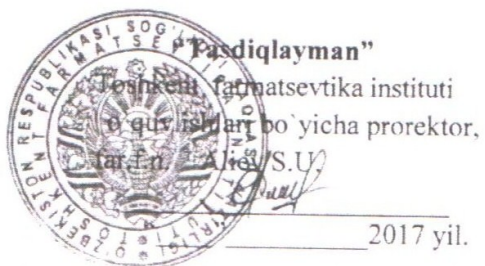


O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

TOSHKENT FARMATSEVTIKA INSTITUTI



BIRINCHI TIBBIY YORDAM
fanidan
MA'RUZALAR MATNI

Toshkent - 2017

Ma'ruza matni Toshkent farmatsevtika instituti Kengashining 2017 yil "____" _____
dagi ____ sonli bayoni bilan tasdiqlangan.

Tuzuvchilar:

Farmakologiya va klinik farmatsiya kafedrası b.f.n., dots. Shilsova N.V.
Farmakologiya va klinik farmatsiya kafedrası katta o`q. Yusupova D.A.
Farmakologiya va klinik farmatsiya kafedrası katta o`q. Saydalieva F.A.
Farmakologiya va klinik farmatsiya kafedrası katta o`q. Sultanova R.X.
Farmakologiya va klinik farmatsiya kafedrası katta o`q. To`laganov B.S.

Taqrizchilar:

A.V.Yakubov - Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Klinik farmakologiya

kafedrası mudiri professor, tibbiyot fanlari doktori Z.R.Fayzullayeva
- Toshkent farmatsevtika instituti Ekologiya va mikrobiologiya kafedrası dotsenti,
tibbiyot fanlari nomzodi.

ToshFarMI, farmatsiya fakulteti dekani:

2017 yil "____" _____ A.A.Nurmuxamedov

Farmakologiya va klinik farmatsiya
kafedrası mudiri:

2017 yil "____" _____ S.A.Saidov

MUNDARIJA

1-ma'ruza.	BTYO to'g'risida tushuncha Bemorlarni parvarish qilish. Davolash muolajalari. (dorilarni yuborilish usullari).....
2-ma'ruza.	Aseptika va antiseptika. Qon oqishi va qon yo'qotish.....
3-ma'ruza.	Sovuq olish, kuyish, va ularning turlari.Desmurgiya. Bog'lamlarning turlari.....
4-ma'ruza.	Chiqishi va sinishlar. ularning turlari. Jaroxatlar.....
5-ma'ruza.	Shikastlanishlar. Yumshoq to'qima shikastlanishi va BTYO. Bosh miya Shikastlanishi va unda BTYO.....
6-ma'ruza	O'tkir jarroxlik infeksiyalari. o'tkir jarrohlik kasalliklari.....
7-ma'ruza.	O'tkir terapevtik kasalliklar.....
8-ma'ruza.	Reanimatsiya usullari to'g'risida tushuncha.....
9-ma'ruza.	Zaxarlanishlar (ilon, chayon, qoraqurt chaqqanda, petsitsidlar, zaharli o'simliklar, dorilardan zaharlanish) va BTYO.....

1 – ma’ruza.

BTYO to‘g‘risida tushuncha Bemorlarni parvarish qilish.Davolash muolajalari. (dorilarni yuborilish usullari)

Reja:

1. BTYO faniga kirish.
2. Tibbiy yordamning bosqichlari
3. Yotikli bemorlarni parvarishlash
4. Davolash muolajalarini o‘tkazish usullari.
5. Dorilarni tanaga yuborish usullari

Vrach va provizorlar zaruriyat tug‘ilganda malakali BTYO ni kursata bilishlari kerak. SHundan kelib chiqib BTYO fanining asosiy vazifasi talabalarga malakali BTYO ko‘rsatishni, nazariy va amaliy jixatlarini o‘rgatishdan iborat.

BTYO ko‘rsatishda bir nechta bosqich farqlanadi:

1. Malakasiz tibbiy yordam-bu xar qanday shaxslar tomonidan amalga oshirilishi mumkin (chukkan odamni qutqarish, binolar tagidagi shaxsni tuproqdan olib chiqish va x.k.)
2. Vrachgacha bulgan BTYO- bu asosan urta tibbiy xodimlar yoki provizorlar tomonidan amalga oshiriladi (sun‘iy nafas oldirish, Yurakni massaj qilish, qon oqishini vaqtinchalik to‘xtatish va x.k.) Bemorni kasalxonaga jo‘natish xam shu bosqichga kiradi.

Malakali shifokorlik yordami- bu shifokorlar tomonidan amalga oshiriladi.

Bemorlarni parvarish kilishning mohiyati. Bemorlarning shaxsiy gigienasi.

Parvarish kanchalik yaxshi bulsa bemor shunchalik tez sogayib ketadi. Bunda hamshiraning roli katta bulib, uning ishi benixoyat mas’uliyatlidir. U bemorlar bilan xushmuomila, mexribon, sabr tokatli bulishi lozim. Xamshira uz ishini biladigan inson bulishi kerak. Mashxur polyak vrachi Beganskiy shunday degan ekan – insoniy muxtojlikka befark karaydigan, yumshok muomila kilishni bilmaydigan, xamma joyda xamma vakt uzini tuta olmaydigan inson yaxshisi boshka kasbni tanlagani ma’kul, chunki, u xech kachon tibbiyot xodimi bula olmaydi. Bemorlarni kasalxonada xamshira parvarish kiladi, ruxini kutaradi. Xamshira shifokorning birinchi yordamchisi xisoblanadi, xamshira kuyidagi vazifalarni bajaradi, ogir yotgan bemorlarni shaxsiy pokizaligiga e’tibor beradi, ovkatlantiradi, dorilarini beradi, in’eksiyalarni kiladi, bankalar, gorchichniklar kuyadi, tana xaroratini ulchaydi, analizlarni laboratoriyaga olib boradi, analiz natijalarini tarix varakasiga yozadi, ya’ni shifokorning xamma tavsiyasini bajaradi. Xar kimda dard bilan birga kurkuv buladi, sogayishga bulgan umid sogayishning yarmidir, shuning uchun xamshira bemorlarda sogayishga ishonch ruxini uygota olishi zarur. Davolash bemor axvolini yaxshilash degani, sof xavo, etarli mikdordagi yoruglik, badanning toza bulishi psixik va jismoniy tinchlik, ozik-ovkat, dori darmon, turli xil manipulyasiya (banka kuyish, klizma kilish, gorchichnik kuyish) fizioterapiya, fizkultura va boshka tadbirlar bemor axvolini yaxshilashga yordam beradi. SHifoxonadagi muolaja xamshirasi aseptika koidalariga kat’iy amal kilishi kerak. Dori moddasini yuborishdan avval xatoga yo‘l kuymaslik uchun dori solingan ampuladagi yozuvni ukishi lozim. Bundan tashkari dorilarni muddatiga e’tibor berib saklash koidalariga rioya kilishi lozim.

Dorilarni saklash. Dorilarni saklash uchun maxsus shkaflar buladi. Dorilar shkafda guruxlar buyicha aloxida javonlarda joylashtiriladi. utkir xidli dorilar (yodoform) va boshkalar va oson

alanganadigan moddalar (spirt, efir) aloxida saklanish kerak. Nastoykalar va damlamalar tezrok buziladi, shuning uchun ularni salkin joyda, yaxshisi muzlatgichda saklash lozim. YOrug‘likda parchalanadigan moddalar korongu joyda saklanadi.

Zaxarli va kuchli ta’sir kiladigan moddalari aloxida sharoitda seyflarda saklash lozim. Dorilar ruyxati osib kuyiladi: «A» shkafda zaxarli moddalar (narkotiklar, strixnin, myshyak), «B» shkafda esa kuchli ta’sir etadigan (adrenalin), uxlatadigan moddalar turadi. Zaxarli va kuchli ta’sir kiladigan dorilarni notugri saklagan va talon-taroj kilgan tibbiy xodimlar jinoiy javobgarlikka tortiladi.

Favkulotda vaziyatlarda – zilzila, suv toshkini, kor kuchishi, buron avariylar, yonginlarda xamshira birinchi tibbiy yordam kursatishni bilishi shart. Birinchi tibbiy yordam kursatilganda kuyidagilar bajariladi.

1. Vaktincha qon tuxtatish.
2. Sun’iy nafas oldirish.
3. Suyaklar singanda kul ostidagi narsalar yordamida usha soxani immobilizatsiya kilish.
4. SHokka karshi eng oddiy choralar kurish.
5. Ogrik koldiruvchi dori berish.
6. Zaxarlanganda oshkozonni yuvish.
7. Gipertonik kriz, miokard infarktida birinchi yordam kursatish.
8. Jaroxatlangan soxaga aseptik boglam kuyish va x.k.

Xulosa kilib shuni aytish kerakki, favkulotda vaziyatlarda ukituvchilar, talabalar uz oila a’zolariga, atrofdagilarga xamda uziga uzi yordam bera olishi kerak.

Bemorlarni shahsiy pokizaligi yoki gigienasi sog‘likni saklash tug‘risidagi fan.

Bemorlarni shahsiy pokizaligi og‘iz bushlig‘ini, burun bushlig‘ini, soch, tirnok, kulok, kuz, terini va boshk. tozaligiga etibor berishdan iboratdir.

Bemorlarni ogiz bushligini ozoda tutish kerak. Uzok vakt yotgan ogir bemorlarni ogzini ichimlik sodasi eritmasi bilan chayib yoki artib turish lozim. Gigiena maksadida kuz borat kislotasi eritmasi bilan yuvib turiladi. SHifokor tavsiyasiga binoan kuz dorisidan 1-2 tomchi tomiziladi. Dori kuzning pastki kovogini tashki burchagiga yakinrok kismiga yoki urta kismiga tomiziladi. Xamshira bemorni parvarish kilishdan avval kulini sovunlab yuvishi kerak.

Bemorlarni terisini toza tutish ham katta ahami-yatga egadir. Teri muxofaza vazifasini bajaradi va u mikroorganizmlardan organizmni ximoya kiladi. SHuning uchun bemor ozodalikka rioya kilishi kerak. Kasalxonada yotgan bemor xaftada bir marta vanna yoki dushda chumiltiriladi. Dush tavsiya etilmagan xollarda bemor badani xar kuni nam sochik bilan artiladi. Kup terlaydigan bemorlarni tez-tez yuvintirib turish kerak. Aks xolda terining ximoya qilish kobiliyati pasayadi va mikroblar namlanib turadigan teri orkali organizmga kirishi va kasallikni paydo qilish imqoniga ega buladi.

urin kurpa jildlari ogir yotgan bemorlarda tibbiyot xamshirasi kichik xamshira yordamida almashtiradi. Bemor urinning chetiga suriladi, kir choyshabni uzunasiga bint kabi uraladi, uning urniga tozasi yuib turiladi va bemorni shu toza choyshab ustiga yotkizib, boshka tomondan kir choyshab tortib olinadi. Bemorlarning ichki kiyimlarini almashtirishda bemorni kiyintirish uchun avval kuylakning englari kiygiziladi, sungra uning boshidan utkazilib nixoyat bemorning etagi tekislanib kuyiladi. Ogir axvoldagi (infarktda) bemorlar uchun maxsus kuylaklar (raspashonkalar) mavjud. Agar bemorning kuli shikastlangan bulsa, kuylakni avval kasal kuliga, sungra boshka ya’ni soglomiga kiydiriladi.

Yotoq yara uzak vakt chalkancha yotishga majbur bulgan, xolsizlangan kasallarda, ogir bemorlarda Yotoq yaralar paydo buladi. Yotoq yaralar eng kup paydo buladigan soxa dumgazadir. Kamrok xollarda ular kurak, tovon, ensa, tirsakda hosil buladi. Uzak vakt bosilib turadigan soxalarda qon tomirlarining ezilib kolishi natijasida Yotoq yaralar paydo buladi. Yotoq yarani davolashdan kura uning oldini olish osondir. Yotoq yaralarning yuzaga kelishiga kupincha bemorlarni yaxshi parvarish kilmaslik, notekis urinda, choyshabda mayda ushoklar, burmalar bulishi, ichki kiyimlarni kam almashtirish, badan tanasini vakti-vaktida yuvib turmaslik sabab buladi.

Yotoq yaralarning oldini olish uchun quyidagi choralarni ko`rish lozim:

1. Bemorni holatini uzgartirib turish ya'ni goh u yonboshiga, goh bu yonboshiga yotkizish lozim va Yotoq yarasi paydo bulishi mumkin bulgan sohalarni kamfort spirti bilan artish kerak;
2. Bemorning tagidagi choyshab tekkis solingan bulishi lozim;
3. Bemorning tagidagi choyshab choksiz bulishi kerak;
4. Bemorni ozoda ovkatlantirish kerak ya'ni non, ovkat usholari uringa tushib kolmasligi lozim.

Yotoq yara paydo buladigan joylarda teri kizarib kolsa 5 % kaliy permanganat(margansovka) eritmasi bilan artiriladi yoki brilliant yashili (zelyonka) surtiladi va teri yana ezilishiga yo`l kuymasligi uchun shu joylarga rezina chambaragi kuyiladi.

Agar bemorda Yotoq yaralar paydo bulgan bulsa antiseptik vositalar – furatsilin, margansovka eritmaları bilan yuviladi va malxam kuyiladi.

Tana xarorati, puls, arteriya qon bosimi, nafas olish. Ularning aniklash uslubi va baxolanishi.

Tana xarorati. Tana xaroratini ulchash uchun termometrdan foydalaniladi. Ustunida 340 dan 420 gacha darajalarga bulingan buladi. Xarorat asosan kultikdan, chov burmasidan, ogiz bushligidan, tugri ichakdan ulchanadi. Xaroratni ulchashdan oldin kultik soxasi kuruk kilib artiladi, chunki nam bulsa kursatkichlar past chikadi. Kasalxonada xarorat xamma bemorlarda ertalab va kechkurun ulchanadi. Olingan ma'lumotlar kasallik tarixidagi harorat varag'iga yozib boriladi. Tana xarorati normada urtacha miqdorda 36,6 – 36,80 S buladi.

Yalliglanish jarayoni yoki yukumli kasallik sababli, ya'ni organizmga infeksiya tushganda tana xarorati kutariladi. Mikroblar issiklik boshkaradigan nerv markazlariga ta'sir kursatib, ularning kuzgalishiga sabab bulsa, ikkinchi tomondan leykotsitlarni ta'sirlantiradi. Virus infeksiyasiga javoban organizmda interferon ishlab chikariladi. Xarorat normal bulganda jarayon tuxtaydi. Infeksion va infeksiyon bulmagan isitmalar bor. Infeksion bulmagan isitmalar qon kuyilganda, markaziy nerv sistemasi shikastlanganda, odam zaxarlanganda kuzatiladi.

Isitma turlari:

Subnormal	35,0 – 36,00 S;
Normal	36.0 – 37,00 S;
Subfebril	37,0 – 38,00 S;
YUqori	39,0 – 41,00 S;
uta yukori isitma	41,00 S dan yuqori.

Infeksion isitma kutarilganda darxol shifokorni uyga chakirish lozim. SHifokor kelguncha analgin, aspirin, paratsetamol kabi dori-darmonlar berish, kuprok suyuqlik ichirish va badanini arok bilan artish mumkin. Xarorat kanchalik yukori bulsa, bemor shunchalik darmonsizlanadi. Bemorga suyuq va yarim suyuq ovkatlar berish lozim. Suyuklik bilan birga S va A vitaminlarini kiritish tavsiya kilinadi. Namatak damlamasi, sut-choy, mineral suvlarni ichirish foydali.

Xaroratning pasayishi davrida issiklik xosil qilish kamaygan, issiklik yo`qotish esa oshgan buladi. Xaroratning tez, bir necha soat ichida tushishi krizis, yoki haroratni kritik holda pasayishi, bir necha kun mobaynida asta-sekin pasayishi lizis, yoki haroratni litik holda pasayishi deyiladi. Xaroratning kritik pasayishi ancha xavflidir. Bemor sovqotish, darmonsizlikdan shikoyat kiladi. Oyok-kullari sovkotadi, arteriyal bosim pasayadi. Bu holda shoshilinch tez yordam chakiriladi. Ungacha bemorni oyog`iga grelka kuyiladi, issik choy, kofe ichirish lozim. Axvoli yaxshilanmasa tomchi usulida venaga glyukoza yuboriladi.

Arterial qon bosimi. Arterial bosim sistola va diastola vaktida tomirlar devoriga tushadigan qon bosimidir. Arterial bosim tomirlar devorining elastikligiga, qon mikdoriga, qon okimiga boglik. Arterial bosimni ulchash Yurak-tomirlar va nafas tizimi kasalliklarida kulaniladigan muxim tashxisiy usul xisoblanadi. Qon bosim nerv sistemasi xolatiga, yoshga, sutka soatlariga karab uzgarib turadi.

Qon bosimi Rivo-Rochchi apparati yoki tanometr bilan ulchanadi. Qon bosimini ulchash tibbiyot amaliyotida aloxida axamiyatga ega. Qon bosimi elka arteriyasida ulchanadi. Qon bosimini ulchash natijasida bemordagi kasallik diagnozi aniklanildi. Yurak kiskarishidan sistolik yoki maksimal qon bosim bushashidan esa diastolik ya`ni minimal qon bosim xosil buladi. Normada maksimal qon bosimi 110-130, minimal qon bosimi 70-80 mm. simob ustuniga teng buladi.

Inson uxlab yotganda, ertalab urnidan turganda qon bosimi bir oz pasaygan buladi, gazablanganda, jismoniy ish bilan shugullanganda qon bosimi bir oz kutariladi. Qon bosimining kutarilishi (gipertoniya) nefrit, arteroskleroz kasalliklarida qon bosimi kutarilib, bosh miya qon tomirlari zararlanishi natijasida miyaga qon kuyiladi. Kasallik uz vaktida davolanmasa, kasallik ogirlashishi mumkin. SHuning uchun gipertoniya kasalligi bilan ogrigan bemorlar qon bosimini nazorat kilib turishi kerak. Qon bosimi kutarilib ketganda qon tomirlarini kengaytirib, qon bosimini pasaytiradigan preparatlar beriladi va siydik xaydovchi dori-darmonlar xam kulaniladi. Preparatlarga kuyidagilar kiradi: dibazol, papaverin, raunatin, adelfan, papazol va boshkalar. Qon bosimi oshganda dorilar bulmaganda bemorga kuk choy, limon choy berish kerak. Gipertonik krizda qon bosimi tusatdan kutariladi. SHuni esda tutish lozimki ruxiy emotsional zurikishlar natijasida gipertoniya kasalligi kelib chikishi mumkin. Inson uchun bebaxo ne`mat soglikdir.

Sukut insonga salomatlik bagishlaydi. Insonning eng yakin yordamchisi – aklidir. uz sogligini asragan, akl bilan ish kilgan inson soglom buladi.

Qon bosimining pasayib ketishi gipotoniya deyiladi. YUkumli kasalliklarda, shokda, odam zaxarlanganda qon bosimi pasayadi. Gipotoniya kordiamin, dofamin, kamfora, mezaton, noradrenalin va boshka dorilar shifokor tavsiyasiga binoan kulaniladi. Qon bosimi tushib ketganda uy sharoitida qora choy, novvot choy berish mumkin.

Qon bosimi.

normada – 120/80 mm s.us.

gipotoniya (qon bosimini pasayishi)–90/50,80/50mm s.us.

gipertoniya (qon bosimini kutarilishi)–180/90, 180/100 mm s.us.

Puls. Puls – arteriya devorining ritmik tebra-nishidir. Puls Yurak siklining II fazasiga, ya'ni korinchalarning sistolasiga tugri keladi.

Tomir urishini chakka, uyqu, yuz, elka, tirsak, bilak, son arteriyalaridan aniklash mumkin. Tomir urishini kamida 30 soniya ichida sanash lozim. Bunda olingan rakam 2 ga kupaytiriladi. Puls tezligi 1 daqiqada 70-80 marta uradi. Puls tezligi sharoitga karab uzgarib turadi. CHakaloklarda bir daqiqada puls tezligi 120-140 ga teng, jismoniy ish bilan shugullanganda, odam gazablanganda, kurkkanda puls kuchayadi. Puls tezlanishi taxikardiya deyiladi. Taxikardiya kupincha bukok, yukumli kasalliklarda, temperatura kutarilganda kuzatiladi. Pulsning kamayishi bradikardiya deyiladi. Bu xolat zaxarlanganda, shokda kuzatiladi.

Nafas olish tezligi. Bemorlarni nafas olishini tekshirish uchun kukrak kafasiga kulni kuyib nafasni 1 daqika davomida necha marta olayotganini xisoblash mumkin. Nafas olishni xisoblash vaktida bemor gapirmay, tinch turishi kerak. Katta yoshdagi odam tinch turganda nafas olish tezligi 1 daqiqada 16 dan 20 gacha, yosh bolalarda 40-55 gacha buladi. Tana xarorati kutarilganda, xayajonlanganda, jismoniy ish bilan shugullanganda nafas olish tezlashadi. Surunkali yukumli kasalliklarda nafas tezligi uzgarib turadi.

Qon aylanishiga ta'sir etuvchi choralar.

Qon aylanishiga ta'sir etuvchi choralar ikki xil buladi:

- 1) issik choralar;
- 2) sovuk choralar.

Issik choralar tomirlarni kengaytiradi. Ularga tibbiyot bankalari, gorchichniklar, istiuvchi kompress, grelka kiradi.

Tibbiyot bankalari. Bankalar shifokor tayin-laydigan davo muolajalari katoriga kiradi. Bankalar ogrikni kamaytirish yalliglanishni surilishini yaxshilash maksadida kullaniladi. Oddiy kuruk bankalar ishlatiladi. Odatda, bankalar bemorning yotgan xolatida 10 tadan 20 tagacha kuyiladi. Ishlatishdan oldin ularni issik suv bilan yaxshilab yuviladi, kuruk kilib artiladi, chetlari uchmagan bulishi kerak. Metall sterjenga paxta uraladi, spirtga bir oz xullab olinadi va yokiladi. Bankalar orka (umurtka pogonasining ikki tomoni)ga upkalar soxasiga kuyiladi. Bankani umurtka pogonasiga va ayolning sut bezlariga kuyish mumkin emas. Tanaga vazelin moyi surtiladi sung bankalar kuyiladi. Bankalar terida 15-20 daqika turishi kerak. Banka olingandan sung, teri artiladi. Bemorni issik kiyintirib, ustiga odeyal yopib kuyiladi. Bankalar upkadan qon okkanda, upka silida, teri kasalliklarida, issik chikkanda kuyilmaydi.

Gorchichniklar. Gorchichniklar ogrikda, upka bronxlar yalliglanishida kullaniladi. Gorchichnik kogozi ilik suvga botirib olinadi va bemorning orka umurtka pogonasining ikki tomoniga upka soxasiga 5 dakikaga kuyiladi. Gorchichnikni gazeta ustidan kuyish aslo mumkin emas, chunki gorchichnik moyining teriga bevosita ta'siri yukoladi. Gorchichnik olingandan sung teri kuruk kilib artiladi, bemor kiyintiriladi va yaxshilab urab, chirmab kuyiladi. Gorchichniklar teri kaslligida, qon okishida kuyilmaydi. YUkori nafas yo'llari kasalliklarida, oyokka gorchichnik vannalar kilinadi. Bir chelak suvga 50 g gorchichnik kukuni solinadi, vanna muddati 20 daqika. Vanna kilingandan sung oyokni ilik suv bilan chayiladi, yaxshilab artiladi, bemor uringa yotkiziladi.

Isituvchi kompresslar. Isituvchi kompresslar chalgituvchi va suruvchi vosita sifatida kullaniladi. SHifokor bu muolajani anginada, kuruk plevritda, bronxitda, muskullar odriganda, tomirlar tortishganda, bugimlar yalliglanganda buyuradi.

Kompressning ogrik koldirishiga sabab shuki, bunda issiklik ta'sir kilib turganda muskullar bushashadi. Kompressni gavdaning xar kanday joyiga – buyinga, kukrak kafasiga, kulga, oyokka kuyish mumkin. Birok bunda teri tirlalmagan, shilinmagan, shikastlanmagan bulishi bemorda teri kasalliklari, yiringli yaralar bulmasligi kerak. Isituvchi kompress 3 kavatdan iborat.

1. salfetka;
2. kleyonka;
3. paxta.

Salfetka arokka yoki kamfora spirtiga namlab olinadi va kerakli joyga kuyiladi. Uning ustiga kleyonka, sung paxta kuyib issiq qilib uraladi.

Namlik tez buglanib ketmasligi uchun xar bir keyingi kavat oldingisidan 2 sm enlik bulishi kerak. Boglam ustidan rumol uraladi. Kompress 6-7 soatga kuyiladi. Kompress uchun arok, odekalon, suv kushib suyo`ltirilgan spirt, kamforni spirt ishlatish mumkin. Kompress tugri kuyilganini tekshirish uchun 2 soatdan keyin ichki katlam ushlab kuriladi. Agar solfetka nam bulsa kompress tugri kuyilgan deb xisoblanadi.

Yuborilgan dori tez surilib ketishi uchun grelka yoki kompress tavsiya etiladi.

Isitgichlar (grelkalar). Davo muolajalari – ichki kasalliklar bilan ogrigan bemorlarga kupincha qon aylanishga maxalliy ta'sir kiladigan xar xil muolajalar buyuriladi. Bunday muolajalar qon tomirlarini kengayishiga sabab bulib, yalliglanishga karshi va ogrikni koldiradigan ta'sir kursatadi. Mana shunday muolajalar jumlasiga bankalar gorchichniklar, istuvchi kompresslar kiradi. Grelkalar tanani isitish, ogrik koldirish, yalliglanish jarayonlarini surish uchun kullaniladi. Grelka xajmining 3/4 kismgacha issik suv solinadi, keyin sikib xavosini chikarib, probkasi yopiladi. Grelkani agdarib kurib tekshiriladi. Sung grelkani sochikka urab, kerakli joyga kuyiladi va iliguncha ushlab turiladi. Grelka qon okishida, lat eganda, kurichakda kuyilmaydi. Grelka bulmaganda butulkadan foydalanish mumkin yoki tuzni, qumni, kepakni qizitib, xaltachaga solib kuyiladi. Grelka urniga issik kum solingan xalta ishlatish mumkin.

Sovuk choralar qon tomirlarni toraytiradi. Ularga muzli xaltacha, sovuk kompress kiradi.

Muzli xaltacha. Muz solingan xaltacha lat eganda, qon ketganda, xasharotlar chakkanda ishlatiladi. Ayollar tukkandan sung korin soxasiga 1-1,5 soatga muz xalta kuyiladi. Xaltachaga muzning mayda bulakchalari solinadi. Xaltachadan xavo sikib chikariladi va probkani burab berkitiladi. Xaltacha sochikka urab kerakli joyga kuyiladi. Qon aylanishga ta'sir etuvchi sovuk choralarga muzli xalta, sovuk kompress kiradi. Sovuk choralar qon tomirlarini toraytiradi.

Bemorlarni ovqatlantirish. Ovqat hazm qilish va siydik tanosil tizimi kasalliklarida bemorlarni parvarish qilish.

Tabiiy yo`l bilan (og'iz orkali) ovqatlantirishning iloji bulmasa sun'iy yo`l bilan ovqatlantirishga utiladi. Ogir va xushidan ketgan bemorlarni ovqatlantirishda quyidagi usullardan foydalanish mumkin.

- Ingichka zond orkali;
- Oziqlantiruvchi huqna (klizma) orqali;
- Parenteral yo`l bilan (venaga glyukoza, gidrolizin yuboriladi).

Ingichka zond orkali ovqatlantirish. Buning uchun ingichka zond va Jane shpritsi kerak buladi. Avvalo ingichka zondni sterillab olinadi ya'ni 25 dakika kaynatiladi. Ingichka zondni olib bemorning kindigidan burnigacha ulchab 4 barmok kushiladi va belgi kuyiladi. Zondning uchini suvda namlab olinadi sung burun yo`llari orkali bemorning me'dasiga kiritiladi. Zond

nafas yo'llariga tushgan bulsa, bemor yutaladi va kukaradi. Bunday xollarda zond tortib olinadi. Zondni kaytadan burun yo'llari orkali oshkozonga kiritiladi. Zondning oshkozonga tushganligini tekshirish lozim. Uning uchun:

1. zondni tashqarida qolgan uchiga kuzgu tutamiz. Oynada suv buglarining tomchilari paydo bulmasa zond me'daga tushgan buladi.
2. paxta piligini zond teshigiga kuyilganda pilik tebranmasa, zond oshkozonga tushgan buladi.
3. yokilgan gugurt chupini zond teshigiga kuyilganda uchmasa – zond me'daga tushgan buladi.

Sterillangan Jane shpritsi yordamida dagal bulakchalari bulmagan suyuk ovkat (sut, kaymok, xom tuxum, bulyon, glyukoza eritmasi, meva suvlari) kuyiladi. Suyuk ovkatni 360 S gacha isitiladi, sung yuboriladi. Bir kunda 3 maxal 1 stakandan suyuk ovkatlar berish tavsiya etiladi. Ogir bemorlar yotgan xolatda ovkatlantiriladi. Ingichka zond ogir yotgan bemorlarni ovkatlantirish uchun kullaniladi.

Klizma orkali oziklantirish. Ozikli moddalarni ogiz orkali kiritib bulmagan xollarda ularni tugri ichak orkali yuborish mumkin. Bemorlar ovkat yutishga kiynalganda, xushsiz yotganda, kizilungachdan ovkat utmaganda bu usul kul keladi. Bundan tashkari ovkatli klizmalar diurezni kuchaytiradi va organizmdan toksinlar chikarilishiga imqon beradi. Oziqlantiruvchi klizma qilishdan 30 minut oldin bemorga tozalovchi klizma qilinadi. Oziqlantiruvchi klizmani rezina nokchadan yuboriladi. Tugri ichakdan 5 % glyukoza eritmasi, 0,9 % natriy xlorid eritmasi, bulon sun'iy ovkatlantirish uchun foydalaniladi. Suyuklik xarorati 380S da yaxshi ta'sir etadi va tez suriladi. Oziqlantiruvchi klizmaning xajmi 200 ml bulishi kerak. Avvalo rezina nokchaning uchi 25 dakika kaynatib olinadi. Rezina nokchaga 5% glyukoza eritmasi tortib olinadi va xavosini chikarib uchiga vazelin surtiladi. Bemor chap yonboshida oyoklarini tizzasidan buki yotadi, bemor dumbasining bir pallasi kutarilib nokchaning uchi orkali teshikka kiritiladi. Kindikka perpendikulyar, umurtka pagonaga parallel xolatda va nokchadagi suyuklik yuboriladi, sung 2 soat davomida xojatxonaga borish tavsiya etilmaydi. Barcha muolajalar shifokor tavsiyasiga binoan kilinadi.

Parenteral yo'l. Sun'iy yo'l bilan ovqatlantirish maqsadida oziq moddalarni kasalga parenteral yo'l bilan ya'ni me'da ichak yo'lini chetlab venaga yuborsa xam bo'ladi. Venaga glyukoza, gidrolizin, poliamin, gidrolizat kazein tomchilab yuboriladi. Ular 200 ml, 400 mlli flaqonlarda ishlab chiqariladi.

Dori-darmonlarni qo'llanilishi.

Dori vositalari kasallikning oldini olish, unga davo qilish uchun tanaga yuborilishi yoki sirtidan kullanishi kerak. Dori vositalari tanaga asosan 2 yo'l bilan kiritiladi: enteral va parenteral.

Enteral yo'l (dorilarni me'da – ichak yo'li orkali tanaga kiritish) xar tomonlama kulay va oson xisoblanadi. Dori moddalarini ogiz orkali kabul kilish, til ostiga kuyish usullaridan foydalaniladi. Dorilarni ogiz orkali kabul qilish eng tabiiy yo'ldir. Ogiz orkali poroshoklar, tabletkalar, suyuk dorilar ichiladi.

Dorilarni tugri ichak orkali yuborish. Bu usul dorini ogiz orkali kabul kila olmaydigan: kusadigan, yuta olmaydigan, xushsiz yotgan bemorlar dori ichishdan bosh tortadiganlarga dori yuborish imqonini beradi. Bu klizmani utkazishdan 15-20 daqiqa avvalroq bemorga tozalovchi

klizma utkazish lozim. Tugri ichakka yuborish uchun tomchilar va dorili klizmalardan foydalaniladi. Dorini harorati 38-390 S bulishi lozim.

Dori moddalarini parenteral yuborish (in'eksiya). Dorilarni bu yo'l bilan tanaga kiritish murakkabrok xisoblanadi va tibbiyot xodimlari tomonidan bajariladi. Bu usulning asosiy afzalliklari yuborishning tezligi va dozasining anikligidir. In'eksiya deb dori moddalarini shprints yordamida teri orasiga, teri ostiga, mushak orasiga, venaga, suyak tukimasiga, orka miya bushligiga, bug'im bushliqlariga dori yuborishga aytiladi. Dori vositalarini in'eksiya qilish aseptik sharoitda bajarilishi kerak: dori eritmasi, shprints va boshkalar sterillangan bulishi shart. Aks xolda organizmga kasallik kuzgatuvchi mikroblar tushib, infeksiyon asoratlari rivojlanishi mumkin. In'eksiyalar uchun shprintslar va ignalardan foydalaniladi. SHprints turlari: rekord, lyuer, bir marta ishlatiladigan shprintslar, Jane shprints. SHprints ichi bush silindrdan iborat. Sungi vaktlarda bir marta ishlatishga muljallangan shprintslar keng kullanmokda. Ular plastmassadan kilinadi va fabrika sharoitida sterillanadi. Bunday shprints ayniksa birinchi yordam kursatishda kulaydir. Igna oddiy yoki zanglamaydigan pulatdan tayyorlanadi. SHprints yigishdan oldin xamshira kulini ilik suv bilan sovunlab yuvishi, kulini sochikka artmay turib unga spirt surtishi lozim. In'eksiyadan oldin bemor terisini spirt xullangan paxta bilan artish kerak. Kaynatilgan shprints sovib bulgandan sung yigiladi. Ignaga kul tekkizish kat'iy man etiladi.

Kup marta ishlatiladigan shprintslar 60 dakika davomida kaynatiladi. Bir marta ishlatishga muljallangan shprints larni ishlatishdan oldin kogoza kursatilgan muddatiga, kogozi germetik xolatiga e'tibor kilishi kerak.

Teri orasiga in'eksiya kilish. Teri orasiga in'eksiyalar tashxis maksadida kilinadi. Mantu (sil kasalligini aniklash uchun), dorilarga organizmni sezuvchanligini aniklash uchun xam teri orasiga in'eksiya kilinadi. Teri kizarib kolsa ushbu dorini kullash mumkin emas.

Teri ostiga in'eksiya kilish. Teri osti in'eksiya soxasiga elka, son, korin, kurak osti kiradi. In'eksiya kilinadigan joy spirtli paxta bilan ikki marta artiladi. In'eksiya qilish uchun chap kul bilan bemorning terisi kat-kat kilib yigib ushlanadi va igna buyining 2/3 kismi tezlik bilan kiritiladi. Bunda shprintsning silindri 1 va 3-4 barmoklar orasida ushlanadi. 2 barmok igna muftasining ostida bulishi kerak, ya'ni teri bilan shprints silindri orasida 300S bulishi kerak va u kamfora yog'li bo'lganligi sababli ampula issiq suvda isitilib, sung katta ignada tortilib yuborish tavsiya etiladi. Dori yuborilgandan keyin in'eksiya kilingan joyga spirtga botirilgan paxtani kuyib igna tezda tortib olinadi. Teri ostiga in'eksiya kilinadigan dori preparatlarga kuyidagilar kiradi:

Kamfora moyi - 20 % - 1 ml ampulada.

Kordiamin 25 % - 1 ml

Morfin 1 % - 1 ml

Promedol 1 % - 1 ml

V-6, Aloe, Fibs va boshkalar.

Ukol kilingan joy engil massaj kilinib yod surtiladi. YUborilgan dori tez surilib ketishi uchun grelka yoki kompress kuyiladi (marlini 40 % li spirtga xullab).

Muskul orasiga in'eksiya kilish. Dumbalar soxasi muskul orasiga in'eksiyalar uchun eng kulay joy xisoblanadi. Dori dumba soxasiga yuborilganda bemor kornini bosib yoki yon boshiga chalkancha yotadi. In'eksiya qilish uchun dumba xayolan 4 kismga bulinadi, yukori tashki kvadratga in'eksiya kilinadi. SHprints kuydagicha ushlanadi: 5 barmok igna muftasini, kolgan barmoklar silindrni tutib turadi. SHprints bemor tanasi yuzasiga nisbatan perpendikulyar xolda turadi. Ignani dadil xarakat bilan teri burmasini urtasiga ichkariga kiritib mufta ustida 1 sm

koldiriladi, eritma asta-sekin yuboriladi. Igna sanchilgan joydagi teri atrofi chap kul bilan tortiladi. Ignani chaqon xarakat bilan chikarish, teriga sprit xullangan paxta tampon bosish lozim. In'eksiya katta ignada kilinadi, chunki dori moddasi teri osti yog kavatidan utib muskul bagriga borishi kerak. Muskul orasiga antibiotiklar kilinadi. Antibiotiklarga benzilpensillin, ampitsilin, ampioks, kefzol, bitsillin va boshkalar kiradi. Antibiotiklar maxsus flaqonlarda poroshok kurinishida chikariladi. Ishlatishdan oldin ularni 0,5 % novokain eritmasida yoki maxsus eritmada eritiladi. Antibiotiklarni isitish mumkin emas. YUkori temperaturada ular parchalanadi, yod xam antibiotiklarni parchalaydi.

Eritish quyidagicha bo`ladi:

Benzilpensillin natriyli tuzi..

250000 T.B. + 2,5 ml 0,5 % novonain

500000 T.B. + 5 ml 0,5 % novokain

1000000 T.B. + 10 ml 0,5 % novokain

Ampitsillin natriyli tuzi.

0,25 gr. + 2,5 ml 0,5 % novokain

0,5 gr. + 5 ml 0,5 % novokain

Bundan tashkari muskul orasiga kuyidagi dorilarni yuborish mumkin: Vitamin V-1, V-6, V-12, S lar, dimedrol, analgin.

In'eksiya notugri kilinsa kuyidagi asoratlar ruy berishi mumkin:

1. Igna utmas bulsa muskullar orasida sinib kolishi mumkin. Igna sinib muskul orasida kolssa, darxol olib tashlash kerak.

2. Nerv tolalarini zararlantirish okibatida falaj bulib kolishi mumkin, ya'ni in'eksiya uchun joy notugri tanlanganda, oyok-kul sezuvchanligi buzilishi mumkin.

3. Yiringli infeksiya (absess). Bu asorat shprintsar va ignalarni etarlicha sterillamaslik, ampulani ochish oldidan xamshira uz kulini va bemorning terisini yaxshi tozalamasligi okibatida kelib chikadi. In'eksiya kilinganda aseptikaga rioya qilish kerak. Aseptika – yaraga mikrobtushishini oldini olish degani. SHu sababli hamshira qullarini kir sovun yordamida tozalab yuvish lozim. SHprints va boshkalar steriallangan bulishi shart. Bir marta ishlatiladigan shprintsarning urab turgan qog'oz germetik bulishi va ishlatish muddati utib ketmagan bulishi lozim.

Sterillashga kaynatish, kizdirish, bug bilan sterillash kiradi. Aseptik koidalarini buzish okibatida tukimalarga infeksiya kiritib kuyilganligi tufayli infiltrat xosil bulishi mumkin. Infiltrat paydo bulganida in'eksiya kilingan joy bezillab turishi mumkin. Infiltrat paydo bulsa grelka yoki isituvchi kompressdan foydalanish kerak. Muolajalar kilinmasa infiltrat absessga aylanadi. Bu esa jarroxlik yo`li bilan davo kilishni talab etadi. Absess shakllangan bulsa operatsiya kilib ochish, yiringni chikarib yuborish radikal davo metodi xisoblanadi. Absessning profilaktikasi aseptika koidalariga kat'iy rioya kilishdir.

Bolalarni ovkatlantirish. Ona sutidan boshka ozika moddalar berish.

Bolalar kasal bulganda ishtaxasi yukolib ovkat egisi kelmaydi, shuning uchun ularni sabrtokat bilan ovkatlantirish kerak. Bolalarning bakuvvat, soglom usishi uchun ovkatlantirish koidalarini yaxshi bilish va ularga rioya qilish kerak. 6 oygacha bulgan bolalarga tugri keladigan eng yaxshi ovkat ona sutidir, ona suti bilan bokilgan bola bakuvvat bulib xar xil kasalliklarga kam chalinuvchan buladi. 6 oygacha bulgan bolalarga suv, choy berish mumkin emas. Ona

sutida vitaminlar, yog, uglevodlar bor. YAngi tugilgan bolalarga 2 oyligidan boshlab oz mikdorda (tomchilab) meva sabzavot sharbati beriladi. Bola 5 oylik bulganda yangi sabzavotlardan tayyorlangan butkalar, shifokor tavsiyasiga binoan manniy butkasi beriladi. Boychechak, kichkintoy, nestle kuruk sutlar suvda eritib beriladi, 1 yoshdan katta bolalarga sabzavotlar, mevalar, tuxum, gusht, balik mikdori oshirib boriladi. Sabzavot va mevalar kaynatib beriladi. Bolalarga servitamin ovkatlar berish kerak, ovkatlarni shifokor tavsiyasiga binoan berish kerak. Bolaning sut tishlari chikkancha asosan maniy butkasi, xar xil sabzavotlar butkasi va kiyma kilib pishirilgan gusht beriladi. Sut va sut maxsulotlari ular uchun asosiy ovqat xisoblanadi. Ularga berilayotgan ovkat tarkibida A, S, V, V-12 vitaminlar va xokazolar etarli bulishi kerak.

Ovkat bilan davolash. Parhez stollar.Dietoterapiya – bemorlarni parhez taomlari bilan davolashdir. 15 ta davo taomlar stoli belgilanadi.

- 1-parhez-me'da va un ikki barmok ichak yarasida beriladi.
- 2-parhez surunkali gastritda.
- 3-parhez kabziyatda tavsiya etiladi.
- 4-parhez dizenteriyada kullanadi.
- 5-parhez jigar, ut pufagi kasalligida beriladi.
- 6-parhez eritremiyada tavsiya etiladi, oksil cheklangan mikdorda.
- 7-parhez nefrit (buyrakning yalliglanishi) tuzsiz parhez zarur.
- 8-parhez yog bosishda buyuriladi, yog cheklanadi.
- 9-parhez kandli diabetlarda belgilanadi, uglevodlar mikdori chegaralab kuyiladi.
- 10-parhez nefritda (buyrak jomining yalliglanishi) va gipertoniyada kullaniladi.
- 11-parhez upka silida.
- 12-parhez tana xarorati kutarilganda.
- 13-parhez siydik yo'llarida tuzlar chukmasi tushganda kullaniladi.
- 14-parhez umumiy xazm a'zolari normal bulganlarga tavsiya etiladi.
- 15-parhez umumiy stol.

Zaxarlanganda tibbiy yordam. utkir zaxarlanish xollari hayotda tez-tez uchrab turadi. utkir zaxarlanish zaxarli moddalardan, ozik-ovkat maxsulotlaridan, kuzikorinlardan bulishi mumkin. Zaxarlanish dori moddalarining dozasi oshirilib yuborilganda xam uchraydi. Zaxarlanish ruy berganda davolash usullari quyidagi 3 prinsipga asoslangan:

1. Zaxarning qonga surilishini tuxtatish.
2. Zaxarni zararlantirish.
3. Zaxarlangan a'zo va tukimalar faoliyatini tiklash.

Organizm kaysi yo'l bilan utkir zaxarlangan bulsa, ushanga karab chora tadbirlar kuriladi. Zaxarli moddalar ogiz orkali kabul kilingan bulsa me'dani tozalash kerak. Buning uchun me'dani yuvish lozim. Uy sharoitida me'dani yuvish uchun bemorga 1 litr kaynatilgan xona xaroratida sovitilgan (20-220) suv hammasi ichiriladi. Kayt kildirish uchun tilning ildizi barmok bilan bosiladi. Ichakni tozalash uchun surgi dori beriladi, xatna qilinadi, faollashgan kumirdan xam foydalaniladi. Zaxarlanish nafas yo'li orkali (gazsimon) vujudga kelgan bulsa, bemorni toza xavoga olib chikish kislorod berish kerak buladi.

Oshkozonni yuvish. Bemor zaxarlanganda oshkozon yuviladi. Oshkozonni yuvish uchun yugon zond, voronka, kasalning oldiga tutiladigan fartuk, togora va bir idishda ilik suv (20-250) bulishi kerak. Yugon zond 25 dakika kaynatib olinadi. Oshkozonni yuvish uchun bemorni stulga utkazib oldiga fartuk tutiladi, kindigidan pastki labigacha ulchab yana turt barmok kushib

zondga belgi kuyamiz, sung zondni suvga yoki glitseringa xullab bemorga yutkizamiz, belgilangan joy ikki jag orasida buladi. Zondning bir uchiga varonka urnatilgan buladi. Oshkozon tugrisida varonkaga ilik suv kuyamiz, sung varonkani sekin kutaramiz, suv oxirigacha ketishini kutib turmay tayyorlangan togoraga agdariladi. Bu xolat 4-5 marta takrorlanadi, toki oshkozondan toza suv chikkuncha.

Oshkozonga ZM, RM tushganda va ozik-ovkatlar bilan zaxarlanganda tez yordam berish. ZM – zaxarlovchi moddalarga zamin, zarin, terini yara kiluvchi iprit moddalar kiradi. RM – radiaktiv moddalarga uzidan nurlarini tarkatuvchi moddalar kiradi. RM organizmga tushishi natijasida odamlar nur kasalligi bilan kasallanadi. Zaxarlanish ruy berganda oshkozon yuvishdan oldin 0,5 stakan suvga tana vaznining har 10 kg ga 1 tabletka faollashgan kumir solib eritiladi va bemorga beriladi 20 dakikadan sung oshkozon 4-5 marta yuviladi va me'dadan chikkan suyuklik laboratoriyaga beriladi. U erda suyuklikdagi zarrachalar dozasi aniklanildi. Normadan oshik bulsa, me'dani yuvish davom ettiriladi, kolmagan bulsa yuvish tuxtatiladi va boshka muolajalar davom ettiriladi.

Oshkozon, ichakdan qon ketish sabablari, belgilari va yordam. Me'da va un ikki barmok ichak yarasi teshilganda qon ketadi. Belgilari: Ichakka kup qon kuyilgan bulsa, bemor axlati qop-qora rangda buladi. Me'da yarasidan qon ketganda, bemorning rangi bemorning qayti quloq qafasining rangida buladi. Ichakdan, me'dadan kup qon ketishi umumiy darmonsizlikka olib keladi. Qonsizlik kollaps xolatiga sabab bulishi mumkin. Puls pasayib ketadi, bemorning rangi okaradi, oyok - kuli muzlaydi, korinda ogrik paydo buladi. Korin muskullari kattiklashadi. Oshkozon va ichakdan qon ketganda bemorni darxol yotkizib korin soxasiga sovuk suvga choyshabni xullab kuyiladi va darxol kasalxonaga yuboriladi. Davolash muassasalarida muskul orasiga (dumbaga) vikasi eritmasi kilinadi. Venaga 40 % glyukoza eritmasi yuboriladi. Undan tashkari venaga 10 % li kalsiy xlorid, 5 ml 5 % askorbin kislotasi eritmasidan in'eksiya kilinadi. Bemorga 100-200 ml qon kuyish yaxshi foyda beradi. Barcha muolajalar shifokor tavsiyasiga binoan bajariladi.

Ichak faoliyati buzilgan bemorlarni parvarishlash. Klizma kuyish. Soglom odamning ichi muntazam ravishda kuniga bir marta bushaladi. Ba'zi kasalliklarda ich kelishi tuxtaydi (kabziyat). Bunday xollarda ichni yumshatadigan parxez, surgi dorilar va klizmalar buyuriladi. Surgi dorilarga kuyidagi preparatlar kiradi: senadeksin, senade, kafiol, fenolftallin, bisakodil va boshkalar. Klizma deb, yugon ichakning pastki bulagiga turli suyukliklarni davolash maksadida kiritishga aytiladi.

Klizma turlari:

- 1) Tozalovchi klizma;
- 2) Oziqlantiruvchi klizma;
- 3) Dorili klizma;
- 4) Sifonli klizma.

Bemor uzak yotishi natijasida, notugri ovkatlanganda, kam xarakat kilganda kabziyat vujudga kelishi mumkin. Buning uchun tozalovchi klizmadan foydalaniladi. Tozalovchi klizma kabziyatda (ich kotib ketganda), operatsiyalardan oldin, zaxarlanganda, ayollar tugishidan oldin, dorili va Oziqlantiruvchi klizmadan oldin kilinadi. Tozalash klizmasini qilish uchun kattalarga esmarx krujkasidan foydalaniladi, bolalarga esa klizma kilinadigan balonlardan (rezina nokcha) foydalaniladi.

Esmarx krujkasi 2 l sigimli idishdan, rezina naydan, jumrakdan iborat bulib, oxiri uchlik bilan tamom buladi. Uchlik ishlatishdan oldin albatta 20 minut kaynatilgan bulishi kerak.

Tozalash klizmasini qilish uchun qaynatilgan(20-250) ilik suv tayyorlanadi, kasalni chap yoni bilan yotkizib tagiga kleyonka solinadi. Kasal tizzasini korniga tortib yotgan bulishi kerak. Jumrakni ochib, uchlikdan suv tushgandan keyin jumrakni berkitib, uchlikka vazelin surtib, orka chikaruv teshigiga kiritiladi. Uchlikni kindikka tugri, 1-2 sm umurtkaga parallel kirgiziladi. Sung jumrak ochiladi va suv yuboriladi. Ma'lum mikdordagi suv yuborilgandan keyin jumrak berkitilib, uchlik tortib olinadi. Kasal bir oz yotgandan keyin xojatga boradi. YUrolmaydigan bulsa sudno bemor tagiga kuyiladi.

Kattik kabziyatlarda moyli klizma kullaniladi, 50 ml kunbokar, vazelin moyidan foydalaniladi.

Emulsion klizmalar. Emulsion klizmalar urnidan tura olmaydigan ogir yotgan bemorlarga kullaniladi. Buning uchun 2 stakan moychechak (romashka) damlamasiga 2 osh koshek vazelin moyi yoki glitserin, bitta tuxum sarigi bir choy koshek osh sodasi (natriy gidrokarbonat) solib yaxshilab aralashtiriladi. Rezinali nokcha yordamida bemorning tugri ichagiga yuboriladi, ya'ni kindigiga perpendikulyar umurtka pogonasiga paralel xolatda orka chikaruv teshigiga kirgiziladi va yuboriladi. 15-20 dakika utgach ichaklarning batamom bushalishi yuz beradi.

Oziqlantiruvchi klizma. Oziqlantiruvchi moddalarni ogiz orkali kiritib bulmagan xollarda ularni tugri ichak orkali yuborish mumkin. Bu sun'iy ovkatlantirish turlaridan biri xisoblanadi. Oziqlantiruvchi klizmaning xajmi 200 ml bulishi kerak. YUborish mumkin bulgan ozik moddalarga kuyidagilar kiradi: glyukoza eritmasi, gusht buloni, kaymok, 0,9% NaCl fiziologik eritma va boshkalar. Ozikli klizmadan oldin bemorga tozalovchi klizma kilinadi. 30 dakikadan keyin Oziqlantiruvchi klizma kilinadi. Klizma kuniga 1-2 marta kilinadi. Muolajadan keyin bemor 1 soat yotishi kerak. Oziqlantiruvchi klizma kilishda rezinali nokchalardan foydalanish mumkin. Ozikli klizmaning xarorati 38 soat bulishi kerak, chunki ichak fermentlari 38 soatda da yaxshi ta'sir etadi va tez suriladi.

Ovkatlantiruvchi klizma bemor xushsiz yotganda, yukori xazm a'zolari jaroxatlanganda kullaniladi.

Dorili klizma. Dori moddalarini ogiz orkali kiritish mumkin bulmagan xollarda tugri ichak orkali kiritish mumkin. Dorili klizma bemorning xazm qilish kanalining yukori kismlari jaroxatlanib, bemor mustakil dori iste'mol kilolmaganda kullaniladi. Bunda dori jigarni chetlab utib, tezda qonga suriladi. Dori moddalari rezina ballonchaga olinadi. Dori moddasining xarorati 38-400S bulishi kerak. Past xaroratda dori surilmaydi. Dorili klizmadan 40 dakika oldin tozalash klizmasi kilinadi. Ichak batamom bushalgandan sung dori kiritila boshlanadi. Dorili klizmalarda kupincha ogriksizlantiradigan, uxlatadigan, tinchlantiradigan moddalar yuboriladi. Masalan: 10 ml 2,4 % eufillinga 20 ml ilik suv solinib, rezinali ballon yordamida yuborish mumkin. Xar bir klizma shifokor tavsiyasiga binoan kilinadi.

2-ma'ruza .Aseptika va antiseptika. Qon oqishi va qon yo'qotish

Reja.

Aseptika va antiseptika xaqida tushuncha.

Antiseptika usullari.

Qon oqishining turlari va belgilari

Qon yo'qotish darajalari va uning asoratlari

Qon oqishida ko'rsatiladigan vrachgacha BTYO
Qon qo'yish va bunda ishlatiladigan preparatlar.

Antiseptika-bemor tanasiga tushgan mikroblarni yo'qotishga qaratilgan chora-tadbirlar majmuasi. Antiseptika usullari qo'yidagilar:

Mexanik usul-jaroxatlangan to'qimani turli iflosliklardan tozalash, birlamchi jarrohlik qayta ishlovi, o'lgan to'qimani olib tashlash, chayish va x.k.

Fizik usul-jaroxatlangan to'qimadan yiringni chiqarib yuborish uchun tampon, drenaj, trubka, kvars, ultrabinafsha lampalar va x.k. dan foydalanish,

Biologik usul-organizmni mikroblarga qarshiligini oshirish uchun immun zardoblar (passiv emlash uchun), fermentlar (tripsin, xemotripsin, xemopasin, rebonukleazalar), antibiotiklar va vaksinalardan (aktiv emlash uchun) foydalanish kiradi. Hozirgi vaqtda mikroblarga qarshi kurashish uchun penitsillinlar, tetratsiklinlar, aminoglikozidlar va makrolidlar qatoriga kiruvchi antibiotiklardan keng foydalaniladi. Bular mikroblarni o'sish va rivojlanishini to'xtatib qo'yishi (bakteriotsatik ta'sir) yoki ularni halok qilishi mumkin (bakteritsid ta'sir). Fermentlar esa nekrolitik ta'sir ko'rsatib, yiringli yaralarni va bo'shliqlarni tozalanishiga yordam beradi.

Yiringli kasalliklarni davolashda ko'pincha safilakokka qarshi anatoksin yoki γ -globulindan foydalaniladi.

Kimyoviy antiseptika- mikroblarga qarshi kurashish uchun turli kimyoviy moddalardan foydalaniladi.

1. Galogenlar guruxi: xlorli birikmalar (xlorli oxak, xloramin B) va yod saqllovchi birikmalar-yodning 5 %li spirtli eritmasi, Lyugol eritmasi (yod yoki kaliy yodni suvli yoki spirtli eritmasi), yodanat (yodni sulfat bilan kompleks birikmasining suvli eritmasi) kiradi.

2. Oksidlovchilar: organik moddalar ishtirokida faol kislorodni ajratib mikrob xujayrasida oksidlanish-qaytarilish jarayonlarini buzadi. Vodorod peroksid, kaliy permanganat, rux oksidi misol bo'ladi.

3. Kislotalar va ishqorlar guruxi: qo'lni, jarroxlik maydonini, asboblarni, jarroxlik amaliyotida ishlatiladigan ip va materiallarni zararsizlantirish uchun keng qo'llaniladi.

Bunga pervomur (81ml, 85 % chumoli kislotasi) 171 ml 33% vodorod peroksid), bor kislotasining 2-3 % li suvli eritmasi, kalsiylangan soda, nashatir spirti, natriy ishkori kabilar.

4. Og'ir metall tuzlari guruxi: kuchli bakteritsid ta'sirga ega bulib, rezina perchatkalar va jarroxlik ipini zararsizlantirishda keng ishlatiladi. Sulema (1: 1000 simob xlorid suvli eritmasi), kumush nitrat (5-10% li eritmasi), ksiroform (3-10% malxam mazi va upasi) ishlatiladi.

5. Spirtlar guruxi: etil spirti amaliyotda keng qo'llaniladi. 70% lisi yuqori bakteritsid ta'sirga ega bo'lib, jarroxlik maydoni, asboblarni, qulni, ipni tozalash uchun ishlatiladi.

6. Aldegidlar guruxi: formaaldegid- gazsimon modda, suvda yaxshi eruvchan, 40% li eritmasi-formalin instrumentlar, drenajlar, qo'lqoplarni zararsizlantirishda ishlatiladi.

7. Bo'yoqlar va nitrofuralar: brilliant yashil 0,1-2%li spirtli eritmasi yiringli yallig'lanishlarda sirtga, metilen ko'kining 1-2% li spirtli eritmasi kuyganda ishlatiladi.

Furatsilin eritmasi 0,02 % sirtga qullaniladi.

Antiseptik moddalar bemor tanasidagi mikroblarni, dezinfeksiyalovchi moddalar esa tashqi muxitdagi mikroblar (kiyimi, tushagi, axlati, balg'amini va b.sh) ni o'ldirish uchun qo'llaniladi.

Aseptika-jarohatgaga mikroblar tushishini oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlar majmuasi. Mikroblar jarohatga tashqi muhitdan (ekzogen infeksiya) havo-tomchi yo'li, og'iz

orqali, jaroxatda qoldirilgan buyumlar – drenaj va b. orqali, ya'ni implantatsion yo'l bilan tushishi mumkin. Bundan tashqari infeksiya qo'zg'atuvchilari teri, nafas yo'llari, hazm yo'llarida mavjud bo'lib, limfa va qon orqali jarohatga tushishi mumkin (endogen infeksiya).

Ma'lumki, jarroxlik amaliyotidan keyingi yiringli asoratlarni olishda operatsiya blokining ish tartibi katta ahamiyatga ega. Operatsiya bloki xonalari oson tozalanadigan, suv o'tkazmaydigan materiallardan qilinib, qat'iy ravishda zonalarga bo'linadi. Bular quyidagilar: 1-zona-qat'iy rejim zonasi-operatsiya xonalari kiradi, 2-operatsiya oldi zonasi, 3-zonaga qon, ko'chuvchi tibbiy apparatlar va b. saqlanadigan xonalar kiradi. 4-zonaga yordamchi xonalar kiradi.

Qontakt infeksiyalarning jarohatga tushishini oldini olish maqsadida jarroh qo'lini turli usullar bilan zararsizlantiradi. Qo'lni zararsizlantirishda Spasokukotskiy-Kochergin, Alfeld usullaridan, serigel, degmen, degmitsid bilan yuvish usullaridan foydalaniladi. Jarrohlik amaliyotida ishlatiladigan asboblarni, oqlik va bog'lov materiallarini zararsizlantirishda serilizatsiyaning turli usullaridan foydalaniladi.

Qon oqishi va qon yo'qotish

Qon oqishi deb qon tomirlardan qonning chiqishiga aytiladi. Qon oqishi sababiga kura 2 xil bo'lishi mumkin: 1) qon tomir butunligi buzilmasdan turib (diapedez tufayli), 2) qon tomirlar devori butunligi buzilishi bilan. Bu turdagi qon ketishlar a'zo va to'qimalarga bevosita mexanik ta'sir oqibatida (favqulodda vaziyatlar, transport xodisalar va xak); yoki kasallik tufayli (yallig'lanishlar, o'sma kasalliklari, nekroz oqibatida) sodir bo'lishi mumkin. Oxirgi qayd etilgan xodisa arroviz qon ketishlar (arrozum- emirilish) deyiladi.

SHikastlangan tomirning tuzilishiga ko'ra: arterial, venoz, kapillyar, parenximatoz va aralash qon ketishlar farqlanadi. Arterial qon ketishda oqayotgan qon och qizil rangda bo'lib, tomirdan bosim bilan otilib chiqadi. Ketayotgan qon miqdori tomirning kata-kichikligi va yaraning xarakteriga bog'liq. Arterial qon ketishlar hayot uchun xavfli hisoblanadi. Venoz qon ketishlar oqayotgan qon to'q rangda bo'lib, pulsatsiya qilmaydi, sekin oqadi. Yirik venalarning SHikastlanishi hayot uchun xavf tug'diradi, Yurakka yaqin venalar SHikastlanganda havo emboliyasi kelib chiqishi mumkin. Kapillyar qon ketishlar-teri, shilliq pardalar va mushaklar SHikastlanganda yuzaga keladi, xayot uchun xavfsiz, o'zi yoki siqib turuvchi bog'lam ta'sirida tuxtashi mumkin. Parenximatoz qon ketishlar jigar, buyraklar, taloq yoki boshqa ichki a'zolar SHikastlanganda kuzatiladi, ular hayot uchun xavfli va tuxtatish qiyin kechadi.

Qon qaerga quyilishiga qarab ichki, tashqi va yashirin qon ketishlar farqlanadi. Tashqi qon ketishlarda qon qaerdan ketayotganligi ko'rinib turadi va tashxis qo'yish oson. Ichki qon ketishlarda qon bushliqlar va ichki a'zolarga qo'yiladi. Ichki qon oqishni aniqlashda quyidagi o'zgarishlarga asoslaniladi: bemorni tinka-madori qurishi, quvvatsizlik, quloqni shang'illashi, ko'z oldi qorong'ilashishi, bosh aylanishi, tashnalik, ko'ngilni behuzur bo'lishi, qayt qilish, ter iva shilliq pardalarning rangini o'chishi, qo'l-oyoqlarni muzlashi, terlash va boshqalar. Bundan tashqari pulsni susayishi, tez urishi, tana harakatini pasayishi, nafas tezlashishi, qon bosimini pasayishi va boshqa o'zgarishlar sodir bo'ladi. Ular bemor qonidagi eritrostitlarni va gemoglobinni kamayib ketishi bilan bog'liq bo'lgan gipoksiya (organizmga kislorod etishmasligi) holati sababli yuz beradi. Haddan tashqari ko'p qon yo'qotilsa turli og'ir holatlar koma, karaxtlik hayot uchun ancha xavfli boshqa o'zgarishlar sodir bo'ladi.

Oshqozon va o'n ikki barmoq ichak yara kasalligida qon tomirlar butunligi buzilsa va qon ketishi sodir bo'lsa, qon tarkibidagi gemoglobin xlorid kislota ta'sirida gematinga o'tadi va

uning rangi to‘q, qoramtil qizil (kofega o‘xshash) rangga o‘tadi va bemor qayt qilganda tashqariga chiqadi. Ingichka ichakka oqqan qon esa najasni qora rangga aylantiradi va tashqariga chiqadi.

Jarohat olgan zaxoti kelib chiqadigan qon ketishlar birlamchi, vaqt o‘tgan so‘ng kelib chiqsa ikkilamchi xisoblanadi.

Qon yo‘qotishning asosiy ko‘rsatkichi, kechishi va asorati yo‘qotilgan qon miqdoriga bog‘liqdir. Qon yo‘qotishning **engil, o‘rta va og‘ir darajalari** farqlanadi. Engil darajadagi qon ketishda tomirlardagi umumiy qonning 10-15 % i yo‘qotiladi. Bunda arterial bosim 100/60 mm s.u., eritrostitlar $3, 5 \cdot 10^{12}$ /l, gemoglobin miqdori 100 g/l, puls biroz tezlashgan bo‘ladi. Bu depodagi qonni tomirlarga chiqishi va gemopoezni tezlashishi xisobiga 1-2 kunda tiklanishi mumkin. O‘rtacha darajadagi qon ketishida umumiy qoni miqdorining 15-20 % i yo‘qotiladi. Bunda yuqorida keltirilgan belgilar yanada yaqqolroq ifodalangan bo‘ladi (art.bosim 90/60 mm s.u, Nv 80 g/l, eritrostitlar 2, 5 mln dan kam). Bu darajadagi qon ketishida tanaga poliglyukin, reopoliglyukin va xak. infuzion eritmalar kiritiladi. Og‘ir darajadagi qon ketishlarda umumiy qonning 20-30 % yo‘qotiladi. Utkir qon yo‘qotishlarda bemor xushsiz bo‘lib, sitsolik art.bosim 70-80 mm s.u.gacha, Nv 60 g/l dan pastgacha, eritrostitlar soni 2 mln. dan ham tushib ketadi, puls yo‘qoladi. Bunda qonni zudlik bilan to‘xtatishga va qon urnini bosuvchi eritmalar yoki qon qo‘yishga kirishish kerak.

Qon ketishini **vaqtincha va butunlay tuxtatishga** qaratilgan bo‘ladi. Vaqtinchalik qon ketishini tuxtatish bosib turuvchi bog‘lam quyish, tomirni barmoq bilan bosib turish, jgut quyish, oyoq-qo‘llarni qayirib turish yoki kutarish yordamida amalga oshiriladi. Qon ketishini uzil-kesil to‘xtatishning mexanik, fizik, kimyoviy va biologik usullari mavjud. Mexanik usullarga qon tomirni tikish, tomirni har ikki tomonidan bog‘lash, sirkulyar bog‘lam qo‘yish va xak. kiradi. Fizik usullarga yuqori xarorat yordamida qon ivishini kuchaytirish, diateromokoagulyasiya-elektr pichoq bilan qonayotgan to‘qimalarni kuydirish, sovuq xaroratdan foydalanish (muzli xaltacha quyish), yuqori energiyalardan foydalanish (lazer pichoq, elektrokoagulyasiya) misol bo‘ladi. Kimyoviy usullar-parenteral usul bilan kalsiy xlorid, aminokapron kislota, vikasol va boshqalarni tanaga kiritishdan iborat. Biologik usullarga qon quyish, gemotsatik gubka, fibrin plyonkadan foydalanish, qon oquvchi yuzalarni tamponadasi kiradi.

BTYO kursatish qon ketishni vaqtinchalik to‘xtatish, bemorga qon yo‘qotishni tiklash uchun kerakli sharoitni yaratish, bemorni davolash muassasasiga junatishdan iborat.

Qon quyish yo‘qotilgan qonning o‘rnini bosish va asoratlarni bartaraf etish maqsadida amalga oshiriladi. Qon quyish butun organizmga murakkab neyrogumoral ta’sir etadi. Ushbu ta’sir asosan quyidagilardan iborat: qonning o‘rinbosarlik ta’siri, simullovcchi ta’sir, qon to‘xtatuvchi ta’sir, zararsizlantiruvchi ta’sir.

Kuyilgan qon bemor organizmida 2 xaftadan 4 xaftagacha saqlanib, kislorod ta’minotida, fagostitoz va boshqa jarayonlarda ishtirok etadi. Qon quyilgandan keyin, masalan, ko‘mikning qon ishlab chiqarish faoliyati ortadi, leykostitlarning fagostitozlik xususiyati yaxshilanadi. SHuning bilan bir qatorda qon bosimi pasaygan bo‘lsa ko‘tariladi, qonning ivish jarayoni tezlashadi.

Qon quyilishidan oldin uning guruxlarini aniqlash zarur. Eritrostitlar tarkibida bo‘ladigan agglyutinogen A va plazmadagi agglyutinini α va β ga qarab qon 4 guruxga bo‘linadi:

0 (I) gurux qonining eritrostitlarida agglyutinogenlar yo‘q, plazmada esa α va β agglyutinini bor.

A (II) gurux qonida eritrostitlarida A-agglyutinogen va plazmada esa β -agglyutinini bor.

B (III) gurux qoni eritrostitlarida β agglyutinogen va plazmada esa α agglyutinin bor.

AB (IV) gurux qon eritrostitlarida A va V agglyutinogenlari bor, plazmada esa agglyutininlar yo'q.

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

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

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

Agar aralashma uchchala guruxda ham o'zgarmasa (ipir-ipir quyqa xosil bo'lmasa), tekshirilayotgan qon 1-gurux deb hisoblanadi. Agar II gurux o'zgarmasa II gurux, III guruxda o'zgarmasa III gurux, aralashmalar uchchala guruxda ipir-ipir quyqa hosil qilsa tekshirilayotgan qon IV gurux deb hisoblanadi.

Qon beruvchi shaxs donor, qon qabul qiluvchi-retsipient deyiladi. I gurux qoni universal donor deyiladi, chunki uni hamma guruxlarga quyish mumkin. IV gurux qoni esa universal retsipient deyiladi, chunki u hamma gurux qonini qabul qila oladi. Hozirgi vaqtda tibbiyot amaliyotida ko'proq bir xil guruxdagi qonni quyiladi.

Qon quyishda rezus-faktorni ham xisobga olish lozim. Taxminan 15 % ida rezus faktor bo'lmaydi (rezus-manfiy kishilar), 85 % kishilarda esa u bo'ladi (rezus-musbat kishilar). Agar rezus manfiy odamga rezus omili bor qon quyilsa, eritrostitlar yopishib qoladi va gemolitik shok rivojlanadi.

Qon quyishda albatta shaxsiy va biologik moslik tekshiriladi. SHaxsiy mos kelishini tekshirishda 2 tomchi bemor qoni zardobi 0, 1 ml flaqondagi qon bilan CHashka Petrida aralashtiriladi. CHashka Petri 10 daqiqa $40-42^{\circ}$ S li suv xammomiga quyiladi. Agar shu vaqt ichida agglyutinatsiya bo'lmasa, qon mos hisoblanadi.

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

Qon quyishning **bevosita va bilvosita usullari** mavjud. Bevosita usulda to'g'ridan-to'g'ri donordan retsepiyentga qon quyiladi. Bilvosita usulda qon maxsus tekshiruvlardan o'tgan sog'lom odamlardan olinib, qonservatsiya qilinib, $4-5^{\circ}$ S xaroratda 30 kungacha sovutgichlarda saqlanadi, so'ngra foydalaniladi. Qon quyish tomchilab va bir martalik bulishi mumkin. Bundan tashqari suyak to'qimasining g'ovak moddasiga qon quyilishi mumkin. Arteriya ichiga qon quyish bemor og'ir (terminal) xolatda bulganda amalga oshiriladi.

Qon preparatlari.

Plazma-qonni 4° S da 48 soat tindirib olinadi. Zardob- ivigan yoki fibrinsizlangan qonning suyuq qismi. Plazma va zardob tarkibida oqsil moddalar, antitelolar va gormonlar bo'ladi. Ular suyuq va quyuq xolda chiqariladi.

Xaar xil shok paydo bo'lganda, gemotsaz maqsadida qon quyilganda, organizm oqsil yo'qotganda va boshqa hollarda plazma yoki zardob quyish tavsiya etiladi.

Eritrostitar massa- 80-90 % eritrostit bilan 20 % plazmadan iborat bo'lib, tayyor ampulalarda chiqariladi.

Leykositlar massa har xil leykopeniyalarda venaga quyiladi, shuningdek, jaroxatning bitishini tezlatish uchun maxalliy chora xisoblanadi.

Trombositlar massa- suyuq va quruq xolda chiqariladi. Qonning ivish xossasi buzilganda gemostazni tiklash maqsadida venaga quyiladi. Hozirgi vaqtda qon o'rnini bosuvchi eritmalaridan ham amaliyotda keng foydalaniladi.

Qon o'rnini bosuvchi eritmalar: 1) tuzli kritsallsimon eritmalar-Ringer eritmasi, 2) qon shaklli eritmalarini saqlovchi tuz eritmaları-Petrov eritmasi, quruq plazma, 3) sintetik kolloid eritmalar- poliglyukin, reopoliglyukin, polivinilpirrolidon, 4) geterogen kolloid eritmalar-jelatinol, ferrofuzin, 5) oqsil gidrolizatlari-aminopeptid, kazein gidrolizat, gidrolizin-L-103, aminokrovin va xak. 6) shoka qarshi eritmalar- Asratyan, Banaytis eritmaları, manit, sorbit va xak. kiradi.

Qon quyishga ko'rsatmalar: o'tkir kamqonlik, shok xolatlari, surunkali kasalliklardan so'ng bemorni tinkasi qurigan xollarda, zaharlanishlar, qon kasalliklari, qon ivish tizimi buzilishlari.

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

3-ma'ruza. Sovuq olish, kuyish, va ularning turlari.Desmurgiya. Bog'lamlarning turlari.

Reja:

1. Desmurgiya va unga qo'yiladigan talablar.
2. Bog'lamlarning turlari.
3. Termik kuyishning belgilari, BTYO
4. Kimyoviy kuyish, BTYO
5. Elektr toki va nur ta'sirida kuyish
6. Sovuq urish, darajalari, BTYO.

Desmurgiya (grekcha "desmos" aloqa, bog'lam, qiyiqcha, harakat, ish ma'nosini bildiradi, sinonimi desmologiya) umumiy xirurgiyaning asosiy bo'limlaridan biri bo'lib, bog'lamlar turi va bog'lam qo'yish qoidalari to'g'risidagi ta'limotdir.

Bog'lam deganda bemor tanasiga davo maqsadida mahkam o'rab bog'langan bog'lov materiali tushuniladi. Jarohatga yoki tananing boshqa qismlariga davo maqsadida qo'yiladigan bog'lov materiali, bog'larni almashtirishga esa qayta bog'lash deyiladi.

Materialning qo'llanilishiga ko'ra bog'lamlar ikki guruhga yumshoq (platsirli, kleolli, kolloidli, ro'molli, leykoplatsirli va bintli) va qattiq (deksrinli, kraxmalli, gipsli) bog'lamlarga bo'linadi.

Panjava va bilak-kaft bo'g'imiga, odatda, sakkizsimon bog'lam qo'yiladi. Panja va barmoqlardagi katta jarohatni bekitish uchun qaytuvchi bog'lam qo'llaniladi. Bintni kaft utsida bir necha marta o'rab, panja orqasi bo'ylab ko'rsatkich barmoqqa yo'naltiriladi va u orqali o'tkazib, panjaning kaft yuzasini bekitiladi. Bir necha qaytuvchi o'ramlar qilib panjaning hammasini va 4 barmoq bekitiladi, so'ngra bu o'ramlarni barmoq uchidan boshlab gorizontol

o‘ramlar qilinib (spiralsimon bog‘lam) bilak oldida tugallanadi. Bintni panjaning bir barmog‘iga bog‘lashni uni bilak-kaft utsi bo‘g‘imi oldida bir necha o‘ramlar bilan mahkamlashdan boshlanadi, so‘ngra bintni panja orqasi bo‘ylab barmoqning oxirigacha etkazgan holda, uni asosigacha chiqadigan spiralsimon bog‘lam bilan bekitiladi.

Barmoqni batamom bekitib, bintni barmoqlararo bo‘shliq orqali panja orqasiga chiqariladi va bilak suyagi atrofida bir necha o‘ramlar qilib mahkamlanadi. Bilakni spiralsimon bog‘lam bilan bekitgan yaxshi. Tirsak bo‘g‘imi sohasini ham spiralsimon bog‘lam bilan bekitish mumkin. Qo‘lni tirsak bo‘g‘imidan biroz bukiladi. Bintlashni bilakda bo‘g‘im oldida mahkam tutib turadigan aylanma o‘ramlar qilishdan boshlanadi va atsa-sekin tirsak va elkaga o‘tib, bu erda bog‘lamni bir necha marta aylantirib o‘rash bilan tugallanadi.

CHanoq-son sohasini bog‘lash. CHanoq va sonning boshhoqsimon bog‘lamini qo‘llash juda qulaydir. Bog‘lam qo‘yishdan maqsad qorinning pastki qismi sonning uchdan bir yuqori qismi va dumbani yopishdir. Bint o‘ramlari kesishadigan joyga muvofiq holda orqa, yon va oldingi, (chov) boshhoqsimon bog‘lamlar qo‘yiladi. Belda sirkulyar o‘ramlar qilinib, mutsahkamlovchi bint bog‘lanadi, so‘ngra bint sonning yon tomonidan oldinga keyin sonning oldingi va ichki yuzasi bo‘yicha o‘rab bog‘lanadi. Bintni sonning orqa yarim doirasi orqali aylantirib, uning tashqi tomonidan chiqariladi, u chov sohasidan gavdaning orqa yarim doirasi orqali qiyshayib o‘tadi. Bint o‘ramlari takrorlanadi.

Bintning keyingi o‘rami oldingisidan yuqoriga tushsa, yuqoriga ko‘tariluvchi bog‘lam, pastga o‘ralsa, pastga tushuvchi bog‘lam, deyiladi.

Tovon sohasini bog‘lash. Tovondan (uning markaziy qismidan) aylantirib bintlash boshlanadi. Keyingi o‘ramlar birinchi o‘ramning yuqorisidan va pastidan navbatma-navbat o‘raladi. Bu o‘ramlarni tovonning yonidan, orqadan oldinga, tovon yuzasiga va oyoq kaftining orqasiga boldir-panja bo‘g‘imi va pastki panja sohasiga o‘tadigan qilib qiyshiq aylantirib mahkamlanadi. o‘ramlar oyoq kafti utsida kesish-tiriladi.

YUmshoq bog‘lam turlari.

Kleolli bog‘lam. Kleol qarag‘ay elimining baravar miqdorda olingan spirt va efirdagi eritmasidir. Jarohat bog‘lam bilan bekitiladi. Salfetkaning chetlari teriga mahkam bosiladi. Dokaning yopishmay qolgan ortiqcha qismi qaychi bilan kesib tashlanadi. Kamchiligi – bog‘lam turli darajada qattiq yopishmaydi va teri qotib qolgan kleoldan ifloslanib qoladi.

Kolloidli bog‘lamning oldingi bog‘lamdan farqi shundaki, bunda doka teriga kleol bilan emas, balki kollodiy (spirt va efir aralashgan nitrokletchatka eritmasi) bilan yopishtiriladi. Bog‘lam qo‘yish texnikasi: bog‘lamga salfetka yopiladi va salfetka chetlariga kollodiy surtiladi.

Kollodiy qotgandan keyin salfetkaning ortiqcha qismi qirqib tashlanadi. Kollodiyini shpatel bilan surtish tavsiya etiladi. Bunday bog‘lam 7-8 kungacha tushib ketmaydi. Bog‘lamning qayishqoqligi kamligi va terini ta’sirlashi uning kamchiligidir. Xuddi shu maqsadda rezina elim (efir va benzin aralashgan rezina eritmasi), BF-6 elimidan foydalanish mumkin.

Ro‘molli bog‘lamlar. Bu maqsad uchun uchburchak shaklidagi birorta bog‘lov materiali (doka, surp, bo‘z va h.k) parchasi ishlatiladi. Bunday bog‘lamning eng uzun tomoni

ro‘mol (kosinka) ning asosi, uning ro‘parasidagi burchak- tepasi, qolgan ikkita burchagi- uchlari deyiladi. Ro‘mol ko‘pincha qo‘l yoki o‘mrov suyagi shikaslanganda qo‘lni osib qo‘yish uchun qo‘llaniladi (1-rasm,a,b,v,g). Uning o‘rtasi to‘g‘ri burchak hosil qilib bukilgan qismi bilakka qo‘yiladi, tepasi tirsakka yo‘naltiriladi, uchlari esa bo‘yinga bog‘lanadi. Ro‘molning tepasi tirsak atrofida orqadan oldinga tomon bukib tekislanadi va tirsakning old tomonidan bog‘lamga qadab qo‘yiladi. Ko‘krak bezini ro‘mol bilan bog‘lashda (2-rasm, a) uning asosi sut bezi ostiga joylashitiriladi, tepasi kasal tomog‘i orqali orqadan elka utsiga, bir uchi ikkinchi elka utsiga oldingi tomonidan yo‘naltiriladi, ikkinchi uchi esa kasal tomondagi qo‘ltiqqa tushiriladi. Ro‘molning ikkala uchi va tepasi orqadan bog‘lanadi.

CHanoq – son bo‘g‘imiga ikkita ro‘mol bilan bog‘lab bog‘lanadi . Bitta ro‘mol (buklangani) bilan belbog‘ ko‘rinishida gavda aylantirib bog‘lanadi. Ikkinchisining tepasi belbog‘ga mahkamlanadi. Uning asosi chanoq son bo‘g‘imini bekitadi, uchlari esa son atrofidan o‘ralib bog‘lanadi.

"Plavki" turidagi ro‘mol bog‘lam bog‘lashda uning tepasi oralig‘dan o‘tkaziladi, asosi bilan qorin bekitiladi, uchlari esa orqaga o‘tkaziladi, u erda tepasi bilan bog‘lanadi. Dumba sohasiga bog‘lam "Plavki" bog‘lari tariqasida qo‘yiladi. Uning tepasi va ikkala uchi old tomonidan bog‘lanadi. Boshni bog‘lashganda ro‘molning asosi ensa sohasiga, tepasi yuzga, uchlari esa peshona orqali bog‘lanadi, tepasi bog‘langan uchlari orqali bosh tepasiga qayriladi va shu joyga to‘g‘rilab qo‘yiladi. Elka sohasiga bitta ro‘mol bilan bog‘lam bog‘lash qulay.

qo‘l va oyoq panjasini ro‘mol bog‘lam bilan bog‘lashda ro‘molning o‘rtasi panjaning kaft yuzasiga kelib qo‘yilib, tepasi barmoqlar orasiga o‘tkaziladi. Kaft utsida aylantiriladi, uchlari aylantirilib to‘piq yuqorisidan bog‘lanadi, tepasi esa bog‘langan uchlariga mahkamlanadi. Oyoq panjasi va son sohalariga ro‘mol bog‘lam qo‘yishda datslab u o‘raladi va keyin uning uchlari bog‘lab qo‘yiladi

Elastik to‘rsimon bog‘lam. ("retelats") fabrikalar 7 raqamda (0 dan-6 gacha) ishlab chiqariladi. U katta yoshdagi bemorlarda tananing turli joyiga qo‘yilgan bog‘lamlar bolalarda juda keng foydalaniladi

Leykoplastirli bog‘lam. Jarohatga qo‘yilgan bog‘lov materiali bir necha yo‘nalishda yopishqoq leykoplatsir bilan bemor terisining tuksiz joylariga yopishtiriladi. Leykoplatsirli bog‘lamning kamchiligi shuki, uning ostidagi teri matseratsiyalanadi (shilinadi) va ayniqsa bukkanda keraklicha mahkam ushlab turmaydi.

Bintli bog‘lamlar. Bu bog‘lamlar bintning bir parchasidan bitta butin bintdan yoki bintning bir necha o‘ramlari yordamida bog‘lanadi.

Oyoq, qo‘l panjasi barmoqlarini bog‘lash uchun kambar bintlar (3-5-7sm); bosh, panja, bilak boldirini bog‘lash uchun eni o‘rtacha (10-12 sm) bintlar; ko‘krak qafasi, sut bezi va sonni bog‘lash uchun serbar (14-18 sm) bintlar ishlatiladi. Bintlar fabrikada tayyorlanadi yoki ular o‘sha joyning o‘zida dokada kesib tayyorlanadi. Bintning o‘ralgan qismi boshchasi, erkin uchi esa dum qismi deyiladi. Bog‘lam yaxshi bog‘lanishi uchun u qo‘yidagi talablar asosida aniq bajarilishi shart: a) bog‘lam gavdaning kasal qismini bekitib turishi; b) limfa va qon aylanishini buzmasligi; v) bemorga xalaqit bermasligi; g) toza bo‘lishi; d) gavdaga zich yopishib turishi kerak.

Bintlash qoidalari va bog‘lamlarning turlari.

Bintlashda bintni to'g'ri o'rab bog'lashga yordam beradigan qator qoidalariga rioya qilish zarur. Bemor bintlanadigan qism uchun qulay vaziyatda (tik turgan yoki o'tirgan) bo'lishi lozim. Gavdaning tegishli sohasiga berilgan vaziyat bintlashdan keyin saqlanib qolishi kerak. SHu maqsadda turli xil bolishlar, tirgakli yoki maxsus sollardan foydalaniladi. Bintlanadigan soha bint bog'layotgan kishi ko'ksi to'g'risida bo'lishi kerak. Bintlash aksariyat chetdan markazga tomon, biroq qator hollarda bog'lam teskari yo'nalishda bog'lanadi. Bintning mahkamlaydigan o'ramdan keyin uning har bir keyingi o'rami oldingi o'ramning yarmini yopib borishi lozim. Bint boshchasini bintlanadigan yuzadan uzoqlashtirmaslik va bir me'yorda toritish kerak. Gavdaning qonus shaklidagi qismi (son, boldir, bilak) ni bintlashda bint zich yopishib turishi uchun 1-2 marta aylantirilgandan so'ng u qayirib bog'lanadi.

Bintlash oxirida u tikib mahkamlanadi, to'g'nag'ich bilan to'qnab qo'yiladi. Bintni jarohat sohasi utsida mahkamlash tavsiya qilinmaydi, balki uni chetroqqa surib mahkamlamoq ma'qul.

Bog'lamlarning qo'yidagi turlari bir-biridan farqlanadi:

1. **Sopqonsimon bog'lam.** Bintning bir parchasidan tayyorlanadi. Bintning ikkala uchi o'rtasiga yo'naltirilgan holda o'zinasiga kesilib, uning o'rtasi kesmay qoldiriladi. (7-rasm a,b,v,g) da burun, iyak, ensa va peshonaga sopqonsimon bog'lamni bog'lash joylari ko'rsatilgan.

2. **T-simon bog'lam.** O'rtasiga boshqa bint tikilgan yoki uning uchi tashlab qo'yilgan bint parchasidan iborat bo'ladi. Undan ko'proq oraliq sohani bog'lashda foydalaniladi: gorizantal qismi esa belbog'dan oraliq orqali o'tkaziladi va o'sha belbog'ga tananing boshqa tomonidan bog'lanadi. (8-rasm).

3. **Aylana bog'lam.** Bint gir aylantirib o'raladi, bintning navbatdagi o'rami avvalgi o'ramni tamomila bekitiladi. (9 rasm)

4. **Spiralsimon bog'lam.** Bintning navbatdagi har bir o'rami avvalgi o'ramning yarmini yoki bundan kattaroq qismini bekitiladi (10 –rasm).

Bog'lamning bu turi ikki xil: yuqoriga ko'tariluvchi bintlash-pastdan yuqoriga, pastga tushuvchi bintlash esa buning aksicha bo'ladi.

5. **O'rmalovchi bog'lam** spiralsimon bog'lam kabidir, lekin o'ramlari bir-biriga duch kelmaydi. Odatda, bintlashning boshida murakkab bog'lam elementi sifatida tanaga qayilgan salfetkalarni tutib turish uchun qo'llaniladi

6. **Sakkizsimon bog'lam.** Bog'lamning bu turida bint o'ramlari bir-biri bilan kesishtiriladi

7. **Boshosqsimon bog'lam.** Sakkizsimon bog'lamning boshqa bir turi bo'lib, bint o'rami bir chiziq bo'yicha kesishtiriladi, bu boshoqni eslatadi

8. **Toshbaqasimon bog'lam** aksariyat bo'g'imlar aksariyat bo'g'imlarning bukilgan sohasiga qo'llaniladi. Uning ikkita-tarqaluvchi va to'planuvchi turlari farqlanadi. Tarqaluvchi bog'lam tizza bo'g'imi sohasiga yopiladi, bunda bint bo'g'imning o'rtasidan, «tizza ko'zidan» aylantirib olinadi. Keyingi o'ramlar avvlagisining goh pastidan, goh yuqorisidan galma-gal yurgiziladi. Bint o'ramlari taqimda kesishadi va birinchi o'ramdan ikki tomonga tarqalib, atsa-sekin bo'g'im sohasini yopadi

To'planuvchi bog'lamni yopishda birinchi (mahkamlaydigan) o'ram bo'g'im yuqorisidan yoki uning pastidan o'tadi, ikkinchi o'ram bo'g'imi ro'parasiga o'raladi,

uchinchi o'ram bo'g'im sohasiga yaqinlashib birinchisini, to'rtinchi o'ram ikkinchisi bilan kesishib, bo'g'im sohasi tamomila yopilguncha shu tariqa davom ettiriladi.

qaytuvchi bog'lam. Bunday bog'lam aksariyat oyoq-qo'lning kesib tashlangan (amputatsiya) dan qolgan qismi (cho'ltoq'i) ga ishlatiladi. Bintni mahkamlash uchun u bir necha marta aylantirib o'raladi. So'ngra uni barmoqlar bilan tutib turib, 90 gradusli burchak ostida qayriladi va cho'ltoq orqali uzinasiga o'ramlar bilan mahkamlanadi va bint bilan tamomila bekitulguncha qadar o'ram davom ettiriladi. Bog'lamlarning aytib o'tilgan turlaridan gavdaning itsalgan sohasini bintlashda foydalanish mumkin. SHuning uchun qo'llaniladigan bog'lamlarning ayrim turlari utsida to'xtalib o'tamiz.

Bosh va yuz sohasini bog'lash.

Vazifasiga ko'ra bog'lamlarning bir necha turi qo'llaniladi. Boshdagi qaytuvchi bog'lam. Bunda boshning old va orqa tomonidan hamma sohani qoplaguncha bintni bir necha bor qaytarib, keyin uning atrofida uch marta o'rab mutsahkamlanadi.

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

qalpoqchali shaklida bog'lash. Taxminan 1 m uzunlikdagi bint parchasi bosh tepasiga ko'ndalang yo'nalishda qo'yiladi, ikki uchini esa quloq suprasining oldidan pastga tushiriladi va tarang qilib tortib turiladi (yordamchi yoki bemorning o'zi). Bint bilan bosh atrofidan birinchi sirkulyar o'ram qilinadi. Keyingi o'ram bog'iga etgach, bintni shu bog' atrofida aylantiriladi va biroz qiyshiq yo'nalishda ensani berkitib yurgiziladi. Ikkinchi tomonda bintni bosh atrofida qarama-qarshi tomonga aylantiriladi va qiyshiqroq yo'nalishda boshning peshona qismiga olib boriladi. Bintning keyingi o'rami bilan ensa sohasi bekitiladi. SHu tariqa bosh bir tekisda bintlanadi. Bintning uchi boshga bog'lanadi, keyin bog' uchlari jag' ostida bog'lanadi.

Bir ko'zni bog'lash.

O'ng ko'zni bog'lashda bint chapdan o'nga qarab yurgiziladi. CHap ko'zni bog'lashda esa buning aksi qilinadi. Bint sirkulyar yo'nalishda bosh atrofidan aylantirib mahkamlanadi, so'ngra orqadan pastga ensaga tushiriladi va quloq ostidan qiyshiq holda yuqoriga ko'tarilib, bemorning ko'zi bekitiladi. qiyshiq o'ram doira o'ram bilan mahkamlanadi. So'ngra avvalgi o'ramning yuqorisidan qiyshiq o'ram qilinadi. SHunday qilib o'ramlarni qiyshiq o'ramlar bilan navbatlab, butun ko'z sohasi bekitiladi.

Ikki ko'zni bog'lash.

Bint gir aylantirib, o'rab mutsahkamlangach keyingi o'ram bosh tepasi va peshona bo'ylab pastga tushiriladi va yuqoridan pastga tomon chap ko'zni bekitadigan qiyshiq o'ram qilinadi, so'ngra bintni ensa orqali o'tkazib, pastdan yuqoriga tomon o'ng ko'zni bekitadigan qiyshiq o'ram qilinadi. Buning natijasida bintning keyingi xamma o'ramlari qanshar sohasida kesishib, ikkala ko'zni bekitadi va tobora pastga tushaveradi. Bintlash oxirida bog'lam gorizantal doira shaklida o'rash bilan mutsahkamlanadi.

Nuxtasimon bog'lam.

Bunday bog'lam asosan iyak sohasini bekitishda qo'llaniladi. Datslab bosh atrofida sirkulyar o'ram qilinadi. Ikkinchi o'ramni ensa sohasiga bo'yinning yon yuzasiga qiyshiq yo'nalishda yurgiziladi va jag' ostidan vertikal holatga o'tkaziladi. Bintni quloq supralari utsidan olib o'tib, bosh atrofida bir necha marta aylantiriladi, so'ngra bintni iyak ostidan

boshqa tomonga yoki ensaga qiyshiq holda yurgiziladi va gorizantal o'ramlar qilib, bog'lam mutsahkamlanadi. Pastki jag'ni tomomila bekitish uchun mutsahkamlaydigan gorizantal o'ramlar qilgandan so'ng, bint boshchasini ensa bo'ylab qiyshiq holda pastga tushiriladi, iyakning oldingi qismi bo'ylab bo'yinning yon tomoniga, keyinroq bo'yin atrofiga tushirilib, orqaga qaytariladi va bint o'ramini iyakdan pastroqqa tushirilib, vertikal holatga o'tkaziladi va bog'lam bosh atrofida mutsahkamlanadi.

Neapolitancha bog'lam.

Bintni bosh tevaragida aylantirib o'rashdan, so'ngra bintni kasal tomondan quloq va so'rgichsimon o'siq sohasiga tushirishdan boshlanadi.

Bo'yinni bog'lash. Bo'yinning yuqori qismini bog'lash. Bosh tevarigiga galma-galdan bir necha qiyshiq o'ramlar bilan (peshona va ensa sohasini ham qamrab olib) doira o'ramlar qilinadi. Ensa sohasini doira o'ramlar qilib bintlash bilan birga sakkizsimon bog'lam hosil qilinadi.

Bo'yinning pastki qismini bog'lash. Bosh tevaragidagi o'ramlarni ensa sohasining sakkizsimon bog'lami va orqaning boshhoqsimon bog'lami o'ramlari bilan to'ldiriladi.

qo'lni bog'lash.

Bitta barmoqni bog'lash. Bog'lam kaft utsi atrofida mutsahkamlaydigan doira o'ramlar qilishdan boshlanadi. So'ngra bintni qo'l panjasining orqasi osha barmoq uchigacha qiyshiq holda yo'naltiriladi va shu erdan pastdan yuqori tomonga barmoq asosigacha spiralsimon bog'lanib keyin qo'l panjasining orqasi osha kaft utsiga keltiriladi va bu erda mahkamlovchi sirkulyar o'ramlar qilinadi (17-rasm,a).

Bosh barmoqni bog'lash.

Boshhoqsimon bintlash tariqasida bajariladi. Mutsahkamlovchi doira o'ram ham kaft utsi-bilakda qilinadi. So'ngra bintni qo'l panjasi orqasi osha barmoq uchigacha olib boriladi. Barmoq spiralsimon aylantirilib o'raladi, kaft utsi-bilakning orqa tomoniga so'ngra kaft tomoniga qaytariladi. Bint barmoqni tamomila bekitguncha o'ramlar takrorlanadi.

qalpoqchasimon bog'lam.

Bitta barmoqni bintlash qoidasidan foydalanib panjaning hamma barmoqlarini birin-ketin «qo'lqop shaklida» bintlab chiqish mumkin. CHap qo'lni bintlashni qullaylashtirish maqsadida bog'lamni jimjuloqdan, o'ng qo'lni bintlashdan bosh barmoqdan boshlash kerak.

Panjaning qaytuvchi bog'lami.

Bint bilakka mahkamlanib so'ngra u panjaning orqa tomoni osha barmoqlarga yo'naltiriladi va kaft bo'ylab qaytiladi. Bilakda yana mahkamlovchi o'ram qilinadi va bintni o'rash takrorlanadi. qo'l panjasi va barmoqlar ham orqa tomondan, ham kaft tomondan bekitilgan so'ng barmoqlar va panja bintning ko'ndalang o'ramlari bilan yopiladi. Bog'lam bilakka mahkamlanib qo'yiladi. qo'l panjasi va uning spiralsimon bog'lamlari

Bilakni bog'lash. 1-2 o'ramdan so'ng bintni qayirib spiralsimon va aylana shaklida bog'lanadi.

Tirsak bo'g'imini bog'lash.

Tarqaluvchi va to'planuvchi toshbaqasimon shaklli bog'lam kabi bo'ladi. Elka bo'g'imini bog'lashda oddiy spiralsimon yoki boshhoqsimon bog'lam qo'llaniladi.

qo'ltiqni bog'lash.

Buning asosini boshqosimon bog‘lam tashkil qiladi. Elkada bintni mahkamlaydigan o‘ramlari qilinadi. Bintni qo‘ltiq sohasidan elka utsiga, orqaga, qarama-qarshi tomonidagi qo‘ltiqqa, ko‘krak qafasining oldingi yuzasiga qiyshiq yurgizib birinchi o‘ram elka utsi sohasida kesishtiriladi va bint ko‘krak qafasining orqa yuzasidan qo‘ltiqqa chiqariladi. Keyingi o‘ram oldingi o‘ram kabi boshlanadi, biroq har bir o‘ram atsa-sekin yuqoriga ko‘tarilib o‘raladi, natijada bint elka utsi sohasini va qo‘ltiqning oldingi va orqa qismlarini tamomila bekitadi. YAxshiroq mahkamlash uchun ko‘krak qafasiga qiyshiq yo‘nalishda giraylantirilib, sirkulyar o‘ram qilinadi. Bintni orqaga sog‘lom elka utsiga o‘tkaziladi va bu erdan ko‘krak qafasining oldingi yuzasi bo‘ylab pastga-bintlanayotgan tomondagi qop‘ltiqqa tushiriladi. Bunday o‘ramlarning bir nechtasidan so‘ng bog‘lam uzil - kesil mahkamlanib qo‘yiladi. qo‘ltiq ostiga ro‘mol bog‘lam qo‘yish ancha qulaydir .

Ko‘krak qafasiga bog‘lam bog‘lashda qattiq, bintlash nafas harakatiga xalaqit berishini bo‘sh bog‘langan bog‘lam esa foydasiz ekanligi unutmazlik kerak.

Bir tomonlama ko‘krak jarohatini bog‘lash qulay bo‘lib, unda ko‘krak qafasidagi nafas harakati chegaralanmaydi. Buning uchun datslab 1 m bint uchidan boylanib qo‘lni uning uchidan o‘tkazib bemor elkasiga tashlanadi. Keyin bintni old va orqa tomonidan o‘tkazib boylanadi va jaroxat bekitiladi (19-rasm, a,b,v).

Spiralsimon bog‘lam. Taxminan 2 m uzunlikdagi bint bo‘lagini o‘ng va chap elkaga bintning erkin uchlari ko‘krak qafasining oldingi va orqa tomonidan tushib turadigan qilib, tashlab qo‘yiladi. Bog‘lamning ko‘krak qafasining pastki qismidan bintning shu bo‘lagini bekitishda boshlanadi. Bintning spiralsimon o‘ramlari atsa-sekin to qo‘ltiqqacha etkazib o‘raladi va og‘irgi o‘rami bilan mahkamlanadi. Elkaga tashlangan bintning osilib turgan uchi ko‘krak qafasining oldingi yuzasi bo‘ylab yuqoriga ko‘tariladi. Ikkinchisi elka orqali tashlanadi va uchlari orqa tomondan bog‘lanadi .

Xochsimon bog‘lam. Gavdaning orqa qismlarini bintlash uchun qo‘llaniladi. Bog‘lam bir elka atrofini mahkamlovchi sirkulyar o‘rashdan boshlanadi. Old tomondan elka olib chiqiladi. Orqaga o‘tkaziladi va bintning qarama-qarshi tomondan qo‘ltiq sohasiga qiyshiq holda yo‘naltiriladi. Bint yo‘llarini shu tariqa takrorlab ularni ikkala elka utsiga atsa-sekin ko‘tarilib va ko‘krak qafasi bo‘yicha pastga tushirib orqaga bekitiladi.

Bitta ko‘krak bezini bog‘lash. U ko‘krak bezini yopib turishdan tashqari uni ko‘tarib turadigan o‘ziga xos suspensoriy vazifasini ham bajaradi. O‘ng tomondagi ko‘krak bezini bintlashda bintni chapdan o‘ngga va chap tomondagi ko‘krak bezini bintlashda o‘ngdan chapgga qarab o‘raladi. Bog‘lam ko‘krak qafasini ko‘krak bezlari tagidan mutsahkamlab aylantirilib o‘rashdan boshlanadi. Keyingi o‘ram ko‘krak bezining pastki va ichki tomonlarini qamrab oladi. qarama-qarshi tomondagi elka ko‘tariladi va elkaning orqa tomonidan pastga yo‘naltirilib bintlanayotgan ko‘krak bezi tomonidagi qo‘ltiqqa boradi. So‘ngra bint ko‘krak bezining pastki qismini qoplaydi. Aylantirib o‘rash bilan oldingi o‘ram mutsahkamlanadi. Keyingi o‘ramlarni ko‘krak bezi pastidan batamom yopilguncha atsa-sekin yuqoriga qarab o‘rash takrorlanadi. Emizikli onalarda ko‘krak bezini bog‘lashda bola emizish yoki sutni sog‘ish uchun ko‘krak bezi uchi bint bilan yopilmaydi.

Oyoqni bog‘lash.

Bunga ham qo‘lni bog‘lashdagi kabi talablar qo‘yiladi. Odatda bir ikki o‘ramdan so‘ng aylantirib spiral shaklida o‘raladi.

Tizza bo'gimi sohasini bog'lash. Birlashadigan yoki tarqaladigan toshbaqasimon bog'lam bog'lanadi .

Boldirni bog'lash. 1-2 o'ramdan so'ng aylantiriladigan yuqoriga ko'tariluvchi, spiral shaklidagi bog'lam qo'llaniladi .

Tovon sohasini bog'lash. Aksariyat tarqaluvchi toshbaqasimon bog'lamdan foydalaniladi. Tovondan (uning markaziy qismidan) aylantirib bintlashdan boshlanadi. Keyingi o'ramlarni birinchi o'ramning yuqorisidan va pastidan navbatma - navbat o'raladi. Bu o'ramlarni tovonning yonidan orqadan oldinga, tovon yuzasiga va oyoq kaftining orqasiga boldir panja bo'g'imi va pastga panja sohasiga o'tadigan qilib qiyshiq aylantirib mahkamlanadi. O'ramlar oyoq kafti utsida kesishtiriladi .

Boldir panja bo'g'imini bog'lash. Odatda sakkizsimon bog'lam qo'llaniladi. Mahkamlovchi o'ram to'piqning yuqorisidan aylantiriladi. Bint panjaning orqa tomonidan qiyshiq yurgizib, panja atrofidan o'tkaziladi. Keyin bintni yuqoridan o'tkazib oyoq panjasining orqa tomoni bo'ylab oldingi o'ram bilan kesishtiriladi va boldirning orqa yarim doirasi atrofidan o'tkaziladi. Bint o'ramlari takrorlanadi. Bog'lamni to'piqlar oldida aylantirib o'ramlar mutsahkamlanadi .

Barmoqlarni ochiq qoldirib oyoq panjasini bog'lash. Bint panjaga o'ralib mahkam bog'lanadi. Oyoq panjasini orqa tomoni bo'ylab tovonidan o'tkaziladi. Panja gir aylantirilib o'rab tovonga qayriladi. Tovon sohasida bintning har bir yangi o'rami oldingi o'ramning yuqorisiga tushiriladi va boldir panja bug'imiga tobora yaqin keltirilib kesishtiriladi .

Barmoqlarni ochiq qoldirmay oyoq panjasini bog'lash. Bint to'piqlari sohasida aylantirilib o'rab mahkamlanadi. So'ngra bintni butun panja orqali uzunasiga yurgizib barmoqqa tovon sohasi yopiladi. Barmoqlarning uchidan boshlab oyoq panjasida kesishadigan spiral shaklida bog'lam yopiladi. Mahkamlovchi o'ram to'piqlar sohasida bajariladi.

Oyoq panjasi bosh barmoqni bog'lash. Bog'lash usuli qo'lning bosh barmog'ini bog'lash kabi bog'lam to'piqlar sohasida mahkamlanadi .

Bandaj. qorin bo'shashib qolganda uni mutsahkamlash uchun mo'ljallangan material va charmdan tikilgan maxsus moslama. Bandajlar odatda qorin churralarini qandaydir sababga ko'ra operatsiya qilish imqoniyati bo'lmagan hollarda qo'llaniladi.

Ikki tomonlama boshhoqsimon bog'lam. Ikkala son va dumbaning uchdan bir yuqori qismini yopish uchun qo'llaniladi. Bu hali oldingi bog'lam kabi belni sirkulyar o'rashdan boshlanadi, biroq bintni ikkinchi chovning oldingi yuzasidan yurg'iziladi. Uning orqa yarim doirasi qamrab olinadi. Ichki yuzasiga chiqariladi va chov sohasi bo'ylab tananing orqa yarim doirasiga o'tkaziladi. Bu erdan bint o'rami bir tomonlama boshhoqsimon bog'lamdagi singari davom ettiriladi. Bintni ikkala oyoqqa navbat bilan, gavdaning SHikastlangan qismi bekilguncha o'raladi. Bog'lam tanada sirkulyar o'ram bilan mahkamlanadi. qorinning pastki sohalarini bog'lashda spiralsion aylana bog'lam qilinib, biron –bir chov sohasi bilan mustahkamlanadi.. Dumba sohasini bir tomonlama bog'lashda ro'mol juda qo'l keladi. Ikkala chov yuqori son sohalarini bog'lashda sakkizsimon va xochsimon bog'lamlardan foydalaniladi.

Kuyish deb to'qimalarni yuqori xarorat, kimyoviy omillar, nu rva elektr toki ta'sirida SHikastlanishiga aytiladi.

Termik kuyishlar

Termik kuyishlar umumiy kuyishlarni 90-95 % ini tashkil etadi. Termik kuyishlarga alanga, qaynoq suyuqliklar, bug‘, issiq buyumlar sababchi bo‘lishi mumkin. Kuyishga javoban tanada ruy beradigan patologik xolat kuyish kasalligi deyiladi: Uning quyidagi davrlari farqlanadi: 1) kuyish shoki, 2) o‘tkir kuyish toksemiysi, 3) o‘tkir septikotoksemiya, 4) rekonvalesensiya.

Kuyish kasalligini og‘irligi kuygan maydonning xajmiga va to‘qimalarni qanchalik chuqur kuyganiga bog‘liq.

Kuyish darajalari:

1-darajali kuyishda to‘qimalarni qizarishi va shishi achishish kuzatiladi. To‘qimalar halok bo‘lmaydi.

2-darajali kuyishda tiniq suyuqlik (plazma) bilan tulgan po‘faklar xosil bo‘ladi. Pufaklar atrofida qizargan soxalar aniqlanadi, achishish bo‘ladi.

3 A darajali kuyishda yorilgan yoki sariq suyuqlik bilan to‘lgan po‘faklar aniqlanadi. Yorilgan po‘fak o‘rnida nam nekroz kuzatiladi, og‘riq sezgisi pasaygan.

3 B darajali kuyish-keng gemorragik suyuqlik bilan to‘lgan po‘faklar kuzatiladi. Po‘faklar yorilgan joyda zich, quruq, qo‘ng‘ir rangli po‘sloq kuzatiladi. Bu quruq nekroz, teri tomirlari trombozi natijasidir.

4 –darajali kuyish-teridan chuqurda yotgan mushaklar va suyaklar ham nekrozga uchraydi.

Kuyish shoki-tananing 20 % i 2- va 3 A darajada yoki 10 % i 3 B va 4-darajada kuyganda kuzatiladi.

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

II darajada bemorning ahvoli og‘ir, es-xushi saqlangan, harakat qo‘zg‘alishi tormozlanishga o‘tadi, chanqoqlik, ko‘ngil aynish, qusish, teri qurishi, oqarishi, puls tezlashishi, arterial bosim pasayishi, nafas olishning yuzakilashishi, tezlashishi kuzatiladi.

III darajada bemorning ahvoli nihoyatda og‘ir bo‘lib, es-xushi xiralashadi, es-xushi xiralashadi, chanqoqlik, kofe quyqasi kabi qusish, teri oqarishi, puls ipsimon bo‘lishi, arterial bosim va tana harorati pasayishi kuzatiladi.

O‘tkir kuyish toksemiysi-kuyish kasalligining keyingi davri bo‘lib, 2-3 kundan ikki haftagacha davom etadi. Bu davrda zaxarlanish belgilari utsun bo‘ladi: tana xarorati 38-40⁰ S, taxikardiya, nafasni tezlashishi, kamqonlik, oqsil almashinuvi buzilishi, jigar va bo‘yrak faoliyatining izdan chiqishi.

Septikotoksemiya-10-15 kunlarda boshlanib, infeksiya rivojlanadi. Ko‘pincha infeksiyaga safilakokklar, ko‘k yiring tayoqchasi, ichak tayoqchasi, proteylar sababchi bo‘ladi. Bu davrda zaxarlanish, kamqonlik, oqsillar etishmovchiligi belgilari kuzatiladi.

Rekonvalesensiya davrida a‘zo va to‘qimalarning faoliyati tiklana boshlaydi.

Kuygan soxani aniqlash.

Kuygan odamga to‘g‘ri tibbiy yordam ko‘rsatish uchun kuygan soxani aniqlash lozim.

1. Kaft bilan o‘lchash-katta yoshli odamda kaftning ichki yuzasi butun badan yuzasining 1-2 % ini tashkil etadi. Kuygan soxaga serillangan salfetka yopib o‘lchanadi va shu son 1 yoki 1, 2 ga ko‘paytiriladi.

2. To‘qqizlar qoidasiga muvofiq o‘lchash- bosh, bo‘yin yuzasi jami badanning 9 % ini, bir qo‘l yuzasi 9 % ni, tana 36 % ni, har bir oyoq yuzasi 18 % ni, oraliq va jinsiy a‘zolar 1 % ni tashkil etadi. SHu raqamlardan foydalanib kuygan yuzani taxminan aniqlash mumkin.

BTYO. Agar bemor olov ta'sirida kuygan bo'lsa, birinchi navbatda extiyotkorlik bilan uning kiyimini echish kerak. badanga yopishib qolgan kiyimlar qaychi bilan extiyot bo'lib qiyiladi. Odatda kuygan soxaga quruq aseptik paxta-doka bog'lam quyishdan iborat bo'ladi. SHu maqsadda maxsus kuyishga qarshi bog'lamlardan foydalangan ma'qul. Oyoq-qo'lning ko'p joyi kuyganda transport shinasi quyish shart. Badan satxining ko'p joyi kuyganda bemor serillangan choyshabga o'raladi. Agar seril material topilmasa toza gazmoldan foydalanish mumkin. Kuygan yuzaga malxamlar, glitserin, bo'yoq eritmalari surtish man etiladi, chunki bu yarani yuvish va uning chuqurligini aniqlashni qiyinlashtiradi.

Kuygan joyning o'zida ko'riladigan chor-tadbirlar: shikatslovchi omilni ta'sirini to'xtatish, tana va kuygan joyni sovutish, og'riqni kamaytirish, ximoyalovchi bog'lam quyish, ishqoriy ichimliklar ichirishdan iborat. Kasalxonaga jo'natish oldidan esa analgetiklar, neyroleptiklar, gitsaminga qarshi vositalar yuboriladi. Og'riqni qoldirish uchun narkotik analgetiklar-promedol, omnopon, morfin; gitsaminga qarshi vositalar sifatida dimedrol, tavegil, supratin va b. ishlatilishi mumkin. SHifoxonada anetseziya qilinadi, kardiotonik vositalar yuboriladi, plazma o'rnini bosuvchi va elektrolitlar eritmalari (poliglyukin, jelatinol, polifer, reopoliglyukin, «Disol», «Trisol») tomchilab venaga yuboriladi. Sovuq olgan kishiga qoqsholga qarshi zardob yuboriladi.

Maxalliy davolash-yopiq yoki ochiq usulda bo'lishi mumkin. Bog'lamlar quyish iloji bo'lmaganda, ya'ni yuz, oraliq. jinsiy a'zolar soxasi kuyganda ishlatiladi. Bunda kuygan joy kuniga 3-4 marta antiseptiklar va antibiotiklar bilan qayta ishlanadi. Kaliy permanganat 1:5000 eritmasi bilan 3-4 marta yuvish mumkin. Xozirgi vaqtda ayrim kasalxonalarda kuyganlarni ochiq davolash uchun abakterial germetik palatalar tashkil etilgan.

YOpiq usulda bog'lamlardan foydalaniladi. 2-darajali kuyishda yarani birlamchi yuvgandan so'ng bakteritsid va og'riqsizlantiruvchi ta'sirga ega malxamlar (5-10 % sintomitsin; 0, 5 % furatsilin, 10 % anetsezin) surib bog'lab quyiladi. Yiringlash kuzatilmasa bog'lam bir necha kundan so'ng almashtiriladi.

3 A darajali kuyishda yiringli-demarkatsion yallig'lanish rivojlanadi, shuning uchun quruq putsloq xosil bo'lishiga yordam berish kerak. Buning uchun antiseptiklar (0, 02 % furatsilin, 3 % bor kislota; 0, 5 % kumush nitrat) ishlatilishi mumkin. Malxamlar tavsiya etilmaydi. Epiteliy yangi xosil bo'la boshlagach Vishnevskiy malxami ishlatilishi mumkin. Bog'lamlarni almashtirishda 1-3 % vodorod peroksidga namlangan salfetkalar bilan yara yuviladi.

3 B darajadagi kuyishda kuygan soxa platsik jarroxlik amaliyoti uchun tayyorlanadi. CHuqur kuyishlarni 3 bosqichda jarroxlik usuli bilan davolanadi: 1) nekrotomiya-nekroz soxasini kesish, 2) nekroektomiya-nekroz soxasini olib tashlash, 3) teri platsikasi.

Kimyoviy kuyish

Kimyoviy kuyishlar kislota, ishqorlar va b. kimyoviy moddalar ta'sirida kelib chiqadi. Kimyoviy kuyishlarda asosiy tadbir terining oqar suvda kamida 15 daqiqa yuvish xisoblanadi, bu faqat oxak bilan kuyganda tavsiya etilmaydi. Kislotalar bilan kuyganda kuchsiz ishqorlar (natriy gidrokarbonat), ishqorlar bilan kuyganda esa kuchsiz kislotalar (0, 01 % xlorid kislota, 1-2 % chumoli kislota) bilan yuvish tavsiya etiladi. Agar kimyoviy modda kiyimga shimilgan bo'lsa, uni tezda echib olish lozim.

Kislotalar bilan kuyganda oqsillar parchalanadi, kislotali proteinatlar kompleksi xosil bo'ladi, to'qimalar qurib, koagulyasion (quruq) nekroz rivojlanadi. Ishqorlar bilan kuyganda ishqoriy proteinatlar xosil bo'ladi, yog'lar sovunlanadi va kollikvatsion (nam) nekroz rivojlanadi.

Ayrim moddalar bilan kuyganda umumiy o'zgarishlar kuzatiladi. Masalan, fosfor va pikrin kislota nefrotoksik. tanin kislota gepatotoksik ta'siga ega va xak.

Elektr toki va nurdan kuyish.

Elektr tokidan kuyish tok manbai bilan bevosita aloqada bo'lgan joyda kuzatiladi. Tibbiy yordam va maxalliy davolash tadbirlari termik kuyishdagi kabi.

Nurdan kuyish- yadro portlaganda kuzatiladi. Radioaktiv moddalar tanaga yutilib, to'qimalarni o'zgarishiga olib keladi. tanani ma'lum bir qismi nurlanganda nurdan kuyish, butun tana nurlanish olganda esa nur kasalligi deyiladi. Tibbiy yordam tadbirlari aseptik bog'lam quyish, muzli xaltacha yoki sovuq suvga namlangan bog'lam quyish, nekrozga uchragan to'qimalarni olib tashlash va xak. dan iborat. 1-2 darajali kuyishda malxam quyib bog'lash tavsiya etiladi. Venaga 0,5 % novokain eritmasi yuborilishi mumkin. Nur kasalligida esa bemor maxsus kasalxonada uzoq vaqt davolanadi.

Sovuq olish.

To'qimalarni past xarorat ta'sirida SHikastlanishi sovuq olish deyiladi. Ko'proq Sibir va Uzoq SHarq mintaqalarida uchraydi. Sovuq olishda xavo xarorati, kiyim, namlik, shamol, kishining shaxsiy moslashuv xususiyatlari rol o'ynaydi. Masalan, sovuq mintaqada yashovchilar ancha moslashgan bo'ladi. Alkogol qon tomirlarni kengaytiradi va issiqlikni yo'qolishiga olib kelib, sovuq olishni kuchaytiradi.

Sovuq olishning reaktiv oldi va reaktiv davri farqlanadi. Reaktiv oldi davri bir necha soatdan 1 kungacha davom etib, terining oqarganligi, sianoz, sovuqligi, kam sezuvchanligi bilan tavsiflanadi. Sovuq urgan soxada achishish va paretseziya seziladi, og'riq bo'lishi mumkin. SHikastlangan soxada xarorat me'yoriga kelishi bilan reaktiv bosqich boshlanadi.

Reaktiv bosqichda terining qizarishi, qizishi, og'riq achishish kuzatiladi. Teri shishgan, rangi har xil bo'ladi. SHish va terining rangi SHikastlanishning chuqurligini bildirmaydi.

Sovuq olishning 4 darajasi farqlanadi:

1-darajali sovuq olganda qon tomirlari torayib ketishi natijasida sovuq olgan soxadagi teri oqarib yoki ko'karib ketadi va xech narsani sezmaydi. davolash natijasida bir necha kundan keyin bu o'zgarishlar yo'qoladi.

2-darajali sovuq olishda tiniq suyuqlikka to'lgan po'fakchalar xosil bo'ladi. Terini o'suvchi qavati shikatslanmagani uchun u 1-2 xaftada tiklanadi.

3-darajali sovuq olishda qonli suyuqlik bilan to'lgan po'faklar xosil bo'ladi. To'qimalar chuqur SHikastlangan uchun u tiklanmaydi, agar teri kuchirib utkazilmasa, chandiq xosil bo'ladi. SHikastlangan soxada sezgi yo'qoladi. Nam nekroz kuzatiladi.

4-darajali sovuq olishda (mumiyolanish) bo'g'imlar va suyaklar ham shikatslanadi. Sovuq urgan soxa qorayib, quriy boshlaydi. Og'riq va zaxarlanish natijasida bemor xalok bo'ladi.

BTYO. Sovuq olgan odamni issiq xonaga olib kirish, nam kiyimlarni echib tashlash, badanni sovuq urgan joyini isitish, qon aylanishini tiklash uchun massaj qilish zarur. Sovuq urgan odamni iliq vannaga kiritib, suv xarorati atsa-sekin 36⁰S gacha oshiriladi. Keyin bemor issiqqa uralib, badanni SHikastlangan joyiga aseptik bog'lam quyiladi. Sovuq urgan soxaga yog' va mazlar surtish mumkin emas. Bemorga issiq choy, kofe ichiriladi, so'ngra shifoxonaga yuboriladi. Og'ir xollarda analgetiklar qilinadi, Yurak-qon tomir va nafas faoliyatini tiklashga harakat qilinadi. Teriga infeksiya tushishini oldini olish, organizmni tiklash uchun vitaminli ovqatlanish zarur. Sovuq olgan kishiga qoqsholga qarshi zardob yuboriladi.

Dala sharoitida

1. Nam oyoq kiyim, qo‘lqop, paypoq echiladi.
2. Issiq qo‘l bilan tananing sovuq olgan joylari isitiladi.
3. Issiq ichimlik beriladi.
4. Bog‘lom qo‘yiladi.
5. SHifoxonaga yuboriladi.

Uy sharoitida

1. Nam oyoq va uts kiyimlari echiladi.
2. Bemor 17-18⁰ S li vannaga kiritilib, suv xarorati 36⁰ S gacha atsa-sekin ko‘tariladi.
3. Issiq choy yoki kofe ichirib, issiq joyga yotqizib, o‘rab qo‘yiladi.

4-ma’ruza

CHIQISHI VA SINISHLAR. ULARNING TURLARI . JAROXATLAR.

Reja:

1. Suyaklarning sinishi, turlari, asosiy belgilari, asoratlari
2. Suyak sinishida BTYO
3. Suyaklarning chiqishi, turlari, asosiy belgilari, asoratlari
4. Suyak chiqishida BTYO.

Suyak butunligining to‘liq yoki qisman buzilishi sinish deyiladi. Suyaklarning sinishi ochiq va yopiq ko‘rinishda buladi. Ochiq sinish-teri butunligining buzilishi, ya’ni jaroxatlanishi bo‘lsa, yopiq sinishda esa teri butunligi saqlanadi. Suyaklar to‘liq va qisman singan bulishi mumkin. Suyakning tuliq sinishida suyak bulaklarga bulinadi yoki dars ketadi. Bunda kundalangiga, qiyshiq, buralgan, maydalanib singan bulishi mumkin. SHikastlanishning joyiga kura suyak sinishi 2 ga bulinadi: 1. Suyakning o‘rta qismi sinsa-diafizar sinish 2. Suyakning bug‘in qismi sinsa epifizar sinish deyiladi. Suyak sinishida kupincha suyak bulaklari mushaklar reflektor qisqarishi yoki ta’sir etuvchi kuch xisobiga yon tomonga va uzunasiga siljiydi.

Suyak sinishining asosiy belgilari

1. qattiq og‘riq. Og‘riq xarakat qilinganda kuchayadi va bu suyakning singan turiga, ta’sir etgan kuchga, yumshoq to‘qimalarning jaroxatiga bog‘liq. Eng kuchli og‘riq suyakning ochiq sinib juda maydalanib ketgan xolatida buladi. Natijada og‘riqdan bemor shok xolatiga tushish mumkin.

2. Oyoq suyaklari sinishida deformatsiya (qiyshiqlik, kaltaligi) kuzatiladi.

3. singan soxada patologik qimirlash (singan suyak xarakati) va krepitatsiya (suyak bulaklarining g‘ichirlashi) belgilari seziladi. Bu vaqtda og‘riq yanada kuchayadi, chunki yaqin joylashgan qon tomir va nervlar SHikastlanishi mumkin. Bu belgilarni yuzaki ko‘rish va sog‘ oyoqqa taqqoslash orqali aniqlanadi.

4. Agar yopiq xolda singan bulsa gematoma, shish xosil bulishi, ochiq xolda suyak bulaklari yumshoq to‘qimadan kurinishi va qon oqishi belgilari kuzatiladi.

Suyak sinishida BTYO.

Suyak sinishida jaroxatlangan odamning taqdiri vaqtida va to‘g‘ri kursatilgan BTYO ga bog‘liq.

Ochiq sinishda: 1. Vaqtinchalik qon oqishi tuxtatiladi.

2. og‘riqni kamaytirish maqsadida jaroxatlangan suyakni va u bilan bog‘liq bug‘inlarni xarakatsizlantiriladi (immobilizatsiyalanadi) va bu bilan shokka tushishning oldi olinadi. Agar

tugʻri immobilizatsiya qilinmasa, qon tomir, nervning SHikastlanishi, shok xolati kuzatiladi. Asosiysi tranport immobilizatsiyasi SHikastlangan odamni sogʻ, asoratsiz va tezlikda satsionarga olib borishdan iborat. Buning uchun maxsus shinalardan (qimirlatilmaydigan, qimirlatish va tortish uchun muljallanib), bular boʻlmaganda faner, kardon, yogʻoch-taxtalardan shina sifatida foydalanish mumkin.

Transport immobilizatsiyasining qoidalari:

1. quyilayotgan shina pastki va yuqori ikki boʻgʻimni qamrashi kerak. Ayrim hollarda esa 3 ta boʻgʻim (son va elka suyaklari sinishida) ham harakatsizlantiriladi.
2. SHikastlangan oyoq qoʻlni iloji boricha fiziologik holatda, agar imqoniyat boʻlmasa ogʻriq kam seziladigan holatga qoʻyiladi.
3. ochiq sinishda chiqib turgan suyak boʻlagini qaytadan joyiga qoʻyish mann etiladi. Bunda serillangan bogʻlam bilan bogʻlanadi va shu holatda shina qoʻyiladi.
4. YOpiq sinishda jaroxatlangan shaxsni utski kiyimlarini echish taqiqlanadi.
5. SHina tagiga yumshoq buyumlar (paxta, sochiq, roʻmol va b.) qoʻyish tavsiya etiladi.
6. Jaroxatlangan shaxsni koʻtarish va yotqizishda SHikastlangan oyoq yoki qoʻlni ushlab turish zarur.
7. Ushbu tavsiyalar eʼtiborga olinmasa jaroxatlangan shaxsni axvoli ogʻirlashadi, yopiq sinish ochiq turiga oʻtishi, qon va nerv tomirlari SHikastlanishi va b. asoratlarni roʻy berishi mumkin.

Singan suyakka qarab immobilizatsiyaning turli usullaridan foydalaniladi. Son suyagi singanda Diterixs va norvonsimon simli shinalar, boldir suyagi singanda fanerli, narvonsimon simli va boshqa qoʻl kelgan shinalar ishlatiladi. Qoʻl suyaklarini sinishida narvonsimon simli shina yoki boshqalar (toʻrsimon, fanerli) qoʻllanadi. Qovurgʻa suyaklari singanda Elanskiy shinalari yoki paxtali dokadan yasalgan bogʻlam ishlatiladi.

BTYO dan sung davolash immobilizatsiyasi satsionarda utkaziladi. Bunda gipsli bogʻlamdan foydalaniladi. Gips 100-130⁰ S issiqlikda quritilgan kalsiy sulfatdir. 10-12 daqiqada qotadi, uta gigroskopik. SHikastlanishning boshlangʻich davrida langet (gipsli bogʻlam yarim uraladi), toʻqima shishlari qaytganda sirkulyar (keng, urtacha tor xolda) gipsli bogʻlam uraladi.

Gipslashning asosiy qoidalari:

1. gips qoʻyishda paytda qul-oyoq xarakatsiz va qulay xolatda bulishi lozim,
2. gipslanayotgan aʼzo yordamchi tomonidan faqat kaft bilan ushlanadi,
3. gipsning yaxshi qotishi va sinmasligini taʼminlash uchun extiyot choralari koʻriladi,
4. gipsli bint oʻralayotganda har gal oldingi oʻrashni 2/3 qismi qamrab olinadi,
5. har bir gipsli bint qavati utsidan qul bilan tekislanadi,
6. gipslangan oyoq yoki qul barmoqlarining uchlari ochiq qoldirilishi lozim,
7. gips qotgach oyoq yoki qul kutarilib quyilishi, agar ogʻriq sezilsa maxsus qaychi bilan kesilib langet tarzida utsidan bogʻlanadi.

Suyaklarning chiqishi.

Suyaklarning bugʻimlardan normal xolatidan surilishi suyak chiqishi deyiladi. Suyaklarning boʻgʻim yuzasi bir-biriga jips tegmay qolsa toʻliq chiqish, bugʻim yuzasi biroz bulsada tegib tursa qisman chiqish deyiladi. Suyak elka boʻgimidan chiqsa elka suyagi chiqishi, tirsakda bilak suyaklarining chiqishi va x.k .

Suyak chiqishi sabablariga kura tugʻma, travmatik, patologik, va odat boʻlib qolgan chiqish turlariga boʻlinadi:

1. Suyakning to'g'ima chiqishi. Ona qornida bo'g'im yuzalarining noto'g'ri rivojlanishi natijasida chanoq-son bug'imida son suyagi bir tomndan yoki 2 tomondan chiqib qoladi. Bu bola yura boshlagach oqsoqlanganidan yoki urdikka uxshab yurishidan seziladi. Bu kam uchraydigan chiqish turi bo'lib kuproq qiz bolalarda uchraydi.

2. Suyakning travmatik chiqishi kuproq uchraydi. YA'ni travma oqibatida masalan, elka bilan yiqilganda elka suyagining chikishi.

3. Patologik chiqish kam uchrab bug'im va uning atrofidagi to'qmalarda biron kasallik (sil, zaxm, otseomielit) natijasida buladi.

4. Odat bulib qolgan chiqishi ilgari chiqqanda bug'im kapsulasining uzilganligi va chuzilganligi sababli suyak takror chikadigan bulib qoladi. Sporsmenlarda (kurashchilar) kup uchraydi.

Suyak chiqishining asosiyl belgilari.

CHiqqan soxada o'ziga xos g'ichirlagan tovush eshitiladi, qattiq og'riq turadi, bo'g'im faol harakat qila olmaydi, chiqqan bo'g'imning tashqi ko'rinishining uzgaradi. CHiqqan soxada shish xosil bo'lishi va qon quyilish, chiqqan oyoq-qul uzunligining uzgarishi kuzatiladi. Oyoq-qulni xolatini o'zgartirishga harakat qilganda agar chiqqan bo'lsa, qarshilik seziladi.

CHiqqanda BTYO. Bemorni qimirlatmay yotqizib quyish, chiqqan oyoq yoki qulni qimirlamaydigan qilib bog'lash va tezda kasalxonaga olib borish, og'riq qoldiruvchi dorilar (morfin, promedol) beriladi. CHiqqan suyakni o'zicha to'g'rilashga harakat qilish tavsiya etilmaydi.

Hayotda ko'proq elka suyagining chiqishi kuzatiladi. Bunda chiqqan elka suyagi kasalxonada Koxer, Mota-Muxina, Gippokrat usullari bilan to'g'rilanadi.

Jaroxatlar.

Reja:

1. Jaroxatlarning kelib chiqish sabablari.
2. Jaroxatlarning turlari.
3. Jaroxatlarning turlariga qarab BTYO.

Teri yoki shilliq pardalarning butunligining buzilishi jarohatlar deyiladi. Belgilari: og'riq, qon oqishi va jaroxatlangan to'qima tortilishi, uning chetlarini qochishi. Og'riqning kuchi: a) jarohatning joylashgan o'rniga, b) jarohatlagan asbobning turiga, v) to'qimalarni SHikastlanishining tezligiga, g) jabrlanuvchini shaxsiy xususiyatlari va ruxiy holatiga bog'liq.

Jarohatlangan to'qima chetlarini qochishi, tortilishi, Ushbu to'qimaning qisqarishiga, undagi cho'ziluvchan-elatsik tolalarga bog'liq. Jarohatlanish natijasida elatsik tolalar ko'ndalangiga kesilgan bo'lsa, chetlari qochishi shuncha kattaroq bo'ladi va shuncha mikroblar tushishi bilan bog'liq asorat ko'p bo'ladi.

Qon ketishi jarohatning turiga, katta-kichikligiga, to'qimaning qon bilan ta'minlangani, qon bosimi va b. ga bog'liq. Ko'p qon yo'qotish o'tkir kamqonlik, karaxtlik va b.ga sabab bo'ladi.

Jaroxatning kelib chiqish sababiga ko'ra: beixtiyor va qasddan qilingan; infeksiyalanganiga ko'ra: aseptik, mikroblar bilan ifloslangan va infeksiyalangan bo'ladi.

Jarohatlagan buyumning xarakteriga ko'ra:

Kesilgan jaroxat-o'tkir asboblal (skalpel, pichoq, lezviya) keltirib chiqaradi va jroxat chetlari tekis bo'lib ko'p qon ketadi.

Yo'lingan jaroxat-teri va teri osti to'qmasi ko'chadi va chetlari noto'g'ri, qon oqishi kuproq.

CHopilgan- o'tkir va og'ir asboblar bolta, tesha, kilich) yordamida xosil qilinadi va chuqurroqda joylashgan to'qimalar zararlanib, ko'ndalan chopilsa jaroxatlangan to'qmaning tortilishi kuchayadi.

Lat egan- o'tmas, qattiq buyumlar (tosh, temir, yog'och) yordamida yuzaga keladi va yumshoq to'qimalarning ezilishi kuchli va qon oqishi kam bo'ladi.

Sanchilgan - o'tkir uchli asboblar nayza bigiz, mix) ta'sirida kelib chiqadi va jaroxat juda chuqur bo'ladi.

Tishlangan—ko'pincha xayvonlar ta'sirida kelib chiqadi va mikroblar bilan zararlangan bo'ladi (asoratida quturishga olib kelishi mumkin).

Zaxarlangan – ilon, chayon kabi zaxarli xayvonlar chaqkanida va kimyoviy moddalar ta'sirida kelib chiqadi.

O'q tekkan –miltiq,to'pponcha kabi qurollar ta'sirida yuzaga keladi va tanani teshib o'tishi yoki o'tmasligi mumkin.

BTYO ko'rsatish:

Jarohatlangan odamga yordam ko'rsatishda jarrohlik qayta ishlovi asosiy ahamiyatga ega. Jarrohlik qayta ishlovi agar birinchi 6 soat ichida o'tkazilsa erta, 24 soat ichida o'tkazilsa kechiktirilgan, undan ham keyin o'tkazilsa o'ta kechikkan deyiladi.

Birlamchi jarrohlik qayta ishlovida jarohatni og'ir-engilligiga qarab maxalliy yoki umumiy og'riqsizlantirilib, yarani yuviladi va quyidagi 5 ta tadbir amalga oshiriladi: 1) yarani kesib ochish, 2) o'lgan to'qimalarni olib tashlash, 3) jarohatdagi yot jismlarni olib tashlash, 4) qon oqishini to'xtatish, 5) jarohatni tikish, drenaj qo'yish.

Har qanday jarohatni iflosliklardan tozalab, chetlari yodonat, yodopiron bilan, jarohatning o'zi esa 1-2 % vodorod peroksid bilan ishlanadi va aseptik bog'lam qo'yiladi.

Iflosliklar bo'lmaganda, yot jismlarni to'la olib tashlash va jarohat chetlarini tortmasdan yaqinlashtirish imqoni bo'lsa, magitsral tomirlar va nerv svollari butun bo'lsa jarohatni tikish mumkin.

Yiringli jarohatlarni yallig'lanish fazasida davolashda V. I. Sruchkov bemor immun tizimini faollashtirish, antiseptiklardan foydalanish, yiringni chiqib ketishiga imqon yaratish, proteolitik fermentlardan foydalanishni tavsiya etadi. Regeneratsiya fazasida esa umumiy quvvatlantiruvchi terapiya, indifferent malhamlardan foydalanish tavsiya etiladi. Zaruriyat bo'lsa jarrohlik usullaridan foydalaniladi.

5-ma'ruza

Shikastlanishlar. Yumshoq to'qima shikastlanishi va BTYO

Bosh miya Shikastlanishi va unda BTYO

Reja:

1. SHikastlanishlarning tasnifi
2. YUmshoq to'qimalarning SHikastlanish turlari
3. Uzoq vaqt bosilish sindromi, asosiy belgilari va unda BTYO
- 4.Bosh miya SHikastlanishining asosiy belgilari
5. Miya chayqalishi
6. Miya urilishi va ezilishi, belgilari, BTYO.

SHikastlanish deb odam organizmiga to'satdan turli tashqi omillar ta'siri natijasida to'qimalarda, organlarda anatomik-funksional o'zgarishlar vujudga kelib, maxalliy va umumiy reaksiyalar bilan davom etadigan patologik holatga aytiladi.

SHikastlanishlarning quyidagi turlari ma'lum:

- 1) ishlab chiqarish bilan bog'liq bo'lgan,
- 2) ishlab chiqarish bilan bog'liq bo'lmagan,
- 3) harbiy,
- 4) qasddan etkazilgan.

Ishlab chiqarish bilan bog'liq SHikastlanish korxona, tashkilot v.b. ish jarayonida sodir bo'ladi. Bunga qishloq xo'jaligi bilan bog'liq SHikastlanish ham kiradi.

Ishlab chiqarish bilan bog'liq bo'lmagan SHikastlanish korxona, tashkilot v.b. ish jarayonida sodir bo'lmaydi. Bunga uy sharoitida, transportda, ko'chada, sport bilan shug'ullanganda bo'ladigan SHikastlanishlar kiradi.

Harbiy SHikastlanish esa harbiy xizmat bilan bog'liq SHikastlanishlarni o'z ichiga oladi.

Qasddan SHikastlanishga esa o'zgaralar tomonidan ataylab etkaziladigan SHikastlanishlar kiradi. SHikats etkazadigan omillar-mexanik, fizik, kimyoviy va b. bo'lishi mumkin.

Ko'rinishi bo'yicha yopiq va ochiq; kelib chiqishi bo'yicha bevosita va bilvosita SHikastlanishlar farqlanadi. YOpiq SHikastlanishlarda teri butunligi saqlanadi, teri ostidagi to'qima va a'zolar shikatslanadi. Ochiq SHikastlanishda esa teri jarohatlanadi. Bevosita SHikastlanishda tashqi omil ta'sir etgan joyda o'zgarishlar kuzatiladi. Bilvosita SHikastlanishda esa ta'sir joyida o'zgarishlar bo'lmay, boshqa joylarda o'zgarish kuzatiladi. SHikatslovchi omil bir marta yoki uzoq vaqt atsa-sekin ta'sir etishi mumkin (o'tkir va surunkali SHikastlanishlar).

SHikastlanishlarning maxalliy belgilariga og'riq, teri rangini va butunligini o'zgarishi, SHikastlangan a'zo faoliyatini buzilishi va b. kiradi. Umumiy belgilarga xushdan ketish, shok, kollaps kiradi.

SHikastlanish darajasi quyidagi omillarga bog'liq: 1) shikatslovchi omilni fizikaviy tavsifi, 2)SHikastlangan to'qimalarning anatomik-fiziologik xususiyatlari, 3) SHikastlanish vaqtida jabrlanuvchining ahvoli, 4) to'qima va a'zolardagi patologik o'zgarishlar va b.

SHikastlanishlar kechishiga qarab: engil (ish qobiliyati yo'qotilmaydi, o'rtacha (ish qobiliyati vaqtincha yo'qotiladi) va og'ir (ish qobiliyati uzoq vaqt yo'qotiladi) bo'lishi mumkin.

YUmshoq to'qimalarning yopiq SHikastlanishi.

Lat eyish. SHikastlanishlar ichida ko'p uchrab, o'tmas buyum ta'sirida sodir bo'ladi. Lat eyish musht, tayoq, tosh bilan urish, yiqilish, yuqoridan tushgan narsalarning qattiq urilishi natijasida kelib chiqishi mumkin. Lat eyishning belgilariga og'riq, to'qimalar shishi, teri ostiga qon quyilishi, faoliyatining buzilishi kiradi. Teri to'qimalari ostiga qon quyilishi qontalash deyiladi, kattaroq qon tomir SHikastlangan bo'lsa, qon ko'p miqdorda to'planadi va gematoma xosil bo'ladi. Urish olish natijasida ichki a'zolar (jigar, o'pka, bo'yрак, ichaklar) SHikastlanishi mumkin. Bunda shok rivojlanishi mumkin. Og'riq shikatslovchi omilning kuchi va SHikastlanish joyiga bog'liq. Nerv svollari va refleksogen zonalar lat eganda og'riq kuchli bo'ladi. Og'riq xarakter qilganda kuchayadi va tinch turganda kamayadi. Xosil bo'lgan shishning katta-kichikligi quyilgan qon miqdoriga va limfa tomirlarining uzilishiga bog'liq bo'ladi. Surilish jarayonida gemoglobin rangi o'zgarishiga bog'liq xolda qon quyilgan joy avval yashil, so'ng sarg'ish tus oladi.

BTYO. Lat egan odamga yordam berish tinch qo'yish, qon quyilishini va og'riqni kamaytirishga qaratiladi. Og'riqni qoldirish uchun SHikastlangan soxani yuqori ko'tarib qo'yiladi, sovuq kompress buyuriladi, siqib turuvchi bog'lam qo'yish mumkin. Lat egan bo'g'imni immobilizatsiya qilish lozim bo'ladi. Gematomaning so'rilishini tezlatish uchun 2-3 kundan keyin issiq kompress, vanna, UVCH va massaj qo'llaniladi.

Boylamlarning cho'zilishi bo'g'im sohasida uni cho'zib yuboradigan va hatto boylamlarni uzib yuboradigan zo'r keladigan harakatlar natijasida kelib chiqadi. Boylam cho'zilganda qattiq og'riq paydo bo'ladi. SHikastlangan soha tezda shishadi va bo'g'im faoliyati buziladi, qon tomirlari uzilishi oqibatida cho'zilish boldir-oyoq panjasi bo'g'imida, tizza va tirsak bo'g'imlarida ko'p uchraydi. Boylam cho'zilganda, bo'g'im sohasiga bosib turadigan bog'lam qo'yish kerak. Og'ir xollarda gipsli bog'lam qo'yiladi. Bo'g'im cho'zilganda avval muzli xalatacha yoki sovuq kompress ishlatiladi. Keyingi kunlarda esa isituvchi muolajalar qilinadi.

Boylamlarni uzilishi. Ko'pincha boylamlar, mushaklar, qon tomir va nerv tolalari tortilishi natijasida uzilishi mumkin. Bunday SHikastlanish ko'proq jismoniy tarbiya va sport bilan shug'ullanuvchilarda uchraydi.

Boylamlarni uzilishi natijasida bo'g'imda qon yig'iladi, og'riq bo'ladi. Tizza bo'g'imi SHikastlanganda oyoqni bukish yoki yoyish kuchli og'riq beradi, shu erda shish paydo bo'ladi.

Mushaklar uzilishida ham qattiq og'riq seziladi va uzilgan joyda bo'shliq hosil bo'ladi, shish kuzatiladi. **Mushaklarning yorilishi** to'satdan og'riq bo'lishi, teri ostiga qon quyilishi, shish, SHikastlangan a'zo faoliyatining buzilishi bilan tavsiflanadi.

BTYO tadbirlari immobilizatsiya qilish, og'riq qoldiruvchi dorilar berish, muzli xaltacha qo'yishdan iborat SHishlarni kamaytirish maqsadida oyoq yoki qo'l ko'tarilgan holatda bo'lishi kerak.

Uzoq vaqt bosilish sindromi – zilzilalar, tabiiy falokatlar tufayli odam uzoq vaqt binolar yoki boshqa qulagan obektlar tagida qolib ketganda kuzatiladi. Uzoq vaqt bosilish sindromi patogeneza asosan 3 ta omil axamiyatga ega:

1. Kuchli og'riq sezgisi-buning oqibatida markaziy nerv sitsemasida patologik o'zgarishlar sodir bo'ladi.

2. Travmatik toksemiya- SHikastlangan to'qimalarning parchalanish maxsulotlarining qonga surilishi oqibatida kelib chiqadi.

3. Plazma yo'qotish- bu SHikastlangan a'zolarni shishishi tufayli rivojlanadi.

SHikastlangan odamda kuchli og'riq, qo'zg'alish belgilari, atrof-muxitga mos bo'lmagan javob reaksiyasi, titrash, pulsning sekinlashishi, arterial qon bosimining tushib ketishi, xattoki, o'lim kuzatilishi mumkin. Maxalliy belgilar: teri qoplamlarining oqarishi, ko'karishlar, o'sha joyda shish va pufaklar paydo bulishi, qon quyilishi kabilar kuzatiladi. Qon tarkibida qonning quyuqlashishi, gematokrit ko'rsatkichining oshishi, eritrostitlar va gemoglobin miqdorining ko'payishi kabi, shuningdek buyrak faoliyatining izdan chiqishi va ajralayotgan peshob miqdorining kamayishi kuzatiladi.

Uzoq vaqt bosilish sindromining kechishida 3 ta davr ajratiladi:

1. Erta davr-SHikastlangandan keyin 2-3 kun ichida kuzatiladi.

2. Oraliq davr-3 nchi 12nchi kunlar ichida kuzatiladi

3. Kech davri- 12 nchi kundan sung kuzatiladi.

Erta davrda tananing shishi va gemodinamik o'zgarishlar, oraliqda-buyrak etishmovchiligi, kech davrda jabrlanuvchi xolatining atsa –sekin sog'ayishi kuzatiladi.

Birinchi tibbiy yordam. Jabrlanuvchini bosib turgan buyumlar ostidan olib chiqish, nafas yo'llarini tozalash, muzli xaltacha quyish, ezilgan joylarga aseptik bog'lam quyish, jaroxatli joyni elatsik bint bilan bog'lash, qon ketayotgan bo'lsa jgut quyish xamda transport immobilizatsiyasidan iborat. Zaxarlanishni kamaytirish uchun venaga suyuqliklar yuborish yoki ishqoriy suyuqliklar ichirish tavsiya etiladi. Og'riq qoldirish maqsadida 1-2 ml, 1-2 % li promedol yoki narkotik analgetiklardan (morfin) foydalanish mumkin.

MAVZU: BOSH MIYA VA UMURTQA POG'ONASI SHIKASTLANISHLARI

Bosh suyagi yopiq va ochiq SHikastlanishi mumkin. Urib olish yoki lat eyish, miyaning ezilishi yopiq SHikastlanishga kiradi. Bu aksari o'tmas buyumlar ta'sirida sodir bo'ladi. Jaroxatlanish esa ochiq SHikastlanishga kiradi. Bunda terining butunligi buzilib, qon oqadi.

Bosh miya SHikastlanishlarida tibbiy yordamni to'g'ri tashkil qilish uchun uning belgilariga e'tibor berish lozim. SHikastlangan odamda es-xush quyidagicha bo'lishi mumkin:

Es-xushning tiniqligi-bemor atrof-muxit, vaqt va o'z xolatini baholay oladi, savollarga mos javob beradi.

Uyquchanlik xolati-bemor oddiy savollarga to'g'ri javob beradi, vaqt va turgan joyini aytib berolmaydi, uyqu tortadi.

Sopor xolati-so'zlarga javob bermaydi, faqat bemorda og'riqqa javob reaksiyasi mavjud.

Koma xolati-bemor ichki va tashqi qo'zg'atuvchilarga javob bermaydi. Ayrim asosiy reflekslarga saqlanib qolgan bo'lishi mumkin, nafas va Yurak faoliyati izdan chiqadi, asfiksiya xavfi paydo bo'ladi, peshob tutiladi.

Xotiraning o'zgarishi: retrograd va anterograd amneziya tarzida namoyon bo'ladi.
Retrograd amneziya- SHikastlangan zaxoti xotirani yo'qolishi va uni qisqa vaqt davom etishi.
Anterograd amneziya-xotirani SHikastlangan davrdan to to'la tiklanguncha bo'lgan vaqt oralig'ida yo'qolishi.

Ko'z soqqasining xolati: miya chayqalgan odamda odatda ko'zlari yopiq xolatda bo'ladi. Ko'z olmasining noto'g'ri joylashishi miyani og'ir jaroxatlanishidan darak beradi. Ko'z olmasining muvofiqlashmagan xarakatlanishi (nitsagm) ham miyani SHikastlanganini bildiradi.

Ko'z qorachig'ining xolati qorachiqni qisqarishi sekinlashishi yoki yo'qolishi miya SHikastlanganini bildiradi. Ko'z qorachig'ini bir tomonlama kengayishi (anizokoriya) miyaga qon quyilganda, miya ezilganda kuzatiladi. Ko'z qorachig'ini ikki tomonlama kengayishi va qorachiqni yorug'likka reaksiyasini yo'qolishi miyani ikki tomonlama bosilganligini bildiradigan noxo'sh belgi xisoblanadi.

Bundan tashqari miya SHikastlanganda mimik mushaklarni asimmetriyasi, ensa mushaklarini rigidligi va b. belgilar kuzatiladi.

Bosh suyaklarining ochiq sinishi-uni o'rab turgan yumshoq to'qima butunligining buzilishi bilan tavsiflanadi. Bosh suyagining ochiq singanligini aniqlash uncha qiyinchilik tug'dirmaydi. Bunda rentgenografiya usuli qo'llanadi. Rentgenografiya yordamida bosh suyagi sinishining yo'nalishini, darz ketganligini, ichiga botganligini va shunga o'xshash xolatlarni aniqlash mumkin bo'ladi.

BTYO. Bosh suyaklari singanda birinchi yordam berish, miyaning chayqalishi va shokka qarshi kurashga qaratiladi. Bosh suyagi singan odamni gorizontal xolatda yotqizib, boshiga muzli xaltacha qo'yish kerak. Nafas olishi to'xtab qolgan bo'lsa, sun'iy nafas oldirish va nafas analeptiklari (1% li lobelin eritmasi) in'eksiya qilish kerak. Bemor xushiga kelgach davolash

muassasasiga junatiladi. Bosh suyagi singanda bemor uzoq vaqt qimirlamay yotishi kerak bo'ladi. Miya faoliyatida o'zgarishlar bo'lmasa, operatsiya qilinmaydi. Bemorga to'la orom beriladi. Suyak parchalarining botib ketishi natijasida kala ichki bosimi oshsa, bosimni tushirish va botgan parchalarni olib tashlash uchun bosh suyagi teshiladi, ya'ni trepanatsiya qilinadi. Bosh suyaklari ochiq singanda zudlik bilan jarroxlik amaliyoti o'tkaziladi.

Bosh tubining sinishi. Bosh tubi suyaklari (asosi) ko'pincha bosh bilan yiqilganda sinadi. Rentgenologik tekshirish tashxisni aniqlashda yordam beradi. SHikastlanishdan keyin ko'karish, burun va quloqdan qon ketishi kuzatiladi.

BTYO. Bemorni bosh tomonini yuqori qilib tinch xolatda yotqizib qo'yiladi. Eshitish yo'llarini va burunni yuvmaslik kerak, ko'p qon oqqanda burunga tampon qo'yish mumkin. Quloq soxasi aseptik bog'lanadi. Kala ichki bosimini tushirish uchun glyukozaning 40 % li eritmasidan venaga 10-20 ml yuboriladi; og'ir xollarda orqa miya suyuqligi olinadi, shunda bosh og'rishi va bosh aylanishi kamayadi. Infeksiya rivojlanishining oldini olish uchun penitsillin bilan sreptomitsin eritmasini aralashtirilib yuboriladi. Bemor kamida 4-5 hafta, miyadagi o'zgarishlar butunlay yo'qolgunicha o'rinda yotishi shart.

Miyaning ezilishi. Miya suyaklari singanda miya ezilishi, siniq suyak parchalari botishi, qattiq va yumshoq pardalarga qon quyilishi hamda miya shishib ketishi natijasida qon aylanishi buzilishi va orqa miya suyuqligi ko'p miqdorda yig'ilishi mumkin.

Miya ezilishining eng asosiy belgisi qon tomirining sekin urishidir (40-50 marta). Miya ezilganda bosh tinmay og'riydi, bemor qusadi, qo'zg'aladi, nafas olishi tezlashadi, tomiri suts uradi, ko'z qorachiqdari kengayib ketadi va yorug'likka reaksiya bermaydi, nixoyat xushidan ketadi.

BTYO. Birinchi yordam boshni qimirlatmaslikka qaratilgan bo'ladi. Transport immobilizatsiyasi uchun zinapoyasimon yoki Elanskiyning fanerli shinasidan foydalaniladi. Miya shishini oldini olish uchun diuuretiklar va gipertonik eritmalaridan foydalanish mumkin. Og'ir xollarda bosh suyagi trepanatsiya qilinadi.

Miyaning urilishi. SHikatslovchi omilning miyaga karama-qarshi tomondan zarb bilan urilishi natijasida kelib chiqadi, bunda boshning yumshoq to'qimasi butun qolib, miya moddasi shikastlanadi. Engil darajada urilganda-es-xushning yo'qolishi, nevrologik o'zgarishlar, nutq va sezishning buzilishi, falajliklar kuzatiladi. O'rta darajada miya faoliyatining buzilish belgilari birmuncha yaqqolroq ifodalanadi. Og'ir darajada uzoq vaqt xushsizlik, hayotiy faoliyatlarni izdan chiqishi kuzatiladi.

BTYO. Boshni yuqoriga qaratib yotqizilgan xolda zambilda kasalxonaga jo'natiladi. Davolash 4-5 hafta olib boriladi va miya shishini oldini olishdan, miyaga qon quyilganda punksiya qilish, miya oziqlanishini yaxshilash va yallig'lanishga qarshi kurashdan iborat bo'ladi.

Miya chayqalishi. SHikastlanish tufayli miyada morfologik o'zgarishlar ro'y bermasdan faqat uning faoliyatini buzilishi miya chayqalishi deyiladi. Engil darajada qisqa vaqt es-xushni yo'qotish, qusish, bosh og'rig'i, bosh aylanishi kuzatiladi. O'rta darajasida bir necha soat es-xushini yo'qotish. adinamiya, nitsagm, qorachiqni torayishi, pulsni sekinlashishi, nafasni tez va yuzaki bo'lishi kuzatiladi. Og'ir xollarda esa es-xushi uzoq vaqt tiklanmaydi, puls va nafas olish sekinlashadi, nevrologik o'zgarishlar kuzatiladi.

BTYO. Miyasi chayqalgan odam shifoxonada uzoq vaqt davolanadi. Qo'zg'alish alomatlarini bo'lganda morfin, lyuminal yoki veronal buyuriladi, boshiga muzli xalta quyiladi. Uzoq vaqt xushsiz yotganda natriy xloridning 10 % eritmasidan 10-20 ml, glyukozaning 40 % li eritmasidan 20-40 ml venaga, 25 % magniy sulfat 4 ml mushaklar orasiga yuboriladi, magniy

sulfatning 50 % li eritmasini klizma qilish mumkin. Kala ichki bosimini tushirish uchun diuretiklardan (furosemid, triamterin) xam foydalanish mumkin. Sedativ va tomirlarni kengaytiruvchi vositalardan foydalaniladi.

Umurtqa pog‘onasining SHikastlanishi-qurilish, tog‘da ishlovchilar, qishloq xo‘jalik ishlarini bajarayotganlar, sportchilar orasida uchrashi mumkin. Umurtqa pog‘onasi yopiq va ochiq sinishi mumkin.

Belgilari: singan soxaning shishib qolishi, og‘riq, harakatsizlik va b. Ko‘pincha to‘liq va qisman falajlik (parez va gemeparez), sezuvchanlikning yo‘qolishi, chanoq a‘zolari faoliyati buzilishi kuzatiladi.

BTYO. Bemorni qimirlatmasdan kasalxonaga jo‘natiladi. Uzoq vaqt o‘rinda yotish, tortib qo‘yish, gipsli korset, davolash fizkulturasi, fizioterapiya va boshqa usullardan foydalaniladi.

6– ma’ruza.

O‘TKIR JARROXLIK INFEKSIYALARI. O‘TKIR JARROHLIK KASALLIKLARI

Reja:

1. O‘tkir jarrohlik aerob infeksiyalari, ularni oldini olish va davolash.
2. O‘tkir yiringli infeksiyalarni ayrim turlari va ularda BTYO.
3. O‘tkir anaerob jarrohlik infeksiyalari.

Klinik kechishi va to‘qimalardagi patologoanatomik o‘zgarishlarga qarab, jarrohlik infeksiyalari quyidagilarga ajratiladi:

O‘tkir jarrohlik infeksiyalari:

1. O‘tkir yiringli infeksiya;
2. O‘tkir anaerob infeksiya;
3. O‘tkir maxsus infeksiya (qoqshol, kuydirgi va b.)
4. o‘tkir chirish infeksiyasi.

Surunkali jarrohlik infeksiyasi:

1. Surunkali nospetsifik infeksiya;
2. Surunkali maxsus infeksiya (sil, zaxm, aktinomikoz).

O‘tkir yiringli infeksiyalar.

Ko‘pincha o‘tkir yiringli infeksiyalarni safilakokk, sreptokokk, ichak tayoqchasi, pnevmokokk, ko‘k yiring tayoqchasi qo‘zg‘atadi.

Yiringli jarayonning kechishi va oqibati quyidagi omillarga bog‘liq:

1. Makroorganizmning immunologik holati,
2. Mikroblarning biologik xususiyatlari-dozasi, virulentligi va b.
3. Mikrob tushgan o‘choqning anatomo-fiziologik xususiyatlari;
4. Qon aylanishning holati,
5. Bemor qoni tarkibi,
6. Tananing allergiyanish darajasi.

Mikroorganizmlar tanaga tushganda quyidagi mahalliy belgilar kuzatiladi: arterial giperemiya, shish, og‘riq, shu soxada haroratning ko‘tarilishi, a‘zo va to‘qimalar faoliyatining buzilishi. YAllig‘lanish eksudatida ko‘p miqdorda leykostitlar yig‘iladi.

Umumiy reaksiyalarning kelib chiqishi bakteriyalar toksinlarining va to‘qimalarning parchalanish mahsulotlarini miqdoriga, tananing himoya kuchlariga bog‘liq. Umumiy klinik

belgilariga tana haroratining oshishi, titrash, bosh og'rig'i, umumiy holsizlik, aql-xushning xiralashuvi kiradi. Yurak-qon tomir, jigar va buyraklar faoliyati izdan chiqadi. Qon tarkibidagi o'zgarishlar: kamqonlik, ECHT oshishi, leykostitar formulaning chapga siljishi va b. Jigar SHikastlanganda globulinlar miqdori ortishi, albuminlar miqdori esa kamayishi, buyrak SHikastlanganda peshobda oqsil va silindrlar paydo bo'lishi kuzatiladi.

Yiringli infeksiyalarni oldini olish uchun quyidagilarga e'tibor berish lozim:

1. SHikastlanishlarning oldini olish,
2. SHikastlanishlarda birinchi tibbiy yordamni to'g'ri tashkil qilish,
3. Qandli diabet va b. kasalliklarni davolash,
4. Turli yiringli jarayonlarni o'z vaqtida davolash.

Kasalxona ichi infeksiyalarini oldini olish uchun quyidagilar amalga oshiriladi:

- bo'limda ishlovchilar orasida safilakokk tashuvchilarini sanatsiya qilish,
- bo'limning sanitariya-gigiena holatini qattiq nazorat qilish,
- o'tkir jarrohlik infeksiyasi aniqlangan bemorlarni ajratish,
- muolaja va jarrohlik amaliyoti o'tkazilayotganda aseptika va antiseptika qoidalariga amal qilish,
- faol emlash,
- gripp epidemiyasi vaqtida maxsus niqobchalardan foydalanish, chunki bu ham organizmni kuchsizlantirib, yiringli infeksiyalar rivojlanishiga sharoit yaratadi.

O'tkir yiringli infeksiyalarni davolash asosan yallig'lanish o'chog'ini chegaralashga qaratiladi. Buning uchun yallig'lanish o'chog'i atrofiga novokain va antibiotiklar yuborish, vena yoki mushaklar orasiga antibiotiklar yuborish, fizioterapevtik muolajalar tavsiya etish va boshqa tadbirlar bajariladi. Bundan tashqari yiringlagan to'qimani yiringdan tozalash, antiseptik dorilar bilan yuvish, gipertonik eritma bilan tampon qo'yish va boshqa tadbirlar bajariladi. Organizmning immun tizimini yaxshilash maqsadida vitaminlar, autogemoterapiya, kaloriyali va sifatli ovqatlanish tavsiya etiladi. YArani nekroz massalaridan tezroq tozalanishi uchun proteolitik fermentlardan (ximotripsin, terrilitin) foydalaniladi. Ayrim hollarda immunomodulyator preparatlari (timolin, timoglobulin v.b.) beriladi. Antibiotiklar bilan davolash, faol va passiv emlash usullaridan foydalaniladi.

Panaritsiy-barmoqlarni o'tkir yiringli yallig'lanishi. U teri orasidan, teri ostida, tirnoq ostida, payda, suyakda, bo'g'imda bo'lishi mumkin. Keyingi 3 turi og'ir kechadi.

Kasallikning asosiy belgilari: og'riq, shish, qizarish, haroratni ko'tarilishi va barmoqlarning faoliyati buzilishi. Bu belgilar panaritsiyning turiga qarab har xil darajada ifodalangan bo'ladi. Panaritsiyning asosiy va doimiy belgisi kuchayib boradigan og'riqdir. Uni oldini olish uchun mikrotravmalardan saqlanish, shaxsiy gigenaga e'tibor berish, tirnoq olish va manikyurda extiyot bo'lish va xak. Panaritsiyni boshlang'ich davrida barmoqni gipertonik eritmaga (10-20 % osh tuzi) solib turish, piyoz boylash, bog'lam quyish (Vishnevskiy malxami bilan) mumkin.

Og'riq kuchayganda jarroxlik yo'li bilan davo qilinadi. Panaritsiy 1-2 % novokainli anetseziyadan so'ng kesiladi va yiringdan tozalanib, antiseptiklar bilan davo qilinadi. Agar vaqtida jarroxlik muolajasi qilinmasa og'ir turlariga o'tib ketishi va asoratlari berishi mumkin.

Furunkul-soch qopchasi, yog' bezlari va ularning atrofidagi to'qimalarning o'tkir yiringli yallig'lanishi. Ushbu teri kasalligi ko'proq bo'yinda, orqada, dumbada va yuzda bo'lib turadi. Uni safilakokklar keltirib chiqaradi. Ayniqsa terining mayda jarohatlanishi, teri ifloslanishi, sovuq eyish, avitaminoz, qandli diabet natijasida rivojlanadi. CHipqon boshlanishida infiltrat (to'qimaning shishishi), og'riq seziladi va atsa-sekin rivojlanib boradi. Infiltrat ham, og'riq ham

kuchaya boradi. YAllig'lanishning hamma belgilari namoyon bo'ladi. 5-7 kunga borib chipqonning o'rtasida yiringli serjen hosil bo'ladi va ishtahaning pasayishi, uyquning buzilishi, umumiy haroratning ko'tarilishi kabi o'zgarishlar kuzatiladi. CHipqonni yuqori labda joylashishi xavfli hisoblanadi, chunki infeksiya venalar orqali bosh miyaga o'tishi va meningit asoratini berishi mumkin.

Birinchi tibbiy yordamda issiq qilish, UVCH, piyoz boylash, Vishnevskiy surtmasini qo'yish, antibiotiklar ishlatish o'rinlidir. Agar bu tadbirlar samara bermasa jarrohlik usuli qo'llanadi. Yara kesib yiringni serjeni olib tashlanadi va yiringdan tozalanib, vodorod peroksid, gipertonik eritma bilan turunda qo'yiladi. Antibiotiklar (ampitsillin) in'eksiya qilinadi. Faol va passiv emlash mumkin. CHipqonni oldini olishda shaxsiy gigienaga rioya qilish va jarohatlanganda antiseptiklarni ishlatish katta ahamiyatga ega.

Karbunkul-soch qopchalari, yog' bezlari va boshqa yon va osti to'qimalarini ko'plab yiringli yallig'lanishi natijasida to'qimani nekrozga uchrab, o'rta qismida qoramtir rangli tusni oladi. Og'ir hollarda teri osti kletchatkasi ham yallig'lanadi. Karbunkul orqa va bo'yinda ko'proq joylashib, qo'zg'atuvchisi safilakokklar. Karbunkul chipqonga qaraganda og'irroq o'tadi.

YAllig'langan joyda kuchli og'riq bo'lib, uyqu buziladi, tana harorati 39° S gacha ko'tariladi, ko'pincha lifadenit, tromboflebit, sepsis kabi asoratlar beradi.

Kasallikni boshlanishida mahalliy muolajalar (quruq issiq, UVCH, antibiotiklar) qilinadi. Karbunkul shakllanib bo'lgach, jarrohlik usuli bilan kesilib, yara tozalanadi-nekrozga uchragan to'qimalar, yiringlar olib tashlanadi va antibiotiklar, antibakterial dorilar (furatsillin, kaliy permanganat, vodorod peroksid) bilan yuviladi va gipertonik eritma (10 % osh tuzi) bilan turunda quyilib, u har kuni yangilanadi.

Lifangit-limfa tomirlarining, **limfadenit** esa limfa bezlarining yallig'lanishidir. Yiringli jarayonlarning asorati sifatida rivojlanadi. Bemorlar SHikastlangan soxada achishish, qichishga shikoyat qiladilar, yiringli o'choqdan limfa tugunlari tomon yo'nalgan qizil chiziqlar hosil bo'ladi, ular og'riqli bo'lib, kattalashadi, zichlashadi. Ularning atrofidagi teri qizargan, bir qancha vaqt o'tgach flyuktuatsiya kuzatiladi.

Davolashda asosiy yiring o'chog'ini tugatish, antibakterial terapiya, immobilizatsiyadan foydalaniladi.

Absess-yiringni to'qima va a'zolarida chegaralangan to'planishidir. Asosiy qo'zg'atuvchisi safilakokklar. YAralanganda, mikrotravmalarda, muolajalar qilishda aseptika qoidalari buzilganda kelib chiqadi. og'riq, teri qizarishi, flyuktuatsiya kuzatiladi. Tana harorati ko'tariladi.

Flegmona-teri osti yoki mushak aro to'qimasining tarqalgan yiringli yallig'lanishi. Klinik belgilari: teri qizarishi, yuqori harorat, og'riq, SHikastlangan a'zo faoliyatini buzilishi.

Absess va flegmonani davolash shakllanib bo'lgan yiringni kesish, ulgan to'qimalarni olib tashlash, vodorod peroksid, furatsilin bilan yarani yuvish, drenaj yoki gipertonik eritmali tampon qo'yishdan iborat. Antibiotiklar, safilakokka qarshi γ -globulin, dezintoksikatsiya maqsadida qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar yuboriladi.

Sepsis-og'ir infeksiyon kasallik bo'lib, ko'pincha yiring chaqiruvchi mikroblar keltirib chiqaradi. Sepsis to'g'ridan-to'g'ri rivojlansa birlamchi, yiringli kasalliklardan so'ng kelib chiqsa ikkilamchi deyiladi. Sepsis organizmni infeksiyaga qarshi qobiliyati pasayganda, yiringli yallig'lanishlar butun tana bo'ylab tarqalib ketishi natijasida ro'y beradi. Septitsemiya va septikopiemiya farqlanadi. Metatsazlarsiz o'tkir sepsis-septitsemiyada yuqori harorat ($40-41^{\circ}$ S), kunlik haroratni farqi kichik bo'lishi (1° S), metatsazlarda esa (septikopiemiya) ertalabki va

kechqurungi haroratlar orasida farq katta bo'lishi kuzatiladi. Teri oqargan, petexial toshmalar, pulsni kuchsizligi, arterial bosim pasaygani aniqlanadi. Qonda leykostitoz, serillikka tekshirilganda mikroblar o'sishi aniqlanadi. Eng og'ir asorati septik shok hisoblanadi.

Davolashda bemorni kaloriyali, vitaminli ovqatlantirishga e'tibor berish kerak. YOtoq yaralarini oldi olinadi. Sepsisni keltrib chiqargan o'choq bartaraf etiladi. Antibiotiklar, immunostimulyatorlardan foydalaniladi.

Anaerob infeksiyalar

Gazli gangrena-ko'proq *Clostridium perfringens* turiga mansub mikroblar qo'zg'atadi. Bu mikroblar axlat, go'ng, chang, odamning iflos terisida juda ko'p bo'ladi. Gazli gangrena rivojlanishiga magitsral tomirlarni zararlanishi, suyaklarni ochiq sinishida etarlicha immobilizatsiya qilinmaslik, yaraning ifloslanishi, mushakda jarohat bo'lishi, to'qimalardagi kislorod tanqisligi, ochlik, sovuq qotish, organizm qarshiligini pasayishi va b. ta'sir ko'rsatadi.

Klinik belgilari yaralanishdan 3-4 kun o'tgach yuzaga chiqa boshlaydi. YArada qattiq tortishadigan og'riq paydo bo'lishi va yaralangan bemor umumiy ahvolining yomonlashishi, qo'zg'alish, yuz oqarishi, tilning quruqlashishi datslabki belgilar hisoblanadi. Keyinchalik yara sohasi quriydi, to'qimalar tezlik bilan shishadi va atsa-sekin qo'l yoki oyoqning hamma eriga tarqaladi, mushaklar rangi o'zgaradi (qaynatilgan go'shtga o'xshab qoladi) va terida har xil rangdagi dog'lar paydo bo'ladi. Teri osti kletchatkasida gaz bo'lganligidan ushlab ko'rilganda g'ijirlagandek bo'ladi. Bundan tashqari yaradan yomon hid keladi, atrofiga po'fakchalar toshadi, mushaklar iriydi. Bemorning ahvoli zaharlanish tufayli yomonlasha boradi. Ayni vaqtda yumshoq to'qimalar o'la boshlaydi, gangrena yuqoriga ko'tarilib boradi.

Gazli gangrenaga jarrohlik usuli bilan davo qilinadi, ya'ni SHikastlangan sohaning terisi mushaklar yo'nalishi bo'ylab kesiladi. Agar bu choralar yordam bermasa, qo'l yoki oyoq amputatsiya qilinadi. Bundan tashqari antibiotiklar, qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar qo'yish va b. choralar ko'riladi. Maxsus davosi 50000 AB gangrenaga qarshi zardob yuborish hisoblanadi. Bemor alohida palatada parvarishlanadi. Uning yarasiga tekkan narsalar tashlab yuboriladi.

Oldini olish uchun yumshoq to'qimalar SHikastlanganda, suyaklar singanda mushaklar orasiga gangrenaga qarshi (3000 birlik zardobni 100-150 ml serillangan fiziologik eritmada eritib) zardob yuboriladi hamda yaralar o'z vaqtida birlamchi jarrohlik qayta ishlovi o'tkaziladi.

Qoqshol-o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, uni terida, odamlar kiyimida, erda bo'ladigan qoqshol tayoqchalari keltirib chiqaradi. SHuning uchun ham teri yoki shilliq pardaning har qanday kichik kichik SHikastlanishi natijasida qoqshol tayoqchasi odam organizmiga shu jarohatlar orqali tushishi mumkin. Qoqsholning belgilari o'ziga xos bo'lib, asosan yarada tortishadigan og'riq paydo bo'lishi hamda mushaklarning, hatto kuchsiz taassurotda ham (tovush, yorug'lik tushishi, tegi shva boshqalar) tortishib qolishi va natijada tirishib qolishidan iborat bo'ladi. Tirishish asosan chaynash mushaklaridan boshlanadi (trizm), keyin mimika mushaklariga (sardonik kulish), ensa mushaklariga hamda badanning hamma mushaklariga tarqaladi. Bemor majburiy holatni egallaydi (opitsotonus). Tana harorati 40-42⁰ S gacha ko'tariladi, nafas va puls tezlashadi, bemor ko'p terlaydi, behol bo'lib qoladi, ichki a'zolarida spazm paydo bo'ladi.

Davolashda tanaga kuniga 3-4 l suyuqlik kiritiladi. Nafas yo'llarida asoratlar yuzaga kelmasligi uchun antibiotiklar, tirishishlarni oldini olish uchun miorelaksantlar-diplatsin, ditilin, neyroleptiklar-aminazin, antigitsamin dorilar-dimedrol, supratsin, qoqsholga qarshi zardob (venaga 200000 AE kuniga) yuboriladi.

Qoqsholni oldini olish uchun har qanday SHikastlanishlarda teri ostiga maxsus zardob va anatoksin qilinadi. Zardobning bir profilaktik dozasi 1500 AB ni tashkil qiladi, agar yara tuproq yoki changli kiyim bilan ifloslangan bo'lsa 3000 AB yuboriladi.

Saramas. Teri va shilliq pardalarni sreptokokk bilan SHikastlanishi bo'lib, mikroob odatda mayda yoriqchalar orqali kiradi va tarqaladi. Engil shaklida (eritemasimon) terining qizarishi va shishi, o'rtachada esa po'faksimon-yiringli toshmalar, to'qimalarni kuchliroq shishi, og'ir shakli teri yallig'lanishi, teri va teri osti kletchatkasining nekrozi bilan tavsiflanadi.

Bemorda holsizlik, titrash, tana harorati ko'tarilishi kuzatiladi. Og'ir hollarda es-xush aynishi, alahlash mumkin.

Saramas tromboflebit, nefrit, pnevmoniyaga olib kelishi mumkin.

Davolashda antibiotiklar penitsillin 500000 TB 4-6 marta), mahalliy muolajalar-UB nurlantirish, antiseptiklar bilan bog'lab qo'yish, organizm qarshiligini oshirishga qaratiladi. Bemorlar atrofdagilardan ajratib davolanadi.

O'TKIR JARROHLIK KASALLIKLARI

Reja:

1. O'tkir appenditsitning kelib chiqish sabablari, asoratlari, asosiy belgilari va unda ko'rsatiladigan BTYO

2. O'tkir xolitsitsitning kelib chiqish sabablari, asosiy belgilari, asoratlari va unda ko'rsatiladigan BTYO

3. O'tkir pankreatit va peritonit kasalliklarining kelib chiqish sabablari, asosiy belgilari, asoratlari va unda ko'rsatiladigan BTYO

4. Me'da va 12 barmoqli ichakning teshilishi va qon ketishi kelib chiqish sabablari, asosiy belgilari, asoratlari va unda ko'rsatiladigan BTYO

5. CHurrak va ichakning buralib qolishi, ularning kelib chiqish sabablari, asosiy belgilari, asoratlari va unda ko'rsatiladigan BTYO.

O'tkir jarrohlik kasalliklari to'satdan boshlanib, tez rivojlanadi va hayot uchun xavfli asoratlarni qoldiradi. Bu kasalliklar albatta jarrohlik aralashuvi bilan davolanadi. Bu kasalliklarga quyidagilar kiradi:

- 1) yallig'lanish kasalliklari-o'tkir appenditsit, xoletsistit, pankreatit, peritonit;
- 2) kovak a'zolarining yorilishi (me'da va o'n ikki barmoq ichak yarasining teshilishi, ichak yarasining yorilishi;
- 3) o'tkir ichak tutilishi (ichak tutilishi, churraning chiqib qolishi;
- 4) ichki qon ketishlar-me'da-ichakdan qon ketishi, bachadondan tashqari homiladorlik;
- 5) qorin bo'shlig'i a'zolarining ochiq va yopiq SHikastlanishlari.

Yug'on ichak chuvalchangsimon o'simtasi-appendiksning nospetsifik yallig'lanishi utkir **appenditsit** kasalligi deyiladi. Kasallikning kelib chiqish sababi appendiksning bo'shlig'iga qoldiq massaning yig'ilishi va u erda mikroorganizmlarning rivojlanishi natijasida o'simtaning parda qavatlarini yallig'lanishidir. Utkir appenditsit bir necha kurinishlarda kechadi. Kataral shakli-chuvalchangsimon o'simta shilliq pardasi qizarib (giperimiya) yallig'lanishi, flegmanoz shakli-chuvalchangsimon usimtaning fibroz yiringli qoplam bilan qoplanishi, gangrenoz shakli-chuvalchangsimon usimtaning oziqlanishi buzilishidir. Flegmanoz va ganrenoz shakllari kasallikning og'ir formalaridir.

Asosiy belgilari: bemor kasallik boshlanishida qorinnig yuqori qismida, kindik atrofida, keyinchalik esa qorinning ung va pastki qismida og'riqdan shikoyat qiladi. Bemorda intoksikatsiya belgilari, titrash, og'iz qurishi, xolsizlik, kungil aynishi va qusish, puls tezlashishi, tana xaroratining oshishi kuzatiladi. Og'ir shakllarida bu belgilarning kuchayishi kuzatiladi. Aniq tashxis quyishning maxsus belgisi-SHyotkin-Blyumberg simptomi yordamida, ya'ni osoyishtalik bilan barmoqlar yordamida usha soxani sekin bosib birdan quyib yuborilganda qorinning ung pastki qismida qattiq og'riq kuzatilishi, shuningdek, qorin pardasining tarangligi, leykostitoz kabi belgilar bilan aniqlanadi.

BTYO. Bemor utkir appenditsitga shubxa qilinganda uringa yotqiziladi va qorin soxasiga muzli xaltacha quyiladi. Bemorga narkotiklar va surgi dorilar berish, klizmalar qilish, qorin grelka quyish qat'iy man etiladi. Bemor tezda shifoxonaga yuborilishi kerak.

O't pufagining o'tkir yallig'lanishi **o'tkir xoletsistit** deyiladi. Bu kasallik kup uchrashi bilan appenditsitdan keyingi urinda turadi va o't qopida va yo'llarida tosh yig'ilishi bilan bog'liqdir. Toshning yig'ilishiga sabab moddalar almashinuvining buzilishi, kamxarakatlik va boshqalardir. SHakllari:

a) kataral-shilliq parda yallig'lanishi b) flegmanoz- ut pufagi barcha qavatlari yiringli yallig'lanadi v) gangrenoz-ut pufagi devorlari nekrozga uchraydi.

Belgilari: xoletsistit xuruji tusatdan, kupincha kechqurun boshlanib, jigar satxida ,ung qovurg'a osti soxasida kuchli og'riq turadi. kungil aynish, qusish, ishtaxaning pasayishi, tana xaroratining kutarilishi, et uvishishi, pulsning tezlashishi, og'izda temir mazasi, jig'ildon qaynashi, qonda leykostitoz (1 mm^2 .qonda 15000-20000) kuzatiladi. Og'ir turlarida bu belgilar yaqqolroq namoyon buladi. Aniq tashxis quyishning maxsus belgisi- ung tomon qovurg'alariga kaft yoni bilan urilganda og'riqning kuchayishi xisoblanadi.

BTYO.

O'tkir xoletsistit xurujida xam bemorga og'riq qoldiruvchi, surgi dorilar va antibiotiklar berish, oshqozonni yuvish, qayt qildirish taqiqlanadi. Bemor uringa yotqizilib, muzli xaltacha quyiladi va tezda kasalxonaga olib borilishi lozim. Kasallikning og'ir turlari tezlikda operatsiya qilinadi.

O'tkir pankreatit- me'da osti bezining utkir yallig'lanishi. Bu kasallik oshqozon osti bezi fermentlari (proteaza, lipaza,amilaza) ning jigar o'tining qanchadir miqdorda tushishi natijasida, faolligining oshishidan bez to'qimasi emirilish natijasida kelib chiqadi. Bundan tashqari yog' almashinuvining bo'zilishi, spirtli ichimliklarga ruju quyish, Yurak qon-tomir, ut pufagi kasalliklari xam sabab bo'ladi. Bunda og'riq ung qovurg'a tagida, oshqozon soxasida quproq tanani belbog' singari qamrab oladigan kuchli og'riq bilan boshlanadi. Bemorda xuddi kesgandek, xurujsimon, siqib og'riq turib elka soxasiga kuchadi. Kungil aynishi va qusish, teriningo oqarishi, qorinning dam bulishi, axlatning tutilishi, gaz yig'ilishi kuzatiladi. Kasallikning og'ir formasida kuchli intoksikatsiya, es-xushning buzilishi, buyrak,jigar,Yurak-qon tomir tizimi faoliyatlarida buzilish kuzatiladi.

BTYO.

Analgetik, spazmolitiklar (no-shpa, platifillin,papaverin), proteoliz ingibitorlari (25000-100000 TB da kantrikal) beriladi. Tezda shifoxonaga yuboriladi va xirurgik davolanadi.

Peritonit-qorin pardasining utkir yallig'lanishi. Ko'pincha qorin bo'shlig'i a'zolarining teshilishi oqibatida rivojlanadi.

Belgilari: Butun qorin soxasida og'riq, intoksikatsiya, bemorning es-xushi ayniydi va eyforiyaga tushadi, arterial qon bosimi pasaygan, puls ipsimon, ya'ni zurg'a seziladi. Bemordan

muzdek ter ajraladi, qorin shishadi, ichak peritsaltikasi (xarakati) yuq, gaz ajralmaydi, qorinda quchib yurgan suyuqlikning shovqini eshitiladi, buyrak va jigar faoliyati buziladi. Qorin devorini siylaganda uning mushaklarining qisqargan bo'lishi natijasida u taxtaga o'xshash qattiq xolatda bo'ladi.

BTYO.

Bemorga tinch sharoit yaratish, uni yotqizib qo'yish, qoringa muzli xalta qo'yish va kasalxonaga etkazish zarur. O'tkir peritonitda yordam qancha erta boshlansa, asoratlari shuncha kam va bemorning tuzalib ketishi tez bo'ladi. Chunki kasallik faqat jarroxlik yo'li bilan davolanadi: oshqozon, ichak, qorin bo'shlig'ini yuvish, mikroblarni yo'qotish, drenaj qo'yish, antibiotiklar va boshqa antibakterial terapiya o'tkazi, immunitetni oshirish va b. tadbirlardan iborat. Shuningdek, bemorni shok xolatidan chiqarish, ichki a'zolar faoliyatini tiklash lozim.

Me'da va 12 barmoqli ichak yara kasalligida **ichakning yoki me'daning teshilishi** og'ir asoratdir.

Belgilari: Bunda tusatdan qorin soxasida pichoq urgandek sanchiq turib bemor shoka tushadi. Og'riq kuchliligidan bemor majburiy xolat, ya'ni qulni qoringa quyib, bukchayib, tizzalari qoringa tiraladi. Ko'zdan kechirilganda qorin pardasi taranglashgan, xarakatsiz, nafas olishda ishtirok etmaydi. Bu xolat qorinning taxta kabi qotib qolish xolati deyiladi. Koringa Kul bilan tegilganda juda qattiq og'riq va gazlarning tutilib qolishi kuzatiladi, AB pasayadi, puls minutiga 50-60 ta, nafas olish susayadi. Me'da va 12 barmoqli ichak teshilganidan 5-6 soat utgandan sung peritonit rivojlanadi.

BTYO. Bemorni zudlik bilan kasalxonaga olib boirsh.

Bemorga ovqat va suyuqliklar berish, me'dani yuvish, tozalovchi klizmalar qilish, qorinni isitish man etiladi.

Davolash. yalliglangan a'zoning qismi olib tashlab qorin pardasini yuvib, drenaj quyiladi, sungra qolgan kismini jarroxlik usuli qullaniladi.

Me'da va 12 barmoqli ichak yarasining asoratlaridan yana biri undan **qon ketishidir**. Bemorning umumiy axvoli ketayotgan qon miqdoriga bog'liq. o'larda xolsizlik, bosh aylanishi, nafas siqilishi, qusish, kurish funksiyasining buzilishi (sharpalar paydo bulishi va atrofdagi buyumlarning 2 ta bulib kurinishi) kuzatiladi. Bemor kofe quyqasiga uxshash qusadi. Agar qon ichakka tushsa axlat qorayadi. Bemorning bezovta, terisi oqargan, sovuq ter bilan qoplangan, puls tez va kuchsiz, AB susaygan. Kup miqdorda qon yuqotish bemor xayoti uchun xavfli.

BTYO.

Bemor urinda yotish kerak, xarakat taqiqlanadi, bemorga muz parchasi beriladi, 5% li aminokapron kislota, 10% li kalsiy xlor venaga yuboriladi. Sungra kasalxonaga nosilkada olib boriladi.

O'tkir ichak tutilishi-ichakdagi axlat massasini oshqozondan tug'ri ichakka tabiiy xarakatlanishining tuxtashi. Turlari- mexanik va dinamik tutilish.

Mexanik turi ichak buralib qolganda, ichak bushlig'ida chandiq bo'lganda kuzatiladi.

Dinamik turi ichak xarakati buzilganda kuzatilib, spaztik xamda paralitik bulishi mumkin. Paralitik kurinishida qorin bo'shlig'ida operatsiyalardan sung va qorin parda a'zolari yallig'langanda, umurtqa pog'onasi va chanoq SHikastlanganda ichakning falajlanishi tufayli kelib chiqadi.

Spastik kurinishi esa nevroz, eseriya xolatida, gelmentozlarda kuzatiladi.

Belgilari: xurujsimon og‘riq, qusish, axlat va gazlarning tutilishi kuzatiladi. Kusish bir necha bor takrorlansa xam bemorning axvoli engillashmaydi. Og‘riq esa tusatdan paydo bulib kuchayadi va xurujsimon kurinishga utadi. Axlat va gazlar xarakatlanmasligi sababli ichak va qorinning tarangligi ortadi va natijada qorinda g‘uldirash ovozi eshitiladi. Intoksikatsiya belgilari, pulsning tezlashishi 120 tagacha, AB ning pasayishi kayd etiladi.

BTYO. Klizma kili shva surgı dorılardan foydalanısh man etiladi. Zudlik bilan kasalxonaga olib borish va jarrohlik usuli.

CHurraning chiqib qolishiga sabab, kupincha qorin ichki bosimining ortishi (og‘ir kutarish,kuchli tuxtovsiz yutal va x.k). Natijada churra qopchasi ichak petlyasidan tashqariga chiqib qoladi. Keyinchalik chiqib qolgan churrada oziqlanish buzilib uladiv a peritonit rivojlanadi.

Belgilari: churra soxasida tarqaluvchi kuchli og‘riq paydo buladi, churra qopchasining kattalashishi,taranglashishi, tegilganda bezillab turishi asosiy belgi xisoblanib, bundan tashqari terining oqarishi, taxikardiya. AB pasayishi,qusish kuzatiladi. Tushgan ichakni qaytadan qorin bo‘shlig‘iga o‘tmasligi, gaz va ich kelmasligi xam churrani tushganligidan darak beradi.

BTYO. CHurrani uzicha qaytadan solishga xarakat qilish, issiq vannalar qabul qilish, spazmolitiklar yuborish mumkin emas. Tezda kasalxonaga yuborilib зудlik bilan operatsiya qilinadi.

Profilaktikasi. CHurrasi bor odamni rejali ravishda operatsiya qilishdan iborat.

Bachadondan tashqari xomiladorlik-urug‘langan tuxum hujayraning bachadon bo‘shlig‘ida emas, balki bachadon naylarida rivojlanishidir. Bola kattalashgan sari bachadon nayi taranglashib boradi va yorilishga olib keladi. Bachadon nayining yorilishiga ko‘pincha qorin ichki bosimining ortishi, jismoniy zo‘riqish, og‘ir ko‘tarish sabab bo‘ladi. Bemorda qorin pastki qismida to‘satdan kuchli og‘riq turib, oraliq va to‘g‘ri ichak tomon tarqaladi. Og‘riqlar bosh aylanishi, es-xushni yo‘qotish bilan kechadi, bemorning rangi oqargan, sovuq ter bosgan, ko‘z qorachiq-lari kengaygan bo‘ladi. Puls tezlashgan, yuzaki, arterial bosim pasaygan, tana harorati biroz ko‘tarilgan. Bemorning ahvoli og‘irlashib, jinsiy a‘zolardan qonli ajratmalar keladi. Qorin shishgan, yumshoq, nafas olishda ishtirok etadi, qorin pardani ta’sirlanish belgilari paydo bo‘ladi. Qonda gemoglobin va eritrostitlar miqdori kamayadi. Qon qorin parda ostiga yig‘ilgani sababli «o‘tkir qorin» belgisi va ichki qon yo‘qotish alomatlari kuzatiladi.

Bemor tezda shifoxonaga jo‘natiladi va jarrohlik amaliyoti o‘tkaziladi. Birinchi yordam 10 ml 10 % kalsiy xlorid venaga yoki kalsiy glyuqonatni mushak orasiga, teri ostiga 30-50 ml 10 % jelatina eritmasi yuborishdan iborat. SHuningdek, 1-2 ml 1 % vıkasolnı mushak orasiga yuborish mumkin. Bemor nosilkaga boshi pastroq yotqizilgan holda kasalxonaga yuboriladi.

7 – ma’ruza.

O‘TKIR TERAPEVTİK KASALLIKLAR.

Reja

1. O‘tkir nafas a‘zolari kasalliklari
 - a) Bronxial astma kasalligi, kelib chiqish sabablari, asosiy belgilari va unda BTYO.
 - b) O‘pkadan qon ketishi va sabablari, asosiy belgilari va BTYO
2. Yurak qon-tomir kasalliklari
 - a) Yurak poroklari kasalligi, kelib chiqish sabablari, asosiy belgilari va BTYO

b) Stenokardiya va miokard infarkti kasalligi, kelib chiqish sabablari, turlari, asosiy belgilari va BTYO

3. Gipertoniya kasalligi, kelib chiqish sabablari, asosiy belgilari va BTYO tadbirlari.

Bronxial astma- bronxlar bo'shlig'ining torayishi natijasida to'satdan paydo bo'ladi. Bo'g'ilish va nafas chiqishining qiyinlashuvi bilan xarakterlanadi

Etiologiyasi va patogenezi. O'pkani innervatsiyalovchi adashgan nerv uchlarining quzg'alishidan bronxlar silliq mushaklarida spazm kelib chiqadi va bronxlar torayadi va astma xuruji yuzaga keladi. Allergenlar (tuxum, baliq, uy xayvonlarining yungi xidi) ta'siridan, burun to'sig'ining qiyshayishi, burundagi poliplar, ut pufagi yallig'lanishi va yuqumli kasalliklar natijasida, bulardan tashqari zax xonalarda yashash, nam xavodan xam astma xuruji kelib chiqadi. Bu ko'proq MNS faoliyatiga bog'liq bo'lib, ya'ni kuchli qurqish, ruxiy o'zgarishlar oqibatida asabi bushagan kishilarda ko'proq uchraydi.

Belgilari. Kukrak qisilib, kishi darmonsizlanadi va to'satdan xuruj tutadi. Nafas olish va chiqarish og'irlashadi, rangi uchib yuzi ko'karadi, sinchiklab qaralganda ko'krak qafasining kattalashganligi seziladi, o'pkada perkutor tovush aniq, ravshan, past tonda, auskultatsiyada nafas tovushi sekinlashadi va xushtak ovozidek xirillash kuzatiladi, tana xarorati deyarli uzgarmaydi. Xuruj 2-3 soat va uzoqroq davom etadi. Xuruj datslab kam va keyinchalik tez-tez tutib turadi.

Tashxis quyish: nafas olish, chiqarish qiyinlashadi, bo'g'ilish, balg'am bilan Krushma spirallari, SHarko-Leydin kritsallari uchraydi, qonda eozinofiliya va allergenlarning ta'siri kuzatiladi.

BTYO. Xurujda kiyim-bosh echiladi, xona xavosi almashtiriladi, bemor tinchlantiriladi. Teri ostiga adrenalin, 5%li 1ml efedrin qushib yuboriladi. venaga 2,4% li 7-10 ml eufillin, 10% li kalsiy xlor, dimedrol, astmatol, prednizalon, AKTG, kortizon kabilar beriladi. MNS ni mutstaxkamlash maqsadida gidroterapiya, psixoterapiya, nafas gimnatsikasi, iqlim sharoitini o'zgartirish klimatoterapiya) lar tavsiya qilinadi.

O'pkadan qon ketishi. O'pka gangrenasi, o'pka raki, o'pka jaroxatida o'pkadan qon ketadi. Bemor qon tupiradi yoki ko'proq ajralsa og'zi qonga tuladi.

BTYO. Bemorga tinch sharoit yaratish, boshini balandroq qilib yotqizish, ortiqcha xarakatga va ko'p gapirmaslik kerak. Engil xazm buluvchi butqalar, qon tuxtativchi jele, ilitilgan tuxum, Osh tuzi eritmasi ichiriladi, klizma qilinib ichagi tozalanadi. Kattiq yutalda kichik dozalarda kodein yoki dionin beriladi. Qoni tuxtatish uchun kalsiy xlor, gipertonik eritma, vikaol beriladi. Narkotik moddalar berish taqiqlanadi. Oxirida xirurgik usul qullaniladi.

Yurak porogi. Yurak klapanlari funksiyasi Yurakning organik o'zgarishi oqibatida buzilishi va qon aylanishning izdan chiqishi. Poroglar to'g'ma va orttirilgan bo'ladi. Tug'ma porok ona qornida bolaning normal o'smasligi, Yurak qon-tomir tizimining notug'ri shakllanishi tufayli paydo buladi. o'mumiy porogning 1-3% ni tashkil etadi. Orttirilgan porog- 90% ini tashkil qilib, asosan revmatizm sabab bo'ladi.

Klapan yoki tomirning zararlanishiga kura mitral klapan porogi, 3 tavaqali klapan porogi kabilar farqlanadi.

Kechishi Yurak klapanlardagi organik o'zgarishlarni tiklab bo'lmaydi. Lekin Yurak kompensatsiyasiga ko'ra shiddatli ishlaydi. 10-12 yildan so'ng Yurak dekompensasiyasi

kuzatiladi.(Yurak muskullarining bushashishi) Bunda nafas siqiladi, terida kukarish (sianoz), venada qon dimlanishi, tana shishi, moda almashinuvining va qon bilan ta'minlashni buzilishi kuzatiladi, bemor ozib ketadi. Srajesko va Vasilenko tasnifiga ko'ra porogning 3 bosqichi, ya'ni 1-bosqichda qon dimlanmaydi, jismoniy mexnatda xarsillash va Yurak uynashi kuzatiladi. 2-qon aylanishning buzilishi, xalloslash, venada qon dimlanishi, oyoq shishi kuzatilib, ish qobiliyati susayadi. 3- qon aylanishi buzilishi bilan birga organlar funksional va morfologik o'zgarishlarga uchraydi va bemor ishga yaroqsiz bo'lib qoladi.

Davolash 3 bosqichda olib boriladi. 1. Bemor kamida 2 hafta urinda bulib, engil xazm buluvchi taomlar, adonis preparatlari, diuretiklar, trankvilizatorlar berilib, tuz va suyuqlik miqdori cheklanadi. sanatoriyalarda davolanish tavsiya etiladi. 2. 1-2 oy o'rinda yotadi, yotoq yarasining oldini olish maqsadida kamfora suriladi, nafasni engillatish choralari kurilib, sutkalik siydik miqdori aniqlanadi. Suyuqlik miqdori cheklanib, yog'siz taomlar, baliq, tuxum, sabzavotlar va rezavor mevalar beriladi. Digitalis preparat damlamalari ichiriladi. kuniga 3 maxal 15 tomchidan lantazid, srofantin va glyukoza venaga, diuretiklar (nourit,gipotiazid), og'ir shaklida revmatizmga qarshi preparatlar beriladi. 3- bemor kasalxonada vrach nazoratida bulishi kerak. 2-nchi bosqichdagi dorilardan tashqari kordiamin kamfora, kofein, narkotiklar in'eksiya qilinadi.

Stenokardiya- miokardning kislorodga bulgan extiyoji va uning qon bilan etib kelishi urtasidagi farqdan kelib chiqadi. Toj tomirlar teshigining torayishi va Yurak muskulining qon bilan to'la ta'minlanmasligi miokard gipoksiyasiga sabab buladi. Stenokardiya asosan toj arteriyalarining aterosklerozi tufayli, shuningdek, qattiq ruxiy iztirob, tomirlarni o'smalar ezib qo'yishi va b. tufayli kelib chiqadi. Tinchlik va zuriqish stenokardiyasi ajratiladi. Barqaror va beqaror stenokardiya farqlanadi. Barqaror stenokardiya xurujning kelib chiqishi va kasalning ahvoriga qarab 4 ta funksional sinfga ajratiladi:

I funksional sinf-stenokardiya xuruji faqatgina tez va ko'p bajarilgan jismoniy ishdan keyin paydo bo'ladi,

II funksional sinf-stenokardiya xuruji tez yurganda, zinadan ko'tarilganda, balandlikka chiqqanda, sovuq qotganda va ruxiy hayajonlanganda ertalab paydo bo'ladi,

III funksional sinf-stenokardiya xuruji hatto tekis yo'lda yurganda (200-500 m), birinchi qavatga ko'tarilganda hamda past tepalikka chiqqanda paydo bo'lishi mumkin. Bemorning jismoniy harakati sezilarli darajada chegaralangan bo'ladi.

IV funksional sinf-engil-elpi jismoniy harakatdan keyin, ba'zan esa tinch turganda ham paydo bo'ladi. Bemorning jismoniy harakati yaqqol cheklangan va ahvoli og'ir bo'ladi.

Belgilari: kukrak qisishi, bu soxada og'riq, Yurak va tush suyagi orqasida burab og'riq turadi va chap qul, elka va buyinga tarqaladi. Xarakatda og'rik kuchayadi, yuzi oqarib, sovuq ter bosadi. AB kutariladi, puls tezlashadi, og'riq tuxtashi bilan kup siydik ajraladi, bemor bushashadi.

Davolash. Toj tomirlarni kengaytiruvchi preparatlar (nitro preparatlar), ko'pincha nitroglitserin 0, 5 mg tabletkalari yoki 1-2 tomchi 1 % eritmasi til ostiga tashlanadi. Sedativ preparatlar (aminazin, meproamat, elinium) va antikoagulyantlar (fenilin, geparin) beriladi. Xozirgi paytda izonitrat monosorbit va disorbit preparatlari qullanilmoqda. Og'riqni bosish uchun2-3 ml 2% papaverin yoki 2 ml 2 % no-shpa eritmasi 2 ml 50 % analgin va 5-10 ml 2, 4 % eufillin eritmasi bilan ko'shib venaga yuboriladi. Mexnat rejimini tashkil qilish, xayajonlanishga yo'l quymaslik choralari kuriladi.

Miokard infarkti. Toj tomirlardan birining tromb bilan bekilishi yoki torayish natijasida miokardning bir qismi oziqlanmasdan nekrozga uchrashi tufayli sodir buladi. Klinik kurinishi miokardni qancha qismi zararlanganligiga bog'liq. Kasallik kuproq gipertoniylar, ateroskleroz, ortiqcha yog' bosish va kuchli sresslar bilan bog'liq.

Miokard infarkti kechishida 5 davr ajratiladi.

I. Erta davr bo'lib, stenokardiya xurujlari tutib turishi bilan tavsiflanadi.

II. O'ta o'tkir davr-miokardning o'tkir ishemiyasidan to nekroz o'chog'i paydo bo'lishining ilk belgilariga qadar davom etadi (0, 5-2 soat). Bu davrda to'sh suyagi orqasida kuchli og'riq paydo bo'lib, chap va o'ng ko'krak sohasi bo'ylab tarqaladi. Atipik turida hatto qorin bo'shlig'iga ham tarqalishi mumkin. Bemorda Yurak ritmi buzilishi, holsizlanish, ko'ngil aynishi, qayt qilish, havo etishmasligi, arterial bosimning keskin tushib ketishi, es-xushini yo'qotish kuzatiladi.

III. Nekroz o'chog'i shakllanishi davri (davomiyligi 2-10 soat). Bunda ham og'riq saqlanadi, bemorning umumiy ahvoli og'irligicha qoladi. Bunga sabab Yurak etishmovchiligi va qon bosimining pastligidir. Bu davrda nekrozlangan miokard yumshaydi (miomalyasiya) va o'ta noziklashib qoladi. Bemor Yurak yorilishi (tamponada) aritmiyalardan yoki og'riq natijasida kelib chiqadigan kardiogen shokdan halok bo'lishi mumkin.

Bu davr miokard nekroz sohalari yallig'lanishi bilan kechgani sababli tana harorati ko'tarilishi, neytrofil leykostitoz, ECHT oshishi kuzatiladi.

IV. CHandiqlanish davri. Og'riq yo'qolib, yallig'lanish belgilari susayadi.

V. Infarktdan keyingi davr.

BTYO. To'g'ri yordam ko'rsatish uchun miokard infarktini stenokardiyadan farqlay olish lozim. Infarktgacha xos belgilar og'riq uzoq davom etishi, Yurak tomir faoliyatining susayishi, nitro preparatlar va validol ta'sirida bosilmasligi, EKG kursatkichlarining uzgarishidir.

Miokard infarktida shoshilinch yordam tadbirlari quyidagilar:

1. Bemorni zudlik bilan maxsus kardiologik brigadani chaqirib shifoxonaga jo'natiladi. Ular etib kelgunicha Yurak va nafas faoliyati buzilgan taqdirda ularni tiklash lozim bo'ladi. Bemorni harakatlantirish mutlaqo man etiladi.

2. Bemorga zudlik bilan og'riq qoldirish uchun narkotik analgetiklar-morfin, omnopon, pantopon va b. qilinadi, og'ir hollarda azot (I) oksidi xidlatiladi.

3. Qonni suyo'ttirish uchun geparin 7500-10000 TB da 200 ml izotonik eritma bilan venaga tomchilab yuboriladi. Bunda protrombin ko'rsatkichini nazorat qilish lozim.

4. Aritmiya kuzatilganda aritmiyaga qarshi –novokainamid, anarilin, etmozin, lidokain, aymalin va b. beriladi.

5. Yurak glikozidlari-srofantin, korgliqon adonis preparatlari beriladi.

6. Kardiogen shok rivojlansa mezaton, noradrenalin, natriy xlorid yoki glyukoza eritmasi ishlatiladi.

7. Yurak to'xtab qolsa adrenalin yuboriladi, bu ham yordam bermasa, defibrillyasiya o'tkaziladi.

Miokard infarktini o'tkazgan odamga sport bilan shug'ullanish, ratsional ovqatlanish, ruxiy siqilishdan saqlanish, profilaktika uchun aspirin ichish tavsiya etiladi.

Gipertoniya- Yurak va tomirlar, endokrin tizim, bo'yрак va siydik chiqaruv yo'llaridagi organik o'zgarishlarga bog'liq bo'lmagan holda AB ning uzoq vaqt birlamchi kutarilib

turishidir. Chunki arterial bosim buyrak utsi rakida, ensefalit, poliomielit, qontuziya, suyak SHikastlanishlari, buyrak kasalliklarida, aterosklerozda ham kuzatilishi mumkin.

Patogenezi. Markaziy nerv tizimi faoliyatining tez-tez izdan chiqishi, moddalar almashinuvining buzilishi, nikotin ta'siri gipertoniyaning kelib chiqishida muhim ahamiyatga ega. Bu omillar miya qobig'i hujayralarida turg'un qo'zg'alish o'choqlarini paydo qiladi. Natijada mayda arteriolalarda vaqtincha, keyinchalik doimiy spazm paydo bo'lib, maksimal va minimal arterial qon bosimi ko'tarilib ketadi.

Belgilari. Bosh og'rig'i, quloq shang'illashi, uyqusizlik, tez charchash, darmonsizlik, Yurak tomir sitsemasida organik uzgarishlar kelib chiqqanda AB ning kutarilishi turg'un buladi. Gipertoniyaning 3 bosqichi farqlanadi. 1-xayajonlanganda AB qisqa vaqt kutariladi

2-da AB kutarilishi turg'un va davolanmasa pasaymaydi. 3- sklerotik bosqich: buyrak, aorta, miya va a'zolarining tomirlarida qaytmas uzgarishlar kuzatiladi.

Davolash. Bemorlar dam olish va uxlash rejimiga rioya qilish kerak. Rezerpin, raunatin, rausedil, izobarin, dibazol, papaverin, magneziya, diuretiklar beriladi.

Gipertoniya kasalligi bor odamlarda arterial bosimning qisqa muddatda yuqori ko'rsatkichlargacha ko'tarilishi-gipertonik kriz deyiladi. Gipertonik krizning klinik belgilari: kuchli bosh og'rig'i, ko'ngil aynish, qayt qilish, arterial bosimning yuqoriligi, bosh aylanishi, quz oldida sharpa paydo bo'lishi va b. SHoshilinch ravishda davo choralari ko'rilmasa gipertonik kriz insult bilan tugaydi.

O'TKIR TERAPEVTIK KASALLIKLAR.

Reja

- 1.O'tkir Yurak va tomir etishmovchiligi
 - a) SHok va kollaps belgilari, BTYO
 - b) Yurak astmasi belgilari, BTYO
- 2.Gipo va giperglikemik komalar va unda BTYO
- 3.Tutqanoq kasalligi va unda birinchi tibbiy yordam

Yurak va tomirning o'tkir etishmovchiligi- tomirlar tonusining pasayishi, vena va kapillyar qon tomirlarning kengayishi natijasida kelib chiqadi. Oqibatda qon bosimi pasayadi, Yurakka qon kelishi kamayadi. Sababi: psixik travmalar, MNS travmasi, og'ir jaroxatlanish bulib, bemor shok va kollaps xolatiga tushib qoladi.

SHok va kollaps infeksiya va intoksikatsiyalarda tomirlarning o'tkir etishmovchiligi tufayli qon aylanishning buzilishi kollaps deyilib,jaroxatlanish, travma, kuyish, peritonitlarda buladigan kollaps xolati shok deyiladi.

Belgilari: bemor xushidan ketmaydi, o'zini zaif sezadi, tana xarorati pasayib oyoq qo'llari muzlaydi, kuz qorachig'i kengayadi, yuzi kukarib sovuq ,yopishqoq ter bilan qoplanadi, til va og'iz qurib, tashnalik sezadi. Nafas yuzaki, puls tezlashgan, sezilarsiz, arterial va venoz qon bosimi pasayadi, siydik miqdori ancha kamayadi.

BTYO: toza xavoga olib chiqish, kiyim, kukrak va buyin soxasidagi tugmalar echiladi, boshini past qilib yotqiziladi, xushiga keltirish uchun yuziga sovuq suv purkaladi, navshatir spirti xidlatiladi. Xushiga qaytmasa kofein, kamfora in'eksiya qilinadi, sun'iy nafas beriladi, narkotiklar, tomir toraytiruvchi (adrenalin, noradrenalin, efedrin, mezaton), MNS ni quzg'atuvchilar (kofein, srixnin, kamfora) beriladi.

Yurak astmasi. Nafas siqish bilan kupincha kechqurun xuruj qiladi. Bunga gipertoniya, miokard infarkti, ateroskleroz, Yurak porogi, o'tkir nefrit va yuqumli kasalliklar sabab buladi.

Belgilari: xavo etishmasligi, teri ransizlanib kukaradi, ter tomchilari paydo buladi, nafas olish tezlashadi. Ba'zan yutal, balg'am ajralishi, puls tezlashishi kuzatiladi.

BTYO: bemorga orom berish, boshini yuqori qilib yotqizish, qon dimlanmasligi uchun 300-400 ml qon chiqariladi, miya va Yurak tomirlarini kengaytirish uchun venaga 0,5 ml srofantin va 20 ml 40% li glyukoza yuboriladi. Kislorod beriladi, nitroglitserin, validol tabletkalari, bronxlarni kengaytirish uchun 1% li 1 ml morfin eritmasi, 0,1% atropin (0,5 ml) yuborish lozim.

2. Koma xolati- oliy nerv faoliyatining buzilishi natijasida yuzaga kelib, es-xushning, sezgirlikning susayishi bilan kechadi. Ammo nafas olish va qon aylanish faoliyati buzilmaydi.

Diabetik koma. Insulin miqdorining organizmga etishmasligi va buning natijasida giperglikemiyaning rivojlanishi, keton tanachalarining xosil bo'lish jarayonining oshishi, vodorod ionlarining kupayishi diabetik komaning kelib chiqishiga sabab bo'ladi.

Giperglikemiya natijasida xujayradan tashqari suyuqlikning osmatik bosimi oshib ketadi va xujayra dehidratatsiyasi kuzatiladi. Birlamchi siydikda glyukoza miqdorining yuqoriligi suv va elektrolitlarni buyrak kanalchalarida qayta surilishiga qarshilik qiladi va organizm suvsizlanib minerallar almashinuvi buziladi. Diurez kamayadi va vodorod ionlarining chiqarilishi susayib ketadi (atsidoz). Metabolik atsidoz natijasida natriy va kaliy zapaslari kamayadi. Diabetik koma koma qandli diabet kasalligi bilan kasallangan bemorlarda, insulinni ortiqcha qabul qilish va parxezga rioya qilmaslik oqibatida rivojlanadi. Bunga yuqumli kasalliklar, jarroxlik operatsiyalari, jismoniy va emostianal zuriqish xam sabab buladi.

Belgilari: Koma oldidan chanqash kuchayadi, peshob miqdori ortadi, kungil aynish, qusish va ayrim xollarda qorin va bug'imlarda og'riq kuzatiladi.

Giperglikemik koma atsa sekin rivojlanadi, bemorlar apatik (loqayd), es-xushi tiniq emas, nafas olishi chuqur va shovqinli, og'zidan atseton xidi keladi, teri qoplamlari oqargan va quruqlashgan, kuzlari kirtaygan, mushaklar bushashgan, pay reflekslari deyarli yuq, AD pasaygan, puls tez va zaif. CHuqur koma vaqtida kollaps xolati rivojlanib, qondagi qand miqdori (normada 3,3-5,5 g/l) 8 g/l gacha oshadi. Diabetik koma ayrim xollarda yuqori giperglikemiya, glyukozuriya bilan kechadi, lekin ketoatsidoz kuzatilmaydi.

BTYO. insulinoterapiya utkaziladi (40-50 TB insulin izotonik eritmani 20-40 ml bilan aralashtirilib venaga, bir vaqtda yana Ringer-Lokk eritmasi yoki 4-8% li 200-400 ml natriy gidrokarbonat, Yurak glikozidlaridan korglyuqon (1ml 0,06%) yoki srofantin 1ml, 0,05% venaga yuboriladi. Og'ir xolatida bemorning qoniga mos yangi tayyorlangan sitrat qushilgan qon qo'yiladi.

Gipoglikemiya. Bosh miyani uglevodga bo'lgan tanqisligidan kelib chiqadi. Qondagi qand miqdori 0,5 g/l dan past bo'lganda bu kasallik rivojlanadi. Gipoglikemik koma diabetiklarga insulin moddasini ortiqcha yuborilganda, uglevodlarning tanaga kam tushishidan yoki ularning jismoniy va ruxiy zuriqqanda kuproq sarflanishidan xamda β - xujayralarning usmasining insulinni ortiqcha ishlab chiqarishidan kelib chiqadi.

Belgilari. Ortiqcha quzg'aluvchanlik, bezovtalik, kuchli ochqash, bosh aylanishi, og'izdan atseton xidi kelishi, terining oqarishi, sovuq ter bosish, kungil aynish, AD ning oshishi, taxikardiya kuzatiladi. Ammo nafas siqishi kuzatilmaydi.

Og'ir xollarda es-xushning yuqolishi, tonik titrashlar, nutqning buzilishi, nafasning yuzakiligi, AD pasayishi, bradikardiya, qonda qand miqdorining keskin kamayishi kuzatiladi. Bosh miyadagi qaytmas o'zgarishlar tufayli bemor xalok bo'lishi xam mumkin.

BTYO. Engil xolatida shirin choy ichirish lozim. Undan sung 40-50 ml 40% li glyukoza eritmasi venaga yuborilib, bemor xushiga kelmasa yana takrorlanadi. Teri ostiga 0,5-1 ml 0,1% li adrenalin yuboriladi. Samara bermagan paytda glyukortikoidlar (gidrokortizon 75-100 mg, prednizolon 30-60 mg) 500 ml 5 % li glyukozada eritib yuboriladi.

Tutqanoq-ruxiy kasallik bo'lib, bosh miyada patologik epileptogen o'choq hosil bo'lishi bilan tavsiflanadi. Tutqanoq xurujining bir necha turlari ajratiladi:

- katta tutqanoq xurujlari-eng og'ir shakli bo'lib, tonik-klonik qisqarishlar, es-xushni yo'qolishi, markaziy nerv tizimining umumiy susayishi bilan kechadi. Bemor og'zidan ko'pik kelib, yiqilib tushadi, nafas yo'llari aspiratsiyasi natijasida bemor asfiksiyadan halok bo'lishi mumkin,

- psixomotor qo'zg'alishlar- bemor o'zini boshqacha tutadi, moslashmagan harakatlar qiladi, lekin keyinchalik ularni eslay olmaydi. Ko'pincha es-xushni xiralashishi kuzatiladi, lekin xurujlar ruy bermoqda.

- kichik xurujlar- qisqa vaqtga xushini yo'qotish, yuz va boshqa mushaklarni uchishi va b. belgilar kuzatiladi.

BTYO.

Katta tutqanoq xurujlari vaqtida bemorning nafas yo'llarini sulak va ko'pik massalaridan tozalash, tilni orqaga ketib qolmasligi uchun tortish kerak. Xurujlarni bartaraf etish uchun fenobarbital, benzonal va boshqa barbituratlardan foydalanish mumkin. Sibazon, klonazepam preparatlari, og'ir hollarda esa narkoz vositalaridan foydalanish mumkin. Bemorga osoyishtalovchi rejim tavsiya etiladi.

8 – ma'ruza.

REANIMATSIYA USULLARI TO'G'RI SIDA TUSHUNCHA.

ZAXARLANISHLAR (ILON, CHAYON, QORAQURT CHAQQANDA, PETSITSIDLAR, ZAHARLI O'SIMLIKLAR, DORILARDAN ZAHARLANISH) VA BTYO

Reja:

1. Reanimatsiya to'g'risida tushuncha.
2. SHok, uning turlari va unda tibbiy yordamning umumiy tamoyillari.
3. CHo'kkanda birinchi yordam tadbirlari.
4. Elektr toki urganda birinchi yordam tadbirlari.

Reanimatsiya-organizmning hayotiy zarur faoliyatlarini tiklash tadbirlaridir. Reanimatsiyani nafas harakati va Yurak faoliyati to'xtaganda yoki bu ikala faoliyat organizm talabini qondira olmaydigan darajagacha kamayganda o'tkaziladi. O'lim sodir bo'lish mexanizmi murakkab bo'lib, o'lim hech qachon birdaniga ro'y bermoqda, o'lim oldi –terminal holat davrida bo'ladigan o'zgarishlarni orqaga qaytarish mumkin. Organizmning etarlicha qarshilik qilish xususiyati borligi va o'z vaqtida ko'rsatilgan yordam tufayli terminal holatdagi o'zgarishlarni bartaraf etish mumkin. Terminal holatda agoniya va klinik o'lim farq qilinadi.

Agoniya-es-xushning yo'qolishi, reflekslarning sunishi, teri qoplamlarining oqarib ketishi, arterial bosimning aniqlanmasligi, nafasning buzilishi-aritmik bo'lishi, yuzakilashishi bilan

xarakterlanadi. Puls uyqu arteriyalarida zo'rg'a aniqlanadi. Yurak tonlari bo'g'iqlik bo'lib, zo'rg'a eshitiladi. Agonal holat bir necha daqiqa yoki soat davom etib, klinik o'limga o'tadi.

Klinik o'lim-nafas olish va qon aylanishining to'la to'xtashi bilan davom etadi. Bosh miyada hali qaytmas o'zgarishlar yuzaga kelmagan bo'ladi. Klinik o'lim 5-8 daqiqa davom etib, reanimatsiya chora-tadbirlari ko'rilsa odamni saqlab qolish mumkin.

Keyin esa biologik o'lim rivojlanadi. Bu davrdagi o'zgarishlarni orqaga qaytarib bo'lmaydi.

Yordam ko'rsatuvchi odam tiriklik va o'lim belgilarini aniqlay olishi lozim. Tiriklik belgilari: Yurak urishi-chap ko'krak sohasida quloq bilan eshitib; nafas-og'iz yoki burunga tutilgan oynaning namlanishiga qarab; qorachiqqlarning yorug'likka reaksiyasi ko'zga nur yo'naltirilganda qorachiqning torayishiga qarab aniqlanadi.

Tiriklik belgilari aniqlansa zudlik bilan reanimatsiya choralari ko'rilishi lozim.

O'lim belgilari: ko'z shox pardasining xiralashishi va qurishi, «mushuk ko'zi simptomi»-ko'z bosib, qo'yib yuborilsa qorachiq deformatsiyalanadi va mushuk ko'zini eslatadi, tananing sovushi va murda dog'larining paydo bo'lishi, murdaning qotishi. Biologik o'lim yuz bergandan so'ng tiriltirishning iloji bo'lmaydi.

Reanimatsiya choralari avvalo o'lim sababini yo'q qilish va nafas hamda qon aylanishini tiklashga qaratilgandir. Reanimatsiyani og'ir mexanik travmadan so'ng, travmatik shok va qon ketishi holatlarida, tok urganda, o'tkir zaharlanishda, bo'g'ilish yoki suvga cho'kish, termik kuyish, umumiy sovqotish holatlarida o'tkaziladi.

Reanimatsiya qanchalik vaqtli boshlansa shunchalik ijobiy natijaga erishish oson bo'ladi. Reanimatsiyani bir odam amalga oshirayotgan bo'lsa 2:15 nisbati tavsiya etiladi, ya'ni har 2 marta o'pkaga tez yuborilgan havodan keyin 15 marta ko'krak qafasi eziladi. Agar yordamni 2 kishi amalga oshirayotgan bo'lsa, unda bir kishi Yurakni massaj qiladi, ikkinchisi esa o'pkani sun'iy ventilyasiya qiladi. Ularning harakatlari kelishilgan bo'lishi kerak, aks holda o'pkaga havo yuborilayotgan vaqtda ko'krak qafasi ezilib turilsa bunday «nafas»dan foyda bo'lmaydi, balki o'pkaning yorilishi kuzatilishi mumkin. Bunday holatning oldini olish uchun 1:5 nisbat tavsiya etiladi, bunda birinchi odam o'pkaga bir marta havo yuboradi, ikkinchisi 5 marta ko'krak qafasini ezadi.

Hozir jahon bo'yicha qabul qilingan AVS dasturi (jonlantirish alifbesi) qat'iy ketma-ketlikda, ilmiy asoslangan davolash muolajalarining yig'indisidir. Uning eng katta afzalligi oddiyligi va aholiga qulayligidir.

AVS dasturi bo'yicha jonlantirish qat'iy ketma-ketlikda o'tkaziladigan 3 usuldan iborat:

A. Birinchi navbatda nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini tiklash zarur. Buning uchun bemor orqasiga yotqiziladi, boshni maksimal orqaga engashtiriladi, pastki jag' esa oldinga chiqaziladi. SHundan so'ng barmoq bilan (datsrumolga o'rab) og'iz bo'shlig'ini aylanma harakat qilib tekshiriladi va yot moddalardan, qusuq massalari va shilimshiqdan tozalanadi. Bular tez, lekin jarohat etkazmasdan extiyotkorlik bilan o'tkaziladi.

V. Sun'iy nafas oldirish: og'izdan og'izga yoki og'izdan burunga. Agar Yurak faoliyati to'xtamagan bo'lsa, sun'iy nafas oldirish Mustaqil nafas tiklangunga qadar davom etadi. Nafas to'xtashiga tezda Yurak to'xtashi qo'shiladi.

S. Bir vaqtning o'zida qon aylanishi Yurakning tashqi massaji yordamida tiklanadi. Buning uchun kesishgan kaftlarni to'shning utsiga, uning pastki qismiga qo'yiladi va tez ritmik harakat bilan u eziladi. SHunda Yurak to'sh va umurtqa oraliq'ida siqilib Yurakdan qon haydaladi, tanaffus vaqtida esa ko'krak qafasi kengayib, Yurak ichi qonga to'ladi. Yurakni bilvosita massaj qilish uchun nafaqat qo'l kuchini, balki gavda og'irligini ham qo'llash kerak.

Klinika sharoitida bemorni jonlantirish uchun o'pkaning sun'iy ventilyasiya apparati va defibrillyatordan foydalaniladi. Agar jarrohlik amaliyoti davrida Yurak to'xtasa bevosita massaj usulidan foydalanish mumkin. Bunda jarroh ko'krak bo'shlig'ini ochib, Yurakni quliga oladi va massaj qiladi.

SHok-organizmning umumiy og'ir reaksiyasi bo'lib, eksremal omillar ta'sirida sodir bo'ladi. SHokning asosini hayot uchun muhim bo'lgan qon aylanish va nafas olish faoliyatlari, asab va endokrin tizim, moddalar almashinuvining birdan buzilishi tashkil qiladi. Kelib chiqish sabablariga ko'ra shokning bir necha turi farqlanadi:

Kardiogen shok-Yurak etishmovchiligining alohida og'ir shakli bo'lib, miokard infarktining asorati hisoblanadi. Kardiogen shok arterial bosimning pasayib ketishi, pulsning tezlashuvi, qon aylanishining buzilishi bilan kechadi.

Infeksion-toksik shok-og'ir infeksiyon jarayonlarda rivojlanadi. Bu holatda shokning klinik ko'rinishi tana haroratining oshishi, qaltirash, yiringli septik o'choqning bo'lishi bilan ajralib turadi.

Emostional shok-to'satdan va kuchli ruxiy travmalar ta'sirida yuzaga keladi. Ba'zan qo'rquv tufayli to'liq harakatsizlik kelib chiqishi mumkin. Bu holat bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etishi mumkin. Ayrim holatlarda aksincha keskin qo'zg'aluvchanlik kelib chiqadi, bunda baqirish, ma'nisiz harakatlar, yugurish, Yurak urishining tezlashishi, terining chuqur qizarishi yoki oqarishi, terlash, ich ketishi kuzatiladi.

Anafilaktik shok-dori moddalariga tana sezuvchanligi yuqori bo'lganda kelib chiqadi. Buning oldini olish uchun dorilarni yuborishdan oldin teri-allergik sinamasi o'tkazish lozim.

Potsgemorragik shok-ko'p qon yo'qotilganda, gemolitik shok esa gemolitik zaharlar bilan zaharlanganda yoki noto'g'ri qon quyilganda kuzatiladi.

Travmatik shok-og'ir SHikastlanishlar natijasida kelib chiqadi. Qattiq kuyish natijasida yuz beruvchi kuyish shoki ham travmatik shokning bir turi hisoblanadi.

SHokning davrlari.

Qo'zg'alish davri (erektel faza)-10-20 daqiqa davom etadi. Belgilari: hushi joyida, teri va shilliq qavatlar oqargan, qarashlari notinch, kuchli ter ajralishi, qorachiqalar kengayishi, qorachiqalarning yorug'likka sezuvchanligining yaxshiligi, puls past, arterial bosim me'yor atrofida, mushaklartortishgan, teri va pay reflekslari kuchaygan, nafas olishi tezlashgan.

Tormozlanish davri (torpid faza)-bu davrda hushi joyida bo'lsa ham og'riq sezuvchanlik birdan pasayib ketadi. Belgilari: arterial va venoz bosim tushadi, puls tezlashadi, tana harorati tushib ketadi, nafas olish sekinlashadi, terini nam, sovuq ter bosadi, chanqoqlik, ba'zan qayt qilish kuzatiladi, bemor xotirjam yotadi, atrof-muhitni sal sezadi yoki umuman sezmasligi mumkin.

Travmatik shokning tormozlanish davri 4 darajaga bo'linib, zudlik bilan beriluvchi yordam shokning og'ir-engilligiga mos kelishi kerak.

I daraja (engil): teri oqargan, es-xushi joyida yoki sal tormozlangan, mushaklar titraydi, arterial bosim tushib ketgan, puls bir maromda, nafas olishi tekis, tana harorati me'yorda. Bu daraja hayot uchun xavfli emas.

I darajali shokda birinchi yordam: jismoniy va ruxiy tinchlantirish, og'riqsizlantirish, qon oqishini to'xtatish, transport immobilizatsiyasidan iborat.

II daraja (o'rta og'irlikda): bemorning ahvoli birmuncha og'irroq, asablari taranglashgan, sezilarli darajada yaqqol tormozlangan. Terisi oqargan, hushi joyida, qorachiqalar yorug'likni sal

sezadi, arterial bosim tushib ketadi, puls va nafas olishi tezlashadi, tana harorati pasayadi, reflekslar pasayib ketadi.

II darajali shokda birinchi yordam: jabrlanuvchiga issiq shirin choy ichirish, og'riqsizlantirish, nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini tiklash, tashqi qon oqishini to'xtatish, transport immobilizatsiyasi, tezlikda kasalxonaga etkazishdan iborat

III darajali (og'ir) shok: asablarning sezilarli darajadagi taranglashuvi, qotib qolish, atrofga va o'ziga nisbatan befarqlik, hushi joyida, teri va shilliq qavatlar kulrangroq rangpar, sovuq ter bosgan, sitsolik bosim 70 mm s.u.dan past, diastolik esa 30-40 mm s.u., puls va nafas olish sekinlashgan, yuzaki bo'ladi.

III darajali shokda birinchi yordam: asab, Yurak, qon-tomir tizimi, nafas olish a'zolari faoliyatini normallashtiruvchi shokka qarshikompleks choralar ko'riladi; yuqori nafas yo'llari o'tkazuvchanligi ta'minlanadi-boshni orqaga egib, pastki jag'ini tortib, nafas yo'llarini shilliqlardan, qondan, qusuq moddalardan tozalanadi; og'riqsizlantiriladi; qon oqishini to'xtatiladi; zararlangan qo'l-oyoq oxirlarini standart transport vositalari yordamida immobilizatsiya qilinadi; zudlik bilan kasalxonaga yotqiziladi.

IV daraja (oxirgi): klinik o'limga o'tuvchi davr. Voqea joyida yordam ko'rsatish va transportirovka qilishda jabrlanuvchini shok holatidan butunlay chiqarishga urinish shart emas. Muhimi, shokning kuchayib ketishiga yo'l qo'ymaslik kerak, nafas va Yurak qon tomir tizimining faoliyatini yaxshilab, o'lim xavfini kamaytirish kerak. Travmatik shokni davolashning asosiy manbai-maxsus davolash muassasasiga zudlik bilan yotqizish.

SHokda yordam berishning umumiy tamoyillari. SHokda birinchi yordam jabrlanuvchini jarohatlovchi omil ta'siridan xalos qilishga qaratiladi. buning uchun uni yonayotgan kiyim, elektr toki manbai va b. dan xalos qilish lozim. Ochiq jarohat bo'lib, qon oqayotgan bo'lsa, qonni vaqtinchalik to'xtatish choralari ko'rish, sinish yoki chiqish bo'lsa vaqtinchalik immobilizatsiya qilish kerak. Og'iz bo'shlig'i va halqum qusuq moddalari va b. dan tozalanadi. Agar zarur bo'lsa o'pkaning sun'iy ventilyasiyasi o'tkaziladi. Agar jabrlanuvchi hushsiz bo'lsa-yu, Yurak va nafas faoliyati saqlanib qolgan bo'lsa qusuq moddalarining nafas yo'lga tushib qolmasligi uchun qorin tarafga buklab, boshini yon tomonga egadi. Hushi o'zida bo'lgan jabrlanuvchiga og'riq qoldiruvchi dorilar ichiriladi. Bundan tashqari shokning kelib chiqishiga qarab klinikada maxsus choralar ko'riladi (potsgemorragik shokda qon quyish, kardiogen shokda narkotik analgetiklar yuborish va b.)

CHO'kish suv havzalarida cho'milish vaqtida yoki to'satdan suvga tushib ketganda sodir bo'ladi. CHO'kayotgan odamni bir daqiqadan so'ng 90 %; 6-7 daqiqadan so'ng faqatgina 1-3 % qutqarish mumkin.

CHO'kishni bir nechta turlari farqlanadi.

1. Haqiqiy cho'kish-o'pka va nafas yo'llarini suv to'ldiradi, odam hayot uchun kurashadi va talvasali harakat qilib, suvni tortadi va suv o'z navbatida havo kirishiga halaqit qiladi. CHO'kayotgan odamning terisi ko'kargan bo'lib, og'iz va burundan ko'pik keladi; agar odam suv tagida 3-6 daqiqadan ko'p bo'lmasa, jonlantirish choralari muvaffaqiyatli bo'lishi mumkin.

2. Quruq cho'kish-ovoz yorig'i spazmi tufayli suv o'pkaga kirmaydi, teri ko'karishi kam, hushdan ketishi kuzatiladi, cho'kayotgan odam shu zahoti suv tubiga tushadi.

3. Sinkopal cho'kish-to'satdan nafas olishi va Yurak urishi to'xtashi o'limga olib keladi. Bunda cho'kayotgan odam terisi oqaradi.

Quruq va sinkopal cho'kishda, odam suv tubida 10-20 daqiqadan ortiq bo'lsa, jonlantirish choralari muvaffaqiyatli bo'lishi mumkin.

Sovuq suvda cho'kayotganda himoya qiluvchi gipotermiya effekti paydo bo'ladi va jonlantirish choralari 20 daqiqa davomida suv tubida bo'lganda ham o'tkazish mumkin.

CHO'kayotgan odamni qutqarib, qirg'oqqa olib chiqiladi va birinchi yordam beriladi. Agar SHikastlangan odam hushdan ketmagan bo'lsa, pulsi qoniqarli va nafas olishi saqlangan bo'lsa, uni tekis, quruq qattiq joyga yotqiziladi, boshi past bo'lishi lozim, kiyimlari echiladi, qo'l yoki sochiq bilan ishqalanadi. Issiq ichimlik beriladi va issiq matoga o'raladi.

Agar jabrlanuvchi hushsiz bo'lib, puls iva nafas olishi saqlangan bo'lsa, boshi orqaga qilinadi, pastki jag'i oldinga tortiladi, so'ng uni boshi past qilib yotqizilib, barmoqlar bilan og'iz bo'shlig'ini loydan, qusuq massalaridan tozalash kerak, uni ishqalab, artib isitiladi.

Jabrlanuvchi hushdan ketganda, Mustaqil nafas olmaganda, lekin Yurak faoliyati saqlanib, nafas yo'llarini tozalash choralari o'tkazilgandan so'ng, tezlikda sun'iy nafas berishni boshlash kerak. Jabrlanuvchi nafas olmaganda va Yurak faoliyati kuzatilmagandasun'iy nafas berishni Yurak massaji bilan birga o'tkazish lozim. Oldin nafas yo'llaridan suvni chiqarib tashlash kerak, buning uchun uni qorni bilan tizza bo'g'imida bukilgan oyog'i soniga yotqiziladi kuraklar orasiga bosiladi. Bu muolajalar 15-16 sekunddan oshmasligi kerak, chunki sun'iy nafas o'z vaqtida berilishi kerak.

Birinchi yordam ko'rsatilgandan so'ng jabrlanuvchini tezlikda kasalxonaga yotqizish lozim, chunki o'pkada asoratlar rivojlanishi mumkin (ikkilamchi cho'kish sindromi). Ikkilamchi cho'kish sindromi belgilari: o'tkir nafas etishmovchiligi, ko'krakda og'riq, yo'tal, hansirash, havo etishmasligi, qon bilan yo'talish, qo'zg'alish, puls tezlashishi.

Elektr tokidan SHikastlanish katta kuchdagi elektr toki yoki atmosfera tokidan (chaqmoq urishidan) yuzaga keladi. Elektr toki organizmga mahalliy va umumiy ta'sir ko'rsatadi. Mahalliy ta'sir tokning kirish va chiqish joylarida to'qimalar kuyishi bilan namoyon bo'ladi. Tok ta'sirida nafas olish va Yurak faoliyati to'xtaydi. Jabrlanuvchining terisi oqargan, qorachiq kengaygan, yorug'likka reaksiyasi yo'qolgan bo'ladi.

BTYO. Zudlik bilan elektr toki ta'sirini to'xtatish lozim, ya'ni elektr toki darhol o'chiriladi. SHikastlangan kishini tortib olishda tokni yomon o'tkazadigandan foydalaniladi. So'ng mahalliy jarohatlariga aseptik bog'lam qo'yiladi. Og'riq qoldiruvchilar, tinchlantiruvchilar, Yurak dorilari (Zelenin tomchilari) beriladi. Nafas va Yurak faoliyatito'xtaganda reanimatsiya choralari ko'riladi, ya'ni sun'iy nafas oldiriladi, Yurakni yopiq massaj qilinadi. Bemor hushiga kelgach unga choy yoki kaptop berib, issiq o'rab qo'yish kerak. Alkogoli ichimliklar va kofe ichirish mumkin emas. Transportirovka vaqtida ham bemorni kuzatib borish lozim, chunki nafas va Yurak urishi to'xtab qolishi mumkin.

SHikastlanganlarni erga ko'mish man etiladi, bu nafas olishni qiyinlashtiradi, qon aylanishi buziladi va yordam ko'rsatish qiyinlashadi.

CHaqmoq ta'siridan SHikastlanish ham elektr tokidan SHikastlanishni eslatadi va birinchi yordam ham o'xshash bo'ladi.

CHaqmoq ta'sirida SHikastlanishning oldini olish uchun jala va chaqmoq paytida televizor, radioni o'chirish, telefonda gaplashishni to'xtatish, derazalarni berkitish lozim. Ochiq joyda, yakka daraxt yoki utsunlar yonida turish mumkin emas.

ZAXARLANISHLAR (ILON, CHAYON, QORAQURT CHAQQANDA, PETSITSIDLAR, ZAHARLI O‘SIMLIKLAR, DORILARDAN ZAHARLANISH) VA BTYO

Reja:

1. Dori moddalaridan zaharlanish va BTYO
2. Og‘ir metall tuzlari bilan zaharlanish va BTYO.
3. Alkogoldan zaharlanganda BTYO.
4. Qishloq xujaligida ishlatiladigan kimyoviy moddalardan zaharlanganda BTYO.
5. Ilon chaqqanda birinchi yordam.

Zaharlanish deb zaharli xususiyatga ega moddalarni tanaga tushishi natijasida rivojlanadigan patologik jarayonga aytiladi. Bunday xususiyatga sanoat va maishiy maqsadlarda ishlatiladigan turli xil kimyoviy moddalar, o‘simlik va hayvon zaharlari, dori moddalari ega bo‘lishi mumkin.

Ushbu moddalarni tanaga kirish tezligiga, zaharlilik darajasi, miqdoriga qarab o‘tkir, o‘tkir osti va surunkali zaharlanishlar rivojlanishi mumkin. Bundan tashqari sababiga ko‘ra suidqasd tufayli va tasodifan; kasbiy, maishiy va dorilardan zaharlanishlar ajratiladi. Zaharli moddalar tanaga tushgach mahalliy, rezorbtiv yoki reflektor ta’sir ko‘rsatishi mumkin, lekin bu bulinish nisbiy hisoblanadi.

Zaharlanishlarda birinchi yordam zaharning tanaga ta’sirini to‘xtatish va chiqarib yuborishga qaratiladi. Buning uchun quyidagilar amalga oshiriladi:

1. zaharni tanaga tushishini to‘xtatish,
2. zaharni hali qonga so‘rilib ulgurmagan qismini chiqarib yuborish,
3. zaharli moddani so‘rilishini kamaytirish va zararsizlantirish,
4. qonga o‘tgan zaharli moddani ziddizahar yordamida zararsizlantirish,
5. organizmning hayotiy faoliyatini tiklash.

Dori moddalaridan zaharlanish.

Narkotik moddalardan zaharlanish.

Narkotik vositalarni yuqori dozalarda qabul qilish o‘tkir zaharlanish va o‘limgacha olib kelishi mumkin. Morfinning 0, 1g dan ortig‘i zaharli hisoblanadi. Morfindan o‘tkir zaharlanishda ko‘z qorachiqqlari torayib, yorug‘likka sezgi pasayib ketadi, teri qizaradi, mushaklar tonusi oshib ketadi. Hind kanoplyasidan (gashish, marixuana) zaharlanish psixomotor qo‘zg‘alish, ko‘z qorachiqqlarining kengayishi, quloqlarda shovqin, gallyusinatsiyalar bilan kechadi. Keyinchalik umumiy holsizlik, bequvvatlik, chuqur uyqu, tana haroratining tushib ketishi kuzatiladi. Og‘ir hollarda nafas buzilib, asfiksiya rivojlanadi.

BTYO.

1. Me’dani zondsiz usulda yuvish (ko‘p miqdorda suyuqlik ichirib, qusish refleksini chaqirish bilan),
2. Tuz surgilarini qo‘llash (1 choy qoshiq achchiq tuzga $\frac{1}{2}$ sakan sovuq suv),
3. Ko‘p suyuqlik ichirish (choy, kampo),
4. Bemorni shifoxonaga yotqizish.

Narkotiklarga qarshi ziddi-zahar sifatida nalorfin ishlatiladi, u venaga (0, 5 % eritmasi 1-2 ml) yuboriladi. Nalorfin yo‘qligida teri ostiga atropin (0, 1 % eritmasi 1 ml) yuborish mumkin.

Reanimatsiya sharoitida forsirlangan diurez va peritoneal dializ usullaridan foydalaniladi, nafas susayganda o'pkaning sun'iy ventilyasiyasi o'tkaziladi. Bundan tashqari Yurak-tomir vositalari, analeptiklar (kofein, kardiamin), vitaminlar, glyukoza eritmasi yuboriladi.

Barbituratlardan zaharlanish.

Barbituratlar qatoriga barbamil, barbital, fenobarbital, benzonal va b. kirib, yuqori dozalarda zaharlanishlarga sabab bo'ladi. Barbituratlardan zaharlanish ko'proq MNSning zararlanishi bilan namoyon bo'ladi. Barbituratlar bilan zaharlanganda 4 bosqich kuzatiladi: a) uxlash, b) yuzaki koma, v) chuqur koma, g) komadan keyingi bosqich.

Uxlash bosqichida bemorni uyqu tortadi, apatiya, ataksiya, nutqning buzilishi kuzatiladi. Qorachiq birmuncha toraygan, yorug'likka reaksiya saqlangan, nafas va Yurak faoliyati buzilmagan bo'ladi. Bemor og'riq va kuchli ovozga reaksiya beradi. Gipersalivatsiya kuzatiladi. Uxlash bosqichi 10-15 soat davom etadi.

YUzaki koma bosqichida uyqu chuqur bo'lib, reflekslar saqlangan. Es-xush yo'qolgan, qorachiq toraygan, yorug'likka reaksiya kamaygan bo'ladi. Patologik reflekslar paydo bo'lishi mumkin. Nafas sekinlashgan, puls tezlashgan bo'ladi. Bu bosqichda til orqaga ketib qolishi va qusuq massalarini aspiratsiyasi natijasida asfiksiya kelib chiqishi mumkin.

CHuqur koma davri chuqur uyqu, reflekslarning yo'qolishi, mushaklar tonusining yo'qolishi, oyoq-qo'llarni muzlashi, nafasni sekinlashishi, sianoz bilan tavsiflanadi. Bu bosqichda o'tkir Yurak-tomir etishmovchiligi, pulsni zaiflashishi va arterial bosimni pasayishi kuzatiladi. Nafas to'xtashi, kollaps, o'pka, miya shishi, paroksizmal taxikardiya rivojlanishi mumkin.

Komadan keyingi davrda- harakatlar koordinatsiyasi buzilishi, emostional labillik, depressiya kuzatilishi mumkin. Upka yallig'lanishi, to'qimalar oziqlanishining buzilishi kelib chiqadi. Engil zaharlanganda uyquchanlik 1 kun, o'rtachada esa 1-2 kun, og'ir hollarda 5 kundan ortiq davom etadi.

BTYO.

1. Barbituratlar og'iz orqali qabul qilingan bo'lsa tezlik bilan qutsirish yoki me'dani yuvish.
2. Nafas yo'llari o'tkazuvchanligini ta'minlash maqsadida shilliq va qusuq moddalaridan tozalash.

3. Kislorod yosiqchasidan nafas oldirish.

4. Tuz surgilarini qo'llash (1/2 sakan suvga 30 g. tuz)

5. Tozalovchi huqna qilish.

6. Faollashtirilgan ko'mir berish.

7. Koma holatida sun'iy nafas oldirish.

8. Qondagi zaharni chiqarib yuborish uchun peshob haydovchi dorilar berish

9. Bemorni shifoxonaga yotqizish.

Xolinolitik dorilardan zaharlanish.

Xolinolitik vositalar-atropin, amizil, astmatol, skopolamin, aprofen va b. markaziy va periferik nerv tizimidagi xolinolitik tizimlarni tormozlaydi.

Xolinolitiklardan zaharlanganda og'iz qurishi, yutish va nutqning buzilishi, yorug'likdan qurqish, Yurak o'ynashi, nafas siqishi, bosh og'rig'i kuzatiladi. Akkomadatsiya falajlanadi, qorachiq kengayadi, yaqindan ko'rish buziladi. Teri qoplamlari quruq, giperimiyalangan. Og'ir hollarda ruxiy va harakat qo'zg'alishi, ko'rish gallyusinatsiyalari, jazavaga tushish, tutqanoqsimon xuruj, so'ngra es-xushni yo'qolishi kuzatiladi.

BTYO.

Agar zahar og'iz orqali kirgan bo'lsa, me'dani 1 % tanin yoki 1:1000 kaliy permanganat eritmasi bilan zond orqali yuvish, suyuqliklar ichirib qutsirish lozim.

Agar zahar ko'z shilliq pardalari orqali kirgan bo'lsa, tezlik bilan ko'zni yuvish kerak. Taxikardiya inderaldan foydalanish mumkin. Agar gipertermiya kuchli bo'lsa, sovuq suv yoki muzli xaltacha, nam artish usulidan foydalaniladi.

Ganglioblokatorlardan zaharlanish.

Arfonad, benzogeksoniy, gangleron, dimekolin, paxikarpin, pentamin, pirilen va b. ganglioblokatorlar zaharlanishga olib kelishi mumkin. Paxikarpin bachadon tonusini oshirib, uning mushaklarini qisqarishini kuchaytirgani sababli ayollar homiladorlikni to'xtatishda foydalangan. Bu maqsadda paxikarpin 0,5 dan 8 g dozagacha ishlatilganda zaharlanishga olib keladi.

Zaharlanishning klinik belgilari: bosh aylanishi, ko'rishni pasayishi, qusish, ko'ngil aynishi, qorinda og'riq, quloqlar shang'illashi, og'iz qurishi. Ruxiy qo'zg'alishlar, tirishishlar, og'ir hollarda es-xushni yo'qotish, kollaps rivojlanadi. Bemor nafas falajlanishi va Yurak to'xtashidan halok bo'lishi mumkin.

BTYO.

Birinchi yordam me'dani yuvish, tuzli surgilar berish, tozalovchi klizmalar qilishdan iborat. Vegetativ gangliylardan nerv impulslari o'tishini yaxshilash maqsadida prozerin (1 ml 0,05 % eritmasi), ATF (2-3 ml 1 % eritmasi), V gurux vitaminlari beriladi. Harakat qo'zg'alishlarida geksenal yuboriladi. Kollaps rivojlanganda mezaton, Yurak-tomir preparatlari qo'llanadi.

Og'ir metall tuzlaridan zaharlanish.

Mis birikmalaridan zaharlanish.

Mis kuporosi, mis oksidimis karbonat va b. ko'pincha nafas yo'llari orqali tanaga tushadi. va ularni ta'sirlaydi. Ular qon gemolizi va ichki a'zolarida degenerativ o'zgarishlarni chaqirish xususiyatiga ega.

YAshirin davr (4-48 soat) o'tgach, bemorda isitma ($39-40^{\circ}$ S), titrash, kuchli terlash kuzatiladi. So'ngra umumiy holsizlik, taxikardiya, qusish boshlanadi. Burundan qon ketishi, katta dozalarda esa o'pka shishi, MNS zararlanishi rivojlanadi. Bemor tezda o'lib qolishi mumkin.

Mis birikmalari me'daga tushsa og'izda metall ta'mi, salivatsiya kuzatiladi. Bunga ko'ngil aynish, qusish, qorinda og'riq, chanqash, ich ketishi qushiladi. Teri qoplamlari sarg'ayadi. Til va og'iz shilliq pardalari ko'k rangga bo'yaladi. Tana harorati pasayadi. Yurak qisqarishlari soni kamayadi. Og'ir hollarda koma, tirishishlar kuzatilishi mumkin.

BTYO.

Birinchi yordam me'dani bir necha marta yuvishdan iborat. SHuningdek, faol ko'mir va magniy oksiddan foydalaniladi. Bemorga sut, yog'li ovqatlar berish taqiqlanadi. Bemorning terisi ostiga morfin va atropin, venasiga 100 ml 30 % natriy tiosulfat yuboriladi. Ko'p qusganda amnazin yuboriladi.

Qurg'oshin birikmalaridan zaharlanish.

Qurg'oshin birikmalari nafas va me'da-ichak yo'llari, teri orqali tanaga tushishi mumkin. Bemor og'zida shirin ta'm, so'lak oqishi, ko'ngil aynish, qusish, qorinda kuchli og'riq, spastik qabziyat kuzatiladi. Bemor qo'zg'algan, qorni dam bo'lib, terlaydi, arterial bosim va harorati ko'tariladi. Ajralayotgan peshob miqdori kamayib ketadi, hattoki to'xtashi mumkin. Jigar etishmovchiligi va sarg'ayish rivojlanadi.

BTYO.

Birinchi navbatda me'dani magniy yoki natriy sulfat eritmasi bilan yuviladi va tuzli surgilar beriladi. Atropin (0, 1 % 1 ml kuniga 2-3 marta), promedol (2 ml 2 % eritmasi) teri ostiga, 0, 25 % novokain eritmasi 200 ml gacha, 20 % mannitni glyukozadagi eritmasi 1-2 g/kg hisobida venaga yuboriladi. Davolashda paranefral novokain blokadalari, qorin sohasiga diatermiya, magniy sulfat klizmalaridan foydalanish mumkin. Maxsus davo sifatida tetatsin-kalsiy ishlatiladi, uni 20 ml 10 % eritma holida 500-1000 ml 5 % glyukoza bilan venaga tomchilab kuniga 1-2 mahal yuboriladi, surunkali zaharlanishda esa 0, 5 g dan 4 marta kun oralab ichga beriladi.

Bundan tashqari vitaminlar, spazmolitiklar, sut va o'simlik mahsulotlariga boy parhez buyuriladi.

Rux va uning birikmalaridan zaharlanish.

Tanaga rux birikmalari nafas a'zolari va hazm yo'llari orqali tushishi mumkin. Rux birikmalari bilan zaharlanganda og'izda metall ta'mi, chanqash, holsizlik, ko'ngil aynish, qusish, qorinda og'riq, ich ketishi kuzatiladi. Bemor uyquchan, mushaklarda og'riqqa shikoyat qiladi. Keyinroq bronxit belgisi bo'lgan quruq yo'tal kuzatiladi. Bu 4-5 soat davom etib, so'ngra kuchli titrash, tana haroratini 38-40⁰ S ga ko'tarilishi, terlash kuzatiladi. Og'ir hollarda pnevmoniya va o'pka shishi rivojlanadi.

Agar rux birikmalari teriga tushsa yara paydo bo'ladi, og'iz orqali kirsaz hazm yo'llarining kuyishiga olib keladi.

BTYO.

Rux birikmalari og'iz orqali kirganda me'dani 3 % natriy gidrokarbonat yoki 0, 2 % tanin eritmasi bilan yuviladi, tuzli surgilar beriladi. Ziddizahar sifatida unitiol ishlatiladi, u 1-kunlarda har 10 kg og'irlikka 1 ml 5 % eritma hisobida 3-4 mahal, 2-kunda 2-3 mahal, 3-7-kunlar 1-2 mahal beriladi. Ishqorli ingalyasiyalar, glyukoza va askorbin kislota vena orqali, zaruriy hollarda esa narkotiklar, Yurak-tomir vositalari beriladi.

Mishyak birikmalaridan zaharlanish.

Mishyak birikmalari tanada nefrotoksik, gepatotoksik, neyrotoksik, enterotoksik ta'sirlarni namoyon qiladi. Zahar tanaga og'iz orqali tushganda metall ta'mi, qorinda og'riq, qusish kuzatiladi. Qusuq massasi yashil rangda bo'ladi, axlat guruch qaynatmasini eslatadi. Tana suvsizlanib, tirishishlar rivojlanadi. Gemolitik kamqonlik, sariqlik, buyrak etishmovchiligi, og'ir hollarda kollaps, koma kuzatiladi.

Zahar nafas yo'llari orqali kirganda sopor holati, tirishishlar, xushdan ketish, nafasning falajlanishi, kollaps kuzatiladi. Ingalyasiya yo'li bilan zaharlanganda tezda qon gemolizga uchraydi. 2-3-kunlarga kelib jigar va buyrak etishmovchiligi kuzatiladi.

Mishyakning o'ldiruvchi dozasi ichga qabul qilinganda 0, 1-0, 2 g ga teng.

BTYO.

Me'dani yuvish, xuqna, venaga 150-200 ml 5 % unitiol eritmasi yuborish tavsiya etiladi. Vitaminoterapiya ham maqsadga muvofiqdir.

Alkogoldan zaharlanish.

Alkogol mats qiluvchi dozadan ham yuqori miqdorda qabul qilinsa zaharlanish kelib chiqadi. Belgilari: yuz terisini qizarishi, tana haroratini pasayishi, qusish, sovuq ter ajralishi, qorachiqnlarni torayishi, nafasni susayishi, pulsni zaiflashishi va b. Tirishishlar, qusuq massalarini aspiratsiyasi, laringospazm rivojlanishi, nafas va Yurak faoliyati to'xtashi mumkin.

96 % spirtni 300 ml miqdori o'limga olib keladi.

BTYO. Me'dani zond bilan yuvish lozim. Venaga glyukozaning gipertonik eritmasini insulin bilan qo'shib (500 ml 20 % glyukozaga 20 TB insulin), 500-1000 ml 4 % natriy gidrokarbonat eritmasidan yuborish mumkin. Komada forsirlangan diurez usulidan foydalaniladi. SHuningdek, Yurak-tomir vositalari, tonusni oshiruvchilar (kardiamin, kamfora) tavsiya etiladi.

Qishloq xo'jaligida ishlatiluvchi kimyoviy moddalardan zaharlanish.

Fosfororganik birikmalardan zaharlanish.

Fosfororganik birikmalar (dixlofos, karbofos, xlorofos, tiofos va b.) qishloq xo'jaligida zararli hashorotlar, begona o'tlarga qarshi kurashda, shuningdek, defoliantlar sifatida keng ishlatiladi. Zahar tanaga teri, nafas yo'llari, og'iz orqali tushishi mumkin. Fosfororganik birikmalar xolineseraza fermentini qaytmas ravishda ingibirlab, atsetilxolin miqdorini oshib ketishiga olib keladi.

Fosfororganik birikmalardan zaharlanishning 3 ta darajasi ajratiladi.

I darajada psixomotor qo'zg'alish, nafas siqishi, o'pkada nam xirillashlar, terlash, arterial bosim oshishi, ko'krak sohasida noxo'sh sezgi kuzatiladi.

II darajada miofibrillyasiya, tonik-klonik tirishishlar, ko'krak qafas mushaklari rigidligi, nafas olishni buzilishi kuzatiladi.

III darajada oyoq-qo'llarning mushaklari falajlanadi, nafas mushaklari zaiflashadi, nafas markazi susayadi, hattoki nafas to'xtab qolishi mumkin. Arterial bosim tushib ketadi, Yurak ritmi va o'tkazuvchanligi buziladi. O'lim nafas va Yurak faoliyati etishmovchiligi tufayli ro'y berishi mumkin.

Keyinchalik esa pnevmoniya, psixozlar va polinevritlar rivojlanishi mumkin.

BTYO.

Jabrlanuvchini zaharlanish maydonidan olib chiqiladi, kiyimlari echiladi, teri iliq suv bilan yuviladi. Agar zahar og'iz orqali kirgan bo'lsa, me'da zond orqali yuviladi, tuzli surgilar beriladi va davolash muassasasiga yuboriladi. Fosfororganik birikmalar bilan zaharlanganda xolineseraza fermentini qayta tiklash xususiyatiga ega bo'lgan moddalar-dipiroksim, alloksim, izonitrozin kabilar ziddizahar sifatida ishlatilishi mumkin.

Xlororganik birikmalardan zaharlanish.

Xlororganik birikmalar neyrotoksik va tirishtiruvchi ta'sirga ega. Zaharlanishda dispeptik o'zgarishlar, qorinda og'riq kuzatiladi. Og'ir hollarda nafas siqishi, qo'zg'alish, ataksiya, ko'rishning buzilishi, burundan qon ketishi, tirishishlar kelib chiqadi. O'tkir Yurak-tomir va jigar etishmovchiligi rivojlanadi. Ichga qabul qilinganda zaharning 30 g miqdori o'ldiruvchi ta'sir ko'rsatadi.

BTYO.

Me'dani zond orqali yuvish, tuzli surgilar berish lozim. Keyin esa forsirlangan diurez o'tkaziladi. Venaga kalsiy glyukonat yoki xlorid (10 ml 10 % eritmasi), glyukoza askorbin kislota bilan, nikotin kislota (2 ml 5 % eritma), V guruh vitaminlari yuboriladi. Tirishishlar kuzatilganda diazepam, barbamil beriladi. Toksik kamqonlik va gepatitni davolanadi. Zaharlangan odam albatta shifoxonaga yotqizilishi lozim.

Zaharli ilonlar va hasharotlarning chaqishi.

Zaharli ilonlar chaqishi qattiq va uzoq davom etadigan og'riq, shish, chaqqan joyda qon quyo'lishni keltirib chiqaradi. Belda og'riq bo'ladi, nafas olish va Yurak urishi qiyinlashadi, og'ir hollarda es-xushning yo'qolishi, qusish, nafas olishning va Yurak faoliyatining keskin sutslashuvi kuzatiladi. Zahar tezlik bilan tananing boshqa qismlariga tarqalishi mumkin, buning natijasida arterial bosimning pasayishi, qo'zg'alishlar, talvasa, nuqtali qon quyilishlari kuzatiladi.

Hasharotlar chaqqanda to'qimalarning mahalliy shishi, qizarishi va mahalliy tana haroratining ko'tarilishi kuzatiladi. Holdan toyish, bosh aylanishi va og'rishi, titrash, ko'ngil aynishi, qusish, ayrim hollarda eshakem, belda va bo'g'imlarda og'riq, Yurak urishi kuzatiladi.

BTYO.

Ilon, chayon va zaharli hasharotlar chaqqanda birinchi yordam bir xil bo'ladi.

1. Jarohatdan zaharni so'rib tashlash. YOrdam berayotgan odamning badanida shilinishlar va jarohatlar bo'lmasligi lozim.

2. Ilon chaqqan joyga sarimsoq sharbati yoki 3 kun davomida yangi xamirturush surtish kerak. Ulardan 1 soat keyin maydalangan sarimsoq qo'yish kerak.

3. Ilon chaqqan joyga muz qo'yish, bor bo'lsa 0, 3 ml 0, 1 % adrenalin eritmasi yuboriladi.

4. Jarohatni 3 % kaliy permanganat eritmasi bilan yuvish kerak.

5. Jarohatga bog'lam qo'yish kerak.

6. Og'ir hollarda jabrlanuvchini shifoxonaga olib borish lozim.

Jgut qo'yish va chaqqan joydagi terini tilish qat'iy man etiladi.

Ovqat toksikoinfeksiyalari va botulizm.

Ovqat toksikoinfeksiyalari-mikroblar va ularning toksinlari tushgan oziq-ovqatlarni its'emol qilish natijasida kelib chiqadi. Kasallik o'tkir boshlanib, qorin dam bo'lishi, qurillash, xurujsimon og'riq, ko'ngil aynish, qusish, ich ketishi, ko'p suv yo'qotish, shaytonlash, arterial bosim tushib ketishi kuzatiladi. Bosh og'rishi, titrash, tana harorati ko'tarilishi mumkin.

Birinchi yordam berishda me'dani yuvish, klizma qilish, ko'p miqdorda suyuqlik ichirish tavsiya etiladi. Iliq qaynatilgan suvga $\frac{1}{2}$ choy qoshiqda soda eritmasi 1 sakan suvga qo'shib ichiriladi. Bemor darhol shifoxonaga yotqizilib, shifokor tavsiyasi asosida dori-darmonlar beriladi.

Botulizm anaerob mikroblar (*Clostridium botulinum*) qo'zg'atadigan kasallikdir. Botulizm ko'proq zararlangan qonserva mahsulotlari, qonservlangan va dudlangan mahsulotlarni its'emol qilinganda kelib chiqadi va kuchli zaharlanish belgilari bilan kechadi. Birinchi yordam ovqat toksikoinfeksiyalaridagi kabi. Maxsus davo sifatida botulizmga qarshi zardobdan foydalaniladi.

Is gazidan zaharlanish.

Is gazi (SO) rangsiz va hidsiz bo'lib, undan o'y sharoitida va yopiq joylarda (shaxtalar, qonlar) ishlaganda zaharlanish mumkin. Uylarda pechni noto'g'ri yoqish natijasida is gazi to'planadi va zaharlanishga sabab bo'ladi.

Is gazi odam organizmiga faqat nafas yo'llari orqali kiradi. Nafas a'zolarida qonga so'rilib, undagi gemoglobin bilan birikadi (karboksigemoglobin hosil bo'ladi). Natijada gemoglobin o'pkada kislorod bilan birika olmaydi., demak, kislorodni tana to'qimalariga olib kelolmaydi va o'tkir gipoksiya rivojlanadi. Bunday holat o'limga olib kelishi mumkin.

Is gazidan zaharlanish uning havodagi qonsentratsiyasiga va ta'sir muddatiga bog'liq bo'ladi.

Engil darajadagi zaharlanishda bosh qattiq ogʻriydi, aylanadi, quloqlar shangʻillaydi, koʻngil ayniydi, baʼzan qusish, hushdan ketish, gandarlash kuzatiladi.

Oʻrtacha darajada zaharlanishda mushaklar kuchsizlanadi, nafas siqiladi, puls tezlashadi, arterial qon bosimi pasayadi, koʻngil ayniydi va qusiladi, aql xiralashadi, baʼzan odam uyquchan boʻladi. YUzida qirmizi dogʻlar paydo boʻladi.

Ogʻir darajada zaharlanishda odam batamom xushidan ketadi. Oyoqlari koʻkarib yoki oqarib, yuzida qirmizi dogʻlar paydo boʻladi. Puls tezlashadi, arterial qon bosimi keskin pasayadi, nafas olish sekinlashadi va chuqurlashadi, mushaklar boʻshashadi, nafas toʻxtaydi va odam oʻladi.

BTYO.

Avvalo zaharlangan odam toza havoga olib chiqiladi, paxtani nashatir spirt bilan xoʻllab xidlatiladi, tanasi isitiladi va tinch qoʻyiladi. Nafas olish toʻxtaganda zudlik bilan sunʼiy nafas oldiriladi. SHifokorlik yordami oʻpkaning sunʼiy ventilyasiyasi, kislorod berish, lobelin yoki sititon inʼeksiya qilish, analeptiklar, Yurak-tomir vositalari berish, tanani isitish va b. dan iborat.