

Шошилинич педиатрия экстремал тиббиёт асослари билан

**(Шифокорлар, тез тиббий ёрдам ходимлари ва тиббиёт ОТМ талабалари
учун амалий қўлланма)**

**Профессор З.С. Умарова ва
т.ф.д. А.М. Шарипов таҳрири остида**

1 - НАШР

**Тошкент
2011**

Тузувчилар:

т.ф.д. А.М. Шарипов ва профессор З.С. Умарова таҳрири остида

Муаллифлар жамоаси:

Агзамходжаев Т.С., профессор, т.ф.д.

Джубатова Р.С. т.ф.д.

Хакимов Д.П., доцент, т.ф.н.

Гулямов Р.О. доцент, т.ф.н.

Ахматалиева М.А., доцент, т.ф.н.

Валиева Ф.Т., доцент, т.ф.н.

Шоикрамов Ш.Ш., ассистент

Сафаров З.Ф., ассистент

Маматкулов Б.Б., ассистент

Хамзаев К.А., ассистент

МУНДАРИЖА

МУНДАРИЖА	3
КИРИШ (Умарова З.С.)	4
ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТДАГИ БЕМОРНИ БАҲОЛАШ (Шарипов А.М.)	5
БОЛАЛАРДА РЕСПИРАТОР ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАР (Джубатова Р.С.)	13
ФАЛОКАТЛАР ТИББИЁТИ АСОСЛАРИ (Шарипов А.М.)	30
ШОК ВА ҚОН КЕТИШ (Валиева Ф.Т.)	36
БОЛА ҲАЁТИГА ХАВФ СОЛУВЧИ ЮРАК АРИТМИЯЛАРИ (Хакимов Д.П.)	49
БОЛАЛАРДА КАРДИОЛОГИК ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАР (Хамзаев К.А.)	64
ЧАҚАЛОҚЛАРГА СТАЦИОНАР ШАРОИТИДАН ТАШҚАРИ ШОШИЛИНЧ ЁРДАМ КЎРСАТИШ (Шоикрамов Ш.Ш.)	68
БОЛАЛАР ШИКАСТЛАНИШЛАРИДА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ (Сафаров З.Ф.)	76
КУЙИШЛАР (Сафаров З.Ф.)	
ҚОРИНДА ЎТКИР ОҒРИҚЛАР БИЛАН КЕЧАДИГАН ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАР (Ахматалиева М.А.)	80
БОЛАЛАРДА ИСИТМА ҲОЛАТЛАРИ. БОЛАЛАРДА ЎТКИР ТОКСИКОЗЛАР. РЕЙЕ СОНДРОМИ (Хакимов Д.П.)	90
ЭРТА ЁШЛИ БОЛАЛАРДА ЭКСИКОЗ (Маматкулов Б.Б.)	109
АЛЛЕРГИК ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАР (Хакимов Д.П.)	
БОЛАЛАР БИЛАН ҚЎПОЛ МУОМАЛАДА БЎЛИШ (Хамзаев К.А.)	
НЕВРОЛОГИК ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАР (Хамзаев К.А.)	
ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШЛАР (Гулямов Р.О.)	
БОЛАЛАРДА ХУЛҚ АТВОР БУЗИЛИШИ БИЛАН КЕЧУВЧИ ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАР (Хакимов Д.П.)	
ТАШҚИ МУҲИТ ОМИЛЛАРИ ТАЪСИРИ НАТИЖАСИДА ЮЗАГА КЕЛУВЧИ ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАР (Маматкулов Б.Б.)	

Сўз боши

Болалар ўлимини камайишида шифохонагача бўлган босқичда шошилиш тиббий ёрдам асосий ўринни эгаллайди. Мазмун моҳиятига кўра болалардаги ҳар хил ҳаёт учун хавф туғдирувчи критик ҳолатлар ўзига хос хусусиятга эга. Асосан эрта ёшдаги болаларда анатомио-физиологик хусусиятига кўра, критик ҳолатларнинг юзага келиши хавфи юқоридир. Педиатриянинг турли бўлимларида юзага келган ўзгаришларни ўзлаштирган ҳолда бевосита воқеа жойининг ўзида шошилиш ёрдам кўрсатиш катта аҳамиятга эга. Шу нарса маълумки, шошилиш тиббий ёрдам ўзига хос аниқ жамланган таърифга эга бўлмоғи, яъни қўлланилган даво усуллари ўзини оқлаши ва ҳаёт учун зарур аъзолар фаолиятини сақлашга қаратилган бўлмоғи лозим.

Ушбу ўқув қўлланма Тошкент Педиатрия Тиббиёт Олийгоҳи шошилиш тиббий ёрдам кафедрасининг муаллифлар жамоаси томонидан тайёрланди.

Тақдим этилган маълумотлар нафақат талабалар ва магистр резидентлар учун, шунингдек, амалий тиббиёт учун ҳам қўлланилиши мумкин. Ушбу қўлланмада замонавий шошилиш педиатрияда мавжуд бўлган клиник муаммоларни аниқлаш ва баҳолаш тўлиқ кўрсатиб берилган. Аниқ даво стандартлари келтирилган. “Тиббиёт стандарти” атамаси айнан шошилиш педиатрия учун хосдир. Бу стандартлар критик ҳолатдаги беморга ёрдам кўрсатувчи шифокорга воқеаларни олдиндан кўра билиш имконини беради. Қўлланмадаги мавжуд синов тестлар ўз-ўзини баҳолаш ва назорат қилишда муҳим аҳамиятга эга. Муаллифлар ушбу ўқув қўлланма юзасидан этирозлар ва янги таклифлар учун олдиндан миннатдорчилик билдирадilar.

ШОШИЛИНЧ ВАЗИЯТЛАРДА БЕМОР ҲОЛАТИНИ БАҲОЛАШ

Воқеа жойини баҳолаш

Шошилинч тиббий ёрдам (ШТЁ) кўрсатувчи шифокор (биринчи респондент) нинг иши ҳар доим ҳам беморнинг ўзидан бошланавермайди. Биринчи ёрдам кўрсатишдан олдин воқеа жойининг ҳолатини тахминий баҳолаш катта рол ўйнайди. Бу баҳолаш хавфли ва ишга ҳалақит берувчи омилларни аниқлашда, ўзининг, гуруҳининг, гувоҳларнинг ва беморнинг хавфсизлигини таъминлашда, беморлар сонини аниқлашда, уларга олиб борувчи хавфсиз йўлни топишда, шикастланиш механизмини аниқлашда, бемор ҳақида умумий тасаввур эга бўлишда жуда зарурдир.

Воқеа жойига келган тиббий ходимнинг асосий вазифалари

- ўзининг, гуруҳининг, гувоҳларининг ва беморнинг хавфсизлигини таъминлаш
- уларнинг олдига олиб борувчи хавфсиз йўлни аниқлаш
- ҳаёт учун хавфли ҳолатни аниқлаш мақсадида бемор ҳолатини баҳолаш
- ШТЁ га қўшимча хабар бериш
- текшириш натижасига қараб ёрдам кўрсатиш
- олинган маълумотларни тўплаш ва ҳужжатлаштириш
- зарурат туғилганда бошқа соҳа ходимларини ёрдамга чақириш
- беморни хавфсиз жойга ўтказишни ва шифохонага юборишни ташкил қилиш

Воқеа содир бўлган жойни баҳолаш қуйидаги қадамлардан бошланади:

1. Хавфли ва ҳалақит берувчи омилларни аниқлаш
2. Беморга, гувоҳларга, тиббиёт ходимига шу омиллар қандай таъсир қилишини тахмин қилиш
3. Шу омилларни олдини олиш ва камайтириш чора тадбирларини кўриш

Қуйидаги хавфли омил турларини аниқлаш мумкин:

- Физик омиллар (хавфли портловчи воситалар, ёнғин, ўпирилиш, иссиқ ва совуқ уриш, ток уриш ва бошқалар)
- Токсикологик омил (индикаторлар; умумий аҳволининг ўзгариши, ҳидлар, ўлик ҳайвонлар, одамлар, тутун, огоҳлантирувчи белгилардир)
- Криминал омил (яраланиш, терактлар, ўлдириш, зўрлаш, агрессив бемор)
- Инфекцион омил (қоида «организмнинг тўқима изоляцияси»-қаттиқ инфекцион назорат, тахминан беморнинг ҳамма биологик суюқликлари зарарланган)

- Психологик омил (бемор ёки унинг яқин инсони руҳий тушкунликни бошидан кечириши, тажовузкор бўлиши, ШТЁ ходими криминал ҳолатларда бемор, айниқса бола ўлимини, ҳомиладор аёл ёки оғир клиник ҳолатдаги беморни кўриши натижасида қаттиқ стресс ҳолатини бошидан кечириши мумкин)

Бемор аҳволини баҳолашда бемор билан ўзаро тўғри муносабат ўрнатиш катта аҳамиятга эга:

1. Бемор билан кўзига тик боқиш орқали муомулани йўлга қўйиш ва унга амал қилиш.
2. Беморни кўриш жараёнида, бемор гавдасидан биров пастда жойлашиш.
3. Бемор билан ростгўйлик билан мулоқот қилиш
4. Бемор билан унга тушунарли тилда гаплашиш
5. Беморнинг имо ишораларига эътибор қаратиш
6. Аниқ, секин, тушунарли гаплашиш.
7. Ҳолатга қараб бемор исми-шарифини тўғри айтиш. Бемордан уни ким деб чақиришларини сўраш.
8. Агар беморнинг эшитиш қобилияти паст бўлса, лаблар ҳаракати орқали тушуниш учун беморга аниқ гапириш керак.
9. Кейинги саволга ўтишдан олдин беморга вақт бериш лозим.
10. Шошмасдан ва ишончли ҳаракат қилиш керак..
11. Эшитиши паст ёки бошқа тилда гаплашадиган беморлар билан таржимон ёрдамида гаплашиш зарур.

Хавфли омилларни олдини олиш ва баргараф этиш чора тадбирларини кўриш

Физик омил – «Ўлган ёки жароҳатланган тез тиббий ёрдам ходими ёрдам бера олмайди» қондасидан фойдаланиш, махсус куч чақириш (ўт ўчирувчи, фавқулудда вазиятлар хизмати(ФВВ), милиция ва бошқалар).

Токсикологик омил – шамол бор жойдан кетиш, ФВВ чақириш, зарарланган жойда кислород мосламаларини ишлатмаслик.

Криминоген омил - милиция ходимини чақириш

Инфекцион омил:

1. Шахсий хавфсизликни таъминлаш
2. Қўл ювиш
3. Тозалаш, Дезинфекция, Стерилизация

4. Кўз ҳимояси-махсус кўзойнак
5. Қўлқоплар
6. Халат ёки махсус кийим
7. Юз ниқоби

Юқумли касалликни кўрсатувчи 8 та белгилар:

- Юқори ҳарорат
- Кўп терлаш
- Тери ва кўз склерасини сариқлиги
- Бош оғриғи, кўкрак ва кориндаги оғрик
- Йўтал ва хансираш
- Диарея
- Тез чарчаш
- Вазнини йўқотиш

Травматик ҳолатни аниқлаш жараёнидаги ҳаракатлар тамойиллари.

- Шикастланиш механизми- шикастланиш механизми бемордан, гувоҳлардан, оиласидан сўраб суриштирилади.
- Шикастланганлар сони аниқланади
- Агар шикастланганлар сони тиббий бригада имконияти даражасидан ошиб кетса, бундай ҳолатларда кўп шикастланганларга ёрдам кўрсатиш тамойили бўйича иш олиб борилади.
- Бемор билан бевосита мулоқотга киришишдан олдин қўшимча куч чақириш керак: милиция, тез ёрдам, қутқарувчилар, ўт ўчирувчилар.
- Тиббий саралашни бошлаш
- Агар келаётган бригада воқеани бошқара олса, умуртқа поғонасини иммобилизация қилишни, хавфсизлигини таъминлаш ва ёрдам беришни давом эттириш.

Шошинч ёрдам беришда юридик жиҳатлар:

Розилик

- Қатъий розилик – катта ёшдаги бемор, эш-хуши жойида унга кўрсатиладиган ёрдамга розилик беради. Сиз рухсат олишингиз шарт!

- Назарда тутилган розилик – қачонки бемор ёрдам кўрсатишга розилик бериш учун жисмоний ёки ақлий соғлом бўлмаса.
- Кичик ёшдаги болалар ва ақли заифлар бўлса – розилик олиш учун ота-онасини ёки боқувчисини топиш керак. Ҳаётга хавф солувчи ҳолат аниқланганда назарда тутилган розилик кучга киради.

Инкор этиш

- Бемор соғлом ақли ва ҳуши сақланган ҳолатларда инкор этиш ҳуқуқига эга.
- Тажавузкорлик – қачонки сиз беморга зарар етказувчи ёки кўркувга олиб келувчи ҳолат берсангиз
- Ҳақоратлаш ҳаракати – беморга унинг розилигисиз тегиш.
- Беморни ақли ва ҳуши борлигида қолдириб кетиш ҳаракатлари кетма-кетлиги бузилиши.

Ёрдамчи юридик жихат

- Мажбурий ҳаракат
- Совуққонлик

Совуққонлик- ўзининг ишига, ишчи ходимларга, жойга ва беморга юзаки қараш.

- ШТЁ ходими кўр-кўрона мажбурий ёрдам кўрсатишни кечиктириш
- ШТЁ ходими стандарт бўйича тўлиқ ёрдам кўрсатмаслик
- Беморга шикаст етказилди
- Ностандарт ёрдам кўрсатиш натижасида беморга шикаст етказиш.
- **Қолдириш** – Бемор ШТЁ ни кузатуви остида бўлган пайтда тез тиббий ёрдамни тўхтатиш.

Ёрдам кўрсатилган тўғрисида ҳисобот:

- Агар рўйхатда ёзилмаган бўлса-бу қилинмаган!
- Тўлиқ бўлмаган ҳисобот беморга тўлиқ ёрдам кўрсатилмаганини билдиради.
- **Конфиденциаллик**
 - Бемор конфиденциал ахбороти нима?
 - Қайси ҳолатда беморни ахволи тўғрисида ахборот бериш мумкин.
- **Асосий ҳолатлар**
 - Тиббий идентификацион жетон
 - Донор
 - Воқеа содир бўлган жой

- Ҳақоратлаш
- Туғруқ

Бемор ҳолатини баҳолаш тамойили

- Бемор тўғрисида умумий фикр юритиш унинг атрофидаги муҳитга ва бемор шикоятига боғлиқ..
- Бемор қандай касаллигини аниқлаш, яъни соматик ёки травматикми,
 - агар бемор травматик бўлса, тезда механик зарар етказилганлигини аниқлаш.
- Ёши
- Жинси
- Этник келиб чиқиши
- Беморни ҳолатини баҳолаш, унинг ҳаёти хавфлигини олдини олиш.
- Агар ҳаёти хавф остида бўлса, унга тез тиббий ёрдам кўрсатиш зарур.
- Касаллик келиб чиқиш ва механик таъсирига баҳо бериш.

Механик таъсири қўйидаги ҳолатларда кўрсатилади:

- Траспортдан учиб кетиш
- Транспорт ичида ўлим ҳолати
- 2.5 метр юқори баландликдан йиқилиш
- Транспорт томидан думалаш
- Транспорт воситаларининг юқори тезликда тўқнашуви
- Транспорт воситаси пиёдани уриб кетиши
- Мотоцикллар ҳалокати
- Ҳушининг йўқлиги ёки бузилганлиги
- Бош, кўкрак қафаси, қориннинг санчиб ўтувчи жароҳати.
- Ёлиқ жароҳатлар.
- Ёрдамчи камар
 - Агар камар тақилмаган бўлса, жароҳатга сабаб бўлиши мумкин.
 - Агар беморда камар тақилган бўлса, бемор жароҳат олмаган деб ўйламаслик керак.
- Ёрдамчи ёстик

- a. Агар камар тақилмаган бўлса, ёрдамчи ёстиқнинг фойдаси бўлмаслиги мумкин.
 - b. Ёстиқ писайгандан сўнг бемор рулга урилиш ҳолатига учраши мумкин.
 - c. Ёстиқни олиб ташлаб, рулнинг ҳолатини кўриб чиқиш зарур.
- 3 метрдан юқори баландликдан йиқилиш
 - Велосипед бошқаришда содир бўлган жароҳат
 - Транспорт воситасининг ўртача тезликда тўқнашуви

Беморнинг ҳолатини баҳолаш баённомаси

Стандарт амалларига кўра, беморнинг ёрдам талаб қилган ҳолатини кўрсатиб бирламчи ва иккиламчи ABCD баҳолаш, ABCD ёрдами билан биргаликда ўтказилади.

Бемор билан танишиш (вербал таъсир)

Бемор билан мулоқотга киришиб, ўзингизни таништириб, беморга тез тиббий ёрдам мутахасислигингизни билдириб, сиз унга тез ёрдам бериш учун келганлигингизни айтишингиз керак. Унинг розилигини олганингиздан сўнг унга тез тиббий ёрдам кўрсатишингиз мумкин.

Бирламчи ABCD баҳолаш

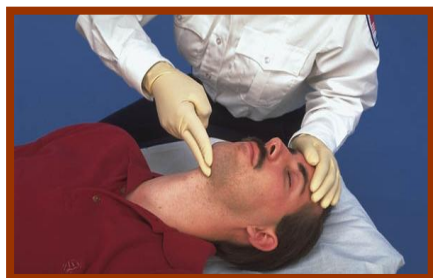
А қадам – Нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш

- Бемор ҳушида- Бемор гапиряптими, йиғлаяптими?
- a. Агар ҳа бўлса, беморнинг нафас олиш йўлларини текшириб чиқиш зарур
- b. Агар йўқ бўлса, ўпканинг нафас олиш йўлларини тикламок зарур.
- Соматик беморлар учун, беморни ётқизиб бошни орқага тортиб, иякни қўтариш
- Травматик беморлар ёки тушунарсиз касаллиги бор беморлар учун, бўйин умуртқа поғонасининг ўрта қисми ва пастги жағни қўтариб, стабилизацион ва иммобилизацион ҳолатида олиб борилиши керак. Бўйин фиксаторини жойлаштириш керак

Соматик беморлар
учун нафас олиш
йўлларини очилиши

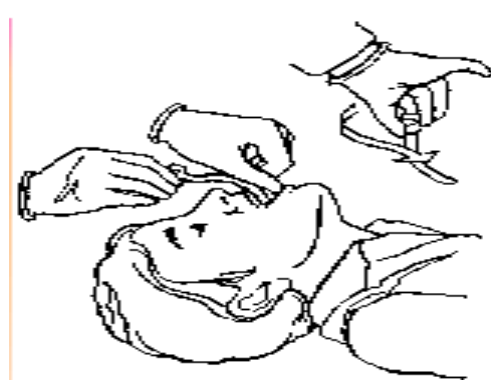
Травматик беморлар
учун нафас олиш
йўлларини очилиши

Буйин фиксаторли
Травматик беморлар
учун нафас олиш
йўлларини очилиши

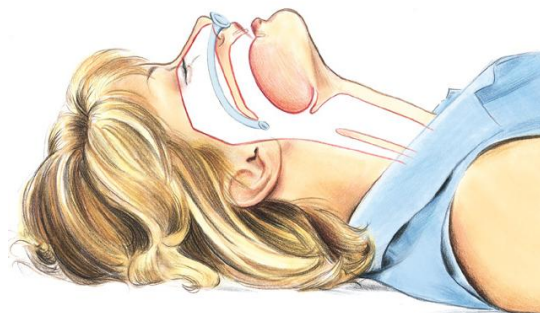
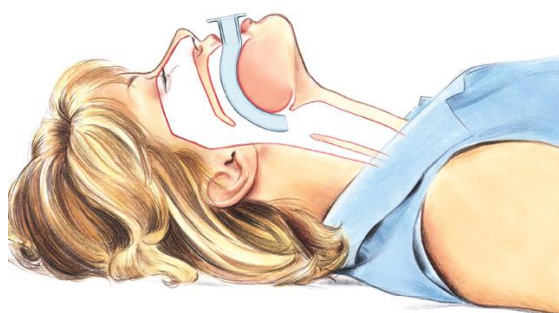


Мутхасис қўлини бўшатиш учун ШТЁ ходими ҳаво ўтказувчи найларни ишлатиш мумкин.

Агар беморда оғриқ бўлмаса (Д қадамида беморнинг ютиш одати йўқлиги маълум бўлади), у ҳолда орофаренгиал ҳаво ўтказиш найи киргизилади

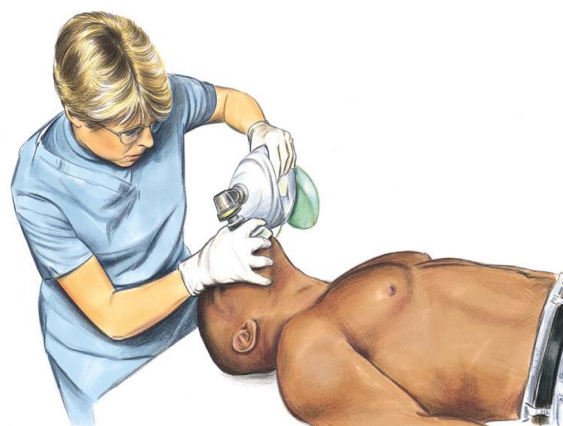
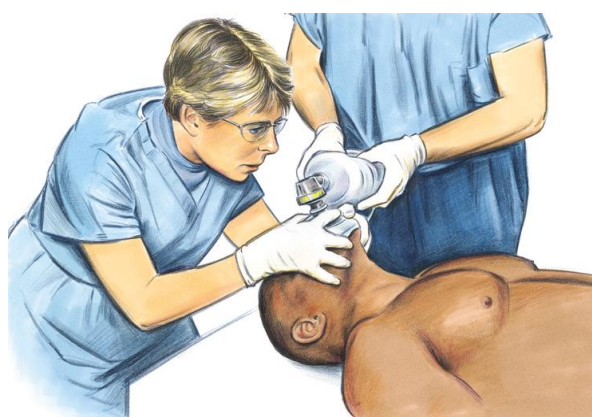
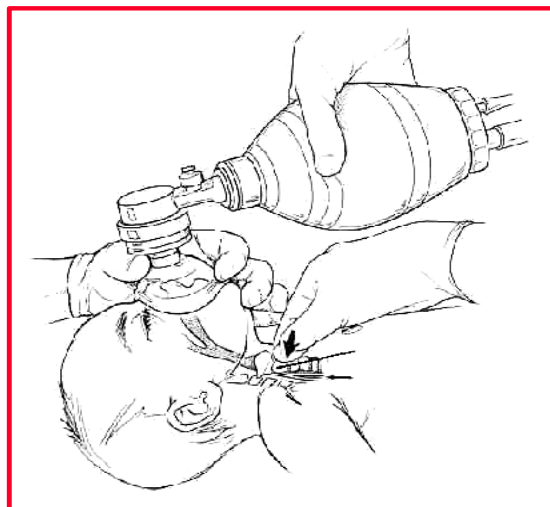
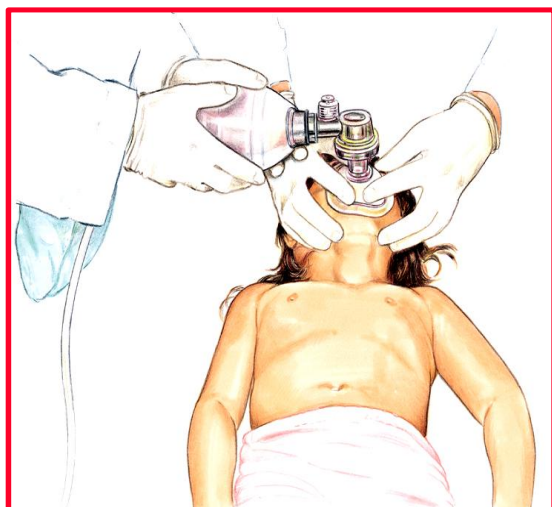


Агар беморда оғриқ хисси бўлса, назофаренгиал ҳаво ўтказиш найи ишлатилади



В қадам - Нафасни баҳолаш ва респиратор ёрдам

Агар беморнинг нафас олиш йўллари бузилмаган бўлиб, ҳушида бўлса, кислород етказиб бериб туриш етарли. Мустақил нафас олмаётган барча беморлар учун, ёки нафас олишида муаммолар бўлса баландроқ ҳажмда кислород бериш керак(камида 15л маска орқали бир йўналишли клапан билан). Агар беморда нафас олиши кузатилмаса, нафас олиш йўлларини тиклаш ва бир қолипда ушлаб туриш зарур. Сўъний ўпка вентилляцияси(СЎВ) билан қўшимча респиратор қўлланмасидан фойдаланиш керак. Кислород билан таъминлаш барча вазиятларда зарурдир. Пульсоксиметр датчигини улаб, кислороднинг сатурациясини баҳолаш керак.



С қадам - қон айланишини баҳолаш ва гемодинамик қўллаб қувватлаш

Пульсни баҳолаш- беморнинг қон айланишини баҳолаш, марказий ва периферик артерияларда пульсни ушлаб кўриб билинади.

Агар бемор 1 ёшдан катта бўлса, унинг марказий пульси уйқу артериясида ушлаб билинади.

Агар беморнинг ёши 1 ёшдан кичкина бўлса, марказий пульснинг елка артериясида ушлаб билса бўлади.

Агар беморнинг ёши 1 ёшдан кичкина бўлса, периферик пульсини товонни ушлаб ёки капилляр тестини текшириб билса бўлади.

а. Агар беморнинг ёши 1 ёшдан катта бўлса, периферик пульснинг билак артериясида ушлаб билса бўлади.

б. Агар марказий пульс тўхтаб қолса, юракни ташқи массаж қилиш зарур

с. Ташқи қон кетиш ҳажмини баҳолаб, агар қон кетаётган бўлса, унинг тўхтатиш қоидаларидан фойдаланиш керак.

Кардиомониторни беморга улаб пульс ритминини баҳолаш керак.

Д қадам – беморнинг эс-хуш даражасини баҳолаш

Агар бемор А қадамда вербал таъсирга жавоб берган бўлса, унда оддий саволларни бериш лозим (ўзи ҳақида нима билади, соат неча бўлди? Исминг нима? Бугун қандай кун? Нима бўлди?). Агар бемор «А» қадамида жавоб бермасдан, вербал таъсирга жавоб берган бўлса, оғриқ реакциясини текшириб кўриш керак.

1. эс-хуш даражаси
2. Ҳуши ориентацияланган
3. Ҳуши дезориентацияланган
4. Вербал ва тактик таъсирларга жавоб реакцияси..
5. Оғриқ таъсирга жавоби.
6. Ҳушсиз ҳолат – қусиш ва йўтал рефлексларининг йўқлиги

Агар марказий артерияда пульс бўлмай, кардиомониторда, қоринчалар тахикардияси ёки қоринчалар фибрилляция бўлса, – электродефибрилляция.

Е қадам – Травматик беморларни бутун танасини, травматологик ва физикал усулида тезда кўриб чиқиш

Агар беморлар сони 1 та бемордан кўп бўлса, уларнинг касаллиги йўналиши буйича жойлаштириш

Иккиламчи ABCD баҳолаш

■ **А қадам** – Эс -хушини Глазго шкаласи буйича (жадвал 1) баҳолаб - агар 8 балдан кам бўлса, ёки апноэ бўлса, – шошилишчи индукциясиз (ЭПИ) эндотрахеал интубация (ЭТИ) ўтказиш керак. **ЭТИ учун бошқа кўрсаткичларни излаб** (бўғилиш

хавфи, аспирациялар, критик нафас) агар шкалани кўрсаткичи 8 балдан кўп бўлса, – ЭПИ ни қилиш керак.

■ **В қадам** - Терининг рангини, цианозларни, ретракцияларни, нафас олиш ҳолатини, нафас олиш сонини санаб, кислород сатурациясини пульсоксиметрда баҳолаш.

а. СЎВ ни давом эттириш керак ёки ёрдамчи сунъий нафасни бериш керак (ЁСЎВ) ёки кислородли ингаляциясини қилиш керак (КИ).

■ **С қадам** –Кардиомониторни қайтадан текшириш, марказий артерияда пульсини ҳисоблаш, АБ ўлчаш, венага тушиш керак.

■ **Д қадам** – Кўз қорачиқларини баҳолаш (қорачиқлар ўлчами, уларнинг симметриклиги ва ёруғликка таъсирланишини текшириш).

а. Дориларни қўллаш, инфузион даво, кардиоверсия ёки дефибрилляцияни қўллаш.

ГЛАЗГО ШКАЛАСИ		
Баллар	Янги туғилган чақалоқлар	Катта болалар
Кўз очиклиги		
4	Тўсатдан	Тўсатдан
3	Гапга	Қўлга реакцияси
2	Оғрикка	Оғрикга
1	Реакция йўқ	Реакция йўқ
Ҳаракат реакциялар		
6	Меъёрий ҳаракат	Буйрукни бажариш
5	Текканда силтаб ташлаш	Симмиловчи оғрик
4	Оғрик пайтида озини олиб қочиш	Оғрик пайтида озини олиб қочиш
3	Аномал эгилишлар	Анамал эгилиш пайтида оғрик
2	Аномал езилишлар	Аномал ёзилишлар
1	Реакция йўқ	Реакция йўқ
Вербал реакция		
5	Кулади ва илжаяди	Ориентировка
4	Йиғлоқи бўлиш	Аралаш
3	Йиғлаш ва оғрик	Тугри келмайдиган суз
2	Оғриқдан тиришиш	Хар хил сузлар
1	Реакция	Реакция йўқ

Тез анамнез йиғиш (SAMPLE)

- Бу ҳолат қачон бошланди?
- Нимадан бошланди? (биринчи белги)
- Нима сабаб бўлди?
- Нима қилинди?
- Сизда дориларга, озик овқатга аллергия борми?
- Қанақа касаллик билан оғригансиз?
- Охири марта қачон овқатландингиз?

Йўналтирилган (PQRST) анамнез йиғиш

- Қачон бошланди?
- Нима кучайтиради, нима енгил қилади?
- Сифати (характери)
- Иррадиация
- Оғирлиги
- Давомийлиги

Ҳаётий кўрсаткичларни ўлчаш

Терини ҳароратига, рангига ва микроциркуляцияга баҳо бериш.

Терини рангини текширишда асосан тирноқ, лаб ва кўз конъюнктиваларини баҳолаш.

А. меъёрида– пушти ранг

В. меъёрда эмас

- Рангсиз (оқариш)
- Цианоз ёки ёки кўл ранг кўкимтир
- Гиперемия (қизариш)
- Сарғайиш

Тери ҳароратини ушлаган ҳолатда текширилади.

А. Меъёрида - иссиқ

В. Тери ҳарорати меъёрий эмас:

- Иссиқ
- Илиқ

- Совуқ
- Ёпишкок тери- илиқ ва нам ҳолати

Беморнинг тери ҳолатини баҳолаш:

Терини намлигини баҳолаш

- Меъёрий – қуруқ тери
- Меъёрий эмас – нам ва хўл

Янги туғилган чақалоқ ва болаларда капилляр синамани баҳолаш

А. Меъёрда капилляр синама 2 секунддан кўп бўлмаслиги керак

В. Паталогия ҳолатида 2 секунддан кўп бўлади

- Кўз қорчиғини баҳолаш (симметриклиги, диаметри, ёруғлиқга реакция)
- (ЮҚС) пульсни сонини аниқлаш
- Нафасни сонини аниқлаш
- АБ улчаш (2 ёшдан катталарда)

Физикал теширувини ўтказиш

Деталь текширув (ҳар қайси анатомик соҳани) – Барча шикастланиш олган беморларга, мактабгача бўлган болаларга, ақли заиф, қўлидан ҳеч нарса келмайдиган беморлар.

Йўналтирилган текширув (шикоят соҳаси + 2 аралаш) – соматик бемор, ҳушида, катта ёшдагилар.

Травматик ҳолатда физикал текширув

Бошни, бўйинни, кўкрак қафасини, қоринни, чанокни, оёқни, қўлни, умуртка поғонасини текшириш

1. Деформациялар
2. Лат ейиш
3. Тирналиш
4. Тешилиш /санчиб ўтувчи
5. Куйиш
6. Оғриқлик
7. Ёрилиш
8. Шишиш

9. Крепитация
10. Оғриқ

Кўз соҳасини кўшимча текширув (олди камерасида қон талашишиш, қорачиқ, ёт жисм) кулоқ, бурун, оғиз, тиш соҳалари текшируви.

Буйин соҳасида веналар шишиши, породоксал ҳаракат.

Кўкрак қафасида кўшимча нафас шовқинлари, ўпка, юрак чўққисини аниқлаш

Қорин соҳасининг таранглиги, юмшоқлигини аниқлаш.

Чаноқ соҳасини эҳтиёткорлик билан босиш керак, оғриқ ва патологик ҳаракат ҳисобига.

Пульсни билан соҳасида аниқлаш, периферия сезгирлиги, ҳаракати, ранги, тактил ҳарорат, капилляр синама ўтказиш

Бемор ҳолатини қайта текшириш

Бемор стабил ҳолатини ҳар 15 дақиқада текширилади. Ностабил ҳолатдаги беморларни ҳар 5 дақиқадада текшириш зарур.

1. Ҳушини қайтадан текшириш
2. Нафас ўтказувчанлигини текшириш
3. Нафасни мониторингда текшириш
4. Пульсни қайта баҳолаш
5. Тери ранги ва ҳарорати.
6. Беморни ҳолатини баҳолаш.
7. Олган даво муолажасини текшириш.
8. СЎВда кислород бораётганлигини текшириш.
9. Қон тўхтаганлигига ишониш
10. Бошқа адекват муолажаларга ишониш

Қабул бўлимига борганда оғзаки ҳолда тушунтириш

- Беморнинг исми, шарифи
- Бемор ёши
- Диагноз
- Ҳаёт кўрсаткичлари
- Шошилиш ҳолатда кўрсатган ёрдам
- Транспортировка ҳолатида нима ўзгарди

Оператив ҳужжатда ўтказилган текширувларни ёзма ҳолатда топшириш керак.

Назорат саволлари

1. Ҳодиса жойида биринчи респондентнинг вазифаларини сананг
2. Ҳодиса жойини баҳолаш мақсадини тушунтиринг
3. Ҳодиса жойидаги хавф турларини тушунтиринг
4. Бемор ва унинг яқинлари билан қандай сўзлашиш керак
5. «Организмда тўқима изоляциясини» қайдасини тушунтиринг
6. Физик хавфли ҳолатида ўзингизни муҳофазангизни айтинг
7. Токсик хавфли ҳолатида ўзингизни муҳофазангизни айтинг
8. Инфекцион хавфли ҳолатида ўзингизни муҳофазангизни айтинг
9. Тез анамез саволларини айтинг
10. Йўналтирилган анамезни йиғиш саволларини айтинг
11. Ҳаёт учун зарур қоидаларни санаб ўтинг
12. Физик текширувни кетма-кетлигин санаб ўтинг
13. Йўналтирилган анамезни санаб ўтинг
14. Иккиламчи баҳолаш қодасини айтинг
15. Беморни қабул хонага қандай тарзда топшириш қодасини айтинг

БОЛАЛАРДА РЕСПИРАТОР ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАР.

Шошилинч тез ёрдам хизмати кўрсатиладиган касалликларнинг 5 % ни болаларда кечадиган нафас йўллари ўткир респиратор касалликлари ташкил қилади. Булардан 80% ни юзага келтирувчи сабаблари ЎРВИ ҳисобланиб, бунинг натижасида аксарият ҳолатларда стенозланувчи ларинготрахеит ва аллергияк ларингит келиб чиқади. 5% ҳолатларда нафас бузилишини чўзилувчи бронхиал астма ҳуружи ва асмастик ҳолат ташкил қилса, қолган ҳолатлар бошқа сабаблар билан изоҳланади.

Респиратор шошилинч ҳолатлар ривожланиш механизмида нафас йўллари ўтказувчанлигининг бузилиши бош омил ҳисобланади. Нафас йўллари ўтказувчанлиги бузилишининг қайтувчи ва қайтмас шакллари фарқланади. Қайтувчи шаклида консерватив муолажалар яхши самара берса, қайтмас шаклида хирургик аралашув талаб қилинади. Қайтувчи шаклига юқори нафас йўллари ўткир обструкцияси, ўткир бронхиал обструкция ва плевра ичи таранглашиш синдроми киради. Ушбу санаб ўтилган синдромлар бола ҳаёти учун хавф солувчи ҳолат бўлиб, турли инфекцияк яллиғланувчи касалликлар, аллергияк ҳолатлар, модда алмашинувининг наслий касалликлари, нафас йўллари аномалиялари ва ёт жисмида учрайди.

Юқори нафас йўллари ўткир обструкцияси.

Юқори нафас йўллари бурун чиганоқларидан бошланиб, оғиз-ютқин, хиқилдоқ, трахея ва йирик бронхгача давом этади. Уларнинг асосий вазифаси ўпкага ҳаво оқимини ўтказиб бериш.

ЮНЙЎОга олиб келувчи сабаблар:

- Танглай мушаклари тонусини пастлиги ва тилнинг кетиб қолиши.
- Овоз боғлами ости бўшлиғи ва хиқилдоқ шиллиқ қавати шиши (шикастланишлар, куйишлар, инфекциялар ва аллергияк жараёнлар натижасида).
- Ёд жисм ва суюқлик аспирацияси.
- Анотомик нуқсон
- Хиқилдоқ парези ва параличи
- Овоз боғлами спазми

ЮНЙЎОга олиб келувчи болалар организмидаги ўзига хос анотомо-физиологик ҳолатлар:

- Тор нафас йўллари
- Овоз бойлами ости бўшлиғининг сийрак клечаткадан ташкил топганлиги
- Лоренгоспазмга мойиллик
- Нафас мушакларининг нисбатан кучсизлиги

Текшириш тамойиллари

Бирламчи ва иккиламчи **ABCD** баҳолашда аниқланади:

- нафас йўллари ўтказувчвнлиги
- нафаснинг адекватлиги, кислород ингаляцияси ёки сунъий вентеляция қўлланилади
- қон айланиши турғунлиги, кардиомонитордаги ритм характери ва PALS протоколи буйича ёрдам кўрсатиш.
- эс-хуш даражаси
- аниқланган 5 та «Г» ва 5 та «Т» бартараф этилади.

Ҳаёт учун хавф солувчи қайси кўрсаткич энг хавфли ҳисобланса шу аъзонинг иш фаолиятини яхшилаш биринчи нишон аъзо бўлиб ҳисобланади.

Фокусланган анамнез йиғиш пайтида шикоятлар аниқланади (тахипноэ, диспноэ, йўтал) уларнинг таърифи, енгиллашиши ёки кучайиши сўралади.

Детал ёки фокусланган физикал текширувда нафас бузилиш сабаби аниқланади:

Боланинг бош қисмида:

- нафаснинг эшитилиши (стридор, хуштак, хирллаш, билкиллаш, бўғилиш)
- тананинг ёки бошнинг мажбурий ҳолати (бошнинг орқага эгиш, пастки жағни олдинга сурилиши)
- бола нима орқали нафас олаяпти (бурун ёки оғиз)
- бурун қанотларини кенгайиши
- оғиз ёки бурундан суюқлик оқиши
- оғиз-лаб учбурчагидаги цианоз
- оғиз ва ютқин ҳолати
- жағни пайпаслангандаги оғриқлилик

Боланинг бўйин қисмида:

- бўйин веналарининг тўлишиши
- трахея жойлашуви (пайпасланганда)
- бўйин пайпасланганда оғриқлилик

Боланинг кўкрак қафасида:

- экскурсия симметриклиги
- қовурғалараро ва ўмров усти чуқурчаси ретракцияси
- тери ости эмфеземаси
- кўкрак қафаси аускультацияси (нафас йўллари ўтказувчанлиги, тарқалиши, хирллаш характери, уларнинг нафас чиқариш ва нафас олишда эшитилиши)
- юрак тонлари аускультацияси (жойлашуви, эшитилиши, шовқинлар)
- қовурға ва қовурғалар оралиғини оғриққа текшириш
- кўкрак қафаси перкуссияси

Боланинг қорнида:

- қовурға ости соҳаси таранглашиши
- қорин шакли

Ёрдам кўрсатиш усулини аниқлаш учун юқори нафас йўллари стенозини болада шкала буйича баҳолаш зарур:

ЮНЙ стенози даражасини баҳолаш

Белгилар/баллар	0	1	2
Стридор	Йўқ	Инспиратор	Инспиратор ва экспиратор
Йўтал	Йўқ	Хирилловчи	Акилловчи
Нафас олганда аучкультация	Меъёр	Сусайган	Сезиларли сусайган
Нафас мушаклари ретракцияси	Йўқ	Ўмров усти чуқурчаси	Бутун нафас мушаклари
Цианоз	Йўқ	Ҳаво билан нафас олишда цианоз	40% ли кислород билан нафас олишда цианоз

Баллар йиғиндиси: 0-2 стеноз йўқ, 3-6 қисман стеноз, 7 ва ундан катта оғир стеноз госпитализацияга мухтож.

ЮНЙОга олиб келувчи алохида касалликлар:

Бурун йўллари обструкцияси.

Ёш болалар хиқилдоқнинг юқори жойлашгани, юмшоқ танглай ва хиқилдоқ усти соҳаси ўта яқинлиги ҳисобига асосан бурун орқали нафас олади. 6 ойликка келиб хиқилдоқ бироз пастга тушади ва бола оғиз орқали нафас олиши мумкин. Шунинг учун эрта болалик даврда нафас йўллари ўтказувчанлигининг бузилиши асосан бурун обструкцияси ҳисобига бўлади. Нафас йўллари обструкцияси сабаблари-хоаналар атрезияси, бурун ўсмалари, жароҳатлар, ёт жисм.

Хоаналар атрезияси клиник белгилари – шовқинли нафас, дисфагия, тил кетиб қолиши, апноэ, қусиш, диспноэ. Цианознинг йиғлаш пайтида кучайиши ва оғиз ёпган ҳолатда кучайиши бу нуқсонга хосдир.

Хоаналар атрезиясида болага биринчи ёрдам кўрсатиш - ҳаво ўтказувчи най қўйишдан иборатдир.

Бурун ўсмаси – капилляр ва каверноз гемангиомалар. **Клиник кўриниши** – шовқинли нафас, диспноэ, цианоз. **Шошилинч ёрдам** – кислород ингаляцияси, тинчлантирувчи дорилар.

Бурун йўллари ёт жисми - асосан 3 ёшгача бўлган болаларда учрайди. **Клиник кўриниши**- нафас бузилиши, цианоз.

Шошилич ёрдам – ёт жисмни олиб ташлаш.

Бош-юз қисми жароҳати – бурун суяклари ва тўсиғини силжишига олиб келади. **Клиник кўриниши** – бурун орқали нафас олиш қийинлашуви. **Шошилич ёрдам** – пастки жағ суяги синик бўлақларини фиксацияси, бурун орқали трахея интубацияси.

Стридор- бу шовқинли нафас билан кечувчи нафас йўлларининг қисман обструкцияси ҳолатидир. Келиб чиқиш сабаби тор ва қисман торайган нафас йўллари орқали ҳаво оқимининг тез ўтиши билан тушунтирилади.

Инспиратор стридор - бу ҳолат овоз бойлам усти соҳаси ёки овоз бойлами соҳасида шикастланиш бўлса, юзага келади.

Экспиратор стридор- чин овоз бойламлари соҳасидан пастда шикастланиш бўлса, юзага келади.

Эпиглоттит — бу юткин усти соҳасининг ўткир бактериал яллиғланиши бўлиб нафас йўлларининг тўлиқ обструкциясига олиб келиши мумкин.

Этиология. 95% ҳолатларда эпиглоттит *Haemophilus influenzae* В типни томонидан чақирилади. Аммо кейинги пайтларда бу кўзғатувчига нисбатан самарали вакцинанинг пайдо булиши эпиглоттит сонини кескин қисқаришига олиб келди. Баъзида касалликни *A* гуруҳ стрептококклар, пневмококклар, *Corynebacterium diphtheriae*, *Mycobacterium tuberculosis* чақириши мумкин.

Эпидемиология

- Болалар > 4 ёш
- Асосан 4 – 7 ёш
- В типни *Haemophilus influenzae* вакцинаси туфайли касаллик кескин камайди.

Текшириш ва диагностика

Ўз пайтида тез ташхис қўйиш ва нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш орқали ўлим ҳолатини олдини олиш мумкин.

Респиратор дистресс + томоқда оғриқ + сўлак оқиши = Эпиглоттит

Нафас қийинлашуви ўткир бошланиб тез кучайиб боради, кўп сўлак оқиши, ютишга қийналиш, юқори ҳарорат, стридор кузатилади. Пастки жағ олдинга тортилган, бўйин таранглашган. Бола олдинга энгашган ҳолда ўтиради.

Эпиглоттит кўпинча 3—6 ёшда юзага келади. Баъзан 2 ёшгача болалар касалланиши мумкин. Уларда касалликни ўткир ларинготрахеобронхит билан адаштириш мумкин.

Баъзи даволаш муассасаларида диагноз қабул бўлимида ларингоскоп ёки фибробронхоскоп орқали юткинни кўриш билан қўйилади. Кўрувни малакали мутахасис ўтказиши лозим. Бироқ нафас йўллари ўтказувчанлигини қайта тикламасдан кўрувни амалга ошириш қаттиян ман этилади. Болани безовта бўлишига олиб келувчи ҳар қандай муолажа нафас йўллари тўлиқ обструкциясига олиб келиши мумкин.

Клиник кўринишга асосланиб дастлабки ташхис қўйилади. Ларингоскопияда юткин усти соҳаси катталашган, тўқ қизил тусда бўлади. Агар боланинг ҳолати тақазо этса бўйин ён томонлама рентгенография қилинади. Рентгенография пайтида шошилиньч трахея интубацияси ва трахеястомага тайёр туриш лозим. Текширув пайтида боланинг боши силжимаслиги лозим. Кичик силжиш ҳам юткин усти соясини ёпиб қўйиши мумкин.

Қонда лейкоцитлар ошган ва чапга силжиган.

1/3 беморлар ҳушсиз ёки шок ҳолатида шифохонага тушади.

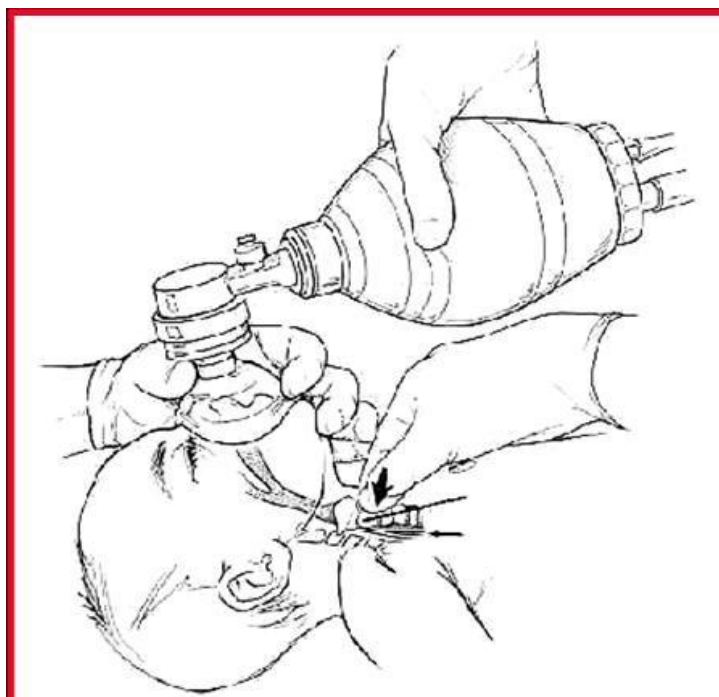
Шошилиньч ёрдам

Мажбурий шифохонага
госпитализация

Тез тиббий ёрдам босқичида

- Юқори концентрацияли кислород
- Томирга тушиш ва бироз инфузия ўтказиш
- Шошилиньч транспортировка
- Нафас йўлларини кўришга ҳаракат қилиш ман этилади.

Амбу копида вентиляция.



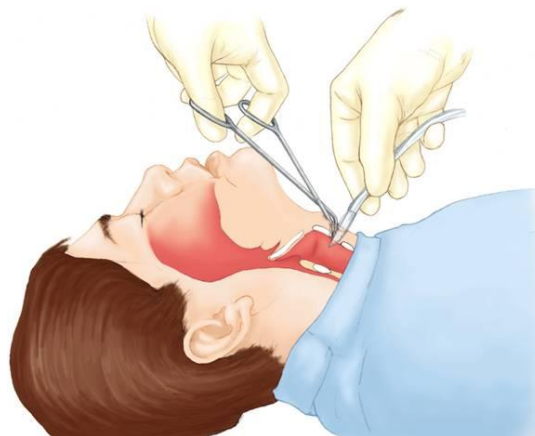
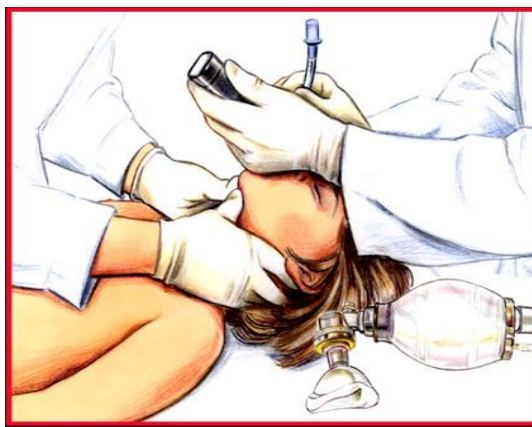
Шифохона босқичида

Операция хонасида умумий оғриқсизлантириш остида трахея интубация қилинади ва 3 кунгача ушлаб турилади.

Трахея интубацияси

Оғиз орқали интубациядан кўра бурун орқали интубация қилиш бемор учун хавфсиз бўлиб ҳисобланади. Дастлаб оғиз орқали интубация амалга оширилади. Бу анча қўлай ва тез. Бемор ҳолати турғунлашгач бурун орқали интубацияга ўтказилади.

Кам ҳолатларда интубация ўтказишнинг иложи бўлмаса коникотомия қўлланилади.



Интубация ўтказилгач ютқин усти соҳаси кўздан кечирилиб, экма учун суртма олинади. Бир вақтда қон экмаси ҳам олиниб инфузион даво ҳам ўтказилади.

Антибактериал даво. Шошилишч ампициллин/сульбактам, 200 мг/кг/кун, цефтриаксон, 50 мг/кг/кун, ёки цефотаксим, 150—200 мг/кг/кун тавсия этилади.

Бошқа инфекция ўчоқлари инкор этилиб, ҳаво томчи инфекцияси қўшилиши олди олинади.

Адреналин ва кортикостероидларни қўллаш мумкин эмас.

Ўткир ларинготрахеобронхит (ЛТБ) (бўғма) овоз боғламлари шиши, овоз боғлами ости бўшлиғи шиллиқ қавати шикастланиши, овоз йўқолиши, нафас йўллари обструкцияси, акилловчи йўтал ва стридор билан кечади.

Этиология. Бўғманинг асосий сабаби-ўткир вирусли ларенготрахеитдир. Уни грипп, парагрипп, респиратор синцитиал вируслар, баъзан аденовируслар чакиради. Ўткир бактериал ЛТБ жуда кам учрайди. Ўткир спазматик ларингитда (сохта бўғмада) бўғилиш қисқа ва такрор бўлиб, клиник кўриниши вирусли ларингитга ўхшаш бўлади, аммо нисбатан енгил кечади.

Эпидемиология

- 6 ойдан - 3 ёшгача
- Ўғил болалар > қизлар
- Мавсумийлиги – куз, эрта киш

Текшириш ва диагностика

Анамнез. Касаллик учун бурун оқиши, кучайиб борувчи акилловчи йўтал ва овоз бўғилиши хосдир. Симптомлар тунда кучаяди ва кўпинча 3 ёшгача болалар касалланадилар. Физикал текширув пайтида нафас йўллари торайиш даражаси, стридор, тахипноэ, цианоз, кўкрак қафасининг тортишиши ва нафаснинг сусайиши баҳоланади. Боланинг безовталиги, тахикардия, эс-хуши бузилиши ва цианоз гипоксиянинг белгиларидир.

Ларингостеноз даражаси баҳоланади:

Ларинготрахеитда ларингостеноз даражалари

Даража	Цианоз	Хансираш	Ретракция	Вегетатив бузилишлар
1	Йўқ	Тинчликда инспиратор	Зўриқиш пайтида: <ul style="list-style-type: none">▪ Қовурғалараро▪ Ўмров усти чуқурчаси	Йўқ
2	Периорал цианоз зўриқиш пайтида	Тинчликда инсператор	Зўриқиш пайтида: <ul style="list-style-type: none">▪ Қовурғалар остида▪ Имлаш ҳаракатлари Тинчликда: <ul style="list-style-type: none">▪ Қовурғалар аро▪ Ўмров усти чуқурчаси	<ul style="list-style-type: none">▪ Безовталик▪ Тахикардия▪ Терлаш▪ АҚБ ошган

3	Периорал цианоз тинчлик пайтида. Тарқалган зўриқиш пайтида	Аралаш	<p><i>Тинчликда</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Қовурғалар ости ▪ Имлаш ҳаракатлари 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Бездоталик ёки эс-хушни тормозланиши ▪ Тахикардия ▪ Кескин оқариб кетиш ▪ АҚБ нисбатан тушган
4	Кома, шайтонлаш, тери қопламлари оқиш ционатик, аритмик нафас, брадикардия, АҚБ пасайган.			

3 – 4 даражаси госпитализацияга мухтож. 4-даражаси – шошилич трахея интубациясига мухтож.

Лаборатор ва инструментал текширувлар. Эпиглотитни инкор этиш учун бўйин соҳасини ёнбош проекцияда рентгенография олиб кўрилади. Рентгенографияни ёнбош проекцияни туғридан туғри амалга ошириш овоз бойламлари ости соҳасини сиқилганлигини кўрсатади. Бу проекцияда шу соҳа гирдобсимон кўринишда бўлади. Ўта оғир ҳолатлардаги эпиглотитда оксигенацияни қондаги миқдорини кузатиш пульсоксиметрия аппаратида ва артериал қондаги газларни тахлилини амалга ошириш талаб этилади.

Шошилич ёрдам.

- **Амбулатор ёрдам.** Кўп ҳолатларда болаларда ўткир ларинготрахеит энгил кечиб шифохонага ётқизишни талаб этмайди. Бу ҳолатларда бола ётган хона совуқ ва нам бўлиши керак. Беморга кўп илиқ суюқлик ичириш, кузатиш, оёғига чалғитувчи ванналар ва ингаляция қилиш буюрилади. Нафас етишмовчилиги кучайган ҳолатларда ота-оналар шифокорларни чақириши зарур.

- **Шифохона ёрдами.** Бемор алоҳида хонага ётқизиблиб, бу хонада ота-оналарни бўлиши рухсат этилади ва болага намларган кислород ингаляцияси берилади. Беморга фақат энг кераклии бўлган муолажаларни амалга ошириш буюрилади, бу эса болани безовта бўлишини камайтиради, нафас олишда керак бўладиган энергия сарфини пасайтиради. Бемор доимий пульсоксиметрия кузатувида бўлиши лозим.

Ларенготрахиитнинг иккинчи даражали стенозида интенсив даволаш бўлимига ётқизилади. (нафас йўлларига адреналин ингаляциясини қилиш ёки кортикостероидларни инъекция қилинади.)



Пульсоксиметрия асбоби

Одатда адреналин эритмасини небулайзер орқали роцемик ингаляция қилиш катта самара беради: 0.25-0.75мл 2.25% адреналин эритмасига 2 мл физиологик эритма аралаштириб роцемик ингаляция қилинади. (0,1% адреналин эритмасини ҳам қўллаш мумкин, лекин самараси кам). 30-60 дақиқа ингаляция қилинган болаларда аҳволини ёмонлашуви кузатилиши мумкин (тахикардия, безовталиқ, қон босимини кўтарилиши, юрак уриб кетиши), шунинг учун адреналинни фақат стационарда қўлланилади.

Кўпгина муаллифлар обструкцияни енгиллаштириш учун кортикостероидларни тавсия этишади. Тавсия этилган дозалар бироз ўзгариб туради, ўрта оғир ва оғир ҳолатларда дексаметазон, 0,5-0,6 мг/кг 4 марта кунига.

Агар нафас етишмовчилиги юзага келган бўлса, ёки юзага келиб чиқиши яқин ўртада мавжуд бўлса, беморни интубация қилишга кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Ҳаётга хавф солувчи белги бўлиб - адреналинни ингаляциясини кўп қўллаш ҳисобланади.

Эпиглоттит ва ЛТБни дифференциал ташҳислаш.

Белгилари	ЛТБ	Эпиглоттит
Ёши	6 ой- 3 ёш	2-6 ёш
Бошланиши	Доимо	Тез
Шиш жойи	Овоз бойлами ости	Овоз бойлами усти
Овоз ва йўтал	Хириллаган	Йўтал йўқ, меъёрий
Бемор ҳолати	Ҳар қандай ҳолат	Ўтирган ҳолат
Оғиз	Ёпиқ	Очиқ, пастки жағ олдинга кўтарилган, тремор

Ҳарорат	Меъёрдан юқори ҳарорат	Юқори
Буйин рентгенограммаси	Овоз бойлами ости бўшлиғининг торайиши	Танглай усти шиш ва боғлам усти тузилмаси
Кекирдакни пайпаслаш	Оғриқсиз	Оғриқли
Фаслга боғлиқлиги	Қиш ва куз	Йўқ

Хиқилдоқни аллергияк шиши.

Ларинготрахеитдан фарқ қилиши, стеноз тез ривожланади, кўпинча инфекцион токсикоз белгилари кузатилмайди(юзага келтириб чиқарувчи асосий омил), 3-4 босқичли стенозгача ривожланади. Шошилиш ёрдам ларинготрахеитдаги ёрдам каби кўрсатилади.

Ёт моддаларни нафас йўлига тушиши — 1-2 ёшли болалар ичида ўлимни юзага келтирадиган асосий сабаб бўлиб ҳисобланади. Аспирацияни оқибати, нафас йўллари обструкциясини босқичига, ёт жисмни тузилишига ва яллиғланиш жараёнининг оғирлик ҳолатига боғлиқ.

Этиология. Кўп ҳолларда нафас йўлларига ўйинчоқлар, овқат маҳсулотлари (ёнғоқ, қаттиқ конфетлар), сақич кириб қолади. Кичик ёшдаги болаларга айниқса шиширадиган ўйинчоқлар жуда хавфли.Бундай ўйинчоқларни ёрилишидан бола кўрқиб кетади ва унинг бўлакларини ютиб юбориши мумкин.

Эпидемиология

- 90% ўлим: < 5 ёш болалар
- 65% ўлим:кўкрак ёшдаги болалар

Текшириш ва ташҳис.

Қуйидаги клиник белгилар ҳамда ҳарорати юқори бўлмаган болада ёт жисм аспирациясига шубҳа қилиш мумкин:

- Респиратор дистресс
- Бўғилиш
- Йўтал
- Стридор
- Йўтал

Нафас бузилишлари оғирлигини баҳолаш ва обструкция даражасини аниқлаш.

Анамнез: Белгилари қанча вақтда ривожланганлиги ва қайси ҳолатда аспирация бўлганлиги сўралади .Асфиксия, қусиш ҳаракатлари, стридор, дисфония ёки афония бўлган бўлиши мумкин. Иситма ва бошқа симптомлар ёт жисм аспирациясини бошқа инфекциялардан фарқлашга ёрдам беради (эпиглоттит, ўткир ларинготрахеобронхит, бактериал трахеит).

Физикал текшириш: нафас йўллариининг ўтказувчанлиги баҳоланади.

Инструментал текшириш : Ёт жисм бўйин ёки кўкрак қафасининг тўғри ва ён проекцияда олинган рентгенографиясида кўриниши мумкин. Агар ёт жисмни аниқлашни иложи бўлмаса, нафас олиш ва чиқариш фазасида рентгенография ва рентгеноскопия қилиш керак. Рентгенонегатив буюмлар ҳолати билвосита (кўмакчи) белгилар орқали аниқланади. Кўп ҳолларда ёт жисм халқумда жойлашади.

Даволаш

Тез тиббий ёрдам босқичида

- Нафас йўллариини ўтказувчанлигини мустақил равишда ушлаб турувчи ва ҳуши сақланган болага аралашувларни камайтириш(минималлаштириш)

- 100%ли кислород ингаляция

- Оғиз бўшлиғини кўр-кўрона тозалаш мумкин эмас

- Ҳуштаксимон хириллашлар

- Ёт жисм нафас йўллариининг диаметри бўйича кичкина.

- Воқеа содир бўлган жойда ёт жисмни силжитиб юбормасликка ҳаракат қилинг

- Ноадекват вентиляция белгилари

- Кўкрак ёшидаги болалар: 5 та кураклар орасига урилади/5та кўкрак қафасига(тўш соҳасига) босилади.

- Болалар: қорнига босилади

Госпитал босқичида даволаш обструкция ўткирлиги ва оғирлигига боғлиқ бўлади.

- Бола аҳволи турғун, йўталапти, цианоз йўқ, овоз сақланган бўлса, ёт жисмни ларингоскопда ёки бронхоскопда Маггил қисқичининг танаси орқали олишга ҳаракат қилинади.

- **Агар ҳуш сақланган, лекин асфиксия ва афония кузатилаётган бўлса,** 1ёшдан катта болаларда Геймлих усули қўлланилади (эпигастрал соҳага қисқа-қисқа зарб берилади). Кўкрак ёшидаги болаларда Геймлих усули қорин аъзоларининг травмасини келтириб чиқаради, шунинг учун 5та зарб кураклар орасига берилади ва 5 марта олдинги кўкрак қафасига босилади. Ёт жисмни кўр-кўрона бармоқ билан олиб бўлмайди, чунки бунда ёт жисмни янада чуқурроққа итариб юбориш мумкин.

• Агар бола ҳушсиз ва нафас ноадекват бўлса, бунда 100%ли кислород ингаляция ниқоб ва нафас қопчаси билан берилади. Тажрибали мутахассис бевосита ларингоскопия ўтказди ва ёт жисми Магил қисқичининг танаси билан олиб ташланади. Агар шошилини ларингоскопия ўтказиш иложи бўлмаса крикотиреотомия ёки трахеостомия қилинади.. Крикотиреотомияда 100% ли кислород бериш учун катта диаметрли (14 G) катетер қўйилади.Баъзида трахея интубация қилинади:ёт жисм бронхларнинг бирига итариб юборилади, шу билан битта ўпкани вентиляциясини таъминлайди ёки ёт жисм четроққа суриб қўйилади.

Перитонзилляр абсцесс

Этиология. Қўзғатувчиси — граммусбат бактериялар, асосан стрептококклар.

Текшириш ва ташхис

• Касаллик одатда 8 ёшдан катта болаларда учрайди. Абсцесс ёрилганда аспирацион пневмония ва юқори нафас йўллариининг обструкцияси ҳисобига ўлим келиб чиқади.

• Кўрувда юмшоқ танглайни бўртиб чиқиши ва тилчани шикастланмаган томонга силжиши кузатилади.

• Бодомча безлар яллиғланган ва медиал томонга силжиган.

• Тризм ва сўлак ажралиши кузатилади.

• Овоз буғиқлашган.

Даволаш

1. Ҳамма болаларга ва кўпгина ўсмирларга госпитализация талаб қилинади.

2. Абсцессни кесиб, дренажлагандан кўра пункция афзалроқ. Бодомча безлари уйқу артерияси жойлашгани учун ёнидан эмас, балки устидан кесилади.Бир вақтда экиш учун материал олинади..

3. **Антибиотиклар в/и.** Эмпирик равишда бензилпенициллин, 100 000 МЕ/кг/суткасига ҳар 4—6 соатда юборилади Қўзғатувчи ва уни сезувчанлиги аниқлангандан кейин даво коррекция қилинади..

4. Инфузион терапия ўтказилади, овқат, суюқлик, дори истемол қилиш тақиқланади.

5. Ниқоб ёки махсус кислородли палатка орқали намланган, салқин ҳаво тайинланади.

6. Кроватнинг бош томонини 30° бурчак остида кўтариб қўйилади.

7. Бодомча безларида яллиғланиш жараёнлари тугагандан кейин, қайталанишни олдини олиш учун радикал даво тавсия этилади.

Дифтерия

Этиология. Қўзғатувчи — *Corynebacterium diphtheriae*.

Текшириш ва ташхислаш

• Хиқилдоқ ва муртак безлари яллиғланган. Хиқилдоқ шикастланганлигини истисно қилиш керак. Шиллиқ қават биринчи 12 соатда оқ, осон кўчадиган ўргимчаксимон караш билан қоплаган, кейин эса йўғон кир-кулранг рангдаги, атроф тўқималар билан битишиб кетган фибриноз парда билан қопланган. Пардани кўчирганда қонайди.

- Фибриноз парда нафас йўллари тўсиб қўйиши мумкин.
- Ташхис учун албатта бактериологик текшириш ўтказиш керак.

Даволаш

1. Нафас йўлларида ўтказувчанлиги тикланади. Хиқилдоқ шикастланганда трахеотомия ўтказиш керак бўлиб қолиши мумкин.
2. Дифтерия токсинидан интоксикация булиши мумкин, шунинг учун эртароқ дифтерияга қарши антитоксин юбориш керак.

Халқум орти абсцесси — халқум орти бўшлиғи лимфа тугунларининг яллиғланиши бўлиб, бу бўшлиқ халқум орка девори билан умуртка олди фасцияси ўртасида жойлашган. Бу 5 ёшдан кичик болаларда учраб, 5 ёшдан кейин бу лимфа тугунлар атрофияга учраб кетади.

Этиология. Қўзғатувчиси — граммуқбат кокклар ва анаэроблар. Баъзида халқум орти абсцесси ўрта отитдан кейин ривожланади.

Текшириш ва ташхис.

- Абсцесс деярли ҳар доим бир томонлама бўлади.
 - Халқум орка деворини бўртиши кузатилади.
 - Бўйин буқилмаган (баъзан мушакларнинг спазми ҳисобига буқилган).
 - Сўлак оқиш ва дисфагия кузатилади.
- Пальпация қилиб бўлмайди. Пальпация абсцессни ёрилишига, аспирация, медиастенит ва ўлимга олиб келади.

• Ташхис бўйинни тўғри ва ён проекцияда олганда тасдиқланади; абсцессга хос белги — халқум орти бўшлиғи соясининг кенгайиши. Баъзан рентгеноскопия қилинади.

Даволаш

1. Умумий оғриқсизлантириш остида абсцессни дренажлаш.

Бактериал трахеит — ўткир инфекцион касаллик бўлиб, симптомлари ўткир ларинготрахеит ва эпиглоттит симптомлари билан ўхшаш.

Этиология. Типик қўзғатувчиси — *Staphylococcus aureus*. Кам ҳолларда стрептококклар ва *Haemophilus influenzae*.

Текшириш ва ташхис.

Анамнез. Аввалига йўтал, хириллаш пайдо бўлади. Бир неча соат ёки сутка давомида касаллик ривожланади ва оғир нафас бузилишлари ривожланади.

Физикал текширишда иситма, акилловчи йўтал(лающий) ва стридор аниқланади..

Лаборатор ва инструментал текшириш. Эпиглоттитни истисно қилиш учун бўйинни ён проекцияда рентгенография қилинади. Трахеитда контурлари нотекис, ҳаво устунининг тиниқлиги пасайган. Трахеядан олинган экма натижалари мусбат. Қон экмаси манфий.

Даволаш

1. Кислород палаткалари орқали намланган кислород ингаляция қилинади.
2. Антибиотиклар, айниқса стафилококкларга таъсири кучлилари тайинланади.
3. Нафас йўллари санацияси ва обструкцияни камайтириш учун баъзида трахея интубация қилинади. Баъзи ҳолларда трахеядаги моддаларни суриб олган ҳолда эндоскопия ўтказилади.

Ўткир бронхиал обструкция. Плевра ичи таранглашиш синдроми.

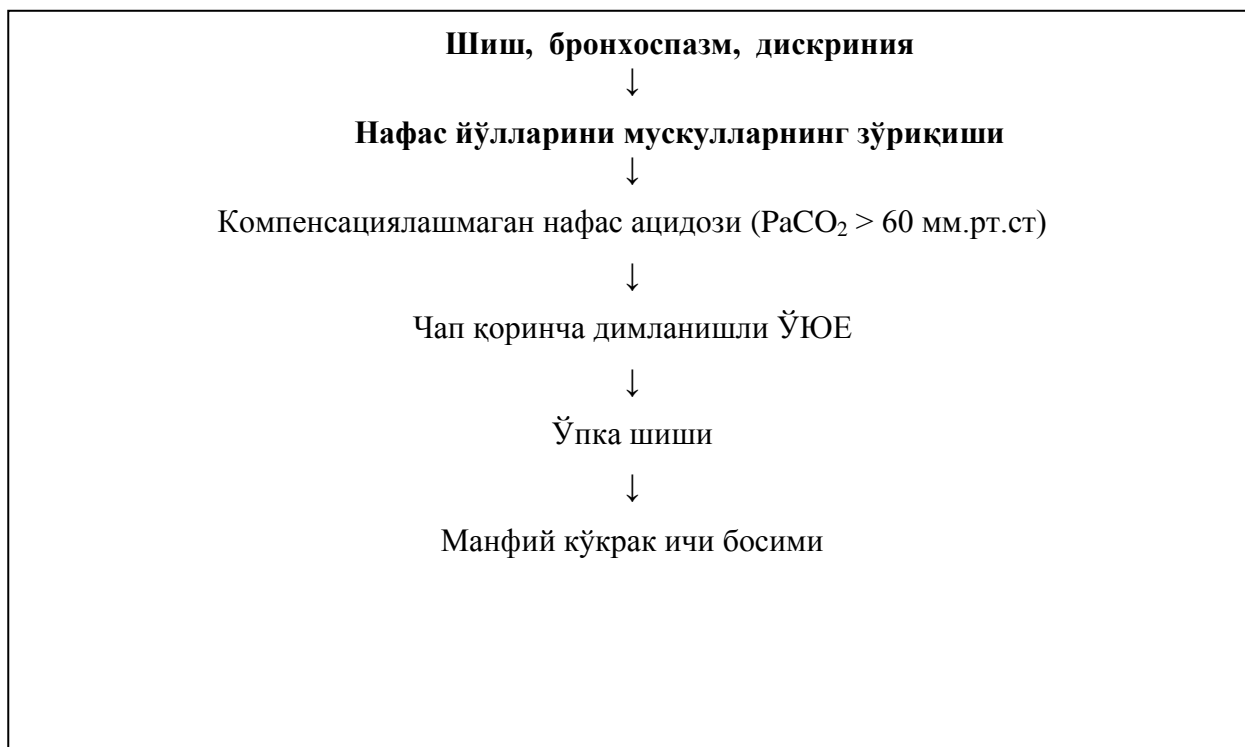
Ўткир бронхиал обструкция – бунда ўпкада газлар алмашинуви кескин бузилади ва шошилиш ҳолат юзага чиқади.

Ўткир бронхиал обструкциянинг механизми 3 компонентдан иборат:

- Бронхиол деворини шишиш.
- Бронхоспазм
- Қуюқ шиллик билан тикилиб қолиш

Боланинг тез-тез касалланиши, қайталанувчи вирусли инфекциялар бронхоспазмни ривожланишига олиб келади. Ўткир бронхиал обструкцияда бузилишлар трахея - бронхиал дарахтининг бронхиолалар даражасида яллиғланиши, бронхларнинг шиллик қавати ва шиллик қават ости шиши ҳисобига юзага келади.

Нафас етишмовчилиги механизми обструкцияда қуйдагилар билан изоҳланади:



Ўткир бронхиал обструкциянинг клиник белгилари:

- Дистант хириллашлар
- Экспиратор хансираш (бир ойгача бўлган болаларда – аралаш)
- Нафаснинг тезлашиши (2 ойликгача – 60 тадан кўп, бир ёшгача – 50 тадан кўп, 5 ёшгача – 40 тадан кўп, 5 ёшда – 30 та)
- Нафасда кўшимча мушакларнинг иштироки
- Кучли кўзгалувчанлик (бола безовта)
- Ўпка эмфиземаси (сустлашган нафас, бронхофония, перкутор қутича товуши)
- Гиперкриния – нафас чиқаришдаги кўпол хириллашлар
- Шиш – нафас чиқаришдаги тарқалган майда пуфакчали ва субкрепитацияланувчи хириллашлар
- Бронхоспазм – нафас чиқаришдаги куруқ хуштаксимон хириллашлар
- “Соқов” ўпка (нафас сустлашаган, хириллашлар йўқ) – ЎБОНинг белгиси

Шифохонагача шошилиш ёрдам

1. тахипноэда – кислород ингаляцияси
2. шифохонага ётқизиш – ярим ўтирган ҳолатда тарнспортровка қилиш

Бронхиал астма

Бронх ёриғининг торайишини ривожланиш компонентлари

- Бронхоспазм
- Шиллик қаватларнинг шиши
- Ёпишқоқ секретнинг тўпланиши

Текшириш ва ташхислаш

Анамнез: ёши, касаллик давомийлиги, охирги хуруж кечиши, олдинги хуружларнинг кечиши ва оғирлиги, аввалги ишлатилган дориларнинг дозалари билан биргаликдаги маълумотлар. Анафилактик шок ва ёт модда аспирациясини инкор этиш.

Хуружни қуйидагилар чақиради: аллергия, инфекциялар, эмоционал стресслар, совуқ қотиш, жисмоний зўриқишлар.

Бронхиал астма хуружи белгилари:

- Нимаики хирилласа – бу астма эмас.
- Хансираш
- Респиратор дистресс белгилари
- Бурун катакларининг керилиши
- Трахеанинг тортилиши
- Ёрдамчи мушакларнинг жалб этилиши
- Қовурғалар оралиғининг, эпигастрал ва бўйинтуруқ чуқурчасининг тортилиши
- Йўтал
- Нафас чиқаришдаги хириллашлар
- Тахипноэ
- Цианоз

Астматик статуснинг ривожланишини баҳолаш

- анамнезида реанимацияда ётган
- анамнезида эндотрахеал интубация қилинган
- йилига шошилиш ёрдам бўлимига 3 мартадан кўп муружаат қилган
- ўтган йилда 2 мартадан кўп шифохонага ётқизилган
- 1 ойда 1тадан кўп бронходилататор ишлатилган
- ҳар 4 соатда ингалятор ишлатиш

- кортикостеодларни сурункали ишлатиш
- агрессив давога қарамасдан симптомларнинг кучайиши

Физикал текширув: гипоксиянинг даражаси баҳоланади.

■ эс – ҳушнинг даражаси баҳоланади: эс – ҳушнинг бузилиши – газ алмашинувининг оғир бузилиши белгиси

■ ЮҚС, АБ, нафас сони ва тана ҳарорати назорат қилинади: тахипноэ ва тахикардия шунга хос; нафас сонининг кескин камайиши нафас етишмовчилигининг хавфидан дарак беради.

■ пульс назорати: кўпинча парадоксал пульс кузатилади

■ ўпка аускультацияси, хансираш даражаси баҳоланади, кўкрак қафасининг юмшоқ қисмларининг тортилиши, оқариш ва цианоз.

■ дегидратация даражаси баҳоланади

■ тери ости эмфиземасини инкор этиш учун бўйин ва кўкрак қафасининг юқори қисмлари пальпацияланади.

Астматик ҳолатда нафас йўллارининг ҳосил бўлган шиллиқ билан тикилиб қолиши.



Лаборатор ва инструментал текширув даво тадбирлари билан бирга олиб борилади.

■ оғир ҳолатларда артериал қондаги газлар миқдорини аниқлаб, даво самарадорлиги баҳоланади. Артериал қондаги гемоглобинни кислородга тўйинишини аниқлаш учун пульсоксиметрия олиб борилади.

■ ташқи нафас функциясини аниқлаш учун спирометриядан фойдаланилади.

Максимал нафас тезлиги ва орофаренгиал най айниқса ахборотлидир.

■ ёт модда аспирацияси, пневмония, пневмоторакс ва пневмомедиастинумга шубҳа бўлганда кўкрак қафасининг рентгенографияси буюрилади.

■ эуфиллин билан даволаётганда препаратнинг зардобдаги миқдори кузатилиб турилади.

Шошинч ёрдам.

1.Кислород. Бронхиал астма хуружи вақтида гипоксия вужудга келади. Уни бартараф этиш учун бурун катетерлари ёки ниқоб орқали намланган кислород ингаляцияси тайинланади (F_iO_2 30 – 40% дан кам бўлмаслиги керак).

2.т/о га дори моддаларни юбориш

Адреналин. т/ога 1:1000, 0, 01 мл/кг юборилади, максимал бир марталик доза – 0, 3 мл. Агар аҳвол яхшиланса, инекцияни 20 дақиқали интервал билан 2 марта такрорланади. Агар уч дозадан кейин аҳвол яхшиланмаса ёки ёмонлашса препаратни юбориш ман этилади (юрак ритмининг оғир бузилишлари юзага келиши мумкин). Агар хуруж тўхтаса, адреналиннинг охирги дозасидан 20 дақиқа кейин узоқ муддатли препарат юборилади – тиогликат суспензиясидаги адреналин (1: 200), 0, 005 мл/кг.

Тербуталин. Агар адреналин юборилганда ножўя таъсирлар юзага келса, катта ёшдаги болаларга тербуталин юборилади, 0,01 мл/кг 0, 1% (1 мг/мл) эритма т/о га юборилади. Максимал доза – 0, 3 мл (0, 3мг).

Бронходилататорларнинг ингаляцион эритмалари – бронхоспазмни даволашда танланган препаратлар.

Ингаляцион бета 2 – адреностимуляторлар (сальбутамол ва тербуталин) носелектив препаратлар (изоэтарин)дан афзалроқ, зеро баъзи ҳолатларда улар самаралироқдир. Изопреналин, кучли таъсир этувчи препарат бўлса, ҳам, селектив бета2 – адреностимуляторларга қараганда тор терапевтик дозага эга.

1) Кислород ингаляцияси ва текширувдн кейин сальбутамол ингаляцияси бошланади, 0, 1 – 0, 25 мг/кг (максимал бир марталик доза – 5 мг) ҳар 20 дақиқада (уч ингаляциягача ёки нафас сонининг максимал нормаллашувигача)

2) Сальбутамол ўрнига тербуталин тайинлаш мумкин, 0, 3 мг/кг. Ингаляция учун эритмаси ишлатилади. Препаратни сальбутамол схемасига кўра ишлатилган; максимал бир марталик доза – 5 мг.

Кортикостероидлар

■ кортикостероидлар бета2 – адреностимуляторлар самарасизлигида қўлланилади.

■ метилпреднизалон 1 – 2 мг/кг в/ига ҳар 6 соатда юборилади, ёки эквивалент дозада ичишга буюрилади.

Суюқликлар юбориш. Бронхиал астма хуружи вақтида дегидратация юзага келади.

■ енгил хуружда суюқликларни ичиш кифоя.

■ оғир хуружда суюқликлар ичиш қайт қилишни чакиради, шунинг учун инфузион терапия тавсия этилади. Биринчи 12 соат ичида физиологик эритма 5%ли глюкоза билан юборилади; инфузион эритмага калий хлорид қўшилади, 20 – 40 мэкв/л. Юборилаётган суюқликлар ҳажми сувга бўлган минимал талабдан 1,5 марта кўп бўлиши керак. Натижада уни бемор аҳволига қараб коррекцияланади.

В/ига бронходилататорлар инфузияси препаратларни ича олмаслик, ингаляция ва т/ога юборишнинг самарсизлигида тавсия этилади.

Эуфиллин. Матилксантин ва бета2 – адреностимуляторларнинг бронходилатация механизмлари турлича.

■ эуфиллин юборишдан олдин, бемор аввал ҳам эуфиллин қабул қилганлигини аниқлаш керак. Баъзан препаратнинг зардобдаги ҳажми кузатилади.

■ эуфиллин в/ига 5 – 8 мг/кг дозада ҳар 6 соатда 20 дақиқа давомида 0,9 – 1,2 мг/кг/с тезлик билан юборилади. Инфузияни тўйинтирувчи дозадан кейин бошланади (5 – 8 мг/кг). Эуфиллин дозаси шундай тайинланадики, бунда унинг зардобдаги ҳажми 10 – 20 мкг/мл га тенг бўлиши керак. Давомли юборишда эуфиллин ҳажмини хоҳлаган вақтда, в/ига юборилганда – юборилгандан 30 -60 дақиқа кейин аниқланади. В/ига 1 мг/кг юборилганда зардобдаги ҳажми 2мкг/млга ошади.

Ножўя таъсири бош оғриғи. Тахикардия, тремор, қусиш ва эпилептик тутқаноқлар билан намоён бўлади. В/ига тез инфузия қилиш юрак ритмининг бкзилишига, артериал гипотонияга ва ўлимга олиб келади. Эуфиллинни бета – адреностимуляторлар билан биргаликда қўлланилганда доимий ЭКГ мониторинги керакдир.

■ Оғир ҳолатларда **бета2 – адреностимуляторларни в/и га юбориш буюрилади.** Инфузияни реанимация бўлимида гемодинамиканинг (артериал катетер ёрдамида), ЭКГ ва нафаснинг доимий мониторинг кузатуви остида олиб борилади.

■ тербуталин тайинланганда инфузияни в/ига юбориш билан комбинирланади: аввал 10 мкг/кг 10 дақ давомида юборилади, кейинчалик 0.4 мкг/кг/мин тезликда инфузия қўшилади. Зарур бўлганда дозани 0,2 мкг/кг/мин дан 3 – 6 мкг/кг/мин гача кўтарилади.

■ Юрак ритмининг бузилиши хавфи сабабли эуфиллин ва тербуталинни биргаликда қўллаш ман этилади. Тербуталиннинг ножўя таъсири – тремор, тахикардия ва гипокалиемия.

Бронхолит – эрта ёшдаги болаларда майда бронхларнинг обструкцияси.

Эпидемиология.

2 ёш > болалар

80% беморлар < 1 ёш

касалланиш январдан март ойигача кузатилади

Этиология. Асосий сабаб – вирусли инфекция, кўпроқ тарқалган кўзғатувчи – респиратор синтициал вирус.

Текширув. Бунда дегидратация ва нафас етишмовчилиги даражаси баҳоланади.

Ташхислаш. Касаллик бурун оқиши ва йўталдан бошланиб, кейинчалик хансираш, хуштаксимон нафас, кўкрак қафасининг кенгайиши ва юмшоқ қисмларини тортилиши кўшилади. Иситмалаш бўлмаслиги ҳам мумкин.

Клиник белгилари.

Яқин анамнезда ЎРВИ

Дистресснинг аста бошланиши

Нафас чиқарганда хириллаш

Кучли тахипноэ (60 – 100 та/мин)

Цианоз

Даволаш

1. Намланган кислород (FiO_2 40% дан кам бўлмаслиги керак). Оғир ҳолатларда қондаги оксигенация кузатилади (pO_2 ни тери орқали аниқлаш, пульсоксиметрия, артериал қон газлари таҳлили).
2. Дегидратацияни бартараф этиш зарур. Нафас етишмовчилигининг оғирлигига қараб суюқликларни ичишга ёки в/ига буюрилади.
3. Оғир ҳолатларда СЎВ тавсия этилади.
4. антибиотиклар фақатгина ўрта отит ёки пневмония қўшилгандагина буюрилади.
5. баъзан бронходилататорларни в/ига ёки ингаляцида юбориш самаралидир.
6. нафас етишмовчилигида, иммунотанқисликда ва оғир йўлдош касалликларда, РВС билан касалланиш тасдиқланганда рибоварин билан вирусга қарши терапия тавсия этилади (6 г кукунни 300 мл консервантларсиз стерил сувда эритиб, бўғлатгич ёрдамида 20 мг/мл 12 – 18 с/сут 3 сут давомида юборилади, лекин 7 сут дан ошмаслиги керак).

Ёт модда аспирацияси.

Унга касаллик хуштаксимон нафас билан бошланганда, шунингдек рецидСЎВанувчи ва давога берилмайдиган пневмонияда шубха қилиш даркор. Оғир нафас бузилишлари қизилўнғачдагиёт моддада ҳам келиб чиқиши мумкинлигини унутмаслик керак.

Рентгенологик текширув диафрагманинг парадоксал ҳаракатидан, жароҳатланган ўпка ва кўкс оралиғининг соғ томонга силжишидан ёт моддани аниқлаш имконини беради.

Даволаш. Ёт модда аспирацияси оғир нафас етишмовчилиги ривожланганда ёки хавфи юқори бўлганда шшошилинич ҳолат бўлиб ҳисобланади. Ёт моддани қўл билан чиқариш фақатгина бузилишларнинг ҳаётийликка тўғри келмаслигидагина тавсия этилади.

1. радикал даволаш – ёт моддани бронхоскоп билан олиш.
2. инфекцияларда антибиотиклар тайинланади.

Давомли ателектазлар, пневмонит, пневмония ва эмфизема ўпкада ёт модда ёки унинг фрагментлари қолганлигидан далолат беради

Пневмония оғир нафас етишмовчилигини чақариши мумкин.

1. Маска орқали кислород ингаляцияси тайинланади ($FiO_2 = 30 - 40\%$); вентиляция етарли бўлмаганда трахея интубацияси ўтказилади.
2. қон оксигенацияси назорат қилиб турилади (артериал қон газлари таҳлили ва пульоксиметрия).
3. микробга қарши даво.

Пневмоторакс

Этиология. Спонтан пневмоторакс соғлом одамларда ўпка касаллигини чақариши ёки кучайтириши мумкин.

Текшириш ва ташхислаш

Анамнез. Пневмоторакс одатда тўсатдан бошланади.

Физикал текширув. Зарарланган томонда овоз дириллаши сусайган, нафас ўтказиш пасайган, перкутор товуш кучайган. Кўкрак қафасининг ҳаракати ассиметрик, чўққи турткиси силжиган. Ўпка чўққисидаги перкутор товушнинг ҳар хиллиги характерли эмас. Физикал текширувда ўпканинг берилувчанлиги кам ахборотлидир.

Кўкрак қафасининг рентгенографияси. Катта бўлмаган пневмотораксда ташхисни тасдиқлаш учун тўғри проёкцияда нафас чиқараётганда рентгенография қилинади.

Тасниф. Катта бўлмаган пневмоторакс одатда яхши ўтказилади. Бироқ, агар пневмоторакс парвозвақтида, самолёт кабинасида манфий босим бўлганда, ёки СЎВ фониде келиб чиқса, ҳаво ҳажми плевра бўшлиғида кўпайиб, ҳаётга хавф солади.

- енгил пневмотораксда ўпка 30 %га чўқади.
- оғир пневмотораксда ўпка 30 – 70 % га чўқади.
- тўлиқ чўқишда таранглашган пневмотораксга шубха қилинади.

Шошилинич ёрдам

1. Агар даволаш ҳаёт учун хавли бўлса, у ҳолда шошилинич тиббий ёрдам ташхислаш тугалланмасдан олдин бошланади.

2. Агар фақатгина висцерал плевра зарарланган бўлса, СЎВ пневмотораксни оғирлаштиради. Бир вақтда периетал варақ ҳам шикастланган бўлса, (масалан, қовурғаларнинг тўлиқ синишида) СЎВ билан бемор ҳаётини сақлаб қолиш мумкин.
3. Агар аҳволи турғун бўлса, пневмоторакс катта бўлмаса (рентгенография маълумотларига кўра), беморни кузатиб туриш кифоя ва декстрометорфон билан йўтални камайтиради, кодеин ёки морфини ҳам қўллаш мумкин. Лекин бу препаратлар нафасни сусайтиради, шунинг учун уларни тавсия қилганда артериал қон газларининг мониторингини олиб бориши шарт.

Таранглашган пневмотораксда плеврал пункция ўтказилади. Игнани ўрта умров чизиғи бўйича иккинчи қовурғалар оралиғидан киргизиб, ҳаво тортиб олинади. СЎВда игнани ҳаво келиши тўҳагунгача қолдирилади, кейинчалик сув ости сифонли дренаж қўйилади.

Плеврал бўшлиқни дренажлаш такроран ҳаво йиғилиши хавфи юқори бўлганда ўтказилади. Сув ости сифон дренажлашда дренаж трубкасини физиологик эритма билан тўлдирилган сатҳга улаб қўйилади. Суяқлик сатҳи кўкрак қафаси сатҳидан пастрокда бўлиши керак: одатда суяқлик сатҳини полга қўйилади. Бунда ҳаво плевра бўшлиғидан сувга чиқади, лекин орқага қайтмайди. Агар тизим тўғри ўрнатилган бўлса, у ҳолда нафас олаётганда, плевра бўшлиғида манфий босим ҳосил бўлганда, суяқлик най бўйлаб бир неча сантиметргача кўтарилади. Кейинчалик, висцерал ва париетал варақлар яқинлашаганда, суяқлик тўлқинланиши тўхтайд.

Ўпканинг сурункали касалликларининг қўзғалиши

Ўпка – бронх дисплазияси – ўпканинг сурункали касаллиги, ясси эпителийнинг метаплазияси ва бронхлар силлиқ мушакларининг гипотрофияси, альвеолаларнинг бўшашиши ва ҳаво кисталарининг ҳосил бўлиши билан характерланади.

Янги туғилган чақалоқларда дистресс – синдромининг асорати

Кўпроқ чала туғилган болаларда учрайди

Узоқ муддатли ингаляция ва юқори концентрацияли кислород билан СЎВ қилинганда ривожланади

Клиник белгилари

Цианозни бартарф этиш учун қўшимча O₂ бериш кераклиги

Сурункали респиратор дистресс

Ретракциялар

Нам хириллашлар

Хуштаксимон хириллашлар

Периферик шишли *cor pulmonale* ривожланиш хавфи

Этиологияси. Касаллик юқори босимли нафас олиш ва FiO_2 билан $S\ddot{U}V$ да бўлган чала туғилган болаларда келиб чиқади.

Ташхислаш ва даволаш

■ иккиламчи юрак – қон томир ва иммун тизим зараланади, жисмоний ривожланиш бузилади.

■ **Ўпкадаги рентгенологик ўзгаришлар** турлича: тиниклиги ва қорайиши орگان соҳалар, ателектазлар учрайди.

■ касаллик оғирлашганда одатда шифохонага ётқизилади.

Умумий белгилар уйқучанлик ва кескин иштаҳанинг пасайиши нафас функциясининг бузилишини кўрсатиши мумкин, бронхиолит ва ўпка – бронх дисплазиясида бронхоспазм юзага келгани каби. Артериал қон газлари таҳлилида кучсиз гипоксия ва компенсирланган гиперкапния аниқланади. Кўпинча ўткир нафас етишмовчилиги келиб чиқади. Ўпка – бронх дисплазияси бор кўкрак ёшидаги болаларда тўсатдан ўлим синдроми хавфи юқори. Асоратларга уй шароитида доимий кислород ингаляциясини талаб этувчи нафас етишмовчилиги, гипертензия ва пневмоторакс натижасидаги ўнг қоринча юрак етишмовчилиги киради. Вирусли пневмониялар одатда енгил ўтади, ўпка-бронх дисплазиясида оғир нафас етишмовчилигига олиб келади, шунинг учун болани вирусли инфекция билан касалланган беморлардан ажратиш керак.

Сепсисни даволаш.

Оқибати. Тез декомпенсация. Респиратор инфекцияларнинг қайталанишига мойиллик. Тахминан 2/3 беморларда тикланиш секин бўлади.

Муковисцедоз

Бронхоспазм оғир нафас етишмовчилигига олиб келади. Даволаш нафасни тутиб туриш ва бронходилататорларни ўлчамларини ўз ичига олади.

Ўпка инфекцияларининг қўзғалиши жисмоний юкланишни кўтара олмаслик ва кучайиб борувчи нафас бузилишлари билан бирга кузатилади. Ўпкаларнинг рентгенографиясида янги инфильтратив ўзгаришлар аниқланади. Балғам экиб кўрилганда *Pseudomonas aeruginosa* ва *Stafilococcus aureus* топилади. Массаж, постдурал дренаж, кислород ингаляцияси ва антимиқроб терапия тавсия этилади. Даволаш стационарда олиб борилади.

Кўкракда оғриқ ва нафас бузилишларининг тўсатдан бўлганда пневмотораксга шубҳа қилиш керак.

Назорат саволлар

1. Қандай касалликлар болаларда юқори нафас йўлларининг обструкциясига олиб келиши мумкин?
2. Юқори нафас йўлларининг стеноз шкаласини гапириб беринг.
3. Эпиглотитнинг клиник кўринишини айтиб беринг ва шошинч ёрдам кетма-кетлигини гапириб беринг.
4. Ларинготрахеитда ларингостенознинг клиник кўринишини айтиб беринг ва касалликнинг ривожланишида шошинч ёрдам кетма-кетлигини гапириб беринг.
5. Бўғилишдаги ларингостенознинг даражаларини гапириб беринг.
6. Юқори нафас йўлларининг ёт модда аспирациясини клиник кўринишини айтиб беринг ва касалликнинг ривожланишида шошинч ёрдам кетма-кетлигини гапириб беринг.
7. Перитонзилляр абсцесининг клиник кўринишини айтиб беринг ва касалликнинг ривожланишида шошинч ёрдам кетма-кетлигини гапириб беринг.
8. Халқум ости абсцесининг клиник кўринишини айтиб беринг ва касалликнинг ривожланишида шошинч ёрдам кетма-кетлигини гапириб беринг.
9. Дифтериянинг клиник кўринишини айтиб беринг ва касалликнинг ривожланишида шошинч ёрдам кетма-кетлигини гапириб беринг.
10. Бактериал трахеитнинг клиник кўринишини айтиб беринг ва касалликнинг ривожланишида шошинч ёрдам кетма-кетлигини гапириб беринг.
11. Ўткир бронхиал обструкциянинг клиник кўринишини айтиб беринг.
12. Бронхиал астманинг давомий хуружи ва астматик статусини клиник кўринишини айтиб беринг ва касалликнинг ривожланишида шошинч ёрдам кетма-кетлигини гапириб беринг.
13. Астматик статусини хавфли омилининг ривожланишини айтиб беринг.
14. Бронхиолитни клиник кўринишини айтиб беринг ва касалликнинг ривожланишида шошинч ёрдам кетма-кетлигини гапириб беринг.
15. Бронхларнинг ёт модда аспирациясини клиник кўринишини айтиб беринг ва касалликнинг ривожланишида шошинч ёрдам кетма-кетлигини гапириб беринг.
16. Таранглашган пневмотороксни клиник кўринишини айтиб беринг ва касалликнинг ривожланишида шошинч ёрдам кетма-кетлигини гапириб беринг.

17. Ўпка – бронх дисплезиясини клиник кўринишини айтиб беринг ва касалликнинг ривожланишида шошилиш ёрдам кетма-кетлигини гапириб беринг.
18. Мукависцидознинг ўпка турини клиник кўринишини айтиб беринг ва касалликнинг ривожланишида шошилиш ёрдам кетма-кетлигини гапириб беринг.

Фалокатлар тиббиёти асослари.

Фалокатлар тиббиёти- тиббиётнинг шундай бўлишидирки, унда илмий билимлар тизими ва амалий фаолият жамлангандир. Бунда асосий эътибор авариялар, фалокатлар, фалокатларда аҳолини қутқариш, ҳаётини сақлаб қолиш, шикастланишларни олдини олиш, фавқулотда ҳолат вазиятида қатнашганларнинг соғлигини сақлаш ва тиклашга йўналтирилган бўлади.

Заҳарловчи омиллар.	Тиббий оқибатлар.
Термик иссиқлик.	Куйиш, совуқ уриши, музлаш.
Физик барозарланиш.	Радиацион, вибрацион.
Механик (зарб тўлқини).	Травмалар, жароҳатланишлар, контузиялар.
Кимёвий куйиш.	Ўткир ва кимёвий заҳарланишлар.
Аэрогидродинамик.	Травмалар, чўкиш, музлаш.

Жароҳатланган - бу инсонда фавқулотда вазиятда(ФВ) куч таъсири натижасида соғлиқни бузилиши кузатилади.

Жабрланган - бу инсон, ФВ лар натижасида моддий, маънавий, руҳий зарар кўрган инсон.

Жабрланувчига ёрдам беришдан олдин, жароҳатловчи омилни таъсирини йўқотиш керак.

Локал ва кенг масштабдаги фавқулотда ҳолатларда ФВлар учун биринчи навбатдаги вазифа бу жабрланганларни қидириш муаммоси ҳисобланади.

Қулаган бинолар, йирик ёнғинлар, сув тошқини, шамол қидирувни қийинлаштиради.

Хонадонларда ёнғин кузатилганда болалар шкафларга беркиниб, газлардан заҳарланиб ҳалок бўлишади. Фавқулотда ҳолатларда жабрланганлар ҳаёти қутқаришни ташкил қилишга боғлиқ. Фавқулотда ҳолатларда жабрланганларни қутқарувчилар, ёнғин хавфсизлиги ходимлари қутқарадилар.

Шунингдек қуйидаги ташкилотлар: ФХ бошлиғи, тез тиббий ёрдам, соғлиқни сақлаш бошқарувининг маҳаллий органлари, республика органлари, маҳаллий санитар - эпидемиологик хизмати, маҳаллий бошқарув органлари, ФВ вазирлиги.

Жабрланганларни аниқлашда мутахассислардан ташқари, махсус ўқитилган итлар ва электрон асбоблар, геофонлар қўлланилади. Бу аппаратлар ҳаёт учун зарур аъзолар фаолиятини (товуш, юрак уриши, нафас олиши) масофадан аниқлайди. Геофонларни турлари жуда кўп. "Касон" геофони товушни 4-8 метр масофадан аниқлайди. "Трифон-Секур" 14 метр радиусгача товушни аниқлайди, тош зарбини 150 метргача аниқлайди.

"Ореон" ўтказувчи тебранма кучайтиргичи билан жабрланувчи товушини 200 метр масофадан аниқлаш мумкин.

Инфра кизил билак ёрдамида кўрувчи термик камера жабрланганларни хушсиз ҳолатда аниқлайди. Ҳозир жанг майдондаги жангчиларнинг фаолиятларини (пульси, қон босими, нафас сони) сунъий йўлдош тизими орқали аниқлаш синалмоқда.

Бу шошилиш ёрдам кўрсатувчи махсус жиҳозлар – шошилиш оғриқсизлантирувчи ва жароҳатланганларни жойлашган жойдан сигнал узатиш учун керак, бу эса кидирув вақтини қисқартиради ва тиббий кутқарувчиларнинг ўлимини камайтиради.

Тиббий ходимни воқеа содир бўлган жойдаги тактикаси.

- Ҳодиса жойидаги шифокор (тиббиёт ходими) кутқарувчилар бошлиғига ўз ёрдамини таклиф қилади ва кутқарув ишлари тиббий қисмининг бошлиғи ҳисобланади.
- Ҳодиса жойидаги тиббиёт ходимининг мажбуриятлари.
- Жабрланганларни йиғиш учун жой топиш (зарарловчи омил бўлмаслиги, лекин ўта узоқ ҳам бўлмаслиги, кундузи соя, кечқурун ёруғ бўлиши керак) ва кутқарув ишлари бошлиғи орқали ҳамма йиғилган жабрланганларни тарқатиш.
- Ходимлар ишларини ташкиллаштириш – барча мурожат қилган тиббиёт ходимлари биринчи бўлиб келган тиббиёт ходимига бўйсунди.
- Бошлиқ ҳар бир ходимни мутахассислигига қараб гуруҳларга бўлади, фожеа масштабини баҳолайди (жабрланганларни сонини аниқлаш учун), ўчоқда қандай жиҳоз ва воситалар кераклигини аниқлайди, телефон ёки рация орқали бу маълумотларни тез ёрдамга етказиш.
- Тез ёрдам воситаларини йиғиш ва етказишни ташкиллаштириш (бинтлар, совуқ сув, дорилар).
- Тиббий саралашни ташкиллаштириш.
- Тез ёрдам бошлиғи шифокорини мажбуриятлари:
- Беморлар ва жабрланганларни тиббий саралашни давом эттириш.

- Тез ёрдам бригадаси кучи билан жабрланганларни эвакуацияси, автотранспортда кеч келганларни ва ўзи келган енгил жароҳатланганларни эвакуациясини ташкиллаштириш (1-гурух жабрланганлар 1та тиббий ходим кузатувида).
- тез ёрдам станциясига жорий маълумотларни етказиш.
- Бошлиқ вазифалари етиб келган қутқарув хизмати бригадасининг тиббий бошлиғига топширилади.

3. 03, 02, 01 телефонлари орқали маҳаллий бошқармаларни, 05 қутқарув хизмати ва ФХ бошқармасини хабардор қилиш.

Жабрланганлар миқдори кўп бўлса, тиббий саралаш ўтказилади.

Тиббий саралаш:

Беморларни оғирлик ҳолатига қараб сараланади, малакали ёрдам кўрсатиш учун транспортировкага кўрсатма ва ёрдам кўрсатиш навбати аниқланади.

Тиббий офатларда қутқарилганлар ва тирик қолганлар сони ўз вақтида ёрдам кўрсатганлигига боғлиқ, зарарланганларни ҳар 3-4 таси шошилиш тиббий ёрдамга муҳтож бўлиши мумкин.

Бахтсиз ҳодисаларда, катта йўқотишларда барча жароҳатланганларга тиббий ёрдам кўрсатишнинг иложи бўлмаганлиги учун, тиббий саралаш ўтказилади.

Н.И.Пирогов биринчи марта тиббий саралашни таклиф қилган ва ҳозиргача бу назария қўлланилиб келинмоқда.

Тиббий саралаш жароҳатланганларнинг даво профилактикага муҳтожлиги ва эвакуация тадбирларини тиббий кўрсатмаларига қараб гуруҳларга ажратилади.

Саралашдан мақсад – жабрланганларга ўз вақтида ёрдам кўрсатиш ва эвакуацияни ташкиллаштириш.

Фалокатларда тиббий саралаш тамойиллари.

1. Юқори малакали ходим бўшамагунча, қутқарув тиббий ходим ишини яхши биладиган ходим бошлиқ бўлиб туради.
2. Инцидентни тасдиқлайди ва команда постини ташкиллаштиради.
3. Қўшимча ёрдам чақириш керак.
4. Барча беморларни бирламчи баҳолаш керак.
5. Беморларни саралашни бошлаш.
6. Ходимлар ва жиҳозлар кўпроқ эътиборга лойиқ бўлган беморларга йўналтирилади.
7. Сараловчи бошлиқ ходимларни жўнатиш, жиҳозлар ва транспорт воситаларини воқеа жойига юборади.

Асосий чора тадбирлар, воқеа жойидаги кўп сонли жабрланганлар, команда пункти ташкиллаштирилган жойида амалга оширилади.

1. Жамоа постига маълумот бериш.
2. Воқеа жойида бошлиқни таништириш, тайёргарлик даражасини кўрсатиш.
3. Воқеа жойида бошлиқнинг кўрсатмаларига риоя қилиш.

Тиббий саралашни 2 тури бор:

Пункт ичидаги ва эвакуацион транспорт.

Пункт ичидаги саралашда жабрланганларни оғирлигига ва атрофдагилар учун хавфлигига қараб, жароҳатланиш характерига қараб гуруҳларга ажратилади.

Эвакуацион - транспорт саралашда - жабрланганларни ҳолатига қараб гуруҳларга ажратилади ва эвакуация навбати белгиланади. Транспорт тури, эвакуация йўналиши аниқланади. Бу саралаш жараёнида жароҳатланувчи ташҳиси ва ҳолатига эътибор берилади. Саралашнинг асосий 3та Пирогов белгилари мавжуд.

- А) Атрофдагилар учун хавфлилиги
- Б) Даволаш
- В) Эвакуацион

Атрофдагилар учун хавфлигига қараб гуруҳларга бўлинади.

-Махсус санитар ишловга муҳтож (қисман ёки тўлиқ).

-Вақтинчалик изоляцияга муҳтож (инфекцион ёки психоневрологик изоляторда)

-Махсус (санитар) ишловга муҳтож бўлмаган.

Даволаш белгиси – жабрланганларни тиббий ёрдамга муҳтожлик даражаси, навбати ва жойлашган жойи аниқланади.

Муҳтожлик даражаси ва эвакуация босқичига қараб қуйидагиларга бўлинади:

-Шошилич тиббий ёрдамга “муҳтож”

-Тиббий ёрдамга муҳтож бўлмаган.

-Симптоматик ёрдамга муҳтож, ҳаётга тўғри келмайдиган жароҳат олганлар.

-Эвакуацион белги –эвакуация кетма-кетлиги, транспорт тури ва жароҳатланганларни транспортдаги ҳолатига аҳамият бериш керак.

Шундан келиб чиқиб қуйидаги гуруҳларга бўлинади:

-Зарарланган зонада эвакуацияга муҳтож, бошқа территорияларда, маҳаллий даво муассасалари ёки эвакуацион тавсияга эга бўлган шаҳар марказларида.

-Даволовчи муассасада вақтинча ёки охириги оқибатгача қолдириш (оғирлиги бўйича)

-Яшаш жойига олиб бориш ёки қисқа муддат тиббий кузатув учун тиббий босқичда қолдириш.

Тиббий саралашнинг оддий тизими келтирилган.

1.Юра оладими?

-Ҳа=кечиктирилган.

-Йўқ=вентиляцияни баҳолаш.

2. Нафас борми?

-Ҳа=30 тадан кўп.

- Ҳа=шошилинич

-Йўқ =қон айланишини баҳолаш.

-Йўқ=нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш.

3.Нафас борми?

-Ҳа= шошилинич

- Йўқ = ўлган.

4.Қон айланиши адекватми?

-Ҳа=хуш даражасини баҳолаш.

-Йўқ=шошилинич

5. Хуш даражаси сақланган.(Оддий командаларни бажаради)

-Ҳа =кечиктириш.

-Йўқ=шошилинич.

Тўртта мезон тизими

-Қизил

-Ҳаётга бевосита хавф солувчи

Сариқ

-Касалликнинг юқори даражаси

-Кам миқдорда ҳаётга хавфлилиги

-Яшил

-Ҳаётга минимал хавфли

Қора

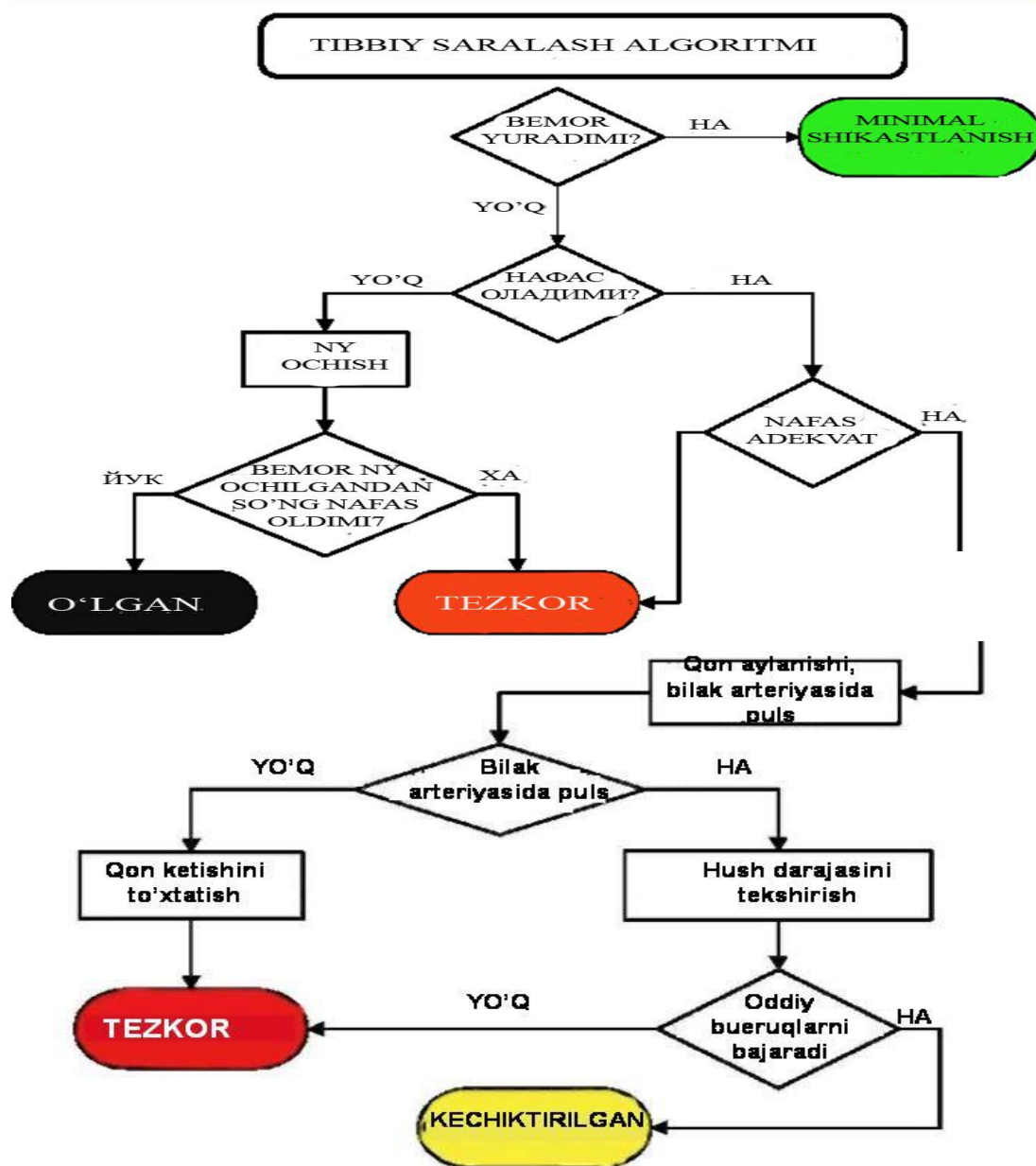
-Ўлган ёки тез орада ўлади.

Тиббий саралашнинг эвакуацион тамойиллари

Жабрланганларни транспортабеллигига қараб аниқланади.

1. Транспортабеллилар тиббий ходим кузатувида эвакуацияланади. (эҳтимол жабрланганлар гуруҳини транспортировка қилиш)

2. Нотранспортабеллилар венага йўл очилгандан сўнг инфузиядан сўнг, СЎВ дан сўнг, хуружлардан сўнг реанимацион бригада билан эвакуация қилинади.



Жабрланганлар эвакуацияси.

Фалокатларда тиббий эвакуация асосий ўринни эгаллайди. Тиббий эвакуацияда кейинги даволаш учун жабрланганларни воқеа жойидан олиб чиқишни бир неча тадбирлари тузилган. Бу тадбир жабрланганларни ташиш, олиб чиқиш, даволаш - профилактика муассасаларига олиб боришдан бошланади.

Катта фожеаларда жабрланганларни эвакуацияси учун санитар, жиҳозланган ва жиҳозланмаган автотранспортлардан фойдаланилади. Жабрланганларни махсус марказларга олиб бориш учун эвакуацияда авиацион транспортлардан фойдаланилади. Жиҳозланмаган транспортлардан фойдаланганда (юк машиналари, автобуслар, темир йўл

транспорти, сув транспорти) жиҳозлаш чоралари ўтказиш керак: замбилларни жойлаштириш учун универсал санитар жиҳозлар, автомобилни силкинишига қарши, кузовига юмшатувчи балласт қўйиш, кузовни бинт билан ёпиш, транспортни мато билан таъминлаш, жун кўрпалар ва бошқалар. Эвакуация вақтида эватранспорт саралаш ва қандай турдаги транспорт, қандай ҳолатда ташиш кераклигини ёки бўлмаса махсус транспортларда тиббий бригада кузатувида олиб бориш кераклигини аниқлаш керак.

Бундай шикоятлар бўлмаганда шу жойда госпитал майдонда ёрдам кўрсатишни давом эттириш керак. Эвакуацияда болалар ва ҳомиладорлар катта аҳамиятга эга, кейин ўртача ва енгил жароҳат олганлар.

Замбилли жароҳатланганлар транспорт шиналари билан, гипс боғламлари билан салоннинг юқори ярусларида жойлашади. Замбилнинг бош томони кабинага қараган ва 10-15 см оёқдан баландроқда жойлашиши керак. Енгил жароҳатланганлар (ўтирадиганлар) охирида ўтиргичларга жойлаштирилади. Юк машиналарида ёғоч ўтиргичларда, ён бортларга маҳкамланган ҳолатда эвакуация амалга оширилади. Транспорт тезлиги 30-40км/с. Албатта эвакуацияланган гуруҳда тиббий ёрдам ходими бўлиши керак. Эвакуацияни умумий қондаси замбилларни ўзгартирмаслик ҳисобланади.

Руҳий кўзгалувчан ҳолатдаги беморларни эвакуациясида чоралар кўрилади, транспортдан йиқилиш эҳтимолини истисно қилиш керак, (замбиллар фиксацияси, седатив дорилар юбориш, енгил жароҳатланганлар кузатуви).

Эвакуация “Ўзига” тамойилида намоён бўлади (тез ёрдам машинаси, ЛПУ, регионал, тиббий ёрдамни териториал марказлари) ва “Ўзидан” (жароҳатланган объект транспортда, қутқарувчи гуруҳ ва бошқалар).

Нотранспортабел беморларга ўчоқдан ташқаридаги госпитал майдонда ёрдам кўрсатилади.

Жабрланганларга тиббий ёрдам кўрсатиш ва саралаш, ёки махсус муассасаларга транспортировка қилиш.

Қуйидагиларга бўлинади:

1. Юқори устунлик:

- (1) Нафас йўллари ва нафас муаммолари.
- (2) Тўхтатиб бўлмайдиган ва жиддий қон кетишлар.
- (3) Эс-хушни сусайиши.

2. Иккинчи устунлик.

- (1) Нафас йўллари ўтказувчанлиги бузилмаган куйишлар.
- (2) Массив жароҳатланиш ёки кўп сонли касаллар, оёқ-қўллар деформацияси.
- (3) Бел жароҳати.

3. Энг кам устунлик.

(1) Минимал касаллар, оёқ-қўллар деформацияси.

(2) Юмшоқ тўқималарда кам ўзгаришлар.

(3) Ўлим.

Жабрланганлар умумий ҳолатига, жароҳат таснифига, асоратларга қараб қуйидаги гуруҳларга сараланади:

1. Саралаш гуруҳи - жуда оғир жароҳатланганлар, ҳаётга мос келмайдиган жароҳатланишлар, уйқу артериясида пульс бўлмаслиги билан, билак артериясида массив қон кетиши билан, летал оқибатларга 1 неча дақиқада олиб келиши.

Булар даво ва парваришга мухтож. Эвакуацияга мухтож эмас.

2. Саралаш гуруҳи –оғир жароҳатлар олганлар, организмнинг ҳаётий фаолиятларининг ривожланувчи бузилишлари, ҳушсиз, билак артериясида пульс йўқлиги, бунини олдини олиш учун даво чораларини бошлаш керак. Бусиз летал оқибат келиб чиқади.

3. Саралаш гуруҳи – ўрта оғирликдаги жароҳатланганлар, функционал бузилишлар билан кечади. Периферияда пульс аниқланади. Ҳушсиз, лекин ҳаётга бевосита хавфсиз ҳолатда. Тиббий ёрдам 2- чи ўринда кўрсатилади ёки маълум вақтда. Оқибати нисбатан яхши.

4. Саралаш гуруҳи. Енгил ва ўртача жароҳатланганлар, травмалар билан, ҳушида, махсус даво муассасаларида даволанишга мухтож (енгил жароҳатланганлар шифохонасида) ҳаёт учун оқибати яхши.

Умумий тавсиядаги транспортда 2 чи ўринда эвакуация қилинади.

5. Саралаш гуруҳи. Енгил жароҳатланганлар, аҳамиятсиз жароҳатлар билан. Ҳаёт учун оқибати яхши. Меҳнат фаолияти тикланувчи. Амбулатор давога мухтож. 2 чи ўринда эвакуация қилинади.

Ўта хавфли инфекция ўчоқларидаги беморлар госпитализация қилинмайди ёки эвакуациянинг махсус йўлидан ўтади, тўхтовсиз, беморнинг йиғилган ажралмаларини дезинфекцияловчи воситалар билан зарарсизлантириш лозим.

Йиғувчи пунктда тиббий ёрдам кўрсатиш тамойиллари.

1. 1-чи гуруҳга тиббий ходимлар жалб қилинади: тез ёрдамда ишлайдиган, хирургия, реанимация бўлимида ишлайдиган тиббий ходимлар. Бирламчи реанимация ўтказилади. (экспиратор СЎВ, ЮЁМ), ташқи қон кетишни тўхтатиш (бармоқ босиш, босувчи боғлам, жгут қўйиш), юқори нафас йўллари ўтказувчанлигини тиклаш (оғиз бўшлиғини тозалаш, тилни фиксациялаш Сафар усули, Геймлих ва Лаборд усулларида фойдаланиш.)

2. 2-чи гуруҳга тиббий ходим ва ҳоҳловчилар киради. Жисмоний зўриқишни бажарадиганлар (эркаклар); жароҳатланганларни оёғини кўтарган ҳолатда ётқизилади, сиқиб бинт боғлайди, баъзида қўлларни иммобилизация, импровизацияланган шиналар қўлланилади.

3. 3-гуруҳга тиббий ходим ва ҳоҳловчи ёрдамчилар киради. Бу жабрланганларда қўшимча вақт бор, улар тез ёрдам шифокорларини кутиши мумкин. Жабрланганларни ёнбошига ётқизилади. Қўл ва оёқлар иммобилизацияси, совуқ сув билан оғриксизлантирилиш ўтказилиб, терини бутун жойлари боғланади.

4. 4-гуруҳга тиббий ходимлар фақат имкониятига қараб олинади. Рўйхатдан ўтказилади. Иммобилизация, совуқ сувда оғриксизлантириш ёки парентерал дори юбориш.

5. 5-гуруҳга тиббий ходимлар фақат имкониятига қараб олинади. Жабрланувчилар рўйхатдан ўтказилади. Оғриксизлантирилади. Ҳуш назорати ўрнатилади. Беморлар махсус даво профилактик муассасага олиб борилади.

Жароҳатлар	Балл
Бош	2
Кўкрак (умуртқа поғонаси)	3
Қорин (чаноқ)	4
Сон суягининг синиши (товон)	5
Болдир суяқларининг синиши	3
Елка суягининг синиши	3
Билак суяқларининг синиши (кафт)	3
Ҳуши йўқ	5
Ёши : 50 ёшдан катта	2
60 ёшдан катта	5
70 ёшдан катта	7
80 ёшдан катта	10
15 ёшдан кичик	19

Баҳолаш:			
Балл	Оқибат	Ўлим прогнози	Саралаш гуруҳи
20	Умидсиз	100%	0
15	Ёмон	90%	1
10 - 15	Шубҳали	30%	2
10	яхши	10%	3

Назорат саволлари:

1. Фалокатларга таъриф беринг.
2. Фалокатлар таснифи.
3. Жабрланганларга йиғувчи пунктни ташкиллаштириш тамойиллари.

4. Жабрланганларга йиғувчи пункт ташкиллаштириш қоидалари.
5. Жабрланганларни пункт ичида саралаш усуллари ва қоидалари.
6. Пункт ичида шошилинч ёрдамнинг усуллари ва қоидалари.
7. Эвакуацион саралаш қоидалари.
8. Эвакуация қоидалари.
9. Мобилизация қоидалари ва фавқулодда вазиятлар ҳақида.
10. Госпитал саралаш қоидалари.

ШОК ВА ҚОН КЕТИШ

Шок хужайраларнинг кислород ва озук моддаларга бой бўлган қон билан ноадекват перфузияси, ҳамда тўқималардан модда алмашинуви жараёни натижасида ҳосил бўлган қолдиқ маҳсулотларнинг ноадекват чиқариб ташланиши оқибатида ривожланади. Аксарият ҳолатларда шок қон кетиш оқибатида юзага келади. Шунингдек умумий қон ҳажми пасайишига юрак зарбининг пасайиши, йирик қон томирлар обструкцияси, периферик томирлар қаршилигининг пасайиши, оғир эксикоз ва оғир диабетик ҳолатлар ҳам сабабчи бўлиши мумкин. Болаларда шок клиникаси катталарга нисбатан кам номоён бўлади. Ташҳис қўйиш учун бошланғич белгилари етарли бўлмайди, шунинг учун диққат билан анамнез йиғиш ва физикал текширувлар ўтказиш лозим. Болаларда компенсатор механизмлар яхшилиги сабаб, шок клиникасини ҳамма вақт ҳам аниқлашнинг иложи йўқ ва шунинг натижасида шокга қарши чора тадбирлар кўпинча ўз вақтида ўтказилмайди. Артериал қон босимнинг пасайиши болаларда шокнинг кечки даврларида кузатилади. Шунинг учун болаларда эрта шокни ва шошилинч ҳолат белгиларини ўз вақтида аниқлаш жуда муҳимдир.

Тавсив: Шок- бу ноадекват периферик перфузия бўлиб, бунда кислород таъминлаш миқдори организмнинг метаболик эҳтиёжларини қондира олмайди.

Шокнинг қуйидаги турлари фарқланади:

1. **Гиповолемик шок:** айланувчи қон ҳажми кескин камайиб, юракгача бўлган зўриқишнинг пасайиши кузатилади (ўткир қон йўқотиш, сувсизланиш, анасарка, куйиш ва дермолизланган тери орқали плазма йўқотилиши).
2. **Кардиоген шок:** юракнинг зарб ҳажми камайиши натижасида юрак етарлича қон ҳайдаб бера олмайди ва юракдан кейинги зўриқиш пасайиб кетади (аритмиялар, миокард ишемияси, захарланишлар)
3. **Вазоген (тақсимловчи) шок:** периферик қон томирлар кенгайиши натижасида уларнинг қаршилиги кескин камаяди ва шок ҳолати келиб чиқади (сепсис, инфекцион

таксикоз, анафилаксия, бош мия симпатик иннервацияси сусайиши /нейроген шок/, орқа мия жароҳати /спинал шок/, томир кенгайтирувчи воситаларни кўп қабул қилиш)

4. **Обструктив шок** – юрак ва катта қон томирларда қон оқишига тўсиқ бўладиган ҳолларда келиб чиқади (ўпка артерияси эмболияси, юрак томпонадаси, пневмоторакс).

Болалар ва катталарда шок сабаблари бир ҳил бўлсада, учраш эҳтимоли ҳар ҳилдир.

Гиповолемия - болаларда энг кўп шокга олиб келувчи ҳолат бўлиб, айланувчи қон ҳажми камайиши билан таърифланади.

Сепсис – шокга олиб келувчи сабаблардан иккинчи ўринда туради ва болаларда иммун тизим яхши ривожланмаганлиги билан изоҳланади.

Кардиоген шок – бу болаларда кам учрайдиган ҳолат бўлиб, юракнинг ҳайдаш фаолиятининг бирламчи бузилишидир.

- Гипоксия
- Ацидоз
- Гипогликемия
- Гипотермия
- Препаратларнинг заҳарли таъсири натижасида.

Нейроген шок – болаларда кам учраб, орқа мия жароҳати натижасида келиб чиқади.

Гипогликемия – бу шок эмас, лекин клиник белгилари шокга ўхшаш.
-Ҳушнинг бузилиши.

- Рангпарлик
- Тахикардия
- Кўп терлаш

Болаларда шокнинг хусусиятлари:

- Эрта шокни аниқлаш жуда қийин.
- Юрак-қон томир системасининг яхши компенсацияси
- Болаларда шокнинг компенсатор даври жуда тез декомпенсация даврига ўтади.

Болаларда шокнинг эрта белгилари

- Тахикардия – буни аниқлаш учун нормал кўрсаткичлар жадвалига эга бўлиш керак.
- Капилляр синама, капиллярларда қон айланиш тикланиши секинлашади (2сониядан кўп).
- Тери рангпар, мармарсимон, оёқ – қўлларнинг совуқ бўлиши.
- Тахипноэ

Кечки белгилари:

- Периферияда пульс сууст ёки аниқланмайди.
- Ҳушини бузилиши.
- Гипотензия – кечки белги, юрак тўхташига сабаб бўлиши мумкин.
- Бирламчи баҳолаш орқали шок борлигини аниқлаш мумкин. Аммо шок сабабини бирламчи баҳолашда аниқлаб бўлмайди. Шокга шубҳа пайдо бўлганда- гиповолемияга қарши даво ўтказилиши лозим.

Болаларда шок сабаблари:**Кўп учрайдиган сабаблар:**

- Диарея ва сувсизланиш
- Жароҳат (асос -қорин бўшлиғи жароҳатлари)
- Қусиш
- Қон йўқотиш
- Инфекция

Кам учрайдиган сабаблар:

- Аллергик реакциялар
- Заҳарланишлар
- Кардиологик бузилишлар

1- жадвал**Шокнинг гемодинамик бузилиш босқичлари**

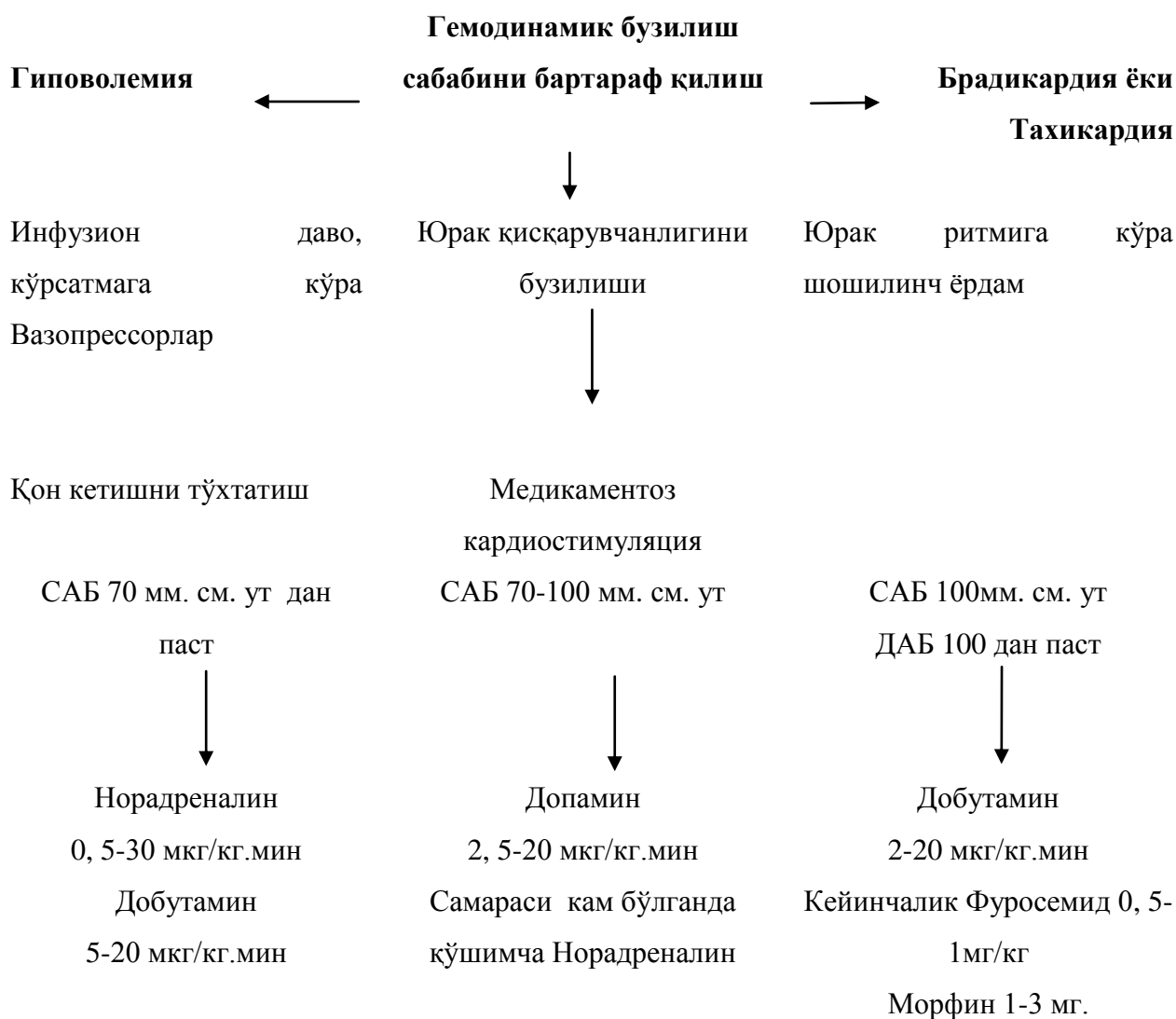
Бузилиш босқичи	Айланувчи қон ҳажми дефицити	Қон айланишининг клиник характеристикаси
Қон айланишининг марказлашуви	Меъёрига нисбатан 25%-га-15мл/кг	АҚБ меъёрда, тахикардия, терини рангпарлиги ёки мармарлиги, оёқ-қўли совуқ, олигурия
Ўтувчи	Меъёрига нисбатан 30%-га- 25мл/кг	Бола тормозланган, пульс ипсимон, тери рангпар акроцианоз, САБ меъёридан паст
Қон айланишнинг децентрализацияси		САБ 60 мм рт ст-дан паст. тери ва шиллик қаватлар цианози, «гипостазлар», анурия
Терминал босқич	Меъёрига нисбатан 45%дан ортиқ-35мл/кг	Агонал ҳолат клиникаси

Гипотензия ва шокда шошилиш ёрдам

- А. Нафас йўллари ўтказувчанлигини баҳолаш
 - Б. Нафас адекватлигини баҳолаш. Пульсоксиметрия.
 - С. Қон айланишини баҳолаш. Кардиомонитор-ЭКГ, АҚБ
- Ҳаётий функцияларни баҳолаш

Анамнез

Шокда шошилиш ёрдам алгоритми



Болаларда шок даврларининг кечиш хусусиятлари

Компенсацияланган шок – шокнинг эрта босқичи. Болаларда шокнинг бу босқичида меъерий перфузия юрак уриш сони ва нафас олиш сони ошиши ҳамда мия ва юракни қон билан таъминланишини ушлаб турувчи вазоконстрикция ҳисобига сақланиб туради. Болаларда катталарга нисбатан компенсатор давр узокроқ давом этади. Боланинг захира имкониятлари тугаганидан сўнг, унчалик узок давом этмайдиган декомпенсация даври бошланади.

Эрта шокнинг белги ва симптомлари (безовталик, тахикардия, тахипноэ, капиллярларининг қонга тўлишиш вақти узайиши) билинмаслиги ёки қийинчилик билан аниқланиши мумкин. Шокнинг бу даврини ўз вақтида аниқлаш орқали кейинги босқичнинг олдини олиш мумкин.

Декомпенсацияланган шок. Шокнинг бу босқичи болаларда узоқ давом этмайди ва тўқима перфузиясини таъминлаб турган компенсатор имкониятлар тамом бўлиши билан тушунтирилади. Ўз вақтида ёрдам кўрсатмаслик оқибатида нафас ва қон айланиши фаолияти тўхташи кузатилиши мумкин. Бу босқичнинг асосий белгиси- ҳуш даражасининг оғир бузилиши ва артериал қон босимнинг пасайиши ҳисобланади. Белгиларни аниқлаш қийинчилик туғдирмасида (гипотензия, ҳуш даражасининг бузилиши, билак ва елка артериясида пульс аниқланмаслиги, цианоз), қисқа вақт ичида қайтмас шок босқичи бошланади.

Қайтмас шок - бу органлар етишмовчилиги ҳолатининг ҳаёт фаолиятини бутунлай тўхташига ўтиши билан кечадиган ҳолат. Бу даврда шок белгилари аксарият ҳолларда яширин кечади ва шунинг учун доимий мониторинг ўтказишни талаб этади (ҳуш даражаси, нафас сони, тери синамалари, дистал ва проксимал пульс, капилляр синама, шиллик қаватлар ҳолати, йиғлаганда кўз ёши бор-йўқлиги). Компенсатор имкониятлар тугаганидан кейин болаларда тезда қон айланиши ва нафас тўхташининг ривожланиши талваса, қусиш ва ичак парези билан бирга кечади.



Ko'z: yaltiroqligi kam, midriaz, cho'kkan

Nafas: yuzaki, tezlashgan va qiyinlashgan

Teri: rangpar, yuzi sovuq, yopishqoq, ko'p terlash

Ko'ngil aynishi, qusish, chanqash



Puls: kuchsiz, tez

Шок асосий белгилари:

- Нафас тезлашиши
- Тери рангпар, ёпишқоқ, нам ва муздек
- Периферияда пульс суст ёки аниқланмайди
 - Микроциркуляциянинг тикланиш вақти жуда секинлашган.

- Диурез камайиши. Ота-онасидан ишлатилган тагликлар сонини сўраш ва тагликларни тортиб кўриш орқали ўлчанади.
- Хуш бузилиш даражаси
- Йиғлаганда кўз ёшининг бўлмаслиги.

Даврлари буйича шокнинг белгилари :

Компенсацияланган шок (эрта):

- Қўзғалувчанлик, йиғлаш

Тахипноэ, сустр периферик пульс, капилляр синама узайиши, артериал босим меъерий кўрсаткичларда

Декомпенсацияланган шок (кечки):

- Хуш даражасини бузилиши, мушаклар гипотонияси, визуал алоқани йўқлиги
- Оғир тахипноэ ва ноадекват нафас
- Периферияда пульс бўлмаслиги, марказий артерияда пульс сустлиги
- Артериал босим пасайиши
- Тери ранги доғли ёки цианотик бўлиши

Қайтмас шок (совуқ):

- Ҳолсизлик, хушни хиралашиши, ёки бутунлай йўқолиши (хушсиз)
- Нафас етишмовчилиги, тахипноэдан брадипноэгача бўлиши мумкин.
- Марказий артерияларда пульснинг кескин пасайиши ёки бутунлай йўқолиши, терининг қўлранг ёки доғли бўлиши, юрак фаолияти тўхташи кузатилади.

Болаларда шок ҳолатларида шошинч ёрдам тамойиллари:

- Нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш.
- Кислород бериш ва вентиляцияни таъминлаш
- Юкори оқимли кислород бериш билан сунъий ўпка вентиляцияси /СЎВ/ни ўтказишга тайёр бўлиш
- Аспирацион санация учун асбоб ускуналарни тайёрлаш
- Жароҳатни боғлаш ва қон тўхтатиш
- Оёқларни кўтариш (Тренделенбург ҳолати)
- Иссиқлик йўқотмаслик учун беморни кўрпа билан ўраш.
- Шифохонага шошинч олиб бориш жараёнида доимий ёрдам кўрсатиш ва мониторинг баҳолашни амалга ошириш.



Болаларда шок ҳолатида шошинч ёрдам баённомаси:

А- қадам - нафас йўллари

- Очиш, тозалаш, ўтказувчанликни таъминлаш
- Ноинвазив усуллар (энгакни кўтариш, пастки жағни олдинга тортиш)
- Инвазив усуллар эндотрахеал интубация

В- қадам – нафасни қувватлаш

- 100% ли кислород ингаляцияси
- нафас фаолияти сусайганда вентиляция

С - қадам – қон айланиши

- Кардиомонитор улаш ва юрак ритмини баҳолаш
- Кўринаётган қон кетишларни тўхтатиш
- Оёкни кўтариш
- Пневматик шимлар қўлланилганида 10 ёшдан кичик болаларда қорин қисми сиқилмайди.

Д – қадам – суюқлик реанимацияси

- Воқеа содир бўлган жойда вақтни ёдда тутиш
- Суюқ ичига йўл очиш /кириш/
- 20 мл/кг ҳисобида суюқликни болос юбориш (физиологик эритма ёки Рингер-лактат эритмаси)
- Кўп йўл қўйиладиган хатолик- бу инфузия ҳажмининг етарли бўлмаслигидир

Қайта баҳолашда, назорат:

- Перфузиянинг яхшиланишини
- Респиратор дистресс борлиги
- Қондаги глюкоза (агар гипогликемия бўлса, (<2.5-3.3 ммоль/л)- 25% глюкоза юбориш, болаларда 40% глюкозани қўллаш мумкин эмас.

Шифохона босқичида

шокни сабабини аниқлаш лозим

Шок тури	1 ойдан кичик болалар	1 ойдан катта болалар
Гиповолемик		
Қон йўқотиш	Мияга, йўлдошга қон қуйилиши, фетофетал ва фетоплацентар трансфузия	Гемофилияда жароҳатлар, жигар ва талок ёрилиши. Чаноқ суяклари синиши, буйракдан қон кетиш, бачадондан ташқари ҳомиладорлик. Ошқозон – ичакдан қон кетиш. Ўроқ хужайрали анемияда секвестра цион

		кризлар.
Суюқлик йўқотиш	Гастроэнтерит, қорин деворини туғма нуқсони, киндик чурраси, орқа мия чурраси	Гастроэнтерит, оғир куйишлар, қандли ва қандсиз диабет, муковисцидозда кўп терлаш, нефротик синдром.
Периферик томирлар умумий қаршилиги пасайиши	Сепсис, буйрак усти безларини пўстлок қавати гипоплазияси, МНС шикастланиши	Сепсис, анафилактик шок, гипoadренал криз, МНС шикастланиши, дори моддаларни ножўя таъсири.
<i>Гиперводемик, нормаводемик</i>		
Юрак етишмовчилиги	Эндокардиал фиброз, вирусли инфекциялар, юракнинг туғма нуқсонлари, сепсис, гипогликемия	Вирусли инфекциялар, манфий инотроп таъсирга эга бўлган дорилар, коронар етишмовчилик, сепсис, гипогликемия, гипокальцемиа.
Аритмиялар	Пароксизмал қоринча усти тахикардияси ва бошқа аритмиялар, дори моддалардан заҳарланиш, сепсис.	Пароксизмал қоринча усти тахикардияси ва бошқа аритмиялар, дори моддаларни ножўя таъсири.
Қон оқимиға тўсиқ	Аорта коарктацияси, оғир аортал стенозлар, ёмон сифатли артериал гипертония	Аорта коарктацияси, аортал стеноз, гипертрофик кардиомиопатия, ТЭЛА, ўпка-юрак (масалан, бронхиал астмада), муковисцидоз, ёмон сифатли артериал гипертония.
Метаболик эҳтиёжларни ортиши	Оғир анемия, тиреотоксикоз	Оғир анемия, тиреотоксикоз, заҳарланиш.

Текшириш ва ташҳислаш

1. **Анамнез.** Касаллик бошланиши, суюқлик қабул қилиш ва уни ахлат, пешоб ва қусук массалари билан йўқотилиши, сурункали касалликлар, дори моддаларини қабул қилишни ўз ичига олади.

2. **Физикал текширув.** Тана вазни ва ҳарорат ўлчанади. Пульс, юрак тонлари, нафас сони, АҚБ, ортостатик АБ ўзгаришлари, периферик қон айланиши баҳоланади, аускультатив текширувлар ўтказилади. Эс-ҳуши ва қорачиқларини ёруғликка реакцияси баҳоланади. Текширишни даврий равишда қайтариш лозим.

3. Лоборатор ва асбобли текширув

а) Артериал қонда газлар миқдори аниқланади.

б) Умумий қон таҳлили ўтказилади

в) Электролитлар миқдори, плазмада глюкоза, креатинин, юрак изоферментларнинг фаоллиги, қонда жигар ферментлари миқдори аниқланади. Токсикологик текширув ўтказилади.

г) Кўкрак қафаси рентгенографиясида юрак ўлчами ва ўпкада қон айланиш баҳоланади.

Г. Назорат

1. ЮУС. АҚБ. нафас сони, тана ҳарорати баҳоланади ва кузатув варақасига натижалар ёзилади

а) ҳарорат

б) нафас сони

в) ЮУС (ЭКГ бўйича)

г) АҚБ. Болаларда АҚБ мониторинги учун энг яхши усули - артерия катетеризацияси ҳисобланади. Агар буни иложи бўлмаса АҚБ ноинвазив усул билан ўлчанади (баъзан Доплер текширувидан фойдаланилади).

д) суюқлик қабул қилиши ва ажратиши, ҳар соатда диурез ўлчанади, нозагастрал зонд орқали йўқотилган суюқлик ўлчанади. Ташҳислаш ва даволаш мақсадида амалга оширилган йўқотилган қон баҳоланади.

2. Баъзида Сван-Ганца катетери қўйилади ва МВБ /ЦВД/ ўлчанади

Д. Даволаш.

1. Нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш. Албатта кислород тайинланади, трахея интубацияси ва СЎВ ни ўтказиш керак бўлади.

2. Гиповолемияни бартараф қилиш. Юрак етишмовчилиги бўлмаганда тезда изотоник эритма юборилади (физиологик эритма ёки Рингер лактат) 10-20 мл/кг в/и ёки суяк ичига оқим билан.

а) Агар аҳволи яхшиланмаса, давони давом эттришдан олдин марказий венага катетер ўрнатилади.

1) Агар МВБ 5 мм см ус. дан кам бўлса, суюқликни МВБ 5 мм см. ус дан ошгунча юборилади.

2. Агар МВБ 5 см см.ус. дан кўп бўлса, қуйидаги чора тадбирлар ўтказилади

Инотроп ва вазопрессор дорилар тайинланади

Препарат	Болалардаги доза	Катталардаги доза	Таъсир механизми	Кўрсатма	Ножўя таъсири
Адреналин	0.1-1 мкг/кг/мин	1 -4мкг/мин	Альфа- ва бета адреностимуляторлар ЮУС, периферик томирлар умумий қаршилигини (ПТУҚ) ва миокарднинг қисқарувчанлигини оширади	Анафилактик шокда артериал гипотония, миокард қисқарувчанлиги камайишида, брадикардияда	Қоринчалар аритмияси коронар ва буйракда қон айланиши камаяди.
Норадреналин	0.1-1 мкг/кг/мин	1 -4мкг/мин	Альфа-адреностимулятор ЮУС ва ПТУҚни оширади.	Артериал гипотония (ПТУҚ кам бўлганда)	Қоринчалар аритмияси Гиповолемия, Гипотония
Изопреналин	0.1-1 мкг/кг/мин	1 нмкг/мин	Бета-адреностимулятор ЮУС ва миокард қисқарувчанлигини оширади ва томирлар тонусини пасайтиради.	Бродикардия миокард қисқарувчанлиги пасайганда	Қоринчалар аритмия гиповолемия - артериал гипотония
Дофамин	0.1-1 мкг/кг/мин	1 нмкг/мин	Дофамин рецепторларнинг стимулятори коронар ва буйрак ва бошқа органларда қон оқишни кўпайтиради	Периферик перфузия бузилишида буйракда қон айланишни оширишга ҳаракат қилмаганда	
	5-15 мкг/кг/мин	5-15 мкг/кг/мин	Бета-адреностимулятор миокард	Брадикардия миокард қисқарувчанлиги	Қоринчалар аритмияси

			қисқарувчанлигини ва ЮУСни оширади	ни ва ЮУСни оширади	
	15-20 мкг/кг/мин	15-20 мкг/кг/мин	Альфа – ва бета- адреностимулятор ПТУҚ ва миокард қисқарувчанлигини оширади.	Артериал гипотония брадикардия миокард қисқарувчанли ги камайтиради	Қоринчалар аритмияси, тож томир ва буйракларда қон айланишини камайтиради
Добутам ин	1-20 мкг/кг/мин	1-20 мкг/кг/мин	Дофаминга ўхшаш, дофаминрецепторл арни стимуляция қилмайди кам альфа-адренергик фаолликка эга ва ЮУС ҳам таъсир қилади.	Миокард қисқарувчанли кни пасайтиради.	Қоринчалар аритмияси.

б) миокардит, юрак томпанадаси, метаболик бузилишлар, аритмиялар истисно қилинади.

в) қоринчалар фаолияти баҳоланади (ЭхоКГ ёрдамида)

г) СванҒ-Ганс катетри қўйилади.

3. Шок аниқланади ва сабаби бартараф қилинади

Қон кетиш

Қон кетиш таснифи:

- Ташқи
- Ички қон кетиш фарқланади.

Ички қон кетиш белгиларини текшириш:

- Билак-панжа бўғимида
- Чов соҳасида
- Тепа соҳасида
- Қўлтиқ ости чуқурчасида

Белгилари:

- Бемор ахволини ёмонлашиши томонига йўналган

- Жароҳат соҳасидан пастда пульс сусайган ёки йўқолган
- Жароҳат соҳасидан пастда тери ранги ўзгарган
- Жароҳат соҳасидан пастда ҳаракат пасайган
- Жароҳат соҳасидан пастда сезувчанлик бузилган
- Жароҳат қисмидан пастда мушаклар контрактураси (тўқималар ишемияси).

Қон кетиш турлари

- Артериал
- Веноз
- Кўп жароҳатлашга аралаш қон кетиш хос.

Артериал қон кетиш

Артериялар- юракдан аъзоларга қон олиб боровчи томир ҳисобланади. Йирик артериялар жароҳати ҳаёт учун ўта хавфли ҳисобланади.

- Сон, елка, уйқу артерияларнинг жароҳатланиши, бу ҳолларда бир неча дақиқада ўлим содир бўлиши мумкин

Артериал қон кетиш белгилари

- Артериал қон оч қизил рангда «фонтансимон»
- Қон пульсацияси пульс частотасига мос келади

Веноз қон кетиш белгилари

- Қон секин ва бир маромда оқади
- Қон тўқ рангда бўлади

Қон тўхтатиш усуллари

Жароҳатни босиб туриш.

- Қаттиқ боғлам ва қаттиқ тампонлаш
- жароҳатга салфетка қўйиш ёки босиш орқали қонни тўхтатиш. Бунинг натижасида жароҳатланган томир орқали қон кетиши тўхтатилади, жароҳатланган томир деворини тромбоцитлар билан беркитилиши таъминланади. Имкон бўлса, босувчи



боғламни стерил боғловчи материалдан фойдаланилган (ёки тоза мато) ҳолда амалга оширган маъкул (боиб туриш кўз ва бош мия жароҳатларида қўлланилмайди).

Оёқ-қўлларни босиб туришни бир маромда ушлаб туриш учун қўшимча равишда шиналар ёки пневматик костюмлар қўлланилади. Босиб туришни қон тўхтагунча ёки шифохонага етиб боргунча амалга ошириш керак.

- Имобилизация (шиналаш)
- Ҳар қандай ҳаракат оёқ-қўлларда қон оқимни кучайтиради. Бундан тошқари томирлар жароҳатида қон ивиш жараёни бузилади.

Ҳаракатлар жароҳатланган томирни қўшимча жароҳатлаши мумкин.

Оёқ қўлларни шиналаш қон кетишини камайтиради. Бундай ҳолларда пневматик шиналар ёки бошқа шиналар ҳам ёрдам беради.

- Оёқни юқорига кўтариш

Интенсив веноз қон оқишни оёқ-қўлларни юрак соҳасидан юқорига кўтариш орқали камайтириш мумкин. Бу усул тўғридан- тўғри босиш билан самарали ҳисобланади.

- Артериялардан қон кетишда бармоқ билан босиш
- Оёқ-қўлларни валик ёрдамида максимал букиш
- Букилган соҳадаги артерияларни босиш.

Диққат:

Жароҳатга босувчи боғлам қўйиш қон тўхтатишни тўлиқ бартараф қилмайди. Агар битта артериядан озиқланадиган бир нечта жароҳатлар бўлса, локал босиш самара беради. Бунда артерия томири яқинида қандайдир каттик структура /суяк/ жойлашган деган тушунча асосида ёрдам кўрсатилади.

Намуналар:

- Бошнинг тери қоплами соҳасидан қон кетса энса соҳасига босилади, чунки бунда энса артерияси босилади.
- Елка артерияси, билак жароҳатларида елка суяги устига босилади.
- Сон артериясидан қон кетишида – оёқлар жароҳатланганда сон ва чаноқ суягига босиш лозим.

Муз (музли халта) оғриқсизлантириш учун қўлланилади

Диққат:

Совуқ /музли халта/ қўйишда шуни ёдда тутиш керакки, 40-45 дақиқадан кейин совуқ таъсири томирни дилатациясига (кенгайишга) олиб келади. Муз 30 дақиқадан кўп қўлланилмайди.

Жгут қўйиш. Жгут бошқа усуллар самара бермаганда қўйилади. Жгут қон томир ва нервларни жароҳатлаши мумкин.

Жгут бўш қўйилса фақат венани сиқиб қўйиб, янада қон оқиш интенСЎВигини кучайтириш мумкин. Жгутни ҳаёт учун хавфли ҳолатларда охириги восита сифатида қўллаш мумкин.

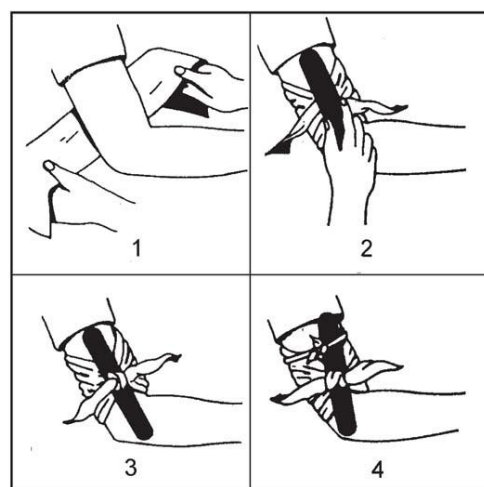
Жгут қўйишга кўрсатма: қон кетишини бошқа усулларда тўхтатишнинг иложи бўлмаса

- Позицион босиш синдроми (босиш 3 соатдан кўп, панжа ва товон учун 5 соатдан кўп)
- Оёқ қўлларнинг ҳаётга қодирсизлигида ва ампутациясида.
-

Жгут қўйиш тамойиллари

Диққат:

- ялонғоч танага жгут қўйиб бўлмади
- тери бурмасиз бўлиши керак (текис)
- майдон сочиқ ёки дока билан ўралади
- жгутни ўраш пастдан юқорига қараб амалга оширилади
- жгут четлари осилиб қолмаслиги керак
- 1чи ва 2 –чи ўрам зич боғланади
- кейингиси тортилмасдан боғланади
- жгут тўғри қўйилганлиги-бу қон тўхташи билан номоён бўлади
- кичкина қоғозга- қўйилган вақти, санаси, беморни исми ёзилади
- Бу қоидалар позицион босиш синдромида, оёқ-қўлларни ҳаётга лаёқатсизлигида қўлланилмайди.
- Ҳар 45 минутда жгут 3-5 минутга, қон айланишни тикланиши учун бўшатилади
- Ҳар бўшаштирилгандан сўнг яна бинтланади ва янги боғлам қўйилади
- Жгут қўйишнинг умумий вақти 2 соат



Бурундан қон кетиши

- Бурун қонаши жароҳат натижасида, қон ивиши бузилиши, гипертония ва бошқа касалликлар ёки кучли жисмоний зўриқиш натижасида келиб чиқади. Қайта қон кетишларда уни сабабини аниқлаш ва шифокорга мурожаат қилиш керак.

Бурундан қон кетганда ёрдам:

- Ўзини хавсизлигини таъминлаш

- Беморни тиззасига чўккалаб ўтказиш ва бошини пастта эгиш.
- Қон кетаётганда бурун катагига совуқ сувга ботирилган пахтали тампон қўйилади, бормоқ билан босилади, шу ҳолатда 5 дақиқа ушлаб турилади.
- Бурун соҳасига ҳўл латта бўлагини қўйиш мумкин.
- Беморларни горизонтал ҳолатда ва бошини орқага экган ҳолатда қўймаслик керак, чунки қон ошқозонга кетиб бемор қусиши мумкин.
- Агар қон тез ва кўп келаётган бўлса, тезда ШТЁ чақиритиш керак /тел.03/

Назорат саволлари

1. Шок тавсифи
2. Шок таснифи
3. Болаларда шок ривожланиш сабаблари
4. Болаларда шокнинг ўзига хос кечиши
5. Болаларда шокнинг турли даврлари
6. Госпитал босқичда боларда шокни баҳолаш тамойиллари
7. Қон кетиш таснифи
8. Ташқи қон кетишда шошилинич ёрдам ва диагностика
9. Ички қон кетишда шошилинич ёрдам ва диагностика.

БОЛА ҲАЁТИГА ХАВФ СОЛУВЧИ ЮРАК АРИТМИЯЛАРИ

Болаларда турли аритмиялар учраши мумкин, лекин улардан фақат баъзилари шошилинич тиббий аралашувни тақазо этади. Бу турдаги аритмиялар импульс ҳосил бўлиши ёки ўтказилишининг бузилиши ҳисобига келиб чиқади.

- **Экстрасистолия ва тахиаритмиялар** автоматизм кучайиши, қўзғалишнинг қайта кириши ёки триггер фаоллик ҳисобига импульс ҳосил бўлишининг бузилишидан келиб чиқади.
- **Брадиаритмиялар** автоматизм сўниши ёки импульс блокадасида юзага келади.

Аритмиялар юрак касалликлари, метаболик бузилишлар ёки орттирилган тизимли касалликлар белгиси сифатида намоён бўлиши мумкин.

Шошилинч ҳолат сабаби турлича бўлиб, уларга хос ритм бузилиши гемодинамик бузилишларга олиб келиши мумкин. Шунинг учун ритмни аниқлаш ва унинг бузилишларини бартараф этишга асосланган шошилинч ёрдам устунроқ ҳисобланади.

Юқорида санаб ўтилган тамойилларга асосланган шошилинч ёрдам кўрсатиш умумий алгоритми қуйидаги кетма-кетликда амалга оширилади:

Бирламчи ABCD баҳолаш («С» қадамда – беморни кардиомониторга улаш)

Иккиламчи ABCD баҳолаш («С» қадамда – ритмни қайта баҳолаш ва беморни гемодинамик стабиллигини баҳолаш, «D» қадамда дефибрилляция, кардиоверсия, антиаритмик дори воситаларини қўллаш ёки инфузия ўтказилади).

Анамнез ва физикал кўрувга асосланган ҳолда сабабларини аниқлаш.

Шошилинч ёрдамга муҳтож аритмиялар 3 гуруҳга бўлинади:

- Летал аритмиялар
- Турғун ва нотурғун тахиаритмиялар
- Кардио-респиратор белгилар билан кечувчи брадиаритмиялар

Летал аритмиялар

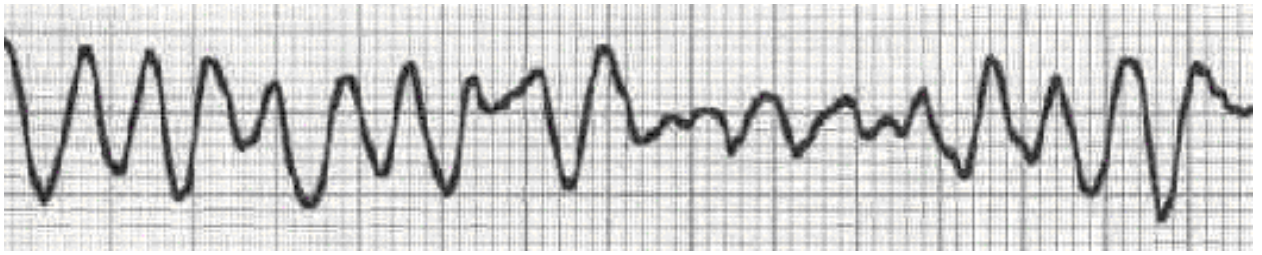
Бу ритм гуруҳлари клиник ўлим билан кечади. Агар бирламчи ABCD баҳолашда вербал-тактил таъсирга жавоб бўлмаса, апноэ аниқланса, марказий артерияда пульс аниқланмаса, нафас йўллари ўтказувчанлиги тиклангандан сўнг ўпка сунъий вентилляцияси, юрак билвосита массажи бошланади ва кардиомониторга уланади.

Ритм аниқлангандан сўнг қолган реанимацион чора-тадбирлар ўтказилинади. Клиник ўлимда кардиомониторда қуйидаги ритмларни аниқлаш мумкин:

- Қоринчалар фибрилляцияси
- Қоринчалар тахикардияси
- Электромеханик диссоциация (ЭМД)
- Асистолия

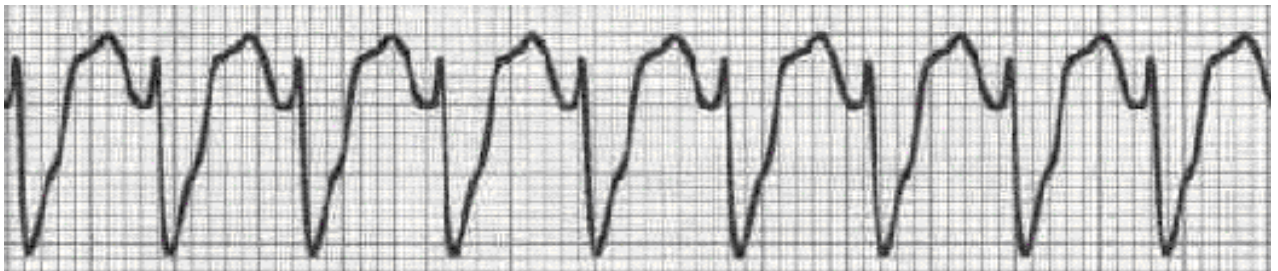
Қоринчалар фибрилляцияси

Қоринчалар фибрилляцияси бир-бирига ўхшамаган хаотик импульслар билан характерланувчи ритм. Юрак қоринчалари миофибриллалари бир-бирига боғлиқ бўлмаган ҳолда қисқаради. Бундай ҳолат юрак қисқаришини бузилишига ва қон айланишининг тўхташига олиб келади.



Қоринчалар тахикардияси фақат кенг QRS комплекси билан характерланувчи ритм. Бунда «Р» тишча бўлмайди. Ритм частотаси тахикардияни кўрсатади. Агар нисбий тахикардия бўлса, QRS комплекс шакли ғаройиб кўринишга эга бўлади.

Секинлашган қоринчалар тахикардияси



Жадаллашган қоринчалар тахикардияси



Полиморф қоринчалар тахикардияси «R» тишча йўналиши даврий ўзгариши билан характерланувчи ритм. Бу ритм кўпинча гипомагниемияда намоён бўлади.

Полиморф қоринчалар тахикардияси (пируэт ёки торсада)



Қоринчалар фибрилляцияси ва пульссиз қоринчалар тахикардиясида бир хил даво олиб борилади. Шунинг учун бу ритм аниқланганда ягона ёрдам баённомаси қўлланилади:

1. ABCD баҳолаш, кардиомониторга улаш
2. Юрак-ўпка реанимацияси

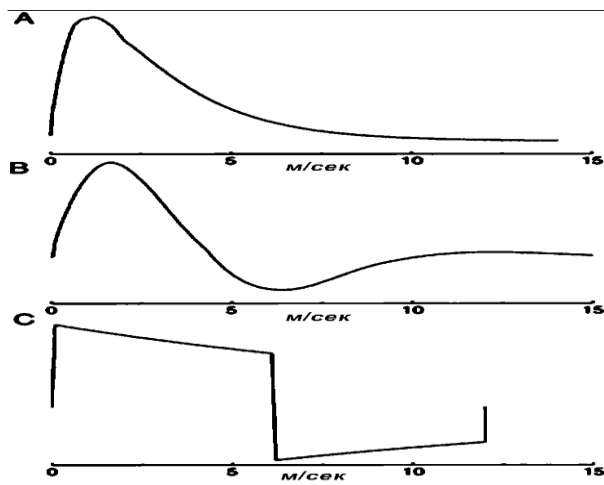
3. Дефибрилляция 2 Дж/кг*
4. Дефибрилляция, 2-4 Дж/кг
5. Дефибрилляция, 4 Дж/кг
6. Юрак-ўпка реанимациясини давом эттириш
7. Маска орқали Амбу қопчасида вентиляция ноадекват бўлганда ёки узок транспортировка мўлжалланса– трахея интубацияси.
8. Вена ичига йўл очиш
9. Вена ичига ёки суяк ичига (В/И йўл бўлмаса) секин физиологик эритма юбориш
10. Адреналин:
 - В/И – С/И: 0, 1 мл/кг (1:10 000), ҳар 3-5 мин да такрорлаш
 - ЭТТ га 0, 1 мл/кг (1:1 000) 3 мл физиологик эритма билан
11. Дефибрилляция, 4 Дж/кг ҳар дори юборгандан 30-60 секунд** ўтгач
12. Антиаритмиклар:
 - Амiodарон, 5 мг/кг болюс В/И-С/И ёки
 - Лидокаин, 1.0 мг/кг В/И-С/И (ҳар 3-5 мин да) ёки
 - Магний сульфат, 25-50 мг/кг – торсада аниқланса
13. Юрак-ўпка реанимацияси 30 – 60 секунд давомида
14. 4 Дж/кг миқдорда дефибрилляция билан антиаритмикларни галма-галдан қўллаш 30 – 60 секунд давомида ҳар дори юборгандан сўнг ўпка-юрак реанимациясини ўтказиш
15. Сабабларини аниқлаш (Г ва Т)

* Дефибрилляция миқдорини кетма-кет оширишдан мақсад разряднинг шундай энергиясига эришиш керакки, у кўкрак қафасидан ўтиб, юраккача етиб бориши даркор. Замонавий дефибрилляторларга ўрнатилган импедансметр ёрдамида у кўкрак қафаси қалинлигини ўзи аниқлаб, керакли разряд энергиясини ҳисоблаб кўрсатади. Автоматик ташқи дефибриллятор фақат битта разряд ўтказади. Уни дори юборгандан сўнг такрорлаш мумкин.

**Ҳар дори юборгандан сўнг юрак-ўпка реанимациясига ажратилган вақтдан (30 – 60 секунд) мақсад дори воситасини юрак мускулигача етиб бориши ва таъсирини кўрсатишига имкон яратишдир. Тирсак венаси орқали дори юборгандан сўнг юраккача етиб боришини тезлаштириш мақсадида қўлни юқорига кўтариш даркор.



Дефибрилляцияда қандай янгилик бор? Ўзгача фазали шаклда разряд берувчи янги дефибрилляторлар ишлаб чиқарилди.



Дефибрилляторларнинг эски авлоди монофазали разряд бажарар эди (А). Янги авлод бифазали разряд беради. «В» фаза шакли (С) фаза шаклига нисбатан яхшироқ натижа беради.

Электромеханик диссоциация (ЭМД)

Электромеханик диссоциация - бу (ЭМД)

клиник ўлимнинг бир шакли бўлиб, бунда беморда марказий пульс аниқланмай, кардиомониторда ритм аниқланади (қоринчалар тахикардияси, қоринчалар фибрилляциясидан ташқари). Яъни электр активлик мавжуд, механик активлик йўқ.

ЭМД энг кўп учрайдиган сабаблари:

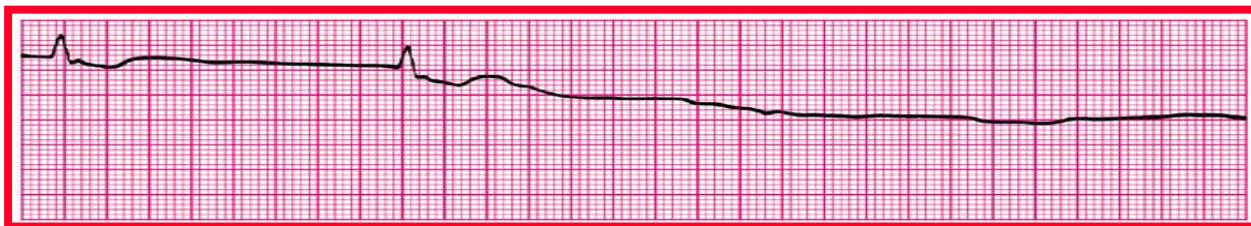
- Гиповолемия
- Юрак тампонадаси
- Пневмоторакс
- Гиперкалиемия
- Метаболик ацидоз

ЭМД аниқлангандан сўнг трахея интубациясини амалга ошириш зарур (агар узок транспортировка мўлжалланса ёки ниқоб орқали Амбу қопчасида вентиляция ноадекват бўлса), венага йўл очиш ва юқорида айтиб ўтилган миқдорда адреналин юбориш (вена ичига ёки эндотрахеал). Адреналин зарур бўлса, ҳар 3 – 5 минутда таъсири кузатилгунча қайта юборилади.

Болаларда клиник ўлим ҳолатида атропин қўллаш яшаб қолиш имкониятини пасайтиради, шунинг учун уларда катталарга нисбатан ушбу ҳолатларда бу дори қўлланилмайди.

Асистолия

Асистолия кардиомониторда электрик активлик белгиларисиз ритм ҳисобланади («ясси чизик»). Юрак асистолик тўхташида ижобий реанимация жуда кам ҳолларда учрайди. Асистолияли беморларнинг кўп қисми тирик қолмайди. Бу ритм кўпинча биологик ўлимдан далолат беради.



Болаларда асистолияда шошилиш ёрдам ЭМДга ўхшаш амалга оширилади. Аммо ҳисобга олиш зарур бўлган баъзи жихатлари мавжуд. Асистолия кам ҳолларда клиник ўлимнинг бирламчи ритми ҳисобланади. Бу кўпинча муваффақиятсиз реанимация натижаси ҳисобланади. Шунинг учун апоноэ ва қон айланишининг тўхташи узок вақт давом этганда ацидоз ривожланади. Клиник ўлимнинг биринчи минутларида ацидоз кўпинча респиратор-аноксия билан боғлиқ бўлиб, у адекват вентилициядан сўнг йўқолади. Жонлантиришнинг 20-дақиқаларида эса, периферик қон айланишининг бузилиши ҳисобига метаболик ацидоз ривожланади. Юрак массажи самарали периферик қон айланишни таъминлай олмайди. Шунинг учун асистолияда жонлантиришнинг 20-минутларида натрий бикарбонат инфузиясини 1 мэкв/кг миқдорда (7, 5 % эритма 1 мл/кг ёки 2 мл/кг 4 % эритма) бошлаш тавсия этилади. Агар метоболик ацидоз жонлантиришнинг 20 дақиқасигача лаборатор таҳлилларда тасдиқланган бўлса, инфузияни эртароқ бошлаш керак.

Асистолияда шошилиш ёрдамда иккинчи жихати самарасиз реанимацион чоратадбирларни тўхтатиш масаласини кўриб чиқиш. Реанимацияни тўхтатишда қуйидаги мезонларга риоя қилиш тавсия этилади:

- Шошилиш ёрдамнинг асосий босқичи (ABC реанимация) тез тиббий ёрдам келгунича ўтказилиши лозим.
- Шошилиш ёрдамнинг малакали босқичи ходиса рўй берган жойда бошланиб, транспортировка вақтида давом эттирилиши лозим.
- Қабулхона бўлимида асистолияни тасдиқланган вақтидан бошлаб белгилаб қўйилади.
- Дори воситаларини (адреналин) 3 маротаба қўллагандан сўнг таъсири бўлмаса, реанимацияни тўхтатиш мумкин.
- Асистолия тасдиқланган вақтдан 30 дақиқа ўтгач реанимацияни тўхтатиш мумкин.
- Адреналин максимал дозасига етгандан сўнг (10- инъекция) реанимация тўхтатилади.

Асистолияда тери орқали электростимуляцияни қўллаш (ТОЭС)

- ТОЭС– қисқа вақтда амалга ошириладиган муолажа бўлиб, бемор кўкрак қафаси олдинги ва орқа соҳасига катта стимулловчи электрод ўрнатилади. ТОЭС кўкрак қафаси мускуллари ва тери орқали юракни стимуллайди. Юрак қисқариб, зарб ҳажми ортади.
- Стимуляция вақтида ЮЎРни давом эттириш зарур. Стимуляция таъсирида пульс пайдо бўлса, юрак массажи тўхтатилади.
- ТОЭС қўллашдан қатъий назар дори воситаларини (адреналин) қўллаш давом эттирилади.
- Стимуляторда артефактни инкор қилиш учун вақти-вақти билан стимулятор ўчириб турилади ва ЭКГ текширилади.
- ЭКГ да «Р» тишча, QRS комплекси каби умид боғловчи белгилар пайдо бўлишига эътибор бериледи.

Клиник ўлимнинг турли келтириб чиқарган сабабларини аниқлаб, уни имкони борича бартараф этиш зарур. Энг кўп учрайдиган сабабларни 10 гуруҳга ажратилган. Бу 5 «Г» ва 5 «Т» қоидасини тузиш имконини берди, яъни «Г» ва «Т» ҳарфидан бошланувчи сабаблар гуруҳи.

«Г» ҳарфи билан бошланувчи сабаблар

- Гипоксия – АВ қадамда ёрдамда бартараф этилади. Кислород сатурацияси ва қондаги газ таркиби гипоксияни аниқлашда ёрдам беради.
- Гипо- ва гиперэлектролитемия – лаборатор тасдиқлаш зарур (калий ва кальций миқдорини ўзгаришини баъзан ЭКГ белгиларга қараб аниқлаш мумкин)
- Гипотермия/Гипертермия – ректал температурани ўлчаш зарур
- Гипогликемия/Гипергликемия – қондаги глюкозани аниқлаш зарур (глюкозани эмпирик юбориш мумкин)
- Гиповолемия (кристаллоидлар болюс инфузиясини эмпирик ўтказиш мумкин)

«Т» ҳарфи билан бошланувчи сабаблар

- Жароҳат– анамнез ва физикал текширув аниқлашда ёрдам беради
- Юрак тампонадаси – ташҳисий мезонлари мавжуд
- Тромбозлар (коронар, ўпка, мия томирлари)

- Токсинлар ва таблеткалар (заҳарланиш ва дори воситасини кўп миқдорда қўллаш) – (налоксонни эмпирик юбориш мумкин)
- Таранглашган (tension) пневмоторакс – интубация вақтида инкор қилиниши зарур (агар муолажа тўғри бажарилган бўлса).

Турғун ва нотурғун тахиаритмиялар

Бирламчи ABCD баҳолашнинг «С» қадамида марказий артерияда пульс бўлса, ва кардиомониторда ритм аниқланса, иккиламчи ABCD баҳолашда гемодинамик турғунлик аниқланади. Гемодинамик турғунлик мезонлари:

- Хуш даражасининг пасайиши
- Ноадекват нафас
- АБ пасайиши (эрта ёшдаги болаларда капилляр тест 2 секунддан ортиқ)
- Катта ёшдаги болаларда – юрак соҳасида типик оғриқлар (висцерал, тўш ортида)

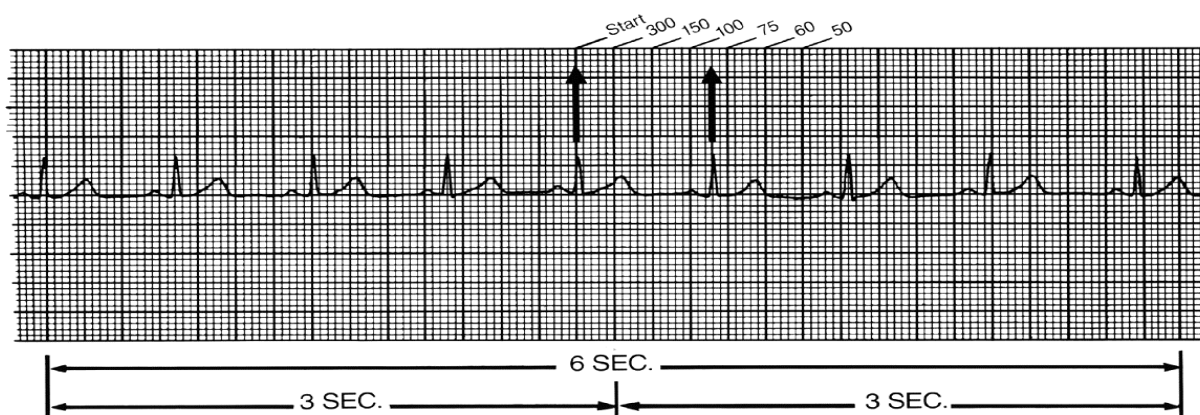
Агар юқоридаги мезонларнинг лоақал биттаси аниқланса, бемор ҳолати нотурғун деб баҳоланади. Бу даво чораларини тўғри танлашда муҳим аҳамиятга эга.

Ритм таҳлилида қуйидаги қўрсаткичларни аниқлаш зарур:

- Ритм сони
- «Р» тишчанинг мавжудлиги
- RR интервалнинг регуляриги
- QRS комплекс кенглиги
- «Р» тишчанинг QRS комплекс билан боғлиқлиги (ҳар бир «Р» тишчадан сўнг QRS комплекс мавжудлиги)

Ритм сонини зудлик билан RR интервалга қараб аниқлаш мумкин (R тишчанинг катта каттак миқдори).

Регулярлик ва сонини аниқлаш



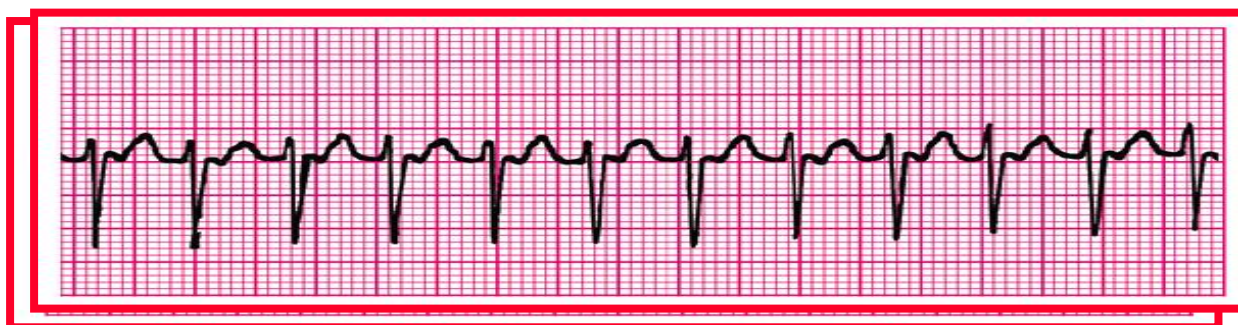
Алоҳида тахикардиялар

Синусли тахикардия — юқори ҳарорат, стресс, дегидратация ёки анемияга физиологик реакция; баъзан, ЮУС жуда юқори бўлганда уни аритмиянинг бошқа турига адаштириш мумкин.

ЭКГ. Нормал Р тишча ҳар QRS комплексига мос келади; ритм тўғри ЮУС бир оз ўзгарган.

Даволаш тахикардия сабабини бартараф этишга қаратилган.

Суправентрикуляр тахикардия



- Болаларда миокардиодистрофия, юрак нуқсони, Кишша токсикози фониди юзага келиши мумкин.
- Механизмининг асосида синоаурикуляр тугунга сигналлар бир қисмининг тескари йўналишда қайтиши (re entry) ётади.
- QRS комплекси ўзгармаган (тор)
- Вегетатив дисфункциялар: тана қалтираши, терлаш, паст солиштирма оғирликка эга пешоб билан пешоб ажралишининг тезлашиши, ичак перисталтикасини кучайиши. Юрак қисқаришлари тезлашган, кучли товушли ритмик тонлар эшитилади.
- Кўкрак ёшдаги болаларда юрак уриш сони 220 дан ортиқ.
- Катта ёшдаги болаларда юрак уриш сони 180 дан ортиқ.
- Бир ёшгача бўлган болаларда кўп учрайдиган аритмия.

Гемодинамик турғун суправентрикуляр тахикардияда шошинч ёрдам

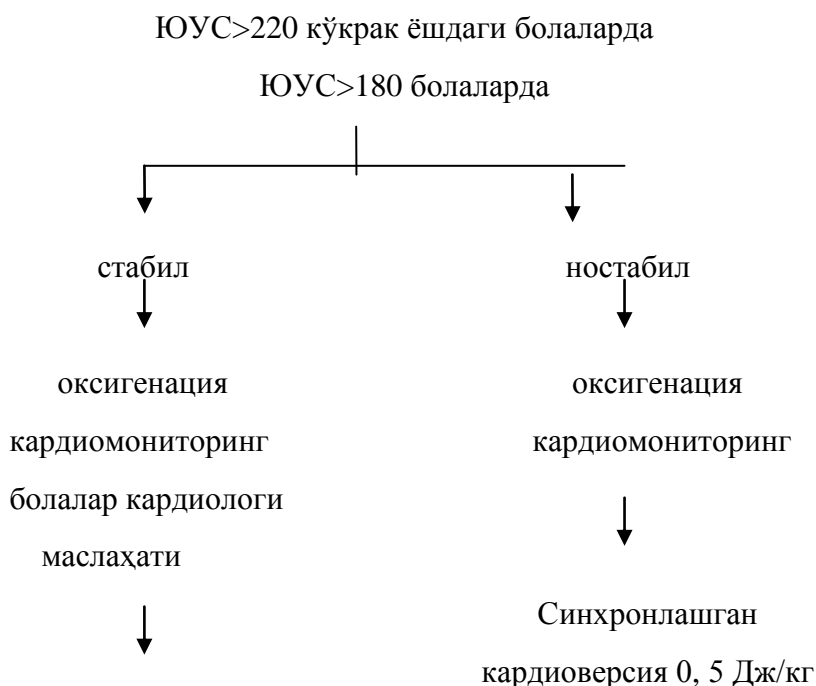
- Юқори оқимда кислород ингаляцияси
- Кардиомониторинг ва болалар кардиологи маслаҳати
- Вагус синамасини ўтказиш (пастга қаранг) – 30 % ҳолларда самарали. Ҳар янги хуружда самараси пасаяди.

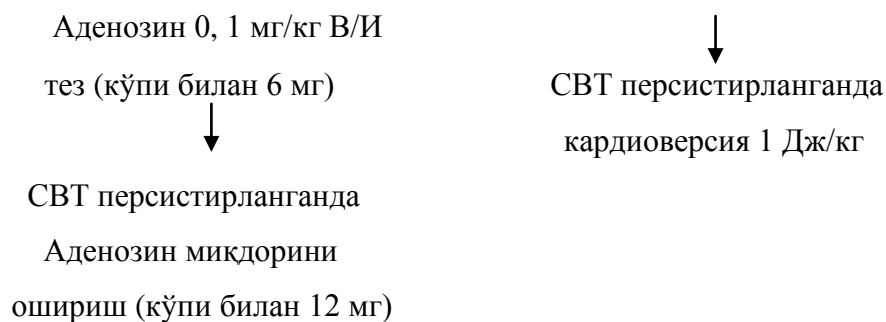
- Агар вагус синамаси самарадор бўлмаса, аденозин 0,1 мг/кг миқдорда вена ичига тез юборилиб, катетерни физиологик эритма билан ювилади. Агар тахикардия бартараф қилинмаган бўлса, аденозин миқдорини икки баробар ошириб, 2-маротаба юбориш мумкин.
- Верапамил СВТ да катталарда қўлланиши мумкин, лекин уни 1 ёшгача бўлган беморларда қўллаш мумкин эмас.

Гемодинамик нотурғун суправентрикуляр тахикардияда шошинч ёрдам

- ABC ёрдам
- Агар бола комада бўлмаса – дори ёрдамида ухлатиш (кардиоверсияга тайёргарлик) АҚБ кўрсаткиларига қараб. Агар АҚБ 70 дан юқори бўлса, (капилляр синама 2 секунддан кам) – бензодиазепенларни қўллаш мумкин (диазепам, мидозалам, лоразепам, охириги дори воситаси фақат 12 ёшдан катта болаларда қўлланилади). Агар АҚБ 70 дан паст бўлса, (капилляр синама 2 секунддан кўп) – гипотензив таъсирга эга дори воситасини қўллаш мумкин эмас. Бундай ҳолларда натрий оксибутират, этамидат қўлланилади.
- Зудлик билан синхронлашган кардиоверсия ўтказилади (пастга қаранг). Дастлабки миқдори - 0,5 Дж/кг. Самарасиз бўлса, миқдори қуйидаги кетма-кетликда ошириб борилади 1 Дж/кг, 2 Дж/кг, 3 Дж/кг, 4 Дж/кг.
- Сабаблари аниқланиб, имкони борича уларни бартараф этилади (5 «Г» и 5 «Т»).
- Бола зудлик билан госпитализация қилинади.

Тахикардияда шошинч ёрдам алгоритми





Вагал стимуляция ўтказиш

- 1 ёшдан кичик болаларда юзга муз халтачаси қўйилади.
- 1 ёшдан катта болаларга Вальсальва усули ўтказилади, бола чуқур нафас олиб, оғиз ва бурнини беркитган ҳолда, нафас чиқаришга максимал ҳаракат қилади, бунда қорин мушакларини таранглаштириши лозим. Ёки уйқу артериясини бир томонлама массажи - бу усулни қўллаганда бемор горизонтал, боши ёнга бироз букилган ҳолатда бўлади. Уйқу артерияси пастки жағ бурчаги остида қалқонсимон тоғай юқори чегараси даражасида тўш-ўмров-сўрғичсимон мускулнинг олдида аниқланади. Чап қўлнинг иккита бармоғи билан орқага ва ўртага, умуртқа поғонасига йўналган ҳолда 10-20 сек давомида массаж қилинади. Аввал ўнг артерия босилади, самара бермаса, чап томон босилади. Синусли ритм тиклангандан сўнг уйқу артериясини босиш зудлик билан тўхтатилади, чунки қоринчалар асистолияси юзага келиши мумкин.

Кардиоверсия муолажаси

1. Монитор электродлари беморга уланади.
2. Агар дефибрилляторнинг ёпиштирувчи электроди қўлланмаётган бўлса, электродга ўтказувчи материал қўйилади.
3. Дефибриллятор ёкилади
4. “sync” тугмасини ёқиб синхронизация режимига ўтилади.
5. Монитор экранида синхронизация сигнали аниқланади (“R” тишчасига тўғри келувчи юлдузча пайдо бўлади).
6. Энергия режими танланади.
7. Электродлар ўрнатилади ва босим давом эттирилади (зарурият бўлса). Мануал дефибрилляторлар 11 кг куч сарф этишни талаб этади.
8. Дефибриллятор зарядланади.

9. Атрофдагилар огоҳлантирилади (бемор ва кроватга тегинмаслик зарур)
10. Иккала тугмага босилади.
11. Беморнинг пульси ва юрак ритми аниқланади.
12. Самара бермаса – кардиоверсияни кейинги энергия даражаси ёки антиаритмик даво давом эттирилади.

Қорничалар тахикардияси

Миокардит, юрак туғма ва орттирилган нуқсонларида ёки юракдаги тизимли касалликлар ҳисобига иккиламчи ривожланади. Бу нуқсон узайган QT синдроми, гипоксемия, ацидоз, электролит балансининг бузилиши, дори воситаларини токсик таъсири ёки юрак гликозидларининг миқдори ортиб кетганида, юракдаги операциялар, жумладан, уни камераларини катетеризациясида ва коронарографияда юзага келади.

Клиник белгилари

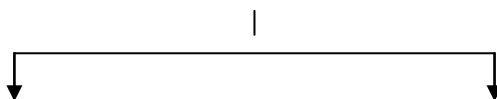
- Безовталиқ, кўрқув
- Баъзан бош айланиши юзага келиб у синкопал ҳолат билан тугаши мумкин.
- Юрак тонлари сусайган, биринчи тонни турлича жаранглаши.
- Кардиомониторда– кенг комплексли тахикардия (юқорига қаранг)

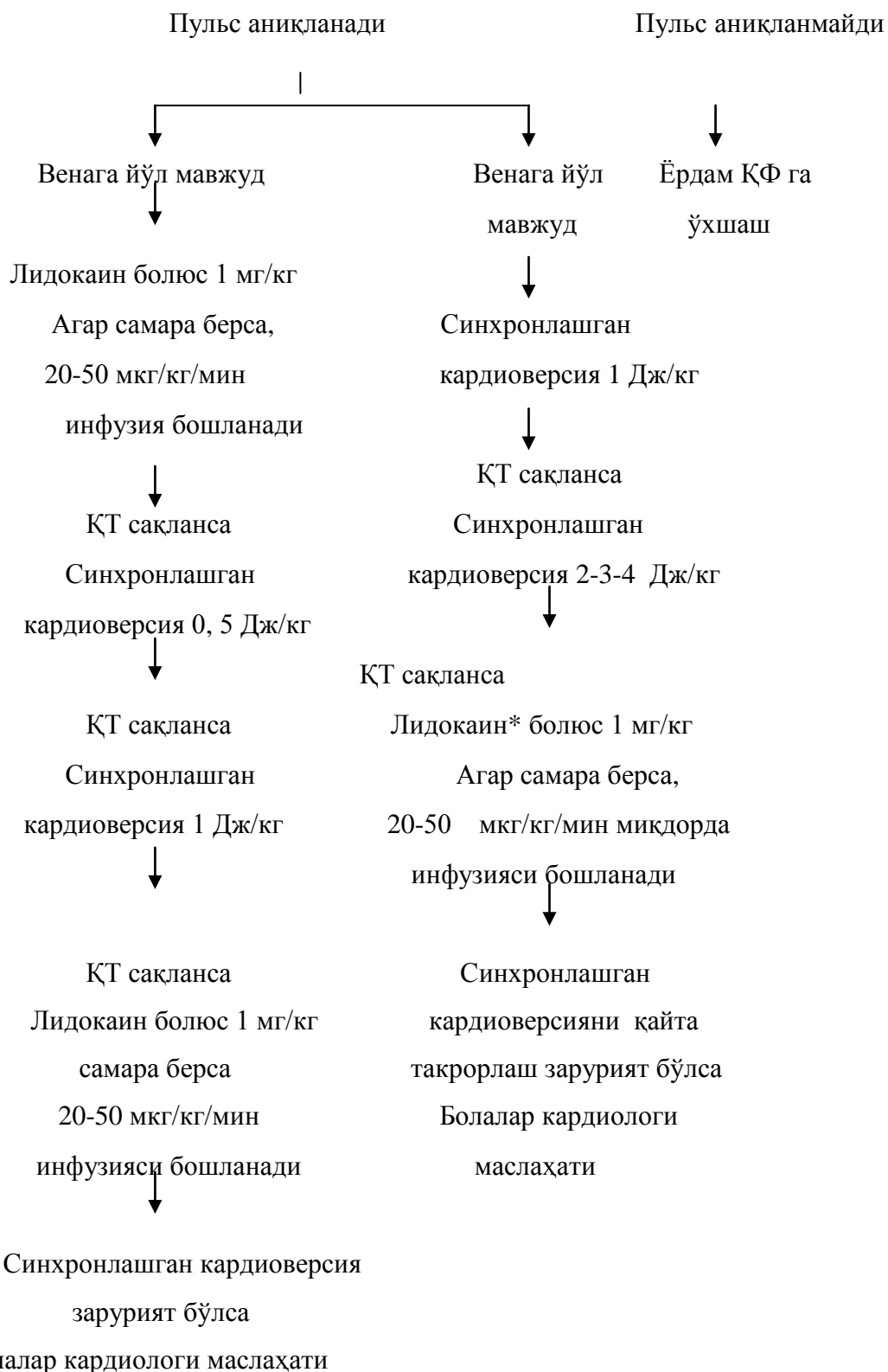
Шошилиқ ёрдам– гемодинамик турғунликни аниқлаш зарур (юқорига қаранг)

- Нотурғун ҳолатда кардиоверсия ўтказиш зарур, лекин бошланғич миқдори 1 Дж/кг ни ташкил этади.
- Турғун ҳолатда 1 мг/кг миқдорда лидокаин болуос юборилади, кейинчалиқ давомли инфузияга 20 - 50 мкг/кг/мин ўтказилади.
- Сабабларини аниқлаш ва бартараф этиш (5 «Г» ва 5 «Т»)

Болаларда ҚТ да шошилиқ ёрдам алгоритми

Кардиомониторга улаш
 ЮУС ≥ 120 кенгайган QRS комплекси билан
 ($> 0,08$ секунд)
 Оксигенация ва ЎСВ
 ЭТИ





*ўрнига амиодарон 5 мг/кг миқдорда вена ичига 20-60 минут давомида қўллаш мумкин

Бўлмачалар фибрилляцияси

Болаларда жуда кам учрайди.

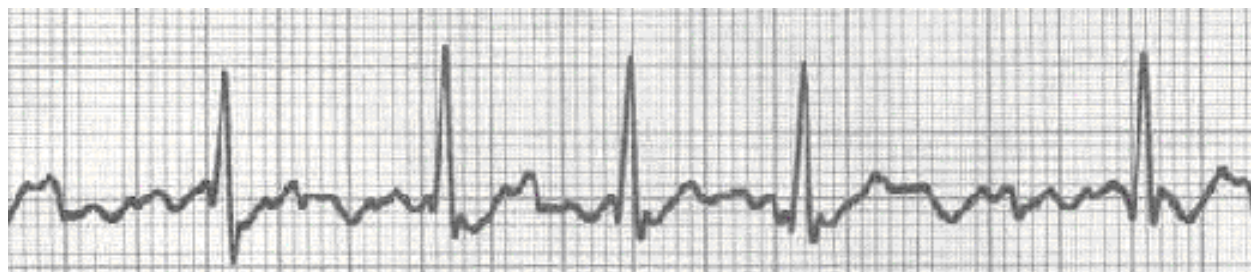
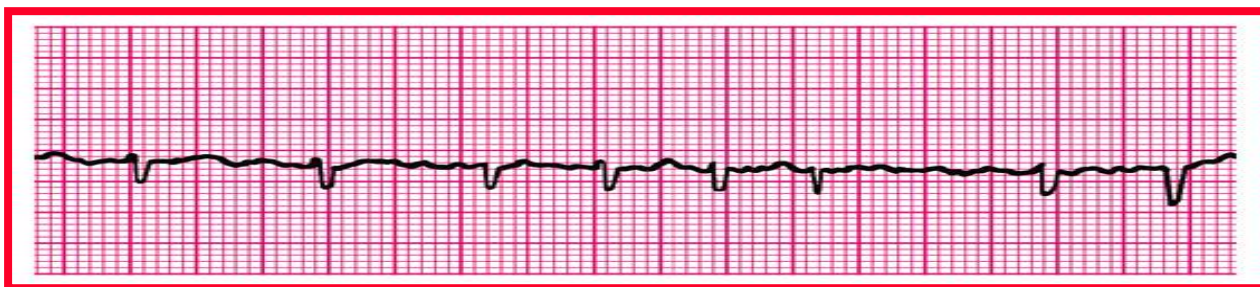
Сабablари:

- ревматик этиологияли миокардит
- митрал қопқоқ торайиши
- юракнинг баъзи туғма нуқсонлари (бўлмачалараро тўсиқ етишмовчилиги, қоринчалараро тўсиқ етишмовчилиги, уч табақали қопқоқ ривожланиш аномалияси)
- гипертрофик кардиомиопатия
- тиреотоксикоз
- WPW синдроми

Бўлмачалар фибрилляциясида улар қисқариш сони дақиқасига 350-360ни ташкил этади. Бунда қоринчалар қисқариши 2-3 мартаба кам бўлади. Юрак қисқариш сонига қараб мерцал аритмиянинг уч тури тафовут этилади: тахи-, бради- и нормоаритмик.

Тахиаритмик турида:

- Юрак соҳасида оғриқ
- Юрак уриб кетиши
- Умумий аҳволининг, уйқу, иштаҳанинг ёмонлашуви
- Аускультацияда систолик шовқин эшитилади
- Юрак тонлари тез-тез қисқаргани туфайли сусаяди
- Кўплаб қарсақсимон товушлар эшитилади. Тахиаритмия хуружи давомийлиги бир неча секунддан бир неча кунгача узайиши мумкин.
- Агар хуруж 2 ҳафтадан кўпроқ давом этса, у мерцал аритмиянинг доимий турига ўтганидан далолат беради.
- Кардиомониторда - нотўғри қоринчалар ритми билан нотўғри, юқори частотали, паст амплитудали бўлмачалар активлиги аниқланади. QRS комплекси оддий шаклда, аммо баъзида даврий аберрант комплекслар аниқланиши мумкин.



Шошинч ёрдам:

Агар мерцал аритмия узок вақт (2 кундан ортиқ) давом этса, ритмни қайта тиклашдан аввал бўлмачадаги лаҳталардан эмболия хавфини камайтириш учун антикоагулянтлар (3 ҳафтага), қўлланилади.

- Гемодинамик турғунликда кальций каналлари блокатори (верапамил, дилтиазем), бета-блокаторлар (сатолол, эсмолол, метапронолол) қўлланилади.
- Гемодинамик нотурғунликда кардиоверсия қилинади.

Бўлмачалар титраши, бўлмачалар фибрилляциясига ўхшаш болаларда кам учрайди. Клиник кўриниши ҳам бир хил. Кардиомониторда “арра тиши”га ўхшаш бўлмачалар тўлқини частотаси 250—350 дақиқасига; қоринчаларга импульсларни ўтиши (1:1, 2:1 ва б.). Бўлмачалар титрашида импульс ўтиши 2:1 нисбатда бўлганда уни аниқлашда қийинчилик туғилади, чунки ҳар иккинчи бўлмача тўлқини QRS комплекси устига тушади. Бўлмачалар титраши тўлқинлари II, III ва aVF йўналишида яхшироқ кўринади.



Шошинч ёрдам:

Бўлмачалар фибрилляциясига ўхшаш, лекин хуруж давомийлиги ҳисобга олинмайди.

Экстрасистолалар

Бўлмачалар экстрасистолалари баъзан соғлом болаларда тўсатдан аниқланади. Агар экстрасистолалар тез-тез учраса ёки клиник белгилар билан намоён бўлса, кардиомиопатия, тиреотоксикоз ёки импульс ўтишининг кўшимча йўллари мавжудлигини аниқлаш зарур.

Кардиомониторда - муддатдан илгари ўзгарган Р тишча, ундан сўнг нормал QRS комплекс келади; компенсатор пауза нотўлиқ.

Шошинч ёрдам - талаб этилмайди.

АВ-тугунли экстрасистолалар кам учрайди ва одатда ҳавфли эмас. Бўлмачалар экстрасистолиясидаги касалликлар инкор қилиниши зарур.

Кардиомониторда – муддатдан илгари нормал QRS комплекси, йўлдош Р тишча йўқ.

Шошинч ёрдам - талаб этилмайди.

Қоринчалар экстрасистолалари соғлом болаларда учраши мумкин, аммо юракнинг органик касалликлари белгиси сифатида намоён бўлиб ва баъзи ҳолатларда ҳавфли тахиаритмияларга ўтиши мумкин (ҳавфли қоринчалар экстрасистолалари). Кардиомониторда Р тишчасиз навбатдан илгари кенг деформацияланган QRS комплекси кетидан тўлиқ компенсатор пауза кузатилади. Қоринчалар экстрасистолияси аниқланган барча болаларга кардиолог маслаҳати тавсия этилади.

Ёмон сифатли қоринчалар экстрасистоласи белгилари:

- Экстрасистола тез-тез такрорланиши (дақиқасига 5 дан кўп)
- Политоп (мультифокал) экстрасистолалар (экстрасистоланинг R тишчаси турли томонларга йўналтирилган)
- Куплет экстрасистолалар
- «Т га R» феномени

Монофокал қоринчалар экстрасистолияси



Куплет политоп экстрасистола



«T га R» феномени



Шошилич ёрдам: Лидокаин 1 мг/кг миқдорда в/и га тез юборилади ва 10—50 мкг/кг/мин тезликдаги инфузиясига ўтилади.

Брадикардия

Брадикардия деб ЮУС ни ёшига мос меъёрдан 20% га камайиши тушунилади. Болаларда брадикардиянинг энг кўп учрайдиган сабаби— гипоксиядир. Катталардан фаркли равишда болалар кислород етишмаслигига пульс пасайиши билан жавоб беради. Шунинг учун нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш, адекват вентиляция ва оксигенация брадиаритмияни бартараф этади.

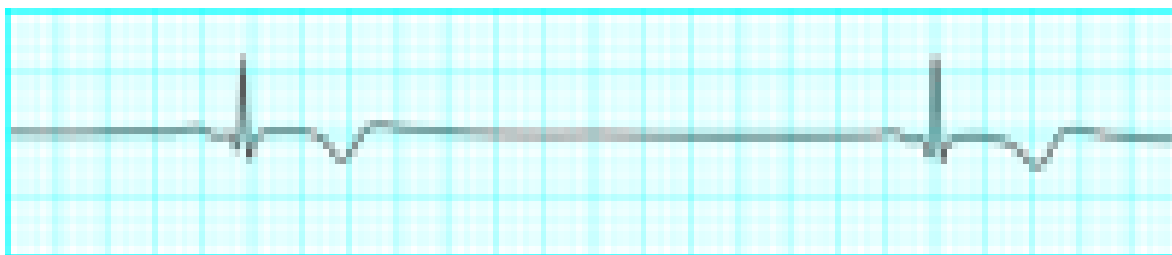
- 5 ёшдан катта болаларда юрак қисқаришлари сони— 60;
- 5 ёшгача — 80;
- 1 ёшгача болаларда — 100;
- 1 ҳафтагача бўлган болаларда — 95.

Синусли брадикардия кам ҳолларда юрак жароҳатланиши белгиси сифатида намоён бўлади, кўпинча у адашган нерв тонуси ортиши, гипоксия, марказий асаб тизими

касалликлари, гипотиреоз, гипотермия ва дори воситаларидан захарланиш ҳисобига келиб чиқиши мумкин. Соғлом ўсмир - спортчиларда брадикардия меъёр ҳисобланади.

Кардиомониторда - P тишча ва АВ-ўтказувчанлик нормал, ЮУС янги туғилган чақалоқларда дақиқасига 100 дан кам ва катта ёшдаги болаларда дақиқасига 60 дан кам. Ўриндош бўлмача ёки тугунли ритм бўлиши мумкин.

Синусли брадикардия



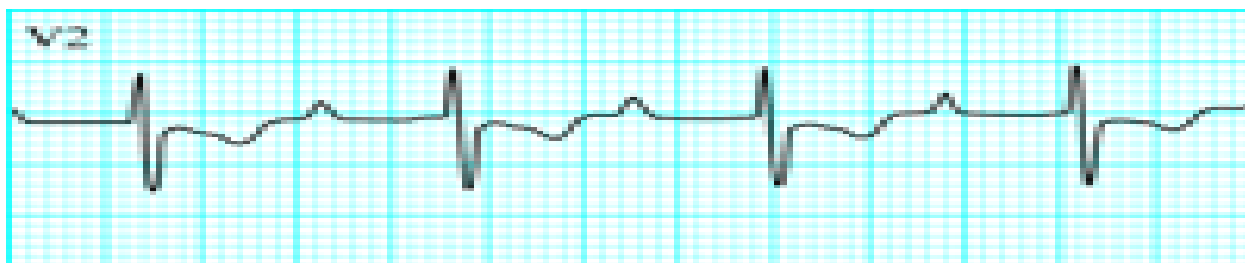
Шошинч ёрдам

Кардиореспиратор бузилишлар бўлмаса - талаб этилмайди. Зарур бўлса, атропин 0, 1 мг/кг в/и га юборилади. У адашган нерв тонусини пасайтириши ҳисобига ЮУСни оширади.

Ўтказувчанлик бузилиши ҳисобига келиб чиққан брадикардия

АВ-блокада 1-даражаси адашган нерв тонусини ортиши ҳисобига, юрак гликозидлари ва бета-адреноблокаторлар қўллаганда, юрак ўтказувчи тизими шикастланиши билан кечувчи яллиғланиш жараёнларида ва юрак туғма нуқсонларида (бўлмачалараро тўсик дефекти, АВ-канал, коррекцияланган магистрал артериялар транспозицияси) учрайди.

Кардиомониторда - PQ интервали узайган: кўкрак ёшдаги болаларда— 0, 15 с, катта ёшдаги болаларда— 0, 18 с, катталарда—0, 20 с дан юқори.



Шошинч ёрдам

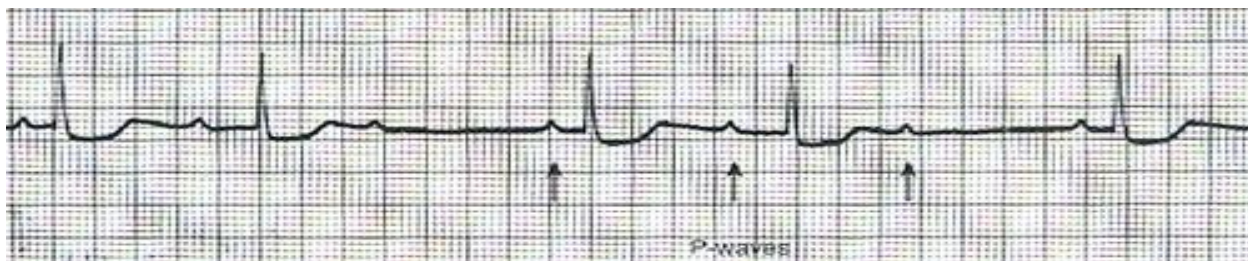
Кардиореспиратор бузилишлар бўлмаса – талаб этилмайди. Зарур бўлса, атропин 0, 01 мг/кг в/и га юборилади ва адашган нерв тонусини пасайиши ҳисобига ЮУСни оширади.

АВ-блокада 2-даражаси — бўлмачадан қоринчага импульс ўтишини даврий узилишидир.

ЭКГ

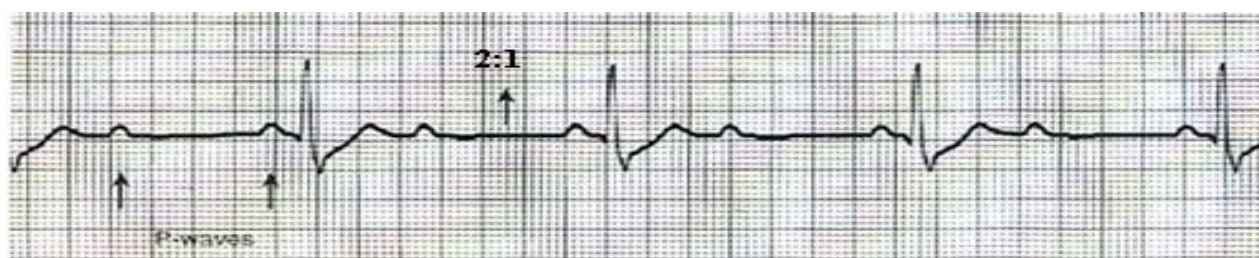
Тип Мобитц I PQ интервали аста-секин узайиб боради ва QRS комплекси тушиб қолиши билан яқунланувчи синусли ритм. Бунда RR интервали аста-секин қисқаради.

АВ-блокада 2-даражаси (1- тип)



Тип Мобитц II тўғри синусли ритм ва доимий PQ интервал фонида QRS комплексини тўсатдан тушиб қолиши характерли.

АВ-блокада 2-даражаси (2- тип)



Шошилинич ёрдам

АВ-блокаданинг 2-даражасида клиник белгилар намоён бўлмаса даво ўтказилмайди. Блокаданинг 3-даражаси ривожланиш эҳтимоли мавжудлиги туфайли ЭКГ мониторинги зарур.

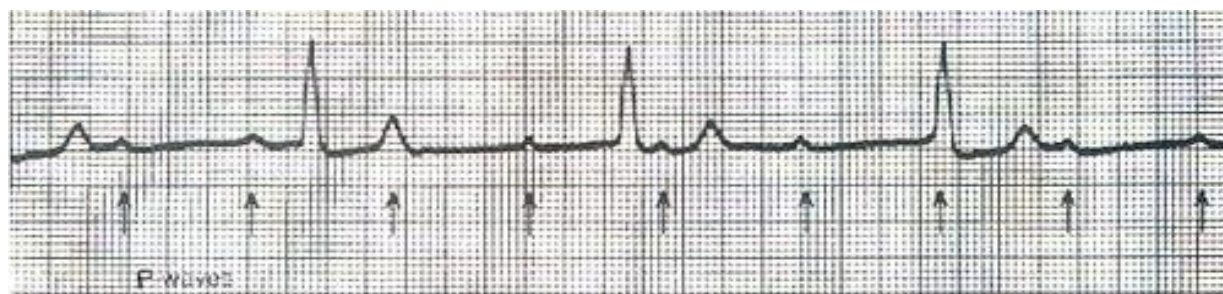
АВ-блокада 3-даражаси (тўлиқ АВ-блокада) болаларда туғма ёки орттирилган бўлиши мумкин; у яллиғланиш жараёни ёки юрак нуқсонлари туфайли келиб чиқиши мумкин (коррекцияланган магистрал артерия транспозицияси ёки АВ-канал). Кам ҳолларда тўлиқ АВ-блокада юракдаги операциядан кейин ривожланиши мумкин.

Ҳомила ёки янги туғилган чақалоқлардаги тўлиқ АВ-блокада- юрак туғма нуқсонидан ёки агар онасида коллагеноз касаллиги бўлса, (айниқса системали қизил югурик) яллиғланиш жараёнидан далолат беради. Бундай ҳолларда ЭхоКГ ва онасининг қон зардобида антинуклеар антителларни аниқлаш тавсия этилади.

Катта ёшдаги болаларда ҳам юрак нуқсони ва яллиғланиш жараёнларини, шу жумладан, эндокардит ва васкулитни инкор этиш зарур.

Кардиомониторда – нормал P тишча аниқланиб, уларнинг ритми секинлашган ўриндош ритмга боғлиқ эмас. Ўриндош ритм тугунли - тор QRS комплексли (AB тугун ёки Гисс—Пуркинье тизимининг проксимал қисми блокадаси ҳақида гумон қилиш мумкин) ва кенг QRS комплексли қоринчалар (идеовентрикуляр), (Гисс—Пуркинье тизимининг дистал қисми блокадаси) билан бўлиши мумкин. Унга «P» тишча манфий ёки бўлмаслиги характерли.

AB-блокада 3-даражаси



Идеовентрикуляр ритм



Тугунли ритм



Шошинч ёрдам

Болаларда адашган нервнинг юрак ритми бошқарувчисига кучсиз таъсир кўрсатгани туфайли уларда атропин кам самара беради. Адреналин вена ичига болуос юборилганда яхшироқ самара беради. Агар адреналин самарасиз бўлса, допамин билан инотроп даво ўтказилади.

Инотроп воситадан самара бўлмаса электрокардиостимулятор қўллаш масаласи ҳал қилинади.

Назорат саволлари:

1. Болаларда аритмияга олиб келувчи сабабларни санаб беринг.
2. Қоринчалар фибрилляцияси ва қоринчалар пульссиз тахикардиясида шошилинч ёрдам кетма-кетлигини айтиб беринг.
3. ЭМД ва асистолияда шошилинч ёрдам кетма-кетлигини айтиб беринг.
4. Реанимацион чора-тадбирларни тўхтатишга кўрсатмаларни санаб беринг.
5. Гемодинамик ностабиллик мезонларини айтиб беринг.
6. Кардиоверсия ўтказиш кетма-кетлигини санаб беринг.
7. Суправентрикуляр тахикардиянинг клиник ва кардиомонитордаги белгиларини, шошилинч ёрдам кетма-кетлигини айтиб беринг.
8. Қоринчалар тахикардияси пульс билан кузатилганда клиник белгилари, кардиомонитордаги белгилари, шошилинч ёрдам кетма-кетлигини айтиб беринг.
9. Бўлмачалар фибрилляциясида клиник белгилар, кардиомонитордаги белгилар, шошилинч ёрдам кетма-кетлигини айтиб беринг.
10. Бўлмачалар титрашида клиник белгилар, кардиомонитордаги белгилар, шошилинч ёрдам кетма-кетлигини айтиб беринг.
11. Ёмон сифатли қоринчалар экстрасистолиясида клиник белгилари, кардиомонитордаги белгилари, шошилинч ёрдам кетма-кетлигини айтиб беринг.
12. Брадиаритмияларда клиник белгилари, кардиомонитордаги белгилари, шошилинч ёрдам кетма-кетлигини айтиб беринг.

Аритмияда қўлланиладиган дори воситалари

Дори воситаси номи	Аритмия	Болалардаги миқдори	Катталардаги миқдори
Аденозин 1%	СВТ/ПСВТ	0, 1 мг/кг (макс. миқ-ри– 6 мг) қайта юб. миқ-ри Х2-0, 2 мг/кг (3- 6- 6)	<u>бош. миқ-ри</u> 6 мг <u>қайта юб. миқ-ри</u> 12 мг, 12 мг <u>макс. миқ-ри</u> 30 мг
Адреналин 0, 1%	Асистолия Брадикардияда инфузия кўринишида	0, 01 мг/кг 0, 6 мг х вазни (кг)+эр-ма 100 мл гача = 1мл/соат	<u>бош. миқ-ри</u> 1 мг қайта юб. ҳар 3-5 мин <u>макс. миқ-ри</u> 8-10 мг 1 мг + 250 мл = 15- 30 мл/соат (2- 10 мкг/мин)
Атропин 0, 1%	Брадикардия Асистолия ЭМД (агар Ps < 60 мин)	0.02 мг/кг	0, 5- 1 мг (макс.- 0, 04 мг/кг)
Дофамин 4%	Брадикардия	6 х вазни (кг) + 100 мл = 1мл/соат	200 мг + 250 мл эр-ма 30 мл/соат
Лидокаин 2%	ҚФ/ҚТ пульссиз ҚТ пульс билан	120 мг (3 мл 4%) + 97 мл эр- ма (1, 2 мг/мл) 1 мл/кг соатига (20мкг/кг/мин)	<u>бош. миқ-ри</u> 1-1, 5 мг/кг <u>қайта юб. миқ-ри</u> 0, 5-0, 75 мг/кг <u>макс. миқ-ри</u> 3мг/кг <u>қўллаб-қув-чи миқ-ри</u> 2-4 мг/мин 1 г + 250 мл 30 мл/соат (2 мг мин)
Амиадарон 5% Амиокордин	ҚФ/ҚТ пульссиз ҚТ пульс билан Бўлмачалар фибрилляцияси Бўлмачалар титраши	5 мг/кг 20-60 мин	<u>бош. миқ-ри</u> 300 мг (20-30 мл физ. эр-мада) <u>қайта миқ-ри</u> 150 мг <u>макс. миқ-ри</u> 2, 2 г <u>қўллаб-қув-чи миқ-ри</u> 0, 5 мг/мин/соат (540 мг 18 соат ичида)
Новокаин-амид	ҚФ/ҚТ пульссиз ҚТ пульс билан	15 мг/кг	<u>бош. миқ-ри</u> 20-50 мг/мин <u>макс. миқ-ри</u> 17 мг/кг <u>қўллаб-қув-чи миқ-ри</u> 1-4 мг/мин
Магний сульфат 20%, 25%	ҚТ полиморф	<u>бош. миқ-ри</u> 25-50 мг/кг <u>макс. миқ-ри</u> 200 мг	<u>бош. миқ-ри</u> 1-2 г <u>қўллаб-қув-чи миқ-ри</u> 0, 5г/соат
Верапамил 0, 25% (Изаптин)	Бўлмачала титраши Бўлмачалар фибрилляцияси	ятч 0, 3-0, 4 мл; 1 ёшгача 0, 4-0, 8 мл; 1 – 5 ёшгача 0, 8-1, 2 мл; 5-10 ёш 1, 2-1, 6 мл; 10-14 ёш 1, 6-2, 0 мл.	<u>бош. миқ-ри</u> 2, 5-5 мг <u>макс. миқ-ри</u> 30 мг
Дилтиазем	- // -	<u>бош. миқ-ри</u> 0, 25 мг/кг <u>қўллаб-қув-чи миқ-ри</u> 0, 15 мг/кг	<u>бош. миқ-ри</u> 0, 25 мг/кг <u>қўллаб-қув-чи миқ-ри</u> 0, 15 мг/кг

БОЛАЛАРДА КАРДИОЛОГИК ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАР

Кардиологик шошилинч ҳолатлар – бу юрак патологияси билан боғлиқ бўлган қон айланиши бузилиши билан кечадиган шошилинч ҳолатлар гуруҳидир. Бунда юракнинг қон

ҳайдаш фаолияти пасайиши ҳисобига тўқималарнинг кислород билан таъминланиши бузилади.

Юрак етишмовчилиги

Педиатрия амалиётида асосан 3 ёшгача бўлган болаларда юрак етишмовчилиги кўп учрайди. Ривожланиш механизмига кўра энерго-динамик бўлиб, бу нарса макроэргик моддаларнинг етишмовчилиги ва калийнинг қайта тақсимланиши бузилиши билан боғлиқ бўлиб, миокардда метоболизм жараёни бирламчи бузилади.

Юракнинг зарб ҳажми ортиши билан кечувчи юрак етишмовчилигининг сабаблари:

- оғир даражадаги анемия
- тиреотоксик криз
- сепсис

Юракнинг зарб ҳажми пасайиши билан кечувчи юрак етишмовчилигининг сабаблари:

○ *миокард шикастланиши натижасида:*

- ишемия
- инфекция
- юрак туғма нуқсони
- метаболик бузилишлар
- аритмиялар

○ *қон оқимида тўсиқ*

- аорта коарктацияси
- оғир аортал стеноз
- хавфли артериал гипертония

Юрак етишмовчилиги мавжуд болаларни текшириш

Тиббий ёрдамга муҳтожлик сабаби:

- Вазн йиғишдан орқада қолиш
- Иштаҳанинг пастлиги
- Доимий қуруқ йўтал (нафас йўллари касалликларисиз)
- Кўп терлаш
- Тез чарчаш ва жисмоний зўриқишни кўтара олмаслик

Физикал текширув:

- Озиб кетиш
- Юрак қон-томир тизими шикастланиши симптомлари:
 - тахикардия (ЮҚС 1 ёшгача бўлган болаларда 160 дан юқори, 1-5 ёшгача 120 дан юқори)
 - протодиастолик от дупури ритми
 - паст АБ ҳақида маълумот берувчи ипсимон пульс
 - периферик қон айланишини бузилиши
 - ўпканинг базал қисмидаги хириллашлар
 - жигар катталаниши
 - юрак нуқсонига шуҳха бўлганда сонг артериясида пульс баҳоланади ва юракда шовқин изланади.
 - нафаснинг тезлашуви, айниқса 1 ёшгача бўлган болаларда овқатланиш вақтида
 - 1 ёшдан катта бўлган болаларда бўйин веналарининг бўртиши, юз, қўл-оёқлардаги шиш
- инфекция, тиреотоксикоз ва оғир камқонлик белгилари (кафтнинг ўта оқариб кетиши)

Чемпион шкаласи бўйича қон айланиши етишмовчилиги даражасини баҳолаш

	0	1	2	3	4
Нафас ҳажми	Меъёр	Юзаки	Юзаки	Юзаки	Юзаки
Капилляр синама	< 2 секунд	>2 секунд	>2 секунд	>2 секунд	>2 секунд
Кўз очиши	Меъёр	Овозга	Оғриқга	Йўқ	Йўқ
Овоз реакцияси	Одатий	Бузилган	Боғланмаган сўзлар	Алоҳида товуш	Йўқ
Ҳаракат реакцияси	Овозга	Оғриқга тортиб олади	Буқилиш	Ёзилиш	Йўқ

< 5 балл – кучли ифодаланган ўткир қон айланиши етишмовчилиги

>7 балл – қисман ифодаланган ўткир қон айланиши етишмовчилиги

11 балл – кам ифодаланган ўткир қон айланиши етишмовчилиги

Альцговер - Грубер бўйича шок индексини баҳолаш

Шок индекси = ЮУС/САБ

0, 5 – меъёр

1, 0 – хавф

1, 5 – шок

Кислородга бўлган талабни баҳолаш

Кислородга бўлган талаб = $(\text{ЮУС} \times \text{САБ}) / 100$

>100 – талабнинг ортиб бориши

>70 – талаб ортиб бориши мумкин

Юрак индексини баҳолаш (тинч ҳолатда, респиратор дисстресс белгилари ва нафас етишмовчили йўқҳолатда аниқланади)

Юрак индекси = $\text{ЮУС} / \text{НС}$

1 ёшгача бўлган болалар > 3, 5

1 ёшдан катта болалар > 4, 5

Лаборатор ва инструментал текширув

- кўкрак қафаси рентгенографияси.
- ЭКГ ва ЭхоКГ.
- Артериал қонда газлар таҳлили, қон умумий таҳлили, қондаги электролитлар таҳлили, плазмадаги глюкоза миқдори, токсикологик текширув, қалқонсимон без фаолиятини текшириш, АсАТ ва юрак изоферментларининг (КФК, ЛДГ) фаоллигини текшириш.

Шошилиня ёрдам:

- Ётоқнинг бош қисми кўтарилади.
- Кислород ингаляцияси. Агар зарурий бўлса, трахея интубацияси ва СЎВ нафас охирида мусбат босим режимида.
- Оғир камқонлик ҳолатида қон трансфузияси.
- PALS протоколи асосида аритмияни даволаш.
- Тинчлик яратиш. Умумий энергетик сарфни камайтириш учун наркотик анальгетиклар кичик дозада берилади (морфин бир марталик дозаси 0,05—0,1 мг/кг) ёки нейролептиклар тавсия қилинади.
- Меъёрий тана ҳароратини ушлаб туришга ҳаракат қилинади, акс ҳолда тахикардия ва совуқ қотиш юракнинг зўриқишини кучайтиради.
- Агар қондаги электролитлар миқдори ўзгармаган бўлса, диуретиклар (фуросемид бир мартабалик доза 1 мг/кг) да қўлланилади. Узоқ муддатли даволашда хлортиазид, 10—20 мг/кг кунига 2 мартаба ичишга ва спиринолактон, 1—4 мг/кг/кунига ҳисобида ичишга берилади
- Инотроп қувватлаш:
 - **дофамин**, 5—20 мкг/кг/мин в/и; самарага қараб дозаси ўзгартириб берилади.

- **добутамин**, 5—20 мкг/кг/мин в/и; препаратни дофамин билан комбинацияда қўллаш мумкин.
- **амринон** — фосфодиэстераза ингибитори, миокард қисқаришини оширади, — оғир юрак етишмовчилигида давонинг самарадорлиги кам бўлган ҳолатда бошқа препаратлар билан биргаликда қўлланилади. Нормоволемиа ҳолатида тўйинтириш дозаси эҳтиёткорлик билан юборилади, 0,5 мг/кг, кейин 5—10 мкг/кг/мин тезликда инфузия ҳолида юборилади.
- **адреналин**, 0,1—1 мкг/кг/мин, бошқа препаратлар самарасизлигида қўлланилади. Ножўя таъсири— тахикардия ва юракдан кейинги зўриқишни оширади.
- **дигоксин**. Тўйинтирувчи дозаси — 40 мкг/кг (парентерал юборилганда бу дозанинг 2/3 қисми юборилади). Дозанинг ярми тезда юборилиб, ¼ қисми—8 соатдан кейин, қолган ¼ қисми эса яна 8 соатдан кейин юборилади. Ушлаб турувчи доза (тўйиниш дозасининг 1/4) 2 қабулга тақсимланади. Катталарда тўйиниш дозаси— 1 мг в/и, ушлаб турувчи доза — 0,125—0,25 мг/кунига.

Юрак тампонадаси

Юрак тампонадаси— бу перикард бўшлиғига суюқлик йиғилиши бўлиб, қоринчаларнинг диастолик тўлишиши камайиши ва юракни босиб қўйишига олиб келади. Натижада юракнинг бир марталик ҳажми кескин камайиб, ҳаёт учун хавфли юрак етишмовчилиги юзага келади.

Сабаблари:

- Вирусли, бактериал ва ревматик перикардит.
- **Тизимли касалликлар** (юрак етишмовчилиги, уремия, ўсмалар, коллагенозлар).

Текшириш тамойиллари:

Физикал текширув

- Тахикардия, тахипноз, артериал гипотония.
- Юракнинг бир марталик ҳажми пасайиши билан кечувчи юрак етишмовчилиги белгилари:
 - ипсимон пульс
 - оёқ-қўлларнинг совуб кетиши
 - цианоз
 - олигурия.
 - жигар катталашиши

Бека Триадаси:

- юрак тонларининг бўғиқлашуви
- бўйин веналарининг бўртиши
- Парадоксал пульс (пульснинг ёки САБ нинг чуқур нафас чиқаришдан кейин пасайиши)

Қўшимча белги:

- Пульсли АБ пасайиши (САБ ва ДАБ фарки) 20 дан кам

Инструментал текширув

- Кўкрак кафаси рентгенографияси – юрак сояси яссиллашиши ва кенгайиши аниқланади.
- ЭКГ да - ST сегмент кўтарилган, QRS комплекс амплитудасини пасайиши, Т тишча манфий.
- ЭхоКГда перикардиал сатҳ аниқланади.

Шошилинч ёрдам:

Тезкор перикардиоцентез ёки операция (субксифоидал перикардиотомия, перикардэктомия) ўтказилади. Перикардиоцентез муолажасини тажрибали мутахасис ўтказиши лозим.

- Перикардиоцентез ЭКГ ёки ЭхоКГ назорати остида ўтказилиши зарур
- Кўкрак ёшидаги болаларда шприцҳажми 10 мл, игна 20 G узунлиги 2, 5 см, катталарда— шприц ҳажми 30 мл, игна 20 G узунлиги 7, 5 см.
- Ханжарсимон ўсимта остида тери соҳаси повидон-йод ва этанол билан зарарсизлантирилади.
- Игна асептик ҳолатда ханжарсимон ўсимта остида 30° бурчак остида киритилиб, чап кўрак суяги томон йўналтирилади. Шприцда бироз манфий босим ҳосил қилинади. Игна перикард бўшлиғига тушиши билан шприцда суюқлик пайдо бўлиб, қондан фарқли равишда гемокрит паст бўлиб, ивимајди.
- **Асоратлари:**
 - пневмоторакс
 - юрак ритми бузилиши
 - коронар артерия ва миокард шикастланиши
 - миокард шикастланишида – ST сегмент ўзгаради

Цианотик кризлар

Бу шошилинч ҳолатда юрак юқори томир қаршилигига қарши ишлайди. Бу ҳолатнинг ривожланиш сабаби туғма юрак нуқсонининг «кўк» тури ҳисобланади (айниқса Фалло тетрадасида). Бунда торайган ўпка артерияси тешигининг янада қисилиши

натижасида ўнг қоринчадан қон ҳайдалиши тўсатдан қийинлашаши кузатилиб, қоннинг ўнгдан чапга ҳайдалишини ошишига олиб келади. Криз давомийлиги бир неча дақиқадан бир неча соатгача бўлиши мумкин. Бу ҳолат кучайиб борувчи гипоксия, ацидоз ва ўлимга олиб келиши мумкин..

Физикал текширув:

- Тўсатдан бошланувчи цианоз, безовталик ва кўзғалувчанлик
- Юрак ритми ўзгармаган, меъёрий пульс.
- Кўпинча қоринчалар аро тўсиқ дефектига хос бўлган шовқинлар эшитилади, криз пайтида ўпка артерияси стенози шовқини пасаяди.
- Хириллашлар ва ҳуштаксимон нафас бўлмайти.

Шошилиш ёрдам:

- Кислород ингаляцияси
- Тинчлик яратиш.
- Томирларнинг периферик қаршилигини ошириш учун бемор тизза – кўкрак ҳолатига келтирилади.
- Юрак гликозидлари ва диуретикларни қўллаш қатъиян ман этилади.
- Тинчлантириш ва ўнг қоринчадан чикувчи тўсиқни камайтириш учун морфин, 0, 1 мг/кг м /о ёки в/и га юборилади.
- Физиологик эритма, 10 мл/кг в/и.
- Томирларнинг умумий периферик қаршилигини ошириш учун фенилэфрин, 5 мкг/кг в/и, ёки адреналин, 5—10 мкг/кг в/и.
- метаболик ацидоз бартараф этилади.

Олдини олиш:

- Гиповолемияда иложи борича тезроқ инфузион даво бошлаш зарур.
- Фалло тетрадаси билан болаларга диагностик ва даво чора-тадбирларидан олдин тинчлантирувчи ва оғриқ қолдирувчи моддалар юборилиб, ота-оналарнинг фарзандлари ёнида бўлишларига руҳсат этилади.
- бета-блокаторлар доимо қўлланилади (масалан анаприлин 0, 25 – 0, 5 мг/кг кунига), кризни олдини олиш учун

Назорат саволлари

1. Юрак етишмовчилиги сабабларини санаб беринг.
2. Болаларда юрак етишмовчилигининг клиник кўринишини санаб беринг.

3. Болаларда юрак етишмовчилигида шошилинич ёрдам кетма-кетлигини айтиб беринг.
4. Юрак тампонадаси сабабларини айтинг.
5. Юрак тампонадаси клиник кўринишини айтинг.
6. Юрак тампонадасида шошилинич ёрдам кетма-кетлигини айтинг.
7. Цианотик криз юзага келиш сабаблари.
8. Цианотик кризнинг клиник кўринишини санаб беринг.
9. Цианотик кризда шошилинич ёрдам кетма-кетлиги ва олдини олиш чора-тадбирлари.

ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРДА СТАЦИОНАР ШАРОИТИДАН ТАШҚАРИ ШОШИЛИНЧ ЁРДАМ КЎРСАТИШ.

Туғруқ ҳар хил шароитда кечиши мумкин: туғруқхонада, касалхонада, уйда ва хаттоки кўчада. Асоратсиз туғруқларда махсус акушерлик тайёргарлиги ва асбоб ускуналари керак бўлмайди. Бироқ чақалоқнинг ҳаёти ва соғлиғи туғруқни олиб борувчи ва янги туғилган чақалоқга ёрдам берувчи тиббиёт ходимига ҳам бевосита боғлиқ. Кўрсатилган ёрдамнинг муваффақиятли чиқиши учун аввало ёрдам кўрсатишни режалаштириш, энг маъқул усулни ва жойни танлай билиш жуда муҳимдир. Бу омиллар туғруқни олиб боришни енгиллаштириб, чақалоқга биринчи ёрдам кўрсатишни осонлаштиради.

Туғруқ жараёни тез тиббий ёрдам ходимидан жуда катта маъсулиятни талаб қилади. Чунки бундай ҳолатда қутилмаганда беморлар сони ошиб бориши мумкин(она ва бола). Янги туғилган чақалоқ тиббий ходим учун техник ва руҳий қийинчилик туғдиради. Шунинг учун янги туғилган чақалоқ реанимациясини олиб боришда махсус стандарт тавсиялардан фойдаланиш лозим. Бу соҳадаги махсус билим ва малаканинг етарли бўлиши юзага келиши мумкин бўлган айрим асоратларнинг олдини олиш имконини беради. Шунингдек тиббий ходимдан ҳар бир ҳаракатни шошилмасдан, ишонч билан амалга ошириш талаб этилади.

Аёлда тўлғоқ бошланганда сиз ўша ерда бўлсангиз, биринчи навбатда бирламчи **ABCD** баҳолаш усули орқали ҳаёт учун хавф солувчи ҳолатларни аниқлаб олиш керак. Шундан сўнг туғувчи аёлдан тезда фокусланган анамнез йиғиш керак.

Қуйидаги саволлар қўйилган:

- Ҳомиладорлик бор йўқлиги?
- Ҳомила муддати?
- Оғриқ ва тўлғоқ?
- Қон кетиш ёки бошқа бир ажралмалар бор йўқлиги (ички нам кийим)?

- Қандай частотада ва тўлғоқ давомийлиги?
- Тўлғоқ пайтида қин соҳасига босувчи дефекация белгилари борми?
- Бемор кучаниш кераклигини сезмоқдами?
- Қорни таранг турибдими ёки йўқми?
- Нафас олишда қийналиш, толиқиш, хушини йўқотиш, кўнгил айнаш ҳисси кузатиляптими? Қусуш, диарея, тилдан қолиш, холсизлик, бош айланиш ҳоллари кузатилганми?

Эҳтиёт чоралари :

- Қин соҳасига туғруқ жараёнидан бошқа пайтда тегмаслик.
- Туғувчи аёлнинг ҳожатга боришига йўл қўймаслик.
- Онанинг оёқлари жипслашишига йўл қўйманг.
- Беморни тезлик билан шифохонага етказиш имкониятларини топиш.

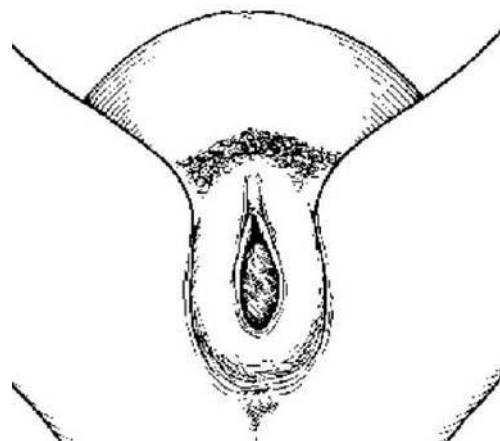
Физикал кўрув

1. Беморни тезроқ шифохонага етказиш имкониятларини аниқланг.

Бунинг учун ҳомиладор аёлни қорнига кўлни қўйиб тўлғоқ оралиғи вақтини аниқлаш лозим.

- Агар тўлғоқ оралиғидаги вақт 5 дақиқа бўлса, – беморни транспортировка қилиш учун етарли вақт мавжуд.
- Агар тўлғоқ оралиғидаги вақт 2 - 5 дақиқа бўлса, – 1 соат давомида беморни туғруқхонага олиб бориш имконияти бор- йўқлигини аниқлаш. Агар бундай имконият бўлмаса туғруқни қабул қилишга тайёр туриш керак.
- Агар тўлғоқ оралиғидаги вақт 2 дақиқадан кам бўлса, – мустақил туғруқни олиб бориш керак.

2. Ҳомиладор аёл учун қўлай жойни танлай билиш.
3. Қин ўртасида бошчани бор- йўқлигини яхшилаб қаранг (агар бемор анамнез саволларига ижобий жавоб берса)
4. Агар бошча кўринса, туғруққа тайёрланиш зарур.
5. Агар бошча кўринмаса, бунда туғиш жараёни қийинлашиши мумкин.



Бошнинг тикилиши

- Онадан кучанмаслигини сўранг.
 - Туғаётган аёлни тинчлантиринг.
6. Акушерлик асбобларини тайёрлаш

Акушер асбоблар тўплами

- Жарроҳлик тиги
- Гемостатик қисқич ёки клипслар (имкониятга қараб)
- Стерил тасма ёки шнур чов соҳаси учун
- Резинали нокча
- Сочик
- 5X10 см ўлчамдаги дока сўргич
- Стерил қўлқоп
- Болалар ёпинчиғи
- Гигиеник таглик
- Пластик халта
- Сўриб олувчи нокча

Туғруқ даврлари

- 1- давр – тулғоқ дардаларидан бошланади ва бачадон бўйни очилади (ҳар бир янги туғруқдан олдин бу ораликтахминан 1 соатга қисқаради)
- 2- давр– бунда аввал бачадон бўйнининг очилишидан бошланади ва чақалок туғилиши билан тугалланади.
- 3- давр – бола туғилиш билан бошланади ва йўлдошнинг қайтиши билан тугалланади

Kelly *Sexuality Today: The Human Perspective*, 6e. Copyright © 1998. The McGraw-Hill Companies, Inc. All Rights Reserved.



- агарда амнион қопининг бутунлиги бузилмаган бўлса, уни қисқич билан ёриш керак (ёки қўл билан ёриш, лекин асло пичоқ ёки скапель ёрдамида эмас) фақат бола кўринганда уни оғзи ва бошидан узокда қўллаш керак.

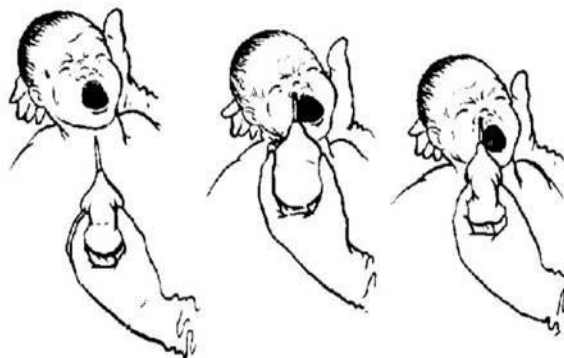
- Боши туғилиш билан уни киндик билан ўралганми ёки йўқми текшириш керак. Агарда шундай бўлса, у холда киндикни елкадан ўтказиш ёки қисиш, кесиш ва бўйиндан ажратиш керак.



Бола боши чикиб келаётганда уни ушлаб туриш керак. Сунгра у уз-узидан айланади

- Боши туғилиш билан бошни ушлаб туриш керак ва оғизда аспирация олиб бориш мақсадида резина нокча билан тозалаш керак. Бунда халқум ортини шикастланишдан узокрок бўлиш зарур.

Чакалок бурун ва оғиз бушлигининг аспирацион тозалаш техникаси



- Болани бош во юз қисмидаги чокларини давомийлигини аниқлаш, бош во юз қисмидаги чоклар болани қайси томонга ҳаракатланаётганини белгилайди.

- Болани ҳар бир елкаларини туғилиши осон кечади – чакалок бу вақтда сирпанувчан бўлади.

Чакалокнинг киндикни кесишдан олдинги холати



- Бола гавдасини ва бутун абзони туғилишида туғилаётганда қўллар ёрдамида ушлаб туриш керак.

- Оёқлари туғилиши билан уларни қўллар ёрдамида ушлаш зарур.

- Бола туғилиши билан ҳамкасбга

мониторинг ўтказишни во аҳволига қараб биринчи ёрдам кўрсатишни тайинлаш керак.

- Пульс тўхташи билан қисқичлар билан қисилган киндик кесилади.
- Чақалоқ оғзи во бурнидаги қон во шилликлардан тоза стерил марли ёрдамида тозалаб қайта аспирация ўтказиш.
- Чақалоқни иссиқ чойшаб билан ўраб ва ёнбошга бошини бироз туширган ҳолда ётқизилади.
- Чақалоқни қин соҳасида ушлаб туриш керак, то киндигини кесгунча
- Ҳамкасби чақалоқни мониторинг кўрувдан ўтказиш ва аҳволига қараб биринчи ёрдам кўрсатишни ўз бўйнига олади.
- Пульс тўхташи билан она қини соҳасига доқа қўйган ҳолда киндиги кесилади во она қорни соҳасига жойлаштирилади.
- Қисқични киндикка 20-25 см боладан узоқликда қўйиш керак.
- Иккинчи қисқични боладан тўрт бармоқ узоқликда қўйилади
- Болани она қорнига жойлаштира хам бўлаверади.
- Чақалоқ оғзи во бурнидаги қон ва шилликлардан тоза стерил доқа ёрдамида тозалаб қайта аспирация ўтказиш.
- Нафас олиши учун болани орқасига ёки оёқлари остини ишқалаш ёки уриш керак (бу тадбирни эҳтиётлик билан олиб бориш керак).
- Чақалоқни иссиқ чойшаб билан ўраб ва ёнбошга бошини бироз туширган ҳолда ётқизилади
- Меъёрий туғруқда бола киндигини кесиш шарт эмас.
- Туғруқ вақтини фиксациялаш.
- Кўп болали туғруқда биринчиси туғилиш билан иккинчисига тайёр туриш керак.
- Туғруқдагиларни кетма кетлигини кузатиш. Бу бир неча 30 дақиқани ташкил қилади.
- Қин оралиғига стерил ёстиксимон белбоғ қўйилиб онага оёқларини бир бирига қисишга ёрдам берилади.
- Бола во онани транспортировка жараёнида сочикни узоқлаштирамасликка ҳаракат қилинади.
- Сочикни узоқлаштиришдан олдин йўлдошни пластик пакетга ўраб шифохонага шу ҳолатда олиб борилади.







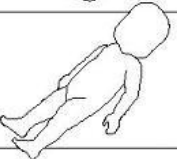
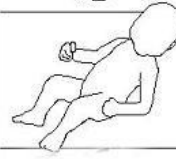



- Онанинг қин соҳасига стерил таглик қўйилиб оёқларини тушириб қўйиш.
 - Туғруқ вақти ёзиб олинади ва онани, чақалокни ва йўлдошни транспортировкалаб шифохонага олиб борилади.
1. Онага туғруқдан кейинги биринчи ёрдам кўрсатилади.
 2. Бутун жараён давомида она билан фаол мулоқат олиб борилади.
 3. Нафас во пульса мониторинги олиб борилади.
 4. Туғруқ – даволаш тадбирини таълаб қилади.
 5. Транспортировка вақтида ҳар бир чойшаб ва тагликлар қондан холи бўлиши назарга олниб, уларни алмаштирилади.

Хужжатларни тўлдириш

- Туғруқ вақтини белгилаш
- АПГАР шкаласи буйича чақалок аҳволини баҳолаш 1- ва 5- дақиқалар, тукқандан сўнг:

- Ранги
- Пульс
- Рефлекси
- Мушаклар тонуси
- Нафас олиши

	балл 0	балл 1	балл 2
Тери ранги			
Пульс	пульс йук	<100/мин	>100/мин
Реакцияси			
Мушак тонуси			
Нафас	нафас йук	кучсиз, секин	кучли, чинкириш

Туғруқдан кейинг қиндан қон кетиш

Туғруқдан кейин 500 мл миқдорда қон кетиши бу табиий ҳол ҳисобланади. Тўхтовсиз қон кетишда тез – тез бачадонни уқалаб туриш керак:

- Бармоқлар узунлиги холида қорин остки қисмида, қов суяги соҳасига босиб турилади. Шу соҳани уқалаш.
- Қон кетиши давом этганда тўғри муолажа олиб бориш керак, кислород бериш, вена ичи инфузиясини олиб бориш во шошилинич ҳолда транспортировкалаш.
- қон кетишида агар она шок ҳолатига тушиб қолган бўлса, тезда шока қарши дориларни қўллаш ва беморни шошилинич тарзда транспортировка қилиш ва йўл давомида бачадонни массаж қилиб бориш шарт.

Янги туғилган чақалокқа биринчи ёрдам кўрсатиш

1. Қулай ҳолатга жойлаштириш, қуритиш, артиш, иссиқ чойшабга ўраш ва бошини ёпиш.
2. Аспирацион тозалашни давом эттириш.
3. Чақалокни ҳолатини баҳолаш – меъёрий кўрсаткичда.
 - Ташқи кўриниши – ранги: марказий цианозга боғламаган ҳолда(танада).
 - Пульс (балки киндикда аниқланган) – 100¹ да
 - Буриштириш – энергетик ва кўзга ташланувчан.
 - Фаоллиги - оёқ кўлларни яхши ҳаракатчанлиги.
 - Нафас олиши – меъёрда(40 дақ/нафас олиши) бақирган
4. Чақалокқа ёрдам беришдаги асосий ҳолатлари – қўлай жойга ётқизиш, қуритиш, иситиш ва нафас олишини стимуллаш.
5. Чақалокни чойшаб билан ўраш во бошини ушлаб туриш.
6. Агар зарур бўлса, аспирацияни давом эттириш.
7. Чақалокни стимуллаштириш агар у нафас олаётган бўлса.
 - Оёқ кафтини ёки товонини ишқалаш.
 - Чақалок орқасини ишқалаш.

Агар чақалок нафас олмаётган бўлса, ёки 1 дақиқа ичида нафас олишга қийналаётган бўлса, тезда кўшимча чора тадбирларни кўллаш керак.

1. Нафас олиш йўллари ўтказувчанлигини яхшилаш.
2. СЎВ кўллаш частотаси 1 дақиқада 40 нафас.
3. 1 дақиқадан сўнг қайта ҳолатини баҳолаш.
4. Агарда юрак уриш сони 80 тадан кам бўлса, иккинчи ёрдамчи юпик юрак массажини ўтказиши керак.

Янги туғилган чақалокни бирламчи реанимацияси

Нафас ҳаракати

Юқори нафас йўлларида нафас йўллари ўтказувчанлиги ва нафас эҳтиётлик билан текшириб баҳоланади, агар нафас йўқ бўлса, сунъий нафас беришни бошлаш лозим:

- Нафас йўлларини очиш, бошни нейтрал тутган ҳолда
- Аввал оғиз халқум қисмини тозалаш сўнг резина нокча ёрдамида бурунни тозалаш.
- Чақалокни таъсирлаш, ҳолатини ўзгартириш.
- Кислород ёрдамида ингаляциялаш

- Амбу қопи орқали тўғридан тўғри 5 марта ниқоп орқали ҳаво юбориш (қопнинг бир марталик қисқаришида, қоп 2-3мартага қисқаради – «валс ритми» дейилади) керак.
- Қайта баҳолаш
- Самара бўлмаган ҳолда бош ҳолатига эътибор бериш, ниқобни тутиш ва СЎВ ни бошлаш.
- Кўкрак қафаси ноадекват ҳаракат қилса оғиз бурун бўшлиғини тозалашда давом этиш.

Юрак қисқариш сони

1. Юрак тонларини борлигини аниқланг, ёки киндик пульсацияси орқали
2. Агарда ЮҚС дақиқасига 60 марта бўлса сунъий вентиляцияни давом эттириш(40 дақиқа)
3. Агар ЮҚС дақиқасига 60дан кам бўлса, юрак устидан массаж қилишни давом эттириш..
4. Агар ЮҚС 100 та бўлса, ёпик юрак масажини тўхтатиш ва фаолашгунча кислород ёрдамида ингаляциялаш.
5. Самара булмаган ҳолда СЎВ ни давом эттириш

Самара бўлмаган реанимация муолажаларини тўхтатиш

- Агарда реанимация чора тадбирларига 20 дақиқадан ортиқ вақт кетган бўлса, бола нафас олмаётган бўлса ва пульси ҳам бўлмаса тўхтатиш мумкин
- Онасини тинчлантириб туриб болани ҳалок бўлганини тушунтириш лозим.

Тугрук вақтида хомиланинг ҳолати



Аномал туғруқлар



Киндик тушиши – ҳолати, бош туғилишидан олдин киндик тушиши; чақалоқ туғилмасидан туриб унга хавф солиши мумкин.

1. Туғувчи аёлни бош томонини тушириб ва оёқларини кўтарган ҳолда, туғруқ йўлларидagi босимни

тушириш.

2. Стерил кўлқоп ёрдамида кўлни киритиш, туғилиб турган қисмини пульсацияли киндикдан узоклаштириш.
3. Шошинч ҳолатда транспортировкалаш, босимни туширишда давом эттириб киндик пульсация мониторингини ўтказиш.
4. Ҳолатига қараб киндикни бошни ёнидан чиқариш; бу ҳолат ҳали туғилмаган чақалоқ учун катта хавф туғдириш мумкин.

Бош олд келиш



Думба олд келиш



Олд келиш - бу хомиланинг туғруқ йўлларидан биринчи булиб чикувчи тана қисми (бош, думба, оёқ ва х.к) дир

Туғруқ орқаси билан келса – туғруқда чақалоқни думбаси ёки оёқлари бачадон бўйни соҳасига тўғри келса, туғруқ думба ёки оёқлари билан келса.

1. Чақалоқ учун хавфли бўлган киндик чиқишидаги туғруқ жароҳатлари кузатилиш мумкин, бу ҳолатда агар чақалоқ думбаси билан келгани ташхисланса шошинч транспортировка ўтказиш.
2. 10 дақиқа давомида туғруқ қабул қилинмайди.
3. Агар бош чиқиши 30 сония давомида кечса стерил кўлқоп ёрдамида кўлни киргазиб туғилиш жойни пульсацияланувчи киндикдан узоклаштириш.
4. Шошинч тиббий ёрдам.
 - Ҳозирги аҳволи ташхисланса шошинч тарзда транспортировкалаш.
 - Туғувчи аёлга кислород бериш.
 - Туғувчи аёлни бошини тушириб чаноқ соҳасини кўтариш керак.

Киндикка ўралиб қолиш

Чақалоқ бўйни киндик билан ўралиб қолса, эҳтиётлик билан кўл билан бошидан ўтказиб ажратиш.

Боланинг буйнидан уралган киндикни чиқариш



Оёқ -қўлларни тушиши – кўпинча бу ҳолат чақалоқ оёқ- қўлларини туғруқ йўлларидадан чиқиши думба билан келганда кузатилади.

1. Ушбу ҳолат ташҳисланган ҳолатда шошилинич транспортировкалаш.
2. Туғувчи аёлни кислород ёрдамида ингаляциялаш.
3. Туғувчи аёлни бошини тушириб чаноқ соҳасини кўтариш керак.

Кўп ҳомилали туғруқ

1. Бундай ҳолларда 1 неча беморлар реанимацион ҳолатига тайёр туриш зарур.
2. Ёрдамчи кучларни чақириш.

Меконияли бўялиш

Меконий – яшил ёки жигарранг типдаги лойқаланган амнионал суюқлигига бўялиши бўлиб, бу ҳолат кўпинча чақалоқни туғруқ йўлларидаги дистресси пайтида юзага келади.

1. Оғиз халқум бўшлиғини аспирацион тозаламасдан туриб стимуляцияни ўтказмаслик.
2. Тозалаш
3. Нафас йўллари ўтказувчанлигини тиклаш
4. Шошилинич ҳолда транспортировкалаш

Чала туғилиш

- Гипотермия ривожланиш хавфи юқори (ҳар доим)
- Одатда бундай ҳолларда реанимация бўлимига ётқизилади. Албатта бундай пайтда муолажа охиригача олиб борилади.

Назорат саволлар:

1. Туғувчи аёлнинг йўналтирилган анамнезидаги саволларни санаб ўтинг
2. Туғувчи аёлга қандай эҳтиёт ёрдам чоралари қўлланилади?
3. Туғруқ вақтига қандай аниқ вақт белгиланади?
4. Акушер асбоблар тўпламини санаб ўтинг?
5. Қийин бўлмаган ҳолдаги муолажаларни келтиринг

6. Чақалоқ оператив ҳужжатларида қандай маълумотлар тулдирилади?
7. Апгар шкаласи бўйича чақалоқ қандай баҳоланади?
8. Тукқан аёлга туғруқдан кейинги қон кетишда қандай чора тадбирлар қўлланилади?
9. Соғлом чақалоққа қандай биринчи ёрдам кўрсатилади?
10. Чақалоққа бирламчи реанимация қандай ўтказиш мумкин?
11. Туғруқ пайтида киндик тушишида қандай чора тадбирлар қўлланилади?
12. Туғруқ думба билан келганда қандай чора тадбирлар қўлланилади?
13. Туғруқда бола киндикка ўралган бўлса, қандай чора тадбирлар қўлланилади?
14. Туғруқ пайтида бола оёқлари билан келганда қандай чора тадбирлар қўлланилади?
15. Кўп ҳомилалик ҳолатида қандай чора тадбирлар қўлланилади?
16. Туғруқ меконий билан бўялган ҳолда келса қандай чора тадбирлар қўлланилади?
17. Чала туғилиш кузатилганда қандай чора тадбирлар қўлланилади?

БОЛАЛАРДА ШИКАСТЛАНИШЛАРИДА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Шикастланган беморларга шошилиш ёрдам кўрсатишининг асосий тамойиллари

Шошилиш ёрдамнинг асосий мақсади беморнинг ҳаётини хавфдан қутқариш, азобини енгиллаштириш ва иложи борича тезда махсуслаштирилган ёрдам учун транспортировка қилишдан иборатдир.

Бунда ёрдам кўрсатувчи шифокор жабрланувчи аҳволини тезда ва хатосиз аниқлаши, ногиронликка олиб келувчи ҳаётий хавфли ҳолатларни тезда баҳолаши ва керакли ёрдам кўрсатиши зарур.

Критик ҳолатларнинг тезда ривожланиши эҳтимоли юқорилигини инобатга олиб текширувни тўлиқ ва тез ўтказиш лозим. Тез тиббий ёрдам тизимида ишловчи ходим маълум тартибда ишлаши керак. Шошилиш ёрдам биринчи навбатда ҳаётга хавф солувчи ҳолатлар, айниқса шок билан кўрашга қаратилган бўлади ва қуйидаги чоралардан иборат:

- -ташқи нафас ва юрак фаолияти бузилишига қарши кураш
- –очиқ пневмоторксда герметик боғлам қўйиш
- -ташқи қон кетишни вақтинча тўхтатиш



- -жароҳатга иккиламчи инфекция тушишини олдини олиш ва ташқи муҳитнинг ноқулай омилларидан ҳимоя қилиш учун асептик боғлам қўйиш ва иситиш
- -оғриқ қолдирувчи препаратлар юбориш
- -транспорт иммобилизацияси ва бемор транспортировкасини тўғри ўтказиш

Бу саналган чоралар қуйидаги тартибда ўтказилади:

- 1.Воқеа жойи баҳоланади ва хавфсизлик таъминланади
- 2.Бемор аҳволи бирламчи баҳоланади.
- 3.Физикал кўрув
- 4.Анамнез йиғиш
- 5.Керакли тўлиқ ёрдам кўрсатиш
- 6.Бемор аҳволи такрор баҳоланади.
- 7.Транспортировка қилиш ва ҳужжатларни тўлдириш.

Бемордаги мастлик ҳолати, жароҳатнинг ваҳимали кўриниши, стресс ҳолатлари каби чалғитувчи омилларнинг бўлишидан қатъий назар, тез тиббий ёрдам ходими барча босқичларни ўташи лозим.

1.Воқеа жойини баҳолаш ва хавфсизликни таъминлаш

Воқеа жойини баҳолашда бемор сизнинг ҳаётингизга ва соғлигингизга хавф солмаётганлигига, шошилиш ёрдам кўрсатиш хавфли эмаслигига тўлиқ ишонч ҳосил қилган ҳолда, жароҳат механизми ўрганиш керак. Жароҳат механизмини ўрганиш орқали шифохонагача босқичда аниқлаш имконияти бўлмаган яширин жароҳатлар ҳақида ҳам қўшимча маълумотларни билиб олиш мумкин. Бу босқичда шифокор ўзининг ва ўз гуруҳининг хавфсизлигини шахсий ҳимоя воситаларидан фойдаланган ҳолда максимал таъминлаши, атрофдагиларнинг хавфсизлигини таъминлаши, гувоҳларнинг яқинлашишига чек қўйиши ҳамда беморнинг ўзи «хавфли» эмаслигига ишонч ҳосил қилиши лозим.

2.Бемор аҳволини бирламчи баҳолаш

- ABCDE бўйича баҳолаш ёки ҳаётингиз хавфли ҳолатларни аниқлаш:
 - A. Нафас йўллари ўтказувчанлигини баҳолаш. Агар нафас йўллари ўтказувчанлиги бузилган бўлса, сабабини аниқлаш ва ёрдам кўрсатиш.

В. Нафасни баҳолаш. Нафас етишмовчилиги бўлганда сабабини аниқлаш, зарурат бўлса, кислород билан таъминлаган ҳолда ЁСУВ га ўтказиш, ёки СУВ ни амалга ошириш.

С. Қон айланишини баҳолаш. Юрак фаолияти бузилганда сабабини аниқлаш ва ёрдам кўрсатиш. Юрак тўхтаганда юракнинг ёпиқ массажини бошлаш. Очиқ қон кетишини аниқлаш ва тўхтатиш.

Д. AVPU шкаласи бўйича ҳуш даражасини аниқлаш. Ушбу шкала бўйича баҳолаш кўрсаткичларига асосланган ҳолда ҳаво ўтказувчи найларни қўллаш.

Е. Бутун тананинг тезкор физикал текширувини ўтказиш (бош, бўйин, кўкрак қафаси, қорин, чаноқ, оёқлар, қўллар, замбилга, бел тахтасига ёки бошқа мосламага беморни олишда тананинг – орқа томони).

Ҳаётий хавфли ҳолатлар йўқотилгандан сўнг Глазго шкаласи бўйича ҳуш даражасини аниқлаш ва ҳаётий кўрсаткичлар: ЮҚС, НС, АҚБ, қорачиқларнинг ёруғликка реакцияси, тери қопламларининг рангини баҳолаш, бутун тананинг йўналтирилган физикал текшируви билан бемор аҳволини ABCDE бўйича иккиламчи қайта баҳолаш ўтказиш.

Жароҳат оғирлиги шкаласи бўйича беморни баҳолаш

Кўрсаткич	Градация	Балл
<i>Нафас сони</i>	10 - 24	4
	25 - 35	3
	36 дан кўп	2
	1 - 9	1
	Нафас олмаяпти	0
<i>Нафас ҳаракатлари</i>	Одатдагидек	1
	Ретракцияли ёки нафас олмаяпти	0
<i>АҚБ</i>	90 дан ортиқ	4
	70 – 89	3
	50 – 69	2
	0 - 49	1
	Периферик пульс йўқ	0
<i>Капилляр синама</i>	2 сониядан кам	2
	2 сониядан кўп	1
	Қайта қизармаяпти	0
<i>Глазго шкаласи бўйича баҳолаш (бал)</i>	14 – 15	5

<i>лар)</i>		
	11 – 13	4
	8 – 10	3
	5 – 7	2
	3 - 4	1
	0 - 3	0

Жаъми баллар	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Яшаш % и	99	98	96	93	87	76	60	42	26	15	8	4	2	1	0	0

Жароҳат шкаласи таҳлили

Агар бемор 8 баллдан кам йиғса, унинг аҳволи мукамал кузатувни ва агрессив давони талаб қилади

Болаларда жароҳат шкаласи

	+ 2	+ 1	- 1
Вазн (кг)	20 дан кўп	10 - 20	10 йўқ
Нафас	Меъерий	Сақланган	Йўқ
АҚБ	90 дан ортиқ	50 -- 90	50 дан кам
Хуш	Қоронғилашган	Сопор	Кома
Очиқ жароҳатлар	Йўқ	Кам сонли	Катта /тешиб ўтувчи
Суяк жароҳати	Йўқ	Ёпиқ	Очиқ/кўпламчи жароҳат

Болалар жароҳатини баҳолашнинг қайта кўриб чиқилган шкаласи

Глазго шкаласи бўйича баллар йиғиндиси	АҚБ*	Нафас сони	Баллар
13 – 15	90 дан кўп	10 - 29	4
9 – 12	76 – 89	29 дан кўп	3
6 - 8	50 – 75	6 – 9	2
4 – 5	1 – 49	1 – 5	1
3	0	0	0

*Агар монометрда болалар тасмаси бўлмаса:

+2 –пульс билан артериясида аниқланади

+ 1 – пульс сон артериясида аниқланади

- 1 – пульс аниқланмайди

Болалар жароҳати шкаласи таҳлили

Агар бола 8 баллдан кам тўпласа, унинг аҳволи мукамал кузатувни ва агрессив давони талаб қилади

Физикал кўрув

Бемор бошининг сочли қисмидан, то бармоқ учигача жароҳат белгиларини аниқлаш учун текширилади:

- қон кетиш
- оғрик
- ёрилиш
- шилиниш
- ёрик
- лат ейиш
- гематома
- деформация
- парез
- паралич
- чиқиш
- синиш

Зарур бўлса, синиш ва чиқишларда иммобилизация амалга оширилади.

Анамнез йиғиш

Анамнез йиғиш - жароҳат сабабини билиш, яширин жароҳатни аниқлаш, жароҳат оғирлигини баҳолаш ва шошилинич ёрдам тактикасини белгилаш имконини беради. Агар бемор ҳушида бўлса, анамнез юқоридаги босқичларни бажариш пайтида йиғилади. Агар беморда ҳушнинг чуқур бузилиши кузатилса, бу босқич аҳволи яхшилангандан кейин ўтказилади. Анамнез йиғишда «КАДООЁМ» схемасидан фойдаланиш мумкин(касаллик, аллергия, дори препаратлари, операция, охириги еган овқати, суюклиги, шифохонагача бўлагн босқичда кўрсатилган ёрдам ва унинг самараси, жароҳатланиш механизми). Анамнез йиғиш бизга нафас ва юрак қон томир тизими касалликлари, остеопороз, ўсма, аввалги синишлар каби керакли маълумотларни бериб, жароҳат оғирлигини баҳолаш учун ўта муҳимдир.

Ёрдам кўрсатиш

Ёрдам кўрсатиш тамойиллари:

- Ташки қон кетишни тўхтатиш. Энг самарали усул-босиб турувчи боғлам қўйиш. Жароҳат дока билан ёпилиб, устидан эластик бинт сиқиб боғланади. Агар қон кетиш давом этса, биринчи эластик бинт устига иккинчиси сиқиб боғланади. Яна қон кетиши тўхтамас, иккинчи қават олиб ташланиб, учинчи қават қўйилади. Қон тўхтатувчи жгутлар ва қисқичлардан фойдаланиш тавсия этилмайди. Бу усулларнинг кўпинча ногўғри қўлланилиши оқибатида оғир асоратлар келиб чиқиши мумкин. Агар жгут қўйилган бўлса, жароҳатга ишлов бергандан кейин уни олиб ташлаш мумкин бўлади. Агар қисқич қўйилган бўлса, уни махсус ёрдам кўрсатилгунча қолдириш лозим.
- Пневматик мосламалар. Баъзи ҳолларда оёқ-қўллар шикастланганда боғлам устига пневматик шина қўйиш мумкин. Ҳаво ҳайдаш деярли ҳаммиша веноз қон кетишининг тўхташига олиб келади ва кўп ҳолларда артериал қон кетишини тўхтатади. Кўп миқдорда қон йўқотиш ва артериал гипотония билан кечувчи оёқ ва чаноқ жароҳатларида шокка қарши пневматик шиналар самарали ҳисобланади. Максимал ҳосил қилинган босим – 100мм. см. уст. га тенг. Костюм нафақат қонни тўхтатади, балки чаноқ ва узун найсимон суяклар синганда иммобилизацияни таъминлайди ҳамда оёқларга қон келишини камайтиради. Жароҳатдан кейинги эрта босқичларда пневматик костюм қўлланилганда АҚҲ(ОЦК) 1000-1500 мл га ошади. Агар костюм нафасни қийинлаштиради, қориндаги тасмани бўшатиш мумкин.
- АҚҲ ни тўлдириш.
- Оғир ацидозни даволаш.
- Юрак етишмовчилигини даволаш

Суяк ва бугимлар шикастланиши

1. Бемор аҳволи стабиллашгач, синиш, чиқиш ва юмшоқ тўқималар шикастланишини даволашга киришилади. Синиш ва чиқишлар, шу жумладан шубҳа қилинганлари ҳам шиналанади. Агар бемор шокга қарши пневматик костюмда ёки шина қўйилган ҳолда топилса, синишни рентгенологик тасдиқлаш керак бўлади. Шиналар фақатгина синиш истисно қилингандан кейингина олиб ташланади. Акс ҳолатларда улар махсус ёрдам кўрсатилгунча қолдирилади.
2. Тери ёки шиллиқ қаватлари жароҳатланган барча беморларга қоқшолга қарши профилактика ўтказилади.

3. Агар охирги ревакцинациядан кейин 10 йилгача вақт ўтган бўлса, 0,5 мл қоқшолга қарши адсорбирланган анатоксин юборилади. Тоза ва юза жароҳатларда профилактика ўтказмаслик мумкин
4. Агар охирги ревакцинациядан кейин 10 йилдан ортиқ вақт ўтган бўлса, барча жароҳатланганларга 0,5 мл қоқшолга қарши адсорбирланган анатоксин юборилади.
5. Иммунизация курсини тўлиқ олмаган ёки эмлаш тўғрисида маълумотлари бўлмаса, 0,5 мл қоқшолга қарши адсорбирланган анатоксин ва 250 ЕД қоқшолга қарши иммуноглобулин юборилади. Кейинчалик ҳар ойда анатоксин инъекцияси қилинган ҳолда фаол иммунизациясини яқунлаш керак.
6. Бемор аҳволини такрор баҳолаш госпитализация керак ёки керак эмаслигини аниқлаш учун ўтказилади. Бирламчи баҳолаш, физикал кўрув ва ҳаётий кўрсаткичлар такроран текширилади. Ўтказилган шошилиш ёрдам самарадорлиги аниқланади ва кейинги тактика аниқланади.
7. Госпитализация. Бемор аҳволи стабиллашгач ва ҳаётий муҳим функциялар меъёрлашгач, беморга қайси даво муассасасида махсус ёрдам кўрсатилиши мумкинлигини аниқлаш керак. Бемор мос даволаш муассасасига госпитализация қилинади.
8. Транспортировка ва ҳужжатларни тўлдириш. Транспортировка тури жароҳат турига ва бемор аҳволига боғлиқ. Транспортировка вақтида содир бўлган барча ҳолатлар ҳақидаги маълумотларни қайд қилувчи ва клиник белгилар динамикасини ифода этувчи кузатув варақаси ҳар бир беморга тўлдирилади. Транспортировка вақтида ортиқча тадбирларга вақт сарфламаслик чоралари кўрилиши лозим ва беморни зудлик билан яқин бўлган мос келувчи тиббий муассасага етказиш зарур. Йўл давомида жорий ҳолат ва ўтказилган тадбирларнинг тўлиқ матни ёзиладиган кузатув варақаси тўлдирилади.

Жароҳатларда ёрдам кўрсатиш усуллари

Замонавий тиббиёт травматологик ёрдам вақтида беморнинг азобланишини енгиллаштириш йўлида ўзининг маълум ривожланиш йўлини босиб ўтди.

Амалий тиббиётда ҳозирда оддий ва ишончли усуллардан фойдаланилмоқда.

Травматологик беморга шошилиш ёрдам кўрсатиш учун одатдаги усуллардан ташқари махсус усуллар ҳам қўлланилмоқда:

1. Оғриқсизлантириш.
2. Транспорт имобилизация
3. Боғлам қўйиш

4. Шокка қарши костюмдан фойдаланиш
5. Жгут қўйиш («кон кетиш ва шок» бўлимига қаранг)

Назорат саволари:

1. Транспортировка босқичларида шошинч ёрдам кўрсатиш асосий тамойиллари
2. Имобилизация усуллари ва турларини санаб беринг
3. Имобилизация асосий тамойилларини санаб беринг
4. Жароҳат оғирлиги шкаласини тушунтириб беринг
5. Болалар жароҳати шкаласини тушунтириб беринг
6. Қайта кўриб чиқилган болалар жароҳати шкаласини тушунтириб беринг

КУЙИШЛАР.

Куйиш деганда инсонлар тасавурида ҳар доим ҳам ҳолати оғир бўлган беморлар гавдаланавермайди. Аслида куйиш биз тасаввур қилганимиздан ҳам оғирроқ бўлган жиддий муаммолардан биридир. Дунё статистикаси маълумотлари шуни кўрсатмоқдаки куйиш, шу жумладан болалар ўртасидаги куйиш ҳали ҳам юқори кўрсаткичларда сақланмоқда. Яна шуни такидлаш керакки куйганларнинг фақатгина 25% тиббий ёрдамга муурожаат қилишади ва уларнинг 20 % касалхоналарга ётқизиблиб 0, 3 % куйиш оқибатида нобуд бўлади. Куйган беморларнинг 20 % ни болалар ташкил қилиб, тахминан 0, 25 % куйиш оқибатида нобуд бўлади(ўлим кўрсаткичи кўрсатилган ёрдам ва парвариш сифатига боғлиқ).

Механизми: Қуйдаги жадвалда болаларда куйишнинг асосий сабаблари келтирилган:

Сабаблари	0-5 ёш (%)	6-15 ёш (%)
Қайнаган сув	80	25
Олов	6	63
Контакт	8	5
Электротравма	4	6
Бошқа сабаблар	2	-

Куйишда куйидаги хавфли омиллар фарқланади :

- Куйиш даражаси
- Куйиш чуқурлиги
- Ёш
- Нафас йўллари куйиши
- Оловдан куйиш
- Касалхонагача бўлган давр узоклиги
- Преморбид фон

Ташҳислаш: *Куйган жароҳат таснифи*

Чуқурлиги бўйича куйишлар куйдагича таснифланади:

Юзаки куйишлар (I-II даража) - термик куйиш, яъни бунда эпидермис ва дерманинг юқори қаватлари зарарланади. Масалан, кучли куёш уриши ёки иссиқроқ сувдан куйиш. Агар бундай куйишлар инфекцияланмаса мустақил битади.

Қисман чуқур куйиш (III-a даража) - термик жароҳатланиш бўлиб, эпидермис ва дерманинг барча қаватлари зарарланади, фақатгина эпидермал ортиқлар (соч фолликулалари, тер ва ёғ безлари) ва чуқур дермада яшаш қобилияти сақланади. Масалан, қайнаган сув ёки оловдан кучли куйишни шулар сарасига киритиш мумкин. Бундай куйишлар секин, гипертрофик ностабил эпидермисли чандиқ ҳосил қилиб битади.

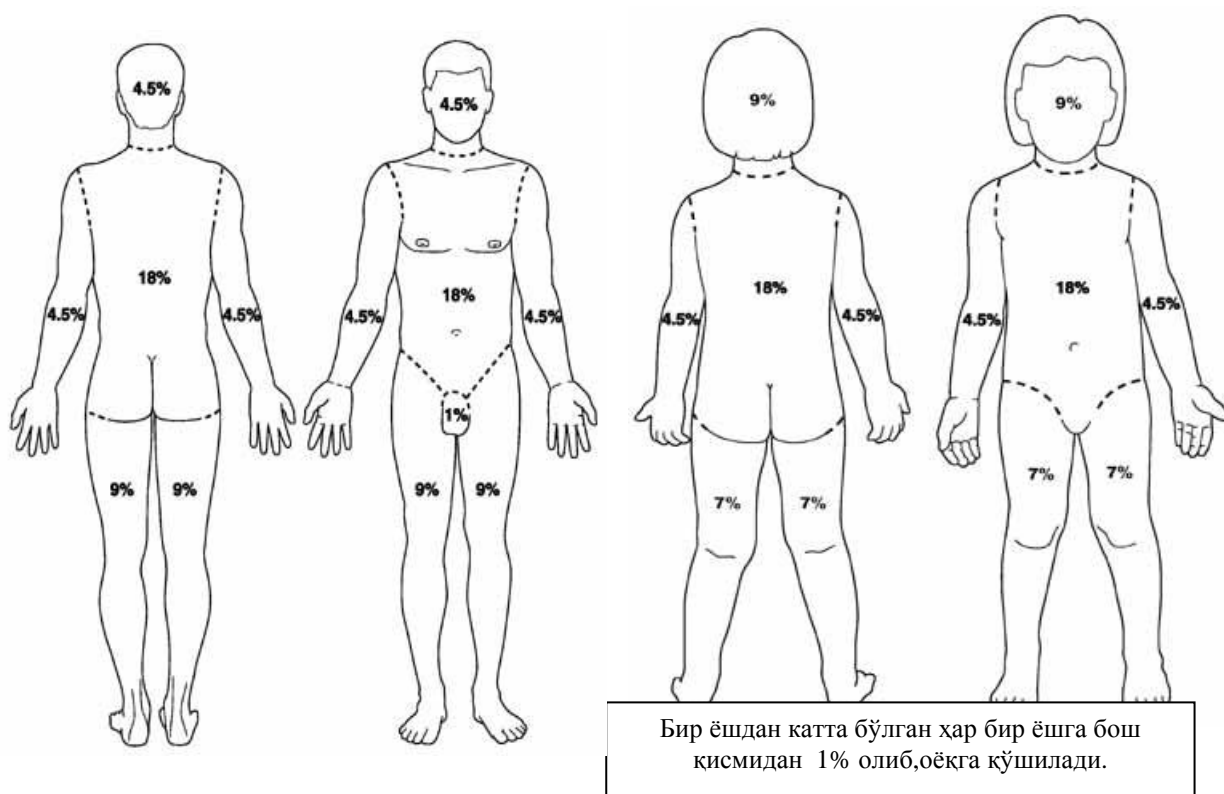


Чуқур куйиш (III-b – IV даража) - термик зарарланиш бўлиб, бунда эпидермис ва дерма зарарланади ва регенератив элементлани қолдирмайди. Масалан, қайнаган сув ёки олов билан кучли куйиш ва контакт куйиш. Бундай куйишларнинг

битиши учун тери пластикаси талаб этилади. Баъзи оғир ҳолларда эса тери ости ёғ қавати, мушак ва ҳатто суяклар ҳам зарарланиши мумкин.

Қисман чуқур ва юзаки куйишларда сақланиб қолган томирлар озикланишининг бузилиши инфекция ривожланиши учун муҳим омил ҳисобланиб, кейинчалик куйиш ўрнида қўпол чуқур чандиқлар қолиши мумкин. Коли- инфекциялар ва стафилококклар ярани чуқурлаштирувчи, майда томирлар тромбозини, стаз ва ишемияни келтириб чиқарувчи омилларни оширади. Шундай қилиб, қисман чуқур куйишларда бактериал инфекцияланиш куйишни чуқур куйишга айланишига олиб келувчи қўшимча ишемик ҳолатни юзага келтириши мумкин.

Куйиш майдони юзаси «тўққизлик қондаси» билан аниқланади. Бу усулнинг асосий моҳияти шундаки тананинг алоҳида қисмлари сатҳи тўққиз фоиз деб қабул қилинади. Масалан, катта одамнинг қўли ва боши умумий тана сатҳининг 9% ни ташкил этади, орқа қисми елкадан то думба соҳасигача 18% ташкил этади.



Бу қондани ёш болалар ва янги туғилган чақалоқларга қўллаш учун аниқ модификациялар талаб этилади. Кўкрак ёшидаги болалар боши умумий тана юзасининг катта қисмини, оёқ-қўллар эса кам қисмини ташкил этади. Шундай фарқланишларни турли ёшдаги болаларда куйиш юзасини ҳисоблашда эътиборга олиш керак.

Куйиш даражасини аниқлаш учун бироз қўполроқ бўлган усул – «Кафт» усулини қўллаш мумкин. Деярли барча ёшда кафт умумий тана майдонини 1% ни ташкил этади. Кафт ёрдамида тезда умумий куйиш майдонини аниқлаш мумкин.

Куйиш чуқурлиги – куйиш қанча чуқур бўлса, шунчалик жабрланувчининг тирик қолишига имконияти камаяди. Куйиш сатҳи катта, аммо юзаки куйган беморнинг яшаш имконияти кичик, лекин чуқур куйган бемор имкониятидан юқори бўлади.

Ёш. 1 ёшгача болаларда, катта ёшдаги болаларга нисбатан ўлим кўрсаткичи юқори. Нафас йўллари куйган болаларда ўлим кўрсаткичи, бошқа куйишларга нисбатан анча юқоридир.

Оловдан куйиш. Қайнаган сув билан куйишга нисбатан ўлим фоизи оловдан куйишда юқори бўлади. Куйиш пайтида айнан куйиш жараёнига кимёвий компонентларнинг қўшилиши(бензин), кейинчалик куйиш чуқурлигини ошишига олиб келади.

Шифохонагача бўлган вақтнинг узоқлиги. Ўлим ҳолати ўз вақтида шифохонага келтирилганларга нисбатан, кеч келтирилганларда кўпроқ кузатилади. Маълумотларга кўра куйишдан кейин 7-14 кунлар ичида шифохонага ётқизилган болалар орасида ўлиш ҳолати икки марта кўп экан.

Преморбид фонд. Болаларда леталликни белгилловчи омиллардан яна бири бу қўшимча касалликларнинг мавжудлигидир(яъни юрак туғма нуқсон, диабет, гемоглобинопатия, буйрак касалликлари ва б). Юқори нафас йўллари инфекцияси бўлган болаларда инфузион терапия оқибатида ўпка шиши келиб чиқиши мумкин.

Шошилиш ёрдам. Ўз вақтида ўтказилган тез ва самарали ёрдам бола ҳаётини белгилаб беради. Куйиш ва касалхонага олиб бориш орасидаги вақт қанчалик қисқа бўлса, беморнинг яшаб кетиш имконияти шунчалик юқори бўлади. Беморларни куйиш марказларига етказишни тез ва эҳтиёткорлик билан амалга ошириш лозим. Даволаш ва парваришнинг ҳар бир босқичи беморнинг тирик қолишга имконияти сақланиб қолганлигига қаратилган бўлиши керак.

Ҳодиса жойида ёрдам кўрсатиш. Ҳодиса жойида куйиш соҳасини кейинги жароҳатини олдини олишга қаратилган кўпгина мураккаб даволаш жараёнларини амалга оширса бўлади.

Ёниш жараёнини тўхтатиш. Оловни ўчиришдан кўра тўқима ёнишини тўхтатиш янада муҳимдир. Соч ёниши оловга нисбатан ҳароратни бир неча юз даражага ошириши мумкин. Шунинг учун ёнаётган тўқимани танада қолдириш куйишни янада чуқурлаштириши мумкин.

Куйган соҳани совутиш. Куйган соҳага илиқ ёки совуқ сувни сепиш, ёки намланган мато ёпиш керак. Чегараланган термик куйишда тезда шу соҳани оқар сув тагида 15-20 дақиқа совутиш яхши самара беради. Муз ёрдамида совутиш мумкин эмас, чунки бу куйиш

жароҳтини асоратлантириши мумкин. Ҳолатни баҳолашни ва даволашнинг турли кўринишларини бир вақтда бошлаш керак. Нафас йўллариини обструкциядан тозалаш ва керак бўлганда интубация қилиш, адекват нафасни тиклаш, агар пневмоторакс бўлса, уни бартараф этиш лозим.

Адекват қон айланишини тиклаш, томирлар ҳажмини тўлдириш, кейинчалик бемор циркулятор статусини стабиллаш билан бирга, беморнинг МАТ фаолиятини, орқа мия ва бўйин қисми жароҳатларни кўздан кечириш керак. Бундай жароҳатларга гумон бўлганда бирламчи муолажа вақтида бемор аҳволини ёмонлаштирмаслик чораларини кўриш керак. Куйиш пайтида болаларнинг хушини йўқолиши МАТ зарарланишида, улгерод оксиди билан заҳарланганда келиб чиқади.

Даво чораларининг самарадорлиги куйиш даражасини аниқланганлигига бевосита боғлиқдир. Тезкор анамнез йиғиш пайтида куйидаги асосий омилларга эътибор қаратиш зарур: куйиш вақти, сабаби, ёпиқ бинода ёнганми ёки кўчада, ёниш давомийлиги. Куйишдан кейинги дастлабки даврда беморнинг тана вазнини ўлчаш бошланғич инфузион даво миқдорини аниқлаш учун ўта муҳимдир. Агар беморда кенг қамровли куйиш кузатилса дастлабки вазн бемор учун зарур бўлган кунлик каллорияни ҳисоблашда жуда кўл келади.

Ёрдам кўрсатиш чоралари.

- мумкин қадар тезда куйган сўхаларни тоза мато билан ўраш
- ёғ, чўчка ёғи, хўжалик ва халқ табобати воситаларини қўллаш мумкин эмас. Чунки улар куйишни асоратлантириб кейинчалик уни чуқурлашишига олиб келади.
- куйган жароҳатга инфекция тушишини олдини олиш учун стерил боғлам қўйиш керак. Оғриқни камайтириш учун беморга оғриқ қолдирувчи ва тинчлантирувчи воситалар бериш мумкин: Анальгин, седуксен.
- кенг куйиш деб, агарда куйган соҳа умумий тери майдонини ўн фоиздан кўпроғини ташкил қилса айтилади. Кенг куйиш жароҳати бўлган беморларга ишқор-тузли аралашма кўп миқдорда ичирилади. Бунинг учун 1 литр сувга 2 гр ичимлик содаси ва 4 гр ош тузи қўшилади.
- агар оғир шок белгилари бўлса, тезда инфузион даво бошлаш керак.

Госпитализация. Барча куйишлар. куйиш ҳажмидан қатъий назар куйишга мослаштирилган бўлим шифокори ёки ҳамшираси томонидан кўрувдан ўтказилиши шарт.

Куйидаги тоифадаги куйган беморлар госпитализацияга муҳтож:

- 3 ёшгача болалар, куйиш. 10-12 % дан ошса

- электр куйиш ва кимёвий куйиш бўлган барча болалар
- оловдан юзи куйган ёки нафас йўллари зарарланганлигига гумон бўлган болалар
- юз, қўл, жинсий ва оралик соҳалари куйган болалар

Транспортировка вақтида даволаш ва эҳтиёт чоралари

- Беморларни куйиш марказига ҳар ҳил техника воситалари ёрдамида олиб бориш мумкин.
- Транспортировка вақтида иссиқлик сақланишини таъминлаш керак, бунинг учун беморни кўрпага ёки иссиқлик сақловчи алюмин фольгага ўраш керак.
- Кучли куйишларда вена ичига суюқликларни тезда юбориш керак.
- Барча куйган болаларга, айниқса, олов ёки тутунда куйган болаларга кислород албатда қўшимча кислород бериш зарур, чунки уларда углерод оксиди билан заҳарланиш бўлиши мумкин.
- Кучли электротравма олган барча болаларда юрак фаолияти назорат қилиниши шарт. Чунки уларда юрак ритми бузилиши мумкин.
- Дастлабки кўрув хулосаси, касаллик тарихи ва даволаш махсус баённомада ёзма равишда ёзилган бўлиши шарт, чунки бу маълумотлар бемор билан бирга даволаш муассасасига давонинг узлусизлигини таъминлаш учун берилади.
- Нафас йўллари куйишига гумон бўлган барча беморларга трахея интубациясини ўтказиш шарт. Бу нафақат нафас йўллари фаолияти бузилишини олдини олади, балки ноқулай транспортировка шароитида зарур бўлиб қолиши мумкин бўлган шошилиш интубацияга ҳожатни қолдирмайди.
- Ёпиқ жойда куйган ёки у ерда узок қолиб кетган беморда тутун таъсирида нафас йўлларининг жиддий шикастланиши ёки углерод оксиди билан заҳарланиш хавфи юқори бўлади.
- Беморнинг ташқи кўриниши жиддий ўпка асоратлари борлигини аниқлашга ёрдам беради. Безовта, кўкимтир, талвасали, ҳаво ютаётган бемор нафас йўлларининг куйиши оқибатида келиб чиққан респиратор дистресс синдромидан азият чекади. Углерод оксиди билан заҳарланган бемор терисини олча рангини соғлом тери ранги билан адаштириш мумкин эмас.
- Физикал кўрув оғиз бўшлиги, халқум ва хиқилдоқни диққат билан кўрувини, уларда доғлар, қизариш, ўсма ва пуфакчалар борлигини текширишни ўз ичига олиши керак. Буларнинг бўлиши жиддий равишда профилактик интубация қилишни талаб қилади.

- Ҳаётий муҳим аъзолар фаолияти бемор касалхонага тушганида ва ҳолатига қараб қайта баҳоланиши керак. Босим, пульс, нафас тезлиги ва ҳарорат ва яна хушига келиш вақти каби муҳим кўрсаткичлар баҳоланиб турилиши керак бўлган кўрсаткичлар ҳисобланади.
- Касаллик тарихи тўлиқ ўрганилиши лозим. Асосий эътибор бемор аҳволига, аллергия борлиги, тиббий препаратлар, профилактик эмлашлар, айниқса, қоқшолга қарши эмлашлар олганлигига қаратилиши керак.
- Ҳаёт учун муҳим аъзолар фаолияти текширилгандан кейин, тезда физикал текширувни ўтказиш керак.

Кимёвий куйишлар

Бу шундай жароҳатки, термик агентлар зарарлашига ўхшамаган, кимёвий агентлар зарарлашидир. Кимёвий агентлар тўқимани токи тўқималар уларнинг таъсирини пасайтирмагунича, нейтралламагунича ёки етарлича суюлтирмагунича парчалайверади. Шу билан кимёвий куйишлар термик куйишлардан фарқ қилади.

Кимёвий таъсирловчилар билан куйиш оғирлигини белгиловчи 5 та омил мавжуд:

- Таъсирловчи кучи – кимёвий реакцияга киришиш интенсСЎВиги
- Таъсирловчи миқдори – тўқимага текган агент ҳажми ва концентрацияси
- Контакт давомийлиги – контакт қанчалик узок бўлса, емирилиш шунча чуқур бўлади.
- Кириб бориш даражаси – контактдан кейин ўтган вақтга боғлиқ
- Таъсир механизми – одатда жароҳатланишга олиб келадиган турли кимёвий таъсирловчиларни таснифлашда аҳамият касб этади.



Жароҳатланишга олиб келадиган турли кимёвий таъсирловчилар оқсилларни денатурациялаш таъсир механизмига кўра қуйдагича таснифланади:

Оксидловчилар – энзимлар нормал фаолиятини бузган ҳолда хужайралар ўлимига олиб келади.

Масалан: натрий гипохлорид (хлоракс), хром кислота, калий перманганат буларга киради.

Коррозияловчилар – хужайраларни дифференцияланмаган ўлимига олиб келади. Масалан: феноль, оқ фосфор, дихромат, натрий гидроксиди буларга киради.

Сувсизлантирувчилар – хужайраларнинг жиддий дегидратацияси ва лизиси йўли билан жароҳатланишга олиб келади.

Масалан: сульфат кислота, гидрохлор кислота.

Пуфакҳосил қилувчилар тўқималарда пуфаклар ва фаол аминлар ҳосил қилади, улар маҳаллий тўқималарни парчалайди.

Масалан: кантаритлар, диметилсульфоксид, бензин, метилбромид .

Протоплазматик захарловчилар – оксиллар билан тузлар ҳосил қилиш ёки хужайрада ҳаётини муҳим фаолиятни бажарадиган катионлар (масалан, кальций) ни боғлаб олиш йўли билан оксилларни денатурацияга учратади.

Масалан: аммиак, чумоли, уксус, крезил, учхлоруксус, пикрин, вольфрам, фтроит кислоталар .

Кислота ва ишқорлар. Кислоталар ва ишқорларнинг барча турлари умумлашган ҳолда кучли куйишларнинг сабабчилари ҳисобланади. Улар кўпинча уйимизда ва ишхонамизда, ҳатто болалар кўли етадиган жойларда ҳам учрайди.

Кучли кислоталар – рН и 2 дан паст бўлган кислоталардир. Нейтраллаш учун кетадиган асосларнинг миқдори – таъсирловчи кучи кўрсаткичига кўра - жароҳатланиш мавжудлигини олдиндан айтишга имконият яратади.

Кучли ишқорлар – рН и 11, 5 ёки ундан юқори бўлган ишқорлардир.

Мисол: 3, 8 % ли NaOH қизилўнгачнинг шиллик ва шиллик ости қаватларини некрозлайди, 10, 7 % NaOH циркуляр мушак қаватигача, 22, 5 % лиси эса барча қаватларни некрозлайди.

Бир хил миқдорда олинган кислота ва ишқор ичида ишқорлар тўқимани тезроқ ва чуқурроқ зарарлайди. Бунинг механизми куйдагича, кислота коагуляцион некроз чакиради ва протеин билан қаттиқ қуруқ струп ҳосил қилади. Бунинг натижасида жароҳат юзаси ёпилиб, унинг чуқурлашишига йўл қўймайди. Ишқор эса колликвацион некроз чакиради, тўқималар фақатгина намланади. Бу эса чуқурроқ киришга сабаб бўлади.

Шошилинич ёрдам: Узоқ муддат ва кўп миқдорда сув билан ювиш.

Кўшимча чоралар: ўлган тўқималарни секин-аста олиб ташлаш. Инфузион терапия. Маҳаллий антисептиклар.

Фторит кислота билан куйганда – кальций глюконат (10% ли эритмаси) жароҳатга юборилади. Кальций фтор билан боғланиб кислотани фаоллигини йўқотади.

Фенол билан куйганда унинг концентрациясини камайтириш учун кўп миқдордаги сув билан ювилади. Зарарланган юза полиэтиленгликол ёки этил спирти билан артилса, фенолнинг эрувчанлиги ошади ва сув билан тез ювилади.

Оқ фосфор билан куйганда – оқ фосфор ҳаво билан контакти вақтида ўз-ўзидан ёниш хусусиятига эга. Шунинг учун ёниш тугагунча сув билан ювиб турилади.

Иссиқ смола – қотгунча совуқ сув куйиб турилади. Кейин секин аста вазелин малҳами ёрдамида кўчирилади ёки сорбитант билан эмульсия ҳолига келтирилади.

Кўз олмасининг куйиши

Механизми: парвариш камлиги, ота-оналар эътиборсизлиги.

Ташҳислаш мезонлари: анамнез маълумотлари, клиник белгилари: конъюктива қичиши, ачишиши ва гиперемиясига асосланади.

Шошилиш ёрдам: кўзга кислота ёки ишқорий эритмалар тушганда конъюктивал қопча сув ёрдамида оқим билан тезда узоқ вақт ювилади. Бунда ҳар сафар бемор кўзини очиб- ёпиб туради. Агар иложи бўлса, воқеа содир бўлган жойда ювиш керак. Муолажа учун резина нокча, чойнак, Эсмарх идиши қўлланилади. Конъюктивал қопча гумбазини яхшилаб ювилади. Беморлар кўз ёки куйиш бўлимига зудлик билан госпитализация қилинади. Транспортировка ётган ҳолатда. Шиллик қават кучли шишганда қабул бўлимида 2% ли новокаин эритмаси томчилаб анестезия қилинади. Пуфак ёрилганда 1% ли атропин сульфат эритмаси томизилади. Антибиотиклар буюрилади, қовоқга 5% левомецетин малҳами қўйилади. Кўз соҳасига боғлам қўйиш мумкин эмас.

Қизилўнгач куйиши

Механизми: қизилўнгачнинг кимёвий куйишлари ичида энг кенг тарқалгани ишқор билан куйиш бўлиб, аксарият ҳолларда таркибида ишқор тўтувчи суюқликни билмасдан ютиб юбориш оқибатида содир бўлади. Кислоталар билан куйиш нисбатан кам учрасада суицид мақсадида сирка кислотасидан куйиш кўп учрайдиган ҳолатлардандир. Ишқорлар ва кислоталар билан куйишда ўзига хос хусусиятлар мавжуд. Жумладан кислоталар билан куйиш тезда коагуляцион некрозга олиб келиб, куйишнинг янада чуқурроқ тарқалишига йўл қўймайди. Бунинг натижасида интоксикация ривожланиши камаяди. Аммо юқори концентранган органик кислоталар билан куйиш, гемолиз ва буйракнинг оғир етишмовчилигига олиб келиши мумкин. Ишқорий эритмадан куйганда эса, қизилўнгач деворидаги маҳаллий белгилар чуқур ва оғир бўлади, интоксикация белгилари суст билинади.

Ташҳислаш: унча мураккаб бўлмай, анамнез маълумотлари ва клиник белгиларга (тўқ рангдаги қусуқ массалари, шиллик қават қисмлари билан қусиш) асосланиб қўйилади. Ишқорий эритмалар қабул қилганда қусуқ массалари ёғли, шиллик характерга эга бўлади. Бемор нафасига эътибор берилади, чунки бир вақтда хиқилдоқга кириш соҳаси куйиши, стридор ва бурун – халқум шиши ривожланиши мумкин.

Шошилинич ёрдам: оғриқсизлантириш (промедол, анальгин) ва зонд ёрдамида ошқозонни ювиш буюрилади. Агар болада нафаснинг ўткир бузилиши бўлса, эрта интубация ёки трахеостомия қилинади. Қизилўнгач куйишининг дастлабки соатларидан бошлаб ривожланиб борувчи интоксикация билан кўрашиш лозим. Шошилинич инфузион даво чоралари бошланиб отолоринголог ёки жарроҳ ёрдамидан куйиш жарёни хиқилдоқга тарқалганда ва реактив шиш келиб чиққанида фойдаланиш мумкин.

Электр токидан куйишлар

Электро жароҳатлар энг хавфли жароҳатлар гуриҳига кириб, айникса айникса юқори кучланиш таъсири оқибатида келиб чиқадиган куйишлар ҳаёт учун ўта хавфлидир. Жароҳатланишнинг бу турида тўқималарнинг тарқоқ шикасланиши кузатилмайди. Аммо агар электро жароҳат қайд қилинган бўлса, иложи борича камроқ



тўқима шикастланишига ҳаракат қилиш лозим. Кучланиш чегарасини 1000 вольт деб оладиган бўлсак, шу асосида юқори вольтли ва паст вольтли жароҳатларни фарқлаб олиш мумкин. Паст вольтли жароҳатлар кўпроқ уйда, бола очик электр ўтказгич симини тишлаб олганда келиб чиқади. Бу куйишлар чегараланган, юзаки бўлиб, вольтли айрилиш ёки чакнаш таъсирида келиб чиқади.

Юқори вольтли жароҳатлар ҳам вольтли айрилиш ёки чакнаш натижасида келиб чиқади. Шунингдек жароҳатнинг ушбу турида контакт жойидан узоқда жойлашган тўқималар нобуд бўлишига олиб келувчи ўтказувчи типдаги катта хавфли жароҳатлар ҳам учрайди. Юқори кучланишли ток манбадан (кириш жароҳати) кириб организм тўқималаридан ўтиб, ерга (чиқиш жароҳати) етиб боради. Организм тўқимаси ток оқими билан ўтказувчи система бўлиб хизмат қилади. Шундан билсак бўладики электро жароҳатда, тана ва кучланишли ток кириш-чиқиш жойидан кўра оёқ-қўллар кўпроқ зарарланади. Кириш жойидаги жароҳат тери юзасига эга бўлиб, тўқималарни

коагуляцияси ва некрози оқибатида тўқима таранглашади. Чиқиш жойидаги жароҳат одатда кенг бўлади. Чунки ток организмдан катта тешик қолдириб чиқиб кетади. Шундай тахмин борки, тана ичида бир неча электр каналлари бўлиб, улар ҳар бир орган ва структурада электрик шикастланиш хавфини туғдирувчи кўплаб чиқиш жароҳатларига олиб келиши мумкин. Айрисимон вольтли шикастланишлар кўпинча юқори частотали шикастланишлар билан бирга келади. Айрисимон вольтли шикастланишни шундай тушуниш керак-ки, бунда ҳар ҳил электр зарядли қутблар орасида ажралган ионланган қисмчалар тўқимани зарарлайди. Айрисимон ток танадан ерга ёки тананинг иккинчи қисмига ўтганда ҳосил бўлади. Масалан, қўлдан кўкрак деворига ўтганда. Айрисимон вольт ўта оладиган масофа ҳар 10 000 вольтга 2-3 сантиметр ошади. Айрисимон вольт ҳарорати 20 000 °C га кўтарилиши мумкин ва одатда катта бўлмаган яширин шикастланишга олиб келади. Ток ўтаётганда тўқималар қаршилигининг ўзгариши ҳар ҳил жароҳатларга олиб келади. Токнинг кучига қараб термик куйишлар турли даражада бўлади. Энг катта шикастланиш одатда оёқ-қўлларда бўлади, чунки улар қаршилиги юқори бўлган суякга яқин жойлашган бўлади. Ўзгарувчан ток билан контактда бўлган мушакнинг тетаниқ қисқариши оқибатида электр шикастланишлар «озод бўла олмаслиги» феномени билан асоратланади.

Юқори вольтли симни ушлаганда билакни букувчи мушаклар кучли контрактурага учрайди. Натижада манбадан ажрала олмайди, шундан «озод бўла олмаслик» номи келиб чиққан. Бу қийин ҳолатдан бемор ҳушидан кетиб ёки манбадан узоқроқ жойга йиқилсагина чиқиб кета олади.



Ташҳислаш: узоқ вақт юқори вольт таъсирида қолган беморларда кўплаб жароҳатларни аниқлаш мумкин. Чуқур ўтувчи электр жароҳатлар чуқур мушакларнинг массив парчаланиши ва соғлом тери остида чуқур шиш билан характерланади. Бундан ташқари чуқур ўтувчи жароҳатлар МНС соҳаларига, кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғига таъсир қилиши мумкин. Кириш ва чиқиш жароҳатлари чуқур ўтувчи жароҳатларнинг

фарқланувчи белгиси ҳисобланади. Равоқсимон жароҳатлар билакузук ўрнида, тирсак, оралиқ ва қўлтикости соҳаларида маҳаллий, жуда чуқур коагуляцион некроз соҳаларини ҳосил қилади. Юзаки термик куйишлар чакнаш ёки кийим ёниши натижасида келиб чиқади ва кенг жойни эгаллаб бемор аҳволини оғирлаштиради. Бу куйишлар оёқ-қўллар проксимал қисмига таъсир қилиб, ампутация талаб қилади ва келажакдаги протезлар жойида ностабил чандиқлар ҳосил қилади. Баъзи жароҳатлар ўткир кечиб, бемор ҳаётига бевосита хавф солса, баъзилари эса ўз таъсирини бир неча ой ёки йиллардан кейин кўрсатиши мумкин.

Асоратлари:

1. юрак томонидан:

- юрак тўхташи
- қоринчалар фибриляцияси
- ритм бузилиши
- коронар артериялар зарарланиши
- миокарднинг бевосита зарарланиши

2. буйрак асоратлари

- паренхима зарарланиши ва тубуляр дисфункция
- иккиламчи ўткир буйрак етишмовчилиги

3. МНС томонидан

- МНС нинг кенг ҳажмли зарарланиши
- МНС нинг қиска муддатли зарарланиши
- Экстрапирамидал йўлнинг зарарланиши
- Пўстлоқнинг зарарланиши
- Ҳушдан кетиш, кома ва конвулсия
- Кечки гемиплегия ёки бош мия устуни синдроми

4. умуртқа поғонаси томонидан

- квадрипарез
- парапарез
- дистал оқрик ва парастезия
- кечки атаксия, кучсизлик ёки паралич (Панс синдроми)

5. алоҳида асоратлари

- вазомотор ностабиллик
- симпатик рефлекслар дистрофияси

6. ошқозон-ичак тракти томонидан:

- қорин девори ёрилиши ва эвентерация

- нодинмик илеус ва ошқозон атонияси
- ошқозон ёки ошқозон ости беши яралари
- кечки висцерал перфорация
- фистула
- панкреатит ва «электрик диабет»
- бевосита жигар жароҳати ва коагулопатия
- калийни тез йўқотилиши

7. ўпка томонидан:

- нафас тўхташи
- кўкрак қафаси бевосита жароҳати
- плевра жароҳати ва гидроторакс
- бўлакли пулмонит
- бронх перфорацияси
- қовурғалар синиши билан ёки синишисиз пневоторакс

8. офтольмологик асоратлар

- кўз олмасининг бевосита жароҳати
- шохпарда ёки оптик нервнинг ажралиши
- катаракта
- ёруғлик макулопатияси

9. томир асоратлари

- бевосита жароҳатлари
- томирларнинг кечки ёрилиши
- ички жароҳати
- артерия ва мушакларни озиклантирувчи структураларини шикастланиши

10. бошқа асоратлар

- ҳомила ичи ўлими
- спонтан аборт
- суяк кўмиги фаолиятини пасайиши

Ток урган бемор хушини йўқотади ва электрик манба билан контактда бўла олмайди. Шундай бўлсада «тирик сим» билан контактда бўлган беморда озод қилишда хушёр бўлиб, қутқарувчи электрик занжирни бир қисмига айланмаслиги керак. Яна қутқарувчи шуни эсда тутиши керакки, уни ҳам электрик айри вольт зарарлаши мумкин, чунки юқори кучланишли ток жабрланувчи атрофида 30 метр масофада айри ҳосил қилади. Жабрланувчига манба хавфсизлантирилмагунча ёки ток ўтказмайдиган предмет (қуруқ дарахт бўлаги) ёрдамида олиб ташланмагунча яқинлашиш керак эмас.

Шошилич ёрдам:

Жабрланувчи хавфли жойдан озод қилинган кўздан кечирилади, нафас, юрак фаолияти текширилиб, ҳаётий муҳим кўрсаткичлар ўлчанади. Транспортировкадан олдин инфузион терапия олган, лекин ҳушсиз бўлган беморнинг скелет ўқи, айниқса умумртқа поғонаси ҳаракатсизлигига эътибор бериш лозим. Барча беморлардаги каби электротравма олган беморларда ҳам ҳушсиз ётганда нафас йўллари ва нафас текширилади. Агар эндотрахеал интубация керак бўлса, умуртқа зарарланган бўлиши мумкинлигини эсда тутиш ва аҳволини ёмонлаштириши мумкин бўлган чораларни қўлламаслик керак. Кўплаб юқори вольтли токдан шикастланган беморларда юрак тўхташи кузатилади. Бунда ҳодиса жойида реанимация ўтказилади. Акс ҳолда ўлим ҳолати кузатилиши мумкин. Дастлабки даво чора тадбирлари нафас ва юрак ишини стабиллашдан бошланади. Венага тушиш. Электротравмали беморда сийдик ҳажми ва характерини аниқлаш ва ундаги гемоглобинни ҳам текшириш муҳимдир. Эндотрахеал интубация: бу муолажа ток билан зарарланган беморлар учун кам қўлланилади.

Кўрсатмалар:

- юзнинг кенг термик куйишларида; ўпка ва нафас йўллари шишишига гумон бўлганда
- ҳушсиз бўлган респиратор – дистрессли беморлар
- нафас йўлларини тиклашни талаб қилувчи кўкрак қафаси жароҳати
- катталарда эрта аниқланган респиратор –дистресс синдром. Яранинг ҳолатини баҳолашда унинг чуқурлигига алоҳида эътибор бериш керак. Яранинг сатҳи тўққизлик қоидаси ёрдамида ўлчанади. Кириш ва чиқиш жароҳати аниқланиб, унга ишлов берилиб боғлам қўйилади.

Оёқ-қўллар нормал кўринсада, периферик нерв функциясини пастлиги жароҳат чуқурлигидан далолат беради. Электр токи билан куйган беморларда жароҳат юзасига бирламчи ишлов бериш сепсиснинг асосий профилактикаси.

Госпитализация. Зудлик билан куйиш бўлимига юборилади.

Мавзу бўйича назорат саволлари:

1. Юмшоқ тўқималар ёпиқ шикастланиши ва биринчи ёрдам кўрсатиш тамойиллари.
2. Юмшоқ тўқималар очик шикастланиши ва биринчи ёрдам кўрсатиш тамойиллари.
3. Куйиш таснифини айтиб беринг.
4. Куйиш жароҳатларини ташхислаш ва шошилич ёрдам тамойиллари

5. Куйиш асоратлари
6. Ингаляцион куйишда тез ташхислаш ва шошилич ёрдам кўрсатиш.
7. Куйишнинг оғирлик даражалари ва критерийлари
8. Тери куйишида шошилич ёрдам кўрсатиш.
9. Кимёвий куйишда шошилич ёрдам.
10. Электр токи билан куйишда шошилич диагностика ва ёрдам тамойиллари.

ҚОРИНДА ЎТКИР ОҒРИҚЛАР БИЛАН КЕЧАДИГАН ШОШИЛИЧ ҲОЛАТЛАР

Қориндаги ўткир оғриқлар қорин бўшлиғи аъзолари касалликларининг энг биринчи шикоятидир (жадвалга қаранг). Кўпчилик ҳолларда бу ҳаётга хавф солувчи ҳолат бўлиб ҳисобланмайди. Лекин баъзи бир оғриқлар маълум бир касалликни белгиси ҳолида келиб, ўз вақтида кўрсатилмаган хирургик ёрдам беморни ўлимга олиб келиши мумкин. Бу ситуацион кўринишдаги кечинма “ўткир қорин” – синдромокомплекс бўлиб ҳисобланиб, ўз ичига бир қатор касалликлар ва абдоминал оғриқларни биргаликда кечиши, перитониал синдром, организмни захарланиш интоксикацияси ва диспепсия кўриниши тарзида кечади. Шошилич тиббий ёрдам кўрсатиш керак бўладиган ўткир қорин синдромокомплексини иккинчи сабаби бу буйрак ва жигар санчиғи ҳисобланиб, беморга қисқа вақт ичида азоб бериб, хавфли ҳолатни ўт ва пешоб йўллари тикилиб қолиши натижасида содир бўлади. Дифференциал ташхислаш ва даволаш тактикасини белгилашда, беморни физикал текширувлари, тўлиқ тўпланган анамнези керак бўлади.

I. Анамнез

Сўровни оғриқни юзага келиш сабабларидан бошланади. Анамнез тўплашда қуйидаги саволларга жавоб олиш керак:

- Оғриқ жойлашуви (1- расм). Баъзи бир касалликлардаги оғриқ қоринда маълум бир жойлашган тарзда кечади. Оғриқни шикастланган аъзони проёкциясида кузатилиши қорин пардасини париетал қисмини таъсирланиши натижасидир (масалан: ўткир холцистит ва аппендицит). Шунинг учун биринчи навбатда оғриқ соҳасига яқин жойлашган аъзоларни шикастланганлиги тўғрисида гумон қилиш керак.

Жадвал 1. Қоринда ўткир оғриқ: дифференциал ташхислаш, оғриқни жойлашган соҳасига

қараб
Ўнг қовурға равоғи
Ўпка ва кўкрак қафаси Ўнгтомонлама пастки сегментли пневмония Ўнг патски қовурғаларни синиши. Ўпка артерия эмболияси ва ўпка инфаркти
Жигар Ўткир гепатит (хар қандай этиологияли) Гепатомегалия (хар қандай этиологияли) Секвестрацион криз қонни жигарда тўпланиши билан (ўроқсимон хужайрали анемия(серповидноклеточли анемия) Жигар ўсмаси (яхши сифатли ва ёмон сифатли ўсмалар) Жигар абсцесси Жигар жароҳати
Ўт йўллари Ўткир холецистит ва ўт қопи тоши санчиғи Сурункали холецистит Ўт йўллари дискинезияси Калькулез панкреатит
Ошқозон Яра касаллигининг хуружи Гастрит Ошқозоннинг ўткир кенгайиб кетиши Ошқозон ярасининг ёрилиши
Ўниккибармоқли ичак Ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги Ўн икки бармоқли ичак яраси ёрилиши
Ошқозон ости бези Ўткир панкреатит (ўнг ва чап қовурға остида оғриқ сезиш) Ошқозон ости бези бошчаси рак касаллиги
Буйрақлар

<p>Пиелонефрит (умуртқа-қовурға бурчагида оғрик) Буйрак санчиғи</p>
<p>Юрак Стенокардия ва миокард инфаркти Перикардит</p>
<p>Ичак Ретроцекал аппендицит</p>
<p>Бошқа сабаблар Камарсимон темратки Диафрагма ости абсцесси</p>
<p>Эпигастрал соҳа</p>
<p>Юрак Стенокардия ва миокард инфаркти Перикардит</p>
<p>Қизилўнгач, ошқозон ва ичак Эзофагит Гастрит Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги Диафрагма қизилўнгач тешигининг чурраси ва унинг асоратлари Қизилўнгач ёрилиши Кардиал қисм ахалазияси</p>
<p>Ошқозон ости беzi Ўткир панкреатит Ошқозон ости беzi ўсмалари</p>
<p>Бошқа сабаблар Тўш суяги синиши Титце синдроми (қовурға хондрити)</p>
<p>Чап қовурға ости</p>
<p>Ўпка ва кўкрак қафаси Чап томонлама пастки бўлак пневмонияси Чап пастки қовурғалар синиши</p>

Талоқ

Спленомегалия (хар қандай этиологияли)
Талоқ жарохати
Талоқ абсцесси
Талоқ артерияси аневризмаси

Ошқозон

Ошқозон ўсмалари (яхши сифатли ва ёмон сифатли ўсмалар)
Гастритлар
Ошқозон ўткир яраси
Ошқозон тешилувчи яраси

Ошқозон ости бези

Ўткир панкреатит (оғриқ ўнг ва чап қовурға равого томонда кузатилади.)
Ошқозон ости безини дум соҳасини хавфли ўсмаси
Ошқозон ости безини сохта ва чин кистаси

Буйрақлар

Пиелонефрит
Буйрақ санчиғи

Юрак

Стенокардия ва миокард инфаркти

Ичаклар

Кўндаланг йўғон ичакни чап пастга томон тушувчи ичак эгилмасида ўсмалар

Киндик атрофи**Ошқозон ости бези**

Панкреатит
Ошқозон ости безини ўсмалари (яхши сифатли ва ёмон сифатли ўсмалар)

Ичаклар

Ичак механик тугилиши
Аппендицит (эрта босқичи)
Ичак чарвиси қон-томирларини тромбоз ва эмболияси, ичак инфаркти (эрта босқичи)
Чов чуррасини сиқилиб қолиши
Киндик чурраси
Қорин аортасини кенгайган аневризми, аневризмни ёрилиши

<p>Дивертикула (ингичка ва йўғон ичакда)</p> <p>Гастроэнтерит</p> <p>Катта чарвини буралиб қолиши</p>
<p>Бошқа сабаблари</p> <p>Уремия ва бошқа метаболик бузулишлар</p> <p>Лейкоз</p> <p>Оғрик кризи (ўроқ хужайрали анемия)</p>
<p>Ўнг чов соҳаси</p>
<p>Ичаклар</p> <p>Ўткир аппендицит</p> <p>Ўткир мезаденит</p> <p>Чов чурраси сиқилиб қолиши</p> <p>Ярим ой линияси чурраси (спигелиев)</p> <p>Илеит (Крона касаллиги)</p> <p>Кўр ичакни тешилиши (ўсмалар, ёт жисимлар, дивертикулит)</p> <p>Меккел дивертикуласини ялиғланиши</p> <p>Тифлит (нейтропенияда)</p> <p>Сигмасимон ичакни дивертикулити (долихосигмада)</p> <p>Ошқозон ва ўн икки бармоқли яраларни тешилиши</p> <p>Пельвиоректал парапроктит</p>
<p>Буйраклар</p> <p>Пиелонефрит</p> <p>Буйрак санчиғи</p>
<p>Аёл жинсий аъзолари</p> <p>Ўткир сальпингит, пиосальпинкс, пиовар</p> <p>Бачадон найи хомиладорлиги</p> <p>Тухумдон оёқларини буралиб қолган кистаси</p> <p>Эндометриоз</p> <p>Овулятор оғриклар</p>
<p>Томирлар</p> <p>Ёнбош артерияси аневризми</p>
<p>Бошқа сабаблар</p>

<p>Псоас-абсцесс</p> <p>Қин тўғри и мушак гематомаси</p>
<p>Чап чов соҳаси</p>
<p>Ичаклар</p> <p>Сигмасимон ичакни дивертикулит</p> <p>Пастга тушувчи йўғон ичакни тешилиши (ўсмалар, ёт жисимлар)</p> <p>Чов чуррасини сиқилибқолиши</p> <p>Ярим ой линияси чурраси (спигелиев)</p> <p>Пельвиоректал парапроктит</p>
<p>Аёл жинсий аъзолари</p> <p>Ўткир сальпингит, пиосальпинкс, пиовар</p> <p>Бачадон найи хомиладорлиги</p> <p>Тухумдон оёқларини буралиб қолган кистаси</p> <p>Эндометриоз</p>
<p>Буйрақлар</p> <p>Пиелонефрит</p> <p>Буйрак санчиғи</p>
<p>Бошқа сабаблар</p> <p>Псоас-абсцесс</p> <p>Қорин аортаси аневризми</p> <p>Қин тўғри мушаклари гематомаси</p> <p>Йўғон ичак ёғли чарвисини буралиб қолиши</p> <p>Чов артерияси аневризми</p>

- Қорин орқа соҳаси касалликлари (буйрак, ошқозон ости беши), одатда орқа кўкрак қафаси ёки ёнбош соҳада оғриқ билан кечади. Баъзида қоринда ўткир оғриқни чақириши мумкин. Бу ҳолатлар аксарият шифокорларни тўғри даво йўлини танлашига халақит беради. Қорин пардаси билан контакда бўлмаган аъзолар, шу билан бирга яллиғланиш кузатилмайдиган қорин ичи касалликларида тарқоқ аниқлаш қийин бўлган оғриқлар кузатилади (масалан: ингичка ичакни тутилиб қолишини бошланғич стадияси). Бир-бирига яқин жойлашган аъзолар аксарият ҳолларда ўхшаш клиник манзарани бериб, дифференциал ташхисни малакали шифокорда ҳам қийинчилик туғдиради.. (2-жадивалга қара).

Жадивал 2 Эпигастрал соҳадаги қаттиқ оғриқда дифференциал ташхислаш					
	Ошқозон ва ўн икки бармоқли ярани тешилиши	Ўткир панкреатит	Ўткир холецистит	Қорин аортаси аневризмини ёрилиши	Ичак ишемияси
Оғриқни бошланиши	Бирданига ; кучли жуда кучли оғриқ	Секин аста	Секин аста	Бирданига обморк билан кузатилади	Бирданига
Оғриқ жойлашуви	Эпигастрал соҳадаги оғриқ тезда тарқоқ холга ўтади	Эпигастрал, ўнг ва чап қовурға равоқлари соҳасида	Ўнг қовурға равоғи ва эпигастерал соҳада	Киндик соҳасида	Тарқоқ аниқ жойини аниқлаш қийин бўлган оғриқ
Оғриқни узатилиши	Одатда кузатилма йди	Кўкрак қафаси орқа қисми: оғриқ аъзо жойлашган соҳада ёки белбоғли ҳолда кузатилади	Кўкрак қафаси орқа қисми, ўнг елка ва ўнг лопатка ости соҳаси	Кўкрак қафаси орқа қисми, чов соҳаси	Йўқ
Қусиш	Йўқ ёки бир-икки мартаба	Кўп мартаба, турғун	Бир-икки мартаба	Баъзида	Баъзида бир-икки мартаба
Алкогол ичимликларини истемол	Хар хил таъсир қилади	Оғриқ хружи аксарият алкоголь ичимликларига	Таъсир қилмайди	Таъсир қилмайди	Таъсир қилмайди

қилиш		рўж килинганда кузатилади.			
Олдин бўлиб ўтган оғриқлар	Анамнезда ошқозон ичак яра касаллиги (у 50%)	Тез-тез;ҳозирги хуруж олдингиларига ўхшаш	Тез-тез;ҳозирги хуруж олдингисидан кўра кучлироқ	Йўқ	Йўқ
Овқат маҳсулотлар ини кўтара олмаслик	Ўткир овқатлар, алкоголь	Ёғли овқат (стеаторея)	Ёғли ва ковурилган овқат	Йўқ	Йўқ
Шок	Касалликнинг эрта даври учун хос	Касалликнинг кечки даври учун хос	Хос эмас	Касалликнинг эрта даври учун хос	Касалликнинг кечки даври учун хос
Пайпаслаган да оғриқ	Тарқоқ	Эпигастрал соҳада ёки тарқоқ	Ўнг ковура ёки остида ёки эпигастрал соҳада	Киндик соҳасида	Тарқоқ
Щеткин— Блюмберг симптоми	Дастлабки дақиқалардан эрта бошланади	Кеч, бир неча соат ёки кундан кейин пайдо бўлади	Баъзида	Баъзида	Оғриқ кучи белгилар яққоллигига мос келмайди
Қорин олди девори мушаклари таранглиги	«Тахтасимон қорин»	Кучсиз	Қорин тўғри мушакларининг бир томонлама таранглашиши	Баъзида	Баъзида, касалликнинг охириги даврида
Ичак шовқинлари	Йўқ	Сусайган ёки йўқ	Меъёрида ёки сусайган	Сусайган ёки йўқ	Сусайган ёки йўқ
Қовурға-умурқа	Йўқ	Икки томонлама кучсиз	Йўқ ёки енгил даражада	Йўқ ёки икки томонлама	Йўқ

бурчагида оғрик				енгил	
Бемор ҳолати	Чалқанча, бемор ҳаракатсиз	« Эмбрион ҳолати», Қусишга чақирув	Чалқанча, бемор кўринишидан хотиржам	Чалқанча, бемор хотиржам	Чалқанча, бемор хужғанак бўлади
Қорин бўшлиғи тасвирий рентгеногра фияси	Қорин бўшлиғида эркин газ (70%), ичак тутилиши белгилари	Ичак тутилиши белгилари, оч ичак ва кўндаланг ичак айрим қовузлоқларини нг шиши	Ичак тутилиши хос эмас; ўнг қовурға ости соҳасида ўт қопининг оҳаксимон тоши (10%)	Қорин аортасининг кенгайиб кетиши ва мўртлашиб қолиши	Ичак тутилиши белгилари
УТТ	Ўтказмайд и	Ошқозон ости бези катталашиси	Ўт тош касалиги, ўт қопи девори қалинлашиши	Қорин бўшлиғида эркин суюқлик, қорин аортаси девори қалинлашиши	Ўтказмайди
КТ	Кўрсатма йўқ	Ошқозон ости бези катталашиси, атроф тўқималар шиши	Кўрсатма йўқ	Қорин бўшлиғида эркин қон, аортанинг кенгайиб пульсация қилиб туриши	Кўрсатма йўқ
Лобаратор текширувлар	Амилаза фаоллиги бироз ошган, қонда бироз лейкоцито	Амилаза фаоллиги ошган; азотемия; зардобда кальций ва магний ошган, лейкоцитоз	Амилаза фаолдлиги одатда меъёрда, бироз лейкоцитоз	Гемотакрит кўрсатгичи паст	Баъзида амилаза фаоллиги бироз ошган, азотемия, лейкоцитоз

	3				(юқори кўрсаткичларда бўлиши мумкин)
--	---	--	--	--	--------------------------------------

- **Оғриқни бошқа жойга узатилиши**— энг асосий белги ҳисоб, ташхис қўйишда клиник манзарани тўлдиради. Диафрагма ости аъзоларни шикастланишида оғриқ екага, шикастланган томондаги бўйин ён бош соҳасига, диафрагмани иннервация қилувчи орқа мияни IV - нерви ўтканлиги сабабли узатилади. Ўт пуфаги санчиғида оғриқ одатда ўнг қовурға равоғида кузатилиб, ўнг елкага ва ўнг кўрак соҳасига беради. Панкреатитда оғриқ орқага бериб, кўпинча уни белбоғ оғриғи деб аташади. Буйрак санчиғида одатда ёнбош чов соҳасига оғриқ бериб, пешоб йиғувчи най йўналиши бўйлаб, ва пешоб тезлашган ажралишида оғриқ намаён бўлади.
- **Оғриқ характери.** Қоринда оғриқ доимо ёки хуружли (санчикли) бўлиши мумкин.
 - Доимий оғриқ кучайиши ва сусайиши мумкин, лекин бутунлай йўқолмайди, хуружли тарза кечмайди. Доимий оғриқ қорин аъзоларини яллиғланишида ва ўсма касалликларида содир бўлади. Оғриқ ўткир холециститда юзага келиб, аксарият ўт қопи ва йўли санчиғи тарзида кечади деб фикирланади. Бу нотўғри фикир ўткир холециститда оғриқ доимо ва кучсизланмаган тарзда кечади.
 - Хуружли оғриқ одатда тўлиқ бўлмаган аъзоларни тиқилиб қолишида (ичак тутулиши, пешоб-тош касаллиги) ёки шу бўшлиқлар ичидаги босимни бирон бир сабабларга кўра ортиши (ичакларни параличлиги тугагандан кейин ичак перисталтикасини кучайиши, гастроэнтерит) кузатилади. Лекин эсда тутиш керак, баъзи бир касалликларда оғриқ хуружли бошланиб, кейин доимий оғриқ кузатилади (ичак тутулишини ичак инфаркти билан кечиши).
 - **Оғриқ давомийлиги.** 4 соат давомида кузатиладиган оғриқ, беморда “ўткир қорин” синдроми борлигига тахмин қилинади. Қисқа-қисқа бошқа клиник белгилар ва лаборатор кўрсаткичларни ўзгаришсиз давом этадиган оғриқ, баъзида оғир кечувчи касалликларда кузатилди. Аксарият давомий ёки хуружли оғриқлар беморда патологик жараёнлар кечаётганидан ждарак беради. Кўпчилик хирургик касалликларда оғриқ бир неча соатдан бир неча кунгача бўлиши кузатилади. Ойлаб кузатиладиган оғриқлар айтарли хавfli эмас. Бу касалликларда жадал госпитализация фақат беморни аҳволи бирданига ёмон томонга оғса (ўн икки бармоқли ичак ярасини тешилиши) амалга оширилади. Агар бемор қоринда йиллаб кузатиладиган оғриққа шикоят қилса,

бу ҳолда бу беморда симуляция ёки асаб бузулиши ҳолида кузатилади. Бундай беморларда социал- ижтимоий яшаш шароитини баҳолаш керак.

- **Оғриқ давомийлиги.** Одатда қанчалик хирургик касаллик оғир кечса, шунчалик оғриқ кучли кечади. Ошқозон-ичак трактидаги моддаларни қорин бўшлиғига тушуши оғриққа чидамли бўлган беморларни ҳам шифокорга мурожат қилишига мажбурлайди. Барча беморлар одатда ўзларида кечаётган оғриқни интенсСЎВигини ва ҳолатларини тўғри баҳолайдилар. Шунинг учун, соғлом кўринишида бўлган одамларда кузатилган оғриқларни инкор этмаслик керак.
- **Оғриқни юзага келиши.** Баъзи бир хирургик касалликларда қоринда оғриқ бирданига купинча аҳволи яхши бўлганда пайдо бўлади (ярим тўлиқ аъзони тешилиши, артериялар тромбоземболияси, яхши қон билан таъминланган аъзони буралиб қолиши). Бу беморларни аҳволи тез оғирлашади. Бемор ўзидаги оғриқни аниқ ва қачон юзага келганини айтиб беради. Бошқа касалликлар масалан; апендицит, дивертикулит, ичакни механик тугулишида оғриқ юзага келиши бирданига содир бўлмай, бир неча соатдан кейин кучли тарзда кечиши мумкин.
- **Қусиш.** Баъзи бир касалликлар турғун қусиш билан кечади, бошқалари жуда кай ёки умуман кузатилмайди. Ўткир панкреатит ва холециститни бошланғич фазасига тез-тез қусиқ бўлиши хосдир. Механик ичак тугулишида қусиқнинг тез-тез пайдо бўлиши ва интенсСЎВиги тўсиқнинг жойлашган жойига боғлиқ, яъни тўсиқ қанчалик юқори бўлса, қусиқ шунчалик кўп ва кучли бўлади. Ахлат ҳидли қусиқ келиши ингичка ичак ёки ошқозон-чамбар ичак тугулишидан дарак беради. Қусиқ массасида ўт сафронинг бўлмаслиги Фатеров сўрғичидан юқори қисмда тўсиқ борлигидан далолат беради.
- **Аниқлик киритувчи бошқа омиллар.**
 - Ташҳис қўйиш учун баъзида беморнинг ёши ва жинсининг аҳамияти бўлади. Чунки айрим касалликлар маълум бир ёшда учрайди. Масалан: ичак инвагинацияси 2 ёшгача кўп учраса, апендицит 50 ёшдан кичикларда кўпроқ учрайди. Холецистит аксарият ҳолларда ўрта ёшли аёлларда учрайди. Яна шуни билиш лозимки айрим ҳолларда бу қоидаларни бузилган ҳолда учратиш мумкин.
- **Дориларга доир анамнези**
 - Айрим дорилар ва наркотиклар қорин бўшлиғи аъзолари жарроҳлик касалликларини ҳуружини чақиритиш мумкин. Кортикостероидлар ёки яллиғланишга қарши ностероид дори воситаларини қабул қилиш фонидида пайдо бўлган қориндаги ўткир оғриқларда яра ёрилишига гумон юқори бўлиши лозим. Алкогол, тиазидли диуретиклар, пентамидин ва азатиопринлар қабули баъзида

панкреатит хуружига олиб келади. Сульфаниламидлар ва барбитуратлар баъзида ўткир ўтувчи порфирия камқонлигини чақирishi мумкин.

- Оғриқни енгиллаштирувчи дори воситалари. Ошқозон яра касаллигида ва рефлюкс-эзофагитда антацидларни қабул қилиш оғриқ кучини камайишига олиб келади. Перитонитда «уй дорихонаси»да сақланувчи оғриқ қолдирувчи дорилардан фойдаланиш тақиқланади.
- **Ўтказган касалликлари.** Қиёсий ташхис учун оғриқнинг биринчи марта бўлиши ёки қайталаниши муҳимдир. Масалан ўт тош касаллиги ва панкреатит учун қайталанувчи оғриқ хосдир. Агар аниқ бир сабабсиз бир хил типдаги оғриқ билан бир неча маротаба мурожат қилган бўлса, бу симуляциядан дарак ҳисобланади. Беморнинг олдин ўтказган операциялари албатта сўралади. Шунингдек аёллардан гинекологк анамнез сўраш муҳим аҳамиятга эгадир. Чунки бачадон ва тухумдонларнинг сурункали яллиғланувчи касалликлари қоринда хуружсимон оғриқлар билан кечиши мумкин. Бачадондан ташқари ҳомила бўлган аёлларда шу ҳолатни қайталаниш эҳтимоли юқоридир. Бачадон экстрипацияси пайтида апендектомия ўтказилган бўлиши мумкин.

Физикал текширишларни – тўла ўтказилади. Анамнез ва физикал текширишлар, тўғри ташхис қўйишга керак бўладиган 60%-гача маълумотни берса, лабаратор текширишлар фақат 10-15%-ни беради.

Бемор умумий ҳолати ва асосий физиологик кўрсаткичлар

- Беморни ташқи кўриниши уни қандай оғир аҳволда эканлигини аниқлашда ёрдам беради. Беморга этибор беринг – ҳақиқатдан ҳам қийналмоқдами, ўринда яхши ётган ҳолда телефон орқали гаплашмоқдами ёки телевизор кўрмоқдами. Агар ётган ҳолда қорин соҳаси пайпаслашда оғриққа шикоят қилса, қўлса, хазиллашса – бу беморда хирургик касалликни бўлиши эҳтимолдан йироқ бўлади.
- Оғриқни камайтириш учун бемор ўзига хос қулдай турғунликни олиши ҳам ташхислаш учун асосий белги ҳисобланади. Панкреатитда бемор “эмбрион шакл”-ни олади, бунда оёқ-қўллари қоринга йиғилган тана олдинга эгилган кўринишда бўлади. Бу шакл кўринишида оғриқ камаяди, чунки олди бел мушаклари яллиғланиш процессида иштрок этгани сабабли бўшашади. Ретроцекал аппендицитда беморлар аксарият холларда ўнг оёқларини тизза ва сон бўғимини букиб яллиғланган ўсимтани босимини камайтиришга ҳаракат қиладилар. Хар қандай этиологияли тарқоқ перитонитда бемор ҳаракат қилмасдан ётади, чунки озгина ҳаракат оғриқни кучайтириб юборади.

- Ўткир қонидаги кузатилган тахикардия беморда кузатилган сувсизлик ва ҳарорат кўтарилиши билан боғлиқдир. Қари юрак-қон томир касалликлари билан оғриган, бета-адреноблокаторлар қабул қилаётган инсонларда тахикардия кузатилмаслиги мумкин. Тахикардияни кузатилмаслиги беморда оғир қорин аъзоларини касаллиги борлигини инкор этмайди. Юрак қисқаришлар сонини текширув вақтида ортиб бориши (агар сувсизлик кузатилмаса) – бемор аҳволи оғирлашаётганлигидан дарак беради.
- Қорин оғриғидаги тахипноэни сабаби – нафас сиғимини камайишидир. Юзаки тезлашган нафас керакли минутли сиғимни ушлаб туради. Тахипноэ ва респиратор алкалоз метаболик ацидозни юзага келаётганлигидан дарак бериб, сепсисда кузатилади.
- Ҳарорат кўтарилиши кўп қорин аъзоларини яллиғланишига хос белги. Ҳароратни тўғри ичакда ёки қулоқ йўлида ўлчанади. Ҳароратни оғизда ўлчашга рухсат берилган, лекин ишончли бўла олмайди. Қўлтиқ остида ҳароратни ўлчаш мумкин эмас, чунки бу усул аниқ ҳароратни кўрсатмайди. Қорин аъзоларини яллиғланишини эрта босқичларида (масалан: холецистит, аппендицит) ҳарорат кузатилмайди. Агар холециститга ёки аппендицитга шубҳа бўлаётган беморда биринчи соатларда ҳарорат кузатилса ва у 39-40°C ни ташкил қилса ташхислашни қайта ўтказиш керак бўлади. Қоринда оғриқ юқори ҳарорат билан бирга кечиши фақат бактериал перитонит ва қорин ичи абсцессларда кузатилади. Юқори ҳароратни қалтираш билан бирга кечиши бактетриемияга хос бўлиб; бу ҳолда бемордан қон посеви олиниб, ташхислашни кутмасдан туриб катта спектрли антибиотиклар қилинади. Бемор ҳароратни туширадиган дори воситаларини қабу қилган ёки қилмаганлиги аҳамиятга эга, чунки бу ҳароратни кечишини яширади. Сувсизланган ва қари инсонларда яллиғланишга реакция кузатилмайди. Сепсисдаги гипотермия - ёмон оқибатли белги ҳисобланади.

Қоринни текшириш. Қорин соҳасини текширишни иложи бўлса, малакали шифокордан ўрганиш керак. Бемор қориндаги оғриқни шифокор томонидан инкор этилиши, уни жахлини чиқариши, бирламчи ва кейинчалик бўладиган текширишларни қийинлаштириши мумкин. Боларални текширишда эҳтиёткор бўлиш талаб этилади. Барча қоринда оғриқ кузатилаётган беморларни икки грухга бўлиш мумкин. Биринчи гуруҳга ўткир қорин ва қорин пардасини яллиғланганлигини аниқ белгилар кузатилганлар.

Текшириш маълум бир кетма-кетликда олиб борилади.

1. кўрувдан бошланади. Беморни умумий ҳолати ва туриш шакли баҳоланади. Қорин соҳасини кўришда қуйидаги белгиларга этибор бериши керак:

- Қориндаги чандиқ ва у жойлашган соҳа. Операциядан кейин бўладиган чандиқлардаги хуружли оғриқда ичак тутулишига шубҳа қилиш керак. Чандиқни жойлашувига қараб ўтказилган операцияларни характерини аниқлаш ва бу билан дифференциал ташхислашни тезлаштириш мумкин.
 - Қориннинг ҳаволи шиши. Қориннинг ғаволи шишини баҳолашда одатда қанчалик ичакларни дистал соҳаси тикилиши кузатилса шунчалик қорин хаволи шиши кучаяди. Юқори ичак тутулишида қорин тортилган, ладъевидли шаклида бўлиши мумкин. Локал қорин шиши аксарият қоринда ўсмалар юзага келишида кузатилади. Қолавераса қоринда шиш нима сабабдан юзага келганлигини аниқлаш керак-суюқлик тўпланиши (асцит) ёки газлар.
2. Кейинги босқич — аускультация. Фонендоскоп иссиқ бўлиши керак. Қоринда шовқун турлари ва характери аниқланади.
- Ичак шовқинларини бир неча минут ичида пасайиши ёки мутлоқо йўқолиши, беморда перитонит ёки фалажли ичак тутулиши борлигидан дарак беради. Махалий перитонитда, асоратли аппендицитда, ичак дивертикулитида ва бошқ баъзи бир касалликларда ичак шовқунлари меъёрий бўлиши кузатилади.
 - Қоринда хуружли оғриқни кучайган ичак шовқунлари билан кечиши механик ичак тутулишига хос ҳисобланади.
 - Томирдаги турбалентлик шовқунлари қорин аортасини аневризмида, буйрак ва ичак чарвисини артерияларини стенозида бўлади.
3. Перкуссия ҳар доим аускультация ўтказилгандан кейин бажарилади, чунки у перисталтикани стимуллайди (худди шундай пайпаслаш ҳам). Қуйидаги перкутор товушлар кузатилади:
- Тўмтоқ товуш – қорин бўшлиғида ҳосила бўлса, асцитда, ичак халқасида суюқлик тўпланса кузатилади.
 - Тимпаник товуш – қорин бўшлиғида эркин газ ва ичакларда газ тўпланса содир бўлади.
 - Аралаш товуш – танани ҳолатини ўзгартирганда қориндаги эркин суюқлик, яни асцитга хосдир.
 - Жигар тўмтоқлигини йўқолиши. Одатда жигар устида перкуссия қилинганда тўмтоқлик кузатилади. Уни жарангдор бўлиши қорин девори ва жигар оралиғида газ тўпланишидан хосил бўлади. Бу ярим тўлиқ аъзоларни тешилишидан дарак беради.

Чуқур пайпаслашни амалга оширмай перкусия билан беморда перитонит ривожланганлигини аниқлаш мумкин. Агар перкусия қоринда оғрикни чақирса бу белги перитонитга хос бўлади. Перитонит кузатилган болаларга салгина тегиш безовталантиради. Билмасдан бола ётоғитга тегиб кетилса дарров қоринда оғриққа шикоят қиладилар. Беморни ретгенологик текширишга олиб борилаётганда замбил эшикка ёки деворга тегиб кетса оғриқ кузатилади. Бу яширин кузатиш усулига ўхшаш усуллар перитонитда қоринни чуқур пайпаслаш ва Шеткин-Блюмберг симптомига қараганда кўпроқ маълумот беради, қуйидаги усуллар аксарият сохта мусбат кўрсаткичиларни кўрсатади.

4. Пайпаслаш — қорин соҳасини тугаланаётган текширишларига киради. Бирламчи бўғин шифоқорини қўли иссиқ бўлиши керак. Бу айниқса болаларни кўришда катта аҳамиятга эга бўлиб, акс ҳолда уларни қаршилиги кузатилади.

- Беморда оғрикни кучайишига олиб келмаслик учун текширишларни бошида, пайпаслашни олдин оғриқ кузатилмаган соҳаларда юзаки пайпаслашдан бошлаш керак. Бу қорин мушакларини совуққа таранглашишини олдини олади ва бемор билан мулоқотни яхшилайдди. Оғриқ кучли кузатилган соҳалар энг охири текширилади.
- Бошида юзаки оринтирлашган пайпаслашни амалга оширилади. Бунда кучли оғриқ кузатилган соҳалар аниқланади.
- Қорин соҳасини бир томондаги қорин тўғри мушакларини таранглашиши – перитонит симптомини беради. Уни қорин соҳасини симметрик оқ линиясини икки қўл билан пайпаслаб онсон топиш мумкин.
- Қорин соҳасини чуқур пайпаслаш усули текширишлар яқунлашиши вақтида бажарилади. Агар шу даврга келиб тарқоқ перитонит ташхиси қўйилган бўлса, чуқур пайпаслани ўтказиш керак эмас. Чуқур пайпаслаш усули билан қорин соҳасидаги барча аъзолар текширилади. Бунда қорин соҳасида оғриқ, қорин олди девори мушакларини таранглиги ва қорин аъзоларни размери аниқланади.
- «Тахтасимон» қорин — ошқозон яраси тешилганлигини асосий клиник белгисидир. Хлорид кислотасини қорин пардасига таъсири кучли оғрикни ва мушаклар сиқилишини юзага келтиради. Баъзида қорин деворини хақиқий ригидлигини, қорин деворини химоя ригидлигидан ажратиб олиш қийин. Бу ҳолларда беморга оёқларини тизза бўғимига букиб қоринга босишни сўралади, бу ҳолат аксарият беморларди қорин деворини бўшашига олиб келади.

5. Бошқа симптомлар

- Мерфи симптоми: нафас олишни юқори чўққисидаги чуқур пайпаслашда ўнг қовурға равоғи соҳасида кучли оғриқни ҳосил бўлиши. Бу симптом аксарият мусбат ўткир холециститда кузатилади, бу касалликни ташхиси кўйилишида асосий белги бўлиб ҳисобланмайди.
- Ровзинг симптоми: ўнг ёнбош ёки чап ёнбош соҳалардаги чуқур пайпаслашда (ёки перкуссияда) оғриқни пайдо бўлиши. Бу симптоми мусбат бўлиши аппендицитга хос бўлиб, баъзи бир касалликларда ҳам кузатилиши мумкин.
- Бел соҳси мушаклари симптоми: бемор чап ёнбошга ётган ҳолда ўнг оёғини букканда бел соҳасида оғриқ намоён бўлади. Бу кўринишлар ретроцекал аппендицитда ва бошқа қорин аъзоларини яллиғланиш касалликларида кузатилади. Бу яллиғланишларда (паранефрит, псоас – абцеси, қорин пардаси орти гемотомаси, орқа кўр ичакни ҳосиласи тасирида тешилиши) бел соҳаси мушаклари тортилади. Худди шундай симптом чап оёқни букиши натижасида (паранефрит, дивертикулани тешилиши ва сигмасимон ичакни ҳосиласи) кузатилади.
- Мушакларни ёпилиб қолиш симптоми (запирательной мышцы): беморда оёқларини тўғри бурчак ҳосил қилиб, болдир қисмини ичига ёки ташқарисига буриб чалқанча ётган ҳолда оғриқ кузатилади. Оғриқни ҳосил бўлиши яллиғлиниш билан боғлиқ бўлиб, ички ёпувчи мушакларни ёки уни ёнидаги мушакларни таъсирига жавоби (чаноқ абцесси, аппендицит, сальпингит) холида оғриқли кечади.
- Кера симптоми: қорин пастки соҳаларини пайпаслашда айниқса беморни Тренделенбург ётиш ҳолатида елкада оғриқ кузатилади. Бу симптом биринчи маротаба талокни шикастланишида ёритилган. Диафрагма ости соҳасида суюқликларни тўпланиши ҳисобига оғриқ елкага ва бўйинга узатилади.
- Баъзида яллиғланган соҳадаги терида сезувчанлик ортади. Бу ажойиб биологик феномен бўлиб, ташхислашда асосий белги бўла олмайди.

Ораликни кўриш, эркак ва аёлларда қоринда оғриқ бўлганда албатта жинсий аъзолар ва тўғри ичак текширилади.

1. Ўғил болаларда ўтказилади:

- Ташқи жинсий аъзоларни кўриш- тухум буралиб қолиши, ўсмалар, эпидидимит ва пешоб чиқарув найдан чиқаётган ажрамаларга этибор берилиши билан боғлиқдир.
- Сони ички ва чов соҳасини кўришда – аксарият чурра аниқланади.

2. Қизларга ўтказилади:

- Бачадон, бачадон найлари ва тухумдонларнинг бимануал текшируви. Бир томонлама оғриқ бўлиши ёки ҳосиланинг пайпасланиши бу пиосальпинкс, пиовар ёки тухумдон кисталари оёқчаларининг буралиб қолишидан дарак беради. Текширув пайтида бачадон бўйинчасини сурилиши натижасида юзага келадиган оғриқлар бачадонг ва унинг ортиқларининг яллиғланувчи касаллигидан дарак беради.
 - Ректовагинал текширув чаноқ абсцессини аниқлаш имконини беради. Пальпация пайтида бачадоннинг тугунли бўлиши эндометриоз бошланганини кўрсатади.
 - Чуррани аниқлаш учун чов соҳаси ва сон ички юзаси кўздан кечирилади(аёлларда сон чурраси эркакларга нисбатан кўп учрайди).
3. Тўри ичакни бармоқ билан текширишда оғриқга, ҳажмли ҳосила бор йўқлигига, тўғри ичак сфиктери ҳолатига эътибор берилади. Агар ахлат бўлса, яширин қонга теширилади.

Ўткир аппендицит

Текшириш ва таъхислаш

- **Анамнез.** Симптомлар юзага келган вақт аниқланади. Аксарият биринчи сиптом киндик атрофидаги оғриқдан бошланади. Кейин бунга қусуқ кўшилади. Бир неча соатдан кейин оғриқ ўнг ёнбош соҳасига ўтади. Кўкрак ёшидаги болаларда иштахасизлик, ҳарорат кўтарилиши ва қусуқ кузатилади. Баъзида ретроцекал аппендиксда ич кетиш намаён бўлади. Апендиксни тешилиши одатда бошланган вақтидан 36 соатгача кетган вақт ичида содир бўлади.
- Физикал текширувларда ўнг ёнбош соҳасидаги оғриққа, шу қорин соҳани мушакларини таранглигини аниқлаш мумкин. Тўғри ичакни бармоқли текшируви амалга оширилади.

Шошилинич ёрдам

- Беморни хирургик марказга жадал транспортировка қилиш

Ичаклар тутулиши

1. Ичак инвагинацияси

Этиологияси. Инвагинация аксарият 1 ойдан то 2 ёшгача бўлаган болалик даврида кузатилади. Бунда ичакни бир соҳаси бошқа ичакни тешигига суқилиб киради, натижада шу соҳада ишемия ва некроз содир бўлади. Инвагинация Меккел дивертикуласида, чарви лимфа тугунларини каттайишида, геморрагик васкулитда содир бўлиши мумкин, лекин аксарият холларда сабабини аниқлашни иложи бўлмайди.

Текшириш ва таъхислаш

- **Анамнез**

- Характерли хуружли қоринда оғриқ, қусиш, нажасда кўп миқдорда қон ва шиллик кузатилади (смородина желеси).
- Кучли хуружсимон оғриқларда бола бақриб йиғлайди, оёқларини букиб тпирлайди. Бу безовталиқни тинчланиш даври билан алмашини туришидан иборат бўлади.

- **Физикал текширувлар**

- Хуруж оралиғида бола тинчланган, шалпайган ёки аксинча безовталанган бўлиши мумкин.
- Кейинчалиқ бирданига ҳаракат сусайишлиғи, оқариши, хуш даражасини бузулишини кузатилади. Бу босқичда ЮҚС, Қ/босимини, нафас сонини ва ҳароратини ўлчаб туриш талаб этилади.
- Қоринни пайпаслаш ва тўғри ичакни бармоқ билан текширишда колбасасимон хосила борилигини аниқлаш мумкин.
- Аксарият ҳарорат кўтарилиши, айниқса кўкрак ёштдаги болаларда кузатилади.

Шошилиқ ёрдам

- Барча холларда инфузион даво амалга оширилади.
- Хирургик марказга жадал транспортировка қилинади.

Ичакни тугалланмаган буралиши ва завороти

Этиологияси. Тугалланмаган ичак буралиши – бу туғма аномалия ҳисобланиб, ингичка ичакни жойлашувини бузулиши, чарвини қорин орқа деворига брикмаслиғи ҳисобига юзага келади. Бу ичакни буралиб қолишига олиб келади ва аксарият янги туғилган чақалокларда содир бўлади.

Текшириш ва таъхислаш

- **Анамнез.** Кусукда ўт пуфаги суюқликларини кузатилиши 1 ойликдан катта чақалокларда қайта кусук хуружи бўлганда содир бўлади.
- Физикал текширишларда қоринда шиш, тери рангини сарғайиши, кусукда ва нажасда қон қолдиқлари кузатилади. Шок тез юзага келади.
 - Нажасда қон — ёмон оқибатли белги бўлиб, ичакларда кучли ишемия кечаётганлигидан дарак беради.

Шошилиқ ёрдам

1. Назогастрал зонд қўйилади.
2. Томир ичига инфузион даво буюрилади
3. Операция муолажасини ўтказиш учун жадал хирургик марказга транспортировка қилинади.

Ошқозон пилорик қисмининг торайиши биринчи 8 ҳафталик кунда юзага келади (кўпинча иккинчи ва тўртинчи ҳафтада). Ўғил болалар 4 мартаба кўпроқ касалланадилар. Аксарият ҳолларда бу ҳолат оилавий анамнезда кузатилади.

- **Анаамнезда** — эмгандан кейин қусук (баъзида қусук фонтанли), қусукда ўт суюқлиги кузатилмайди.
- **Физикал текширувлар.** Симптомлар стенозни келтириб чиқарган оғрлигига боғлиқ.
 - Дегидратацияга таълуқли кўриниш ва вазн йўқотилиши.
 - Олхўри катталигидаги ҳосилани кўпинча пайпасланиши
 - Ичак перисталтикасини тўлқинлари кўринади.

Шошилинич ёрдам

1. Назогастрал зонд қўйилади.
2. Дегидратацияни, алкалозни ва электролитлар бузулишини олдини олиш учун томир ичига инфузион даво буюрилади
3. Операция муолажасини ўтказиш учун жадал хирургик марказга транспортировка қилинади.

Қоринни ёпиқ шикастланиши оғир бўлишига қарамай симптом ва белгилари суст ривожланган. Клиник манзараси аксарият ҳолларда қоринда бошқа аъзоларни шикастланганлик белгиларини беради. Қорин ичи аъзолари шикастланган бола бирданига шифокор кўрувига келмай, шикастланган вақтдан бир неча соат баъзан кун ўтиб оғир ҳолда шифокорга мурожат қиладилар.

Текшириш.

- Қорин аъзоларини шикастланишига гумон қилиш айтарли аҳамиятга эга бўлмаган анамнездаги қорин шикастланишида ҳам ката этиборга эгадир.
- Ташҳис қўйиш учун қоринда оғриқнинг кучайиб бориши, жигар ва талоқ соҳасидаги оғриқ, қон талашлар, гематурия, ЮКС, АҚБ, нафас сони ва тана ҳарорати катта роль ўйнайди.

Шошилинич ёрдам

1. Биринчи навбатда АКХ ни тўлатиш зарур. Агар қорин бўшлиғига қон кетишига шубҳа бўлаётган бўлса, иккита катта диаметрли катетер венага кўйилади.
2. Операция муолажасини ўтказиш учун жадал хирургик марказга транспортировка қилинади.

Бачадондан ташқари ҳомиладорлик — балоғат ёшидаги қизлардаги ўткир қоринни асосий сабаби ҳисобланади.

Текшириш ва ташхислаш. Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликда ўткир қорин симптоми белгилари ёки хуружли қорин оғриғи, қиндан қонли суюқликни келиши кузатилади.

Керакли тез аниқ текширишлар.

- Қорин деворини ҳолати шок ва таъсирланиш симптомларига хос. Ҳарорат билан кечиши кам учрайди.
- Тўғри ичак-бачадон чуқурлигида, қорин бўшлиғида суюқликни тўпланиши ҳисобига юмшоқ ҳосила пайпасланади.
- Қон кетаётганлигини тасдиқлаш учун тўғри ичак- бачадон чуқурлиги пункция қилинади.

■ Яширин клиник манзара

- Анамнезда – менструацияси кечиккан вақтда қиндан қонли оқмаларни келиши, қорин пастки соҳасида оғрик.
- **Физикал текширишлар.** Бачадон шодалари соҳасида ҳосила пайпаслашда аниқланади. Асосий симптом – бачадон бўйнини силжиси натижасида кучли оғрик кузатилади.

Шошинч ёрдам.

- Ўткир қорин ва шок юзага келганда бемор ҳолатини стабил ҳолатда тутиб туриш ва хирургик муолажани ўтказишни тезда амалга ошириш талаб этилади.

Кичик чаноқ аъзоларини яллиғланиш касалликлари — ўсмир қиз болаларда энг кўп талқалган қориндаги оғриқлардир. Клиник манзараси худди ўткир аппендицит, бачадондан ташқи ҳомиладаорлиги ва хаиз билан кечувчи оғриқларга хос бўлади.

Текширув

- Ташхислаш ананезва шикоят маълумотларига таянган ҳолда қўйилади; қорин пастки соҳасида ўткир оғриқ, қиндан ажрама, ҳарорат кўтарилиши, қалтираш кузатилади. Касаллик аксарият ҳолда хаиз кўриш вақтида бошланади.
- Текширишда; бачадон бўйнини оғишида, бачадон шодаларида, баъзан хосилада оғриқ содир бўлади.

Шошилинич ёрдам

Шифохонага ётишга кўрсатма: кучли интоксикация, аниқланмаган ташхис, , кичик чанокда абсцессга шубҳада, перитонит симптомларидла, хомиладорликда, шифохонадан ташқарида врач назоратини амалга оширилмаганда, дори воситаларини оғиз орқали қабул қила олмасликда, анамнезда самара бўлмаган даволашларда.

Ошқозон – ичак тизимининг юқори соҳасидан қон кетиш

Умумий маълумотлар. Қон кетиши тўғрисидаги аниқ маълумотлар беморни кузатиш ва даволаш жараёнини онсонлаштиради, даволашни тўғри йўлга солади ва тиббиёт ходимларини асабий зўриқишларини олдини олади.

Терминология

- Ошқозон-ичак трактдан профуз қон кетиш – бу минимум 1 литрдан кўп ёки ўткир қон кетишни гиповолемиёга олиб келиши билан баҳоланади.
- Гиповолемиё — бу умум қон ҳаракати миқдорини ўткир ва сурункали камайишидир. Гиповолемиё - тахикардия, систолик ҳажимни (100мм рт.ст дан паст бўлиши) ва марказий веноз босимни камайиши ёки кучли кузатилмаган симптомлар кузатилиши билан кечади (ЮҚМ ва Қ/б-ни постурал ўзгариши).
- Ошқозон-ичак трактини юқори қисмидан қон кетиш асосан қизилўнгачдан, ошқозондан ёки ўн икки бармоқли ичакдан қон кетишда кузатилади. Ошқозон – ичак трактини пастки соҳасидан қон кетиш, бу ичакдан, Трейтц боғламини пастки соҳасидан қон кетишда кузатилади. Профуз қон кетиш аксарият ошқозон – ичак трактини юқори соҳаларидан кетганда кузатилади.
- Haematemesis — Янги (оч қизил)рангдаги кусуқ. Melaenemesis — қўнғир ёки қора (кофе кусуғи) рангдаги кусуқ. Бу икки симптом қон кетиш ошқозон-ичак трактини ингичка ичакдан юқори соҳасида, одатда қизил ўнгач ёки ўн икки бармоқли ичакдан қон кетишда кузатилади.
- Мелена (melaena) — қора-қўнғир рангдаги нажас (қора рангни бўлиши нажасда қон бўлиши билан харкательланади). Haematochezia —нажасда янги (қизил оч рангда) қон борлигидандир. Ошқозон ичакда қон кетиш рангига қараб, қон кектаётган соҳани

аниқлаб бўлмайди. Ошқозон-ичак трактидан кетаётган қон ичак бактериялари ва ошқозон сўклари таъсирига учраб қора ранга айланади(дегт - рангига киради). Бу бир неча соатдан кейин юзага келади. Ошқозондан кетаётган қон бўшаштирувчи хусусиятга эга бўлиб, ошқозондан махсулотларни тез чиқиб кетишига олиб келади. Агар ич кетиш тез содир бўлса, ошқозондан кетаётган қон ўзгармаган ҳолда қизил рангда бўлади. Мелена – юқори ошқозон трактидан қон кетишида кузатилади. Баъзида ичакларни дистал соҳасидан кетишида кузатилиши мумкин. Оч қизил рангни бўлиши ошқозон тарктини пастки қисмидан кетаётганлигини билдиради.

Янги қон билан кузатиладиган қусуқ — ошқозон-ичак трактини юқори қисмидан кетадиган қон кетишларни асосий симптоми. Бу қуйидаги касалликларда кузатилади (учраш частотасини камайиш кетма-кетлигида):

- Ўн икки бармоқли ичак яраси.
- Гастрит (ўткир, сурункали, коррозивва инфекцион омилли қон кетишлар), стрессли яралар.
- Ошқозон яраси.
- Қизилўнгач ва ошқозонни варикоз кенгайганнида (портал гипертензия) ёки фақат ошқозонда (ғалоқ венасини тромбози).
- Меллори—Вейсс синдроми (қизил ўнгачни ошқозонга ўтиш соҳасидаги шиллик қаватларини узилиши кўп маротаба қусиш натижасида).
- Ошқозон ўсмаси.
- Қонни ютиб юбориш натижасида (бурундан қон кетиш, қон тупуришда).
- Эзофагит ва қизилўнгач яраси.
- Қизилўнгач ўсмаси.
- Аортодуоденал оқмалар.
- Фаттер сўрғичини ўсмаси.
- Қизилўнгач травматик шикастланиши (ёт жисим).
- Қон ивиш тизимини бузулиши (туғма ва ортирма).
- Яхши сифатли ошқозон ўсмалари (гемангиома ва лейомиома).
- Наслий геморрагик телеангиэктазия.
- Эластик псевдоксантома.

Бу кўрсатилган касалликларга жуда кам учрайдиган баъзи бир касалликлар киритилмаган. 85% ҳолларда қон кетиш ошқозон трактини юқори қисмидан, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ярасидан кетиши кузатилади.

Шошилинч ёрдам. Бирламчи босқичда даволашда қуйидагилар қилиниши керак:

1. Қон айланиш ҳажмини тиклаш;
2. Қон кетаётган жойни, қанча миқдорда қон йўқотилганини ҳисоблаш, қон кетиш давом этмоқдами ёки йўқлигин аниқлаш керак.
3. Барча ошқозон-ичак трактдан профуз қон кетаётган беморлар госпитализацияга муҳтож ҳисобланади. 85% ошқозон-ичакдни юқори қисмидан қон кетиш кузатилаётган беморларда, қон кетиш бемор шифохонага келгандан кейин ёки келган захоти тўхташи кузатилади. Давом этаётган ёки қон кетиши қайта бошланиши госпитализация қилинган беморларда кам учрайди. Бундай ҳолатларда беморни артерия томирига даво инфузияси ёки хирургик муолажа қилинади. Ошқозон-ичакдан қон кетиш аксарият ҳолларда куйган, нафас етишмовчилиги кузатилган, сепсис, қоринни ўткир кенгайишида шифохонага тушган беморларда кузатилиши мумкин. Диагностик тадбир барча айтилган ҳолларда бир хил, лекин даволаш ҳар хил.
4. Интенсив даво ва ташхислаш тадбирларини бараварига ўтказилади. Иложи борича тезликда гиповодемик шокни бартараф этиш лозим.
5. Йўқотилган қон миқдорини физикал текширувлардаги маълумотларга асосланиб аниқлаш мумкин. Сўраш орқали йўқотилган қон миқдорини аниқлаш қийин, чунки беморлар йўқотган қон миқдорини кўпиртириб айтадилар. Беморни ётқизган ва ўтирган ҳолда қон босими, юрак қисқаришлар сони ўлчаб йўқотилган қон миқдорни топиш мумкин.

Жадвал 3. Гиповолемияда Қ/б ва ЮҚС (юрак қисқаришлар сони)					
ҚЦА(қон циркулятор айланиши)		Бемор ҳолати			
мл	%	Чалқанча ётиш		Ўтирган ҳолат	
		АД	ЧСС	АД	ЧСС
Меъйёр	100	Меъйёр	Меъйёр	Меъйёр	Меъйёр
-500	-5	Меъйёр	Меъйёр	Меъйёр	Меъйёр ↑
-1000	От -10 до -15	Меъйёр	↑ Меъйёр	Меъйёр ↓	↑

-1500	-20	Меъйёр ↓	↑	↓	↑ ёки ↓
-2000	-30	↓	↑ ёки ↓	↓↓	↑ ёки ↓

6. Беморни тез кўриш амалга оширилади. Эътиборни ошқозон – ичак трактидан қон кетишда солир бўладиган белгиларга (пигментли тошмалар, телеангиэктазия, гемангиома, кичик жигар етишмовчилиги белгилари) қаратилади. Жигарни ва талоқни катталашуви, терида юлдузчали қон тошмалари, қоринда ва кўкрак қафасидаги коллатериал вена қон томирлари, танада тукларни бўлмаслиги – портал гипертензиядан дарак беради. Эпигастерал соҳадаги оғриқ ошқозон ёки ўн икки бармоқли яра борлигидан хабар беради.
7. Йирик веналардан бирига инфузия қуйиш учун катетер қўйилади. Катетерни қусук кузатилганда ёки беморларни транспортировка қилганда чиқиб кетмаслиги учун маҳкамланади.
8. Бирламчи вазифаларга — гиповолемик шокни даволаш киради. Суяқликлар максимал даражадаги тезликда, керак бўлса, босимли тезликда қўйилади. Беморни шок ҳолатидан чиқарилгандан кейин суяқликлар етарли тезликда қўйилиши давом эттирилади:
- Қон босими ва юрак қисқаришлар сони тиклангунча ва меъёрлашгунча суяқликлар қуюлиши давом эттирилади;
 - Гиповолемия белгилари йўқотилади;
9. Инфузион давони йўлга қўйгандан кейин анамнез тўплашга ўтилади. Анамнезда одатда қон кетишни бошланғич маълумотлари аниқланади. Анамнез тўплашда шифокордан иродали, сабр-тоқатли бўлиш талаб этилади, чунки беморлар кўпинча қўрқан ҳолда бўлгани учун маълумотни тўлиқ бера олмайдилар. Анамнезни тўлиқ бўлиши учун беморни қариндош- уруғларидан аниқлаш зарур. Алоҳида аҳамиятга эга маълумотларга ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси тўғрисидаги маълумотлар киради. Анамнезда алкоголь ва бошдан ўтказган гепатитлар аҳамиятли. Бемор қандай дори воситаларини қабул қилганлиги (айниқса; антикоагулянтлар ваантиагрегантлар), дори воситаларига аллергия мовжудлигини аниқлаш керак.
10. Ошқозон ичак трактини юқори соҳаларидан кучли қон кетиш кузатилганда актив ташхислаш тактикасига амал қилиб қуйидагилар бажарилади:

- Ошқозонни 0, 9%-ли NaCl-ни совутилган ҳолда Эвалда зонди орқали ювилади. Бунда ошқозондан эски қон ва куйқалар чиқариб ташланади. Бу муолажани то ошқозондан тоза сув чиққунга қадар бажарилади.
- Бемор жадал хирургик марказга транспартировка қилинади.

11. Кузатиб борувчи варақда қилинган ишлар миқдори ва беморга вена ичига қуйилган суюқликлар, ҳаётий кўрсаткичлар ёзиб борилади.

Болалар шошилишч хирургиясини хусусиятлари

Жадвал 4 Болаларда ошқозон-ичак қон кетиш сабаблари
7- кунгача
Ташқи тўғри ичак тешуви ва тўғри ичакни травматик шикастланиши. Некротик энтероколит. Ўрта ичакни буралиб қолиши. Гастрит, ошқозон ёки ўн икки бармоқли ичак яраси. Бола томонидан она қонини ошқозонга ютиб олиниши. Геморрагик диатезлар
1-хафтадан то 2- ёшгача
Ташқи тўғриичак чиқарув тешигини ёрилиши(тирналиб ёрилиши). Ич кетиш билан кузатиладиган ичак инфекциялари. Ичак тутилиши (инвагинацияси). Меккел дивертикуласи. Сут таркибидаги оқсилга аллергия. Ладда синдроми. Эзофагит
2- ёшдан то 10 -ёшгача
Ювенил полиплар. Ич кетиш билан кузатиладиган ичак инфекциялари. Меккел дивертикуласи. Қизил ўнгачни варикоз кенгайиши. Крона касаллиги, носпецефик ярали колит. Геморрагик васкулит (Шенлейна—Геноха касаллиги)

10 ёшдан катта

Ошқозон ёки ўн икки бармоқли ичак яраси.

Крона касаллиги, носпецефик ярали колит.

Қизил ўнгачни варикоз кенгайиши.

Ичак полипоз.

Дори воситалари билан даволиш (НПВС, антикоагулянтлар, кортикостероидлар ва бошқалар

Хар қандай ёшда кузатилади

Қон ивишини бузулиши.

Артериовеноз мальформация.

Геморрой.

Ўн икки бармоқли ичак гематомаси.

Ичакни иккиланган ҳолати.

Меллори—Вейсса синдроми.

Болага қаттиқ муомлада (тазиқ ўтказиш) бўлиш.

Бурун шикастланиши

“Ўткир қорин” синдромида оғриқсизлантириш

Одатда қоринда оғриқ кузатилган беморларни физикал кўриб текшириб бўлмагунча оғриқни қолдирувчи дори воситаларини бериб бўлмайди. Шошилиш тиббий ёрдам кўрсатувчи ходим бемордаги клиник жараёнларни тўғри баҳолай олиши керак чунки наркотик аналгетиклар оғриқни мохиятини бузиб кўрсатиши мумкин. Лекин баъзи бир ҳолларда (масалан; кучли оғриқ туфайли болани кўришни иложи йўқ) катта бўлмаган наркотик аналгетикларни азобланишини камайтириш ва шифокорга ишончини ортириш ва қолаверса тўла аяб текширишни ўтказиш учун қўллаш тавсия этилади. Наркотик аналгетикларни эффеқтини налаксон 10мкг/кг дозада препаратини қўллаб камайтириш ёки йўқотиш мумкин.

Назорат саволлари:

1. Вицерал оғриқни белгиларини санаб беринг
2. Париетал оғриқни белгиларини санаб беринг
3. Оғриқ билан боғлиқ белгиларни санаб беринг
4. Ўткир қорин оғриғи кузатилган болани текшириш таъмойилларини айтиб беринг

5. Апендицитдаги жадал ташҳислаш ва даволаш тактикасини ёритиб беринг
6. Ингичка ичакни тиқилиб қолиш ҳолатини жадал ташҳислаш ва даволаш тактикасини ёритиб беринг
7. Ичак инвагинациясини жадал ташҳислаш ва даволаш тактикасини ёритиб беринг
8. Тугаланмаган бурилиш ва ичак буралиб қолиши ҳолатида жадал ташҳислаш ва даволаш тактикасини ёритиб беринг
9. Кичик чаноқ соҳасидаги яллиғланиш билан кечадиган касалликларни жадал ташҳислаш ва даволаш тактикасини ёритиб беринг

БОЛАЛАРДА ИСИТМА ҲОЛАТЛАРИ. БОЛАЛАРДА ЎТКИР ТОКСИКОЗЛАР. РЕЙЕ СОНДРОМИ.

Иситма 90% ҳолатларда болалар табобатида тез тиббий ёрдамни чақиришга сабабчи ҳолат ҳисобланади. Бу чақирувларнинг 95-97% вирусли инфекция сабабли бўлади. 3-5% ҳолатларда инфекциянинг аниқ ўчоғи аниқланмаган бўлиб, тана ҳароратининг 39 С дан юқори бўлиши бактериемия билан боғланади. Бактериемия сабаби аксарият ҳолатларда капсула ичи микроорганизмлари - *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis* ва *Salmonella spp* дир.

Вирусли инфекцияларнинг 90% дан кўпини ўткир респиратор вирусли инфекция ташкил қилади. Шунинг учун аксарият болаларда тана ҳарорати юқори бўлган ҳолатларда иситмани туширишга қарши чора тадбирларга ҳожат бўлмайди. Педиатрия соҳасида адолатли битта ибора бор: «термометрни даволаш керак эмас, бемор болани даволаш керак». Кўпчилик тиббиёт ходимлари фебрил талвасадан кўрқиб ҳар қандай иситма ҳолатини туширишга ҳаракат қилади. Аммо талваса ҳолати иситма пайтида кам ҳолатларда учрайди. Бундан ташқари бундай ҳолат енгил ўтиб, ўзидан кейин неврологик асорат қолдирмайди. Иситма ҳолати одатда организмнинг юқумли агентга нисбатан физиологик реакцияси бўлиб, носпецифик иммунитетнинг зўриқиши ошиши билан тушунтирилади. Аммо баъзи ҳолатларда иситма патологик регуляция жараёнини қитиқлаб инфекция токсик шок ҳолатини келтириб чиқариши мумкин. Шунингдек иситма хавфли юқумли касалликлар, йирингли касалликлар, бош мия жароҳатлари белгиси бўлиши ҳам мумкин. Демак ҳар қандай педиатр ва тез тиббий ёрдам ходимининг вазифаси, беморни бирламчи ва иккиламчи қайта баҳолашда, иситма ҳолатида бемор ҳаёти учун хавф туғдирувчи белгиларни аниқлашдан иборатдир.

8 ҳафтадан кичик бўлган болаларда иситма

Тана ҳароратининг 38°C дан юқорига кўтарилиши вирусли ёки бактериал инфекция борлигидан далолат беради. Бола ҳаётининг дастлабки икки ойлигида иммун тизиминг тўлиқ етилмаганлиги боис, бактериал инфекция пайтида септик жараённинг ривожланиш хавфи юқори бўлади. Ушбу ойликда оғир вирусли инфекция ҳам хавфлидир. 95% ҳолатларда иситма сабаби вирусли инфекция ҳисобланади. Янги туғилган чақалоқларда сепсис чакирувчи кўзғатувчилар — В гуруҳ стрептококклар, *Escherichia coli* ва *Listeria monocytogenes* (баъзан — *Staphylococcus aureus*).

Тана ҳароратининг 38°C гача кўтарилиши боланинг қизиб кетишидан далолатдир. Болани ечинтириш, баъзида илиқ сув билан 4 марта артиш ва қушимча кучсиз тузланган сув ичириш иситма ҳолатини меъёрга олиб келади.

Сепсис ривожланиши хавфини кўрсатувчи анамнез маълумотлари:

- Ҳомиладорлик ва туғруқ ҳақидаги маълумот (юкумли касалликлар)
- Ондаги иситма ҳолати, сийдик ва жинсий аъзолари инфекцияси
- Кичик вазн билан туғилиш ва кейинчалик вазндан орқада қолиш
- Инфекция мавжудлиги белгилари (уйқучанлик, кўзғалувчанлик)

Белгилари

- кўзғалувчанлик
- Уйқучанлик
- Сусти сўриш
- Рангпарлик

Асосий физиологик кўрсаткичлар:

- Ректал ҳарорат
- Юрак қисқариш сони: тахикардия- иситма, гиповолемиа ва шок ҳисобига бўлиши мумкин
- Нафас сони - тахипноэ иситмада, пневмонияда ва ацидозда кузатилади
- Артериал қон босим – шуни эсда тутиш керакки болаларда артериал гипотония бу шокнинг кечки белгиси ҳисобланади

Лаборатор ва инструментал текширув

Қон, пешоб ва орқа мия суюқлиги экмаси. Пешобни катетер орқали олиш зарур.

Орка мия суюқлигини текширишда унинг ҳужайравий таркиби, оксил миқдори ва глюкозага аҳамият берилади. Қон ва пешоб умумий таҳлили, қонда глюкоза миқдори текширилади. Чақалоқларда лейкоцитоз доим бўлмасдан, нейтропения 500 мкл⁻¹ дан кам бўлиши мумкин.

Кўкрак қафаси рентгенографияси ўтказилади

Орқа мия суюқлигида, қон ва пешобда – латекс агглютинация усулида бактериал агент аниқланади.

Шифокор йўл тутиши

29 суткадан кичик болалар – госпитализацияга кўрсатма

29 суткадан 90 суткагача бўлган болалар - агар ҳолати оғир бўлса, госпитализация қилинади.

Дастлабки 3 йилликдаги иситма

Эрта ёшдаги болаларда иситма ҳолати ўткир токсикоз чақириши мумкин. Бу нарса бола ёшининг физиологик гиперсимпатикотонияси билан изоҳланади. Вегетатив асаб тизимининг ушбу дисбаланси симпатик ҳужум давомийлигини 6 соатгача чўзилишига олиб келади. Бу ҳужум одатда юқумли касалликнинг 3 – 4 кунда ёки олдин ўтказилган юқумли касаллик, вакцинациянинг 4 – ҳафтасида юзага келади. Бунда Санорелли – Швартцманн феномени ёки парааллергик реакция кузатилади. Ушбу реакция нафас, ошқозон – ичак ва сийдик йўллари адренорецепторларини сенсibiliзацияси билан тушунтирилади. Сенсibiliзациялашган адренорецепторлар инфекция агентнинг таъсири кўшилиши натижасида қон айланишининг терминал бўғинларида триггер механизмини вужудга келишини амалга оширади ва натижада прекапилляр сфинктерлар спазми юзага келиб, қон айланиши марказлашуви кузатилади. Кейинчалик прекапилляр бўшлиқдаги қон ва эндотелий ҳужайралари парчаланиб, ДВС синдромини чакирувчи тромбопластин ҳужайрадан ташқарига чиқади ва қон айланишининг марказлашувини тарқатади. Яқунда тарқатувчи вазоген шок юзага келади. Шундай қилиб педиатрия амалиётида токсикоз ва интоксикация деган атама ишлатилади.

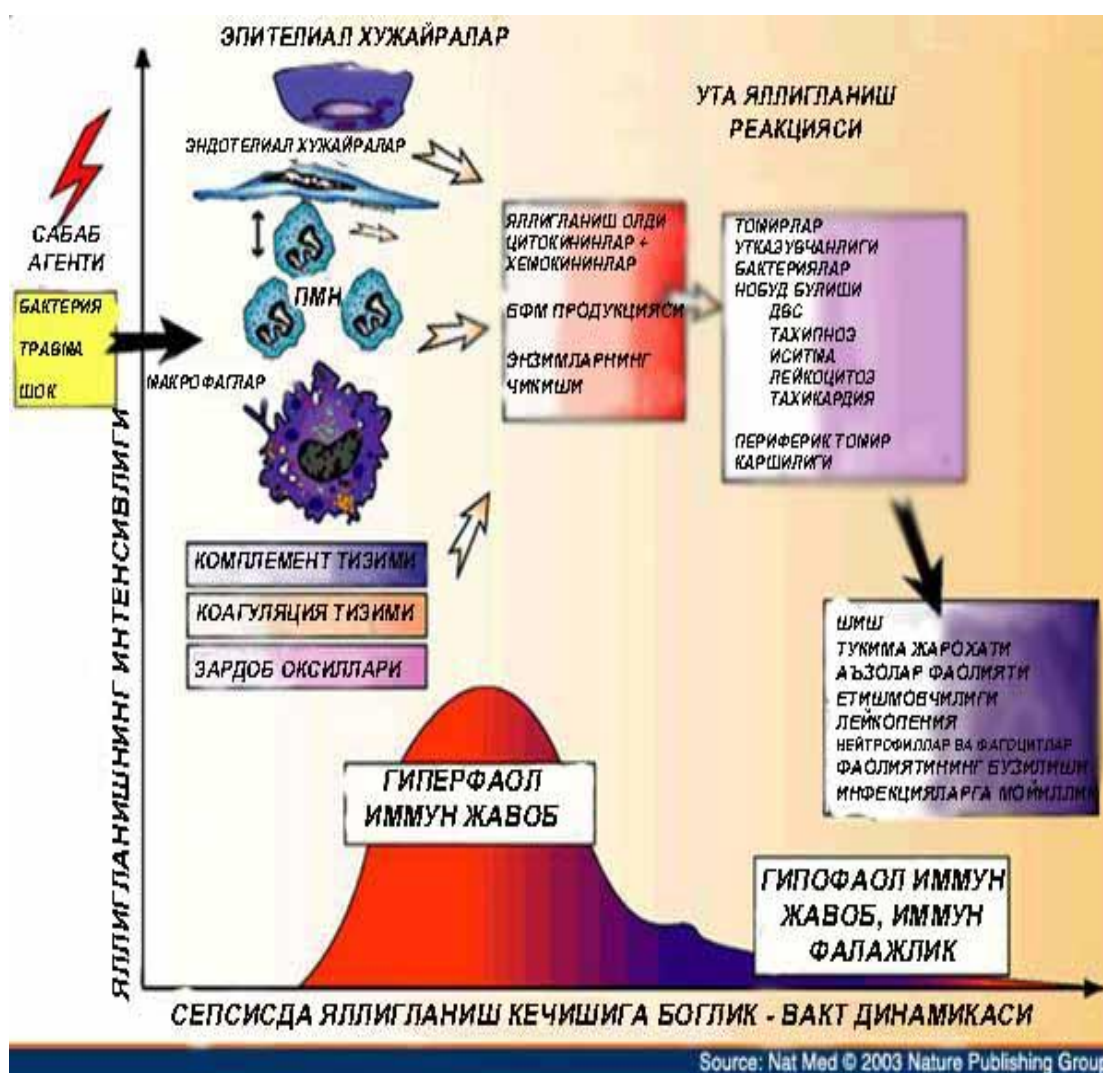
Токсикоз – бу организмнинг инфекция агентга умумий носпецифик реакцияси бўлиб, одатда шокга ўхшаш ҳолат билан кечади. Дастлаб микроциркуляция бузилиши кузатилиб, кейинчалик марказий гемодинамика бузилиши, сув-электролит, кислота-асос мувозанати, энергетик баланс бузилиши қайд қилиниб, коагулопатия ва неврологик бузилишлар кузатилади.

Интоксикация – бу организмнинг инфекция агентга носпецифик реакцияси бўлиб, моддалар алмашинуви ва иммунитетнинг зўриқиши ошиши кўринишида кечиб, локал яллиғланиш ўчоқлари мавжуд бўлади.

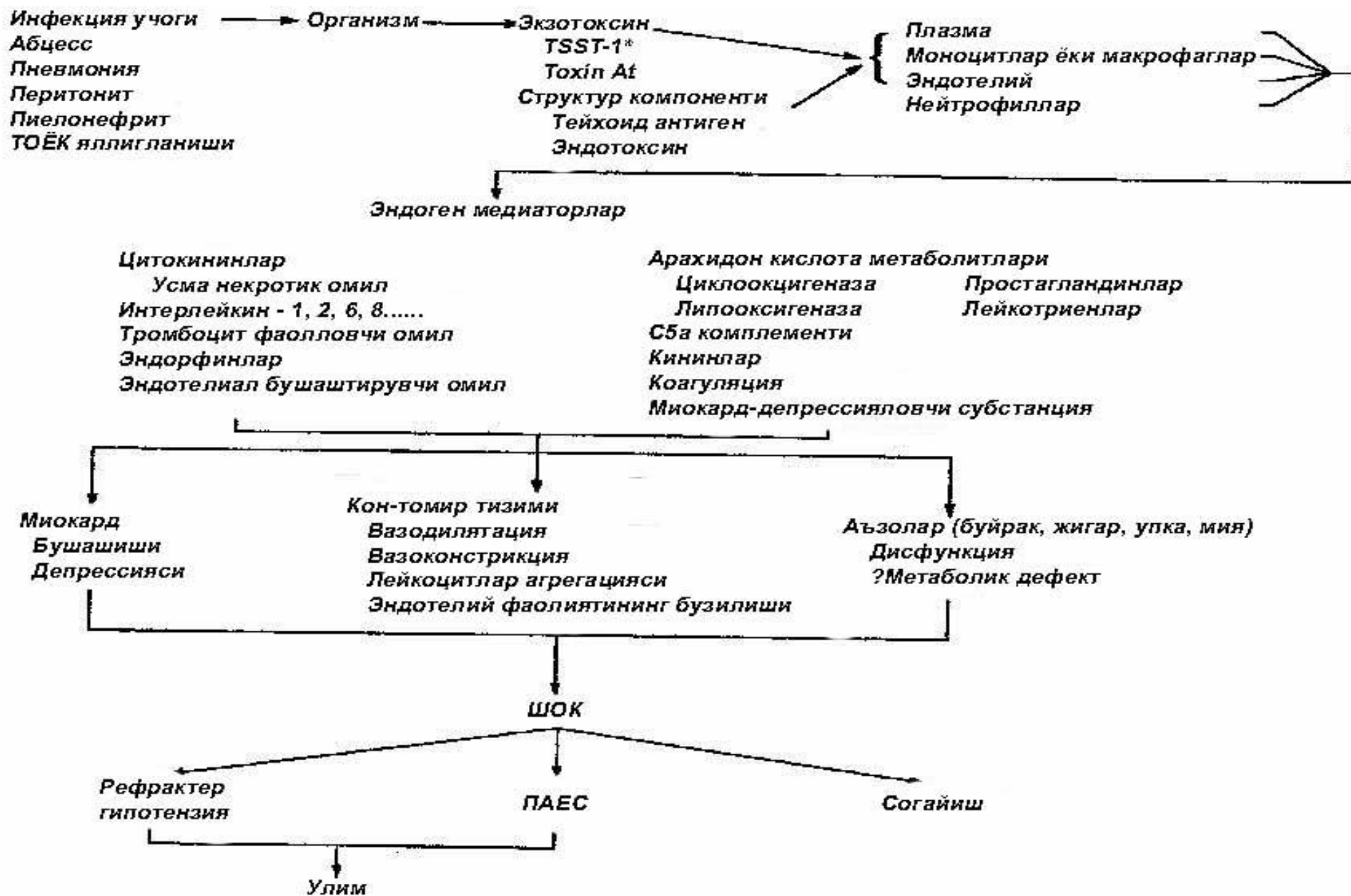
Септик шок хавф туғдирувчи ҳолат бўлиб йирингли деструктив ўчоқлар мавжуд бўлган ҳолатда юзага келади. Бунда йирингнинг метастазланган компонентлари уларнинг ретукулоэндотелиал система орқали чиқишини оширади ва натижада септик шок ривожланади. Шундай қилиб цитокинли каскад юзага келади. Цитокинлар протеинларнинг

молекуласи бўлиб, организмдаги хужайралар аро алоқага жавобгардир. Цитокинли каскад оғир яллиғланувчи реакциялар асосида ётади. Цитокинлар ва яллиғланишнинг бошқа медиаторларининг ошиши прекапиляр бўшлиқнинг эндотелийсини зарарлайди ва юқоридаги ҳолат юзага келади. Бундан ташқари бу агентлар миокард дапрессиясига ва юракнинг бир марталик ҳажмининг камайишига олиб келади.

ШОКНИНГ КЛИНИК БЕЛГИЛАРИ ВА ЯЛЛИҒЛАНИШГА ЖАВОБ ИНТЕНСИВЛИГИНИНГ ЎЗАРО АЛОҚАСИ



Сепсисда шок ривожланиш механизми



Эрта ёшли болаларда шок ривожланишини олдиндан билиш учун иситма ҳолатини балли система бўйича қайт қилиш яхши самара бериб, болани госпитализация қилиш ва интенсив даво ўтказишда қулайдир.

**Эрта ёшли болаларда иситманинг баҳолашнинг Йельский шкаласи
(8 ҳафтадан катта 3 ёшгача бўлган болалар)**

Баллар Белгилар	1	2	5
<i>Овоз, чинқириқ</i>	Кучли, жарангдор	Кучсиз овоз, ингиллаш	Сўниб борувчи суст овоз
<i>Ота – она стимуляциясига жавоб</i>	Қисқа йиғи	Танаффусли давомий йиғи	Доимий ёки агрессив жавоб
<i>Уйқу – тетиклик</i>	Тез уйғонади ёки уйғонганда тинч	Қийинчилик билан уйғонади ёки кўзини очмайди	Ухламайди ёки ухласа уйғонмайди
<i>Тери ранги</i>	Пушти	Рангпар, акроцианоз	Рангпар, умумий цианоз, мармарсимон, қўлранг
<i>Гидратация</i>	Тери, кўз олмалари тургори ўзгаришсиз, шиллик қаватлар нам	Оғиз шиллик қаватлари қуруқ	Тери бурмасимон, кўзлари ботган, оғиз шиллик қаватлари қуруқ
<i>Боланинг умумий реакцияси</i>	Кулади ёки эйтиборини намойиш этади	Кам қўлади эйтибори сусайган	Кулмайди, бефарқ, ҳолсиз, реакцияси йўқ

16 баллдан юқори бўлса, боланинг ҳолати интенсив терапия ва тезкор госпитализацияни талаб қилади.

Инфекцион токсикознинг юзага келиши ҳар доим ҳам госпитализация учун кўрсатма бўлиб ҳисобланмайди. Токсикознинг клиник кўринишида 3 та давр фарқланади. Биринчи даврида токсикозни кўпинча бартараф этиш мумкин. Иккинчи даврида эса бироз кенгайтирилган шошилиш ёрдам чора тадбирлари ҳисобига кўпинча токсикоз бартараф этилади. Аммо учинчи даври «совук» шок клиник кўриниши билан кечиб, нафақат шокга қарши кенг қамровли тадбирлар, балки давомий интенсив даво ва монитор кузатув зарур бўлади.

Ҳаёт учун зарур кўрсаткичлар бўйича баҳолаш мақсадга мувофиқдир: эс -хуши (сақланган, ориентация бор, ориентация йўқолган, кома мавжуд ёки йўқ), нафас (бор ёки йўқ, характери, вентиляция ҳажми), юрак қисқаришлар сони, артериал қон босим, тери ранги, ҳарорат реакцияси. Токсикоз ҳолатидаги бемор болани бирламчи баҳолашда микроциркуляция ҳолатини кўрсатувчи капилляр синамани аниқлаш муҳим аҳамиятга эга.

Токсикознинг оғирлик даражасига қараб клиник белгилар

	1 даража	2 даража	3 даража
Токсикоз бошланган вақт	Дастлабки 2 – 3 соат	Токсикоз бошланишининг 3 – 6 соати	Токсикоз бошланишининг 6 – 8 соати
Эс - хуши	Кўзғалувчан ёки уйқучан	Сопор, кома баъзан талваса	Ствол комаси ёки чуқур кома
Тери	Меъёрида, қизарган ёки оқиш акроцианоз	Оқиш - мармарсимон	Кулранг - ционатик
ЮҚС	Дақиқада 180 тагача	180-220 та	>220 дан кўп ёки брадикардия
АҚБ	Норма ёки ошган	САБ ваДАБ ошган	Гипотензия
Ҳарорат	39-39, 5°С	40° С гача	>40°С Ёки гипотермия
Диурез	Олигурия	Олигурия, гематурия	Анурия

Шунингдек иситма туширувчи дорилардан самара бўлмайди, ЮҚС ва ҳарорат номунатосиблиги кузатилади (37 дан юқори ҳар бир ҳароратга 10 дан ортиқ юрак қисқариши), тери ва ректал ҳарорат фарқи 1,5 градусга етади. Токсикознинг иккинчи даражасидан бошлаб мусбат капилляр синама ва шок индекси 1,5 га етиши кузатилади (Кардиологик шошилинич ҳолатларга қаранг). Кўпинча токсикознинг барча даврларида оёқ-кўллarning совиши аниқланади. Баъзан ўпкадаги шунт – диффуз бузилишлар ҳисобига кислород ингаляциясидан самара бўлмайди ва беморда тахипное кузатилади.

Капилляр синама



Инфекцион токсикоз турлари

Нейротоксикоз – бу токсикознинг энг кўп учувчи тури бўлиб, МАТ ва вегетатив нерв системаси шикастланиши билан кечиб, турли даражадаги ҳуш бузилишлари кузатилади. 1 – даражада фебрилл талваса кузатилса, 2 – 3 даражасида талваса тез-тез қайд қилиниб мия шиши кузатилади (ликвор ҳажми ошади, перивентрикуляр бўшлиқ шишади, кейинчалик шиш ўрта мия ва мия ўзагига ўтади).

Инфекцион -токсик шок – бу токсикознинг тез кечувчи тури бўлиб, 1- 2 даврларнинг клиник кўринишини пайқаб бўлмайди. Ушбу тур дақиқа ичида кечиб кўпинча ўлим билан тугайди.

Кишша токсикози – суправентрикуляр ёки қоринчалар тахикардияси билан кечувчи токсикоз тури бўлиб, дастлабки соат ичида ёрдам кўрсатилмаса (шошилинич кардиоверсия) ўлим билан тугайди. Токсикознинг ушбу тури ҳамроҳ юрак касалликлари бўлган пайтда учрайди.

Кишша токсикозининг клиник белгилари:

- Кучайган психомотор кўзгалувчанлик
- Кучли рангпарлик
- Кучли тахикардия (ЮҚС 220 дан кўп)
- ЭКГ да – суправентрикуляр тахикардия ёки тезлашган қоринчалар тахикардияси

Баъзан кузатилади:

- Ичак парези белгилари (қорин дам бўлиши, қусиш, перисталтика сусайиши) – гипокалиемия ҳисобига. Тўқималарнинг интерстициал шиши (сон соҳасида тери ёғ қатламини бурма қилиб ушлаш пайтида қўлга мумсимон илинади)- гипокалиемия сабаб

Шошинч ёрдам:

Токсикознинг 1 – даражасида нейровегетатив блокада ўтказиш учун димедрол ёки пипольфен м/о юборилади. Спазмни бартараф қилиш учун но-шпа, папаверин, дибазол ишлатилади. Иситмани тушириш учун парацетамол, ибупруфен ишлатилади. Оғиз орқали суюқлик берилади. Агар 20 дақиқа давомида ЮҚС пасаймаса, тери ранги ўзгармаса ва ҳарорат бир градусга тушмаса бемор шифохонага ётқизилади.

Токсикознинг 2 - даражасида – кучли нейролептик таъсир кўрсатувчи дорилар (дроперидол, аминазин, диазепам, ГОМК) қўлланилади. Томирларни кенгайтириш ганглиоблокаторлар (пентамин, бензогексоний) ҳисобига амалга оширилади. Агар 20 дақиқа давомида ЮҚС пасаймаса, тери ранги ўзгармаса ва ҳарорат бир градусга тушмаса бемор шифохонага ётқизилади.

Токсикознинг 3 - даражасида шокга қарши тадбирлар ўтказилади ва беморлар шифохонага ётқизилиши шарт. Беморни ўта эҳтиёткорлик билан транспортировка қилиш зарур(буйрак усти безига қон қуюилиши хавфи юқори ва бемор шу заҳоти ўлиши мумкин).

Жаҳон педиатрия амалиётида Йельский шкаласи бўйича 16 баллдан юқори бўлган ҳолатда шокга қарши тадбирларни бошлаш тавсия қилинади:

1. Бирламчи ABC ёрдам
2. Кардиомонитор ритмини таҳлил қилиш
3. Суправентрикуляр тахикардияёеки қоринчалар тахикардиясида - кардиоверсия
4. Томирга ёки суяк ичига йўл очиш
5. Кристаллоидларни 20 мл/кг ҳисобида 3 марта самара бергунча болнос юбориш
6. Шошинч транспортировка

3 ёшдан катта болаларда иситма

Катта ёшли болаларда иситма ўткир токсикозсиз кечади ва ҳаёт учун хавф солмайди. Бироқ иситма боланинг азобланишига сабаб бўлиши мумкин. Боланинг ҳолатини баҳолашда қизил ва оқ иситмани фарқлаш мақсадга мувофиқдир.

«оқ иситма» ёки гипертермик синдром бўлиб, бунда тери томирларининг спазми кузатилади. Клиник кўриниши:

- Қўзғалувчанлик ёки кучли уйқучанлик (болани уйғотиш қийин), аммо болани атайлаб уйғотиш тавсия қилинмайди
- Тери қопламалари рангпарлиги (лунж ва оғиз – бурун учбурчагида)
- Совқотиш (титраш ёки совуқни ҳис қилиш)
- Оёқ қўлларининг совуши
- Бош оғриғи

Бундай ҳолатда бола учун иситмани туширувчи дори бериш етарли: оғиз орқали парацетамол ёки ибупрофен берилади.

«Қизил иситма» - инфекцион интоксикация белгиси бўлиб, физиологик регуляция ҳисобига яхши оқибатлар билан тугайди. Бунда боланинг назорати, эмоционал контакт ва қўшимча кам тузланган сув бериш етарли бўлади.

Агар иситманинг бактериал ва вирусли сабаблари аниқланса қўшимча даволаш усуллари қўлланилади.

Иситма ҳолатида қўлланиладиган дори моддалари

Анальгин 50% 0, 01 мг/кг 0, 1 мл/ёш

Димедрол 1% 0, 2 мл (1ёшгача) 0, 5 мл (1 дан катта)

Дроперидол 0, 25% 0, 1 мл/кг

ГОМК 20% 0, 5 мл/кг 10 марта суюлтирилган ҳолатда

Но-шпа 0, 5 мл

Папаверин 1% 0, 3 мл/ёш

Пентамин 5% 0, 5мл/кг (1ёшгача) 0, 25 мл/кг (1 ёшдан катта)

Бензогексоний 2 %1-2 мг/кг (1ёшгача), 0, 025мл (1 ёшдан катта)

Седуксен 0, 5% 0, 25 – 0, 5 мл/кг

Аминазин 0, 1% 0, 01 мл/кг (1ёшгача), 0, 15мл (1ёшдан катта)

Парацетамол 15 мг/кг ҳар 6 соатда, 2 ойдан катталарда ёки 10 – 15 мг/кг)

Ибупрофен 50 мг 1 ёшгача, 1 ёшдан катталарга 100 мг (ёки5 – 10 мг/кг)

Рейе синдроми

Рейе синдроми – номаълум сабабли, кам учровчи синдром бўлиб 1963 й. да Рейе томонидан кузатилган. Касаллик учун юқори ҳарорат, ички аъзолар (1- навбатда жигар) ўткир ёғли дистрофияси ва энцефалопатия хосдир. Ушбу синдромда жигар етишмовчилиги кузатилиб аммиак ва жигар ферментларининг қондаги миқдори ошиб кетади, коагуляция бузилиб углевод, аминокислота ва липидлар алмашинуви ишдан чиқади. Жигар ва мия ҳужайралари митохондриясининг шикастланиши касаллик ривожланишига асос деб тахмин қилинади. Рейе синдроми билан аспириин қабул қилиш ҳолатининг ўзаро боғлиқлиги исботланган. Қуйидаги ҳолатларда тез тиббий ёрдам ходими Рейе синдромига шубҳа қилмоғи зарур:

- Продромал даврдан кейин тўсатдан юзага келувчи кўп қусиш
- Кейин эс-ҳушининг бузилиши.
- Касаллик одатда вирусли инфекция билан ҳамроҳ келиб, юқоридаги белгилар кузатилади

Касаллик кам учрасада унга бўлган шубҳа доимо юқори бўлиши керак. Шу сабабли интенсив даволашни ўз вақтида бошлаш зарур, акс ҳолда бош мияда қайтмас ўзгаришлар юзага келиб олигофрения шаклланиши мумкин. Давони кеч бошлаш ўлим ҳолатига олиб келади.

Текширув пайтида аниқланади

- Тахипноэ
- Иситма
- Уйқучанлик
- Сопор, кома
- Эпилептик тутқаноқ — баъзида
- Бош мия ичи босими ошиши симптомлари кузатилиши мумкин

Асосий диагностик белгилар:

- Қон зардобида жигар ферментларининг ошиши (АсАТ, АлАТ, ЛДГ)
- Артериал қонда аммиак миқдорининг ошиши, агар 300мкг% дан юқори бўлса, оқибат ёмон

Шунингдек кузатилади

- Метаболик ацидоз
- Респиратор алкалоз
- Гипогликемия
- Протромбин вақтининг узайиши

Бироқ аксарият белгилар касалликнинг биринчи кунда кузатилади.

Мия ичи ўсмасини инкор қилиш учун ўтказилади:

- компьютер томография
- магнитнорезонанс томография
агар Рейе синдроми ташҳисига шубҳа бўлса, (16 ёшдан катта ва хуружсимон кечиши)
жигар биопсияси ўтказилади.

Шошилинич ёрдам:

- ABC ёрдам
- МВБ ни ўлчаш учун марказий вена катетиризацияси ўтказилади. Мия перфузион босимини 50 мм. см. уст. ушлаши зарур. Мия перфузион босими ўртача АҚБ ва мия ичи босими ўртасидаги фарқга тенг.
- Ҳар 12 соатда ЭЭГ назорати
- Қон ва пешобда электролитлар миқдори аниқланади. Жигар етишмовчилигида натрийнинг миқдори пешобда камайган, калий ошган. Пешобнинг осмолярлиги қонга нисбатан ошган.
- Ҳар 16 – 12 соатда қонда мочевина ва электролитлар аниқланади, плазманинг осмолярлиги ва глюкоза аниқланади, ҳар 12 – 24 соатда артериал қонда аммиак миқдори аниқланади.
- Беморда бош веноз оқимини яхшилаш учун ўрта чизик бўйича жойлаштириб, бош қисми 30 градусга кўтарилади.
- Люмбал пункция ўтказиш хавфли
- Плазмада глюкоза миқдори назоратида 10 – 15% глюкоза юборилади.
- Витамин К, 5—10 мг/сутка в/и 3 кун давомида ёки протромбин вақти нормаллашгунча юборилади. Агар препарат уч кундан ортиқ ишлатилса дозаси 1 – 2 мг суткага камайтирилади. Қон кетиш ҳолатларида янги музлатилган плазма қўйилади.
- Аммиак ишлаб чиқарилиши камайтирилади
 - Рационда оксил миқдори 10 гр. гача камайтирилади.
 - Эндоген микрофлорани пасайтириш учун лактулоза, 1 мл/кг ҳар 6 соатда ёки неомицин 50 мг/кг сутка ҳисобида 4 қабулга берилади.
- Дориларни бериш ва ошқозон-ичак трактидан қон кетишини қайд қилиш учун назогастрал зонд қўйилади.

- Седатив дорилар айниқса жигарда парчаланувчи барбитуратларни қўллаш мумкин эмас.
- Қон, пешоб ва асцит суюқлиги экилади.
- Гиповолемия ҳолатида ва зардоб альбуминининг пасайишида альбумин инфузияси 1, 75 г/кг ҳисобида ўтказилади. Бунда зардоб альбумини миқдори 1 гр% ошади.
- Агар гиповолемия ҳолати бўлмаса сувга бўлган минимал эҳтиёжнинг ярми берилади. Плазма осмолярлиги 290—310 мосмоль/л бўлиши керак. Инфузион суюқликлар шундай танланадики улар гипогликемия ва плазма осмолярлигини пасайишига олиб келмаслиги керак. Акс ҳолда мия шиши ривожланиши мумкин. Шунинг учун 5 ёки 10% глюкоза физиологик эритма билан қўлланилади.
- Эпилептик тутқаноқда фенитоин қўлланилиб, у хушни ўзгартирмайди ва беморни кузатиш имконини беради. Дори тўйинтирилган дозада физиологик эритмада томир ичига 1 мг/кг/мин тезликда 15 – 20 мг/кг ҳисобида буюрилади.
- Ҳар куни гемосорбция ўтказиш самарали.

Назорат саволлари.

1. 8 ҳафтагача бўлган болаларда сепсис ривожланишининг анамнестик ва клиник белгиларини айтинг
2. 8 ҳафтагача бўлган болаларда иситма ҳолатида текширув режасини айтинг
3. Инфекцион токсикоз ва интоксикацияга тариф беринг
4. Инфекцион токсик шок ривожланиш механизмини айтиб беринг
5. Септик шок механизмини шарҳлаб беринг
6. Йельский шкаласи ва унинг таҳлилини айтиб беринг.
7. Инфекцион токсикоз даражаларини шарҳлаб беринг
8. Нейротоксикоз, инфекцион токсик шок, Кишша токсикозига таъриф беринг
9. Кишша токсикозининг диагностик белгилари
10. Инфекцион токсикозда шошилинич ёрдам кўрсатиш кетма-кетлигини ва унинг даражалари бўйича даволашни айтиб беринг
11. «Оқ» ва «Қизил» иситманинг клиник кўринишини шарҳлаб беринг
12. 3 ёшдан катта бўлган болаларнинг иситма ҳолатида даволаш тактикасини айтиб беринг
13. Рейе синдромига таъриф беринг
14. Рейе синдромига шубҳа қилувчи белгиларни кўрсатиб беринг
15. Рейе синдромида текшириш режасини айтиб беринг

16. Рейе синдромида шошилич ёрдам ва интенсив даволаш кетма-кетлигини кўрсатиб беринг.

ЭРТА ЁШЛИ БОЛАЛАРДА ЭКСИКОЗ

Эксикоз – бу сувсизланиш ҳолати бўлиб, доимий равишда сув ва электролитларни организмдан меъёридан ортиқ чиқиб кетиши гиповолемияни чақиради. Қон плазма ҳажмининг пасайиши периферик қон айланишини бузилишига олиб келади. Шок ривожланиши учун сувсизланиш тана вазнининг 10 % ни ҳосил қилиши, яъни 100мл/кг суюқлик йўқотиш етарли бўлади. Айниқса эрта ёшли болаларда шок ривожланиши хавфи юқоридир. Бундай болаларда оддий ич кетиши ва қусиш оғир сув-туз алмашинуви бузилишига олиб келади. Бунинг сабаби бу ёшдаги болаларда катталарга нисбатан моддалар алмашинувида ҳужайрадан ташқаридаги суюқлик 3 марта кўп иштирок этади. Интерстициал тўқимада эса сув миқдори кам бўлиб, интерстициал шиш ривожланишига яхши замин яратади.

Эксикозни, унинг даражасини, йўлдош патологик ҳолатларни (ичаклар парези ва дистрофия) ўз вақтида аниқлаш ва йўқотилган суюқлик ўрнини самарали қоплаш орқали боланинг ҳаётини хавфли ҳолатдан сақлаб қолиш мумкин.

Организмнинг сув билан таъминловчи компонентлари

Сувнинг чиқиш йўллари:

- Буйрак орқали
- Тери орқали
- Нафас йўллари орқали
- Ошқозон-ичак тракти орқали

Сувга бўлган минимал эҳтиёж - бу сув балансини ушлаб туриш учун зарур ҳажмдир.

Сувга бўлган минимал эҳтиёж:

Яширин сув йўқотиш суткалик сув йўқотишнинг 50% ташкил қилади

- Нафас йўллари орқали — 15%.
- Тери орқали — 30%.
- Ошқозон-ичак тракти орқали - 5%.

Қолган 50% сув йўқотиш буйрак орқали амалга оширилади.

Сувнинг эндоген манбалари. Оксидланиш натижасида ҳосил бўлган сув йўқотилган сувнинг 15% тўлатади. Шу сабаб сувга бўлган минимал эҳтиёж, яширин сув йўқотиш ва буйрак орқали йўқотиш суммасидан эндоген сувни айириб ташлаш йиғиндисига тенгдир.

Сувга бўлган минимал эҳтиёжни ўзгартирувчи ҳолатлар	
Ҳолатлар	Сувга бўлган эҳтиёж
Иситма	Тана ҳароратининг ҳар бир градусга ошиши 12%га оширади
Метаболизм ошиши билан боғлиқ бошқа ҳолатлар	25—75 %га оширади
Гипотермия	Тана ҳароратининг ҳар 1 градусга пасайиши 12%га камайтиради.
Метаболизм пасайиши билан боғлиқ бошқа ҳолатлар	10—25 %га пасайтиради
Ҳаво намлигини ошиши	Яширин сув йўқотиш 0 – 15мл/100ккал камайтиради
Гипервентиляция	Яширин сув йўқотиш 50—60 мл/100 ккал ошади
Кўп терлаш	10—25 мл/100 ккал оширади

Дегидратация таснифи.

- Гипотоник дегидратация - (Na^+ 125 мэкв/л паст) – ҳужайра ташқарисидаги суюқлик ҳажми пасайган ва аксинча ҳужайра ичи суюқлиги ошган. Натижада тезда гемодинамик бузилишлар юзага келади.
- Изотоник дегидратация - (Na^+ — 130—150 мэкв/л) – сув ва электролитлар йўқолиши бир-бирига пропорционал.
- Гипертоник дегидратация - (Na^+ 150 мэкв/л юқори) - ҳужайра ичи суюқлиги камайган, томир ичи суюқлиги нисбатан турғун. Шунинг учун гемодинамик бузилишлар доим ҳам учрайвермайди.

Осмотик зўриқишнинг роли.

- Сувсизланиш бу нафақат сув йўқотиш орқали, балки организмга осмотик фаол моддаларнинг ортиқча тушиши натижасида ҳам юзага келади.

- **Осмотик зўриқиш** пешоб орқали сув йўқолишини кучайтириб, дегидратацияга олиб келади. Кўкрак ёшидаги болаларда буйракнинг концентрацион фаолияти паст бўлиб озуқа аралашмаларининг осмотик зўриқиши мавжуд ҳисобдан фарқ қилади. Сигир сути орқали овқатлантирилганда сув йўқотиш уч марта кўпайса, қайнатиб совутилган сут билан овқатлантиришда сув йўқотиш тўрт мартага ошади. Шунинг учун сув йўқотиш кўпайганда буйракга осмотик зўриқишни минимал даражага келтириш зарур. Акс ҳолда гипертоник дегидратация ривожланади.

Эксикозда бирламчи текширув

АВСД баҳолаш

- Эс-хуш даражаси
- Нафас бузилишлари
- Периферик артерияда пульс ва товонда капилляр синама

Бирламчи ва иккиламчи АВСД баҳолаш босқичида

Анамнез:

- Овқатлантириш тури
- Ич кетиш характери
- Нажасда патологик аралашмалар борлиги
- Яқин кунлар ичида антибактериал даво олганлиги
- Пешоб ҳажми ва сийиш сони
- Бола суюқликни ҳоҳлаб ёки ҳоҳламай ичади
- Вазн ўзгариши
- Юқумли касалликлар билан мулоқот

Физикал текширувда аниқланади:

- Терининг тургори(тери бурмаларнинг тўғирланиши)
- Лабининг намлиги
- Шиллиқ қават ва юз терисининг намлиги
- Кўз тургори
- Ликқилдок ҳолати
- Қорин дам бўлиши
- Қорин бўшлиғида қаттиқ нарсанинг пайпасланиши
- Тана ҳарорати

- Нафас ва пульс сони
- Вазн (сув йўқотишнинг тез белгиси - вазн пасайиши)
- диурез.

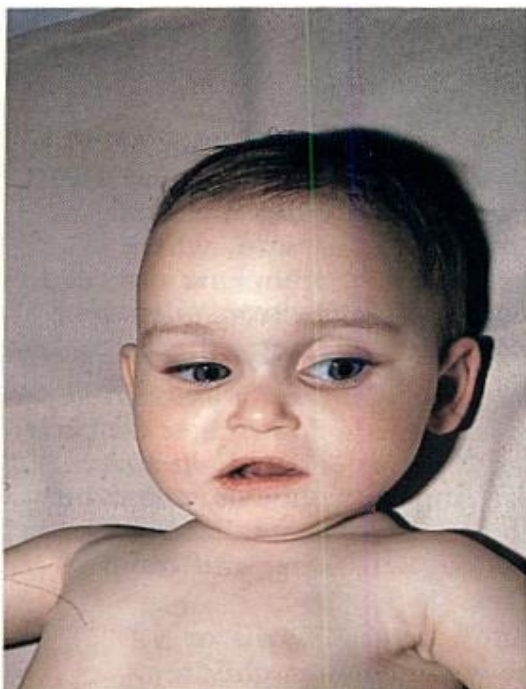
Лаборатор текширув:

- қон умумий таҳлили
- пешоб таҳлили
- Na^+ , K^+ , Cl^- миқдори
- рН пешобда ва плазмада
- қонда азот ва мочевино миқдори
- қонда креатинин, глюкоза ва Са миқдори
- CO_2 миқдори
- Плазма осмолярлиги

Агар буйракнинг йўлдош касаллиги бўлмаса, пешобнинг нисбий зичлиги 1015 дан ошмаслиги керак. Дегидратация пайтида кўпинча қандсиз диабет йўқ ҳолатда кетонурия кузатилади. Пешобда оз миқдорда оксил ва шаклли элементлар, 1-2та гиалин цилиндр бўлиши мумкин. Агар пешоб чўкмасида ўзгариш кўп бўлса, бу буйрак касаллиги ҳақида маълумот беради. Пешобнинг ишқорий реакцияси буйрак каналчаларининг ацидозидан шубҳа беради.

Ҳужайра ташқари суюқлиги ва айланувчи қон ҳажми нормаллашганини кўрсатувчи белгилар:

- АҚБ, МВБ, НСни қаттий нормаллашуви
- Гематокритнинг пасайиши (қон йўқотишсиз)
- Ацидознинг камайиши ва периферик перфузиянинг яхшиланиши.
- Азот мочевиноси ва креатинин миқдорининг пасайиши.
- Осмолярлик ва плазмада K^+ пасайиши
- Диурезнинг кўпайиши ва пешоб зичлигининг, пешоб осмолярлигининг пасайиши.

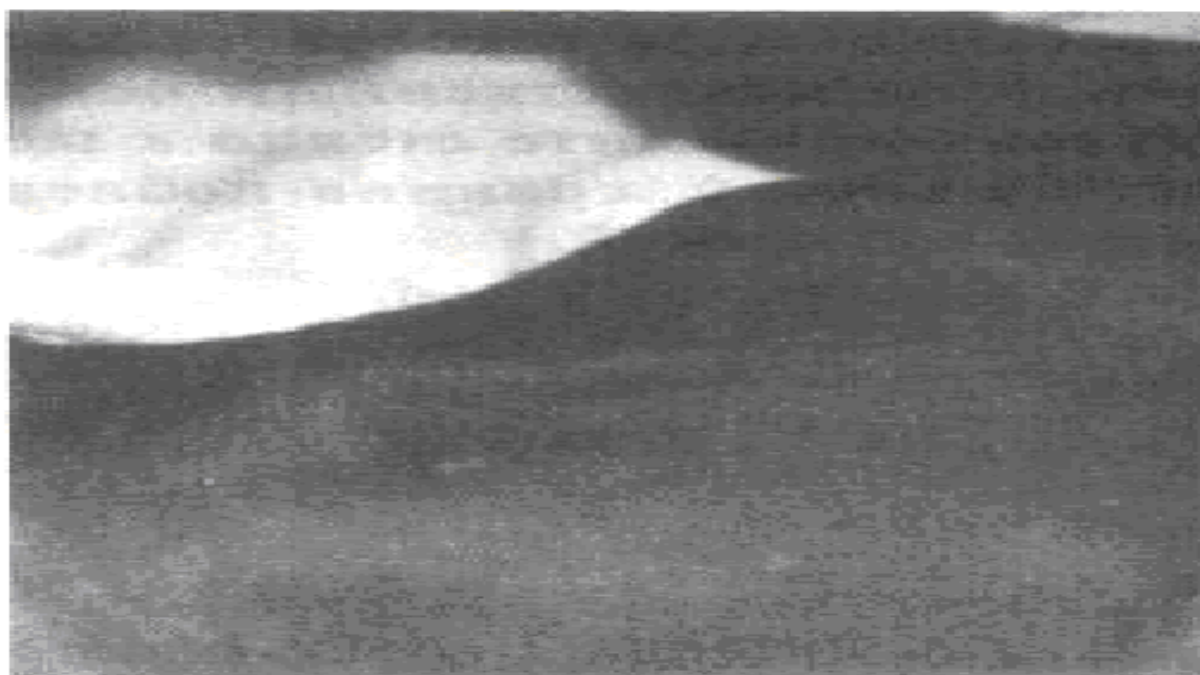
Кам сув йўқотиш ҳолати**Оғир эксикоз ҳолати**

**Бутун Дунё Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти томонидан тақдим
этилган эрта ёшли болаларда эксикоз ҳолатида даво-ташҳисот тартиби**

Оғир эксикоз	<p align="center">Икки ёки ундан ортиқ белгилар:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Эс –хушини даражасини пасайиши • Ёмон ёки кам ичади • Тери бурмаси икки секунддан кейин тўғирланади 	<p align="center">В режа</p> <p align="center">в/и Рингер-лактат</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 ёшгача – 30 мл/кг 1 соат давомида, кейин 70 мл/кг 5соат давомида • 1 ёшдан катта болалар 30 мл/кг 30 дақ. давомида, 70 мл/кг кейинги 2, 5 соат ичида
Ўртача эксикоз	<p align="center">Икки ёки ундан ортиқ белгилар:</p> <ul style="list-style-type: none"> • безовталиқ, инжиқлик 	<p align="center">Б режа</p> <p>4 соат давомида 75 мл/кг ҳисобида суюқлик ичириш</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • кўз ичига кириши • талпиниб ичади • тери бурмаси секин тўғирланади 	
Эксикоз йўқ	Белгилари етарли эмас	<p align="center">А режа</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 ёшгача болалар 50 – 100 мл ҳар ич кетишидан кейин • 2 ёшдан катталар 100 – 200 мл ҳар ич кетишидан кейин

Оғир эксикозда қоринда тери бурмасининг секин тўғирланиши



Регидратация режасининг хусусияти

А режа

- Онага тез ва узоқ вақт кўкрак сути билан овқатлантиришни тавсия этиш
- Агар бола тўлиқ кўкрак сутида бўлса, қўшимча тоза сув ёки ОРС ўтказиш
- Агар бола аралаш ёки сунъий овқатлантиришда бўлса, ОРС ўтказиш ёки суюқ овқат (гуруч қайнатмаси) бериш
- Суюқликни оғиз орқали тез-тез ва кам ютумда бериш

- Агар болада қусиш кузатилса 10 дақиқа кутиш, кейин давом эттириш
- Қўшимча болага Рух препаратларини бериш (6 ойликгача 10 – 14 кун 10 мг/кунига, 6 ойликдан катталарда 10 – 14 кун 20 мг/кунига)

Б режа

- Агар бола хохлаб ичаётган бўлса, мўлжалдагидан кўпроқ сув бериш мумкин
- Кўкрак орқали овқатлантиришни давом эттириш
- 4 соатдан кейин боланинг ҳолатини ва гидратация даражасини баҳолаш
- Болага қўшимча Рух препаратларини бериш

В режа

- Томир ичига суюқлик юборишни бошлаш
- Инфузия бошлангунча ОРС ўтказиш
- Ҳар 15 – 30 дақиқада ҳолатни баҳолаш
- Агар гидратация ҳолати яхшиланмаса – инфузия тезлигини ошириш
- Қўшимча 5 мл/кг ҳисобида оғиз орқали суюқлик бериш (бола ичишни бошлаши билан одатда 3-6 соатдан кейин)
- Агар томир ичига суюқлик юборишнинг имкони бўлмаса назогастрал зонддан фойдаланиш (6 соат давомида 20 мл\кг суюқлик юбориш). Ҳар бир соатда гидратацияни баҳолаш. Агар қусиш ёки қорин дам булиши кучайса ОРС секинлаштирилади. Агар 3 соатдан кейин ҳам бемор ҳолати яхшиланмаса томир ичига суюқлик юборилади.
- Бемор ҳолати яхшиланиши билан бошқа режага ўтилади

Гипергидратация белгилари:

- Нафас сонининг 1 дақиқада доимий равишда 5тага ошиб бориши
- Пульс сонининг 1 дақиқада доимий равишда 15 тага ошиб бориши

Агар гипергидратация белгилари пайдо бўлса, регидратацияни тўхтатиш ва беморнинг ҳолатини бир соатдан кейин қайта баҳолаш.

ОРС таркиби (Re So Mal):

Калий хлорид	224 г
Трикалий цитрат	81 г
Магний хлорид	76 г
Рух ацетати	8, 2 г

Мис сульфат	1, 4 г
Сув	2500 мл гача

Иложи борича– 0, 028 г натрий селенад, 0, 012 г калий йодид кўшиш зарур.

Бутун Дунё Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти томонидан тавсия этилган оғир дистрофиясиз ангидремик шок ҳолатидаги беморни даволаш ва ташҳисоти тартиби

1. қонни таҳлилга олиш
2. томирга йўл
3. Рингер-лактат ёки физиологик суюқликни оқим билан 20 мл/кг ҳисобида юбориш
4. ҳолатни баҳолаш (ЮУС, капиляр синама)
5. агар самара бўлмаса (№ 2) инфузияни қайтариш
6. ҳолатни баҳолаш (ЮУС, капиляр синама)
7. агар самара бўлмаса (№ 3) инфузияни қайтариш
8. ҳолатни баҳолаш (ЮУС, капиляр синама)
9. агар самара бўлмаса (№ 4) инфузияни қайтариш
10. ҳолатни баҳолаш (ЮУС, капиляр синама)
11. Агар наф бўлса, давонинг ҳар қандай босқичида суюқликни 5 соат ичида 70 мл/кг ҳисобида томчилатиб юбориш (агар бола 1 ёшдан кичик бўлса), 2, 5 соат ичида 1 ёшдан катта болаларда
12. ҳар 1 – 2 соат ичида ҳолатни баҳолаш
13. Агар аҳволи яхшиланмаса инфузия тезлигини ошириш
14. Бола ичишни бошлаши билан перорал регидратацияга ўтиш 5 мл/кг/соат
15. 6 соатдан кейин ҳолатини баҳолаш 1 ёшгача бўлган болаларда, 3 соатдан кейин ҳолатни баҳолаш, 1 ёшдан катталарда

Бутун Дунё Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти томонидан тавсия этилган оғир дистрофияли ангидремик шок ҳолатидаги беморни даволаш ва ташҳисоти тартиби

1. Қонни таҳлилга олиш
2. Томирга йўл
3. Беморни тортиш
4. Қуйидаги суюқликлардан бирини 15 мл/кг ҳисобида 1 соат давомида юбориш
 - Рингер-лактат + 5 % глюкоза
 - Ярим меъёрий тузли эритма + 5 % глюкоза

- Ярим меъерий Дарроу эритмаси + 5 % глюкоза
 - Рингер-лактат, агар юқоридаги эритмалар бўлмаса
5. Нафас ва юрак уриш сонини ҳар 5 – 10 дақиқада ўлчаш
 6. Агар самара бўлса, (НС ва ЮУС камайиши) оғиз орқали суюқлик юборишни бошлаш
10 мл/кг/соат 10 соат давомида тузли эритма билан ва кўкрак орқали овқатлантиришни бошлаш
 7. Агар самара бўлмаса септик шок ривожланишини назарда тутиш 4 мл/кг/соат ҳисобида суюқлик юбориш, қон трансфузияси, антибактериал даво + кўкрак орқали овқатлантириш.
 8. Агар регидратация пайтида бемор ҳолати ёмонлашса инфузия тўхтатилади.

Назорат саволлари:

1. Болаларда сувга бўлган минимал эҳтиёжни, яширин сув йўқотишни ва эндоген сув манбаларини аниқланг
2. Сувга бўлган минимал эҳтиёжни ўзгартирувчи ҳолатларни айтинг
3. Болаларда эксикоз таснифи
4. Болаларда эксикоз ҳолатида текшириш тартибини айтинг
5. Эксикоз давосида А режани айтинг
6. Эксикоз давосида Б режани айтинг
7. Эксикоз давосида В режани айтинг
8. Оғир дистрофиясиз ангидремик шокда даво-ташҳисот тартибини айтинг
9. Оғир дистрофияли ангидремик шокда даво-ташҳисот тартибини айтинг

АЛЛЕРГИК ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАР.

Аллергия – организмнинг бирор-бир модда таъсирига ўта сезгир иммун реакциясидир.

Аллерген билан алоқадан кейин организмда кузатилади:

- Шиллик қават ҳужайраларида секрециянинг кўп миқдорда ажралиши
- Бронхлар силлик мушаклари тонусининг пасайиши
- Томирлар силлик мушаклари тонусининг пасайиши
- Капилляр ўтказувчанликнинг ортиши

Бу ҳолатлар тўқимадаги семиз ҳужайралар ва циркуляцияланувчи базофиллар томонидан ишлаб чиқиладиган турли кимёвий медиаторлар, шу жумладан гистамин таъсири натижаси ҳисобланади. Ушбу кимёвий моддалар организмга тушган ёт моддага жавобан ишлаб чиқилади.

Бунда :

- Организм антигенни аниқлайди.
- Антигенни зарарсизлантириш учун керагидан кўп миқдорда кимёвий моддалар ва иммун медиаторлар ажралади.
- Иммун медиаторларни инактивацияловчи компонентлар тезда ишлаб чиқилмайди.

Деярли барча моддаларга аллергия реакциялар кузатилиши мумкин. Аллергия турли туман белгиларда намоён бўлади. Чекланган қизариш (гиперемия), қичишиш беморнинг аллерген билан алоқа бўлиши (контакт дерматит) оқибатида кузатилади. Агар бундай реакция беморларнинг нафас йўллари тўқималарида ривожланса нафас қийинлашуви кузатилади (нафас йўлларининг юқори сезгирлиги ҳисобига). Ушбу жараён авж олишида тегишли ёрдам кўрсатилмаса бемор нобуд бўлиши мумкин. Айрим реакциялар юрак – қон томир тизими фаолиятининг кескин бузилиши ва шок ривожланишига олиб келади.

Ҳашаротлар захри, протеинга бой озиқ – овқат маҳсулотлари (тухум, ёнғоқ, денгиз маҳсулотлари), дори воситалари (антибиотиклар ёки ҳайвон органлари маҳсулотларидан олинган дори препаратлари), ўсимликлар, чанг, кимёвий моддалар, эритувчилар ва ҳаттоки айрим тиббий маҳсулотлар таркибидаги латекс (қўлқоплар, стетоскоплар) оддий аллерген ҳисобланади.

Одатда аллергия реакцияниг енгил кўриниши терида намоён бўлади. Аллерген тери билан контактга киришади. Бунга жавобан организм аллергия билан контактда бўлган соҳага иммун аллергияларни чиқаради, бу эса шиш, қизариш ва қичишишга олиб келади. Бу беморга ноқулайлик туғдиради, бироқ одатда ҳаёти учун хавф солмайди. Шикастланган соҳани совунли сув билан ювиш орқали аллергияни бартараф этиш ягона зарурий чора бўлиши мумкин. Агар тошма сақланиб турса, шифокор тегишли дори воситаларини тайинлаши мумкин. Кўрик пайтида аниқланадиган бошқа белгиларга шиш, қавариқлар (теридаги қизарган, доғли, қичишадиган қавариқ соҳалар), периорал шиш, шунингдек санчиб оғришлар (оёқ, қўл ва тана) киради.

Нафас йўллари обструкцияси ёки шок каби тизимли кўринишлар ривожланиши билан биргаликда келувчи оғир аллергия реакциялар намоён бўлса, бемор ҳолати ҳаётга потенциал хавф туғдирувчи анафилаксия ва ўткир реакция сифатида таърифланади. Айрим тадқиқотларга мувофиқ, анафилактик реакция ривожланиш сабаби доимо ҳам аниқланавермайди (73 % ҳолларда). Кўп кузатиладиган сабаблар гуруҳини дори воситалари (28%), ҳашаротлар чақиши (17, 5%) ва озиқ– овқат маҳсулотлари (17%) ташкил этади . 50% оғир анафилактик реакциялар дастлабки соатларда ўлим ҳолатига олиб келади.

Анафилаксиянинг клиник кўринишлари.

Шикастланган тизим	Клиник кўринишлар
Тери	Қизариш, иссиқни сезиш, эшакеми, қичишиш, эритема, Квинке шиши
Кўз	Кўз конъюктиваси инъекцияси, кўз ёшланиши, қичишиши
Юрак – қон томир тизими	Гипотензия, бош айланиши, ҳолсизлик, шок, ҳушдан кетиш ҳолатлари, кўкракда оғриқ бўлиши, тахикардия, аритмия, МИ, юрак тўхташи
Нафас тизими	Хириллашлар, хансираш, цианоз, тахипноэ, йўтал, овознинг хириллаши, стридор, нафас актига кўшимча мушакларнинг жалб қилиниши, кўкракнинг сиқилиши, аксириш, ринорея, оғиз – халқум ва хиқилдоқнинг шиши, тилнинг шишинқираши, ўпканинг шиши, альвеолалардаги қон қуюлишлар, нафаснинг тўхташи
Ошқозон - ичак тизими	Кўнгил айнаши, қусиш, диарея (кўпинча қон аралаш), қоринда спазмли оғриқлар
МАТ	Тиришишлар, ҳушдан кетишлар, бош айланиши, транзитор кўрлик, кўзга иккита бўлиб кўринишлар, бош оғриғи, умумий ҳолсизлик

Дифференциал ташҳислаш.

- **Вазовогал хушдан кетишлар** инъекцияларда юзага келади. Бу ҳолатларга сийрак пульс, рангпарлик, совуқ терга ботиш, А/Б нинг ўртача пасайиши хосдир.
- **Миокард инфаркти.** Асосий белги – тўш ортидаги оғриқ. Бу оғриқ кўпинча пастки жағ, чап кўл, орқа ва ҳ.к.з га беради. Хансираш оғир анафилактик реакцияларга қараганда секин ривожланади. Хансираш бронхлар спазми билан эмас, балки чап қоринча етишмовчилиги сабабли юзага келади.
- **Гипогликемия** учун ҳолсизлик, рангпарлик, совуқ терга ботиш ва хушдан кетиш ҳоллари хосдир. Нафас бузилмайди, А/Б ўртача пасаяди. Ёдда тутиш лозимки, инсулин анафилактик реакция сабабчиси бўлиши мумкин.
- **Истерия (талваса)** да цианоз, артериал гипотония, нафас етишмовчилиги кузатилмайди. Беморлар кўпинча санчиб оғриш ва ачишишдан шикоят қиладилар. Қичишиш бунга хос эмас. Қисқа муддатли хушдан кетишлар бўлиши мумкин. Анафилактик реакциялардан ушбу ҳолатни фарқлаш учун асосий физиологик кўрсаткичлар ва неврологик ҳолат баҳоланади. Айрим беморлар (айниқса аввал оғир анафилактик реакцияни ўтказган беморлар) эътиборни жалб этиш учун ёлғондан ўзларини шу ҳолга соладилар ёки ушбу ҳолатни онгли равишда ўзларида чакирадилар. Бундай беморларга психиатр маслаҳати тавсия этилади.

ШОШИЛИНЧ ЁРДАМ.

Бемор хавфсизлигини таъминлаш мақсадида воқеа содир бўлган жойни баҳолаш зарур. Агар беморнинг аллергенлар билан нафас олиш хавфи мавжуд бўлса, беморни тоза ҳаволи бошқа жойга кўчириш лозим. Агар аллергик реакция дори воситаси (антибиотик, рентгеноконтраст модда) юбориш пайтида юзага келса, муолажани зудлик билан тўхтатиш зарур.

Бирламчи ва иккиламчи ABCD баҳолаш ва ёрдам бериш амалга оширилади. Бунда нафас йўллари обструкцияси мавжудлиги ва унинг даражаси (юқори нафас йўллари ёки бронхиал обструкция) аниқланади:

- Респиратор дисстресс (экскурсия ҳажмининг ортиши, бемор нотўлиқ жумлаларни гапиради, тахипноэ)
- Ёки нафас етишмовчилиги (экскурсия ҳажмининг камайиши, эс – хушнинг пасайиши, тахипноэ ёки брадипноэ)
- Йўтал

- Кўкракдаги сиқилиш ҳиссиёти
- Хансираш (ларингостеноздаги инспиратор, бронхиал обструкцияда экспиратор ёки аралаш)
- Томоқдаги сиқилиш
- Аускультацияда нафас чиқариш пайтида тарқалган хириллашлар (бронхиал обструкция белгиси) ёки нафас олишдаги ҳуштаксимон тарқоқ хириллашлар (ларингостеноз белгиси) аниқланади.
- Одинофагия
- Лариностенозда хириллаш ва стридор
- Ретракциялар
- Периорал цианоз.

Шокнинг мавжудлиги ва унинг белгилари аниқланади:

- Эс – ҳуш даражасининг пасайиши.
- Респиратор дистресс
- Тери рангпар, совук, нам
- Тахикардия, томир уриши заиф, периферик пульс бўлмаслиги мумкин.
- Капилляр синама 2 секунддан ортиқ (5 ёшгача бўлган болаларда)
- Оғиз ва тил шиллиқ қаватлари цианози
- Гипотензия
- Юрак тўхташи
- Кучли бош оғриғи
- Ҳолсизлик

Шунингдек қуйидаги шикоятлар бўлиши мумкин:

- Буруннинг битиб қолиши ва аксириш
- Кўзлардаги ёшланиш ва ачишиш
- Қориндаги спазматик оғрик, кўнгил айнаши, қусиш, диарея ва тенезмлар
- Сийдик ёки нажасни тутиб туролмаслик
- Чаноқ соҳасидаги оғрик.

Анафилаксия ташҳиси маҳаллий ва тизимли аллергик кўринишлар уйғунлиги билан тасдиқланади.

Анафилаксия оқирлик даражалари аниқланади:

Даража	Глазго шкаласи бўйича баҳолаш	Нафас частотаси	Систолик артериал босим
Ўртача	15 балл	<ul style="list-style-type: none"> • 2 ойликгача бўлган болалар – дақиқасига 60тадан кам • 2 – 12 ойликгача бўлган болалар - 50 тадан кам • 1 – 5 ёшгача 40тадан кам • 5 ёшдан катта болалар 30тадан кам • Ўсмирлар ва катталар 20тадан кам 	<ul style="list-style-type: none"> • Болалар 70 дан кўп • Ўсмирлар ва катта ёшлилар 90 дан кўп
Оғир	15 баллдан кам	<ul style="list-style-type: none"> • 2 ойликгача бўлган болалар дақиқасига 60тадан кўп • 2 – 12 ойликгача 50 тадан кўп • 1 – 5 ёшгача 40тадан кўп • 5 ёшдан катта болалар 30тадан кўп • Ўсмирлар ва катта ёшлилар 20тадан кўп 	<ul style="list-style-type: none"> • 70 дан кам-болаларда • Ўсмирлар ва катта ёшлилар 90 дан кам

Битта мезон аниқланса ҳам анафилаксиянинг оғир даражаси ташҳисланади.

ЎРТАЧА АНАФИЛАКСИЯДА:

- ABC ёрдам (кислород ингаляцияси шарт)
- Шокга қарши чоралар:
- Чалқанча ётган беморнинг оёқлари бошига нисбатан баландроқ кўтарилади
- Беморнинг оёқларини кўтариб чалқанча ёткизиш
- Беморни кўрпага ўраш
- Беморга суюқлик ичирилмайди
- Мушак орасига 1:1000 аралашмада 0, 01 мг/кг адреналин юбориш, зарурат бўлса, ҳар 15 дақиқада такрорлаш мумкин
- Мушак орасига, вена ичига ёки перорал дифенгидрамин юборилади
- Кортикостероид вена ичига, мушак орасига ёки перорал юборилади
- Шошилиш тарзда стационарга олиб борилади

ОҒИР АНАФИЛАКСИЯДА:

- ABC ёрдам (кислород ингаляцияси шарт)
- Шокга қарши чоралар:
- Беморнинг оёқлари бошига нисбатан баландроқ кўтарилади
- Беморни оёғини кўтариб чалқанча ёткизилади
- Венага тушилади ва болюс равишда суюқликлар юборилади
- Бемор устига кўрпа ёпилади
- Беморга суюқлик ичирилмайди
- Адреналин 0.01 мг/кг 1:1000 эритмада мушак орасига юборилади. Зарурат бўлганда ҳар 5 дақиқада такрорлаш мумкин.
- Дифенгидрамин вена ичига юборилади.
- Кортикостероид вена ичига юборилади.
- Шошилиш тарзда стационарга олиб борилади.

ҚЎШИМЧА ЁРДАМ.

- Ниқоб ёки бурун катетери ёрдамида ўртача ёки юқори тезликда (5 – 10 л/мин) кислород ингаляцияси берилади. Кислород тайинлашдан олдин беморда ўпканинг сурункали обструктив касалликлари бор – йўқлиги аниқланади. Бу ҳолатда кислород ингаляцияси нафас марказини қийинлаштириши мумкин.

- Инъекция ёки ҳашарот чакқан жойдан проксимал соҳага жгут кўйилади. Ҳар 10 дақиқада 1 – 2 дақиқага жгут бўшаштирилади. Артериал гипотонияга қарши изотоник эритмалар юборилади.
- Адреналиннинг 1:1000 эритмаси дастлаб болаларга 0,01 мл/кг, катталарга 0,3 – 0,5 мл дозада тери орасига юборилади, сўнгра такроран ҳашарот чакқан ёки тахмин қилинган аллерген инъекцияси жойига бевосита юборилади. Зарурат бўлганда инъекция ҳар 15 – 20 дақиқада такрорланади.
- Артериал гипотонияда 1:1000 адреналиннинг 1 мл эритмаси 10 мл физиологик эритмада аралаштирилади. Олинган эритма (1:10000) 5 – 10 дақиқа давомида вена ичига юборилади. Зарурий ҳолатларда бу чорадан сўнг адреналин эритмаси инфузиясига ўтилади. Бунинг учун 1:1000 адреналиннинг 1 мл эритмаси 5 % ли глюкозанинг 250 мл га аралаштирилади (олинган адреналин эритмасининг концентрацияси 4 мкг/мл). Эритмани юборишдаги бошланғич тезлик 1 мкг / дақ, таъсир сезилмаганда бу тезликни 4 мкг/дақ гача кўпайтириш мумкин. Болаларда адреналиннинг юбориш тезлигини 0,1 мкг/кг/дақдан максимал 1,5 мкг/кг/дақ гача ошириш мумкин. Адреналин кўллашнинг мақсадга мувофиқлиги индивидуал тарзда баҳоланади. Чунки ЮИК, бош мия томирлари атеросклерозиди, шунингдек кекса ёшдагиларда кўпинча адреналиннинг қушимча таъсири кузатилиши мумкин.
- Дифенгидрамин 1 – 2 мг/кг дозада в/и га, м/о га ёки перорал ҳар 6 соатда 48 соат мобайнида юборилади. Анафилактик ва анафилактоид реакцияларда артериал гипотонияни олдини олиш учун назорат синовлари мавжуд эмаслигига қарамадан, Н1 блокаторлардан ташқари Н2 блокаторлар: цимитидин ёки ранитидин тайинланади. Цимитидин 300 мг дозада (болаларга 5 – 10 мг/кг) в/и га секин м/о ёки перорал ҳар 6 – 8 соатда, ранитидин 50 мг дозада в/и секин ёки м/о га ҳар 6 – 8 соатда юборилади, ёки 150 мг дан ҳар 12 соатда ичирилади (болалар 2 – 4 мг/кг/сут). Агар артериал гипотония ва нафас бузилишини бартараф этишнинг иложи бўлмаса бемор реанимация бўлимига ўтказилади).

КАСАЛХОНА БОСҚИЧИДА ШОШИЛИНЧ ЁРДАМ:

- Максимал диаметрли катетер орқали в/и га суюқлик юборилади. Инфузия тезлиги катталарда систолик А/Б ни 100 мм.сим.уст.дан ва болаларда 50 мм.сим.уст. паст бўлмаган ҳолда ушлаб туриш учун етарли бўлиши керак. 5 % ли глюкоза эритмаси 0.45 % ли натрий хлорид эритмасида 2000-

3000 мл/м²/сут ҳажмда юборилади. Инфузиянинг дастлабки соати мобайнида катталарга 500 – 2000 мл суюқлик, болаларга 30 мл/кг гача микдорда суюқлик юборилади. Турғун артериал гипотонияда физиологик эритма, альбумин бошқа коллоид эритмалар қўлланилади.

- Бронхоспазмда ингаляцион бетта 2 адреностимуляторлар, мисол учун 0.5 – 1 мл 0.5% ли сальбутамол эритмаси тайинланади.
- Бронхоспазмни бартараф этишнинг иложи бўлмаса, 4 – 6 мг/кг дозада эуфиллин в/и га 15 – 20 дақиқа давомида тайинланади. Эуфиллин эритмасини в/и га юбориш учун 2 баравар суюлтирилади.
- Кейин бронхоспазм оғирлигига қараб, эритмани 0.2 – 1.2 мг/кг/соат тезликда в/и ёки 4 – 5 мг/кг в/и 20 – 30 дақиқа давомида ҳар 6 соатда юбориш мумкин. Эуфиллин билан даволаш пайтида унинг зардобдаги концентрациясини назорат қилиб туриш лозим. Бир вақтнинг ўзида цимитидин ҳам тайинланса эуфиллин дозаси камайтирилади.
- Юқорида санаб ўтилган чораларга қарамасдан артериал гипотония сақланса в/и га норадреналин тайинланади. Бунинг учун 4 – 8 мг норадреналин 1000 мл инфузион эритмада (сув ёки физ.эритмадаги 5% ли глюкоза эритмаси) эритилади. Препарат нормал А/Б ни ушлаб туриш учун зарурий тезликда юборилади. Суюқлик юборишнинг максимал тезлиги 2 мл /дақ дан ошмаслиги зарур. Болаларга 250 мл инфузион эритмада 1 мг норадреналин юборилади. Инфузия тезлиги 0.25 мл /дақ дан ошмаслиги лозим. Ёдда тутиш лозимки, норадреналин тери орасига тушса тери ости клетчаткаси некрозини келтириб чиқаради. Бир вақтнинг ўзида бета блокаторларнинг тайинланиши, мисол учун пропронололнинг тайинланиши, адреностимуляторлар самарадорлигини пасайтиради. Агар бемор бета блокаторлар қабул қилса кальций глюконат тайинланади. в/и га 5 – 15 мкг/дақ.
- Норадреналин ўрнига дофамин тайинлаш мумкин. Препарат бета адреностимулловчи таъсирга эга. У 0.3 – 1.2 мг/кг/соат тезликда в/и га юборилади. Бунинг учун 200 мг дофамин 500 мл 5% ли глюкоза эритмасида эритилади (олинган дофамин эритмаси концентрацияси 0.4 мг/мл). Инфузия тезлиги А/Б ни ушлаб туриш учун етарли бўлиши керак. Дофамин юрак етишмовчилиги мавжуд беморлардаги анафилактик реакцияларда қўлланилади. Бундай ҳолатларда норадреналин тайинланмайди.

- Юқори нафас йўллариининг кескин ифодаланган шишларида, мустикал нафас олиш бўлмаганда, шошилич трахея интубацияси ёки трохеястомия тавсия этилади.
- Кортикостероидлар анафилактик реакцияларни даволашдаги биринчи гуруҳ препаратларига кирмайди. Бироқ соғайишни тезлаштиргани ва симптомлар қайталанишининг олдини олишда самарадорлигини ҳисобга олиб уларни иложи борича олдинроқ қўллаш мумкин. Гидрокортизон аввалига 7 – 10 мг/кг дозада в/и га кейинчалик 5 мг/кг дозада в/и га ҳар 6 соатда юборилади. Бошқа кортикостероидларни ҳам в/и га, м/о га ёки перорал тегишли дозаларда тайинлаш мумкин. Кортикостероидлар билан даволашнинг давомийлиги одатда 2 – 3 суткадан ошмайди.
- Суюқлик юбориш ва дори дармонлар билан даволаш ҳолат барқарорлашгандан кейин ҳам давом эттирилади.

Бир маромда ушлаб турувчи давонинг давомийлиги (ҳолатнинг оғирлигига қараб) бир неча соатдан бир неча суткагача бўлиши мумкин. Бемордаги энгил анафилактик реакция бартараф этилганидан сўнг, беморга уй шароитида ушлаб турувчи даво курсининг зарурлиги ва даволанмаса унинг ҳолати ёмонлашиши мумкинлиги тушунтирилади. Қолган ҳолатларда бемор 12 – 24 соат мобайнида кузатилади. Одатда соғайиш тўлиқ бўлади. Асоратлар ичида миокард инфаркти ва инсультни қайд этиш зарур. Оғир реакцияларда ўлим ҳолати кўпинча дастлабки 30 дақиқада содир бўлади. Антиген билан такрорий алоқа одатда жуда тез ва оғир реакция билан кечади

НАФАС ЙЎЛЛАРИ ОБСТРУКЦИЯСИДАГИ ШОШИЛИЧ ЁРДАМ.

Обструкция хиқилдоқнинг ангионевротик шиши (ларингостеноз белгисида намоён бўлади) ва бронхоспазм (бронхиал обструкция билан ифодаланади) га боғлиқ бўлиши мумкин.

Хиқилдоқнинг ангионевротик шишини даволаш:

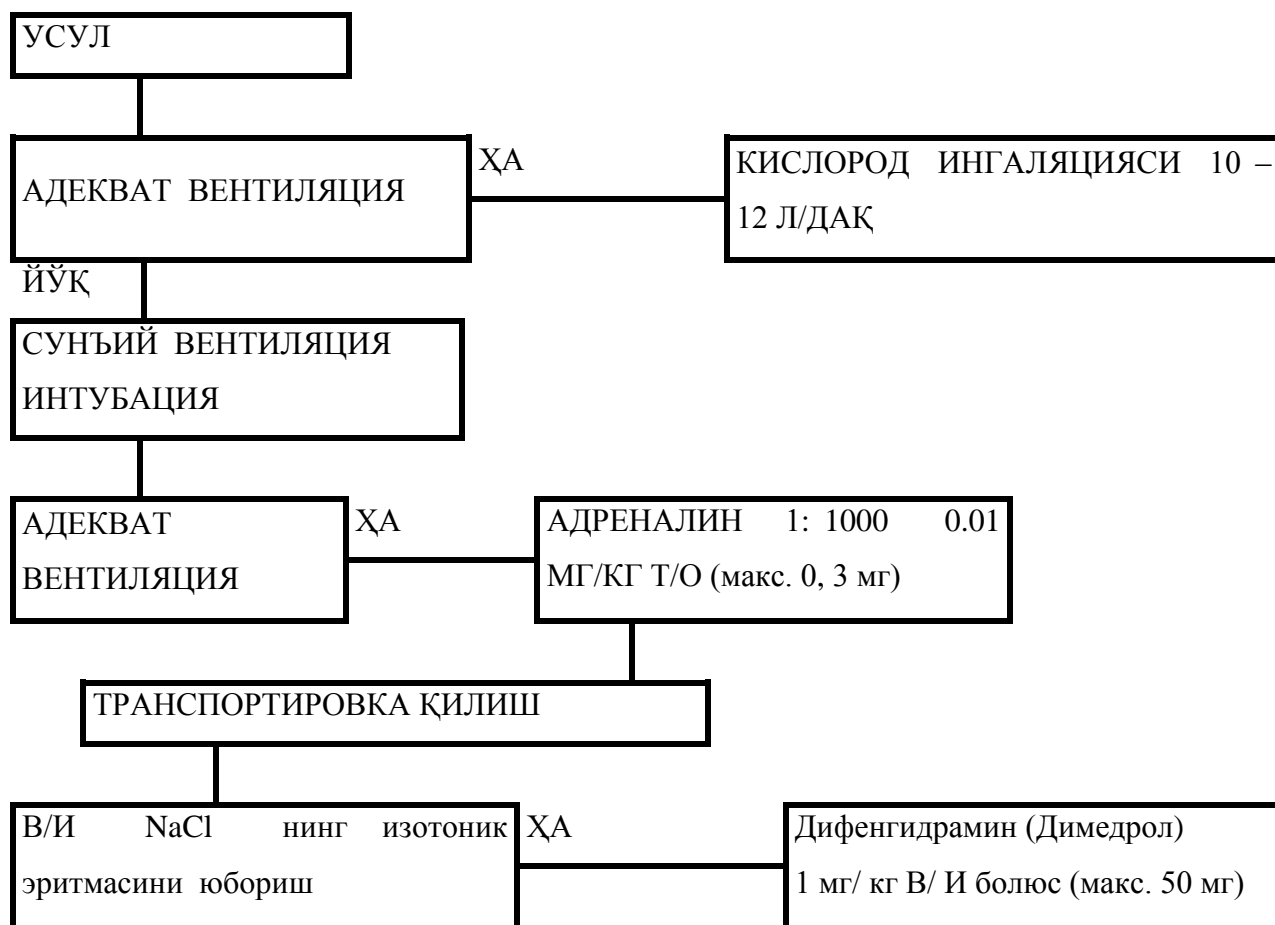
- Бошни орқага ташлаш, иякни чўзиш, пастки жағни тортиш.
- Назо – ёки орофаренгиал ҳаво ўтказгичлар қўйиш
- Газли аралашма - 80% гелий / 20% кислород ингаляцияси

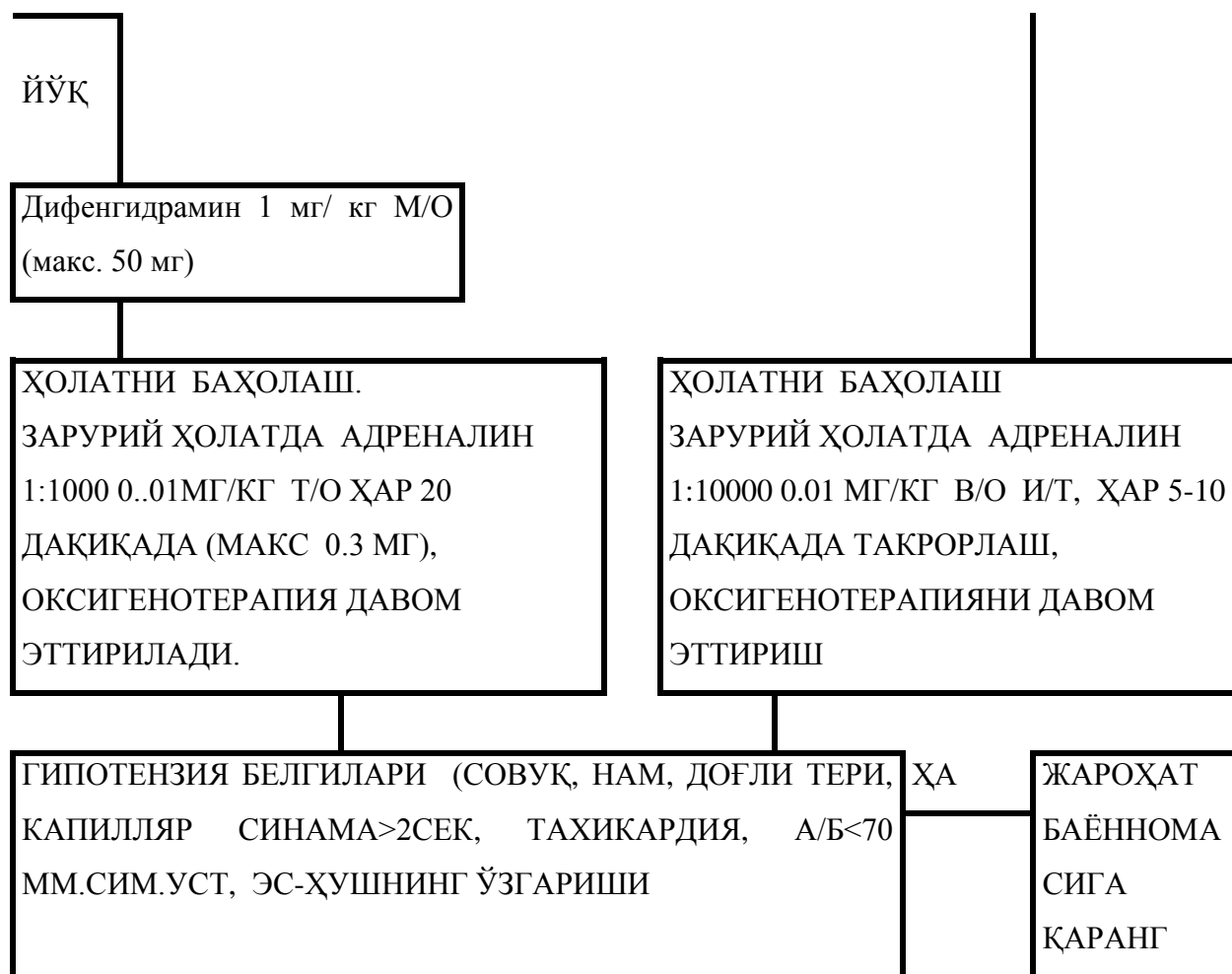
- Адреналиннинг рацемик эритмаси – 0.5 мл ингаляция тарзида (мониторда юрак ритмини назорат қилиш шарт, чунки кўпинча адреналин дозаси ошиб кетиш оқибатида тахикардия юзага келади).
- Зарурий ҳолатларда – трахея интубацияси.
- Зарурий ҳолатларда – нафас йўллари ўтказувчанлигини тиклаш.

БРОНХОСПАЗМНИ ДАВОЛАШ:

- Давомли ингаляция билан альбутерол.
- Эуфиллин 5 – 6 мг/кг в/и 20 – 30 дақиқа давомида
- Атровент (ипратропия бромид) 0.5 мг NaCl 0.9 % эритмасининг 2.5 мл да ингаляцион тарзда
- Кортикостероидлар
- Зарурий ҳолатларда трахея интубацияси ва ЎСВ.

АНАФИЛАКСИЯДА ШОШИЛИНЧ ЁРДАМ АЛГОРИТМИ:





ҲАЁТ УЧУН ХАВФ СОЛМАЙДИГАН, ШОШИЛИНЧ ЁРДАМНИ ТАЛАБ
ЭТМАЙДИГАН БОШҚА АЛЛЕРГИК ҲОЛАТЛАР:

ЎТКИР ЭШАКЕМИ ВА КВИНКЕ ШИШИ кўпинча шошилинч турдаги аллергия реакциялар сабабли юзага келади. Ўткир эшакеми учун тўсатдан тошма ва кичишишининг пайдо бўлиши характерлидир. Алоҳида пўрсилдоқларнинг мавжудлиги 24 соатдан ошмайди. Ўткир эшакемида нафас йўллари ва ошқозон – ичак трактининг жароҳатланиши Квинке шишидан фарқли равишда кам кузатилади. Ўткир эшакеми ва Квинке шиши уйғунлашган ҳолда кечиши мумкин.

Юқорида қайд этилганидек, ўткир эшакеми шошилинч турдаги аллергия реакциялар сабабли юзага келади. Тахминан 70 % ҳолатларда эшакем вирусли ёки бактериал инфекция, гельментозлар, антимикроб воситаларни қўллаш негизида юзага келади ёки овқат аллергиясининг бир кўриниши ҳисобланади. Болаларда ўткир эшакемининг кўп кузатиладиган сабабларидан бири инфекция саналади. Шошилинч турдаги аллергия реакциялар сабабли юзага келадиган эшакеми патогенези етарлича

яхши ўрганилган. Рентгенконтраст воситалар сабабли юзага келган ўткир эшакеми ноиммун механизмлар билан боғлиқдир.

ЭШАКЕМИ. Эшакеми – ўтиб кетувчи тошма бўлиб, унинг морфологик элементи пўрсилдоқ (қаварик) - яъни теридаги аниқ чегараланган шиш ҳисобланади. Қавариклар ранги одатда қизил, диаметри эса бир неча мм дан бир неча см гача бўлади. Эшакеми клиник шаклларида турли ҳиллиги улар асосида турли патогенетик механизмлар ётиши билан изоҳланади. Қвинке шишида патологик жараёнга тери ости клетчаткаси ҳам кўшилади.

Тахминан 15 % аҳоли ҳаётида бир марта бўлса, ҳам эшакеми ёки ангионевротик шишни ўтказган. Агар касаллик 6 ҳафта ичида қайталанса бу сурункали эшакемидан далолатдир. Оилавий анамнезида аллергик реакцияга мойиллиги бор инсонларда, аҳолининг бошқа қисмига нисбатан эшакемининг ўткир шакли кўпроқ кузатилиши аниқланган. Сурункали эшакемининг тарқалишига ирсий омиллар таъсир этмайди.

МЕХАНИЗМИ: Эшакеми ва ангионевротик шиш ривожланиши механизмларининг якуний натижаси - бу тез кечувчи турдаги аллергик реакцияга кимёвий медиаторларнинг ажралиб чиқишидир.

СУНЪИЙ ЧАҚИРУВЧИ

ОМИЛЛАР: касалликнинг

сурункали шаклида 20% ҳолатда сабаби аниқланиши мумкин.

Эшакеми ривожланишининг сабаб ва механизмлари қуйидагилардир:

- Аллергия
- Комплементнинг фаоллашуви
- Семиз хужайралар дегрануляциясини чақирувчи моддалар таъсири
- Арахидон кислотаси метаболизмнинг бузилиши
- Жисмоний зўриқиш
- Ташқи муҳит омиллари (совуқ, иссиқ, терининг механик таъсирланиши (уртикар дермографизм), вибрация, инсоляция, сув)



ТАШҲИСЛАШ

Анамнез йиғиш пайтида касаллик қачон ва қандай бошланганлигига ҳамда қанчалик зўрайишига эътибор қаратилади. Беморнинг ўтказган касалликлари сўралиб, қайси дориларни қабул қилганлигини (шу жумладан рецептсиз, маҳаллий қўлланиладиган ва ҳ.к.з), жумладан бемор Н1 блокаторларни қабул қилган – қилмаганлигини, қабул қилган бўлса, уларнинг таъсир самараси қандай бўлганлигини аниқлаш зарур. Бемордан ишлаб чиқариш ва турмуш шароитларида қандай моддалар билан алоқада бўлиши сўралиб, ҳайз олди ҳолатида тошмалар тошиш - тошмаслиги аниқланади. Шунингдек ошқозон – ичак тракти касалликлари, аутоиммун касалликлар ёки ёмон сифатли ўсмаларни инкор қилиш лозим. Чунки уларнинг барчаси сурункали эшакеми сабабчиси бўлиши мумкин.

Агар қичишиш билан кечадиган қаварикларнинг пайдо бўлиши жисмоний омиллар туфайли чақирилмаган бўлса, ва тошма 6 ҳафтадан ортиқ сақланмаса бундай беморларга ўткир эшакеми ташҳисини қўйиш мумкин. Тошманинг алоҳида элементлари қанчалик узоқ сақланишини аниқлаш учун яқинда пайдо бўлган қавариклар атрофи чизилади ва бемордан улар қачон йўқолганини қайд этиш сўралади. Ўткир эшакемида қавариклар 24 соатдан ортиқ сақланмайди.

ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВ пайтида тери синчковлик билан кўздан кечирилади, бу бошқа тери касалликларини фарқлаш имконини беради. Лимфа тугунлари ўлчами аниқланиб, сурункали инфекция ўчоқлари бор – йўқлиги қайд этилади. Уртикар дермографизм фарқланади. Бунинг учун ўтмас предмет билан терига енгилгина босилади. Лаборатория текширувлари умумий қон таҳлили, ЭЧТни аниқлаш ва умумий пешоб таҳлилидан иборат. Бунда лейкоцитоз, эозинофилия шунингдек сийдик йўллари инфекцияси белгиларини аниқлаш мумкин. Овқат аллергиясини инкор қилиш учун назорат сифатида плацебодан фойдаланган ҳолда икки марталик тасодиқий усулда провакацион озиқ – овқат синамалари ўтказилади. Эшакеми ва ангионевротик шишни бошқа аллергик реакциялардан фарқлаш қийин эмас.

- Эшакемида тошма қичишиш билан кечиб, босганда йўқолади, эритематоз шишган папулалар диаметри 1 – 2 ммдан бир неча см гача етади. Эшакеми ва ангионевротик шиш кўпинча бирга кечади.
- Белгиларнинг давомийлиги – бир неча соатдан бир неча суткагача давом этади.
- Сурункали эшакеми ёки ангионевротик шишнинг қайталаниши қатор йиллар мобайнида юзага келиши мумкин.

- Квинке шиши- одатда периорбитал соҳалардан бошланади. Баъзида шу билан чегараланиши мумкин. Кейинчалик шишнинг юз, бўйин, кўкрак қафасининг юқори қисмига тарқалиши кузатилади. Шиш пайпасланганда қаттиқ чегараланган бўлади. Шиш соҳаси атрофида ачишиш кузатилади. Баъзида Квинке шиши хиқилдоқнинг ангионевротик шиши билан асоратланади.

Қиёсий ташҳислаш жадвалда келтирилагн касалликлар билан ўтказилади.

Папулёз эшакеми
Уртикар васкулит
Зардоб касаллиги
Прогестеронли аутоиммун дерматит
Ҳомиладорлик полиморф дерматози
Макл - Уэльс синдроми
Диффуз нейродермит
Феминоз
Лайм касаллиги
Мастоцитоз
Эритропоэтик протопорфирия

Папулёз эшакеми ҳашарот чаққан жойда киччик пўрсилдоқлар пайдо бўлиши билан ифодаланади. Пўрсилдоқлар 24 соатдан ортиқ сақланади. Папулёз эшакеми – бу аллергия реакция эмас. Бироқ ҳашаротлар аллергиялари чақилган жойда узоқ муддат сақланиши сабабли, такрорий чақишда маҳаллий ва тизимли аллергия реакциялар бўлиши мумкин.

Уртикар васкулит майда қон томирларнинг шикастланиши ва лейкоклазия билан бирга кечади. Тошма одатда 24 соатдан зиёд сақланади. Беморлар кўпинча кичишишдан кўра оғриқга шикаят қилишади. Бунда ЭЧТ ортиб, комплементнинг гемолитик фаоллиги пасайиши мумкин. Дифференциал ташҳис юқумли касалликлардаги васкулитлар, креопропротеинемия, аутоиммун касалликлар, дори аллергияси билан ўтказилади. Ташҳисни тасдиқлаш учун тери биопсияси бажарилади. Васкулитларда буйрак ва ошқозон ичак йўллари шикастланишларини инкор қилиш учун умумий сийдик таҳлили ва ахлатда яширин қонни аниқлаш таҳлили ўтказилади.

ЗАРДОБ касаллигида эшакеми одатда иситма, лимфа тугунларининг катталашуви ва артралгия билан бирга кечади. Эшакемидан ташқари терида бошқа шикастланиш вариантлари ҳам бўлиши мумкин.

ПРОГЕСТЕРОНЛИ АУТОИММУН ДЕРМАТИТ. Тошма ҳайз кўришдан 5 – 10 кун олдин пайдо бўлади. Бир неча кундан кейин касалликнинг барча аломатлари йўқолади. Бу касалликдан фарқли равишда эшакемининг бошқа шакллари бевосита ҳайз кўриш пайтида зўраяди. Прогестеронли аутоиммун дерматитнинг ривожланиш патогенези аниқ эмас. Чунки эшакеми бу касалликнинг ягона кўриниши ҳисобланмайди. Бу касаллик ўткир ёки сурункали эшакеми тоифасига кирмайди.

МАКЛ – УЭЛЬС синдроми авж олувчи карлик ва амилоидозда намоён бўлади. Эшакеми билан кечувчи зўрайиш, ҳолсизлик, иситма ва лейкоцитоз ушбу касаллик учун хосдир.

БОШҚА КАСАЛЛИКЛАР: диффуз нейродермит, феминоз, лайм касаллиги, мастацидоз ҳомиладорлик полиморф дерматози ҳам эшакемига хос клиник белгилар билан кечиши мумкин. Айрим муаллифлар эритропозтик протопорфирияга куёш эшакемининг бир шакли сифатида қарашади. Эритропозтик протопорфирия ташҳисини ўзига хос клиник манзара асосида қўйиш қийин эмас.

ШОШИЛИНЧ ЁРДАМ:

Асосий даво чораси эшакемини келтириб чиқарувчи моддалар билан бўладиган алоқани бартараф этишдан бошланади. Беморларга қайси дори воситалари ва озик-овқат маҳсулотларини қабул қилиш мумкинлиги, адреналинни мустақил инъекция қилишда жамланмадан қандай фойдаланиш тартиби тўлиқ тушунтирилади. Беморларнинг барчаси ўзларини танитувчи билакузук тақиб юришлари зарур. Сурункали эшакемида аспирин ва бошқа яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари тайинланмайди. Чунки улар эшакеми билан бирга кечувчи бронхиал астма, бурун полиплари, сурункали синуситлар ва аспиринни кўтаролмаслик каби касалликларнинг зўрайиши олиб келиши мумкин.

Н1 – блокаторлар деярли барча беморларга даволанишнинг бошланғич босқичида тайинланади. Бироқ улар касалликнинг барча симптомларини бартараф этмаслиги сабабли кўшимча тарзда бошқа дори воситаларидан фойдаланилади. Аксарият ҳолларда эшакемида монотерапия самарали таъсирга эга эмас.

Эшакемининг ўткир ҳамда сурункали шакллари Н1 – блокаторлар билан узлуксиз даволаш самаралидир. Симптомлар бартараф этилмаса ёки препаратга кўникиш ҳосил бўлмаслиги учун дозани аста - секин ошириш зарур. Н1 –

блокаторлардан айнан биттасининг, бошқаларидан афзаллиги исботланмаган. Эшакемининг аксарият шаклларида одатда гидроксизин қўлланилади. Совуқ билан боғлиқ шаклида ципрогептадин тайинланади. Иккала препаратнинг уйғунлашуви терапевтик таъсир ҳамда қўшимча таъсирни кучайтиради. H₂ – блокаторлар билан биргаликдаги комбинация ҳам самарали ҳисобланади. Эшакемида кортикостероидларни маҳаллий қўллаш мақсадга мувофиқ эмас.

Парентерал юбориладиган адреностимуляторлар – анафилактик реакциялар ҳамда оғир кечувчи ўткир эшакемида шошилиш ёрдам кўрсатишдаги энг зарур препаратлар ҳисобланади. Сурункали идиопатик эшакемида бу препаратлар одатда қўлланилмайди. Чунки идиопатик эшакеми, шу жумладан Квинке шиши одатда ҳаёт учун хавф туғдирмайди. Адреналин эритмаси 1:1000 т/о га 0.2 – 0.3 мл (болаларга 0.01 мл/кг) юборилади. Зарурий ҳолларда 20 -30 дақиқадан сўнг инъекция такрорланади. Аритмия ҳолатида ҳамда бета адреноблокаторлар билан даволашда адреналинни ўта эҳтиёткорлик билан қўллаш зарур.

H₁ – блокаторлар эшакемини дори дармонлар билан даволашнинг асоси ҳисобланади. Улар айниқса ўткир ва холинэргик эшакемида, шунингдек уртикар дермографизмда яхши самара беради. Қуёш ҳамда совуқ билан боғлиқ эшакемида эса камроқ самара беради. Суствлашган эшакемида босим туфайли H₁ – блокаторлар самарасиз ҳисобланади (фақатгина цитеризин бироз ижобий самара бериши мумкин). H₁ – блокаторлар қичишиш ҳамда шишни камайтиради. Бироқ эритемага таъсир этмайди.

БИРИНЧИ АВЛОД H₁ – блокаторлари. Бу препаратлар 6 гуруҳга бўлинади. Кўпроқ ухлатувчи таъсири устун бўлиб, буларга этаноламинлар (масалан: дефингидрамин), этилендиаминлар (масалан: трипениламин) ва фенотиазинлар (масалан: прометазин) киради. Эшакемида кўпинча пиперазинлар, хусусан гидроксизин тайинланади. Бироқ бу препаратлар ҳомиладорлик пайтида тавсия этилмайди. Совуқ билан боғлиқ эшакемида пиперидинлар (мисол учун ципрогептадин) дан фойдаланиш кўпроқ самара беради. Даволашни алкиламинлар (хлорфенамин, дексахлорфенирамин, бромфенирамин) ёки гидроксизинни тайинлашдан бошлаш ўринлидир. Бу препаратлар самарали ва организм томонидан яхши қабул қилинади. Биринчи авлод H₁ – блокаторларни ухлашдан олдин тайинлаш мақсадга мувофиқдир. Чунки улар ухлатувчи таъсирга эга. Иккинчи авлод препаратларини эса кундузи тайинлаш мумкин. Гидроксизин суткасига бир марта уйқудан олдин тайинланади. Бунинг сабаби унинг кучли ухлатувчи таъсири билан тушунтирилади. Эҳтимол бу гидроксизиннинг катта T_{1/2} фаол метаболити - цитеризин билан боғлиқдир. Препаратлар дозаси

индивидуал тарзда тайинланиб, ҳар 5 – 7 суткада доза ошириб борилади. Аксарият Н1 – блокаторлар тана вазнини ортишига олиб келишини ҳисобга олиш лозим. Бу гуруҳдаги барча препаратлар жигарда метаболизланади.

ИККИНЧИ АВЛОД Н1 - БЛОКАТОРЛАРни терфинадин, астимизол, лоратадин ва цетиризин ташкил қилади. Бу гуруҳдаги препаратлар гематоэнцефалитик барьердан ўтолмаслиги сабабли ухлатувчи таъсирга эга эмас. (Фақат катта дозада тайинланганда кўшича таъсир кузатилиши мумкин). Иккинчи авлод Н1 – блокаторлари кўпроқ Н1 рецепторларига таъсир этиб, антисеротониэргик ва М – холиноблокловчи таъсирга эга бўлмайди.

Терфинадин. Катталар учун 60 мг дан суткасига 2 марта тавсия қилиниб, бу дозани ошириш тавсия этилмайди. Сурункали эшакемида бу препарат гидроксизин, цетиризин ва астимизол каби самарали таъсирга эгадир. Терфинадинни катта дозаларда қўллашнинг ўзига хос ноўя таъсирлари бор. Булар сарасига QT интервалининг узайиши ва тахиаритмиялар, жигар етишмовчилиги кабилар киради. Терфинадинни макролидлар ҳамда имедазол ҳосилалари билан биргаликда қўлланилиши QT – интервалини узайишига олиб келади. Чунки бу препаратлар терфинадиннинг жигардаги метоболизмини қийинлаштиради. Шу сабабли терфинадин ва макролидлар ёки имедазол ҳосилаларини бир вақтнинг ўзида қўллаш тавсия этилмайди.

АСТИМИЗОЛ. Катталар учун 10 мг/сут ичишга тавсия қилиниб, даво бошлаганидан бир неча кундан кейин аҳволи яхшиланиши боис препаратни узоқ қўлаб бўлмайди. Астимизол Н1 – узоқ таъсир этувчи блокаторлар гуруҳига киради. Зардобда препарат концентрацияси секин пасаяди. Т ½ 18 – 20 суткани ташкил этади. Препарат узоқ қўлланилганда Т ½ ошади. Шу сабабли тери синамаларининг натижалари астимизол қабули тўхтатилганидан кейинги 4 – 8 ҳафта давомида сохта салбий бўлиши мумкин. Туғиш ёшидаги аёлларга ушбу препарат тавсия этилмайди. Астимизолнинг тавсия этилган дозаси оширилганда тахиаритмия ва тўсатдан ўлиш ҳолатлари кузатилиши мумкин. Астимизолни ҳам терфинадин каби макролидлар ва имедазол ҳосилалари билан биргаликда қўллаш тавсия этилмайди.

ЛОРАТАДИН. Лоратадиннинг суткалик дозаси катталар ва тана вазни 30 кг дан оғир болалар учун 10 мг бўлиб, 30 кг дан енгил болалар учун 5 мг ни ташкил қилади. Эшакемида қўлланилганда препаратнинг таъсири тез сезилади. Бу препарат ҳам бошқа Н1 – блокаторлар каби самарали саналади.

ДОКСЕПИН – кучли Н1 – Н2 – блокатор саналади. У 10 – 20 мг дозада суткасига 3 марта, ёки суткасига 1 марта ухлашдан олдин 25 мг дозада тавсия этилади. Яққол ифодаланган ухлатувчи таъсирга эга. Катта дозаларда препарат аритмияни юзага

келтиради. Доксепин М – холиноблокловчи таъсирга эга. Препаратни 75 – 100 мг/сут дозада тайинлашда зардобдаги доксепин ва нордоксепин концентрациясини аниқлаб туриш лозим. Ушбу метоболитларнинг умумий миқдори 300 мг% дан ошмаслиги керак. Бошқа трициклик антидепрессантлар каби доксепиннинг ҳам дозасини ошириб юбориш ўлимга олиб келиши мумкин.

Н2 – БЛОКАТОРЛАР. Н1 – Н2 – блокаторлари, мисол учун хлорфеналин ва цинитидинни бир вақтда тайинлаш уртикар дермагрофизм ва эшакемининг бошқа баъзи бир шаклларида самарали саналади. Цинитидинни доксепин билан бир вақтда қўллаш тавсия этилмайди. Чунки у жигардаги метаболизмни қийинлаштириб ва унинг зардобдаги концентрацияси кескин ошиб кетиши мумкин. Бундай ҳолатда цимитидин ўрнига ранитидин ёки фамотидин қўллаш мақсадга мувофиқдир.

КЕТОТИФЕН. Уртикар дермагрофизм, совуқ билан боғлиқ ва холинэргик эшакемида гистаминнинг чиқишини қийинлаштиради.

КАЛЬЦИЙ АНТОГОНИСТЛАРИ. Нифедипин *in vitro* ўпка семиз хужайралари дегрануляциясини қийинлаштиради. Уртикар дермагрофизм ва сурункали идиопатик эшакемида нифидипин самарадорлигини текшириш натижалари бир хил эмас. Баъзи ҳолларда препаратдан эшакемининг оғир шаклини комплекс даволаш таркибида фойдаланиш мумкин.

АДРЕНОСТИМУЛЯТОРЛАР ВА ИЧИЛАДИГАН СИМПТОМАМИМЕТИКЛАР. Катталарга сурункали эшакемида тербуталин 1.25 – 2.5 мг дан суткасига 3 маҳал тавсия қилинади. Баъзида эфедринни 25 – 50 мг ҳар 4 соатда (болаларга 3 мг/кг/сут 4 марта қабул қилишга) ичиш тайинланади.

КОРТИКОСТЕРОИДЛАР. Кам қўлланилади ёки зарурий ҳолларда қисқа муддатга тавсия қилиниши мумкин. Кортикостероидларни узоқ вақт қўллаш яхши эмас. Чунки ножўя таъсирлар хавфи сезиларли ортади. Эшакемида кортикостероидларнинг таъсир механизми етарлича ўрганилмаган. Бироқ уларнинг семиз хужайралар дегрануляциясига таъсир этмаслиги маълум.

СУЛФАСАЛАЗИН. Сурункали эшакемида кортикостероидларни сулфасалазинга алмаштириш ремиссияга олиб келганлиги хақида айрим маълумотлар мавжуд. Препаратнинг назорат текширулари бу касалликда ўтказилмаган.

ЦИКЛОСПОРИН. Семиз хужайралар дегрануляциясини қийинлаштиради, сурункали эшакемида самарали саналади. Бироқ ножўя таъсирлари кўплиги сабабли асоратланмаган сурункали эшакемида циклоспорин қўллаш мақсадга мувофиқ эмас.

НЯҚВлари ҳам босим билан боғлиқ сушт эшакемида самарали бўлиши мумкин. Сурункали идиопатик эшакемида бу препаратлар кўпинча ҳолатни қийинлашувига олиб келади.

ДАПСОН. Баъзида терининг нейтрофил инфильтрацияси билан бирга кечувчи эшакемида қўлланилади. Препаратни тайинлашдан олдин Гб – ФД фаоллиги аниқланади. Чунки бу фермент етишмовчилигида дапсон тавсия этилмайди. Сурункали эшакемида дапсон ҳамма беморларга ҳам самарали бўлавермайди.

КОЛХИЦИН. Терининг ифодаланган нейтрофил инфильтрацияси билан оғриган беморларда, жисмоний омиллар сабабли келиб чиқувчи кўп кузатиладиган эшакемида ушбу препаратнинг самарадорлиги ҳақида маълумотлар мавжуд. Босим билан боғлиқ сушт эшакемида колхицин наф бермайди.

СТАНОЗОЛОЛ, ДАНАЗОЛ. Даназол 200 мг дан суткасига 3 маҳал ичилади. Ёки станазолол 1 – 2 мг суткасига 2 маҳал ичилади. Препаратлар оғир сурункали эшакеми сабабли тайинланган кортикостероидларнинг дозасини камайтириш имконини беради..Аёлларга даназол тавсия қилингани маъқул, чунки у камрок ифодаланган вирилизацияловчи таъсирга эга. Бу препаратларнинг ножўя таъсирини ҳам ҳисобга олиш зарур: вазн ортиши, хуснбузарлар, себорея, гирсутизм, жигар фаолиятининг бузилиши. Даназол ва Станазолол бошқа дори воситалари наф бермаганда холинэргик эшакемида қўлланилади.

ОКСАТОМИД -Ўткир ва сурункали эшакемида Н1 – блокаторларга ўхшаш самарага эга.

БОШҚА ДОРИ ВОСИТАЛАРИ. Эшакемини даволашда метронидозол, флюконазол ва кетоканазол самарадорлиги ҳақида ҳам айрим маълумотлар мавжуд.

НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ:

1. Аъзоларлар бўйича анафилаксиянинг клиник кўринишларини таърифланг.
2. Анафилаксияни нима билан ва қандай фарқлаш лозим.
3. Оғир ва ўртача анафилаксия қандай фарқланади.
4. Анафилаксиядаги шок белгиларини санаб беринг.
5. Анафилаксияда нафас йўллари обструкцияси белгиларини санаб беринг.
6. Ўртача анафилаксияда шошилиш ёрдам беришнинг кетма-кетлигини таърифланг.
7. Оғир анафилаксияда шошилиш ёрдам кўрсатиш кетма – кетлигини таърифлаб беринг.

8. Анафилаксияда юзага келувчи хиқилдоқнинг ангионевротик шишида шошилиш ёрдам кўрсатиш кетма-кетлигини таърифланг.
9. Анафилаксияда юзага келувчи бронхоспазмда шошилиш ёрдам кўрсатиш кетма-кетлигини таърифланг.
10. Эшакеми қандай аниқланади ва унда қандай шошилиш ёрдам кўрсатилади.
11. Квинке шиши қандай аниқланади ва қандай шошилиш ёрдам кўрсатилади.
12. Эшакеми ва Квинке шишида қўлланиладиган дори восиларини санаб беринг ва таърифланг.

БОЛАЛАР БИЛАН ҚЎПОЛ МУОМАЛАДА БЎЛИШ

Болалар билан қўпол муомалада бўлиш (ББҚМБ) муаммолари 1962 йилдан буён тиббиётга оид нашрларда кенг ёритилиб келинмоқда. Аммо жаҳон тиббиёт статистикаси кўрсаткичлари бўйича ББҚМБнинг қайд қилиниши ҳозирги кунгача тез-тез учраб турибди. ББҚМБ- бу бола устидан тазйиқ ўтказиш ёки болага бўлган парваришнинг етарли бўлмаслиги бўлиб, ўз ичига қуйидагиларни олади:

- Бу болани парвариш қилиш вазифаси ишониб топширилган шахс томонидан тазйиқ ўтказилиши
- Ёмон парвариш – болани овқатсиз, сувсиз, парваришсиз, тиббий ёрдамсиз қолдириш ва эътиборнинг умуман йўқлиги
- Камситиш – боланинг руҳиятига узоқ муддатли ёмон таъсир ўтказиш. Бунда боланинг ижтимоий мослашуви ёмон кечади.
- Жинсий жиноят - болаларни турли ҳилдаги жинсий муносабатларга жалб қилиш. Бунда болалар бундай жинсий муносабатларнинг аҳамиятини тушунмаган ҳолда розилик бериши мумкин.

ББҚМБга мойиллик келтирувчи омиллар:

- Ота – онанинг ижтимоий ва маданий даражаси пастлиги
- Оиладаги ёмон муҳит

ББҚМБ одатда кутилмаган вазиятда, ота оналарнинг ўз фарзандларига шикаст етказмаслик ҳохиши билан аффектив ҳолатда содир бўлади. Боланинг атроф муҳит билан ўзаро алоқада бўлиш хусусиятларига қараб турли ҳилдаги зиддиятлар келиб

чиқади. Бола билан ўзаро муносабатнинг қийинлашуви натижасида меҳрдан маҳрум қилиш, имкониятларини чеклаш, маън қилиш, етарлича эътибор бермаслик, бола хақида қайғуришнинг камлиги, болани камситиш каби жазоларга тортилишга олиб келади. ББҚМБнинг қайталаниш эҳтимоли жуда юқори бўлиб, шифокор аралашувидан мақсад болани химоя қилиш ва унга давогар сифатида ББҚМБни бартараф қилишдир.

Ҳар қандай тиббиёт ходимининг ББҚМБ га шубҳа бўлганда асосий вазифаси – болани химоя қилиш ва ота она билан муомалани тўғри йўлга қўйиш, уларга оиладаги танглик пайтида ёрдам кўрсатишдан иборатдир.

Муҳит ёмон бўлган оилалар билан ишлаш жараёнида юзага келадиган қийинчиликлар.

- Аксарият ота-оналар болалар билан кўпол муомалада бўлиб буни тан олмайди
- Кўпинча шифокорлар ва милиция ходимларининг ўзаро ҳамкорлигисиз аралашуви ваҳимани кучайтиради, боланинг қариндошлари аралашувига сабаб бўлади
- Бундай оилаларда ишсизлар ва гиёҳвандлар кўпчиликни ташкил қилади
- Бошқа қийинчиликлар: оила аъзоларининг қабулга келмаслиги, уларнинг ўзаро адовати, тиббий хизматга алоқаси бўлмаган ходимлар билан иш юритишга вақтини бесамар кетказиши, оилага ёрдам кўрсатишга ҳаракат қилаётганлар ўртасидаги жанжаллар

ББҚМБ ёки ёмон парваришга шубҳани физикал текширув асосидаги қуйидаги белгилар натижасида аниқлаб олиш мумкин:

- Йиқилиш билан тушунтириш мумкин бўлмаган синишлар
 1. турли муддатдаги кўпламчи синишлар
 2. метафиз соҳасидаги синишлар
 3. эпифизни узилиб тушиши
 4. суяк усти пардаси остидаги кальцификатлар
- таёқ ёки қамчи зарбидан кейинги чизикли қонталашлар
- қовузлоқ кўринишидаги қон талашлар-сим, камар, арқон зарбидан кейинги излар
- бармоқ изларидан қолган қонталашлар
- арқон ёки камар билан қисиш натижасидаги излар
- тамаки чўғини излари
- кўлқопсимон, пайпоқсимон, тилсимон кўринишидаги қайноқ сув билан куйиш

- кесилган ёки тишланган яралар
- чайқалиш кўринишидаги шикастланишлар (тил кертмагининг узилиб тушиши, тўр парданинг кўчиши)
- субдурал гематома
- геморагик тошмани эслатувчи кўпламчи қонталашлар
- ҳар хил муддатли кўпламчи қонталашлар. Уларнинг муддати рангига қараб аниқланади
 1. 0-2 кун – шиш, босганда оғриқ.
 2. 0-5 кун - қизил ёки кўк рангда.
 3. 5-7 кун – яшил рангда.
 4. 7-10 кун сариқ ранг.
 5. 10-14 кун жигар ранг
 6. 2 ҳафта бутунлай йўқолади.
- ичаклар жароҳати, ички аъзолар ёрилиши
- куйишлар, асосан кўкрак ёшидаги болаларда
- ғалати бахтсиз ҳолатлар, қайта захарланишлар

Болани доимий равишда камситилишини кўрсатувчи белгилар:

- ўзига паст баҳо бериш
- йиғловчанлик, бефарқлик, хаёл паришонлик
- ўзини доимо бошқалардан олиб қочиш
- ваҳимага тушиш
- нутқини бузилиши
- амалий кўникмаларини йўқолиши
- бошқа болалар ва катталар билан мулоқотга киришишга қийналиш






Болани ёмон парваришини белгилари:

- боланинг эғнидаги кийим бошларини тоза эмаслиги
- кичик вазн ва паст бўйлик (кўкрак ёшидаги болаларда вазн йиғмаслик)
- озиб кетиш, тез чарчаш
- мавсумга мос бўлмаган кийимларни кийдириш
- ота-она ёки боланинг чекиши, спиртли ичимликларни ва наркотикларни қабул қилиши
- овқатни ўғирлаш

- дарсдан кейин доимий равишда мактабда ушланиб қолиш
- хулқининг ёмонлиги
- ўз тенгдошларидан бегонасираш

Тиббиёт ходими агар ББҚМБга шубҳа қилса анамнез йиғиш жараёнида қуйидаги саволларни бериши лозим:

- физикал текширув натижаларига жароҳат механизми мосми?
- жароҳат механизми боланинг ёшига ёки бўлиши мумкин бўлган жароҳатга мосми?
- бола олдин ҳам жароҳат олганми?
- ота-оналар тиббий ёрдам учун ўз вақтида муружаат қилганми?

<p>Болани бўғиш белгилари</p> 	<p>Турли вақтдаги юшоқ шикастланишнинг қолдиқлари</p> 
<p>Думбага уриш излари</p> 	<p>Қўлларнинг бир ёшли болада чиқиши ва синиши</p> 
<p>Боланинг думба соҳаси куйиши</p> 	<p>Боладаги офтоб уришлари</p> 

<p>Бир ёшли болада тирналиш белгилари</p> 	<p>Ёмон парвариш натижасидаги алиментар маразм</p> 
--	--

ББҚМБни аниқлашда ота-оналарнинг ўзини тутиши катта рол ўйнайди. Улар:

- болани тез жазолашга ҳаракат қилади
- боланинг кичик даврида у билан кўпол муносабатда бўлганлигини гапириб беради
- атрофдагиларга шубҳа билан қарайди ва уларга совуқ муносабатда бўлади
- алоҳида яшашни ҳуш кўради
- Бирор аниқ сабабсиз болани шифокор қабулига олиб келади ва шифохонага ётқизилишини талаб қилади, агар ётқизишга кўрсатма бўлмаса ўзини хавотирга солишга ҳаракат қилади
- кўплаб тиббий муассасаларга мурожаат қилиб, яқунда ҳеч қайси бирида боласини даволатмайди
- болага нисбатан ўзини қахр-ғазабли тутаяди
- тарбия сифатида кўрқитиш ва жазолашдан фойдаланади
- боланинг ўсиши ҳақидаги саволларини яхши таҳлил қила олмайди

Шифокорлар ва бошқа мутахассислар қуйидагиларни ёдда тутмоғи лозим:

- ББҚМБнинг қайта амалга оширилиши хавфи юқори
- аралашувдан мақсад биринчи навбатда болани ҳимоя қилиш ва оиланинг бошқа аъзоларига ёрдам кўрсатиш
- ҳуқуқ тартибот ходимларининг назоратига қўшимча, ҳар куни боланинг саломатлиги ҳақида шифокор назорати
- қайта жароҳатланишида одатда ота-оналар аввал мурожаат қилган шифохонага деярли олиб келмайди
- шифохона ходимлари боланинг назоратсиз ким томонидан қолдирилганини ва айнан ким жароҳат етказганини тезда билиши шарт эмас. Бўлган воқеани аниқ

билишга қаратилган қаттий ўринишлар бу оила билан кейинги алоқани ўрнатишга ҳалақит бериши мумкин. Бундан ташқари ота-онанинг айби бор йўқлиги болани шифохонага жойлаштиришга ҳалақит бермайди

- агар ББҚМБнинг қайтарилишига хавф юқори бўлса, бола шифохонада олиб қолинади. Бунда асосан гўдак ва кичик ёшдаги болаларга алоҳида аҳамият берилади.

ББҚМБга шубҳа бўлганда текшириш тамойиллари:

- физикал текширув ўтказилади ва тўлиқ анамнез йиғилади
- баъзан болани рентген тасвирига туширишига ёки суръатга туширишга тўғри келади
- иложи борича текширув ва суҳбат жараёнида милиция ходими қатнашиши лозим

ББҚМБга шубҳа бўлганда ота-оналар билан суҳбат ўтказишнинг ўзига хос томонлари.

- Ота-оналарнинг айбига иқроп бўлишига ҳаракат қилиш керак эмас. Боланинг жароҳат олганлиги ҳақидаги бўлмағур тарихни ёлғончи маълумот деб қабул қилиш керак эмас. Булар ота онанинг болага зарар етказганидан қаттиқ сиқилишига олиб келади ва болани ҳимоясига ололмаганидан афсусланиб кўрқинчли ҳақиқатни яширишга ҳаракат қилишига олиб келади
- боланинг шифохонада қолиши зарурлигини тушунтириш, оилага ёрдам беришга таёрлигини ишонтириш, мавжуд қийин ҳолатдан чиқиш йўлларини топиш
- ота оналар билан алоҳида яхши муносабатда сўроқ ўтказиш зарур

ББҚМБга шубҳа бўлганда фойдаланадиган усуллар:

- ББҚМБ қайд қилинганда шифокор милицияга хабар бериши лозим
- болани шифохонага жойлаштириш
- ота онани айбламасдан ўзини ушлаб туриш
- текширув натижаларини тўлиқ ёзиш
- хулоса қилишда гумонларга эмас аниқ фактларга таяниш

Зўрлаш ва ахлоқсиз ҳаракатлар

Одатда бундай ҳаракатларнинг жабрланувчиси қиз ёки ўсмир бола бўлади.

Зўрлаш – бу жинсий алоқанинг шундай турики, бунда жинсий алоқа жабрланувчининг ҳоҳиш иродасига қарши куч ишлатиш, қўрқитиш ёки алдаш орқали амалга оширилади.

Ахлоқсиз ҳаракат – бу бола билан жинсий муносабатнинг ҳар қандай кўринишидир (боланинг ечинтириш, жинсий аъзоларини қўл, оғиз ёки тили билан таъсирлаш, гетеро ёки гомосексуал жинсий алоқа). Бунда катталар болаларни ўзининг обрўси ва ҳокимиятидан фойдаланган ҳолда бўйсиндиришга мажбур қилади. Ахлоқсиз ҳаракат одатда боланинг яқин қариндоши ёки таниши томонидан амалга оширилиб узоқ муддат давом этиши мумкин.

Текшириш

Анамнез. Шифокор ўта эътиборли бўлиши, бутун оила аъзолари билан иложи бориचा биргакликда ва ҳар бири билан алоҳида суҳбатлашмоғи лозим. Суҳбатга тажрибали мутахассислар (милиция ходими, психиатр) таклиф қилиниши керак. Суҳбат пайтида аниқланади:

- Вақт ва бўлиб ўтган вазият
- Зўрловчининг шахси (қайта зўрлаш хавфини баҳолаш учун)
- Жинсий алоқа шакли
- қин ажралмасига ва дизурияга шикоят
- номутаносиб шикоятлар(қоринда оғриқ, ахлат ва пешоб тутаолмаслик, мактабдаги қийинчиликлар).

Физикал текширувда зўрлаш ва ахлоқсиз ҳаракатлар белгилари аниқланади, боланинг руҳий ҳолати баҳоланади. Аксарият ҳолатларда ахлоқсиз ҳаракатнинг айбдори шу оиланинг аъзоси бўлса, боланинг руҳий ҳолати деярли ўзгармаган бўлади. Шунинг учун шифокор физикал текширув билан бирга анамнез ва психологик омилларни ҳисобга олмоғи лозим. Болани ва оила аъзоларини физикал текширувдан олдин, текшириш тартиби ва зарурлигини тушунтириш ҳамда ёзма равишда розилик олиш лозим.

Зўрлаш ва ахлоқсиз ҳаракатга шубҳа бўлганда лобаратор текширув

Текшириш	Усул	Изох
Кийим	Жабрланувчининг зўрлаш пайтида мавжуд бўлган кийимлари қоғоз пакетга солинади	Пластик пакетда сақлаш тавсия қилинмайди
Ультрафиолет нурда текшириш	Тери (шу жумладан бошнинг ва ораликнинг сочли қисми) ультрафиолет нурда кўрилади	Агар сперма бўлса, флюоресценция кузатилади
Нордон фосфатазани аниқлаш	Оралик ва бошқа бўлиши мумкин бўлган жойлардан сперма қолдиқлари нам докали тампон билан артиб олинади ва тампон реагент билан махсус индикатор қоғозга қўйилади	60 с давомида қоғознинг пурпурали бўялиши сперма мавжудлигидан дарак беради
Қов сочларини текшириш	Қов сочлари тараб олинади ва қоғоз конвертга жойлаштирилади	Текширув бошқа инсонга тегишли соч толаларини аниқлаш имконини беради
Neisseria gonorrhoeага экиш (материал жинсий аъзолар ютқун ва туғри ичакдан олинади)	Пахтали тампон ва Тайера—Мартина муҳити ишлатилади. Қизларда материал қиндан ёки бачадон бўйнидан олинади. Ўғил болаларда сийдик чиқарув каналидан олинади.	
Chlamydia trachomatisга текшириш	Суртма лавсанли тампон ёрдамида олинади. Экилган экмадан хужайрани ажратиб олиш учун махсус муҳит ишлатилади, танлаб олинган синама учун иммунофлюоросцент анализ тўплами ишлатилади.	Кичик ёшдаги болаларда ҳам ишлатилади
Қиннинг орқа гумбазидан суртма олиш (микроскопик текширув,	Қиннинг орқа гумбозидан олинган суртма қуруқ предмет ойнасига суртилади	

ABO системаси бўйича антигенни аниқлаш ва нордон фосфатазани аниқлаш)		
Пешоб таҳлили	Умумий пешоб таҳлили, ҳомиладорликка тест ўтказиш	Сийдик йўллари яллиғланиш белгилари ва жароҳатларини, ҳомиладорликни аниқлаб беради
Қон таҳлили	VDRL реакцияси, қон гуруҳи ва резус факторни аниқлаш, балоғат ёшидаги қизларни ҳомиладорликка тест ўтказиш	Инфекцияга ёки қон кетишга шубҳа бўлганда қон умумий таҳлили.

80% ортиқ зўрлаш оқибатидаги жабрланувчилар тан жароҳатларини олишади. Шунинг учун албатта қин ва ички аъзолар жароҳатларини инкор қилиш зарур. Борча ҳолатларда юқориги жадвалда кўрсатилган стандарт текширув тўплами ўтказилади. Кейинчалик уларнинг натижалари суд жараёнида фойдаланилади.

- боланинг эмоционал ҳолати баҳоланади (бефарқлик, ваҳимага тушиш).
- қон талашлар, тирналишлар, яралар ва терининг бошқа жароҳатлари аниқланади, оғир жароҳатлар (синишлар ва қорин бўшлиғи аъзолари жароҳати) инкор қилинади.
- ташқи жинсий аъзолар кўздан кечирилади (қон талаш, яра, шиш, эритемага).
- препубертат ёшидаги қизлар “қурбақа ҳолати” ёки тизза кўкрак ҳолатида текширилиб қин ойнасидан фойдаланилмайди.
- Қуйидаги ҳолатларда гинекологик текширув ўтказилади:
 1. агар зўрлаш пайтида қинга ёки тўғри ичакка жинсий олат, бармоқлар, ёт жисм киритилган бўлса
 2. қиндан ажралма келишига ва дизурияга шикоят бўлганда
 3. ташқи жинсий аъзолар шикастланишида
 4. агар зўрлаш ҳаракатларини характери ҳақидаги маълумотлар тўлиқлиги ва ҳақиқатлиги шубҳа остида бўлса

Зўрлашга қуйидаги ҳолатларда шубҳа қилиш мумкин:

- жинсий аъзолар ва тўғри ичак жароҳати
- жинсий йўллар, тўғри ичак яллиғланиш касалликлари ёки сийдик йўлларида қайталанувчи инфекцияси

Ахлоқсиз ҳаракатлар қуйидаги шаклларда бўлиши мумкин:

- жинсий аъзоларни қўл, оғиз, тил ёрдамида таъсирлаш
- қинга ёки тўғри ичакка бармоқ ёки ҳар-ҳил жиҳозларни киритиш
- турли ҳилдаги шахвоний журналлар, тасвирлар ёки фильмларни болалар билан биргаликда кўриш
- фоҳишабозлик машғулотида болани жалб қилиш

Йўл тутиш:

- милиция ходимини чақириш
- болани фақат ҳуқуқ тартибод ходими кўрикдан ўтказиш зарур (суд тиббий эксперт)
- тиббиёт ходими фақат анамнез йиғиши, ота онадан боланинг ахлоқи ҳақида сўраши зарур:
 1. болага берилган саволларга жавобни айтиб бермасдан диққат билан ва чидам билан анамнез йиғиш лозим
 1. бола билан у тушунадиган тилда гаплашиш
 2. кичик ёшдаги болаларга бўлган воқеани чизиб кўрсатиш мумкинлигини айтиш (таёр модел ва тасвирларда фойдаланиш мумкин)
 3. боладан олинган маълумотларни шубҳа остига олинган одамдан сир тутиш
 4. текширув натижаларини тўлиқ ёзиш
- мустақил текширув ўтказиш мумкин эмас
- чидамли бўлиш ва ҳиссётларга берилиб кетмаслик
- шошилиш ҳолат ва шикастланишларда шошилиш ёрдам кўрсатиш

Бола билан мулоқот

- Бўлган ҳодисани бола қандай баҳолашни аниқлаш
- Болани айбсизлигини тушунтириш ва унга ёрдам кўрсатиш мумкинлигини айтиш

- Болага бундай воқеалар билан тўқнаш келганимизни тушунтириш ва бошқа болаларга ҳам ёрдам кўрсата олганимизни уқтириш

Лобаратор текширув: Ҳар қандай ҳолатда стандарт текширув усуллари амалга оширилади (жадвалга қаранг)
бундан ташқари қин ажралмасини *condida spp* ва *TRICHOMONAS VAGINALIS*га текшириш.

Даволаш: шошилич ёрдам кўрсатиш зарур, таносил касалликлари ва ҳомиладорликни олдини олиш, психиатр ва милиция ходими ёрдами керак бўлади. узок муддатли шифокор кузатуви зарур ва баъзида ҳомиладорликни узишга тўғри келади. Шошилич ёрдам анамнез маълумотлари ва физикал текширув асосида кўрсатилади.

Одатда зўрлашда қин жароҳати ва қорин бўшлиғи аъзолари шикастланиши учрайди. Агар зўрловчининг жинсий аъзолари билан жабрланувчи ўртасида тасодифий контакт бўлган бўлса, таносил касалликларини олдини олиш зарур. Энг яхшиси дориларни оғиз орқали тавсия қилган мақул, чунки агар дори инъекция ҳолида тавсия қилинса бола буни ўтган воқеанинг жазоси сифатида қабул қилиши мумкин.

Гонорея ва сифилисни олдини олиш

- **Амоксициллин** 50мг-кг.(3 г ча), **Пробенецид** билан 25мг-кг(1г ча) ичишга 1 мартага берилади. Агар жинсий алоқа оғиз ёки тўғри ичак орқали амалга оширилган бўлса, ёки захми инкор қилиш имкони бўлмаса дорилар оғиз орқали берилмайди. Сабаби сўзакнинг аноректал шаклида, сўзакли фарингитда ва захмининг яширин даврида бу усул самара бермайди.
- Бундай пайтда **цефтриаксон** 250 мг м/о 1 мартага юборилади

Хламидияли инфекцияни олдини олиш: Доксоциклин 100мг/2маҳ-7кун. Кичик ёшдаги болаларда тетрациклин тишларнинг сарғиш бўялишига олиб келади. Шунинг учун фақат кўзгатувчи топилганидан кейингина уларда даволаш бошлаш мумкин

Ҳомиладорликни олдини олиш.

Кўрсатма

- Жинсий алоқа бўлган бўлса
- Ҳайз цикли бўлиб туриб кейин ушланиб қолиши қайд қилинса
- Жинсий алоқага 72 соатдан кўп бўлмаган бўлса

Бундай ҳолатда конюгирланган эстерогенлар 2та таблетка тезда ичирилади. 12 соатдан кейин яна 2та таблетка ичирилади. Эстерогенлар ҳар доим қусиш ва кўнгил айниш чақиради. Шунинг учун 2 соат олдин метаклапромид ичириш мумкин.

Болага ва оиланинг бошқа аъзоларига психиатр текшируви ва давоси зарур.

- Агар бола уйга қайтгандан кейин яна тергашга моиллик бўлса, бола уйдан олиб кетилади ва стационарга ётқизилади. Зўрлаш ҳолати ва ахлоқсиз ҳаракат ҳақида шифокор милиция ходимига хабар бериши шарт.
- **ТИББИЙ КУЗАТУВ.** Текширув пайтида бир неча мутахассис иштирок этади. Улардан бири оила билан яқин муносабатда бўлиб, текширув ва давога оид, турли тиббий ҳаракатларни бажаришга розилик олиш бўйича савол жавоб ўтказади. Кузатув ўз ичига олади:
 1. Қайта текширувга олиш
 2. Жароҳатни битишини баҳолаш
 3. Қайта лобаратор текширув
 4. Профилактик давонинг ноҳўя таъсирини олдини олиш
 5. Руҳий далда бериш

НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ:

1. Ёмон парвариш, ҳақоратлаш, камситиш ва болага нисбатан жинсий жиноят тушунчаларига тариф беринг.
2. ББҚМБга шубҳа бўлган белгиларни санаб беринг
3. Доимий камситиш белгиларини санаб беринг
4. Болани ёмон парвариш қилиш белгиларини санаб беринг
5. ББҚМБга шубҳа бўлганда фокусланган анамнезни мақсадини айтиб беринг
6. ББҚМБни содир этган ота-оналарни характерини кўрсатиб беринг
7. ББҚМБда ота-оналар билан суҳбатнинг ўзига ҳослиги
8. ББҚМБга шубҳа бўлганда танланган усул
9. Зўрлаш ва ахлоқсиз ҳаракатга таъриф беринг

10.Зўрлаш ва ахлоқсиз ҳаракатга шубҳа бўлганда танланган усул

11.Жинсий жиноят ўтказган бола билан мулоқот ўрнатиш тартиби

НЕВРОЛОГИК ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАР.

Эс-хушни бузилиши бу - сезув аъзоларини ташқи таъсирга қисман ёки тўла адекват жавоб бера олмаслигидир. Бу ҳолат мия ярим шарларини ва юқорига интилувчи ретикуляр формацияни ўзаро муносабатини бузилиши билан кечадиган жараён натижасидир. Бунда мия ярим шарларини дисфункцияси юзага келиб эс-хушни пасайиши, жавоб буйруқларини бажаришни секинлашиши, дезоринтирланган ҳолат, сезув аъзоларни функцияси пасайиши кузатилади. Ретикуляр формацияни дисфункцияси тетикликни йўқолишига олиб келади.

Эс-хушни бузулишида, биринчи навбатда қайта тиклана оладиган ҳолатларни аниқлаш ва тиклашга ёрдам бериш зарур. Эс-хушни бузулиши ҳар қандай таъсирлар натижасида бўлиши мумкин: бу ҳар хил неврологик ва соматик касалликларда учраши сабабли, ташхислашда тўла қонли анамнез тўплаш, неврологик ва умум физикал текширувларни ўтказиш, комплекс лобаратор текширишлар амага ошириш керак.

Хуш даражасини бузилиш сабаблари:

Бош мияни бирламчи шикастланиши (одатда кўпинча органиқ бузилишлар).

- Бош-мия шикастланиши
 - Бош мия чайқалиши.
 - Бош мия эзилиши.
 - Тешиб ўтилган бош мия яраси ёки травматик мия ичи гемотомаси.
 - Субдурал гематома.
 - Эпидурал гематома.
- Қон-томир касалликлари
 - Мия ичи қон қуйилиши, сабаби:
 - Аневризмни ёрилиши.
 - Атериовеноз мальформацияси.
 - Бошқа турлари (масалан, геморрагик диатез, амилоидли ангиопатия, қон томирларни ўсмали эрозияси).
- Ишемик инсульт, сабаби:
 - Бош мия суяги ташқи ва ички томирларини тромбози.
 - Эмболия.

- Васкулитлар.
 - Безгак.
- Инфекциялар
 - Менингитлар.
 - Энцефалитлар.
 - Абсцесслар.
- Ўсмалар
 - Бирламчи бош мия суяги ичи ўсмалари.
 - Метастатик ўсмалар.
- Эпилептик ҳолат

Бош мияни иккиламчи шикастланиши

- Метаболик энцефалопатия, сабаби:
 - Гипогликемия
 - Диабетик кетоацидоз
 - Гипергликемик гиперосмоляр кетоацидозсиз ҳолати
 - Уремия
 - Жигар етишмовчилиги
 - Гипонатриемия
 - Гипотиреоз
 - Гипер- ёки гипокальциемия.
- Гипоксик энцефалопатия, сабаби:
 - Оғир юрак етишмовчилиги
 - (ЎСОК) ўпканинг сурункали обструктив касаллиги
 - Гипертоник энцефалопатия.
- Заҳарланиш
 - Оғир металллар билан
 - Ис гази
 - Дори моддалари (масалан, опиоидлар, барбитуратлар, кокаин билан)
 - Алькоголдан заҳарланиш.
- Физик таъсирлар натижасида мияни шикастланиши
 - Иссиқ уриш
 - Гипотермия.

Хуш даражасини бузилишини текшириш

Бирламчи ABCD баҳолаш босқичида AVPU шкаласини қўллаб бемор хуш даражасини аниқлаш.

A – (alert) – фаол тетиклик

V – (voice) – овозга жавоб бериш

P – (pain) – оғриқга жавоб бериш

U – (unconscious) – бемор хушсиз

Баҳолаш вақтида бемор фаол бўлмаса, уни эътиборини жалб этиш учун қўлини силаш ва суҳбат куриш керак. Агар бола фаол бўлмаса лекин таъсирлашга жавоб берса уни эс-хуши худди сомнолент ҳолати деб баҳоланади. Агар бу таъсирга ҳам жавоб бермаса унда онадан боланинг уйқучанлигини ва уйғотиш қийинлигини сўраш керак бўлади.

Иккиламчи ABCD баҳолаш босқичида бемор хуш даражаси Глазго шкаласи бўйича баҳоланади.

Чақалок ва болаларда кома ҳолатида қўлланиладиган Глазго шкаласи

Синама	3 ёшгача болалар	3 ёшдан катта болалар	Баллар
<i>Кўзни очиши</i>	Спонтан	Спонтан	4
	Овоз таъсирига	Овоз таъсирига	3
	Оғриқ таъсирига	Оғриқ таъсирига	2
	Жавоб йўқ	Жавоб йўқ	1
<i>Овозга жавоб</i>	ғулдураш	Тўла ориентация қилиш	5
	Безовталанган қичқирик	Узук-юлуқ сўзлар	4
	Оғриқга қичқирик	Алоҳида сўзлар	3
	Оғриқга инқиллаш	Аниқлаб бўлмайдиган сўз ва овозлар	2
	Жавоб йўқ	Жавоб йўқ	1
<i>Ҳаракат фаоллиги</i>	Эркин ҳаракатланади	Буйрукни бажаради	6
	Таъсирга қўлини тортиб олади	Оғриқ жойини кўрсатади	5
	Оғриқга қўлини тортиб олади	Оғриқ таъсирига қўлини тортиб олади	4
	Оғриқга тортилади	Декортикацион кўриниш (оғриқга тортилиш)	3

	Оғриқга букилади	Децеребрацион кўриниш (оғриқга буқилиш)	2
	Жавоб йўқ	Жавоб йўқ	1

Кома ҳолатида қўлланиладиган Глазго шкаласи маълумотларини таҳлил қилиш

Хуши ўзида	15 балл
Хуши карахтланган:	
ўртача	13 – 14 балл
чуқур	11 – 12 балл
Сопор(гаранглашган)	8 – 10 балл
Кома:	
Ўртача	6 - 7 балл
Чуқур	4 – 5 балл
Терминал	3 балл

Анамнез

Барча маълумотларни тўплашнинг кўпинча иложи бўлмайди. Кейинги маълумотни болани кузатган ота-онадан, тез ёрдам шифокорларидан олиш мумкин:

- Ҳарорат кўтарилганми?
- Бош шикастланиши бўлганми?
- Дори моддалари, наркотиклар, алкоголь ичимликлари ичилганми?
- Талваса бўлганми? Талваса қанча давом этган? Олдин талваса ҳарорат кўтарилганда кузатилганми? Эпилепсия ташҳиси қўйилганми?

Агар бола ҳаёти бир ҳафтадан кам бўлса, қуйидагиларга шубҳа қилиш керак:

- Туғриқ даврида асфиксияни бошидан ўтказганми
- Туғруқ пайтида шикастланиши кузатилганми

Физикал текширувлар ўтказиш вақтида эътиборни қуйидагиларга қаратиш керак:

- сарғайишлик
- кафтини кучли оқ рангпарлиги
- Чекка шишлар
- Геморагик тошма
- Энса мушакларини тортилиши(ригидлик)
- Бошда шикастланиш белгилари

Физикал текширув тўла амалга оширилиши зарур.

Терида аниқ шикастланиш белгилари, жигар хасталиги белгиси, юқумли касалликлар ёки эмболия белгилари.

Петехиялар



Экхимозлар



Бошда Бэттла симптоми белгилари (сўрғичсимон ўсимта орқасидаги гематома), локал оғрик, крепитация, кулокдан ва бурундан қон кетиш, кўз атрофидаги қон талашлар (Енот кўзлари ёки Кўз ойнак симптоми) бош асоси синишидан далолат беради.



Энса мушакларини тортилиши менингит, шикастланиш ёки субарахноидал қон кетишида кузатилиши мумкин. (бўйин умуртқаси шикастланишига шубҳа бўлганда, уни ҳаракатлантириш мумкин эмас.)

Кўкрак қафасини, қорин соҳасини, юрак ва оёқ-қўлни умумий қоидалар бўйича текшириш. Тўғри ичакни ва кичик чаноқни текшириш билан бирга нажасда яшрин қон кетишни анализ қилиш керак.

Оғиздан жигар хидини келиши жигар етишмовчилиги, кетоацидоз, алкоголь заҳарланиши ва уремияда кузатилади.

Неврологик текширишлар барча ҳолатларда амалга оширилади, уни маълумотлари касаллик тарихига ёзиб борилади. Ҳуш даражасини бузилишида патологик жараённи жойлашишини аниқлашда қуйидагиларга этибор берилади:

- **Бемор ҳолатига**

- Агар бемор узига қўлай ҳолда ётган бўлса, (одатда ухлаганда), кома аниқроғи чуқур булмаган ҳолда кузатилади. Бунга беморни эснаши ва акс уриши мисол була олади. Бошқа рефлектор актларга (йўтал, ютиш ёки хикичок) кириб чуқур комада кузатилади.

- Пастки жағни жойланиши ва кўз кавогини кўриниши ҳуш даражасини баҳолашга қўлайлик туғдиради. Чуқур кома белгиларига очик кўз ва оғиб колган пастки жағ мисол була олади.

- **Ҳушни бузилиш даражаси** енгил эс оғишидан то тула ҳушсизликкачан ораликда бўлади.

- Паталогик уйки. Бемор доимо уйқуда ёки мудрашда бўлиб онсон уйғотиш мумкин, шундан кейин у берган саволлар ва буйрқларни бажаради

- Гаранглик (Сопор). Беморни оғриқли таъсир қилиб ҳам тўла уйғотиб бўлмайди. Берилган буйруқларга реакцияси суст ёки умуман жавоб йўқ, бемордан берилган буйруқларга қайта жовобни ёки товушларни олишни иложи йўқ. Лекин шунга қарамай у таъсирларга йўналтирилган химоя ҳаракатларини қила олади.

- Юзаки кома. Оғриқ фақат оддий ва хоатик ҳаракатларни чақира олади. Беморни уйғотиб бўлмайди.

- Чуқур кома. Қаттиқ оғриқли таъсирларга ҳам беморда жавоб реакцияси кузатилмайди. Кузни, мойкни, сут безларини ва бошқа юқори сезувчан соҳаларни оғриқли таъсир қилиб беморни уйғотишга ҳаракат қилиш мумкин эмас.

Нафас патологик турларига қараб, баъзида патологик жараён характери хақида фикир юритиш мумкин.

- Чейн-Стокс нафас турида гипервентиляция жараёни нафас чуқурлигини бошида ошиб, кейин пасайиши ва ҳар хил вақтгача чўзиладиган апноэ кузатилади. Чейн-Стокс нафас тури мия ярим шарларини икки томонини чуқур структурали шикастланишида, базал ядроларни ёки мия ўзакни юқори соҳасини бузилишида кузатилади. Кўпинча Чейн-Стокс нафас тури неврологик касалликларда кузатилмасдан, кўпинча соматик касалликларда кузатилади. (масалан: оғир юрак етишмовчиликларида)
- Марказий нейроген гипервентиляция чуқур ва ритмик бўлган минутига 25тагача бўлган нафас олиш билан характерланади. Бу нафас бузилишлари тўрини, маълум бир жойлашган патологик соҳаси билан боғлаш мумкин эмас. Тўғри ритмик нафас бу кўринишларда оғир оқибатли белги бўлиб, комани чуқурлашидан далолат беради.
- Нейроген характердаги гипервентиляция ҳақида хулоса чиқаришдан олдин уни келтириб чиқрувчи бошқа сабабларини инкор этиш зарур – мебаболик ацидоз ва респиратор алкалоз ёки гипоксемия (охиргиси кислородни парциал босими p_{aO_2} кун давомида икки маротаба ўлчаб агар у 70 мм рт.ст бўлса, таъсуф этилади).
- Апнотик нафасга давомий нафас олишдан кейин нафас чиқаришда тутилиб қолиши билан кечадиган ҳолатга айтилади (инспиратор спазм). У Биота туридаги нафас билан алмашилиши мумкин. Биота нафаси – тез-тез бир хилдаги нафас ҳаракатларини алоҳида апноэ давомийлиги кечиши билан характерланади. Бу икки турдаги нафас кўпинча варолив кўприги шикастланишида кузатилади.
- Хоатик ва агонал нафас ҳаракатлари узунчоқ миядаги нафас марказларини шикастланганлигидан дарак беради. Хоатик нафасга хар-хил чуқурлигдаги тартибсиз нафас олиш ҳаракатлари киради. Агонал нафасга бир-бир кузатиладиган талвасали нафасни апноэ фонида келиши билан характерланади. Бу икки турдаги нафас ҳаракатлари агония даврида кузатилиб, нафас олишни тўла тўхтатишга сабаб бўлади.
- Нафас олишни сусайиши - нафасни юзаки бўлиши, секинлашиши ва эффектив бўлмаслиги билан кечади. Бу ҳолат кўпинча узунчоқ мия фолиятини сусайишида ва дори воситаларини токсик таъсири натижасида кузатилади.
- Комани нафасни гипервентиляция ҳолати билан кечиши метаболик бузилишларда кузатилади. Бундай бузилишларга қуйидагилар киради:
 - Метаболик ацидоз (масалан, диабетик кетоацидоз, лактацидоз, уремия, органик кислоталар билан захарланиш)
 - Респиратор алкалоз (масалан, жигар энцефалопатияси, салицилатлар билан захарланиш)

Бош ва кўз ҳолати. Мия ярим шарларини ҳар бирида биргаликда бошни ва кузни бурадиган марказлар жойлашган бўлиб, улар бу мия яримшарларига карама карши томонга буради. Шунинг учун бир томонни шикастланиши туфайли иккинчи томонни таъсири ошиб, бошни ва кузни шикастланган томонга буради (коллатерал томондаги гемипарез). Варолиев куприги шикастланишида, тескари шикастланган томондан каршига бўлган гемипарез томонга бурилади.

Кўз кўриш зонасини текшириш ва офтальмоскопия

- Агар куришни бир қисмигина сақланган бўлса, кўриш майдонини «хавфли» кўз ҳаракати орқали текшириш мумкин. Нормада кўз кисиш кузатилади. кўз курмаслик булмаганда ёки курув нервини шикастланишида кўз кисишни асимметрия рефлексии белгиларидан гемианопсияни кузатиш мумкин. Лекин кўз ҳаракати туфайли кузни яллиғланишида ҳаво синамаси баъзан сохта маълумотларни беради.
- Офтальмоскопияни текширишда, кўз нерви дискини шишини аниқлаш мумкин, бу шиш бош мия ичи босимини ошишидан дарак беради.

Қорачиқлар. Кўз қорачиқларини ўлчами ва шакли, фольяти сақланган ёруғликка бир хил ҳаракатини аниқлаш катта аҳамиятга эга.

- Кўз қорачиғини ўрта ўлчами (3-5 мм), ёруғликка жавоб қайтармайдиган ҳолати ўрта мияни шикастланиш белгиси бўлиб ҳисобланади.
- Кўз қорачиқларини жавоб реакциясини сақланганлиги – ўрта мия бутунлигидан далолат беради. Кўз қорачиқларини чуқур комада сақланганлиги шох рефлексларини ва кўз ҳаракатини бўлмаслиги беморда метаболик бузилишлар (гипогликемия) ёки дори моддаларида захарланганлик (масалан барбитуратлар) билдиради.
- Кўз қорачиғини кома ҳолатидаги беморда бир томонлама кенгайиши ва ёруғликка жавоб реакциясини бўлмаслиги (Гетчинсон қорачиғи) кўз ҳаракат нервини энсатенториал тешикка тикилиб қолишидан дарак беради. Бунда бошқа бу нервни шикастланганлик белгилари ҳам бўлиши мумкин(масалан: биртомонлама птоз ва қочувчи ғлайлик, латерал тўғри мускулни тонусини шикастланган томонда ошиши). Кейинчалик кенгайган ва ёруғликка жавоб реакцияси кузатилмаслиги шикастланишда ёки ўрта мияни сиқилишида бўлади.

Анизокория



- Кўз корачиғини бўйни соҳасидаги оғриққа жавоб реакцияси(спиноцилиар рефлекс) – мия ўзак пастки қисмини сақланганлик белгиси бўлиб ҳисобланади.

Ҳаракат активлиги

- Парциал тутқаноқлар паталогик жараёни чегараланганлигидан дарак бериши мумкин. Катта эпилептик тутқаноқлар сабаб-ташҳислаш жараёнини белгилаб бермайди, лекин у ҳаракат йўллари мушакдан то мия пўстлоғигача бутунлигидан дарак беради. Мультифокал тутқаноқлар – метаболик шикастланиш белгисидир.
- Миоклония ва астериксис — метаболик энцефалопатия белгиси ҳисобланади (масалан: гипоксия, уремия ва жигар етишмовчилигида).
- Децеребрацион ригидлик (тортилиш) оёқ-қўлларни ёзилиши, қўлни ички ротацияси ва олиб келиши, оёқни ёзилиши билан кечади. Бу белгилар мия ўзагини юқори соҳасини шикастланишидан дарак беради (қизил ва вестибуляр ядро соҳасида).
- Декортикацион ригидлик қўлни букиб ва олиб келиш, оёқни ёзиш билан кечади. Шикастланиш ўчоғи мия ярим шарларини ёки тўғридан тўғри ўрта мияда жойлашган.
- Оёқ қўлни узоклаштириш — ҳаракат активлигини нисбатан сақланганлигидан дарак беради. Агар беморни кома ҳолатидан чиқарилса, оёқ-қўлни барча функцияси тикланади.
- Бир томонлама ҳаракатни булмаслиги ёки асимметрия ҳаракати — гемипарез белгиси ҳисобланади.

Сезувчанлик. Паталогик уйқувчанлик ёки бир томонлама гаранглик, сезувчанликни камайишини оғриққа асимметрия реакцияси кўринишида кечади (агар шоллик кузатилмаса). Асимметрияни кўзни шох рефлексни текширишда ва юз соҳасини сезувчанлигини аниқлашда кузатиш мумкин.

Ҳуш даражасини бузулишида лаборатор ва инструментал текширишлар

Стандарт текширишлар. Қон умум таҳлили; пешоб таҳлили; электролитларни миқдорини текшириш, мочевина, креатинин, глюкоза, кальций, фосфотларни қонда

текшириш, биохимик кўрсаткичлардан жигар функциясини кўрсаткичлари, ферментлар кўрсаткичи, зардобни осмоляр кўрсаткичлари, ЭКГ ва кўкрак кафасини рентгенографиясни ўтказиш зарур.

Токсикологик текширишлар кўрсатма бўйича опиоидлар, барбитуратлар, транквилизаторлар ва ухлатувчи дорилар, антидеприсантлар, этанолни кондаги миқдори, пешобдаги ва ошқозон маҳсулотларида ўтказилади.

Махсус текширишлар

- Бошни рентгенографияси
- ЭЭГ
- Люмбал пункция — агар менингит ёки энцефалитга шубҳа бўлса. Люмбал пункция бош мия суяги ичи босими белгилари кузатилса мумкин эмас. Бош мия ичи босимини ошиши люмбал пункция қилинганда энса-тенториал жараёни юзага келтириш ёки миячани сиқилиб қолишига олиб келади. Компьютер ва Магнит Резонанс Томография (КТ ва МРТ) кўп ҳолларда мия ичи қон қуйилишини аниқлаб бериб, люмбал пункция қилинишини олдини олади. КТ ва МРТ мияга қон қуйилиши кам бўлган ҳолларда аниқлаш қийин, бунда люмбал пункцияга қарши кўрсатма йўқ. Кўрсатма бўйича беморларга ангиография қилинади.
- Люмбал пункцияни самарасини ижобий бўлиши (менингит ташхисини беради), агар мия суюқлиги кўрган вақтда лойқа бўлса, (опалесцирующим), цитологик текширишларда лейкоцитларни миқдорини юқори бўлиши (100 полиморф-ядроли 1 мкл), глюкозани миқдорини кам бўлиши (1, 5 ммоль/л), оксилни миқдорини кўп бўлиши (0, 4 г/л дан кўп), микроорганизмларни аниқланиши Грамм бўёғида бўялганда кўрилганда ёки экилган култураларни ўсиши билан баҳоланади.

2 ойдан катта болалар ҳушсизлигини дифференциал ташхислаш

ташҳис	Белгилар
Менингит	<ul style="list-style-type: none"> • Безовталанишни ошиши • Энса мушакларини ригидлиги • Бош лиқилдоқни бўртиши • Терида петехиал тошмалар (менингококки менингит)
Фебрил талвасалар	<ul style="list-style-type: none"> • Ҳарорат кўтарилган вақтда давомий

(кам учраб хушсизлик билан кечиши мумкин)	<p>бўлмаган талвасалар</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 ойдан то 5 ёшгача бўлган ораликда
Гипогликемия (сабабини қидириш лозим)	<ul style="list-style-type: none"> • Вена ичига концентрланган глюкоза эритмаси куйилганда бемор хушини тикланиши • Қонда глюкозани миқдори камайган
Бош шикастланиши	<ul style="list-style-type: none"> • Бошда шикастланиш белгилари борлиги • Анамнезда ташқи таъсир қилган шикастланиш фактори
Захарланиш	<ul style="list-style-type: none"> • Анамнезда заҳар ёки дори моддаларини ичганлиги тўғрисида маълумот
Шок	<ul style="list-style-type: none"> • Капилляр синамани 2 секунддан ортиши • Тезлашган ва сустлашган пульс
Ўткир гломерулонефрит энцефалопатия билан	<ul style="list-style-type: none"> • Қон босимни ортиши • Ташқи соҳаларда шиш • Пешобда қон • Диурезни камайиши
Диабетик кетоацидоз	<ul style="list-style-type: none"> • Анамнезда полидипсия ва полиурия • Чуқур қийинлашган нафас (ацидотик) • Қонда глюкоза миқдорини юқори бўлиши
Церебрал малярия (фақат эндемик ўчоқдаги районларда)	<ul style="list-style-type: none"> • Сарғайишлик • Анемия - камқонлик • Талваса • Гипогликемия • Қонни P. Falciparumга ижобий тисдиқи

2 ойдан катта болалардаги хуш даражаси йўқлигида дифференциал ташҳис

Ташҳис	Белгилар
Гипоксик ишемик энцефалопатия	<ul style="list-style-type: none"> • Бошланиши биринчи 3 кунликда • Анамнезда оғир туғруқлар • Анамнезда бола вақтида қаттиқ

	қичқирмаган
Бош мия ичи қон қуюлиши	<ul style="list-style-type: none"> • Бошланиши биринчи 3 кунликда • Кам вазин ёки чала туғилганлик
Билирубинли энцефалопатия	<ul style="list-style-type: none"> • Бошланиши биринчи 3 кунликда • Сарғайишлик • Рангпарлик • Оғир бактериал инфекция
Менингит	<ul style="list-style-type: none"> • Ҳушини тормозланиши • Апноэ хуружи • Талваса • Юқори ва кулоқни безовта қиладиган қичқрик • Бош лиқилдоқни таранглашиши ёки бўртиб чиқиши
Сепсис	<ul style="list-style-type: none"> • Ҳарорат кўтарилиши ёки гипотермия гипотермия • Шок • Кўзга кўринарли белгиларсиз оғир ҳолат

Ҳуш даражасини бузилишида кўрсатиладиган шошилишч тиббий ёрдам

Кома ҳолатидаги беморда бош мияни шикастланиши қайта тикланмас ҳолатига тушиши мумкинлиги туфайли текширишни тугатмасдан туриб шошилишч даволашни тез амалга ошириш зарур. Ҳуш даражаси бузилган бемор болаларда умумий ва маҳалий даволаш тадбирлари амалга оширилади (ҳамма кома ҳолатидаги турларида).

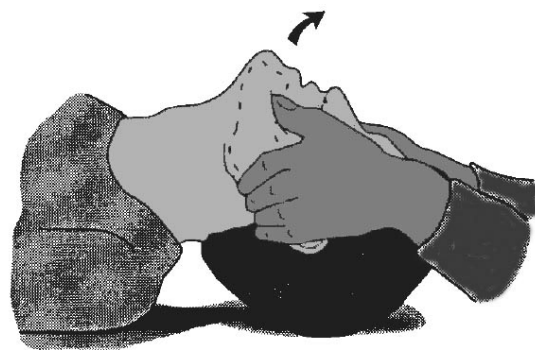
Даволаш тадбири аниқ ва тез қуйида кўрсатилган тарзда кетма-кетликда бажарилади. Асосий вазифа – комани сабабини аниқлаш ва нейрохирургик аралашуви керак ёки керак эмаслигини аниқлаш.

Ҳаётий зарур аъзоларни тиклаб туриш. Нафас йўлларини очиш, кислород бериш, керак бўлганда СНО (Сунний Нафас Олдириш). Мониторинг кузатувида ЮҚС, Қ/б, ҳарорати, ЭКГ ва пульсоксиметрияни қўллаш.

Соматик беморда нафас йўллари очиш



Травматик беморда нафас йўллари очиш



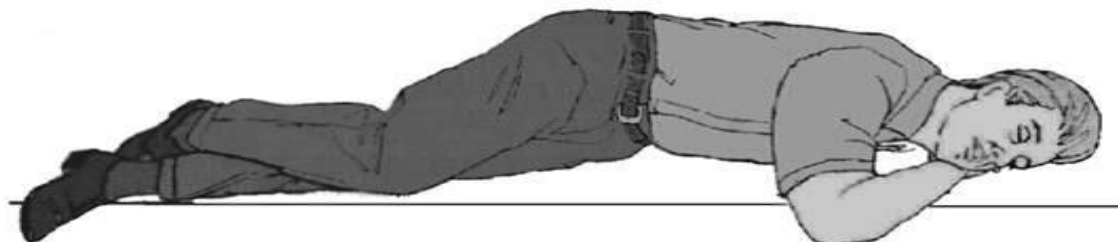
**Оғиз найини қўллаш
(беморда оғрик реакцияси
кузатилмаганда)**



**Бурун найини қўллаш
(беморда оғрик реакцияси кузатилса)**

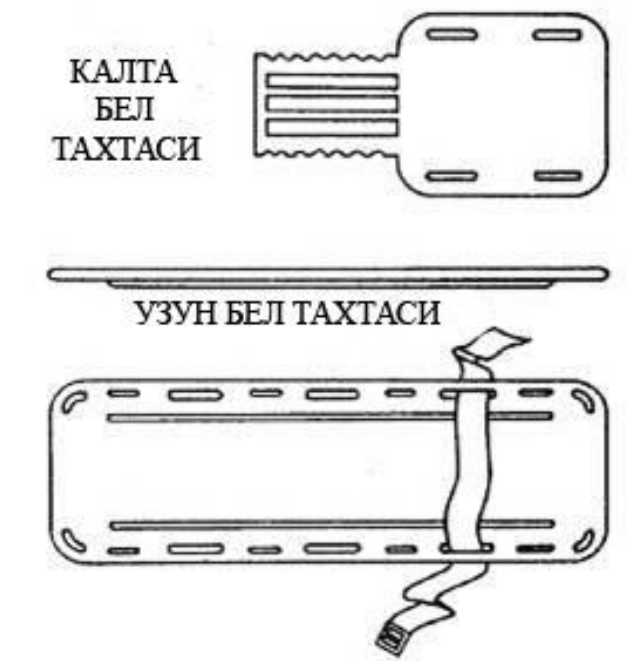


Агар соматик бемор бўлса, тили орқага кетиб қолмаслиги учун унга тикланган ҳолат берилади.



ТИКЛАНИШ ХОЛАТИ

Умуртқани иммобилизация қилиш. Агар шикастланиш инкор этилмаган бўлса, уни то ретгенография қилишга олиб боргунча бел тахтага бўйнини фиксация қилган ҳолда иммобилизация қилиш керак.



Венага йўл очиш. Венага катетер қўйиш

Бош мия ичи босими ошганлигига қуйидаги кўринишлар мисол бўлади. (

- Анизокория
- Ригидлик позаси
- Оёқ-қўлни ёки тана шоллиги
- Ноадекват нафас

Бу кўринишларда тезликда бош мия ичи босимини туширишга ҳаракат қилиш, нейрохирург чақириш ва оператив муолажани қўллаш талаби қўйилади. Бош мия ичи босимини тушириш тадбирларига қуйидагилар киради:

1. Мияга қон оқиб келишини таъмилаш учун танани бош қисмини 30° кўтариш керак.
2. ЎСН (СЎВ) гипервентиляция режимида. $p_a\text{CO}_2$ пасайиши 25—30 мм рт. ст. кўп бўлганда мия қон томирлари сиқилади ва бир неча минут ичида тез кечади. Бу Мия ичи босимини пасайтиради. Кейинчалик $p_a\text{CO}_2$ пасайтириш талабга мувофиқ эмас, чунки бу мияни қон билан таъминлашини камайишига олиб келиши мумкин.
3. Маннитол (0.5 - 1 г/кг в/и жадал ҳар 2—4 соатда) — осмотик дори воситаси бўлиб, мия шишини камайтиради.

4. Фуросемид, 1 мг/кг в/и ҳар 6—8 соатда.
5. Дексаметазон (10 мг в/и, кейин 4 мг в/и ҳар 6 соатда) ўсма ёки абцессда перифокал шишни камайтиради.
6. Талвасаларда талвасага қарши даво талаб қилинади.
7. Меъёрий ҳароратни танада сақлаб туриш керак. (ҳарорат кўтарилганда мия қон томир таъминлашиши ва мия ичи босими ошади).
8. Миорелаксантлар (панкуроний, 0, 1 мг/кг в/и ҳар 1—2 соатда) бош мия ичи босими мушаклар қисқариши сабабли юзага келган бўлса.
9. Седатив воситалар (наркотик анальгетиклар бензодиазепинларни биргаликда қўллаганда) бош мия ичи босими безовталиқ ва оғриқ ҳисобига ошган бўлса.

Даволаш муддати бир неча хафтани ташкил қилади. Турғун бош мия ичи босими тиклангандан кейин бу препаратлар бериши тақиқланади, бошида седатив воситалар, кейин эса миорелаксантлар ва ЎСН (СЎВ) охирида осмодиуретиклар бериледи. Берилиш давомийлиги бемор ҳолатига боғлиқ.

Талвасага қарши даво

Бензодиазепинлар. Бензодиазепинларни салбий таъсири – нафас фоллятини сустлаштиради (баъзи ҳолларда бу дорини тез юборилиши сабаб бўлади). Шунинг учун қўл остида доимо ЎСН (СЎВ) олдирувчи тиббий асбоблар бўлиши зарур.

Диазепам (Реланиум, Сибазон, Валиум) — тез таъсир қилувчи дори воситалари. Бошланғич дозаси — 0, 1—0, 2 мг/кг (максимум — 10 мг) 1-4 минут оралиғида. Эффе́кт кузатилмаганда дозани 0, 25 – 0, 4 мг/кг ошириш (максимум -15).

Агар ташхис аниқ бўлмаса беморни назорат остига олиниб текшириш давом эттирилади. Бу ҳолатларда кома белгиси кўпинча метаболик бузилишлар ва захарланиш бўлиши мумкин.

Айрим касалликларда кома ҳолатини ривожланиши:

Қандли диабет.

Болаларда куйидаги патогенетик қандли диабет комаси бўлиши мумкин:

- Кетоацидотик кома
- Гиперосмоляр кома
- Гипогликемик кома

Кетоацидотик ва гиперосмоляр кома.

Кетоцидотик комани патогенезида марказий ўринни зўриқиб борувчи инсулин этишмовчилиги эгалайди. Кетаацидоздаги гипергликемия ва гиперкетонемия қонни осмоляр босимини ошишига сабаб бўлиб, хужайраларда дегидратация вужудга келиб, осматик босим қонда ошади. Натижада кўплаб суюқликлар пешоб орқали йўқотилиши ва электролитлар дисбаланси вужудга келади. Организмда кислоталар ва кетон таналарини йиғилиб қолиши буйракни буфер функциясини издан чиқариб, метаболик ацидозга олиб келади.

Гиперосмоляр комани патогенези аниқланмаган. Қонни юқори осмолярлиги (350 мосм/л) кучли даражада ривожланган гипергликемия (қандни қондаги миқдори 55 ммоль/лдан юқори) ва гипернатремия, кетон таначалари меъёрдан ошмаган, шунинг учун кетонурия кузатилмайди. Кислотали-асосли муовзанат ўзгармаган. Осмотик диурез, қусиш, ич кетиши кучайганлиги учун АҚХ(ОЦК) камайган ва оғир ацидоз клиникаси юзага келади.

Кетоацидотик ва гиперосмоляр комани даволаш ўз ичига учта компонентни олади:

- Инсулинтерапия
- Регидратация метаболик силжишни коррекция қилиб
- Симптоматик даво.

Бунда комани патогенетик вариантларини, организмни индивидуаллиги ва лабаратор кўрсаткичларини этиборга олиш керак. Икки ҳолатда ҳам инсулин вена ичига жадал 0, 1 ЕД/кг юборилиб, кейин тезлиги 0, 1 ЕД/кг/соатда томчилаб то гликемия миқдори 11, 1-13, 9 ммоль/л тушгунча давом этирилади. Эксигозга ва циркулятор бузилишларни организмга вена ичига суюқликлар қуйиб бартараф этилади. Бир вақтда инсулин дозаси изотоник эритма билан қуйилади (гипотоник эритма гиперосмоляр комада). Суюқликлар 100-150 мл/кг кунлик вазнида беморга қуйилади.

Сиптоматик даво ўз ичига калий препаратлари, юрак ва қон томир воситалари, намланган кислородни олади.

Гипогликемик кома

- Гипогликемия хуружи инсулин билан даволашда юзага келиши мумкин. Шунинг учун даволашда иложи борича гипогликемия хуружини юзага келтирмайдиган ҳолда олиб бориш керак бўлади.
- Гипогликемияни кўп учрайдиган сабабларига — жисмоний зўриқиш, етарли бўлмаган овқатланиш, узок давом этувчи жисмоний ҳаракатни инсулин миқдорини

камайтирмасдан, овқатлиниш оралиғини узок бўлиши ёки тўйиб овқатланмаслик, инсулин дозасини билмаган ҳолда ошириб юбориш ва нотўғри инсулин давосини ўтказиш.

- Қонда глюкоза миқдори кам ҳисобланади, агар уни миқдори озгин болаларда 2, 5 ммоль/л ёки 3, 0ммоль/л-ни ташкил қилса.
- Бемор ва уни оила аъзолари бу касаллик белгиларини эрта аниқлашни билишлари ва беморга концентирланган қанд миқдори кўп бўлган озиқ-овқатларни беришлари керак. Кўп холларда беморни гипогликемия хуружини 10-20 гр глюкоза бериб бартараф этиш мумкин. 2 ёшгача бўлган болаларда 5гр қанд беришни ўзи етарли. Уни таблетка шаклида (5гр), қанд, апелсин ёки олма шарбати бериб олди олинади.
- Агар қандли моддаларни оғиз орқали беришни иложи бўлмаса, унда қандни глюкоза холида 5-10 глюкоза вена ичига юборилиб, кейин секин, аста томувчи узок инфузион давони 10мг/кг/минутига қондаги қандни миқдорини кузатган ҳолда юборилади.

Буйрак касалликларидаги кома.

Уремик кома.

Уремия (гиперазотемия) – сурункали ёки ўткир буйрак етишмовчилигида юзага келиши мумкин. Уремик комани юзага келиши биринчи навбатда қонда азотли моддаларни тўпланиб қолишидан ва бу билан боғлиқ ошиб борувчи организм захарлданиши ҳисобига содир бўлади. ЎБЕда азотемия нафақат буйракни пешоб ажралиш фолляти билан боғлиқ, балки организмда оксилларни катаболизимини ошиши билан ҳам кечади. Шу билан бир қаторда қонда калий ва магнийни миқдорини ошиши кузатилади.

Уремик кома секин аста ривожланиб, кома олди даври билан бошланади. Бунда бош оғриғи, тери қичиши, оғизда қуруклик, чанқаш, кўнгил айнаш ва қусиш билан кечади. Аксарият болаларда бурун қонаши ва қон аралаш ичининг суюқ келиши кузатилади. Чикараётган ҳавода сийдик ҳиди сезилади. Эс ҳуши секин аста сўниб бориб, талвасалар ва нафасни бузилиши кузатилади.

Уремик комани даволаш захарсизлантириш, гипергидратация билан кўрашишдан, электрлитларни бузулишларидан ва кислотали-асосли мувозанатни меъёрлашдан иборат. Танада шишлар ва гипергидратация кузатилмаганда беморга юбориладиган суюқликлар, электролитлар кунлик диурезни ва яширин суюқлик йўқотилишни ҳисобга олиб белгиланади.

Бериладиган овқат калорияси максимал бўлиши керак. Парентерал озиклантириш фақат оддий овқатлантириши иложи бўлмаганда қўлланади. Парентерал озиклантириш вена ичига 10-15% глюкозани, марказий венага -30%гача эритмаларни юбориш мумкин.

Агар бола организмидаги қон зардобда мочевина миқдори 30ммоль/л, калий – 6, 5 ммоль/лдан кўп бўлса, у ҳолда гемодиализ қилинади.

Жигар комаси.

Ўткир жигар етишмовчилиги, жигар оғир касалликлари ва жигар некрозида кузатилади. Бемордан анамнез тўплашда эътиборни бошдан ўтказган вирусли инфекция касалликларга, қон қуйилганлигига, дори воситаларини дозасини ошиб кетганлигига, захарланишга, шок ҳолатига, бемор ва қариндош – уруғларда оғир жигар касаллиги борлигига қаратилади. Физикал текширувларда терида сарғайишни ортиб бориши, оғиздан жигар ҳидини келиши, меровлик ва кома ҳолати мовжудлигин аниқлашга эътибор берилади. Рейя синдромида сарғайишлик кузатилмайди.

- Лейкоцитоз ва анемия бўлиши мумкин. Агар жишгар шикастланиш синдроми гемолитик камқонлик билан бюирга кечса, унда албатта Вильсон касаллигини инкор этиш керак бўлади.
- Протромбин вакти узайган, зардобдаги альбумин камайган.
- АлАТ ва АсАТ активлиги ортган.
- Ишқорли фосфатаза активлиги ошган ёки меъёрда.
- Боғланган ва боғланмаган билирубин миқдори аксарият ҳолда ошган (фақат Рея синдромидан ташқари).
- Зардобда глюкоза миқдори кам.
- Аксарият метаболик ацидоз, кам ҳолларда – ацидоз кузатилади.
- А, В, С, D ёки E гепатит серологик тестлари мусбат бўлиши мумкин. Токсикологик текширишлар захарланганликни аниқлашда ёрдам беради.

Даво. Мақсад — жигар етишмовчилигини олдини олиш ва жигар хужайраларини тикланишини таъсирлаш керак.

1. Вена ичига 10—15% глюкоза эритмаси инфузи қилиш тезлиги буйрак функциясини ҳолатига боғлиқ бўлади. Зардобда глюкозани миқдорини кузати бориш керак.
2. Викасолни 5-10 мг/кунига вена ичига 3 кун мобойнида то қон ивиши меъёрга келмагунча юборилади. Қон кетганда беморга Янги музлатилган қон қуйилади.
3. Ички эндоген микрфлорани ўсишини бостириш учун дюфалакни 1мл/кг ҳар 6 соатда ичишга ёки неомицинни 50мг/кг/кун кунига 4 та мартаба м/о қилинади.

4. Доривоситаларини юбориш ва ошқозон-ичакдаги қон кетишни ташхислаш учун бурун-ошқозон найи қўйилади.
5. Гастрит ёки ошқозон ярасидаги қон кетишларда цемитидинни 300мг вена ичига ҳар 6 соатда (12 ёшгача болаларда 5-10 мг/кг ҳар 6 соатда), ошқозон рН 5 –дан юқори бўлганда юборилади.
6. Гиповолемия ва зардобдаги альбумин миқдори 1, 75 г/кг бўлганда инфузия қилинади. Бунда зардобдаги альбумин миқдори 1 г% ортади.

Эпилептик тутқаноқ — бу алоҳида назологик ҳолат ва сиптомокомплекс ҳисобланади. Эпилепсия деб қайта хуружланувчи ва ўткир метаболик ўзгаришларсиз ва марказий нерв аъзоларини инфекциян таъсирсиз кечадиган ҳолатига айтилади. Аксарият тутқаноқ сабаблари – бош чаноқ ва мия шикастланишлари, туғруқ шикастланиши, менингит, энцефалит, бошда ўсмалар, метаболик бузилишлар, мия қон-томирлари бузилиши, дори воситаларини токсик таъсири ҳисобланади. Эпилептик тутқаноқ талвасага қарши дори воситаларини метаболитик ўзгаришлари, йўлдош касалликлар ва врач кўрсатмаларига амал қилмаслик натижасида юзага келиши мумкин.

Текшириш

- Бемордаги неврологик касалликлар, ривожланишни бузилиши, бошдан ўтказган инфекциялар, қайталаб турувчи бош оғриғлари, эрталабки қусуқлар, кўз кўриш фолиятини сусайишини анамнезини тўплаганда аниқлаш зарур.
- Тутқаноқни юзага келиш жараёнини тўлароқ билиш, айниқса аура жараёнини, тутқаноқ даврида кўз ва бош ҳаракати, давомийлиги, талвасадан кейин кузатиладиган ҳолатлар (кўз олмасини жойлашуви, мушак тонларини бўшашганлиги).
- Агар 1 соат ичида бемор ўзига келмаса, бу беморда хали талваса давом этаётганини ёки асосий касаллик натижасида талвасадан кейин юзага келган асорат юўлиши мумкин.
- Эпилептик талвасани оилавий анамнезда аниқланади (фебрил талвасадаям).

Неврологик текширишлар. Ҳуши, кўз тубини баҳоланади, ўчоқли асоратлар аниқланади. Кўрув вақтида беморда менингиал симптомларни, травматик шикастланиш ва бошқа касалликларга этибор берилади.

Лаборатор ва инструментал текширувлар. Лаборатор текширувлардаги қон ва мия суюқлиги тахлили, маълумотлари анамнез ва физикал текширувларга боғлиқ бўлади.

- Барча эпилептик тутқаноқ кузатилган беморларга ЭЭГ уйғоқ ва ухлаган ҳолда аниқланади. ЭЭГ – пароксизмал зарядларни аниқлайди, эпилептик тутқаноқ ўчоғини ёки ўсмани топишга ёрдам беради, талвасага қарши дори воситаларини аниқлашга ва уни қачон қўллаш ва тўхтатишни белгилаб беради. Баъзида талваса тугаши билан қилинган ЭЭГ маълумотлари мияда фақат секинлашган фон активлигини бериши мумкин. Агар 7-10 кундан кейин текширишлар ўтказилса ЭЭГда яна эпилептик активликни кузатишимиз мумкин.
- МРТга кўрсатма— парциал тутқаноқлар, аниқлаш қийин бўлган кучайган талвасалар, ўчоқли неврологик белгилар. ЭЭГдаги ўзгаришлар, мияни оқ ёки қўлранг моддаларини шикастланиш касалликлари. КТ – тубероз склерозда, туғма инфекцион касалликларда, атреовеноз мальформацияда, цистицеркозда бош чаноқ ичи кальцификатлари кузатилади. Агар катта эпилептик тутқаноқ ва ўчоқли абсанслар даволашга моиллиги яхши бўлса, неврологик белгилар кузатилмаса КТ-га кўрсатма бўлмайди.

Дифференциал ташхислашда - вақтинчалик ҳушдан кетиш, болалардаги респиратор-аффектив талвасалар, кома, наркотик моддалар талвасалари, мигрен, яхши сифатли позицион бош айланишлар, истерияни ташхислаш зарур..

Ташхислаш



Марказлашган талваса хуружлари (катта эпилептик хуружлар) (расм 1) одатда ўчоқли бузилишлар ва аурасиз бошланади. Тоник фазаси 1 дақиқадан кам кечади, бу даврда аксарият кўзни орқага кетиши кузатилади. Нафас мушакларининг тоник қисқариши ўпка вентильяциясининг бузилиши ва

цианозга олиб келади. Тоник фазадан кейин оёқ қўлларнинг клоник тиришиши кузатилади ва бу давр 1-5 дақиқа давом этиб ўпка вентильяцияси яхшиланади. Баъзида сўлак оқиши, тахикардия, метаболик ва респиратор ацидоз кузатилиши мумкин. Талвасадан кейинги давр 1 соатгача чўзилиши мумкин.

Парциал мотор талвасалар. Бундай пайтда жараён кўл ёки бошдан бошланиб, бош ва кўз талваса ўчоғига нисбатан қарама- қарши томонга кетиб қолади. Талвасанинг бу тури катта эпилептик тутқаноқни эслатувчи ҳолат билан ҳам кечиши мумкин. Шунингдек парциал талвасада Тодда постиктал фалажи, яъни бош ва кўзнинг эпилептик ўчоқ томонга бурилиши ёки оғиши кузатилиши мумкин.

Мураккаб парциал талвасалар(психомотор ёки тепа соҳаси тутқаноғи) тенг ярим ҳолатларда аурадан (эмоционал реакция, қоринда оғрик, бош оғриғи, оғизда ёмон таъм сезиш) бошланади. Бундай талвасалар ката эпилептик тутқаноқ ёки абсанс клиникасини қайтариши мумкин. Баъзида касаллик белгилари ўта мураккаб бўлиб автоматизм: яъни лабини сўриб юриши, кўлиш, бошини ёки юзини ғалати мимикаси, югуриш кузатилади.

Типик абсанслар одатда 3 ёшдан бошланади. Хуруж пайтида беморлар нигоҳи қотиб қолади, қовоқлари титраб бошини имлаш ҳаракатлари пайдо бўлади. Аура ва посттактил кўринишлар кузатилмайди; тутқаноқ давомийлиги 30 сониядан кўп эмас. Абсанслар бир кунда кўп маротаба кузатилиши мумкин, бу ҳолатни гипервентиляция ва ёруғлик ҳам чақириси кузатилади. ЭЭГ-да пик-тўлқинлари 3 с^{-1} қайд қилинади. Абсансни мураккаб парциал тутқаноқлардан фарқлаш лозим, чунки оқибати ва талвасага қарши давоси бу икки тутқаноқда бошқа-бошқадир. 10—20% яққол абсанс кузатилган болаларда катта эпилептик тутқаноқ юзага келиши мумкин. Ўсмирлик даврида аксарият тутқаноқлар учраши тўхтади (75%), ЭЭГ меъёрлашади.



Абсанс тутқаноғи

Фебрилл талвасалар- одатда 6 ойликдан то 5 ёшгача ҳарорат (тана ҳарорати $38,5\text{ }^{\circ}\text{C}$) кўтарилган болаларда кузатилади. Аксарият бу талвасалар ҳарорат кўтарилишида ёки

юқори нуқтасига чиққан вақтида кузатилади. Бу талвасалар кўпинча умумлашган клонико-тоник, тоник, атоник ёки клоник тарзида кечади.

- 15 дақиқадан ортиқ бўлмаган тутқаноқ, агар у бир маротаба кузатилса, парциал компонентлари бўлмаса ва метаболик бузилишлар кузатилмаса, МНС инфекцион шикастланиши бўлмаса асоратсиз деб ҳисобланади. Асоратлисига кўп маротаба учрайдиган, давомий ёки парциал фебрил талвасалар билан кечадиган, ЭЭГ-да фақат қайталанувчи тутқаноқ белгилари бўлган киради (асоратли унчали ката бўлмаган хароратда ёки ўчоқли неврологик белгилар кузатилган холларда).
- Биринчи маротаба 18 ойлик даври ичида кузатилган фебрил талвасалар ёки 3 ёшдан кейин асоратли талвасалар, ҳуш даражасини бузулиши, ўчоқли неврологик ва менингиал симптомлар кузатилганда, бу талвасани узоқ вақт назорат қилишни иложи бўлмаганда люмбал пункция қилиш ва наслий моддалар алмашинувини текширишлар амалга оширилади.
- Юқори эпилепсияга келтирувчи белгилар:
 - Неврологик ва психомотор бузулишлар
 - Оилавий анамнезда меъёрий ҳароратда кузатиладиган тутқаноқлар
 - Узоқ давом эттувчи тутқаноқлар
 - Кўплаб қайтариладиган тутқаноқлар
 - парциал характерга эга бўлган тутқаноқлар
- Бу белгиларни кузатилмаслиги ёки фақат бир белгини кузатилиши эпилепсия бўлишини 2%-дан ошмайди. Агар икки ёки учта белгиси кузатилса эпилепсия кузатилиш миқдори 6-10%ни ташкил қилиб, учта хамма белгиси кузатилган беморларда тутқаноқни асорати юзага келганлигидан далолат беради (тутқаноқ давомийлиги 15 минутдан ортиқ, кўплаб парциал талвасалар) ва эпилепсия 50% кузатилади.

Шошинч ёрдам

Талваса даврида

- ABC ёрдам (агар мия ва умуртқа поғонаси шикастланишига шубҳа бўлмаса беморни кўлй ҳолатда ётқизиб, тиклаш ҳолати берилади)
- Беморни кейинги шикастланишдан ҳимоя қилинади (бемор атрофидан унга шикаст етказиши мумкин бўлган ўткир жисмлар олиб ташланади)
- Сиқиб турган кийим бошлар бўшатилади
- Беморни мажбуран ушлаб туришга ҳаракат қилиш керак эмас

- Агар талваса 5 дақиқадан ортиқ кузатилса ёки беморда **эпелептик статус** (талвасалар кетма-кет келса, ҳуши тикланмаса) – талвасага қарши дори воситалари қўлланилади (юқорида келтирилган). Одатда кўпинча диазепам ёки паральдегид қўлланилади, уларни тўғри ичакка юбориш мумкин:
 1. Дозани туберкулинли ёки инсулинли шприцга олиб игнаси олиб қўйилади.
 2. Шприцни тўғри ичакка 4-5 см чуқурликда киритиб эритма юборилади.
 3. Икала думба соҳаларини бир-бирига яқин бир неча дақиқа ушлаб туриш керак
 4. Агар 10 дақиқадан кейин ҳам талваса тугамаса диазепамни яна бир маротаба тўғри ичакка ёки вена ичига юборилади (0, 25мг/кг ёки 0, 05мл/кг).
 5. Агар яна 10 дақиқа ичида талваса тугамаса учинчи маротаба диазепам ёки паральдегидни иккинчи маротаба юбориш ёки вена ичига фенобарбитални биринчи маротаба 15 мг/кг юборилади.
 6. 2 ойгача болаларга фенобарбитал (200мг/кг эритмада) 20мг/кг дозада юборилади:
 - 2 кг вазнда – бошланғич доза 0, 2 мл, агар талваса давом этса 30 минутдан кейин Яна 0, 1 мл қилинади.
 - Вазни 3 кг бўлганда бошланғич доза 0, 3 мл, агар талваса давом этса 30 дақиқадан кейин яна 0, 15 мл қилинади.

Бемор ёши/вазни	Диазепам Тўғри ичакка 10 мг/2 мл	Паральдегид Тўғри ичакка
	Доза 0, 1 мл/кг	Доза 0, 1 мл/кг
2 хафтадан то 2 ойликкача (то 4 килограмгача)	0, 3 мл (1, 5 мг)	1, 0 мл
2 ойликдан то 4 ойгача (4-6 килограмгача)	0, 5 мл (2, 5 мг)	1, 6 мл
4 ойликдан то 12 ойгача (6 – 10 килограмгача)	1, 0 мл (5 мг)	2, 4 мл
1 ёшдан то 3 ёшгача (10 – 14 килограмгача)	1, 25 мл (6, 25 мг)	4 мл
3 ёшдан то 5 ёшгача (14 – 19 килограмгача)	1, 5 мл (7, 5 мг)	5 мл

Талвасадан кейин

- Нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш
- Кислород ингаляциясини қўллаш

- Қонда қандни миқдорини аниқлаш ва керак бўлганда глюкоза эритмасини юбориш.
- Травматик шикастланишда ёрдам кўрсатиш
- Юқори ҳарорат кузатилганда бемор танасини уй ҳароратидаги сув билан дока ёрдамида ҳар 5 дақиқада артиш тавсия этилади ва беморга бу вақтда таблеткалар бериш мумкин эмас.
- Юқори мушак таранглигида (оёқ-қўлни пассив ҳаракатлантрилганда қаршилиқ кўрсатилиши ёки энгакни ва оёқ-қўлни тремори) – талвасага қараши дори воситаларини қўллаш (олдини ҳолатда талваса содир бўлганин эътиборга олиб).
- Керак бўлганда транспортировкага кўрсатма (Беморда талваса биринчи маротаба бўлганда шифохонага траспортировка қилиш керак бўлади).

Госпитал босқичда:

- Даволаш тактикаси талваса сабабига боғлиқ. Сабабини анмнез ва физикал текширувлар билан тахминан аниқлаш мумкин.
- Оғир бош чанок-мия шикастланишида, бош мия ичи босими ошган ёки мия тиқилиши белгилари кузатилса тезликда маннитол қуйилиб, КТ ёки МРТ қилинади. Баъзида нейрохирургик операция амалга оширилши талаб этилади.
- Ҳарорат кўтарилганда, менингиал симптомлар кузатилганда люмбал пункция буюрилади ва антибиотиклар қўлланади.
- Давомий сопор ёки комада, метаболик бузилишлар, захарланиш ва Рея синдромини бор йўқлигини инкор этиш зарур.
- Қайсидир талвасага қарши дори воситасига аллергия бўлса, бошқа талвасага қарши дори воситаси қўлланади.

Назорат саволлари:

1. Ҳуш фолиятини бузилиш сабабларини санаб беринг
2. Ҳуш фолиятини бузилиш иккиламчи сабабларини санаб беринг
3. AVPU шкаласи бўйича ҳуш даражаси қандай баҳоланади?
4. Глазго шкаласи бўйича ҳуш даражаси қандай баҳоланади.?
5. Глазго шкаласи бўйича олинган маълумотлар қандай тахлил қилинади?
6. Ҳуш даражаси бузилган болалардан йўналтирилган анамнезда қандай саволлар берилади?
7. Беморни физикал текширишда ҳуш даражаси бузилганликка хос қандай белгиларни кузатиш мумкин?

8. Ҳуш даражаси бузилган болаларни текширишда қайси стандарт ва махсус лаборатор, инструментал текширишлар ўтказилади?
9. 2- ойликдан катта болаларда ҳуш даражаси бузилганда қайси касалликлар билан дифференциал қиёслаш керак?
10. 2- ойликдан кичик болаларда ҳуш даражаси бузилганда қайси касалликлар билан дифференциал қиёслаш керак?
11. Ҳуш даражаси бузилган беморларда кетма-кет амалга ошириладиган тадбирларни ёритиб беринг
12. Бош мия ичи босими ошиш белгиларини санаб беринг
13. Бош мия ичи босими камайиши белгиларини ёритиб беринг
14. Талвасани тўрта фазасини ёритиб беринг
15. Талваса статусига аниқлик киритиб беринг
16. Талваса тутқаноғи вақтида қилинадиган тадбирни кетма-кетлигини ёритиб беринг
17. Талваса тутқаноғидан кейинги даврда қилинадиган тадбирни кетма-кетлигини ёритиб беринг
18. Болаларда талвасага қарши қайси дори воситалари қандай дозаларда қўлланилади?

ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШЛАР

Болаларда дори дозасини ошириш ва ўткир заҳарланишларда, шифохонагача бўлган босқичда шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиш.

Ҳар йили 6 млн га яқин бола дори моддалар таъсирига учрайди. 5 ёшдан кичик болаларда бу ҳолатларнинг 80% рўйхатга олинган. Кўпчилик ҳолларда заҳарланишлар оқибати яхши бўлиб, ўлим кўрсаткичи паст ва асоратлар кам. 5 ёшдан кичик болаларда заҳарланишларнинг асосий сабаби ўсимликлар, маиший- кимёвий моддалар, косметик моддалар, рецептсиз доривор моддалардир. Кичик ёшдаги болаларда заҳарланишни қандайдир битта модда келтириб чиқарса, ўсмирларда эса бир вақтда бир нечтаси келтириб чиқаради (гиёҳвандлик, ўзини ўлдиришга ҳаракат қилиш ва бошқалар). Заҳарланишларни ташхислаш қийин бўлиб, ўта эҳтиёткорликни талаб қилади. Зарарланганлар ва бошдан кечирганлардан олинган маълумотлар кўпинча ишончли эмас. Препаратларнинг номини, миқдорини ва қабул қилган вақтини қариндошлари, дўстлари, шифокор ва сотувчилардан суриштириб билиш мумкин.

Захар деб, ҳар қандай моддани тана юзаси билан контактда бўлишида ёки организмга кириши натижасида одам ҳаётига, соғлигига хавф солувчи ҳолатга айтилади. Бу моддаларнинг бир неча турлари мавжуд: ўсимликлар, махсулотлар, газлар, кимёвий ёки фармакологик моддалар. Захарланишлар фавқулодда рўй бериб, асосан болаларда олдиндан ўйлаб қилинмайди. Ўсмирлар кўпроқ суицид ҳолатларга токсик моддалар билан захарланиш таъсирида қўл урадилар. Аммо захарланишлар ҳар қандай ёшда учраши мумкин. Асосан 8 ва ундан катта ёшдаги болалар кўпроқ захарланадилар. Кичик ёшдаги болаларда кўпроқ маиший тозаловчи воситалардан захарланишлар ва дори воситаларини болалар учун қулай жойга қўйиш натижасида учрайди. Иложи борича дорининг идишини топиш зарур. Бундай захарланишларни олдини олиш учун токсик моддаларни болалар қўли етмайдиган жойда сақлаш ва болалар билмайдиган идишга солмаслик керак. Дорининг номини, миқдорини ва қабул қилган вақтини қариндошлари, дўстлари, врач ва сотувчилардан суриштириб билиш мумкин. Имкони борича дорининг идишини топиш керак.

Захарнинг оғриқ қолдирувчи таъсири бевосита таъсирловчи ёки модданинг емирувчи эффекти ёки захарнинг таъсири натижасидан кейин организмга сўрилиши асосланган бўлиши мумкин. Бирор модданинг организмга таъсири исботлангунча, потенциал токсик модда билан захарланиш тахмин қилиб турилади. Кўпинча токсик таъсирлар фақат қувватлантирувчи терапияни ва модданинг сўрилиши камайтирувчи тадбирларини талаб қилади.

Болаларга захарни таъсири, токсинни тури, унинг тушиш вақтидан ШТБЁ (ЭМПП) белгиланган вақтгача, организмга тушиш йўли ва усули, экспозицияси, модданинг кучи ва миқдори, беморнинг вазни, ёши ва умумий аҳволига қараб аниқланади.

Захарланишга сабаб бўлган моддани аниқлаш учун кўп ҳолларда тўлиқ анамнез йиғиш кифоя:

1. Захарланиш сабабини (бунда қаддоғи ёрдам бериши мумкин), модданинг сони баҳоланади, организмга тушиши (3 ёш бола халқумининг ҳажми тахминан 5 мл, 10 ёшда- 10 мл, ўсмирларда 15 мл) вақти, захарланишгача бўлган вақт ва боланинг ҳолатини аниқлаштирилади.
2. Физикал текширишда кўпинча токсик моддани аниқлашга имкон берувчи қўшимча белгилар топилади.
3. Захарланишнинг сабабини тасдиқлаш учун токсик моддани қонда ва сийдикдаги миқдорини синчковлик билан текшириш лозим. Имкони борича захарловчи

модданинг қондаги миқдори ўлчанади. Ошқозондаги массаларни таҳлил қилиш заҳарланишдан кейин 2-3 соат ичида ўтказилса маълумот олиб бўлмайди.

Госпитализация босқичигача ёрдам кўрсатишнинг асосий қоидалари қуйидагича:

- ҳодиса жойида бирламчи бўғин шифокори хавфсизлигини таъминлаш ва баҳолаш.
- болаларни заҳарланиш манбаидан узоқлаштириш.
- нафас йўллари ўтказувчанлигини баҳолаш ва стабиллаш.
- адекват нафасни таъминлаш.
- адекват қон айланишини баҳолаш ва ушлаб туриш.
- болаларга таъсир қилган токсик моддани аниқлашни осонлаштириш мумкин бўлган қандайдир кимёвий далилларни йиғиш.
- таъсир қилишда давом этаётган заҳарни камайтириш мақсадида бола ва атроф муҳитни зарарсизлантириш.

Тушиш йўллари

Заҳар организмга ҳар хил йўллар билан таъсир қилади. Болалар 4 хил йўл билан токсик таъсирга учрашлари мумкин:

1. перорал
2. резорбтив
3. ингаляцион
4. инъекцион

Баҳолаш.

Ҳодиса жойини баҳолаш

Биринчи навбатда ШТЁ шифокори атрофдаги шароитни баҳолаши керак. Ингаляцион ёки резорбтив заҳарланиш ҳолатларида ШТЁ ходими ҳодиса жойида заҳарловчи модда ёки хавфли материал бор ёки йўқлигини аниқлаши керак. ШТЁ ходими учун хавфли майдонга келганда хавфсизлик биринчи даражали масала бўлиб ҳисобланади.

ШТЁ ходими ҳодиса жойининг хавфсизлигига ишонч ҳосил қилгандан кейин ҳимояланган ҳолда биринчи навбатда беморни нафас йўлларини ўтказувчанлигини, адекват нафас ва қон айланишни аниқлаши керак. Кейин ҳуш даражасини аниқлаш ва нафас йўллари мустақил ўтказувчанлигини ушлаб туриши керак.

Агар Глазго шкаласи бўйича ҳуш даражасини баҳолашда 8 баллдан кам бўлса, трахеяни интубация қилиш учун зарурият туғилиши мумкин. Агар ШТЁ ходими

токсикологик марказ билан маслаҳатлашишни хоҳласа, у ҳолда ундан бўлиб ўтган ҳодиса ҳақида кўпроқ маълумот олиши керак. Шунингдек ШТЁ ходими болага таъсир қилган моддани мумкин қадар аниқлашга ҳаракат қилиб кўриши керак. Ҳушдан кетганда ёки қусганда таблеткалар ёки бошқа доривор моддалар (ўсимлик моддалари) хонада ёки бола атрофида сочилиб ётган бўлиши мумкин. Болалар суюқ моддани ичаётганда тўкиб юборишлари мумкин. Бунда полда бемор атрофида катта қўлмак мавжуд бўлса, кутқарувчи шахс заҳарловчи модданинг кўп қисми организмга тушмасдан полга тушганлиги ҳақида фикр юритиши керак.

Заҳарловчи моддани аниқлаш ва беморга даво режасини тузиш учун заҳарланиш жойида ҳар қандай моддани йиғиш ва хавфсиз шароитларда шифохонага моддани бола билан бирга олиб бориш керак. Транспортировка учун ҳар қандай потенциал хавфни ёки заҳарланган предметни герметик контейнерга жойлаштириш зарур. Бемор атрофидан топилган бутилкалар, порошок ёки таблеткалар заҳарланиш ҳолатини топишга ёрдам бериши мумкин. Врач ҳодиса жойидаги хидга, қусуқ моддаларнинг рангига ёки бола атрофидаги қандайдир моддаларга аҳамият бериши керак.

Анамнез.

Бола ёки унинг оила аъзоларидан маълумот йиғиш агар улар ҳодиса жойида иштирок этган бўлсалар жуда муҳимдир.

Биринчи навбатда симптом ва белгиларга тегишли маълумотларни йиғиш керак. Агар болада қусиш аниқ бўлса, унинг сони ва характери болага ташҳис қўйишда асосий омиллардан бўлиши мумкин. Қусиш қоринда оғриқ ёки ич кетиши билан биргаликда учраши мумкин. Шунингдек МНС ни зарарланиш симптомлари, ҳушнинг йўқолиши, қўзғалувчанлик, бош оғриғи, уйқучанлик, тутқаноқ ва шу билан биргаликда уларнинг давомийлигини ошкор қилиш зарур. Нафас сонининг ортиши ёки камайиши, қон туфлаш, ҳансираш, стридор, цианоз, йўтал ёки хириллашлар аниқланиши мумкин.

Болаларда кўкракда оғриқ ёки юрак тез уриши каби кардиологик белгилар ҳақида сўраб суриштириш керак. Баъзи заҳарлар кечиктирилган таъсирга эга, шунинг учун бирламчи баҳолаш ўтказилганда ШТЁ ходими ва атрофдагилар учун бола нормал кўриниши мумкин. Шунинг учун боланинг аҳволи ёмонлашишини ҳисобга олган ҳолда кўпгина заҳарларга шубҳа қилиш мумкин. Бола қабул қилган нисбий дори моддалар шунингдек ёки қандайдир доривор моддалар аллергия

реакциялар бермаслиги ҳақида сўраб-суриштириш ва анамнез йиғиш зарур. Заҳарли моддалар болаларга юқорида кўрсатилган ҳар қандай шароитларда таъсир қилиши мумкин. ШТЁ ходими болага ипекакуана сиропи буюрилганини аниқлаши керак, чунки уни қабул қилганда кучли қайт қилиш кузатилиши мумкин. Шунингдек болага таъсир қилган токсик модданинг тўрини ва миқдорини аниқлаш муҳимдир. Бола ўтказган касалликлари ҳақида эрта маълумот йиғиш муҳим ҳисобланиб, бу аниқланган касаллик заҳарланиш билан бирга боланинг ҳолатига таъсир қилиши мумкин.

Анамнезда охириги марта овқатланган вақти ва заҳар қабул қилиш вақти яна бир ҳаётий муҳим омиллардандир. Заҳарловчи модда абсорбциясида организмдан умумий қон оқимидан топилиши муҳимдир. Бу маълумотлар болага ёрдам кўрсатиш тактикасини танлашда фойдали маълумотлар бериши мумкин: ошқозонни ёки антидотларни қўллаш. Агар бемор анамнезида моддани қабул қилгандан кейин қусиш аниқланган бўлса, ШТЁ ходими қусуқ массаларини характерини ва сонини аниқлашга ҳаракат қилиб кўриши керак. Агар қусуқ массалари бўлса, қўшимча маълумот сифатида бола билан бирга тиббиёт муассасасига уларни йиғиш ва жўнатиш керак. Заҳарланиш сабабини аниқлашда заҳарланишлар рўй бергандаги шароитлар ҳақида маълумотлар фойдалидир.

Физикал текширувлар.

Нафас йўллари ўтказувчанлиги, нафас, қон айланиши. Ҳар қандай беморга ёрдам кўрсатишда ҳодиса жойини хавфсизлигини аниқлангандан кейин биринчи навбатда нафас йўллари ўтказувчанлигини, нафас ва қон айланишини баҳолаш ҳамда стабиллаш керак. ШТЁ ходими юқорида кўрсатилган ҳаракатларни бажараётганда чалғишга йўл қўймаслиги керак. ШТЁ ходими жабрланувчи нафас олаётганлигини билган заҳоти 60 сонияичида нафас ҳаракатлар частотасини санаш ва ишонч ҳосил қилиш керак. Пульсни елка ёки уйқу артериясида 1 дақиқадаги уришлар сони билан қон айланишига баҳо берилади. Шунга қўшимча тезда артериал босим ўлчанади. Тана ҳарорати ҳам ҳаётий белгиларга киради.

Марказий асаб тизими.

Неврологик текширишнинг асосий аспекти нафас йўллари ҳимоя механизми қусиш рефлекси ҳисобланади. Бола ҳушида бўлганда, гапирганда ва баъзиларда сўлак ажралмаганда нафас йўллари ўтказувчанлигини мустақил ушлаб туриш мумкин. Ҳуши бузилган болаларда қусиш рефлекси тил илдизи билан ва халқумнинг орқа деворига шпатель билан босиб чақирилади. Бу одатда қусишга

олиб келади. Баъзан қусиш рефлекси нормал шароитларда баъзи болаларда бўлмайди, бунда ШТЁ ходими клиник кўрув билан боланинг текширув маълумотларини солиштиради. Болаларда қусиш рефлексининг йўқлигида аспирациялар юқори хавф ҳисобланади ва шунинг учун уларда катта эътибор талаб қилинади. Юқоридаги айтилганларга қўшимча равишда госпитализациялашгача бўлган даврда активланган кўмир ичмаслик керак, чунки қусиш ёки активланган кўмир аспирацияни келтириб чиқариши мумкин. Неврологик баҳолашда боланинг бирламчи статусини аниқлаш ва ёрдам кўрсатиш даврида такрорлаб туриш керак. Ҳуш даражасини 4 тоифаси тавсифланади. Бола ҳушини сақлаган, вербал стимуляцияга жавоб беради, оғриқ стимуляцияга жавоб беради, ҳушсиз болалар.

Юрак қон-томир тизими

Нотурғун гемодинамиканинг белгиларни аниқлашда ҳисобига бола ҳолатини баҳолашни ўтказиш мумкин.

Тери. ШТЁ ходими токсик моддалар билан бевосита контактдан захарланган болалар билан ишлаганда биринчи навбатда тери юзасида токсик моддалар бор ёки йўқлигини аниқлаш керак. Заҳар билан ифлосланган кийимларни бола устидан ечиб ташлаш керак. Терида қаварчиқлар, қизаришлар, десквамация ёки бошқа патологик белгилар текширилади. Кўп тарқалган моддалар шулардан барбитуратлар ва ис гази теридаги буллёз зарарланишни сабаби бўлиши мумкин. Теридаги цианоз заҳарли моддалардан нафас олганда ёки ютинганда тўқимага кислород етиб бормаслигидан юзага келади. Болаларда ис газидан заҳарланишда тери қатламлари ва шиллиқ қаватлар интенсив қизаради.

Кўз. ШТЁ ходими асосий эътиборни кўз ёши ажралишига ва кўзни қизаришига қаратиши керак. Кейин кўришни бузилиш даражаларини аниқлаш:

Бола кўраяптими?

Бола бир кўзи ёки икки кўзи билан кўраяптими?

Болада нормал кўриш ўткирлиги қандай?

Ривожланувчи кўриш ўткирлигини пасайиш даражасини фарқлаш учун қуйида 4 тоифа келтирилган:

1. Кўришнинг йўқолиши.
2. Қоронғилик ва ёруғликни ажрата олиш.
3. 1 метр масофадан бармоқларни санай олиш.
4. Иш ҳужжатларидаги майда шрифтларни ёки вена ичига қўюш учун системалар ёрлиғидаги ёзувларни ўқий олиш.

Нафас тизими

Патологик нафас шовқинлари масофадан ёки аускультацияда эшитилади. Юқори нафас йўллари ёт жисм обструкцияси ва шиллик қаватлари шишганда: стридор, нафасда шовқин бўлади. Булар шишда, шиллик кўп ишлаб чиқарганда, нафас йўллари атрофидаги мушаклар спазмида келиб чиқади.

Периорал заҳарланиш. Периорал заҳарланиш ҳолатларида токсик модда оғиз орқали тушади. Токсин ютгандан кейин ошқозон-ичак трактини пастки қисмида сўрилиши ёки оғиз бўшлиғи орқали тушиши мумкин. Коррозияли токсик модда ютилганда фақат шиллик қаватлар эмас чуқурроқ тўқималарни зарарланишидир. Зарарланиш даражаси ютилган токсик моддани миқдори, концентрацияси, токсик модда билан контактда бўлган юзаси ва давомийлигига боғлиқ ва аксинча. Коррозия таъсирли моддалар масалан, бемор ишқор ютганда оғрик реакцияси чақирилмаслиги мумкин, лекин шу билан бирга оғиз, қизилўнгач шиллик қаватларни спазмини яллиғлантиради, қизилўнгачда перфорацияга хавф юқори бўлади. ШТЁ ходими бунда шошилиш ҳолатларга тайёр бўлиши керак. Нафас йўлларида шиш ривожланиши мумкин. Организмга тушган токсиннинг кўп қисми йўғон ичакда сўрилади. Шунинг учун ошқозондан токсинни чиқариш 12 бармоқли ичакка тушгунча организмга тушган заҳарни чиқариш керак. Бундай ҳолатларда кўпинча ошқозонни ювилади ва активланган кўмир берилади. Ошқозонни ювишга кўрсатма. Агар ипекакуанани 2 марта ичганда ҳам қусиш кузатилмаса зонд узун бўлиши керак (28-36 Ф). Ҳушнинг бузилиши йўтал рефлексининг пасайиши, интубациясига қиёсий кўрсатма бўлади. Ошқозонни илиқ физиологик эритма билан (200 мл) токи тоза сув чиққунча ювилади. Ошқозон ювилгандан сўнг активланган кўмир ва стабил магний цитрат эритмаси 4 мл/кг (300 мл дан кўп бўлмаслиги), сорбитол 1-2 г/кг (150 г дан кўп эмас), магний сульфат ёки натрий сульфат 25-30 г. Буйрак етишмовчилигида магний тузлари берилмайди. Болалар коррозияли воситалар, нефть маҳсулотлари билан заҳарланганларида қусиш кузатилмайди. Сўриладиган моддаларни чиқариб ташлаш. Махсус бўлимда форсирланган диурез, гемодиализ, гемасорбция қилинади. Форсирланган диурез кислота-ишқор ва электролитлар бузилиши мия ва ўпка шишини чақиради. Фақат махсус кўрсатма бўлгандагина қилиниши мумкин. Буйрак етишмовчилиги, юрак етишмовчилиги, электролитлар балансининг бузилиши форсирланган диурезга қарши кўрсатма ҳисобланади. Бундай вақтда жабрланган шахсдан аниқ анамнез йиғилади. Бунга қиради:

- қандай модда ютилган?

- Бу қачон содир бўлган?
- Қанча миқдорда модда ютган?
- Доза ва заҳарланиш кучи?
- Токсик моддаларни ютиш (тушиши) қанча вақт давом этган?
- ШТЁ ходими келгунга қадар қандай чора тадбирлар қилинган?
- Боланинг оғирлиги.
- Бу ҳолат ота-онаси томондан олдиндан уюштирилиб болага зарар келтириш учун қилинганми?
- Охирги марта қабул қилган овқати ва суюқлиги, шунингдек тиббий дори воситалари?
- Ютилган зарарли моддалар билан бирга бирор нарса бўлганми?

Агар қайси модда заҳарланиш чақирганлиги аниқланса, заҳарланиш маркази билан боғланиб, шу заҳарга қарши антидот борлигини ва бор бўлса, уни қандай қўлаш кераклигини аниқлаш керак. ШТЁ ходими анамнез йиғиш билан бирга ҳар қандай белги ва симптомлари ва қуйидагиларни аниқлаши керак:

- Ҳуш бузилиш даражалари.
- Нафас йўллари ўтказувчанлиги, нафас ва қон айланиши.
- Боланинг умумий кўриниши.
- Кўнгил айниш.
- Қусиш.
- Ич кетиш.
- Қоринда оғриқ.
- Оғиз атрофида кимёвий қуйиш.
- Нафас чиқарганда келадиган ҳид.

Шошилич ёрдам.

ШТЁ ходими қуйидаги босқичларни бажариши лозим:

- Нафас олиш ўтказувчанлигини таъминлаш.
- Бола оғзидаги таблеткалар, фрагментлар бўлса, олиб ташлаш, бунда ўз хавфсизлигини таъминлаш учун қўлқоп кийилади.
- Бош ходим консультацияси билан активланган кўмир ёки ипекакуана сиропи баъзи ҳолатларда берилади.
- Бола ҳушсиз бўлганда чап ёнбошга ётқизиб, боши орқага ташланган ҳолатда бўлиши керак, қусиш натижасидаги аспирацияни олдини олиш учун.

- Ҳар қандай факт йиғилши керак. Бола томонидан ютилган захарли моддалар идентификация қилиш учун.
- Кейинги ёрдам кўрсатиш ва текшириш учун болани тиббий муассасага транспортировка қилинади.
- Беморни қайта баҳолаш давом эттирилади.
- Заҳарланиш маркази билан боғланиши керак.
- Талвасага қарши дорилар вена ичига юборилади. Қуйидагилар танланади:
Бензодиазепаминлар (диазепам, назепам), фенитион ёки фенобарбитал. Паральдегид қўллаш мумкин. Баъзи токсик моддаларни антидотлари масалан: изониазиддан заҳарланганда пиридоксин юборилади.
- Узоқ вақт давом этган комада даволаш муҳимдир.

Буйрак етишмочилиги. Кўпинча этиленгликол ва яллиғланишга қарши ностероид дори воситаларидан заҳарланганда кузатилади. Буйрак фаолияти мониторинги муҳим аҳамиятга эга, баъзан гемодиализ қилинади.

Токсик моддаларни ҳазм йўлига сўрилишини олдини олиш. Токсик моддалар кўзга ва терига тушганда кўп миқдорда оқиб турган сувда ювилади. Нафас йўлларига заҳарли модда тушганда тоза ҳавода нафас олдирилади. Ошқозон-ичак йўлига тушган бўлса, сўрилишини олдини олиш учун охириги вақтда қуйидаги 3 та йўл қўлланилмоқда:

- Ошқозон массаларини чиқариб ташлаш.
- Адсорбирловчи моддалар одатда активланган кўмир ва кучсизлантирувчилар юбориш.
- Ахлат билан токсик моддаларни чиқиб кетишини тезлаштириш.

Бу усулни натижавийлиги заҳарланишдан 1 соат ўтгач пасаяди. Бундай ҳолатда бошқа усул қўлланади. Қусиш чақирувчи моддалар. Ипекакуана сиропи ягона қусиш чақирувчи модда бўлиб ошқозонни бўшатиш учун қўлланилади. Ипекакуана сиропи 0, 14% ипекуана алкалоидини ўзида сақлайди. Қусишни стимуляция қилиш учун қўлланилади. 6 ойгача бўлган болаларда қўллаш мумкин эмас. 6 ойдан 1 ёшгача бўлган болаларга 5-10 мл ни 10-20 мл/кг билан берилади. Агар таъсири бўлмаса 20 минутдан кейин қайтарилади. 1-12 ёш болаларда 15 мл препаратни 100-200 мл ҳажмдаги сув билан қабул қилиш. Таъсири бўлмаганда 20 минутдан кейин қайтарилади. Ипекакуана сиропини бола ҳушсиз бўлганда ҳуш даражаси пасайганда коррозия таъсири кислота ва ишқорлар билан заҳарланишларда, нефть маҳсулотлари билан заҳарланишларда ёки моддани ютгандан кейин 1 соат ўтгач болага буюрилмайди. Ипекуана фақат ҳушида бўлган болаларга берилади. Ипекакуанани ичиш мумкин эмас. Бу ошқозон массаларини ичакка ўтишини тезлаштиради. Қарши кўрсатмалар. Ҳушнинг бузилиши, қусиш рефлексининг

йўқлиги, кислота ва ишқорлар билан заҳарланиш, тутқаноқлар ёки тутқаноқ чақирishi мумкин бўлган моддалар билан заҳарланиш, қусишга қарши кўрсатма бўлган касалликлар, номаълум модда билан заҳарланишлар. Ножўя таъсири: диарея, уйқучанлик, йўтал, бўғилиш, депрессия ва ҳазм қилишнинг бузилиши киради. Ипекуана сиропи ШТЁ ходими тўғридан- тўғри кўрсатмасига қараб берилиши керак.

Қустирувчи моддалар:

Ипекакуана сиропи ошқозонни бўшатиш учун қўлланиладиган ягона қустирувчи модда.

1.Ипекакуана сиропи-агар заҳарловчи моддани қабул қилинганига кам вақт бўлганда ошқозон массаларини чиқарувчи восита. 85% беморларда 1 дозани қабул қилгандан кейин 15-20 минутда 2 дозани қабул қилганда 96% беморларда 15-20 минутдан кейин қусади. Агар ипекуана заҳарланишнинг 1 соатларида қўлланилса токсик моддаларнинг 30-40% чиқарилади. Ипекуана сиропи рецепт талаб қилмайди ва узоқ вақт сақланади. Шунинг учун уни уй аптечасида сақлаш мумкин. Одатий дозаларда хавфсиз ҳисобланади.

2. 6 ойдан 1 ёшгача бўлган болаларда 10 мл сув билан ичирилади. Препарат врач назорати остида берилади.

3. 1 ёшдан 10 ёшгача бўлган болаларда 15 мл сув билан ичирилади. Агар 20 минутда қусиш бўлмаса қайта қабул қилинади.

4. 10 ёшдан катталарда 30 мл сув билан ичирилади. Агар қусиш бўлмаса 20 минутдан сўнг қайтарилди.

5. ипекакуана сиропига қарши кўрсатма ишқор ва кислоталар, углеводородлар билан заҳарланиш, шунингдек кома ва эпилептик тутқаноқлар ҳисобланади. Нисбий қарши кўрсатма комани тез чақирадиган моддалар билан заҳарланиш.

Активланган кўмир.

Адсорбцияловчи модда активланган кўмир таъмсиз, ҳидсиз қора рангли кўмир бўлиб ўтиннинг ёниш маҳсулотидир. У турғун моддалар билан боғ ҳосил қилиб уларнинг сўрилишига тўсқинлик қилади. Активланган кўмирнинг кичик зарралари катта юза ҳосил қилиб таъсир қилади. Активланган кўмир металл, спирт, углеводород, ишқор ва кислоталар билан заҳарланишда таъсир қилмайди; ипекуана сиропини қабул қилишдан олдин берилмайди. 1 г/кг ичишга берилади. Препарат 250 мл ёки суяқ сурги воситалар билан эритилади. Активланган кўмир қусиш чақирилгандан кейин берилади ёки

ошқозонни ювгандан кейин зонд орқали берилади. “Универсал антидот” (активланган кўмир магний гидроксид ва қотирадиган кислоталар аралашмаси) у фақатгина эффе́кtsiz бўлиши билан унинг дозаси 1 кг/кг дир. Ютилган модданинг массасидан 5-10 марта ортик массада берилади. Махсус ҳолатларда активланган кўмирни 1 ёшда бўлган болаларга ҳар 4-6 соатда, 1-12 ёш болаларга ҳар 2 соатда қайта бериш мумкин. Агар болада активланган кўмир берилгандан сўнг тезда қусиш кузатилмаса у яна берилади. Ипекакуана сиропи берилган бўлса, қусиш тўхтагандан сўнг активланган кўмир берилади. Активланган кўмир 50-100 г сув ёки сорбитолга аралаштирилиб, госпитализациягача бўлган вақтда қўлланилиши мумкин. Активланган кўмир ипекакуана сиропи билан бирга ва гастроскопияда қўлланилмайди. Қайта сорбитол ва сурги моддалар берилганда қўлланилмайди.

Ошқозонни ювиш. Ипекакуана сиропидек натижа бермайди. Боланинг қабул бўлимига ётқизилгунча қусиш моддалари берилмаган бўлса, ошқозон ювилади. Усулнинг афзаллиги зонд орқали активланган кўмир, сурги моддаларни зонд орқали тез юбориш мумкинлиги. Зонд қўйишдан олдин трахея интубация қилинади. Жихозлар:

1. 18-40Ф (6-13 мм) диаметрли зондлар, 120 мл ҳажмдаги махсус шприц.
2. болани чап ёнбош билан ётқизилади, кўкрак ёшидаги болалар йўргакланади.
3. Зондга гель суртилади, киришини енгиллаштирилади.
4. Зонд ошқозонга туширилади. Аускультация ёрдамида ҳолати аниқланади, зонд орқали бир оз ҳаво жўнатилади.
5. Ошқозон массаси сўриб олинади.
6. Ошқозон физиологик эритма билан 10-20 мл/кг билан ювилади.
7. Ювиш такрорланади. Ювилаётган суюқлик тоза бўлгунча.
8. Зонд орқали активланган кўмир ёки антидотлар масалан ацетилцистеин юборилади. Зондни чиқариб олишдан олдин сиқилади, чунки ошқозон массалари чиқиб аспирацияга олиб келмаслиги учун.

Сурги воситалари.

Ичак массалари чиқиб кетишини тезлаштиради ва токсик моддалар сўрилишини камайтиради. 2 ёшдан кичик болаларга сорбитолни эҳтиёткорлик билан қўллаш керак. Дегидратация чақирити мумкин. Таркибида темир тўтувчи моддалар, таблеткаларни чиқариб ташлаш учун ичак махсус эритма билан ювилади. У таркибида сўрилмайдиган

сульфат ва полиэтиленгликоль сақлайди. Эритмани токсик модда бутунлай чиқиб кетгунча 5-20 литр миқдорда жўнатилади.

Суюлтириш. ОИТ даги токсик моддаларни чиқариб ташлашни самарасиз усули. Суюлтириш одатда ошқозон шиллиқ қаватларига китикловчи таъсир кўрсатадиган моддалар таъсирини камайтириш учун қилинади.

Нейтрализация. Кислоталарни асослар билан ёки тескарисини қилиш ҳозирги вақтда тавсия қилинмайди. Нейтрализация кўпинча кечки ўтказилгани учун натижа нолга тенг. Шунингдек нейтрализация реакциясида ҳосил бўладиган иссиқлик тўқималарни шикастлантириши мумкин.

Сўрилиб бўлган моддаларни чиқариш усули.

Фақат оғир заҳарланиш ҳолатларида қўлланилади. Улар бир мунча хавфлидир. Баъзи ҳолатларда фақатгина кузатиш билан чегараланди. Беморларни кўп бўлмаган қисмида госпитал шароитда қуйидагилар ўтказилади.

Госпитализация

Энг енгил заҳарланишда ҳам ҳар эҳтимолга қарши 4 соатгача госпитализацияланади. Наркотиклар билан заҳарланишда нарколог маслаҳати ва давоси зарур.

Симптоматик даво. Заҳарланиш моддаларини зарарсизлантириш ва чиқариб ташлаш жигар ва буйрак фаолияти сақланган бўлса, қўлланилади. Қувватловчи терапия қуйидагилар асосида олиб борилади:

1. Нафас тизими. Нормал газ алмашинувини ушлаб туриш учун нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминланади ва кислород берилади. Қусиш рефлекси пасайган ва йўқолган ҳолатларда ошқозон массаларини аспирациясини олдини олиш учун трахея интубацияси қилиниши мумкин. Зарарланганда марказий нерв системаси фаолияти сусайса СЎВ қилинади.

2. Юрак қон-томир тизими. Шок ва артериал гипотонияни даволаш учун вена катетерланиб суюқлик қуйилади. Заҳарланганда миокард қисқарувчанлиги сусайса кўпинча у антидепрессантлардан заҳарланишда иноотроп ва вазопрессор дорилар қилинади. Ритм бузилса алгоритм асосида юрак-ўпка реанимацияси ўтказилади.

3. Сув-электролит баланси. Йўқотилган сув ўрнинин тўлдирилади ва электролитлар бузилиши тикланади.

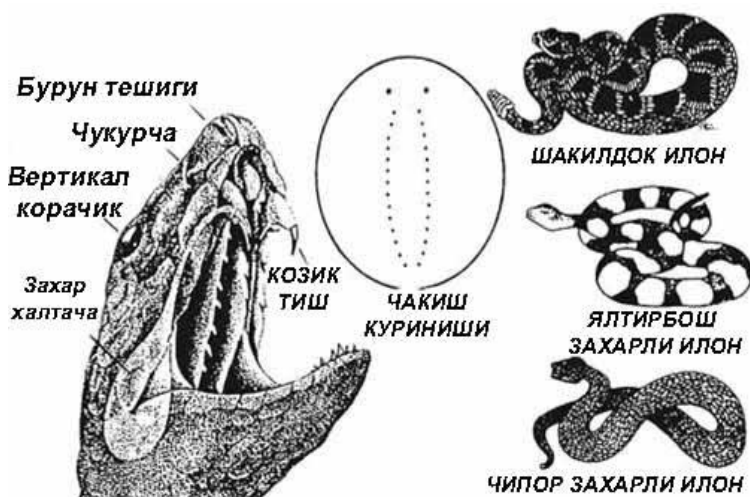
4. Қон гемолитик анемияда эритроцитар масса қуйилади ёки қон алмаштирилади.

5. МНС кўпинча фаолияти сусайиши ва эпилептик талвасалар кузатилади.

Илон чақиши.

Заҳарли илонлар Антарктида ва айрим ороллардан ташқари бутун дунёда учрайди. Заҳарли илонларнинг 5 та тури тафовут этилади.

1. Заҳарли қора илонлар. Буларга макасин заҳарли қора илони Жанубий америкалик мис бошли заҳарли илон, Африка ва Осиё заҳарли қора илони, Европа қора илони, Ўрта Шарқ заҳарли



қора илонлари киради. Бу заҳарли қора илонларнинг чақиши коагулопатия қон ивишининг бузилиши ва шок ривожланиши натижасида ўлимга олиб келади.

2. Аспидлар. Ушбу илонлар гуруҳига кобра, мамба, каитлар, қора илонлари киради. Заҳарнинг нейротоксик таъсири туфайли яъни паралич нафас ва юрак етишмовчилиги натижасида ўлим юз беради.

3. Сув илонлари. Буларга денгиз илонлари ва Тинч океанининг жанубий қисмидаги оролларда Австралия, янги Зелландия ва Янги Гвинея оролларидаги илонлар киради. Уларнинг заҳари нейротоксик таъсирга эга.
4. Чипор илон. Чипор илонларнинг кўпгина турлари заҳарсиз илонларга киради. Заҳарланишларга қуйидагилар киради. Бумсленг, узун илон (Африка), Ямакагаши (Япония), Жанубий Осиёлик қизил бўйинли чипор илон. Бу илонларнинг заҳарлари турли таъсирга эга.
5. Атроктоспидлар. Бу гуруҳ илонларига дори заҳарли қора илонлар, стилетсимон илонлар ва бошқалар киради. Ушбу гуруҳ илонлари турли таъсирларга эгадир.

Илон чаққандаги белги ва симптомлар.

Илон чакқанда илон турини идентификация қилиш шарт, чунки заҳарсиз илон чакқанда заҳарли илон чакқанга нисбатан даволаш осон. Агар илон тури идентификация қилинмаган бўлса, худди заҳарли илон чакқанга ўхшаш ёрдам олиб борилади. Бундай ҳолларда мутахасис маслаҳати олинади.



Заҳарли илон чакқандаги симптом ва белгилар.

- Теридаги кўринарли тишли жароҳатлар, ўша соҳадаги тери рангининг ўзгариши мумкин. Чакқан соҳадаги оғриқ ва шиш 30 секунддан 1 минутгача бўлиши мумкин. Чакқан жойдан қон кетиш, пульсни ортиши.
- Нафас олишнинг қийинлашуви.
- Кўришнинг пасайиши ва диплопия.
- Ҳолсизлик.
- Кўнгил айниши.
- Қусиш.
- Уйкучанлик.
- Ҳушнинг йўқолиши.
- Талваса.

Заҳарли илон чакқандан кейин белгилар бир соат ичида кузатилади. Заҳарли илон чакқандан кейин маҳаллий қон айланишни тўхтатиб бўлмайди, лекин камайтириб туриш керак. Заҳарли илон чакқан жойда сўрилишни пасайтириб туриш, яра жойлашган соҳани ёмонлашувини олдини олиш, ҳаётий кўрсаткичларни ушлаб туриш, беморни ҳаракатлантирмасдан шошилишч тиббий муассасага транспортировка қилинади.

Ингаляцион заҳарланиш йўли организмга заҳарли моддаларнинг киришини энг кенг тарқалган йўлидир. Организмга ингаляцион йўл билан тушган заҳарли моддалар таъсири тез, бироздан кейин ёки сурункали таъсир билан юқори нафас йўллари ёки ўпкаларга таъсир қилиши билан характерланади. Заҳарли модда организмга нафас олиш тизими орқали тушади, умумий қон оқимида абсорбцияланади, бу эса бошқа организмларда заҳарли эффект (системали токсик таъсир) ривожланишига олиб келади. Нафас йўллари орқали тушган цианоз хужайра даражасида кислород транспортини

блоклайди, ис гази эса гемоглобин молекуласида кислород урнини босиб, тукималарга кислород етказишни блоклайди.

ШТЁ ходими фалокат содир бўлган жойга боришдан аввал заҳарли агентларнинг таъсиридан ўз хавфсизлигини таъминлаганлигига ишониши керак. Ингаляцион заҳарланишларда кўрсатадиган ёрдамнинг биринчи босқичида заҳарланиш манбаидан беморни шошилишч изоляция қилиш керак.

Диққат. Нафас орқали кираётган моддалар ҳид сезишни камайтириши мумкин. Бу моддалар бир неча дақиқа қид сезишни заифлаштириб, моддалар токсик таъсири борлигини адаштиради.

Ис гази ингаляцион заҳарланишни энг кўп учрайдиган турига киради. Ис гази кўмир, дарахт ёки углеводород маҳсулотларининг тўла ёнмаслиги оқибатида ажралиб чиқади. Шу билан бир қаторда бу ис гази ҳар қандай ёнувчи моддаларни ёнишидан ҳоли юзага келади. Айниқса автомобил моторларини ёнишида ҳосил бўлган газда канализацион газларда, саноат газларида ва овқат тайёрлашда ишлатиладиган ёқилғиларда ишлаб чиқарилади. Бу газнинг борлигини аниқлаш жуда қийин, чунки у таъмга ҳам ҳидга ҳам эга эмас. Бу газ билан заҳарланишнинг белгиларидан бири ҳодиса жойида топилган бола ёки инсон бўлиши мумкин.

Газлар билан заҳарланишда ҳодиса жойида кўп инсонлар шикастланиши мумкин. Ҳодиса жойида шикастланган инсон кўп ҳолларда ҳаётига хавф солувчи муҳитни англай олмайди ва хушини йўқотади. Нафас фаолияти бузилади. Бу ҳолатда бирдан бир оғир ҳолат юзага келишини исботловчи белгилар озгина бош айланиши, беҳоллик ва бош оғриши бўлиши мумкин. Ингаляцион заҳарланиш белги ва симптомларига қуйидагилар киради:

- А) нафас олишнинг қийинлашуви.
 - Б) кўкракда оғриқ.
 - В) йўтал.
 - Г) овоз бўғилиши.
 - Д) бош айланиши.
 - Е) бош оғриғи.
 - Ё) Ҳуш даражасини бузилиши.
 - Ж) Галваса.
- 3) Гаранглик.

Кимёвий моддаларнинг тутунлари билан заҳарланиш.

Баъзи бир учувчи кимёвий бирикмалар хавфлилиги сабабли овқат сифатида ишлатилмайди. Бу моддалар дўконларда ва саноат ишлаб чиқариш маҳсулотларида қўлланилади. Бу маҳсулотлар ҳаво алмашилиб туриладиган хоналарда сақланади, чунки бу маҳсулотлардан чиқаётган тутунлар ўта хавfli ҳисобланиб, шу буғ билан нафас олган инсонларни заҳарлайди. Бу маҳсулотларга синтетик елимлар, бўёқлар, хўл маркерлар, бензин, ёндирувчимослама учун суюқликлар аэрозолларида, ҳаво аэрозолларида бўлади. Бу учувчан кимёвий моддаларни нотўғри қўллаш оқибатида нафас аъзоларига яқин тутилганда ва шу моддалар билан заҳарланиш – токсикомания ҳолатларида кузатилади. Болалар бу заҳарли учувчи моддаларни салафан қопчаларига осиб, эйфория кайф олиш мақсадида шу қопча орқали нафас оладилар. Бу учувчи кимёвий бирикмалар билан заҳарланган инсонлардаги белги ва симптомлар худди алкоголь ва наркотик моддалар билан заҳарланган белги ва симптомларга ўхшаш.

Инъекцион заҳарланиш.

Заҳар одатда тўғридан тўғри умумий қон айланиш доирасига тушиши, наркотик моддаларни қон томирга юборганда юзага келади. Заҳарланиш бу юборилаётган моддаларни таъсир қилиш жараёни ошиб кетганда кузатилади. Шошилиш тез ёрдам ходими эсда тутиши керакки, кўп наркотик таъсир қилиш хусусиятига эга бўлган ҳар хил номдаги наркотик моддалар қонга тушиши оқибатида юзага келади. Шифокор ҳар доим бемор айтган бу моддаларга ўта шубҳа билан қараши зарур.

Заҳарли ҳайвонлар ва ҳашаротлар чакқандаги заҳарланишлар инъекцион заҳарланишларнинг манбаи ҳисобланади. Илонлар, ўргимчаклар, чаёнлар ва бошқа ҳашаротлар чақиши ҳам инсонни заҳарланишига олиб келиши мумкин. Агар бола қайси ҳайвон ёки ҳашарот чакқанини аниқлай олса, шу заҳарга қарши моддани нейтраллаш мақсадида ишлатиши мумкин. Белги ва симптомларига қуйидагилар киради:

- А) хуш даражасининг бузилиши.
- Б) нафас фаолиятининг депрессияси.
- В) қон босимини тушиб кетиши.
- Г) ҳолсизлик.
- Д) бош айланиш.
- Е) қалтираш.
- Ё) Тана ҳароратининг юқорилиги.
- Ж) кўнгил айниши.
- З) қайт қилиш.
- И) яллиғланиш ва шишнинг чаккан жойда булиши.
- Й) Нафас олишнинг кийинлашуви.

К) юз, қўл, тил ва лабнинг шишиб кетиши.

Наркотикларни суистеъмол қилиш

Наркотиклардан захарланиш.

Охирги вақтларда наркотикларни суистеъмол қилиш ўсмирлар орасида кўп учрамоқда. Бу гуруҳ наркотик моддалари ўз ичига самарадор ва кенг қўлланувчи оғриқсизлантирувчи препаратларни олади. Наркотик моддаларни ҳатто шифокор назорати остида қабул қилганда ҳам жисмоний ва руҳий қарамликка олиб келади. Бу гуруҳга кўп ишлатиладиган моддалардан опий, морфин, героин, кодеин ва литадон (синтетик наркотик) киради. Героин кучли эйфория чақирувчи ва кўпроқ давомли таъсир қилувчи энг кўп қўлланиладиган наркотик ҳисобланади. Героин морфинга нисбатан кучли наркотик ҳисобланади, лекин кўп мамлакат тиббиётида қўллашга рухсат этилмаган. Героин оқ, кулранг ёки сарғиш жигар ранг енгил кукун. Героинни юборилиши хидлаш орқали бўлса ҳам, кўпинча вена ичига қўлланилади. Кодеин героин ва морфинга нисбатан ўта кучсиз наркотик, паст таъсирга эга бўлса, ҳам, йўталга қарши сироплар таркибида берилиши мумкин. Наркотикларни суистеъмол қилгандаги белгиларига секин ва юзаки нафас, эс ҳушнинг йўқолиши, қорачиқларнинг нуқта даражасигача торайиши, уйқучанлик, муҳитни хис қила олмаслик ва нутқнинг бузилиши киради.

Ўсмир наркоман наркотик моддаларни тўсатдан қабул қилмай қолганда галлюцинацияларнинг бўлиши эхтимолидек жуда безовта бўлади. Илк белгилари 2-48 соатда бошланиб, 72 соатда чўккисига етади. Бу ҳолат ҳаёт учун хавфли бўлмаса ҳам, кўпчилик ўзини бир мунча ёмон хис қилади. Ундан кўра ўлимни афзал кўради. Бу белгилар ва симптомлар наркотик моддани қайта қўллаганда ва наркотикдан бош тортганда бир неча кун ичида йўқолади.

Наркотикдан захарланиш юзага келган беморларга

ёрдам кўрсатиш.

Наркотик моддалар билан захарланган болаларда ёрдам кўрсатиш фаолиятини биринчи навбатда нафас йўлларини, нафас фаолиятини тиклашга ва қон айланиш тизимига қаратиш зарур. Бу одатда бола анамнезида наркотик моддаларни қўллаганлигини аниқлашдан иборат. Беморда ҳуш даражасини бузилиши одатда ундан анамнез йиғишни қийинлаштиради. Бу ҳолатларда тўла объектив текширишни амалга ошириб, яширин шикастланишни аниқлашдан иборатдир. Объектив баҳолаш ҳаётий кўрсаткичларни баҳолашдан ва шокка қарши даво чорасини амалга оширишдан иборат бўлиши керак. Беморда шок ҳолати шошилиш тез ёрдам мутахассиси чақирилгандан

кейин ҳам юзага келиши мумкин. Бу шифокордан беморга шошилиш ёрдам кўрсатишни ва уни мониторинг кузатувиغا олишни тақозо қилади. Агар боланинг ҳуш даражаси бузилган бўлса, уни ёнбошга ўтқизиб, оғзидан чиқараётган қусуқ моддаларини аспирация бўлмаслиги учун тозалашни тақозо этади. Шифокор бемор билан уни тинчлантирадиган даражадаги муомалада бўлиши зарур. Бола билан вазмин, юмшоқ ва унинг ҳолатини ҳис қилиш ҳолатида ёндошиш керак. Шифокор болани ҳуш даражасини олдини оладиган ва ўзига шикаст етказмайдиган ҳолатда кўрувни амалга оширади. Бола доимий шифокор назоратида бўлиши зарур. Бирламчи бўғин шифокори наркотик моддалари билан заҳарланган беморда шу заҳарнинг турини аниқлайдиган ҳар қандай ахборот ва материаллардан фойдаланиши керак, чунки бу ахборот ва материаллар керакли шошилиш ёрдамни кўрсатишда катта аҳамиятга эга. Бу моддаларга қошиқлар, қоғоз пакет, пипеткалар, тери остига юборадиган игналар, ампула синиқлари киради. Ҳодиса жойидан топилган турли препаратлар бемор текшируви ва ёрдам кўрсатиладиган жойга юборилади. Бола танасидаги инъекциядан қолган излар, капсула, таблетка, доривор препарат қолдиқлари ёки оғиз атрофидаги ёки бурун атрофидаги қолдиқ моддалар болани наркотик моддаларни қабул қилганлиги тўғрисида маълумот беради. Олдин амалга оширилган тиббий текширувлар анамнезидаги талвасалар (наркотик моддаларни қабул қилмаган бўлса, ҳам) катта аҳамиятга эга. Болани албатта транспортировка қилиш чоғида шу ерда топилган моддий ашёларни шифохонага олиб бориб, қабулхона шифокорига бериш керак, бу болага малакали ёрдам кўрсатишда катта аҳамиятга эга. Жуда кўп заҳарланишларда кома ва бошқа ҳуш даражасининг бузилиши турлари учрайди. Бу ҳолатларда қуйидаги дори воситалари беморга қўлланилади.

1. Нолоксан 2 мг вена ичига (опий билан заҳарланганда).
2. Тиамин 0,1 г вена ичига (Вернике энцефалопатияда)
3. Глюкоза 50 мл 50 % эритма вена ичига (глюкозани капилляр конида аниқлаш).
4. Кислород бериш.
5. Фулмазенилни бензодиазепинлар билан передозировка бўлганда юборилади.

Номаълум моддалар билан заҳарланганда препарат қўлланилмайди. Бундан ташқари фулмазенил талваса чакирувчи моддалар (кокаин, литий, теофиллин, изониазид, фиклоспорин) билан заҳарланганда ва анамнезида талвасалар бўлганда қўлланилмайди.

Сўрилмаган моддани олиб ташлаш. Ошқозонни қусуқ массаларидан тозалаш ва ювиш. Бу тадбирлар одатда заҳарланишнинг биринчи соатларида ёрдам беради. Шунинг учун жуда кўп беморлар шифохонага кеч соатларда тушади. Бундан ташқари қусиш даволашга ҳалақит бериши мумкин. Шунинг учун кўп ҳолларда активланган кўмир

буюрилиши билан чекланади. Ошкозонни ювиш фенотиозинлар (ошкозон моторикасини тормозлайди) билан заҳарланганда тавсия этилади

Алкогольдан заҳарланиш.

Алкогольдан заҳарланиш болалар ўртасида учраб, шу беморга бўлган эътиборни сусайтиради.

Спиртли шарбатлар сифатида (вино, пиво ва дистилланган ликёрлар) этил спирти, этанол, донли спирт ёки оддий спиртлар мавжуд. У МНСга, руҳий ва жисмоний фаолиқка наркотик моддага ўхшаб чарчатувчи таъсир кўрсатувчи рангсиз, қиздирувчи суюқликдир. Алкоголь организмга босқичли таъсир кўрсатади. Аввал у бўшашишни чақиради ва хушнинг хиралашуви билан кечувчи ўзини яхши хис қилишни ва оддий ҳаракатларни аниқ ва самарали бажара олмайдиган координациянинг доимий бузилиши билан кечади. Ўсмирлар орасида алкогольни давомли истеъмол қилиш мастлик ва қусишга, юра олмасликка ёки тура олмасликка ва эс-хушининг бузилиши (уйку ва ступор)га олиб келади. Ортиқча миқдорда истеъмол қилиш хушнинг йўқолишига, кома, нафаснинг сусайишига, ҳатто алкогольдан заҳарланиб ўлишга олиб келиши мумкин. Алкоголь истеъмол қилишда руҳий ва жисмоний қарамлик ривожланиш эҳтимоли юқори. Алкогольдан оғир заҳарланган ўсмирларда қусуқ массаларидан аспирация бўлишини олдини олиш ва ўзига, ёки атрофдагиларига хавф туғдиришдан огоҳ бўлиши керак.

Тиббий препаратлар билан заҳарланиш.

Жуда кўп тиббий препаратлар болалар томонидан назорат суст бўлганда қабул қилиниши мумкин. Бу тиббий препаратлар гуруҳига барбитуратлар, антидепрессантлар, стимуляторлар, галюциногенлар, ухлатувчи ва бошқа кўп дори дармонлар киради. Юқорида айтилган дори дармонларни бир нечталари бошқаларга қараганда ўта хавфлидир. Баъзи болалар томонидан бир нечта тиббий препаратлар биргалиқда қабул қилиниши сабабли уларнинг умумий клиник белгилари ўзгаради ва уни ташхислаш муаммоси туғилади. Бу тиббий препаратлар бола организмга ҳар хил йўллар билан кириши мумкин. Оғиз орқали, нафас йўллари орқали ва инъекцион дорининг таъсир қилиш давомийлиги ва кучи бола организмга қайси йўл билан кирганига боғлиқ. Бирламчи бўғим шифокори учун шу регионда қайси тиббий препаратлар кўп қўлланиши катта аҳамиятга эга. Тиббий препаратлар билан заҳарланганда кўрсатиладиган ёрдам стандарт баённомалари болалар учун мавжуд бўлиши катта аҳамиятга эга.

Ингаляцион заҳарланиш йўли организмга заҳарли моддаларнинг киришини энг кенг тарқалган йўлидир. Организмга ингаляцион йўл билан тушган заҳарли моддалар таъсири тез, бироздан кейин ёки сурункали таъсир билан юқори нафас йўллари ёки ўпкаларга таъсир қилиши билан характерланади. Заҳарли модда организмга нафас олиш тизими орқали тушади, умумий қон оқимига абсорбцияланади, бу эса бошқа организмларда заҳарли эффект (системали токсик таъсир) ривожланишига олиб келади. Нафас йўллари орқали тушган цианоз хужайра даражасида кислород транспортини блоклайди, ис гази эса гемоглобин молекуласида кислород ўрнини босиб, тўқималарга кислород етказишни блоклайди.

ШТЁ ходими ҳалокат содир бўлган жойга боришдан аввал заҳарли агентларнинг таъсиридан ўз хавфсизлигини адекватлигига ишониши керак. Ингаляцион заҳарланишларда кўрсатадиган ёрдамнинг биринчи босқичида заҳарланиш манбаидан беморни шошилишч изоляция қилиш керак.

Алоҳида моддалар.

Ацетилцистеин – парацетамол антидоти (у жигарда глутатион заҳирасини ушлаб туриши тахмин қилинади).

Симптоматик даво жигар ва буйрак функциясини сақлаган ҳолда токсик моддаларни зарарсизлантирилади.

Нафас тизими. Газ алмашинувини нормада сақлаш учун нафас йўллари ўтказувчанлиги таъминланиб, кислород берилади. Ошқозон аспирациясини огоҳлантирувчи қусиш рефлексининг йўқлиги трахея интубациясини талаб қилади. МНСни пасайтирувчи моддалар билан заҳарланганда СЎВ ўтказилади.

Юрак қон-томир тизими. Шок ва артериал гипотонияда вена ичи катетеризация қилиниб, суяқлик юборилади. Миокард қисқарувчанлигини пасайтирувчи моддалар хусусан трициклик актидепрессантлар билан заҳарланганда инотроп ва вазопрессорлар қўлланилади. Ритм бузилиши ЎЮР алгоритмини бошқаришни четлаштиради.

Сув-туз баланси. Сувни йўқолиши тузларни йўқотилишига олиб келади.

Кон. Гемолитик анемияда эритроцитар масса қўйилади ёки қон алмаштирилади.

МАТ. Купинча МНС пасайиши ва эпилептик тутқаноклар кузатилади.

- тутқанокқа қарши препаратлар бензодиазепам (диазепам, лразепам) фенитоин ёки феноббарбитал вена ичига; параалдегидларни ҳам қўллаш мумкин. Баъзи бир токсик моддалар учун антидотлар қўлланилади, масалан: изониазидга – перидоксин қўлланилади. Узоқ комаларда тутиб турувчи даво қилинади.

Буйрақлар. Буйрақ етишмовчилиги этиленгликолин ва НПВС дан захарланганда ривожланади. Буйрақ функцияси мониторингини баъзан гемодиализ қилиш зарур. Ошқозон ичак трактида токсик моддалар сурилишини олдини олиш. Токсик мода тери ёки кузга тушганда оқар сувда ювилади, нафас йўлларига тушганда беморни тоза хавага олиб чикилади, ичилганда ошқозон ичак трактида сурилишини пасайтирилади. Сунгги ҳолатларда 3 та усул қўлланилади: ошқозонни тозалаш, адсорбентларни ёки сурги моддалар ишлатилади, токсик моддаларни ахлат орқали чиқарилиши кучайтирилади.

Ошқозон массаларини чиқариш.

Бу методнинг афзаллиги захарланишдан 1 соатдан сунг тез туширади; бундай ҳолатларда яхшиси даволашни бошка усулини қўллаш маъкул, ошқозон ювилади.

Куллаш: 1чи дозаси (140 мл/кг ичишга) иложи борича тезроқ (ошқозон зонди билан активланган кумир) бериш керак. Кейинчалик 70 мл/кгдан ҳар 4 соатда 17 марта берилади. Ацетил цистеин ичганда кузатиладиган қусиш метокпропамид ёки драперидол билан бартараф қилинади. Агар улар ёрдам бермаса, ацетил цистеинни назодуоденал зонд орқали 30-60 мин давомида қўлланади. Вена ичига камдан кам холларда махсус марказларда юборилади. Бронхоспазм, тошма, терлаш, анафилактик реакцияга ўхшаш реакция бўлади.

Назорат қилиб бориш: Алат, Асат, билирубин активлиги АМК ва ПВ активлигини уша захоти ва 3 сутка давомида аниқланади. Жигар етишмовчилигида жигарни кучириб ўтказилади.

Антидотлар баъзи бир захарловчи моддалар учун ишлатилади.

Димеркапрол – мышьяк, висмут, хром, кобальт, мисс, темир, кургошин, магний радий, селен ва уран **антидоти** ҳисобланади. Уни 2-4 мг/кгдан ҳар 4-8 соатда 5 сутка давомида мушак орасига юборилади. Кейинчалик 3 мг/кгдан ҳар 12 соатда Сукцимер – кургошин антидоти, 12 ёшдан кичик бўлганларда конда кургошин 45 мкг% бўлганда ГДА ишлатилишига рухсат берилади. Доза – 30 мкг/кг/сут 5 суткада 3 махал, сунг 20 мкг/кг/сут 14 суткада 2 махал. Қайта даволанганда жигар ферментларининг активлигини ортиши, кўнгил айниш, қусиш, тошма тошиши мумкин, препаратни тўхтатганда кўп холларда конда кургошин микдори Яна 70 %га ортади.

ЭДГА – кургошин, симоб, мисс, никел, Рух, кобальт, береллий, магнийларнинг антидоти. 25-50 мг/кг/сут. Мускул орасига (дозани бўлиб суткасига 2-4 махал юборилади) ёки вена ичига (давомли инфузия кўринишида) 5 кун мобайнида. Мускул ичига юборганда 0, 5% ли прокаин эритмаси кўшилади. оғир гипокальцемиядан қочиш мақсадида фақат ЭДГАнинг кальцийдинатрийли тузи ишлатилади. Перицилламин –

кургошин, мисс, ртут антидоти 15-30 мг/кг/сут (максимум 1 г/сут) бир неча марта ичиш учун.

Заҳарланишларни олдини олиш.

Заҳарланишларни ҳамма турларида сабабини аниқлаш ва қайта такрорланмаслигини олдини олиш керак. Бунинг учун табиат токсик моддаларни болани узини тутишини, унинг хулқи ва маиший аҳволини ҳисобга олиш керак.

Темир.

1. Этиологияси. Темирдан заҳарланиш кўп учрайди, ҳар бир уй аптекасида темира темир сақловчи витаминларни бир қанчаси мавжудлиги амалиётда тасдиқланган.

2. Текшириш ва диагностика.

Темир сақловчи препаратлар қабул қилингандан сўнг 30 минутдан то 2 соат ичида бўлган вақт оралиғида кузатиладиган белгилар: кўнгил айниш, ич кетиш, ахлатда қон аниқланиши, қоринда оғриқ ва уйқучанлик.

6-24 соатдан кейин иситма, метаболик ацидоз, жигар функциясининг бизилиши, безовталиқ, талвасалар, шок ва кома ривожланиши мумкин.

Кам ҳолатларда заҳарланишдан 3-4 ҳафта утгандан сўнг ошқозон ичак трактида структуралар ривожланиши мумкин.

Бошланғич лаборатор ва инструментал текширув таркибида қоннинг умумий таҳлили, глюкоза миқдори, зардобни темир боғлаш хусусияти аниқланади. Темир тутувчи таблеткаларни аниқлаш учун қорин бўшлиғи тасвирий рентгенографияси ўтказилади.

Даволаш. Агар заҳарланишга кўп вақт бўлмаган бўлса ва қабул қилинган темир миқдори 20 мг/кг.дан кам бўлмаса ипекакуана сиропи ёрдамида қусиш чақирилади.

Қусиш чақирилгандан сўнг ҳазм трактида темир тутувчи таблеткалар яна бор-йўқлигини аниқлаш учун қорин бўшлиғини умумий тасвирий рентгенография қилинади.

Активланган кўмир берилмайди.

Темирни сўрилишини камайтириш учун 4 %ли 50-100 мл натрий бикарбонат ичишга берилади. (юқори миқдорда гипернатремия келтириб чиқариши мумкин).

Ацидозни даволаш ва йўқотилган суюқликни ўрнини тўлдириш учун суюқлик ва натрий бикарбонат вена ичига юборилади.

Дифероксаминли синама қуйида кўрсатилган ҳолатларда ўтказилади. Қабул қилинган темир миқдори юқори ва заҳарланиш симптомлари қусиш ва ич кетиш билангина чегараланмаса, зардобдаги темир миқдори зардобни темир боғлаш хусусиятини оширади.

Заҳарланишда лейкоцитоз (15000 мклдан юқори) ёки гипергликемия (150 мг/г%дан юқори) кузатилса.

Кўлланилиши

Дифероксамин 50 мг/кг (максимум 1г) дозада юборилади. Агар зардобдаги темир миқдори зардобни темир боғлаш хусусиятини оширадиган бўлса, (500 мг/% дан юқори) сийдик ранги қизаради.

Дифероксамин билан даволашга кўрсатма.

- Кома ёки шок.
- Зардобдаги темир миқдори зардобни темир боғлаш хусусиятини оширади.
- Дифероксамин синамаси мусбат бўлса.

Юбориш усули.

1. Юбориш йўлини танлаш (мушак орасига ёки вена ичига), клиник кўриниши ва темирнинг зардобдаги миқдорига боғлиқ. Мушак орасига юбориладиган дозаси ҳар 4 соатда 50 мг/кг (максимум 1г).

2. Вена ичига жўнатиш комада артериал гипотонияда ва ацидозда ишлатилади. Препарат 50 мг/кг дозада вена ичига 4 соат давомида секин жўнатилади. Тезлиги 15 мг/кг соатдан ошмаслиги керак.

3. Заҳарланиш белгилари йўқолса, сийдик ранги ва қондаги темир миқдори нормаллашса, даво тўхтатилади.

Диализ ёрдамида фақатгина дифероксамин билан боғланган темирни чиқариш мумкин. Диализ фақат олигоурия ёки анурияда кўрсатма бўлади.

Салицилатлар билан заҳарланиш – 5 ёшдан кичик болаларда энг кўп тарқалган.

Этиология. Заҳарланиш тўсатдан салицилатларни катта дозада ичиб қўйганда юз беради. Салицилатлар билан сурункали заҳарланганда эпилептик тутканоқ ва метаболик ацидоз ошиш хавфи бўлади.

Салицилатлар билан заҳарланиш бошланганда респиратор алкалоз пайдо бўлади, гипервентиляцияни чакиради. Гипервентиляция салицилатларни МНСга таъсири билан боғлиқ. Кейин тезда, айниқса кичик ёшдаги болаларда метаболик ацидоз ривожланади. Гипервентиляция сийдик билан осмотик актив моддаларни йўқотилиши, метаболизм кучайиши ва қусиш дегидратация ҳамда ацидозни кучайтиради. Кичик ёшдаги болаларда метаболик ацидоз ва респиратор алкалоз белгилари қўшилиб келади.

- Алкалоз ва ацидоз чуқур тезлашган нафас, чанқаш, қусиш, кўп тер ажралиши билан намоён бўлади.

- Салицилатлар мода алмашинувини тезлаштиради, ПВни секинлаштиради.

- оғир ҳолатларда олигоурия, шок, кузгалиш, эпилептик тутканоклар ва кома кузатилади.

- Салицилатлар модда алмашинувини кучайтиради, ПВни узайтиради, тромбоцитлар фаолиятини бузади ва гипо ёки гипергликемияни чақиради. Салицилатларни қондаги миқдори ичилгандан кейин 2-6 соат ўтгач, максимумга етади. Аспирин буйраклар орқали 75 % чиқарилади ва жигарда 25% қайта ишланади.

Заҳарланиш симптомлари қонда салицилатларнинг дозаси 150 мг/кг дан кам бўлмаса кузатилади. Заҳарланиш оғирлиги зардобдаги салицилатлар ва даражасига боғлиқ: 50 мг% - енгил заҳарланиш, 50-80мг% - ўрта оғир, 80-100 мг% - оғир заҳарланиш. Агар салицилатлар 50 мг% бўлса, ва заҳарланишни клиник белгилари бўлмаса (енгил гипервентиляциядан ташқари) госпитализация қилинмайди.

Даволаш – 150 мг/кг дан кўп салицилатлар ичилган бўлса, ацидоздан тозаланади.

- йўқотилган сув ўрнига суюқлик қўйилади, гипогликемияда глюкоза юборилади.

- иситмада совуқ артиш қўлланилади.

- гипопротромбинемия сабабли қон кетишда витамин К берилади, лекин коагулопатия фақат витамин К га эмас, балки бошқа ивиш факторлари етишмаслиги ва тромбоцитопатия билан ҳам боғлиқ.

- салицилатлар чиқарилишини тезлаштириш учун сийдик ишқорланади, вена ичига бикорбонат натрий юборилган ҳолда (2-3 мэкв/кг ҳар 4-6 соатда) сийдикда рН 7, 5 дан кўп бўлиши керак. Бунда салицилатларни $T_{1/2}$ вақти 24-36 соатдан 6-8 соатгача камаяди. Сийдикни ишқорлаш учун ва калий йўқотилишига қарши К қуюлади (3-5 мэкв/сут) Сийдикда ва қонда рН аниқланади.

- Салицилатлар қонда хавфли даражада бўлса, (100-150мг%) олигоурия ёки анурияда юрак касалликларида гемодиализ кўрсатма бўлади. Нисбий кўрсатма – бикарбонат самарасизлиги, эпилептик тутканок ва кома.

- агарда қонда салицилатлар 50 % дан кўп бўлса, активланган кумир қайта берилади.

ПАРАЦЕТАМОЛ. Кейинги вақтда парацетамол иссиқ тушуриш ва аналгетик сифатлилиги туфайли аспиринга нисбатан кўп қўлланилмоқда.

- Парацетамол дозаси ошиб кетганда 1-навбатда жигар зарарланади.

- Биринчи 12-24 соатда кўнгил айниши, қусиш, кўп терлаш кузатилади. 24-36 соатдан кейин жигар катталашади ва оғриқли бўлиб қолади, сариклик, гипербилирубинемия, гипераммониемия, ПВнинг узайиши бошланади. Жигар биоптатида гепатоцитлар цитоллиз ва централобуляр некроз кузатилади.

Аминотрансферазалар активлиги зардобда 3-4 кунларда юқори даражага етади ва жигар етишмаслиги бўлмаса бир ҳафта ичида нормага келади.

Парацетамол метаболитлари гепатотоксик таъсирга эга. Метаболитлар парацетамол дозаси ошганда жигардаги макромолекулалар билан боғланади ва гепатоцитлар некрозини чақиради.

- Парацетамол билан заҳарланиш оғирлигини бошлангич симптомларига қараб айтиш қийин. 2-3 ёшли бола бир мартаба 3 гр. (тахминан 150 мг/кг) парацетамол истеъмол қилса, жигар зарарланиши мумкин. Ўсмирларда токсик доза 8 гр.дан кўп.

- Жигар зарарланиш хавфини аниқлаш учун заҳарланишдан 4 соат кейин қонда парацетамол миқдори қайта ўлчанади, 4 соатдан кейин плазмадаги препарат кўрсаткичи 200 мкг/мл ошади ёки 12 соатдан кейин 50 мкг/мл., жигар зарарланиш хавфи юқори (актив аминотрансфераз 1000 МЕ/л.га ошади).

- Болаларда парацетамол дозасини ошувини Рея синдроми, аминокислоталар алмашинуви бузилиши, альфа-антитрипсин дефицити, ўсмирларда Вильсон касаллиги, алкоголизм, наркомания (героин, учувчи углеводородлар) билан қиёсий таққослаш ўтказилади.

Даволаш.

Парацетамол ичилганда 4 соатдан кўп вақт ўтмаган бўлса, ипекакуана сиропи билан қусиш чақирилади ёки ошқозон ювилади.

- активланган кўмир заҳарланишдан 4 соат ошиқ ўтган бўлса, берилади, бундай пайтда активланган кўмир ацетилцистеин билан бирга берилади. Ацетилцистеин 10 дан 39 % гача активланган кўмирни седсорбция қилади. Фермент синтези индукторлари қарши кўрсатма ҳисобланади, мисол учун фенобарбитал.

Антидепрессантлар: Трициклик антидепрессантлар. Традицион трициклик антидепрессантлар – амитриптипин, илипрамин, нортриптилин, протриптилин, дезипрамин ва доксепин - марказий ва периферик антихолинэргик таъсир кўрсатади, миокард қисқарувчанлигини пасайтиради, қоринчалар ичи ва АВ-ўтказувчанлигини секинлаштиради.

МНСга нейрелептик таъсир қилади. Бошка янги препаратлар – амоксалин ва унга ўхшаш нейрелептик структурали лаксапин камдан-кам кардиотоксик, кўпроқ тутқаноқни чақиради. Тетрациклик антидепрессант мапротилин кардиотоксик ва тетрацикли антидепрессантларга ўхшаш тутқаноқни чақиради.

Клиник манзараси.

1. Антихолинэргик синдром: мидриаз, паралитик, ичак тутилиши, сийдик тутилиши, гипертермия;

2. Юрак кон-томир системасининг зарарланиши: қоринчаларо ва қоринчалар аритмияси, ўтказувчанликни бузилиши, артериал гипотония, ўпка шиши, шок.

3. МНСнинг зарарланиши: кузгалувчанлик, кейинчалик тормозланиш, сопор ва кома, талвасалар булиши мумкин. Метаболик ацидоз, талвасалар юзага келади, юрак зарарланади.

Даволаш. Нафас йўли ўтказувчанлиги, нафас олиш ва қон айланишни назорат қилиш. Қусиш чакирилмайди: ошкоондаги массалар аспирацияга олиб келиши мумкин. Заҳарланиш пайтида ошкозон ювилади (антидепрессантлар унинг моторикасини секинлаштиради) Активланган уголь ҳар 2-5 соатда 50 гр.дан берилади (зарурият бўлганда ошкозон зонди орқали қўлланади). Активланган кумир ичирилгандан сунг ошкозон массаларини шилиб олади.

Юрак зарарланиши. Албатта ЭКГ мониторинги килинади.

Қон томирга таъсир килувчи моддалар.

В-адреноблокаторлар. Клиник манзараси. Кабул килингандан 2 соатдан кейин заҳарланиш симптомлари бошланади. Белгилари: АВ-блокада, артериал гипотония, бродикардия ва юрак етишмовчилиги миокард қисқарувчанлиги пасайишига боғлиқ. Сотолол тахикардия чакириши мумкин. Бродикардия одатда биринчи пайдо бўлади, кейинчалик бошка симптомлар пайдо бўлади. Ўпканинг сурункали касалликлари ва бронхиал астмада В-адреноблокаторлар одатий дозада бронхоспазм чакирмайди. Юракка танлаб таъсир этувчи передозировкачи тез бронхоспазм чакиради. МНС зарарланиши талваса билан уйкучанлик, нафасни секинлашиши ва кома. Кўнгил айниши, қусиш, ичакларнинг оғир ишемияси булиши мумкин. Кам холларда гипогликемия ривожланади, клиник белгиларсиз кечади.

Даволаш. Венага катетер қуйилади. Ошкозонни тозалаш. Агар заҳарланишга кўп булмаган бўлса, ошкозон ювилади ва активланган кумир берилади. Қусиш чакирилмайди, адашган нерв қўзғатилганда шок ривожланади. Бродикардияда 2 мг вена ичига атровин юборилади. Активланган кумир кўп марта берилади.

Артериал гипотонияда физиологик эритма юборилади. Марказий қон айланишини кузатиш керак) Заҳарланишда асосий мода Бета-адреноблокаторлар – глюкоген, миокард қисқарувчанлигини ва пульсни оширади. Бошланишида 50-150 мкг/мг вена ичига минутда берилади, кейинчалик инфузион тезлиги 1-5 мг/соат 5 % глюкозада глюкоген эффекти бўлмаса изопрепалин 2-20 мкг/мин тезликда берилади. Баъзан 200 мкг/мин оширилади. Агар А/Д ошмаса норадреналин берилади. Правонол билан заҳарланганда адреналинни эхтиёткорлик билан юбориш керак. Артериал гипотония ва рефлектор бродикардия чакириши мумкин.

Бронхоспазмни Бета-адреностимуляторлар ва теофиллин бартараф килади. Талваса Бензодиазепаминлар вена ичига, кейин финитон вена ичига юборилади

Гипогликемияда глюкоза вена ичида берилади, гипогликемия сақланса – глюкоген вена ичига юборилади. СЎВ – нафас сусайганда ўтказилади.

Госпитализация – ЭКГ мониторинги ўтказиш 6 соатдан кам булмаслиги керак. қон томир системаси, ўпка ва МНС зарарланиш симптомлари бўлса, реанимация булимида госпитализацияга кўрсатма ҳисобланади. Агар бу симптомлар кузатилмаса, психиатр маслахатидан кейин чиқарилади.

Са - антогонистлари.

Клиник манзараси. Препаратлар артериал гипотонияни келтириб чиқаради, купчилик гипогликемия, уйкучанлик, ҳуш хиралашуви ва комани келтириб чиқаради. Верапамил ва диптиазем оғир брадикардия, АВ-блокада ва асистолия келтириб чиқаради. Камрок дигидропиридинлар (мисол учун нефидипин) дигидропиридинлар рефлектор тахикардияни келтириб чиқаради. Веропонил талваса чакиради, камрок диптиазем ва ундан ҳам камрок нефидипин. Одатда веропонил ўпка ишиш ва гипогликемияни келтириб чиқаради. Юрактомин системаси зарарланиш симптомлари 24 соат утгандан кейин ва биринчи 1-5 соатларда руй беради.

Аритмиялар препаратлар узоқ таъсир килинишдан чакирилиб, 7 сутка давомида сақланиши мумкин.

Даволаш: 1. Ошқозонни ювиш. Қусиш чакирилмайди, ошқозон массалари аспирацияси ва шока олиб келиши мумкин. Агар захарланишга кўп булмаган бўлса, ошқозон ювилади ва активланган кумир берилади. узоқ таъсир этувчи препаратлардан захарланганда, уларни бартараф қилиш учун гастроскопич килинади ва ичаклар полиэтиленгликол билан ювилади.

2. Артериал гипотония ва юрак ўтказувчанлигининг бузилиши. Вена ичига физиологик эритма юборилади, Самара бўлмаса, дофамин вена ичига юборилади, Са $CaCl_2$ (10-20 мл 10 % эритма вена ичига ҳар 10 минутда 3-4 мартагача) артериал гипотонияга кўрсатма, брадикардия ва АВ-блокада, глюкоген ва артериал гипотонияга кўрсатма.

Ишқорлар ва кислоталар: Ишқорлар. Натрий гидроксид захарланиш келтириб чиқаради (кристаллик ёки растворда) ишқорлар идиш-товок юувчи воситалар, сантехник воситалар, окартирув воситалари, сочга ишлатиладиган воситалар, диагностик моддалар таркибида бўлади. оғир захарланишларни канализация йўллари тозаловчи воситалар келтириб чиқариб, таркибида натрий гидроксид эритмаси юқори концентрацияда бўлади.

Клиник манзараси. Ошкозон ичак трактида чукур узгаришлар ва нафас йўлларида хам, оғиз бўшлиғида куйиш ва кўп сулак ажралиши бўлади. Кизилунгач куйиши 30-40 % учрайди. Баъзан оғиз зарарланиши булмайди, кўкрак кафасида характерли оғрик, қусиш, сулак оқиши ва стридор, охирида кизилунгач структураси ривожланади. Ошкозон куйишини суюклик кўринишидаги ишкорлар келтириб чиқаради, перфорация билан асоратланиши мумкин. Юқори нафас йўлларининг куйиши оғир обструкцияга олиб келади (натрий гидроксиднинг кристалли кукунларидан нафас олганда).

Даволаш: Оғиз бўшлиғини кўп хажмли сув билан тез-тез ювиш. (узук вақт давомида),

Қусиш чакирилмайди. Активланган кумир, ошкозонни ювиш, кучсизлантирувчилар қўлланилмайди. Ишкорни нейтраллаш учун кучсиз кислота ишлатилмайди, баъзан ката микдордаги суюкликларни кабул қилиш эффективлиги исботланмаган.

Нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш (трахея интубацияси ва трахеястомия) кислород бериш.

Венага катетер куйиш, тезлик билан суюклик куйиш бошланади, ЧСС ва АД ориентирланади.

Хирург консультацияси

Кортикостероидлар қачон қўланади, кизилунгач структураси бўлганда рухсат этилади.

Антибиотиклар инфекцион асорат бўлганда қўланади.

Опиоидлар. Клиник кўриниши. Хушни бузилиши, нафасни сусайиши ва миоз характерли белгиларидир. Артериал гипотония, брадикардия ва ўпка шиши баъзи ҳолатлардагина кузатилади. Гипоксияда ацидозда, атропин, пенидин ёки дифеноксилат билан бирга кабул қилинганда мидриаз кузатилади.

Даволаш: Нафас йўллари ўтказувчанлиги тикланади. Нафас ва қон айланиши тикланади. Ошкозон ювилади ва активланган кумир берилади. Налаксон (антидот опиотларга қарши) МНСси фаолияти сусайиши, нафас сусайиши ва артериал гипотонияда ишлатилади. Агар венага катетер куйилмаган бўлса, налаксон тил остига ёки эндотрахеал трубка орқали юборилади. Налаксон юборилгандан сунг одатда бемор хушига келади, бунга карамасдан тез госпитализация қилиниши шарт. 45 минутдан сунг бемор аҳволи оғирлашиши мумкин. Асосан узук вақтли (48-соатгача) даволаш метадондан захарлангандва талаб этилади. Бундай ҳолатларда налаксон 5% ли глюкоза билан бирга

вена ичига доимий инфузия килинади (соатига бошлангич дозанинг 2/3 қисми юборилади).

Фосфоорганик бирикмалар. Кишлок хужалигида инсектицид (масалан: паратион) ва педикулёзга карши (малатион) дори сифатида ишлатилади.

Ташхиси. Клиник кўриниши нейронларда АХЭ инактивацияси ҳисобига ацетилхолинни йигилиши натижасида юзага келади. М-холинорецепторларни кузгалиши натижасида миоз, сулак ажралиши кучайиши, кўз ёш ажралиши кучайиши, куришни бузилиши, ошкозон-ичак тракти моторикасини кучайиши, бронхоспазм, бронхорея, кўп микдорда тер ажралиши (уз терига чумилиш), артериал гипотония ва брадикардия, сийдик тутаолмаслик каби белгилар кузатилади.

Н-холинорецепторлар кузгалишидан мушак спазми ва (фасцикуляция) мушаклар бушашиши. Нафас мушакларини фалажлиги ва артериал гипотония келиб чиқади. МНСси зарарланганда дизартрия, кузгалиш, делирия, тутканок, нафас сусайиши ва кома юзага келади. ўпка шиши, пневмония, аспирацион пневмония ва РДСВ ҳам булиши мумкин. Баъзан захарланишни охирги босқичида полинейропатия юзага келади.

Даволаш. Нафас йўллари ўтказувчанлиги, нафас ва қон айланиш тизими кузатилади. Терига тушган моддалар тозалаб ташланади. Ошкозон ювилади, активланган кумир берилади, қусиш чакирилмайди.

Атропин – фосфорганик бирикмалардан захарланганда ишлатиладиган асосий мода, бошлангич дозаси 1 мг в/и, сунг ҳар 15 минутда гмг дан то атропинизация булгунча (бронхорея, сулак кўп ажралиши, юз гиперемияси, мидриаз йўқолгунча) юборилади. Агар яна сутка давомида атропин жунатилиши керак бўлса, қўллаш мумкин, умумий суткалик дозаси 40 мг атрофида булиши керак. оғир ҳолатларда узоқ даволаш талаб килинади ва суткалик микдори юқори дозада (0, 5-1, 5 г/сут) ишлатилади. Мушакдаги ҳолатларга атропин таъсир килмайди.

Салицилатлар.

Салицилатлардан захарланиш ўткир ва сурункали бўлади. Ўткир захарланиш бир марта қабул қилишдан юзага келади. Захарланиш оғирлиги дозасига боғлиқ.

1. Енгил даража – 150 мг/кг.
2. Ўрта даража – 150-300 мг/кг.
3. Оғир даража – 300-500 мг/кг.

Сурункали захарланиш бир неча кун давомида 100 мг/кг/сут микдорида қабул қилса келиб чиқади. Қариларда сурункали касаллик фонида захарланиш юзага келса,

кўпинча ташхислаш кечикади ва летал ҳолат 25 % ҳолатларда кузатилади. Ҳатто оғир сурункали заҳарланишда салицилатларни плазмадаги миқдори кам бўлади.

Клиник кўриниши. Кўнгил айнаши, қусиш характерли бўлиб, плазмада препарат миқдори 30мг%дан ошиб кетса қулоқларда шовқин эшитилади. Катталарда иситма чиқиши ноҳуш белги ҳисобланади. оғир заҳарланишларда уйқучанлик, тутқаноқлар ва кома ривожланади. РДС 30 % ҳолатларда кузатилиб, асосан сурункали заҳарланишда, чекувчиларда ва қарияларда ривожланади.

Артериал қонда газлар - одатда бошида респиратор алкалоз, кейин метаболик ацидоз қўшилади. Тахминан 20 % ҳолатларда фақат метаболик ацидоз, 40 % ҳолатларда уларнинг биргаликда келиши, бошқаларида респиратор ацидоз кузатилиб, у одатда аралаш заҳарланиш бўлганда кузатилади.

Гипогликемия. Кўпинча болаларда катталарга нисбатан кўп учрайди.

Плазмада салицилатлар миқдорини аниқлаш орқали заҳарланиш оғирлигини ва госпитализация қилиш керак ёки йўқлиги аниқланади. Миқдор одатда заҳарланишдан 6 соат ўтгач аниқланади (оғир ҳолатларида бунгача аниқланилади) ва махсус комограмма орқали баҳоланади. Миқдори 70 мг%дан юқори бўлса, ўрта оғир даражада заҳарланиш, агар 100 мг%дан юқори бўлса, ўлим кузатилиши мумкин. Ичакда сўрилувчи қобиғи бор таблеткалар қабул қилинганда ва сурункали заҳарланишда комограмма қўлланилмайди. Бундай ҳолатларда рН (HCO_3)ни ориентация қилиб олиш керак.

Даволаш. Бирламчи бўғинда ошқозонни ювиш. Қусиш чақирилади. Активланган кўмир берилади (оғир ҳолатларда кўп марта).

Госпитализация.

Енгил заҳарланиш. Клиникаси: кўнгил айнаши, қусиш ва қулоқларда шовқин билан чегараланса, қабул қилинган доза 150 мг/кг дан ортиқ бўлмаса, биринчи аниқлашда плазмада миқдори 65 мг% дан паст бўлса, даволаш қабул бўлимида ўтказилади. Салицилат миқдори ҳар 2 соатда аниқланади, то уни миқдори камайиши кузатилгунча давом эттирилади. Агарда бемор ахволи яхшиланса, психиатр курувига жунатилади.

Ўрта оғир заҳарланишда – 24 соатгача госпитализация қилинади.

Оғир заҳарланишда – қабул қилинган дори миқдори 300 мг/кг дан ортиқ; хансираш, дегидратация, ўпка шиши, ҳушни бузилиши, тутқаноқлар ва кома бўлса, реанимация бўлимига госпитализация қилинади.

Ёши катта беморларда заҳарланиш кўп ҳолларда ўлим билан тугайди. Шу сабабли реанимация бўлимига госпитализация қилинади. Агар салицилатлар миқдори камаймаса,

ошқозонга контраст модда юборилиб, рентгенография қилинади. Конкрементлар аниқланиб, ошқозонни массаж қилган ҳолда ичаклар ювилади.

Барбитуратлар. Клиник кўриниши препаратлар дозасига, қабул қилингандан сўнг ўтган вақт, қандай препарат қабул қилинганлигига: қисқа таъсир этувчи (амобарбитал, сенбубарбитал, секобарбитал, пентобарбитал) ёки узоқ таъсир этувчи (фенобарбитал, барбитал примидон) препаратларига боғлиқ. Қисқа таъсир этувчи препаратлардан кам дозаларда ҳам заҳарланиш келиб чиқади, лекин ўлим кўп ҳолларда узоқ таъсир этувчи препаратлардан заҳарланишда юзага келади.

Клиник кўриниши. Енгил заҳарланиш алкоголь мастлигига ўхшайди. ўрта оғир заҳарланишда ҳуш йўқолади, бемор фақат оғриқни сезади, пай рефлекслари ва нафаси сусайган, оғир заҳарланишда кома ривожланади, нормал рефлекслар аниқланмайди (куз корачигини ёругликка реакцияси сақланган) Бабинский рефлексии чақирилади. ЭЭГда изоэлектрик чизик аниқланади. Характерли теридаги белги «барбитурат териси» босилган жойда в акул бармоқларини кафт юзасида пуфакчалар булишидир. Артериал гипотония ва гипотермия булиши мумкин.

Даволаш. Нафас йўллари ўтказувчанлиги ва нафас таъминланади. Ошқозонни ювиш ва активланган кўмир узоқ таъсир этувчи препаратлардан заҳарланганда берилади. Активланган кўмир 50 г.дан ҳар 4 соатдан сўнг ошқозон зонди орқали юборилади, бу фенобарбитал чиқиб кетишини тезлаштиради. Ошқозонни ва ичакни ювиш билан конкрементлар чиқариб ташланади. Бу муолажа қисқа таъсир этувчи препаратлардан заҳарланганда натижа бермайди. Артериал гипотонияда суюқликлар инфузияси амалга оширилади. Агар АҚБ кўтарилмаса, норадреналин ва дофамин қўлланилади.

Нафас тизимидаги заҳарли моддалар.

Нафас билан кирган заҳарли моддалар таъсирловчи, бўғувчи ва тизимли таъсир кўрсатиши мумкин. Қандай газ билан заҳарланганлиги, заҳарланиш маркази билан боғлиқлигини аниқлаш керак, бунда қандай даволаш кераклиги белгилаб олинади.

Таъсирловчи газлар. Тери ва шиллиқ қаватларни куйдириб, ларингит, трахет, бронхит, бронхоспазм, пневмония ва РДС чакиради. Бу ҳолатлар заҳарланишдан 24 соатдан сунг ривожланиши мумкин. Сув яхши эрийдиган (хлор, аммиак, формальдегид, олтингугурт оксиди, озон) биринчи навбатда куз, халқум ва юқори нафас йўлларини зарарлантиради, сувда кам эрийдиган (фосген, азот оксиди) бронхиола ва альвеолаларни зарарлантиради. Маиший кимёда моддаларни эхтиётсизлик билан ишлатганда келиб чиқиши мумкин. Масалан: натрий гипохлорит (окартирувчи) билан олтингугурт

кислотаси (унитазларни тозалаш учун) аралашиб кетса, хлор гази ажралиб чиқади. Натрий гипохлорид билан нашатир спирти аралашиб кетса хлорамин ажралиб чиқади.

Даволаш. Нафас йўллари ўтказувчанлиги ва нафас кузатилади. Бронхоспазмда бронходилататорлар берилади. РДСда кислород берилади ёки СЎВ ПДКВ билан бирга ўтказилади. Тери зарарланганда ифлосланган кийимлар ечиلىб, териси кўп сув билан ювилади, кокшолга қарши зардоб қилинади. кўз тезлик билан су вёки физиологик эритма билан ювилади, кислота ёки ишқордан куйган бўлса, окулист маслахати зарурдир.

Госпитализация. РДС тез ривожланмаслиги мумкин, шунинг учун бемор 6 соатдан кам булмаган вақт давомида кузатилади, бемор узини яхши хис қилиши ва кўкрак кафаси рентгенографиясида узгаришлар топилмаслиги мумкин. Госпитализацияга кўрсатма юқори нафас йўллари ни шиши, клиник ва рентгенологик ўпка зарарланиш белгиларини аниқланиши.

Бўғувчи газлар. (аргон, неон, гелий, водород, азот, метан, этан, ацетилен, бутан, пропан, табиий газ ва углерод оксиди) нафас олинаётган хавода кислород билан алмашилиб, гипоксия келтириб чиқаради, заҳарланиш оғирлиги бугувчи газ концентрацияси ва ундан нафас олиш қанча давом этганлигига боғлиқ.

Даволаш: кислород ингаляцияси ва қувватловчи чора-тадбирлар.

Заҳарли газлар – водород сульфид, метил бромид, фосфорганик бирикмалар, ис гази ва синил кислотаси қонга сурилиб заҳарланиш келтириб чиқаради.

Ис гази. Углерод (2) оксиди гемоглобин бирикиб, кислородни гемоглобин бирикишини ва уни туқималарга етказилишини тўхтатади. Шунингдек цитохром-С оксидаза билан боғланиб, туқима нафасини блоқайди. Миоглобин билан боғланиб миокардга тугридан-тугри зарарлантирувчи таъсир кўрсатади. Буларни ҳаммаси туқима гипоксиясига олиб келади. Заҳарланиш одатда қишда, яхши шамоллатилмаган хоналарда юзага келади, ис газини манбаи яхши қурилмаган печкалар, камин, иситувчи мосламалар ва двигателларни ички ёнишлари булиши мумкин. Ис газидан заҳарланишни носпецифик симптомлари билан аниқлаш қийин бўлиб, шунини эсда тутиш керак paO_2 қонда нормал булиши мумкин. Бунда пульс оксиметрия усулида тугридан тугри SpO_2 ни аниқлаш керак.

Клиник кўриниши: карбоксигемоглобинни (гемоглобин +СО) микдорига боғлиқ. Агар микдори 20-40% бўлганда грипсимон синдром: бош айланиши, бош оғриги, ҳолсизлик, қарахтлик, қўнғил айниши, қусиш, қуришнинг пасайиши: тур пардага қон қуйилишлар билан намоён бўлади. Тахикардия, атаксия, тутканок ва ҳушни йўқолиши кузатилади. ЭКГда ST сегменти узгариши, ўтказувчанликни бузилиши бўлмаса ва қоринча аритмиялари аниқланади. Карбоксигемоглобин микдори 60 %га етганда кома ва

улим юз беради. Тери ва лабларни олча рангида булиши охирги даврларда кузатилади. Кечки асоратлари – базал ядролар инфаркти хисобига паркинсонизм, шунингдек оғир неврологик ва рухий бузилишлар келиб чиқади.

Даволаш: Маска ёки эндотрахеал трубка орқали сов кислород беришдан бошланади. Бу тукималар оксигенациясини яхшилади ва карбоксигемоглобинни $T_{1/2}$ сини қисқартиради (4-5 соатни 90 минутга) Карбоксигемоглобин микдори ҳар 2 соатда аниқланади. Ингаляция давом эттирилади, то уни микдори 10 % га тушгунча. оғир ҳолатларда (неврологик симптоматика, ЭКГда миокард ишемияси белгилари, оғир метаболик ацидоз, рабдомиолиз, ўпка шиши, ҳушдан кетиш) 3 атм. Босим билан гипербарик оксигенация ўтказилади. Беморни аҳволи стабиллашгандан сунг гипербарик оксигенация марказига ўтказиш мумкин. Тутканокларда диазепам ва фенитоин берилади.

Абсорбцион заҳарланиш.

Заҳарларни тери ва кўз шиллиқ қаватлари орқали сурилишидан келиб чиқади. Кислота ва ишкорларнинг токсик таъсири натижасида кўз шиллиқ қаватларининг жароҳати кузатилади. Заҳарнинг сурилиши жароҳатланмаган ва жаролатланган тери орқали утади. Икала ҳолатда ҳам заҳарни сурилишини камайтириш мақсадида беморни ифлосланган кийимлари ва териси ювиб тозаланади. Ушбу тадбирларни амалга оширишдан олдин ШТЁ ходими ўзини химоя қилиш учун химоя кийимини кийиши керак. (қўлқоп, кўзойнак, респиратор).

Белги ва симптомлари:

1. Анамнезида таъсирланганлиги.
2. Беморнинг терисида кукун ва суюклик булиши.
3. Куйишлар.
4. Қичишишлар.
5. Таъсирланиш.
6. Қизариш.

Ёрдам кўрсатиш.

Умумий ахборот.

Ҳар қандай беморга биринчи ёрдам нафас йўллари ўтказувчанлигини ва қон айланишини таъминлаш. Зудлик билан заҳарларни нейтраллаш мақсадида уларга карши антидотни аниқлаш керак. Цианид билан заҳарланганда нафас йўллари ўтказувчанлигини тиклаб, зудлик билан антидод қўлланилади ва кислород берилади. Беморлар барчаси кислород, налаксон, тиамин ва глюкоза олиши керак. Айрим ҳолатларда – налаксон ва атропин эндотрахеал интубацион трубка орқали берилади. Имконияти борича кондаги

канд микдорини аниқлаб – пулсаксиметрия қилиш керак. Чунки гипогликемия ва гипоксия ҳушсизлик ҳолатига олиб келиши мумкин. Беморга гипотензион ҳолат кузатилса – инфузион терапия бошлаш керак. ЭПМ ходими узини химоя қилиш чораларини унутмаслиги керак.

Абсорбцион заҳарланишларда кўрсатиладиган ёрдам.

Беморларга кўрсатиладиган ёрдам кузга, териға тушган заҳарларға кўрсатиладиган ёрдамдек бўлади. Териға тушган моддалар тоза сувда чутка билан ювилади. Кузга ёки териға тушган суюкликлар тоза сувда 20 минут давомида ювилади. Тери ва шиллик каватларини ювиш пайтида уларнинг бутунлиги бузилмаслиги керак.

Оғиз орқали заҳарли моддаларни қабул килганда ёрдам кўрсатиш.

Бундай беморларға ёрдам кўрсатишнинг асосий максиди тушган заҳарли моддаларни конға сурилишини камайтиришдан иборат. Бундан 90 % беморларға қусиш процессини стемуллайдиган ипекакуана сиропи заҳарли моддалар (кимёвий ва табиат усимликлари) қабул килгандан сунг 20 дақиқа ичида берилиши керак. Ипикакуана сиропини иложи борича токсик моддани қабул килган пайтда 1 соат ичида берилса, беморда қусиш бўлса, препаратни 30 минутдан кейин яна қайтиб бериш тавсия килинади. 1-2 ёшгача бўлган болаларға 15 мл ката ёшлиларға 30 мл бўлиб, кичик болаларға жуда секин ичирилади. Ипикакуана сиропи қуйидагиларға тавсия килинмайди:

1. Шайтонлаш кузатилган беморларға.
2. Ҳушини йўқотган беморларға.
3. Кайд килган ва қусиши мумкин бўлган беморларға.
4. Кимёвий моддалар билан заҳарланганда ва бу моддалар ўпка ва ошқозон ичакларға кучли таъсир кўрсатганда.

Ипекакуана сиропи антидотлар тавсия килинишни 1-6, 5 соатгача чуздириши мумкин. Бу сироп беморнинг умумий аҳволиға ёмон таъсир килмайди. Активланган кўмир ва ич сурувчи дорилар эса беморнинг умумий аҳволиға таъсир килади.

Бу сироп юқорида кўрсатилган қўлланилиши мумкин булмаган кўрсатмалардан ва заҳарланишдан кейин кўп вақт утган бўлса, ишлатилмайди. Агар бемор кислота ёки ишкор истеъмол килган бўлса, унга су тёки сув бериш мумкин. Беморға кустириш мумкин эмас, чунки коррозияловчи мода ажралиб чиқади ва тукималарни қайта жароҳатлаши мумкин. Заҳарни таъсирини камайтириш максидида беморға активланган кумир берилади. Бунда заҳарли мода активланган кўмир билан бирикиб ичаклар орқали ахлат билан чикиб кетади. активланган кумир кукун ёки суспензия ҳолатида чиқарилади. Агар кукуни берилса шарбат ёки сувда эритилиб беморға ичирилади.

Беморга активланган кўмир беришдан олдин шошилиш тез тиббий ёрдам ходими рахбаридан далолатнома асосида рухсат сураши керак.

Асосий тамойил – активланган кўмир беморга 1га 10 нисбатда, яъни 10 қисм активланган кумир 1 қисм заҳарли моддага нисбатан. Катталар учун доза 0, 5-1 г/кг ёки 25-50 гр. Болалар учун 12, 5-25 гр. агар суспензия берилса доза пакетдаги активланган кумир микдорига караб берилади. Суспензия беришдан олдин яхшилаб чайкалади.

Активланган кўмирни перопал заҳарли моддаларни қабул қилган беморларга канчалик барвақт берилса фойдаси юқори бўлади. активланган кумир хавфсиз восита бўлиб пациент ахлати қорамтир рангда ажралишига сабаб бўлади. активланган кумир қўлланилмайди: темир тузлари, литий ва рух билан заҳарланганда, чунки у улар билан боғланмайди.

Активланган кўмирни ичганидан кейин пациентда қусиш кузатилса, тиббий ходим активланган кумирни қайта яна бериши керак.

Ингаляция йўли билан заҳарланган беморларга ёрдам кўрсатиш.

Бундай беморларга ёрдам кўрсатиш учун биринчи навбатда уларни заҳарли бугланиш манбасидан ва газлардан изоляция қилиш керак. Ҳодиса содир бўлган жой токсик мода билан заҳарланган бўлса, махсус химоя маскаси ёки респиратор ишлатилади.

Ингаляция билан заҳарланган беморларни юқори нафас йўлларининг бутунлигини баҳолаш ва ўпкада аускультатив текширув ўтказилади. Бундай беморларга кислород юқори босимда берилади. Барча хансираш, тахипноэ ва брадипноэ бор беморлар зудлик билан стационарга ётқизилиши керак. Ис гази билан заҳарланган беморларга зудлик билан гипербарик оксигенация ўтқизилиши зарур.

Ингаляциялар орқали заҳарланганда ёрдам кўрсатиш.

Наркотик моддаларни юқори дозада қабул қилинганда нафас олиши тўхтаб ҳушсиз бўлади. ШТЁ ходими юқори нафас йўлларини ўтказувчанлигини фаолиятини текшириб туриши лозим. Бемор ҳушсиз бўлганда тили тортилиши, юқори нафас йўлларини ёпилиб қолишига сабаб бўлиши мумкин. ШТЁ ходими беморни пастки жағларни ҳаракатга келтириши керак, бу эса тилни пастга тушишига ёрдам беради. Керак бўлганда бурун ва оғиз орқали ҳаво беришлар ишлатилади. Агар юқорида кўрсатилган усуллар натижа бермаса, сунъий нафас бериш Амбу копчаси билан ёки эндотрохеал интубация қилинади.

Налаксон – наркотик моддаларни кўп микдорда қабул қилганда, асосий қўлланиладиган антидот ҳисобланади, уни кюори малакали ШТЁ ходими юбориши лозим. Налаксон мушак орасига, вена ичига ва эндотрахеал юборилади. Налоксон беморга тез тиббий ёрдам машинасида берилиши керак бўлса, унда бемор фиксация қилиниши керак, чунки налаксонни юборгандан кейин бемор тинч ухлаши керак.

Налаксонни юборгандан кейин агар бемор уйгонса ва стационарга ёткизишдан ва кейинги даво муолажаларидан бош тортса, тактика тумандаги ҳолатга қараб белгиланади. Айрим ҳолатларда ШТЁ ходими телефон орқали беморни узи кейинги текширувлардан ва даволаш муолажаларидан бош тортгани ҳақида гувоҳлар орқали гаплашади. Чора тадбирлар фойда бермаса, унда ШТЁ ходими беморни тиббий муассаса раҳбари билан консультация килдиради.

Хулоса.

1. Ҳодиса руй берган вазиятда ШТЁ ходими ута эҳтиёткор булиши керак.
2. Беморни аҳволи кониқарли бўлса, ҳам, уни ҳаётини хавфсиз деб булмайди.
3. Доимо тулик анамнез йигиш керак.
4. Ҳодиса руй берган жойда таблеткалар, флаконлар ва бошка нарсаларни йигиб бемор билан даволаш муассасасига жунатилади.
5. Беморга касаллик белгилари бўлганда, унга активланган кўмир берилади.
6. Ипекакуана сиропини берганда жуда эҳтиёткор булиши шарт.
7. Керак бўлганда тиббий муассаса раҳбари билан маслаҳат қилиш керак.

Назорат учун саволлар:

1. Болаларда ўткир заҳарланишларда касалланиш ва ўлимни эпидемиологик маълумотлари.
2. Болаларни ўткир заҳарланишида текшириш тамойиллари.
3. Болаларда ўткир заҳарланишда симптоматик даво тамойиллари.
4. Болаларда ўткир заҳарланишларда шифохонагача тез тиббий ёрдам.
5. Болаларда кислота ва ишқор билан заҳарланганда тез ташхис қуйиш ва ёрдам кўрсатиш.
6. Болаларда углеводородлар билан заҳарланганда тез ташхис қўйиш ва ёрдам кўрсатиш.
7. Болаларда темир билан заҳарланганда тез ташхислаш ва тез тиббий ёрдам кўрсатиш.
8. Салицилатлар билан заҳарланганда шошилиш ташхислаш ва ёрдам кўрсатиш.
9. Алкоголь ва наркотиклар билан заҳарланганда тез ташхислаш ва ёрдам кўрсатиш.

БОЛАЛАРДА ХУЛҚ АТВОР ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАРИ

Тез тиббий ёрдам амалиётида беморнинг хулқ атворини бузилиши кўп учрайдиган ҳолатдир. Бироқ унинг сабаби руҳий касаллик бўлмасдан, соматик ва травматик ҳолат билан боғлиқ бўлиши мумкин. Шунинг учун хулқ атворнинг бузилиши шошилишч ёрдам кўрсатишда устун жиҳат бўлиб хизмат қила олмайди. Аммо баъзи ҳолатларда хулқ атвор бузилиши тиббиёт ходимига, бемор яқинларига, гувоҳларга ва бемор ўзига зарар етказиши, умумий ҳолатни баҳолашга ҳалақит бериши мумкин. Тез ёрдам кўрсатиш таркибида шу сабаб махсус бригада фаолият олиб боради ва уларни навбатдаги чакирувга чиққан тиббий ходим зарурат бўлса, ёрдамга чакиради. Уларнинг асосий вазифаси беморни руҳий касалликлар шифохонасига госпитализация қилиш кўрсатмасини аниқлаш, беморни фиксация қилиш, нейролептиклар қўллаш ва транспортировкани амалга оширишдан иборат.

Демак тиббий тез ёрдам ходими олдида хулқ атвор бузилишига шубҳа бўлганда қуйидаги учта савол туради:

1. Ўзининг, ўз командасининг, атрофдагиларнинг ва беморнинг хафсизлигини таъминлаш
2. Махсус стационарга жойлаштиришга кўрсатмани аниқлаш.
3. Беморни махсус боғичлар ёрдамида фиксация қилишга кўрсатмаларни аниқлаш

Хулқ атвор шошилишч ҳолатлари шундай ҳолатки бунда хулқ атвор ўта ғалати, ғайри- оддий ва атрофдагилар учун хавfli бўлиб ўзгаради ва қуйидаги белгилар билан характерланади:

- Беморни ва атрофдагиларни безовта қилади
- Тиббий тез ёрдам ёки психиатрик хизмат аралашувини талаб қилади.
- Ҳаёт учун муҳим аъзолар фаолиятига салбий таъсир кўрсатади
- Бемор ва атрофдагилар учун хавфни туғдиради
- Ижтимоий меъёрдан тубдан фарқ қилади

Қуйидаги ҳолатларни инкор қилмасдан туриб, руҳий касалликни тасдиқлаб бўлмайди:

- Гипогликемия
- Гипоксия
- Ноадекват мия перфузияси

- Бош мия жароҳати
- Наркотик ва алкоголь
- Ўта қизиб кетиш ва совиб кетиш
- Марказий асаб тизими инфекцияси

Юқорида кўрсатилган белгиларни инкор қилиш учун жисмоний сабабни кўрсатувчи калит белгилар ишлатилади

- Тўсатдан бошланиш
- Кўрув галюцинацияси
- Хотирани бузилиши ёки йўқолиши
- Қорачиқнинг аномал ўлчами, симметриклик, реактивлик
- Гиперсаливация
- Пешоб ва ахлат тутолмаслик
- Чиқараётган ҳавода нотабиий ҳид

Шунингдек бемор хулқида жамоатчиликда мавжуд бўлган ижтимоий ва маданий сабаблар ҳам таъсир қилиши мумкин:

- Ижтимоий ва руҳий далдани йўқлиги
- Зўрлашга гувоҳ бўлиш ёки ўзида ўтказиш
- Яқин одамнинг ўлими
- Уруш ва ғалаёнлар
- Ҳаёт тарзини ўзгариши
- Камбағаллик
- Узоқ муддатли етишмовчилик ва камситиш

Хулқ атвор шошилиш ҳолатлари аниқланганда қуйидаги ёрдам кўрсатиш тамойиллари асосида иш олиб бориш зарур:

- 1 Хотиржам, тўғри ва беморни ишонтирадиган оҳангда гаплашиш
- 2 Адекват дистанция сақлаш
- 3 Бемор билан иттифоқдош бўлишга эришиш
- 4 Кўрув контактини сақлаш
- 5 Кескин ҳаракатлар қилмаслик
- 6 Тўғри жавоб бериш
- 7 Беморни кўрқитмаслик, тўғри баҳолаш ва баҳслашмаслик
- 8 Ҳақиқатни айтиш
- 9 Бемор галюцинациясига чалғимаслик

- 10 Бемор ишонадиган оила оъзоларини ва дўстларини жалб қилиш
- 11 Вақтни чўзишга тайёр туриш
- 12 Беморни ёлғиз қолдирмаслик
- 13 Беморни мажбурий тинч туришга қарши чора тадбирларни қўлламаслик
- 14 Беморни дори ичишга мажбурламаслик
- 15 Оддий ва содда вазифаларни бажаргани учун беморни рағбатлантириш
- 16 Тўпланган одамларни тарқатиш

Тиббий ходим хавфсизлиги учун хулқ атвор шошилини ҳолати аниқланган жойни баҳолаш катта аҳамиятга эгадир. Бу ўз ичига қуйидаги тамойилларни олади:

- 1 Куч ишлатишга қаратилган омилларга эътибор бериш
- 2 Ҳеч қачон ҳуқуқ тартибот ходимлари ёрдамсиз куч ишлатиш томонидан хавфли бўлган беморга яқинлашмаслик
- 3 Шахсий хавфсизликга тўлиқ ишонч бўлмаса ҳуқуқ тартибот ходимини етиб келишини кутиш
- 4 Беморнинг жойлашган жойини аниқлаш
- 5 Бемор ва эшик ўртасида жойлашиш
- 6 Бемордаги мавжуд хавфли анжомларга тезда кўз югиртириш
- 7 Агар беморда қурол аслаҳа бўлса, уни ташлашга илтимос қилиш
- 8 Агар сизнинг илтимосингизга ижобий жавоб бўлмаса зудлик билан воқеа жойини тарк этиш ва ҳуқуқ тартибот ходимини кутиш.

Хулқ атвор шошилини ҳолатидаги беморда бирламчи баҳолаш пайтида ҳаётга хавф солувчи соматик ёки травматологик ҳолатни аниқлаш хулқ атвор шошилини ёрдамидан устун туради

Хулқ атвор шошилини ҳолатидаги беморни физикал текшириш ва ундан фокусланган анамнез йиғишнинг қуйидаги ўзига хос жиҳатлари бор:

- 1 Юмшоқ ва мулойим сўзлашиш
- 2 Беморнинг шахсий ғурўрини ҳимоя қилиш
- 3 Беморга саволни тўлиқ ва тушунарли бериш
- 4 Беморни суҳбатга жалб қилиш, беморни тинглаётганингизни унга кўрсатиш
- 5 Беморни ҳиссиётларини ҳурмат қилиш

Хулқ атвор бузилиши аниқланганда руҳий ҳолатни аниқлаш учун қисқача саволнома

ёрдам бериши мумкин

Сўровнома вазифалари ва саволлари:

1. Бугун ойнанинг қайси куни ?
2. Бугун қайси кун?
3. Бизнинг шаҳримиз қандай номланади?
4. Телефон рақамингизни айтинг(ёки уй манзилингизни).
5. Неча ёшдасиз?
6. Туғилган кунингизни айтинг.
7. Президентимиз ким?
8. Унгача ким бўлган?
9. Онангизнинг қизлик фамилиясини айтинг?

Баҳолаш

Ҳар бир тўғри жавоб учун 1 балл берилади

0—2 хато: норма

3—4 хато: енгил бузилиш

5—7 хато: ўртача бузилиш

8—10 хато: оғир бузилиш.

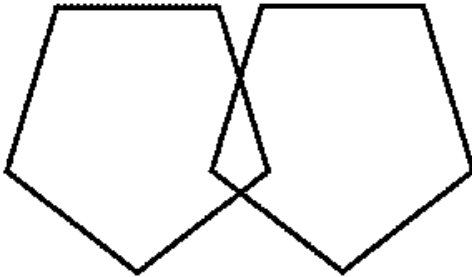
Агар беморда бошланғич мактаб маълумоти бўлмаса хатолар сони биттага ошиши мумкин.

Агар беморда маълумоти олий бўлса, хатолар сони биттага камаяди.

Шунингдек руҳий ҳолатни экспресс текширув усули орқали баҳолаш мумкин.

Бу текширув 5-10 дақиқа вақтни олади. Бу усул баъзида аниқланмаган руҳий бузилишларни аниқлаш имконини беради.

Вазифа	Максимал балл
Ориентация	
Бемордан йил, фасл, ой, ой куни ва ҳафта кунини кўрсатишини сўранг	5
Бемор ҳозир қаерда эканлигини (қават, уй рақами, шаҳар, вилоят, мамлакат)сўранг	5
Тезда илғаб олиш	

Учта бир-бирига алоқаси бўлмаган предметни айтинг ва уни бемордан қайтариб айтишни сўранг	3
Диққат ва ҳисоб	
Бемордан 100дан 7та айириб ташлаш тартибини сўранг(бешта айирувни амалга ошириш етарли)	5
Кечки илғаб олиш	
Бемордан бундан олдинги вазифада айтилган учта предметни қайта айтиб беришни сўранг	3
Нутқ ва праксис	
Қалам ва кўл соатини кўрсатинг ва бемордан уларни аталишини сўранг	2
Бемордан "ади бади, каби" сўзларини қайтаришини сўранг	1
Бемордан учта кетма кет ҳаракатларни бажаришини сўранг (масалан қоғоз варағини олиш, уни иккига буклаш, полга кўйиш)	3
Бемордан ёзма вазифани бажаришни сўранг(масалан кўзингизни ёпинг)	1
Бемордан ўзи хоҳлаган гапни ўйлашини ва ёзишини сўранг	1
Бемордан оддий шаклларни чизишини сўранг:	1
	
<p>Жаъми максимал балл — 30. Умумий баллнинг 24дан пастлиги делирея ёки деменция ҳақида маълумот беради: бунда умумий баллнинг 18-23гача бўлиши энгил ёки ўртача оғир бузилишдан дарак беради. 17 баллдан паст бўлса, оғир бузилишдир</p> <p>* Агар 1-марта бемор уччала предметни санаб бера олмаса, қайта олти мартагача айтади. Бу кечки илғаб олишни текшириш учун жуда муҳимдир.</p>	

Суицидал ва тажовузкор беморларга ёрдам кўрсатиш пайтида кўп муаммолар юзага

келади. Шунинг учун қуйидаги баҳолаш ва ёрдам кўрсатиш тамойилларига амал қилиш лозим:

Суицидал беморларни баҳолаш тамойиллари

- 1 Шикастланишлар ва соматик ҳолатлар суицид ўриниши билан боғлиқ бўлса, устунлик шу тарафда бўлади
- 2 Беморни диққат билан эшитиш
- 3 Беморни шикоятни ва ҳиссиётини қабул қилиш
- 4 Бемор учун аҳамиятли бўлган бирор бир нарса қилиш
 - 5 Қўрқинч ва ўта эҳтиёткорсизликга диққатингизни қаратманг
 - 6 Суициддан тез бош тортишига ишонманг
 - 7 Суицид бўлганлигини инкор этишга шошилманг
- 8 Бемор бошлаган нарсасини давом эттиришига ҳеч қачон рухсат берманг

Тажовузкор беморларни баҳолаш тамойиллари

- 1 Беморда куч ишлатиш, тахтид солиш, тажовузкорлик ва урушиш кайфияти бор-йўқлигини аниқлаш
- 2 Бўлиши мумкин бўлган тажовузкорликга беморнинг ҳатти ҳаракатини баҳолаш
- 3 Тажовузкорликга шубҳа қилувчи беморни нутқини баҳолаш
- 4 Жисмоний фаоллик ва ҳаракатларни назорат қилиш
- 5 Бемор учун тушунарли ва қаттиятли бўлиш
- 6 Агар зарурат бўлса, беморни мажбурий ушлашга тайёр туриш

Суицидал беморларга ёрдам бериш тамойиллари

- 1 Агар бунга шубҳа бўлса, беморга унинг ҳатти ҳаракатлари тўғрисида савол бериш
 - Беморда ўз жонига қасд қилиш ёки шикаст етказиши мумкинлигига ҳоҳиш борлигини аниқлаш
 - Беморда ўзини ўлдириши бўйича аниқ режаси борми?
- 2 Агар бирор режаси бўлса, шошилиш аралашув. Беморга малакали ёрдам кўрсатмасдан ташлаб кетманг

- 1 Агар ўзини ўлдиришга ўриниш содир бўлса:
 - Воқеа жойини хавфсизлигини ва ўзининг хавфсизлигини таъминлаш
 - Бирламчи ABC

- 2 Бундай беморларда иккита шошилич ҳолат мавжуд бўлади
 - Жароҳат
 - Беморнинг руҳий ҳолати
- 3 Сизнинг хавфсизлигингиз биринчи ўринда
- 4 Шикастланиш ва соматик шошилич ҳолат устун туради
- 5 Беморни тинчлантириш ва уни ёлғиз қолдирмаслик
- 6 Зарурат бўлса, ўзининг, беморнинг ва атрофдагиларнинг хавфсизлигини таъминлаш, беморни мажбурий боғлаш чора тадбирларини қўллаш
- 7 Беморни махсус шифохонага тиббий ходим назоратида олиб бориш

Руҳий шошилич ҳолатлар

Ўткир психоз ўз ичига фикирлаш ва идрок қилиш қобилияти бузилиши бўлган бир гуруҳ ҳолатларни олади.

Беморларда алаҳсираш, галюцинациялар, хулқ атворининг қўпол бузилишлари кузатилади. Бемор тажовузкор бўлиб, ўзини ўлдириш фикри устун туради.

Этиологияси

Эндоген психозлар: шизофрения, паранойя. Бош мия шикасланиши кузатилмайди.

Органик психозлар метаболик бузилишларда инфекциялар, ёмон сифатли ўсмалар, юрак қон томир касалликлари, шикастланишлар ва захарланишларда учрайди

Диагностика

Биринчи навбатда органик шикастланишни инкор қилиш керак. Ушбу ҳолатга шубҳа қилинади:

- 1 Эс- ҳуши ёмонлашса
- 2 Кўрув галюцинацияларда
- 3 Оилада эндоген психоз бўлмаса

Албатта рухшунос маслаҳати зарур

Шошилич ёрдам

1) Госпитализацияга кўрсатма:

- 1 Бемор тажовузкор ёки ўзини ўлдириш фикри билан банд бўлса
- 2 Эс- ҳуши ёмонлашиб уй шароитида парваришнинг иложи бўлмаса
- 3 Оила аъзолари зарур парваришни таъминлаш имкониятида бўлмаса
- 4 Номаълум сабабли психозлар

Медикаментоз даво. Агар тажовузкорлик, қўзғалиш кучайиб бошқа усуллар самара

бермаса шошинч

медикаментоз даво бошланади. Нейролептикларни бошлашдан олдин атропинли психоз ҳолатини инкор қилиш зарур

Ўз жонига қасд қилиш. Қизларда ушбу ҳолат кўпроқ учраб, уғил болаларда ўлим кўп кузатилади

Энг кўп тарқалган сабаблари мактабдаги қийинчилик, оиладаги жанжал, тушкунлик ҳолати дўстлари билан аразлашиш, тасодифий ҳомиладорлик.

Текшириш. Ҳар қандай ўзини ўлдиришга бўлган ҳаракати остида жиддий келишмовчилик ётади.

Қуйидаги ҳолатларда ўзини ўлдириш ҳаракати эҳтимоли юқори:

- 1 Оғир тушкунлик, ўзини айбдор ҳис қилиш, умидсизлик, вегетатив бузилишлар
- 2 Авваллари режа қилинган ўзини ўлдириш ҳаракати
- 3 Олдин ўзини ўлдиришга ҳаракат бўлган, лекин сабаби бартараф этилмаган
- 4 Алаҳсираш ва галюцинация фонида юзага келган ўзини ўлдириш ҳаракати.

Шошинч ёрдам

- 1 Агар болада ўз жонига қасд қилишга асосли шубҳа бўлса, госпитализация қилиш
- 2 Фақат рухшуноснинг чуқур текширувидан кейин уй шароитида даволаниш мумкин. Мажбурий шароит - узоқ муддат назорат қилиш имконияти.
- 3 Аралашувнинг асосий мақсади болага мақбул ҳолда унинг ҳаёт тарзини ва шароитларини ўзгартириш.
- 4 Бола ҳоҳлаган пайтида маслаҳат ва руҳий далда олиши жуда муҳим аҳамиятга эга.

Тажовузкорлик

Болаларда тажовузкорлик кўп учраб одатда хавфсиз ҳисобланади, бунда болани тинчлантириш учун оддий танбеҳ етарли бўлади. Аммо баъзида фаол аралашув зарур бўлади:

- 1 Агар бола хавфли ҳолатда ташланаётган бўлса, ва уни тинчлантирадиган ҳар қандай ҳаракат самарасиз бўлса.
- 2 Агар бола ўта қўзғалувчан бўлиб хавф солишга, янада тажовузкор ҳаракатга ўринаётган бўлса, болани тинчлантириш қийин.

Шошинч ёрдам

Болани жисмоний куч билан иложи борича енгил шаклда тез тўхтатмоқ зарур. Доридармон эҳтиёткорлик билан қўлланилади ва иложи борича уларни жисмоний куч ишлатишдан олдин тайёрлаб олиш керак.

- 1 Нейролептиклар — хлорпромазин, 0, 5 мг/кг м/о ҳар 4—6 с., қўзғалиш ва тажовузкор пайтида ишлатилади. Улар холиноблокаторлар ва наркотик аналгетиклар таъсирини кучайтириб, АҚБни пасайтиради, экстрапирамидал бузилишлар, тахикардия ва хиққилдоқ спазмини чақиради.
- 2 Бензодиазепинлар — диазепам, 0, 1 мг/кг в/и ёки ичишга, максимал — 10 мг берилади. Одатда кучли ваҳима босишда самара беради. Улар катта дозада нафасни тўхтатади ва алкоголь, МАО ингибиторлари, фенотиазинлар, трициклик антидепрессантлар ва барбитуратларнинг МАТга ножўя таъсирини оширади.
- 3 Кейинчалик руҳий текширув ўтказилади ва бола махсус руҳий шифохонага ёки интернатга жойлаштирилади.
- 4 Ҳар доим ҳам тажовузкор ҳаракат асосида руҳий касаллик ёки адолатсизлик, хафагарчилик ётишини қайд қилишнинг иложи бўлмайди. Шу сабаб қачонки бола атрофдагилар учун хавfli бўлсагина жисмоний тўхтатиб қолиш ёки дорилардан фойдаланиш тавсия этилади.

Болалар психози

2 гуруҳ болалар психози фарқланади:

Эрта болалар психози (Кўкрак ва мактаб ёшигача бўлган болалар психози)

Кечки болалар психози (препубертат ва пубертат ёшдаги болалар психози)

Эрта болалар психози

Аутизм — бу боланинг бошқа инсонлар билан муомала қилишга ҳаракатининг йўқлигидир. **Биринчи белгиси:** нутқ ўсишининг жиддий орқада қолишидир.

Анамнез: бола қувноқ эмас, қўлмайди ёки кеч қўлишни бошлайди.

Кўрув:

- 1 Бола ғамгин. Бир неча соатлаб ёлғиз қолиши мумкин
- 2 Нутқ ўсишининг орқада қолиши. Тахминан ярим болаларда нутқ кейинчалик ҳам ривожланмайди. Мактаб ёшида болалар бир мунча суҳбатга аралаша бошлайди
- 3 Боғланган ритуал ҳаракатлар (маҳкамланган тартибда нарсаларга туртиниб кетиш) ва гиперкинезлар беморни ўраб турган шароитни ўзгартирмаслик мақсадида.
- 4 Бошини кўтармасдан ўйнайди, бошқа инсонлар кўзига қарай олмайди, унинг ўйинига бошқалар аралашшига аҳамият бермайди
- 5 Унинг дастўрини узиб қўйиш ғазабини қўзғатади (ерга ётиб олади, бошини уради, тишларини ғижирлатади)

- 6 Кўпинча эпилептик тутқаноқлар учрайди
- 7 Ўз қўлини, бармоғини ҳаракатларини кузатиб боради ва нарсаларни таъмини билишга ҳаракат қилади
- 8 Оғрикқа реакцияси кам
- 9 Тасодифий баланд товушга реакцияси йўқ
- 10 Эхолалия, нутқ ритмини бузилиши.

Қуйидаги симптомлар асосида **ташҳис қўйилади:**

- 1 Бегонасираш, тушкунлик (бола суҳбатдош кўзига қарамайди, одамларни фарқлай олмайди, қўлмайди, жисмоний мулоқотдан ўзини тияди).
- 2 Нутқ бузилиши (тушунмовчилик, эхолалия, жойларни нотўғри айтиш), қийин суҳбат қуриш
- 3 Ритуаллар, бир хилликни қаттиқ талаб қилиш.
- 4 Ўттиз ойликгача касаллик бошланади.
- 5 Касаллик сабаби аниқ эмас. Миянинг органик зарарланиши ёки ретикуляр формациянинг етишмовчилиги сабаб бўлиши мумкин. Болалар аутизми фенилкетонурия, қизилчанинг фетал синдроми, синувчан Х-хромосома синдромида учрайди. Касаллик ота -оналар ҳаракатига боғлиқ эмас.

Оқибати: кам сонли болалар ўзига хизмат кўрсатиш қобилиятига ҳисобига оила билан яшайди. Аксарият беморлар умр бўйи шифохонада даволанади. Катталарда аутизм ва шизофрения ўртасидаги алоқа аниқланмаган.

Даволаш: хулқ атвор давоси. Тажовузкор хулқни назорат қилиш учун транквилизаторлар тавсия қилинади.

Индуцирланган психоз – бу клиник кўриниши аниқ бўлмаган синдром бўлиб, 2-5 ёшларда учрайди. Дастлаб сезгирлик ошиб кетади. Кузғатувчи омиллар болада кескин ваҳимани уйғотади ва ақлий, ижтимоий хулқи пасайиши кузатилади. Бола ўз яқинларига ўта боғланиб қолганлигини кўрсатади. Нутқи ўзгариб комуникатив функцияси йўқолади. Иккиламчи аутизм билан асоратланиши мумкин.

Сабаби: ноаниқ.

Оқибати: аутизмга нисбатан яхшироқ.

Кечки болалар психози

Болалар шизофрениyasi

- 1 7 ёшдан авж олади
- 2 Фиқирлаш қобилияти бузилади
- 3 Алаҳсираш
- 4 Галюцинация
- 5 Тартибсиз хулқ атвор
- 6 Ўзаро муносабатдан ўзини тийиш
- 7 Реалликни сезмаслик
- 8 Кўникмаларни йўқолиши

Оқибати: ёмон, 20 ёшга бориб катталар оддий шизофрениyasi ривожланади. Ота-оналар бунда ўзини айблаб баъзан тажовузкор ҳаракат қилиб қўйиши мумкин. Шифокор ота-оналарга ўзини тутиш тартибларини тушунтиришлари зарур. Мактаб ёшигача ва кичик мактаб ёшидаги болаларни ота-оналарисиз кўриқдан ўтказган маъқул.

Анти ижтимоий хулқ

Этиология. Анти ижтимоий хулқ асосида нотўғри тарбия ва ота-оналарнинг фарзандлари билан ёмон муносабада бўлиши ётади.

Текшириш

- 1 Ёлғон гапириш, урушқоқлик, безорилик, ўғирлик, олов ўйнаш бундай ҳолат учун хос.
- 2 Агар бундай ҳолатлар бир марта қайд қилинган бўлса, хавфли саналмайди. Чунки 4-7 ёшдаги болалар ушбу ҳаракатларни қизиққонлиги туфайли содир этган бўлиши мумкин.
- 3 Кўпинча ўқишга лаёқатни пастлиги, енгилтаклик уларга хос.
- 4 Кўпинча диққат эътибор бузилган бўлади.
- 5 Антиижтимоий хулқ остида эмоционал бузилишлар (масалан депрессия) ётиши мумкин.

Агар бола камида 6 ой давомида юқоридаги ҳаракатларни амалга оширса ва бу нарса бола ёшининг меъёрий кўрсаткичларига тўғри келмаса, бу ҳаракат антиижтимоий хулқ деб ташхис қўйишга асос бўлади. Агар антиижтимоий хулқ асосида эмоционал бузилишлар ётса болалар рухшуноси маслаҳати тавсия этилади.

Алкоголизм ва наркомания

Этиология. Алкоголизм ва наркомания сабаблари одатда оилада яширинган бўлади.

Тарбиянинг нотўғрилиги, бола билан доимий қўпол бўлиш, ота-она ўз маъсулиятини бажара олмаслиги асосий омиллардан биридир. Бундай болаларга ўзини паст баҳолаш, етук эмаслик, баҳиллик хосдир. Баъзан ўз тенгдошларининг тазйиқи ҳам бунга сабаб бўлиши мумкин.

Текшириш

- 1 Анамнез йиғиш пайтида наркотик модда тури, унинг миқдори, неча марта қабул қилиши, жисмоний ва руҳий боғланиб қолиш белгилари бор- йўқлиги, оилада алкоголизм ва наркомания бор -йўқлиги аниқланади.
- 2 Одатда алкоголизм ва наркомания антиижтимоий хулқ ва мактаб машғулотларини ўтказиб юбориш билан бирга кечади.
- 3 Одатда болалар алкоголь ва наркотикларни қизиқонликдан эмас балки кайф олиш учун қабул қилади. Шу сабаб бир вақтнинг ўзида бир неча наркотикларни қабул қилади.

Ташҳис: агар бир ойдан кам бўлмаган даврда алкоголь ва наркотикларни қабул қилса ва у ижтимоий ҳолати ҳамда ўқишига таъсир қилса ташҳис қайд қилинади.

Эмоционал бузилишлар

Асаб анорексияси

Этиология. Асаб анорексияси турли хил руҳий касаликларда учрайди. Одатда 10 – 30 ёшдаги, оилавий аҳволи ўрта ва юқори бўлган қизларда учрайди. Кечиши турлича бўлиб 5-20 % ҳолатларда ўлим кузатилади.

Текшириш

Эрта белгилари

- 1 Доимий вазн йўқолишига олиб келувчи қаттиқ парҳез ушлаш.
- 2 Меъерий иштаҳа ва доимо фикр хаёли овқатда бўлиш
- 3 Ўзининг тана тузилиши ҳақида ёмон фикирлаш ва семиришдан кўрқиш.

Кечки белгилари

- 1 Ўзини назорат қила олмаслик.
- 2 Очкўзлик хуружи ва ундан кейин бемор ўзида қусиш чақирқиш, ич сурувчи ва пешоб ҳайдовчи дориларни тартибсиз қўллаш, ортиқча жисмоний машғулот.

Ташҳис қўйиш учун шизофрения, депрессия, соматик касалликлар ва вазн камайишига олиб келувчи эндокрин касалликлари, ичак касалликларини инкор қилиш зарур.

Физикал текширув. Гипотермия, артериал гипотония, соч тўқилиши, шиш аниқланади. Бирламчи ёки иккиламчи аминоррея бўлиши мумкин. Кечки даврда эса остеопороз ва жисмоний ўсишдан тўхташ аниқланади

Госпитализацияга кўрсатма: оғир вазн йўқотиш, юрак уриш сонини ва АҚБни, нафас сонини ва тана ҳароратини турғун бўлмаслиги, ўткир сувсизланиш, сув- туз алмашинувининг бузилиши, амбулатор давонинг самарасизлиги.

Асаб булимияси

Этиологияси ноаниқ.

Текшириш

Асаб булимияси кўпинча ўсмирларда учрайди. Кечиши сурункали бўлиб, меҳнатга лаёқатсизлик кам кузатилади. Бош мия ўсмалари, Клейне—Левина синдроми, Клювера—Бьюси синдромини инкор қилиш керак.

Ташхис қуйидаги белгилар асосида қўйилади:

- 1 Ҳар икки соатда ўта тўйиб овқат ейиш.
- 2 Ўз хулқини нотўғрилигини ҳис қилмаслик, ўз устида назоратни йўқотиш.
- 3 Доимий равишда вазн йўқотишга ҳаракат қилиш.
- 4 Вазни ва тана тузилиши ҳақида ўта қайғуриш.
- 5 3 ой давомида ҳафтасига икки марта очкўзлик ҳуружини такрорланиши.

Болалар рухшуноси маслаҳати тавсия қилинади

Нотабий иштаҳа бузилган иштаҳа

Этиология. Тахминий сабаблари – айрим озуқа моддаларининг етишмовчилиги ва эмоционал талабни қониқтира олмаслик.

Текшириш

- 1 Одатда бундай иштаҳа 18 ойликдан 5 ойгача учраб болалар турли бўёқ соч ва балчикларни истеъмол қилади. Кўкрак ёшидаги болаларнинг ҳамма нарсаларни оғзига солишини бундай иштаҳа билан адаштирмаслик зарур.
- 2 Иштаҳанинг бу тури минерал моддаларнинг етишмовчилигида, болалар аутизида, шизофренияда ва бола ёмон парвариш қилинганда кузатилади.
- 3 Асоратлари ичак тутилиши, кўрғошин билан заҳарланиш, аллопеция ва гельминтозлар.

Тавсия қилинади

- 1 Болани кузатувини кучайтириш, кўпроқ этибор бериш, ва нотабий иштаҳа сабабларини йўқотиш. Агар бу ҳаракатлар самара бермаса болалар рухшуноси маслаҳати зарур.

2 Заҳарли моддаларга боланинг қўли етишини бартараф қилиш зарур.

Депрессия

Этиология. Депрессиянинг юзага келишида биологик ва ижтимоий омиллар катта роль ўйнайди.

Текширув

- 1 Боланинг эмоционал ҳолати текширилади: бунинг учун унга «сен ҳеч хафа бўлганмисан?», «тез йиғлаб турасанми?», «сенга оғирми?» каби саволлар берилади. Бу саволлар боланинг қайғусини камайтиради ва терапевтик аралашувни енгиллаштиради.
- 2 Анамнез йиғиш пайтида оиладаги ёмон муҳит, соматик касаллик, антиижтимоий хулқ мактабдан кўрқиш, дарсларни ўзлаштира олмаслик, уйқунинг бузилиши, яқин инсонларини йўқотиш кабилар сўраб суриштирилади. Иложи борича маълумотларни ҳар ҳил манбалардан- боладан, ота-оналардан, ўқитувчилардан йиғиш лозим.
- 3 Боладаги депрессия ҳолати кўпинча ота-оналарининг депрессияси билан боғлиқ бўлади.
- 4 Болаларда кайфият ёмонлашади, лекин хулқ атвор ўзгармайди.
- 5 Кайфиятини пасайиши инфекцион касалликлар, гипотериоз ва баъзи дориларни қабул қилиш ҳисобига бўлиши мумкин.

Ташҳис қуйидаги белгилар асосида қўйилади.

Узоқ вақт кайфиятининг пасайиб кетиши (ғамгинлик, ўзини еб қўйиш, ўта босиқлик, юз ифодасининг ғамгин тус олиши) ёки бефарқлик ва баъзи нарсалардан қониқиш олмаслик:

- уйқусизлик ёки доимий уйқучанлик;
- анорексия ва озиб кетиш ёки иштаҳанинг очилиб кетиши ва вазн йиғиш.
- ишсизлик ёки доимий чарчоқлик;
- ўзини тўлақонли ҳис қилмаслик ва наф келтирмаслик;
- мактабда ва уйда иш қобилиятининг пасайиб кетиши;
- диққат эътиборнинг пасайиб кетиши, ўзини қўлга ола билмаслик, фикрини жамлай олмаслик;
- атрофдагилардан ўзини олиб қочиш, уларни учратиш ва гаплашишдан қочиш;
- ота-она ёки тарбиячига нисбатан хафагарчилик;
- мактов ва унвонлардан қониқиш ололмаслик;
- келажак ҳақида нотўғри фикирлаш ёки бўлган воқеани узоқ ўзига олиш;

- йиғловчанлик:
- эрталабки синиклик (чарчаш, ҳолсизлик, уйқучанлик, баджаҳиллик).
- ўзини ўлдириш ва ўлим ҳақида ўйлаш.
- санаб ўтилган белгилар ҳар куни ва ҳеч бўлмаганда 2 ҳафта давомида кузатилса депрессия ҳақида ўйлаш мумкин.

Қаттиқ депрессия ҳолатида руҳшунос маслаҳати тавсия этилади

Ваҳимага тушиш:

Этиология. Ваҳимага тушиш бу боланинг характери, доимий стресс ва бошқа сабаб натижасида бўлиши мумкин.

Текшириш

- 1 Анамнез йиғиш пайтида болани айнан нима безовта қилиши аниқланади.
- 2 Ваҳимага тушиш болага нисбатан уй ёки мактабда талаб кўпайганда, ёки болада ўзига бўлган ишонч йўқлиги боис кучайиши мумкин.
- 3 Болалар бахтсиз ҳодисаларга ўта мойил бўлиб, катталардек фикирлашга тушади, ёмон ухлайди ва ўзи ҳақида атрофдагилар қандай фикрда эканлигини кўп ўйлайди.
- 4 Ота-оналарнинг ваҳимага тушиши ҳам катта рол ўйнайди.
- 5 Безовта бўлиш учун яқин одамидан айириш етарли бўлади.

Диагностика. Асосий диагностик белги – бу қаттиқ ваҳимага тушиш бўлиб, бир ойдан кўп давом этади ва қуйида келтирилаётган белгиларнинг камида тўрттаси аниқланади.

- 1 Келажак ҳақида асоссиз қайғуриш.
- 2 Ўзининг олдинги хулқ атори ҳақида доимий фикирлаш.
- 3 Ўз ютуқлари билан меъеридан ортик мақтаниш.
- 4 Асоссиз соматик шикоят.
- 5 Тинчлантиришга талаб зарурлиги.
- 6 Уятчанлик.
- 7 Ўзини доим нотинч ҳис қилиш. Қалтираш ва безовталиқ.
- 8 Вегетатив бузилишлар: тинч пайтида нафас ва пульсини ошиши, кўп терлаш, юрак уриб кетиши, оғиз қуриши, ич кетиши.

Агар ваҳимага тушиш сақланиб, ўқишга ва тенгдошлари ёки ота-онаси билан ўзаро мулоқотга ҳалақит берадиган бўлса, руҳшунос маслаҳати тавсия қилинади.

Конверсион бузилишлар

Этиология. Психоанализ шуни кўрсатдики конверсион бузилишлар эс- хушдан ваҳимани

сиқиб чиқариб уни соматик симптом сифатида қайта шакилланишини таъминлайди.

Текшириш

- 1 Энг кўп соматик кўриниш ҳаракат ва сезги бузилишлари.
- 2 Анамнезида номаълум сабабли соматик симптомлар аниқланади.
- 3 Соматик симптомларни аниқлаш конверсион бузилишларни инкор этмайди.
- 4 Соматик симптомларни пайдо бўлиши кўпинча эмоционал стресс ёки бирор инсон билан (айнан шу симптомлари бор) мулоқот натижасида юзага келади.

Дифференциал ташҳисот системали қизил югурик ва тарқалган склероз билан ўтказилади.

Ташҳисот

- 1 Бош симптом - бирор бир соматик касаллик ҳақида ўйлашга ундовчи маълум бир аъзо иш фаолиятининг бузилишидир.
- 2 Симптомлар бемор хоҳиш иродасини четлаб пайдо бўлади ва уларни маълум патофизиологик механизмлар билан тушунтириб бўлмайди.
- 3 Касалликнинг руҳий табиати ҳақида маълумот:
 - 4 Соматик симптомлар эмоционал стресс натижасида юзага келади:
 - 5 Касаллик болада ёқимсиз иш олдида бўйин эгишга олиб келади ёки атрофдагилардан далда олади.
- 6 Руҳшунос маслаҳати тавсия қилинади.
- 7 Ота-оналарга боланинг оғир касалликга чалинмаганлиги тушунтирилади.
- 8 10—30% ҳолатларда конверсион бузилиш деб қабул қилинган ҳолатлар соматик касаллик бўлиб чиқади. Шунинг учун бундай беморлар педиатр назоратида бўлиши керак.

Беморларни боғлаш

Боғлашнинг асосий тўртта тури: курси, Поза камари, қўлларнинг пластмассали кишанлари ва тўртта нуқтада боғлаш (иккита билак ва иккита тўпик). Нам чойшаб ва сиқувчи кийимлар билан боғлаш кам ҳолатларда амалга оширилади ва анча хавфлидир. Боғлашнинг ҳар қандай турида беморни доимий кузатуви ва парвариши зарур. Боғлашни амалга ошириш ва кейинги кузатув учун етарли тиббий ходим ажратилади. Боғлашга бўлган кўрсатма махсус хужжатга ёзма равишда кўрсатилади.

Усуллар

Курси асосан деменция ҳолатида ишлатилади. Унинг асоси кенг бўлиб, махсус тахтадан иборат бўлади ва бу тахта тирсак остига қўйиш учун маҳкамланган бўлади. Қўзғалувчан,

мувозанати бузилган беморлар ушбу усул ёрдамида боғланиб, уларнинг палата ва хоналар бўйича дайдиб юришининг олди олинади.

Афзалликлари: бемор қулай ҳолатда ўтиради, кўллари эркин, мустақил овқат ейиши, ёзиши ва фойдали меҳнат билан машғул бўлиши мумкин. Бундан ташқари доимий мулоқотда бўлади.

Асоратлари

Контакт шикастланишлар

- 2 Тирналишлар
- 3 Қоринни босиб қўйиш
- 4 Ётоқ яралар
- 5 Қон айланишнинг бузилишлари, жумладан веноз димланиш, тромбоз.
- 6 Бу асоратлар техник хато натижаси ҳисобланади.

Боғлашнинг ўзининг асоратлари

- 1 Қочишни назарда тутиш, беморни курсига ўтказгандан сўнг яхши парвариш қилмаслик, овқатланиш ва парваришнинг етарли бўлмаслиги, мулоқотнинг камлиги.
- 2 Қўзғалишга олиб келувчи сенсор депривация.
- 3 Тиббий ходимда бемор билан ҳаммаси жойида қабилида нотўғри маълумот уйғотиш.

Пози камари — бу тери ёки матодан ясалган кенг камар бўлиб, беморни белини ўраб олади ва бемор ётган ўриннинг асосига маҳкамланади. Бу камарда деменциядаги беморлар юриши тўхтатади. Асорати: қон айланишининг бузилиши, қоринни босиб қўйиш, тирналиш, баъзан бўғиб қўйиш. Охириги ҳолат ушбу камарнинг амалий авфзаллигини камайтириб юборади. **Пластмассали кишанлар.** Агар бемор тажовузкор ва ваҳимада бўлса, уни шошилишч эвакуация қилиш зарур бўлса, кўлига махсус кишан тақилади. Кишанлар беморни кўчириб ўтказиш учун ва атрофдагиларнинг хавфсизлиги учун қулайдир. Ҳолат нормаллашгандан кейин кишанлар ечилади.

Тўрт нуқтада боғлаш. Ушбу мослама махсус тери қовузлокдан иборат бўлиб билак ва тўпикга маҳкамланади. Беморнинг оёқ- кўли ҳаракатини тўлиқ чекламаслик мақсадида қовузлоклар кроват асосига бироз бўш қилиб боғланади. Ушбу усул беморни бошқариш жуда қийин бўлса, ва дори- дармонлар самара бермаса кўлланилади. Интоксикацион психозларда захарловчи модда организмдан чиқиб кетгунча ёки антидот таъсири бошлангунча беморлар ушбу усул билан маҳкамланади. Шунингдек параноид ва манниакал ҳуружларда, ваҳимали депрессияларда, ўзини ўлдириш ҳаракатида, аъзони йўқотиш (кўзни юлиб олиш)да ҳам бу усул кўлланилади.

Боғлашни қўллаш мумкин эмас:

- 1 Агар бошқа самарали усуллар бўлса.
- 2 Кузатиш ва парвариш қилиш мақсадида.
- 3 Агар характерида доимий тажовузкорлик бўлиб, лекин руҳий адовати бўлмаса.

Асорати

Тасма, камар ёки кроватдан бевосита шикаст олиш

Овқат ёки қусуқ массалари аспирацияси.

Назорат саволлари:

1. Хулқ атвор шошилинич ҳолатлари белгиларини айтинг
2. Хулқ атвор шошилинич ҳолатларининг жисмоний, ижтимоий-маданий сабабларини айтинг.
3. Хулқ атвор шошилинич ҳолатидаги беморларни текшириш тамойиллари
4. Суицидал ҳаракатдаги беморларга шошилинич ёрдам кўрсатиш
5. Тажовузкор беморларга шошилинич ёрдам кўрсатиш
6. Эрта болалар психозининг белгиларини айтинг
7. Кечки болалар психозининг белгиларини айтинг
8. Болаларда эмоционал бузилишлар белгиларини айтинг
9. Хулқ атвор шошилинич ҳолатидаги беморларни боғлаб қўйишнинг тўртта асосий усулларини айтинг.

ТАШҚИ МУҲИТ ОМИЛЛАРИ ТАЪСИРИ НАТИЖАСИДА ЮЗАГА КЕЛУВЧИ ШОШИЛИНИЧ ҲОЛАТЛАР

Атроф муҳит омиллари таъсири натижасида келиб чиқадиган шошилинич ҳолатларга ташқи муҳитнинг юқори ва совуқ ҳарорати таъсири, шунингдек сувдаги бахтсиз ходисалар (чўкиш) киради. Касаллик белгиларини тўғри аниқлаш ва беморларни тўғри йўналтира олиш - атроф муҳит таъсири остида пайдо бўладиган шошилинич ҳолатларни даволашда самарали ёрдам беради.

Чўкиш. Одамнинг сувга ёки бошқа суюқликга ғарк бўлиши ҳаёт учун муҳим бўлган тизимларнинг (М.А.Т. нафас олиш ва қон айланиш тизимлари) ўткир

шикастланишига олиб келади. Чўкишга олиб келувчи омилларга сузишни билмаслик, алкоголь ва наркотиклар истемол қилиш (барошикастланиш- чуқурлика шўнғиш мосламаси ёрдамида чўмилиш), бўйин ва бошнинг шикастланиши, хушдан кетиш, тутқаноқ, ўзидан кетиш, юрак фаолиятининг бузилиши киради. Чўкиш ҳамма ёшдагиларда ҳам учрайди, лекин болалар ва ўсмир ёшдагиларда кўпроқ кузатилади. *Чўкиш қуйидаги ҳолатларда юзага келади:* Денгиз ва дарё кемалари ҳалокати, ҳаво кемаларининг сувга қулаши, табиий офатлар, сув спорти билан шуғулланиш вақтида, очиқ сувга тасодифан тушиб кетиш, сув ҳавзаларида чўмилиш натижасида. Сувга чўкиш сабаблари орасида алоҳида ўринни эмоционал омил яъни, ўз-ўзига ишончсизлик, қўрқув ҳисси эгаллайди. Яна бир муҳим омиллардан бири сувнинг паст ҳароратидир. Сувнинг паст ҳарорати тери ва ўпка қон томирлари спазмларини чақириб, юрак ва нафас олиш тизими фаолиятининг ўткир бузилишига олиб келади. Сувга қулаш ёки бехосдан тушиб кетиш оқибатида соғлом одамда коллапс ёи совуқ шок пайдо бўлади ва бу тананинг сув остига чўкишига, баъзан ўлимга сабаб бўлади. Бу ҳолат фақат совуқ сувда эмас балки илиқ, яъни (22-25) ҳароратли сувда ҳам, тананинг қуёшда қизиши, жисмоний зўриқишидан сўнг сувга тушиш оқибатида ҳам содир бўлиши мумкин. Бурун шиллик қаватининг орқа бўлимлари сув билан таъсирланганда (назокардиал рефлекс, ларингокардиал рефлекс) эшитиш нерви билан боғлиқ ҳолатларда тезкор чўкиш ва ўлим юзага келади.

Сувнинг тез оқиши, тўфонлар, турли сузиш воситалари билан тўқнашувлар ҳам чўкишнинг омиллари ҳисобланади.

Чўкиш турлари.

1. Синкопаль чўкиш –юракнинг рефлексор тўхташи
2. Асфиктик ёки тўлиқ бўлмаган /қурук/ чўкиш, бунда дастлаб рефлексор ларингоспазм, гипоксия, гиперкапния ва қоринчаларнинг фибриляцияси ёки юракнинг рефлексор тўхташи /синкопал чўкиш/ кузатилади
3. Тўлиқ ёки чин /хўл/ чўкиш, ўпкага сув тушиши оқибатида юзага келади.

Чўкиш оқибатида таъсир қилувчи омиллар;

1. Ичимлик сувига чўкганда, гипотоник сув сурфактантни ювади ва қон томирларга тез сўрилади, микроателектазлар чақиради, ўпканинг шиши, плазма осмолярлигини камайтиради, гемолиз, гиперкапния, юрак қоринчалари фибриляциясига олиб келади.
2. Денгиз сувида чўкганда гипертоник сув альвеола эпителияларини шикастлаб альвеоладаги плазма ҳажмини оширади ва натижада ўпка шишини келтириб

чиқаради. Қон томирларда плазма ҳажми камайиб, гиперкальциемия, гипермагниемия (сувдан сўрилади) ва юрак тўхташи келиб чиқади.

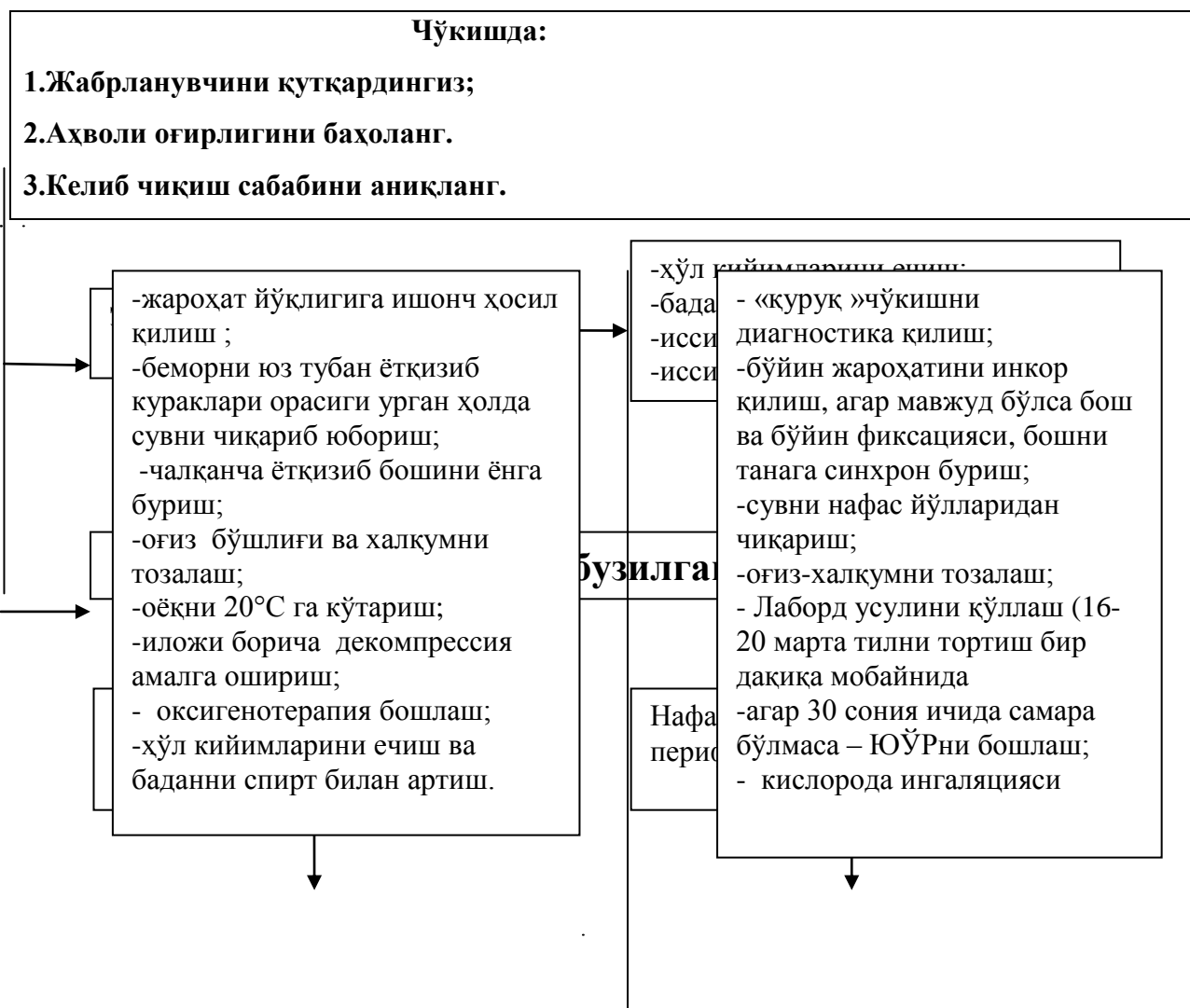
3. Совуқ сув криошок келтириб чиқаради, лекин шу билан биргаликда миянинг кислородга бўлган эҳтиёжини камайтиради. Бу эса ўпка- юрак реанимацияси вақтини узайтиришига ёрдам бериши мумкин.

4. Сувнинг ифлослиги, сув ўтларининг мавжудлиги нафас йўллари обструкциясини келтириб чиқаради.

5. Сувнинг кимёвий моддалар билан ифлосланиши ўткир заҳарланишни келтириб чиқаради.

6. Бир ёшгача бўлган болаларнинг чўкишида уларда рудиментал рефлекснинг, яъни шўнғувчининг муҳофаза рефлексининг мавжудлиги билан катталардан фарқ қилади. Улардаги бу хусусият чўкиш ҳолатидаги узоқ асфикцияни ва ўпка-юрак реанимацияси вақтини узайтиришни таъминлайди.

7. Сувга шўнғиш оқибатида бош ва умуртқаларнинг қаттиқ жисмга урилиши натижасида уларнинг шикастланиши келиб чиқиши мумкин.





Нафас бузилган, пульс периферияда аниқланмайди- **чин чўкиш**



-бош пастга, бўйин ёнга қараган, кўкрак қафаси икки ёнидан 15 сония қисилиб сув чиқарилади;
-ЮЎРни бошлаш;
-иложи борича электрофибриляция ўтказиш;
-иложи борича ошқозонни бўшатиш ва кислород ингаляцияси

Чўкиш ҳолатида бемор дарҳол совуқ муҳитдан чиқарилиб кейинги сув йўқотишининг олди олинади. Бунинг учун бемордаги ҳўл кийимлар дарҳол ечилиб, бемор иссиқ ўралади. Шунингдек қон айланишига тўсқинлик қилувчи буюмлар ечиб қўйилиши лозим. **Даволаш** жонлантириш чора тадбирларидан бошланади. Бунинг учун биринчи галда нафас олиш йўллари ўтказувчанлиги тикланади ва ушлаб турилади. 100% кислород билан ўпка вентиляция амалга оширилади. Вена ичига физиологик эритма ёки Рингер эритмаси юборилади.

1. Агар бемор ҳушидан кетмаган бўлса, ҳўл кийимлари ечилиб бадани спирт билан ишқаланади ва иссиқ суюқлик ичирилади. Бемор иссиқ ўралиб агар қўзғалувчанлик кузатилса седатация қилинади.

2. Бемор ҳушида бўлмаса нафас олиши баҳоланади.

3. Агар нафас олишда бузилишлар бўлмаса (брадипное, ретракция)

-синкопал чўкиш аниқланади.

-бўйин умуртқалари шикастланмаганлигига ишонч ҳосил қилиш керак.

- бемор юзи билан пастга қараб ётқизилади.
 - икки кўрак ўртасига уриб сувдан холос этилади.
 - чалқанча ётқизилиб, бош ён томонга ўгирилади.
 - оғиз бўшлиғи тозаланади.
 - оёқлар 20° кўтарилади.
 - иложи борича декомпрессия ўтказилади.
 - иложи бўлса, 100% кислород билан ингаляция қилинади.
 - ҳўл кийимлар ечилади, бадани спирт билан ишқаланади.
 - бўйин умуртқалари шикастланиш белгилари бўлса, бўйин ва бош фиксация қилинади.
- Бош танага синхрон бурилади.

4. Агар нафас олишда ўзгаришлар бўлса, (брадипное, ретракция) қон айланиши баҳоланади.

Агар периферик артерияда пульс бўлса:

- "курук" чўкиш ташҳиси қўйилади.
- бўйин шикастланган ёки шикастланмаганлигига ишонч ҳосил қилиш керак.
- юқоридаги усул билан сув нафас йўлларида чиқарилади.
- оғиз халқум бўшлиғи тозаланади.
- Лаборд усулидан фойдаланилади.
- агар 30 секунд ичида натижа бўлмаса. Ўпка –юрак реанимацияси қилинади.
- кислород ингаляцияси берилади.

5 Агар периферик артерияда пульс сезилмаса, ҳақиқий чўкиш ташҳиси қўйилади.

- 15 секунд ичида бошни пастга, бўйинни ён томонга қаратган ҳолатда кўрак қафаси икки ён томондан сиқилиб нафас йўлларида сув чиқарилиб ташланади.
- ўпка -юрак реанимациясини бошлаш керак.
- иложи бўлса, электродефибриляция қилинади.
- иложи бўлса, ошқозон декомпрессияси ва кислород ингаляцияси ўтказилади.

Ўта қизиб кетиш

Ўта қизиб кетиш - бу организмнинг ташқи муҳитнинг юқори ҳароратига нисбатан, гомеостазни бир меъёردа ушлаб туриш қобилияти бўлмаслиги билан боғлиқ ҳолатдир.

Организмда иссиқлик ушланиб қолиниши иссиқ ҳавода болани қалин ўраб қўйиш ва қуёш нурларининг тўғридан тўғри таъсири натижасида иссиқлик ажралишини бошқарувчи физиологик механизмларнинг максимал даражада зўрайиш ҳисобига келиб чиқади.

Ўта қизиб кетиш сабабларига қуёш нурларининг тўғридан тўғри таъсири, ташқи муҳит ҳароратининг ва намликнинг ошиб кетиши, болани иссиқ пайтда қалин ўраш ва ҳар ҳил касалликларни киритиш мумкин. Иссиқлик спазмлари одатда электролитларни ўткир йўқотиш ва гипотоник суюқликларни қабул қилиш натижасида келиб чиқади. Бу кўпроқ оёқ иш фаолиятида иштирок этувчи катта мушакларида кузатилади. Кўрув пайтида тери қопламлари нам ва совуқ, тана ҳарорати меъёрда, умумий симптомлар деярли йўқ бўлади.

Шошилинч ёрдам: тинчлик, совутиш, тузли эритмаларни қабул қилиш. Тузли эритмаларни вена ичига юбориш камдан-кам ҳолатларда тавсия қилинади.

Иссиқ олиши одатда натрий ва сувни биргаликда йўқотиш билан боғлиқдир. Бу оғрик, кўнгил айнаш, қусиш, тахикардия, артериал гипотония, қўзғалувчанлик ва тутқаноқлар билан намоён бўлади. Бадани нам тер билан қопланган, тана ҳарорати меъёр ёки сезиларсиз даражада кўтарилган бўлади. Бир ёшгача болаларда тер безлари камлиги ҳисобига бу давр кузатилмайди.

Давоси: салқин шароитда тинчлик яратиш, елпиш ёрдамида иссиқлик ажралишини кучайтириш ва тузли эритмалар ёрдамида йўқотилган суюқлик ўрнини тўлдиришдан иборат. Қусиш ва гемодинамика бузилишларида вена ичига томчилатиб физиологик эритмаларни юбориш тавсия этилади.

Иссиқликдан толиқиш- бу суюқликларнинг тер орқали кўп чиқиб кетишида учраб, бунда айланувчи қон ҳажми кескин камайиб кетиши ҳисобига томирлар кенгайиб кетиши ва мия перфузияси пасайиб кетиши кузатилади. Бу босқич нам ва иссиқ шароитда ишловчи кишиларда, қарияларда (чанқаш камлиги ҳисобига) ва қон босими юқори беморларда учрайди. Бу босқич учун бош оғриши, бош айланиши, ҳолсизлик, кўнгил айнаш, мувозанат бузилишлари, ҳушдан кетиш, кўп терлаш, рангпарлик, тахикардия, гипотензия, тахипноэ ва ўзгармаган тана ҳарорати хосдир.

Шошилинч ёрдам кўрсатиш пайтида беморлар салқин жойга ўтказилади ва жисмоний фаоллик чегараланади. Беморлар чалқанчасига оёғи юқорига кўтарилган ҳолатда ётқизилиб совуқ сув шимдирилган мато билан бадани артилади. Кўроқ суюқлик ичиши сўралиб, агар беморда кўнгил айнаши бўлса, томир ичига суюқликлар юборилади. Беморда эс ҳуши бузилиши кузатилса глюкоза миқдорини текшириш лозим. Агар ҳушини йўқотиш ёки юракнинг қўшимча касалликлари мавжуд бўлса, беморлар шифохонага олиб борилади. Иложи борича кислород ингаляциясини ва кардиомониторни йўлга қўйиш лозим.

Иссиқ уриши – бу ҳаёт учун хавф туғдирувчи ҳолат бўлиб, бунда юқори ҳарорат ва ҳавонинг намлигини ошганлиги ҳисобига иссиқлик ажралиши бузилади. Тана

хароратининг ошиб кетиши натажасида гипоталамус зарарланиб иссиқликни бошқариш механизми бузилади. Бунда иссиқликнинг танада ушланиб туриши 40, 6 С дан ошиб кетади. Иссиқ уришдан ўлиш ҳолати 21-50% ни ташкил этади. Иссиқ уришда сут кислотаси тўпланиб қолиши ҳисобига метаболик ацидоз ва хужайрадан калий тузларининг чиқиши ҳисобига гиперкалемия ҳолати кузатилади. Бу нарса буйрак етишмовчилиги билан биргаликда юрак аритмияларини ҳам чақариши мумкин.

Иссиқ уришнинг иккита типи фарқланади:

Жисмоний зўриқиш ҳисобига юзага келувчи иссиқ уриши:

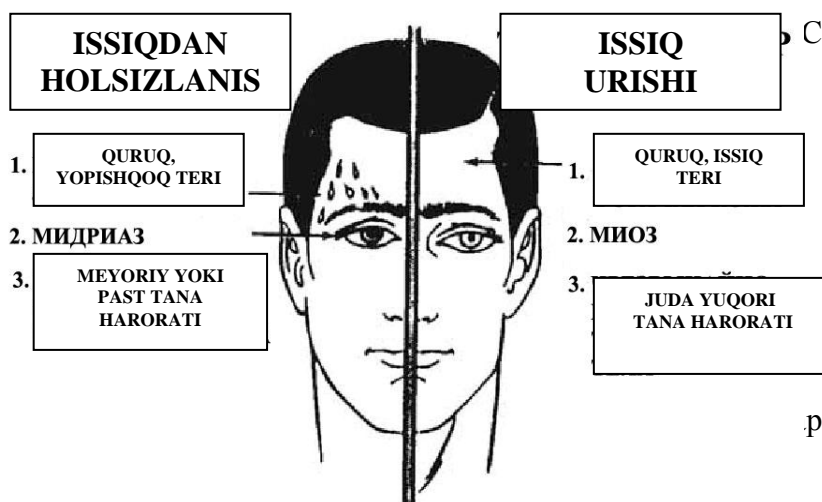
- иссиқ шароитда ишлайдиган соғлом ёшларда
- бунда иссиқлик тўпланиши чиқаришига нисбатан тез бўлади
 - гипоталамус зарарланиш кузатилади
 - кўп терлаш кузатилади.

Классик иссиқ уриш:

-қарияларда, спиртли ичимликларни кўп ичувчиларда, семизва юрак касалликлари мавжуд кишиларда кузатилиб, бунда иссиқ организмда секин бир неча кун мобайнида йиғилади ва тери қуруқ бўлиб тер ажралиши бўлмайди. Агар иссиқ шароитда ишловчи одамда ҳуш йўқотилиши кузатилса биринчи навбатда иссиқ уришни тахмин қилиш зарур. Яна шуни назарда тутиш лозимки тер ажралишининг йўқлиги ҳар доим ҳам иссиқ уришдан дарак беравермайди.

Шошилинич ёрдам:

1. ABC ёрдам
2. Беморни иложи борича тез 1 ли сувда тез -тез чўмилтириш
3. Марказий венага кататер қў оширилади ва буйрак фаолия:
4. Иккиламчи асоратларга теки
5. Беморлар тез траспортировк белгиларига текширилади, дс
6. Метоболизмни кучайтирувч ва антихолинергик моддалар 1



Гипотермия

Гипотермия деб – тана ҳароратини 35⁰ С дан пастга тушиб кетишига айтилади. Болаларда гипотермияни асосий сабаби чўкиш ҳисобланади. Гипотермия танани совуши ва қон томирларни торайиши натижасида катехоламинларни қонга кўплаб чиқиши, юрак

қисқаришлар сонини ортиши, нафасни зўриқиши, қон босимни ортиши, қалтирашдан то глюкоза захирасини сарфланиб бўлишигача олиб келадиган ҳолат ҳисобланади. Тана ҳарорати 32°C пастга тушишида қалтираш тўхтайдди, сабаби фаол глюкоза захираси сарфланиб бўлганлиги учун бемор ҳушсизланади ва тана совуяди. Бу ҳолатда юрак қисқаришлари, нафас олиш сони камаяди ва қон босими тушади. Тана ҳарорати 28°C дан пастга тушиб кетса қоринчалар хилпираши юзага келиб юрак фаолиятининг тўхташига олиб келади.

Шошинч ёрдам кўрсатиш асосан тўғри ичак ҳарорати натижаларига қараб амалга оширилади.

- Нисбий гипотермия - $34 - 36^{\circ}\text{C}$
- Ўрта гипотермия - $30-34^{\circ}\text{C}$
- Оғир гипотермия - $<30^{\circ}\text{C}$

Шошинч ёрдам:

1. ABC- ёрдам
2. Хўл кийим-бошларни ечиш
3. Беморни ҳарорат йўқотишдан сақлаш ва шамолдан ҳимоя қилиш
4. Чалқанча ётқизиш
5. Актив ва тез ҳаракат қилишдан қочиш
6. Тана ҳароратини назорат қилиш
7. Бўйин, кўкрак соҳасига, бош ва чов соҳасига иссиқлик манбаини қўйиш
8. Назорат қилиш қийин бўлган қалтирашдан кейин илиқ суюқликларни ичириш
9. Спиртли ичимликлар, кофе бермаслик ёки чекишни тақиқлаш керак. Енгил ёки ўрта оғирликдаги ҳолатларда ҳам юқорида кўрсатилган эҳтиёткорлик тадбирларга амал қилиш
10. Намланган ва илиқ кислород беришни йўлга қўйиш
11. Томирга қуйиладиган суюқликларни 43°C гача иситилган ҳолда бемор тана ҳароратини ҳар соатда 1 градусга кўтарган ҳолда инфузион давони амалга ошириш.
12. Иситилган ва намланган кислородни ингалация қилиш (тана ҳароратини 1 соатда 1 градусга ошириб бориш).
13. Дори воситалари метаболизмни сусайтиришини ҳисобга олиб беморга юбориш тавсия этилмайди.
14. Юрак тўхтаб қолиши кузатилса реанимацион тадбирни қуйидаги кўринишларни ҳисобга олиб бажариш зарур:
 - $< 30^{\circ}\text{C}$ – фақат дефибриляцияни кетма-кет 3 та зарядини қўллаш ва дори воситаларини беморга юбормаслик

- $> 30^{\circ} \text{C}$ – дефибриляция разрядк талаб этилган ҳолда ҳарорат кўтарилишига қараб қайтарилиб борилади ва дори воситалари танага юборилиши интервалига этибор берилади.
- Беморда тўғри ичакда тана ҳарорати 23° дан юқори экан реанимация тадбирлари тўхтатилмайди, чунки мия тўқимасини кислородга бўлган талаби суест бўлиши ва у узок вақт сақланиши мумкин.

Маҳаллий танани шикастловчи совуқ таъсири

Совуқ таъсирида маҳаллий танани шикастловчи қуйидаги турлари фарқ қилинади:

- Совуқ қотишни музлашсиз кўриниши
 - Шамол таъсирида
 - Траншея тавони
- Совуқ қотишни музлаш билан кечишида
 - Жунжукиш
 - Музлаш

Шамол таъсирида совуқ қотиш сурункали намлиги паст ҳарорат таъсири натижасида ривожланади. Бунда қуйидаги кўринишлар кузатилади:

- Танани очиқ соҳаларидаги яллиғланиш, шикастланган соҳадаги оғриқли ҳолат ёки юракдан узокда жойлашган соҳалар кафт, кулок, болдир соҳаси, товондаги оғриқлар.
- Қичиш, ачишиш, тери сезувчанлигини пасайиши

Бу шикастланишлар қайталаниш ҳолатига эга бўлиб, совуқ таъсир қилиши натижасида қайта ривожланади.

Шошинч тиббий ёрдам – илиқ сувда иситиш ёки шикастланган соҳани иситилган боғлам билан боғлаш, агар шикастланган соҳа оёқ бўлса, уни кўтариб қўйиш.

«**Траншея товони**» одатда паст намли ҳароратнинг терига узок вақт таъсири натижасида юзага келади. Бунда совуқ таъсир килган терида қизил тошмалар ва сезувчанликнинг йўқолиб бориши кузатилади. Совуқ урган соҳада гангрена ёки струп кузатилиши мумкин.

Шошинч тиббий ёрдам – шикастланган соҳани кўтариш, уни тозалаш ва қурук боғлам қўйиб иситиш керак.

Жунжукиш – музлаш олди ҳолати бўлиб, шикастланган соҳа иситилган ҳолда касаллик симптомлари йўқолиб, бунда тўқима йўқотилиши кузатилмайди. Бунда оралиқ тўқимада муз кристаллари хосил бўлмайди. Бу ҳолатга оёқларда оқариш ва шу соҳада дискомфорт кузатилади.



Музлаш - совуқ таъсирида юмшоқ тўқималарни шикастланиши оралиқ тўқималарда муз кристалларини хосил бўлиши билан кечиб, тўқималарда қайта тикланмаслик ҳолати юзага келади. Музлашда тўқималар қаватма-қават худди куйишдаги каби шикастланади. Музлашни 4 та босқичи фарқланади:



■ 1-чи босқич. Бунга хос бўлган кўриниш:

- Тери қаватини қисман совуши
- Қизариш
- Нисбатан кузатиладиган шиш
- Пуфакларни кузатилмаслиги



■ 2-чи босқич. Бунга хос бўлган кўриниш:

- Барча тери қаватларини совуши
- Таранг кўринишдаги шишлар
- Аниқ пуфакларни хосил бўлиши



■ 3-чи босқич.. Бунга хос бўлган кўриниш:

- Барча тери қаватлари ва тери ости ёғ қаватини ҳам совуши
- Қонли хосилага эга бўлган пуфаклар
- Некроз кожи, цианотичная окраска

■ 4-чи босқич. Бунга хос белгилар:

- Терини барча қаватларини, мушаклар, пайларни, суякларни шикастланиши билан кечиши
- Кучли бўлмаган шиш
- Олдинига қизил ёки кўкарган рангдаги тошма кейин тери қуруқлашади, қораяди, мумлашади.

Шошинч тиббий ёрдам:

- ABC ёрдам
- Гипотермия зўриқишини олдини олиш ва керакли ёрдамни кўрсатиш
 - Сиқиб турувчи ва нам кийимбошларни ечиш
 - Беморни қурутиш
 - Томир ичига илиқ эритмаларни юбориш
- Эхтиёткорлик чоралари – шикастланган соҳани қор билан ишқалаб бўлмайди, чунки ҳосил бўлган муз кристаллари тўқимани янада кўпроқ шикастлаши мумкин.
- Музлаган соҳани ишқалаш
 - Ишқалашдан олдин беморни дори воситалари(аналгетиклар) билан ориксизлантириш керак.
 - Ишқалаш пайтида одатда тоғорачадаги сув ҳарорати 37, 8 – 41, 1⁰ да бўлиши керак. Сув ҳарорати тез тушуши сабабли иссиқ сув қуйиб туриш керак бўлади.
- Шикастланган соҳага қуруқ боғламни сиқиб турган ҳолда қўйиб бўлмайди. Шунингдек ҳосил бўлган пуфакларни ёриш ва беморнинг юриши тавсия қилинмайди.

Назорат саволлари

1. Чўкишда кузатиладиган учта турдаги ҳолат фарқларини айтиб беринг.
2. Чўкиш турларига қараб кўрсатиладиган шошинч тиббий ёрдам кетма-кетлигини ёритиб беринг
3. Чўккан беморни қисматига таъсир қиладиган салбий омилларни санаб беринг.
4. Иссиқдан томир тортиши юзага келганда кузатиладиган клиник белгилар ва унда кўрсатиладиган шошинч тиббий ёрдамни ёритиб беринг
5. Иссиқдан ҳолсизланишда кузатиладиган клиник белгиларни ва унда кўрсатиладиган тиббий ёрдамни кетма-кетлигини ёритиб беринг.
6. Иссиқ уришни клиник белгиларини ва унда кўрсатиладиган кетма - кетликдаги тиббий ёрдамни айтиб беринг
7. Гипотермияни клиник белгиларини ва унда кўрсатиладиган кетма - кетликдаги тиббий ёрдамни айтиб беринг
8. Шамоллатишнинг клиник белгиларини ва унда кўрсатиладиган кетма - кетликдаги тиббий ёрдамни айтиб беринг

9. “Траншея тавони” кўринишининг клиник белгиларини ва унда кўрсатиладиган шошилич тиббий ёрдам кетма-кетлигини айтиб беринг
10. Жунжукуш ва музлашда кузатиладиган клиник белгиларни ва шошилич тиббий ёрдам кетма-кетлигини айтиб айтиб беринг.