

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI ICHKI ISHLAR VAZIRLIGI
AKADEMIYA**

**BIRINCHI TIBBIY
YORDAM**

TOSHKENT

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI ICHKI ISHLAR VAZIRLIGI
AKADEMIYA

M. N. RIZAYEV, I. R. MAVLYANOV,
O. R. MIRTURSUNOV

BIRINCHI TIBBIY
YORDAM

*O‘zbekiston Respublikasi Ichki ishlar vazirligi
tomonidan IIV oliy o‘quv yurtlari
uchun darslik sifatida tasdiqlangan*

Toshkent 2005

R-49

Rizayev M. N., Mavlyanov I. R., Mirtursunov O. R.

Birinchi tibbiy yordam: Darslik. – T.: O‘zbekiston Respublikasi IIV Akademiyasi. – 248 b.

Darslikda turli sharoitlarda shoshilinch tibbiy yordam ko‘rsatishni tashkil etish asoslari yoritib berilgan, odam anatomiyasi va fiziologiyasi, kasallikning yuqishi va yuqumli kasalliklar haqida ma’lumotlar keltirilgan, aseptika va antiseptika, desmurgiya masalalari, suyaklar singanda, qon ketganda, kuyganda va sovuq olganda kechiktirib bo‘lmaydigan tibbiy yordam berish va shikastlanganlarni transportirovka qilish usullari, shok va boshqa ekstremal holatlarda eng sodda reanimatsiya kompleksini o‘tkazish ko‘rib chiqilgan.

O‘zbekiston Respublikasi IIV oliy o‘quv yurtlarining tinglovchilari va huquqni muhofaza qiluvchi organlar xodimlariga mo‘ljallangan.

BBK 53.5

Taqri zchilar:

2-Toshkent davlat tibbiyot institutining umumiy jarrohlik kafedrası mudiri, tibbiyot fanlari doktori professor
A. YE. Ataliyev;
O‘zbekiston Respublikasi IIV gospitalining boshlig‘i tibbiyot fanlari nomzodi **X. X. Usmonov**

SO‘Z BOSHI

Bugungi kunda mamlakatimizda inson salomatligini saqlash va mustahkamlash masalalariga katta e'tibor berilmoqda. Bunga O'zbekiston Respublikasining 1993 yilda qabul qilingan «Fuqarolar sog'lig'ini saqlash to'g'risida»gi qonuni yaqqol dalil bo'la oladi.. Ushbu qonunning 30-bandida baxtsiz hodisalar yuz bergan joyda kechiktirib bo'lmaydigan birinchi tibbiy yordamni militsiya xodimlari, yong'indan saqlash xizmati, avariya xizmati, transport tashkilotlari xodimlari, qolaversa boshqa kasb vakillari ham ko'rsatishlari ularning vazifalari sifatida qonunlashtirilgan. Qonunning ushbu talabini bajarish maqsadida O'zbekiston Respublikasi IIV Akademiyasi umumiy tibbiy tayyorgarlik kafedrasining professor va o'qituvchilari mana shu darslikni yaratdilar.

Mualliflar asosiy e'tiborni shahar va qishloq sharoitida shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatishni tashkil etish masalalarini hamda odam anatomiyasi va fiziologiyasi haqidagi ma'lumotlarni yoritishdan tashqari, ekstremal holatlarda ommabop zamonaviy reanimatsiya usullarini qo'llashga, qon ketishini to'g'ri to'xtatish usullariga, qo'l ostidagi vositalar yordamida suyak siniqlarini immobilizatsiya qilishga, shikastlanganlarni transportda tashish qoidalariga qaratganlar. Darslikka qo'shimcha sifatida ichki ishlar organlari xodimlari uchun kafedra xodimlari tayyorlagan «Birinchi tibbiy yordam»¹ ko'rgazmali qo'llanmasidan foydalanish tavsiya etiladi. Ushbu qo'llanmadagi turli xil rasmlar va chizmalar darslikda keltirilgan nazariy bilimlarni mustahkamlashga yordam beradi.

Darslikni tuzishda mualliflar zamonaviy adabiyotlarga, tibbiyot oliy o'quv yurtlarida ko'p yillik pedagogik va davolash amaliyotidan hamda O'zbekiston Respublikasining sog'liqni saqlash tizimidagi institutlarda amalga oshirilgan ilmiy izlanishlaridan orttirgan tajribalariga suyanganlar.

Ushbu darslik tibbiyot masalalari bo'yicha nisbatan kam ma'lumotga ega bo'lgan ichki ishlar organlari xodimlari uchun tayyorlangan, tuzilishi jihatidan birinchi tajriba hisoblanadi. Mualliflar Siz ko'rsatgan barcha kamchiliklarni, taklif hamda tilaklaringizni minnatdorlik bilan qabul qiladilar. Kelajakda bu fikr va mulohazalaringiz darslikning yangi nashrlarini yaratishda, albatta, e'tiborga olinadi.

¹ Биринчи тиббий ёрдам. – Т., 1998.

BIRINCHI TIBBIY YORDAM KO'RSATISHNING ASOSIY PRINSIPLARI. ICHKI ISHLAR ORGANLARI FAOLIYATIDA TIBBIY DEONTOLOGIYANI QO'LLASH

Har bir inson umrini uzaytirish, sog'lig'ini saqlash va mustahkamlash muammolarini hal etish sog'liqni saqlash sohasining muhim vazifasidir. Mamlakatimizda bu masalalar davolash-profilaktika yordamining, shu jumladan aholiga tez tibbiy yordam ko'rsatishning tashkiliy shakllarini doimiy takomillashtirish orqali amalga oshiriladi. Sog'liqni saqlash masalalarini to'g'ri tashkil qilish nazariya va amaliyotning uzviy bog'liqligidan kelib chiqadi, ya'ni hozirgi zamon tibbiyot fani erishgan yutuqlarni amaliyotga tatbiq qilish bilan chambarchas bog'liqdir.

O'z vaqtida ko'rsatilgan birinchi tibbiy yordam ko'pincha baxtsiz hodisalar va to'satdan kasallanish hollarida shikastlanganlar va bemorlar hayotini saqlab qolishda hal qiluvchi omilga aylanadi. Hech bo'lmaganda kasallikning davomiyligiga, vaqtincha ishga layoqatsizlik va nogironlikka sezilarli ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Shu bilan bir qatorda, tibbiyot rivojining hozirgi darajasida birinchi va malakali tibbiy yordamning o'z vaqtida ko'rsatilishi o'ziga xos ijtimoiy va iqtisodiy ahamiyat kasb etadi.

«Fuqarolar sog'lig'ini saqlash to'g'risida»gi qonunning 30-bandida ichki ishlar organlari xodimlari jarohat olingan joyda, «Tez tibbiy yordam» xizmatini kutmasdan, birinchi tibbiy yordam ko'rsatishlari kerakligi belgilab qo'yilgan.

«Tez tibbiy yordam» xizmatini tashkil qilish

Birinchi tibbiy yordam ko'rsatish chora-tadbirlari va xizmati tizimida «Tez tibbiy yordam» xizmati alohida o'rin tutadi. Aholining o'tkir yurak-tomir tizimi kasalliklari, jarohat va shikastlanishlar, bolalarning, ayniqsa bir yoshgacha bo'lgan bolalarning to'satdan kasallanishi bo'yicha murojaat etishlari sonining oshishi umumiy sog'liqni saqlash tizimida «Tez tibbiy yordam» xizmatining ahamiyatini yanada oshirdi. Ma'lumki, baxtsiz hodisa, shikastlanish va to'satdan og'rib qolish hollari ko'pincha kutilmagan sharoit va joylarda, masalan, ko'chada, ishlab chiqarishda, transportda, jamoat va turar joylarda yuz berishi mumkin. Bu esa tashxis qo'yish hamda shikastlangan shaxs ahvolining og'irligi, jarohat va kasallikning xususiyatiga qarab shoshilinch yordam ko'rsatish masalalarini qisqa vaqt ichida hal qilishni taqozo etadi. Zero, bemorning hayoti

va og'ir kasallikdan yoki olingan shikastlanishlardan davolanishning natijasi ko'p jihatdan zarur shoshilinch yordamning o'z vaqtida ko'rsatilishiga bog'liq. Shu bilan bir qatorda, shoshilinch tibbiy yordamning aniq va sifatli ko'rsatilishi kasallangan va shikastlangan bemorlarning statsionar sharoitdagi taqdiriga ham ta'sir ko'rsatadi.

Katta shahar sharoitida ham, qishloq sharoitida ham shoshilinch gospitalizatsiya ma'lum vaqtni talab etadi. Kritik (hayot uchun xavfli) bo'lgan holat esa ancha avval kelib chiqishi va o'limga olib kelishi mumkin. Demak, bemor yoki jarohatlangan shaxs hayotini saqlab qolishning muhim va eng oqilona sharti shoshilinch tashxis qo'yishning samarali usullarini qo'llash va (minimal hajmda bo'lsa ham) davolashni imkon qadar amalga oshirishdan iboratdir.

Hozirgi kungacha tez va shoshilinch yordam ko'rsatishning eng muhim vazifasi bemor va shikastlanganlarga shoshilinch tibbiy yordamning eng oddiy turlarini ko'rsatib, tezlik bilan ularni kasalxonaga olib borishdan iborat edi. Hozirgi vaqtda kasalxonagacha bo'lgan davrda tashxis va davolash tadbirlarining hajmi miqdor va sifat jihatdan kengaydi. Albatta, bunga hozirgi zamon tibbiyot fanining rivojlanishi, aholiga tez va shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatishni yaxshilashga qaratilgan bir qator tadbirlarni hayotga joriy qilish yordam berdi.

Hozirgi vaqtda respublikamizdagi tez va shoshilinch yordam xizmati ko'p sonli vrachlar va o'rta tibbiyot xodimlari faoliyat ko'rsatadigan ixtisoslashgan muassasalarning rivojlangan tarmog'ini tashkil qiladi. Bu muassasalar kasalxonagacha bo'lgan bosqichda hamma turdagi tibbiy yordamni ko'rsata oladigan tajribali mutaxassislar bilan ta'minlangandir. «Tez yordam» xizmati tarkibida ixtisoslashgan brigadalarning tashkil qilinishi va o'tkir og'ir kasalliklarga uchragan bemorlarga uy sharoitida xizmat ko'rsatishning kengayishi hisobiga tibbiy yordam hajmi oshdi. Surunkali kasallik bilan og'irgan bemorlar sonining o'sishi va kishilarning o'rtacha umr ko'rish davomiyligining oshishi aholi o'rtasidagi kasallik tarkibining o'zgarishiga olib keldi. Kasalxonagacha bo'lgan bosqichda bemor va shikastlanganlar hayotini saqlab qolishga qaratilgan tashxis va davolash chora-tadbirlarining to'laqonli kompleksini qo'llash imkoniyati yaratildi. Bu esa, o'z navbatida, tez va shoshilinch yordam xizmati xodimlariga nisbatan talabni kuchaytirdi.

Shahar va qishloq sharoitlarida tez yordam ko'rsatish prinsiplari bir xil bo'lishiga qaramay, uni tashkil qilish va amalga oshirishning o'ziga xos jihatlari mavjud.

Katta shaharlarda uning uzoq tumanlari aholisiga shoshilinch tibbiy yordamni qisqa vaqt ichida ko'rsatish hamda bu xizmatga operativ rahbarlik sifatini oshirish uchun «Tez va shoshilinch yordam stansiyalari» tashkil qilindi. Ular ma'muriy va operativ jihatdan shahar tez yordam

stansiyasiga bo'ysunadilar (Toshkent, Andijon va boshqa yirik shaharlarda).

Qishloq joylarida tez va shoshilinch tibbiy yordam xizmati ko'rsatish markaziy tuman kasalxonalari (MTK) qoshida tashkil qilingan «Tez yordam» bo'limlariga yoki mustaqil stansiyalarga yuklatilgan. Bunday bo'limlar qishloq tumanlarining boshqa kasalxonalarida – uchastka, tumanlararo, korxonalarining tibbiy sanitariya bo'limlari kasalxonalari kabi joylarda ham joriy etilishi mumkin. Barcha tuman tez tibbiy yordam brigadalari navbatchilik paytida markaziy tuman kasalxonasining mas'ul navbatchi vrachiga bo'ysunadi hamda sharoitga qarab, tuman miqyosida ishlashi mumkin. Bunday yondashuv qishloq joylarida bu brigadalar faoliyatining operativ imkoniyatlarini ancha kengaytiradi.

Mamlakatimizda «Tez tibbiy yordam» xizmatini qishloq joylarida rivojlantirish va mustahkamlashga katta e'tibor berilmoqda. Bu o'rinda qishloq aholisiga ko'rsatiladigan tibbiy xizmat darajasini shahar sharoitidagi tibbiy yordam ko'rsatish darajasiga yaqinlashtirish, qishloq joylarida davolash va profilaktika usullari, ularning shakllarini takomillashtirish katta ahamiyatga ega. Ayni sharoitda sog'liqni saqlash sohasidagi asosiy muammo nafaqat qishloq aholisiga statsionar yordamni tashkil qilish, shu bilan bir qatorda, ambulator-poliklinika xizmatini, ayniqsa katta yoshdagilar va qariyalarga, bolalarga tez va shoshilinch yordam ko'rsatishni yanada takomillashtirishdan iboratdir.

Sog'liqni saqlash muassasalarining joylashuvi, bu xizmatni tashkil qilish shakllari va qishloq aholisiga tibbiy yordam ko'rsatish usullari ular tarqoq joylashgan sharoitda shahardagidan farqliroq bo'ladi.

Markaziy tuman kasalxonalarida tez va shoshilinch birinchi yordam bo'yicha hamma chaqiriqlarga markazlashgan tarzda xizmat ko'rsatishni tashkil qilish muhim o'rin tutadi. Bu ma'lum darajada chekka qishloqlar aholisiga zarur bo'lgan ambulator-poliklinik birinchi yordam ko'rsatishni yengillashtiradi.

Tez tibbiy birinchi yordam bo'limlari va stansiyalari asosan tuman markazi va yon-atrofdagi aholiga xizmat qiladi. Boshqa turar joy punktlari chaqiriqlariga xizmat qilish uchun esa uchastka kasalxonalari tarkibida tez yordam podstansiyalari tashkil qilingan. Odatda bunday podstansiyalar xizmat qilish radiusi 25–30 km dan ortiq bo'lganda tashkil qilinadi.

Tez va shoshilinch birinchi yordam stansiyalari bir yilda bo'ladigan chaqiriqlar soniga qarab kategoriyalarga bo'linadi. Qishloq joylarida 25 mingdan 50 minggacha chaqiriqlarga xizmat qiladigan uchinchi va 10 mingdan 25 minggacha chaqiriqlarga xizmat qiladigan to'rtinchi kategoriyali stansiyalar bo'ladi. 100–200 ming aholisi bo'lgan yirik tuman markazlarida yiliga 75 mingdan 100 minggacha va 50 mingdan 75 minggacha chaqiriqlarga xizmat qiladigan birinchi va ikkinchi kategoriyali stansiyalar faoliyat ko'rsatadi.

Tez yordam mashinalari ham, xuddi shahardagidek, normativga asosan, har 10 ming aholiga 1 mashina hisobida taqsimlanadi. Tez va shoshilinch yordam bo'limlari va stansiyalari muntazam ravishda ro'y bergan baxtsiz hodisalar sababini tahlil qiladi, hisobini olib boradi, hisobot tayyorlaydi va bu haqda tuman bosh vrachiga axborot beradi.

Keyingi yillarda qishloq joylarida olib borilgan samarali ishlar tufayli aholiga tez yordam ko'rsatish sohasida birmuncha yutuqlarga erishildi, tibbiy xizmat sifati oshib, shahar sharoitiga yanada yaqinlashdi. Qishloq aholisiga tez va shoshilinch yordam ko'rsatish sifatini oshirish, uni takomillashtirish maqsadida tez yordam bo'limlari va stansiyalarini aholi ehtiyojiga qarab qo'shimcha feldsher va vrachlar brigadalari bilan kuchaytirish masalasi turibdi.

Hozirgi vaqtda tez va shoshilinch tibbiy yordam xizmati hamma turdagi maxsus tibbiy yordamni ko'rsata oladigan, yuksak darajada tashkil qilingan tibbiy muassasalar majmuini tashkil qiladi.

«Birinci tibbiy yordam asoslari» predmetini o'qitishning zaruriyati

Bugungi kunda baxtsiz hodisa va to'satdan kasal bo'lib qolishda tez tibbiy yordam ko'rsatish yuqori darajaga yetdi. Ammo juda yaxshi tashkil qilingan shifokorlik muolajasi ham, agar shikastlangan kishiga o'z vaqtida zarur birinchi tibbiy yordam ko'rsatilmasa, samarasiz va kechikkan bo'lishi mumkin. Chunki hamma baxtsiz hodisalarda shikastlanish to'satdan va hayot uchun xavfli bo'lishi xosdir. Shikastlanish natijasi, ayniqsa og'ir va xavfli bo'lgan shikastlanishlarda, ilk daqiqalardayoq hal bo'ladi. Shuning uchun ham baxtsiz hodisa sodir bo'lgan joydagi kishining tez va samarali birinchi yordam ko'rsatish qobiliyati juda katta va hayotiy ahamiyat kasb etadi.

Shu bilan bir qatorda, birinchi yordam ko'rsatishda juda ehtiyot bo'lish kerak. Chunki siz yordam bermoqchi bo'lgan kishiga qo'shimcha shikast yetkazishingiz mumkin. Shuni esda tutish kerakki, siz berayotgan yordam faqat davolashning boshlanishidir. U qanchalik zarur bo'lmasin, hech qachon mutaxassis vrachning malakali yondashuvi o'rnini bosa olmaydi. Sizning vazifangiz shikastlanganni davolash emas, faqat birinchi yordam ko'rsatish. Birinchi tibbiy yordamni tez va sifatli ko'rsatish uchun esa maxsus bilimga ega bo'lishingiz lozim.

Birinchi tibbiy yordamning ahamiyati va qoidalari

Tinchlik sharoitida eng ko'p uchraydigan baxtsiz hodisalarga: mexanik jarohat, kuyish, issiq va oftob urish, sovuq urish va umumiy muzlash, cho'kish va yer bosib qolishi tufayli bo'g'ilish, is gazidan zaharlanish, elektrdan jarohatlanish va chaqmoqdan shikastlanish kiradi. Bu holatlarda birinchi tibbiy yordamning asosiy vazifalari shikastlanganlar

hayotini eng zarur chora-tadbirlar bilan saqlab qolish, ularning azoblanishini kamaytirish, kelib chiqishi mumkin bo'lgan asoratlarning oldini olish hamda kasallik va jarohat kechuvini yengillashtirishdan iborat.

Birinchi tibbiy yordamni voqea sodir bo'lgan joyda shikastlanganning o'zi (o'z-o'ziga yordam) yoki boshqa kishi (o'zaro yordam) hamda maxsus o'rgatilgan shaxslar ko'rsatadi.

Birinchi tibbiy yordam ko'rsatishda tezlik bilan shikastlovchi manba (faktor)ni aniqlash, uni yo'qotish, har bir jarohatda tavsiya qilinadigan tibbiy yordam choralari qo'llash, vrachni chaqirish yoki jarohatlanganni yaqin tibbiyot muassasasiga olib borish kerak. Ba'zi hollar (kuchli qon ketishb, og'ir suyak sinishlari, hushini yo'qotish, nafas olish va yurak faoliyatining to'xtashi va boshqalar)da shikastlanganlarga shu joyning o'zida tezlik bilan shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatmay turib, ularni tashish (transportirovka qilish) mutlaqo mumkin emas.

Bunday hollarda reanimatsiya chora-tadbirlari kerak bo'ladi. Reanimatsiya (jonlantirish) o'layotgan kishini hayotga qaytarishga, uning organ va to'qimalarida qaytmas o'zgarishlarning oldini olishga qaratilgan, zudlik bilan amalga oshiriladigan chora-tadbirlar majmuidir. Bunda, birinchi navbatda, shikastlanganlarning nafas olishi va qon aylanishini tiklashga va ushlab turishga erishiladi. Reanimatsiyaning murakkab bo'lmagan choralari (sun'iy nafas oldirish, bilvosita yurak massaji) har bir kishiga ma'lum. Shu bilan bir qatorda, ko'pgina hollarda shikastlanganlar qon to'xtatish, og'riq azobidan qutulish, suyagi singan qo'l-oyoqni harakatsizlantirish, yara, kuygan va sovuq urgan yuzalarni infeksiyadan himoyalash kabi har bir kishi amalga oshirishi mumkin bo'lgan yordamlarga muhtoj bo'ladilar.

Birinchi tibbiy yordam ko'rsatish voqea sodir bo'lgandan so'ng, iloji boricha erta muddatlarda amalga oshirilishi kerak. Kuchli qon ketishb, elektrdan shikastlanish, cho'kish, bo'g'ilish, yurak faoliyatining to'xtashi va boshqa qator holatlarda birinchi tibbiy yordam zudlik bilan, kechiktirmay ko'rsatilishi lozim. Agar bir paytda bir necha kishi jarohat olsa, ko'rsatiladigan yordam muddati va ketma-ketligi aniqlanadi. Bolalarga va shoshilinch yordamga muhtoj kishilarga kerakli yordam birinchi navbatda ko'rsatiladi. Ko'p sonli va qo'shimcha jarohat olgan kishilarga birinchi tibbiy yordam ko'rsatishda amalga oshiriladigan chora-tadbirlarning ketma-ketligi aniqlanishi kerak.

Avval shikastlangan odam hayotini saqlab qolishga imkon beradigan yoki birinchi tibbiy yordamning keyingi chora-tadbirlarini qo'llash uchun shart bo'lgan usul-amallar bajariladi. Chunonchi, son suyagi ochiq sinib, arteriyadan qon ketib turganda, birinchi navbatda, hayot uchun xavfli bo'lgan qon ketishini to'xtatish, so'ngra jarohatga steril bog'lam qo'yish va undan keyingina oyoqni qimirlatmaydigan qilib bog'lashga kirishish

kerak. Singan joyni hech qimirlamaydigan qilib qo'yish uchun esa maxsus shina bog'lash yoki qo'l ostidagi vositalardan foydalanish lozim.

Birinchi tibbiy yordamning hamma usul-amallarini ehtiyot bo'lib va avaylab bajarish lozim. Qo'pol harakatlar qilinadigan bo'lsa, bu shikastlangan kishiga zarar qilishi va uning ahvolini yomonlashtirishi mumkin. Birinchi tibbiy yordamni bir emas, balki ikki yoki bir necha kishi ko'rsatadigan bo'lsa, u holda kelishib ish ko'rish kerak. Bunda yordam ko'rsatayotganlarning biri boshliq bo'lib, birinchi tibbiy yordamning barcha usul-amallari bajarilishiga rahbarlik qilib turishi lozim.

Birinchi tibbiy yordam ko'rsatish sharoitida tashxis masalasi katta ahamiyat kasb etadi. Chunki o'z vaqtida va to'g'ri qo'yilgan tashxis kasallik yoki shikastlanish turini aniqlashga va shu asosda zarur yordam ko'rsatish tadbirlarining ketma-ketligi rejasini tuzishga imkon yaratadi. Tashxis kasallik yoki jarohatning subyektiv va obyektiv belgilarini aniqlash asosida qo'yiladi. Subyektiv belgilarga bemor yoki jarohatlanganning shikoyatlari (agar uning hushi joyida bo'lsa) kiradi. Obyektiv belgilarga esa kasallik va jarohatning tashqi belgilari yoki muayyan usuldagi yondashuv orqali aniqlanadigan, masalan, pulsni (tomir urishini) o'lchash, nafas olish va chiqarishning miqdori, reflekslar va boshqa belgilar kiradi.

Kasallik yoki shikastlanishning obyektiv va subyektiv belgilari umumiy va shu holat uchun xos bo'lishi mumkin. Shu tufayli bu belgilarni aniqlash va taxmin qilish yo'li bilan dastlabki tashxisni qo'yish mumkin. Tashxis asosida esa zarur yordam turi ham aniqlanadi.

Birinchi yordam vositalari

Tez tibbiy yordam ko'rsatishda *birinchi yordam vositalari* qo'llaniladi. Ular *tabel* va *qo'l ostidagi* vositalarga bo'linadi. Birinchi yordam tabel vositalariga bog'lov materiallari, bintlar, tibbiy bog'lov paketi, steril bog'lov materiallari, salfetkalar, paxta va boshqalar kiradi. Qon ketishini to'xtatishda qon to'xtatuvchi jgutlar, immobilizatsiya uchun fanerli, narvonsimon, to'rsimon shinalar kabi tabel vositalari qo'llaniladi. Birinchi tibbiy yordam ko'rsatishda ba'zi dori-darmonlar ham qo'llaniladi: yodning 5 % spirtli eritmasi, brilliant ko'ki (zelyonka)ning 1–2 % spirtli eritmasi, validol tabletkasi, valeriana tindirmasi, navshadil spirti, natriy gidrokarbonat tabletkasi yoki poroshogi, vazelin va boshqalar. Odatda birinchi tibbiy yordam tabel vositalari jamoat transporti yoki shaxsiy transport haydovchilari aptechkasi tarkibiga kiradi hamda ommaviy dam olish joylarida ham bo'ladi.

Birinchi yordam ko'rsatish vaqtida tabel vositalari bo'lmasa, qo'l ostidagi vositalardan foydalaniladi. Birinchi tibbiy yordam ko'rsatishda bunday vositalar sifatida toza choyshab, ko'ylak, mato (oq mato), karton, faner, taxta, yog'och va boshqalarni qo'llash mumkin.

Jarohatlanganlarni transportda tashish

Jarohatlangan va kasallarni transportda tashishda asosan yo‘l transporti (avtomobil, temir-yo‘l transporti), havo (samolyot, vertolyotlar), suv (daryo va dengiz transporti), shuningdek sanitar va moslashtirilgan transport vositalari qo‘llaniladi. Jarohatlangan shaxs yoki kasallarni tashish zambilda, qo‘lda, orqada, yelkada hamda qo‘l ostidagi vositalardan foydalanib amalga oshiriladi. Jarohatlanganlar bir kishi yoki bir-necha kishi yordamida tashiladi. Eng maqbul, og‘riq chaqirmaydigan va avaylab tashish usuli zambil yordamida tashishdir. Bemor yoki jarohatlanganlarni tashishda iloji boricha ehtiyot qiladigan sharoit yaratish kerak. Ularni qulay va to‘g‘ri holda yotqizish lozim.

Tashish va transportda tashish jarayonida noto‘g‘ri harakat qilish jarohatlangan yoki bemor ahvolining yomonlashuviga, qo‘shimcha jarohatlarning kelib chiqishiga, qon ketishining kuchayishiga, suyak bo‘laklarining joyidan siljishiga va boshqalarga olib kelishi mumkin.

Oyoqlar va bosh suyagining shikastlanishida jarohatlanganlarni chalqancha, umurtqa pog‘onasi suyaklari singanda esa, aksincha, qoringa yotqizish lozim. Agar umurtqa pog‘onasi suyaklari jarohatlangan kishi zambilga chalqancha yotqizilsa, unda, albatta, zambilga yog‘och shit yoki keng taxta qo‘yilishi kerak.

Qorin va tos suyaklari shikastlanganda jarohatlanganlar chalqancha yotqizilib, oyoqlar bir oz tashqariga kengaytiriladi, tizza va son bo‘g‘imlari bukiladi. Bunda tizza bo‘g‘imlari tagiga kiyimdan yostiqcha qo‘yiladi.

Shikastlanganlarni zambilda va transportda tashishda ularning umumiy holatini, bog‘lam yoki immobilizatsiya shinasining to‘g‘ri qo‘yilganligini ko‘zdan kechirish lozim. Agar jarohatlanganlarni tashish uzoq davom etsa, ularning holatini o‘zgartirish, boshlari tagidagi yostiqchalarni to‘g‘rilab turish kerak.

Gorizontal tekis yerda tashishda jarohatlanganlarning oyoq sohasi oldinda bo‘ladi. Agar jarohatlangan hushini yo‘qotgan bo‘lsa, bosh tomoni oldinda bo‘ladi. Chunki bunda uni kuzatib borish imkoni bo‘ladi. Yuqoriga olib chiqilayotganda yoki pastga tushirishda esa uni gorizontal holda ushlash kerak. Yuqoridan pastga tushirilayotganda shikastlanganning oyoq sohasi oldinda, ko‘tarilayotganda esa, aksincha, bosh sohasi oldinda bo‘ladi.

Jarohatlangan yoki bemorlarni transport vositasiga joylashtirishda avval zambil yuqori qatorlarga qo‘yiladi, keyin esa pastki qatorlarga joylanadi, tushirilayotganda esa, aksincha, avval pastki qatorlardan, so‘ngra esa yuqorigi qatorlardan zambil olinadi.

Bosh suyagi, umurtqa pog‘onasi, qorin sohasi jarohatlanganlar hamda og‘ir yaralanganlar pastki qatorlarga joylashtiriladi, chunki yuqoriga nisbatan pastki qatorlarda kamroq chayqalish kuzatiladi.

Ko'p sonli jarohatlanish va kasallanishlarda shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish

Ma'lumki, baxtsiz hodisalar, falokat, tabiiy ofat va boshqalar vaqtida voqea sodir bo'lgan joyda ko'p sonli jarohatlanganlar bo'ladi. Bunday holatlarda tez yordam qanday tashkil qilinadi? Qanday yordam va u qanday ketma-ketlikda ko'rsatiladi? Bunday hollarda voqea sodir bo'lgan joyda tibbiyot xodimi yoki birinchi tibbiy yordam ko'rsatish ko'nikmalariga ega bo'lgan shaxs voqea oqibatlarini bartaraf qilish uchun qo'llaniladigan chora-tadbirlarni o'tkazish bo'yicha javobgar bo'ladi. U hamma jarohatlanganlarga yordam berilmaguncha yoki tez yordam brigadasi yetib kelmaguncha o'sha joyda qolishi kerak.

Bu holatda hal qilinishi lozim bo'lgan asosiy masalalar quyidagilardan iborat: shikastlanish turi bo'yicha jarohatlanganlar guruhlarini tashkil qilish, hayotiy ko'rsatmalar bo'yicha tez tibbiy yordam ko'rsatish, jarohatlanganlarni tezkorlik bilan, ularning holati va jarohati darajasiga qarab, navbat bilan davolash muassasasiga evakuatsiya qilish.

Jarohatlanganlarga yordam ko'rsatishni tashkil qilish bo'yicha umumiy boshqaruv mahalliy sog'liqni saqlash organlariga yuklatiladi.

Amaliy boshqaruvni operativ bo'lim orqali, o'choqdagi (tabiiy yoki baxtsiz hodisa yuz bergan joydagi) mas'ul tibbiy xodim va tez tibbiy yordam stansiyasining mas'ul navbatchi vrachi amalga oshiradi. O'choqda barcha ishlarga mas'ul feldsher tez tibbiy yordam stansiyasining mas'ul vrachiga bo'ysunadi. U voqea sodir bo'lgan joyga yetib kelishi bilan sharoitni baholab, barcha tibbiy xodimlarni birinchi tibbiy yordam ko'rsatishga yo'naltirishi, so'ngra o'z o'rnini belgilashi kerak.

U jarohatlanganlar sonini aniqlaydi va shunga mos ravishda radio yoki telefon orqali qo'shimcha tez yordam mashinalarini chaqirish masalasini hal qiladi. Feldsher muassasa rahbariyati, militsiya va avariya qutqaruv xizmati bilan aloqa bog'laydi va jarohatlanganlar evakuatsiyasi yo'nalishini aniqlaydi. Jarohat turiga qarab, tibbiy saralash va birinchi tibbiy yordam ko'rsatish uchun feldsher va hamshiralar ajratiladi.

Yangi kelgan brigadalarni o'z boshqaruviga olib, bosh vrach bilan birgalikda jarohatlanganlarni hospitalizatsiya qilish va ko'rsatmalar bo'yicha profilli kasalxonalarga evakuatsiya qilish tartibini aniqlaydi.

O'choqda ishlar tugaganidan so'ng voqea sodir bo'lgan o'choqni shaxsan tekshiradi va obyekt rahbariga hamda tez tibbiy yordam stansiyasi mas'ul navbatchi vrachiga axborot beradi, ularning ruxsati bilan voqea sodir bo'lgan joydan eng keyin jo'nab ketadi.

Kriminal holatlarda chaqirilgan tibbiy xodimning harakati va vazifalari

Tibbiyot xodimlari, agar militsiya yoki prokuratura xodimlari bo'lmasa, voqea sodir bo'lgan joyda hamma begona kishilarni chiqarib yuboradilar. U yerdagi narsalarning joyi o'zgarishini nazorat qiladilar (mebellarni joyidan qo'zg'atish, qog'ozlarni bir-biriga qo'shish yoki tashlab yuborish, polni supurish yoki yig'ishtirish va boshqalarga yo'l qo'yilmaydi).

Voqea sodir bo'lgan joydagi jihozlarning joylashuvi iloji boricha o'zgartirilmasdan jarohatlanganga zarur tez yordam ko'rsatiladi. Voqea sodir bo'lgan joyda qurol yoki boshqa vositalar topilganda, ularni militsiya yoki prokuratura xodimlari yetib kelguncha qaysi joyda va qanday holda topilgan bo'lsa, shundayligicha saqlash choralari ko'riladi. Bu voqea sodir bo'lgan joydagi mas'ul yoki shu maqsadda chaqirilgan maxsus shaxslarga ularni qo'riqlash vazifasini yuklash orqali amalga oshiriladi. Fyeldsher shuni esda tutishi kerakki, jinoyat sodir etilgan vositalarda, jarohatlangan shaxs atrofidagi predmetlarda qon izlari, barmoq izlari va boshqalar bo'lishi mumkin. Ular tergov olib borish uchun saqlanib qolishi kerak.

Tez yordam xodimlari yetib kelgan vaqtda jarohatlangan shaxsning qo'lida qolgan qurol voqea sodir bo'lgan joyda qoldiriladi. Osish yoki bo'g'ish uchun ishlatilgan sirtmoq yechilmaydi, balki kesib olinadi va voqea sodir bo'lgan joyda qoldiriladi.

Zaharlanish holatlarida zaharli modda mavjud bo'lgan yoki tekkan hamda mavjud bo'lishi mumkin bo'lgan barcha predmetlarga ehtiyotkorlik bilan yondashish kerak. Oziq-ovqatdan zaharlanish yoki intoksikatsiya belgilari bo'lgan bemor so'roq qilinganda, uning yoki atrofda g'ilarning fikricha, qaysi mahsulotlar kasallikka sabab bo'lganligi, ular qayerdan sotib olinganligini aniqlash lozim. Voqea sodir bo'lgan joyda aniq o'lim belgilari (murda dog'lari, murda qotishi) bo'lgan murda topilganda uni qanday holatda va ko'rinishda topilgan bo'lsa, shu ko'rinishda militsiya yoki prokuratura xodimlari yetib kelguncha saqlab turishga to'g'ri keladi. O'lim sodir bo'lganini aniqlash uchun tibbiy xodimlar, hatto murda holati va ko'rinishini o'zgartirish zarur bo'lsa ham, barcha kerakli tibbiy choralarni qo'llashlari lozim. Qon dog'lari va ifloslangan sohalarni yuvib tashlash mutlaqo man qilinadi. Murda qo'lida siqilib qolgan jihozlarga (qurol, qog'oz va boshqalar) tegish, o'lim sababi haqida xulosa berish feldsher vazifasiga kirmaydi. U faqatgina yuzaki ko'rik asosida o'lim sababi haqida xulosa qilish huquqiga ega emas. Voqea sodir bo'lgan joydagi tezkor o'lim haqida feldsher militsiyaga xabar berishi kerak.

Kriminal holat tufayli va yoki zo'raki o'limga shubha tug'ilgan hollarda murda faqat militsiya yoki prokuratura organlari ruxsatidan so'ng voqea sodir bo'lgan joydan olib ketiladi. Murda voqea sodir bo'lgan joyda qoldirilganda, unga tegilmaydigan sharoitda saqlash uchun, militsiya yoki

prokuratura organlari xodimlari yetib kelguncha, murdani va u turgan joyni qo‘riqlash mas’ul shaxslarga topshiriladi va ularning familiyasi chaqiriq qog‘oziga yozib qo‘yiladi.

Kriminal holat haqidagi barcha ma’lumotlarni operativ yoki voqea sodir bo‘lgan joyga yetib kelgan xodim faqat tergov organlari vakillariga va tez yordam xizmati ma’muriyatiga xabar qiladi. Agar sodir bo‘lgan voqeaning kriminal xususiyatga ega ekanligi chaqirilgan xodim yetib kelganda aniqlansa, u holda xodim stansiya katta navbatchi vrachini bu haqda xabardor qilishi kerak. Jarohatlangan shaxs gospitalizatsiya qilinsa, feldsher uni qaysi kasalxonaga yotqizilganini tez yordam stansiyasiga xabar qilishi lozim.

«Tez tibbiy yordam» xizmati xodimlari faoliyatida tibbiy etika va deontologiya

Tibbiy deontologiya tibbiyot xodimlarining shaxsiy manfaatiga emas, balki ularning bemorga nisbatan burchi va mehribonligini ham ifoda etadi.

Tibbiy deontologiyaning asosiy vazifalari mashhur jarroh N. Petrovning 1944 yilda chop etilgan «Jarrohlik deontologiyasi masalalari» kitobida belgilab berilgan.

Ular quyidagilardan iborat:

- 1) tibbiy muassasa xodimlarining huquq va vazifalarini to‘g‘ri taqsimlashga asoslangan ishni yo‘lga qo‘yish;
- 2) o‘tkazilayotgan davolash natijasining yaxshi bo‘lishida bemor ruhiyatini doim hisobga olib borish va uni avaylash;
- 3) turli kasalliklar to‘g‘risidagi ilmiy bilimlarni har bir bemorning kasalligini aniqlash va davolashga qaratish;
- 4) «bemor jarrohlik uchun emas, balki jarrohlik bemor uchun» degan shiorga amal qilish;
- 5) o‘z ish faoliyatida yo‘l qo‘yilgan xato va kamchiliklarni aniqlash va muhokama qilish yo‘li bilan tajriba to‘plash.

Jarrohlikda arziyas narsaning o‘zi yo‘q. Bu mashaqqatli va xatarli ishdir. Shu sababdan ham bu prinsiplarga amal qilmaslik deontologiya qoidalarini qo‘pol buzish demakdir.

Vrachning noto‘g‘ri xatti-harakati natijasida bemorning umumiy ahvoli og‘irlashishi va hatto «yangi yatrogen» kasalliklar kelib chiqishi mumkin.

I. A. Kassirskiy yatrogen kasalliklarning sabab va shakllarini quyidagicha ta’riflab beradi:

- tibbiy xodimlarning ehtiyotsizligi tufayli bemorni shikastlantirish;
- tibbiy adabiyotni o‘qishga aloqador bo‘lgan bilvosita shikastlantirish;

– psixopatik, psixoastenik reaksiyaga moyil bemorlar ruhiyatini shikastlantirish;

– tibbiy asbob-uskunalar yordamida o‘tkaziladigan noto‘g‘ri tekshirishlar, dori-darmonlarning yanglish berilishi va boshqalar.

Bemor ruhiyatini asrash, yatrogen kasalliklarning oldini olishda o‘zini to‘g‘ri tutish, e‘tiborli bo‘lish va ziyraklik sifatlarini alohida ta‘kidlab o‘tish zarurdir.

Har bir tibbiy xodim yuqori darajada madaniyatli bo‘lishi kerak. Unda tibbiyotga zid, zararli odatlar (chekish, spirtli ichimliklar iste‘mol qilish va boshqalar) bo‘lmasligi darkor, undan shaxsiy gigiyena va estetika qoidalariga qat‘iy amal qilish talab qilinadi, kiyimlari orasta, yurish-turishiga mos, bejirim bo‘lishi kerak. Chunki o‘ta rang-barang va qo‘pol kiyimlar bemorga salbiy ta‘sir ko‘rsatishi mumkin. Turli atir-upa va bo‘yoqlarni me‘yorida ishlatish zarur. Bemorlar sog‘lig‘ini o‘ylaydigan tibbiy xodim, tabiiyki, ular yonida o‘zining shaxsiy ishlari to‘g‘risida gapirmasligi lozim.

Tibbiy deontologiya qoidalariga amal qilish farmatsevtika xodimlariga ham taalluqlidir. Tibbiy xodim va provizor vrachlik sir-asrorini oshkor qilmasligi kerak, chunonchi:

a) bemorning o‘zidan yoki davolash jarayoni davomida olingan ma‘lumotlarni jamoatchilikka oshkor qilmaslik;

b) bemorlar to‘g‘risidagi ba‘zi ma‘lumotlarni ularning o‘zlariga ham bildirmaslik darkor.

Tibbiy xodim va provizorlar malakali vrach kelgunga qadar jarohatlangan bemorlarga tibbiy yordam ko‘rsatishlari shart. Chunki o‘z vaqtida va to‘g‘ri ko‘rsatilgan birinchi yordam bemor taqdirini hal qiladi. Buning uchun ular tibbiy yordam ko‘rsatish qoidalarini mukammal egallagan bo‘lishlari kerak.

Provizor bemorni davolamasa va unga dori-darmonlar buyurmasa ham, bemor yoki uning qarindosh-urug‘lari bilan muloqotda bo‘ladi, kerakli dori-darmonlarni aniq va o‘z vaqtida tayyorlab berishi bilan bemor ruhiyatiga ijobiy ta‘sir ko‘rsatadi, sog‘ayib ketishiga ishonch tug‘diradi.

Vrach ko‘rsatmasisiz bemorga u yoki bu dorini yozib beruvchi provizor mutlaqo nohaqdir. Chunki vrach bemorda bo‘lgan obyektiv o‘zgarishlarni, organizmning shaxsiy xususiyatlarini, qo‘shimcha kasalliklarni e‘tiborga olib ish tutadiki, bu narsalar farmatsevtlarga ma‘lum emas.

Tibbiy xodimlar hamda provizorlarning muhim fazilatlaridan eng asosiysi kasb pokligidir, uning ish mezonini esa yo‘l qo‘yilgan xato va kamchiliklarni o‘z vaqtida payqash hisoblanadi. Yo‘l qo‘yilgan xato va kamchilik bilan o‘z obro‘sining pasayishi yoki jazolanishdan qo‘rqmasdan inson hayotini saqlash, bemor sog‘lig‘ini tiklash tibbiyot xodimlari, provizorlarning burchi hamda vazifasidir.

Davolash sifati ko'pgina hollarda vrach buyurgan muolajani o'z vaqtida aniq va puxta bajarishga va bemorlarni parvarish qilishga bog'liq bo'ladi, bu mas'uliyat tibbiy hamshiralar va enagalarga ham yuklanadi. Tibbiyot hamshiralari o'z ishlarining sir-asrorini yaxshi biladigan, pok, aql-zakovatli, o'z kasblarini mukammal egallagan kishilar bo'lmog'i kerak.

Bemorning tezda sog'ayib ketishini yaxshi parvarishsiz hamda enaga (sanitarka)larsiz tasavvur qilish qiyin. Enaga tibbiy hamshiraning birinchi yordamchisidir. Faqat ulargina boshqa tibbiyot xodimlariga qaraganda bemor yonida ko'proq bo'ladilar.

Bemorning tezroq tuzalib ketishida unga aytilgan har bir shirin so'z katta ahamiyatga ega. Shu asnoda Servantesning ajoyib so'zlarini keltirish o'rinlidir: «Xushmuomalali bo'lishning hech bir qiyinchiligi ham yo'q va hech bir narsa u kabi yuqori baholanmaydi». Bemorlarda kasallik tufayli paydo bo'ladigan injiqlik, achchiqlanish hollarida xushmuomalalik kasalning tuzalishi uchun muhim omildir.

IIO xodimlariga birinchi tibbiy yordam ko'rsatish asoslarini o'rgatishning zarurati

Har bir kishining baxtsiz hodisalarda birinchi yordam ko'rsatish usullari va qoidalarini bilishi muhimdir. Ayniqsa bu masala IIO xodimlari uchun alohida ahamiyatga ega, chunki ular voqea sodir bo'lgan joyga birinchilar qatorida yetib keladilar. Shuning uchun ham IIO xodimlari jarohatlanganga birinchi tibbiy yordam ko'rsatish hamda har qanday ekstremal holatlarda, jumladan jangovar harakatlarda ham, bir-biriga va o'z-o'ziga yordam ko'rsatish usullarini to'liq bilishlari kerak. Bu esa, o'z navbatida, ularning birinchi tibbiy yordam ko'rsatish maxsus kursini o'rganishlari zarurligini taqozo etadi.

Bunday kursning asosiy maqsad va vazifasi tinglovchilarga birinchi tibbiy yordam ko'rsatishning ahamiyati va imkoniyatlari haqidagi nazariy bilimlarni singdirishdan iborat. Bu bilimlarning o'zlashtirilishi IIO xodimlariga quyidagi imkoniyatlarni beradi:

- jarohatlangan shaxsning ahvolini obyektiv baholash hamda uning hayoti va salomatligiga nisbatan xavf darajasini aniqlash;
- yetkazilgan jarohat darajasini belgilab, ko'rsatiladigan birinchi tibbiy yordam bo'yicha asosiy va ikkilamchi chora-tadbirlarni to'g'ri aniqlash, terminal holatdagi jarohatlanganlar va bemorlarga, zarur bo'lganda qo'ldan keladigan birinchi reanimatsion usullarni qo'llash;
- jarohatlanganlar va bemorlarni mavjud vositalar bilan immobilizatsiya qilish va voqea sodir bo'lgan joydan shifoxonaga olib borish;
- mutaxassis shifokorga jarohat olingan holatni hamda jarohatlanganlarga ko'rsatiladigan navbatdagi tibbiy yordamni yengillashtirish uchun qo'llangan birinchi tez yordamni malakali qilib aytib berish.

Tinglovchilarga quyidagi asosiy tibbiy qo'llanmalar bo'yicha, ya'ni qon ketishi turlarini aniqlash va uni tezlik bilan to'xtatish, jarohat turlarini aniqlash va uni tashqi muhitdan steril bog'lam bilan ajratish, kuyish va sovuq olishda yordam ko'rsatish, tayanch-harakat organlari shikastlanganda fiksatsiya qiluvchi bog'lam qo'yish, jarohatlanganlarni to'g'ri tashish, o'pkani sun'iy nafas oldirish va yurakni bilvosita massaj qilish, zaharlantirish, ilon va boshqa zaharli hasharotlar chaqqanda yordam ko'rsatish ko'nikmalarini hosil qilish. Bu bilimlar va qo'llanmalar IIO xodimlariga o'z vaqtida va sifatli tezkor tibbiy yordam ko'rsatish imkonini beradi.

**ESDA TUTING: INSON HAYOTI KO'P HOLLARDA O'Z
VAQTIDA VA SIFATLI KO'RSATILGAN TIBBIY YORDAMGA
BOFLIQDIR!**

ODAM ANATOMIYASI VA FIZIOLOGIYASI

Odam organizmining tuzilishi, uning rivojlanish jarayonini o'rganadigan fan *anatomya*, odam organizmi a'zolarining yakka holdagi va bir butun tizim ko'rinishidagi faoliyatlarini o'rganadigan fan *fiziologiya* deyiladi.

Odam organizmi turli funksiyalarni bajaradigan a'zolar tizimidan tashkil topgan. Bularga harakat a'zolari, muskullar, qon, qon va limfa tomirlari, hazm qilish, nafas olish, siydik chiqarish, jinsiy, nerv tizimi a'zolari va ichki sekretiya bezlari kiradi.

TAYANCH-HARAKAT TIZIMI

Harakat a'zolari tizimining asosini suyaklar, bo'g'imlar va paylar tashkil qiladi.

Odam organizmida 200 dan ortiq suyak bo'lib, ularning jami odam vaznining 8,5 % ni tashkil qiladi (1-rasm). Suyaklar egiluvchan organik modda – osseindan hamda qattiq va mo'rt anorganik modda – ohakdan tashkil topgan.

Suyaklarning yengil va mustahkamligi faqat ularning tarkibiga qarab emas, balki suyak tanasining qurilish strukturasi bilan ham belgilanadi. Suyaklarning tashqi qavati zich qattiq moddadan, ichki qavati esa bir-biri bilan to'r shaklida kesishgan g'ovak plastinkalardan iborat.

Suyaklar ichida *suyak ko'migi* deb ataladigan to'qima joylashgan bo'lib, unda qizil qon (eritrotsitlar) va oq qon tanachalari (leykotsitlar) ishlab chiqariladi. Suyakning sirtqi yuzasi *suyak ustki pardasi* bilan qoplangan. Suyak ustki pardasidan suyaklarga nerv va qon tomirlari o'tadi, ya'ni bu suyak ustki pardasining ichki qavatini tashkil qiladi, tashqi qavatini esa fibroz tolali to'qima hosil qiladi. Suyak ustki pardasining ichki qavati suyak hosil bo'lishida, o'sishi va rivojlanishida, singan suyaklar bitishida ishtirok etadi.

Suyaklar o'zaro uzluksiz (harakatsiz) va bo'g'imlar (harakatchan) ko'rinishida birikishi mumkin. Uzluksiz birlashgan suyaklarga misol qilib bosh suyagini biriktiruvchi to'qimalar va umurtqalarning tog'aylar orqali birikishini olish mumkin. Uzluksiz ravishda qo'shilgan suyaklar qimir-lamaydi yoki harakati juda chegaralangan bo'ladi. Binobarin, bu birik-malarni bo'g'im deb atab bo'lmaydi. *Harakatchan birikmalar (bo'g'imlar)* esa butunlay boshqacha tuzilgan va o'zgacha xususiyatga ega. Ularga tos va dumg'aza bo'g'imi kabi kam harakatlanadigan hamda yelka, tirsak, tizza singari harakatchan bo'g'imlar kiradi.

Suyaklarning bo'g'im yuzalari tog'ay bilan qoplangan bo'lib, bo'g'im hosil qiluvchi uchlari va ular o'rtasidagi bo'shliqning atrofi bo'g'im xaltasi bilan o'ralgan. Har qaysi bo'g'im sirtidan (ba'zilar ichidan) zich biriktiruvchi to'qima tolalaridan tuzilgan boylamlar bilan mustahkamlangan. Bo'g'im xaltasining ichki qavati yog'lovchi suyuqlik ishlab chiqaradigan maxsus qobiqdan tashkil topgan va bu suyuqlik bo'g'implardagi harakatni yengillashtirib beradi.

Bosh suyaklari

Bosh suyagi *miya* va *yuz* suyaklariga bo'linadi.

Boshning miya suyaklariga: peshona, 2 ta chakka, 2 ta tepa, ensa, ponasimon yoki asos, g'alvir suyaklari kiradi. Ensa suyagida katta teshik bo'lib, bu teshik orqali bosh miya umurtqa pog'onasi kanali bilan bog'lanib turadi. Chakka suyagi tashqi yonboshida joylashgan chakka chuquri orqali pastki jag' bilan birlashib turadi, ya'ni bu birlashma boshning birdan-bir harakatdagi bo'g'imi hisoblanadi.

Boshning yuz suyaklariga: 2 ta yuqori jag', 2 ta tanglay, 2 ta yonoq, 2 ta burun, 2 ta yosh, 2 ta burun chig'anog'i, dimoq, pastki jag' va tilosti suyaklari kiradi.

Pastki jag'dan tashqari, barcha bosh suyaklari choklar orqali birikkan. Chakka suyaklarida eshitish va muvozanatni boshqaruvchi a'zolar joylashgan. Bosh suyagining yuz qismidan boshlanadigan mimika muskul-larining bir uchi suyakka, ikkinchi uchi esa teriga yopishgan bo'lib, shu muskullar yordamida inson yuzida quvonch, g'am, jahl, qo'rquv ifodalari aks etadi.

G'alvirsimon, peshona, asos va chakka suyaklaridagi kovaklar (bo'shliqlar) ichida havo bo'ladi.

Peshona, asos va g'alvirsimon suyaklar ichidagi bo'shliqlar burun havo yo'liga, chakka suyagidagi bo'shliq esa o'rta quloq bilan tutashgan.

Umurtqa pog'onasi

Umurtqa pog'onasi odam skeletining asosiy o'qi hisoblanadi. Umurtqa pog'onasining tepa qismi bosh suyaklari bilan, yon tomoni ko'krak qovurg'alari bilan, pastki qismi esa tos suyaklari orqali oyoq suyaklari bilan tutashgan.

Umurtqa pog'onasi 33 yoki 34 ta umurtqa suyaklaridan iborat bo'lib, shundan 7 tasi bo'yin, 12 tasi ko'krak, 5 tasi bel, 5 tasi dumg'aza va 4–5 tasi dum umurtqalaridan tashkil topgan.

Har bir umurtqa – tana, yoy va o'tkir orqa o'simtalardan iborat. Umurtqa tanasi qisqa yoylar yordamida aylana teshik hosil qiladi va umurtqalar ustma-ust jipslashib, birgalikda orqa miya joylashgan kanalni hosil qiladi.

Umurtqa suyaklari bir-biri bilan tolali tog‘ay orqali birikkan bo‘lib, yugurganda, yiqilganda, sakraganda zarbalar kuchining pasayishiga yordam beradi. Bundan tashqari, umurtqa pog‘onasi oldinga, orqaga, yon tomonga egilishda va tananing o‘z o‘qi atrofida aylanishida yordam beradi.

Beshta dumg‘aza umurtqalari bir-biri bilan jips birikib, yaxlit dumg‘aza suyagini tashkil qiladi. Dumg‘aza suyagi tos suyagi bilan birikib, tosning orqa qismini hosil qiladi. Dumg‘aza suyagining pastki qismiga 4–5 ta dum umurtqalari birikkan bo‘ladi.

Ko‘krak qafasi

Ko‘krak qafasi 12 ta ko‘krak umurtqasi, 12 juft qovurg‘a va to‘sh suyaklarining o‘zaro birikishidan hosil bo‘ladi.

Qovurg‘alar suyak va tog‘ay qismlardan tashkil topgan. Ular suyak qismi bilan ko‘krak umurtqalariga bo‘g‘im hosil qilib, tog‘ay qismi esa to‘sh suyagi bilan (7 tasi) bevosita birikkan bo‘ladi. Pastki 8, 9, 10-juft qovurg‘alarning tog‘ay qismlari o‘zaro birlashib 7-qovurg‘aga birikadi. 11, 12-juft qovurg‘alarga *yetim qovurg‘alar* deyiladi. Ularning erkin uchi qorin devori muskullari orasida bo‘ladi.

Ko‘krak qafasi bo‘shlig‘ida o‘pka va yurak joylashadi. Ko‘krak qafasini qorin bo‘shlig‘idan *diafragma* ajratib turadi. Diafragmada pay va muskul qismlar farqlanadi. Uning pay qismidagi darcha orqali qizilo‘ngach, qon va limfa tomirlari hamda nervlar o‘tadi. Diafragma nafas olishda ishtirok etadigan asosiy a‘zo hisoblanadi.

Tos suyaklari

Tos ikkita chanoq, dumg‘aza, dum suyaklari va ularni bog‘lovchi tog‘aylardan tashkil topgan. Chanoq suyagi, o‘z navbatida, uch qismdan – qov, yonbosh, quymich suyaklaridan iborat. Ikki qov suyaklaridagi tog‘ay qismlarning birikishi hisobiga *simfiz*, ya‘ni qov birikmasi hosil bo‘ladi.

Yonbosh suyagi bilan qov suyagi o‘rtasidan bog‘lam tortilgan bo‘lib, unga *chov* yoki «*pupart*» *bog‘lami* deyiladi.

Tos suyaklarining ikki yonida yarim oysimon chuqurchasi bo‘lib, ularga son suyagining boshchasi kirib turadi va tos-son bo‘g‘imini hosil qiladi. Erkaklarning tos suyaklari baland va tor bo‘ladi. Ayollarniki esa past va keng bo‘lib, asosan tug‘ish jarayonida homila boshining qiyinchiliksiz harakatini ta‘minlaydi.

Qo‘l va oyoq suyaklari

Qo‘l suyaklari yelka kamari va qo‘lning erkin suyaklaridan tashkil topgan bo‘lib, yelka kamari tarkibiga kurak va o‘mrov suyaklari kiradi. O‘mrov suyagi bir uchi bilan to‘sh suyagiga birikadi, ikkinchi uchi bilan esa kurak suyagi va yelka suyagining boshchasi bilan birgalikda yelka

bo'g'imini hosil qiladi. Yelka suyagi bilak suyaklari bilan birga tirsak bo'g'imini tashkil qiladi. Bilak – bilak va tirsak suyaklaridan tashkil topgan.

Bilak suyaklari kaft panja suyaklari bilan birikib bilak kaft bo'g'imini hosil qiladi. Qo'l panjasi: 8 ta kaftoldi, 5 ta kaft va 14 ta barmoq suyaklaridan iborat. Har bir barmoq suyagi 3 ta suyakdan iborat bo'lib, faqat bosh barmoqda 2 ta suyak mavjuddir.

Oyoq suyaklari tanaga tos suyaklari orqali birikib, son, boldir, tizza qopqog'i, oyoq to'pig'i va oyoq panjasi suyaklaridan tashkil topgan.

Son suyagi inson tanasidagi eng uzun suyaklardan biri bo'lib, naysimon suyaklar qatoriga kiradi. Uning yuqori uchida ichki tomonga qaragan sharsimon boshchasi, pastrog'ida esa suyak uzun o'qiga nisbatan o'tmas burchak ostida joylashgan bo'yni bor. Katta va kichik boldir suyaklari ham naysimon suyaklar qatoriga kiradi. Katta boldir suyagi boldirning ichki tomonida, kichik boldir suyagi esa tashqi tomonida joylashgan bo'ladi. Son suyagining pastki, ya'ni distal qismi va boldirning yuqori, ya'ni proksimal qismi hamda tizza qopqog'i suyaklari bilan birgalikda tizza bo'g'imini hosil qiladi.

Boldir suyaklari oyoq panja suyaklari bilan o'zaro birikib, boldir panja bo'g'imini tashkil qiladi. Oyoq panjasi: 7 ta panjaoldi, 5 ta panja va 14 ta barmoq suyaklaridan iborat. Har bir barmoq kaft barmoqlariga o'xshab 3 ta suyakdan iborat, faqat bosh barmoq 2 ta suyakdan tashkil topgan.

MUSKULLAR TIZIMI

Odam organizmining faol harakatlantiruvchi qismi – muskullar, passiv harakatlantiruvchi qismlari – suyaklar, bog'lamlar va fassiyalar bilan birgalikda tananing harakatlanishiga yordam beradi. Skelet muskullari odam vaznining 40 % ni tashkil etadi. Odam tanasida 600 ga yaqin muskul bor. Muskullar biriktiruvchi to'qimali parda – *fassiyalar* bilan o'ralgan bo'ladi. Muskullar paylar yordamida skelet suyaklariga yopishadi. Mimika muskullari bir uchi bilan teriga ikkinchi uchi bilan kalla va yuz suyaklariga yopishadi. Muskullar qisqarishi natijasida bo'g'implar harakatga kelib, inson yurishi, yugurishi, yozishi, chaynashi va boshqa harakatlarni bajarishi mumkin. Muskullar – *qisqaruvchi, yoyuvchi, uzoqlashtiruvchi, yaqinlashtiruvchi, aylanma harakatlarni bajaruvchi* muskul guruhlariga bo'linadi.

Muskullar – *uzun va qisqa, keng* bo'lishi mumkin. Uzun muskullar asosan qo'l va oyoqlarda, qisqa muskullar esa gavda orqasi chuqur muskullari ostida, qovurg'alar orasida bo'ladi. Keng muskullar gavdaning ko'krak va qorin qismida hamda tananing orqasida joylashgan bo'ladi. Tana orqasidagi muskullar yuza va chuqur muskul guruhlariga bo'linadi.

Tana orqasidagi chuqur muskullar lateral va medial muskul guruhlariga bo'linib, umurtqa pog'onasining ikki tomoni bo'ylab ensadan dumg'azagacha cho'zilgan. Bu muskul guruhlari umurtqa pog'onasining tiklovchi muskul guruhlariga kiradi.

Ko'krak muskullari – yelka kamari va yelka muskullariga taalluqlidir. Katta ko'krak muskuli yuza joylashgan bo'lib, shakli uchburchak – qo'lni tanaga yaqinlashtiradi va ichkariga buradi. Kichik ko'krak muskuli – 2, 4-qovurg'alaridan boshlanib, kurak suyagiga yopishadi. Bu muskul kurak qimirlamay turganda qovurg'alarni ko'taradi, ko'krak qafasi qimirlamay turganda esa kurakning tashqi burchagini oldinga va birmuncha pastga tortadi.

O'mrovosti muskuli 1-qovurg'a va o'mrov suyagi orasida joylashgan bo'ladi. Bu muskul o'mrov suyagini pastga va markazga tortadi. Ko'krak qafasining old va yon tomonida oldingi tishsimon muskullar joylashadi. Bu muskul qisqarganda kurakni oldinga tortadi va uni tashqariga buradi. Bu esa, o'z navbatida, qo'lni gorizontal holatdan ham yuqoriroq tutish imkonini beradi.

Ichki qovurg'alararo muskullar nafas olishda, tashqi qovurg'alararo muskullar esa nafas chiqarishda ishtirok etadi.

Qorin devori muskullari tashqi va ichki qiyshiq, ko'ndalang, to'g'ri va kvadrat muskullardan tashkil topgan.

Tashqi qiyshiq muskul keng bo'lib, yo'nalishi yuqoridan pastga va tashqaridan ichkariga bo'ladi. Ichki qiyshiq muskul ham tashqi qiyshiq muskul ostida shu yo'nalishda joylashgan. Tashqi va ichki qiyshiq muskullar orqasida qorinning ko'ndalang muskuli joylashgan. Qorin to'g'ri muskuli o'rta chiziqdan tashqarida joylashgan bo'lib, muskul tutamlari (press) hosil qiladi, ushbu muskulning yo'nalishi yuqoridan pastga qarab boradi. Orqaning kvadrat muskuli yonbosh suyaklarining yuqorigi qirralaridan boshlanadi va 12-qovurg'a va bel umurtqalarining yon o'smalariga yopishadi.

Qorinning tashqi va ichki qiyshiq muskullari tananing yon tomonga egilishida ishtirok etsa, qorinning to'g'ri muskuli gavdaning oldinga egilishga yordam beradi. Qorin devori muskullari qorin bo'shlig'ini hosil qilishda ishtirok etadi.

Bosh muskullari – yuz-mimika va chaynov muskullariga bo'linadi. Mimika muskullari – kalla suyagi yuz qismidan boshlanib teriga yopishgan bo'ladi. Mimika muskullari ko'proq ko'z olmasi, og'iz, quloq atrofida joylashgan va shu a'zolar faoliyatida ishtirok etadi.

Chaynov muskullari – 4 juft muskuldan iborat va qolgan ikki jufti (medial va lateral qanotsimon) chuqur joylashgan bo'ladi. Chaynov muskullari ovqatni maydalash, uzib olish, chaynashga xizmat qiladi.

Bo'yin muskullari yuza va chuqur guruhlariga bo'linadi. Yuza muskullar ichki va tashqi bo'ladi.

Tashqi guruh muskullariga bo'yin teriosti va to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon o'simta muskullari (o'mrov muskuli) kiradi. Bo'yin teriosti muskuli og'iz pastki burchagini pastga tortadi va bo'yin terisini taranglashtiradi.

To'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon o'simta muskuli bo'shashganda boshni oldinga (bir tomonlama qisqarganda) o'ng yoki chapga o'girish, ikki tomonlama qisqarganda esa boshni qattiq tik holda ushlab turish mumkin bo'ladi.

Bo'yin chuqur muskullariga quyidagi muskullar kiradi:

a) narvonsimon – old, o'rta, orqa;

b) umurtqa oldi muskullari – bosh va bo'yinning uzun muskullari, boshning to'g'ri muskullari.

Bulardan tashqari, bo'yinda – tilosti suyagidan yuqorida va pastda joylashgan muskullar bo'lib, ular pastki jag'ni pastga tushirishga, ovqatni yutishga va qalqonsimon tog'ayni harakatlantirishga moslashgan.

Qo'l muskullari ikki guruhga – yelka kamari va qo'l erkin qismining muskullariga bo'linadi.

Yelka kamari muskullari yelka bo'g'imi atrofida joylashgan bo'lib, ko'krak va orqa muskullar ishtirokida yelka bo'g'imini harakatlantiradi. Yelka kamari hammasi bo'lib 6 ta (deltasimon, kurak qirra usti va osti, kichik va katta yumaloq, kurakosti) muskuldan iborat.

Qo'l erkin qismining muskullari uzun bo'lib, old va orqa guruh muskullariga bo'linadi. Bu guruh muskullarga yelkaning old va orqasi, bilak va panjaning old va orqa guruh muskullari kirib, asosan qo'l va panjani bukish va yozishga moslashgan muskullardan tashkil topgan. Bukuvchi muskullarga ikki boshli va tumshuqsimon yelka muskullari kiradi. Bukuvchi muskullar yelkaning old qismidan joy olgan.

Yelkaning yoyuvchi muskullariga uch boshli va tirsak muskuli kirib, yelkani yozishga moslashgan va uning orqa tomonidan joy olgan. Bilakning orqa tomonida panjani yozuvchi muskullar, old tomonida esa panjani bukuvchi muskullar joy olgan. Qo'l panja muskullari uchta guruhga bo'linadi:

1) bosh barmoq do'mbog'i muskullari;

2) jimjiloq muskullari;

3) kaft o'rtasidagi kaft suyaklararo muskullar.

Oyoq muskullari – chanoq, son, boldir, panja muskullaridan tashkil topgan. Chanoq muskullari – chanoq tana bilan deyarli harakatsiz birlashganligi sababli, muskullar faqat chanoq- son bo'g'imiga aloqador bo'lib, ikki (old va orqa) guruhlariga bo'linadi. Chanoq muskullari chanoqdan boshlanib, son suyagida tugaydi. Old guruh yonbosh-bel muskuli sonni bukadi va tashqariga buradi. Oyoq qimirlamay turganda gavgani bukishda qatnashadi. Noksimon va ichki yopqich muskul – sonni tashqariga buradi.

Orqa guruh muskullariga quyidagilar kiradi: a) katta dumba muskuli (sonni tashqariga buradi, odam gavdasini tik tutish va gavadani to'g'rilashda ishtirok etadi); b) dumbaning o'rta muskuli; v) dumbaning kichik muskuli (ustma-ust joylashgan bo'lib, sonni uzoqlashtiradi); g) tashqi yopqich; d) kvadratsimon muskul (sonni tashqariga buradi).

Son muskullari uch guruhga (old, o'rta, orqa) bo'linadi. Old guruh muskullariga to'rt boshli va «tikuvchilar» muskuli kiradi. Bu muskullar tizza va sonning chanoq-son bo'g'inini bukishga yordam beradi. O'rta guruh muskullari – taroqsimon, sonni yaqinlashtiruvchi, uzun, kalta, katta va nozik muskullardan iborat bo'lib, sonni bir-biriga yaqinlashtirishga yordam beradi. Orqa guruh muskullariga ikki boshli son muskuli, yarim pay muskul, yarim parda muskullar kirib, sonni yozadi, boldirni bukadi va boldirni tashqariga buradi.

Boldir muskullari uch guruhga bo'linadi: 1) oldingi; 2) lateral; 3) orqa.

Oldingi guruh muskullari: a) oldingi katta boldir muskulioyoq panjasini yozadi, panjaning medial tomonini ko'taradi; b) barmoqlarni yoyuvchi uzun muskul panja va barmoqlarni yozadi; v) bosh barmoqni yoyuvchi uzun muskul panjani yozadi va oyoq kaftining ichki yuzasini ko'taradi.

Lateral guruh mushaklari: a) kichik boldirning uzun muskuli oyoq gumbazini mustahkamlaydi, oyoq panjasini va bosh barmoqni bukadi; b) kichik boldir kalta muskuli barmoqlarni yozadi.

Orqa guruh muskullari: a) boldirning uch boshli muskuli; b) boldir muskuli; v) kambalasimon muskul; g) tovon muskuli. Bu muskullar tizza bo'g'imini bukadi, odamning tik turishini ta'minlaydi.

OVQAT HAZM QILISH TIZIMI

Inson hazm qilish tizimining umumiy uzunligi 8–10 m bo'lib, quyidagi qismlarga bo'linadi: a) og'iz; b) halqum; v) qizilo'ngach; g) oshqozon (me'da); d) ingichka ichak; ye) yo'g'on ichak.

Ovqat hazm qilish tizimida ovqat moddasi tishlar yordamida maydalanib, mexanik ishlanadi. So'ngra u so'lak bezlari va ichak bezlaridan chiqqan shiralar ta'sirida ximik ishlanib, parchalana boshlaydi. Hazm yo'lida ovqat moddalarining parchalanib shimilishi uchun odam organizmida bir sutkada 8,5 l shira ajraladi. Shundan 1,5 l so'lak, 2,5 l oshqozon shirasi, 1 l oshqozon osti bezi shirasi, 2,5 l ichaklar ishlab chiqargan shiralar, 1,2 l safro (o't) tashkil etadi.

Og'iz bo'shlig'idagi ovqat luqmasi tishlar bilan maydalanib, so'lak bilan aralashgandan so'ng luqma yutiladi va ovqat moddasi qizilo'ngach orqali oshqozonga tushadi. Og'iz bo'shlig'ida ovqat moddasining mazasi, shirin yoki achchiqligi, yumshoq yoki qattiqligi, issiq-sovuqligi aniq-

lanadi. Bu sezgilar til yuzasida joylashgan retseptorlar ta'sirida seziladi. Og'iz bo'shlig'iga 3 juft so'lak bezidan so'lak quyilib, bular 1 juft quloqosti, 1 juft tilosti, yana 1 juft jag'osti so'lak bezlaridir. So'lak bezlaridan ishlanib chiqqan so'lak bezi yo'li orqali (yuqoridagi 3 juft) yoki so'lak naylari orqali to'g'ridan-to'g'ri og'iz bo'shlig'iga tushadi. So'lak bilan ishlangan ovqatning yutilishi osonlashib, og'iz bo'shlig'ida shakar va ayrim mineral tuzlar parchalana boshlaydi. So'lak tarkibida ptialin moddasi bo'lib, uning ta'sirida kraxmal shakarga aylanadi.

Tomoq og'iz bo'shlig'ining yumshoq tanglayidan boshlanuvchi qismidir, uning ikki tomonida old va orqa tanglay ravoqlari bo'lib, ular o'rtasida bodomcha bezlari joylashgan. Tomoq o'rtasining yuqorigi qismida yumshoq tanglay davomi sifatida tilcha osilib turadi. Bodomcha bezlari muhim himoya organi hisoblanib, limfoid bezlar jumlasiga kiradi.

Halqumning burun, og'iz va qizilo'ngach qismlari nafas olish va ovqat hazm qilish a'zolarining kesishgan chorrahasini o'zaro bog'lab turadi. Burundan kirgan havo traxeya orqali o'pkaga, og'izdan kirgan ovqat moddasi esa qizilo'ngach orqali oshqozonga tushadi.

Qizilo'ngachga tushgan ovqat va suyuqliklar oshqozonga o'tkaziladi. Qizilo'ngach diafragmaning chap tomonidan maxsus teshik orqali qorin bo'shlig'iga o'tadi.

Oshqozon devori 3 qavatdan – tashqi, o'rta, ichki shilliq qavatlardan tashkil topgan. Tashqi qavatni qorin pardasining ichki devori hosil qilib, u yupqa va nozik bo'ladi. O'rta qavatni oshqozon muskullari tashkil etadi. Bu muskullarning qisqarishi ovqat moddasining ichaklarga o'tishini ta'minlaydi. Ichki shilliq qavat ko'plab so'rg'ichlar bilan qoplangan bo'lib, bu yerda 5 mln dan ortiq bezlar ham joylashgan. Bu bezlar shirasi tarkibida ovqat moddasini parchalaydigan pepsin moddasi mavjud.

Oshqozon shirasi shilliq qavatda joylashgan bezlar mahsuloti bo'lib, bir sutkada odamda 2–2,5 l gacha shira ajraladi. Bu shira oshqozon ichki muhitining nordonligi (kislotaliligi)ni ta'minlab, uning asosiy tarkibi xlorid kislota (HCl), pepsin va shilliqdan iborat. Oshqozon shirasi o'z tarkibi bilan oqsillarni parchalashda ishtirok etadi. Bundan tashqari, oshqozon shirasi ovqat bilan birga kirgan mikroblarni o'ldirib, bakteritsid ta'sir etadi. Oshqozon shirasi ishlanib chiqishi nonushtadan so'ng 5–10 minut o'tgach boshlanadi va ovqat bo'laklari to'liq ichaklarga o'tgandan so'ng shira ajralishi to'xtaydi.

Oshqozonga tushgan ovqat 1–6 soat saqlanib turadi va oshqozon shirasi ta'sirida ximiyaviy ishlanib, mayda-mayda porsiya holida oshqozonning peristaltik harakatlari bilan o'n ikki barmoqli ichakka, ingichka ichakning boshlang'ich qismiga o'tkaziladi. O'n ikki barmoqli ichakda oshqozonosti va o't (safro) ichak shiralari ta'sirida ovqat

parchalanadi. Bu yerda ovqat tarkibidagi yog‘lar ham o‘t va oshqozonosti bezi shirasi tarkibidagi moddalar ta’sirida parchalanib, ingichka ichak bo‘ylab so‘rilgan yog‘lar limfatik tizim orqali o‘tib qonga tushadi.

Ingichka ichak devori ham oshqozonniki kabi uch qavatdan iborat – - qorin parda hosil qilgan tashqi, o‘rta muskul va shilliq qavatlariga bo‘linadi. Ichak devoridagi muskullar qisqarishidan ichakning peristaltik qisqarishi yuzaga kelib, ovqat massasi ichak bo‘ylab so‘rilib boradi. Ichak shirasi ta’sirida ingichka ichaklarda oqsil va uglevodlar to‘liq parchalanib so‘riladi.

Yo‘g‘on ichak ingichka ichak oxiridan o‘ng yonbosh sohasida boshlanib, yo‘g‘on ichakning bu qismi ko‘richak deb ataladi. Shu yerda ko‘richakning chuvalchangsimon o‘simtasi ham joylashgan. Yo‘g‘on ichakning ko‘tariluvchi, ko‘ndalang, pastga tushuvchi, sigmasimon va to‘g‘ri ichak qismlari farqlanadi. Yo‘g‘on ichak devori ham ingichka ichak devori kabi 3 qavatdan iborat va yo‘g‘onligi ingichka ichak ko‘ndalang o‘lchamidan 3 marta katta bo‘ladi.

Yo‘g‘on ichakda ovqat hazm bo‘lmaydi, bu yerda ovqat massasining qoldiqlari, suv so‘riladi va axlat (najas) to‘planadi. Jigar qorin bo‘shlig‘ining o‘ng tomonida, diafragma tagida joylashib, qovurg‘a ravoqlaridan chiqmaydi. Jigar ostki qismida o‘t pufagi joylashgan. O‘t pufagi jigarda ishlangan o‘tning yig‘ilishiga xizmat qiladi. O‘t suyuqligi ko‘kimsir-sariq bo‘lib, achchiq ta’mli bo‘ladi, bir sutkada 1 l ga yaqin o‘t suyuqligi ishlanib, o‘n ikki barmoqli ichakka quyiladi. O‘t va oshqozonosti bezidan ajralgan shira yog‘lar va ovqat hazm bo‘lishida ishtirok etadi. Shuning uchun ham o‘t-tosh kasalligi bilan og‘rigan bemorlarga yog‘li ovqatlar iste’mol qilish man etiladi.

Jigar faoliyati organizmda turli-tuman bo‘lib, ovqat hazm bo‘lishida, moddalar almashinuvida, zaharli moddalarni zararsizlantirishda ishtirok etadi.

To‘g‘ri ichakning oxirgi qismidagi halqasimon muskullar doim qisqargan holda bo‘ladi. Ular faqat defekatsiya aktida (hojat) bo‘shashib, ochiladi. To‘g‘ri ichakda axlat 12 soatgacha saqlanib turishi mumkin.

NAFAS OLISH TIZIMI

Odam hamda quruqlikda yashovchi hayvonlar nafas olishda havo tarkibidagi kislorodni o‘zlashtirib, havoga CO₂ gazini chiqaradilar. Nafas bilan olingan havo tarkibida 21 % kislorod, 79 % azot, kam miqdorda CO₂ va suv bug‘lari bo‘ladi. Nafas bilan chiqayotgan havo tarkibi 16 % kislorod, 79 % azot, 5 % CO₂ va suv bug‘laridan iborat.

Har bir nafas olish jarayonida 5 % kislorod qonga o'tadi va to'qimalarga yetkaziladi. Har bir nafas chiqarish jarayonida esa 5 % CO₂ tashqi muhitga chiqarib yuboriladi.

Nafas olish a'zolariga – burun bo'shlig'i, hiqildoq, traxeya (kekirdak), bronxlar va o'pka kiradi.

Burun bo'shlig'i orqali o'tgan havo burun bo'shliqlarida isiydi, namlanadi, burun tuklari orqali changlardan tozalanadi. Burun bo'shlig'idagi hidni aniqlovchi nerv uchlari u haqda ma'lumot beradi.

Hiqildoq

Hiqildoq nafas yo'lining (burun bo'shlig'idan so'ng) ikkinchi qismi bo'lib, o'zidan havo o'tkazishdan tashqari ovoz paydo qiluvchi organ va nafas yo'lining pastki qismini muhofaza qilish kabi funksiyalarni ham bajaradi. Hiqildoqda bir qancha muskullar va tog'aylar bor. Hiqildoq oldining eng katta tog'ayini qalqonsimon tog'ay tashkil etadi. Uni bo'yin terisi tagidan paypaslab ko'rganda ham bilish mumkin. Hiqildoqda hiqildoq usti tog'ayi joylashgan bo'lib, yutish vaqtida ovqat va suyuqliklarning nafas yo'liga o'tib ketishiga to'sqinlik qiladi hamda qizilo'ngach bo'ylab o'tishiga sharoit yaratib beradi.

Hiqildoqda ovoz hosil bo'lishida ishtirok etuvchi ovoz boylamlari joylashgan. Ovoz boylamlari o'rtasida hosil bo'lgan yoriqqa ovoz yorig'i deyiladi. Hiqildoq muskullari ovoz yorig'ining kengayishi, siqilishi va bo'shashishini ta'minlaydi, natijada ovoz boylamlari tebranadi va ovoz paydo bo'ladi.

O'pka

O'pka bir juft organ bo'lib, ko'krak qafasining ikki tomonida joylashgan. Hiqildoq, o'z navbatida, kekirdakka (traxeya) o'tadi. Uning uzunligi 9–11 *sm*, diametri esa 15–18 *mm* bo'lib, tog'ay halqalardan iborat. Kekirdakning orqa devori qizilo'ngachning old devoriga tegib turadi. Kekirdak 4–5 ko'krak umurtqalari sathida o'ng va chap bronxlarga bo'linadi va o'pkalarga o'z tarmoqlarini beradi. O'ng bronx o'ng o'pkaning uch bo'lagiga, chap bronx chap o'pkaning ikki bo'lagiga tarmoqlanadi. O'pka ichida bronxlar mayda-mayda bronxlarga bo'linib ketadi.

Eng mayda bronxlar – bronxiolalar deb yuritiladi. Bronxiolalar o'pka to'qimasida uzum shingilini eslatuvchi o'pka pufaklari (alveolalar) bilan tugaydi. O'pka alveolalari va bronxiolalari juda mayda qon tomirlari to'ri bilan o'ralgan bo'ladi. Alveolalarda karbonat angidrid bilan kislorod almashinuvi kuzatiladi, ya'ni qonga kislorod o'tsa, karbonat angidrid nafas orqali havoga chiqariladi.

Mayda bronxlar, alveolalar, qon tomirlari va atrofdagi to'qimalar birgalikda nafas tizimini tashkil qiladi.

O'pkalar ko'krak qafasining katta qismini egallab, ularni plevra varaqlari o'rab turadi. Plevra ikki varaqdan iborat. Uning tashqi (pariyetal) varag'i ko'krak qafasining ichki devoriga yopishsa, ichki (visseral) varag'i bevosita o'pkalar yuzasiga yopishgan bo'ladi. Natijada ichki va tashqi plevra o'zaro bir-biriga yopishmay erkin sirpanadi. Bu esa nafas olish va chiqarish harakatlarini osonlashtiradi. O'pkaning kengayishi (nafas olish) va torayishi (nafas chiqarish) diafragma va qovurg'alararo muskullar ishi bilan chambarchas bog'liqdir.

Nafas olganda diafragma pastga tushadi, qovurg'alararo muskullar bo'shashib, ko'krak qafasi bo'shlig'ining hajmi ortadi. Nafas chiqarganda esa diafragma tepaga gumbazsimon bo'rtib, qovurg'alararo muskullar qisqarib, o'pka ichidagi havo tashqariga siqib chiqariladi. Natijada karbonat angidrid tashqi muhitga chiqariladi.

Odam tinch turganda bir minut davomida 16–20 marta nafas olib, nafas chiqaradi. Nafas olish va chiqarishni uzunchoq miyada joylashgan nafas olish markazi boshqarib turadi.

QON TOMIRLAR TIZIMI

Qon – qon tomirlar ichidagi suyuqlik bo'lib, hujayra va to'qimalarga barcha hayotiy zarur moddalarni, shu bilan birga, to'qimalardan ajralib chiqadigan keraksiz (chiqindi) moddalarni ayiruv organlariga yetkazib beradi. Qon odam tanasi umumiy og'irligining 1/13 qismini tashkil qiladi, ya'ni 70 kg og'irlikdagi odamda 5 l ga yaqin qon bo'ladi.

Qon tarkibidagi qizil qon tanachalari – eritrotsitlar qizil suyak ko'migida ishlab chiqariladi. Qon tarkibining yana bir muhim elementi leykotsitlar bo'lib, ular organizmga tushgan kasal chaqiruvchi mikroblarni zararsizlantiruvchi, himoya vositasi sanaladi. Leykotsitlar organizm immuniteti shakllanishida ham muhim o'rin tutadi.

Eritrotsitlar tarkibida gemoglobin oqsili bo'lib, qonga qizil rang berib turadi. Gemoglobinning asosiy vazifasi to'qimalarga kislorod yetkazib berish va to'qimalardagi karbonat angidridni o'pkaga olib kelishdir. Normada 1 mm^3 qonda 4,5 – 5 mln eritrotsit bo'ladi.

Oq qon tanachalari yoki leykotsitlar suyak ko'migida, limfa tugunlarida va taloqda hosil bo'ladi. Leykotsitlar organizmga tushgan mikroblarni hazm qilib, parchalash yo'li bilan himoyani ta'minlaydi.

Yurak

Yurak – muskuldan iborat a'zo bo'lib, ko'krak qafasining chap tomonidagi 2–5-qovurg'alar orasida, yurak xaltasi (perikard) ichida joylashgan (2-rasm). Yurak uch qavatdan tashkil topgan:

- 1) ichki qavat – endokard;
- 2) o'rta qavat – muskullardan iborat bo'lgan miokard;
- 3) tashqi qavat – epikard.

Yurak o'ng va chap qismga bo'linadi va to'rtta kameradan iborat. Yurakning o'ng qismi yuqorisida o'ng bo'lmacha, pastda esa o'ng qorincha, chap qismi yuqorisida chap bo'lmacha, pastda esa chap qorincha joylashgan. O'ng bo'lmacha va o'ng qorinchalar orasida uch tabaqali, chap bo'lmacha va chap qorincha orasida esa ikki tabaqali klapan joylashgan.

Chap qorinchadan boshlanadigan tomir aorta deb ataladi. O'ng qorinchadan boshlanadigan tomir o'pka arteriyasi deb ataladi. Chap bo'lmachaga o'pka venalari, o'ng bo'lmachaga esa kovak venalar qon olib keladi.

Yurak qisqarishi natijasida yirik arteriyalarda harakatlanayotgan qon tomir devorlariga kuchli zarb bilan urilib, uni to'liqsimon tebratib, tomir urishi, ya'ni pulsni yuzaga keltiradi. Yirik arteriyalar barmoq bilan ushlab ko'rilganda puls zarblarini sezish mumkin. Puls zarblari yurak qisqarishi soniga to'g'ri keladi.

Vena tomirlari ichida klapanlar joylashgan bo'lib, ular qonning orqaga qarab oqishiga to'sqinlik qiladi. Venalar butun organizmdagi qonni yig'ib, yurakning o'ng bo'lmachasiga olib keladi.

Odam organizmida ikkita – katta va kichik qon aylanish doirasi bo'ladi.

Katta qon aylanish doirasi. Kislorodga to'yingan qon yurakning chap qorinchasidan boshlanib, arteriya va arteriolalarga bo'linadi. Arteriolalar, o'z navbatida, to'qimalarda kapillar to'rlarni hosil qiladi va ular uchun kerakli bo'lgan kislorod va boshqa oziq moddalarni berib, to'qimalarda moddalar almashinuvi mahsuloti bo'lgan karbonat angdrid (CO_2)ni yig'ib venoz qonga aylanadi va vena tomirlari orqali o'tib, yurakning o'ng bo'lmachasiga quyiladi.

Kichik qon aylanish doirasi. Karbonat angdridga to‘yingan venoz qon yurakning o‘ng qorinchasidan o‘pka arteriyasi ko‘rinishida boshlanib, o‘pka orqali o‘tadi. O‘pkada venoz qon tarkibidagi karbonat angdridni chiqarib, kislorod bilan to‘yinadi. Natijada venoz qon arterial qonga aylanadi va o‘pka venalariga yig‘ilib, yurakning chap bo‘lmasiga quyiladi. Demak o‘pka arteriyalarida oqayotgan qon venoz qon bo‘lsa, o‘pka venalarida oqayotgan qon esa arterial qondir.

Odam organizmidagi yirik qon tomirlarini bilish har bir inson uchun zarur, chunki bu qon ketishi vaqtida birinchi tibbiy yordam ko‘rsatish uchun juda muhimdir.

Aorta chap qorinchadan boshlanadi. So‘ng yuqoriga ko‘tariladi. Keyin esa pastga qayrilib aorta ravog‘ini hosil qiladi. Aorta ravog‘idan tananing yuqori qismlarini bosh, tana, qo‘llarni qon bilan ta‘minlaydigan arteriyalar boshlanadi.

Aorta ravog‘ining o‘ng tomonidan o‘ng yelka – bosh (nomsiz) tarmog‘i chiqadi va undan, o‘z navbatida, o‘ng umumiy uyqu va o‘ng o‘mrov osti arteriyalari ajraladi. O‘ng umumiy uyqu arteriyasi bosh sohasiga qon olib boradi. O‘ng o‘mrovosti arteriyasi – o‘mrov suyagi va birinchi qovurg‘a orasidan o‘tib (shu yerda uni bosib qon to‘xtatish mumkin) o‘ng qo‘lga boradi.

O‘mrovosti arteriyasi qo‘ltiqosti chuqurchasiga o‘tganda qo‘ltiqosti arteriyasi nomi bilan yuritiladi. Qo‘ltiqosti arteriyasini yelka suyagi boshchasiga bosib qon oqishini to‘xtatish mumkin. Qo‘ltiqosti arteriyasining davomi yelka arteriyasi bo‘lib, uni yelka ichki sohasida paypaslab bilsa bo‘ladi. Yelka arteriyasi tirsak bo‘g‘imi sohasida tirsak va bilak arteriyalariga bo‘linadi. Bilak arteriyasidan pulsni aniqlashda foydalaniladi.

Aorta qon tomirining pastga qayrilgan joyidan qorin bo‘shlig‘igacha qismi ko‘krak aortasi deyiladi, u diafragmani teshib o‘tgandan so‘ng qorin aortasi nomi bilan yuritiladi. Qorin aortasini kindik sohasida paypaslab aniqlash mumkin. Qorin bo‘shlig‘iga qon ketish vaqtida uni umurtqa pog‘onasiga taqab bosib qon ketishini kamaytirish mumkin. Qorin aortasidan qorin bo‘shlig‘i a‘zolariga qon olib boruvchi asosiy tarmoq – qorin arterial o‘zani boshladi. U uchga bo‘linadi. Ulardan biri jigar umumiy arteriyasi, ikkinchisi taloq arteriyasi, uchinchisi esa oshqozon chap arteriyasidir.

Vena qon tomirlari har bir arteriya yonida bo‘lib, shu arteriya bilan parallel yo‘nalgan bo‘ladi. Bosh, qo‘l va tananing yuqori sohalaridan yig‘ilgan qon yuqori kovak venaga kelib quyiladi. Tananing pastki sohalaridan: oyoqlardan, qorin bo‘shlig‘i a‘zolaridan yig‘ilgan qon pastki kovak venaga quyiladi. Yuqori va pastki kovak venalar o‘zidagi venoz qonni yurakning o‘ng bo‘lmachasiga quyadi.

LIMFA TIZIMI

Limfa tizimi – limfa tomirlari va limfa tugunlaridan iborat. Limfa tugunlari limfa tomirlari bo‘ylab joylashgan. Limfa tomirlarida limfa suyuqligi oqadi. U o‘zida ko‘plab limfotsit va monotsitlar saqlaydi. Eng yirik limfa tugunlari qo‘ltiq ostida, chov (qov) sohasida, pastki jag‘ ostida, bo‘yinda joylashgan. Limfa tizimi elementlari organizmning muhim himoya omili bo‘lib xizmat qiladi.

Taloq

Taloq chap biqinda, qorin bo‘shlig‘ida joylashgan bo‘lib, 9–11-qovurg‘alar sohasiga to‘g‘ri keladi. Taloq bajaradigan vazifasiga ko‘ra, ko‘proq limfa bezlari va ko‘mikka o‘xshaydi. Taloq limfotsit va monotsitlar (qon elementlari)ni ishlab chiqaradi. Taloq o‘zi orqali o‘tayotgan qon tarkibidagi zararli mikroblarni ushlab qoladi, ya‘ni o‘ziga xos filtr vazifasini ham bajaradi va shu yo‘l bilan organizmni himoya qilishda qatnashadi. Taloqda umri tugagan qon elementlari (eritrotsitlar) parchalanadi. Ayrim yuqumli kasalliklar (qorin tifi, bezgak va boshqalar)da taloq kattalashadi. Bu uning faoliyati kuchayganligi, ya‘ni limfotsitlar ko‘p hosil bo‘layotganligidan dalolat beradi. Jarrohlik yo‘li bilan taloq olib tashlansa, uning vazifasini suyak ko‘migi, jigar, limfa bezlari bajaradi.

SIYDIK AJRATISH TIZIMI

Odam organizmining faoliyati natijasida to‘qimalarda ko‘plab keraksiz va zaharli moddalar hosil bo‘ladi. Bu moddalarning organizmdan chiqib ketishi uchun buyraklar, ya‘ni siydik ajratish a‘zolari tizimi xizmat qiladi.

Buyraklar juft a‘zo bo‘lib, qorin bo‘shlig‘i ortida, umurtqa pog‘onasining ikki yonida, 12-ko‘krak umurtqasi va 1–2-bel umurtqalari sathida joylashgan. Buyrak, shakliga ko‘ra, loviyasimon tuzilishga ega bo‘lib, uning egilgan (botiq) qismi buyrak darvozasi deb yuritiladi. Buyrak darvozasi kengayib, siydik jomiga o‘tadi. Undan pastga qarab siydik yo‘li boshlanadi. Buyraklar oson ajraladigan fibroz parda bilan o‘ralgan bo‘ladi. Buyrak yog‘ to‘qimasi buyrakning orqa tomonida yaxshi rivojlangan bo‘ladi. Buyrak ustida buyrakusti bezi joylashgan.

Buyrak bezsimon tuzilishga ega a‘zo bo‘lib, u kesib ko‘rilganda ikki, ya‘ni po‘stloq va mag‘iz modda qavatlaridan iborat ekanligini ko‘rish mumkin. Po‘stloq modda jigarrang bo‘lib, qalinligi 4–5 mm keladigan po‘st moddadan iborat. Buyrak ichki qismida alohida, to‘dalashib, piramida shaklida joylashgan mag‘iz moddani ko‘rish mumkin. Piramidalar keng tomoni buyrak po‘stiga, so‘rg‘ich shaklidagi uchi esa

buyrak bo'shlig'iga qarab joylashgan. Piramidalar, taxminan, 1 mln mayda kanalchalar (nefron)dan tuzilgan.

Buyrak kanalchalarining bir uchi berk bo'lib, devori ikki qavatli kapsula bilan tugaydi. Ular, o'z navbatida, qon tomirli koptokchani o'rab turadi. Qon tomirli koptokcha va kapsula birgalikda buyrak tanachasini hosil qiladi. Buyrak tanachasi va kanalchalari birgalikda buyrakning struktural va funksional birligini tashkil qiladi. Nefronlarda yig'ilgan siydik yig'uvchi naychalar orqali buyrak so'rg'ichlariga, ulardan buyrak kosachalariga o'tib, buyrak jomchalari orqali siydik yo'liga tushadi. Siydik yo'llari orqali buyrakdan ajralgan siydik qovuqqa kelib yig'iladi.

Siydik hosil bo'lish jarayoni ikki bosqichdan iborat. Birinchi bosqichda buyrak tanachalarida hosil bo'lgan birlamchi siydik (bir sutkada 1,5 l) buyrak kanalchalarida qayta so'rilib, uning tarkibidagi suv va hayotiy zarur moddalar ushlab qolinadi. Siydik tarkibidagi kreatinin, ammiak va vodorod ionlaridan ikkilamchi siydik (bir sutkada 1,5 l) hosil bo'ladi. Ikkilamchi siydik hosil bo'lishi siydik hosil bo'lish jarayonining ikkinchi bosqichini tashkil etadi. Umuman olganda, siydik hosil bo'lish 3 ta bosqich, ya'ni filtratsiya, reabsorbsiya va sekretsia jarayoni natijasidir.

Qovuqda yig'ilgan siydik tashqi siydik chiqaruv yo'li orqali tashqariga chiqariladi. Qovuq eziluvchan a'zo bo'lib, unda 1 l hajmdagi siydik yig'ilishi va ma'lum muddat saqlanishi mumkin.

KO'PAYISH A'ZOLARI

Inson organizmida ko'payish a'zolari ikki qismga, ya'ni ichki va tashqi jinsiy a'zolarga bo'linadi. Eraklarda jinsiy bezlar spermatozoidlar ishlab chiqaradi. Ayollar tuxumdonida tuxum hujayralari ishlab chiqariladi.

Erkak jinsiy a'zolari

Erkak ichki jinsiy organlariga quyidagilar: erkak jinsiy bezlari – moyaklar, urug' chiqarish yo'llari, urug' pufakchalari, prostata bezi, bulbouretral bezlari kiradi. Erkak tashqi jinsiy a'zolari erlik olati va yorg'oqdan iborat.

Spermatozoid erkak urug' hujayrasi bo'lib, u moyakning egri – bugri kanalchalarida ishlanadi hamda urug' pufakchalari va prostata bezida ishlab chiqarilgan suyuqlik bilan aralashib tashqariga chiqariladi. Balog'atga yetgan odamning jinsiy faol bo'lgan davrida urug' hujayralari – spermatozoidlar moyakda doimiy ishlanib turadi

Ayol jinsiy a'zolari

Ayol ichki jinsiy a'zolariga tuxumdon, bachadon naylari, bachadon va qin kiradi. Tashqi jinsiy a'zolarga esa katta va kichik jinsiy (uyatli) lablar, klitor va qizlik pardasi kiradi.

Bachadon – kichik chanoq bo'shlig'ida, qovuq bilan to'g'ri ichak o'rtasida joylashgan, nokka o'xshash a'zo bo'lib, unda homila rivojlanadi. Bachadon uch qismga: bachadon tubi (eng baland qismi), bachadon tanasi, bachadon bo'yniga bo'lib o'rganiladi. Bachadon tubining ikki yon qismiga bachadon naylari ochiladi. Bu naydan bachadon ichiga tuxumdonda yetilib chiqqan tuxum hujayrasi kelib tushadi.

Tuxum hujayra bachadon ichiga kelib tushgan paytda urug'lanish sodir bo'lmasa, ayollar va voyaga yetgan qizlarda hayz (menstruatsiya) kuzatiladi, ya'ni urug'lanmagan tuxum hujayra bilan birga bachadon ichki shilliq qavati ko'chib tushadi. Agar bachadon bo'shlig'ida yetuk tuxum hujayra bilan erkak urug' hujayrasi (spermatozoid) qo'shilsa, urug'lanish hodisasi ro'y beradi. Urug'langan tuxum hujayra bachadon shilliq qavatiga jips yopishib, homiladorlik boshlanadi. Ayollarda homiladorlik vaqtida hayz kuzatilmaydi.

ASAB TIZIMI

Asab tizimi ikki, ya'ni markaziy va periferik qismga bo'linadi. Markaziy asab tizimiga bosh miya va orqa miya kiradi. Periferik asab tizimiga esa bosh va orqa miyadan chiqadigan nerv tolalari kiradi. Nerv tolalari butun organizm bo'ylab tarqalgan.

Asab tizimi tashqi ta'sirlarni qabul qiladi va unga javob qilishda ishtirok etadi. Nerv tolalari markazga intiluvchi (ta'sirni qabul qiluvchi) va markazdan qochuvchi (ta'sirga javob beruvchi) qismdan iborat.

Orqa miya umurtqa kanali ichida joylashgan bo'lib, uning uzunligi 45 sm. Uzunchoq miya bilan tutashgan orqa miyaning pastki qismi konussimon shaklda tugaydi. U ham bosh miya kabi uchta parda bilan o'ralgan.

Orqa miyadan 31 juft orqa miya periferik nerv tolalari chiqadi. Bular quyidagilar: 8 juft bo'yin, 12 juft ko'krak, 5 juft bel, 5 juft dumg'aza va 1 juft dum nervlaridir.

Umurtqalararo teshikdan chiqqan orqa miya nerv tolalarining oldingi va orqa shoxchalari bir-biriga qo'shilib, nerv tugunlari (yon shoxlar)ni hosil qiladi.

Orqa miya nerv tolalari bir-biri bilan qo'shilib, quyidagi nerv tutamlarini hosil qiladi: bo'yin, yelka, bel, dumg'aza tutamlari.

Orqa miya ko'ndalang kesimida uning «N» harfini eslatuvchi kulrang va oq moddadan iborat ekanligini ko'rish mumkin. Uning oldingi

shoxlaridan harakatlantiruvchi, orqa shoxlaridan esa sezuvchi nervlar chiqadi.

Asab tizimi inson organizmi bilan uni o'rab turgan tashqi muhit o'rtasidagi aloqani ta'minlaydi. Markaziy asab tizimi tashqi ta'sirlar, hayotiy ko'nikmalarni o'zida qayta ishlaydi, ularni tahlil qilib, javob reaksiyasini ishlab chiqadi. Javob reaksiyasi reflekslar majmuasidan iborat bo'lib, reflekslar reflektor yoyi orqali o'tadi. Reflektor yoyi sezuvchi (markazga intiluvchi) va javob qaytaruvchi (markazdan qochuvchi) asab tolalari elementidan iborat bo'ladi.

Uzunchoq miyada odam faoliyati uchun muhim bo'lgan markazlar joylashgan. Bular nafas olish, yurak-tomir markazlaridir. Bu markazlar boshqalari bilan aloqada bo'ladi va faoliyat izchilligini ta'minlaydi.

Vegetativ asab tizimi

Vegetativ asab tizimi markaziy asab tizimining ajralmas bir qismidir. Vegetativ nerv tolalari barcha ichki a'zolarining shilliq muskullariga tarqalib, ular ishini qisman ixtiyorsiz (avtomatik, mahalliy) ravishda bajarib turadi. Ammo vegetativ nervlar ham miya po'stlog'i boshqaruvi ostida ishlaydi. Vegetativ asab tizimi yurak-qon va limfa tomirlari, ichki a'zolari, ya'ni tarkibida silliq muskullarga ega bo'lgan a'zo va bezlarni innervatsiya qiladi.

Vegetativ asab tizimi ikki, ya'ni simpatik va parasimpatik asab tizimidan iboratdir.

Simpatik asab tizimi. Simpatik asab tizimining markazi orqa miyada joylashgan. Umurtqa pog'onasining ikki yonida joylashgan simpatik nerv tugunlari bir-biri bilan tutashgan holda 20–25 ta nerv tugunlarini hosil qiladi. Bu simpatik tugunlardan bosh, yurak, o'pka, oshqozon, ichaklar, jigar va buyraklarga boruvchi simpatik nerv tolalari boshlanadi.

Vegetativ asab tizimining parasimpatik qismi. Parasimpatik nervlar bosh miyaning o'rta va uzunchoq miya bo'lagidan va orqa miyaning dumg'aza qismidan boshlanadi. Simpatik va parasimpatik nerv tolalari ish faoliyatlari bo'yicha bir-biriga qarama-qarshidir, ya'ni simpatik nervlar biron organ ishini tezlashtirsa, parasimpatik nervlar shu organ ishini sekinlashtiradi. Natijada ularning normal ishlashi uchun sharoit yaratiladi.

Masalan, simpatik nervlar ko'z qorachig'ini kengaytirib, so'lak ajralishini pasaytiradi, yurak qisqarishlari sonini oshirib, oshqozon va ichaklar harakatini pasaytiradi. Oshqozonning shira chiqarish qobiliyatini pasaytirib, o'pka bronxlarini kengaytiradi. Parasimpatik nervlar, aksincha, ko'z qorachig'ini toraytiradi, yurak qisqarishlari sonini kamaytiradi, ichak peristaltikasi (harakat)ni oshiradi, o'pka bronxlarini toraytiradi. Organizm-

ning normal faoliyati ana shu ikkala, ya'ni simpatik va parasimpatik asab tizimlarining hamjihatligi orqali bosh miya po'stlog'i bilan idora qilinadi.

SEZGI A'ZOLARI

Sezgi organlari orqali inson tashqi olam ta'sirlarini qabul qiladi. Sezgi organlari yordamida inson eshitadi, ko'radi, hid biladi, ta'mni sezadi.

Ko'rish organlari

Ko'rish organi ko'z soqqasi, qovoqlar, ko'z soqqasini harakatga keltiruvchi muskullar va ko'z yoshi apparatidan tashkil topgan.

Ko'z soqqasi (olmasi) uch qavatdan: 1) ko'zning fibroz qavati, ya'ni tashqi qavati; 2) ko'zning o'rta tomirli pardasi; 3) rangdor pardalardan iborat.

Ko'zning fibroz pardasi tashqi eng qattiq parda bo'lib, ko'zning oldingi qismida tiniq shox pardaga aylanadi, u ko'zning nur sindiruvchi qismini tashkil etib, yorug'lik nurlari to'siqsiz qabul qilinadi.

Ko'zning o'rta tomirli pardasi qon tomirlarga boy bo'lib, u kiprikli tana bilan birlashadi. Kiprikli tana esa, o'z navbatida, yoy (kamalak) parda bilan tutashib, uning o'rtasida qorachig'i bo'ladi. Muskul tolalaridan iborat yoy parda qisqarganda, ko'z qorachig'i torayadi, bo'shashganda esa qorachiqalar kattalashadi. Qorachiqalarning kattalashishi va torayishi ko'zga tushayotgan yorug'lik nurining kuchiga bog'liq. Ya'ni qanchalik yorug' bo'lsa, qorachiq shuncha toraygan bo'ladi va aksincha.

Shox parda va kamalak parda o'rtasidagi bo'shliq ko'zning oldingi kamerasi deb yuritiladi. Kamalak parda orqasida ko'z gavhari bo'lib, uning ortida ichi sariq shilimshiq modda bilan to'lgan ko'zning orqa kamerasi mavjuddir. Shuning uchun u shishasimon tana deb ataladi.

Ko'zning eng muhim pardasi to'r parda hisoblanadi, unga tashqi tomondan qon tomirlar yopishib tursa, ichki tomondan shishasimon tanaga tegib turadi. To'r parda, o'z navbatida, o'nta qavatdan tashkil topgan. To'r pardadagi bosh miyadan keluvchi ko'ruv nervining oxiri «kolbacha» va «tayoqcha»simon hujayralardan iborat. «Tayoqchalar» oq va qora nurlarni, «kolbachalar» esa yorug'likda rangli nurlarni qabul qiladi.

Turli xil jismlardan qaytib, ko'zga tushayotgan yorug'lik shox parda va ko'zning oldingi kamerasidan, qorachiq, ko'z gavhari, shishasimon tanadan o'tib sinadi va to'r pardada o'sha jismning tasviri paydo bo'ladi. Bu tasvir ko'ruv nervi orqali bosh miyaga uzatiladi. Bosh miyada jismning rangi, katta-kichikligi, shakli, uzoq-yaqinligi tahlil qilinadi va miyamizda shu tasvir haqida tasavvur hosil bo'ladi.

Eshitish a'zolari

Eshitish a'zolari uch qismdan: tashqi quloq, o'rta quloq, ichki quloqdan iborat.

Quloq suprasidan iborat tashqi quloqqa tashqi eshitish yo'li ham kiradi.

O'rta quloq esa nog'ora bo'shlig'i va eshituv (Yevstaxiy) nayidan iborat.

Tashqi va o'rta quloq o'rtasida chegara nog'ora parda mavjud. O'rta quloqdagi nog'ora bo'shlig'ida 3 ta eshituv suyakchalari zanjir kabi tutashgan bo'ladi. Bolg'acha nog'ora pardaga tegib turadi. Bolg'achaning ikkinchi boshi ikkinchi eshituv suyakchasi sandonchasiga tegib turadi. Sandoncha ham, o'z navbatida, uchinchi eshitish suyakchasiga – uzangichaga tegib turadi. Uzangicha esa ichki quloqning labirinti teshigini yopib turadi.

Shunday qilib, tovush to'liqini quloq nog'ora pardasiga tegib uni tebratadi, natijada eshituv suyakchalari orqali tebranish ichki quloq labirintiga keladi. Ichki quloq labirintida eshitish nervi boshlanadi, eshituv nervi oxirlari ta'sirni eshitish yo'li orqali miya po'stlog'idagi eshitish markaziga olib boradi.

Ichki quloqda eshituv nervlaridan tashqari, muvozanatni ta'minlaydigan nervlar ham joylashgan.

Hid bilish a'zolari – atrof muhit va predmetlarning hidini aniqlaydi.

Ta'm bilish a'zolari – og'iz bo'shlig'i va til yordamida ovqat konsistensiyasi va mazasini aniqlaydi.

Sezish a'zolari – terida joylashgan retseptorlar orqali predmetlar va boshqa narsalarni sezishni amalga oshiradi.

ANTISEPTIKA VA ASEPTIKA

RIVOJLANISH TARIXI

Qadimgi dunyo hakimlarining qoʻlyozmalaridan maʼlumki, jarohatlar yiringlashining oldini olish maqsadida qizdirilgan temirlar, qizdirilgan yogʻlar, ohak va malhamlar qoʻllangan (Gippokrat, Sels, Ibn Sino va boshqalar). Olmoniyalik akusher Zemelveys 1847 yilda xlor ohagini qoʻllab, tugʻayotgan ayol hayotini qutqarib qolgan. Keyinchalik xlor ohagini akusherlar qoʻliga ishlov berish maqsadida qoʻllashgan. Bu esa oʻz vaqtida onalar oʻlimining qisqarishiga olib kelgan. Rus jarrohi N. I. Pirogov jarohatni tozalashda yod eritmasidan foydalangan.

Fransuz mikrobiologi Lui Paster 1863 yilda jarohatlarda yuzaga keladigan bijgʻish va yiringlashga ularga tushgan va yashash qobiliyatiga ega mikroorganizmlar sabab boʻlishini tajribalar yordamida koʻrsatib bergan. L. Paster tashabbusini jarrohlik sohasiga yoygan ingliz jarrohi Jozef Lister jarohatlar yiringlashining oldini olish hamda ularga qarshi kurashish majmuasini ishlab chiqib, jarrohlik olamida inqilob qildi va 1867 yilda «Antiseptika asri» nomli asarini yozdi. Bunda J. Lister operatsiyadan oldin va operatsiya vaqtida xonani zararsizlantirish uchun purkagichlar yordamida karbol eritmasi purkashni tavsiya qilgan. Shu bilan birga, operatsiya maydoni, jarroh qoʻli va kiyimlari, operatsiya jihozlariga ham 2–5 % karbol eritmasi bilan ishlov berilgan. Shunday qilib, J. Lister usullari hozirgi zamon tushunchasidagi aseptika va antiseptika tamoyillarini birlashtiradi.

Antiseptika – jarohatga infeksiya tushmasligiga qaratilgan maxsus chora-tadbirlar yigʻindisi. Antiseptika yunon tilidan olingan boʻlib, *anti* – qarshi, *septicos* – yiring chaqiruvchi maʼnosini bildiradi.

Aseptika – jarrohlik muolajalarida, yaralarni bogʻlashda va boshqa muolajalarda yaralarga, toʻqimalarga, aʼzolarga hamda tana boʻshliqlariga mikroorganizmlarning tushish xavfiga qarshi qaratilgan chora-tadbirlar majmuasi. Atama *a* – inkor, inkor etuvchi, *septicos* – yiring chaqiruvchi kabi yunon soʻzlardan olingan.

Shunday qilib, har qanday jarohat kabi jarrohlik muolajalari tufayli, toʻqimalar butunligining buzilishi hisobiga paydo boʻlgan jarohatlar ham infeksiya tushishidan va yiringlashdan xoli emas.

Yiringli holatlarni chaqiruvchi bakteriyalar ikkiga boʻlinadi:

- aeroblar – atmosfera havosi hisobiga hayot kechiruvchi mikroblar;
- anaeroblar – atmosfera havosi ishtirokisiz hayot kechiruvchi mikroblar.

Aerob bakteriyalarga kiruvchi stafilokokklar (*staphelococcus pio-genes*) tabiatda juda keng tarqalgan bo'lib, har qanday jihozlar, kiyimlar, inson va jonzo t tanalarida, teri va shilliq pardalarda, sochlarda uchraydi. Uning oq va oltinsimon turlari mavjud.

Ular furunkul, karbunkul, absess va boshqa yiringli kasalliklarni keltirib chiqaradi; streptokokk (*streptococcus piogenes*) keng tarqalgan aerobdir. Tabiatga juda yaxshi moslashgan. Saramas, yiringli artrit va boshqa yiringli kasalliklarni keltirib chiqaradi; meningokokk bosh va orqa miyaning po'stloq (parda) qavatiga juda yuqori moyillik namoyon qilib, ularda yiringli yallig'lanish kasalliklarini chaqiradi; gonokokk ko'proq siydik va jinsiy a'zolar yo'llarining shilliq pardalarini (so'zak, gonoreya), ko'z va bo'g'imlarning yiringli kasalliklarini chaqiradi; pnevmokokk nafas olish a'zolarining yallig'lanishini keltirib chiqaradi; ichak tayoqchalari ovqat hazm qilish a'zolari kasalligini; ko'k yiring tayoqchalari ikkilamchi infeksiyalarni keltirib chiqaradi; havoli qorason tayoqchalari qorason kasalligini; qoqshol tayoqchalari qoqshol (stolbnyak) kasalligini keltirib chiqaradi.

Mikroblar bilan zaharlanish yo'llari

Mikroblar bilan zaharlanish geterogen va autogen yo'llar bilan bo'lishi mumkin. Geterogen yoki ekzogen yuqish deganda, jarohatga mikroorganizmlarning tashqi muhitdan tushishi tushuniladi. Bunda ikki xil yo'l bilan zaharlanish kuzatiladi:

1) bir-biriga tegishi orqali (kontakt), ya'ni sterillanmagan asboblar, bog'lam matolari, jarroh qo'li orqali o'tadigan va eng ko'p uchraydigan yuqish;

2) havo orqali, ya'ni changlar orqali, tomchi va tuproqlar orqali, muloqot va yo'tal vaqtida yuqadigan turi.

Autogen yoki endogen yuqish inson tanasida va a'zolarida bor mikroblar orqali vujudga keladi.

Mikroblarning organizmda tarqalish yo'llari

Yiringli jarayonlarning rivojlanishida mikroblarning organizmga kirish joyi va tarqalish yo'llari katta ahamiyatga ega. Shikastlanmagan teri va shilliq pardalar ishonchli to'siq hisoblanadi, ular orqali mikroblar o'ta olmaydi. Terining epidermis yoki shilliq pardalarning epiteliy qavatlarining shilinishi ko'p hollarda mexanik shikast, gohida kimyoviy birikmalar va zaharli moddalar ta'sirida vujudga keladi. Bunday hollarda shikastlangan a'zoning katta yo kichikligi mikroblarning kirishida hech qanday o'rin tutmaydi, chunki bakteriyalar makro va mikro teshikchalardan ham o'tish qobiliyatiga egadir. Teshikchalardan o'tgan bakteriyalar to'qimalararo suyuqliklarga, keyin esa limfa suyuqliqlari orqali qon aylanish doirasiga tushib, so'ngra qon orqali a'zolarga (teri, teriosti qatlamlari,

muskul, limfa tugunlari, suyak va boshqalarga) tarqaladi. Ba'zi hollarda bakteriyalar bevosita qo'shni a'zolariga, ya'ni to'g'ridan-to'g'ri kontakt (*per continuitatem*) yo'li bilan o'tadi. Masalan, o'pkadagi yiringli jarayon plevrage o'tishi yoki shu holatning aksi bo'lishi mumkin.

Mudroq infeksiyalar haqida tushunchalar

Mudroq infeksiyalar inson organizmida ishtirok etuvchi mikroorganizmlar bo'lib, ular ma'lum vaqt mobaynida hech qanday kasallik chaqirmasligi mumkin. Asosan ular sog'lom odamlarda faoliyat ko'rsatadigan, inson uchun foydali bo'lgan kuchsiz bakteriyalar yoki saprofit (normada uchraydigan) mikroorganizmlardir. Ma'lum bir sharoitda (organizm qattiq sovqotganda, shikastlanish, jarrohlik muolajalaridan keyin) bu mikroorganizmlarning faollashishi tufayli yiringli jarayonlar kelib chiqishi mumkin. Bunday holatlar eski chandiq va a'zolarining bir-biriga yopishgan joylarida hosil bo'ladi. Mudroq infeksiyalarning manbai limfa tugunlari va chirigan (kariyes) tishlarning kovaklari bo'lishi mumkin.

Shunday qilib, antiseptika deganda, dezinfeksiya (zararsizlantiruvchi) vositalari yordamida yiringli zararlanishning oldini olish tushuniladi.

Antiseptikaning rivojlanishida faqat jarrohlik sohasidagi bilimlarning to'planishiga asoslanishdan tashqari, mikrobiologiya, farmakologiya, fizika, kimyo va boshqa bir qator sohalarining o'ziga yarasha ahamiyati bor.

Amaliyotda antiseptikaning bir nechta turlari mavjud:

- mexanik;
- fizikaviy;
- kimyoviy;
- biologik;
- aralash.

Mexanik antiseptika

Mexanik antiseptika infeksiya tushgan va hayotga yaroqsiz to'qimalarni mexanik yo'l bilan kesib olib tashlash va shu yo'l bilan jarohatlarga infeksiya tushishining oldini olish hamda ularni davolashning asosiy turlaridan biridir. Mexanik antiseptika amaliyotda eng ko'p qo'llaniladigan, jarohatga birlamchi jarrohlik ishlovini berish usuli hisoblanadi. Birlamchi jarrohlik ishlovi to'g'ri va o'z vaqtida bajarilgandagina jarohatlarning infeksiyadan tozalanganligiga va jarohatning birlamchi bitishiga kafolat beriladi.

Ifloslangan jarohatlarni infeksiyalardan tozalash, yot jismlarni olib tashlash, hayot faoliyatiga ega bo'lmagan to'qimalarni kesib tashlash muolajalari mexanik antiseptikaning jarrohlik amaliyotida keng qo'llaniladigan jarohatga birlamchi ishlov berish davo tadbirlaridan biri hisoblanib, mikroblarning hayot kechirishiga qarshi olib boriladigan

choralardir. Bu usulni birinchi bo‘lib rus jarrohi K. K. Reyer 1877–1878 yillarda rus – turkiya urushida qo‘llagan.

Fizikaviy antiseptika

Bu usul ham yaralarga infeksiya tushishining oldini olish va davolashga qaratilgan eng muhim antiseptikaning turi bo‘lib, fizikaviy omillarni qo‘llash orqali mikroblarning miqdorini kamaytirish, ularni parchalab yuborish hamda hayot faoliyati davomida ajratgan zaharli moddalar (toksin)ni yo‘qotishdan iborat. Fizikaviy antiseptikaga quyidagilarni kiritish mumkin:

– bog‘lamlarning gigroskopikligi (suyuqlikni shimib olishi)dan foydalanish, kapillarlik xossasi tufayli yara yuzasidagi (tarkibida mikroba va uning zahari mavjud) suyuqlikning shimib olinishi;

– gipertonik eritmadan foydalanish yaradagi onkotik bosimdan yuqori bo‘lgan osmotik bosimni hosil qilish kapillarlik xossasini keltirib chiqaradi va yuqori samara beradi.

Yorug‘lik, quruq issiq, ultratovush, ultrabinafsha nurlar va boshqa omillarni ham fizikaviy antiseptikaga kiritish mumkin.

Kimyoviy antiseptika

Bakteriyalarning rivojlanishini to‘xtatuvchi (bakteriostatik) va bakteriyalarni o‘ldiruvchi (bakteritsid) xususiyatga ega moddalarni qo‘llash kimyoviy antiseptika hisoblanadi. Mikroblarga ta‘siridan tashqari, kimyoviy moddalar to‘qima, jarohat va organizmga ham biologik ta‘sir qiladi. Shuning uchun ham antiseptikaning mazkur turi qo‘llanilayotgan davo muolajalari vaqtida ishlatilayotgan moddalarning dozalari (miqdorlari)ni qat‘iyan me‘yorlash shart.

Biologik antiseptika

Biologik antiseptikada mikroblarning o‘ssishi va rivojlanishini to‘xtatuvchi biologik vositalar yordamidagi ta‘sirlar ko‘zda tutiladi. Bular:

- 1) antibiotiklar;
- 2) bakteriofaglar;
- 3) antitoksinlar (qoqsholga qarshi, difteriya (bo‘g‘ma)ga qarshi zardoblar).

Aralash antiseptika

Mikroblarning hujayralari va makroorganizmlarga ta‘sir doiralarini o‘rganayotganda antiseptika turlarining o‘rnini almashtirish mumkin emas. Chunki ularning ta‘sir kuchlari hamjihatlikda ortib boradi.

Mikroblarga qarshi ta‘sirini oshirish uchun antiseptikaning bir nechta turini birgalikda qo‘llash maqsadga muvofiqdir. Masalan, bugungi kunda jarohatlarni davolash maqsadida birlamchi jarrohlik yo‘li bilan ishlov

berilayotganda (mexanik va kimyoviy antiseptika), u biologik (antibiotiklar va qoqsholga qarshi zardoblarni yuborish) antiseptika bilan to'ldiriladi va qo'shimcha ravishda fizioterapevtik muolajalar tavsiya etiladi.

Antiseptika qo'llanilishiga qarab, mahalliy va umumiy antiseptika muolajalariga bo'linadi. O'z vaqtida mahalliy antiseptika ikkiga, yuzaki va chuqur turlarga bo'linadi. Mahalliy yuzaki turi asosan jarohat yuzasiga har xil sepmalar, malhamlar qo'yish hamda jarohat yuzasi va bo'shliqlarini yuvish muolajalaridan iborat.

Mahalliy chuqur antiseptika turiga yallig'lanish o'chog'i va jarohat atrofidagi to'qimalarga inyeksiya yo'li bilan moddalarni yuborish (sanchib qo'yish va har xil blokadalar) kiradi.

«Katta zararsizlantiruvchi davolash» yoki umumiy antiseptika tadbirlari deganda organizmni antiseptik moddalar (antibiotik, sulfanilamid) bilan to'yintirish va moddalarning qon aylanish doirasi orqali jarohatga yetib kelib, mikroblarga ta'sir etishi tushuniladi.

Amaliyotda keng qo'llaniladigan antiseptik moddalarni 10 ta asosiy guruhga bo'lib o'rganish mumkin.

1. Tarkibida galoid moddalar bo'lgan guruh.

Xloramin «B» – jarrohlar qo'liga ishlov berishda, rezina qo'lqoplarni sterillashda, teri va shilliq pardalarni yuvish va ifloslangan jarohatlarni davolashda 2 % eritmasi qo'llaniladi.

Yodning 5–10 % spirtli eritmasi jarohatlarga ishlov berishda, jarohatlar, tirnalgan va yorilgan terilar atroflariga surtishda ishlatiladi.

Yodoform – ifloslangan va sekin bitayotgan jarohatlarga sepma va malhamlar ko'rinishida qo'llaniladi.

Lyugol eritmasi – yod va kaliy yodning spirt, glitserin yoki suvdagi eritmasi hisoblanadi. Shilliq pardalarga surtish va yiringli jarohatlarga tampon ko'rinishida ishlatiladi.

Yodoforlar – yodning faol spirtli birikmalar (yodopiron, yodanal, yodanat) bilan hosil qilingan kompleksi hisoblanadi. Asosan teriga ishlov berish, jarohatlarni, kuyishni davolashda va jarrohlik asboblarni sterillashda qo'llaniladi.

2. Oksidlovchi guruh (kislородli moddalar).

3 % perekis vodorod eritmasi yiringli jarohatlarni yuvishda ishlatiladi. Mochevina bilan birlashgan tarkibi tabletkalar ko'rinishidagi gidroperit shaklida ham ishlatilishi mumkin. Qaynatilgan 200 ml suvda 4 ta tabletkasi eritilganda 2 % perekis vodorod eritmasi hosil bo'ladi.

Kaliy permanganat, kuchli oksidlovchi: 0,1–0,5 % eritmalari yiringli jarohatlarni yuvishda, 0,02 % eritmasi bo'shliqlarni yuvish va chayqashda, 2–5 % eritmalari kuyishlarni davolashda ishlatiladi.

Bor kislotasining 2 % eritmasi jarohatlarni yuvishda, chayqashda, shuningdek siydik pufagi va boshqa kovak a'zolarini yuvishda ishlatiladi.

3. Og‘ir metallar tuzlarining guruhi.

Simob dixlorid (sulema) – faqat sirtga ishlatiladi: 1:1000 nisbatdagi eritmasi qo‘llar ishlovi uchun, ipaklarni sterillashda, bemorlar va jarohatlarga ishlatiladigan jihozlarni dezinfeksiyalashda qo‘llaniladi. Sulema – juda kuchli zaharli modda hisoblanadi va bu eritma bilan ishlov berish mobaynida juda ehtiyotkorlik talab qilinadi.

Diotsid – kuchli antiseptik xususiyatga ega, sepma yoki tabletkalar ko‘rinishida chiqariladi. 1 ta tabletkasining 5,0 l qaynatilgan suvdagi eritmasi qo‘llar ishlovi uchun, 1 l suvda eritilgan 1 ta tabletkasining eritmasi asboblarni sterillashda qo‘llaniladi.

Kumush nitrat – lyapis siydik pufagi va yiringli jarohatlarni yuvishda ishlatiladi. Haddan tashqari tez o‘sayotgan yosh hujayra to‘qimalarini kuydirish maqsadida 10 % eritmasi qo‘llaniladi. Ammo shuni ham yoddan chiqarmaslik kerakki, teri yoki shilliq pardalarga tekkan 10 % eritmasi to‘qimalar nekroziga olib keladi.

Protargol – siydik pufagi yallig‘langanda 1–3 % eritmasi yuboriladi.

Kollargol – yiringli jarohatlarni yuvishda 0,2–1 % eritmalari ishlatiladi.

4. Spirtlar.

Tibbiyot amaliyotida muntazam ravishda etil (uzum) spirti keng qo‘llaniladi. Chunki metil spirti juda zaharli bo‘lib, kuchli zaharlanish holatlarini chaqirishi mumkin.

Etil spirti nafaqat dezinfeksiyalash, balki quritish va qotirish xususiyatlariga ham ega. Jarrohlar qo‘llarini yuvishi uchun va operatsiya maydonlariga ishlov berishda keng qo‘llaniladi. Bunday hollarda spirtning 70 % eritmasidan foydalanish maqsadga muvofiqdir. Chunki kuchli spirt birikmasi terilarni qotirib, teshiklarini yopib qo‘yishi, chuqurda yotgan mikroblarning saqlanib qolishiga sababchi bo‘lishi mumkin.

90–95 % li spirtlar asosan kesuvchi jarrohlik asboblari va jihozlarni sterillashda qo‘llaniladi.

5. Formaldegid guruhi.

Asosan bu guruhdan formalin qo‘llaniladi.

Formalin formaldegidning 40 % suvli eritmasidir. Qotiruvchi antiseptik vosita sifatida 0,5–1 % eritmalari qo‘llarga ishlov berishda qo‘llaniladi.

6. Fyenol guruhi.

Ko‘p hollarda fenol va qatron ko‘rinishlarida ishlatiladi. Fyenol (karbol kislotasi) – rezina qo‘lqoplar, asbob va jihozlarni sterillashda 3–5 % eritmalari ishlatiladi.

Qatron (dyogot) – oq qayin daraxti po‘stlog‘ining quruq ishlovi natijasida olinadi. Antiseptik va yallig‘lanishlarning oldini olish xususiyatlariga ega. U Vishnevskiy malhami tarkibiga kiradi.

7. Anilin bo‘yoqlari guruhi.

Antiseptiklar sifatida quyidagi boʻyoqlar:

- etakridin (rivanol) – yiringli jarohat va boʻshliqlarni yuvishda;
- brilliant koʻkning 0,1–2 % spirtli eritmalari yiringli yaralarga surtish maqsadida;
- metilen koʻki kuyishlarda, piodermiya va siydik pufagini yuvishda (0,02 % suvli eritmasi) 1–3 % spirtli eritmalari ishlatiladi.

8. Nitrofuranlar hosilalari guruhi.

Kam zaharli va kuchli antiseptiklardan sanaladi. Klinik amaliyotda qoʻllaniladiganlari:

- furatsillin – yiringli jarohat va boʻshliqlarni yuvish va chayqashda 0,2 % eritma va malhamlar koʻrinishida qoʻllaniladi;
- furagin – jarohat infeksiyalari va kuyishlarda eritmalari, ichishga tabletkalari ishlatiladi;
- furadonin – siydik yoʻllari infeksiyalarida tabletkalar koʻrinishida qoʻllaniladi.

9. Sulfanilamid preparatlari guruhi.

Mikroblarning oʻsishi va rivojlanishiga bakteriostatik (streptokokk, stafilokokk, pnevmokokk va h. k.) taʼsirini yaqqol namoyon qilishi bilan quyidagilar alohida ajralib turadi:

- streptotsid – yalligʻlanishga qarshi, jarohatlar infeksiyalanishining oldini olish va davolashda;
- norsulfazol – ichish uchun tabletkalar koʻrinishida;
- sulfatsil – eritilgani yiringli jarohatlarni davolashda ishlatiladi.

10. Antibiotiklar (biologik antiseptiklar).

Antibiotiklar bakteriyalar hayot faoliyatini toʻxtatgan hayvonlar, oʻsimliklar va mikroblar mahsulotidir.

Bu mahsulotlar amaliyotda har xil dorilar shaklida, yaʼni ichish uchun tabletkalar, mahalliy eritmalar va malhamlar koʻrinishida, muskul va tomirlarga yuborish uchun keng koʻlamda qoʻllaniladi.

Antibiotiklar bir necha turga boʻlinadi:

- penitsillin;
- streptomitsin;
- tetrasiklin;
- eritromitsin;
- sintomitsin va boshqalar.

Antibiotiklar, oʻzlarining taʼsir kuchlariga qarab, maʼlum mikroorganizmlarga nisbatan yuqori taʼsir etishi bilan tavsiflanadi. Shuning uchun ham kasallikning rivojlanish bosqichi va uni chaqiruvchi mikroorganizmlarning tanlangan antibiotiklarga sezuvchanligi inobatga olinganda davolash samarasi yuqori boʻladi. Ayrim hollarda antibiotiklar organizmlarda turli xil allergik reaksiyalar chaqirishi mumkin, yaʼni antibiotik yuborilganda organizm qarshilik koʻrsatib, bir necha daqiqa ichida anafilaktik shok chaqirishi, natija oʻlim bilan yakunlanishi mumkin.

Ba'zan bu allergik qarshiliklar kechikkan holda, ya'ni antibiotiklar yuborilgandan bir necha soat yoki kundan keyin ham yuz berishi mumkin. Shuning uchun ham har bir antibiotikni yuborishdan oldin bemordan mazkur darmonlarni olganligi haqida ma'lumotlar yig'ish, olgan bo'lsa, teri qichishi, qizarishi, shilliq pardalarning shishlari kabi alomatlar bo'lganligi haqidagi ma'lumotlarga asoslangan holda ish olib borish zarur. Bundan tashqari, yuqoridagi asoratlarning oldini olish uchun oldindan terining antibiotikka sezuvchanligini aniqlash maqsadida sinamalar qo'yiladi. Buning uchun 500000 birlikdagi penitsilinni 5 *ml* suvda eritib, undan 0,1 *ml* ga yaqin eritmasi bilakning oldingi qismi terisi ichiga «limon po'sti» hosil qilib yuboriladi, 30–60 daqiqa ichida esa terida sodir bo'layotgan o'zgarishlarni muntazam ravishda kuzatib borish shart. Agarda teri atrofida qizarish, qizil donachalar, shish va teri qichishlari paydo bo'lsa, organizmning mazkur antibiotikka nisbatan qarshiligi borligini ko'rsatadi. Bunday hollarda qolgan antibiotik eritmasini yuborish qat'iy man etiladi.

Maqsadga muvofiq samara olish va mikroorganizmlarning antibiotiklarga nisbatan moslanishini pasaytirish maqsadida, bir vaqtda bir necha antibiotiklarni birga qo'llash tavsiya qilinadi. Masalan, tetrasiklinni eritromitsin va oleandometsin bilan, ammo shu bilan birgalikda, ba'zi bir, ya'ni penitsillinni eritromitsin bilan, streptomitsinni tetrasiklin bilan va boshqa antibiotiklarning bir-biriga mos kelmasligini ham yoddan chiqarmaslik kerak.

Aseptika usullari

U antiseptika usullarining davomi hisoblanib, bir-biri bilan chambarchas bog'liq.

Aseptika usullari quyidagilardan iborat:

- 1) asbob-uskuna va jihozlarni sterillash;
- 2) jarroh qo'lini maxsus yo'l bilan zararsizlantirish;
- 3) tekshirishlar va operatsiya jarayonlaridagi ishlar vaqtida maxsus qonun-qoidalarga qat'iy rioya qilish;
- 4) davolash maskanlarida maxsus tashkiliy va sanitariya-gigiyena ishlarini tashkillashtirish.

Jarrohlik infeksiyalarining manbai ikki xilda bo'ladi: ekzogen (tashqaridan) va endogen (ichki manbalardan).

Endogen infeksiyalar manbai bemorlar organizmida, ekzogen infeksiyalar manbai esa atrof muhitdadir. Endogen infeksiyaning oldini olishda antiseptika, ekzogen infeksiyada esa aseptika asosiy o'rin egallaydi.

Tashqi muhit (ekzogen) infeksiyalari

Tashqi muhit (ekzogen) infeksiyalari havo, tomchi ko'rinishidagi, kontaktli, ko'chib o'tuvchi (implantatsion) turlarga bo'linadi. Havo

infeksiyalari manbai bo'lgan mikroblar erkin holda havoda uchib yuradi. Havoning mikroblar bilan bulg'anish darajasi asosan yopiq xonalarda va shaharlarda yuqoridir. Havo infeksiyalari bilan kurashish asosan havodagi changlar bilan kurashishdir. Havo infeksiyalarini kamaytirishga qaratilgan chora-tadbirlar quydagilardir:

- 1) yopiq xonadonlarda havo aylanishini maxsus uskunalar (kondisionerlar) yordamida almashtirish;
- 2) nam matolar bilan xonalarni artish;
- 3) muntazam ravishda havoni almashtirish;
- 4) ochiq jarohatlarning havo bilan kontakt qilish vaqtini qisqartirish.

Tomchi infeksiyalari

Tomchi infeksiyalari havo infeksiyalarining bir ko'rinishi bo'lib, uning manbai bemor og'iz bo'shlig'idan ajralib chiqayotgan so'lak tomchilari hisoblanadi. Bu holatlar tibbiyot xodimlarining infeksiyaga chalingan har qanday suyuqlik tomchisi orqali ham o'tishi mumkin. Bemorlar uchun tomchi infeksiyalari o'ta xavfli sanaladi.

Tomchi infeksiyasiga qarshi kurash tadbirlari – operatsiya xonalarida so'zlashishga yo'l qo'ymaslik, paxtali matodan og'iz va burunni yopib turuvchi g'iloqlar taqish, operatsiya va bog'lam qo'yish xonalarini zamonaviy talablarga rioya qilgan tarzda jihozlash va kvars nurlaridan foydalanishdan iborat.

Kontaktli infeksiyalar

Kontaktli infeksiyalar deb sterillanmagan asboblari, iflos qo'llar, matolar va boshqalar orqali yuqqan infeksiyalarga aytiladi. Jarohatlarni kontakli infeksiyalardan saqlash jarohat bilan ishlash mobaynida unga tegishi mumkin bo'lgan asbob-uskunalar, matolarni sterillash, jarroh qo'lini zararsizlantirishda asosiy qonun va qoidalarga rioya qilishga bog'liqdir. Bundan tashqari, operatsiya vaqtida jarrohning sterillangan qo'lqoplar orqali to'qimalarga ishlov berishda ko'proq asboblari bilan ishlashi taqozo etiladi.

Ko'chma (implantatsion) infeksiyalar

Ko'chma (implantatsion) infeksiyalar deyilganda, jarohatlarga tikish matolari, tamponlar, drenaj naylari va protezlardan to'g'ridan-to'g'ri ko'chgan infeksiyalar tushuniladi. Bunday infeksiyalarning oldini olish choralari tikish matolarini, drenaj naylarini me'yoriga yetkazib sterillash tadbirlari kiradi. Ko'chma infeksiyalar ko'p hollarda mudroq (latent) ko'rinishda ham bo'lishi mumkin, ammo vaqti kelib organizm qarshiligining ba'zi bir sabablarga ko'ra zaiflashib ketishi sababli, o'z kuchini ko'rsatishi mumkin.

Aseptika usuli mikroorganizmlar va ularning sporalarini o'ldirish maqsadida fizikaviy va kimyoviy omillarni birgalikda qo'llashni tavsiya qiladi. Ko'p hollarda, mikroob hujayralari oqsillarini denaturatsiya (ivib qolishi) holatiga chaqirish maqsadida fizikaviy omillar qo'llaniladi. Aksariyat qism mikroblarning sporolari yuqori harorat ta'siriga chidamlidir.

Mikroblarning yuqori haroratga chidamliligi ularning turlari, holatlariga (bo'linayotgan va yosh hujayralari juda chidamsiz) ham bog'liqdir. Bakteriyalarning sezgirligi qaysi muhitda joylashgani (oqsilli va qandli (shirin) muhit susaytiradi, asosli va ishqoriy muhit esa oshiradi) ham katta o'rin tutadi. Sovuq muhit mikroob hujayralarining ko'payishini to'xtatadi, xolos, ammo bakteriotsid ta'sirini o'tkaza olmaydi. Bakteriotsid xususiyatni ultrabinafsha nurlarining ta'siri namoyon etadi, bundan havodagi, to'qimalar, teri, devor va uy yuzalaridagi mikroblarning barchasi o'ladi. Ultratovush usulida sterillashni tashkil qilish uchun katta ultratovush kerak bo'ladi. Shu bu usul sababli amaliyotda uncha keng tarqalgan emas. Suyuq muhitlarni mikroblarni tutib qoluvchi maxsus to'rlar orqali tozalash mumkin, ammo bu to'rlardan viruslar o'tib ketganligi sababli, keng miqyosda filtrlash usuli joriy etilmagan.

Sterillash maqsadida ko'proq yuqori haroratdan foydalaniladi:

- 1) qaynatish;
- 2) kuydirish;
- 3) quruq issiqlik ta'sirida;
- 4) bug' bosimi ostida.

Jarohatlarning infeksiyaga chalinishi oldini olish choralari quyidagilardan iborat:

- jarohatlar atrofini sterillangan matolar bilan o'rash;
- asboblarni va choyshablarni muntazam almashtirish;
- operatsiya vaqtida jarrohlar qo'llarini takror yuvishi;
- operatsiya zarurat yuzasidan kechiktirilgan yoki to'xtatilgan vaqtlarda uning yuzasiga zudlik bilan sterillangan mato yopib qo'yish;
- operatsiyadan keyin ishonchli va mustahkam bog'lamlar qo'yish.

Oxirgi vaqtlarda operatsiyadan keyin qo'yiladigan bog'lam matolari o'rniga parda hosil qiladigan moddalar ishlatilayapti.

Bosim ostidagi turi (avtoklavlar) nisbatan ishonchli sterillash usullaridan hisoblanadi. Bu usul operatsiyada ishlatiladigan choyshablarni, bog'lam matolari, rezina qo'lqoplar va qon quyish uchun ishlatiladigan sistemalarni sterillashda keng qo'llaniladi.

Aseptikaning asosiy usullaridan biri jarroh qo'llarini zararsizlantirish hisoblanadi: qo'llarda yoriqlar, terilarning qalinlashishi (qadoq) bo'lmasligi kerak, tirnoqlar kalta qilib olinishi shart. Shuni ta'kidlab o'tish kerakki, mikroorganizmlarning 90 % tirnoqlar ostida yashirinib yotar

ekan. Shuning uchun ham tez-tez qo'llarni yuvib turish, iflos ishlarni bajarayotganda qo'lqoplar kiyib ishlash tavsiya qilinadi.

Qo'llar ishlovining bir necha turlari mavjud, ammo har qaysi turi ham uch bosqichdan iborat:

- terini mexanik yo'l bilan tozalash;
- teri dezinfeksiyasi;
- terini qotirish.

Amaliyotda keng tarqalgan turi, Spasokukotskiy – Kochergin usuli ishqorlarning yog'larni erituvchi va mikroblarni o'ldiruvchi ta'siriga hamda spirt ta'sirida terini qotirish va dezinfeksiya qilishga asoslangan bo'lib, u 4 bosqichdan iboratdir.

Birinchi bosqich – iliq 0,5 % nashatir spirti eritmasida sterillangan salfetaklar yordamida qo'llar yaxshilab 3–4 daqiqa davomida sterillangan tog'orada va 3–4 daqiqa ikkinchi tog'orada yuviladi. Qo'llar yuvilayotganda hamma vaqt eritmalarga botib turgan bo'lishi va qo'llar qismlarining yuvilishdagi ketma-ketligiga rioya qilish shart.

Ikkinchi bosqich – sterillangan sochiqlarda qo'llarni quritish.

Uchinchi bosqich – 5 daqiqa mobaynida 96 % spirtga to'yintirilgan salfetka yordamida qo'lga ishlov beriladi.

To'rtinchi bosqich – barmoqlarning uchlari, tirnoq o'rindiqlari va teri burmalariga 5 % yodning spirtli eritmasi surtiladi.

Favqulodda va jangovar holatlarda qo'llar ishlovining tezkor usullari qo'llanilishi mumkin. U quyida keltirilayotgan eritmalarning biri bilan to'yintirilgan salfetaklar yordamida 3 daqiqa mobaynida qo'llarni yaxshilab artish orqali bajariladi:

- 0,5 % formalinning spirtli eritmasi;
- 2 % yodning spirtli eritmasi (yodning spirt bilan aralashgan turg'un eritmasi);
- 0,5 % brilliant ko'kning spirtli eritmasi.

Navbatdagi operatsiya muolajalari qo'lqoplar yordamida bajariladi.

Keyingi yillarda tibbiyot amaliyotida ko'plab bir marta ishlatishga mo'ljallangan shpitslar, tomir ichiga yuborish sistemalari, jarrohlik asbob-uskunalari qo'llanilmoqda. Bunday bir marta ishlatilishga mo'ljallangan uskunalarining tibbiyot amaliyotida qo'llanilishi natijasida bir vaqtning o'zida kontaktli infeksiyalarning, iflos ignalar, asboblar, sistemalar orqali qonga tarqaladigan kasallikni keltirib chiqaruvchi omillarning oldi olinib, «V» va «S» virusli gepatiti hamda OITS kasalliklarini keskin kamaytirishga erishildi.

Shunday qilib, aseptika va antiseptika qoidalarini bilgan va unga rioya qilgan holdagina jarohatlar yiringlashining oldini olgan, qon, havo-tomchi orqali, kontaktli va ko'chma infeksiyalar tarqalishini bartaraf etgan bo'lamiz.

QON KETISHI

Qon aylanish doirasi tomirlaridan to'qimalarga, tashqi muhitga yoki biror bo'shliqqa qonning chiqishiga qon ketishi deyiladi. Og'ir shikastlanishlarda ko'p qon yo'qotilishi tufayli o'lim yuz berishi mumkin. Bemorlar hayotiga katta xavf tug'diruvchi holatlar asosan ko'p miqdorda qon yo'qotilganda paydo bo'ladi, ya'ni bu hol qon aylanish doirasida umumiy qon hajmining keskin kamayib ketishi va to'qimalarning kislorod bilan ta'minlanishi buzilishi tufayli kelib chiqadi. Arterial qon tomirlarida sistolik bosim 70 mm simob ustunidan pastga tushganda hayot uchun xavfli holat yuzaga keladi.

Kattalarda tana vazniga qarab 4–5 l ga yaqin qon bo'ladi. Shundan 60 % ga yaqini qon tomirlarida va 40 % esa depo a'zolarida (jigar, taloq, suyak iligi sohasida) bo'ladi.

Ba'zan katta bosimda va yuqori tezlikda qon ketganda (400–600 ml), yo'qotilgan qon hajmi unchalik ko'p bo'lmasa-da, o'lim holati yuz berishi mumkin. Chunki bunday qon ketishi vaqtida yurakka borayotgan qon hajmining keskin kamayib ketishi sababli, tomirlarda aylanayotgan qon hajmi, shu qon aylanish doirasi hajmiga to'g'ri kelmaydi. Qon ketishining hajmi va tezligi jarohatlangan tomirning katta-kichikligiga, jarohatning yuza yoki chuqur kesilganligiga hamda ezilib ketganligiga ham bog'liq bo'ladi. Chunki kesilgan jarohatlardan ezilgan jarohatlarga nisbatan ko'proq qon ketishi mumkin.

Qon yo'qotishda erkaklar ayollarga nisbatan bir oz chidamsiz bo'ladi, bu esa ayollarda hayz ko'rish bilan bog'liq. Qariyalarda qon ketishi ko'pincha ularda uchrab turadigan hamroh kasalliklar – xafaqonlik, ba'zi surunkali kasalliklar, sindromlar va yuqumli kasalliklar (sepsis, ko'kyo'tal, vitaminlar yetishmovchiligi, nur kasalligi, xolemiya – qonning o't suyuqligi bilan zaharlanganligi) natijasida qon tomir devorlarining zaiflanishi tufayli ro'y beradi. Inson hayoti uchun o'ta xavfli bo'lgan qon ketishlar qon kasalliklari (gemofiliya, leykemiya, trombotsitopeniya) bor bemorlarda uchraydi. Qon ketishining yuz berishida ba'zi bir dori-darmonlarning ham o'z o'rni bor (antikoagulyantlar, aspirin). Bu o'rinda ba'zi tabiiy omillarning, ya'ni atrof muhit haroratining yuqoriligi, atmosfera bosimining pasayib ketganligi ham katta ahamiyat kasb etadi.

Qon ketishi yoki qonning biror yerda to'planib qolishiga nisbatan turli xil atamalar qo'llaniladi. Teri ostida to'planib qolgan kam hajmdagi qon to'plamasi «*petexiya*», shilliq parda ostidagisi esa «*purpura*» deb ataladi. Teri yoki shilliq parda ostiga katta maydonda qonning to'planishiga «*ekximoz*» deyiladi.

Katta hajmda, ammo chegaralangan maydondagi to'qimalar orasidagi bo'shliqqa to'plangan qonga «*gematoma*», burundan qon ketishiga «*epistaxis*», oshqozondan qon ketishiga «*gastroragiya*», qon aralash hayz

kelganda «*gematomezis*», siydikning qon aralash chiqishiga «*gematuriya*», bachadondan qon ketishiga «*metroragiya*» deyiladi. Bulardan tashqari, biror-bir a'zo bo'shlig'iga qon to'planishiga qarab ham o'zgacha atamalar ishlatiladi: «*gemoperikardium*» – yurak xaltasida qon yig'ilishi, «*gematoraks*» – o'pka plevra bo'shlig'ida qon yig'ilishi, «*gemoperitonium*» – qorin bo'shlig'iga qon yig'ilishi va boshqalar.

Qon ketishining turlari

Qon ketishining bir nechta amaliy ahamiyatga molik turlari farqlanadi.

1. Anatomik, ya'ni a'zo turlariga qarab arterial, venoz, kapillar va aralash qon ketishlarga bo'linadi. Arterial qon ketishda qon och qizil rangda bo'lib, katta bosim ostida, favvora ko'rinishida otilib chiqadi. Arterial tomirlar jarohatlanganda, ularning o'lchamiga bog'liq bo'lmagan holda, qisqa vaqt ichida organizmda kamqonlik yuz berib, o'linga sabab bo'lishi mumkin. Vena tomirlaridan ketayotgan qon to'q qizil rangda bo'lib, bir maromda va sekin, «buloq» ko'rinishida oqish xususiyatiga ega.

Katta venalar jarohati tufayli qon ketishi yuz bersa, inson hayoti uchun katta xavf tug'ilishi mumkin. Kapillarlardan qon ketganda, jarohatning butun yuzasi bo'ylab kam miqdorda, bir maromda, tomchi ko'rinishida qon sizib chiqadi. Ko'pincha kapillarlardan ketayotgan qon o'z-o'zidan to'xtaydi. Parenximatoz (g'ovak) a'zolar (jigar, taloq, o'pka) jarohatlanganda qon ketishi juda xavfli kechadi, ulardagi tomirlarning o'z holicha yopilmasligi sababli, qon ketishi to'xtamaydi va tez kamqonlik holatlari kelib chiqadi.

2. Qon ketishining tashqi, ichki va yashirin klinik turlari farqlanadi. Qon ketishining tashqi turida qon tomir devorining jarohati tufayli ketayotgan qon tashqariga oqadi. Bunday hollarda jarohatlangan shaxsning o'zi yoki yordam beruvchilar hech qanday qiyinchiliksiz uni aniqlashlari mumkin. Ichki qon ketish jarayoni nisbatan murakkab kechib, ketayotgan qon biror bir a'zo qobiqlarida to'plangan tarzda yoki qorin va ko'krak qafasi bo'shliqlariga ketishi mumkin. Ichki qon ketayotganligini, faqat o'tkir kamqonlik ko'rsatkichlari va ikkilamchi asoratlar boshlangandagina aniqlash mumkin. Ichi bo'sh a'zolaridan qon ketishida mahalliy va umumiy o'zgarishlar, ya'ni qon ma'lum vaqt mobaynida tashqariga chiqishi va rangi o'zgarib ketishi kuzatiladi. Masalan, oshqozonidan qon ketayotgan bemorlarda qayt qilish kuzatiladi, chiqayotgan qon esa qahva qoldiqlari rangida bo'ladi.

Ichki qon ketish surunkali ravishda kechib, asosan a'zolarida o'tkir kamqonlikni keltirib chiqaradi va maxsus qon tahlillari ko'rsatkichsiz tashxis qo'yish juda qiyin bo'ladi.

3. O'tkir yoki surunkali qon ketishi haqidagi tushunchalar faqat qon ketishining tezligi va yo'qotilgan hajmiga nisbatan aytiladi. Inson

hayotidagi eng xavfli qon ketishi o'tkir qon ketishidir. Qisqa vaqt ichida yo'qotilgan katta miqdordagi qon yetishmovchiligiga inson organizmi tez moslasha olmaydi, natijada o'lim hollari nisbatan ko'p uchraydi. Surunkali qon ketishda esa kamqonlik sekinlik bilan rivojlanadi, natijada inson organizmi bu yangi holatga asta-sekin moslashib oladi.

Sekinlik bilan kechadigan katta hajmdagi qon ketishidan qisqa fursat oralig'ida kechadigan o'tkir, kam miqdordagi qon ketish xavfliroqdir. O'tkir qon ketishda gemoglobin miqdorining 30 % gacha kamayishi katta xavf uyg'otadi. Shunga qaramasdan, surunkali ravishda gemoglobin miqdorining 75–80 % ni yo'qotgan bemorlarning umumiy ahvoli nisbatan qoniqarli bo'lishi mumkin.

Qon ketishining klinik ko'rinishlari

Qon ketishida mahalliy va umumiy simptomatik o'zgarishlar yuz beradi. Qon ketishining umumiy belgilari qon ketishi turlaridan qat'i nazar, bir xil kechadi. Qon ketishining xususiy (subyektiv) alomatlari sovuq ter, kamquvvatlik, bosh aylanishi, nafas yetishmovchiligi, og'iz qurishi ko'rinishida kechadi. Yana quloqlarda shang'illash, ko'z oldi tinishi va badanda «chumolilar o'rmalashi» kabi alomatlar kuzatilishi mumkin. Yuqoridagi alomatlar va bemor shikoyatlarining ko'payib borishi qon ketishining qanday tezlik va hajmda o'sib borishiga bevosita bog'liqdir. Katta miqdorda qon ketishi, o'tkir kamqonlik, ya'ni gemmoragik shok klinikasining har xil og'irliklarida kechishi mumkin. Masalan, butun qon aylanish doirasida aylanayotgan qon hajmining 20–25 % (1000–1200 ml) miqdorida qon yo'qotilganda, bemorlarda sovuq ter, keskin kamquvvatlik, og'iz qurishi va tomir urishining bir minutda 100 tadan oshib ketishi kuzatiladi. Bunday hollarda arterial qon bosimi me'yorida yoki bir oz pastroq bo'lishi ham mumkin.

Umumiy qon aylanish doirasidagi qonning 30–35 % (1500–1750 ml)ga yaqini yo'qotilganda, bemorlarda o'ziga bo'ysunmagan holdagi harakatlar, notinchlik, teri va shilliq pardalarining oqarib ketishi, lablarning ko'karishi, tananing uvishishi va tomir urishining 120 tadan oshib, arterial bosimning 70–90 mm simob ustunigacha tushib ketishi hamda siydik ajratishning kamayishi (oliguriya) kuzatiladi.

Umumiy qon aylanish doirasidagi qon hajmining 35–40 % (1750–2000 ml)ni yo'qotgan bemor ahvoli ancha og'ir, yuz ifodalari mungli, tanasi sovuq ter bilan qoplangan, terisi oqimtir-ko'kish rangda, tanasining ochiq joylarida haroratning tushib ketganligi va tomirning ipsimon va tez-tez urishi aniqlanadi.

Umumiy qon aylanish doirasidagi qon hajmining 50 % (2500 ml) ni yo'qotgan bemorning ahvoli keskin og'irlashadi, arterial bosim aniqlanmaydi, tomir urishi minutiga 160 tadan ortib ketadi, yurak asistoliyasi

(yurakning to'xtab qolishi) sababli qisqa vaqt ichida o'lim holatiga olib kelishi mumkin.

Shuni ta'kidlab o'tish kerakki, o'tkir qon ketishining dastlabki vaqtlaridayoq inson organizmining qon aylanish doirasining markazlashishi arteriya bosimini nisbatan bir me'yorda ushlab turadi. Shuning uchun ham bu yerda boshlanayotgan taxikardiya (yurak urishining tezlashishi)ga ahamiyat berib, uni katta qon yo'qotishning asosiy va birinchi belgisi sifatida qarashimiz kerak.

Qon ketishining mahalliy belgilari (simptomlari) uning qayerdan ketayotganligiga bevosita bog'liqdir. Tashqi qon ketishida qon tashqi muhitga chiqadi. Bunday hollarda bemor ko'zdan kechirilganda, qon chiqayotgan jarohat holatiga, yo'nalishiga va katta-kichikligiga ahamiyat berish lozim.

Shu bilan birgalikda, jarohatdan ketayotgan qon qanday tomirdan, arteriyadanmi, venadanmi yoki aralash ko'rinishdiligiga ham e'tibor berish kerak. Jarohatning pastki qismidan barmoqlar bilan paypaslab arteriya tomirining urishini aniqlash arteriya qon tomirining butunligi haqida dalolat beradi. Tomir urishining sezilmasligi uning batamom uzilganligidan dalolat berib, jarohatning pastki qismidagi a'zolar muzlashi va rangining oqarib ketishi kuzatiladi. Bunday hollarda a'zolar (to'qimalarga kislorod va oziq moddalar yetishmasligi tufayli) gangrenasi (to'qimalar o'limi) kelib chiqadi.

Jarohatdagi arteriyaning bir devori shikastlangan bo'lsa, bunday hollarda jarohat atrofida tomir urishi ko'rinishidagi gematomalar (qon to'plangan bo'shliq) hosil bo'ladi. Yumshoq to'qimalar va muskullar oralig'iga qon yig'ilsa, og'riq, shish va a'zolar harakatining chegaralanishi kuzatiladi. Hosil bo'lgan gematoma yuzasi barmoq bilan bosib ko'rilganda, yuzaga yumshoq kirib, barmoqni qaytarib olgan zahoti uning tiklanish simptomi kuzatiladi. Qon bo'g'im bo'shlig'iga to'plansa, gemartroz, ya'ni bo'g'im yuzasi tekislanib, shishishi kuzatiladi. Og'riq va harakatning chegaralanganligiga qaramasdan, uni harakatga keltirish mumkin.

Tizza bo'g'imiga qon yig'ilganda, tizza yuzasi oshig'ining erkin harakati kuzatiladi. Bunday hollarda tizza bo'g'imi rentgenografiya qilinganda, ikki suyak oralig'idagi masofaning uzaygani kuzatiladi. Gematoma va gemartroz tashxislari mazkur bo'g'imler punksiyasi, ya'ni qon yig'ilgan bo'g'implardan igna orqali qonni so'rib ko'rish usullari asosida qo'yiladi. Gemartroz tashxisi aniqlangandan so'ng bo'g'implardagi harakatlarni chegaralab, oldin punksiya, keyin immobilizatsiya qilinadi.

Ko'krak qafasining plevra bo'shlig'iga yig'ilgan qon (gemotoraks) ko'p hollarda qovurg'alar orasidagi yoki ko'krak qafasi arteriyalarining jarohatlanishi tufayli kelib chiqadi. Plevra bo'shlig'ida yig'ilgan qon oqib, burchak sinuslariga yig'iladi. Bunday hollarda bemorni kasallik belgilari

bezovta qilmasligi ham mumkin. Plevra bo'shlig'ida yig'ilgan o'rta miqdordagi qon bemorda og'irlik va ko'krak qafasida og'riq, nafas yetishmasligi belgilarini keltirib chiqarishi mumkin. Plevra bo'shlig'ini qon butunlay, ya'ni total egallagan holatlarda o'pkalar butunlay siqilgani, yurak va oraliq a'zolari qarama-qarshi tomonlarga surilgani, qon harakati va nafas olishda katta o'zgarishlar kuzatiladi. Klinik belgilardan nafas yetishmasligi, ko'karish, tomir urishining tez va yuza bo'lishi, arteriya bosimining pasayishi kuzatiladi.

Ko'krak qafasi barmoqlar bilan urib ko'rilganda, o'tmas tovush, auskultativ (fonendoskop orqali eshitib ko'rilganda) ko'krak qafasi orqa tomonlarida juda sustlashgan nafas eshitiladi. Ko'krak qafasi rentgenoskopik tekshirilganda, butunlay bir xil ko'rinishda torayishi, yurak va oraliq a'zolarining u yoki bu yonga qiyshayganligi kuzatiladi. Ko'p hollarda tashxis plevra bo'shlig'i punksiyasi yo'li bilan tasdiqlanadi. Kam miqdorda qon yig'ilgan hollarda plevra bo'shlig'i qayta punksiya yoki tarokotsentez yo'li bilan drenajlash, agar ko'p miqdorda qon yig'ilgan bo'lsa, shoshilinch reviziya qilib, qon tomiri butunligini tiklash maqsadida torakotomiya operatsiyasi bajariladi. Plevra bo'shlig'iga katta miqdorda qon ketishi o'tkir kamqonlik belgilari bilan kechadi.

Qorin bo'shlig'iga qon ketishi ko'p hollarda g'ovak (parenximatoz) a'zolar (jigar va taloq) jarohatlanganda va bachadondan tashqari homiladorlikda, bachadon naylarining yorilib ketish hollarida yuzaga keladi. Bunday hollarda ko'pincha umumiy qon ketish belgilaridan tashqari, mahalliy belgilar ham ahamiyatga egadir. Qon ketish davrida qorin nafas olishda cheklangan, ko'krak qafasi bilan bir xil tekislikda bo'ladi. Qorin bo'shlig'i paypaslanganda uning devoridagi mushaklar taranglashgan, barmoqlar bilan bosib qo'yib yuborilganda kuchli og'riq kuzatiladi (Shetkin–Blyumberg belgisi). Qorin bo'shlig'i perkussiya (barmoq uchi bilan urib ko'rilganda uning pastki qismlarida o'tmas, yuqori qismlarida esa jarangdor (timpanit) – havo to'ldirilgan shar tovushini beradi.

Qon ketishi klinikasida qayt qilish va ko'ngil aynishlar ham kuzatiladi. Yuqoridagi belgilar bilan birgalikda bemor organizmida o'tkir kamqonlik belgilari ham rivojlanib boradi. Qorin bo'shlig'i g'ovak a'zolari jarohatlaridan ketayotgan qon hech qachon o'z-o'zidan to'xtamaydi, shu tufayli bunday hollarda shoshilinch operatsiya qilish tavsiya qilinadi.

Qon ketishining asoratlari va oqibatlari

Qon ketishi to'xtatilmasa, bemorni gipoksiya (to'qimalarda kislorod taqchilligi), qon aylanish doirasida qon hajmining yetishmasligi va gemmoragik shok yuz berishi sababli o'limga olib kelishi mumkin.

O'ta nozik a'zolarga, masalan, bosh miyaga kam miqdorda qon quyilganda, ular faoliyatining to'xtashi va o'lim yuz berishi mumkin.

Bosh miyaning asosiy sohasida toʻrtinchi qorincha joylashgan, unda inson hayot faoliyatini boshqaruvchi markazlar joylashgan. Shuning uchun bu sohaga qon quyilganda hayot uchun xavfli boʻlgan holatlar yuz beradi.

Yurak pardasi (perikard) ichiga diastola vaqtida yigʻilayotgan qon yurak parda ichida katta manfiy bosim paydo qilib, yurak boʻlmachalari kengayishiga yoʻl qoʻymaydi va yurak tamponadasi tufayli oʻlim holati roʻy beradi.

Baʼzi katta qon tomirlar jarohatida (boʻyin katta venalari) havo emboliyasi holati yuzaga keladi.

Qon ketishi davrida organizmning tashqi va ichki oʻzgarishlarga moslashishi

Qon ketishi vaqtida inson organizmi sodir boʻlayotgan xavfli oʻzgarishlarni bartaraf etish maqsadida bor ichki imkoniyatlarini ishga soladi. Bunday hollarda qon ketishiga oʻta sezgir aʼzo va toʻqimalarni saqlab qolish maqsadida boshqa aʼzolar hisobiga ham ish tutishga majbur boʻladi.

Asosan bunday moslashish harakatlari surunkali qon ketish hollarida yengil kechadi, ammo oʻta xavfli oʻtkir qon ketishi vaqtida esa bunday moslashishga ulgurmasligi ham mumkin. Natijada aʼzo va toʻqimalarda sodir boʻladigan oʻzgarishlar sababli oʻlim holatlari yuz berishi mumkin. Qon ketish davrida organizmning moslashish oʻrnini qoplash (kompensator) mexanizmlari asosan quyidagilardan iborat:

- 1) qon ketayotgan tomirning ichki qavatida tromblar hosil boʻlishi;
- 2) yurak va nafas olish faoliyatining toʻqimalarda kislorod yetishmovchiligini bartaraf qilish maqsadida tezlashishi;
- 3) butun tanada harakatlanayotgan qon hajmining, depo aʼzolardagi qon va toʻqimalar oraligʻidagi suyuqliklarning qon tomiriga jalb etilishi evaziga ortishi;
- 4) yurak va bosh miya faoliyatlarini ushlab turish maqsadida tananing pastki va qorin boʻshligʻi aʼzolari tomirlarining qisqarishi evaziga tananing qon bilan taʼminlanishining markazlashishi;
- 5) turli neyro-endokrin va gumoral omillarning arterial qon bosimini bir maromda tutib turish maqsadida qoʻzgʻalishi, bosh miya faoliyatining kislorodsiz (anaerob) sharoitlarga chidamliligini oshirish maqsadida simpatiko-adrenal va glyukokortikoid tizimlarning yordamga chaqirilishi;
- 6) qon hujayralari ishlab chiqarilishi (gemopoez) va qon ivishining tezlashishi.

QON KETISHINI TO‘XTATISH CHORALARI

Qadim zamonlarda ham insonlar tan jarohatlari olganlarida qon ketishining oldini olish maqsadida jarohat yuzasini bosib yoki qattiq bog‘lab qo‘yganliklari haqida ma‘lumotlar bor.

Qadimgi Misr hakimlarining qon ketayotgan jarohat yuzasiga qizdirilgan temir bosishganliklari haqida ma‘lumot bergan qo‘lyozmalar hozirgi vaqtlargacha saqlanib qolgan. O‘rta asrlarda qon ketishini to‘xtatish maqsadida jarohat yuzasiga qaynoq yog‘ tomchilari tomizilgan. XIX asr o‘rtalarida esa Pakelen asbobi orqali jarohatni kuydirish usuli bilan qon ketishini to‘xtatishga urinishgan.

Ayni vaqtda bu usullar diatermokoagulyatsiya asbobi – elektr pichog‘i orqali bajariladi.

Miloddan avvalgi III asrdayoq ko‘hna Aleksandriyada bog‘lam usullari qo‘llana boshlangan. Qon ketayotgan jarohat yuzasi tomirini tikish usullarini Sels va Galen qo‘llaganlar Ammo bu usullar unutilib, faqatgina XVI asrda Ambruaz Pare qon ketayotgan tomirlarni, asosan arteriyalarni tikishni tiklagan.

Shu bilan birgalikda, A. Pare jarohatlar vaqtida a‘zolar amputatsiyasini taklif qilgan. Amputatsiyalar vaqtida og‘riqlarni kamaytirish va qon ketishining oldini olish maqsadida bog‘lam (jgut)larni tavsiya qilgan.

1616 yilda U. Garvey arterial va venoz qon tomirlaridan qon ketishini to‘xtatishda bog‘lam (jgut)larni har xil holda qo‘yishni taklif qilgan. 1628 yilda esa odam qon aylanish doirasiga oid o‘z ilmiy maqolasini e‘lon qilgan. Shundan keyingina bog‘lam (jgut)larni keng miqyosda qo‘llay boshlashgan. Asosan bu bog‘lamlar 1673 yilda F. Esmarx yumshoq rezina bog‘lam (jgut)ni taklif etganidan keyin keng tarqalgan.

XVIII asrda J. Xanter qon ketayotgan tomirlarni jarohat sohasidan emas, balki boshqa tomir yo‘nalishidagi qismidan tikishni taklif etgan. Tomirlarni tikishni osonlashtirish maqsadida J. Pean tomirlar uchun qisqich asbobini yaratgan. So‘nggi o‘n yilliklarda tomirdan ketayotgan qonni to‘xtatishning yangi usullari sifatida quruq sovuq va lazer nurlari qo‘llanilayapti.

Qon ketishini to‘xtatish usullarini vaqtincha va butkul to‘xtatishga ajratish mumkin. Qon ketishini vaqtinchalik to‘xtatish usullarini ko‘p hollarda tibbiyotga daxldor bo‘lmagan insonlar bajaradi. Shu tufayli bunday usullarni barcha bilishi shart. Qon ketishini vaqtincha to‘xtatish usullari kutilmaganda sodir bo‘ladigan holatlarda qo‘l keladi. Ayrim hollarda qonni to‘xtatishga urinish, qon tomirida tromb hosil bo‘lishi

sababli, qon ketishining butkul to'xtashiga olib kelishi mumkin. Qon ketishini to'xtatish usullari bir nechta, ammo bu usullarni qo'llash jarohatlangan tomirning qay ahvoldaligi va jarohat o'rniga ham bog'liqdir. Ayrim hollarda qon ketishini to'xtatish usullarining bir nechtasini qo'llash mumkin.

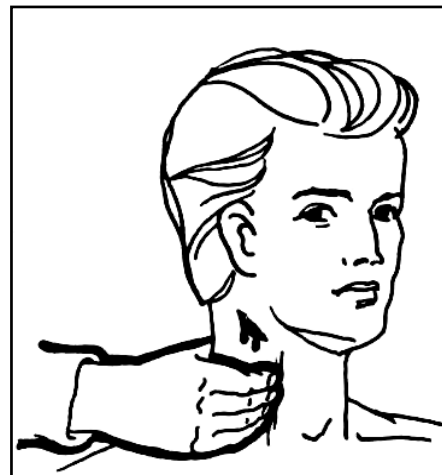
Yuza vena va kichik arteriyalardan qon ketishini bosib turuvchi bog'lamlar yordamida to'xtatish mumkin. Jarohat yuzasiga sterillangan yumaloq shar ko'rinishidagi paxta qo'yilib, bir necha qavat doka bilan yaxshilab bog'lanadi. Bunday hollarda bosib bog'langan tomirlarning o'tkazuvchanligi yo'qolib, tromb hosil qiladi. Bundan tashqari, bu usul boshqa, ya'ni oyoq va qo'llarni ko'tarib qo'yish usullari bilan birgalikda ham bajarilishi mumkin.

Agar qon ketayotgan jarohat oyoqlar uchida joylashgan bo'lsa, bunday hollarda oyoqni bo'g'imidan maksimal bukib qo'yish usulidan foydalanish mumkin. Bukilayotgan bo'g'im oralig'iga yostiqcha qo'yilib, bo'g'im bukib bog'lanadi. Agar qon ketishi barmoqlar, panja sohalarida, bilak bo'g'imida, oyoqdagi barmoqlar va panjalarda bo'lsa, tizza bo'g'imidan, son sohasida bo'lsa, tizza va tos-son bo'g'implari birgalikda bukib bog'lanadi.

Agar qon ketishi arterial qon tomiridan kuzatilganda, jarohatdan yuqori sohadan bosib to'xtatiladi va keyingi muolajalar sharoitga qarab bajariladi (3-rasm).

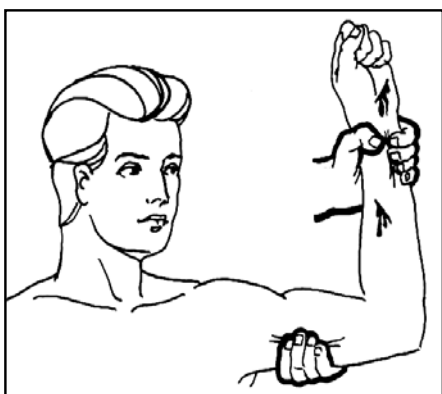
Chakka yumshoq to'qimalari jarohati tufayli qon ketishida, qon ketishini to'xtatish arteriyani suyakka bosish harakatlari bilan amalga oshiriladi. Bunday hollarda arteriyani topish uncha qiyin ish emas. Quloqning tashqi kirish sohasi yuqorisidan bitta barmoq bilan bosish orqali ham maqsadga erishish mumkin. Yuz sohasida esa arteriyaning pastki jag'ning gorizontal chiziq bilan kesib o'tgan joyidan bosib, qon oqishini to'xtatish mumkin.

Umumiy uyqu arteriyasidan qon ketishi vaqtida, arteriya VI bo'yin umurtqasining ko'ndalang o'simtalariga bosiladi. Bunday muolajalar asosan bosh barmoqni bo'yinning orqa qismiga, qolgan barmoqlarni esa oldingi qismiga qo'yib amalga oshiriladi yoki buning aksi ham bo'lishi mumkin (4-rasm).



4-rasm.

O'mrovosti arteriyasini birinchi qovurg'aga bosish bilan ham qon ketishi to'xtatiladi. Bunday muolajalar III–IV barmoqlar bilan to'sh-o'mrov so'rg'ichsimon muskulning orqa-tashqi qirg'og'ini I qovurg'aga bosish yo'li bilan bajariladi.

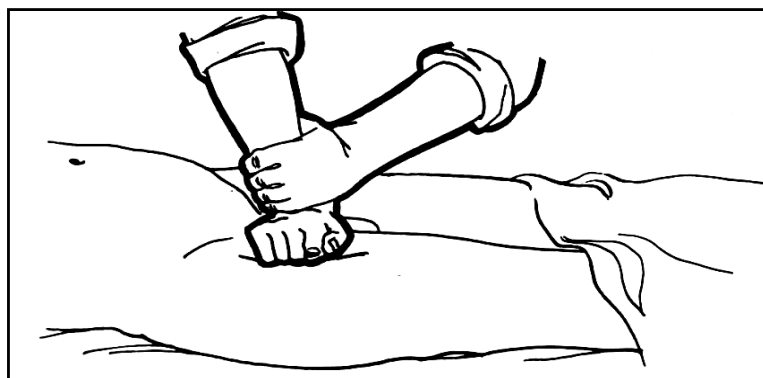


5-rasm.

Qo'ltiqosti arteriyasini yelka suyagi boshcha qismiga bosish bilan qon ketishining oldi olinadi. Bemor qo'li tashqariga ochilgan holda yotqizilib, bosh barmoq qo'ltiqosti yuqori qismiga bosilib, qolgan barmoqlar esa yelkaning tashqi tomonidan o'rab turadi.

Yelka arteriyasini yelka suyagiga, ya'ni ikki boshli mushakning bosh qismi birikkan joyga, bilak va tirsak arteriyalarini esa suyaklarga bosish yo'li bilan qon ketishining oldi olinadi (5-rasm).

Son arteriyasidan qon ketganda qonni to'xtatish uchun chov boylami uchidan ichkarigi qismi bosh barmoqlar bilan bosiladi (6-rasm). Bunday hollarda, boshqa nuqtalardan bunday urinishlar, son arteriyasining chuqur va qalin mushaklar ostida yotganligi sababli, samara bermaydi.



6-rasm.

Tizzaosti arteriyasidan qon ketishini to'xtatish son suyagi pastki qismi orqasidan oldinga bosish bilan amalga oshiriladi, bunda tizza bo'g'imining bir oz bukilgan holda bo'lishi muolaja samaradorligini oshiradi. Zarur bo'lganda, tashqi yonbosh arteriya va qorin aortasini ham bosish mumkin. Bunday hollarda bemorni orqasiga yotqizib, son-chanoq bo'g'imidan bir oz bukib, qorin mushaklarini erkin holga keltirish zarur. Shundan keyingina kaft musht holiga keltirilib, qorin aortasi umurtqaga, tashqi yonbosh arteriyasi esa suyaklarga bosiladi.

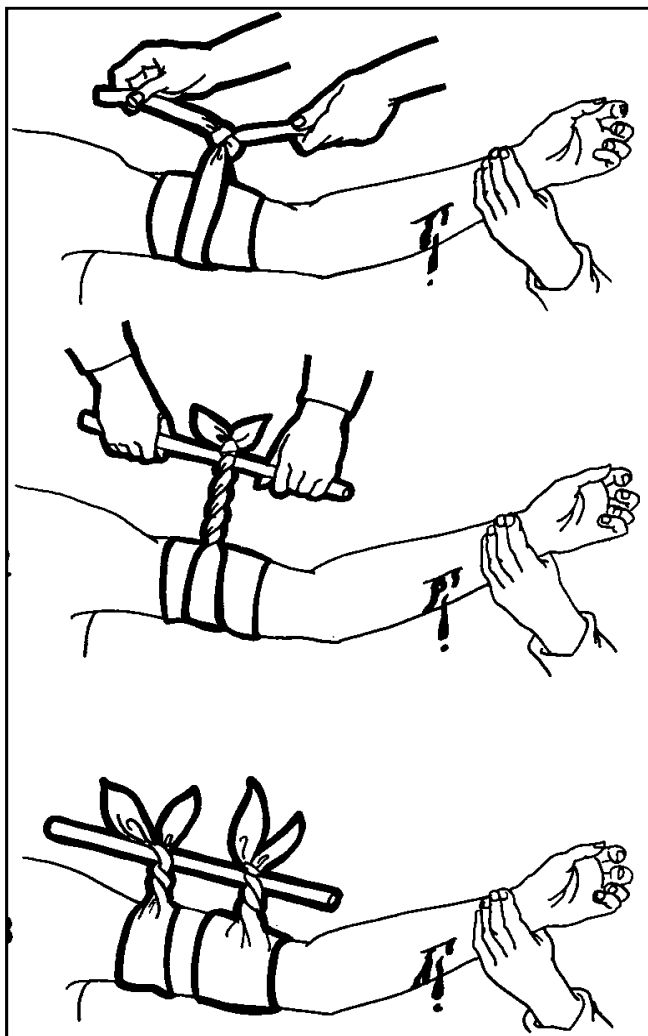
Venalardan qon ketgan vaqtda, arteriyalardan qon ketishidan farqli, qon to'xtatish jarohatning pastki (distal) qismining yumshoq to'qimalariga bosish orqali ham amalga oshiriladi.

Qon ketishida har xil bog'lovchi (jgut) matolar yordamida qon to'xtatish eng qulay usullardan biri bo'lib, o'ziga xos kamchiliklarga ham ega. Bog'lovchi matolar yordamida qon to'xtatish usullari asosan arteriya qon ketishlarida, jarohatdan yuqori sohalarga qo'yish orqali amalga oshiriladi. Ularni asosan qon to'xtatishning boshqa choralari bo'lmagan hollarda, 1–1,5 soatgacha qo'yish mumkin. Aks holda, to'qimalarda qon aylanishining keskin buzilishi sababli, to'qimalar nekrozi (o'limi) va gangrenasiga, bu esa a'zolarining ma'lum qismini amputatsiya qilishga olib keladi. Ba'zida qattiq siqib bog'langan sohalarning yumshoq to'qimalari oralig'ida gematoma, nekroz va nerv tolalarining jarohatlanish hollari kuzatiladi. Nerv to'qimalarining jarohatlanishi parezlar, gohida esa a'zolar falajiga sabab bo'ladi.

Keng tarqalgan bog'lovchi matolar rezinalardan tayyorlanadi. Rezina naydan iborat Esmarx bog'lamining bir qismida ilgak, ikkinchi qismida esa halqa bo'lib, bu maxsus moslama bog'lovchi matoni biriktirishni qulay va oson qiladi. Boshqa bog'lovchi vosita sifatida kengligi 2 *sm* kamarsimon rezina ishlatish mumkin. Uning bir qismida tugma, ikkinchi qismida esa teshiklar shaklidagi moslama bo'lib, mahkamlash uchun juda qulaydir. Jarohatlangan a'zoning pastki qismini qon to'xtatuvchi bog'lam qo'yishdan oldin yuqoriga ko'tarib, vena qoni chiqarib yuboriladi. Bog'lovchi matolar vaziyat talabiga qarab har xil bo'lishi mumkin.

Masalan, bog'lovchi qayishqoq bo'lmagan mato (belbog', kamar) oddiy ip yoki ro'molchalardan iborat bo'lsa, qon to'xtatuvchi bog'lam qo'yilayotganda uncha qattiq tortmasdan, uning tagiga biror bir mato o'rab, so'ngra 10–15 *sm* uzunlikdagi sterjen (cho'p, ruchka, qalam va h. k.) yordamida burash kerak. Bunday hollarda sterjenni burash bilan bog'lamni keragicha tortish mumkin (7-rasm).

Bog'lam qo'yilgandan so'ng qo'yilgan vaqti yorliqqa yozib ko'rsatiladi. Bog'lam qo'yish muddati yozda 1,5 soat, qishda esa bir soatdan oshmasligi kerak. Agar jarohatlangan odamni shu muddat ichida shifoxonaga yetkazib borishning iloji bo'lmasa, bog'lam yechilib, 10–15 minut davomida qon ketayotgan tomir barmoq bilan bosib turiladi, keyin



7-rasm.

bog‘lam yuqorida ko‘rsatilgan talab bo‘yicha qaytadan boshqa joyga qo‘yiladi. Faqat davomiyligi birinchi marta qo‘yilgandagi vaqtning teng yarmiga qisqaradi.

Jgutning to‘g‘ri qo‘yilganligini tekshirish

Ko‘pincha jgut yelka va son sohasiga qo‘yiladi. Agar haqiqiy tibbiy jgut bo‘lmasa, u holda qo‘lga ilingan istalgan matoni «burama – jgut» shaklida qo‘l-lash mumkin. Ammo arqon va sim ishlatish man qilinadi, chunki ular to‘qimalarni shikastlaydi. Tibbiy jgut – egiluvchan rezina tasma bo‘lib, oxirgi uchida qo‘l va oyoqqa mahkamlanadigan moslamasi bor.

Jgut qo‘yish texnikasi.

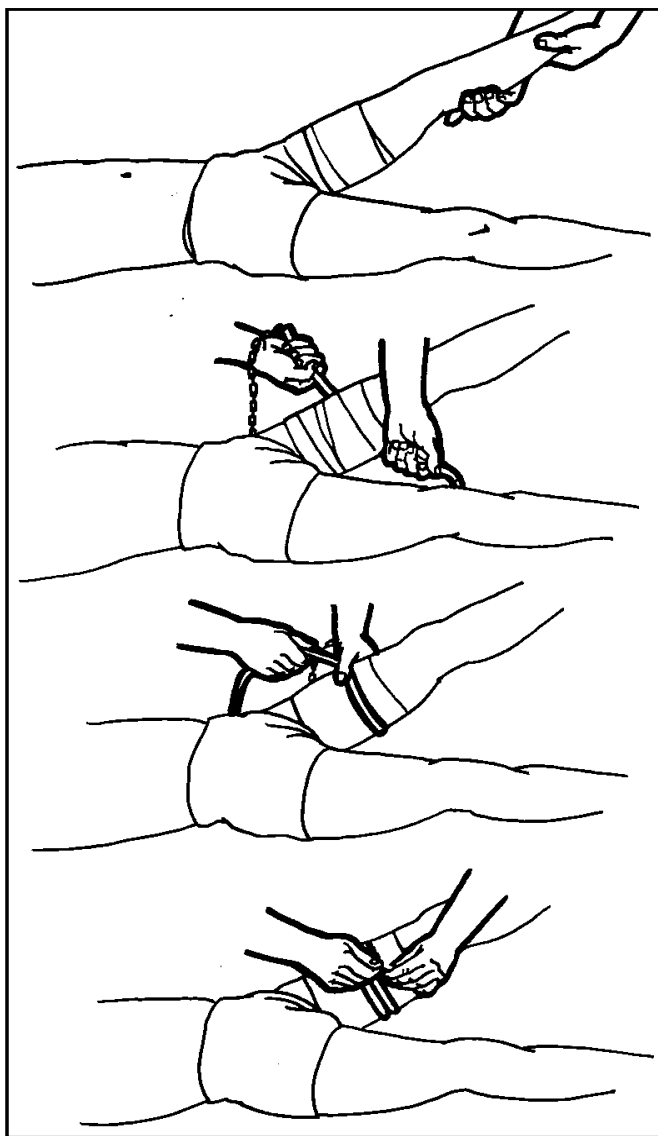
Jgutni ikki qo‘llab ushlab, yengil

tarang qilib, har bir aylanmani oldingisi bilan yonma-yon qo‘yib, so‘ng jgut mahkamlanadi. Burama jgut qo‘yish uchun mato (ro‘molcha, bint)ni arqonsimon holatda o‘rab, qo‘l yoki oyoqqa tugun shaklida bog‘lanadi, so‘ng kichik tayoqcha yordamida qon oqishi to‘xtaguncha buraladi. Tayoqcha buralib bo‘shab ketmasligi uchun uni alohida bog‘lab qo‘yiladi. Qon ketishi to‘xtagach, jarohatga bog‘lam qo‘yiladi.

Jgut qo‘yishda quyidagi qoidalarni esda tutish kerak (8-rasm):

- 1) jgut asosan songa yoki yelkaga qo‘yilishi lozim, chunki u yerda bitta suyak bor;
- 2) jgut tanaga to‘g‘ridan-to‘g‘ri qo‘yilmaydi, albatta, uning ostiga biror nima qo‘yish kerak;
- 3) jgutni yozda 1,5 soatdan, qishda bir soatdan oshmagan muddatga qo‘yish mumkin;
- 4) jgut qo‘yilgan vaqtni aniq qilib yozib, yopishtirib qo‘yish kerak.

Jgut qo'yilgandan so'ng uning to'g'ri yoki noto'g'ri qo'yilganligini aniqlash katta ahamiyatga ega. Buning uchun qo'l va oyoqlardagi puls aniqlanadi. Agar puls yo'q bo'lsa, jgut to'g'ri qo'yilgan bo'ladi. Biron sababga ko'ra, 1–1,5 soat davomida bemorni kasalxonaga olib borishning iloji bo'lmasa, u holda 10–15 minutga jgut bo'shatiladi va bir vaqtning o'zida barmoq bilan jarohatdan yuqorisi bosib turiladi. Qish vaqtida oyoq va qo'lni o'rab, issiq saqlash tavsiya qilinadi.



8-rasm.

Kichik o'lchamli arteriya yoki vena shikastlanganda siqib turuvchi bog'lam qo'yish kifoya. Qon ketishini vaqtinchalik to'xtatishda jarohatga steril doka yoki bint hamda paxta qo'yib bog'lanadi. Uncha katta va chuqur bo'lmagan jarohatlarga yuqoridagi usulni qo'llash qon ketishining batamom to'xtatish chorasi hisoblanadi.

Qolgan hollarda batamom qon to'xtatish uchun jarrohlik klinikalarida tikish, bog'lash yoki shikastlangan tomirlarni kuydirish kabi usullar ishlatiladi.

JAROHATLAR

Teri va shilliq qavatlarining mexanik shikastlanishi natijasida jarohatlar paydo bo'ladi. Ba'zi hollarda jarohatlar organizmning chuqur joylashgan to'qimalarida va ichki organlarda ham kuzatiladi.

Jarohat klinikasi undan qon silqib, ochilib qolishi, qon oqishi va og'riq bo'lishi bilan tavsiflanadi.

To'qimalarni shikastlovchi asbob qanchalik keskir bo'lsa, jarohatdan qon oqishi shunchalik kuchli bo'ladi. Hamma jarohatlanishlarda ham qon oqishi tashqariga bo'lavermaydi, ba'zan qon tomirlardan to'qimalarga va bo'shliqlarga quyilib, tarqoq gematomalar hosil bo'lishiga olib keladi. Shuningdek, parenximatoz (g'ovak) organlarning jarohatlanishi ham ko'plab qon oqishiga sababchi bo'lishi mumkin.

Jarohatlanishlardagi og'riq, uning intensivligi:

- 1) jarohatlangan nerv retseptorlari va o'zaklarining soniga;
- 2) shikastlangan kishi organizmining reaktivligiga;
- 3) jarohatlovchi qurolning xususiyatiga va jarohat olish tezligiga bog'liq.

Qurol qanchalik o'tkir va jarohatlovchi omil tezligi katta bo'lsa, u bilan bog'liq og'riq shunchalik sust darajada rivojlanadi. Og'riqning qanday darajada ekanligi jarohatlangan joyning innervatsiyasiga bog'liq bo'ladi. Ma'lumki, yuz, barmoqlar, chot va jinsiy organlar juda boy innervatsiyalanganligi uchun, ulardagi og'riqlar kuchli bo'ladi. Jarohatlardagi og'riq odatda qattiq (jizillatadigan) bo'lib, uning shiddati, tomir urishining chastotasiga bog'liq holda ortib va kamayib turadi. Jarohatlangan sohaning ko'taribroq qo'yilishi va qulay joylashtirilishi natijasida og'riq kamayadi va 2 soat davomida og'riq to'liq to'xtashi mumkin.

Jarohatning ochilib qolishi uning kattaligiga, chuqurligiga va terining elastik tolalari buzilishiga bog'liq. Shuningdek, jarohatning ochilib qolish darajasi to'qimaning shikastlanish xususiyatiga ham bog'liq. Yuzdagi Langer chiziqlariga nisbatan ko'ndalang joylashgan jarohatlarning ochilib qolishi, bu chiziqlarga parallel joylashgan jarohatlarga qaraganda katta bo'ladi.

Jarohatlarning tasnifi

Jarohatlar kelib chiqishi va xususiyatlariga qarab turli-tuman bo'ladi.

Qo'llanilgan qurol yoki jarohatlovchi agentning to'qimalarni shikastlantiruvchi xususiyatiga qarab jarohatlarning quyidagi turlari farqlanadi:

- 1) o'qotar qurollardan jarohatlanish;

- 2) tig' jarohati (tig' sanchishdan hosil bo'lgan jarohat);
- 3) tilingan jarohatlar;
- 4) titilgan jarohatlar;
- 5) lat yegan jarohatlar;
- 6) majaqlangan jarohatlar;
- 7) yulingan jarohatlar;
- 8) tirlangan jarohatlar;
- 9) shilingan jarohatlar;
- 10) tishlangan – chaqilgan jarohatlar;
- 11) zaharlangan jarohatlar;
- 12) aralash jarohatlar.

Har qanday jarohatning o'ziga xos jihati bo'lib, yordam ko'rsatish vaqtida buni hisobga olish kerak. Masalan, tig' sanchishdan va o'qotar qurollardan olingan jarohatdan qon kam oqadi. Ularning chuqurligi va yo'nalishini ko'z bilan aniqlash qiyin, ularda ko'pincha ichki organlarning ham shikastlanishlari bo'ladi. O'tmas predmetlar bilan yetkazilgan tig' jarohatlari, masalan, yog'och kaltak yoki yomg'ir soyabonining uchi bilan berilgan zarbadan hosil bo'lgan jarohatlar o'ziga xos shakllarga ega. Kesilgan va to'g'ralgan jarohatlarda ko'proq yuzalarning defektlanishi va qonning tashqariga kuchli oqishi xosdir. Lat yeyishdan, majaqlanish va yulinish jarohatlaridan qon oqishi kamroq bo'lib, ular kuchli og'riq chaqiradi va ko'pincha infeksiyalanadi, ularda qon aylanishining buzilishi nisbatan ko'proq uchraydi va mahalliy nekrozlar keltirib chiqaradi.

Shilingan jarohatlarning og'rig'i kuchli bo'ladi, lekin jarohatlar ichida eng tez bitadigani hisoblanadi. Tishlangan jarohatlar og'riqli bo'lib, ko'pincha yiringlab ketadi. Tishlangan jarohatlarning eng og'ir asoratlaridan biri quturish kasalligidir. Quturish kasalligining virusi kasal hayvonning so'lagi bilan ajralib, u orqali tishlash vaqtida jarohatga tushadi. Kalamush, sichqon va mushuklar tishlab olsa, «kalamush kasalligi» rivojlanishi mumkin.

Ilon va chayonlar chaqishi natijasida, shuningdek jarohatga jangovar va boshqa kimyoviy birikmalar tushganda, zaharlangan jarohatlar kelib chiqadi. Avvallari aralash jarohatlar deyilganda, tananing ma'lum qismidagi turli ko'rinishdagi jarohatlar tushunilar edi. Hozirgi vaqtda esa aralash jarohatlar deyilganda, jarohatga jangovar zaharlovchi modda yoki radiatsiyaning ta'siri tushuniladi. Ularni aniqlashda maxsus nom – jangovar zaharlovchi moddalar (JZM) bilan zaharlangan jarohatlar atamasi ishlatiladi.

O'qotar qurollardan hosil bo'ladigan jarohatlar – o'qdan va snaryad parchasidan kelib chiqqan jarohatlarga bo'linadi. O'qotar qurollarning o'ziga xos ta'siri natijasida undan hosil bo'lgan jarohatlar boshqalaridan farq qiladi:

- a) jarohat kanalining chuqurligi;

b) to'qimalar o'zgarishidagi anatomik nisbatning murakkabligi;

v) to'qimalar shikastlanishidagi o'ziga xos zonalarining mavjudligi. Birlamchi jarohat kanali, u detrit to'qimalari va yot moddalar bilan to'lgan bo'ladi, to'qimalarning birlamchi travmatik nekroz yoki birlamchi kontuziya zonasi va to'qimalarning molekulyar chayqalish zonasi yoki ikkilamchi travmatik nekroz;

g) jarohatlanish vaqtidagi (birlamchi infeksiya) yoki evakuatsiya bosqichlaridagi (ikkilamchi infeksiya) birinchi yordamning kechikib ko'rsatilishi va jarohatning birlamchi jarrohlik ishlovining kechikishi natijasida ifloslanishning yuqori darajada bo'lishi.

O'qotar qurollardan jarohatlanishda to'qimalarning jarohatlanish darajasi asosan o'qning yoki parchaning kinetik energiyasiga va ularning boshlang'ich tezligiga bog'liq bo'ladi. To'qimalarga boshlang'ich tezligi kichik o'qning ta'sirida hosil bo'ladigan jarohatning mexanizmi pichoqdan va boshqa keskir predmetlardan jarohat hosil bo'lish mexanizmiga yaqin. Tezligi katta o'qlar bilan jarohatlanishda (hozirgi zamon jangovar o'q tezligi 700–900 *m/s*, sharchali va cho'zinchoq o'qlar – 1000 *m/s* dan yuqori, snaryad parchalari – 1500–4000 *m/s*) qurolning sifat jihatidan yangi xususiyatlari namoyon bo'lib, u to'qimalarning kengroq va og'irroq jarohatlanishlarini keltirib chiqaradi. O'qning tezligi 600 *m/s* dan yuqori bo'lsa, eng katta ahamiyatni kinetik energiyaning to'qimalarga o'tkazish tezligi kasb etadi, bundan past tezliklarda uning ahamiyati uncha yuqori bo'lmaydi.

Katta tezlikda uchib kelayotgan o'q va snaryad parchalari tanaga kirayotganda atrofidagi to'qimalarga energiyaning tezlanish ko'rinishida uzatadi va, o'z navbatida, bu to'qimalarni jarohat kanalidan chekkagacha va uning markaziga qarab notekis harakatlanishga majbur qiladi. Bu esa «pulsatsiyalanuvchi bo'shliq» shakllanishiga olib keladi. Bo'shliqning kengayishi vaqtida hosil bo'ladigan manfiy bosim, jarohat kanaliga o'qning kirgan va chiqib ketgan teshiklaridan patogen mikroblarning so'rilib kirishiga sababchi bo'ladi. Vaqtinchalik bo'shliqning pulsatsiyasi to'qimalar va organlarning notekis ezilishini, uzilishini va qatlamlarga ajralishini yuzaga keltiradi. To'qimalar nekrozi asosan muskul to'qimalarida hatto jarohat kanalidan ancha masofada bo'lsa ham, infeksiya rivojlanishi uchun qulay sharoit yaratib beradi va bu kabi yaralanishlarning klinik kechishi shu sabab bilan tushuntiriladi.

Hozirgi vaqtga kelib o'qotar qurollar o'qining kalibri 5,6 *mm* gacha kichraytirilgan (avvallari hamma joyda 7,6 *mm* qabul qilingan), bu bilan o'qning birlamchi tezligi ortgan va uning jarohatlash zonasi ham kengaygan. Shunga o'xshash shikastlanishlarni sharchali, teshib o'tuvchi va plastik bomba va snaryadlarning parchalari ham (ular hozirgi zamon harbiy qismlarining harbiy harakatlari vaqtida qo'llaniladi) chaqira oladi.

Kelib chiqish sabablariga ko'ra, jarohatlar operatsion va tasodifiy jarohatlarga bo'linadi. Shikastlanishning chuqurligiga qarab jarohatlar yuzaki, teshib o'tuvchi va ichki a'zolari shikastlovchi jarohatlarga bo'linadi. Masalan, teri jarohati, teriosti to'qimalari va hatto qorin muskullarining jarohatlari ham yuzaki jarohatlarga kiradi. Agar qorin pardasi shikastlangan bo'lsa, jarohat chuqur o'tuvchi jarohatlar qatoriga kiritiladi. Ayni vaqtda jigar va ichaklarning shikastlanishlari bilan kechadigan jarohatlar a'zolarining shikastlanishi bilan asoratlangan jarohatlar qatoriga kiritiladi. Jarohat tananing qaysi qismida bo'lishiga qarab yuz, bosh, bo'yin, qo'l jarohatlariga bo'linadi.

Infeksiyalanish darajasiga ko'ra, aseptik va infeksiya bilan ifloslangan jarohatlar bo'ladi. Rejali operatsiyalardan yoki birlamchi jarrohlik ishlovidan keyingi jarohatlar aseptik jarohatlar hisoblanadi. O'tkir va nisbatan toza predmetlar vositasida yuzaga kelgan, kesilgan va qiymalangan jarohatlar aseptik jarohatlarga yaqin bo'ladi. Qolgan hamma jarohatlar infeksiyalar bilan ifloslangan deb baholanadi, chunki jarohatlanish vaqtida terining o'zida ham, jarohatlovchi predmet vositalarida ham mikroorganizmlar bo'ladi.

Jarohatlar yangi va kechikkan turlarga bo'linadi. Agar shikastlangan kishi jarohat olgandan keyin 24 soatdan kechikmay tibbiy yordamga murojaat qilsa, jarohat yangi hisoblanadi. Bu holda jarohatning qirg'oqlari va asosini jarrohlik yo'li bilan tozalab, jarohat infeksiyasini to'xtatish mumkin. Shu yo'l bilan infeksiya tushgan jarohatni aseptik jarohatga aylantirish mumkin. Agar shikastlangan kishi 24 soatdan kechikib murojaat qilsa, mikroorganizmlar to'qimalarning ancha chuqur qavatlariga o'tib oladi va bunday jarohatlar kechikkan jarohatlar sirasiga kiritiladi.

Jarohatlarning bitish davri

Jarohatlanish vaqtida ko'plab hujayralar o'ladi, qon va limfa tomirlarining butunligi buziladi. Hamma favqulodda olingan jarohatlar infeksiyalar bilan ifloslanadi, hatto aseptik operatsiyalar vaqtidagi jarohatlarga ham bir oz miqdorda mikroorganizmlar tushadi. Agar to'qimalar hujayra elementlarining himoya jarayonlari yetarli bo'lsa, bu infeksiyalar tezda barham topadi va jarohat birlamchi bitish bilan tuzaladi.

Jarohatga tushgan infeksiya, o'lgan to'qima va mikroblardan ajralib chiqqan toksinlarning mexanik qitiqlanishi natijasida jarohat atrofida yallig'lanish jarayoni rivojlanadi.

Jarohatning bitish jarayonida, hamma boshqa yallig'lanishlardagi kabi, ikki davr kuzatilib, ular infeksiya tushgan va yiringlagan jarohatlarda ancha yaqqol ifodalanadi. Birlamchi bitish bilan tuzalayotgan jarohatlarda bu davrlarni farqlash ancha mushkul.

Birinchi davrda o'tkir yallig'lanish ko'rinishlari ustunlik qiladi.

Giperemiya, qon tomirlarining kengayishi va qon tomirlar devorlari o'tkazuvchanligining ortishi, leykotsitlar eksudatsiyasi va migratsiyasi bo'lishi mumkin. Bundan tashqari, atrofdagi qon tomirlarida staz va tromboz jarayonlar, limfa tomirlarida limfa harakatining susayishi va to'xtab qolishi, yallig'lanishi, shikastlangan to'qimalardagi degenerativ o'zgarishlar kuzatiladi.

Jarohatlarning bitishidagi birinchi davr gidrotatsiya davri deyiladi, chunki jarohat atrofidagi to'qimalar suyuqlik bilan to'yingan, jarohatdan suyuqlik ajralib turadi. Bu davrda og'riq va haroratning ko'tarilishi, jarohat sohasida infiltrat va shishning bo'lishi, har xil ko'rinishdagi funksiyalarning buzilishi kuzatiladi.

Ikkinchi davr – regeneratsiya davrida tiklanish jarayonlari ustunlik qilib, to'qimalar eksudatsiyasi kamayadi, shuning uchun ham uni degidratatsiya davri deb atashadi. Jarohatda regenerativ jarayonlar ustunligi kuzatilib, defektlar yosh biriktiruvchi to'qima hujayralari bilan to'la boshlaydi va chandiq hosil bo'lishi boshlanadi.

Degidratatsiya davri boshlanishi bilan og'riq, harorat, shish va infiltrat asta-sekin kamayadi, shuningdek buzilgan funksiyalar normaga qaytadi. Jarohat tozalanib, unda granulyatsiya to'qimasi paydo bo'ladi va epiteliylanish belgilari yuzaga keladi, nekrotik to'qimalarning qoldiqlari yo'qoladi, jarohatdan ajralib turadigan suyuqlik miqdori, jarohatdagi mikroorganizmlar soni sezilarli kamayadi.

Jarohatning bitish jarayonini ikkita alohida davrga bo'lish jarohatlangan kishining tuzalish holatini yaxshiroq tushunishga yordam beradi. Ammo amaliyotda bu ikki davr bir-biridan aniq ajralib turmaydi. Ko'pincha, ayni bir paytda ham birinchi, ham ikkinchi davrga tegishli holatlarni, ya'ni nekrotik to'qimalarning ajralishi, yiringlash va to'qimalar regeneratsiyasini kuzatish mumkin.

Jarohatlarning bitish turlari

Jarohatning bitishi regenerativ (tiklanish) jarayon bo'lib, organizmning shikastlanishiga nisbatan biologik va fiziologik ta'sirlanishni (reaksiyasini) aks ettiradi.

Hamma to'qimalarning regeneratsiyalanish qobiliyati bir xilda emas. To'qima qancha yuqori differensiatsiyalangan bo'lsa, u shunchalik sekin tiklanadi. Markaziy asab tizimining eng yuqori differensiatsiyalangan hujayralarining amalda umuman regeneratsiyalanish qobiliyati yo'q. Periferik nervlar sekin, lekin oxir-oqibatda neyron aksonining markazdan periferiyaga qarab o'sishi hisobiga regeneratsiyalanadi. Epiteliy, biriktiruvchi to'qima elementlari – muskul pardasi, paylar, suyaklar, shuningdek silliq muskullar yaxshi regeneratsiyalanadi. Ko'ndalang – targ'il muskullar va parenxima a'zolarining regeneratsiyalanish qobiliyati juda

sust. Ulardagi shikastlanishlar ko‘pincha biriktiruvchi to‘qima chandiqlari hisobiga bitadi.

Jarohatlarning bitishiga mahalliy va umumiy omillar to‘sqinlik qilishi mumkin. Agar yirik qon tomirlari, nerv tolalari jarohatlangan va jarohatlarda g‘ayritabiiy moddalar, nekrotik to‘qima, suyak sekvestrlari, viruslar va mikroorganizmlar mavjud bo‘lsa, ularning bitishi yomon kechadi. Jarohatlarning bitishiga bemorning umumiy holati – qo‘shimcha kasalliklar (gipovitaminoz, surunkali yallig‘lanish kasalliklari, qandli diabet, yurak va bo‘yrakdagi yetishmovchiliklar, shuningdek organizmning immun tizimidagi buzilishlar) salbiy ta‘sir ko‘rsatadi.

Jarohatlarning birlamchi va ikkilamchi bitishi farqlanadi. Agar jarohatning chekkalari tekis, yashovchan va bir-biriga zich bo‘lsa, jarohatda bo‘shliq hosil bo‘lmasa, ichiga qon quyilmasa, g‘ayritabiiy moddalar, nekroz o‘choqlari va infeksiyalar bo‘lmasa, birlamchi bitish yuzaga keladi. Aseptik operatsiyalar, jarohatning to‘laqonli jarrohlik ishlovidan keyin, ba‘zan boshqa jarohatlarda birlamchi bitish kuzatiladi. Bunday jarohatlar tez (5–8 kun davomida) bitib, tekis va kam seziladigan chandiqlar hosil qiladi.

Yangi chandiq yumshoq, tekis va pushti rangda bo‘ladi. Vaqt o‘tishi bilan yangi hosil bo‘lgan kapillarlar yo‘qoladi, chandiq kattalashadi, ancha qattiq va mahkam holatga keladi. Agar chandiqning yo‘nalishi teridagi Langer chiziqlari yo‘nalishiga mos tushsa, asta sekin chandiq kam sezilarli ko‘rinishga o‘tadi.

Birlamchi bitishning bir va bir nechta shart-sharoitlari bo‘lmagan taqdirda ikkilamchi bitish yuzaga keladi. Jarohat chekkalarining yashovchan emasligi, chekkalari bir-biriga yopishmagan jarohatning katta bo‘shlig‘i bo‘lishi va unga qon quyilishi, nekroz o‘chog‘i, g‘ayritabiiy moddalar va yiringli infeksiyalar buning sababchisidir. Shuningdek, ikkilamchi bitishning umumiy omillarga bog‘liqligi: kaxeksiya, gipo yoki avitaminoz, modda almashinishining buzilishlari yoki yuqumli kasalliklar – angina, gripp va boshqalarning mavjudligi.

Ikkilamchi bitishga jarohatning yiringlashi va undan keyin granulyatsiya to‘qimasining hosil bo‘lishi xosdir. Yiring oqsilga boy bo‘lgan yallig‘lanish ekssudati bo‘lib, unda hujayra elementlari asosan neytrofil leykotsitlar va katta miqdordagi turli bakteriyalar, shuningdek parchalangan hujayralarning qoldiqlari mavjud bo‘ladi. Yiringning ko‘rinishi, rangi va hidi mikrofloraga bog‘liqdir.

Granulyatsiya to‘qimasi asta-sekin rivojlanadi. Jarohatlanishdan keyin, tez fursatda jarohatning yuzasi yupqa qavatli ivigan qon bilan qoplanadi. Bu qavat jarohat ekssudati bilan birgalikda fibrinozli bakteriotsid himoya pardasini hosil qiladi. Agar jarohatda infeksiya rivojlansa, uning chekkalarida va asosida yallig‘lanish belgilari paydo bo‘ladi (shish, harorat, giperemiya va og‘riq). Jarohat yopishqoq yiringli

ajralma bilan qoplanadi. Yallig‘lanishning rivojlanishi to‘qimalar himoya darajasidan, organizmning reaktivligi va infeksiyaning virulentligidan kelib chiqadi. Odatda 48 soatdan keyin jarohatning ayrim yerlarida mayda bo‘rtiqlar – granulyatsiyalar paydo bo‘ladi. Ularning soni asta-sekin ortadi va oqibatda jarohatning butun yuzasini qoplab oladi. Ayni vaqtda, kapillar qon tomirlarining ko‘plab o‘sishi amalga oshadi. Granulyatsiya o‘sishi bilan jarohat asta-sekin nekroz o‘choqlaridan tozalanadi, uning chekklaridan boshlab yoki ayrim orolchalar ko‘rinishida, jarohat yuzasida epiteliy o‘sishi kuzatiladi. Keyinchalik granulyatsiya to‘qimasi chandiqqa (fibroz va biriktiruvchi to‘qima elementlaridan tashkil topgan) aylanadi.

Granulyatsiya to‘qimasi chuqur yotgan to‘qimalarni berkitib va ularni infeksiya tushishidan himoyalab, jarohatning bitishida katta ahamiyat kasb etadi. Jarohatdan ajraladigan suyuqlik bakteriotsidlik xususiyatiga ega. Shikastlanganda granulyatsiya to‘qimasi qontalashib qoladi va infeksiya chuqur yotgan to‘qimalarga o‘tib ketishi mumkin. Shuning uchun ham granulyatsiyalangan jarohatlarni bog‘lashda uni mexanik yoki kimyoviy shikastlab qo‘yishdan ehtiyot bo‘lish va jarohatlarni bog‘lashni iloji boricha, kamroq bajarish kerak.

Kichik va yuzaki jarohatlar – shilingan, tirlangan, shuningdek kuyishlar ivigan qon va limfadan hosil bo‘ladigan po‘stloq ostida bitadi. Taxminan 5 sutkalardan keyin po‘stloq ostida epiteliylanish va jarohatning bitishi tugallanib, qoraqo‘tir tushib ketadi.

Jarohat infeksiyasi

Jarohat infeksiyasi – jarohatga mikroblarning kirib borishi, organizm to‘qimalariga tushgan mikroorganizmlar va ulardagi toksinlarning tarqalib, ta’sir etish natijasidir. Toza jarohatga ko‘payish xususiyatiga ega patogen bakteriyalar va zaharli moddalar tushib, uni ifloslasa (organizm reaksiyasi bo‘lmaganda), bakterial ifloslanish yuzaga keladi.

Agar mikroblarning tushishiga organizm reaksiyasining sezilarli belgilari paydo bo‘lsa, bu narsa bakterial ifloslanishni aniq ifodalangan bakterial infeksiyaga o‘tganligini ko‘rsatadi. Bu jarayon, bir tomondan, mikroorganizmlar himoya reaksiyalarining holatiga, ikkinchi tomondan, jarohatga kirib borgan infeksiya qo‘zg‘atuvchisining miqdori va virulentligiga bog‘liq.

Shu nuqtai nazardan jarohatlar aseptik, bakterial-ifloslangan, infeksiyalangan va yiringli turlarga bo‘linadi. Shartli ravishda aseptik jarohatlar deyilganda, rejali steril sharoitlarda o‘tkazilgan toza operatsiyalarda olingan jarohatlar tushunilib, ular ko‘p hollarda birlamchi bitish bilan tuzaladi.

Boshqa hamma jarohatlarga paydo bo‘lish vaqtidan boshlab mikroorganizmlar tushadi, demak, ular mikroblari yoki bakterial ifloslangan hisoblanadi. Birlamchi mikroblar bilan ifloslanish jarohatlanish vaqtida

yuzaga kelsa, ikkilamchisi davolash jarayonida, ya'ni shifoxona ichidagi infeksiyalanish natijasida yuzaga keladi.

Aseptika qoidalarining birlamchi yordam ko'rsatish vaqtida va shikastlangan kishini davolash davomida buzilishi ikkilamchi infeksiyaning tushishiga sabab bo'ladi.

Jarohatga o'z vaqtida birlamchi jarrohlik ishlovi berish, bunda hamma infeksiyalangan nekrotik to'qimalarni olib tashlash va unga antiseptiklar bilan ishlov berish birlamchi infeksiyaning profilaktikasi bo'lib hisoblanadi. Kasalni davolash davomida aseptikaning hamma qoidalariga qat'iy amal qilish ikkilamchi infeksiyaning tushishiga yo'l qo'ymaydi.

Jarohatlarni davolash

Jarohatlarni davolashdan maqsad a'zo va to'qimalarning birlamchi shakli va funksiyalarini hech qanday asoratlarga yo'l qo'ymagan holda tiklashdan iboratdir. Jarohatlarni davolash biologiya, jarrohlik, biofizika va tibbiyot texnikasining hozirgi zamonda erishgan yutuq va usullarini qo'llab amalga oshiriladi.

Aseptik, infeksiyalangan va yiringli jarohatlarni davolashning usullari (taktikasi) turlicha. Davolash usulini tanlashda shikastlangan kishining yordamga qanchalik o'z vaqtida murojaat qilishi, jarohatning turi, unga tushgan mikroorganizmlarning virulentligi va boshqa shu kabi omillar inobatga olinadi. Jarohatlarni davolashda jarrohlik usullari va bog'lashlar, mahalliy va umumiy dori-darmonlar qo'llash, fizioterapiya, davolash badan tarbiyasi va boshqalardan foydalaniladi.

Operatsiya jarohatlari maxsus davolashga muhtoj emas. Steril muhitda o'tkazilgan operatsiya jarohatlari amalda steril bo'ladi. Operatsiya yakunlangach, operatsiya yarasi steril tikish materiallari bilan tikilib, 0,5 % li xlorgeksidin eritmasi yoki boshqa antiseptiklar bilan artiladi va steril doka bog'lami bilan yopiladi (bu doka quruq yoki spirt bilan namlangan bo'lishi mumkin). Doka bog'lami o'rnida antiseptik aerezollardan foydalanish mumkin, bunda aerezol yaraga va uning atrofiga sepilib, uni namlaydi. Aerezol qotgach, yupqa tiniq parda hosil bo'ladi va u jarohatni yetarli darajada ishonchli himoya qiladi, ayni paytda davolash davomida jarohatning holatini kuzatib turish imkoniyatini beradi.

Operatsiya jarohatining bog'lamini tikilgan iplar olingunga qadar almashtirmaslik kerak. Agar qon ketishi, jarohat infeksiyasi kabi asoratlari kelib chiqsa, bog'lamni muddatidan oldin almashtirish mumkin.

Shikastlangan kishilarga kasalxonalarining travmatologiya bo'limlarida maxsus tibbiy yordam ko'rsatiladi.

Kutilmaganda olingan jarohatlarning hammasi u yoki bu darajada infeksiyalangan bo'ladi. Birinchi yordamning vazifasi jarohatga ikkilamchi infeksiya tushmasligiga qaratilgan bo'lishi kerak. Shuning uchun birinchi yordam vaqtida jarohatlarga qo'l tekkizish yoki unga zond

yuborish mumkin emas. Jarohat atrofidagi terini spirt, efir, benzin bilan artish (bunda, albatta, artish yoʻnalishi jarohat tomondan periferiyaga (tashqariga) boʻlishi kerak) lozim. Iloji boʻlsa, jarohat atrofi antiseptik preparatlar bilan artiladi. Agar jarohatda gʻayritabiiy moddalar yoki keng yirtilar boʻlsa, ularni steril doka, salfetka yoki asboblardan yordamida olib tashlashga ruxsat etiladi, jarohatni yuvishga ruxsat etilmaydi. Shundan keyin jarohat bogʻlanadi, iloji boʻlsa, steril material ishlatish kerak. Agar kuchli qon ketsa, jgut qoʻyiladi, boshqa hollarda qon oqishi siqib bogʻlash yoʻli bilan toʻxtatiladi. Bogʻlamlarni fiksatsiyalash uchun leykoplastir, yopishuvchi vositalardan yoki toʻrsimon, naysimon bintlardan foydalaniladi.

Birlamchi va ikkilamchi jarrohlik ishlovlari farqlanadi. Jarohatning birlamchi jarrohlik ishlovi deganda kasalning jarohatini birinchi marta jarrohlik ishlovidan oʻtkazish tushuniladi. Bu ishlov birlamchi koʻrsatkichlar boʻyicha jarohatning xususiyatini hisobga olib, jarohat infeksiyalanishini profilaktikalash maqsadida oʻtkaziladi. Jarohatlanish bilan uni birlamchi jarrohlik ishlovidan oʻtkazish oʻrtasidagi muddat imkoniyati boricha minimumgacha qisqartirilishi kerak. Hozirgi vaqtda, zarurat yuzasidan, jarohatni birlamchi jarrohlik ishlovidan oʻtkazish jarohatlanishdan 24 soatgacha boʻlgan muddatda amalga oshiriladi.

Ogʻriqsizlantirilgach, oʻtkir skalpel yordamida jarohatning chekkalari, devorlari va asosi tirik toʻqimalar chegarasida kesib tashlanadi, imkoni boricha hamma shikastlangan, ifloslangan toʻqimalar olib tashlanadi. Olib tashlanadigan toʻqimalarning qalinligi 0,5 sm dan 2 sm gacha boʻlishi mumkin. Shuningdek, gʻayritabiiy moddalar, kiyim yirtilari, erkin yotgan suyak boʻlaklari, ivib qolgan qon laxtalari ham olib tashlanadi. Jarohat ifloslangan toʻqimalardan tozalangach, qon toʻxtatiladi va jarohat qavatma-qavat tikiladi.

Birlamchi jarrohlik ishlovidan keyingi tikishlar birlamchi tikish deyiladi. Baʼzan birlamchi jarrohlik ishlovidan keyin situatsion tikishlar (yordamchi tikishlar) qoʻyiladi.

Birlamchi tikishlar qoʻyilishiga zid holatlar (infeksiya xavfi) boʻlsa, jarohat chekkalari tozalangach, birlamchi kechiktirilgan tikishlar qoʻllaniladi. Bunda jarohat tikiladi, lekin iplar bir necha kun davomida (2–4 sutka), yaʼni oʻtkir jarrohlik infeksiyasi xavfi oʻtguncha tugilmaydi. Bu muddat oʻtgach, iplar tortilib, jarohat tikiladi. Bunday usullar koʻproq harbiy-dala jarrohligida oʻqotar qurollardan yaralanishda qoʻllaniladi.

Vaqt omiliga bogʻliq jarohatlarda jarrohlik ishlovining erta, muddati uzaytirilgan va kechikkan turlari farqlanadi.

Jarohatlarning erta jarrohlik ishlovi dastlabki 24 soat ichida oʻtkaziladi. Agar u jarohatlanishdan keyingi 6–12 soat ichida amalga oshirilsa, oqibati yaxshi boʻladi. Baʼzan jarohatlarning jarrohlik ishlovi

antibiotiklar bilan davolash ostida, jarohatlanishning ikkinchi sutkasida o'tkaziladi. Bunday jarrohlik ishlovi muddati uzaytirilgan ishlov deyiladi.

Agar jarrohlik ishlovi antibiotiklar bilan davolanmagan jarohatda ikkinchi sutkada yoki antibiotiklar bilan davolanganda uchinchi sutkada o'tkazilsa, bunday jarrohlik ishlovi kechiktirilgan jarrohlik ishlovi deyiladi. Jarohat infeksiyasi uchun jarrohlik ishlovi asos bo'lmaydi, faqat operatsiya taktikasi o'zgaradi. Jarohatga kechiktirib jarrohlik ishlovini berish har doim jarohat infeksiyasi va asoratlarning rivojlanishi bilan bog'liq bo'ladi.

Ikkilamchi jarrohlik qayta ishlovi jarohat infeksiyasi bo'lganda amalga oshiriladi. Ayrim hollarda jarohat infeksiyasi sababli ikkilamchi qayta jarrohlik ishlovini o'tkazishga to'g'ri keladi. Odatda bunday holatlarda yiringlash o'chog'i ochiladi, kontraktura kesilib, jarohatga drenaj qo'yiladi. Kasalxonaga kech keltirilgan bemorda ikkilamchi jarrohlik ishlovi son jihatidan birinchi jarrohlik muolajasi bo'lishi mumkin.

Yiringlagan jarohatlarni davolash jarohatda kechayotgan jarayon davrini hisobga olib amalga oshiriladi. Jarohat jarayonining birinchi davrida hamma mahalliy muolajalar yiringning tashqariga chiqishi va jarohatning yiring va nekrotik to'qimalardan tozalanishiga qaratilgan bo'lishi kerak. Jarohat jarayonning ikkinchi davrida granulyatsiya to'qimasi shikastlanishining oldini olish maqsadida antiseptik preparatlardan faqat malham dori (maz) qo'llanilishi kerak.

TERMIK SHIKASTLANISHLAR. KUYISHLAR

Yuqori harorat ta'sirida to'qimalarning shikastlanishi kuyish deb ataladi. Termik kuyishlar issiq suyuqliklar, bug', olov, qizdirilgan metallar ta'sirida kelib chiqishi mumkin. To'qimalar shikastlanishining og'irligi harorat darajasiga, ta'sirning davomiyligiga va shikastlanish maydonining katta-kichikligiga bog'liq bo'ladi.

Termik shikastlanishlar shartli ravishda yengil va og'ir kuyishlarga bo'linadi. Tana yuzasining 10 % dan kam bo'lmagan qismini egallagan kuyishlar og'ir kuyishlarga kiradi. Yosh bolalar va qariyalarning kuyishi, ayniqsa xavfli bo'ladi.

To'qimalarning qaysi qavati shikastlanishiga qarab, kuyishlar 1, 2, 3 «a» va 3 «b», 4-darajalarga bo'linadi.

1-darajali kuyishda faqat terining tashqi-epiteliy qavati zararlanib, uni aniqlash qiyinchilik tug'dirmaydi. Bemorda qizarish, shish, kuygan joyda esa qavarish va mahalliy qizarish kuzatiladi.

2-darajali kuyish terining ancha intensiv qizarishi va epiteliyning uncha katta bo'lmagan ichida och-sariq rangli suyuqlik to'lgan pufakchalar hosil bo'lishi bilan tavsiflanadi.

3«a» darajadagi kuyishda terining eng chuqur – o‘sovchi qavatidan tashqari, hamma qavatlari nekrozga chalilib o‘ladi, tarang pufakchalar hosil bo‘lib, ular to‘q-sariq rangli shilimshiq bilan to‘ladi. Ko‘plab pufakchalar yorilgan bo‘lib, ular asosida spirt va nina ta’siriga sezuvchanlik pasaygan bo‘ladi.

3«b» darajadagi kuyishda chuqur nekroz yuzaga kelib, bunda terining hamma qavatlari shikastlanadi. Pufakchalar qon aralash suyuqlik bilan to‘lgan, yorilgan pufakchalarning asoslari xira, quruq ko‘pincha marmar rangida bo‘lib, spirt va nina ta’sirida og‘riqni sezmaydi.

4-darajadagi kuyishda nafaqat teri, balki uning ostidagi to‘qimalar – pay va mushaklarning ham shikastlanishi kuzatiladi. Kuygan yuzada jigarrang qattiq qobiq (qasmoqli, qoraqo‘tirli) hosil bo‘lib, har xil ta’sirlovchilarni sezmaydi. Shikastlanishning chuqurligini faqat bir necha kundan keyingina, bemor davolash muassasasida bo‘lgan vaqtda aniqlanishi mumkin.

Kuygan yuzaning katta-kichikligi kuyishning birinchi soatlarida asosiy ahamiyat kasb etib, u bemorning umumiy holatini aniqlab beradi. Shuning uchun ham, taxminan bo‘lsa-da, birinchi yordam ko‘rsatish vaqtida uni aniqlash kerak. Odam tanasining umumiy maydoni, bo‘yining uzunligi bo‘yicha hisoblanadi. Qaddi-qomati va oriq-semizligi hisobga olinmaydi.

Kuyish maydonini hisoblash uchun, avvalo, shikastlanuvchining tana maydoni aniqlanadi, ya’ni bo‘yining uzunligiga (*sm* da) ikkita nol qo‘shiladi. Masalan: 170 *sm* bo‘yga ega bo‘lgan kishining tana yuzasi 17000 *kv sm*, 182 *sm* bo‘yga ega kishining tana yuzasi 18200 *kv sm* teng.

Kuygan yuzaning protsentlardagi miqdorini tezroq aniqlash uchun «kaft» qoidasidan foydalanish mumkin. Kuygan yuza proyeksiyasiga nechta kaft joylashishiga qarab, bemorning shuncha foiz teri yuzasi kuygan hisoblanadi. Bunda bir «kaft» yuzasi tananing 1,2 % ni tashkil qilishidan kelib chiqiladi. Hisobning tez va oson bo‘lishi uchun foizning o‘ndan bir qismlarini e’tiborga olmasa ham bo‘ladi. Masalan: kuygan joy o‘nta kaft yuzasiga to‘g‘ri kelsa, demak tananing kuygan yuzasi 10–12 % ni tashkil etadi.

Agar tananing ma’lum qismlarida to‘liq kuyish kuzatilsa, «To‘qqizlik qoidasi» yoki Tenison-Ruslak usulini qo‘llash mumkin. Bunda bosh va bo‘yin, har ikkala qo‘l alohida tana yuzasining 9 % ni tashkil etadi, tananing oldingi, orqa yuzalari, har bir oyoq alohida – 18 %, chot orasi va uning organlari – 1 % ni tashkil etishi ko‘rsatilgan. Masalan: agar bir qo‘l va tananing oldingi qismi to‘liq kuygan bo‘lsa, unda kuyish $9\% + 18\% = 27\%$ bo‘ladi. Agar kuyishning umumiy yuzasi 10 % dan ko‘p bo‘lsa, bemorda kuyish kasalligi rivojlanishi mumkin.

Kuyish kasalligi klinik sindrom bo‘lib, og‘ir kuyish natijasida yuzaga keladi.

Kuyish kasalligining quyidagi davrlari farqlanadi:

1) kuyish shoki keng va chuqur kuyish natijasida (agar 2-darajali kuyish bo'lsa, 20 % va undan ko'p yuza, 3-darajali kuyishda 10 % va undan ko'p yuza egallangan bo'ladi) yuzaga keladi. Kuyish shoki shikastlangan to'qimalardan organizmning juda kuchli ta'sirlovchiga javob reaksiyasi sifatida yuzaga keladi. Ko'p hollarda u birinchi ikki sutka davomida kuzatiladi va davrlar bilan kechadi. Kuyishdagi shokning erektillik va torpid davrlari kuzatiladi. Travmatik shok simptomlaridan tashqari, quyidagilar ham ahamiyatlidir: plazma yo'qotish, gipoproteinemiya, qonning quyuqlashuvi, qon aylanishidagi umumiy qon miqdorining kamayishi, ba'zan anuriya holatigacha olib boruvchi oliguriya;

2) kuyishning o'tkir toksemiyesi. Kuyish kasalligining uchinchi kundan boshlab uning klinikasida intoksikatsiya sindromlari ustunlik qila boshlaydi, bu kuyish toksemiyesi bo'lib, u kuygan to'qimalardagi toksik mahsulotlarning qonga so'rilishi natijasida yuzaga keladi. Uning o'ziga xos belgilari – tana haroratining keskin ravishda 38–41 darajagacha ko'tarilishi, taxikardiya – yurak urishi 1 daqiqada 110–130 tagacha, polidipsiya, ishtahaning pasayishi, asabiylashish (talvasagacha tushish, bezovtalanish, uyquning buzilishi), ko'ngil aynishi va qusish kuzatiladi.

Kuyish kasalligining og'ir holatlarida 12–15 kundan boshlab uning 3 davri rivojlana boshlaydi;

3) septikotoksemiya. Kuygan jarohatlarda yiringlash rivojlana borishi natijasida bemorda bakteremiya va septitsemiya simptomlari paydo bo'la boshlaydi. Yuqori harorat, og'ir umumiy holat, har xil asoratlarni ko'pincha zotiljam (pnevmoniya) rivojlanadi;

4) kuyishdan holsizlanish. Uzoq muddatli intoksikatsiya, bakteremiya va septitsemiya natijasida kuyishdan holsizlanish davri boshlanadi. Klinikasi: granulyatsiyalar rangsizlanib qoladi, keyinchalik ularda nekroz kelib chiqadi, jarohatlar chuqurlashib boradi, bitgan jarohatlar esa yana ochilib ketadi. Nekrozlangan to'qimalar chirib parchalana boshlaydi. Bemorning umumiy holati keskin yomonlashadi. Agar intensiv terapiya vositalari qo'llanilmasa bemor, o'lib qolishi ham mumkin.

Rekonvalessensiya davri – sog'ayish davri. Belgilari: kuyish jarohatlari nekrotik to'qimalardan to'liq tozalanadi, chandiqlanadi, bemor o'zini ancha yaxshi seza boshlaydi. Kasallikning bu davri 3 oydan 5 oygacha davom etishi mumkin.

Birinchi yordam

Kuyishda ko'rsatiladigan yordam juda tez amalga oshirilishi kerak. Eng avval tezlik bilan olovni o'chirish, shikastlangan kishining yonayotgan kiyimlarini yirtib olib tashlash, uning ustiga nimanidir yopish, cho'yshab, jun ro'mol,plash yordamida havo kirmaydigan qilib olovni o'chirish, keyin tutayotgan narsalarni olib tashlash kerak. Shikastlangan

odam zambilg'altakka yoki shitga yotqiziladi. Agar teriga kuygan kiyim qoldiqlari yopishib qolgan bo'lsa, ularni teridan ko'chirib olish aslo mumkin emas. Jarohatlarni steril bint bilan bog'lash (individual bog'lash paketchasi), agar u qo'l ostida bo'lmasa, qalinroq matoni dazmollab ishlatish mumkin. Tananing ko'p qismi kuyganda shikastlangan kishini steril choyshabga o'rab qo'yish qulayroq.

Agar yong'in binoda sodir bo'lsa, tezlik bilan hamma zarar ko'rgan kishilarni toza havoga olib chiqish kerak. Og'iz va burun bo'shliqlari kul va qurum bilan zararlangan bo'lsa, ularni tezlikda barmoqqa ho'l latta o'rab tozalash lozim. Agar bemor hushini yo'qotgan bo'lsa, tili bilan tiqilib qolmasligi chora-tadbirlari qo'llanilishi kerak. Buning uchun uning pastki jag'ini oldinga tortib, barmoqlar bilan tilini tortib chiqarish va uni ilgak tugma bilan iyak terisiga mahkamlab qo'yish lozim. Bu manipulatsiyadan qo'rqish kerak emas, chunki teri va tildagi jarohatlar tezda bitib ketadi, agar bemor o'z tili bilan tiqilib qolsa, uning asoratlari juda og'ir bo'lishi, hatto asfiksiya natijasida o'limga olib kelishi mumkin.

Agar kuygan kishida qorin bo'shlig'i organlarining jarohatlari bo'lmasa, u hushini yuqotmagan bo'lsa, ko'p suyuqliq ichish tavsiya qilinadi. Keyin uning vena tomiriga 1 % li 2 ml promedol, 50 % li 2 ml analgin, 2 ml droperidol, 1 % li 1 ml dimedrol, agar bu dori-darmonlar bo'lmasa, bemorga 2 ta analgin yoki aspirin tabletkasidan, bitta dimedrol tabletkasidan, 20 tomchi korvalolni 20 ml suvga tomizib ichirish (yoki valokardin, kardiamin, valerianka, volidol tabletkasini til ostiga qo'yish) kerak. Bu dori-darmonlar og'riqni susaytirib, yurak faoliyatini qo'llab-quvvatlab turadi.

Agar sharoit mavjud bo'lib, kuyish unchalik katta bo'lmasa, kuygan joyni suv o'tkazgichning sovuq suvida bosimli oqim ostida 15 minut davomida yuvib turish kerak. Bu og'riqni qoldiruvchi ta'sir ko'rsatadi va ayni vaqtda shokning oldini oladi. Keyin kuygan jarohatlar sterillangan salfetkalar yordamida quritilgach, kuygan yuzaga quruq aseptik bog'lam qo'yiladi. Birinchi yordam ko'rsatishda malham dorilar bilan bog'lash qo'llanilmaydi.

Shundan keyin bemorni tezlikda kuyganlar bo'limiga yoki tez jarrohlik yordami bo'limiga olib borish kerak.

Kimyoviy kuyishlar ko'pincha kislota va ishqorlarning to'yingan eritmalari ta'sirida kelib chiqadi. Kimyoviy kuyishlarda ham xuddi termik kuyishlardagi kabi, kuyishning og'irligi uning chuqurligiga va qancha yuzani egallashiga qarab, shuningdek ta'sir etuvchi kislota yoki ishqorning konsentratsiyasiga qarab baholanadi. Ba'zi kislotalarning teriga ta'sir etishida, teri yuzasida o'ziga xos rangdagi jarohat yoki qasmoq (qoraqo'tir) hosil bo'ladi: sulfat kislotasidan hosil bo'lgan kimyoviy kuyishda ular to'q jigarrangda, xlorid kislotasi ta'sirida kulrang-oqish, nitrat kislotasi ta'sirida esa och jigarrangda bo'ladi. Kislotalarning to'yingan

eritmalari koagulyatsion nekroz (qattiq, quruq qasmoq) chaqiradi, to'yingan ishqor eritmalari esa kollikvatsion nekroz (yumshoq, namlangan, chuqur qasmoq) chaqiradi. Ba'zan jarohatlardan kimyoviy birikmaning hidi anqib turadi.

Bunday kuyishlarda kechiktirib bo'lmaydigan yordam kuyishni chaqirgan agentni neytrallashtirishdan iborat. Buning uchun kislotalar bilan kuyganda kuchsiz ishqor eritmalari (natriyli bikarbonatning 2 % eritmasi, sut), ishqorlar bilan kuyganda esa kuchsiz kislota eritmalari (1 % sirka yoki 2 % li bor kislotasi)dan foydalaniladi. Bunday vositalar bo'lmagan taqdirda, kimyoviy agentni zararlangan maydondan suvning oqimi bilan yuvib ketkazish mumkin. Shundan keyin aseptik bog'lam qo'yilib, og'riqsizlantiruvchi vositalar qo'llanilgach, bemor navbatchi jarrohlik statsionariga olib boriladi.

Singuvchi radiatsiyadan kuyish kombinatsiyalangan (birgalikdagi) shikastlanishlar sirasiga kirib, ommaviy xususiyatga ega bo'ladi va atom qurolining qo'llanilishi (atom bombasining portlashi natijasi)da ro'y beradi. Singuvchi radiatsiya bilan shikastlanishda kuyishning kechishi va oqibati keskin yomonlashadi.

Atom portlashi vaqtidagi issiqdan shikastlanishlar ham birlamchi kuchli nur tarqalishidan, shuningdek ikkilamchi ta'siridan – ro'y beradigan yong'inlardan kelib chiqishi mumkin. Birinchi holatda infraqizil nurlar muhim o'rin tutadi. Bu nurlar olovli sharda yuzaga kelib, tananing himoyalangan va portlash tomonga qarab turgan qismlarida (yuzning bir tomoni, bo'yinning bir tomoni, qo'lning kiyim bilan himoyalangan qismlarida) kuyish chaqiradi. Shuni yodda tutish kerakki, oq kiyim bunday kuyishlardan yaxshi himoya qiladi, chunki oq kiyim portlash vaqtidagi o'zidan nur tarqalishini yaxshi qaytaradi. Birlamchi nur tarqalishining davomiyligi sekundning qismlarini tashkil etadi. Shuning uchun ham ko'pincha bu kuyishlar chuqur bo'lmaydi.

Nurlanish kasalligidagi kuyish jarayonining kechishi amalda oddiy termik kuyishlardan farq qilmaydi. Lekin nurdan kuyishda asoratlar (yiringlash, sepsis, saramasli yallig'lanishlar) ko'proq kuzatilib, shikastlanish joyi keyinchalik rangsiz, po'st tashlaydigan, atroflari kuchli bo'yalgan (pigmentlangan) bo'ladi, kandiloma paydo bo'lishi, giperkeratoz, xavfli o'smalar kelib chiqishi mumkin.

Birinchi yordam ko'rsatish quyidagi ketma-ketlikda amalga oshirilishi kerak:

- 1) yonayotgan kiyimlarni o'chirish;
- 2) qon oqishini vaqtincha to'xtatish;
- 3) kuygan joyga birlamchi steril bog'lam qo'yish;
- 4) shpris-tyubik yordamida maxsus antidot vositalarini yuborish;
- 5) sinishlar bo'lsa, singan qo'l yoki oyoq immobilizatsiyalanadi;
- 6) shikastlangan kishiga protivogaz kiydiriladi;

- 7) agar qorin a'zolari jarohatlanmagan bo'lsa, 50 ml suv ichiriladi;
- 8) shikastlangan kishi davolash muassasasiga olib boriladi.

SOVUQ OLISHI VA MUZLASH

Umumiy sovqotish (muzlash) kam uchraydi. Bu narsa uzoq muddat sovuq suvda qolib ketish, qish vaqtida jarohat olib, harakat qobiliyatini yo'qotish, mast holda qorda uxlab qolish natijasida uchraydi. Umumiy sovqotish natijasida madorsizlanish, titrash, uyqu bosishi, bosh og'rishi, so'lak oqishi, terlash kuzatiladi. Tana haroratining 24 darajadan pasayishi o'limga olib keladi.

Tananing umumiy sovqotishida uchta bosqich bir-biridan farq qiladi.

1. Adinamik: tana harorati 33–32 °C gacha pasaygan, puls va hushi saqlangan, uyqu bosishi kuzatiladi, bemor madori yo'qligi va boshi aylanishidan shikoyat qiladi, fikrlashi sekinlashgan va sust bo'ladi.

2. Stupor holati: tana harorati 30–27 °C gacha pasaygan, puls va nafaslar soni kamayadi, hushi susayadi, nutq buziladi, asosiy hayot funksiyalari tobora pasayib boradi.

3. Akashaklik: tana harorati 27–25 °C gacha pasayadi, teri qoplamasi rangsizlanadi, soviydi, ozroq ko'karadi, muskullar qisqaradi, oyoq-qo'llar bukiladi, tanaga yopishgan va kuchli tortilgan bo'ladi, puls kamaygan, nafas olish yuzaki, kuchsizlanadi, qorachiq torayadi, yorug'likka sezuvchanligi yomonlashadi.

Sovuq urishi o'tkir va surunkali, umumiy va mahalliy bo'lishi mumkin. Namli muhitda oyoq-qo'llarning o'tkir sovuq urishida (suvda) harorat 0 dan +15 °C gacha bo'lsa, teri rangsizlanib, biroz shishadi, suyuqliq bilan to'lgan pufakchalar paydo bo'ladi, teri qoplamalari tarangligini yo'qotadi, titroq kuzatiladi. Surunkali sovuq urishida, kuzatilayotgan bemorning qo'l va oyoqlari tez-tez va uzoq muddat davomida nam va sovuq muhitda bo'lsa, panja va tovonlarning sovuqni sezuvchanligining ortishi, ularning shishishi, terlashi, ularda og'riq paydo bo'lishi, uvishish, barmoqlarning qizib ketgandek tuyulishi va ularning to'lishishi, terining quruqlashishi, qattiqlashishi, bo'g'imlarning yo'g'onlashishi kuzatiladi.

Muzlashda ko'rsatiladigan kechiktirib bo'lmaydigan yordamlar

Jabrlangan kishini tezlikda issiq, yopiq binoga olib kirish (masalan, avtomobil saloniga), uning muzlab qolgan kiyimlarini yechish, issiq odeyal bilan yopish; venasiga 45 °C gacha isitilgan 5 % li 500 ml glukoza eritmasini 8 birlik insulin bilan yuborish lozim. Ho'llangan kislorod bilan nafas oldirish, 0,05 % li 0,5 ml strofantin, kardiamin inyeksiya qilish

kerak. Iloji boricha, tezroq bemorni jarrohlik statsionariga evakuatsiya qilish kerak.

Organizmning kuchli sovuqotishidan ba'zan qon aylanishining tiklanmaydigan buzilishlari (uzoq muddatli spazm va qon tomirlarining berkilib qolishi), modda almashinishlarining buzilishlari (to'qimalar oziqlanishining buzilishlari va natijada ularning jonsizlanishi) yuzaga keladi. To'qimalar jonsizlanishining chuqurligi va ko'lami sovuq ta'sirining davomiyligiga, darajasiga va boshqa noqulay omillarga bog'liq (shamol, namlik, yupun yurish, och qolish, alkogolli zaharlanish va boshqalar) bo'ladi.

Qaytmas jarayonlarning asosiy sababi keng tarqalgan va tobora zo'rayib boradigan qon tomirlar trombozi (tiqilib qolishi) hisoblanadi. Omillarning sovuq oldirish ta'siriga to'qimalar reaksiyasining ikki: 1) yashirin va 2) reaktiv yoki ifodalangan jarayonlar davri kiradi.

Birinchi soatlarda to'qimalar shikastlanishining qanday darajada chuqur va qancha maydonga tarqalganligining haqiqiy holatini aniqlash imkoniyati yo'q. Ular faqat reaktiv davrda aniqlanadi. Shuning uchun ham sovuq urishining qanday darajada ekanligiga to'g'ri tashxis qo'yish qiyin.

Sovuq urishining 4 ta darajasi farqlanadi.

1-darajadagi sovuq urishi sovuqning qisqa muddatli ta'siri natijasida yuzaga keladi. Bemorning umumiy holati qoniqarli. Teri och-qizil rangda yoki ko'kargan, yuzasi to'rlanmagan, qo'l-oyoqlar muzdek, periferik qon tomirlardagi puls ancha susaygan, shikastlangan, to'qimalar shishgan bo'ladi.

2-daraja bilan shikastlangan teri yuzasida har xil kattalikdagi tiniq yoki qon aralash suyuqlik bilan to'lgan pufakchalar hosil bo'lib, bu sohalarda puls aniqlanmaydi, shikastlangan kishi kuchli og'riq sezadi.

3-darajada terining hamma qavatlari jonsizlanib, pufakchalar to'q qizil suyuqlik bilan to'lgan, periferik qon tomirlarda puls yo'q, kuchli og'riq, bemorning umumiy holati og'ir bo'ladi.

4-darajada teri, teri osti va suyak to'qimalari jonsizlangan, puls yo'q, bemorning umumiy holati juda og'ir kechadi.

Sovuq urishidagi kechiktirib bo'lmaydigan yordamlar

Issiq xonada tananing sovuq urgan qismlarini isitishga qaratilgan tezkor chora-tadbirlar o'tkazish – toza qo'l bilan tashqaridan markazga qarab uqalash, spirt, odekolon, vazelin yoki har qanday antiseptik moy («Detskiy», «Cheburashka», «Jenshen» va boshqalar) bilan ishlov berish, keyin aseptik bog'lam qo'yish lozim. 3 va 4-darajali sovuq urishlarida shikastlangan qo'l va oyoqlar harakatsiz holatga keltirilishi kerak.

Uqalashda qor yoki muzdan foydalanishga yo‘l qo‘yib bo‘lmaydi. Bemorga issiq choy, kofe, sut, 20 tomchi karvolol ichiriladi. Imkoniyat boricha tezroq jarrohliq statsionariga olib boriladi.

ELEKTR TOKIDAN SHIKASTLANISH

Bunday shikastlanishlar texnik yoki atmosfera elektr quvvati ta‘sirida yuzaga keladi. Elektr asboblardan texnikada va uy xo‘jaligida uquvsizlik bilan foydalanish, shuningdek bu asboblarning nosozligi elektrdan jarohatlanish (elektrotravma)ga olib keladi.

Elektr quvvatidan shikastlanishlar: termik; elektrolitik; organizmga mexanik ta‘sirlarga bo‘linadi.

Elektr quvvatining ta‘siri uning kuchi 3–5 *mA* ga teng bo‘lganda sezila boshlanadi, 20–25 *mA* kuchga ega elektr quvvati mushaklarning beixtiyor qisqarishiga sababchi bo‘ladi. Elektrotravmalarning sababi va ba‘zan bu fakti aniqlash juda qiyin kechadi. Bundan tashqari, elektrotravmani boshqa shikastlanishlar (kontaktli termik kuyish, elektrotravmadan keyin balandlikdan yiqilib shikastlanishlar) bilan oson adashtirish mumkin.

Elektrotravmalar terining namligi yuqori bo‘ladigan bahor, yoz va kuz oylarida ko‘proq kuzatiladi. Xavfli, o‘limga olib keladigan elektrotravmalar 127–220 *V* li elektr toki ta‘sirida yuzaga kelishi mumkin. Quvvati 10000 *V* dan yuqori bo‘lgan elektr toki bilan shikastlanishlarda o‘lim keng ko‘lamdagi kuyish natijasida yuzaga keladi.

Past kuchlanishli toklarni ham organizm uchun umuman zararsiz deb bo‘lmaydi. Shu narsa aniqlanganki, bir xil kuchlanishdagi o‘zgaruvchan tok o‘zgarmas tokka nisbatan xavfliroq. Yuqori kuchlanishli toklar bilan shikastlanganda ko‘plab elektr ta‘siridagi kuyishlar kuzatiladi. Tok kuchi uning kuchlanishiga to‘g‘ri va teri hamda predmetlar qarshiligiga teskari proporsional bo‘lib, ko‘p jihatdan shikastlanuvchini yerdan ajratib turgan predmet qarshiligiga bog‘liq. Organizmning elektrga qarshiligi terining qarshiligiga bog‘liq. Teri qancha yumshoq va namligi yuqori bo‘lsa, uning qarshiligi shuncha kam bo‘ladi.

Elektr tokining tanaga kiradigan va chiqadigan yo‘li «tok halqasi» deb ataladi.

Pastki, yuqorigi va to‘liq halqalar tafovutlanadi.

Pastki halqa – oyoqdan-oyoqqa xavfi kam. Yuqori halqa – qo‘ldan-qo‘lga xavfi yuqoriroq va to‘liq halqa – bunda tok nafaqat oyoq-qo‘llardan, balki yurakdan ham o‘tadi.

Tokning kirish va chiqish joylarida elektr kuyishlar hosil bo‘ladi, ularga xos o‘zgarishlar «tok belgisi» deb ataladi. Ular terining yumaloq, ellipssimon yoki chiziqchali quruq jonsizlanishi shaklida bo‘lib, kulrang, och sariq yoki sut rangida, uning markazi to‘qroq, chetlari ko‘tarilgan

ochroq rangda bo'ladi. «Tok belgisi» atrofidagi sochlar kuymagan, shtoporsimon buralgan bo'ladi. Ko'pincha, «tok belgisi» uning kirish joyida ko'proq shakllanadi, chiqish joyida u metall bilan kontaktda bo'lganda hosil bo'ladi. «Tok belgilari» elektr tokining yo'lida terining burishgan va bukiladigan joylarida ham hosil bo'ladi.

Elektrotravmaning 4 ta darajasi farqlanadi.

1-daraja – shikastlangan kishida muskullarning beixtiyor titrab-qaqshashi kuzatilib, hushi o'zida bo'ladi.

2-daraja – muskullarning beixtiyor titrab qaqshashi bilan birga, bemor hushini yo'qotadi.

3-daraja – hush yo'qotish bilan birga, yurak va nafas olish funksiyalarining buzilishi ham kuzatiladi.

4-daraja – bemor klinik o'lim holatida bo'ladi.

Elektr toki bilan shikastlanganda, uning klinik ko'rinishi umumiy va mahalliy belgilardan tashkil topadi.

Umumiy simptomatika subyektiv belgilari – sekin turtki, achitib og'rish, mushaklarning beixtiyor qisqarishlari, qaltiroq tutishi; o'yektiv belgilari: teri qoplamalarining oqarishi, ba'zan ko'karish, so'lak ajralishining ko'payishi, qusish, yurak sohasidagi og'riqdan iborat. Elektr tokining bilvosita ta'siri yo'qotilgandan keyin shikastlangan kishi o'zini xuddi qattiq kaltaklangandek, charchoq, butun gavdasida og'irlik sezadi. Ba'zan juda loqayd, parishonxotir, ba'zan esa juda hayajonlangan holatda bo'ladi. Ularda puls tezlashib, beixtiyor siydik ajralishi kuzatilishi mumkin. Elektrotravma yuqoridan yiqilishi bilan davom etsa, suyaklarning turlicha sinishlari va bo'g'imlarning chiqishlari kuzatilishi mumkin.

Mahalliy shikastlanish ko'zga ko'rinib turadigan kuyish bilan ifodalanadi. Odatda bu kuyishlar ikkinchi darajali bo'lib, ular termik kuyishlardan pufakchalar va qizarishning yo'qligi, aksincha, sariq-jigarrang dog'lar hosil bo'lishi va bu joyning og'riqni sezmasligi bilan farq qiladi; ba'zan kuygan joydan qon oqib turishi mumkin.

Kuyish maydoni katta bo'lgan elektrotravmalarda ichki organlarning shikastlanishlari ancha kamroq bo'ladi. Chunki kuyib ko'mirga aylangan to'qimalar tokning ichki organlarga tarqalishiga to'siq bo'ladi. Kuyish maydoni kichik elektrtravmalar, tok ta'siridan keyin juda tez vaqt ichida aniq chegara hosil qilib, o'lgan kulrang to'qima atrofida tiniq aylana hosil qiladi. Kuygan joy atrofidagi to'qimalarda shish juda tez rivojlanadi.

Elektrtravmada birinchi yordam

Shikastlangan kishini juda tezlik bilan elektr toki manбайдan ajratish zarur. Bu ishni juda ehtiyotkorlik bilan, texnika xavfsizligiga amal qilgan holda bajarish zarur. Agar imkoniyati bo'lsa, tokni tezda maxsus o'chirish pultidan yoki tok o'chirgichdan uzish kerak. Agar ular nosoz bo'lsa,

maxsus o'tkir jag'li ombirlar bilan (izolatsiyalovchi rezina naylar kiydirilgan) elektr simini qirqib tashlash, bunda, albatta, har bir sim alohida qirqilishi, ya'ni qisqa tutashuv kelib chiqishiga yo'l qo'ymaslik kerak.

Shikastlangan kishini tok ta'siridan ozod qilmay turib, tanasining ochiq qismlarini ushlash mumkin emas. Agar bemorda klinik o'lim yuz bersa, tezlik bilan va uzluksiz, shuningdek, transportirovka vaqtida ham, sun'iy nafas berishni (og'izdan- og'izga yoki og'izdan-burunga) va yurakni bilvosita massaj qilishni amalga oshirish kerak. Voqea sodir bo'lgan joyda kuygan terini odekolon bilan artish, steril bog'lam qo'yish, transport shinalarini qo'llash kerak. Elektrtravma olgan kishilar, ularning holati qanday bo'lishidan qat'i nazar, kasalxonaga yotqizilishi shart.

ATMOSFERA TOKIDAN SHIKASTLANISH

Ko'pincha chaqmoq chaqishlari va momoqaldirloqlar vaqtida elektr zaradlarining atmosferada to'planishidan shikastlanishlar yuzaga keladi. Bunday hollarda chaqmoqning yerga yo'li ochiq joyda turgan, masalan, ochiq daladagi yolg'iz daraxt, o'rmondagi eng baland daraxt yoki eng yuqori metall konstruksiya orqali o'tishi mumkin. Shuning uchun ham chaqmoq chaqishi vaqtida bunday joylarda (daraxt ostida, metall konstruksiyali simyog'ochlar va shu kabilar yonida) bo'lish xavfsiz emas. Binolar ichida chaqmoqning shikastlovchi ta'siridan saqlanish uchun derazalarni yopish, hamma elektr asboblarni, shu jumladan radio va televizorlarni o'chirib, antennalarini uzish kerak. Chaqmoq bilan shikastlanganda, kishining tanasida daraxtsimon ko'kish rangdagi rasm paydo bo'ladi. Bunday vaqtlarda «chaqmoq o'z shaklini qoldirdi» deyish odat bo'lgan. Aslida esa bu narsa teri ostidagi qon tomirlarining falajlanishi natijasida kelib chiqadi.

Birinchi yordam: bunday hollarda tezlik bilan va uzluksiz tiriltirish chora-tadbirlarini boshlash kerak (sun'iy nafas oldirish, yurakni bilvosita massaj qilish). Bu chora-tadbirlar shikastlangan kishini saqlab qolishning birdan-bir yo'lidir.

TAYANCH-HARAKAT A'ZOLARINING SHIKASTLANISHLARI

Bosh suyagi qoplamalarining yopiq va ochiq shikastlanishlari. Bosh suyagining yopiq shikastlanishlarida yumshoq to'qimalarning anatomik butunligi buzilmaydi. Bunday yopiq shikastlanishlar bevosita tashqi ta'sir kuchining tez va qisqa muddatli ta'sir etishi natijasida yuzaga keladi.

Lat yeyishdagi shikastlanish darajasi shikastlovchi agentning o'lchamlari va massasiga, urilish kuchiga, ta'sirining davomiyligiga, shuningdek ko'pincha jabrlanuvchining holatiga bog'liq bo'ladi. Bunda ko'p hollarda, mayda qon tomirlari shikastlanadi.

Yumshoq to'qimalar, shu jumladan bosh suyagi qoplamalari lat yeganda, ularning klinik ko'rinishlarida jarohatlovchi agent ta'sir etgan joyda og'riq, qontalash bo'lishi yoki qon to'planishi (gematoma) kuzatiladi.

Bosh suyagi qoplamalarining ochiq shikastlanishlarida terining butunligi buziladi va jarohatlar paydo bo'ladi.

BOSH SUYAGINING SHIKASTLANISHLARI

Bosh suyagi gumbazi va asosining sinishi. Bosh suyagi kallaning asosiy skeleti bo'lib, uning miya va yuz qismlari farqlanadi. Bir-biri bilan choklar orqali birlashgan bir nechta alohida suyakdan tashkil topgan bosh suyagi bo'shlig'ida bosh miya joylashgan. Bosh suyagi bo'shlig'ini chegaralab turuvchi suyaklar – ensa, 2 ta tepa, peshona, asos, 2 ta chakka, g'alvirsimon suyaklar.

Bosh va miya shikastlanishlarining quyidagi asosiy turlari tafovutlanadi:

1) bosh suyagi va bosh miyaning yopiq shikastlanishlari – bunda terining butunligi saqlanib (terida jarohatlar ham bo'lishi mumkin) suyaklarning shikastlanishi kuzatilmaydi;

2) ochiq shikastlanishlar ikki xil – miyaning qattiq pardasiga o'tmagan va miyaning qattiq pardasiga o'tib, uning butunligi buzilgan ko'rinishda bo'lishi mumkin.

Bosh suyagining sinishi unga bevosita urish yoki pastdan yuqoriga qattiq turtki bo'lganda, boshning qattiq jismlarning qirralariga urilishi, qattiq yuzalarga yiqilish oqibatida, turli transport halokatlarida kuzatilishi mumkin. Bosh suyagi qubbasi, asosi va chakka qismining sinishlari farqlanadi.

Bosh suyagi yuz qismining suyaklarida darz ketish va ezilish natijasidagi sinishlar kuzatiladi. Ezilish natijasidagi sinishlarda tashqi plastinka u yoki bu ko‘lamda sinadi va ichkari tomonga qarab botiq hosil qiladi. Bosh suyagining darz ketishi bitta yoki bir nechta joyda bo‘lishi mumkin.

Bosh suyagi gumbazi sinishi uning asosi sinishiga nisbatan ikki barobar ko‘p kuzatiladi. Bosh suyagi asosining sinishi uning gumbazi sinishining davomi bo‘lishi yoki bilvosita jarohatlanish ta‘sirida (ko‘pincha balandliklardan yiqilishda) suyakning eng yupqa va nozik joylarida (teshik va yoriqlar atrofida) yuzaga keladi. Bunday shikastlanishlar og‘ir kechadi, chunki bunda doimo miya moddasi zararlanib qattiq miya pardasida defektlar yuzaga keladi, bosh miya nervlari jarohatlanadi.

Bosh miya qattiq pardasi butunligining buzilishi bilan kechadigan shikastlanishlarda qobiqosti muhiti va doimo patogen mikroflora bo‘lgan boshqa bo‘shliqlarda bog‘lanish yuzaga kelib, kasallikning kechishi yanada og‘irlashadi. Masalan, bosh suyagining old chuqurchasi singanda g‘alvirsimon suyak teshikchalari orqali burun bo‘shlig‘i bilan bog‘lanish yuzaga keladi; o‘rta chuqurchada sinish bo‘lganda darz ketish quloq pardasi bo‘shlig‘iga yoki ponasimon suyak bo‘shlig‘iga kirib borishi mumkin. Miyaning qattiq pardasi ostidagi sohaning burun bo‘shliqlari bilan bog‘lanib qolishi u yerga mikroblar kirib borishiga va bosh miya ichida infeksiyaning rivojlanishiga imkoniyat yaratadi.

Bosh miya asosi sinishlarida quloqdan, burun va og‘izdan qon kelishi, orqa miya suyuqligi oqishini ko‘rish mumkin. Qonning yumshoq to‘qimalar ostiga quyilishi natijasida ko‘z atrofida («ko‘zoynak simptomi»), chakka osti chuqurligida, quloq orqalarida qontalashlar yuzaga kelishi, bosh miya nervlari falaji va yarim falajlari kuzatilishi mumkin.

Bosh suyagi va bosh miyaning o‘qotar qurollardan jarohatlanishi

Bosh suyagi va miyaning yaralanishi va shikastlanishining ikkita asosiy guruhi farqlanadi: a) alohida o‘qotar quroldan yaralanish; b) birgalikdagi (kombinatsion) shikastlanish. O‘qotar qurol-lardan yaralanish jarohatlovchi qurolning turiga qarab o‘qdan va parchalanib zarar yetkazadigan (snaryad, mina, aviabomba parchalari va b.), jarohat yetkazish xususiyatiga qarab esa urinma, teshib o‘tuvchi, ko‘r va rikoshet (yo‘nalishini o‘zgartirib) tegadigan guruhlariga bo‘linadi. Oxirgi holatda jarohatlovchi snaryad bosh suyagining chegaralangan qismida teshikli siniq hosil qilib, suyakdan sapchib, yara kanalidan kirgan teshikdan orqaga – yumshoq to‘qimaga qaytadi yoki yana yangi hosil bo‘lgan teshiqdan ketadi.

Metall parchasining urilish kuchi yetarli bo'lganda, u o'qqa nisbatan ancha qo'pol gidrodinamik ta'sir ko'rsatadi. Jarohatlovchi metall parchasi bosh suyagiga kirib borganda odatda tezda kinetik energiyasini yo'qotib, ko'p hollarda teshib o'tuvchi jarohat hosil qilmaydi. Metall parchasi bosh suyagining singan joyida suyak parchalari orasida to'xtab qoladi yoki miya to'qimasiga kirib boradi, ko'pincha uncha chuqur ketmaydi. Ba'zan sapchib qaytib chiqib ketadi. Bunday hollarda birinchi o'rinda miyaning jarohatlanishi turadi, ikkinchi o'rinda suyak parchalarining miya to'qimasiga metall parchasiga qaraganda ko'proq buzuvchi ta'siri kuzatiladi.

Maydalangan suyak parchalari, agar ularning oxirgi kinetik energiyasi katta bo'lmasa, ba'zan qattiq miya pardasida ushlanib qoladi, ba'zan miya to'qimasiga kirib borib, uning ezilgan qismida 2–4 sm chuqurlikda to'planib qoladi. Ba'zan suyak parchalari ancha chuqur kirib borib, miya qorinchalariga zarar yetkazishi mumkin.

Bosh suyagi ochiq jarohatlanishining ikki turi bor:

1) miyaning qattiq qobig'ini teshib o'tmagan – jarohat infeksiyasining miya suyuqligida va miya to'qimasida tarqalish imkoniyati juda kam;

2) miyaning qattiq qobig'ini teshib o'tadigan – qattiq parda defekti miya to'qimasida va orqa miya suyuqligida infeksiyaning tarqalishiga imkoniyat beradi.

Bosh suyagini teshib o'tmagan, qattiq miya pardasining butunligi saqlangan jarohatlanishlarda bosh miyaning jarohatga yaqin joylarida lat yeyish yuzaga keladi. Ba'zi hollarda lat yeyish jarohatdan uzoqroqda qarama-qarshi zarba ko'rinishida yuzaga keladi. Miya qobig'ining qon tomirlari jarohatlanganda, ba'zan subdural (qobiq ostiga) va epidural (qobiq ustiga) qon quyilishi kuzatiladi.

Teshib o'tuvchi jarohatlanishlarda qattiq miya pardasi butunligi buzilishi bilan birga, deyarli doimo lat yeyish va miya to'qimasining ezilishi kuzatiladi.

Bosh miyaning chayqalishi, lat yeyishi va ezilishi

Bosh miyaning chayqalishi diffuz shikastlanish simptomlari bilan tavsiflanadi. Bosh miya chayqalishini shartli ravishda 3 ta darajaga bo'lamiz: yengil, o'rtacha va og'ir. Bosh miya chayqalishining klinikasida hushdan ketish, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, shilliq qavatlar va terining rangsizlanishi, reflekslarning susayishi yoki umuman bo'lmasligi kuzatiladi. Ko'pincha xotira buzilib, jabrlanuvchi qanday holatda jarohat olganligini eslay olmaydi.

Miya chayqalishining yengil darajasida hushdan ketish bir necha sekunddan bir necha minutgacha davom etib, kuchsiz mushak gipotoniyasini aniqlash mumkin. Puls sekinlashishi yoki tezlashishi mumkin.

Tez kunlar ichida bemorning holati normallashib, birinchi haftaning oxirida shikoyatlar asta-sekin yo'qoladi.

Miya chayqalishining o'rtacha darajasi klinikasi ancha aniq ifodalanadi. Hushdan ketish sanoqli sekundlardan bir necha minutgacha davom etsa-da, bir necha kungacha bemorning hushi noaniq holatda bo'ladi. U o'zi bilan nima hodisa yuz berganini, jarohatdan oldingi hodisalarni ham, jarohat olgan holatini ham eslay olmaydi (retrograd amneziya). Ko'rik vaqtida anizokoriya, nistagm, anizorefleksiya, yengil meningeal belgilar, terining rangsizlanishini aniqlash mumkin. Asta-sekin bemorning holati normallasha borib, 3–4 haftadan so'ng yaxshilanadi. Nistagm jarohatdan keyin ham bir necha oylargacha qolib ketadi.

Bosh miyaning og'ir darajada chayqalishi uzoq muddatli hushdan ketish bilan tavsiflanib, u bir necha soatdan bir necha kungacha davom etishi mumkin. Hayotiy zarur organlarning, jumladan yurak-tomir va nafas tizimi funksiyalari buziladi. Uzoq muddat – bir yil va undan ko'p vaqt mobaynida tahlil qilish va xotira sustligi, vaqtni bilish doirasining yetarli bo'lmasligi kuzatiladi. Vaqti-vaqti bilan psixomotor hayajonlanish, vazomotor buzilishlar, ko'p terlash kuzatiladi.

Bosh miyaning lat yeyishi – miya chayqalishiga nisbatan ancha og'irroq darajadagi travmatik jarohatlanishi bo'lib, u ko'pincha o'tmas og'ir predmetlarning bosh miyaga kuchli zarbasidan kelib chiqadi va miya to'qimasida qon quyilishining mikroskopik aniq ifodalangan shikastlanishlarning klinik belgilari bilan kechadi.

Nevrologik ahvoli asosida o'choqning joylashishini hisobga olib, miya lat yeyishining uchta darajasi farqlanadi: yengil, o'rtacha va og'ir. Lat yeyish o'chog'i shikastlovchi kuch tushgan joyda, va aksincha, undan yiroqroq joylarda bo'lishi mumkin. Miya o'zagi va qorinchalariga yaqin joylashgan kontuzion va gemorragik o'choqlar boshqalariga nisbatan ancha xavfli.

Miya lat yeyishining klinik ko'rinishlari birdaniga kelib chiqadigan turli simptomlar bilan tavsiflanadi. Bunday o'choqli simptomlar falajlik, yarim falajlik, ko'rish kengligining o'zgarishlari, patologik reflekslar ko'rinishida namoyon bo'ladi. Miya lat yeyishining avvalida qisqa muddatli hushdan ketish kuzatiladi.

Miya lat yeyishining yengil darajasida hushdan ketish bo'lmasligi yoki u 10–15 minut davom etishi mumkin. Bemor tezda hushiga qaytadi, lekin yengil parez, assimetriya kabi o'choqli belgilar qoladi.

Miya lat yeyishining o'rtacha darajasida uzoq muddatli hushni yo'qotish (7 dan 16 sutkagacha) – koma rivojlanishi, nafas olishning buzilishi, yurak-tomir faoliyatida buzilishlar va boshqa simptomlar rivojlanishi kuzatiladi. Bemorning hushiga kelishi sekin (soatlar, sutkalar) kechib, uzoq vaqtgacha xotirasi xiraligicha qoladi. Hushi o'ziga kelgach esa bemor uzoq vaqtgacha lanj, uyquchan bo'lib, ularda atrofdagilarga

qiziqish susaygan bo'ladi. Retrograd amneziya ko'rinishidagi xotiradagi buzilishlar ham miyaning lat yeyishiga xos.

Miya lat yeyishining og'ir darajasi ko'pincha antegrad amneziya bilan tavsiflanib, jarohatdan keyingi hodisalarni ham xotirasida saqlay olmaydi, nafas organlari va yurak-tomir tizimida funksiyalarning buzilishi aniq ifodalangan bo'ladi. Miya shikastlanishi qanchalik ifodalangan bo'lsa, bu funksiyalar buzilishi ham shunga mos bo'ladi. Nafas olish soni keskin qisqarib, nafas olish harakatlari ko'krak qafasida va diafragmada arang seziladi, gipoksiya va sianoz rivojlangan bo'ladi. Uzoq vaqt davomida qusish saqlanib turadi. Tana harorati ko'tariladi. O'choqli simptomlar periferik belgilar ko'rinishida miyaning zararlanish o'chog'i joylashishiga qarab ifodalanadi.

Bosh miyaning ezilishi ko'pincha bosh suyagi ichida qon quyilishi natijasida, miya shishishi yoki miyada juda tez o'suvchi o'smalar paydo bo'lishidan yuzaga keladi.

Bosh suyagi ichiga qon to'planishi ko'pincha tezda o'zini namoyon qilmaydi, bunga sabab ba'zi bir kompensator mexanizmlarning mavjudligidir. Masalan, orqa miya suyuqligining bosh suyagi bo'shlig'idan subaraxnoidal bo'shliqqa o'tishi natijasida bemorning umumiy holati bir qadar yaxshilanadi va «porloq oraliq» deb nomlangan holat yuzaga keladi. Miya ezilishining tobora ortib borishiga xos belgilardan biri – bosh og'rig'ining kuchayishi, qayta qusishlar, hayajonlanish, ba'zan mushaklarning g'ayriixtiyoriy qisqarishlari, hushni yo'qotishga o'tib ketadigan uyquga moyillik kuzatiladi.

Kasalxonaga yotqizilgunga qadar ko'rsatiladigan yordam

Bosh miyasi shikastlangan bemorning taqdiri ko'p jihatdan kasalxonaga yotqizilgunga qadar ko'rsatiladigan yordamning sifatiga va maxsus davolash kasalxonalariga tezda yetkazib borilishiga, yuqori malakali tibbiy yordamning o'z vaqtida ko'rsatilishiga bog'liq. Bunday shikastlanishlardagi davolashning achinarli natijalari, ayniqsa uyg'unlashgan shikastlanishlarda ko'pincha jarohatning darajasi va og'irligiga emas, balki kasalxonaga kelgunga qadar birinchi tibbiy yordamning ko'rsatilganligi yoki uning yetarli darajada amalga oshirilmaganlik natijasida bosh miyadagi qaytmas o'zgarishlar yoki uning og'ir asoratlari yuz berishiga sabab bo'ladi.

Yuqoridagi fikrning isboti sifatida kasalxonaga yotqizishdagi tezlik va bungacha ko'rsatilgan yordamning bemorlar o'limiga ta'sirini keltirish mumkin. Tahlil uchun shaharlararo yo'l-transport hodisalari va yirik shaharlar ichidagi shunday hodisalaridagi o'lim statistikasi tanlab olinadi.

Shaharlararo yo'l-transport hodisalarida bosh miyasi shikastlanganlar orasidagi o'lim ko'rsatkichi 17 % bo'lgani holda, bu ko'rsatkich yirik

shaharda 8 % ga teng. Shaharlararo yo'l transport hodisalarida halok bo'lgan jabrlanuvchilarning 80 % falokat joyida yoki kasalxonaga ketayotganda yo'lda o'lgan. Yirik shahar ichidagi bu ko'rsatkich 28 % ga teng bo'lgan. Bu narsa shahar ichidagi falokatga uchragan kishilarning kasalxonaga tezroq yetkazilishi bilan izohlanadi. Shahar ichidagi yo'lga qo'yilgan telefon aloqasi, tez yordamning shahar bo'yicha bo'limlari mavjudligi, radioaloqa va shu kabilar tez yordamning nisbatan tezroq kelishiga va bemorga shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatilishiga, shuningdek uning zudlik bilan kasalxonaga yetkazilishiga omil bo'ladi. Aksincha, shahar tashqarisida yo'llarning tor va uzunligi, tez yordam bo'limlarining faqat yirik shaharlarda bo'lishi, tabiiyki, kasalni kasalxonaga yetkazishga ketadigan vaqtning uzayishiga sababchi bo'ladi.

Kasalxonaga yotqizilgunga qadar bo'ladigan o'lim ko'rsatkichlari chastotasi yana bir muhim omil – falokat sodir bo'lgan joyda malakali birinchi yordamning ko'rsatilishiga bog'liq. Sud tibbiyot ekspertizasi hay'atining ma'lumotlariga ko'ra, kasalxonaga yotqizilgunga qadar o'lganlarning 17 % da o'limga sabab qon ketishi, shok yoki asfiksiya bo'lib, bu narsalar voqea sodir bo'lgan joyda tezlikda bartaraf etilishi kerak. O'z vaqtida va malakali ko'rsatilgan birinchi yordam kasalning hayotini saqlab qolishda hal qiluvchi ahamiyatga ega. Bu muhim omil jarohat olingandan keyin o'tgan vaqt bo'lib, bu vaqt davomida organizmdagi o'zgarishlarni o'z o'rniga qaytarish imkoniyati mavjuddir.

Shuning uchun ham voqea sodir bo'lgan joyda o'z vaqtida o'tkazilgan chora-tadbirlar jabrlanuvchining hayot-mamotini hal qiladi, keyinchalik o'tkaziladigan davolash ishlarining muvaffaqiyatini ta'minlaydi, nogironlikning darajasi va muddatiga, ayniqsa, kasalning tuzalib ketish muddatiga katta ta'sir ko'rsatadi.

Bosh miya jarohatlarida bir qator og'ir asoratlarning yuzaga kelishiga sabab bo'ladigan asosiy patologik omil miya gipoksiyasidir. Miyaning qon bilan yetarli ta'minlanishi o'zini o'zi boshqaruvchi murakkab mexanizmlar yordamida ushlab turiladi. Lekin kompensatsiya mexanizmlarining imkoniyatlari yuqori bo'lsa ham, u chegaralangan. Arterial bosimning 60 va 70 *mm* simob ustunigacha pasayishi kritik chegara bo'lib hisoblanadi. Arteriya bosimining ko'rsatilgan darajadan pasayishi avval funksional o'zgarishlarga, so'ngra bosh miyada qaytmas morfologik o'zgarishlar kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Shundan miya ishemiyasi (miyaning qonsizlanishi)ning oldini olishga qaratilgan, ayniqsa kasalxonaga yotqizishgacha bo'lgan davrda, chora-tadbirlarning qanchalik katta ahamiyatga ega ekanligi ko'rinib turibdi. Demak, birinchi yordam ko'rsatayotgan kishilarga qo'yiladigan talablar: voqea sodir bo'lgan joyda

o‘z vaqtida, to‘g‘ri va kerakli hajmda birinchi yordam ko‘rsatish, bemorni maxsus davolash muassasalariga iloji boricha tezroq yetkazish.

Shikastlanishlardagi birinchi yordam – nafas yo‘llaridan shilimshiqni, qusiq massalarini aspiratsiya yo‘li bilan tozalash, bemorni yonboshiga yoki chalqancha yotqizib, boshini yon tomonga o‘girib qo‘yishdan iborat. Agar og‘iz bo‘shlig‘ida shilimshiq moddalar va qusiq massalari sezilarli to‘plangan bo‘lsa, ularni tampon, iloji bo‘lsa, suruvchi moslama bilan tozalash kerak. Sun‘iy nafas oldirish uchun ko‘krak qafasini qo‘l bilan bosish usuli yaxshi natija bermaydi, aksincha, bosh miyaning qo‘shma jarohatlarida bunday chorani qo‘llash hatto xavfli hamdir.

Yuz-jag‘ jarohatlari

Yuz-jag‘ jarohatlari ichida yuzning yumshoq to‘qimalari va yuz skeletining shikastlanishlari hamda yumshoq to‘qima va yuz skeletining birgalikdagi shikastlanishlari farqlanadi.

Yuz sohasidagi jarohatlarning o‘ziga xosliklariga uning xunuklashishi, tashqi ko‘rinish bilan olingan jarohatning ko‘p hollarda bir-biriga mos kelmasliklari kiradi. Yuzdagi yumshoq to‘qimalarning ancha ko‘p shikastlanishlarida, u juda xunuklashib, qon quyilishlari yuza qismida ivib qotgan qonlar bo‘ladi, buning ustiga jabrlangan behush bo‘lsa, ko‘rgan kishida umidsizlik, hatto o‘lib qolgan degan xulosa paydo bo‘lishi mumkin. Shuni ham nazarda tutish kerakki, yuzi jarohatlangan har uch kishidan birida u yoki bu darajada ifodalangan miyaning lat yeyishi kuzatiladi.

Yuz jarohatining o‘ziga xos namoyon bo‘lishi uning katta-kichikligida emas, balki mimika muskullarining qisqarishi natijasida joyidan ancha-muncha siljishida hamdir. Yuz-jag‘ jarohati olgan kishilarda hiqildoq, og‘iz bo‘shlig‘i organlari, burun, ayniqsa pastki jag‘ning shikastlanishlarida tashqi nafas olishning buzilishlari, hattoki asfiksiya kuzatilishi mumkin. Lab va unga yaqin joylar shikastlanganda har doim juda tez va katta shishlar paydo bo‘ladi. Lab jarohatining yana bir o‘ziga xos jihati jarohat chekkalarining ochilib qolib, ba‘zan to‘qima kamchiligi bor, degan noto‘g‘ri taassurot berishi mumkin.

Yuzning yonbosh qismlari jarohatlanishi ko‘pincha quloq oldi so‘lak bezi jarohatiga va yuz nervi stvolining shikastlanishiga, bu esa o‘z navbatida, og‘ir klinik asoratlarga – yuzning xunuklashishiga, yuzning mimika muskullari falajiga, so‘lak oqadigan jarohat teshiklarining paydo bo‘lishiga va boshqalarga olib keladi.

Jag‘osti atrofining jarohatlari ko‘pincha bu joyda joylashgan qon tomirlari, nerv tolalari, jag‘osti so‘lak bezi, shuningdek kekirdak va tomoqning shikastlanishiga olib keladi. Natijada, mexanik jarohatdan tashqari, yuqori va pastki jag‘, burun suyaklari va yonoq-ko‘z sohasi shikastlanadi.

Yuqori jag‘ shikastlanishlari

Yuqori jag‘ning sinishiga ko‘pincha yuzga qattiq predmet bilan urish sabab bo‘ladi. Ma‘lumki, yuqori jag‘ning boshqa yuz suyaklari bilan birlashgan joylari kuchsiz anatomik jag‘lar hisoblanib, ayni ana shu joylarda sinishlar kuzatiladi. Maydoni uncha katta bo‘lmagan predmet bilan yuzaga kelgan jarohatda yuqori jag‘da teshib o‘tuvchi shikastlanish kuzatilib, bu holda suyak siniqlari o‘z o‘rnida qoladi.

Yuqori jag‘ suyagi tana qismining bilvosita sinishi (masalan, pastki jag‘ga tiralib yiqilishi)da suyak siniqlari bosh suyagining asos qismi tomonga siljiydi. Yuqori jag‘ suyagining bir tomoni singanda, singan tomondagi suyak siniqlari, ya‘ni kaltak tekkan tomondan miya asosiga qarab siljiydi. Har ikkala tomondan kaltak tekkanda, butun jag‘ odatda past tomonga shunday tushadiki, u ochiq yoki yarim ochiq og‘izning pastki jag‘ tishlariga tiralib, bir oz orqaga siljigan bo‘ladi. Bunday hollarda yuqori jag‘ning old qismi, uning orqa qismiga qaraganda pastga kamroq siljiydi, hatto subnazal yoki kalla-yuz suyagi to‘liq ajralib ketganda ham shu narsa kuzatiladi.

Bu narsa qanotsimon muskullarning medial va lateral tortish kuchi bilan tushuntiriladi. Bu muskullar bir tomondan yuqori jag‘ bo‘rtiqlariga, ikkinchi tomondan asosiy suyakning qanotsimon o‘simtalariga yopishgan bo‘ladi. Shuningdek, yuqori jag‘ning pastga siljishiga uning o‘z massasi ham sabab bo‘ladi.

Yuzning ikki qattiq jism orasida siqilishida, yuz bilan yuqoridan pastga yiqilganda va boshqa jarohatlarda yuqori jag‘ suyagining boshqa yuz suyaklari bilan birga siljishi yonoq va burun suyaklarining siljishi bilan birgalashib, yuzning yumshoq to‘qimalari yirtilib, suyaklari sinadi. Ba‘zan yuqori jag‘ning bir yoki ikkala tomoni ikki tomonga ketib, bu narsa yuqori jag‘ siniqlarining bosh suyagi asosi bilan aloqasi to‘liq buzilganligidan, shuningdek tanglay choki chizig‘i bo‘yicha shikastlanish bo‘lganligidan dalolat beradi. Bunday hollarda yumshoq to‘qimalar yuqori jag‘ning umuman ajrab ketishidan saqlab qoladi. Ba‘zan esa yuqori jag‘ suyagining boshqa qo‘shni suyaklarga pona kabi qoqilib kirib qolishi kuzatiladi (ko‘pincha bir tomondan). Bunday ikki xil yuqori jag‘ suyaklarining siljishlaridan tashqari, o‘rtacha siljish ham kuzatilib, bunda suyak siniqlari yoki jag‘ning o‘zi oldi-orqasiga, yonboshga yoki vertikal yo‘nalishda siljishi mumkin.

Pastki jag‘ suyagining shikastlanishi boshqa skelet suyaklariga nisbatan ko‘proq uchraydi, bu narsa pastki jag‘ning oldinga chiqib turishi va uning o‘lchovlari nisbatan kattaligi bilan izohlanadi. Pastki jag‘ suyagining sinishlari ko‘pincha o‘rta chok, so‘yloq tish va iyak sohasida kuzatiladi. 76 % atrofidagi sinishlar tish qatorlari atrofida joylashib, ular ochiq sinishlarga kiradi. Pastki jag‘ning sinishi tashxisida uning anatomik

oʻrnini aniq koʻrsatish kerak, yaʼni pastki jagʻ tanasi, markaziy, mental yoki laterial qismi, pastki jagʻ burchagi singan deb koʻrsatilishi lozim.

UMURTQALARNING SHIKASTLANISHI

Umurtqalarning quyidagi shikastlanishlari tafovutlanadi: bogʻlamlarning choʻzilishi va uzilishlari, umurtqalararo diskning shikastlanishi, chiqishi, umurtqa tanasi va oʻsimtalarining hamda umurtqa yoyining sinishi.

Umurtqalarning sinishida orqa miyaning shikastlanmaydigan, shikastlanadigan, orqa miyani ezadigan, qisman va toʻliq uzib yuboradigan turlari farqlanadi. Orqa miyaning oq moddasi oʻzgarishiga olib keladigan qisman shikastlanishlar natijasida uning oʻtkazuvchanligi buziladi. Orqa ildizlar shikastlanganda sezuvchanlikning hamma turlari va reflekslar yoʻqoladi.

Singan umurtqalar asoratlarning kechish ogʻirligi uning darajasi, xususiyati va orqa miyaning shikastlanish darajasiga bogʻliq. Orqa miyaning toʻliq uzilishi natijasida uzoq muddatli falajlik va orqa miya orqali innervatsiyalangan joylarning anesteziyasi (sezuvchanlikning yoʻqolishi) yuz beradi. Orqa miya boʻyin umurtqalari boʻlimi shikastlansa, oyoq va qoʻllarning falajlanishi – tetraplegiya kuzatiladi. Bundan tashqari, baʼzi hollarda diafragma va qovurgʻa oraligʻidagi mushaklar funksiyasi izdan chiqadi. Orqa miyaning koʻkrak yoki bel qismlari uzilishi oyoqlarning falajlanishiga – pastki paraplegiyaga olib keladi. Orqa miyaning buzilishida qaysi boʻlimda boʻlishidan qatʼi nazar, tos organlari funksiyalari buziladi (siydik ajralishi, defekatsiya) va oziqlanishning buzilishi natijasida juda tez orada yotoq jarohatlari yuzaga keladi.

Birinchi yordam

Umurtqalar sinishida birinchi yordamning toʻgʻri amalga oshirilishi juda ahamiyatga ega.

Jarohatlangan kishini ehtiyotsizlik bilan bir joydan ikkinchi joyga olib yotqizishda suyak siniqlarining siljishi va qoʻshimcha shikastlanishlarga, shu jumladan orqa miyaning uzilishiga olib kelishi mumkin. Jarohatlangan kishini koʻtarib boshqa joyga yotqizishda juda ehtiyotkor boʻlish va faqat bir necha kishi bir vaqtda bahamjihatlik bilan koʻtarishi va yotqizishi lozim. Shikastlanganlar maxsus qattiq zambilda yoki oddiy zambilga taxta qoʻyib, unga yotqizilgan holatda tashiladi. Agar taxta topilmasa, bemorni tibbiy zambilga qorni bilan yotqizib tashiladi, bunday holatda umurtqa suyaklari siljishining oldi olinadi.

Tos suyagining sinishi

Tos suyagi sinishining quyidagi turlari tafovutlanadi:

1) tos suyagi halqasining butunligi buzilmagan holda, alohida suyaklarning sinishi (oraliq, qov, quymich va boshqalar);

2) tos suyagi halqasining butunligi buzilishi bilan bo'ladigan sinishlar: a) tos halqasi oldingi bo'limining sinishi (bir tomonlama va ikki tomonlama); b) chanoq kosachali chuqurchasining sinishi (ko'pincha, chiqish bilan); v) vertikal sinishlar; g) simfiz chokining ajralib ketishi va boshqa turdagi sinishlar:

Tosning sinishida bemorning o'ziga xos holatlari quyidagicha kuzatiladi:

– oyoqlari tizzasidan bukilgan va bir-biriga keltirilgan, bemor ularni ajratishga bermaydi. Bu narsa simfiz chokining ajralganligini ko'rsatadi;

– «qurbaqa holati» – oyoqlar tizzadan bukilgan va ikki tomonga kerilgan bo'ladi. Bu narsa har ikkala qov yoki quymich suyaklarining sinishiga xos belgidir. Shuningdek, bu vertikal sinishlarda (Malgen tipidagi) ham kuzatiladi;

– «yopishgan tovon» holati – kasal singan tomondagi oyog'ini uzatilgan holatidan ko'tara olmaydi (yerdan oyog'ini uza olmaydi), agar uni ko'tarib qo'yilsa, kasal uni shu holatda qisqa muddatga ushlab qola oladi. Bu simptom qov suyagining gorizontaal o'simtasi sinishiga va markaziy chiqishga xosdir.

Birinchi yordam

Birinchi yordam ko'rsatishda, eng avvalo, bemorni to'g'ri transportirovka qilish lozim, ya'ni uni qattiq asosli joyga yoki ezilmaydigan zambilg'altakka (taxta, faner va boshqalar) orqasi bilan tizzalari va tos-son bo'g'imlari bukilgan holatda yotqiziladi. Tizzasi ostiga qattiq yostiq qo'yiladi, bunda bemorni zambilg'altakka qorin va boldir-tovon bo'g'imi sohalaridan bog'lab qo'yish maqsadga muvofiq.

Qo'l-oyoqlarning shikastlanishlari

Oyoq-qo'llarning jarohatlari barcha shikastlanishlarning asosiy qismini tashkil etadi.

Oyoq-qo'llarning yopiq shikastlanishlariga lat yeyish, et uzilishi – paylarning shikastlanishlari, gemartroz (bo'g'imlarga qon quyilishi), chiqishlar, yopiq sinishlar va boshqalar kirib, bunda teri qoplaminig va shilliq pardalarining butunligi buzilmaydi.

Ochiq shikastlanishlarga har xil jarohatlar (kesilgan, o'q tekkan va boshqalar) kirib, bunda teri va shilliq qavatlarining butunligi buzilgan bo'ladi.

Lat yeyishlar

Qo'l-oyoqlarning lat yeyishlari nisbatan katta bo'lmagan kuch ta'siri natijasida paydo bo'lib, ular qon to'planishi (gematoma) – shish, og'riq va

paypaslaganda og'riqning kuchayishi bilan kechadi. Birinchi yordamga bosib turuvchi bog'lam va mahalliy sovuq qo'llash kiradi.

Paylarning cho'zilishi va uzilishlari bo'g'imlarda kutilmaganda va keskin harakat natijasida yuzaga keladi. Bunday shikastlanishlarga yumshoq to'qimalarga qon quyilishi xos bo'lib, buning oqibatida shish, bo'g'imda og'riq paydo bo'ladi, harakatning chegaralanishi yoki og'riqning kuchli bo'lishi sababli harakatlana olmaslik yuzaga keladi.

Birinchi yordam ko'rsatishda tarang qilib bintlanadi, immobilizatsiyalanadi va sovitish vositalari (muz, qor) qo'llaniladi. Muskul va paylarning uzilishlariga taxmin qilingan taqdirda bemorni travmatologiya bo'limlariga yotqiziladi.

Qo'l-oyoqlarning chiqishlari

Yiqilish yoki qattiq zarba natijasida bo'g'im yuzalarining siljishiga chiqish deyiladi. Sharsimon bo'g'imlarning chiqib ketishi oson kechadi, shuning uchun ham yelka bo'g'imining chiqishi ko'proq uchrab turadi.

Chiqishda periferiyada joylashgan suyakning nomi qo'llaniladi. Bundan chiqishlarning nomi kelib chiqadi. Masalan, yelka bo'g'imidagi chiqish – yelkaning chiqishi, tos-son bo'g'imidagi chiqish – sonning chiqishi va boshqalar.

To'liq chiqishlar (suyaklarning bo'g'im yuzalari bir-biriga tegmay qolganda) va chala chiqishlar (bo'g'im yuzalari qisman bir-biriga tegib turganda) farqlanadi. Shuni ham nazarda tutish kerakki, chiqishlarda nafaqat bo'g'im yuzalarining siljishi, balki bo'g'im kapsulasining, paylar, ba'zan esa qon tomirlari va hatto nervlarning shikastlanishlari ham kuzatiladi.

Chiqishning simptomlari – qo'l yoki oyoqning majburiy holatdagi fiksatsiyasi, deformatsiya, faol va passiv harakatlarda og'riqning kuchayishi, oyoq yoki qo'l uzunligining o'zgarishi, prujinali fiksatsiya (harakatlantirishga intilganda jarohatlangan bo'g'imda holatni o'zgartirishga qarshilik seziladi va og'riq paydo bo'ladi).

Qo'llardagi chiqish oyoq chiqishiga nisbatan 2 barobar ko'p uchraydi va u hamma chiqishlarning 60 % ni tashkil etadi. Oyoqlardagi chiqishlar, mos ravishda, 30 % ni tashkil etadi.

Bunda yelka chiqishi 41 %, tirsak chiqishi 16 %, kaft va barmoqlar chiqishi 4 % atrofida kuzatiladi. Oyoq bo'g'imlaridagi chiqishlardan son suyagining chiqishi ko'prok uchraydi (27 %). Tizza chiqishi 2 % ni va tovon chiqishi bir foizdan ko'proqni tashkil etadi.

Birinchi yordam oyoqni shina bilan va qo'lni qattiq ro'mol bilan immobilizatsiyalash, analgetik dorilar berish va travmatologiya bo'limlariga yoki statsionarga olib borishdan iborat.

Har xil joylardagi chiqishlarda asosiy birinchi yordam, shikastlangan oyoq yoki qo'lni harakatsizlantirish va tezda bemorni travmatologiya bo'limiga jo'natishni o'z ichiga oladi.

Qo'l bo'g'imlarining chiqishi

Yelkaning chiqishi kuchli og'riq va uning funksiyasi buzilishi bilan kechadi. Bemorning chiqqan qo'li tomondagi yelkasi pastga tushgan, boshi shu tomonga og'gan, sog'lom qo'li bilan chiqqan qo'lni ushlab turishga harakat qiladi. Shikastlangan qo'l tanadan uzoqlashgan, tirsak bo'g'imi bukilgan va xuddi uzayibroq qolgandek ko'rinadi. Yelka bo'g'imining normal yumaloqligi yo'qolib, uning tashqi yuzasi, yelka suyagi boshining siljishi natijasida, tekislanib qoladi. Bu bo'g'imning faol harakati yo'q, sekin harakatlantirilganda yelkaning «tarang fiksatsiyasi» kuzatilib, tirsak bo'g'imini tanaga yaqinlashtirib bo'lmaydi.

Bilak suyagining chiqishida tirsak bo'g'imining hajmi kattalashib, deformatsiyalanadi, qo'l yarim bukilgan holatda bo'ladi. Agar bilak old tomondan chiqqan bo'lsa, u uzaygandek, orqadan chiqsa, kaltalashib kolgandek tuyuladi.

Barmoqlar ichida, ko'pincha birinchi barmoqning chiqishi ko'proq kuzatiladi. Bunda ko'proq orqa tomonga va ozroq kaft tomonga siljish kuzatiladi. Barmoqlarning chiqishiga ko'pincha ularni zo'rlab egish sababchi bo'ladi. Chiqqan barmoq majburiy «miltiq tepkisi» holatida bo'lib, panjalarga nisbatan deyarli 90^0 li burchak ostida joylashadi.

Oyoq bo'g'imlarining chiqishlari

Son suyagining chiqishi bilvosita katta kuchning ta'siri natijasida yuz berib, bu kuch kutilmaganda va keskin tarzda sonni ichkariga (orqaga chiqish) yoki oyoqning keskin kerilishi va uni tashqariga aylantirilishi (oldinga chiqish) natijasida kelib chiqadi.

Sonning orqaga chiqishida oyoq tos-son bo'g'imida bukilgan, tanaga yopishgan va ichkariga o'girilgan, aylanib qolgandek tuyuladi.

Oyoq kaftidagi chiqishlar ko'pincha to'liq bo'lmay (chala chiqishlar deb atash mumkin), ularni rentgenologik tekshiruvsiz to'g'ri tashxislash juda qiyin.

Chiqishlarning har xil lokalizatsiyalaridagi asosiy birinchi yordam shikastlangan oyoq yoki qo'lni tinch holatga keltirish va bemorni tezda travmatologik bo'limga yoki travmopunktlarga malakali tibbiy yordam ko'rsatish va chiqqan bo'g'imni o'rniga solib qo'yish uchun jo'natishdan iborat. Bunday shikastlanishlarda voqea sodir bo'lgan joyda biron-bir manipulatsiya o'tkazish mumkin emas, chunki mutaxassissiz qo'yilgan tashxis noto'g'ri bo'lishi mumkin, bundan tashqari, voqea joyida yetarli og'riqsizlantirishning iloji ham yo'q.

Voqea sodir bo'lgan joyda chiqqan joyni solish, oyoq-qo'llarni siltab tortish, bo'g'imlarni passiv harakatga keltirish – yo'l qo'yib bo'lmaydigan holat.

Bunday bemorlarni shifoxonaga olib borishda chiqqan qo'lni ro'mol bilan bog'lanadi va tirsak chuqurchasiga yumshoq yostiqcha qo'yiladi, oyoq chiqqanda standart simli Kramer shinasi yordamida, u bo'lmagan taqdirda, qo'l ostida bo'lgan immobilizasiyalovchi vositalar yordamida bintlanib yoki chiqqan oyoqni sog'lom oyoqqa mahkamlab (bunda kiyimlar yechilmaydi), keyin jo'natish tavsiya etiladi. Bemorga og'riqsizlantiruvchi va tinchlantiruvchi dori vositalarini berish mumkin.

Qo'li chiqqan bemor o'tirgan holatda, oyoq bo'g'imlari chiqqan bemor faqat yotqizilgan holatda shifoxonaga olib boriladi.

Bemorni kasalxonaga yotqizishni paysalga solish mumkin emas. Chiqqan bo'g'imni joyiga solish qancha kechiksa, shuncha qiyinlashib boradi. Chunki asta-sekin chiqqan bo'g'imning yumshoq to'qimalarida ikkilamchi o'zgarishlar (shish, qisilish, uzilish) kelib chiqa boshlaydi.

Tayanch-harakat a'zolari suyaklarining sinishi

Suyak butunligining biron qismi buzilishiga sinish deyiladi. Ko'p hollarda suyaklarning sinishi unga tashqi kuchning bevosita yoki bilvosita ta'siri natijasida, shuningdek o'qotar quroldan jarohatlanish oqibatida yuzaga keladi.

Teri qoplamasi butunligining buzilishi yoki aksinchaligiga qarab, sinishlarni ochiq va yopiq turlarga bo'lamiz.

Suyak sinishining qaysi tekislikda joylashishiga qarab, ular quyidagicha tafovutlanadi:

- ko'ndalang;
- qiyshiq;
- spiralsimon;
- uzunasiga singan;
- parchalanib sinish;
- kompression.

Suyakning sinish darajasi undagi buzilishlarga qarab, to'liq sinish (butunligining to'liq buzilishi) va suyaklar pardasi ostidagi sinish (suyak singan, lekin suyak usti pardasi butun)larga bo'linadi. Suyak singan vaqtda uning bo'lakchalari sindiruvchi kuchning yo'nalishiga va muskullar qisqarishiga bog'liq holda u yoki bu tomonga siljishi mumkin. Suyak bo'lakchalarining siljishi uning o'qi bo'ylab burchak ostida, periferiyaga va uzunligi bo'yicha amalga oshadi. Suyak bo'lakchalarining siljishi odatda ikki va undan ko'p yo'nalishlarda kuzatiladi. Suyak parchalari orasiga muskullar, paylar, nerv tolalari va qon tomirlari kirib qolib zararlanishi mumkin. Bu narsa, bir tomondan, falajlikka, qon

aylanishining buzilishlariga olib kelsa, ikkinchi tomondan, suyakning bitishiga to'sqinlik qiladi. Birinchi yordam ko'rsatishda shu narsani yodda tutish kerakki, bunday bemor juda tezlik bilan maxsus tibbiy yordam ko'rsatish uchun (ko'pincha bunday bemorlar jarrohlik yordamiga muhtoj bo'ladi) transportirovka qilinishi kerak.

Sinishning simptomlari: singan joyda keskin og'riq, funksiyaning buzilishi (bemor singan oyoq yoki qo'ldan foydalana olmaydi) va deformatsiya kuzatiladi. Bemor ko'zdan kechirilganda, oyoq yoki qo'l (singan a'zo) uzunligining qisqarganligi, uning notabiiy holati, ba'zan paypaslaganda singan joyda g'irchillash (krepitatsiya)ni kuzatish mumkin. Ochiq turdagi sinishlarda jarohat kuzatilib, ba'zan undan suyak parchalari ko'rinib turadi.

Sinishlardagi birinchi yordam

Yopiq turdagi sinishlarda shikastlangan a'zoni immobilizatsiya qilish maqsadida transport shinalaridan foydalaniladi, keyin shifoxonaga olib boriladi. Maxsus transport shinalari bo'lmagan taqdirda, qo'l ostida mavjud bo'lgan vositalardan: faner, karton, taxtacha va shu kabilardan foydalaniladi. Agar qo'l ostida yuqoridagilar bo'lmasa, qo'l singanda uni g'avdaga, oyoq singanda – uni sog'lom oyoqqa bint bilan mahkam qilib bog'lanadi. Singan a'zo bilan ehtiyotsiz munosabatda bo'lganda, bemorni bir joydan ikkinchi joyga o'tkazish yoki yotqizishda, suyak parchalari terini ichki tomonidan jarohatlab, yopiq sinishni ochiq sinishga aylantirib qo'yishi mumkin. Bu esa bemorning ahvolini nafaqat og'irlashtiradi, balki yaraga infeksiya tushish xavfini tug'diradi, keyin bu narsa yiringli shamollash jarayoniga va osteomiyelit (suyakning yiringli jarayoni)ga olib kelishi mumkin.

Ochiq sinishda birinchi navbatda qon oqishini to'xtatish, jarohat atrofidagi terini yodning spirtli eritmasi bilan artish va aseptik vositalar bilan bog'lab qo'yish kerak. Keyin singan a'zoga transport shinalari qo'yilib immobilizatsiyalanadi. Shundan keyin, ya'ni birinchi yordam ko'rsatilgach, keyingi bosqichga o'tiladi: zambilga joylashtirilib, transport vositasida shifoxonaga olib boriladi.

Qo'l va o'mrov suyaklarining sinishi

O'mrov suyakning sinishi to'g'ridan-to'g'ri tushgan zarba yoki bilvosita shikastlanish natijasida, masalan, qo'l ustiga yiqilganda kelib chiqishi mumkin. O'mrov suyagi o'rtasidagi uchdan bir qismida sinishlar ko'proq kuzatiladi, chunki ayni shu joy tashqariga ko'proq bo'rtib chiqqan va kamroq himoyalangan. Muskullarning tortish kuchi ta'sirida ichkaridagi suyak siniqlari yuqoriga va orqaga, tashqaridagi siniqlar pastga va oldinga siljiydi. Suyak pardasi ostidagi sinishlar va darz ketishlarda siniqlar siljishi bo'lmaydi.

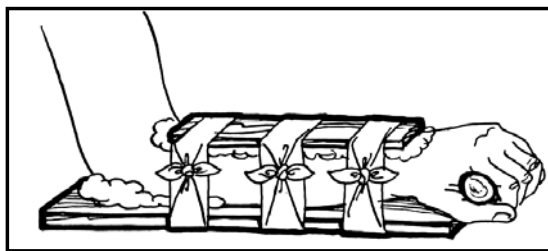
O'mrov suyagi sinishidagi belgilar – og'riq, yelkaning asimmetriyasi, ko'pchilik hollarda singan o'mrov suyagi siljigan joyda shish ko'zga tashlanadi, ba'zan krepitatsiya aniqlanadi.

Birinchi yordam ko'rsatishda sakkizsimon yoki halqasimon qilib paxta-dokali bog'lam qo'yiladi. Sakkizsimon bog'lam qo'yilayotgan vaqtda bemor o'tirgan holatda, yordam ko'rsatuvchi esa uning orqasida joylashadi. Bog'lam qo'yishdan oldin bemorning qo'ltiqlari ostiga paxtadan yoki porolondan yostiqlar joylashtiriladi. Bint (kengligi 10–15 sm)ni yelka bo'g'imi oldidan qo'ltiq ostiga o'tkaziladi va orqada kuraklar o'rtasida kesishadi. Tola-dokali halqa tayyorlash va halqasimon bog'lamni qo'yish texnikasi juda sodda. Halqani tayyorlash uchun ayollar paypoqlari (kapronli, trikotajli), ko'ylak yenglaridan foydalanish mumkin: ular tola bilan to'ldirilib, keyin halqa shakliga keltiriladi. Bu halqachalar bemorning qo'llariga bittadan kiydirilib, yelkaning yuqori uchdan bir qismigacha ko'tariladi, ularni orqasidan tortib kuraklar bir-biriga maksimal yaqinlashtiriladi, keyin bint bilan tortib bog'lanadi, lekin bunday tortish qon aylanishiga xalal bermasligi shart (qo'ltiq osti va yelka arteriyalarini siqib qo'ymaslik kerak).

Yelka suyagining sinishlari

Yelka suyagining qaysi joyi nenishidan qat'i nazar (yuqori, o'rta yoki pastki qismi), birinchi yordam Kramer transport shinalarini qo'yish bilan chegaralanadi. Avvalo, shikastlangan qo'lni tanaga yaqinlashtirib, uning tirsak bo'g'imi 90^0 li burchak ostida bukiladi, keyin tanaga bint bilan mahkam bog'lanadi. Agar ochiq sinish bo'lsa, avvalo, qon oqishi to'xtatilib, aseptik bog'lam qo'yiladi. Agar bog'lash materiallari yo'q bo'lsa, ko'ylak va boshqa shu kabilardan foydalaniladi. Bu kiyimlarning pastki qismi yuqoriga ko'tarilib, ilgak tugma, qistirgichlar yordamida mahkamlab qo'yiladi.

Bilak va kaft suyaklarining sinishlarida, uni harakatsizlantirish uchun kalta simli shinalar yoki qo'l ostidagi vositalar ishlatiladi. Buning uchun bilak suyagini tirsak bo'g'imidan to'g'ri burchak ostida bukib, bemorning



9-rasm.



10-rasm.

kaftiga

ozroq bog'lov materiali solinadi va uni bemor barmoqlari bilan qisadi (9-rasm). Simli shinani (g'ilofli) to'g'ri burchak ostida bukib, qo'l shakliga moslanadi va u qo'lning orqa yuzasidan, yelkaning yuqori qismidan boshlab, barmoqlargacha olib boriladi. Keyin shinani qo'l bilan birgalikda

qo'shib bint bilan o'rab chiqiladi. Qo'l bint yoki ro'molcha bilan bo'yinga osib qo'yiladi. Qo'l harakatsizlantirilgach, uni tanaga bint bilan mahkamlab o'rab qo'yish mumkin (10-rasm).

Qovurg'alar va to'sh suyagining sinishlari

Ko'krak qafasining shikastlanishlarida uning tinch holatini yaratish uchun spiral bog'lam qo'yish tavsiya etiladi. Bu bog'lam uchun keng bintlar qulay bo'lib, sochiq va choyshablardan ham foydalanish mumkin. Sochiq yoki choyshab uch qavat qilib buklanadi va o'rama holiga keltiriladi. Bog'lam tushib ketmasligi uchun yelka usti kiyimiga tikib qo'yish mumkin. Ko'krak qafasining shikastlangan tomonini fiksatsiyalash uchun keng leykoplastirdan ham foydalanish mumkin, u cherepitsa shaklida to'shdan umurtqalar tomonga yopishtirib chiqiladi. Bemor o'tirgan, yarim o'tirgan yoki gavdaning yuqori qismi bir oz ko'tarilgan holatda shifoxonaga olib boriladi.

Oyoq suyaklarining sinishi

Son suyagi skeletning eng katta va eng mustahkam suyagi bo'lib, u vertikal holatda 1500 kg dan ko'proq og'irlikni ko'taradi. Bundan yuqori bo'lgan kuch yoki og'irlik ta'sirida son suyagi sinishi mumkin.

Son suyagining sinishi og'ir jarohatlar qatoriga kirib, bunda yumshoq to'qimalar, qon tomirlari qattiq shikastlanadi, ko'p qon yo'qotiladi, ko'pincha travmatik shok holati kuzatiladi.

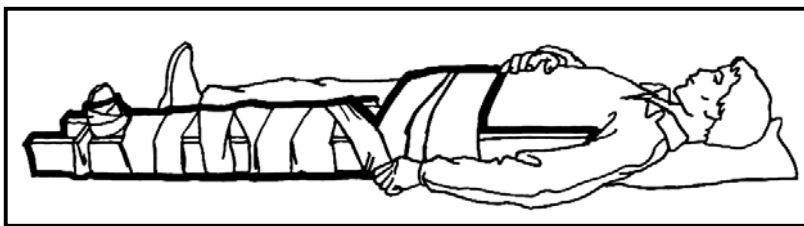
Son suyagining yuqori, o'rta va pastki qismlari sinishi tafovutlanadi. Son suyagining yuqori qismi sinishi (bo'yin va boshchasi) sinishning taxminan yarmini tashkil etadi va u tos-son bo'g'imi bilan yiqilishdan yuzaga keladi. Bunday sinishlar ko'pincha qariyalarda (70 yoshdan oshgan) kuzatiladi. Simptomlari: qov va tos-son bo'g'imi sohalarida og'riq, shish va bemor oyog'ini ko'tara olmaydi.

Son suyagining o'rta va pastki qismi sinishi bevosita og'ir predmetlar va harakatdagi transport vositalarining urilishidan, yuqori balandlikdan yiqilganda, shuningdek yiqilish vaqtidagi bilvosita kuchli ta'sirdan (bu ta'sir suyakning buralishiga va haddan tashqari egilishiga olib keladi) yuzaga kelishi mumkin. Sinishlar ochiq va yopiq turda bo'lishi mumkin. Simptomlari: singan joydagi og'riq, oyoq bilan harakat qilishning ilojsizligi. Oyoq tashqariga o'girilgan, kaltalashgan, paypaslab ko'rilganda suyak siniqlarining bo'rtib turishi, ba'zan krepitasiya sezilishi mumkin.

Tizza bo'g'imining sinishlari bevosita kaltak ta'sirida, tizza bilan yiqilganda yoki balandlikdan yiqilib oyoq bilan tushganda yuzaga keladi. Ko'pincha tizzaning qopqoq suyagi sinishi kuzatiladi. Sinishning belgilari: og'riq, konturlarning tekislanishi va bo'g'im aylanasi kattalashishi. Paypaslab ko'rilganda bo'g'im ichida suyuqlik borligi seziladi. Tizza

kopqog'ini surish ancha qiyin – «prujinasimon harakat belgisi», harakat keskin qisqargan. Siniq bo'lakchalari orasida tirqish aniqlanishi mumkin.

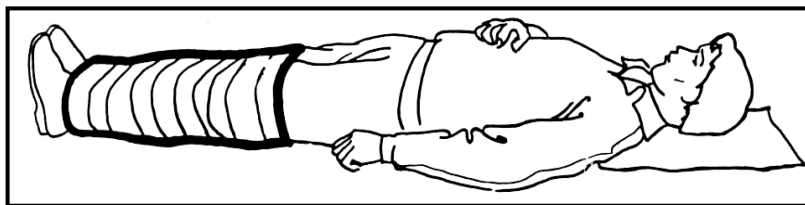
Birinchi yordam – shikastlangan kishiga qo'l ostida bo'lgan har qanday og'riqsizlantiruvchi dori-darmonlarni, yurak preparatlarini berish;



11-rasm.

vositalardan foydalanish mumkin (11-rasm). Bunda uchta bo'g'im harakatsizlantirilishi kerak (tos-son bo'g'imi, tizza, va boldir-tovon bo'g'implari).

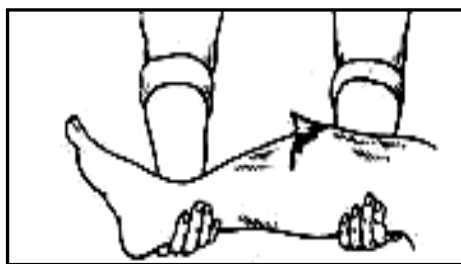
Agar qo'l ostida yaroqli vosita bo'lmasa, shikastlangan oyoqni sog'lom oyoqqa bint yordamida mahkam bog'lab, undan keyin bemor yotqizilgan holatda shifoxonaga olib boriladi (12-rasm).



12-rasm.

Boldir va tovon suyaklarining shikastlanishlari

Xususiyatiga ko'ra ular qiyshiq vintsimon, ko'p parchalangan, ko'ndalang (siljish bilan va siljishsiz) ko'rinishda bo'ladi. Bunday sinishlarda ichki yoki tashqi qon ketishlar yuz berib, ba'zan yo'qotilgan qon miqdori ancha katta bo'ladi. Ko'proq chang'ichilarda va piyodalarda vintsimon sinishlar kuzatiladi. Sinishning belgilari – kuchli og'riq, oyoq funksiyasining buzilishi, deformatsiya va oyoq uzunligining qisqarishi, ochiq sinishlarda teri butunligining buzilishi va suyak siniqlarining chiqib qolishi, qon oqishi va boshqalar (13-rasm).



13-rasm.

Suyak siniqlarini voqea sodir bo'lgan joyda to'g'rilashga yo'l qo'yib bo'lmaydi va bu narsa juda qo'pol xato hisoblanadi.

Boldir suyagi singanda 2 ta qo'shni bo'g'implar – tizza va boldir-tovon bo'g'implari mahkam fiksatsiyalanadi. Boldir-tovon bo'g'imi 90^0 burchakda, tizza 180^0 gacha yoyilib shinalanadi.

Tovonning anatomo-fiziologik xususiyatlari, ya'ni uning ko'plab nisbatan mayda suyaklardan tashkil topishi, o'zaro bo'g'im va bog'lamlari shunga sabab bo'ladiki, shikastlanish vaqtida nafaqat suyaklarning sinishi,

balki hamma bog‘lam apparatida buzilishlar, sinish bilan birga chiqishlar ham yuz beradi.

Boldir-tovon bo‘g‘imi va tovon sinishi belgilariga: juda kuchli og‘riq, shish, deformatsiya, katta gematoma, bo‘g‘imga qon quyilishi, tayanch va harakat funksiyalarining buzilishlari kiradi.

Birinchi yordam yuqorida ko‘rsatib o‘tilgan chora-tadbirlardan tarkib topib, bunda quyidagi qoidani so‘zsiz bajarish talab qilinadi – tizza bo‘g‘imi 180^0 ga yoyilishi, boldir-tovon bo‘g‘imi 90^0 burchak ostida shinalanishi lozim, ammo o‘zboshimchalik bilan siniq va chiqishlarni to‘g‘rilash mumkin emas.

Tizza-tovon bo‘g‘imi va tovonning yopiq shikastlanishlarida birinchi yordam unga transport shinalarini qo‘yish va bemorni maxsus davolash muassasalariga olib borishdan iborat bo‘ladi.

DESMURGIYA (immobilizatsiyaning asoslari va prinsiplari)

Desmurgiya (yunoncha *desmos* – bog‘lam, bog‘lanish, *ergon* – ish, faoliyat) – jarohatlarni bog‘lashda qo‘llaniladigan qoidalar to‘g‘risidagi ta’limot.

Gippokrat yashagan miloddan avvalgi IV–V asrlarda ham har xil tuzlar, vinolar va malhamlar bilan yaralarni bog‘lash usullari qo‘llanilgan. IX–XI asrlardagi arab manbalarida ham gipslash to‘g‘risidagi ko‘rsatmalar bor. Ularda yozilishicha, oyoq-qo‘llar singanda gips bo‘tqasiga botirib gipslangan. Antiseptika tatbiq etilgungacha bo‘lgan davrda yaraga lattadan titib olingan iplardan bog‘lam qo‘yilib, u ip-gazlama material yordamida bog‘lab qo‘yilgan. Dokali bintlarning paydo bo‘lishi bilan desmurgiya sohasida katta olg‘a siljish (progress) bo‘lgan.

Jarohatga yoki tananing qaysidir qismiga uni davolash maqsadida qo‘yiladigan narsalarning barchasi «bog‘ich» termini hisoblanadi. Bog‘ichni jarohatda ushlab turish va uni mahkamlash bog‘lash deyiladi. Boshqacha aytganda, bog‘lash bog‘ichni mahkamlashdir.

Bog‘lov materiallarining quyidagi turlari ishlab chiqariladi:

Tibbiy doka (*tela medicinalis*) – oqartirilgan, yog‘sizlantirilgan paxtadan qilingan gazmol. Dokadan bintlar, individual paketlar, sharchalar, tamponlar, salfetskalar va boshqalar tayyorlanadi. Bintlarning uzunligi 5 m dan 7 m gacha, kengligi 3 sm dan 16 sm gacha bo‘ladi.

Aseptik bog‘lovlarning yaralarga va kuygan yuzalarga ishlatiladigan turlari farqlanadi. Sanoatda bog‘lovlarning quyidagi turlari ishlab chiqariladi:

1) katta aseptik bog‘lov. U 65x43 sm li o‘lchamga ega bo‘lib, momiq-dokali yostiqlar. Unga mahkamlovchi tasmalar taqilgan bo‘ladi;

2) kichik aseptik bog‘lov. 56x29 sm li o‘lchamga ega bo‘lgan momiq-dokali yostiqlar va 0,14x7 sm li doka bintdan iborat bo‘ladi;

3) momiq-dokali yostiqlar. Ikki xilda ishlab chiqariladi: kattasi 32x29 sm li paketchasida 5 donadan, kichigi 17,5x16 sm paketchasida 10 donadan bo‘ladi. Bu yostiqlarlarda bir qavat momiq ikki qavat doka orasiga solingan bo‘ladi. Bu yostiqlar jarohatlarni va kuygan yuzalarni yopish uchun ishlatilishi mumkin;

4) steril dokali salfetskalar. Bevosita jarohat yuzasiga qo‘yish uchun ishlatiladi. Ikki xil o‘lchamda ishlab chiqariladi. Kattasi 70x68 sm li paketda 10 tadan, kichiklari 16x14 sm li paketda 20 tadan bo‘ladi. Dokali salfetkalardan tashqari, travmatik kuygan yuzalarni bog‘lashga mo‘ljallangan viskoza to‘qimali salfetskalar ham ishlab chiqariladi;

5) ro‘molli bog‘lov, to‘g‘ri burchakli teng yonli uchburchak, o‘lchami 140x150 sm.

BOG‘LAMLARNING TURLARI

Bog‘lamlarni mahkamlashning juda ko‘p usullari mavjud.

1. Qimirlamaydigan bog‘lam – shikastlangan sohaning hara-katsizligi va tinchligini ta‘minlab berishi kerak.

2. Cho‘zuvchi bog‘lam – shikastlangan sohaning cho‘zilishini ta‘minlab berishi lozim.

3. Bosuvchi bog‘lam – tananing nosog‘ qismini bir tekisda bosib turadigan bog‘lam.

4. Antiseptik bog‘lam – o‘zidagi moddalari bilan bakteriyalarga qarshi ta‘sir ko‘rsatishga mo‘ljallangan.

5. Himoya qiluvchi bog‘lam – jarohatning granulyatsiyalanish davrida qo‘llanilib, nozik granulyatsiya to‘qimasini qurib qolishdan va jarohatlanishdan saqlash maqsadida qo‘llaniladi.

6. Okkulyuzion bog‘lam – jarohatga havo kirishiga to‘sqinlik qiladigan bog‘lam. U ochiq pnevmotoraksda qo‘llaniladi.

Yumshoq va qattiq bog‘lamlar

Yumshoq bog‘lamlarga yelimli, ro‘molli, sopqonsimon, bintli bog‘lamlar kiradi. Qattiq bog‘lamlarga shinali va gipsli bog‘lamlar kiradi.

Yelimli bog‘lamlar. Bog‘lamlarni teriga yopishtirish uchun kleol, kolloidli, yopishqoq plastirdan foydalaniladi. Ustun tomonlariga quyidagilar kiradi: bog‘lam qo‘yishning oddiyligi, terini qitiqlamasligi sababli uni qayta-qayta ishlatish mumkin. Kamchilliklari: terining tukli joylarida ishlatib bo‘lmaydi, qo‘llansa, teridan ko‘chib ketadi.

Ro‘molli bog‘lamlar qo‘llanilishi jihatidan eng oddiy bog‘lam turidir. Bu bog‘lam turi qo‘lning turli shikastlanishlarida (panja, bilak va yelka jarohatlarida) uni harakatsizlantirish maqsadida qo‘llaniladi. Ro‘mol paxtali matodan qilingan uch burchak material bo‘lib, uning uzunroq tomoni – asosi, qarshisidagi burchagi – cho‘qqi, 2 ta burchagi – oxiri hisoblanadi. Ro‘molcha yordamida barmoqlarga, qo‘l va yelkalarga, sut beziga, yelka, tos-son bo‘g‘imiga, bosh va tovonlarga turli xil bog‘lamlarni qo‘yish mumkin (14-rasm).



14-rasm.

Agar qo'lga ro'molli bog'lam qo'yilsa, tirsak bo'g'imi 90^0 ga bukiladi. Ro'molni jarohatlangan qo'lning orqasiga shunday joylashtirish kerakki, uning asosi gavdaning o'rta chizig'iga to'g'ri kelsin, cho'qqisi esa jarohatlangan qo'lning tirsagi tomon yo'naltirilgan bo'lsin. Bunda ro'molning bir uchi jarohatlangan qo'lning bilagida yotsa, ikkinchi uchi tana bo'ylab pastga osilib turadi. Pastga osilib turgan ro'molning uchini ko'tarib sog'lom yelka orqali bo'yining orqa tomoniga o'tkaziladi va boshqa uchi bilan tugib bog'lab qo'yiladi. Ro'molning cho'qqisi uning oldingi qismiga ilgak tugma bilan mahkamlanadi.

Ro'molli bog'lamning boshqa varianti ham bor: ro'mol shikastlangan qo'lning orqasidan emas, oldidan o'tkaziladi. Ro'molning bir uchi jarohatlangan qo'lning oldidan o'tib bilakni o'raydi va bo'yinga ko'tariladi, ikkinchi uchi sog'lom qo'lning qo'ltiq ostidan o'tib, orqadagi birinchi uchi bilan tutashadi. Ikkala uchi shikastlangan qo'lning yelka ustida tugib mahkamlanadi. Cho'qqisi ilgak tugma bilan mahkamlanadi. Bunday bog'lam qo'llanganda ro'mol qo'lni tanaga mahkam va zich fiksatsiyalaydi, qo'lning tinch holatiga yaxshiroq erishiladi.

Kichik jarohat bog'lamlarida ro'molni galstuk ko'rinishida buklash kerak. Qo'lni osiltirib, ro'molning ikki uchi katta bog'lam kabi tugib qo'yiladi.

Tovondagi ro'molli bog'lam panja bog'lamiga monand qo'yiladi. Ro'molning o'rtasi oyoq ostiga qo'yilib, cho'qqisi barmoqlar orqasiga o'tkaziladi, uchlari to'piq yuqorisidan bog'lanadi, cho'qqisi bog'langan uchlarning ostiga olib kelib qistiriladi. Boshga qo'yishda ro'molning asosi ensa tomonga yo'naltirilib, cho'qqisi peshonaga tushiriladi (yuzga ham), har uchala uchi peshonada bog'lanib, cho'qqisi qayirib bog'langan uchlar tagiga qistirib mahkamlanadi.

Sopqonsimon bog'lam – bunday bog'lamlar asosan burun, dahan, ensa va peshona sohasiga qo'yiladi. Sopqonsimon bog'lam deyilganda – o'rtasi tutashgan va ikki tomoni uzunasiga kesilgan bint yoki boshqa matodan tayyorlangan bog'lam tushuniladi. Ushbu bog'lam qo'yilganda, albatta, uning so'ngi qismlari bir-biri bilan bog'lanadi.

T-shaklidagi bog'lamlar chot va orqa chiqarish teshigi sohasiga qo'yiladi. U keng doka tasmadan tashkil topib, uning bir tomoniga gorizontal tasma (belbog') mahkamlanadi. Dokaning pastki uchi bir oz uzunlikda 2 ta tasmaga ajratib qirqiladi. Gorizontal tasma tana atrofida aylantirib bog'lanadi, vertikal qismi orqa tomondan pastga tushirilib, chot qismidan o'tib, qorinning oldingi tomonidan belbog'ga bog'lab qo'yiladi.

Bintli bog'lamlar

Bintlar ingichka (3–5–7 *sm*), keng (15–16 *sm*) va o'rtacha (10–12 *sm*) bo'ladi. Ingichka bintlar qo'l va oyoq barmoqlarini; o'rtacha bintlar

boshni, panjalarni, bilakni, oyoq panjasini, boldirni; keng bintlar ko'krak qafasini, ko'krak bezlarini va sonni bog'lashda ishlatiladi.

To'g'ri qo'yilgan bintli bog'lam desmurgiyaning quyidagi asosiy talablarini qondirishi kerak:

- tananing kasal qismini to'liq yopishi;
- qon va limfa aylanishini buzmasligi;
- bemor uchun qulay bo'lishi;
- imkoniyat boricha estetik jihatdan chiroyli bo'lishi lozim.

Bintli bog'lamlarni qo'llashning asosiy qoidalar

1. Kasalni shunday o'tqazish yoki yotqizish kerakki, bintlanayotgan tana qismi harakatsiz va bintlashga qulay bo'lsin.

2. Bintlayotgan odam bemorning yuziga qarab turishi kerak va u bintlash vaqtida kasalni vizual kuzatish imkoniyatiga ega bo'lsin.

3. Bintlash doimo periferiyadan markazga (quyidan yuqoriga) qarab amalga oshiriladi.

4. Bintlash o'ng tomondan chap tomonga qarab soat strelkasiga qarama-qarshi amalga oshiriladi.

5. Bintlash birinchi mustahkam aylana qo'yishdan boshlanadi.

6. Keyingi har bir aylanish avvalgi aylanishning yarmini yoki uchdan birini berkitishi kerak.

7. Bint o'ramini bintlanayotgan yuzada g'ildiratib, undan ko'tarmay aylantirish kerak.

8. Bintlash ikki qo'llab amalga oshiriladi: bir qo'l bilan bint o'ramini g'ildiratish, ikkinchi qo'l bilan o'ralgan bintni tekislab turish kerak.

9. Bintni bir xilda tortish kerak, chunki uning yo'llari chalkashib har xil burmalar hosil qilmasligi kerak.

10. Bintlash vaqtida tananing bintlanayotgan qismi shunday holatda joylashtirilishi kerakki, shu holat bintlab bo'lgandan keyin ham saqlansin.

11. Tananing konus shakliga ega bo'lgan qismlariga (son, boldir) bog'lam qo'yilayotgan vaqtda bintning tanaga jipsroq joylashishi uchun har 1–2 aylanishdan keyin bir marta o'qi atrofida burash kerak.

12. Bog'lamning oxirida bint mahkamlab qo'yiladi (tugib qo'yiladi).

Bintli bog'lamlarning turlari

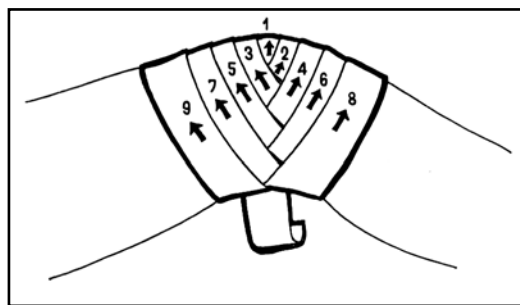
Sirkular yoki aylanma bog'lam shunday bog'lamki, bunda bintning hamma aylanalari bir-birining ustiga tushadi va avvalgi aylanani to'liq berkitadi. Bunday bog'lamlar oyoq-qo'llarga, peshona, bo'yin va qoriga qo'yiladi.

Spiralsimon bog'lam sirkular bog'lamning bir ko'rinishidir. Spiralsimon bog'lamning 2 turi tafovutlanadi: yuqoriga ko'tariluvchi, bunda bintlash pastdan yuqoriga va pastga tushadi; avvalgi aylanishning yarmini qoplab, yana yuqoridan pastga tushiriladi.

O'rmalovchi bog'lam ham spiralsimon bog'lamning bir turi bo'lib, unda bint aylanalari bir-biriga tegmaydi. Bunday bog'lamlar jarohatga qo'yilgan materialni ushlab turish maqsadida bintlashning boshlang'ich davrida qo'llaniladi, keyin spiralsimon bog'larga o'tiladi.

Sakkizsimon (butsimon) bog'lam degan nom uning shakli va bint yo'llaridan olingan. U bo'yinning orqa yuzasiga, ko'krak qafasiga bog'lam qo'yilganda qo'llaniladi.

Boshhoqsimon bog'lam – sakkizsimon bog'lam ko'rinishlaridan biri. Bintlar yo'li boshhoqni eslatgani uchun shunday ataladi. Bunday bog'lamlarni yelka bo'g'imiga va o'mrov usti sohalariga qo'llash juda qulay. Yelka bo'g'imiga boshhoqsimon bog'lamni qo'yishda, umum e'tirof etgan qoidalarga teskari, bintlash shikastlangan tomonga yo'naltirilgan holda amalga oshiriladi, ya'ni quyidagi qoidani yodda saqlash kerak: o'ng yelkani soat mili yo'nalishida, chap yelkani esa unga teskari yo'nalishida bintlash kerak.



15-rasm.

Toshbaqasimon bog'lam 2 xil bo'ladi (15-rasm): qo'shiluvchi va tarqaluvchi. Bu bog'lamlar tirsak, tizza va boshqa bo'g'imlarni bog'lash uchun tavsiya etiladi.

Tarqaluvchi bog'lamlar quyidagi tarzda qo'llaniladi.

Birinchi aylanishi sirkular tarzda bo'g'imning o'rtasidan o'tadi. Ikkinchi aylana birinchi aylananing pastki yarmi yoki uchdan birini berkitadi. Uchinchi aylana birinchi aylananing yuqorigi yarmini yoki uchdan ikki qismini berkitadi. To'rtinchi aylana ikkinchini, beshinchi aylana uchinchini takrorlaydi va h. k. Shunday qilib, toq sonli aylanalar toq aylanalarni, juft sonli aylanalar juft aylanalarni takrorlaydi, lekin toqlari undan pastda, juftlari avvalgisidan tobora yuqoriroqda joylashadi. Qo'shiluvchi bog'lam ham xuddi shu tartibda qo'yiladi, lekin hamma narsa teskari tarzda bajariladi.

Orqaga qaytadigan bog'lamlar qo'l yoki oyoq cho'ltoqlari (amputatsiyadan keyingi qolgan joy)ga, boshga va boshqa joylarga qo'yiladi.

Bunday bog'lamlarni qo'yish texnikasi quyidagicha:

a) bir necha sirkular yo'llar bilan bint mahkamlanadi;
b) barmoq bilan ushlab turib, bint bukiladi va uni ko'ndalang holda boshning (cho'ltoqning) qarama-qarshi tomoniga olib boriladi, keyin sirkular aylanalar bilan bintning ko'ndalang tasmasi mahkamlanadi;

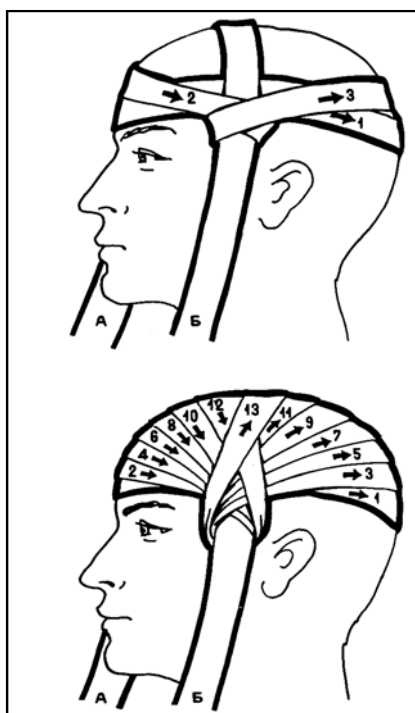
v) yana bint buklanib, u ko'ndalang yo'naltiriladi, bunda avvalgi aylananing yarmini yoki uchdan ikki qismini yopib o'tishi kerak. Bu yo'l ham sirkular aylana bilan mahkamlanadi.

Tananing alohida joylariga qo'yiladigan bog'lamlar

Boshning uncha katta bo'lmagan jarohatlarida leykoplastrli, kollodiyli, kleolli bog'lamlar qo'yish mumkin, bunda bog'lam qo'yiladigan joydagi sochlar yaxshilab qirib tashlanishi lozim. Shuni qayd qilish kerakki, tananing tukli qismlarida yelimli bog'lamlar yaxshi ushlaymaydi. Shuning uchun ham bunday joylarda sopqonsimon va ro'molli bog'lamlarni ishlatish ma'qulroq.

Boshga qo'yiladigan bog'lamlar. Boshga quyidagi bintli bog'lamlar qo'yiladi: qaytar bog'lam, «Gippokrat qalpog'i», qalpoqchali bog'lam, bir yoki ikkala ko'zga qo'yiladigan bog'lam, «yugan»simon va boshqalar.

«Gippokrat qalpog'i» quyidagicha qo'yiladi: bir qo'lga birinchi o'ram, ikkinchi qo'lga ikkinchi o'ram bint olinadi. Har ikkala bintning bo'sh uchlari ensa do'ngligining pastrog'iga joylashtiriladi. Har ikkala bint bir-biriga qarama-qarshi yo'nalishda peshona do'ngi o'rtasiga olib boriladi. O'ng qo'ldagi bint o'rami sirkular aylanishlar hosil qiladi, bunda har bir qaytib keladigan aylanish undan avvalgi aylanishning $1/2$ yoki $2/3$ qismini qoplab olishi kerak. Ayni bir paytda sirkular aylanish hosil qilayotgan bint qaytar aylanish qilayotgan chap qo'ldagi bintni har doim mahkamlab boradi. Bu narsa boshning gumbazi to'liq qoplangunga qadar davom ettiriladi.



16-rasm.

Boshning qalpoqchali bog'lami (16-rasm). Bu bog'lam eng qulay va ishonchli hisoblanadi, chunki bunday bog'lam qo'llanilganda uning bo'shashib, o'rnidan qo'zg'alishiga hech qanday imkon bo'lmaydi. Bundan tashqari, bu bog'lamni qo'yish texnikasi sodda bo'lib, u quyidagicha amalga oshiriladi: uzunligi 80–90 sm bo'lgan bint olinadi (bint bog'ich). U tepa suyagining o'rta qismiga shunday qo'yiladiki, bunda uning uchlari quloqlarning old qismidan pastga vertikal tushib turadi. Bintning har ikkala bo'sh uchini tarang holda ushlab turish kerak (bintni kasal yoki yordamchi tortib ushlab turadi). O'ng qo'l bilan bint o'ramini olib bosh atrofidan birinchi sirkular yo'l bilan aylantiriladi (bu mahkamlovchi yo'l bo'lib hisoblanadi). Uni 2–3 marta aylantirib ishonchliligini oshirish ham mumkin.

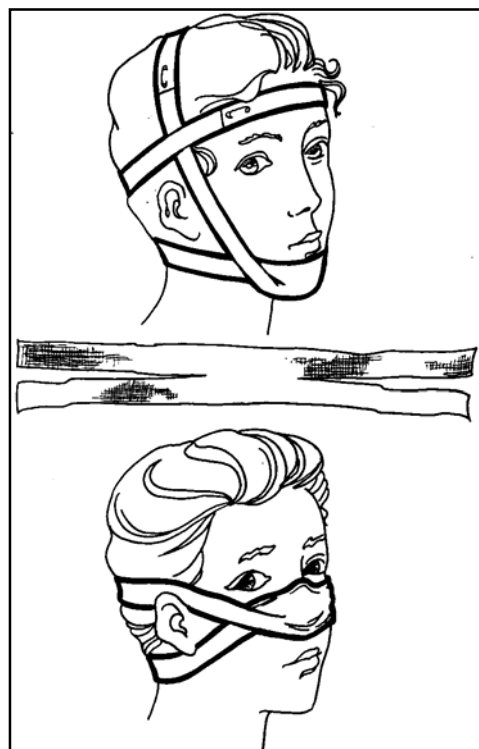
Mahkamlovchi sirkular yo'ldan keyin, bog'ichga borgach, bint uning atrofidan va pastidan aylantirilib, peshona yoki ensa tomonga o'tiladi, keyin bint qarama-qarshi tomonga boshqa bog'ichga yo'naltiriladi, undan

aylantirilib yana qarama-qarshi tomonga yo'naltiriladi, bunda har bir galdagi aylana avvalgi aylanishning bir qismini berkitib boradi, u bosh gumbazi berkilgunga qadar davom ettiriladi. Shundan keyin bir yoki ikkita sirkulyar yo'l bilan bint mahkamlanadi, bog'ichlarning biridan o'tkaziladi va bog'ichning ikkinchi uchi bilan iyak ostidan bog'lab qo'yiladi.

Ko'zga qo'yiladigan bog'lamlar. Bir ko'zga qo'yiladigan bog'lam monokulyar bog'lam deyiladi. Shuni yodda tutish kerakki, bintlash kasal ko'zdan boshlanadi. Bintni bosh atrofidan sirkular yo'l bilan o'tkazib (bunda peshona va ensa do'nglari qamrab olinadi) mahkamlovchi aylana hosil qilinadi. Keyin bintni orqa tomondan ensaga qarab yo'naltirib, uni shikastlangan ko'z tomondagi quloqning ostidan olib o'tib, chakka orqali yuqoriga ko'tariladi va u shikastlangan ko'zni berkitadi. Mana shu ikkinchi yo'l orqali sirkular mahkamlovchi yo'lga o'tadi, keyin yana ikkinchi yo'lga qaytiladi. Shu yo'sinda yo'llarni galma-gal almashtirib kasal ko'z berkitiladi.

Har ikkala ko'zga qo'yiladigan bog'lam – binokulyar bog'lam deb ataladi. Bu bog'lam ham bir ko'zga qo'yiladigan bog'lam kabi boshlanadi. Sirkular-mahkamlovchi yo'l qilingach, ikkinchi yo'l quloq ostidan o'tadi, ko'zni berkitib yana mahkamlovchi sirkular yo'l hosil qilib, keyin peshona orqali pastga tushib, ikkinchi ko'zni yopadi, uni quloq ostidan o'tkazib yana mahkamlovchi sirkular yo'lga qaytiladi. Shunday qilib, bu bog'lamda uchta yo'l navbatma-navbat takrorlanadi: sirkular – mahkamlovchi yo'l, ikkinchisi quloq ostidan bir ko'zga, uchinchisi peshonadan ko'zga tushib uni berkitgach, quloq ostiga yo'naladi.

«Yugan» bog'lami (17-rasm). Bu bog'lam yuz, iyak sohasi va ba'zan tananing tukli qismlarini bog'lashda tavsiya etiladi. «Yugan» bog'lami 4 ta navbatlashuvchi yo'llardan tashkil topadi. Birinchi va ikkinchi yo'llar – sirkular mahkamlovchi (ensa va peshona do'nglaridan o'tadi) yo'l-lardir. Uchinchi yo'lda bint ensa orqali iyakka o'tadi. Keyin bint vertikal holatda 4, 5 va 6-yo'llar bilan iyak ostidan o'tadi. Keyin bint gorizontal holatga (aylana yo'l) o'tib, 7 va 8-yo'llarni hosil qiladi. Keyin bog'lam qotiriladi. Mana shu yo'llarni navbati bilan almashtirib, butun boshni yoki ikkala chakkani bog'lam bilan yopish mumkin.



17-rasm.

Barmoqlar bog'lami. Bitta barmoqni bintlashda birinchi (mahkamlovchi) sirkular yo'l bilan bo'g'imning yuqorirog'idan bir necha marta aylantirib qo'yiladi. Keyin bint panjalarining orqa tomonidan qiyshiq yo'naltirilgan holda shikastlangan barmoqning tirnoq jimjilog'iga olib boriladi. Uni berkitib orqaga qaytiladi, keyin spiral yo'llar bilan tirnoq jimjilog'idan barmoq asosigacha bintlanadi, panjaning orqa yuzasida bint kesishib o'tgach, sirkular yo'llar bilan birlamchi mahkamlovchi yo'llarga keltirib yana mahkamlanadi.

Barmoqlarning «qo'lqop» bog'lami xuddi shu tarzda amalga oshiriladi, bu yerda bitta barmoq emas, hamma barmoqlar bintlanadi. O'ng qo'lni bog'lashda bosh barmoqdan, chap qo'lni bog'lashda 5-barmoq (jimjiloq)dan boshlash kerak. Bosh barmoqqa bog'lam boshhoqsimon ko'rinishda, qolgan barmoqlarga esa bog'lam qaytariladigan ko'rinishda qo'yilishi mumkin.

Panjalar bog'lami. Panjalarga bog'lam qaytariladigan ko'rinishda bog'lanadi. Avval to'rtta barmoq birgalikda, keyin bosh barmoqqa bog'lov alohida bajariladi.

Bilaklar bog'lami. Spiralsimon ko'rinishda bukishlar hosil qilib bog'lam qo'yiladi.

Tirsak bo'g'imiga bog'lam qo'yish zarurati bo'lganda tirsakni 90^0 li burchak ostida bukib, bog'lam *toshbaqasimon* – tarqaluvchi yoki qo'shiluvchi ko'rinishda qo'yiladi.

Yelkaning boshhoqsimon bog'lami. Bintlash shikastlangan tomonga yo'naltirilgan holatda amalga oshiriladi. Bintning birinchi yo'llari (sirkular) mahkamlovchi bo'lib hisoblanadi. Qo'ltiq osti chukurchasiga uning yiringli yallig'lanish jarayonlarida (gidradenit) bog'lov qo'yiladi. Desmurgiyaning ko'plab qo'llanmalarida berilgan bog'lovlar o'rnidan oson qo'zg'alib tushib ketadi. Bu kamchilliklardan xoli qulay va bo'lgan usul sopqonsimon usuldir. Uni qo'yish uchun keng bint (kengligi – 16–20 sm, uzunligi – 1 m) olinib, ikki uchi to'rtga ajratib kesiladi. Bintning kesilgan qismi qo'ltiq osti chuqurchasiga shunday qo'yiladiki, to'rtta tasmasi ko'krak qafasiga, to'rtta tasmasi yelkaga chiqib turadi. Ko'krakka ketadigan ikki uchi ko'krak atrofida, qolgan ikkitasi yelka usti va bo'yin o'rtasida mahkamlanadi. Qarama-qarshi tomondagi ikkita tasma yelka atrofida va yelka usti sohasida mahkamlanadi. Mahkamlanishning yaxshi chiqishi uchun terining bog'lam turadigan joylariga kleol surkab qo'yish maqsadga muvofiqdir.

Ko'krak qafasini bintlashda butsimon, sakkiz ko'rinishdagi bog'lamlar qo'llaniladi.

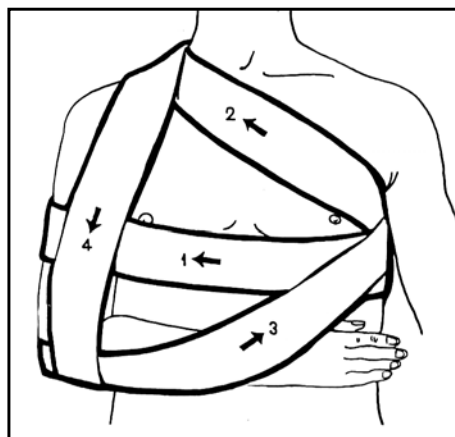
Sut bezining bog'lami

Bu bog'lamdan sut bezining yallig'lanishlarida, operatsiyadan so'ng va boshqalarda uni ko'tarib turish maqsadida foydalaniladi. Bintlash kasal

sut bezidan boshlanadi. Birinchi yo‘l ko‘krak qafasining pastki qismidan sirkular ko‘rinishda 1–2 aylana mahkamlovchi bint o‘rami o‘tkaziladi. Ikkinchi yo‘l qo‘ltiqosti sohasidan tepaga qiyshaytirilib qarama-qarshi tomondagi yelka ustiga tortiladi. Bu yo‘llar ko‘krak bezi to‘liq berkilguncha almashib davom ettiriladi.

Dezo bog‘lami

Dezo bog‘lamini qo‘yishdan oldin qo‘ltiqosti chuqurchasiga yumshoq yostiqlar qo‘yiladi (18-rasm). Bilakni tirsak bo‘g‘imida to‘g‘ri burchak ostida bukib, qo‘l ko‘krakka olib kelinadi. Dezo bog‘lami 4 ta yo‘ldan tashkil topadi. Birinchi sirkular yo‘l bilan yelka ko‘krak qafasiga bintlanadi. Ikkinchi yo‘l sog‘lom qo‘ltiqosti chuqurchasidan shikastlangan tomondagi yelka ustiga yo‘naltiriladi, undan orqa tomonga o‘tkazilib pastga tushiriladi. Uchinchi yo‘l tirsak bo‘g‘imini aylanib o‘tib, bilakni ko‘tarib turadi, qiyshiq holda yuqoriga sog‘lom tomondagi qo‘ltiqosti chuqurchasiga ko‘tariladi, keyin ko‘krak qafasining orqa tekisligiga o‘tadi. To‘rtinchi yo‘l shikastlangan yelka ustiga yo‘naltirilib, undan tirsak bo‘g‘imiga, uni bilakning yuqori uchdan bir qismida aylanib o‘tib, ko‘krak qafasining orqa yuzasiga va sog‘lom tomondagi qo‘ltiqosti chuqurchasiga yo‘naltiriladi. Hamma 4 ta yo‘l to‘liq fiksatsiyani ta‘minlangunga qadar bir necha bor takrorlanadi.



18-rasm.

Torakobraxial bog‘lam

Bog‘lamning bu turi asosan yelka suyagining sinishlarida tavsiya etiladi. Bajarilish texnikasi bo‘yicha bu juda oddiy bog‘lam. Torakobraxial bog‘lamning 2 xil varianti bor.

Birinchi variantda bintning ikki xil yo‘li bor. Birinchi yo‘l – yelkani ko‘krak qafasiga nisbatan ishonchli fiksatsiyalash uchun odatdagi bir necha aylanishli spiralsimon bog‘lash. Ikkinchi yo‘l birinchisining davomi bo‘lib, u kasal tomondagi qo‘ltiqosti chuqurchasidan orqaga o‘tib pastga tushadi, tirsakka uning orqasidan o‘tib, oldinga yo‘naltiriladi va bilaqdan bilak bo‘g‘imiga yaqin joydan o‘tib, sog‘lom tomondagi qo‘ltiqosti chuqurchasi orqali orqa tomonga o‘tadi. Birinchi va ikkinchi yo‘llar yelka va bilakning to‘liq immobilizatsiyasi ta‘minlangunga qadar bir necha bor takrorlanadi.

Ikkinchi variantdagi birinchi yo‘l yuqoridagidek, ikkinchi yo‘l bilakni ko‘tarib turib, tepaga qarab qiyshiq tarzda sog‘lom yelka ustiga yo‘naladi.

Bu bog'lamlar o'mrov, yelka, bilak suyaklarining sinishlarida, yelka va tirsak bo'g'imlarining shikastlanishlarida immobilizasiya shinalari bo'lmagan taqdirda qo'llaniladi. .

Velpo bog'lami

Sut bezini kesib tashlash operatsiyalarida va yelka bo'g'imining chiqishlari o'rniga solingach, bu bog'lamlarni qo'llash tavsiya etiladi. Qo'lning tirsagi yuqoriga ko'tarilib, panjalar sog'lom tomondagi yelka ustiga qo'yiladi. Bintlash kasal tomondan boshlanadi.

Bog'lam bintning ikkita yo'lidan tashkil topadi. Birinchi yo'l sirkular bo'lib, qo'lni ko'krakka mahkamlaydi, u sog'lom tomondagi qo'ltiq ostidan orqaga o'tib, qiyshiq yo'nalishda kasal tomondagi yelka ustiga chiqadi. Ikkinchi yo'l ko'krak qafasi oldidan pastga qarab sog'lom qo'ltiq ostidan o'tadi va sog'lom yelka usti orqali o'tib, qo'lni mustahkamlaydi.

Ko'krak qafasining spiral bog'lami. Uzunligi 100–120 sm ga teng bint olinib, o'ng yoki chap yelka ustiga tashlanadi. Bintning bir uchi ko'krakda, boshqa uchi orqada osilib turadi. Sirkular yo'l bilan xanjarsimon o'simtadan sal pastroqda bint ikki aylantirib mahkamlanadi, keyin spiralsimon yo'l bilan yuqoriga ko'tarilib, oldingi yo'lning yarmini yoki 2/3 qismini berkita boradi. Shunday qilib, butun ko'krak qafasi qo'ltiqosti chuqurchasiga qadar bint bilan berkitiladi. Bintning erkin osilib turgan uchlari qarama-qarshi yelka ustiga bog'lab qo'yiladi.

Qorin sohasi va tos-son bo'g'imiga qo'yiladigan bog'lamlar. Qorin sohasiga spiralsimon ko'rinishdagi bog'lamlar qo'yiladi. U pastdan yuqoriga qarab harakatlanadi. Bog'lam sirpanib tushib ketmasligi uchun, terining bir necha joyiga kleol surkab qo'yish maqsadga muvofiqdir. Tos-son bo'g'imiga boshoqsimon tipdagi bog'lam qo'yiladi. Bu bog'lam qorinning pastki qismini ham o'z ichiga oladi. Bog'lamning aynan qaysi joyga qo'yilishiga qarab (yonbosh, oldinda, orqada) yonbosh, oldingi yoki orqa boshoqsimon bog'lamlardan iborat bo'ladi.

Chot sohasidagi jarohatni bog'lashda bintlash shikastlangan tomondan boshlanadi. Avval bint sirkular yo'llar bilan qorin atrofida mahkamlanadi. Keyin qorinning oldingi tomonidan sonning oldingi tomoniga o'tiladi – ichki yarim aylanasi va ichki yuzasiga qaytadi. Keyin bint qiyshiq holatda tepaga va qovga yo'nalib, oldingi yo'lni berkitadi va tepaga qorin atrofiga ko'tariladi. Bu yo'llar qov sohasi to'liq berkulgunga qadar davom ettiriladi.

Oyoqlarga qo'yiladigan bog'lamlar

Son va tizzaga qo'yiladigan bog'lamlar joyidan qo'zg'alib ketmasligi uchun bint spiralsimon o'rash yo'li bilan qo'yiladi.

Tizza bo'g'imi sohasiga toshbaqasimon qo'shiluvchi yoki tarqaluvchi bog'lamlar qo'yiladi.

Boldir-tovon bo'g'imiga sakkizsimon bog'lam qo'yiladi. U boldirning pastki uchdan bir qismida sirkular yo'l bilan boshlanib, keyin qiyshiq holda tovonning orqa tomoniga tushadi, uning atrofida aylantirilib tepaga ko'tariladi, avvalgi yo'l bilan kesishadi va boldirda mahkamlanadi.

Qattiq bog'lamlar. Maxsus shinalar

Qattiq bog'lamlar fiksatsiyalovchi va ekstensiyali turlariga bo'linadi.

Fiksatsiyalovchi:

Ekstensiyali:

- 1) simli (narvonsimon);
- 2) to'rsimon;
- 3) fanerli;
- 4) kartonli.

Diterixs shinasi

Narvonsimon shina (Kramer shinasi) – rux bilan qoplangan va toblangan po'lat simlardan tayyorlangan bo'lib, narvon shakliga ega, 12x100 va 10x60 *sm* o'lchamli turlari bor. Uni istalgan shaklga keltirish mumkin, qo'yish texnikasi ham juda sodda, shuning uchun ham uni qo'l va oyoq jarohatlarida qo'llash mumkin. To'rsimon shina (Filbri shinasi) – yumshoq va ingichka simdan tayyorlangan bo'lib, o'lchami 12 x 100 *sm*, juda oson bukiladi va egiladi, istalgan shaklga keltirish mumkin, lekin u yetarli darajada qattiq emas va juda egiluvchan. Fanerli shinalar singan yoki chiqqan qo'l va oyoqlarni immobilizatsiya qilishda yengillik bilan moslashadigan vositalar hisoblanadi.

Diterixs shinasi qo'l va oyoqlarni harakatsizlantirish bilan bir vaqtda ularni cho'zish (ekstenziya) imkonini beradi. Ushbu shina son suyagi, tosson va tizza bo'g'imlari singanda qo'llaniladi, to'piq, boldir – oyoq panjasi bo'g'imi va panja jarohatlanganda qo'llash man etiladi. Shina 4 qismdan iborat: 1) panjaosti qismi; 2) tashqi (katta o'lcham); 3) ichki va 4) chilvirli tayoqcha buragich. Shinaning asosiy kamchiligi son va boldir sohasining orqa tomonidan mahkamlaydigan detali yo'q, shuning uchun ham singan suyak bo'lakchalarining orqaga siljishi kuzatilishi mumkin.

Shinalarni qo'yish qoidalari

1. Jarohatlangan sohaga qo'shimcha ikki bo'g'imni (yuqorigi va pastki) qo'shib ishonchli immobilizatsiya qilish, son va yelka singanda esa uchta bo'g'im harakatsizlantiriladi.

2. Jarohatlangan sohaga to'g'ri fiziologik holat berish.

3. Yopiq sinishlarda ushbu sohani o'z o'qi bo'ylab biroz cho'zib harakatsizlantirish maqsadga muvofiq hisoblanadi.

4. Ochiq sinishlarda jarohatdan chiqib turgan suyak bo'lakchalarini olib tashlash yoki joyiga qaytarib to'g'rilash man etiladi.

5. Jarohatlangan shaxsning ustki va oyoq kiyimlarini yechish unga qo'shimcha tan jarohati yetkazilishiga sabab bo'lishi mumkin, shuning uchun, ayniqsa ochiq sinishlarda yechintirish maqsadga muvofiq emas.

6. Ochiq sinishlarda immobilizatsiya qilishdan oldin jarohatga aseptik bog‘lam qo‘yiladi, ushbu soha jarohatdan oldin qanday holatda turgan bo‘lsa, xuddi shunday holatda harakatsizlantiriladi, bunda yordamchi ko‘maklashadi.

7. Zarurati bo‘lmagan hollarda rezina jgut ishlatmaslik lozim.

8. Shinalarni yalang‘och tanaga qo‘yish man etiladi. Shinaga oldindan mato o‘raladi yoki kiyim ustidan qo‘yiladi. Shina qirg‘oqlari terini shikastlamasligi kerak.

9. Bo‘g‘imlar jarohatlanganda sohani cho‘zib harakatsiz-lantirish maqsadga muvofiq emas.

10. Shifoxonaga olib borish vaqtida jarohatlanganni zambilga o‘tkazishda shikastlangan sohani avaylab amalga oshirish kerak.

11. Shina jarohatlangan sohaga bint bilan mahkam o‘ralgan bo‘lishi lozim.

Kramer shinasini qo‘l va oyoqlarga qo‘yish uch bosqichdan iborat.

1-bosqich – tana qismining shakliga shinani moslashtirish.

2-bosqich – shinaning ichki tomonini paxta bilan yopib, bint yordamida mahkamlash.

3-bosqich – shinani joylashtirish va umumiy qabul qilingan bog‘lash usuli yordamida mahkamlash.

Diterixs shinasini qo‘yish 7 bosqichdan iborat:

1) shinaning panja ostki qismi oyoq panjasi ostiga «sakkizsimon» bog‘lam ko‘rinishida bintlar yordamida mahkamlanadi;

2) tashqi qismi (uzun qismi) qo‘ltiq ostidan panja ostki qismining metall quloqchasi orqali o‘tkazilib, undan 8–10 *sm* ortiqcha uzunlikda qo‘yiladi;

3) ichki qismi chot sohasidan panja ostki qismining metall quloqchasi orqali o‘tkazilgan holatda qo‘yiladi;

4) boldir sohasining osilib qolmasligi uchun, qo‘shimcha ravishda Kramer shinasidan foydalanish tavsiya etiladi;

5) suyaklarga tegib turgan joylarga paxtadan yoki porolondan qistirgichlar qo‘yiladi.

6) sirkular yo‘nalishda bint yordamida shina boldir, son, qorin va ko‘krak qafasiga mahkamlanadi;

7) tayoqchali buragich yordamida cho‘zish amalga oshiriladi.

Gipsli bog‘lamlar to‘g‘risida tushuncha

Gipsdan birinchi marta arab hakimlari foydalanishgan. Rus jarrohi N. I. Pirogov gipsni birinchi marta harbiy dala sharoitlarida Qrim urushida ishlatgan. Kalsiyning oltingugurt tuzi 140 °C da qizdirib, gips olinadi. Gips qattiq bog‘lovlar uchun ishlatiladi. Tashqi ko‘rinishidan gips oq rangli, mayda va kukunsimon unga o‘xshash modda, suv bilan ara-

lashtirilganda bo'tqasimon massa hosil bo'ladi. U tez qurish va qotish xususiyatiga ega.

Gips bog'lamining ustunligi:

- immobilizatsiyani ta'minlaydi;
- jarohatlangan oyoq-qo'lning maksimal tinch holatini ta'minlab beradi;
- ikkilamchi infeksiya tushishidan va qo'shimcha jarohatdan saqlaydi;
- jarohatdan ajralayotgan suyuqliklarni o'ziga so'rib oladi, chunki gips katta gigroskopik xususiyatga ega.

Gipsli bog'lamlarning turlari:

- a) tuynuksiz;
- b) tuynukli;
- v) ko'priqli;
- g) longetli;
- d) korsetli;
- e) krovatli.

Longetli bog'lam – bint bir necha qavat qilib, taxlab tayyorlangan tayoqcha ko'rinishidagi gipsli bog'lam.

Korsetli bog'lam umurtqa pog'onasi kasalliklarida va sinishlarida ishlatiladi. Uni tayyorlash uchun 12–14 ta gipsli bint va bir dona kengligi 16 *sm* bo'lgan bint kerak bo'ladi.

Krovatli bog'lam – yechib yana qo'yish mumkin bo'lgan bog'lam, asosan tananing bir qismiga qo'yiladi va bemorning uzoq muddatga yotishiga mo'ljallangan.

JAROHATLANGANLAR IMMOBILIZATSIYASI VA ULARNI SHIFOXONAGACHA TASHISH (TRANSPORTIROVKA QILISH)NI TASHKIL ETISH

TRANSPORT IMMOBILIZATSIYASI

Transport immobilizatsiyasi deganda, jarohatlangan sohani transportirovka qilish vaqtida to'liq harakatsizlanishni ta'minlab beradigan vositalar tushuniladi.

Har kanday transport immobilizatsiyasi bog'lamlari quyidagi uch qismdan tashkil topadi:

- 1) shinalar;
- 2) shina ostiga qo'yiladigan qistirmalar;
- 3) mahkamlovchi bog'lam.

Transport immobilizatsiyasini qo'llash zaruriyati suyak va bo'g'imlar, magistral qon tomirlari va nervlar jarohatlarida, yumshoq to'qimalarning keng ko'lamdagi shikastlanishlarida (mexanik, kimyoviy, termik), shuningdek yallig'lanish kasalliklarida tug'iladi.

Travmatik shok, ikkilamchi qon ketishi va jarohat infeksiyasining profilaktikasida transport immobilizatsiyasining ahamiyati beqiyosdir. Inson tanasining jarohatlangan qismini fiksasiyalash og'riq sezgisini yo'qotadi yoki uni sezilarli darajada kamaytiradi. Bu shikastlangan joyda hosil bo'ladigan og'riq impulslarining markaziy asab tizimiga uzatilishini kamaytiradi.

Demak, transport immobilizatsiyasini talablarga javob beradigan darajada bilimdonlik bilan qo'llash og'riqni qoldiradi yoki uni sezilarli pasaytiradi, ayni paytda jarohatdan kelib chiqadigan shok xavfini kamaytiradi.

Suyaklar singanda qo'yiladigan transport shinalari suyak siniqlarining harakatini to'xtatadi va bu bilan qon tomirlarining suyakning o'tkir qirralari bilan jarohatlanishini va ikkilamchi qon oqishining oldini oladi.

Tananing jarohatlangan qismiga transport immobilizatsiyasi qo'yilishi muskullar qisqarishiga yo'l qo'ymaydi, limfa oqimini keskin kamaytiradi va bu bilan yaradagi mikrofloraning atrofdagi to'qimalarga tarqalishiga to'sqinlik qiladi, jarohat infeksiyasi rivojlanishining oldini oladi.

Qo'l ostidagi materiallar yordamida transport shinalari va mahkamlovchi bog'lamlarni qo'llashda quyidagi prinsiplarga qat'iy amal qilish kerak:

1) transport immobilizatsiyasi iloji boricha vaqtida amalga oshirilishi kerak;

2) shinalar kiyim va poyafzal ustidan qo'yiladi;

3) oyoq-qo'llarga o'rta fiziologik holat beriladi, masalan, qo'lga – yelka bo'g'imida 30^0 ga bukilgan va tanadan uzoqlashtirilgan, tarsak bo'g'imida 90^0 , barmoqlarning hamma bo'g'imlari 45^0 li burchak ostida buklangan bo'lishi kerak;

4) oyoq-qo'llarning har qanday joyi shikastlanganda 2 ta qo'shni bo'g'imni, oyoq va son shikastlanishlarida yelka va tos-son bo'g'imlarini shinalash kerak. Transport shinasini qo'yishdan oldin ularning shakli oyoq-qo'lning asosiy segmentlari funksional holatiga mos ravishda modullashtiriladi. Ularning ostiga tola dokali qistirgichlar qo'yiladi.

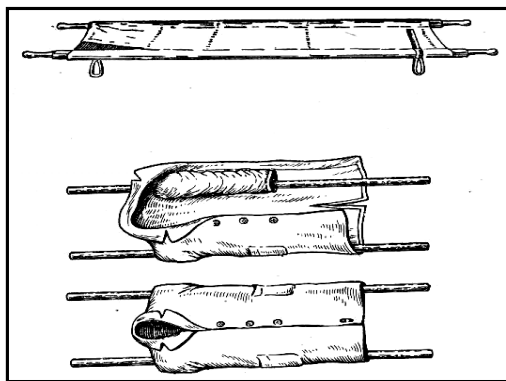
Transport shinalari bo'lmagan taqdirda qo'l ostidagi vositalardan: belbog', ko'ylak etaklari, kostumlar yordamida qo'l o'rta fiziologik holatda tanaga bint bilan bog'lab qo'yiladi. Oyoq shikastlanganda, u sog'lom oyoqqa bint bilan bog'lab mahkamlanadi, bint bo'lmagan taqdirda ro'molchalar bilan ham bog'lash mumkin.

Transportirovkaning turi va usullari shikastlanishning xususiyati va kasalning holatiga qarab tanlanadi.

Agar bemorning mustaqil harakat qilishiga qarshi holatlar bo'lmasa, shikastlangan kishi kuzatuvchi shaxslar yordamida harakatlanishi mumkin. Kuzatuvchi bir qo'li bilan bemorning shikastlangan tomonidan panjalarini, ikkinchi qo'li bilan shu tomondan qo'ltiq ostidan olib harakatlanishiga yordam beradi yoki shikastlangan kishining qo'lini o'z

bo'ynidan o'tkazib, uning panjalarini qo'li bilan ushlab oladi, ikkinchi qo'li bilan shikastlangan kishining belidan ushlab oladi. Agar ikki kishi bo'lsa, shikastlangan kishini ikki tomonidan ushlab yordam berishi mumkin.

Agar shikastlangan kishi mustaqil harakat qilolmasa, u holda uni qo'lda ko'tarib yoki zambilda, yoki taxtalarda, yoxud qo'lda tayyorlangan (improvizion) – chang'i, kursi, narvon, palto (yenglariga tayoqlar kiydirilib) va boshqa



19-rasm.

vositalardan foydalanish kerak (19-rasm).

Shikastlangan kishini zambilga joylashtirish qoidalari

Shikastlangan kishi zambilga quyidagicha joylashtiriladi:

1) choyshab yozilgan zambil shikastlangan kishining jarohatlangan tomonidan yoniga qo'yiladi. Ikki kishi yordam beradi – birinchisi tizzalab turib bitta qo'lini bemorning boshi tagiga olib borib, ikkinchi qo'li bilan bo'yin va ko'krak qismidan, ikkinchi kishi dumg'aza va boldir ostidan ushlaydi;

2) shikastlangan kishi bir vaqtda, siltamasdan yerdan ko'tariladi;

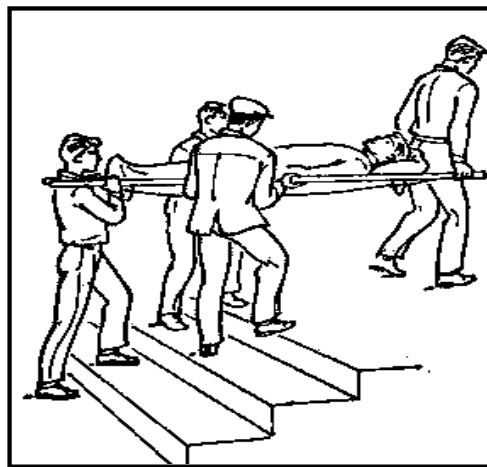
3) uchinchi, yordamlashuvchi kishi zambilni bemorning tagiga suradi, bemor unga ehtiyotlik bilan tushiriladi va choyshab bilan o'raladi.

Shikastlangan kishini zambilda tashish

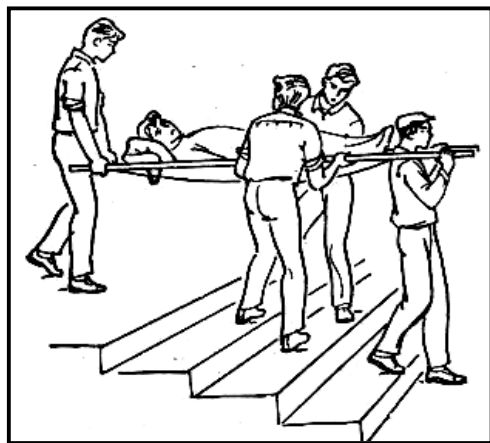
Shikastlangan kishini zambilda tashishda quyidagilarga e'tibor qilish kerak:

1) zambilni dastalaridan ushlab, bir vaqtda yerdan ko'tariladi va bosh tomoni oldinga qilib harakatlanadi. Yurishda mayda qadamlar bilan, tizzani salgina bukib, bir vaqtda tashlanmagan qadamlar bilan harakat qilinadi;

2) zinapoyadan ko'tarilishda yoki tepalikka chiqishda shikastlangan kishining boshi oldingi tomonda bo'lishi kerak. Agar oyoq suyaklari singan bo'lsa, bundan mustasno, bu holda zambilni gorizontol holatda saqlash kerak (20- rasm).



20-rasm.



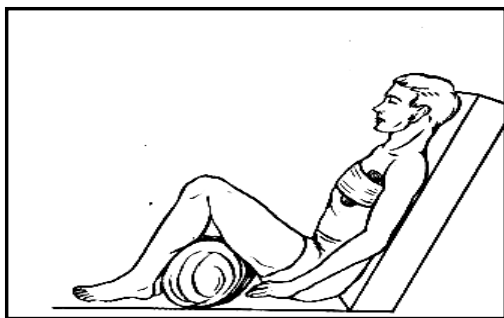
21-rasm.

3) zinapoyadan pastga tushishda (tepalikdan tushishda) shikastlangan kishining oyoqlari oldinda (oyoqlar shikastlangan bo'lsa bundan mustasno) bo'lishi kerak (21- rasm).

Shikastlangan kishini zambilga joylashtirishda olingan jarohat turiga mos kelishini ta'minlash lozim, ya'ni turli xil jarohatlarda zambilga turlicha joylash-tiriladi. Shuning uchun ham kuzatuvchi shikastlanganning zambildagi holatini doimo diqqat bilan kuzatib borishi kerak:

a) umurtqa singan deb taxmin qilinsa va bemorning hushi o'zida bo'lsa, qattiq taxta ustiga yotqizilib, gorizontol holatda tashiladi;

b) va v) bosh va miya shikastlanganda (hushi o'zida, shok belgilari yo'q) zambillarda oyoq tomonini $10-15^{\circ}$ pasaytirib ko'tarib boriladi. Bosh tagiga uni va bo'yinni mahkamlash uchun yostiqcha qo'yish mumkin;



22-rasm.

g) va d) qon yo'qotish va shok bo'lsa yoki ularning xavfi bo'lsa, bosh tomon pastroq, oyoqlar $10-15^0$ ga ko'taribroq qo'yiladi yoki oyoqlar qalamtarosh ko'rinishida bukilgan bo'lishi kerak;

ye) ko'krak qafasi va uning organlari shikastlanib, o'tkir nafas yetishmovchiligi kuzatilsa, tana va bosh tomon ko'taribroq tashiladi (22- rasm);

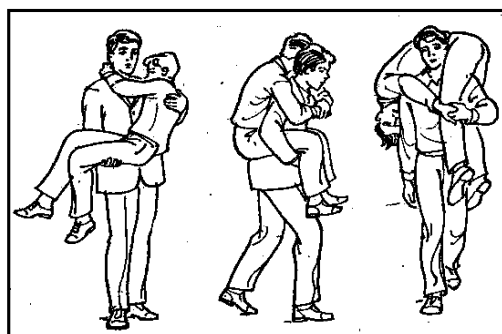
j) qorin bo'shlig'i organlari va tosning shikastlanishlarida gorizontol holatda yotqizilib, bosh va tizza ostiga yostiqchalar qo'yiladi;

z) yuz va jag' sohalarining shikastlanishlarida gorizontol vaziyatda yuzi bilan pastga qaratib yotqiziladi;

i) hushi o'zida bo'lmagan holatlarda (asfiksiyaning oldini olish maqsadida) bemor yonboshi bilan turg'un holatda yotqizilishi kerak.

Agar sharoit zambilni bemorga yaqin olib kelishga imkoniyat bermasa, unda bemorni qo'lda quyidagi usullarni qo'llab:

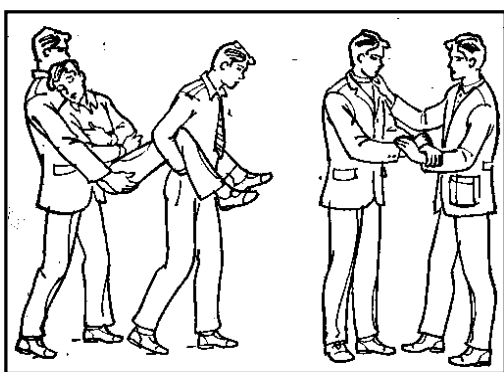
1) agar tashuvchi bir kishi bo'lsa, u quyidagi usullarni qo'llashi mumkin (23- rasm):



23-rasm

a) yaradorning orqasidan ushlab yordam berishi;

b) qo'lda ko'tarib olib borishi;



24-rasm.

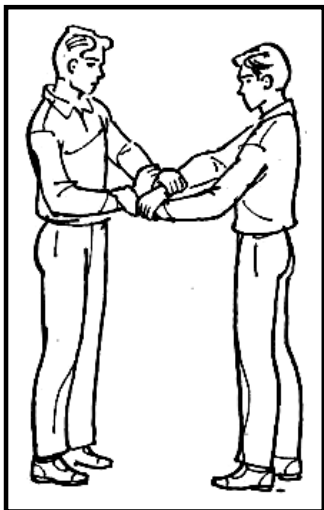
v) yelkasida yoki orqalab olib borishi;

g) choyshab, plash, palto, palatka, daraxt shoxlari ustiga bemorni joylashtirib chanaga o'xshab tortib borish mumkin;

2) agar shikastlangan kishiga yordam beruvchilar ikki kishi bo'lsa, ular bemorning ikki tomonidan bir tizzasida yerga turib, bir qo'lini belidan, boshqa qo'lini chanoq ostidan o'tkazib ushlab

ko'tarishadi va bir vaqtda tashlanmagan qadamlar bilan kasalni ko'tarib kerakli joyga olib borishadi (24- rasm);

3) agar bemorning holati yo'l qo'ysa, uni o'tirgan holatda «murakkab qulf» usulini qo'llab ko'tarib borish mumkin. Bunda bemor qo'llari bilan ko'tarib borayotgan kishilarning bo'ynidan quchoqlab oladi (25- rasm).



25-rasm.

Ko'krak va ko'krak qafasi suyaklari singan bemorlarni zambilda yarim o'tirgan holatda transportirovka qilish mumkin. O'mrov va ko'krak suyaklari singanda o'tirgan holatda transportirovka qilinadi.

Shikastlangan kishini davolash muassasasiga tezlikda yetkazish zarur bo'lgan holatlarda transportirovka qilish birinchi tibbiy yordamning eng muhim bosqichlaridan hisoblanadi.

Bunda imkoniyat boricha quyidagi qoidalarga amal qilish kerak:

a) tez va ehtiyotkor tashishni ta'minlash (qo'pollik og'riq chaqiradi, suyak siniqlari siljishiga va shokka sababchi bo'lishi mumkin);

b) ko'tarib borish va tashishni shikastlanishning xususiyati va og'irligiga mos ravishda bajarish;

v) transportirovka qilishdan oldin jarohatlarni bog'lash, shinalar qo'yish, og'riqsizlantirish, agar sharoit ko'tarsa, tomirga dori quyuvchi tizimni tayyorlab qo'yish va shu kabilarni, boshqacha aytganda, bemorni birinchi yordam ko'rsatishning yakunlovchi bosqichiga tayyorlash kerak.

Ko'pincha shunday holatlar yuz beradiki, yordam beruvchi kishi, jarohatlangan kishi nafas olayaptimi yoki yo'qmi, yurak faoliyati to'xtab qolmaganmi va shu kabi hayotiy muhim narsalarni e'tiborsiz qoldirib, eng avvalo, shilingan jarohatlarni tozalash va bog'lash bilan shug'ullanadi yoki shikastlangan kishini e'tiborsiz qoldirib, uni shifoxonaga olib borish uchun transport qidirib yuradi.

Shikastlangan kishiga nisbatan qo'llanilgan tiriltirish choralari natijasida nafas va yurak faoliyati tiklangach, qon bosimi me'yorga kelgach, u transportirovkaga tayyorlangan hisoblanadi. Agar shu vaqtgacha nafas olishi tiklanmasa, sun'iy nafas oldirishni transportirovka vaqtida ham davom ettirish lozim.

Agar tiriltirish chora-tadbirlari muvaffaqiyatsiz bo'lib, o'lim belgilari yuzaga chiqsa, vrach kelishini kutish kerak. Vrach shikastlangan kishining o'limini uzil-kesil aniqlab beradi;

g) zambilning transport vositasining harakati vaqtida qo'zg'alib va harakatlanib ketmasligi uchun chora ko'riladi, ya'ni u mahkamlab qo'yiladi;

d) qishda kasal ustiga issiq narsalar yopib qo'yish lozim;

e) kuzatuvchi doimo bemorning yonida bo'lishi zarur (mashina kabinasiga – haydovchi yoniga o'tirib olmasligi kerak).

Shikastlangan kishilarni maxsus mashinalarda, shuningdek yo'lovchi yengil mashinalarda, samolyotlarda, traktorlarda (tirkamalari bo'lgan), aravalarda transportirovka qilish mumkin.

Hal qiluvchi narsa transportning turi emas, balki kasalning qanchalik tez maxsus kasalxonaga olib borilishidir. Shikastlangan kishini iloji boricha tez, maksimal qulayliklarga ega bo'lgan va barcha talablarga javob beradigan holatda eng yaqin davolash muassasasiga olib borish kerak.

Shikastlangan kishini zambildan krovatga o'tkazishda, zambilning oyoq tomoni krovatning bosh tomoniga qaratib qo'yiladi yoki aksincha. Og'ir shikastlanishlarda zambil krovat yoniga bir xil balandlikda qo'yiladi, keyin ehtiyotlik bilan bemor krovatga o'tqiziladi.

Xotima o'rnida yana bir muhim narsa – yordam beruvchi kishi bemorga va uning yaqinlariga xushmuomala bo'lishi kerak. Eng avvalo, ularni tinchlantirish va ruhan qo'llab-quvvatlash, shikastlangan kishining tuzalib ketishiga umid va ishonch tug'dirishi lozim (amalda bunday umid qolmagan bo'lsa ham). Bu narsa bemorda davolashning keyingi bosqichlarida vrach kasalxonada qo'llaydigan davolash chora-tadbirlariga ishonch tug'diradi. O'z navbatida, bu kasalning tezroq oyoqqa turishiga sabab bo'ladigan omillardan biridir.

O‘TKIR JARROHLIK INFEKSIYALARI

Har xil xastalik chaqiruvchi bakteriyalar ta’sirida to‘qimalarda hosil bo‘lgan yiringli kasalliklar o‘tkir jarrohlik yiringli kasalliklari deb ataladi.

Kasallikning kelib chiqishi va chaqiruvchilarining ta’siriga qarab, jarrohlik yiringli kasalliklari ikkiga: o‘tkir va surunkali turlarga bo‘linadi.

O‘z navbatida o‘tkir yiringli jarrohlik kasalliklari o‘tkir maxsus bo‘lmagan (streptokokk, stafilokokk va h. k.) yiringli kasallik chaqiruvchi; o‘tkir maxsus (saramas, stolbnyak (qoqshol), anaerob yoki gazli) yiringli kasalliklarni chaqiruvchilarga bo‘linadi.

Surunkali ko‘rinishi ham surunkali maxsus bo‘lmagan turi va surunkali maxsus tur (sil, aktinomikoz, zaxm)ga bo‘linadi.

Bakteriyalarning to‘qimalarga kirish darvozasi bo‘lib, jarohatlangan teri, shilliq pardalar, limfa va qon tomirlari xizmat qiladi. To‘qimalarga tushgan bakteriyalar o‘z navbatida organizmda mahalliy va umumiy qarshi harakatlarni chaqiradi. Mahalliy yallig‘lanish belgilari quyidagi asosiy belgilar bilan ifodalanadi: qizarish, shish, mahalliy harorat va yallig‘langan to‘qima yoki a‘zo faoliyatining buzilishi.

Umumiy organizmning qarshiliklari butun tana haroratining ko‘tarilishi, qaltirash, bosh og‘rishi, tomir urishining tezlashishi va qon tahlillaridagi o‘zgarishlar bilan ifodalanadi.

O‘tkir yiringli jarrohlik kasalliklaridan asosan barmoq va kaft yiringli kasalliklari, furunkul, karbunkul, gidradenit, abscess va flegmonalar uchraydi.

Yuqorida qayd qilingan kasalliklar o‘z vaqtida tashxisi aniqlanib davolash muassasalariga murojat qilinmasa, o‘zidan keyin juda og‘ir sepsis, septik shok kabi hayot uchun xavfli asoratlarni chaqirishi mumkin. Hozirgi zamon tibbiyot ilmi erishgan yuksak yutuqlarga qaramasdan, ayni kasallikning o‘lim ko‘rsatkichlari 50–80 % ligicha qolmokda.

Kaft va barmoqlarning maxsus bo‘lmagan yiringli kasalliklari tabiatda juda ko‘p uchraydi. Bularga panaritsiya, paronixiya va kaftlar flegmonalari kiradi.

Panaritsiy (xasmol) barmoqlar to‘qimalarining jarohatlanib, yiringli yallig‘lanishidir. Asosan xasmol bilan muayyan kasb egalari (mexanizator, haydovchi, paxtakor va chorvadorlar) og‘riydilar. Bunga sabab ish vaqtida olingan jarohatga iflos orqali infeksiya tushishidir. Kasallikning 80 % 1, 2, 3-barmoqlarga to‘g‘ri keladi.

A‘zolarning anatomik jihatiga qarab teriosti, teri, pay, suyak va bo‘g‘imlar xasmollariga bo‘linadi.

Teriosti xasmoli teri qavatining epidermis va derma qavati oraliqlarida rivojlanib, yig‘ilgan yiring epidermis tagidan ko‘rinib turadi. Teriosti

xasmoli – atrofi qizarib, xasmol rivojlanayotgan bo‘g‘im shishi bilan ifodalanadi.

Pay xasmoli organizmning umumiy qarshiligi bilan ifodalanadi, ya‘ni umumiy quvvatsizlik, tana haroratining ko‘tarilib ketishi bilan kechadi. Xasmol rivojlanayotgan barmoq panjaning ichki sohasiga bir oz bukilgan holda, shishgan, qizargan bo‘ladi, barmoqni to‘g‘rilashga qilingan kamgina harakat ham kuchli og‘riq chaqiradi.

Suyak xasmoli – asosan barmoqlarning yumaloq shaklda shishi va og‘riq bilan boshlanib, aksariyat hollarda yiringli oqmalar hosil qiladi.

Bo‘g‘im xasmoli tashxisi bo‘g‘imlardagi shish va kuchli og‘riq, harakatlarning chegaralanganligi kabi belgilarga asosan qo‘yiladi. Barmoq biroz bukilgan holda, teri ajinlari silliqqlangan, ozgina harakat ham kuchli og‘riq chaqiradi.

Paronixiya barmoqlarning tirnoq atrofi aylanasi to‘qimalarining yallig‘lanishidir.

Joylashishiga qarab, yuzaki (subepidermal) va chuqur – tirnoq atrofi to‘mtog‘i to‘qimalarida uchraydigan turlariga bo‘linadi. Klinik kechishi tirnoq atrofi to‘mtog‘ining qizarib shishishiga xos ko‘rinishlarda ifodalanadi. Barmoqlarda uchraydigan o‘tkir yiringli yallig‘lanishlari bo‘lgan bemorlar kechiktirmasdan jarrohlik yo‘li bilan davolanishlari shart. Yuzaki ko‘rinishdagi xasmol va paronixiyalar poliklinika sharoitida ochiladi. Xasmollarning pay, suyak va bo‘g‘im ko‘rinishdagi turlari faqat shifoxonalarda yiringli jarrohlik bo‘limlarida davolanishi shart.

Panja flegmonalari – juda og‘ir va xavfli xastalik hisoblanadi, ya‘ni bu umumiy kamquvvatlik, uyqusizlik, titrab qaqshash va alahsirash bilan kechadi. Bemorlar jarohatlangan sohadagi kuchli og‘riqdan shikoyat qiladilar. Kaftning yuza qismida juda katta shish kuzatiladi. Barmoqlar holati og‘irlashganda uning uch qismi bir oz bukilib, asos qismlari to‘g‘rilangan holda bo‘ladi. Kaft flegmonalari bilan og‘rigan bemorlar shoshilinch jarrohlik muolajalariga muhtoj bo‘lib, ular kechiktirilmasdan jarrohlik bo‘limlariga yotqizilishi shart.

TERI VA TERIOSTI YOG‘ TO‘QIMALARINING YIRINGLI KASALLIKLARI

Furunkul – teriosti yog‘ xaltasi va yog‘ bezlarining o‘tkir yiringli yallig‘lanishidir. Bu yallig‘lanishlar gohida teriosti yog‘ to‘qimalariga ham yoyilishi mumkin. Furunkullarning asosiy chaqiruvchilari stafilokokklardir. Furunkullar tananing tuklar bilan qoplangan barcha maydonlarida, asosan yuz, bo‘yin, bel va dumba sohalarida ko‘proq uchrashi mumkin. Furunkulni keltirib chiqaruvchi omillardan asosiy o‘rinni shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilmaslik (kam cho‘milish, kiyimlarni tez-tez almashtirmaslik), vitaminlar yetishmasligi, terining tirnalishi, umumiy va

uglevodlar almashinuvining (qandli diabet bilan ogʻrigan bemorlarda) buzilishi egallaydi. Furunkul obyektiv kuzatilganda teri qizargan, shishgan, tuk atrofidagi hamda teriosti yogʻ qatlamini yiringli jarayon oʻziga jalb etgan, yiring yuzida bitta tuk boʻlib, u ham gohida oʻzidan-oʻzi tushib ketishi mumkin.

Yuz furunkullari oʻta xavfli boʻlib, yuqori jagʻ sohasida uchraydigan xillari qoʻl bilan ezilganda, vena tomirlari orqali infeksiyalar koʻtarilib, venalar tromboflebiti, yuz saramasi, venalar orqali bosh miya sinuslariga oʻtib meningit, ensefalit, bosh miya absessi va sepsis holatlariga olib kelishi mumkin. Shuning uchun ham bunday bemorlar shifoxonalarda davolanishlari shart.

Karbunkul deb birdaniga bir nechta soch xaltalari, teriosti yogʻ qatlami va pastki qavat toʻqimalarining bir vaqtda oʻtkir yiringli yalligʻlanib, katta miqdordagi toʻqimalarni nekrozga olib keluvchi holatga aytiladi. Karbunkulni chaqiruvchi mikroorganizmlar furunkulni chaqiruvchilardan farq qilmaydi. Asosan karbunkul boʻyinning orqa sohasida koʻp uchraydi, yaʼni bu holat iflos kuylaklarning yoqasi boʻyinga koʻp ishqalanishi tufayli terining shikastlashi sababli kelib chiqadi. Karbunkulning klinik kechishi ham furunkulnikiga oʻxshash, biroq bu koʻrsatkichlar ogʻirroq kechib, bularga ishtahaning yoʻqligi va qusish holatlari qoʻshiladi. Karbunkulda furunkulga qaraganda absess, flegmona, limfadenit, tromboflebit va sepsis kabi asoratlar koʻp uchraydi. Karbunkul bilan ogʻrigan bemorlar ham shoshilinch ravishda shifoxonalarda davolanishlari shart.

Gidradenit ter bezlarining oʻtkir yiringli kasalligidir. Bunday yiringli yalligʻlanishga koʻpincha qoʻltiqosti ter bezlari chalinadi. Avvaliga qizarib infiltrat hosil qiladi, keyinchalik uch berib, oʻrta qismidan yiring chiqaradi, absesslar paydo qiladi. Bunday bemorlarning qariyb barchasi ambulator sharoitda davolanishlari tavsiya etiladi.

Limfongoit va limfadenit – limfa tomirlarining hamda limfa bezlarining yalligʻlanishi boʻlib, ikkala xastalik ham ikkilamchi kasalliklar turkumiga kiradi. Bular asosan furunkul, karbunkul, gidradenit va boshqa yiringli kasalliklar asorati sifatida paydo boʻladi. Yiringli oʻchoqlar rivojlangan joylardan limfa tomirlari boʻylab tomir qizarib, ogʻriq bilan tortilgan joyni paypaslaganda ogʻriq beradigan chiziq biror-bir boʻgʻim chuqurchasida tugunlar hosil qilishi va ularning kattalashishi limfadenit deb ataladi. Baʼzi yalligʻlangan tomirlar boʻylab kuzatiladigan infiltrat yumshaydi, ogʻriqlar bir oz kamayadi. Bu esa yiringlash roʻy berganligidan dalolat beradi. Bunday hollarda jarrohlik yoʻli bilan yiringli oʻchoqlarni ochish tavsiya qilinadi. Qolgan hamma hollarda asosan birlamchi yiringli kasalliklarni davolash, antibiotiklar va fizioterapevtik umumiy davolash tavsiya etiladi. Kasallik boshida esa aʼzolar harakatini chegaralab, mahalliy muolajalarni bajarish maqsadga muvofiqdir.

Abssess va flegmonalar

Abssess to'qima va a'zolarining chegarali o'tkir yiringli yallig'lanishidir. *Flegmona* – tarqalgan o'tkir yiringli yallig'lanish hisoblanadi. Ko'proq teri ostidagi yog' to'qimasida rivojlanadi, to'qimalarni yemirish xususiyatiga ega.

Ikkala kasallik o'rtasidagi farq shundan iboratki, birinchi holda yiringli yallig'lanish chegaralangan, ikkinchi holda esa tarqalgan bo'ladi. Abssesslarda flyuktuatsiya (to'lqinlanish) belgisi musbat, flegmonalarda bu belgi umuman aniqlanmaydi, aniqlansa ham, kuchsiz bo'ladi. Qolgan klinik belgilarning hammasi ikkala kasallikda ham qariyb bir xildir. Flegmonada yiringli yallig'lanish tarqalganligi sababli umumiy klinik ko'rsatkichlari bir oz kuchliroq namoyon bo'lishi mumkin.

Flegmona va abssesslarni davolash asosan jarrohlik yo'li bilan, yiringli o'choqlarni ochish orqali bajariladi. Yiringlar ochilgandan keyin esa jarohatlarni mahalliy davolashning umumiy qoidasiga rioya qilgan holda, ya'ni shu a'zolarga dam berish, yiringlarning oqishiga sharoit tug'dirish, mexanik antiseptika yo'li bilan davolash va antiseptiklarni qo'llash orqali bajariladi. Suyuqlik ajratib chiqarayotgan jarohatlarga tuzli gipertonik eritmalar (10 % xlorid natriy eritmasi) bilan salfetkalar, jarohat qurishi (digidratatsiya) vaqtida esa Vishnevskiy malhami bilan bog'lamlar qo'llaniladi.

Sepsis – yiringli kasalliklar chaqiruvchi mikroblarning to'g'ridan-to'g'ri qon aylanish doirasiga tomirlar orqali tarqalishi bo'lib, organizm uchun o'ta xavfli xastalik hisoblanadi. Sepsisni chaqiruvchi bakteriyalar streptokokk, stafilokokk, ichak tayoqchalari va ba'zida anaerob mikroblar ham bo'lishi mumkin.

Sepsisning klinik belgilariga yuqori harorat ($39-40^{\circ}\text{C}$), tomir urishining tezlashishi, qon bosimining pasayishi, bosh og'rishi, muskul va suyaklarning og'rishi, et uvishishi va sovuq ter ajralishi kiradi.

Septik shok sepsis kasaligining og'ir asorati bo'lib, tananing barcha muhim a'zolari faoliyatining chuqur buzilishiga olib keladi. Klinik belgilariga o'tkir yurak-tomir yetishmovchiligining nafasning yuzaki va tezlashishi kabi o'zgarishlar bilan bir vaqtda bo'lishi kiradi. Bemorlarning yuzlari ko'kimtir kulrang ko'rinishda bo'ladi, teri qoplamlarini muzdek yopishqoq ter qoplaydi, qon bosimi $90-70\text{ mm}$ simob ustuniga tenglashadi, ahvoli og'irlashgan sariq qon bosimining pasayishi kuzatiladi. Qo'l va oyoqlar muzlaydi, keyinchalik tomir urishi sezilmay qoladi.

Sepsis va septik shok bilan og'irgan bemorlarni zudlik bilan shifoxonaga yotqizish zarur. Bemorlarni shitda gorizontol holatda olib borish tavsiya etiladi.

O'tkir maxsus jarrohlik infeksiyalari

Bu kasalliklarga saramas, qoqshol, anaerob havoli infeksiya va kuydirgi kiradi. Ushbu kasalliklarning boshqa kasalliklardan farqi, ularning maxsus chaqiruvchisi bo'lib, ular ta'sirida to'qimalarda mahalliy o'zgarishlar yuz beradi.

Qoqshol (stolbnyak) – o'tkir infeksiyon kasallik, uni maxsus anaerob «qoqshol tayoqcha»si keltirib chiqaradi. Teri va shilliq qavatlar shikastlanganda odam organizmiga kiradi. Qoqshol tayoqchasi hayvonlar va odam ichaklarida yashaydi va tashqarida spora ko'rinishida tuproqda, kiyim-kechaklarda va istalgan joyda uzoq saqlanib, shamol bo'lganda, chang bilan keng tarqaladi.

Qoqshol tayoqchasi odam organizmiga tushgandan so'ng, o'zidan turli xil zaharlar chiqaradi, bu zaharlar asosan nerv tolalari hamda limfa tizimi bo'ylab butun organizmga tarqaladi.

Yashirin davri 3–7 kundan 3 haftagacha davom etadi.

Rivojlangan qoqshol kasalligining klinik belgilari quyidagilardan iborat: kichik qo'zg'atuvchilar (yorug'lik, ovoz va b.)ga nisbatan muskullarning klonik va tonik tirishishlari. Kasallik boshlanishida tonik tirishish og'iz muskullaridan boshlanadi – trizm (bemor og'zini ocha olmaydi). Yuzdagi mimika muskullarining tortilishi tufayli bemorlarda «sardonik kulgi» alomatlari paydo bo'ladi. Bo'yin sohasidagi muskullarning kuchli tirishishi tufayli bemorning bosh qismi orqa tomonga ketib qoladi. Vaqt o'tgan sari tirishish butun tana muskullariga (bel, ko'krak, qorin va oyoq) tarqaladi. Bunday holat «opistotonus» deb ataladi. Muskullarning tirishishi bir necha sekunddan bir necha minutgacha davom etishi mumkin. Ba'zan muskullarning uzilishi, suyaklarning sinishi va bo'g'imlarning chiqishi kuzatilishi mumkin, shunga qaramasdan, ko'pchilik bemorlarning hushi o'zida bo'ladi.

Qoqshol kasalligining oldini olish choralari:

- 1) jarohatlarga birlamchi jarrohlik ishlovi berishni amalga oshirish;
- 2) tana a'zolarining ish faoliyatini qayta tiklash (shokka va kam-qonlikka qarshi kurash);
- 3) maxsus profilaktika o'tkazish, ya'ni qoqsholga qarshi zardob va anatoksin vositalarini organizmga kiritish.

Qoqsholda birinchi yordam – bemorni zudlik bilan shitda gorizontal holatda yaqinroqda joylashgan, reanimatsion bo'limi bor shifoxonaga olib borib yotqizishdan iborat.

Anaerob havo infeksiyasi

Gazli flegmona va gazli gangrena (chirish) organizm barcha to'qimalarining og'ir shikastlanishi bo'lib, anaerob havo infeksiyasini keltirib chiqaradi. Bu bakteriyalar yerda, ayniqsa, odam va hayvonlar axlatlari bilan ifloslangan joylarda juda ko'p miqdorda uchraydi. Anaerob

infeksiya ko‘pincha jangovar harakatlar paytida, muskullar shikastlanganda rivojlanadi.

Yashirin davri juda qisqa bo‘lib, 2–4 kundan so‘ng kasallik belgilari boshlanadi.

Gazli gangrenada mahalliy o‘zgarishlar asosan jarohatda kuchli og‘riq bo‘lishi, shish va teri qoplamida og‘riq kuzatilishi bilan tavsiflanadi. Barmoq bilan bosib ko‘rilganda, teriosti yog‘ klechatkasida havo pufakchalari siljishi hisobiga g‘ichirlash seziladi. Jarohat kulrang ko‘rinishda bo‘ladi. Ko‘rinib turgan muskullar «qaynatilgan go‘shni» eslatadi, jarohatdan gohida havo pufakchalari chiqib turadi.

Umumiy simptomlari asosan kuchli zaharlanish hisobiga ro‘y beradi: yuqori harorat, terining sarg‘ayishi, ko‘zning bir nuqtaga tikilishi, puls kamayishi va kuchsizlanishi, arterial bosimning pasayishi, bemor o‘lim yuz bergungacha hushini yo‘qotmaydi.

Birinchi yordam – jarohatga zudlik bilan aseptik bog‘lam qo‘yib, transport immobilizatsiyasini amalga oshirish, bemorni gorizontol holatda zambilda yoki shitda eng yaqin shifoxonaning jarrohlik bo‘limiga yotqizish kerak.

QORIN BO'SHLIG'I VA AYIRUV A'ZOLARINING O'TKIR KASALLIKLARI HAMDA JAROHATLARI

Kasallik klinik simptomlarining keskin ravishda o'sib borishini va bemor ahvolining og'irligini hayot uchun xavfli bo'lgan kasalliklar turkumiga kiradigan o'tkir qorin a'zolaridan qon ketishi misolida ko'rib chiqish mumkin. Qorin a'zolaridan o'tkir qon ketishi ikki xil ko'rinishda bo'ladi. Birinchi ko'rinishida qorin bo'shlig'i a'zolaridan ketayotgan qon shu a'zolar bo'shlig'iga tushadi va shu sababli bu ko'rinish qon ketishining qorin bo'shlig'i a'zolari ichiga ketishi nomi bilan ataladi. Ikkinchi ko'rinishida esa qorin bo'shlig'i a'zolaridan ketayotgan qon to'g'ridan-to'g'ri qorin bo'shlig'iga tushadi va shu sababli qon ketishining qorin bo'shlig'iga erkin qon ketishi nomi bilan ataladi.

Ovqat hazm qilish a'zolari ichiga o'tkir qon ketishi. Bunday hollarda qon ketishining manbai bo'lib, ko'pincha oshqozon (me'da) va o'n ikki barmoqli ichaklarda uchraydigan jarohatlar, qizilo'ngach pastki venalarining jigar sirrozlarida uchraydigan varikoz kengayishlari, oshqozon va ichaklardagi o'smalarning yemirilishi, alimentar (ovqat iste'moli tufayli uchraydigan) gemorragik gastritlar va hokazolar bo'lishi mumkin.

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakdan qon ketishi pinhona (ko'z ilg'amaydigan darajadagi kichik venalardan) va profuz (biron-bir arteriyadan shovullab) qon ketishi ko'rinishlariga bo'linadi.

Pinhona qon ketishining asosiy manbaini aniqlash bir oz qiyin kechishi mumkin, ammo asosiy klinik simptomlaridan biri bo'lib, sababsiz o'sib borayotgan kamqonlik xizmat qiladi.

Ovqat hazm qilish yo'llaridan qon ketishi o'z navbatida klinik kechishi bilan ikki xil ko'rinishda bo'ladi:

1) latent (pinhona) qon ketishida bemorning umumiy qon tahlili shuni ko'rsatadiki, qondagi gemoglobin miqdorining 85–100 g/l gacha (normada 140–160 g/l) kamayib ketishi bilan birga bemorlar umumiy darmonsizlik va bosh aylanishidan shikoyat qiladilar, ularning rangi oqarib, yuragi tez-tez uradi (taxikardiya), arterial bosimi pasayib ketgan bo'ladi, ba'zan ular hushidan ketib qoladi;

2) oshkora (shovullab) qon ketishida, gemoglobin miqdori 50 g/l gacha, ba'zan bundan ham ko'proq kamayib ketishiga sabab bo'ladi, bemorlarda og'ir kollaps holati kuzatiladi, qon qusish va axlatining qorayib ajralishi bilan birga kechadi. Bu hollarda bemor rangi oqarib ketadi, qon bosimi keskin tushib ketishi, badanini muzdek sovuq ter bosishi, lab va barmoqlarining ko'karib ketishi kuzatiladi.

Shoshilinch yordam: bemor qornining (epigastral) yuqori qismiga sovuq narsa (muz, qor, sovuq suvga shimdirilgan mato) qo'yish, shoshilinch holatda bemorni turg'izmay, zambilda kasalxonaga yetkazish zarur.

O'tkir qorin bo'shlig'iga qon ketishi

Bunday ko'rinishdagi qon ketishi bachadondan tashqarida rivojlangan homiladorlikda, taloq va tuxumdonning yorilishida, qorin aortasi anevrizmasining yorilish holatlarida uchraydi.

Asosan qon ketishining bu ko'rinishi biron-bir jismoniy og'ir zo'rishdan keyin to'satdan kamquvvat, bosh aylanishi, ko'z oldi qorong'ilashishi, terining oqarib, sovuq terga tushishi, tomir urishining keskin ortishi va tana haroratining tushib ketishi, qon bosimining pastligi va qorin pardasining yallig'lanishi, ya'ni Shetkin-Blyumberg simptomining keskin musbatligi ko'rsatkichlari bilan ifodalanadi.

Ko'p hollarda bu bemorlarda og'riq ikki yelkaga, taloq yorilishida esa ko'proq chap yelkaga berishi, diafragma yuzasining qon bilan qoplanganligidan yuzaga keladi. Bunday bemorlarda «Vanka-Vstanka» simptomi musbat bo'ladi, ya'ni bemor o'troq yoki yarim o'tirgan holatda o'zini yaxshi his qiladi, majburiy gorizontal holatga o'tganda, yelka sohasida og'riqning zo'rayishini ta'kidlaydi va zudlik bilan o'tirgan holatga qaytadi.

Bachadon tashqarisidagi homiladorlikda ko'p hollarda hayz ko'rishning kechikkanligi kuzatiladi.

Aorta anevrizmasining yorilishi aksar hollarda qari va keksa kishilarda uchraydi.

Vrachgacha bo'lgan tez yordamda bemorlardagi kasallik belgilariga asoslanib: bachadon tashqarisidagi homiladorlikda va urug'donning yorilishida, ginekologiya; taloq yorilishi va aorta anevrizmasining yorilishida jarrohlik bo'limiga, qorin sohasiga sovuq qo'yib, zambilda yotqizilgan holatda olib borish shart.

QORIN DEVORI VA QORIN A'ZOLARINING SHIKASTLANISHI

Yopiq lat yeyish

Bunday lat yeyish asosan o'tmas va to'mtoq narsalar (musht va tovon) zarbalaridan keyin kelib chiqadi. Asosiy belgilari: og'riq, shish, qontalash va qorayish (gematoma) bilan chegaralanadi. Zarba kuchli bo'lgan hollarda qorin devori mushaklarining yorilishi ham kuzatiladi, unda yuqoridagi klinik ko'rinishlar nisbatan og'ir kechishi, gematomaning

keskin o'sib borishi, yuza sohada «fluktuatsiya» belgilari paydo bo'lishi mumkin.

Agarda yopiq lat yeyishning og'ir holatlari kuzatilsa, parenximatoz a'zolar (jigar, taloq) yorilsa, unda qorin bo'shlig'iga qon ketishining belgilari namoyon bo'ladi (bexosdan bemor rangining oqarib ketishi, umumiy quvvatsizlik, uyquchanlik, og'iz qurishi, tomir urishining tezlashganligi va qon bosimining keskin tushib borishi va h. k.).

Birinchi tez yordam ko'rsatish vaqtida bemorni yotqizib, unga to'liq tinchlik berish kerak. Qorniga muzli pufak, agarda ichki qon ketishining belgilari bo'lsa, shokka qarshi shoshilinch muolajalar – qon va qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar quyish lozim.

Bunday holatlarda shuni unutmaslik kerakki, bemorlarga og'riqni qoldiruvchi morfin va boshqa analgetiklarni yuborish taqiqlanadi, ya'ni og'riqni qoldiruvchi bunday dori-darmonlar ta'siri kasallik belgilarini aniqlashda ba'zi bir chalkashliklarga olib kelishi mumkin.

Har qanday holatda sodir bo'lgan qorin devorining lat yeyishi bilan murojaat qilgan bemorlarni statsionarga kuzatib, tekshirish uchun yotqizish shart. Og'ir hollarda bemorlarni shoshilinch jarrohlik bo'limlariga zambilga yotqizib olib borish maqsadga muvofiqdir.

Ochiq jarohatlar

Qorin devorining jarohatlari qorin devorini teshib o'tgan (oshqozon, ichak tutqichi (charvi), jigar, taloq va h. k.) va teshib o'tmagan ko'rinishlarda bo'ladi.

Qorin bo'shlig'ini teshib o'tgan jarohatlarda qorin bo'shlig'i a'zolaridan birontasi jarohatlangan bo'lsa, bu holatlarga qorindagi kuchli og'riq, qorinning oldingi devori muskullari taranglashganligi va qorin pardasining yallig'lanish simptomlarining musbatligi misol bo'la oladi.

Birinchi tibbiy yordam ko'rsatish vaqtida jarohatlarga birlamchi jarrohlik ishlovi beriladi, agarda jarohatdan qorin a'zolari chiqib turgan bo'lsa, ularni qorin bo'shlig'iga to'g'rilab, qaytadan joylashtirish qat'ian man qilinadi, aksincha, bu a'zolari sterilangan matolar bilan o'rab, qurib qolishining oldini olish choralari ko'rish tavsiya qilinadi.

Agar teshib o'tgan jarohat belgilari aniq bo'lsa, u holda bemorga shoshilinch og'riqni qoldiruvchi dori-darmonlar (promedol, morfin) qilinib, zudlik bilan operatsiya o'tkaziladi. Ovqat hazm qilish yo'li a'zolari jarohati borligi gumon qilinganda bemorlarga suv ichish qat'ian man qilinadi.

QORIN BO'SHLIG'I A'ZOLARINING KASALLIKLARI

Ma'lumki, har bir jarrohlik muassasalarida shoshilinch chora ko'rishni talab etadigan jami operatsiyalarning 2/3 qismini tashkil etadigan qorin bo'shlig'ining o'tkir jarrohlik kasalliklariga (o'tkir appenditsit, o'tkir xoletsistit, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yarasining teshilishi (perforatsiyasi), oshqozon va ichaklar yarasidan qon ketishi, ichak tutilishi, o'tkir pankreatit va boshqa kasalliklar bitta «o'tkir (xavfli) qorin» nomi bilan ataladi.

Asosiy klinik simptomlari quyidagilar:

- 1) qorin bo'shlig'ida to'satdan boshlanadigan og'riq;
- 2) qorin pardasining yallig'lanishi, ya'ni qorin devori muskullarining taranglashishi;
- 3) yurak-tomir doirasidagi o'zgarishlar, shokkacha borishi, ovqat hazm qilish doirasidagi disfunktsional o'zgarishlar (ko'ngil aynishi, qayt qilish, qabziyat bo'lishi, ichak yurishining (perestaltika) to'xtashi kabilar.

«O'tkir qorin» tashxisi gumon qilingan barcha holatlarda, qisqa vaqt ichida bemorni zambilga yotqizib, bosh tomonini bir oz ko'tarib, oyoqlarini tizzasidan bukib, tagiga yostiq qo'yib, shoshilinch ravishda yaqinroqda joylashgan jarrohlik bo'limiga eltish maqsadga muvofiqdir. Agarda bemorda shok belgilari bo'lsa, muskul oralig'iga yurak va nafas analeptiklari (2 ml–10 % li kofein va 2 ml kardiamin) dori-darmonlarini qilish tavsiya etiladi.

Qorin bo'shlig'i a'zolarining o'tkir kasalliklari ichida shoshilinch, muntazam ravishda davolash muolajalariga muhtoj kasalliklardan biri bo'lgan oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yarasi kasalligini alohida ko'rsatish kerak. Bu kasallikni alohida ta'kidlashimizga sabab, u bilan 8–10 % dan ko'proq erkaklar og'riydilar va asoratlari ham ko'p uchraydi. Bu kasallik asoratlari kutilmaganda kasallik rivojining turli vaqtlarida, qolaversa klinikalarda birinchi bor aniqlanishi ham mumkin.

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yarasining teshilishi (perforatsiya) bu kasallikning eng katta va eng xavfli asoratlaridan biri sanaladi va shoshilinch jarrohlik muolajalarini talab etadi.

Birinchi davr (perforatsiya boshlangandan so'ng 4–6 soat ichida) – bu vaqtda to'satdan «xanjar» sanchilgandek kuchli og'riq qorinning yuqori qismida boshlanadi, qorinning oldingi devori muskullari taranglashib, taxtasimon qattiq holatga o'tadi. Ayrim hollarda shok holati kuzatiladi (bemor oqarib, sovuq terga tushadi, bradikardiya – tomir urishi pasayadi, nafas olishi yuzaki va h. k.), tana harorati bu vaqtda me'yorida bo'ladi.

Ikkinchi davr (teshilgandan keyin 6–12 soatgacha) davom etadi, bu vaqtda o'tkir shok belgilari yo'qolib, bemor o'zini bir oz yaxshi his qiladi, gohida eyforiya – mast odamga o'xshab alahsirashi mumkin.

Ammo bu holat «soxta» yaxshilanish vaqti hisoblanib, bu vaqtda qorin pardasining yallig'lanishi rivojlanadi.

Uchinchi davr teshilishdan keyingi 12–18 soatni o'z ichiga oladi va peritonit (qorin pardasi yallig'lanishi)ning mahalliy va umumiy simptomlari butkul rivojlanganligi bilan ifodalanadi.

Kasallikning umumiy belgilari organizmning umumiy zaharlanishi (intoksikatsiya) asosida rivojlanadi: tili quruq, oq parda bilan qoplangan, tana harorati ko'tarilgan, tomir urishi tezlashgan, ko'ngil aynishi, qayt qilish, ayrim hollarda siydik ajralishining buzilishi (ko'pincha to'xtashi) kabilar. Kasallik o'tib ketgan hollarda bemorning yuz ifodasi shunchalik najot istab turganga o'xshaydiki, bu ifodaga qarab ham bemorga peritonit tashxisini qo'yish mumkin. Yuz ifodasining bu ko'rinishiga «Gippokrat yuzi» deyiladi, ya'ni yuz ifodasi bir nuqtaga qaratilgan, ko'zlari cho'kkan, ko'zlari tagida qoramtir dog'lar hosil bo'lganligini kuzatish mumkin. Bemor vaqti-vaqti bilan alahsiraydi va og'ir hollarda hushidan ketish kuzatiladi.

Peretonitning asosiy belgilarini ifodalovchi mahalliy simptomlari: qorindagi kuchli og'riq, paypaslagandagi og'riqlar, qorin muskullarining tarangligi va nafas olishda ishtirok etmasligi.

Oshqozon perforatsiyasida bemorni qutqarib qolishning birdan-bir chorasi shoshilinch jarrohlik muolajalariga hamda muolajalarning qancha erta boshlanganligiga bog'liqdir. Shu qoidalarni qat'iyon esda tutish shart.

Oshqozon yarasidan qon ketishi

Oshqozon yarasidan qon ketishi umumiy qon ketishining 15–20 % ni tashkil qiladi. Qon ketishi qisman yashirin va o'tkir (profuz) qon ketishlarga bo'linadi. Asosan qon ketishi yara devori buzilishi bilan boshlanadi.

Qisman (yashirin) qon ketishida 200 ml miqdorgacha qon ketgan vaqtda bemor qon ketganligini payqamasligi mumkin. Bu hollarda keyingi kuni bemor bir oz bequvvatlikni va axlatining qorayib chiqishini kuzatish bilan anglashi mumkin.

Profuz (ko'p miqdorda) qon ketishida qon ketishiga xos bo'lgan barcha belgilar o'tkir anemiya (kamqonlik) belgilari bilan kechadi. Bu holda umumiy darmonsizlik, tanglik, teri rangining keskin oqarib ketishi, quloqlardagi shovqin, bosh aylanishi, kuchsiz va tez tomir urishi, qon bosimi va tana haroratining tushib ketishi kabi belgilar bilan kuzatiladi.

Bexosdan boshlanadigan qonli qusiq asosan «quyuq qahva» rangida bo'ladi, bu holat qonning tuzli ishqorlari ta'sirida gematin moddasi hosil bo'lish jarayoni bilan ifodalanadi. Ba'zan kuchli qon ketishida qusiqdagi qon qip-qizil, ya'ni tuzli ishqor ta'sir qilib ulgurmaganligi sababli o'z holda ajralishi mumkin. Ketayotgan qonning ichaklarga tushgan qismi esa qabziyat bilan qora tusda suyuq (melana) holda chiqadi.

Shu o'rinda ta'kidlab o'tish kerakki, qon ketishi nafaqat yara kasalligida, qolaversa jigar sirrozida qizilo'ngach venalarining keskin kengayishida ham bo'lishi mumkin.

Shifokorgacha bo'lgan tez yordam bemorga berilgan tinch holat, qorinning yuqorigi qismiga qo'yilgan muzli pufak, vena ichiga 5–10 ml 10 % kalsiy xlorid eritmasini yuborish, muskul oralig'iga 1–2 ml bir foizli vikasol eritmasini yuborish va shoshilinch ravishda zambilda jarrohlik bo'limiga eltish kabi tadbirlardan iboratdir.

Qorin bo'shlig'i a'zolarining o'tkir yallig'lanish kasalliklari

O'tkir appenditsit ko'richakdagi chuvalchangsimon o'simtaning yallig'lanishidir. O'rtacha bir yilda 250 ta odamdan bittasi o'tkir appenditsit bilan og'riydi, bu esa taxminan «O'tkir qorin» kasalligining 70 % ni tashkil qiladi. Asosan o'tkir appenditsit yosh va o'rta yosh odamlarda ko'proq uchraydi.

O'tkir appenditsit qorinda to'satdan og'riq tutib qolishi bilan boshlanadi. Bu kasallik odatda darakchilarsiz boshlanaveradi. Bir vaqtning o'zida ishtaha yo'qolishi, og'iz qurishi, ko'ngil aynishi, qayt qilish, ko'pincha bir marta, ammo ovqat iste'mol qilish bilan bog'liq bo'lmagan holda, tana haroratining subfebril ($37,3-37,8^{\circ}\text{C}$) darajasiga ko'tarilishi, taxikardiya bo'lishi bilan boshlanadi.

Ma'lum vaqt ichida og'riq butkul qorinning pastki o'ng qismiga o'tadi. Qorin devori kuzatilganda o'ng qismi nafas olishdan bir oz qoladi, paypaslaganda va boshqa har qanday harakat vaqtida bemor og'riqni his qiladi.

O'tkir appenditsitni davolash faqat jarrohlik yo'li bilan chuvalchangsimon o'simtani kesib olish, appendektomiya usulida bajariladi. Shuning uchun hamma vaqt bunday bemorlar jarrohlik bo'limiga shoshilinch ravishda keltirilishi shart.

O'tkir xoletsistit – o't pufagining o'tkir yallig'lanishi. Asosan o'rta va keksa yoshdagi odamlarda uchraydi, nisbatan ayollarda ko'proq uchraydi.

Kasallikning klinik kechishi asosan bexosdan, o'ng qovurg'aosti sohasidagi og'riq bilan boshlanib, bemorlarda tana haroratining $38-39^{\circ}\text{C}$ ga ko'tarilishi, bemorning ko'zida va ko'zga tashlanadigan shilliq pardalarida paydo bo'ladigan sariqlik bilan kechadi. Ba'zi hollarda og'riqning o'ng qo'lga, o'ng yelkaga uzatilishi bilan ham kechishi mumkin.

Bemorni tekshirish jarayonida taxikardiya (yurakning tez urishi), qorin devorining oldingi va o'ng qovurg'a sohasi muskullarining taranglashganligi kuzatiladi. O't pufagi yiringli yallig'langan va teshilgan hollarda peritonit rivojlanadi, shuning uchun bunday bemorlarni shoshilinch jarrohlik bo'limiga joylashtirish tavsiya qilinadi.

O'tkir pankreatit – oshqozonosti bezining yallig'lanishi bo'lib, barcha o'tkir jarrohlik kasalliklarining 9–12 % ni tashkil etadi, shu bilan birgalikda destruktiv, ya'ni a'zo yiringlab chirishiga olib keladigan hollari 25–30 % gacha boradi, bunday paytlarda esa o'lim 22–50 % gacha boradi. Ko'proq 30–50 yoshdagi bemorlarda uchraydi. Kasallikni keltirib chiqaruvchi asosiy omillardan biri yog'li, achchiq va spirtli ichimliklarni me'yoridan ko'p iste'mol qilishdir. Ayrim hollarda o't-tosh kasalliklari bilan og'rgan bemorlarda ham moyilliklar aniqlangan.

Kasallik bexosdan sanchiq bilan, qorinning yuqori qismidan boshlanadi. Og'riq haddan tashqari chidab bo'lmas darajada bo'lib, boshlanish nuqtasi oshqozonosti bezining qaysi qismi yallig'lanishiga bog'liq. Dum qismi yallig'langanda qorin devorining yuqori chap qismida, bosh va tana qismi yallig'langanda qorinning yuqorigi o'rta qismidan boshlanadi. Ko'p hollarda og'riq orqa, bel sohalariga va belbog' shaklida tarqalgan bo'lishi mumkin. Ayrim hollarda og'riq, ko'ngil aynishi qayta-qayta qusish va qorinning damlanishi bilan kechishi mumkin. Shular bilan birgalikda, yurak-tomir yetishmovchiligi (kollaps) belgilari, teri rangining oqarib ketishi, ko'zga ko'rinar shilliq pardalarning ko'karganligi, taxikardiya, tana haroratining pastligi kuzatiladi.

O'tkir pankreatit bilan og'rgan bemorlar shoshilinch shifoxonaga yotqizilishi va jarrohlik bo'limida davolanishi shart.

O'tkir ichak tutilishi – hamma yoshdagi bemorlarda uchrashi mumkin.

Ichak tutilishi – ichak bo'ylab uning ichidagi massaning biron-bir sababga ko'ra, harakatining vaqtinchalik yoki batamom to'xtashi bilan ta'riflanadigan kasallikdir. Ichak tutilishini ikki: mexanik va dinamik ko'rinishda o'rganish mumkin.

Mexanik ichak tutilishi bir necha sabablarga ko'ra bo'lishi mumkin – o'sma, yot jism, stenoz (torayish), ichakning tugilib qolishi, ichaklarning bir-biriga yopishishi va ularning tiqilishi.

Dinamik ichak tutilishida, ichakning bo'ylama va ko'ndalang qisqaruvchanlik xususiyatlari (peristaltikasi) buzilganligi tufayli, ovqat luqmasi yo'nalishining ichaklarda buzilishi kuzatiladi. Bu turdagi ichak tutilishi qorin bo'shlig'ida amalga oshirilgan og'ir operatsiyalardan va qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishlaridan keyin kelib chiqadi.

Ichak tutilishining asosiy belgilaridan biri qorindagi og'riq, sanchiq, ko'ngil aynishi va qayt qilish (avvaliga yeyilgan ovqat, keyinchalik o't suyuqligi, so'ngra axlat aralash «axlatli qayt» qilish) kuzatiladi. Bemorlar bunday hollarda harakatsiz, darmonsiz bo'ladilar, teri va shilliq pardalari oqimtir, qon bosimi nisbatan past, tana harorati pasaygan yoki me'yorida bo'ladi. Qorin devorining ko'rinishi assimetrik (notekis), bemorda ko'zga ko'rinarli ichak harakati vaqtida (peristaltika) kuchli og'riq tufayli uning chinqirib azoblanishi kuzatiladi. Paypaslaganda

bemor qornida kuchli ogʻriq his qiladi, baʼzan ichak tutilishida qorin devorida tugunlarni, shishlarni paypaslab aniqlash mumkin. Bu hollarda shoshilinch choralar koʻrilmasa, qisqa vaqt ichida odam organizmining zaharlanish xavfi kuzatiladi. Ichak tutilishi boʻlgan hollarda bemorlarni shifoxonaga keltirish va lozim boʻlsa, operativ davo choralarini kechiktirmaslik darkor, aksincha, bemor hayoti xavf ostida qoladi.

AYIRUV AʼZOLARINING KASALLIKLARI VA JAROHATLARI

Ayiruv aʼzolarining yopiq shikastlanishlari asosan kuchli transport toʻqnashishlarida, yuqoridan pastga yiqilishda, tos suyaklarining sinishi (siydik ajratish yoʻli)da kuzatilishi mumkin.

Ochiq shikastlar esa asosan bel yoki qovuqusti sohalarining yorilgan, sanchib kesilgan jarohatlarida uchraydi.

Siydik chiqarish aʼzolarining shikastlanishlari va jarohatlari ogʻir, xavfli shikastlar hisoblanib, koʻp hollarda travmatik shokka olib keladi. Boʻyrak shikastlanganda esa bel sohasida qattiq ogʻriq, buyrakoldi yogʻ qobigʻida qon toʻplanishi va siydikdan qon ajralib chiqishi (gematoma, gematuriya) kuzatiladi, gohida shu jarohatlar orqali siydik ajralib turishi ham mumkin. Bundan tashqari, siydik pufagi va yoʻllari jarohatida siydik ajralishining vaqtinchalik yoki butunlay toʻxtashi kuzatiladi.

Siydik qopini va siydik chiqarish aʼzolari shikastlanishlarida yuqoridagi belgilardan tashqari, koʻp hollarda siydikning qorin boʻshligʻida yigʻilish xavfi ham koʻp uchrab turadi va bu holat siydikli peretonit va infiltratga olib keladi.

Birinchi yordam: jarohat sohasiga yaxshilab spirt va yod bilan birlamchi ishlov berilgandan keyin, aseptik bogʻlam qoʻyib, shoshilinch zambilda yotqizilgan holda shokka qarshi chora-tadbirlarni qoʻllab, zudlik bilan jarrohlik, yaxshisi, maxsus urologiya boʻlimlariga eltish maqsadga muvofiqdir.

Siydik chiqarish aʼzolari kasalliklari

Bu kasalliklarni ikkiga boʻlib oʻrganish mumkin: yalligʻlanish tufayli kelib chiqadigan (piyelit, sistit, paranefrit) va yalligʻlanishga xos boʻlmagan (buyrak-tosh kasalligi) kasalliklar.

Adabiyotlarning xabar berishicha, buyrak-tosh kasalligi umumiy jarrohlik kasalliklarining 16 % ni tashkil qiladi. Ayni vaqtgacha tosh hosil boʻlish jarayoni toʻliq ochilgan boʻlmasa-da, baʼzi sabablari aniqlangan. Bularga vitaminlar yetishmovchiligi (avitaminoz), buyrak va suyak sistemalari shikastlanishlari, siydik yoʻllari infeksiyalari, ishqor va asoslar

tengligining yo'qolishi, issiq iqlim sharoiti, ekologik ko'rsatkichlar kiradi. Kimyoviy tuzilishiga qarab, toshlar, uratlar, oksolatlar, fosfatlar va boshqa turlarga bo'linadi. Toshlarning buyrak va siydik yo'llarining shilliq pardalarida siljishidan buyrak jomi va siydik yo'llari muskullarining torayishi (spazm) paydo bo'ladi.

Asosan sanchiq va og'riqlar tosh yoki qumlarning buyrakdan chiqib, siydik yo'llarida siljishi vaqtida kuchli bo'ladi. Bunday hollarda siydikning chiqishi qiyinlashib, bo'yarak jomlari va qobig'ini katta bosim ostida kengaytirib, og'riqning yana ham zo'rayib ketishiga olib keladi. Bo'yarak sanchig'i bemor to'liq xotirjam bo'lgan paytda birdan boshlanib, og'riq XII qovurg'a yoki qorin sohasiga uzatilishi mumkin. Bunday sanchiqsimon og'riqlar bir necha daqiqalardan to bir necha soatlargacha cho'zilishi mumkin. Ko'p hollarda, og'riqlar siydik chiqarish yo'llari, siydik pufagi, son sohalari va jinsiy a'zolar atrofida ham bo'lishi mumkin. Siydikda qon aniqlanishi buyrak sanchig'ining doimiy ko'rsatkichlari hisoblanadi. Ayrim hollarda siydik bilan toshlarning tushishi 15 % gacha uchraydi.

Buyrak-tosh kasalliklarini davolash konservativ va jarrohlik yo'li bilan bo'lishi mumkin.

Birinchi yordam: bunday bemorlarga bel sohasiga issiq qo'yish, issiq vannalar, atropin, og'riq qoldiruvchi dori-darmonlar va ko'p miqdorda suyuqlik ichirish muolajalari tavsiya etiladi.

Yuqoridagi muolajalar ko'p hollarda sanchiqlarni qoldirishda katta yordam beradi. Jarrohlik muolajalarining asosan siydik yo'llariga tiqilib qolgan toshlar va ayrim hollarda buyrakni olib tashlash turlari qo'llaniladi. Oxirgi vaqtlarda toshlarni ultratovush nurlari bilan parchalash yo'li orqali – operatsiyasiz, tabiiy yo'llar bilan ajratib olinmoqda.

O‘TKIR YURAK-TOMIR KASALLIKLARI VA BRONXIAL ASTMADA BIRINCHI TIBBIY YORDAM

Yurak ishemik kasalligi (YUIK) yig‘ma tushuncha bo‘lib, uning asosida yurak toj arteriyalaridagi qon oqishi va to‘qimalardagi energetik ehtiyoj o‘rtasida muvozanatning buzilishi natijasida kelib chiqadigan yurak muskuli kasalligi yotadi. YUIK yuzaga kelgach, ko‘pincha surunkali xususiyat kasb etadi, bunga toj arteriyalarida aterosklerozning jadallashishi sabab bo‘ladi. Ma‘lum bosqichlarda u o‘tkir kechishga o‘tishi, ba‘zan birlamchi infarkt yoki turg‘un bo‘lmagan stenokardiya xastaligini keltirib chiqarishi mumkin. Agar kasallik kechishi yaxshi tomonga o‘zgarsa, turg‘un stenokardiya ko‘rinishida u yana YUIKning surunkali shakliga o‘tadi.

YUIK AQSH, Yevropa mamlakatlari, Yaponiya kabi industrial rivojlangan mamlakatlarda keng tarqalgan. Ko‘proq 40–66 yoshdagi erkaklar kasallanib, ularning 23,4 % da YUIK ning og‘riqsiz shakllari kuzatiladi. Bunday kishilar shifokorlarga murojaat qilishmaydi, shu sababli ularda miokard infarkti ko‘p uchraydi. YUIK natijasida har yili 5,4 dan 11,3 % gacha o‘lim yuz berishi aniqlangan. Yurak-tomir kasalligidan kelib chiqadigan hamma o‘limlarning 53 % YUIK ga to‘g‘ri keladi. V. Lawn (1980 y) ma‘lumotlariga ko‘ra, AQSH da har kuni to‘satdan 1200 kishi vafot etib, ularning 75 % yorib ko‘rilganda, YUIK belgilari mavjud bo‘lgan. YUIK O‘zbekistonda 8 % dan 15,5 % gacha tarqalganligi ma‘lum.

YUIK patogenezida 3 ta asosiy jarayon muhim o‘rin tutadi:

- 1) lipoproteid spektrining buzilishi;
- 2) lipoproteid tashuvchi apo-V ning arteriya intima qavatiga tushishi;
- 3) arteriyaning intima qavati hujayralarida qondagi lipoproteidlarning boshqarilmaydigan tarzda ushlanib qolishi.

Bundan tashqari, quyidagilar katta ahamiyat kasb etadi:

- toj tomirlar trombozi;
- toj tomirlar spazmi;
- mikrotsirkulatsiyaning izdan chiqishi va qon yopishqoqligining ortishi. Bu omillar miokard ishemiyasini chuqurlashtiradi.

YUIK ning rivojlanish mexanizmidagi xatarli omillarga:

- a) giperxolesterinemiya;
- b) modda almashinishining buzilishlari (qandli diabet, podagra);
- v) arterial gipertenziya;
- g) chekish;
- d) gipodinamiya;
- e) semirish;

j) asab va hissiyotning toliqishlari va boshqalar kiradi.

YUIK ning quyidagi turlari tafovutlanadi:

- to‘satdan bo‘ladigan koronar o‘lim;
- stenokardiya;
- miokard infarkti;
- kardioskleroz;
- xos bo‘lmagan ko‘rinishlar.

Stenokardiya («ko‘krakning siqilishi») – qaytalanib turuvchi, siquvchi, sanchiqli, g‘ijimlovchi, ko‘krak orqasida hosil bo‘luvchi og‘riqlar bilan tavsiflanadi. Bunday og‘riqlar ko‘pincha jismoniy zo‘riqish, hissiyotga berilish va ba‘zan osoyishtalik holatlarida ham kelib chiqadi.

Og‘riq asosan chap yelkaga, ko‘krak, bo‘yin, pastki jag‘ va tishlarga uzatiladi. Ayni paytda bemor nafas olishga qiynaladi, xavotirga tushadi, harakatini to‘xtatib, og‘riq o‘tguncha qimirlamay qotib turadi.

Keksa yoshli kasallarda og‘riqni sezish kamroq yuz berib, kasallikning klinik belgilari nafas olishning qiyinlashishi, birdaniga havo yetmay qolishi va kuchli darmonsizlik bilan kechadi.

Muhim tashxisiy belgilaridan biri til ostiga nitroglitserin qo‘ygach, og‘riqning to‘liq to‘xtashi va shuningdek keltirib chiqaruvchi omillarning bartaraf etilishidan keyin og‘riqning to‘xtashi hisoblanadi. Og‘riq odatda bir necha minut davom etadi.

Kechiktirib bo‘lmaydigan yordam:

1) to‘liq jismoniy va ruhiy tinchlikni ta‘minlash;
2) til ostiga 1–2 dona nitroglitserin dorisini qo‘yish;
3) tomirga yoki muskul orasiga 50 % li analgin eritmasidan 2 ml, 2 % li promedoldan 1 ml va 1 % li dimedrol eritmasidan 1 ml yuborish kerak. Agar bu dorilar vena ichiga yuboriladigan bo‘lsa, aralashma 10 ml 0,9 % li natriy xlorid eritmasida suyultiriladi;

4) kuchli ifodalangan ruhiy bezovtalikda yoki yetarli natija bo‘lmagan taqdirda oksigenoterapiya (kislorod bilan nafas oldirish)ni qo‘llash mumkin. Transportirovka kasalning holatidan qat‘i nazar, zambilda amalga oshirilishi kerak.

Harakat taktikasi kasalning toj arteriyalaridagi qon aylanishining qay darajada bo‘lganligini va to‘satdan o‘lim kelib chiqish imkoniyatini aniqlash bilan belgilanadi. Jamoat joylarida va ko‘chalarda bemorni shifoxonaning qabul bo‘limlariga, hatto og‘riq qolgan taqdirda ham, tekshirish uchun olib kelish kerak.

Quyidagi holatlarda:

1) og‘riq 30 minutdan ko‘p muddatga davom etsa;
2) xuruj kasalning hayotida birinchi marta yuzaga kelsa;
3) nitroglitsirin og‘riqni qoldirmasa;
4) og‘riq xurujlari bo‘g‘ilish, aritmiya, hushni yo‘qotish bilan davom etsa, maxsus tez yordam brigadasi chaqiriladi. Chunki bu holatlarni

noturg'un stenokardiya yoki miokard infarktining dastlabki holati deb baholash kerak.

To'xtovsiz yordam ko'rsatishning vazifasi og'riqsizlantirish va miokard infarktining hamda eng xavfli asoratlarning oldini olishga qaratiladi.

Buning uchun quyidagi terapiya qo'llaniladi:

a) to'liq tinch holatni yaratish;

b) uzoq vaqt davomida nitroglitsirinni qabul qilish – 2 ta tabletkadan til ostiga har 15 minutda (agar arterial qon bosimi juda pasaygan bo'lsa, nitroglitsin berib bo'lmaydi);

v) tezda qon ivishiga qarshi vositalar qo'llash – vena ichiga 10000 DB geparin yuboriladi;

g) artertial bosimi yuqori bo'lsa, pentamin yuboriladi;

d) siydik haydovchi preparatlar – laziks yoki furasemid 1–2 ta tabletkadan tavsiya etiladi.

e) miokardda kislorodga ehtiyojni kuchaytiruvchi preparatlarni (strofantin, eufillin, platifillin) iloji boricha bermaslik kerak.

Birinchi tibbiy yordam qayerda ko'rsatilishidan qat'i nazar, infarktdi holatidagi kasal tezda maxsus ixtisoslashtirilgan kardiologik bo'limga yotqizilishi kerak.

O'tkir miokard infarkti (O'MI) YUIKning og'ir ko'rinishlaridan biri hisoblanadi. Miokard infarkti nekroz, yurak muskullarining ma'lum qismi o'lishidir. U bilan birga ko'plab organ va tizimlarning funksiyalarida buzilishlar yuzaga keladi.

Miokard infarktining ko'proq kuzatiladigan variantlari anginoz (og'riqli), astmatik va gastralgik (abdominal) hisoblanadi.

Anginozli variantida kuchli ifodalangan og'riq sindromlari uzoq davom etib, hatto kuchli og'riqsizlantiruvchi dorilar ham uni qoldira olmaydi, og'riq turli tomonlarga uzatiladi. Ko'p hollarda vegetativ buzilishlar bilan birgalikda kechadi: ko'ngil aynishi, qusish, o'lim xavfidan qo'rqish, sovuq ter bosishi kuzatiladi.

Asmatik varianti ko'proq avvalda miokard infarktini o'tkazgan qari yoshdagi bemorlarda kuzatiladi. Yurak astmasi xuruji va o'pka shishi bilan tavsiflanadi.

Gastralgik (abdominal) varianti - epigastral sohada va to'sh suyagi orqasida ifodalangan og'riq, shuningdek ko'ngil aynishi va qusish bilan kechadi. Dinamik ichak tutilishi belgilari kuzatilishi mumkin. Miokard infarkti tashxisi hospitalizatsiya qilingunga qadar bemorni so'rab-surishtirish, tekshirib ko'rish va EKG asosida qo'yiladi.

Ammo miokard infarktiga shubhalanish va bemorga birlamchi tibbiy yordam ko'rsatishni har bir ichki ishlar xodimi bilishi va bajara olishi lozim. Miokard infarkti bilan og'rikan hamma bemorlar shifoxonaga yotqizilishi shart.

Voqea sodir bo'lgan joydagi kechiktirib bo'lmaydigan yordam:

– og'riqsizlantirish – narkotik analgetiklar (promedol, morfin 1 *ml* tomirga)+dimedrol 1 % – 1 *ml*, fentanil 0,005 % – 1–2 *ml*+droperidol 0,95 % – 1 *ml*;

– ritm buzilishlarini davolash va oldini olish – lidokain 10 % – 1–2 *ml*;

– antikoagulyantlar yuborish – tomir ichiga yoki teri ostiga 10–15000 DB geparin yuboriladi.

– sistolik arterial bosim 70 *mm* simob ustunidan pastga tushsa, tomir ichiga reopoliglyukin yoki poliglyukin yuboriladi.

O'tkir ishemik kasallikning ko'p asoratlari kasallikning birinchi kunida yuzaga keladi. Ko'pincha, bu asoratlar nafaqat kasallik prognozi, balki bemorning hayotiga bevosita xavf tug'diradi.

Ko'p hollarda qon aylanishining birdaniga to'xtab qolishi bemor kasalxonaga yotqizilgunga qadar yuzaga keladi. Bunga ko'proq yurak ritmining o'tkir buzilishi – fibrilyatsiya (yurak qorinchalarining fibrilyatsiyasi) sababchi bo'ladi. Fibrilyatsiyadan oldin juda kuchli og'riq xuruji bo'ladi, arterial bosim ko'tariladi.

Qon aylanishining to'satdan to'xtab qolishida hush yo'qotiladi, bosh miyaning faoliyati buziladi. Bosh miyada qon aylanishi to'xtagandan so'ng 3–5 minut o'tgach, ortga qaytmaydigan o'zgarishlar kelib chiqadi. Bu minutlar ichida bosh miya funksiyalari bosqichma-bosqich buziladi. Qon aylanishi to'xtagach, 10 sekunddan keyin hush yo'qoladi va klonik hamda tonik talvasalar boshlanadi.

Teri qoplaminig keskin oqarishi rivojlanadi. Bo'yinning yirik arteriyalarida puls yo'qoladi. 20–30 minutdan keyin nafas buziladi, asta-sekin onda-sonda chuqur nafas oladigan – «baliq nafasi» bo'lib qoladi. Qon aylanishi to'xtagandan keyin 1–2 minut o'tgach, nafas olish to'xtaydi, yana 30–60 s o'tgach, ko'z qorachiqqlari kengayadi. Klinik davrida ko'z qorachiqqlari reanimatsion chora-tadbirlarga nisbatan qisqarish xususiyatini saqlab turadi. Bu narsaning yo'qolishi bosh miyaning qaytmas biologik o'limga uchraganligidan guvohlik beradi.

Shunday qilib, klinik o'lim effektiv qon aylanishining hamma belgilarining yo'qligidir (hush yo'qolgan, yirik arteriyalarda puls yo'q, qon bosimi va nafas aniqlanmaydi). Bu davrda miyadagi o'zgarishlarni ortga qaytarish mumkin. O'rtacha bu vaqt qon aylanishi to'xtagandan keyin 3 minut davom etadi. Bu holat to'satdan yuz bergan o'lim tushunchasi bilan bir xilda emas. U narsa qon aylanishining to'xtash sabablari to'g'risida ma'lumot beradi, lekin miyadagi metabolizm buzilishlari chuqurligi to'g'risida ma'lumot bermaydi.

Infarkt bilan kasallangan bemorga faqat statsionar sharoitlardagina maksimal samarali davolash mumkin. Bemorda og'riq xuruji boshlangandan keyin ertaroq uni transportirovka qilish kechikib transportirovka

qilishga qaraganda xavfsizroq. Miokard infarkti bilan ogʻrigan bemorni kardiogen shok, oʻpka shishi bor yoki aritmogen kollaps vaqtida transportirovka qilish mumkin emas.

Lekin bu qarshiliklar nisbiy boʻlib, agar butun transportirovka davomida toʻxtovsiz dori yuborish taʼminlansa va kerakli boʻlgan tiriltirish yordamini koʻrsatadigan uskunalar mavjud boʻlsa, kasalni zudlik bilan evakuatsiya qilish kerak. Adekvat ogʻriqsizlantirishga erishilgach, kasalni transportirovka qilishga boʻlgan moneliklar kamdan-kam holatlarda saqlanib qoladi.

Yurak ritmining oʻtkir buzilishlari

Yurakning eng muhim funksiyalaridan biri avtomatizm funksiyasi, boshqacha qilib aytganda, chastotali elektrik impulslar ishlab chiqarish qobiliyati boʻlib, u organizm ehtiyojlariga mos kelishi kerak. Yurakning maxsus tuzilmalari elektr impulsini maʼlum tezlikda oʻtkazish qobiliyatiga ega boʻlib, norma boʻyicha odamda toʻgʻri sinusli ritm saqlanganda minutiga 60–90 ta yurak urishini tashkil etadi. Qandaydir sabablar bilan yurakning oʻtkazuvchi tizimida normal funksiyaning buzilishlarida uzilishlar kelib chiqadi va bu narsa aritmiya deb ataladi.

Ekstrosistoliya – yurakning muddatidan avval qisqarishi. Ekstrosistoliya mavjudligini pulsni va yurakni tekshirib aniqlash mumkin. Kasal oʻzini xuddi yuragi toʻxtab qolgandek his qiladi va undan keyin kuchli turtki sezadi. Uzilishlar uzoq davom etsa, bosh aylanishi, madorsizlik, koʻrishning xiralashishi (koʻz oldi qorongʻilashishi, koʻngil aynishi) kuzatiladi.

Qatʼiy tashxis EKG asosida qoʻyiladi.

Kechiktirib boʻlmaydigan yordam: koʻpchilik hollarda ekstrosistoliya uchun shoshilinch davo talab qilinmaydi, uzoq va tez-tez kuzatiladigan xurujlarda kasalni shifoxonaga yuborish kerak. Agar ekstrosistoliya miokard infarkti gipertonik kriz fonida yuzaga kelib, turgʻun ahamiyat kasb etsa, quyidagi chora-tadbirlarni qoʻllash kerak:

1) maxsus kardiologik brigada yoki «tez yordam» mashinasini chaqirish lozim;

2) ichishga 50–80 tomchi valokardin yoki 50–80 tomchi korvalol beriladi;

3) bemorni zambilga yotqizib, kardiologik statsionarga yotqizish uchun joʻnatiladi.

Tebranma aritmiya amaliyotda ancha koʻp uchraydi. Doimiy, koʻpdan davom etib kelayotgan va paroksizmal, kutilmagandagi xuruj koʻrinishida yuzaga keladigan turlari farqlanadi. Kasallik yurakning tartibsiz qisqarish faoliyati bilan tavsiflanib, puls aritmiyasi, uning notekis toʻliqligi va defitsiti bilan ifodalanadi. Tashxis EKG tekshirishlari bilan tasdiqlanadi.

Kechiktirib boʻlmaydigan yordam:

a) bemorga tez yordam ko'rsatish uchun maxsus kardiologik brigadani chaqirish va uni tezlik bilan kasalxonaga yotqizish kerak;

b) yurak glikozidlari berishni boshlash lozim: strofantinning 0,05 % li eritmasidan 0,5 ml ni 10 ml fiziologik eritmada eritib, tomirga yuboriladi;

v) 10 ml panangin tomir ichiga yuboriladi;

g) kordaron 2–4 ml tomir ichiga beriladi.

Paroksizmal taxikardiya to'satdan yuzaga keladi. Xurujlar 10–15 minutgacha davom etadi. Yurak qisqarishlarining soni minutiga 200–220 tagacha yetadi.

Bunday taxikardiyaning xavfi shundaki, yurak qisqarishlarining soni juda katta bo'lganligi uchun yurak bo'lmachalari qonga yaxshi to'lmaydi, shu sababli yurakning tomirlarga tashlayotgan qon hajmi keskin kamayib ketadi. Yurak yetishmovchiligi belgilari yuzaga keladi. Bunday hollarda bemorda tez va kichik puls aniqlanadi, arterial bosim juda pasayib ketadi.

Kechiktirib bo'lmaydigan yordam:

– tezlikda «adashgan nerv sinamasi»ni quyidagicha qo'llash mumkin:

a) ko'z olmasiga bosish; b) bemorga kuchanishni tavsiya qilish; v) sun'iy qusishni chaqirish;

– dori-darmonlardan: a) fiziologik eritmada eritilgan 0,05 % – 0,5 ml strofantinni tomirga yuborish; b) betta-blokatorni (obzidin, anaprilin) til ostiga qo'yish; v) novakainamiddan 10 ml 10 % li eritmasini 10 ml fiziologik eritmaga qo'shib tomirga yuborish (bo'lib-bo'lib 2 ml dan, har bir dori yuborilgach, arterial bosim nazorat qilib turiladi).

Yurak o'tkazuvchanligining buzilishlari

Elektr impulsining yurak bo'ylab tarqalishi qat'iy qonuniyat bo'yicha amalga oshiriladi. Bu narsaning buzilishi o'tkazuvchanlikning blokadalanishi bilan yuzaga keladi, uning qisman (odatdagi yo'l bilan sekinroq o'tadi) va to'liq (impuls o'z yo'lidan o'tolmay, aylanib o'tishga majbur bo'ladi) buzilishi kuzatiladi. O'tkazuvchanlikning bu buzilishlari turli kasallik va holatlarda kuzatilishi mumkin. Ko'proq bu narsalar toj tomirlardagi qon aylanishining buzilishlari va yurakning yallig'lanishlarida xavfliroq bo'ladi. Klinik jihatdan yurak bo'lmachalari va qorinchalari o'tkazuvchanligining buzilishlari – atrioventrikulyar blokadalar xavfliroq hisoblanadi. Blokadaning 3 ta bosqichi farqlanadi.

1-bosqichdagi o'zgarishlarni faqat EKGda aniqlash mumkin. Klinik jihatdan u o'zini namoyon etmaydi va maxsus davolashni talab qilmaydi.

2-bosqichdagi atrioventrikulyar blokadada pulsning kamayishi aniqlanadi. EKG tekshirishlarida qattiq chiziqlarning davriy struktura o'zgarishlari qorinchalar qisqarishlarining tushib qolishi ko'rinishida, puls to'liqlarining davriy yo'qolishida namoyon bo'ladi.

Kechiktirib bo'lmaydigan yordam sifatida venaga 1 ml 0,1 % atropin eritmasi, til ostiga 1 dona izadrin tabletkasi, muskul orasiga 1 ml 1 % li

mezaton eritmasi, 60 mg prednizalon yoki 250 mg gidrokortizon, 60 mg laziks yuboriladi.

Atrioventrikulyar blokadaning 3-darajasi juda xavfli bo'lib (to'liq blokada), EKGda yurak bo'lmachalari va qorinchalarining nomutanosib ishlayotganligi ko'rinadi. Klinik jihatdan bunday kasallarda pulsning minutiga 60 tadan kamligi kuzatiladi. Puls qancha kam bo'lsa, yurak yetishmovchiligi shuncha kuchli ifodalangan bo'ladi. Blokadaning uchinchi darajasida davriy ravishda Morgani – Adams – Stoks xurujlari namoyon bo'lib, bunda birdaniga bemorda hushni yo'qotish, talvasaga tushish, nafas olishning buzilishlari kuzatiladi. Bu holatlar qon aylanishining samarali buzilishlari davriy yuzaga kelib turishi sababli doimiy ehtiyotkorlikda bo'lishni, tiriltirish choralarini qo'llashni talab qiladi.

Atrioventrikulyar blokadaning 3-darajasida eng samarali davo bo'lib elektrli kardiostimulyatsiya hisoblanadi. Dori-darmon bilan davolash odatda yaxshi natija bermaydi.

Atrioventrikulyar blokadaning 2 va 3-darajalari bilan og'rigan bemorlar, albatta, aritmiyani davolash uchun maxsus bo'limlarga yotqiziladi.

O'tkir yurak-tomir yetishmovchiliklari

Kardiogen shokning quyidagi turlari farqlanadi:

- a) reflektor (og'riqli);
- b) haqiqiy;
- v) erekt;
- g) aritmik;
- d) miokardning yorilib ketishi natijasidagi shok.

Reflektor shokdagi og'riq sindromi reflektor mintaqalarni qo'zg'atib, periferik qon tomirlarning kengayishi hisobiga arterial bosimning pasayishiga olib keladi. Ba'zan arterial bosimning pasayishi oldidan uning ko'tarilish fazasi kuzatiladi. Agar og'riq to'xtatilgach, arterial bosim me'yoriga qaytsa, bu narsa reflektor shok tashxisini tasdiqlovchi mezon hisoblanadi. Kardiogen shok tashxisi EKGda o'ziga xos belgilar bo'lganda va miokard infarktining klinik belgilari yuzaga kelganda qo'yiladi: normatoniklar uchun sistolik arterial bosim 80 mm simob ustunidan va gipertoniya kasali bor bemorlar uchun 90 mm simob ustunidan pasaya boshlasa, tana haroratining pasayishi va teri qoplamlarining namligi, oliguriya (anuriya), shuningdek, vazoretseptor preparatlarning (mezaton, noradrenalin) vena ichiga bir marta yuborilishi natija bermaganda. Bu belgilar kardiogen shokning haqiqiy shakliga ko'proq tegishlidir.

Aritmogen (aritmik) shokda u paroksizmal taxikardiya, tebranma taxiaritmiya, to'liq atrioventrikulyar blokada, qon aylanishining minutlik hajmi qisqarishi bilan bog'liq arterial bosimning pasayishi, periferik qon

tomirlarning kompensatsiyalanuvchi qisqarishlari oqibatida kelib chiqadi. Shokning bu ko'rinishlari ritmning paroksizmal buzilishlari va yurak blokadasida miokard infarktisiz rivojlanadi. Yurak ritmi tiklansa, arterial bosim stabillashadi va shok belgilari yo'qoladi. Yurak miokardining yorilishi (qorinchalar o'rtasidagi devorning yorilishi yoki miokard tashqi devorining yorilishi) natijasidagi shok juda kam kuzatiladi.

Yurak chap qorinchasidagi o'tkir yetishmovchilik

O'pka shishishining klinik ko'rinishi ancha ifodalangan nafas qisilishlari ko'krakning yurak old cho'qqisi qismida, juda ifodalangan nafasning xirillashi, teri va lablarning sezilarli ko'karishlari bilan kechadi.

Yurak astmasida nafas qisilishlari ancha kuchli bo'lsa, xirillash bo'lmasligi yoki orqa pastki bo'lmalarda kuchsiz xirillashlar bo'lishi mumkin. O'pka shishi arterial bosimning turli darajalarida rivojlanishi mumkin, ammo ko'pincha arterial gipertenziyada kuzatiladi.

Agar arterial bosim past bo'lsa va kardiogen shok bilan birga kelsa, natija ancha xavfli bo'lishi mumkin.

Miokardning o'tkir infarktida kechiktirib bo'lmaydigan tez tibbiy yordam ko'rsatish bir qator bir-biriga o'xshash chora-tadbirlardan tashkil topadi: og'riqsizlantirish, ritm buzilishlarini davolash va yurak o'tkazuvchanligi buzilishlarini tiklash; antikoagulyantlar, fibrinolitiklar va antiagregantlar yuborish; arterial bosimni me'yorlashtirish, qon aylanishi buzilishlarini korrektsiyalash; bosqichma-bosqich davolashni takomillashtirish va bemorni statsionarga jo'natish.

Bemorni kasalxonaga olib borguncha bo'lgan bosqichda og'riqni qoldirish eng muhim yordam bo'lib hisoblanadi. Qon aylanishi buzilmagan holda og'riq uncha kuchli bo'lmasa, narkotik analgetiklarni (promedol, omnapon yoki morfin – 1 ml vena ichiga) yuborish mumkin. Odatda, bu preparatlar antigistamin preparatlari bilan aralashtirilib (1 ml 1 % li dimedrol eritmasi, 1–2 ml 2,5 % li pipolfen) beriladi (narkotik moddalar ta'sirida kelib chiqadigan ko'ngil aynishi va qusishning oldini oladi).

Ancha ifodalangan og'riq, xususan gemodinamika buzilishlari mavjud (gipotenziya, kollaps) bo'lganda neyroleptanalgeziya usuli qo'llaniladi. Bunda narkotik analgetiklar (1 ml 1 % li morfin eritmasi, 1–2 ml 0,005 % li fentanil eritmasi) neyroleptik vositalar bilan birgalikda (droperidol – 0,25 % li 1–4 ml eritma) tomirga yuboriladi. Preparatlarning dozalari klinik ma'lumotlar hisobga olingan holda tanlanadi (bemorning yoshi, miya tomirlarida aterosklerozning ifodalanganligi, nafas funksiyasining buzilish darajalari, gemodinamikaning buzilishlari mavjudligi). Narkotik vositalar qatoriga kiruvchi moddalar nafasni buzishini hisobga olib, uning dozasi individual tanlanadi. Miokard infakti bilan og'rikan bemorga yuqorida keltirilgan fikrlar befarq emasligini hisobga olib, bu preparatlarni bo'lib-bo'lib berish usuli qo'llaniladi.

Narkotik moddalar nafasni soʻndiruvchi zararli taʼsir koʻrsatgudek boʻlsa, ogʻriqsizlantirish uchun boshqa variant qoʻllash kerak boʻladi (glukoza-novakain aralashmasi – 20 *ml* 5 % li novakain va 100 *ml* 5 % li glukoza aralashmasini tomchi usulida yuborish), azot ikki oksidi va kislorod aralashmasini AN-8 apparati yordamida ingalatsiya qilish (avval toza kisloroddan 2–3 minut davomida nafas oldirib, asta-sekin azot ikki oksidining konsentratsiyasi orttirilib boriladi va u 80 % ga yetkaziladi, effektga erishilgach, kislorod va azot ikki oksidining nisbati 1:1 qilib nafas beriladi).

Keyingi vaqtlarda ogʻriqsizlantirishning yangi usuli – elektroanalgeziyadan foydalanilmoqda, bu narsaga fentanilning uncha katta boʻlmagan dozasi (0,5–1,0 *ml* 0,005 % li eritma) va chastotasi 1000–1500 *gs* boʻlgan elektrik impulslar (tok kuchi 1,5–3 *mA*) elektroanalgeziya apparati yordamida erishiladi. Bu narsa yordamida effektiv ogʻriqsizlantirish bemorni transportirovka qilish va keyinchalik davolash vaqtida ham 2–3 soat davomida uzaytirish mumkin.

Nafas olish funksiyalari buzilgan bemorlarda iroda stimulyatsiyasi qoʻllaniladi (davolovchi xodimning ogʻzaki buyrugʻi bilan nafas olish).

Kardiogen shokda davolashni ogʻriq sindromini yoʻqotishdan boshlash kerak. 10–15 minut ichida gemodinamik effekt boʻlmasa, kardiogen shokda esa sistolik (70 *mm* simob ustunidan) va puls bosimlari (15 *mm* simob ustunidan) past boʻlsa, reopolyuglyukin yoki poliglyukin, vazopressorlar, steroid garmonlar yuborish kerak boʻladi. Kislota-ishqor muvozanatini saqlash uchun 2–4 % li bikarbonat natriy eritmasi (200–400 *ml*) yuboriladi.

Miokard infarktining oʻtkir davrida tomir ichiga antikoagulyantlar va fibrinolitiklar (tez oqim bilan 10 000–15 000 *DB* geparin; tomchi bilan 60 000–90 000 *DB* fibrinolizinni 300–500 *ml* 0,9 % li natriy xlorid eritmasida) yoki 500 000–750 000 *DB* streptokinaza avelizini (streptazalar) 250–300 *ml* fiziologik eritmada eritib yuboriladi.

Oʻtkir miokard infarkti bilan ogʻrigan hamma bemorlar intensiv terapiya palatasiga yoki reanimatsiya boʻlimiga yotqizilishi, bemor bevosita kardiolog vrachga topshirilishi kerak.

Arterial gipertoniya

Gipertonik kriz arterial bosimning toʻsatdan koʻtarilishi va asab-qon tomir tizimida gormonal va gumoral buzilishlar bilan tavsiflanadi. Kriz gipertoniya kasalining hamma bosqichlarida va simptomatik gipertoniyalarda (oʻtkir va surunkali glomerulonefrit, piyelonefrit, feoxromatsitoma, nefropatiya, miya oʻsmalari va b.) kuzatilishi mumkin. Koʻpchilik kasallarda kriz yurak-tomir tizimining markaziy asab tizimi orqali boshqarilish mexanizmlarining buzilishlari va arterial bosim mavjudligi asosida kelib chiqadi.

Kriz holatiga olib keladigan bevosita omillar quyidagilar hisoblanadi: ruhiy emotsional stressli vaziyatlar, jismoniy zo'riqish, markaziy asab tizimining gipoksiyasi (miyaning ortostatik gipoksiyasi, havosi buzilgan binolarda bo'lish va b.); atmosfera va fizik omillar ta'sirida (atmosfera bosimining keskin o'zgarishi, havo namligining ortishi va haroratning pasayishi, quyosh radiatsiyasi faolligining o'zgarishi, atmosfera havosining ifloslanishi, vibratsiya, elektromagnit nurlanishlari va b.); gipotenziv dori-darmonlarning birdaniga to'xtatib qo'yilishi (gemiton, dopegit va b.).

Klinik ko'rinishi. Gipertonik kriz serebral, kardial va vegetativ xususiyatga ega buzilishlar bilan namoyon bo'ladi. Tashxis bemorning bosh og'rig'iga (pulslanuvchi va doimiy), bosh aylanishi, shuningdek serebral simptomatik belgilarning – ko'ngil aynishi, qusish, ko'rish funksiyalarining buzilishlari namoyon bo'lishi asosida qo'yiladi.

Gipertonik kriz ko'pchilik hollarda to'satdan boshlanadi va jo'shqin kechadi. Hozirgi davrda gipertonik krizni ikki turga bo'lishadi. Birinchi ko'rinishdagi krizda yuqorida sanab o'tilgan simptomlar va gipertoniya kasalligining boshlang'ich bosqichlariga xos belgilari bo'ladi (A. L. Myasnikov tavsifi buyicha 1 va 2-bosqichlari).

Ikkinchi ko'rinishdagi krizlar ancha og'irroq serebral simptomlar bilan kechadi: bemorlar befarqroq, ba'zan hushini yo'qotib turadi, boshi kuchli og'riydi, boshi aylanadi, qusadi, ko'z oldida jimirlashlar hosil bo'lishi natijasida ko'rishi buziladi, yorug'likni ajrata olmay qoladi va vaqtinchalik ko'rlik kelib chiqishi mumkin.

Klinik ko'rinishlari bo'yicha krizlar serebral va kardial, shuningdek aralashgan serebrokardial ko'rinishlarga bo'linadi.

Krizlarni asoratli va asoratsiz ko'rinishlarga bo'lish maqsadga muvofiqdir. Odatdagi simptomatikaga regionar (organlarning) qon aylanishining buzilishi belgilari qo'shilsa, bu asoratli gipertonik krizlarga kiradi. Krizning avjida unga o'pka shishi qo'shilsa, bu gipertonik krizga chap qorincha yetishmovchiligi asorati qo'shilganligidan dalolat beradi. Krizga o'ziga xos og'riq qo'shilsa, EKGda o'choqli simptomatika bo'lmasa, bu stenokardiyali asorat, og'riq sindromi EKGda o'choqli patologiya bilan namoyon bo'lsa, o'tkir karonar yetishmovchiligi (miokard infarkti)dan dalolat beradi.

Agar uzoq davom etgan krizda umumiy miya simptomatikolari bilan lokal (o'choqli) nevrologik simptomatikalar (sezgining buzilishlari, falajlik va b.) kuzatilsa, gipertonik krizning o'tkir miya-qon tomirlari yetishmovchiligi asoratlari to'g'risida o'ylash kerak.

Gipertonik krizlar bilan og'rigan bemorlarni bunday ko'rinishlarga bo'lishdan maqsad, ularni maxsuslashtirilgan statsionarlarda (kardiologik, asab kasalliklari) davolash lozimligini ko'rsatadi.

Kechiktirib bo'lmaydigan yordam: gipertonik krizdagi birinchi va asosiy chora-tadbir arterial bosimni pasaytirishdan iboratdir. Gipotenziv

vositalarning katta arsenali kasalxonaga olib borguncha arterial bosimni pasaytirish imkoniyatini beradi. Arterial bosimni pasaytirishda ikki taktik usulni qo'llash maqsadga muvofiqdir.

Agar bemorda serebral va koronar qon aylanishining buzilish belgilari bo'lmasa, gipertoniya boshlang'ich bosqichlarda bo'lsa, arterial bosimni tezda, 2–10 minut davomida pasaytirish ehtimoli bor. Agar bemorda gipertoniya kasalligining kech bosqichlari (2 va 3-bosqich) bo'lsa, miya (surunkali miya qon-tomir yetishmovchiligi), insultning qoldiq ko'rinishlari (bosh aylanishi, xotiraning susayishi va b.) yetishmovchiliklari ifodalangan bo'lsa, arterial bosimni asta-sekin – 20–40 minut davomida pasaytirish taktikasi qo'llaniladi.

Arterial bosimni pasaytirish tezligi dorini qay yo'sinda yuborish bilan boshqariladi.

Gipertoniya kasalligining boshlanish bosqichlarida koronar va miya aterosklerozi belgilari bo'lmasa, tezda, 2–10 minut davomida arterial bosimni pasaytirish taktikasi – vena ichiga oqim bilan quyidagi preparatlardan birini yuborish kerak: dibazol (5 % li eritmadan 6–8 *ml*), furosemid (40–60 *mg*), uregit (50–100 *mg*), droperidol (1–4 *ml* 0,25 % li eritma), klofelin (0,1 % li eritmadan 1 *ml*), rausedil (1–2 *ml* 0,1 % li eritma), obzidan (5–10 *mg*). Effekt 1–5 minut davomida yuzaga kelib, arterial bosimning maksimal pasayishi 20–40 minutda qayd etiladi.

Gipertoniya kasalligining kechikkan bosqichlarida yoki simptomatik gipertoniya, miya va koronar aterosklerozining ifodalangan ko'rinishlarida (asosan o'tkir koronar yoki miya-qon tomir yetishmovchiligi asoratlarida) arterial bosimni asta-sekin, 20–40 minut davomida, birinchi guruh preparatlarini venaga tomchi usulida yuborib yoki quyidagi dorilarni oqim bilan yuborib pasaytiriladi: dibazol (0,5 % li eritmadan 6–10 *ml* yoki 1 % li eritmadan 3–5 *ml*), magniy sulfat eritmasi (25 % li eritmadan 10 *ml*) tomirga juda sekinlik bilan yuboriladi (bemorda qizib ketishning yoqimsiz belgisi bo'lmasligi uchun).

Yana oqim bilan droperidol (0,25 % li 1–2 *ml*), furosemid (40–60 *mg*) yoki uregit (50–100 *mg*) ni tomirga yuborish mumkin.

Birlamchi kriz tashxisi qo'yilgan, og'riqni to'xtatib bo'lmagan va asoratlar bilan kechadigan bemorlar kasalxonaga yotqiziladi. Asoratli ko'rinishdagi va birinchi guruh preparatlarini qabul qilgan bemorlarni transportirovka qilishda zambildan foydalanish zarur bo'ladi. Birinchi guruh preparatlarini qabul qilgan bemorlarning 2–3 soat davomida o'rnida yotishi zarurligi to'g'risida ogohlantiriladi.

Buyrak genezi sababli kelib chiqadigan simptomatik gipertoniya krizlari ham gipertonik krizlarni davolashdagi kabi usullar bilan davolanadi.

Bronxial astma

Bronxial astma – o‘tkir nafas yetishmovchiligida yetakchi o‘rinni bo‘g‘ilish va ekspirator nafas qisishi egallaydigan kasallik.

Kasallik tasnifida u noallergik va allergik ko‘rinishlarga bo‘linadi.

Noallergik bronxial astma juda kam uchraydi va u nafasning markazdan boshqarilishi va silliq muskullar tonusining buzilishi bilan bog‘liq bo‘ladi.

Allergik bronxial astma infeksiyon-allergik va noinfeksiyon-allergik turlarga bo‘linadi. Burun tomoq kasalliklari, bronxitlar (surunkali bronxit), o‘pka kasalliklarida (surunkali zotiljam, qaytar zotiljam va b.), endo va ekzotoksinlar sensibilizatsiyasi oqibatida kelib chiqadi. Atopik turi (noinfeksiyon-allergik) noinfeksiyon allergenlarga nisbatan (gul changi, xo‘jalik va sanoat changlari) yuqori sezuvchanlik oqibati bo‘lib hisoblanadi. Uzoq davom etadigan surunkali kasallikda organizmning allergiyalanish jarayoniga reaktivligi tashqi yoki ichki muhitning nafaqat biron-bir omiliga, balki bir qator yoki bir guruh allergenlarning allergiyalovchi omillariga (insolatsiya, meteoomillar, hid, dori-darmonlar, his-hayajon va b.) nisbatan o‘zgaradi. Nafas qisish xurujlari turli-tuman endogen va ekzogen ta’sirlar sababli kelib chiqishi mumkin.

Klinik ko‘rinishlari. Kasallikning qanday ko‘rinishda bo‘lishidan qat’i nazar, bronxial astmada 3 ta bosqich tafovutlanadi: astmoid sindrom, bronxial astma xuruji (yengil, o‘rtacha og‘irlikda, og‘ir), astmatik holat (asmatik status). Kasallikning yuqorida ko‘rsatilgan bosqichlari klinikasi o‘tkir nafas yetishmovchiligidagi nafas qisishining og‘irligi bilan bir-biridan farqlanadi.

Astmoid sindromi bo‘g‘ilish (havo yetishmasligi) bilan tavsiflanadi. Bu narsa ko‘proq surunkali astmoid bronxitda kuzatiladi. Nafas olish tezlashib, nafasni chiqarish biroz uzayadi. Auskultatsiyada qattiq nafas eshitiladi, bunda bir oz quruq xirillash bo‘ladi. Quruq yo‘tal, ba‘zan avval ajralib turgan balg‘am to‘xtab qoladi. Bo‘g‘ilish odatda uzoq davom etmaydi, simpatomimetiklar va bronxodilatatorlar ta’sirida osongina yo‘qoladi (teofedrin va eufillin tabletkalari). Astmoid sindromining boshlanishi ko‘pincha surunkali o‘pka jarayonlarini (surunkali bronxit, interstitsial zotiljam) eslatadi.

Bronxial astmaning birinchi klinik belgisi quruq azobli yo‘tal hisoblanadi. Kasallik ko‘pincha to‘satdan o‘tkir boshlanadi, bemorlar kasallik boshlangan vaqtning soati va minutigacha aytib berishlari mumkin. Xuruj boshlanishidan oldin bo‘ladigan belgilarga tomoq qurishi, yo‘tal, tumov va terining qichishi kiradi. Xurujning davomiyligi bir necha minutdan bir necha sutkagacha (og‘ir turlarida) bo‘lishi mumkin. Bemorlar ko‘pincha majburiy holatga o‘tadilar – turgan yoki o‘tirgan holatda krovatni qo‘llari bilan ushlab, ko‘krak qafaslarini bir oz kerib, boshlarini maksimal orqaga egib, og‘zilarini katta ochib, havo

yutayotganga o'xshaydilar (ortopnoe holati). Ekspirator harsillash (nafas qisishi) – nafas olish vaqti nafas chiqarish vaqtiga nisbatan 2 marta qisqargan (normada nafas chiqarish vaqti nafas olish vaqtidan 2–4 marta qisqa bo'ladi). Nafas olishlar soni minutiga 60 taga yetadi. Nafas olishda qo'shimcha yordamchi nafas olish muskullari ishtirok etadi (yelka, qorin va bo'yin muskullari). Bemorning xirillab nafas olishi masofadan eshitilib turadi.

Bronxial astmaning yengil, o'rtacha va og'ir turdagi xurujlari farqlanadi. Yengil xurujlar uzoq muddat davom etmasdan, tezda to'xtaydi. Xuruj to'xtaganda yo'tal va xirillash ham to'xtaydi. O'rtacha og'irlikdagi xurujlar davomli bo'lib, tez-tez qaytalanib turadi va faqat tomirga dori yuborilgandagina to'xtaydi. Xuruj to'xtaganda yo'tal va quruq xirillash saqlanadi. O'pka emfizemasi va o'pka-yurak yetishmovchiligi kabi asoratlarning rivojlanishi mumkin. Og'ir turida xuruj bir kunning o'zida bir necha marta qaytalanishi va dorilar ta'sirida juda sekin to'xtashi mumkin. Xuruj to'xtaganda yo'tal, quruq xirillash, terining ko'karishi, nafas chiqarishning uzayishi davom etadi. Asoratlarning esa odatdagidan oldinroq rivojlanishi mumkin.

Astmatik holat (astmali status) – bronxial astmaning og'ir bosqichi hisoblanib, bronxlarning diffuz buzilishi hisobiga paydo bo'ladi va dorilar ta'sirida ham juda uzoq muddat (sutkalab) to'xtamaydi, natijada gipoksik koma holatiga o'tib, keyinchalik o'lim yuz berishi mumkin.

Asmatik holatning kelib chiqishida o'pkaning yallig'lanish kasalliklari xuruji, allergenlar bilan davomli kontaktda bo'lish, glyukokortikoidlarni birdaniga qabul qilishni to'xtatish va antigistamin preparatlarni nazoratsiz o'zboshimchalik bilan qabul qilish muhim o'rin tutadi.

Bronxial astma tashxisini bemorni kasalxonaga yotqizgunga qadar ham qiyinchiliksiz bajarilishi mumkin (o'tmishdagi xurujlar, adrenomimetik va eufillinning samaradorligi, kasalxonadagi avvalgi tekshirishlar, auskultatsiyadagi o'ziga xoslik (hushtakli quruq xirillashlar), ekspirator nafas qisishining mavjudliklari).

Bronxial astmaning tashxisini qo'yishda yurak, uremik, serebral va isterik (jazavali) kasalliklar astmalaridan differensiallash (farqlash) lozim.

Bronxial astma xurujida birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatishda katta yoshli va ayniqsa, keksalardagi yurak hamda aralash astmalardan bronxial astmani farqlay bilish kerak. Tashxis qo'yish vaqtida bemorning yoshini (odatda bronxial astma bilan o'spirin va o'rta yoshdagilar og'riydi), o'tkazayotgan yo'ldosh kasalliklarini (bronxial astmada surunkali bronxit va zotiljam, yurak-tomir kasalliklari yurak astmali bemorlarda), nafas qisishining xususiyatini (bronxial astmada ekspirator, yurak astmasida esa inspirator), auskultatsiya ko'rsatkichlari (bronxial astmada hushtakli quruq xirillash va cho'zilgan nafas chiqarish, yurak astmasida esa cho'zilgan

nafas olish va xirillashsiz qattiq nafas yoki o'pkaning orqa pastki qismida to'xtash xirillashlari)ni hisobga olish kerak.

Shoshilinch yordam. Asosiy vazifa astma xurujini to'xtatish va astmatik holatdan bemorni olib chiqish hisoblanadi. Davolash ko'proq kasallikning og'ir yoki yengilligiga bog'liq bo'ladi.

Bronxial astma va astmoid sindromning yengil xurujida tabletkalar va adrenomimetiklarni ingalatsiya qilish tavsiya qilinadi: 1–2 ta 0,025 li efedrin tabletkasi, 0,005 li izadrin (novodrin, euspiran)ni til ostiga qo'yishi yoki 1 % li 0,5–1,0 ml eritmasini ingalatsiya qilish, 0,02 li alupentni til ostiga qo'yishi yoki 2 % li 0,5–1,0 ml eritmasini ingalatsiya qilish, 0,1–0,15 eufillin, 1 ta tabletka teofedrin qabul qilish.

O'rtacha va og'ir darajadagi xurujlarda eufillinning 2,4 % li eritmasidan 10 ml shpris yordamida tomirga asta-sekin yuboriladi.

Agar bemorlarda kuchli taxikardiya bilan yurak yetishmovchiligi belgilari bir vaqtda kuzatilsa, u holda eufillin eritmasi bilan bir vaqtda 0,06 % li 1 ml korglikon yoki 0,05 % li 1 ml strofantin eritmasi qo'llaniladi. Adrenomimetik preparatlar: 40–50 minutli interval bilan 0,1 % li 0,2–0,5 ml adrenalin eritmasini teri ostiga; 2,5 % li 1 ml efedrin eritmasini teri ostiga; 0,05 % li 1–2 ml alupent eritmasini teri ostiga yoki muskul orasiga yoki tomir ichiga asta-sekin; antigistamin preparatlar tomir ichiga yoki muskul orasiga: 1 % li 1–2 ml dimedrol eritmasi, 2 % li 1–2 ml suprastin eritmasi, 2,5 % li 1 ml pipolfen eritmasi; xolinomimetiklar adrenomimetik vositalar bilan birga yuboriladi: 0,1 % li 1 ml atropin teri ostiga, 0,2 % li 1 ml platifillin eritmasi teri ostiga yuboriladi.

Bundan tashqari, namlangan kislorod bilan 20–30 minut davomida ingalatsiya qilinadi. Bronxial astmaning og'ir xurujlarida bemorlarga 60–90 mg prednizolon yoki 50–100 mg gidrokortizon tomir ichiga yuboriladi. Balg'am ko'chishini yengillashtirish uchun intubatsion trubka yoki kateter orqali traxeya ichiga to'g'ridan-to'g'ri 5–10 ml tripsin yoki ximotripsin eritmasidan yuboriladi. 1–2 minut o'tgach, balg'am maxsus apparat yordamida so'rib olinadi. Ushbu muolajalar umumiy narkoz ostida o'tkaziladi.

Adrenomimetiklar va eufillin bronxlar torayishini kamaytirib, ularni kengaytiradi, xolinomimetiklar va gistamin preparatlar bronx bezlarining sekretsiyasini kamaytiradi, antigistamin vositalar spazmolitik va tinchlantiruvchi samara beradi.

Astmatik holatdagi bemorlarga shifoxonagacha bo'lgan yordam hajmi astmaning bosqichiga bog'liq bo'ladi.

1-bosqichida:

a) vena tomiriga tomchilatib 400–800 ml poliglyukin (reopoliglyukin) yoki 400–800 ml natriy xloridning izotonik eritmasi yuboriladi. Yuborishdan maqsad balg'am ko'chishini yengillashtirish va organizmning suvsizlanishiga qarshi kurashdan iborat;

b) vena tomiriga oqim bilan desensibilizatsiya, hujayra qobig'i o'tkazuvchanligini kamaytirish, adrenomimetik va antigistamin vositalarining ta'sir samarasini oshirish maqsadida 60–90 *mg* prednizolon, 2–4 *mg* deksametazon, 100–200 *mg* gidrokortizon yuboriladi;

v) atsidoz rivojlanishiga qarshi vena tomiriga gidrokarbonat natriyning 4 % li eritmasidan (200 *ml*) tomchilatib yuboriladi.

2-bosqichida:

a) vena tomiriga oqim bilan qaytadan 180–360 *mg* prednizolon va 4–8 *mg* deksametazon yuboriladi.

b) geksenal (10 % li eritmasidan 3–5 *ml* vena tomiriga sekin yuborib yoki 10 % li eritmasidan 3–10 *ml* muskullar orasiga yuborib) yordamida narkoz ostida nafasni sun'iy boshqarishga o'tiladi hamda keyinchalik bronxlarni isitilgan bikarbonat natriy eritmasi bilan yuviladi va balg'am yaxshi ko'chishi uchun ferment vositalardan foydalaniladi.

3-bosqichida bemor nafasini sun'iy boshqarishga to'liq o'tiladi va 1 hamda 2-bosqichdagi tadbirlar qaytariladi.

Bronxial astmaning og'ir xuruji va yordam samarasiz bo'lgan birinchi marta tashxis qo'yilganlar shifoxonaga yotqiziladi.

Qon tuflash va o'pkadan qon ketishi

Shifoxonagacha bo'lgan yordam bosqichida ko'pgina bemorlar qon tuflashdan shikoyat qilishadi, vaholanki, o'pkadan qon ketishi hamma vaqt ham bu narsaning tashxisi bo'lavermaydi.

Bemor tupugiga (balg'amda) qon aralashgan bo'lsa, buni yuqori nafas yo'llaridan (eng oldin burundan) yoki oshqozon ichak yo'llaridan (oshqozondan qon ketishi) ketayotgan «qon tuflash»dan farqlash kerak. Haqiqiy qon tuflash ko'pincha qonning diapadez sizib chiqishi, kichik qon aylanish doirasida gipertenziya (yurak poroklari, birlamchi o'pka gipertenziyasi) bo'lganda, o'pka silida, o'pka o'smasida va pnevmosklerozda kuzatiladi.

Arzimas qon tuflash keyinchalik odam hayotiga xavf soluvchi o'pkadan birdaniga ko'p miqdorda qon ketishiga olib kelishi mumkin. Shuning uchun bunday holatda bemorni davolash va kuzatish talab qilinadi. O'pkadan qon ketishida qisqa vaqt ichida ko'p miqdorda (10 *ml* dan ko'p) yo'tal turtkilari ta'sirida och ko'piksmon ajralmaning og'iz orqali chiqishi xosdir.

O'pkadan qon ketishini oshqozondan va burun-tomoqdan qon ketishidan farqlash zarur. Burun-tomoqdan qon ketganda qon ko'piksmon aralashmasiz va to'q rangda bo'ladi, ko'pincha, burunga tampon tiqilganda u to'xtaydi. Oshqozondan qon ketganda qon to'q xira rangda bo'lib (gemoglobin bilan xlorid kislotasining o'zaro ta'siri natijasida), ovqat massasi bilan aralashgan bo'ladi hamda qusish vaqtida ajraladi. O'pkadan qon ketishining asosiy sabablariga: o'pka sili, bronxoektaz

kasalligi, o'pka gangrenasi va absessi, o'pka o'smasi, pnevmoskleroz, ba'zan yurak kasalliklari (mitral va aortal poroklar) va aorta anevrizmasining yorilishi kiradi.

Shifoxonagacha bo'lgan yordam bosqichida o'pkadan qon ketishini aniqlash ancha qiyin.

Shifoxonaga yotqizishda bemorga o'pka sili tashxisini o'z vaqtida qo'yish katta ahamiyatga egadir. O'pka sili tashxisi shifoxonagacha bo'lgan yordam bosqichida bemorning kasallik tarixi (sil kasali bor bemorlar bilan kontakt), yo'tal borligi, nafas qisishi, harorat ko'tarilishi (subfebril), terlash, ishtaha pasayishi, ozish va boshqalarga asoslanadi.

Kechiktirib bo'lmaydigan yordam. Sil kasalligiga taxmin qilingan barcha bemorlar maxsus sil bo'limi bor shifoxonalarga, qolgan bemorlar esa ko'p profilli pulmonologiya va jarrohlik bo'limi bor shifoxonalarga yotqiziladi.

Transportirovka mutlaq tinch holatni saqlagan holda zambilda amalga oshiriladi.

Kichik qon aylanish doirasi tomirlarining qon bilan to'lib ketmasligi uchun bemorning boshi va gavdasi bir oz yuqoriga ko'tarib qo'yiladi.

Ko'p miqdorda qon yo'qotilsa va qon bosimi keskin tushib ketsa, bemor venasiga reopoliglyukin (400 ml gacha) tomchilab, kalsiy xlorid va glyukonat (10 % li 10 ml), vikasol (1 % li 2–4 ml), askorbin kislotasi (5 % li 4–8 ml) oqim bilan yuboriladi.

YUQUMLI KASALLIKLARNING ASOSIY BELGILARI

Infeksiya (lotincha *infectio* – yuqish) – makroorganizmlarga mikroorganizmlarning kirib rivojlanishi, keyinchalik bular orasida murakkab kompleks muloqot yuzaga kelib, kasallikning to‘liq namoyon bo‘lishi yoki shu kasallikni chaqaruvchilarning tashuvchisi ham bo‘lib qolishi mumkin.

Arxeologik tekshirishlar va bizgacha yetib kelgan qo‘lyozmalardan ma‘lumki, hatto qadimgi davrlarda ham yuqumli kasalliklarni tarqatuvchi omillar va ularga qarshi kurash choralari aniq bo‘lgan.

Yuqumli kasalliklarning keng tarqalganligi, o‘lim ko‘rsatkichlarining o‘sib borganligi sababli, ular bu kasallikni shamol orqali tarqaladigan va hamma chalinadigan kasallik deb qarashgan.

Tarixdan ma‘lumki, ilm fidoyilarining ko‘pchiligi toshmali va qaytalama tif chaqiruvchilariga ilmiy nuqtai nazardan shohidlik berish maqsadida bunday kasalliklarni o‘zlariga ham yuqtirganlar.

Tabiiy hollarda insoniyatning yuqumli kasalliklarga chalinishining to‘rtta yo‘li bor: fekal-oral (najas (axlat)-og‘iz orqali); havo va tomchi orqali; transmissiv (to‘g‘ridan-to‘g‘ri, qon quyish, ignalar orqali); muloqot orqali.

Inson organizmida kasallik chaqiruvchisining yuqish yo‘llari va joylashgan o‘rni bir-biriga muntazam bog‘liqlikda bo‘ladi. Masalan, ichaklarda kasallikni chaqiruvchilar najas bilan tashqariga chiqadi, turli yo‘llar bilan oziq-ovqat mahsulotlariga tushadi va ularni yuvmasdan iste‘mol qilinganda kasallik kelib chiqadi, ya‘ni bu fekal-oral yo‘li bilan yuqish hisoblanadi.

Najas-og‘iz orqali yuqadigan kasalliklar, ichakning yuqumli kasalliklari guruhiga kiradi.

Bular quyidagilarga bo‘linadi:

- 1) antropozlar – insondan insonga yuqadigan;
- 2) zoonozlar – hayvondan insonga yuqadigan.

Birinchi (antropoz) guruhga kiradiganlar:

- qorin tifi;
- dizenteriya (ichburug‘);
- paratiflar (ichterlama);
- poliomiyelit (shol kasalligi);
- xolera (vabo);
- yuqumli enterokolitlar;
- virusli gepatit.

Ikkinchi (zoonoz) guruhga kiradiganlar:

- botulizm;
- brutsellez;
- salmonellez.

Yuqumli kasalliklarning havo-tomchi yo‘li orqali yuqadigan turlari deganda, kasal odamning nafas olish yo‘llaridan ajralgan suyuqliklar (so‘lak tomchilari) xonada tarqalganda (gapirganda, aksa urganda), shu zararlangan havo orqali boshqa sog‘ insonlarning nafas olishida yuqadigan kasalliklar tushuniladi.

Nafas olish yo‘llari orqali yuqadigan (antropoonoz) kasalliklariga quyidagilar kiradi:

- adenovirusli infeksiya;
- gripp;
- difteriya (bo‘g‘ma);
- koklyush (ko‘kyo‘tal);
- kor (qizamiq);
- krasnuxa (qizilcha);
- meningokokkli infeksiya;
- mononukleoz infeksiya;
- suvchechak;
- qorachechak (chin);
- paragripp;
- skarlatina;
- sil;
- epidemik tepki.

Nafas olish yo‘llari (zoonoz) infeksiyalariga ornitozlar (kasallik chaqiruvchilar asosan qushlar, kaptar, to‘ti va boshqa uy parrandalaridir) kiradi.

Transmissiv – qon orqali yuqadigan kasalliklarni, asosan, hasharotlar, kanalar, bitlar insonlarni chaqqanda chaqiradi.

Bu guruh o‘z vaqtida ikkiga bo‘linadi:

Antroponozlar

- bit qaytalama terlamasi;
- okop (qazilgan o‘ra) bezgagi;
- toshmali terlama;
- malyariya (bezgak).

Zoonozlar

- burgali terlama;
- rikketsiozlar;
- kanali qaytalama;
- tulyaremiya;
- o‘lat.

Kontaktli yuqish deb, bevosita yaqinlashish natijasida tashqi teri qobig‘ining jarohati yoki jarohatisiz yuqqan kasalliklarga aytiladi.

Tashqi teri qobig‘i va shilliq pardalarga bevosita ifloslangan jismlarning tegishidan teri va tashqi shilliq qobiqlar (ko‘z, og‘iz, jinsiy a‘zolar)ning infeksiyon kasalliklari kelib chiqadi.

Bular ham ikkita guruhga bo‘linadi:

Antroponozlar

Zoonozlar

- yuqumli so‘gallar;
- mikoziar;
- saramas (roja);
- traxoma.

- quturish;
- kuydirgi;
- qoqshol;
- manqa (sap);
- oqsim (yashur);
- hayvonlar chechagi.

Yuqumli kasalliklarning oldini olish va o‘z vaqtida davo tadbirlarini hozirlash tibbiy xizmatning asosiy vazifalaridan hisoblanadi. Bunday hollarda yuqumli kasalliklar ehtimoli bo‘lgan joylarda sanitariya oqartiruv ishlarini yaxshi yo‘lga qo‘yish, agarda biror kasallik aniqlansa, zudlik bilan bemorni atrofdagilardan ajratish lozim. Bunday xizmatning tashkiliy asoslaridan biri shoshilinch tashxis qo‘yish va dastlabki tekshiruv ishlari hisoblanadi. Birlamchi tekshiruvlar mobaynida bemorlar asosan umumiy tibbiy tajribaga ega bo‘lgan shifokorlarga, poliklinika sharoitida yuqumli kasalliklar xonasi shifokoriga murojaat qilishadi. Agarda biror taxmin yoki kasallikning aniq belgilari bo‘lgan hollarda, maxsus davo maskanlariga jo‘natiladi. Bunday zanjirli doira o‘z vaqtida qaytishi, davolangan bemorlar yana umumiy tibbiy ma‘lumotdagi shifokorlarga murojaat qilishlari mumkin. Yuqumli kasalliklarni aniqlash va davolashlarda maxsus soha mutaxassislarining ilmiy nuqtai nazardan yondashishi muhim o‘rin tutadi.

Yuqumli kasalliklar klinikalarida epidemiologiya, virusologiya, immunologiya va parazitologiya sohalaridagi erishilgan ilmiy yutuqlar katta ahamiyatga ega.

Yuqumli kasalliklarga qarshi olib boriladigan tadbirlar profilaktik, ya‘ni kasallik belgilari bo‘lmasdan uning oldini olish, epidemiya tarqalganda esa unga qarshi kurash choralarini ko‘rish bilan ifodalanadi.

Profilaktik chora-tadbirlar:

- 1) atmosfera, korxona va yopiq xonalardagi havolar sofligini saqlash;
- 2) aholi yashaydigan joylarda suv saqlanadigan havzalar va suv tozalovchi inshootlar tozaligini saqlash va aholini toza ichimlik suvi bilan ta‘minlash;
- 3) shaxsiy va davlat qurilish maskanlarini sanitariya qonun-qoidalariga asoslanib qurish;
- 4) aholi gavjum yashaydigan joylarda, temir yo‘l va avtovokzallarda, dengiz va daryo portida, aeroport, kinoteatr, kir yuvish muassasalarida tozalikka qat‘iy rioya qilish;
- 5) korxonalarda mehnatkashlar sog‘lig‘i va texnika xavfsizligi (shovqin, chang, namlik) qoidalariga rioya qilish;
- 6) oziq-ovqat ishlab chiqarish korxonalarini, umumiy ovqatlanish muassasalarida sanitariya talablariga rioya qilish, bozorlarda tozalik, oziq-ovqat mahsulotlarini tashish va saqlash kabi masalalarga ilmiy yondashish;

7) tug‘ruqxonalar, bolalar muassasalarida, umumiy ovqatlanish, toza ichimlik suvi bilan ta’minlaydigan, oziq-ovqat ishlab chiqaradigan muassasalarda xizmat qilayotgan xodimlar ichidan infeksiya tashuvchilarini aniqlab, ularni sanatsiya qilish (davolash);

8) qishloq xo‘jaligi korxonalarida veterinar mutaxassislar bilan birgalikda sanitariya-oqartiruv ishlarini olib borish;

9) chet ellardan yuqumli kasalliklar tarqalmasligi uchun davlat chegaralarini qo‘riqlash;

10) shohbekatlar, portlar, jamoat transporti va tomosha joylarida profilaktik dezinfeksiya ishlarini olib borish;

11) zarurat tug‘ilganda insonlarni kasallik tarqatuvchi hasharot va kanalardan himoya qilish:

– himoya kiyimlari;

– kemiruvchi va hasharotlarga qarshi kurash.

Epidemiyaga qarshi tadbirlar, asosan, uch yo‘nalishda bo‘ladi:

a) kasallikni tarqatuvchi yoki bemorlarni aniqlab davolash, joylarda kasallik tarqatuvchi hayvonlarga qarshi kurash choralarini tashkil qilish;

b) kasallikning tarqalish yo‘nalishidagi zanjirini, ya’ni umumiy ovqatlanish va toza ichimlik suvi bilan ta’minlash muassasalarida qat’iy sanitariya kuzatuvlarini o‘rnatish, hasharot, hayvonlar va kanalarni qirib tashlash;

v) inson organizmining yuqumli kasalliklarga qarshiligini oshirish maqsadida faol va sust emlash turlarini qo‘llash.

Kasallik rivojlanishining asosiy bosqichlari:

1) kasallik chaqiruvchining organizmga tushishi va kasallikning birinchi belgilari paydo bo‘lishigacha o‘tgan muddat inkubatsion, ya’ni yashirin (pinhona) bosqich hisoblanadi. Bu bosqichda kasallik chaqiruvchi organizmning ichki muhitiga moslashib, ko‘payish holatiga to‘g‘ri keladi;

2) kasallikning boshlang‘ich bosqichi prodromal bosqich hisoblanib, bu bosqichda tana haroratining ko‘tarilishi, bosh og‘rishi, ko‘ngil aynishi, qusish, muskul va bo‘g‘imlardagi kuchli og‘riqlar, ya’ni ayni kasallikka xos bo‘lmagan (umumiy) belgilar bilan tavsiflanadi;

3) kasallikning yorqin namoyon bo‘lishi – ayni kasalliklarning maxsus klinik belgilari va laboratoriya tahlillarining to‘liq namoyon bo‘lishi, u yoki bu yuqumli kasalliklarga mosligi bilan kechadi;

4) organizmning yot infeksiyalarga qarshi kuchining susayishi va immunitetning pasayib ketishi tufayli kasallik belgilarining so‘nib borishi bilan ifodalanadi;

5) bu bosqichda organizmning butkul infeksiyadan xalos bo‘lishi yoki qayta zo‘rayishi kuzatiladi.

Quturish (gidrofobiya)

Quturish – bosh miyaning oʻtkir virusli, hayvonlardan yuqadigan ogʻir infeksiyon kasalligi boʻlib, kasallik rivojlanish bosqichining uzunligi va oʻlim oqibatlariga olib boruvchi omillari bilan ifodalanadi.

Etiologiyasi: quturish chaqiruvchisi viruslar hisoblanib, ular rabdoviruslar turkumiga mansubdir. Nerv toʻqimalarini yemirish (neyrotrop) xususiyatlariga ega bu kasallikning ikki xil varianti mavjud:

1) «yovvoyi» (koʻchadagi) – koʻrinishi jihatidan tabiiy sharoitda oʻzgaruvchi turi boʻlib, sut emizuvchilar uchun juda xavfli sanaladi;

2) qotirilgan (fiksatsiyalangan) turi laborator sharoitda quturishga qarshi (vaksinalar) emlash darmondorilarini olish uchun foydalaniladi.

Tabiiy sharoitga quturish viruslari chidamsiz boʻlib, har xil dezinfeksiyalash muolajalari taʼsirida tez qirilib ketadi, qaynatilganda esa 2 daqiqada oʻladi.

Epidemiologiyasi: tabiatda kasallikning asosiy tarqatuvchilari hayvonlar bilan oziqlanadigan yirtqichlar boʻlib, koʻproq tulkilar, boʻrilar, chiyaboʻrilar va uy hayvonlarining soʻlagi orqali tarqatadigan itlar va mushuklar sanaladi.

Kasallik insonlarga terining jarohatlangan joylariga kasallangan hayvonlar soʻlagi tegishi orqali yoki toʻgʻridan-toʻgʻri hayvonlar tishlaganda yuqadi. Insonlardan viruslar bir-biriga oʻtmaydi. Eng xavfli tishlash joylariga ensa, bosh va qoʻl barmogʻi sohalari kiradi.

Patogenezi (kasallik rivojlanishi) – tishlar botgan jarohat oʻrnidan viruslar nerv tolalari orqali koʻtarilib, bosh va orqa miya toʻqimalariga chiqib boradi.

Markazga intiluvchi nerv tolalari orqali markaziy asab tizimiga yetib borib, nerv toʻqimalari va soʻlak bezlariga oʻrnashgan viruslar koʻp miqdorda soʻlak bilan birga ajralib chiqadi.

Markaziy asab tizimi toʻqimalarida viruslar taʼsirida qon quyilishi va shish holatlari yuz beradi.

Bunday oʻzgarishlar kasallikning boshlangʻich davrida bemorlarning tirishishi va oxirgi bosqichida esa falaj holatida vafot etishiga olib keladi.

Klinikasi: kasallikning yashirin davri 10 kundan 1 yilgacha (asosan 1–2 oy) davom etadi.

Kasallikning kechishi uchta bosqichga boʻlinadi:

1) dastlabki (prodromal) bosqichi qoʻrquv va vahimali holatlar bilan kechadi;

2) talvasali bosqichida bemorlar haddan tashqari qahru gʻazabli holatlarda boʻlib, atrofdagilar uchun oʻta xavfli sanaladi;

3) shol (falaj) bosqichida bemorlar mungli, nochor holatda madad soʻraydilar.

Dastlabki (prodromal) bosqichining davomiyligi 1–3 kundan iborat boʻlib, hayvonlar tishi botgan joyning chandiq sohasida qichishish va

ogʻriqlar paydo boʻla boshlaydi. Bunday holatlar nerv tolalari orqali uzatiladi. Shu bilan birgalikda, vahima, qoʻrquv, uyqusizlik va kayfiyatsizlik holatlari ham rivojlana boradi.

Talvasali bosqichda bemorlarda gidrofobiya (suvdan qoʻrqish) holati rivojlana boradi, yaʼni bemorlarga quyilayotgan suvning jildirashi, bemorga suv haqida gapirilganda ularda halqum muskullarining qisqarishi natijasida tutqanoqli tirishish holatlari yuzaga keladi. Bu kabi holat quyidagi sabablar hisobiga ham uchrashi mumkin – aerofobiya (shamoldan qoʻrqish), fotofobiya (yorugʻ nurlardan qoʻrqish), akustikofobiya (qattiq tovushdan qoʻrqish) va boshqalar. Asta-sekin bemorlar quloqlariga oʻziga qasd qilish eshitilib, koʻzlarida dahshatli hodisalar paydo boʻla boradi va ular haddan tashqari jangari holatlarga tushib boradilar. Bemor koʻp terlaydi, soʻlaklari koʻp ajraladi, ammo yuta olmaganligi sababli koʻp tupuradi, tana harorati bir oz (subfebril) koʻtariladi, yurak urishi tezlashadi, bu bosqich 2–3 kun, ayrim hollarda 6 kungacha davom etishi mumkin.

Shol (falaj) bosqichi gidrofobiya (suvdan qoʻrqish) holatining oʻtishi bilan boshlanib, bu bosqichda bemor nochor-mungli holatga tushadi, oyoqlardagi falaj sababli harakatdan qolishi, yuz va til muskullarining falaji boshlanishi bilan oʻtadi. Oʻlim nafas markazining falaji sababli yurak-tomir yetishmovchiligidan kelib chiqadi.

Kasallikning umumiy davomiyligi 3–7 kun, kam hollarda 2 hafta davom etishi mumkin.

Davosi: klinik belgilari rivojlangan bemorlarga davo yoʻq, yaʼni inkurabelen. Qilinadigan hamma muolajalar simptomatik yoʻnalishda boʻlib, tirishishga qarshi yordamga (aminazin, xloralgidrat) qaratilgan. Bunday muolajalar maxsus izolatorlarda amalga oshirilishi kerak, bemorlarni bezovta qiladigan omillardan saqlash shart.

Profilaktikasi: quturishning davo choralari yoʻqligi sababli, kasallikni keltirib chiqaruvchi hayvonlarga qarshi kurash tadbirlarini va insonlarni bulardan muhofaza qilish choralarini koʻrish maqsadga muvofiqdir. Har qanday hayvon tirnagan yoki tishlagan joylarni zudlik bilan sovunlab yuvish, perekis vodorod eritmasi bilan yuvib, yod va spirt bilan ishlov berish kerak. Agarda tishlagan hayvonda quturish yoki shunga taxmin qilingan hollarda, tishlangan joy teri ostiga antirabik immunoglobulin yuborish lozim. Tishlangan jarohatga zaruriyat boʻlmasa, bogʻlam qoʻyish kerak emas.

Yuqorida qayd etilgan muolajalar bajarilgandan soʻng, profilaktik maqsadda antirabik emlash, oʻz qoidasiga binoan, shoshilinch qoʻllanilishi shart.

Virusli gepatitlar

Bu guruh kasalliklarning chaqiruvchilari har xil bo'lib, klinik kechishlari – organizmning umumiy zaharlanishi, sariqlik, jigar va taloqning kattalashishi kabi simptomlarining o'xshashligi sababli bir guruh kasalliklarni tashkil qiladi.

A, V, S, D, E, F, G gepatitlarni chaqiruvchi virus turlari mavjuddir.

Virusli «A» gepatit

Virusli «A» gepatit turi asosan ovqatlanish tarmoqlarida sanitariya-gigiyena qoidalarini qo'pol buzilganda yuqadi, kechishi o'tkir siklik, ya'ni davrli xususiyatga egadir. Asosan kuchli zaharlanish, jigar to'qimalarining yemirilishi va umumiy sariqlik bilan kechadi.

Etiologiyasi: virusli «A» gepatitning chaqiruvchisi tabiiy muhitga juda chidamli hisoblanadi, ya'ni xona haroratida hafta va oylab, 4 0C haroratda esa oylab va yillab jon saqlashi mumkin. Viruslar 100 0C issiqlikda 5 minut, 85 0C da 10 minut va avtoklavda esa 20 minut ichida o'lishi mumkin.

Epidemiologiyasi: virusli «A» gepatitning asosiy tarqalish yo'li oziq-ovqat orqali bo'lib, maishiy va shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilmaslik sababli ham kelib chiqadi.

Kasallikka moyillik hamma insonlarda bir xil, ko'proq bir yoshdan katta bolalarda, odamlar jamoa bo'lib to'plangan joylarda uchraydi. «A» gepatitning tarqalishida fasllar ham katta o'rin tutadi, jumladan kasallik yoz va kuz fasllarida ko'proq uchraydi.

Klinikasi: kasallikning yashirin davri 21–28 kun (7 kundan 2 oygacha). Dastlabki belgilari 5–7 kunlar orlig'ida grippoldi holati, ishtahasizlik, umumiy quvvatsizlik, uyqusizlik, tez charchash, ish faoliyatining susayishi va kayfiyat buzilishi kabi simptomlar bilan namoyon bo'ladi. Ko'p hollarda kasallik birdaniga 1–3 kun davomida tana harorati 38–40 0C gacha ko'tarilib, gripp holatini eslatuvchi o'zgarishlar bilan birga bosh og'rig'i, ishtahaning kamayishi, ko'ngil aynishi, ish faoliyatining susayishiga xos belgilar bilan namoyon bo'ladi. Gohida qorin devorining yuqorigi o'ng qismida og'irlik, bir oz og'riq bilan ham kuzatilishi mumkin.

Oradan 2–4 kun o'tgach, siydik o'zgarib, pivo yoki quyuq qilib damlangan choy rangini oladi, najasining rangi oqaradi. Shu davrda jigar bir oz shishadi, gohida taloq ham kattalashishi mumkin.

Sariqlik teri yuzasiga chiqqanda organizmning umumiy zaharlanishi yengillashib, bosh og'riqi kamayadi, tana harorati normallashib, bemorlar ancha o'zlarini yaxshi his qilishadi.

«A» gepatit nisbatan ko'p hollarda tuzalish bilan yakunlanadi, ya'ni 90 % bemorlarda butkul sog'ayish, qolganlarda esa har xil asoratlar qoladi.

Profilaktikasi: kasallikning oldini olish maqsadida keng miqyosda sanitariya-oqartuv va epidemiyalarga qarshi choralar qoʻllanilishi kerak.

Quvurlardan kelayotgan ichimlik suvlarini muntazam ravishda gepatit viruslariga tekshirib turish va aholi orasida sanitariya madaniyatini keng joriy etish kerak.

Virusli «V» gepatit

Etiologiyasi: virusli «V» gepatit kasalining chaqiruvchisi gepadnoviruslar oilasiga kirib, asosan jigar toʻqimasini shikastlaydi.

Epidemiologiyasi: kasallik perkutant (qon orqali, ignadan) yuqadi. Kasallik yuqishining tabiiy yoʻllariga soqol olish uskunalari, tish tozalagichlardan yuqishlar kiradi. Homilador ayoldan bolasiga oʻtishi, jinsiy aloqalarda, asosan besoqqollarda koʻp uchraydi.

Kasallikning sunʼiy tarqalish yoʻllariga viruslarning jarohat olgan teri orqali kirishi, kasallik tashxisini qoʻyish maqsadida olib borilayotgan tekshirishlar davrida (inyeksiya, operatsiya, qon quyish, endoskopik, retroskopik va tish sugʻurish vaqtida) sabab boʻladigan omillar kiradi.

Klinikasi: kasallikning kechishi davriy oʻtkir, terining sariq rangga boʻyalishi holatlarining almashishi va ogʻriqning zoʻrayishi bilan kechadi.

Kasallikning yashirin davri 2–6 haftadan 6 oygacha muddatda namoyon boʻlishi mumkin. Sariqlikdan oldingi davr esa 4–10 kun mobaynida yuzaga chiqadi. Kasallik charchash, bosh va boʻgʻimlardagi ogʻriqlar, ishtahasizlik, uyqusizliklar bilan boshlanadi. Sariqlik yuzaga chiqishidan oldin jigar va taloq kattalashib, terilar qichib, siydik rangi qizarib, najas esa oqarib ketadi. Sariqlik bosqichi 2–6 haftadan bir necha oylargacha davom etishi mumkin.

Profilaktikasi: asosiy omillardan boʻlgan tabiiy va sunʼiy yuqishlarga qarshi kurash hamda sanitariya-oqartuv ishlarini yaxshi yoʻlga qoʻyish. Shular bilan birga, tartibsiz jinsiy munosabatlarni chegaralash va laboratoriyalarda virus tashuvchilarning qonini tekshirish, tibbiy asbob-uskunalarini zararsizlantirishni toʻgʻri amalga oshirishni nazorat qilishdan iborat.

Oʻtkir virusli respirator infeksiyalar

Bu guruh kasalliklariga gripp, paragripp, adenovirusli va rinovirusli kasalliklar kiradi. Ushbu kasalliklar oʻzlarining qisqa vaqt ichida rivojlanishi va nafas olish aʼzolarini yalligʻlantirishi bilan tavsiflanadi. Kasallikni tarqatuvchilar bemorlar boʻlib, asosan tomchili va havo yoʻllari bilan yuqadi.

Klinikasi: kasallikning rovojlanish davri bir necha soatdan 1,5 sutkagacha davom etadi. Kasallik toʻsatdan organizmdagi kuchli zaharlanish belgilari – isitma, bosh ogʻrigʻi, muskul va boʻgʻimlardagi, bellardagi, koʻz harakati vaqtida esa koʻzdagi ogʻriqlar, yorugʻlikdan qoʻrqish, darmonsizlik, kamharakatlik kabilar bilan tavsiflanadi.

Kasallik boshlangan birinchi kundayoq tana harorati 38–40 °C dan baland bo‘lib ketadi. Tana haroratining qanchalik balandligiga qarab, isitmali bosqichi shuncha qisqa bo‘ladi. Agarda tana harorati 40 °C va undan yuqori bo‘lsa, haroratga qarshi dori-darmonlarni qo‘llash mumkin. Grippning isitmali bosqichi asoratsiz kechsa, asosan 1–8 kun davom etadi, undan keyingi vaqtlarda esa harorat ko‘tarilib yoki me’yordagidan tushib ketish hollari kuzatiladi.

Tana harorati ko‘tarilgan vaqtlarda ko‘z olmasi va shilliq pardalarda (konyuktivit va sklerit) qizarishlar kuzatiladi. Yumshoq va qattiq tanglaylar, halqum shilliq pardalaridagi qizarishlar, gohida ko‘kintir rangda ham bo‘lishi mumkin.

O‘zining klinik kechishiga qarab gripp yengil, o‘rta, og‘ir va ayrim hollarda o‘ta og‘ir gipertoksik ko‘rinishlarda bo‘ladi.

Yengil va o‘rtacha og‘irlikdagi ko‘rinishlari asoratsiz kechganda, kasallik qoniqarli yakunlanib, 5–7 kungacha davom etishi mumkin. Agarda haroratli, umumiy zaharlanish va qizarish bosqichlari cho‘zilib ketsa, unda birlamchi gripp tashxisi inkor qilinib, ikkilamchi, qo‘shimcha va asoratli kechinmalari haqida o‘ylab ko‘rishga to‘g‘ri keladi.

Grippning asoratlari: gripp asoratlari ichida eng og‘irlaridan biri bu infeksiya-toksik shok bo‘lib, kasallikning klinik kechishi bir nechta sindromlarni o‘z ichiga qamrab oladi: o‘tkir yurak-tomir yetishmovchiliklari, o‘pka va miya to‘qimalarining shishi, tomirlar ichidagi ommaviylashgan qon ivuvchanlik sindromlari bilan ifodalanadi.

Grippning eng ko‘p uchraydigan asoratlaridan biri o‘pkaning yallig‘lanishi sanaladi. Ko‘p uchraydigan asoratlariga yana bakterial mastoidit (sut bezi yallig‘lanishi), otitlar (quloqlar yallig‘lanishi), bosh miya sinuslarining yallig‘lanishlari kiradi.

Ensefalit, meningit, nevritlar va miokardiodistrofiyalar kabi asoratlari kamdan-kam uchraydi.

O‘tkazilgan grippdan keyingi davrlarda, odam organizmi immunitetining (umumiy qarshiligining) pasayib ketishi evaziga, o‘tmishda bo‘lgan surunkali bronxit, tonsillit, pielonefrit, sil va revmatizm kabi kasalliklarning qaytalanishlari kuzatiladi.

Difteriya (bo‘g‘ma)

Difteriya – tomoq bezlari va nerv to‘qimalarining mahalliy infeksiya yallig‘lanishi, umumiy kuchli zaharlanish, asab va yurak sistemalari a‘zolarini ishdan chiqarish kabi asoratlar bilan kechuvchi kasallikdir.

Chaqiruvchisi difteriya korinebakteriyasi bo‘lib, zaharli (toksik) harakatsiz tayoqchalar ko‘rinishidadir. Difteriya tayoqchalari tashqi muhit ta’sirlariga juda chidamli bo‘ladi. Difteriya mikrobi bir tomchi so‘lak, eshik ushlagichlarida va bolalar o‘yinchoqlarida 15 kungacha saqlanib qoladi. Suv va sutlarda 6–20 kunlar mobaynida hayot kechira oladi.

Ularga quyosh nurlari va yuqori haroratlar salbiy ta'sir qiladi, qaynatilganda bir daqiqada qirilib ketadi.

Kasallik tarqatuvchisi bo'lib, kasallikning har qanday bosqichida og'rigan bemorlar va bakteriya tashuvchi insonlar sanaladi.

Difteriya chaqiruvchi bakteriyalar asosan nafas olish yo'llari va halqum sohalarida joylashadilar. Kasallik havo-tomchi va havo-chang yo'llari orqali yuqadi. Bemor yoki bakteriya tashuvchilarning yo'talgan, aksa urgan va gapirgan vaqtlarida nafas va halqum yo'llaridan tarkibida difteriya bakteriyasi bo'lgan so'lak tomchilari orqali kichik zarrachalar havoga tarqaladi. Aynan shu zarrachalarning sog'lom odamning yuqori nafas va halqum a'zolariga tushishi tufayli kasallik rivojlanadi.

Ro'zg'or buyumlari va o'yinchoqlarga tushgan so'laklar evaziga yuqadigan turlari ham uncha katta bo'lmagan ahamiyatga egadir. Gohida birgalikda bir olmani iste'mol qilishda ham yuqadi.

Kasallikning fasliy kuchayishi asosan kuz va qish fasllariga to'g'ri keladi.

Patogenezi: Bo'g'ma mikroblari organizmga qanday yo'l orqali kirganligiga qarab, og'iz-halqum, burun va yuqori nafas olish yo'llari shilliq pardalarida rivojlanadi va shu joyning o'zida kirish darvozasini hosil qiladi. Mikroblarning kirish joyiga qarab bo'g'ma: og'iz-halqum, nafas olish yo'llari, burun, ko'z, kam hollarda teri, jinsiy a'zolar va aralash bo'g'malarga bo'linadi.

Eng ko'p uchraydigan turi og'iz-halqum ko'rinishidir (85–90 % gacha). Kasallikning rivojlanish davri 2–10 kun. Ushbu bo'g'mada kamquvvatlik, bosh og'rishi, harakatning susayishi, ayrim hollarda qusish, haroratning 39°C gacha ko'tarilishi, kuchli zaharlanish holatlari kuzatiladi. Tomoq bezlarida me'yoridagi qizarish bilan birgalikda, shish va o'rgimchak uyasi ko'rinishidagi kulrang parda paydo bo'ladi. Bu parda oson ko'chadi hamda qontalash hosil bo'lib, o'rnida mustahkam parda hosil bo'ladi. Bunday parda juda qiyin ko'chadi. Ko'chirilganda yana boshqatdan hosil bo'laveradi. Bir vaqtning o'zida mahalliy limfa tugunlari kattalashib, paypaslab ko'rilganda og'riydi. Ayrim hollarda teriosti yog' qatlamining shishi ham kuzatiladi.

Nafas yo'llari bo'g'masida mahalliy o'zgarishlar asosan kekirdakda (mahalliy krup), tarqalgan ko'rinishi esa traxeya, bronx va bronxiolalarda (pastki krup) bo'ladi.

Haqiqiy krupda nafas qisishi (bo'g'ilish) va yo'tal kuzatiladi. Bemorning nafas olishi hushtaksimon, masofadan eshitilib turadi. Nafas olishning qiyinlashishi bir necha minutdan yarim soatgacha cho'ziladi.

Yuqoridagi holat o'tgandan keyingi davrda bemorlarda havo yetmaganligi sababli ko'karish, rangining oqarishi burun «uchburchagi»da kuzatiladi, kuchli ter bosishi va yurak urishining buzilishi yuz beradi.

Bo'g'maning eng og'ir asoratlariga infeksiyon-toksik shok, traxeya qisilishi, miokardit va polinevropatiya holatlari kiradi.

Profilaktikasi: kasallik tashxisi aniqlanganda zudlik bilan bemorni shifoxonaga yotqizish va boshqalar bilan muloqotini cheklash, butkul sog'ayish bakteriologik tekshirishlar bilan tasdiqlanmagunga qadar izolatsiya qilish kerak.

Bemorlar bilan muloqotda bo'lgan hamma insonlarni tekshirib, tashxis inkor qilinguncha ularni 7 kun mobaynida izolatsiya qilish shart.

Difteriya o'chog'idagi bemorlar shifoxonaga yotqizilgandan so'ng 1 % xloramin eritmasi bilan dizenfeksiya ishlari amalga oshiriladi.

Ichburug' (dizenteriya)

Ichburug' – insonlarda uchraydigan, shigell bakteriyalari bilan chaqiriladigan asosan yo'g'on ichakning pastki qismini jarohatlaydigan, kuchli intoksikatsiya bilan kechadigan infeksiyon kasallik.

Etiologiyasi: tashqi muhitda, shigellalar 30–45 kun mobaynida jon saqlashlari mumkin. Ovqat qoldiqlarida ular ko'payish xususiyatlarini saqlab qoladilar. Yuqori harorat va dizenfeksiya moddalari ularga kuchli ta'sir qiladi.

Kasallik tarqatuvchilar bo'lib, har xil ko'rinishdagi bemorlar yoki tashuvchi insonlar sanaladi. Kasallik fekal-oral, kontakt, suv va ovqatlar orqali o'tadi. Kasallikni chaqiruvchi omillarga yuvilmagan iflos qo'llar, bakteriya bilan ifloslangan ro'zg'or jihozlari, o'yinchoqlar, oziq-ovqat va sut mahsulotlari kiradi. Dizenteriya hamma yerda bir xil rivojlangan bo'lib, asosan oziq-ovqat tayyorlash texnologiyasi buzilgan korxonalarda, ochiq suv havzalarida ko'proq uchraydi.

Dizenteriya bilan hamma yoshdagi insonlar og'rishi mumkin. Oriq, kuchsiz, immuniteti susaygan shaxslar, maktabgacha yoshdagilar va qariyalarda ko'proq uchraydi. Asosan fasllarga bog'liq – yoz va kuz fasllariga to'g'ri keladi, ammo suv yoki oziq-ovqat mahsulotlari zararlanganda, yilning qaysi fasli bo'lishiga qaramasdan, epidemiyalar bo'lishi ehtimoldan xoli emas.

Infeksiyaning kirish joyi va rivojlanadigan a'zolari bo'lib, ovqat hazm qilish sistemasi a'zolari sanaladi.

Klinikasi: kasallik yashirin davrining davomiyligi 1–7 kunga, ko'pincha 2–3 kunga to'g'ri keladi. Kasallikning boshlanishi o'tkir bo'lib, gohida qisqacha prodromal bosqich bilan boshlanib, uyqusizlik, isitma, qorin bo'shlig'idagi ba'zi bir buzilishlar bilan kuzatiladi. Yuqoridagi hollardan keyingi davrda isitma, bosh og'rig'i, darmonsizlik, qorinning chap tomon pastki qismida sanchiqsimon og'riqlar boshlanadi.

Dastlab ajralayotgan najas yarim suyuq, ko'p miqdorda bo'ladi. Keyinchalik bir necha marta qaytarilgan katta qabziyatlardan so'ng, najas har xil shilliq va qon aralash chiqadi. Katta qabziyatning keyingi

bosqichlarida najas ajralishining tezlashishi najasning tabiiy rangi yo‘qolib, asosan shilliq moddalar, qon aralash va og‘ir holatlarda esa yiring aralash kelishi kuzatiladi. Ba’zi bir bemorlarda najasining rangi go’sht yuvilgan suvga, ba’zilarida esa shilimshiq moddalar, yiringlardan alohida tomchilar shaklida chiqadi. Natijasiz va og‘riq bilan kuzatiladigan yolg‘on najas ajratish belgilari bemorlarni holdan toydirib qo‘yadi va ular kasallikka xos belgilardan sanaladi.

Yo‘g‘on ichakning bir qismi yengil kasallanganda umumiy organizmning zaharlanish belgilari nisbatan yengil kechadi, harorat subfebril (o‘rtacha) bo‘ladi. Ich kelishi kuniga 10 martagacha bo‘ladi. Kasallikning umumiy davomiyligi 2–3 haftagacha boradi.

Yo‘g‘on ichakning og‘ir ko‘rinishidagi xastaligida esa kasallikning belgilari kuchli rivojlangan. Ich kelishi kuniga 20–25 martagacha boradi. Ba’zi bir bemorlarda kolit (yo‘g‘on ichaklar kasalligi) belgilari kuchli namoyon bo‘lib, qon aralash ich ketishi kuzatiladi.

Profilaktikasi: umumiy ovqatlanish muassasalari, suv havzalarini nazorat qilish, sanitariya-oqartuv va shaxsiy gigiyena ishlarini yaxshi yo‘lga quyish kabi asosiy omillar katta ahamiyat kasb etadi.

Meningokokkli infeksiya

Meningokokkli infeksiya – odamlar orasida tarqalgan (antropnoz) kasallik hisoblanib, kasallik asosan havo-tomchi yo‘li bilan tarqaladi va keng ko‘lamdagi klinik shakllari – meningokokk tashuvchilik, meningit va meningokokk sepsis rivojlanishi mumkin.

Etiologiyasi: kasallikni keltirib chiqaruvchi mikroblar gramm manfiy kokklar bo‘lib, tashqi muhit ta’siriga chidamsiz sanaladi. Bu mikroblar asosan og‘iz-halqum sohalarida rivojlanishga moslashgan bo‘lib, so‘laklar orqali tashqi muhitga bakteriya tashuvchilar yordamida tarqaladi. Mahalliy immunitetning pasayishi tufayli bakteriyalar shilliq qavatosti qatlamlariga tarqalib, tomoq yallig‘lanishi belgilarini namoyon qiladi. Faqatgina 5 % bemorlarda meningokokklar mahalliy yallig‘lanish chegaralarini buzib o‘tib, qon tomirlar sistemasi orqali a’zolarga tarqaladi. Meningokokklar teri, miya qobiqlari, bo‘g‘imlar, ko‘z gavhariga, buyrakusti bezlari, o‘pka, miokard va boshqa a’zolarga shu tariqa tarqaladi.

Klinikasi: meningokokksemiya (qondagi mikroblar yoki meningokokkli sepsis) yuqori harorat bilan boshlanadi. Ko‘p hollarda kasallik boshlanishidan oldin nazofaringit belgilari kuzatiladi. Kasallikning dastlabki kunlaridayoq tana harorati 40°C va undan yuqori bo‘lib, kuchli intoksikatsiya belgilari: bosh og‘rig‘i va muskullarda kuchli og‘riqlar kuzatiladi. Kasallik boshlanganidan 12–48 soat o‘tgandan keyin bemorlarning gavda, bel va dumba sohalarida kichik nuqtalar shaklidagi dog‘lar paydo bo‘ladi. Dog‘lar asosan qizil rangda bo‘ladi. Agarda shu dog‘lar yuz sohalarida bo‘lsa, u holda bu yomon ko‘rsatkichlarga olib keladi.

Yashin ko‘rinishidagi meningokokksemiya haddan tashqari tez rivojlanadigan meningokokkli sepsis (gipertoksik sepsis) hisoblanadi. Bu kasallik juda tez rivojlanib, kuchli harorat ko‘tarilishi, qattiq sovqotish va qo‘rqinch bilan kuzatiladi. Dast-labki vaqtlarida tana harorati 40–41 °C ga ko‘tarilib, keyinchalik infeksiya-toksik shok rivojlanishi evaziga tana harorati tushib ketadi. Kasallik boshlanganidan 6–48 soat mobaynida o‘lim sodir bo‘ladi.

Meningit ham kuchli isitma bilan boshlanadi, shu asosda umumiy miya simptomlari rivojlana boradi. Bunday simptomlar quyidagilardan iborat: kuchli bosh og‘rig‘i, qayt qilish, ammo qusishdan so‘ng bemor yengillik his qilmasligi ahamiyatga ega. Dastlabki vaqtlarda bemorda yorug‘likdan qo‘rqish, teri sezuvchanligining oshishi, so‘ngra kuchli harakat qo‘zg‘alishlarining boshlanishi kuzatiladi. Meningitga xos bo‘lgan har xil hushni yo‘qotish kabi belgilar paydo bo‘ladi.

Shuni esda saqlash kerakki, qo‘yilgan gipertashxis kechikib qo‘yilgan tashxisdan ko‘ra inson hayotida katta o‘rin tutadi.

Har qanday meningitga qilingan taxmin, bemorlarda uchragan o‘tkir boshlanish, haddan tashqari yuqori harorat, tanada hosil bo‘lgan dog‘lar va epidemiya o‘choqlarini inobatga olish bemorlar hayotini saqlab qolishda katta ahamiyatga ega.

Profilaktikasi: epidemiya va kasallik aniqlangan o‘choqlarda bemorlar bilan muloqotda bo‘lgan insonlarga 10 kun mobaynida karantin e‘lon qilinadi va muntazam ravishda tekshiruv ishlari olib boriladi.

TERI-TANOSIL KASALLIKLARI

Teri-tanosil kasalliklari sog'liqni saqlash tizimining dolzarb muammosidir. Ma'lumki, respublikamizda jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar bo'yicha epidemiologik holat yildan-yilga yomonlashib bormoqda. 1990 respublikamiz bo'yicha 100000 aholiga 8 zaxm kasalligi to'g'ri kelgan bo'lsa, 1998 yilga kelib bu ko'rsatkich 45,5 ga tenglashgan. Xuddi shunday holat so'zak bilan kasallanish bo'yicha ham kuzatilgan. Ayniqsa bu ko'rsatkich yirik shaharlar va viloyat markazlarida yuqoridir.

Teri-tanosil kasalliklari, jumladan zaxm yosh nuqtai nazaridan tahlil qilinganda, uning miqdori 8–20 yoshdan boshlab sezilarli darajada o'sib boradi. Ayniqsa 16 yoshdan 50 yoshgacha bo'lgan shaxslarda bu kasallikning uchrashi juda yuqoridir. Bu kasallikning miqdori kasal jinsiga ham bog'liqdir. Agar XX asr oxirgi o'n yilligi boshlarida zaxm kasalligi erkak jinsiga mansub shaxslarda ko'proq uchragan bo'lsa, 1992–93 yillarga kelib ayol va erkaklar o'rtasidagi tafovut yo'qoldi. 1994–95, ayniqsa 1996–97 yillarda bu kasallik ayollar o'rtasida sezilarli darajada o'sdi va erkaklarga nisbatan ancha ko'proq uchradi.

Shu bilan birga, kasallik kechuvi ham sifat jihatdan o'zgardi. Agar 90-yillar boshida zaxm kasalligi kechuvida ikkilamchi retsidiv, ikkilamchi erta yashirin va kechki yashirin zaxm turlarining salmog'i yuqori bo'lgan bo'lsa, 1995–97 yillarga kelib birlamchi va ikkilamchi yangi zaxm turlari salmog'i o'sdi. Bu o'sish erta va, ayniqsa kechki yashirin zaxm turlarining kamayishi hisobiga ro'y bermoqda.

Hozirgi vaqtda teri-tanosil kasalliklarining bolalar va o'smirlar o'rtasida ko'payib borish ehtimolligi ko'zga yaqqol tashlanmoqda.

Yuqorida bayon etilganlarning barchasi teri-tanosil kasalliklarining kelib chiqishi va tarqalishiga qarshi kurash, uning oldini olish chora-tadbirlarini keng ko'lamda amalga oshirish juda dolzarb muammo ekanligidan dalolat beradi. Shuning uchun ham teri-tanosil, ya'ni jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarni o'rganish, ularning kelib chiqishi va tarqalishining oldini olish, samarali davo usullarini ishlab chiqish respublikamiz sog'liqni saqlash tizimiining asosiy yo'nalishlaridan biridir.

Teri-tanosil kasalliklari haqida tushuncha. Teri-tanosil kasalliklari qadimdan ma'lum. Bizning eramizgacha bir qancha teri kasalliklarining klinik belgilari yozib qoldirilgan.

Yaqingacha faqat zaxm, so'zak, yumshoq shankr, venerik limfo-granulematoz va donovanoz venerik kasalliklar deb yuritilgan.

XX asrga kelib teri-tanosil, jumladan jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar soni oshib bormoqda. Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining ma'lumotiga qaraganda, oxirgi o'n yil ichida ularning soni ancha oshdi.

Venerik kasalliklar infeksiyon kasalliklar bo'lib, maxsus qo'zg'atuvchi – mikroorganizmlar ta'sirida kelib chiqadi. Bu qo'zg'atuvchilar inson tanasiga asosan jinsiy aloqa natijasida yuqadi, shuning uchun ham teri-tanosil – venerik kasalliklar jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar deb ataladi. Ularda infeksiya manbai kasallangan inson bo'lib, kasallik bevosita va bilvosita kontakt yo'li bilan kasal kishidan sog'lom kishiga yuqadi. Bu kasalliklarda ham, boshqa infeksiyon kasalliklar singari, infeksiyon jarayonning boshlanishi makro va mikroorganizm orasidagi murakkab munosabatlarga bog'liq bo'ladi. Bunda bir tarafdin makroorganizm spetsifik va nospetsifik himoya tizimining holati, teri qatlamlarining anatomik butunligi va boshqalar katta ahamiyat kasb etsa, ikkinchi tomondan mikroorganizm miqdori, uning patogen, virulentlik, moslanish shakli va boshqa xossalari o'ziga xos o'rin tutadi.

Teri-tanosil kasalliklari ichida eng ko'p uchraydigan turi zaxm (sifilis) va so'zak (gonoreya)dir.

Zaxm (sifilis, luis)

Zaxm surunkali yuqumli tanosil kasalligi bo'lib, u qadimdan ma'lum. Uning yer yuzida paydo bo'lishi va tarqalishi haqida uchta nazariya mavjud.

Birinchi nazariyaga binoan, zaxm Yevropaga 1493 yili, ya'ni Amerika qit'asi kashf etilgan yili, Xristofor Kolumbning mahalliy aholidan zaxm kasalini yuqtirgan matroslari tomonidan olib kelingan. Shunday qilib, bu nazariyaga asosan, zaxmning vatani Markaziy Amerika hisoblanadi.

Ikkinchi nazariya tarafdorlari esa zaxmning vatani Afrika qit'asi deb hisoblaydilar. Ular endemik yoki tropik treponematozlarning qo'zg'atuvchilari va venerik zaxmning qo'zg'atuvchisi treponemalar avlodining turli ko'rinishi degan fikrdalar. Aholi migratsiyasi bu kasallikning Afrikadan dunyo mamlakatlariga tarqalishiga sabab bo'lgan.

Uchinchi nazariyani yoqlovchilar zaxm Yevropa, Osiyo va Yaqin Sharqda qadim zamonlarda ham mavjud bo'lgan degan fikrdalar. O't-mishning buyuk olimlari Galen, Gippokrat, Abu Ali ibn Sino va boshqalarning asarlarida yozilgan kasallik belgilari aynan zaxmni eslatadi. Odam suyaklarida zaxmga xos bo'lgan rentgenologik o'zgarishlarning topilishi, zaxmni davolashda qo'llaniladigan simobli moddalarning qon tomirlarida aniqlanishi bu nazariyani yana bir bor tasdiqlaydi.

Yuqoridagi nazariyalarning hech biri to'liq tan olinmagan. Lekin ehtimolga loyiq fikr, bu zaxmning yer yuzida deyarli inson bilan birga paydo bo'lishidir.

Kasallik qo'zg'atuvchisi. Zaxm kasalligini oqish treponema qo'zg'atadi. Bu mikroob 1905 yili F. Shaudin va YE. Goffmanlar kashf etganlar.

Oqish treponema spiral ko'rinishga ega. U juda xilma-xil ilgarilama, mayatniksimon, to'liqinsimon, bukiluvchi, aylanma harakatlar qila oladi.

Bunday harakatlar ipsimon fibrillalar yordamida amalga oshadi. Zaxm qo'zg'atuvchisi tashqi muhitda chidamsizdir. U quritilganda o'ladi, lekin nam muhitda uzoq yashaydi, 40–42 °C da 3–6 soatda, 56 °C esa 5 minutda halok bo'ladi. Qaynagan suv, 3–0,5 % li xlorid kislota, 1:2000 nisbatdagi sulema, 1:1000 nisbatdagi suyultirilgan karbol kislota, 960 etil spirtida treponemalar bir zumda o'ladi. Konservlangan qonda oqish treponemalar 3–5 kungacha tirik saqlanishi mumkin.

Oqish treponemalar ko'ndalang bo'linish yo'li bilan ko'payadi. Antibiotiklar ta'sirida, yetarli ozuqa bo'lmasligi va boshqalar tufayli ular «omon qolish», ya'ni L – shakl va sistalar shakliga o'tadilar. Sistalar koptokcha shaklida o'ralgan treponemalar bo'lib, tashqi tomonidan dori-darmonlarga chidamli qobiq bilan o'ralgan hamda ular organizmga patogen ta'sir ko'rsatmaydilar va uzoq vaqt shunday holda saqlanadilar. Ammo ma'lum sharoitlarda, organizm himoya funksiyasi pasayganda va mikroorganizmga salbiy ta'sir etuvchi faktorlar bartaraf etilganda, sista shaklidagi mikroblar patogen ko'rinishga o'tadilar. Bu jarayon reversiya deb ataladi. Sista va L – shaklli treponemalar paydo bo'lishining oldini olish uchun zaxm bilan og'rgan bemorlarni davolashda antibiotiklarni yuqori miqdorda qo'llash tavsiya etiladi.

Zaxmning yuqish yo'llari. Bemor zaxm tarqatadigan asosiy manbadir. U sog'lom kishi bilan o'pishganda, jinsiy aloqa qilganda, uning idish-tovoqlaridan foydalanganda kasallik yuqadi. Demak, kasallik bevosita yoki bilvosita kontakt yo'l bilan yuqar ekan.

Oqish treponema odam organizmiga shikastlangan teri va shilliq qavatlar orqali kiradi. U bemor qonida, terisidagi yarada, limfa tugunlarida, orqa miya suyuqligida, so'lagida, nerv to'qimalarida, hamma a'zolarida, hatto zaxm bilan og'rgan ayol sutida yoki erkak shahvati (sperma)da ham bo'ladi. Shuning uchun kasallikning aktiv davrida bemor atrofida gilar uchun o'ta yuqumli hisoblanadi.

Zaxmning kechuvi. Zaxmning umumiy kechuvida to'rtta davr – inkubatsion (yashirin), birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi davrlar tafovut qilinadi.

Inkubatsion (yashirin) davr organizmga oqish treponemalar kirgandan boshlab, to kasallikning birinchi belgisi – qattiq shankr paydo bo'lgunga qadar davom etadi. Bu davr o'rta hisobda bir oycha davom etishi, ba'zan 10–15 kungacha qisqarishi yoki 4 oygacha cho'zilishi mumkin.

Zaxmning birlamchi davri terida birlamchi sifiloma (qattiq shankr) paydo bo'lgandan to teri va shilliq qavatlarda ikkilamchi zaxmga xos toshmalar toshishiga qadar bo'lgan muddatni o'z ichiga oladi. Bu muddat 6–7 haftani tashkil etadi.

Qattiq shankr yoki birlamchi sifiloma oqish treponema kirgan teri va shilliq qavatlarda chegaralangan infiltrat hosil bo'lishi bilan boshlanadi. Keyinchalik esa infiltratning yuza qismi nekrozga uchrab, eroziya yoki

yara vujudga keladi. Odatda qattiq shankr oval yoki yumaloq, atrof terisidan aniq chegaralangan, kattaligi jimjiloq tirnogʻiday keladigan eroziyadir.

Uning rangi qizil, chetlari tekis, yulinmagan va bir oz koʻtarilgan boʻlib, tubiga tomon nishab boʻlib boradi (idish shaklini eslatadi). Jarohatning yuzi tekis, silliq, goʻsht rangida boʻladi, uning markazi goho sargʻish yogʻ gʻubori bilan qoplangan boʻlishi mumkin. Eroziyalardan bir oz seroz suyuqlik chiqib, shankrga yaltiroq, «laklangan» koʻrinish beradi. Eroziyali shankrlar epitelizatsiya yoʻli bilan tuzalsa, yaralisi oʻzidan soʻng chandiq qoldiradi.

Qattiq shankr koʻpincha jinsiy aʼzolarida, baʼzan oyoq, qorin va boshqa sohalarida kuzatiladi. Shu bilan birga, shilliq qavatlarda, koʻpincha lab, til, koʻkrak va bodomcha bezlarida joylashadi. Qattiq shankrning joylashuvi kasallik qanday yoʻl bilan yuqqanligi haqida dalolat beradi.

Qattiq shankr subyektiv belgilarsiz, baʼzan esa sezilarsiz ogʻriq bilan kechadi.

Qattiq shankr hosil boʻlgandan soʻng (koʻpincha 5–7 kun oʻtib) birlamchi zaxmning ikkinchi belgisi, yaʼni regional limfa tugunlarining yalligʻlanib, kattalashib shishishi, bir oz qattiqlashishi – regionar skleradenit kuzatiladi.

Bu tugunlarning joylashuvi qattiq shankr paydo boʻlgan sohalar yaqinida boʻladi. Agar qattiq shankr jinsiy aʼzolarida paydo boʻlsa, chov limfa sohasining limfa tugunlari kattalashadi. Agar shankr ogʻiz boʻshligʻi, lab va tilda paydo boʻlsa, jagʻ va dahanosti limfa tugunlari kattalashadi va h. k.

Limfa tugunlarining loviyadek kattalashuvi, qattiq elastik konsistensiyaga ega boʻlishi, paypaslab koʻrilganda ularning harakatchanligi, bir-biri va teri bilan birlashmaganligi hamda ogʻrimasligi regionar skleradenitga xosdir.

Birlamchi zaxmning oxirgi haftasiga borib oqish treponemalar organizmning barcha limfa tugunlariga tarqaladi va soni ham ortadi. Bu holat barcha limfa tugunlarining kattalashishi – poliadenit bilan ifodalanadi.

Birlamchi zaxmning birinchi 3 haftasida Vasserman (RW) va choʻkma reaksiyalar manfiy boʻladi (birlamchi seronegativ zaxm), keyinchalik esa (odatda qattiq shankr paydo boʻlganidan 4 hafta oʻtgach) serologik reaksiyalar musbatlashadi (birlamchi seropozitiv zaxm). Birlamchi zaxmning umumiy belgilari, qariyb 60 % bemorlarda darmon qurishi, isitma chiqishi, bosh va boʻgʻim ogʻrishi, ishtaha yoʻqolishi, uyqusizlik bilan kuzatiladi. Qonda anemiya, leykotsitoz, eritrotsitlar choʻkish tezligining oshishi kuzatiladi.

Zaxmning ikkilamchi davri odatda qattiq shankr hosil boʻlgandan 6–7 hafta oʻtib boshlanadi, yaʼni birlamchi zaxmga xos boʻlgan klinik belgilar

(qattiq shankr, regional skleradenit, poliadenit) fonida teri va shilliq qavatlarda rozeolez-papulez toshmalar toshadi. Ikkilamchi zaxm 4 yil davom etadi, hatto 5 yilgacha choʻzilishi mumkin va serologik reaksiyalar musbat boʻladi. Zaxmning ikkilamchi davrida ichki aʼzolar, harakatlanish apparatlari va asab tizimida turli xil patologik oʻzgarishlar kuzatiladi.

Ikkilamchi zaxmning birinchi 5–7 kunida baʼzi bemorlarda (10–15 %) umumiy darmonsizlik, lanjlik, bosh ogʻrishi, harorat koʻtarilishi, qechqurun boʻgʻim va suyaklarda ogʻriq boʻlishi kuzatiladi. Ammo koʻpincha bemorning umumiy ahvoli deyarli oʻzgarmaydi.

Ikkilamchi zaxmga xos boʻlgan belgi – aktiv toshmalar toshish davrining yashirin yoki assimptom davrlar bilan almashinishi. Agar ikkilamchi zaxm davrida teri va shilliq qavatlarda toshmalar birinchi marotaba paydo boʻlsa, bunday zaxm ikkilamchi yangi zaxm deb ataladi. Taxminan 3 oydan soʻng (agar kasallik davolanmasa) toshmalar oʻz-oʻzidan yoʻqolib ketadi va kasallik ikkilamchi yashirin yoki latent davrga oʻtadi. Keyinchalik yana toshmalar paydo boʻlsa, u holda ikkilamchi retsidiv (qaytalama) zaxm vujudga keladi.

Ikkilamchi latent davr turli muddatlarga choʻzilishi mumkin. Bu, avvalambor makro va mikroorganizm orasidagi immunobiologik jarayonga bogʻliq. Ikkilamchi zaxmda toshmalar toshishi 3–4 marta qaytalanishi mumkin. Bu toshmalar umumiy xususiyatga ega. Ular badanning turli sohalarida uchrab, shakli dumaloq, keskin chegaraga va koʻkimtir-qizgʻish rangga ega, qoʻshilishga moyil emas, subyektiv sezgilar boʻlmaydi, davolash choralari oʻtkazilmasa ham maʼlum muddatdan keyin izsiz yoʻqolishi mumkin.

Bemorlar bu davrda oʻta yuqumli boʻladilar.

Ikkilamchi zaxmda morfologik elementlardan dogʻ (rozeola), tuguncha (papula), baʼzan esa pufakcha (vezikula) uchraydi. Shu bilan birga, bu davrda sifilitik leykoderma va soch toʻkilishi (sifilitik alopetsiya) ham kuzatiladi.

Zaxmning ikkilamchi yangi davridagi sifilidlar mayda va koʻp, yorqin rangli, simmetrik, atrofga yoyilmaydi, usti kepaklanmaydi. Ular koʻpincha koʻkrak, qorin va qoʻl, dumba, son va ogʻiz shilliq qavatida uchraydi. Ular bosib koʻrilsa yoʻqoladi, soʻng yana paydo boʻladi. Rozeola 2 hafta davomida toshib, 3–4 haftagacha oʻzgarmay turaveradi, keyin rangsizlanadi va sekin-asta hech qanday dogʻ qoldirmay yoʻqolib ketadi.

Ikkilamchi retsidiv zaxmda toshmalar yirik va soni kam, koʻpincha, simmetrik boʻlmay, guruhlashishga moyil boʻladi va koʻp ishqalanuvchi sohalar (son, jinsiy aʼzolar, ogʻiz boʻshligʻi)da joylashadi.

Ikkilamchi zaxm davrida ichki aʼzo va nerv tizimida oʻziga xos oʻzgarishlar paydo boʻladi. Jumladan, Botkin kasalligini eslatuvchi oʻtkir gepatitga xos boʻlgan belgilar, sifilitik lipoidli nefroz, sifilitik miokardit,

gipoatsid gastrit, sifilitik meningit, gidrotsefaliya, bazal meningit kabi kasallik belgilarini aniqlash mumkin bo‘ladi.

Zaxmning uchlamchi davri. 3–5 yildan keyin ikkinchi davr zaxmning uchinchi davriga o‘tadi; zaxmning bu davri bemorlarning hammasida ham kuzatilavermaydi. Bu davr bemorning to‘liq yoki mutlaqo davolanmaganligi natijasida kelib chiqadi. Bu davr teri, shilliq qavatlar, ichki a‘zolar, asab tizimi hamda harakat apparatining zararlanishi bilan tavsiflanadi. Uchlamchi zaxmning rivojlanishida travma va surunkali kasalliklar, zaharlanishlar, bemorning yoshi hamda boshqa omillarning ahamiyati katta.

Uchlamchi zaxm klinik kechuviga qarab faol va yashirin davrlarga bo‘linadi. Bu davr yana, o‘z navbatida, do‘mboqcha va tugun (gumma) toshish davriga ajratiladi. Toshmalar son jihatidan oz bo‘lib (do‘mboqchalar 10–20 ta bo‘lsa, gumma odatda bitta yoki ikkita bo‘ladi), o‘zidan so‘ng chandiq qoldiradi. Agar toshmalar hayot uchun muhim a‘zo va tizimlarda joylashsa, u bemor hayoti uchun jiddiy xavf tug‘diradi. Bemor bu davrda atrofdagilar uchun kam yuqumli hisoblanadi, chunki toshmalar yuzasida oqish treponemalar kam bo‘lib, ular asosan infiltrat tubida joylashadi. Uchlamchi zaxm organizmni og‘ir o‘zgarishlarga olib keladi. Bu davr ichida teriosti yog‘ qavatida, suyak va muskullarda, asab tizimi va ichki a‘zolarida o‘zgarishlar kuzatiladi.

Do‘mboqchali sifilid bemor terisining derma qavatida hujayraviiy infiltrat hosil bo‘lishi natijasida vujudga keladi. Bu terining hamma sohasida uchrashi mumkin. Do‘mboqchalar og‘rimaydi, qichishmaydi va yallig‘lanmaydi. Ular yarim oysimon yoki yassi, rangi qizg‘ish bo‘lib, terida asimmetrik joylashadi. Do‘mboqchalar olcha danagidek bo‘lib, qattiq va aniq chegaralangan bo‘ladi. Ular vaqt o‘tishi bilan nekrozga uchrab yara va tortilgan chandiqlar hosil qiladilar.

Do‘mboqchali sifilidlarning toshmalarining bir vaqtda chiqmasligi tufayli bir necha turi tafovut qilinadi: guruhlashgan (elementlar guruhguruh bo‘lib joylashadi, lekin bir-biri bilan qo‘shilmaydi), emaklovchi (do‘mboqchalar qo‘shiladi, markazidagi regressga uchraydi, pereferik sohalarda esa yangi elementlar paydo bo‘ladi), maydonchali (do‘mboqchalar qo‘shilib, maydoncha hosil qiladi), pakana (tariq donidek keladigan do‘mboqchalar kuzatiladi).

Do‘mboqchali sifilid subyektiv o‘zgarishlarsiz kechadi.

Sifilitik gumma uchlamchi faol zaxmning eng ko‘p uchraydigan elementidir. Morfologik nuqtai nazardan sifilitik gumma gipodermada joylashgan tugun bo‘lib, kattaligi yong‘oqdek keladi. U asta-sekin kattalashib, teri bilan birlashadi va harakatchanligini yo‘qotadi. Terining rangi ko‘kimtir-qizg‘ish tusga kiradi. Bemor biroz og‘riq sezadi. So‘ng tugunning o‘rtasi yumshab, u yerda teshik hosil bo‘ladi va undan yopishqoq suyuqlik ajralib chiqadi. Hosil bo‘lgan yara – oval shaklida,

aniq chegaralanganligi, cheti biroz teridan ko'tarilganligi, qattiq konsistensiyaga ega ekanligi va tubida nekrozga uchragan to'qima borligi bilan tavsiflanadi. Jarohat o'rnida yulduzsimon giperpigmentli chandiq hosil bo'ladi.

Klinik kechuviga qarab izolatsiyalangan, infiltratli va fibrozli gummalar farqlanadi.

Uchlamchi sifilidlar (do'mboqcha va gummalar) ko'pincha burun, yumshoq tanglay va tanglay tilchasi shilliq qavatlarida joylashadi. Suyaklar zararlangan, burun suyagi cho'kib, egarsimon bo'lib qoladi. Qattiq va yumshoq tanglaylarning teshilishi, tanglay pardasining shikastlanishi oqibatida ovoz o'zgaradi, yutgan ovqat burun bo'shlig'iga o'tib ketadi.

Harakatlanish apparatlarida o'zgarishlar periostitlar, ostitlar va osteomiyelitlar, artritlar va osteoartritlar namoyon bo'ladi.

Yurak-tomir tizimida aortit va mezoaortitlar, zaxm miokarditi rivojlanadi. Jigarda surunkali epitelial zaxm hepatitlari kuzatiladi. Nerv tizimida esa kechki neyrosifilis belgilari yuzaga keladi. Ko'pgina hollarda uchlamchi zaxmda orqa miya so'xtasi (qurishi, tabes) – surunkasiga og'ir o'tishi bilan ajralib turadigan, orqa miya qobiqlari, ustunlari va po'stloqlarining shikastlanishi va kuchli og'riq bilan kechadigan kasallik yoki progressiv falaj – miya mayda qon tomirlarining yallig'lanishi va bosh miya moddasi, miyaga hamda markaziy kulrang yadrolarning shikastlanishi yotadigan kasalliklar kelib chiqadi.

Yashirin va tug'ma zaxm. Ba'zan zaxm bilan og'rikan bemorlarning terisi, shilliq qavatlari, ichki a'zolari, asab tizimi va harakatlanish apparatlarida kasallikning klinik belgilari kuzatilmaydi, ammo serologik reaksiyalar musbat bo'ladi. Bunday zaxma yashirin zaxm deb ataladi.

Yashirin zaxmning erta (infeksiya tushgandan so'ng o'rtacha yil mobaynida), kechki va noma'lum turlari tafovut qilinadi.

Sifilitik infeksiya zaxm bilan og'rikan homilador onadan qorindagi bolaga o'tadi va uni zararlaydi. Bu tug'ma zaxm deb ataladi.

Zaxm qo'zg'atuvchisi homilaga onadan yo'ldosh orqali o'tadi. Shuning uchun tug'ma zaxm uchun homiladorlikning ikkinchi yarmi, ya'ni yo'ldosh qon aylanish doirasi ishga tushgandan so'ng xavfli hisoblanadi. Zaxmning ikkilamchi davri, ba'zida esa uchlamchi va kechki zaxm homila uchun o'ta xavfli bo'ladi.

Klinik belgilarining kechishi va muddatiga qarab tug'ma zaxm to'rt xilga bo'linadi: 1) homila zaxmi; 2) erta tug'ma zaxm (tug'ilgandan to 4 yoshgacha bo'lgan davr); 3) kechki tug'ma zaxm (4 yoshdan oshgan bolalarda); 4) yashirin tug'ma zaxm (turli yoshda uchraydi).

Zaxmga qarshi kurash. Zaxmga yo'liqqan bemorni davolashdan tashqari, zaxmga qarshi kurashda quyidagi davolash usullari qo'llaniladi:

1) perventiv davolash zaxm kelib chiqishining oldini olish maqsadida, uning erta davridagi bemorlar bilan jinsiy va maishiy muloqotda bo'lgan (agar muloqot muddati uch oydan oshmagan bo'lsa) kishilarga o'tkaziladi;

2) profilaktik davolash ilgari zaxm bilan og'rigan yoki ayni vaqtda badanida zaxm infeksiyasi mavjud homilador ayollar va ularning bolalariga (ularda serologik va klinik belgilari bo'lmasa ham) o'tkaziladi;

3) asab tizimi, ichki a'zolarining zaxm bilan zararlanganligi gumon qilinganda sinama davolash belgilanadi.

Zaxm bilan og'rigan shaxslarni maxsus ro'yxatdan chiqarish. Bemorlarning zaxmdan to'liq davolanganligini tasdiqlovchi mezonlarga klinik ko'rsatkichlar (teri, shilliq qavatlar, ichki a'zolar va asab tizimidagi kasallik belgilarining yo'qolishi), rentgenologik va laboratoriya ko'rsatkichlarining normallasuvi kabilar kiradi.

Zaxmdan davolangan bemorlar maxsus ro'yxatdan quyidagi holatlarda chiqariladi:

a) boshlanishida birlamchi davolangan, so'ng bir yil mobaynida dispanser nazoratida bo'lgan bemorlar;

b) birlamchi zaxm davrida davolangan, so'ng ikki yil mobaynida dispanser nazoratida bo'lgan bemorlar;

v) ikkilamchi zaxm davrida to'liq davolanganidan so'ng 5 yil mobaynida dispanser nazoratida bo'lgan bemorlar;

g) uchlamchi zaxm davrida to'liq davolanganidan so'ng 5 yil mobaynida dispanser nazoratida bo'lgan bemorlar;

d) zaxm kasalligi bilan aniq og'rigan va klinik belgilari namoyon bo'lmasdan oldin to'liq davolanmagan bemorlar kasallik yuqqandan boshlab 10 yil o'tgach, mutaxassis ko'rigidan so'ng maxsus ro'yxatdan chiqariladi;

e) tug'ma zaxm bilan og'rigan bemorlar to'liq davolangach, 5 yil mobaynida dispanser nazoratida bo'lganidan so'ng maxsus ro'yxatdan chiqariladi.

So'zak (gonoreya, tripper)

So'zak yuqumli tanosil kasalligi bo'lib, asosan jinsiy yo'l bilan yuqadi. So'zak yunoncha «gonoreya», ya'ni gone – urug', rhoia – oqish demakdir. So'zakda asosan siydik-tanosil a'zolari, ba'zan to'g'ri ichak, ko'z, og'iz shilliq qavatlari ham zararlanadi.

So'zak qadimgi tanosil kasalliklaridan hisoblanadi. Erkaklar so'zagida odatda uretradan sarg'ish-gungurt yiringli suyuqlik chiqa boshlaydi, shu klinik ko'rinishni eramizdan avvalgi II asrda yashagan Galen «gonoreya» deb atagan.

So'zak eramizdan avvalgi V asrda Gippokratga ham ma'lum bo'lgan, lekin uni birinchi bo'lib A. Neysser aniqlagan. U bemorlarning uretra kanalidan kasallik qo'zg'atuvchisini topib, gonokokklar siydik-tanosil

a'zolarida yallig'lanish jarayonlarini vujudga keltirishini ilmiy asosladi (1879). Shundan buyon so'zak mustaqil kasallik deb yuritiladi.

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, hozir ham so'zak eng ko'p tarqalgan tanosil kasalliklari qatoriga kiritiladi. Yer sharida yiliga 200–250 mln aholi bu kasallikka chalinadi. Hatto rivojlangan Yevropa davlatlarida ham so'zak kasalligi soni bo'yicha o'tkir yuqumli grippdan keyingi o'rinda turadi.

Kasallik qo'zg'atuvchisi. So'zak qo'zg'atuvchisi gonokokklar juft-juft bo'lib turadigan kokklar, ya'ni diplokokklardir (yunoncha diplos – juft demakdir). Ular botiq tomoni bir-biriga qarab yotadigan dukkaklar shaklida bo'ladi.

Gonokokkni 1879 yili nemis olimi Albert Neysser topgan. YE. Bum esa 1885 yilda uni maxsus oziqli muhitda undirishga muvaffaq bo'lgan. Gonokokklar bir xil kattalikda, ya'ni 0,7– 0,8 mk, bo'yi 0,25 mk keladi. Bemorga yetarli miqdorda antibiotiklar yoki sulfanilamid preparatlari buyurilmasa, ularning katta-kichikligi, shakli o'zgarib, sharsimon, tuxumsimon yoki eritrotsitlar kattaligidagi zarrachalarga, ya'ni L – shakliga tezda aylanib qoladi. Bu esa davolashni ancha mushkullashtiradi, hatto ular ba'zi antibiotiklarga, masalan, penitsillinga qarshi penitsillinaza fermentini ishlay boshlaydi.

Gonokokklar odam organizmidan tashqarida yuqori haroratga chidamsiz, ayniqsa, 40–50 °C dan yuqori harorat, dezinfeksiyalovchi eritmalar ta'sirida tez o'ladi. 1:100 nisbatdagi kumush nitrat eritmasi, yod va spirt gonokokklarni shu zahoti o'ldiradi. Ammo qurimagan qalin yiringda va har xil buyumlarda yoki nam ichki kiyimlarda, sochiq va boshqalarda bir sutka, ba'zan undan ortiq saqlanadi.

Kasallikning yuqish yo'llari. So'zak asosan sog'lom odamga bemor bilan jinsiy aloqa qilganda yuqadi. Kasallik manbai so'zak bilan og'riganligini bilmay yurgan yoki surunkali so'zakka chalingan bemorlar hisoblanadi.

Ayniqsa ayollar o'zlarining kasal ekanliklarini uzoq vaqtgacha bilmay yurishlari mumkin. Bunday holat besoqolbozlik (gomoseksualizm) bilan shug'ullanvchilarda ham kuzatilishi mumkin. Ba'zan so'zak bilan og'rigan qizlarning shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilmasliklari tufayli, ularning jinsiy a'zolaridan kelayotgan infeksiyali ajralmalar to'g'ri ichak shilliq qavatiga tushib uni yallig'lantiradi. Orogenital muloqotdan so'ng gonokokklar bodomcha bezlar va tomoq shilliq qavatini birlamchi yallig'lantirishi mumkin.

Kuzatishlar shuni ko'rsatadiki, so'zak bilan og'rigan bemorlarning deyarli 95–99 % uni jinsiy aloqa oqibatida yuqtirib oladi.

Kasallik kechuvi. So'zakka qarshi tug'ma immunitet ham, orttirilgan immunitet ham yo'q. Shu bois, kasaldan tuzalgan bemor yana qayta

kasallanishi mumkin, ya'ni bir kishi so'zak bilan bir necha marta og'rishi mumkin (reinfeksiya).

So'zakda asosiy patologik jarayon odatda qo'zg'atuvchi birlamchi kirgan joydan boshlanadi. Shunga asosan, siydik-tanosil a'zolari (genital), ekstragenital va metastatik so'zak farqlanadi. Metastatik so'zak genital va ekstragenital so'zaklar asorati hisoblanadi.

Erkaklar so'zagi. Inkubatsion davr so'zak bo'lgan ayol bilan jinsiy aloqa qilgandan so'ng 3–5–7 kun davom etadi. Ba'zan esa 3 haftagacha cho'zilishi mumkin. Agar kasallik boshlanganiga bir oydan oshgan bo'lsa, u surunkali so'zak deb yuritiladi. Shuningdek, kasalligi aniqlanmagan bemorlar ham so'zakning surunkali xiliga kiritiladi.

Inkubatsion davrdan so'ng siydik chiqarish kanalidan sarg'ish-ko'kimtir yiring ajrala boshlaydi.

Ba'zi kasallarda gonokokk bo'lishiga qaramay, kasallik belgilari kuzatilmaydi, bunday holat yashirin (latent) so'zak yoki gonokokk tashuvchilik deb yuritiladi.

Erkaklar so'zagining quyidagi turlari mavjud:

- 1) yangi so'zak; a) o'tkir; b) o'rtacha o'tkir; v) sust kechadigan;
- 2) surunkali so'zak;
- 3) yashirin (latent) so'zak.

O'tkir so'zak uretriti. Kasallik siydik chiqarish kanalining old qismida qichish, qizish va bir oz achishishdan boshlanadi. Bu belgilar ayniqsa tongda bezovta qiladi. Bunda uretra kanali og'zi yopishib qizaradi va shishib ketadi. Siydikda shilimshiq va yiringli ipchalar ko'rinadi. Bora-bora bemor siyganida og'riq turib, qattiq achishishdan, erreksiyada og'riq sezilishidan noliydi hamda siydik kanalidan juda ko'p sarg'ish-gungurt yiring keladi. So'ng yallig'lanish kuchayib, ajralmalar qon aralash chiqib, rangi sarg'imtir-jigarrang tusga kiradi.

Kasallikning 3–4 haftalari oxirida yallig'lanish uretraning old qismidan orqasiga o'tadi va o'tkir total so'zak uretriti avj oladi. Kasallik belgilari zo'rayadi (uretrotsistit). Bemor tez-tez siyadi, siyganida og'riq sezadi, siydigida qon bo'lishi ham mumkin.

Sust kechadigan so'zakda so'zak uretritining klinik belgilari sust, ya'ni siydik chiqarish kanali atrofi bir oz qizargan, shishgan bo'lib, faqat ertalablari ajralmalar kam miqdorda shilimshiqli va yiringli bo'ladi.

O'rtacha o'tkir so'zak uretriti belgilari yuqorida aytilgan har ikkala uretritning oralig'ida turadi.

O'tkir so'zak uretritida siydik kanalining orqa qismi zararlanib, unda odatda prostata bezi va tuxum ortiqlari ham patologik jarayonga qo'shiladi.

O'tkir so'zakda umumiy belgilar: harorat ko'tarilishi, ishtaha pasayishi, umumiy quvvatsizlik kuzatiladi.

Surunkali so‘zak. Bemor o‘z vaqtida davolanmasa yoki pala-partish davolansa, shuningdek parhez va davolash rejimiga rioya qilmasa, jarayon o‘tkirdan surunkaliga o‘tadi. Kasallikning bu ko‘rinishi kechuvi jihatdan sust kechadigan so‘zakka o‘xshaydi. Ba‘zan surunkali so‘zak qo‘zib turadi. Ayniqsa bemor achchiq, sho‘r taomlar iste‘mol qilsa, spirtli ichimliklar ichsa, jinsiy aloqa qilsa, yallig‘lanish zo‘rayadi. Bunda kasallik belgilari xuddi o‘tkir yoki o‘rtacha o‘tkir so‘zakka o‘xshab ketadi.

Erkaklar so‘zagining asoratlari:

1) uretra strikturasi; 2) so‘zak prostatiti; 3) so‘zak kallikuliti (urug‘ do‘mboqchasining yallig‘lanishi) va vezikuliti (urug‘ pufakchalarining yallig‘lanishi); 4) epididimit (moyak ortig‘ining yallig‘lanishi).

Ayollar so‘zagi o‘zining klinik ko‘rinishi va kechishi jihatidan erkaklarnikidan bir oz farq qiladi – bu erkak va ayol siydik-tanosil a‘zolarining tuzilishidagi tafovutlarga bog‘liq.

Ayollarda so‘zak infeksiyasi uretra, bartolin bezlari, bachadon bo‘yni, shuningdek to‘g‘ri ichakni bir yo‘la shikastlantiradi va jadal kechadi.

Infeksiya asosan jinsiy yo‘l bilan yuqadi, ammo nojinsiy yo‘l bilan yuqish ham uchraydi.

Gonokokklar jinsiy aloqadan so‘ng avval uretraga keyin bachadon bo‘yniga tushib, ularni yallig‘lantiradi. Keyinchalik katta vestibulyar bezlar va to‘g‘ri ichakning quyi qismi zararlanadi.

Inkubatsion davr 3–5 kun, ba‘zan 4–15 kungacha cho‘zilishi mumkin. Kasallikning subyektiv belgilari sustligi tufayli ayollar infeksiya yuqtirgan vaqtini tayin ayta olmaydi.

Ayollar so‘zagi klinik kechishiga qarab xuddi erkaklarnikidek tafovut qilinadi: yangi so‘zak (o‘tkir, o‘rtacha o‘tkir, sust kechadigan); surunkali so‘zak (ikki oydan oshgan so‘zak).

Siydik-tanosil a‘zolarining faqat quyi qismi (qin dahlizi, bartolin bezlari, uretra, bachadon bo‘yni) so‘zak bilan zararlangan bo‘lsa, bu asorat bermagan, mabodo bachadonning ichki qismi, tuxumdon ortiqlari va boshqa a‘zolari ham zararlangan bo‘lsa, kasallik yuqoriga ko‘tariluvchi asorat bergan so‘zak deyiladi.

Ayollar so‘zagining o‘tishi o‘tkir va surunkali bo‘ladi. Bemor ayollarning 71–96 % da so‘zak uretriti kuzatiladi, bunga asosan ayollar uretrasining qisqa va eniligi sabab bo‘ladi. Kasallikning o‘tkir davrida bemorlar uretraning sanchib og‘rishidan, surunkali davrida esa tez-tez siyishdan shikoyat qiladilar. Uretra shishib qizaradi, bosganda og‘rib, oqish-sarg‘imtir ajralma keladi.

Ayollar so‘zagining yuqoriga ko‘tariluvchi asorat bergan ko‘rinishlarida ichki jinsiy a‘zolarining zararlanishi tufayli shu kasalliklarga xos bo‘lgan belgilar namoyon bo‘ladi va subyektiv hamda obyektiv jihatdan yaqqol va aniq belgilar bilan kechadi.

So‘zak bilan og‘rigan shaxslarni maxsus ro‘yxatdan chiqarish. So‘zakdan davolanganlikning isboti bemorni to‘liq davolab, 1–2 oy mobaynida dispanser ko‘rigi o‘tkazilgach aniqlanadi. Bakteriologik tekshirishlar vaqtida gonokokkning aniqlanmasligi to‘liq davolanganlik dalolati bo‘la olmaydi, chunki gonokokklarning boshqa shakllarga o‘ta olish ehtimoli tufayli hamda ularni yashirin o‘choqlardan chiqishga majbur qiluvchi usullar qo‘llanilganidan so‘ng bu haqda fikr yuritish mumkin.

Bemorlarning to‘liq davolanganligini tasdiqlashda quyidagilarni hisobga olish kerak:

- 1) hafta davomida tekshirilganda sinamalarda gonokokklarning mutlaq uchramasligi;
- 2) prostata bezi va urug‘ pufakchalarida o‘zgarishlar bo‘lmasligi hamda ajralmada leykotsitlarning uchramasligi;
- 3) siydik kanalida yallig‘lanish jarayonining kuzatilmasligi.

Siydik-tanosil a‘zolarining boshqa kasalliklari

Trixomoniaz. Bu kasallik siydik-tanosil a‘zolarining trixomonadadan zararlanishi tufayli yuzaga keladi. Trixomoniaz eng ko‘p tarqalgan parazit kasalliklardan hisoblanadi. Ma‘lumotlarga ko‘ra, har yili dunyoda 180–200 *mln* kishi bu dardga chalinar ekan. Odatda kasallik erkaklarga ham, ayollarga ham bir xilda yuqadi, ammo kasallik belgilari erkaklarda sust namoyon bo‘ladi.

Trixomoniaz tanosil (venerik) kasalliklari ro‘yxatiga kiritilmagan bo‘lsa ham, jinsiy yo‘l bilan yuqadigan kasalliklar qatorida turadi. Trixomoniazning yashirin davri 3–7 kundan 3–4 haftagacha, o‘rtacha 10–15 kun, ba‘zan uzoqroq cho‘zilishi ham mumkin. Klinik kechuvi so‘zakli uretrit klinik belgilariga o‘xshaydi.

O‘tkir trixomonadali uretritda uretradan ajralayotgan suyuqlik 1–2 hafta ichida o‘z-o‘zidan kamayib, kasallik alomatlari barham topishi mumkin. Bora-bora kasallik surunkali uretritga o‘tib, vaqti-vaqti bilan xuruj qilib turadi. Bunday bemorlar kasallik tashuvchilar hisoblanadi.

Trixomonadali uretritdan bemor yaxshi davolanmasa yoki davo rejimi va parhez saqlanmaydigan bo‘lsa, ularda (5–10 %) uretra strikturasi, chandiqlanish kabi asoratlar qoladi.

Siydik-tanosil a‘zolari xlamidozi va mikoplazmozi. Keyingi yillarda jahon miqyosida so‘zak, zaxm kabi xavfli yuqumli tanosil kasalliklari bilan bir qatorda, gonokokksiz (nagonokokk) uretrit (nospetsifik uretrit, so‘zakdan keyingi uretrit) deb ataladigan tanosil kasalliklari uchrab turadi. Ma‘lumotlarga ko‘ra, bunday kasalliklar so‘zakka qaraganda 2–3 baravar ko‘proq siydik-tanosil a‘zolari yallig‘lanishiga sabab bo‘lmoqda. Mazkur kasallik bilan og‘rigan bemorlar soni rasmiy ma‘lumotlarga qaraganda dunyo bo‘yicha 750–800 *mln* dan oshib ketdi. Ularning 60–65 % ni

urogenital xlamidoz va mikoplazmoz (ureaplazmoz) tashkil etadi deb tushuntirilmoqda.

Siydik-tanosil a'zolari xlamidioziga xlamidiylar sabab bo'ladi. Ular mayda gramm manfiy kokk shaklida bo'lib, prokariotlarga xos bakteriyalarga o'xshab ketadi. Xlamidiylar 4–48 soatlik rivojlanish bosqichini bosib o'tib, odatda hujayralar ichida va tashqarisida yashashga moslashgan.

Siydik-tanosil a'zolari xlamidozi klinik ko'rinishi bo'yicha so'zakka o'xshab ketsa-da, o'ziga xos belgilari bilan undan farq qiladi. Bunda yallig'lanish o'tkir yoki sust, ko'proq asorat bilan kechadi, so'zakka qarshi antibakterial preparatlarga ancha chidamli bo'ladi.

Kasallik asosan jinsiy yo'l bilan yuqadi. Inkubatsion davr 20–30 kun, ba'zan bu muddat sal o'zgarib turadi. Yallig'lanish o'choqlariga qarab xlamidiyali uretrit, prostatit, epididimit, servitsit, oofarit, salpingit va boshqalar uchraydi. Kasallik ko'proq surunkali shaklda uchraydi. Aksariyat bir vaqtning o'zida siydik-tanosil a'zolaridan bir nechtasi zararlanadi.

Kasallik bir necha haftadan so'ng spontan tuzalishi mumkin. Ammo bundagi klinik o'zgarish etiologik o'zgarishga olib kelmaydi. Davolanmagan bemorlarning ko'pchiligida turli asoratlar: epididimit, orxoepididimit, gemmoragik sistit, uretra strikturasi kuzatiladi.

Siydik-tanosil a'zolari mikoplazmoziga gamiko-plazmalar sabab bo'ladi. Mikoplazmalar juda mayda mikroorganizmlar bo'lib, bakteriyalar kabi o'zining hujayra qobig'iga ega emas. Ular tuxumsimon, cho'zinchoq va sferik shaklda bo'lib, kattaligi 0,2–0,3 *mkm*.

Mikoplazmalar yoki ureaplazmalar tufayli yuzaga kelgan uretritlar spetsifik klinik ko'rinishga ega emas. Barcha nogonokokk uretritlar kabi u ham kam belgilar bilan kechadi. Shuning uchun inkubatsion davrini belgilash ham mushkul.

Bemorlarning ma'lum bir qismida (4–5 %) ureaplazmali uretritlar so'zakka o'xshab ketadi. Kasallik bunday kechganda inkubatsion davr 3–5 kunga teng bo'ladi. Ammo aksariyat hollarda mikoplazmali uretritlar o'rtacha o'tkir yoki surunkali kechib, inkubatsion davri 30–40 kunga surilib ketishi mumkin.

Urogenital ureaplazmoz og'ir-yengilligiga qarab yengil, o'rtacha og'ir va og'ir xillarga ajratiladi.

Quyidagi hollarda ayol va erkaklar ureaplazma va xlamidiy infeksiyasi bo'yicha tekshirilishi lozim: so'zak, trixomoniazdan keyingi asoratlarda, nogonokokksiz uretrida, kichik chanoq a'zolarida surunkali yallig'lanish bo'lganda, bo'yida bo'lmaslik, bepushtlik, homila tashlash, tug'ruqdan keyingi patologik jarayonlar, bo'g'im kasalliklari va palapartish jinsiy hayot tarzi va boshqalar.

Tanosil kasalliklari tarqalishining oldini olish chora-tadbirlari
Shaxsiy profilaktika:

- 1) pala-partish jinsiy aloqalar ehtimolligini cheklash;
- 2) jinsiy aloqada prezervativ qo'llash;
- 3) jinsiy aloqadan so'ng jinsiy a'zolari sovun bilan yuvish;
- 4) individual profilaktika punktiga murojaat qilish.

Jamoat profilaktikasi:

- 1) tanosil kasalliklari bilan og'rikan bemorlarni maxsus ro'yxatga olish;
- 2) tanosil kasalligiga uchragan bemorlarni bepul davolash;
- 3) zaxm kasalligining barcha yuqumli ko'rinishlari bilan og'rikan bemorlarni maxsus shifoxonalarga yotqizish;
- 4) infeksiya manbalarini aniqlash;
- 5) tanosil kasalligiga yo'liqqan bemorlar bilan jinsiy aloqada bo'lgan shaxslarni aniqlash va ularni maxsus tekshiruvdan o'tkazish;
- 6) tanosil kasalligiga yo'liqqan bemorlar bilan aloqada bo'lganlarni oldindan davolash;
- 7) davolanishdan bosh tortgan bemorlarning majburiy davolanishini amalga oshirish;
- 8) ishga joylashayotganlar, donorlar va homiladorlarni tanosil kasalligi bo'yicha tekshirish;
- 9) shifoxonaga yotgan barcha bemorlarning tanosil kasalligi bo'yicha tekshiruvini amalga oshirish;
- 10) tanosil kasalligiga uchrab, uni yuqtirib yurgan shaxslarga nisbatan jinoiy jazo choralarini qo'llash;
- 11) aholining teri-tanosil kasalliklari va uning asoratlari bo'yicha tibbiy madaniyatini oshirish.

OITS – orttirilgan immuntaqchilik sindromi

U birinchi marta infeksiyon kasallik sifatida 1981 yilda AQSHda qayd qilingan.

OITS chaqiruvchisi tuzilishi va kimyoviy tarkibi bo'yicha juda murakkab virus hisoblanadi. Odatdagi xona haroratida virus o'zining yuqumliligini uzoq muddatgacha saqlaydi. Masalan, 20°C haroratda, hatto quritilgan holatda 4–6 kun mobaynida yuqumli hisoblanadi. Yuqori harorat va boshqa vositalar ta'sirida virus halok bo'ladi. Kasallik asosan jinsiy aloqa orqali yuqadi. Bundan tashqari, sterillanmagan ninalar, shpritslar va boshqa vositalar qo'llanilganda, qon va uning mahsulotlari quyilganda, organ va to'qimalar boshqa odamga o'tkazilganda, bemor onadan bolaga yuqish hollari ham kuzatiladi.

OITSning yuqishida «xavfli» guruhlar katta o'rin tutadi, ayniqsa bu guruhga besoqol (gomoseksualist)lar kiradi.

Kasallik asosan tartibsiz jinsiy hayot kechirgan odamlarda uchraydi. Shuning uchun bu kasallikning keng tarqalishida fohishabozlik muhim o'rin egallaydi. Keyingi navbatda xavflilik jihatidan giyohvandlar guruhi turadi, ular sterillanmagan ninalar va shpritslardan foydalanganligi uchun

kasallik yuqadi. Shunday qilib, gomoseksualistlar, fohishalar va giyohvandlar guruhlarida ushbu kasallik bilan yuqori darajada, ya'ni 95 % holatlarda og'riydilar, qolgan hollarda qon quyish, bo'yarakni o'tkazish va bemor onadan bolaga o'tishi kuzatiladi.

Odam organizmi immun tizimining shikastlanishi – OITS rivojlanishining asosiy mexanizmi hisoblanadi. Virus immun tizim hujayralari (T – limfotsitlar) ichida ko'payadi va ularni parchalaydi, shuning uchun immun javob reaksiyasi pasayadi.

OITSning yashirin davri o'rtacha 2–5 yil davom etadi. Bu davrda bemor o'zini sog'lom deb o'ylaydi, ammo atrofdagilar uchun yuqtirish xavfi yuqori hisoblanadi, ular infeksiya manbaiga aylanadilar. Bunday odamlar virus tashuvchilar hisoblanadi.

OITSning klinik kechishi. OITSning klinik kechishi 4 ta bosqichga bo'linadi.

1. Yashirin davri – bir necha yil davomida kasallik belgilari paydo bo'lmay virus tashib yuriladi.

2. Zo'raygan limfadenopatiya sindromi. Bu davrda ikki va undan ortiq limfa tugunlarining kattalashishi kuzatilib, 3 oy davom etadi.

3. OITS uyushgan kompleks davri – barcha limfa tugunlarining kattalashishi, tana vaznining kamayishi, terlash, haroratning ko'tarilishi, yo'tal, oshqozon-ichak tizimi faoliyatining buzilishi va immun tizimining pasayganligini laboratoriya ko'rsatkichlari tasdiqlaydi.

4. Klinik belgilarining keng miqyosda rivojlanish bosqichi, ya'ni hamma vaqt bemor o'limi bilan tugaydi.

Immun tizimi faoliyati pasayishining aniq sababi bo'lmaganda, ya'ni o'sma (rak) va ovqatlanish yetishmovchiligining og'ir shakllari yoki boshqa aniq holatlar kuzatilmaganda, yoshi kattalarda OITS tashxisi uning 2 ta ahamiyatli va bitta ahamiyatsiz belgilari birga uchraganda qo'yiladi.

1. Ahamiyatli belgilari:

a) tana vaznining 10 % ga va undan ko'proq kamayishi;
b) bir oydan ko'proq muddat surunkali ich ketishi;
v) bir oydan ko'proq muddat muntazam ravishda haroratning ko'tarilishi (doimiy yoki vaqti-vaqti bilan).

2. Ahamiyatsiz belgilari:

a) bir oydan ko'proq muddat davomli kuchli yo'tal;
b) ko'p o'choqli zo'raygan dermatit (teri yallig'lanishi);
v) qaytalanuvchi o'rab oladigan uchuq;
g) tomoq va og'iz bo'shlig'ining kandidozi;
d) surunkali zo'raygan va keng tarqalgan oddiy uchuq;
e) zo'raygan limfadenopatiya.

Teri va shilliq qavatlarining yallig'lanishi ba'zan OITSning asosiy va yagona belgisi hisoblanadi. Bemorlarning 50–100 % da o'pka va ovqat

hazm qilish traktining shikastlanishi kuzatiladi. 60 % bemorlarda aql pasayishining rivojlanishi mumkin.

Hozirgi vaqtda kasallikning oldini olish chora-tadbirlariga aholi orasida sanitariya-targ'ibot ishlarini olib borish kiradi. Bunda aholiga kasallikning yuqish yo'llarini, ya'ni asosan jinsiy aloqa vaqtida yuqishini, tasodifiy jinsiy aloqalarda rezina olat qopchig'idan foydalanish kerakligini, ammo bu kasallikning havo-tomchi yo'li bilan va oziq-ovqat mahsulotlari orqali ham yuqishi mumkinligini tushuntirish kerak. Fohisha-bozlik va giyohvandlikka qarshi kurashish kerak. Shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilish, bemor ayollarni homiladorlikdan saqlash kerak, chunki bunda homila ham kasallikka chalinadi.

Infeksiyaning tarqalishiga ifloslangan nina va shpritslarni ishlatish ham sabab bo'ladi, shuning uchun giyohvandlik ham yuqori xavfli guruh hisoblanadi. Qon topshirayotgan donorlar muntazam ravishda tekshirib boriladi. Respublikamizda OITSni anonim yo'l bilan aniqlaydigan maxsus shifoxonalar tashkil qilingan. Bu yerda istagan odam o'z sog'lig'ini bepul tekshirib ko'rishi mumkin. Bundan tashqari, yurtimizga kelgan barcha chet el fuqarolari tekshiruvdan o'tkaziladi, ayniqsa OITSGa endemik o'choq hisoblangan mamlakatlardan kelganlar alohida bir necha bor tekshiriladi. OITS bilan og'rigan bemorlar bilan aloqada bo'lgan shaxslar ham tekshiruvdan o'tkaziladi.

O‘TA XAVFLI INFEKSIYALAR. O‘TA XAVFLI INFYEKSIYA O‘CHOQLARIDA PROFILAKTIKA USULLARI

Vabo (xolera) – o‘tkir antroponoz fekal-oral infeksiya bo‘lib, kasallikni vabo vibrioni chaqiradi. Suvli suyuq najas ajralishi, qusish, organizmning suvsizlanishi tufayli shok rivojlanishi kabi simptomlar bilan tavsiflanadi.

Og‘ir kechishi va tez tarqalishi sababli vabo kasalligi o‘ta xavfli infeksiya turlariga kiritilib, xalqaro tibbiy sanitariya ro‘yxatiga olingan. Vabo pandemiyasi qadimgi vaqtlarda ko‘p insonlarning o‘limiga sabab bo‘lgan. Misrda vabo pandemiyasi aniqlangan. Oxirgisi 1961 yilda boshlangan. Hozirgi vaqtda (1992–1994 yil) yer yuzining 40 ta mamlakatida, jumladan sobiq Ittifoqning janubiy regionlarida ham qayd qilingan. Infeksiya manbaiga najas orqali vabo vibrionini tashqi muhitga ajratuvchilar, bemor va vibrion tashuvchilar kiradi.

Yuqish mexanizmi fekal-oral yo‘li orqali amalga oshadi. Yuqish asosan suv, alimantar, maishiy aloqalar orqali bo‘lishi mumkin. Suv orqali yuqish pandemiya va epidemiya rivojlanishida katta ahamiyatga ega. Vaqtinchalik manba sifatida suv hayvonlaridan – baliqlar, malyuskalar va boshqalar kirib, ular o‘z organizmida uzoq muddatga vabo vibrionini saqlash va to‘plash imkoniyatiga egadirlar.

Klinikasi: kasallikning yashirin davri bir necha soatdan besh kungacha, o‘rtacha hisobda ikki kun davom etadi.

Vabo kasalligi to‘satdan rivojlanadi. Suyuq suvli najas ajraladi, bunda qorin og‘rimaydi, ammo qorining g‘o‘ldirashi va ichaklarning o‘ta to‘lishi simptomlari rivojlanadi. Tana harorati o‘zgarmaydi, ammo ba‘zi bemorlarda $37,5^{\circ}\text{C}$ atrofida bo‘lishi mumkin. Kasallik rivojlanishi bilan najas ajralish soni sutkasiga 20 martaga ko‘payishi mumkin. Najas suvli, ba‘zan «guruchli qaynatma»ni eslatadi. Ko‘pgina hollarda «favvora» ko‘rinishidagi qayt qilish kuzatiladi. Organizmda kuchli suvsizlanish namoyon bo‘ladi – yuz sohasida o‘zgarish, ko‘zlarning chuqurlashib ketishi, «to‘q ko‘zoynak» simptomi va «kir yuvuvchi» qo‘llari simptomi kuzatiladi.

Kasallikning turlaridan biri shiddatli shakli bo‘lib, organizmda kuchli suvsizlanish holati oqibatida zaharlanish shoki yuz berishi mumkin. Bunday holatlarda bemor bir necha soat mobaynida halok bo‘ladi.

Vabo kasalligiga chalingan va shu kasalga shubha tug‘ilgan bemorlarni darhol shifoxonaga yotqizish zarur. Zudlik bilan davolovchi muolajalar o‘tkazish, ya’ni suv tanqisligini to‘ldirish, oral (og‘iz orqali) regidratatsiya yordamida organizmni elektrolitlarga to‘ldirish zarur. Vabo

kasalligi bilan kasallangan bemorlar uchun asosiy davolovchi prinsiplardan biri uyda, mashinada va shifoxonada oral regidratatsiya o'tkazish.

Kasallikning yengil va o'rta darajasida, albatta, peroral (og'iz orqali) regidratatsiya o'tkazish zarur. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (VOZ)ning ekspert qo'mitasi quyidagi tartibda peroral regidrotatsiya tarkibini qabul qilgan:

natriy xlorid – 3,5 g;
natriy gidrokarbonat – 2,5 g;
kaliy xlorid – 1,5 g;
glukoza – 20 g;
qaynagan suv – 1 l.

Eritma nomi «oralit» deb ataladi. VOZ ekspert qo'mitasi tomonidan boshqa regidratatsiya eritmasini ham kiritgan. Unda gidrokarbonat o'rniga nitrat natriy (regidron) kiritilgan. Bemorda qayt qilish alomati va suvsizlanish hollari yuz berganda, unga shu eritmada 200–250 ml (har 1 minutda 1 osh qoshiqda) berib turish kerak. Shu tayyorlangan eritmalaridan tashqari, bemorga qaynagan suv, choy, na'matak eritmasidan beriladi.

Profilaktikasi: xalqaro qoidalarga asosan, vabo kasalligi tarqalishi mumkin bo'lgan mamlakatlarda bo'lib kelgan shaxslar 5 kun mobaynida nazorat (karantin)da bo'ladilar. Bu paytda ulardan bir marotaba bakteriologik analiz olinadi. Vabo kasalligi tarqalgan mamlakatlarda epidemiyaga qarshi kompleks reja usullari amalga oshiriladi. Bunda bemorlar va vibrion tashuvchilar kasalxonaga yotqiziladilar va ular bilan kontaktda bo'lgan shaxslar 5 kun davomida nazoratda bo'ladilar, 3 marta bakteriologik analiz olinadi.

O'lat (chuma) – o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, kuchli zaharlanish, teri shikastlanishi, limfa tugunlari, o'pka va boshqa a'zolarining jarohatlanishi bilan ifodalanadi. Bu kasallik karantinli xastaliklar turiga kiradi. O'lat qadimiy o'ta yuqumli kasalliklar tarkibiga kirib, insoniyat hayotida katta ofatlarga sabab bo'lgan. Ma'lum bo'lgan birinchi pandemiyasi VI asr ilgari «Yustin» o'lati nomi bilan tarixga kirgan. Bu pandemiya quyi Misrda, qolaversa Vizantiya imperiyasini ishg'ol qilib, 50 yil mobaynida 100 000 000 insonni hayotdan olib ketdi.

Ikkinchi pandemiya XIV asrda «Qora o'lim» nomi bilan Osiyoda, so'ngra savdo yo'li bilan Yevropaga va Pskov orqali Rossiyaga yetib borgan bo'lib, uning natijasida 50 000 000 ga yaqin inson vafot etgan. Shu davrga kelib birinchi marta Italiyada karantin (40 kun) usuli ishlatilgan. Karantin chegaralangan kompleks usul bo'lib, o'z ichiga tibbiy-sanitariya va ma'muriy usullarni oladi. Karantin usuli barcha yuqumli o'ta xavfli infeksiyalar uchun qo'llaniladi. Birinchi karantin usuli Venetsiyada qo'llanilgan. Kasallik xavf tug'diruvchi mamlakatlardan kelgan kemalar

40 kun qirg'och yaqiniga keltirilmagan, agar kasallik xavfi bo'lsa, shu karantin muddatida namoyon bo'ladi.

Epidemiologiyasi: infeksiya manbaiga kemiruvchilar (kalamushlar, yumronqoziqlar, sichqonlar va boshqalar) hamda tuya va mushuklar kiradi. Yuqish yo'li asosan burgalar yordamida amalga oshadi, ular chaqqanda yuqtiriladi. Insonlar, hayvonlar va ularning o'liklari, najaslari bilan kontakda bo'lganda kasallanadi. O'latning o'pka shakli bilan kasallangan bemorlar o'ta xavfli hisoblanadilar, chunki ulardan havotomchi yo'li orqali kasallik yuqishi mumkin. Yer sharida hozirgi vaqtda o'lat o'choqlari ma'lum, ular ko'payishi va saqlanishi shu joylarning iqlim – geografik mintaqalariga bog'liqdir. O'lat kasalligi tarqatuvchisi burga uchun qulay sharoit havo harorati 24 °C, nisbiy namligi 70 % bo'lishi shart.

O'lat o'choqlari asosan Mongol-Zabaykal zonasida, Janubiy Xitoy, Hindixitoy va Hindiston mamlakatlarida ko'p uchraydi. O'rta Osiyo tekisligida o'lat o'choqlari O'rta Osiyo cho'llarida, Qozog'istonda, Ural va Volga oralig'ida joylashgan mintaqalarda uchrab turadi.

Tabiiy o'choqlarda asosan yuqish transmissiv, kontakt va alimentar yo'l bilan amalga oshadi.

Transmissiv yuqish yo'li – burgalar chaqishi orqali o'tadi. Kontakt yo'li – otib o'ldirilgan kemiruvchilar (quyon va boshqalar)ning terisiga ishlov berilganda yuqadi.

Alimentar – go'shtli mahsulotlarga yetarli darajada termik ishlov berilmaganda mahsulot orqali o'tadi.

Patogenezi: inson organizmiga o'lat qo'zg'atuvchisining kirishiga qarab quyidagi yo'llarga bo'linadi. Bular teri, shilliq qavat, nafas yo'llari yoki oshqozon-ichak trakti orqalidir. Kasallikning kirish darvozasiga qarab quyidagi klinik turlarga bo'linadi:

- bubonli;
- teri bubonli;
- o'pka turi;
- septik turi.

Klinikasi: yashirin davri asosan 2–3 kun davom etadi. Ko'pgina hollarda bubonli turi 79 %, septik turi 11 %, o'pka turi 5 % uchraydi.

O'lat kasalligi kutilmaganda boshlanadi. Tana harorati 39 °C ga ko'tariladi, organizmning zaharlanishi (intoksikatsiya) kuchayadi. Kuchli bosh og'rishi, muskullar og'rishi, ko'ngil aynishi va qusish alomatlari paydo bo'ladi. Bemorning umumiy holati og'ir, qon bosimi va tomir urishining pasayishi kuzatiladi.

Bubon turida kasallikning 1–2 kunida limfadenit belgilari paydo bo'ladi (o'lat buboni). Kasallanish jarayoniga bir necha yonma-yon joylashgan limfa tugunlari atrofidagi to'qimalarni jalb etib, bubon shakli ko'rinishida bo'ladi: o'smasimon, dumaloqsimon shaklda bo'lib,

paypaslaganda og'riqlidir. Bubon ustidagi teri qoplami to'q qizil ko'kimsimon rangda bo'ladi. Keyinchalik bubon yallig'lanib ochiladi va asta-sekin bitish jarayoniga olib keladi.

Teri bubon shaklida, teri qoplamida pustula (pufakcha) paydo bo'lib, ichida qizil rangli suyuqlik bo'ladi. Kasallik avj olishi natijasida pustula yorilib, jarohatga aylanadi va to'q rangli strup hosil bo'ladi.

O'pka shaklida og'ir intoksikatsiya, yuqori harorat, ko'krak qafasida og'riq va qon aralash yo'tal bo'ladi. Oldingi vaqtlarda o'pka shakli 100 % o'lim bilan 2–4 kun ichida yakunlanardi. Hozirgi davrga kelib keng ko'lamda ishlatib kelinayotgan antibiotiklar tufayli bu kasallik shakli o'limga olib kelmayapti.

Profilaktikasi: o'lat kasalligining boshlanish xavfi tug'ilganda zudlik bilan xabar beriladi. Shu zahotiy oq karantin chora-tadbirlari o'tkaziladi. Bemorlar bilan muloqotda bo'lgan shaxslar ajratiladi.

O'zbekiston Respublikasi hududida sanitariya-qo'riqlash qoidalariga amal qilinadi. Karantin tadbirlari asosan suv va dengiz portlarida, avtomagistrallarda, aeroportlarda, temir yo'llarida o'tkaziladi. Bunday tadbirlarda cheklangan yoki yarim cheklangan aholi va yuklar harakatlari to'xtatib qo'yiladi. Zarurat tug'ilganda, karantin zonalarida harbiy-qo'riqlash postlari tashkil etiladi. Bubon shakli bilan kasallangan bemorlarning bir nechtasi bitta palataga, o'pka shakli bilan kasallangan bemorlar alohida bokslarga joylashtiriladi. Tibbiy personal o'latga qarshi tikilgan kiyimlarda yordam ko'rsatadilar.

Kuydirgi zoonoz infeksiya bo'lib, spetsifik chipqon chiqishi, limfa tugunlari, ichki a'zolarining shikastlanishi hamda sepsis rivojlanishi bilan tavsiflanadi.

Etiologiyasi: chaqiruvchisi katta hajmdagi batsilla bo'lib, o'n yil mobaynida saqlanadi. Avtoklavda batsilla 40 minut ichida o'ladi. Infeksiya manbaiga uy hayvonlari kiradi. Yuqish yo'liga kontakt, alimentar, havotomchi va transmissiv yo'llar kiradi. Yuqish omillariga asosan go'sht, teri, jun, suv, havo va boshqa tashqi muhit komponentlari kiradi. Qo'zg'atuvchi shikastlangan teri orqali kiradi va kasallikni rivojlantirish xususiyatiga ega. Qo'zg'atuvchi kirgan shikastlangan teri sohasida Sibir yarali karbunkul (yallig'langan o'choq, to'qimalari nekrozga uchragan, mahalliy shish va qizarish) hosil bo'ladi. Mahalliy limfadenit alomatlari kuzatiladi. Generalizatsiyalashgan shakllari asosan nafas yo'llari to'qimalarining kasallanishiga (traxeya, bronx, alveola) olib keladi. Kasallik asta-sekin limfa tomirlari orqali o'pkaga va koks oralig'iga tarqalib, to'qimalar buzilishiga olib keladi. Limfa tugunlari orqali kasallik osonlik bilan qon tomirlari orqali butun tana a'zolariga tarqaladi va kasallik belgilari paydo bo'ladi.

Klinikasi: inkubatsion davri 2–14 kun davom etadi.

Qattiq qichuvchi qizg'ish dog' hosil bo'ladi. Bir sutkadan so'ng shu joyda og'riq hosil bo'lib, pufak shishib chiqadi, uning o'rnida esa tubi qora jarohat hosil bo'ladi. Shu vaqtga kelib, organizmda intoksikatsiya rivojlanadi, bemorlarda harorat ko'tarilishi, bosh og'rishi, ishtaha yo'qolishi, uyqu buzilishi kuzatiladi. Jarohatlar ko'payib birlashadi va shu sohada chipqon hosil bo'ladi. Jarohat tubidan suyuqlik ajralishi to'xtashi bilan karbunkul sohasida qoraqo'tir-strup hosil bo'ladi.

Profilaktikasi: uy hayvonlari kasallanishining oldini olish va kasallarini yo'qotishdan iborat. Agar kasallik aniqlansa va shu hayvonlar o'limiga olib kelsa, ularni o'lganidan so'ng yoqib yuborish va alohida ajratilgan joylarga chuqur qilib ko'mish lozim. Kasallangan hayvonlardan tayyorlangan oziq-ovqat mahsulotlari yo'q qilinadi, xomashyolar esa dizenfeksiya qilinadi va h. k.

Tulyaremiya – o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, harorat ko'tarilishi va limfa tugunlarining kasallanishi bilan ifodalanadi. Birinchi marta kasallik qo'zg'atuvchisi 1911 yili Kaliforniyada kasallangan yumronqoziqlarda aniqlangan. Kasallik qo'zg'atuvchisi aniqlangan joy nomi bilan Tulyare deb atalgan (*Bacterium tulareu*). Har bir mamlakatda bu kasallik nomlanishi har xil: AQSHda «Kiyik pashshasi bezgagi», Yaponiyada «Quyon kasalligi». Tulyaremiyaning tabiiy o'choqlari asosan Yer sharining shimoliy yarmida joylashgan. Hozirgi vaqtda mamlakatimizda Tojikiston va Ozarbayjonda uchrab turadi.

Epidemiologiyasi: asosiy infeksiya manbai – kemiruvchilar va uy hayvonlari. Kasallikning yuqish yo'li asosan hasharotlar chaqishi, ya'ni transmissiv va boshqa yo'llar, kontaktli (ov qilish, teriga ishlov berish), aspiratsion (zararlangan chang bilan nafas olish) va alimentar (zararlangan oziq-ovqat mahsulotlari, suv) yo'ldir. Infeksiya odamga teri yoki ko'z shilliq pardasi, nafas yo'llari hamda oshqozon-ichak trakti orqali yuqishi mumkin. Kirish joylari kasallik turlarini aniqlab beradi. Mikroob limfa oqimi bilan chegaralangan limfa tugunlariga tushib, shu yerda yallig'lanish jarayonini chaqiradi va oqibatda granulema, nekroz o'choqlari hosil bo'ladi (birlamchi bubon). Infeksiyaning tarqalish darajasiga qarab ikkilamchi bubon hosil bo'ladi. Organizmda kuchli intoksikatsiya belgilari va ichki a'zolar shikastlanishi kuzatiladi.

Klinikasi: yashirin davri 3–7 kun davom etadi. Kasallik to'satdan boshlanib, harorat 38–39 °C gacha ko'tarilishi kuzatiladi. Bemorda et uvishishi, bosh og'rishi, muskullarda og'riq, ba'zi hollarda ko'ngil aynishi va qayt qilish kuzatiladi. Ko'z va yuzning shilliq pardalari qizaradi.

Tulyaremiya kasalligining quyidagi klinik turlari mavjud:

- bubonli;
- generalizatsiyalashgan;
- o'pka turi;

Bubonli turida, kasallikning 2–3 kuniga kelib limfa tugunlari kattalashadi. Shu limfa tugunlari yalligʻlanishi yoki yara hosil boʻlishi xususiyatiga egadir. Koʻz bubon turi kasalligida koʻz qovoqlarining qizarishi va shishi kuzatiladi. Kasallik uning ogʻirlik darajasi va davomiyligiga qarab quyidagi shakllarga boʻlinishi mumkin (oʻtkir, uzoq davom etadigan va surunkali). Tulyaremiyaning oʻpka turida bronxlar va oʻpka kasallanishi kuzatiladi. Bemorning toʻsh suyagi sohasida ogʻriq, quruq yoʻtal, haroratning $37,5^{\circ}\text{C}$ boʻlishi, et uvishishi va terlash alomat-lari bezovta qiladi. Generalizatsiyalashgan turida haroratning koʻtarilishi, et uvishishi, terlash, boʻgʻimlarning kasallanishi va teri qoplamida toshmalar paydo boʻlishi bilan kuzatiladi. Bemorlarning tulyaremiyadan sogʻayishi asta-sekinlik bilan boradi, lekin oʻlim darajasi 1 % dan oshmaydi. Koʻpgina hollarda vabo, kuydirgi, ichterlama va toshmali terlama kasalliklarini bir-biri bilan taqqoslash mumkin.

Profilaktikasi: oʻchoqlardagi asosiy chora-tadbirlar quyidagilardan iborat: kemiruvchilarga qarshi kurash; quduqlarga sichqon va boshqa kemiruvchilarning kirib, suvning zararlanishidan asrash; tulyaremiya oʻchoqlari tarqalgan joylarda aholi oʻrtasida emlashni tashkil qilish.

Chinchechak – virusli oʻtkir yuqumli kasallik boʻlib, organizmning kuchli zaharlanishi hamda terida va shilliq qavatlarda papulopustullez toshmalar toshishi bilan kechadi.

Qadimgi yuqumli kasallik hisoblangan chinchechak insoniyat tarixida oʻzining ogʻir kasallik ekanligi bilan chuqur iz qoldirgan boʻlib, «mor» deb atalgan. Misrda chinchechak bilan kasallangan va mumifikatsiyalangan inson murdalarini topishgan. Chinchechak kasalligining yuqumliligini birinchi boʻlib aniqlagan ulugʻ olim Abu Ali ibn Sinodir. IV asrda ham chinchechak kasalligi Shimoliy Afrika va arab mamlakatlariga hamda VI asrda Yevropa mamlakatlariga tarqalgandir. XVI asr boshlarida kasallikni Amerikaga ispan mustamlakachilari ataylab tarqatganlar. Meksika qabilalari chinchechak bilan kasallangan insonlarni sovgʻa tariqasida olib kasallanganlar va bu epidemiyaning tarqalishiga olib kelgan.

Epidemiologiyasi: chinchechak asosiy karantin kasalliklar qatoriga kiritilgan boʻlib, infeksiya manbai kasal odamdir. Yuqish yoʻli havotomchi va baʼzi hollarda havo-chang. Hozirgi vaqtda bu kasallik Afrika (Keniya, Samoli, Efiopiya)da saqlanib qolgan.

Patogenezi: infeksiya darvozasi boʻlib, nafas yoʻllarining shilliq qavatlari, baʼzilarida teri qoplamasi hisoblanadi. Organizmga kirgan viruslar koʻpayadi. Koʻpayish limfa tugunlarida va oʻpka toʻqimasida yuz beradi, soʻngra qonga chiqib butun tanaga tarqaladi. Terining epiteliy qoplamida maxsus toshmalar paydo boʻladi. Asosan terining ochiq joylari shikastlanadi, ichki aʼzolar va buyrak usti bezining kasallanishi, natijada infeksiyon kollaps rivojlanishi mumkin.

Klinikasi: yashirin davri 6–16 (baʼzan 17–22) kungacha davom etadi. Kasallik oʻtkir boshlanib, tana harorati 39–40 °C gacha koʻtariladi, bosh ogʻrigʻi, qayt qilish, orqa umurtqa pogʻonasida ogʻriq, yuz sohasining qizarishi kabi belgilar paydo boʻladi. Yurak urishining tezlashishi, nafas siqishi, 2–3 kunlarida «dastlabki» toshmalar paydo boʻladi. Ular qizamiqni eslatuvchi toshmalarga oʻxshaydi va qoʻltiq ostiga, sonning ichki yuzasiga joylashadi. 1–2 sutkada toshmalar izsiz yoʻqoladi.

Kasallikning 4 sutkasiga kelib tana harorati pasayadi, bemor holati yaxshilanadi va «chin toshmalar» paydo boʻladi. Ular yuz sohasida, bilakda, panja sohasida va boldirning oldingi yuzasida joylashadi. Koʻpgina hollarda toshmalar kaft va oyoqlarda joylashadi. 2–3 sutkasida toshmalarda suyuqlik toʻplanadi, ularning markazlari botiq boʻlib, chetlari pushti rangda boʻladi. Shilliq pardalarda esa yarachalar paydo boʻladi. 7–8 sutkalarda ular yiringlaydi, bemorning ahvoli ogʻirlashadi, tana harorati koʻtariladi, alahsiraydi. 10–14 sutkalarida toshmalar quriydi va toʻq rangli poʻstloq hosil qiladi. Shishlar kamayadi va kuchli qichish paydo boʻladi. Uchinchi hafta oxirida poʻstloq koʻchib, uning oʻrnida chandiq (choʻtir)lar hosil boʻladi. Bu kasallikning yengil shakli faqat emlangan odamlarda uchraydi.

Toshmali tif va Brill kasalligi

Toshmali tif – oʻtkir riketsioz kasallik boʻlib, organizmning isitmalashi, umumiy zaharlanishi, qon tomir va asab tizimining zararlanishi bilan kechadi. Kasallik bir necha yildan keyin qaytalanishi mumkin (Brill kasalligi). Bu antroponoz kasallik hisoblanib, bitlar chaqqanda transmissiv yuqish mexanizmi orqali tarqaladi.

Etiologiyasi va patogenezi: kasallik qoʻzgʻatuvchisi Provachek riketsiyalari organizmga terining mayda jarohatlari, terini qashlash natijasida zararlangan bitlar orqali tushadi.

Klinikasi: yashirin davri 12–14 kun davom etadi, kasallik oʻtkir boshlanadi. Bosh ogʻrigʻi, qaltirash, uyqusizlik, tana harorati 39–40 °C gacha koʻtariladi. Yuz va boʻyin terisi qizaradi. 4–5 sutkaga kelib toshmali terlama chilla yarasi (ekzantema) paydo boʻladi. Toshmalar koʻp miqdorda, turli-tuman boʻladi. Yurak urishi va nafas tezlashishi kuzatiladi. 4–5 sutkasida jigar va taloq kattalashadi. 8–12 sutkasida tana harorati birdan pasayadi. Kasallikning ogʻir shakllarida ensefalit rivojlanishi mumkin.

Brill kasalligi – toshmali terlama kasalligining retsidiv (qaytalanuvchi) shakli boʻlib, kasallikni boshidan oʻtkazgan odamlarda bir necha yildan soʻng qaytalanadi. Bu kasallikning infeksiya manbai boʻlmaydi, yengil shaklda kechib, toshmali terlama klinik belgilari bilan kechadi. Kasallik patogenezi oʻrganilmagan, oʻtkir boshlanib, tana harorati yuqori darajaga koʻtariladi va 3 kun mobaynida davom etadi. Baʼzilarda 8–10

kun davom etishi mumkin. Toshmalar kasallikning 5–7 kunidan boshlab paydo bo‘ladi, kasallik asoratlari ham kuzatilishi mumkin. Tashxis qo‘yishda laboratoriya sharoitida Provachek riketsiyalarining topilishi kasallik tasdiqlanishining natijasi bo‘lib hisoblanadi.

EPILEPTIK VA ISTERIK TUTQANOQLARDA HAMDA RUHIY KASALLIKLARNING O‘TKIR DAVRIDA BIRINCHI YORDAM KO‘RSATISH

So‘ngi vaqtlarda turli xil asab kasalliklariga yo‘liqqan shaxslar bilan to‘qnashishga to‘g‘ri keladi. Shuning uchun ushbu kasalliklarning kelib chiqish sabablarini, klinik belgilarini va bemorlarning o‘zlariga, qolaversa atrofdagilarga shikast yetmasligi uchun birinchi yordam ko‘rsatishni bilish katta ahamiyatga ega.

Epileptik va isterik tutqanoqlar

Dastlabki vaqtlarda epilepsiya deganda, hush yo‘qolishi va talvasalar bo‘lgan hamma holatlar tushunilaverilgan. Lekin keyinchalik ma’lum bo‘lishicha, epileptik tutqanoqdan tashqari, boshqa asab kasalliklarida ham talvasali tirishishlar bo‘lishi mumkin ekan. Shu sababli epilepsiyadan farqli o‘laroq, «simptomatik epilepsiya» tushunchasi paydo bo‘ldi. Bu kasallik boshqa bir kasallikning ma’lum bir belgisi hisoblanib, kelib chiqish va rivojlanish mexanizmlari turlichadir.

Bugunga kelib tibbiyotda qo‘llaniladigan diagnostik usullarning ko‘payishi, simptomatik epilepsiyani haqiqiy epilepsiyadan farqlash imkonini berdi. Bunda, asosan bosh miyani tekshirish usullari (pnevmoensefalografiya, xronopsimetriya elektroensefalografiya, kompyuter tomografiya, nozik bioximik tekshirishlar va boshqalar) keng qo‘llaniladi. Simptomatik epilepsiya bosh miya jarohatlari, yallig‘lanish kasalliklari, bosh miya o‘smalarida ko‘proq uchraydi.

Epilepsiya (epilepsia – yunoncha tutqanoq yoki «yiqilish kasalligi») – surunkali kasallik, klinik belgilari vaqti-vaqti bilan tortishish (tirishish, akashak bo‘lish) holatlari va hushni u yoki bu darajada yo‘qotish bilan tavsiflanib, asosan telbalik yoki aqli pastlik bu bemorlar uchun xosdir. Kasallik bolalik yoki o‘smirlik paytidan boshlanib, aholi o‘rtasida tarqalish darajasi ayollar va erkaklarda bir xil – 1000 kishiga 3–6 ta to‘g‘ri keladi.

Bu kasallikning sababi hali aniqlanmagan, ko‘pincha nasldan-naslga o‘tishi aniqlangan bo‘lib, asosan bolalik yoki o‘smirlik yoshidan boshlanadi. Bundan tashqari, kasallikning kelib chiqishida miyaning o‘tkir yuqumli kasalliklar, uning turli xil shikastlanishlari, tug‘ilish vaqtida olingan jarohatlar va homiladorlik davri asoratlari katta o‘rin tutadi.

Epileptik tutqanoqlar ko‘pincha auradan keyin boshlanadi. Tutqanoqdan oldin hosil bo‘ladigan va bir necha sekund davom etadigan alomatlariga aura deyiladi. U sezish, ko‘rish, eshitish, ta‘m va hid bilish, asab va harakat auralariga bo‘linadi.

Katta tutqanoq asosan birdan boshlanadi, ayrim hollarda esa turli xil tutqanoq oldi alomatlari yoki auradan soʻng boshlanadi. Bunda bemor hushini yoʻqotib yiqiladi (jarohat olishi mumkin), birdan tonik tirishish boshlanadi, nafas muskullarining qisqarishi tufayli bemor birdan qattiq ovoz chiqaradi. Shundan soʻng tananing barcha muskullari tirishadi, nafas toʻxtaydi, bemor koʻkaradi, gohida tilini yoki lunjini tishlab olishi mumkin, koʻz qorachigʻi kengayadi va yorugʻlikka reaksiya bermaydi. Tonik tirishishlar holati 25–30 sekund davom etadi, soʻngra klonik tirishishlar bosqichi boshlanadi.

Klonik bosqich tirishish bilan nafas olishdan boshlanadi, bunda yuz terisining rangi oʻzgaradi (koʻkarish qizarish bilan almashadi). Bosh, koʻz olmasi, til, qoʻl va oyoqlar muskullarining ritmik tirishishi ortib boradi. Oradan 1,5–2 minut oʻtgach, muskullar boʻshashishi kuzatiladi.

Tutqanoq vaqtida, agar bemor yuzi bilan pastga (koʻlmakka, axlatga yoki yostiqa) qarab yiqilgan boʻlsa, u holda boʻgʻilib qolishi mumkin.

Tutqanoq fazasining oxirida bemorda chuqur behushlik – komaga oʻxshash holat kuzatiladi, chaqirishlarga va ogʻriqlarga javob bermaydi. Koʻpincha tutqanoq vaqtida bemorlar ixtiyorsiz ravishda siydik va axlat ajratishlari mumkin. Tutqanoqdan soʻng bemorlarda retrograd amneziya kuzatiladi.

Agar tutqanoq holati ketma-ket kuzatilsa va tutqanoqlar orasida bemor hushiga kelmasa, bu epileptik holat deyiladi, yaʼni u bemor hayotiga xavf tugʻdirishi mumkin.

Kichik tutqanoq, yaʼni turli xil harakatlar va asab buzilishlarining paydo boʻlishi qisqa muddat ichida yoʻqoladi, bu holatlar esa tutqanoqqa ekvivalent hisoblanadi. Bunday tutqanoqlar 2–6 sekund davom etadi.

Kichik tutqanoqning eng keng tarqalgan turi talvasasiz hushdan ketib, oʻziga kelishi – absansdir. Sirtidan qaraganda tutqanoq shu bilan farqlanadiki, bemor boshlagan ishini toʻxtatadi (shaxmat oʻynayotgan boʻlsa, qoʻlida shaxmat toshi bilan qotib qoladi, yurganida yoʻl chekinayotgandek hech sababsiz toʻxtab qoladi va h. k.)

Epileptik tutqanoqʻi bor bemorlarga yordam koʻrsatish

Yordam koʻrsatishda tutqanoqning kuchi, xususiyati va bemorning ruhiy holatini hisobga olish kerak.

Tutqanoq vaqtida bemorlar jarohatlanmasligini taʼminlash, polga yiqilgan boʻlsa, boshi ostiga yostiq qoʻyish, qoʻl va oyoqlaridan yengil ushlab turish kerak, aks holda, chiqishlar yuz berishi mumkin. Tilini tishlab olmasligi uchun tishlari orasiga metall boʻlmagan yoʻgʻonroq predmet qoʻyish lozim.

Tilini yutib yubormasligi uchun uni sochiq bilan ushlab turish yoki boshini yon tomonga burib qo'yish lozim bo'ladi. Nafas olishi yaxshi bo'lishi uchun bo'ynidagi tugmalarini yechib qo'yish kerak. Agar bemorligi oldindan aniq bo'lsa, baxtsiz hodisa yuz bermasligi uchun uni kuzatib yurish zarur. Bemorni cho'kishdan, yong'indan, yuqoridan yiqilishdan, harakatdagi mashinalar tagiga tushib qolishdan ehtiyot qilish lozim.

Shuning uchun ham epileptik tutqanog'i bor bemorlarning ish faoliyati cheklanadi, ularga katta suv havzalari oldida, avtomatik mexanizmlar, balandlik, elektr manbalarida ishlash taqiqlanadi.

Tutqanog'i bor bemorlar aurasini aniqlanganda tezda chora-tadbirlar ko'rish kerak. Ya'ni bemorni yumshoq o'ringa yotqizib, agar bemor qabul qiladigan dorilar ma'lum bo'lsa, ularni shoshilinch ishlatish lozim.

Yordam ko'rsatishda bu bemorlarning agressiv ekanligini, ta'sirchanligini hisobga olib, atrofdagilardan ajratish va ular bilan bahslashmaslik hamda xushmuomalada bo'lish maqsadga muvofiqdir.

Isterik reaksiyalar (isterik nevroz)

Isterik reaksiyalar ichida harakatning buzilish turlari ko'p uchraydi. Bu bemorlarda ruhiy travmalardan so'ng tarqoq va aniq bo'lmagan harakatlar boshlanadi. Bir tekis silliq harakat qilib boshlarini o'rab oladilar, odatdan tashqari turish shakllarini namoyon qiladilar, gohida yoysimon egiladilar. Bu kabi tirishishlarda bemorlar koma holatida bo'lmaydilar, shuning uchun kamdan-kam hollarda jarohat oladilar. Gohida bemorlar bu holatda tovush chiqaradilar, tishlarini g'ijirlatadilar. Begonalar ishtirokida bu holat ancha cho'zilishi mumkin, ammo 10–12 minutdan oshmaydi.

Agar bemorga sovuq suv sepilsa, tirishish to'xtashi mumkin. Xuruj tugaganidan so'ng bemorlarda darmonsizlik va bo'shashish kuzatiladi.

Motorikaning isterik tipdagi buzilishlarida umumiy yoki mahalliy harakat buzilishlaridan tashqari yana harakatsizlanish yoki tormozlanish turlari kuzatiladi. Tipik misol sifatida psixogen stuporni olishimiz mumkin. Xuddi isterik talvasa kabi, bunda ham bemorni ovuntirish yo'li bilan asl holatiga qaytarish mumkin. Bemorlar bironta noxush xabarni eshitgach yoki og'ir holatlarda stupor holatiga tushib yerga yiqiladi. Lekin yiqilgan vaqtda xuddi hushidagidek o'zining jarohatlanishiga yo'l qo'ymaydi, savollarga javob bermay, og'ir va shovqinli nafas ola boshlaydi. Keyinroq nafas yuzaki tusga kirib, puls tezlashadi. Bunday bemorlar shu vaqtda xuddi o'layotgan odam ko'rinishida bo'ladi.

Isterik reaksiyalarda birinchi yordam ko'rsatish

Xuruj boshlanganda bemor oldida begonalar bo'lmashligi, yordam ko'rsatuvchi vasvasaga tushmasligi kerak. Tutqanoq vaqtida bemorni ushlab turish lozim, aks holda, o'zini mayib qilib qo'yishi mumkin. Bemorlarga katta e'tibor bilan yordam ko'rsatish kerak, yo'qsa xuruj cho'zilishiga olib kelishi mumkin, buni bemorlarning o'zlari ham tasdiqlaydilar.

O'tkir psixik hollarda kechiktirib bo'lmaydigan yordam choralari

Psixik faoliyatning buzilishi nafaqat mustaqil ruhiyat kasallarida, balki somatik kasalliklarda ham uchraydi. Butun o'zgarishlarni, buzilishlarni barvaqt aniqlash va yordam berish bemorlarning o'ziga ham atrofdagilarga ham katta naf beradi.

Amaliyotda gallyutsinator qayg'urishlar, vasvasa g'oyalari, affektiv buzilishlar va ong buzilishiga yo'liqqan bemorlar ko'p uchraydi.

Gallyutsinator sindrom

Gallyutsinatsiyalar (hallucinatio – yo'q narsa) – xato idrok etish yoki idrok etishning aldanishi. Gallyutsinatsiyalarning asosiy xususiyati shundan iboratki, ular real obyektни idrok etmay, sezgi organlari real qitiqlanmay paydo bo'ladi.

Gallyutsinatsiyalarni sezgi organlari: ko'rish, eshitish, hid bilish, ta'm bilishlar, umumiy sezgi bo'yicha bo'lishi qabul qilingan.

Ko'rish gallyutsinatsiyalarida bemorlar, aniq bir odamni, hayvonlarni, turli-tuman sahnalarni (majlislar, motam marosimi, tabiiy ofatlar) ko'rishini mumkin. Ko'rinayotgan voqealar bemordan ma'lum masofada ko'rinib, unga yaqinlashishi yoki uzoqlashishi mumkin. Gallyutsinatsiyalar har doim ongi buzilgan bemorlarda kuzatiladi. Bu holatlarga doimo affektiv xavotirlanish, qo'rqinch, alam yo'ldosh bo'lib, bemorlar turli xildagi qonunbuzarliklarni keltirib chiqaradilar, atrofdagilar uchun ham, o'zlari uchun ham xavfli vaziyatlar yaratadilar.

Eshitish gallyutsinatsiyalari ko'pincha «ovoz» ham deb ataladi. Bu ovozlari yoki chaqirishlar bemorlarga tanishlari, begonalar, ayollar yoki erkaklarning past, baland yoki baqiriq ovozlari bo'lib eshitilishi mumkin. Ba'zan bir, ikki va undan ortiq ovoz eshitiladi. Ular to'g'ridan-to'g'ri bemor bilan yoki o'zaro gaplashishlari mumkin. So'zlar ma'nosiga qarab turlicha bo'lishi mumkin: haqorat, ayblash, ta'qib, hazil, buyruq tarzida va h. k. Bemor bunga qiziqish, hayrat, qo'rqinch bilan, shu bilan birga, bemor bu tovushning kimga taalluqli ekanligini izlash, himoya, hujum, o'ziga qarshi harakatlar, ba'zida juda qaltis harakatlar bilan javob beradi (imperativ gallyutsinatsiyalar).

Hid bilish gallyutsinatsiyalari bemorda (yoqimsiz yoki xushbo'y hidlar – axlat, chirigan, gaz, tayyorlanayotgan ovqatlar, gullar hidlari) sezgisini sezilarsiz qo'zg'atadi.

Ta'm bilish gallyutsinatsiyalari esa og'izda biror ovqat bo'lmasa ham, turli ta'm hislari paydo bo'lishi bilan ifodalanadi.

Umumiy sezgi gallyutsinatsiyalari esa tana yuzasida yoki ichida hosil bo'lgan noxush sezgilar «u yoki bu begona jism» tufayli kelayotganidan noliydi.

Vasvasa g'oyalar

Vasvasa g'oyalar deb atrofdagi jismlarning joylashishi to'g'risida noto'g'ri va g'ayritabiiy fikr yuritishdan kelib chiqqan holatga aytiladi. Bemorga atrofdagilar xuddi alohida e'tibor bilan munosabatda bo'layotgandek tuyuladi. Bemor nazarida tanish yoki begonalar uning to'g'risida alohida e'tibor berib gaplashayotgandek, tez-tez uni kuzatayotgandek, masxara qilayotgandek bo'laveradi. Shuning uchun bemorning atrofdagilar bilan munosabati og'irlashib qoladi.

Ba'zi holatlarda vasvasa g'oyalari jiddiy tus oladi. Bunga misol ta'qib vasvasasidir, lekin ta'qib vasvasasiga uchragan bemorlar har doim ham ta'qibchilarni aytib bera olmaydi. Vasvasa ko'pincha isbotsizligicha qolib, bemor ma'lum kishilarni dushman deb hisoblaydi va ularning o'zini o'ldirishi, zaharlashi, otib tashlashidan qo'rqib yashaydi.

Affektiv (emotsional) o'zgarishlar

Bu ayniqsa ko'p uchraydigan ruhiy buzilish turidir. Uning asosini kayfiyat buzilishlari tashkil etib, bemorning hamma kechinmalarini aks ettiradi.

Emotsiyalar kuchli, jo'shqin bo'ladi – bular affekt davr (jazava). Affektlar harakat va vegetativ qo'zg'alishli buzilishlar bilan yuzaga chiqadi. Masalan, qo'rqinch affektlari ba'zida xavfdan qochish bilan o'tsa, ba'zida esa harakat passivligi yoki stupor bilan davom etadi (stupor – butunlay harakatlanmaslik).

Bemorlar holsizlik, yalqovlik, azoblanishdan shikoyat qiladilar. Ular o'z kuchlariga ishonmaydilar, xatti-harakatlarining to'g'riligiga (tezda) shubha bilan qarab, qiyinlik bilan xulosa qiladilar.

Bemor tashqi ko'rinishida, xayoliy fikrlarida qo'rquv, vijdotsizlik, qiynalish sezgisi yuqori darajaga borib yetadi. Shu holda bemorda o'zini o'ldirish yoki o'ldirishga intilish hollari yuzaga keladi.

Depressiyadagi bemorlarga o'z-o'ziga past baho berishdan tashqari, o'zini o'ldirish vasvasasi, o'zini o'zi ayblash xos bo'lib, ba'zan bemorning o'zini o'ldirish harakati bilan yakunlanadi.

Apsitiatsiyalar xavotirlik bilan o'tadigan harakat qo'zg'alishidir. Bemorning doim yurishi, atrofdagilardan g'azab bilan biror ishni baja-

rishni so‘rashi davom etadi. Apsitasiyalar bexosdan harakat qo‘zg‘alishlari bilan boshlanishi, shu paytda o‘zini o‘ldirishga intilish hollari kuzatiladi. Yaqqolroq paydo bo‘lganida, bemorda qayg‘urish, qo‘rqinch, hamdardlik, g‘azab, alamzadalik rivojlanadi (depressiv disforiya).

Patologik affektlar

Yuqorida aytilganidek, jo‘shqin emotsiyalar yoki affektlar kuchli tashqi qo‘zg‘atuvchi ta‘sir tufayli vujudga keladi. Lekin ba‘zi ruhiy kasalliklarda arzimagan sabab ham bemorda kuchli ifodalangan emotsional reaksiyaga sabab bo‘ladi. Natijada bemor mo‘ljalni yo‘qotib qo‘yadi. U juda tajovuzkor holatga kirib, turli e‘tirozlarga g‘azab cho‘qqisiga yetish bilan javob beradi. Bemordagi shu holat o‘tib ketgach, u bo‘lib o‘tgan voqealarni eslay olmaydi.

Shuningdek, patologik affektlar uzoq vaqt, ba‘zi hollarda soatlab davom etadi. Ko‘pgina psixozlarning klinik ko‘rinishida qo‘rquv va xavotirlik affekti yuzaga keladi.

Ong buzilishi sindromlari

Ong buzilishi – haqiqiy olamning tashqi va ichki bog‘liqligi aks etishining buzilishi (sezgi idroki va abstrakt tafakkur buzilishlari) bilan ifodalanadi.

Ongning xiralashishi odatda o‘tib ketuvchi holat bo‘lib, hamma ruhiy kasalliklarda emas, balki tezkor tibbiy yordamga muhtoj bemorlarda uchraydi.

Ongning xiralashishi bir necha shaklda bo‘lib, ularga: deliriy, oneyroid, amensiya, ongning kirarli-chiqarli buzilishlari kiradi.

Deliriy (delirioz sindrom) – ong buzilishlari fonida idrok etishning yorqin buzilishlari (gallyutsinatsiya va illuziyalar) paydo bo‘lganda, shuningdek vahima va qo‘rquv sifatida emotsional buzilishlar yuzaga kelganda ongning dilirioz holati mavjudligi to‘g‘risida fikr yuritiladi. Bemorlar idrokning aldamchi sezgilariga harakat bilan javob qaytaradilar. Ba‘zida ularda to‘satdan harakat boshlanadi. Ko‘ruv gallyutsinatsiyaga oid, vasvasali so‘zlar ham gapiradilar. Deliriyda ongning «meni» saqlanib qoladi, lekin atrof muhitga ular yolg‘on mo‘ljol oladilar, masalan, ko‘chada yurib, o‘zini qamoqda his etish va shu kabilar. Davriy ravishda deliriyda «yorug‘ oraliq» turadi, ya‘ni bunda deliriy intensivligi kamayadi yoki yo‘qoladi. Ongning xiralashishi kuchayganda illuziyalar, vasvasa va boshqalar sustlashib, harakat qo‘zg‘alishlari stereotip ravishda kuchayib boradi. Delirioz buzilishlar intensivligi kechga borib yoki kechasi kuchayadi. Ong xiralashgan vaqtdagi harakatlarni bemor bo‘lak holda yoki umuman eslay olmaydi.

Oneyroid (oneyroid sindrom) – uyqusimon, tush kabi, fantastik vasvasali ongning xiralashuvidir. Bemor atrofidagi odamlarning unga

gapirgan gaplariga parvo qilmay, o'z diqqat e'tiborini narsalarning chegaralangan doirasiga jalb qiladi va butunlay hosil bo'lgan tasavvur hukmi ostida bo'ladi.

Boshqa hollarda bemorning esi kirarli-chiqarli holatda gapdonlik ustunligi, qo'rquv, g'azab, ko'ruv gallyutsinatsiyalari, vasvasa hollari bilan ham kechishi mumkin. Bemor bu vaqtda atrofdagilar uchun xavfli bo'ladi, chunki u shafqatsiz harakatlar qilishi mumkin. Bu holatning o'ziga xosligi – bemor o'ziga kelgach, to'liq amneziya bo'ladi.

Disforiyalar yoki kayfiyatning buzilishi – eng ko'p uchraydigan ruhiy ekvivalentlardan biridir. Bemorlar o'zlariga yomon munosabatda ekanliklaridan, ularning shikoyatlariga e'tibor berishmayotganidan noliydilar, nimjon va himoyasiz bemorlarga g'azab bilan tashlanadilar, bunday tajovuz bilan tashlanish ko'pincha juda ham shafqatsizligi bilan farq qiladi.

O'z hayotiga qasd qilgan bemorlarga yordam ko'rsatish

O'zini o'zi qoralash va o'ldirishga moyillik ko'pgina ruhiy kasalliklar (shizofreniya, maniyeikal-depressiv psixoz, alkogolizm, giyohvandlik va boshqalar)da uchraydi. Bemor ayanchli holatdan qutulish maqsadida vasvasa, gallyutsinator qayg'urish yoki kayfiyatning pastligi tufayli turli xil usullardan foydalanishga intiladi.

Ko'pincha bemorlar o'zini xotirjam ko'rsatib, atrofdagilarni chalg'itadilar va shu bilan o'zini o'ldirish xohishiga intiladilar. Shuning uchun ham bemorlar kayfiyati yaxshilanmaguncha ularni jiddiy nazorat qilish zarur.

Ruhiy degradatsiya holatida o'ziga suiqaqd tasodifan yuzaga keladiki, bemorni har doim ham qutqarib bo'lmaydi.

Bemorning qaysi o'lim turini tanlaganini oldindan bilish qiyindir.

Ko'pincha bemorlar o'zini bo'g'moqchi bo'lib matolardan, ayollar esa o'z sochidan arqon yasashadi, og'ziga latta tiqishi yoki yostiqlik bilan yuzini yopishi, uchli oyna bilan tanasini jarohatlashi, tugmalarni yoki oyna siniqlarini sindirib yutishi, turli dorilar ichishi mumkin yoxud transport g'ildiragi ostiga o'zini tashlamoqchi bo'lishadi.

Esi past bemorlarni nazorat qilish depressiyadagi bemorlarni nazorat qilishdan osonroq, chunki ular o'zini o'ldirish usullarini pishiq va puxta o'ylab qo'yishadi. Depressiyadagi bemorlar asosan o'ziga suiqaqdni biror odam bilan janjallashib, ba'zida esa bexosdan, biron sababsiz amalga oshirishadi.

Agar bemor baxtsizlikka duchor bo'lgan bo'lsa, u holda kechiktirmasdan uning hayotini asrab qolish zarur. Yordam berish jarohat xususiyatiga bog'liq. O'tkir kesuvchi predmetlardan o'zlariga tan jarohati yetkazgan bo'lsa, qonni to'xtatish va steril bog'lam qo'yiladi.

Agar bemor o'zini dorga osgan yoki suvda cho'ktirgan bo'lsa, organizmni tiriltiruvchi (jonlantiruvchi) (sun'iy nafas, yurakni bilvosita uqalash) chora-tadbirlari amalga oshiriladi. Yuqoridan pastga qulagan bo'lsa, u holda immobilizatsiya choralari o'tkaziladi. Dorilarni haddan tashqari ko'p iste'mol qilib zaharlansa, oshqozon va ichaklarni yuvish tavsiya qilinadi.

Yuqorida qayd qilingan barcha holatlarda yordam ko'rsatilgandan keyin bemorni, albatta, malakali yordam olishi uchun shifoxonaga olib borish zarur.

Harakat qo'zg'alishlaridagi bemorlarga ko'riladigan chora-tadbirlar

To'satdan boshlanadigan harakat qo'zg'alishlariga turli xildagi vasvasa g'oyalar, ta'qib, gallyutsinator-illyuziv qayg'urishlar, katotonik holatlar, affektiv buzilishlar sabab bo'ladi.

Bemorda harakat qo'zg'alishlari yuzaga kelganda, ularni kuch bilan ushlab turish lozim. Buning uchun bir odam bemorni chalg'itib turadi, orqadan boshqa bir odam kelib bemorni ushlab oladi. Birinchi odam bemor boldiridan ushlaganda, boshqasi belidan ushlab, bemorni ko'tarib oladilar. Faqat bemorni bir odam ko'tarishi mumkin emas, sababi uning qovurg'alari sinib ketishi mumkin.

Bemor qo'zg'algan holda xonadagi biror buyum bilan qurollangan bo'lsa va shu buyum bilan atrofdagi narsalarni buzib tashlasa, vaqtini ketkazmasdan uni qurolsizlantirish kerak, chunki u odamlar uchun xavf tug'diradi. Buning uchun 3–4 chaqqon odam bemorni atrofidan o'rab olib, yirikroq matolar ko'targan holda uni devorga siqib ushlab olish kerak.

Bemorni ushlab turganda uning ochiq badaniga tegishdan saqlanish kerak, qo'lini cho'yshab vositasida, kurtka, paltosidan ushlagan holda, bosmasdan ushlash kerak. Ko'krak qafasi va qornini bosmasdan, yelkasi, to'suyaklaridan, soni va boldiridan tutib turish lozim.

Hamma qo'zg'alishlarda ham issiq, iliq davolovchi vannalar yaxshi yordam beradi. Agar bemorda yurak xastaliklari bo'lmasa, u holda uni 29–30 °C li suv quyilgan vannada 30–60 minut davomida, to tinchlanguncha ushlab turish va boshiga sovuq kompress qo'yish maqsadga muvofiq.

Qo'zg'algan holdagi bemorlar nokerak narsalar, axlatlarni, sigaret qoldiqlarini terib, kiyimini ifloslantiradi. Hamma hollarda ham bemor ruhiy kasalliklar shifoxonasiga yotqiziladi, keyinchalik esa tekshirib, maxsus davolash ishlari o'tkaziladi.

Ochlikka intilgan bemorlarga yordam qilish

Ruhiy kasalliklarning jiddiy oqibatlaridan biri ovqatlanishdan bosh tortishdir. Bu narsa hamma bemorlarda har xil sabablar tufayli yuzaga keladi.

Ba'zan eshitish gallyutsinatsiyalaridagi buyruq bemorga ovqatlanishga ruxsat bermasligi oqibatida, ko'ruv gallyutsinatsiyalarida esa bemor ovqat o'rniga turli jismlarni ko'rgani uchun ovqatni yemaydi.

Ta'qib vasvasalarida bemor atrofdagilarni dushman hisoblab, ularni ovqatga zahar qo'shganda ayblaydi. Ipoxondrik vasvasalarda bemor oshqozonini chirigan yoki o'sma (rak) kasali bilan og'rgan hisoblaydi, agar ovqatni qabul qilsa, ovqat go'yo qornining pastki qismiga to'la boshlashidan xavfsirab ovqat yemaydi. Depressiya holidagi bemor o'zini o'ldirish maqsadida ovqatdan bosh tortadi. Umuman, ovqatdan bosh tortish o'smirlarda, nerv anoreksiyasi bor bemorlarda ko'p uchrab, ular ortiqcha vazn bahonasida shunday yo'l tutadilar.

Bemor ovqatdan bosh tortganda, avvalo, uni bosiqlik va chidam bilan ovqatlanishga undash kerak. Ba'zida alohida qiyinchiliksiz, qat'iy ovqatlanishga undalganda bemor ovqatlana boshlasa, ba'zida ovqatni oldiga qo'yib qo'yilsa bas, o'zi baribir yeydi. Idish-tovoqni oldidan ola turib, uning bo'shligiga e'tibor bermaslik kerak. Ko'pincha bemorlar ovqatdan kunduzi bosh tortib, kechasi yeydilar.

Agar har qanday undashlar bemorning ovqatlanishiga yordam bera olmasa, u holda uni tezda ruhiy kasalliklar shifoxonasiga jo'natish kerak.

Ruhiy asab buzilishlari bor bemorlar bilan muomala qilish xususiyatlari

Ruhiy kasallar bilan muomala munosabatlari xuddi sog'lom kishilar orasidagi kabi amalga oshirilishi kerak. Ularga murojaat etilganda to'g'rilik, muloyimlik, shikoyatlariga chidam va diqqat bilan e'tibor qilinsa, shuning o'zi bemorga ko'rsatilgan yordam hisoblanadi.

Agarda bemor o'zini sog'lom deb ko'rsatsa, ehtiyotkorlik bilan kuzatib, uning sog' odamdan farqlarini ajratish lozim.

Bemor bilan so'zlashganda chidamlilik ko'rsatib, uning kamchiligini yuz ifodasida aks ettirmay eshitish, gapirayotgan gapini gallyutsinatsiya yoki vasvasa deb o'ziga aytmaslik kerak, aks holda, bemor xavfsirab, hamsuhbatini ham dushman hisoblaydi.

Agar bemor qo'zg'algan holda agressivlik qilsa, u bilan tortishib o'tirmaslik lozim. Xotirjamlik va bemorga ishonch namunalarini ko'rsatish unga ijobiy ta'sir qilib, g'azabidan tushishiga olib keladi. Shuningdek, ehtiyotkorlik, qat'iylik va saxiylik qilish bemorda qo'zg'aladigan eng ayanchli holatni ham yumshatadi. Bemor ishtirokida boshqa kishilarga u haqda yomon so'zlarni aytmaslik kerak. Ortiqcha qo'pollik qilish esa bemorda kuchli qo'zg'alish holatiga sabab bo'lib, atrofdagilarga nisbatan g'azabi-ning oshishiga olib keladi.

Ruhiy buzilishi bor bemorlarni transportirovka qilish xususiyatlari

Bunday bemorlar o'zlarini kasal hisoblamaydi, kasalxonaga o'z xohishlari bilan kelmaydilar. Ularni mehmonga, teatrga olib boraman deb

aldab ham bo'lmaydi, buni kechirmaydilar. Shuning uchun ularga to'g'ridan-to'g'ri kasalligini aytib, shifoxonada davolanishi kerakligini tushuntirish kerak.

Agar bemorda ruhiy kasallik xuruj qilsa, u holda bir necha kishi uni ushlab shifoxonaga olib borishi lozim. Bunda bemorni ikki tomonidan mahkam ushlab, shu alfozda avtomobilda shifoxonaga olib boriladi.

Agar bemor rozi bo'lib, bir oz kutishni so'rasa, buni bajarish lozim. Shifoxonaga ketdik, deganda rad qilish kerak emas, aks holda, teskarisi bo'lishi mumkin. Transportirovka vaqtida xavfli predmetlar (qurol, xanjar, pichoq, qaychi, chilvir, arqon, gugurt va b.)ni ulardan olib qo'yish kerak.

Giyohvandlik va toksikomaniya

Giyohvandlik – ba'zi narkotik vositalarga va kimyoviy preparatlarga patologik o'rganib qolishdan iborat bo'lib, odatda ularni ortiqcha qabul qilib turish natijasida paydo bo'ladi. Giyohvandlikning mohiyati organizm reaktivligining narkotik vositalarga nisbatan o'zgarishidir. Giyohvandlikning rivojlanishida ijtimoiy (noto'g'ri tarbiya, atrof muhit ta'siri, oiladagi kelishmovchiliklar), shaxsning konstitutsional omillari, ruhiy holatlar (qiziquvchanlik, tajriba va kayf-safoga intilish, qiyinchiliklardan qochish) va narkotik vositalar talab qilinuvchi somatik kasalliklar alohida ahamiyat kasb etadi.

Tibbiy dorivor moddalarga og'riq qoldiruvchi, uxlatadigan va markaziy nerv tizimiga stimullovchi ta'sir qiladigan dori-darmonlar kiradi.

Narkotik vosita atamasi o'z ichiga tibbiy, iqtisodiy va yuridik tushunchalarni oladi.

Tibbiy belgi moddalarning markaziy nerv tizimiga o'ziga xos tinchlantiruvchi, qo'zg'atuvchi, gallyutsinogen ta'sir ko'rsatishidir.

Iqtisodiy belgi moddalarning tibbiy bo'lmagan jihatdan keng qo'llanilib, jamiyatda iqtisodiy ahamiyatga ega bo'lishidir.

Yuridik belgi – yuqorida ko'rsatilgan ikkala belgidan kelib chiqqan holda, tegishli bo'lgan muassasa tomonidan bunday moddalarning narkotik vosita ekanligini tan olib va narkotik vositalar ro'yxatiga kiritishdan iborat.

Yuqorida ko'rsatilgan belgilari bo'lmagan va ro'yxatga olinmagan moddalarni shaxs o'z salomatligiga xavf tug'diradigan darajada iste'mol qilsa ham, narkotik vositalar deb atalmaydi. Bu moddalar narkotik vositalar ro'yxatiga kiritilgan holdagina, ularni noqonuniy iste'mol qilgan shaxs tegishli modda bilan jinoiy javobgarlikka tortilishi mumkin.

Giyohvandlik kelib chiqishida uch bosqich farqlanadi.

Birinchi bosqich – adaptatsiya (moslashuv) bosqichi. Bunda organizmning himoya reaksiyalari yo'qolib boradi va ruhiy bog'lanish vujudga keladi.

Ikkinchi bosqich – surunkali kechuvchi bosqich. Bunda to'liq jismoniy bog'lanish tarkib topadi va narkotik vositalar ta'siri ostida psixozlar paydo bo'ladi.

Uchinchi bosqich – kechki bosqich. Bemorning butun organizmi funksiyalari pasayadi va jismoniy, nevrologik buzilishlarga olib keladi, hatto aqli pastlik ham kelib chiqadi.

Giyohvandlik turlari:

morfinizm – morfin moddasiga ruhiy, jismoniy bog‘lanib qolish. Morfin – opiy preparatlaridan biri bo‘lib, juda kuchli og‘riqsizlantiruvchi ta’sir ko‘rsatadi. Preparat ta’sirida og‘riq bosilib, tinchlanish va kayfichog‘lik hissi bilan o‘ziga xos mudroqlik holati kuzatiladi;

kokainizm – Lotin Amerikasi mamlakatlarida hozirgi kunda ham koka bargini chaynash kabi qadimgi odat bor. Shu tufayli u yerlarda giyohvandlikning kokainizm turi ko‘p uchraydi. Kokainning giyohvandlik ta’siri juda tez namoyon bo‘ladi. Uni iste’mol qilgandan so‘ng 5–10 minutdan keyin odam quvnoq, harakatchan bo‘lib qoladi, turli qiliqlar qiladi, ko‘p gapiradi, o‘zini quvvatga va kuch-g‘ayratga to‘lgandek, tetik bo‘lgandek sezadi;

nashavandlik – nasha (gashish, chars, bang, xusus, xaras, dachcha, marixuana va boshqalar) – hind kanopining o‘ziga xos hid va achchiq ta’mga ega bo‘lgan moddasidir. Sharq mamlakatlarida aksariyat chekish yo‘li bilan iste’mol qilinadi. Nasha kishini juda tashna qiladi va ishtahasini ochadi, og‘riq sezish kamayadi yoki butunlay yo‘qoladi va kayfichog‘lik kuzatiladi. Boshqa narkotik vositalardan farqli o‘laroq, nashaga o‘rganib qolish odatda uning miqdori oshirilishiga olib kelmaydi.

Toksikomaniya

Tibbiy dorivor moddalarga, kimyoviy sanoat moddalariga patologik moyillikka olib borishi va ularga o‘rganib qolish toksikomaniya deb ataladi.

Barbituratlar bilan zaharlanish – veronal, lyuminal, medinal, barbamil asosan shaxslarning o‘z hayotiga suiqasd qilishida uchraydi.

Ruhiy holatni qo‘zg‘atuvchi moddalar bilan zaharlanish – fenamin, fenatin, efedron. Bunda kuchga to‘lish, jo‘shqinlanish, harakatning kuchayishi, eyforiya uchraydi. Xumor uzoq uyqusizlik va depressiya bilan ifodalanadi.

Siklodol bilan zaharlanish – parkinsonizmga qarshi ishlatiladigan dori. Bu preparatni oz-ozdan emas, balki 2–4 marta ko‘proq miqdorda qabul qilinganda eyforiya, mastlik yoki gallyutsinatsiyalar kuzatiladi. 1–1,5 oy ichida kasallik surunkali shaklga o‘tadi. Tolerantlik 30–40 tabletkagacha yetadi. Xumor holatida qo‘l va tananing titrashi, mushaklarning og‘rishi, ularning tortilishi, yurak urishining buzilishi, xavfsirash, qo‘rqish tariqasida namoyon bo‘ladi. Pirovard-natijada ong pasayishiga olib keladi.

Korxonalarda va turmushda ishlatiladigan kimyoviy moddalarni hidlash tufayli kelib chiqadigan zaharlanishlar – bularga benzin, bo‘yoq,

lak erituvchilar, dog‘ ketkazuvchi moddalar, kimyoviy yelimlarni hidlash kabilar kiradi. Ular asosan og‘izdan, burun orqali hidlash yo‘li bilan qabul qilinadi. Kimyoviy moddalarga ruhiy moyillik juda tez paydo bo‘lib, bir oy mobaynida surunkali shaklga aylanadi.

Polinarkomaniyalar – bunda bemorlar har xil turdagi narkotik vositalarni bir vaqtda yoki muayyan ketma-ketlikda iste‘mol qiladilar. Agar bemor bir xil narkotik vositani uzoq vaqt iste‘mol qilib, boshqa turdagi narkotik vositaga o‘rganib qolsa, bu holat polinarkomaniya deb atalmaydi, balki bir turdagi giyohvandlikning boshqa turiga o‘tish deb ataladi.

Agar bemor bir vaqtning o‘zida ikki yoki undan ham ko‘p dorivor moddalarni yoki boshqa narkotik vositalar ro‘yxatiga kiritilmagan moddalarni, ma‘lum bir ketma-ketlikda, ma‘lum bir tizimda iste‘mol qiladigan bo‘lsa, bunday holatni politoksikomaniya deb ataladi.

Giyohvandlik va toksikomaniya bilan xastalangan bemorlarga nisbatan sud-psixiatrik ekspertiza va narkologik ekspertiza bemorning holatiga, kasallik darajasiga individual yondashib xulosa chiqaradi. Ularda hech qanday ruhiy buzilishlar bo‘lmasa, u holda o‘zlari sodir qilgan qonunbuzarlikka javob beradilar, hatto bunday holat og‘irlashtiruvchi holat deb topiladi. Ruhiy buzilishlar yoki psixoz holatida sodir qilingan huquqbuzarlik bo‘yicha javobgarlikka tortilmaydilar va sud tomonidan majburiy tibbiy davolash choralari tayinlanadi.

Birinchi yordam ko‘rsatish. Barcha bemorlarda turli darajada ruhiy o‘zgarishlar kuzatiladi, shuning uchun ularga birinchi yordam ko‘rsatish quyidagicha bo‘ladi. Agar bemorlarda epileptik tirishishlar bo‘lsa, u holda tirishishga qarshi chora-tadbirlar amalga oshiriladi. O‘tkir psixomotor qo‘zg‘alishlar kuzatilsa, bemorlarni mahkam ikki tomonidan ushlab, shifoxonaga olib boriladi. Joniga qasd qilish holatlari uchrasa, yuqorida qayd qilingan chora-tadbir ko‘riladi.

Agar bemorda somatik kasallik bo‘lib, bu holat uning hayoti uchun xavf tug‘dirsa, reanimatsion choralar o‘tkaziladi (sun‘iy nafas, yurakni bilvosita uqalash).

XAVF TUG'DIRUVCHI HOLATLAR (CHO'KISH, BO'G'ILISH VA ZAHARLANISH)DA YORDAM KO'RSATISH

Cho'kish – o'tkir patologik holat bo'lib, insonning tasodifan yoki ko'zlangan holda suyuqlikka (asosan suvga) botishi natijasida rivojlanadi va bu atrof muhit bilan gaz almashinuvini hamda nafas organlariga havo tushishini qiyinlashtiradi yoki butunlay to'xtatadi. Nafas olish organlarining anatomik butunligi saqlangan hollarda, nafas olish saqlanganda, nafas olish yo'llariga suv yoki boshqa suyuqlik aspiratsiyasi (tiqilishi); laringospazm natijasida o'pka gaz almashinuvining to'xtashi; psixik yoki reflektor ta'sirlar (sovuqdan shok, suvga urilish) natijasida yurakning to'xtashiga sabab bo'lishi mumkin. Cho'kishning terminal holatga o'tishi suvda sovqotishning oxirgi bosqichida rivojlanadi, bunda gaz almashinuvining va yurak faoliyatining hamda muskul harakatlarining buzilishi organizmni stupor holatga va hushning yo'qotilishiga olib keladi.

Asfiksik va haqiqiy cho'kish tafovut qilinadi. Asfiksik cho'kishda to'satdan kuchli sovqotish natijasida yurak faoliyati va nafas olishning reflektor to'xtashi kuzatiladi. Bunga bog'liq cho'kish juda tez sodir bo'ladi. O'pkalar suv bilan to'lmagan, teri qoplamlari esa oqish rangda bo'ladi. Jabrlanuvchini suvdan olib chiqqandan keyin yuqori nafas yo'llaridan ko'piksimon moddalar ajraladi.

Haqiqiy cho'kishda esa jabrlanuvchi asta-sekin cho'kadi, suv sekinlik bilan o'pkaga tushadi, bemor ko'karadi, ko'pincha og'iz va burnidan pushti rangdagi ko'piksimon moddalarning ajralishi kuzatiladi. Yurakning yopiq massajini o'tkazganda va ko'krak qafasiga bosilganda ko'pik miqdori nisbatan ko'payadi. Dengiz suvida cho'kishdan chuchuk suv havzasiga cho'kish bir-biridan katta farq qiladi. Chuchuk suv havzasida natriy ionlari qon plazmasidagiga qaraganda kamroq, nafas yo'llariga tushgan suv tezda qonga so'riladi, bu qonning suyulishiga olib keladi, qon eritrotsitlari o'zgaradi. Dengiz suvi natriy ionlariga boy va uning osmotik bosimi qonnikidan balandroq. Dengiz suvi o'pka alveolasiga tushganda qonning suyuq qismi alveolaga yo'naladi, bu o'tkir o'pka shishini chaqiradi.

Voqea sodir bo'lgan joyda va qutqarish stansiyasiga transportirovka qilish vaqtida tez yordam berishning jonlantirish usullarini yaxshi biluvchi shaxslar bilan o'tkazish qutqarish imkoniyatini yanada oshiradi. Cho'kishning boshlang'ich davrida yordam berish tinchlantirishga, qon va qon aylanishini yaxshilashga (shokka qarshi, isitish, artish, analeptiklar) qaratilgan bo'ladi. Agoniya va klinik o'lim davrlarida mustaqil nafas olish

va yurak qisqarishlarini tiklash uchun kompleks jonlantirish chora-tadbirlari o'tkaziladi.

Vrachgacha bo'lgan tez yordam chora-tadbirlari:

1) og'iz bo'shlig'i va halqumni barmoqqa o'ralgan bintli bo'lakcha yoki tortib oluvchi nasos yordamida har xil yot narsalardan va suvdan tozalash;

2) tezda sun'iy nafas (og'izdan-og'izga yoki og'izdan-burunga) va yopiq yurak massajini o'tkazishni boshlash;

3) oksigenoterapiya;

4) jabrlanuvchini issiq choyshab bilan yopish;

5) hayot funksiyalari tiklangandan so'ng reanimatsion chora-tadbirlarni to'xtatmagan holda davolash muassasalariga shoshilinch yuborishni amalga oshirish.

Cho'kkanlar zambillarda gorizontal holatda, bosh tomonini pastga qaratilgan holatda tashiladi. O'pka shishganda esa tananing yuqori qismiga ko'tarilgan holat beriladi.

«Ikkilamchi cho'kish» haqida tushuncha

Qutqarish vaqtida davolash muassasi chora-tadbirlariga muhtoj bo'lmagan cho'kkanlarni ham shifoxonaga yuborish kerak. Cho'kish vaqtidagi yoki undan keyingi, hatto qisqa muddatli, hushdan ketish ham cho'kishning og'ir asoratlari sifatida jiddiy ogohlantirish deb qaralishi kerak. Transportirovka vaqtida nafas olishning o'tkir buzilishi yana qaytalanishi yoki birinchi marta boshlanishi mumkin.

«Ikkilamchi cho'kish» sindromi ko'krakda og'riqlar paydo bo'lishi yoki ularning kuchayishi, havo yetishmasligini sezish, teri va shilliq qavatlarining ko'karishi, taxikardiyaning kuchayishi kabi belgilar bilan boshlanadi. Qon aralash balg'am ko'chishi kuzatiladi. «Ikkilamchi cho'kish» sindromi ba'zan abortiv holda, ba'zan kuchayib boruvchi o'pka qalinlashuvi, ba'zan esa kuchayuvchi alveolyar shish rivojlanishi bilan kechadi. «Ikkilamchi cho'kish»ning boshlang'ich belgilarida bemorda o'pkaning sun'iy ventilatsiyasi o'tkaziladi, natriy oksibutirat va albumin, saluretiklar eritmalarining konsentrlangan aralashmalaridan yuboriladi.

Bo'g'ilish – o'pkaga havo o'tishi uchun to'siqlar bo'lganda kelib chiqadi. U yuqori nafas yo'llariga yot jismlarning tushishi, shikastlanishi yoki ovoz boylamlarining tirishuvchi spazmlari bilan asoslanishi mumkin. U ko'krak qafasining tashqaridan uy bo'laklari bilan, yer ko'chmalari bilan bosilishi natijasida ham kelib chiqishi mumkin. Nafas siqishida birinchi yordam berilganda, avvalo, toza havoning o'tishi uchun qulay sharoit yaratishga harakat qilish, keyin jabrlanuvchini jonlantirish chora-tadbirlarini boshlash kerak.

O'zini o'zi o'ldirish maqsadida ham bo'g'ilish hodisalari kuzatiladi. Bu kabi o'z joniga qasd qilishda sirtmoqdan foydalanadilar. Ahvolning og'irlik darajasi bo'g'ilish davomiyligiga va sirtmoqni qo'yish usuliga bog'liq. Osilish yoki sirtmoq bilan bo'g'ishning doimiy belgilaridan biri oqish yoki qo'ng'ir rangdagi strangulyatsion egat hosil bo'lishi, yuzning ko'karishi, burun-halqum giperemiyasi, shish va ovoz bog'lamlari orasiga qon quyilishidir. To'liq osishda hushdan ketish bilan birga, koma rivojlanadi, ko'z qorachiqklarining yoruqlikka javob reaksiyasining yo'qolishi, muskullarning bo'shashishi, nafasning to'xtashi, ba'zi hollarda ixtiyorsiz defekatsiya va siydik ajratish ham kuzatiladi. O'lim 4–5 minutdan so'ng boshlanadi. Birinchi yordam osilgan shaxsni tezda ko'tarish va fiksatsiya qilish, arqonni tugunidan yuqoriroqdan qirqish va tugunni bo'shatishdan iborat. So'ngra kichik reanimatsion yordam ko'rsatiladi:

- traxeyaga intubatsion trubka qo'yib havo beriladi;
- yurakning bilvosita massaji o'tkaziladi;
- oksegenoterapiya;
- yurak va nafas analeptiklar (strofantin, kardiamin);
- asosiy hayot funksiyalari tiklangandan so'ng eng yaqin shifoxonaga transportirovka zambilda amalga oshiriladi.

Zaharlanish – o'tkir kasallik kabi boshlanib, organizmga kimyoviy moddaning toksik ta'siri natijasida yuzaga keladi.

Zaharlanishning quyidagi turlari bir-biridan farq qiladi:

- a) maishiy (alkogolli, tasodifiy, qasddan);
- b) ishlab chiqarishdagi;
- v) bolalardagi;
- g) tibbiy;
- d) biologik;
- e) ovqatdan.

Organizmga zaharning tushish yo'llari to'rt xil bo'ladi:

- 1) ingalyatsion (tutun holida);
- 2) teri orqali;
- 3) ichak orqali;
- 4) parenteral (ko'pincha tibbiy).

Oziq-ovqat moddalari bilan zaharlanganda oshqozonni zond orqali 18–20 °C haroratdagi 12–15 l suv bilan (har bir porsiyasi 300–500 ml bo'lishi kerak) yuvish lozim.

Ilon chaqqanda, teri ostiga yoki muskul orasiga toksik modda tushganda 6–8 soatga o'sha joyga sovuq qo'yiladi, 0,3 mg 0,1 % li adrenalin eritmasi, ilon chaqqan joyning yuqorisiga esa novokain blokadasi qilinadi.

Ingalyatsion zaharlanishda zaharlangan kishini toza havoga olib chiqib, nafas olish yo'lini kislorod bilan ingalatsiya qilish lozim.

Teriga toksik modda tushganda terini oqar suvda yuvib tashlash kerak.

Toksik modda to'g'ri ichakka, qinga, siydik pufagiga yuborilganda ularni klizma, sprinsirovka va kateterizatsiya qilish lozim.

Toksik moddani qon aylanish sistemasidan chiqarish uchun siydik haydovchi vositalar qo'llab, diurezni forsirlashdan foydalaniladi.

O'tkir zaharlanishdagi asosiy patologik sindromlar. Nevrologik o'zgarishlar turli-tumanligi bilan farq qiladi, bu markaziy va periferik asab tizimi strukturasiga bevosita toksik ta'sir natijasida hamda zaharlanganning boshqa a'zolari (jigar va buyrak) funksiyalarining buzilishi hisobiga bo'ladigan intoksikatsiyalar natijasida kelib chiqadi. Eng og'ir psixonevrologik o'zgarishlarga intoksikatsion psixoz, toksik koma, tirishish sindromi kiradi.

Yurak-tomir faoliyatining buzilishi bu toksik shok bo'lib, u arterial bosimining birdaniga pasayishi, teri oqarishi, taxikardiya, hansirash, qon tarkibining o'zgarishi bilan kechadi.

Yurakka birlamchi ta'sir qiluvchi zaharli moddalar bilan zaharlanganda, yurak ritmi, uning o'tkazuvchanligi buzilishi kuzatiladi va kollaps rivojlanadi.

Nafas olishning buzilishi quyidagi ko'rinishda bo'lishi mumkin:

1) aspiratsion-obturatsion shakli. Bu tilning orqaga ketishi va qusiq massalari tufayli tiqilib qolishi bilan kechadi;

2) nafas o'zgarishlarining markaziy shakli ixtiyoriy nafas olish harakatlarining yo'qligi yoki yetishmasligi bilan kechadi;

3) o'pka shokining rivojlanishi bilan bog'liq – o'pka shishi, pnevmoniya, bronxospazm bilan kechadigan o'tkir traxeobronxit.

Oshqozon-ichak tizimining shikastlanishi o'tkir gastro-enterit, qusish, ich ketishi, qorinning har xil joyida va turli intensivlikdagi og'riqlar ko'rinishida kechadi.

Jigarning shikastlanishi jigarning kattalashishi va og'riq bo'lishi, ko'z sklerasi va terining sarg'ayishi bilan kechadi. Odatda qisqa vaqt ichida asabiy o'zgarishlar ham qo'shiladi – bezovtalik, qon ketishi, teri va shilliq qavatlarga qon quyilishi.

Buyraklar shikastlanganda, ko'pincha tezda o'tkir buyrak yetishmovchiligi rivojlanadi.

Oshqozon-ichak traktida toksik moddalar yig'ilishi mumkin, shuning uchun oshqozon va ichak yuvilishi kerak.

Uxlatuvchi moddalar bilan zaharlanganda ko'rsatiladigan birinchi yordam: jabrlanuvchi koma yoki chuqur uyquga ketgan holatda bo'ladi. Nafas vaqt-vaqti bilan, rangi oqarib ketgan yoki sianoz (ko'karish),

harorati ko'tarilgan, keyinchalik toshma toshishi mumkin. Aktivlangan ko'mir yoki qandaydir boshqa sorbentlardan foydalanish, oshqozonni yuvish va kuchli ichni suruvchi vositalarni yuborish shart.

Alkogol bilan zaharlanganda shuni unutmaslik kerakki, alkogol katta miqdorda qabul qilinganda yaqqol psixotrop ta'sirga ega. Boshlang'ich davrida o'zini idora qila olmaslik, og'riq sezishning pasayishi va hushidan ketish kuzatiladi. Birinchi yordam shundan iboratki, tezlik bilan oshqozonni yuvish, nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini ta'minlash, yurak dorilarini berish va iloji bo'lsa, kislorodoterapiyani boshlash kerak.

Gazdan zaharlanish. Is gazi avtomashinalardan chiqadigan gazlar tarkibida va uylar pechka bilan isitilganda hosil bo'ladi. O'tkir zaharlanganda psixonevrologik buzilishlar ustun turadi, bosh og'rishi, bosh aylanishi, chanqash, qayt qilish, hushdan ketish, nafas olishning buzilishi kuzatiladi. Birinchi yordam, avvalambor, jabrlanuvchini o'choqdan zudlik bilan olib chiqishdan boshlanadi. Bronxlar o'tkazuvchanligini ta'minlash, havo-kislorod aralashmasini uzoq vaqt kiritish va yurak-tomir preparatlarini yuborish zarur.

Hozirgi vaqtda sanoat, qishloq xo'jaligi, uy sharoitida fosfororganik birikmalar bilan zaharlanish ko'p tarqalgan. Bu modda asab tizimiga ta'sir qiladi, ya'ni holsizlik, bosh og'rishi, bosh aylanishi, toqatsizlik, nafas olishning buzilishi (bu holat nafas muskullarining bo'shashishi bilan bog'liq), qorinda og'riq va ich ketishi kuzatiladi.

Davolash:

- iloji boricha tezroq organizmdan zaharni chiqarib tashlash (oshqozonni yuvish, ichni suruvchi vositalarni qo'llash);
- maxsus antidot moddalar yuborish.

Kuydiruvchi moddalar bilan zaharlanishga uksus (sirka) essensiyasi taalluqlidir. Klinik kechishi mahalliy kuydiruvchi ta'sirdan va umumiy-rezorbativ ta'sirdan kelib chiqadi. Bemorlar tomog'idagi kuchli og'riq, qayt qilishi va nafas olishning kechikishidan shikoyat qiladilar. Suyuqlikni yo'qotish shok holatiga olib keladi. Eritrotsitlarning parchalanish belgisi – qizil yoki jigarrang siydik paydo bo'ladi. Davolash oshqozonni yuvish, promedol, yurak preparatlarini yuborishga asoslangan. Oshqozon yuvilgan suvda qonning bo'lishi yuvishni davom ettirishga qarshilik qilmaydigan ko'rsatma hisoblanadi (ishqoriy eritmalarni ishlatish man etiladi).

O'tkir allergik reaksiyalar

Barcha dori-darmonlar (antibiotiklar, zardob va vaksinalar) hamda muayyan meva mahsulotlari allergik xususiyatga ega bo'ladilar: tuxum, shokolad, asal, qulupnay, sitrus mevalar. Allergik reaksiyaning og'irligi sensibilizatsiya darajasi bilan belgilanadi.

Anafilaktik shok allergik reaksiyalar to'plami hisoblanib, juda og'ir darajada kechadi. Anafilaktik shokning doimiy belgilaridan bo'lib, o'tkir tomir yetishmovchiligi, qon bosimining keskin tushishi bilan, yuzning oqarishi yoki giperemiyasi, sianoz, kuchli terlash, puls ipsimonligi hisoblanadi. Yurak ritmi chastotasi va to'g'riligi buziladi. O'pka shishi rivojlanishi mumkin va qo'ng'iroqsimon nafas paydo bo'lishi, ko'p miqdorda ko'pikli balg'am ajralishi, o'pkaning barcha yuzasi bo'yicha xirillashlar, bronxospazm paydo bo'lishi kuzatiladi. Psixomotor qo'zg'alishlar paydo bo'lishi mumkin, u adinamiyaga, hushni yo'qotishga, ixtiyorsiz siydik ajralishiga va defekatsiyaga sababchi bo'ladi. Ba'zan alohida muskul guruhlarining fibrillyar uchishi hamda tonik yoki klonik tirishishlar yuz berishi mumkin.

Anafilaktik shokda birinchi yordam quyidagi ketma-ketlikda ko'rsatiladi:

- allergik reaksiya chaqirgan preparatning inyeksiya qilingan yoki hasharot chaqqan joyining proksimal (yuqorigi) qismiga bog'lagich siqib qo'yiladi, bu venoz shishni blokada qiladi va organizmga allergen kirishiga yo'l qo'ymaydi;

- teri ostiga 0,5 adrenalin qilinadi;

- maska yordamida kislorod berish kerak;

- tomoqning o'ta shishida va nafas yo'llarining o'tkazuvchanligi buzilganda Dyuflo ignasi yordamida konikotomiya qilinib, kateter kiritiladi;

- agar adrenalin kiritilishi natijasiz bo'lsa, gemodinamikani stabilizatsiya qilish va sirkulatsiya bo'layotgan qon hajmini tiklash uchun poliglyukin tomchilatib yuboriladi;

- bronxospazmni yo'qotish uchun 5–10 ml 2,4 % eufilin yuboriladi;

- shu bilan birgalikda, antigistamin (dimedrol, suprastin, pipolfen) preparatlar yuboriladi;

- vena ichiga kortikosteroidlar (prednizolon, gidrokortizon) yuboriladi.

HUSHDAN KETISH, KOLLAPS VA SHOKDA BIRINCHI YORDAM KO'RSATISH

Hushdan ketish to'satdan qisqa vaqtga hushdan ketish bo'lib, miyaning birdaniga qonsizlanishidan sodir bo'ladi. Obmorok asab tizimi chidamsiz, zaif, astenik konstitutsiyaga ega kishilarda, charchash, og'ir jismoniy yoki psixosotsial zo'riqishdan so'ng, kuchli og'riqlar natijasida, ayrim holda esa qo'rqish natijasida ham kelib chiqadi.

Hushdan ketishning kechishi miyada to'satdan qon aylanishi yetishmovchiligi va uning ishemiyasi (qonsizlanishi)ga bog'liq. Bu qorin bo'shlig'i qon tomirlarining kengayishi va qonning organizmda qayta taqsimlanishi tufayli yuz beradi. Bu jarayon boshlanishida bemor esnashi, yuz terisining oqarishi, peshonasidan sovuq ter ajralishi, nafas olishning tezlashishi kuzatiladi. Shundan so'ng bemor hushini yo'qotib yerga yiqiladi. Ba'zan obmorok yuqoridagi belgilarsiz ham ro'y berishi mumkin.

Birinchi yordam: hushdan ketish nisbatan kam vaqt davom etishiga qaramasdan, hushdan ketgan kishiga, albatta, tezlik bilan birinchi yordam ko'rsatish zarur. Birdaniga uning oyoqlarini tepaga ko'tarish kerak, shunda miyada qon almashinuvi tiklanadi, toza havoga olib chiqish, boshini teparoq qilib orqasi bilan yotqizib qo'yish lozim. Ko'krak qismidagi tugmalarni bo'shatish kerak, chunki bo'yin va ko'krak qisilib qolmasligi kerak. Ko'pincha to'g'ri yordam ko'rsatish natijasida hushdan ketish holati tezda o'tib ketadi.

Shuningdek, oddiy usullar bilan ham tashqi qo'zg'alish ta'sirini o'tkazish mumkin:

- yuziga shapatlab urish;
- o'tkir hidli moddalarni (ammiak), masalan, navshadil spirtini paxtaga tomizib hidlatish kerak. Agar behush kishi xirillab nafas ola boshlasa yoki nafas olishi umuman to'xtasa, unda tili og'iz orqasiga ketib qolmaganligini tekshirish lozim.

Nafas olish va tomir urishi to'xtasa, bu holat organik kasalliklari bo'lganda (yurak porogi, yurak ritmi buzilganda, serebral-qon tomir yetishmovchiligida, miokard infarktida, o'pka arteriyasi tromboemboliyada) tezda jonlantirish tadbirlarini hamda shifoxonaga joylashtirish choralari o'tkazish lozim.

Kollaps yurak-tomir yetishmovchiligining nisbatan og'ir ko'rinishi hisoblanadi. Kollaps holatida tana harorati pasayadi, ter ajraladi, teri qoplamlari oqaradi, puls juda kuchsizlanib ipsimon bo'ladi (terining marmar rangida bo'lishi, siydik ajralishining kamayishi yoki to'xtashi, miya gipoksiyasi paydo bo'lishi).

Tez yordam ko'rsatish tadbirlari:

- 1) kollaps holatidagi bemor boshini pastga qaratib qo'yish kerak;
- 2) vena tomiriga asta-sekin quyidagi vazopressor vositalar yuboriladi:
 - mezaton 1 % – 0,2–0,3 ml 0,9 % li natriy xlorid eritmasida;
 - noradrenalin 0,1 % – 1,0;
 - poliglyukin, reopoliglyukin 400,0 ml tomchilatib;
 - prednizolon 60–90 mg;
 - puls kamayganda atropin 1 % – 1;
- 3) zudlik bilan asosiy kasalligi bo'yicha gospitalizatsiya qilish.

Hushning yo'qolishi – shunday holat bo'lib, bunday shaxs harakatsiz yotadi, savollarga javob bermaydi, tashqi ta'sirlarni qabul qilmaydi. Bunday holatda nerv faoliyatining buzilishi, organizmning tashqi ta'sirga reaksiyasi pasayishi va yo'qolishi hamda o'z shaxsini anglash qobiliyatining o'zgarishi haqida o'ylash kerak.

Bunday holat ko'plab sabablar natijasida kelib chiqadi, lekin barcha hollarda sezgi markazi – bosh miya jarohatlanadi. Miyaning jarohatlanishi bevosita ta'sir natijasida – bosh jarohatlanishlarida qon qo'yilishi, elektrdan shikastlanish, zaharlanishlar (shu jumladan, alkogolizm) natijasida yuzaga kelishi, shok, yurak kasalliklari, jigar yoki bo'yрак yallig'lanishida va sovuq urganda yuz berishi mumkin.

Koma – hushni yo'qotishning chuqur buzilishi bo'lib, unda og'riqqa nisbatan reaksiya yo'qoladi.

Komaning quyidagi turlari farqlanadi:

1) *serebral koma* – bunda quyidagi simptom kuzatiladi: oyoq-qo'llarda harakat va sezgi yo'qligi, og'izning jarohatlanmagan tomonga qiyshayishi (kasal «trubka chekayapti»), ko'zning jarohatlangan tomonga qiyshayishi (kasal bosh miyadagi jarohatlangan o'choqqa qarayapti), shikastlangan oyoq yoki qo'llar ko'tarib-tushirilganda krovatga og'irlik bilan tushadi.

Apopleksik zarbalar ko'pincha 45–60 yoshdagilarda kutilmaganda sodir bo'ladi. Bunday bemorlarning yuzlari qizil rangda bo'lib, bungacha ular ko'pincha arterial qon bosimining oshishidan qiynalib yuradilar.

Birinchi yordam:

- a) to'liq tinchlikni ta'minlash;
- b) boshga sovuq qo'yish (muzli grelka);
- v) tez yordam mashinasini chaqirish;
- g) ixtisoslashgan kasalxonaga gospitalizatsiya qilish.

2) *diabetik (giperglikemik) koma* qandli diabet kasalligi bor bemorda kuzatiladi. Qandli diabet – organizmda insulinning mutlaq (absolut) yoki nisbiy yetishmovchiligi bilan tavsiflanuvchi hamda shunga bog'liq ravishda qonda qand miqdori oshishi va siydik bilan ajralishi xos bo'lgan kasallik. Qandli diabet kasalligining asosiy belgilari quyidagilar: chanqash, og'iz qurishi, ozish, teri qoplamlarining qichishi, furunkulyoz. Qonda qand miqdorining qanchalik oshishi va qonda keton tanachalarining (atseton) yig'ilishi bo'lgan bemorlar, agar adekvat terapiya

olmasalar, giperglikemik koma ro'y beradi. Bu koma asta-sekin kelib chiqadi: lanjlik, ishtahannig yo'qolishi, qorinning yuqori qismidagi og'riq, qayt qilish kuzatiladi. Teri quruq bo'lib, chiqayotgan nafas havosidan atseton hidi keladi.

Diabetik komada tez yordam:

- 1) tezkor gospitalizatsiya;
- 2) asoratlarini davolash;
- 3) 4 % soda eritmasi, «S» va «V» guruh vitaminlarni berish lozim.

Qandli diabetda, ayniqsa insulin bilan davolanadigan bemorlarda insulin dozasi ortib ketganda teskari holat yuz berib, qonda qand miqdori kamayib ketadi. Bunday holatlarda gipoglikemik koma rivojlanadi.

3) *gipoglikemik koma* ko'pchilik hollarda ro'y berishi mumkin. U quvvatsizlik, kutilmaganda holsizlik, ochlik, ko'p ter ajralishi va yurak uvishishi bilan tavsiflanadi. Giperglikemik komadan farqli ravishda bunday bemorlar chanqashga shikoyat qilmaydilar, ko'z olmasining gipotoniya kuzatilmaydi va chiqayotgan nafas havosidan atseton hidi kelmaydi.

Komatoz holatning bunday turi ham tez va faol davolash yordamini talab qiladi:

- a) shirin choy ichish yoki qand bo'lagini og'izga solib eritish;
- b) vena tomiriga 5 %li glukoza eritmasini yuborish;
- v) kasalxonaga gospitalizatsiya qilish.

4) jigar komasi jigar funksiyasi buzilishi bilan kechuvchi kasalliklarda, jigar yetishmovchiligi holatlarida ro'y beradi. Bunga qonda o't kislotalari va modda almashinuvi zaharli moddalarning qonda to'planishi sabab bo'ladi. Bunday bemorlarda ko'z sklerasi sarg'ayadi, ko'zga tashlanadigan shilliq qavatlarda va terida tirnashga o'xshash izlar bo'ladi, ularda kuchsiz hamda tez-tez burundan va ichakdan qon ketishlar sodir bo'lib turadi. Koma bemorning asosiy kasalligi natijasi bo'lib, u asta-sekin rivojlanadi. Bunday bemorlarni zudlik bilan gospitalizatsiya qilish kerak.

5) uremik koma buyrak kasalliklarida azot chiqindilarining qonda yig'ilishi tufayli ro'y beradi, kasallik asta-sekin rivojlanadi. Uning belgilari: azob beruvchi og'riqlar, shish, qo'zg'alish, qon bosimining ortishi, xuddi siydik kislotasi kristallarini surtib olgandek bo'lib terining qurishi, chiqayotgan nafasdan siydik hidining kelishi.

Tez yordam:

- a) agarda qon bosimi yuqori bo'lsa, qon oqizish;
- b) siydik haydovchi preparatlar;
- v) tezda gospitalizatsiya qilish.

6) alkogol komasi ko'p va katta miqdorda alkogol iste'mol qilish natijasida zaharlanishdan kelib chiqadi. Unga xos belgilar: harakat qo'zg'alishlari, terining kulrang-ko'kish tusda bo'lishi, yuzning so'liqishi, keskin ter ajralishi, og'izdan kuchli alkogol hidining tarqalishi. Alkogol

komasi holatidagi bemorlarni toksikologik markazlarga gospitalizatsiya qilish lozim.

E s d a t u t i n g !

Hushini yo‘qotgan bemorlarga hech qachon sovuq ichimlik ichirishga va ovqat yedirishga harakat qilmaslik kerak. Ular yutina olmaydilar, shu tufayli suyuqlik yoki ovqat nafas yo‘llarini berkitib qo‘yishi mumkin. Agar yurak faoliyati va nafas olishi to‘xtagan bo‘lsa, bu faoliyatlarni tiklash bilan bir vaqtda shoshilinch davolash muassasasiga olib borish lozim.

Transportirovkasi: harakatsiz holatda yon tomoniga yotqizib, albatta, kuzatuvchi shaxs bilan birga olib borilishi kerak. Bundan mustasno holda gipoglikemik holatda shirin choy, konfet, qand, shokolad berish zarur.

Shok – ingliz tilidan «zarba» deb tarjima qilinadi. Bundan 200 yil muqaddam kuchli jarohatlovchi ta’siridan kelib chiquvchi holatga shunday nom berilgan. Shok o‘zida ko‘plab simptomlarni mujassamlashtiradi, bu belgilar bemor yoki shikastlangan shaxs holatining og‘irligini ko‘rsatadi.

Shokning bir necha turlari farqlanadi. Amaliyotda ko‘proq uchraydiganlari:

- travmatik;
- kardiogen;
- anafilaktik;
- kuyish shoki;
- infeksiyon – allergik;
- gemorragik;
- elektr shoki.

Travmatik shok turli a’zolar va tana qismlarining shikastlanishi tufayli sodir bo‘ladi. Travmatik shok rivojlanishiga olib keluvchi asosiy omillar:

- a) og‘riq;
- b) qon yo‘qotish;
- v) shikastlangan to‘qimaning parchalanish mahsulotlari bilan organizmning zaharlanishi.

Klinikasi: travmatik shokning kechishida 2 davr farqlanadi:

- 1) erektal (qo‘zg‘alish);
- 2) torpid (tormozlanish).

Erektal davr travmadan so‘ng birdaniga boshlanib, hushning saqlanishi, harakat va nutq qo‘zg‘alishlari, o‘ziga va atrofdagilar holatiga tanqidiy qarashlarning yo‘qligi bilan tavsiflanadi. Terisi oqargan, ko‘z qorachiqslari yorug‘lik ta’sirida yaxshi kengaygan, qon bosimi normada bo‘lib, tomir urishi biroz tezlashgan. Bu davr o‘rtacha 10–20 minut davom etadi. Shundan so‘ng torpid davr boshlanadi, bunda qon bosimi birdan keskin pasayadi, sovuq ter bosadi, tana harorati pasayadi, yaqqol tormozlanish rivojlanadi va o‘lim yuz berishi mumkin.

Birinchi yordam:

- nafas yo‘llarining o‘tkazuvchanligini tiklash;
- qon ketishini to‘xtatish;
- chiqishlarda immobilizatsiya qilish;
- og‘riqsizlantirishni o‘tkazish;
- jarohatlangan kishini eng yaqin tibbiyot muassasasiga tezda va ehtiyot qilgan holda olib borish kerak.

Kuyish shoki jarohatlangan kishi tanasining 15–20 % qismi kuyganda kuzatiladi.

Klinikasi ikki bosqichda kechadi:

1) qo‘zg‘alish bosqichida kuchli og‘riq, harakat bezovtaligi, ter bosishi, qaltirash;

2) 6–12 soatdan keyin kuygan kishi og‘riqni sezmaydi, sovuq ter bosishi kuzatiladi, «qahva quyqasi» ko‘rinishida qusishi mumkin, qon bosimi keskin pasayadi, tomir urishi tezlashadi, umumiy tormozlanish kuzatiladi.

Tez yordam:

- a) kuyish manbasini o‘chirish;
- b) kuyishning aniq vaqtini aniqlash;
- v) «kaft» qoidasi bo‘yicha tananing qancha qismi jarohat-langanini aniqlash;
- g) og‘riqsizlantirishni o‘tkazish;
- d) vena ichiga suyuqliklar yuborish;
- e) tezkor va ehtiyotkorlik bilan jarrohlik-kuyish bo‘limiga gos-pitalizatsiya qilish. Tashishda jarohatlanmagan tomon bilan yotqizish kerak.

Gemorragik shok asosida o‘tkir qon yo‘qotish yotadi (masalan, bachadondan tashqaridagi homiladorlikda). Qon yo‘qotishga puls tezlashishi, arterial qon bosimining pasayishi, teri va shilliq qavatlarning rangi oqarishi, ong tormozlanishi, hushning buzilishi qo‘shiladi. Arterial qon bosimining 75 mm simob ustidan pasayib ketishi chegara holat hisoblanadi. Aylanib yurgan qon hajmining tezda kamayishi 30 % ga yetsa, yurak to‘xtashidan o‘lim yuz beradi.

Elektr shoki tok urganidan so‘ng 2–3 soat mobaynida hayot uchun muhim sanalgan uzunchoq miyadagi nafas markazining falaji evaziga sodir bo‘ladi. Shuning uchun ham, elektr shikastlari qay darajada bo‘lishidan qat’i nazar, bunday bemorlar shifoxonaga yotqizilishlari shartdir.

EKSTREMAL HOLATLAR (KLINIK O‘LIM)DA YORDAM KO‘RSATISH

Tanglik (terminal) holat – inson hayotidagi, sog‘lig‘iga xavf soluvchi, butun bir a‘zolar majmuasidagi, nafas olish, qon aylanish doiralaridagi

keskin o'zgarish va moddalar almashinuvining buzilishidir. Qon aylanish doirasining, nafas olish va yurak urishining to'xtashi klinik o'lim nomi bilan tavsiflanadi.

Tanglik holatining turlari:

- 1) agoniya oldi;
- 2) agoniya;
- 3) klinik o'lim.

Agoniya oldi holati umumiy karaxtlik, hushni yo'qotish, qon bosimining tushib ketishi, tomir urishining uyqu va son arteriyalaridan tashqari boshqa tomirlarda aniqlanmasligi, nafas buzilishlari yuzaki nafas bilan cheklanib, teri va shilliq pardalarining ko'karib oqarishi kabilar bilan ifodalanadi.

Agoniya holatidagi bemorlar hushida bo'lmay, periferik tomirlarda tomir urishi aniqlanmaydi, uyqu va son arteriyalarida puls juda qiyinchilik bilan aniqlanadi, ko'z qorachig'i yorug'likka javob bermaydi. Auskultatsiya vaqtida yurak tonlari keskin bo'g'iq eshitiladi.

Klinik o'lim bosh miya, qon aylanish doirasi va nafas a'zolari faoliyatining butkul to'xtashi bilan ifodalanadi. Yurak urishi va nafas olishning to'xtashi bilan umumiy moddalar almashinuvi susayib, ular butkul o'z faoliyatini tamomlamaydi. Shu sababli klinik o'lim tiklanuvchi holat hisoblanib, bosh miyaning tiklanishishiga hali fursat borligidan dalolat beradi (26-rasm).

Biologik o'lim – yuqoridagi najot beruvchi holatning butkul to'xtaganligidan dalolat beradi. Biologik o'limni tavsiflovchi asosiy belgilaridan bo'lgan murda dog'lari va muskullarning taxtasimon zichlashishini kuzatish mumkin.

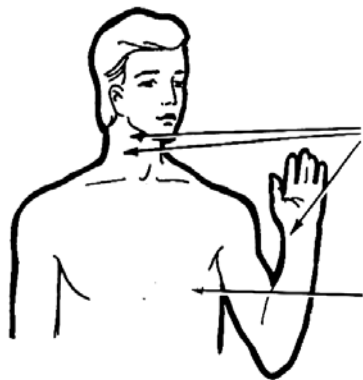
O'limning oxirgi bosqichida uchlamchi belgilar paydo bo'ladi. Bular yurak urishining to'xtashi, nafas va hushning butkul yo'qolishidir. Bu holatlarning qay darajada rivojlanishiga qaramasdan, tiklovchi-reanimatsion muolajalar davomiyligini to'xtatish qonunga mutlaq ziddir.

Yurakning to'xtash holatlarini ikkita sababga bog'lash mumkin:

- kardiogen (yurakka bog'liq) sabablar;
- yurakka bog'liq bo'lmagan sabablar.

Kardiogen (yurakka bog'liq) – miokard infarkti, yurak ritmining buzilishi, yurakning tashqaridan qisilishi, yurak tomirlarining emboliyasi. Ikkinchi guruh sabablariga yurakdan tashqari bo'lgan a'zodagi o'zgarishlar, ya'ni nafas olishning buzilishi, umumiy moddalar almashinuvi va neyro-endokrin tizimidagi buzilishlar kiradi.

YURAK URISHI



NAFAS
OLISH

KO'Z QORACHIQLARI REFLEKSLARI



26-rasm.

Kutilmaganda sodir bo'ladigan o'lim holatlarida hayotga qayta tiklanuvchi holatlarning davomiyligini 3–5 daqiqaga teng deb bilishadi. Bundan keyingina hayot tiklanmas hisoblanadi.

Nafas olishning butkul to'xtaganligi tashxisi vizual (ko'z bilan) kuzatishlar natijasida qo'yiladi. Nafas yo'llarining butkul yopilganligi (obturatsiya) asosida qisman obturatsiya natijasida miyada sodir bo'ladigan kislorod yetishmovchiligi bilan ifodalanadi.

Nafas yetishmovchiligini tiklash chora-tadbirlari quyidagilardan iborat: avval bemorga maxsus holat berilib, bosh qismini ensasiga qo'yib,

og'iz-burun yoki og'iz-og'iz usulida sun'iy nafas berish orqali bajariladi, agarda bu tadbirlar yordam bermasa, u holda o'pkaning sun'iy ventilatsiyasi choralari qo'llaniladi.

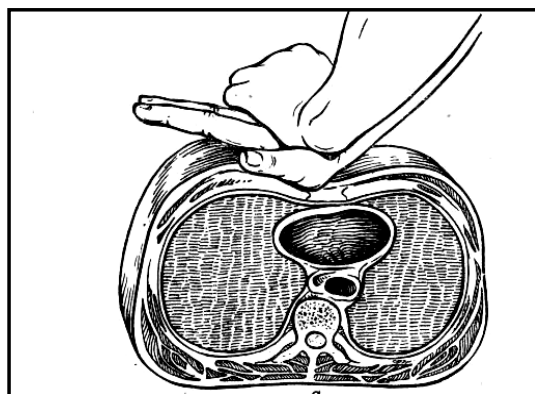
Bu hollarda bemorni chalqancha yotqizish tavsiya etiladi va shu bilan til asosini nafas olish yo'llaridan chetlatishga erishiladi, chunki bunday hollarda nafas yo'llarining shilliq moddalar bilan bulg'anishi kuzatiladi. Nafas yo'llarini tozalash pastki jag'ni yuqoriga tortish evaziga erishiladi. Nafas yo'llarining bu tariqa tozalanishi va ochilishi zaruratning keskinligidan kelib chiqadi. Bunga esa nafas yo'lini steril matolar orqali tozalash evaziga erishiladi. Bu muolajalar havo-vakuumli nasoslar orqali ham bajarilishi mumkin.

Oxirgi vaqtlarda qayd etilgan og'iz-burun va og'iz-og'iz nafas oldirish muolajalarini yuqorida qayd etilgan holatlarda qanchalik zarur, foydali ekanligini ta'kidlash lozim. Bu muolajalarning asosida esa vaqti bilan bir me'yorda yuborilayotgan tashqi havo muolajalari ko'zda tutiladi. Bunday hollarda yordam beruvchi shaxs juda ham kam talafot olgan bemorni mustahkam qamrab olib havo yuboradi. Bu vaqtda havoning burun orqali tashqariga chiqib ketmasligi uchun bemor burnini qisib, og'zidan havo yuboriladi. Yuborilayotgan nafas o'rtasidagi vaqt 5 s ni tashkil etadi, ya'ni 1 minutda 12 martani tashkil etadi.

Yuqorida qayd etilgan qoidaga rioya qilinishi shart, chunki qilinayotgan muolajalar tabiiy nafas ko'nikmasini hosil qilishdan iborat. Nafas oldirish vaqtidagi yuzaga keladigan oshqozon usti sohasidagi shishning paydo bo'lishi yuborilayotgan havoning oshqozonga ketayotganligidan dalolat beradi.

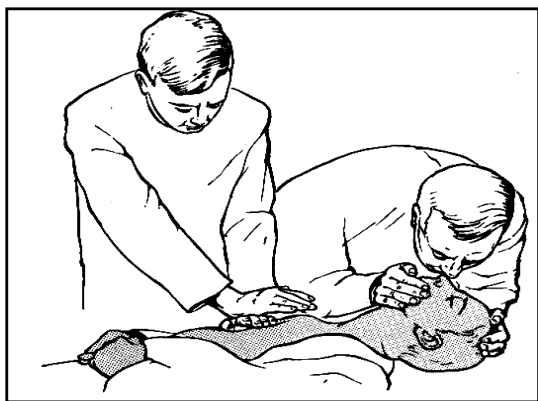
Yurak urishining to'xtaganligini ifodalovchi asosiy belgi tomir urishining markaziy uyqu arteriyasida ham aniqlanmasligidadir. Asosan tomir urishini aniqlash tadbirlari 3 marta o'tkazilgan sun'iy nafasdan keyingina bajariladi, ya'ni aniqlan-

magan tomir urishi to'g'ridan-to'g'ri yurakning yopiq massajiga ko'rsatma bo'ladi. Ko'krak qafasi va umurtqa pog'onasi oralig'idagi (27-rasm) yurak-muskul to'qimalarining zichlashishi asosida yurakning chap qorinchasidan katta va o'ng qorinchasidan kichik qon aylanish doirasiga yurak bo'shliqlarida qolib ketgan qonlarni quvib berishga sabab bo'ladi. Yuqorida qayd etilgan tashqi yurak massaji o'z-o'zidan yor-



27-rasm.

dam bera olmaydi, agarda qilinayotgan muolajalar sun'iy nafas muolajalari bilan birgalikda olib borilmasa, befoyda hisoblanadi.



28-rasm.

Yurak massajini bajarishdan oldin, bemorni istalgan tomonidan ko'krak to'sh suyagining 5-qovurg'a birikadigan joyidan kaftlarini bir-biriga qo'yib, bosim orqali massaj bajariladi. Bosim vaqtidagi ko'krak qafasi egilishi 4–5 sm ni tashkil qilishi kerak, ammo bosim ta'siri 0,5 s, bosimlar oralig'idagi vaqt esa 0,5–1 s ni tashkil qiladi (28-rasm).

Qilinayotgan muolajalarning to'g'ri bajarilayotganligi uyqu arteriyasida to'l-

qinsimon pulsning paydo bo'lishi bilan ifodalanadi.

Tiriltirishni bir kishi bajarayotgan vaqtda 2 ta nafasdan so'ng 15 marotabagacha bosim muolajalarini qilishi kerak. Agar tiriltirish muolajalarini ikki kishi bajarayotgan bo'lsa, o'pka ventilatsiyasi va massaj muolajalarining bir-biriga nisbati 1:5, traxeya intubatsiyasidan keyin esa 2:15 ko'rinishida bajarilishi kerak.

Uyqu arteriyasida aniq tomir urishi tiklangandan so'ng yurak massaji to'xtatilib, nafas olish to'liq tiklanguncha sun'iy nafas oldirish davom ettirilishi shart.

Tiriltirish muolajalarini noto'g'ri bajarish natijasida kelib chiqadigan asoratlari: traxeya intubatsiya muolajalari uzoq cho'zilishi natijasida yurak to'xtashi va nafasning butkul to'xtashiga olib keladi. Bunday asoratlarning eng xavflisi ko'p hollarda o'pkani apparat orqali nafas oldirishda sodir bo'ladi, ya'ni kuchli bosim ostida yuborilgan havo o'pka to'qimalarini yir-tib yuboradi. Bunday hollarda zudlik bilan torokotsentez va plevra bo'shlig'ini drenajlash muolajalari bemor hayotini saqlab qolishga yordam beradi.

Yuksak saviya bilan qilinmagan yurakning bilvosita massaji natijasida qovurg'alar sinib ketishi holatlari sodir bo'ladi. Bunday xatolar vaqtida, agarda bosim nuqtasi chapga siljisa, o'pkaning teshilishi, agarda pastga siljisa, jigar kapsulasining yirtilishi va jigar ezilishi, yuqoriga ko'tarilganda esa to'sh suyagining asosi sinib ketishi mumkin.

Tiriltirish muolajalarini muddatidan oldin to'xtatishga olib keladigan omillar: favqulodda o'lim sodir bo'lsa, uzoq vaqt moboynida yurak va o'pka faoliyatlarining tiklanmasligi, qilinayotgan muolajalarning samarasizligi, a'zolar ish faoliyatining butkul tiklanmasligi va boshqalar.

Reanimatsion muolajalarning foydali yakunlanganligi, ko'z qorachiq-lari reflekslarining to'liq tiklanganligi, nafas olish va yurak urishining tiklanib, teri rangining qizarganligi va hushning paydo bo'lishidek belgilar asosida tasdiqlanadi. Aksincha, yuqorida qayd etilgan belgilarning tiklanmasligi qilingan muolajalarning samarasizligidan dalolat beradi. Yuqoridagi ko'rsatkichlar paydo bo'lmagan bunday holatlar reanimatsion muolajalarning to'xtatilishiga ko'rsatma bo'la oladi.

TO'SATDAN BOSHLANGAN TUG'ISH JARAYONIDA YORDAM KO'RSATISH

Ayollar jinsiy a'zolarining tuzilishi haqida qisqacha tushuncha

Tashqi va ichki jinsiy a'zolar farqlanadi. Tashqi jinsiy a'zolarga oraliq soha, junlar bilan qoplangan katta va kichik jinsiy lablar, ularning orasida qinoldi yorig'i, uning yuqorisida dillig' (diloq, klitor), uning ostida tashqi siydik kanali, undan pastroqda qin teshigi joylashgan bo'ladi. Ichki jinsiy a'zolarga qin, bachadon naylari va tuxumdon kiradi. Qin uzunligi 7–9 *sm* keladigan ichi bo'sh naysimon muskulli organ bo'lib, yuqori qismi bachadon bo'g'ziga, pastki qismi esa jinsiy yoriqqa ochiladi.

Bachadon toq muskulli organ bo'lib, siydik pufagi va to'g'ri ichak oraliq'ida joylashgan. Bachadonning tubi, tanasi, bo'g'zi va bo'yin qismlari farqlanadi. Bachadon noksimon shaklga ega bo'lib, devori 3 qavatdan iborat: shilliq, muskulli va seroz. Homiladorlikda bachadonning o'lchami va shakli o'zgaradi. Bachadon shilliq qavati hayz ko'rish sikliga bog'liq ravishda muntazam o'zgarib turadi. Bachadon naylari uning tanasi burchagidan boshlanib, erkin tomoni bilan qorin bo'shlig'iga ochiladi.

Tuxumdonlar juft jinsiy bezlar bo'lib, bachadonning ikki tomonida joylashgan. Ularda jinsiy hujayralar – tuxum hujayralar ishlab chiqariladi, bundan tashqari, jinsiy a'zolari idora etuvchi gormonlar hosil bo'ladi.

Ayollar jinsiy a'zolarining funksiyasi

Tashqi jinsiy a'zolar normada kichik va katta lablarning ichki tomonlari bir-biriga tegib turganligi tufayli qin teshigini tashqi muhitdan himoya qiladilar. Tashqi jinsiy a'zolar nerv oxirlari bilan ta'minlangan bo'lib, jinsiy sezgini ta'minlaydi. Bundan tashqari, ko'p miqdorda bezlar joylashgan bo'lib, jinsiy aloqani yengillashtirish uchun shilimshiqsimon ajralma (sekret)lar ishlab chiqaradi.

Jinsiy aloqa natijasida qinga tushgan urug' suyuqligidagi spermatozoidlar bachadon orqali nayga o'tib, so'ngra tuxum hujayraning urug'lanishi yuz beradi. Bunda tuxum hujayra qayta bachadonga tushib rivojlanadi. Qin bachadon bo'g'zi bilan birgalikda, homila yo'lini hosil qiladi. Yana boshqa asosiy vazifasi to'siq (baryer), o'zini o'zi tozalash qobiliyatidir.

Balog'at yoshiga yetgan qizlarda (o'rtacha 12 yosh) bachadonning shilliq pardalarida bir xilda qaytalanuvchi siklik o'zgarishlar yuz beradi, bu esa homiladorlikning boshlanishi uchun yetarli sharoit hisoblanadi. Bachadonning asosiy vazifalariga homila tuxumining yopishishi uchun joy

hosil qilish, homila va uning tashqi pardasini ta'minlash kiradi. Homila voyaga yetgach, u bachadon muskullari qisqarishi tufayli tug'ish kanali orqali tashqariga itariladi va tug'ish jarayoni yuz beradi. Bachadon naylarida tuxum hujayralarining urug'lanishi yuz beradi va ularning bir maromda qisqarishi tufayli urug'langan tuxum hujayra bachadon tomon harakatlanadi.

Tuxumdonlarda tuxum hujayralar rivojlanadi, bundan tashqari, ayollar organizmiga xos bo'lgan gormonlar ishlab chiqariladi. Bu gormonlar bachadonga, bachadon naylariga, qinga va butun ayol organizmiga ta'sir etib, ayollar tanasining tuzilishini, ularda modda almashinuvini, ko'krak bezlarining rivojlanishini, sochlarning o'sishini va boshqalarni belgilab beradi. Balog'at yoshiga yetgan qizlarda homiladorlikka tayyorgarlik jarayonlari, ya'ni o'rtacha 28 kunda 3–5 kun davom etadigan bachadondan oz-ozdan qon kelishi – hayz ko'rish (menstruatsiya) kuzatiladi. Bu jarayon gipotalamo-gipofizar sistemasida, tuxumdonlarda, bachadon va butun ayol organizmida fiziologik o'zgarishlar yuz berishiga sabab bo'ladi.

Homilador ayollarning organizmida yuz beradigan fiziologik o'zgarishlar

Homilador ayollarning organizmida homilaning to'g'ri rivojlanishi, bo'shanishga tayyorlanish va yangi chaqaloqni ko'krak suti bilan boqish uchun turli xil fiziologik o'zgarishlar yuz beradi. Homiladorlikning oxirgi kunlaridayoq ayol vazni 10–12 kg ga ortadi. Yurak birmuncha zo'riqib ishlaydi, nafas tezlashgan bo'ladi, homiladorlikning birinchi uch oyi davomida ishtahaning pasayishi, ko'ngil aynishi, ta'mni buzilgan holda sezish va qusish kuzatiladi. Buyraklarning faoliyati kuchayadi, nerv faoliyatida ta'sirchanlik, yig'loqilik, injiqlik, uyqusirash va ko'pincha bosh aylanishi kuzatiladi. Terida jigarrang dog'lar hosil bo'ladi.

Homiladorlikning ikkinchi yarmida ko'krak bezlarida, qorin devorida va son sohalarida zangori-jigarrang chiziqlar hosil bo'ladi, ular tug'ishdan so'ng oqaradi. Tashqi jinsiy a'zolarining kattalashib, bo'shashib yumshashi yuz beradi. Bachadonning vazni 50–100 g dan 1000–2000 g gacha og'irlashadi. Barcha ichki sekretiya bezlarining faoliyati kuchayadi. Bu davrda ayol organizmida yangi bez – yo'ldosh (platsenta) shakllanadi va turli xil gormonlar ishlab chiqarib o'z faoliyatini boshlaydi.

Homiladorlikni ertangi va kechki muddatlarda aniqlash

Homiladorlikka tashxis qo'yish taxminiy, ishonarli va ishonchli belgilarga asoslangan holda amalga oshiriladi.

Taxminiy belgilariga:

- 1) ishtahaning bo'lmasligi;
- 2) hid va ta'm bilishning o'zgarishi;

3) asab tizimining o'zgarishi (ta'sirchanlik, uyqusizlik, injiqlik, kayfiyatning turg'un bo'lmashligi va h. k.);

4) yuz terisida dog'lar, ko'krak so'rg'ichlari va qorin devorida oq chiziqlar hosil bo'lishi kiradi.

Ishonarli belgilariga:

1) hayz ko'rishning to'xtashi;

2) ko'krak bezlarini ezganda og'iz suti ajralishi;

3) bachadon bo'g'zi va qin shilliq qavatlarining ko'karishi;

4) bachadon o'lchami, shakli va qattiqligining o'zgarishi kiradi.

Yuqoridagi belgilar quyidagi usullar bilan aniqlanadi:

a) savol-javob, surishtirish;

b) ko'krak bezini paypaslab ko'rish;

v) tashqi jinsiy a'zolari ko'zdan kechirish;

g) ko'zgu yordamida tekshirish;

d) qinni ikki qo'l bilan tekshirish.

Homiladorlikning ikkinchi yarmida ishonchli belgilar paydo bo'ladi, ya'ni bachadonda homila borligi aniqlanadi. Paypaslash yo'li bilan homiladorlikning ikkinchi yarmida uning bosh, bel va mayda qismlarini aniqlash mumkin, bundan tashqari, yuragining urishi minutiga 120–140 ta bo'lishini sanab bilish mumkin. Bu davrda homilaning qimirlash harakatlarini homilador ayolning o'zi aniq sezadi. Boshqa aniq belgilarini ultratovush yordamida aniqlash mumkin.

Tug'ish jarayoni haqida umumiy tushuncha

Tug'ish – fiziologik jarayon bo'lib, bunda tug'ish yo'llari orqali bachadondan homila, yo'ldosh, uning tashqi pardasi hamda homilaoldi suvi tashqariga itarib chiqariladi. Tug'ish jarayonining sababi ko'p omillidir. Fiziologik tug'ish 280 kun yoki 40 haftadan so'ng yuz beradi. U homilador ayolning nerv sistemasini, endokrin, jinsiy a'zolari va boshqa sistemalaridagi fiziologik o'zgarishlar hisobiga ro'y beradi.

Bachadon devorining muntazam ravishda qisqarishi, unda kaliy, kalsiy, magniy, natriy va boshqa ionlar miqdorining o'zgarishi hisobiga sodir bo'ladi. Bachadonning qo'zg'aluvchanligi va qisqaruvchanlik faoliyatining kuchayishi homiladorlikning oxirgi kunlarida uning muskullarida oqsillar, glikogen, kalsiy, glutation va boshqa moddalarning ko'plab to'planishi hisobiga ro'y beradi. Bachadonning qo'zg'aluvchanligi va qitiqlanish kuchining darajasi ma'lum chegara darajasiga yetganda tug'ish jarayoni boshlanadi.

Tug'ish jarayonining yaqinlashishi va boshlanishi

Tug'ish yaqinlashganini quyidagi belgilardan bilish mumkin:

1) tugʻishga 2–3 hafta qolganda bachadon tubi pastga tushadi, odatda, homilador ayol nafas olishning yengillashganini sezadi;

2) homilaning quyi tomoni pastga tushadi;

3) tugʻishdan oldin koʻpincha tashqi jinsiy aʼzo orqali quyuq shilimshiqsimon ajralmalar chiqadi;

4) homiladorlikning oxiriga kelib bachadon qisqarishini sezish boshlanadi, bunda dumgʻaza va qorinning pastki qismida ogʻriq boshlanadi;

5) homiladorning vazni tortib koʻrilganda u ozroq kamaygan boʻladi.

Tugʻish boshlanganligi toʻgʻrisida quyidagi belgilar darak beradi:

a) dard tutishi – bachadon muskullarining muntazam qisqarishi. Bu jarayon boshida 10–15 s da yuz bersa, keyinchalik tez va kuchliroq boʻlishi bilan tavsiflanadi;

b) bachadon boʻgʻzining silliqilanishi va ochilishi kuzatiladi;

v) qon bilan aralashgan shilimshiq ajraladi;

g) homila pufagi hosil boʻladi.

Tugʻishda itaruvchi kuchlarga:

1) dard tutishi (toʻlgʻoq) – bachadon muskullarining muntazam davriy qisqarishi.

2) kuchanish – dard tutishi bilan bogʻliq holda qorin devori muskullarining qisqarishi kiradi.

Dard tutishini homilador ayol boshqara olmaydi, u avtomatik ravishda yuz berib, bachadon boʻgʻzining ochilishiga, homila va yoʻldoshning tugʻilishiga olib keladi. Kuchanish jarayonini homilador ayol boshqara oladi, shuning uchun undan dard tutishini kuchaytirish va tezroq boshlanishini taʼminlashda foydalanadi.

Tugʻish 3 bosqichdan iborat:

1. Ochilish bosqichining mexanizmi.

Ochilish bosqichi dard tutishining muntazam ravishda boʻlishi bilan boshlanib, bachadon tashqi boʻgʻzining toʻliq ochilishi bilan tugaydi. Bachadon boʻynining ochilish jarayoni bachadon tubining va tanasining muskullari qisqarishi tufayli bachadon boʻgʻzining aylanma muskullarining choʻzilishi hisobiga hamda homila pardasining bachadon boʻgʻzini kengaytiruvchi, yaʼni gidravlik tiqin sifatidagi taʼsiri tufayli yuz beradi. Natijada bachadon boʻgʻzi silliqilanadi, tugʻilayotgan chaqaloqning boshi va tanasi oʻtishi mumkin boʻlgan choʻzilgan nayga aylanadi.

Ochilish bosqichi asta-sekin rivojlanadi. Boshlanishida bachadon boʻgʻzi bir barmoqni oʻtkazadi, keyinchalik ikkita barmoqni va h. k. Bunda tomoq chetlari borgan sari yupqalashadi. Bachadon boʻgʻzining kengligi 10–12 sm ga yetganda toʻliq ochilgan hisoblanadi. Bu vaqtda homila pufagi yorilib, undan oldingi suv oqib chiqib ketadi. Homila pufagining odatdagidan oldinroq yorilib ketishi tugʻish jarayonining asoratli kechishiga olib kelishi mumkin.

2. Homilaning tashqariga itarib chiqarilish bosqichining mexanizmi.

Bu bosqichda homilaning tugʻish yoʻllari orqali tashqariga itarib chiqarilishi yuz beradi. Homilaoldi suvi tashqariga oqib chiqib ketgandan soʻng dard qisqa muddatga toʻxtaydi, bachadon devorlari qalinlashadi va homila badaniga hamma tomondan mahkam yopishadi. Bu davrda dard tutishi tezlashadi va ular orasidagi muddat qisqaradi. Tez orada dard tutishiga kuchanish qoʻshiladi, bu homilani tashqariga itarib chiqarilish bosqichi boshlanganidan dalolat beradi.

Bachadon ichidagi bosim qorin devori bosimi bilan qoʻshilib, homila yoʻllari orqali homilani ilgarilanma harakatlantirib, uning tugʻilishiga olib keladi. Homilaning ilgarilanma harakati tugʻish kanalining oʻqi boʻylab amalga oshadi, bunda homilaning oldinda joylashgan qismi faqat ilgarilanma emas, balki oʻz oʻqi atrofida aylanma harakat ham qiladi.

3. Yoʻldoshning tugʻilish bosqichi.

Bu bosqichda bachadon devoriga yopishgan yoʻldosh undan ajralib homila yoʻllari orqali tugʻilishi yuz beradi. Yoʻldosh tugʻilishi bosqichidagi dard tutishi bu jarayonning asosiy sharoiti hisoblanadi. Bundan tashqari, qorin devorining taranglashishi, yaʼni kuchanish ham katta ahamiyatga ega. Chaqaloq tugʻilgandan soʻng bachadon qisqaradi.

Oradan bir necha daqiqa oʻtgach, bachadonning hamma qismi, yoʻldosh birikkan qismi ham bir maromda qisqarishi kuzatiladi. Lekin yoʻldosh qisqarish qobiliyatiga ega emas, shuning uchun u bachadon devoridan koʻchadi. Yoʻldosh koʻchgan joyda qon tomirlar uzilishi yuz berib, qon ketishi kuzatiladi, bu ham yoʻldoshning tezroq koʻchishiga sharoit hisoblanadi. Bu bosqichda bachadon-yoʻldosh tomirlaridan qon ketishi xos boʻlib, normada 100–300 ml qon yoʻqotiladi.

Tugʻishning biomexanizmi

Tugʻish jarayonining ikkinchi bosqichida homila bachadon ichidan tugʻish yoʻllari orqali tashqariga itarib chiqariladi. Kichik tos shakli turli xil tekisliklarda bir xil emas: tosga kirishda u koʻndalang choʻziq shaklga, undan keyin suyak kanali aylanma tekisligi keladi, chiqish joyida esa oval shaklga ega. Tugʻish kanalining yumshoq toʻqimalariga: bachadonning pastki qismi, qin, tos va uning tubidagi muskullar kiradi. Tos tubining muskullari oxirgi bosqichga qadar tugʻish jarayonida homila boshining harakatiga toʻsqinlik qiladi, shu tufayli homilaning gorizontaal oʻqi atrofida aylanishini taʼminlaydi.

Tos tubining muskullari uzun chiqish nayini hosil qiladi. U suyak kanalining davomi hisoblanib, orqa tomonga bir oz yoysimon egilgan boʻladi, shuning uchun gorizontaal oʻq parabola koʻrinishiga ega. U suyak kanalida toʻgʻri pastga yoʻnalgan boʻlib, tos tubiga yetgandan soʻng oldingi tomonga yoʻnaladi. Homilaning boshi ham turli oʻlchamlarga ega: uzunasiga, egri, koʻndalang va vertikal. Homila boshining ilgarilanma

harakati gorizontal o‘qi atrofida aylanishi hisobiga kichik tos va tug‘ilish yo‘lining yumshoq to‘qimalari orqali tug‘ilishi tug‘ishning biomexanizmi deyiladi.

Ochilish, tashqariga itarib chiqarish va yo‘ldosh tug‘ilish bosqichlarida tug‘ishning borishi

Birinchi bosqichda homila boshi ilgarilanma harakat qiladi. Bu bosqich ancha vaqtga cho‘ziladi, boshlanishida dard tutishi kamroq, 15–20 minutda kuchsiz va qisqa davom etadi. Sekin-asta tezlashadi, kuchayadi va davomiyligi uzayadi. Bosqich oxiriga kelib dard tutishi har 2–3 minut ichida kuzatilib, davomiyligi 60–80 s ga yetadi. Dard turli darajada og‘riq bo‘lishi bilan tavsiflanadi. Bachadon bo‘g‘zining tekislanib, ochilishi qin tekshirish usullari bilan aniqlanadi.

Bachadon bo‘g‘zi to‘liq ochilgandan so‘ng, homilaning bachadon ichidan tashqariga itarib chiqarilishi boshlanadi. Itarib chiqaruvchi dard tutishiga tezda kuchanish – qorin devori muskullarining taranglashishi qo‘shiladi. Homilador ayol nafasini ushlab, qo‘l va oyoqlari bilan mahkam tirilib, qorin devori muskullari taranglanib kuchanadi. Bu bosqichda homilador ayol bor kuchini ishga soladi. Bunda yuzlari qizaradi, lablari ko‘karadi, terisi ter bilan qoplanib, bo‘yin venalari bo‘rtadi.

Dard va kuchanish hisobiga homilaning boshi kichik tos tubiga tushadi. Homila boshi oraliq sohaga yetganda u bo‘rtadi, ilgarilanma harakat natijasida homila boshi jinsiy yoriq orqali chiqa boshlaydi, bu holat homila boshining yorib chiqishi deyiladi. Homila boshining dastlabki harakati tufayli kuchanish jarayoni to‘xtagan bo‘lishiga qaramay, homila boshi jinsiy yoriqdan ko‘rinib turishiga homila boshi yorib chiqdi, deyiladi.

Birinchi navbatda ensa qismi, keyin esa boshning tepa qismi, so‘ngra peshona va yuz qismlari yorib chiqadi. Bosh qismi tug‘ilgandan so‘ng, yuz qismi bilan bosh va tana onaning son tomoniga buraladi. Yelkalar, tana va oyoqlar tug‘iladi.

Uchinchi bosqich juda qisqa davom etadi. Bachadon tubi kindik sohasida bo‘ladi. Dard tutgan vaqtda bachadon zichlashadi, tor va ensiz bo‘lib qoladi, tubi esa pastga tushib o‘rta o‘q chizig‘idan chetlashadi. Yuqoridagi jarayonlar yo‘ldoshning bachadon devoridan ajralganligi haqida dalolat beradi. Yo‘ldosh qin sohasiga yaqinlashganda kuchanishga xohish tug‘iladi, dard tutishi hisobiga yo‘ldosh tug‘iladi.

Tug‘ishni qabul qilish

Homilani tashqariga itarish bosqichida ayol tug‘ish krovatida, o‘ziga qulay holatda chalqanchasiga yotadi. Qolgan hollarda esa boshi va yelkasi ostiga qo‘shimcha yostiqlar qo‘yiladi. Chaqaloq boshi yorib chiqish bosqichida doyalik qo‘llanmalarini qo‘llashga to‘g‘ri keladi. Bu

qo'llanmalar tug'ish kanalining devorlarini, oraliq soha a'zolarini va chaqaloqni shikastlanishdan saqlaydi.

Tug'ishni qabul qilish quyidagi ketma-ketlikdan iborat.

1. Chiqib kelayotgan chaqaloq boshini boshqarish, bunda o'ng qo'lning 3 ta barmog'ini yumshoq tomoni bilan chaqaloq boshiga tekkizib turiladi, bu esa dard tutgan paytda bosh harakatini sekinlashtirish va uning tez to'g'rilanishining oldini oladi. Dardlar orasidagi muhlatda o'ng qo'l barmoqlari qin halqasining ichki yon devori to'qimalarini cho'zilishdan saqlaydi, bu holatga «to'qimalar kelishuvi» nomi berilgan. Buning uchun dardlar orasidagi muddatda dillig' va kichik lablar sekin-asta tug'ilayotgan boshning ensa qismidan sidiriladi, yangi dard boshlanganda «to'qimalar kelishuvi» bartaraf bo'lib, yana tez yorib chiqish va boshning barvaqt to'g'rilanishi kechiktirilishi ta'minlanadi, bu juda muhim hisoblanadi.

2. Boshni chiqarib olish. Ensa qismi tug'ilgandan so'ng, uning chuqurchasi qov bitishmasiga tiraladi, shundan so'ng kuchanish taqiqlanadi. Qin halqasining yon tomonlarini asta-sekin sidirish yo'li bilan boshning tana qismi chiqariladi. Keyin esa chap qo'l bilan boshni ushlab oraliq soha to'qimalarini undan sidirib to'g'rilanadi. Sekinlik bilan boshni to'g'rilash natijasida boshlanishida peshona, so'ngra yuz qismi va iyagi ko'rinadi. Agar oraliq sohaning yirtilish xavfi tug'ilsa, u holda qaychi yordamida kesish kerak.

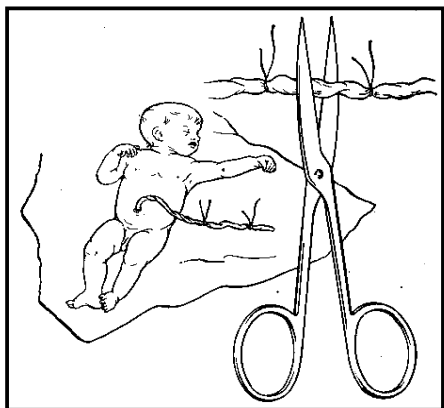
3. Yelka sohasining tug'ilishi. Tug'ilgan chaqaloq boshining yuz qismi onasining chap yoki o'ng soniga buraladi. Agar bu jarayon kechiksa, u holda ikki qo'lning kaft yuzalarini chaqaloq quloqlari ustiga qo'yib, oldin pastga tortib oldingi yelkalar qov bitishmasi ostiga chiqarib keltirilgandan so'ng, boshni yuqoriga tortib pastki yelkalar chiqarib olinadi.

4. Tananing tug'ilishi. Yelkalar tug'ilgandan so'ng ikki tomondan ikki qo'llab chaqaloqning ko'krak qafasidan ushlab yuqoriga tortiladi, bunda hech qanday qiyinchiliksiz tananing pastki qismi tug'iladi.

Chaqaloqlarni birinchi tibbiy parvarishlash

Tug'ilgan chaqaloq sterillangan paxta yoki doka bilan artiladi, sterillangan rezina moslama yoki elektrso'rg'ich yordamida og'iz va burunlari shilimshiqdan tozalanadi. Sog'lom va o'z vaqtida tug'ilgan chaqaloqlar nafas oladi, baland ovoz bilan qichqiradi va qo'l-oyoqlari bilan faol harakatlarni qiladi. Voyaga yetmay, erta tug'ilgan chaqaloqlarda bu belgilar ancha sust rivojlangan bo'ladi. Chaqaloqlarni birlamchi tibbiy parvarishlashdan oldin shifokorlar qo'llarini tozalab yuvib, spirt bilan artib, sterillangan rezina qo'lqoplar kiyishlari shart.

Chaqaloq qovoqlari alohida sterillangan paxta sharchalar bilan tashqi qirg'og'idan ichki qirg'og'iga qarab artiladi. Ko'zning o'ziga esa oldin pastki, keyin yuqorigi qovoqlar ochilib bir tomchidan 30 % albutsid eritmasi tomiziladi.



29-rasm.

Kindik tizimchasiga ikki bosqichda ishlov beriladi. Unda tomir urishi to'xtagandan so'ng kindik halqasidan 10 sm yuqoridan birinchi va 2 sm qoldirib ikkinchi Koxer qisqichi bilan qisiladi. Qisqichlar orasidagi qismini 5 % yod eritmasi bilan ishlov bergach, qaychi bilan kesiladi (29-rasm). Ikkinchi bosqichda qolgan kindik tizimchasini sterillangan doka bilan artib, ko'rsatkich va katta barmoq bilan mahkam siqib ushlab, maxsus sterillangan tamg'asi

bor qisqich yordamida kindik halqasidan 0,5–0,7 sm yuqoridan tamg'alanadi. Tamg'a o'rniga ipakdan foydalanilsa ham bo'laveradi. Ortiqcha qismi kesib tashlanadi va yodning 5 % li eritmasi surtilib, sterillangan dokali bog'lam qo'yiladi.

Chaqaloq terisini sterillangan vazelinli yog' shimdirilgan paxta sharchalar bilan surtib tozalanadi. So'ngra vazni tortiladi, bo'yi o'lchanadi, bosh o'lchamlari aniqlanadi. Chaqaloqni kiyintirib, yo'rgaklab choyshabga o'raladi.

Yo'ldoshning bachadon devoridan ko'chganligidan dalolat beradigan belgilar

Uchinchi bosqichda yo'ldosh ko'chishi va jinsiy yo'llar orqali tashqariga itarilib chiqishi kuzatiladi. Bu bosqich ancha vaqtgacha cho'ziladi, ya'ni asoratsiz kechganda 1–2 soatga boradi. 300 ml qon yo'qotganda va homiladorning ahvoli og'irlashsa, asoratli kechish hisoblanadi. Shuning uchun yo'ldosh ajraganligidan dalolat beradigan belgilarni aniq bilish katta ahamiyatga ega. Ular quyidagilardan iborat:

1) bachadon tubining balandligi va shaklining o'zgarishi (Shreder belgisi). Yo'ldosh ajragandan so'ng bachadon devori qalinlashadi, torayadi, tubi kindikdan yuqoriga ko'tariladi va o'rta o'qdan o'ngga og'adi;

2) kindik tizimchasi tashqi kesilgan qismining uzayishi (Alfeld belgisi). Kindik tizimchasiga bog'langan ipak 10–12 sm ga pastga tushadi;

3) qov bitishmasi yuqorisida qorin devorining tashqariga bo'rtib qolishi, bachadonning pastki qismiga ajralgan yo'ldosh tushganda hosil bo'ladi;

4) ajralgan yo'ldosh qinga tushganda dard tutishi hosil bo'ladi;

5) kuchanish vaqtida kindik tizimining uzayishi kuzatiladi;

6) qov bitishmasidan yuqoriga qo‘l panjasini ko‘ndalang qilib bosib ko‘rilganda, agar yo‘ldosh ajralmagan bo‘lsa, u holda kindik tizimchasi qisqaradi, aks holda uzunligi o‘zgarmaydi (Kustner-Chukalov belgisi).

Uchinchi bosqichda yuz berishi mumkin bo‘lgan asoratlarga:

- ajralgan yo‘ldosh chiqishining kechikishi;
- bachadon devoridan yo‘ldosh ajralish jarayonining buzilishi kiradi.

Ko‘pincha bachadonning qisqaruvchanlik qobiliyati susayganda, pardalarda patologik o‘zgarishlar paydo bo‘lganda va kamdan-kam hollarda yo‘ldosh bachadon devoriga chuqur o‘sib kirganida kuzatiladi. Bunda qon ketishi kabi asoratlarning xavfi kuchayadi.

Uning sabablariga:

- tug‘ish yo‘li yumshoq to‘qimalarining yirtilishi;
- yo‘ldosh bo‘laklarining bachadon devorida qolib ketishi;
- bachadonning gipo va atoniyasi kiradi.

Tug‘ish yo‘li yumshoq to‘qimalarining yirtilishi tufayli qon ketganda jarohatlar tikiladi. Yo‘ldosh bo‘laklari qolib ketganda qon ketsa, u holda qo‘l yordamida bachadon devoridan o‘sha bo‘lak olib tashlanadi. Gipo va atoniyada tashqaridan va tashqi-ichki uqalash usullaridan foydalaniladi, bundan tashqari, bachadonni qisqartiruvchi vositalar yuboriladi, qorin aortasini qo‘l bilan bosish qo‘llaniladi. Yo‘ldoshning bachadon devoridan ajralishi buzilganda uni qo‘l bilan ajratib olish usuli qo‘llaniladi.

Tug‘ilgan chaqaloq holatini baholashda Apgar shkalasidan foydalaniladi.

APGAR SHKALASI

BELGILAR	<i>B A L L A R</i>		
	0	1	2
<i>Yurak urishi</i>	kuzatilmaydi	1 minutda 100 tadan kam	minutiga 100–140
<i>Nafas olishi</i>	kuzatilmaydi	juda sust, bir marta	yaxshi qichqiradi
<i>Terining bo‘yalishi</i>	oqish yoki ko‘kimtir	pushti, oyoq va qo‘llari ko‘kimtir	pushti
<i>Muskullar faolligi</i>	harakat kuzatilmaydi	harakatlar sust	faol harakatchan tonusli
<i>Reflektor qo‘zg‘aluvch anligi</i>	oyoq panjasi osti qitiqlan- ganda reaksiya kuzatilmaydi	reaksiyalar sust, harakatlar paydo bo‘ladi	harakatchan kuchli qichqiriq

Sog‘lom chaqaloqlarda ballar miqdori 7–10 ga, kuchsiz chaqaloqlarda 5–6 ga, og‘ir holatlarda esa 1–4 ga teng bo‘ladi. Chaqaloqlarni

jonlantirishda, birinchi navbatda nafas yo'llarini shilimshiqlardan tozalash kerak. Kindik tizimchasi orqali kaliy xloridning 10 % eritmasini 3 ml miqdorda yuborish kerak. Samara kutilganidek bo'lmasa, u holda sun'iy nafas apparatiga o'tkazish kerak va yurakni bilvosita yo'l bilan asta-sekin uqalash kerak.

Chaqaloq va uning onasini transportiravka qilish

Tug'ish jarayonining barcha asoratli kechish hollarida homilador ayol tug'uruqxonaga yotqizilishi shart. Qolgan hollarda shifoxonadan tashqarida yordam ko'rsatib, parvarish qilish mumkin.

Homilani tos tomoni bilan kelishi va qo'l bilan yordam ko'rsatish usuli

Tos tomoni bilan kelishida homila tos tomoni bilan tug'ish kanaliga yo'nalishi tushuniladi. U ikki xil bo'ladi: dumba va oyoq tomoni bilan kelishga bo'linadi. Bunday holatlarda tug'ish 4 bosqichda boradi:

- 1) homilaning kindikkacha tug'ilishi;
- 2) kindikdan kuraklarning pastki burchagigacha tug'ilishi;
- 3) qo'llarning tug'ilishi;
- 4) boshning tug'ilishi.

Tos tomoni bilan kelishida Sovyanovning qo'l bilan yordam berish usuli qo'llaniladi. Bu usul qo'l va oyoqlarning to'g'ri joylashishiga asoslangan.

Homilaning noto'g'ri holati va joylashishi

Bunga homilani ko'ndalang va qiyshiq joylashishi kiradi. Homila bachadonning o'rta o'qiga nisbatan perpendikular joylashgan bo'lsa ko'ndalang, agar homila bu o'q bilan o'tkir burchak hosil qilsa, u holda qiyshiq joylashgan deyiladi. Bu holatlarda ona va bola hayotiga xavf soluvchi asoratlar kelib chiqishi mumkin: suvning oqib ketishi, homila mayda qismlarining ajralib chiqishi, bachadon yorilishi va o'limga olib kelishi mumkin. Shuning uchun bu kabi asoratlar yuz bermasligi maqsadida jarrohlik usuli (Kesar kesish)dan foydalaniladi.

Tor tos haqida tushuncha, tug'ish va uni olib borish xususiyatlari

Tor tos deganda sog'lom homila boshining tug'ish jarayonida tos suyagi orqali o'tishida tos suyak skletining torayishi tufayli mexanik qarshilikka duch kelishi tushuniladi. Bu kabi qarshiliklar turlicha rivojlangan bo'ladi. Tos unchalik toraymagan hollarda tug'ish jarayoni asoratsiz tugashi mumkin. Keskin toraygan tos tug'ish jarayonining amalga oshishiga butunlay to'sqinlik qiladi.

O'lchami bo'yicha tos torayishining 4 ta darajasi: I, II, III, IV farqlanadi.

Shakli bo'yicha:

- 1) umumiy bir tekis toraygan;
- 2) oddiy yassi toraygan;

3) yassi raxitik toraygan;

4) umumiy toraygan.

III va IV darajali torayishda sog'lom tirik homilani tug'ish imkoni umuman yo'q. Suvning oqib ketishi, homila mayda qismlarining tushib qolishi va tug'ish kuchining anomaliyasi kabi asoratlar kuzatiladi. Ko'pincha homila hayotiga asfiksiya, bachadon-yo'ldosh sistemasida qon aylanishining buzilishi kabi asoratlar bilan xavf soladi. Hozirgi vaqtda jarrohlik usullari qo'llaniladi.

Kesar kesish

Operatsiyaga mutlaq va nisbiy ko'rsatmalar mavjud.

Mutlaq ko'rsatmalarga:

1) mutlaq tor tos;

2) o'sma hisobiga keskin toraygan tos;

3) sinish va siljish hisobiga tos deformatsiyalanishi;

4) qinning keskin stenozi (torayishi);

5) yo'ldoshning to'liq noto'g'ri joylashishi;

6) yo'ldoshning barvaqt joyidan ko'chishi.

Nisbiy ko'rsatmalarga:

1) yo'ldosh operatsiyalar;

2) yo'ldoshning qisman noto'g'ri joylashishi;

3) yurak-tomir kasalliklari;

4) og'ir shakldagi xafaqonlik kasalligi;

5) homilaning ko'ndalang joylashishi;

6) homila boshi va tanasining noto'g'ri joylashishi.

Tug'ishda bachadonning qisqaruvchanlik faoliyati patologiyasi

Normada tug'ish jarayonida bachadon qisqarishi to'lqin ko'rinishida uning burchagidan tanasiga va pastki qismiga tarqaladi. Bachadon funksional holatining eng muhim ko'rsatkichlariga uning tonusi va qo'zg'atuvchanligi kiradi. Shunga bog'liq ravishda uning silliq muskullari xossalari tug'ish faoliyatining anomaliyasida kuzatiladi, gipo, normo va gipertonuslarga bo'linadi.

Tug'ish faoliyatining uch xil anomaliyasi kuzatiladi:

1) tug'ish faoliyatining susayishi;

2) diskordinatsiyalangan tug'ish faoliyati;

3) juda kuchli tug'ish faoliyati.

FAVQULODDA HOLATLAR (YER QIMIRLASHI, SUV TOSHQINI, O'PIRILISH VA BOSIB QOLISH)DA BIRINCHI TIBBIY YORDAM KO'RSATISH XUSUSIYATLARI

Ko'p insonlarning o'limida asosiy sabablardan biri tabiiy ofatlar hisoblanadi. Hozirgi kunlarda u yoki bu tabiiy ofatlarning qachon bo'lishini bashorat qilish mumkin emas, ammo xavfi yuqori bo'lgan mintaqalarni bilish mumkin. Zilzila va yog'ingarchilik xavfi yuqori bo'lgan mintaqalar mavjud. Yer qimirlashi natijasida katta issiqlik uzatuvchi tarmoqlar, kollektorlar, elektrostansiyalar va boshqalarning ishdan chiqishi hamda xavfli yong'inlarning sodir bo'lishi og'ir kuyish va zaharlanishlarga ham olib keladi.

Yer qimirlashi qishloq aholisiga nisbatan shahar aholisiga va turar joylarga katta talafot yetkazishi mumkin. Tabiiy ofat bo'lgan mintaqalarda industrial obyektlar qancha ko'p bo'lsa, xavf shuncha yuqori va vujudga kelgan holat murakkab bo'ladi.

Zilzila vaqtida yuzaga keladigan jarohat shikastlantiruvchi agentning ta'sir qilish tezligi, kuchi, davomiyligi, ta'sir qilish joyi va jarohatlanganning yoshiga bog'liq bo'ladi. Shikastlanishning jarohatlanish mexanizmiga qarab quyidagi turlari kuzatiladi: zarbali, kompression va aralash.

Zarbali shikastlanish ta'sirida uning ta'sir kuchiga bog'liq bo'lgan har xil og'irlikdagi – miya chayqalishidan tortib, bosh miyaning og'ir jarohatlanishigacha bo'lishi mumkin. Jarohat olgandan so'ng hush va xotirani yo'qotish holatlari kuzatilgan. Zarba tekkan joyda yumshoq to'qimalarning shikastlanishi, har xil sinishlar ham aniqlanishi mumkin.

Kompression (bosib qolish) mexanizmi ta'sirida (bino va qurilish bo'laklari va boshqa jihozlar bilan ko'p kuzatilgan) jarohatlovchi kuch katta bo'lmaydi. Bunda kam hollarda suyaklarning sinishi va deformatsiyaga uchrashi aniqlanishi mumkin.

Aralash mexanizmli shikastlanishda esa tayanch-harakat organlari, bosh suyagi, miya to'qimasining jarohatlanishi bilan birga, tana sohalarining yuk ta'sirida ezilishi ham kuzatiladi.

Bosh suyagi va miyaning shikastlanishi. Bosh suyagining jarohati kommotsion-kontuzion sindrom ko'rinishidagi organizmning o'ziga xos belgisi bilan tavsiflanadi. Bosh suyagining jarohati yumshoq to'qimalarda gematomalarning paydo bo'lishi, ular butunligining buzilishi (yorilishlar), bosh suyagining sinishi hamda miya shikastlanishlari bilan kechadi.

Bosh suyagining shikastlanishi ochiq va yopiq bo'lishi mumkin.

Bosh sohasining yopiq shikastlanishida yumshoq to'qimalarning anatomik butunligi buzilmaydi. Teri osti tomirlarining shikastlanishi

tufayli gematoma hosil bo'ladi va bosh sohasida turli o'lchamli shish (g'urra) paydo bo'ladi.

Shikastlangan soha og'riq, qizarish, keyinchalik esa ko'karish kuzatilishi mumkin. Ochiq shikastlanish holatlarida esa to'qimalar anatomik butunligi buzilishi tufayli jarohatlar paydo bo'ladi va jarohatlarga xos belgilar kuzatiladi.

Bosh suyagi shikastlanishida 8–15 % holatlarda bosh miya funksiyasining buzilishlari qayd etiladi. Yopiq shikastlanishlar ochiq shikastlanishlarga qaraganda 3 marta ko'proq uchraydi.

Jarohatlanganni tekshirayotganda bosh suyagi jarohatining bor yoki yo'qligi, yaraning chuqurligi, miyaning shikastlanishini aniqlash katta ahamiyatga ega. Teri butunligi, yaralar, gematomalar yoki bosh suyagi ezilishini aniqlashga e'tibor berish kerak. Bosh suyagi aponevrozi yaralari, odatda, teri va teriosti qavati yaralariga qaraganda ko'proq ochiq bo'ladi. Jarohat chuqurligini aniqlashda undan chiqayotgan ajralmalar xususiyatiga ham e'tibor beriladi. Jarohatdan oqayotgan qon hajmi bosh suyaklarining shikastlangan yoki shikastlanmaganligidan dalolat berishi mumkin. Chunki bosh suyaklari shikastlanganda diploze tomirlari va miya qavatlaridan qon ko'p ketadi.

Jarohat ajralmasida orqa miya suyuqligi yoki miya to'qimasi bo'laklarining bo'lishi jarohat miya to'qimalariga o'tganligidan dalolat beradi.

Ko'z qovog'ining «ko'zoynak» ko'rinishidagi qontalashuvi bosh suyagi asosi oldingi sohasining sinishi belgisidir, quloqlardan qon ketishi esa bosh suyagi asosi o'rta qismining singanligini ko'rsatadi.

Bosh miya jarohatida miya shikastlanishining asosiy uch turi farqlanadi: miya chayqalishi, lat yeyishi va ezilishi

Miyaning chayqalishi. Miyaning chayqalishi mexanik kuchning tez va kuchli ta'siridan kelib chiqadi. Klinik kechuviga qarab miya chayqalishining yengil, o'rtacha va og'ir darajalari tafovut qilinadi.

Yengil darajali miya chayqalishida qisqa muddatli hushni yo'qotish, ba'zan bosh aylanishi, quloqlar shang'illashi, ko'z oldi qorong'ilashishi, bosh og'rishi, teri oqarishi, ko'ngil aynishi yoki qusish ro'y beradi. Shikastlanganda retrograd amneziya (jarohat olishdan oldingi voqelikni esdan chiqarish) holati kuzatiladi. Yuqorida qayd qilingan belgilar miya chayqalishining bu og'irlik darajasida 5–7 kundan so'ng asta-sekin yo'qoladi.

O'rta darajali miya chayqalishida bir necha soat davomida hushni yo'qotish, adinamiya, ruhiy qo'zg'alish, qusish, reflekslarning pasayishi, nistagm, ko'z qorachig'ining torayishi, pulsning sustlashuvi, nafas olishning tezlashishi kuzatiladi.

Og'ir darajali miya chayqalishida hushni uzoq muddatga (bir necha soatdan kungacha) yo'qotish bilan tavsiflanadi. Bunda nafas olishning

yuzakilanishi, pulsning sustligi va kuchsizligi, teri qoplamlarining oqarishi, reflekslarning yo'qolishi, ko'z qorachig'ining yorug'likka bo'lgan reaksiyasining yo'qolishi, siydik va najasning ixtiyorsiz ajralishi yuz beradi.

Buning hammasi koma va o'lim bilan tugashi mumkin.

Miyasi chayqalgan bemorlar faqat yotishlari shart. Yengil chayqalishda uch haftagacha, og'irroq chayqalishlarda bir oydan ikki oygacha.

Miyaning lat yeyishi. Miya lat yeyishi deb, miya moddasining shikastlanishi tushuniladi. Og'ir jarohatlarda bu shikastlanish fizik kuch ta'sirining qarama-qarshi tomonida joylashgan bo'ladi.

Miya lat yeganida miya funksiyasining buzilishi ham tavsiflidir, hamda bu holat jarohatdan so'ng birdan rivojlanadi. Oyoq yoki qo'lning (monoplegiya) yoki gavda yarmi mushaklarining (gemiplegiya) falajlanishi kuzatiladi, ovoz yo'qoladi (afaziya), yuz nervlarining shikastlanishi tufayli yuz qiyshayishi (assimetriya) va ko'rishning yomonlashuvi yuz beradi. Tana harorati 40°C gacha keskin ko'tarilishi mumkin. Siydikning sutkalik miqdori oshadi, undagi qand miqdori ko'payadi.

4–5 hafta davomida kompleks davolash tadbirlari qo'llaniladi. Bunda asosiy e'tibor nafas olish va qon tomir tizimlarining faoliyatini yaxshilash, keyinchalik esa nevrologik o'zgarishlarni yo'qotishga qaratiladi.

Miyaning ezilishi. Miya ezilishi bosh suyagi ichidagi tomirlardan qon ketishi yoki suyaklar sinishi natijasida ro'y beradi.

Qon to'planishi (gematoma) miya qattiq po'stlog'i ustida (epidural gematoma) hamda miya to'qimasi ichida (miya ichi gematomasi) hosil bo'ladi.

Miya ezilishining ilk belgilari: es-hushning yo'qolmasdan tormozlanishi, bosh og'rishi hisoblanadi. Ko'z qorachig'ining qon quyilgan tomonda kengayishi kuzatiladi. Keyinchalik esa bemorning tashqi muhitga reaksiyasi yo'qoladi, hushidan ketadi, puls sekinlashadi, minutiga 40–50 gacha kamayadi. Nafas olish yomonlashadi, shovqinli va notekis bo'lib qoladi.

Bosh miyaga qon ketishi natijasida ezilish belgilari birdaniga ro'y bermasdan bir necha vaqtdan so'ng namoyon bo'ladi, shuning uchun ham shikastlanganlar vrachlarning qat'iy nazoratida bo'lmog'i lozim.

Bosh suyagi va miya jarohatlarida vrachgacha bo'lgan yordam shikastlanganlarga osoyishtalikni ta'minlash, bosh sohasini immobilizatsiya qilish, nafas olishni yaxshilash, ya'ni hayot uchun xavfli bo'lgan holatlarning oldini olishdan iborat bo'ladi. Bosh miyaning yopiq jarohatlarini davolash bemorga mutlaq osoyishtalik yaratishdan boshlanishi kerak. Ularni transportirovka qilish boshi bir oz ko'tarilgan, yotgan holda bajarilishi lozim. Bemor hushsiz bo'lganligi tufayli, qusuqning nafas yo'lga tiqilishi, tilning tushib qolishiga qarshi choralar

ko‘riladi. Boshni yon tomonga egib, og‘iz bo‘shlig‘iga havo o‘tkazuvchi naycha qo‘yish lozim. Ba‘zan transportirovka qilishda kislorod bilan nafas oldirish va yurak-tomir vositalaridan berish lozim bo‘ladi.

Og‘ir bemorni transportirovka qilishda maxsus taxta, zambil yoki g‘ildirakli zambil ishlatiladi. Bemor solingan zambil ikki yoki to‘rt kishi yordamida chayqatmasdan ko‘tariladi. Shikastlanganlarni yuqori qavatlariga ko‘tarishda boshini oldingi tomonga va oyoq tomonini gorizontal holatgacha ko‘targan holda chiqarish lozim. Bemorni zambildan to‘shakka o‘tkazishda zambilni karavot sathida ushlash va 3 kishi zambil bilan karavot orasida bemorga qaragan holda turishi lozim. Bunda bir kishi bemor boshi va ko‘kragini, ikkinchi kishi beli va sonini, uchinchi esa boldirini ushlashi kerak.

Favqulodda holatlarda bosh suyagi va miya shikastlanishlari bilan bir qatorda, bel suyaklarining, jumladan, umurtqa pog‘onasi, yuz suyaklari (yuqori va pastki jag‘ suyaklari, burun suyaklarining) sinishlari ham kuzatilishi mumkin. Bu shikastlanishlar bosh va yuz sohasining hamda tana boshqa sohalari yumshoq to‘qimalarining ham jarohatlanishi va turli kattalikdagi yaralarning paydo bo‘lishi bilan ro‘y beradi.

Uzoq ezilish sindromi. Uzoq ezilish sindromi (Krash sindromi) ko‘plab yumshoq to‘qimalarning uzoq vaqt yuk ta’sirida ezilishi natijasida kelib chiqadi. Uning umumiy va mahalliy belgilari bor. Umumiy belgilar shok, o‘tkir buyrak yetishmovchiligi va mioglobinuriyadan (siydik orqali mioglobulin moddasining chiqishi) iborat bo‘lib, asosiy belgilar hisoblanadi va kasallik oqibatini aniqlaydi.

Uzoq ezilish sindromi jangovar holatlarda, zilzila va binolar qulashi paytida, shaxta va konlar bosib qolishi va boshqa holatlarda uchraydi. Masalan, Ashxobodagi yer qimirlashi paytida shikastlanganlarning 3,5 % da bu sindrom kuzatilgan. Xirosimadagi atom bombasi portlashi oqibatida esa 20 % kishilarda bu holat aniqlangan.

Uzoq ezilish sindromi uch davrda kechadi: erta, o‘rta va kech davrlar.

Erta davrda (2–3 kun davom etadi) bosib turgan og‘irlikdan xalos etilganlarda umumiy va mahalliy belgilar erta (bir necha o‘n minut yoki bir necha soat o‘tgach) ko‘zga tashlanadi. Mahalliy belgilar ezilgan joyning tez shishishi, terining ko‘karishi va sovishi bilan namoyon bo‘ladi. Keyinchalik esa terida pufakchalar hosil bo‘lib, pufak ichida qontalashgan suyuqlik ko‘rinadi. Ana shu davrda rivojlana boshlaydigan gemodinamik o‘zgarishlar (qon bosimining pasayishi, yurak urishining tezlashuvi va b.) boshlang‘ich davr uchun xos bo‘lgan umumiy belgilardir. Uzoq vaqt davomida ezilib yotgan odam (1–2 sutka), ko‘pincha qutqarib olinganidan so‘ng bir necha soat ichida hayotdan ko‘z yumadi.

Ba‘zan bitta oyoq yoki qo‘l bosilib qolishi mumkin. Qutqarib olingandan so‘ng qo‘l yoki oyoq oqargan, sog‘iga nisbatan sovuqroq, barmoq uchlari ko‘kargan bo‘ladi. Suyaklar ko‘pincha zararlanmaydi.

Sezish hissi yo‘qoladi. Tomir urishi aniqlanmaydi. Bir necha kun ichida ezilgan qo‘l va oyoqlar shishib, ikki-uch barobar kattalashib ketadi.

Ikkinchi o‘rta davr (3 kundan 10–12 kungacha). Bunda ko‘z oqining sarg‘ayishi, tomir urishining tezlashuvi, qon bosimining tobora pasayishi, plazma yo‘qotilishi, qonning quyulishi va o‘tkir buyrak yetishmovchiligi belgilari kuzatiladi. O‘tkir buyrak yetishmovchiligi dastlabki soat va kunlardan kuzatilib, bu vaqt mioglobulinuriya tufayli siydik qo‘ng‘ir rangga kiradi. Keyinchalik buyrakning siydik chiqarish faoliyati buzilib, qonda azot miqdori oshib ketadi.

Bu davrda ham bemor darmoni quriydi, qusadi, og‘ir hollarda 3–7 kunga kelib hushdan ketadi. Og‘ir zaharlanish oqibatida kelib chiqadigan yurak yetishmovchiligidan o‘lim sodir bo‘ladi.

Uchinchi kechki davr. Kasallik unchalik og‘ir kechmaganida ikkinchi hafta oxiridan to 3 oygacha davom etadi. Bunda buyrak faoliyati asta-sekinlik bilan tiklanib, siydikda silindr, oqsil, eritrotsitlar yo‘qolib boradi.

Yumshoq to‘qimalarning ezilish hajmi va davomiyligiga qarab bu sindromning yengil, o‘rtacha og‘irlikdagi, og‘ir va o‘ta og‘ir darajalari yoki kechish turlari farqlanadi.

Yengil darajasi yoki turida yumshoq to‘qimalar kam muddat (4 soatgacha) og‘irlik ostida eziladi: bunda buyrak faoliyati sal buzilib, bir necha kun ichida bemor sog‘ayib ketadi.

O‘rtacha og‘irlik darajasi yoki turida yumshoq to‘qimalar og‘irlik ostida 6 soatgacha qolib ketganda kuzatilib, bir necha kun mobaynida siydik mioglobin hisobiga rangi o‘zgaradi. Bemor kamharakat bo‘lib qoladi, ko‘ngli ayniydi, zaharlanish belgilari paydo bo‘ladi, qon zardobida mochevina va kreatinin miqdori oshadi.

Og‘ir darajasi yoki turida (yuk ostida 6–8 soat qolib ketganda) shok bilan o‘tkir buyrak yetishmovchiligi belgilari: ko‘ngil aynishi, qusish, hushdan ketish kuzatiladi. siydikda oqsillar, xilma-xil silindrlar miqdori oshib ketadi. Qonda esa azot miqdori ko‘tariladi. Buyrak mutlaqo siydik ajratmay qo‘yadi.

O‘ta og‘ir darajasi yoki turi 6–8 soatdan ziyodroq yuk ostida qolib ketganda kuzatilib, kuchli shok, qonda azot miqdorining ko‘tarilishi, buyrak siydik ajratmay qo‘yishi bilan tavsiflanadi. Jabrlanganlar bir-ikki kun ichida o‘ladilar.

Jabrlanganlarga birinchi tibbiy yordam voqea sodir bo‘lgan joyda ko‘rsatiladi. Ezilgan soha bosib turuvchi yukdan xalos etmasdan turib yoki xalos etilgandan so‘ng tezda shikastlangan sohadan yuqoriroqqa jgut qo‘yiladi. Ezilgan soha bog‘lov materiallari bilan qattiq bog‘lanadi va bu sohaning immobilizatsiyasi amalga oshiriladi. Shikastlangan soha iloji boricha sovutiladi. Jabrlanganlar transportirovkasi shoshilinch ravishda amalga oshiriladi.

Zilziladan so'ng talafot ko'rganlarning 1/3 qismida ezilish sindromining og'ir turlarini uchratish mumkin. Bunda shikastlanganlarning 1/3 qismida bu sindromning namoyon bo'lishi minimal bo'ladi.

Armanistondagi zilzila paytida kuzatilgan uzoq ezilish holatlari odatdagi ana shunday hollardan farq qilmadi. Birinchi kunlardayoq jabr ko'rganlarda ezilgan to'qimalar va autoliz mahsulotlari qonga so'rilishi natijasida organizmning jarohatdan keyingi zaharlanish belgilari yuzaga keldi.

Portlash to'liqini ta'sirida ichki a'zolarida kelib chiqadigan o'zgarishlar. Portlash ta'sirida kishi organizmida o'ziga xos buzilishlar kuzatiladi. Bu buzilishlar «kontuziya» yoki «karaxtlik» iborasi bilan yuritiladi.

Portlash natijasida havo siqilib, atmosfera bosimi oshib ketishi va portlash yuz bergan soha tashqarisida esa bosimning aksincha kamayib ketishi sodir bo'ladi. Havo bosimining bunday o'zgarishi inson organizmiga jarohatlovchi ta'sir ko'rsatadi. Birinchi navbatda, portlash quloqqa ta'sir etib, quloq pardasini yorishi, o'rta va ichki quloqni shikastlantirishi mumkin. Portlash vaqtida chiquvchi kuchli tovush impulslari ko'p hollarda miyaning akustik sohalariga ta'sir etib, kar bo'lib qolishga, havodagi bosimning keskin o'zgarishi – ichki a'zolari zararlanishiga, portlash to'liqini esa odamni uloqtirib yuborib, turli mexanik jarohatlar olishga sabab bo'ladi.

Portlash to'liqini ta'sirida nerv tizimiga oid shikastlanishlar eng ko'p uchraydi. Ko'plab jabrlanganlar hushdan ketadilar: ba'zilar darrov o'ziga kelsa, boshqalari anchagacha behush bo'lib yotadilar. Kontuziyaga uchraganlarning ko'pchiligi hushiga kelganidan so'ng ham eshitish, gapirish, hidlash, ta'm bilish va ko'rish a'zolari faoliyati tiklanmasligi mumkin. Bu holat uzoq davom etadi va yaxshilab davolanishdan so'ng ko'pchilik hollarda bemor sog'ayib ketadi. Agar jarohat og'ir bo'lsa, kontuziyaga uchragan odam hushiga kelganidan keyin ham gaplashmaydi, vaqtni farqlamaydi, atrofdagilarga befarq bo'ladi. Kuchli shikastlanganlarda umurtqa va miya asosiy arteriyasida qon aylanishining buzilishi bilan bog'liq holat kuzatilib, yutishning qiyinlashuvi, nutqning buzilishi, yurak faoliyatining izdan chiqishi belgilari va aritmiyada o'z ifodasini topadi.

Portlash to'liqini ta'sirida bosh zararlanib, qo'l va oyoqlar shol bo'lib qolishi mumkin. Shu bilan bir qatorda, u yoki bu darajada vazomotor buzilishlar: kaft va oyoq tagi ko'karishi, yuzning oqarishi va qizarishi, qo'l-oyoqlarning sovishi, terlashning kuchayishi kuzatiladi.

Portlash to'liqini ta'sirida o'pkada ham qator o'zgarishlar kelib chiqishi aniqlangan. Bunda bemorning hansirashi, yo'talishi, o'pkaga qon quyilishi natijasida qon aralash tupurish kuzatiladi. Yurak-tomir tizimida pulsning sekinlashuvi va o'ta o'zgaruvchanligi kuzatiladi.

Ovqat hazm qilish a'zolari faoliyatining buzilishi jarohatlanishdan keyingi dastlabki soatlarda ko'ngil aynishi, ba'zan qusish, ich ketishi va yel ushlay olmaslik kabi belgilarda seziladi. Portlash to'liqining me'da-ichak a'zolariga yana bir ta'siri me'da yarasi bilan og'riqlarda me'da va o'n ikki barmoqli ichakning yangi yaralari paydo bo'ladi.

Kontuziya bo'lganlarda, ba'zan uzoq vaqt (hafta, oy) karaxtlik, parishonxotirlik, tushkunlik davom etadi. Harakat asta-sekin tiklansa-da, nutq va eshitishning izdan chiqishi anchagacha saqlanadi.

Uyqu buzilishi holati bunda o'ziga xos tarzda namoyon bo'ladi. Bedorlik va uyqu orasidagi chegara yo'qolib, har ikkalasidan bemor qoniqmaydi.

Portlash to'liqini ta'sirida qon bosimi oshganlar keyinchalik (7–8 oy) shu dardga (gipertoniya) muhtalo bo'ladilar. Bosh og'rig'i, bosh aylanishi, quloq shang'illashi, uyqusizlik kabi serebral holatlar ko'pchilikda uzoq vaqt saqlanib qoladi.

Kontuziyaga uchraganlar kasalxonalarda uzoq vaqt davolanadilar.

Cho'kishda ko'rsatiladigan birinchi tibbiy yordam. Suv toshqinlari, sel olib ketishi hollari ham favqulodda holatlar qatoriga kiradi. Bunda cho'kish hollari ko'p uchraydi. Shuning uchun cho'kayotganlarni qutqarish va ularga birinchi tibbiy yordam ko'rsatish katta ahamiyat kasb etadi.

Inson suv ostiga tushib qolganda kuchli harakatlanish holatiga keladi. U suv yuzasiga chiqishga va turishga intiladi, tez-tez moslashmagan harakatlar qiladi. Cho'kish vaqtida cho'kuvchi nafas ushlab, suv yuzasiga chiqadi va havo olib, yana suvga botadi.

Maromsiz nafas olish va nafasni tutib turish qonda karbonat angidridining to'planib qolishiga sabab bo'ladi. Bu, o'z navbatida, beixtiyor nafas olishga olib keladi. Bu vaqtda suv ko'p miqdorda traxeya, bronx va alveolalarga tushadi. Suv ostida muntazam nafas olish bir necha sekundgacha davom etadi. So'ngra bir minutgacha ikkilamchi nafas to'xtashi, keyin esa agonal nafas bo'ladi.

Yurak faoliyatining to'xtashi cho'kishda qorinchalar fibrilyatsiyasi natijasida kelib chiqadi. Chuchuk suvga cho'kish vaqtida o'pka orqali qonga ko'p miqdorda suyuqlik tushib, qonning suyuqlashshiga, eritrotsitlar gemoliziga va ionlar tengligi buzilishiga olib keladi. Bu omillar gipoksiya sharoitida qorinchalar fibrilyatsiyasini keltirib chiqaradi. Yurak faoliyati nafas olishdan avvalroq to'xtab qoladi.

Dengiz suvida cho'kish vaqtida suv o'zining gipertonikligi natijasida o'pkadan qonga o'tmaydi, lekin tarkibidagi tuz moddalari qonga o'tadi, qondan o'pkaga esa plazma oqsillari o'tishi kuzatiladi. Yurak faoliyati nafas olishdan ancha keyin to'xtaydi. Suv ostida 3 minutdan 30 minutga qadar bo'lgan odamni qaytadan tiriltirish mumkin. Bu vaqt o'limning

turiga, suv haroratiga, choʻkish vaqtidagi markaziy nerv tizimining holatiga bogʻliq boʻladi.

Choʻkkanlarga birinchi tibbiy yordam berishga kirisha turib, choʻkuvchining hushidan ketgan-ketmaganligi, yurak faoliyati va nafas olishini aniqlash kerak. Yordam koʻrsatish hodisa yuz bergan joydan boshlanib, yoʻlda davom ettiriladi. Kasalni faqat terminal holatdan chiqarilgandan keyingina transportirovka qilish mumkin.

Agar choʻkuvchi hushidan ketmagan boʻlsa, tinchlantirib, hoʻl kiyimlar yechiladi va isitilib, choy, kofe, spirt yoki valeriana tindirmasi beriladi. Bunday shaxsni kasalxonaga yotqizish maqsadga muvofiqdir.

Choʻkuvchi suvdan hushsiz, lekin yurak faoliyati va nafasi saqlangan holda olib chiqilsa, unga navshadil spirti hidlatilib, badani isitiladi. Agar zarurat boʻlsa, yurak va nafas faoliyatini yaxshilovchi dori-darmonlar qilinadi va eng yaqin davolash muassasasiga joʻnatiladi.

Oʻlim holatidagi choʻkkanlarning, avvalo, nafas yoʻllari yot jismlar, suv va shilimshiq moddalardan tozalanib, sunʼiy nafas oldiriladi va yurak massaji oʻtkaziladi. Agar yot jismlar choʻkuvchining ogʻiz boʻshligʻida boʻlsa, ular qoʻl bilan olib tashlanadi. Koʻrsatkich barmoq tomoqqa kiritilib, nafas yoʻlining ochiq yoki yopiqqligi tekshirib koʻriladi. Jagʻlar bir-biriga qattiq qisilib qolgan boʻlsa, nafas oldirish ogʻizdan-burunga qilinadi. Havo burun orqali oʻtmasa, ogʻiz tezda ochilishi kerak. Ogʻiz ochuvchi asbob boʻlmasa, ogʻizni har qanday yupqa metallda ochish va uni ochiq holda biron-bir buyum bilan ushlab turish mumkin. Nafas yoʻllari, oshqozondan suyuqlik va koʻpiklarni chiqarib yuborish uchun choʻkuvchi qorniga yotqizilib, sonidan koʻtariladi va qorni bilan qutqaruvchining tizzasiga yotqiziladi. Chap qoʻl bilan choʻkuvchining orqasiga bosiladi. Nafas yoʻllari va oshqozonning bu yoʻl bilan butunlay tozalanishi qiyindir. Laringoskop yordamida traxeyani intubatsiya qilish nafas yoʻlini tozalashning ishonchli usullaridan biridir.

Traxeyaga kirgizilgan intubatsion naycha orqali yuqori nafas yoʻllaridan suv va koʻpiklarni tortib olish mumkin.

Qon aylanishini tiklash yurakni yopiq massaj qilish bilan boshlanadi. Bu muolaja choʻkuvchi suvdan chiqarib olinishi va sunʼiy nafas oldirish bilan bir vaqtda amalga oshiriladi.

Shunday qilib, choʻkish vaqtida birinchi tibbiy yordam koʻrsatish samaradorligi oʻz vaqtida tez va toʻgʻri oʻtkazilgan, shuningdek markaziy nerv tizimi funksiyasi, nafas hamda yurak faoliyatini tiklashga qaratilgan muolajalar majmuasiga bogʻliqdir.

Koʻp favqulodda holatlar vaqtida (zilzila, suv bosishi) shikastlanganlarda tipik, oʻziga xos shikastlanishlarning birga kelishi, bir qancha sindromlarning rivojlanishiga olib keladi va insonlarning koʻp oʻlimiga sabab boʻladi. Jahonning turli mamlakatlarida boʻlib oʻtgan yuzlab zilzilalarning tibbiy oqibatlarini tahlili oʻlganlarning ogʻir jarohat

olganlarga nisbati 1:3 ekanligini ko'rsatadi. Agar o'z vaqtida birinchi tibbiy yordam ko'rsatilmasa, bu nisbat o'lganlar hisobiga yana ham oshishi mumkin.

Favqulodda holatlarda tibbiy yordam ko'rsatish yakka shikastlanganlarga yordam ko'rsatishdan ancha farq qiladi. Ularning pirovard maqsadi umumiy bo'lgani bilan, tibbiy yordam ko'rsatish xususiyati turlichadir. Bunda tibbiy yordam, birinchi navbatda, tirik qolish ehtimolligi yuqori bo'lgan shikastlangan shaxslarga ko'rsatilishi hamda iloji boricha shikastlanganlarning ko'p miqdorini qamrab olishi kerak.

Shifoxonagacha bo'lgan (tabiiy ofat joyida va transportirovka vaqtida) va shifoxona (shikastlanganlar olib borilgan shifo maskani) bosqichlarida nafaqat jarohatni davolash, balki organizm asosiy faoliyatini omillab beruvchi organlar funksiyasini tiklab, jabrlanganlarning hayotdan ko'z yummasligini ta'minlash katta ahamiyatga egadir.

Shikastlanganlarni bosib qolgan joylardan yoki yong'in o'chog'idan olib chiqish yordam ko'rsatishning birinchi vositasi hisoblanadi. Bunday yordam ko'rsatishda shoshilish kerak emas, chunki shikastlanganga qo'shimcha jarohat yetkazilishi mumkin. Odamlarni bosib qolgan binolardan chiqarib olishda, bu harakatlar bino bo'laklari ostida qolgan shaxslarda ezilishning kuchayishiga yoki o'tish yo'llarini to'sib qo'yimasligiga ishonch hosil qilish kerak.

Bosib qolish holatlarida ko'pincha tana sohalarining turli jismlar (sim, truba, armatura va boshqa jismlar) bilan jarohatlanishi kuzatiladi. Bunday holatlarda yot jismlarni tanadan chiqarib olish kerak emas, chunki kuchli qon ketishi mumkin. Shuning uchun shikastlanganlarni yot jismlar bilan transportirovka qilish yoki bu jismlarni arralab yoki avtogen bilan kesib tashlash kerak.

Bosib qolgan joylardan chiqarib olishdan oldin narkotik darmonlardan foydalanib og'riq qoldirish, shikastlangan oyoq-qo'llarni immobilizatsiya qilish kerak bo'ladi. Xuddi shunday yordam kuyish holatlarida ham qo'llaniladi. Ayrim hollarda bosib qolgan joylardan oyoq-qo'llarni ajratib olish imkoniyati bo'lmasa, kesish (amputatsiya) masalalarini hal qilishga to'g'ri keladi. Yuk ostida qolgan oyoq-qo'llarni chiqarib olishdan avval ezilgan sohadan yuqoriroqqa jgut qo'yish kerak. Ko'pgina shikastlanganlarga, ya'ni bosqin ostida oyoq-qo'llari bosilib turgan, ammo qorin bo'shlig'i shikastlanish belgilari sezilmagan shaxslarga og'iz orqali suyuqlik yoki glukoza, limon kislotasining kaliyli eritmalarini yuborish mumkin.

Ko'p hollarda birinchi tibbiy yordam favqulodda holatlarda qutulib qolganlar tomonidan o'z-o'ziga va o'zaro yordam ko'rinishida amalga oshiriladi, chunki har doim ham tibbiyot xodimlari yetarli bo'lmaydi. Bunga esa faqat aholi va yangidan tashkil qilinayotgan qutqaruv guruhlarini joylarda, avvaldan inson hayotini saqlab qolish bo'yicha

birinchi tibbiy yordam ko'rsatish chora-tadbirlariga doimiy o'qitish bilangina erishish mumkin. Bu dastur 6 ta asosiy elementdan iborat:

- 1) yuqori nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini tiklash, jarohatlanganning boshini orqa tomonga maksimal egish, pastki jag'ni oldinga tortib barmoq bilan og'iz bo'shlig'i va tomog'ini yot jismlardan tozalash;
- 2) ekspirator sun'iy (og'izdan-og'izga yoki og'izdan-burunga) nafas berishni amalga oshirish;
- 3) tashqi qon ketishini bosuvchi bog'lam yoki jgut yordamida to'xtatish;
- 4) koma holatiga tushgan bemorlarga zarur bo'lgan holatni berish;
- 5) shok holati kuzatilgan bemorlarga zarur bo'lgan holatni berish;
- 6) bosib qolgan joylardan bemorlarni qo'shimcha shikast yetkazmasdan chiqarib olish.

Keyingi bosqich shikastlanganni xavfsiz joyga olib chiqish, saralashni o'tkazish, evakuatsiyaga tayyorlash va davolash maskaniga transportirovka qilishdan iborat. Armanistonda bo'lib o'tgan yer qimirlashi oqibatlarini bo'yicha xalqaro tadqiqot natijalari shuni ko'rsatadiki, agar og'ir jarohatlanganlarning transportirovkasi tayyorgarliksiz, ya'ni immobilizatsiyasiz va og'riqsizlantirmasdan amalga oshirilsa hamda transportirovka uchun moslanmagan (shaxsiy avtomobillarda) vositalarda olib borilsa, shikastlanganlarning aksariyati yo'lning o'zida juda og'ir va terminal holatga tushadilar yoki dunyodan ko'z yumadilar.

Shuning uchun ham shikastlanganlarning vaqtincha to'planish joyida jarohat og'irlik darajasini asbob-anjom tashxisi talab qilmaydigan elementar belgilar (bemor hushidami yoki yo'qmi, nafas olish xususiyati, asosiy va periferik tomirlardagi puls) orqali baholash, jarohatning tanada joylashuvi hamda xususiyatini aniqlash va eng yaqin shifo maskaniga evakuatsiya qilish uchun tayyorgarlik ko'rish katta ahamiyatga ega.

Shikastlanganlar holati va jarohatning og'irlik darajasiga qarab to'rt guruhga ajratiladi.

Birinchi guruhga kechiktirib bo'lmaydigan jarrohlik muolajasiga muhtoj bo'lgan, og'ir holatdagi bemorlar kiradi. Bu guruh umumiy shikastlanganlarning 20 % ni tashkil qiladi.

Ikkinchi guruhga holati o'rtacha og'irlikdagi bemorlar kirib, yordamni 6–8 soatga kechiktirish mumkin. Bu guruh umumiy shikastlanganlarning 20 % ni tashkil qiladi.

Uchinchi guruhdagilar holati yengil bemorlar bo'lib, ambulatoriya yordami bilan chegaralanish mumkin. Ular umumiy shikastlanganlarning 40 % ni tashkil qiladi.

To'rtinchi guruh – holati juda og'ir, aziyat chekishini yengillashtirishga muhtoj bemorlar. Ular umumiy shikastlanganlarning 20 % ni tashkil qiladi.

Shikastlanganlar ko'p miqdorda to'plangan joylardan birinchi navbatda hayoti xavf ostida qolgan (masalan, davomli ichki qon ketishi), lekin tirik qolish imkoniyati bor bo'lganlarni transportirovka qilish talab qilinadi. Terminal holatdagi bemorlarni shu joyda simptomatik yo'l bilan davolab, transportirovka qilinmaydi.

Shikastlanganlarni transportirovka qilish faqat sanitar transportida amalga oshirilishi kerak. Yordamchi transport vositasi sifatida yuk avtomobillaridan, avtobuslardan foydalanish mumkin, bunda bemorlarni matrasli shitlarga yotqizib olib borish maqsadga muvofiqdir. Olib boriladigan shifoxona 20 *km* va undan uzoq bo'lsa, vertolyotdan foydalanish ma'quldir.

Tabiiy ofatlar sonini kamaytirishda binolarning chidamli qurilishi, to'siqlar o'rnatilishi va boshqa maxsus himoya choralari bo'lishi katta ahamiyatga ega. Xona ichida zilziladan ko'riladigan talafotlarga qarshi himoya choralari sifatida quyidagilar bajarilishi lozim: isitish va boshqa moslamalarning bino devoriga qattiq mahkamlanishi, tom va tom yopg'ichlarining yengil, qattiq jihozlarning pol va devorlarga mahkamlanishi, shkaf va muzlatgichlarning zarbalardan himoyalangan bo'lishi, televizorlar yong'in va portlash xavfi bo'lganligi uchun devorga mahkamlangan bo'lishi kerak. Aholini zilzila xavfidan va undan ko'riladigan talafotni kamaytirish maqsadida muntazam o'qitib borish kerak.

YO‘L-TRANSPORT HODISALARIDA BIRINCHI TIBBIY YORDAM KO‘RSATISH XUSUSIYATLARI

Iqtisodiy rivojlangan mamlakatlarda yo‘l-transport hodisalari tufayli kelib chiqadigan jarohatlanish asosiy jarohatlanish turiga kiradi. Dunyo yo‘llarida har yili 8 millionga yaqin kishi yo‘l-transport hodisalari natijasida turli xildagi jarohatlar olib, ulardan qariyb 300 mingtasi halok bo‘ladi.

Ayniqsa, XX asrning ikkinchi yarmida transport turlarining ko‘payishi va iqtisodiyotimizga keng kirib borishi transport travmatizmining keskin o‘shishiga olib keldi. Transport travmatizmi bo‘yicha o‘lim darajasini cheklangan urushlar (Afg‘oniston, Checheniston) natijasida qurbon bo‘lganlar soniga solishtirsa bo‘ladi.

Odatda ko‘pgina hollarda yo‘l-transport hodisalari harakat ishtirokchilarining xavfsizlik qoidalariga rioya qilmasligi, uni qo‘pol ravishda buzishlari va mensimasliklari tufayli kelib chiqadi. Yo‘l-transport hodisalarining faqatgina 1/3 qismigina yo‘l holati va transport vositalarining texnik nosozligi natijasida sodir bo‘ladi. Yo‘l-transport hodisalarining qariyb yarmisi va undan ko‘prog‘i mastlik holatida, oxirgi yillarda esa narkotik moddalarni qabul qilish tufayli sodir etilmoqda. Shu tufayli yo‘l-transport hodisalarining oldini olishda ichkilik va giyohvandlikka qarshi chora-tadbirlar ham muhim o‘rin tutadi.

Yo‘l-transport vositalari tufayli sodir bo‘ladigan jarohatlar mexanik jarohatlar turiga kiradi. Ular boshqa turdagi mexanik jarohatlardan murakkabligi, ko‘p toifali va ba‘zi hollarda, ayniqsa temir yo‘l va aviatsiya halokatlarida ko‘p sonli bo‘lishi bilan tavsiflanadi.

Yo‘l-transport vositalari tufayli sodir bo‘ladigan jarohatlar xususiyati transport turiga to‘g‘ridan-to‘g‘ri bog‘liqdir. Jarohat yetkazgan transport turiga qarab jarohatlar quyidagi turlarga bo‘linadi:

- 1) avtomobil;
- 2) mototsikl;
- 3) traktor;
- 4) temir yo‘l transporti;
- 5) aviatsiya.

Avtomobil jarohatlari. Avtomobil jarohatlari deganda mexanik tana jarohatlari ko‘zda tutilib, ular harakatdagi avtomobilning tashqi va ichki qismlarining zarbi hamda harakatdagi avtomobildan yiqilish tufayli yuz beradi.

Avtomobil jarohatlari quyidagi turlarga bo‘linadi:

- a) harakatdagi avtomobilning odam bilan to‘qnashishi tufayli;
- b) avtomobil g‘ildiraklari bilan bosib o‘tish tufayli;

- v) harakatdagi avtomobildan yiqilish tufayli;
- g) avtomobil ichki qismlariga urilish tufayli;
- d) avtomobil va boshqa jismlar orasida ezilish tufayli;
- ye) kombinatsiyalashgan turlari.

Harakatdagi avtomobil bilan odam to'qnashishi tufayli sodir bo'ladigan jarohatlar eng ko'p uchraydi. Uning hisobiga umumiy avtomobil jarohatlarining 60 % to'g'ri keladi.

Jarohat olishning har bir bosqichi jarohatlangan shaxs tanasida o'ziga xos shikastlanishlarni yuzaga keltiradi. Bunda sinishlar va chiqishlar, ichki a'zolarining yirtilishi va uzilishi, bosh miya va umurtqa pog'onasining shikastlanishi, teri va teriosti to'qimalarining yirtilishi va shilinishi kuzatilishi mumkin. O'z vaqtida ko'p sonli bunday jarohatlar qon ketishi, shok holatlariga va o'limga sabab bo'lishi mumkin.

Yo'lovchilarning harakatdagi avtomobil bilan to'qnashuvining uch varianti tafovut qilinadi: avtomobilning old, yon va orqa qismlari bilan to'qnashuvi. Aksariyat ko'p hollarda bunday jarohatlar avtomobil old qismi zarbi hisobiga ro'y beradi.

Avtomobil g'ildiragi bilan bosib o'tish natijasida olinadigan jarohatlar mustaqil avtomobil jarohati sifatida kam uchraydi. Aksariyat ko'p hollarda bunday jarohatlar boshqa turdagi avtomobil jarohatlari bilan kombinatsiyalashgan holda uchraydi. Bu turdagi jarohatlarda shikastlanish darajasi avtomobil markasi, uning og'irligi va shinalar turiga bog'liq bo'lib, og'ir kechadi.

Harakatdagi avtomobildan yiqilish tufayli sodir bo'ladigan jarohatlar ko'proq qishloq joylarida uchraydi. Yo'lovchining kuzovdagi holati va transport harakat yo'nalishiga qarab yiqilish turli yo'nalishda bo'lishi mumkin, ya'ni yon tomonga, mashina yo'nalishi bo'yicha, orqa tomonga, bort bo'ylab va boshqalar. Bunda olinadigan jarohatlar balandlikdan yiqilganda olinadigan jarohatlarga o'xshaydi. Ko'pincha tayanch-harakat organlari, bosh-chanoq suyaklari va bosh miya shikastlanishlari kuzatiladi. Ayniqsa, bosh sohasi va tos suyaklarining shikastlanishlari boshqa sohalarga nisbatan xavfli bo'ladi.

Avtomobil ichki qismlariga urilish tufayli sodir bo'ladigan jarohatlar, odatda, katta tezlikda ketayotgan ikki mashinaning to'qnashishi tufayli yuz beradi yoki uning turg'un predmetga urilishi hamda ag'darilib ketishi tufayli sodir bo'ladi. Kabina ichidagi jarohatlar mashina harakatining keskin oshirilishi yoki to'satdan tormoz berilishi tufayli ham ro'y beradi. To'qnashuv natijasida mashina kuchli deformatsiyaga uchrasa, mashina ichidagi shaxs va shaxslar tanasi zarb ta'siri bilan birga qo'shimcha ravishda ezilishi mumkin.

Asosiy jarohatlar tananing old qismida, kamroq – yon sohasida kuzatiladi. Mashina ichidagi jarohatlar ko'p hollarda bosh va oyoq-qo'llarning shikastlanishi tarzida namoyon bo'ladi. Ko'p hollarda

avtomobil harakat tezligining keskin o'zgarishi yo'lovchi va haydovchida umurtqa pog'onasining bo'yin qismida o'ziga xos sinishlarning yuz berishiga olib keladi.

Avtomobil jarohatlarining avtomobil va jismlar orasida ezilish hamda kombinatsiyalashgan turlari yuqorida qayd etilgan turlarning ma'lum darajada birgalikda uchrashi tufayli sodir bo'ladi. Bunda jarohatlar nisbatan ko'pligi va og'irlik darajasining yuqoriligi bilan tavsiflanadi.

Mototsikl jarohatlari. Bunday jarohatlarning xususiyati va sodir bo'lish mexanizmi hali yetarli darajada o'rganilgan emas, chunki transport jarohatlarining bu turi yaqinda avtomobil jarohatlarining ichidan ajralib chiqdi. Mototsikl jarohatlarining kuzatilishida o'ziga xos davriylik xosdir. Yo'l-transport jarohatlarining bu turida yo'lovchi bilan birgalikda mototsikl haydovchisi va passajirning ham shikastlanishi ehtimoli juda yuqoridir. Bu esa harakat vositasining o'ziga xos konstruksiyasi bilan bog'liq. Mototsikl jarohatlarida aksariyat hollarda bosh sohasi, jumladan miyaning shikastlanishi hamda qo'l-oyoq suyaklarining ochiq va yopiq sinishlari xosdir.

Traktor jarohatlari. Xalq ho'jaligida g'ildirakli va tasma-zanjir harakatli traktorlar keng qo'llaniladi. Ularning qo'llanishi ba'zi hollarda kishilarning qurbon bo'lishi bilan kechadigan baxtsiz hodisalar kelib chiqishiga ham sabab bo'ladi.

Traktor jarohatlari tasma-zanjir harakatli traktor jarohatlari va g'ildirakli traktor jarohatlariga bo'linadi. Fildirakli traktor jarohatlari ko'pgina hollarda avtomobil jarohatlarini eslatadi, ammo bu turdagi jarohatlar shikastlanish og'irligi, murakkabligi va tana sohalarining bo'laklanish ehtimoli tufayli o'lim darajasining yuqoriligi bilan farq qiladi.

Tasma-zanjir harakatli traktor travmalari, aksincha, o'ziga xos bo'lib, ko'p hollarda jarohat xususiyatiga qarab traktor travmasi ekanligini, traktor turini, hatto uning tipi va markasini aniqlash imkonini beradi. Bunday traktor turi bilan yetkazilgan jarohatlar kam hollarda tananing bo'laklanishi bilan tavsiflanadi, faqat kam hollardagina, ya'ni traktor tanani ko'ndalang bosib o'tganda, oyoq-qo'llar, hatto boshning uzilishi kuzatilishi mumkin.

Temir yo'l jarohatlari. Temir yo'l jarohatlari qurbonlar miqdori bo'yicha avtomobil jarohatlaridan so'ng ikkinchi o'rinda turadi. Temir yo'l jarohatlari ko'pincha kechasi yoki ertalab sodir bo'ladi. Bunga asosiy sabab mashinistlarning charchashi, ular ish faoliyatining bir xilligi, ba'zi aholi yashamaydigan yo'llardan katta tezlik bilan harakatlanishidir.

Temir yo'l hodisalari jihatlari va sharoitlariga qarab, asosan quyidagi turlarga bo'linadi:

- 1) harakatdagi temir yo'l transporti urib ketishi tufayli;
- 2) temir yo'l transportining g'ildiraklari bilan bosib ketishi tufayli;
- 3) harakatdagi temir yo'l transportidan yiqilib tushish tufayli;

- 4) temir yo‘l transporti vagonlari orasida ezilish tufayli;
- 5) temir yo‘l transporti vagonlari ichida olinadigan jarohatlar.

Harakatdagi temir yo‘l transportining urib ketishi tufayli olinadigan jarohatlar eng ko‘p uchraydi. Hozirgi vaqtda yuqori tezlik va zamonaviy shaklga ega bo‘lgan yangi markali lokomotivlarning amaliyotga keng kirib borishi temir yo‘l jarohatlarining bu turi miqdorining oshishiga olib keladi. Bunday jarohatlarda zarb teplovoz, elektrovoz va boshqalarning oldingi yuzasi bilan inson tanasining barcha sohalariga yetkaziladi.

Shuning uchun katta, tarqalgan va og‘ir jarohatlanishlar kuzatiladi. Umuman, temir yo‘l transporti tufayli kelib chiqadigan jarohatlanishlar o‘ziga xos bo‘lib, bunda tananing ko‘p qismi bir vaqtning o‘zida og‘ir shikastlanadi, ichki organlar, ba‘zan miya faoliyatining o‘tkir buzilish hollari uchraydi. Shu sababli ham bu kabi jarohatlar pirovard-natijada shikastlanganning nogiron bo‘lib qolishiga yoki o‘limiga olib keladi. Lekin hamma vaqt ham bemor, ya‘ni jarohatlanuvchi shunday ayanchli holda qolmasligi mumkin. Ko‘p hollarda atrofdagilar tomonidan ko‘rsatiladigan tibbiy yordam o‘z vaqtida, to‘g‘ri va benuqson bajarilsa, shikastlangan bemor hayotini saqlab, turli asoratlarning oldini olish mumkin bo‘ladi.

Aviatsiya jarohatlari. Jarohat olish mexanizmiga qarab aviatsiya jarohatlarining uch turi tafovut qilinadi:

- 1) samolyot ichida, uchish vaqtida olinadigan jarohatlar;
- 2) samolyot ichida, uning qulashi va yerga urilishi tufayli olinadigan jarohatlar;
- 3) yerda samolyot bo‘laklari tufayli olinadigan jarohatlar.

Samolyot jarohatlarida asosiy jarohat chaqiruvchi omillarga dinamik va zarbaviy zo‘rayishlar, qarama-qarshi havo oqimi, portlash dekompressiyasi, to‘mtiq predmetlar, portlash to‘lqini, yong‘in, zaharli yonish mahsulotlari, samolyot tashqi qismlari kiradi. Ana shu faktorlar ta‘sirida samolyot falokatiga uchragan shaxslarda o‘ta murakkab bo‘lgan jarohatlanishlar kuzatiladi.

Aviatsiya va temir yo‘l halokatlari, odatda, ko‘p sonli jarohatlanishlarga va ko‘p insonlarning o‘limiga olib keladigan falokatlar qatoriga kiradi. Shu tufayli shikastlanganlarga yordam ko‘rsatishda ularni saralash, guruhlariga bo‘lish va ma‘lum ketma-ketlikda birinchi tibbiy yordam ko‘rsatish katta ahamiyat kasb etadi.

Ko‘krak qafasining shikastlanishi. Ko‘krak qafasining shikastlanishiga lat yeyish, qisilish, chayqalish, qovurg‘alar va to‘sh suyagining sinishlari kiradi.

Ko‘krak qafasining lat yeyishi yo‘l-transport falokatlari oqibatida to‘g‘ridan-to‘g‘ri urilish, har xil nurashlar, balandlikdan yiqilish natijasida sodir bo‘ladi.

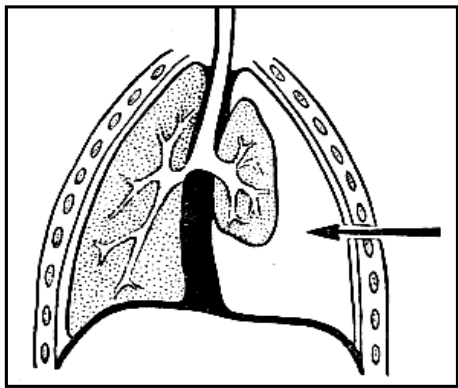
Ko'krak qafasi lat yeganda teriosti qavati va qovurg'alar orasidagi muskullarga qon quyilishi natijasida og'riq paydo bo'lib, bosib ko'rilganda va nafas olganda va chiqarganda u kuchayadi. Og'riq taxminan bir hafta ichida sekin-asta kamayib boradi va izsiz yo'qoladi. Qovurg'alar singanda uzoqroq davolash zarur bo'ladi.

Birinchi yordam ko'rsatilganda qontalash va og'riqni kamaytirish maqsadida sovuq (muzli pufak) va lat yegan joyga xloretil qo'yiladi.

Ko'krak qafasining qisilishi jarohatlanishning og'ir turlaridan hisoblanib, bir-biriga qarshi (shoshilinch ravishda) ikki kuch ta'sirida (ikki og'ir narsaning qisishi) kelib chiqadi. Ko'krak qafasining qisilishida havoning yetishmasligi, pulsning tezlashishi, yuz va bo'yin terilarida nuqtasimon qon quyilishi bilan bo'ladigan ko'karish ro'y beradi. Og'ir hollarda qon tuflash kuzatiladi.

Birinchi yordam ko'rsatilayotganda jarohatlanganlarni ta'sir etuvchi kuchdan ajratib, shoshilinch ravishda og'riq qoldiruvchi (morfin, promedol) dorilar muskullar orasiga yuboriladi. Lekin nafas yetishmovchiligida morfin yuborish maqsadga muvofiq emas, chunki u nafas markazi faoliyatini susaytiradi. Bemorlarga osoyishtalik yaratilib, tezlikda ular davolash muassasasiga jo'natiladi. Nafas olish qiyinlashganda sun'iy o'pka ventilatsiyasi yoki sun'iy nafas oldirishning og'izdan-og'izga, og'izdan-burunga usullaridan foydalanish lozim.

Ko'krak qafasi chayqalishi organizmga portlash to'lqini ta'sir qilinganida kelib chiqadi. Bunda mahalliy o'zgarishlar bo'lmasdan, birinchi planga shokka o'xshash umumiy belgilar chiqadi. Arterial qon



30-rasm.

bosimining pasayishi, tomir urishining tezlashuvi, yuzaki nafas olish, havo yetishmasligi, terining oqarishi, qusish, yuz teri sohasining ko'karishi va qon tuflash ro'y beradi. Bemorga birinchi yordam sifatida og'riq qoldiruvchi dori-darmonlar beriladi va chalqancha yotgan holda shifoxonaga jo'natiladi.

Ko'krak qafasining yopiq shikastlanishlari ko'pincha qovurg'alar sinishi natijasida kelib chiqadi. Qovurg'alar sinishi oddiy yoki murakkab bo'lib, ular sinishi

natijasida atrofidagi yumshoq to'qimalar, qon tomirlari va o'pka zararlanishi tufayli teri osti enfizemasi, gemotoraks, pnevmotoraks kelib chiqishi mumkin (30-rasm).

Qovurg'alar sinishining asosiy belgilaridan biri nafas olishda, yo'talganda, gavdani qimirlatganda paydo bo'ladigan mahalliy og'riq hisoblanadi. Ko'krak qafasi bosib ko'rilganda og'riq yaqqol seziladi yoki krepatatsiya aniqlanadi. Murakkab sinishlarda esa o'pkadan chiqadigan

havoning teriosti qavatiga o'tishi natijasida teriosti enfizemasi paydo bo'ladi, bosib ko'rilganda qorning g'ichirlashidek ovoz beradi.

Birinchi tibbiy yordam bemorga qulaylik yaratish, shikastlangan sohaga enli bint, sochiq, choyshab yoki shunga o'xshash narsalar bilan qattiq bosib turuvchi aylanma bog'lam qo'yishdan iboratdir.

Asoratsiz bo'lgan sinishlarda mehnat qobiliyati o'rtacha 3–5 hafta, o'pka to'qimasining shikastlanishi bilan bo'lgan murakkab sinishlarda esa 2–2,5 oydan so'ng tiklanadi.

Shunday qilib, ko'krak qafasi shikastlangan shaxslarga birinchi tibbiy yordam jarohat sohasiga steril germetik bog'lam qo'yish, og'riq shokining oldini olish chora-tadbirlarini qo'llash, shikastlanganlarga qulay holatni ta'minalash va davolash muassasasiga ehtiyotkorlik bilan yetkazishdan iborat bo'ladi.

Yo'l-transport hodisalarida birinchi tibbiy yordam ko'rsatish xususiyatlari

Voqea sodir bo'lgan yerda dastlabki tibbiy yordamning muvaffaqiyatli chiqish shartlaridan biri, hodisa ro'y bergan vaqtning dastlabki daqiqalaridan boshlab shikastlangan shaxs atrofida qolgan o'zini yo'qotmay dadil harakat qilishlari lozimdir. Har qanday favqulodda jarohatlanishlarda ham tezlik bilan telefon orqali tez yordam mashinasini chaqirish, YHX xodimlaridan shikastlanganni yaqin atrofdagi shifoxonaga yotqizishni iltimos qilish va boshqa shu kabi chora-tadbirlarni amalga oshirish kerak bo'ladi.

Ko'p hollarda piyodalar yo'l chorrahalaridan o'tayotganda yoki ikki avtomashina to'qnashuvi natijasida jarohat olishlari mumkin (to'g'ri yoki yon tomondan kuchli zarba, yo'lga yiqilib tushish va h. k.). Shu bilan birga, avtomobil ichida, masalan, inersion kuch bilan haydovchi boshining birdan orqaga ketishi, avtomobil saloni ichki qismlariga urib olish hollari ko'p uchraydi.

Jarohatlanuvchining yuz qismi, burni shikastlanishi tufayli qon ketishi, kuchli og'riq va shok holati, bosh chanoq suyaklarining shikastlanishi, shu jumladan bosh asos suyaklarining sinishi, quloqdan, burundan qon ketishi, ko'z atrofi yumshoq to'qimalariga qon quyilib «ko'zoynak» belgisining paydo bo'lishi, bosh miya chayqalishi va lat yeyishi hisobiga ko'ngil aynishi, qusish, hushdan ketish va boshqa belgilar kuzatiladi. Ayniqsa, umurtqa pog'onasining bo'yin qismi shikastlanishi og'ir oqibatlariga olib keladi. Bunda bemor qo'l va oyoqlarida sezgi va harakat buziladi.

Haydovchining rul chambaragiga qattiq urilishi natijasida to'sh suyagi va qovurg'alari shikastlanadi. Shu bilan birga, nafas olish faoliyati yomonlashuvi, yurak sohasi jarohatlanganda esa travmatik infarkt (ayniqsa, qari xaydovchilarda) kelib chiqishi mumkin. Travmatik infarktda

bemor yurak sohasidagi og'riqdan, unga dorilar ta'sir qilmayotganidan shikoyat qilishi mumkin. Shu bilan birga, bemor sarosimalik va qo'rqinch, bo'g'ilish va holsizlik, teri qatlamlarining och kulrang tusga kirganini va hushini yo'qotayotganini sezadi.

Odatda, yo'l-transport hodisalari natijasida jarohatla-nishlarda voqea sodir bo'lgan yerda o'z-o'ziga va o'zaro yordam choralari qo'llaniladi. Dastlabki vrachlik yordamini esa «Tez tibbiy yordam» brigadasi amalga oshiradi. Katta shaharlarda maxsuslashtirilgan «Tez tibbiy xizmat» brigadasi tashkil etilgan. Lekin, jarohatlangan kishilarni davolash muassasalariga ko'pincha begona shaxslar avtotransportida yoki YHX xodimlari yetkazadi. Demak, shikastlanganlar hayoti birinchi navbatda ana shu kishilarning tibbiy tayyorgarligiga bog'liq bo'ladi.

Yo'l-transport hodisalari tufayli jarohatlanish shahar ichi va tashqarisida bir xil sabablar bilan yuzaga kelmaydi. Shahar ichida ko'proq piyoda ketayotgan yo'lovchilarni harakatdagi transport vositasi urib yuborishidan, shahar tashqarisida esa transport vositalarining o'zaro to'qnashuvidan jarohatlar yuzaga keladi. Jarohatlar asosan yuk avtomobillari tomonidan sodir etiladi. Masalan, shikastlanganlarning har beshtadan biri shu sababli dunyodan ko'z yumadilar.

To'qnashuv vaqtida haydovchi va uning yonidagi yo'lovchi o'tirgan yerlaridan oldinga va yuqoriga uriladilar. Ba'zi hollarda esa ular o'tirg'ichlarning mahkamlangan joyidan uzilishi tufayli, mashinadan uchib ketadilar. Haydovchi va yo'lovchi mashinaning oldingi tom qismi va ustuniga boshlari bilan urilishi mumkin. Bunda haydovchi yonidagi yo'lovchilarga qaraganda ko'proq jarohatlanadi, chunki u ko'kragi yoki qorni bilan rul chambaragiga uriladi. Orqada o'tirgan yo'lovchilar ham oldinga va yuqoriga urilib, bosh va bo'yin sohaslarida jarohat oladilar. Ular oldingi o'tirg'ich ustidan o'tib oldingi oynaga urilishlari yoki singan oyna orqali tashqariga chiqib ketishlari mumkin. Jarohatlarning og'irligi oldinda va orqada o'tirgan yo'lovchilarda bir xil emas. Masalan, haydovchi o'z yonidagi yo'lovchiga nisbatan 7 marta, orqada o'tirganga nisbatan esa 5,5 marta ko'proq o'limga duchor bo'ladi.

To'qnashuv vaqtida avtomobilda bo'lgan kishilarning deyarli barchasi jarohatlanadi. Shu jarohat tufayli o'lganlarning 95 % da qo'shma va murakkab shikastlanishlar uchraydi. Eng ko'p qo'shma jarohatlar quyidagilardir: bosh-qo'l-oyoq, bosh-ko'krak, bosh-qorin, bosh-ko'krak-oyoq-qo'l, bosh-ko'krak-qorin-oyoq-qo'l. Shuni ta'kidlash kerakki, ko'proq uchraydigan shikastlanish turi miya chanoq suyaklarining sinishidir. Ikkinchi o'rinda ko'krak qafasi shikastlanishlari (qovurg'a va to'sh suyaklari jarohati), uchinchi o'rinda esa oyoq suyaklarining sinishi turadi. Ichki organlarning shikastlanishi bo'yicha ko'proq bosh miya va ichki a'zolarining jarohatlanishi uchraydi. O'lim kelib chiqishida bosh miya jarohatlari, shok va qon ketishi asosiy o'rin tutadi.

Qo'shma jarohatlar tufayli kelib chiqadigan o'limga esa ko'proq ichki organlar bilan tayanch-harakat apparatining birgalikda shikastlanishi sabab bo'ladi. Yo'l-transport hodisalarida shikastlanganlarning hayoti ko'proq kasalxonagacha bo'lgan bosqichda hal qilinishi lozim, chunki tibbiy yordam xodimlari aksariyat hollarda kechikadilar. Shuning uchun shikastlanganlarga birinchi tibbiy yordam ko'rsatish fojia yuz bergan yerda «asfaltda» tezlik bilan va sifatli amalga oshirilishi kerak.

Yo'l-transport falokati ishtirokchilariga birinchi tibbiy yordam ko'rsatilishida shikastlangan transport vositasi ichida yoki undan chiqarib olish ham alohida ahamiyat kasb etadi. Ba'zida avtomobil eshiklari ochilmaydigan bo'lib qolishi, kuzovining qattiq deformatsiyaga uchrashi sababli shikastlanganlarni avtomobildan chiqarib bo'lmay qoladi. Jarohatlanganlarni avtomobil ichidan kuch ishlatib tortish ularga ortiqcha shikast yetkazishga olib keladi.

Shunday qilib, jarohatlanganlarni avtomobildan ajratib olayotganda kuch ishlatib tortmasdan, surib, ko'tarib, xalaqit berayotgan avtomobil qismlarini sindirib bo'lsa ham, asta-sekin ikki yoki uch kishi yordamida chiqarish kerak. Shikastlanganning ahvolini og'irlashtirmaslik uchun uni avtomobil ichida qanday holatda uchratilgan bo'lsa, shu holatda chiqarib olish lozim. Agar shikastlanganni bir kishi chiqarib olayotgan bo'lsa, o'z-o'zidan ma'lumki holatini o'zgartirishga to'g'ri keladi, lekin shunda ham bosh va bo'yin sohalarini qimirlatmasdan olish kerak.

Transport haydovchisi turli to'qnashuvlarda kuchli zarb natijasida ko'krak qismi bilan rul chambaragiga urilib ketadi. Shunda ikki tomonlama bir yoki ko'plab qovurg'alar sinishi mumkin. Shuni nazarda tutib, bemorni ajratib olayotgan vaqtda ko'krak qafasini ezib yubormaslik kerak, chunki singan qovurg'alar siljishi natijasida og'riq, qon ketishi, ichki a'zolar ikkilamchi jarohatlanishi kuzatilishi mumkin. Agar shikastlangan kishida qovurg'a singanligiga shubha tug'ilsa, uni qo'ltiq qismidan ushlash kerak, shunda qovurg'alar himoyalangan hisoblanib, jarohati og'irlashmaydi.

Shahar ichida yuz bergan yo'l-transport hodisalarida, agar tez tibbiy yordam mashinasi bir necha minut ichida kela olmasa, mashina ichidagi shaxs hushida bo'lib, hech qayeri ezilmagan hamda reanimatsion choralarga muhtoj bo'lmasa, uni chiqarib olish kerak. Agar mashinadan yonayotgan elektr simlari yoki benzin hidi kelayotgan bo'lsa, tezlik bilan jarohatlaganni chiqarib olish va haydovchi, yo'lovchilarni uzoqroq masofaga olib borish lozim. Shunday so'ng hayot uchun xavfli jarohatlar bor yoki yo'qligi aniqlanadi. Bundan tashqari, shikastlanganlarga ko'rsatiladigan yordam ketma-ketligi, hajmi va saralash (agar bir necha kishi bo'lsa) tadbiri o'tkaziladi.

Tibbiy saralashni qanday qilib mukammal o'tkazish mumkin? Agar shikastlangan behush holda bo'lsa, saralash «o'likmi-tirikmi» degan qoida

bilan boshlanadi. Agar bevosita fojia yuz bergan joyda o'lim kuzatilsa, u holda ko'proq bosh miya va ko'krak qafasi jarohati to'g'risida o'ylash kerak. Bunda, albatta, bosh miyaning og'ir shikastlanishi, ya'ni bosh suyagining ochiq sinishlari, miyaga qon ketishi, miya moddasining chiqib ketishi ko'zda tutiladi.

Ko'krak qafasining og'ir shikastlanishlarida uning deformatsiyasini ba'zida ko'z bilan ko'rish yoki qo'l bilan ushlab qovurg'alar qimirlayotgani, qo'pol krepatatsiya borligidan bilish mumkin.

Bosh-chanoq suyaklarining og'ir jarohatlarida quloq va burun teshigidan qon ketishi, ko'krak qafasi og'ir shikastlanganida qon burundan va og'izdan oqishi mumkin. Bunda teri qoplamalari oqargan yoki ko'kargan bo'lib, qorachiqalar kengayib, yorug'likda o'zgarmaydi. Tomirlar urishi qo'lda ham, bo'yinda ham aniqlanmaydi. Yurak faoliyati to'xtaydi. O'pka faoliyatining to'liq to'xtaganligini, bemorning og'ziga yaqinlashtirilgan oyna bo'lakchasining terlamasligi orqali aniqlanadi.

Yo'l-transport fojialarida jarohatlanuvchi tirik bo'lsa qanday ketma-ketlikda yordam ko'rsatiladi? Tez yordam mashinasi kelgunga qadar yoki boshqa transport vositasi bilan olib ketilguncha shikastlangan ahvoli, jarohatining og'ir yoki yengilligini baholash kerak bo'ladi. Jarohatlanganda deformatsiya belgilari, qo'l-oyoqlarida g'ayrioddiy harakatlar bor yoki yo'qligi, yaralardan qon ketish jadalligi, yurak faoliyatini tekshirish lozim. Agar falokatdan keyin jarohatlanuvchida organizm faoliyati va o'zini his etishi qoniqarli bo'lsa ham, uni yaqin oradagi davolash muassasasiga yuborish lozim bo'ladi. Bemorda nafas olish jarayoni buzilgan bo'lsa, og'iz bo'shlig'i tekshirib ko'riladi, qayt qilish mahsulotlarini salfetka yoki ro'molcha orqali chiqarib tashlanadi. Agar arterial qon ketish hollari kuzatilsa, o'sha tomirning yuqorirog'idan bosib turish yo'li bilan qonni to'xtatib, keyin jgut kabi qon to'xtatuvchi anjomlardan foydalanish mumkin.

Shikastlanganda suyak sinishlari to'liq inkor etilmaguncha bemorni yurgizish kerak emas. Qo'shimcha jarohatlardan xoli bo'lish uchun bemor kiyimlariga tegilmaydi, faqat nafas qisilish kabi holatlarda kiyim yoqasi va belini bo'shatish, zarur hollarda kiyimni yirtish yoki qisman yechish mumkin. Shikastlangan yotqizilgach, yana bir karra nafas yo'llarining o'tkazuvchanligi tekshirilib, tili orqaga tushib qolsa, uni salfetka bilan ushlab tortiladi. Agar umurtqaning bo'yin qismi shikastlanmagan bo'lsa, uni yon tomonga burish mumkin.

Nafas olishning qayta to'xtab qolishi oldini olib, bemor yonboshlatib yotqiziladi. Agar nafas olish tiklanmasa, sun'iy nafas beriladi. Buning uchun bemorning boshi orqaga tortilib, nafas yo'llaridan havo o'tishi ta'minlanadi.

Ko'krak qafasining ochiq jarohati orqali havo kirayotgan bo'lsa, darhol jarohatni steril salfetka yoki tozaroq mato yoki hech narsa bo'lmasa, kaft bilan yopish lozim.

Fojia yuz bergan joyda jarohatlanuvchida hayot uchun xavfli tashqi qon ketishi bo'lganda uni to'xtatish kerak. Buning uchun ko'pincha dastlab steril bog'lam qo'yiladi. Agar bu usul yordam bermasa, jgut yoki tomirni bosuvchi boshqa usullar qo'llaniladi. Jgut sifatida belbog', tasma, ro'molcha kabi anjomlar ishlatilishi mumkin.

***HURMATLI O'QUVCHI! SHIKASTLANGAN ODAMNING
SALOMATLIGI, AYNIQSA UNING HAYOTI SHU ATROFDAGI
ODAMLARNING XATTI-HARAKATLARIGA BOG'LIQLIGINI
E'TIBORG A OLSAK, HAR BIR SHAXSNING BIRINCHI TIBBIY
YORDAM KO'RSATISH MALAKALARIGA EGA BO'LISHI KATTA
AHAMIYATGA EGA.***

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

- Бобков Ю. К.* Первая и доврачебная помощь при лекарственных и бытовых отравлениях. – М., 1982.
- Бодяжина В. И.* Акушерство. – М., 1985.
- Брукман М. С.* Доврачебная помощь при острых хирургических заболеваниях и несчастных случаях. – Л., 1980
- Гордиенко Е. А., Крылов А. А.* Руководство по интенсивной терапии. – Л., 1986.
- Дубров Я. Г.* Амбулаторная травматология. – М., 1986.
- Злконин Б. Л., Бородулин В. А., Кисин А. Г.* Неотложная диагностика и терапия. – Л., 1979.
- Каплан А. В.* Повреждения костей и суставов. – М., 1979.
- Комаров Б. Д.* Скорая медицинская помощь. – М., 1984.
- Комаров Б. Д.* Неотложная хирургическая помощь при травмах. – М., 1984.
- Ладный И. Д., Гольд Э. Ю., Марчук Л. М., Богатырев О. Ф.* Руководство по предупреждению заноса и распространения особо опасных инфекций. – М., 1979.
- Медицинская термиология / Под ред. В. В. Кучерук.* – М., 1979.
- Розин Л. Б., Баткин Л. А., Катрушенко Р. Н.* Лечение ожогов и отморожений. – Л., 1984.
- Русаков А. Б.* Транспортная иммобилизация. – М., 1975.
- Скрипкин Ю. К., Машикеллейсон А. Л., Шарапова Г. Я.* Кожные и венерические болезни. – М., 1995.
- Справочник по оказанию скорой медицинской помощи / Под ред. Е. Н. Чаъзова.* – М., 1974.
- Тарасов А. Н., Гордиенко Е. А.* Неотложная доврачебная помощь при сердечно-сосудистых заболеваниях. – Л., 1983.
- Тимофеев Н. С., Тимофеев Н. Н.* Асептика и антисептика. – Л., 1980.
- Ткаченко С. С., Шаповалов В. М.* Оказание доврачебной помощи при повреждениях опорно-двигательного аппарата. – Л., 1984.
- Цибуляк Г. Н.* Реанимация на догоспитальном этапе. – Л., 1980.
- Юрихин А. П.* Десмургия. – Л., 1984.

МУНДАРИЖА

Soʻz boshi	3
Birinchii tibbiy yordam koʻrsatishning asosiy prinsiplari. ichki ishlar organlari faoliyatida tibbiy deontologiyani qoʻllash.....	4
«Tez tibbiy yordam» xizmatini tashkil qilish.....	4
Odam anatomiyasi va fiziologiyasi.....	17
Tayanch-harakat tizimi	17
Muskullar tizimi	21
Ovqat hazm qilish tizimi.....	24
Nafas olish tizimi.....	26
Qon tomirlar tizimi	28
Limfa tizimi	32
Siydik ajratish tizimi.....	32
Koʻpayish aʼzolari	33
Asab tizimi.....	34
Sezgi aʼzolari	36
Antiseptika va aseptika	38
Rivojlanish tarixi	38
Qon ketishi.....	49
Qon ketishini toʻxtatish choralari	55
Jarohatlar	61
Termik shikastlanishlar. Kuyishlar.....	70
Sovuq olishi va muzlash	75
Elektr tokidan shikastlanish	77
Atmosfera tokidan shikastlanish.....	79
Tayanch-harakat aʼzolarining shikastlanishlari.....	80
Bosh suyagining shikastlanishlari.....	80
Umurtqalarning shikastlanishi	88
Desmurgiya.....	98
Bogʻlamlarning turlari	99
Jarohatlanganlar immobilizatsiyasi va ularni shifoxonagacha tashish (transportirovka qilish)ni tashkil etish.....	111
Transport immobilizatsiyasi.....	111
Oʻtkir jarrohlik infeksiyalari.....	117
Teri va teriosti yogʻ toʻqimalarining yiringli kasalliklari	118
Qorin boʻshligʻi va ayiruv aʼzolarining oʻtkir kasalliklari hamda jarohatlari.....	123
Qorin devori va qorin aʼzolarining shikastlanishi.....	124
Qorin boʻshligʻi aʼzolarining kasalliklari.....	126
Ayiruv aʼzolarining kasalliklari va jarohatlari	130

O'tkir yurak-tomir kasalliklari va bronxial astmada birinchi tibbiy yordam	132
Yuqumli kasalliklarning asosiy belgilari.....	148
Teri-tanosil kasalliklari	161
O'ta xavfli infeksiyalar. O'ta xavfli infeksiya o'choqlarida profilaktika usullari	177
Epileptik va isterik tutqanoqlarda hamda ruhiy kasalliklarning o'tkir davrida birinchi yordam ko'rsatish.....	185
Xavf tug'diruvchi holatlar (cho'kish, bo'g'ilish va zaharlanish)da yordam ko'rsatish.....	197
Hushdan ketish, kollaps va shokda birinchi yordam ko'rsatish.....	203
Ekstremal holatlar (klinik o'lim)da yordam ko'rsatish.....	207
To'satdan boshlangan tug'ish jarayonida yordam ko'rsatish.....	212
Favqulodda holatlar (yer qimirlashi, suv toshqini, o'pirilish va bosib qolish)da birinchi tibbiy yordam ko'rsatish xususiyatlari	223
Yo'l-transport hodisalarida birinchi tibbiy yordam ko'rsatish xususiyatlari	234

Marat Nishanovich RIZAYEV,
O‘zbekiston Respublikasida xizmat ko‘rsatgan fan arbobi,
tibbiyot fanlari doktori, professor

Iskandar Rahimovich MAVLYANOV,
tibbiyot fanlari doktori, professor

Obid Ramazanovich MIRTURSUNOV
tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

BIRINCHI TIBBIY YORDAM

Darslik

Muharrir ***T. J. Qurbonov***
Texnik muharrirlar ***M. M. Safarov, I. E. To‘rayev***
Kompyuterda sahifalovchi ***E.S. Jiyanbayeva***

Bosishga ruxsat etildi 26.06.2005 y. Hajmi 20,0 bosma taboq.
Tiraj 400 nusxa. Buyurtma № Kelishilgan narxda

O‘zbekiston Respublikasi IIV Akademiyasi
700197, Toshkent sh., Intizor ko‘ch., 68