оқибатида асаби бушаган кишиларда кўпроқ учрайди.

Белгилари. Кукрак қисилиб, киши дармонсизланади ва тўсатдан хуруж тутади. Нафас олиш ва чиқариш оғирлашади, ранги учиб юзи кўкаради, синчиклаб қаралганда кўкрак қафасининг катталашганлиги сезилади, ўпкада перкутор товуш аниқ, равшан, паст тонда, аускультацияда нафас товуши секинлашади ва хуштак овозидек хириллаш кузатилади, тана харорати деярли узгармайди. Хуруж 2-3 соат ва узоқроқ давом этади. Хуруж дастлаб кам ва кейинчалик тез-тез тутиб туради.

Ташхис қуйиш: нафас олиш, чиқариш қийинлашади, бўғилиш, балғам билан Крушма спираллари, Шарко-Лейдин кристаллари учрайди, қонда эозинофилия ва аллергенларнинг таъсири кузатилади.

БТЁ. Хуружда кийим-бош ечилади, хона хавоси алмаштирилади, бемор тинчлантирилади. Тери остига адреналин, 5%ли 1мл эфедрин кушиб юборилади. венага 2,4% ли 7-10 мл эуфиллин, 10% ли калций хлор, димедрол, астматол, преднизалон, АКТГ, кортизон кабилар берилади. МНС ни мусттахкамлаш мақсадида гидротерапия, психотерапия, нафас гимнастикаси, иқлим шароитини ўзгартириш климатотерапия) лар тавсия қилинади.

Ўпкадан қон кетиши. Ўпка гангренази, ўпка раки, ўпка жарохатида ўпкадан қон кетади. Бемор қон тупиради ёки кўпроқ ажралса оғзи қонга тулади.

БТЁ. Беморга тинч шароит яратиш, бошини баландроқ қилиб ётқизиш, ортиқча ҳаракатга ва кўп гапирмаслик керак. Енгил хазм булувчи бутқалар, қон тухтатувчи желе, илитилган тухум, Ош тузи эритмаси ичирилади, клизма қилиниб ичаги тозаланadi. Каттиқ йуталда кичик дозаларда кодеин ёки дионин берилади. Кони тухтатиш учун калций хлор, гипертоник эритма, викасол берилади. Наркотик моддалар бериш тақиқланади. Охирида хирургик усул қулланилади.

Юрак пороги. Юрак клапанлари функцияси юракнинг органик ўзгариши оқибатида бузилиши ва қон айланишнинг издан чиқиши. Пороглар тўғма ва орттирилган бўлади. Тўғма порок она қорнида боланинг нормал ўсмаслиги, юрак қон-томир тизимининг нотўғри шаклланиши туфайли пайдо булади. ўмумий порогнинг 1-3% ни ташкил этади. Орттирилган порог- 90% ини ташкил қилиб, асосан ревматизм сабаб бўлади. Клапан ёки томирнинг зарарланишига кура митрал клапан пороги, 3 тавақали клапан пороги кабилар фарқланади.

Кечиши Юрак клапанлардаги органик ўзгаришларни тиклаб бўлмайди. Лекин юрак компенсациясига кўра шиддатли ишлайди. 10-12 йилдан сўнг юрак декомпенсацияси кузатилади. (юрак мускулларининг бушашиши) Бунда нафас сиқилади, терида кукариш (цианоз), венада қон димланиши, тана шиши, мода алмашинувининг ва қон билан таъминлашни бузилиши

кузатилади, бемор озиб кетади. Стражеско ва Василенко таснифига кўра порогнинг 3 босқичи, яъни 1-босқичда қон димланмайди, жисмоний меҳнатда харсиллаш ва юрак уйнаши кузатилади. 2-қон айланишнинг бузилиши, халлослаш, венада қон димланиши, оёқ шиши кузатилиб, иш қобилияти сусаяди. 3- қон айланиши бузилиши билан бирга органлар функционал ва морфологик ўзгаришларга учрайди ва бемор ишга яроқсиз бўлиб қолади.

Даволаш 3 босқичда олиб борилади. 1. Бемор камида 2 ҳафта уринда булиб, енгил хазм булувчи таомлар, адонис препаратлари, диуретиклар, транквилизаторлар берилиб, туз ва суюқлик миқдори чекланади. санаторияларда даволаниш тавсия этилади. 2. 1-2 ой ўринда ётади, ётоқ ярасининг олдини олиш мақсадида камфора сурилади, нафасни енгиллатиш чоралари курилиб, суткалик сийдик миқдори аниқланади. Суюқлик миқдори чекланиб, ёғсиз таомлар, балиқ, тухум, сабзавотлар ва резавор мевалар берилади. Дигиталис препарат дамламалари ичирилади. кунига 3 маҳал 15 томчидан лантазид, строфантин ва глюкоза венага, диуретиклар (ноурит, гипотиазид), оғир шаклида ревматизмга қарши препаратлар берилади. 3- бемор касалхонада врач назоратида булиши керак. 2-нчи босқичдаги дорилардан ташқари кордиамин камфора, кофеин, наркотиклар инъекция қилинади.

Стенокардия- миокарднинг кислородга булган эҳтиёжи ва унинг қон билан етиб келиши уртасидаги фарқдан келиб чиқади. Тож томирлар тешигининг торайиши ва юрак мускулининг қон билан тўла таъминланмаслиги миокард гипоксиясига сабаб бўлади. Стенокардия асосан тож артерияларининг атеросклерози туфайли, шунингдек, қаттиқ рухий изтироб, томирларни ўсмалар эзиб қўйиши ва б. туфайли келиб чиқади. Тинчлик ва зуриқиш стенокардияси ажратилади. Барқарор ва беқарор стенокардия фарқланади. Барқарор стенокардия хуружнинг келиб чиқиши ва касалнинг аҳволига қараб 4 та функционал синфга ажратилади:

I функционал синф-стенокардия хуружи фақатгина тез ва кўп бажарилган жисмоний ишдан кейин пайдо бўлади,

II функционал синф-стенокардия хуружи тез юрганда, зинадан кўтарилганда, баландликка чиққанда, совуқ қотганда ва рухий ҳаяжонланганда эрталаб пайдо бўлади,

III функционал синф-стенокардия хуружи ҳатто текис йўлда юрганда (200-500 м), биринчи қаватга кўтарилганда ҳамда паст тепаликка чиққанда пайдо бўлиши мумкин. Беморнинг жисмоний ҳаракати сезиларли даражада чегараланган бўлади.

IV функционал синф-енгил-елпи жисмоний ҳаракатдан кейин, баъзан эса тинч турганда ҳам пайдо бўлади. Беморнинг жисмоний ҳаракати яққол чекланган ва аҳволи оғир бўлади.

Белгилари: кукрак қисиши, бу соҳада оғриқ, юрак ва туш суяги орқасида бураб оғриқ туради ва чап кул, елка ва буйинга тарқалади. Ҳаракатда оғриқ

кучаяди, юзи оқариб, совуқ тер босади. АБ кутарилади, пульс тезлашади, оғриқ тухташи билан куп сийдик ажралади, бемор бушашади.

Даволаш. Тож томирларни кенгайтирувчи препаратлар (нитро препаратлар), кўпинча нитроглицерин 0, 5 мг таблеткалари ёки 1-2 томчи 1 % эритмаси тил остига ташланади. Седатив препаратлар (аминазин, мепробамат, элиниум) ва антикоагулянтлар (фенилин, гепарин) берилади. Хозирги пайтда изонитрат моносорбит ва дисорбит препаратлари қулланилмоқда. Оғриқни босиш учун 2-3 мл 2% папаверин ёки 2 мл 2 % но-шпа эритмаси 2 мл 50 % анальгин ва 5-10 мл 2, 4 % эуфиллин эритмаси билан кўшиб венага юборилади. Мехнат режимини ташкил қилиш, хаяжонланишга йул қўймаслик чоралари курилади.

Миокард инфаркти. Тож томирлардан бирининг тромб билан бекилиши ёки торайиш натижасида миокарднинг бир қисми озикланмасдан некрозга учраши туфайли содир булади. Клиник куриниши миокардни қанча қисми зарарланганлигига боғлиқ. Касаллик купроқ гипертониялар, атеросклероз, ортиқча ёғ босиш ва кучли стресслар билан боғлиқ.

Миокард инфаркти кечишида 5 давр ажратилади.

I. Эрта давр бўлиб, стенокардия хуружлари тутиб туриши билан тавсифланади.

II. Ўта ўткир давр-миокарднинг ўткир ишемиясидан то некроз ўчоғи пайдо бўлишининг илк белгиларига қадар давом этади (0, 5-2 соат). Бу даврда тўш суяги орқасида кучли оғриқ пайдо бўлиб, чап ва ўнг кўкрак соҳаси бўйлаб тарқалади. Атипик турида ҳатто қорин бўшлиғига ҳам тарқалиши мумкин. Беморда юрак ритми бузилиши, ҳолсизланиш, кўнгил айланиши, қайт қилиш, ҳаво етишмаслиги, артериал босимнинг кескин тушиб кетиши, эс-хушини йўқотиш кузатилади.

III. Некроз ўчоғи шаклланиши даври (давомийлиги 2-10 соат). Бунда ҳам оғриқ сақланади, беморнинг умумий аҳволи оғирлигича қолади. Бунга сабаб юрак етишмовчилиги ва қон босимининг пастлигидир. Бу даврда некрозланган миокард юмшайди (миомаляция) ва ўта нозиклашиб қолади. Бемор юрак ёрилиши (тампонада) аритмиялардан ёки оғриқ натижасида келиб чиқадиган кардиоген шокдан ҳалок бўлиши мумкин.

Бу давр миокард некроз соҳалари яллиғланиши билан кечгани сабабли тана ҳарорати кўтарилиши, нейтрофил лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши кузатилади.

IV. Чандикланиш даври. Оғриқ йўқолиб, яллиғланиш белгилари сусаяди.

V. Инфарктдан кейинги давр.

БТЕ. Тўғри ёрдам кўрсатиш учун миокард инфарктини стенокардиядан фарқлай олиш лозим. Инфарктга хос белгилар оғриқ узок давом этиши, юрак томир фаолиятининг сусайиши, нитро препаратлар ва валидол таъсирида босилмаслиги, ЭКГ курсаткичларининг узгаришидир.

Миокард инфарктида шошилиш ёрдам тадбирлари қуйидагилар:

1. Беморни зудлик билан махсус кардиологик бригадани чақириб шифохонага жўнатилади. Улар етиб келгунича юрак ва нафас фаолияти

бузилган тақдирда уларни тиклаш лозим бўлади. Беморни ҳаракатлантириш мутлақо ман этилади.

2. Беморга зудлик билан оғриқ қолдириш учун наркотик анальгетиклар-морфин, омнопон, пантопон ва б. қилинади, оғир ҳолларда азот (I) оксиди хидлатилади.

3. Қонни суюлтириш учун гепарин 7500-10000 ТБ да 200 мл изотоник эритма билан венага томчилаб юборилади. Бунда протромбин кўрсаткичини назорат қилиш лозим.

4. Аритмия кузатилганда аритмияга қарши –новокаинамид, анарилин, этмозин, лидокаин, аймалин ва б. берилади.

5. Юрак гликозидлари-строфантин, коргликон адонис препаратлари берилади.

6. Кардиоген шок ривожланса мезатон, норадреналин, натрий хлорид ёки глюкоза эритмаси ишлатилади.

7. Юрак тўхтаб қолса адреналин юборилади, бу ҳам ёрдам бермаса, дефибриляция ўтказилади.

Миокард инфарктини ўтказган одамга спорт билан шуғулланиш, рационал овқатланиш, рухий сиқилишдан сақланиш, профилактика учун аспирин ичиш тавсия этилади.

Гипертония- Юрак ва томирлар, эндокрин тизим, бўйрак ва сийдик чиқарув йўлларидаги органик ўзгаришларга боғлиқ бўлмаган ҳолда АБ нинг узок вақт бирламчи кутарилиб туришидир. Чунки артериал босим бўйрак усти ракида, энцефалит, полиомиелит, контузия, суяк шикастланишлари, бўйрак касалликларида, атеросклерозда ҳам кузатилиши мумкин.

Патогенези. Марказий нерв тизими фаолиятининг тез-тез издан чиқиши, моддалар алмашинувининг бузилиши, никотин таъсири гипертониянинг келиб чиқишида муҳим аҳамиятга эга. Бу омиллар мия қобиғи хужайраларида турғун қўзғалиш ўчоқларини пайдо қилади. Натижада майда артериолаларда вақтинча, кейинчалик доимий спазм пайдо бўлиб, максимал ва минимал артериал қон босими кўтарилиб кетади.

Белгилари. Бош оғриғи, қулоқ шанғиллаши, уйқусизлик, тез чарчаш, дармонсизлик, юрак томир системасида органик ўзгаришлар келиб чиққанда АБ нинг кутарилиши турғун булади. Гипертониянинг 3 босқичи фарқланади.

1-хаяжонланганда АБ қисқа вақт кутарилади

2-да АБ кутарилиши турғун ва даволанмаса пасаймайди. 3- склеротик босқич: бўйрак, аорта, мия ва аъзоларнинг тормирларида қайтмас ўзгаришлар кузатилади.

Даволаш. Беморлар дам олиш ва ухлаш режимида риоя қилиш керак. Резерпин, раунатин, рауседил, изобарин, дибазол, папаверин, магнезия, диуретиклар берилади.

Гипертония касаллиги бор одамларда артериал босимнинг қисқа муддатда юқори кўрсаткичларгача кўтарилиши-гипертоник криз дейилади. Гипертоник кризнинг клиник белгилари: кучли бош оғриғи, кўнгил айниш,

қайт қилиш, артериал босимнинг юқорилиги, бош айланиши, куз олдида шарпа пайдо бўлиши ва б. Шошинч равишда даво чоралари кўрилмаса гипертоник криз инсульт билан тугайди.

ЎТКИР ТЕРАПЕВТИК КАСАЛЛИКЛАР .

Режа

1. Ўткир юрак ва томир етишмовчилиги
 - а) Шок ва коллапс белгилари, БТЁ
 - б) Юрак астмаси белгилари, БТЁ
2. Гипо ва гипергликемик комалар ва унда БТЁ
3. Тутқаноқ касаллиги ва унда биринчи тиббий ёрдам

Юрак ва томирнинг ўткир етишмовчилиги- томирлар тонусининг пасайиши, вена ва капилляр қон томирларнинг кенгайиши натижасида келиб чиқади. Оқибатда қон босими пасаяди, юракка қон келиши камаяди. Сабаби: психик травмалар, МНС травмаси, оғир жароҳатланиш булиб, бемор шок ва коллапс ҳолатига тушиб қолади.

Шок ва коллапс инфекция ва интоксикацияларда томирларнинг ўткир етишмовчилиги туфайли қон айланишнинг бузилиши коллапс дейилиб, жароҳатланиш, травма, қуйиш, перитонитларда буладиган коллапс ҳолати шок дейилади.

Белгилари: бемор ҳушидан кетмайди, ўзини заиф сезади, тана ҳарорати пасайиб оёқ қўллари музлайди, куз қорачиғи кенгаяди, юзи кукариб совуқ, ёпишқоқ тер билан қопланади, тил ва оғиз қуриб, ташналик сезади. Нафас юзаки, пульс тезлашган, сезиларсиз, артериал ва веноз қон босими пасаяди, сийдик миқдори анча камаяди.

БТЁ: тоза ҳавога олиб чиқиш, кийим, кукрак ва буйин соҳасидаги тугмалар ечилади, бошини паст қилиб ётқизилади, ҳушига келтириш учун юзига совуқ сув пуркалади, навшатир спирти хидлатилади. Ҳушига қайтмаса кофеин, камфора инъекция қилинади, сунъий нафас берилади, наркотиклар, томир торайтирувчи (адреналин, норадреналин, эфедрин, мезатон), МНС ни қузғатувчилар (кофеин, стрихнин, камфора) берилади.

Юрак астмаси. Нафас сиқиш билан купинча кечкурун хуруж қилади. Бунга гипертония, миокард инфаркти, атеросклероз, юрак пороги, ўткир нефрит ва юқумли касалликлар сабаб бўлади.

Белгилари: хаво етишмаслиги, тери рансизланиб кукаради, тер томчилари пайдо бўлади, нафас олиш тезлашади. Баъзан йутал, балғам ажралиши, пульс тезлашиши кузатилади.

БТЁ: беморга ором бериш, бошини юқори қилиб ётқизиш, қон димланмаслиги учун 300-400 мл қон чиқарилади, мия ва юрак томирларини кенгайтириш учун венага 0,5 мл строфантин ва 20 мл 40% ли глюкоза юборилади. Кислород берилади, нитроглицерин, валидол таблеткалари, бронхларни кенгайтириш учун 1% ли 1 мл морфин эритмаси, 0,1% атропин (0,5 мл) юбориш лозим.

2. Кома ҳолати- олий нерв фаолиятининг бузилиши натижасида юзага келиб, эс-хушнинг, сезгирликнинг сусайиши билан кечади. Аммо нафас олиш ва қон айланиш фаолияти бузилмайди.

Диабетик кома. Инсулин миқдорининг организмга етишмаслиги ва бунинг натижасида гипергликемиянинг ривожланиши, кетон таначаларининг ҳосил бўлиш жараёнининг ошиши, водород ионларининг купайиши диабетик команинг келиб чиқишига сабаб бўлади.

Гипергликемия натижасида хужайрадан ташқари суюқликнинг осматик босими ошиб кетади ва хужайра дегидратацияси кузатилади. Бирламчи сийдикда глюкоза миқдорининг юқорилиги сув ва электролитларни буйрак каналчаларида қайта сурилишига қаршилик қилади ва организм сувсизланиб минераллар алмашинуви бузилади. Диурез камаяди ва водород ионларининг чиқарилиши сусайиб кетади (ацидоз). Метаболик ацидоз натижасида натрий ва калий запаслари камаяди. Диабетик кома кома қандли диабет касаллиги билан касалланган беморларда, инсулинни ортиқча қабул қилиш ва пархезга риоя қилмаслик оқибатида ривожланади. Бунга юқумли касалликлар, жаррохлик операциялари, жисмоний ва эмоционал зуриқиш ҳам сабаб бўлади.

Белгилари: Кома олдидан чанқаш кучаяди, пешоб миқдори ортади, кунгил айланиш, қусиш ва айрим ҳолларда қорин ва буғимларда оғриқ кузатилади.

Гипергликемик кома аста секин ривожланади, беморлар апатик (лоқайд), эс-хуши тиниқ эмас, нафас олиши чуқур ва шовқинли, оғзидан ацетон хиди келади, тери қопламлари оқарган ва қуруқлашган, кузлари киртайган, мушаклар бушашган, пай рефлекслари деярли йуқ, АД пасайган, пульс тез ва заиф. Чуқур кома вақтида коллапс ҳолати ривожланиб, қондаги қанд миқдори (нормада 3,3-5,5 г/л) 8 г/л гача ошади. Диабетик кома айрим ҳолларда юқори гипергликемия, глюкозурия билан кечади, лекин кетоацидоз кузатилмайди.

БТЁ. инсулинотерапия утказилади (40-50 ТБ инсулин изотоник эритмани 20-40 мл билан аралаштирилиб венага, бир вақтда яна Рингер-Локк эритмаси ёки 4-8% ли 200-400 мл натрий гидрокарбонат, юрак гликозидларидан корглюкон (1мл 0,06%) ёки строфантин 1мл, 0,05% венага юборилади. Оғир

холатида беморнинг қонига мос янги тайёрланган цитрат қушилган қон қўйилади.

Гипогликемия. Бош миёни углеводга бўлган танқислигидан келиб чиқади. Қондаги қанд миқдори 0,5 г/л дан паст бўлганда бу касаллик ривожланади. Гипогликемик кома диабетикларга инсулин моддасини ортиқча юборилганда, углеводларнинг танага кам тушишидан ёки уларнинг жисмоний ва рухий зуриққанда купроқ сарфланишидан ҳамда β -хужайраларнинг усмасининг инсулинни ортиқча ишлаб чиқаришидан келиб чиқади.

Белгилари. Ортиқча қузғалувчанлик, безовталиқ, кучли очқаш, бош айланиши, оғиздан ацетон хиди келиши, терининг оқариши, совуқ тер босиш, кунгил айнаш, АД нинг ошиши, тахикардия кузатилади. Аммо нафас сиқиши кузатилмайди.

Оғир ҳолларда эс-хушнинг йўқолиши, тоник титрашлар, нутқнинг бузилиши, нафаснинг юзакилиги, АД пасайиши, брадикардия, қонда қанд миқдорининг кескин камайиши кузатилади. Бош миёдаги қайтмас ўзгаришлар туфайли бемор ҳалок бўлиши ҳам мумкин.

БТЁ. Енгил ҳолатида ширин чой ичириш лозим. Ундан сунг 40-50 мл 40% ли глюкоза эритмаси венага юборилиб, бемор хушига келмаса яна такрорланади. Тери остига 0,5-1 мл 0,1% ли адреналин юборилади. Самара бермаган пайтда глюкокортикоидлар (гидрокортизон 75-100 мг, преднизолон 30-60 мг) 500 мл 5 % ли глюкозада эритиб юборилади.

Тутқаноқ-рухий касаллик бўлиб, бош миёда патологик эпилептоген ўчоқ ҳосил бўлиши билан тавсифланади. Тутқаноқ хуружининг бир неча турлари ажратилади:

- катта тутқаноқ хуружлари-энг оғир шакли бўлиб, тоник-клоник қисқаришлар, эс-хушни йўқолиши, марказий нерв тизимининг умумий сусайиши билан кечади. Бемор оғиздан кўпик келиб, йиқилиб тушади, нафас йўллари аспирацияси натижасида бемор асфиксиядан ҳалок бўлиши мумкин,

- психомотор қўзғалишлар- бемор ўзини бошқача тутати, мослашмаган ҳаракатлар қилади, лекин кейинчалик буларни эслай олмайди. Кўпинча эс-хушни хиралашиши кузатилади, лекин хуружлар руй бермайди.

- кичик хуружлар- қисқа вақтга хушини йўқотиш, юз ва бошқа мушакларни учиши ва б. белгилар кузатилади.

БТЁ.

Катта тутқаноқ хуружлари вақтида беморнинг нафас йўллари сулак ва кўпик массаларидан тозалаш, тилни орқага кетиб қолмаслиги учун тортиш керак. Хуружларни бартараф этиш учун фенобарбитал, бензонал ва бошқа барбитуратлардан фойдаланиш мумкин. Сибазон, клоназепам препаратлари, оғир ҳолларда эса наркоз воситаларидан фойдаланиш мумкин. Беморга осойишталовчи режим тавсия этилади.

МАВЗУ: ТЕРМИНАЛ ХОЛАТЛАР.

Режа:

1. Реанимация тўғрисида тушунча.
2. Шок, унинг турлари ва унда тиббий ёрдамнинг умумий тамойиллари.
3. Чўкканда биринчи ёрдам тадбирлари.
4. Электр токи урганда биринчи ёрдам тадбирлари.

Реанимация-организмнинг ҳаётий зарур фаолиятларини тиклаш тадбирларидир. Реанимацияни нафас ҳаракати ва юрак фаолияти тўхтаганда ёки бу икала фаолият организм талабини қондира олмайдиган даражагача камайганда ўтказилади. Ўлим содир бўлиш механизми мураккаб бўлиб, ўлим ҳеч қачон бирданига рўй бермайди, ўлим олди –терминал ҳолат даврида бўладиган ўзгаришларни орқага қайтариш мумкин. Организмнинг етарлича қаршилиқ қилиш хусусияти борлиги ва ўз вақтида кўрсатилган ёрдам туфайли терминал ҳолатдаги ўзгаришларни бартараф этиш мумкин. Терминал ҳолатда агония ва клиник ўлим фарқ қилинади.

Агония-эс-хушнинг йўқолиши, рефлексларнинг сунлиши, тери қопламларининг оқариб кетиши, артериал босимнинг аниқланмаслиги, нафаснинг бузилиши-аритмик бўлиши, юзакилашиши билан характерланади. Пульс уйқу артерияларида зўрға аниқланади. Юрак тонлари бўғиқ бўлиб, зўрға эшитилади. Агонал ҳолат бир неча дақиқа ёки соат давом этиб, клиник ўлимга ўтади.

Клиник ўлим-нафас олиш ва қон айланишининг тўла тўхташи билан давом этади. Бош мияда ҳали қайтмас ўзгаришлар юзага келмаган бўлади. Клиник ўлим 5-8 дақиқа давом этиб, реанимация чора-тадбирлари кўрилса одамни сақлаб қолиш мумкин.

Кейин эса биологик ўлим ривожланади. Бу даврдаги ўзгаришларни орқага қайтариб бўлмайди.

Ёрдам кўрсатувчи одам тириклик ва ўлим белгиларини аниқлай олиши лозим. Тириклик белгилари: юрак уриши-чап кўкрак соҳасида кулоқ билан эшитиб; нафас-оғиз ёки бурунга тутилган ойнанинг намланишига қараб; қорачиқларнинг ёруғликка реакцияси кўзга нур йўналтирилганда қорачиқнинг торайишига қараб аниқланади.

Тириклик белгилари аниқланса зудлик билан реанимация чоралари кўрилиши лозим.

Ўлим белгилари: кўз шох пардасининг хиралашиши ва қуриши, «мушук кўзи симптоми»-кўз босиб, қўйиб юборилса қорачик деформацияланади ва мушук кўзини эслатади, тананингсовуши ва мурда доғларининг пайдо бўлиши, мурданинг қотиши. Биологик ўлим юз бергандан сўнг тирилтиришнинг иложи бўлмайди.

Реанимация чоралари аввало ўлим сабабини йўқ қилиш ва нафас ҳамда қон айланишини тиклашга қаратилгандир. Реанимацияни оғир механик травмадан сўнг, травматик шок ва қон кетиши ҳолатларида, ток урганда, ўткир захарланишда, бўғилиш ёки сувга чўкиш, термик қуйиш, умумий совқотиш ҳолатларида ўтказилади.

Реанимация қанчалик вақтли бошланса шунчалик ижобий натижага эришиш осон бўлади. Реанимацияни бир одам амалга ошираётган бўлса 2:15 нисбати тавсия этилади, яъни ҳар 2 марта ўпкага тез юборилган ҳаводан кейин 15 марта кўкрак қафаси эзилади. Агар ёрдамни 2 киши амалга ошираётган бўлса, унда бир киши юракни массаж қилади, иккинчиси эса ўпкани сунъий вентиляция қилади. Уларнинг ҳаракатлари келишилган бўлиши керак, акс ҳолда ўпкага ҳаво юборилаётган вақтда кўкрак қафаси эзилиб турилса бундай «нафас»дан фойда бўлмайди, балки ўпканинг ёрилиши кузатилиши мумкин. Бундай ҳолатнинг олдини олиш учун 1:5 нисбат тавсия этилади, бунда биринчи одам ўпкага бир марта ҳаво юборади, иккинчиси 5 марта кўкрак қафасини эзади.

Ҳозир жаҳон бўйича қабул қилинган ABC дастури (жонлантириш алифбеси) қатъий кетма-кетликда, илмий асосланган даволаш муолажаларининг йиғиндисидир. Унинг энг катта афзаллиги оддийлиги ва аҳолига қулайлигидир.

ABC дастури бўйича жонлантириш қатъий кетма-кетликда ўтказиладиган 3 усулдан иборат:

А. Биринчи навбатда нафас йўллариининг ўтказувчанлигини тиклаш зарур. Бунинг учун бемор орқасига ётқизилади, бошни максимал орқага энгаштирилади, пастки жағ эса олдинга чиқазилади. Шундан сўнг бармоқ билан (даструмолга ўраб) оғиз бўшлиғини айланма ҳаракат қилиб текширилади ва ёт моддалардан, қусуқ массалари ва шилимшиқдан тозаланади. Булар тез, лекин жароҳат етказмасдан эҳтиёткорлик билан ўтказилади.

В. Сунъий нафас олдириш: оғиздан оғизга ёки оғиздан бурунга. Агар юрак фаолияти тўхтамаган бўлса, сунъий нафас олдириш мустақил нафас тиклангунга қадар давом этади. Нафас тўхташига тезда юрак тўхташи кўшилади.

С. Бир вақтнинг ўзида қон айланиши юракнинг ташқи массажи ёрдамида тикланади. Бунинг учун кесишган кафтларни тўшнинг устига, унинг пастки қисмига қўйилади ва тез ритмик ҳаракат билан у эзилади. Шунда юрак тўш ва умуртқа оралиғида сиқилиб юракдан қон ҳайдалади, танаффус вақтида эса кўкрак қафаси кенгайиб, юрак ичи қонга тўлади. Юракни билвосита массаж қилиш учун нафақат қўл кучини, балки гавда оғирлигини ҳам қўллаш керак.

Клиника шароитида беморни жонлантириш учун ўпканинг сунъий вентиляция аппарати ва дефибриллятордан фойдаланилади. Агар жарроҳлик амалиёти даврида юрак тўхтаса бевосита массаж усулидан фойдаланиш мумкин. Бунда жарроҳ кўкрак бўшлиғини очиб, юракни кулига олади ва массаж қилади.

Шок-организмнинг умумий оғир реакцияси бўлиб, экстремал омиллар таъсирида содир бўлади. Шокнинг асосини ҳаёт учун муҳим бўлган қон айланиш ва нафас олиш фаолиятлари, асаб ва эндокрин тизим, моддалар алмашинувининг бирдан бузилиши ташкил қилади. Келиб чиқиш сабабларига кўра шокнинг бир неча тури фарқланади:

Кардиоген шок-юрак етишмовчилигининг алоҳида оғир шакли бўлиб, миокард инфарктининг асорати ҳисобланади. Кардиоген шок артериал босимнинг пасайиб кетиши, пульснинг тезлашуви, қон айланишининг бузилиши билан кечади.

Инфекцион-токсик шок-оғир инфекция жараёнларда ривожланади. Бу ҳолатда шокнинг клиник кўриниши тана ҳароратининг ошиши, қалтираш, йирингли септик ўчоқнинг бўлиши билан ажралиб туради.

Эмоционал шок-тўсатдан ва кучли рухий травмалар таъсирида юзага келади. Баъзан кўркув туфайли тўлиқ ҳаракатсизлик келиб чиқиши мумкин. Бу ҳолат бир неча дақиқадан бир неча соатгача давом этиши мумкин. Айрим ҳолатларда аксинча кескин кўзғалувчанлик келиб чиқади, бунда бақириниш, маънисиз ҳаракатлар, югуриш, юрак уришининг тезлашиши, терининг чуқур қизариши ёки оқариши, терлаш, ич кетиши кузатилади.

Анафилактик шок-дори моддаларига тана сезувчанлиги юқори бўлганда келиб чиқади. Бунинг олдини олиш учун дориларни юборишдан олдин тери-аллергик синамаси ўтказиш лозим.

Постгеморрагик шок-кўп қон йўқотилганда, гемолитик шок эса гемолитик захарлар билан захарланганда ёки нотўғри қон қуйилганда кузатилади.

Травматик шок-оғир шикастланишлар натижасида келиб чиқади. Қаттиқ қуйиш натижасида юз берувчи қуйиш шоки ҳам травматик шокнинг бир тури ҳисобланади.

Шокнинг даврлари.

Кўзғалиш даври (эректел фаза)-10-20 дақиқа давом этади. Белгилари: ҳуши жойида, тери ва шиллиқ қаватлар оқарган, қарашлари нотинч, кучли тер ажралиши, қорачиклар кенгайиши, қорачикларнинг ёруғликка сезувчанлигининг яхшилиги, пульс паст, артериал босим меъёр атрофида, мушаклартортишган, тери ва пай рефлекслари кучайган, нафас олиши тезлашган.

Тормозланиш даври (торпид фаза)-бу даврда ҳуши жойида бўлса ҳам оғриқ сезувчанлик бирдан пасайиб кетади. Белгилари: артериал ва веноз босим тушади, пульс тезлашади, тана ҳарорати тушиб кетади, нафас олиш секинлашади, терини нам, совуқ тер босади, чанқоқлик, баъзан қайт қилиш кузатилади, бемор хотиржам ётади, атроф-муҳитни сал сезади ёки умуман сезмаслиги мумкин.

Травматик шокнинг тормозланиш даври 4 даражага бўлиниб, зудлик билан берилувчи ёрдам шокнинг оғир-енгиллигига мос келиши керак.

I даража (енгил): тери оқарган, эс-хуши жойида ёки сал тормозланган, мушаклар титрайди, артериал босим тушиб кетган, пульс бир маромда, нафас олиши текис, тана ҳарорати меъёрга. Бу даража ҳаёт учун хавфли эмас.

I даражали шокда биринчи ёрдам: жисмоний ва рухий тинчлантириш, оғриқсизлантириш, қон оқишини тўхтатиш, транспорт иммобилизациясидан иборат.

II даража (ўрта оғирликда): беморнинг аҳволи бирмунча оғирроқ, асаблари таранглашган, сезиларли даражада яққол тормозланган. Териси оқарган, ҳуши жойида, қорачиқлар ёруғликни сал сезади, артериал босим тушиб кетади, пульс ва нафас олиши тезлашади, тана ҳарорати пасаяди, рефлекслар пасайиб кетади.

II даражали шокда биринчи ёрдам: жабрланувчига иссиқ ширин чой ичириш, оғриқсизлантириш, нафас йўллариининг ўтказувчанлигини тиклаш, ташқи қон оқишини тўхтатиш, транспорт иммобилизацияси, тезликда касалхонага етказишдан иборат

III даражали (оғир) шок: асабларнинг сезиларли даражадаги таранглашуви, қотиб қолиш, атрофга ва ўзига нисбатан бефарқлик, ҳуши жойида, тери ва шиллиқ қаватлар кулрангроқ рангпар, совуқ тер босган, систолик босим 70 мм с.у.дан паст, диастолик эса 30-40 мм с.у., пульс ва нафас олиш секинлашган, юзаки бўлади.

III даражали шокда биринчи ёрдам: асаб, юрак, қон-томир тизими, нафас олиш аъзолари фаолиятини нормаллаштирувчи шокка қаршикомплекс чоралар кўрилади; юқори нафас йўллари ўтказувчанлиги таъминланади-бошни орқага эгиб, пастки жағини тортиб, нафас йўллариини шиллиқлардан, қондан, қусуқ моддалардан тозаланади; оғриқсизлантирилади; қон оқишини тўхтатилади; зарарланган қўл-оёқ охирилариини стандарт транспорт воситалари ёрдамида иммобилизация қилинади; зудлик билан касалхонага ётқизилади.

IV даража (охирги): клиник ўлимга ўтувчи давр. Воқеа жойида ёрдам кўрсатиш ва транспортировка қилишда жабрланувчини шок ҳолатидан бутунлай чиқаришга уриниш шарт эмас. Муҳими, шокнинг кучайиб кетишига йўл қўймаслик керак, нафас ва юрак қон томир тизимининг фаолиятини яхшилаб, ўлим хавфини камайтириш керак. Травматик шокни даволашнинг асосий манбаи-махсус даволаш муассасасига зудлик билан ётқизиш.

Шокда ёрдам беришнинг умумий тамойиллари. Шокда биринчи ёрдам жабрланувчини жароҳатловчи омил таъсиридан халос қилишга қаратилади. бунинг учун уни ёнаётган кийим, электр токи манбаи ва б. дан халос қилиш

лозим. Очиг жароҳат бўлиб, қон оқаётган бўлса, қонни вақтинчалик тўхтатиш чораларини кўриш, синиш ёки чиқиш бўлса вақтинчалик иммобилизация қилиш керак. Оғиз бўшлиғи ва ҳалқум қусуқ моддалари ва б. дан тозаланади. Агар зарур бўлса ўпканинг сунъий вентилизацияси ўтказилади. Агар жабрланувчи ҳушсиз бўлса-ю, юрак ва нафас фаолияти сақланиб қолган бўлсақусуқ моддаларининг нафас йўлига тушиб қолмаслиги учун қорин тарафга буклаб, бошини ён томонга эгади. Ҳуши ўзида бўлган жабрланувчига оғриқ қолдирувчи дорилар ичирилади. Бундан ташқари шокнинг келиб чиқишига қараб клиникада махсус чоралар кўрилади (постгеморрагик шокда қон қуйиш, кардиоген шокда наркотик анальгетиклар юбориш ва б.)

Чўкиш сув ҳавзаларида чўмилиш вақтида ёки тўсатдан сувга тушиб кетганда содир бўлади. Чўкаётган одамни бир дақиқадан сўнг 90 %; 6-7 дақиқадан сўнг фақатгина 1-3 % қутқариш мумкин.

Чўкишни бир нечта турлари фарқланади.

1. Ҳақиқий чўкиш-ўпка ва нафас йўллари суви тўлдиради, одам ҳаёт учун курашади ва талвасали ҳаракат қилиб, суви тортади ва суви ўз навбатида ҳаво киришига ҳалақит қилади. Чўкаётган одамнинг териси кўкарган бўлиб, оғиз ва бурундан кўпик келади; агар одам суви тагида 3-6 дақиқадан кўп бўлмаса, жонлантириш чоралари муваффақиятли бўлиши мумкин.

2. Қуруқ чўкиш-овоз ёриғи спазми туфайли суви ўпкага кирмайди, тери кўкариши кам, ҳушдан кетиши кузатилади, чўкаётган одам шу заҳоти суви тубига тушади.

3. Синкопал чўкиш-тўсатдан нафас олиши ва юрак уриши тўхташи ўлимга олиб келади. Бунда чўкаётган одам териси оқаради.

Қуруқ ва синкопал чўкишда, одам суви тубида 10-20 дақиқадан ортиқ бўлса, жонлантириш чоралари муваффақиятли бўлиши мумкин.

Совуқ сувда чўкаётганда ҳимоя қилувчи гипотермия эффекти пайдо бўлади ва жонлантириш чораларини 20 дақиқа давомида суви тубида бўлганда ҳам ўтказиш мумкин.

Чўкаётган одамни қутқариб, қирғоққа олиб чиқилади ва биринчи ёрдам берилади. Агар шикастланган одам ҳушдан кетмаган бўлса, пульси қониқарли ва нафас олиши сақланган бўлса, уни текис, қуруқ қаттиқ жойга ётқизилади, боши паст бўлиши лозим, кийимлари ечилади, қўл ёки сочиқ билан ишқаланади. Иссиқ ичимлик берилади ва иссиқ матога ўралади.

Агар жабрланувчи ҳушсиз бўлиб, пульс ива нафас олиши сақланган бўлса, боши орқага қилинади, пастки жағи олдинга тортилади, сўнг уни боши паст қилиб ётқизилиб, бармоқлар билан оғиз бўшлиғини лойдан, қусуқ массаларидан тозалаш керак, уни ишқалаб, артиб иситилади.

Жабрланувчи хушдан кетганда, мустақил нафас олмаганда, лекин юрак фаолияти сақланиб, нафас йўллари тозалаш чоралари ўтказилгандан сўнг, тезликда сунъий нафас беришни бошлаш керак. Жабрланувчи нафас олмаганда ва юрак фаолияти кузатилмагандасунъий нафас беришни юрак массажи билан бирга ўтказиш лозим. Олдин нафас йўлларида сувни чиқариб ташлаш керак, бунинг учун уни қорни билан тизза бўғимида букилган оёғи сонига ётқизилади кураклар орасига босилади. Бу муолажалар 15-16 секунддан ошмаслиги керак, чунки сунъий нафас ўз вақтида берилиши керак.

Биринчи ёрдам кўрсатилгандан сўнг жабрланувчини тезликда касалхонага ётқизиш лозим, чунки ўпкада асоратлар ривожланиши мумкин (иккиламчи чўкиш синдроми). Иккиламчи чўкиш синдроми белгилари: ўткир нафас етишмовчилиги, кўкракда оғриқ, йўтал, ҳансираш, ҳаво етишмаслиги, қон билан йўталиш, қўзғалиш, пульс тезлашиши.

Электр токидан шикастланиш катта кучдаги электр токи ёки атмосфера токидан (чақмоқ уришидан) юзага келади. Электр токи организмга маҳаллий ва умумий таъсир кўрсатади. Маҳаллий таъсир токнинг кириш ва чиқиш жойларида тўқималар куйиши билан намоён бўлади. Ток таъсирида нафас олиш ва юрак фаолияти тўхтади. Жабрланувчининг териси оқарган, қорачиқ кенгайган, ёруғликка реакцияси йўқолган бўлади.

БТЁ. Зудлик билан электр токи таъсирини тўхтатиш лозим, яъни электр токи дарҳол ўчирилади. Шикастланган кишини тортиб олишда токни ёмон ўтказадигандан фойдаланилади. Сўнг маҳаллий жароҳатларига асептик боғлам қўйилади. Оғриқ қолдирувчилар, тинчлантирувчилар, юрак дорилари (Зеленин томчилари) берилади. Нафас ва юрак фаолияти тўхтаганда реанимация чоралари кўрилади, яъни сунъий нафас олдирилади, юракни ёпиқ массаж қилинади. Бемор хушига келгач унга чой ёки кампот бериб, иссиқ ўраб қўйиш керак. Алкоголи ичимликлар ва кофе ичириш мумкин эмас. Транспортировка вақтида ҳам беморни кузатиб бориш лозим, чунки нафас ва юрак уриши тўхтаб қолиши мумкин.

Шикастланганларни ерга кўмиш ман этилади, бу нафас олишни қийинлаштиради, қон айланиши бузилади ва ёрдам кўрсатиш қийинлашади.

Чақмоқ таъсиридан шикастланиш ҳам электр токидан шикастланишни эслатади ва биринчи ёрдам ҳам ўхшаш бўлади.

Чақмоқ таъсирида шикастланишнинг олдини олиш учун жала ва чақмоқ пайтида телевизор, радиони ўчириш, телефонда гаплашишни тўхтатиш, деразаларни беркитиш лозим. Очик жойда, яқка дарах теки устунлар ёнида туриш мумкин эмас.

МАВЗУ: ЗАХАРЛАНИШЛАР

Режа:

- 1 . Дори моддаларидан заҳарланиш ва БТЁ
2. Оғир металл тузлари билан заҳарланиш ва БТЁ.
3. Алкоголдан заҳарланганда БТЁ.
- 4 . Қишлоқ хужалигида ишлатиладиган кимёвий моддалардан заҳарланганда БТЁ.
5. Илон чаққанда биринчи ёрдам.

Заҳарланиш деб заҳарли хусусиятга эга моддаларни танага тушиши натижасида ривожланадиган патологик жараёнга айтилади. Бундай хусусиятга саноат ва маиший мақсадларда ишлатиладиган турли хил

кимёвий моддалар, ўсимлик ва ҳайвон заҳарлари, дори моддалари эга бўлиши мумкин.

Ушбу моддаларни танага кириш тезлигига, заҳарлилик даражаси, миқдорига қараб ўткир, ўткир ости ва сурункали заҳарланишлар ривожланиши мумкин. Бундан ташқари сабабига кўра суидқасд туфайли ва тасодифан; касбий, маиший ва дориладан заҳарланишлар ажратилади. Заҳарли моддалар танага тушгач маҳаллий, резорбтив ёки рефлектор таъсир кўрсатиши мумкин, лекин бу бўлиниш нисбий ҳисобланади.

Заҳарланишларда биринчи ёрдам заҳарнинг танага таъсирини тўхтатиш ва чиқариб юборишга қаратилади. Бунинг учун қуйидагилар амалга оширилади:

1. заҳарни танага тушишини тўхтатиш,
2. заҳарни ҳали қонга сўрилиб улгурмаган қисмини чиқариб юбориш,
3. заҳарли моддани сўрилишини камайтириш ва зарарсизлантириш,
4. қонга ўтган заҳарли моддани зиддизаҳар ёрдамида зарарсизлантириш,
5. организмнинг ҳаётий фаолиятини тиклаш.

Дори моддаларидан заҳарланиш.

Наркотик моддалардан заҳарланиш.

Наркотик воситаларни юқори дозаларда қабул қилиш ўткир заҳарланиш ва ўлимгача олиб келиши мумкин. Морфиннинг 0, 1г дан ортиғи заҳарли ҳисобланади. Морфиндан ўткир заҳарланишда кўз қорачиқлари торайиб, ёруғликка сезги пасайиб кетади, тери қизаради, мушаклар тонуси ошиб кетади. Ҳинд каноплясидан (гашиш, марихуана) заҳарланиш психомотор кўзғалиш, кўз қорачиқларининг кенгайиши, қулоқларда шовқин, галлюцинациялар билан кечади. Кейинчалик умумий ҳолсизлик, бекувватлик, чуқур уйқу, тана ҳароратининг тушиб кетиши кузатилади. Оғир ҳолларда нафас бузилиб, асфиксия ривожланади.

БТЁ.

1. Меъдани зондсиз усулда ювиш (кўп миқдорда суюқлик ичириб, қусиш рефлексини чақириш билан),
2. Туз сургиларини қўллаш (1 чой қошиқ аччиқ тузга $\frac{1}{2}$ стакан совуқ сув),
3. Кўп суюқлик ичириш (чай, кампот),
4. Беморни шифохонага ётқизиш.

Наркотикларга қарши зидди-заҳар сифатида налорфин ишлатилади, у венага (0, 5 % эритмаси 1-2 мл) юборилади. Налорфин йўқлигида тери остига атропин (0, 1 % эритмаси 1 мл) юбориш мумкин. Реанимация шароитида форсирланган диурез ва перитонеал диализ усулларида фойдаланилади, нафас сусайганда ўпканинг сунъий вентилляцияси ўтказилади. Бундан ташқари юрак-томир воситалари, аналептиклар (кофеин, кардиамин), витаминлар, глюкоза эритмаси юборилади.

Барбитуратлардан заҳарланиш.

Барбитуратлар қаторига барбамил, барбитал, фенobarбитал, бензонал ва б. кириб, юқори дозаларда заҳарланишларга сабаб бўлади. Барбитуратлардан

заҳарланиш кўпроқ МНСнинг зарарланиши билан намоён бўлади. Барбитуратлар билан заҳарланганда 4 босқич кузатилади: а) ухлаш, б) юзаки кома, в) чуқур кома, г) комадан кейинги босқич.

Ухлаш босқичида беморни уйқу тортади, апатия, атаксия, нутқнинг бузилиши кузатилади. Қорачиқ бирмунча торайган, ёруғликка реакция сақланган, нафас ва юрак фаолияти бузилмаган бўлади. Бемор оғриқ ва кучли овозга реакция беради. Гиперсаливация кузатилади. Ухлаш босқичи 10-15 соат давом этади.

Юзаки кома босқичида уйқу чуқур бўлиб, рефлекслар сақланган. Эс-хуш йўқолган, қорачиқлар торайган, ёруғликка реакция камайган бўлади. Патологик рефлекслар пайдо бўлиши мумкин. Нафас секинлашган, пульс тезлашган бўлади. Бу босқичда тил орқага кетиб қолиши ва қусук массаларини аспирацияси натижасида асфиксия келиб чиқиши мумкин.

Чуқур кома даври чуқур уйқу, рефлексларнинг йўқолиши, мушаклар тонусининг йўқолиши, оёқ-қўлларни музлаши, нафасни секинлашиши, цианоз билан тавсифланади. Бу босқичда ўткир юрак-томир етишмовчилиги, пульсни заифлашиши ва артериал босимни пасайиши кузатилади. Нафас тўхташи, коллапс, ўпка, мия шиши, пароксизмал тахикардия ривожланиши мумкин.

Комадан кейинги даврда- ҳаракатлар координацияси бузилиши, эмоционал лабиллик, депрессия кузатилиши мумкин. Упка яллиғланиши, тўқималар озиқланишининг бузилиши келиб чиқади. Енгил заҳарланганда уйқучанлик 1 кун, ўртачада эса 1-2 кун, оғир ҳолларда 5 кундан ортиқ давом этади.

БТЁ.

1. Барбитуратлар оғиз орқали қабул қилинган бўлса тезлик билан кустириш ёки меъдани ювиш.

2. Нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш мақсадида шиллик ва қусук моддаларидан тозалаш.

3. Кислород ёстикчасидан нафас олдириш.

4. Туз сурғиларини қўллаш (1/2 стакан сувга 30 г. туз)

5. Тозаловчи ҳуқна қилиш.

6. Фаоллаштирилган кўмир бериш.

7. Кома ҳолатида сунъий нафас олдириш.

8. Қондаги заҳарни чиқариб юбориш учун пешоб хайдовчи дорилар бериш

9. Беморни шифохонага ётқизиш.

Холинолитик дорилардан заҳарланиш.

Холинолитик воситалар-атропин, амизил, астматол, скополамин, апрофен ва б. марказий ва периферик нерв тизимидаги холинолитик тизимларни тормозлайди.

Холинолитиклардан заҳарланганда оғиз қуриши, ютиш ва нутқнинг бузилиши, ёруғликдан қурқиш, юрак ўйнаши, нафас сиқиши, бош оғриғи кузатилади. Аккомадация фалажланади, қорачиқлар кенгаяди, яқиндан

кўриш бузилади. Тери қопламлари куруқ, гиперимияланган. Оғир ҳолларда рухий ва ҳаракат кўзғалиши, кўриш галлюцинациялари, жазавага тушиш, тутқаноқсимон хуруж, сўнгра эс-хушни йўқолиши кузатилади.

БТЁ.

Агар заҳар оғиз орқали кирган бўлса, меъдани 1 % танин ёки 1:1000 калий перманганат эритмаси билан зонд орқали ювиш, суюқликлар ичириб кустириш лозим.

Агар заҳар кўз шиллиқ пардалари орқали кирган бўлса, тезлик билан кўзни ювиш керак. Тахикардияда индералдан фойдаланиш мумкин. Агар гипертермия кучли бўлса, совуқ сув ёки музли халтача, нам артиш усулидан фойдаланилади.

Ганглиоблокаторлардан заҳарланиш.

Арфонад, бензогексоний, ганглерон, димеколин, пахикарпин, пентамин, пирилен ва б. ганглиоблокаторлар заҳарланишга олиб келиши мумкин. Пахикарпин бачадон тонусини ошириб, унинг мушакларини қисқаришини кучайтиргани сабабли аёллар ҳомиладорликни тўхтатишда фойдаланган. Бу мақсадда пахикарпин 0, 5 дан 8 г дозагача ишлатилганда заҳарланишга олиб келади.

Заҳарланишнинг клиник белгилари: бош айланиши, кўришни пасайиши, қусиш, кўнгил айланиши, қоринда оғриқ, қулоқлар шанғиллаши, оғиз қуриши. Рухий кўзғалишлар, тиришишлар, оғир ҳолларда эс-хушни йўқотиш, коллапс ривожланади. Бемор нафас фалажланиши ва юрак тўхташидан ҳалок бўлиши мумкин.

БТЁ.

Биринчи ёрдам меъдани ювиш, тузли сургилар бериш, тозаловчи клизмалар қилишдан иборат. Вегетатив ганглийлардан нерв импульслари ўтишини яхшилаш мақсадида прозерин (1 мл 0, 05 % эритмаси), АТФ (2-3 мл 1 % эритмаси), В гуруҳ витаминлари берилади. Ҳаракат кўзғалишларида гексенал юборилади. Коллапс ривожланганда мезатон, юрак-томир препаратлари қўлланади.

Оғир металл тузларидан заҳарланиш.

Мис бирикмаларидан заҳарланиш.

Мис купороси, мис оксидимис карбонат ва б. кўпинча нафас йўллари орқали танага тушади. ва уларни таъсирлайди. Улар қон гемолизи ва ички аъзоларда дегенератив ўзгаришларни чақиритиш хусусиятига эга.

Яширин давр (4-48 соат) ўтгач, беморда иситма ($39-40^{\circ}\text{C}$), титраш, кучли терлаш кузатилади. Сўнгра умумий ҳолсизлик, тахикардия, қусиш бошланади. Бурундан қон кетиши, катта дозаларда эса ўпка шиши, МНС зарарланиши ривожланади. Бемор тезда ўлиб қолиши мумкин.

Мис бирикмалари меъдага тушса оғизда металл таъми, саливация кузатилади. Бунга кўнгил айланиш, қусиш, қоринда оғриқ, чанқаш, ич кетиши қушилади. Тери қопламлари сарғаяди. Тил ва оғиз шиллиқ пардалари кўк рангга бўялади. Тана ҳарорати пасаяди. Юрак қисқаришлари сони камаёди. Оғир ҳолларда кома, тиришишлар кузатилиши мумкин.

БТЁ.

Биринчи ёрдам меъдани бир неча марта ювишдан иборат. Шунингдек, фаол кўмир ва магний оксиддан фойдаланилади. Беморга сут, ёғли овқатлар бериш тақиқланади. Беморнинг териси остига морфин ва атропин, венасига 100 мл 30 % натрий тиосульфат юборилади. Кўп қусганда амназин юборилади.

Қурғошин бирикмаларидан захарланиш.

Қурғошин бирикмалари нафас ва меъда-ичак йўллари, тери орқали танага тушиши мумкин. Бемор оғзида ширин таъм, сўлак оқиши, кўнгил айниш, қусиш, қоринда кучли оғриқ, спастик қабзият кузатилади. Бемор қўзғалган, қорни дам бўлиб, терлайди, артериал босим ва ҳарорати кўтарилади. Ажралаётган пешоб миқдори камайиб кетади, ҳаттоки тўхташи мумкин. Жигар етишмовчилиги ва сарғайиш ривожланади.

БТЁ.

Биринчи навбатда меъдани магний ёки натрий сульфат эритмаси билан ювилади ва тузли сургилар берилади. Атропин (0, 1 % 1 мл кунига 2-3 марта), промедол (2 мл 2 % эритмаси) тери остига, 0, 25 % новокаин эритмаси 200 мл гача, 20 % маннитни глюкозадаги эритмаси 1-2 г/кг ҳисобида венага юборилади. Даволашда паранефрал новокаин блокадалари, қорин соҳасига диатермия, магний сульфат клизмаларидан фойдаланиш мумкин. Махсус даво сифатида тетацин-кальций ишлатилади, уни 20 мл 10 % эритма ҳолида 500-1000 мл 5 % глюкоза билан венага томчилаб кунига 1-2 маҳал юборилади, сурункали захарланишда эса 0, 5 г дан 4 марта кун оралаб ичга берилади.

Бундан ташқари витаминлар, спазмолитиклар, сут ва ўсимлик маҳсулотларига бой парҳез буюрилади.

Рух ва унинг бирикмаларидан захарланиш.

Танага рух бирикмалари нафас аъзолари ва ҳазм йўллари орқали тушиши мумкин. Рух бирикмалари билан захарланганда оғизда металл таъми, чанқаш, ҳолсизлик, кўнгил айниш, қусиш, қоринда оғриқ, ич кетиши кузатилади. Бемор уйқучан, мушакларда оғриққа шикоят қилади. Кейинроқ бронхит белгиси бўлган қуруқ йўтал кузатилади. Бу 4-5 соат давом этиб, сўнгра кучли титраш, тана ҳароратини 38–40° С га кўтарилиши, терлаш кузатилади. Оғир ҳолларда пневмония ва ўпка шиши ривожланади.

Агар рух бирикмалари терига тушса яра пайдо бўлади, оғиз орқали кирса ҳазм йўлларининг қуйишига олиб келади.

БТЁ.

Рух бирикмалари оғиз орқали кирганда меъдани 3 % натрий гидрокарбонат ёки 0, 2 % танин эритмаси билан ювилади, тузли сургилар берилади. Зиддизаҳар сифатида унитиол ишлатилади, у 1-кунларда ҳар 10 кг оғирликка 1 мл 5 % эритма ҳисобида 3-4 маҳал, 2-кунда 2-3 маҳал, 3-7-кунлар 1-2 маҳал берилади. Ишқорли ингаляциялар, глюкоза ва аскорбин кислота вена орқали, зарурий ҳолларда эса наркотиклар, юрак-томир воситалари берилади.

Мишьяк бирикмаларидан захарланиш.

Мишьяк бирикмалари танада нефротоксик, гепатотоксик, нейротоксик, энтеротоксик таъсирларни намоён қилади. Заҳар танага оғиз орқали тушганда металл таъми, қоринда оғриқ, қусиш кузатилади. Қусуқ массаси яшил рангда бўлади, ахлат гуруч қайнатмасини эслатади. Тана сувсизланиб, тиришишлар ривожланади. Гемолитик камқонлик, сариклик, буйрак етишмовчилиги, оғир ҳолларда коллапс, кома кузатилади.

Заҳар нафас йўллари орқали кирганда сопор ҳолати, тиришишлар, хушдан кетиш, нафаснинг фалажланиши, коллапс кузатилади. Ингаляция йўли билан заҳарланганда тезда қон гемолизга учрайди. 2-3-кунларга келиб жигар ва буйрак етишмовчилиги кузатилади.

Мишьякнинг ўлдирувчи дозаси ичга қабул қилинганда 0, 1-0, 2 г га тенг. БТЁ.

Меъдани ювиш, хуқна, венага 150-200 мл 5 % унитиол эритмаси юбориш тавсия этилади. Витаминотерапия ҳам мақсадга мувофиқдир.

Алкоголдан заҳарланиш.

Алкогол маст қилувчи дозадан ҳам юқори миқдорда қабул қилинса заҳарланиш келиб чиқади. Белгилари: юз терисини қизариши, тана хароратини пасайиши, қусиш, совуқ тер ажралиши, қорачиқларни торайиши, нафасни сусайиши, пульсни заифлашиши ва б. Тиришишлар, қусуқ массаларини аспирацияси, ларингоспазм ривожланиши, нафас ва юрак фаолияти тўхташи мумкин.

96 % спиртни 300 мл миқдори ўлимга олиб келади.

БТЁ. Меъдани зонд билан ювиш лозим. Венага глюкозанинг гипертоник эритмасини инсулин билан қўшиб (500 мл 20 % глюкозага 20 ТБ инсулин), 500-1000 мл 4 % натрий гидрокарбонат эритмасидан юбориш мумкин. Комада форсирланган диурез усулидан фойдаланилади. Шунингдек, юрак-томир воситалари, тонусни оширувчилар (кардиамин, камфора) тавсия этилади.

Қишлоқ хўжалигида ишлатилувчи кимёвий моддалардан заҳарланиш.

Фосфорорганик бирикмалардан заҳарланиш.

Фосфорорганик бирикмалар (дихлофос, карбофос, хлорофос, тиофос ва б.) қишлоқ хўжалигида зарарли ҳашоротлар, бегона ўтларга қарши курашда, шунингдек, дефолиантлар сифатида кенг ишлатилади. Заҳар танага тери, нафас йўллари, оғиз орқали тушиши мумкин. Фосфорорганик бирикмалар холинэстераза ферментини қайтмас равишда ингибирлаб, ацетилхолин миқдорини ошиб кетишига олиб келади.

Фосфорорганик бирикмалардан заҳарланишнинг 3 та даражаси ажратилади.

I даражада психомотор кўзғалиш, нафас сиқиши, ўпкада нам хириллашлар, терлаш, артериал босим ошиши, кўкрак соҳасида ноҳўш сезги кузатилади.

II даражада миофибрилляция, тоник-клоник тиришишлар, кўкрак қафас мушаклари ригидлиги, нафас олишни бузилиши кузатилади.

III даражада оёқ-қўлларнинг мушаклари фалажланади, нафас мушаклари заифлашади, нафас маркази сусаяди, ҳаттоки нафас тўхтаб қолиши мумкин. Артериал босим тушиб кетади, юрак ритми ва ўтказувчанлиги бузилади. Ўлим нафас ва юрак фаолияти етишмовчилиги туфайли рўй бериши мумкин.

Кейинчалик эса пневмония, психозлар ва полиневритлар ривожланиши мумкин.

БТЁ.

Жабрланувчини заҳарланиш майдонидан олиб чиқилади, кийимлари ечилади, тери илиқ сув билан ювилади. Агар заҳар оғиз орқали кирган бўлса, меъда зонд орқали ювилади, тузли сургилар берилади ва даволаш муассасасига юборилади. Фосфорорганик бирикмалар билан заҳарланганда холинэстераза ферментини қайта тиклаш хусусиятига эга бўлган моддалар-дипироксим, аллоксим, изонитрозин кабилар зидди заҳар сифатида ишлатилиши мумкин.

Хлорорганик бирикмалардан заҳарланиш.

Хлорорганик бирикмалар нейротоксик ва тириштирувчи таъсирга эга. Заҳарланишда диспептик ўзгаришлар, қоринда оғриқ кузатилади. Оғир ҳолларда нафас сиқиши, кўзғалиш, атаксия, кўришнинг бузилиши, бурундан қон кетиши, тиришишлар келиб чиқади. Ўткир юрак-томир ва жигар етишмовчилиги ривожланади. Ичга қабул қилинганда заҳарнинг 30 г миқдори ўлдирувчи таъсир кўрсатади.

БТЁ.

Меъдани зонд орқали ювиш, тузли сургилар бериш лозим. Кейин эса форсирланган диурез ўтказилади. Венага кальций глюконат ёки хлорид (10 мл 10 % эритмаси), глюкоза аскорбин кислота билан, никотин кислота (2 мл 5 % эритма), В гуруҳ витаминлари юборилади. Тиришишлар кузатилганда диазепам, барбамил берилади. Токсик камқонлик ва гепатитни даволанади. Заҳарланган одам албатта шифохонага ётқизилиши лозим.

Заҳарли илонлар ва ҳашаротларнинг чақиши.

Заҳарли илонлар чақиши қаттиқ ва узоқ давом этадиган оғриқ, шиш, чакқан жойда қон қуюлишни келтириб чиқаради. Белда оғриқ бўлади, нафас олиш ва юрак уриши қийинлашади, оғир ҳолларда эс-хушнинг йўқолиши, қусиш, нафас олишнинг ва юрак фаолиятининг кескин сустлашуви кузатилади. Заҳар тезлик билан тананинг бошқа қисмларига тарқалиши мумкин, бунинг натижасида артериал босимнинг пасайиши, кўзғалишлар, талваса, нуктали қон қуйилишлари кузатилади.

Ҳашаротлар чакқанда тўқималарнинг маҳаллий шиши, қизариши ва маҳаллий тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади. Ҳолдан тойиш, бош айланиши ва оғриши, титраш, кўнгил айланиши, қусиш, айрим ҳолларда эшакем, белда ва бўғимларда оғриқ, юрак уриши кузатилади.

БТЁ.

Илон, чаён ва захарли ҳашаротлар чакқанда биринчи ёрдам бир хил бўлади.

1. Жароҳатдан захарни сўриб ташлаш. Ёрдам бераётган одамнинг баданида шилинишлар ва жароҳатлар бўлмаслиги лозим.

2. Илон чакқан жойга саримсоқ шарбати ёки 3 кун давомида янги хамиртуруш суртиш керак. Улардан 1 соат кейин майдаланган саримсоқ қўйиш керак.

3. Илон чакқан жойга муз қўйиш, бор бўлса 0, 3 мл 0, 1 % адреналин эритмаси юборилади.

4. Жароҳатни 3 % калий перманганат эритмаси билан ювиш керак.

5. Жароҳатга боғлам қўйиш керак.

6. Оғир ҳолларда жабрланувчини шифохонага олиб бориш лозим.

Жгут қўйиш ва чакқан жойдаги терини тилиш қатъий ман этилади.

Овқат токсикоинфекциялари ва ботулизм.

Овқат токсикоинфекциялари-микроблар ва уларнинг токсинлари тушган озиқ-овқатларни истеъмол қилиш натижасида келиб чиқади. Касаллик ўткир бошланиб, қорин дам бўлиши, қуриллаш, хуружсимон оғриқ, кўнгил айланиш, қусиш, ич кетиши, кўп сув йўқотиш, шайтонлаш, артериал босим тушиб кетиши кузатилади. Бош оғриши, титраш, тана ҳарорати кўтарилиши мумкин.

Биринчи ёрдам беришда меъдани ювиш, клизма қилиш, кўп миқдорда суюқлик ичириш тавсия этилади. Илик қайнатилган сувга $\frac{1}{2}$ чой қошиқда сода эритмаси 1 стакан сувга қўшиб ичирилади. Бемор дарҳол шифохонага ётқизилиб, шифокор тавсияси асосида дори-дармонлар берилади.

Ботулизм анаэроб микроблар (*Clostridium botulinum*) кўзгатадиган касалликдир. Ботулизм кўпроқ зарарланган консерва маҳсулотлари, консервланган ва дудланган маҳсулотларни истеъмол қилинганда келиб чиқади ва кучли захарланиш белгилари билан кечади. Биринчи ёрдам овқат токсикоинфекцияларидаги каби. Махсус даво сифатида ботулизмга қарши зардобдан фойдаланилади.

Ис газидан захарланиш.

Ис газидан (СО) рангсиз ва ҳидсиз бўлиб, ундан ўй шароитида ва ёпиқ жойларда (шахталар, қонлар) ишлаганда захарланиш мумкин. Уйларда печни нотўғри ёқиш натижасида ис газидан тўпланади ва захарланишга сабаб бўлади.

Ис газидан одам организмига фақат нафас йўллари орқали киради. Нафас аъзоларида қонга сўрилиб, ундаги гемоглобин билан бирикади

(карбоксигемоглобин ҳосил бўлади). Натижада гемоглобин ўпкада кислород билан бирика олмайди., демак, кислородни тана тўқималарига олиб келолмайди ва ўткир гипоксия ривожланади. Бундай ҳолат ўлимга олиб келиши мумкин.

Ис газидан заҳарланиш унинг ҳаводаги концентрациясига ва таъсир муддатига боғлиқ бўлади.

Енгил даражадаги заҳарланишда бош қаттиқ оғрийди, айланади, қулоқлар шанғиллайди, кўнгил айнийди, баъзан қусиш, ҳушдан кетиш, гандираклаш кузатилади.

Ўртача даражада заҳарланишда мушаклар кучсизланади, нафас сиқилади, пульс тезлашади, артериал қон босими пасаяди, кўнгил айнийди ва қусилади, ақл хиралашади, баъзан одам уйқучан бўлади. Юзида қирмизи доғлар пайдо бўлади.

Оғир даражада заҳарланишда одам батамом ҳушидан кетади. Оёқлари кўкариб ёки оқариб, юзида қирмизи доғлар пайдо бўлади. Пульс тезлашади, артериал қон босими кескин пасаяди, нафас олиш секинлашади ва чуқурлашади, мушаклар бўшашади, нафас тўхтади ва одам ўлади.

БТЁ.

Аввало заҳарланган одам тоза ҳавога олиб чиқилади, пахтани нашатир спирт билан хўллаб хидлатилади, танаси иситилади ва тинч қўйилади. Нафас олиш тўхтаганда зудлик билан сунъий нафас олдирилади. Шифокорлик ёрдами ўпканинг сунъий вентилизацияси, кислород бериш, лобелин ёки цититон инъекция қилиш, аналептиклар, юрак-томир воситалари бериш, танани иситиш ва б. дан иборат.