

O`ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG`LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

**ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT TIBBIYOT
INSTITUTI**

«XIRURGIK KASALLIKLAR VA REANIMATSIYA » KAFEDRASI

**“TASDIQLAYMAN”
O`quv va tarbiyaviy ishlari
prorektori, dots.
G.J Jarilkasinova_____**

«_____» _____2021yil

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

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

Buxoro – 2021 yil

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

XIRURGIK KASALLIKLAR VA REANIMATSIYA KAFEDRASI

**Fanning nomi: SHOSHILINCH HOLATLAR VA TEZ-TIBBIY
YORDAM**

Bilim sohasi: 500000 - Sog`liqni saqlash va ijtimoiy
ta`minot
Ta`lim sohasi: 510000 - Sog`liqni saqlash
Ta`lim Yo`nalishi: 5510100 - Davolash ishi
5111000 - Tibbiy-pedagogika

Tuzuvchi:

Eshonov O.SH.- Xirurgik kasalliklar va reanimatsiya kafedra dotsenti,t.f.n.

(imzo)

Boltayev E.B - Xirurgik kasalliklar va reanimatsiya kafedra assistenti.

(imzo)

Ushbu ishchi dastur namunaviy o'quv dasturi va o'quv reja asosida 5510100 – Davolash ishi va 5111000- Kasbiy ta'lim yo`nalishlari uchun Anesteziologiya va reanimatologiya fani bo'yicha tuzilgan va kafedra yig'ilishida muhokama qilinib tasdiqlangan.

Bayonnoma № _____ « _____ » _____ 2021 y.

Kafedra mudiri: t.f.d. O`roqov SH.T

(imzo)

MUK raisi: dots. G.J. Jarilkasinova

(IMZO)

Ushbu ishchi dastur namunaviy o'quv dasturi va o'quv reja asosida 5510100 – Davolash ishi va 5111000- Kasbiy ta'lim yo`nalishlari uchun Anesteziologiya va reanimatologiya fani bo'yicha tuzilgan va Buxoro davlat tibbiyot instituti markaziy uslubiy kengashida muhokama qilingan va tasdiqlangan.

Bayonnoma № _____ « _____ » _____ 2021y.

Uslubchi:

Jumayeva SH.B.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

Рўйхатга олинди
№ 5 5510100 - 404
2013 йил "13" сентябр

Ўзбекистон Республикаси
Олий ва ўрта махсус таълим
вазирлигининг 2013 йил "13"
сентябр даги "82"-сонли
буйруғи билан тасдиқланган



Ш. Шодиев

ШОШИЛИНЧ ХОЛАТЛАР ТЕЗ ТИББИЙ ЁРДАМ
фанининг

ЎҚУВ ДАСТУРИ

Билим соҳаси: 500000 – Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси: 510000 – Соғлиқни сақлаш
Таълим йўналиши: 5510100 – Даволаш иши
5111000 – Касбий таълим (5510100 – Даволаш иши)

Тошкент – 2013

Annatatsiya

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

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

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

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

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

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

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

MUNDARIJA

Namunaviy o`quv dasturi.....	3 bet
Kirish.....	5 bet
O`quv dasturi.....	13 bet

MA`RUZA MASHG`ULOTLARI

1-mavzu: Kirish. O`tkir Yurak qon-tomir etishmovchiligi bilan bemorlarda Reanimatsiya va intensiv davo.

1. 1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.....	20 bet
1.2. Ma`ruzaning texnologik kartasi (Muammoli Ma`ruzaning texnologik kartasi).....	20 bet

2Mavzu.O`tkir chapqorincha

etishmovchiligi va o`pkashishi bilan bemorlarda Reanimatsiya va intensiv terapiya.

1. 1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.....	25bet
1. 2. Ma`ruzaning texnologik kartasi.....	25bet

Mavzu 3.O`tkir nafas etishmovchiligi bilan bemorlarda Reanimatsiya va intensiv terapiya.

1. 1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.	29 bet
1. 2. Ma`ruzaning texnologik kartasi.....	29 bet

Mavzu4.Har xil etiologiyalik odatlarda Reanimatsiya va intensiv terapiya.

1. 1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.	33 bet
1. 2. Ma`ruzaning texnologik kartasi.....	33 bet

AMALIY MASHG`ULOTLARI

1-mavzu: Xushini yukotish, kollaps, shok.O`tkir buyrak usti bezi etishmovchiligi (O`BUBE). Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko`rsatish.

1. 1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.	36 bet
1.2. Amaliy mashg`ulotlari texnologik kartasi.	36 bet

2-mavzu:O`tkir endogen zaharlanish sindromi. Komalar. Gipo- va giperglikemik, jigar, uremik, nevrologik komalar klinikasi, diagnostikasi, tez tibbiy yordam ko`rsatish, UASH taktikasi.

1. 1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.	41 bet
1.2. Amaliy mashg`ulotlari texnologik kartasi.	41 bet

3-mavzu: O`tkir ekzogen zaharlanish sindromi. Komalar. O`tkir zaxarlanishlar klassifikatsiyasi. Alkogol va uning surrogatlaridan, sirka kislotasidan, qo`zikorindan, psixotrop dori vositalaridan, ishqorlardan, noorganik kislitalardan, fosfoorganik birikmalar, is gazidan, vodorod sulfiddan zaxarlanish, xashoratlar va ilon, chayon chakishi klinikasi, diagnostikasi, shoshilinch tibbiy yordam ko`rsatish. UASH taktikasi.

1.1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.	48 bet
1.2. Amaliy mashg`ulotlari texnologik kartasi.	48 bet

4-mavzu: Harorat ta`siroti va elektrotravma. Kuyish, sovuq urishi.

Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko`rsatish. UASH taktikasi.

1.1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.	68 bet
1.2. Amaliy mashg`ulotlari texnologik kartasi.	68 bet
5-mavzu:Elektrotravma. Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko`rsatish. UASH taktikasi.	
1.1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.	75 bet
1.2. Amaliy mashg`ulotlari texnologik kartasi.	75 bet
6-mavzu:Kardial o`lim sindromi. Qon aylanish to`xtashi turlari.Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko`rsatish. O`pka-Yurak reanimatsiyasi (O`YUR) o`tkazish tamoyillari. UASH taktikasi.	
1.1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.	80 bet
1.2. Amaliy mashg`ulotlari texnologik kartasi.	80 bet
7-mavzu: Isitma sindromi. Klassifikatsiyasi,Klinikasi, diagnostikasi. Isitma sindromi tez tibbiy yordam ko`rsatish. UASH taktikasi	
1.1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.	88 bet
1.2. Amaliy mashg`ulotlari texnologik kartasi.	88 bet
8-mavzu: Sepsis. Klinikasi, diagnostikasi. Septik shokda tez tibbiy yordam ko`rsatish. UASH taktikasi	
1.1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.	95 bet
1.2. Amaliy mashg`ulotlari texnologik kartasi.	95 bet
9-mavzu:Gemorragik sindrom. Massiv qon yo`qotish sindromi, gomologik qon , DVS va tromboembolik sindrom. Klinikasi, diagnostikasi. Tez tibbiy yordam ko`rsatish usullari. UASH taktikasi	
1.1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.	102 bet
1.2. Amaliy mashg`ulotlari texnologik kartasi.....	102 bet
10-mavzu:Nafas siqishi, bo`g`ilish. Bronxial astma xuruji, astmatik status. Soxta krup. Nafas etishmovchiligi. Yurak astmasi, o`pka shishi. O`tkir o`pkali-Yurak . Diagnostikasi Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi	
1.1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.	108 bet
1.2. Amaliy mashg`ulotlari texnologik kartasi.	108 bet
11-mavzu:Arterial gipertoniya.Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi	
1.1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.	114 bet
1.2. Amaliy mashg`ulotlari texnologik kartasi.....	114 bet
12-mavzu:Gipertonik kriz. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi	
1.1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.	119 bet
1.2. Amaliy mashg`ulotlari texnologik kartasi.	119 bet
13- mavzu:Yurak ritmining buzilishi.Paroksizmal taxikardiya. Morgani-Edemsa-Stoksa simptomi. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi.	
1.1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.	124 bet
1.2. Amaliy mashg`ulotlari texnologik kartasi.	124 bet
14-mavzu:Ko`krak qafasidagi og`rik sindromi. Stenokardiya. Miokard infarkti. Tromboembolik sindrom. Diagnostikasi. SHoshilinch yordam. UASH taktikasi.	
1.1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.	130 bet
1.2. Amaliy mashg`ulotlari texnologik kartasi.	130 bet

15-mavzu:Qorinda og‘riq sindromi.Ichak, jigar, buyrak sanchig‘i.

Diagnostikasi. SHoshilinch yordam. UASH taktikasi

1.1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.137 bet

1.2. Amaliy mashg‘ulotlari texnologik kartasi.....137 bet

Mul’timediyaalar, diafil’mlar, Elektron darsliklar ro’yxati.....142 bet

Elektron darsliklar ro’yxati.....144 bet

GLOSSARIY.....145 bet

Reytingnizomi.....147 bet

Mustaqil ish nizomi.....152 bet

ASOSIY QISM
MA`RUZA MASHG`ULOTLARINING TA`LIM TEXNOLOGIYASI
MODELI

1-mavzu: Kirish. O'tkir Yurak qon-tomir etishmovchiligi bilan bemorlarda reanimatsiya va intensiv davo.

1. 1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg`ulot vaqti -2 soat	Talabalar soni : 16-18 ta
Mashg`ulot shakli	Axborotli ma`ruza, mul'timediya ma`ruza.
Mashg'ulotning Rejasi	1. O'tkir Yurak qon-tomir etishmovchiligi haqida umumiy ma`lumot 2. Reanimatsion chora-tadbirlar o'rni. 3. Intensiv davolash tamoyillari.
Mashg`ulotning maqsadi: <i>Ta'limiy, Tarbiyaviy: odob, axloq va deontologiya, Rivojlantiruvchi:</i> O'tkir Yurak qon-tomir etishmovchiligi bilan bemorlarda reanimatsiya va intensiv davo.	
Ta'lim berish vositalari	O`quv qo`llanma, darslik, ma'ruza matni, proektor, kompyuter
Mashg`ulot uslubi	Axborotli, suxbat, ma'ruza va x.
Ta`lim berish shakllari	Jamoaviy
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baxolash	Og`zaki nazorat: savol-javob

1.2. Kirish. O'tkir Yurak qon-tomir etishmovchiligi bilan bemorlarda reanimatsiya va intensiv davolash haqida ma`lumot.

MA`RUZA mashg`ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatining mazmuni	
	Ta`lim beruvchi	Ta`lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi (5daqqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish MA`RUZA si uchun taqdimot multimedia tayyorlash. 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini taqdim etish	Tinglaydilar Tinglaydilar
1. Mavzuga kirish (15 daqiqa)	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi. 2. Mavzu bo'yicha savollar beradi (reja). 1. Reanimatsiyani tushuntiring. 2. Reanimatsionchoratadbirlarniboskichma-bosqich tushuntiring .	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
2 – asosiy bosqich (55 daqiqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi, 5 ta multimedia namoyish qilish. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi.	Tinglaydilar Ko'radi Tinglaydilar
3-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Ko'p komponentli umumiy anesteziya haqida ma`lumotlarni mujassamlashtiradi	Tinglaydi Yozib oladi

		Yozib oladi
4-Mustaqil ta'lim uchun topshiriqlar 5 daqiqa	Mustaqil ish beradi. O'tkir Yurak qon-tomir etishmovchiligi bilan bemorlarda reanimatsion chora tadbirlari haqida ma'lumot	Tinglaydi Yozib oladi

MA'RUZA BAYONI

Qon va qon aylanish fiziologiyasi

Qon, limfa, to'qima suyuqligi, orqa miya, plevra, bo'g'im suyuqliklari organizmning ichki muhitini hosil qiladi.

Organizm ichki muhitining doimiy bo'lishi hujayralar ko'payishi va rivojlanishi uchun qulaydir. Organizm ichki muhitining doimiyligini 100 yil ilgari fiziolog Klod Bernar ta'riflagan. U bu holatni shunday ifodalagan: "ichki muhit doimiyligi erkin hayot sharoiti".

1929 yil Uolter Kennon fanga gomeostaz terminini kiritgan.

Ichki muhitda hayot sharoitlari doimiyligini saqlash qobiliyatiga **gomeostaz** deyiladi. Gomeostazni bir xil saqlab turish qonning vazifasidir.

Qon tizimi to'g'risidagi tushunchani 1939 yilda G.F.Lang yaratdi. Bu tizimga 4 qism kiradi:

- Tomirlarda oqib turgan periferik qon
- Qon ishlovchi a'zolar
- Qon emiruvchi a'zolar
- Boshqaruvchi neyrohumoral apparat

Qonning asosiy funksiyalari. Qon tomirlarda harakatlanadigan qon quyidagi vazifalarni bajaradi:

- Transport funksiyasi-kislorod, karbonat angidrid, oziq moddalar, gormonlar, mediatorlar, elektrolitlar, fermentlarni tashiydi
- Nafas funksiyasi
- Oziqlantirish funksiyasi.
- Ekskretor funksiya.
- Termoregulyator funksiya
- Himoya funksiyasi
- Regulyator (gumoral boshqaruv)

Sog'lom odam organizmidagi qonning umumiy miqdori gavda vaznining 6-8 % ni tashkil etadi va taxminan 5-6 litr bo'ladi. Qonning solishtirma og'irligi 1,050-1,060, plazmaning solishtirma og'irligi 1,025-1,034 ga teng.

Suvning yopishqoqligi birga teng deb olinsa, plazmaning 1,7-2,2 ga teng, butun qonniki esa 5 ga teng. Qonning osmotik bosimi 0,56-0,58 o'rtagacha 7,6 atm ni tashkil etadi. Osmotik bosimning 60% ni qon plazmasida erigan natriy

tuzlari vujudga keltiradi. Agar eritrotsitlarni osmotik bosimdagi tuzli eritmaga joylashtirganda, ular o'zining shaklini o'zgartirmasa, bunday eritmani **izotonik** yoki **fiziologik eritma** deb aytiladi. Bu 0,85% li natriy xlor eritmasidir. Qonning osmotik bosimi baland bo'lganda eritrotsitlar bujmayadi, chunki ular tarkibidagi suv eritmaga sizib chiqadi. Osmotik bosimi past bo'lgan eritmalarda esa eritrotsitlar bo'kadi. Chunki eritmadagi suv eritrotsitlar ichiga kiradi. Osmotik bosimi yuqori bo'lgan eritmalar – **gipertonik**, osmotik bosimi past bo'lgani esa – **gipotonik** deyiladi. Qonning onkotik bosimi – osmotik bosimning bir qismi bo'lib, plazma oqsillari tomonidan amalga oshiriladi, me'yorida 0,03-0,04 atm. yoki 25-30 mm sim.ust. ga teng bo'ladi. Onkotik bosimni asosan albuminlar ta'minlaydi.

Qon aylanishi fiziologiyasi . Kichik qon aylanish doirasida AQHning 20 – 25 % harakatlanadi, undan 8-10% - Yurak da, 12-15% -o'pkada.

Katta qon aylanish doirasida AQHning 75 – 80 % harakatlanadi, undan 15-20% - arteriyalarda, 65-70% - vena tomirlarida, 5-7,5% - kapillyarlar tizimida.

Qon yo'qotish darajasini va infuzion – tranfuzion terapiyani samaradorligini baholashda, donorlardan olinadigan qon hajmini aniqlashda AQH yagona to'g'ri mezon deb hisoblanadi. Bo'lishi kerak bo'lgan AQH ni quyidagi formula bo'yicha aniqlanadi:

Ayollarda: $AQH (ml/kg) = Bo'yi (sm) \times 0,366 + Vazni (kg) \times 0,032 + 0,183.$

Erkakilarda: $AQH (ml/kg) = Bo'yi (sm) \times 0,366 + Vazni (kg) \times 0,032 + 0,604.$

Me'yorda AQH: Kattalarda 70-75 ml/kg; 6-12 yoshdagi bolalarda 75 ml/kg;

2-5 yoshdagi bolalarda 80 ml/kg; 1 yoshdagi bolalarda 85 ml/kg; chaqaloqlarda 85 ml/kg;

Umumiy plazma hajmini (UPH) o'zgarishini, kamayib yoki ortib ketishini aniqlash uchun quyidagi formuladan foydalaniladi:

Umumiy plazma hajmi $UPH = 100 \times (1 - Ht^1 / (100 - Ht^1)) \times (100 - Ht^2) / Nt^2.$

Ht¹ - me'yordagi gematokrit;

Ht² - aniqlangan gematokrit.

Venalarda qon oqimi tezligi. Qon o'zani venoz qismda arterial qismga nisbatan keng bo'lib, gemodinamika qonuniyatlariga muvofiq venalarda qon oqimi tezligi sekin bo'ladi. Qon oqimi tezligi o'rta kalibrdagi periferik venalarda 6-14 sm/s, kovak venalarda 20 sm/s ni tashkil etadi. Venalarda qon oqimi venoz tizimning boshlang'ich va oxirgi qismlaridagi bosimlar farqi hisobiga sodir bo'ladi. Bu farq unchalik yuqori emas, shuning uchun venalarda qon oqimi boshqa qo'shimcha faktorlarga bog'liq. Ulardan biri

shuki, venalar endoteliysi (kovak, darvoza venasi va mayda venulalardan tashqari) klapanlar hosil qiladi, bu klapanlar qonning faqat Yurak ka tomon harakatlanishini ta'minlaydi. Skelet muskullar qisqarib venalarni bosadi va qon harakatlanadi. Bu mexanizmga "muskul nasosi" deyiladi.

Qonning to'liq aylanib chiqish vaqti – bu vaqtda qon katta va kichik qon aylanish doiralardan aylanib chiqishi kerak. Qonning to'liq aylanib chiqish vaqtini aniqlash usuli: venaga organizmda uchramaydigan modda yuboriladi va qarama-qarshi tomon venasida bu moddaning paydo bo'lish vaqti aniqlanad. Qonning to'liq aylanib chiqish vaqti o'rtacha Yurak ning 27 sistolasiga teng. Yurak qisqarishlar soni minutiga 70-80 ta bo'lganda, bu vaqt 20-23 sek ga teng bo'ladi. Itlarda olib borilgan tajribalarda shu ma'lum bo'ldiki, qonning to'liq aylanib chiqish vaqtining $\frac{1}{5}$ qismi qonning kichik qon aylanish doirasidan, $\frac{4}{5}$ qismi katta qon aylanish doirasidan o'tishi uchun sarflanadi. Organizmdagi har bir hujayra, to'qima va a'zo o'zining metabolizmiga va funksional intensivligiga qarab kislorod va oziq moddalarga ehtiyoji bor. SHuning uchun to'qimalarga vaqt birligi ichida kerakli miqdorda qon borishi kerak. Bu xususiyat arterial bosimni doimiyligi orqali saqlanadi.

Qon aylanishini boshqaruvchi mexanizmlarni 2 guruhga ajratish mumkin:

1. Markaziy boshqaruv – AB va umumiy qon aylanishini boshqaradi;
2. Mahalliy boshqaruv – alohida a'zolardagi qon oqimini boshqaradi.

AB doimiyligi Yurak qisqarishlari va periferik qarshilik orasidagi muvozanat orqali saqlanadi.

Qon tomirlardagi silliq muskullar, hattoki barcha tashqi nerv va gumoral faktorlar ta'siri yo'qolganda ham doimiy qisqargan holatda bo'ladi. Bunga bazal tonus deyiladi. Bu xususiyatning kelib chiqishi tomirlar silliq muskullari orasida ritmik impulslar paydo qiladigan avtomatiya o'choqlari mavjudligi bilan bog'liq. SHuningdek, tomirlar devori simpatik tolalar ta'siri ostida doimiy tonusda bo'ladi. Aylanib yuruvchi qon hajmini boshqarish. To'qima va a'zolarning me'yoriy qon bilan ta'minlanishi va arterial bosim doimiyligini saqlash uchun aylanib yuruvchi qon hajmi va barcha tomirlar umumiy hajmi orasida bog'liqlik bor. Bu bog'liqlik nerv va gumoral yo'l bilan boshqariladi.

O'tkir Yurak -qontomir etishmovligi ko'rinishlari:

1. Hushdan ketish.
2. Kollaps.
3. SHok.

4. O'tkir chap qorincha etishmovchiligi.

Hushdan ketish

Patogenezi asosida parasimpatik nerv tizimining qo'zg'alishi yoki simpatik innervatsiyaning susayishi natijasida tomirlar tonusining pasayishi va bosh miyaning qon bilan taminlanishining birdan kamayishi yotadi.

Funksional sabablariga –jismoniy va ruhiy zo'riqish, stress holatlari, kuchli qo'rquv yoki hayajon, medikamentoz terapiya, ortostatik holat, dezadaptatsion holatlar kiradi. Organik sabablariga esa tserebral va somatogen (kardiogen, neyrogen, anemik, distsirkulyator, intoksikatsion, gipovolemik, gipoksik, respiratorvaboshqa) holatlar kiradi.

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

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

Kollaps

Kollaps klinik jihatdan arterial qon bosimining o'tkir pasayishi bilan xarakterlanadigan va zudlik bilan tez hamda kechiktirib bo'lmaydigan yordamni talab qiladigan holat hisoblanadi.

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

1-turi.Kardiogen gipotoniya bevosita Yurak kasalliklari bilan bog'lik bo'lib, ko'pincha miokard infarktida kardiogen shok tipida kechadi. Undan tashqari o'tkir miokardit va o'pka tomirlari emboliyasida ham yuzaga kelishi mumkin.

2-turi.Tomir kollapsi periferik qon tomirlarning kengayishi bilan xarakterlanib, ko'pincha o'tkir infeksiyon kasalliklarda kuzatiladi. Undan tashqari pnevmoniya, sepsis, qorin tifi va boshqa kasalliklarda kelibchiqadi. Bu turga barbituratlardan intoksikatsiya, gipotenziv preparatlarni qabul qilgandan (ushbu preparatlarga yuqori sezuvchi bo'lganda), hamda tezkor allergik reaksiya (anafilaktik shok) zaminida arterial qon bosimining tushishini ham kuzatish mumkin.

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

Klinikasi.Kollapsda arterial qon bosimining turli sathlarda tushishi bilan bir qatorda (diastolik bosim ko'pincha 50-40 mm.sim.ust gacha tushadi) bemorning tashqi ko'rinishida ham xarakterli o'zgarishlar kuzatiladi: yuz qirralarining o'tkirlashuvi, rangparlik, atrofdagilarga befarqlik, tashqi ta'sirlarga reaksiyaning

yo'qligi.

Arterial qon bosimining o'tkir pasayishi kollapsga sababchi bo'lgan bemorning asosiy kasalligidan kelib chiqqan holda aniqlab olinadi. Terapiya nuqtai nazaridan Yurak va tomir etishmovchiligi differentsiysasi mavjud. Yurak etishmovchiligida arterial bosimning (asosan diastolik) bunday pasayishi kollapsdagidan ko'ra kam kuzatiladi. Tomir etishmovchiligi bor bemorlar ko'pincha gorizontol holatni ma'qul ko'rishadi. Yurak etishmovchiligida tsianoz (ko'pincha akrotsianoz) bo'yin venalarining kengayishi kuzatilsa, tomir etishmovchiligida aksincha oqarish, rangparlik, ayrim hollarda diffuz tsianoz, periferik venalarning bo'rtishi kuzatiladi. Yurak etishmovchiligida hansirash xarakterli nafas tezlashgan, kuchaygan bo'lsa tomir etishmovchiligida qiyinlashmagan, lekin yuza bo'ladi. Yurak etishmovchiligida yurak o'lchamlarining kattalashganligi va o'pkada dimlanish alomatlari hamda ayrim hollarda jigarning kattalashuvi aniqlanadi. Tomir etishmovchiligida bu simptomlar bo'lmaydi yoki kam ifodalangan bo'ladi.

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

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

SHOK

SHOK – frantsuzcha (*choc*) so'zidan tarjima qilinganda “zarba” degan ma'noni bildiradi. 1795 yilda Jeyms Latta shok terminini tibbiyotga olib kirdi. Hozirgi vaqtda shokning 119 xil ta'rifi mavjud bo'lib, lekin ularning birortasi ham shokning to'liq mohiyatini ochib bera olmaydi.

Bugungi tasavvurlarga asosan shok –bu organizmning kuchli ta'sirotlarga nisbatan himoya moslashuv reaksiyasi hisoblanib va u quyidagi belgilarda namoyon bo'ladi:

1. Gipovolemiya;
2. Gipotoniya;
3. Gipotermiya;
4. Gipouriya – minutlik siydik miqdorining kamayishi (30 ml/min.dan kam).

Barcha shoklar gipovolemiya – organlar perfuziyasining kamayishi bilan kechadi. Gipovolemiya 2 xil bo'ladi:

a) Mutloq gipovolemiya – postgemoragik shokda, travmatik shokda, kuyish shokida va degidratatsiyada kuzatiladi;

b) Nisbiy gipovolemiya shokning qolgan turlarida kuzatiladi.

Shoklarning zamonaviy klassifikatsiyasi

A.Gipovolemik shok turlari

1. Gemorragik shok
2. Travmatik shok

3. Kuyish shoki
4. O'tkir degidrotatsion shok.

B. Qayta taqsimlanuvchi shok turlari

1. Anafilaktik shok
2. Infektsion-toksik (septik) shok
3. Neyrogen shok

B. Kardiogen shok turlari

1. Chin kardiogen shok
2. Reflektor kardiogen shok
3. Aritmik shok
4. Areaktiv kardiogen shok

Г. Tomir bo'shlig'i bekilishi tufayli kelib chiqadigan shok turlari

1. O'pka arteriyasi tromboemboliyasi
2. Yurak tamponadasi
3. Zo'riqish pnevmotoraksi

Shok holati tamoyilga asosan 2 xil gemodinamik variantda kechadi.

1. Gipodinamik (sovuq) shakli periferik vazokonstriksiya, YUZH, YUI, AB, MVB, diurezning kamayishi va periferik qarshilikni, kislorodning arterio-venoz farqini oshishi bilan kechadi. Shokning bu varianti ko'p uchraydi (septikshok) va barcha shoklarning oxirgi fazasida kuzatiladi.

2. Giperdinamik (issiq) shakli periferik vazodilyatatsiya, MVB, periferik tomir qarshiligini, kislorodning arterio-venoz farqini kamayishi va YUQS, YUZH, YUI oshishi bilan kechadi. Shokning bu varianti kam uchraydi va septik shokning boshlang'ich fazasida kuzatiladi.

Organizmning agressiyaga (stress holati) nisbatan javob reaksiyasi mexanizmi. Stress holatiga organizm 2 ta himoya tizimining faollashishi bilan javob beradi:

- Simpatoadrenal tizim;
- Endokrin tizim.

Organ va tizimlardagi retseptorlar, sezgi organlaridan katta miqdordagi afferent impul'slar, talamusga u yerdan bosh miya po'stlog'iga o'tkaziladi. Stressga javoban gipotalamus gipofizga o'z faoliyatini oshirishi kerakligini buyuradi. Gipofiz garmonlari o'z navbatida organizmdagi barcha endokrin bezlar faoliyatini kuchayishiga olib keladi. Ya'ni buyrak usti bezida katexolaminlar sintezi kuchayadi. Oshqozon osti bezida insulin sintezi pasayishi oqibatida giperqlikemiya yuzaga chiqadi. Stress holatida simpatoadrenal tizim faollashuvi oqibatida organizmda qon aylanishi va qon taqsimlanishi o'zgaradi. **Kollaps holatidan farqli ravishda shokda mikrotsirkulyatsiyaning buzilishi, organlar perfuziyasining kamayishi va KIM buzilishi bilan namoyon bo'ladigan fazali kechish kuzatiladi.**

Eretil – qo'zg'alish fazasi jarohatlarga organ yoki tana qismidan hosil bo'lgan impul'slarni haddan tashqari ko'p miqdorda bosh miyaga uzatilishi natijasida yuz beradi. Bu fazada organizmda ko'p miqdorda adrenal ajraladi, bu o'z navbatida organizmning adaptatsion mexanizmlarini ishga tushiradi.

Qon-tomir tizimini giperkinetik qon aylanish turiga almashtiradi. Yurak zarbi oshadi, koronar va periferik qon – tomirlar kengayib mushaklarni qon bilan ta'minlanishi oshadi. Trombotsitlar miqdori oshadi va faollashuvikuzatiladi.

Qonivishfaktorlarini oshiradishujumladan protrombin va fibrinogen miqdori oshib qonning antikoagulyant faktorlari tormozlanadi.

Qo'zg'alish fazasi juda qisqa (5 - 10, 15 - 20 min) bo'ladi. Faqat kuyish shokida uzoq (40 min) davom etadi.

Klinikasi - bemor psixomotor qo'zg'alish holatida, baqirib, yordam gacha qiradi, qochishga harakat qiladi. Ob'ektiv tekshirish gava davoga qarshilik qiladi.

Terisi odatdagidek issiq, AB biroz oshgan, taxikardiya, nafas olish tezlashgan bo'ladi.

Torpid (tormozlanish) fazasi - bunda boshmiya tormozlanish kuzatiladi. Ko'pmi qordakelayotgan impul'slarga miya tormozlanish bilan javob beradi.

SHu uchun terida jarohat deyarli sezilmaydi.

Bu fazada ko'pmi qordan adrenalinqongachiqadi.

Bunda qonaylanish turini gipokinetik turiga o'tishi, periferik qon tomirlar spazmi hisobidan AB bushlanib turiladi. Yurak ishi minimal sarflib o'ladi.

Bemor harakatsiz, shikoyati yo'q, terisi sovuq, oqish, ko'zibir nuqtaga qaragan, savollarga zo'rg'ajavob beradi. Tormozlanish fazasi uzoq davom etadi, to bemor shok holatida anchiqqanchayoki limbilantugaydi.

jadval

Torpid fazabosqichlari

№	Bosqichlar	Qon-tomiro'zgarishlari
1.	Kompensatsiya	Arteriospazm, venulalarni pre vapoostkapillyar sfinκτηrispazmi.
2.	Qaytalanuvchi de kompensatsiya	Qon-tomirlar kengayishi, arteriolalar vapoostkapillyar sfinκτηrlar kengayishi, venulalar vapoostkapillyar spazmi.
3.	Qaytmasside kompensatsiya	Qon-tomirlar atoniyasi (to'qimalar arakoloidosmotik bosim qon - tomirichida gibosim danyuqori)

jadval

Torpid fazabosqichlar klinikasi

Klinik simptomlar	I bosqich	II bosqich	III bosqich
Es-hushi	Saqlangan	Tormozlangan	Prekomayokikoma
Teri	Oqimtir	Ko'kimtir	Ersimon-marmarsimon
Qorachiq	Mioz	Midriaz	Fiksatsiyalangan mi driaz
Nafas olish	YUzaki, biroz tezlashgan	YUzaki, taxipnoe	YUzaki, taxipnoe
Diurez	Saqlangan, oligouriyaga moyil	Oligoanuriya	Anuriya
Oqdog'simptom (O'BE belgisi)	bor, 3-5 mindan keyin yo'qoladi	bor, 15-20 mindan keyin yo'qoladi	Bor, doim saqlangan
AB	100/80 - 100/90 90/70 - 90/80	80/60 - 80/70 70/50 - 70/60	60 mm.sim.ustdan past
Pul's	90-100 qoniqarli	110-120 kuchsiz	130 va undan ko'p, ipsimon

SHokindeksi (Al'goverinde ksi)	0,8 -1,0 20 % yoki 1-1,2 lqonyo'qotganda	1,1-1,3 30-40% yoki 1,5- 2lqonyo'qotganda	1,5- ... 50% yoki 2,5 ldanko'pqonyo'qot ganda
--------------------------------------	--	---	--

Tomirbo'shlig'ibekilishitufaylikelibchiqadiganshok – bunda Yurak zarbining Yurak kabog'liqbo'lmagan holda kamayish kuzatiladi.

O'ATE (o'pka arteriyasitromboemoliyasi) – o'pka arteriyasitrombyoki emboliya bilan bekilishinatinijasidachapbo'lmachagaqonkel ishikamayadi yoki umumankelmaydi, ABtushadi.

Taranglashgan pnevmotoraks – shokko'krakqafasigermetikligining buzilishihisobigayuzagakeladi. Ko'krakqafasidamanfiy bosimqolishinatinijasida Yurak periferikqon–tomirlaridanqonniso'ribololmaydi, natijada avvalo'ngbo'lmacha keyinchapqorinchaqonbilantolishikamayib ABtushadi.

Qontaqsimlanishining buzilishibilankeladiganshoklar.

SHokholatidayuzagakelgankompensatorhimoyareaksiyasinatinijasidakattamiqdordakatexolaminlarqongatashlanadi,

postkapilyarsfinkterdagiretseptornikatexolamingasezgirligitufaylispazmro'yberadi,

lekinprekapilyarsfinkterdagiretseptorniesakatexolamingasezgirligiyo'qligitufayliqonoqibkelishidavometadivataninjadakapilyardagigidrostatikbosimoshibketadi.

Kapilyarlardevorlaritkazuvchanligibuzilishivaoshishinatinijasidaqontarkibidagial'buminva plazmainterstitsialbo'shliqqasizibo'tadivainterstitsialbo'shliqdakolloid-osmotikbosimoshishigaolibkeladi.

O'zo'rnidaal'buminko'pmiqdordasuvniqontomirlaridantortiboladi. Interstitsialshishvanisbiygipovolemiyayuzagakeladi.

Aynanshumexanizmorqalianafilaktik, septikvainfeksion toksikshoklarda, zaharlivakimyoviymoddalardan zaharlanish,

to'qimalarni holatiysiqilishsindromidaqonningtaqsimlanishibuziladivaqaytataqsimlanuvchishokyuzagakeladi.

Septikvainfeksion-toksikshoklarningo'ziga xosligi.

Septikshokdaqondahambakteriyaningoz'i, hamuningtoksinlaritsirkulyatsiyaqilsa, infeksiyon-toksikshokdafaqatginatoksinlartitsirkulyatsiyasibo'ladi.

Bakteriyalar 2 xiltoksinchiqaradi:

- ekzotoksin;
- endotoksin.

Ekzotoksinlarni gramm (+) musbatkokklarchiqaradi, lekin ekzotoksinlarkamhollardashokholatiniyuzagachiqaradi.

Endotoksinlarni gramm (-) manfiy bakteriyalaroz'zqobig'idanchiqaradi, judakuchlitoksinhisoblanadivaog'irshokholatlarigaolibkeladi.

To'qimalarni holatiysiqilishsindromidashokningo'ziga xosligi.

Busindromuzoqvaqtdavometganmushakto'qimasisiqilishioqibatidayuzberadi.

Buaslidatravmatikshokningbirvariantibo'lib, lekinbundashokningasosiychaqiruvchisiog'riqemas,

balkito'qimalarmetabolizmidahosilbo'lganoraliqmahsulotlartoksinlar: sutkislotasi, gistamin, serotonin, kininlar, tromboplastin, lizosomalfermentlarhisoblanadi.

BusindromdaeritrotsitlaragregatsiyasivaTITQISoqibatidaengavvalbuyraklarzararla nadi. Siydikqoramtirrangdabo'lib, tarkibidamioglobinvakerkingemoglobinbo'ladi. Idishtubidako'pikcho'kmao'tiradi.

Agardiurezkamayibborsabuyomonoqibathisoblanadi.

O'tkirbuyrak

etishmovchiligrivojlanibo'limgaolibkelishimumkin.

GiperkalemiyahisobigaYurak

ritmibuzilishikuzatiladi.

Bufertizimikislotalitomongaog'ganbo'libmetabolikatsidozyuzagakeladi.

Oqsilsizerkinazotmiqdorioshibboradi,

uzluksizqusishkuzatiladivaionlarmuvozonatibuziladi.

Neyrogenshok

xususiyatlari.

SHokningengkamuchraydiganturi.

Ko'proqtravmatiktetraplegiyayokiparaplegiyadan,

umurtqapog'onasiningyuqoriqismlaritravmasidanyokiGien-Barre

sindrominiog'irkechishidankeyinkuzatiladi.

O'tkirbuyrakustibezi

etishmovchiligi

—

uzoqvaqtqabulqilinayotgankortikosteroidgormonlarnito'satdanqabulqilishnito'xtat

gandayuzberadivaquyidagi: kollaps, adinamiya, qusish, qorindaog'riq,

ko'krakqafasidaog'riq,

kapillyaro'tkazuvchanliknioshishiko'rinishdanamoyonbo'ladi.

Labarortekshirishdagiponatriemiya, giperkaliemiya, gipoglikemiya, azotemiya,

anemiyakuzatiladi.

Harbirqo'shimchajarahatshokholatiniog'irlashtiradi,

shuninguchunoperatsiyanibemornishokholatidanchiqargungaqadarto'xtatibt

urishkerak,

agardaichkarigaqonketish,

asfiktsiya,

anaerobinfektsiyyokiochiqpnevmotoraksbo'lmasa.Uzoqdavometganishemiya

da,

eritrotsitlaragregatsiyasinatijasidashokningquyidagiasoratlariyuzagakelishimumki

n:

- respirator distress sindrom;
- oshqozon–ichaktizimiatoniyasi;
- ichaklar charvisi infarkti;
- o'tkir buyrak etishmovchiligi;
- o'tkir jigar etishmovchiligi;
- o'tkir pankreatit.

SHokkatushganbemorningahvolishokturigavashokka qarshichora-

tadbirlarqachon boshlanganligiga,

bemordabo'lgan boshqaqo'shimchakasalliklarigavaularningasoratigabog'liqbo'ladi

. SHokka qarshichora-tadbirlaro'zvaqtida, to'g'rivato'la-to'kis bajarilmasa, shokdan bemorlarni chiqishi qiyin kechadi.

SHokka qarshibarchachora

–tadbirlar birinchi

3

soatichidasamarali hisoblanadi.

Adabiyotlar

1. Bunyatyan A.A. Anesteziologiya i reanimatologiya. 1985.

2. Butrov A.V. Ekstrennaya anesteziologiya. L. Med. 1990.

3. Darbinyan T.M. Rukovodstvo po klinicheskoy reanimatologii. 1973.

4. Dj. Edvard Morgan. Klinicheskaya anesteziologiya. Per. sangl. T.1. 1998.

5. Dj. Edvard Morgan. Klinicheskaya anesteziologiya. Per. sangl. T.2. 2000.

6. Dolina E.A. Anesteziologiya i reanimatologiya. M. Med. 1996.

7. Negovskiy V.A. Osnov' reanimatologii. M.Med. 1997.

8. Eshonov O.SH. Anesteziologiya, reanimatologiya va intensiv terapiya. Toshkent, 2008.

2-mavzu: O'tkir chapqorincha yetishmovchiligi va o'pka shishi bilan bemorlarda reanimatsiya va intensiv terapiya. 2 soat.

1. 1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -4 soat	Talabalar soni : 18-22 ta
Mashg'ulot shakli	Kirish-axborotli Ma'ruza.
Mashg'ulot ning rejasi:	1. O'tkir chapqorincha etishmovchiligi haqida tushuncha 2. O'pkashishi etiologiyasi, klinikasi va diagnostikasi. 3. O'tkir chapqorincha etishmovchiligi va o'pkashishi bilan bemorlarda reanimatsiya va intensiv terapiya choralarini
O'quv mashg'ulotning maqsadi:	O'tkir chapqorincha etishmovchiligi va o'pkashishi bilan bemorlarda reanimatsiya va intensiv terapiya.
Ta'lim berish usullari	Ko'rgazmali, Ma'ruza, suhbat
Ta'lim berish shakllari	Jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	Ma'ruza matni, proektor, kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat: savol-javob.

1.2. O'tkir chapqorincha etishmovchiligi va o'pkashishi bilan bemorlarda reanimatsiya va intensiv terapiya. 2 soat.

MA'RUZA mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatining mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi (5 daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish MA'RUZA si uchun taqdimot multimedia tayyorlash. 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini taqdim etish	Tinglaydilar Tinglaydilar

1. Mavzuga kirish (15 daqiqa)	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi. 2. Mavzu bo'yicha savollar beradi (reja). 1. Reanimatsiyani tushuntiring. 2. Reanimatsionchoratadbirlarni boskichma- bosqich tushuntiring .	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
2 – asosiy bosqich (55 daqiqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi, 5 ta multimedia namoyish qilish. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi.	Tinglaydilar Ko'radi Tinglaydilar
3-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. O'tkirchapqorincha etishmovchiligi va o'pkashishi haqida ma'lumotlarni mujassamlashtiradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
4-Mustaqil ta'lim uchun topshiriqlar 5 daqiqa	Mustaqil ish beradi. O'tkir Yurak qon-tomir etishmovchiligi bilan bemorlarda Reanimatsionchoratad birlari haqida ma'lumot	Tinglaydi Yozib oladi

MA'RUZA BAYONI

O'tkirchapqorincha etishmovchiligi

O'tkirchapqorincha etishmovchiligi miokard qisqaruvchanlik qobiliyatining buzilishi oqibatida yuzag keladi, natijada kichik qonaylanish doirasida gidrostatik bosim ortadi. O'pkakapillyarlarida gidrostatik bosimning 28-30 mm simust. dan ortishi qon suyuq qismining o'pkasidagi interstitsial to'qima sigasuzib chiqishi ga olib keladi va interstitsial o'pkashishi rivojlanadi.

Jarayon rivojlanib borgan sari kapillyarlar endotelisida gimasofa kengayib, tomiro'tkazuvchanligi ortib boradi, qonning suyuq qismini makromolekularial' veolar bo'shlig'iga tushishini kuzatiladi va al' veolar bo'shlig'iga tushishini rivojlanadi.

Har bir nafas katta al' veolar bo'shlig'iga tushgan suyuqlik bronxiolalar, bronxlar bo'shlig'ini to'ldirib, yuqoriga qarab ko'tarilib boradi. Al' veolar bo'shlig'iga tushgan 100 ml plazmadan 1-1,5 l ko'pkasidagi bo'shlik bo'ladi. Ko'pkasidagi nafas olishni o'tkazuvchanligini buzadi, balki al' veolarida surfaktant sintezini hamizdanchi qaradi.

Bu o'z navbatida o'pkaning elastikligini pasaytiradi, natijada nafas mushaklarining zo'riqishi, gipoksiyaning kuchayishini kuzatiladi.

Gipoksiya o'pkasidagi nafas olishni kuchaytiradi. Limfava kapillyar qonaylanishi, kollateral o'pkasidagi nafas olishni kuchaytiradi, o'pkasidagi nafas olishni kuchaytiradi. Limfava kapillyar qonaylanishi, kollateral o'pkasidagi nafas olishni kuchaytiradi. (diffuziya)

jarayonikeskinizdanchiqadi.

Natijadaqonningshuntlanishi(alveolalarnichetlabo'tishi),
ya'niarterialqonbilanvenozqonningaralashuvivauningnatijasidagipoksiyaningyana
dakuchayishikuzatiladi.

O'tkirchapqorincha etishmovchiligiog'irlikdarajasiningtasnifi:

I bosqich - Yurak etishmovchiligibelgilaribo'lmaydi.

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

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

IV bosqich - arterialqonbosiminingkeskintushibketishi,
periferikvazokonstruktsiya, mikrotsirkulyatsiyaningbuzilishi, yaqqoltsianoz,
terisisovuq, yopishqoqterbilanqoplangan, oligouriyavavaqti-
vaqtibilanhushbuzilishlarikuzatiladi.

Klinikasi. Yurak astmasi (interstitsialo'pkashishi) ko'pinchakechasiyuzberadi,
chunkikechasiadashgannervfaoliyatiningoshishivagorizontaltholatdakichikqonayla
nishdoirasidabosimningortishikuzatiladi. Birdanhavo etishmasligi,
quruqyo'talbezovtaqiladi. Bemorortopnoeholatinioladi. Akrotsianoz, terisisovuq,
yopishqoqterbilanqoplanadi, taxipnoekuzatiladi.
Auskul'tatsiyadao'pkaningpastkibo'limlaridadag'alnafas, quruq, xushtaksimon
xirillashlareshitiladi, Yurak qon-tomirtizimitomonidantaxikardiya,
o'pkaarteriyasida II tonvaYurak chuqqisida II tonaktsentieshitiladi, Yurak
maromibuzilishikuzatiladi.

Bujarayonlimfaoqishiningkuchayishivaoyoqlardaqondimlanishihisobigaqisma
nkompensatsiyaqilinishimumkin. Interstitsialo'pkashishirivojlanibborsa,
al'veolyaro'pkashishigao'tibketadi.

Al'veolyaro'pkashishibirdanigabug'ilish xuruji,
ko'piklibalg'ambilanyo'talpaydobo'lishibilanboshlanadi. Ko'pikavvalrangsiz,
tiniq, keyinchalikalvonranggakiradi.

Bemordamajburiyholatdahushbuzilishikuzatiladi.

Akrotsianozkeyinchalikdiffuztsianozgaaylanadi. Terisinam,
sovuqterbilanqoplangan. Keskintaxipnoe,

nafasaktidayordamchimushaklarishtiroketadi.

Auskul'tativo'pkaningyuqoriqismlaridadag'alnafaszaminida xushtaksimonquruq
xirillashlar, o'rtavapastkibo'limlaridasustvezikulyar, nafaszaminidahar
xilkalibrinam xirillashlareshitiladi.

Yurak qon-tomirtizimitomonidan: taxikardiya, protodiastolikdupurmaromi,
o'pkaarteriyasiustida II tonaktsentieshitiladi. Ba'zihollardaYurak
shovqinlario'pkadagi xirillashlarhisobigaeshitilmaydi.

Rentgenologikbelgilar. O'pkabo'laklarinianiqnayonnetuvchi "A" va "B"
tipidagiKerlichizig'i, o'pkaidizisathidao'pkasuratiningkuchayishi,
ildizningkengayishikuzatiladi.

Massivo'pkashishidao'pkarasminingtotalsoyalanishianiqlanadi.

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

O'pkashish bilan bemorlarni ko'chirish mezonlari:

- nafas olinishning daqiqasiga 22-26 tagacha kamayishi;
- ko'piklibalg'amning kamayishi yoki yo'qolishi;
- o'pka oldingi sathidannam xirillashlarning yo'qolishi;
- tsianozning kamayishi;
- bemor gorizont holatda yotqizilganda o'pkashish reitsidivining bo'lmasligi;
- gemodinamikaning turg'unlashuvi.

Bemorlarni boshtomon ko'tarilgan holatda to'g'ridan to'g'ri reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limiga hospitalizatsiya qilinadi.

Barcha davolash tadbirlari Yurak katashayotgan zo'riqishni (oldzo'riqish) kamaytirish, miokard qisqaruvchanlik qobiliyatini yaxshilash va kichik qonaylanish doirasidagi bosimni kamaytirishga qaratilgan bo'lishi kerak.

1. Yurak

katashayotgan zo'riqishni kamaytirish uchun periferiyada kichik qonaylanish doirasi ga qonning oqib kelishini kamaytirish lozim. Buning uchun periferik vazodiyatatorlar (nitratlar) vagan-glioblokatorlar qo'llaniladi. Nitratlardan nitroglitserin boshlang'ich dozasi 25 mkg/min. (1 ml 0,01% eritmani 4 mindavomida). YUborishte zligini hamma holatlarda individual taqsimlanadi, bunda AB dastlabki ko'rsatkichdan 10-25% gacha kamayishi mumkin. Nitroglitserin dantashqarini nitratlarning boshqa xillari (natriy nitroprussid, perlinganit, nitromakham) qo'llaniladi. Ganglioblokatorlarni dozalash ham yuqoridagikabi amalga oshiriladi.

2. Miokard qisqaruvchanlik qobiliyatini oshiruvchi preparatlardan simpatomimetiklar qo'llaniladi, tanlov preparati dopamin va dofamin hisoblanadi.

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

4. Gipoksiyani bartaraf qilish va ko'pikni so'ndirish maqsadida 3-5 l/daq. kislorod ko'pikso'ndiruvchi suyuqlik (70% etilspirti) orqali beriladi.

5. Infuzion terapiyaning hajmi minimal bo'lishi kerak (MVB nazorati ostida).

6. Al'veolya o'pkashish bronxospastik komponent bilan birga kuzatilganda o'ta ehtiyotkorlik bilan Yurak maromikuzatuv ostida eufillin qo'llash mumkin.

7. Hujayra membranasi o'tkazuvchanligini turg'unlashtirish maqsadida glyukokortikosteroidlar (prednizon kamida 120-180 mg, deksazon 12-16 mg) qo'llaniladi. Gormonlarni qo'llash MVBni turg'unlashtirilganda so'ngi maqsadga muvofiq.

8. O'tkazilayotgan terapiyaning samarasizligi, o'pkashishining avj olib borish va ABning pasayish bilan bemorlarga O'SV ga o'tkazishga ko'rsatma bo'ladi. O'SV (REER) nafas chiqarish oxirida musbat bosim rejimida olib boriladi.

Bunda al'veolalarda qiqarshib oshadi, fil'tratsiya qiyinlashadi, buo'znavbatid kichik qonaylanish doirasidagi kapillyarlardan transsudatsiya jarayoni kamaytiriladi va Yurak kakeluvchi venoz qonni kamaytiradi.

9. Ushbu patologiyaning davolash MVB vasoatlik diurez doimi nazorati ostida olib boriladi. Bundan tashqari, KIM va SEM ham nazorat ostida bo'lishi kerak.

O'pkashishi

O'pkashishibu-Yurak chapqorincha faoliyatining o'tkir etishmovchiligi oqibatida o'pkato'qimasidagi dratatsiyaning oshishivafunksionalqo biliyatining pasayish bilan kechadigan juda og'ir, xavfli sindromdir.

O'pkashishikelibchiqishida asosan 2 xil sabablar bor

1. Kardialsabablar. O'tkir chapqorincha etishmovchiligi, gipertonik krizog'ir miokarditlar, aortalvomitral Yurak poroklari, Yurak ritmibuzilishi.

2. Nokardialsabablar. Infuzion-transfuzion gipervolemiya, gipopro-teinemiya, anafilaktik shok, jigar vabuyrak etishmovchiligi, og'ir pnevmoniya, O'ATE, cho'kish, gazlardan zaharlanish.

Patogenezi. Chapqorincha qisqarishqobiliyat pasayganda o'pkakapillyarlarida qon dimlanish kuzatiladi. Kichik qonaylanish doirasidagi drostatik bosim ortadi (30 mmsimust. danyuqori).

O'pkato'qimasi interstitsial bo'shlig'iga qon nisbati yuqori qismitranssudatsiyasi kuzatiladi (interstitsial shish). So'ngi suyuqlik al'veolabo'shlig'iga o'tadi (al'veolyar shish).

Bu bilan parallel holda gazlar diffuziyasi buzilib, simpatoadrenal tizim baroreseptorlarifa o'lashadi. Gistamin, kinin, serotonin, prostoglandinlarning qodori oshib tomirlarga pressorta'sir qiladi.

Bu o'pkakapillyar o'tkazuvchanligini yanada oshiradi.

Gaz diffuziyasi buzilib atsidoz holat kelibchiqadi.

Qonda gipoksiya holati miokard qisqarish kuchini yanada kamaytiradi, natijada patalogik halqapaydobo'ladi.

Klinikasi. Asosiy kasallik kabog'liq holda bemorning nafas olishi qiyinlashuvi (ekspirator hansirash), taxipnoe, yo'tal, nafaschiqarganda o'piklibalg'am (oq vapushtirangda) ajraladi, diffuztsianoz kuzatiladi.

O'pkasta idakichik va o'rtakalibrli jarangsiz nam xirillashlareshitiladi.

Pul'stezvayuzakibo'ladi. Bemor majburiyo'tirgan holatda.

Nafasaktida qo'shimcha mushaklarishtiroketish kuzatiladi. Bemor lanj, adinamik, gohidagi poksikentsefalopatiya tufayli qo'zg'algan holatdabo'ladi.

Keyingi yillarda kardialvanokardial o'pkashishini farqlash uchun o'pkarteriyasid atiqilish bosimi Svans - Ganzakateteriyordamida o'lchanadi.

Kardial o'pkashishida o'pkarteriyasid atiqilish bosimi 20 mmsimust. dan baland. Nokardial o'pkashishida bosim 15 mmsimust. dan pastbo'ladi.

O'pkashish hoshi linch holatlar guruhiga kirib tez, intensiv ratsional davotalab qiladi.

Umumiy tamoyillar:

- nafasyo'llario'tkazuvchanligini tiklash;
- atsidoz va arterial gipotoniya dan keyin kelibchiqadigan og'ir buzilishlarida traxe yaintubatsiya va O'SVo'tkazish;

• Oksigenoterapiya - 100% linamlangan kislorodni naychayokini qoborqaliberish;

- ko'pmiqdordako'pikajralganda O₂ni 96⁰lietilspirtidano'tkazilganingalyatsiyasi.

Medikamentoz intensiv terapiya:

- narkotikanalgetiklar va neyroleptiklarni vena ichigayuborish. (morfin, droperidol).

- qarshiko'rsatmabo'limgandadiuretiklarni vena ichigayuborish.

- glyukokortikoidlarnivenaichigayuborish.
- vazodilyatatorlarniehtiyotkorlikbilanvenaichigayuborish.
- bronxospazmnioldiniolishvaal'veolaventilyatsiyasiniyaxshilash.
- o'pkatomirlaridagidrostatikbosiminipasaytirishmaqsadida:

narkotikanal'getiklarvaneyroleptiklar: morfin 1% - 1 ml, fentanil 0.005% - 2 ml, promedol 1% - 1 ml, droperidol 0.25% - 2 ml
 Vazodilyatatorlar: nitroglitserin 0.5 mgsublingval, natriynitroprussid 0,1 mkg/kg/min
 ABnazoratiostidatomirichigatomchilabyuboriladi.

Ularperiferiktomirlarnikengaytirib, Yurak kaqonkelishinikamaytiradivaYurak zo'riqishiningoldinioladi.

Qonbosimipastbo'lgandavazopressorlarbilanbirgagemodinamikko'rsatgichlarnazoratiostidayuboriladi. Ganglioblakatorlar: pentamin 5% - 1 ml, benzogeksoniy 2% - 1 ml, arfonad 1,5- 3 mg/min.

UlarkattaqonaylanishdoirasidatomirlarnikengaytiribYurak kaqonborishinikamaytiradi.

Arterialvavenozqonbosiminitushiribikkalaqorinchaishini engillashtiradi. ABpastbo'lgandaishlatilmaydi.

Venozqonchiqarish: 300-500 mlmiqdorida. O'tkirmiokardinfarktida, og'irsurunkaliqonaylanishiningbuzilishihollardaqo'llanilmaydi.

Aylanadiganqonhajminikamaytirishvao'pkadegidratatsiyasimaqsadida: diuretiklar: furosemid 40-80 mg, uregit 50 mg, bumetanid 1 mgvenaichiga. Ulardiuretikta'siribilantomirlardakolloid-osmotikbosimnioshiribtomirichigasuyuqliknitortadi. SHubilano'pkadimlanishikamayadi.

OsmodiuretiklarAQHnioshirishsababliishlatilmaydi.

Miokardqisqarishkuchinioshirishmaqsadida: musbatinotrop'ta'sirli preparatlar: dofamin 2-4 mkg/kg/min, dobutamin 5 mkg/kg/min, lopeksamingidroxlorid 1-6 mkg/kg/mintomirichigatomchilabyuboriladi.

Ular α - va β - adrenoretseptorlarnistimullabYurak qisqarishkuchinioshiradi. ABtushganhollardauniko'taradi, buyrakdaqonaylanishiniyaxshilabdiuretikta'sirqiladi. ABbalandbo'lgandaishlatilmaydi.

- Yurak glikozidlari: strofantin 0,05% - 1 mlyokikorglyukon 0.06.% - 1 ml + 10 ml 0,9 % NaCl eritmasidav/igasekinyuboriladi. UlarYurak qisqarishkuchinioshiribkichikqonaylanishdoirasidaqonaylanishiniyaxshilaydi.

- Glyukokortikoidlar: prednizolon 8-10 mg/kg, gidrokartizon 100-150 mgvenaichiga. Ularalveoladevorio'tkazuvchanliginimustahkamlaydi, bronxlaro'tkazuvchanliginiyaxshilaydi, antigistaminta'sirqiladi.

- Bronxospazmvaal'veolaventilyatsiyasiniyaxshilashmaqsadida: bronxolitiklar: eufillin (teofilin, aminofilin) 2.4%-10-20 mlularbronxlarnikengaytiribhavoalmashinuviniyaxshilaydi.

Miokardgato'g'ridanto'g'ristimullovc'hita'sirqiladi.

Tomirdevorimuskullarinibo'shashtiribbuyrakdaqonaylanishiniyaxshilabqismandiu retikta'sirqiladi.

O'SVdanafaschiqarishoxiridamusbatbosimberishusuli:

Al'veoladagifil'tratsiyagaqarshibosimnioshirishhisobigakichikqonaylanishdoir asikapillyarlaridantranssudatnial'veolagao'tishinikamaytiradi.

SHubilanbirganafaschiqarishga qarshilik qilib Yurak kavenozqon kelishinika maytiradi vakichik qonaylanish doirasiga bosimpasayadi, arterio-venozshunt kamayadi.

Arterial gipertenziyada o'pkashishini davolash.

1. SHoshilin umumiy choralar.
2. Bemorni oyog'ini pastgatushirgan holatda yotqizish.
3. Nitroglitserin sublingvalyokivena ichiga.

O'SHog'irkech gandanitroprussid natriy 30 mg + 300 ml 0,9% NaCl eritmasi datomchilab (6 tomchi/minut/ har 15 minutda 10 tomchi/minutiga oshirish. Bemorahvoliturg'unlashgan holda AB 90 mmsimust. dankambo'Imaganda ishlatiladi.

4. Ganglioblokatorlar: pentamin 1-2 ml 5% leri tirma 20 ml 0,9% NaCl eritmasi davenagafraksion usulda 3-5 mlaralashma 5-10 minut interval bilan AB nazorati ostida yuboriladi.

5. Klofelin 1 ml 0.01% leri tirma, droperidol 2-4 ml 0.25% leri tirma, diazepam 10 mg vena ichiga yuboriladi.

Arterial gipotenziyada o'pkashishini davolash.

1. SHoshilin umumiy choralar.
2. Boshniyuqoriga qilib yotqizish.
3. Dofamin 200 mg 250 ml 0,9% NaCl eritmada 3 mkg/kg/min.

gachapreparat possinaptik dofamin ergikretseptorlarni stimullab buyrak tomirlarini kengaytiradi va urezni yaxshilaydi. Kattadozda 3-10 mkg/kg/min da α - va β -adrenoretseptorlarni qo'zg'atib Yurak qisqarish kuchini oshiradi, koronarqonaylanishini yaxshilaydi.

4. ABoshish bilan O'SH kuchaysaqo'shimcharavish davena ichiga nitroglitserin yuboriladi.

5. Laziks 40 mg vena ichiga AB stabilizatsiya sidansi o'ng yuboriladi.

Yurak ritmi buzilishida o'pkashishini davolash.

1. Taxiaritmiyada – kardioversiya, medikamentoz davo: ko'pchilik aritmiyaga qarshidori larning gipotenziv vamanfiy inotrop ta'siriga asoslanib kamtavsiya etiladi. Ehtiyotkorlik bilan lidokain 100 mg vena ichiga yoki novokainamid 10% -10 mleri tirma 0.2 ml mezaton bilan birgavena ichiga AB va YUQS nazorati ostida yuboriladi.

2. Bradiaritmiyada – elektrokardiostimulyatsiya, medikamentoz: atropin 0.1 % - 1 ml, alupent 0.05 % - 1 mleri tirma vena ichiga yuboriladi.

O'pkashishini bartaraf qilganligi belgilari.

1. Hansirashning minutiga 22 tagach kamayishi.
2. Ko'piklibalg'amy o'qolishi.
3. Ho'l xirillashlar bo'lmasligi.
4. TSianozkamayishi.
5. Turg'ungemodinamika.
6. Bemorni gorizontol holatida O'SH retsedi vibo'lmasligi.

Adabiyotlar

1. Bunyatyan A.A. Anesteziologiya i reanimatologiya. 1985.
2. Butrov A.V. Ekstrennaya anesteziologiya. L. Med. 1990.
3. Darbinyan T.M. Rukovodstvo po klinicheskoy reanimatologii. 1973.
4. Dj. Edvard Morgan. Klinicheskaya anesteziologiya. Per. sangl. T.1. 1998.

5. Dj. EdvardMorgan. Klinicheskayaanesteziologiya. Per. sangl. T.2. 2000.
6. DolinaE.A. Anesteziologiyaireanimatologiya. M. Med. 1996.
7. NegovskiyV.A. Osnov'reanimatologii. M.Med. 1997.
8. EshonovO.SH. Anesteziologiya, reanimatologiyavaintensivterapiya. Toshkent, 2008.

3-ma'ruza

Qon aylanishining to'xtagan bemorlarda reanimatsiya Qon aylanishining to'xtashi 3 xil sababga ko'ra yuzaga keladi.

1. **Asistoliya** -miokardning qo'zg'aluvchanlik va qisqaruvchanlik xususiyatlari

saqlanganligi zaminida bo‘lmalararo qo‘zg‘aluvchanlik o‘tkazilishining buzilishi tufayli Yurak qisqarishining butunlay yo‘qolishidir.



29-rasm . Yurak to‘xtashining turlarining elektrokardiografik ko‘rinishi

2. **Qorinchalar fibrillyasiyasi** va hilpillashi miokard qisqarishining diskoordinatsiyasi bo‘lib, qorinchalar yoki bo‘lmalar o‘tkazish tizimidagi qo‘zg‘aluvchanlikning buzilishi oqibatidir. Bunda har bir mushak pala partish qisqarishi natijasida sistola bo‘lmaydi va qon Yurak dan otilib chiqmaydi.
3. **Miokard atoniyasi**-miokardning qo‘zg‘aluvchanlik va qisqaruvchanlik qobiliyati va tonusining butunlay yo‘qolishidir. Atoniya zaminida miokardning bioelektrik faolligi saqlangan bo‘ladi va bu holat **elektromexanik dissotsiatsiya** ko‘rinishida qayd etiladi(29-rasm).

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

Klinik o‘limning belgilari :

- uyqu arteriyasida tomir urishning bo‘lmasligi
- bemorni hushidan ketishi Yurak to‘xtagandan 5 – 10 sekund ichida;
- bemor rang-ro‘yining o‘zgarishi, asosan sianoz paydo bo‘lishi;
- qisqa muddatli tutqanoq tutishi va uning ketidan barcha reflekslarning so‘nishi;

- ko‘z qorachig‘ining kengaya borishi va 30-60 sek ichida;
- nafas olish xususiyatlarining o‘zgarishi va 30-40 sek o‘tgach apnoe ro‘y berishi;
- elektrokardiografiya kuzatuvda to‘g‘ri chiziq , fibrillyasiya yoki o‘tkazuvchi tizim blokadasi zaminida aritmiya paydo bo‘lishi .

Klinik o‘lim diagnostikasi mezonni uyqu arteriyasida tomir urishining bo‘lmasligi hisoblanadi. ABni o‘lchash, Yurak tonlarini eshitish tavsiya etilmaydi. Klinik o‘lim diagnostikasi uchun 5-7 sekund vaqt ajratiladi.

Qon aylanishini to‘satdan to‘xtashini asosiy sabablari.

- Aritmiyalar
- Qorinchalar fibrillyasiyasi (75% holatlarda)
- Qorinchalar taxikardiyasi
- Sinus tuguni kuchsizligi sindromi
- YAqqol bradikardiya
- To‘liq AV blakada
- O‘tkir Yurak etishmovchiligi
- Miokard infarkti
- Kardiomiopatiyalar
- O‘pka arteriyasi tromboemboliyasi
- O‘tkir qon yo‘qotishlar
- Mexanik jarohatlar
- CHap qorincha devorining yirtilishi
- Subaraxnoidal qon quyilishi
- Elektrdan jarohatlanish
- Boshqa sabablar
- O‘tkir zaharlanishlar
- Suv –elektrolit muvozanatining buzilishi
- Yurak ning reflektor to‘xtashi
- Yurak ni diagnostik tekshirish asoratlari.

O‘pka-Yurak va bosh miya reanimatsiyasining bosqich va tadbirlari

O‘pka-Yurak va bosh miya reanimatsiyasi P.Safar tomonidan taklif etilgan uch bosqichli tadbirlar guruhidan iborat bo‘lib, har qaysi bosqichda aniq maqsadni ko‘zlagan tadbirlar amalga oshiriladi va bular shartli ravishda bosh harflar bilan belgilanadi.

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

- A- nafas yo‘llari o‘tkazuvchanligini tiklash (P. Safarning uchlik usulini qo‘llash).

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

V - Yurak ni yopiq uqalash vositasida sun'iy qon aylanishini tiklash

II. Qon aylanishi mustaqilligini tiklash bosqichi :

G-dori vositalari va infuzion suyuqliklardan foydalanish;

D-elektrokardiografiya va monitoring o'tkazish;

E-elektrik defibrillyasiya qo'llash;

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

J- Yurak ning to'xtashiga olib kelgan sababni aniqlash va uni bartaraf etish;

Z- miyani ishemik jarohatlanishdan saqlash va uning faoliyatini tiklash;

I- postreanimatsion patologiyada intensiv davolash o'tkazish.

Birinchi bosqich tadbirlari

A- nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini tiklash.

Buning uchun quyidagi tadbirlar qo'llaniladi:

- bemorni chalqancha yotqizish;
- bemorni boshini orqaga tashlagan holda, pastki jag'ni ko'tarish va og'izni ochish.
- bemorning og'zi, burni va halqumini tozalab tashlash;
- orofaringeal nafas nayini o'rnatish;
- chuqur nafas olib bemorning og'zi yoki burni orqali uning o'pkasiga havo puflab ko'rish;
- traxeyani intubatsiya qilish, traxeya va bronxlarni so'rgich vositasida tozalash yoki krikotireotomiyani bajarish;
- bronxospazmni bartaraf qilish;

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

Bemorga sun'iy nafas (og'izdan-og'izga) berganda, puflanadigan havo tarkibidagi kislorod miqdori 16-18% ga teng bo'ladi. Har bir nafas berishdagi puflanadigan havo miqdori (10-12ml/kg) 700 ml atrofida va davomiyligi 2 sekundgacha bo'lishi kerak. Puflash davomiyligi cho'zilganda puflangan havo oshqozonga o'tishi mumkin. Puflash jarayonini tezkor ravishda amalga oshirish kerakki, toki bemorning ko'krak qafasi sezilarli darajada ko'tarilmaguncha. Bemorga ekspirator sun'iy nafas berish vaqtida, jabrlanuvchining og'iz yoki burun shilliq qavatidan infeksiya o'tish xavfi yuqoriligi sababli, 1988 yildan boshlab Butun Dunyo anesteziologlar assotsiatsiyasi tomonidan og'izdan-og'izga

ekspirator sun'iy nafas berish tavsiya etilmaydi. Buning uchun nafas berish moslamalaridan foydalanish kerak bo'ladi (Ambu qopi va boshqalar).

Sun'iy nafas berishning ekspirator ko'rinishlari, T- va S-simon havo o'tkazuvchi naylar vositasida o'pkaga havo puflash bilan amalga oshiriladi. Sun'iy ventilyasiya o'tkazish uchun maxsus respiratorlardan ham foydalaniladi. Jumladan, qo'l vositasida harakatga keltiriluvchi "qopchiq". Umumiy amaliyot shifokorining shoshilinch va reanimatsion yordam dasturi bo'yicha bemor traxeyasi intubatsiya qilinib, respirator yordamida nafas beriladi. Sun'iy ventilyasiya to'g'ri bajarilayotgan bo'lsa, bemorning ko'krak qafasi ritmik tarzda ko'tarilib va pasayib turadi. Ayrim hollarda(bemor intubatsiya qilinmagan bo'lsa) nafas o'tmay qolishi tomoqda yot jism borligidan darak beradi. Bu holatda Geymlix usuli qo'llaniladi (35-rasm).

Makintosh laringoskopi bilan qiyshiq kurakcha orqali orotraxeal intubatsiya qilish texnikasi:

1. Bemor og'zini o'ng qo'l bilan ochish;
2. Laringoskopni chap qo'lda ushlab kurakchasini og'izning o'ng burchagidan kiritish. SHu vaqtda til kurakchani chap tomonida qoladi va o'ng tomonidan bemor og'iz bo'shlig'ini ko'rishga imkoniyat tug'iladi.
3. Laringoskop kurakchasini ichkariga, qattiq tanglay va o'rta chiziq bo'ylab yo'naltirib, bemorni tomoq bo'shlig'iga kiritiladi. Bunda til, yutqun va hiqildoq usti tog'ayi ko'rinadi.
4. Cho'michsimon tog'ayni ko'rish so'ngra hiqildoqqa kirish va hiqildoq usti tog'ayini laringoskop kurakchasi bilan ko'tarish va ovoz boylamlarini ko'rish.
5. O'ng qo'l bilan bemor og'zining o'ng burchagidan o'tkazgichli endotraxeal nayni ko'z nazorati ostida ovoz boylamlari tirqichidan traxeyaga o'tkazish.
6. O'tkazgichni chiqarish va nay orqali o'pka ventilyasiyasini boshlash.
7. Laringoskopni chiqarish, germetikli ycha manjetini shishirish va leykoplastir yo unda UASH uchun shoshilinch holatlarda laringeal niqobdan foydalanish tavsiya etiladi.

V- sun'iy qon aylantirish uchun Yurak ni yopiq uqalashini amalga oshirish , buning uchun bemor qattiq o'ringa yotqizilishi lozim.

Organizmda qon aylanishi to'xtab qolgan vaqtda 20-30 daqiqagacha Yurak ning o'tkazuvchanlik va avtomatizm funksiyasi saqlanib turadi. Yurak faoliyati to'xtab qolganda organizm to'qimalarining (miya, jigar, Yurak va h.k.) qaytmas zararlanishini oldini olish maqsadida zudlik bilan Yurak - o'pka reanimatsiyasi o'tkazilishi zarur. Yurak sun'iy uqalashining asosiy maqsadi sun'iy qon aylanishni tiklashdir. Yurak ni vositali uqalash davrida hosil qilingan qon haydalishi Yurak me'yoriy qon haydashining 30%, miya qon aylanishining 5% ni tashkil qilib, MNT va hayotiy muhim organlar trofikasi va oksigenatsiyasi uchun

etarli bo‘lamaydi. Yurak ni uqalashni samarali bo‘lishi uchun ko‘krak qafasiga 20-50 kg kuch bilan niqtab bosish lozim. Bugungi kunda Yurak ni tashqi uqalashlar soni minutiga 80-100 marta bo‘lishi taklif etilmoqda. Har bir uqalashdagi Yurak dan otilib chiqadigan qon miqdori me‘yordagi 30% ni tashkil etgani holda, bunda minutlik uqalashlar sonini oshirish hisobiga, Yurak ni minutlik qon haydash hajmini me‘yorga etkazish ko‘zda tutilgan. Qutqaruvchi yolg‘iz bo‘lganida ventilyasiya va uqalash 2:30 nisbatida bajariladi, ya‘ni 2 marta nafas oldirilgach, 30 marta uqalash qilinadi. Qutqaruvchi ikkita bo‘lsa, ventilyasiya va uqalash 1:5 nisbatida o‘tkaziladi.

Yurak ni vositali uqalash texnikasi: To‘sh suyagining pastki va o‘rta uchdan bir qismi chegarasiga, xanjarsimon o‘simtadan ikki enlik yuqoriga qo‘lning kaft yuzasi qo‘yiladi (36-rasm), ikkinchi kaft esa uning ustiga qo‘yiladi. Ko‘krak qafasi umurtqa pog‘onasi tomonga 4—5 sm ga bosiladi (37-rasm). Qo‘lni ko‘krak qafasidan uzmagani holda bosish kuchi kamaytirilsa, ko‘krak qafasi o‘z holatiga qaytadi. Yurak ni vositali uqalash minutiga 80 – 100 marta amalga oshiriladi. Bolalarda Yurak ni uqalash bir qo‘l bilan, chaqaloqlarda ikkita barmoq bilan bajariladi (38-rasm).

Yurak ni vositali uqalash quyidagi holatlarda samarali deb baholanadi:

- uyqu arteriyasida har bir uqalashga javoban pulsatsiya aniqlansa;
- kardiomonitorda bo‘lma-qorincha biopotensial kompleksi paydo bo‘lib tursa;
- elka arteriyasida 60—80 mm.sim.ust. teng arterial qon bosimi paydo bo‘lsa;
- sianoz tarqalib, ko‘z qorachig‘i torayib, ko‘z soqqasining harakati paydo bo‘lib borsa;

Yurak ni ochiq uqalash quyidagi hollarda qo‘llaniladi:

- ko‘krak qafasi organlaridagi amaliyotlar zaminida Yurak faoliyati to‘xtasa;
- o‘pka shikastlangan va ko‘krak qafasi bo‘shlig‘iga qon ketish zaminida Yurak urishi to‘xtasa;
- ko‘krak qafasi yoyi buzilganda (qovurg‘alar ikki joydan singanda);
- Yurak tamponadasiga gumon bo‘lganda;
- klapanli pnevmotoraks bor bo‘lganda;
- o‘pka arteriyasi tromboemboliyasi ro‘y berganda;
- gipotermiya holatidagi bemorlarda defibrillyasiya samara bermasa va Yurak ni bevosita isitish zarur bo‘lsa;
- 10-15 min o‘tkazilgan vositali uqalash natija bermasa.

Yurak ni ochiq uqalash yopiqqa nisbatan samarali hisoblanadi.

Yurak ning bevosita uqalashini bajarish uchun IV qovurg‘alar oraliq‘idan torakotomiya qilinadi. Bosh barmoq Yurak ning oldingi, qolgan to‘rtta barmoq esa Yurak ning orqa yuzasiga qo‘yilgan holda uqalash bajariladi. Yurak katta bo‘lsa uqalash ikkala qo‘lning kafti bilan o‘tkaziladi. Qorinchalar fibrillyasiyasi paytida

perikard kesilib uqalash qilinadi. Mayda to‘lqinli fibrillyasiya va asistoliya paytida uqalashni boshlashdan oldin tomir ichiga 1 ml adrenalin eritmasi yuborilishi lozim. Yirik to‘lqinli fibrillyasiya va miokard tonusi vujudga kelgach defibrillyasiya o‘tqaziladi.

Ikkinchi bosqich tadbirlari

G – dori vositalari va infuzion suyuqliklardan foydalanish quyidagi maqsadlarni qo‘zda tutadi:

I. Yurak mushaklari metabolizmiga ta’sir qilish. Buning uchun miokard o‘tkazuvchanligi va qo‘zg‘aluvchanligini kuchaytiruvchi yoki miokard qo‘zg‘aluvchanligini defibrillyasiya uchun pasaytiruvchi dorilar qo‘llaniladi.

II. Qon tomirlar tonusini tiklash.

III. Reanimatsiya paytida dorilar magistral venaga yoki traxeyaga in’eksiya qilinishi yoki alveolalar orqali yuborilishi mumkin.

Hozirgi vaqtda chap qorincha bo‘shlig‘iga dori moddalarini in’eksiya qilish ta’qiqlanadi (toj tomirlar jarohati ehtimoli yuqori bo‘lganligi uchun).SHuningdek reanimatsiya vaqtida glyukoza, kalsiy xlorid, bikarbonat natriy qo‘llash ham mumkin emas.

SHuni hisobga olish kerakki Yurak sistolasidagi qondan bosh miya hujayralari glyukozani 20,3% olgani holda, klinik o‘lim holatidagi gipoksiya sharoitida glyukozaning anaerob oksidlanishi natijasida pirouzum kislotasining hosil bo‘lishi neyronlarga toksik ta’sir ko‘rsatadi. Bosh miyaning faqat glyukoza bilan oziqlanishi va glyukozani qondan insulinsiz olishini nazarda tutadigan bo‘lsak, reanimatsiya vaqtida glyukozaning qilinmasligi paradoksdan tuyulsada, lekin asosli xisoblanadi.

Adrenalin 0,1% - 1 ml miqdorda venaga yoki 2 ml dan traxeyaga yuboriladi. Atropin ham 0,1% -1 ml markaziy venaga yoki traxeyaga yuboriladi. Buning uchun 2 ml adrealin 10ml 0,9 % Na Cl eritmasi bilan yuboriladi . Samara bo‘lmasa 3-5 min.da qayta yuboriladi (umumiy miqdori 0,1 mg/kg), chunki 3-5 min.da adrenalin inaktivatsiyaga uchraydi. YAqqol bradiaritmiyada atropin 1 mg dan t/i ga,umumiy miqdorda 0,04 mg/kg gacha yuboriladi.Uzoq cho‘zilgan YUO‘R (10-15 min) da bikarbonat natriy 1 mmol/kg hisobidan t/i ga tomchilab yuboriladi,chunki qonning pH 7,2 dan pasayadi va organizmga ishqoriy suyuqliklar kiritmasdan turib atsidoz holatini bartaraf qilib bo‘lmaydi.

Adrenalin va atropinga ta’sirchanlik bo‘lmagan asistoliya holatlarida t/i ga 240 mg eufillinni 1-2 min ichida oqim bilan yuborish Yurak ritmini tiklanishiga olib keladi.

Ko'p martalik o'tkazilgan defibrillyasiyadan keyin ham QF bartaraf bo'lmasa t/i ga oqim bilan 1,5 mg/kg lidokain yuborish tavsiya etiladi va keyinchalik qo'llab turish uchun 2mg/kg hisobidan tomchilab quyiladi. Lidokainni ta'sir qilishi uchun o'tkazilgan YUO'R dan 1 min keyin qayta defibrillyasiya o'tqaziladi (360 razryad bilan). Lidokainni qayta yuborgandan keyin ham samara bo'lmasa fibrillyasiyaga qarshi boshqa preparatlar qo'llaniladi (magniy sulfat 1-2 g/kg t/i ga 1-2 min davomida ; bretiliy 5mg/kg t/i ga oqim bilan , qayta defibrillyasiya 1-2 min dan keyin; obzidan 0,5 -1 mg t / i ga oqim bilan; kordaron 300 mg t/i ga oqim bilan).

Noradrenalin miokard atoniyasi, digitalis va xinidindan zaharlanganda, giperkaliemiya yaxshi natija beradi. Bu preparat venaga 0,1—0,2 ml mikdorda 10ml NaCl eritmasi bilan, gohida esa 5% li glyukozaning 250 ml eritmasiga 1 – 2 ml qo'shilgan holda minutiga 20 tomchidan tomir ichiga yuboriladi. Miokardning qo'zg'aluvchanligi oshib ketgan va fibrillyasiyada lidokain, novokain, novokainamid, inderal va shu kabi preparatlar ishlatiladi.

D – elektrokardiografiya va monitoring o'tkazish orqali Yurak ning sust ishlashi va Yurak urishining tiklanishi, dori – darmon terapiyasining miqdori va samarasi aniqlanadi.

E – elektrik defibrillyasiya qorinchalar fibrillyasiyasi va paroksizmal taxikardiyada qo'llaniladi. Defibrillyasiya o'tkazish uchun chap kurak ostiga birinchi elektrod o'rnatiladi. Dastali elektrod ko'krak qafasining Yurak sathiga qo'yiladi va qattiq bosib turilgan holda elektr impulsi uzatiladi. Defibrillyatorning ikkala elektrodi ham bir xil izolyator dastali bo'lsa, ularning biri to'sh suyagining yuqori qismiga, ikkinchisi esa Yurak ning cho'qqisiga qo'yilgan holda elektr impulsi beriladi.

Defibrillyasiya bajarish paytida bemorning badaniga, bemor yotgan jarrohlik stoli yoki karavotiga tegib turmaslik, asbob va jihozlar erga ulangan va elektr o'lchov va qayd kilish jihozlari esa o'chirilgan bo'lishi lozim. Defibrillyasiya yirik to'lqinli fibrillyasiya zaminida bajarilishi shart. Mayda to'ltinli fibrillyasiyada adrenalin, lidokain va uqalash yordamida yirik to'lqinli fibrillyasiyaga aylantiriladi. Kattalarda 4 – 7 kV elektr oqimi, katta yoshdagi bolalarda 4 kV elektr oqimi va kichik yoshdagi bolalarda esa 3 kV elektr oqimidan defibrillyasiya qilinadi. Defibrillyasiyadan so'ng uyqu arteriyalarida mustaqil pulsatsiya paydo bo'lguncha Yurak uqalashi davom ettiriladi va tezroq bemor yaqin shifoxonaga yoki reanimatsiya bo'limiga transportirovka qilinishi kerak.

Almashinuv jarayonlari buzilgan holatlarda qon aylanishining to'xtashi kuzatilsa, bosh miyaning jarohatlanish xavfi juda yuqori bo'ladi. Organizmda me'yori holatida bo'lmagan 1,5 mingga yaqin metabolitlar yig'iladi. O'z navbatida bu kislotali muhitga ega bo'lgan metabolitlar hisobidan qon rN o'zgarishi

kuzatiladi. Bugungi kunda reanimatsion tadbirlarni uch kompleksga ajratish mumkin:

1. Birlamchi reanimatsion kompleks
2. Ixtisoslashgan reanimatsion kompleks
3. Postreanimatsion intensiv terapiya kompleksi

Har bir kompleksda reanimatsion chora-tadbirlarni o'tkazishda quyidagi uchlikka amal qilinadi:

- “ *bilish* ”
- “ *bajara olish* ”
- “ *bo'lishi* ” ya'ni kerakli asbob va dorilarning bo'lishi. Agarda qon aylanishi 40 min davomida tiklanmasa reanimatsion chora-tadbirlar to'xtatiladi. Umumiy amaliyot shifokorlari uchun hozirgi vaqtda zamonaviy qulay, to'liq hajmda reanimatsion yordam ko'rsatishni amalga oshirish maqsadida tayyor jomadonlar chiqarilgan (72, 73-rasmlar).

Reanimatsion chora-tadbirlarni gipotermiya holatida, sovuq suvda cho'kkanda, dorilar bilan zaharlanganda, elektr jarohatida, yosh bolalarda va QF retsidivida uzoq vaqt o'tkazish talab etiladi.

Uchinchi bosqich tadbirlari

J - Yurak urishining to'xtash sababini aniqlash va uni chetlashtirish.

YUqorida keltirilgan tadbirlarni qo'llash davom ettirilgan holda anamnestik, klinik, laborator va boshqa tashxis usullaridan foydalanib qon aylanishining to'xtash sababini aniqlash va etiologik davolash o'tkazish talab qilinadi.

Z - miyani ishemik jarohatlanishdan saqlash va uning faoliyatini tiklash. Bu yo'nalishda miyaning qon aylanishi ko'rsatkichlarini va serebrospinal bosimni me'yorlashtirish, metabolik siljishlarni izga solish, antioksidant dorilar yuborish, kraniotserebral gipotermiya, detoksikatsion usullar va davomli o'pka ventilyasiyasi qo'llaniladi.

I - postreanimatsion davrda intensiv davolash

Postreanimatsion kasallikni chetlashtirishga qaratilgan tadbirlardan iborat. Postreanimatsion kasallik-postishemik funksional va struktur buzilishlar oqibatida kelib chiquvchi poliorgan etishmovchiligidir. Postreanimatsion kasallik asosida nevrologik va psixik funksiyalarning buzilishi, qon aylanishining nosozligi, o'pkaning gaz almashtirish va boshqa funksiyalarining izdan chiqishi, gepato- va nefropatiya, bakteriemiya va autointoksikatsiya, endokrin boshqarilish va metabolizmning buzilishi kabi og'ir sindromlar yotadi.

Postreanimatsion kasallikni intensiv davolash to'qimalar perfuziyasining adekvatligini tiklash, organizmning energetik talablarini qondirish, metabolik

siljishlarni izga solish, yiringli-septik asoratlarga qarshi kurashish va detoksikatsiya o'tkazishdan iborat bo'ladi.

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

1. 1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -4 soat	Talabalar soni : 18-22 ta
Mashg'ulot shakli	Kirish-axborotli Ma'ruza.
Mashg'ulotning rejasi:	1. O'tkir nafas etishmovchiligi to'g'risida tushuncha 2. O'tkir nafas etishmovchiligi klinikasi, diagnostikasi. 3. O'tkir nafas etishmovchiligi bilan bemorlarda Reanimatsiya va intensiv terapiya tadbirlari
O'quv mashg'ulotning maqsadi: O'tkir nafas etishmovchiligi bilan bemorlarda Reanimatsiya va intensiv terapiya.	
Ta'lim berish usullari	Ko'rgazmali, Ma'ruza, suhbat
Ta'lim berish shakllari	Jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	Ma'ruza matni, proektor, kompyuter
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat:savol-javob.

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

MA'RUZA mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatining mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi (5daqqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Qon aylanishi to'xtagan bemorlarda Yurak , o'pka, bosh miya reanimastiyasi. Klinik o'lim. Klinik o'lim belgilari, diagnostikasi. Yurak to'xtash turlari. O'pka Yurak reanimastiyasini shifoxonagacha va shifoxonada o'tkazish.MA'RUZA si uchun taqdimot multimedia tayyorlash. 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini taqdim etish	Tinglaydilar Tinglaydilar
1. Mavzuga kirish (15 daqiqa)	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi. 2. Mavzu bo'yicha savollar beradi (reja). 1. Nafas yo'llarini o'tkazuvchanligini ta'minlash, sun'iy qon aylanish va nafas	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar

	berishni ta'minlashni tushuntiring 2. Ushbu kasalliklar klinikasi haqida ma'lumot bering	
2 – asosiy bosqich (55 daqiqa)	1. Mavzuni tushuntirib beradi, 5 ta multimedia namoyish qilish. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi.	Tinglaydilar Ko'radi Tinglaydilar
3-yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Qon aylanishi to'xtagan bemorlarda Yurak , o'pka, bosh miya reanimastiyasi. Klinik o'lim. Klinik o'lim belgilari, diagnostikasi haqida ma'lumotlarni mujassamlashtiradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
4-Mustaqil ta'lim uchun topshiriqlar 5 daqiqa	Mustaqil ish beradi: O'pka Yurak reanimastiyasini shifoxonagacha va shifoxonada o'tkazish. Nafas yo'llarini o'tkazuvchanligini ta'minlash, sun'iy qon aylanish va nafas berishni ta'minlash	Tinglaydi Yozib oladi

O'TKIR NAFAS ETISHMOVCHILIGI

O'tkir nafas etishmovchiligi (O'NE) polietiologik patologik sindrom bo'lib bunda nafas tizimida gazlar almashinuvi meyorida kechmaydi. Buning natijasida gipoksiya yoki giperkapniya qonda O₂ pasayishi va SO₂ miqdorining oshishi kuzatiladi. **YA'ni, O'NE – bu o'pkaning venoz qonni arterial qonga aylantirib berish qobiliyatining buzilishi deb ta'riflana bo'ladi.**

O'NE kelib chiqishida 3 ta guruh patologiya asosiy o'rin tutadi.

1. Nafas yo'llari obstruksiyasi
 2. O'pka ventilyasiyasining buzilishi
 3. Ventilyasion diffuziyaning buzilishi
- Og'irligi bo'yicha 3 ta bosqich kuzatiladi.

1-bosqich – hansirash, taxikardiya jismoniy zo'riqish natijasida.

2-bosqich – zo'riqishda taxikardiya tinch holatda yoki jismoniy zo'riqishda birdan kuchayishi. Lablarning ko'karishi qisman akrotsianoz burun qanotlarining shishishi, qovurg'alar orasining kengayishi.

3-bosqich – hansirash kuchaygan (1-min-da 60 tagacha tinch holatda) nafas Cheyn-Stoks, Kussmaul, Biota tipida teri va shilliq qavatlari ko'karishi, nafas olishida nafas muskullari ishtirok etadi. Bemorlar lanj adinamik yoki qo'zg'algan bo'ladi. Gipoksik ensefalopatiya kuzatilishi mumkin (hushning yo'qolishi tutqanoqlar).

O'tkir nafas etishmovchiligiga olib keladigan sabablar:

1. **Bosh miya bilan bog‘liq markaziy sabablar.** Miyada qon aylanishining buzilishi, bulbar poliomielit, markaziy tipdagi alveolyar gipoventilyasiya, operatsiyadan keyingi narkoz depressiyasi, dori moddalarini toksik ta’siri, bosh miya jarohatlari, miya shishi.
2. **Orqa miya bilan bog‘liq bo‘lgan sabablar:** Giena- Barre Landre sindromi, orqa miya jarohatlari, poliomielit, yon tomonlama amiotrofik skleroz.
3. **Asab-mushak tizimi bilan bog‘liq sabablar:** Miasteniya, qoqshol, botulizm, periferik nevrit, tarqoq skleroz.
4. **Ko‘krak qafasi va plevra bilan bog‘liq sabablar:** Qovurg‘alararo mushaklar distrofiyasi, yog‘ bosish, kifoskolioz, ko‘krak qafasi jarohati.
5. **Nafas yo‘llari va alveolalar bilan bog‘liq sabablar:** Hushsiz holatdagi obstruktiv apnoe, tovush boylamlari falaji, bronxial astma, bronxoobstruktiv sindrom, massiv pnevmoniya, respirator distress sindrom.

Nafas etishmovchiligi klassifikatsiyasi

Nafas etishmovchiligining tasnifi uning sababi kabi ko‘pdir. Nafas etishmovchiligi uning etiologik faktorlariga, patogenetik mexanizmlariga, og‘irlik darajasiga, klinik ko‘rinishlariga va davolash jarayoniga qarab tasnifga bo‘linadi.

Etiologik klassifikatsiyasi

1. O‘pkaning birlamchi jarohatlanishi bilan;
2. O‘pkaning ikkilamchi jarohatlanishi;
3. O‘pkaga bog‘liq bo‘lmagan.

Patogenetik klassifikatsiyasi

Nafas etishmovchiligining patogenezi bo‘yicha 2 ta asosiy guruhga bo‘linishi mumkin:

1-guruh: Aynan boshqa mexanizmlar zararlanishi natijasida

- nafas markaziy boshqarilishini buzilishi,
- mushaklar jarohatlanishi;
- qon tizimi kasalliklari;
- qon aylanish tizimi buzilishi;

2-guruh: O‘pka mexanizmlari zararlanishi natijasida

- markaziy va periferik nafas yo‘llarining obstruksiyasi;
- o‘pka kapillyarlarining zararlanishi;
- o‘pka to‘qimasining kamayishi;
- alveolalar restriksiyasi

Klinik klassifikatsiyasi

1. Klinik belgilarning yuzaga chiqishiga qarab:
 - a) o‘tkir nafas etishmovchiligi – qisqa muddatlarda bir necha minut yoki soatda yuzaga chiqadi.
 - b) surunkali nafas etishmovchiligi bir necha oylar yillar davom etadi.

Nafas etishmovchiligi o'tkir shakli surunkaliga o'tishi mumkin va aksincha surunkali shakli o'tkirlanishi mumkin.

1. Nafas etishmovchiligining og'irlik darajasiga qarab:

- a) Kompensatsiyalashgan O'NE
- б) Dekompensatsiyalashgan O'NE
- B) YAshirin O'NE

Yurak kon-tomir tizimi bilan bog'liq sabablar:

- o'pkaning kadiogen shishuvi;
- o'pka arteriyasining emboliyasi

Boshqa turli sabablar

- YOg' emboliyalari.
- Ilon chaqishi
- Stranrangulyasion

O'tkir nafas etishmovchiligining klinik belgilari

Bemorni tekshirishda hayotiy funksiyalarni baholashdan boshlash kerak; nafas, qon aylanishi va es-hushi.

Bemorni tashqi ko'rinishida uning qanday holatda ekanligi, nafas olish darajasi, ko'krak qafasining nafas faoliyatida ikki tomonning ham bir xil qatnashishini, teri rangi va shilliq qavatlar rangini diqqat bilan ko'zdan kechirish zarur. Fizikal tekshirishlardan nafas olish soni, puls, arterial qon bosimini, RSO_2 va RO_2 miqdorini o'lchash zarur.

28-jadval

O'tkir nafas etishmovchiligining klinik mezonlari

Mezonlar	Me'yoriy ko'rsatkich	Traxeyani intubatsiya qilishga ko'rsatma
Nafas olish soni	1 min. da 12 – 20 ta	1 min.da 35 dan ko'p
O'pkaning tiriklik sig'imi	65 – 75 ml/kg	15 ml/kg dan kam
Funksional ventilyasiya hajmi	50 –60 ml/kg	10 ml/kg dan kam
CHuqur nafas olish	75 – 100 sm suv ust.	10 sm suv ust. dan kam
Kislorodning parsial bosimi	85- 100mm.sim.ust. (atrofdagi havodan nafas	70mm.sim.ust. va undan kam

	olganda)	(qo'shimcha O ₂ li havodan nafas olganda)
A-a DO ₂ (100% li kislorod bilan nafas olganda 10 min.dan keyin). (A-a DO ₂ – kislorodning alveolyar-arterial farqi).	25 – 65 mm.sim.ust.	450 mm.sim.ust. dan ko'p
Vd /Vt	0,25 – 0,40	0,6 dan ko'p
SO ₂ parsial bosimi	35 – 45 mm.sim.ust.	55 mm.sim.ust.dan ko'p

O'tkir nafas etishmovchiligini davolash tamoyillari.

1. Nafas yo'llari o'tkazuvchanligini tiklash,
2. Bemorni intubatsiya qilish
3. O'pka sun'iy ventilyasiyasi (O'SV)
4. Oksigenoterapiya

SHoshilinch yordam tamoyillari:

1. Nafas o'tkazuvchanligini tiklash, traxeya intubatsiyasi. O'SV
2. Aero, oksigenoterapiya – 100% kislorod berish
3. Gemodinamikani, mikrotsirkulyasiyani, to'qimalarda O₂ o'tkazuvchanligini yaxshilash
4. To'qima nafas funksiyasini tiklash.
5. Asfiksiya bosqichida-reanimatsiya chora tadbirlarini o'tkazishi kerak.
6. Bemor zudlik bilan reanimatsiya bo'limida yotqizilishi kerak, o'tkir nafas etishmovchiligini sababidan qat'iy nazar.

O'pka sun'iy ventilyasiyasi –bemor nafas olishi kamayganda yoki umuman nafas olmaganida o'pkada gaz almashinuvini tiklashga qaratilgan davolash usulidir.

Anesteziologiya va reanimatologiya amaliyotida puflash asosida O'SV o'tkazish asosiy o'rin egallaydi va bu ikki yo'nalishda olib borilishi mumkin:

- 1) apparatsiz: og'izdan- og'izga yoki og'izdan- burunga;
- 2) apparatlar yordamida(qo'l bilan yoki avtomatik).

Hozirgi vaqtda O'SV o'tkazish uchun ko'plab apparatlar taklif etilgan bo'lib, ularni xarakteristikasi (monitor va kompyuter bilan ta'minlanganligi) bemor yoshi, o'pkasining holati, operatsiya hajmi va davomiyligiga qarab boshqarish usuli va parametrlarini individual tanlash imkoniyatini beradi. O'SV

asosiy parametrlari ventilyasiyaning minutlik hajmi (VMH), nafas hajmi (NH) va nafas chastotasi (NCH) hisoblanadi $VMH = NH + NCH$.

Bugungi kunda VMH ni hisoblash uchun amaliyotda tan olingan T.M.Darbinyan (1976) formulasi qo'llaniladi.

$$VMH, \text{ l/min} = \text{tana massasi, kg} + 1/10.$$

Formulaga asosan VMH hisoblanganda NH va NCH ni tanlash muhim hisoblanadi. Masalan: birinchidan NCH ni ko'paytirish NH ni kamaytirishni talab qiladi, bu o'z navbatida o'pkadagi bosimni pasayishiga va alveolyar ventilyasiyaning kamayishiga olib keladi.

Ikkinchidan NH oshirilishi va NCH kamayishi alveolyar ventilyasiyani ortishiga, o'z navbatida esa o'pkadagi bosimni ko'tarilishiga olib keladi. SHuni hisobga olib kamdan kam hollarda NCH 12 tadan kam va 22 tadan ko'p qilib belgilanadi. NH ko'p hollarda 15ml/kg hisobidan tanlanadi.

O'pka sun'iy ventilyasiyasiga ko'rsatmalar:

1. Umumiy ko'rsatmalar:

- o'tkir nafas etishmovchiligi
- ko'p qon ketish
- tarqalgan peritonitlar
- eklamptik komalar
- bosh miya jarohatlari
- mexanik asfiksiya

2. Klinik ko'rsatmalar:

- Apnoe
- nafas ritmining buzilishi patologik nafas turlari
- nafas soni 35-40 dan oshsa, tana harorati bilan bog'lik bo'lmagan holatda
- gipoksemiya, giperkapniya

Sun'iy nafas berish apparatlarining ishlash xususiyatlari bo'yicha quyidagi guruhlarga bo'linadi:

- 1) bosim ostida ishlaydigan apparatlar - bu apparatlar yordamida nafas olish va chiqarish bosim ostida, nafas gazlari va nafas konturlari yordamida bo'ladi.
- 2) hajm ostida ishlaydigan apparatlar - bu orqali nafas olish va chiqarishda, gazlar uzatilishi va boshqarish hajm orqali beriladi.
- 3) vaqt bo'yicha ishlaydigan apparatlar - nafas olish va chiqarish vaqt bo'yicha uzatilib, boshqarish chastota bo'yicha bo'ladi.
- 4) aralash tipda ishlaydigan - "RO", (RO 2, RO 5, RO 6 -N, RO 6-R, RO 6 03) turkumidagi apparatlar hamma vaqt ishlatiladi. Uzoq vaqt mobaynida nafas mustaqil berilib ventilyasiya bilan ta'minlanadi, har xil etiologiyali kasalliklarda ham qo'llaniladi.

SHuni esda tutish kerakki puflash asosida O'SV o'tkazish, bemor mustaqil nafas olishidan ancha farq qiladi. Masalan: bemor mustaqil nafas olganda nafas yo'llari va alveolalardagi bosim atmosferadagidan 2mm.suv.ust. past bo'ladi. O'SV paytida esa nafas olishdagi bosim atmosferadagidan 12-20 mm.suv.ust.baland bo'ladi. Bu farq plevra bo'shlig'idagi bosim o'zgarishiga ta'sir qiladi va O'SV zararli tomonlarini keltirib chiqaradi:

- 1) ko'krak qafasini so'rish xususiyati buziladi va Yurak ka venoz qonni kelishi kamayadi.
- 2) o'pka kapillyarlari torayishi natijasida o'pkada qon aylanishi kamayishi va ventilyasion perfuziyaning buzilishiga olib keladi.
- 3) o'pka ichidagi bosimni haddan ziyod oshishi o'pka to'qimasi jarohatlanishi xavfini tug'diradi.
- 4) uzoq yoki etarli bo'lmagan giperventilyasiya gazlar almashinuvi buzilishiga va KIM o'zgarishiga olib kelishi mumkin.

O'SV organizmga zararli ta'sirini kamaytirish uchun uni boshqarish usuli va parametrlarini to'g'ri tanlash talab etiladi.

O'SVning maxsus va qo'shimcha usullari.

Oqimli O'SV. Bu usul 1967y. R.D.Sanders tomonidan taklif etilgan bo'lib, broxoskopiya paytida bemor-resperator tizimida germetizatsiya bo'lmagan holda O'SV ta'minlash maqsadida qo'llaniladi. Bu usulda bronxoskop yoki intubatsion trubka orqali vaqti-vaqti bilan kislorod oqimi yuborib turiladi. Kirayotgan kislorod oqimi atmosfera havosi bilan aralashib kiradi (Venturaning injeksion effekti buyicha). Injeksion oqimli O'SVda kislorod ulushi 0,25-0,3 dan 0,45-0,75 gacha va undan ortiq bo'lishi mumkin.Oqimli suniy O'SVda o'pka ichidagi bosim berilayotgan gaz bosimiga tug'ri proporsional, intubatsion trubka yoki bronxoskop tubusi diametriga esa teskari proporsional bo'ladi.Oqimli O'SV, ayniqsa, sanatsion bronxoskopiya, astmatik status holatidagi bemorlarda, O'SV vaqtida traxeo-bronxial daraxt shirasini so'rib olish vaqtida gipoksiyani oldini olishda muvaffaqiyatli qo'llaniladi. SHoshilinch holatlarda bu usul kateter orqali, traxeyani teshgan holda qo'llanilishi mumkin. Bunday paytda o'pkaga 100% kislorod kiradi. Oqimli O'SVni qo'l bilan bajarish yoki maxsus avtomatik apparat yordamida amalga oshirish mumkin.

YUqori chastotali O'SV. Bu 1 min.da 60 nafas siklidan ortiq chastotada O'SV olib borish bo'lib, 1970 yilda A.Jonson tomonidan taklif qilingan. Bu O'SVda nafas hajmi 100-150 sm² bo'lib, nafas olish fazasi 0.1 - 0.01sek. gacha kamayadi. O'pka ichidagi bosim ortadi va gemodinamik ko'rsatkichlar boshqa O'SV holatlariga qaraganda bir muncha yaxshilanadi.

Hozirgi kunda YUCH O'SVning Z xil usuli: hajmli, ossilyasion, oqimli usullari qo'llaniladi.

Hajmli YUCH O'SVda respiratorida 50 sm^Z havoni 80-100, bazan 250-300ta gacha 1min.da nafas oldiriladi.Ossilyasion YUCH O'SVda nafas chastotasi 10-60 gs (600-3600 marta 1min.da) va undan yuqori bo'lib, apnoetik "diffuzion" nafas oldirish holati sodir etiladi.Oqimli YUCH O'SVda 100-300 ta min. chastotada ventilyasiya qilinadi. Bu usul bronxoskopiyada, mikrolaringeal va traxeal muolajalarda ko'proq qo'l keladi.

YUCH O'SVning yana bir muhim tomonlaridan biri bemor-apparat konturida germetiklik bo'lishi shart emasligidir, yani trubka yoki konyulada manjetkani bo'lishi va uni shishirishni hojat yo'qligidir. Oqibatda traxeya shilliq qavati shikastlanishini, "yotoq yaralar", perforatsiyasi, qon ketishlarni oldi olinadi. Bemorni o'zini nafasi saqlangan bo'lsa unga qarshilik qilmaydi. YAna bir muhim jihati bemorni nafasini farmakologik so'ndirishlarsiz, giperventilyasiyasiz respiratorga moslashishi oson bo'ladi. Bu usulda nafas yo'llarini yiring va balg'amdan tozalash uchun respiratorni o'chirish shart emas, ventilyasiya fonida kateter orqali elektroso'rgich bilan so'rib olish mumkin. Bundan tashqari bemor yo'talib o'zi nafas yo'llaridagi balg'amini chiqarishi mumkin. Aytib o'tish kerakki, YUCH O'SVni o'ziga yarasha kamchiliklari ham yo'q emas. Bunda asosiysi berilayotgan havoni isitish va namlashni qiyinligi hisoblanadi. Konyuladan chiqayotgan kislorod oqimi birdan kengayadi, bunda Joul-Tompson qonuniga asosan gazning harorati birdan pasayadi, buning natijasida nisbiy namlik ham pasayadi. Bundan tashqari, ko'pincha bolalarda tana harorati ham pasayishi ($33-35^0\text{S}$) kuzatiladi. Natijada nafas yo'llari shilliq pardasi qurib qolishi kuzatiladi. YAna bir kamchiligi o'pkada katta patologik jarayonlar (subtotal va total pnevmoniya, shokli o'pka sindromi 3-4 dar., kuchli bronxospazm) bo'lganda kam samarali hisoblanadi.

Aralash O'SV. Intensiv terapiya amaliyotida shunday holatlar bo'ladiki odatdagi O'SV bilan ham , YUCH O'SV bilan ham hayot uchun xavfli bo'lgan gipoksemiya darajasini hal qilib bo'lmaydi. SHunga asosan SH.E Ataxanov (1985) yangi - aralash O'SV usulini ishlab chiqdi. Bunda yuqori chastotada berilayotgan kislorod oqimli kanyula hajmli respirator adapteriga biriktiriladi. Intubatsion trubka manjetkasi bemor-apparat germetikligini taminlaydi. Berilayotgan kislorod oqimi 100-250 marta min. chastota bilan beriladi. Bunda YUCH O'SV apparatidan kelayotgan kislorod oddiy respirator apparatdan berilayotgan havo bilan bir paytda beriladi.

YOrdamchi O'SV. Bu usul o'pkaning surunkali spetsifik kasalliklarida ko'proq qo'llaniladi. YO O'SVni intubatsion trubkasiz yoki traxeyastomasiz maska yoki mundshtuk yordamida amalga oshirish mumkin. Bunda bemor apparat germetikligini taminlash uchun bemor burniga qisqich qo'yiladi. O'SVning trigger va adaptatsion usullari bor. Trigger usuli kutilgan natijani bermaganligi sababli hozirda deyarli qo'llanilmaydi. Adaptatsion O'SVda respirator avtomatik

ravishda ishlab, bemorni o'zini nafas olishi saqlangan holda, ventilyasiya parametrlari bemor adaptatsiyalana oladigan darajada tanlab olinadi. O'SV 40-60 min.lik minutlik vaqt oralig'ida bilan kuniga 2-3 mahal, og'ir gipoksiya va giperkapniya holatlarida 20-30 min. vaqt oralig'ida kuniga 6 va undan ortiq marta qo'llaniladi.

Elektrofrenik O'SV usuli.

O'SVni diafragmal nervga elektrik tasir berish yo'li bilan o'tkazish Sarnov tomonidan 1911 y taklif etilgan. Bu usulni "fiziologikligi" shundaki, bunda asosiy nafas muskuli –diafragma qisqarishi natijasida nafas oldiriladi. Bu usulni kamchiligi o'pkaning kerakli hajmdagi ventilyasiyasi bo'lmaydi va nerv tez "charchab" qoladi. Nafas olish yo'llarining hammasi nafas olishda qatnashmaydi. SHuning uchun bu usul o'zini unchalik oqlamadi. Lekin bu usul orqa miya buyin qismi shikastlanganda implantatsiyalangan elektrostimulyator yordamida kerak bo'lganda qo'llaniladi. O'pka sun'iy ventillyasiyasiga mo'ljallangan apparatlar (respiratorlar) intensiv terapiyada o'pka sun'iy ventilyasiyasining asosiy xususiyatlaridan biri uning uzoq qo'llanishida. O'SVning uzoq vaqt ishlatilishi maxsus apparat respirator orqali olib boriladi. Hozirda jahonda ko'plab apparatlar ishlatilayapti. Ular bir-biridan qo'llash tamoyili bilan farq qiladi. Respiratorlarning qator klassifikatsiyalari ishlab chiqilgan. Ayrim respiratorlar maxsus maqsadda (narkoz, uzoq vaqt O'SV) ishlatiladi. Biz quyida qo'lda boshqariladigan apparatlar haqida emas, avtomatik apparatlar to'g'risida to'xtalib o'tamiz. Qator respiratorlar ishlab chiqarilganki, ular hozirda keng tarqalib intensiv terapiyada qo'llanilmoqda. Respirator "LADA" - qisqa muddatli O'SV maqsadida, bemorlarni tez yordam mashinasida transportirovka maqsadida ishlatiladi. Siqilgan kislorod bilan ishlaydi. Unda chastotani boshqarib bo'ladi. Nafas minutlik hajmi (NMH) boshqa dastak bilan boshqariladi. Passiv nafas noreversiv klapan orqali chiqariladi. Nafas olish boshlanishida tezlik maksimal bo'lsa, nafas oxirida tezlik pasayadi. Respirator RO-6R va RO-6, R-O4 - o'tkir nafas etishmovchiligining hamma bosqichida uzoq vaqt O'SV maqsadida ishlatiladi. Nafas hajmi dastak bilan boshqariladi. NMH esa 0-35 l gacha boshqariladi. Nafas olish va chiqarish nisbatini pog'onali (1:1,3 1:2,1:3) boshqariladi. Yordamchi o'pka ventillatsiyasi uchun maxsus qismi bor. Trigger prinsipida ishlaydi. Ventilatsiya qo'l orqali olib borilishi ham mumkin. Apparatda har 8-10 minutda nafas chiqarishga qarshilik paydo bo'ladi.

Respirator FAZA 3-S- ishlatilishi RO-6 dek. NMH 5-25 l gacha va nafas chastotasi 10-30 gacha boshqariladi. Kislorod beruvchi reduktori bor. Asosiy xususiyati havoni namlab, isitib beradi. Nosozlikdan xabar beruvchi moslamasi bo'lib, u nafas tizimi germetikligi buzilganda, bemor tomon bosim oshganda, elektr tarmoq nosozligida ishga tushadi. Qo'l orqali boshqarishga o'tkazadigan tugmachasi bor. Respirator OP-8 - Bemorni o'tkir davridan chiqarilgandan so'ng

uzoq vaqt ishlatish uchun qo'llaniladi. Nafas chastotasi 16-24 tagacha o'zgartiriladi. Nafas hajmi 1,2 l gacha boshqariladi. Nafasni namlash va isitish qurilmasi, reduktori bo'lib, u kislorodni kerakli miqdorda uzatadi. Qo'lda ventilatsiya qilish uchun qopchig'i bor. Nafas olish va chiqarish nisbati 1:1 dan 1:3 gacha o'zgartiriladi. Apparatning xususiyati: bemor tomon bosim oshganda nafas hajmi ancha kamayadi. Nafas hajmini oldindan belgilab bo'lmaydi, u valyometr bilan davriy nazorat qilib turiladi. Nafas olish fazasi boshida gaz oqimi tezligi oshadi, nafas chiqarish boshlanishida tezlik tushadi.

Zamonaviy ko'p funktsiyali respiratorlar uzoq vaqt O'SV maqsadida ishlatilib, ularda quyidagi xususiyatlar bo'lishi kerak;

- 1) Uzoq vaqt to'xtovsiz (2-3 oy) ishlashi
- 2) HMH 50 l/min gacha, nafas chastotasi 60 tagacha apparat bemor tizimi bosimi 80 mm sim.ust gacha boshqarilishi.
- 3) Nafas olish gazida kislorodni 100 % gacha to'yintirish va o'pkani qo'l orqali ventilatsiya qila olishi
- 4) Nafas olish aralashmasini namlash va isitishi
- 5) NMH ni 30 mm sim.ust. ga etkazish.
- 6) Parametrlar turg'unligini boshqarish.
- 7) Nafas olish va chiqarish nisbatini o'zlashtirish
- 8) Monitor tizimini bo'lishi

Reanematolog respirator qurilmasi ishlash xususiyatlari va O'SV parametr o'zgarishlarini yaxshi bilishi kerak.

Uzoq o'tkazilgan o'pka sun'iy ventilyasiyasini to'xtatish;

Bemorni mustaqil nafasga o'tkazish uchun klinik belgilar va qondagi gazlar miqdoriga e'tibor berish kerak.

1. O'SV tuxtatish mumkin: agar nafas soni 1 minutda 30 tadan oshmasa, va SO_2 1 soat davomida 35-40 mm sim ust oshmasa
2. Bemorning es-hushi aniq tiklansa.
3. Turg'un gemodinamika kamida 2 soat davomida, puls 120 ta minutga, siydik chiqarish tezligi 50 ml/soat (diuretiklar qabul qilmasdan) bo'lganda.
4. Gemoglobin 90 g/l dan kam bo'lmasa, gipokolemiya (plazmada K 3,5mmol/l dan kam bo'lmasa) metabalik atsidoz (BE 4 mmol/l dan kam bo'lmasa).

Astmatik holat

Astmatik holat (AH) – bu bronxial astma xurujining asorati hisoblanib, bronxiolalar spazmi, yallig'lanishi, shishi, quyuq balg'amning to'planishi oqibatida, dinamikada bo'g'ilishning kuchayishi bilan kechadigan va standart terapiyaga rezistent bo'lgan og'ir holatdir.

Astmatik holatda bemor organizmida quyidagi patologik o'zgarishlar rivojlanadi:

- bronxlarning drenaj funksiyasining buzilishi;
- bronxiolospazm va bronxiolalar shilliq qavatining yallig'lanishli shishi;
- gipovolemiya va qon quyuqlashishi;
- kichik bronxlarning ekspirator kollapsi;
- gipoksiya va giperkapniya ;
- metabolik sub- va dekompensatsiyalashgan atsidoz.

Patogenetik variantidan qat'iy nazar astmatik holatda o'pkaning qoldiq hajmi oshadi, nafas olish va chiqarish hajmi kamayadi, o'tkir emfizema yuzaga keladi, emfizema cho'qqisida alveolalar yorilib pnevmotoraks yuzaga kelishi mumkin. O'ng qorinchaning haydaydigan qon hajmi kamayadi, ko'krak bo'shlig'i alveolalar ichi bosimi ortishi hisobiga o'pka gipertenziyasi kelib chiqadi. YUqori ko'krak kafasi bosimi ko'krak limfa yo'lidagi limfa harakatini buzadi, natijada interstitsial suyuqlik miqdori ortadi. Bronxial obstruksiyaning rivojlanishi giperkapniya va metabolik atsidozni yuzaga keltiradi. Interstitsial suyuqlikning ortishi xujayra regidratatsiyasiga olib keladi. O'pka arteriyasi trombozi kelib chiqishi xavfi ko'payadi.

Klinikasi: Astmatik holatning asosiy klinik belgilari bu rivojlanib boradigan o'tkir nafas etishmasligi, standart terapiyaning samarasizligi, nafas olmaydigan shovqinsiz yoki "gung" o'pka, o'pkali Yurak belgisi. Astmatik holatdagi bemorni ko'rganda uning umumiy ko'rinishi, jismoniy faolligi, shilliq qavatlar va teri rangi, nafas xarakteri va soni, puls va AB ga e'tibor beriladi. Astmatik holatning kechishida uchta bosqich kuzatiladi. Astmatik holatni bosqichlarga bo'lish shartli ravishda bo'lsada, bu davolash standartini belgilashda yordam beradi.

Astmatik holatning birinchi bosqichi. Bemorning ahvoli nisbatan turg'un, es-hushi o'zida, lekin ko'pchilik bemorlarda qo'rquv, eyforiya qo'zg'alish kuzatilishi mumkin. Holati majburiy, elkalari qisilgan holatda, rivojlangan akrotsianoz, hansirash (nafas soni 26-40 ta bir minutda) nafas chiqarish qiyinlashgan, balg'amsiz, qiynovchi yo'tal kuzatiladi. Auskultatsiyada o'pkaning barcha qismlarida qattiq nafas, katta miqdorda quruq, hushtaksimon xirrilashlar eshitiladi, Yurak tonlari bo'g'iq, o'pka emifizemasi tufayli yaxshi eshitib bo'lmaydi. Taxikardiya va arterial gipertenziya, o'tkir nafas etishmovchiligi va o'tkir Yurak etishmovchiligi belgilari kuzatiladi. Arterial qondagi RaO_2 70 mm.sim.ust. ga $RaSO_2$ 30-35 mm.sim.ust. ga kamaygan, ya'ni kompensator respirator alkalozdan darak beradi. rN me'yorida yoki subkompensator metabolik atsidoz chegarasida. Umumiy suvsizlanish va qon quyuqlashishi belgilari kuzatiladi.

Astmatik holatning ikkinchi bosqichi. Bemorning hushi o'zida, lekin adekvat emas, gipoksik ensefalopatiya belgilari kuzatiladi bemorning ahvoli og'ir yoki juda og'ir, o'ta behollik, o'zi ovqatlana olmaydi, teri va ko'zga ko'rinarli shilliq qavatlar ko'kargan, ushlaganda nam, bo'yin venalari bo'rtgan, nafas olishi yuzaki

(nafas soni 40 tadan ortiq 1 minutda). Nafas shovqinlari masofadan eshitiladi. Auskultatsiyada o'pkaning "gung", ya'ni nafas olmaydigan sohalari aniqlanadi, bu belgi asmatik holatning II-bosqichida asosiy hisoblanadi, Yurak tonlari bo'g'iq, gipotenziya, puls 110-120 ta 1 minutda, o'tkir o'ng qorincha etishmovchiligi belgilari kuzatiladi. rN dekompensatsiyalashgan metabolik atsidoz tomonga og'adi RaO₂ 60 mm.sim.ust. dan pasayadi. RaSO₂ 50-60 mm.sim.ust. dan oshgan bo'ladi, umumiy suvsizlanish belgilari kuchayadi.

Astmatik holatning uchinchi bosqichi. Bemorning ahvoli o'ta og'ir, hushsiz, tutqanoqlar kuzatiladi, tarqalgan diffuz "qizil sianoz", sovuq ter kuzatiladi. Qorachiqlar maksimal kengaygan, yorug'likka reaksiyasi juda ham sust, nafas soni 1 minutda 60 tadan yuqori, yuzaki, aritmik bradipnoega o'tish ehtimoli bor. Auskultatsiyada o'pkada shovqinlar eshitilmaydi, to'liq "gung" o'pka, Yurak tonlari o'ta bo'g'iq, taxikardiya (140 tadan ortiq 1 minutda), aritmiya kuzatilishi mumkin. Arterial bosim o'ta past yoki aniqlanmaydi. rN – metabolik atsidoz, Ra O₂ 50 mm.sim.ust. gacha va undan past, RaSO₂ 70-80 mm.sim.ust. va undan yuqori. Umumiy degidratatsiyaning belgilari juda rivojlangan va o'tkir o'ng qorincha etishmovchiligi kuzatiladi.

Intensiv terapiya tamoyillari.

1. Nafas yo'llari o'tkazuvchanligini tiklash
2. Bronxiolalar yallig'lanishli shishini to'xtatish
3. β – adrenergik retseptorlarni qo'zg'atish qilish.
4. Gipovolemiyani bartaraf etish.

Astmatik holatni birinchi bosqichidagi intensiv terapiya.

Oksigenoterapiya.

1. Namlangan kislorod, 3-5 litr minut hajmida.
2. Geliy kislorod aralashmasi (75% geliy + 25% kislorod) 40-60 min davomida sutkasida 2-3 marta, yomon ventilyasiya bo'ladigan o'pka zonalariga havoga nisbatan engillik bilan kirib, ventilyasiya hajmini oshishi hisobiga gipoksemiyani kamaytiradi.

Infuzion terapiya.

Eng foydalisi 5% li 3-4 l glyukoza insulin bilan birga tomir ichiga 24 soat davomida tomchilab yuboriladi. Qon reologiyasini yaxshilash uchun 400 ml reosorbilakt, 400 ml – 5% glyukoza, 5000 ed. geparin bilan birga quyiladi.

Hozirda 0,9%li natriy xlorid, 4%li bikarbonat eritmalarini qo'yish ta'qiqlanadi,bu interstitsial shishni ko'paytirishi mumkin.

Medikamentoz terapiyada 2,4 % li eufillin tomir ichiga sekinlik bilan 20 minut davomida 4-6 mg/kg hisobida yuboriladi.

Glyukokortikoidlardan prednizolon 1mg/kg har 3-4 soatda, gidrokortizon 1mg/kg/soat, prednizolonni o'rtacha maksimal dozasi 200-400 mg dan 1500 mg gacha. Gormonlarning samaradorligi yallig'lanishga qarshi, shishga qarshi, antigistamin ta'siri bilan izohlanadi. Balg'amni yumshatish uchun tomir ichiga 10% li natriy yodid, 10-30 ml/sutkasiga, Lasolvan 30 mg dan 2-3 marta sutkasiga, shuningdek vibrouqalash amalga oshiriladi. Ayrim hollarda proteaza ingibitorlari kontrikal 10000-40000 ED sutkasiga, gordoks 300000-500000 ED sutkasiga tomir ichiga tomchilab yuboriladi.

β - adrenostimulyatorlar yoshi o'tmagan, Yurak patologiyasi bo'lmagan bemorlarda, eufillin va glyukokortikoidlarga rezistentlik bo'lgan paytda AB va puls nazorati ostida (terbutalin 0,5 ml 0,05 % mushak ostiga 2-3 marta/sutkasiga, ipradol 2 ml 1% li suyuqlik 300 ml 5% glyukozaga tomir ichiga tomchilab) qo'llaniladi.

Antibiotiklar o'pkada rentgenologik tekshirishda infiltratlar aniqlanganda, surunkali bronxit xurujida, yiringli balg'am ko'chganda qo'llaniladi. **Penitsillin va sefalosporinlar gistamin qo'zg'atuvchi ta'siri tufayli qo'llanilmaydi.**

Diuretiklar degidratatsiyani kuchaytirishi tufayli qo'llanilmaydi, faqatgina MVB 150 mm.sim.ust. dan baland bo'lgan paytda qo'llash mumkin, aks holda 400-500 ml qon chiqarish tavsiya etiladi. Vitaminlar, CaCl₂, kokarboksilaza, ATF mutlaqo qo'llanilmaydi allergiya xavfi tufayli. Antixolinergik preparatlar atropin, skopolamin, metatsin sekretsiyani pasaytirishi tufayli qo'llanilmaydi. Narkotiklar va sedativ preparatlar nafas markazini tormozlashi sababli mutlaqo qo'llanilmaydi, faqatgina neyroleptik – galoperidolni (2-10 mg) qo'llash mumkin.

Mukolitiklardan tripsin, ximotripsin, atsetilsistein, astmatik holatda faqatgina mkrotraxeostomiya orqali qo'llaniladi.

Astmatik holatning ikkinchi bosqichidagi intensiv terapiya tamoyillari.

Birinchi bosqichdagi intensiv terapiyaga qo'shimcha ravishda gormon dozasi ikki baravarga oshiriladi yoki uzluksiz tomir ichiga tomchilab quyiladi. Bronxoskopiya va bronxlarning segmentar davolovchi lavaji o'tkaziladi. Metabolik atsidoz korreksiyasi o'tkaziladi. O'tkir nafas etishmovchiligi II-III-darajasi belgilarida O'SV ga o'tiladi.

Traxeya intubatsiyasi mahalliy og'riqsizlantirish yordamida neyrovegetativ himoya ostida o'tkaziladi .

Astmatik holatning uchinchi bosqichidagi intensiv terapiya tamoyillari.

Bronxlarni bronxoskopik tozalash va bronxlarning segmentor lavaji davom ettiriladi.

Prednizolon har soatda 150 mg dan tomir ichiga yuboriladi.

Atsidoz korreksiyasi uchun 200-400 ml 4% li bikarbonat natriy tomir ichiga tomchilab qo'yiladi. Ekstrakorporal membranali qonni oksigenatsiyasi o'tkaziladi. Regidratatsion terapiya balg'amni chiqarish yaxshilanganga qadar davom ettiriladi. Astmatik holatni to'xtatilganligidan darak beruvchi asosiy klinik belgi yo'taldan keyin yopishqoq quyuc balg'amning chiqishi hisoblanadi va ho'l xirillashlar paydo bo'ladi, aynan shu vaqtda mukolitiklar ingalyasiya qilinadi. Astmatik holatda bemorlar intensiv terapiya bo'limida davolanadi. Astmatik holatdagi bemorlarni O'SV o'tkazish klinik va laborator ko'rsatkichlarga asoslanib amalga oshiriladi: es-hushining yo'qolishi, qo'zg'alish, taxipnoe-minutiga 40 martadan ko'p nafas, taxikardiya - minutiga 140 tadan ko'p, rivojlanib borayotgan gipoksiya, giperkapniya, dekompensatsiyalashgan metabolik atsidoz. Astmatik holatdagi bemorlarga O'SV o'tkazishda quyidagi tavsiyalarga amal qilinadi:

- 1) kichik nafas hajmini (6-7 ml/kg) qo'llash;
- 2) nafas chastotasini 1 minutda 8-12 atrofida olib borish;
- 3) nafas oxirida musbat bosimni 5 sm suv.ust. gacha olib borish, bundan yuqori bosim xavfli hisoblanadi;
- 4) gipoventilyasiyani nazorat qilish rSO_2 55-60 mm sim.ust yuqori bo'lmagan holatda;

Astmatik holatning intensiv terapiyasi jarayonida KIM, SEM, gemodinamika, Yurak faoliyati ko'rsatkichlari uzluksiz nazorat – monitoring qilib boriladi.

Respirator distress sindrom kattalarda

Respirator distress sindrom (RDS) – o'pka parenximasining kattalarda turli xil zararlanishlar oqibatida kelib chiqadigan og'ir o'tkir nafas etishmovchiligi, hamda gemodinamika va mikrotsirkulyasiyaning kichik qon aylanish doirasidagi og'ir buzilishi bo'lib (travmatik shok, septik va kuyish shoki, massiv qon yo'qotish va boshqa) stress holatlarida kuzatiladi. Natijada organizmda uzoq vaqt davom etadigan chuqur gipoksiya holati kelib chiqadi. Chuqur gipoksiya natijasida periferik qon tomirlarida paydo bo'lgan qon shakliy elementlari agregantlari, organizmda gemodinamika tiklangandan so'ng kichik qon aylanish doirasidagi kapillyarlarga tiqilib mikroembollarni hosil qiladi. RDSning patogenezida bazi biologik faol moddalarning: serotonin, kininlar, prostoglandinlar faollashuvi muhim rol o'ynaydi. Natijada o'pkada interstitsial shish rivojlanadi. Surfaktant parchalanadi, mikroatektazlar rivojlanadi, gialinli membranada qon quyilishlar, o'pka ekskursiyasi va elastikligining kamayishi shunt hosil bo'lishiga olib keladi. Gazlar (birinchi navbatda kislorod) diffuziyasi

buziladi. Birinchi marta bu klinik holat 1967 yilda D.G.Ashbaugh tomonidan yozilgan va respirator “distress sindromi” termini qo‘llanilgan.

Hozirgi vaqtda RDSni to‘rtta fazasi farqlanadi:

I– faza: (o‘tkir jarohatlanish yoki erta qaytar faza) – etiologik omil ta’siridan keyin birinchi soatlarda boshlanib, 24-36 soatlarda maksimal namoyon bo‘ladi. Og‘ir travmalar, zaharlanishlar, operatsiyalar, turli xil manipulyasiya (gemotransfuziya, bog‘lamlarni almashtirish va hokazolar) bunga sababchi bo‘lishi mumkin. Dastlabki asosiy xarakterli belgisi taxipnoe (inspirator hansirash) hisoblanadi. Bemorlarning umumiy ahvoli o‘rta og‘ir darajada baholanadi. Es - hushi aniq bo‘ladi, agar bosh miya jarohatlanishi kuzatilmagan bo‘lsa, ayrim vaqtlarda bosh miya gipoksiyasi hisobidan eyforiya, o‘z kritik holatini baholay olmaslik kuzatiladi. Teri qoplamlari oqargan, kulrang tusda bo‘lishi mumkin. Ko‘krak qafasi perkussiyada o‘pka tovushi, orqa va pastki sohalarda biroz to‘mtoqlashgan bo‘lishi mumkin. Auskultatsiyada dag‘al nafas, oz miqdorda quruq xirillashlar, Yurak auskultatsiyasida II ton aksenti, taxikardiya aniqlanadi. Rentgenografiyada o‘pka ildizi sur‘ati kuchaygan, o‘pka to‘qimasi sur‘ati pasaygan, diametri 0,3 sm li chegarasi noaniq qora dog‘lar aniqlanadi. Bronxofoniya o‘pkaning pastki orqa qismida kuchaygan bo‘ladi.

II- faza - (latent faza) – 6 -48 soatdan so‘ng rivojlanadi. Bemorning umumiy ahvoli og‘ir baholanadi. Bemorlar uyquchan yoki qo‘zg‘aluvchan bo‘ladi. Bemorlarda inspirator hansirash kuzatilib, nafas olishda burun qanotlari ishtirok etadi. Inspirator hansirash zaminida teri qoplamida oq sianoz kuzatiladi. Ko‘pincha bemorlarda til sianotik tusda bo‘ladi, bu tilning tomir arxitektonikasi bilan bog‘liq (arteriya va arterial chigallarniing ko‘pligi, vena qon tomirlarning kamligi). Perkussiyada turli xil perkutor to‘mtoqlashgan o‘choqlar aniqlanadi. Auskultatsiyada perkutor to‘mtoqlashgan sohalarda va o‘pkaning pastki qismida susaygan nafas va kichik kalibrli nam xirillashlar eshitiladi. Bronxofoniya I - fazaga nisbatan kuchaygan, o‘pkaning tiriklik sig‘imi 25-30% ga kamayadi. Rentgen suratida - kichik o‘choqli dog‘lar o‘pkaning barcha sohasida, o‘pka to‘qimasi sur‘ati susaygan, bu belgilarning barchasi I -fazaga nisbatan yaqqol ifodalanadi. Arterial qonda gazlar konsentratsiyasi aniqlaganda R_aO_2 75-70 mm.sim.ust. gacha pasayganligi aniqlanadi. Bemorlarda gipoksemiya va respirator alkaloz rivojlanadi.

III- faza (o‘tkir nafas etishmovchiligi) - bemorning umumiy ahvoli o‘ta og‘ir baholanadi. Taxipnoe bir minutda 40 ta va undan yuqori bo‘ladi. Perkussiyada to‘mtoqlashgan katta o‘choqlar aniqlanadi, shu sohalar ustida bronxial nafas, qolgan sohada dag‘al nafas auskultatsiya qilinadi. Butun o‘pka yuzasida quruq va nam xirillashlar eshitiladi. O‘pkaning tiriklik sig‘imi halokatli darajada pasayadi, bu me‘yorning 10-15% ni tashkil qiladi. Arterial qonda O_2 55

mm.sim.ust. dan past. Bu fazada traxeya intubatsiya qilinadi va O₂ boshlanadi, 100% li kislorod beriladi.

Taxipnoe va gipoksemiya bilan birgalikda quyidagi o'zgarishlar: bronxlar sekretsiasining oshishi, o'pkadagi mayda qon tomirlarining emboliyasi, TITQI sindromi rivojlanishi va o'pka shishi kuzatiladi.

Rentgenologik belgilari: ko'p miqdorda o'rta o'choqli soyalar aniqlanadi, Yurak soyasi yaxshi ko'rinadi. Ulenbruk sinamasi musbat – 100% li kislorod bilan ingalyasiya qilinganda qonda R_aO₂ konsentratsiyasi ko'tarilmaydi, bu oqibati yomon ko'rsatkich hisoblanadi.

IV- faza (terminal) – o'pka ichi shuntlanishi bo'lib, bemorlarning umumiy ahvoli kritik holatda. Arterial gipotoniya va chuqur taxikardiya aniqlanadi. Mikrotsirkulyasiyaning buzilishi va poliorgan etishmovchiligi, korreksiyalanmaydigan metabolik atsidoz RN<7,15-7,10 kuzatiladi. Kislorod ingalyasiyasi bilan bartaraf etilmaydigan og'ir gipoksemiya holati yuzaga keladi. Oligouriya, gipoksemik koma, Yurak ritmining sekinlashishi kuzatiladi. Bu fazada bemorlarning tirik qolishi mumkin bo'lmay qoladi.

Diagnostikasi: Quyidagi uchta ko'rsatkichning birgalikda bo'lishiga qarab diagnoz qo'yiladi:

- O'tkir boshlanishi
- Oksigenatsiya indeksi (R_aO_2 / FiO_2) < 200
- Rentgenogrammada ikki tomonlama o'pka infiltrati aniqlanadi.

Davolash: Barcha kritik xolatlaridagidek umumiy va maxsus davolash tamoyillari farqlanadi.

Umumiy davolash tamoyillari:

- Markaziy venani kateterizatsiya qilish - infuzion terapiya va MVB ni nazorat qilish maqsadida.
- Swan-Ganz usuli bo'yicha o'pka arteriyasini kateterizatsiya qilish – Yurak ni qon haydash funksiyasi, RSO₂, RO₂ va o'pka arteriyasi tiqilish bosimini o'lchash maqsadida. Kattalarda RDSda o'pka arteriyasining tiqilish bosimi 15 mm.sim.ust.dan past bo'lishi xarakterli hisoblanadi.
- Soatlik va sutkalik diurezni aniqlash maqsadida siydik pufagi kateterizatsiyasi amalga oshiriladi. Soatlik diurez – 40-60 ml/ soat atrofida bo'lishi kerak.
- Aspiratsiyani oldini olish uchun oshqozon ichak tizimi nazogastral zond orqali doimiy yuvib turilishi kerak.

Maxsus davolash tamoyillari.

- Organizmga kiritiladigan uglevodlar miqdorini chegaralash kerak bo'ladi, chunki tomir ichiga yuborilgan glyukoza ichak harakatini sekinlashtiradi va ishtahani pasaytiradi.

- Infuzion terapiya bir necha turdagi suyuqliklarni (kolloid va kristalloidlar) quyish bilan amalga oshiriladi. Ko'p qon quyish, ko'p miqdorda tuzli eritmalarni qo'yish mumkin emas.
- Vazopressorlar tomir ichiga etarli suyuqliklar quyilgandan keyin ishlatiladi, ko'pincha dofamin yoki dobutamin tavsiya etiladi.
- Glyukokortikoidlar – alveola membranasidagi shishni kamaytirish, lizosoma membranasini turg'unlashtirish va fibroz miqdorini kamaytirish maqsadida ishlatiladi.
- Geparin 5000 ED dan har 6 soatda teri ostiga yuboriladi;
- Antibiotiklar katta miqdorda qisqa kurslarda beriladi.
- SHuningdek gemofiltratsiya, plazmaferez, gemosorbsiya sepsis holati va poliorgan etishmovchiligi bo'lgan holatlarda qo'llanadi. Kattalarda RDS vaqtida diuretiklar foyda bermaydi, chunki o'pka infiltrati shishi suyuqlikdan emas, balki qalin to'plangan yallig'lanish hujayralaridan iborat.

Massiv pnevmoniya

Massiv pnevmoniya - bu o'pka to'qimasi elementlarining va alveolalarning zararlanishi oqibatida uning bo'shlig'ida suyuqlik to'planishi bilan kechadigan o'tkir infeksiyon yallig'lanishli kasallik hisoblanadi. Keyingi yillarda pnevmoniyalar o'lim sabablari orasida 4 o'rinni egallab kelmoqda. Reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limlarida pnevmoniyadan o'lish hollari 40-50% ni tashkil etadi. Pnevmoniya natijasida O'NE sabablari bo'lib quyidagilar hisoblanadi:

- O'pkaning bir yoki bir nechta bo'lagi yallig'lanishi.
- O'pka to'qimasidagi tarqalgan va birlashib ketgan yallig'lanishli jarayon.
- Parapnevmonik plevrit.
- O'pka to'qimasining destruksiyasi.

Intensiv terapiya tamoyillari.

1. Oksigenoterapiya O'NE og'irlik darajasidan qat'i nazar hamma holatlarda o'tkaziladi, namlangan O₂ har soatda 15-20 daqiqadan ingalyasiya qilinadi.
2. Infuzion terapiya 2500-3500 ml hajmida MVB va soatlik diurez nazorati ostida o'tkaziladi. O'tkir o'pkali Yurak va o'tkir o'ng qorincha etishmovchiligi kuzatilganda suyuqlik keskin chegaralanadi. Infuzion terapiya vositalaridan qutblantiruvchi eritma, detoksikatsion va qon reologiyasini yaxshilovchi preparatlarni ishlatish maqsadga muvofiq.
3. Antibakterial terapiya. Agar qo'zg'atuvchi aniq bo'lganda maqsadga yo'naltirilgan antibakterial davo antibiotiklarga sezgirlik darajasiga qarab o'tkaziladi. Limfatrop antibiotikoterapiya yaxshi samara beradi.

Statsionardan tashqari pnevmoniyalarda tanlov preparati bo'lib, III (sefotaksim - klaforan, seftriakson lendatsin, seftazidim, sefooperazon 6-8 g/sut) avlod sefalosporin guruhidagi antibiotiklar hisoblanadi. Parenteral asosan v/i ga 2-4 g/sut makrolid (eritromitsin, azitromitsin, roksitromitsin) guruhi antibiotiklar bilan birgalikda qo'llaniladi.

Nazokomial pnevmoniyalarda:

1. Ventilyator-assotsiatsiyalangan “erta” pnevmoniyalar uchun tanlov preparati bo‘lib III (sefotaksim-klaforan, seftriakson - lendatsin, seftazidim, sefoperazon 6-10 g/sut) va IV avlod sefalosporinlar guruhidagi antibiotiklar hisoblanadi.
2. “Kechki” ventilyator-assotsiatsiyalashgan pnevmoniyalarda tanlov preparati bo‘lib III avlod antipsevdomonalarga qarshi sefalosporinlar va III avlod aminoglikozidlari; karbapenemlar; antipsevdomonad penitsillinlar (karbenetsillin, azlotsillin, mezlotsillin 12-20 g/sut) va III avlod aminoglikozidlari; ftorxinolinlar hisoblanadi. Og‘ir immunitet tanqisligi bo‘lgan bemorlardagi pnevmoniyalarda tanlov preparati bo‘lib karbapenemlar; III avlod antipsevdomonalarga qarshi sefalosporinlar va III avlod aminoglikozidlari; antipsevdomand penitsillinlar va III avlod aminoglikozidlari; ftorxinolonlar hisoblanadi.
3. Hozirgi vaqtda zamburug‘li pnevmoniyalar ko‘payganini hisobga olib, maxsus tekshirishdan keyin (zamburug‘ni aniqlash) yuqori samarali Mikosis dori vositasi qo‘llash tavsiya etiladi.
4. Antikoagulyantlar: geparin 20000 ed/sut.
5. Bronxolitiklar: eufillin 2,4%-20-30 ml/sut.
6. Balg‘am ko‘chiruvchi va mukoregulyatorlar: 10% li natriy yodid, ambrobene, lazolvan.
7. O‘pka arteriyasi tizimida bosimni kamaytirish.
8. O‘SV o‘tkazish.
9. Simptomatik terapiya.
10. Gormonoterapiya.

Adabiyotlar

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

5-mavzu: Har xil etiologiyali komatoz holatlarda Reanimatsiya va intensiv terapiya. 2 soat.

1. 1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg`ulot vaqti -4 soat	Talabalar soni : 18-22 ta
Mashg`ulot shakli	Kirish-axborotli Ma`ruza.
Mashg`ulotning rejasi:	1. Har xil etiologiyali komatoz holatlar to`g`risida tushuncha 2. Komalar diagnostikasi. 3. Komalarda reanimatsiya va intensiv terapiya chora tadbirlari
O`quv mashg`ulotning maqsadi: Har xil etiologiyali komatoz holatlarda Reanimatsiya va intensiv terapiya choralari bilan tanishtirish va o`rgatish.	
Ta`lim berish usullari	Ko`rgazmali, Ma`ruza, suhbat
Ta`lim berish shakllari	Jamoaviy
Ta`lim berish vositalari	Ma`ruza matni, proektor, kompyuter
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob.

1.2. Har xil etiologiyali komatoz holatlarda Reanimatsiya va intensiv terapiya. 2 soat.

MA`RUZA mashg`ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatining mazmuni	
	Ta`lim beruvchi	Ta`lim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi (5daqqa)	1. Mavzu bo`yicha o`quv mazmunini tayyorlash. 2. Qon aylanishi to`xtagan bemorlarda	Tinglaydilar Tinglaydilar

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

KOMALAR

Miyada qon aylanish xususiyatlari

Miya mushakka nisbatan 20 marta, jigarga nisbatan 10 marta ko'p kislorodga ehtiyoji bor.

GazalmashinuvivaqonaylanishibuzilgandaMNTqo'zg'aluvchanligikamayadi.

Nervhujayralariglyukozagajudasezgir. 3-5 minutdavomidaO₂bormasa, miyao'limiyuzagakeladi. Umumiyqonaylanishdannisbatanmustaqilbo'lib, qonbosimi 60-180 mm.sim.ust.

oralig'idabo'lgandamiyadaqonaylanishko'rsatkichlarior'zgarishsizqoladi. 1 minutda 100 gr. miyamoddasiga 50-55 mlqon, umuman 1 minutda 750 mlqonto'g'rikeladi, Yurak minutlikhajmning 15% miyagato'g'rikeladi.

Boshmiyaqontomirlaridanasosiyor'indapialarteriyalarturadi.

Buarteriyalarsubaraxnoidalbo'shliqdaerkinholdajoylashib, o'zshaklinio'zgartirish xususiyatigaegavako'pkollateralharhosilqiladi.

Miyadaqonaylanishiautoregulyatsiyasi:

1. Ximikautoregulyatsiya -
qondagi SO₂ va O₂ partial bosimlari siridaboshqariladi;
2. Gemodinamikomil -
tomir qisilish bosim oshishiga, tomir kengayishiesabosim pasayishiga olib keladi;
3. Nervtizi tomonidan boshqarilishi.

Miyada qonaylanish turg'unligiga qaramay, ba'zi hollarda (kuchsizlangan, qaribemorlar) gorizontal holatdan vertikal holatga o'tganda (hushdanketish) tserebral gemodinamika tez dabuziladi.

Koma (grekcha soma - chuqur uyqu) - markaziy nervtizi mining chuqur darajadagi patologik tormozlanish bo'lib, bunda: es-hushning chuqur buzilishi, tashqita'surotlar nisbatan reflekslarning yo'qolishi va organizm hayoti muhim funksiyalariboshqarilishining izdanchi qisqartiriladi.

Komaning kelib chiqishiga qarab klassifikatsiyasi.

1. Markaziy nervtizi mikasalliklari oqibatida yoki nevrologik komalar:

- apoplektik komalar (insul'tlar);
- epileptik komalar;
- travmatik komalar (boshmiya - kallasuyagi jarohatlarida);
- boshmiya va uning pardalari yallig'lanish kasalliklar va o'smakasalliklarida.

2. Endokrin kasalliklarda,

metabolit buzilishlari natijasida kelib chiqadigan komalar:

- gormonlari sintezining yetishmovchiligi natijasida (diabetik, gipokortikoidli, gipotireoidli, gipopituitrinli);
- gormonlari ko'p ishlab chiqarilganida yoki davolash vaqtida gormonlari dozasi oshirilganida (tireotoksik, gipoglikemik).

3. Suv-

elektrolitlar va energetik mahsulotlari yo'qotilishi bilan kelib chiqadigan komalar:

- xloridropenik, pilorostenozdako'p qusish natijasida rivojlanadi;
- alimentar- distrofik koma.

4. Gazlar almashinuv buzilishi natijasida rivojlanuvchi komalar:

- gipoksik- tashqari dani kislorod kiritilishi yetishmovchiligida (gipobarik gipoksemiya, yoki qondaki kislorod tashilishi buzilganida anemiya va qonaylanishining o'tkir buzilishida);
- respirator (respirator- tserebral', respirator- atsidotik) yoki o'tkir nafas yetishmovchiligida.

5. Toksik komalar - endogen toksikatsiyalar va nitoksik infeksiyalar, pankreatit, jigar va buyrak yetishmovchiligida yoki kuzogaz xarlanishlar (fosfoorganik birikmalardan, al'kogol, barbituratlar va boshqa farmakotoksik mahsulotlardan xarlanishlarda).

Umumiy simptomatikasi va kechishi. Komalar juda tez,

bir necha minutda yoki asta sekin bir necha soatdan bir necha kun gacha rivojlanishi mumkin.

Etiologik sabab bo'luvchi quyidagi kasalliklarda komalar juda tez rivojlanishi kuzatiladi: epilepsiya, gipoglikemiya, boshmiya kallasuyagi jarohatlari, insul'tlar. Bemorlari to'satdan hushini yuqotadi va bir necha minutda chuqur koma belgilarini paydo

o'ladi. SHovqinli, xirillashli, CHEyn-
Stokstipidagipatalogiknafasvanafasbuzilishiningboshqako'rinishlarikuzatiladi,
ABtushaboshlaydi.

Bemorlaryuqoritovushvaog'riqta'sirlovchilarigajudaqisqavaqtqo'zg'aladi,
savollargajavobbermaydiyokinoaniq, noto'g'rijavobberadi.

Soporbosqichidabemorsuvnisuyuqovqatlariniyutishi,
to'shakdamustaqilaylanishimumkin.

Soporozholatningkomatozholatgao'tishdavridaqo'zg'atuvchita'sirlarganisbatanbar
chareflekslarsusayibyokiyo'qolibboradi,

shujumladaqorachiqningyorug'likkanisbatanreaktsiyasisusayishiyokiyo'qolishi,
keyinchalikshox pardavayutishreflekslarningyo'qolishi,

vegetativfunktziyalarningbuzilishivaEEGdao'zgarishlarkuzatiladi.Komatozholatla
rningog'irligigaqarabto'rtadarajasifarqlanadi:engil, yaqqolifodalangan,

chuqurvaterminal.

Engilkomadarajasi.

Eshushyo'qolgan,

kuchliqo'zg'atuvchita'sirlargareaktsiyasaqlangan,

psixomotoravtomatizmpaydobo'ladi.

Qorachiq,

shox

pardavayutishreflekslarisaqlangan,

terireflekslarisusayganyokiyuqolgan,

payreflekslarighamkuchayganyokisusaygan,

ko'zolmasiningmayatniksimonharakatlanishikuzatiladi,

EEGdadiffuzo'zgarishlarningyaqqolbelgilarikuzatiladi.

YAqqolifodalangankomadarajasi.

Po'stloqvapo'stloqostisohasidatormozlanishkuchayibboradi.

Po'stloqostivamiyaustiniavtomatizmiypaydobo'ladi.

Mustaqilharakatlarmurakkabligivaaniqligipasayibboradi,

qorachiqningyorug'likkareaktsiyasiyo'qolgan,

qorachiqlartoraygan,

shox

pardavayutishreflekslarisaqlangan.

Terireflekslarianiqlanmaydi,

mushaklardistoniyasikuzatiladi.

Taxiinoevastridorlinafas,

nafasritmibuzilishlarianiqlanadi.

EEGda α -ritmianiqanmaydi,

kichikfaollikaniqlanadi.

CHuqurkomadarajasi.

O'rtamiyavamiyako'prigifunktziyalariyo'qolibboradi.

Bundaqorachiqlartoraygan,

yoruqlikkareaktsiyasianiqlanmaydi,

shox

pardarefleksianiqlanmaydi.

Ko'zyumaloqmmushaklaridagipotoniyaaniqlanadi,

payreflekslarisusayganvaskeletmushaklartonusipasaygan.

TanaharorativaABpasaygan,

nafasbuzilishlari,

yaqqolifodalangantsianoz,

EEGdadiffuzsekinlashganfaollik, "bioelektrikjimlik" aniqlanadi.

Terminalkomadarajasiuzunchoqmiyafunktziyasiningchuqurbuzilishinatija

sidamustaqilnafasyo'qolishivaABningtezlikbilantushibborishikuzatiladi.

To'liqarefleksiyaaniqlanadi.

EEGdabioelektrikfaollikaniqlanmaydi.

Bemorhayotifaqatmaxsusdavo lashchoralariyordamidasaqlabturiladi.

UzoqO'SVdankeyinginaorqamiyaningreflektorfaoliyatitikanishimumkin.

Komaholatlinikbelgilarikelibchiqishigaqarabto'rtbosqichifarqlanadi,

bosqichlargabo'lishklinikdiagnozqo'yishni

engillashtiradi.

I-II

bosqichprekomaholatihisoblanadi.

SHoshilinchholatlardamaxsustekshirishusullariniqo'llamasdanturibhambemorlard

aes-

hushining buzilishini chuqurligini qisqartirilgan Glazgoshkalasibo'yicha aniqlash mumkin. Bunda asosan 3 tabelgi - ko'zni ochishi, harakatreaktsiyasi, nutqreaktsiyasi ballari hisobga olinadi.

Es-

hushni holatini baholash har bir guruhdagi ballarni hisoblash yo'libilana amalga oshiriladi. 15 ball bemorlarni es-hushito'liq saqlangan, 13-14 ball - karaxt, 9-12 ball sopor, 4-8 ball - komaholati, 3 ball esamiyo'limigato'g'rikeladi.

Glazgoshkalasiko'rsatkichlar bilan o'lim holati orasida bog'liqlik bo'lib, bemorning es-hush holati 3-8 ball baholansa - o'lim 60% ni, 9-12 ball baholansa o'lim 2% ni, 13-15 ball bo'lganda esa, o'lim 0 atroflarida bo'ladi.

Umumiy amaliyotshifokorifaoliyatida Glazgoshkalasidan foydalanish juda oson va qulay hisoblanib turlikomatoz holatlarda, kuzatiladigan natija (oqibatni) aniqlashda qo'llaniladi. Glazgoshkalasibo'yicha 24

soatdan keyin to'plangan ballarni solishtirish orqali dinamik holat belgilanadi. Es-hush buzilishini darajasi aniqlashdantashqarib bemorning umumiy ahvolini hisobga olishkatta ahamiyatga ega.

Amaliyotda bemorni umumiy ahvolini baholash 5 darajaga bo'linadi:

1. Qoniqlik holat-es-hushianiqlik, zarur organlar faoliyatibuzilmagan;
2. O'rta og'irlikdagi holat- es-hushianiqlik yoki biroz karaxtlik bilan;
3. Og'ir holat- es-hush chuqur karaxtlik yoki sopor holatigachabuzilgan, nafas va Yurak qon - tomirlar tizimida juda chuqur buzilishlar bor.
4. O'ta og'ir holat- es-hush chuqur komagachabuzilgan, nafas, Yurak vaqon-tomirlar tizimida juda chuqur buzilishlar bor.
5. Terminal holat- miya ustunizara rlanishining chuqur belgilari.

jadval

Komatoz holatlarchuqurligini aniqlash shkalasi (Pitsburg-Glazgo)

	Belovilar	Ball		Belovilar	Ball
A.	Ko'zni ochishi: • Ixtiyoriy • CHaqiriqqa • Og'riqqa • Ochmaydi	4 3 2 1	D.	Boshmiya nervlarreaktsiyasi: • Barchasisaqlangan • Kiprikrefleksiyo'q • SHox pardarefleksiyo'q • Okulotsefalrefleks	5 4 3 2
B.	Harakatreaktsiyasi: Buyruqni bajaradi Qo'l vaoyoqni ixtiyorsiz harakatlantiradi. Anomal qo'l vaoyoq bukishlar	6 4 2	E.	Tutqanoqlar: • Yo'q • Mahalliy • O'tib ketuvchi • O'tib ketmaydigan	5 4 3 2 1
V.	Nutqreaktsiyasi: • To'g'riga piradi Tutilib gapiradi • O'ylovsiz gapiradi • So'zsiz gapiradi	5 4 3 2	J.	Mustaqil nafas: • Me'yorda • Davriy • Markaziy giperventilyatsiya yoki aritmik gipoventilyatsiya	5 4 3 2

G.	Qorachiq'larning yorug'lik reaksiyasi:	5		
	• Me'yorda	4		
	• Sekinlashgan	3		
	• Har xil	2		

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

Davolashtamoyillari:

birinchi navbatdagipoglikemikkomani inkoretish zarur hisoblanadi, buning uchun tomirichiga 40%-100ml glyukozayuboriladi.

- A. Nafasyo'llarining o'tkazuvchanligini ta'minlash.
- B. Qo'shimcha o'qatlantirish va vitaminoterapiya.
Agar bemor uzoq vaqt parvarishga muhtoj bo'lsa o'qatlantirish maqsadida duodenal zondlash.
- B. Suv - elektrolit muvozanatini doimiy monitoring qilib yo'qotilgan suvo'rnini to'ldirish.
- Г. YO toqyalarini oldini olish maqsadida bemor holatini to'shakdaha 2 soatida o'zgartirish va uqalash.
- Д. Bo'g'inlarkontrakturasini oldini olish maqsadida to'shakdapasiv gimnastika o'tkazish.
- E. SHox pardajarohatlanishini oldini olish maqsadida metilt sellulyozani (tomchilabhar 4 soatda) qo'llash.
- Ж. Kerak bo'lgan dasydikyo'llarika teterizatsiyasi.
- 3. Stressyalar nivaqon ketishasoratini oldini olish maqsadida nazogastral zondor qaliyokivenaichiga N_2 -retseptor blokatorlari yuboriladi.
- И. Geparin 5000 Ed teriostigahar 12 soatdachuqurvenalartromboziva o'pka arteriyasitramboemoliyasini oldini olish maqsadida.

6 -ma'ruza

Ayrim kritik holatlarda reanimatsion yordam Strangulyasion asfiksiya

Siqilishdan hosil bo'lgan mexanik asfiksiya *strangulyasion asfiksiya* deb aytiladi. Osish-strangulyasion asfiksiyaning eng ko'p uchraydigan turi bo'lib, bunda tana og'irligi bilan sirtmoq tortilib, bo'yinni siqadi.

Osish vaqtidagi o'lim genezi. Buyindagi o'pkalarga boruvchi havo yo'llari, tomirlar (uyqu va umurtqa arteriyalari), nervlar va umumiy uyqu arteriyalarining bo'linish joyida yotuvchi nerv shoxchalari o'tadi. Sirtmoq tuguni orqa tomonda (tipik) joylashgan holatda sirtmoq bo'yinni til osti suyagi darajasida qisadi, til ildizini bir oz yuqoriga va orqa tomonga siqadi; tugun yon tomonda joylashganda esa til ildizi yutqinning orqa devorigacha siqilib borib, nafas olish yo'lini to'sib qo'yadi, sirtmok bilan tomirlarning siqilishi tufayli miyada qon aylanishi buziladi. O'tkazilgan tajribalardan aniqlanishicha, kichik bosimdayoq bo'yinturuq venalariga qonning kelishi to'xtaydi; uyqu arteriyalari bosim kuchi 3-5kg bo'lganda umurtqa arteriyalari 15-20 kg bo'lganda qon o'tkazmaydigan bo'lib qoladi. 10-15 kg bosim kuchi traxeyaning siqilishi uchun etarli bo'ladi.

SHunday qilib hatto to'liq bo'lmagan tipik osishda bo'yindagi bosim kuchi 15-20 kg ga etganda: birinchidan, o'pkalarga havo borishini to'xtatadi, bu odatda 4-5 daqiqa vaqt o'tgach, nafas olishning, Yurak faoliyatining to'xtashiga va o'limga olib keladi. Ikkinchidan, miyada qon aylanishini butunlay to'xtatadi, bu markaziy nerv tizimini kislorod tanqisligiga duchor qilib mexanik asfiksiya alomatlari namoyon bo'ladigan o'limga olib keladi. SHunday osish hodisalari ham borki, ularda sirtmoq traxeotomiya teshigidan ham yuqorida bo'ladi. Bundan tashqari, osilganda sirtmoq adashgan nervlarning shoxini, ba'zan esa uyqu arteriyalarining bo'linish joyini siqadi. Ma'lumki adashgan nervning mexanik

ta'sirlanishidan vaqtinchalik Yurak faoliyati va nafas olish to'xtashi kuzatiladi, biror soniya vaqt o'tgach Yurak urishi qayta tiklanadi. Qo'zg'aluvchanlik kuchli bo'lgan shaxslarda yoki Yurak kasalliklari bo'lgai shaxslarda sirtmoq bilan adashgan nervning siqilishidan birlamchi Yurak to'xtashi tufayli o'lim sodir bo'lishi ehtimoldan xoli emas. Osish bilan bog'liq ayrim hodisalarda umumiy asfiksiya belgilarining bo'lmasligi, Yurak faoliyatiga aloqador reflekslar turi buyicha o'lim mexanizmi mavjudligini tasdiqlaydi.

Og'irlashmagan mexanik asfiksiya ta'siridan dastlabki ikki daqiqada odam hushini yo'qotadi, osish vaqtida esa bu hol tezroq ro'y beradi. Sirtmoqdan ozod qilingan kishilarning aytishicha, tana havoda muallaq osilib qolgan vaqtda sirtmoq qisgan joyda qattiq og'riq seziladi, quloqlar shang'illaydi, ko'zlardan olov uchqunlari chiqadi va odam xuddi tubsiz jarga qulaganday bo'ladi, hush yuqoladi. Hushning tezda yo'qolishi odamning tez harakat qilish qobiliyatidan mahrum qiladi va u nochor ahvolda qoladi. SHunday o'ylash mumkinki sirtmoqqa osilib qolgan odam ixtiyoriy ravishda harakat qila olmaydi. Osilgan odamlarning birortasi ham o'zga kishilarning yordamisiz qutula olmaydi. Bu hol siqilgan tomirlardan qon oqishining to'xtashi yoki qon oqishining qiyinlashishi (arteriyalar etarli darajada siqilmaganda), boshning ichki bosimi ortishi va kapillyarlarning siqilishi bilan izohlanadi. Kishi osilganda sirtmoq buynini qisib sezish nervlarining retseptorlar orqali katta yarim sharlar po'slog'ida keskin tormozlanish holatini hosil qiladi va buning oqibatida ixtiyoriy ravishdagi harakatlar bajarish imkoniyati bo'lmaydi. Ba'zan bo'yindagi sirtmoqning joylanishi tomirlarning to'liq siqilishiga sabab bo'lishi yoki havoning o'pkaga o'tishini qisman qiyinlashtirishi mumkin. SHunga qaramay, o'lim mexanizmi deyarli o'zgarmaydi.

Osish jarayonini aniqlashga ko'maklashtiruvchi ko'rsatkichlar. Murdaning birlamchi holati muhim ahamiyatga ega. U ekspertning kelishigacha osilib turishi mumkin. Agar murda echib olinsa, u holda murdani echib olgan kishi osilganlik haqida gapirib beradi. Murdani yorib ko'rganda, undagi o'zgarishlar o'lim mexanizmini izohlab beradi. Asfiktik ta'sir bo'yin tomirlarining siqilishi bilan bog'lik bo'lsa, u holda mexanik asfiksiya tufayli sodir bo'lgan o'lim belgilari namoyon bo'ladi. Birlamchi reflektor ta'sir tufayli Yurak ning to'xtashi kuzatilsa, u holda tezlik bilan sodir bo'lgan o'lim belgilari namoyon bo'ladi.

Bo'yindagi maxalliy o'zgarishlarni tashxislash uchun katta ahamiyatga ega.

Ularga quyidagilar kiradi:

1. Strangulyasion jo'yakcha, sirtmoqlar qattik narsadan yasalganda ko'zga yaqqol tashlanadi, yumshoq narsadan yasalganda esa u bo'lmasligi ham mumkin. Murda osilib turganda hiqildokdan yuqorida joylashadi. Murda echib olingandan

keyin tekshirilganda, sirtmoq tuguni bo'yinning orqa yarmida joylashgan holatda, strangulyasion jo'yakcha hiqildok tog'aylari bilan til osti suyagi orasida yotadi.

2. Strangulyasion jo'yakchani o'ziga xos xususiyatlari mavjud. Jo'yakchani pastdan yuqoriga-tuguncha tomon qiyalab yo'nalishi va chuqurligining notekis bo'lishi, ko'pincha tananing tanaga yaqin qismlarida chuqurchaning bo'lmasligi, ya'ni jo'yakcha yuqoriga qarab qiya bo'lishi, chuqurligining notekis bo'lishi osishdan hosil bo'ladigan strangulyasion jo'yakchaga xosdir.

3. Teri osti, muskullararo kletchatkada va muskullarda strangulyasion jo'yakcha bo'ylab qon quyilishlar bo'ladi.

4. Muskullarning bir oz yirtilishi hiqildok tog'aylarining, ko'pincha til osti suyagi shoxlarining va qalqonsimon tog'ayning sinish hollari kuzatiladi. Tog'aylar va umurtqalar odatda sinmaydi.

5. Sirtmoq tuguni bo'yinning yon tomonida joylashganda qonning kelishi mumkin bo'lib, chiqib ketishi mumkin bo'lmasa yoki qiyinlashsa, sirtmoqdan yuqorida qonning keskin turg'unligi hosil bo'lib, ko'z kon'yunktivasida, yuz va bo'yin terilarida qontalashli sianoz bo'ladi.

6. Uchi tishlar orasiga qisilib qolgan tilning chiqib turishi 10%da uchraydi. Til, bo'yinni siqayotgan sirtmoq ta'siri natijasida og'iz bo'shlig'iga sig'may qolib, murdani qotishi sababli tashqariga chiqib qoladi.

7. Uyqu arteriyalari intimalarining ko'ndalang yorilishlari arteriyalarning shoxlarga bo'linish joyidan yuqorida joylashadi; bunday yorilishlar bittadan ham, ikkitadan ham bo'lishi mumkin; kam hollarda yorilish bo'ylab qon quyilishlar ko'rinadi. Yorilishlarning sababi uyqu arteriyalarini siquvchi sirtmoq mustahkam bo'lganligidan ularning kengayishidir. O'pkaning yirtilishlari, murdani tekshirish uchun yorish vaqtida ro'y berishi mumkin.

8. Murda dog'larining o'ziga xos ravishda joylashishi murda dog'lari ko'prok qo'l oyoqlarda, ayniqsa, oyoq kaftida va barmoqlarida joylashib tosga va elkaga tomon yo'nalgan sari zaiflashib boradi. Bu o'limdan keyingi holat bo'lib, u odam o'lganidan keyin uzoq vaqt osilib turganligini ko'rsatadi.

9. Ko'proq boshda va qo'l-oyoqlarda tirnalmalar, momataloklar va ayrim holatlarda yuzaki yaralar, jarohatlar bo'lishi mumkin, ular talvasalanish vaqtida qattik jismlarga urilishdan hosil bo'ladi.

10. Ayrim hollarda burundan qon oqib ketib yuz va tana bo'ylab oqib tushadi, bunda murdani kiyimlarida va u osilib turgan joyda qon izlari bo'ladi. Bu tiriklayin osilish alomati.

DAVOLASH: birinchi bo‘lib arqonni zudlik bilan echish kerak.

Bo‘g‘ilishning hamma turlarida kislorod terapiyasi qilinadi. Bo‘g‘ilish asta-sekin rivojlanayotgan bemorlar kislorodli xonalarda joylashtirilishi kerak, bu erda 40-60% li oksigen konsentratsiyasi vujudga keltiriladi; bo‘g‘ilish tez sodir bo‘layotganda sof oksigen yoki uning karbonat angidrid bilan aralashmasi (5-8%) beriladi; keyingisi nafas markazini qo‘zg‘atadi. Glyukozani askorbin kislota bilan yuborish yaxshi ta‘sir ko‘rsatadi. Nafas to‘xtab qolganda o‘pka sun‘iy ventilyasiya o‘tkazish, lobelin, sititon yuborish, teridagi retseptorlarni ta‘sirlantirish (shapillatib urish, sovuk suv bilan ho‘llash kerak va boshqalar) zarur. Statsionar sharoitlarda bemor apparat yordamida sun‘iy nafas oldirishga o‘tkaziladi. Yurak faoliyati sustlashib qolganda va qon bosimi tushib ketganda, qon bosimini ko‘taruvchi suyuqliklar va dori-darmonlar qilinadi.

Gipertermik sindrom

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

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

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

b) infeksiyon-allergik, toksiko-allergik jaraenlar,

v) gipervitaminoz, organizm suvsizlanishi, shuningdek tug‘ruq vaqtidagi travmalar respirator disterss sindrom natijasida yuzaga keladi.

Patogenezi: Gipertermik sindromning asosiy sabablari termoregulyasiya markazining izdan chiqishi (asosan gipotalamus) natijasida yuzaga keladi.

Issiqlik hosil bo‘lishining gormono-metabolik buzilishlari va issiqlik chiqarilishining buzilishi asosiy o‘rin tutadi. Buning natijasida termoregulyasiya izdan chiqadi va organizm ekzogen (toksinlar) yoki endogen (katexolaminlar, prostoglandinlar va pirogen moddalar) ta‘sirida issiklik hosil bo‘lishining tez oshishini kompensatsiya qila olmaydi. Issiqlik chiqarilishi esa periferik qon tomirlar spazmi natijasida pasayadi.

Klinikasi: Gipertermik sindrom katta yoshdagilarda asosiy kasallikning o‘tkir va surunkali bosqichlariga mos ravishda yuzaga keladi. Gipertermiya bilan birga gipertermik krizlar ham yuzaga kelishi mumkin. Klinikada quyidagi o‘zgarishlar kuzatiladi: teri termoassimetriyasi, nafasning tez buzilishi, gipoksiya, varaja,

suvsizlanish, teri rangining oqarishi yoki marmar tusiga kirishi (qon tomir spazmi natijasida) bilan xarakterlanadi. Gipertermik sindrom narkoz berilganda ham kuzatiladi, unda yuqoridagi belgilardan tashqari mushaklarda rigidlik taxikardiya, AB ko'tarilishi bilan xarakterlanadi. Bolalarda gipertermik sindrom yomon sifatli gipotermiya ko'rinishida oq gipertermiya sifatida kechishi mumkin, kaysikim, tana haroratining 42°S ga ko'tarilishi, terining oqarishi, taxikardiya, hansirash, hushdan ketish yoki qo'zg'alish, oligouriya, suvsizlanish yoki miya shishi, atsidoz, talvasalar DVS sindrom bilan xarakterlanadi. Yomon sifatli gipertermiyaning yana bir turi bu-Omberdan sindromidir. Bu ko'krak yoshidagi bolalarda operatsiyadan keyin 10-36 soat ichida yuzaga kelishi mumkin. Sabab organizmda pirogenlar to'planishi va narkozning gipotalamusga ta'siri bilan xarakterlanadi, bu gipertermiyada harorat tezda ko'tarilib ko'pincha o'lim holatlariga ham sabab bo'ladi.

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

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

b) neyroleptiklar (aminazin, droperidol)

s) antigistamin (diprazin, dimedrol)

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

Yomon sifatli gipertermiyada reopoliglyukin, reosorbilakt tomchi usulida vena ichiga, gidrokortizon 100-150 mg, 10% kalsiy xlor eritmasi, 0,25% novokain eritmasi (2-4 ml /kg) infuzimat yordamida tomir ichiga quyiladi. Miya shishida deksazon 8-16 mg. miqdorda t/iga qilinadi.

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

Quyosh urishi

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

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

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

Issiq urishi

Termoregulyasiyaning buzilishiga olib keluvchi organizmni o'tkir qizishi issiqlik urishiga sabab bo'ladi. Ko'pincha issiq havo aylanishi iloji bo'lmagan xonalarda, yuqori namlik bo'lganda ro'yobga keladi.

Yurak xastaligi, qon bosimi baland bo'lgan, semiz kishilar bunga moyil bo'ladilar.

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

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

Sovuq urishi

Sovuq urishi bu uzoq muddat sovuq ta'sirida tananing biror sohasi yoki muchalarning zararlanishidir.

Patogenezida uzoq muddat qon tomirlarida spazm, keyinchalik tromblar yuzaga kelishi natijasida to'qima trofikasi buzilishi va nekrozga uchrashi kuzatiladi. Organizmning hamma soxasiga sovuq ta'siri sovuq qotish deyiladi. Bu terida va chuqur joylashgan to'kimalarda qon aylanishining buzilishiga olib keladi. To'qimalar nekrozi teridan boshlanib keyin chuqurlashib boradi. Sovuq urishi ham darajalarga bo'linadi, lekin bu darajalarni darhol aniqlash qiyin, bu 12-24 soatdan keyin aniqlanadi. Klinika: yashirin yoki reaktiv davrgacha teri rangi oq sianotik rangda bo'ladi. Sovuq, taktil, og'riq sezgilari yo'qolgan yoki

pasaygan bo‘ladi. Boshlang‘ich davrida zararlangan sohada bijirlash seziladi. Qizitgandan so‘ng og‘riq paydo bo‘ladi.

I daraja – teri qizargan, ko‘kimsir, shishgan bo‘ladi.

II daraja – seroz suyuqlik saqlagan pufakchalar bo‘ladi.

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

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

Agar butunlay muzlash kuzatilsa, bemor holsiz, atrofga befarq, teri qoplamlari oqargan, puls ipsimon, A/B tushgan, tana temperaturasi 36° S dan past bo‘ladi.

1-o‘rinda sovuq urgan maydonni isitish kerak!

Bemor issiq xonaga kiritilib kiyimlari echiladi. Sovuq urgan coha quruq material bilan artiladi. Keyin $36-40^{\circ}$ S suvli vannaga 15 minut davomida kiritib qo‘yiladi. SHu bilan bir vaqtda periferiyadan markazga qarab massaj qilinadi.

Agar og‘riq sezgi o‘z holatida qolsa, ya‘ni og‘rik va taktil sezgilari paydo bo‘lsa teri quritiladi. 33 % li spirt bilan ishlov beriladi. Quruq paypoq kiygiziladi. YAna qizitishni boshqa usullar bilan davom ettiriladi. Agar yuz va quloqni sovuq urgan bo‘lsa, kuruq qo‘l bilan ishqalanadi, toki ochiq qizil rangga kirguncha. Keyin spirt va vazelin moyi surtiladi.

Artish uchun qorni qo‘llash mumkin emas, chunki bunda terini zararlash va jarohatni chuqurlashtirish mumkin.

Bundan tashqari issiq choy, issiq ovqat beriladi.

Vena ichiga:

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

Davolash taktikasi asosan tomir spazmini bartaraf etishga, mikrotromblar hosil bo'lishini oldini olishga va trofik buzilishlarni bartaraf etishga qaratilgan bo'lishi kerak.

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

CHayon chaqishi

CHayon devor va binolar yoriqlarida hayot kechirdi. Bo'g'imsimon tanaga ega. Oxirgi segment-dumida nayzasi bo'ladi. Dumi juda harakatchan. CHayonlarning o'rtacha kattaligi 5-10 sm bo'ladi. Eng xavflisi qora chayondir. CHayon chaqqanda mahalliy qattiq og'riq, achishish, mahalliy shishish, qon quyilishlari hosil bo'ladi. Ayrim mushaklar tortishishi va qisqarishi kuzatiladi. Bemor sovuq, yopishqoq ter bilan qoplanadi, umumiy behollik rivojlanadi. Ba'zi hollarda anafilaktik reaksiyalar kuzatiladi va bu reaksiya bemorning o'limiga olib kelishi ham mumkin.

Qoraqurt. O'rta Osiyo va Qrim yarim orolida uchraydi. Inson uchun qoraqurt urg'ochisi xavflidir. Ularda bir juft naychasimon zahar bezlari bo'lib, og'zi yuqori jag'lariga ochiladi. Urg'ochi qoraqurt qizg'ish yoki oqish dog'lar bo'lgan qora qorinchaga ega. Uzunligi 10 sm gacha etadi. Qoraqurt chaqqan joyda butun tanaga tarqaluvchi qattiq og'riq paydo bo'ladi.

Psixomotor qo'zg'alish, hansirash, sianoz, taxikardiya, aritmiya, AB ko'tarilishi, ko'p miqdorda so'lak ajralishi kuzatiladi. Nafas etishmovchiligi belgilari kuchayadi va nafas to'xtashi kuzatilishi mumkin.

Og'ir bemorlar Reanimatsiya bo'limida yotqiziladi.

Intensiv terapiya prinsiplari:

O'mrov osti venasi kateterizatsiyasi:

- antigistamin preparatlar (suprastin, dimedrol) qilinadi;
- qoraqurt chaqqan qo'l oyoqni immobilizatsiya qilish;
- chaqish o'rni atrofiga mahalliy anestetik (0,25% li novokain) qilish;
- analgetik (50% li analgin 2 ml. tomir ichiga) qilish;
- jarohatlangan joyni sovitish (muz qo'yish, sovuq suvga botirish);
- mushak spazmlarini olish uchun venaga 10 ml 10% li kalsiy xloridi yoki kalsiy glyukonati qilinadi;
- gormonal terapiya (prednizolon, deksazalitezon, gidrokortizon va h.k.);

- infuzion- dezintoksikatsion terapiya;
- simptomatik terapiya;
- og‘ir gipoksiyada kislorod ingalyasiyasi va O‘SV;
- qoraqurt chaqqanda maxsus qoraqurt zahriga qarshi zardob qilinadi. CHayon zahri uchun antidot yo‘q.

Ilon chaqishi

Gadyuga ilonini zaharida toksik oqsillar va polipeptidlar (fosfolipaza, gialouronidaza, letsitinoza) va boshqa biologik faol moddalar bo‘ladi. Zahar qonga kirib fosfolipaza ta‘sirida letsitinni faollashtiradi. Letsitin esa gemolitik va sitolitik ta‘sirga ega bo‘lib, bu qon va to‘qimalarni zararlanishiga olib kelib, kardiotoxik, antikoagulyasion va sitolitik ta‘sir qiladi. Ilon zahari ta‘sirida tomir devorlarining o‘tkazuvchanligi oshadi. Buning natijasida to‘qimalarda shish va jarohat sohasida nekroz yuzaga keladi .

Klinikasi:Jarohat sohasida birinchi minutlarda kuchli og‘riq, shish paydo bo‘lib, keyinchalik butun qo‘l va oyoqqa tarqalishi mumkin. Bundan tashqari ruxiy buzilishlar, qo‘rquv, qo‘zg‘alish, vahima kuzatiladi. Keyinchalik qorinda to‘lg‘oqsimon og‘riqlar, qusish, ich ketishi, yuzda angionevrotik shishlar paydo bo‘ladi.

Asosiy belgilari: ilon chaqqan joyida g‘adir-budir shishli og‘riq bo‘ladi. Puls tezlashadi, AB pasayadi, nafas olish qiyinlashadi. Bemor bezovta bo‘ladi, qo‘zg‘aluvchan, ko‘ngil aynish, xiqildoq funksiyasining buzilishi bo‘lishi mumkin. Ilon zahri organizmga tez tarqaladi. Tezda zaharlanish belgilari paydo bo‘ladi va rivojlanadi.

Bundan tashqari ilon zahridan zaharlanish klinik manzarasi ilon turiga, o‘lchamiga, zahar miqdoriga,chaqish joyiga bog‘liq bo‘ladi. Bosh, buyin va katta qon tomir sohalaridan chaqsa, zaharlanish og‘ir kechadi.Ilonni neyrotoksik zahri, mushaklarni harakatga keltiruvchi nerv impulslar o‘tkazuvchanligiga ta‘sir etadi, MNS va nerv ganglionlarida impulslar o‘tkazuvchanligini buzadi. Ilon chaqqan joyda aylana og‘riq seziladi. Ilon chaqqandan keyin ma‘lum vaqt o‘tmasdan mushaklarda holsizlik, harakat koordinatsiyasining buzilishi, umumiy paralich rivojlanishi mumkin. Og‘ir holatlarda paralich yuz mushaklari, halqum, hiqildoq mushaklarigacha tarqaladi. Ko‘z olmasining harakati, hiqildoq mushaklarining vazifasi buziladi. Reflekslar tormozlanishi natijasida patologik uyqu, shu bilan birga og‘riq va taktil sezuvchanligi pasayadi. Birinchi 20-40 min. davomida shok holati kuzatiladi, bemor hushidan ketadi, tomir ichi gemolizi kuchayadi. Eng xavfli va og‘ir davr zaharlanishning 12-18 soatlari hisoblanadi. Nafas olish to‘xtashi natijasida o‘lim yuzaga kelishi mumkin.

Voqea joyida kechiktirib bo'lmaydigan yordam jarohatdan birinchi tomchi qonni siqib tashlash yoki so'rib tashlash kerak. Jarohatdan qonni so'rib tashlash uchun yordam ko'rsatuvchini og'iz shilliq pardalari jarohatlanmagan bo'lishi kerak. Jarohatlangan qo'l yoki oyoqqa bog'ich (jgut) qo'yish mumkin emas. Bog'ich (jgut) qo'yib qisib bog'lash arteriya va venada qon aylanishini buzadi. Zahar suyakning chuqur venalari orqali o'tadi va suyakni eritadi.

1-yordam: terini kesishva so'rish .

Bu usul 10-15 minut davomida yaxshi yordam beradi. Ilon chaqqandan keyin birinchi sekundlarda terida katta Burma hosil qilib zahar tashqariga chiqariladi. Adrealin 1 ml, dimedrol 1 ml, atropin 0,5 ml venaga yuboriladi.

Kesish. Kesgandan keyin so'rib tashlanadi. Kesmani chuqur kesish mumkin emas, chuqur kesilsa muchallardagi yoki tanadagi nerv, qon tomirlar zararlanadi.

Kasalxona sharoitida yordam ko'rsatish:

1. Jarohatni yuvish.
2. Maxsus ilonga qarshi mono yoki polivalent zardoblarni Bezredko usuli bilan 1500-1000 AEdan tomchilab tomir ichiga yuboriladi, birinchi 30 min. davomida.
3. Profilaktik maqsadda qoqsholga qarshi zardob yuborish.
4. Sirkulyar novokainli blokada.
5. Xujayra membranasi stabilizatorlari (prednizolon 500 mg /sut.ga), vitamin E 30%-2ml.
6. Keng spektrdagi antibiotik beriladi. Bu ikkilamchi infeksiyaning oldini olish uchun.
7. Geparin 500 ED dan sutkasiga 4 mahal teri ostiga yoki mushak orasiga (koagulogrammani nazorat qilgan holda).
8. Jarohatlangan qul yoki oyoqni immobilizatsiya qilish, mahalliy sovutish, bemor harakatini cheklash.
9. O'tkir buyrak etishmovchiligini oldini olish.
10. Infuzion dezintoksikatsion terapiya.
11. Giperkaliemiyaning davolash.
12. YAMP 1-2 litrgacha quyish yaxshi samara beradi.
13. Simptomatik terapiya.
14. Bemorni shifoxonaga yotqizish kerak.

ESDA TUTING! Ilon chaqqan joyni kuydirish, bemorga spirtli ichimlik ichirish, oyoq-qo'llarga bog'ich (jgut) qo'yish mutloq mumkin emas.

Foydalaniladigan asosiy darsliklar va o‘quv qo‘llanmalar ro‘yxati

Asosiy darsliklar va o‘quv qo‘llanmalar

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

Qo‘shimcha adabiyotlar

1. Butrov A. V. Darslik, Ekstrennaya anesteziologiya. L. Med. 1990. 30s
2. Oripov U. A. Karimov SH. N. Monografiya, Umumiy xirurgiya. 7 bob. Anesteziologiya va reanimatologiya. 1994, 345s..
3. P. Marino. Monografiya, Intensivnaya terapiya. Per. s angl. 1997, 678s.
4. Vorobev. Monografiya, Spravochnik prakticheskogo vracha v 2-x tomax, 1990 g., 240s.
5. Vudli M., A.Uzlan. Monografiya, Terapevticheskiy spravochnik Vashingtonskogo Universiteta. Praktikum, 1995. 600s.
6. Gorbachev V.V., Monografiya, Prakticheskaya kardiologiya. 1997, 200s.
7. Gubachev YU.M. Monografiya, Biblioteka semeynogo vracha, 1999, 340s.
8. Komarov F.I. Monografiya, Diagnostika i lechenie vnutrennix bolezney. Rukovodstvo dlya vrachey v 3-x tomax, M, Meditsina, 1998, 457s.
9. Kurbanov R.D., Kiyakbaev G.K. Metodik qo‘llanma, Infarkt miokarda. Tashkent, 2001 g., 30s.
10. Merta Dj. Monografiya, Spravochnik vracha obshchey praktiki. M., Praktikum, 1998 g., 438s.
11. Michigan. Monografiya, Kardiologiya v tablitsax. 1994, 25s.
12. Murashko V.V., Strubinskiy A.V. Metodik qo‘llanma, Elektrokardiografiya. Meditsina, 1987 g., 86s..
13. Okorokov A.N. Monografiya, Lechenie bolezney vnutrennix organov v 4-x tomax. Moskva. Meditsinskaya literatura. 1999, 2000, 2003. 340s.
14. Okorokov A.N. Monografiya, Diagnostika bolezney vnutrennix organov v 4-x tomax. Moskva. Meditsinskaya literatura. 1999, 2000, 2003, 340s.
15. Ruksin. Monografiya, Neotlojnaya kardiologiya. 1998, 150s.
16. Serdechno-legochnaya reanimatsiya, Metodik qo‘llanma, Moskva, 1996, 36s.
17. Xeglin R. Monografiya, "Differentsialnaya diagnostika vnutrennix bolezney". Meditsina 1997 g., 8-tom. 230s.
18. CHazov E.I. Monografiya, Neotlojnyye sostoyaniya i ekstrennaya meditsinskaya pomoshch. 1989, 465s.
- 19.. SHuskov SB., Barsukov A.V. Metodik qo‘llanma, Arterialnaya gipertoniya v tablitsax i sxemax. Diagnostika i lechenie. Sankt-

- Peterburg 2004,56s.
20. Bunyatyan A.A. Monografiya, Spravochnik po anesteziologii i reanimatologii. M. Med. 1994,456s.
 21. Juravlyov A. A. Monografiya, Spravochnik po infuzionnoy terapii. 1994,178s.
 22. Klimanskiy V A. Monografiya, Transfuzionnaya terapiya pri xirurgicheskix zabolevaniyax. 1984 ,135s.
 23. Lujnikov E. A. Monografiya, Klinicheskaya toksikologiya. 1982,265s.
 24. Terapevticheskiy spravochnik Vashingtonskogo universiteta. Monografiya, Per.s angl. 1995.689s.
 25. Denisov I.D. Monografiya, Ensiklopediya klinicheskogo obsledovaniya bolnogo, GEOTAR, Moskva., Meditsina. ,1998. 234s.
 26. Don X. Monografiya, "Prinyatie resheniya v intensivnoy terapii"., 1-P tom. M."Meditsina", 1995g.467s.
 27. Mashkovskiy. Monografiya, "Lekarstvennyye sredstva", 1996 g.543s.
 28. Teylor D. Monografiya, "Trudnyy diagnost". M., 1995 g.164s.
29. Eshonov O.SH. Anesteziologiya, reanimatologiya va intensiv terapiya. Toshkent, 2013y .Ukuv qo`llanma.
30. Eshonov O.SH. Anesteziologiya va reanimatologiya. 2010, Toshkent. Darslik

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

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

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

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

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

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

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

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

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

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

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
--------------------------	-----------------	-------------------

Tayyorlov bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. 2. Talabalarni mashg'ulotga tayyorligini tekshiradi 3. Davomatni nazorat qiladi. 	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (20 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish MA'RUZA si uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash. 3. Fanni o'rganishda faoydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish. 	
2. Asosiy bosqich (235daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3. multimediyalardan foydalaniladi umumiyog'riqsizlantirish turlari. 4. Kuratsiya ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi. 	<p>Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar</p> <p>Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar</p>
3. Yakuniy bosqich (15 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yakunlovchi xulosa qiladi. 2. Mustaqil ish beradi. 3. Uyga vazifa beradi. 	<p>Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi</p>

Mavzuning asosiy savollari

Og'riqbu -

1. Xushini yukotishnima?
2. Xushini yukotish klinikasi?
3. Xushini yukotishpatofiziologiyasi?
4. Xushini yukotishda shoshilinch yordam chora-tadbirlari?
5. Kollaps nima-?
6. Kollaps klinikasi?
7. Kollapsturlarini ayting?
8. Kollapsda shoshilinch yordam chora-tadbirlar?

Talabalar egallashi zarur bo'lgan amaliy ko'nikmalar.

Yurak o'pkarenanimatsiyasini o'tqazish

Ko'rsatma: Kliniko'lim xolati.

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

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajar a bilma di (0 ball)	Qism an bajar di (10 ball)	To'li q va aniq bajar di (20 ball)
1.	Bemorqattiqjoygaorqasibilanyotqiziladi.	0	10	20
2.	Og'izbo'shlig'ivaburunniodjislardantozalash. Nafasyo'llario'tqazuvchanliginitiklash (P.Safarninguchlikusuli)	0	10	20
3.	Traxeyaniintubatsiyaqilish. Trubkaorqalisun'iynafasberish.	0	10	20
4.	Yurak nivositalliuqalash.	0	10	20
5.	Yurak nimedikamentozstimulyatsiyaqilish.Elektrikdefibrill yatsiyao'tqizish	0	10	20
	Jami	0	50	100

Mashg'ulotda qo'llanadigan interaktiv usullar texnologiyasi

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

“Miyashtrumi” metodi.

Uslubningasosiyqoidalari:

G'oyahosilqilishga xalaqitberuvchiqandaytanbehvatanqidiyfikrbildirmasin.

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

Buuslubharqandaysharoitdaoptimalqarorqabulqilishga, oppenentlarniqabulqilinayotganyo'lningto'g'riligigaishonchhosilqilishgao'rgatadi. Buuslubasosiy mavzunimuhokamaqilishdaoldindanyaxshiginatayyorgarlikdir.

Masalan: Darsmavzusi “Kardiogenshok”

O'qituvchidoskaoldidaturib,
xossipmtomlarniaytingdeb murojaatqiladi.
xosbelgilarnitalabalarbirma-biraytadilar:

Kardiogenshokga
Narkozklinikasiga

- Yurak sohasidagiog'riq;
- Nafasetishmovchili, hansirash;
- Sovuqterbosishi.

O'qituvchiguruhdagiharbirtalabaningmuhokamadaishtirokinikuzatibboradi.

Birortahamjavobto'g'riyokinoto'g'ridebsharxlanmaydi.

Hammavariantlartugagandanso'ngmuhokamaniboshlashmumkin.

Bundao'qituvchiso'raydi:

“Qandayo'ylaysiz?

Yurak

sohasidagiog'riqinfarkmiokardbelgisimi? yokiqovurg'alarnevralsiyasimi?”.

Talabalaro'qituvchibilanbirgalikdahammavariantlarnifaolmuhokaqilishgakirishadilar.
Bundanoto'g'rijavoblarmuhokamatarzidahalqilinadivaasoslabberiladi.

SHundanso'ngo'qituvchibilimlarniko'proqmustahkamlashdatalabalardanto'g'rivari antlarniyozibolishniso'raydi.

Uslubningmaqsadi: Qisqavaqtichidaguruhdanko'pmiqdordavariantlarolish, talabalarbiliminianiqlashbundamuammolarnihalqilishgaqodirg'oyalartaklifqilinishi mumkin.

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

TARQATMA MATERIAL

Zamonaviyko'pkomponentlianestiziyaningtarkibiyqismlari:

Savol	Izohi
a) Xushini yukotishda shoshilinch yordam chora-tadbirlari?	

Talabani mustaqil bilimini tekshirish

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

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

Talaba uchun topshiriq

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

KEYS-METOD (CASE STUDY). 1-masala. Bemor 20 yoshdaquruvchibo'libishlaydi.Ishpaytidakuchlijarohatolgan.

Qo'lpanjasuyaklarimaydalanibsingan. AQBtushgan, pul'ssonioshibbormoqda. Bemorkuchliqo'zg'alganholatida.

1. Sizningtaktikangiz?
2. Sizningtashxisingiz?

MAVZU BAYONI

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

Patogenezi asosida parasimpatik nerv tizimining qo'zg'alishi yoki simpatik innervatsiyaning susayishi natijasida bosh miyaning o'tkir anoksik ishemiyasi

yotadi. Funktsional sabablariga –jismoniy va ruhiy zo‘riqish, stress holatlari, kuchli qo‘rquv yoki hayajon, medikamentoz terapiya, ortostatik holat, dezadaptatsion holatlar kiradi. Organik sabablariga esa serebral va somatogen (kardiogen, neyrogen, anemik, dissirkulyator, intoksikatsion, gipovolemik, gipoksik, respirator va boshqa) holatlar kiradi.

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

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

Kollaps

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

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

1-turi. Kardiogen gipotoniya-bevosita Yurak kasalliklari bilan bog‘liq bo‘lib, ko‘pinchamiokard infarktida kardiogen shok tipidakechadi. Undan tashqari o‘tkir miokardit va o‘pka tomirlari emboliasida ham yuzagakelishi mumkin.

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

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

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

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

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

TESTSAVOLLARI:

- 1.**
**Tomirichigamorfinyuborilgandanec
haminutdankeyinnafasmaksimalda
rajadapasayadi?**
- a) 1-2 min
 - *b) 3-7 min
 - v) 60-90 min
 - g) 15-30 min
 - d) 30-45 min

2.Parasimpatiknervsistemasigaatro pinquyidagichata’sirqiladi.

- a) Atsetilxolin hosilbo‘lishining kamayishi.
- b) Xolinesteraza hosilbo‘lishining oshishi.
- v) Mionevralsinaps g‘atog‘ridan to‘g‘ridepressiya.
- *g) Atsetilxolinga konkurent antagonizm.
- d) Adrenergik aktivlikni stimulyatsiyasi.

3.

Gipoksiyaqaysitipidaarterialqonning O₂bilanto'yishishio'zgaradi?

- a) TSirkulyator
- b) Anemik
- *v) Gipoksik
- g) To'qima
- d) YUqoridagilar.

4.Uyqudorisibilanzaharlangankatao damdaoshqazonqanchamiqdordasu yuqlikbilanyuviladi.

- a) 1 l
- b) 2 l v) 15 l
- g) 17 l *d) 10 l

5.Bemorhushsiz, A/B 90/60 min.s.u. nafassoni 30

tarefleksyo'qolganhamdakeltirilgan to'shagioldida

Naetaminbo'shfilakoni.

Onasiningaytishichaflakonda 30

tatabletkabo'lgan. 1-

navbatdanimaqilinadi?

- a) Forsirlangandiurez
- b) Gemosorbtsiya
- v) IVLgao'tkazish
- *g) Traxeyaintubatsiyasi, oshqozonyuvish
- d) Oshqozonyuvish, venaichigabemegridyuborish.

6.Metilspirtizaharlangandaspetsifik terapiya.

- a) Venaichiga 50 mg/kgbemegrid
- b) Forsirlangandiurez
- v) Barvaqtgemosorbtsiya
- *g) Venaichigaetilspirti 2 ml/kgsutkada
- d) Venaichiga 20-40% glyukozainsulinbilanyuborish.

7.

Qastdano'zinizaharlanganbemorni ambulatordavolanishinipsixiatrmas lahatisiztavsiyaqilishmumkinmi?

- *a) Hab) Yo'q

8.Mendel'sonsindromikelibchiqishi bog'liq:

- a) Aspiratsiyalangansuyuqlikhajmibilan

*b) Oshqozonshirasikislotaliligibilan

v)

Oshqozonsuyuqligibilano'tsuyuqligiar alashmasibilan

g) Allergikfon

d)

parasimpatiknervsistemasitonusbilan.

9.

Gipoglikemikkomaningasosiyatog enezi:

a)

Kompensatsiyalashmaganmetabolikat sidozrivojlanishi.

b) Yurak etishmovchiligi.

*v)

Miyato'qimasidaglyukozanikontsentr atsiyasipasayishi

g) Jigar etishmovchiligi

d) Barchasi.

10.Gipoglikemiyadaqondaglyukoza nechaga

etgandaklinikbelgilarnamoyonbo'la di?

a) 8 mmol'/l

b) 6 mmol'/l

v) 5 mmol'/l

g) 3 mmol'/l

*d) 3 mmol'/ldankam.

11.Qandliabetkeltiribchiqaradi:

*a) Barvaqtaterosklerozkelibchiqadi

b) Jigar etishmovchiligi

v) Osteoxondroz

g) Polinevritvanevralgiya

d) Barchasi.

12.Qandliabetdabemorlaro'limini ngasosiysababi:

a) OPN

b) O'tkirjigar etishmovchiligi

*v) MiokardinfarktivaMO'QAB

g) SBE

d) Barchasi

13.Giperosmolyarkomaningpatogen ezi:

a)

Kompensatsiyalashmaganmetabolikat sidoz.

- *b) YAqqol
xujayraichidegitratatsiyasi
v)
YAqqolnamoyonbo'lganketoatsidoz
g) O'BE
d) Barchasi.

14.MO'QABdahushningyo'qolishis ababi:

- a) Miyatomirlariningkengayishi
*b) Miyatomiralarispazmi
v) Miyachuqurstrukturalaribuzilishi.
g) Boshmiyashishi
d)
Miyagakeladiganglyukozamiqdorinin gtezdakamayishi.

15.Sog'lomodamdamiyaqonaylanis hitezligi:

- a) 10 ml/100 grmiyaminutida
b) 20 ml/100 grmiyaminutida
v) 30 ml/100 grmiyaminutida
*g) 40 ml/100 grmiyaminutida
d)

Boshqato'qimalardanfarqqilinmaydi.

16.SO₂miyatomirlarigaqandayta'sir qiladi?

- *a) Kegaytiradi
b) Qisqartiradi
v) Toraytiradi
d) Falajqiladi

17.BemorningAQB 140/80 mm.sim.ust. danbirdan 0 gatushgan.

Uninglikvorbosimi qanchabo'ladi?

- *a) 0b) 40 sm.suv.ust.
v) 100 smsuv. Ust.
G) 150 smsuv.ust.
D) LikvorbosismiAQBgabog'liqemas.

18.Gematoentsefalikbar' erfunktsiy asiniqaysipreparatengyaxshinormal lashtiradi?

- a) Eufillin
*b) Glyukokortikoid
v) SaSI
g) Manit
d) Furasemid

19.Rejali zoletsistektomiyaoperatsiyasiqilina

diganbemorda "bo'shoshqozon" holatinikeltiribchiqarishuchunnima qilishkerak?

- a) Operatsiyadanoldinoshqozonniyaxshil abyuvish
b) Tozalovchihuqnaqilish
*v) Operatsiyadan 12 soatoldinovqatlanmaslik.
g) Operatsiyadan 6 soatoldinovqatlanmaslik.

20.Qandlidiabetborbemordaqandm iqdori 10 mmol'/lgateng. Operatsiyadanoldinbemorgaqancha miqdordainsulinyuboriladi?

- a)Qilinmaydi
*b) 10 ed
v) 20 ed
g) 30 ed.

21Qorinolddevoriflegmonasiniochis huchuntomirichigayuboriladiganke talarдозasiniko'rsating

- a) 1 mg/ kg
*b) 2-4 mg/ kg
v) 4-6 mg/ kg
g) 6-8 mg/ kg
d) 8-10 mk/kg

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

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

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 8-10
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Reja	<ol style="list-style-type: none"> 1. O'tkir endogen va ekzogen zaharlanish sindromi. 2. O'tkir zaxarlanishlar klassifikatsiyasi. 3. Komalar. 4. Gipo- va giperglikemik, jigar,uremik, nevrologik komalar, xashoratlar va ilon chakishi klinikasi, diagnostikasi, tez tibbiy yordam ko'rsatish,UASH taktikasi. 5. Alkogol va uning surrogatlaridan, sirka kislotasidan, qo`zikorindan, psixotrop dori vositalaridan, ishqorlardan, noorganik kislitalardan, fosfoorganik birikmalar, is

	gazidan,vodorod sulfiddan zaxarlanish, xashoratlar va ilon, chayon chakishi klinikasi, diagnostikasi, shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish.UASH taktikasi.
<p>Mavzuning maqsadi: O'tkir endogen va ekzogen zaharlanish sindromi. O'tkir zaxarlanishlar klassifikatsiyasi. Komalar. Gipo- va giperglikemik, jigar,uremik, nevrologik komalar. Alkogol va uning surrogatlaridan, sirka kislotasidan, qo`zikorindan, psixotrop dori vositalaridan, ishqorlardan, noorganik kislotalardan, fosfoorganik birikmalar, is gazidan,vodorod sulfiddan zaxarlanish, xashoratlar va ilon, chayon chakishi klinikasi, diagnostikasi, shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish.UASH taktikasi.</p> <p>I bosqich. Maqsad: O'tkir endogen va ekzogen zaharlanish sindromibilan bemorlarni reanimatsion va intensiv</p> <p>Buning uchun:</p> <p>1..O'tkir endogen zaharlanish sindromi</p> <p>2. .O'tkir ekzogen zaharlanish sindromi</p> <p>II bosqich. II. Maqsad: Buning uchun: . Gipo- va giperglikemik, jigar,uremik, nevrologik komalar, xashoratlar va ilon chakishi klinikasi, diagnostikasi, tez tibbiy yordam ko'rsatish,UASH taktikasi</p>	
<p>Mavzuning vazifasi- O'tkir endogen va ekzogen zaharlanish sindromi. Komalar. Gipo- va giperglikemik, jigar,uremik, nevrologik komalar, xashoratlar va ilon chakishi klinikasi, diagnostikasi, tez tibbiy yordam ko'rsatish,UASH taktikasi.</p>	
Ta`lim berish usullari	Ko`rgazmali, Ma`ruza, suhbat
Ta`lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta`lim berish vositalari	kompyuter, multimedia, slaydlar, mavzugaoid bemorlar va boshqalar
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob.

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

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	1.Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. 2.Talabalarni mashg'ulotga tayyorligini tekshiradi 3.Davomatni nazorat qiladi.	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (20 daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish MA'RUZA si uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash. 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish.	
2. Asosiy bosqich (235daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlarga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi.	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar

	3. Slaydlar, multimediyalardan foydalaniladi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Yakuniy bosqich (15 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi. 2. Mustaqil ish beradi. 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

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

Talabalar egallashi zarur boʻlgan amaliy koʻnikmalar:

Narkozapparatlar bilan ishlashni oʻrganish

Maqsad: Oʻpkasun'iyventilyastiyasini oʻtkazish

Koʻrsatma: Nafasetishmovchiligi oldini olish

Kerakli anjomlar:

Intubation naychalarning toʻliq toʻplami.

1. Laringoskop vakurakchalarni toʻplam bilan.
2. Oʻtkazgich.
3. Manjetanishirish uchun shprits.
4. Naychanimahkamlash uchun moslama.
5. Elektrosoʻrgʻich.

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajarilgan (0 ball)	Qisman bajarildi (10 ball)	Toʻliq bajarildi (20 ball)
1.	1. Laringoskopni chapqoʻlga olish.	0	10	20
2.	2. Oʻngqoʻl bilan bemorni ogʻzini ochish.	0	10	20
3.	3. Laringoskop kurakchasini bilantilidizchasini yuqoriga koʻtarish.	0	10	20
4.	4. Tomoqdahiq qildoq ustitogʻayini topib kurakchani uchun ikoʻtarish. Ovoz boylamlari va ovozi yorigʻini koʻrish.	0	10	20
5.	5. Naychanikerakli oʻlchamdagisibilan traxeyani intubatsiya qilish. 6. Trubkani traxeyada Ekanligini oʻpkasun'iyventilyastiyasini oʻrnatish va tekshirib koʻrish.	0	10	20
	Jami	0	50	100

“Miyashtrumi” metodi.

Uslubning asosiy qoidalari:

Gʻoyahosil qilishga xalaqit beruvchi qanday tanbeh vatanqidiy fikr bildirmasin.

- Eng koʻpmiqdordata kliflar olish.

- G'oyalarkombinastiyasivaulardanrivojlantirish
- Guruhlarkombinastiyasivaulargaishlovberuvchilargaajratish.

Buuslubharqandaysharoitdaoptimalqarorqabulqilishga, oppenentlarniqabulqilinayotganyo'lningto'g'riligigaishonchhosilqilishgao'rgatadi. Buuslubasosiy mavzunimuhokamaqilishdaoldindanyaxshiginatayyorgarlikdir.

Masalan: Darsmavzusi "Kardiogenshok"

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

- Yurak sohasidagiog'riq;
- Nafasetishmovchili, hansirash;
- Sovuqterbosishi.

O'qituvchiguruhdagiharbirtalabaningmuhokamadaishtirokinikuzatibboradi.

Birortahamjavobto'g'riyokinoto'g'ridebsharxlanmaydi.

Hammavariantlartugagandanso'ngmuhokamaniboshlashmumkin.

Bundao'qituvchiso'raydi:

"Qandayo'yaysiz?

Yurak

sohasidagiog'riqinfarkmiokardbelgisimi?

yokiqovurg'alarnevralsiyasimi?".

Talabalaro'qituvchibilanbirgalikdahammavariantlarnifaolmuhokaqilishgakirishadilar.

Bundanoto'g'rijavoblarmuhokamatarzidahalqilinadivaasoslabberiladi.

SHundanso'ngo'qituvchibilimlarniko'proqmustahkamlashdataalabalardanto'g'rivariantlarni yozibolishniso'raydi.

Uslubningmaqsadi:

Qisqavaqtichidaguruhdanko'pmiqdordavariantlarolish,

talabalarbiliminianiqlashbundamuammolarnihalqilishgaqodirg'oyalartaklifqilinishimumkin

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

**TARQATMA MATERIAL
TALABA UCHUN TOPSHIRIQ**

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

Talabaning mustaqil bilimini tekshirish

№	Savol	Javob
1.	O'tkir endogen va ekzogen zaharlanish sindromi.	
2.	Komalar.	
3.	Gipo- va giperglikemik, jigar, uremik, nevrologik komalar, xashoratlar va ilon chakishi klinikasi, diagnostikasi, tez tibbiy yordam ko'rsatish, UASH taktikasi.	

Keys-metod Vaziyatiymasalalar.

1-masala. Bemorayol, 30 yoshda. Tug'ruqdanso'ngbachadonekstirpatsiyaoperatsiyasibajarilgan. Bemorninghushi xiralashgan. Terisioqargan, AQB 60/40 mm.sim.ust. YUQS 1 min. 120 ta, nafassoni 40 ta. Bemordaquyilayotgansuyuqliklargaqaramasdansiydigi 1 sutkada 200 ml.

1. Sizningtashxisingiz?
2. Taktikangiz ?

MAVZU BAYONI . KOMALAR

Bosh miya butun tana og'irligining 2% tashkil qilgani holda, organizmga kiradigan O₂ni 50% sarf qiladi. Neyronlarning O₂ qabul qilish intensivligi 350–450 mkl O₂ /min (Yurak uchun bu ko'rsatgich 70–90 mkl, mushaklar uchun – 1,6–2,4 mkl) tashkil etadi. SHu bilan birga antioksidant tizim fermentlarining (katalaza, glutationperoksidaza) faolligi boshqa to'qimalarga nisbatan past.

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

Miya mushakka nisbatan 20 marta, jigarga nisbatan 10 marta ko'p kislorodga ehtiyoji bor.Gaz almashinuvi va qon aylanishi buzilganda MNT qo'zg'aluvchanligi kamayadi. Nerv hujayralari glyukozaga juda sezgir bo'lib,qondan glyukozani insulinsiz qabul qilib oladi. 3-5 minut davomida bosh miyaga glyukoza va O₂ bormasa miya o'limi yuzaga keladi. Filogenetik tartibda qari nerv markazlari o'limi yuzaga keladi. Umumiy qon aylanishdan nisbatan mustaqil bo'lib, qon bosimi 60-180 mm.sim.ust. oralg'ida bo'lganda ham miyada qon aylanish ko'rsatkichlari o'zgarishsiz qoladi. 1 minutda 100 gr. miya moddasiga 50-55 ml qon, umuman 1 minutda 750 ml qon, minutlik hajmning 15-20% miyaga to'g'ri keladi.Bosh miya qon tomirlaridan asosiy o'rinda pial arteriyalar turadi. Bu arteriyalar subaraxnoidal bo'shliqda erkin holda joylashib, o'z shaklini o'zgartirish xususiyatiga ega va ko'p kollaterallar hosil qiladi.Miyada qon oqimining boshqarilishi 3 ta asosiy mexanizm yordamida amalga oshiriladi:

1. Gemodinamik mexanizm (autoregulyasiya) — arterial bosim ko'tarilganda yoki pasayganda miya tomirlarining torayish yoki kengayish xususiyati bilan baholanadi (Ostroumova — Beylisa samarasi). Autoregulyasiya o'rtacha arterial bosim (O'AB) 50-150 mm sim. ust. oralg'ida o'zgarishlarida miya qon oqimi (MQO) ning me'yor darajasida bo'lishini ta'minlaydi. Ushbu mexanizm amalga oshirilishi uchun 1-3 minut zarur, shuning uchun O'ABning autoregulyasiya chegarasida keskin o'zgarishlari MQOning tegishli o'zgarishlari bilan kechadi. O'ABning 50 mm sim. ust.dan pasayganda MQO kamayadi va 40 mm sim.ust.ga teng perfuzion bosimda miya ishemiyasi belgilari paydo bo'ladi. Agar O'AB autoregeulyasiya chegaralaridan chiqadigan bo'lsa, bu gematoensefalitik to'siqning buzilishi va miya shishi

rivojlanishiga olib keladi. 1-2 oyga cho‘ziladigan umumiy gipertenziya autoregulyasiya chegaralarini ko‘tarilish tomonga siljishiga sabab bo‘lib, buning natijasida hattoki O‘ABning 50 mm sim.ust.da ham miya ishemiyasi kelib chiqishi mumkin.

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

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

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

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

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

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

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

($O'AB = AB_{diastol.} + (AB_{sistol.} - AB_{diastol.})/3$);

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

MVB — markaziy venoz bosim, mm sim.ust.

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

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

23.2.Komaning kelib chiqishiga qarab klassifikatsiyasi.

6. Markaziy nerv tizimi kasalliklari oqibatida yoki nevrologik komalar:
 - apoplektik komalar (insultlar)

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

Birlamchi serebrogen komalar

A Bosh miyaning birlamchi jarohatlari.

1. Kalla - miya jarohati:

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

2. Qon tomir kasalliklarida:

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

3. Infeksiyalar:

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

4. O‘smalar:

- a) kalla ichi birlamchi o‘smalari;

b) metastatik o‘smalar ;

v) metastaz bermaydigan xavfli o‘smalar(rivojlanuvchi multikofal leykoensefalopatiya).

5 Epileptik holat.

Ikkilamchi serebrogen komalar

B Bosh miyanig ikkilamchi jarohatlari.

1.Ichki organlar funksiyasining etishmovchiligi va metabolik buzilishlarida:

a) gipoglikemiya;

b) diabetik ketoatsidoz;

v) giperglikemik ketoatsidozsiz giperosmolyar holat;

g) gipoterioz yoki tireotoksikoz;

d) uremiya;

e) jigar etishmovchiligi;

j) giponatriemiya;

z) giper yoki gipokalsiemiya.

2. Gipoksiya holatidagi sabablarda:

a) Yurak to‘xtashi;

b) Yurak ning ogir etishmovchiligi;

v) o‘pkaning surunkali obstruktiv kasalligi dekompensatsiyasi;

g) nafas oladigan havodagi kislorod parsial bosimining pasayishi.

3. Ekzogen zaharlanishlarda:

a) og‘ir metallardan;

b) is gazidan;

v) dori moddalaridan(barbituratlar, trankvlizatorlar, opioidlar va boshqalar);

g) alkogoldan;

d) boshqa toksik moddalardan.

4 Termik jarohatlarda (issik va sovuq urishi).

5 Elektrdan jarohatlanganda.

23.3.Komalarning umumiy simtomatikasi va kechishi

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

yo‘qolib boradi, shu jumlada qorachiqning yorug‘likka nisbatan reaksiyasi susayishi yoki yo‘qolishi, keyinchalik shox parda va yutish reflekslarning yo‘qolishi, vegetativ funksiyalarning buzilishi va EEGda o‘zgarishlar kuzatiladi.

O‘tkir zaharlanishlarning klassifikatsiyasi

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

Zaharli moddalarning qo‘llanish sohasiga qarab klassifikatsiyasi.

1. Sanoatdagi zaharli moddalar ishlab chiqarishda qo‘llaniladigan: organik erituvchilar (dixloretan), bo‘yoqlar (anilin), yoqilg‘ilar: (metan, propan, butan), muzlatuvchilar (freon) bilan zaharlanishlar.
2. Qishloq xo‘jaligida qo‘llaniladigan yadoximikatlari: xlor organik pestitsidlar (geksoxloron, polixloramin), fosfor organik insektitsidlar (karbofos, xlorofos, fosfamid, trixlormetafos-3, metilmerkoptofos), ruxorganik birikmalar bilan zaharlanishlar.
3. Dori vositalari bilan zaharlanishlar.
4. Maishiy xizmatlar: shaxsiy gigiena va kosmetikada qo‘llaniladigan moddalar, kiyimlar, uy jixozlari va avtomobillarni ishlov berishda qo‘llaniladigan moddalar, ovqat qo‘shimchalari (uksus kislotasi) bilan zaharlanishlar.
5. Biologik o‘simlik va hayvon zaharlari: zamburug‘lar (akonit, oq pogonka, sikuta, ilon, chayon zahri) bilan zaharlanish.
6. Jangovor zaharlovchi moddalar (zarin, chirin, fosgen, harbiy kimyoning sintetik zaharli moddalari) bilan zaharlanish.

Zaharlanishlarning sababi va sodir bo‘lgan joyiga qarab klassifikatsiyasi.

- I. Tasodifan zaharlanishlar.
 1. Ishlab chiqarishda yuzaga keladigan zaharlanishlar.
 2. Maishiy zaharlanishlar.
 - a) O‘z-o‘zini davolash natijasida zaharlanish.
 - b) Dori vositalarini miqdorini oshishi natijasida zaharlanish.
 - v) Alkogol yoki narkotik moddalardan zaharlanish.
 3. Tibbiy xatolik natijasida zaharlanish.
- II. Oldindan rejalartirilgan zaharlanishlar.
 1. Kriminal zaharlanishlar.
 - a) Birovni o‘ldirish maqsadida.
 - b) Kuchsizlantirish maqsadida.
 2. O‘z joniga qasd qilish maqsadida.

Zahar moddalarning organizmga kirishiga qarab quyidagi turlari farqlanadi:

1. Peroral – og‘iz orqali ko‘pincha maishiy zaharlanishlarda uchraydi.
2. Ingalyatsion – nafas yo‘llari orqali ko‘pincha ishlab chiqarishdagi zaharlanishlarda uchraydi.
3. Teri orqali zaharlanishlar.

4. In'eksion zaharlanishlar ham farqlanadi – zahar moddalarni organizmga sanchib kiritish – ilon, chayon, hasharotlar chaqishi va zaharli moddalarni in'eksiya qilish.
5. Zaharli moddalarni to'g'ri ichakka va quloqqa tushishi oqibatida zaharlanish.

31-jadval

Zaharli moddalarning tanlab ta'sir qilishiga qarab klassifikatsiyasi

№	Moddalar ta'siri	Dori vositalari.
1.	Yurak ka ta'sir qiluvchi zaharli moddalar: kardiotoxik ta'sir Yurak da o'tkazuvchanlik va ritmning buzilishi, miokarda toksik distrofiyaning yuzaga kelishi.	Yurak glikozidlari (digitalis, digoksin, lantozid) antidepressantlar: (imipramin, amitriptilin), o'simlik zaharlari (akonit, zamanixo, xinin), hayvon zaharlari (tetradotoksin), tuzlar (baryyli, kaliyli).
2.	Nevrlarga ta'sir qiluvchi zaharli moddalar: neyrotoksik ta'siri - psixik faollikning buzilishi, toksik koma, toksik giperkineziya va paralichlar.	Psixofarmakologik dori vositalari (narkotiklar, trankvili-zatorlar, uxlatuvchilar) fosforanik birikmalar, izoniozid birikmalari (tubazid, ftivozid) alkogol v uning surrogatlari, is gazi.
3.	Buyrakka ta'sir qiluvchi zaharli moddalar: nefrotoksik ta'siri- toksik nefropatiya.	Og'ir metall birikmalari etilenglikol, shavel kislotasi.
4.	Jigarga ta'sir qiluvchi zaharli moddalar: gepatotoksik ta'siri - toksik gepatopatiya.	Xlorlangan uglevodorodlar (dixloretan), zaharli zamburug'lar (oq pagonka) fenollar va aldegidlar.
5.	Qonga ta'sir qiluvchi zaharli moddalar: gematotoksik ta'siri - gemoliz, metgemoglobinemiya.	Anilin va uning brikmalari, nitratlar, mishyak vodorodi.
6.	Oshqozon-ichakka ta'sir qiluvchi zaharli moddalar: Gastroenterotoksik ta'siri – toksik gastroenterit.	O'tkir kislota va ishqorlar, og'ir metall birikmalari va mishyak.
7.	O'pkaga ta'sir qiluvchi zaharli moddalar: Pulmonotoksik ta'siri – toksik shish va o'pka fibrozini yuzaga kelishi.	Parakvat, fosgen.

Klinik kechishiga qarab o'tkir va surunkali zaharlanishlar farqlanadi.

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

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

Zaharlanishlarning umumiy diagnostika usullari.

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

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

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

Klinik diagnozni asoslashda laborator diagnostika ham katta ahamiyatga ega.

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

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

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

Zaharlanishlarni laborator diagnostikasining asosiy 3 yo'nalishi mavjud:

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

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

O'tkir zaharlanishlarda davolashning umumiy tamoyillari.

- Zaharli moddaning organizmga ta'sirini to'xtatish;

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

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

Alkogoldan va uning surrogatlaridan o'tkir zaharlanish

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

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

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

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

I. Rezorbsiya (so'rilish) fazasi.

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

II. Eliminatsiya (chiqarib yuborish) fazasi.

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

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

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

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

Bu holatning o'zi hayot uchun xavfli emas, bir necha soatda o'tib ketishi mumkin, lekin chuqur uyqu holatida bir necha soat noqulay, bir xil holatda yotib qolishi natijasida yotoq yaralar, gangrenalar, mahalliy qon aylanishining buzilishi kuzatiladi. Bunday paytda bemorlar tez sovuq qotadi, havo harorati +12⁰S bo'lganda, tana harorati 31-32⁰S gacha pasayadi, natijada tomir urishi 28-52, nafas olish soni 8-10 tagacha kamayadi,

og'riq sezgisining bo'lmasligi va diskordinatsiya sababli og'ir jarohatlar kuzatiladi. Bunda kombinatsion jarohatlanishlar hayot uchun juda xavfli bo'lib bemorlar o'limiga sababchi bo'lishi mumkin. Birinchi sutkada nafas buzilishlari hisobidan, yaqin haftalarda sovuq qotishdan keyingi pnevmoniya va o'pka gangrenasi kuzatiladi.

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

Komatoz holatning 3 bosqichi farqlanadi:

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

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

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

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

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

Diagnostikasi va differensial diagnostikasi.

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

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

Davolash:

1. Nafas yo'llari o'tkazuvchanligini tiklash va ta'minlash. **Chuqur koma vaqtida nafas analeptiklari (bemegrid, kordiamin) qo'llanilmaydi.**
2. Intoksikatsiyani davolash:

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

Alkogol surrogatlaridan o'tkir zaharlanish.

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

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

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

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

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

Obyektiv ko'rishda teri va shilliq qavatlar quruq, yallig'langan, ko'kimtir tusda, tili jigarrang karash bilan qoplangan, og'izdan alkogol hidi keladi, puls tezlashgan, vaqt o'tishi bilan sekinlashib boradi. Qon bosimi ko'tarilgan vaqt o'tishi bilan pasayib boradi,

psixomotor qo'zg'alishlar va tutqonoqlar kuzatiladi. Komatoz holat tez rivojlanadi, o'lim nafas mushaklari paralichi va Yurak qon-tomir faoliyatining susayishidan kelib chiqadi.

Davolash:

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

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

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

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

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

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

Sirka kislotasidan zaharlanish

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

Kislotadan zaharlanishning patogenezi va klinik belgilari.

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

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

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

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

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

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

V-faza: Sog'ayish fazasi.

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

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

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

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

YUqoridagi klinik belgilarga asoslangan holda zaharlanishning quyidagi darajalari farqlanadi:

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

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

O'rta og'ir darajadagi zaharlanish: og'iz bo'shlig'i, yutqin, qizilo'ngach, oshqozon shilliq qavati kuyishi, kataral-seroz va kataral fibroz yallig'lanish, ekzotoksik shok, gemoliz va gemoglobinuriya rivojlanadi, o'rta og'irlikdagi nefroz va toksik

nefropatiya, yengil yoki o'rtacha og'irlikda gepatopatiya kuzatiladi. Qonda erkin gemoglobin 5-10 g/l

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

Bolalarda sirka kislotasidan zaharlanish nisbatan og'irroq kechadi.

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

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

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

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

Sirka kislota bilan zaharlanish boshqa kislotalarga nisbatan kuchli rezorbtiv ta'siri bilan farqlanadi. Kuchli atsidoz, gemoliz va gemoglobinuriya zaharlanishning birinchi daqiqalarida yuzaga chiqadi. Gemoliz qondagi bilvosita bilirubin miqdori oshishi bilan birgalikda kechadi. Qonda gemoglobin me'yorda, eritrotsitlar mikdori esa gemoliz hisobidan kamayadi. Qon yopishqoqligi oshadi, bu esa tomirda tromb hosil bo'lishi va kollaps rivojlanishiga olib keluvchi gemodinamikaning buzilishi uchun yaxshi sharoit yaratadi. Massiv gemoliz va gemoglobin bo'laklari buyrak kanalchalariga tiqilib, o'tkir buyrak yetishmovchiligining tipik klinik belgisi gemoglobinurik nefropatiyaga olib keladi. Qoldiq azot 50-70 mg % gacha oshadi. Atsidoz va gemoliz kechishning og'irligi zaharlanishdan dastlabki ikki sutka davomidagi o'lim foizini aniqlaydi.

Shoshilinch yordam va intensiv terapiya prinsiplari.

Voqea sodir bo'lgan joydagi chora-tadbirlar. Agar bemorda hiqildoq kuyishi natijasida hiqildoq shishi rivojlansa, tezda traxeya intubatsiyasi yoki konikotomiya qilish kerak. Og'riqni olish uchun tomir ichiga 2% li promedol yoki 1% li pantopon yoki 1-2 ml

morfin eritmasini 0,1% - 0,5 ml atropin, antigistamin preparatlar (1%li dimedrol, 2%li suprastin 1 ml eritmasi) bilan birga yoki 2-3 ml 0,005% fentanil eritmasini 2-3 ml 0,25 % li droperidol eritmasi bilan ham yuborish mumkin. Almagel "A" zond orqali yuboriladi.

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

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

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

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

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

Quyidagi asoratlar kuzatilishi mumkin:

- Erta asoratlar.
- Kechki asoratlar.

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

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

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

Gematokrit ko'rsatkichlar yaxshilangandan va periferik qon aylanish normallashtirildikdan keyin tomirga 1 kg tana massasiga 1-1,5 gr 10-15 % li mannitol

eritmasi yoki laziks 40 mg sutkada 1-2 marta yuborish kerak. Diurezning aniq nazoratini o'tkazish kerak bo'ladi. Qon ivuvchanligi birdaniga tushsa, toza muzlatilgan plazma qo'llaniladi. Qon ketishda gemotransfuziya qilinishi kerak. Intensiv terapiyani gemoglobinemiya va gemoglobinuriya to'liq yuqolguncha olib borish tavsiya etiladi. Og'iz bo'shlig'ini 1 % li natriy gidrokarbonat eritmasi va gidrokortizon aralashmasi (125 mg + 200 mg) bilan chayqash kerak, 10 yed. insulin qo'shilgan shu eritma bilan ingalyatsiya qilish kerak. Pnevmoniyani (antibiotik, banka, kislorod) va jigar yetishmovchiligini (prednizolon 180-240 mg sut, glyukoza, vitaminlar) erta profilaktikasi amalga oshiriladi. To'qima bilan kontakt bo'lgan kislota kuyishni keltirib chiqaradi, bu esa og'ir shokka olib keladi. Kislota va to'qima parchalanish mahsulotlari umumtoksik ta'sir qiladi.

Qo'ziqorindan zaharlanish

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

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

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

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

a) Gastroenterit tipda kechuvchi zaharlanish.

Oshqozon-ichak trakti shilliq qavatini yallig'lanishi bu zaharlanishni asosiy belgisi hisoblanadi. Intoksikatsiyaning klinik belgilari to'satdan paydo bo'ladigan ko'ngil aynish, qusish, ko'p ich ketish bilan xarakterlanadi. Og'ir holatga olib keluvchi, ayniqsa yosh

bolalarda suvsizlanish kelib chiqadi: tana harorat pasayadi, arterial bosim tushib ketadi, atsidoz ichaklar spazmi, bradikardiya yuzaga chiqadi.

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

b) Muskarinsimon sindrom.

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

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

v) "Yo'lbars poganka" sindromi.

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

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

Uzoq inkubatsion davrga ega qo'ziqorinlardan zaharlanish.

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

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

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

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

Aholi orasida qo'ziqorinning zaharligini kumush qoshiqni qorayganligidan bilish mumkin degan fikr bor, lekin bu notug'ri hisoblanadi. Chunki kumushning qorayishi har xil qo'ziqorinlar aminokislotalari tarkibidagi oltingugurtga bog'liqdir. YAna noaniq qo'ziqorinni piyoz va sarimsoq piyoz bilan birga qaynatilsa, agar qo'ziqorin zaharli bo'lsa, bu sabzavotlar qoramtir tusga kiradi deyiladi, bu ham noto'g'ri. Sabzavotlarning

qoramtir tusga kirishi ham qo'ziqorinlarning tarkibidagi tirozinaza fermentiga bog'liq. Ayrim odamlar agar qo'ziqorinni qurt-qumursqalar kemirgan bo'lsa, bu iste'mol qilinishi mumkin bo'lgan qo'ziqorin deb o'ylashadi, lekin qurt-qumursqalar nafaqat iste'mol qilinadigan, balki zaharli qo'ziqorinlarni ham kemirishadi. Zaharlanishning asosiy sababi, tuzlangan va marinadlangan qo'ziqorinlarni ruxli yoki sirlangan sopolli idishlarda saqlashlar tufayli kelib chiqadi. Chunki bunda zaharlanish qo'ziqorin zahridan emas, balki kuchli kislota ta'sirida oksidlangan simob va ruxdan kelib chiqadi. SHuning uchun qo'ziqorinlarni bunday idishda saqlash xavfli hisoblanadi.

Psixotrop dorilardan zaharlanish

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

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

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

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

Narkotiklar bilan zaharlanishlarga opiy, pantopan, heroin, deonin, kodein, tikodin, fenodon va morfin gidroxlordan zaharlanish kuzatiladi . Klinikasi: koma holati,

qorachiq torayishi, teri gipertonusi, klonik va tonik talvasalar, asfiksiya, bradikardiya, AB pasayishi, kollaps, gipotermiya.

Birinchi yordam:

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

Ishqorlar bilan zaharlanish

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ishqorlar bilan zaharlanishni klinikasi va davolash.

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

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

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

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

Ishqorlar bilan zaharlanishning klinik kechishida quyidagi bosqichlar farqlanadi.

I bosqich: kuyish shoki bosqichi 1 - sutka

II bosqich: toksemiya bosqichi 2 - 3 - sutka

III bosqich: infeksiyon asoratlar bosqichi 1 - 2 - hafta

IV bosqich: tuzalish va stenozlanish bosqichi.

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

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

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

Davolash:

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

6. Nefropatiyani profilaktikasi va davolash.
7. Nafas buzilishini davolash.
8. Dietoterapiya.

Noorganik kislotalardan zaharlanish Umumiy toksikologik ma'lumotlar

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

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

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

Mineral kislotalardan o'tkir zaharlanish patogenezi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fosfororganik birikmalardan zaharlanish

Fosfororganik birikma (FOB) larga quyidagilar kiradi:

Insektitsidlar – tiofos, xlorofos, karbofos.

Bu birikmalar qishloq xo'jaligida zararkunandalarga qarshi ishlatiladi.

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

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

FOBning toksik ta'siri xolinesteraza fermentini faolligini pasaytirishdan iborat.

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

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

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

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

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

Kechiktirib bo'lmaydigan yordam.

Zond orqali oshqozonni tuzli eritmalar bilan yuvish.

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

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

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

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

Is gazidan zaharlanish

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

O'tkir zaharlanishga kimyoviy travma sifatida qarash mumkin. Buning yuzaga chiqishida, kimyoviy moddalarning organizmga bevosita yoki aloqa ta'siri oqibatida namoyon bo'ladi. Zaharlanishning boshlang'ich bosqichida toksinlar organizmga spetsifik

ta'sir qiladi, (membrana funksiyasining buzilishi, oqsil va boshqa retseptorlarning zararlanishi). Keyingi bosqichlarida neyrotoksik, kardiotoxik, pulmonotoksik, gepatotoksik, gematotoksik ta'sir ko'rsatadi.

Klinikasi. Zaharlanishning 3 ta darajasi tafovut qilinadi.

1. Yengil daraja (qonda 10 dan 30 % gacha karboksigemoglobin aniqlanadi.) bunda asosan bosh og'rig'i, bosh aylanishi, quloqda shovqin, koordinatsiyaning buzilishi, ko'ngil aynish, qusish, quruq yo'tal, ko'krak qafasida og'riq kuzatiladi.
2. O'rta darajasi (qonda 30-40 % karboksigemoglobin aniqlanadi.) qisqa vaqt hushini yuqotish, tormozlanishi, hansirash, taxikardiya, yuz teri giperemiyasi, harakatning qo'zg'alishi, talvasa kuzatiladi.
3. Og'ir daraja (qonda 40-60 % gacha karboksigemoglobin aniqlanadi). Komatoz holatlar har xil chuqurlikda kuzatiladi, qorachiq kengaygan, ko'z olmalarining bo'ysunmaydigan harakati, klonik va tonik talvasalar, patologik reflekslarning paydo bo'lishi, parezlar va paralichlar, nafas olish patologik tiplarigacha buzilishi kuzatiladi, o'tkir qon- tomir yetishmovchiligi rivojlanadi, gohida o'pkada o'tkir shishlar aniqlanadi.

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

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

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

Tez tibbiy yordam ko'rsatish va davolash.

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

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

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

Pnevmoniya rivojlanishi oldi olinadi.

Antidot terapiya

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

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

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

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

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

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

O'tkir zaharlanishlarda simptomatik davolash

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

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

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

- Tubarin 1,5% 2 ml v/i.

4. Zaharlanishlarda komatoz holatlar patogenetik omilga muvofiq turlicha bo'ladi.

Koma holatida nafas analeptiklarini, qo'zg'atuvchi vositalarni, stimulyatorlarni (bemegrid) organizmga yuborish mumkin emas.

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

Energetik va metabolik vositalar v/i ga yuboriladi:

- glyukoza 20% 900ml , panangin 10 ml , insulin 8 yeD
- V guruh vitaminlar, askorbin kislotasi v/i
- Nootropil, piratsetam v/i

4. Nafas va qon aylanishi yetishmovchiligini tiklashga yo'naltirilgan chora-tadbirlar:

- Nafas yo'lari o'tkazuvchanligini ta'minlash
- O'SV va Yurak ni yopiq holda uqalash
- Venaga dori vositalarni yuborish uchun markaziy tomirlar kateterizatsiyasi.
- Vena ichiga yoki introtraxial adrenalini, atropin yuborish.

5. O'pka shishini davolash:

- Furosemid 20-40 mg v/i
- Uregit 50-100mg v/i
- Gironiy 250mg + 250ml 0,9% NaCl v/i 80-100 tomchi 1min.da AB pasaygandan keyin kerakli darajada saqlash uchun 10-15 tomchi 1min.da yuborib turish yetarli.
- Ko'pikni yo'qotish - kislorodni spirt, antifomsilan bilan ingalyatsiya qilish.
- 10% antifomsilan 3ml/ 15 min.da sekin yuboriladi.
- perlanganit 10 ml +0.9% -200 ml natriy xlorid bilan tomchilab v/i yuboriladi.
- oyoqlarga bog'lam qo'yish.
- 0,05% 1 ml strofantin K + 0,9% 10 ml NaCl v/i.
- prednizolon 60-120 mg v/i.
- qon eksfuziyasi 400-600 ml.

6. Yurak aritmiya va blokadalari zaharlanish simptomi bo'lishi mumkin. Bunday holatda quyidagi muolajalar o'tkaziladi:

- Qorincha usti paroksizmal taxikardiyasida 10% 5-10 ml novokainamid v/i.
- Qorincha paroksizmal taxikardiyasida lidokain 5 ml v/i blokadada. taxikardiya chaqiriladi. 0.1 % 1 ml atropin sulfat v/i ga.
- Bo'lmachalar titrashi yoki hilpillashida obzidan 1 ml dan har 2 soatda yoki strofantin K 0,05% 0,5 ml+0,9% 10ml natriy xlorid bilan v/ i.

7. Toksik shok o'ta og'ir va o'tkir intoksikatsiyalarida rivojlanadi va quyidagi belgilar bilan xarakterlanadi: arterial bosimning birdan pasayishi, teri qoplamlarining oqarishi-taxikardiya, hansirash kuzatiladi.

Toksik shokda dekompensatsiyalashgan metabolik atsidoz rivojlanib, tomirlar tonusi va o'tkazuvchanligi buziladi, natijada gipovolemiya va mikrotsirkulyatsiya buzilishi belgilari namoyon bo'ladi.

Quyidagi dori vositalar v/i ga yuboriladi:

- arterial bosimni oshirish uchun 400 ml poliglyukin stabizol - qonni reologik

xususiyati va mikrotsirkulyatsiyani me'yorlashtirish va dezintoksikatsiya uchun 400 ml reosorбилakt

- natriy gidrokarbanat 4% - 200 ml
- Kortikosteroid preparatlar-prednizolon 60-120 mg v/i

8. Og'riq sindromida:

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

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

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

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

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

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

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

Antidot terapiya prinsiplari quyidagilardan iborat:

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

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

1. Kuyishshokibilan kelgan bemorga 1-chiyordam.
2. Gipovolemikshok klassifikatsiyasini ayting.
3. Kuyishshokibo'lgan bemorni birinchi sutkadadori-darmonlar bilan davolash.

4. Travmatikshokpatogeneziniayting.
5. SHokningkelibchiqishnazariyalardariniayting.
6. SHokfazalariniayting.
7. SHoknidavolashdaintensivterapiyatamoyillariniayting.
8. Gipovolemikshokqaysikasalliklardakuzatiladi?
9. Gemorragikshokpatogeneziniayting.
10. SHokning engildarajasiningparametrlariniayting.
11. SHokog'irdarajasiningparametrlariniayting.

Mavzu bo'yicha test savollari;

1. Effektivnafasningmezoni:

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

2. Gazningal'veoladanqongadiffuziyasiqandaybo'ladi?

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

3. Uzoqdavometuvchigiperventilyatsiyachaqiradi:

- a) Miyatemirinikengaytiradi.
- b) Kislorodo'tilizatsiyasiningoshishi.
- *v) Nafasmarkazining SO_2 gasezgirligining pasayishi
- g) Nafasatsidoz

4. 70 yoshlierkakdaqonhajmiml/kg

- a) 50 ml
- b) 60 ml
- *v) 65 ml
- g) 100 ml

5.

Qaysiko'rsatkichbuyrakfunktsiyasikontsentratsiyasiniqo'rsatadi?

- a) Qondamochevinakontsentratsiyasi.
- b) Mochevinaklireisi.
- v) Qondagikreatinishkontsentratsiyasi.
- *g) Kreatinishklerensi.

6. Sistolikarterialbosimqanchaga etgandakontakgafil'tratsiyasito'xtaydi?

- a) 90 mm. S.u.
- *b) 70 mms.u.
- v) 100 mm. S.u.
- g) 80 mm. S.u.

7. Tomirichigamorfinyuborilgandan echaminutdankeyinnafasmaksimal darjadapasayadi?

- a) 1-2 min
- *b) 3-7 min
- v) 60-90 min
- g) 15-30 min
- d) 30-45 min

8. Parasimpatiknervsistemasigaatro pinquyidagichata'sirqiladi.

- a) Atsetilxolin hosilbo'lishiningkamayishi.
- b) Xolinesterazahosilbo'lishiningoshishi.
- v) Mionevralsinaps gator'g'ridantog'ridepressiya.
- *g) Atsetilxolingakonkurentantoganzim.
- d) Adrenergikaktivliknstimulyatsiyasi.

9. Efirlianesteziyadagiperglikemiyabo'lishiningsababi.

- a) Glikogenolitikmarkazstimulyatsiyasi
- *b) Ko'pmiqdorda adrenalinajralishi.
- v) Efirningjigarhujayralarigabevositatasiri.

g) Insulinajralishi.

d)

Mushaklardagliklgenolizningoshishi.

**10.Ftoratansubnarkotikkonsentrat
siyasidata'sirqilish xususiyatigaega.**

a)antianal'getik

*b)Anal'getik

v)Sedativ

g) antisedativ

d) analentik

**11.Quyidagianestetiklardanqaysibir
iuzoqta'sirqilish xususiyatigaega.**

a) Lidokain

b) Trimekain

v) Dikain

*g) Markain (bupivikani)

**12.Atroninbilanpremedikatsiyaqilis
hqandaybemorlargaqarshiko'rsatm
ahisoblanadi.**

a) Bronxialastma

b) Sinuslitaxikardiya

v) Hilnillovchitaxmaritmiya

*g) Glaukoma

13.

**Endotraxealnarkozdanbirkunkeyin
mushaklarog'rishiningsababi.**

a) Intubatsiyaqilgandatravmabo'lishi.

b)

Bemornioperatsionstolganoto'g'riyotq
izish.

*v)

Suktsinilxolinqilingandamushakfibril
yatsiyasi.

**14.Arduanyokiyokisuktsinilxolinda
nqolganqoldiqrelaksatsiyaningdavo
si.**

*a)

Boshqariladiganyokiyordamchiventily
atsiya.

b) Qonalmashtirish

v) Prozerimyuborish

g) Atropinyuborish.

**15.Sun'iyqonaylanishdankeyinqilad
igangeparinasineytralashuchunko'p
inchanimaqiladi.**

a) VitaminK

*b) Protaminsul'fat

v) Kal'tsiy xlorid

g) Xinidim

d) Vikosal

16.Bemoroperatsiyadan 72

**soato'tgandanso'ngo'ladi,
anesteziyadavridaqusishkuzatilgan.
O'limsababinimabo'lishimumkin.**

a) Bakterialpnevmoniya

*b) Ximikpnevmaniya

(Mendel'sonsindromi)

v) O'pkashishi

g) Pnevimatoraks

**17.Nimasababdanakusherlikamaliy
otidabarbituratlarniqo'llashmumki
nemas.**

*a) CHaqaloqdadepressiyachaqiradi.

b) Ko'ngilaynishvaqusishnichaqiradi.

v) Bachadontonusinipasaytiradi.

g) Qonketishinikuchaytiradi.

**18.Tug'ayotganayollardapastkikova
kvenasindromipaydobo'lishprofilak
tikasi.**

a) Operativtug'ishnita'qiqlash

*b) CHaktamongaqaytish (yotqizish)

v) Intubatsiya

g) Tomirichiganoradrenalinyuborish

**19.Tug'ayotganayolgadavolovchiqa
ndaynarkozyuboriladi.**

a) Kolipsol

*b) Natriyoksibutirat

v) Fentanil - droperidol

g) Geksenal

d) Barbiturat

**20.Kattayoshliodamdaorqamiasuy
uqliginingumumiyhajmi.**

a) 25 ml

b) 75 ml

*v) 130 ml

g) 200 ml

d) 250 ml.

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

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

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

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

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

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

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	1.Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. 2.Talabalarni mashg'ulotga tayyorligini tekshiradi 3.Davomatni nazorat qiladi.	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (20 daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish MA'RUZA si uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash. 3. Fanni o'rganishda faoydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish.	

2. Asosiy bosqich (25daqiq)	1. Talabalarni kichik guruhlarga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3. Slaydlar, multimediyalardan foydalaniladi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Yakuniy bosqich (15 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi. 2. Mustaqil ish beradi. 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

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

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

Talabalar egallashi zarur boʻlgan amaliy koʻnikmalar:

Yurak ni bilvosita uqalash

Maqsad: Yurak ishini qayta tiklash

Koʻrsatma: Yurak toʻxtaganda

Kerakli anjomlar: mulyaj.

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (10 ball)	Toʻliq va aniq bajardi (20 ball)
1.	Bemorni tekis, qattiq joyga gorizontol holatda yotqizish.	0	10	20
2.	Bemorning oʻng yoki chap tomonida turish.	0	10	20
3.	Toʻsh suyagi xanjarsimon oʻsitmasining pastki 1/3 qismidan 2 ta koʻndalang barmoq yuqoriga qoʻl kaftini qoʻyish.	0	10	20
4.	Birinchi qoʻl kaftini pastdagi kaft ustiga qoʻyish.	0	10	20
5.	Toʻsh suyagini umurtqa pogʻonasi tarafga perpendikulyar siltab bosish.	0	10	20
	Jami	0	50	100

“Miyashtrumi” metodi.

Uslubningasosiyqoidalari:

Gʻoyahosilqilishga xalaqitberuvchiqandaytanbehvatanqidiyfikrbildirmasin.

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

Buuslubharqandaysharoitdaoptimalqarorqabulqilishga, oppenentlarniqabulqilinayotganyo'lningto'g'riligigaishonchhosilqilishgao'rgatadi. Buuslubasosiymavzunimuhokamaqilishdaoldindanyaxshiginatayyorgarlikdir.

Masalan: Darsmavzusi "Kardiogenshok"

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

- Yurak sohasidagiog'riq;
- Nafasetishmovchili, hansirash;
- Sovuqterbosishi.

O'qituvchiguruhdagiharbirtalabaningmuhokamadaishtirokinikuzatibboradi.

Birortahamjavobto'g'riyokinoto'g'ridebsharxlanmaydi.

Hammavariantlartugagandanso'ngmuhokamaniboshlashmumkin.

Bundao'qituvchiso'raydi: "Qandayo'ylaysiz? Yurak sohasidagiog'riqinfarkmiokardbelgisimi? yokiqovurg'alarnevralsiyasimi?".

Talabalaro'qituvchibilanbirgalikdahammavariantlarnifaolmuhokaqilishgakirishadilar.

Bundanoto'g'rijavoblarmuhokamatarzidahalqilinadivaasoslabberiladi.

SHundanso'ngo'qituvchibilimlarniko'proqmustahkamlashdatalabalardanto'g'rivariantlarni yozibolishniso'raydi.

Uslubningmaqsadi: Qisqavaqtichidaguruhdanko'pmiqdordavariantlarolish, talabalarbiliminianiqlashbundamuammolarnihalqilishgaqodirg'oyalartaklifqilinishimumkin

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

TARQATMA MATERIAL

TALABA UCHUN TOPSHIRIQ

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

Talabaning mustaqil bilimini tekshirish

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

Keys-metod Vaziyatimasalalar.

1-masala: Bemor Rashidov A., 57 yoshda. Reanimatsiyabo'limigahushsiz keltirilgan. Bemor 2 martamiokardinfarktini o'tqazgan. Bemordabirdanigachapko'kraksohasidakuchliog'riq, AQBvapul'skamaygan, siydikmiqdori hamkamaygan. Teriranglarioqargan, tanaharoratining pasayishikuzatiladi.

SAVOL: Sizning Tashxisingiz?

Keraklitekshirishusullarini o'tkazing.

2-masala. Bemor Reanimatsiyabo'limigahushsiz holdakeltirildi.

Uyquarteriyasidapul'saniqlanmaydi. Nafas olmaydi, ko'kargan.

SAVOL:

Diagnozvareanimatsionchora-tadbirlarketma-ketliginibelgilang.

3-masala. Bemor Reanimatsiyabo'limigaog'irjarohatbilankeltirildi. A/B 60/20 mm.sim.ust., pul'sipsimon. Anamnezida: og'irtanjarohatiolgan. Sonsuyagisinishbelgilaribor.

SAVOL:

Diagnozvaintensivterapiyabelgilarinibelgilang.

MAVZU BAYONI .

Gipertermik sindrom

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

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

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

b) infeksiyon-allergik, toksiko-allergik jaryonlar,

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

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

Klinikasi: Gipertermik sindrom katta yoshdagilarda asosiy kasallikning o'tkir va surunkali bosqichlariga mos ravishda yuzaga keladi. Gipertermiya bilan birga gipertermik krizlar ham yuzaga kelishi mumkin. Klinikada quyidagi o'zgarishlar kuzatiladi: teri termoassimetriyasi, nafasning tez buzilishi, gipoksiya, varaja,

suvsizlanish, teri rangining oqarishi yoki marmar tusiga kirishi (qon tomir spazmi natijasida) bilan xarakterlanadi. Gipertermik sindrom narkoz vaqtida ham kuzatiladi, unda yuqoridagi belgilardan tashqari mushaklarda rigidlik taxikardiya, AB ko'tarilishi bilan xarakterlanadi va bu xafli hisoblanadi.

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

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

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

b)neuroleptiklar (aminazin, droperidol);

s) antigistamin (diprazin, dimedrol);

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

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

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

Quyosh urishi

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

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

ketadi. Miyada o'choqli shikastlar paydo bo'ladi, tutqanoq ro'yobga keladi, burnidan qon ketishi mumkin.

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

Issiq urishi

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

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

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

27.5.Sovuq urishi

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

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

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

IIdaraja – serozsuyuqlik saqlagan pufakchalar bo'ladi.

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

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

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

1-o‘rinda sovuq urgan maydonni isitish kerak!

Bemor issiq xonaga kiritilib kiyimlari echiladi. Sovuq urgan coha quruq material bilan artiladi. Keyin 36-40⁰S suvli vannaga 15 minut davomida kiritib qo‘yiladi. SHu bilan bir vaqtda periferiyadan markazga qarab massaj qilinadi. Agar og‘riq sezgi o‘z holatida qolsa, ya’ni og‘riq va taktil sezgilari paydo bo‘lsa teri quritiladi, 33 % li spirt bilan ishlov beriladi. Quruq paypoq kiygiziladi. YAna qizitishni boshqausullar bilan davom ettiriladi. Agar yuz va quloqni sovuq urgan bo‘lsa, quruq qo‘l bilan ishqalanadi, toki ochiq qizil rangga kirguncha. Keyin spirt va vazelin moyi surtiladi. Artish uchun qorni qo‘llash mumkin emas, chunki bunda terini zararlash va jarohatni chuqurlashtirish mumkin. Bundan tashqari issiq choy, issiq ovqat beriladi. Davolash asosan tomir spazmini bartaraf etishga, mikrotromblar hosil bo‘lishini oldini olishga va trofik buzilishlarni bartaraf etishga qaratilgan bo‘lishi kerak.

Vena ichiga:

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

Gospitalizatsiya: birinchi darajali sovuq urishi bilan bemor kelganda gospitalizatsiya qilinmasdan, yordam berish mumkin. Qolganholatlarda, ya’ni II, III, IVdarajalarida bemorlarni gospitalizatsiya qilish kerak va shart hisoblanadi.

Elektrdan shikastlanish

Elektr tokidan shikastlanish - bu MNT da chuqur funksional o‘zgarishlar, nafas va Yurak qon tomir tizimiida buzilishlar hamda mahalliy o‘zgarishlarga olib keluvchi shikastlanishdir. Elektr simlarining ikkala qutbini ushlaganda tokdan shikastlanish ro‘y beradi. Elektr tokini ta’sir qilishi uning kuchiga, kuchlanishi va ta’sir davomiyligiga bog‘liq bo‘ladi. Uning turi (doimiy, o‘zgaruvchan, uch fazali) unchalik ahamiyatga ega emas. Mahalliy o‘zgaruvchan tok (220V) doimiy tokdan xavfliroq. U tok bilan aloqa bo‘lganda organizmda omik qarshilik paydo bo‘ladi. Kishi terisining qarshiligi bir necha yuzdan to million Omgacha boradi. Terining qarshiligi qancha kam bo‘lsa, tok ta’siri shunchalik chuqur va xavfli bo‘ladi. Elektrdan shikastlanish darajasi yana organizm holatiga: charchoq, alkogoldan mastlik, yoshga, nerv tizimi surunkali kasalliklari, endokrin (giperterioz), Yurak -qon tomir tizimi holatiga bog‘liq. Elektrdan shikastlanish patogenezida terining o‘tkazuvchanligi katta ahamiyatga ega, ya’ni butunligi, qalinligi, namligi va ter bezlariga boyligiga bog‘liq. Eng yuqori o‘tkazuvchan teri sathlariga yuz, kaft, oraliq sohasi terisi, kamroq bel va oyoqning boldir-tovon bo‘g‘in sohasi terisi kiradi.

Elektr toki termik, kimyoviy va mexanik shikastlanishlarga sabab bo‘ladi. Elektr energiyasining issiqlikka aylanishi (Joul issiqligi) kuyishga olib keladi. Intensiv termik

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

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

Elektrik letargiya holatida nafas buzilishini diagnostikasi ancha murakkab. Tok halqasi ko‘krak qafasi orqali o‘tganda Yurak faoliyatining buzilishini har xil ko‘rinishlari, ya‘ni ektopek ekstrasistolialardan to qorincha fibrillyasiyasigacha olib kelishi mumkin. Bu holatda nafas to‘xtashi ikkilamchi bo‘lib, hushni yo‘qotish bilan birga qon aylanishi to‘xtashi ta‘sirida sodir bo‘ladi. Elektr tokidan shikastlangan sohada sarg‘ish-qo‘ng‘ir yoki kulrang kuyish jarohatlari hosil bo‘ladi. Ular odatda katta bo‘lmasdan 2-3 mm, o‘rtasi chuqurcha va atrofi do‘mboqcha (tok nishonalari) ko‘rinishida bo‘ladi. Termik kuyishdan farqli ravishda elektrdan kuyganda giperemiya va og‘riq bo‘lmaydi. Bu belgilar tokning chiqish joyida ham mavjud bo‘lishi mumkin. Jarohat chuqurligini aniqlash qiyin, ba‘zida mushak, nerv, qon-tomir, suyaklar zararlanishi, tok o‘tgan sohada tunel yoki bo‘shliqlar paydo bo‘lishi mumkin. YUqori voltli tok ta‘sir qilsa, kapillyarlar falajga uchraydi, chaqmoq belgilari ro‘yobga keladi.

Kapilyarlar rasmi daraxtsimon bo‘lib bosganda, uqalaganda yo‘qoladi. CHaqmoq belgilari bir necha kundan so‘ng yo‘qoladi. Umumiy belgilar har xil bo‘ladi. U tokning ta‘sir qilish davriga bog‘liq. Engil hollarda qo‘rquv, hushdan ketish, darmonsizlik kuzatiladi. Kasallarda charchash, kam quvvatlik, ko‘rishning buzilishi hollari kuzatiladi. Qonda leykotsitoz, ECHT oshadi, siydikda oqsil, eritrotsitlar paydo bo‘ladi.

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

TESTSAVOLLARI.

1. SHokning 1 chibelgisi

- a) MVBpasayishi
- b) Yurak qisqarishiningpasayishi
- *v) A/Bpasayishi
- g) A/Boshishi
- d) Venozqonningoshishi

2. Kardiogenshokningasosiysababi

- a) Og‘riq
- *b) Miokardqisqaruvchanlikfunktsiyasiningpasayishi.

v) Venalarpazmi

g) Gipovolemiya

3. SHokningqaysituridaMVBoshadi.

- *a) Kardiogen
- b) Anafilaktik
- v) Septik
- g) Travmatik

4. Jigar

etishmovchiligidaekstrakorporalusullardanqaysibirikengqo‘llaniladi?

- *a) Gemosorbtsiya
- b) Gemosorbtsiya + gemodializ
- v) plazmoforez
- g) barchasi
- D) limfosorbtsiya

5. Gemorragikshokdabirinchinavbatdaqandayinfuzionpreparatyuboriladi?

- a) poliglyukin
- *b) Natriy xlorizotonikeritmasi
- v) tozatsitratliqon
- g) Al‘bumin
- d) Protein

6. Eklampsiyarivojlanishidaasosiyhisoblanadi:

- *a) Arteriyalarninggiperlizatsiyalashganspazmi

- b) Oqsilgaboydieta
- v) Elektrolitbalansibuzilishi
- g) Izoimmunizatsiya.

7. Eklampsiyatutqanoq xurujdamiyashishikelibchiqishsababi:

- a) Yurak otilishipasayishi
- b) Qonplazmasidanatriyvakaliybalansibuzilishi
- *v) Ovozboylamispaizmi
- g) qononkotikbosimtushishi.

8. Eklampsiyavadavometuvchitutqanoqlardashoshilinceffektivusul.

- a) Seduksenvadropidoldozasinioshrish
- b) Gomkyuborish
- *v) EndotraxealintubatsiyavaIVLgao'tkazish.
- g) Diuretiklarniyuqoridozadaqo'llash

9. O'pkashishidaqaysidiuretikishlatilmaydi?

- a) Laziks
- b) Diakarb
- v) Etakrinkislota
- *g) Mannitol

10. Glyukozaningqandayerishmasiizotonik

- a) 0,85% b) 3,0% *v) 4,2%
- g) 5,5% d) 7,0%

11. Og'irdarajadagiqusishyokiuzoqdavometuvchiquisholibkeladi.

- a) Qonda xloridoshishi
- *b) Qonda xloridpasayishi
- v) Na kamayishi
- g) QonRNsiyoshishi

12. Operatsiyadankeyingitrombhosilbo'lishprofilaktikasi

- *a) 5000-10000 ed/sutgeparinyuborish
- b) Tozaqonquyish
- v) Narkotikanal'getikbilanog'riqsizlashtirish
- g) NaCl yuborish.

13. Sirkakislota bilan zaharlanganda oshqazonniyu vish boshlanadi?

- a) NaHCO₃ 4% ml
- b) NaHCO₃ 8%

- v) Ringenerishmasi
- *g) Suv bilan

14. Qorinchaparoksizmaltaxikardiyasinikamayishuchun 1-bo'libnimaqilinadi?

- a) Strofastin
- b) Novokainamid
- *v) Lidokain
- g) Obzidan

15. O'tkirchapqorincha etishmovchiligida o'pkashishinidavolashnimadan boshlanadi.

- a) Venaichigakardiotonikmoddalar
- *b) Periferikvazodilyatorlar
- v) Sun'iy o'pkaventilyatsiyasi
- g) O₂ingalyatsiyasi
- d) 0,5 lgachaqonchiqarish.

16. Kardiogen shok davolovchinar ko'z qilganda

N₂O₂ va O₂ nisbatiqanday bo'ladi?

- a) 50% : 50% *b) 70% : 30% v) 60% : 40%
- g) 50% : 50% 2,0 ml 50% anal'gin mushakostigayuborib
- d) 80% : 20%.

18. NLA droperidol qilgandan keyin qanday asorat bo'ladi?

- a) Taxikardiya
- b) Bradikardiya
- v) Arterial gipertenziya
- *g) Arterial gipotenziya

19. Miokard infarktida og'riqqa qarshik urashda qaysi usuleffektli?

- a) 1% 2,0 morfin + 1% 2,0 dimedrol
- b) Premedol 1% - 1,0 v/v
- v) Droneredol 3,0/ 7,5 ml + fentanil 4,0 /o,2 mgv/n

***g) Davolovchinar ko'z Efunii-Petrovskiy bo'yicha**

20. Gipoksiya qaysitipida arterial qonning O₂ bilant o'yishishi o'zgaradi?

- a) TSirkulyator
- b) Anemik
- *v) Gipoksik
- g) To'qima
- d) YUqoridagilar.

21. Qutidagilarning qaysi birida traxeostomiya qilinadi?

*a)

Bo'yin murtqasini sinishi qovurg'alaridamu shakparalich bilan birga

b) Bul'bar poleomelit

v) anafilaktik shokdagi bronxospazm

g) Qorincha fibrilyatsiyasidagi apnoeda

d) O'zini ogandan keyingi holat.

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

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

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

1.1. Ta‘lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg‘ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 16-18s
Mashg‘ulot shakli	Amaliy mashg‘ulot
Reja	1.Kardial o‘lim sindromi.Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko‘rsatish. UASH taktikasi. 2. O‘pka-Yurak reanimatsiyasi (O‘YUR) o‘tkazish tamoyillari.Shoshilinchyordam. 3. Qon aylanish to‘xtashi turlari.Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko‘rsatish.UASHtaktikasi.
<p>Mavzuning maqsadi:Kardial o‘lim sindromi. Qon aylanish to‘xtashi turlari.Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko‘rsatish. O‘pka-Yurak reanimatsiyasi (O‘YUR) o‘tkazish tamoyillari. UASH taktikasi. Bu maqsadga erishish uchun quyidagi shu harakatlarini bosqichma- bosqich bajarish lozim. I bosqich. Maqsad: Kardial o‘lim sindromi. Qon aylanish to‘xtashi turlaribilanbemorlarnireanimatsiyavaterapiyasi. Etiologiyasivapatogenezi. Diagnostikasi, klinikasivadavosihaqidama‘lumotgaegabo‘lish. Buning uchun: Kardial o‘lim sindromi. Qon aylanish to‘xtashi turlarida shoshilinchyordam. II bosqich. II. Maqsad: Qon aylanish to‘xtashi turlarida shoshilinch yordam. UASHtaktikasi.</p>	
<p>Mavzuning vazifasi- Kardial o‘lim sindromi. Qon aylanish to‘xtashi turlari.Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko‘rsatish. O‘pka-Yurak reanimatsiyasi (O‘YUR) o‘tkazish tamoyillari. UASH taktikasi.</p>	
Ta‘lim berish usullari	Ko‘rgazmali, Ma‘ruza, suhbat
Ta‘lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta‘lim berish vositalari	kompyuter, multimedia, slaydlar, mavzugaoid bemorlar va boshqalar
Ta‘lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og‘zaki nazorat:savol-javob.

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

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

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

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

Talabalar egallashi zarur bo‘lgan amaliy ko‘nikmalar:

O‘pka-Yurak reanimatsiyasini o‘tkazish

Maqsad: Qaytajonlantirish

Ko‘rsatma:Kliniko‘limyuzagakelganda

Kerakli anjomlar:laringoskop, nafasotkazuvchinaycha, defibrillyator, mulyaj.

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi	Qisman bajardi	To‘liq va aniq
---	-----------	----------------	----------------	----------------

		(0 ball)	(10 ball)	bajardi (20 ball)
1.	Nafasyo'llario'tkazuvchanliginitiklash (P.Safarninguchlikusuli)	0	10	20
2.	Traxeyaniintubastiyaqilish.	0	10	20
3.	Trubkaorqalsun'iynafasberish.	0	10	20
4.	Yurak nibilvositauqalash. Yurak nimedikamentozstimulyastiyaqilish.	0	10	20
5.	Elektrikdefibrillyastiyao'tkazish	0	10	20
	Jami	0	50	100

“Miyashtrumi” metodi.

Uslubningasosiyqoidalari:

G'oyahosilqilishga xalaqitberuvchiqandaytanbehvatanqidiyfikrbildirmasin.

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

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

Buuslubasosiy mavzunimuhokamaqilishdaoldindanyaxshiginatayyorgarlikdir.

Masalan: Darsmavzusi “Kardiogenshok”

O'qituvchidoskaoldidaturib, Kardiogenshokga xossipmtomlarniaytingdebmurojaatqiladi.

Narkozklinikasiga xosbelgilarnitalabalarbirma-biraytadilar:

- Yurak sohasidagiog'riq;
- Nafasetishmovchili, hansirash;
- Sovuqterbosishi.

O'qituvchiguruhdagiharbirtalabaningmuhokamadaishtirokinikuzatibboradi.

Birortahamjavobto'g'riyokinoto'g'ridebsharxlanmaydi.

Hammavariantlartugagandanso'ngmuhokamaniboshlashmumkin.

Bundao'qituvchiso'raydi: “Qandayo'yaysiz? Yurak sohasidagiog'riqinfarkmiokardbelgisimi? yokiqovurg'alarnevralsiyasimi?”.

Talabalaro'qituvchibilanbirgalikdahammavariantlarnifaolmuhokaqilishgakirishadilar.

Bundanoto'g'rijavoblarmuhokamatarzidahalqilinadivaasoslabberiladi.

SHundanso'ngo'qituvchibilimlarniko'proqmustahkamlashdatalabalardanto'g'rivariantlarni yozibolishniso'raydi.

Uslubningmaqsadi: Qisqavaqtichidaguruhdanko'pmiqdordavariantlarolish, talabalarbiliminianiqlashbundamuammolarnihalqilishgaqodirg'oyalartaklifqilinishimumkin

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

TARQATMA MATERIAL

TALABA UCHUN TOPSHIRIQ

№	Savol	Izohi
---	-------	-------

1.	Kardial o‘lim sindromi.Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko‘rsatish. UASH taktikasi.	
2.	O‘pka-Yurak reanimatsiyasi (O‘YUR) o‘tkazish tamoyillari.Shoshilinch yordam	

Talabaning mustaqil bilimini tekshirish

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

Keys-metod Vaziyatiymasalalar. Vaziyatiymasalalar.

1-masala.

Bemor 45 yoshda uysharoitida Reopoliglyukin preparativena ichiga asta-sekin yuborilgan dan keyin bemor datsiano ztaxikardiya, AQB nipasayishi, nafas olishning qiyinlashuvi, burun bitishi kuzatiladi.

Bemorg azudlik bilan depressiya va chip preparat glyukokortikosteroid preparati qilinadi vastatsionarga yuboriladi. Bemor statsionarga kelguncha o‘ladi.

SAVOL: 1. Bemor datashxis qo‘ying.

2. Sizning taktikangiz.

MAVZU BAYONI

Klinik o‘lim hayot va biologik o‘lim o‘rtasidagi davr bo‘lib, o‘limning qaytishi mumkin bo‘lgan bosqichidir. Bu holat Yurak urishi va nafas olish to‘xtagan va tiriklik alomatlari yo‘qolgan paytdan boshlab organizm kechirayotgan va bir necha daqiqa davom etuvchi qaytuvchan funksional va struktur o‘zgarishlar jarayonidir. Klinik o‘lim ro‘y berishi bilan modda almashinuvi so‘nib boradi, xujayralar destruksiyasi boshlanadi. Qon aylanish to‘xtagandan keyin bosh miyadagi O₂ zahirasi 10 soniyada, glyukoza va ATF zahirasi esa 5 minut davomida tugaydi va neyronlarning o‘limiga olib keladi. SHU bilan birga gipoksiya holati GEB ni o‘tkazuvchanlik xususiyatini buzadi, natijada bosh miya hujayralaridan birinchi navbatda kaliy ionlari tashqariga chiqishga, natriy, xlor va kalsiy ionlari esa ichkariga kirishga boshlaydi. Oxirida oqsillar neyronlar ichiga kirib

ichkaridagi osmolyarlikni 5-6 marta oshiradi va bu holat katta miqdordagi suvning hujayra ichiga kirishi va neyronning shishishi bilan tugaydi. Agarda miyada qon aylanishni to'xtashi 5 minutdan ortiq davom etsa, bosh miyaning o'limiga olib keladi. Ammo 3-5 min davom etuvchi bosh miya po'stlog'idagi o'zgarishlar qaytuvchan xususiyatga ega bo'lganligi tufayli ham organizmni to'la-to'kis tiriltirish imkoniyati mavjuddir. Inson organizmi uchun klinik o'lim muddati 3-5 min.dan oshmaydi. Gipotermik sharoitda, masalan, tana harorati 10-8°S bo'lganda, klinik o'lim muddati 2 soatgacha cho'zilishi mumkin. Klinik o'lim izidan vujudga keluvchi biologik o'lim organizmdagi tiklanmas o'zgarishlar jarayonidan iborat bo'ladi va shu sababli organizmni bir butun holda tiriltirish imkoniyati qo'ldan chiqarilgan bo'ladi. Xulosa qilib shuni aytish mumkinki, **klinik o'lim bu bosh miya po'stlog'i hujayralarning qon aylanishi to'xtagandan keyingi yashash vaqti bo'lib hisoblanadi.**

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

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

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

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

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

SHundan kelib chiqib reanimatsiya so'zining tibbiy mazmun mohiyatiga e'tibor beradigan bo'lsak, qayta tiriltirish bu bosh miya po'stloq hujayralarining faoliyatini ya'ni ong, es-hushni qayta tiklash degani hisoblanadi. Bu degani, agar o'tkazilgan reanimatsion chora-tadbirlardan keyin bemor hushiga kelmasa u tirilgan hisoblanmaydi. Aynan bosh miya po'stloq funksiyasini tiklash bugungi kundagi reanimatologiyaning asosiy maqsadi va vazifasi hisoblanadi. SHunday qilib reanimatsion chora-tadbirlar faqatgina klinik o'lim holatidagina, ya'ni 3-5 minut oralig'ida samarali bo'lishi mumkin. Demak klinik o'lim bu aynan bosh miya hujayralarining yashash vaqti hisoblanadi.

Klinik o'lim holatining reanimatsion chora-tadbirlardan keyingi davomi **sotsial o'lim** jarayoni bo'lib, bunda ko'pincha reanimatsion chora-tadbirlar kech boshlanishi hisobiga Yurak va o'pka faoliyati tiklanishiga qaramasdan bosh miya faoliyati tiklanmaydi. Agarda o'tkazilgan reanimatsion chora tadbirlar (25-30 min davomida) natijasida Yurak o'pka faoliyatini ham tiklanmasa bosh miyada qaytmas o'zgarishlar yuzaga keladi va **biologik o'lim** qayd etiladi.

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

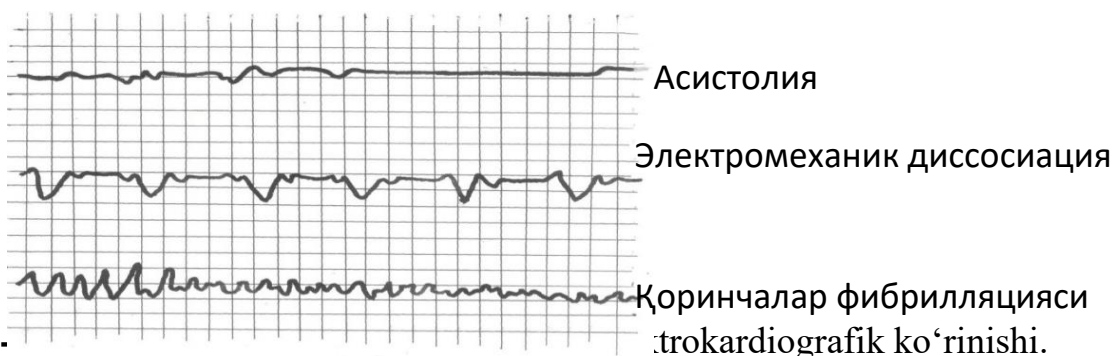
1. O'z vaqtida reanimatsiya o'tkazish ya'ni aynan klinik o'lim holatining 3-5 minutlarida. Buning uchun klinik o'lim holati diagnostikasi shu vaqtoralig'ida bo'lishi kerak.
2. Kompleks reanimatsion chora-tadbirlarni o'tkazish: Yurak ni tashqi uqalash, o'pkaning sun'iy ventilyasiyasi - intubatsion trubka orqali, Yurak ni medikamentoz qo'zg'atish va defibrillyasiya.
3. Reanimatsion chora tadbirlarni to'g'ri o'tkazish (voqea joyida bir kishining ishlashi juda qiyin bo'ladi, shuning uchun maxsus reanimatsion brigada chaqiriladi).

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

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

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

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



5. **Qorinchalar fibrillyasiyasi** va hilpillashi miokard qisqarishining diskoordinatsiyasi bo'lib, qorinchalar yoki bo'lmalar o'tkazish tizimidagi qo'zg'aluvchanlikning buzilishi oqibatidir. Bunda har bir mushak pala partish qisqarishi natijasida sistola bo'lmaydi va

qon Yurak dan otilib chiqmaydi.

6. **Miokard atoniyasi**-miokardning qo'zg'aluvchanlik va qisqaruvchanlik qobiliyati va tonusining butunlay yo'qolishidir. Atoniya zaminida miokardning bioelektrik faolligi saqlangan bo'ladi va bu holat **elektromexanik dissotsiatsiya** ko'rinishida qayd etiladi(29-rasm).
7. **Pulssiz qorinchalar taxikardiyasi**. Pulssiz qorinchalar taxikardiyasi va qorinchalar fibrillyasiyasi kattalarda qon aylanish to'xtashining asosiy sabablarini tashkil qiladi (80% holatlarda).

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

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

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

Klinik o'limning belgilari :

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



28-расм. Уйқу артериясида томир уришини аниқлаш.

Klinik o'lim diagnostikasi mezoni uyqu arteriyasida tomir urishining bo'lmasligi

hisoblanadi. ABni o'ldash, Yurak tonlarini eshitish tavsiya etilmaydi. Klinik o'lim diagnostikasi uchun 5 sekund vaqt ajratiladi.

1.2. Qon aylanishning to'satdan to'xtashi

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

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

Ekstrakardial sabablar: nafas yo'llari obstruksiyasi, o'tkir nafas etishmovchiligi, istalgan etiologiyali shok, Yurak ning reflektor to'xtashi, emboliyalar, dori vositalarining dozasini oshirib yuborish, elektr tokidan zararlanish, Yurak ning jarohatlanishi, isib ketish, ekzogen zaharlanish.

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

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

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

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

a) vena ichiga: markaziy yoki periferik venalarga. Eng qulay yoʻl markaziy venalarga-oʻmrov osti va boʻyinturuq venalariga yuborish boʻlib, bu usul bilan yuborilgan moddani markaziy sirkulyasiyaga etkazish oson hisoblanadi;

b) suyak ichiga: dori moddalarini elka yoki katta boldir suyagiga yuborish plazma konsentrasiyasini meʼyorlashtirishni adekvatligini taʼminlaydi. Koʻproq pediatriya amaliyotida periferik venalarni topishning iloji boʻlmaganda bu usul qoʻllaniladi. Mandrenli qalin igna bilan katta boldirning suyak boʻshligʻiga gʻadir-budur sohasidan punksiya qilinadi.

Reanimasiyani farmakologik taʼminlash:

1. Adrenalin:

a) asistoliya/pulssiz elektrik faollik holatida har 3-5daqiqada 1 mg dan 10-20ml natriy xlor bilan vena ichiga yuboriladi;

b)qorinchalar fibrillyasiyasida 3-bor defibrillyasiya qilingach natija boʻlmasa,adrenalin 1 mg dozada 10ml natriy xlor bilan har 3-5daqiqada vena ichiga yuboriladi.Adrenalinga alternativ sifatida bir vaqtning oʻzida 40 TB dozada vena ichiga vazopressin ham yuborish mumkin.

2. **Atropin.** Ogʻir hollarda bradikardiyanı bartaraf etish uchun atropin ineksiyasidan foydalaniladi.Atropin kiritilgach 1-2 daqiqada natija bermasa adrenalin yuborishga koʻrsatma hisoblanadi. 0,5-1 mg atropin vena ichiga, ogʻir bradikardiya da 3-5 daqiqadan soʻng 0,04 mg/kg dozada yuboriladi.Atropinni elektromexanik dissosiatsiyada, asistoliyada, qoʻllash man etiladi.

3.**Amiodaron**-antiaritmik preparat boʻlib qorinchalar fibrillyasiyasida 3-elektroimpuls terapiya samarasi boʻlganda 300 mg dozada yuboriladi. Ogʻir holatlarda har bir defibrillyator razryadidan soʻng takroran 150mg yuboriladi. Qon aylanishi tiklangandan soʻng yana 900mg dozada v/i ga 24 soat ichida postreanimasion davrda refibrillyasiya profilaktikasi uchun yuboriladi.

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

5.**Natriy bikarbonat**-oʻpka-Yurak etishmovchiligi yoki qon aylanishi tiklangandan soʻng asossiz qoʻllash tavsiya etilmaydi.

Natriy bikarbonatning qoʻllanilishi uchun koʻrsatmalar:

- 15 minutdan koʻp choʻzilgan reanimsiyada;
- tritsiklik antidepressantlardan zaharlanganda;
- gipokaliemiyada .

6. **Kalsiy xlorid**-10ml 10% dozada v/i ga (6,8 mmol Ca₂₊) giperkaliemiya, gipokalsiemiya, kalsiy kanali blokatorlaridan zaharlanganda qoʻllaniladi, reanimatsiya vaqtida qoʻllanilmaydi.

7. **Magniy sulfat** qon aylanish toʻxtashi gipomagniemiya zaminida kechganda qoʻllaniladi. Hozirgi kunda gipokaliemiya, diuretiklar bilan davolash, digoksin qabul qilganda ham qoʻllaniladi. Antiaritmik taʼsir koʻrsatadi, qorinchalar fibrillyasiyasida

effektiv. Boshlang'ich doza 2gr 40-50ml 5%li glyukoza eritmasida eritilib 1-2 daqiqada bolyusli yuboriladi. Natija bo'lmaganda 10-15 minutdan keyin takroran yuboriladi.

8. **Infuzion terapiya** maqsadida tuzli eritmalar (giperqlikemiya) tezkor tomchilar ko'rinishida qo'llaniladi. Qon aylanishi to'xtaganda o'tkaziladigan reanimatsiya vaqtida infuzion terapiya katta ahamiyatga ega. Kristalloidlar, kolloidlar, qon va qon preparatlari qo'llaniladi.

9. **Oksigenoterapiya.** Gipoksiyani bartaraf etish uchun zudlik bilan yuqori konsentrasiyada (100%) kislorod berish lozim. Yuqori konsentrasiyali kislorodni niqob yoki intubasion trubka orqali o'pkaga kiritish gipoksiyani kamaytiradi.

Elektroimpuls terapiya (EIT). Defibrillyasiya-qorinchalar fibrillyasiyasini bartaraf etish. Bunda Yurak ka katta kuchlanishli elektr razryadi bilan ta'sir qilinadi. Qorinchalar fibrillyasiyasida har bir Yurak miofibrillasi asinxron-ya'ni uyushmagan holda qisqara boshlaydi (bu jarayon asosida Re-entriy fenomeni yotadi). Elektr razryadi esa miofibrillalarni bir vaqtda depolyarizasiyasini ta'minlab, bir vaqtda qisqartiradi. Bunda birinchi bo'lib sinus tuguni faoliyati tiklanadi. Bugungi kunda defibrillyasiya maqsadida doimiy tokdan foydalaniladi.

Qon aylanishini to'satdan to'xtashini asosiy sabablari.

- Aritmiyalar
- Qorinchalar fibrillyasiyasi (80% holatlarda)
- Qorinchalar taxikardiyasi
- Sinus tuguni kuchsizligi sindromi
- YAqqol bradikardiya
- To'liq AV blokada
- O'tkir Yurak etishmovchiligi
- Miokard infarkti
- Kardiomiopatiyalar
- O'pka arteriyasi tromboemboliyasi
- O'tkir qon yo'qotishlar
- Mexanik jarohatlar
- CHap qorincha devorining yirtilishi
- Subaraxnoidal qon quyilishi
- Elektrdan jarohatlanish

Boshqa sabablar

- O'tkir zaharlanishlar
- Suv –elektrolit muvozanatining buzilishi
- Yurak ning reflektor to'xtashi
- Yurak ni diagnostik tekshirish asoratlari.

TESTSAVOLLARI.

1.Effektivnafasningmezoni:

a) Nafashajmi.

b) Minutliknafashajmi

v) Nafaschastotasi

*g) $RaSO_2$ va RaO_2

2. Gazningal' veoladanqongadiffuziyasi qandaybo'ladi?

*a) Al'veolyarepiteliy, biriktiruvchito'qimavakapillyarmembran aorqali.

b)

Kapillyarendoteliysivaal'veolyarepiteliy.

v) Faqatkapillyarendoteliysidan.

G). Faqatal'veolyarepiteliydan.

3. Uzoqdavometuvchigiperventilyatsiya chaqiradi:

a) Miyatemirinikengaytiradi.

b) Kislorodo'tilizatsiyasiningoshishi.

*v)

Nafasmarkazining SO_2 gasezgirliginingpas ayishi

g) Nafasatsidoz

4.70 yoshlierkakdaqonhajmiml/kg

a) 50 ml

b) 60 ml

*v) 65 ml

g) 100 ml

5.

Qaysiko'rsatkichbuyrakfunksiyasikon tsentratsiyasiniani qko'rsatadi ?

a) Qondamochevinakonsentratsiyasi.

b) Mochevinaklireisi.

v) Qondagikreatiniskonsentratsiyasi.

*g) Kreatinisklerensi.

6. Sistolikarterialbosimqanchagatgandakontakgafil' tratsiyasito'xtaydi ?

a) 90 mm. S.u.

*b) 70 mms.u.

v) 100 mm. S.u.

g) 80 mm. S.u.

7. Tomirichigamorfinyuborilgandanech aminutdankeyinnafasmaksimaldarajadapasayadi?

a) 1-2 min

*b) 3-7 min

v) 60-90 min

g) 15-30 min

d) 30-45 min

8. Parasimpatiknervsistemasigaatropin quyidagichata'sirqiladi.

a)

Atsetilxolin hosilbo'lishiningkamayishi.

b) Xolinesterazahosilbo'lishiningoshishi.

v) Mionevralsinapsgato'g'ridanto'g'ridepressiya.

*g) Atsetilxolingakonkurentantoganzim.

d) Adrenergikaktivliknstimulyatsiyasi.

9. Efirlianesteziyadagiperglikemiya bo'lishiningsababi.

a) Glikogenolitikmarkazstimulyatsiyasi

*b) Ko'pmiqdordaadrenalinajralishi.

v)

Efirningjigarhujayralarigabevositata'siri.

g) Insulinajralishi.

d) Mushaklardagliklgenolizningoshishi.

10. Ftoratansubnarkotikkonsentratsiyasidatata'sirqilish xususiyatigaega.

a) antianal'getik

*b) Anal'getik

v) Sedativ

g) antisedativ

d) analentik

11. Quyidagianestetiklardanqaysibiriuz oqta'sirqilish xususiyatigaega.

a) Lidokain

b) Trimekain

v) Dikain

*g) Markain

(bupivikani)

12. Atronin bilan premedikatsiya qilishq anday bemorlarga qarshiko'rsatmahisoblanadi.

a) Bronxialastma

b) Sinuslitaxikardiya

v) Hilnillovchitaxmaritmiya

*g) Glaukoma

13.

Endotraxeal narkozdan birkunkeyin mu shaklarog' rishiningsababi.

a) Intubatsiya qilgandatravmabo'lishi.

b)

Bemorni operatsion stolganoto'g' riyotqizish.

*v)

Suktsinilxolinqilingandamushakfibrilyatsiyasi.

14. Arduanyokiyokisuktsinilxolindanqolganqoldiqrelaksatsiyaningdavosi.

*a)

Boshqariladiganyokiyordamchiventilyatsiya.

b) Qonalmashtirish

v) Prozerimyuborish

g) Atropinyuborish.

15. Sun'iyqonaylanishdankeyinqiladiganeparinasineytralashuchunko'pinchanimaqiladi.

a) VitaminK

*b) Protaminsul'fat

v) Kal'tsiy xlorid

g) Xinidim

d) Vikosal

16. Bemoroperatsiyadan 72

soato'tgandanso'ngo'ladi,

anesteziyadavridaqusishkuzatilgan.

O'limsababinimabo'lishimumkin.

a) Bakterialpnevmoniya

*b) Ximikpnevmaniya

(Mendel'sonsindromi)

v) O'pkashishi

g) Pnevimatoraks

17. Nimasababdanakusherlikamaliyotidabarbituratlarniqo'llashmumkinemas.

*a) CHaqaloqdadepressiyachaqiradi.

b) Ko'ngilaynishvaqusishnichaqiradi.

v) Bachadontonusinipasaytiradi.

g) Qonketishinikuchaytiradi.

18. Tug'ayotganayollardapastkikovakvenasindromipaydobo'lishprofilaktikasi

.

a) Operativtug'ishnita'qiqlash

*b) CHaktamongaqaytish (yotqizish)

v) Intubatsiya

g) Tomirichiganoradrenalinyuborish

19. Tug'ayotganayolgadavolovchiqandaynarkozyuboriladi.

a) Kolipsol

*b) Natriyoksibutirat

v) Fentanil - droperidol

g) Geksenal

d) Barbiturat

20. Kattayoshliodamdaorqamiyasuyuqliginingumumiyhajmi.

a) 25 ml

b) 75 ml

*v) 130 ml

g) 200 mld) 250 ml.

21. Orqamiyaanesteziyasidagipotoniyaababi.

*a) Preganglionarsimpatikblokadas

b)

Buyrakustibezamiyaqisminiinnervatsiyalovchinervlarblokasi

v) Mushakparalichi

g) Orqamiyasuyuqligioqishi

d) Venaspazmi.

22. O'ngYurak

etishmovchiliginingbelgilari.

a) Arterialbosimlarningpasayishi

*b) MVBoshishi

v) MVBpasayishi

g) Anemiya

23. Bolalardaanesteziyaningsalbiybelgilardanbiri.

*a) Bradikardiya 50 ta

b) A/B 90/60 mm. S. U.

v) Taxikardiya 160 ta

g) Noregulyarnafas

24. SHokning 1 chibelgisi

a) MVBpasayishi

b) Yurak qisqarishiningpasayishi

*v) A/Bpasayishi

g) A/Boshishi

d) Venozqonningoshishi

25. Kardiogenshokningasosiysababi

a) Og'riq

*b)

Miokardqisqaruvchanlikfunktsiyasiningpasayishi.

v) Venalarpazmi

g) Gipovolemiya

26. SHokningqaysituridaMVBoshadi.

*a) Kardiogen

b) Anafilaktik

v) Septik

g) Travmatik

27. Havo emboliasibo'lgan bemorlarni qanday holatda o'tqizish kerak.

a) Orqagorizontal

b) Orqatrendelenburgholatda

*v) CHaptamon Trendelenburgholatda

g) O'ng tamon Trendelenburgholatda

28. Epileptik statusda o'limning asosiy sababi.

a) Yurak otilish pasayishi

b) Uzunchoqmiya funksiyasibuzilishi

*v) Nafas ventilyatsiyasi etishmovchiligi (ovozboylamlarining spazmi)

g) To'qima perfuziyasipasayishi

29. Jigar

etishmovchiligi bo'lgan bemorlarda elektrolitlar almashinuvi qanday holatda

a) Giperkaliemiya *b)

Gipokaliemiya

v) Gipoxloremiya g) Gipernatrimemiya

30. Jigar

etishmovchiligi rivojlanayotgandan qaysi parametrlar ko'rsatadi?

a) Qondagibilirubin

b) ALT va AST aktivligi

*v) Protrombin indeksi

g) Leykotsitlar

31. Jigar etishmovchiligida ekstrakorporal usullardan qaysi biri keng qo'llaniladi?

*a) Gemosorbtsiya

b) Gemosorbtsiya + gemodializ

v) plazmoforez

g) barchasi

D) limfosorbtsiya

32. Gemorragik shokdabirinchi navbatda qanday infuzion preparat yuboriladi?

a) poliglyukin

*b) Natriy xlorid + tonik eritmasi

v) toz sitratliqon

g) Al'bumin

d) Protein

34. Eklampsiyatutqanoq

xurujidami yashishikelibchiqish sababi:

a) Yurak otilish pasayishi

b)

Qon plazmasidan natriy vakaliy balansibuzilishi

*v) Ovozboylam spazmi

g) qononkotik bosimtushishi.

35. Eklampsiyada davometuvchitutqanoqlardashoshilinch effektivusul.

a) Seduksen vadroperidoldozasini oshirish

b) Gomkyuborish

*v)

Endotraxeal intubatsiya va IVL gao'tkazish.

g) Diuretiklarni yuqori dozada qo'llash

36. O'pkashishida qaysi diuretik ishlatilardi?

a) Laziks

b) Diakarb

v) Etakrinkislota

*g) Mannitol

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

A‘lo 5 baho	86-100%	Talaba Kardial o‘lim sindromi. Qon aylanish to‘xtashi turlari. Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko‘rsatish. O‘pka-Yurak reanimatsiyasi (O‘YUR) o‘tkazish tamoyillari. UASH taktikasi. to‘grisida to‘liq nazariy bilimga ega bo‘lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga Ega bo‘lsa, amalda qo‘llay olsa, mustaqil mushohada yuritsa, ijobiy fikrlay olsa
YAxshi 4 baho	71-85.9%	Talaba Kardial o‘lim sindromi. Qon aylanish to‘xtashi turlari. Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko‘rsatish. O‘pka-Yurak reanimatsiyasi (O‘YUR) o‘tkazish tamoyillari. UASH taktikasi. to‘grisida to‘liq nazariy bilimga ega bo‘lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga Ega bo‘lsa, amalda qo‘llay olsa.
Qoniqarli 3 baho	55-70.9%	Talaba Kardial o‘lim sindromi Qon aylanish to‘xtashi turlari to‘grisida tushunchaga ega bo‘lsa,
Qoniqarsiz 2 baho	55 dan past	Talaba: bilmasa va aniq tasavvurlarga Egabo‘lmasa, qo‘shimcha yo‘naltirilgan savollarga javob bera olmasa.

5-mavzu: Isitma sindromi. Klassifikatsiyasi, Klinikasi, diagnostikasi. Isitma sindromi tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 16-18s
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Reja	1. Isitma sindromi. tasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi. 2. Isitma rivojlanishining mexanizmlari 3. Isitma sindromi bilan bemorlardareanimatsiyavaintensivterapiya.
<p>Mavzuning maqsadi: Isitma sindromi. Isitma sindromi bemorlardareanimatsiyavaintensivterapiya. Bu maqsadga erishish uchun quyidagi shu harakatlarini bosqichma- bosqich bajarish lozim. I bosqich. Maqsad: Isitma sindromi, tasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi haqidama'lumotga ega bo'lish. Buning uchun: . Isitma sindromi rivojlanishining mexanizmlarini bilish. II bosqich. II. Maqsad: Isitma sindromi bilan bemorlardareanimatsiyavaintensivterapiya.</p>	
<p>Mavzuning vazifasi: Isitma sindromi. Isitma sindromi bilan bemorlarda reanimatsiya va intensiv terapiya.</p>	
Ta'lim berish usullari	Ko'rgazmali, Ma'ruza, suhbat
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	kompyuter, multimedia, slaydlar, mavzuga oid bemorlar va boshqalar
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat: savol-javob.

1.2. Asmatik status. Bronoobstuktivindrom, pnevmotoraksoqibatida rivojlangan nafas etishmovchiligi bilan bemorlardareanimatsiyavaintensivterapiya.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	1. Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. 2. Talabalarni mashg'ulotga tayyorligini tekshiradi 3. Davomatni nazorat qiladi.	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (20 daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish MA'RUZA si uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash. 3. Fanni o'rganishda faoydalaniladigan	

	adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish.	
2. Asosiy bosqich (235daqiqqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3. Slaydlar, multimediyalardan foydalaniladi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Yakuniy bosqich (15 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi. 2. Mustaqil ish beradi. 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

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

BAHOLASHSAVOLLARI.

1. Isitma sindromi nima.
2. Isitma sindromi turlari ?
3. Isitma etiologiyasi.
4. Isitmada intensive terapiya
5. Isitma bosqichlari.
6. Isitmaning diagnostik mezonlari?

Talabalar egallashi zarur bo'lgan amaliy ko'nikmalar:

Konikotomiyao'tkazish

Maqsad: Nafaso'tkazuvchanliginitiklash

Ko'rsatma: Nafasetishmovchiligi

Kerakli anjomlar: spirt, skalpel', nafasotkazuvchinaycha, mulyaj.

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajori (10 ball)	To'liq va aniq bajori (20 ball)
1	Bemornichalqanchayotqizish.	0	10	20
2	Anatomikmo'ljallarnianiqlash.	0	10	20

.	Vrachqo'livaoperastionmaydongaaseptikishlovberish.			
3	Operastiyamaydoninimahalliyog'riqsizlantirish.	0	10	20
4	Teriniko'ndalangkesishvayog'kletchatkasidanajratish.M embrananiko'ndalangkesish.	0	10	20
5	Naynachanitraxeyagakiritishvamahkamlash.	0	10	20
	Jami	0	50	100

“Miyashtrumi” metodi.

Uslubningasosiyqoidalari:

G'oyahosilqilishga xalaqitberuvchiqandaytanbehvatanqidiyfikrbildirmasin.

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

Buuslubharqandaysharoitdaoptimalqarorqabulqilishga, oppenentlarniqabulqilinayotganyo'lningto'g'riligigaishonchhosilqilishgao'rgatadi. Buuslubasosiy mavzunimuhokamaqilishdaoldindanyaxshiginatayyorgarlikdir.

Masalan: Darsmavzusi “Kardiogenshok”

O'qituvchidoskaoldidaturib, xossipmtomlarniaytingdebmurojaatqiladi. xosbelgilarnitalabalarbirma-biraytadilar:

Kardiogenshokga
Narkozklinikasiga

- Yurak sohasidagiog'riq;
- Nafasetishmovchili, hansirash;
- Sovuqterbosishi.

O'qituvchiguruhdagiharbirtalabaningmuhokamadaishtirokinikuzatibboradi.

Birortahamjavobto'g'riyokinoto'g'ridebsharxlanmaydi.

Hammavariantlartugagandanso'ngmuhokamaniboshlashmumkin.

Bundao'qituvchiso'raydi: “Qandayo'ylaysiz? Yurak sohasidagiog'riqinfarkmiokardebelsimi? yokiqovurg'alarnevralgiyasimi?”.

Talabalaro'qituvchibilanbirgalikdahammavariantlarnifaolmuhokaqilishgakirishadilar . Bundanoto'g'rijavoblarmuhokamatarzidahalqilinadivaasoslabberiladi.

SHundanso'ngo'qituvchibilimlarniko'proqmustahkamlashdata labalardanto'g'rivariantlarniyozi bolishniso'raydi.

Uslubningmaqsadi: Qisqavaqtichidaguruhdanko'pmiqdordavariantlarolish, talabalarbiliminianiqlashbundamuammolarnihalqilishgaqodirg'oyalartaklifqilinishim umkin.

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

TALABA UCHUN TOPSHIRIQ

№	Savol	Izohi
1.	Isitma sindromi. tasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi.	

2.	Isitma rivojlanishining mexanizmlari	
----	--------------------------------------	--

Talabning mustaqil bilimini tekshirish

№	Savol	Javob
1.	Isitma sindromi. tasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi.	
2.	Isitma rivojlanishining mexanizmlari	
3.	Isitmasindromi bilan bemorlardareanimatsiyavaintensivterapiya.	

Keys-metod Vaziyatimasalalar.

Vaziyatimasalalar.

1-masala.

Bemor Ubaydullaev N., 45 yoshda.

Uyidakechqurungijanjaldano'ngko'krakqafasidanjarohatolib (pichoqlangan) va Reanimatsiyabo'limigaolibkelingan.

Ertasikunijarohatlangansohadabirdanigakuchliog'riqboshlangan. 3

kundanberioq'riqezuvchi xarakterdada vometayapti. Bemordataxikardiya,

hansirash, gipotoniya kuzatiladi. Terisioqish, akratsianoz, sovuqter bilan qoplangan.

Bemoro'ngtomoniga (zararlangantomonga) yonboshlaganholatdayotadi.

Nafaschiqargandazararlangantomondagio'pkabujmayadivanasolgandao'rnigaqaytmaydi.

Rentgentdako'ksoralig'ia'zolarisog'tomongasiljigan.

Auskul'tatsiyadao'ngtomondanasaningsekinsusaygani, chapo'pkadanafaskuchaygan.

SAVOL: 1. YUqoridagilargaasoslanibbemorgatashxisqo'ying.

2. Sizningdavolashtaktikangizqanday?

MAVZU BAYONI.

Sepsis

Sepsis – bu organizmning mikroorganizm invaziyasiga tizimli yallig'lanish javob reaksiyasi hisoblanadi.

Epidemiologiya, etiologiya, patogenez. AQSHda yilida 300000-500000 kishi sepsis bilan kasallanadi, ulardan 100000tasi o'lim bilan tugaydi. Bularning 2/3 kismi stasionarda kuzatiladi. Sepsis bilan og'rikan bemorlarning 30-60% va septik shokka tushgan bemorlarning 60-80% qonini muhitga ekilganda, 75% bemorlarda grammanfiy bakteriyalar, 10-20% bemorlarda grammusbat kokklar va 2-5% zamburug'lar aniqlanadi.

Grammanfiy bakteriemiya rivojlanishi uchun xavfli omillar: qandli diabet, limfoproliferativ kasalliklar, jigar sirrozi, kuyish, invaziv muolajalar va neytropeniya. Grammusbat bakteriemiya rivojlanishining xavf omillari: tomir ichi kateterlari va mexanik muolajalar, kuyish va dorilarni vena ichiga yuborish.

Sepsis mikrob antigenlariga nisbatan organizmning kompleks reaksiyalari natijasida kelib chikadi: Lipopolisaxaridlar (LPS yoki endotoksinlar), peptoglikan va bir qancha hujayradan tashqari fermentlar va toksinlar. Organizmning javob reaksiyasi leykotsitlar, gumoral omillar (sitokinlar, prostoglandinlar, koagulyasiya omillari) va tomir endoteliysi tomonidan amalga oshiriladi.

Klinik ko‘rinishi. Isitma, qaltirash, taxikardiya, taxipnoe, es-hushning buzilishi va gipotenziya. SHu bilan birga septik reaksiyaning asta sekinlik rivojlanishi va yuqoridagi simptomlar bo‘lmasligi ham mumkin. Giperventilyasiya, dezorientatsiya va es-hushning buzilishi – sepsisning erta belgilari bo‘lib hisoblanadi. Keyinchalik arterial gipotenziya va TITQI sindromi kelib chiqishi mumkin.

Sepsisda teridagi o‘zgarishlar: sianoz, periferik to‘qimalar ishemik nekrozi, sellyulit, pufakcha, bulla, gemorragik zararlanish- lar kuzatiladi.

Oshqozon ichak yo‘li tomonidan: ko‘ngil aynishi, qusish, diareya, qabziyat, oshkozondan qon ketishi va xolestatik sariqlik belgilari kuzatiladi.

Asoratlari: Respirator distress sindrom («shokli o‘pka») 20-30% sepsis bilan og‘rigan bemorlarning kichik qon aylanish doirasida mikrotsirkulyasiyaning buzilishi natijasida kelib chiqadi va o‘pkaning diffuz infiltratsiyasi, gipoksemiya bilan birga kechadi.

Diagnostikasi. Sepsisni erta bosqichlarda aniqlash uchun yordam beradigan ishonchli laborator usul yo‘q. Klinik belgilari turli darajada yuzaga chiqishi mumkin, ular sepsisga xos bo‘lmaydi. Laborator o‘zgarishlardan leykotsitoz chapga siljish bilan, trombositopeniya, proteinuriya, leykopeniya ham bo‘lishi mumkin. YAqqol darajada rivojlangan gemoliz klostridial bakteriemiya, bezgakda yoki TITQI sindromida kuzatiladi. Giperventilyasiya chaqirgan respirator alkaloz, metabolik atsidoz va gipoksemiyaga almashinishi mumkin. Ko‘krak qafasi rentgenografiyasida kattalarning respirator distress sindromi va pnevmoniyani aniqlash mumkin. Aniq diagnoz qon ekmasidan keyin ko‘yiladi.

Davolash. Emperik davolash bemor, bemor yotgan statsionar va mahalliy mikrob florasi haqida klinik ma‘lumot asosida olib boriladi. Gemokultura javobi kelguncha grammanfiy va grammusbat bakteriyaga qarshidavolash olib boriladi. Birlamchi infeksiya o‘chog‘i aniqlanmagan bo‘lsa, sefotaksim (v/i 3 g har 6 soatda) yoki seftazidim (v/i 2g har 8 soatda) + gentamitsin yoki tobramitsin (1.5 mg/kg v/i har 8 soatda) yuboriladi. Agar bemor vena ichiga in‘eksiyalar olayotgan bo‘lsa, doimiy kateter qo‘yilgan bo‘lsa yoki terida infeksiya o‘chog‘i mavjud bo‘lsa nafsillin (v/i 3g har 6 soatda) yoki vankomitsinni (v/i 15mg/kg har 12 soatda) ham qo‘shish kerak. Agar infeksiya o‘chogi qorin bo‘shlig‘ida ekanligiga taxmin qilinsa metronidazol (v/i 500mg har 6 soatda) yoki klindamitsin (v/i 600mg har 6 soatda) bilan davo davom ettiriladi. Yiringli massani to‘qimalardan olib tashlash yoki infeksiya mahalliy o‘chog‘ini drenaj qilish lozim (doimiy vena ichiga yoki siydik pufagiga kateter

bo'lishi, yuqori jag' bo'shlig'i, qorin bo'shlig'i, paranefral bo'shliq, kichik chanoq). Gemodinamik buzilishlarni davolash to'qimalarni kislorod bilan ta'minlanishini me'yorlashtiradi. AQHni tiklash uchun v/i 1-2soat davomida 1-2 l izotonik eritma quyiladi. Refrakter shok bo'lgan, shuningdek qo'shilib keluvchi Yurak va buyrak zararlanishlarida bemor doimiy kuzatib boriladi.

Septik shok

Septik shok - bu murakkab patofiziologik jarayon bo'lib, patologik o'choqdan (limfadan, yiringli o'choqdan) ekstremal omil ta'siri natijasida qo'zg'atuvchi va uning toksinlarining qon oqimiga tashlanishi bilan bog'lik. Bu esa to'qima va organlarning zararlanishi bilan bir qatorda adaptatsiyaning nospetsifik mexanizmlarining zo'riqishi va gipoksiya, to'qimalar gipoperfuziyasi, moddalar almashinuvining chuqur buzilishi bilan kuzatiladi. Septik shok (infeksion-toksik, bakteriotoksik yoki endotoksik) massiv bakteremiya, bakteriya hujayrasining intensiv parchalanishi va endotoksinlarning ajralishi, tomir o'zani hajmi boshqarilishining buzilishi bilan kechuvchi tarqalgan infeksiyalarda rivojlanadi. Septik shok nafaqat bakterial infeksiyalarda, balki virusli infeksiyalar, sodda jonivorlar invaziyasida, zamburug'li sepsisda, og'ir shikastlanishlarda ham rivojlanishi mumkin.

Klinik ko'rinishi. Septik shokning boshlang'ich bosqichi. Infeksiyaning yallig'lanish o'chog'idan chiqishi yoki endotoksinning qon oqimiga tushishi septik shokning birinchi mexanizmini ishga tushiradi, bunda infeksiyaning pirogen ta'siri (ayniqsa endotoksinning) kuzatiladi. Qaltirash bilan kechadigan gipertermiya ($>38-39^{\circ}\text{S}$) septik shokning asosiy belgisidir. Ko'pincha gektik yoki noto'g'ri tipdagi zo'rayuvchi isitmada harorat yoshga xarakterli bo'lmagan yuqori darajalarga ko'tariladi (keksa bemorlarda $40-41^{\circ}\text{S}$), qon aylanishning buzilishi, taxikardii (Yurak qiskarishlar soni 1 minutda 90 tadan ortiq) bilan kechadi. Bu septik shokning boshlang'ich bosqichi «issiq normotenziya» deb ham ataladi. Markaziy gemodinamika tekshirilganda qon aylanishning giperdinamik turi aniqlanadi (Yurak indeksi $> 5\text{l}/\text{min}/\text{m}^2$).

Septik shokning kechki bosqichi. Jarayon zo'rayib boraversa yuqorida aytib o'tilgan klinik faza «issiq gipotenziya» fazasi bilan almashinadi, bunda tana harorati keskin yuqori ko'tariladi, qaltirash, bemor ruhiyatining buzilishi: qo'zg'alish, bezovtalik, o'zini boshqacha tutishi, ba'zan psixoz kuzatiladi. Teri qoplamlarini ko'rganda issiq, quruq, giperemiyalangan yoki pushti rangda. Nafas buzilishi giperventilyasiya tipida bo'ladi, bu esa nafas alkalozini va nafas olish muskullarining zo'riqishiga olib keladi. Taxikardiya (1 minutda 120 va undan ortiq) to'liq puls va gipotenziya bilan birga keladi. Bu bosqichda diurez oligouriyagacha kamayadi (1 soatda siydik ajratish 25 ml.dan kam).

Septik shokning terminal bosqichi. Septik shokning terminal bosqichi es-hushning buzilishi, o'pkada gaz almashinuvining buzilishi, periferik va

markaziy sirkulyator etishmovchilik, jigar va buyrak etishmovchiligi bilan kechadi. Bu bosqichni klinitsistlar boshqacha qilib «sovuq gipoteziya» deb ham atashadi. Simptomlari: hushning xiralashishi – komagacha, teri qoplamlarining oqarishi, akrotsianoza, oligoanuriya kuzatiladi. Sezilarli taxipnoe (1 minutda 40 dan ortiq nafas) oksigenoterapiya zaminida ham pasaymaydigan nafas etishmovchiligi hissi bilan qoʻshilib keladi.

Qaltirash va gipertermiya tana haroratining pasayishi bilan almashinadi. Tana haroratining pasayishi gʻarak-gʻarak terlash bilan birga kechadi. Sovuq va rangpar sianotik barmoqlar va tovonlar tarqalgan infeksiyaning patognomonik belgisidan biridir. Tez-tez (1 minutda 130-160 ta), toʻliqsiz, baʼzan aritmik puls arterial qon bosimining kritik tarzda tushishi bilan qoʻshilib keladi.

Organlar zararlanishining erta va aniq belgisi bu - buyrak funksiyasining buzilishi yaʼni azotemiya va oshib boruvchi oligoanuriya (diurez 10 ml/soat dan kam) hisoblanadi. Oshqozon ichak yoʻlining zararlanishi: dinamik ichak tutilishi va oshqozon ichakdan qon ketishi koʻrinishida boʻladi. Jigarning zararlanishida sariqlik va giperbilirubinemiya paydo boʻladi. Septik shokda qondagi xarakterli oʻzgarishlar: leykotsitlar $>12.0 \cdot 10^9/l$ neytrofilyoz, leykotsitar formulaning keskin «yosharishi» va leykotsitlarning toksik donadorligi. Septik shok uchun obʼektiv mezon leykotsitoz bilan birga leykotsitar indeksning oshishi (LII >10) va trombositopeniya ham boʻlishi mumkin. Baʼzida dinamika toʻlqinsimon xarakterda boʻladi, dastlab leykotsitoz soʻngra leykopeniya bilan almashinadi.

Septik shokning diagnostik mezonlari:

- Tana harorati 38-39°S dan yuqori yoki 36,5 dan past boʻlishi va qaltirashning boʻlishi. Keksa bemorlarda paradoksal gipotermiya kuzatiladi;
- Neyropsixik buzilishlar (dezorientatsiya, eyforiya, qoʻzgʻalish, sopor);
- Giper yoki gipodinamik sindrom, qon aylanishning buzilishi;
- Taxikardiya (YUQS minutiga 100-120 dan ortiq);
- Sistolik arteial bosim 90 mm sim ust. dan past;
- Mikrotsirkulyasiyaning buzilishi (teri qoplamlarining sovuq, rangpar, baʼzanzezilarlisargʻimtir boʻlishi);
- Taxipnoe va gipoksemiya (nafas harakatlari soni minutiga 20 ta yoki $RaSO_2$ 32 mm sim ust. dan kam, akrotsianoza);
- Oligoanuriya, siydik ajratish soatiga 30 ml dan kam yoki diurezni qoʻllab turish uchun diuretiklar ishlatib turishni talab qiladi;
- Laktat miqdori 2 mmol/l. dan yuqori.

Baʼzi klinitsistlar septik shokda uchlik simptomlarni ajratadilar: es-hushning buzilishi (dezorientatsiya va oʻzini tutishning oʻzgarishi), giperventilyasiya, infeksiya oʻchogʻining boʻlishi.

Septik shokda intensiv terapiyaning asosiy tamoyillari:

- Nafas olish va Yurak qon -tomir tizimini qoʻllash yoʻli bilan kislorod transportini tiklash;

- Respirator tizim funksiyasini tiklash: o'pkalarda gaz almashinuvini va qonda kislorod miqdorini yaxshilash ($SaO_2=90\%$, $RaO_2 = 60\text{mm.sim.ust.}$)
- Yurak qon-tomir tizimi funksiyasini tiklash: infuzion terapiya yo'li bilan volemik buzilishlarni korreksiya qilish, Yurak zarb hajmini me'yordagidan ko'ra 1.5-2 marta oshirish;
- Metabolik va organlardagi buzilishlar korreksiyasi;
- Infeksiya o'chog'ini yo'qotish;
- Samarali antibakterial terapiya uchun endolimfatik, limfatrop antibiotikoterapiyani qo'llash asosiy hisoblanadi.
- O'tkir buyrak etishmovchilini profilaktikasi (laziks)-siydik qopini kateterlash,soatlik, sutkalik diurezni nazorat qilish orqali.

YUqoridagi muolajalar shoshilinch va bir vaktida amalga oshirilishi kerak. Septik shokning maxsus terapiyasi mavjud emas. Respirator qo'llab quvvatlash. Sepsisda nafas etishmovchiligi 80% bemorlarda rivojlanadi. Bu esa o'pkaning yordamchi ventilyasiyasini talab qiladi. Deyarli barcha sepsis bilan og'rikan bemorlarda gipoksemiya kuzatiladi, shuning uchun ularga oksigenoterapiyaga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Agar bemorda taxipnoel minutda 30 ga yaqinlashsa va SaO_2 90%dan pasaysa traxeya intubatsiyasi rejalashtiriladi.

Infuzion terapiya mezonlari:

Septik shok bo'lgan bemorga o'rtacha 4- 6 litrgacha kristalloid eritmalar ($NaCl$ saqllovchi) yoki o'rtacha hajmdagi kolloid eritmalar quyish talab qilinadi. Infuzion terapiyaning eng yaxshi tartibi kristalloid va kolloid eritmalarini birgalikda ishlatish. Infuziya ko'proq «tajriba yo'li» orqali olib boriladi, lekin quyiladigan suyuqlik hajmi ko'p bo'lib, gemodinamik samara bo'lmasa, o'pka arteriyasi kateterizatsiyasi talab qilinadi. CHap qorinchada zo'riqishini baholashning yagona usuli to'g'ridan-to'g'ri o'pka areriyasida bosimni o'lchash hisoblanadi.

Natriy xloridning gipertonik (7.5%) eritmalarini qo'llash ham katta ahamiyatga ega. CHunki ular interstitsial to'qimadan o'ziga suyuqlikni tortib olishi hisobidan plazma hajmini tiklaydi.Septik shok holatidagi og'ir gipovolemiyada natriy xloridning gipertonik eritmasi (7,5 %) bilan kolloid eritmasini(GEK-refortan,stabizol) birgalikda (4ml/kg) qo'llash mikrotsirkulyasiyani va to'qimalar perfuziyasini tezda yaxshilaydi. Suyuqlik hajmini to'ldirgandan so'ng ham arterial bosim pastligicha qolsa vazopressorlar va kardiostimulyatorlar qo'llaniladi. Vazopressorlarning gipovolemiyani yo'qotilmagan paytda qo'llanilishi zararli hisoblanadi, chunki ular to'qima va organlar perfuziyasini buzadi. Hajm to'ldirilgandan so'ng quyidagi ishlar qilinadi: dopamin (dofamin) etarlicha past bo'lgan arterial bosimda 5mkg/kg/min dan qo'llaniladi, keyinchalik kerakli natija olish uchun oshirib boriladi. Dopaminni sekinlik bilan kiritish buyraklarda qon aylanishini yaxshilaydi. A/B juda pasayganda dopaminga noradrenalin qo'shiladi.

TESTSAVOLLARI.

1. Effektivnafasningmezoni:

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

2. Bronxospazmniyo'qotishdako'proq nima qilishma'qulroq?

- a) Traxeobronxialsekretsiyasiyo'qotish
- b) Bo'yinvenalarnishishiniyo'qotishi
- v) MVB 1,96 kPA / 20 sm. suv.ust.
- *g) $RaSO_2$ 5,3 kPA / 49 sm.suv.ust.

3. Bemorhushsiz, A/B 90/60 min.s.u. nafassoni 30

tarefleksyo'qolganhamdakeltirilgan to'shagioldida

Naetaminbo'shfilakoni.

Onasiningaytishichaflakonda 30 tatabletkabo'lgan. 1-

navbatdanimaqilinadi?

- a) Forsirlangandiurez
- b) Gemosorbtsiya
- v) IVLgao'tkazish
- *g) Traxeyaintubatsiyasi, oshqozonyuvish
- d) Oshqozonyuvish, venaichigabemegridyuborish.

4.

Metilspirtizaharlangandaspetsifikte rapiya.

- a) Venaichiga 50 mg/kgbemegrid
- b) Forsirlangandiurez
- v) Barvaqtgemosorbtsiya
- *g) Venaichigaetilspirti 2 ml/kgsutkada
- d) Venaichiga 20-40% glyukozainsulinbilanyuborish.

5.

Qastdano'zinizaharlanganbemorni ambulatordavolanishinipsixiatrmaslahatisiztavsiyaqilishmumkinmi?

- *a) Ha) Yo'q

6. Mendel'sonsindromikelibchiqishi bog'liq:

- a) Aspiratsiyalangansuyuqlikhajmibilan
- *b) Oshqozonshirasikislotaliligibilan

v)

Oshqozonsuyuqligibilano'tsuyuqligiaralashmasibilan

g) Allergikfon

d)

parasimpatiknervsistemasitonusbilan.

7. Gipoglikemikkomaningasosiypatogenezi:

a) Kompensatsiyalashmaganmetabolikat sidozrivojlanishi.

b) Yurak etishmovchiligi.

*v)

Miyato'qimasidaglyukozanikontsentratsiyasipasayishi

g) Jigar etishmovchiligi

d) Barchasi.

8. Gipoglikemiyadaqondaglyukozan echaga

etgandaklinikbelgilarnamoyonbo'la di?

a) 8 mmol'/l

b) 6 mmol'/l

v) 5 mmol'/l

g) 3 mmol'/l

*d) 3 mmol'/ldankam.

9. Qandliabetkeltiribchiqaradi:

*a) Barvaqtaterosklerozkelibchiqadi

b) Jigar etishmovchiligi

v) Osteoxondroz

g) Polinevritvanevralgiya

d) Barchasi.

10. Qandliabetdabemorlaro'limini ngasosiysababi:

a) OPN

b) O'tkirjigar etishmovchiligi

*v) MiokardinfarktivaMO'QAB

g) SBE

d) Barchasi

11. Giperosmolyarkomaningpatogenezi:

a)

Kompensatsiyalashmaganmetabolikat sidoz.

*b)

YAqqol

xujayraichidegitratatsiyasi

v)

YAqqolnamoyonbo'lganketoatsidoz

g) O'BE

d) Barchasi.

12.MO'QABdahushningyo'qolishis ababi:

a) Miyatomirlariningkengayishi

*b) Miyatomiralarispazmi

v) Miyachuqurstrukturalaribuzilishi.

g) Boshmiyashishi

d)

Miyagakeladiganglyukozamiqdorinin gtezdakamayishi.

13.Sog'lomodamdamiyaqonaylanis hitezligi:

a) 10 ml/100 grmiyaminutida

b) 20 ml/100 grmiyaminutida

v) 30 ml/100 grmiyaminutida

*g) 40 ml/100 grmiyaminutida

d)

Boshqato'qimalardanfarqqilinmaydi.

14.SO₂miyatomirlarigaqandayta'sir qiladi?

*a) Kegaytiradi

b) Qisqartiradi

v) Toraytiradi

d) Falajqiladi

15.BemorningAQB 140/80 mm.sim.ust. danbirdan 0 gatushgan.

Uninglikvorbosimi qanchabo'ladi?

*a) 0

b) 40 sm.suv.ust.

v) 100 smsuv. Ust.

G) 150 smsuv.ust.

D) LikvorbosismiAQBgabog'liqemas.

16.Gematoentsefalikbar' erfunktsiy asiniqaysipreparatengyaxshinormal lashtiradi?

a) Eufillin

*b) Glyukokortikoid

v) SaSI

g) Mani

d) Furasemid

17.Rejali

xoletsistektomiyaoperatsiyasiqilina diganbemorda "bo'shoshqozon" holatinikeltiribchiqarishuchunnima qilishkerak?

a)

Operatsiyadanoldinoshqozonniyaxshil abyuvish

b) Tozalovchihuqnaqilish

*v) Operatsiyadan 12 soatoldinovqatlanmaslik.

g) Operatsiyadan 6 soatoldinovqatlanmaslik.

18.Qandlidiabetborbemorda qandmiqdori 10 mmol'/lgateng. Operatsiyadanoldinbemorgaqancha miqdordainsulinyuboriladi?

a)Qilinmaydi

*b) 10 ed

v) 20 ed

g) 30 ed.

19.Qorinolddevoriflegmonasiniochi shuchuntomirichigayuboriladigank etalardozasiniko'rsating

a) 1 mg/ kg

*b) 2-4 mg/ kg

v) 4-6 mg/ kg

g) 6-8 mg/ kg

d) 8-10 mk/kg

20.Quyidagipreparatlardanqaysibir ineyrovegetativhimoya qiladi?

a) Dipidolor

*b) Droperidol

v) fentanil

g) Azotoksidi

d0 Arduan.

21.Anesteziyadaqaysipreparatanal' getikkomponent xususiyatigaega?

*a) Fentanil, promedol, dipidolor

b) GOMK, relanium, seduksen

v) Droperidol, galoperidol

g) Arduan, tubarin, ditilin

d0 Barchasi.

22.Nimasababdanrelaksantlarumu miyansteziyadaishlatiladi?

a)

Umumiyanestetiklarta'sirinikuchaytir adi.

b)

gemodinamikanistabilizatsiyalashtiradi, miorelaksatsiyaqiladi.

v) AQBnipasaytiradi, buintraoperatsionqonketishnikamaytiradi.

g) Mushaknirelaksatsiyaqiladi.

*d) Mushaknirelaksatsiyaqiladiva 1-2 bo'yindaanesteziyaqilishuchunqulay.

23.Regurgitatsiyanima?

a) Narkozpaytidagiqusish.

b) Qusuqmassasibilanqusish

*v) Nafasyo'liga, oshqozon-ichaktraktidagimassaningtushishi.

g)

Narkozpaytidashillikvaso'lakaspiratsiyasi.

24. Kirishnarkozipaytida (2% tiopental) bemorda

“kukarikuyushie” nafas, tsianoz, taxikardiya, AQB 180/80 mm.sim.ust.. Maskaliventilyatsiya (O₂) qilibbo'lmaydi.

Buqandayasorat?

a) Bronxospazm

b) Gipetonikkriz

v) Gipoksiya

*g) Laringospazm

d) Giperkalemiya.

Isitma sindromi.Tasnifi, Klinikasi, diagnostikasi, tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi.

A'lo 5 baho	86-100%	Talaba Isitma sindromi. Tasnifi, Klinikasi, diagnostikasi. Septik shokda tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi to'grisida to'liq nazariy bilimga ega bo'lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga Ega bo'lsa, amalda qo'llay olsa, mustaqil mushohada yuritsa, ijobiy fikrlay olsa
YAxshi 4 baho	71-85.9%	Talaba Isitma sindromi. Tasnifi, Klinikasi, diagnostikasi. Septik shokda tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi to'grisida to'liq nazariy bilimga ega bo'lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga Ega bo'lsa, amalda qo'llay olsa.
Qoniqarli 3 baho	55-70.9%	Talaba Isitma sindromi. Tasnifi, Klinikasi, diagnostikasi to'grisida tushunchaga ega bo'lsa,
Qoniqarsiz 2 baho	55 dan past	Talaba: bilmasa va aniq tasavvurlarga Egabo'lmasa, qo'shimcha yo'naltirilgan savollarga javob bera olmasa.

6-mavzu: Sepsis. Klinikasi, diagnostikasi. Septik shokda tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 16-18s
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashgulot
Reja	1. Sepsis rivojlanishining mexanizmlari 2. Sepsis bilan bemorlarda reanimatsiya va intensiv

	terapiya. 3. Septik shokda tez tibbiy yordam ko'rsatish.
<p>Mavzuning maqsadi: Sepsis bilan bemorlarda reanimatsiya va intensiv terapiya.</p> <p>Bu maqsadga erishish uchun quyidagi shu harakatlarini bosqichma- bosqich bajarish lozim.</p> <p>I bosqich. Maqsad: Sepsis, tasnifi, etiologiyasi, patogenezini, klinikasi haqidama'lumotga ega bo'lish.</p> <p>Buning uchun:</p> <p>. Sepsis rivojlanishining mexanizmlarini bilish.</p> <p>II bosqich. II. Maqsad: Sepsis bilan bemorlarda reanimatsiya va intensiv terapiya.</p>	
<p>Mavzuning vazifasi: Isitma sindromi. Sepsis bilan bemorlarda reanimatsiya va intensiv terapiya.</p>	
Ta'lim berish usullari	Ko'rgazmali, Ma'ruza, suhbat
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	kompyuter, multimedia, slaydlar, mavzuga oid bemorlar va boshqalar
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat: savol-javob.

1.2. Asmatik status. Bronxoobstruktiv sindrom, pnevmotoraks oqibatida rivojlangan nafas etishmovchiligi bilan bemorlarda reanimatsiya va intensiv terapiya.

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

bosqich (15 daqiqa)	2. Mustaqil ish beradi. 3. Uyga vazifa beradi	Yozib oladi Yozib oladi
------------------------	--	----------------------------

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

BAHOLASHSAVOLLARI.

1. Sepsis nima.
2. Sepsis klinik koʻrinishi?
3. Sepsis etiologiyasi.
4. Septik shok nima.
5. Septik shok bosqichlari.
6. Septik shokning diagnostik mezonlari?

Talabalar egallashi zarur boʻlgan amaliy koʻnikmalar:

Konikotomiyaoʻtkazish

Maqsad: Nafasoʻtkazuvchanliginitiklash

Koʻrsatma: Nafasetishmovchiligi

Kerakli anjomlar: spirt, skalpelʻ, nafasoʻtkazuvchinaycha, mulyaj.

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajaran (10 ball)	Toʻliq va aniq bajaran (20 ball)
1	Bemornichalqanchayotqizish.	0	10	20
2	Anatomikmoʻljallarnianiqlash. Vrachqoʻlivaoperastionmaydongaaseptikishlovberish.	0	10	20
3	Operastiyamaydoninimahalliyogʻriqsizlantirish.	0	10	20
4	Terinikoʻndalangkesishvayogʻkletchatkasidanajratish.Membrananikoʻndalangkesish.	0	10	20
5	Naynachanitraxeyagakiritishvamahkamlash.	0	10	20
	Jami	0	50	100

“Miyashtrumi” metodi.

Uslubningasosiyqoidalari:

Gʻoyahosilqilishga xalaqitberuvchiqandaytanbehvatanqidiy fikrbildirmasin.

- Engkoʻpmiqdodatakliflarolish.

- G'oyalarkombinastiyasivaulardanrivojlantirish
- Guruhlarkombinastiyasivaulargaishlovberuvchilargaajratish.

Bu slub har qanday sharoitda optimal qaror qabul qilishga, opponentlarni qabul qilinayotganyo'lning to'g'riligiga ishonch hosil qilishga o'rgatadi. Bu slub asosiy mavzu ni muhokama qilishda oldindanyaxshiginatayyorgarlikdir.

Masalan: Dars mavzusi "Kardiogenshok"

O'qituvchidosa oldidaturib, xossipmtomlarni ayting deb murojaat qiladi. xos belgilarni talabalar birma-biraytadilar:

Kardiogenshokga
Narkoz klinikasiga

- Yurak sohasidagi og'riq;
- Nafasetish movchili, hansirash;
- Sovuqter bosishi.

O'qituvchi guruhdagihar birtalabaning muhokamada ishtirokinikuzatib boradi. Bir ortaham javob to'g'riyokinoto'g'rideb sharxlanmaydi. Hammavariantlartugagandanso'ngmuhokamaniboshlash mumkin.

Bundao'qituvchiso'raydi: "Qandayo'ylaysiz? Yurak sohasidagi og'riq infarkmiokard belgisimi? yoki qovurg'alar nevr algiyasimi?". Talabalar o'qituvchibilan birgalikdammavariantlarnifaol muhokaqilishgakirishadilar. Bundanoto'g'rijavoblarmuhokamatarzidahalqilinadivaasoslabberiladi. SHundan so'ngo'qituvchibilimlarniko'proq mustahkamlashdatalabalardanto'g'rivariantlarni yozib olish niso'raydi.

Uslubning maqsadi: Qisqavaqtichidaguruhdanko'pmiqdordavariantlar olish, talabalar bilimlarni aniqlash bundam uammolarni hal qilishga qodir g'oyalartaklif qilinishim umkin.

**Mavzu bo'yicha talabalarning mustaqil ishi. (talabalar bajaradigan topshiriqlar ma'zuni, bajarish bo'yicha uslubiy ishlanmalar, bajarish shakllari) TARQATMA MATERIAL
TALABA UCHUN TOPSHIRIQ**

№	Savol	Izohi
1.	Sepsis. tasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi.	
2.	Sepsis rivojlanishining mexanizmlari	

Talabaning mustaqil bilimini tekshirish

№	Savol	Javob
1.	Sepsis. tasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi.	
2.	Sepsis rivojlanishining mexanizmlari	
3.	Sepsis bilan bemorlardareanimatsiyavaintensiv terapiya.	

Keys-metod Vaziyatiy masalalar.

Vaziyatiy masalalar.

1-masala.

Bemor Ubaydullaev N., 45 yoshda.

Uyidakechqurungijanjaldano'ngko'krakqafasidan jarohat olib (pichoqlangan)

va Reanimatsiyabo'limiga olib kelingan.

Ertas kunijarohatlangan sohadabirdanigakuchliog'riqboshlangan. 3

kundan beri og'riqezuvchi xarakterdada vometayapti. Bemordata xikardiya, hansirash, gipotoniyakuzatiladi. Terisioqish, akratsianoz, sovuqter bilan qoplangan.

Bemoro'ngtomoniga (zararlangan tomonga) yonboshlagan holatdayotadi.

Nafaschiqarganda zararlangan tomonga do'pkabujmayadivana nafasolgan do'rniga qaytmaydi.

Rentgentdako'ksoralig'ia'zolarisog'tomongasiljigan.

Auskul'tatsiyadao'ngtomondan nafasning sekinsusaygani, chapo'pkadanafaskuchaygan.

SAVOL: 1. YUqoridagilarga asoslanib bemorgatashxisqo'ying.

2. Sizning davolashtaktikangizqanday?

MAVZU BAYONI.

Sepsis

Sepsis – bu organizmning mikroorganizm invaziyasiga tizimli yallig'lanish javob reaksiyasi hisoblanadi.

Epidemiologiya, etiologiya, patogenez. AQSHda yilida 300000-500000 kishi sepsis bilan kasallanadi, ulardan 100000 tasi o'lim bilan tugaydi. Bularning 2/3 kismi statsionarda kuzatiladi. Sepsis bilan og'riqan bemorlarning 30-60% va septik shokka tushgan bemorlarning 60-80% qonini muhitga ekilganda, 75% bemorlarda grammanfiy bakteriyalar, 10-20% bemorlarda grammusbat kokklar va 2-5% zamburug'lar aniqlanadi.

Grammanfiy bakteriemiya rivojlanishi uchun xavfli omillar: qandli diabet, limfoproliferativ kasalliklar, jigar sirrozi, kuyish, invaziv muolajalar va neytropeniya. Grammusbat bakteriemiya rivojlanishining xavfli omillari: tomir ichi kateterlari va mexanik muolajalar, kuyish va dorilarni vena ichiga yuborish.

Sepsis mikroorganizmlariga nisbatan organizmning kompleks reaksiyalari natijasida kelib chikadi: Lipopolisaxaridlar (LPS yoki endotoksinlar), peptoglikan va bir qancha hujayradan tashqari fermentlar va toksinlar. Organizmning javob reaksiyasi leykotsitlar, gumoral omillar (sitokinlar, prostoglandinlar, koagulyasiya omillari) va tomir endoteliysi tomonidan amalga oshiriladi.

Klinik ko'rinishi. Isitma, qaltirash, taxikardiya, taxipnoe, es-hushning buzilishi va gipotenziya. SHu bilan birga septik reaksiyaning asta sekinlik rivojlanishi va yuqoridagi simptomlar bo'lmasligi ham mumkin. Giperventilyasiya, dezorientatsiya va es-hushning buzilishi – sepsisning erta belgilari bo'lib hisoblanadi. Keyinchalik arterial gipotenziya va TITQI sindromi kelib chiqishi mumkin.

Sepsisda teridagi o'zgarishlar: sianoz, periferik to'qimalar ishemik nekrozi, sellulit, pufakcha, bulla, gemorragik zararlanishlar kuzatiladi.

Oshqozon ichak yo'li tomonidan: ko'ngil aynishi, qusish, diareya, qabziyat, oshkozondan qon ketishi va xolestatik sariqlik belgilari kuzatiladi.

Asoratlari: Respirator distress sindrom («shokli o'pka») 20-30% sepsis bilan og'riqan bemorlarning kichik qon aylanish doirasida mikrotsirkulyasiyaning buzilishi natijasida kelib chiqadi va o'pkaning diffuz infiltratsiyasi, gipoksemiya bilan birga kechadi.

Diagnostikasi. Sepsisni erta bosqichlarda aniqlash uchun yordam beradigan ishonchli laborator usul yo'q. Klinik belgilari turli darajada yuzaga chiqishi mumkin, ular sepsisga xos bo'lmaydi. Laborator o'zgarishlardan leykotsitoz chapga siljish bilan, trombositopeniya, proteinuriya, leykopeniya ham bo'lishi mumkin. YAqqol darajada rivojlangan gemoliz klostridial bakteriemiya, bezgakda yoki TITQI sindromida kuzatiladi. Giperventilyasiya chaqirgan respirator alkaloz, metabolik atsidoz va gipoksemiya almashinishi mumkin. Ko'krak qafasi rentgenografiyasida kattalarning respirator distress sindromi va pnevmoniyani aniqlash mumkin. Aniq diagnoz qon ekmasidan keyin ko'yiladi.

Davolash. Emperik davolash bemor, bemor yotgan statsionar va mahalliy mikroob florasi haqida klinik ma'lumot asosida olib boriladi. Gemokultura javobi kelguncha grammanfiy va grammusbat bakteriyaga qarshidavolash olib boriladi. Birlamchi infeksiya o'chog'i aniqlanmagan bo'lsa, sefotaksim (v/i 3 g har 6 soatda) yoki seftazidim (v/i 2g har 8 soatda) + gentamitsin yoki tobramitsin (1.5 mg/kg v/i har 8 soatda) yuboriladi. Agar bemor vena ichiga in'eksiyalar olayotgan bo'lsa, doimiy kateter qo'yilgan bo'lsa yoki terida infeksiya o'chog'i mavjud bo'lsa nafsillin (v/i 3g har 6 soatda) yoki vankomitsinni (v/i 15mg/kg har 12 soatda) ham qo'shish kerak. Agar infeksiya o'chog'i qorin bo'shlig'ida ekanligiga taxmin qilinsa metronidazol (v/i 500mg har 6 soatda) yoki klindamitsin (v/i 600mg har 6 soatda) bilan davo davom ettiriladi. Yiringli massani to'qimalardan olib tashlash yoki infeksiya mahalliy o'chog'ini drenaj qilish lozim (doimiy vena ichiga yoki siydik pufagiga kateter bo'lishi, yuqori jag' bo'shlig'i, qorin bo'shlig'i, paranefral bo'shliq, kichik chanoq). Gemodinamik buzilishlarni davolash to'qimalarni kislorod bilan ta'minlanishini me'yorlashtiradi. AQHni tiklash uchun v/i 1-2soat davomida 1-2l izotonik eritma quyiladi. Refrakter shok bo'lgan, shuningdek qo'shilib keluvchi Yurak va buyrak zararlanishlarida bemor doimiy kuzatib boriladi.

Septik shok

Septik shok - bu murakkab patofiziologik jarayon bo'lib, patologik o'choqdan (limfadan, yiringli o'choqdan) ekstremal omil ta'siri natijasida qo'zg'atuvchi va uning toksinlarining qon oqimiga tashlanishi bilan bog'lik. Bu esa to'qima va organlarning zararlanishi bilan bir qatorda adaptatsiyaning nospetsifik mexanizmlarining zo'riqishi va gipoksiya, to'qimalar gipoperfuziyasi, moddalar almashinuvining chuqur buzilishi bilan kuzatiladi. Septik shok (infeksion-toksik, bakteriotoksik yoki endotoksik)

massiv bakteriemiya, bakteriya hujayrasining intensiv parchalanishi va endotoksinlarning ajralishi, tomir oʻzani hajmi boshqarilishining buzilishi bilan kechuvchi tarqalgan infeksiyalarda rivojlanadi. Septik shok nafaqat bakterial infeksiyalarda, balki virusli infeksiyalar, sodda jonivorlar invaziyasida, zamburugʻli sepsisda, ogʻir shikastlanishlarda ham rivojlanishi mumkin.

Klinik koʻrinishi. Septik shokning boshlangʻich bosqichi. Infeksiyaning yalligʻlanish oʻchogʻidan chiqishi yoki endotoksinning qon oqimiga tushishi septik shokning birinchi mexanizmini ishga tushiradi, bunda infeksiyaning pirogen taʼsiri (ayniqsa endotoksinning) kuzatiladi. Qaltirash bilan kechadigan gipertermiya ($>38-39^{\circ}\text{S}$) septik shokning asosiy belgisidir. Koʻpincha gektik yoki notoʻgʻri tipdagi zoʻrayuvchi isitmada harorat yoshga xarakterli boʻlmagan yuqori darajalarga koʻtariladi (keksa bemorlarda $40-41^{\circ}\text{S}$), qon aylanishning buzilishi, taxikardii (Yurak qiskarishlar soni 1 minutda 90 tadan ortiq) bilan kechadi. Bu septik shokning boshlangʻich bosqichi «issiq normotenziya» deb ham ataladi. Markaziy gemodinamika tekshirilganda qon aylanishning giperdinamik turi aniqlanadi (Yurak indeksi $> 5\text{l}/\text{min}/\text{m}^2$).

Septik shokning kechki bosqichi. Jarayon zoʻrayib boraversa yuqorida aytib oʻtilgan klinik faza «issiq gipotenziya» fazasi bilan almashinadi, bunda tana harorati keskin yuqori koʻtariladi, qaltirash, bemor ruhiyatining buzilishi: qoʻzgʻalish, bezovtalik, oʻzini boshqacha tutishi, baʼzan psixoz kuzatiladi. Teri qoplamlarini koʻrganda issiq, quruq, giperemiyalangan yoki pushti rangda. Nafas buzilishi giperventilyasiya tipida boʻladi, bu esa nafas alkaloz va nafas olish muskullarining zoʻriqishiga olib keladi. Taxikardiya (1 minutda 120 va undan ortiq) toʻliq puls va gipotenziya bilan birga keladi. Bu bosqichda diurez oligouriyagacha kamayadi (1 soatda siydik ajratish 25 ml.dan kam).

Septik shokning terminal bosqichi. Septik shokning terminal bosqichi es-hushning buzilishi, oʻpkada gaz almashinuvining buzilishi, periferik va markaziy sirkulyator etishmovchilik, jigar va buyrak etishmovchiligi bilan kechadi. Bu bosqichni klinitsistlar boshqacha qilib «sovuq gipoteziya» deb ham atashadi. Simptomlari: hushning xiralashishi – komagacha, teri qoplamlarining oqarishi, akrotsianoza, oligoanuriya kuzatiladi. Sezilarli taxipnoe (1 minutda 40 dan ortiq nafas) oksigenoterapiya zaminida ham pasaymaydigan nafas etishmovchiligi hissi bilan qoʻshilib keladi.

Qaltirash va gipertermiya tana haroratining pasayishi bilan almashinadi. Tana haroratining pasayishi gʻarak-gʻarak terlash bilan birga kechadi. Sovuq va rangpar sianotik barmoqlar va tovonlar tarqalgan infeksiyaning patognomonik belgisidan biridir. Tez-tez (1 minutda 130-160 ta), toʻliqsiz, baʼzan aritmik puls arterial qon bosimining kritik tarzda tushishi bilan qoʻshilib keladi.

Organlar zararlanishining erta va aniq belgisi bu - buyrak funksiyasining buzilishi yaʼni azotemiya va oshib boruvchi oligoanuriya (diurez 10ml/soat

dan kam) hisoblanadi. Oshqozon ichak yo'lining zararlanishi: dinamik ichak tutilishi va oshqozon ichakdan qon ketishi ko'rinishida bo'ladi. Jigarning zararlanishida sariqlik va giperbilirubinemiya paydo bo'ladi. Septik shokda qondagi xarakterli o'zgarishlar: leykotsitlar $>12.0 \cdot 10^9/l$ neytrofilyoz, leykotsitar formulaning keskin «yosharishi» va leykotsitlarning toksik donadorligi. Septik shok uchun ob'ektiv mezon leykotsitoz bilan birga leykotsitar indeksning oshishi ($LII > 10$) va trombositopeniya ham bo'lishi mumkin. Ba'zida dinamika to'liqinsimon xarakterda bo'ladi, dastlab leykotsitoz so'ngra leykopeniya bilan almashinadi.

Septik shokning diagnostik mezonlari:

- Tana harorati $38-39^{\circ}S$ dan yuqori yoki $36,5$ dan past bo'lishi va qaltirashning bo'lishi. Keksa bemorlarda paradoksal gipotermiya kuzatiladi;
- Neyropsixik buzilishlar (dezorientatsiya, eyforiya, qo'zg'alish, sopor);
- Giper yoki gipodinamik sindrom, qon aylanishning buzilishi;
- Taxikardiya (YUQS minutiga $100-120$ tadan ortiq);
- Sistolik arteial bosim 90 mm sim ust. dan past;
- Mikrotsirkulyasiyaning buzilishi (teri qoplamlarining sovuq, rangpar, ba'zansenzillarlisarg'imir bo'lishi);
- Taxipnoe va gipoksemiya (nafas harakatlari soni minutiga 20 ta yoki $RaSO_2$ 32 mm sim ust. dan kam, akrotsianoz);
- Oligoanuriya, siydik ajratish soatiga 30 ml dan kam yoki diurezni qo'llab turish uchun diuretiklar ishlatib turishni talab qiladi;
- Laktat miqdori 2 mmol/l.dan yuqori.

Ba'zi klinitsistlar septik shokda uchlik simptomlarni ajratadilar: es-hushning buzilishi (dezorientatsiya va o'zini tutishining o'zgarishi), giperventilyasiya, infeksiya o'chog'ining bo'lishi.

Septik shokda intensiv terapiyaning asosiy tamoyillari:

- Nafas olish va Yurak qon -tomir tizimini qo'llash yo'li bilan kislorod transportini tiklash;
- Respirator tizim funksiyasini tiklash: o'pkalarda gaz almashinuvini va qonda kislorod miqdorini yaxshilash ($SaO_2=90\%$, $RaO_2 = 60$ mm.sim.ust.)
- Yurak qon-tomir tizimi funksiyasini tiklash: infuzion terapiya yo'li bilan volemik buzilishlarni korreksiya qilish, Yurak zarb hajmini me'yordagidan ko'ra $1.5-2$ marta oshirish;
- Metabolik va organlardagi buzilishlar korreksiyasi;
- Infeksiya o'chog'ini yo'qotish;
- Samarali antibakterial terapiya uchun endolimfatik, limfatrop antibiotikoterapiyani qo'llash asosiy hisoblanadi.
- O'tkir buyrak etishmovchilini profilaktikasi (laziks)-siydik qopini kateterlash,soatlik, sutkalik diurezni nazorat qilish orqali.

YUqoridagi muolajalar shoshilinch va bir vaktida amalga oshirilishi kerak. Septik shokning maxsus terapiyasi mavjud emas. Respirator qo'llab quvvatlash. Sepsisda nafas etishmovchiligi 80% bemorlarda rivojlanadi. Bu esa o'pkaning yordamchi ventilyasiyasini talab qiladi.

Deyarli barcha sepsis bilan og'rikan bemorlarda gipoksemiya kuzatiladi, shuning uchun ularga oksigenoterapiyaga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Agar bemorda taxipnoel minutda 30 ga yaqinlashsa va SaO₂ 90%dan pasaysa traxeya intubatsiyasi rejalashtiriladi.

Infuzion terapiya mezonlari:

Septik shok bo'lgan bemorga o'rtacha 4- 6 litrgacha kristalloid eritmalar (NaCl saqllovchi) yoki o'rtacha hajmdagi kolloid eritmalar quyish talab qilinadi. Infuzion terapiyaning eng yaxshi tartibi kristalloid va kolloid eritmalarini birgalikda ishlatish. Infuziya ko'proq «tajriba yo'li» orqali olib boriladi, lekin quyiladigan suyuqlik hajmi ko'p bo'lib, gemodinamik samara bo'lmasa, o'pka arteriyasi kateterizatsiyasi talab qilinadi. CHap qorinchada zo'riqishini baholashning yagona usuli to'g'ridan-to'g'ri o'pka areriyasida bosimni o'lchash hisoblanadi.

Natriy xloridning gipertonik (7.5%) eritmalarini qo'llash ham katta ahamiyatga ega. CHunki ular interstitsial to'qimadan o'ziga suyuqlikni tortib olishi hisobidan plazma hajmini tiklaydi. Septik shok holatidagi og'ir gipovolemiyada natriy xloridning gipertonik eritmasi (7,5 %) bilan kolloid eritmasini (GEK-refortan, stabizol) birgalikda (4ml/kg) qo'llash mikrotsirkulyasiyani va to'qimalar perfuziyasini tezda yaxshilaydi. Suyuqlik hajmini to'ldirgandan so'ng ham arterial bosim pastligicha qolsa vazopressorlar va kardiostimulyatorlar qo'llaniladi. Vazopressorlarning gipovolemiyani yo'qotilmagan paytda qo'llanilishi zararli hisoblanadi, chunki ular to'qima va organlar perfuziyasini buzadi. Hajm to'ldirilgandan so'ng quyidagi ishlar qilinadi: dopamin (dofamin) etarlicha past bo'lgan arterial bosimda 5mkg/kg/min dan qo'llaniladi, keyinchalik kerakli natija olish uchun oshirib boriladi. Dopaminni sekinlik bilan kiritish buyraklarda qon aylanishini yaxshilaydi. A/B juda pasayganda dopaminga noradrenalin qo'shiladi.

TESTSAVOLLARI.

1.Effektivnafasningmezoni:

- a) Nafashajmi.
- b) Minutliknafashajmi
- v) Nafaschastotasi
- *g) RaSO₂vaRaO₂

2.Bronxospazmniyo'qotishdako'proqnimaqilishma'qulroq?

- a) Traxeobronxialsekretsiyasiyo'qotish
- b) Bo'yinvenalarnishishiniyo'qotishi
- v)MVB 1,96 kPA / 20 sm. suv.ust.
- *g) RaSO₂ 5,3 kPA /49 sm.suv.ust.

3.Bemorhushsiz, A/B 90/60 min.s.u. nafassoni 30 tarefleksyo'qolganhamdakeltirilgan to'shagioldida

Naetaminbo'shfilakoni.

Onasiningaytishichaflakonda 30 tatabletkabo'lgan. 1-

navbatdanimaqilinadi?

- a) Forsirlangandiurez
- b) Gemosorbtsiya
- v) IVLgao'tkazish
- *g) Traxeyaintubatsiyasi, oshqozonyuvish
- d) Oshqozonyuvish, venaichigabemegridyuborish.

4. Metilspirtizaharlangandaspetsifikte rapiya.

- a) Venaichiga 50 mg/kgbemegrid
- b)Forsirlangandiurez

- v) Barvaqtgemosorbtsiya
 *g) Venaichigaetilspirti 2 ml/kgsutkada
 d) Venaichiga 20-40% glyukozainsulinbilanyuborish.

5.

Qastdano'zinizaharlanganbemorni ambulatordavolanishinipsixiatrmas lahatisiztavsiyaqilishmumkinmi?

- *a) Hab) Yo'q

6.Mendel'sonsindromikelibchiqishi bog'liq:

- a) Aspiratsiyalangansuyuqlikhajmibilan
 *b) Oshqozonshirasikislotaliligibilan
 v) Oshqozonsuyuqligibilano'tsuyuqligiar alashmasibilan
 g) Allergikfon
 d) parasimpatiknervsistemasitonusbilan.

7.Gipoglikemikkomaningasosiypatogenezi:

- a)Kompensatsiyalashmaganmetabolik atsidozrivojlanishi.
 b) Yurak etishmovchiligi.
 *v)

Miyato'qimasidaglyukozanikontsentratsiyasipasayishi

- g) Jigar etishmovchiligi
 d) Barchasi.

8.Gipoglikemiyadaqondaglyukozan echaga

etgandaklinikbelgilarnamoyonbo'la di?

- a) 8 mmol'/l
 b) 6 mmol'/l
 v) 5 mmol'/l
 g) 3 mmol'/l
 *d) 3 mmol'/ldankam.

9.Qandliabetkeltiribchiqaradi:

- *a) Barvaqtaterosklerozkelibchiqadi
 b) Jigar etishmovchiligi
 v) Osteoxondroz
 g) Polinevritvanevralgiya
 d) Barchasi.

10.Qandliabetdabemorlaro'limini ngasosiysababi:

- a) OPN
 b) O'tkirjigar etishmovchiligi
 *v) MiokardinfarktivaMO'QAB
 g) SBE
 d) Barchasi

11.Giperosmolyarkomaningpatogenezi:

- a) Kompensatsiyalashmaganmetabolikat sidoz.
 *b) YAqqol xujayraichidegitratatsiyasi
 v) YAqqolnamoyonbo'lganketoatsidoz
 g) O'BE
 d) Barchasi.

12.MO'QABdahushningyo'qolishis ababi:

- a) Miyatomirlariningkengayishi
 *b) Miyatomiralarispazmi
 v) Miyachuqurstrukturalaribuzilishi.
 g) Boshmiyashishi
 d) Miyagakeladiganglyukozamiqdorinigtezdakamayishi.

13.Sog'lomodamdamiyaqonaylanis hitezligi:

- a) 10 ml/100 grmiyaminutida
 b) 20 ml/100 grmiyaminutida
 v) 30 ml/100 grmiyaminutida
 *g) 40 ml/100 grmiyaminutida
 d)

Boshqato'qimalardanfarqqilinmaydi.

14.SO₂miyatomirlarigaqandayta'sir qiladi?

- *a) Kegaytiradi
 b) Qisqartiradi
 v) Toraytiradi
 d) Falajqiladi

15.BemorningAQB 140/80 mm.sim.ust. danbirdan 0 gatushgan.

Uninglikvorbosimiqaanchabo'ladi?

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

v) 100 smsuv. Ust.

G) 150 smsuv.ust.

D) LikvorbosismiAQBgabog'liqemas.

16. Gematoentsefalikbar' erfunktsiyasini qaysi preparateng yaxshinormal lashtiradi?

a) Eufillin

*b) Glyukokortikoid

v) SaSI

g) Mani

d) Furasemid

17. Rejali

xoletsistektomiya operatsiyasi qilina digan bemorda "bo'sh oshqozon" holatini keltirib chiqarish uchun nima qilish kerak?

a)

Operatsiyadan oldin oshqozonni yaxshilab yuvish

b) Tozalovchi huqna qilish

*v) Operatsiyadan 12

soat oldin o'qatlanmaslik.

g) Operatsiyadan 6

soat oldin o'qatlanmaslik.

18. Qandli diabet borbemorda qand miqdori 10 mmol'/lgateng. Operatsiyadan oldin bemorga qancha miqdordain sulini yuboriladi?

a) Qilinmaydi

*b) 10 ed

v) 20 ed

g) 30 ed.

19. Qorin oldde voriflegmonasini ochi shunchun tomir ichigayuboriladigan ketalar dozasini ko'rsating

a) 1 mg/ kg

*b) 2-4 mg/ kg

v) 4-6 mg/ kg

g) 6-8 mg/ kg

d) 8-10 mg/kg

20. Quyidagi preparatlardan qaysi biri ineyrovegetativ himoya qiladi?

a) Dipidolor

*b) Droperidol

v) fentanil

g) Azotoksidi

d) Arduan.

21. Anesteziya da qaysi preparat anal' getik komponent xususiyatiga ega?

*a) Fentanil, promedol, dipidolor

b) GOMK, relanium, seduksen

v) Droperidol, galoperidol

g) Arduan, tubarin, ditilin

d) Barchasi.

22. Nimasababdan relaksantlar umi miyanesteziya da ishlatiladi?

a)

Umumiy anestetiklarta sirinik uchaytiradi.

b)

gemodinamikaning stabilizatsiyasini lashtiradi, miorelaksatsiya qiladi.

v) AQB ni pasaytiradi, bu intraoperatsion qon ketishni kamaytiradi.

g) Mushakni relaksatsiya qiladi.

*d) Mushakni relaksatsiya qiladiv 1-2 bo'yinda anesteziya qilish uchun qulay.

23. Regurgitatsiya nima?

a) Narkoz paytida qusish.

b) Qusuq massasi bilan qusish

*v) Nafas yo'liga, oshqozon-ichak traktida gimaginning tushishi.

g)

Narkoz paytida shillik vaso'lak aspiratsiyasi.

24. Kirish narkoz paytida (2% tiopental) bemorda "kukarikuyushie" nafas, tsianoz, taxikardiya, AQB 180/80 mm.sim.ust.. Maskali ventilyatsiya (O₂) qilib bo'lmaydi.

Bu qanday asorat?

a) Bronxospazm

b) Gipetonik kriz

v) Gipoksiya

*g) Laringospazm

d) Giperkalemiya.

**Sepsis. Klinikasi, diagnostikasi. Septik shokda tez tibbiy yordam ko'rsatish.
UASH taktikasi.**

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

7-mavzu: Gemorragik sindrom. Massiv qon yo‘qotish sindromi, gomologik qon , DVS va tromboembolik sindrom. Klinikasi, diagnostikasi. Tez tibbiy yordam ko‘rsatish usullari. UASH taktikasi

Mashg‘ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 16-18s
Mashg‘ulot shakli	Amaliy mashgulot
Reja	<p>1. Gemorragik sindrom.</p> <p>2. Massiv qon yo‘qotish sindromi, gomologik qon , DVS va tromboembolik sindrom. Klinikasi, diagnostikasi. Tez tibbiy yordam ko‘rsatish usullari. UASH taktikasi</p> <p>3. Gemorragik sindrom bilan bemorlardagi reanimatsion va intensiv terapiyasi.</p>
<p>Mavzuning maqsadi: Gemorragik sindrom. Massiv qon yo‘qotish sindromi, gomologik qon , DVS va tromboembolik sindrom bilan bemorlardagi reanimatsion va intensiv terapiyasi. Etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi.</p> <p>Bu maqsadga erishish uchun quyidagi shu harakatlarini bosqichma- bosqich bajarish lozim.</p> <p>I bosqich. Maqsad: Gemorragik sindrom. Massiv qon yo‘qotish sindromi, gomologik qon , DVS va tromboembolik sindrom etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi.</p> <p>Buning uchun:</p> <p>Gemorragik sindrom. Massiv qon yo‘qotish sindromi, gomologik qon , DVS va tromboembolik sindrom etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi.</p> <p>II bosqich. II. Maqsad: Gemorragik sindrom. Massiv qon yo‘qotish sindromi, gomologik qon , DVS va tromboembolik sindrom bilan bemorlarda reanimatsion va intensiv terapiyasi.</p>	
<p>Mavzuning vazifasi - Gemorragik sindrom. Massiv qon yo‘qotish sindromi,</p>	

gomologik qon , DVS va tromboembolik sindrom bilan bemorlarda reanimatsion va intensiv terapiyasi. Etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi.	
Ta`lim berish usullari	Ko`rgazmali, Ma`ruza, suhbat
Ta`lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta`lim berish vositalari	kompyuter, multimedia, slaydlar, mavzugaoid bemorlar va boshqalar
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob.

1.2.Gemorragik sindrom. Massiv qon yo‘qotish sindromi, gomologik qon , DVS va tromboembolik sindrom bilan bemorlarda reanimatsion va intensiv terapiyasi. Etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi.

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

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

1. Gemoragik sindromgata'rifbering.
2. Gemoragik sindromklinikasi
3. Gemoragik sindromnecha xilifarqlanadi?
4. Gemoragik sindromda birinchi yordam?

5. Gemoragik sindrom diagnostikasi?
6. Gemoragik sindrom reanimatsion chora tadbirlarni tashkil etish?
7. Massiv qon yo‘qotish sindromi nima?
8. Massiv qon yo‘qotish sindromida birinchi yordam?
9. Massiv qon yo‘qotish klinikasi?
10. DVS nima?
11. DVS klinikasi?
12. DVS davoo‘tkazishtartibi

Talabalar egallashi zarur bo‘lgan amaliy ko‘nikmalar:

Oshqozoniburunorqalizondlash

Maqsad: Zaharlimoddalarni chiqarish

Ko‘rsatma: Peroral o‘tkir zaharlanish

Kerakli anjomlar: gastroduodenal zond, Janeshprist, sterillangan moy yoki glisterin texnikasi:

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar
1.	Bemorni yon boshgayotqizish
2.	Zond uzunligini o‘lchash.
3.	Zond gasteri yog‘ surtish.
4.	Burun pastki yo‘l orqalizi zondni qizilo‘ngach gava oshqozonga kiritish
5.	Zondni oshqozonda turganligini tekshirish. Zondni mahkamlash. Oshqozonni zond orqalizi
	Jami

“Miyashtrumi” metodi.

Uslubning asosiy qoidalari:

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

- Eng ko‘pmiqdora takliflar olish.
- G‘oyalarni kombinatsiya va ulardan rivojlantirish
- Guruhlarni kombinatsiya va ularga ishlov beruvchilarga ajratish.

Bu uslub har qanday sharoitda optimal qaror qabul qilishga,

opponentlarni qabul qilinishga yotgan yo‘lning to‘g‘riligini ta’minlashga o‘rgatadi.

Bu uslub asosiy mavzu ni muhokama qilishda oldindan yaxshigina tayyorgarlikdir.

Masalan: Dars mavzusi “Kardiogen shok”

O‘qituvchidosa oldidaturib,

xos ipmtomlarni ayting deb murojaat qiladi.

xos belgilarni talabalar birma-biray tadilar:

- Yurak sohasidagi og‘riq;
- Nafas olishmovchiligi, hansi rash;

Kardiogen shokga
Narkoz klinikasiga

- Sovuqterbosishi.

O'qituvchiguruhdagiharbitalabaningmuhokamadaishtirokinikuzatibboradi.

Birortahamjavobto'g'riyokinoto'g'ridebsharxlanmaydi.

Hammavariantlartugagandanso'ngmuhokamaniboshlashmumkin.

Bundao'qituvchiso'raydi:

“Qandayo'ylaysiz?

Yurak

sohasidagiog'riqinfarkmiokardbelgisimi? yokiqovurg'alarnevrалgiyasimi?”.

Talabalaro'qituvchibilanbirgalikdahammavariantlarnifaolmuhokaqilishgakirishadilar

. Bundanoto'g'rijavoblarmuhokamatarzidahalqilinadivaasoslabberiladi.

SHundanso'ngo'qituvchibilimlarniko'proqmustahkamlashdatalabalardanto'g'rivariantlarniyozibolishniso'raydi.

Uslubningmaqsadi:

Qisqavaqtichidaguruhdanko'pmiqdordavariantlarolish,

talabalarbiliminianiqlashbundamuammolarnihalqilishgaqodirg'oyalartaklifqilinishim umkin.

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

TALABA UCHUN TOPSHIRIQ

№	Savol	Izohi
1.	Gemorragik sindrom.	
2.	Massiv qon yo'qotish sindromi, gomologik qon , DVS va tromboembolik sindrom. Klinikasi, diagnostikasi. Tez tibbiy yordam ko'rsatish usullari. UASH taktikasi	

Talabaning mustaqil bilimini tekshirish

№	Savol	Javob
1.	Gemorragik sindrom.	
2.	Massiv qon yo'qotish sindromi, gomologik qon , DVS va tromboembolik sindrom. Klinikasi, diagnostikasi. Tez tibbiy yordam ko'rsatish usullari. UASH taktikasi	
3.	Gemorragik sindrom bilan bemorlarda reanimatsion va intensiv terapiyasi.	

Keys-metod Vaziyatiymasalalar.

1-masala. Reanimatsiyabo'limigaog'irahvolda 32 yoshliayolkeltirildi. Es-hushijoyida, gapirishni xohlamaydi, og'izatroidakimyoviykuyishbelgilaribor, og'izorqalichiqayotganhidnoaniq.

Bemorniyaqinlarihambemorningahvolito'g'risidabirornarsaaytolmaydi.

Nafasolishimustaqil, shovqinli, A/B 110/70 mm.sim.ust. Pul's 118 ta 1 daqiqada.
Siydikpufagikateterizatsiyaqilingandaqonsimonsiydikolindi

SAVOL:

Diagnozvaintensivterapiyatamoyillarini belgilang.

MAVZU BAYONI.

Tomir ichi tarqalgan qon ivishi(TITQI) sindromi

TITQI-sindromi trombogemorragik sindrom deb ham atalib, uning asosida qonda trombin miqdori ko'payib, fibrinogenning fibringa transformatsiyasi to'xtashi kuzatilib, kapilyar devorida qon laxtalari paydo bo'ladi. Bu turdagi qon ivishining buzilishi fibrin laxtalarining o'rta va katta kalibrdagi qon tomirlarda paydo bo'lishi trombozdan farq qiladi va qaysiki plazmin tasiriga chidamli bo'ladi. TITQI-sindrom travmatik, septik, anafilaktik, gemorragik shoklarda, shuningdek, katta travmatik operatsiyalarda (ko'p miqdorda qon ketish bilan kuzatiladigan) gemotransfuziyalarda, qon tomir ichi gemolizida, o'tkir nafas va Yurak qon-tomir etishmovchiliklarida, xirurgiyadagi ekstremal holatlarda, akusher-ginekologiyada (massiv qon ketishda, amniotik emboliya, yo'ldosh ajralganda) kelib chiqadi. TITQI -sindrom bir necha shartlar asosida kelib chiqadi:

1) Retikuloendotelial tizim blokadasi- uning asosida bemorning infeksiyon-allergik statusining o'zgarish zaminida, kapilyarlarda fibrinning to'planib qolishi ikkilamchi fibrinoliz faollashuvi, fibrin degradatsiyasi mahsulotlari konsentratsiyasining oshishi va qon ivishining kuchayishi yotadi.

2) Qon oqimiga biologik faol moddalarning tushishi bilan birga qon shakliy elementlarining agregatsiyasi va aglyutinatsiyasi kuzatiladi.

3) Mikrotsirkulyasiyaning buzilishi.

4) Mikrotsirkulyasiya buzilishi zaminida kininlar ishlab chiqarishning kuchayishi kuzatiladi.

TITQI-sindromi 4 bosqichda kechadi:

I bosqich- giperkoagulyasiya;

II bosqich-qon ivishi kuchayishi bilan kuzatiladigan gipokoagulyasiya;

III bosqich- shikastlangan organ va tukimadan massiv qon ketishi va qon ivishining kuchayishi bilan kuzatiladigan fibrinoliz;

IVbosqich-tiklanish bosqichi, uning asosida gemostaz tizimining me'yorlashuvi kuzatilib, lekin «qoldiq» trombozlar saqlangan va distrofiyaga uchragan hayotiy muhim organlar funksiyasining buzilishi xavfi yuqori bo'lib qolaveradi.

TITQI sindrom o'tkir, o'tkir osti va surunkali kechadi, shuningdek tarqalgan (butun mikrotsirkulyasiya tizimini qamrab olgan) va lokal (bir yoki ikkita organni egallaydi) bo'ladi. TITQI sindrom qon ivishi buzilishi, diapidez qon quyilishlari va mikrotsirkulyartor buzilishlar majmuasi hisoblanadi. Terapevtik kasalliklarda giperkoagulyasiya fazasi birmuncha uzoqroq kechadi

(trombinning qon oqimiga sekinlik bilan tushishi kuzatiladi). TITQI sindromda parenximatoz organlar nekrozi va buyrak etishmovchiligi kelib chiqishi bilan bir qatorda azotemiya, oligouriya, anuriya, «shokli o'pka», jigar etishmovchiligi, va miya shishi kelib chiqadi. Xirurgik va akusherlik praktikalarida giperkoagulyasiya fazasi qisqa davom etadi. TITQI sindromi diagnostikasi quyidagi belgilarga asoslanib qo'yiladi:

- 1) Fibrinogen konsentratsiyasi, V, VII, VIII, IX, X antitrombin-III, trombositlar miqdorining va protrombin indeksining pasayishi;
- 2) Fibrinolizning faollashuvi;
- 3) Eruvchan fibrin, fibrinmonomer, FDM (fibrin degradatsiyasi mahsulotlari) miqdorining ko'payishiga qarab qo'yiladi.

YAqqol TITQI sindromiga xos belgilar: fibrinogen konsentratsiyasining 1g/l dan pasayishi; trombositlar sonining $50,0-100,0 \times 10^9/l$ dan pasayishi; protrombin indeksning 45% dan pasayishi xarakterlidir. TITQI sindromida davolash tamoyillari birmuncha qiyinchilik bilan boradi, ayniqsa, katta shikastlanishlarda, massiv qon ketishlarda, og'ir yondosh kasalliklarda. Davolash samarasi asosiy kasallik bilan shuningdek, aniq laborator diagnostikaga va gemostaz tizimining patogenetik buzilishiga bog'liqdir.

I bosqichda -TITQIsindromi trombin ingibitori bo'lmish - geparin (10000-12000 ed. vena ichiga sutkasiga tomchilatib) va yangi muzlatilgan plazma (YAMP) da saqlanadigan antitrombin-III yuboriladi. SHular bilan bir vaqtda infuzion terapiya (albumin,kraxmal eritmalari, reosorbilakt va boshqalar) mikrotsirkulyasiyani me'yorlashtiruvchi preparatlar (trental, komplamin, droperidol, nitroglitserin va hokazo) bilan olib boriladi. TITQI-sindromini keltirib chiqargan: gipovolemiya, atsidoz, gipoksemiya, endo- va ekzo- intoksikatsiya holatlari korreksiya qilinadi.

II bosqichda- qon ivishini yo'qotgan omillarni YAMP quyish bilan shuningdek, trombositlar massa, kriopretsipitatlar yuborish bilan to'ldirish mumkin. SHuningdek, qon koagulyasiya xususiyatlarini tiklash maqsadida (ditsinon, etamzilol); infuzion terapiya maqsadida (GEK eritmalari, oqsil preparatlar, protein, albumin); mikrotsirkulyasiyani yaxshilash maqsadida (komplamin, trental) yuboriladi.

III bosqichda - II bosqichdagi davo muolajalari davom ettirilib, qo'shimcha proteaza ingibitorlari (kontrikal 60000ed gacha); antiplazmin va boshqa preparatlar qo'llaniladi. Bu davolash usullari gemostaziogramma va klinik tekshiruv ko'ratkichlariga asoslangan holda olib boriladi. Hozirgi paytda TITQI sindromining o'tkir kechishida ham geparinning hatto kichik dozalarini qo'llash qat'iy ehtiyotkorlikni talab qiladi. Geparinoterapiyaga mikrotromblar hosil bo'lishi, oligouriya bilan kechadigan buyrak etishmovchiligi, anuriya va

azotemiya ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Geparin vena ichiga sekin yuborilib, gemostaziogramma va antitrombin-III faolligi nazorati ostida olib boriladi.

Geparinni qo'llashga qarshi ko'rsatma: Davom etayotgan qon ketishlar, xirurgik gemostazning naf bermasligi, jarohatlangan organlar kuzatilganda; katta jarohat va ko'p miqdorda qon ketayotgan holatda (bachadon, jigar va boshqalar), trombositopeniyada ($50,0-100,0 \times 10^9$ dan past bo'lganda), fibrinogen miqdorining pastligida (1g/l dan past), yuqori fibrinolitik faollik bo'lib hisoblanadi.

IV bosqichda davo muolajalari gipoksiyaga, atsidoz, gipertermiyaga qarshi, antibakterial terapiya, patogenetik, asoslangan infuzion terapiyaga qaratilgan bo'ladi.

Tromboembolik asoratlarni profilaktikasi

O'tkir va surunkali yallig'lanishlarda (appenditsit, xoletsistit, pankreatit, peritonit) operatsiyagacha giperkoagulyasiya holati kuzatiladi. Operatsion jarohatda qon-tomir devori buzilib tromboplastin ajraladi, plazmenogen faollashadi, simpatoadrenal tizim qo'zg'aladi, natijada gemostaz o'zgarib, organizmning tabiiy himoya reaksiyasi kompensator giperkoagulyasiya yuzaga keladi. Anesteziyaning o'zi ham gemostaz mexanizmiga turlicha ta'sir ko'rsatadi. YUzaki anesteziyada giperkoagulyasiya, chuqur narkoz holatida esa gipokoagulyasiya kuzatiladi. Narkozning NLA turi boshqalarga nisbatan qon ivishi mexanizmiga va trombositlar agregatsiyasiga kam ta'sir qilishi aniqlangan. Operatsiya vaqtida qon ketishi gemostaz mexanizmiga ta'sirining muhim omillaridan hisoblanadi. Operatsiya keyingi giperkoagulyasiya holati 5–6 kungacha saqlanib turadi. Bu davr trombozlarning va tromboembolik asoratlarning kelib chiqishida eng xavfli hisoblanadi. SHuning uchun operatsiyadan keyingi davrdagi tromboemboliyaning profilaktikasini ko'pchilik mutaxassislarning fikricha juda erta operatsiyadan keyin 1-2- kunlardan boshlab amalga oshirish kerak. Tromboembolik asoratlarning profilaktikasi fibrinogen miqdori yuqori, posttromboflebetik sindromi va oyoq venalarining varikoz kengayishi bor, kichik to'sda yallig'lanishi bo'lgan, 50 yoshdan yuqori, Yurak - qon tomir kasalligi bo'lgan bemorlarda, davomli, og'ir va murakkab operatsiyalardan keyin o'tkazilishi kerak. Operatsiyadan keyingi tromboembolik asoratlarning profilaktikasi kompleks bo'lib ikki: (maxsus va nomaxsus) turda olib boriladi. Nomaxsus profilaktika turiga bemorni erta faollashtirish, og'riqni qoldirish, ichak faoliyatini yaxshilash, shuningdek atsidozni oldini olish, suv-elektrolit muvozonatini saqlash, qon reologiyasini yaxshilash kiradi. Maxsus profilaktika qon ivish tizimi tahlillarida yuqori ko'rsatkichlar qayd etilgan bemorlarda geparin 5000 ed. dan har 4 soatda, 4-5 kun qo'llash orqali olib boriladi. Tromboembolik asorat xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda koagulogramma ko'rsatkichidan qat'iy nazar geparinoterapiya o'tkazish kerak bo'ladi.

Bugungi kunga kelib operatsiyadan keyingi intensiv terapiya majmuiga tromboembolik asoratlarni oldini olish uchun pastmolekulyar geparindan foydalanish tavsiya etilmoqda. Pastmolekulyar geparinni fraksiyalanmagan oddiy geparinga nisbatan yuqori samaradorligi, qulayligi, xavfsizligi va iqtisodiy

tejamlliligi e'tirof etilmoqda.

Akademik V.S.Savelevning (1999, 2001) ta'kidlashicha, bugungi kunda antikoagulyant profilaktika uchun operatsiyadan keyingi davrda pastmolekulyar geparinlar guruhidan Kleksan (enoksaparin) preparati yuqori samarali hisoblanadi. E'tiborlisi shuki, Kleksan 40 mg dan teri ostiga 1 sutkada 1-2 marta 7 kun davomida yubriladi. Plazmadagi kleksanni faollik vaqti 24 soatdan iborat. Pastmolekulyar geparinlardan eng chuqur Kleksan o'rganilgan bo'lib, jahonning 100 dan ortiq mamlakatlarning klinikalarida ishlatiladi. Kleksanning xavfsizligi geparinga nisbatan gemorragiya, osteoparoz, trombotsitopeniya holatini juda kam chaqirishi bilan belgilanadi. Dozani tanlash talab etilmaydi, ishlatishga tayyor shpritslarda chiqariladi. Laboratoriya nazorati haftasida 2 marta trombotsitlar soni sanaladi.

TESTSAVOLLARI.

1. SHokning 1 chibelgisi

- a) MVBpasayishi
- b) Yurak qisqarishiningpasayishi
- *v) A/Bpasayishi
- g) A/Boshishi
- d) Venozqonningoshishi

2. Kardiogenshokningasosiy sababi

- a) Og'riq
- *b) Miokardqisqaruvchanlikfunksiyasini ngpasayishi.

v) Venalarspazmi

g) Gipovolemiya

3. SHokningqaysituridaMVBoshadi.

- *a) Kardiogen
- b) Anafilaktik
- v) Septik
- g) Travmatik

4. Havoemboliasibo'lganbemorlarn iqandayholatdao'tqizishkerak.

- a) Orqagorizantal
- b) Orqatrendelenburgholatda
- *v) CHaptamonTrendelenburgholatda
- g) O'ngtamontrendelenburgholatda

5. Epileptikstatusdao'limningasosiy ababi.

- a) Yurak otilishipasayishi
- b) Uzunchoqmiyafunksiyasibuzilishi
- *v) Nafasventilyatsiyasi etishmovchiligi (ovozboylamlariningspazmi)

g) To'qimaperfuziyasipasayishi

6. Jigar

etishmovchiligibo'lganbemorlardae lektralitlarmashinuviqandayholat da

a) Giperkaliemiya *b)

Gipokaliemiya

v) Gipoxloremiyag)

Gipernatrimemiya

7. Jigar

etishmovchiligrivojlanayotgandanq aysiparametranIQko'rsatadi?

a) Qondagibilirubin

b) ALTvaASTaktivligi

*v) Protrombinindeksi

g) Leykotsitoz

8. Jigar

etishmovchiligidaekstrakorporalus ullardanqaysibirikengqo'llaniladi?

*a) Gemosorbtsiya

b) Gemosorbtsiya + gemodializ

v) plazmoforez

g) barchasi

D) limfosorbtsiya

9. Gemorragikshokdabirinchinavbat daqandayinfuzionpreparatyuborila di?

a) poliglyukin

*b) Natriy xlorizotonikeritmasi

v) tozatsitratliqon

g) Al'bumin

d) Protein

10. Eklampsiyarivojlanishida asosiyh isoblanadi:

*a)

Arteriyalarning giperlizatsiyalashgans pazmi

b) Oqsilgaboydieta

v) Elektrolitbalansibuzilishi

g) Izoimmunizatsiya.

11. Eklampsiyatutqanoq xurujidamiyashishikelibchiqishsaba bi:

a) Yurak otilishpasayishi

b)

Qonplazmasidanatriyvakaliybalansibu zilishi

*v) Ovozboylamis pazmi

g) qononkotikbosimtushishi.

12. Eklampsiyavadavometuvchitutqanoqlardashoshilincheffektivusul.

a)

Seduksenvadroperidoldozasinioshirish

b) Gomkyuborish

*v)

EndotraxealintubatsiyavaIVLgao'tkazish.

g) Diuretiklarniyuqoridozadaqo'llash

13. O'pkashishida qaysidiuretikishla tilmaydi?

a) Laziks

b) Diakarb

v) Etakrinkislota

*g) Mannitol

14. Glyukozaningqandayerishmasi izotonik

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

g) 5,5% d) 7,0%

15. Og'irdarajadagiqusishyokiuzoqd avometuvchiqusisholibkeladi.

a) Qonda xloridoshishi

*b) Qonda xloridpasayishi

v) Na kamayishi

g) QonRNsioshishi

17. Sirkakislota bilan zaxarlanganda oshqazonniyu vish boshlanadi?

a) NaHCO₃ 4% ml

b) NaHCO₃ 8%

v) Ringenerishmasi

*g) Suv bilan

18. Qorinchaparoksizmal taxikardiyasinikamayish uchun 1-bo'lib nima qilinadi?

a) Strofastin

b) Novokainamid

*v) Lidokain

g) Obzidan

19. O'tkir chaqorincha etishmovchiligida o'pkashishini davolash nimadan boshlanadi.

a) Venaichigakardiotonik moddalar

*b) Periferik vazodilyatatorlar

v) Sun'iy o'pkaventilyatsiyasi

g) O₂ingalyatsiyasi

d) 0,5 lgacha qonchiqarish.

Gemorragik sindrom. Massiv qon yo‘qotish sindromi, gomologik qon , DVS va tromboembolik sindrom. Klinikasi, diagnostikasi. Tez tibbiy yordam ko‘rsatish usullari. UASH taktikasi

A‘lo 5 baho	86-100%	Talaba Gemorragik sindrom. Massiv qon yo‘qotish sindromi, gomologik qon , DVS va tromboembolik sindrom. Klinikasi, diagnostikasi. Tez tibbiy yordam ko‘rsatish usullari. UASH taktikasi to‘grisida to‘liq nazariy bilimga ega bo‘lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga Ega bo‘lsa, amalda qo‘llay olsa, mustaqil mushohada yuritsa, ijobiy fikrlay olsa
YAxshi 4 baho	71-85.9%	Talaba Gemorragik sindrom. Massiv qon yo‘qotish sindromi, gomologik qon , DVS va tromboembolik sindrom. Klinikasi, diagnostikasi. Tez tibbiy yordam ko‘rsatish usullari. UASH taktikasi to‘grisida to‘liq nazariy bilimga ega bo‘lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga Ega bo‘lsa, amalda qo‘llay olsa.
Qoniqarli 3 baho	55-70.9%	Talaba Gemorragik sindrom. Massiv qon yo‘qotish sindromi to‘grisida tushunchaga ega bo‘lsa,
Qoniqarsiz 2 baho	55 dan past	Talaba: bilmasa va aniq tasavvurlarga Egabo‘lmasa, qo‘shimcha yo‘naltirilgan savollarga javob bera olmasa.

8--mavzu:Nafas siqishi, bo‘g‘ilish. Bronxial astma xuruji, astmatik status. Soxta krup. Nafas etishmovchiligi. Yurak astmasi, o‘pka shishi. O‘tkir o‘pkali-Yurak . Diagnostikasi Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi

1.1. Ta’lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg‘ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 16-18s
Mashg‘ulot shakli	Amaliy mashg‘ulot
Reja	<p>1.Nafas siqishi, bo‘g‘ilish. Bronxial astma xuruji, astmatik status. Soxta krup. Nafas etishmovchiligi. Yurak astmasi, o‘pka shishi. O‘tkir o‘pkali-Yurak tasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi.</p> <p>2. Nafas etishmovchiligrivojlanishining mexanizmlari</p> <p>3. Yurak astmasi, o‘pka shishi oqibatida rivojlangan nafas etishmovchilgi bilan bemorlarda reanimatsiya va intensiv terapiya.</p>
<p>Mavzuning maqsadi:Nafas siqishi, bo‘g‘ilish. Bronxial astma xuruji, astmatik status. Soxta krup. Nafas etishmovchiligi. Yurak astmasi, o‘pka shishi. O‘tkir o‘pkali-Yurak etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi va klinikasi. Shoshilinch yordam tamoyillari. Intensiv terapiyaning umumiy va maxsus usullari. Bu maqsadga erishish uchun quyidagi shu harakatlarini bosqichma- bosqich bajarish lozim.</p> <p>I bosqich. Maqsad:. Nafas siqishi, bo‘g‘ilish. Bronxial astma xuruji, astmatik status. Soxta krup. Nafas etishmovchiligi. Yurak astmasi, o‘pka shishi. O‘tkir o‘pkali-Yurak tasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi haqida ma’lumotga ega bo’lish.</p> <p>Buning uchun:</p> <p>Nafas etishmovchiligi rivojlanishining mexanizmlari</p>	

II bosqich. II. Maqsad: Nafas etishmovchiligi oqibatida rivojlangan nafas etishmovchiligi bilan bemorlarda reanimatsiya va intensiv terapiya.	
Mavzuning vazifasi- Nafas siqishi, bo'g'ilish. Bronxial astma xuruji, astmatik status. Soxta krup. Nafas etishmovchiligi. Yurak astmasi, o'pka shishi. O'tkir o'pkali-Yurak etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi va klinikasi. Shoshilinch yordam tamoyillari. Intensiv terapiyaning umumiy va maxsus usullari.	
Ta'lim berish usullari	Ko'rgazmali, Ma'ruza, suhbat
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	kompyuter, multimedia, slaydlar, mavzuga oid bemorlar va boshqalar
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat:savol-javob.

1.2.Nafas siqishi, bo'g'ilish. Bronxial astma xuruji, astmatik status. Soxta krup. Nafas etishmovchiligi. Yurak astmasi, o'pka shishi. O'tkir o'pkali-Yurak etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasivaklinikasi. SHoshilinchyordamtamoyillari.

Intensivterapiyaningumumiyvamaxsususullari.

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

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

BAHOLASHSAVOLLARI.

1. Nafas siqilishi nima?
2. Bo'g'ilish nima?
3. Asmatik status -nima?
4. Asmatik statusklinikasi.
5. Asmatik statusbosqichlari
6. Asmatik statusdavolash taktikasi
7. Oksigenoterapiya o'tkazish taktikasi?
8. Nafas etishmovchiligi nima.
9. Yurak astmasi nima.
10. O'tkir o'pka Yurak da intensive terapiya.

Talabalar egallashi zarur bo'lgan amaliy ko'nikmalar:

Konikotomiya o'tkazish

Maqsad: Nafas o'tkazuvchanligini tiklash

Ko'rsatma: Nafas etishmovchiligi

Kerakli anjomlar: spirt, skalpel', nafas o'tkazuvchi naycha, mulyaj.

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (10 ball)	To'liq va aniq bajardi (20 ball)
1.	Bemorni chalqancha yotqizish.	0	10	20
2.	Anatomik mo'ljallarni aniqlash. Vrach qo'li va operastion maydonga aseptik ishlov berish.	0	10	20
3.	Operastiya maydonini mahalliy og'riqsizlantirish.	0	10	20
4.	Terini ko'ndalang kesish va yog' kletchatkasidan ajratish. Membranani ko'ndalang kesish.	0	10	20
5.	Naynachani traxeyaga kiritish va mahkamlash.	0	10	20
	Jami	0	50	100

“Miya shtrumi” metodi.

Uslubning asosiy qoidalari:

G'oya hosil qilishga xalaqit beruvchi qanday tanbeh va tanqidiy fikr bildirmasin.

- Eng ko'p miqdorda takliflar olish.
- G'oyalar kombinastiyasi va ulardan rivojlantirish
- Guruhlar kombinastiyasi va ularga ishlov beruvchilarga ajratish.

Bu uslub har qanday sharoitda optimal qaror qabul qilishga, oppenentlarni qabul qilinayotgan yo'ning to'g'riligiga ishonch hosil qilishga o'rgatadi. Bu uslub asosiy mavzuni muhokama qilishda oldindan yaxshigina tayyorgarlikdir.

Masalan: Dars mavzusi “Kardiogen shok”

O'qituvchi doska oldida turib, Kardiogen shokga xos sipmtomlarni ayting deb murojaat qiladi. Narkoz klinikasiga xos belgilarni talabalar birma-bir aytadilar:

- Yurak sohasidagi og'riq;
- Nafas etishmovchili, hansirash;

- Sovuq ter bosishi.

O'qituvchi guruhdagi har bir talabaning muhokamada ishtirokini kuzatib boradi. Birorta ham javob to'g'ri yoki noto'g'ri deb sharxlanmaydi. Hamma variantlar tugagandan so'ng muhokamani boshlash mumkin.

Bunda o'qituvchi so'raydi: "Qanday o'ylaysiz? Yurak sohasidagi og'riq infark miokard belgisimi? yoki qovurg'alar nevrologiyasimi?". Talabalar o'qituvchi bilan birgalikda hamma variantlarni faol muhokama qilishga kirishadilar. Bunda noto'g'ri javoblar muhokama tarzida hal qilinadi va asoslab beriladi. SHundan so'ng o'qituvchi bilimlarni ko'proq mustahkamlashda talabalardan to'g'ri variantlarni yozib olishni so'raydi.

Uslubning maqsadi: Qisqa vaqt ichida guruhdan ko'p miqdorda variantlar olish, talabalar bilimini aniqlash bunda muammolarni hal qilishga qodir g'oyalar taklif qilinishi mumkin.

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

TALABA UCHUN TOPSHIRIQ

№	Savol	Izohi
1.	Nafas siqishi, bo'g'ilish. Bronxial astma xuruji, astmatik status. Soxta krup. Nafas etishmovchiligi. Yurak astmasi, o'pka shishi. O'tkir o'pkali-Yurak tasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi.	
2.	Nafas etishmovchiligi rivojlanishining mexanizmlari	

Talabaning mustaqil bilimni tekshirish

№	Savol	Javob
1.	Nafas siqishi, bo'g'ilish. Bronxial astma xuruji, astmatik status. Soxta krup. Nafas etishmovchiligi. Yurak astmasi, o'pka shishi. O'tkir o'pkali-Yurak tasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi.	
2.	Nafas etishmovchiligi rivojlanishining mexanizmlari	
3.	Yurak astmasi, o'pka shishi oqibatida rivojlangan nafas etishmovchiligi bilan bemorlarda reanimatsiya va intensiv terapiya.	

Keys-metod Vaziyatliy masalalar.

Vaziyatli masalalar.

1-masala.

Bemor Ubaydullaev N., 45 yoshda.

Uyidakechqurungijanjaldano'ngko'krakqafasidanjarohatolib (pichoqlangan) va Reanimatsiyabo'limigaolibkelingan.

Ertasikunijarohatlangansohadabirdanigakuchliog'riqboshlangan. 3

kundanberioq'riqezuvchi xarakterdavometayapti. Bemordataxikardiya, hansirash, gipotoniya kuzatiladi. Terisioqish, akratsianoz, sovuqterbilanqoplangan.

Bemoro'ngtomoniga (zararlangantomonga) yonboshlaganholatdayotadi.

Nafaschiqargandazararlangantomondagio'pkabujmayadivanafasolgandao'rnigaqaytmaydi.

Rentgentdako'ksoralig'ia'zolarisog'tomongasiljigan.

Auskul'tatsiyadao'ngtomondanafasningsekinsusaygani, chapo'pkadanafaskuchaygan.

SAVOL: 1. YUqoridagilargaasoslanibbemorgatashxisqo'ying.

2. Sizningdavalashtaktikangizqanday?

MAVZU BAYONI

Astmatik holat

Astmatik holat (AH) – bu bronxial astma xurujining og'ir asorati hisoblanib, bronxiolalar spazmi, yallig'lanishi, shishi, quyuq balg'amning to'planishi oqibatida, dinamikada bo'g'ilishning kuchayishi bilan kechadigan holatdir. Astmatik holatda bemor organizmida quyidagi patologik o'zgarishlar rivojlanadi:

- bronxlarning drenaj funksiyasining buzilishi;
- bronxiolospazm va bronxiolalar shilliq qavatining yallig'lanishli shishi;
- gipovolemiya va qon quyuqlashishi;
- kichik bronxlarning ekspirator kollapsi;
- gipoksemiya va giperkapniya;
- metabolik sub- va dekompensatsiyalashgan atsidoz.

Patogenetik variantidan qat'iy nazar astmatik holatda o'pkaning qoldiq hajmi oshadi, nafas olish va chiqarish hajmi kamayadi, o'tkir emfizema yuzaga keladi, emfizema cho'qqisida alveolalar yorilib pnevmotoraks yuzaga kelishi mumkin.

O'ng qorinchaning haydaydigan qon hajmi kamayadi, ko'krak bo'shlig'i alveolalar ichi bosimi ortishi hisobiga o'pka gipertenziyasi kelib chiqadi. YUqori ko'krak qafasi bosimi ko'krak limfa yo'lidagi limfa harakatini buzadi, natijada interstitsial suyuqlik miqdori ortadi. Bronxial obstruksiyaning rivojlanishi giperkapniya va metabolik atsidozni yuzaga keltiradi. Interstitsial suyuqlikning ortishi xujayra regidratatsiyasiga olib keladi. O'pka arteriyasi trombozi kelib chiqishi xavfi ko'payadi.

Klinikasi: Astmatik holatning asosiy klinik belgilari bu rivojlanib boradigan o'tkir nafas etishmovchiligi, andozaviy terapiyaning samarasizligi, nafas olmaydigan shovqinsiz yoki "gung" o'pka, o'pkali Yurak belgisi. Astmatik holatdagi bemorni ko'rganda uning umumiy ko'rinishi, jismoniy faolligi, shilliq qavatlar va teri rangi, nafas xarakteri va soni, puls va ABga e'tibor beriladi. Astmatik holatning kechishida uchta bosqich kuzatiladi. Astmatik holatni

bosqichlarga bo‘lish shartli ravishda bo‘lsada, bu davolash andozasini belgilashda yordam beradi.

Astmatik holatning birinchi bosqichi. Bemorning ahvoli nisbatan turg‘un, es-hushi o‘zida, lekin ko‘pchilik bemorlarda qo‘rquv, eyforiya, qo‘zg‘alish kuzatilishi mumkin. Holati majburiy, elkalari qisilgan holatda, rivojlangan akrotsianoz, hansirash (nafas soni 26-40 ta bir minutda) nafas chiqarish qiyinlashgan, balg‘amsiz, qiynovchi yo‘tal kuzatiladi. Auskultatsiyada o‘pkaning barcha qismlarida qattiq nafas, katta miqdorda quruq, hushtaksimon xirrilashlar eshitiladi, Yurak tonlari bo‘g‘iq, o‘pka emifizemasi tufayli yaxshi eshitib bo‘lmaydi. Taxikardiya va arterial gipertenziya, o‘tkir nafas etishmovchiligi va o‘tkir Yurak etishmovchiligi belgilari kuzatiladi. Arterial qondagi RaO_2 70 mm.sim.ust. ga $RaSO_2$ 30-35 mm.sim.ust. ga kamaygan, ya‘ni kompensator respirator alkalozdan darak beradi. rN me‘yorida yoki subkompensator metabolik atsidoz chegarasida. Umumiy suvsizlanish(hansirash hisobidan) va qon quyuqlashishi belgilari kuzatiladi.

Astmatik holatning ikkinchi bosqichi. Bemorning hushi o‘zida, lekin adekvat emas, gipoksik ensefalopatiya belgilari kuzatiladi bemorning ahvoli og‘ir yoki juda og‘ir, o‘ta behollik, o‘zi ovqatlana olmaydi, teri va ko‘zga ko‘rinarli shilliq qavatlar ko‘kargan, ushlaganda nam, bo‘yin venalari bo‘rtgan, nafas olishi yuzaki (nafas soni 40 tadan ortiq 1 minutda). Nafas shovqinlari masofadan eshitiladi. Auskultatsiyada o‘pkaning “gung”, ya‘ni nafas olmaydigan sohalari aniqlanadi, bu belgi astmatik holatning II-bosqichida asosiy hisoblanadi, Yurak tonlari bo‘g‘iq, gipotenziya, puls 110-120 ta 1 minutda, o‘tkir o‘ng qorincha etishmovchiligi belgilari kuzatiladi. rN dekompensatsiyalashgan metabolik atsidoz tomonga og‘adi RaO_2 60 mm.sim.ust. dan pasayadi. $RaSO_2$ 50-60 mm.sim.ust. dan oshgan bo‘ladi, umumiy suvsizlanish belgilari kuchayadi.

Astmatik holatning uchinchi bosqichi. Bemorning ahvoli o‘ta og‘ir, hushsiz, gipoksiya hisobidan tutqanoqlar, tarqalgan diffuz “qizil sianoz”, sovuq ter kuzatiladi. Qorachiqlar maksimal kengaygan, yorug‘likka reaksiyasi juda ham sust, nafas soni 1 minutda 60 tadan yuqori, yuzaki, aritmik bradipnoega o‘tish ehtimoli bor. Auskultatsiyada o‘pkada shovqinlar eshitilmaydi, to‘liq “gung” o‘pka, Yurak tonlari o‘ta bo‘g‘iq, taxikardiya (140 tadan ortiq 1 minutda), aritmiya kuzatilishi mumkin. Arterial bosim o‘ta past yoki aniqlanmaydi. rN – metabolik atsidoz, RaO_2 50 mm.sim.ust. gacha va undan past, $RaSO_2$ 70-80 mm.sim.ust. va undan yuqori. Umumiy degidratatsiyaning belgilari juda rivojlangan va o‘tkir o‘ng qorincha etishmovchiligi kuzatiladi.

Intensiv terapiya tamoyillari

AH bosqichidan qat‘iy nazar o‘tkazilishi shart bo‘lgan davo choralari:

5. Nafas yo‘llari o‘tkazuvchanligini tiklash;
6. Bronxiolalar yallig‘lanishli shishini to‘xtatish;
7. β – adrenergik retseptorlarni qo‘zg‘atish; .
8. Gipovolemiyani bartaraf etish.

Astmatik holatni birinchi bosqichidagi intensiv terapiya

Oksigenoterapiya.

3. Namlangan kislorod, 3-5 litr hajm minutda.
4. Geliy kislorod aralashmasi (75% geliy + 25% kislorod) 40-60 min davomida sutkasida 2-3 marta, yomon ventilyasiya bo'ladigan o'pka sohalariga havoga nisbatan engillik bilan kirib, ventilyasiya hajmini oshirishi hisobiga gipoksemyani kamaytiradi. Narkotik va sedativ preparatlarni qo'llash mumkin emas, nafas markazi depressiyasi xafi kelib chiqishi tufayli.

Infuzion terapiya. Eng foydalisi 5% - 3-4 l. glyukoza insulin bilan birga tomir ichiga 24 soat davomida tomchilab yuboriladi. Qon reologiyasini yaxshilash uchun 400 ml reosorbilakt, 400ml – 5% glyukoza, 5000 ed. geparin bilan birga quyiladi. **Hozirda 0,9% natriy xlorid, 4%li bikarbonat eritmalarini qo'yish ta'qiqlanadi, bu interstitsial o'pka shishni kuchaytirishi mumkin.**

Medikamentoz terapiyada 2,4 % li eufillin tomir ichiga sekinlik bilan 20 minut davomida 4-6 mg/kg hisobida yuboriladi.

Glyukokortikoidlardan prednizolon 1mg/kg har 3-4 soatda, gidrokortizon 1mg/kg/soat, prednizoloni o'rtacha yuqori dozasi 200-400 mg dan 1500 mg gacha. Gormonlarning samaradorligi yallig'lanishga qarshi, shishga qarshi, antigistamin ta'siri bilan izohlanadi. Balg'amni yumshatish uchun tomir ichiga 10% li natriy yodid, 10-30 ml/sutkasiga, lazolvan 30 mg dan 2-3 marta sutkasiga, shuningdek vibrouqalash amalga oshiriladi. β -adrenostimulyatorlar yoshi o'tmagan, Yurak patologiyasi bo'lmagan bemorlarda, eufillin va glyukokortikoidlarga rezistentlik bo'lgan paytda AB va puls nazorati ostida (terbutalin 0,5 ml 0,05 % mushak ostiga 2-3 marta/sutkasiga, ipradol 2 ml 1% li suyuqlik 300 ml 5% glyukoza tomir ichiga tomchilab) qo'llaniladi.

Antibiotiklar o'pkada rentgenologik tekshirishda infiltratlar aniqlanganda, surunkali bronxit xurujida, yiringli balg'am ko'chganda qo'llaniladi. **Penitsillin va sefalosporinlar gistamin qo'zg'atuvchi ta'siri tufayli qo'llanilmaydi.**

Diuretiklar dehidratatsiyani kuchaytirishi tufayli qo'llanilmaydi, faqatgina MVB 150 mm.sim.ust. dan baland bo'lgan paytda qo'llash mumkin, aks holda 400-500 ml qon chiqarish tavsiya etiladi. **Vitaminlar, CaCl₂, kokarboksilaza, ATF mutlaqo qo'llanilmaydi allergiya xavfi tufayli. Antixolinergik preparatlar atropin, skopolamin, metatsin sekretyani pasaytirishi tufayli qo'llanilmaydi. Narkotiklar va sedativ preparatlar nafas markazini tormozlashi sababli mutlaqo qo'llanilmaydi,** faqatgina neyroleptik galoperidolni (2-10 mg) qo'llash mumkin.

Mukolitiklardan tripsin, ximotripsin, atsetilsistein, astmatik holatda faqatgina mkrotraxeostomiya orqali qo'llaniladi.

Astmatik holatning ikkinchi bosqichidagi intensivterapiya tamoyillari

Birinchi bosqichdagi intensiv terapiyaga qo'shimcha ravishda gormon dozasi ikki baravarga oshiriladi yoki uzluksiz tomir ichiga tomchilab quyiladi. Bronxoskopiya va bronxlarning segmentar davolovchi lavaji o'tkaziladi.

Metabolik atsidoz korreksiyasi o'tkaziladi. O'tkir nafas etishmovchiligi II-III-darajasi belgilarida O'SV ga o'tiladi.

Traxeya intubatsiyasi mahalliy og'riqsizlantirish yordamida neyrovegetativ himoya ostida o'tkaziladi .

Astmatik holatning uchinchi bosqichidagi intensiv terapiya tamoyillari:

Bronxlarni bronxoskopik tozalash va bronxlarning segmentor lavaji davom ettiriladi. Prednizolon har soatda 150 mg dan tomir ichiga yuboriladi. Atsidoz korreksiyasi uchun 200-400 ml 4% li bikarbonat natriy tomir ichiga tomchilab qo'yiladi. Ekstrakorporal membranali qonni oksigenatsiyasi o'tkaziladi. Regidratatsion terapiya balg'amni chiqarish yaxshilanganga qadar davom ettiriladi.

Astmatik holatni to'xtatilganligidan darak beruvchi asosiy klinik belgi yo'taldan keyin yopishqoq quyuq balg'amning chiqishi hisoblanadi va ho'l xirillashlar paydo bo'ladi, aynan shu vaqtda mukolitiklar ingalyasiya qilinadi. Astmatik holatda bemorlar intensiv terapiya bo'limida davolanadi. Astmatik holatdagi bemorlarni O'SV o'tkazish klinik va laborator ko'rsatkichlarga asosan amalga oshiriladi: es-hushining yo'qolishi, qo'zg'alish, taxipnoe - minutiga 40 martadan ko'p nafas, taxikardiya - minutiga 140 tadan ko'p, rivojlanib borayotgan gipoksiya, giperkapniya, dekompensatsiyalashgan metabolik atsidoz. Astmatik holatdagi bemorlarga O'SV o'tkazishda quyidagi tavsiyalarga amal qilinadi:

- 5) kichik nafas hajmini (6-7 ml/kg) qo'llash;
- 6) nafas chastotasini 1 minutda 8-12 atrofida olib borish;
- 7) nafas oxirida musbat bosimni 5 sm suv.ust. gacha olib borish, bundan yuqori bosim xavfli hisoblanadi;
- 8) gipoventilyasiyani nazorat qilish rSO_2 55-60 mm sim.ust yuqori bo'lmagan holatda;

Astmatik holatning intensiv terapiyasi jarayonida KIM, SEM, gemodinamika, Yurak faoliyati ko'rsatkichlari uzluksiz nazorat – monitoring qilib boriladi.

Testsavollari:

1. Kattayoshli odamda orqamiyasuyuqligining umumiy hajmi.

- a) 25 ml
- b) 75 ml
- *v) 130 ml
- g) 200 ml
- d) 250 ml.

2. Orqamiya anesteziasidagi potoniy asababi.

- *a) Preganglionar simpatik blokadasi

- b) Buyrak ustibezamiya qismini innervatsiya qiluvchi nervlar blokasi
- v) Mushakparalichi
- g) Orqamiyasuyuqligining ortishi
- d) Venaspazmi.

3. O'ng Yurak etishmovchiligining belgilari.

- a) Arterial bosimlarning pasayishi
- *b) MVB boshishi
- v) MVB pasayishi
- g) Anemiya

4. Bolalarda anesteziyaning salbiy belgilardan biri.

- *a) Bradikardiya 50 ta
- b) A/B 90/60 mm. S. U.
- v) Taxikardiya 160 ta
- g) Noregulyarnafas

5. Kardiogen shokning asosiy sababi

- a) Og'riq
- *b) Miokard qisqaruvchanlik funksiyasining pasayishi.
- v) Venalar spazmi
- g) Gipovolemiya

6. SHokning qaysi turida MVB boshadi.

- *a) Kardiogen
- b) Anafilaktik
- v) Septik
- g) Travmatik

7. Havo emboliasib o'lgan bemorlarning qanday holatda o'tqizish kerak.

- a) Orqagorizantal
- b) Orqatrendelenburgholatda
- *v) CHaptamon Trendelenburgholatda
- g) O'ngtamon Trendelenburgholatda

8. Epileptik statusda o'limning asosiy sababi.

- a) Yurak otilish pasayishi
- b) Uzunchoqmiya funksiyasibuzilishi
- *v) Nafasventilyatsiyasi etishmovchiligi (ovozboylamlarining spazmi)
- g) To'qimaperfuziyasipasayishi

9. Jigar

etishmovchiligib o'lgan bemorlarda elektrolitlar almashinuvi qanday holatda

- a) Giperkaliemiya *b) Gipokaliemiya
- v) Gipoxloremiya g) Gipernatrimemiya

10. Jigar

etishmovchiligi rivojlanayotganda qaysi parametrlar ko'rsatadi?

- a) Qondagibilirubin
- b) ALT va AST aktivligi
- *v) Protrombin indeksi
- g) Leykotsitlar

11. Jigar

etishmovchiligida ekstrakorporal usullardan qaysi biri keng qo'llaniladi?

- *a) Gemosorbtsiya
- b) Gemosorbtsiya + gemodializ
- v) plazmoforez
- g) barchasi
- D) limfosorbtsiya

12. Gemorragik shokdabirinchi navbatda qanday infuzion preparat yuboriladi?

- a) poliglyukin
- *b) Natriy xlorid izotonik eritmasi
- v) tozatsitratliqon
- g) Al'bumin
- d) Protein

13. Eklampsiya rivojlanishida asosiy hisoblanadi:

- *a) Arteriyalarning giperlizatsiyalashgan spazmi
- b) Oqsilgaboydiya
- v) Elektrolit balansibuzilishi
- g) Izoimmunizatsiya.

14. Eklampsiya tutinganoq

xurujidamiyashish kelib chiqish sababi:

- a) Yurak otilish pasayishi
- b) Qon plazmasidan natriy vakaliy balansibuzilishi
- *v) Ovozboylam spazmi
- g) qononkotik bosim tushishi.

15. Eklampsiya davom etuvchi tutinganoqlarda shohilinche effektiv usul.

- a) Seduksen va droperidol dozasi oshirish
- b) Gomkyuborish
- *v) Endotraxeal intubatsiya va IVL gao'tkazish.

g) Diuretiklarni yuqoridagidagilash

16. O'pkashishida qaysi diuretik ishlatilmaydi?

- a) Laziks
- b) Diakarb
- v) Etakrinkislota
- *g) Mannitol

17. Glyukozaningqandayerishmasiiz otonik

- a) 0,85% b) 3,0% *v) 4,2%
g) 5,5% d) 7,0%

18. Og'irdarajadagiqusishyokiuzoqd avometuvchiqusisholibkeladi.

- a) Qonda xloridoshishi
*b) Qonda xloridpasayishi
v) Na kamayishi
g) QonRNsioshishi

19. Operatsiyadankeyingitrombhosil bo'lishprofilaktikasi

- *a) 5000-10000
ed/sutgeparinyuborish
b) Tozaqonquyish
v)
Narkotikanal'getikbilanog'riqsizlashti
rish
g) NaCl yuborish.

20. O'tkirchaqorincha etishmovchiligida o'pkashishinidavo lashnimadan boshlanadi.

- a) Venaichigakardiotonik moddalar
*b) Periferik vazodilyatorlar
v) Sun'iy o'pkaventilyatsiyasi
g) O₂ingalyatsiyasi
d) 0,5 lgacha qonchiqarish.

21. Gipoksiya qaysitipida arterialqon ning O₂ bilanto'yishishio'zgaradi?

- a) TSirkulyator
b) Anemik
*v) Gipoksik
g) To'qima
d) YUqoridagilar.

22. Qutidagilarning qaysibiridatraxe ostomiyaqilinadi?

- *a)
Bo'yinumurtqasisinishiqovurg'alarida
mushakparalichibilanbirga
b) Bul'barpoleomelit
v) anafilaktikshokdagibronxospazm
g) Qorinchafibrilyatsiyasidagiapnoeda
d) O'zini osandankeyingiholat.

23. Bronxospazmniyo'qotishdako'pr oq nima qilishma'qulroq?

- a)
Traxeobronxialsekretsiyasiyo'qotish

- b) Bo'yinvenalarnishishiniyo'qotishi
v) MVB 1,96 kPA / 20 sm. suv.ust.

*g) RaSO₂ 5,3 kPA / 49 sm.suv.ust.

24. Uyqu dorisibilanzaharlangankata odamda oshqazonqanchamiqdordas uyuqlik bilanyuviladi.

- a) 1 l
b) 2 l v) 15 l
g) 17 l *d) 10 l

Nafas siqishi, bo'g'ilish. Bronxial astma xuruji, astmatik status. Soxta krup. Nafas etishmovchiligi. Yurak astmasi, o'pka shishi. O'tkir o'pkali-Yurak . Diagnostikasi Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi.

A'lo 5 baho	86-100%	Talaba Nafas siqishi, bo'g'ilish. Bronxial astma xuruji, astmatik status. Soxta krup. Nafas etishmovchiligi. Yurak astmasi, o'pka shishi. O'tkir o'pkali-Yurak . Diagnostikasi Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi to'grisida to'liq nazariy bilimga ega bo'lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga Ega bo'lsa, amalda qo'llay olsa, mustaqil mushohada yuritsa, ijobiy fikrlay olsa
Yaxshi 4 baho	71-85.9%	Talaba Nafas siqishi, bo'g'ilish. Bronxial astma xuruji, astmatik status. Soxta krup. Nafas etishmovchiligi. Yurak astmasi, o'pka shishi. O'tkir o'pkali-Yurak . Diagnostikasi Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi to'grisida to'liq nazariy bilimga ega bo'lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga Ega bo'lsa, amalda qo'llay olsa.
Qoniqarli 3 baho	55-70.9%	Talaba Nafas siqishi, bo'g'ilish. Bronxial astma xuruji, astmatik status to'grisida tushunchaga ega bo'lsa,
Qoniqarsiz 2 baho	55 dan past	Talaba: bilmasa va aniq tasavvurlarga Egabo'lmasa, qo'shimcha yo'naltirilgan savollarga javob bera olmasa.

9--mavzu:Arterial gipertoniya.Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 16-18s
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Reja	1.Arterial gipertoniya bilan bemorlarni reanimatsiya va intensiv terapiya. 2. Arterial gipertoniya klassifikatsiyasi 3. Arterial gipertoniya.Patogenezi, klinikasi, shoshilinch yordam.
<p>Mavzuning maqsadi: Arterial gipertoniya bilan bemorlarni reanimatsiya va intensiv terapiya. Arterial gipertoniya patogenezi, klinikasi, shoshilinch yordam. Bu maqsadga erishish uchun quyidagi shu harakatlarini bosqichma- bosqich bajarish lozim.</p> <p>I bosqich. Maqsad: Arterial gipertoniya bilan bemorlarni reanimatsiya va intensiv terapiya uxlatuvchi va sedativ vositalar haqida ma'lumotga ega bo'lish.</p> <p>Buning uchun: Arterial gipertoniya mexanizmlari</p> <p>II bosqich. II. Maqsad: Arterial gipertoniya. Patogenezi, klinikasi, shoshilinch yordam.</p>	
<p>Mavzuning vazifasi- Arterial gipertoniya bilan bemorlarni reanimatsiya va intensiv terapiya. Arterial gipertoniya patogenezi, klinikasi, shoshilinch yordam.</p>	
Ta'lim berish usullari	Ko'rgazmali, Ma'ruza, suhbat
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	kompyuter, multimedia, slaydlar, mavzuga oid bemorlar va boshqalar
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat:savol-javob.

1.2.Arterial gipertoniya. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	1.Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. 2.Talabalarni mashg'ulotga tayyorligini tekshiradi 3.Davomatni nazorat qiladi.	
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (20 daqiqa)	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish MA'RUZA si uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash. 3. Fanni o'rganishda faoydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish.	
2. Asosiy bosqich	1. Talabalarni kichik guruhlarga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi.	Kichik guruhlarga bo'linadilar

(235daqiq)	2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3. Slaydlar, multimediyalardan foydalaniladi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Yakuniy bosqich (15 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi. 2. Mustaqil ish beradi. 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

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

BAHOLASHSAVOLLARI.

1. Arterial gipertoniya klassifikatsiyasi
2. Arterial gipertoniya diagnostikasi
3. Arterial gipertoniya davolash printsiplari
4. Arterial gipertoniya klinikasi
5. Arterial gipertoniya diagnostikasi
6. Arterial gipertoniya, patogenezi intensiv terapiya tamoyillari.

Talabalar egallashi zarur boʻlgan amaliy koʻnikmalar:

Oshqozonni burun orqali zondlash

Maqsad: Zaharli moddalarni chiqarish

Koʻrsatma: Peroral oʻtkir zaharlanish

Kerakli anjomlar: gastroduodenal zond, Jane shprist, sterillangan moy yoki glisterin

texnikasi:

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (10 ball)	Toʻliq va aniq bajardi (20 ball)
1.	Bemorni yonboshga yotqizish	0	10	20
2.	Zond uzunligini oʻlchash.	0	10	20
3.	Zondga steril yogʻ surtish.	0	10	20
4.	Burun pastki yoʻli orqali zondni qiziloʻngachga va oshqozonga kiritish	0	10	20
5.	Zondni oshqozonda turganligini tekshirish. Zondni mahkamlash. Oshqozonni zond orqali suv bilan yuvish.	0	10	20
	Jami	0	50	100

“Miya shtrumi” metodi.

Uslubning asosiy qoidalari:

G’oya hosil qilishga xalaqit beruvchi qanday tanbeh va tanqidiy fikr bildirmasin.

- Eng ko’p miqdorda takliflar olish.
- G’oyalar kombinastiyasi va ulardan rivojlantirish
- Guruhlar kombinastiyasi va ularga ishlov beruvchilarga ajratish.

Bu uslub har qanday sharoitda optimal qaror qabul qilishga, oppenentlarni qabul qilinayotgan yo’lning to’g’riligiga ishonch hosil qilishga o’rgatadi. Bu uslub asosiy mavzuni muhokama qilishda oldindan yaxshigina tayyorgarlikdir.

Masalan: Dars mavzusi “Kardiogen shok”

O’qituvchi doska oldida turib, Kardiogen shokga xos simptomlarni ayting deb murojaat qiladi. Narkoz klinikasiga xos belgilarni talabalar birma-bir aytadilar:

- Yurak sohasidagi og’riq;
- Nafas etishmovchili, hansirash;
- Sovuq ter bosishi.

O’qituvchi guruhdagi har bir talabaning muhokamada ishtirokini kuzatib boradi. Birorta ham javob to’g’ri yoki noto’g’ri deb sharxlanmaydi. Hamma variantlar tugagandan so’ng muhokamani boshlash mumkin.

Bunda o’qituvchi so’raydi: “Qanday o’ylaysiz? Yurak sohasidagi og’riq infark miokard belgisimi? yoki qovurg’alar nevrалgiyasimi?”. Talabalar o’qituvchi bilan birgalikda hamma variantlarni faol muhokama qilishga kirishadilar. Bunda noto’g’ri javoblar muhokama tarzida hal qilinadi va asoslab beriladi. SHundan so’ng o’qituvchi bilimlarni ko’proq mustahkamlashda talabalardan to’g’ri variantlarni yozib olishni so’raydi.

Uslubning maqsadi: Qisqa vaqt ichida guruhdan ko’p miqdorda variantlar olish, talabalar bilimni aniqlash bunda muammolarni hal qilishga qodir g’oyalar taklif qilinishi mumkin.

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

TALABA UCHUN TOPSHIRIQ

№	Savol	Izohi
1.	Arterialgipertoniya bilan bemorlarni reanimatsiya va intensiv	
2.	Arterial gipertoniya mexanizmlari	

Talabaning mustaqil bilimni tekshirish

№	Savol	Javob
1.	Arterialgipertoniya bilan bemorlarni reanimatsiya va intensiv terapiya.	
2.	Arterial gipertoniya mexanizmlari	
3.	Arterial gipertoniya. Patogenezi, klinikasi, shoshilinch yordam.	

Keys-metod Vaziyatiy masalalar.

Vaziyatiymasalalar.

1-masala.

Reanimatsiyabo'limigaog'irahvolda 32 yoshliayolkeltirildi. Es-hushijoyida, gapirishni xohlamaydi, og'izatrofidakimyoviykuyishbelgilaribor, og'izorqalichiqayotganhidnoaniq.

Bemorniyaqinlarihambemorningahvolito'g'risidabirornarsaaytolmaydi.

Nafasolishimustaqil, shovqinli, A/B 110/70 mm.sim.ust. Pul's 118 ta 1 daqiqada.

Siydikpufagikateterizatsiyaqilingandaqonsimonsiydikolindi

SAVOL:

Diagnozvaintensivterapiyatamoyillarinibelgilang.

MAVZU BAYONI

Gipertonik kriz

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

Klassifikatsiyasi:

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

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

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

GK ikkinchi turi (gipokinetik) - gipertoniya kasalligining kechki bosqichlarida kuzatiladi, juda yuqori qon bosimi bilan yuruvchi kishilarda asta-sekin (bir necha soatdan 4-5 kunda) rivojlanadi va og'ir kechadi. Bunday bemorlarda behollik, karaxtlik miya va Yurak da qon aylanishi buzilish belgilari

tez rivojlanadi. Sistolik va diastolik bosim juda yuqori bo'lib, asosan diastolik bosimning ko'tarilishi natijasida puls bosimi birmuncha pasayadi. Ikkinchi tur krizda qonda angiotenzin II va noradrenalin miqdorining ko'payishi perefirik tomirlar qarshiligining oshishi va shu sababdan diastolik bosim ko'tarilishi kuzatiladi. GK ning bu turi 34 soatdan 45 kungacha davom etadi va gipertoniya kasalligining III bosqichida kuzatiladi.

b) Klinik kechishiga qarab:

Asoratlanmagan GK

Asoratlangan GK

Tashxisi:

Gipertoniya krizi tashxisi uchta belgi asosida qo'yiladi.

Gipertonik krizning nisbiy to'satdan boshlanishi.

SHaxsga xos holda AB birdaniga yuqori ko'tarilishi.

Kardial,serebral va umumiy vegetativ xarakterdagi shikoyatlarning mavjudligi.

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

Intensiv terapiya tamoyillari:

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

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

Diazepam 2-3 ml mushak orasiga yoki tomir ichiga;

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

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

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

•GK ning II turida kompleks davolash choralarini o'tkaziladi;

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

•Furosemid 40- 180 mg tomir ichiga;

•Propranolol (anaprilin) 40 mg;

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

• MNT jarohatlanganda (ensefalopatiya, insult). Nitroprussid (agar diastolik bosim 130 mm.sim.ust. dan yuqori bo'lsa) yoki taxiben, qo'shimcha furosemid. Ayrim hollarda magniy sulfat, kaptopril yaxshi foyda beradi. Diensefal

o'zgarishlarda (titrash, qaltirash, qo'rquv hissi, ko'ngil aynishi va h.k.) – droperidol qo'llaniladi.

Infarkt miokarda analgetiklar, sedativ preparatlar, nitroglitserin, labetalol, nifidipin yoki kaptopril qo'llash tavsiya etiladi.

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

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

Testsavollari:

1. Uyquдорisibilanzaharlangankataod amdaoshqazonqanchamiqdordasuy uqlikibilanyuviladi.

- a) 1 l
- b) 2 l v) 15 l
- g) 17 l *d) 10 l

2. Bemorhushsiz, A/B 90/60 min.s.u. nafassoni 30 tarefleksyo'qolganhamdakeltirilgan to'shagioldida

Naetaminbo'shfilakoni.

Onasiningaytishichaflakonda 30 tatabletkabo'lgan. 1- navbatdanimaqilinadi?

- a) Forsirlangandiurez
- b) Gemosorbtsiya
- v) IVLgao'tkazish
- *g) Traxeyaintubatsiyasi, oshqozonyuvish
- d) Oshqozonyuvish, venaichigabemegridyuborish.

3. Metilspirtizaharlangandaspetsifik terapiya.

- a) Venaichiga 50 mg/kgbemegrid
- b) Forsirlangandiurez
- v) Barvaqtgemosorbtsiya
- *g) Venaichigaetilspirti 2 ml/kgsutkada
- d) Venaichiga 20-40% glyukozainsulinbilanyuborish.

4. Qastdano'zinizaharlanganbemorni ambulatordavolanishinipsixiatrmas lahatisiztavsiyaqilishmumkinmi?

*a) Hab) Yo'q

5. Mendel'sonsindromikelibchiqishi bog'liq:

- a) Aspiratsiyalangansuyuqlikhajmibilan
- *b) Oshqozonshirasikislotaliligibilan
- v) Oshqozonsuyuqligibilano'tsuyuqligiar alashmasibilan
- g) Allergikfon
- d) parasimpatiknervsistemasitonusbilan.

6. Gipoglikemikkomaningasosiy pato genezi:

- a) Kompensatsiyalashmaganmetabolikat sidozrivojlanishi.
- b) Yurak etishmovchiligi.
- *v)

Miyato'qimasidaglyukozanikontsentr atsiyasipasayishi

- g) Jigar etishmovchiligi
- d) Barchasi.

7. Gipoglikemiyadaqondaglyukozan echaga etgandaklinikbelgilarnamoyonbo'la di?

- a) 8 mmol'/l
- b) 6 mmol'/l
- v) 5 mmol'/l
- g) 3 mmol'/l
- *d) 3 mmol'/ldankam.

8.Qandli diabet keltirib chiqaradi:

- *a) Barvaqtateroskleroz kelib chiqadi
- b) Jigar etishmovchiligi
- v) Osteoxondroz
- g) Polinevritvanevralgiya
- d) Barchasi.

9.Qandli diabetdabemorlaro'liminin gasosiysababi:

- a) OPN
- b) O'tkir jigar etishmovchiligi
- *v) Miokardinfarktiva MO'QAB
- g) SBE
- d) Barchasi

10.Giperosmolyarkomaning patogen ezi:

- a) Kompensatsiyalashmaganmetabolikat sidoz.

- *b) YAqqol xujayraichidegitratatsiyasi
- v) YAqqolnamoyonbo'lganketoatsidoz
- g) O'BE
- d) Barchasi.

11.MO'QABdahushningyo'qolishis ababi:

- a) Miyatomirlariningkengayishi
- *b) Miyatomiralarispazmi
- v) Miyachuqurstrukturalaribuzilishi.
- g) Boshmiyashishi
- d) Miyagakeladiganglyukozamiqdorinin gtezdakamayishi.

12.Sog'lomodamdamiyaqonaylanis hitezligi:

- a) 10 ml/100 grmiyaminutida

- b) 20 ml/100 grmiyaminutida
- v) 30 ml/100 grmiyaminutida
- *g) 40 ml/100 grmiyaminutida
- d)

Boshqato'qimalardanfarqqilinmaydi.
13.SO₂miyatomirlarigaqandayta'sir qiladi?

- *a) Kegaytiradi
- b) Qisqartiradi
- v) Toraytiradi
- d) Falajqiladi

14.BemorningAQB 140/80 mm.sim.ust. danbirdan 0 gatushgan.

Uninglikvorbosimi qanchabo'ladi?

- *a) 0
- b) 40 sm.suv.ust.
- v) 100 smsuv. Ust.
- G) 150 smsuv.ust.
- D) LikvorbosismiAQBgabog'liqemas.

15.Gematoentsefalikbar' erfunksiy asiniqaysipreparatengyaxshinormal lashtiradi?

- a) Eufillin
- *b) Glyukokortikoid
- v) SaSI
- g) Manit
- d) Furasemid

16.Rejali xoletsistektomiyaoperatsiyasiqilina diganbemorda "bo'shshqozon" holatinikeltiribchiqarishuchunnima qilishkerak?

- a) Operatsiyadanoldinoshqozonni yaxshil abyuvish
- b) Tozalovchihuqnaqilish
- *v) Operatsiyadan 12 soatoldinovqatlanmaslik.
- g) Operatsiyadan 6 soatoldinovqatlanmaslik.

Arterial gipertoniya. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi

A'lo 5 baho	86-100%	Talaba Arterial gipertoniya. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi to'grisida to'liq nazariy bilimga ega bo'lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga Ega bo'lsa, amalda qo'llay olsa, mustaqil mushohada yuritsa, ijobiy fikrlay olsa
YAxshi 4 baho	71-85.9%	Talaba Arterial gipertoniya. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi to'grisida to'liq nazariy bilimga ega bo'lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga Ega bo'lsa, amalda qo'llay olsa.
Qoniqarli 3 baho	55-70.9%	Talaba arterial gipertoniya. to'grisida tushunchaga ega bo'lsa,
Qoniqarsiz 2 baho	55 dan past	Talaba: bilmasa va aniq tasavvurlarga Egabo'lmasa, qo'shimcha yo'naltirilgan savollarga javob bera olmasa.

10-mavzu:Gipertonik kriz. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 16-18s
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashgulot
Reja	1. Gipertonik kriz bilan bemorlarni reanimatsiya va intensiv terapiya. 2. Gipertonik kriz mexanizmlari 3. Gipertonik kriz. Patogenezi, klinikasi, shoshilinch yordam.
<p>Mavzuning maqsadi:Gipertonik kriz bilan bemorlarni reanimatsiya va intensiv terapiya. Gipertonik kriz patogenezi, klinikasi, shoshilinch yordam. Bu maqsadga erishish uchun quyidagi shu harakatlarini bosqichma- bosqich bajarish lozim.</p> <p>I bosqich. Maqsad:Gipertonik kriz bilan bemorlarni reanimatsiya va intensiv terapiya uxlatuvchi va sedativ vositalar haqida ma'lumotga ega bo'lish.</p> <p>Buning uchun:Gipertonik kriz mexanizmlari</p> <p>II bosqich. II. Maqsad: Gipertonik kriz. Patogenezi, klinikasi, shoshilinch yordam.</p>	
<p>Mavzuning vazifasi- Gipertonik kriz bilan bemorlarni reanimatsiya va intensiv terapiya. Gipertonik kriz patogenezi, klinikasi, shoshilinch yordam.</p>	
Ta'lim berish usullari	Ko'rgazmali, Ma'ruza, suhbat
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	kompyuter, multimedia, slaydlar, mavzuga oid bemorlar va boshqalar
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat:savol-javob.

1.2 Gipertonik kriz. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	1.Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. 2.Talabalarni mashg'ulotga tayyorligini	

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

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

BAHOLASHSAVOLLARI.

1. Gipertonik kriz klassifikatsiyasi
2. Gipertonik kriz diagnostikasi
3. Gipertonik kriz nidavolashprintsiplari
4. Gipertonik kriz nima
5. Gipertonik kriz klinikasi
6. Gipertonik kriz diagnostikasi
7. Gipertonik kriz, patogeneziintensivterapiyatamoyillari.
8. Asoratlangan gipertonik kriz

Talabalar egallashi zarur bo'lgan amaliy ko'nikmalar:

Oshqazonni burun orqali zondlash

Maqsad:Zaharli moddalarni chiqarish

Ko'rsatma:Peroral o'tkir zaharlanish

Kerakli anjomlar: gastroduodenal zond, Jane shprist, sterillangan moy yoki glisterin

texnikasi:

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (10 ball)	To'liq va aniq bajardi (20 ball)

1.	Bemorni yonboshga yotqizish	0	10	20
2.	Zond uzunligini o'lchash.	0	10	20
3.	Zondga steril yog' surtish.	0	10	20
4.	Burun pastki yo'li orqali zondni qizilo'ngachga va oshqozonga kiritish	0	10	20
5.	Zondni oshqazonda turganligini tekshirish. Zondni mahkamlash. Oshqozonni zond orqali suv bilan yuvish.	0	10	20
	Jami	0	50	100

“Miya shtrumi” metodi.

Uslubning asosiy qoidalari:

G'oya hosil qilishga xalaqit beruvchi qanday tanbeh va tanqidiy fikr bildirmasin.

- Eng ko'p miqdorda takliflar olish.
- G'oyalar kombinastiyasi va ulardan rivojlantirish
- Guruhlar kombinastiyasi va ularga ishlov beruvchilarga ajratish.

Bu uslub har qanday sharoitda optimal qaror qabul qilishga, oppenentlarni qabul qilinayotgan yo'lning to'g'riligiga ishonch hosil qilishga o'rgatadi. Bu uslub asosiy mavzuni muhokama qilishda oldindan yaxshigina tayyorgarlikdir.

Masalan: Dars mavzusi “Kardiogen shok”

O'qituvchi doska oldida turib, Kardiogen shokga xos sipmtomlarni ayting deb murojaat qiladi. Narkoz klinikasiga xos belgilarni talabalar birma-bir aytadilar:

- Yurak sohasidagi og'riq;
- Nafas etishmovchili, hansirash;
- Sovuq ter bosishi.

O'qituvchi guruhdagi har bir talabaning muhokamada ishtirokini kuzatib boradi. Birorta ham javob to'g'ri yoki noto'g'ri deb sharxlanmaydi. Hamma variantlar tugagandan so'ng muhokamani boshlash mumkin.

Bunda o'qituvchi so'raydi: “Qanday o'ylaysiz? Yurak sohasidagi og'riq infark miokard belgisimi? yoki qovurg'alar nevrалgiyasimi?”. Talabalar o'qituvchi bilan birgalikda hamma variantlarni faol muhoka qilishga kirishadilar. Bunda noto'g'ri javoblar muhokama tarzida hal qilinadi va asoslab beriladi. SHundan so'ng o'qituvchi bilimlarni ko'proq mustahkamlashda talabalardan to'g'ri variantlarni yozib olishni so'raydi.

Uslubning maqsadi: Qisqa vaqt ichida guruhdan ko'p miqdorda variantlar olish, talabalar bilimni aniqlash bunda muammolarni hal qilishga qodir g'oyalar taklif qilinishi mumkin.

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

TALABA UCHUN TOPSHIRIQ

№	Savol	Izohi
1.	Gipertonik kriz bilan bemorlarni reanimatsiya va intensiv	
2.	Gipertonik krizmexanizmlari	

--	--	--

Talabanning mustaqil bilimini tekshirish

№	Savol	Javob
1.	Gipertonik kriz bilan bemorlarni reanimatsiya va intensiv terapiya.	
2.	Gipertonik krizmexanizmlari	
3.	Gipertonik kriz. Patogenezi, klinikasi, shoshilinch yordam.	

Keys-metod Vaziyatliy masalalar.

Vaziyatliymasalalar.

1-masala.

Reanimatsiyabo'limigaog'irahvolda 32 yoshliayolkeltirildi. Es-hushijoyida, gapirishni xohlamaydi, og'izatrofidakimyoviykuyishbelgilaribor, og'izorqalichiqayotganhidnoaniq.

Bemorniyaqinlarihambemorningahvolito'g'risidabirornarsaaytolmaydi.

Nafasolishimustaqil, shovqinli, A/B 110/70 mm.sim.ust. Pul's 118 ta 1 daqiqada.

Siydikpufagikateterizatsiyaqilingandaqonsimonsiydikolindi

SAVOL:

Diagnozvaintensivterapiyatamoyillarini belgilang.

MAVZU BAYONI

Gipertonik kriz

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

Klassifikatsiyasi:

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

GK birinchi turi (giperkinetik) - gipertoniya kasalligining erta bosqichlarida kuzatiladi, o'tkir boshlanadi, bemorlarda qo'zg'aluvchanlik kuzatiladi, vegetativ

belgilar (mushaklar titrashi, ter ajralishining kuchayishi, kaft terisi qizaradi, Yurak o'ynashi, kriz oxirida poliuriya, ayrim hollarda ko'p miqdorda ichning suyuq o'tishi kuzatiladi) va qisqa (3-4 soat atrofida) muddat davom etadi.

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

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

b) Klinik kechishiga qarab:

Asoratlanmagan GK

Asoratlangan GK

Tashxisi:

Gipertoniya krizi tashxisi uchta belgi asosida qo'yiladi.

Gipertonik krizning nisbiy to'satdan boshlanishi.

SHaxsga xos holda AB birdaniga yuqori ko'tarilishi.

Kardial,serebral va umumiy vegetativ xarakterdagi shikoyatlarning mavjudligi.

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

Intensiv terapiya tamoyillari:

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

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

Diazepam 2-3 ml mushak orasiga yoki tomir ichiga;

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

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

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

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

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

•Furosemid 40- 180 mg tomir ichiga;

•Propranolol (anaprilin) 40 mg;

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

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

Infarkt miokarda analgetiklar, sedativ preparatlar, nitroglitserin, labetalol, nifidipin yoki kaptopril qo'llash tavsiya etiladi.

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

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

Testsavollari:

1. Uyquдорisibilanzaharlangankataod amdaoshqazonqanchamiqdordasuy uqlikbilanyuviladi.

- a) 1 l
- b) 2 l v) 15 l
- g) 17 l *d) 10 l

2. Bemorhushsiz, A/B 90/60 min.s.u. nafassoni 30

tarefleksyo'qolganhamdakeltirilgan to'shagioldida

Naetaminbo'shfilakoni.

Onasiningaytishichaflakonda 30 tatabletkabo'lgan. 1-

navbatdanimaqilinadi?

- a) Forsirlangandiurez
- b) Gemosorbtsiya
- v) IVLgao'tkazish
- *g) Traxeyaintubatsiyasi, oshqozonyuvish
- d) Oshqozonyuvish, venaichigabemegridyuborish.

3. Metilspirtizaharlangandaspetsifik terapiya.

- a) Venaichiga 50 mg/kgbemegrid
- b) Forsirlangandiurez
- v) Barvaqtgemosorbtsiya
- *g) Venaichigaetilspirti 2 ml/kgskutkada
- d) Venaichiga 20-40% glyukozainsulinbilanyuborish.

4.

Qastdano'zinizaharlanganbemorni ambulatordavolanishinipsixiatrmas lahatisiztavsiyaqilishmumkinmi?

- *a) Hab) Yo'q

5. Mendel'sonsindromikelibchiqishi bog'liq:

- a) Aspiratsiyalangansuyuqlikhajmibilan
- *b) Oshqozonshirasikislotaliligibilan
- v)
- Oshqozonsuyuqligibilano'tsuyuqligiar alashmasibilan
- g) Allergikfon

d) parasimpatiknervsistemasitonusbilan.

6.Gipoglikemikkomaningasosiypato genezi:

a) Kompensatsiyalashmaganmetabolikat sidozrivojlanishi.

b) Yurak etishmovchiligi.

*v)

Miyato'qimasidaglyukozanikontsentratsiyasipasayishi

g) Jigar etishmovchiligi

d) Barchasi.

7.Gipoglikemiyadaqondaglyukozan echaga etgandaklinikbelgilarnamoyonbo'la di?

a) 8 mmol'/l

b) 6 mmol'/l

v) 5 mmol'/l

g) 3 mmol'/l

*d) 3 mmol'/ldankam.

8.Qandliabetkeltiribchiqaradi:

*a) Barvaqtaterosklerozkelibchiqadi

b) Jigar etishmovchiligi

v) Osteoxondroz

g) Polinevritvanevralgiya

d) Barchasi.

9.Qandliabetdabemorlaro'liminin gasosiysababi:

a)OPN

b)O'tkirjigar etishmovchiligi

*v)MiokardinfarktivaMO'QAB

g) SBE

d) Barchasi

10.Giperosmolyarkomaningpatogen ezi:

a)

Kompensatsiyalashmaganmetabolikat sidoz.

*b) YAqqol xujayraichidegitratatsiyasi

v)

YAqqolnamoyonbo'lganketoatsidoz

g) O'BE

d) Barchasi.

11.MO'QABdahushningyo'qolishis ababi:

a)Miyatomirlariningkengayishi

*b)Miyatomiralarispazmi

v)Miyachuqurstrukturalaribuzilishi.

g) Boshmiyashishi

d)

Miyagakeladiganglyukozamiqdorininte zdakamayishi.

12.Sog'lomodamdamiyaqonaylanis hitezligi:

a) 10 ml/100 grmiyaminutida

b) 20 ml/100 grmiyaminutida

v) 30 ml/100 grmiyaminutida

*g) 40 ml/100 grmiyaminutida

d)

Boshqato'qimalardanfarqqilinmaydi.

13.SO₂miyatomirlarigaqandayta'sir qiladi?

*a)Kegaytiradi

b)Qisqartiradi

v) Toraytiradi

d) Falajqiladi

14.BemorningAQB 140/80 mm.sim.ust. danbirdan 0 gatushgan.

Uninglikvorbosimi qanchabo'ladi?

*a) 0

b) 40 sm.suv.ust.

v) 100 smsuv. Ust.

G) 150 smsuv.ust.

D) LikvorbosismiAQBgabog'liqemas.

15.Gematoentsefalikbar' erfunktsiy asiniqaysipreparatengyaxshinormal lashtiradi?

a)Eufillin

*b)Glyukokortikoid

v)SaSI

g) Manit

d) Furasemid

16.Rejali

xoletsistektomiyaoperatsiyasiqilina diganbemorda "bo'shshoqozon" holatinikeltiribchiqarishuchunnima qilishkerak?

a) Operatsiyadan oldin oshqozonni yaxshilab yuvish	*v) Operatsiyadan soat oldin ovqatlanmaslik.	12
b) Tozalovchi huqna qilish	g) Operatsiyadan soat oldin ovqatlanmaslik.	6

Arterial gipertoniya. Gipertonik kriz. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi

A'lo 5 baho	86-100%	Talaba Gipertonik kriz. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi to'grisida to'liq nazariy bilimga ega bo'lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga Ega bo'lsa, amalda qo'llay olsa, mustaqil mushohada yuritsa, ijobiy fikrlay olsa
Yaxshi 4 baho	71-85.9%	Talaba Gipertonik kriz. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi to'grisida to'liq nazariy bilimga ega bo'lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga Ega bo'lsa, amalda qo'llay olsa.
Qoniqarli 3 baho	55-70.9%	Talaba gipertonik kriz to'grisida tushunchaga ega bo'lsa,
Qoniqarsiz 2 baho	55 dan past	Talaba: bilmasa va aniq tasavvurlarga Ega bo'lmasa, qo'shimcha yo'naltirilgan savollarga javob bera olmasa.

11- mavzu:Yurak ritmining buzilishi.Paroksizmal taxikardiya. Morgani-Edemsa-Stoksa simptomi. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi.

1.1. Ta’lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg’ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 16-18s
Mashg’ulot shakli	Amaliy mashgulot
Reja	1.Yurak ritmining buzilishi, tasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi. 2. Paroksizmal taxikardiya bilan bemorlarda reanimatsiya va intensiv terapiya. 3.Morgani-Edemsa-Stoksa simptomi. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi.. Shoshilinch davo usullari.
<p>Mavzuning maqsadi:Yurak ritmining buzilishi. Paroksizmal taxikardiya. Morgani-Edemsa-Stoksa simptomi. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi.</p> <p>Bu maqsadga erishish uchun quyidagi shu harakatlarini bosqichma- bosqich bajarish lozim.</p> <p>I bosqich. Maqsad:. Yurak ritmining buzilishi, tasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi.</p> <p>Buning uchun: Paroksizmal taxikardiya bilan bemorlarda reanimatsiya va intensiv terapiya.</p> <p>II bosqich. II. Maqsad: Morgani-Edemsa-Stoksa simptomi. Diagnostikasi. Tez</p>	

tibbiy yordam. UASH taktikasi.. SHoshilinch davo usullari.	
Mavzuning vazifasi- Yurak ritmining buzilishi. Paroksizmal taxikardiya. Morgani-Edemsa-Stoksa simptomi. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi.	
Ta`lim berish usullari	Ko`rgazmali, Ma`ruza, suhbat
Ta`lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta`lim berish vositalari	kompyuter, multimedia, slaydlar, mavzuga oid bemorlar va boshqalar
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og`zaki nazorat:savol-javob.

1.2.Yurak ritmining buzilishi. Paroksizmal taxikardiya. Morgani-Edemsa-Stoksa simptomi. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi.

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

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

BAHOLASHSAVOLLARI.

1. Yurak ritmi buzilishlari klasifikatsiyasi?
2. Yurak ritmi buzilishlari klinikasi ?
3. Yurak ritmi buzilishlari diagnostikasi?
4. Yurak ritmi buzilishlari asoratlari nima?
5. Yurak ritmi buzilishlari qagday laborator va instrumental tekshiruvlar o`tkaziladi?

6. Yurak ritmi buzilishlaridabemorlarniO'SVgao'tkazishgako'rsatmalarnisanang.
7. Yurak ritmi buzilishlarida boshmiya qon aylanishi qandayo'zgarishlarkuzatiladi?
8. Yurak ritmi buzilishlaridaintensivterapiya
9. Paroksizmal taxikardiyaetiologiyasiniayting.
10. Paroksizmal taxikardiyaklinikasidabemordaqandayholatlarkuzatiladi?
11. Morgani-Edemsa-Stoksa simptomi?

Talabalar egallashi zarur bo'lgan amaliy ko'nikmalar:

“Miya shtrumi” metodi.

Uslubning asosiy qoidalari:

G'oya hosil qilishga xalaqit beruvchi qanday tanbeh va tanqidiy fikr bildirmasin.

- Eng ko'p miqdorda takliflar olish.
- G'oyalar kombinastiyasi va ulardan rivojlantirish
- Guruhlar kombinastiyasi va ularga ishlov beruvchilarga ajratish.

Bu uslub har qanday sharoitda optimal qaror qabul qilishga, oppenentlarni qabul qilinayotgan yo'lning to'g'riligiga ishonch hosil qilishga o'rgatadi. Bu uslub asosiy mavzuni muhokama qilishda oldindan yaxshigina tayyorgarlikdir.

Masalan: Dars mavzusi “Kardiogen shok”

O'qituvchi doska oldida turib, Kardiogen shokga xos sipmtomlarni ayting deb murojaat qiladi. Narkoz klinikasiga xos belgilarni talabalar birma-bir aytadilar:

- Yurak sohasidagi og'riq;
- Nafas etishmovchili, hansirash;
- Sovuq ter bosishi.

O'qituvchi guruhdagi har bir talabaning muhokamada ishtirokini kuzatib boradi. Birorta ham javob to'g'ri yoki noto'g'ri deb sharxlanmaydi. Hamma variantlar tugagandan so'ng muhokamani boshlash mumkin.

Bunda o'qituvchi so'raydi: “Qanday o'ylaysiz? Yurak sohasidagi og'riq infark miokard belgisimi? yoki qovurg'alar nevralgiasimi?”. Talabalar o'qituvchi bilan birgalikda hamma variantlarni faol muhoka qilishga kirishadilar. Bunda noto'g'ri javoblar muhokama tarzida hal qilinadi va asoslab beriladi. SHundan so'ng o'qituvchi bilimlarni ko'proq mustahkamlashda talabalardan to'g'ri variantlarni yozib olishni so'raydi.

Uslubning maqsadi: Qisqa vaqt ichida guruhdan ko'p miqdorda variantlar olish, talabalar bilimini aniqlash bunda muammolarni hal qilishga qodir g'oyalar taklif qilinishi mumkin.

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

TALABA UCHUN TOPSHIRIQ

№	Savol	Izohi
1.	Yurak ritmining buzilishi, tasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi.	

2.	Morgani-Edemsa-Stoksa simptomi. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi.. SHoshilinch davo usullari.	
----	---	--

Talabning mustaqil bilimini tekshirish

№	Savol	Javob
1.	Yurak ritmining buzilishi, tasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi.	
2.	Paroksizmal taxikardiya bilan bemorlarda reanimatsiya va intensiv terapiya.	
3.	Morgani-Edemsa-Stoksa simptomi. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi.. SHoshilinch davo usullari.	

Keys-metod Vaziyatiy masalalar.

Vaziyatiymasalalar.

1-masala.

Og'irahvolda 32 yoshli ayol keltirildi. Homiladorlikning 23-haftasida auning ahvoli og'irlashganitufaylistatsionarga olib kelindi.

Ko'rgandabemordatopiktutqanoq, nafasto'xtagan, pul's qiyinchilik bilan aniqlanadi, terivashilliq qavatlarda tsianoztutqanoq davomiyligi 25 soniya.

SAVOL: Bemorgatash xisqo'yingvashoshilinch yordam ko'rsating.

MAVZU BAYONI

Adams – Stoks – Morgani sindromi

Adams – Stoks – Morgani (ASM) sindromi Yurak ritmining o'tkir buzilishi natijasida Yurak zarb hajmining kamayishi va miyadagi ishemiya holati – hushdan ketish bilan kuzatiladigan simptomakompleks bo'lib, bu to'liq ko'ndalang atreoventrikulyar (AV) blokada, paroksizmal taxikardiya, qorinchalar fibrillyasiyasi, sinus tuguni sustligi va boshqa holatlarda paydo bo'ladi.

Etiologiyasi:

- Intoksikatsiya: kalsiy antogonistlari, betta-adrenoblokatorlar, digoksin, amiodaron;
- Miokard ishemiyasi;
- Yurak dagi infiltrativ yallig'lanish jarayonlarida o'tkazuv tizimining zararlanishi.

Klinikasi: Birdan bosh aylanishi, hushdan ketish, oqarish, arterial gipotenziya, tonik-klonik tirishishlar. Bradi yoki taxikardiya (asosan bradikardiya), EKGda Yurak ritmining buzilishi: to'liq AV blokada, sinoaurikulyar blokada, Gis tutami oyoqchasi blokadasi, qorincha va qorincha usti taxikardiyasi, fibrillyasiyasi va boshqa klinik belgilar kuzatiladi.

SHoshilinch yordam tamoyillari:

EKG – monitor orqali kuzatiladi. Blokada bo'lganda **ava** **β**adrenostimulyatorlar, glyukokortikoidlar, atropin qo'llash ; paroksizmal taxiaritmiyalarni davolash uchun: novokainamid, lidokain, dizopiramid, amiodaron, veropamil qo'llaniladi. SHoshilinch holatlarda elektrokardiostimulyasiya qilinadi. Kerak bo'lsa sun'iy ritm boshqaruvchisi o'rnatiladi.

14.10.Paroksizmal taxikardiya

Paroksizmal taxikardiya (paroksizm-xuruj)- Yurak qisqarish faoliyatining birdan tezlashishi (minutiga 150-220 tagacha) bilan kechadigan, to'satdan boshlanib, to'satdan to'xtaydigan Yurak ritmining buzilishidir.

Paroksizmal taxikardiyaning kelib chikishiekstrasistoliya kabi 2 xil:

1) supraventrikulyar (bo'lmacha va atrioventrikulyar tugunchadan) va 2) qorinchadan (QPT) bo'ladi.

Paroksizmal taxikardiya ko'pincha impulsning qayta aylanib kirish «re-entry» jarayoni natijasida, ba'zi hollarda ektopik yuqori chastotali patologik qo'zg'alish o'chog'i faoliyati natijasida paydo buladi. Ektopik o'choq paydo bo'lishida markaziy va vegetativ asab tizimining holati, miokardda shikastlangan o'choqlar borligi, undagi biokimyoviy va elektrolitlar buzilishlari katta ahamiyatga ega. Paroksizmal taxikardiya simpatik asab tizimi tonusining oshishi, katexolaminlar ko'plab ishlab chiqarilishi va faolligining oshishi xosdir. Innervatsiya buzilishi, mahalliy biokimyoviy va elektrolitlar o'zgarishiga olib keladi. Miokard, yallig'lanish, distrofiya va chandiq rivojlanishi sababli shikastlanishi mumkin. Elektrolitlar buzilishida gipokalemiya ahamiyatga ega.

Supraventrikulyar paroksizmal taxikardiya (SVPT) sababi har doim ham aniqlanavermaydi. 2/3-3/4 hollarda yuragida kasalliklari yo'q kishilarda rivojlanadi. Supraventrikulyar paroksizmal taxikardiya choy, kofe, spirtli ichimliklar iste'mol qilganda, chekkandan keyin sodir bo'lishi mumkin. Oshqozon-ichak, diafragma, o't qopi kasalliklarida paroksizmal taxikardiya reflektor yo'l bilan rivojlanishi mumkin. Tireotoksikoz, xomiladorlik, pubertat davr, klimaks holatlarida paroksizmal taxikardiya neyrohumoral ta'sirlar natijasida paydo bo'ladi. Paroksizmal taxikardiya xuruji yana Yurak ning organik qasalliklari, WPW sindromida uchraydi. Bundan tashqari paroksizmal taxikardiya Yurak kasalliklari jarrohlik yo'li bilan davolanganda, kateter bilan tekshirilganda, xinidin, prokainamidga o'xshashdorilardan zaharlanganda uchraydi. Qorincha paroksizmal taxikardiya ba'zida sog'lom yoshlarda uchraydi.

Paroksizmal taxikardiya gemodinamika buzilishining asosiy sababi diastolaning qisqarishidir. Bo'lmacha-qorinchalar faoliyatining muvozanati buzilishi ham ahamiyatga ega. Buning natijasida Yurak ning minutlik hajmi, arterial qon bosimi kamayadi, hayot uchun zarur a'zolarning qon bilan ta'minlanishi kamayadi. Bu o'zgarishlar qorinchaparoksizmal taxikardiya yorqin namoyon bo'ladi. Supraventrikulyar paroksizmal taxikardiya atrioventrikulyar tugunchadan paydo bo'lsa, gemodinamik o'zgarishlar kuchliroq bo'ladi.

Klinikasi. Paroksizmal taxikardiya Yurak urish xuruji tez boshlanib, tez tugashi yoki tez boshlanib, asta-sekin tugashi mumkin. Yurak urishining soni minutiga 150 martadan kam bo'lmasligi kerak. Xuruj vaqtida Yurak sohasida qattiq titrash, og'irlik, siqilish, og'riq bo'yin va bosh sohasida zo'riqish, holsizlik,

asab zo'riqishi, kichik qon aylanish doirasi faoliyatining buzilishi natijasida hansirash paydo bo'lishi mumkin. Agar QPT va SVPT lar Yurak ning organik xastaligi natijasida kelib chiqsa, chap qorinchaning o'tkir etishmovchiligiga „aritmik shok” holatiga olib keladi. Yurak da og'riq xurujlari toj qon tomirlarining faoliyati tufayli paydo bo'ladi, agar toj qon tomirlarda organik o'zgarishlar bo'lsa, o'tkir miokard infarkti rivojlanishi mumkin. Miya qon aylanishining buzilishi oqibatida bosh aylanishi, hushdan ketish kuzatiladi. Paroksizmal taxikardiya xuruji ko'proq SVPT da vegetativ simptomlar: titrash, terlash, ko'ngil aynishi, qusish, tez-tez siyish kuzatiladi. Ob'ektiv tekshirilganda bemor rangpar, terisi nam, terlagan bo'ladi. Yurak urishi soni 150-220 ta, maromi to'g'ri, jismoniy zo'riqish yoki ortostatik holat o'zgarganda, ko'paymaydi. Yurak urishi maromi ba'zida mayatniksimon, embriokardiya tarzida I-ton kuchaygan, II-ton sustlashgan, galop ritmi bo'ladi. Sistolik shovqin yo'qoladi. Yurak chegaralari o'zgarmaydi. Puls yumshoq, to'liqligi kamaygan, arterial qon bosimi past bo'ladi. Bo'yinturuq venalari shishadi, arterial puls bilan sinxron urib turadi. Supraventrikulyar paroksizmal xurujida adashgan nerv qo'zg'atilsa, xuruj to'xtashi mumkin. Qorincha paroksizmal taxikardiyasida supraventrikulyar paroksizmal taxikardiya dan farqli o'laroq adashgan nerv qo'zg'atilganda xuruj to'xtamaydi, bo'yinturuq venalari pulsi arterial puls sonidan kam bo'ladi. Morgani-Adams-Stoks sindromi kuzatilishi mumkin.

Paroksizmal taxikardiyaning tashxislashda, uning supraventrikulyar va qorincha xilini farqlashda EKG tekshirish usuli qo'llaniladi. Paroksizmal taxikardiyaning bo'lmachadan paydo bo'lish turida impuls bo'lmachada paydo bo'ladi. EKGda R-R intervali juda qisqargan va bir xil Yurak qisqarish soni 160-220 ta maromi to'g'ri ektopik R1 tishcha yoziladi. Ektopik to'ltin P1 tishcha deformatsiyalangan, 2 fazali, musbat yoki manfiy bo'ladi. Agar ektopik o'chok bo'lmaning yuqori qismida bo'lsa, deformatsiyalangan, P1 tishcha musbat bo'ladi. Ektopik o'chok bo'lmaning pastki qismida bo'lsa, P1 tishcha manfiy bo'ladi. PQ intervali o'zgarmaydi. Qo'zg'alish qorinchalarda normal yo'l bilan tarqaladi. SHuning uchun QRS o'zgarmaydi. Har bir QRS kompleksi bir xil vakt oralig'ida bir-biridan so'ng P1 ektopik tishcha bilan bog'langan holda takrorlanadi. Atrio-ventrikulyar tugunchada paydo bulgan paroksizmal taxikardiya da ektopik o'choq atrio-ventrikulyar tugunchada joylashadi va qo'zgalish yuqoriga, ya'ni bo'lmachalarga retrograd tarqaladi.

Qorinchalar paroksizmal taxikardiyasi. Qorinchaning paroksizmal taxikardiyasi impuls qorinchalarida joylashgan ektopik o'chokda paydo bo'lganligi uchun qo'zg'alishning qorinchalarda tarqalishi buziladi. EKG da QRS kompleksi kengaygan 0,12 sekdan ko'proq ST segmenti T tishcha QRS kompleksiga nisbatan diskordant joylashgan. Impuls bo'lmachalarga retrograd o'tib bormaydi. Buning natijasida bo'lmacha sinus tugun ta'sirida qo'zg'aladi. Bu qo'zg'alish korinchalarga o'tmaydi. Sababi qorinchaning refrakter fazasiga to'g'ri kelib qoladi. Natijada qorincha va bo'lmacha faoliyatining dissotsiatsiyasi kuzatiladi. Lekin EKG da bo'lmachada qisqarishi qayd qilinmaydi -P1 tishcha bo'lmaydi. Bemorni xurujdan tashqari holatda ko'rilganda paroksizmal taxikardiya xurujiga sabab bo'lgan Yurak tomir kasalliklarini aniqlash mumkin. Xurujdan keyin darhol bir qator laboratoriya tekshirishlari o'tkazish kerak. (kon tarkibidagi leykotsitlar, eritrotsitlar, cho'kish tezligi, transaminazalar, ADG, KFK

ni aniklash) Bu ko'rsatgichlar paroksizmal taxikardiya xuruji natijasida miokard infarkti rivojlanganda o'zgaradi.

Paroksizmal taxikardiyaning davolashda quyidagilarga rioya qilinadi:

1. Uning hamma turlarida tinchlantiruvchi sedativ dorilar beriladi va psixoterapevtik ta'sir o'tkaziladi.

2. Xuruj vaqtida dori berishdan avval adashgan nervga mexanik ta'sir ko'rsatiladi a) chuqur nafas olish, b) o'ng uyku arteriyasining sinusini uqalash (CHermak-Gering refleksi), v) ko'z soqqasini bosish. (Ashner -Danini refleksi), g) qusish refleksini qo'zg'atish, qattiq ovqat bo'laklarini yutish, sovuq suv ichish, d) yuzni sovuq suvga botirish («suvga sho'ng'igan it» refleksi), e) cho'kkalab o'tirish, j) Valsalva sinamasini bajarish, z) past arterial bosimda venaga oz miqdorda mezaton (1% eritmadan 0,2-0,3 ml) yuborish yo'li bilan xurujni to'xtatish.

3. Adashgan nervni qo'zg'atish foyda bermaganda dorilar qo'llashga o'tiladi.

Supraventrikulyar paroksizmal taxikardiya:

1) 2 ml ATF yoki 0,5 ml 0,05% strofantin «K» 20 ml 40% glyukozaga qo'shib venaga yuboriladi, yoki 10 ml 10% novokainamid venaga sekin yuborilib, arterial qon bosimi va QRS kompleksi kengligi tekshirib turiladi, yoki 10 ml izoptin 20 ml 50% glyukozaga yoki 1-54 mg inderal glyukozaga qo'shib venaga yuboriladi.

2) dorilar yordam bermasa, xuruj uzok davom etsa, gemodinamik buzilish belgilari bo'lsa, yoki Yurak toj tomirlarida kon aylanishi yomonlashsa, elektroimpuls bilan davolashga o'tiladi.

3) dorilar yordam bermaganda qizilo'ngach orqali yoki bevosita endokardial yo'l bilan siyraklashtiruvchi elektr stimulyasiya qilish mumkin.

4) elektroimpuls terapiyasi va kardiostimulyasiyalar yordam bermasa Yurak ni juft stimulyasiya qilinadi.

Og'ir gemodinamik va koronar buzilishlar bo'lgandaparoksizmal taxikardiya xurujini to'xtatish uchun davolanishnielektroimpuls terapiyasi yoki elektrokardiostimulyasiya usulidanboshlash kerak.

Qorincha paroksizmal taxikardiya paytida:

1. venaga tomchilab 100 mg lidokain 925-2,5 mg yoki 10 ml 10% novokainamid eritmasini glyukozada yuboriladi. Yurak glikozidlarini berish xavfli (qorinchafibrillyasiyasi bo'lishi mumkin), ayrim vaqtlarda xurujni to'xtashi mumkin.

2. Lidokain, novokainamid yordam bermasa, elektroimpuls terapiyasi tavsiya etiladi. Agar bu usul ham yordam bermasa, elektr stimulyasiya (fazasinxronlitez-tez) qilinadi. Natija bo'lmasa, juft stimulyasiya qilinadi.

Profilaktikasi: tez-tez qaytariladigan paroksizmal taxikardiya yoki kam uchraydigan og'ir xurujlarda umumiy tadbirlardantashqari kasallik sababiga ta'sir qiluvchi va tinchlantiruvchi dorilar bilan bir qatorda kuniga 0,6g kordaron yoki 2-4 g novokainamid yoki 0,2 g dan 3-4 maxal xinidan yoki 0,01- 0,02 -0,04 g dan 3 marta propranolol (SVPT da) beriladi. Aymalin berish mumkin. Bundan tashqari etatsizin, etmozin, ritmilin tavsiya qilinadi. Agar preventiv (oldini oladigan) davolash yordam bermasa, radiochastotali elektr stimulyasiya tavsiya etiladi. So'nggi yillarda paroksizmal taxikardiya Yurak qorinchalarining vaqtdan ilgari

qo'zg'alishi tufayli yuzaga kelganda paraatrioventrikulyar shunt yo'llarini kesib, jarrohlik yo'li bilan davolash o'tkazilyapti.

TESTSAVOLLARI:

1. Eklampsiya rivojlanishida asosiy hisoblanadi:

- *a) Arteriyalarning giperlizatsiyalashgan spazmi
- b) Oqsilgaboydieta
- v) Elektrolit balansibuzilishi
- g) Izoimmunizatsiya.

2. Eklampsiya tutqanoq xurujidamiyashishikelibchiqish sababi:

- a) Yurak otilish pasayishi
- b) Qon plazmasidan atriya vakaliy balansibuzilishi
- *v) Ovozboylamispazmi
- g) qononkotik bosimtushishi.

3. Eklampsiya davometuvchitutqanoqlardashoshilinchefektivusul.

- a) Seduksenvadropidoldozasini oshirish
- b) Gomkyuborish
- *v) Endotraxeal intubatsiya va IVL gao'tkazish.
- g) Diuretiklarni yuqoridozada qo'llash

4. O'pkashishida qaysidiuretik ishlatilmaydi?

- a) Laziks
- b) Diakarb
- v) Etakrinkislota
- *g) Mannitol

5. Glyukozaning qandayerishmasi izotonik

- a) 0,85%
- b) 3,0%
- *v) 4,2%
- g) 5,5%
- d) 7,0%

6. Og'irdarajadagi qusish yoki uzoq davometuvchi qusish holib keladi.

- a) Qonda xloridoshishi
- *b) Qonda xlorid pasayishi
- v) Na kamayishi
- g) Qon RNsioshishi

7. Operatsiyadan keyingitrombhosil bo'lish profilaktikasi

- *a) 5000-10000 ed/sutgeparinyuborish
- b) Tozaqon quyish
- v) Narkotikanal'getik bilan og'riqsizlashtirish
- g) NaCl yuborish.

8. Sirkakislota bilan zaharlanganda oshqozonni yuvish boshlanadi?

- a) NaHCO₃ 4% ml
- b) NaHCO₃ 8%
- v) Ringenerishmasi
- *g) Suv bilan

9. Qorin chaparoksizmal taxikardiyasini kamayish uchun 1-bo'lib nima qilinadi?

- a) Strofastin
- b) Novokainamid
- *v) Lidokain
- g) Obzidan

10.O'tkirchaqorincha

etishmovchiligida o'pkashishini davolash nimadan boshlanadi.

a) Venaichiga kardiotonik moddalar

*b) Periferik vazodilyatorlar

v) Sun'iy o'pkaventilyatsiyasi

g) O₂ingalyatsiyasi

d) 0,5 lgacha qon chiqarish.

11.Kardiogen shok davolovchinar ko'z qilganda

N₂O₂ va O₂ nisbatini qanday bo'ladi?

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

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

d) 80% : 20%.

12.NLA dardroperidol qilgandan keyin qanday asorat bo'ladi?

a) Taxikardiya

b) Bradikardiya

v) Arterial gipertenziya

*g) Arterial gipotenziya

13.Miokard infarktida og'riqqa qarshilik urashda qaysi usul effektli?

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

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

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

*g) Davolovchinar ko'z Efunii-Petrovskiy bo'yicha

14.Gipoksiya qaysi tipida arterial qonning O₂ bilanti o'yishish o'zgaradi?

a) TSirkulyator

b) Anemik

*v) Gipoksik

g) To'qima

d) YUqoridagilar.

15.Qutidagilarning qaysi birida traxeostomiya qilinadi?

*a) Bo'yin murtqasini shiqovurg'alarida mushak paralich bilan birga

b) Bul'bar poleomelit

v) anafilaktik shokda gibrinxospazm

g) Qorinchafibrilyatsiyasidagi apnoeda

d) O'zini osgandan keyin giholat.

16.Bronxospazmniyo'qotishdako'proq nima qilish ma'qulroq?

a) Traxeobronxial sekretiysiyo'qotish

b) Bo'yin venalarni shishiniyo'qotishi

v) MVB 1,96 kPA / 20 sm. suv.ust.

*g) RaSO₂ 5,3 kPA / 49 sm.suv.ust.

17.Metilspirt zaharlanganda spetsifik terapiya.

a) Venaichiga 50 mg/kg bemegrid

b) Forsirlangandiurez

v) Barvaqt gemosorbtsiya

*g) Venaichiga etilspirti 2 ml/kg sutkada

d) Venaichiga 20-40% glyukozainsulin bilan yuborish.

18.

**Qastdano'zinizaharlanganbemorniambulatordavolanishinipsixiatrmaslahatisi
ztavsiyaqilishmumkinmi?**

*a) Hab) Yo'q

**Yurak ritmining buzilishi. Paroksizmal taxikardiya. Morgani-Edemsa-Stoksa
simptomi. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi.**

A'lo 5 baho	86-100%	Talaba Yurak ritmining buzilishi. Paroksizmal taxikardiya. Morgani-Edemsa-Stoksa simptomi. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi to'grisida to'liq nazariy bilimga ega bo'lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga Ega bo'lsa, amalda qo'llay olsa, mustaqil mushohada yuritsa, ijobiy fikrlay olsa
YAxshi 4 baho	71-85.9%	Talaba Yurak ritmining buzilishi. Paroksizmal taxikardiya. Morgani-Edemsa-Stoksa simptomi. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi to'grisida to'liq nazariy bilimga ega bo'lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga Ega bo'lsa, amalda qo'llay olsa.
Qoniqarli 3 baho	55-70.9%	Talaba Yurak ritmining buzilishi. Paroksizmal taxikardiya to'grisida tushunchaga ega bo'lsa,
Qoniqarsiz 2 baho	55 dan past	Talaba: bilmasa va aniq tasavvurlarga Egabo'lmasa, qo'shimcha yo'naltirilgan savollarga javob bera olmasa.

12-mavzu: Ko'krak qafasidagi og'rik sindromi. Stenokardiya. Miokard infarkti. Tromboembolik sindrom. Diagnostikasi. SHoshilinch yordam. UASH taktikasi.

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 16-18s
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashgulot
Reja	1. Ko'krak qafasidagi og'rik sindromi tasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi. 2. Stenokardiyarivojlanishining mexanizmlari 3. Miokard infarkti. Tromboembolik sindrom. Etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, shoshilinch yordam.
<p>Mavzuning maqsadi: Ko'krak qafasidagi og'rik sindromida reanimatsionvaintensivdavo. Haroratta'sirotlartravmasi. Miokard infarkti. Tromboembolik sindrom. Etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, shoshilinch yordam.</p> <p>Bu maqsadga erishish uchun quyidagi shu harakatlarini bosqichma- bosqich bajarish lozim.</p> <p>I bosqich. Maqsad: Buning uchun: Ko'krak qafasidagi og'rik sindromitasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi.</p>	

Stenokardiyarivojlanishining mexanizmlari II bosqich. II. Maqsad: . Miokard infarkti. Tromboembolik sindrom. Etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, shoshilinch yordam.	
Mavzuning vazifasi- Ko'krak qafasidagi og'rik sindromidareanimatsionvaintensivdavo. Harorat ta'sirotlar travmasi. Miokard infarkti. Tromboembolik sindrom. Etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, shoshilinch yordam.	
Ta'lim berish usullari	Ko'rgazmali, Ma'ruza, suhbat
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta'lim berish vositalari	kompyuter, multimedia, slaydlar, mavzuga oid bemorlar va boshqalar
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og'zaki nazorat:savol-javob.

1.2.Ko'krak qafasidagi og'rik sindromida reanimatsion va intensiv davo. Harorat ta'sirotlar travmasi. Miokard infarkti. Tromboembolik sindrom. Etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, shoshilinch yordam.

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

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

1. Ko'krak qafasidagi og'rik sindromi tasnifi?

2. Ko'krak qafasidagi og'rik sindromi etiologiyasi?
3. Ko'krak qafasidagi og'rik sindromi patogenezi?
4. Stenokardiya etiologiyasi?
5. Stenokardiya patogenezi?
6. Stenokardiya klinkasi?
7. Stenokardiya shoshilinch yordam?
8. Miokard infarkti etilogiya, patogenezi?
9. Miokard infarkti klinikasi?
10. Miokard infarktidadintensiv terapiya?
11. Tromboembolik sindrom nima?

Talabalar egallashi zarur bo'lgan amaliy ko'nikmalar:

Konikotomiya o'tkazish

Maqsad: Nafas o'tkazuvchanligini tiklash

Ko'rsatma: Nafas etishmovchiligi

Kerakli anjomlar: spirt, skalpel', nafas o'tkazuvchi naycha, mulyaj.

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

№	Tadbirlar	Bajara bilmadi (0 ball)	Qisman bajardi (10 ball)	To'liq va aniq bajardi (20 ball)
1.	Bemorni chalqancha yotqizish.	0	10	20
2.	Anatomik mo'ljallarni aniqlash. Vrach qo'li va operastion maydonga aseptik ishlov berish.	0	10	20
3.	Operastiya maydonini mahalliy og'riqsizlantirish.	0	10	20
4.	Terini ko'ndalang kesish va yog' kletchatkasidan ajratish. Membranani ko'ndalang kesish.	0	10	20
5.	Naynachani traxeyaga kiritish va mahkamlash.	0	10	20
	Jami	0	50	100

“Miya shtrumi” metodi.

Uslubning asosiy qoidalari:

G'oya hosil qilishga xalaqit beruvchi qanday tanbeh va tanqidiy fikr bildirmasin.

- Eng ko'p miqdorda takliflar olish.
- G'oyalar kombinastiyasi va ulardan rivojlantirish
- Guruhlar kombinastiyasi va ularga ishlov beruvchilarga ajratish.

Bu uslub har qanday sharoitda optimal qaror qabul qilishga, oppenentlarni qabul qilinayotgan yo'lning to'g'riligiga ishonch hosil qilishga o'rgatadi. Bu uslub asosiy mavzuni muhokama qilishda oldindan yaxshigina tayyorgarlikdir.

Masalan: Dars mavzusi “Kardiogen shok”

O'qituvchi doska oldida turib, Kardiogen shokga xos sipmtomlarni ayting deb murojaat qiladi. Narkoz klinikasiga xos belgilarni talabalar birma-bir aytadilar:

- Yurak sohasidagi og'riq;
- Nafas etishmovchili, hansirash;
- Sovuq ter bosishi.

O'qituvchi guruhdagi har bir talabaning muhokamada ishtirokini kuzatib boradi. Birorta ham javob to'g'ri yoki noto'g'ri deb sharxlanmaydi. Hamma variantlar tugagandan so'ng muhokamani boshlash mumkin.

Bunda o'qituvchi so'raydi: "Qanday o'ylaysiz? Yurak sohasidagi og'riq infark miokard belgisimi? yoki qovurg'alar nevrалgiyasimi?". Talabalar o'qituvchi bilan birgalikda hamma variantlarni faol muhoka qilishga kirishadilar. Bunda noto'g'ri javoblar muhokama tarzida hal qilinadi va asoslab beriladi. SHundan so'ng o'qituvchi bilimlarni ko'proq mustahkamlashda talabalardan to'g'ri variantlarni yozib olishni so'raydi.

Uslubning maqsadi: Qisqa vaqt ichida guruhdan ko'p miqdorda variantlar olish, talabalar bilimni aniqlash bunda muammolarni hal qilishga qodir g'oyalar taklif qilinishi mumkin.

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

TALABA UCHUN TOPSHIRIQ

№	Savol	Izohi
1.	Ayrim kritik holatlartasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi.	
2.	Harorat ta'sirotlar travmasi rivojlanishining mexanizmlari	

Talabaning mustaqil bilimni tekshirish

№	Savol	Javob
1.	Ayrim kritik holatlartasnifi, etiologiyasi, patogenezi, klinikasi.	
2.	Harorat ta'sirotlar travmasi rivojlanishining mexanizmlari	
3.	Hayvonlar va hasharotlar chaqishi. Etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, klinikasi, shoshilinch yordam.	

Keys-metod Vaziyatiy masalalar.

Vaziyatiymasalalar.

1-masala.

Reanimatsiyabo'limigaog'irahvolda 32 yoshliayolkeltirildi. Es-hushijoyida, gapirishni xohlamaydi, og'izatrofidakimyoviykuyishbelgilaribor, og'izorqalichiqayotganhidnoaniq.

Bemorniyaqinlarihambemorningahvolito'g'risidabirornarsaaytolmaydi.

Nafasolishimustaqil, shovqinli, A/B 110/70 mm.sim.ust. Pul's 118 ta 1 daqiqada.

Siydikpufagikateterizatsiyaqilingandaqonsimonsiydikolindi

SAVOL:

Diagnozvaintensivterapiyatamoyillarini belgilang.

MAVZU BAYONI

OG'RIQ SINDROMI

Og'riq - sensor va emotsional sezgi bo'lib, patologik holat paydo qiluvchi biror sababning organizmga ta'sir etayotganidan darak beradi. Ichki va tashqi ta'sirlarning og'riq sezgisi ko'rinishida aks etilishini ta'minlovchi sensor informatsiyaning qabul qilinish va qayta ishlanish jarayoni-notsitseptiya deyiladi.

Og'riq fizik va ruhiy ta'sirdan vujudga keladi. Og'riqning fiziologik mexanizmi 3 jarayondan iborat.

1. Retseptorlarda qo'zg'alish va impul'slar oqimining vujudga kelishi
2. Afferent impul'slar oqimiga javoban bosh miya strukturalari reaksiyasining vujudga kelishi.
3. Og'riqning efferent natijasi -vegetativ va harakat reaksiyasi ko'rinishidagi og'riq sindromining vujudga kelishi.

Og'rik reaksiyasiga 2 xil qapash mavjud. Birinchi qarash bo'yicha og'riq ta'siri faqat maxsus retseptorlar vositasida qabul qilinadi. Boshka fikrga binoan og'riq ta'sirlari har qanday retseptorlar orqali qabul qilinishi mumkin. Jumladan og'riq sezgisini vujudga keltiruvchi ta'sir A-del'tasimon sensor tolalarining terminallari orqali qabul qilinadi. SHu sensor tolalarining preterminal sathi og'riq retseptori bo'lib xizmat qiladi. Og'riqning xarakteri notsitseptiv impul'slarning uzatilish yo'llari va shu impul'slar oqimining etib boradigan joyini ko'zda tutgan holda og'riq sindromini davolash uchun nerv sistemasining turli sathlariga har xil usullar yordamida ta'sir etib samara olish mumkin.

Og'riq sezgisining barcha ko'rinishlari haqidagi axborot og'riq markazi hisoblanuvchi ko'rish tepachasiga kelib tushadi. Og'riq impul'slari talamus va gipotalamusda retikulyar formatsiya hamda bosh miya po'slog'iga tarqaladi. So'ngra impul's gipofiz zonasiga o'tadi. Natijada, gipofizar adrenal sistemasining gipofiz zonasiga shakllanadi. Oqibatda giperqlikemiya, oligouriya, giperkaliemiya, laktat va fibrinogen miqdorining oshishi va boshqa bir qator metabolik o'zgarishlar, organlar faoliyatining izdan chiqishi kabilar ro'y beradi. Og'riqqa javoban endogen opioid peptidlar qatnashuvi bilan autoanal'geziya samarasining vujudga kelishi, gipofiz gormoni betagipotroppinging ajralib chiqishi va uning qondagi miqdorining oshib borish jarayoni bilan bog'likdir. Og'riq zaminida birorta funktsional sistema yoki organ faoliyati o'zgarishga uchramay qolmaydi.

Vegetativ nerv sistemasi simpatik bo'limining qo'zg'alishi natijasida bir qator reaksiyalar ro'y beradi. Jumladan:

1. Periferik qon tomirlar torayadi.
2. Pilomotor reaksiya ya'ni ko'z qorachig'i torayadi
3. Ter ajralishi kuchayadi.
4. Gormonal siljishlar yuzaga keladi.
5. Moddalar almashinuvi izdan chiqa boshlaydi.

Og'riq ta'sirida taxikardiya kuzatiladi, haddan tashqari kuchli og'riq esa bradikardiya va Yurak urishining to'xtashiga olib keladi. Arterial qon bosimi ko'tariladi. To'qimalarga qon kelishining kamayishi-gipoperfuziya, qon aylanishining markazlashuvi, kapillyarlar funktsiyasining buzilishi, arteriola va venula anastomozlarining ochilishi va mikrotsirkulyator blokada ro'y beradi. Kislorod tanqisligidan anaerob modda almashinuvi boshlanadi, to'qimalarda toksik metabolitlar to'planadi, atsidoz rivojlanadi. Kapillyarlarda falajlanish vujudga keladi. Membranalar o'tkazuvchanligi oshib boradi. Qon plazmasi interstitsial

bo'shliqqa o'tadi, qon quyushadi, eritrotsitlar va qonning boshqa shaklli elementlari bir-biriga yopishib agregatlar vujudga keladi, gipovolemiya paydo bo'ladi. Qonning kislorodga to'yinishi kamayadi, karbonat anhidridning partial bosimi esa oshib boradi. Gipoksemiya va respirator atsidoz kuchayib boradi. Oshqozon va ichak bezlarining shira ishlab chiqarishi va ularning peristal'tikasi susayadi, ichak atoniyasi, qusish ro'y beradi. Oligoanuriya rivojlanadi.

Og'riq sindromini intensiv davolash 3 yo'nalishda olib boriladi.

1. Og'riq sindromini keltirib chiqaruvchi omilni yo'qotish. Bu terapevtik yo'nalish juda samarali bo'lishiga qaramasdan, unga hamma vaqt ham erishib bo'lmaydi.

2. Og'riq tufayli organizmda vujudga keladigan ikkilamchi funktsional o'zgarishlarni tuzatishga qaratilgan terapevtik choralarni qo'llash. Bu yo'nalish tadbirlari yaxshi samara bermasada, og'riq tufayli kelib chiqadigan funktsional siljishlar chuqurlashishining oldini olish, patogenetik va tanatogenetik zanjirni o'z vaqtida uza olishga sharoit yaratib beradi.

3. Og'riqning o'zini chetlashtirish - anal'geziya. Og'riq sezgisini o'z vaqtida chetlashtirish va shu tufayli organizmda funktsional o'zgarishlar rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik yaxshi natijalar beradi.

Og'riq sezgisining yo'q qilish yo'lida quyidagi usullar qo'llaniladi.

1. Narkotik analgetik moddalar yordamida afferent impul'slar oqimini qabul qiluvchi markaziy nerv sistemasi strukturalariga ta'sir etish. Narkotik anal'getiklar orqa miya jelatinasimon modda neyronlariga ta'sir ko'rsatib, afferent impul'slar oqimini to'sishdan tashqari, opiat - retseptorlar bilan aloqaga kirishib, ularni blokada qiladi.

2. Nonarkotik anal'getiklarning kinin, prostaglandin va boshqa biologik polipeptidlarga qarshi aktivlik xususiyatlaridan foydalanib og'riqsizlantirish samarasini yuzaga keltirish maqsadida hozirgi vaqtda diklofenak, dolak, va ketonal (NYAQP) singari preparatlar keng ishlatiladi.

3. Afferent impul'slar oqimiga orqa miya shoxlari va periferik nerv tolalari sathida turli blokadalar vositasida to'sqinlik yaratish. SHu maqsadda, peridural, subaraxnoidal, perisakral, interkostal va hokazolar qo'llaniladi.

4. Refleksoterapiya yordamida endogen opioid peptidlarning ajralib chiqishini kuchaytirish orqali autoanal'geziyani rag'batlantirish.

5. Gipnotik usuldan foydalanish. Bu usul mustaqil holda qo'llanilmasa ham suggestiv element shaklida ishlatiladi.

6. Neyroxirurgiya uslublari - periferik nevroliz, ximiyaviy va lazerli gipofizektomiya o'tkazish, simpatik gangliyalarini olib tashlash kabilardan iboratdir.

7. Ximiyaviy moddalar va fizik omillar yordamida autoanal'geziya o'tkazish.

Xozirgi vakt **Lek** firmasining Ketonal dori vositasi operatsiyadan oldin (100mg) va keyin (100mg) qo'llanilganda og'riqni keskin kamaytiri-shi isbotlangan. Bu operatsiyadan keyin narkotik dorilarni qo'llashni kamaytirish imkoniyatini beradi.

Kardiogen shok -bu asosan miokard infarktining og'ir asorati bo'lib, Yurak chap qorincha qisqarish kuchining pasayishi va Yurak minutlik hajmining kamayishi oqibatida kelib chiqadigan simptomokompleksdan iborat

va bir necha turlari farqlanadi. Bundan tashqari kardiogen shok Yurak ichi gemodinamikasining buzilishi natijasida (klapanlar va xordalar uzilishi, qorinchalararo to'siq yorilishi, Yurak o'smasi), Yurak qisqarishlar sonini oshishi va kamayishida (taxi va bradiaritmiyalar, bo'lmacha qorincha o'tkazuvchanligi buzilganda), miokardit, kardiomiopatiya, miokard toksik zaharlanishida, o'pka arteriyasi tromboemboliyasida ham kelib chiqadi.

Kardiogen shok patogenezida og'riq sindromi va miokard qisqaruvchanlik funksiyasining buzilishi etakchi hisoblanadi.

Kardiogen shokning klinikasi :

1. Yurak sohasidagi kuchli og'riqlarni chap qo'lga va kurakka tarqalishi.
2. Arterial gipotoniya (sistolik bosim 80 mm sim.ust. dan kam) va puls bosimi pasayishi (20 mm. sim. ust. gacha);
3. Oligoanuriya (20 ml/soat va undan kam);
4. Es-hushning buzilishi (karaxtlik);
5. Periferik qon aylanishining buzilishi: teri rangining oqarishi, tana harorati pasayishi, sovuq ter bosish, akrotsionoz.
6. O'tkir buyrak etishmovchiligi kuzatilishi mumkin.

Kardiogen shokning 4 ta klinik turi farqlanadi.

1. **Reflektor kardiogen shok:** Bunda ishemiya natijasida Yurak dagi kuchli og'riqdan reflektor ravishda periferik vena tomirlari tonusi pasayadi. Qonning qorin bo'shlig'i va mushaklar vena tomirlarida to'planishi natijasida Yurak ning o'ng qismiga kelishi pasayadi va Yurak ning zarb hajmi kamayadi. Reflektor kardiogen shok barcha bemorlarda miokard infarktining boshlanishida kuzatiladi va qisqa davom etadi. Klinikasi: arterial qon bosimining (70mm.sim.ust.dan past) subkritik yoki kritik darajagacha pasayishi, patogenezga xos bradikardiya (puls 40 tadan kam), Yurak sohasida kardiogen og'riq bilan xarakterlanadi. Kasalning es hushi saqlangan, lekin atrof muhitga befarq.

2. **Haqiqiy kardiogen shok** – CHap qorinchaning kattagina qismida (40% dan ortiq) nekroz bo'lganda kelib chiqadi. Bunda miokard qisqarish qobiliyatining buzilishi va umumiy periferik qarshilikning oshishi bilan birga keluvchi Yurak minutlik hajmining kamayishi kuzatiladi.

Klinikasi: umumiy periferik qarshilik oshishi va taxikardiyaga qaramay arterial qon bosimning kritik darajagacha pasayishi kuzatiladi. Oldin gipertoniya bilan og'rigan bemorlarda kardiogen shok holatida sistolik arterial bosimi 110-120 mm sim. ust. gacha pasayadi. Asosiy belgi sifatida arterial bosim pasayishini emas, balki puls bosimining qancha darajada o'zgarishini hisobga olish kerak. Unda puls bosimi 20 mm. sim. ust. va undan kam bo'lishi mumkin. Aritmiyalar kuzatilishi mumkin. Teri rangi oqargan, sovuq ter bosgan, qo'l-oyoqlarning sovushi kuzatiladi. Bemor ko'zg'algan yoki karaxt bo'lishi mumkin. Atrof muhitga reaksiyasi befarq. SHokning bu turiga: umumiy periferik qarshilik va markaziy venoz bosim oshishi, oligo yoki anuriya, metabolik atsidoz, Yurak minutlik hajmining pasayishi, eritrotsitlar agregatsiyasi natijasida mikrotsirkulyasiya buzilishi, qon qovushqoqligining oshishi xos hisoblanadi.

3. **Arektiv kardiogen shok** – tarqalgan miokard infarkti oqibatida, chin kardiogen shok davosi kech boshlanganda va etarli davolanmaganda yuzaga keladi. Arektiv shok pereferik tomir spazmi natijasida umumiy pereferik qarshilik oshishi bilan birga Yurak minutlik hajmining kamayishi bilan xarakterlanadi. Kardiogen shokning bu turi arterial bosimning kritik darajagacha pasayishi va puls bosimining pastligi, ipsimon pulsning bo‘lishi bilan farq qiladi. Bemorlarda harakat kam, yaqqol sianoz, teri qoplaminig marmarsimon bo‘lishi, o‘tkir buyrak etishmovchiligi kuzatiladi. Kardiogen shokning bu turida o‘lim holati 90% ni tashkil qiladi. Medikamentoz va konservativ davoga osonlikcha berilmaydi.

4. **Aritmogen kardiogen shok** – har xil aritmiyalar natijasida kelib chiqib, bu aritmiyalar koranar qon aylanishini buzadi va Yurak qisqarish funksiyasining buzilishi hisobidan minutlik hajmi ham pasayadi.

Kardiogen shok darajalari :

I. Daraja shok davomiyligi 3-5 soat, AB 90/50 - 60/40 mm.sim.ust. puls bosimi 40-25mm.sim.ust. shok belgilari kam rivojlangan, kompleks davolagandan 30 - 60 minutdan keyin o‘tib ketadi.

II. Daraja og‘ir kechib 5-10 soatgacha davom etadi. AB 80/50 - 40/20 mm.sim.ust., puls bosimi 30-15 mm.sim.ust., o‘tkir Yurak etishmovchiligi belgilari qo‘shiladi(akrotsionoz, hansirash, o‘pka shishi).

III. Daraja og‘ir kechib, AB kritik darajagacha pasayadi. Puls bosim 15 mm.sim.ust. dan past, o‘tkir Yurak etishmovchiligi belgilari va o‘pka shishi tez va kuchli rivojlanadi. O‘lim 90% holatda kuzatiladi.

Kardiogen shokni davolash kompleks tarzda: shokning turiga, gemodinamik ko‘rsatkichlarga, MVB, EKG, KIM ga asoslanib olib boriladi.

Intensiv terapiya tamoyillari:

- og‘riqni kamaytirish maqsadida morfin 1%-1 ml vena ichiga, fentanil bemor vazni 50 kg dan kam, 60 yoshdan oshgan yoki o‘pka kasalliklar dekompensatsiyasi bo‘lganda 1 ml , qolgan barcha hollarda 0.005%-2ml vena ichiga yuboriladi. Droperidol– AB 100mm.sim.ust. gacha bo‘lsa 1 ml., AB 120 mm.sim.ust. gacha bo‘lsa 2 ml, AB 160 mm.sim.ust. gacha bo‘lsa 3 ml, AB 160 mm.sim.ust.dan yuqori bo‘lsa va bemor qo‘zg‘algan hollarda 4 ml 0.25 % vena ichiga yuboriladi;

- EKG monitoring o‘rnatish (Yurak ritmini kuzatish maqsadida);
- 100 % namlangan O₂ berish, davriy ravishda 10-15 minutdan;
- markaziy vena kateterizatsiyasi infuzion terapiya va MVB ni o‘lchash uchun;

- qon bosimi turg‘unligini saqlash uchun: dobutamin (5-15 mkg/kg/min) yoki dofamin (5-15 mkg/kg/min) vena ichiga tomchilab yuboriladi;refortan 200-400 ml vena ichiga tomchilab, mezaton,noradrenalin qo‘llash mumkin..

Sistolik AB 60 mm sim. ust.dan past bo‘lganda – **norpayn** (0,5-30 mkg/min) yoki dofamin (10-20 mkg/kg/min) bilan birga reflektor gipotenziya paytida qo‘llaniladi.

AB 90 mm sim. ust.dan yuqori bo'lganda periferik tomirlar qarshiligini kamaytirish uchun nitroprussid natriy 0,1-5 mkg/min/kg yoki nitroglitserin 10 mkg/min venaga tomchilab 48-72 soat davomida yuboriladi, **reflektor kardiogen shokda nitropreparatlar qo'llanilmaydi!** ;

- vena ichiga polyarizatsiyalovchi aralashma qo'yish glyukoza 10 % + insulin + KSI yoki antikoagulyant terapiya – 10000 ed. geparin vena ichiga va 5000 ed. geparin teri ostiga 4 mahal, fibrinolizin 60000-80000 ed. streptokinaza 250000 ed. vena ichiga tomchilab yuboriladi.
- trombolitik terapiya 12 soatdan kech bo'lmagan vaqt oraliq'ida o'tkaziladi: streptokinaza 1,5 mln ED dozada 100 ml 0,9% natriy xlorid eritmasida 30–60 min.davomidatomir ichiga tomchilab yuboriladi. Alteplaza 15 mg yoki urokinaza 2 mln ED dozada vena tomiriga.
 - aritmiyani davolash (kardiogen shokning aritmik turida).
- Aortaichi ballonli kontrapulsatsiyasi.
- Samara bo'lmaganda(refrakter shokda) xirurgik davolash (ballonli koronar angioplastika, koronarografiya va koronar shuntlash).
- O'tkir buyrak etishmovchilini profilaktikasi dofamin(2-4 mkg/kg/min «buyrak dozasi»),siydik qopini kateterlash,soatlik, sutkalik diurezni nazorat qilish orqali.

Kardiogen shokni davolashni zamonaviy tamoyillari.

- Kardiogen shokning davo natijasi klinikada birmuncha noxushdir.Kardiogen shokda kasalxona ichi o'lim kursatkichi 70% dan oshadi, omon qolganlarida Yurak etishmovchiligi tufayli yomon oqibat ro'y berishi mumkin.

Kardiogen shokni davosi shartli ravishda bo'linadi.

- A.asosiy quvvatlovchi choralar.
- B.farmakologik davo.
- V.qon aylanishini mexanik quvvatlash
- G.koronar arteriyalar reperfuziyasi.
- D.jarrohlik usuli

ESDA TUTING!

Ilon chaqqan joyni kuydirish, bemorga spirtli ichimlik ichirish, oyoq-qo'llarga bog'ich (jgut) qo'yish mutloqo mumkin emas.

TESTSAVOLLARI

1.Sistolikarterialbosimqanchaga etgandakontakgafil'ratsiyasito'xta ydi?

- a) 90 mm. S.u.
- *b) 70 mms.u.
- v) 100 mm. S.u.
- g) 80 mm. S.u.

2.Tomirichigamorfinyuborilgandan echaminutdankeyinnafasmaksimal darajadapasayadi?

- a) 1-2 min
- *b) 3-7 min
- v) 60-90 min
- g) 15-30 min
- d) 30-45 min

3.Parasimpatiknervsistemasigaatro pinquyidagichata'sirqiladi.

- a)Atsetilxolin hosilbo'lishiningkamayishi.

- b) Xolinesterazahosilbo'lishiningoshishi.
- v) Mionevralsinapsgato'g'ridan-to'g'ridepressiya.

*g) Atsetilxolingakonkurentantoganzim.

d) Adrenergikaktivliknistimulyatsiyasi.

4.Efirlianesteziyadagiperglikemiyabo'lishiningsababi.

a)Glikogenolitikmarkazstimulyatsiyasi

*b)Ko'pmiqdordaadrenalinajralishi.

v)Efirningjigarhujayralarigabevositata'siri.

g) Insulinajralishi.

d) Mushaklardagliklgenolizningoshishi.

5.Ftoratansubnarkotikkontsentratsiyasidatashirqilish xususiyatigaega.

a)antianal'getik

*b)Anal'getik

v)Sedativ

g) antisedativ

d) analentik

6.Quyidagianestetiklardanqaysibiri uzoqta'sirqilish xususiyatigaega.

a)Lidokain

b)Trimekain

v)Dikain

*g)Markain (bupivikani)

7.Atroninbilanpremedikatsiyaqilish qandaybemorlargaqarshiko'rsatma hisoblanadi.

a)Bronxialastma

b)Sinuslitaxikardiya

v) Hilnillovchitaxmaritmiya

*g) Glaukoma

8. Endotraxealnarkozdanbirkunkeyin mushaklarog'rishiningsababi.

a)Intubatsiyaqilgandatravmabo'lishi.

b)Bemornioperatsionstolganoto'g'riy otqizish.

*v)Suktsinilxolinqilingandamushakfib rilyatsiyasi.

9.Arduanyokiyokisuktsinilxolindan qolganqoldiqrelaksatsiyaningdavosi

*a)Boshqariladiganyokiyordamchiven tilyatsiya.

b)Qonalmashtirish

v)Prozerimyuborish

g) Atropinyuborish.

10.Sun'iyqonaylanishdankeyinqilad igangeparinasineytralashuchunko'p inchanimaqiladi.

a)VitaminK

*b)Protaminsul'fat

v) Kal'tsiy xlorid

g) Xinidim

d) Vikosal

11.Bemoroperatsiyadan 72

soato'tgandanso'ngo'ladi, anesteziyadavridaquusishkuzatilgan.

O'limsababinimabo'lishimumkin.

a) Bakterialpnevmoniya

*b) Ximikpnevmaniya

(Mendel'sonsindromi)

v) O'pkashishi

g) Pnevimatoraks

12.Nimasababdanakusherlikamaliy otidabarbituratlarniqo'llashmumki nemas.

*a) CHaqaloqdadepressiyachaqiradi.

b) Ko'ngilaynishvaqusishnichaqiradi.

v)Bachadontonusinipasaytiradi.

g) Qonketishinikuchaytiradi.

13.Tug'ayotganayollardapastkikova kvenasindromipaydobo'lishprofilaktikasi.

a)Operativtug'ishnita'qiqlash

*b)CHaktamongaqaytish (yotqizish)

v)Intubatsiya

g) Tomirichiganoradrenalinyuborish

14.Tug'ayotganayolgadavolovchiqandaynarkozyuboriladi.

a)Kolipsol

*b)Natriyoksibutirat

v)Fentanil - droperidol

g) Geksenal

d) Barbiturat

15.Kattayoshliodamdaorqamiyasuy uqliginingumumiyhajmi.

- a) 25 ml
- b) 75 ml
- *v) 130 ml
- g) 200 ml
- d) 250 ml.

16.Orqamiyaanesteziyasidagipotoni yasababi.

- *a) Preganglionarsimpatikblokadasi
- b) Buyrakustibezamiyaqisminiinnervatsiyalovchinervlarblokasi
- v)Mushakparalichi
- g)Orqamiyasuy uqligiqishi
- d)Venaspazmi.

17.O'ngYurak etishmovchiliginingbelgilari.

- a)Arterialbosimlarningpasayishi
- *b)MVBoshishi

- v) MVBpasayishi
- g) Anemiya

18.Bolalardaanesteziyaningsalbiybelgilardanbiri.

- *a)Bradikardiya 50 ta
- b)A/B 90/60 mm. S.U.
- v)Taxikardiya 160 ta
- g) Noregulyarnafas

19.SHokning 1 chibelgisi

- a)MVBpasayishi
- b)Yurak qisqarishiningpasayishi
- *v)A/Bpasayishi
- g) A/Boshishi
- d) Venozqonningoshishi

20.SHokningqaysituridaMVBoshadi.

- *a)Kardiogen
- b)Anafilaktik
- v)Septik
- g) Travmatik

Ko'krak qafasidagi og'rik sindromi. Stenokardiya. Miokard infarkti. Tromboembolik sindrom. Diagnostikasi. SHoshilinch yordam. UASH taktikasi.

A'lo 5 baho	86-100%	Talaba Ko'krak qafasidagi og'rik sindromi. Stenokardiya. Miokard infarkti. Tromboembolik sindrom. Diagnostikasi. SHoshilinch yordam. UASH taktikasi to'grisida to'liq nazariy bilimga ega bo'lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga Ega bo'lsa, amalda qo'llay olsa, mustaqil mushohada yuritsa, ijobiy fikrlay olsa
YAxshi 4 baho	71-85.9%	Talaba Ko'krak qafasidagi og'rik sindromi. Stenokardiya. Miokard infarkti. Tromboembolik sindrom. Diagnostikasi. SHoshilinch yordam. UASH taktikasi to'grisida to'liq nazariy bilimga ega bo'lsa, aytib bera olsa,

		aniq tasavvurga Ega bo'lsa, amalda qo'llay olsa.
Qoniqarli 3 baho	55-70.9%	Talaba Ko'krak qafasidagi og'rik sindromi. Stenokardiya to'grisida tushunchaga ega bo'lsa,
Qoniqarsiz 2 baho	55 dan past	Talaba: bilmasa va aniq tasavvurlarga Egabo'lmasa, qo'shimcha yo'naltirilgan savollarga javob bera olmasa.

13-mavzu:Qorinda og‘riq sindromi.Ichak, jigar, buyrak sanchig‘i. Diagnostikasi. SHoshilinch yordam. UASH taktikasi

1.1. Ta‘lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg‘ulot vaqti -6 soat	Talabalar soni: 16-18s
Mashg‘ulot shakli	Amaliy mashgulot
Reja	1.Qorinda og‘riq sindromida intensiv davo. Reanimatsiya va anesteziya. 2. Ichak, jigar, buyrak sanchig‘i rivojlanish mexanizmi 3. Qorinda og‘riq sindromi. Ichak, jigar, buyrak sanchig‘ida reanimatsiya va shoshilinch yordamning o‘ziga xosligi.
<p>Mavzuning maqsadi:Qorinda og‘riq sindromi. Ichak, jigar, buyrak sanchig‘ida reanimatsiya va shoshilinch yordamning o‘ziga xosligi. Bu maqsadga erishish uchun quyidagi shu harakatlarini bosqichma- bosqich bajarish lozim. I bosqich. Maqsad:. Qorinda og‘riq sindromi. Ichak, jigar, buyrak sanchig‘ida reanimatsiya va shoshilinch yordamning o‘ziga xosligi. Buning uchun: Ichak, jigar, buyrak sanchig‘i rivojlanish mexanizmi II bosqich. II. Maqsad: Qorinda og‘riq sindromida reanimatsiya va shoshilinch yordamning o‘ziga xosligi.</p>	
<p>Mavzuning vazifasi- Qorinda og‘riq sindromi. Ichak, jigar, buyrak sanchig‘i. Diagnostikasi. SHoshilinch yordam. UASH taktikasi</p>	
Ta‘lim berish usullari	Ko‘rgazmali, Ma‘ruza, suhbat
Ta‘lim berish shakllari	Ommaviy, jamoaviy
Ta‘lim berish vositalari	kompyuter, multimedia, slaydlar, mavzuga oid bemorlar va boshqalar
Ta‘lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Og‘zaki nazorat:savol-javob.

1.2.Qorinda og‘riq sindromi. Ichak, jigar, buyrak sanchig‘i. Diagnostikasi. SHoshilinch yordam. UASH taktikasi

Ish bosqichlari va vaqti	Ta‘lim beruvchi	Ta‘lim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	1.Auditoriya tozaligini nazorat qiladi. 2.Talabalarni mashg‘ulotga tayyorligini tekshiradi 3.Davomatni nazorat qiladi.	
1. O‘quv mashg‘ulotiga kirish bosqichi (20 daqiqa)	1. Mavzu bo‘yicha o‘quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish MA‘RUZA si uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash. 3. Fanni o‘rganishda faoydalaniladigan	

	adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish.	
2. Asosiy bosqich (235daqqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni beradi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3. Slaydlar, multimediyalardan foydalaniladi 4. Davolash ishlarini olib boradi 5. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi.	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar
3. Yakuniy bosqich (15 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi. 2. Mustaqil ish beradi. 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

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

BAHOLASHSAVOLLARI.

1. Qorinda og'riq sindromi nima.
2. Qorinda og'riq sindromida klasifikatsiyasi
3. Qorinda og'riq sindromida klinika?
4. Qorinda og'riq sindromida diagnostika?
5. Ichak sanchishi diagnostika.
6. Ichak sanchishi klinikasi.
7. Buyrak sanchishi diagnostika?
8. Buyrak sanchishi klinikasi.

Talabalar egallashi zarur bo'lgan amaliy ko'nikmalar:

Yurak ni bilvosita uqalash

Maqsad: Yurak ishini qayta tiklash

Ko'rsatma: Yurak to'xtaganda

Kerakli anjomlar: mulyaj.

Bajariladigan bosqichlar (qadamlar):

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

“Miya shtrumi” metodi.

Uslubning asosiy qoidalari:

G'oya hosil qilishga xalaqit beruvchi qanday tanbeh va tanqidiy fikr bildirmasin.

- Eng ko'p miqdorda takliflar olish.
- G'oyalar kombinastiyasi va ulardan rivojlantirish
- Guruhlar kombinastiyasi va ularga ishlov beruvchilarga ajratish.

Bu uslub har qanday sharoitda optimal qaror qabul qilishga, oppenentlarni qabul qilinayotgan yo'lning to'g'riligiga ishonch hosil qilishga o'rgatadi. Bu uslub asosiy mavzuni muhokama qilishda oldindan yaxshigina tayyorgarlikdir.

Masalan: Dars mavzusi "Kardiogen shok"

O'qituvchi doska oldida turib, Kardiogen shokga xos simptomlarni ayting deb murojaat qiladi. Narkoz klinikasiga xos belgilarni talabalar birma-bir aytadilar:

- Yurak sohasidagi og'riq;
- Nafas etishmovchili, hansirash;
- Sovuq ter bosishi.

O'qituvchi guruhdagi har bir talabaning muhokamada ishtirokini kuzatib boradi. Birorta ham javob to'g'ri yoki noto'g'ri deb sharxlanmaydi. Hamma variantlar tugagandan so'ng muhokamani boshlash mumkin.

Bunda o'qituvchi so'raydi: "Qanday o'ylaysiz? Yurak sohasidagi og'riq infark miokard belgisimi? yoki qovurg'alar nevrалgiyasimi?". Talabalar o'qituvchi bilan birgalikda hamma variantlarni faol muhokama qilishga kirishadilar. Bunda noto'g'ri javoblar muhokama tarzida hal qilinadi va asoslab beriladi. SHundan so'ng o'qituvchi bilimlarni ko'proq mustahkamlashda talabalardan to'g'ri variantlarni yozib olishni so'raydi.

Uslubning maqsadi: Qisqa vaqt ichida guruhdan ko'p miqdorda variantlar olish, talabalar bilimni aniqlash bunda muammolarni hal qilishga qodir g'oyalar taklif qilinishi mumkin.

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

TALABA UCHUN TOPSHIRIQ

№	Savol	Izohi
1.	Qorinda og'riq sindromida intensiv davo. Reanimatsiya va anesteziya.	
2.	Ichak, jigar, buyrak sanchig'i rivojlanish mexanizmi	

Talabaning mustaqil bilimni tekshirish

№	Savol	Javob
1.	Qorinda og'riq sindromida intensiv davo. Reanimatsiya va anesteziya.	
2.	Ichak, jigar, buyrak sanchig'i rivojlanish mexanizmi	
3.	Qorinda og'riq sindromi. Ichak, jigar, buyrak sanchig'ida reanimatsiya va shoshilinch yordamning o'ziga xosligi.	

Keys-metod Vaziyatiy masalalar.

Vaziyatiy masalalar.

1-masala.

Bemor 58 yoshda. Es-hushijoyida, lekinatrofgabefarq.

Bemoryuragitezurishigaqaramay, pul'sbosimipasaygan.

Bemorsovuqterbilanqoplangan, rangioppoq. Bemordaoliguriya, yuzidaakratsianoz, anamnezidagipertoniyabilankasallanibyurgan. BemordabirkunoldinYurak sanchig'ibo'lganvautezdao'tibketgan.

SAVOL:Sizningtashxisingizvaintensivterapiyatamoyillarini belgilang.

MAVZU BAYONI

Og'riq sezgisining yo'q qilish yo'lida quyidagi usullar qo'llaniladi.

1. Narkotik analgetik moddalar yordamida afferent impulslar oqimini qabul qiluvchi markaziy nerv tizimi strukturalariga ta'sir etish. Narkotik analgetiklar orqa miya jelatinasimon modda neyronlariga ta'sir ko'rsatib, afferent impulslar oqimini to'sishdan tashqari, opioid - retseptorlar bilan aloqaga kirishib, ularni blokada qiladi.
2. Nonarkotik analgetiklarning kinin, prostaglandin va boshqa biologik polipeptidlarga qarshi faollik xususiyatlaridan foydalanib og'riqsizlantirish samarasini yuzaga keltirish maqsadida hozirgi vaqtda diklofenak, dolak, va ketonal (NYAQP) singari preparatlar keng ishlatiladi.
3. Afferent impulslar oqimiga orqa miya shoxlari va periferik nerv tolalari sathida turli blokadalar vositasida to'sqinlik yaratish. SHu maqsadda, peridural, subaraxnoidal, perisakral, interkostal va hokazolar qo'llaniladi.
4. Refleksoterapiya yordamida endogen opioid peptidlarning ajralib chiqishini kuchaytirish orqali autoanalgeziyani rag'batlantirish.
5. Gipnotik usuldan foydalanish. Bu usul mustaqil holda qo'llanilmasa ham suggestiv element shaklida ishlatiladi.
6. Neyroxirurgiya uslublari - periferik nevroliz, ximiyaviy va lazerli gipofizektomiya o'tkazish, simpatik gangliylarini olib tashlash kabilardan iboratdir.
7. Ximiyaviy moddalar va fizik omillar yordamida autoanalgeziya o'tkazish. Ko'p tarkibli yoki bugungi kunda multimodal deb nomlangan analgeziyaning konsepsiyasi turli ta'sir mexanizmiga ega bo'lgan dori moddalarni birgalikda qo'llash tamoyiliga asoslangan bo'lib, oxir oqibatda ularning ta'siri qo'shilishi hisobiga yuqori analgetik samara kelib chiqadi. Prostoglandin xarakteridagi biologik faol moddalarning klassik ingibitori bo'lib yallig'lanishga qarshi nosteroid moddalar hisoblanadi (ketoprofen, ketonal). Kalsiy kanali blokatori sifatida nifedipin, veropamil qo'llaniladi.

Operatsiyadan keyingi davrda og'riqsizlantirishdan asosi maqsad notsitseptiv reaksiyalarni oldini olish hisoblanadi. Opioid analgetiklarni

monoanalgeziya sifatida qo'llash samaradorligi 25-30% oshmagani holda, ko'p hollarda dozani oshirish hisobiga nojo'ya ta'sirinamoyon bo'lishiga olib keladi va operatsiyadan keyingi davrda turli asoratlarni (nafas depressiyasi) kelib chiqishiga sabab bo'ladi. SHuni hisobga olib keyingi vaqtlarda multimodal analgeziya amaliyotga keng tadbiiq qilindi. Qo'llaniladigan dori moddalar bir – birini ta'sirini kuchaytirishi natijasida ularni miqdorini kamaytirish, ya'ni kichik dozada qo'llash imkoniyati paydo bo'ladi va nojo'ya ta'siri bartaraf etiladi. Operatsiyadan keyingi davrda og'riqsizlantirishni ayrim misollarni keltiramiz.

Sertofen – 50 mg m/o yoki t/ichiga 1marta sutkasiga.

Sertofen – 50 mg m/o 1 marta sutkasiga.

Morfin – 10mg – (1 ml) 1 marta sutkasiga.

SHunisi e'tiborliki Sertofen sutkasiga 1 marotoba qilingani holda, ta'siri 24 soat davom etadi va samaradorligi ham saqlab qolinadi. Ikkinchidan Sertofenni birta shprintsda morfin bilan ham qo'llash mumkin.

Dori moddalarning o'zaro tasiridan, operatsiya sohasidan, hajmidan va bemordagi yo'ldosh kasalliklardan kelib chiqib, boshqa multimodal kombinatsiyalar ham bo'lishi mumkin. SHuningdek ko'llaniladigan dori moddalarning ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalari ham hisobga olinishi zarur.

Hozirgi vaqtda barcha xirurgiya, anesteziologiya va intensiv terapiya bo'limlari faqat daliliy tibbiyotda tasdiqlangan anestetik va analgetiklar bilan ishlashi maqsadga muvofiq hisoblanadi. Bugungi kunda eng zamonaviy hosoblanayotgan-bu bemorning o'zi nazorat qiladigan analgeziya usuli hisoblanadi.

Travmatik shok holatida og'riqni qoldirish uchun intensiv terapiyaning quyidagi ketma-ketligiga rioya qilinadi: boshlanishida kolloid va kristalloid suyuqliklarni vena tomiriga oqim bilan quyib, periferik qon aylanishi tiklangandan keyingina og'riqsizlantirish amalga oshiriladi. Aks holda analgetik moddalarning ozgina bo'lsa ham simpatolitik ta'siri tomir o'zani hajmining kengayishiga va AB yanada keskin pasayishiga olib keladi.

Natijada mavjud gipovolemiya chuqurlashib organlar perfuziyasi ham yomonlashadi. SHuning uchun ham keyingi vaqtda travmatik shokda ko'roq mahalliy anesteziyani qo'llash tavsiya etiladi.

TESTSAVOLLARI

1. Og'ir darajadagi qusish yoki uzoq davom etuvchi qusish olib keladi.

a) Qonda xlorid oshishi

*b) Qonda xlorid pasayishi

v) Na kamayishi

g) Qon pH shi oshishi

2. Operatsiyadan keyingi tromb hosil bo'lish profilaktikasi

*a) 5000-10000 ed/sut geparin yuborish

b) Toza qon quyish

v) Narkotik analgetik bilan og'riqsizlantirish

g) NaCl yuborish.

3.Sirka kislota bilan zaharlanganda oshqazonni yuvish boshlanadi?

- a) NaHCO₃ 4% ml
- b) NaHCO₃ 8%
- v) Ringer eritmasi
- *g) Suv bilan

4.Qorincha paroksizmal taxikardiyasini kamayishi uchun 1-bo'lib nima qilinadi?

- a) Strofastin
- b) Novokainamid
- *v) Lidokain
- g) Obzidan

5.O'tkir chap qorincha etishmovchiligida o'pka shishini davolash

Nimadan boshlanadi.

- a) Vena ichiga kardiotonik moddalar
- *b) Periferik vazodilyatatorlar
- v) Suniy o'pka ventilyatsiyasi
- g) O₂ ingalyatsiyasi
- d) 0,5 l gacha qon chiqarish.

6.Kardiogen shokda davolovchi narkoz qilganda N₂O va O₂ nisbati qanday bo'ladi?

- a) 50% : 50% *b) 70% : 30%
- v) 60% : 40%
- g) 50% : 50% 2,0 ml 50% analgin mushak ostiga yuborib
- d) 80% : 20%.

7.NLA da droperidol qilgandan keyin qanday asorat bo'ladi?

- a) Taxikardiya
- b) Bradikardiya
- v) Arterial gipertenziya
- *g) Arterial gipotenziya

8.Miokard infarktida og'riqqa qarshi kurashda qaysi usul effektli?

- a) 1% 2,0 morfin+ 1% 2,0 dimedrol
- b) Premedol 1% - 1,0 v/v
- v) Droneredol 3,0/ 7,5 ml + fentanil 4,0 /o,2 mgv/n
- *g) DavolovchinarkozEfunii-Petrovskiybo'yicha

9.Gipoksiya qaysi tipida arterial qonning O₂ bilan to'yinishi o'zgaradi?

- a) Sirkulyator
- b) Anemik
- *v) Gipoksik
- g) To'qima
- d) Yuqoridagilar.

10.Quyidagilarning qaysi birida traxeostomiya qilinadi?

- *a) Bo'yin umurtqasi sinishi qovurg'alarida mushak paralichi bilan birga
- b) Bul'bar poleomelit
- v) anafilaktik shokdagi bronxospazm
- g) Qorincha fibrilyatsiyasidagi apnoeda
- d) O'zini osgandan keyingi holat.

11.Bronxospazmni yo'qotishda ko'proq nima qilish ma'qulroq?

- a) Traxeobronxial sekretsiyasini yo'qotish
- b) Bo'yin venalarni shishini yo'qotishi
- v) MVB 1,96 kPA / 20 sm. suv.ust.
- *g) RaSO₂ 5,3 kPA /49 sm.suv.ust.

12.Uyqudorisi bilan zaharlangan katao damda oshqazon qancha miqdorda suyuqlik bilan yuviladi.

- a) 1 l
- b) 2 l v) 15 l
- g) 17 l
- *d) 10 l

13.Bemor hushsiz, A/B 90/60 min.s.u. nafas soni 30 ta refleks yo'qolgan hamda keltirilgan to'shagi oldida Naetamin bo'sh flakoni. Onasining aytishicha flakonda 30 tatabletka bo'lgan. 1-navbatda nima qilinadi?

- a) Forsirlangan diurez
- b) Gemosorbtsiya
- v) IVLga o'tkazish
- *g) Traxeya intubatsiyasi, oshqozon yuvish
- d) Oshqozon yuvish, vena ichiga bemegrid yuborish.

14.Metil spiriti zaharlanganda spetsifik terapiya.

- a) Vena ichiga 50 mg/kg bemegrid

- b) Forsirlangan diurez
- v) Barvaqt gemosorbtsiya
- *g) Vena ichiga etilspirti 2 ml/kg sutkada
- d) Vena ichiga 20-40% glyukoza insulin bilan yuborish.

15. Qastdan o'zini zaharlangan bemorni ambulator davolanishini psixiatr maslahatisiz tavsiya qilish mumkinmi?

- *a) Hab) Yo'q

16. Mendel'son sindromi kelib chiqishi bog'liq:

- a) Aspiratsiyalangan suyuqlik hajmi bilan
- *b) Oshqozon shirasi kislotaliligi bilan
- v) Oshqozon suyuqligi bilan o't suyuqligi aralashmasi bilan
- g) Allergik fon
- d) parasimpatik nerv sistemasi tonusi bilan.

17. Gipoglikemik komaning asosiy patogenezi:

- a) Kompensatsiyalashmagan metabolik atsidoz rivojlanishi.
- b) Yurak etishmovchiligi.
- *v) Miya to'qimasida glyukozani konsentratsiyasi pasayishi
- g) Jigar etishmovchiligi
- d) Barchasi.

18. Gipoglikemiyada qonda glyukoza nechaga yetganda klinik belgilar namoyon bo'ladi?

- a) 8 mmol/l
- b) 6 mmol/l
- v) 5 mmol/l
- g) 3 mmol/l
- *d) 3 mmol/l dan kam.

19. Qandliabetkeltiribchiqaradi:

- *a) Barvaqt ateroskleroz kelib chiqadi
- b) Jigar etishmovchiligi
- v) Osteoxondroz
- g) Polinevrit va nevrалgiya
- d) Barchasi.

20. MO'QABda hushning yo'qolishi sababi:

- a) Miya tomirlarining kengayishi

- *b) Miya tomiralari spazmi
- v) Miya chuqur strukturalari buzilishi.
- g) Bosh miya shishi
- d) Miyaga keladigan glyukoza miqdorining tezda kamayishi.

21. Sog'lom odamda miya qon aylanishi tezligi:

- a) 10 ml/100 gr miya minutida
- b) 20 ml/100 gr miya minutida
- v) 30 ml/100 gr miya minutida
- *g) 40 ml/100 gr miya minutida
- d) Boshqa to'qimalardan farq qilinmaydi.

22. SO₂ miya tomirlariga qanday ta'sir qiladi?

- *a) Kegaytiradi
- b) Qisqartiradi
- v) Toraytiradi
- d) Falaj qiladi

Qorinda og‘riq sindromi. Ichak, jigar, buyrak sanchig‘i. Diagnostikasi. SHoshilinch yordam. UASH taktikasi

A‘lo 5 baho	86-100%	Talaba Qorinda og‘riq sindromi. Ichak, jigar, buyrak sanchig‘i. Diagnostikasi. SHoshilinch yordam. UASH taktikasi to‘grisida to‘liq nazariy bilimga ega bo‘lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga Ega bo‘lsa, amalda qo‘llay olsa, mustaqil mushohada yuritsa, ijobiy fikrlay olsa
YAxshi 4 baho	71-85.9%	Talaba Qorinda og‘riq sindromi. Ichak, jigar, buyrak sanchig‘i. Diagnostikasi. SHoshilinch yordam. UASH taktikasi to‘grisida to‘liq nazariy bilimga ega bo‘lsa, aytib bera olsa, aniq tasavvurga Ega bo‘lsa, amalda qo‘llay olsa.
Qoniqarli 3 baho	55-70.9%	Talaba Qorinda og‘riq sindromi. Ichak, jigar, buyrak sanchig‘i to‘grisida tushunchaga ega bo‘lsa,
Qoniqarsiz 2 baho	55 dan past	Talaba: bilmasa va aniq tasavvurlarga Egabo‘lmasa, qo‘shimcha yo‘naltirilgan savollarga javob bera olmasa.

Mul'timediyalar, diafil'mlar, Elektrondarsliklarro'yxati

Бухоро Давлат Тиббиёт институти
Даволаш факултети

Мавзу: Оғриқ ва оғриқ
синдроми.

Theme: The pains and
pain syndrome



Бухоро Давлат Тиббиёт институти
Даволаш факултети

- **Мавзу:** Кардиоген шок.
Этиология, классификация,
клиника, реанимацион чора
тадбирлар ва интенсив
терапия.



- **Theme:** The cardiogenic
shock. The etiology,
classification, clinic,
reanimation and intensive
care of cardiogenic shock.

SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI
BUXORO DAVLAT TIBBIYOT
INSTITUTI TEZ TIBBIY YORDAM
KAFEDRASI.

Mavzu (Theme) : *Astmatik status.*

T.f.n. dots. Eshonov O.Sh

Бухоро-2012

Бухоро Давлат Тиббиёт институти
Даволаш факултети

Мавзу: Экзоген
интоксикациялар. Этиология,
классификация, клиника,
шошлинч тез ердам курсатиш
принциплари

Theme: The exogenous
intoxication. The etiology,
classification, clinic, reanimation
and intensive care of exogenous
intoxication.



Бухоро Давлат Тиббиёт институти
Даволаш факултети

- **Мавзу:** Гиповолемик шок. Этиология,
классификация, клиника, реанимацион чора
тадбирлар ва интенсив терапия.
- **Theme:** The hypovolemic shock. The etiology,
classification, clinic, reanimation and intensive
care of hypovolemic shock



Бухоро Давлат Тиббиёт институти
Даволаш факултети

Мавзу: Ҳар хил
этиологияли коматоз
ҳолатларда реанимация ва
интенсив терапия

Theme: The coma. The
reanimation and intensive
care of coma



Elektron darsliklar ro'yxati

№	Fan nomi	Asosiy adabiyot nomi	Asosiy adabiyotning Internetdagi manzili		
			Institut saytida	Kafedra saytida	Internetning boshqa saytlarida
1	2	3	7	8	9
1	Anest eziol ogiya va reani matol ogiya	DolinaE.A. «Anesteziol ogiya I reanimatolo giya». 1996.	http://buxdti.uz/ebook/tib	http://ustoz.com/fagost/ebook	http://www.booksmed.com/engine/go.php?url=aHR0cDovL2Jvb2tzbWVkJmNvbS91cGxvYWRzL2ZpbGVzODcxYXNXLzA4NjUucmFy
2	Anest eziol ogiya va reani matol ogiya	Bunyatyan A.A. «Anesteziol ogyairean i matologiya ». 1985.	http://buxdti.uz/ebook/tib	http://ustoz.com/fagost/ebook	http://www.booksmed.com/engine/go.php?url=aHR0cDovL2Jvb2tzbWVkJmNvbS91cGxvYWRzL2ZpbGVzODcxYXNXLzIxMjIucmFy
3	Anest eziol ogiya va reani matol ogiya	ButrovA.V. «Ekstrenna ya anesteziolo giya».	http://buxdti.uz/ebook/tib	http://ustoz.com/fagost/ebook	http://medobook.com/575-ekstrennaya-anesteziologiya-butrov-av-1990-g.html
4	Anest eziol ogiya va reani matol ogiya	DarbiyanT.M. «Rukovods tvo po klinicheskoy reanimatolo gii. 1973.	http://buxdti.uz/ebook/tib	http://ustoz.com/fagost/ebook	http://www.booksmed.com/engine/go.php?url=aHR0cDovL2Jvb2tzbWVkJmNvbS91cGxvYWRzL2ZpbGVzODcxYXNXLzE2MDcucmFy
5	Anest eziol ogiya va reani matol ogiya	Negovskiy V.A. «Osnov reanimatolo gii. 1977.	http://buxdti.uz/ebook/tib	http://ustoz.com/fagost/ebook	http://depositfiles.com/ru/files/pm424xw10
	Anest	Dj.Edvard	http://buxdti.uz	http://ustoz.com	http://dl.rutracker.or

	eziol ogiya va reani matol ogiya	Morgan. Klinicheska ya anesteziolo giya. Tom 1.1998	/ebook/tib	m//fagost//eb ook	g/forum/dl.php?t=16 99249&guest=1
	Anest eziol ogiya va reani matol ogiya	Dj.Edvard Morgan. Klinicheska ya anesteziolo giya. Tom 2. 2000.	http://buxdti.uz /ebook/tib	http://ustoz.co m//fagost//eb ook	http://dl.rutracker.or g/forum/dl.php?t=16 99249&guest=1
	Anest eziol ogiya va reani matol ogiya	P.Marino. Intensivnaya terapiya. 1997.	http://buxdti.uz /ebook/tib	http://ustoz.co m//fagost//eb ook	http://www.webmedi nfo.ru/intensivnaya- terapiya-pol-l- marino.html
	Anest eziol ogiya va reani matol ogiya	Zil'berA.P. Klinicheska ya fiziologiya v anesteziolo gii I reanimatolo gii	http://buxdti.uz /ebook/tib	http://ustoz.co m//fagost//eb ook	http://www.twirpx.c om/signup/
	SHos hilinc h holatl ar	SuminS. A. Neotlojne sostoyaniya . 2000.	http://buxdti.uz /ebook/tib	http://ustoz.co m//fagost//eb ook	http://booksmed.com /engine/go.php?url= aHR0cDovL2Jvb2tz bWVkJmNvbS91cG xvYWRzL2ZpbGVz ODcxYXNXLzAzM DcucmFy

GLOSSARIY

Agoniya – terminal holatning ikkinchi bosqichi bo'lib, organizm hayotiy kuchlarining so'nishiga qarshi miya barcha strukturalarining qisqa muddatga faollashishi, klinik o'limdan oldingi holat.

Adaptastion sindrom - patogen qo'zg'atuvchilar ta'sirida odam organizmida sodir bo'ladigan nospestifik o'zgarishlar yig'indisi.

Adsorber - gazonarkotik aralashma tarkibidan karbonat angidrid va suv bug'larini biriktirib qoluvchi sorbent solingan moslama moslama.

Akrostianoz - tananing distal qismlari - barmoqlarning ko'karishi.

Alkaloz - organizmda asos kationlari ko'payishi va qon ishqoriyligi oshishi natijasida kislota-ishqor muvozanatining buzilishi.

Allergiya - organizmning reaktivligi o'zgarishi natijasida har xil moddalarga nisbatan sezuvchanligining ortishi.

Anesteziya – barcha sezgi turlarini yo'qotish.

Anal'geziya - og'riqni qoldirish.

Analeptiklar - terapevtik dozalarda uzunchoq miyadagi vazomotor va nafas markazlarining pasaygan faoliyatini kuchaytiruvchi yoki tiklovchi dori-darmonlar.

Anuriya - siydik hosil bo'lmasligi.

ApnoE - nafas to'xtashi.

Aritmiya - Yurak ning qisqaruvchanlik, qo'zg'aluvchanlik, o'tkazuvchanlik va avtomatizmining buzilishi oqibatida Yurak ni notekis qisqarishi.

Asistoliya - Yurak ning qisqarish faoliyati to'xtashi natijasida, qon aylanishining to'xtash turi.

Aspirastiya - nafas olish vaqtida nafas yo'llariga suyuq va qattiq moddalarni ketib qolishi.

Astmatik status - bronxial astmaning asorati bo'lib, bronxlar o'tkazuvchanligining buzilishi, simpatomimetik va bronxolitiklarga rezistentlik paydo bo'lishi bilan ifodalanuvchi patologik holat.

Asfiksiya – bo'g'ilish holatidan keyingi o'tkir kislorod etishmovchiligi.

Atelektaz - o'pka yoki uning biror qismining bujmayishi.

Astidoz - kislota-ishqor muvozanatining buzilishi bo'lib, organizmda N^+ ionlari miqdorining ortishi bilan xarakterlanadi.

Biologik o'lim - hayotiy muhim a'zolar hujayralarida qaytmas metabolik o'zgarishlar natijasidagi qaytmas holat.

Bradikardiya - Yurak urishi sonining daqiqasiga 60 tadan kamayishi.

BradipnoE - nafas sonining minutiga 12 tadan kamayishi.

Bronxospazm - bronxlar silliq mushaklarining spazmi.

Gematokrit - qon shakliy Elementlarining uning suyuq qismiga nisbati.

Gemodializ - Ekstrokorporal detoksikasiya usuli, qondan kichik va o'rta molekulyar moddalarni tanlab yarim o'tkazgich membrana orqali diffuziya yo'li bilan ajratish.

Gemodilyustiya - infuzion terapiya usuli, bunda plazma o'rnini bosuvchi Eritmalar bilan qonni suyultirib, reologiyasini yaxshilash.

Gemoliz - Eritrostitlar parchalanishi oqibatida gemoglobinning plazmaga chiqishi.

Giperbarik oksigenastiya (GBO) - barokamera sharoitida, davolash maqsadida, yuqori atmosfera bosimi ostida kislorod qo'llash.

Giperventilyastiya – minutlik nafas sonining 22 tadan oshishi.

Gipervolemiya - qon tomirlarda suyuqlikning meyoridan ko'payishi.

Gipergidratastiya - organizmda suyuqlik hajmi ko'payishi.

Giperglikemiya - qondagi qand miqdorining me'yoridan oshishi.

Gipoglikemiya - qondagi qand miqdorining me'yoridan kamayishi.

Giperkapniya - SO₂ parstial bosimining qon va to'qimalarda ortishi.

Giperoksiya - organizm to'qimalarida O₂ miqdorining ortishi.

Gipertermik sindrom - patologik jarayon. Gipotalamusda termoregulyastiya buzilishi natijasida tana haroratining meyoridan ko'tarilishi.

Gipoventilyastiya - al'veolalar ventilyastiyasining sekinlashishi, nafas hajmi va daqiqalik nafas hajmining kamayishi.

Gipovolemiya - aylanayotgan umumiy suyuqlik hajmining kamayishi.

Gipokapniya - arterial qonda SO₂ parstial bosimining kamayishi.

Gipoksemiya - qonda O₂ parstial bosimining kamayishi.

Gipoksiya - organizmda kislorod etishmasligi.

Sun'iy gipotermiya - tana haroratini sun'iy ravishda pasaytirish.

Sun'iy gipotoniya - qon tomir tonusini sun'iy pasaytirish hisobiga, qisqa muddatga arterial qon bosimining pasayishiga Erishish.

Degidratastiya - organizmdagi suyuqlik hajmining kamayishi.

Degidratastion terapiya - organizmdagi suyuqlik miqdorini kamaytirishga qaratilgan davolash muolajalari.

Dezintoksikastion terapiya - organizmdagi toksik moddalar miqdorini kamaytirishga qaratilgan infuzion davolash muolajalari.

Detoksikastiya - organizmni zahar moddalardan tozalash.

Dekortiqastiya - bosh miya po'stlog'i hujayralari funkstiyasining to'liq yo'qolishi.

Dekurarizastiya - relaksant ta'sirini yo'qotish uchun antidot yuborish.

Defibrillyastiya - Yurak qorincha va bo'lmachalari muskullarining fibrillyar qisqarishlarini to'xtatish.

Desterebrastiya - katta miya oldingi bo'lmalari hujayralari faoliyatining to'liq buzilishi.

Dozimetr - gaz oqimini vaqt o'lchami birligida boshqaruvchi moslama.

YOrdamchi sun'iy nafas - bemorning spontan nafasi etarli bo'lmaganda, maxsus apparatlar yordamida, sun'iy ravishda bemorning nafas hajmini oshirish.

Intensiv terapiya - organizm hayoti uchun zarur bo'lgan organlar funkstiyalarini tiklash uchun kuchaytirilgan davolash muolajalari.

Intubastiya (traxeya intubastiyasi) - traxeyaga Endotraxeal nayni kiritish.

Infuziya - organizmga har xil Eritmalarni tomir ichiga kiritish.

Klinik o'lim – bosh miya xujayralarining kislorodsiz va oziq moddasiz sharoitdagi yashash holati.

Kollaps - qon tomir tonusining birdaniga pasayishi oqibatidagi arterial gipotenziya.

Konnektor - Endotraxeal trubkani adapterga biriktiradigan moslama.

Kriz- kasallik alomatlarining birdan zo'rayishi.

Laringospazm – tomoq mushaklarining qisqarishi natijasida tovush yo'lining qisman yoki to'liq berkilishi.

Oliguriya – sutkalik siydik miqdorining 500 ml dan kamayishi.

Oligoanuriya - sutkalik siydik miqdorining 100 ml dan kamayishi.

Poliuriya - sutkada buyraklardan siydik ajralishining patologik ko'payishi (2 l dan ortiq).

Preagonal holat - o'limning boshlang'ich bosqichi bo'lib, markaziy nerv tizimi faoliyatining, nafas va qon aylanishining qaytar buzilishidir.

Postreanimastion kasallik - klinik o'lim va terminal holatlarda o'tkazilgan reanimastion chora tadbirlardan keyin tiklanish davrida organizmning hayotiy muhim funkstiyalarini patologik o'zgarishlari bilan xarakterlanadigan kasallik.

Reanimatologiya - bosh miya va organizm funkstiyalari so'nishi qonunlarini va ularni faol tiklashni o'rganadigan fan.

Reanimatolog - reanimatologiyaning nazariy asoslari va amaliy ko'nikmalarini Egallagan shifokor.

Reanimator - o'pka-Yurak reanimastiyasini bajaruvchi shifokor yoki paramedik.

Reanimastiya - qon aylanishi va nafas to'xtaganda organizmning hayotiy muhim funkstiyalarini va birinchi navbatda bosh miya faoliyatini tiklash uchun ko'rsatiladigan davolash tadbirlari.

Renopriv holat - ikkala buyrakning ham bo'lmaslik holati.

Relaksastiya – mushak tonusining bo'shashishi.

Rekurarizastiya – relaksant ta'sirini qayta namoyon bo'lishi.

Regurgitastiya - oshqozon saqlanmasining tomoq bo'shlig'iga passiv chiqishi.

Reduktor - gazlar bosimini talabga mos pasaytiradigan moslama.

Sekvestrastiya – qonni periferiyada patologik to'planishi.

Sladj sindrom - Eritrostitlarning agregastiyasi hisobiga konglomeratlar hosil qilishi.

Sostial o'lim - qisman qaytuvchi holat bo'lib, bosh miya po'stlog'i funkstiyasi yo'qolishi (surunkali vegetativ holat, apallik sindrom, desterebrastion sindrom).

Spontan nafas - mustaqil nafas.

Sun'iy nafas (O'SV) - nafas etishmovchiliklarida etarli gaz almashinuvini ta'minlash uchun sun'iy ravishda nafas berish.

Surfaktant - nafas chiqarganda al'veolalarning yopishib qolishiga qarshilik ko'rsatuvchi, al'veolyar Epiteliy hujayralari tomonidan ishlab chiqariluvchi antiatelektatik omil.

TaxipnoE – nafas olishning minutiga 22 tadan tezlashishi.

Terminal holat - organizm hayotiy muhim funkstiyalarining o'ta sustlashuvi bo'lib, preagonal, agonal va klinik o'lim holatlarini qamrab olgan.

Transfuziya - qon va uning komponentlarini tomir ichiga quyish.

Uremiya - buyrak etishmovchiligi natijasida metabolizm mahsulotlarining (mochevina, kreatinin, azot qoldiqlari) qonda ko'payishi.

Fibrillyastiya - qo'zg'alishning qorincha va bo'lmacha o'tkazuvchi tizimi orqali buzilishi oqibatida Yurak mushaklarining nomutanosib qisqarishi.

SHok – organizmning har qanday kuchli ta'sirga qarshi himoya reakstiyasi.

Ekstubastiya - Endotraxeal naychani traxeyadan chiqarib olish.

Endotoksikoz - gomeostazni buzilishi natijasida qonda toksinlar (oraliq mahsulotlar) ning ko'payishi.

Eritrostitlar agregastiyasi - Eritrostitlarning fibrin bilan birikib, har xil kattalikda va zichlikda konglomeratlar hosil qilishi.

O'tkir nafas etishmovchiligi - organizmning patologik holati bo'lib, tashqi nafas organizmni etarli O₂ bilan ta'minlay olmasligi va SO₂ ni to'liq chiqara olmasligi bilan xarakterlanadi.

Havo o'zkazgich - yuqori nafas yo'llariga havo o'tishi ravonligini ta'minlovchi moslama.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

Рўйхатга олинди
№ _____
201_ йил “ ___ ” _____

Ўзбекистон Республикаси Олий
ваўрта махсус
таълим вазирлигининг 201_ йил
“ ___ ” _____ даги “ ___ ”-
сонли буйруғи билан
тасдиқланган

ШОШИЛИНЧ ХОЛАТЛАР ТЕЗ ТИББИЙ ЁРДАМ

фанининг

ЎҚУВ ДАСТУРИ

Билим соҳаси: 500000 – Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот

Таълим соҳаси: 510000 – Соғлиқни сақлаш

Таълим йўналиши: 5510100 – Даволаш иши

5111000 – Касбий таълим (5510100 – Даволаш иши)

Тошкент – 2013_

Фаннинг ўқув дастури Олий ва ўрта махсус, касб-хунар таълими ўқув-методик бирлашмалари фаолиятини мувофиқлаштирувчи кенгашнинг 201_ йил “” _____” _____ даги “” _____”- сон мажлис баёни билан маъқулланган.

Фаннинг ўқув дастури Тошкент тиббиёт академиясида ишлаб чиқилди.

Тузувчилар:

Ибрагимов Н.К. -“ Анестезиология ва реаниматология”
кафедрасининг мудири, т.ф.н., доцент

Шарипов Р.О. Анестезиология ва реаниматология” кафедраси
ассистенти

Такризчилар:

Хакимов М.Ш. Тошкент Тиббиёт Академияси “Факультет ва госпитал
жаррохлик” кафедраси мудири, т.ф.д., профессор

Агзамходжаев Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институти
Т.С. “Анестезиология ва реаниматология” кафедраси
мудири, т.ф.д., профессор

Фаннинг ўқув дастури Тошкент тиббиёт академияси Илмий-услубий кенгашида тавсия қилинган (201_ йил _____даги «_____» «_____»-сонли баённома)

Кириш

Ўқув дастури «Даволаш иши» ва «Касбий таълим (Даволаш иши)» йўналишлари бўйича талабаларга шошилиш ҳолатлари ва тез тиббий ёрдам фанини ўқитишдан мақсад талабалар томонидан умумий амалиёт шифокори (УАШ) фаолиятида поликлиника, врачлик пункти, тез ёрдам шароитида бемор ҳаётига ҳавф солувчи ҳолатларда, шунингдек реанимация ва интенсив терапиянинг умумий тамойилларини ўзлаштиришни ўз ичига олади.

Ўзбекистон Республикасида жамиятни демократлаштириш ва иқтисодий бозор тамойиллари асосида ислох қилиш борасида белгиланган ишларни амалга оширишда, тиббий ходимларнинг вазифаси касалликларнинг олдини олиш, ва уларни сифатли даволашдан иборатдир. Бунинг учун талабаларни шошилиш ҳолатлари ва тез тиббий ёрдам фанидан мукамал билим бериш ва бу билимларни келгусида етук мутахассис сифатида қўллаш олишлари учун асос яратишга қаратилган бўлиши керак.

Дастур шошилиш ҳолатлари ва тез тиббий ёрдам фанининг асосий бўлимларини ўз ичига олади ва тиббий олий ўқув юртлири талабаларига одам организмида кечадиган физиологик жараёнларнинг моҳиятини ва уларнинг механизмини тушуниб етиш учун зарур бўлган билимларни эгаллаб олишга имконият яратади. Бу ўз навбатида организмнинг фаолиятини чуқурроқ тушуниб етишга асос яратади.

Ушбу дастур Давлат таълим стандарти ва умумий амалиёт шифокорини тайёрлаш дастури асосида тузилган, тиббий олий ўқув юртлирининг даволаш, тиббий-педагогика факультетларининг талабаларига анестезиология ва реаниматологиядан таълим бериш учун мўлжалланган.

Шошилиш ҳолатлари.

Терапевтик, хирургик, акушерлик патологияларда ва айрим критик ҳолатларда шифохонагача босқичида малакали шифокор ёрдами кўрсатиш борасида билимлар, малакалар ва амалий кўникмаларни шакллантириш. Критик ҳолатлар этиологияси, диагностикаси, клиникаси, реанимация ва интенсив терапиянинг умумий тамойиллари бўйича билимларни шакллантириш.

Тез тиббий ёрдам.

Тез тиббий ёрдам кўрсатишда талабалар учун керакли назарий билим ва амалий кўникмалар ўрганишни ўз ичига олган. Ўқитилиш жараёни замонавий инновацион усуллар билан олиб борилади.

Ўқув фанининг мақсади ва вазифалари

Фанни ўқитишдан мақсад – УАШ практикасида учрайдиган асосий шошилич холатларни, уларнинг клиникаси ва эрта диагностикасини. УАШ тактикаси. Тез тиббий ёрдам кўрсатиш чора-тадбирлари интерпретация қилиш ва амалий кўникмаларини эгаллашдан иборат.

Фанининг вазифалари:

- шокнинг шакллари ва коллапс, коматоз холатлар, сепсис синдромнинг замонавий назарий билимларни эгаллаш;
- қон айланиши тўхташи борасида асосий амалий кўникмаларга эга бўлиш;
- геморрагик синдром, массив қон йўқотиш синдроми, гомолик қон, тромбоемболик ва ДВС синдромларни ўзлаштириш;
- электротравма ва ҳарорат таъсиротлари натижасида келиб чиққан критик холатларнинг тўғри талқин қила билиш;

Фан бўйича билим, малака ва кўникмага қўйиладиган талаблар

« шошилич холатлар ва тез тиббий ёрдам » ўқув фанини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида бакалавр:

шокнинг кардиоген, гиповолемик, қайта тақсимланувчи, обструктив шакллари ва коллапс, диагностикаси, клиникаси ва тез тиббий ёрдам кўрсатиш, ҳар хил этиологияли коматоз холатлар. Диабетик, неврологик, уремик, жигар ва эклампсик комаларнинг диагностикаси, клиникаси ва тез тиббий ёрдам кўрсатиш, электротравма ва ҳарорат таъсиротлари натижасида келиб чиққан критик холатларнинг диагностикаси, клиникаси ва тез тиббий ёрдам кўрсатиш, қон айланиши тўхташи диагностикаси, клиникаси ва тез тиббий ёрдам кўрсатиш, сепсис синдром диагностикаси, клиникаси ва интенсив терапия, геморрагик синдром, массив қон йўқотиш синдроми, гомолик қон, тромбоемболик ва ДВС синдром. УАШ практикасида учрайдиган асосий шошилич холатларни, уларнинг клиникаси ва эрта диагностикасини. УАШ тактикаси. Тез тиббий ёрдам кўрсатиш чора-тадбирлари. Бажара олиши керак: КВП/ШВП шароитида критик холатни тез аниқлай билиш, тез тиббий ёрдам кўрсатиш, тўғри ва тўлиқ даво олиб бориш учун, керак бўлса беморни мутахассис ёки консултантга юбориш (махсуслаштирилган шифохона). УАШ КВП/ШВП шароитида тез тиббий ёрдам кўрсатиш учун зарур (керакли, адекват ва эффектив) муолажаларни ўтказишни **билиши керак**;

клиник ва функционал белгиларга асосланиб шокнинг даражаларини аниқлаш, клиник ва лаборатор маълумотларга асосланган холда онг бузилишини даражасини аниқлаш, ҳарорат таъсиротлари ва электротравмада шифохонагача бўлган этапда шошилич ёрдам кўрсатиш, клиник ва функционал белгиларга асосланиб қон айланишининг тўхташи турларини аниқлаш, сепсис критерийларини клиник ва лаборатор маълумотларга асосланиб аниқлаш, йўқотилган қон ҳажмини аниқлаш ва уни адекват тўлдириш. Клиник белгилар асосида тромбоемболик асоратларни аниқлаш, КВП/ШВП шароитида критик холатни тез аниқлай билиш, тез тиббий ёрдам кўрсатиш, тўғри ва тўлиқ даво олиб бориш учун, керак бўлса беморни мутахассис ёки консультантга юбориш (махсуслаштирилган шифохона), УАШ КВП/ШВП шароитида тез тиббий ёрдам кўрсатиш учун зарур (керакли, адекват ва эффектив)муолажаларни ўтказишни *кўникмаларига эга бўлиши керак.*

юқори нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш, геймлик усулини қўллаш, кислородтерапия ўтказа олиш, сунъий нафас бериш(оғиздан-оғизга, Амбу копчаси ёрдамида), юракнинг ёпиқ массажини ўтказиш, электродефибрилляция, қон айланиши тўхтаганда дори воситаларини организмга киритиш усуллари билиш(марказий вена, эндотрахеал), веналарни пункция қилиш, ошқозонни зондлаш ва ювиш, инфузион-трансфузион терапия ўтказиш, беморни сўраб, суриштириш ва кўрикдан ўтказиш, ЭКГ олиш ва унинг тахлили, догоспитал этапда ўпка-юрак реанимациясини амалга ошириш (нафас йўллари ўтказувчанлигини тиклаш, сунъий нафас ва юракнинг билвосита массажи), тозаловчи хукна *малакаларга эга бўлиши керак .*

Фаннинг ўқув режадаги бошқа фанлар билан ўзаро боғлиқлиги ва услубий жиҳатдан узвий кетма-кетлиги

Шошилич холатлар ва тез тиббий ёрдам фани тиббий фан ҳисобланиб, 13- ва 14-семестрларда ўқитилади. Дастурни амалга ошириш ўқув режасида режалаштирилган (анатомия, нормал физиология, патологик физиология, клиник фармакология, терапия ва хирургия) фанлардан етарли билим ва кўникмаларга эга бўлишлик талаб этилади.

Соғлиқни сақлаш тизимидаги ўрни

Шошилинч ҳолатлар ва тез тиббий ёрдам фани замонавий тиббиёт амалиетида муҳим ўрин тутди. Ҳозирги вақтда аҳоли орасида ҳар хил этиологияли шоклар, коматоз ҳолатлар, бронхиал астма, қон айланишининг тўхташи, ўткир захарланишлар, ДВС синдроми, ҳарорат таъсиротлари, гипертоник криз, юрак ритм бузилишлари каби ҳолатлар ошиб бормоқда. Айниқса юқоридаги синдромлар оқибатида ўлим кўрсаткичи ошиб бормоқда. Шу нуқтаи назардан олиб қаралганда шошилинч ҳолатлар ва тез тиббий ёрдам фани УАШ фаолиятида муҳим ўрин эгаллайди. Шошилинч ҳолатлар ва тез тиббий ёрдам фани амалиётда учрайдиган касалликларни эрта ташхислаш, уларни самарали даволаш усулларини такомиллаштириш ва профилактика чораларини ўргатишни ўз олдига мақсад қилиб қўйяди. Бу фанни чуқур ўқитилиши УАШ учун ҳам назарий ҳам амалий аҳамият касб этади.

Фанни ўқитишда замонавий ахборот ва педагогик технологиялар

Талабаларнинг Шошилинч ҳолатлар ва тез тиббий ёрдам фанини ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларидан фойдаланиш, янги инфор­мацион-педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, компьютер дастурлари, электрон материаллар ҳамда муляжлар, видеотизимлардан фойдаланилади. Маъруза ва амалий дарсларда мос равишдаги илғор педагогик технологиялар қўлланилади.

Асосий қисм

Артериал гипотония

Ҳушини йукотиш, коллапс, шок.Ўткир буйрак усти бе­зи етишмовчилиги (ЎБУБЕ).Клиникаси, диагностикаси, биринчи тез тиббий ёрдам кўрсатиш.

Ўткир эндоген ва экзоген захарланиш синдроми. Комалар.

Гипо- ва гипергликемик, жигар,уремик, неврологик комалар, ҳашоратлар ва илон чакиши клиникаси, диагностикаси, тез тиббий ёрдам кўрсатиш,УАШ тактикаси.

Ҳарорат таъсироти ва электротравма

Куйиш, совук уриши.Клиникаси, диагностикаси, биринчи тез тиббий ёрдам кўрсатиш. УАШ тактикаси.

Кардиал ўлим синдроми.

Қон айланиш тўхташи турлари.

Клиникаси, диагностикаси, биринчи тез тиббий ёрдам кўрсатиш. Ўпка-юрак реанимацияси (ЎЮОР) ўтказиш тамойиллари. УАШ тактикаси.

Иситма синдроми.

Сепсис. Клиникаси, диагностикаси.Септик шокда тез тиббий ёрдам кўрсатиш. УАШ тактикаси

Геморрагик синдром

Массив қон йўқотиш синдроми, гомологик қон , ДВС ва тромбоемболик синдром.Клиникаси, диагностикаси. Тез тиббий ёрдам кўрсатиш усуллари. УАШ тактикаси

Нафас сиқиши, бўғилиш.

Бронхиал астма хуружи, астматик статус. Сохта круп. Нафас етишмовчилиги. Юрак астмаси, ўпка шиши. Ўткир ўпкали-юрак.Диагностикаси Тез тиббий ёрдам. УАШ тактикаси

Артериал гипертония.

Гипертоник криз. Диагностикаси. Тез тиббий ёрдам. УАШ тактикаси

Юрак ритмининг бузилиши.

Пароксизмал тахикардия. Морганьи-Эдемса-Стокса симптоми.Диагностикаси. Тез тиббий ёрдам. УАШ тактикаси.

Кўкрак қафасидаги оғрик синдроми

Стенокардия. Миокард инфаркти. Тромбоемболик синдром.Диагностикаси. Шошилиш ёрдам. УАШ тактикаси.

Қоринда оғрик синдроми.

Ичак, жигар, буйрак санчиғи.Диагностикаси. Шошилиш ёрдам. УАШ тактикаси.

Амалий машғулотларнинг тахминий тавсия этиладиган мавзулари:

1. Артериал гипотония
2. Ўткир эндоген ва экзоген захарланиш синдроми. Комалар.
3. Ҳарорат таъсироти ва электротравма
4. Кардиал ўлим синдроми.
5. Иситма синдроми.
6. Сепсис.
7. Геморрагик синдром
8. Нафас сиқиши, бўғилиш.
9. Артериал гипертония.
10. Гипертоник криз.
11. Юрак ритмининг бузилиши.
12. Кўкрак қафасидаги оғрик
13. Қоринда оғрик.

Амалий машғулотларни ташкил этиш бўйича кафедра профессор-ўқитувчилари томонидан кўрсатма ва тавсиялар ишлаб чиқилади. Унда талабалар асосий маъруза мавзулари бўйича олган билим ва кўникмаларини амалий масалалар ечиш орқали янада бойтадилар. Шунингдек, дарслик ва ўқув қўлланмалар асосида талабалар билимларини мустақамлашга эришиш, тарқатма материаллардан фойдаланиш, илмий мақолалар ва тезисларни чоп этиш орқали талабалар билимини ошириш, масалалар ечиш, мавзулар бўйича кўргазмали куруллар тайёрлаш ва бошқалар тавсия этилади.

Амалий машғулотларни ташкил этиш бўйича кўрсатмалар ва тавсиялар

1. Ситуацион масалаларни купайтириш.
2. Манекенлар билан ишлашни такомиллаштириш.
3. Уқув фильмларидан кенг фойдаланиш.

Мустақил ишларни ташкил этишнинг шакли ва мазмуни

Мустақил таълимнинг каттагина турли хил шакллари мавжуд бўлиб, талаба ўқитувчи раҳбарлигида янги билимларни, ўқув ва кўникмаларни ўзлаштириш, ижодий фаолиятни амалга ошириш мақсадида бажара олади. Ушбу шаклларга қуйидагилар тегишлидир:

Дарслик ва ўқув қўлланмалар бўйича фанлар боблари ва маърузаларини ўрганиш; доклад, демонстрацион материал, ситуацион масалалар тузиш, тарқатма материаллар бўйича маърузалар қисмини ўзлаштириш, автоматлаштирилган ўргатувчи назорат қилувчи тизимлар билан ишлаш; махсус ёки илмий адабиётлар (монографиялар, мақолалар) бўйича фанлар бўлимлари ёки мавзулари устида ишлаш; Янги техникаларни, аппаратураларни, илмталаб жараёнлар ва технологияларни ўрганиш; талабаларнинг ихтисослаштирилган клиник кафедралардаги ва клиник лабораториялардаги ишлари; талабанинг илмий текшириш ишларини (ТИТИ) бажариш билан боғлиқ бўлган фанлар бўлимлари ва мавзуларини чуқур ўрганиш; фаол ўқитиш услубидан фойдаланиланидиган ўқув машғулотлари. Мустақил иш мавзуси ва уни бажариш шакллари кафедра йиғилишида муҳокама қилинади ва тасдиқланади. Цикл бошида кафедра ходимлари талабаларга мустақил иш вазифасини топширади ва охирида талаба ишни ҳимоя қилади. Мустақил иш кафедрада 2 йил сақланади. Мустақил ишга қўйилган балл жорий назоратга қўшилади.

Тавсия этилаётган мустақил ишларнинг мавзулари:

1. Ўпка артериясининг тромбоэмболияси.
2. Эклампсик комалар.
3. Ёгли эмболия синдроми.
4. Уткир экзоген интоксикациялар ва захарланишларнинг дифференциал диагностикаси.
5. Экстракорпорал детоксикациянинг асосий усуллари.
6. Илон ва хашоратлар чакиши.
7. Постреанимацион касаллик. Вегетатив ҳолат.
8. Гипертермияларни даволаш.
9. Респиратор терапиянинг махсус усуллари принциплари.
10. Гемо- и плазмотрансфузияларнинг асорати.

11. Бош мия уткир шикастланиши. Даволашнинг замонавий тамойилари
12. Гемо- и пневмотораксда шошилиш ердам курсатиш
13. Талваса синдромида интенсив даво принциплари

Дастурнинг информацион-услугий таъминоти

Мазкур фанни ўқитиш жараёнида таълимнинг замонавий методлари, педагогик ва ахборот-коммуникация технологиялари қўлланилиши назарда тутилган.

- барча мавзулар бўйича маъруза машғулотларида замонавий компьютер технологиялари ёрдамида презентацион ва электрон дидактик технологияларни;

- фаннинг умумий ва хусусий бўлимларига тегишли мавзуларида ўтказиладиган амалий машғулотларда ақлий ҳужум, қор бўрони, ўргимчак ини, гуруҳли фикрлаш педагогик технологияларини қўллаш назарда тутилади

Фойдаланиладиган асосий дарсликлар ва ўқув

қўлланмалар рўйхати

Асосий дарсликлар ва ўқув қўлланмалар

4. Аваков В.Е. Дарслик, М, Реанимация и интенсивная терапия неотложных состояний. 1992. 232с.
5. Бунятян А.А. Дарслик, М, Анестезиология и реаниматология. 1985. 510с.
6. Долина Е. А. Дарслик, М, Анестезиология и реаниматология. М. Мед. 1996. 556с.
4. Дж. Эдвард Морган. Дарслик, М, Клиническая анестезиология. Пер. с англ. Т.1. 1998. 523с.
6. Дж. Эдвард Морган. Дарслик, М, Клиническая анестезиология. Пер. с англ. Т.2. 2000. , 678с.

Қўшимча адабиётлар

29. Бутров А. В. Дарслик, Экстренная анестезиология. Л. Мед. 1990. 30с
30. Орипов У. А. Каримов Ш. Н. Монография, Умумий хирургия. 7 боб. Анестезиология ва реаниматология. 1994, 345с..
31. П. Марино. Монография, Интенсивная терапия. Пер. с англ. 1997, 678с.
32. Воробьев. Монография, Справочник практического врача в 2-х томах, 1990 г., 240с.
33. Вудли М., А. Узлан. Монография, Терапевтический справочник Вашингтонского Университета. Практикум, 1995. 600с.
34. Горбачев В. В., Монография, Практическая кардиология. 1997, 200с.
35. Губачев Ю. М. Монография, Библиотека семейного врача, 1999, 340с.
36. Комаров Ф. И. Монография, Диагностика и лечение внутренних болезней. Руководство для врачей в 3-х томах, М, Медицина, 1998, 457с.
37. Курбанов Р. Д., Киякбаев Г. К. Методик кўлланма, Инфаркт миокарда. Ташкент, 2001 г., 30с.
38. Мерта Дж. Монография, Справочник врача общей практики. М., Практикум, 1998 г., 438с.
39. Мичиган. Монография, Кардиология в таблицах. 1994, 25с.
40. Мурашко В. В., Струбинский А. В. Методик кўлланма, Электрокардиография. Медицина, 1987 г., 86с..
41. Окорочков А. Н. Монография, Лечение болезней внутренних органов в 4-х томах. Москва. Медицинская литература. 1999, 2000, 2003. 340с.
42. Окорочков А. Н. Монография, Диагностика болезней внутренних органов в 4-х томах. Москва. Медицинская литература. 1999, 2000, 2003, 340с.
43. Руксин. Монография, Неотложная кардиология. 1998, 150с.
44. Сердечно-легочная реанимация, Методик кўлланма, Москва, 1996, 36с.
45. Хеглин Р. Монография, "Дифференциальная диагностика внутренних болезней". Медицина 1997 г., 8-том. 230с.
46. Чазов Е. И. Монография, Неотложные состояния и экстренная медицинская помощь. 1989, 465с.
47. Шусков С. Б., Барсуков А. В. Методик кўлланма, Артериальная гипертония в таблицах и схемах. Диагностика и лечение. Санкт-Петербург 2004, 56с.
48. Бунятян А. А. Монография, Справочник по анестезиологии и реаниматологии. М. Мед. 1994, 456с.
49. Журавлёв А. А. Монография, Справочник по инфузионной терапии. 1994, 178с.
50. Климанский В. А. Монография, Трансфузионная терапия при хирургических заболеваниях. 1984, 135с.
51. Лужников Е. А. Монография, Клиническая токсикология. 1982, 265с.
52. Терапевтический справочник Вашингтонского университета. Монография, Пер. с англ. 1995. 689с.
53. Денисов И. Д. Монография, Энциклопедия клинического обследования больного, ГЭОТАР, Москва., Медицина., 1998. 234с.
54. Дон Х. Монография, "Принятие решения в интенсивной терапии"., 1-П том. М. "Медицина", 1995 г. 467с.
55. Машковский. Монография, "Лекарственные средства", 1996 г. 543с.
56. Тейлор Д. Монография, "Трудный диагноз". М., 1995 г. 164с.

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

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

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

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

<http://narkoz.ru/>,

<http://medi.ru/doc/001itarr.htm>,

http://www.rusanesth.com/new_tech/,

http://www.medalfavit.ru/medtex/dir.php?parent_id=7,

[http://boutique-](http://boutique-realty.ru/offer_18605.html)

[realty.ru/offer_18605.html](http://boutique-realty.ru/offer_18605.html) -

**O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash Vazirligi Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro
Davlat tibbiyot instituti Xirurgik kasalliklar va reanimatsiya kafedrasida**

«Tasdiqlayman»

O'quv va tarbiyaviy ishlar bo'yicha

prorektor dots. G.J. Jarilkasimova

_____ **2018yil**

SHOSHILINCH XOLATLAR VA TEZ TIBBIY YORDAM FANI BO'YICHA
2018-2019 o'quv yili Davolash ishi va Tibbiy pedagogika fakul'teti talabalari uchun

ISHCHI DASTUR

Ta'lim yo'nalishi	5510100- Davolash ishi 5111000- Kasbiy ta'lim
Fakul'tet	Davolash ishi
Kafedra	Xirurgik kasalliklar va reanimatsiya
Kurs	6
Ma'ruza	10
Amaliy mashg'ulot	26
Klinik mashg'ulot	36
Mustaqil ish	26- Davolash ishi 33- Kasbiy ta'lim
Jami	98- Davolash ishi 105- Kasbiy ta'lim

Tuzuvchi:

Eshonov O.SH. – Xirurgik kasalliklar va reanimatsiya kafedrası dotsenti

(imzo)

Boltayev E.B – Xirurgik kasalliklar va reanimatsiya kafedrası assistenti

(imzo)

Ushbu ishchi dastur namunaviy o'quv dasturi va o'quv reja asosida 5510100 – Davolash ishi va 5111000- Kasbiy ta'lim yo`nalishlari uchun Shoshilinch xolatlar. Tez tibbiy yordam fani bo'yicha tuzilgan va kafedra yig'ilishida muhokama qilinib tasdiqlangan.

Bayonnoma № _____ «_____» _____ 2018 y.

Kafedra mudiri: t.f.d. O`roqov SH.T

(imzo)

MUK raisi: dots. G.J. Jarilkasınova

(имзо)

Ushbu ishchi dastur namunaviy o'quv dasturi va o'quv reja asosida 5510100 – Davolash ishi va 5111000- Kasbiy ta'lim yo`nalishlari uchun Shoshilinch xolatlar. Tez tibbiy yordam fani bo'yicha tuzilgan va Buxoro davlat tibbiyot instituti markaziy uslubiy kengashida muhokama qilingan va tasdiqlangan.

Bayonnoma № _____ «_____» _____ 2018y.

Uslubchi:

Jumayeva SH.B.

Kirish

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

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

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

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

SHoshilinch xolatlar.

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

Tez tibbiy yordam.

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

O'quv Fanining maqsadi va vazifalari

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

Fanning vazifalari:

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

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

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

shokning kardiogen, gipovolemik, qayta taqsimlanuvchi, obstruktiv shakllari va kollaps, diagnostikasi, klinikasi va tez tibbiy yordam ko'rsatish, xar xil etiologiyali komatoz xolatlar. Diabetik, nevrologik, uremik, jigar va eklampsik komalarning diagnostikasi, klinikasi va tez tibbiy yordam ko'rsatish, elektrotravma va harorat ta'sirotlari natijasida kelib chiqqan kritik xolatlarning diagnostikasi, klinikasi va tez tibbiy yordam ko'rsatish, qon aylanishi to'xtashi diagnostikasi, klinikasi va tez tibbiy yordam ko'rsatish, sepsis sindrom diagnostikasi, klinikasi va intensiv terapiya, gemorragik sindrom, massiv qon yo'qotish sindromi, gomolik qon, tromboembolik va DVS sindrom. UASH praktikasida uchraydigan asosiy shoshilinch xolatlarni, ularning klinikasi va erta diagnostikasini. UASH taktikasi. Tez tibbiy yordam ko'rsatish chora-tadbirlari. Bajara olishi kerak: KVP/SHVP sharoitida kritik xolatni tez aniqlay bilish, tez tibbiy yordam ko'rsatish, to'g'ri va to'liq davo olib borish uchun, kerak bo'lsa bemorni mutaxassis yoki konsul'tantga yuborish (maxsuslashtirilgan shifoxona). UASH KVP/SHVP sharoitida tez tibbiy yordam ko'rsatish uchun zarur (kerakli, adekvat va effektiv) muolajalarni o'tkazishni ***bilishi kerak***;

klinik va funktsional belgilarga asoslanib shokning darajalarini aniqlash, klinik va laborator ma'lumotlarga asoslangan xolda ong buzilishini darajasini aniqlash,

harorat ta'sirotlari va elektrotravmada shiFoxonagacha bo'lgan etapda shoshilinch yordam ko'rsatish, klinik va Funktsional belgilarga asoslanib qon aylanishining to'xtashi turlarini aniqlash, sepsis kriteriyalarini klinik va laborator ma'lumotlarga asoslanib aniqlash, yo'qotilgan qon xajmini aniqlash va uni adekvat to'ldirish. Klinik belgilar asosida tromboembolik asoratlarni aniqlash, KVP/SHVP sharoitida kritik xolatni tez aniqlay bilish, tez tibbiy yordam ko'rsatish, to'g'ri va to'liq davo olib borish uchun, kerak bo'lsa bemorni mutaxassis yoki konsul'tantga yuborish (maxsuslashtirilgan shiFoxona), UASH KVP/SHVP sharoitida tez tibbiy yordam ko'rsatish uchun zarur (kerakli, adekvat va eFFektiv)muolajalarni o'tkazishni *ko'nikmalariga ega bo'lishi kerak*. yuqori nafas yo'llari o'tkazuvchanligini ta'minlash, geymlix usulini qo'llash, kislorodterapiya o'tkaza olish, sun'iy nafas berish(og'izdan-og'izga, Ambu qopchasi yordamida), Yurak ning yopiq massajini o'tkazish, elektrodeFibrillyatsiya, qon aylanishi to'xtaganda dori vositalarini organizmga kiritish usullarini bilish(markaziy vena, endotraxeal), venalarni punktsiya qilish, oshqozonni zondlash va yuvish, inFuzion-transFuzion terapiya o'tkazish, bemorni so'rab, surishtirish va ko'rikdan o'tkazish, EKG olish va uning taxlili, dogospital etapda o'pka-Yurak reanimatsiyasini amalga oshirish (nafas yo'llari o'tkazuvchanligini tiklash, sun'iy nafas va Yurak ning bilvosita massaji), tozalovchi xuqna *malakalarga ega bo'lishi kerak*.

2. O'quv yuklamaxajmi

Ish xajmi	O'quv yuklama xajmini turlari bo'yicha taqsimlash (soatda).					Mustaqil ishlar
	Jami	Ma'ruza	Amaliy mashg'ulot	Klinik mashg'ulot	Laborator ishlar	
Davolash 98	98	10	26	36		26
Kasbiy ta'lim 105	105	10	26	36		33

3.1. Ma'ruzalar tematik rejasi.

№	Mavzu	Soat
1.	O'tkir Yurak kon-tomir etishmovchiligi. O'tkir chap korincha etishmovchiligi va upka shishi	2
2.	Qon aylanishi tuxtagan bemorlar reanimatsiyasi	2
3.	O'tkir nafas etishmovchiligida reanimatsion yordam	2
4.	Har xil etiologiyali komatoz xolatlar	2
5.	Ayrim kritik xolatlarda reanimatsion yordam.	2
	Jami:	10 c

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

SHoshilinch xolatlar va tez tibbiy yordam Fani tibbiy Fan hisoblanib, 13- va 14-semestrlarda o'qitiladi. Dasturni amalga oshirish o'quv rejasida rejalashtirilgan (anatomiya, normal Fiziologiya, patologik Fiziologiya, klinik Farmakologiya, terapiya va xirurgiya) Fanlardan etarli bilim va ko'nikmalarga ega bo'lishlik talab etiladi.

Sog'liqni saqlash tizimidagi o'rni

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

Fanni o'qitishda zamonaviy axborot va pedagogik texnologiyalar

Talabalarning SHoshilinch xolatlar va tez tibbiy yordam Fanini o'zlashtirishlari uchun o'qitishning ilg'or va zamonaviy usullaridan Foydalanish, yangi inFormatsion-pedagogik texnologiyalarni tatbiq qilish muhim ahamiyatga egadir. Fanni o'zlashtirishda darslik, o'quv va uslubiy qo'llanmalar, ma'ruza matnlari, tarqatma materiallar, komp'yuter dasturlari, elektron materiallar hamda mulyajlar, videotizimlardan Foydalaniladi. Ma'ruza va amaliy darslarda mos ravishdagi ilg'or pedagogik texnologiyalar qo'llaniladi.

Asosiy qism

Arterial gipotoniya

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

O'tkir endogen va ekzogen zaharlanish sindromi. Komalar.

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

Harorat ta'siroti va elektrotravma

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

Kardial o'lim sindromi.

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

Isitma sindromi.

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

Gemorragik sindrom

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

Nafas siqishi, bo'g'ilish.

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

Arterial gipertoniya.

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

Yurak ritmining buzilishi.

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

Ko'krak qafasidagi og'rik sindromi

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

Qorinda og'riq sindromi.

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

**“SHOSHILINCH HOLATLAR. TEZ TIBBIY YORDAM” FANIDAN
DAVOLASH ISHI VA TIBBIY PEDAGOGIKA FAKULTETI 6-KURS
TALABALARI UCHUN AMALIY MASHGULOTLARNING 2018-2019
O’QUV YILIDAGI ISHCHI REJASI**

№	Mavzu	Kiskacha annotatsiya	Soat
1	Arterial gipotoniya	Xushini yukotish, kollaps, shok.O’tkir buyrak usti bezi etishmovchiligi (O’BUBE).Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko’rsatish.	2
2	O’tkir endogen va ekzogen zaharlanish sindromi. Komalar.	Gipo- va giperglikemik, jigar,uremik, nevrologik komalar, xashoratlar va ilon chakishi klinikasi, diagnostikasi, tez tibbiy yordam ko’rsatish,UASH taktikasi.	2
3	Harorat ta’siroti va elektrotravma	Kuyish, sovuq urishi.Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko’rsatish. UASH taktikasi.	2
4	Kardial o’lim sindromi.	Qon aylanish to’xtashi turlari. Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko’rsatish. O’pka-Yurak reanimatsiyasi (O’YUR) o’tkazish tamoyillari. UASH taktikasi	2
5	Isitma sindromi.	Sepsis. Klinikasi, diagnostikasi.Septik shokda tez tibbiy yordam ko’rsatish. UASH taktikasi	2
6	Sepsis.	Sepsis. Klinikasi, diagnostikasi. Septik shokda tez tibbiy yordam ko’rsatish. UASH taktikasi.	2
7.	Gemorragik sindrom	Massiv qon yo’qotish sindromi, gomologik qon , DVS va tromboembolik sindrom.Klinikasi, diagnostikasi. Tez tibbiy yordam ko’rsatish usullari.	2

		UASH taktikasi	
8.	Nafas siqishi, bo'g'ilish.	Bronxial astma xuruji, astmatik status. Soxta krup. Nafas etishmovchiligi. Yurak astmasi, o'pka shishi. O'tkir o'pkali-Yurak .Diagnostikasi Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi	2
9	Arterial gipertoniya.	Gipertonik kriz. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi	2
10	Gipertonik kriz.	Gipertonik kriz. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi	2
11.	Yurak ritmining buzilishi.	Paroksizmal taxikardiya. Morgan'i-Edemsa-Stoksa simptomi.Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi.	2
12	Ko'krak qafasidagi og'rik	Stenokardiya. Miokard infarkti. Tromboembolik sindrom.Diagnostikasi. SHoshilinch yordam. UASH taktikasi.	2
13	Qorinda og'riq.	Ichak, jigar, buyrak sanchig'i.Diagnostikasi. SHoshilinch yordam. UASH taktikasi.	2
		J a m i :	26

**“SHOSHILINCH HOLATLAR. TEZ TIBBIY YORDAM” FANIDAN
DAVOLASH ISHI VA TIBBIY PEDAGOGIKA FAKULTETI 6-KURS
TALABALARI UCHUN KLINIK MASHGULOTLARNING 2018-2019
O'QUV YILIDAGI ISHCHI REJASI**

№	Mavzu	Kiskacha annotatsiya	Soat
---	-------	----------------------	------

1	Arterial gipotoniya	Xushini yukotish, kollaps, shok.O'tkir buyrak usti bezi etishmovchiligi (O'BUBE).Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish.	2
2	O'tkir endogen va ekzogen zaharlanish sindromi. Komalar.	Gipo- va giperglikemik, jigar,uremik, nevrologik komalar, xashoratlar va ilon chakishi klinikasi, diagnostikasi, tez tibbiy yordam ko'rsatish,UASH taktikasi.	2
3	Harorat ta'siroti va elektrotravma	Kuyish, sovuq urishi.Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi.	2
4	Kardial o'lim sindromi.	Qon aylanish to'xtashi turlari. Klinikasi, diagnostikasi, birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish. O'pka-Yurak reanimatsiyasi (O'YUR) o'tkazish tamoyillari. UASH taktikasi	3
5	Isitma sindromi.	Sepsis. Klinikasi, diagnostikasi.Septik shokda tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi	3
6	Sepsis.	Sepsis. Klinikasi, diagnostikasi. Septik shokda tez tibbiy yordam ko'rsatish. UASH taktikasi.	3
7.	Gemorragik sindrom	Massiv qon yo'qotish sindromi, gomologik qon , DVS va tromboembolik sindrom.Klinikasi, diagnostikasi. Tez tibbiy yordam ko'rsatish usullari. UASH taktikasi	3
8.	Nafas siqishi, bo'g'ilish.	Bronxial astma xuruji, astmatik status. Soxta krup. Nafas etishmovchiligi. Yurak astmasi, o'pka shishi. O'tkir o'pkali-Yurak .Diagnostikasi Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi	3
9	Arterial gipertoniya.	Gipertonik kriz. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi	3
10	Gipertonik kriz.	Gipertonik kriz. Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi	3

11.	Yurak ritmining buzilishi.	Paroksizmal taxikardiya. Morgan'i-Edemsa-Stoksa simptomi.Diagnostikasi. Tez tibbiy yordam. UASH taktikasi.	3
12	Ko'krak qafasidagi og'rik	Stenokardiya. Miokard infarkti. Tromboembolik sindrom.Diagnostikasi. SHoshilinch yordam. UASH taktikasi.	3
13	Qorinda og'riq.	Ichak, jigar, buyrak sanchig'i.Diagnostikasi. SHoshilinch yordam. UASH taktikasi.	3
		J a m i :	36

Amaliy mashg'ulotlarning taxminiy tavsiya etiladigan mavzulari:

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

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

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

1. Situatsion masalalarni kupaytirish.
4. Manekenlar bilan ishlashni takomillashtirish.
5. Ukuv Fil'mlaridan keng Foydalanish.

Mustaqil ishlarni tashkil etishning shakli va mazmuni

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

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

Tavsiya etilayotgan mustaqil ishlarning mavzulari:

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

№	Mustaqil ish mavzlari	Soat
1	O'pka arteriyasining tromboemboliyasi.	2
2	Eklampsik komalar.	2
3	YOgli emboliya sindromi.	2
4	O'tkir ekzogen intoksikatsiyalar va zaxarlanishlarning diFFerentsial diagnostikasi.	2
5	Ekstrakorporal detoksikatsiyaning asosiy usullari.	2

6	Ilon va xashoratlar chakishi.	2
7	Postreanimatsion kasallik. Vegetativ xolat.	2
8	Gipertermiyalarni davolash.	2
9	Respirator terapiyaning maxsus usullari printsiplari.	2
10	Gemo- i plazmotransFuziyalarning asorati.	2
11	Bosh miya O`tkir shikastlanishi. Davolashning zamonaviy tamoyilari	2
12	Gemo- i pnevmotoraksda shoshilinch erdam kursatish	2
13	Talvasa sindromida intensiv davo printsiplari	2
	J a m i :	26 soat

Dasturning informatsion-uslubiy ta'minoti

Mazkur Fanni o'qitish jarayonida ta'limning zamonaviy metodlari, pedagogik va axborot-kommunikatsiya texnologiyalari qo'llanilishi nazarda tutilgan.

- barcha mavzular bo'yicha ma'ruza mashg'ulotlarida zamonaviy komp'yuter texnologiyalari yordamida **9**

prezentatsion va elektron didaktik texnologiyalarni;

- Fanning umumiy va xususiy bo'limlariga tegishli mavzularida o'tkaziladigan amaliy mashg'ulotlarda aqliy hujum, qor bo'roni, o'rgimchak ini, guruhli Fikrlash pedagogik texnologiyalarini qo'llash nazarda tutiladi

Fan bo'yicha bilimlar, malaka va ko'nikmalarning reyting nazorati va baholash mezonlari

Talabanning tayyorgarlik darajasini belgilashda asosiy mezon sifatida uning joriy, oraliq, yakuniy nazoratlarda olgan baholar reytingi hisobga olinadi.

Fan uchun qo'yiladigan 100 ball quyidagi shaklda taqsimlanadi:

№	Nazorat turi	Maksimalball	Koeffitsienti	O'tish ball
1.	Joriy nazorat TMI bilan birgalikda	50	0,5	27,5
2.	Yakuniy nazorat	50	0,5	27,5
	JAMI	100	1	55,0

Foydalaniladigan asosiy darsliklar va o'quv

qo'llanmalar ro'yxati

Asosiy darsliklar va o'quv qo'llanmalar

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

Qo'shimcha adabiyotlar

57. Butrov A. V. Darslik, Ekstrennaya anesteziologiya. L. Med. 1990. 30s
58. Oripov U. A. Karimov SH. N. Monografiya, Umumiy xirurgiya. 7 bob. Anesteziologiya va reanimatologiya. 1994, 345s..
59. P. Marino. Monografiya, Intensivnaya terapiya. Per. s angl. 1997, 678s.
60. Vorob'ev. Monografiya, Spravochnik prakticheskogo vracha v 2-x tomax, 1990 g., 240s.
61. Vudli M., A.Uzlan. Monografiya, Terapevticheskiy spravochnik Vashingtonskogo Universiteta. Praktikum, 1995. 600s.

62. Gorbachev V.V., Monografiya, Prakticheskaya kardiologiya. 1997, 200s.
63. Gubachev YU.M. Monografiya, Biblioteka semeynogo vracha, 1999, 340s.
64. Komarov F.I. Monografiya, Diagnostika i lechenie vnutrennix bolezney. Rukovodstvo dlya vrachey v 3-x tomax, M, Meditsina, 1998, 457s.
65. Kurbanov R.D., Kiyakbaev G.K. Metodik qo'llanma, InFarkt miokarda. Tashkent, 2001g, 30s.
66. Merta Dj. Monografiya, Spravochnik vracha obshchey praktiki. M., Praktikum, 1998g, 438s.
67. Michigan. Monografiya, Kardiologiya v tablitsax. 1994, 25s.
68. Murashko V.V., Strubinskiy A.V. Metodik qo'llanma, Elektrokardiografiya. Meditsina, 1987 g, 86s..
69. Okorokov A.N. Monografiya, Lechenie bolezney vnutrennix organov v 4-x tomax. Moskva. Meditsinskaya literatura. 1999, 2000, 2003. 340s.
70. Okorokov A.N. Monografiya, Diagnostika bolezney vnutrennix organov v 4-x tomax. Moskva. Meditsinskaya literatura. 1999, 2000, 2003, 340s.
71. Ruksin. Monografiya, Neotlojnaya kardiologiya. 1998, 150s.
72. Serdechno-legochnaya reanimatsiya, Metodik qo'llanma, Moskva, 1996, 36s.
73. Xeglin R. Monografiya, "DiFFerentsial'naya diagnostika vnutrennix bolezney". Meditsina 1997g., 8-tom. 230s.
74. CHazov E.I. Monografiya, Neotlojnye sostoyaniya i ekstremnaya meditsinskaya pomoc'. 1989, 465s.
- 75.. SHuskov SB., Barsukov A.V. Metodik qo'llanma, Arterial'naya gipertoniya v tablitsax i sxemax. Diagnostika i lechenie. Sankt-Peterburg 2004, 56s.
76. Bunyatyan A.A. Monografiya, Spravochnik po anesteziologii i reanimatologii. M. Med. 1994, 456s.
77. Juravlyov A. A. Monografiya, Spravochnik po inFuzionnoy terapii. 1994, 178s.
78. Klimanskiy V A. Monografiya, TransFuzionnaya terapiya pri xirurgicheskix zabolvaniyax. 1984 , 135s.
79. Lujnikov E. A. Monografiya, Klinicheskaya toksikologiya. 1982, 265s.
80. Terapevticheskiy spravochnik Vashingtonskogo universiteta. Monografiya, Per.s angl. 1995. 689s.

81. Denisov I.D. Monografiya, Entsiklopediya klinicheskogo obsledovaniya bol'nogo, GEOTAR, Moskva., Meditsina. ,1998. 234s.
82. Don X. Monografiya, "Prinyatie resheniya v intensivnoy terapii"., 1-P tom. M."Meditsina", 1995g.467s.
83. Mashkovskiy. Monografiya, "Lekarstvennyye sredstva", 1996 g.543s.
84. Teylor D. Monografiya, "Trudnyy diagnost". M., 1995 g.164s.

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

<http://narkoz.ru/>,

<http://medi.ru/doc/001itarr.htm>,

http://www.rusanesth.com/new_tech/,

http://www.medalfavit.ru/medtex/dir.php?parent_id=7,

http://boutique-realty.ru/offer_18605.html -

O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash vazirligining buyruqlari.

O'zbekiston Respublikasi SSV ning 2009 yil 2 oktyabrdagi № 293-buyrug'i

“O'zbekiston Respublikasi aholisiga anesteziologiya va reanimatologiya xizmatini tashkil qilishni takomillashtirish chora tadbirlari” to'g'risida

“Davolash profilaktika muassasalarida sanitar-gigienik, dezinfektsiya va epidemiyaga qarshi tartibga rioya qilish to'g'risida”gi 29 dekabr 2007 yil № 600 - buyruqlariga asosan tashkil etiladi va olib boriladi.

Talabalar bilimini reyting tizimi asosida baholash

«XIRURGIK KASALLIKLAR VA REANIMATSIYA» KAFEDRASIDA DAVOLASH VA TIBBIY PEDAGOGIKA FAKULTETI 6-KURS TALABALARINING “SHOSHILINCHHOLATLAR”FANIDAN TALABALAR BILIMINI BAHOLASH REYTING TIZIMI TO`G`RISIDA NIZOM

Ushbu Nizom Buxoro Davlat tibbiyot institutida «Talabalar bilimini nazorat qilish va baholashning reyting tizimi to`g`risida nizom» asosida (29 avgust 2010 yil, bayonnoma № 1) ishlab chiqildi va undan “Fakultet va gospital xirurgiya reanimastiya kursi bilan” kafedra talabalarini baholashda me`yoriy hujjat sifatida foydalaniladi.

I. Umumiy qoidalar

1. Talabalar bilimini nazorat qilish va reyting tizimi orqali baholashdan maqsad ta`lim sifatini boshqarish orqali raqobatbardosh kadrlar tayyorlashga Erishish, talabalarining fanlarni o`zlashtirishida bo`shliqlar hosil bo`lishini oldini olish, ularni aniqlash va bartaraf Etishdan iborat.

2. Reyting tizimining asosiy vazifalari quyidagilardan iborat:

a) talabalarda Davlat ta`lim standartlariga muvofiq tegishli bilim, ko`nikma va malakalar shakllanganligi darajasini nazorat qilish va tahlil qilib borish;

b) talabalar bilimi, ko`nikma va malakalarini baholashning asosiy tamoyillari: Davlat ta`lim standartlariga asoslanganlik, aniqlik, haqqoniylik, ishonchlilik va qulay shaklda baholashni ta`minlash;

v) mazkur fanlarning talabalar tomonidan tizimli tarzda va belgilangan muddatlarda o`zlashtirilishini tashkil Etish va tahlil qilish;

g) talabalarda mustaqil ishlash ko`nikmalarini rivojlantirish, axborot resurslari manbalaridan samarali foydalanishni tashkil Etish;

d) talabalar bilimini xolis va adolatli baholash hamda uning natijalarini vaqtida ma`lum qilish;

e) talabalarining mazkur fanlar bo`yicha kompleks hamda uzluksiz tayyorgarligini ta`minlash;

yo) o`quv jarayonining tashkiliy ishlarini komp`yuterlashtirishga sharoit yaratish.

3. Anesteziologiya-reanimatologiya va SHoshilinch holatlar fanlari bo`yicha talabalar bilimini stikl davomida baholab borish reyting nazorati jadvallari va baholash mezonlari asosida amalga oshiriladi.

II. Nazorat turlari va uni amalga oshirish tartibi

4. Nazorat turlari, uni o`tkazish tartibi va mezonlari kafedra mudiri tavsiyasi bilan fakul`tet o`quv-uslubiy kengashida muhokama qilindi va tasdiqlandi hamda ushbu fanning ishchi o`quv dasturida mashg`ulot turlari bilan birgalikda ko`rsatildi.

5. Reyting nazorati jadvallari, nazorat turi, shakli, soni hamda har bir nazoratga ajratilgan mazkur fanlar uchun maksimal ball, shuningdek joriy nazoratning saralash

ballari haqidagi ma'lumotlar ushbu fanlar bo'yicha birinchi mashg'ulotda talabalarga E'lon qilinadi.

6. Talabalarning bilim saviyasi va o'zlashtirish darajasining Davlat ta'lim standartlariga muvofiqligini ta'minlash uchun quyidagi nazorat turlarini o'tkazish nazarda tutiladi:

joriy baholash – talabanning mazkur fan mavzulari bo'yicha bilim va amaliy ko'nikma darajasini aniqlash va baholash usuli hisoblanadi. Joriy nazorat Anesteziologiya-reanimatologiya va SHoshilinch holatlar fanlarining xususiyatidan kelib chiqqan holda, amaliy mashg'ulotlarda og'zaki so'rov, test o'tkazish, vaziyatli masalalarni echish kabi shakllarda o'tkaziladi.

talabanning mustaqil ishi o'quv rejasida ushbu fanlarni o'zlashtirish uchun belgilangan nizom va uning rejasi asosida talaba tomonidan har bir mavzuga referatlar yozish, hamda ularni seminarlarda muhokama qilish, baholash asosida olib boriladi.

yakuniy baholash – stikl yakunida ushbu Anesteziologiya-reanimatologiya va SHoshilinch holatlar fanlari bo'yicha nazariy bilim va amaliy ko'nikmalarni talabalar tomonidan o'zlashtirish darajasini baholash usuli hisoblandi. YAKuniy nazorat asosan tayanch tushuncha va iboralarga asoslangan va test ,*OTKS (ob'ektiv tizimlashtirilgan klinik sinov)* shaklida o'tkaziladi.

7. Institut rahbarining buyrug'i bilan ichki nazorat va monitoring bo'limi rahbarligida tuzilgan komissiya ishtirokida Anesteziologiya-reanimatologiya va SHoshilinch holatlar fanlaridan yakuniy nazoratni o'tkazish jarayoni davriy ravishda o'rganib boriladi va uni o'tkazish tartiblari buzilgan hollarda, yakuniy nazorat natijalari bekor qilinishi mumkin. Bunday hollarda yakuniy nazorat qayta o'tkaziladi.

III. Baholash tartibi va mezonlari

10. Talabalarning bilim saviyasi, ko'nikma va malakalarini nazorat qilishning reyting tizimi asosida talabanning Anesteziologiya-reanimatologiya va SHoshilinch holatlar fanlari bo'yicha o'zlashtirish darajasi ballar orqali ifodalanadi.

11. Anesteziologiya-reanimatologiya va SHoshilinch holatlar fanlari bo'yicha talabanning stikl davomidagi o'zlashtirish ko'rsatkichi 100 ballik tizimda baholanadi.

Ushbu 100 ball nazorat turlari bo'yicha quyidagicha taqsimlanadi:

joriy baholash - 45 ball;

mustaqil ish - 5 ball;

yakuniy baholash – 50 ball;

Tibbiyot instituti talabalarini o'qitish uslublarini o'ziga xosligini inobatga olgan holda bilimni baholashda JB,TMI va YAB larning qiymatini hisobga olish uchun koEfficienti qo'llaniladi.

Fanlarning auditoriya soatlari 72 soatdan kam bo'lgan xolda ushbu 100 ball nazorat turlari bo'yicha quyidagicha taqsimlanadi:

joriy baholash - **45 ball**

mustaqil ish - **5 ball**

oraliq nazorat - **20 ball**

yakuniy baholash - 30 ball

JAMI		100 ball		
№	Baxolash turi	Maksimal ball	Saralash bali	KoEfficient
1.	Joriy baxolash	45	24,75	0,45
2.	TMI	5	2,75	0,05
3	Oraliq nazorat	20	11.0	0.20
3.	YAkuniy baholash	30	16.5	0,30
	JAMI	100	55,0	1

12. Talabaning reyting daftarchasiga alohida qayd qilinadigan mazkur fanlar bo'yicha yakuniy nazorat 100 ballik tizimda baholanadi.

13. Talabaning Anesteziologiya-reanimatologiya va SHoshilinch holatlar fanlari bo'yicha o'zlashtirish ko'rsatkichini nazorat qilishda quyidagi namunaviy mezonlar tavsiya Etiladi:

a) 86-100 ball uchun talabaning bilim darajasi quyidagilarga javob berishi lozim:
xulosa va qaror qabul qilish;
ijodiy fikrlay olish;
mustaqil mushohada yurita olish;
olgan bilimlarini amalda qo'llay olish;
mohiyatini tushunish;
bilish, aytib berish;
tasavvurga Ega bo'lish.

b) 71-85 ball uchun talabaning bilim darajasi quyidagilarga javob berishi lozim:
mustaqil mushohada yurita olish;
olgan bilimlarini amalda qo'llay olish;
mohiyatini tushunish;
bilish, aytib berish;
tasavvurga Ega bo'lish.

v) 55-70 ball uchun talabaning bilim darajasi quyidagilarga javob berishi lozim:
mohiyatini tushunish;
bilish, aytib berish;
tasavvurga Ega bo'lish.

v) quyidagi hollarda talabaning bilim darajasi 0-54 ball bilan baholanishi mumkin:

aniq tasavvurga Ega bo'lmaslik;
bilmaslik.

14. Namunaviy mezonlar asosida Anesteziologiya-reanimatologiya va SHoshilinch holatlar fanlaridan joriy va oraliq nazoratlar bo'yicha aniq mezonlar ishlab chiqildi, kafedra mudiri tomonidan tasdiqlandi va talabalarga har bir stikl boshida o'qib Eshittiriladi.

16. Talabalarning Anesteziologiya-reanimatologiya va SHoshilinch holatlar fanlari bo'yicha mustaqil ishi joriy va yakuniy nazoratlar jarayonida tegishli topshiriqlarni bajarishi va unga ajratilgan ballardan kelib chiqqan holda baholanadi.

17. Talabaning fanlar bo'yicha reytingi quyidagicha aniqlanadi:

$$R_f = \frac{V \cdot O'}{100}$$

bu erda:

V– semestrda fanga ajratilgan umumiy o'quv yuklamasi (soatlarda);

O' –fan bo'yicha o'zlashtirish darajasi (ballarda).

18. Anesteziologiya-reanimatologiya va SHoshilinch holatlar fanlari bo'yicha joriy va yakuniy nazoratlarning har biriga ajratilgan ballning 55 foizi saralash ball Etib belgilanadi.

Joriy nazoratning va talaba mustaqil ishining har biriga ajratilgan ballning saralash bali 55 foizidan ortiq ball to'plagan barcha talabalar mazkur fanlar bo'yicha yakuniy nazoratga kiritiladi.

Agar talaba yakuniy nazoratda shu nazorat turi bo'yicha saralash balidan yuqori ball to'plasa, bu ball joriy nazoratda to'plagan ballarga qo'shiladi.

19. Talabaning stikl davomida Anesteziologiya-reanimatologiya va SHoshilinch holatlar fanlari bo'yicha to'plagan umumiy bali har bir nazorat turidan belgilangan qoidalarga muvofiq to'plagan ballari yig'indisiga teng.

IV. Nazorat turlarini o'tkazish muddati

20. YAkuniy nazorat turi kalendar tematik rejaga muvofiq dekanat tomonidan tuzilgan reyting nazorat jadvallari asosida o'tkaziladi. YAkuniy nazorat stiklning oxirida o'tkaziladi.

21. Joriy nazoratda saralash ballidan kam ball to'plagan va uzrli sabablarga ko'ra nazoratlarda qatnasha olmagan talabaga qayta topshirish uchun, navbatdagi shu nazorat turigacha, so'nggi joriy nazorat uchun yakuniy nazoratgacha bo'lgan muddat beriladi.

Belgilangan muddatlarda topshirilmagan joriy va oraliq nazorat ballari keyingi baholash ballariga qo'shilmaydi va qayta topshirishga ruxsat berilmaydi.

Kasalligi sababli darslarga qatnashmagan hamda belgilangan muddatlarda joriy, oraliq va yakuniy nazoratlarni topshira olmagan talabalarga fakul'tet dekani farmoyishi asosida, o'qishni boshlaganidan so'ng kurs mudiri belgilagan muddatda topshirishga ruxsat beriladi.

22. STikl yakunida mazkur fanlar bo'yicha joriy, yakuniy yoki TMI nazorat turlarini har biri bo'yicha saralash balidan kam ball to'plagan talabaning o'zlashtirishi qoniqarsiz (akademik qarzdor) hisoblanadi. Akademik qarzdor talabalarga semestr tugaganidan keyin qayta o'zlashtirish uchun 2 hafta muhlat beriladi. SHu muddat davomida ushbu fanlarni o'zlashtira olmagan talaba, fakul'tet dekani tavsiyasiga ko'ra belgilangan tartibda rektorning buyrug'i bilan talabalar safidan chetlashtiriladi.

23. Talaba nazorat natijalaridan norozi bo'lsa, ushbu fanlar bo'yicha nazorat turi natijalari E'lon qilingan vaqtdan boshlab bir kun mobaynida fakul'tet dekaniga ariza bilan murojaat Etishi mumkin. Bunday holda fakul'tet dekanining taqdimnomasiga ko'ra rektor buyrug'i bilan 3 (uch) a'zodan kam bo'lmagan tarkibda apellyastiya komissiyasi tashkil Etiladi. Apellyastiya komissiyasi talabalarning arizalarini ko'rib

chiqib, shu kunning o'zida xulosasini bildiradi.

24. Baholashning o'rnatilgan talablar asosida belgilangan muddatlarda o'tkazilishi hamda rasmiylashtirilishi fakul'tet dekani, kafedra mudiri, o'quv bo'limi hamda ichki nazorat va monitoring bo'limi tomonidan nazorat qilinadi.

V. Reyting natijalarini qayd qilish va tahlil Etish tartibi

25. Talabaning mazkur fanlar bo'yicha nazorat turlarida to'plagan ballari stikl yakunida reyting qaydnomasiga butun sonlar bilan qayd qilinadi. Reyting daftarchasining "O'quv rejasida ajratilgan soat" ustuniga semestr uchun fanga ajratilgan umumiy o'quv yuklama soatlari, "Fandan olingan baho" ustuniga Esa 100 ballik tizimdagi o'zlashtirishi qo'yiladi.

Talabaning saralash balidan past bo'lgan o'zlashtirishi reyting daftarchasiga qayd Etilmaydi.

26. Mazkur fanlar bo'yicha o'tkaziladigan nazorat turlarining natijalari guruh va professor-o'qituvchi jurnallari hamda qaydnomada qayd Etiladi va (nazorat turi yozma ish shaklida o'tkazilgan bo'lsa, 2 (ikki) kun muddat ichida talabalar E'tiboriga etkaziladi.

27. YAkuniy nazorat natijalariga ko'ra dekanat talabalarning mazkur fan bo'yicha reytingini aniqlaydi hamda reyting daftarcha va qaydnomaning tegishli qismini to'ldiradi.

28. Talabaning reytingi uning bilimi, ko'nikmasi va malakalari darajasini belgilaydi.

29. Joriy va yakuniy nazorat natijalari "Fakultet va gospital xirurgiya" kafedra yig'ilishlarida, muhokama Etib boriladi va tegishli qarorlar qabul qilinadi.

Anesteziologiya-reanimatologiya va SHoshilinch holatlar fanlaridan 5-6-kurs talabalarining bilimini baxolash reyting tizimi to'g'risida Nizom «Fakultet va Gospital xirurgiya» kafedrasida majlisining « 02 » sentyabr 2010 yilda muhokama qilinib, 3-sonli bayonnoma bilan tasdiqlangan.

Talaba mustaqil ishini tashkil etish, nazorat qilish va baholash tartibi to'g'risida

Namunaviy Nizom. Umumiy qoidalar

Mazkur Nizom Uzbekiston Respublikasi Vazirlar maxkamasining 2001 yil 16 avgustdagi «Oliy ta'limning davlat ta'lim standartlarini tasdiqlash tugrisida»gi 343 sonli karoriga muvofik kadrlar tayyorlash sifatini nazorat qilishda talabalarning mustakil ishlarini tashkil Etish, nazorat qilish va baxolash tartibini belgilaydi.

Talabaning mustakil ishi ukuv rejasida muayyan fanni uzlashtirish uchun belgilangan ukuv ishlarining ajralmas kismi bulib, u uslubiy va axborot resurslari jixatdan ta'minlanadi, xamda bajarilishi reyting tizimi talablari asosida nazorat kilinadi.

Institutda talabaning xaftalik mustakil ishlarining umumiy xajmi bakalavriyatning kunduzgi bulimida 22 soatni tashkil Etadi.

Ukuv semestri yakunida talabaning mustakil ishi buyicha tuplangan reyting ballari xar bir fan buyicha auditoriyadagi ukuv ishlariga berilgan reyting ballari bilan

birgalikda gurux reyting kaydnomasida, talabaning reyting daftarchasida va ukish yakunida bitiruvchiga takdim Etiladigan diplom ilovasida kayd Etiladi.

Talaba mustaqil ishining maqsad va vazifalari

Talaba mustakil ishining asosiy maksadi – ukituvchining raxbarligi va nazorati ostida talabada muayyan ukuv ishlarini mustakil ravishda bajarish uchun zarur bulgan bilim va kunikmalarni shakllantirish va rivojlantirish.

Talaba mustakil ishining vazifalari kuyidagilardan iborat:

- YAngi bilimlarni mustakil tarzda puxta uzlashtirish va kunikmalarga Ega bulish;

- kerakli ma'lumotlarni izlab topish kulay usullari va vositalarini aniklash;

- axborot manbalari va manzillaridan samarali foydalanish;

- an'anaviy ukuv va ilmiy adabietlar, me'eri y xujjatlar bilan ishlash;

- Elektron ukuv adabietlar va ma'lumotlar banki bilan ishlash;

- internet tarmogidan maksadli foydalanish;

- berilgan topshirikning rastional echimini belgilash;

- ma'lumotlar bazasini taxlil Etish;

- ish natijalarini Ekspertizaga tayerlash va Ekspert xulosasi asosida kayta ishlash;

- topshiriklarni bajarishda tizimli va ijodiy endoshish, ishlab chikilgan echim, loyixa eki goyani asoslash, mutaxassislar jamoasida ximoya kilish.

Talaba mustaqil ishining tashkiliy shakllari

Talaba mustakil ishini tashkil Etishda muayyan fan (kurs)ning xususiyatlarini, shuningdek xar bir talabaning akademik uzlashtirish darajasi va kobiliyatini xisobga olgan xolda kuyidagi shakllardan foydalaniladi:

- kasallik tarixini yozish va uni ximoya kilish;

- ayrim a'zolarning modellari va mulyajlarini yasash;

- a'zolar va ularning tuzilishi rasmlari va sxemalarini chizish;

- ayrim nazariy mavzularni ukuv adabietlari erdamida mustakil uzlashtirish;

- berilgan mavzu buyicha axborot (referat) tayerlash;

- seminar va amaliy mashgulotlarga tayergarlik kurish;

- laboratoriya ishlarini bajarishga tayergarlik kurish;

- nazariy bilimlarni amaliyda kullash;

- amaliytdagi mavjud muammolarning echimini topish (keys - stadi);

- ilmiy makola, anjumanga ma'ruza tezislarni tayerlash;

Ukitilaetgan fanning xususiyatlaridan kelib chikkan xolda, talaba mustakil ishini tashkil Etishda boshka shakllardan xam foydalanishi mumkin.

O'kuv fanlari namunaviy va ishchi dasturlarda talaba mustakil ishining shakli, mazmuni va xajmi ifoda Etiladi.

Talaba mustakil ishi uchun ajratilgan vakt byudjetiga mos ravishda xar bir fan buyicha tegishli kafedralarda mustakil ishning tashkiliy shakllari, topshiriklar variantlari ishlab chikiladi va fakul'tet ilmiy - uslubiy kengashida tasdiklanadi.

Mustakil ishni bajarish uchun fanlar buyicha talabalarga zaruriy metodik kullanma, kursatma va tavsiyalar ishlab chikiladi.

Talaba mustaqil ishining axborot ta'minoti

Talaba uchun muayyan fan buyicha mustakil ish topshiriklari tegishli kafedra professori (eki etakchi dostent) tomonidan ukuv mashgulotlarini bevosita olib boruvchi ukituvchi bilan birgalikda tuziladi, xamda kafedra mudiri tomonidan tasdiklanadi. Talabaga berilgan topshirikda mustakil ishni bajarish buyicha dastlabki kursatma va tavsiyalar kayd Etiladi.

Mustakil ishni bajarish uchun talabaga axborot manbasi sifatida darslik va ukuv kullannmalar, metodik kullanma va kursatmalar, ma'lumotlar tuplami va banki, ilmiy va ommaviy davriy nashrlar, internet tarmogidagi tegishli ma'lumotlar, berilgan mavzu buyicha avval bajarilgan ishlar va boshkalar xizmat kiladi.

Kafedra mudiri va tegishli fakul'tet dekani takdimnomasi asosida institut raxbariyati talabalarga mustakil ishlarni bajarish uchun zaruriy axborot manbaa va vositalarini belgilaydi, talabalarga turli kutubxonalar, muzeylar, tarmok muassasalari va korxonalaridan mustakil ish uchun zaruriy ma'lumotlar tuplash yuzasidan surovnomaxatlarini rasmiylashtirib beradi.

Oliy ta'lim muassasasi raxbariyati tomonidan talabalarga mustakil ishlarni uz vaktida bajarish uchun komp'yuter texnikasi va internet tarmogidan samarali foydalanish uchun shart – sharoitlar yaratib beriladi.

Talaba mustaqil ishini nazorat qilish va baholash.

Xar bir fan buyicha talaba mustakil ishiga raxbarlik kilish yuklamasi (ishchi ukuv rejasining 10 ustunida keltirilgan) professor – ukituvchi shaxsiy ish rejasining tashkiliy - uslubiy bulimida (1540 soat doirasida) kayd Etiladi.

Talaba mustakil ishiga raxbarlik kilish tuziladigan va fakul'tet dekani tomonidan tasdiklangan konsul'tastiyalar jadvali asosida amalga oshiriladi.

Talaba mustakil ishi buyicha konsul'tastiya soatlari gurux jurnalida kayd Etib boriladi.

Talaba mustakil ishini nazorat kilish ukuv mashgulotlarini bevosita olib boruvchi ukituvchi tomonidan amalga oshiriladi.

Talaba reyting kursatgichlari, shu jumladan mustakil ish buyicha , an'anaviy gurux reyting oynasida va (yoki) fakul'tetning maxsus Elektron tarmogida yoritib boriladi.

Talaba mustakil ishini nazorat kilish turlari va uni baxolash mezonlari tegishli kafedra tomonidan belgilanadi va fakul'tet Ilmiy Kengashida tasdiklanadi. Mustakil ishlarni baxolash mezonlari talabalarga ukuv yili

(semestri) boshlanishi oldidan metodik materiallar bilan birgalikda tarkatiladi.

Mustakil ish buyicha belgilangan maksimal reyting balining 55% dan kam tuplagan talaba fan buyicha yakuniy nazoratga kuyilmaydi.

Fanlar kesimda talabalarning mustakil ishlari buyicha uzlashtirishi muntazam ravishda talabalar guruxlarida , kafedra yigilishlari va fakul'tet ilmiy kengashlarida muxokama Etib boriladi.

Talaba mustakil ishi kafedra arxivida ruyxatga olinadi va ukuv yili mobaynida saklanadi.

Oliy ta'lim muassasalarida yukori darajada baxolangan talabaning mustakil ishlari ma'naviy va moddiy jixatdan ragbatlantiriladi.

**Institut ilmiy kengashida tasdiklangan. «_30_»__08__2012y
Bayonnoma №_1__O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim
Vazirligi 21 fevral' 2005 yil №34 sonli buyruqga binoan TTA davolash fakulteti
gospital va fakultet kafedrası 2012-2013 o'quv yilida talabalar mustaqil ishini
(TMI) tashkil qilish to'g'risidagi**

NIZOM

1. Talabaning mustaqil ishi (TMI) o'quv rejasida gospital va fakultet xirurgiya kafedrası fanini o'zlashtirish uchun belgilangan o'quv ishlarining ajralmas qismi bo'lib, u uslubiy va axborot resurslari jihatdan ta'minlanadi, hamda bajarilishi reyting tizimi talablari asosida nazorat qilinadi.
2. Talabaning haftalik mustaqil ishlarining xajmi 22 soatni tashkil qiladi.
3. TMIning asosiy maqsadi o'qituvchining rahbarligi va nazorati ostida talabada muayyan o'quv ishlarini mustaqil ravishda bajarishi uchun zarur bo'lgan bilim va ko'nikmalarni shakllantirish va rivojlantirishdir.
4. TMI tashkil Etishda, xar bir talabaning akademik uzlashtirish darajasi va qobiliyatini xisobga olgan xolda quyidagi shakllardan foydalaniladi:
 - ayrim nazariy mavzularni o'quv adabiyotlari yordamida mustaqil o'zlashtirish
 - berilgan mavzu bo'yicha axborot (referat) tayyorlash
 - seminar va Amaliy mashg'ulotlarga tayyorgarlik ko'rish
 - nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llash
 - jadvallar, slydlar, krossvordlar tayyorlash
 - vaziyatli masalalar kompleksini ishlab chiqish
 - algoritm, testlar tuzish.
5. TMI shakli, mazmuni va xajmi namunaviy va ishchi dasturda ifoda Etiladi.
6. Kafedrada TMIning tashkiliy shakllari, topshiriqlar variantlari ishlab chiqiladi.
7. TMI bajarish uchun gospital va fakultet kafedrası urologiya kursi bilan - Fani bo'yicha talabalarga zaruriy metodik qo'llanma, ko'rsatma va tavsiyalar ishlab chiqiladi.
8. TMI bajarish uchun talabalarga axborot manbasi sifatida darslik va o'quv qo'llanmalar, metodik qo'llanma va ko'rsatmalar, ma'lumotlar to'plami va banki, ommaviy davriy nashrlar, komp'yuter texnikasi, va Internet tarmog'idan foydalanish tavsiya qilinadi.
9. TMIga raxbarlik qilish yuklamasi o'qituvchi shaxsiy ish rejasining tashkiliy-uslubiy bo'limida qayd Etiladi.
10. TMIga qo'yilgan baho (ball) talabaning semestr davomida gospital va fakultet jarroxligi bo'yicha to'plangan baholariga qo'shiladi.
11. TMI xam 100 balli reyting tizimi bo'yicha amalga oshiriladi. O'quv jurnalida semestrnig oxirgi amaliy mashg'ulotidan so'ng bitta ustun TMIga ajratiladi.
12. Kafedrada TMI topshiriqlarini semestr boshida talabalarga etkazadi. TMI kafedra arxivida ro'yxatga olinadi va o'quv yili davomida saqlanadi.
13. TMI xar bir kursning uslubiy ishlariga javobgar shaxs va o'quv mashg'ulotlarini bevosita olib boruvchi o'qituvchi bilan birgalikda tuziladi xamda kafedra mudiri tomonidan tasdiqlanadi va nazorat qilib boriladi.