

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА  
МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

**АГЗАМХОДЖАЕВ Т.С., ХАЙДАРОВ М.Б.,  
ТОЛИПОВ М.Г., БЕКНАЗАРОВ А.Б.,  
МАМАТҚУЛОВ И.Б.**

Билим соҳаси - ижтимоий таъминот ва соғлиқни сақлаш –  
500000

Таълим соҳаси - Соғлиқни сақлаш - 510000

**“Анестезиология ва реанимацияда ҳамширалик иши”**  
фанидан

**“Анестезиология ва реанимацияда ҳамширалик иши”**  
ўқув қўлланмаси

Олий ҳамширалик иши - 5510700  
таълим йўналиши учун

Тошкент 2020 й.

Ўқув қўлланма уч қисмдан иборат бўлиб, яъни реанимация, интенсив терапия, анестезиология асослари, ва амалий машғулотларга услубий тавсияларни ўз ичига олади. Қўлланма мутахассислик коди 5510700 бўйича тасдиқланган тиббиёт олий ўқув юртларининг «Анестезиология ва реанимацияда ҳамширалик иши» йўналиши бўйича тайёрланган. Ўқув қўлланма анестезиология ва реанимация, интенсив терапияда ҳамширалик иши мутахассислиги бўйича назарий қисм ва амалий кўникмаларни ўз ичига қамраб олади.

Ўқув қўлланма тиббиёт олий ўқув юртлари «Анестезиология ва реанимацияда ҳамширалик иши» йўналиши ва тиббиёт билим юртлари талабалари ҳамда қўшимча малака ошириш курслари тингловчилари учун мўлжалланган.

*Ҳамшираларга жуда катта халқ ишончи юклатилган. Уларга одам ҳаёти ва соғлиги ишонилади. Аниқлик, одамгарчилик, муомала, ўз ишини устаси – тиббиёт ходимининг ҳақиқий касбининг гаровидир.*

## Мундарижа

### I – қисм.

Қисқартма луғатлар.....	4
Реаниматология хизматини ташкил қилиш ва унинг хизмат азифаси.....	6
3. Терминал ҳолатлар ва клиник ўлим. Юрак ўпка ва мия реанимацияси.....	8
4. Сув - электролит алмашинуви. Кислота - ишқор ҳолати. Қон реологияси.....	16
5. Ўткир нафас етишмовчилиги .....	20
6. Ўткир юрак қон – томир етишмовчилиги.....	29
7. Марказий нерв тизимини ўткир бузилишлари.....	36
8. Шок ҳолатлари.....	47
9. Ўткир захарланишлар.....	60
10. Ўткир жигар, буйрак, буйрак усти беши етишмов-чилиги, кўп вақт эзилиш синдроми, организмни сунъий равишда детоксикация усуллари.....	70
11. Электрдан жароҳат, чўкиш, ўзини осиш, музлаш, иссиқ ва қуёш уриши.....	76
12. Неонатологияда реанимация ва интенсив терапия.....	85
13. Клиник фармакология.....	91

### II – қисм.

Анестезиология асослари. Наркоз ҳақида тушунча. Наркоз аппаратлари. Наркоз таснифи. Наркоз стадияси. Наркозда қўлланиладиган препаратлар. Наркоз асоратлари. ....	98
---	----

### III – қисм.

Амалий машғулотларга услубий тавсиялар.....	104
Фавқулотда вазиятлар.....	119
Назорат тест саволлари.....	127
Вазиятли масалалар.....	134

Амалий кўникмалар алгоритми.....	138
Бўлими хамшираси мажбуриятлари.....	142
Тиббий терминлар лўғати.....	150
Фойдаланилган адабиётлар.....	152

### **Қисқартма лўғатлар.**

«АВС» - реанимация комплекси

АБ – артериал босим

АБ сист. – артериал босим систолик

АБ диаст. – артериал босим диастолик

АРБ – анестезиология – реанимация бўлими

В/и – вена ичига

М/и – мушак ичига

Т/о – тери остига

ЮНЙ – юқори нафас йўли

ТИҚТИС – томир ичида қонни тарқоқ ивиши синдроми

ОИТ – ошқозон – ичак тракти

СЎВ – сунъий ўпка вентиляцияси

ИТ – интенсив терапия

КИХ – кислота – ишқор ҳолати

ЎНЕ – ўткир нафас етишмовчилиги

ЎМИ – ўткир миокард инфаркти

ЎБЕ – ўткир буйрак етишмовчилиги

МЎҚАБ – мияда ўткир қон айланишини бузилиши

ЎЮҚТЕ – ўткир юрак қон – томир етишмовчилиги

УАҚҲ – умумий айланаётган қон ҳажми

УВЭС – узоқ вақт эзилиш синдроми

ЯМП – янги музлатилган плазма

ЮЎР – юрак – ўпка реанимацияси

ТБД – трахея – бронх дарахти

ТН – трахеостомик найча

ЎАТЭ – ўпка артерияси тромбоземболияси  
МВБ – марказий веноз босим  
МНТ – марказий нерв тизими  
НХС – нафас харакати сони  
ЮҚС – юрак қисқаришлар сони  
ЭКГ – электрокардиограмма  
ЭТН – эндотрахеал найча

## **I – қисм.**

### **Анестезиология ва реаниматология хизматини ташкил қилиш ва унинг вазифалари**

**Реаниматология** – бу ўлим ва тирилиш қонунларини ва асосланмаган ўлимни олдини олиш мумкинлигини ўргатадиган фандир. Асосланмаган ўлимни ҳозирги замондаги билимлар ва имкониятларни эътиборга олсак, демак, олдини олиш мумкин.

**Реанимация** – бу комплекс муолажалар тизими бўлиб, организмни вақтинчалик йўқотилган ёки жуда чуқур бузилган функцияларини махсус реанимация муолажалари (ЎСВ, юрак массажи, дефибрилляция) ёрдамида тиклашга йўналтирилган ҳолатдир.

**Интенсив терапия** – реанимациянинг ажралмас бир қисми бўлиб, организм учун ҳаётий зарур бўлган аъзолар функциялари бузилишлари профилактикаси ёки уларни сунъий равишда ушлаб туришга йўналтирилган муолажалар тизими.

### **Анестезиология ва реанимация хизмати вазифалари.**

1. Анестезияга тайёргарликни ўтказиш, қулай анестезия усулини аниқлаш ва танлаш (умумий оғриксизлантиришни ўтказиш, эпидурал, спинал анестезия ва нерв чигалларини блокадаси).
2. Операциядан кейинги даврда организмни муҳим аъзолари функциялари мутадиллашгунга қадар ИТ ўтказиш.
3. Терминал ҳолатдаги беморларга ИТ ўтказиш.
4. Шифохона бошқа бўлимлардаги беморларга консултатив ёрдам ёки ИТ ўтказиш.
5. Тиббий хужжатларни юритиш.
6. АРБ ходимларини малакасини ошириш.
7. Бошқа бўлим ходимларини реанимация асосларига ўргатиш.

### **Анестезиология ва реанимация хизмати структураси.**

АР хизмати структураси шифохона йўналишидан келиб чиқади лекин, мажбурий бўлиши керак бўлган бўлимлар ҳам бор.

Анестезиологик бригада, анестезияни таъминлаш мақсадида.

Сутка давомида палатада ишлайдиган реанимацион бригада.

Сутка давомида ишлайдиган лаборатор бригада.

Техник - хўжалик бригадаси (хўжалик - бекаси, кислород бўйича мутахассис ва бошқалар).

### **АРБ тузилиши ва таъминланганлиги.**

АРБ қуйидаги хоналар билан таъминланиши лозим: операция – анестезиология бўлимда наркоз ўтказиш хоналари, ИТ палаталари, реанимация зали, биохимик экспресс-лабораторияси, бека хонаси, хўжалик хоналари, (шифокорлар, хамширалар ювиниш хонаси, хожатхона ва бошқалар).

### **Асбоблар билан таъминланиши:**

Нафас - наркоз аппаратлари, ингаляторлар.

Ларингоскоплар, бронхоскоплар, эндотрахеал ва трахеостомия учун найчалар.

Дориларни бир меёрда юбориш учун инфузоматлар (дозиметрлар).

Марказий ва периферик веналар катетеризацияси учун йиғмалар.

Инфузия ва трансфузиялар учун системалар.

Хар хил зондлар, катетерлар, хўкна учун йиғмалар.

Сўрғичлар, кардиомониторлар, дефибрилляторлар.

Хар хил ҳажмдаги шприцлар, инфузия учун суюқликлар.

Зарурий хирургик асбоб ускуналар.

10. Кўчма рентген аппарат, музлатгич.

11. Дори дармонлар учун шкаф.

## **АРБ хамширалари ҳуқуқлари ва мажбуриятлари.**

Ўрта тиббий ходим ўз ишини «Тиббий хамшира - анестезист» низомига кўра, реанимация бўлими хамшираси тозалик, аппаратларни созлиги ва тайёрлиги, шифокорлар буюртмасини бажариш, беморларни интенсив кўзатиш, парвариш ва даволаш, хужжатларни юритиш (ИТ харитаси, жаридалар, дорилар ҳисоби), эрталабки бўлим йиғилишида беморларни умумий ҳолати динамикаси ҳақида сўзлаш, ўлик билан муомала қилиш қоидаларини ва деонтология тартибига риоя қилиш. Хамшира – анестезист наркоз аппаратларини тозаллиги, созлиги ва тайёргарлигини назорат қилиш мажбуриятини олади. Анестезиологик столда наркоз ўтказиш учун керак бўлган нарсалар, асбоб ускуналар (инфузия учун суюқликлар, медикаментлар, системалар, шприцлар, катетерлар, зондлар ва бошқалар). Анестезия жараёнида шифокор буюрган ҳамма топшириқларни ва хужжатларни (анестезиологик харита, дорилар ҳисоб китоби) юритиши керак. Хамшира беш йилда бир марта ўз малакасини ошириши ва илмий-амалий конференцияларда иштирок этиши мумкин.

## **РБ штат бирликлари.**

1 шифокор 5 та беморга.

1 фаррош 5 та беморга.

1 хамшира 2 - 3 та беморга.

1 лаборант пости сутка давомида

## **Терминал ҳолатлар ва клиник ўлим. Юрак, ўпка ва мия реанимацияси.**

Терминал ҳолатлар – бу одам ҳаётини ўлим билан чегара босқичи бўлиб, чарчаган организмни охирги босқич даврларига айтилади. Терминал ҳолатларда ҳаётини зарур аъзолар функцияларини бирданига бузилиши ва ўз ҳолига тикланиши мумкин эмаслиги тушунилади. Сурункали

касалликлар асоратлари сифатида терминал холатлар реаниматологлар компетенциясига кирмайди.

Терминал холатлар сабаблари: қон кетиш, оғир жарахатлар ва касалликлар, асфиксия, чўкиш, ўткир инфаркт миокарди, бош мия жарохатлари ва бошқалар.

Терминал холатлар келтириб чиқарган сабабларига қарамасдан организмдаги жамийки аъзолардаги умумий ўзгаришлар билан кечади. Бу ўзгаришлар қайсидир аъзода эртароқ, бошқасида эса кечроқ кузатилиши мумкин. Гипоксияга жудаям сезгирли аъзо бу бош мия пўстлоғи хисобланади.

Терминал холатлар учта фаза ёки даврга бўлинади: преагонал, агонал, клиник ўлим.

**Преагонал холатда** бемор хуши бузилган, тери қопламлари мармарсимон тусда, ёки цианоз, кўз қорачиқлари биров кенгайган, ёруғликка реакцияси сақланган, лекин суст.

АБ 60 мм. сим. уст гача тушган, пульс ипсимон, кўп холларда аритмик, нафаси юзаки, қийинлашган.

**Агонал холатда** хушсиз, АБ ни ўлчаб бўлмайди. пульс уйқу артериясида аранг билинар-билинемас холда, нафас олиши худди хаво ютаётганга ўхшайди, кўп холларда талваса кузатилади, кўз қорачиқларини ёруғликка реакцияси деярли аниқланмайди.

**Клиник ўлим** – хаёт ва ўлим ўртасидаги қисқа муддатли ўтиш босқичи бўлиб, 3 – 5 дақиқа давом этадиган жараён хисобланади. Қорачиқлар кенгайган. Ёруғликка реакцияси йўқ, хуши йўқ, нафаси йўқ, ўйқу артериясида аниқланмайди. Бу даврда реанимация муолажалари ёрдамида хаётий зарур функцияларни тиклаш мумкин. Агар узоқ вақт ўтган бўлса, унда қайтмас жараёнлар рўй беради. Ўлик доғлари, ўликни қотиши, шох пардани лойқаланиши биологик ўлимдан

дарак беради. Юрак - ўпка реанимациясини ўтказишга кўрсатма клиник ўлим бўлади.

### **Юрак - ўпка реанимациясини асосий қоидалари (ЮЎР).**

1. Беморни қаттиқ текис юзага иложи борица оёқ томонини баландроқ қилиб ётқизилади.

2. Нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш: оғиз бўшлиғини тозалаш, синган тишларни ва тиш протезларини олиб ташлаш.

3. Сўнъий нафас ўтказиш учун бемор бошини максимал орқага букиш, пастки жағни олдинга суриш, бурун тешиқларини ёпиш, чуқур нафас олиб, икки марта «оғиздан – оғизга» усули билан минутига 10 – 15 марта нафас бериш.

4. Агар юрак тўхташи сизни иштирокингизда бўлса, унда прекардиал соҳага туш суягини ўрта қисмига қўл мушти ёни билан қаттиқ уриш мумкин.

5. Юракни билвосита (ёпиқ) массажи минутига 90 -100 мартагача ўтказилади. Бунинг учун аниқ ўрта чизик бўйича туш суягини пастки учдан бир қисмига бир қўл кафтини иккинчи қўл устига қўйиб, тўш суягини умуртқага нисбатан эзилиши 4-5 см, ни ташкил қилиб, қўлларни тирсакдан букмасдан тана оғирлиги билан минутига 15-30 марта эзилади.

6. Хар 5 дақиқада в/и, тил остига, эндотрахеал, коникотомик боғламга адреналин 0,1% - 1 мл юборилади. Адреналинни юрак ичига юборишда юрак мушакларини жароҳатланиши натижасида перикардга қон қўйилиши мумкинлиги сабабли самарасизлигини билган холда деярли ҳамма жойда бекор қилинганлигини эътиборга олиш лозим.

7. Қоринчалар фибрилляциясида дефибрилляция ўтказиш, ЭКГ – мониторинг.

8. ЮЎР давомийлиги 30 дақиқани ташкил этади.

**АВС принципи – бу ЮЎР принципи:**

А – нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш.

В – сунъий ўпка вентиляцияси (СЎВ).

С – юрак массажи.

**Сафар учлик усули.**



А) Бошни орқага букиш.

Б) Пастки жағни олдинга суриш.

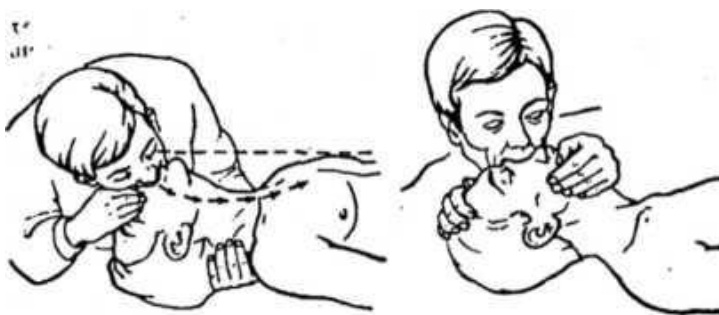
С) Оғизни очиш.

**ЮЎР ни бир ёки икки киши билан ўтказиш:**

1. Бошни орқага букиш, оғиз бўшлиғини тозалаш, пастки жағни олдинга суриб, бурун тешигини ёпиш ва оғизни очиш.

2. СЎВ «оғиздан – оғизга», чуқур нафас олиб икки марта нафас бериш.

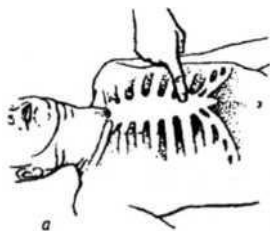
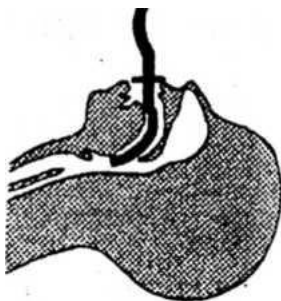
3. Юракни ёпиқ массажини 15-30 марта эзиш билан бажариш.



*а) оғиздан оғизга. б) оғиздан бурунга  
Сунъий нафас ўтказиш усуллари.*

*S-симон найча.*

*Амбу қопчаси ёрамида сунъий нафас бериш.*



*Юрак фаолиятини тўш суяги устидан қисқа туртки билан тиклаш.*

Нафас бериш билан юрак массажи нисбати 2:15 ёки 2:30.



Реанимация ўтказишни hozirgi замон талабларига кўра юрак ўпка реанимациясини стационаргача босқичида ўтказишни янги тавсиялари ишлаб чиқилган. Бунда юқоридаги нафас бери шва юрак массажини нисбати бўлиши керак 2:30, реанимация кўрсатаётган одамлар сони нечта бўлишидан қатъий назар. Юрак ўпка реанимацияси ўтказишда мияда ва коронар қон айланишни атиги бўлиши кераклигидан 25-30% гача таъминланиши мумкин экан.

Юракни билвосита массажи.

а) массаж қилишда қўл кафтини жойлашиш ўрни.

б) массаж қилишда қўл кафтини тўғри жойлашиши

*Битта одам реанимацияси*

*Иккита одам реанимацияси*



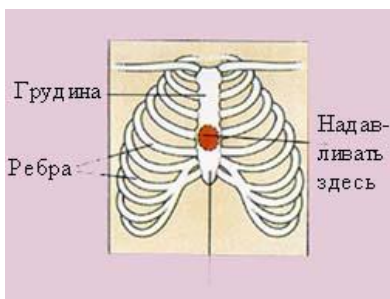
**Болаларда реанимация ўтказиш техникаси хусусиятлари**



*Болаларда хуши бор йўқлигини текишириш:*



*Болаларда юрак фаоляти бор йўқлигини текишириш:*



*Кўкрак ёшидаги болаларда юрак массажини ўтказиш техникаси.*

**ЮЎР самараси белгилари:** тери қопламлари ранги ўзгариши, қорачиқ торайиши, ёруғликка реакция пайдо бўлиши, уйқу артериясида пульсни пайдо бўлиши ва, спонтан нафасни пайдо бўлиши. Организмни клиник ўлимдан чиққандан сўнг, биринчи ўринда юрак фаолияти тикланади. (пульс, АБ то 70/40 мм сим уст), кейин ўзини нафас олиши, сўнгра кейинчалик, қачонки

моддалар алмашинувида ва кислота ишқор холатидаги ўзгаришлар йўқолади, фақатгина шундан сўнг мия функцияси тикланиши мумкин. Бош мия пўстлоғини тикланиш даври узоқ давом этади.

**Реанимацияни қачон тўхтатиш мумкин:**

агар беморга ЮЎР ўтказиш пайтида аниқландики, бу беморга реанимация ўтказишга кўрсатма йўқ;

агар 30 дақиқа давомида ўтказилган ЮЎР дан самара бўлмаса;

медикаментоз таъсирга қарамасдан юракни кўп марта тўхташи;

**ЮЎР ўтказишдан бош тортиш:**

тузалмайдиган касаллик терминал босқичида (агар хужжат бириктирилган бўлса);

агар юрак тўхтаган пайдан 30 дақиқадан кўп вақт ўтган бўлса;

## **ЮЎР ўтказишдаги асоратлар.**

Юракни ёпиқ массажида – тўш суягини, ковурағалар синиши, ўпкани, жигарни жароҳатланиши. ЎСВ пайтида – ошқозон махсулотлари билан регургитация, аспирация, баротравма, пневмоторакс. Интубация қилишда – тишларни ва қизилўнгачни жароҳатлаш. Дориларни юрак ичига тўғридан - тўғри юборганда – коронар артерийларни жароҳатлаш, юрак гемотампонадаси бўлиши мумкин.

## **ЮЎР ўтказишдаги хатолар.**

1.ЮЎР бошлашни кеч қолиши (ташхис қўйиш учун вақт йўқотиш, мутахассисларни чақириш, бегоналарни бўлиши, битта бошқарувчини бўлмаслиги).

2.Вақтни назорат қилишни йўқлиги, буюртмаларни бажарилиши, ЮЎР ни вақтидан олдин тўхтатилиши.

3.Беморни юмшоқ, пружинали кароватда ётиши.

4.Нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминланмаслиги (бош орқага букилмаган, пастки жағ олдинга сурилмаган, бурун тешиги ёпилмаганлиги, юқори нафас йўлларига ёт жисм тушиши).

5.Кўкрак қафаси экскурсияси йўқлиги.

6.Кўкрак қафаси эзилганда «оғиздан - оғизга» нафас пуфлаш.

7.Дориларни юбориб, 1 дақиқа давомида ёпиқ массаж қилмасдан туриб, дефибрилляция ўтказиш.

**Геймлих усули.** (нафас йўлларига ёт жисм тушганда қўлланилади). Беморни орқа томонидан келиб, икки қўл билан кучоқлаб олинадида, диафрагма остидан бирданига туртки берилади.

**Селлик усули.** Регургитация ва аспирация хавфи бўлганда иккита бармоқ билан узуксимон тоғай устидан босилади.

## **СУВ - ЭЛЕКТРОЛИТ АЛМАШИНУВИ. КИСЛОТА - ИИШҚОР ХОЛАТИ. ҚОН РЕОЛОГИЯСИ.**

Сув балансини аниқлашни энг оддий усулларидан бири киритилаётган ва чиқараётган суюқлик ҳажмини ҳисоблаш. (суткалик ва соатбай диурезни ўлчаш). Гипергидратацияни сабаблари – кўп миқдорда парентерал ва ичишга суюқлик киритиш, бўйрак орқали сув ва натрийни кам миқдорда ажралиши. Даволашда асосан сийдик хайдовчи препаратлар, Ўткир бўйрак етишмовчилигида – суюқлик киритилишини чегаралаб, ЎБЕ ни даволаш лозим.

*Дегидратация* – хужайра ичи ва хужайра ташқарисида сув миқдорини камайиши (кўп миқдорда сув йўқотиш ёки киришини камайиши ҳисобига). Даволашда тузли эритмалар ва глюкоза эритмалар берилади.

Электролит балансини бузилиши (К, Са, Cl, Mg, Na, сульфатлар, фосфатлар). Электролитлар мувозанатини бузилиши, ё у томонга, ё бу томонга силжиши, организм учун хавфли саналади. Калий қон зардобиди миқдори 3,8 – 4,7 мэкв/л ёки (3,5 – 5,5 ммоль/л).

*Гиперкалиемиа*, сабаблари: ўткир бўйрак етишмовчилиги, куйишни оғир даражасида, эритроцитлар гемолизи, организмга кўп миқдорда калий кириши оқибатида ривожланади. Бу эса ўз навбатида аритмия, қоринчалар фибрилляцияси ва юрак тўхташигача олиб келади.

### **Даволаш:**

1. Диуретиклар (фуросемид 20-40 мг в/и).
2. Глюкоза 20-40% эритмаси 400 мл + инсулин 20-40 ЕД в/и томчи.
3. Кальций хлор 10% эритмаси – 10 мл, 3-4 м/сут.
4. Натрий гидрокарбонат 4% - 200 мл, в/и томчи.

*Гипокалиемиа*, сабаблари: ичак тутулиши, ошқозон ичак трактидаги окмалар, кўп миқдорда қусиш ва ич кетиш, полиурия. юрак аритмияси, мушаклар тонусини пасайиши келиб чиқади ва бу ўз навбатида ичак фалажини чақиради. Даволаш: глюкоза эритмаси + КС1 4% ва инсулин билан биргаликда. Натрийни қон зардобиддаги миқдори 135-145 ммоль/л бўлади.

*Гипернатриемия*, сабаблари: кўп миқдорда туз киритиши, кам суюқлик ичиш, куйиш, иссиқ ўлкаларда сувсизланиш. Клиникасида чанқаш, оғиз қуриши, сийдик ажралишини камайиши. Юрак уриши сони ортади, кўзғалиш пайдо бўлади.

Даволаш: 5% глюкоза эритмаси то 1000 мл гача, яхшиси альдактон билан (диуретик, натрийни чиқишини тезлаштиради).

*Гипонатриемия*, сабаблари: кўп миқдорда сувни киритиш. Клиникасида шишлар, хансираш, хушни йўқолиши билан кўринади. Даволаш: 10% NaCl эритмаси – 200 мл в/и томчилаб.

*Осмолярликни бузилиши*: гиперосмоляр, гипоосмоляр (томир ичидаги барча заррачалар сонини ўзгариши билан кечади. масалан: – глюкоза, натрий).

*Кислота – ишқор холатини бузилиши*. рН нормада = 7,36 – 7,45тяъни нейтрал холатдаги кўриниши.

*Нафас ацидоз* – гиповентиляция оқибатида рН ни кислотали томонга силжиши тушунилади.

*Нафас алкалози* – гипервентиляция оқибатида рН ни ишқорий томонга силжиши тушунилади.

*Метаболик ацидоз*, сабаблари: оғир касалликларда, жарохатларда, перитонитда, шок холатларида, ЮЎР дан кейин ривожланади. Метаболик ацидозни компенсатор босқичида нафас сони ортиб хансираш кузатилади. Бу ўз

навбатида микроциркуляцияни бузилиши билан намоён бўлади, яъни акроцианоз, экстрасистолия, тана хароратини то 39\*С гача кўтарилиши билан кечади. Даволаш: натрий гидрокарбонат 4% ли эритмаси – 200-400 мл ёки трисамин 200-400 мл.

*Метаболик алкалоз*, сабаблари: калий ва хлорни кўп марта қушиш оқибатида ва юқори ичак оқмасида, оғир жароҳатлар ва касалликлардан кейинги тузалиш даврида, кўп миқдорда трисамин ва натрий бикарбонатни киритиш натижасида келиб чиқади. Даволаш: йўқотилган калий ва хлор ўрнини қоплаш (Рингер эритмаси, 4% КС1 ёрдамида амалга оширилади).

*Оқсил алмашинуви бузилиши*, сабаблари: каттиқ куйиш натижасида, сепсисда, оғир операцияларда, перитонитда кўп миқдорда оқсил йўқолади. Табiiй йўл билан йўқотилган оқсил узоқ вақтда қопланиши ёки умуман қопланмаслиги мумкин. Бунинг натижасида оқсилсиз шишлар, танадаги яраларни битиши қийинлашиши, ўпка шишига мойиллик ошади. Даволаш: в/и 10%, 20% альбумин эритмаси – 100 мл, аминокислоталар - 500 мл, протеин 5% - 200 мл.

*Сунъий овқатлантириши*: энтерал (ошқозон зонди орқали), парентерал(томир орқали) ва аралаш бўлади.

Иложи борича энтерал йўл билан овқатлантиришдан фойдаланган маъқулроқ. Сабаби ичаклар ишлаши учун.

*Парентерал овқатлантириши*. Бунга кўрсатма хушсиз холатда ётган беморлар (кома холатида, ичак функцияси бузилганда ва бошқа пайтларда), агар оғиз орқали зонд билан овқатлантирганда хазм бўлмаса, ёки зондни ошқозонга ўтишини иложи бўлмаганда (ўсма, қизилўнғач куйиши).

Организм талабини тўлиқ қоплаш учун хар хил аралашмалардан фойдаланилади: оқсил, углевод, ёғлар,

витами́нлар, электролитлар. Сутка давомида 2000 калориядан кам бўлмаган энергияни қоплаш учун эритмалар зарур бўлади.

1. Аминокислотлар (альвезин, аминсол, валеин, полиамин, инфузамин) – 1000 мл.
2. Глюкоза 10-20% эритмаси – 1000 мл.
3. Ёғ эмульсиялари (липофундин, интралипид) – 500 мл.
4. Этил спирти 33% ли глюкоза эритмаси.
5. Витаминлар гуруҳи В, С, Е ва бошқалар.

*Липидлар (ёғлар)* – липофундин, интралипид – парентерал озиклантириш учун қўлланилади. Организмда асосий энергия манбаи бўлиб ҳисобланади, яъни - 1 грам ёғ ёнганда 9 калория энергия беради. Углеводлар: 1 грам глюкоза 4,1 калория билан таъминлайди. Организмга глюкоза билан инсулинни қуйидаги ҳисоб билан киритилади. Яъни 4 грамм глюкоза учун 1 ед инсулин берилади. Глюкозани 5%, 10%, 20%, 30%, 40% эритмалари қўлланилади.

*Томирлар тонуси бошқарилиши.* Томирлар ўз ҳажмини ўзгартириб турувчидир. Агар артерия ва вена томирлар тонуси нормал бўлса, томирлар сиғими билан организмдаги умумий айланаётган қон ҳажмига мосдир. Томирлар тонуси паст бўлса, томирлар сиғими УАҚХ дан юқори бўлади ва А/Б пасаяди ёки тескариси. Томирлар тонусига таъсир қилувчи ҳамма дори маҳсулотлари, юракка ҳам таъсир қилади.

Мисол: А/Б ни оширадиган дорилар – адреналин, норадреналин, дофамин, эфедрин, мезатон. Ёки А/Б ни пасайтирувчи – натрий нитропруссид, пентамин, бензогексоний, арфонад.

*Қон реологияси* (қон оқувчанлиги). Микроциркуляция бузилишида тўқималарда моддалар алмашинувини

яхшилаш фақатгина қонни реологик ҳолатини яхшилаш билан амалга оширилади.

*Гематокрит* – бу умумий айланаётган қондаги шаклли элементлар билан плазма Ғоиздаги нисбати кўрсаткичи. Нормада аёлларда 35- 42%, эркекларда 40-45% болаларда 32-36% ни ташкил этади. Қон реологиясини яхшилаш мақсадида ёпишқоқликни пасайтирувчи препаратлар қўлланилади, улардан: реополиглокин, реосорбилак, рефортан, гепарин, трентал, пентоксифиллин, агапурин ва бошқалар.

*Гемотрансфузия.* Ҳозирги вақтда гемотрансфузия ўтказиш фақатгина ҳаётий заруриятга кўра қўлланилади. Агар беморни гемотрансфузиясиз даволашни иложи бўлса, унда ўтказиш шарт эмас. Қон қуйишга кўрсатма қачонки, уни ўрнини бошқа даволаш усуллари билан алмаштиришни иложи бўлмаганда.

### **ЎТКИР НАҒАС ЕТИШМОВЧИЛИГИ**

Нағас етишмовчилиги – бу шундай организмдаги бир ҳолатки, яъни ўпкани нормал газ алмашинувини таъминлаб бера олмаслиги тушунилади.

#### **Таснифи(классификацияси).**

1.ЎНЕ асосан ўпкадан ташқари зарарланиш билан кечадиган ҳолат.

2.ЎНЕ фақат ўпка тўқималарини зарарланиши билан кечадиган ҳолат.

#### **ЎНЕ сабаблари.**

Ҳар қандай оғир касаллик ёки жароҳатлар нағас тизими жараёнига суқилиб бориб, ўпкани имкониятидан ташқари ишлашга мажбур этади. Шу сабабли нағас етишмовчилик келиб чиқиши, қачонки қон кислород билан тўйинмайди ва карбонат ангидрид газидан тозаланмайди. Нағас етишмовчиликни асосий белгиларидан бири бу хансираш–

нафас сонини бузилиши, нафас чуқурлиги ва ритми, хаво етишмовчилиги ҳолати билан кузатилади.

*Хансираш* - инспиратор (нафас олишни қийинлашиши), айрим пайтлар нафас олишда юқори нафас йўллари торайиши натижасида ёрдамчи мушаклар иштироқи талаб этилади.

- *экспиратор* (нафас чиқариш қийинлашган), бронхиал астмада, эмфиземда;

- *аралаш тури*.

### ***Патологик нафас турлари.***

1.*Куссмаул нафаси* – чуқур, шовқинли. Бу тури диабетик комада, бошқа оғир ҳолатларда одатда терминал босқич кўринишида характерланади.

2.*Чейн – Стокс нафаси* – секин аста ошиб борувчи ва нафас ҳаракати чуқурлигининг пасайиши билан кейин ўртада қисқа муддатли пауза бўлади. Бу ҳолат кўпроқ инсультларда кузатилади.

3.*Биотт нафаси* – монотон, ортиб бориши ва камайиши сезилмайди, 4-5 марта нафасдан кейин - пауза. Бу ҳолат жиддий прогностик белги бўлиб (менингитларда, мия ўсмасида, уремик комада) учрайди.

Нафас йўллари ни обтурацияси кузатилади асосан ёд жисмлар тушганда ва организмни ўзини табиий махсулотлари (қон, балғам, кўпик, ошқозон махсулотлари), тил илдизини тушиши билан намоён бўлади. Даволаш: Геймлих усули, сўрғич билан сўриб олиш, трахеяни интубация қилиб, трахея бронх дарахтини лаваж ювиш, бронхоскопия.

### ***ЎСВ (ўпка сунъий вентилляцияси) усуллари.***

1. «Оғиздан - оғизга», «оғиздан - бурунга».

2. Ниқоб, хаво ўтказгич, «Амбу» қоғози билан.

3. Ларингеал ниқоб, ЎСВ.

4. Трахея интубацияси (оро – назотрахеал усул билан).

5. Трахеостомия.

6. Коникотомия.

**Ўпкани сунъий вентиляциясини ўтказиш** (стационар шароитда).

1. Кўл билан – «Амбу» қопи ёрдамида.

2. Трахеяни интубация қилиб «Амбу» қопи ёрдамида ёки сунъий нафас бериш аппаратлари орқали амалга оширилади

**Нафас йўллари санацияси.**

*Постурал дренаж холати* – бемор танаси холатини ўзгартирганда балғамлардан холи бўлади. (танани оёқ томони кўтариладида, холатини ёнбош ва қорин билан ётқизишни алмаштириб турилади).

*Кўкрак қафаси перкуссияси* – бемордаги дренажлаш холатида кўл кафти ён томони билан қовурғалар устидан дақиқасига 15-20 марта урилади. Кейин 1 дақиқа пауза, бемордан чуқур нафас олишни ва йўталиш сўралади. Бу муолажа 3-5 цикл давомида бажарилади.

*Вибрацияли массаж* – кўл бармоқлари билан кўкрак қафасини хамма жойига дақиқасига 20-30 марта уриш тушунилади.

*Вакуумли массаж* – диаметри 6 см, ҳажми 200 мл бўлган банка, (терини яхшилаб вазелинлаб, 30 секунд давомида тортилади.

*Йўтални қўзғатиш* – ҳар 2 соатда бажарилади. Қўзғатишдан олдин балғамни юмшатадиган дорилар бериб, бир неча марта чуқур нафас олиш сўралади, кейин қисқа муддатга узуксимон тоғай устидан эзилади ёки кўкрак қафасини нафас чиқаришда пастки қисмини бирданига эзилади. Йўтални қўзғатиш учун натрий хлорни гипертоник эритмаси ёки 10% ли ацетилцистеин эритмаси керак бўлади.

*ЎСВ пайтида балғамни сўриб олиши* – олдиндан 2-3 дақиқа давомида кислород билан яхшилаб ингация қилинади, кейин ингичка найча диаметри эндотрахеал найчани ярмига мос равишдаги найча билан 15 сониядан кўп бўлмаган вақтда электрик ёки механик сўргичда сўриб олинади.

*Трахея – бронхиал дарахтни ювиши* – эндотрахеал найга 2-4 мл дори юборилиб, бир неча дақиқадан кейин сўриб олинади. Бу муолажа кўп холларда аспирация синдромида натрий бикарбонат эритмаси ва антибиотиклар билан ўтказилади.

*Бронхоскопия* – оғиз-халқум соҳасига лидокаин эритмаси сешиб, эндотрахеал най орқали бронхоскоп киритилади. У ёрдамида балғам трахеядан, бронхлардан сўриб олинади ва ёт жисмлар бўлса олиб ташланади. Кейин дори юборилиб, биопсия ҳам қилиш мумкин.

### ***Аэрозолллар:***

намлантирувчи: илиқ сув, 1-2%ли натрий гидрокарбонат, 0,4% ли натрий хлор;

муколитиклар: 0,2 - 0,5 % ли трипсин, 10-20% ли ацетилцистеин;

йўтални кўзғатувчилар: 4% ли натрий хлор, 5-10% ли пропиленгликол; - бронхиал секрецияни кўпайтирувчи: таркибида йод, бром бор препаратлар;

бронхларни кенгайтирувчи: эуфиллин, асмопент, алуцент, беротек, сальбутамол;

шишга қарши: гормонлар, антигистамин препаратлар;

кўпикни бартараф этувчи: 70% ли спирт эритмаси;

*Пневмоторакс* – плеврал бўшлиққа хаво кириб қолиши. Сабаблари: кўкрак қафаси жарохати, ЎСВ даги баротравма, ўмров ости венасига найча қўйишдаги асорат, спонтан пневмоторакс. Даволаш: олдинги қўлтиқ ости чизиги бўйича 3 ёки 4 қовурға оралиғидан асептик шароитда новокаин

эритмаси билан маҳаллий анестезия ўтказилиб, йўғон игна билан ёки троакар ёрдамида кўкрак қафасини пункция қиламизда найчани ўрнатамиз ва уни Белау усули бўйича актив ёки пассив сўришга қўямиз.

*Гемоторакс* – плеврал бўшлиққа қон тушиши. Сабаблари - кўкрак қафаси жароҳатлари. Дренаж ўрнатиш юқоридаги муолажага ўхшайди лекин пункция қилинадиган жой 6-7 қовурға оралиғидан ўрта ёки орқа қўлтиқ ости чизик бўйлаб амалга оширилади. Плеврал бўшлиқдан олинган қонни 24 соат давомида реинфузия қилиш мумкин.

*Тери ости эмфиземаси* – пневмоторакс натижасида тери ости ёғ қаватига ҳаво кириб қолиши. Шу жойни пайпаслаганда дўмпайган, «қорда юргандаги товуш» симптоми намоён бўлади. Агар ҳаво кам миқдорда бўлса ўзи сўрилиб кетади.

*Ҳаво эмболияси*: вена қон томирига ҳаво кириб қолиши. Беморни бирданига чап ёнбош томонига Тредленбург ҳолатида ётқизилади (бош томонини пастроқ қилиб). Ҳаво ўнг қоринчада қамалади ва секин аста сўрилади.

### ***Мендельсон синдроми (аспирация натижасида).***

Бу синдром ичак тутилишида, инсультларда, алкоголь билан захарланишларда, наркоз пайтида учраши мумкин. Сабаблари: қусиш ва регургитацияда (кислота муҳитли ошқозон ширасини трахеяга пассив оқиб чиқиши. Аспирация бўлган суюқлик қанча кўп бўлса, шунча муҳити кислотали бўлади ва нафас йўллари санациясигача узоқ вақт ўтган бўлса беморни ахволи оғир ва аянчли ҳолатда тугайди. Кислотали муҳит таъсирида трахея ва бронх шиллик қаватлари яллиғланади, трахея ва бронх девори қалинлашади, деформацияланади, нафас йўллари торайиб қолади. Аспирациядан кейинги пневмония, ателектазлар, абцесслар ривожланади. Олдиндан ошқозон ширасини

ишқорий томонга сурилиши синдром ривожланишини олдини олади.

**Даволаш:** 1. Агар синдром ўз вақтида аниқланса (аспирация бўлган даврдан 1 соат ўтмасдан), бирданига нафас йўллари санация қилиниб, синдром ривожланишини олдини олиш мумкин. Бунинг учун беморга эндотрахеал наркоз остида 1% ли натрий бикарбонат эритмаси 200 мл дан то 1000 мл гача миқдорда юбориб лаваж қилиш мақсадга мувофиқ бўлади. Нафас йўллари то тоза сув чиққунга қадар ювиш лозим.

2.Гормон: преднизолон 90 мг ёки дексаметазон 12 мг в/и.

3.Гордокс 100-300 минг.бир. 3 м/сут в/и.

4.Антибиотиклар.

5.Эуфиллин 2,4% - 10 мл в/и, 3-4 м/сут.

6.Гепарин 5 минг бир в/и, 4 м/сут.

7.Симптоматик терапия (аспирациядан кейинги синдромни келтириб чиқарган сабабга кўра).

#### ***Астматик статус.***

Бронхиал астма хуружига бир неча соат ёки сутка давомида барҳам берилмаганда астматик статус дейилади. Спазм, шиш, балғамни қуюқлашиши бронхлар торайишини чакириб, асфикцияни кучайтиради.

#### ***Астматик статусни 3 та босқичи.***

*1 босқич.* Хуши ўзида, безовталик, мажбурий холатда, акроцианоз, кўп терлаш. Ўпкасини эшитганимизда узоқдан ҳам эшитиладиган қуруқ хуштаксимон хириллашлар, экспиратор хансираш. АБ кўтарилган, пульс тезлашган.

*2 босқич.* Хуши бироз бузилган, цианоз, бўйин веналари бўртган. Ёрдамчи мушаклар иштирокидаги хансираш. Ўпкада хуштаксимон хириллашлар фонида «жим соҳалар», Нафас олиш тезлашган. Пульс ипсимон дақиқасига 110-120 марта. АБ пасайган, гипоксемия ортиб боради.

3 босқич. Кома холати, цианоз. Нафаси юзаки, тез-тез, аускультатив деярли хеч нарса эшитилмайди, Нафас харакати сони (НХС) дақиқасига 60 мартадан кўп. Пульс фақат марказий артерияларда дақиқасига 140 мартадан кўп, АБ шунчалик пастки, деярли аниқланмайди.

Босқичини ва олдиндан олиб юрган давосини эътиборга олган ҳолда даволаш лозим.

1. Намланган кислород ниқоб ёки найча орқали. 2-3 босқичида энг қулай усул ЎСВ (қўлда бажарилгани).

2. Инфузион терапия: 5% ли глюкоза эритмаси инсулин билан 1000 – 2000 мл сутка давомида, реополиглюкин 400 мл, 4% ли натрий гидрокарбонат - 200 мл.

3. Гепарин 5 минг. бирликда в/и, 4 м/сут.

4. Гормонлар: преднизолон 60 мг ёки дексаметазон 8 мг в/и 4-5 марта/сут.

5. Эуфиллин 2,4% - 20 мл в/и, кейин томчилаб ёки через инфузомат орқали 1-2 мл/соат. Тезликда.

6. Пипольфен 2 мл ёки супрастин 1мл в/и.

7. Ингаляция йўли билан, эуфиллин, изадрин, алупент ёки адреналин.

8. Антибиотиклар.

9. Ингаляция, балғам кўчирувчи дорилар, трипсин билан юкори нафас йўллари ювиш, химотрипсин, сода.

10. Эпидурал анестезия Т3 – Т4 чегарасида.

### ***Ўпка шоки синдроми .***

(РДСК – респиратор дистресс-синдром катталарда, ЎЎЖС – ўпкани ўткир жарохатланиш синдроми, нам ўпка синдроми, постперфузион ўпка синдроми).

Ўпка шоки синдроми хар қандай критик холатни асоратлаб, жудаям оғир ўткир нафас етишмовчилигини келтириб чиқаради. Сабаблари: кўпламчи жарохатлар, куйиш, массив гемотрансфузия, узоқ вақт давом этган гиповолемик,

геморрагик, травматик, кардиоген, анафилактик ва септик шоклар, ДВС-синдром, аспирация, чўкиш, токсик газдан нафас олиш, балки 100%ли кислород билан ҳам, ўткир панкреатит, перитонит, тотал пневмония ва бошқалар. Бошланиши ўткир бўлиб, кучли гипоксемия, ўпка шиши ва инфильтрацияси билан. Алвеолар – капилляр мембранага биологик фаол моддаларнинг таъсири натижасида, унинг бирданига қалинлашгани сабабли у орқали ўтаётган газлар диффузияси бузилади. Ўпка чўзилувчанлиги бирданига пасаяди, улар кўполлашиб, ателектазлар хосил қилади. Ўлим ҳолати 50-90% ни ташкил этади.

### ***Ўпка шоки синдроми босқичлари .***

*1 босқич* – бироз гипоксия, акроцианоз, сатурация пасайиши (қонни кислород билан тўйиниши), дағал нафас фониди куруқ хириллашлар, рентгенограммада ўпка суратини кучайиши кўринади.

*2 босқич* – хансираш, цианоз, кичик пўфакчали хириллашлар. Оксигенотерапия самарасиз. Рентгенограммада ўпкани ҳамма майдонларида қорға ўхшаш доғлар кўринади.

*3 босқич* – нафас олиш ёрдамчи кўкрак қафаси мушаклари иштирокида, айрим пайтларда қон аралаш кўпикли балғам ажралади. Аускультатив: дағал нафас фониди бирданига сустлашган нафас ўчоқлари билан кўп миқдорда нам хириллашлар эшитилади. Рентгенограммада жуда катта ўчоқлар сояси кўринади.

*4 босқич* – бу босқичда ҳолати деярли агонал деб баҳоланади. Хуши йўқ, нафас олиши аритмик, деярли эшитилмайди. Рентген суратида ўпкани ҳамма майдонларида тотал қорайиш кўринади. *Даволаш: синдромни даволашдан кўра , олдини олган яхшироқ.*

1. Беморни тезликда СЎВ(сунъий ўпка вентиляцияси) РЕЕР билан (нафас чиқаришда мусбат босим ҳосил қилиш) балғам чиқишини енгиллаштириш ва аэрозол терапия.
2. Инфузион терапия. Коллоидлар ва кристаллоидлар нисбати 2:1. Реополиглюкин 400 мл, альбумин 10%-20% эритмаси – 200 мл, янги музлатилган плазма, аминокислоталар 500мл, глюкоза-калий аралашмаси 800 мл, Рингер 400 мл.
3. Гепарин 5 минг. бир в/и 4 м/сут.
4. Гормонлар: преднизолон 60 мг 4 м/сут в/и.
5. Трентал 5мл 3-4 м/сут в/и.
6. Эуфиллин 2,4% - 10 мл, папаверин 2 мл в/и 2-3 м/сут.
7. Антибиотиклар в/и.
8. Витаминлар: «Е» – 3мл м/и , «С» – 5 -10 мл в/и, «В» гуруҳ- 3-5 мл в/и.
9. Ўпка шиши ривожланса уни даволаш.
10. Йўқотилган қонни қомпенсация қилиш.
11. Диурез стимуляцияси: фуросемид, лазикс.
12. Асосий касалликни даволаш.

### ***Оғир пневмониялар ( деструктив, аспирацион).***

Ўпка яллиғланиши жуда оғир касаллик бўлиб, ўпка тўқимасини зарарлайди. Келтириб чиқарадиган сабаблари микроблар, вируслар ва оддий кўзгатувчилар бўлади. Иммунитетни бирданига пасайиб кетиши ёки йўлдош касалликларни оғир шаклларида самарасиз даволаш натижасида пайдо бўлади.

### ***Даволаш:***

1. Инфузион терапия: глюкозо-калий аралашмаси 800 мл, альбумин 100-200 мл, реополиглюкин 400 мл, янги музлатилган плазма 300 мл.
2. Антибиотиклар.
3. Гепарин 5 минг.бир в/и 4 м/сут.
4. Преднизолон 30 мг 3-4 м/сут в/и.

- 5.Эуфиллин 2,4% - 10 мл в/и, томчи, 3-4 м/сут.
- 6.Гордокс 300 минг. бир 3м/сут в/и.
- 7.Иммуноглоблин 6-10 г/сут.
- 8.Ретаболил 1г м/и.
- 9.Балғам кўчирувчи: АСС, флуимуцил, ацетилцистеин, бромгексин.
- 10.Оксигенотерапия ёки ЎСВ нафас чиқаришда мусбат босим хосил қилиш билан (РЕЕР), балғамни чиқишини яхшилаш холати.

### **ЎТКИР ЮРАК – ТОМИР ЕТИШМОВЧИЛИГИ**

Асосий шошилиш кардиологик холатлар хусусияти шулардан иборатки, чунки улар тез – тез учраб,оғир кечади ва бемор хаётига хавф солиши мумкин.Ўткир қон айланиш бузилиши сабабларига миокард инфаркти, ўткир пайдо бўлувчи тахи – ва брадиаритмиялар, гипертоник криз, юрак тампонадаси, ЎАТЭ (ўпка артерияси тромбоземболияси) бўлади.

Ўткир томир етишмовчилиги томирлар тонусини пасайиши атония, томир девори ўтказувчанлигини ошиб кетиши билан кўринади. Кўп холларда асосан септик, нейроген (спинал), токсик-аллергик шокларда учрайди.

Ўткир юрак етишмовчилиги – бу организмдаги хар хил касаллик ва холатлар асоратлари. Юрак насос функцияси ёки юракни қон билан тўлмаслиги оқибатида қон айланиш бузилиш келиб чиқади.

#### ***Бирданига коронар ўлим.***

Бирданига коронар ўлим – бу юрак тўхташи бўлиб, кўп ҳолларда қоринчалар фибрилляцияси билан ёки умуман ҳеч нарса билан боғлиқ бўлмаган, фақат юрак ишемик касаллиги билан боғлиқлиги асосланган. Деярли 50% бирданига ўлим холати ишемик касаллик белгиси бўлиб келади. Қоринчалар фибрилляцияси хар доим бирданига пайдо бўлади.

Бошланишидан 15-20 сония ўтиши билан, бемор хушини йўқотади, 40-50 сониядан кейин эса скелет мушакларининг бир марталик тоник қисқариши билан талваса ривожланади. Шу вақтда қорачиқлар кенгайиб бошлайди. Нафас олиши секин аста сусайиб бориб, клиник ўлимнинг 2 чи дақиқасида тўхтади. Қоринчалар фибрилляцияси кузатилганда шошилинич ёрдам бирданига дефибрилляция ўтказиш керак бўлади. Агар дефибриллятор бўлмаса, у ҳолда туш суяги устига бир марта қаттиқ урилади (прекардиал туртки), айрим пайтларда самараси бўлади. Агар юрак фаолиятини тиклашни иложи бўлмаса, унда бирданига ЎСВ ва юракни ёпиқ массажини бошлаш лозим бўлади.

***Бирданига ўлим бўлганда шошилинич ёрдам стандарти.***

1. Қоринчалар фибрилляциясида – прекардиал туртки, агар самара бўлмаса – бирданига юрак – ўпка реанимациясини бошлаб, дефибрилляция ўтказишни таъминлаш керак.

2. Юракни ёпиқ массажи дақиқасига 90-100 марта эзиш.

3. ЎСВ ни 2:15 нисбатда никоьда «Амбу» қопчаси билан, 100% ли кислородда гипервентиляция ўтказиб, трахея интубацияси қилинади.

4. Марказий вена катетеризацияси.

5. Адреналин 1 мг (1 мл) в/и хар 3-5 дақиқада, ЮЎР.

6. Иложи бўлса дефибрилляцияни –200 дж да қанча эрта ўтказилса самарали бўлади. Самарасиз бўлганда яна ток кучини 100-150 дж га кўпайтириб қайтадан ўтказилади. Кўпи билан 3–4 мартагача..

7. Схема бўйича ҳаракатлар: дорилар – юрак массажи ва ЎСВ си хар 60 сонияда. – дефибрилляция 360 дж:

лидокаин 2% - 5-6 мл ( 1,5 мг/кг) - дефибрилляция 360 дж;  
- самара бўлмаса –3-5дақиқадан кейин яна лидокаин ва дефибрилляция; - самара бўлмаса – орнид 5% - 7-8 мл (5мг/кг) – дефибрилляция 360 дж;

самара бўлмаса - 5 дақиқадан кейин орнид 15 мл – дефибрилляция 360 дж; - самара бўлмаса – новокаинамид 10% - 10-15мл (17мг/кг гача) –деф. 360 дж; - самара бўлмаса – магний сульфат 25% - 10мл – дефибрилляция 360 дж.

Дефибрилляция паузаси пайтида юрак ёпик массажи ва ЎСВ.

8.Асистолияда: агар асистолия ЭКГ ни 2 та бўлимида аниқланса: – атропин 0,1% -1мл (1мг) то самараси бўлгунча умумий дозаси 4 мл дан ошмаслик керак (0,04 мг/кг);

ЭКС (электрокардиостимулятор) иложи бўлса эртароқ улаш; Гипоксия, гипо ва гиперкалиемия, ацидоз сабабларини эртароқ коррекция қилиш; эуфиллин 2,4% - 10-20 мл.

10. Даволашга сезувчан бўлган коринчалар фибрилляциясида захира дорилар бўлиб, обзидан ва кордарон хизмат қилади. Кальций препаратлари фақатгина кальция антогонистлари билан захарланганда ёки гиперкалиемияда қўлланилади. Натрий гидрокарбонат 4% ли – 150-200 мл узоқ вақт юрак–ўпка реанимацияси ўтказилганда юборилади.

**Юрак ритмини бузилиши.** Юрак етишмовчиликни сабаби брадиаритмия чақирганда кузатилади: артериал гипотензия, неврологик симптомлар, туш орти оғриғида бажариш лозим бўлади:

беморни оёқ томони баландроқ қилиб ётқизиш;

оксигенотерапия;

атропин 0,1% - 1 мл в/и хар 3-5 дақиқада (умумий доза 4 мл);

самараси йўқ – эуфиллин 2,4% - 10мл в/и;

самараси йўқ – дофамин 100мг в 5% глюкозы эритмасида 200 мл в/и томчи. ёки адреналин 1мл в/и;

ЭКС (электрокардиостимуляция).

Асосий хавф – ўпка шиши, шок, адреналин, дофамин, атропин, юборгандан кейин фибрилляция кузатилиши.

Тахиаритмияни сабаблари бўлиб, шок холати, ком холати, ўпка шиши, талваса синдроми, юқоридагиларнинг қайси бири сабаби бўлишидан қатъий назар хаётий заруриятга кўра – дефибрилляция ўтказиш лозим бўлади. Агар бемор хушида бўлса, албатта у холда уни тўлиқ оғриксизлантириш ва ўхлатиш зарур. Дефибрилляцияни биринчи заряди 50 дж, кейингиларини 50 дж дан ошириб борилади.

### ***Гипертоник криз.***

1. Гипертензив кризни талваса шакли (оғир ўткир гипертоник энцефалопатия).

2. Гипертензив криз, геморрагик инсульт ёки ўпка шиши билан асоратланган.

3. Ўткир миокард инфарктида, ички қон кетишда ўткир гипертензия.

4. Феохромацитома сабабли гипертоник криз.

Кризлар қаттиқ пулсацияловчи бош оғриғи, психомотор кўзғалиш, кўп марта қусиш ҳам енгиллик олиб келмаслиги билан бошланади. Кўриш қобилияти бузилиши, кейин хушни йўқолиши ва клоник – тоник талваса кузатилади.

***Даволаш:*** бемор венасини найчалаб, АБ ни 20-30 дақиқада 30% гача тушириш.

1. Клофелин 0,01% - 1мл 20 мл физ. эритмада секин.

2. Магний сульфат 25% - 10 мл секин в/и.

3. Фурасемид 40-80 мг.

4. Реланиум 2 мл, дроперидол 2 мл.

5. Бошқарувчи гипотония препаратлари – арфонад, бензогексоний, пентамин.

6. Асоратларни даволаш.

Гипертоник кризни асосий хавфи ва асоратлари: бош мияда қон айланишни бузилиши, (геморрагик ёки ишемик инсульт,

субарахноидал қон қуйилиш), ўпка шиши, миокард, инфаркти.

### **Ўткир миокард инфаркти.**

Миокард инфаркти – юрак мушакларини бир қисмида ўткир некрозга учраши тўлиқ ёки қисман қоранор қон айланиш етишмовчилиги натижасида келиб чиқади. Қоранор артериядаги тромб томирларни атеросклеротик жарохатланган жойида пайдо бўлади. Характерли симптомлари кучли туш суяги орти елкага, қўлга, курак соҳасига иррадиация берувчи, нитроглицерин ёрдамида ҳам ўтмайдиған оғриқни пайдо бўлиши билан намоён бўлади.

**Даволаш:** физик ва эмоционал хотиржамлик, оксигенотерапия, тил остига нитроглицерин хар 3 дақиқада, вена ичига дориларни юборгунга қадар.

1.Оғриқсизлантириш: морфин 1%-1мл в/и, ёки промедол 2%-1мл в/и, ёки фентанил 0.005% -2мл.

2.Гепарин 5000 бир в/и.

3.Линеомат орқали -2 та шприц билан нитроглицерин ва дофамин юбориш А/Б ни назорат қилиб.

4.Қоринчалар фибрилляцияси профилактикаси учун – лидокаин 2% 3-4 мл в/и.

5.Биринчи 6 соатда қон айланишни тиклаш учун 30 мг преднизолон юбориб, кейин в/и томчилаб 30 дақиқа давомида 1500000 бир стрептокиназа юборилади.

6.ЭКГ – мониторинг.

7.Асоратларни даволаш: юрак ритми бузилиши, ўпка шиши.

### **Ўпка шиши.**

Ўпка шиши – бу хар-хил касалликлар асоратлари бўлиб, ўпка капиллярларида димланиш бўлгани учун интерстициал тўқимада, кейинчалик алвеолаларда ҳам суюқлик йиғилиши мумкин. Сабаблари: ўпка касалликлари (пневмония, эмболия), кардиоген сабаблар (ўткир миокард

инфаркти, гипертония, юрак пороклари), МНС зарарланиши (бош мияни лат ейиши, қон қуйилиш, менингит), ўткир захарланишлар, қоқшол, чўкиш, кўп миқдорда суюқлик қуйганда. Клиникаси: инспиратор хансираш, буғилиш, мажбурий ўтирган ҳолат, йўтал. Ривожланишни тўлик даврида ўпкада нам хириллашлар эшитилади, кўпик аралаш, айрим пайтларда қонли балғам ажралади.

### ***Даволаш:***

1. Этил спирти билан ингаляция.

Морфин 1% -1мл в/и.

Фуросемид 40-80мг в/и.

Гепарин 5000 бир в/и.

Преднизолон 30-60 мг в/и.

Дигоксин 1 мл в/и.

Бензогексоний 2% - 1мл, 20 мл глюкоза эритмасида суюлтирилган 1-2 мл дан озгина-озгина; ёки А/Б ни назорат қилган ҳолда нитроглицерин в/и томчилаб.

Оғир ҳолатларда трахея интубацияси, ЎСВ нафас чиқаришда мусбат босим ҳосил қилиш билан.

Асосий касаллигини даволаш.

### ***ЎАТЭ (ўпка артерияси тромбозмболияси).***

Ўпка артерияси асосий ўзаги ички юзасини ёки ирмоғини тромб билан ёпилиб қолиши ўпка артерияси тромбозмболияси дейилади. Асосан тез-тез учраб турадиган ЎАТЭ ва унинг толасида тромб туриб қолишини сабаби периферик веналар тромбозиди учрайди. ЎАТЭ ни ривожланишлар сони миокард инфарктида, юрак порокларида, мерцател аритмияда, чуқур куйишларда, хомиладорликда, сепсисда, онкологияда ортиб боради. Аниқланишича ЎАТЭ эстроген гормон қабул қилган соғлом одамларда, бир хил ҳолатда узоқ вақт ётиб қолган беморлар,

ёши улуғ қарияларда, семиз беморларда, операциядан кейинги холатларда учрайди.

***ЎАТЭ ни клиник таснифи (классификацияси).***

Оғир – яшин тезлигида – ўзак ёки ўпка артерияси ирмоғида.

Ўрта оғирликда – ўткир – бўлакли, сегментар булагида.

Енгил – қайталанувчи – кичик ирмоғида.

***Клиникаси.*** ЎАТЭ ни етакчи белгиларидан бўлиб, инспиратор ҳансираш (нафас олишлар сони дақиқасига 30-50 марта), хириллашларсиз, ёрдамчи мушаклар иштирокисиз кузатилади. ЎАТЭ ни бошқа хақиқий белгиси бўлиб, тромбоземболия ривожланган биринчи дақиқалардан – бошлаб, артериал гипотензия, шок холати кузатилади (оғриқ синдроми бошлангунга қадар). Шу вақтнинг ўзида марказий веноз босимнинг (МВБ) бирданига кўтарилиб кетиши, тахикардия, кучли оғриқ бўлади. Тери қопламлари ранги ўзгаради, балки тана хароратини кўтарилиши, йўтал пайдо бўлиши кузатилиши мумкин. ЭКГ да характерли белгилар пайдо бўлади. Аускультатив II тонни ўпка артерияси устидан акценти ва ёйилиши эшитилади.

***ЎАТЭ да шошилинч ёрдам.***

1.Юрак тўхтаганда ЮЎР, марказий веналар катетеризацияси, оксигенотерапия, трахея интубацияси ва ЎСВ.

2.Оғриқсизлантириш – морфин 1% - 1мл в/и.

3.Гепарин 10 000 бир в/и.

4.Стрептокиназа 250000 бир в/и томчилаб 30 дақиқа давомида, 30 мг преднизолон в/и юборгандан кейин.

5. Сезиларли артериал гипотонияда – норадреналин 4 мг (2мл) 400 мл 5% глюкозада в/и томчилаб юбориш лозимки, то А/Б нормал холатга яқинлашмагунча. Агар сийдик ажралиши камайса, яъни олигурия кузатилса унда эритмага 50-100 мг дофамин қўшилади.

6.Хаёт учун зарур аъзолар функцияси мониторинги.

### ***Юрак тампонадаси.***

Кўкрак қафаси ёки юракни очик жарохатларида перикард бўшлиғига қон йиғилади. Унинг оқибатида юракни эзилиши ва тўхташи кузатилади. А/Б тушиб кетади, юрак тонлари шунчалик бўғик бўладики, деярли эшитилмайди. ЭКГ да тишлар амплитудасини пасайиши кузатилади. Даволаш: перикард пункцияси, кўкрак қафасини очиб жарохатни тикиш.

## **МАРКАЗИЙ НЕРВ ТИЗИМИДА ЎТКИР БУЗИЛИШЛАР**

Кома - бу шундай ҳолатки, яъни беморларда тўлиқ хушни йўқолиши кузатилади. Кома ҳолатига ташхис қўйиш биров қийинчилик туғдиради, сабаби бемор билан сўзлашув контакт бўлмайди, анамнезини билмайди. Кўп ҳолларда гемодинамика ва нафасни бузилиши шошилинч ёрдам беришни талаб қиладида лекин, ташхис қўйиш режасини кейинроққа суради. Асосан ҳамма комаларни асосида гипоксия ва нерв хужайралардаги моддалар алмашинувини бузилиши ётади.

### ***Коматоз ҳолатлар уч гуруҳ сабаблари.***

1. Бош мияга боғлиқ комалар – ўсмалар, инфекцион касалликлар, эпилепсия, томир етишмовчилиги, бош мия жароҳати.
2. Метаболик комалар – жигар, уремик, диабетик, гипогликемик комалар, эклампсия ва шунга ўхшаш ҳолатларда касаллик оқибати.
3. Экоген интоксикациялар оқибатидаги комалар – алкогольли, опиоидли комалар, ис гази билан, метанол, этиленгликол ва бошқалар билан захарланганда.

### ***Комалар симптомлари.***

<b><i>Мия комаси:</i></b>	
<b>Сабаблари</b>	<b>Симптомлари</b>
Жароҳат	Калла суяги ёки терисини жароҳатланиши, қулоқ ёки бурундан ликвор ёки қон оқиб чиқиши.
Томир етишмовчилиги	Гемиплегия, артериал гипертензия, бўйин мушаклари тортишиши.
Эпилепсия	Талваса, тилни тишлаб олиш излари.
Инфекция	Бурун ёки қулоқдан йиринг оқиши, бўйин мушаклари тортишиши. лихорадка
Ўсмалар	Ўчоқли симптомлар, кўрув нерви дискининг шиши.
<b><i>Метаболик комалар</i></b>	
Жигар комаси	Сариқлик, қон билан қусиш, спленомегалия, асцит
Уремик кома	Оғиздан азот қолдиқлари хидини келиши, дегидратация, мушаклар титраши.
Диабетик кома	Дегидратация, ацетон хиди, тери қопламлари қуруқ, қонда ва сийдикда қанд миқдорини ортиши.
Гипогликемик кома	Кўп терлаш, қалтираш,

	инъекция излари.
<b>Экзоген интоксикациялардаги комалар</b>	
Алкогол ва шунга ўхшашлар	Оғиздан алкоголь хидини анкиб туриши ва анамнез.
Наркотиклар	Кўз қорачиғини нўқтага ўхшаш торайиши, юзаки, секинлашган нафас, брадикардия, инъекций излари

***Хушни бузилиш босқичлари.***

Карахтлик – атрофдагилар билан сўзлашув контактда бўлиб, хушини қисман йўқолиши:

юзаки карахтлик: жойга, вақтга нисбатан қисман дезориентация, биров ўйқучанлик, бўйруқларни кечикиб бажариш;

чуқур карахтлик: тўлиқ дезориентация, чуқур ўйқучанлик, оддий бўйруқларни секин-аста бажаради.

Сопор ҳолати – хушни йўқолиши, атрофдагилар билан сўзлашув контакти батамом йўқ, оғриқ қўзғатувчиларга химоя ҳаракат билан жавоб беради. Бемор тушунарсиз тарзда хар-хил овозлар чиқаради, ён томонга бурилади, оғриқ ва қаттиқ товушга нисбатан кўзини очиб жавоб беради. Сфинктерлар устидан назорат йўқолган. Қорачик, ютиш, йўтал рефлекслари сақланган.

Кома 1 – енгил кома. Хуши йўқ. Реакция фақат кучли оғриқли қўзғатувчиларга – оёғи ва қўлини букиш ёки очиш пайтида, тоник талвасалар кузатилади. Рефлекслар сақланган. Юрак қон-томир ва нафас тизими фаолияти нисбатан стабил ҳолатда.

Кома 2 – чуқур кома. Кучли оғриқли қўзғатувчиларга ҳам ҳеч қандай жавоб реакцияси йўқ. Ютиш акти, ёрўғликка

қорачиқ рекцияси йўқ. Патологик нафас тури, юрак қон-томир тизими декомпенсация босқичида.

Кома 3 – чегарадан ташқари кома. Тўлиқ мушаклар атонияси, қорачиқлар кенгайган, пульс периферияда аниқланмайди. Нафас олиш бирданига бузилган, АБ аниқланмайди. Хаётий зарур аъзолар функциялари сунъий равишда ушлаб турилади.

### ***Бош - мия жароҳати.***

Бош–миа жароҳати деганда миани жароҳатли касаллиги тушунилади.

### ***Бош - мия жароҳати клиник шакллари (БМЖ).***

- 1.Бош мия чайқалиши.
- 2.Бош мия лат ейиши. Енгил, ўрта, оғир босқичлари.
- 3.Миани диффуз аксонал зарарланиши.
- 4.Мия эзилиши.
- 5.Бош эзилиши.

Мия чайқалиши – жароҳат олгандан кейин бир неча сониядан то бир неча дақиқагача хушни йўқолиши ва қисқа муддатли ретроград амнезия(бўлиб ўтган воқеани эслай олмаслик) билан характерланади. Бемор шикоятлари бош оғриққа, бош айланишига, кулоқда шовқин ва ўйқуни бузилишига. Калла суягида зараланиш йўқ. Ўчоқли неврологик симптомлар йўқ.

Бош мия лат ейиши енгил даражаси. Хушни йўқолиши бир неча ўн дақиқагача давом этади. Шикоятлари тез-тез ва қайталанувчи бош оғриққа. Деярли амнезияни ҳамма тури, брадикардия, биров гипертензия бўлиши мумкин. Балки калла суяги своди синиши, субарахноидал қон қуйилиш кузатилиш мумкин. Ўчоқли неврологик симптомлар (нистагм, менингеал симптомлар).

Бош мия лат ейиши ўрта даражаси. Хушни йўқолиши бир неча дақиқадан то бир неча соатгача давом этади.

Амнезияни хамма тури. Кучли бош оғриғи, кўп марта қусиш, аниқ ўчоқли симптомлар, бради - тахикардия, тахипноэ.

Бош мия лат ейиши оғир даражаси. Хушни йўқолиши бир неча соатдан то бир неча кун хафтагача давом этади, кўп ҳолларда ҳаракат кўзғалишлар кузатилади. Хаётий зарур аъзолар функциялари бузилиши: бради - тахикардия, нафас бузилиши, гипертермия. Бош миани лат ейиши натижасида калла суяги сводидан ташқари асоси синиши, субарахноидал қон қуйилиш хам кузатилади. Неврологик – бир нўқтага боқиб қолган, ютишни бузилиши, оёқ қўллар фалажлиги, миоз ёки мидриаз.

Диффуз аксонал зарарланиш – узоқ давом этувчи коматоз ҳолат бўлиб, бунда, фалажлик, нафас бузилиши, гипертермия кузатилади. Узоқ давомий кома ҳолатидан турғун вегетатив ҳолатга ўтади.

Бош мия эзилиши калла суяги ичига қон, ликвор, ҳаво йиғилиши оқибатида миани компрессион эзилиши хисобига у ёки бу томонга силжиши билан характерланади.

Бошни эзилиши – бош юмшоқ тўқималарини, калла суягини ва миани зарарланиши натижасида бемор ҳолатини янаям оғирлаштиради.

### ***Шошилинч ёрдам.***

1. Нафас йўллари эркин ўтказувчанлигини таъминлаш:

ён томонга ётқизиш;

пастки жағни олдинга суриш;

оғиз бўшлиғини қон, шиллик, синган тишлар ва ёт жисмлардан тозалаш;

2. Агар нафас бузилиши кузатилаётган бўлса, унда ҳаво ўтказгич қўйиш, ЎСВ ниқобда «Амбу» қопчаси билан ёки трахея интубациясини бажариш лозим.

3. Вена томирларга зудлик билан тушиб олиш, плазма ўрнини тўлдирувчи суюқликлар юбориш, оғриксизлантириш.

4. Юмшоқ тўқималар жарохатланган бўлса боғлам кўйиш, бўйин умуртқалар синишига гумон бўлганда иммобилизация қилиш.

### ***Оғир бош-мия жарохатларида интенсив терапия.***

1. Адекват оғриқсизлантириш ва седацияда ўпка сунъий вентилляцияси (ЎСВ): морфин 1% - 1мл ёки промедол 2% - 1мл в/и 4 м/сут, реланиум 2-4 мл, натрий оксибутират 20% - 20мл 4-6 м/сут.

2. Инфузион терапия 40 мл/тв/сут, коллоидлар ва кристаллоидлар 1:2 нисбатда, альбумин 20% эритма 1г/тв).

3. Гормонлар: дексаметазон 8мг 3-4 м/сут в/и.

4. Гордокс 100 000 ЕД 3 м/сут в/и.

5. Милдронат 500- 20 000 мг/сут в/и.

6. Лазикс 20-300 мг/сут.

7. Дицинон 2мл 3-4 м/сут в/и. ликвор тоза чиққунча.

8. Антибиотиклар.

9. Ликвор санациясидан кейин: актовегин, инстенон, глиатилин.

10. 2 кундан кейин ошқозон найидан овқатлантириш.

11. Тўлиқ тарздаги парвариш.

### ***Инсултлар.***

Инсулт – бу синдром томир патологияси бўлиб, мия функцияларини йўқолиши билан 24 соат давомида ўлимга олиб келувчи ҳолатдир. Қуйидагича кўринишда: гемипарезлар, гемигиперстезиялар, афазия, апраксия, дисфагия, дизартрия, юз мушакларини ярмини, тилни парези, кўрув фаолиятини бузилиши билан кечади.

### ***Классификацияси.***

1. Ишемик (сабаби – атеросклероз, кардиоген эмболия).

2. Геморрагик (сабаби – артериал гипертензия, аневризмлар).

*Ишемик инсулт* кунни хар қандай вақтида, кўп ҳолларда одам ўйқусида ёки кечаси учраши мумкин. Неврологик

симптомларнинг секин-аста бир неча соат ёки сутка давомида ривожланиши билан характерланади. Бемор юзи рангпар ёки цианотик, қорачиқ кенгаймаган, пульси секинлашган, АБ меёрида ёки пасайган, нафас олиш сусайган, аритмик, айрим пайтда қусиши мумкин. Орқа мия суюқлиги ликвор таҳлили ўзгаришсиз.

*Геморрагик инсульт* одамни максимал ҳолатда эмоционал ёки жисмоний зўриқиши натижасида ривожланади. Бемор бирдан йиқилади, хуши сопор ҳолатида. Бирданига мия зарарланишини ўчоқли симптомлари (гемиплегия, бир нўқтага тикилиб қолиш). Миоз ёки анизокория (зарарланган томондаги қорачиқ кенгайиши), кўз соққасини «сўзувчан» ҳаракати. Пульс таранглашган, АБ юқори, нафас патологик, Чейн-Стокс типиди, қусиш, бирданига ич келиши ва сийдик ажралиши кузатилади. Ликворда қон излари. Териси нам, юзида гиперемия, тана ҳарорати кўтарилган.

### ***Шошилинч ёрдам (қиёсланмаган терапия).***

Аниқ ташхис қўйилгунга қадар қиёсланмаган терапия ўтказилади.

- 1.Нафас йўллари эркин ўтказувчанлигини таъминлаш:
- 2.Вена томирига тушиб олиш.
- 3.Агар гипертензия бўлса – АБ ни тушириш учун 20-30 мм сим уст га: клофелин 1мл в/и ёки магний сульфат 25% - 10мл в/и, ёки бензогексоний 1мл + 0,9% NaCl -20мл эритмасида в/и 1-2мл дан то самара бергунча, обзидан 5мл в/и секин аста.
- 4.Гормонлар: дексаметазон 4мг – 4 м/сут, в/и ёки преднизолон 30 мг – 4 м/сут в/и.
- 5.Гордокс 100 минг. бир в/и 3 м/сут.
- 6.Эуфиллин 2,4% - 10мл в/и 3м/сут.
- 7.Реланиум 2 мл в/и, м/и.
- 8.Анальгин 50% -2мл в/и ёки промедол 2% - 1мл.

9.Инфузион терапия 40 мл/тв/сут коллоид ва кристаллоидлар =1:2 нисбатда.

10.Тўлақонли парвариш, овқатлантириш.

### **Специфик терапия.**

#### *Ишемик инсульт:*

1.А/Б пасайганда – юрак фаолиятини стимуляцияси.

2.Спазмолитиклар: эуфиллин 2,4% - 5 мл, папаверин 2 мл в/и - 4 м/сут.

3.Антиагрегантлар: трентал 5мл, кавинтон 2-4 мл 3 м/сут.

4.Антикоагулянтлар: гепарин 5 минг. бир в/и, т/о.

5.Тромбни эритиш учун: актилизе в/и 10 мг 1-2 дақиқа давомида, кейин 50 мг в/и томчилаб 60 дақиқа давомида, қолган дозасини –120 дақиқа давомида. Умумий дозаси 90 мг касаллик бошлангандан 1-6 соат давомида юбориш керак.

6.Кальций каналлари блокаторлари: нимотоп (нимодипин) – 10 мл в/и томчи 2 соат давомида ёки верапамил 120-240 мг/сут.

7.Актовегин, инстенон, глиатилин, сермион, энцефабол, глицин, семакс – схема бўйича.

8.Фуросемид кўрсатмага биноан.

#### *Геморрагик инсульт:*

1.Гемостатик терапия: дицинон 2-4 мл 4 м/сут в/и, давом этувчи қон кетиш ёки қайтадан инсульт ривожланганда аминокапрон кислотаси 100 мл в/и.

2.Ликвор санациясидан кейин – актовегин, инстенон, парацетам, кавинтон, нимотоп – схема бўйича.

3.Ўпка ва мия шишида – фуросемид.

### **Гипергликемик кома.**

**Сабаблари:** қандли диабетни нораціонал даволаш ёки ўтказиб юборилган ҳолат, жароҳат қўшилиши, инфекция,

интоксикация. Кома ривожланиши жуда секин (бир неча соатдан бир неча суткагача).

**Клиникаси.** Тери ва шиллик қаватлари қуруқ, қипиқланган, тери тургори пасайган, кўз соққалари юмшоқ, ёруғликка реакцияси суст. Тили қуруқ, малина рангли яшил караш билан қопланган, четларида тиш излари кўриниб туради. Қусиш, балки «кофе қуйқасисимон», қусгандан кейин ҳам енгиллик сезмайди. Қорин ичга тортилган, оғриқли, қорин дам ёки ич кетиши кузатилади. Нафаси Кусемаул типида, 8-12 дақиқасига, оғиздан ацетон ҳиди анқиб туради. Тахикардия, АБ пасайган. Олигурия. Қон таҳлилида қанд миқдорини, кетон таначалар ортиши, гипокалиемия, гипохлоремия кузатилади.

#### **Даволаш.**

1. Гиповолемияни бартараф қилиш: Рингер суюқлиги, физиологик суюқлик то 1500 мл в/и диурезни назорат қилиб, кейин 5% глюкоза эритмаси 400-800 мл + 4% КС1 - 40-60мл + инсулин 6-12 ЕД .

2. Инсулин 20-40 ЕД в/и, линеомат орқали 1-4 ЕД/соатига қондаги қанд миқдorigа қараб.

3. Гепарин 5 минг. ЕД в/и 4 м/сут.

4. Антибиотиклар.

5. Ошқозонни ишқор билан ювиш, ишқор билан хўқна қилиш.

6. Симптоматик терапия.

#### **Гипогликемик кома.**

**Сабаблари:** инсулин дозасини ошиб кетиши, очлик, меда ости беzi ўсмасида, бўйрак усти беzi етишмовчилигида ва бошқалар. Кўп холларда кома ҳеч қандай олдиндан кўринадиган белгиларсиз ривожланиши мумкин.

**Клиникаси.** Қорачиқ торайган, тери қопламлари рангпар, нам, балким талвасага ўхшаш титрашлар бўлади. Тахи - ёки

брадикардия, АБ балки кўтарилган. Қонда - гипогликемия. Гипогликемик кома гипергликемик комага қараганда хавфлироқ хисобланади. Шунинг учун ташхис кўйишда қийинчилик бўлса, беморга 40% глюкоза суюлигидан 20 – 40 мл в/и юбориб кўрилади. Агар беморда гипергликемия бўлса хам юқоридаги глюкоза дозаси билан ахволи оғирлашиб қолмайди.

### ***Даволаш.***

1. 40% глюкоза 50-70 мл в/и.
2. Кейин томчилатиб 10% глюкоза суюқлиги 400-800 мл.
3. Бош мия шишида – шишга қарши дорилар.
4. Талвасада – реланиум 2 мл в/и.
5. Симптоматик терапия.

### ***Жигар комаси.***

***Сабаблари:*** гепатит, цирроз, гепатотоксик захарлар билан захарланишлар хисобига жигар тўқималарини некрозга учрайди. Бирданига ёки секин аста кома олди ҳолати белгилари (безовталиқ, психикани бузилиши) ривожланиб жигар комаси бошланади.

***Клиникаси.*** Бемор оғиз бурун бўшлиғидан «жигар ҳиди» анқиб туради. Териси қуруқ, терида қашилаш излари билан сарикқлик. Айрим пайтларда милклардан, бурундан, қизилўнгачдан қон кетиш кузатилади. Қорин дам, жигар соҳасида оғриқ, нафас олиши Куссмаул типиди, гипотония, тахикардия. Сийдиги тўқ рангли сарик кўпик билан.

### ***Даволаш.***

1. 40% глюкоза 80-100 мл + инсулин 10-14 бир в/и томчилатиб.
2. 5% глюкоза 1000 - 2000 мл в/и.
3. Преднизолон 60 мг 3 м/сут.
4. Бир хил гуруҳдаги ЯМП 200 мл.
5. Альбумин 10%, 20% - 100, 200 мл.

6. Витаминлар. В гуруҳ, «С», «К».
7. Глютамин кислотаси 1% - 1000 мл гача.
8. Контрикал 10 минг. бир 3м/сут.
9. Инфузион терапия, диурезни тезлаштириш.
10. Оксигенотерапия, балким трахея интубацияси ва ЎСВ.
11. Симптоматик терапия.

***Уремик кома.***

Сабаблари: бўйракни сурункали касалликлари секин-аста кома ҳолатини ривожланишига олиб келади. Аммиакли хид, нафаси Чейн-Стокс типиди, тили куруқ, брадикардия, гипотония, олиго-анурия. Даволаш: нафас бузилишлари кузатилаётган бўлса, унда трахея интубацияси, ЎСВ; организмни экстракорпорал тозалаш усулларидан – гемодиализ.

***Менингит*** – мия қобиғининг яллиғланиши. Кўп ҳолларда, ўрта қулоқни яллиғланиши асорати, гайморит, гриппдан кейин ҳам ривожланиши мумкин. Касаллик қалтираш, тана ҳароратини 38-40\* С гача кўтарилиши, қусиш, бош оғриғи билан бошланади. Ҳолати мажбурий, менингеал симптомлар. Даво ташхис қўйиш мақсадида люмбал пункция қилинади.

***Даволаш:*** 1. Антибактериал терапия – пенициллин 40 млн. ЕД/сут, в/и томчилатиб; тиенам 1г 2 м/сут в/и; меронем 1г 2 м/сут, в/и.

2. Дезинтоксикацион терапия: реополиглюкин 400 мл, реоглюман 400 мл, Рингер суюқлиги 800-1200 мл, альбумин 10%, 20% -200 мл

3. Гормонлар: преднизолон 30 мг 4 м/сут, в/и; дексаметазон 4-8 мг 4 м/сут.

4. Спазмолитиклар: папаверин 2-4 мл, эуфиллин 2,4% - 10 мл в/и.

5. Лазикс 2-4 мл.

6. Оғриксизлантириш, талвасада – седуксен 2-4 мл.

7. Қон реологиясини яхшилаш учун: трентал 5 мл 3 м/сут, гепарин 5 минг. бир 4 м/сут в/и

8. Оксигенотерапия.

**Талваса синдроми.** Сабаблари – жароҳат, бош мия шиши, эпилепсия, эклампсия, қоқшол, гипертермия, сув-туз алмашинувини бузилиши.

**Даволаш:** 1. Талвасага қарши терапия – седуксен 2-4 мл в/и, хар 4-6 соатдан кейин; дроперидол 2-4 мл в/и хар 4-6 соатдан кейин; оксибутират натрий 20% - 10-20 мл хар 2-4 соатдан кейин в/и; тиопентал-натрий 1% эритмаси 200-500 мг хар 2-4 соатдан кейин в/и.

2. Медикаментоз гипотермия, физик совутиш усуллари.

3. Тез-тез қайталанувчи кучли талвасаларда – трахея интубацияси, ЎСВ, релаксантлар.

4. Асосий касаллигини даволаш.

## ШОК ХОЛАТЛАРИ

Шок – организмни бир оғир ҳолати бўлиб, унда бирданига ҳамма аъзолар ва тўқималарда қон айланишини бузилиши билан кечади. Микроциркуляция тизимида декомпенсация босқичи организмда кўплаб аъзолар етишмовчилигига олиб келади.

**Классификацияси:**

1. Травматик шок.

2. Геморрагик шок.

3. Кардиологик шок.

4. Анафилактик шок.

5. Септик шок.

Яна бошқа вариантлари – куйиш, нейроген, плевропульмонал, инфекцион-токсик, гиповолемик шоклар ва бошқалар.

### ***Травматик шок.***

Шокни 2 та фазаси мавжуд:

1.Эректил (компенсатор) – хуши сақланган, кўзгалувчан, териси рангпар, тахикардия, АБ нормада ёки бироз пасайган.

2.Торпид (декомпенсатор) – учта даражани ўз ичига олади (айрим пайтларда тўртинчи даража – преагонал бўлиши мумкин.

1-дар. *Енгил шок* – қачонки анальгезиядан, иммобилизациядан, қон тўхтатилгандан кейин гемодинамика меёрига келса демак бу енгил шок бўлади. Хуши сақланган, лекин бироз тормозланиши бор. Тери қоплами рангпар, нам. Пульси дақиқасига 90 – 100 марта, АБ 100 – 90 мм сим уст. МВБ бироз пасайган. Қон йўқотиш тахминан 15-25% яъни УАҚХ (700 – 1300 мл). Аллговер бўйича шок индекси (ШИ) - 0,8-1тенг.

2-дар. *Оғир шок* (қайтар жараён) – қисқа муддатга УАҚХ ни тўлдириш, респиратор терапия, метаболизм коррекцияси зарур. Хуши тормозланган. Тери қопламлари ва шиллик қаватлари рангпар, кўкимтир, муздек. Нафас олиши юзаки, тезлашган. Пульси дақиқасига 110 – 130 марта, АБ 90 -70 мм сим уст. МВБ паст. Олигурия, рефлекслар сусайган. Қон йўқотиш хажми 25 – 45% ни яъни (1300 – 2000 мл). Аллговер бўйича шок индекси (ШИ) - 1,1- 1,5 тенг.

3-дар. *Ўта оғир шок* (рефрактер ёки қайтмас жараёнли), бу холатда узоқ вақт қон айланишни, нафасни, метаболизмни бошқариб туриш талаб қилинади. Хуши йўқ. Тери қопламлари кулранг, кўкимтир, нам. Нафас юзаки тезлашган. Пульси дақиқасига 130 мартадан кўп, ипсимон, АБ 70 мм

сим уст.дан паст. Қон йўқотиш хажми 50% дан юқори, яъни УАҚХ(2000 – 2500 мл). МВБ нолга тенг. Анурия. ШИ –1,5 дан юқори. Аллговер шок индекси – пульсни систолик АБ га нисбати. Нормада 0,5 тенг. Аллговер шок индекси қанча юқори бўлса, шунча шок холати оғир хисобланади.

**Сабаблари:** стресс, оғрик, қон йўқотиш. Жуда кучли ёки узок вақт таъсир этувчи жарохатлар асаб ва эндокрин тизимини қитиклайди. Бунинг натижасида симпато-адреналин тизим фаоллашуви кузатилади, яъни қонга кўп миқдорда гормонлар ва ферментлар тушади. Оқибатда артериолалар спазми, қонни ёпишқоқлиги ошади, натижада қон айланиш секинлашади ва тўқималар агрегациясини чақиради. Мана шу жараён травматик шокни асоси бўлади – гиповолемия, қонни реологик хусусиятини бузилиши билан боғлиқ бўлган, ва уни микроциркуляция тизимидаги секвестрацияси хисобланади. **Даволаш. Стационаргача босқичда ИТ.**

1.Қон кетишини тўхтатиш (жгут, қисқич, бармоқ билан эзиб туриш ва шунга ўхшаш).

2.Нафас йўллари эркин ўтказувчанлигини таъминлаш, зарурият бўлса хаво ўтказгич, «Амбу» қопчаси билан ниқоб.

3.Оғриксизлантириш: анальгин 50% -2мл, ёки промедол 2% - 1-2мл, ёки фентанил 2мл, ёки кеторол – 1мл, ёки морадол 1-2 мл.

4.Гормонлар:преднизолон 30-90 мг ёки дексаметазон 4-12мг в/и.

5.Транспортировка қилиш учун иммобилизация.

6.Инфузион терапия травматик шокда асосан тезда УАҚХ ни тўлдиришга йўналтирилган, чунки беморлар ўткир қон йўқотишда томир тизимини бўшаб қолиши сабабли ўлиб қолади. Инфузион терапия ўз ичига олади полиглюкин 400 мл, реополиглюкин 400 мл, стабизол 500 мл, желатинол 450

мл, 0,9% натрий хлор суюқлиги 800 – 1200 мл, 10% натрий хлор суюқлиги 250 мл, Рингер суюқлиги 800 мл.

Танлаш учун препаратлар: ўткир қон йўқотишда рационал инфузион терапияни бошлаш лозим бўлади полиглюкиндан 400 мл ва 10% натрий хлор эритмаси 250 мл, чунки 400 мл полиглюкин хужайралараро бўшлиқдан яна 400 мл суюқликни тортиб олади ва шунинг билан томирда 800 мл суюқлик айланади, 250 мл натрий хлорни гипертоник эритмаси яна 750 мл суюқликни тортади ва УАҚХ ни 1000 мл га оширади. Агар травматик шок озгина қон йўқотиш билан кечадиган бўлса, унда инфузион терапияни реополиглюкин 400 мл дан бошласа ҳам бўлади.

Инфузион терапияни марказий венага ёки 2-3 та периферик венадан фойдаланиш ҳам мумкин. ИТ ни миқдори травматик шокни даражасига боғлиқ. 1 дар. – инфузия тезлиги 100-200 мл/дақ. Кристаллоидлар:коллоидлар нисбати = 2:1, инфузия ҳажми 1200 – 1800 мл.

2 дар.-инфузия тезлиги 200 300мл/дақ. Кристаллоидлар: коллоидлар нисбати = 3:1, инфузия ҳажми 3200 мл гача.

3 дар. – инфузия тезлиги 300 – 400 мл/дақ. Кристаллоидлар : коллоидлар нисбати = 3:1. ИТ ҳажми 3800 мл гача. МВБ назорати. Иложи бўлса коллоидларни 800 мл дан кўп қуймаслик керак, чунки гемостаз бузилиши натижасида бемор қон гурухи ва резус омилини аниқлашда ёлғон агглютинация кузатилиши мумкин.

Инфузия тезлигини ҳисоблаш мумкин:

400 мл –30 дақиқада – 240 том/дақ ёки 4 том/сек

400 мл –1 соатда 120том/дақ 400 мл –2 соатда –60том/дақ 400 мл –6 соатда 20том/дақ.

Ёпиқ синишларда тахминий қон йўқотиш:

Тоз суяги –3000 мл гача.

Сон суяги – 2000 мл гача.

Болдир -500 мл, тўпиқ – 300 мл.

***Госпиталгача босқичда ИТ.***

1.Нафас етишмовчиликни бартараф этиш (намланган кислороддан то трахея интубациясигача ва ЎСВ, аспирация бўлса – санация, нафас йўллари тозалаш.

2.Марказий веналар катетеризацияси, инфузион терапия МВБ, АБ, гематокритни назорат қилган холда, (агар гематокрит 25% дан паст бўлса, эр. масса қуйишга кўрсатма бўлади): реополиглюкин 400 – 800 мл, 10% натрий хлор – 200мл, полиглюкин 400мл, Рингер суюқлиги 800 – 1200мл, ЯМП.

3.Оптимал оғриқсизлантириш: промедол, морфин, УАҚХ ни тиклагандан кейин - эпидурал анестезия.

4.Гормонлар: преднизолон 10-20 мг/тв/сут ёки дексаметазон 2-4 мг/тв/сут в/и.

5.Гордокс 100 – 300 минг. бир 3 м/сут в/и.

6.Гепарин 5 минг. бир 4 м/сут в/и, қонни тўхтатгандан кейин.

6.Антибиотиклар.

7.Вазопрессорлар: дофамин фақат УАҚХ ни тиклагандан кейин.

8.Кислота ишқор мувозанатини (КИМ) метаболизмни коррекцияси, тана хароратини меёрига келтириш, астойдил парвариш.

9.Мониторинг АБ, МВБ, гемоглобин, гематокрит, пульс, соатли диурез.

***Ёғли эмболия.***

Шок холати ёғли эмболия оқибатида ҳам кузатилиши мумкин. Сабаблари: суюқлар синиши, ёғли тўқималарни эзилиши, қуйиш, панкреатит, реанимацион тадбирлар, хар қандай терминал холат. Қонни ёпишқоқлиги ошиши натижасида (реология бузилиши) кичик эмульгирланган ёғ

қонда йиғилиб, катта томчи хосил қиладида, томирни ёпиб қўяди.

### ***Ёғли эмболия шакллари.***

1. Ўпка шакли – кичик қон айланиш доираси томирларида тикин туриб қолиши, шокли ўпка.

2. Мия шакли – катта қон айланиш доираси томирларида тикин туриб қолиши (фақат мияда эмас, балким бошқа аъзоларда ҳам бўлиши мумкин).

### ***Клиникаси.***

Ўпка шакли: йўтал, баъзи пайтларда қон аралаш қусиш, нафасни секинлашиши.

Мия шакли (марказий): гипертермия, кўкрак қафасда, энсада, шох пардада, қўлтиқ остида петехиал тошмалар кузатилади. Бунинг оқибатида секин-аста талваса синдроми билан кома ривожланиши мумкин. Ёғли эмболия оқибатида хушни тикланиши, агар кома кўп ҳафта давом этган бўлса ҳам тўлиқ тикланиши мумкин (бош мия жарохатидан фарқи шу).

### ***Даволаш.***

1. Профилактикаси: қон реологиясини яхшилаш, 30% спирт.

2. Гепарин 5 минг. бир 4 м/сут в/и.

3. Преднизалон 30мг 4 м/сут в/и.

4. Гордокс 100-300 минг. бир 3 м/сут.

5. Бош мия шиши профилактикаси, ГБО.

6. Асосий касалликни даволаш.

### ***Куйиш шоки.***

*Куйиш шоки* – бу организмни термик жарохатга бирламчи реакцияси. У кенг ва чуқур куйишлар натижасида, яъни тана юзасини 15% дан кўп қисмини қамраб олганда келиб чиқади. Шокни оғир даражасида 1-чи суткада 20-30% гача эритроцитлар парчаланadi. Организмдан йўқотилаётган оқсил ва суюқлик натижасида массив қон қуюқлашиши кузатилади. Бунинг эвазига анемия яққол намоён бўлмайди.

Миокард функцияси сусаяди. Агар нафас йўлларида куйиш бўлса беморни ахволи оғирлашади.

***Куйиш шоки даражалари.***

1 дар.- енгил – куйиш майдони 20% дан ошмаган: пульси дақиқасига 100 марта, АБ нормада, соатли диурез 30 мл/соатигача, қусиш йўқ.

2 дар.- оғир – пульси дақиқасига 120 марта, АБ пасайган, цианоз, қусиш, гематурия, олигурия, чанқаш, қалтираш.

3 дар.- жуда оғир – хуши бузилган, пульси дақиқасига 120 мартадан кўп, хансираш, цианоз, кўп қусиш, гематурия куйган хид билан.

Даволаш самараси – бемор ёши ва куйиш майдонига боғлиқ бўлади. 1% чуқур куйиш = 3% юзаки куйишга тенг; нафас йўллари куйиши = 10% тана юзасининг чуқур куйишига тенг.

***Куйиш касаллиги таснифи (классификацияси):***

1. давр – куйиш шоки, куйиш майдони 15-20% дан кўп, давомийлиги 2 суткагача.

2. давр – ўткир куйиш натижасида токсемия, давомийлиги 8-12 суткадан кўпроқ.

3. давр – септикотоксемия 2-3 хафтадан 2-3 ойгача.

4. давр – реконвалесценция.

***Куйишни оғирлик даражаси бўйича классификацияси.***

1 дар. – терида гиперемия.

2 дар. – пўфакчалар ҳосил бўлиши.

3А дар.- терини юзаки дерма қаватини ўлиши кузатилади. Катта ёки ёрилган пўфакчалар ичида суюқ ёки желесимон сариқ рангли моддалар бўлади. Куйган яралинг туби қизғиш рангда, нам. Ярага игна билан текканда оғриқни сезувчанлик сақланган ёки бироз сусайган. Тери юмшоқ, эластик. Балким оқ, оч сариқ ёки яшил рангли куйган тана махсулоти (струп) бўлади.

3.Б дар. - терини чуқур дерма қаватини ўлиши кузатилади. Пўфакчаларда қон бўлади. Туби қуруқ, хира, алохида жойларида оқ доғлар ёки мармарсимон тусда кўринади. Оғрикни сезувчанлик бирданига пасайган ёки умуман бўлмайди. Қора, кулранг, яшил рангли куйган тана махсулоти.

4 дар. - тери тагида жойлашган тўқималарни тўлиқ ўлиши кузатилади. Хар-хил қалинликдаги яшил ёки қора рангли куйган тана махсулоти, ундан жароҳатланган томирлар кўриниб туради.

### ***Куйиш шокини даволаш.***

1. Оғриқсизлантириш: промедол 1-2% - 1 мл; анальгин 50% - 2-4 мл; кеторол 1 мл; фентанил 2 мл + дроперидол 1-2 мл в/и, м/и; новокаин 0,25% -200 мл + глюкоза 5% - 200 мл в/и томчи; куйган юзани 0,25% новокаин суюқлиги билан ишлов бериш.

2. Инфузион терапия: кристаллоидлар, коллоидлар нисбати – 2:1 (оғир шокларда 1:1). Рингер, физ суюқлик – 800- 1200 мл, МВБ ни ҳисобга олган ҳолда, реополиглюкин 400 мл, альбумин 10-20% -200 мл, бир гурухли плазма 500-2000 мл, глюкоза суюқлиги. 2-3 суткада – эр. масса 1% куйиш майдонига 10 мл дан ҳисоблаган ҳолда буюрилади.

3. Преднизолон 30 мг 2-3 м/сут в/и, м/и.

4. Гепарин 5000 бир 4 м/сут в/и.

5. Гордокс 100-300 минг. бир 3 м/сут. в/и.

6. Юрак гликозидлари, ККБ, АТФ.

7. Антибиотиклар.

8. Маннит (осмотик диуретик) 1 - 1,5 г/т.в хужайра ташқариси гипергидратациясида УАҚҚ ни тўлдиргандан кейин в/и томчилатиб юборилади.

9.Яраларга асептик эритмага шимдирилган стерил боғлам кўйиш.

10. Катетерлар: венага, сийдик қописа; кислород, назогастрал зонд қўйиш лозим бўлади (оғир шокда кўп ҳолларда кофе қўйқасисимон қўсиш, ичак парези, стресс жараларда).

11. Тўлақонли парвариш, овқатлантириш.

### ***Геморрагик шок.***

Геморрагик шок – бу кўплаб аъзолар етишмовчилиги бўлиб, ўз вақтида ёки умуман тўлдирилмаган массив қон кетишлар оқибатида келиб чиқади.

Қон кетиш бўлиши мумкин ташқи (жароҳат натижасида, ошқозон ичак трактдан, акушерлик бўйича) ёки ички (гематома, гемоторакс, гемоперитонеум).

### ***Шока даражалари:***

1 дар. – компенсирланган шок, қайтар жараён. Қон йўқотиш 15-25% УАҚХ ни (700-1300 мл) ташкил этади. Бироз тахикардия, АБ тушган, олигурия, оёқ қўллар совуқроқ.

2 дар. – декомпенсирланган шок, қайтар жараён. Қон йўқотиш 25-45% УАҚХ ни (1300-1800 мл)ни ташкил қилади. Пульси дақиқасига 120-140 марта, АБ 100 мм сим уст дан паст, рангпарлик, цианоз, олигурия.

3 дар. – қайтариб бўлмайдиган шок. Қон йўқотиш 50% дан кўп УАҚХ ни (2000-2500 мл)ни ташкил қилади. Гипотония 12 соатдан буён, пульси дақиқасига 140 мартадан кўп, АБ 60 мм сим уст дан паст ёки умуман аниқланмайди. Хушсиз, шиллик қаватлари жуда рангпар, совуқ тер босган, анурия кузатилади.

Қон йўқотиш периферик томирларни торайишига олиб келади. Бунинг натижасида ҳамма аъзоларда ишемия (нафас, бўйрак, жигар етишмовчилиги ва шунга ўхшаш), бошланади, шуни оқибатида қон ививчанлиги бузилиши яъни ТИҚТИ синдроми келиб чиқади.

### ***Стационаргача боқичда даволаш.***

1. Қон кетишини тўхтатиш (30 дақиқадан кам бўлмаган вақтгача – жгут, шокга қарши кийим, қисқич ва шунга ўхшаш).

2. Нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш.

3. Иммуобилизация.

4. Оғриқсизлантириш: кетонал 1 мл, фентанил 2 мл, анальгин 50% - 2-4 мл в/и, м/и.

5. Гормонлар: преднизолон 60 мг ёки дексаметазон 8 мг в/и, м/и.

6. В/и томчилатиб : 10% натрий хлор – 200 мл; полиглюкин 400 мл, физ суюқлик 800 мл.

### ***Стационар босқичда даволаш.***

1. Қабул бўлимида ёки реанимация бўлимида жаррох, травматолог, нейрохирург, акушер-гинеколог кўригидан сўнг адекват оғриқсизлантириш: промедол 2% -1 мл.

2. Марказий веналар катетеризацияси, керак бўлса бир нечасини. Бирданига шприцга 10 мл қон олиб уни гурух ва резус омилини аниқлаш ва мосликка текшириш учун юборилади. МВБ ўлчанади.

3. Намланган кислород ниқоб ёки бурун найи орқали. Кўп қон кетишларда, травматик шокда, хушни бузилишида – трахея интубацияси ва ЎСВ.

4. Ташхисни аниқлаш билан барабар равишда гемоглобинни, гематокритни аниқлаш, УТТ, лапароскопия, лапароцентез, рентгенография (учта бўшлиқ қонуни – калла суяги, кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи).

5. Суткалик ва соатли диурезни аниқлаш учун сийдик қопага катетер қўйиш.

6. Преднизолон 60-90 мг в/и.

7. Инфузион терапия:

10% натрий хлор -200 мл; - 0,9% натрий хлор – 800 мл; полиглюкин 400-800 мл;

бир хил гурухли плазма 600 мл;

бир хил гурухли эр. масса агар кўрсатма бўлса.

8. АБ ни критик ҳолатгача тушиб кетишида (60/20 мм сим уст дан паст бўлганда) в/и томчилатиб дофамин юборилади. Систолик босимни қон кетиши тўхтагунга қадар 80-90 мм сим уст. дан ошириш мумкин эмас.

9. Агар иложи бўлса реинфузия ўтказса бўлади.

10. Ички қон кетишларни иложи бўлса тез тўхтатиш зарур. Агар қон кетиш давом этаётган бўлса, инфузияни 2-4 веналардан фойдаланиб, оёқларини кўтариш, бош томонини тушириш лозим.

### ***Кардиоген шок.***

Ўткир миокард инфаркти – бу секин-аста кечадиган жараён эмас, бирданига ривожланадиган жараён ҳисобланади. Юрак мушакларида ишемик соҳалар ортиб боради. Юракни катта қисми зарарланганда, юрак ҳаётий зарур аъзоларни қон билан таъминлай олмай қолади. Бунинг оқибатида шок юзага келади. Беморда каттиқ оғрик синдроми асосида АБ 80-90 мм сим уст.дан тушиб кетади. Тери қопламлари рангпар ерсимон тусда, совуқ ёпишқоқ тер босган, пульси периферияда аранг сезилади. Психомотор қўзғалиш ёки тормозланиш кузатилади.

*Классификацияси:* рефлектор, аритмик, чин, ареактив.

### ***Даволаш.***

1. Тўлақонли оғриксизлантириш: фентанил 2 мл в/и, морфин 1%-1 мл.

2. Оксигенотерапия.

3. Гепарин 10 000 ЕД в/и, кейин 1000 ЕД/соатига линеомат орқали.

4. Нитроглицерин 10 мг линеомат орқали.

5. Дофамин 4% - 5 мл линеомат орқали АБ ни назорати остида.

6.Лидокаин 2% - 2-4 мл в/и фибрилляцияни профилактикаси учун.

7.В/и 30 мг преднизолон юборгандан кейин, 30 дақиқа давомида томчилатиб 250 минг. бир стрептокиназа, яъни пайдо бўлган тромбни эритиш мақсадида юборилади.

8.Инфузион терапия: глюкоза – калий - магний аралашмаси в/и дақиқасига 40 томчидан: - 10% глюкоза 400 мл; -4% калий хлор – 60 мл; - 25% магний сульфат – 10 мл; - инсулин 12 бир.

9.Агар аритмия ривожланса кўшимча АТФ, верапамил, кордарон юборилади.

### ***Анафилактик шок.***

Анафилактик шок – организмга специфик антигенни кириши натижасида организмни бирданига жавоб реакцияси бўлиб, оғир нафас ва қон-томир етишмовчилигини чақирувчи жараён хисобланади. Тушган аллергенни дозаси ҳеч қандай аҳамиятга эга эмас.

### ***Классификацияси.***

1.Яшин тезлигидаги шакли. Тасодифдан 1-2 дақиқа оралиғида ўткир самарасиз юрак етишмовчилиги клиникаси ривожланиб, қуйидаги белгилар, яъни бирданига рангпарлик ёки цианоз, қорачиқлар кенгайган, АБ аниқланмайди, нафас олиши агонал. Агар реанимация муолажалар ўтказилмаса 10 дақиқа ичида ўлим рўй беради.

2.Оғир шакли 5 -7 дақиқа ичида - агония холати худди вақтга нисбатан биров чўзилади, кейин юқоридаги яшин тезлиги шакли клиникасига ўхшаш бўлади.

3.Ўртача оғир шакли – 30 дақиқагача. Клиникаси хар-хил кўринишда: кардиал (АБ ни тушиши, периферик томирларни торайиши ёки кенгайиши); асфиксик (хиқилдоқ,трахея шиши, бронхоспазм); церебрал (бош оғриғи, хушни йўқотиш, талваса; абдоминал (ўткир қорин синдроми).

4. Лайел синдроми – танани катта қисмида папуласимон тошмалар, улар хар-хил ўлчамда сероз суюклик билан тўлган пўфакчалар кўринишида бўлади. Бирданига оғрик синдроми пайдо кўчади. Касалликни кечиши узоқ вақт 1,5-2 ойгача, юқори ўлим кўрсаткичи билан кузатилади.

5. Аллергик реакция.

6. Зардобли касаллик – секин-аста кечувчи реакция (7-12 кундан кейин) зардоб киритганда (қоқшолга қарши) учрайди.

### ***Даволаш.***

1. Бемор бош томонини пастроқ тушириш.

2. Инекция бўлган жой юқорисидан жгут кўйиш.

3. Инекция қилинган жойга адреналин 0,1% -0,5 мл м/и юбориш, венага тушиб олиш.

4. Преднизолон 30-60 мг в/и.

5. Гепарин 5 000 ЕД в/и.

6. Пипольфен 2 мл ёки супрастин 1 мл, ёки тавегил 2 мл в/и.

7. Бронхоспазмда: эуфиллин 2,4% - 10 мл, атропин 0,1%-1 мл, алулент 0,05%- 1 мл промедол 2% - 1 мл, намланган кислород. Агар юқоридагиларга самара бўлмаса, инекцияларни қайтариш лозим бўлади. Юрак тўхтаб қолса ЮЎР ўтказилади.

### ***Септик шок.***

Сепсис (конни зарарланиши) – тарқоқ инфекцион жараён бўлиб, бирламчи ўчоқ инфекциясига боғлиқлигини йўқотган ҳолат ҳисобланади. Септик шок – организмни кўпчилик аъзолари реакцияси бўлиб, қонга тушган токсинлар асосан кичик қон томирларни зарарлабгина қолмай, балки уларни некрозга учратиши ҳам мумкин. Айрим ҳолларда септик шокка антибиотикларни бактериал таъсири натижасида кўп миқдордаги микробларни ўлиши ҳам олиб келади. Организмда иммунитет пасайиши, инфекция тури, организмни олдинги ҳолати муҳим аҳамиятга эга. Шок

холатида бирданига АБ ни тушиб кетиши, тахикардия, хансираш, цианоз, тери қопламини мармарсимон ёки ерсимон тус олиши, олигурия кузатилади.

*Интенсив терапия йўналтирилган бўлади:*

микробларни қириб ташлаш;

дезинтоксикация, токсинларни чиқариш;

организм қаршилиги ва иммунитетини ошириш;

метаболик бузилишларни тиклаш;

инфекция ўчоғини даволаш, шу жумладан хирургик.

## ЎТКИР ЗАХАРЛАНИШЛАР

Ўткир захарланишларда шошилиш ёрдам кўрсатиш умумий принциплари.

1. Воқеа содир бўлган жойда аниқлаш керак:

а). захарланиш сабабини;

б). токсик моддани турини;

в). миқдорини;

г). тушган йўлини;

д). захарланган вақтни.

2. Токсик моддаларни тушиш йўллари:

а). оғиз орқали (перорал захарланиш);

б). нафас йўллари орқали (ингаляцион);

в). тери орқали (перкутан);

г). инъекциядан кейин дориларни токсик таъсири;

д). организм бўшлиқларига киритилгандаги захарланишлар (тўғри ичакка, қинга, сийдик қописа, эшитиш йўлига).

3. Захарланиш клиник кўриниши даврлари:

а). яширин (захарланишни биринчи белгиларигача бўлган давр);

б). токсикоген (захарни специфик таъсири);

в). соматоген (ички аъзолар иккиламчи асорати).

#### 4. Шошилинч ёрдам принциплари:

- а). захарни чиқариб ташлаш;
- б). антидот (специфик) терапия;
- в). симптоматик терапия.

#### 5. Қонга тушмаган захарни олиб ташлаш:

а). захар ичга тушганда: ошқозонни зонд орқали 12-15 литр хона хароратидаги сув билан порцияси 300-500 мл ошмаган холда ювиш. Кейин зонд орқали захарни сувда ёки ёғда эрувчанлигини инобатга олган холда, 100-150 мл 30% натрий сульфат ёки вазелин ёғи юбориш керак. Токсик моддаларни адсорбция қилиш учун 1 ош қошиқ активланган кўмирни ошқозонни ювгунча ва ювгандан кейин юбориш ёки 5-10 таб карболен, полифепан бериш лозим бўлади.

Коматоз ҳолатдаги беморлар ошқозонини трахеяни интубация қилиб, кейин ювилади;

б). тери қопламидан: оқар сувда ювиш;

в). конъюнктивдан: илиқ сувда секин-аста оқизиб ювиш, 1% новокаин ёки 0,5% дикаин суёқлигидан томизиш;

г). оғиз бурун шиллиқ қаватидан: оғизни бир неча марта чайиш ва бурунни илиқ сувда ювиш, новокаин, супрастин, гидрокортизон 1:1:1 нисбатдаги аралашмада ингаляция қилиш.

д). бўшлиқлардан: хўкна ёки сепиш ёрдамида ювиш, сурги дорилар бериш;

е). ингаляцион йўл билан захарланишларда: зарарланган жойдан олиб чиқиш, нафас йўллари эркин ўтказувчанлигини таъминлаш, кислород ингаляцияси;

ж). илон чаққанда, м/и ёки т/о дори моддаларни токсик дозасини юбориш: инъекция жойига 0,3 мл 0,1% адреналин, 6-8 соатга муз қўйиш ва токсин тушган жой юқорисидан айлантириб новокаинли қамал(блокада) қилиш.

#### 6. Қонга сўрилиб бўлган захарни чиқариш:

- а). диурезни кучайтириш;
- б). гемодиализ;
- в). перитонеал диализ;
- г). гемосорбция;
- д). алмашлаб қон қуйиш;
- е). физиогемотерапия: магнитли, ультрабинафша, лазерли, химиотерапия, ГБО.

#### 7. Антидот терапия:

Активланган кўмир - носпецифик сорбентли медикаментоз модда.

Алкогол этил - метил спирт, этиленгликоль.

Атропин 0,1% ли суюқлиги - мухомор, ФОБ, юрак гликозидлари, прозерин, клофелин билан захарланганда.

Ацетилцистеин 10% ли – парацетамол.

Викасол 1% ли суюқлиги – билвосита таъсир қилувчи антикоагулянтлар.

Витамин «В 6» 5% суюқлиги - тубазид, фтивазид.

Витамин «С» 5% суюқлиги - анилин, калия перманганат.

Гепарин - илон чакқанда.

Гидрокарбонат натрий 4% - кислоталар.

Метиленовый кўки 1% ли - анилин, синил кислота, перманганат калий.

Налоксон 0,5% ли - морфин, героин, промедол.

Прозерин 0,5% ли - атропин, пахикарпин.

Протамин сульфат 1% ли - гепарин.

Сульфат магний 30% ли - барий, уни тузлари.

Тиосульфат натрий 30% ли - йод, мис, қўрғошин, бензол, сулема, анилин.

Унитиол 5% ли - мис, мышьяк, фенол.

Хлорид натрий 2% ли - нитрат серебра.

Хлорид кальция 10% ли - этиленгликоль, щавел кислота.

Хлорид калия 0,5% ли - юрак гликозидлари.

Хлорид аммоний 3% ли - формалин (ошқозонни ювиш).

8.Симптоматик терапия: нафас ва юрак қон-томир етишмовчилигини, токсик нефропатияни, гепатопатияни, неврологик бузилишларни тиклаш.

***Алкогол ва ш унга ўхшаш моддалар билан захарланиш (одеколон, лосьон, клей БФ).***

***Симптомлари:*** (анамнез, хиди анкиши) хушни йўқолиши, терини совуқ тер босган, юзида гиперемия, ўтувчи анизокория, горизонтал нистагм, тана хароратини пасайиши, қушиш, хохишсиз сийдик ва нажас ажралиши, нафас олиши секинлашган, пульси тезлашган, суст, гипотония, айрим пайтларда талваса, оёқ қўлларида гипертонус. Балким қусиқ массасидан аспирация, ларингоспазм, нафас тўхташи кузатилиши мумкин.

***Даволаш:***

1.Ошқозонни зонд орқали ювиш, тузли сурги дорилар бериш, диурезни кучайтириш.

2.Инфузион терапия 2000 мл Рингер суюқлиги, реополиглюкин, полиглюкин, гемодинамика муътадиллашгунча.

3. Натрий бикарбонат 4% ли 1000 мл гача сийдикни ишқорий муҳитга ўтказиш мақсадида в/и томчилаб.

4. Глюкоза 40% - 20 мл в/и.

5.Кофеин 2 мл, кордиамин 2 мл в/и.

6. Витамин «В6» - 5 мл, «В1» - 5 мл в/и.

7. Никотин кислота 5% 1 мл м/и, қайтадан.

8. Аспирация бўлса – трахея интубацияси, ЎСВ, ТБД санацияси.

Ўлдирадиган дозаси – 300 мл 96% спирт (сурункали алкоголикларда бундан кўпроқ).

**Ботулизм** – ботулотоксин эвазига келиб чиқадиган оғир овқат токсикоинфекцияси.

**Симptomлари:** анамнез – уй шароитида тайёрланган консервалар. Инкубацион даври 2 соатдан – 10 суткагача. Бошланиши ўткир – бош оғриғи, кўнгил айниши, қусиш, эпигастрал соҳада оғриқ, чанқаш, ични суюқ келиши, кейин метеоризм, тана харорати нормал, хуши ўзида, кўриши хиралашган, диплопия, анизокория, птоз, кўз соққалари харакати чегараланган, ютишни бузилиши, гаплари ноаник, афония, хансираш, брадикардия, АБ нормал ёки кўтарилган. ЭКГ да – ўтказувчанликни бузилиши. Ўлим нафас мушакларини фалажлиги оқибатида келиб чиқади.

**Даволаш:**

- 1.Ошқозонни калий перманганат ёки 2% ли натрий гидрокарбонат эритмасида ювиш.
- 2.Тозаловчи, кейин сифонли хўкна 1-2% сода суюқлиги билан.
- 3.Сурги дори – 20-30 г магний сульфат.
4. Ботулинга қарши зардоб. Токсин тури аниқлангунчая 10 000 МЕ А,С,Е тури учун ва 5 000 МЕ В тури учун биринчи кун м/и, кейин в/и.
- 5.Прозерин 0,05% ли 1 мл, қайтадан.
- 6.Антибиотиклар (левомицетин, пенициллин қатори).
- 7.Инфузион терапия, ЎСВ, ГБО.

Асоратлари: пневмония, сепсис, эндокардит. Ўлим кўрсаткичи -50% гача.

**Метил спирти билан захарланиш.**

**Симptomлари:** кўнгил айниши, қусиш, кўзга хар-хил нарсалар кўриниши, 2-3 суткада кўрмай қолиш. Оёқлардаги, бошдаги оғриқ, чанқоқлик. Терисида гиперемия кўкимтир

соя билан, қорачиқлар кенгайган, терлаш, тахикардия, қоринда оғрик, кўзни харакатлантирувчи мушаклар парези, хушни қоронғулашиши, нафас ва қон айланишни бузилиши, талваса, ўлим.

***Даволаш:***

- 1.Ошқозонни олдин сув билан, кейин 2% ли сода эритмаси билан ювиш.
- 2.Тузли сурги дорилар – магний сульфат 0,5 г/тв.
- 3.Диурезни ишкорлаб кучайтириш.
- 4.Эрта гемодиализ.
- 5.Антидот – этил спирти 5% в/и том. 1 мл/тв/сут. Ёки 30% алкохол 100 мл ичишга, кейин хар 2 соатда 50 мл дан 4-5 марта кунига.
- 6.Преднизолон 30 мг в/и.
- 7.Глюкоза 40% - 200 мл ва новокаин 0,25% - 200 мл в/и томчилаб.
8. Витаминлар «В1» - 5 мл ва «С» -20 мл в/и
- 9.Инфузион терапия.

***Морфин (опий, героин, кодеин, фенадондан захарланиш).***

*Симптомлари:* коматоз холатда, қорачиқларни торайиб, ёруғликка реакциясини сусайиши, териси гиперемия. Мушаклар тонусини ошиши, айрим пайтларда тоник ёки клоник талвасалар, қусиш, нафасни секинлашиши. Оғир пайтларда асфиксия, шиллиқ қаватлар цианози, қорачиқлар кенгайиши, брадикардия, коллапс, гипотермия.

***Даволаш:***

- 1.Ошқозонни қайтадан ювиш, дорини қандай йўл билан киритилганидан қатъий назар.
- 2.Активланган кўмир ичишга, тузли сургилар.
- 3.Антидот - налоксон 3-5 мл 0,5% в/и, қайтадан.
- 4.Атропин 0,1% 1-2 мл в/и, т/о.
- 5.Кофеин 10% 2 мл в/и, кордиамин 2 мл в/и.

6.Витамин «В1» 5% 3 мл в/и, қайтадан.

7.Кислород ингаляцияси, сунъий нафас бериш, трахея интубацияси ва ЎСВ.

***Атропиндан захарланиш(белена, дурман, белладонна).***

*Симптомлари:* соғиз ва томоқ қуриши, ютиш ва сўзлашишни бузилиши, яқинни кўришни бузилиши, диплопия, ёруғликдан кўркиш, юракни тез уриши, хансираш, бош оғриғи. Териси қизғиш, курук. Пульси тезлашган, корачиқлар кенгайган, ёруғликка реакцияси йўқ. Психик ва ҳаракат кўзғалувчанлиги, кўрув галлюцинацияси, бред, эпилептик шаклдаги талвасалар фонида хушни йўқолиб бориши ва кома ҳолати ривожланиши кузатилади. Бошқариб бўлмайдиган гипертермия, нафасни бузилиши, цианоз, АБ ни тушиши, МВБ ни ошиши, шиш. Бундай захарланиш болаларда жуда оғир кечади.

***Даволаш:***

1.Ошқозонни зонд орқали ювиш, зондни яхшилаб вазелин билан мойлаб, тоза сув чиққунча.

2.Диурезни кучайтириш.

3.Гемосорбция.

4.Прозерин 0,05% 1 мл в/и ёки т/о, қайтадан.

5.Кўзғалиш бўлса – аминазин 2,5% 2 мл, диазепам 1-2 мл в/и.

6.Гипертермияда – амидопирин 4% 10-20 мл, физик совутиш.

***ФОБ (дихлофос, карбофос, хлорофос, зарин, зоман).***

*Симптомлари:* захарланиш асосан ошқозонга тушиши, нафас йўллари ва тери орқали захарланиш оқибатида келиб чиқади.

1 дар: кўзғалиш, миоз, саливация, терлаш, кўкрак соҳасида ноқулайлик, хансираш, бронхоррея, ич кетиш, АБ ни кўтарилиши.

11 дар: юқоридагиларга талваса кўшилади, гипертермия, титраш, цианоз. Нафас бузилиши, кома.

111 дар: парезлар, брадикардия, АБ ни тушиши, гипотермия, ўлим нафас тўхташидан келиб чиқади.

### ***Даволаш:***

1. Теридан захарни куруқ тампон билан олиб ташланади, кейин нашатир билан ишлов берилади, танани илиқ сувда совун ёки сода билан ювилади.

2. Кўз зарарланганда олдин сувда ювилади, кейин атропин 0,1% томизилади.

3. Ошқозонни қайта 2% сода билан ювилади.

4. Ёғли сургилар (вазелин ёғи ва бошқалар), юқори сифонли хўкна хар 6-8 соатда.

5. Диурезни кучайтириш, эрта гемодиализ, гемосорбция.

6. Симптоматик терапия.

7. Антидот терапия:

1 дар.- 0,1% атропин 2-3 мл т/о га сутка давомида оғиз куругунча.

2 дар. – 0,1% атропин 3 мл в/и 5% глюкоза эритмасида қайта шиллиқ қаватлар куругунча (25-30 мл). Талвасада – реланиум 2 мл в/и. Дипироксим (холинэстеразани фаоллаштиради) 15% - 1мл. 3-4 сутка давомида атропинизация ўтказилади.

3 дар. – ЎСВ кўшилади, гидрокортизон, антибиотиклар, токсик шокни даволаш. Атропинизация 5-6 сутка давомида.

### ***Ис гази билан захарланиш.***

*Симптомлари:* бош айланиши, кўкрак қафаси соҳасида оғрик, кўз ёши оқиши, қусиш, кўзгалувчанлик, териди гиперемия, тахикардия, АБ ни ошиши. Кейин кома, талваса, нафас ва мияда қон айланишни бузилиши.

### ***Даволаш:***

1. Азият чекаётган одамни тоза хавога олиб чиқиш, нафас йўллари эркин ўтказувчанлигини таъминлаш.
2. Кислород ингаляция, ГБО.
3. Бронхоспазмда – Эуфиллин 2,4% -10 мл, преднизолон 30 мг.
4. Витамин «С» 5% – 10-20 мл в/и.
5. Талвасада – реланиум 2 мл в/и, м/и.
6. Глюкоза-новокаин аралашмаси в/и том.
7. Нафас етишмовчилиги, талваса, хушни бузилиши кузатилганда трахея интубацияси ва ЎСВ.

***Барбитуратлар билан захарланиш (фенобарбитал, барбамил, нембутал).***

***Симптомлари:***

дар. – узок ўхлайди, қорачиқ торайган, гиперсаливация, гапирганда тушинарсиз.

дар. – юзаки кома, шиллиқ қаватлари цианози, АБ тушган, нафас олиши юзаки, оғриқни сезувчанлик сақланган.

дар. – кома, нафас олиши юзаки, норитмик, пульси жуда суест, қорачиқни ёруғликка реакцияси йўқ, цианоз.

дар. – чуқур кома, асфиксия, қорачиқлар кенгайиб кетган, ўпка шиши ривожланган.

***Даволаш:***

1. Ошқозонни тоза сув чиққунча ювиш, агар бемор ахволи жудаям оғир кома ҳолатида бўлса, унда, олдин трахеяни интубация қилиб, кейин ювиш керак.

2. Активланган кўмир бериш.

3. Диурезни кучайтириш.

4. Антидот терапия – бемеград 0,5% - 10 мл в/и, 5-7 марта сутка давомида қайтариб туриш лозим.

5. ЎСВ, симптоматик терапия.

***Захарли қўзиқоринлар. ( гепато-, нефро-, энтеротоксик таъсир қилувчи).***

*Симптомлари:* Захарлангандан кейин 5-24 соат давомида ривожланиб боради. Бирданига қоринда оғриқ пайдо бўлиб, беморда қусиш, қон аралаш тўхтовсиз ич кетиши, талваса, гипотензия, гипотермия. 2-чи суткада организмда сувсизланиш, сариклик, анурия, коллапс ривожланади. Кейин жигар-бўйрак етишмовчилиги кучайиб боради ва бемор комага тушади.

***Даволаш:***

1. Ошқозонни йўғон зонд билан 10-12 литр илиқ сувда ювиш.
2. Ичишга активланган кўмир бериш.
3. Диурезни кучайтириш.
4. 1-чи суткада плазмаферез, гемосорбция.
5. Пенициллин 40 млн. бир суткада, тўхтовсиз инфузия.
6. Преднизолон 30 мг в/и 4 м/сут.
7. Липоевая кислота 2 г/сут в/и.
8. Контрикал 10-20 минг. бир 2-3 м/сут в/и.
9. Ацетилцистеин 1% 100 мл ичишга.
10. Тузли эритмалар инфузияси 2-4 л/сут.
11. Симптоматик терапия.

***Мухомор (нейротоксик таъсир этувчи).***

Симптомлари 0,5-5 соатдан кейин ривожланиб боради. Қусиш, қоринда оғриқ, ич кетиш, терлаш, гиперсаливация, бронхоррея, қорачиқлар торайиши, хансираш, галлюцинация, бред, талваса, брадикардия, гипотония.

***Даволаш:***

1. Ошқозонни ювиш, активланган кўмир бериш, тузли сургилар.
2. Атропин 0,1% 1-2 мл сулак ажралиши камайгунча қайтадан бериш.
3. Реланиум 2 мл м/и.
4. Преднизолон 30 мг 3 м/сут в/и.
5. Инфузион терапия 2-4 л/сут.

## ЎТКИР ЖИГАР, БУЙРАК, БУЙРАК УСТИ БЕЗИ ЕТИШМОВЧИЛИГИ. УЗОҚ ВАҚТ ЭЗИЛИШ СИНДРОМИ. ОРГАНИЗМНИ СУНЪИЙ ТОЗАЛАШ УСУЛЛАРИ.

**Ўткир жигар етишмовчилиги** - жигар функциясини 30-40% гача пасайиши жигар етишмовчилигини келтириб чиқаради. Сабаблари: бирламчи – жигар касалликлари – гепатит, цирроз, мышьякдан, кўзиқориндан захарланишлар киради. Иккиламчи – ЮЎР кейинги жигар гипоксияси, шок холатлари, қон йўқотиш ва гемолиз.

**Клиникаси.** Кома секин-аста ривожланади. Ўйкучанлик, қарахтлик секин кўпайиб боради. Жигар етишмовчилигини белгилари – асцит, сариклик, қизилўнгач веналарини варикоз кенгайиши, қон ивиш тизмидаги бузилишлар билан намоён бўлади. Жигар етишмовчилигида аммиак – оксил алмашинуви маҳсулоти бўлиб, – қонда айланиб юраверади ва энцефалопатияни, бош мия шишини, комани чақиради. Бемор оғзидан ёқимсиз жигар ҳиди анқиб туради. Нафас олиши патологик яъни, Куссмаул ёки Чейн-Стокс тури кўринишида, брадикардия, АБ тушган. Қорачиқлар кенгайган.

**Даволаш:** оксилсиз ва ёғсиз пархез таомлар (зонд орқали бўлса ҳам).

- 1.Оқсил ўрнини 10-20% альбумин – 200 мл, бир хил гурухли плазма билан қоплаш.
- 2.Глюкоза 10-30% 30 г/тв/сут + инсулин. Қондаги қанд миқдорини назорати остида.
- 3.Гордокс 100-300 минг. бир 3 м/сут, в/и.
- 4.Витаминлар В гурух, С, Е, К, кокарбоксилаза.
- 5.Преднизолон 30 мг 3 м/сут, в/и.
- 6.Глютамин кислотаси 1% - 1 000 мл в/и том.
- 7.Кома холатида – трахея интубацияси ва ЎСВ.

8.Қўзгалувчанликда: натрий оксидутират ГОМК 20% - 10-20 мл в/и, седуксен 2-4 мл в/и.

9.Ичакни тозалаш мақсадида – магний сульфат 10-30 г ярим стакан сувга қўшиб ичишга, ёки магний сульфат 25% - 10 мл хўқна қилишда қўшиб юборилади.

10.Антибиотиклар: неомицин 2 г/сут, канамицин 4 г/сут ичишга ичак флораси ишини сусайтириш мақсадида.

11.Детоксикация: плазмаферез, гемосорбция.

12.Қизилўнгачдан қон кетишларда Блэкмор зонди қўйилади, гемостатик терапия, бир хил гурухли қон, эр масса қуйиш.

### ***Ўткир буйрак етишмовчилиги.***

ЎБЕ – хаётга хавф солувчи ҳолат бўлиб, буйраклар зарарланиши натижасида, ўзини функциясини бажара олмайди, яъни – организмни қолдиқ махсулотлардан тозалаш ва сув–туз алмашинуви балансини ушлаб туриш.

### ***Сабаблари.***

1. Преренал – реанимациядан кейинги гипоксия, геморрагик шок, узоқ вақт эзилиш синдроми, мос келмайдиган қон қуйилгандаги гемолиз, хомилдорлик натижасида токсикоз, перитонит, қуйиш.

2. Ренал – нефротоксик захарлар таъсири – қўрғошин, этиленгликол, уксус кислотаси, қўзиқоринлар, дорилар, буйракни бирламчи касалликлари.

3. Постренал – буйракдан кейинги сабаблар яъни, буйрак тош касаллиги оқибатида тош қўчиб, сийдик йўлига тикилиб қолиши, сийдик йўлини қандайдир аномал томир ёки қорин ортидан ўсиб чиққан ўсма эзиб қўйиши, сийдик қопага кириш жойида туғма мембрана бўлиши ва ҳоказолар.

### ***Босқичлари:***

1. Бошланғич – 2 суткагача. Диурезни, сийдик нисбий зичлигини камайиши, қонда мочевина ва сийдикчил микдорини қўпайиши кузатилади.

2. Олиго-анурия – 2-3 хафтагача. Сийдик 500-600 мл суткасига, танада шиш, қусиш, тери қуруқлиги, оғиз бурчакларида ёрилиш, нафас олиш норитмик Куссмаул ёки Чейн-Стокс тури, ўпкани интерстициал шиши. Жуда кучли ривожланган сув–туз алмашинуви ва кислота ишқор мувозанатни бузилиши. Калий ва магний миқдорини ортади, кальций, натрий, хлорни камаяди. Анемия, фалажлик, талваса, кома пайдо бўлади.

3. Полиурия (тикланиш) – 4 кундан 70 кунгача. Секинлик билан МНС зарарланиш, нафас ва юрак қон-томир етишмовчилиги белгилари йўқолиб боради.

4. Тузалиш – 2 йилгача. Буйрак етишмовчилик белгилари сакланиб туради.

#### ***Даволаш.***

1. Инфузион терапия: 20-40% глюкоза – 200-500 мл инсулин билан, глютамин кислота 1% - 100 мл.

2. Кальций хлор 10% - 50-80 мл в/и.

3. Контрикал 10-30 минг. бир ёки гордокс 100-300 минг. бир 3 м/сут в/и.

4. Ретаболил 1 мл м/и.

5. Преднизолон 30 мг 3 м/сут в/и.

6. Витаминлар В, С, Е.

7. Детоксикация – гемодиализ, перитонеал диализ.

8. Киритилаётган суюқликни қатъий хисобга олиш. Терига сутка давомида 4-5 марта ишлов бериш, оғиз бўшлиғини сода билан ишлов бериш, ошқозон ичак трактини тозалаб туриш.

9. Полиурия босқичида – электролитлар ўрнини тўлдириб туриш.

#### ***Ўткир буйрак усти бези етишмовчилиги.***

Буйрак усти бези функциясини бирданига пасайишига олиб келади: хар–хил стресс ҳолатлар, шок ҳолати, сепсис,

нурланишдан кейин, ноадекват гормонотерапия, оғир операциялардан кейин. Кўп холларда буйрак усти беши етишмовчилиги патоморфологик ташхисланади. Клиник кўринишида тушинарсиз гипотония, нафасни бузилиши Чейн-Стокс тури. Балким кулоқ супраси ва сонни ички юзасида геморрагик тошмалар тошади. ТИҚТИ синдроми, олигурия кўшилади.

### ***Даволаш.***

1. Гидрокортизон 2.5% ли 10-25 мг/тв, преднизолон 3% ли 5 мг/тв, дексаметазон 0.4% ли 0.5 -1.0 мг/тв в/и.
2. Инфузион терапия: реополиглюкин, полиглюкин, Рингер эритмаси.
3. Сақланиб турган гипотензияда - дофамин, норадреналин, мезатон в/и линеомат орқали.
4. Асосий касалликни даволаш.

### ***Узоқ вақт эзилиш синдроми (Краш-синдром).***

Тана таянч аъзосининг 4-6 соат ва ундан кўп вақт давомида эзилиши оқибатида узоқ вақт эзилиш синдроми келиб чиқади. УВЭС сабаблари – ер қимирлаши, нурашлар, йўл-транспорт ходисалари, ноқулай холатда узоқ вақт ухлаб қолиш (маст холатда, ис гази билан захарланганда), 4 соатдан кўп вақтга қўйилган жгут хисобига бўлиши мумкин. Бу синдромни ривожланишида кўпроқ аҳамиятга эга 3 та омил – узоқ вақт оғриқ омили, қонга токсик махсулотларни (миоглобин) сўрилиши, жарохатланган тана таянч аъзосини шиши хисобига кўп миқдорда плазма йўқолиши, бунинг натижасида буйрак қамали вужудга келади. Ўлим ўремик кома эвазига келиб чиқади.

***Клиникаси.*** Тана таянч аъзосини озод этгандан кейин, азият чеккан одамда 12 соатгача хаётига хавф солувчи белгилар хали кузатилмайди. Ундан кейин эса холати бирданига оғирлашади. Тана таянч аъзоси шишган, ушлаганда совук,

томирлар пульсацияси йўқ. Травматик шокни клиникаси ривожланади. АБ пасайган, тахикардия кучаяди, қон қуюқлашиши, олиго-анурия, бел соҳасида оғриқ, ЎБЕ. 2-3 хафтадан кейин буйрак функциясини мўътадиллашиш асносида, тана таянч аъзосини оғир жарохатланиши қолади: некрозлар, остеомиелит, йирингли артритлар. Айрим пайтларда инфекцияни тарқалиши (сепсис) эвазига ўлим келиб чиқиши мумкин.

#### ***УВЭС ни 4 шакли фарқланади.***

1. Енгил - тана таянч аъзосини эзилиши 4 соатдан ошмаган.
2. Ўрта -эзилиш 4-6 соат. Буйрак функцияси ва гемодинамика унчалик азият чекмаган.
3. Оғир – тана таянч аъзони бутунлай эзилиши, кўп холларда сон ва болдир соҳани 7-8 соат давомида эзилиши оқибатида, гемодинамикани кучли бузилиши натижасида буйрак етишмовчилиги ривожланади.
4. Жуда оғир – иккала тана таянч аъзони 6 соат ва ундан кўпроқ эзилиши хисобига келиб чиқади. Азият чекувчи 2-3 соат давомида ўткир буйрак етишмовчилигидан ўлади.

***Шошилинч ёрдам.*** Азият чекувчини эзилишдан озод қилингандан сўнг, баравар равишда қуйидаги тадбирларни бажариш лозим бўлади, чунки унинг кейинги тақдири қандайдир даражада шунга боғлиқ бўлади.

1. Аввало, тана таянч аъзони эзилган жойидан юқори қисмига жгут боғлаб, яна таянч аъзода шишни олдини олиш мақсадида бинт билан қаттиқ қилиб бойлаб қўйиш керак.
2. Иложи борича таянч аъзони муз, қор, совуқ сувдан фойдаланиб эртароқ совутиш.
3. Шина билан таянч аъзони албатта иммобилизация қилиш.
4. Оғриқ қолдирувчи ва тинчлантирувчи дорилар, алкохол, иссиқ ширин чой, кофе бериш керак.

5.Эзилган жой юқори қисмидан 0.5 % ли новокаин билан қамал қилиш.

6. Кўп миқдорда ишқорли суюқлик (маъданли сув) ичириш.

7. Биринчи ёрдамни кўрсатгандан кейин – тез ва эҳтиётлик билан азият чекувчини стационарга етказиб келиш (1-1,5 соатда), айрим сабабларга кўра, стационарга етказиш кеч қоладиган бўлса, оғриқ камайса, тана таянч аъзода некроз бўлмаслиги учун жгутни ечиб туриш лозим бўлади.

8. Стационарда интенсив, трансфузион, детоксикацион терапия ўтказилиб, таянч аъзолардаги қон айланиш тикланади. ЎБЕ ривожланган бўлса, у ҳолда – гемодиализ, перитонеал диализ, ЎБЕ ни даволаш лозим бўлади.

***Организмни сунъий равишда тозалаш усуллари.***

Оғир септик ҳолатларда, захарланишларда, хар-хил интоксикацияларда, қачонки умум қабул қилинган усуллар ёрдам бермаганда, интенсив детоксикация усулларидан фойдаланилади.

***Плазмаферез.*** Вена ичига 10 000 ЕД гепарин юбориб, бемор венасидан пластик контейнерга қон олинади, центрифугада айлантирилади, плазмаси ажратиб олинади, хужайра қисмини беморга қайтариб қуйилади. Битта сеансда 100% гача айланиб юрган плазма олинади. Ўрнини тўлдириш эса, донор плазмаси, альбумин, реополиглюкин, полиглюкин, тузли суюқликлар билан қопланади.

***Плазмасорбция.*** Юқоридагига ўхшаш йиғилган плазмани сорбент орқали ўтказиб яна беморга қайтарилади.

***Гемосорбция.*** Қонни махсус сорбентлар орқали ўтказиб тозалаш. Бемор иккита венаси найчаланиб, гепарин юборилади, қонни битта венадан махсус насослар ёрдамида сўриб олиниб, сорбентлар орқали ўтказилади ва яна беморни бошқа венасидан ўзига қайтарилади. (миқдори икки баравар УАҚХ).

*Энтеросорбция.* Энтерал яъни оғиз орқали 30-60 г сорбент берилади. Кейин тузли сурги дорилар бериб ичаклар перистальтикаси кучайтирилади.

*Гемодиализ.* Қонни ярим ўтказгичли диализловчи мембрана орқали токсик моддалардан тозалашга айтилади. Бу усулни тозалаш принципи мембранани иккала томонида суюқликдаги моддалар концентрацияси фарқи билан изоҳланади. Одатда токсик агент мембрана орқали паст концентрацияли томонга ўтади. «Сунъий буйрак» диализатори ҳам шу принципда ишлайди.

*Перитонеал диализ.* Организмни токсик агентлардан табиий ярим ўтказгичли мембрана, яъни қорин парда орқали тозалаш. Стандарт суюқлик – 1 000 мл сувга 6 г глюкоза, КСl – 0,3 г, NaCl – 8,3 г, MgSO<sub>4</sub> – 0,3 г, CaCl – 0,3 г, яна антибиотиклар ва 0,2 мл гепарин қўшиб, тана хароратига тенг холатда қиздирилиб, қорин бўшлиғига найча ёки доимий катетер усули орқали киритилади.

*Қонни ультрабинафша нурлаш (ҚУБН)* - қонни ультрабинафша нурлаш беморни гепаринланган қонини махсус УБН мосламаси орқали ўтказиб, кейин беморни ўзига қайтарилади. Бу усулни афзаллиги беморни носпецифик қаршилигини ошириш, кучайган бактериостатик самара ва гипосенсибилизация.

## **ЭЛЕКТР ЖАРОХАТ. ЧЎКИШ. ЎЗИНИ ОСИШ. МУЗЛАШ. ИССИҚ ВА ОФТОБ УРИШИ**

*Электр жароҳат.* *Сабаблари:* тўғридан-тўғри электр токи таъсир этиши ва яшин уриши. Натижа албатта ток кучи, кучланиши, таъсир этиш давомийлиги, организм тўқималарини қаршилиги ва таъсир этиш йўлига боғлиқ бўлади.

Таъсир этиш йўллари: қўл-қўл; қўл-бош; қўл-оёқ (чап.қўл – ўнг.оёқ - ўта хавфли хисобланади); бош-оёқлар; оёқ-оёқ (кам хавфли); тўлиқ тугун – икки қўл-икки оёқ. Кўпроқ тутиб қолувчи жойлар юз, кафт, сон оралиқ соха. Терини электр ўтказувчанлиги – тери бутунлиги, қалинлиги, намлиги, тер, ёғ безларини сони, васкуляризация хисобига муҳим ахамиятга эга бўлади. Ёш болалар, қариялар ва сурункали касали бор беморлар кўпроқ сезувчан бўлади. Ток кучланиши 500 Вт дан юқори бўлганда тери қаршилиги муҳим эмас, бунда контакт бўлишни ўрнига кучли уриб юбориш кузатилади.

*Патогенези:* электр токи специфик ва носпецифик таъсир кўрсатади. Специфик таъсир – иссиқлик, механик, биологик ва электрохимик самарага эга.

*Биологик таъсири:* кўзғалиш ва скелет мушакларда тетаник талваса, бу ўз ўрнида нафас тўхташига, тана таянч аъзоларини турган жойидан чиқиши ва синишига, умуртқа жарохатланишига, МНС да бузилишга, юрак қоринчалар фибрилляциясига ва ўлимга олиб келади. Балким томирлар ёрилиши, ички аъзолар ўчоқли некрози ва перфорацияси ҳам кузатилиши мумкин.

*Иссиқлик холда таъсири:* тери ва тери тагидаги тўқималарни кўмирга ўхшаш куйишигача бориши мумкин.

*Механик таъсири:* юқори кучланишли ток тўқималарни қаватма – қават бўлинишини чақиради, хаттоки танани айрим қисмини узилиб кетишигача олиб келади. Юқори кучланишли ток жуда катта иссиқлик ва механик энергияга эга, шунинг учун уларни биргаликдаги таъсири портлашга ўхшаш самара беради.

Электрохимик таъсири: токни тўқима орқали ўтишида электролиз кузатилиб, тўқима мембранасини поляризацияси, ҳўжайрани функционал холати ўзгариши билан кечади.

### ***Шошлинч ёрдам.***

Электр токи таъсирини тўхтатиш (манбани ўчириш, азият чекувчини ўтказувчидан узоклаштириш, ўтказувчини ажратиш), эхтиёткорлик қоидаларига риоя қилган ҳолда.

Ялонғоч қўл билан ўтказувчига тегиш, яқинда ётган метал нарсаларга тегиш, азият чекувчини очиқ баданига тегиш мумкин эмас. Ток урган одамни қуруқ қўл билан, қуруқ жойда турган ҳолда, қуруқ нарсалардан фойдаланиб, ёғоч таёқдан ва резинали қўлқоп билан кўчириб ўтказиш лозим бўлади. Электр токидан ажратаётганда азият чекувчини йиқилиб тушиши ҳақида оғохлантириш керак. Хушини йўқотмаган азият чекувчини, бироз кузатгандан кейин транспортда кардиология бўлимига жўнатиш керак. Агар ҳаётий белгилар кўринмаса, у ҳолда ЮЎР бошлаш керак. Хамма электр токи урган инсонлар албатта шифохонага ётқизиilib, 2-3 кун доимий равишда ҳар куни ЭКГ назорати олиб борилади. Самарали реанимациядан кейин айрим ҳолларда юрак функциясини бузилиши кузатилади (стенокардия, миокард инфаркти), асаб тизимида (бош мия ва орқа мияни спинал-трофик, термик жароҳатланиши), ҳархил чуқурликдаги куйишлар, синишлар, жойидан чиқишлар, ички аъзолар, буйрак, кўз, қулоқ жароҳатланиши мумкин.

### ***Чўкиш.***

Чўкишни учта тури мавжуд:

1. Чин (бирламчи) чўкиш :

а). чучук сувда;

б). денгиз сувида.

2. Асфиксик чўкиш (қуруқ).

3. Синкопал (иккиламчи) чўкиш.

Бахтсиз ходисалар натижасида сувда чўкишга алоқадор бўлмаган ўлим юзага келади. (миокард инфаркти, бош мия, орқа мия, кўкрак қафаси жароҳати оқибатида).

Чин чўкиш сув тагида ихтиёрсиз равишда нафас олгани билан асосланган. Сув билан аспирация, хаттоки хушни йўқотгандан кейин ҳам, қусиш натижасида ўпкага ошқозон махсулоти тушиши оқибатида ҳам бўлиши мумкин. Денгиз сувида чўкишда, ўпкага гипертоник суюқлик тушиб, организмдаги хужайралардан сувни алвеолага тортади. Бунинг натижасида ўпка шиши вужудга келади. Бирданига гиповолемия, гематокрит ошади, плазмадаги электролитлар миқдори ошиб кетади.

Чучук сув билан аспирациядан кейин альвеола орқали сув ўпка капиллярларига тушади (5 дақиқа ичида қон ҳажми 50% га ошиб кетади). Эритроцитлар шишади ва ёрилиб бошлайди. Гемолиз бошланади. Алвеолага тушган сув сурфактантни емириб, ателектаз чақиради. Қон кислород билан тўйинмайди (гипоксия). Айрим пайтларда пневмония ривожланади.

Асфиксик чўкиш рефлексор ларингоспазм билан асосланган. Қонунан, буни ривожланишида марказий нерв тизими (МНТ) фаолияти сусайиши, алкоголь ёки наркотик интоксикацияси, сувга бош билан, қорин билан урилиш ёки эмоционал стресс роль ўйнайди. Юқори нафас йўлларида тушган озгина миқдордаги сув рефлексор равишда апноэ, ларингоспазм чақиради. Бунинг эвазига овоз бойлами ёпиқ бўлса ҳам, ёлғон нафас олиш рефлeksi хосил бўлади. Ошқозонга ютилган кўп миқдордаги сув қусиш ва аспирация бўлишга олиб келади.

Синкопал чўкиш 5-10% ҳолатда учрайди. Бунда асосан юракни бирламчи тўхташи (рефлексор), сабаби сувга тушиш олдидан эмоционал шок ҳолати рўй беради (баланддан йиқилиш, жудаям совуқ сувни таъсир қилиши, қулоқ пардасини жароҳатланиши). Клиник ўлимни бошланиши синкопал чўкишда бирдан рангпарлик аломатлари кўринади.

Нафас харакатлари, юрак уришни йўқлиги, баъзида-талвасасимон нафас олади. Қорачиқ кенгайган, ёруғликка реакцияси йўқ. Сув қанчалиқ совуқ бўлса, шунча клиник ўлим давомийлиги узоқ бўлади. (хаттоки 30 – 40 дақиқа ўтган бўлса ҳам, ҳеч қандай неврологик асоратсиз кечиши мумкин).

### ***Клиникаси.***

*Чин чўкиш учта даврда кечади:*

1.Бошланғич: қўзғалиш ёки тормозланиш. Тер ива шиллик қаватлари кўкимтир, қалтираш кузатилади. Нафас олиши шовкинли, йўтал. Тахикардия ва гипертензия, брадикардия ва гипотония билан алмашади. Қорин дам, ютган суюқликни хар қандай пайтда қусиши мумкин.

2.Агонал: хуши йўқ. Тери қоламлари совуқ, бинафша-кўк рангда, оғиз ва бурундан қизғиш рангли кўпиксимон суюқлик ажралади. Нафаси хар замонда талвасасимон нафас олиш билан. Пульси катта артерияларда аритмик, суств. Кўп холларда чайнаш мушакларининг тризми кузатилади.

3.Клиник ўлим: хуши йўқ. Уйку артериясида пульс аниқланмайди, нафас олмайди, қорачиқ кенгайган, ёруғликка реакцияси йўқ.

### ***Асфиксик чўкишни учта даври:***

1.Бошланғич даври жуда қисқа, реффлектор апноэ, ларингоспазм кузатилади.

2.Агонал. Кома холатида. Нафас йўлларида сув йўқ. Тери қоламлари бинафша-кўк рангда, пульси уйку ва сон артерияларида жуда суств. Ёлғон нафас олишлар тўхтайтиди, овоз бойлами тирқиши очилиб кетади, оч-қизғиш рангли кўпик ажрала бошлайди.

3.Клиник ўлим вақти бироз узоқроқ, чин чўкишга қараганда. Реанимация самараси шубҳали бўлади, хаттоки совуқ сувда чўккан бўлса ҳам.

### ***Шошилинич ёрдам.***

Азият чекувчини тезда оғиз бўшлиғини тозалаб, сувни олиб ташлашга вақт йўқотмасдан, сунъий равишда «оғиздан-оғизга», ёки «Амбу» қопчаси билан нафас беришни бошлаш керак. Уйқу артериясида агар пульс бўлмаса, унда юракни билвосита массажини ўтказиш лозим. Реанимацияни совуқ сувда чўкканда узоқроқ, яъни тиклангунча ёки биологик ўлимни аниқ белгилари пайдо бўлгунга қадар, (мўрдани қотиши, мўрда доғлари). Юрак ва нафас фаолияти тиклангандан кейин беморни реанимациядан малакаси бор ходим билан (сабаби яна юрак тўхташи мумкин) биргаликда реанимация бўлимига юбориш керак. Сувга шўнғийдиганларга бўйин соҳаси жарохатига гумон қилиб, шу соҳани имобилизация қилиш керак бўлади. Шифохонада беморни хар томонлама текшириб, даво муолажалар ва интенсив терапия кўрсатилади.

Чучук сувда чўкканда – диуретик ва гормонлар қилиш керак.

Денгиз сувида чўкканда – полиглюкин 400-800 мл в/и том, тузсиз, ишқорловчи инфузион терапия. Асоратларни даволаш.

### ***Совуқ уриш, музлаш.***

*Совуқ уриш* – атроф муҳитдаги паст харорат таъсирида орагнизмни умумий совуши тушунилади. Хавода 0\*С бўлган шароитда 10-12 соат давомида, совуқ музлаган сувда эса, ўлим холати 30 дақиқада ривожланиши мумкин. Музлашни 3 та босқичи тафовутланади.

1 босқич. – адинамик. Ректал харорат 35-33\*С гача пасаяди. Тормозланиш, гаплари тушинарсиз, қалтираш, териси рангпар, «ғоз терисига ўхшаш», тахикардия, АБ тушган.

2 босқич. – ступор холати. Ректал харорат 32\*С гача пасайган. Адинамия, ступор, умумий қотиш, қалтираш. Тери

қопламлари ушлаганда совуқ, кўкимтир мрамарсимон тусда. Тери рангпар ёки акроцианоз. Пульси дақиқасига 30-50 марта, тарнглиги суёт, АБ паст, нафас олиши дақиқасига 8 марта, юзаки.

Збосқич. – талвасали. Тана харорати 30\*С гача тушган. Хуши йўқ, талваса, қусиш, титраш, танани қотиши, бирданига брадикардия, АБ аниқланмайди, нафас олиши Чейн-Стокс тури. Юзни, тана таянч аъзоларни музлаб қолиши. Тана хароратини 25-22\*С гача совушида азият чекувчини сақлаб қолиш жуда мавҳум.

### ***Шошилинч ёрдам.***

1. Агар пульс ва нафас олиши аниқланмаса, «оғиздан – оғизга» нафас бериш. Юракни билвосита массажи ўтказиш мумкин эмас. 3 босқичда музлаш бўлмаса дефибрилляция ўтказиш мумкин.

2. Беморни совуқ уриш даражасига қараб, сув харорати 28\* дан 45\*С гача бўлган ваннага солинади. Азият чекувчида яшаб кетиш белгилари пайдо бўлган холатда, тўғри ичакдаги харорат 34\*С гача кўтарилгунча ваннада ушлаб турилади.

3.В/и томчилаб 37-38\*С гача илитилган суюқликлар юборилади.

4. Преднизолон 60-90 мг в/и.

5. Қалтирашни бартараф қилиш учун – нейровегетатив қамал мақсадида: пипольфен 2 мл, но-шпа 2 мл, дроперидол 2 мл (агар АБ паст бўлмаса) в/и.

6. Танани хар хил моддалар билан артиш мумкин бўлмайди, чунки теридаги жароҳатланган жойдан инфекция тушиш мумкин.

7. Асоратларни даволаш: мия, ўпка шиши, сув – туз алмашинувини балансини тиклаш.

### ***Иссиқ уриши.***

Иссиқ уриши – атроф муҳитдаги юқори хароратни таъсири натижасида, терморегуляция бузилиши билан кузатиладиган организмни ўткир қизиб кетиши тушунилади. Кўп ҳолларда, бундай ҳолат атмосферада иссиқ, намлик, ҳаво айланмайдиган жой ва талабга мувофиқ кийинмаган, оғир жисмоний меҳнат билан шуғулланадиган одамларда учрайди. Бунда учта омил муҳим: юқори харорат, намлик, фақат мушакларга зўр бериб ишлаш. Организмни қизиб кетиши тер ажралиши бузилишидан кейин ривожланади. Интенсив тер ажралиши организмдан кўп миқдорда сув ва электролитларни йўқолишига олиб келади.

### ***Клиникаси.***

*Иссиқ уриши учта босқичда кечади.*

1 босқич. – Чанқаш, ҳаво етишмаслик, юрак соҳасида эзилиш ҳисси, оёқ - қўлларда симиллаган оғриқ, пульси ва нафас олиши тезлашган, тери гиперемияси, кўп терлаш.

2 босқич. – Териси қуруқ, иссиқ, ёпишқоқ тер билан қопланган. Пульси аритмик, АБ пасайган, сийдик ажралиши камайган. Тана харорати 39-40\*С.

3 босқич. - Кома.Юзи цианотик ёки рангпар, кўз қорачиқлари кенгайган, ёруғликка жавоб реакцияси йўқ. Нафас олиши тезлашган, юзаки, норитмик. Алахсираш, талваса, фалажлик, анурия кузатилади.

Айрим ҳолларда, кўпроқ неврологик симптомлар, худди шундай тез-тез ич кетиш ва қусиш билан, яъни ўткир гастрозентерит клиникасини эслатади.

### ***Шошилинч ёрдам.***

1. Азият чекувчини совуқроқ жойга олиб ўтиш, муз қўйиш, ҳўл чойшаб ёпиш. Бошига, катта артерияларга, жигар соҳасига муз қўйиш. Танани спирт билан артиш, хонага вентилятор қўйиш, салқин ичиимликлар ичириш.

2.Нафас етишмовчилигида – «оғиздан - оғизга» нафас бериш, ЎСВ.

3.Инфузион терапия: 0,9% натрий хлор 2 000- 4 000 мл в/и, сийдик ажралишини назорат қилган ҳолда.

4.Асоратларни даволаш: қон ививчанлиги бузилиши, анурия, постгипоксик энцефалопатия.

### ***Офтоб уриши.***

Узоқ вақт ёки интенсив равишда бошга қуёшни тўғридан – тўғри тушганда, бутун танани сиқиб турувчи кийим кийганда, жисмоний меҳнат қилганда кузатилиши мумкин. Узоқ вақт организмни жадал қизиб кетиши соғлом одамни, спортсменларни ҳам, коллапс ва ўлимга олиб келиши мумкин. Бошдан офтоб урганда бош миядаги қон – томирлар кенгайди, бош мия шиши ривожланиб, гипоксия ва хар-хил марказий нерв тизими бузилишлари кузатилади.

***Клиникаси.*** Офтоб уриши кўп ҳолларда бирданига ривожланади. Қулоқларда шовқин, бошда пульсация ва кўп қон келгандай ҳолат кузатилади. Атроф муҳит қизил, яшил рангга киргандай, кўл-оёқларда қалтираш, кунгил айнаши, бурундан қон кетиш, юз терисини гиперемияси, кўп терлаш, тахипноэ, тахикардия.

Бу босқичда азият чекувчини бирданига соя жойга ётқизиш лозим. Кузатув давомида тана харорати 42\*С дан ошиб кетади. Нафас олиши юзаки, аритмик, кўп ҳолларда тўхтаб қолади. Тахикардия брадикардия билан алмашади, аритмия. Қўзғалувчан, алаҳсираш, галлюцинация, талваса, арефлексия, ўлим.

### ***Шошилинч ёрдам.***

1.Танани совук, нам чойшабга ўраш, бошига муз қўйиш.

2.Анальгин, амидопирин ичишга, м/и, в/и.

3.Агар нафас бузилишлари кузатилса – «оғиздан –оғизга» сунъий нафас бериш, оксигенотерапия, интубация, ЎСВ.

4.Преднизолон 30-60 мг в/и, м/и.

5.Кордиамин 2 мл в/и, м/и.

6.Инфузион терапия: 0,9% натрий хлор эритмаси - 2 000- 4 000 мл марказий веноз босим (МВБ) назорати остида.

7.Мия шишида – шишни бартараф қилиш.

### **Ўз – ўзини осииш.**

Биринчи навбатда нафас йўлларининг ташқи томондан эзилиши оқибатида асфиксия ривожланади. Юз кўкимтир рангда, деярли қора рангли тусга киради. Бошланишида азият чекувчини хуши сақланган, ўзича бўйин соҳасидаги эзиб турган нарсадан озод бўлишга ҳаракат қилади, кейин хушни сўниб бориши кузатилади, талваса пайдо бўлади, кўз қорачиқлари аввалига тораяди, кейин кенгаяди. Юрак уриши тезлашади, ихтиёрсиз равишда ич келиши ва сийдик ажралиши кузатилади. Бу ҳолат 3-6 дақиқа давом этади, кейин ўлим ҳолати юз беради. Ўзини осиишда кўп ҳолларда хиқилдоқ жароҳати, бўйин умуртқасини жойидан чиқиши ёки синиши оқибатида орқа мия зарарланиши кузатилади.

### **Шошилиш ёрдам.**

1.Биринчи навбатда эзиб турувчи омилни бартараф этиб, кейин «оғиздан-оғизга» сунъий нафас беришга ўтиш лозим.

2.Клиник ўлим ҳолатида – юрак -ўпка реанимацияси(ЮЎР).

3.Юрак фаолияти ва нафас тикланиши билан, зудликда реанимация ёки травматология бўлимига кейинги даволаниш ва текшириш учун госпитализация қилинади (калла суяги, умуртқа бўйин соҳасини рентген қилиш, невропатолог ҳамда ЛОР шифокори маслаҳати).

## **НЕОНАТОЛОГИЯДА РЕАНИМАЦИЯ ВА ИНТЕНСИВ ТЕРАПИЯ**

**Презклампсия** хомилдорларда кечки токсикоз натижасида ривожланади, қачонки нефропатияни оғир

даражасига (шиш, гипертензия, протеинурия) мияда қон айланишни бузилиши белгилари қўшилади: бош оғриғи, бош айланиши, кўрувни бузилиши (кўз олдида парда ёки туман хосил бўлиши), тормозланиш, ланжлик, уйқучанлик ёки кўзғалиш, кунгил айнаиши, қушиш, эпигастрал соҳада оғриқ. Юқоридагиларни хаммаси талвасага тайёргарликдан дарак беради. Қандайдир кучли кўзғатувчи(оғриқ, кучли товуш,кучли ёруғлик) эклампсия тутқоноғи, мияга қон қуйилиш кузатилиши учун етарли бўлади. Бунинг натижасида хомилани асфиксияси,йўлдошни ва кўз пардасини кўчиши хавфи ортади. **Эклампсия** – кечки токсикозни юқори босқичи бўлиб, хушни бузилиши(кома) талваса бўлиши ва хамма хаётий зарур аъзолар етишмовчилиги кузатилади. Кучли бош оғриғи бошланиб, ҳуруж 1-2 дақиқа давом этади.

1 давр – Мимик мушакларни фибриллятор қисқариши, кейин юқори таянч аъзоларда кузатилади. Оғиз бурчаклари тушган, нигоҳи бир томонга қараб қолган. Давомийлиги 20-30 секунд.

2 давр –Тоник талваса бош, бўйин, юқори таянч аъзолардан бошланиб, кейин талваса танага ва пастки таянч аъзоларга ўтади. Бошини орқага ташлаган, опистотонус кузатилади. Нафас олиши тўхтаган, пульси аранг билинади, кўз қорачиқлари кенгайган. Териси ва кўринган шиллик қаватлари цианотик, балким тилини тишлаб олиши мумкин. Бу давр она ва хомила учун хавфли ҳисобланади. Давомийлиги 20-30 секунд.

3 давр – Клоник талваса. Бошдан оёққача аввалига жуда кучли кейин секинлашиб борувчи талваса кузатилади. Шовқинли нафас ва оғзидан кўпик ажралиши пайдо бўлади, айрим ҳолларда кўпик қизғиш рангли қон аралаш, сабаби тилини тишлаб олгани учун. Давомийлиги 20-30 секунд.

4 давр – Тутқаноқ ўтади. Нафас олиши деярли ритмик, цианоз йўқолади. Узоқ давом этган кома ҳолатидан кейин хушига келади. Хомиладор бошидан кечирган тутқаноқни эслай олмайди – амнезия.

Эклампсияни оғирлик даражасини тутқаноқлар сонига, уларни давомийлигига, хушини йўқотган даврига қараб баҳоланади. Айрим пайтларда, кома ҳолатидан чиқмасдан туриб, беморда янги тутқаноқ ҳуружи бошланади. (1 дан 10 мартагача). Балким эклампсия талвасасиз ҳам кузатилиши мумкин. У ҳолатда бемор бирданига кома ҳолатига тушиб қолади. Айрим пайтларда хурудан кейин пневмония, бўйрак-жигар етишмовчиликлари ривожланиши мумкин.

### *Даволаш.*

1. Даволаш-химояловчи тартиб (палатани қоронғу сақлаш, оғрикни, шовқинни, қандайдир китикловчи нарсаларни бартараф қилиш).
2. Туғруқхонага тушганда – ниқобли галотанли, изофлюоранли наркоз, кейин қолган муолажалар.
3. Магния сульфат 25%- 30-40 мл 400 мл реополиглюкинда в/и томчилатиб.
4. Дроперидол 2-4 мл, седуксен 2-4 мл в/и.
5. Талваса тайёргарлигида – промедол 2% - 2 мл в/и
6. Эуфиллин 2,4% - 5-10 мл в/и
7. Пипольфен 2 мл в/и
8. Фуросемид 2-4 мл в/и.
9. Бошқарилувчи гипотония ( пентамин, арфонад в/и томчи).
10. Инфузион терапия: 1200–1500 мл/сут (альбумин, реополиглюкин, глюкоза-новокаинли аралашма.
11. Агар самара бўлмаса, эклампсия хабарчилари бўлганда – барбитуратлар, интубация ва ЎСВ. Туғдириб олиш: кесар кесиш билан узайтрилган ўпка сунъий вентиляциясини ўтказиш.

### **Қоғоноқ суви билан эмболия.**

Қоғоноқ сувини бачадон венасига тушиши, кейин ковак венага ва ўпка томирларига (артериолалар ва капиллярлар) қоғоноқ суви билан эмболияга олиб келади. Қон айланиши тўхтади, фибрин йиғилади, гипоксия, ўпка шиши бўлади. Фибринолитик фаоллик кучаяди, қонни ививчанлиги пасаяди. Гипоксия кучайиб, марказий нерв тизимида бузилишлар кузатилади. Бир неча дақиқа ёки соатлар давомида ўлим юзага келади. Кўпроқ кейинги муддатларда ДВС ёки ўтказилган терапия оқибатида ҳам ривожланиши мумкин.

*Клиникаси.* Эмболия кўпроқ 30-40 ёшдаги аёлларни 2-3 туғруқ даврида учрайди. Хомиладор аёлда туш ортидаги оғрик, хансираш, тахикардия, цианоз белгилари кўринади. Ўпка шиши ортиб боради. Яшаб қолган аёлларда бачадондан қон кетиб, ДВС синдром билан асоратланади.

### **Даволаш.**

1. Эмболияни биринчи белгилари намоён бўлиши билан ўпка сунъий вентиляцияси билан нафас чиқаришда мусбат босим бериш тартибига ўтказилади. (в/и тиопентал-натрий 1% ли - 200-300 мг, релаксантлар, трахея интубацияси).
2. Преднизолон 60 мг в/и 4 м/сут
3. Гордокс 300 минг. ЕД 4 м/сут в/и.
4. Гепарин 5 минг. ЕД в/и.
5. Ўпка шишини даволаш.
6. ДВС – синдромни даволаш.

### **ТИҚТИ – (томир ичида қонни тарқоқ ивиши синдроми)**

- Сабаблари:** 1.Хамма шок холатлари – травматик, геморрагик, куйиш, анафилактик, кардиоген, септик ва бошқалар.
- 2.Травматик операциялар – онкологик, томирдаги, алоҳида қон кетишларда ва массив гемотрансфузияда.

3.Хамма терминал холатлар, юрак тўхташи, реанимация, чўзилган гипоксия (шу жумладан ўпка сунъий вентиляцияси даврида).

4.Массив гемотрансфузия пайтида мос келмаслик, реинфузияда, қон айланишни тиклашда.

5.Акушерлик патологияларда – вақтидан олдин йўлдошни кўчиши, қоғоноқ суви билан эмболия, хомилани ўлиб қолиши, гипотоник қон кетишларда, септик абортларда.

6.Илон чақиши оқибатида, гемолизда.

### ***ТИҚТИ синдроми босқичлари ва клиникаси.***

1.босқич – гиперкоагуляция ва тромбоцитлар агрегацияси. Қон ививчанлигини ошиб кетиши (қонни шприцда ивиб қолиши).

2.босқич – ўтиш босқичи бўлиб, хар-хил йўналишдаги ортиб борувчи коагулопатия ва тромбоцитопения. Махаллий қон қуйилишларни кучайиши (яра, бачадон).

3.босқич – чуқур гипокоагуляция, қонни бутунлай ививчанлигини йўқолиши.

Қон оқиши укол қилинган жойдан, ошқозон найидан, катетердан, бачадондан, шиллиқ қаватлардан.

4.босқич – тикланиш ёки тикланмаслик.

### ***Даволаш.***

1.Гепарин до 40-50 минг бир/сут,в/и.

2.Гормон катта дозада: преднизолон 600 мг/сут, дексаметазон 200 мг/сут.

3.Гордокс, трасилол, контрикал 100-500 минг бир/сут

4.Трентал 5 мл, курантил 2 мл 3-4 м/сут в/и

5.Дофамин 2-10 мкг/кг/сут линеомат орқали.

6.Фуросемид, лазикс 2-4 мл в/и.

7.Янги музлатилган плазма 1 литргача ва ундан хам кўпроқ 2,5-5 минг бирликда гепарин билан.

8. Инфузион терапия: альбумин, полиглокин, реополиглокин, кристаллоидлар.
9. Кўрсатмага қараб эритроцитар масса.
10. Тромбоцитар масса тромбоцитлар сони камайганда.
11. Кучли антибиотиклар.
12. Самарали оғриксизлантириш.
13. Ўпкани сунъий вентилицияси (ЎСВ).
14. Қон кетишини тўхтатиш, балким жаррохлик йўли билан.
15. Махаллий – аминокапрон кислотаси.

### ***Чақолоқлар реанимацияси.***

Хомила ва чақолоқлар асфиксияси – патологик ҳолат бўлиб, МНС ни, қон айланиш ва нафас тизимини бузилиши билан кечади. Гипоксия ҳолати хомила ичи, интра – постнатал учраши мумкин. Апгар бўйича асфиксияни бола туғилгандан кейин 1-5 дақиқа ичида баҳоланади. Енгил асфиксия - 4-7 балл, оғир асфиксия - 1-3 балл.

### ***Шошилинч ёрдам.***

1. Оғиз, халқум, ошқозон бўшлиғидан сўргич ёрдамида олиб ташлаш.
2. «Амбу» копчаси ёрдамида дақиқасига 30-40 марта ёрдамчи нафас бериш.
3. Здақиқадан сўнг трахея интубацияси ва нафас йўллари санация (шиллиқ, меконий) қилиниб, сунъий нафас аппаратига ўтказиш.
4. Киндик венасига – 10% глюкоза 5 мл/кг  
кокарбоксилаза – 8 мг/кг  
преднизолон 1-2 мг/кг  
кальций глюконат 10% - 1,5-2 мл.
5. Агар юрак уриш частотаси дақиқасига 70 мартадан кам бўлса, унда – юракни дақиқасига 120 марта билвосита массаж ўтказиш лозим. Иккита кўрсатгич бармоқ билан туш суяги ўртасидан эзилади. Самарадорлик мезони ЮЎР

қуйидагилар – кўз қорачиқлари торайиши, билак венасида пульсни пайдо бўлиши.

6. Киндик венасига 0,1 % адреналин - 0,1 мл, 4% натрий гидрокарбонат – 5 мл.

7. Ўтказилаётган реанимация тадбири 15 дақиқадан кўп бўлмаслиги керак.

## **КЛИНИК ФАРМАКОЛОГИЯ**

### ***Трансфузия. Қон препаратлари ва компонентлари.***

1.Эритроцитар масса. Ўткир қон кетишларда, келиб чиқиши хар хил бўлган оғир анемияларда.

2.Ювилган эритроцитлар: эритроцитор массани физиологик эритма билан қайта ишлов берилиб, қайтадан центрифугада айлантрилади. Чунки аллергик реакцияга мойиллик камаяди.

3.Аутокон: аутогемотрансфузия – олдиндан тайёрлаб қўйилган беморни ўзини қони; реинфузия – кўкрак ёки қорин бўлиғига қуйилиб қолган бемор қонини ўзига қуйиш.

4.Янги музлатилган плазма. Донор қонини центрифугада айлантрииб. Шаклли элементлар чўкади. Кейин тепадаги суюқ қисмини олиб музлатиб тайёрланади. Плазмада оқсил, гормонлар,липидлар, витаминлар, ферментлар, ививчанлик омиллари учрайди. Плазмани қон ва плазма йўқотганда, интоксикацияларда, ДВС-синдромда қўлланилади.

Сақланиши -30\*С хароратда. Қуйишдан олдин контейнерни илиқ сувга 37\*С га солиб, кейин эритиладиди бир соат давомида томчилатиб қуйилади. Қолганини қайтадан музлатиш мумкин эмас.

5.Натив плазма суюқ холда уч сутка давомида +4\*С да ги хароратда сақланади.

6.Қуруқ плазма: қуйишдан олдин дистилланган сувда эритилиб, кейин беморга қуйилади.

7. Антигемофил плазма, қон кетишларда қўлланилади.
8. Тромбоцитар масса. Қон касалликларида тромбоцитопенияда гурух ва резусини инобатга олган ҳолда қуйилади.
9. Лейкоцитар масса – лейкопенияларда гурух ва резусини инобатга олган ҳолда қуйилади.
10. Фибриноген – қон ививчанлик тизими оксили бўлиб, дистилланган сув билан қуйиш олдин эритроладида гипофибриногенемияда қўлланилади.
11. Гамма-глобулин, плазма препарати бўлиб, иммунитетни кўтариш учун қўлланилади.
12. Альбумин 5%, 10%, 20% - 100 мл, қон оксили.
13. Протеин 5% - қон оксили, альбумин ва глобулинни аралашмаси.

***Инфузия учун эритмалар. Қон ўрнини босувчи препаратлар.***

*Плазма ўрнини босувчи препаратлар (коллоид эритмалар).*

1. Полиглюкин (макродекс) 400 мл, қонда 3 кунгача циркуляция қилади, шокка қарши таъсири бор, УАҚХ ни хужайралараро суюқликни ўзига тортиши билан (то 100%) гача. Қон йўқотишларда ва шокларда қўлланилади.
2. Реополиглюкин – 200 мл, 400мл, томирда сутка давомида айланиб юради, УАҚХ ни хужайралараро суюқликни ўзига тортиши билан (то 70%) гача, қон реологияси ва микроциркуляцияни яхшилайти. Шокларда, интоксикацияларда ва ЎАТЭ да қўлланилади.
3. Желатиноль 400 мл, томирда сутка давомида айланиб юради, Қон йўқотишларда ва шокларда қўлланилади.
4. Гидроэтилкрахмал(ГЭК, рефортан, стабизол, инфузол) томирда 6-8 соатгача айланиб юради. Реологияни яхшилайти, хужайралараро суюқликни ўзига жалб қилмайди ва интерстицияга чиқмайди.

5.Полифер 400 мл, гемодинамика ва гемопозэни яхшилаиди.

### ***Дезинтоксикацион эритмалар.***

1.Гемодез 200 мл, 400 мл – токсинларни ўзига боғлаб олиб, қисман уларни нейтраллайди.

2.Полидес (3% винили спирт), дезинтоксикацион таъсир қилади.

3.Реоглюман 400 мл – реологияни яхшилаб, дезинтоксикацион таъсирга эга.

### ***Электролит суюқликлар (кристаллоидлар).***

1. Натрий хлор 0,9% ли эритмаси, томирни жуда тез тарк этади. Вена ичига 1000 мл қуйганда 250 мл қолади. Шок холатларида ва сувсизланишларда қўлланилади.

2. Натрий хлор 10% ли эритмаси 200 мл в/и том, шок хоалатларида, хужайралараро суюқликни ўзига жалб этиб, томирга 700 мл гача сувни чиқариб беради.

3. Рингер – Локк эритмаси, таркибида қуйидаги электролитларни (калий, кальций, натрий, хлоридлар) сода, глюкоза. Шок холатларида, интоксикацияларда, ва сувсизланишларда қўлланилади.

4.Лактасол (Гартман эритмаси) – электролитли эритма кислота – ишқор мувозанатини тиклайди,токсинларни чиқаради.

5.Хлосоль 200 мл, 400 мл – ацидозни камайтиради, токсикоинфекцияларда қўлланилади.

6.Ацесоль, дисоль, трисоль – электролитли эритмалар.

### ***Дори препаратлари.***

*Адреналин* 0,1% ли эритма – 1 мл в/и, м/и.Анафилактик шокда, коллапсда, юрак тўхтаганда, бронхостатусда, гипогликемик комада қўлланилади.

*Аминазин* 2,5% ли эритма - 1мл, 2мл, 5мл в/и, м/и. Қўзғалувчанликда, қусишда, эпилепсияда, гипертоник кризда, гипертермияда қўлланилади.

*Аминокапрон кислотаси* 5% ли эритма – 100мл, в/и, маҳаллий. Қон ививчанлиги оширади.

*Анальгин* 25%, 50% ли эритмалари -1мл, 2мл в/и, м/и. Гипертермияларда ва оғриқда қўлланилади.

*Атропин* 0,1% ли эритмаси - 1мл в/и, м/и. Юрак уришини тезлаштиради, оғиз қуришини чақиради. Премедикацияда, реанимацияда, ФОБ билан захарланишда, брадикардияда, бронхиал астмада қўлланилади.

*Арфонад* – бошқариладиган гипотонияда ишлатиладиган препарат, в/и томчилаб, АБ ни назорати билан.

*Бемегрид* 0,5% ли - 10мл в/и секин, томчилаб. Наркоздан кейинги депрессияда, барбитуратлар, ўхлатувчи дорилар билан захарланганда қўлланилади.

*Бензогексоний* 2,5% ли - 1 мл в/и, м/и. Ганглиоблокатор, гипертоник кризда бошқариладиган гипотонияда, мия ва ўпка шишида, бронхиальной астмда қўлланилади.

*Верпамил* 0,25% ли эритма – 2 мл в/и. юрак ритмлари бузилиши ва стенокардияда қўлланилади.

*Викасол* 1% ли - 1 мл в/и, м/и, витамин К ни аналоги, қон ививчанлигини оширади.

*Гексенал* – 1г флаконда қуруқ модда, ишлатишдан олдин 10мл физ эритмада эритилади, кейин керакли дозада 3-8 мг/кг дан хисоблаб шприцга олинадида 20 мл гача физ эритма қўшиб ишлатилади. В/ичига кириш наркозида, талвасаларда қўлланилади.

*Гепарин* 5 минг. бирлик 1 мл флаконда – в/и, м/и, т/о. Қон ививчанлик вақтини оширади, протамин сульфат билан инактивация қилинади. Ўтқир миокард инфарктида астматик статусда, ДВС-синдромда, тромбозларни даволаш ва профилактикасида, қон реологиясини яхшилайти, ЎАТЭ да қўлланилади.

*Гидрокортизон* 5 мл, 10 мл – в/и, м/и. Гормон. Шок холаталарида, коллапсда, астмататусда, бўйрак усти беши етишмовчилигида, миш шишида қўлланилади.

*Дексаметазон* 4 мг /мл –в/и, м/и, гормон.(гидрокортизонга ўхшаш).

*Диазепам* (реланиум, седуксен, сибазон) 2 мл в/и, м/и. Неврозларда, талвасаларда, премедикацияга, абстинент синдромда, гипертоник кризда.

*Дигоксин* 0,025% ли - 1 мл в/и секин. Юрак гликозиди бўлиб, ўткир юрак етишмовчилиги, ритм бузилишида – мерцател аритмияда қўлланилади.

*Димедрол* 1% ли - 1 мл в/и, м/и. Премедикацияда, аллергик реакцияларда, анафилактик шокда қўлланилади.

*Диоксидин* 0,5% , 1% - 10мл, 20мл, в/и томчи, ёки маҳаллий. Микробга қарши кенг доирали таъсирга эга препарат.

*Дитилин* 5 мл в/и. Қисқа вақтга таъсир этувчи релаксант (3-5 дақиқа), кириш наркозида фақат ЎСН учун, оғрик синдромига ва хушга таъсири йўқ.

*Дицинон* (этамзилат) 12,5% ли - 2 мл в/и, м/и. қон ививчанлигини оширади. Қон кетишларда қўлланилади.

*Дофамин* (допмин) 0,5%, 1%, 4% эритмалари - 5 мл, в/и томчилаб ёки дозиметр орқали. Хамма шок холаталарида қўлланилади. АБ ни, юрак ритмини оширади.

*Дроперидол* 0,25% ли - 2мл в/и, м/и. Нейролептик. Наркозда, талвасада, гипертоник кризда, гипертермияда, қусишда, ўпка шишида қўлланилади.

*Кальция хлорид* 10% ли - 10мл в/и. Аллергияда, қон кетишда, гиперкалиемияда, гипермагниемияда, қалқонсимон без етишмовчилигида қўлланилади.

*Кетамин* 5% ли - 2мл в/и, м/и. Наркоз учун модда бўлиб, юқори анализгетик аҳамиятга эга. Таъсир давомийлиги ия 15-30 дақиқа. Кичик дозада - беморлар транспортировкасида

да, онкологик касалларда оғриқсизлантирувчи сифатида қўлланилади.

*Клофелин* 0,01% ли - 1мл в/и секин. АБ ни пасайтиради. Гипертоник кризларда, премедикацияда қўлланилади.

*Кордиамин* 2мл в/и, м/и. МНС кўзғатади, пульсни тезлаштиради, нафас чуқурлигини оширади, АБ ни озгина оширади. Коллапсда, ўхлатувчи дорилар билан захарланганда қўлланилади.

*Кофеин* 10%, 20% - 1мл, 2мл в/и, м/и. Гипотонияда, наркотик ва ўхлатувчи дорилар таъсирини камайтириш учун ва МНС ни кўзғатишда қўлланилади.

*Лидокаин* 2%, 10% эритма – 2мл. Маҳаллий оғриқ қолдирувчи ва антиаритмик таъсирга эга. Эпидурал, спинал анестезияда, миокард инфарктдаги фибрилляцияни профилактикасида, реанимация пайтида қўлланилади.

*Магния сульфат* 25% ли - 10мл в/и секин юборилади! Бироз гипотензив, седатив таъсирга эга. Кечки токсикозларда, миокард инфарктида, гипертоник кризда, талсваса синдромида қўлланилади.

*Мезатон* 1% - 1 мл в/и секин юборилади. АБ ни оширади. Коллапсда, артериал гипотонияда қўлланилади.

*Морфин* 1% - 1мл, в/и, м/и. Наркотик анальгетик, оғриқ синдромларда, ўткир миокард инфарктида, ўпка шишида қўлланилади.

*Налоксон* (налорфин) 0,5% - 1мл в/и. Наркотик анальгетиклар антидоти бўлиб, наркотиклар дозаси ошганда қўлланилади.

*Нитроглицерин* 1% - 5мл, в/и томчи ҳолда (1-2мл 200мл физ.эритмада) ёки дозиметр орқали. Стенокардия, миокард инфарктида, ўпка шишида қўлланилади. Коронар томирларни кенгайтиради. Гипотензив таъсирга эга, кўпроқ

дофамин билан параллел равишда қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади.

*Новокаинамид* 10% - 5мл в/и секин томчи ҳолда антиаритмик дори мақсадида қўлланилади.

*Норадреналин* 0,2% - 1мл в/и томчи. Шокда, коллапсда. артериал босимни кўтариш учун ишлатилади.

*Обзидан* (анаприлин, пропранолол) 0,1% эритма -5мл в/и. Бетаадреноблокатор, ритм бузилишида, гипертонияда қўлланилади.

*Оксибутират натрия* (ГОМК) 20% - 10мл в/и, м/и. Наркоз учун модда, талваса, гипертермик синдромда қўлланилади.

*Омнопон* 1%, 2% эритма – 1мл в/и, м/и. Наркотик анальгетик.

*Пентамин* 5% эритма - 1мл, 2мл в/и томчи холда. Ганглиоблокаторлар гуруҳига киради. Гипертоник кризда, ўпка, мия шишида бошқарувчи гипотония мақсадида қўлланилади.

*Пипольфен* 2,5% эритма 2мл в/и, м/и. Антигистамин препарат. Анафилактик шокда, премедикация учун қўлланилади.

*Преднизолон* 30мг – 1мл в/и, м/и, гормон. Шок холатларида, аллергияда, мия шишида, бронхостатусда, жигар комасида қўлланилади.

*Прозерин* 0,05% эритма – 1мл в/и, м/и. Ичак, сийдик қопи парезида, узоқ вақт релаксантлар таъсиридан кейинги мушаклар қувватсизлигида қўлланилади.

*Промедол* 1%, 2% эритма -1мл в/и, м/и. Наркотик анальгетик.

*Супрастин* 2% эритма - 1 мл в/и, м/и. Антигистамин препарат. Аллергияларда ишлатилади.

*Тиопентал-натрий* 1г қуруқ мода флаконда .

*Тавегил* 0,1% эритма – 2 мл в/и, м/и. Антигистамин препарат.

*Фентанил* 0,005% эритма – 2мл в/и, м/и. Наркотик анальгетик.

*Фурасемид* (лазикс)1% эритма – 2мл. Сийдик ҳайдовчи. Мия, ўпка шишида, бўйрак етишмовчиликда, диурезни кўпайтириш мақсадида қўлланилади.

*Эуфиллин* 2,4% -10мл, 24%- 1мл в/и, м/и . Астмастатусда, ўпка в амия шишида, инсултда, гипертоник кризда қўлланилади.

*Эфедрин* 5% эритма 1мл в/и, м/и. АБ ни кўтаради, МНС ни, нафас марказини кўзғатади, бронхларни кенгайтиради. Бронхиал астмада, коллапсда, ўйқу дорилар билан захарланишларда қўлланилади.

*Церукал* 5% эритма – 2мл в/и, м/и. Қўллашга кўрсатма: қусиш ва кунгил айнишида, юрак ишемик касаллигида, наркоздан кейинги даврда.

***Хамма дориларни ўзини шприцида юборишга одатланинг! Хар хил дориларни битта шприцида аралаштириб юбориш мумкин эмас.***

## **2 - қисм:**

### **АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ АСОСЛАРИ**

Операциядан олдинги стресс ҳолатини бартараф этиш мақсадида беморга операциядан олдинги тайёргарлик ўтказиш керак. Бу ўз ичига анамнез йиғиш (шу жумладан олдинги анестезияни кечиши хам), беморни кўздан кечириш, қўшимча текширувлар ўтказиш, агар қайсидир аъзода бузилишлар бўлса,уларни коррекция қилиш лозим. Анестезияни бир нечта принципларга таянган ҳолда танлаш: конкрет беморни хирургик патологиясига қараб, наркоз турини танлаш лозим бўлади. Операция хавфи беморни умумий ҳолати, операция хажми ва характерини ҳисобга олган ҳолда баҳоланади. Анестезиолог анестезия ўтказиш

учун, бемордан ёки қариндошларидан тўлиқ ахборот, ҳамда розилигини олиш мажбуриятини олади.

Операция олдидан кечаси беморга ўхлатувчи дорилар буюрилади. Кечки овқатланиш бекор қилиниб, тозаловчи хўкна буюрилади. Операция олдидан тахминан 30-40 дақиқа олдин бемордаги стресс ҳолатини ҳамда наркозга енгил киришини инобатга олган ҳолда премедикация қилинади. Премедикацияга куйидаги дори препаратлари қўлланилади:

- а). седатив таъсирга эга – седуксен, реланиум, дроперидол;
- б). антигистамин дорилар – димедрол, пипольфен;
- в). наркотик анальгетиклар – промедол, морфин;
- г). холинолитиклар – атропин, метацин.

Беморни ҳамшира кузатуви остида операция хонасига олиб борилади. Беморни фамилияси, исми, шарифи аниқланади, касаллик тарихига қараб, қайси жойида операция ўтказилади. Операция хонасида беморни умумий ахволи баҳоланади: хуши, тери қоплами ранги, нафас олиш сони, АБ, пульс. Зарурият бўлса беморга монитор ўтказиш учун датчиклар уланади. Марказий ёки периферик қон томирга тушиб, 0,9% натрий хлор эритмаси томизиб қўйилади.

### ***Наркоз классификацияси.***

1. Махаллий (шу жумладан. орқа мия, эпидурал).
2. Умумий:

- а). ингаляцион (ниқобли, эндотрахеал);
- б). ноингаляцион ( в/и, м/и ).

Мононаркоз – 1 дори моддаси билан ишлаш.

Аралаш – 2 ва ундан кўп дори моддаси билан ишлаш.

Комбинирланган (кўпкомпонентли) – эндотрахеал релаксантлар билан бирга.

### ***Умумий наркоз босқичлари.***

- 1.Премедикация.

2.Кириш наркози.

3.Асосий наркоз.

4.Наркоздан чиқиш.

### ***Ингаляцион наркоз.***

Никобли наркоз: аппарат ёрдамида, қўлда, Эсмарх никоби ёрдамида ўтказилиши мумкин. Кўпроқ беморни спонтан нафасида хаво ўтказгичдан фойдаланган холда. Хозирги вақтда асосан боғламларни қайта боғлашда, кичик жарохатли қисқа муддатли операцияларда, худди даволовчи наркоз сифатида презкламписяда, бронхостатусда, туғрук даврида,ўткир миокард инфарктида қўлланилади. Бу наркоз азот оксиди, галотан, изофлюран, суюфлюран номли дори препаратлари билан ўтказилади.

Эндотрахеал наркоз: ўтказилади асосан бўшлиқлардаги операцияларда, шошилинич анестезияларда. Наркознинг бу турида албатта трахеяни интубация қилиш лозим бўлади. Трахея интубацияси ўтказиш учун беморни медикаментлар ёрдамида нафасини тўхтатиб, хушини йўқотилгандан кейин бажарилади.

Ингаляция усули билан наркоз ўтказиш: бунда қўлланилади галотан, изофлюран, суюфлюран, закись азот, ва бошқалар.

### ***Эфир наркози босқичлари.***

1 босқич. – анальгезия. Давомийлиги 3-8 дақиқа. Оғрик сезгиси бирданига пасайган, хуши йўқ, рефлекслар сақланган. Бу босқичда қисқа муддатли жаррохлик муолажаларни бажариш мумкин. Яъни йирингли яралар ва абсцессларни.

11 босқич. – кўзғалиш. Беморни хуши йўқолгандан кейин бошланадида 15 дақиқа давом этади. Хуши йўқ, гаплари тушинарсиз, кўзғалувчан. Мушаклар тонуси, АБ ошган, тахикардия.

111 босқич. – хирургик (наркоз уйқуси ). Бу босқичга бемор наркоз бошлангандан 10-20 дақиқа кейин киради. Бунда 4 давр тафовутланади. Хирургик босқич – 111/1 ва 111/2, узок давом этмайдиган 111/3 босқич.

111/1 босқич. – наркоз уйқуси. Рефлекслар ва мушаклар тонуси сақланган. АБ ва пульс аввалгидек. Кўз олмалари айланма харакатда, жағи бўшашган.

111/2 босқич. – Кўз олмалари харакатсиз, марказда, қорачиқлар торайган, ёруғликка реакцияси сақланган, тўр парда рефлекслари чақирилмайди. Нафас олиши текис, секинлашган. АБ ва пульс аввалгидек ёки ундан пастроқ ёки стабил холатда.

Мушак тонуслари пасайган, хикилдоқ рефлекслари йўқ.

111/3. – Кўз қорачиғи кенгайган, ёруғликка реакцияси бирданига сусайган, рефлекслар йўқ, тўр парда курук. Пульси тезлашган, АБ бироз пасайган. Нафас олиши тезлашган, юзаки. Хамма мушаклар тонуси бирданига пасайган.

111/4. – Дори моддалари миқдорини кўпайиш белгилари. Кўз қорачиғи кенгайган, ёруғликка реакцияси йўқ. Рефлекслар йўқ. Пульси ипсимон, АБ жуда паст, нафас олиши юзаки, аритмик. Агарда эфир берилиши давом этса, узунчоқ мияни фалажлигига олиб келади (нафас ва томирлар маркази), кейин клиник ўлим.

IV босқич. – Ўйғониш босқичи. Беморга анестетик моддани киришини тўхтатиб, 50% ли хаво-кислородли аралашма берилади. Бемор организми хамма функциялари тескари тартибда тикланади. Аналигезия сақланади. Ўйғониш даври бемор холати ва анестезияни давомийлигига қараб, бир неча дақиқадан бир неча соатгача давом этади.

Нафас контурлари: очик, ярим очик, ярим ёпик, маятниксимон, махсус реверсив клапан ёрдамида циркуляция

узулида. Ёпиқ ва ярим ёпиқ усул билан ишлаганда албатта карбонат ангидрид газини ютувчи мосламадан фойдаланилади. Ютувчи мосламани иш давомида хар 40-60 дақиқада алмаштирилиши лозим бўлади.

### ***Вена ичи анестезияси.***

Препаратлар: барбитуратлар( тиопентал-натрий, гексенал), натрий оксибутират, кетамин, диприван (пропофол), этомидат ва бошқалар. ТВИА – тотал в/и анестезияси. Хар қандай наркоз олдидан трахея интубацияси ва ўпкани сунъий вентиляцияси учун тайёр бўлиш керак, чунки нафас бузилишини катта эҳтимоли бор. Барбитуратли наркоз. Дозаси: 1% гексенал – 200 – 1000 мг. 1 бос.- Юзаки уйқу. 5-10 сониядан кейин бошланади. Бемор хали контактда бўлади. Кўз қорачиқлари меёридаёки бироз кенгайган. Ихтиёрсиз харакатлар. АБ, пульс аввалгидек, нафас олиши бир меёрда. 2 бос. – чуқур уйқу. Давомийлиги 1-2 дақиқа. Кўз олмалари сузувчи харакатлар қилади, қорачиқлар кенгайган, ёруғликка реакцияси сақланган. Хамма рефлекслар сақланган, хиқилдоқники кучайган. Арзимаган оғриқли кўзғатувчи гемодинамика бузилишига, балким юрак тўхташига ҳам олиб келиши мумкин. АБ пасайган, бироз тахикардия. Наяас олиши сусайиб боради, агар дори моддалари тез юборилса, балким апноэ кузатилади.

3 бос. – хирургик. Кўз олмалари бир жойда, қорачиқлар торайган, марказда жойлашган, ёруғликка реакцияси сақланган. Чайнаш мушаклари тонуси пасайганлигини инобатга олиб, пастки жағни олдинга чиқариш лозим бўлади. АБ пасайган, тахикардия, нафас олиши юзаки, секинлашган. Барбитуратлар таъсир давомийлиги 10-30 дақиқа. Ўйғониш даврида олдин оғриқ сезгирлиги, кейин хуши тикланади, лекин уйқучанлик сақланади. Барбитуратлар билан анестезия секин –аста иккиламчи уйқуга ўтади. Бунинг давомийлиги

30-60 дақиқани ташкил этади. Бу вақтда нафас олишни назорат қилиш керак чунки. Тил илдизи билан асфиксия бўлиши мумкин. Хаво ўтказгич қўйилмайди, чунки ларингоспазм чақириши мумкин, шунинг учун беморни ёнбош қилиб ётқириш мақсадга мувофиқ бўлади. Албатт АБ, пульс, нафасни назорат қилган холда.

### ***Кўп компонентли анестезия.***

Вена ичига барбитуратлар ёки кетаминли наркозни кириш қисми, ниқоб ёрдамида кислород ингаляцияси асосида хирургик босқичдан кейин қисқа вақт таъсир қилувчи мушак релаксантлари (дитилин, листенон) юборилади. Улар қовоғдаги, елка соҳаси ва оёқ қўллардаги мушакларни фибриллятор қисқаришига олиб келади. Беморни ўзини нафас олиши тўхтайтиди. Шундан кейин трахеяни интубация қилиб, сунъий нафас олишга ўтказилади. Кейинги босқич этап – асосий наркоз. Медикаментоз уйқу закис азот ва кислородни 2:1 нисбатда ёки фторотанни 1-2 ҳажм % даги, ёки вена ичига дори юбориб ушлаб турилади. Анальгезия наркотик аналгетиклар юбориб амалга оширилади. Кўп холларда фентанил – хар 15-20 дақиқада 2-4 мл в/и. Мушаклар релаксацияси узоқ вақт таъсир этувчи релаксантлар (ардуан, тубарин, норкурон) ёрдамида давом эттирилади. Трахея экстубацияси беморни ўзини нафасини тўлиқ тиклангандан кейин амалга оширилади. Кузатув бемор хушини тўлиқ тиклангунча давом этади.

### ***Операциядан кейинги даврдаги асоратлар.***

Эрта операциядан кейинги даврда организмни хар қандай тизим ва аъзоси томонидан асорат бўлиши мумкин. Нафас олиш тизимидаги бузилиш тил илдизини тушишига, шиллик ёки балғам билан ёпилиб қолиши, нафас йўлларига ёт жисм тушиши (синган тиш бўлаги ва бошқалар), қусиш ва регургитация, ларингоспазм ва бронхоспазм, худди шундай

наркоздан кейинги нафасни бузилишини то нафас тўхташигача олиб келади. Бунинг учун албатта хаётий зарур аъзолар функцияларини (бемор хуши, нафас олиши, АБ, пульс, сийдик ажралиш ҳажмини, худди шундай қўйилган найчалардан ажралаётган суюкликларни) назорат қилиш керак.

### **3 - қисм:**

## **АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАРГА УСЛУБИЙ ТАВСИЯЛАР**

**Марказий веналарга катетер қўйиш учун керакли жихозлар.**

*Стерил столни тайёрлаш.*

1. Стерил қўлқоплар, қисқич, шарик, спирт.
2. Марказий венани катетеризацияси учун игна.
3. Марказий венани катетеризацияси учун катетер ичига киритиладиган мослама.
4. Шприц 10 мл - 1 дона.
5. Новокаин – 0,25% ли ёки 0,5% ли ампуладаги ёки флакондаги эритмаси.
6. Тиқиш учун материал ёки лейкопластырь катетерни маҳкамлаш учун.
7. Ишлатилган материаллар учун лоток.
8. Инфузия ўтказиш учун система ёки гепаринли тиқин (0,2 мл гепаринни 2,0 мл физ.эритмада катетерда тромб пайдо бўлишини олдини олиш учун).

*Топириқлар:* бўйин, елка соҳасини ва кўкрак қафасини юқори қисмини икки марталаб спирт билан ишлов бериш, новокаин эритмаси флаконини маркировкасини кўрсатиб ўзатиш. Игнани венага тушгандан сўнг, катетер ўтказгичини бериш, кейин катетер. Катетерни маҳкамлаш ёки терига тикиб қўйиш керак.

**Трахея интубацияси учун йиғма.**

*Стерил столни тайёрлаш.*

1. Ўпкани сунъий вентиляцияси(ЎСВ) учун мосламани тайёрлигини текшириш.
2. Электр сўрғични тайёрлигини текшириш.
3. Ларингоскоп тайёрлигини текшириш.
4. Эндотрахеал найни текшириш.
5. «АМБУ» қопчаси ва ниқобни тайёрлаш.
6. Санация учун найча тайёрлаш.
7. Найча манжетини шишириш учун шприц.
8. Эндотрахеал найни махкамлаш учун мослама.
9. Хушини ва нафасини тўхтатиш учун дориларни тайёрлаш:  
А) Атропин 0,1% - 1 мл -10 мл физ.эритмада.  
Б) Шифокор тавсияси билан в/и анестезияси учун дори тайёрлаш.  
В) Дитилин 10 мл.

*Топшириқлар:* вена ичига дориларни юбориш, ларингоскопни киритгунча пастки жағни ушлаб туриш, ларингоскопни киритиш, эндотрахеал найчани бериш. Найчани қўйиб бўлгандан кейин манжетини шишириб қўйиш. Найчани бўйин атрофига бинт ёки фиксатор билан махкамлаш.

### **Орқа мия анестезияси ва люмбал пункция учун йиғма.**

*Стерил столни тайёрлаш.*

1. Стерил кўлқоплар, қисқич, спирт, бинтдан шариклар, лейкопластыр.
2. Шприц 10 мл – 1 дона.
3. Новокаин 0,5% - 10 мл; лидокаин 2% - 4,0 мл.
4. Орқа мияни пункция қилиш учун игна.
5. Ишлатилган материаллар учун лоток.

*Топшириқлар:* спирт билан ишлов берилгандан кейин яна икки марта ишлов бериш. АБ ни ўлчаш пункциядан олдин ва

кейин. Новокаин эритмасини бериш, маркировкасини кўрсатиб. Бемор ҳолатини керакли позада ушлаш.

### **Эпидурал анестезия.**

*Стерил столни тайёрлаш.*

1. Стерил кўлқоплар, қисқич, спирт, бинтдан шариклар, лейкопластир.
2. Шприц 10,0 мл – 1 дона.
3. Новокаин 0,5% - 10 мл.
4. Лидокаин 2%, маркаин.
5. Эпидурал анестезия учун йиғма (мандренли игна, катетер, фильтр, шприц 10 мл поршни яхши юрадиган).
6. Ишлатилган материаллар учун лоток.

*Топшириқлар:* АБ ни катетер қўйгунча ва кейин ўлчаш. Майдонни икки марта спирт билан ишлов бериш. Маркировкасини кўрсатиб новокаинни бериш. Муолажа вақтида беморни керакли ҳолатда ушлаб туриш. Катетерни елкасига лейкопластирда маҳкамлаш.

### **Периферик венага катетер қўйиш**

Веналарда катетерларни туриши 2-3 кундан ошмаслиги керак. Периферик венага қўйиладиган катетерни диаметри вена диаметри ярмидан катта бўлмаслик керак. Катетеризация учун юқори таянч аъзо кўл веналаридан фойдаланилади. Катетеризацияни кўлни устки қисмидаги дистал венадан, агарда алмаштирилганда юқоридаги проксимал қисмига қўйилади.

Катетерни ювиш фойдаланиб бўлгандан кейин физиологик эритмага гепарин қўшиб ювилганда катетер ёпилиб қолиши ва веналарда тикин бўлишини олди олинади.

*Харакатлар тартиби:*

1. Кўлларга антисептик билан ишлов бериш;
2. Пункция қилинадиган соҳадаги венани танлаш, пайпаслаб кўриш;

- 3.Пункция қилинадиган вена сохасидан 10-15 см юқоридан жгут қўйилади, бунда яқинроқдаги артерияда пульс пайпасланади ва бемордан бармоқларини бир неча марта мушт қилиш, очиш сўралади;
- 4.Билак чуқурчаси сохаси венасини пункциясида – жгутни елка ни ўрта учдан бир қисмига қўйилади ва билак артериясида пульс текширилади;
- 5.Вена пункция қилинадиган сохани антисептик билан ишлов бериш;
- 6.Ишлатилган салфеткаларни кейинги дезинфекция қилиш учун махсус пакетга ташланади;
- 7.Игна кесимини тепага қаратиб, ўнг қўл учта бармоғи билан ушлаб пункция қилинади;
- 8.Чап қўл билан бемор билагини ушлаб туради;
- 9.Катетерни 30° градус бурчак остида венага йўналтирилади. Тушганлигимизни шприцда қон пайдо бўлишидан биламиз;
- 10.Жгутни ечиш;
- 11.Катетер қўйилгандан кейин лейкопластир билан махкамлаб қўйилади

### **Марказий ва периферик веналардаги катетерлар билан ишлаш.**

Веналардан узоқ вақт фойдаланиш учун марказий (ўмров ости, бўйинтурик) ёки периферик веналарга катетер қўйилади. Катетер терига тикилади ёки лейкопластирда махкамланади.

Катетерларни парваришлаш: махкамловчи пластирни хар куни ёки ифлосланишига қараб алмаштирилади. Атрофидаги тери кўк дори ёки спирт билан ишлов берилади.

Томчи тизимидан ажратилгандан кейин, катетерни гепарин – эритмасида 0,2 мл 2,0 мл физ.эритмада суюқлик тайёрланиб ювилади.

Катетер олиб ташлангандан сўнг ўрнини 5% ли йод эритмасида ёки спиртда артилади, стерил салфетка билан ёпиб қўйилади. Агарда вена бўйлаб оғриқ ёки қизариш бўлса, у холда катетерни бирданига олиб ташлаб, 40% ли спиртли компресс, гепаринли мазь қўйиш керак.

### **Инфузоматни (линеомат) ишлатишга тайёрлаш.**

Инфузомат – аппарат, дориларни (инсулин, гепарин, дофамин, нитроглицерин, антибиотиклар) вена ичига бир меърда доимий юбориш учун мўлжалланган мослама.

Бу мосламани ишлатишга тайёрлаш учун 20 мл шприцга керакли микдордаги дорини олиб, қолган қисмини физ эритма билан тўлдирилади. Инфузоматга шприц ўрнатилади, махкамланади, унга катетерни қўйиб венага уланади. Керакли параметрларга соланади. Кейин электр токига уланади. Инфузомат олд қисмида минутига ёки соатига неча мл суюқлик кетаётгани кўриниб туради.

### **Дефибрилляторни ишлатишга тайёрлаш.**

Электродларига гел суриш ёки ўтказиладиган жой устига хўл салфеткалар қўйилади. Дефибрилляторни электр токига улаш. Тартиби, энергия параметрлари ўрнатиш (биринчи разряд учун болаларда 2-4-2дж/кг, катталарда – 150-250-360 Дж). Заряд тугмачасини босиш. Атрофдагиларни қаттиқ гапириб огоҳлантирган холда разряд тугмаси босилади. Дефибрилляция вақтида беморга ёки каравотга суяниш, яқин туриш мумкин эмас. Беморга уланган бошқа электр мосламаларни иложи бўлса ажратиш лозим бўлади.

### **Сон венасини пункция ва катетеризацияси.**

Асептик шароитда 2-3 см пупарт боғламдан пастда сон артериясини пульсациясини пайпаслаб топилади. Анатомик жойлашув қуйидагича: – ВАН (вена, артерия, нерв). Сон артериясини ушлаб турган бармоқни ички томонидан 0,2-0,3 см ташлаб ичкаридан пункция қилинади. Игнани йўналиши

10-15<sup>0</sup> остида ушлаб, шприц поршенини тортиб, кўпи билан 5 см кирилади ва қон пайдо бўлиши тушганлигимиздан дарак беради. Лекин беморда қон босими паст, гиповолемиа холатлари бўлса, қон шприцга чиқмаслиги мумкин. Шприцдаги суюқликдан юбориб кўрганимизда ҳеч қандай қаршилиққа учрамаса демак биз томирдамиз. Кейин шприцни игнадан ажратиб олиб, йўналтирувчи мосламани(леска) киритамиз ва у орқали катетерни ўрнатамиз.

### **Марказий веноз босимни ўлчаш.**

Марказий веноз босим (МВБ) жудаям юқори клиник аҳамиятга эга. МВБ ни ўлчаш учун ўмров ости ёки бўйинтуруқ ёки ўмров ости венани катетеризация қилиш лозим бўлади. МВБ ни Вальдман мосламасида ёки оддий усули бемор юраги ноль нўқтаси яъни ўрта қўлтиқ ости чизиғи бўйича топиладида, турган томчи тизимини бемор билан бир текисга тушириб, линейка қўйиб, томчи тизимини шу линейка орқали тизимга чиқаётган қонни харакатига қараб ўлчанади.

МВБ нормда 6-12 см сув уст тенг бўлади. МВБ пасайиши гиповолемиадан, ошиши – юракни ўнг томони иши ортиши, ёки гиперволемиадан дарак беради.

МВБ умумий айланаётган қон хажмини кўрсатмайди, лекин тўғридан–тўғри алоқадор бўлади. МВБ асосан, юракнинг ўнг томони қон хайдаб бериш функциясини, бошқача қилиб айтганда унга келиб тушган қанча хажмдаги қон бўлса, шуни хайдаб беради. МВБ 14 мм.сув.уст баланд бўлмаса инфузияни қандай тезликда қуйилгани билан ўпка шиши ривожланмайди. Лекин кристаллоидлардан жуда кўп миқдорда фойдаланилса, унда МВБ ошмасдан туриб, интерстициал бўшлиққа ва ўпкада сув йиғилишига олиб келиши мумкин.

## **ЭКГ – мониторинг.**

ЭКГ – мониторинг ўз вақтида юрак ритми бузилишини, миокард ишемиясини, электролитлар бузилишини ташхислашда ёрдам беради. Экранда учта стандарт булакдан биттасида плетизмограмма ва юрак қисқарувлар сони намоён бўлади.

ЭКГ – мониторингда учта электроддан фойдаланилади: қизил, сариқ ва яшил. Электродларни ўрнатиш: албатта бемор терисини электродлар ўрнатиладиган жойини тозалаш;

электродларни тери билан электрик контактини яхшилаш учун эпидермисни юқори қаватини лейкопластирни бир икки марта ёпиштириб олинса яхши бўлади;

терини этил спирти билан ишлов бериб, қуритилади;

электроддан химоя қавати олиб ташланади;

электродларни терини тайёрланган жойига махкамланади;

Қизил рангли – туш суягини ўнг томонидан иккинчи қовурға оралиғига.

Сариқ рангли – туш суягини чап томонидан иккинчи қовурға оралиғига.

Яшил рангли – чапдан тўртинчи қовурға оралиғи ўрта ўмров чизиғи бўйича – симларни электродларга уланганлигига ишонч ҳосил қилиш учун симларни тортиб кўриш лозим бўлади. Бир-икки дақиқадан кечикмасдан монитор ЭКГ графикасини кўрсатиб бошлайди;

## **Пульсоксиметрия.**

Пульсоксиметрия операция вақтида ва реанимация қилиш пайтида асосий стандарт мониторинг қилиш мажбуриятига киради, артериал қонни кислород билан тўйинишини кўрсатади, тўқималар перфузияси ва юрак қисқаришлар сонини кўрсатиб туради. Нормада қонни кислород билан тўйиниши (сатурация – SpO<sub>2</sub>) 95-100% га

яқинроқ бўлади. Бу кўрсаткичдан пасайиши демак қандайдир патологиядан дарак беради. Цианозда сатурация 85% дан паст. Пульсоксиметр датчиги холатини вақти-вақти билан ўзгартириб туриш керак.

Пульсоксиметр датчиги чироқ ва қабул қилувчи мосламадан иборат. Уни бармоқ учига, оёққа, қулоқ юмшоғига яъни қайси жойда қон айланиш юзаки бўлса, ўша жойга қисқич каби ўрнатилади.

### **Коникотомия.**

Кўрсатма: юқори нафас йўллари обструкциясида (коникотомия вентилияцияни 30-40 дақиқа давомида таъминлаши мумкин), веналарга тушишни имконияти бўлмаганда, шу йўл билан юрак ўпка реанимациясида адреналинни юборса бўлади.

Техникаси: иккита бармоқ билан қалқонсимон тоғайни устидан текис босиб туриб, ўрта чизиқ бўйича боғлам пайпасланади. Йўғон игна билан 45<sup>0</sup> остида боғламни қалқонсимон ва узуксимон тоғай орасидан шприц поршенини тортган холда пункция қилинади. Шприцда хаво пўфакчалари пайдо бўлиши билан ҳаракат тўхтатилади. Агар вена ичи катетеридан фойдаланилса, унда игнани чиқариб олинади. Шошилиш холатларда қўлга нима тушса шу билан бажарилади (авторучка, пичоқ, хар қандай учли нарсалар).

**Трахея санацияси, трахея- бронх дарахтини ювиш (ТБД), эндотрахеал найни (ЭТН) ва трахеостомик найни (ТН) парваришлаш.**

ЭТН ёки ТН парваришлаш. Хар куни маҳкамловчи боғламни алмаштириш. Санация хар икки соатда, ёки кўрсатмага биноан стерил санация учун катетерни электр сўрғичга улаб бажарилади. Катетерларни сақлашда албатта иккита фурацилин солинган флакон зарур бўлади. Чунки биттасига «оғиз учун» иккинчисига «трахея учун» деб ёзиб

кўйиш керак. Санация қилиб туришда хар сафар янги стерил найча ишлатиш мақсадга мувофиқ бўлади. Санация пайтида трахеядан ЭТН сунъий нафас аппаратидан ажратиб, сўрғич найчаси киритилиб, сўрғич кўшилади ва найча олинади. Кейин ЭТН ни яна сунъий нафас бериш аппаратига улаб кўйилади. Хамма муолажа 10-15 сониядан кўп бўлмаслик керак. Трахея – бронх дарахтини ювиш учун суюқликни тайёрлашни бемордаги патологияга қараб шифокор тавсия этади: антибиотиклар, сода, трипсин, гормонлар ва бошқалар билан. Стерил шприцга 2-4 мл эритмани олиб, ЭТН ёки ТН, яна Сунъий нафас аппаратига улаб кўйилади, 1-2 марта нафас олгандан кейин йиғилган моддаларни сўрғичда сўриб ташланади. Юқоридаги муолажани тоза сув чиққунча ёки аспирацион синдромда 500-1000 мл гача юбориб, бажариш мумкин бўлади.

Сунъий нафас беришда берилаётган хавони намлаб бериш хар-хил йўллар билан амалга оширилади:

1.Нафас берувчи аппаратга бириктирилган намловчи мослама орқали.

2.Тўғридан – тўғри ЭТН га – дақиқасига 4 томчидан томизиб туриш орқали. Беморни ўзи нафас олиб турганда кислородни махсус мослама (идиш ичида суви билан)орқали берилади.

### **Бурун орқали интубация.**

Халқум ва жағни жарохатларида ва нафас йўллари ўтказувчанлиги бузилганда бурун орқали интубация қилиш тавсия этилади. Бурун орқали интубация катта беморларда хуши сақланган холда ва ларингоскопсиз бажариш мумкин.

Бажариш техникаси. Бурунга 2%ли лидокаин эритмасидан томизилади. Интубацион найни оғиз орқали интубация қилинадиган най диаметридан кичикроқ диаметрлиги олинади (№ 6, 7 катталар учун). Найчага махсус гел суриладида 3 дақиқага колдиради. Секин аста

эхтиёткорлик билан пастки бурун йўлига тахминан 10 см чуқурлиқгача киритилади. Найча овоз бойламига яқинлашганда терлаб бошлайди. Нафас олиш пайтида найчани олдинга сурилади, агар қандайдир қийинчилик бўлса, у холда бемор бошини у ёки бу ёнга бурилади. Қачонки найча овоз бойламидан ўтган бўлса, унда беморни овози чиқмайди, найчадан нафас чиқарганда хаво ажралади. Одатда найчани бор бўйи билан киритилади. Аускултатив ўпкани иккала томондан ҳам эшитиб кўрилади. Кейин манжеткага хаво юбориб шишириб, найча махкамланади. Зарурият бўлса нафас йўллари санация қилинади.

### **Экстубация (трахеядаги найни олиш)**

Бемор хуши тўлиқ тиклангандан кейин, ўзи нафас олишни бошласа, беморни сунъий нафас бериш аппаратидан ажратилади. Ўзини нафаси пайдо бўлгандан сўнг бемор эндотрахеал найчада камида 5-10 дақиқа ётиши керак. Агар гипоксия белгилари кузатилмаётган бўлса, бемор бошини 5 сониягача ушлаб тура олса экстубация қилиш мумкин.

Бунинг учун найчани махкамланган боғичи ечилади, найча манжеткасидаги хавони шприц билан сўриб олиб ташланадида нафас чиқариш актида найча олиб ташланади. Бемордан йўталиб, ажратган балғамини салфеткага туфлашни сўралади.

Агарда ошқозонида найча турган бўлса, уни олиб ташламаслик лозим бўлади, оғиз бўшлиғи санация қилинади, кейин трахеяни санация қилиб, сўргични ўчирмасдан туриб найчани олиб ташланади. Бемордан йўталиш сўралади ёки яна бир марта оғиз бўшлиғи тозаланади.

### **Актив аспирацияга аппаратни тайёрлаш.**

Электр сўргични йиғиш, идишларни герметиклигини текшириш ва найчаларини ўрнатиш. Электр токига улаш. Найчани суви бор идишга туширганда, идишга суюқлик

тушганини кўрамиз. Сўрғич манометрида босим ошади. Демак актив актив аспирацияга тайёрланди.

### **Гемо – пневмотораксда плеврал бўшлиқни дренажлаш ва уни парваришлаш.**

Таранглашган пневмотораксга гумон қилинганда, плеврал бўшлиққа бирданига катетер қўйиш керак бўлади.

1 усул. Олдин терига спирт билан ишлов берилгандан кейин, 2-чи қовурғани пастки 3 қовурғани юқори қисмидан ўрта ўмров чизиғи бўйича махсус игна киритилади. Игнадан хаво чиқиши билан у орқали махсус мосламани киргизиб, игна олинади. Кейин мослама орқали катетер киритилиб, лейкопластирда ёки терига тикиб махкамланади. Катетерга томчи системасидан найча уланиб уни фурацилинли идишга тушириб қўйилади ёки сўрғичга уланади.

2 усул. Асептик шароитда 2 қовурғани оралиғидан ўрта ўмров чизиғи бўйича махаллий 0,5% новокаин ёки 1% лидокаин эритмаси билан оғриқсизлантирилади. Кейин чуқурдаги тўқималарни ва плеврани оғриқсизлантирилади. 3 қовурғани юқори қисмидан терини 1 см кенгликда кесиб, дренаж найчаси билан қисқич киритилади. Плеврал бўшлиққа тушганлигимизни шовқинли хаво чиқиши билан кўринади. Найча 10-15 см чуқурликка киритиладида терига махкамланади. Катетерга томчи системасидан найча уланиб уни фурацилинли идишга тушириб қўйилади ёки сўрғичга уланади.

Гемоторакс пайтида плеврал бўшлиқни 6-7 қовурғани оралиғидан ўрта қўлтиқ ости ёки орқа қўлтиқ ости чизиғи бўйича дренажланади.

Дренажлар стерил фурацилинли идишларга туширилган бўлиши керак. Дренажларни ювишда, идишни алмаштиришда, плеврал бўшлиққа дорилар юборишда

албатта пневмоторакс кучаймаслик учун найчани қисқич билан ёпиб турилади.

### **Оғиз бўшлиғи санацияси.**

Сунъий нафас аппаратида ётган беморларни хар 4 соатда оғиз бўшлиғига ишлов бериб туриш лозим бўлади. Оғиз бўшлиғи, тишлари фурацилинли шарикни қисқичга махкамлаб ишлов берилади. Албатта бу муолажани бажаришда эндотрахеал найчани манжеткасига хаво юбориб шишириб қўйилган бўлиши зарур.

### **Тана хароратини ўлчаш.**

Узоқ вақтли умумий анестезия – тана хароратини мониторинг қилишга кўрсатма бўлади. Тана харорати терида, тўғри ичакда, қулоқ супрасида, қизилўнгачда, сийдик қопида ўлчанади. Тана хароратини 36\*С дан пастга тушиши умумий анестезиянинг тез-тез учраб турадиган ҳолати ҳисобланади. Жароҳат олган беморларда операция пайтидаги гипотермия ўлим ҳолатига олиб келиши мумкин. Олдиндан кутилмаган гипотермия болаларда, қарияларда, узоқ давом этган операцияларда, операция хонасини харорати паст бўлганда кузатилади.

Операциядан кейинги қалтираш организмни кислородга бўлган талабини 5 мартагача оширади. Миокард ишемияси, аритмиялар хавфи ортиб боради. Бунинг оддини олиш учун беморларни албатта устини кўрпалар билан ёпиш ва қўйиладиган суюликларни иситиб қуйиш, операция хонаси хароратини керакли градусга кўтариш лозим бўлади. Беморга берилаётган хаво ҳам иситиб берилади. Айрим жойларда операция столида махсус иситадиган мосламаси бўлади.

### **Ошқозон ичак трактини зондлаш.**

(назогастрал, орогастрал, дуоденал, ичак учун, бир – икки тешикли, Блэкмор зондлари).

*Мақсад:* ошқозон ва ичакдан газларни, суюқликларни чиқариш, даволаш ва ташхислаш мақсадида юбориш, ошқозон ичак трактига озик моддалар ва дориларни етказиб бериш учун зурур бўлади. Хушсиз беморларга зонд қўйиш, фақат трахея интубациясидан кейин амалга оширилади.

*Кўрсатма:*

1. Ошқозонни ўткир кенгайиб кетиши.
2. Ичак тутилиши.
3. Наркозга тайёргарлик.
4. Ўткир захарланиш.
5. Ошқозонни юқори қисмидан қон кетиш.
6. Зонд билан овқатлантириш.

1,2,3 пунктларда – оро – назогастрал зонд қўйиб, ошқозон махсулотини сўрғич билан олиб ташласа бўлади. Ўткир захарланишларда орогастрал зонд қўйиладидан тоза сув чиққунча ювилади (5-8литр). Зонд орқали овқатлантириш учун назогастрал зонд қўйган мақсадга мувофиқ бўлади. Қизилўнгачдан қон кетганда Блэкмор зонди қўйилади.

*Техникаси.* Оро - назо-гастрал зондни олдиндан ўлчаб, – бемор бурун қаноти ёки оғиз бурчагидан то қулоқ юмшоғигача ва зондни охириги учи эпигастрал сохани пастки қисмигача ҳисоблаб олинади. Зондни жарохатламаслиги учун мойлаб олинади. Зонд бурунни пастки қисмидан 8-10 см чуқурликка киритиб олиб, кейин зондни бемордан ютишни сўраб секин аста киритилади. Зондни ошқозонда эканлигини билиш – суюқлик ажралиши, ёки синама ўтказиб, яъни 20,0 шприц ёрдамида хаво юбориб кўрилади. Зонд бинт ёки лейкопластир ёрдамида маҳкамланади. Зондни олишда, сўрғичга улаб олинади. Олиб ташлагандан кейин оғиз бўшлиғи санация қилинади. (хуши ўзида беморлардан оғиз бўшлиғини фурацилин билан чайиш

сўралади, хушсиз беморларни тампон билан ишлов берилади).

*Асоратлари.* Агар зонд трахея йўлига кетса йўтал рефлекси пайдо бўлади. Бундай ҳолатларда зондни олиб, кейин симптомлари ўтгандан кейин қайтадан уриниб кўрилади. Зонд қўйишда балким бироз қон кетиш кузатилиши мумкин, лекин бу қон кетиш ўзи тўтайди.

### **Доимий сийдик қопи катетерини парваришlash.**

Сийдик қопида катетерни узоқ вақт қолиши сийдик қопига инфекция тушиши эҳтимоли бор. Хар куни маҳкамловчи пластирини алмаштириб, икки марта илик фурациллин 200-400 мл миқдордаги эритмаси билан ювиб туриш керак.

### **Сув балансини ҳисобга олиш.**

Организмда сув балансини ҳисобга олиш учун сутка давомида беморга берилаётган ҳамма суюқлик хажмини(ичган, в/и,зондига, дренажларга қуйилган суюқликлар) қўшиб ҳисобланади. Худди шундай организмдан чиқиб кетаётган (сийдик билан, қусганда, нажас билан, зонд орқали, дренаж орқали, стома орқали ва бошқа йўллари билан) суюқликларни ҳисоблаш зарур. Киритилган ва ажратилган суюқликлар орасидаги тафовут сув баланси – мусбат (агар киритилган кўпроқ ажратгандан) ёки манфий ажратган кўпроқ киритилгандан.

### **Беморларни умумий парвариши.**

*Тери қоплами:*

бемор ҳолатини хар 2 соатда ўзгартириб туриш;

ётоқ ярани олдини олувчи матрацдан фойдаланиш; тана массажи;

танани хар тозалаш: терига камфора спирти, ароқ ва шампун аралашмаси (1:1) билан ишлов бериш;

ётоқ яраларни бриллиант кўки, калий перманганат, зайтун ёғи, левомикол, солкосерил дорилар билан ишлов бериш. Буларни махаллий таъсирини кучайтириш учун вена ичига 10-20 мл актовегинни 200 мл физ. эритмада инфузия қилиш лозим бўлади.

*Кўз, қулоқ, оғиз, бурун:*

кўзга албуцид эритмасини томизиш, киприк ортига тетрациклин мазини киритиш. Кома ҳолатдаги беморлар кўзи устига кўз пардаси куриб қолмаслик учун фурациллинли тампон қўйилади;

тишларини тозалаш, оғиз бўшлиғини фурациллинли эритмада ишлов бериш;

бурунга нафтизин эритмасидан томизиш, яъни доимий назогастрал зонд тургани учун;

зарарланган қулоққа доимий антисептик эритмасидан томизиб туриш.

*Ошқозон ичак тракти:*

ошқозон зондларини ҳар 4 соатда 20 мл физ. эритмада ювиб туриш;

ичак перисталтикасини стимуляция қилиш, тозаловчи хўқна; интоксикацияни камайитириш мақсадида – энтеросорбентлар киритиш, ичак деконтоминацияси учун (левомецетин, канамицин 1-2 г/сут зондга);

зонддан овқатлантириш: зондга озиқ модда аралашмасини юборгандан кейин, уни 30-40 дақиқага ёпиб қўйиб, шу вақт ўтгандан сўнг очиб қўйилади. Кейинги овқатлантириш олдидан ошқозондаги овқат қолдиқларини сўрғичда олиб ташланади.

*Нафас тизими:*

трахея-бронх дарахтини санация қилиш учун бир марталик стерил катетер билан ҳар 2 соатда, ёки кўрсатмага биноан балким кўпроқ марта ўтказиш мумкин;

кўкрак қафасини вибротомассажи;  
муколитиклар, антисептиклар билан ингаляция;  
эндотрахеал ва трахеостомик найларга ишлов бериш (спирт билан, стерил салфеткалар ёрдамида); антисептик, сода – билан лаваж; - микротрахеястома найига ҳам суюқликлар юбориб туриш .

*Тромбоз профилактикаси:*

эластик бинт ёрдамида пастки таянч тизимини сиқиб боғлаб кўйиш;

таянч тизимини яъни, оёқ кўлларни уқалаш.

## **ФАВҚУЛОТДА ВАЗИЯТЛАР**

**Техноген, табиий ва экологик тусдаги**

**фавқулотда вазиятлар**

**ТАСНИФИ:**

Фавқулотда вазиятлар уларнинг вужудга келиш сабабларига (манбаларига) кўра тасниф қилинади ва улар ушбу вазиятларда зарар кўрган одамлар сонига, моддий зарарлар миқдорига ва кўламларига (худудлар чегараларига\*) қараб локал, маҳаллий, республика ва трансчегара турларига бўлинади.

Фавқулотда вазият — бу муайян худудда ўзидан сўнг одамларнинг қурбон бўлиши, одамлар соғлиғи ёки атроф-муҳитга зиён етказиши, кишиларнинг ҳаёт фаолиятига каттагина моддий зарар ҳамда унинг бузилишига олиб келиши мумкин бўлган ёки олиб келган авария, ҳалокат, стихияли офат, эпидемиялар, эпизоотиялар натижасида юзага келган ҳолатдир.

Фавқулотда вазиятлар — худудлар чегаралари, уларни бартараф этиш ишлари, раҳбарлари томонидан Фавқулотда вазиятлар оқибатлари (шикастловчи омиллар) тарқалишига қараб белгиланади.

# I. ТЕХНОГЕН ТУСДАГИ ФАВҚУЛОТДА ВАЗИЯТЛАР

## 1. Транспорт авариялари ва ҳалокатлари:

экипаж аъзолари ва йўловчиларнинг ўлимига, ҳаво кемаларининг тўлиқ парчаланишига ёки қаттиқ шикастланишига ҳамда қидирув ва авария-қидирув ишларини талаб қиладиган **авиаҳалокатлар**; ёнғинга, портлашга, ҳаракатланувчи таркибнинг бузилишига сабаб бўлган ва темирйўл ходимларининг, ҳалокат ҳудудидаги темирйўл платформаларида, вокзаллар биноларида ва шаҳар иморатларида бўлган одамлар ўлимига, шунингдек ташилаётган *кучли таъсир кўрсатувчи заҳарли модда* (КТКЗМ)лар билан ҳалокат жойига туташ ҳудуднинг заҳарланишига олиб келган **темирйўл транспортидаги ҳалокатлар ва авариялар (ағдарилишлар)**; портлашларга, ёнғинларга, транспорт воситаларининг парчаланишига, ташилаётган КТКЗМларнинг зарарли хоссалари намоён бўлишига ва одамлар ўлими (жароҳатланиши, заҳарланиши) га сабаб бўладиган **автомобиль транспортининг ҳалокати ва авариялари**, шу жумладан, **йўл-транспорт ходисалари**; одамларнинг ўлимига, шикастланишига ва заҳарланишига, метрополитен поездлари парчаланишига олиб келган **метрополитен бекатларидаги ва тунелларидаги ҳалокатлар, авариялар, ёнғинлар**; газ, нефть ва нефть маҳсулотларининг (авария ҳолатида) отилиб чиқишига, очиқ нефть ва газ фаввораларининг ёниб кетишига сабаб бўладиган **магистрал қувурлардаги авариялар**.

## 2. Кимёвий хавфли объектлардаги авариялар:

атроф-табiiй муҳитга кучли таъсир қилувчи заҳарли моддаларнинг (авария ҳолатида) отилиб чиқишига ва шикастловчи омилларнинг одамлар, ҳайвонлар ва ўсимликларнинг кўплаб шикастланишига олиб келиши

мумкин бўлган ёки олиб келган даражада, йўл қўйиладиган чегаравий концентрациялардан анча ортиқ миқдорда санитария – химоя худудидан четга чиқишига сабаб бўладиган **кимёвий хавфли объектлардаги авариялар, ёнғин ва портлашлар.**

**3. Ёнғин-портлаш хавфи мавжуд бўлган объектлардаги авариялар:** технологик жараёнда портлайдиган, осон ёниб кетадиган ҳамда бошқа ёнғин учун хавфли моддалар ва материаллар ишлатиладиган ёки сақланадиган объектлардаги, одамларнинг механик ва термик шикастланишларига, захарланишига ва ўлимига, асосий ишлаб чиқариш фондларининг нобуд бўлишига, фавқулотда вазиятлар худудларида ишлаб чиқариш циклининг ва одамлар ҳаёт фаолиятининг бузилишига олиб келадиган **авариялар, ёнғинлар ва портлашлар;**

одамларнинг шикастланишига, захарланишига ва ўлимига олиб келган ҳамда қидириш-қутқариш ишларини ўтказишни, нафас олиш органларини муҳофаза қилишнинг махсус анжомларини ва воситаларини қўлланишни талаб қилувчи **кўмир шахталаридаги ва кон-руда саноатидаги газ ва чанг портлаши билан боғлиқ авариялар, ёнғинлар ва жинслар кўпорилиши.**

**4. Энергетика ва коммунал тизимлардаги авариялар:** саноат ва қишлоқ хўжалиги масъул истеъмолчиларининг авария туфайли энергия таъминотисиз қолишига ҳамда аҳоли ҳаёт фаолиятининг бузилишига олиб келган **ГЭС, ГРЭС, ТЭЦлардаги, туман иссиқлик марказларидаги, электр тармоқларидаги, буғқозон қурилмаларидаги, компрессор ва газ тақсимлаш шохобчаларидаги ва бошқа энергия таъминоти объектларидаги авариялар ва ёнғинлар;** аҳоли ҳаёт

фаолиятининг бузилишига ва саломатлигига хавф туғилишига олиб келган **газ қувурларидаги, сув чиқариш иншоотларидаги, сув қувурларидаги, канализация ва бошқа коммунал объектлардаги авариялар**; атмосфера, тупрок, ер ости ва ер усти сувларининг одамлар саломатлигига хавф туғдирувчи даражада концентрациядаги зарарли моддалар билан ифлосланишига сабаб бўлган **газ тозалаш қурилмаларидаги, биологик ва бошқа тозалаш иншоотларидаги авариялар**.

**5.** Одамлар ўлими билан боғлиқ бўлган ва зудлик билан авария – қутқарув ишлари ўтказилишини ҳамда зарар кўрганларга шошилиш тиббий ёрдам кўрсатилишини талаб қиладиган мактаблар, касалхоналар, кинотеатрлар ва бошқа ижтимоий йўналишдаги объектлар, шунингдек уй-жой сектори **бинолари конструкцияларининг тўсатдан бузилиши**, ёнғинлар, газ портлаши ва бошқа ҳодисалар.

**6.** Радиоактив ва бошқа хавфли ҳамда экологик жиҳатдан зарарли моддалардан **фойдаланиш ёки уларни сақлаш билан боғлиқ авариялар**: санитария-химоя ҳудуди ташқарисига **чиқариб ташланиши** натижасида пайдо бўлган юқори даражадаги радиоактивлик одамларнинг йўл қўйиладигандан кўп миқдорда нурланишини келтириб чиқарган **технологик жараёнда радиоактив моддалардан фойдаланадиган объектлардаги авариялар**; радиоактив материалларни ташиш вақтидаги авариялар; атроф-муҳит ва одамлар саломатлиги учун хавф туғдирувчи радиоактив чиқиндилар **тўплагичлардаги**, чиқиндихоналардаги, ишлам тўплагичлардаги ва захарли моддалар кўмиладиган жойлардаги **авариялар (ўпирилишлар)**; **радиоизотоп буюмларнинг йўқотилиши**; биологик воситаларни ва улардан олинадиган препаратларни тайёрлаш, сақлаш ва ташишни амалга оширувчи илмий-тадқиқот ва бошқа

муассасаларда **биологик воситаларнинг** атроф-муҳитга **чиқиб кетиши ёки йўқотилиши билан боғлиқ вазиятлар.**

### **7. Гидротехник ҳалокатлар ва авариялар:**

сув омборларида, дарё ва каналлардаги бузилишлар, баланд тоғлардаги кўллардан сув уриб кетиши натижасида вужудга келган ҳамда сув босган ҳудудларда одамлар ўлимига, саноат ва қишлоқ хўжалиги объектлари ишининг, аҳоли ҳаёт фаолиятининг бузилишига олиб келган ва шошилишч кўчириш тадбирларини талаб қиладиган **ҳалокатли сув босишлари.**

## **II. ТАБИИЙ ТУСДАГИ ФАВҚУЛОТДА ВАЗИЯТЛАР**

**1. Геологик хавфли ҳодисалар:** одамлар ўлимига, маъмурий-ишлаб чиқариш биоларининг, технологик асбоб-ускуналарнинг, энергия таъминоти, транспорт коммуникациялари ва инфратузилма тизимларининг, ижтимоий йўналишдаги биоларнинг ва уй-жойларнинг турлича даражада бузилишига, ишлаб чиқариш ва одамлар ҳаёт фаолиятининг издан чиқишига олиб келган **зилзилалар;** одамлар ўлимига олиб келган ёки олиб келиши мумкин бўлган ва хавфли ҳудуддан одамларни вақтинча кўчиришни ёки хавфсиз жойларга доимий яшаш учун кўчиришни талаб қилувчи **ер кўчишлари, тоғ ўпирилишлари** ва бошқа хавфли геологик ҳодисалар.

**2. Гидрометеорологик хавфли ҳодисалар:** одамлар ўлимига, аҳоли пунктларини, баъзи саноат ва қишлоқ хўжалиги объектларини сув босишига, инфратузилмалар ва транспорт коммуникациялари, ишлаб чиқариш ва одамлар ҳаёт фаолияти бузилишига олиб келган ва шошилишч кўчириш тадбирлари ўтказилишини талаб қиладиган **сув тошқинлари, сув тўпланиши ва селлар;** аҳоли пунктларидаги, санаторий, дам олиш уйларидаги,

соғломлаштириш лагерларидаги одамларнинг, туристлар ва спортчиларнинг жароҳатланишига ва ўлимига олиб келган ёки олиб келиши мумкин бўлган **қор кўчкилари, кучли шамоллар (довуллар), жала** ва бошқа хавфли гидрометеорологик ҳодисалар.

**3. Фавкулотда эпидемиологик, эпизоотик ва эпифитотик вазиятлар:** ўлат, вабо, сарғайма иситма каби **сийрак учрайдиган касалликларни келтириб чиқарган алоҳида хавфли инфекциялар;** одамларда учрайдиган юқумли касалликлар риккетсиялар — эпидемик тошмали терлама, Бриль касаллиги, Ку-иситма; зооноз инфекциялар — Сибирь яраси, кутуриш; вирусли инфекциялар — СПИД;

**эпидемия** — алоҳида хавфли инфекцияларга тегишли бўлмаган, юқиш манбаи битта ёки юқиш омили бир хил бўлган одамларнинг гуруҳ бўлиб юқумли касалланиши, бир аҳоли пунктида — 50 киши ва ундан ортиқ;

**аниқланмаган этиология билан гуруҳ бўлиб касалланиш** — 20 киши ва ундан ортиқ;

**ташҳиси аниқланмаган безгак касаллиги** — 15 киши ва ундан ортиқ;

**ўлим ёки касалланиш даражаси** ўртача статистик даражадан 3 баравар ва ундан ортиқ бўлган **вазият;**

**заҳарли моддалар билан заҳарланиш** — жабрланганлар сони — 10 киши, вафот этганлар сони — 2 киши ва ундан ортиқ;

**озик-овқатдан оммавий заҳарланиш** — жабрланганлар сони — 10 киши, вафот этганлар сони — 2 киши ва ундан ортиқ;

**эпизоотия** — ҳайвонларнинг оммавий касалланиши ёки нобуд бўлиши;

**эпифитотия** — ўсимликларнинг оммавий нобуд бўлиши.

### **III. ЭКОЛОГИК ТУСДАГИ ФАВҚУЛОТДА ВАЗИЯТЛАР**

#### **1. Қуруклик (тупроқ, ер ости)нинг ҳолати ўзгариши билан боғлиқ вазиятлар:**

**ҳалокатли кўчклар** — фойдали қазилмаларни қазिश чоғида ер остига ишлов берилиши ва инсоннинг бошқа фаолияти натижасида пайдо бўлувчи **ер юзасининг ўпирилиши, силжиши; тупроқ ва ер остининг саноат туфайли келиб чиққан токсикантлар билан ифлосланиши, оғир металлар, нефть маҳсулотлари**, шунингдек қишлоқ хўжалиги ишлаб чиқаришида одамларнинг соғлиғи учун хавф солувчи концентрацияларда қўлланиладиган пестицидлар ва бошқа заҳарли химикатлар мавжудлиги.

**2. Атмосфера (ҳаво муҳити) таркиби ва хоссалари ўзгариши билан боғлиқ бўлган вазиятлар:** ҳаво муҳитининг қуйидаги ингредиентлар билан **экстремал юқори ифлосланиши:** олтингугурт диоксид, диоксид ва азотли оксид, углеводородли оксид, диоксин, қурум, чанг ва одамлар соғлиғига хавф солувчи концентрацияларда антропоген тусдаги бошқа зарарли моддалар; **катта қўламда кислотали зоналар ҳосил бўлиши ва кўп миқдорда кислота чиқиндилари ёғилиши; радиациянинг юқори даражаси.**

**3. Гидросфера ҳолатининг ўзгариши билан боғлиқ вазиятлар:** ер юзаси ва ер ости сувларининг саноат ва қишлоқ хўжалиги ишлаб чиқариши оқовалари: нефть маҳсулотлари, одамларнинг заҳарланишига олиб келган ёки олиб келиши мумкин бўлган таркибида оғир металлар, ҳар хил заҳарли химикатлар бор бўлган чиқиндилар ва бошқа зарарли моддалар билан **экстремал юқори даражада ифлосланиши;** бинолар, муҳандислик коммуникациялари ва

уй-жойларнинг емирилишига олиб келиши мумкин бўлган ёки олиб келган **сизот сувлар даражасининг ошиши**; сув манбалари ва сув олиш жойларининг зарарли моддалар билан ифлосланиши оқибатида **ичимлик сувнинг кескин етишмаслиги**.

#### **IV. ЛОКАЛ, МАҲАЛЛИЙ, РЕСПУБЛИКА ВА ТРАНСЧЕГАРАЛИ ФАВҚУЛОТДА ВАЗИЯТЛАР**

**1. Локал фавқулотда вазиятга:** фавқулотда вазият натижасида 10 дан ортиқ бўлмаган одам жабрланган, ёхуд 100 дан ортиқ бўлмаган одамнинг ҳаёт фаолияти шароитлари бузилган, ёхуд моддий зарар Фавқулотда вазият пайдо бўлган кунда энг кам ойлик иш ҳақи миқдорининг 1 минг бараваридан ортиқ бўлмаганни ташкил этадиган ҳамда Фавқулотда вазият зонаси ишлаб чиқариш объекти ёки ижтимоий мақсадли объект ҳудуди ташқарисига чиқмайдиган Фавқулотда вазият тегишли бўлади.

**2. Маҳаллий фавқулотда вазиятга:** фавқулотда вазият натижасида 10 дан ортиқ, бироқ 500 дан кўп бўлмаган одам жабрланган, ёхуд 100 дан ортиқ, бироқ 500 дан кўп бўлмаган одамнинг ҳаёт фаолияти шароитлари бузилган, ёхуд моддий зарар фавқулотда вазият пайдо бўлган кунда энг кам ойлик иш ҳақи миқдорининг 1 минг бараваридан ортиқни, бироқ 0,5 миллион бараваридан кўп эмас, ташкил этадиган ҳамда фавқулотда вазият зонаси аҳоли пункти, шаҳар, туман, вилоят ташқарисига чиқмайдиган фавқулотда вазият тегишли бўлади.

**3. Республика фавқулотда вазиятига:** фавқулотда вазият натижасида 500 дан ортиқ одам жабрланган, ёхуд 500 дан ортиқ одамнинг ҳаёт фаолияти шароитлари бузилган, ёхуд моддий зарар фавқулотда вазият пайдо бўлган кунда энг кам ойлик иш ҳақи миқдорининг 0,5 миллион бараваридан ортиқни ташкил этадиган ҳамда фавқулотда вазият зонаси

вилоят ташқарисига чиқадиган фавкулотда вазият тегишли бўлади.

**4. Трансчегаравий фавкулотда вазиятга:** оқибатлари мамлакат ташқарисига чиқадиган, ёхуд фавкулотда вазият чет элда юз берган ва Ўзбекистон ҳудудига дахл қиладиган фавкулотда вазият тегишли бўлади.

**5. Табiiй ва экологик тусдаги фавкулотда вазиятларга** (жала, дўл, тупрок, ер ости ва сувнинг нефть маҳсулотлари, оғир металллар, пестицидлар ва бошқа заҳарли химикатлар билан ифлосланиши, атмосферанинг йўл қўйиладиган чегаравий концентрациядан ортиқ зарарли ингредиентлар билан экстремал ифлосланиши ва бошқалар) қарши муқобил ҳаракат қилиш мақсадида мазкур Низомда назарда тутилмаган миқдор кўрсаткичлар фавкулотда вазиятларнинг одамларнинг ҳаёти, соғлиғига ва атроф муҳитга таъсирининг аниқ даражасига қараб атроф табиий муҳитнинг ҳолатини кузатувчи ва назорат қилувчи вазирликлар ва идоралар ҳамда Ўзбекистон Республикаси Фавкулотда вазиятларда уларнинг олдини олиш ва ҳаракат қилиш давлат тизимининг тегишли раҳбар органлари томонидан белгиланади.

## **НАЗОРАТ ТЕСТ САВОЛЛАРИ**

**Қайси дори маҳаллий оғриқсизлантириш учун қўпроқ қўлланилади?**

Дикаин

Тримикаин

Хлорэтил

Новокаин.

**Наркознинг нечта даври фарқ қилинади?**

4

3

2

6

**Ингаляцион наркозда наркотик моддалар қайси йўл билан юборилади?**

Нафас йўллари орқали

Мушак орасига

Вена ичига

Перидурал

**Организмдаги умумий қон миқдорининг 1/3 қисми йўқотилиши натижасида келиб чиқадиган шок?**

Геморрагик шок

Травматик шок

Анафилактик шок

Кардиоген шок

**Аллергенларнинг аллергия реакция қўзғатиши натижасида келиб чиқадиган шок?**

Геморрагик шок

Анафилактик шок

Травматик шок

Кардиоген шок

**Юрак касалликлари , миокард инфаркти кучли оғриқлар натижасида келиб чиқадиган шок?**

анафилактик шок

геморрагик шок

Кардиоген шок

Травматик шок

**Ўткир юқумли касалликлар , интоксикациялар натижасида келиб чиқадиган шок?**

Инфекцион токсик шок

Анафилактик шок

Геморрагик шок

Травматик шок

**Кўп қусиш ич кетишлар натижасида организмнинг сувсизланиши туфайли келиб чиқадиган шок?**

Ангидремик шок

Анафилактик шок

Геморрагик шок

Травматик шок

**Қандай шок кузатилмайди?**

ангидремик

геморрагик

Травматик

гипогликемик

**Гипогликемик комада реанимация тадбирлари?**

Глюкоза 40%-40,0 венага юбориш

Инсулин 40 ТБ Юбориш

Инсулин 20 ТБ юбориш

Лазикс 4,0 мускул орасига

**Гиперглицемик- диабет комасида қон таҳлилида нима аниқланади?**

Нейтрофилоз

Ү-хужайралар

Қанд миқдорининг ошиб кетиши

Кетон таначалари

**Гиперглицемик комада қандай препарат ишлатилади?**

Инсулин 40 ТБ вена ичига

Глюкоза 40 % вена ичига

Натрий бикарбонат 4%

Реополиглюкин 400,0

**Қон кетишини тўхтатиш усуллари фарқланади?**

вақтинча ва узил-кесил

физик, кимёвий

механик, биологик

ишончли, ишончсиз

### **Вақтинчалик гемостазга эришилади?**

босувчи боғлам, жгут қўйиш, бармоқ билан босиш  
жарохатда томирни боғлаш, томирга чок қўйиш  
томир протезини қўйиш  
диатермокоагуляция қилиш

### **Гурухи мос келмайдиган қон қуйишда кузатиладиган эрта симптомлар?**

иситма, бел, қорин, тўш орқасида кучли оғриқлар  
гипотермия, апатия иситма, кучли оғриқлар  
бел, қоринда оғрик, анурия, гемоглобинурия  
иситма, кучли оғриқлар анизокория, брадикардия

### **Қон препаратлари?**

тромбоцитар масса, полиглюкин, полифер, альвезин  
плазма, лейкоцитар масса, аминокептид  
аминокапрон кислота, аминокровин  
лейкоцитар, эритроцитар, тромбоцитар масса

### **Травматик шок боскичлари?**

бошланғич, терминал  
эректил, терминал  
эректил, торпид  
хушдан кетиш, коллапс

### **Инсулин етишмовчилиги ва глюкозанинг жигар ва тўқималарда сақланишининг бузилишидан келиб чиқади**

Гипергликемик кома  
Гипогликемик кома  
Жигар комаси  
Уремик кома

### **Инсулин микдорининг ошиб кетиши натижасида ривожланади?**

Гипогликемик кома

Жигар комаси

Уремик кома

Гипергликемик кома

**Ўпка-юрак реанимацияси қандай нисбатда ўтказилади?**

30:2

20:2

16:2

12:30

**Шифохона ички инфекция қўзғатувчилари?**

стрептококк, протей, стафилококк

кўк йиринг таёқчаси, пневмококк

кўк йиринг таёқчаси, клебсиелла, протей, ичак таёқчаси

протей, стафилококк , кўк йиринг таёқчаси, клостридийлар

**Премедикация учун қўлланилади?**

Холинолитиклар, Седатив воситалар, анальгетиклар

сурги дорилар

Ингаляцион анестетиклар

калипсол

**Операциялар муддатига қараб фарқланади?**

шошилинч, тезкор, режали

шошилинч, тезкор, паллиатив

режали, шошилинч, кўп босқичли

диагностик, режали, бир босқичли

**Терминал ҳолат фазалари?**

Агонал олди, агонал, клиник, биологик ўлим

Юрак қон томир етишмовчилиги

Ўпка шиши, агонал ҳолат

Агонал ҳолат , юрак етишмовчилиги

**“А” шкафида қайси дорилар сақланади?**

Захарли моддалар , наркотиклар

Захарли моддалар , анальгин, баралгин

Кучли таъсир қилувчи моддалар

Кодеин адреналин, захарли моддалар

**Орқа мия суюқлигини олиш учун мия каналининг тешилиши?**

люмбал пункция

абдоминал пункция

стернал пункция

плевра пункция

**Тахипноэ бу?**

Нафас маромининг тезлашуви

Нафас маромининг секинлашуви

Хансираш

Бўғилиш

**Брадикардия бу?**

Нафас маромининг камайиши

Нафас юзакилиги

Нафас маромининг тезлашуви

Хансираш

**Якунлови дезинфекция қачон ўтказилади?**

Бемор касалхонадан чиққандан кейин, бошқа бўлимга ўтказилса ёки ўлса

Даволаш муассасасида даволаниш вақтида

Беморалр кўпайиб кетса

Беморнинг харорати кўтарилса

**Аритмик пульс қанча вақт давомида саналади?**

1 дақиқа

30 сония

5 дақиқа

саналмайди

**Дегидратация нима?**

Организмда умумий сув хажмининг камайиши  
Организмда умумий қон миқдорининг камайиши  
Қон таркибида эритроцитлар сони камайиши  
Умумий оксил миқдорининг кўпайиши

**Махаллий анестезияда ишлатиладиган дорилар?**

Новокаин, лидокаин, ультракаин, бупивакаин  
Новокаин, лидокаин, норадреналин,  
Новокаин, натрий хлорид, лидокаин  
Новокаин, лидокаин, калий хлорид

**Гипоксия нима?**

Бош мияда кислород етишмаслиги  
Организмнинг сувсизланиш  
Калий миқдорининг камайиши  
Қонда қанд миқдорининг ошиб кетиши

**Асфиксия нима?**

нафас олишнинг бузилиши натижасида, бўғилишнинг юзага келиши  
нафас йўлларига ёт жисмнинг тикилиб қолиши  
қон ва тўқималарда кислороднинг камайиши  
нафас йўлларининг бекилиб қолиши

**Куйишнинг нечта даражаси фарқланади?**

4та  
3та  
2та  
5та

**Оғир травмалар натижасида келиб чиқадиган шок?**

Травматик шок  
Кардиоген шок  
Токсик шок  
Анафилактик шок

**Марказий анальгезия учун нима қўлланилади?**

Морфин, Фентанил, Омнопон;

азот оксиди;

Калипсол;

Пентазоцин;

**Антигистамин препаратларга киреди?**

Пипольфен, Супрастин, Димедрол;

Дормикум;

Дроперидол;

Диазепам;

**Юрак мушакларининг бир қисмида ўткир қон айланиш бузилиши туфайли пайдо бўлади?**

Миокард инфаркти

захарланиш

Юқумли касалликлар

Инсулт

## **ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР**

### **Вазиятли масала:1**

55 ёшли бемор юрак тўхтаб қолиш хиссига, юрак соҳасидаги сиқувчи оғриққа, хансирашга, умумий холсизликка, оғиз қуришига шикоят қилмоқда. ЭКГ да синусли ритм, QRS комплексни деформацияси, хар иккита ритмдан кейин компенсатор пауза борлиги, S = Т сегментини қисқариши ва Т тишчани дискордантлиги. ЮҚС 65 мин.

1. Дастлабки ташхис
2. Таққослаш ташхис
3. Медикаментоз терапия
4. Беморни даволаш тактикаси

### **Вазиятли масала:2**

Бемор 56 ёш нитроглицерин қабул қилгандан кейин 30 мин ичида чап томондаги кучли сиқувчи оғриққа шикоят қилмоқда. Хансираш ва ўлим кўрқўв хиссига. Бемор оқарган

совук тер билан қопланган. Аускультацияда 1-тон бўғиқлиги, перикард ишқаланиш шовқини. ЭКГ да S-T сегментини кўтарилиши ва манфий Т тишчани бўлиши.

1. Дастлабки ташхис
2. Шошилиш ёрдам курсатиш алгоритм
3. Медикаментоз терапия
4. Таққослаш ташхиси

### **Вазиятли масала:3**

Бемор 50 ёш, шикоятлари бўғилишга, хаво етишмовчиликка, куруқ йўталга. Анамнездан 6 ой олдин пневмония билан оғриган. Охирги ой мобайнида бундай ҳолат 3 марта руй бериши ва бу ҳолат турли ўткир ароматик хидларнинг борлигида юзага келиб, эуфиллин юборилганидан сўнг ўтиб кетади. Объектив: тери рангпар, НОС-20 мин. Ўпкада тарқоқ хириллашлар. АБ-140/80 мм. сим. уст. Ps-90 мин ритмик, ЭКГ-узғаришсиз.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?
2. Текшириш усуллари?
3. Алгоритм ҳаракатлари?
4. Медикаментоз даво?

### **Вазиятли масала:4**

Бемор, 35 ёш, шифохонага оғир ҳолатда тушди, шикоятлари бўғилишга, хаво етишмовчиликка. Беморда безовталиқ, гапиришга ва нафас олишга қийинлашишига.

Объектив: тери қопламлари оқиш рангда, терлаган. Перкуссияда ўпка устида кучайган нафас фониди ғижилловчи ва хуштаксимон нам хириллашлар эшитилади. Нафас актида ёрдамчи мушаклар иштирок этмокда. Юрак тонлари бўғиқлашган. АБ-150/90 мм. сим.уст. Ps-110 мин. ритмик. ЭКГ-да синусли ритм, тахикардия.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?
2. Текшириш усуллари?

3. Алгоритм харакатлари?

4. Медикаментоз даво?

**Вазиятли масала:5**

Бемор, 45 ёш, шифохонага оғир ҳолатда тушди, шикоятлари буғилишга, ҳаво етишмовчилигига, балғамли йўталга. Кўп терлаган. Анамнезидан 10 йил мобайнидан бери бронхиал астма III – IV даражаси билан ҳасталанган. Қасалликни авж олганига 1 ҳафта бўлган. Ингалятор(сальбутамол) – самарасиз. Обьектив: беморда ортопноэ ҳолати. Тери қопламлари, қизғиш рангда. Нафас етишмовчилиги экспиратор хансираш ҳисобига. Ўпкада икки томонда ҳўл хириллашлар. НОС – 26. АБ 150/90 мм.сим.уст, Ps – 120 марта.мин, ритмик. ЭКГ-да синусли тахикардия.

1. Сизнинг тахминий ташҳисингиз?

2. Текшириш усуллари?

3. Алгоритм харакатлари?

4. Медикаментоз даво?

**Вазиятли масала:6**

Бемор 27 ёш шикоятлари ҳолсизлик тинч ҳолатда нафас қисишига, балғамли йўтал, тана хароратини 38°с гача ошишига. Анамнезидан 3 кундан бери қасал, Қасалликни совуқ қотиш билан боғлайди. Тери рангпар, лабларида герпетик тошмалар, НОС-36марта мин.

Обьектив: ўнг кўкрак қафаси нафас актида орқада қолади.Ўнг ўпка пастки бўлаги перкусияда буғиқлашган. Аускултацияда ўнг ўпкани пастки бўлақларида нафас ўтиши сусайган, нам хириллашлар. АБ-140/ 90 мм.сим.уст, Ps-112 марта мин. ЭКГ - метаболик ўзгаришлар.

1. Сизнинг тахминий ташҳисингиз?

2. Текшириш усуллари?

3. Алгоритм харакатлари?

4. Медикаментоз даво

### **Вазиятли масала №7**

Бемор ўзини осгандан 15 минут ўтгач реанимацияга олиб келинди. Обьектив: кома ҳолатида, нафас олиши камайган (10-12 марта), стридор нафас, артериал гипертензия.

1. Тахминий ташхисингиз.
2. Асосий текшириш усуллари.
3. Харакатлар алгоритми.
4. Реаниматолог тактикаси.

### **Вазиятли масала №8**

Бемор 60 ёшда акроцианоз, нафас сиқилиши, хансираш, артериал гипертензия  $-210/110$  мм сим.уст., пульс 118 марта мин, юрак соҳасида дискомфорт ва оғиздан кўпик аралаш балғам ажралиши кузатиляпти. Анамнездан кўп йил давомида гипертоник касаллик билан хасталанган.

1. Тахминий ташхисингиз.
2. Асосий текшириш усуллари.
3. Харакатлар алгоритми.
4. Раниматолог тактикаси.

### **Вазиятли масала №9**

Бемор 55 ёшда, ўткир ичак инфекцияси билан, ич кетиши ва умумий беҳолликка шикоят қиляпти. АБ = 90/50 мм сим уст, пульс 120 марта мин, МВБ = 0 мм сув/уст. Қон таҳлилида:  $K^{+}2,5$  ммоль/л,  $Na^{+}118$  ммоль/л, Нв 120г/л, Нт 48%, рН 7,36.

1. Тахминий ташхисингиз.
2. Гомеостаз бузилишининиг турини аниқланг.
3. Харакатлар алгоритми.
4. Реаниматолог тактикаси.

### **Вазиятли масала №10**

Бемор хушсиз, тери қатлами яққол қуруқ, тургор пасайган, нафаси шовқинли, артериал гипотония, оғиздан ацетон ҳиди келяпти. Қон таҳлилида глюкоза миқдори 22 ммоль/л.

Анамнезида: 12 йил давомида қандли диабет билан оғрийди, инсулин олишда хатоликлар бўлган.

1. Тахминий ташхисингиз.
2. Гомеостаз бузилишларининг турини аниқланг.
3. Асосий текшириш усуллари.
4. Реаниматолог тактикаси.

### **АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР АЛГОРИТМИ.**

#### **Терминал ҳолатларда муолажа бажариш алгоритми**

1. Юракни уқалаб ишга тушириш, сунъий нафас олдириш.
2. Қон айланишини тиклаш.
3. Инфузион даволаш.
4. Кислота-ишқор мувозанатини тиклаш.

#### **Ўпка шишида тез ёрдам кўрсатиш алгоритми.**

Қулай ҳолати бош томони кўтарилган ҳолда бўлиши лозим.

Барча тор кийимлар ечилади.

Хонага тоза ҳаво киритилади.

Юқори нафас йўлларидаги шилимшиқ моддалар электрли ёки механик сўрғич билан сўриб олинади.

Кислородни катталарга 50-70% спиртдан ўтказиб Бобров аппаратида 30-45 дақиқа берилади, болаларга 30% ли спирт орқали ўтказилиб 10-30 дақиқа берилади.

#### **Миокард инфарктида тез ёрдам алгоритми .**

Тўғри ётқизиблиб, сиқувчи кийимлар ечилади.

Юқори нафас йўллари тозаланеди.

Мутлақо тинчлик, ётиши, қимирламаслиги керак.

Тил остига нитроглицерин 1-2 таблетка ёки валидол берилади.

В/и морфин гидрохлорид 1%-1 мл.

#### **Коллапсда тез ёрдам алгоритми.**

Бемор тўғри ётқизиблиб, ёқалари ечилади.

Юқори нафас йўллари тозаланади. (протез, шиллик, балғам, овқат қолдиқлари олиб ташланади).

Оёқ-кўлларига иситгичлар қўйилади.

Бутун бадани спирт билан артилади.

Қорни енгил уқаланади.

### **Гипертонияда ёрдам кўрсатиш алгоритми.**

Бемор зудлик билан ўтқизилади ёки ярим ётган ҳолатга келтирилади.

Тинчлик яратилади.

Оёқ ва кўлларга ханталли ванналар.

150-100.млча қон олиш мумкин.

Дибазол 0,5% - 10 мл в/и ёки 1,0 % ли- 5 мл в/и.

Лазикс 1% ли - 2 мл м/о.

### **Гипогликемик комада ёрдам кўрсатиш алгоритми.**

1) Беморни иложи борича ётқизиб, тинчлантириш керак.

2) 1 стакан ширин чой ва нон берилади.

3) Қанд ёки конфет шимишга берилади.

4) Бемор йиқилган бўлса, жароҳатлар боғланади.

5) Бемор беҳуш бўлса 40 мл-40% глюкоза в/ит.

### **Анафилактик шокда ёрдам кўрсатиш алгоритми.**

Организмга аллерген киришини тўхтатиш лозим (антибиотиклар, венага юбориладиган, терига суртилдиган, ичиладиган дориларни тўхтатиш).

Агар захарли газанда чакқан бўлса юқорироқдан тасма тортилади, газанда чакқан сохага 0,1 % ли 0,2- 1 мл адреналин қилинади.

Гидрокортизон 3-5мл м/о .

Кордиамин 2мл м/о.

Эуфиллин 2,4 %ли -10 мл в/и секин юборилади.

Супрастин 2%ли 2 мл м/о.

## **Ўткир нафас етишмовчилигида ёрдам кўрсатиш алгоритми.**

Беморга умумий ёндашиш.

Ўткир нафас етишмовчилиги даражасини аниқлаш.

Беморнинг холатини аниқлаш.

Тери рангини аниқлаш.

Пульс ва нафас сонини аниқлаш.

Ўпка аускультациясини ўтказиш.

Нафас олиш сони 1 мин ичида 25-28 та бўлганда кислородтерапия қўллаш.

Нафас олиш сони 1 минутда 40 ва ундан ортганда сунъий ўпка вентиляциясини ўтказиш.

## **Чўкишда шошинч ёрдам кўрсатиш.**

Хавф мавжудлигини аниқлаш.

Чўккан инсонни сувдан олиб чиқиб хавфсиз жойга олиб ўтиш.

Хушсиз холатда бўлса, нафас йўллари ўтказувчанлигини тозалаш.

Хаво йўллари ўтказувчанлигини бошини орқага букиш, пастки жағни олдинга чиқариш билан таъминланади.

Нафас борлигини аниқлаш.

Агар инсон нафас олмаётган бўлса, тезда оғиздан-оғизга сунъий ўпка вентиляцияси ўтказиш.

Нафас олишни бошласа ёнбошга ётқизиш.

## **Юрак ўпка реанимациясини ўтказиш алгоритми.**

Беморга умумий ёндашиш, беморни қаттиқ юзага ётқизиш.

Нафас ва уйқу артериясида пульс борлигини аниқлаш.

Агар нафас ва пульс йўқ бўлса, зудлик билан ўпка юрак реанимациясини ўтказиш.

Нафас йўллари ўтказувчанлиги тўғрисида ишонч хосил қилиш 2 марта синама нафаси бериш.

Агар нафас йўллари ўтказувчанлиги бузилган бўлса, ўтказувчанликни бошни орқага эгиш билан таъминлаш.

Умуртқа поғонаси бўйин қисми травмасида пастки жағни олдинга силжитиш.

Юракни билвосита массажини ўтказишда кафт асосини ханжарсимон ўсиқдан икки бармоқ юқорига кўйилади. Бунда қўллар тўғри бўлиб, бармоқлар бемор танасига тегмаслиги керак.

Юрак билвосита массажи ва сунъий нафас нисбати 30:2.

### **Захарланишларда шошилич ёрдам кўрсатиш.**

Ташқи мухитни анализ қилган ҳолда беморга умумий ёндашиши.

Хушини ҳолатини текшириш.

Гемодинамика ва нафас олишини баҳолаш.

Агар захарловчи мода оғиз орқали тушган бўлса, куйдирувчи захарлардан ташқари ошқозонни зондлаш.

зонд орқали сурги ва активлашган кўмир таблеткаларини юбориш.

Тозаловчи ҳуқна.

Захарловчи моддани аниқлаш учун анализ олиш ва жадаллаштирилган диурез.

Захарловчи моддани аниқлагандан кейин антидот терапия.

Керак бўлса экстрокорпорал детоксикация усулларини қўллаш.

### **Электротравмада шошилич ёрдам алгоритми.**

Халокат жойида электр токи манбаини аниқлаш.

Электр токи таъсирини тўхтатиш.

Токнинг кириш ва чиқиш белгиларини топиш.

Қон айланиши ва нафас тўхтаганда ўпка юрак реанимацияси.

ЭКГ- мониторинг ва интенсив терапия.

Жароҳатларга асептик боғлам.

### **“Оғиздан-оғизга” нафас бериш методикаси.**

Беморга умумий ёндашиш.

Беморни қаттиқ юзага ётқизиш.

Кўкрак қафасини текшириш.

Нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш.

Бошини орқага эгиш, битта қўлни пешонасига иккинчи қўлни буйнига қўйилади, агар умуртқа поғонасининг бўйин қисми жарохатига шубха бўлса, дахани олдинга ва пастки жағни юқорига чиқариш.

Катта ва кўрсаткич бармоғи билан сиқилади,

Оғиз билан беморнинг оғзи маҳкам ёпилади ва беморга нафас берилади.

### **АНЕСТЕЗИСТЕЗИОЛОГИЯ ВА РЕАНИМАЦИЯ БЎЛИМИ ҲАМШИРАСИ МАЖБУРИЯТЛАРИ**

Ҳамшира ўз иш фаолияти давомида беморлар билан тўғридан-тўғри муомалада бўлишда, уларни доимий кузатишга шифокорларга нисбатан кўпроқ вақт ажратишади. Шунинг учун интенсив кузатишда уларга муҳим роль юклатилган. Ҳамширалар, узлуксиз равишда беморларни кузатиш билан биргаликда шифокорлар буюртмаларини бажариш лозим бўлади.

Беморлар билан доимий равишда контактда бўлиб тургани учун улар беморлар ҳаётига хавф солувчи белгиларни ўз вақтида аниқлаб, ўз навбатида шошилиш терапиясига муолажаларни амалга оширишади.

Интенсив кузатув давомида йиғилиб қолган маълумотлар, беморларга ташхис қўйишда, ҳар-бир беморда касаллик кечиши хусусиятларини аниқлашда ва тўлақонли индивидуал терапия ўтказишда ёрдам беради.

**Анестезиология ва реанимация бўлими ҳамшираси билиши керак:**

ҳамширалик иши мутахассислиги ҳуқуқи ва функционал мажбуриятларини;  
соғлиқни сақлаш қонунлари асоси ва ҳуқуқларини;  
ҳамширалик иши назарий асосларини;  
тиббиёт этикаси ва деонтологияси асослари, психология, касбий муомалани;  
организмни ёшга нисбатан анатомио-физиологик ҳусусиятларини;  
организмда реанимациядан кейинги даврда хар-хил ўлим турлари ва клиник ўлим патофизиологиясини;  
интенсив терапия ва анестезия ўтказишда қўлланиладиган дори препаратларини клиник ва фармакологик асослаш асосларини;  
плацентар тўсиқ орқали дориларни ўтиш саволларини;  
операция олди текшириш усуллари ва операцияга тайёрлаш; ҳозирги замон умумий, маҳаллий ва регионар анестезия усулларини;  
хар-хил касалликлар ва критик ҳолатларда интенсив терапия, реанимацияни замонвий усулларини;  
операциядан кейинги ҳолатдаги беморларни парваришlashда ҳамширалик ишини ташкиллаштришни;  
тиббиёт бирлашмасида инфенцион назорат, беморларни инфенцион эҳтиёткорлигини тизимли ташкил қилиш: асептика ва антисептика;  
даволаш-профилактика ташкилотлари билан сан-эпид ташкилотлар билан узвий боғлиқликни;  
тиббиёт ҳужжатларини асосий турларини;  
тиббиёт бирлашмада меҳнат ва техника хавфсизлигини;  
ўрта тиббиёт ҳамшираси ҳуқуқ ва мажбуриятларини;  
**Анестезиология ва реанимация бўлими ҳамшираси махсус билимларга эга бўлиши, албатта қуйидагиларга:**

наркоз ва нафас бериш, назорат - ташхис аппаратларидан фойдаланиш қоидаларини;  
анестезиология ва реанимацияда ишлатиладиган асбоб-анжомлардан фойдаланишни;  
анестезиологик муолажалар ўтказишда қўлланиладиган дориларни фармакологик таъсири, уларни сақлаш қоидалари ва уларни ишлатганда учрайдиган асоратларни;  
катталар ва болалардаги шошилишч хирургик операциялардан кейинги анестезиологик муолажалар хусусиятларини;  
парентерал озиклантириш ва инфузион-трансфузион терапия усулларини;  
терминал ҳолатлар босқичлари, реанимация ва интенсив терапия принципларини;  
операциядан кейинги беморларни интенсив кузатув ва даволаш хусусиятларини;  
коматоз ва шок ҳолатдаги беморларда интенсив терапия ва реанимация хусусиятларини;  
ўткир захарланиш, бўйрак ва жигар етишмовчиликда интенсив терапия ва реанимация умумий принципларини;  
механик асфиксияда, чўкишда, электр жарохатида реанимация чора-тадбирлари ўтказишни;  
**Анестезиология ва реанимация бўлими ҳамшираси бажара олиши керак:**  
ўз иш ўрнини ташкил қилиш;  
хамма аппаратларни ишлашини, фойдаланишни, техника хавфсизлигини ва ишлашга тайёрлаш;  
наркоз ва бемор кузатув картасини олиб бориш;  
интубация учун йиғма тайёрлаш;  
бурун найчалари ва ниқобларни мосини танлаш;  
марказий веналарни катетерлаш, вена ичи наркози ва

перидурал наркоз учун йиғма тайёрлаш;  
премедикация самарадорлигини бахоллаш;  
клиник белгиларга қараб мушак тонуси тикланишини бахоллаш;  
беморларда нафас пайдо бўлиши адекватлигини бахоллаш ва Селлик усулини ўтказишни;  
кардиомонитор, дефибрилляторни ишлатишга тайёрлаш;  
периферик веналарни пункция ва катетерлашни амалга ошириш;  
трахея ва бронх дарахтини аспирация қилиш, ювиш, трахеостомани парваришлаш ва постурал дренаж ҳолатига келтириш(бемор ҳолатни хар-хил ҳолатга ўзгартириб туриш);  
инфузия ва трансфузия учун суяқлик ва системаларни тайёрлаш;  
шошилинч ёрдам ўтказиш учун стерил шприцлар, йиғма(набор) ва бошқаларни доимий равишда захирасини таъминлаш;  
наркоз ва нафас бериш аппаратлари, анестезиологик анжомларни стерилизация ва зарарсизлантириб туриш;  
стандарт талабларга мувофиқ ўз вақтида ва сифатли тиббий хужжатларни юритиш;  
ўрта тиббиёт ходими ишларини, уларни ўз вазифасини қандай бажаришини назорат қилиш;  
кўрсатилган тартиб бўйича ҳамма асбоб-ускуналарни, дори-дармонларни қабул қилиш ва топширишни амалга ошириш;  
беморларни парваришлашда ҳамширалик жараёни асосий босқичларини режалаштириш ва амалга ошириш;  
наркоздан кейинги даврда беморларни кузатиш;  
реанимация ва интенсив терапия пайтида беморлар ҳолати назоратини амалга ошириш;

хамма муоалажаларни алгоритм бўйича қатъий назорат қилиш;

мураккаб даво-ташхис муоалажаларда шифокорга ёрдам бериш;

беморларни анестезиология ва реанимация бўлиmidан ташхис қўйиш учун текшириш бўлимларига ўтказишда ёрдам бериш;

реанимация бўлиmidан чиқиб кетганда бўлим ҳамшираси ёки навбатчи шифокорни огоҳлантириш;

шифохона ичи ва ўта хавфли инфекцияларни профилактикаси учун комплекс тадбирлар ўтказиш;

биологик суюқликлар билан ишлаганда эҳтиёткорлик тартибларига риоя қилиш;

наркотик, психотроп, кучли таъсир этувчи, захарли моддалардан фойдаланилганда тўғри ҳисобини таъминлаш;

шошилишч ҳолатларда шифокоргача бўлган ёрдамни кўрсатиш;

ўзини касб маҳоратини ошириш мақсадида, ҳамширалик иши бўйича бўладиган илмий-амалий конференцияларда иштирок этиш;

**Анестезиология ва реанимация бўлими ҳамшираси қуйидаги муоалажаларни бажариши керак:**

вентилометр билан нафас ҳажмини аниқлаш;

экстубация қилиш;

юрак қисқаришлар сони ва пульсни санаш, пульс танқислигини топиш, артериал босимни, пульс босимини, марказий веноз босимни ўлчаш;

қон қуйишдан олдин индивидуал ва резус мосликни, қон, унинг препаратлари, оксил препаратлари, коллоидлар, кристаллоидларни инфузия тезлигини аниқлаш;

Нафас эркин ўтказувчанлигини таъминлаш, нафас йўллари

сўрғич ёрдамида тозалаш, хаво ўтказгич(воздуховод)ни киритиш, ниқоб ёрдамида сунъий нафас беришни амалга ошириш;

юракни ёпиқ массажи билан биргаликда ўпка сунъий вентилияциясини ўтказиш, реанимация самарадорлигини бахолалаш;

ўйқу ва сон артериясида пульсни аниқлаш;

оксигенотерапия, кислородни спирт орқали беришни;

кўкрак қафасини вибрацияли массажини ўтказиш;

трахеяга суюқлик пуркашни;

бурун орқали (назогастрал) ошқозонни зондлашни, зонд орқали овқатлантиришни;

клиник-биокимёвий таҳлил учун қон олишни;

***Ҳамшира! Бўлим мудирига ёки даволовчи шифокорга, у бўлмаганда навбатчи шифокорга хабар беришга мажбур бўладиган ҳолатлар:***

бемор муолажалардан бош тортганда:

дори-дармонлар билан муолажа ўтказилаётганда учрайдиган асоратлар ҳақида.

фавкулотда вазиятлар ҳолатида ва клиника ички тартиб қоидалари бузилганда.

**Анестезиология ва реанимация бўлими ҳамшираси қуйидаги ҳуқуқларга эга:**

ўз касбини сидқидилдан сифатли бажариш учун керакли бўлган маълумотларга эга бўлиши;

анестезиология ва реанимация бўлими маъмуриятига тиббий ёрдамни сифатли бўлишини ошириш мақсадида бирон-бир таклиф киритишга;

бўлим ўрта тиббиёт ходимини ишини назорат қилиш ва бирон-бир ишни буюришга;

унга таъллуқли бўлган йиғилиш, семинар ва конференцияларда иштирок этишга;

малакасини оширишга;

даволаш –профилактика муассасаларида ўтказиладиган тадбирларда иштирок этишга;

### **Анестезиология ва реанимация бўлими ҳамшира-анестезисти бўйсинади:**

- бўлим мудирига

- бўлим шифокорларига

- бўлим катта ҳамширасига

У шифокорлар буюртмаларини ва беморларни сифатли парваришлашни ўз вақтида амалга оширишда жавобгар ҳисобланади. Навбатчиликни қабул қилиб олиш жараёнида керакли хужжатлар, асбоб-анжомлар, аппаратлар, дори-дармонлар, реанимация бўлимида ётган беморлар интенсив терапия картаси ва уларни касаллик тарихини қабул қилиш лозим бўлади.

### **Ҳамшира бажариши мажбур бўлган ҳолатлар:**

1.Мутахассис шифокорлар ва бўлим мудирини билан биргаликда беморлар кўригида иштирок этишга.

2.Шифокорлар буюртмаларини ўз вақтида ва сифатли бажаришга.

3.Беморлар интенсив кузатув картасини олиб боришга.

4. Беморлар гемодинамик кўрсаткичларини доимий назорат қилишга.

5.Беморларга қуйилган ва ажратилган суюқликларни ҳисобини олиб бориш.

6.Сутка давомида беморлар ажратган сийдик ва балғамни ҳисоблаш.

7.Беморлар ҳолатидаги ўзгаришларни бирданига шифокорга хабар беришни.

8. Беморларга ўз вақтида ёрдам чораларини кўришга.
9. Реанимация ўтказиш учун керакли асбоб ускуналарни доимий тайёр холда бўлишини назорат қилишга.
10. Бўлим ички тартиб қоидалрига риоя қилишга.

### **Хамшира билиш керак:**

- гемотрансфузия ва инфузион терапия ўтказишни (шифокор назоратида);
- оғиздан-оғизга ва ниқоб орқали сунъий нафас беришни;
- юракни ёпиқ массажини;
- дефибриляторни фойдаланиш учун тайёрлашни;
- ингаляцион терапияни билиш;
- ЭКГ ўтказишни ва МВБ ни ўлчашни;
- лаборатор текшириш учун биологик суюликларни олишни;
- сийдик қопини катетерлашни;
- оғиз ва бурун орқали ошқозонни зондлашни;
- венапункция қилишни ва венасекцияда ёрдам беришни;
- ўмров ости венасини катетерлаш учун йиғма тайёрлашни;
- ўмров ости ва сийдик қопадаги ва бошқа катетерларни парваришлашни;
- плеврал бўшлиқдан актив аспирация учун мосламани тайёрлашни;
- интенсив терапия ва анестезия пайтида картани тўлдириб боришни (шифокор назоратида);
- в/и ва а/и инфузияси учун системалар тайёрлашни;
- ошқозон суюқлигини тўлиқ сўрғич ёрдамида олишни!
- олинган махсулотни текшириш учун юборишни ва натижасини телефон орқали олишни;

## ТИББИЙ ТЕРМИНЛАР ЛУҒАТИ

- Агония** – организмни ўлимдан олдинги даври
- Акроцианоз** – оёқ қўллардаги кўкаришлар
- Амнезия** – хушни бузилиши ёки умуман йўқолиши
- Аналгезия** – оғриқ сезгисини йўқолиши
- Анизокория** – кўз қорачиғини хар-хил диаметрда бўлиши
- Антидот** – захарга қарши дори
- Апноэ** – нафас йўқлиги
- Атаксия** – ҳаракатлар координацияси йўқолиши
- Брадикардия** – нафасни секинлашиши
- Гемодилюция** – қонни суюлтириш
- Гематокрит** – қон шаклли элементлари билан зардоб қисмини нисбати
- Гемоторакс** – плеврал бўшлиққа қон йиғилиши
- Гиповолемия** – уақҳ ни камайиши
- Гипоксия** – тўқималарда кислородни камайиши
- Гипоксемия** – қонда кислород етишмаслиги
- Гиперсаливация** – сўлак кўп ажралиши
- Дегидратация** – организмда сувни камайиши
- Дефибрилляция** – электр токи разряди билан таъсир этиш
- Диплопия** – кўзга нарсаларни иккита кўриниши
- Инфузия** – вена ичига суюқлик қуйиш
- Инсульт** – томир патологияси ҳисобига миёдаги бузилишлар
- Кома** – хушни йўқолиши билан кечадиган ҳолат
- Лаваж** – трахея – бронх дарахтини ювиш
- Миоз** – қорачиқ торайиши
- Мидриаз** – қорачиқ кенгайиши
- Обтурация** – ички томондан бекилиб қолиш
- Преагония** – терминал ҳолат
- Пневмоторакс** – плеврал бўшлиқда ҳаво бўлиши
- Регургитация** – ошқозон суюқлигини пассив оқиб чиқиши

**Реология** – қонни оқувчанлик хусусияти

**Сатурация** – артериал қонни кислород билан тўйиниши

**Сурфактант** – алвеолаларни ички томонидан химоя қилувчи

**Трансфузия** – қон препаратларини қуйиш

**Фибрилляция** – юрак мушаклари толаларини тартибсиз қисқариши

**Шок** – организмни оғир ҳолати бўлиб, бирданига ҳамма тўқималарда қон айланишни бузилиш билан кечадиган ҳолат

**Экскурсия** – кўкрак қафасини нафас олиб чиқаргандаги ҳаракати

**Ятрогения** – шифокорни беморга нисбатан салбий таъсири

## АДАБИЁТЛАР.

1. Бунатян А.А. Анестезиология и реаниматология. М. Медицина, 1984 г.
2. Зарянская В.Г. Основы реаниматологии и анестезиологии. Ростов-на-Дону, 2004 г.
3. Зильбер А.П. Медицина критических состояний. Петрозаводск, 1995 г.
4. Отвагина Т.В. Неотложная медицинская помощь. Ростов-на-Дону, 2004 г.
5. Руксин В.В. Неотложная кардиология. С-Петербург, 1999 г.
6. Сестринское дело в реаниматологии. С-Петербург, 2004 г.
7. Старченко А.А. Клиническая нейрореаниматология. С-Петербург, 2002 г.
8. А. И. Левшанков, А. Г. Климов. «Сестринское дело в анестезиологии и реаниматологии современные аспекты» учебное пособие. 2010. Санкт Петербург.
9. В.К. Шумилин. Управление в чрезвычайных ситуациях. Учебное пособие. 2011. Москва.