

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O‘RTA MAXSUS  
TA‘LIM VAZIRLIGI  
ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI**

**Xudoyberdieva Xamroxon Tilavoldieva,  
Xashimova Zamira Maxmudjanovna**

**BOLALARDAGI ShOShILINCh  
XOLATLAR**

**(MONOGRAFIYA)**

**Andijan 2026 y.**

**Tuzuvchilar:****Xudoyberdieva**

t.f.d., professor, Andijon Davlat

**Xamro Tillayevna**Tibbiyot Instituti  
VMO va QTF pediatriya kafedrası  
mudiri**Xashimova**

assisten, Andijon Davlat Tibbiyot

**Zamira Maxmudjanovna**Instituti VMO va QTF pediatriya  
kafedrası**Takrizchilar:****Xakimov Sh.K.**t.f.d., professor, ADTI Bolalar  
kasalliklari, neonatologiya va xalq  
tabobati kafedrası**Shermatov R. M.**Farg'ona tibbiyot instituti jamoat  
salomatligi, Pediatriya kafedrası mudiri,  
tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

Monografiyada vrach-pediatr amaliyotida ko'p uchraydigan patologik sindromlar va kasalliklarda xamda baxtsiz xolatlarda, ularga xozirda tez fursat ichida klinik tashxislash va zamonaviy shoshilinch yordam ko'rsatishi keng yoritilib, birlamchi yurak-o'pka reanimatsiyasini tiklash usullari ko'rsatilgan.

Monografiyada og'ir xolatga olib keluvchi ba'zi kasalliklar va sindromlar klinikasi keng yoritib berilgan.

Monografiya vrach-pediatrlarga, UAShlarga, reanimatologlarga va tor soxa mutaxassislariga xamda tibbiyot instituti talabalariga mo'ljallangan.

## **ANNOTATSIYA**

Monografiyada vrach- pediater amaliyotida ko‘p uchraydigan patologik sindromlar va kasalliklarda xamda baxtsiz xolatlarda, ularga hozirda tez fursat ichida klinik tashxislash va zamonaviy shoshilinch yordam ko‘rsatish keng yoritilib, birlamchi yurak -o‘pka reanimatsiyasini tiklash usullari ko‘rsatilgan.

Monografiyada og‘ir xolatga olib keluvchi ba‘zi kasalliklar va sindromlar klinikasi keng yoritib bergan.

Monografiya vrach-pediatrlarga, UAShlarga, reanimatologlarga va tor soxa mutaxassislariga xamda tibbiyoti talabalariga mo‘jallangan.

## **АННОТАЦИЯ**

В монографии широко освещены патологические синдромы и заболевания, наиболее часто встречающиеся в практике врача-педиатра, а также несчастные случаи. Подробно рассматриваются современные методы быстрой клинической диагностики и оказания неотложной помощи, включая способы восстановления первичной сердечно-лёгочной реанимации.

В монографии также представлена клиника некоторых заболеваний и синдромов, приводящих к тяжёлым состояниям.

Монография предназначена для врачей-педиатров, врачей общей практики, реаниматологов, узких специалистов, а также студентов медицинских вузов.

## **ANNOTATION**

In the monograph, the pathological syndromes and diseases most frequently encountered in pediatric practice, as well as accidents, are extensively covered. It highlights the current methods of rapid clinical diagnosis and modern emergency care, including techniques for restoring primary cardiopulmonary resuscitation.

The monograph also provides a detailed description of the clinical features of certain diseases and syndromes that may lead to severe conditions.

This monograph is intended for pediatricians, general practitioners, anesthesiologists-resuscitators, specialists in narrow fields, and medical students.

## MUNDARIJA

<b>KIRISH.....</b>	<b>8</b>
<b>BOLALARGA ShOSHILINCh TIBBIY YoRDAM KO'RSATISH TAMOYILLARI</b>	<b>10</b>
Shoshilinch holatlarni oldini olish chora tadbirlari ....	Ошибка! Закладка не определена.
<b>ShOSHILINCh PEDIATRIYa ASOSLARI. MORFO-FUNKSIONAL TUZILISHIGA QARAB, BOLALARDA ShOSHILINCh HOLATLARNI YuZAGA KELISHI. ....</b>	<b>21</b>
<b>BOLALARDAGI RESPIRATOR ShOSHILINCh HOLATLAR: .....</b>	<b>26</b>
<b>YuQORI NAFAS YO'LLARI VA BRONXIAL OBSTRUKSIYaSI,.....</b>	<b>26</b>
<b>PLEVRA IChI TARANGLASHISH SINDROMI .....</b>	<b>26</b>
Bolalarda o'tkir bronxoobstruktiv sindrom. ....	27
<b>BRONXIAL ASTMA .....</b>	<b>28</b>
Plevrani taranglashish sindromi. ....	30
Bronxoobstruktiv sindrom.....	32
<b>ALLERGIK ShOSHILINCh HOLATLAR: O'TKIR ALLERGIK REAKSIYALAR, ANAFLAKSIYA, KVINKE ShISHI, ETIOPATOGENEZI, KLINIKASI, ShTYo.....</b>	<b>35</b>
Anafilaktik shok. ....	35
Etiopatogenezi. ....	35
Klinikasi. ....	36
Davolash. ....	38
Kvinke shishi. ....	39
Klinikasi. ....	40
Davolash. ....	40
Layella sindromi .....	41
<b>ShOK. ETIOPATOGENEZI, TASNIFLANISHI, KLINIKASI, ShOSHILINCh TIBBIY YoRDAM KO'RSATISH.....</b>	<b>41</b>
Jaroxat shoki.....	42
Klinikasi. ....	43
Quyish shoki.....	44
Klinikasi. ....	44
Davolash. ....	45
<b>DEGIDRATATSION ShOK. ....</b>	<b>46</b>
Klinikasi. ....	46
Davolash. ....	46
<b>INFEKSION –TOKSIK ShOK.....</b>	<b>47</b>

Davolash prinsiplari.....	47
<b>ANAFILAKTIK SHOK. ....</b>	<b>48</b>
<b>BOLALARDAGI KARDIOGEN ShOShILINCh HOLATLAR: ARITMIYaLAR, YuRAKNING O‘NG VA ChAP QORINChALAR YeTIShMOVChILIGI, KLINIKASI, ShTYo.....</b>	<b>49</b>
Yurak ritmi va o‘tkazuvchanlikning asosiy buzilishlari.....	49
O‘tkir yurak yetishmovchiligi.....	52
Davolash.....	53
<b>PERIFERIK QON-TOMIR YeTIShMOVChILIGIDAGI ShOShILINCh XOLATLAR: SABABLARI, SINFLANISHi (OBMOROK, KOLLAPS, ShOK), KLINIKASI VA ShOShILINCh TIBBIY YoRDAM. ....</b>	<b>54</b>
Kollaps.....	55
SHok.....	56
Nafas yetishmovchiligida davolash.....	59
Xush buzilish sindromi. koma etiopatogenezi, tasniflanishi, klinikasi va shoshilinch tibbiy yordam ko‘rsatish.....	59
Diabetik koma.....	69
Gipoglikemik koma.....	69
Buyrak usti bezining yetishmovchiligi natijasida kelib chakkan.....komatoz xolatlar	71
Atsetonnik yoki nodiabetik koma.....	71
Pankreatik koma.....	72
Tireotoksik koma.....	72
Komatoz xolatlarni davolashni umumiy prinsiplari.....	72
<b>ERTA YoShDAGI BOLALARDAGI O‘TKIR TOKSIKOZLAR, EKSIKOZLAR. ETIOPATOGENEZI, KLINIKASI, ShOShILINCh TIBBIY YoRDAM KO‘RSATISH USULLARI.....</b>	<b>76</b>
<b>ERTA YOSH DAGI BOLALARDA O‘TKIR TOKSIKOZLAR.....</b>	<b>78</b>
Toksikoz o‘tkir buyrak usti bezi yetishmovchiligi bilan birga (sindrom uoterxauza – fridreksena).....	79
O‘tkir toj tomir yetishmovchiligi.....	81
(Qishsh giper motil toksikozi).....	81
<b>INTESTINAL SINDROMLI TOKSIKOZ.....</b>	<b>83</b>
<b>(ICHAK TOKSIKOZI, SUVSIZLANISH BILAN KECHUVCHI TOKSIKOZ).....</b>	<b>83</b>
Ichki organlar yoki degeneratsiyasi bilan kechuvchi toksik.....	86
ensefalopatii (reya sindromi).....	86

Gemolitiko-uremik sindrom (gasser sindromi).....	89
<b>ERTA YoShDAGI BOLALARDA INFEKSION TOKSIK</b> .....	<b>94</b>
<b>ENSEFALOPATIYA.</b> .....	<b>94</b>
Infeksion toksik ensefalopatiya I-fazasi. ....	94
Infeksion toksik ensefalopatiya II – fazasi .....	101
Infeksion toksik ensefalopatiya III – fazasi . ....	105
YAngi tug‘ilgan chaqaloqlarga shoshilinch yordam ko‘rsatish tamoyillari. ....	106
Tug‘uruk travmasi.....	107
Chaqaloq asfiksiyasi. ....	109
Birlamchi reanimatsiya .....	115
CHaqaloq pnevmopatiyasi .....	117
<b>O‘PKA ATELEKTAZI</b> .....	<b>119</b>
Gialin membranasi.....	120
Ekzogen omillar natijasida kelib chiqqan terminal xolatlarda shoshilinch tibbiy yordam. .....	122
Shoshilinch yordam ko‘rsatish.....	124
Radiatsiya natijasida jaroxatlanish – O‘tkir nur kasalligi.....	124
Shoshilinch yordam ko‘rsatish. ....	125
Sovuq ta’sirida jaroxatlanish va reaksiyalar. ....	126
Muzlash.....	127
Issiqlik ta’siri natijasida jaroxatlanish. ....	128
Elektrotravma.....	128
Shoshilinch yordam ko‘rsatish.....	129
Zaxarli xayvonlar va xashoratlar chaqishi. ....	130
<b>OFATLAR TIBBIYO‘TI ASOSLARI, SABABLARI, SINFLANISHI, ShOSHILINCh</b> <b>TIBBIY YoRDAM KO‘RSATISH</b> .....	<b>131</b>
Tabiiy (tabiat) ofatlari yoki tabiiy ofatlar. ....	132
Sun’iy ofatlar .....	133
Tektonik va telurik ofatlar .....	133
Favqulotda xolatlar xarakteristikasi.....	136
<b>TABIY OFATLARDA SHOSHILINCh TIBBIY YORDAMI</b> .....	<b>137</b>
<b>KO‘RSATISHNI ASOSLARI VA TARKIBI.</b> .....	<b>137</b>
Jaroxatlanganlarga shoshilinch yordam ko‘rsatishning.....	137

umumiy printsiplari.....	137
Ofatlarda yordam ko‘rsatishni uchta fazasi farqlanadi. ....	138
Vrachdan oldingi tibbiy yordam. ....	138
Malakali yordami ko‘rsatish. ....	139
Tibbiy saralash va jaroxatlanganlarni evakuatsiyasi. ....	140
Jaroxatlanganlarni evakuatsiyasi. ....	141
<b>INTERNET SAYTLARI:.....</b>	<b>143</b>
Qo‘shimcha adabiyotlar: .....	144

## **KIRISH.**

Bolalarda uchraydigan shoshilinch holatlar pediatriya amaliyotining eng murakkab va mas'uliyatli yo'nalishlaridan biri bo'lib, u nafaqat shifokorlarning kasbiy tayyorgarligini, balki butun sog'liqni saqlash tizimining samaradorligini ko'rsatadi. Bolalar organizmi o'ziga xos morfo-funksional tuzilishga ega bo'lgani uchun kasalliklar ko'pincha tez rivojlanadi, og'ir kechadi va terminal holatlarga olib kelishi mumkin. Shu sababli pediatr-reanimatologlar, umumiy amaliyot shifokorlari va tor soha mutaxassislari shoshilinch yordam tamoyillarini chuqur bilishi va ularga qat'iy amal qilishi zarur.

Shoshilinch pediatriya xizmatining to'g'ri tashkil etilishi bolalar o'limi ko'rsatkichlarini kamaytirishga bevosita ta'sir ko'rsatadi. Bu esa amaliy tibbiyotda nafaqat davolash, balki profilaktika va rehabilitatsiya jarayonlarini ham qamrab oladi. Har bir shoshilinch vaziyatda asosiy patologik simptomni aniqlash, uni og'irlik darajasini belgilash va shunga mos davolash dasturini ishlab chiqish shifokorning asosiy vazifasi hisoblanadi.

Bolalarda shoshilinch holatlar ko'pincha respirator tizim kasalliklari, allergik reaksiyalar, yurak-qon tomir tizimi buzilishlari, metabolik va endokrin kasalliklar, toksik va infeksiyon holatlar bilan bog'liq bo'ladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda esa asfiksiya, tug'ruq travmalari va pnevmopatiyalar kabi vaziyatlar tez-tez uchraydi. Har bir holatda shifokor tezkor tashxis qo'yishi, zamonaviy diagnostika uskunalaridan foydalanishi va samarali davolash choralarini qo'llashi zarur.

Shoshilinch yordam ko'rsatishda farmakoterapiya qoidalariga qat'iy amal qilish, dorilarni to'g'ri tanlash va ularning o'zaro ta'sirini hisobga olish muhimdir. Dorilarni noto'g'ri qo'llash yoki polipragmaziya holatlari bemor ahvolini yanada og'irlashtirishi mumkin. Shu bois shifokor har bir bemor uchun individual yondashuvni tanlashi, anamnezni to'liq o'rganishi va dorilarga sezuvchanlikni hisobga olishi lozim.

Shoshilinch pediatriya xizmatining samaradorligi ko'p jihatdan tez tibbiy yordam brigadalarining tayyorgarligi va jihozlanishiga bog'liq. Har bir brigada pediatr-reanimatolog, anesteziolog, laboratoriya feldsheri va shofyor kabi mutaxassislardan

iborat bo'lishi kerak. Brigadalar zamonaviy aloqa tizimiga ega bo'lishi, defibrillyator, EKG apparati, plazmoferez uskunalari kabi diagnostika va davolash vositalari bilan ta'minlanishi zarur.

Shoshilinch holatlarning oldini olish ham pediatriya xizmatining muhim vazifalaridan biridir. Profilaktik tadbirlar, immunizatsiya, sog'lom turmush tarzini shakllantirish va bolalarda kasalliklarni erta aniqlash orqali og'ir asoratlarning oldini olish mumkin. Shu bilan birga, tabiiy va texnogen ofatlar, baxtsiz hodisalar natijasida yuzaga keladigan shoshilinch vaziyatlarda ham pediatrlar yuqori darajada tayyor bo'lishi talab etiladi.

Xulosa qilib aytganda, bolalarda shoshilinch holatlar pediatriya amaliyotining eng dolzarb sohasi bo'lib, u nafaqat shifokorlarning kasbiy malakasini, balki sog'liqni saqlash tizimining umumiy samaradorligini ham ko'rsatadi. Ushbu monografiyada yoritilgan tamoyillar, klinik ko'rsatmalar va zamonaviy algoritmlar pediatrlar, reanimatologlar, umumiy amaliyot shifokorlari hamda tibbiyot talabalari uchun muhim nazariy va amaliy qo'llanma sifatida xizmat qiladi.

## **BOLALARGA ShOSHILINCh TIBBIY YoRDAM KO'RSATISH TAMOYILLARI**

Hozirgi kunga kelib, «Shoshilinch pediatriya» xizmati umumiy pediatriya xizmatining eng dolzarb va zarur yo'nalishiga aylanib bormoqda. Chunki bolalarga ko'rsatilayotgan tibbiy xizmatning asosiy sifat ko'rsatkichlaridan biri hisoblangan «bolalar o'limi» darajasi ko'proq shoshilinch pediatriya xizmatining to'g'ri tashkil etilishi va uning sifatiga bog'liq bo'lib qolmoqda. Demak, avval aytib o'tganimizdek, bolalar o'limini kamaytirishda va bolalardagi shoshilinch holatlarning oldini olishda bolalarga ko'rsatilayotgan «shoshilinch» va «reanimatsion» yordamning sifati zamon talabi darajasida bo'lishi, uni ma'lum qonun-qoidalar yoki printsiplar asosida amalga oshirish amaliy tibbiyot uchun katta ahamiyatga ega. Shu bilan bir qatorda, bu pediatriya xizmatining va, qolaversa, aholiga ko'rsatilayotgan umumiy tibbiy xizmatning sifatini ko'rsatib beruvchi omillardan biridir.

Shuning uchun bolalar o'limini kamaytirishga qaratilgan barcha chora-tadbirlarni, jumladan shoshilinch va terminal holatlarning oldini olish, o'lim to'shagida yotgan bemor bolaga o'z vaqtida malakali tibbiy xizmatni tashkil qilish va bemor hayotini saqlab qolish uchun zarur bo'lgan tibbiy amaliyotni to'g'ri yo'lga qo'yishda bugungi ma'ruzamizda muhokama qilinayotgan shoshilinch tibbiy xizmat printsiplarining dolzarbligini bilish, ulardan amaliy faoliyatda to'g'ri va samarali foydalanish katta ahamiyatga ega bo'ladi.

Demak, bolalarga ko'rsatilayotgan shoshilinch tibbiy yordamning sifati, shu turdagi faoliyat bilan shug'ullanayotgan tibbiyot xodimining malakasi va tajribasiga bog'liq bo'lish bilan bir qatorda, uning shoshilinch tibbiy yordam printsiplarini bilishi va ularga qanchalik rioya qilishiga ham bog'liqdir. Shoshilinch tibbiy yordam printsiplari haqida gapirilganda, shoshilinch tibbiy xizmatga muhtoj bemorlarni og'ir holatdan chiqarishga yoki o'limdan saqlab qolishga qaratilgan tez tibbiy xizmatning barcha shakldagi faoliyat turlariga qo'yilgan talab va tartiblarni, ularning jadalligini va samaradorligini tushunish kerak. Boshqacha qilib aytganda, shoshilinch yoki terminal holatga tushib qolgan bemorning hayotini saqlab qolish uchun bajarilishi shart bo'lgan,

aks holda bemor vafot etishi mumkin bo'lgan tez tibbiy yordamning o'ziga xosligi va qonuniyatlari, tezkorlik darajasi va hajmi, davriylik talablari mujassam bo'lgan «shoshilinch» tibbiy xizmat zamonaviy va malakali tez tibbiyot xizmati deb ataladi. Shunday xizmatning sifatini belgilovchi barcha tadbirlar tarkibi va ularga qo'yilgan talablar «shoshilinch tibbiy yordam» printsiplarini tashkil etadi.

Agar «printsip»ni qattiyat deb izohlasak, shaxsning printsiptalligi uning qat'iyatli ekanligini bildiradi. Shundan kelib chiqib aytish mumkinki, shoshilinch tibbiy yordam printsipti – bu shoshilinch tibbiy yordamga qo'yilgan qat'iy talab va tartiblar majmuasidir. Shoshilinch tibbiy yordam printsiplarini o'rganish, avvalo, shoshilinch tibbiy yordam turlarini o'rganishdan boshlanadi. Shoshilinch tibbiy yordam turi esa mutaxassisning shoshilinch tibbiyot jarayonida qaysi vazifani bajarayotganiga bog'liq bo'ladi.

Hozirgi kunda shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatayotgan pediater-reanimatologdan uchta asosiy vazifani bajarish talab qilinadi: birinchidan, shoshilinch yoki terminal holatni tashxislash; ikkinchidan, bemor holatini barqarorlashtiruvchi yoki mo'tadillashtiruvchi, kichik hajmdagi shoshilinch tibbiy yordamni ko'rsatish; uchinchidan, bemorni shifoxonaga yotqizish zarurati va uni qaysi sharoitda transportirovka qilish masalasini hal etish.

Tibbiyot amaliyotida shoshilinch tibbiy yordamning quyidagi turlaridan keng foydalaniladi: nafas yo'llarini tozalash va nafasni tiklash; yurak faoliyatini tiklash, ochiq va yopiq massaj; qon bosimi va hajmini tiklash; gemodinamikani tiklash va qon ketishini to'xtatish; buyrak, jigar, endokrin va serebral yetishmovchiliklarni korreksiya qilish; og'riqni kamaytirish; oshqozon va ichakni yuvib, zaxarsizlantirish; gipertermiya va talvasaga qarshi kurash; oksigenoterapiya; suv va elektrolitlar almashinuvini qayta tiklash; atsidoz va alkalozni tuzatish; miya va o'pka shishlarini davolash; bemorni transportirovka qilish uchun immobilizatsiya qilish va boshqa choralar.

Shoshilinch tibbiy yordam printsiplari pediater-reanimatologning yuqorida sanab o'tilgan vazifalardan qaysi birini bajarayotganiga va uni to'liq amalga oshirish uchun qaysi turdagi yordamdan foydalanayotganiga qarab farqlanadi. Pediater-

reanimatologning vazifasi va qo‘llyotgan shoshilinch yordam turi esa, o‘z navbatida bemorning kasalligi, asosiy patologik simptom va uning bosqichiga, shuningdek shoshilinch yordamning etapiga bog‘liq bo‘ladi.

Demak, bolalarga ko‘rsatilayotgan shoshilinch tibbiy yordam zamon talabi darajasida bo‘lishi va bola hayotiga solingan xavfni bartaraf eta olishi uchun u ma‘lum qonun-qoidalar, ya‘ni printsiplarga asoslangan holda amalga oshirilishi kerak. Hozirgi kunda shoshilinch tibbiy yordamning quyidagi printsiplari farqlanadi:

ShTYo ko‘rsatishning umumiy printsiplari (normativ hujjatlar va ular qo‘ygan talablar).

Shifoxonaga qadar ShTYo ko‘rsatish printsiplari (tekshirish, davolash, transportirovka qilish, hujjatlarni yuritish).

Shifoxonada ShTYo ko‘rsatish printsiplari (tekshirish, davolash, shoshilinch holatda ishlatiladigan dorilar farmakologiyasi, hujjatlarni yuritish, o‘lim holatini tasdiqlash va uni hujjatlashtirish).

Umumiy printsiplar quyidagilardan iborat:

Bolalarga xizmat qiluvchi tez tibbiy yordam brigadalarida faqat pediatri-reanimatologlar ishlashi kerak.

Har bir tez tibbiy yordam brigadasi reanimatsiya masalasida avtonom bo‘lishi va maxsus aloqa tizimiga ega bo‘lishi lozim.

Bolalarga shoshilinch tibbiy yordam ko‘rsatayotgan shifokor shu soha bo‘yicha maxsus tayyorgarlikka ega bo‘lishi (internatura, magistratura, malaka oshirish) va kamida 3 yillik ish stajiga ega bo‘lishi shart.

Har bir tez tibbiy yordam brigadasida 4 nafar xodim bo‘lishi kerak: pediatri-reanimatolog, feldsher-anesteziolog, ekspres laboratoriya feldsheri va shofyor.

Tez tibbiy yordam sohasida ishlayotgan pediatri-reanimatolog quyidagi talablarga javob berishi kerak:

birlamchi malaka olish kursida o‘qigan bo‘lishi;

tor sohalar bo‘yicha malaka oshirgan bo‘lishi (neonatologiya, kardiologiya, allergologiya, gematologiya, nefrologiya);

yuridik hujjatlarni to'ldirish huquqiga ega emas;  
bemorlarga retsept yozib berish va davolash huquqiga ega emas;  
agar yordam ko'rsatilgan bemor uyida qoldirilsa, shifokor o'z sumkasidagi zaxira dorilardan zarurini qoldirishi kerak;

bemorga ko'rsatilgan yordam haqida yo'llanma dispetcher xizmatiga topshirilishi shart, dispetcher esa bu ma'lumotni poliklinikaga yetkazadi;

har bir brigada dorilardan tashqari tashxis va davolash uskunalari (EKG, plazmoferez, defibrillyator va boshqalar) bilan ta'minlangan bo'lishi kerak.

### **Shifoxonaga qadar ShTYo ko'rsatish prinsiplari:**

Shifoxonaga qadar shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish printsiplari bemor hayotini saqlab qolish va og'ir asoratlarning oldini olishga qaratilgan bo'lib, ularning asosiy vazifasi minimal hajmdagi, ammo samarali yordamni ta'minlashdir. Bu bosqichda bemor hayotiga xavf solayotgan patologik jarayonlarni to'xtatish, hayot uchun zarur organlarning faoliyatini vaqtincha ushlab turish va bemorni shifoxonaga xavfsiz yetkazish muhim hisoblanadi. Bemorni joylashtirishda uning kasalligining yuqumliligi va hayot uchun xavfli bo'lgan asosiy simptomlar inobatga olinadi.

Tez tibbiy yordam, shoshilinch tibbiy yordam va poliklinika xizmatlari o'zaro muvofiqlashtirilgan holda tashkil etilishi lozim. Agar bemor shifoxonaga yotqizilsa, u maxsus shakldagi yo'llanma bilan topshirilishi kerak bo'lib, unda bemor haqidagi pasport ma'lumotlari, manzili, yoshi, tashxisi va ko'rsatilgan yordam haqida to'liq ma'lumot bo'lishi zarur. Tabiiy va texnogen falokatlar yoki urush sharoitida tez tibbiy yordam xizmatining tartib-qoidalari maxsus normativ hujjatlar asosida olib boriladi.

Jarohatlar bilan bog'liq shoshilinch holatlarda bemorni transportirovka qilishdan oldin immobilizatsiya qoidalariga qat'iy amal qilinishi shart. Baxtsiz hodisalar natijasida yuzaga kelgan vaziyatlarda esa shifokor o'zining xavfsizligini ham hisobga olishi lozim, masalan elektr toki urishi yoki cho'kish holatlarida. Tez tibbiy yordam brigadalari zamonaviy aloqa tizimi orqali boshqarilishi, imkon qadar bazaga qaytmasdan, vaqt va resurslarni tejagan holda boshqa chaqiruvlarga yo'naltirilishi kerak.

Shifoxonaga qadar bo'lgan printsiplardan yana biri jarohatlangan bemorlarni transportirovka qilishda to'g'ri immobilizatsiya qilishdir. Bemorlar hayotiga xavf darajasiga qarab 6 guruhga bo'linadi: maxsus shoshilinch yordamga muhtoj bemorlar (epidemiologik holatlar, pnevmoniya va boshqalar), APSni kompensatsiya davridagi bemorlar, APSni dekompensatsiya davridagi bemorlar (davolash samarali yoki samarasiz), ANSni terminal holatidagi bemorlar va baxtsiz hodisalarga uchragan bemorlar.

Shifoxonada shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish printsiplari esa asosan kasallikka tashxis qo'yish, asosiy patologik simptomni aniqlash va davolash dasturini tuzib, uni amalga oshirish masalalari bilan bog'liq. Shoshilinch holatga baho berishda avvalo bemor hayotiga xavf solayotgan asosiy simptom aniqlanadi va unga qarshi kurash boshlanadi. Biroq bemorni shoshilinch holatdan chiqarish uchun uning asosiy kasalligini bilish shart, aks holda davolashda taktik va strategik xatolarga yo'l qo'yilishi mumkin.

Shoshilinch holatdagi bemorlarning umumiy ahvoli ko'pincha og'ir bo'ladi, ba'zida hushsiz yoki karaxt bo'lishi sababli to'liq anamnez yig'ish imkoni bo'lmaydi. Shuning uchun anamnez yig'ishda holatning sababi, qachon va qaerda yuz bergani, prognoz uchun muhim bo'lgan omillar, shuningdek salbiy ta'sir qiluvchi omillar (chala tug'ilish, tug'ma nuqsonlar, surunkali kasalliklar, allergik reaksiyalar, dorilarga sezuvchanlik, oilaviy sharoit) aniqlanishi zarur.

Ob'ektiv tekshiruvda nafas buzilishi, yurak faoliyatining buzilishi, markaziy nerv tizimi faoliyatining susayishi, hush va reflekslar tekshiriladi. Shok indeksini aniqlash muhim bo'lib, 5 yoshgacha bo'lgan bolalarda indeks 1,5 dan yuqori bo'lsa, shok mavjud deb baholanadi, 5 yoshdan katta bolalarda esa indeks 1 dan yuqori bo'lsa shok holati borligi aniqlanadi. Shuningdek, gemodinamikaga baho berish, teri rangining o'zgarishi, sovuq qo'l-oyoqlar, markaziy qon aylanishining buzilishi kabi belgilar ham hisobga olinadi.

Markaziy nerv tizimi faoliyatining qanchalik izdan chiqqanini aniqlash uchun bemorning bezovtaligi yoki aksincha o'ta befarq va tinchligi baholanadi. Hushi yo'q

bemorning ko‘z qorachig‘i ham muhim diagnostik belgilar beradi: agar qorachiq kengayib, torayishga moyillik kuzatilmasa va yorug‘likka reaksiya yo‘q bo‘lsa, bu bosh miyada chuqur o‘zgarishlar yuz berganidan dalolat beradi. Talvasa holatida uning klinik shakliga e‘tibor beriladi: klonik, tonik, kloniko-tonik yoki tetaniya ko‘rinishida bo‘lishi mumkin. Agar talvasa mushak tonusining pasayishi va nafas ritmining buzilishi bilan kechsa yoki tonik shaklda mushak gipotonyasi kuzatilsa, bu ko‘proq bosh miya o‘zagi jarohatlanganini bildiradi.

Agar asosiy patologik simptom suv-elektrolit almashinuvining buzilishi va eksikoz bo‘lsa, avvalo eksikozning klinik formasini aniqlash lozim: gipotonik, izotonik yoki gipertonik. Har bir forma o‘ziga xos patogenezga ega bo‘lgani uchun davolash samarasi faqat aniq klinik shaklga mos rejalashtirilgan dasturga bog‘liq bo‘ladi. Neyrotoksikoz, shok, koma, kollaps kabi terminal holatlarda esa birinchi navbatda simptomning stadiyasiga e‘tibor beriladi, chunki davolash samarasi har bir bosqich uchun maxsus tadbirlarni o‘tkazishga bog‘liqdir. Kuchli intoksikatsiya bilan kechayotgan shoshilinch holatlarda prognoz ko‘proq qonning reologik xususiyatlari va hujayralar agregatsiyasining buzilish darajasiga, natijada rivojlanishi mumkin bo‘lgan DVS sindromiga bog‘liq bo‘ladi. Shu sababli bu holatlarda DVSni oldini olish va uning belgilari ustidan nazorat qilish muhimdir.

Ko‘p hollarda organizmni zaxarlardan tozalovchi asosiy organlar – oshqozon-ichak tizimi, jigar va buyrak faoliyati ikkinchi planga o‘tib qoladi. Aslida esa ularning ahamiyati juda katta bo‘lib, faoliyatini tiklash va izdan chiqishini oldini olish bemor uchun katta samara beradi. Shoshilinch holatdagi bolani tekshirgan pediatr-reanimatolog quyidagi savollarga javob topishi kerak: asosiy patologik simptom mavjudmi yoki yo‘q, agar mavjud bo‘lsa u kompensatsiya davridami yoki dekompensatsiya davridami.

Asosiy simptom aniqlangandan so‘ng, uning og‘irlik darajasi baholanadi. Masalan, ichak diareyasi simptomida: 1-darajada gipertermiya, ishtaha pasayishi, bezovtalik, intoksikatsiya va ichak disfunktsiyasi kuzatiladi; 2-daraja ikki fazadan iborat bo‘lib, A – kuchaygan diareya va oligouriya, B – diareya, oligouriya, meteorizm

va terining mramorsimon tusga kirishi; 3-daraja ham ikki fazadan iborat: A – 2B klinikasi + ichak parezi, terining qo‘lrang tusga kirishi, B – 3A klinikasi + angidremik shok (AB 70 mm simob ustunidan past); 4-darajada esa terminal holat, bemor hushsiz, reflekslar sust, gipotoniya, gipertermiya yoki gipotermiya va boshqa terminal belgilar kuzatiladi.

Shoshilinch holatni aniqlash va darajasini belgilashdan maqsad – patogenetik mexanizmlarni baholash va nazorat qilish orqali samarali davolash dasturini tuzish va bemor hayotini saqlab qolishdir. Bu jarayonda dori-darmonlarni to‘g‘ri qo‘llash qonun-qoidalarini bilish va amaliyotga tatbiq etish muhim ahamiyatga ega. Shoshilinch farmakoterapiyaning asosiy qoidalaridan biri – bemorning yoshi, kasalligi, asosiy simptom va og‘irlik darajasidan kelib chiqib, sinchkovlik bilan tanlangan va individual dozasi belgilangan preparatlarni qo‘llashdir. Shoshilinch yordam ko‘rsatilayotganda ko‘pincha bir vaqtning o‘zida bir nechta dori beriladi, shuning uchun ularning antagonistik va sinergistik xususiyatlarini hisobga olish shart. Dorilarni oldindan tekshirmay turib bitta shprits yoki tomchilatkichda aralashtirib berish mumkin emas. Agar birgalikda berish zarur bo‘lsa, erituvchi sifatida 0,9% natriy xlorid eritmasidan foydalanish tavsiya etiladi. Bir xil ta’sir mexanizmiga ega bo‘lgan dorilarni bir vaqtda qo‘llash (polipragmaziya) maqsadga muvofiq emas.

Har bir bemorga dori berishdan oldin anamnez yig‘ilib, organizmning dorilarga sezuvchanligi, allergik yoki boshqa nojo‘ya reaksiyalar bo‘lgan-bo‘lmaganligi aniqlanadi. Faqat to‘liq ishonch hosil qilingandan so‘ng preparat qo‘llanadi. Kasallikning yengil shakllarida, ayniqsa bolalarda kuchli farmakoterapiya o‘tkazish tavsiya etilmaydi. Antibakterial preparatlar esa faqat mikroorganizmlarga sezuvchanlik aniqlangandan so‘ng qo‘llanishi lozim, chunki ularning nojo‘ya ta’siri ko‘p hollarda kuzatiladi.

Shoshilinch tibbiy yordam amalga oshirilayotganda farmakoterapiya qoidalariga to‘liq amal qilinsa ham, ba’zan dorilarning bemor organizmiga salbiy ta’siri yoki nojo‘ya asoratlari kuzatilishi mumkin. Bu asoratlarni bilish va ularga o‘z vaqtida, samarali kurashish shoshilinch holatdagi bolani hayotini saqlashda eng muhim

tadbirlardan biridir. Asoratlarning asosiy turlari quyidagilar: allergik reaksiyalar (qon tomir tonusi va o'tkazuvchanligining buzilishi, qon quyilishlar, bronxospazm, teri qichishishi, angionevrotik shish, anafilaktik shok, gemolitik anemiya va boshqalar); doridan zaharlanishlar (oshqozon-ichak tizimi yaralari, qon shaklli elementlarining o'zgarishi, kamqonlik, eshitish nervi jarohatlanishi, psixozlar, gallyusinatsiya, gipertenziya, sitostatik kasallik, talvasa sindromi va boshqalar); immunodepressiya (yuqumli kasalliklarning qo'zishi, ichak disbakteriozi, kandidoz, superinfeksiyalar, limfadenopatiya); "otmena" sindromi (kortikosteroidlar, insulin, antikoagulyantlar, narkotik preparatlar va boshqa dorilarni uzoq muddat qo'llash natijasida organizm o'rganib qolishi va ularni to'xtatganda salbiy holatlar yuzaga kelishi); transfuzion va kolloid asoratlar (infuzion moddalarni noto'g'ri miqdorda yoki tezlikda quyish, qon guruhini va rezus faktorini noto'g'ri aniqlash, promedikatsiyani sifatsiz o'tkazish va boshqalar).

Shoshilinch holatlarning oldini olish chora-tadbirlari sog'liqni saqlash tizimining eng muhim vazifalaridan biridir. Bu vazifalar sog'lom bolalar salomatligini muhofaza qilish, bemor bolalarga ixtisoslashgan va zamonaviy tibbiy yordam ko'rsatishni tashkil etish, shuningdek davlat tizimi bo'limlari o'rtasida integratsiyani ta'minlashni o'z ichiga oladi. Bolalar organizmining morfo-funksional xususiyatlari – chala rivojlanganlik, tashqi muhitga to'liq moslashmaganlik, immunitetning sustligi, nafas yo'llarining torligi, yurak-qon tomir va endokrin tizimining o'ziga xosligi – kasalliklarning tez rivojlanishi va ko'pincha og'ir kechishi bilan bog'liq. Shu sababli pediatriya, ayniqsa shoshilinch pediatriya xizmati barcha tibbiy xizmatlar ichida eng zarur va murakkab yo'nalish hisoblanadi.

Bolalarda kasalliklar, tabiiy va texnogen falokatlar oqibatida og'ir asoratlar va jarohatlar tez-tez yuzaga keladi, bu esa o'lim ko'rsatkichining yuqori bo'lishiga olib kelishi mumkin. Kelajak haqida o'ylash demak, farzandlarimizning sog'lom o'sishi, barkamol inson bo'lib shakllanishi va rivojlanishini ta'minlash demakdir. Shu maqsadda hukumatimiz tomonidan pediatriya xizmati, xususan shoshilinch pediatriya xizmatini rivojlantirish, shoshilinch holatlarning oldini olish uchun keng ko'lamli

chora-tadbirlar amalga oshirilmoqda. Bu tadbirlar bolalar o'limini kamaytirishga qaratilgan davlat miqyosidagi g'amxo'rlikning yorqin ifodasidir.

Farzandlarimiz sog'lom o'sishi uchun yaratilgan sharoitlar va tashkillashtirilgan tadbirlar – "Sog'lom avlod" fondi, "Bolalar sportini rivojlantirish" dasturi, "Mahalla" jamg'armasi, "Barkamol avlod" sport o'yinlari, "Universiada" musobaqalari – barchasi bolalarning kelajakda farovon hayot kechirishi va salomat bo'lishi uchun davlat tomonidan ko'rsatilayotgan alohida g'amxo'rlikdir. Bu tadbirlar oddiy ijtimoiy tashabbuslar emas, balki bolalarni sog'lomlashtirish, kasalliklarga qarshi kurashish qobiliyatini oshirish, shoshilinch va terminal holatlarning oldini olishga qaratilgan uzoq muddatli rejalashtirilgan chora-tadbirlar sifatida amalga oshirilmoqda.

Davlatimizning bolalar va onalarga ko'rsatayotgan g'amxo'rligi «Sog'liqni saqlash tizimini isloh qilish» davlat dasturlarida va Prezident farmonlarida o'z ifodasini topib, amaliyotda keng tatbiq qilina boshlandi. Bugungi kunda Respublikamizda sog'liqni saqlash tizimida o'ziga xos, boshqa tizimlardan farq qiluvchi yangi model yaratildi. Shu asosda «tez tibbiy yordam» xizmati, jumladan «shoshilinch pediatriya» eng dolzarb va ustuvor yo'nalish sifatida belgilandi. Yurtimizda shoshilinch tibbiy xizmatning zamonaviy davlat tizimi shakllantirildi va uning boshqaruv markazi sifatida «Respublika tez tibbiy yordam ilmiy-tadqiqot instituti» faoliyat yuritmoqda. Toshkent shahri, Qoraqalpog'iston Respublikasi va barcha viloyatlarda institut filiallari, tumanlarda esa subfiliallar tashkil etildi.

Institut va filiallarda nafaqat davolash ishlari, balki terminal holatlar, klinik o'limni chuqur o'rganish, bunday vaziyatlarda davolash samaradorligini oshirishga qaratilgan ilmiy-tadqiqot ishlari ham yo'lga qo'yilgan. Maxsus tayyorgarlikdan o'tgan tez tibbiy yordam xodimlari ishga jalb etilgan va ularning malakasi reja asosida muntazam oshirib borilmoqda. Fan va texnika taraqqiyotining so'nggi yutuqlariga tayanib, «Elektron pochta» va «Internet» aloqalari orqali masofadan tashxis qo'yish, konsiliumlar o'tkazish, davolash taktikasini belgilash va zarur hollarda korreksiya qilish kabi ilg'or usullar amaliyotga joriy etilgan.

Pediatriya xizmatining tub mohiyati bolalar sog'ligini saqlash, ularni chiniqqan, kasalliklarga va ekstremal ta'sirlarga to'g'ri javob bera oladigan, o'zini himoya qila oladigan inson sifatida tarbiyalashga qaratilgan. Bu xizmat turi davlat hisobidan bepul amalga oshirilmogda va shoshilinch holatlarning oldini olish maqsadida davlat dasturlariga kiritilgan amaliy chora-tadbirlar sifatida ko'riladi. Yetuk olimlarning fikricha, pediatriya xizmatining eng dolzarb sohasi va iqtisodiy jihatdan samarali yo'nalishi — bu shoshilinch pediatriya va reanimatologiya hisoblanadi. Chunki pediatriya bolaning salomatligini tug'ilishidan oldin, antinatal davrdan boshlab, 14 yoshgacha va hatto balog'at yoshida ham kuzatib boradi.

Bugungi kunda pediatriya xizmati mamlakatimizda to'liq yo'lga qo'yilgan va o'ziga yuklatilgan vazifalarni sharaf bilan bajarmoqda. Shu bilan birga, tibbiyotda, xususan pediatriyada ham islohotlar davri boshlangan. Islohotlarda terminal holatlarning oldini olishga qaratilgan ilmiy tadqiqotlar va zamonaviy davolash usullarini joriy etish rejalashtirilmogda. Buning yorqin misoli sifatida yagona tez tibbiy yordam xizmatining tashkil etilishi, uning markazi etib Respublika tez tibbiy yordam ilmiy-tadqiqot institutining belgilanishi va barcha viloyatlarda filiallarning ochilishi ko'rsatiladi. Institut rejalarida bolalardagi terminal holatlarda ko'rsatiladigan shoshilinch yordamni ilmiy asosda o'rganish, natijalardan foydalanib amaliy tadbirlar ishlab chiqish va davolash samaradorligini oshirish orqali bolalar o'limini kamaytirish ko'zda tutilgan.

Bolalardagi «shoshilinch holat» deganda kasallik, tashqi ta'sir yoki jarohat oqibatida yuzaga keladigan va bola hayotiga xavf soluvchi ichki organlarning dekompensatsiya holati tushuniladi. Agar bunday vaziyatda shoshilinch yordam o'z vaqtida ko'rsatilmasa, bola o'zini-o'zi tiklay olmaydi va qisqa muddat ichida vafot etishi mumkin, chunki barcha zaxiralar tugagan bo'ladi va faqat tashqaridan ko'rsatiladigan yordamga muhtoj bo'ladi. Bolalarda bunday shoshilinch holatlar anatomo-fiziologik xususiyatlari sababli tez-tez uchraydi, tez rivojlanadi va shu bois kattalarga nisbatan o'lim ko'proq kuzatiladi.

Bolalar o'limiga sabab bo'lishi mumkin bo'lgan shoshilinch holatlar turlicha bo'lib, ular orasida terminal holatga olib keluvchi kasalliklar, tabiiy falokatlar natijasida yuzaga kelgan jarohatlar, texnogen fojialar oqibatidagi shikastlanishlar, tashqi muhit ta'siri, xashorat va hayvonlar chaqishi natijasida yuzaga kelgan og'ir holatlar, shuningdek endogen va ekzogen zaharlanishlar kiradi.

Shoshilinch holatlarning oldini olish chora-tadbirlari salbiy omil va etiologik faktorlarning ta'sir kuchi, davomiyligi va ko'lamiga qarab belgilanadi. Amaliyotda bunday chora-tadbirlar shartli ravishda bir necha guruhga bo'linadi. Birinchidan, amalga oshirish vaqtiga qarab ular shifoxonaga qadar va shifoxonada ko'rsatiladigan tadbirlarga ajratiladi. Ikkinchidan, bemorni tekshirish bilan bog'liq chora-tadbirlar mavjud bo'lib, ular tabiiy va texnogen falokatlar oqibatidagi jarohatlarni tekshirish, immobilizatsiya va transportirovka qilish, kasallik va sindromlarni aniqlash, tashqi ta'sirlar (termik, kimyoviy, mexanik, cho'kish, elektrotravma) oqibatidagi jarohatlarni baholash, zaharlanish holatlarida tekshiruv o'tkazish kabi yo'nalishlarni qamrab oladi. Uchinchidan, davolash bilan bog'liq chora-tadbirlar asosiy patologik simptomni aniqlash, shoshilinch farmakologiya tamoyillariga asoslangan davolash choralarini qo'llash, zarur tibbiy asbob-uskunalardan foydalanishni o'z ichiga oladi.

Umuman olganda, shoshilinch holatlarning oldini olish va bolalar o'limini kamaytirish chora-tadbirlari amaliy jihatdan bir-biriga o'xshash bo'lib, ularning maqsadi kasallik yoki jarohatning rivojlanishini to'xtatish, shoshilinch holatlarning yuzaga kelishini oldini olish va natijada bolalar o'limini kamaytirishdir. Shu sababli bu tadbirlarni birgalikda muhokama qilish maqsadga muvofiqdir.

Xalq salomatligini, ayniqsa bolalar salomatligini saqlash birinchi navbatda ularning sog'liq ko'rsatkichlarini kompleks o'rganish va natijalarni tahlil qilishdan boshlanadi. Bu jarayon kasallik sabablarini aniqlash va ularning oldini olishga qaratilgan zarur chora-tadbirlarni ishlab chiqishni taqozo etadi. Buning uchun aholining demografik ko'rsatkichlari, ya'ni chaqaloqlar, bir yoshgacha bo'lgan bolalar, kichik yoshli bolalar, tug'ruq yoshidagi ayollar, sportchilar kabi guruhlarning kasallanishi va jismoniy rivojlanishi haqidagi statistik ma'lumotlar aniqlanadi. Bu

ko'rsatkichlar orasida aholi soni, o'limlar soni, kasalliklar tarkibi, o'lim sabablarini aniqlash, tibbiy xizmat sifatini baholash, bolalar o'limining oylik tahlili va muhokamasi, bolalar o'limi shtabi faoliyati hamda bolalarning jismoniy rivojlanishini nazorat qiluvchi ko'rsatkichlar muhim ahamiyat kasb etadi.

## **ShOSHILINCh PEDIATRIYa ASOSLARI. MORFO-FUNKSIONAL TUZILISHIGA QARAB, BOLALARDA ShOSHILINCh HOLATLARNI YuZAGA KELISHI.**

Sog'liqni saqlash tizimining eng muhim vazifalaridan biri — bemor bolalarga ixtisoslashgan, zamonaviy va samarali tibbiy yordam ko'rsatishni tashkil etishdir. Shu bilan birga, davlat tizimi doirasida tibbiy xizmat bo'limlari o'zaro bog'lanishi va integratsiyasi ta'minlanishi lozim. Bolalardagi patologik jarayonlarning tez rivojlanishi, ayniqsa kichik va ko'krak yoshidagi bolalarda kasalliklarning og'ir kechishi va asoratlari hisobga olinganda, pediatriya xizmati, xususan shoshilinch pediatriya, barcha tibbiy xizmatlar ichida eng zarur va dolzarb yo'nalish ekanligi yaqqol ko'rinadi. Chunki bolalar — kelajagimiz, ular buyuk va rivojlangan davlatimizning poydevori hisoblanadi. Yurtboshimiz ta'kidlaganidek, farzandlarimiz bizdan ko'ra bilimli, aqlli, dono va albatta baxtli bo'lishlari shart. Demak, kelajak haqida o'ylash — farzandlarimizning salomatligi, barkamol inson bo'lib o'sishi va rivojlanishini o'ylash demakdir. Shu nuqtai nazardan pediatriya, ayniqsa shoshilinch pediatriya xizmati amaliy va nazariy jihatdan juda katta ahamiyatga ega.

Tarixni bilmay turib hozirgi kunni to'g'ri baholash va kelajak haqida rejalar tuzish mushkul. Shu sababli tez tibbiy yordam tarixini bilish foydadan xoli emas. Tez tibbiy yordam usullari insoniyat tarixining qadim zamonlariga borib taqaladi. Masalan, eramizdan 3000–5000 yil avval og'izdan-og'izga sun'iy nafas oldirish, og'riqni kamaytirish uchun opiydan foydalanish ma'lum bo'lgan. Eramizdan avval II asrda Asklepiy asfiksiya holatida traxeostomiyani qo'llagan. Ibn Sino og'riqni kamaytirish maqsadida qo'l va oyoqlarni sovutish usulidan foydalangan. 1543 yilda Vezaliy traxeyani intubatsiya qilgan, 1667 yilda Jan Deni birinchi bo'lib odamga qon quygan.

1831 yilda Latta xolera kasalligida suv-elektrolit buzilishini korreksiya qilish uchun infuzion terapiyani qo'llagan. 1840 yilda Lauzo difteriyada traxeyani intubatsiya qilgan, 1844 yilda Uels azot oksidi bilan narkoz bergan, 1853 yilda Pravata shprintsni kashf qilib, parenteral davolash usuliga asos solgan. 1858 yilda Silvestr qo'l bilan sun'iy nafas oldirish usulini taklif qilgan, 1871 yilda S.I. Kosterev arteriyaga bevosita qon quygan, 1874 yilda Shif yurakka bevosita massaj qilishni taklif qilgan. 1953 yilda Gibbon sun'iy qon aylanish usulini ishlab chiqqan, 1959 yilda bir guruh olimlar yurakni yopiq tashqi massaj qilishni taklif etgan.

Tez tibbiy yordamning shakllanishi uzoq tarixiy davrni bosib o'tib, hozirgi ko'rinishga ega bo'ldi. Dastlab tez yordamning vazifalari hozirgidan ancha farq qilgan. O'sha davrlarda tez yordam ikki turga bo'lingan: ko'chalarda, ishlab chiqarish korxonalarida va jamoat joylarida yuz bergan baxtsiz hodisalarda ko'rsatilgan «tez tibbiy yordam – 03» va bemor uyida ahvoli og'irlashganda ko'rsatilgan «shoshilinch tibbiy yordam». Vaqt o'tishi bilan bu ikki xizmat turi birlashib, yagona «03» tez tibbiy yordam tizimi shakllandi. Endi bemorlarga qaerda bo'lishidan qat'i nazar — uyda, ko'chada yoki ish joyida — tez yordam brigadalari tomonidan xizmat ko'rsatiladigan bo'ldi.

1956 yilda Leningrad shahrida tajriba sifatida bolalarga tez va shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish brigadalari tashkil etildi. Bu yangi xizmat turi yaxshi samara bergani uchun tez orada keng tarqaldi va hozirgi kungacha o'z dolzarbligini saqlab kelmoqda. Bolalarga ko'rsatiladigan shoshilinch yordam sifatini oshirish, bolalar o'limini kamaytirish, ilmiy asosda yo'lga qo'yish va shu sohada yetuk mutaxassislarni tayyorlash maqsadida «Shoshilinch pediatriya» fani yuzaga keldi. Ushbu fan so'nggi 15–20 yil ichida shakllanib, rivojlanib kelmoqda va pediatriya tizimida alohida o'rin egallab, amaliyotda katta ahamiyat kasb etmoqda.

**Shoshilinch pediatriya fani** – terminal xolat (predagoniya, agoniya, klinik o'lim) keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan barcha kasallik, simptom va sindromlarni o'rganuvchi fandır.

**Shoshilinch pediatriya fanining vazifasi** – bolalarda terminal xolat keltirib chiqarishi mumkin bo‘lgan barcha patologik jarayonlarni xar tomonlama, mukammal o‘rganish yo‘li bilan ularni samarali davolashga erishish, yangi samarali davolash usullarini izlab topish va shu bilan birga tezkor tashxis usullarini, xamda дифференциал tashxis usullarini yaratish va amaliyotga tatbiq etish. Terminal xolatni kelib chiqishi va rivojlanishida bola organizmidagi morfo-funksional tuzilishni moxiyatini o‘rganish yo‘li bilan terminal xolatlarni samarali davolash usullarini ishlab chiqish va amaliyotga tatbiq etishdan iborat.

**Shoshilinch pediatriya faning maqsadi** – yuqorida sanab o‘tilgan vazifalarni mukammal bajarish evaziga bolalar o‘limining sifat ko‘rsatkichlarini kamaytirish va Respublikamizda yagona shoshilinch tibbiy yordam xizmati turini shaqillantirishdir.

Xozirgi kunda shoshilinch tibbiy xizmat asosan 2ta bosqichda olib boriladi:

- ShTYo,ning shifoxonaga qadar bo‘lgan davri (dogospital etap);
- ShTYoning shifoxonadagi davri (gospital etap).

O‘z navbatida ShTYoning shifoxonaga qadar davri quyidagi shakllarda bo‘ladi:

- bolalar poliklinikasidagi ShTYo turi;
- «03» tez tibbiy yordam станцияsidagi ShTYo turi;
- A) «03» maxsus brigadalarining ShTYo turi, kardiolog, toksikolog va b.;
- B) «03» ixtisoslashgan reanimatsiya brigadalarining ShTYo turi.

Agar bemorga shifoxonaga qadar ko‘rsatilgan ShTYo natijasida uni axvoli tiklanmasa, u shifoxonaga transportirovka qilinadi va yotib davolanish uchun shifoxonaga joylashtiriladi. Shu bilan ShTYoning 2 davri, ya’ni shifoxonadagi ShTYo davri boshlanadi. Bu davrda bemor bolaga quyidagi ShTYo turlari ko‘rsatilishi mumkin:

- qabulxonadagi ShTYo;
- qabulxonaning «Shok» palatasidagi ShTYo;
- reanimatsiya bo‘limidagi ShTYo;
- shoshilinch pediatriya bo‘limidagi ShTYo;
- shoshilinch pediatriya bo‘limining «intensiv davolash» palatasidagi ShTYo;

- boshqa shifoxonalarning bolalar bo'limidagi reabilitatsiya xizmati.

Bemor bolalarga ko'rsatilayotgan ShTYo sifati, yuqorida sanab o'tilgan barcha vazifalarni to'g'ri va vaqtida mukammal bajarish bilan bir qatorda, bemor bolaning yoshidan kelib chiqqan xolda, uning organizmini anatomo-fiziologik xususiyatlarini xam to'g'ri baxolay olishga ko'p jixatdan bog'liq bo'ladi. Chunki bola organizmi to'la rivojlanmagan, kasalliklarga moyillik yuqori, o'zini ximoya qilish ko'nikmalari yetarli emas, tashqi muxitning salbiy ta'siriga ko'nikmagan va boshqalar. Shu bilan bir qatorda ma'lumki, bola organizmining morfo-funksional tuzilishi unda xar xil terminal xolatlarni yuzaga kelishiga va rivojlanib bola xayotiga xavf solishiga sabab bo'lishi mumkin. Masalan:

1. Maxalliy immunitetni yetishmovchiligi, immunoglobulinlar miqdorini ozligi, interferon va lizotsim zaxiralarini tez tug'ashi. Shular evaziga bola organizmida: - yallig'lanishni chegaralay olmaslik, epiteliyni tez jaroxatlanishi, yiringli va yuqumli kasalliklarga moyillik borligi, ularni tez tarqalishi, generalizatsiyasi, ikqilamchi immuntanqsisligini yuzaga kelishi va u bilan bog'liq asoratlar kuzatiladi.

2. Bola organizmidagi organlarning qon tomirlarga o'ta boyligi va shuni evaziga: - yallig'lanishlarni ko'proq eksudativ xarakterda bo'lishi, maxalliy shishlarni paydo bo'lishi. O'pka kapilyarlarining o'tkazuvchanligini yuqoriligi kichiq yoshli bolalarda o'pka shishini tez rivojlanishiga sabab bo'ladi.

3. Bola bosh miyasining qobig'ini chala rivojlangani xisobiga – diffuz va umumiy bosh miya reaksiyalari kuzatiladi.

4. Pallidar tizim tonusi va gippokamp funksiyasini balandligi xisobiga – giperkineziya, mator avtomatizmi va talvasaga moyillik kuzatiladi.

5. Simpatik nerv tizimini tonusini balandligi xisobiga – gipertermiyaga moyillik, periferik qon aylanishini buzilishi, yurak urishi va nafas olishni tezligi.

6. Bola organizmining suv va elektrolitlarga talabini yuqoriligi xisobiga – suv yo'qotish kuzatilganda tezda dekompensatsiya xolati yuz berib, o'tkir buyrak yetishmovchiligi rovojlanadi, shishlar paydo bo'ladi, tezda gipokaliemiya yuzaga

keladi. Bola organizmiga elektrolitlar quyilganda ularni organizmdan chiqib ketishi qiyinlashadi.

7. Yurakning o'ng bo'limini chapiga nisbatan kuchliligi xisobiga – chap qorincha yetishmovchiligini tez rivojlanishi, ayniksa o'pkada qon aylanishi kuchayganda.

8. Sistolani nisbatan uzunligi xisobiga – yurakda energo-dinamik yetishmovchilikga moyillik bo'ladi.

9. Botalov yoki arteriya protoqoni, oval tyoshikni va fiziologik arterio-venoz shuntlarni mavjudligi xisobiga – shunto-diffo'z nafas yetishmiovchiligi va aritmiyaga moyillik bo'ladi.

10. Bolaning ko'krak qafasini ekspirator tuzilishi, qovirg'alarni gorizontal joylashganligi – nafas xajmini absolyut miqdorini va o'pkaning o'lik bo'shlig'ini ozligiga sabab bo'ladi, bu esa fiziologik taxipnoe chaqiradi, nafas yetishmovchiligini nafas tezligini va nafas xajmini oshirish yo'li bilan kompensatsiya qilish imqoniyatini kamaytiradi, nafas yetishmovchiligi va gipovintilyatsiya tez rivojlanadi.

11. Bolani asosan burin bilan nafas olishi, nafas yo'llarining torligi va qon tomirlarga boyligi xisobiga – nafas yo'llarini tez beqilib qolishi, obstruksiya xolatini yuzaga kelishi va tezda respirator gipoksiyani yuzaga kelib rivolanib ketishi kuzatiladi.

12. Nafas muskullarining quvvatsizligi va nafas ekvivalentini kattaligi (2marta) xisobiga – gipoksiya tez rivojlanadi, dinamik va metabolik kompensatsiya imqoniyati tez tug'aydi. Natijada bemorning axvoli yanada og'irlashib gipoksiya va gipoksemiya bilan bog'liq barcha patogenetik jarayonlar jadallik bilan tezlashib ketadi, ba'zida bemorni o'limiga xam sabbab bo'lishi mumkin.

Demak, bugungi kunda shoshilinch pediatriya fani: - bolalarning morfo-funksional tuzilishini inobatga olgan xolda, terminal xolat va bolaning o'limini keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan barcha kasalliklarni, simptomlarni va sindromlarni ilmiy asosda o'rganib, samarali davolash dasturlarini yaratib va amaliyotga tatbiq etish yo'li bilan, bolalar o'limini kamaytirish, o'lim xavfini bartaraf qilish kabi, dolzarb muammolarni yechimini topishga yo'naltirilgan, o'z o'rniga ega bo'lgan fan sifatida

to'la shakllanib bo'ldi. Shoshilinch pediatriya mutaxassislari bizning Respublikamizda tashqil qilingan yagona, davlat «tez tibbiy yordam» tizimining barcha soxalarida samarali mexnat qilib, bolalar o'limini kamaytirishga o'z xissalarini qo'shmoqda.

**BOLALARDAGI RESPIRATOR ShOSHILINCh HOLATLAR:  
YuQORI NAFAS YO'LLARI VA BRONXIAL OBSTRUKSIYASI,  
PLEVRA IChI TARANGLASHISH SINDROMI**

Yuqori nafas yo'llari va bronxial obstruksiyasi- bu o'tkir nafas yetishmovchiligini bir turi bo'lib, yuqori nafas yo'llari va bronx devorlarini spazmi, shilliq pardalarning shishi gipersekresiyasiga aytiladi.

Yuqori nafas yo'llari obstruksiyasi kelib chiqishiga qarab ikki guruxga bo'linadi:  
1) Yutqun va xiqildoqdagi patologik protsess xisobiga (birlamchi obstruktiv O'NE),  
2) Bo'yin soxasi limfa bezlari va teri osti (shilliq osti) klechatkasini jaroxatlanishi xisobiga rivojlanadi.

1. Birinchi guruxga quyidagilar kiradi:

a) laringospazm- raxit, spazmofiliya asosida o'tkir boshlanadi, «xo'roz qichqirig'i» simptomi, nerv-muskul qo'zg'aluvchanligi (Trusso, «akusherka qo'li»).

b) xiqqildokni allergik shishi- o'tkir boshlanadi, anamnezida allergiya, xurujni qaytalanishi, ko'pincha ertalabgi vaqtda.

v) nafas yo'lidagi yot jism- qo'qqisdan, sog'lom vaqtdan boshlanishi

g) epiglottit- sekin boshlanadi tana xarorati 40 gr.S, kuchli bakterial intoksikatsiya bilan, xiqqildoq qopqog'ini shishi, kattalashishi, disfagiya. ovoz o'zgarmaydi.

d) stenozli laringotraxeit- o'tkir yoki sekin boshlanadi, boshlanish belgilari bilan, URVI, ovozni bo'g'ilishi, akqillab yo'talish.

e) difteryadagi chin krup- ko'pincha o'tkir boshlanadi, stenoz, afoniya, bodomcha bezlarni shishi, badbo'y xidli, qattiq, kir-kulrang parda xosil qiladi, jag' osti limfa tug'unlarini kattalashishi, bo'yin soxasini shishi, intoksikatsiya.

2. Ikkinchi guruxga quyidagilar kiradi: yutqun orqa devori va partonzillyar absessi, Lyudvig anginasi, mononukleoz.

YuNY stenozini baxolashda quyidagi belgilar xisobga olinadi: tinch davr va bezovtalangandi nafasni kuchayib ishlashi belgilari (inspirator xansirash, nafasda yordamchi muskullar ishtiroki, ko'krak qafasini tutib turuvchi joylarini cho'kib qolishi, nafas paradoksi) va gipoksiya (sianoz, taxikadiya, rangni oqarishi qon bosimini ortishi yoki pasayishi, qo'zg'alish yoki tormozlanish).

### **O'tkir stenozli laringotraxeit.**

O'tkir stenozli laringotraxeitni 3ta klinik morfologik turi mavjud:

1. Shishli,
2. infiltrativ,
3. obturatsion.

1. Shishli turi kelib chiqishi infeksiyon-allergik xarakterda bo'ladi. URVI-ni o'tkir davrida kuzatilib, intoksikatsiya belgilari, bog'lam osti bo'shliqni stenozini tez boshlanib, tez o'tishi bilan xarakterlanadi. Stenoz 2 darajada kamdan-kam xolatlarda 3 darajada bo'ladi.

2. Infiltrativ turini kelib chiqishida virusli-bakterial omil muxum rol o'ynaydi. U'RVIning 2-3 kunlari stenoz belgilari paydo bo'ladi, sekin boshlanadi oxir oqibat bemor axvoli og'irlashib ketadi. Intoksikatsiya o'rtacha darajada. Davolashda ingalyatsiya va antibiotiklarni qo'llash muxum ahamiyatga ega.

3. Obstruksion turi pastga tushuvchi bakterial infeksiya xisobiga rivojlanadi, traxea va bronxni fibrinoz yallig'lanadi. Protsessni aktivligini ortishi xisobiga pastki obstruksiya boshlanishi mumkin.

### **Bolalarda o'tkir bronxoobstruktiv sindrom.**

Bolalarda bronxoobstruktiv sindrom bu o'tkir ekspirator xansirash bilan boshlanuvchi o'tkir nafas yetishmovchiligidir. O'tkir bronxoobstruktiv sindromi quyidagi klinik formalari tafovut qilinadi:

1. Infeksiyon obstruktiv bronxit

2. Bronxiolit
3. Yot jismlar natijasida kelib chiqadigan bronxoobstruktiv sindrom

### **BRONXIAL ASTMA**

**Klinika.** Bronxoobstruktiv sindromda xurujsimon quruq yo‘tal yoki ozroq balg‘am ajralishi, yordamchi muskullar ishtirokida ekspirator tarzda entikish (yoki aralash) ko‘krak qafasi emfizematoz xolatda va qovurg‘alar aro muskullar kengaygan, tuqillatganda qutichasimon tovush, auskultatsiyada dag‘al nafas asosida nafas chiqarilganda xushtaqsimon quruq xirillashlar. BOS og‘irligi nafas yetishmovchilik darajalariga qarab baxolanadi.

BOS klinik simptomlari virusli infeksiyalar (adenovirus, paragripp) yana mikoplazma va xlamidiya infeksiyalar natijasida rivojlanadi.

Obstruktiv bronxit tana xaroratini ko‘tarilishi, intoksikatsiya va kataral ko‘rinish bilan boshlanadi. BOS kasallikni 3-5 kunlari boshlanadi.

<b>Klinik ko‘rinishi</b>	<b>NE I- darajasi</b>	<b>NE II- darajasi</b>	<b>NE III- darajasi</b>
Xushi	Saqlangan yoki ko‘zg‘algan	Qo‘zg‘algan	Yo‘qolgan, sopor
Fizik faollik	Saqlangan	Chegaralangan	Tezda pasaygan, qulay xolat
Nafas urishi	Normal yoki normadan 30% pasaygan	Kuchli ekspirator entikish normadan 30-50%	Aralash tabiatli entikish yaqqol kurinadi normadan 50% dan ko‘p yoki bradipnoe

Yordamchi muskullarning nafas olishdagi ishtiroki	Yaqqol bilinmagan	Yaqqol	O'ta yaqqol
Teri qoplamasi	Oqish, fizik yuklamada og'iz-burun uchburchagi ko'kimtir	Oqish, fizik yuklamada og'iz-burun uchburchagi, ko'z atroflari ko'kimtir	Kulrang marmarsimon, tarqoq ko'kimtir
Puls urishi	Norma yoki yuqori	Yuqori	Yaqqol ko'tarilgan yoki bradikardiya
Qondagi gazning ko'rsatkichlari	RA O <sub>2</sub> -80-71 mm.s.u. normokapniya Rn-7,39-7,36	Rn-7,35 RA O <sub>2</sub> -70,11 mm.s.u. SO <sub>2</sub> - 31-40 mm.s.u	RA O <sub>2</sub> -60 mm.s.u. RA SO <sub>2</sub> -41-50 mm.s.u. Rn-7,2 gacha

**O'tkir bronxiolit** - bu terminal bronx va bronxiolalarning yallig'lanib shishi bilan kechuvchi kasallik bo'lib, virusli etiologiyaga xos. Asosan 6 oygacha bo'lgan bolalar ogriydi. Klinik ko'rinishi nafas yetishmovchiligini II-III darajalar ko'rinishida.

Bronxiolitning bronxoobstruktiv sindrom axamiyati: o'pkani auskultativ eshtib ko'rilganda mayda pufakchali nam xirillashlar o'pkani xamma yerida subkripitatsiyali xirillash eshitiladi, emfizemani yaqqol ko'rinishini bildiradi. Kiyosiy tashxislash ikki tomonlama pnevmoniya bilan qilinadi. Rentgenologik tekshiruvda o'pka kengaygan, o'pka rasmlari kuchaygan. Qovurg'alar orasi kengaygan.

Shoshilinch yordam.

O'tkir obstruktiv bronxit va bronxiolit bolalarda qilinadi: 1.Bronxolitik bilan ingalyatsiya qilinadi (berodual, atrovent, berotek-N, salbutamol)

– 1-2 ingalyatsion doza iloji boricha sprej yoki aerochambar bilan, 3-4 maxal kuniga.

– bronx devorlariga nebulayzer yordamida dorilarni yetkazish foydali.

2. Agar ingalyatsion terapiya foyda bermasa eufillin 2,4% -4 mg/kg (0,15 ml/kg) vena ichiga oqizib sekin yoki 0,9% natriy xlor eritmasiga qo‘shib 3 maxal sutkasiga jo‘natiladi.

– bronxiolitlarda parenteral (m/o, v/i) lazolvan 1,2-1,6 mg/kg /sut

– o‘tkir nafas yetishmovchiligida II-III darajalari:

1. oksigenoterapiya namlangan kislorod maskada yoki burun kateteri orqali;

2. prednizalon kuniga 1-2 mg/kg (bronxiolitlarda 5-10 mg/kg)

Bolalardagi respirator shoshilinch xolatlar: yuqori nafas yo‘llari- bronxial obstruksiya, plevra ichi taranglashuv sindromi, ShTYo, transportirovka qilish.

### **Plevrani taranglashish sindromi.**

Bu xolat plevra bo‘shlig‘ida bosim ortganda kuzatiladi. O‘pka kollapsida , ko‘ks oralig‘ini qarama- qarshi tomonga siljishi. Plevrani taranglashishi ikkiga bo‘linadi.

1. O‘pka ichi

2. O‘pkadan tashqari

O‘pka ichi turi kuzatiladi o‘tkir emfizemada , o‘tkir kista tiqilishlarida va boshqa xolatlarda kuzatiladi. O‘pkadan tashqari taranglashishlar distruktiv pnevmaniya asorati sifatida namoyon bo‘ladi va xar-xil formalarda uchraydi . Masalan: yiringli plevrit, pnevmotoraks, piotoraks va boshqalar .

**Klinik kechishi :** U o‘tkir boshlanadi. Bir necha soatda rivojlanadi qisqa va o‘tkir yo‘talli xurujdan so‘ng bemorning axvoli og‘irlashadi . Ba’zi xollarda apnoe bo‘ladi . Bola bezovta va injiq bo‘lib qoladi va xansirash sianoz xolatlari kuchayadi. Nafas olish aktida zararlangan tamon orqada qoladi . Jaroxatlangan tamonda xujayralar shishishi kuzatiladi. Perkussiya koks oralig‘i sog‘lom tamonga siljigan bo‘ladi .Jaroxatlangan tamonda timpanik (bo‘g‘iq ) tovush eshitiladi .Chunki bu yerda

patologik suyuqlik to'planganini bildiradi. Zararlangan tamonda ausqo'ltatsiyada nafas tovushi susaygan . Eshitilganda Fushtaqsimon shum eshitiladi. Plevra pulmanal shok , A /B pasaygan nafas olish bo'zilgan paradaksal tipda . 10-20 minutdan so'ng bemor subkompensatsiya bosqichiga o'tadi. sianoz va xansirash kamayib , gemodinamik ko'rsatkichlar yaxshilanadi.

Plevra ichi taranglashish sindromi o'tkir ost kechishi pleurit uchun piotoraks yoki chegaralangan piopnevmotoraks uchun xosdir .

O'tkir osti turi sekin bir necha soat va kunlar mobaynida rivojlanadi. Rengenda o'pka to'qimasi va koks oralig'i sog'lom tamonga siljigani ko'rinadi . Tezlik bilan xirurgiya bo'limiga gospitalizatsiya qilinadi . Bolalarga tezlik bilan yordam ko'rsatilishi shart. Tezlik bilan plevral punksiya o'tkazish kerak va tarakatsintez va plevrani drenaj qilinadi .

**O'tkir stenozlanuvchi laingotraxeit** –(soxta krup) xiqildok va traxeya shilliq qavatlarni yalliglanishi bo'lib, bunda stenoz xiqildok o'tkazuvchi yo'lini shishi va mo'shaklarini reflektor qisqarishi xisobiga kelib chiqadi.

Ko'proq 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda rivojlanadi.

#### **Asosiy sabablari;**

1) O'tkir respirator virusli kasalliklar (paragripp, gripp, adenovirusli infeksiya, rinosintitsial infeksiya).

2) Bakterial infeksiyalar (streptokokli, stafilokokkli).

3) Tez rivojlanuvchi allergik reaksiyalar (Kvinke shishi, anafalaktik shok).

Stenozni 4 ta og'irlik darajasi ajratiladya:

1) Kompensatsiya

2) Subkompensatsiya

3) Dekompensatsiya

4) Asfiksiya

Дифференциал диагностика; - chin krup- difteriya etiologiyali, xiqildokni allergik shishi, xalxumlarni absessi, epiglotit, xiqildokdagi yot jism, obstruktiv bronxit va spazmofiliyadagi laringospazm bilan o'tkaziladi.

**Shoshilinch yordam:** 1) Bemor yotgan xolatda bo‘lishi va toza xavo bilan taminlanishi kerak. Odatdagi ilik ovtklar beriladi.

**1) Muolajalar:** Xantal kogos, qo‘l oyoklarga assik vanna, ko‘krak qafasi va bo‘yin soxasiga spirtli kompress qilinadi.

**3) I darajali stenozda:** Burun yo‘liga qon-tomirni toraytiruvchilardan (0,05% li naftizin yoki galazolin eritmasi) tomiziladi.

Ultratovush ingalyatsiya 0,025% li naftizin eritmasi (1:10) 2-3 maxal o‘tkaziladi.

**4) Usib boruvchi stenozda (I–II daraja, II–III daraja):**

- Oksigenoterapiya;
- Ultratovushli ingalyatsiya I–II darajada 3-maxal. Shishli fomasida kortikostreoidli ingalyatsiya o‘tkaziladi.

- Prednizolon 2-3 mg/kg sutkasiga dozada ichishga

- Yaqqol namoyon bo‘lgan notinchlikda -0,5 % li seduksen eritmasi 0,05 ml/kg m/o qilinadi.

**5) Stenozni III-IV darajasida:**

- Kislorodli xona sharoitida oksigenoterapiya
- Prednizolon 5-7 mg/kg dozada m/o ga yoki v/i ga
  - Laringoskopiya va traxeya intubatsiyasi uchun reanimatsion brigada.chaqiriladi.

- Chora-tadbirlar natijasiz bo‘lganda IVLga o‘tkaziladi.

Stenozlovchi laringtraxeit bilan og‘riqan bolalar shoshilinch yordam ko‘rsatilgandan so‘ng albatta I-II daraja stenozda- yukumli kasalliklar bo‘limiga, III-IV daraja stenozda reanimatsion bo‘limlarga gospitalizatsiya qilinadi.

### **Bronxoobstruktiv sindrom.**

Bronxoobstruksiya sindromi- o‘tkir nafas yetishmovchiligining shakllaridan biri bo‘lib (bronxial daraxtning) bronxospazm, shilliq qavatning shishi va gipersekresiya natijasida bronxial daraxtning osbtruksiyasi yuzaga kelishi xisobiga rivojlanadi.

**Shoshilinch yordam:**

Yosh bolalarda o'tkir obstruktiv bronxit va bronxiolitlarda:

1. Bronxolitiklar bilan ingalyatsiya qilish (berodual, atrovent, berotekN, salbo'tamol (vatamin)):

- Nebulayzer yordamida preparatlarni bronxial daraxtga yetkazilishi yaxshirok ta'minlanadi.

Nebulayzer terapiyada bronxolitik kompressor bilan jixozlangan maxsus uskuna yordamida tarkaladi (sepiladi) va bosim ostida, shilimshik probkalardan o'tib bronxlarga yetkaziladi.

Bu usulning qo'lay taraflari: Bronxolitik bronxlarga yaxshirok yetkaziladi, bronxlarning shilliq qavatlari bilan qontakt yanada maksimal bo'ladi. Dorining effekti tezrok yuzaga keladi va uzoqrok vakt saklanadi. Dorining yuborilishi nafas olishni bir vaktida bo'lishi talab etilmaydi.

2. Ingalyatsion bronxiolitik mavjud bulmaganda 2,4% li eufillin yuboriladi. 1 martali dozasya 4 mg/kg (0,15 ml/kg). Vena ichiga sekin okizib 0,9%li NaSl eritmasida eritib tomchilab. Bir sutkada 3 martagacha.

3. Bronxial daraxtning drenaj funksiyasini yaxshilash uchun nebulayzer orqali lazolvan ingalyatsiya qilinadi yoki ichishga lazolvan, bromgeksin, mukodin kattalar dozasyda beriladi.

4. Nafas yetishmovchiligi darajasida:

- Nam O<sub>2</sub> bilan maska yoki burun kateteri orqali oksigenoterapiya o'tkaziladi.

- Prednizolon 1-2 mg/kg sutka dozada.

- Aylanib yuruvchi qon xajmini tuldirish maqsadida info'zion terpiya.

5. Nafas yetishmovchiligini III darajasi simptomlri ko'zatilganda IVLga o'tkaziladi.

6. Etiotrop davovo- virusga qarshi (interferon, viferon, ribovirin va b.) va antibakterial davovo o'tkaziladi.

Bemorlar nafas yetishmovchiligi I-II darajasida o'tkir respirator infeksiya bo'limiga, III darajada reanimatsion bo'limga gospitalizatsiya qilinadi.

Plevra ichi tortilishi sindromi - patologix xolat bo'lib - plevra bo'shligida bosimning oishb borishi, o'pka kollapsi, ko'ks oralig'i organlarini shikastlangan tomonga qarama-qarshi siljishi.

Asosiy patologik jarayonning xususiyatiga qarab o'pka ichi va o'pkadan tashqari tortilishi farqlanadn. O'pka ichi tortilishi o'tkir lobar emfizema, kistalarni yoki stafilokokli bullalarni keskin kengayshi, o'pka o'smalari natijasida kelib chiqadi.

O'pkadan tashqari tortilishi ko'proq destruktiv pnevmoniyaning asorati bo'lib rivojlanadi va ekssudativ, yiringli plevritlar, pnevmotoraks, piopnevmtoraks, pitoraks ko'rinishlariga ega.

### **Shoshilinch yordam:**

Zudlik bilan xirurgik bo'limga gospitalizatsiya qilinadi. Transportirovka doimiy nam kislorodga ulangan xolda o'tkaziladi. Bunda kechiqtirib bo'lmaydigan shoshilinch yordam plevra punksiyasi xisoblanadi.

Plevral punksiya texnikasi.

Plevral punksiya bolaning vertikal xolatida o'tkaziladi. Terini antiseptik bilan obrabotka qilingandan keyin, agar bola xushida bo'lsa novokainli anesteziya o'tkaziladi, (1,0-2,0 ml 0,5% li novokain eritmasi). Keyin plevral punksiya uchun mo'ljallangan ignaga 10 ml li шприцни biriktirib ko'krak devori yuqori qovurg'aning pastki qismidan tyoshiladi. Xavoni tortib olish uchun punksiya 3-4 qovurg'a orasidan oldingi va o'rta qo'ltik osti chizigi bo'ylab, suyuqlikni tortib olish uchun esa 6-7 qovurg'a orasida o'rta yoki orqangi qo'ltik osti chizigi bo'ylab o'tkaziladi.

Yuqoridagi kasallik bo'yicha bemorlar II qontingent asosida transportirovka qilinadi. Dori vositalori t/o, m/o va v/i ga yuboriladi. Umumiy somatik va reanimatsiya bo'limlariga gospitalizatsiya qilinadi.

## **ALLERGIK ShOSHILINCh HOLATLAR: O‘TKIR ALLERGIK REAKSIYALAR, ANAFLAKSIYA, KVINKE ShISHI, ETIOPATOGENEZI, KLINIKASI, ShTYo.**

Allergik shoshilinch xolatlar organizmga allergenlarni tushganidan 6 – 12 soatdan so‘ng boshlanadi. O‘tkir allergik kasalliklarga ANAFILAKTIK shok, Kivinke shishi, zardob kasalligi, krapivnitsa, Layella va Stivens- Djonson sindromlari kiradi.

### **Anafilaktik shok.**

Anafilaktik shok tez yuzaga keluvchi allergik реакция bo‘lib organizmga antigenlarni qayta tushishida yuz beradi. Anafilaktik shok tez rivojlanib boruvchi umumiy ko‘rinishdagi, A/B ni, tana xaroratini hamda qonni ivishini pasayishi, MNS faoliyatini buzilishi, tomirlar o‘tkazuvchanligini ortishi, organlar silliq muskullarini spazimini yuzaga kelishi bilan xarakterlanadi.

«Anafilакция» degan so‘z Yunon tilidan olingan bo‘lib yana- qayta, phylaxis – ximoya degan manoni bildiradi va P.Portier df C. Richet tamonidan 1902 yil kiritilgan. 1905 yili sho‘nga o‘xshash реакцияni rus olimi Saxarov G.P. ot zardobini dengiz cho‘chqachasiga qayta kiritganda ko‘rilgan. Bu реакцияlar odamlarda ham kuzatilgan va anafilaktik shok deb yuritila boshlagan.

### **Etiopatogenezi.**

Anafilaktik shok organizmga dorilarni va profilaktika maqsadida yuborilardigan dorilar, kam xollarda oziq-ovqat allergiyalari kuzatiladi. Barcha dorilar va profilaktik dori-darmonlar organizmni sensibilizatsiya qilishi va keng qo‘lamda реакция chaqirishi mumkin. Ayrim dorilar реакцияlarni ko‘p chaqirishi ayrimlari kam chaqirishi mumkin. Ko‘p dorilar gaptenlar xisoblanib organizmga tushishi bilan oqsil bilan birikib antigenlik xususiyatiga ega bo‘lib qoladi. To‘laqonli antigen bo‘lish uchun geterologik va gomologik oqsil yoki polipeptid preparati bo‘lishi kerak. Antitoksik zardoblar va allogen gamma-globulinlar, polipeptid gormonlar (AKTG, insulin va b.) shok реакцияsini keltirib chiqaradi. Juda ko‘p xollarda allergik реакцияlarni antibiotiklar (penitsillin) keltirib chiqaradi. Allergik реакцияlardan o‘lim

xolati 7,5 mln.dan 1 ni tashqil qiladi. Bundan tashqari rentgenokonstrast moddalar, relaksantlar, anestetiklar, vitaminlar va juda ko‘p xil dorilar allergik реакция chaqiradi.

Anafilaktik shokni parda qanotli xashoratlarni chaqishi xisobiga ham kelib chiqadi (insektli).

Anafilaktik shokni kelib chiqishida antigenni organizmga tushgan yo‘liga bog‘liqdir: masalan parentral yo‘l bilan tushganda allergik реакция 1 soat davomida boshlansa, rektal va peroral yo‘l bilan antigen tushsa 1-3 soat-dan keyin boshlanadi. Anafilaktik shok yosh katta bo‘lgan sari uchrashi ko‘payib boradi.

Anafilaktik shok patogenezi asosida reagin mexanizmi yotadi. Mediatrlarni ajralib chiqishi tomirlar tonusini pasaytiradi va natijada kollaps rivojlanadi. Микроциркуlyatsiyada tomirlar o‘tkazuvchanligi ortib ketadi, bu esa qonni suyuq qismini to‘qimalarga o‘tib ketishiga va qonni ko‘yiqlashishiga sabab bo‘ladi. Ko‘p dorilar ta’sirida ( yod to‘tuvchi qontrast moddalar, miorelaksantlar, qoni o‘rnini bosuvchi preparatlar, gamma-globulin va bosh.) yolg‘on allergik реакция keltirib chiqaradi. Bu preparatlar labrotsitlar va bazofillardan gistamin va boshqa mediatrlarni ajratib chiqaradi yoki muqobil yo‘l bilan komplementga ta’sir etib aktiv fragmentlarini xosil qiladi, bulardan ayrimlari semiz xujayralardan (labrotsitlar) mediatorlar ajralib chiqishini stimulyatsiya qiladi. Bu mexanizmlar bir vaqtni o‘zida ta’sir etishi mumkin. Oqsil preparatlariga molekulalari agregatsiyasi ro‘y beradi, agregatsiyalangan komplekslar immunokompleksli jaroxatlanishlarni keltirib chiqarishi mumkin. Bu xolatnt anafilaktidli revksiya deb yuritiladi. Anafilaktidli реакцияni anfilaktik shokdan farqi shundaki, Anafilaktidli реакцияda bemor (bu bemorlar sistemala mastotsitozga moyildir) teri qoplamasida semiz xujayralar to‘planadi (pigmentli krapivnitsa).

### **Klinikasi.**

Anafilaktik shok klinik ko‘rinishi ichki organ va sistemalar jaroxatlanishi simptom va sindromlariga bog‘liqdir. Shok xolatini jadal rivojlanishi, shiddatli ko‘rinishda, og‘ir kechishi va asoratlarni namoyon bo‘lishi bilan xarakterlanadi. Allergen turi shokni og‘ir kechishi va klinikasiga ta’sir etmaydi.

Anafilaktik shokni klinik ko'rinishi xilma-xildir. Anafilaktik shokda allergen organizmga tushgandan so'ng qancha qisqa vaqtda ta'siri kelib chiqsa shunchalik og'ir kechadi. Allergen organizmga tushgandan so'ng 3-10 minutdan so'ng rivojlansa o'lim xolati protsenti yuqori bo'ladi. Anafilaktik shokni o'tkazilgandan so'ng refaktor davri boshlanadi. Bu davr 2-3 hafta davom etadi, allergiyani ko'rinishlari yo'qoladi yoki pasayadi. Keyinchalik organizm sensibilizatsiya darajasi ortib boradi va kechishi og'irlashadi. Anafilaktik shok prodromal davr kichiq simptomlardan boshlanishi mumkin bir necha minutdan bir soat ichida yuz beradi. Yashin tezligida kechuvchi anafilaktik shokda prodromal davr kuzatilmaydi, bemorda og'ir kollaps xolati rivojlanib xushini yo'qotadi, talvasa kelib chiqadi, ayrim xollarda bemorni o'limi bilan yakunlanadi. Anafilaktik shok yengilrok kechganda qizib ketishni sezish, teri qoplamasini qizarishi, qo'zg'alish yoki teskarisi lanj bo'lish, depressiya, xolovatsizlik, o'lim vaximasi, lukqillab bosh og'rishi, quloqni shang'illashi, ko'krak qafasini qisuvchi og'rig'i, teri qichishishi, urtikar toshma, Kvinke shishi, sklerani qizarishi, yosh oqishi, burunni berkilib qolishi, rinoreya, tomog'ni qichishishi, spastik quruq yo'tal va boshqalar. Prodromal davrdan so'ng anafilaktik shokni klinik simptom va sindromlari ko'riladi. Tarqoq teri qichishishi va krapivnitsa paydo bo'ladi. Bular reaksiyadan 30-40 minut o'tgandan so'ng yuzaga keladi. Ichki organlar silliq muskullari spazmi kelib chiqadi: bronxospazm (yo'tal, ekspirator xansirash), OIT muskullar spazmi (qorinda spastik og'riq, ko'ngil aynish, qayt qilish, diareya). Silliq muskullar spazmida patologik protsess xalqumda joylashgan bo'lsa asfiksiya, qizilungachda joylashsa disfagiya rivojlanadi. Sistemali allergik reaksiyalarda yurak nishon organ xisoblanadi. Bunda mediatorlar to'g'ridan to'g'ri mioqardga ta'sir etadi. Bemorlar yurak soxasida og'riq, taxikardiya, EKGda yurak ritim buzilishlari, yurak trofikasini diffuz buzilishlari aniqlanadi. Og'ir xolatlarda gipoksemiya, giperkapniya va atsidoz rivojlanadi. Anafilaktik shokda gemodinamik buzilishlar xar-xil darajada bo'lishi mumkin: A/B o'rtacha pasayishi, yarim obmork xolatidan uzoq vaqtgacha xushini yo'qotishi mumkin. Bunday bemorlarga quyidagilar xos: teri qoplamasini juda oqarishi yoki ko'karishi, bemorni yuzi qatib qolganga o'xshaydi, sovuq ter bosadi,

ayrim xollarda og‘zidan ko‘pik keladi. Tekshirilganda A/B juda past yoki aniqlanmaydi, puls tezlashgan, ipsimon, yurak tonlari bo‘g‘iqlashgan, ayrim xollarda eshitilmaydi, o‘pka arteriyasi ustida 2- oxang aksenti eshitiladi. O‘pkada quruq tarqoq xirillash eshitiladi. MNS ishemiya xisobiga va seroz pardasini shishi xisobiga tonik va klonik talvasa, parez va paralich kuzatiladi. Bu vaqtda ixtiyorsiz ich kelishi va siydik ajralishi mumkin. O‘z vaqtida va shoshilinch yordam ko‘rsatilmasa o‘lim xolati ko‘p bo‘ladi. Anafilaktik shok to‘lqinsimon kechadi, 2-3 marta qaytalanadi A/B pasayib ketadi. Anafilaktik shokni orqaga qaytishida kuchli qaltirash, tana xaroratini ko‘tarilishi, lanjlik, quvvatsizlik xansirash, yurak soxasida og‘riq paydo bo‘ladi.

Anafilaktik shokni boshidan o‘tkazgan bemorlarda asorat sifatida; allergik mioqardit, gepatit, Glomerulonefrit, nevritlar va NSni diffuz jaroxatlanishi, vestibulopatiya va boshqalar.

### **Davolash.**

Anafilaktik shokni davolash printsiplari quyidagicha:

1. Silliq muskullar spazmini yo‘qotish, asfiksiyaga qarshi kurash
2. Gemodinamik muvozanatni tiklash
3. Tomirlar o‘tkazuvchanligini kamaytirish
4. Asoratlarni yo‘qotish.

Birinchi navbatda organizmga to‘shayotgan allergenlarni to‘xtatish. In‘eksiya qilingan joyga aylantirib 0,1% li adrenalin eritmasi qilinadi. Shu yerga muz quyish mumkin. Bemorni shunday yotqizish kerakki, buni bemorni til ildizi orqaga ketib qolmasligi va qaytqi moddalardan aspiratsiya bo‘lmasligi kerak.

Anafilaktik shokni ta‘sirini pasaytirishda adrenalin, noradrenalin va mezaton yaxshi vosita xisoblanadi. Bularni t/o ga, m/oga yoki v/i ga yuboriladi. Kollapsni yo‘qotish maqsadida kordiamin yoki 10% kofein eritmasi buyuriladi. Agar bemor axvoli yaxshilanmasa 0,1% adrenalin 0,5-1,0 ml eritmasi 10-20 ml 40% glyukoza eritmasi bilan qo‘shib beriladi. Adrenalinni kichiq dozalarda berish samaradordir. Agar bu xam samara bermasa 5%li glyukoza eritmasiga 0,2%

noradrenalin yoki 1% li mezaton eritmasi, yana glyukokortikoidlardan birini (gidrokortizon gemisuksinat, prednizolon, deksazon, desametazon) qo‘shib yuboriladi. Antigistamin preparatlar gemodinamik ko‘rsatkichlar yaxshilangandan so‘ng buyuriladi, chunki bular gipotenziv ta’sirga egadir assosan pipolfen (diprazin).

Cho‘ziluvchan kechuvchi anafilaktik shokda kotikosteroid preparatlari buyuriladi. Bronxospazmni yo‘qotish uchun adrenalindan tashqari 2,4% li eufillin eritmasi qilinadi. Agar o‘tkazilgan kompleks davolash yordam bermasa xayotiy ko‘rsatmaga asosan traxeostomiya qilinadi. Talvasa sindromida droperidol qo‘llaniladi. Agar anafilaktik shok penitsillin yuborilgandan so‘ng kelib chiqqanda 1.0 g. penitsilinaza qilinadi. Bitsillin berilgandan so‘ng kelib chiqsa penitsillinaza 3 kun davomida qilinadi. O‘pka shishida strafantin K, yuboriladi, bemor yarim o‘tirgan xolatda, oyogiga jigut qo‘yiladi. Kuchli shish sindromida (o‘pka va bosh miya shishi) yuqori osmotik bosimli suyuqlik plazma quyiladi.

Anafilaktik shokni gemodinamik buzilishi xolatidagi bemorlarni issik o‘rash, isitkichlar quyish va kislorod berish kerak. Anafilaktik shok xolatidagi bemorlarni 1 haftaga statsionarda davolash kerak. Anafilaktik shokni prognozi o‘z vaqtida, intensiv va adekvat davolash va organizmni sensibilizatsiya darajasiga bog‘liq.

### **Kvinke shishi.**

Kvinke shishi (Nemes vrachi Kvinke 1842-1922, sinonimii angionevrotik shish, gigant krapivnitsa, Milton krapivnitsasi) – o‘tkir, qo‘qqisdan boshlanuvchi, chegaralangan teri, teri osti va shilliq qavatni shishidir. Allergik va psevdallergik (irsiy) turi tafovut qilinadi. Kivinke shishi ko‘pincha krapivnitsa bilan birga keladi, shuningdek bemorda boshqa allergik kasalliklar bronxial astma, pollinozlar kuzatiladi. Psevdallergik Kvinke shishini rivojlanishida komplement sistemasi aktivatsiyasini genetik buzilishi assosida kininlarga o‘xshash peptidlarni xosil bo‘lishi yotadi. Psevdallergik Kvinke shishini kelib chiqishida fizik, termik, ximik ta’sirlar muxim rol o‘ynaydi.

## **Klinikasi.**

Kvinke shishi o'tkir boshlanadi, spontan o'tuvchi, residivli lokal teri shishi, teri osti qatlami, shilliq qavatni shishi ko'rinishida boshlanadi. Ko'pincha yuz to'qimasini, tovon va kaftlarni shishi kuzatiladi. Shishgan teri qoplamasi oqargan, oq-pushti rangda, ko'p xollarda teri kichishishi yo'q bo'ladi. Joyli o'zgarish bir necha soat yoki kundan so'ng iz koldirmay yo'qoladi. Xayot uchun xavfli bo'lgan xiqqildoq shishidir va 20-25% bemorlarda qo'qqisdan beovtalik, rangini oqarishi yoki ko'karishi, nafas olishni qiyinlashishi, qon tupirish. Og'iz bo'shlig'i ko'zdan kechirilganda yumshok tanglayni, tilchani va bodomcha bezlarni shishi. Laringoskopiyada xiqqildoq qopqog'i va xiqqildoq shilliq qavatini shishi ko'riladi. Bu xolat 3-5 minutdan 20-30 minutgacha davom etadi. Ayrim xollarda shish yanada kuchayishi va tarqalishi xisobiga traxeya shilliq qavati xam shishadi, bemorni axvoli yanada og'irlashadi, asfiksiya xisobiga o'lim bilan yakunlanadi.

OIT shilliq qavati shishi xisobiga qorinda kuchli og'riq, qayt qilish, keyinchalik ich ketishi kuzatiladi.

## **Davolash.**

Quyidagi tamoillar asosida olib boriladi: allergik reaksiyani yo'qotish, shishni kamaytirish, organizmni BAMga sezuvchanligini kamaytirish. Xiqqildoq shishida ShTYoda tezdin 0,1% li adrenalini (0,3-0,5-0,8 ml) t/o ga yuboriladi, antigistamin preparatlari v/v, v/m, bir marta, gidrokortizon gemisuksinat (75-125 mg) yoki prednizolon (30-60 mg) beriladi. Bemorga kislorod beriladi. Siydik xaydovchi preparatlar, furosemid 1-2 ml, 15% li manitol eritmasi v/v tomchilab 1-1,5 g/kg yuboriladi. Vit. S, kalsiy preparatlari qo'llaniladi. Bemorni axvoli yaxshilanmasa tezdin traxeostomiya qilinadi. Psevdoallergik Kvinke shishida z-aminokapron kislotasi 2,5-5 g. ichgani yoki v/v., kontrikal v/v tomchilab, plazma quyiladi.

## **Krapivnitsa.**

Tez rivojlanuvchi allergik reaksiya bo'lib, teri va shilliq qavatlariga, teri soxasidan ko'tarilib turuvchi polimorf toshmalar toshishi bilan xarakterlanadi.

Bemorda teri qizarishi polimorf toshma, qichishish paydo bo'ladi. Shuningdek ko'ngil aynishi, xaroratni ko'tarilishi, taxikardiya, nafas olishni tezlashishi, qo'zg'aluvchanlik, artralgiya, kollaps umumiy belgilari kuzatiladi. Toshmalar oq pushti, qizil rangda bo'ladi. Toshmalar ko'pincha qorin, bel, ko'krakda, son soxasida bo'ladi. ShTYo ko'rsatish allergik reaktsiyaga qarshi olib boriladi.

### **Layella sindromi**

Layella sindromi infeksiyon kasalliklarda, dori darmonlarni qabul qilish, qon quyish yoki boshqa omillar ta'siri natijasida kelib chiqadi.

Kasallik o'tkir boshlanadi tana temperaturasi ko'tariladi, belda, bugimlarda, tomogda og'riq paydo bo'ladi. Tanada polimorf pufakchali tommalar paydo bo'ladi, Bemor tashqi ko'rinishidan kuygan odamga o'xshaydi.

Bemor xolati kasallikni 2- haftasidan yaxshi tamonga o'zgaradi. 3-4 haftada eroziya urnida pigmentatsiya qoladi.

**Davolash.** ShTYo ko'rsatish tamoillari quyidagilardan iborat: prednizalon 5-10 mg/kg., geparin 100-150 yed/kg kuniga 3-4 marta, trasilol yoki qontrikal 500 yed/kg 2 marta sutkada v/v, siydik xaydovchi preparatlar, yurak glikozidlari va simptomatik davolash choralari. Kasallik 50% xollarda o'lim bilan yakunlanadi.

### **ShOK. ETIOPATOGENEZI, TASNIFLANISHI, KLINIKASI,**

#### **ShOSHILINCh TIBBIY YoRDAM KO'RSATISH.**

Shok u yoki bu omillarni bemor organizmiga ta'sirida barcha sistemalar faoliyatini buzilishi natijasida o'tkir rivojlanuvchi va bola xati-ga xavf soluvchi xolatdir. Shok bo'lishi mumkin gipovolemik, kardiogen, septik, giperreaktiv (anafilaktik), obstruksion, travmatik, quyish va boshqalar.

Shokni barcha turlaridan katiy nazar umumiy belgisi bo'lib qon aylanishini og'ir buzilishidir va shuni xisobiga gemostaz buzilishi kelib chiqadi. Bolalarda kamdan kam xolatlarda kattalarga nisbatan kardiogen shok kuzatiladi.

Shok xolatini patofiziologiyasi 3 bosqichni o'taydi ;

1-bosqich- kompensator bosqich deb yuritiladi, barcha o'tkir qon aylanishini buzilishida organizm xaeti uchun muxim bo'lgan bosh miya va yurakka qoni yetkazib beradi. Bosh miya va yurakda qon aylanishini adekvat ushlab turish uchun periferik tomirlar spazmga uchraydi. Arteriovenoz shunti xosil bo'lib, venoz qaytish yuzaga keladi. Kompensator bosqichini qon aylanishini markazlashuvi xam diyiladi. Bu bosqich 2-3 soat davom etadi .Ayrim xollarda bu vakt qisqaradi.Bu davrda shok sababi aniklanmasa 2-bosqichga osonlik bilan o'tadi .

2-utish bosqichi bir-biriga bog'liq ikki jaraen bilan kechadi; Uzoq vakt periferik qon aylanishini pasayishi to'qimalar gipoksiyasiga olib keladi, metabolitalr va BAMni tuplanishiniga sabab bo'ladi, bu esa o'tkazuvchi tomirlar spazmini kamaytiradi va natijada venoz qaytish pasayib markaziy gemodanamika buziladi. Bu xolda A/B pasayishi kuzatiladi va shu sababli periferik qon aylanishi yanada buziladi.

3-bosqichda (detsentralizatsiya) to'qima gipoksiya xisobiga periferik tomirlar parezga uchraydi va tarqoq tomir ichki qon ivishi sodir bo'ladi.Qon to'qimaga o'tib ketadi va tarqoq tomir ichi qon ivishi sodir bo'ladi. Qon to'qimaga o'tib ketadi va mikroциркуляtsiya sistemasida tuplanadi .Markaziy organlar qon bilan ta'minlanishi bo'zilib ,arterial bosim keskin pasayadi.Tarqoq tromb xosil bulish xisobiga periferik qon aylanishi blokadasi yuzaga keladi va jaraenni chukurlashishiga olib keladi. Gemodinamikada total dekompensatsiya boshlanadi.

### **Jaroxat shoki.**

Jaroxat shokini kelib chiqishida ikki muxum omil bor;

Qon yo'qotish va og'riq.Asosiy omil qon yo'qotishdir.Qon yo'qotish xisobiga OSK taxchilligi va gipovolemiya rivojlanadi. Bolalardagi jaroxat shokida erektill va torpid fazalarning o'rtasida keskin chegara yo'q, chunki qo'zg'alish va tormozlanishdan ustun turishi va katta labilligi muxum axamiyatga ega. Kichiq yoshdagi bolalardagi jaroxat shokini o'ziga xos xususiyatlari shundan iboratki, og'ir jaroxat shoki olganligiga karamay A/B uzoq vakt meerida bo'ladi.

### **Klinikasi.**

Jaroxat shoklari suyaklarni sinishi, ichki organlarni jaroxati, yumshok to‘qimani titilishi, ezilish va oigr lat yeyish, kata qon kuyi-lishlarida ichki va tashqi qon ketishlarda, quyishda va mo‘zlab kolishda va shuningdek elektrotravmalarda va tashqi jaroxatlovchi tasirlar natija-sida kelib chiqadi.

Bemor ko‘zdan kechirilganda quyidagidlar anklanishi kerak;

1-Ko‘krak qafasi organlari jaroxatlanishi va nafas yetishmovchiligi bormi

2-Tashqi qon ketishi bormi?

3-Gemodinamik buzilishni kaysi darajasida ekanligi.

4-Jaroxat shokini kanday jaroxatlanish xisobiga kelib chiqqanligi.

### **Davolash va taktik choralar.**

Jaroxat shokini tashxislashda nima sababli nafas yetishmovchiligi kelib chiqqan.Ikkinchidan agar tashqi qon ketish bo‘lsa uni to‘xtatish .Undan so‘ng esa qon aylanishni buzilishi darajasini aniqlash va tegishli davolash chora tadbirlarini o‘tkazish.

#### **Qon aylanishini markazlashuvi;**

1-singan joyni novokain bilan blokada qilish.

2-jaroxatlangan qo‘l oekni immobilizatsiya qilish.

3-agar kalla suyagi yeki qorin bushligi organlari jaroxatlanishi taxmin qilinmasa narkotik analgetiklar beriladi(omnomon, promedol)

4-zakis azot va kislorodni 1:1 aralashmasida ingyatsion analgeziya qilish .

5-venapunksiya qilinadi, v/i ga Ringer eritmasi, shokka qarshi eritma qilinadi. Bu eritmalar yo‘q bo‘lsa poliglyukin, plazma, albumin va boshqalarni yuborish mumkin. tibbiy yerdam sharoitida 20%li glyukoza eritmasi insulin bilan, vit V6 va kokorbaksilaza 10-20 mg/kg qilinadi. Oksigemoterapiya o‘tkaziladi.Jarroxlik yeki travmatalogiya bo‘limiga yetkiziladi. Transportirovka qilish daraja xavfi -3.

#### **O‘tish bosqichi.**

1-immobilizatsiya qilish va og‘riqsizlantirish.

2-venapunksiya. Info‘zion terapiya. Agar bemorni ko‘krak qafasi jaroxatlangan bo‘lsa, 1 soat davomida Natriy bikorbanat quyish kerak.

3-bir marta gidrokortizon 10 mg/kg yuboriladi.

4-vit V guruxi buyuriladi.

5-ORIT ga yetkiziladi. Transportirovka qilish xavfi darajasi-3

### **Qon aylanishini detsentralizatsiya bosqichida.**

1-venapunksiya. Qonni urnini bosuvchi preparatlar 30-40 ml/min yuboriladi. Agar 15-30 min davomida musbat natija bermasa unda info‘ziya tezligini ikki barobarga ortiramiz. Info‘ziyani natriy gidroqarbanatni 4% li eritmasidan 5 ml/ kg va qonsentrlangan glyukoza insulin bilan, vitaminlar, KKB, keyinchalik Dofamin boshlangich yuborish tezligi 8-10 mkg/ kg.min.-1 ml/kg.ch. 0,4% li eritmasidan yuboriladi. Info‘ziya tezligi A/B ga qarab boshqariladi.

2-Adrezon, gidrokortizon 10 mg/kg erta yuboriladi.

3-Immobilizatsiya.

4-Siydik pufagini kateterizatsiya qilish.

5-Transportirovka qilish daraja xavfi-4.

### **Kuyish shoki.**

Kuyish shoki gipovolemik, gipoplazmik shokka kiradi. Gipoplazmiya plazmorrhagiya xisobiga rivojlanib qonni suyuq qismi yo‘qotiladi. Bu xolat tomirlarni tarqoq jaroxatida, jaroxat yuzasida proteaza va BAMni ortiqcha xosil bo‘lishida yanada kuchayadi. Gipoplazmiya qonni quyiqlashishi, tomirlarga to‘qima tromboplastinni utishi bilan xamda tomir ichida qonni ivishi bilan kechadi. Kuyish shokida muxim omil xisoblanadi; og‘riq, impulsatsiyasini kuchayishi, giperkatexolemiya.

### **Klinikasi.**

**1-darajali quyish**- quyish yuzasi 8-10% dan ortik, periferik qon aylanish buzilishi yo‘q.

**2-darajali quyish**-quyish yuzasi 10% dan ortik,qon aylanishini markazlashuvi belgilari paydo bo‘ladi.

**3-darajali quyish**-utish davri belgilari paydo bo‘ladi .

**4-darajali quyish**-qon aylanishini detsentralizatsiya belgilari paydo bo‘ladi ,bu xolatda ko‘pincha quyish yuzasi 20% dan ortikni tashqil qiladi.

Quyish jaroxati классификацияси 17-Butun ittifok jarroxlar s‘ezdida kabul qilingan.

1-daraja-teri giperemiyasi,

2-daraja-epidermisni ulishi va pufakcha xosil bo‘lishi,

3-daraja-terini qisman yeki to‘la nekrozi,

4-daraja-nekroz kushni to‘qimalarni xam kamrab oladi.

### **Davolash.**

1) Kuygan joyni usti-boshidan ozod qilinadi.

2) Quyish yuzasini infeksiyalanishdan saqlash uchun, jaroxatga fursillin yeki 0,25% li novokain eritmasidan aseptik boglov qo‘yiladi.

3) Og‘riqsizlantirish.

1-darajali quyishda –analgin, dimedrol bilan qilinadi.

2-3-darajali quyishda - promedol (6 oylikdan kattaga) va dimedrol qilinadi.

3-4-darajasida transportirovka qilish davrida analgeziya uchun Zakis azot Kislород bilan birga 2:1 nisbatda beriladi. Iloji bo‘lsa kattalar 4mg/kg va seduksen qilinadi.

4) Info‘zion terapiya. Poliglyukin yeki reopoliglyukin 20ml/kg ga beriladi. Novokain glyukoza bilan 1:1berish maqsadga muvofik-dir.Shuningdek Soda eritmasi beriladi.

5) Prednizalon v/v 3mg/kg beriladi ( shokni 3-4-darajasida).

6) YuNYni o‘tkazuvchanligini taminlash.

7) Yetkizib davolanadi.Transportirovka qilish xavf darajasi 3-4.

## **DEGIDRATATSION ShOK.**

Suv va elektrolitlar yo‘qotish xisobiga kelib chiqadi, natijada plazma miqdori kamayadi, OSK pasayadi va periferik qon aylanishda noadekvatlik paydo bo‘ladi. Qon plazmasi bilan natriyni yo‘qotish ortikcha yoki teng miqdorda bo‘lishi shart bo‘lgan omildir (tuz taxchil yoki izatonik suvsizlanish), tuz taxchilligi yoki izatonik suvsizlanishni kelib chiqish sabablari;

Qayt qilish, ichak parezi, dispeptik buzilish, ichni suyuq ko‘p utishi-dir. Kasallik patogenezida muxim rol o‘ynaydi;

- 1) Metabolik asedoz.
- 2) Qon reologiyasini buzilishi.
- 3) Gipokalemiya.
- 4) Bosh miya shishi.

### **Klinikasi.**

Klinik belgilaridan nevrologik buzilishlarni kuchayib borishi, suvsizlanish va shok simptomlaridir. Ko‘p xollarda bemorni axvoli sekin-asta og‘irlashib boradi. Tinchligini yo‘qotadi, injik, ko‘zgalgan, ovkatdan bosh tortadi, uykusizlik xolati rivojlanadi.

Bu faza qisqa bo‘lib bemor tezdan soporoz xolatiga o‘tadi. Bunda bemor xolsiz o‘ta tormozlangan, adinamiya gipokinetik –gipotonik sindrom kuchayadi.

### **Davolash.**

Suvsizlanishni turidan katiy nazar statsionarga qadar davrda birinchi yerdam ko‘rsatish avvlom bor qon aylanish dekompensatsiyasi, nevrologik buzilishlarga qarshi olib boriladi, chunki bu xolatlarda o‘tkir nafas, yurak-qon tomir yetishmovchiligi shuningdek talvasa kelib chiqishi mumkin. Angidremik shokni kompensatsiya davrida statsionardan tashqarida davolash olib borish mumkin emas.

- 1) Venapunksiya.
- 2) Metabolik atsidoz va plazma osmolyarligini korreksiya qilish.

3) Reopolyuglikin yoki Jelatinol.10ml/kg yuborish, boshida 10 ml min. A/B tiklangandan so‘ng (8 kPa) 1 ml/ min tezlikda yuboriladi.

4) Agar bemorda talvasa sindromi bo‘lsa, transportirovka qilishdan avval v/v Seduksen yoki GOMK qilinadi. Reanimatsiya bo‘limiga yetkiziladi. Transportirovka qilish xavf darajasi-4. Yo‘lda info‘ziya va oksigenoterapiya davom ettiriladi.

### **INFEKSION –TOKSIK ShOK.**

Shok xolatini klinik kechishi 3 darajada bo‘ladi. Markaziy qon aylanishni xolatiga qarab; kompensatsiya, subkompensatsiya va dekompensatsiya darajalari mavjud.

Prodromal davri qisqa, sutka davomida bo‘ladi. ORVI yoki anginaga uxshab kechadi. Tez ko‘tarilib boruvchi temperatura bilan, ko‘pincha nevrologik buzilishlar kuzatiladi (xolsizlik, ovkatdan bosh tortish, rangini oqarishi). Bemor axvolini og‘irlashishi tomirlar kollapsiga to‘g‘ri keladi. A/B ko‘rsatkichi 8 kPa dan paslab ketadi. Puls progressiv xolda ortib boradi (180-240 ta minutiga). Gipertermiya gipotermiya bilan almashinadi. Nevrologik buzilish qon aylanish yetishmovchiligiga mos xolda chukurlashib boradi. Uykuchanlik va sopor xolati qon aylanishi dekompensatsiya davrida koma xolatiga o‘tib, ko‘pincha talvasa sindromi bilan kechadi. Arterial gipotenzivani birinchi soatlarida boshqa trombogemorragik sindromlar ko‘riladi; “kofe kuykasi” uxshab qayt qilish, makroEgematuriya va ineksiya qilingan joydan qon ketishlar, tananing ayrim qismlarida, burun uchida, va barmok uchlarida va qo‘l oekka nekrozni tarkalishi kuzatiladi.

### **Davolash prinsiplari.**

Davolash rejasiga ayrim vazifalarni bajarish kiritiladi.

Kotikosteroid gormonlar taxchilligini tuldirish, markaziy gemodinamikani tiklash, simptomatik davolash choralari, infeksiya va komaga qarshi kurash.

1.Kortikosteroidlarni buyurish, A/B 8kPa dan past bo‘lsa, gidrokortizon 10 mg/kg berildi.O‘tkazilgan muolaja natija bermasa 20-30 minutdan so‘ng qaytariladi.

2. Plazma, albumin, poliglyukin, glyukoza 10-20% 5ml/kg beriladi.
3. Noradrenalin yoki mezaton glyukoza bilan tomchilab beriladi.
4. A/B 1 soat davomida 8 kPa dan past bo'lsa IVLga o'tkaziladi.
5. Antibiotiklar
6. Transportirovka qilish xavf darajasi – 4.

### **ANAFILAKTIK SHOK.**

AF shok patogenezi asosida periferik qonda semiz xujayra va leykotsitlardan juda ko'pmiqdorda BAMni ajralib chiqishi va ularni antigenlar bilan qontaktga kirishishidir. Ajralib chiqqan BAM, aylanib yuruvchi immunokompleks kapellyar va xujayra membranasiga ta'sir etib o'tkazuvchanligini ortiradi va natijada OSK effektivligi pasayadi. Микроциркуляtsiya tomirlari parezi rivojlanadi, bronxoreya va bronx muskullari spazmgga uchraydi. Bu esa UNEni keltirib chiqaradi.

**Klinikasi.** AFSH shiddat bilan boshlanadi, qisqa prodramal davrdan so'ng diskomfort xolati rivojlanadi, nafas olishi kiyinlashadi, polimorf allergik toshmalar toshadi, UYUKTE klinik belgilari paydo bo'ladi; arterial gipotenziya, taxikardiya, ipsimon puls. Ko'pincha bronxoobstruktiv sindrom, talvasa, stenoqardiya, o'tkir qorin sindromi klinik ko'rinishida bo'ladi.

**Davolash.** Bemorni gorizantal xolatda yotkizilib, oyogi ko'tarib qo'yiladi. Antigen parentral yo'l bilan tushganda, tushgan joyga 0,5% novokain va 0,1% adrenalin eritmasi aylantirib yuboriladi. Og'riq sindromida narkotik analgetiklar (promedol, omnapon) qiligadi. Prednizolon 5mg/kg. V/i noradrenalin yoki dopamin 10 mg/kg. Antigistamin preparatlari, eufillin qilinadi. UNEgi 3-4 darajasida 10-20 minut davom etsa IVLga o'tkaziladi. Transportirovka qilish xavf darajasi – 3, 5.

**BOLALARDAGI KARDIOGEN ShOSHILINCh HOLATLAR:  
ARITMIYaLAR, YuRAKNING O'NG VA ChAP QORINChALAR  
YeTISHMOVChILIGI, KLINIKASI, ShTYo**

**Yurak ritmi va o'tkazuvchanlikning asosiy buzilishlari**

Yurak ritmi va o'tkazuvchanligining asosiy buzilishlari quyidagilardan iborat:

-supraventrikulyar buzilishlar; sinusli, bo'lmachalar titrashi va patirlashi, paroksizmal taxikardiya, ekstrasistoliya,

-qorinchalar bilan bog'liq bo'lgan buzilishlar; ekstrasistoliya, paroksizmal taxikardiya, qorinchalarning titrashi va fibrillyatsiyasi,

-o'tkazuvchanlikning buzilishi; sinoauritikulyar, atrioventrikulyar blokadalar (1,P,Sh darajali), oyoqlar blokadasi

Yurak aritmiyasi tashxisining bosqichlari

1.Aritmiyani aynan tenglashtirish quyidagicha o'tkaziladi; tomir urishini va yurak auskultatsiyasini tadqiq qilish, anamnez asosida; EKG asosida, jumladan jismoniy zo'riqishda; yurak ichini elektrofiziologik tadqiq qilish ma'lumotlari asosida; sutkalik EKG monitorlashtirish ma'lumotlari bo'yicha.

Klinik ma'lumotlar asosida aritmiya turini taxminiy aniqlash uchun buzilishlarning uch turini ajratish tavsiya qilinadi: ritmning yaqqol taxikardiya bilan, bradikardiya bilan va yurak qisqarishlari sonlarining jiddiy o'zgarishsiz buzilishi.

Sinusli taxikardiya asta-sekin boshlanishi va tug'ashi, zo'riqishga, xayajonlanishga, tananing holatiga bog'liqligi bilan ajralib turadi. Patologik holatlarda: infeksiyon kasalliklarda, intoksikatsiya, anemiya, tireotoksikozlarda va qon tomir yetishmovchiligida paydo bo'ladi. Puls tezlashadi (120-150 gacha uradi).

Xurujsimon taxikardiyalar to'satdan boshlanishi va tug'ashi, baland tonlar, yurak qisqarishlarining doimiy chastotasi bilan xarakterlanadi. Kelib chiqishiga qarab paroksizmal taxikardiyalar MNSlar funksiyasining buzilishi katta rol o'ynaydi. Patologik impulslarni manbalarini joylashishiga qarab qorinchali, atrioventrikulyar,

bo'lmachali va sinusli turlari tafovut qilinadi. Paroksizmal taxikardiyalar yurak qisqarishlar soni 200 va undan ortiq bo'lganda yurak yetishmovchiligiga olib keladi.

Supraventikulyar taxikardiyalar reflektor sinamalar ijobiy samara berganda, ko'proq yoshlarda, takroriy xurujlarda yuz beradi. Xurujsimon taxikardiyalar: yurak tonlari taqchilligi. Reflektor sinamalari samarasiz.

Ekstrasistoliya baland ton va navbatdagi kompensatorli uzilish bilan kechadigan vaqtdan erta qisqarish sifatida aniklanadi, ertaki ekstrasistoliyalarda tomir urishi taqchilligi bo'lishi mumkin. P darajali blokadalar: navbatdagi qisqarishning oddiy tushishi. Tebranish aritmiyasi: tonlarning notekis tovushi, tomir urishining to'lishi va taranglashishi, tomir urishi taqchilligi.

To'la atrioventrikulyar blokada: zo'riqqanda o'zgarmaydigan, barqaror, siyrak ritm, bo'yin venalarining tez-tez pulsatsiyasi, yurak bo'lmalari va "zambarak" tonlari, sistolik arterial gipertenziya bo'lishi mumkin. Sinusli bradikardiya: zo'riqqanda, tana holati o'zgarganda tezlashishi.

## 2. Gemodinamik xolati asosida ritm buzilishiga chidamlilikni baholash.

Mezonlar: sub'ektiv buzilishlar, arterial bosim, nafas olish chastotasi, sianoz, jigar kattalashuvi, o'pkada dimlanishli xirillash, serebral buzilishlar.

Turlari: buzilishlar yo'q, yurak faoliyatida o'tkir yetishmovchilik paydo bo'ladi, kollaps yoki shok. Tromboemboliyalar, miyada qon aylanishning keskin buzilishi xollari xam paydo bo'lishi mumkin.

Aritmiyalar sababini aniqlash:

-yurakning asosiy kasalligi va uning og'irligi darajasi: karditlar, yurak nuqsonlari, tireotoksikoz, neyrotsirkulyator distoniya,

-qo'shimcha ko'zg'atuvchi va ko'maklashuvchi omillar, gigienodietik tartibni buzilishi, noadekvat davolash, ruxiy jaroxatli vaziyatlar

-paroksizmal taxikardiya paydo bo'lish sharoitini, chastotasini, chidamliligini, to'xtatish usullarini aniqlash.

Davolashning umumiy qoidalari:

Aritmiyalarni davolash etiopatogenetik davolash usuli qoʻllaniladi. Kamdan-kam boʻladigan ekstrasistoliyalarda keskin boʻlmagan sinusli taxikardiyalarda, bradi yoki aritmiyalarda 1 darajali atrioventrikulyar blokadada, Gis tutami oyoqlarining blokadalarida aritmiyaga qarshi davolash talab qilinmaydi. Koʻrsatkichlari boʻyicha etiopatogenetik davolash sedativ vositalar bilan toʻldiriladi. Qolgan xollarda aritmiyaga qarshi rejali yoki shoshilinch yordam koʻrsatiladi.

Aritmiyani shoshilinch davolash: xurujsimon taxikardiyalarda, qorinchalar bilan bogʻliq taxikardiya va taxiaritmiyalarda, tez-tez, politopli va guruxli ekstrasistoliyalarda, toʻla Atrioventrikulyar blokadada tavsiya etiladi.

Aritmiyaga qarshi dori-darmonlar:

1. Sedativ vositalar

2. Adrenotropoli vositalar

1) beta-adrenobloqatorlar (inderal, trazikor v.b.)

2) beta adrenostimulyatorlar (izuprel v.b.)

3) alfa-beta-litiklar (kordaron)

3. Vagotropoli vositalar:

1) M-xolinolitiklar (atropin)

2) M-xolinostimulyatorlar (yurak glikozidlari, mezaton)

4. Elektrolitlar almashinuvini boshqaruvchilar:

1) kaliy preparatlari

2) unitiol, EDTA (Etilendiamintetrauksus kislotasi)

3) kalsiy antagonistlari (izoptin)

5. Xujayrali membranalarning stabilizatorlari:

1) 1-gurux (xinidin, novokainamid, etmozin, aymalin)

2) 2-gurux (lidokain, mikselitin, trimekain, difenin)

Taʼsir doirasi

Supraventriqoʻlyar aritmiyalar: 1,2,3.

Qorinchalar bilan bogʻliq aritmiyalar: 5 (2-gurux)

Taʼsir doirasi keng dorilar: 5 (1-gurux)

Digitalisli aritmiyalar: 4-1,2,difenin

Blokadalar: II-2, III-1, adrenalin, efedrin.

Qorincha bilan bog'liq ekstrasistoliyada –lidokain v/v tomchilab.

Qorincha bilan bog'lik xurujli taxikardiya: shunday+defibrilyatsiya.

Sinusli bradikardiya – atropin+elektrstimulyatsiyasi

Atrioventrikulyar blokadada to'la yoki 2:1- elektrstimulyatsiyasi

Sinusli taxikardiya –yurak glikozidlari +betabloqatorlar

Bo'lmalarning tebranishi titrashi – yurak glikozidlari, obzidan, izoptin, nolvokainamid, kordaron, elektr defibrillyatsiyasi.

Bo'limlar ekstrasistoliyasi- beta-bloqatorlar, izoptin, kordaron.

Beta-bloqatorlar, kordaron, xinidin, novokainamid to'la yoki to'la bo'lmagan a/v blokadada qo'llab bo'lmaydi, YuE va gipotenziv xolatlarda nisbiy qo'llab bo'lmaydi.

Lidokain, trimekain- O'tkazuvchilikni buzilishi, YuE, gipotenziyada.

Yurak glikozidlari. beta-stimulyatorlar, xolinolitiklar- gipertenziya, taxikardiya, glikozidlar bilan zaxarlanish, a/v blokada, idiopatik subaortal stenozlarda qo'llab bo'lmaydi.

### **O'tkir yurak yetishmovchiligi.**

Sabablari: jismoniy zo'riqish, yukumli kasalliklarda, intoksikatsiyada, pnevmoniyalarda, O'GN, eksudativ plevritda, VPS, endomiokarditlarda.

UYuEni 2 turi, o'ng va chap qorinchalar yetishmovchiligi tafovut qilinadi.

**Chap qorincha yetishmovchiligining** 2 klinik varianti bor; yurak astmasi va o'pka shishi.

**Yurak astmasi.** Bunda bemor o'tirgan xolatda, kuchli ko'zgalgan bo'ladi. Teri qoplamasi qo'lrang-ko'kish tusda. Nafas olishi yuzaki, tezlashgan. Yurak tonlari bo'g'iqlashgan, tezlashgan, ko'pincha galop ritm paydo bo'ladi. Yurak soxasida og'riq yuzaga keladi. Yurak chegaralari aytarli kengayadi. A/B pasayadi.

**O'pka shishi.** Bunda bemorda yo'tal, qon aralash ko'piksimon balg'am paydo bo'ladi. Teri qoplamasi va ko'zga ko'rinuvchi shilliq qavati ko'karadi, O'pkani auskultatsiya qilinganda juda ko'p nam xirrillash eshitiladi.

**O'ng qorinchalar yetishmovchiligida** xansirash, teri qoplamasi va ko'zga ko'rinuvchi shilliq qavati ko'karadi, oyoqlarida keyinchalik tanalarida shishlar paydo bo'ladi. Yurak tonlari bo'g'iqlashadi, yurak chegarasi kengayadi, puls tanqisligi yuzaga keladi, diurez kamayadi, siydikning solishtirma og'irligi ortadi, oqsil va urobin tutadi. Jigar tez kattalashadi, og'riq paydo bo'ladi.

### **Davolash**

**Yurak astmasida** to'la tinchlik yaratiladi, zakis azot kislorod bilan 1:1 nisbatda 10-12 minut davomida beriladi. Agar ushbu aralashma ijobiy ta'sir ko'rsatmasa pantopon yoki morfin qilinadi. A/B past bo'lsa morfin kordiamin bilan birga qilinishi kerak. Bemorda kollaps xolati bo'lsa morfin qilish mumkin emas. Taxikardiyada yurak glikozidlari buyuriladi (strafantin K, korglyukon). Yurak faoliyatini yaxshilash maqsadida 20-30 minutga jigut qo'yiladi. Qonni reologik xususiyatini kuchaytirish maqsadida 2,4%li eufillin eritmasidan 0,5-3,0 ml 20% li glyukoza eritmasi bilan birga beriladi. Buni 30-90 minutdan so'ng qaytarish mumkin. O'pka shishida penogasitel qo'llaniladi, shu maqsadda spirt orqali o'tkazilgan kislorod va SO bir kunda bir necha marta 20 minut davomida 10 miut oralig'ida beriladi. Bemor oyog'iga jigut qo'yiladi. Jigut 1-1,5 soatga qo'yiladi, xar 20 minutda 1-2 minutga bo'shatiladi. Oyog'iga issik gorchichnik bilan vanna qilinadi. Degidratatsion terapiya o'tkazish maqsadida 25%li magneziy sulfat eritmasi tomir ichiga beriladi. Bemordan 100-150 ml qon olib tashlanadi, keyinchalik plazma yoki 40%li glyukoza eritmasi yuboriladi. Tanadagi shishlarni yo'qotish maqsadida siydik xaydovchi preparatlar qo'llaniladi: saluretiklar, merkuzal, gipotiazid, laziks, aldokton, uregit va xokazo. Antigistamin preparatlarini qo'llash maqsadga muvofikdir: 1% dimedrol eritmasi, 2,5%li pipolfen eritmasi 1-2 ml beriladi, v/v 10% kalsiy xlor eritmasini 10-20 ml yuboriladi. Gangiloblokatorlar qo'llaniladi: geksoniy 0,5 ml, pentamin 0,05-0,2 ml tomir ichiga yuboriladi.

**O'pka shishida** dehidratatsion terapiya o'tkazish maqsadida manitolni 15%li eritmasi 1,0 /kg ga quruq moddasi olinadi. Oyoqqa jigut quyish mumkin emas.

**PERIFERIK QON-TOMIR YETISHMOVCHILIGIDAGI SHOSHILINCH  
XOLATLAR: SABABLARI, SINFLANISHI (OBMOROK, KOLLAPS, SHOK),  
KLINIKASI VA SHOSHILINCH TIBBIY YORDAM.**

**Xushdan ketish** – o'tkir qon tomir yetishmovchiligi ko'p uchraydigan yengil o'tuvchi turi bo'lib, yengil o'tuvchi, bunda xushni to'la yo'qolishi to'satdan boshlanishi bilan xarakterlanadi. Nafas va qon aylanish faoliyati susayadi

Bu xolatni kelib chiqishida bosh miyada qon aylanishni buzilishini yotadi.

Sabablari quydagilar: charchash, bir joyda qimirlamay uzoq muddat turish, dam va yomon yelvizak bo'ladigan xonada bo'lish, chuqur tushkunlikka tushish, yurak kasalliklari: miokarditlar, aorta klapani nuqsonlari, mitral stenoz, ayrim xollarda o'tkir infeksiyon kasalliklarni avjiga chiqqan davrida, ichki organlardan qon ketganda xamda tibbiy muolajalarda.

**Klinikasi** – Bolani to'satdan ko'ngli ayniydi, quloklarida shang'illash paydo bo'ladi, bosh aylanadi, teri va lablari oqaradi, bemor xushini yo'qotadi. Ko'z qorachig'i kengayadi, yoki torayib yorig'likka реакция bo'lmaydi. Nafas sekinlashadi va yuzakilashadi. Puls sekinlashadi 40 – 50 martda 1 minutda, ipsimon, zo'rg'a seziladi. Yurak tonlari bo'g'iqlashadi. A/B pasayadi, sovuq ter bosadi. Bu xolat bir necha minut davom etadi. So'ng teri va lablari qizara boshlaydi. Puls, nafas, yurak faoliyati mo'tadillashadi. Bemor xushiga keladi.

**Davolash.** Birinchi navbatda bemorni siqib turuvchi ust – boshdan ozod qilinadi, xona shamollatiladi. Bemorni boshi tanasidan past turishi kerak. Bemorga sovuq suv sepiladi, nashatir spirt yoki uksus xidlatiladi. Tanasi qattiq artilib keyin isitgich qo'yiladi.

Yurak qon tomir tizimini ko'zgatish maqsadida kofein qilinadi. Shu bilan birgalikda kamfora qilinadi. Yuqoridagi muolajalar yordam bermasa IVLga ulanadi.

Obmorok xolati qaytalansa yotqizib davolash kerak.

Shoshilinch xolatlarda mezaton 1% 5 yoshgacha bo'lgan bolalarda 0,025-0,1 ml, 6 – 10 yosh –0,2 ml, 11 –14 yoshlarga – 0,3-0,5 ml yuboriladi.

Kofein 0,025 – 0,1 ml. v/v, teri ostiga 0,25 – 1ml. 10% eritmasidan foydalanadi. Kardiamin – 25% li eritmasidan 0,1 – 1ml.

Gipotoniya va bradikardiya ko'rinishida bemorga teri ostiga atropin 1% - 0,1 – 1ml. yuboriladi.

### **Kollaps**

**Kollaps** - o'tkir qon tomir yetishmovchiligi bo'lib A/B pasayib ichki organlarni qon bilan ta'minlanishi buziladi, jumladan bosh miya va yurakda.

Bu xolat xamma kasalliklar intoksikatsiya bilan kechganda bo'ladi.

Infeksiya va intoksikatsiyalarda tomirlarni o'tkir yetishmovchiligi tufayli qon aylanishi buzilishi **kollaps** deb ataladi.

Jaroxatlanish, travma, kuyish, perfarativ peritonitda bo'ladigan xolat **shok** deyiladi. Kollapsda A/B o'zgarishiga qarab uch turi tafovut qilinadi: a) simpatotoni k kollaps – bunda A/B ni sistolik bosimi ortishi yoki normada bo'ladi, puls bosim kichrayadi. b) vagatonik kollaps parasimpatik NS faoliyati ortadi, ikkala bosim xam pasayadi. v) paralitik kollaps bunda tomirlar tonusini innervatsiyasi qo'shilishi xisobiga rivojlanadi, qon periferiyada to'planadi, venoz qaytish buziladi, ikkala bosim xam pasayadi, ipsimon puls paydo bo'ladi.

**Klinikasi.** Shok yoki kollaps vaqtida bemor xushidan ketmaydi u faqat o'zini zaif sezadi. Tana xarorati normadan pastga to'shadi, oyok qo'l muzlab qoladi, ko'z korachiq-lari kengayadi, yuz kulrang tusga kiradi va sovuq yopishqoq ter bilan qoplanadi. Til quruq bo'ladi, bemor tashnalik sezadi. Nafas yuzaki, puls tezlashgan sezilarsiz bo'lib ba'zan butunlay qo'lga bilinmaydi. Arterial xamda venoz qon bosimi pasaygan va siydikning miqdori ancha kamaygan bo'ladi.

Kollaps tomirlar yetishmovchiligi bir shakli bo'lib, tomirlar tonusi pasayadi, bosh miyada gipoksiya yuzaga keladi, xayot uchun muxim organlar funksiyasini

buzilishi gipo va giperglikemik xolatlar, buyrak usti bezi yetishmovchiligi, pnevmoniya, xar xil kasalliklarni terminal bosqichlarida yuzaga keladi.

**Simptomlari:** bola teri qoplamasi oqaradi, umumiy xolati o'zgaradi, sovuq ter bosadi. Teri qoplamasi marmarsimon rangda, labda sianoz, tana xarorati pasayadi, uyquchan bo'ladi. Taxikardiya, yurak tonlari bo'g'iqlashadi, A/B og'ir xolatlarda pasayib ketadi.

**Tez tibbiy yordam.** Bolani gorizantal xolatda yotqizilib, kiyimlardan ozod qilinadi, toza xavo bilan nafas oldiriladi, issik grelka qo'yib isitiladi, etil yoki kamfora spirti xidlatiladi. Bosh miyaga qon oqishini yaxshilash maqsadida boshni past qilib yotkiziladi.

Bemor xushiga kelmasa kofein, kamfora eritmalari in'eksiya qilinadi.

Adrenalin –0,1% - 0,2 dan 1ml. gacha teri ostiga, efidrin gidroxlorid 5% - 0,2 – 0,5 ml., noradrenalin 0,1% mumkin bo'lsa, 1ml., 250 ml 5% glyukoza eritmasi v/i tomchilab 50 – 60 tomchi 1 minutda A/B nazorati ostida yuboriladi. Mezaton 1% eritmasi teri ostiga 0,3 – 1 ml. 1 yoshiga qon  $\text{циркуляциyasini}$  yaxshilash uchun plazma o'rnini bosuvchi suyuqliklar: reopolyuglyukin, NaCl ni izotonik eritmasi, o'rtacha 20 ml./kg sutkada, prednizolon 1 – 2 mg/kg sutkada, v/i yoki m/i.

Metobolik atsidozni korreksiya qilish maqsadida natriy 4%li 5ml/kg gidroqarbonat yuboriladi.

Birinchi yordam ko'rsatilgandan so'ng bemorni reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limiga hospitalizatsiya qilinadi.

### **Shok**

**Shok.** Shok deganda xayotni sistemalar funksiyasini to'satdan progressiv pasayib ketishi tushinilib uning kelib chiqishiga mikro $\text{циркуляциya}$  bilan to'qimalarni kislorodga to'yishishning nomutonoslibligi sabab bo'ladi.

#### **Shok sabablari:**

1. Travmvtik shok.

A) mexanik ta'sir natijasida.

B) kuyish shoki.

V) elektr shoki

G) sovuqdan bo'ladigan shok.

2. Gemoragik yoki gipovolemik shok

3. Kardiogen shok

4. Toksik – infeksiyon shok.

Anafilaktik shok.

**Kuyishdan keyingi shok.** Bunda organizmda ta'sir qiluvchi bir kancha patologik omillar bo'lib, bular ichida axamiyatligi kuygan joydan plazmani oqishi natijasida oqsil va kaliy tanqisligi; gemokonsentratsiya, toksemiya, buyrak faoliyatini buzilishi sodir bo'ladi.

**Elektr shoki**, reflekslarning umumiy chukur pasayishi, xushdan ketishi va gemodinamikaning buzilishi bilan xarakterlanadi.

Elektr toki ta'sirida yurak qorinchalari fibrilyatsiyasining paydo bo'lishidir. Bunda asosan markaziy nerv sistemasi, tomirlar sistemasida o'zgarish, zararlanish yuzaga keladi.

Sovuq urishidan keyingi shokda fakatgina torpid faza bo'ladi, xushdan ketish gemodinamikasini buzilishi bilan xarakterlanadi.

**Gipovolemik shok.** Jaroxatdan cirulyatsiyadagi qon plazmasini yo'qotilishi, qon ketishi, siydik qonidagi kateter, siydikni nazorat qilish uchun qo'yilgan. Taxikardiya gipovolemik shokni asosiy aniq belgilaridan biridir. Bemorni travmadan keyingi taxikardiya bo'lishi mumkin, bunda kokain yoki psixostimulyatorlar qo'llaniladi.

Teri sovuq, oqargan, yopishkok ter ajratadi. Psixik buzilishlar, ko'zgalgan, xotirasi buzilishi, garang.

Arterial gipotoniya, dastlab puls bosimi pasayadi. Bu tomirlar torayishi natijasida bo'ladi, barcha qon ichki xayot uchun muxim organlarga to'planadi.

Gipovolemik shokni kechki belgisidan biri arterial bosimni tushishi xisoblanadi.

**Septik shok.** Ertangi bosqich («issiq shok») tana xarorati to‘shadi, pereferik tomirlari kengayadi, A/B pasayadi infeksiyaga javoban pereferik vazodilyatorlar simpatik nerv sistemasini qo‘zg‘aydi. Natijada ChSS ko‘tariladi.

**Simptomlari.** Istim va qaqshash, oligouriya, taxikardiya, arterial gipotoniya, puls bosimni ortishi, oyok qo‘l terisi qiziydi, quruq pushti rang, psixik buzilishlar (qo‘zg‘aluvchan, xotirasini buzilishi). Giperventilyatsiya va respirator alkoloz.

Kechki bosqichi (sovuq shok), noto‘g‘ri davolash va infeksiya farqlay olmasligi septik shokni keyingi bosqichiga o‘tishiga sabab bo‘ladi.

Bunda: gipovolemiya qonni qaytadan taqsimlanishi, simpatik nerv sistemasini qo‘zg‘atadi.

**Klinik ko‘rinish.**

Gipovolemik shok (qo‘shilib) bilan birga infeksiya qo‘shilib keladi.

**Davolash taktikasi.**

Asosiy printsiplari.

- Tezlik bilan shokni sababini yo‘qotish kerak.
- Qon ketishini to‘xtatish.
- Ichki qon ketishda operatsiya.
- Sepsisda antibiotiklar buyurish
- Mioqard ishemiyasida O<sub>2</sub> ingolyatsiyasi, va medikamentoz davo
- Yetarli darajada organ perfuziyasini ta‘milash
- Yurak – qon tomir, nafas, ayrish sistemasini faoliyatini yaxshilash
- Foli kateterlarni diurez uchun quyish
- EKG ni tekshirish
- Ko‘krak qafasi rentgenografiyasi, siydik analizi
- Info‘zion terapiya yoki qon quyish

Periferik yoki markaziy venaga 2ta katetr katta diametrli (184) o‘rnatiladi. 1000 – 2000 ml Ringen eritmasi, Na Cl 0,9%.

Kalloid eritmalar: albumin, getostark, dekstron. Dekstron anofilaktik reakция chaqirish mumkin, qon ivuchangligini buzishi mumkin.

## Nafas yetishmovchiligida davolash

Kardiogen yoki neyrogen shokda yetarli darajada O<sub>2</sub> ingolyatsiyasi. Gipovolemik va septik shokda IVL ulanadi.

**Yurak yetishmovchiligida.** O'pka arteriyasigi Svana – Gapsa kateteri qo'yiladi.

Dofamin 400 mg. 250 ml. 5% suvli eritmasi glyukozaga qo'shib jo'natiladi. 2 – 5 mkg/kg «pochechnaya» doza 5 – 10 mkg/kg/min Beta<sub>2</sub> adrenoreceptor stimulyatsiya qiladi.

Dubatomin infuziya tezligi 2 – 20 mkg/kg minut chap qorincha buzilishini kamaytiradi.

Adrenalin 4 – 8 250 ml. 5% glyukoza 0,02 – 0,2 mkg/kg/min og'ir yurak yetishmovchiligida.

Noradrenalin 8 – 16 mg. 5% glyukoza 0,02 – 0,2 mkg/kg/min.

Izoprenalin 1 mg – 250 ml. 5% glyukoza qo'shib, 0,01 – 0,1 mkg/kg/min tezlikda yuboriladi.

Amrinon 6,75 mg/kg v/i 2 – 3 minut. 5 – 10 mkg/kg/min. Digoksin 0,5 mg v/i, so'ng 0,25 mg. V/i xar 4 – 6 soatda. Bir kunlik dozasi 1 – 1,5 mg bo'lish kerak.

Kardiogen shokda: Kislород ingolyatsiyasi kanyulyada burun orqali beriladi. Ko'krak qafasidagi og'riqlarni qoldirish maqsadida: morfin 1 – 4 mg. Vena ichiga xar 1 – 2 soatda. Nitроглицерин vena ichiga, boshlangich doza 5 mkg/min. O'pka shishida diuretik buyuriladi, furosemid 20 – 80 mg. vena ichiga.

Yurak ritmi buzilganda lidokain 1 mg/kg v/i infuziya – 1 – 2 mg/min.

## **Xush buzilish sindromi. koma etiopatogenezi, tasniflanishi, klinikasi va shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish**

Koma–so'zi yunoncha "chuqur uyqu" ma'nosini anglatadi. Komatoz xolat-lar xar-xil kasalliklarning terminal stadiyasida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan patologik xolat bo'lib, serebral yetishmovchilik natijasi xisoblanadi, ammo o'zi mustaqil kasallik xisoblanmaydi. Komatoz xolatlar bemorni xushi yo'qligi ruxiy va asab faoliyatining yo'qligi, jismoniy xarakatlar va sezuzchanlik xamda barcha somatovegetativ faolayatlarning buzilganligi bilan xarakterlanadi. Komatoz xolatlar

asosan bosh miyaning boshqaruvchi-lik faoliyatini yo'qotish evaziga yuzaga keladi. Buning natijasida orga-nizmda boshqarash vazifasini bajaruvchi mustaqil faoliyat ko'rsatuvchi «Avtonom funksional» sistemalar vujudga keladi. Boshqarish sistemasi-dagi bu o'zgarishlar o'z navbatda organazmdagi o'z-o'zini tozalash va gomeo-stazni saqlash funksiyalarini buzilishiga olib keladi. Avtonom funksio-nal sistemalar maxalliy to'qima va gumoral faktorlar ishtirokida faoliyat ko'rsatib, asosan o'ziga kerakli, zarur organ va sistemalarning xayot uchun optimal sharoit yaratishga xarakat qiladi. Bu esa bosh miyaga va umuman butun organizmga zaxarlovcha modda sifatida ta'sir qiluchi ko'p miqdordagi biologik aktiv moddalarni yig'ilib qolishiga olib keladi.

Demak, etiologik faktorlar ta'sirida rivoj topgan kasallik jarayoni rivojlanish davrida o'zini patogenetik faktorlarini yuzaga keltiradi. Ular birgalikda ta'sir etib patologik jarayonni yana xam chuqurroq kechi-shiga sabab bo'ladi. Agar bunga bolalar organizmini o'ziga xos anatomo-fiziologik xususiyatlarini, ya'ni ularda nerv sistemasina to'la taraqqiy ztmagani uchun, uni tashqi salbiy omillar ta'siriga o'ta oezuvchan ekanligini inobatga olsak ularda komatoz xolatlarni nnsbatan og'irroq kechishi va kattalarga nisbatan ko'proq uchrasha aniq bo'lib qoladi.

**Etiologiyasi.** Bolalardagi komatoz xolatlarning etiologiyasi ya'ni keltirib chiqaruvchi sabablar xar-xil bo'lishi mumkin. hozirgi kunda ular quyidagi etiologik guruxlarga bo'linadi :

- kalla suyagi ichidagi jarayonlar;
- ekzogen va endogen intoksikasayalar
- gipoksiya xolatlari;
- modda almashinuvini buzilishi va boshqalar.

Yuqoridagi etiologik faktorlar bemorning yoshiga qarab xar-xil ta'sir qiladi, shuning uchun xar-xil yoshdagi bolalardagi komatoz xolatlar xar-xil etiologik faktorlar ishtirokida yuzaga kelishi mumkin, Masalan: 1.Chaqaloqlar va chala tug'ilgan chaqaloqlarda komatoz xolatlar quyidagi etiologik faktorlar ta'sirida yuzaga keladi

- tug'ilish davridagi jaroxatlar/mexanik,qon kuyilish
- nafasni buzilish sindromi

- pnevmoniya va sepsislar;
- dizmetabolizm /gipokalsiemiya .gipokaliemiya/.

2. Ko‘krak yoshdagi bolalarda komatoz xolatlarni yuzaga keltiruvchi sabablar:

- ekzo va endogen kasalliklar :
- ekzo va endogen zaxarlainishlar:
- bosh miya va uning yallig‘lanishi
- nafas, yurak qon-tomir yetishmovchiligi
- moda almashinuv buzilishlari

3. Katta yoshdagi bolalarda komatoz xolatlarni chiqaruvchi sabablar

- infeksaon toksikozlar,
- bosh mil jaroxatlari,
- ekzogen zaxarlanishlar,
- endokrin kasalliklar,
- jigar va buyrak kasalliklari,
- metabolik o‘zgarishlar,

**Patogenezi.** Komatoz xolatlarni patogenezining asosini MNSning faoliyatini buzilishi tashkil kaladi. Bu patogenetik jarayonga qanchalik kechishiga qarab komaning patogenezi ya’ni nima bilan tugashi aniqlanada. Amaliy tabobatda komaning patogenetik faktorlarga quyidagilar kiradi.

- miya va miya pardalarini yallig‘lanishi;
- bosh miyaning ezilishi va chayqalishi;
- bosh miyada qon va likvor aylanishining buzilishi;
- bosh miya bosimining ortishi va bosh miyani shishi;
- bosh miya gipoksiyasi va nerv to‘qimasidagi dizmetabolizm.

Yuqorigi patogetik faktorlar ta’sirida bosh miyani oziq- ovqat bilan ta’minlanishi buzilib "miya ochligi" yuzaga keladi. Bunda asosan kisdorod va glyukoza yetishmovchiligi xal qiluvchi axamiyatga ega. Bu xolat o‘z navbatida MNS to‘qimasining qurilish materiallarini tuzilishini buzilishiga va MNSda modda almashinuvining buzilishiga sabab bo‘ladi. Bu patologik jarayonlar chuqur yoki yuzaki

ekanligiga qarab koma xolatida MNSni va organizmni jaroxalanishi oddiy funksonal, metabolik va distrofik o'zgarishlardan tortib to qayta tiklanmaydigan morfologik o'zgarishlarga qadar bo'lishi mumkin.

Komatoz xolatlarda yuz beruvchi patologik jaryonlarning bemor organizmiga ko'rsatilaetgan salbiy ta'siri qay darajada ekanligi bemor-ning xushiga qarab baxolanadi. Bemorning xushi esa bosh miya pardasi va qobig' osti markaz faoliyati, xamda ularning o'zaro xamkorlikdagi faoliyatiga bog'liqdir. Demak, bemorning xushiga qarab MNSning qaysi qismida qay yo'nalashda patologak jarayon ketayotganligi xaqida fikr yuritish mumkin. Xozir kunda "komatoz xolatini" yuzaga kelishida asooan 3 xil yo'nalishdagi patogenetik o'zgarishlar katta axamiyatga ega ekanligi ma'lum.

#### 1. Bosh miyada qon aylanishining buzilishi.

Ma'lumki, periferik qon tomirlar sistemada qon bosimi katta amplitudada (60-150) o'zgarib turadi, Shunga qaramay, katta va kichiq qon tomirlardagi arteriola va kapilyarlardagi receptorlarning faoliyati evaziga bu o'zgarishlar bosh miya qon tomirlari sistemasida yuz bermaydi. Agar ma'lum etiologik faktorlar ta'sirida bu muvozanat buzilsa, bosh miyaga qon aylanishi buziladi va serebral gipoksiya xolati paydo bo'ladi. Komatoz xolatlarining xar xil turlarida, bosh miyadagi qon aylanish 25-44% ga qadar kamayishi aniqlangan. Xozirgi kundagi ilmiy ma'lumotlarga qaraganda, agar bosh miyaga qon kelishi 1,5minutga to'xtasa bemor xushini yo'qotadi, 3 minutga to'xtasa nerv to'qimasi va uning xujayralarini tuzilishi buziladi, agar 5-6 minutga to'xtasa neyronlar nekrozga uchraydi. Bosh miyani qon aylanishining buzilishi qancha uzoq davom etsya va kuchayib borsa "serebral gipoksiya" xolati xam shuncha kuchayib boradi.

#### 2. Bosh miya gipoksiyasi.

Serebral gipoksiya o'z navbatida komatoz xolatlarni keltirib chiqaruvchi etiologik xamda komatoz xolatlari ravojlanishida katta axamiyatga ega bo'lgan patogenetik omillardan biridir. Ma'lumki bosh miya ayniksa yosh bolaning bosh miyasi kislorodni ko'p istemol qiladi masalan: -bosh miya mioqardga nisbatan skelet 5 barobar, skelet

mo'shaklariga nisbatan esa 20 barobar ko'p kislorod istemol qiladi. Bosh miyaning bu fiziologik xususiyatlari komatoz xolatlarda nerv to'qimasida ochlikni kuchliroq kechishiga va modda almashinuvini buzilishi /dizmetabolizm/ jarayonini o'ta intensiv kechishiga olib keladi. Komatoz xolat natijasida yuzaga kelgan nerv to'qimasidagi dizmetabolizm bemor organizmida quyidagi o'zgarishlar chaqiradi.

- aerob oksidlanishni susayishi va anaerob glikolizni kuchayishi;
- organizmda sut kislotasini va noorganik foosforni yig'ilishi;
- organizmda ATF va kreatin fosfatni kamayishi;
- organizmda S<sub>02</sub> va amiak miqdorini ortishi;
- proteolitik fermentlar faoliyatining aktivlashuvi, oqsil sintezi-ning sustlashishi va boshqalar.

Bosh miya gipoksiyasi va metabolizmi bemor organizmida mikroциркуляtsiyani buzilishiga, plazmani qon tomirlardan tashqariga chiqib ketishiga, staz xolati va xatto qon tomirlar nekroziga xam sabab bo'lishi mumkin. Bosh miya gipoksiyasi va u keltirib chiqargan yuqoridagi patologik jaroyonlar ta'sirida bemor organizmida avvalo gangliioz xujayralar so'ngra makro va mikroglia xujayralariniig o'limi, bazida esa nerv to'qimaisning to'la nekrozi xam kuzatilishi mumkin.

### 3. Bosh miya shishi.

Bosh miyani shishi komatoz xolatlarni keltirib chiqaruvchi va ular-ning ravojlanishiga optimal sharoit yaratib beruvchi patogenetik omil-lardan biridir. Bosh miyaning shishishiga juda ko'p etiologik va pato-genetik omillar sabab bulshishi mumkin, masalan: - serebral gipoksiya va giperkapniya, miyada likvor va qon aylanishining buzilishi, gidrodinmik va osmotik muvozanatni buzilishi, oqsil va aynai albumiinlar miqdorining kamayishi. biologik aktiv moddalar va amiyak miqdorini ortishi, gomeo-stazni buzilishi va og'ir anemiyalar, bradikin va unga o'xshash metabolik sistemalar ta'sirida qon tomirlarda qon yig'ilib qolishi va boshqalar. Umuman olganda hozirgi kunda miya shishini keltirib chiqaruvchi patologik omillar 2 guruxga bo'linadi;

- tomir omili
- to'qima yoki parenximatoz omillar.

Aniqlanishicha, agar tomirlar omili ko'proq tarqalgan bo'lsa bosh miyada "interstitsial", ya'ni xujayralar orasida shish paydo bo'ladi. Agar parenximatoz omil ta'siri kuchlirok bo'lsa unda xujayralar o'zida-shishi paydo bo'ladi.

.Bosh maya shishi o'z o'rnida gemodinamika va likvor xarakatini yana xam kuchlirok buzilishiga va serebral gipoksiyani o'ta agressiv xamda stabil bo'lishiga sabab bo'ladi, bundan tashqari bosh miya shishi miya markazlariga mexanik ta'sir etib yuqoridagi omillarni kuchaytirib bemor axvolini yanada og'irroq bo'lishiga va komatoz xolatining asoratlarini ko'proq bo'lishiga sabab bo'ladi.

**Klinikasi, tasnifi.** Koma–MNS faoliyatini murakkab buzilishi bilan kechuvchi patologik xolat bo'lib, bemorning xushi va reflekslarni yo'qligi xamda xayot uchun earrur organlar faoliyatini buzilishi bilan xarakterlanuvchi va xar xil klini formalarga ega og'ir sindromlar yig'indisidir. Komatoz xolatlar etologik va patogenetik omillarning ta'sir turiga va komani rivojlanishiga qarab «asta-sekin» va «jadal» yuzaga kelishi mumkin.

- 1) serebral yoki nevrologik komalar;
- 2) samotogen komalar.

1978 yilda komatoz xolatlarni uch xil turini farq qilish taklif qiliindi:

1- serebral yoki nevrologik komalar, bu turdagi komalar bosh miyani o'zini to'g'ridan-to'g'ri jaroxatlanishi, yalliglanishi, miya o'smasi epilepsiya tufayli yuzaga keladi.

2- gipogidrotatsiya bilan kechuvchi somatogen komalar, bu turdagi komalarga, diabetik, uremik, tireotoksik, gipoxloremik va buyrak usti bezini yetishmovchiligi xisobtgga yuzaga keluvchi komalar karadi;

3. gipogidrotatsiyasiz kechuvchi somatogen komalar, bu turdagi komalarga, gipoglikemik, anemik, gipo yoki giertermik, jigar yetishvchiligi va elektr jaroxati tufayli kelib chiquvchi komalar kiradi.

Yuqorida sanab o'tilgan komatoz xolatlarning barcha klinik formalarida bemorning umumiy axvol o'ta og'ir, preagonal yoki agonal bo'lishi mumkin.

Komatoz xolatdagi bemorning klinik belgilari xilma xil bo'lib, bemorning xo'sha va boshqa nevrologik sindromlarni nazorat qilish yo'li bilan uni axvola ko'zatab turiladi. Agar komatoz xolat asta sekin rivojlansa quyidagi klinik belgilar va rivojlanish davrlari yoki darajalari kuzatiladi:

1. Karaxtlik xolati (oglusheniya)- bemor xushining yo'qotilishini boshlangich stadiyasi bo'lib, unda uykuchanlik, bexollik, ruxiy sustlik, dinamik atakция, gandraklash va garanglik belgilari kuzatiladi.

2. Somnolentnost - bunda bemor doim uykuda bo'lib qattiq bezovta qilganda uygonadi, o'zi-o'zi bilan gaplashadi, vrach topshiraklarini bajara oladi, savollarga javob beradi, ammo tezda uxlab qoladi.

3. Delirioz sindromi - bemor vaktini va turgan joyini bilmaydi, ko'ziga xar xil narsalar kurinadi (gallyusinatsiya), alxsirash kuzatiladi. Bemor doim tuxtamay bezovta bo'ladi, tinch tura olmaydi, tez-tez boshini yoki xavoda yo'q narsalarni ushlashga xarakat qiladi, sababsiz bakiradi va chukur untaydi.

4. Sopor xolati - bu davrda bemorning xushi yo'q. qattiq chaqirish, kuchli og'riq yoki yeruk nur ta'sirida fakat mimik реакция chaqirish mumkin, ba'zida untib ko'zina ochishi mumkin. Bemorda teri reflekslari sustlashgan yoki yo'q, bemor o'zi bilmagan xolda siyib quyishi mumkin. Pay reflekslari kuchaygin, paramid simdromlar va Bobinskiy patologik reflekslari ko'zatilishi mumkin.

5. Koma (chukur uyku) serebral yetishmovchilikni natijasi bo'lib. bunda bemorning xushi yo'q, reflekslar yo'q, xaet uchun zarur organlarning faoliyati bo'zilgan. Bu o'zgarishlar kay darajada rivojlanishiga qarab komaniig 4 xil stadiyasi yoki darajasi farqlanadi:

a) yengil koma - bu stadiyada bemorni xushi yo'q, kuchli og'riq ta'sirida betartib xarakat qilib bezovtalanadi, burun shilliq qavati ko'zalganda bemor chuchkiradi. Bemorni yuzidagi nerv nuqtalari ko'zalganda azoblangan mimika va untash paydo bo'ladi. Agar bemor tovoni ko'zgab kuralsa ximoya refleksi chaqirilib u oyogini tizza

va chov bugimlarida bukadi. Qonyuktiva reflekslari sustlashgan yoki yo‘q, yutish refleksi kiyinlashgan, teri reflekslari yo‘q, pay reflkslaryai kuchaygan. Bemor siyib quyishi yoki unda siydikni tutilib kolishi kuzatiladi;

B) Avj olgan koma - bemorni xushi yo‘q, tovush va nur ta’sirigiga реакция yo‘q. Agar kuchli og‘riq ta’sir etsa ximoya refleksi kuzatiladi, pay reflekslari sustlashib ximoya reflekslari kuchayadi, sevdobulbar (хватательныу, хоботковныу) reflekslar yuzaga keladi. Bemor yuzida mimika yo‘q, korachiqlar реакцияsi sustlashgan, yutinish reflkeslari bo‘zilgan va shuni evaziga ovkat nafas yo‘llariga tiqilib kolish xollarin kuzatiladi. Chanok organlarining faoliyati bo‘zilgan, siyib quyishi va ich ketish xollari bo‘lishi mumkin. Gipotoniya, gipotermiya, taxikardiya kabi klinik belgilar yuzaga kelishi mumkin.

V) Chukur koma - bemorniig xushi yo‘q, umumiy axvoli preagonal. xayot uchun zarur bulgay barcha xarakatlar(ovkatlanish, ovkatni yutish, nafas olish) asta sikin sustlashib bordi. To‘la, areфлексия va atoniya xolati kuzatiladi. Nafas olish aritmik, patologik tipda (Cheyn-Stoksa yoki Biot). Bemorda kollaps, sianoz, gipotermiya va chonok organlarning faoliyatsizlik xolatlari kuzatiladi;

G) Terminal koma- bu komaning eng og‘ir stadiyasi bulab bemorning umumiy axvoli agonal, ya’ni bemorning xayoti fakat tibbiy uskunalar va dorilar yordamida suniy ravishda ushlab turiladi. Bu stadayada nafakat bosh miya kobigi balkim u bilan birga bosh miya ustuni, orqa miya faoliyatlari xam buziladi.

1981 yili A.R.Shaxnovich va boshqalar"komatoz" xolatlarga to‘la baxo berish maqsadida ishlatash uchun 12 ta nevrologik simptomlarni taklif qilishdi. Ular quyidagilardan iborat:

- tovush yoki og‘riq ta’sirida ko‘zni ochish;
- berilgan topshirikni bajarish;
- midriaz (расширение зрачков);
- muskullar atoniyasya;
- nafas olishni buzilish darajasi;
- korneal va tizza reflekslari;

- korachiqni nurga reaksiyasi;
- yo'tal refleksi;
- spontan xarakat yoka og'riq ta'sirida xarakat;
- Majandi simptomi.

Yuqorida sanab utligan simptomlar yordamida o'tkazilgan tekshirishlar natijasida mutaxassislar hozirgi kunda "komatoz" xolatlarni 5ta fazasini farq qilish kerak ekanligini taklif etishdi. Ular quyidagilardan iborat:

1-faza; terminal koma, bemorning xushi yo'q, u topshirikni bajarmaydi, tovush va kuchli og'riq ta'sirida ko'zini ochmaydi, muskul atoniyasi, ikki tomonlama midriaz xamda nafas olish bo'zilgan.

2-faza; chukur koma, oldingi fazadan farqi midriazni yo'qligi.

3-faza; koma bemorda midriaz yo'q, muskul atoniyasi yo'q, nafas olish bo'zilgan lekin ko'zi yumik, ko'zini nur va og'riq ta'sirida ochmaydi, vrach topshiriklarini bajara olmaydi.

4- faza; apallik sindromi, bu bemorni komadan chiqish yoki uygonish davriga to'g'ri keladi, tovush va og'riq ta'sirida ko'zini ochadi, ammo vrach topshirigini bajara olmaydi.

5-faza; akinetik mutizm. bemorning xushi tiklana boshlaydi, u vrach topshiriklarini bajara boshlaydi yakin karindoshlarini ota-onasini taniy boshlaydi va atrofdagilar bilan zo'zlasha oladi.

Komatoz xolatdan chiqib, tuzalayotgan bemorda ruxiy, jismoniy va ichki organlar faoliyatining tiklanishi juda uzoq vakt 1-2 yil davom etishi mumkin.

Komatoz xolatlarni og'ir yengil ekanligini aniqlash uchun bir kancha shkalalar taklif qilingan, mulardan 1974 yilda taklif qilingan Glazgo shkalasi xisoblanadi. Bu shkala asosida komatoz xolatlarga baxo berilganda komaningg xar bir klinik belgisiga ma'lum ballar xisobida baxo beriladi va so'ngra ularning umumiy mtkdort yukt soni aniklanadi. Agar umumiy ballar soni 35 bo'lsa demak bemordakomatoz xolat yo'q deb topiladi, 3 bal bo'lsa bemorning bosh miyasi o'z faoliyatini tuxtatgan deb topiladi.

**Bosh miya o'limi.** Bosh mining kuchli va keng qo'lamdagi salbiy omil ta'siriida jaroxatlanib tuxtab qolgan faoliyatini qayta tiklashni iloji bulmagan xollarda "bosh miya" o'limi deb diagnoz qo'yiladi. Bosh miya o'limi, bu butum organizmning o'limi demakdir. Bosh miya o'limi quyidagi klinik belgilar asosida aniklanadi.

1. Bemor xushini uzoq vakt yo'qligi ;
2. Bemorni mustaqil nafas olmasligi;
3. Barcha muskullar atoniyasi
4. Barcha refleks va reaksiyalarni tashqi omillar ta'sirida chaqirilmaligi;
5. Ko'z korachigini o'rta xolatda fiksatsiyalanib kengayishi va areaktivlagi;
6. Gipotermiya va gipotenzialarni kuchayib borishi.

Yuqorida sanab o'tilgan belgilar 6-12 soat davomida ko'zatsilsa va EEGda isbotlansa, demak xakikatda bosh miya o'limi yuz bergan deb xisoblanadi. Agar EEG o'tkazilmagan bo'lsa, unda ko'zatsish 24 soatga cho'ziladi. Bundan tashqari agar bemorni tana xarorati o'limidan oldin 32dan past bo'lgan bo'lsa, narkotik miorelaksant va sedativ dorilardan ko'p iste'mol qilgan bo'lsa va bemorning yoshi\_6 yoshdan past bosh miya o'limini tasdiklash uchun ko'zatsish Z sutka davom ettiriladi. Bazi xollarda bemorlarda "avtomatik jестиqo'lyatsiya" simptomi kuzatiladi. Bunda bemor domiy ravishda biron joyni qayta-qayta artishi, silashi, biron narsani ushlash uchun tuxtamay bir turdagi xarakatni takrorlashi mumkin;

Komatoz xolatdagi bemorlarda yuqorida sanab o'tilgan klinik belgilardan tashqari ta'sir qiluvchi etiologik va patogenetik omallarning turi za ta'sir yunalishiga qarab:

- talvasa sindromi, yurak - qon tomir yetishmovchiligi, nafas yetishmovchigi, buyrak va jigar yetishmovchiligi ,endokrin yetishmovchiligi ,elektrolit suv balansi va kislota-ishqor aoslarning muvozanatini buzilishi kabi bir kancha terminal xolatlar ko'zatsilishi mumkin Bu xolatlar xam o'ziga xos etiologik va patogenetik faktorlarga xamda keng klinik ko'rinishga ega bo'lgani uchun aloxida mavzular tashqil qilinadi va mukammal urganiladi.

Komatoz xolatlarning klinik ko'rinishini, belgilarini o'rganishdan maqsad bemorga o'z vaqtida va to'g'ri tashxis quyish xamda optimal davolash taktikasi

nitanlashdir. Bunda asosiy ahamiyatga ega narsa bu komatoz xolatlarni dif. tashxis belgilaridir masalan:

### **Diabetik koma.**

Bu koma классификация bo'yicha gipogidrotatsiya bilan kechuvcha komalar turkumiga kirib quyidagi o'ziga xos klinik belgilarga ega:

- 1) Kand kasaligi bilan kasalangan bemorlarda uchraydi;
- 2) Komani kelib chiqishida tan jaroxatlari, ruxiy va jismoniy tolikish xamda ikqilamchi infeksiyalarni kushilishi turtki bo'ladi;
- 3) Klinik belgalar atsidoz va eksikozni darajasiga bog'liq bo'ladi;
- 4) Ogzi kurib, tez chankaydi;
- 5) Vaqti-vaqti bilan qayt qiladi va ovkatini kurganda ko'ngli ayniydi
- 6) Bexol, bezovta, ozib ketadi
- 7) Asosiy belgilaridan biri poliuriya (tez-tez siyish).
- 8) Ogzidan aseton xidi keladi va lokal nevrologik simptomlar ko'zatilmaydi
- 9) Laboratorno;-giperqlikemiya, giperketonemiya ,polidipsiya, giperstenuriya, siydikda kand va aseton ko'p miqdorda chiqa boshlaydi;
- 10) Davolash va tashxislash uchun qo'llaniiladigan muolajalardan biri bu "insulinoterapiya". Bu maqsadda bemorga 1-2 yed/kg miqdorda insulin yuboriladi, agar hakikatda diabetik koma bo'lsa bemorni axvoli yengillashadi.

### **Gipoglikemik koma**

Bu koma классификация bo'yicha gipogidrotatsiyasiz kechuvchi komalar turkimiga kiradi va quyidagi o'ziga xos klinik belgilarga ega:

1) Bu turdai komalar kandli diabet kasalligi bilan og'riqan bemorlarga davolash maqsadida yuborilganda, qondagi kand miqdori birdaniga kamayib ketishi natijasida kelib chiqadi yoki insuloma, Addison kasalliga , buyrak va gipofiz yetishmovchiligi xollarida xam kelib chiqishi mumkin;

2) Agar qondagi kand makdori 2.2mmol/l dan pastlab ketsa bemorda bexushlik, funksional o'zgarishlar va xatto komatoz xolat yuzaga kelishi mumkin;

3) Koma tasodifan, simpatikotoniya belgilari bilan boshlanadi: kuchli qorin ochishi, bezovtalik, kurkuv, tremor, kuchla terlash, gallyusina-siya, arterial bosimni ortishi, klonik va tonik talvasa sindromlari kuzatiladi;

4) Keyanchalik vagotoniya belgilari; - gipotoniya, atoniya, bradikardiya, gipotermiya va gaporeflekoiyalar ko'zatilishi mumkin

5) Laboratorno - gipoglikemiya;

6) Ba'zida дифференциал tashxis maqsadida 20% li glyukoza eritmasidan 10-30ml miqdori- da bemorga yuboriladi, agar xakakatda gipoglikemik koma bo'lsa bemorning umumiy axvoli duristlashadi.

**Giperosmolyar koma-gipogidratatsiya bilan kechadi.**

Klinik belgilari osmolyar bosim va degidrotatsiya xolatani darajasiga bog'liq va 4 xil klinai kurnishga ega:

1) Giperglikemik asidotik giperosmolyar koma kandli diabet kasalligi bilan kasalligi bilankasallangan bemorlarda

-tez rivojlanadi;

-ketoatsidoz, ketonuriya, giperglikemiya ko'zataladi;

-eksikoz va nafas buzilishi belgalari kuzatiladi.

2) -giperglikemik noketonurik-giperosmolyar koma:

- sust ketonuriya kuzatiladi;

-giperglikemiya , glyukozuriya kuzatiladi.

3) Gipovolemik giperosmolyar koma:

- kuchli eksikoz va oligouriya;

- gipernatriemiya, giperazotemiya;

- gemoglobin va gemotakritni ortishi

4) Gapernatriemik-giperosmolyar koma:

- kuchli eksikoz;

-natriy miqdori o'ta ortib ketadi/ 160-180 m mol/l/;

- yuqori osmolyar bosim kuzatiladi.

## **Buyrak usti bezining yetishmovchiligi natijasida kelib chakkan komatoz xolatlar.**

Bu turdaga komatoz xolatlar 3 xil ko‘rinishida kechishi mumkin:

1) Buyrak usti bezining birlamchi o‘tkir yetishmovchiligi - bu komalar buyrak usta bezining tug‘rak davridagi jaroxatlari, asfiksiya, pnevmoniya, sepsis va ORVIlar ta’sirida rivojlanadi,

2) Buyrak usti bezining ikqilamchi o‘tkir yetishmovchiligi - bu komalar gzpofiz, gapotalamusni boshqarish funksiyalarini buzilishi evaziga rivojlanadi,

3) Buyrak usti bezini xronik yetishmovchiligi bu komalar organizmda glukoza /gipoglikemiya/, oqsil/azotemiya/, elektrolit-suv almashinuvini/degidrotatsiya, ginatriemichya, giperkaliemiya/ bo‘zilshi xisobiga rivojlanadi.

Ularning asosiy klinik belgilari:

- Bemorning axvoli asosan organizimda adrenalini va noradrenalinni yetishmovchilikka bog‘liq;

- Gipotenziya, teri kobigini oqarishi va miramir tusini olishi;

- Taxikardiya, yurak tonlari keskin susayadi, nafas olish buziladi;

- Korachiq kengayishi va gemaragik simptomlar kuzatiladi.

### **Atsetonnik yoki nodiabetik koma.**

Bu koma gipogidrotatsiya bilan kechuvchi komalar turkumiga kirib, bemorni tuxtovsiz qayt qilish va 2-8 yoshdagi bolalarda qonstitutsiya anomaliyasining asab artitik/nervno-aritmichiskaya forma/ formasida uchraydi;

- Bemor bir necha kun sutkasiga 10-30 marotaba qayt qiladi;

- Bemorda eksikoz belgilari /terni kurishi, chankash, ozish, ko‘zni chakchayishi/ kuzatiladi;

- Ogzidan «aseton» xidi keladi, gemoglobini va gemotakrit ortadi;

- Laboratorno; gipoxloremiya, gipoglikemiya, asetonuiya va alkoloz.

## **Pankreatik koma**

O‘tkir va xronik pankreatit natijasida oshqozon osti bezini faoliyatini buzilishi evaziga yuzaga keladi:

- Koma tez rivojlanadi va tasmaimon og‘riq bilan boshlanadi;
- Bemor kiyilib qayt qiladi va undan so‘ng yenil tortmaydi;
- gipotenziya va kollaps ko‘zatladi;
- taxikordiya va bradikardiya xamda tonlarni keskin suasayishi kuzatiladi;
- laboratorno; amilaza, lipaza, proteolitik fermentlar miqdori ortadi, gipoxloremiya, gipoproteinemiya(albuminemiya) , gipoglikemiya va bazida giperbilirubinemiya kuzatiladi.

## **Tireotoksik koma.**

Bu komalar gipogidrotatsiya bilan kechuvchi komalar turkumiga kiradi:

- kolqonsimon bezning faoliyati ortib giperterioz belgilari kuzatiladi;
- triiodtrionin va tiroksin garmonlarini miqdori ortib ketadi;
- bemorda o‘tkir yurak yetishmovchiligi, jigar yog distrofiyasi va buyrak usti bezining yetishmovchiligi kabi xolatlar kuzatiladi;
- bemorda o‘ta bezovtalik, qo‘llarni kaltirashi(tremor), terlash va taxikardiya kabi belgilar kuzatiladi ;
- laboratorno:- qonda xolesterin miqdori ortib ketadi va yoya kamayadi ortadi.

-Yuqorida sanab o‘tilgan komatoz xolatlardan tashqari yana jigar komasi, buyrak komasi , meningit, meningoensefalit ensefalit , infeksiyon toksikoz, tan jaroxati va ekzogen zaxarlanishlar natijasida yuzaga keluvchi komatoz xolatlar xam bor. Ularni xar tamonlama o‘rganish uchun aloxida mavzular tashqil qilingan va undan tashqari ba’zilarini boshqa fanlarni o‘qitish davomida urganib chiqiladi.

## **Komatoz xolatlarni davolashni umumiy prinsiplari.**

1) Komatoz xolatlarni davolash avvalo asasiy kasalliklarni davolash bilan boshlanadi. Agar koma va uning ma’lum sptomlari bemor xaetiga xavf solayotgan bo‘lsa.

2) Bunda birinchi navbatda "simptomoterapiya" o'tkaziladi:- suniy nafas oldirish, yurak massaji, defibrilyatsiya, eksikoz, atsidoz, alkaloz, talvasa, elektrolitlar va energiya balanslarini davolash, qon ketishni to'xtatish va shokni oldiniolish. Bemor xaetiga xavf solgan sinptomlar va asoratlar bartaraf qilingandan so'ng.

3) Davolash dasturiga «Patogenetik» davolash\_usullari kiritiladi.! Komatoz xolatlarning barcha turida uning etiologik va patogenetik omillaradan kattiy nazar.

4) Bosh miya ishshigini "gipoksiyani" va "energobalansni" taklash birinchi darajali axamiyatga ega, shu bilan birga komatoz xolatlarni davolashni asosiy printsiplaridan

5) Biri ularni stadiyasiga qarab davolashdir. Chunki xar bir stadiya o'ziga xos potofiziologik o'zgarashlar evaziga yuzaga kelgan klinik ko'rinishga ega va tabiiyki ular xam o'ziga xos taktik yondashini talab qiladi masalan:

Komaning birinchi stadiyasida - davolash taktikasi asosan asosiy kasallikni davolashga karatiladi. Misol uchun zaxarlanish evazaga kelib chiqqan komatoz xolatni olsak, unda birinchi navbatda -oshqozon yuviladi ichak tozalanadi, diurezni ortirib organizmdan zaxarlarni chiqishi tezlash-tiriladi, adsorbent va antidotlarni ishlatish yo'li bilan zaxarlar kuvvati kamaytiriladi. Shu bilan birga parallel xolatda oksigenoterapiya, mikrotserqo'lsiyani tiklash, qon aylanishini yaxshilash, parenteral ozik-lantirish yo'li bilan energiya balansini tiklash kabi muolajalar amalga oshiriladi. Bu tadbirlar info'zion terapiya turkumiga kirib yoki info'zi-on terapiya bilan birga olib boriladi. Bunda quyidagi savollar yoritilishi lozim:

- davolash uchun zarur suyuqlikning miqdori; / ZSM/;
- ZSMni tarkibi ;
- ZSMni quyish tezligi va kushimcha tadbirlar.

1) Bemorga quyilishi kerak bo'lgan ZSMuning kasallanish davridagi yo'qotgan yagirligiga yoki degidrotatsiya darajasiga teng. Iqo'nga kushimcha yana oligouriyada-30ml/kg; xar ko'ngi yo'qitishi mumkin bo'lgan suyuqlikni tiklash uchun 30ml/kg tez-tez qayt qilish xisobiga 20ml/kg; tana xaroratiya 37 gradusdan ortik xar 1 gradusiga- 10ml/kg miqdorida suyuqlik qo'shiladi. Yo'qatilgan vazin

aniklanmaganda:

- komaning 1-stadiyasida bemorga 50-60 ml/kg suyuqlik kerak.
- koma 2-stadiyasida esa 60-70 ml/kg suyuqlik kerak.
- bemorni yoshi 5 yoshga qadar bo'lsa o'nga 1,5l suyuqlik kerak;
- uning yoshi 5-10 yosh bo'lsa 2l va 10-15 yosh bo'lsa 2-3l suyuqlik kerak.
- ZSMni yana bir formula bilan xam aniklasa bo'ladi.

$$\text{ZSM} = 100 - 3 \times \text{bemor yoshi /yil/} \times 1 \text{ml/kg.}$$

2) Bemorga ZSMni tarkibini 10% ini kolloid eritmalardan va qolganlari glyukoza-tuzli eritmalardan tashqil topgan bo'lishii kerak.

3) ZSM ni quyish tezligini aniqlash uchun quyidagi formuladan foydalaniladi:

$$\text{ZSM/ml/}$$

$$\text{Tomchi / min.} = \text{-----}$$

$$\text{info'ziya davri /soat/} \times 3$$

ZSMni quyish vaqti komaning turi yoki unda kechish mumkin eksikoz turiga va uning darajasiga qarab xar xil bo'lishi mumkin. Umumiy prinsplardan biri sho'qi, bemorga birinchi 6 soat davrida eritmana 50%ni quyish zarur, keyingi 6 soat ichida 25%ini, keyingi 12soat va qolgan 25%ini quyish zarur.

Qo'shimcha tadbirlar asosan buyurilgin suyuqlikni organizmda asorat chaqirishini oldini olish va davolovchi effekt olish uchun jo'natilgan .Shu maqsadida ZSMni 1/4miqdori yuborilgandan so'ng bemorga qon tomirlar spazmini oldini olish maqsadida qon tomirlarni kengaytiruvchi moddalar yuboramiz/ eufillin , papaverin ,droperidol va boshqalar .

Komaning 2-stadiyasida va 3-stadiyasida - asosiy davolash tadbirlari bosh miya ishig'ini davolashga qaratiladi .Shu maqsadda bemorga osmodiuretiklar ulardan eng ma'qo'li mannitol 15-30%li eritma shak-lida bemorlarga 0,5-1g /kg miqdorida beriladi . Diurezni tezlatish maqsa-dida saluretiklar xamda laziks beriladi .

Periferik qoni tomirlari qon aylanishini yaxshilash maqsadida droperidol mikroциркulyatsiyani tiklash uchun 100-200ed. geparin, qonni reologik xususiyatlarini yaxshilash maqsadida repoliglyukin, gemodez 10ml/kg beriladi.

Degidratatsiya effektini kuchatirish maqsadida manntol oqsil preparatlari bilan almashtirib beriladi. Agar mannitol kutilgan effektini bermasa, uni o'rniga furesemid 1-3mg/kg beriladi. Davo effektini kuchaytirish maqsadida; miyani sovitish GEBni o'tkazo'zchanligini oshirish masadida vit S, va glyukokortikoidlar /deksametazon/ beriladi. Bosh miyani gipoksiyaga chidamligini oshirish maqsadida 20%lm natriy oksibutirat 50-80mg/kg miqdorida beriladi. Budan tashqari komatoz xolatlarni davolashga zaruratga qarab simptomo-terapiya va komaning klinik formasiga qarab spesifik yoki maxsus davolash tadbirlari xam o'tkaziladi, masalan:

diabetik komada davolash dasturi 3 xil yo'nalishda tuziladi

-insulinoterapiya;

-gegidrotatsiya va dizmetabolizmini korreksiya qilish;

- simptomoterapiya.

Xozirgi kunda insulinoterapiyani bir necha xil turlari mavjud.

1) 0,1 yed/kg tez; so'ng xar soatiga 0,1ed/kg tomchi; glikemiya 11,1 - 13,9mmol/l ga yetganidan so'ng 0,05ed/kg xar soatiga tomchi yo'li bilan beriladi;

2) xar bir soatda 0,1ed/kg struyno; glikemiya 11,1 - 13,9mmol/l bo'lgandan so'ng 1,15ed/kg tomchi yo'li bilan beraladi.

3) 0,1ed/kg struyno; xar bir soatda 0,1ed/kg muskul orasiga; glikemiya 11,1-13,9mmlol/l ga tushgadan so'ng 0,1ed/kg teri ostiga xar 4-5 soatda beriladi beriladi .

Regidratatsiya uchun ZSMni 1/3 qismi fiziologik eritma, 1/2 qismi Ringer eritmasi qolgani 5%li glyukoza eritmasi tashqil qiladi.

Korreksiya uchun zarur elektrolitlar miqdori maxsus formulalar yordamida aniqlanadi .

1). Zarur elekt. mik./mekv/l/  $1 = \text{tana.og'irligi/kg/} \times \text{to'qimalar aro suyuqlik mik.}$   
x elektrolit normada - bemordagi miqdori.

2. Atsidozni korreksiya qilish maqsadida 4%li gadrokorbanat natriy eritmasi ishlatiladi. Agar bemorda kerakli laboratoriya ko'rsatgichlari bo'lmasa o'nga bemorga komaning darajasa va bemorning yoshiga qarab ,5-7ml/kg miqdorida beriladi.

Laboratoriya ko'rsatgichlari aniq bo'lgan xolda quyidagi formula bilan aniqlanadi. Ishqor mik. =  $0,3 \times$  ishqor defitsiti /mmol /l/  $\times$  tana massasi / kg/.

3) Gipoglikemik komada davolash tadbirlari tez boshlanishi kerak va shartli ravishda 2 turga bo'linishi mumkin.

birinchisi bemorga 20-40%li glyukoza erititmasidan 20-40ml miqdorda berib uni gipoglikemik xolatdan chiqariladi. Agar shu bilan bemor xushiga kelmasa unda glyukozani tomchi yo'li bilan quyib turiladi. Ikkinchi yo'nalishdagi davolash tadbirlari sindromal terapiya turkumiga kiradi.

### **ERTA YOShDAGI BOLALARDAGI O'TKIR TOKSIKOZLAR, EKSIKOZLAR. ETIOPATOGENEZI, KLINIKASI, ShOSHILINCh TIBBIY YoRDAM KO'RSATISH USULLARI.**

Erta yoshdagi bolalarda o'tkir toksikozlar-bu bola organizmining infeksiyon agentlarga qarata o'ziga xos nospesifik javob reaksiyasi bo'lib, uning asosida tarqoq terminal qon tomirlarining jaroxatlanishi, moddalar almashinuvining buzilishi (suv-elektrolitlar, energetik balans va kislota- ishqor muvozanati), nerv tizimidagi o'zgarishlar asosida barcha organ va sistemalarning jaroxatlanishi klinik belgilari namoyon bo'ladi.

Birinchi marta toksikoz 1826 yili «bolalar vabosi» nomi bilan atalgan. Keyinchalik toksikoz xolati ko'proq yoz oylarida uchragani uchun «yozgi kasallik» nomini xam olgan. Undan xam kechroq toksikoz rivojlanishida oziq-ovqat faktori asosiy rol o'ynay boshladi, shuning uchun u quyidagicha nomlangan: alimentar intoksikatsiya (Finkelshteyn bo'yicha), toksik diareya (Morfan bo'yicha), oziq-ovqat toksikozi (Cherni va Keller bo'yicha). Klinik ko'rinishidagi polimorfizmni xisobga olib Fanqoni toksikozlardagi asosiy sindromlarni ifodalovchi sxemani taklif qildi.

1.Asab buzilishlari: qo'zg'aluvchanlikni ortib ketishi, xarakat va ruxiy bezovtalik, talvasa yoki somnolentlik ko'rinishida xushni buzilishi, sopor, koma.

2.Termoregulyatsiya buzilishi: kollaps xolatiga xos isitma yoki gipotermiya.

3.Qon aylanishining buzilishi: yurak va toj tomirlari yetishmovchiligi (taxikardiya, yurak tonlarining bo‘g‘iqlashishi) yoki tomirlar yetishmovchiligi (bemor rangini oqarishi, sianoz).

4.Nafas olishning buzilishi: xansirash, chukur toksik nafas.

5.Oshqozon ichak trakti funksiyalarining buzilishi: qayt qilish, ich ketishi, meteorizm, ichak parezi.

6.Modda almashinuvini buzilishi: suvsizlanish va tuz taxchilligi, xujayralar bo‘kishi, parenximatoz organlarda degenerativ o‘zgarishlar.

7.Buyrak funksiyalarini buzilishi: oliguriya, azotemiya, proteinuriya, glyukozuriya.

8.Gemorragik sindrom: qon kuyilishlar (ko‘karish), «kofe quykasi» ga o‘xchib qayt qilish, qora axlat (melena), petexial toshmalar.

Toksikoz kechishida 2 ta asosiy davr farqlanadi: umumiydashgan (maxsus bo‘lmagan) reaksiyalar va mahalliy (maxsus bo‘lgan) reaksiyalar. Bu 2 davrning kechishi variantlari farqlanadi:

### **1-chi davrga xos.**

1. Infeksion toksik ensefalopatiya (ensefolitik sindrom bilan kechuvchi toksikoz).

2.Toksikoz o‘tkir buyrak usti bezi yetishmovchiligi bilan (toksikozning shiddatli kechuvchi turi, Uotexauz-Frideriksen sindromi) .

3. Gipermotil Kishsh toksikozi. (o‘tkir toj tomir yetishmovchiligi).

4.Toksikoz interstial sindrom bilan (ichak toksikozi, toksikoz suvsizlanishi bilan).

### **I I – davrga quyidagi variantlar xosdir:**

5.Toksikoz o‘tkir jigar yetishmovchiligi bilan (Rea sindromi).

6.Toksikoz o‘tkir buyrak yetishmovchiligi bilan (Gasser sindromi).

7.Toksikoseptik xolat.

Shunday qilib, integrirlovchi sistemalar (qon-tomir, nerv sistemasi, modda almashinuvi) birgalikdagi jaroxatlanishi bo‘lib, butun organizmning javob

реакциясидир. Demak makroorganizmning infeksiyaning toksik turiga javob reaksiyasi bo'lganligi sababli «toksikoz» termini saklanib kolinadi.

## **ERTA YOSHDAGI BOLALARDA O'TKIR TOKSIKOZLAR**

**Etiologiya.** Infeksiyaning kirish darvozasi bo'lib oshqozon-ichak trakti yoki nafas yo'llari xisoblanadi. Oshqozon-ichak trakti kasalliklarida patogen yoki shartli patogen bakterial floraning endotoksinlari asosiy rol o'ynaydi. Nafas yo'llari kasalliklarida asosiy rol viruslarga tegishli. Virus nafas yo'llari orqali bronx va alveolalarning epiteliysi sezuvchi xujayralariga kirib boradi va o'sha yerda reproduksiyalanadi, jaroxatlangan xujayralar esa distrofik o'zgarishlarga uchrab, shilliq bilan ajralib chiqadi.

Stafilokokk bilan virus birga kelganda toksikozning o'ta og'ir formalari kuzatiladi. Bu esa virusli infeksiyaning gumoral va xujayrali immunitetini, maxalliy ximoya mexanizmlarini pasaytirishi va shu orqali boshqa virus va bakteriyalarning reinfeksiyasini kuchaytirishi bilan bog'liq. Shunday qilib toksikozlar etiologiyasida virus va bakteriyalar assotsiatsiyasi asosiy rol o'ynaydi.

**Patogenez.** Erta yoshdagi bolalar organizmi anatomik yetishmaganligi natijasida infeksiyon agentga sezuvchan bo'ladi. Bunday yuqori sezuvchanlik qonstitutsiya anomaliyalarida, immunologik yetishmasligida fermentopatiyalarida xamma rivojlanish anamnezida noqulayliklar mavjud bo'lganda, erta sun'iy ovkatlantirishda, ovqatlantirishni surunkali buzilishlarida qayta respirator va ichak infeksiyalarida kuzatiladi. Sensibillashgan organizm ikki turdagi реакция bilan javob berish mumkin: Paraallergik tip (Sanaredin-Shvarsman fenomeni) yoki giperergik immunopatologik antitelalar ishlab chiqarish tipida (Artyus fenomeni).

Qon tomirlarni zararlanishidan tashqari, MNS ning zararlanishi xam kuzatiladi. Nerv sistemasi bo'limlari turlicha zararlanadi: bosh miya orqa miyaga nisbatan ko'proq, kulrang modda oq moddaga nisbatan ko'proq, diensefal soxa miyaning eng sezuvchan qismi xisoblanadi.

MNS ning dastlabki zararlanishi toksinlarning to‘g‘ridan to‘g‘ri ta‘siriga va zararlangan qon tomirlardagi interoreseptorlardan kelayotgan reflektor ta‘silarga bog‘liq. Buning natijasida gipotalamus-gipofiz-buyrak usti bezi va simpatiko-adrenal sistema funksional faolligi ortadi. Gipersimpatotoniya va katexolaminlar miqdorining ortishi periferik qon tomirlar spazminini chaqiradi. Qon tomir devorining jaroxatlanishi lizosoma fermentlar, pirogenoz, katexolaminlar, kininlar xosil bo‘lishi va ajralishiga xamda qon ivish va fibrinolitik sistema faollashiga olib keladi. Bu yallig‘lanish komponentlar qon tomiri devori o‘tkazuvchanligi ortishga qonning reologik xususiyatlari o‘zgarishga va qon tomiri ichi tromb xosil bo‘lishiga sabab bo‘ladi. Simpatiko-adrenal sistema faolligi ortishi periferik qon tomirlari tonusi buzilishi intra va ekstra – kapillyar o‘zgarishlar quyidagilarga olib keladi: to‘qima gipoksiyasi, transmineralizatsiyalash va boshqa metabolik buzilishidir. Bulardan ko‘proq MNS zararlanadi. Yangi qon tomir soxalarining jarayonga tez qo‘shilishi organi javob reaksiyasiga umumiydashgan shoksimon xarakter beradi. To‘qima gipoksiyasi organ va to‘qimalarning interstitsial va xujayra shishiga olib keladi. Bu davr o‘lim bilan tugashi mumkin. Toksikozda umumiydashgan javob natijasi patologik javobning eng ko‘p jaroxatlangan (nishonlangan) organda qonsentratsiyalanishi mumkin. Bu infeksiyon omilni tarkalishiga bog‘liq. Bu davrda nevrologik va qon tomir buzilishlarida nishon organ funksiyasi yetishmovchiligi ustun turadi.

### **Toksikoz o‘tkir buyrak usti bezi yetishmovchiligi bilan birga (sindrom uoterxauza – fridreksena)**

O‘tkir buyrak usti bezi yetishmovchiligi – buyrak usti bezi miya moddasi funksiyasini keskin kamayishi natijasida generalizatsiyalashgan reaksiyalarni yomon sifatli kechish jarayonidir. Yashinsimon meningokokkli sepsisga o‘xshash (meningokokksemiya), lekin boshqa infeksiyon kasalliklar patologiyasida xam ko‘p uchraydi. Masalan: toksikozlar etiologiyasida ko‘pincha ko‘zgatuvchi gripp virusi bo‘lishi.

**Patogenezi.** Buyrak usti bezi miya moddasiga qon quyilishi o'tkir buyrak usti bezi yetishmovchiligi kollaptoid xolat, arterial bosim keskin tushishi va komatoz xolat rivojlanishi bilan xarakterlanadi.

**Klinikasi:** Uotexao'z-Fridreksen sindromi ko'pincha 6 oylikkacha bo'lgan bolalarda gipotrofiklarda kasallik 8-10 kun davomida qaytalanib qolganda kuzatiladi. Prodromal davr qisqa (1 sutka) respirator kasalliklar yoki ichak infeksiyasi sifatida boshlanadi, qolgan toksikozlardan farqlash uchun teri qoplamiga e'tibor berish kerak. Teri oqish, sianotik, sovuq bo'ladi. 1/3 xollarda oyok–qo'l, qorin, ko'krak qafasining oldingi qismida ekximoz tipidagi toshmalar kattalashib bir-biri bilan qo'shiladi va 1-2 soat davomida butun tana qoplanadi. Shu xolatda irrigativ fazani chetlab o'tib tez komaga o'tuvchi sopor xolati rivojlanadi, ko'pincha anik talvasa bilan kechadi, gipotermiya vujudga keladi. Bu toksikozning o'ziga xos tomoni - qon aylanishining erta dekompensatsiyasidir, qon tomir kollapsi rivojlanishi bilan arterial bosim 60 mm. simob ustuniga pasayib ketadi. Minimal bosim aniqlanmaydi. Puls soni jadal o'sadi. Yurak tonlari bo'g'iqlashadi. Nafas dastlab tezlashadi, so'ng sekinlashadi. Agar arterial bosimni glyukokortikoidlar va simpatomimetiklar bilan mo'tadillashtirib bo'lmasa 1 soatdan keyin trombogemorragik sindromning dastlabki belgilari rivojlanadi: kofe kuykasisimon qayt qilish, so'ng makrogematuriya va in'eksiya qilingan joylarda qon ketadi. Ko'pchilik bemorlarda qorin muskullarning tarangligini ortishi xisobiga qorinda kuchli og'riq paydo bo'ladi. Poy refleksleri pasayadi. Korachigni yoruglikka реакцияsi yo'qoladi. Beixtiyor siydik ajratish, anuriya rivojlanadi. O'tkir buyrak yetishmovchiligi klinikasi asosida laborator yo'l bilan kompensatsiyalashmagan metabolitik atsidoz trombogemorragik sindromning III-bosqichi belgilari rivojlanadi.

**Oqibati:** o'ta yomon. davolash o'z vaqtida boshlanganda xam o'lim xolati 90% ga yetadi.

**Davolash:** Buyrak usti bezi po'stloq qismi gormonlari beriladi. Yetishmovchilik total bo'lganligi uchun glyukokortikoidlar bilan mineralokortikoidlar birgalikda beriladi. Bunga parallel xolda degidratatsiya va unga bog'liq gipovolemiyani

korreksiyalash, infeksiya, koma, gemorragik sindromga qarshi kurash olib boriladi, markaziy gemodinamika turgunlashtiriladi. Shundan so'ng kuvvatlovchi gormonal terapiya o'tkaziladi.

### **O'tkir toj tomir yetishmovchiligi (Qishsh gipermotil toksikozi)**

O'tkir toj tomir yetishmovchiligini toksik xolatning bir turi sifatida 1952 yil G.Kishsh tomonidan yozib qoldirilgan. Toksikoz bu turining mohiyati shundaki taxikardiya da diastola vaqtida o'ta qisqarish natijasida yurakka venoz qon oqib kelishi va yurakdan qonning chiqishi o'ta buziladi. Gipermotil toksikoz ko'pincha virusli infeksiya bilan birga kechganligi uchun prodromal davrning 2-3 kuni o'tkir respirator kasalliklar ko'rinishida kechadi. So'ng asab buzilishlari kuzatiladi. Unda irrigativ fazaga xos qo'zg'alish yoki somnolentlik, xarakat bezovtaligi, giperkinezlar kuzatiladi. Shuning uchun bu toksikozga «gipermotil» nomi berilgan. Bu davr klinikasida umumiy реакция simptomlari: periferik qon aylanish buzilishi, shunto-diffuz nafas yetishmovchiligi kuzatiladi. Bolaning teri qoplamasi oqish, «marmarsimon», lab va tirnoqlari sianotik, teri burmalari qalinlashgan, nafas tezlashgan, yuzaki ko'krak qafasini fizikal tekshirganimizda o'pka emfizemasi belgilari: dag'al nafas, «quruq traxeobronxial daraxt», yurakni nisbiy chegaralari qisqarishi aniklanadi. Qorin dam, teri sarik yaltirok, jigar dastlab kattalashmagan. Oliguriya. Gipertermiya asosida taxikardiya, yurak tonlari bo'g'iqligi xamda sistolik shovkin eshitilishi mumkin. Puls past to'liqlikda, 1 daqiqada 200 tadan kam emas, soni bola xaroratiga va nafasiga nisbatan o'zgaradi.

EKG da sinusli taxikardiya bilan T-R intervalini yo'qolishi T tishining boshlangich qismida R tishning mavjudligi. Agar taxikardiya vaqtida bartaraf qilinmasa sekin asta 8-12 soat davomida yurak dekompensatsiyasi klinik belgilari (periorbital shish, jigar kattalishish MVT oshishi) paydo bo'ladi. EKG da o'sib boruvchi miokard gipoksiyasi aniqlanadi.

**Davolash.** Asosiy tamoillar quyidagi bandlardan iborat:

1.Mioqard qisqaruvchanligi vazifasini yaxshilash.

2.Gipoksiyani bartaraf qilish.

3.Gemodinamik buzilishlarni bartaraf qilish.

4.Qon aylanishi yetishmovchiligiga olib keluvchi omillarni bartaraf qilish.

Yurak yetishmovchiligining dekompensatsiyalanish bosqichini oldini oladi va sog'ayishni ta'minlaydi. Qon aylanish yetishmovchiligining darajasida extiyot tartibi va oksigenoterapiyadan tashqari bemorga korglyukon bilan kaliy preparatlari (panangin va KKB, yuqori dozasi askorbin kislotasi). Piridoksin gidroxlorid beriladi.

Qon aylanish yetishmovchiligining II A darajasida: tinchlik, oksigenoterapiya, quyilayotgan suv miqdori  $\frac{1}{3}$  qismiga kamaytiriladi. Strofantin to'yintirish dozasi 0,025%-0,05 mg/kg. Giperkaliemiya darajasini pasaytirish uchun siydik xaydovchilar (laziks 1 mg/kg, 1-2 maxal sutkasiga) beriladi. Eufillin 2,4% -0,1-0,15 ml/kg.

Yurakning qisqaruvchanligini, kislorodga bo'lgan talabini ortishini xisobga olib boriladi. Polyarizatsiyalovchi aralashma: 10% glyukoza eritmasi 10 ml/kg, xar 100 ml ga 2 yed. insulin va 4 ml 7,5% KCI eritmasi.

Qon tomir yetishmovchiligini II B fazasida: o'rinda ko'tarilgan xolat, oksigenoterapiya, suvga bo'lgan talab sutkalik yoshga mos extiyoj miqdorining yarmidan ortmagan xolda venaga va og'iz orqali beriladi (tuz miqdori teng yarmiga cheklanadi) laziks 1 mg/kg v/i, geparin xar 6 soatda 100 yed/kg. Glyukoza 20%-10%-20 ml vitaminoterapiya, strofantin «K» 0,1-0,2 ml 20% 20 ml glyukoza eritmasida xar 2 soatda klinik samara yuzaga kelguncha beriladi. Qon aylanish yetishmovchiligining III- darajasi. Shoshilinch yordam talab qiladi. Strofantin «K» xar 2 soatda 0,1-0,2 ml effekt bo'lguncha laziks miqdori 2-4 mg/kg gacha oshirilib 1 martada qilinadi. Albatta prednizolon (10mg/kg gacha) beriladi. Yurak yetishmovchiligiga qarshi kurash bilan birga o'pka shishiga qarshi xam davo olib boriladi. Antibiotikoterapiya intensiv terapiya boshlanish bilan tayinlanadi.

## **INTESTINAL SINDROMLI TOKSIKOZ (ICHAK TOKSIKOZI, SUVSIZLANISH BILAN KECHUVCHI TOKSIKOZ)**

Ichak toksikozi ko‘p uchraydigan ancha og‘ir bo‘lgan toksikozning bir turi bo‘lib infeksiyon omilga /toksik/ infeksiyon birlamchi javob patologiyasi natijasida qusish va suyuq ich ketishi sababli suv va elektrolitlarni ko‘p yo‘qotishi natijasida kelib chiqadi. Bu yo‘qotilish periferik qon aylanishini buzadi, jadallashuvchi asab buzilishlariga olib keladi.

**Etiopatogenezi** - erta yoshdagi bolalarda ichak toksikozi eksikoz bilan shigellalar-salmonellalar, koli bakteriyalar, stafilokokklar chaqirgan ichak infeksiyalari natijasida rivojlanadi. Intestinal toksikoz natijasidagi o‘zgarishlarda quyidagilar katta ahamiyatga ega: modda almashinuvini tug‘ma va irsiy kasalliklari (malabsorbsiya sindromi, mukovissidoz), surunkali ovqatlanish buzilishlarining turli ko‘rinishlari, ovqatlantirishdagi nuqsonlar.

Bu sindrom asosida grammanfiy bakteriyalar parchalanganda ajralgan endotoksinlar qonning shaklli elementlari bilan yuqori simpatomimetik faollikga ega bo‘lgan birikmalar xosil qiladi. Bu vazokonstriksiyani yuzaga kelishiga va periferik qon aylanishi buzilishiga olib keladi. Oshqozon ichak trakti kapilyarlarining o‘tkazuvchanligining, qon tomirlarda venoz bosimning o‘zgarishiga, qon tomir ichidagi katta xajmdagi suyuqliklarni qon tomirlardan chiqib ketishiga olib keladi. Diareya rivojlanadi.

Suv va tuzlarning qayt qilish va ich ketishi bilan yo‘qotilishi umumiy dehidratatsiyaga olib keladi. Bu eksikozli ichak toksikozining asosini tashqil qiladi. Kasallik kechishini III davri farqlanadi: prodromal, ichak toksikozi avjiga chiqish davri, tiklanish davri. Degidratatsiya turlariga qarab toksikozda suv yetishmovchiligi, tuz yetishmovchiligi xamda izotonik turlari, og‘irlik darajasiga qarab: yengil, o‘rta og‘ir va og‘ir turlari farqlanadi.

Gipertonik (suv yetishmovchilik, xujayra ichi) dehidratatsiya ich o‘tishi, qayt qilishdan ustun turganda yuzaga keladi. Plazmaning osmotik qonsentratsiyasi

oshganligi uchun xujayra suvini yo‘qotadi. Qondagi natriy miqdori ortganligi uchun xujayra ichi suvsizlanishi vujudga keladi. Shilliq qavatli quruq, ko‘z yoshisiz yig‘lash, chanqash, afoniya, ko‘zlar botgan, yuz ko‘rinishi o‘zgargan, lablari yorilgan, quruq, til shpatelga yopishadi, teri quruq issik bo‘ladi, burmalarga oson yig‘iladi. Katta liqildok botmagan, ko‘pincha likvor massasi ortganligi sababli tekislashgan. Og‘ir xollarda likvor miqdori ortishi xisobiga talvasalar ko‘zatilishi mumkin.

Toksikozning bu turi o‘tkir og‘ir kechishi bilan farq qiladi. Bola bezovta pay reflekslari ortgan, nafas va puls tezlashgan oliguriya.

Gipotonik (tuz taqchil, xujayra atrofi) dehidratatsiya.

Bola bo‘shashgan, tormozlangan adinamiya, somnolentlik, soporoz, komatoz xolatiga o‘tishi mumkin. Shilliq qavatlar unchalik quruq emas. Teri marmarsimon nam sovuq, akrotsionoz. Ichishni xoxlamaydi, sodali yoki ringer eritmasini ichishni xoxlaydi. Katta liqildok pasaygan xarorat mo‘tadil yoki subnormal bo‘lish mumkin. Xamisha mushaklar bo‘shashgan, giporefleksiya. Davomiy qayt qilishi, gipokalsiemiya, atsidoz natijasida ichak parezi rivojlanadi. Talvasa – bosh miya bo‘kishi va shishish natijasida kelib chiqadi. Talvasa tonik xarakterda bo‘lib meningial simptomlarsiz kechadi.

Izotonik dehidratatsiyaning bu turida organizm tuz va suvni teng miqdorda yo‘qotadi. Suvsizlanishning xamma klinik belgilari yuzaga keladi. Kuchli chanqash, tana massasining kamayishi, toksik nafas, gipertermiya, serebral simptomlar.

**Eksikozli ichak toksikozning davolash.** Dastlab maxsus tekshirishlar o‘tkazguncha klinik ko‘rinishga qarab quyidagilarni aniqlash kerak.

1. Suvsizlanish darajasi va ichak toksikozi fazasini aniqlash kerak
2. Dehidratatsiya turini aniqlash
3. Suyuqlik xajmini va uning sifat tarkibini xisoblash.
4. Vena ichiga quyish tezligini aniqlash.

Suvsizlanish darajasiga qarab suyuqlik xajmini Dennis bo‘yicha xisoblash mumkin.

### **Dennis jadvali**

Degidratatsiya darajasi	Suyuqlikning umumiy miqdori (ml/kg) sutkasiga. Yoshi		
	1 yoshgacha	1-5 yosh	6-10 yosh
I-daraja yengil tana vaznini 5% dan kam yo'qotganda diurez pasaygan.	130- 150	100- 125	75-100
II-daraja o'rtacha tana vaznini 5-10% ga kamayishi oliguriya	170- 200	130- 170	100-110
III-daraja og'ir tana vaznini 10% dan ko'p yo'qotish oliguriya	200- 230	175- 200	100-150

Tuzsiz va tuzli eritmalar nisbati suvsizlantirishni ko'rishiga qarab quyidagicha bo'lishi kerak: izotonik 1:1, suv yetishmovchiligi 3:1, tuz yetishmovchiligi 1:2. Degidratatsiyani 1-2 darajalarida xam nafas funksiyasi bo'zilmagan bo'lsa organizm degidratatsiyasi yaxshi natija beradi.

Qarshi ko'rsatma: boshqarib bo'lmaydigan qayt qilish, gipovolemik shok rivojlanishi, eksikozning II-III darajasi, infeksiyon toksik-shok, tug'ma disaxaridoza yetishmovchiligi, mol sutini o'zlashtira olmasligi. Bunday xolatlarda tezda infuzion terapiya o'tkaziladi

Oral regidratatsiya o'tkazish uchun: glyusolan va regidron qo'llaniladi. Glyukosolan quyish qon plazmasidagi natriy konsentratsiyasini 24 soat davomida normal xolatlargacha ko'taradi (eksikozni II-III darajasida). Kunni oxirida kislotatashqor muvozanati normallasadi. Qon plazmasidagi kaliy miqdori sekin tiklanadi. Davolashning 5-kunida bola axlati o'zgaradi. Regidron – fakatgina natriyni tiklamasdan yana qon plazmasidagi kaliyni normallashtiradi. Bola axlati xam normallasadi. Ba'zi xolatlarda bola qorni shishadi. Laborator tekshiruv natijalarini

olgandan keyin plazmani elektrolit tarkibi bilan kislota ishqor xolati, umumiy oqsil, gematokrit, gemoglobin, qondagi qand, mochevina va azot tekshirilgandan so'ng infuzion terapiya o'tkaziladi.

Agar suvsizlanish qon aylanishini dekompensatsiyasi bilan kechsa, Seldinger usuli bilan kateter o'rnatilib aylanib yuruvchi qon xajmini tiklash maqsadida 10% qonsentrlangan plazma eritmasi, albumin, reopoliglyukin va mikroциркуляtsiyasini yaxshilovchi o'rta молекуляр va plazma o'rnini bosuvchilar (gemodez, polidez) buyuriladi. Ko'rsatilgan preparatlar 10-20 ml/kg dozada yuboriladi. Qolgan suyuqlik xajmi 10% glyukozani insulin bilan birga izotonik degidratatsiyada to'ldiriladi: tuz yetishmovchiligida glyukoza tuzli eritmaları: suv yetishmovchiligida 5% li glyukoza eritmasi yuboriladi.

**Etiotrop davolash:** antibiotiklar bilan o'tkaziladi. Toksikoz qanchalik og'ir bo'lsa etiotrop davolash muolajalari shunchalik orqaga qaytariladi. Toksikozni ko'p xolatlarida dastlabki etaplarida infeksiyon protsess xarakterli bo'lib dastlabki preparatni jamlash printsiplari ahamiyatiga ega. Tarqoq реакция davrida ko'proq bu aralash infeksiya asosida kechib, keng spektrli antibiotiklar qo'llaniladi. Bir vaqtni o'zida gramm - va gramm + floralarga umumiy kerakli bo'lgan antibiotiklarni jamlay bilish kerak. Ko'proq kombinatsiya xolida 2-3 ta preparatlarni birga berish ba'zi polisintetik penitsillinlar (ampitsillin, karbenitsillin 50 000-100 000 yed/kg sutkasiga) sefalosporinlar (seporin preparatlari) aminoglikozidlar qatoridagilar (kanamitsin 15000 yed/kg yoki gentamitsin 4-6 mg/kg) beriladi. Toksikozlarni davolashda ulardan tashqari periferik qon aylanishini va metabolizmni yaxshilovchi preparatlar qo'llaniladi: koplamin, trental, gangliobloqatorlar KKB, ATF, panangin va vitaminlar.

### **Ichki organlar yoki degeneratsiyasi bilan kechuvchi toksik**

#### **ensefalopatii (reya sindromi)**

Sindrom Reyani izoxlash Avstraliya patologoanatom R.D.K. REYE ga tegishli. U 1963 yil o'zi olib borgan ishlarda 21 ta kasallangan bolalarda ensefalopatiya bilan

kechuvchi jigarning yogli degeneratsiyasini aniqladi. Bu sindromda mitoxondriyani diffuz jaroxatlanishi asosiy o‘rin tutadi. Kasallik salitsilatlar qabul qilgandan keyin rivojlanadi deb ta’riflanadi.

**Etiopatogenezi:** sindromni keltirib chiqaruvchi omillar xaligacha aniqlanmagan, lekin asosan mitoxondriyani diffuz jaroxatlanishi bilan bog‘liq, aniqlangan bu xolatda quyidagi faktorlar asosiy bo‘lib xisoblanadi.

1. Barcha mitoxondrial fermentlar aktivligini pasayishi.
2. Mochevina sintezini kamayishi.
3. Reya sindromi bo‘lgan bemor jigarida mitoxondriya ultrastrukturasini o‘zgarishi.

1 yoshgacha bo‘lgan bolalarda o‘tkir jigar yetishmovchiligi sababi bo‘lib virusli gepatit natijasida kelib chiqqan gepatodistrofiya xisoblanadi.

Reya sindromi bilan og‘rigan bemorlarda giperammonemiya ensefalopatiyaning patogenetik mexanizmi xisoblanadi. Bosh miyadagi vena qonidagi ammiak arterial qondagiga nisbatan ozrok bo‘ladi, miya to‘qimalari ammiakni ushlab qoladi. Ensefalopatiyani sababi qondagi erkin yog kislotalarini ko‘p tutilishidir. Bularni barchasi kalla suyagi ichi bosimini ortishiga va bosh miya shishiga olib keladi.

**Klinik ko‘rinishi:** Kasallikni klinik kechishi 3 davrdan iborat:

1. Prodromal
2. O‘tuvchi.
3. Kasallikni avj olgan davri.

**Prodromal davr:** 3-8 kun davom etib o‘tkir respirator kasalliklar oshqozon ichak trakti disfunktsiyasi ko‘rinishida kechadi.

O‘tuvchi davr kasallikni avj olishi davridan oldinda keluvchi davr xisoblanib, bo‘nga quyidagilar xos xisoblanadi: qo‘zg‘aluvchanlik, uykuchanlik, mo‘tadil istima, qayt qilish. Kuchli qayt qilish patognomatik kardial belgi bo‘lib xisoblanadi. Toksikozning rivojlanish surati, darajasi va avj olish davri juda o‘zgaruvchan va rivojlanib boruvchi giperammonemiya muxim rol o‘ynaydi. Jigarni disfunktsiyasi, ensefalopatiya rivojlanib kechish og‘irligi va davomiyligi bo‘yicha 26 soatdan 96 soatgacha o‘zgaradi. Jigarni jaroxatlanishi 3 ta darajaga bo‘linadi.

1-darajasida qondagi ammiak va transaminaza miqdorini ko‘tarilish xos.

2-darajasida jigarni oqsil ishlab chiqaruvchi funksiyasi yetishmovchiligi kuzatilib (gipoalbuminemiya, protrombini kompleks omillarini kamayishi).

3-darajasida yuqoridagilardan tashqari qon ketish xam kuzatiladi. Kasallikning avj olish davri komatoz xolat bilan xarakterlanadi.

Ko'z korachigini yorug'likka reaksiyasi sust, nafas chukur va tez bo'ladi. Keyinchalik nevrologik buzilishlar miya stvolini jaroxatlanishi va muskul gipotoniyasi arefleksia paydo bo'lishi natijasida kelib chiqadi. Xolat og'irlashishi bilan tarqoq talvasalar qo'shiladi, Kerniga va Brudzinskiy simptomlari manfiy, lekin katta liqildokning shishishi esa muskullarini tarangligi kuzatiladi. Nafas yuzaki, tez-tez, taxikardiya, AB normal bo'ladi. 5-kunga kelib yurak tonlari bo'g'iqlashadi, chegaralari esa kengayadi. Jigar o'lchami kattalashib, zich, ushlab ko'rilganda yengil og'riq bo'ladi. Erta xarakterli sindromlaridan biri bo'lib gemorragik sindrom xisoblanadi: qon talashlar, ko'karishlar, «kofe kuykasi» singari qayt qilish, axlatning qora kelishi, petenxial toshmalar.

O'tkir buyrak yetishmovchilik belgilari (oliguriya, mu'tadil azotemiya) dastlabki 2-chi kunlarda kuzatiladi, keyin tezda yo'qolib ketadi. Taxlillarda: qon zardobidagi aminotransferaza aktivligini oshishi, gipoglikemiya, zardobdagi ammiak oshishi, gipofosfatemiya.

#### **Tashxis mezonlari:**

1. Shikoyatlari.
2. Anamnez (prodromal davri 3 va 8 kun davom etgan virusli kasalliklari bilan og'rganligi, kuchli qayt qilish, ensefalopatiyani xar xil darajasi).
3. Klinik ko'rinishi.
4. Taxlil ko'rsatkichlari: normaga nisbatan AST, ALT ni 3 marotabaga ko'tarilishi, giperammoniemiya, bilirubinni normal darajasi.

Jigarni elektron mikroskopiyasi, jigarni punksiyon biopsiyasida gepatotsitlar yogli distrofiyasini xar xil darajasida aniqlanadi.

**Davolash:** 3 etapda o'tkaziladi.

1 chi etapda davolash muolajalari nevrologik buzilishlar darajasiga qarab o'tkaziladi.

2 chi etapda intensiv terapiyani asosini aktiv dezintoksikatsiyaga, miya shishiga qarshi kurashni tashqil etadi. Dezintoksikatsiya qilish maqsadida qonni almashtirish, gemosorbsiya va peritonal dializ qilinadi.

3 chi etap bemorni koma xolatidan chiqarishga karatiladi.

**Oqibati:** Reya sindromi bilan o'lim 80% ni tashqil qiladi, ko'proq o'lim gipolikemiya va O'BE ga pnevmoniya xamda sepsisni qo'shilishi xisobiga kelib chiqadi. Buni barcha nozologik turlarini davolash mumkin, ularni erta aniqlash va davolash, kasallikni okibatini yaxshi tugallanishi bilan yakunlanadi. Reya sindromini boshidan o'tkazgan bemorlarda nevrologik buzilishlar kuzatiladi.

### **Gemolitiko-uremik sindrom (gasser sindromi).**

Gasser kasalligi – bir necha orttirilgan kasalliklardan biri bo'lib, kichiq yoshdagi bolalarda uchraydi (4 yoshgacha bo'lgan bolalar). Gemolitiko-uremik sindrom (GUS) xolati asosiy klinik belgisi bo'lib, o'tkir ortirilgan tomir ichi gemolitik anemiyasi, trombositopeniya, o'tkir buyrak yetishmovchiligi xisoblanadi. Ko'rsatilgan uchlik 1 chi bo'lib 1952 yili Nefroanemiya nomi bilan X.Byuler tomonidan nomlangan, 1955 yilda esa Gasser tamonidan yozib koldirilgan. Shunday qilib GUS – bu mayda tomirlarni tarqalgan jaroxatlanishi gemolitik anemiya bilan kechishi, trombositopeniya va UBE bilan buyrakning jaroxatlanishidir.

**Etiopatogenezi:** qish-baxor oylarida bu sindrom ko'proq kuzatiladi, qachonki respirator virusli kasalliklar bilan og'riganda, yozda oshqozon-ichak infeksiyalari ko'p uchraganda.

Patogenez asosida buyrak endoteliy xujayralarni jaroxatlanishi, gemoliz va trombositopeniya muxim rol o'ynaydi. Kasallikni ko'proq Koksaki, Yesno viruslari, adenovirus, bakteriyalar, shigellalar, salmonellalar, ichak tayokchasi, pnevmokokk chaqiradi. Kasallik oilaviy xolda uchrashi mumkin.

Endoteliy xujayralarni jaroxatlanishi 2-lamchi jarayonlar rivojlanishiga olib keladi. Qon tomiri ichida qonni lokal ivishi, trombositlar agregatsiyasi, trombositlar iste'molini ortishi shuningdek ular xayotining qisqarishi trombositopeniyani keltirib chiqaradi. GUS bilan og'riqan bemorlarni ko'pchiligida gematokrit 10-15% gacha kamayib tezda gemolitik anemiya rivojlanadi. O'zgargan kapillyarlar turidan o'tuvchi eritrotsitlar shikstlanishi, mikroangiopatiyaga olib keladi.

### Gasser kasalligi tasnifi.

Kasallik formasi	Bemor yoshi	Etiologiya	Okibat
Klassik	2 yoshgacha	Ichak tayoqchasi	Juda yaxshi
Postinfeksion	Xar kanday	Endotoksin	Yaxshi
Irsiy	Xar kanday	Prostotsikli n metabolizm buzilishi	Yomon progressiya SBE.
Autoimmun	Yosh bolalarda	Kompleme nt aktivligi	Yomon
Xomiladorlik ka bog'liq xolda	Yosh bolalarda	Aniq emas	Yomon
Boshqalar	Xar kanday	Kollagenoz ga	O'zgaruvcha n

		bog‘liq xolda	
--	--	------------------	--

**Gemolitiko-uremik sindrom klinikasi.** Kasallik yuqori nafas yo‘llari yoki me‘da ichak trakti jaroxatlanishi simptomi bilan to‘satdan o‘tkir boshlanadi. Tezda toksikozni tarqoq reaksiyasi davriga xos bir necha sistemalar jaroxatlanishi qo‘shiladi; nevrologik buzilishlarni xar-xil darajasi, periferik qon aylanishi yetishmovchiligi, almashinuv buzilishi. Teri katamlari oqaradi, burun-lab, qovoq soxalarida shish, ko‘p xollarda sklera in‘eksiyalangan bo‘ladi. Tarqoq davri oxirida oligoanuriya qo‘shiladi. Maxalliy reaksiya davri klinikasi 3 ta simptom bilan xarakterlanadi. O‘tkir gemolitik anemiya bo‘lishi trombositopeniya va o‘tkir buyrak yetishmovchilik simptomi. Buyrakni 2 tomonlama kortikal nekrozga rivojlanib boruvchi anuriya xarakterlidir. O‘tkir gemolitik protsess bo‘lishiga qaramay terini oqarishi, oz miqdorda sargayish kuzatiladi. Petexial qon quyilishlardan tarqoq ekximozlargacha kechuvchi gemorragik sindrom qo‘shiladi. O‘BE ni oliguriya stadiyasida dastlab shish bo‘lmaydi chunki suyuqlikni ko‘p miqdori parlash va entikish orqali yo‘qotiladi, ba‘zi bemorlarda aylanib yuruvchi qon miqdori (AYuKM) ni ko‘tarilishi kuzatiladi. Bu boshqarib bo‘lmaydigan infuzion serebral suyuqliklar bilan davolash va O‘BE ni kech tashxislashga bog‘liq. serebral nevrologik buzilishlar joylashishi intensivligiga qarab xar xil bo‘ladi: talvasa, sopor, komalar, serebral rigidlik va gemiparezlar ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. MNS buzilish uremik intoksikatsiyaga nisbatan 2-lamchi bo‘lishi mumkin, biroq nevrologik o‘zgarishlarni barcha variantlarini uremiya bilan tushuntirib bo‘lmaydi, yurak qon tomir sistemasi tomonidan taxikardiya, yurak tonlarining bo‘g‘iqlashuvi, yurak uchi turtkisidan sistolik shovkin, ba‘zan ekstrastoliya kabi o‘zgarishlar aniqlanadi. Yurakni jaroxatlanish darajasi giperkalsiemiya to‘g‘ri keladi. Turgun gipertoniya tashxislashda yaxshi belgi xisoblanmaydi (buyrak pustloqlarini qaytmaydigan og‘ir nekroziga olib keladi). Metabolik o‘zgarishlar va atsidozni og‘irligiga bog‘liq xolda xansirash paydo bo‘ladi. O‘pkada dag‘al nafas namlangan xirillashlar eshitiladi. Gipergidratatsiya asorati natijasida o‘pka shishi kelib

chiqadi. Azotli metabolizmدا elektrolit buzilishlarini maxsulotlarini ko'payishi natijasida gastroenterit simptomlari kuchayadi. Ichak parezi kelib chiqishi mumkin. Bu asorat poliurik faza va gipokalsiemiya ga bog'liq xolda uchraydi. Ko'pgina bemorlarda hepatomegaliya ba'zan taloq kattalashadi. Patogenetik terapiya o'tkazish natijasida oligoanurik bosqichdan unchalik xavfli bo'lmagan poliurik bosqichga o'tadi. Kasallikning o'tkir davrida normoxrom xarakterdagi anemiya kuzatiladi, mikro va makrotsitoz aniqlanadi. Trombotsitopeniya gemolitik krizning yuqori cho'qqisiga to'g'ri keladi. Trombotsitopeniya darajasiga mos ravishda gemorragik ko'rinishlar qon laxtasi retraksiyasining pasayishi yoki yo'qolishi, qon ketish vaqtining cho'zilishi namoyon bo'ladi.

Siydik taxlilida proteinuriya, makro va mikro gematuriyaga ko'riladi. Gemolitik anemiyada siydik gemoglobin xisobiga jigarrang zang rangini oladi. Koptokchalarni kapilyarlar endoteliysiga fibrinning cho'qishi bilan kechuvchi tomir ichi qon ivishi jarayoniga ishora qiluvchi fibrin kuykalarini siydikda topilishi xarakterli xisoblanadi.

Дифференциал tashxis: o'tkir tubulyar nekroz yoki septitsemiya va shoshilinch abdominal xirurgik xolat bilan kechuvchi prerenal oliguriya kuzatiladi (ichakni buralib kolishi). Ichak perforatsiyasi, ichak tutilishi, yonbosh ichak divertiqo'li, GUS da qon surtmasida gemoliz aniklanadi, abdominal belgilar esa yaxshi sifatli bo'ladi.

**Davolash:** O'BE ni davolash juda erta boshlanishi kerak, xattoki dastlabki davrlardayoq, yurak funksiyasini buzilishiga olib keluvchi sabablarni yo'qotishda dastlab biz adekvat buyrak qon aylanishini yaxshilaymiz. Periferik qon aylanishini buzilishi va dehidratatsiya bartaraf qilinadi. Qon aylanish yetishmovchiligini kompensatsiyasi va subkompensatsiya stadiyasida past moleqo'lyar polivinil va mannitol (3:1 nisbatda) aylanib yuruvchi plazmani xajmini tiklanishiga olib keladi. Koptokchalarda filtratsiya, buyrakda plazma aylanishi va mikroциркуляtsiya yaxshilanadi. Anurik bosqichni profilaktikasida eng yaxshi metod toksikozda qon tomirlarni kengaytiruvchi gangliotiklar erta muddatda buyurilsa yaxshi natija olinadi. Anuriya stadiyasini davolashda suv - tuz almashinuvi buzilishiga, ortikcha katobolizmni yo'qotishga, anemiyaga qarshi va antibakterial terapiya o'tkaziladi. Suv-

tuz almashinuvi buzilishida kislota - ishqor muvozanatini buzilishi, giperkaliemiyaga va xujayra atrofi gipergidratatsiyasiga qarshi kurash olib boriladi. Gipergidratatsiyani oldini olish uchun organizmga suyuqliklar yuborish chegaralanadi. Uning xajmini sutkalik diureziga bog'liq xolda olib boriladi. Nafas orqali yo'qotgan suyuqlik miqdoriga (25 ml/kg) bog'liq xolda olib boriladi. Qayt qilish ko'zatilmaganda eritmani 70% og'iz orqali, qolganlari vena ichiga yuboriladi. Tuzsiz tartib barcha vena ichiga yuborilayotgan suyuqliklarni 1/5 qismi tuz saklovchi kolloid, qon urnini bosuvchi yoki natriy gidroqarbonat eritmasi tashqil qilishi kerak. Fakat glyukozani buyurish miya shishini keltirib chiqarishi mumkin. Giperkaliemiyaga qarshi kurash davolashni asosiy qismina tashqil qiladi. Buning uchun qonsentrlangan glyukoza insulin bilan (100 ml 20% glyukoza, 4-5 yed. insulin) yuboriladi. Yurakka kaliyning toksik ta'sirini pasaytirish uchun 10% kalsiy glyuqonat yuboriladi. Bemor oshqozoni yuviladi va surgilardan (sarbitol, magniy sulfat) kaliyni organizmdan chibib ketishiga yordam beradi. Anuriya davrida oqsil cheklanadi va bemor parxez qilinadi. Tarkibida uglevod bo'lgan ovkat moddalari beriladi. Ovkat tarkibida oqsil kam bulish kerak, bu 10 ko'ngacha davom etadi. Sutkada bolaga 1gr oqsil beriladi. Qon plazmasida ammiakni kamaytirish uchun vena ichiga glyutamin kislota va arginin yuboriladi.

Anemiyaga qarshi davolash: vitaminoterapiya, xaftasiga 1-2 marta eritrotsitar massa yoki qonservlangan qon qo'yiladi. Antibakterial terapiya: o'tkir buyrak yetishmovchiligida aminoglikozid va тетрациклин qatoridagi antibiotiklar, sulfanilamidlar berilmaydi, yarim sintetik pensillinlar (ampitsillin, oksatsillin), makrolidlar (oleandomitsin, eritromitsin) buyurish maqsadga muvofikdir. Antibiotiklarni sutkalik dozasini 1 vakti o'zida 2-4 marta qisqartirish ularni chastotasini pasaytirish kerak. Poliuriya stadiyasida bolaga ichimlik va tuzlar chegaralanmaydi. Kushimcha kaliy buyuriladi. Parxezni doimo kengaytiriladi. Kaloriyali yuklama kuchaytiriladi. Davolashning qolgan printsiplari anuriya davridagidek olib boriladi.

## **ERTA YoShDAGI BOLALARDA INFEKSION TOKSIK ENSEFALOPATIYA.**

Bolalarda xar-xil virusli va bakterial infeksiyalar ta'siri natija-sida infeksiyon toksik ensefalopatiya xolati ko'proq kelib chiqadi, bu esa bola organizimini AFXga bog'liqdir: ximoya xususiyatini pastligi, immunitetni pastligi, MNSni to'la takomil etmaganligi, gematoensefalitik barerni o'tkazuvchan-ligini yuqori bo'lishi.

Yu.Ye.Veltishev tabiriga ko'ra infeksiyon toksik ensefalopatiya sindromi MNSga bevosita ko'zg'atuvchilarni, ularning toksinlari, toksik maxsulotlar va immunologik reaksiyalar natijasida xosil bo'lgan maxsulotlarni ta'siri natijasida rivojlanadi.

A.F.Vinogradov, A.V.Kрылов bo'yicha infeksiyon toksik ensefalopatiya kechishiga qarab 3 fazaga bo'linadi: 1.Gipertermik yoki irritiv, 2. gipoksikensefalopatiya, 3. terminal faza.

### **Infeksiyon toksik ensefalopatiya I-fazasi.**

Bakteriyalar, viruslar xamda metobolik buzilishlar natijasida xosil bo'lgan, o'zgargan maxsulotlarni MNSga ta'siri natijasida bosh miya po'st-loq qismida qo'zg'aluvchanlik ortib ketadi va GGBUBS ta'siri ortishi oqi-batida katexolaminlar, mineralo-glyukokortikoidlar miqdori kamayib boradi. Katexolaminlar va mineralokortikodlar ta'siri ortishi natija-sida katta va kichiq qon aylanish doirasida kapilyarlar tarqoq spazmga uchraydi, natijada A/B, MVB ko'tarilishi xisobiga shunto-diffuz gipoksiya-ga va okibatda o'pka gipertenziyasi rivojlanadi.

Bosh miyada mikroциркуляtsiyani buzilishi xisobiga kapillyarlar o'tkazuvchanligi ortadi, diapidez yo'l bilan qon quyilishlar paydo bo'ladi, bu esa o'choqli simptomokomplekslarni keltirib chiqaradi. 1. Diensefal soxani toksiko-infeksiyon xaroxatlanishi xisobiga termoregulyatsiya buziladi, 2. SNSni xolinnergik tolalarini qo'zg'alishi natijasida ter ajralib chiqishi kamayadi, 3. Adrenergik tolalarni qo'zg'alishi natijasida periferik kapellyarlar spazmga uchraydi. Yuqorida sanalgan mexanizmlar gipertermiyani yanada kuchaytiradi, somatik nervlar qo'zg'aluvchanligi ortadi, muskullar tonusi ortishiga olib keladi, talvasa rivojlanadi. Gipertermiyada ATF,

kreatinfosfat parchalanishi kuchayadi, energiya ajralib chiqishi yanada ortadi. Shuning xisobiga ATF miqdori kamayadi. Shu vaqtni o'zida ATF fermenti aktivligi 1,5 marta ortadi. Organizmda katabolik prsess ustun turib xujayra ichi kaliy kamayadi va giperkaliemiya xolati kelib chiqadi.

Agar teri va o'pka orqali yo'qotiladigan suyuqlik miqdori  $37^0$  dan  $2^0$  ga ko'rilsa ikki barobar suyuqlik yo'qotadi. Shundan kelib chiqadiki, gipertermiya va giperventilyatsiyada osonlik bilan degidrotatsiya kelib chiqadi va gi-povolemiya rivojlanadi. Gipovolemiya yurakni minutli xajmini pasaytiradi. Qon aylanishni minutli xajmini pasayishi ichki organlarni qon bilan taminlanishini pasaytiradi. Buyrakdagi qon aylanishni pasayishi glome-rulyar filtratsiyani kamaytiradi, buyrak naychalaridan ikkilamchi natriy so'rilishini kuchaytiradi. Organizmda natriy va suv ushlanib qoladi, bu xolatni buyrak oldi uremiya deb yuritiladi. Oligo-anuriyada elektrolitlar, vodorod ionlari, azot shlaklari ushlanib qoladi, kaliy bilan intoksika-siya, atsidoz, azotemiya va BO'Egi rivojlanadi.

Oligoanuriyada noadekvat va noratsional suyuqliklarni qo'llash organi-zmda suv va natriyni ushlab qolishi yanada kuchaytiradi yani gipergidratatsiya xolati rivojlanib, bu esa xujayra ichi va xujayra atrofi bo'shliqlarini qamrab oladi shuningdek o'pka xamda bosh miya shishini keltirib chiqaradi.

Infeksion toksik ensefalopatiya birinchi fazasida asoratlardan o'tkir YuQTE, buyrak va buyrak usti bezi yetishmovchiligi xisoblanadi.

**Klinikasi.** Infeksion toksik ensefalopatiya birinchi fazasini gipertermik yoki irritiv faza deb yuritilib o'tkir ko'pincha kechqurun boshlanadi. Bemor tana xarorati keskin ko'tariladi 39-40 va undan yuqori bo'ladi. Xarakat qo'zg'alishi ortib ketadi, qo'llari qaltiraydi, xushi sopor tipda buziladi va qisqa vaqtli klonik talvasa kuzatiladi.

Katta yoshdagi bolalarda bosh og'riqi, ko'ngil aynishi, qayt qilish kuza-tiladi. Bu klinik ko'rinishlar bosh miyada bosim ortganligidan darak bera-di. Giperkineziya xolati: qo'lini orqaga tashlash, tilini osiltirish, qo'l-larini qaltirashi, klonus va giperrefleksiya xosdir. Bu simptomlar infeksiion toksik ensefalopatiyani o'tkir davrida kuzatilib tana xaroratini pasayishi va axvolini yaxshilanishi bilan o'tib ketadi.

**Meningial sindrom** katta yoshdagi bolalarda o'ziga xos kechadi, bemor-ni boshi og'riydi, qayt qiladi, ensa muskullari taranglashadi. Kichiq yoshda-gi bolalarda katta likqildok ishadi va pulsatsiya beradi. Ayrim xollarda simptom Kerniga va Brudzinskiy musbat bo'ladi. Orqa miya suyuqligi tekshi-rilganda bosimni ortganligi, sitozi yo'qligi, suyuqlik loyqa emasligi va qand miqdori normada ekanligi aniqlanadi. Meningial sindrom toksikozni avjga chiqqan davirda ko'riladi va tana xarorati pasayishi bilan yo'qoladi.

**Ensefalitik sindrom** o'tkir boshlanada, tana xarorati ko'tarilib umu-miy axvoli og'irlashadi, talvasa kelib chiqadi bemor xushini yo'qotadi. Tal-vasa ko'pincha tonikoklonik xarakterda bo'ladi, uzoq vaqt davom etadi, kay-talanib turadi. Talvasa sindromi o'tib ketgandan so'ng bosh miya nervlari va qo'l-oyoq parezlari kuzatiladi. Ko'pincha gemisindrom ko'riladi.

Bemor xushini yo'qotish 5-7 kundan 3-4 xaftagacha davom etadi. Ko'pchilik bolalarda talvasa sindromi yaxshi sifatli kechadi, xushi tiklanadi, tal-vasa o'tib ketadi, perezlar yo'qoladi. Ayrim bolalarda asorat xolida bemor-ni o'zini tutishini o'zgarishi, bezovtalik, tutqanoq tutishlar kuzatiladi.

Bemorni tashqi ko'rinishi: teri qoplamasi oqaradi, marmarsimon oqaradi, marmarsimon tovlanadi, qo'l oyoqlari ushlab ko'rilganda soviydi, nafas olish yuzaki tezlashgan bo'lib yoshiga nisbatan 2-3 marta tez nafas oladi. Burun lab uchburchagida ko'karish juda kuchayib ketadi. Ko'krak qafasi emfizemasimon ishadi, perkussiv qilib ko'rilganda "qutichasimon" tovush eshitiladi. Rengenologik tekshirilganda o'pkani ildizini kuchayganligi, emfizema aniqlanadi. Ayrim bemorlarda o'pkani polisegmentar qorayishi aniqlanadi. Infeksion toksik ensefalopatiyani kliniko-rengenologik ko'rinishi xuddi pnevmoniyadagi o'zgarishlarga o'xshab ketadi. Ammo lekin bu simptomokompleksni kelib chiqish asosida bosh miyani jumladan gipotalamik soxani taksiko infeksiyalar jaroxatlanishi, gemodinamik metabolik buzilishlar natijasida rivojlanadi.

YuQTS da simpatotoni kollaps kelib chiqadi: teri qoplamasi oqaradi va periferik sionozlar paydo bo'ladi. Yurak tonlari aniq yoki bo'g'iqlashi-shi emfizema xisobiga

bo'ladi. Taxikardiya kuzatilib, puls to'laligi va teranligi qoniqarli darajada bo'ladi. A/B, MVB, OSK ko'tariladi.

Lekin bu davrda yurak glyukoziidlarini tez ta'sir ko'rsatuvchilarini buyurmaslik, katta va kichiq qon aylanish doirasida tarqoq tomirlarni spazimga uchrashi giperkatexolaminemiyaga bog'liq xolda yurakni o'tkir o'ng qorincha yetishmovchiligiga olib keladi.

Klinik ko'rinishiga yurak tonlarini bo'g'iqlashishini ortib borishi texikardiyaning kuchayishi, jigarni kattalanishi kuzatiladi.

#### Infeksion toksik ensefalopatiya

I – fazasida dehidratatsiya sababli kelib chiqqan gipovolemiya, noratsional va noadekvat infuzion davolash buyrakni o'tkir yetishmovchiligiga olib keladi. Kichik yoshdagi bolalarda buyrakni o'tkir yetishmovchiligi yuqori temperatura bilan o'tkir boshlanib, tana xarorati keskin tu-shadi 36.2 -35.6 bola uyquchan bo'lib qoladi, ko'krakni olmay qo'yadi qayt qila-di keyinchalik siydik miqdori kamayadi, kamdan kam xollarda anuriya rivojlanadi. Siydikni solishtirma og'irligi pasayadi. Siydik cho'kmasi tekshirilganda eritrotsitlar, leykotsitlar, donador silindirlar hamda gemo-glabin siniqlari aniqlaniladi. Qonni bioximik tekshirilganda azoteimya, giperkaliemiya, metabolik atsidoz, suv tuzlar almashinuvini buzilishi aniqlanadi. O'tkir buyrak yetishmovchiligini oligoanurik fazasi 1kundan 6 kungacha davom etadi.

Infeksion toksik ensefalopatiya I – fazasida spastik ichak parezi kelib chiqadi bu o'z navbatida simpatik nerv sistemasining xolinergik tolalarini qo'zg'alish natijasida rivojlanadi, bunda qorin ishadi va axlat, yel kelmay qo'yadi.

**Davolash.** Shoshilinch yordam ko'rsatish kompleksi quyidagilardan iborat: MNS faoliyatini meyorlashtirish, tomirlar tonusi va aylanib yuruvchi qon miqdori-ni tiklash, YuQTS yetishmovchiligini oldini olish va ikqilamchi rivojlanishini yo'qotish, suv-elektrolitlar va KIMlarini tiklash, gipertermiya va talvasaga qarshi kurashish.

Bemor birinchi navbatda siqib turuvchi usti-boshidan ozod qilinadi, toza xavo bilan ta'minlanadi, yuqori nafas yo'llarida to'planib qolgan shilliqlarni elektrootsoz bilan olib tashlaniladi. So'ngra dozalastirilgan oksigenoteratsiya o'tkaziladi.

Kislorod bilan nafas oldirish / doimiy/ bosh miya to‘qimasida qon tomirlarni siqadi va natijada bosh miyada 13%ga qon aylanishi buziladi. Shuning uchun xam bolalrga qat’iy dozalangan oksig’noterapiya o‘tkaziladi. Tezligi 3-5 min/l, qonsentratsiyasi 35-45 xajim, 30-40 min kuniga 4-5 marta o‘tkaziladi.

Muskullar qaltirashi, talvasa organizmni kislorodga bo‘lgan talabini ortiradi va energetik zaxiralarini kamayishiga olib keladi, bosh miya mar-kazlarini susaytiradi. Shu maqsadda muskullar xarakat qo‘zg‘alishini yo‘qo-tishda litik aralashma qo‘llaniladi. Tarkibiga aminazin kirib xarakat ak-tivligini susaytiradi, sklet muskullarini susaytiradi ekzo vaenendogen stimullarga reaktivligini pasaytiradi, gepertermiyani pasaytiradi, adre-nolitik ta’sir ko‘rsatadi, kapillyarlar o‘tkazuvchanligini kamaytiradi, ana-bolik protseslarni kuchaytirib organizmda “iqtisod” xolatini keltirib chiqaradi, gipotalamus va retikulyar formatsiyani adrenoreaktiv sistemasiga ta’sir etib, faoliyatini susaytiradi, shuning natijasida kelayotgan patologik afferet va efferent impulsatsiyani to‘xtatadi.

Quyidagi litik aralashmani muolajaga kiritish mumkin:

1.Aminazin	2,5%	r-r-2,0			
Pipolfen	2,5	%	r-r	-	2,0
Promedol	1 %	r-r - 1,0			
Novokain	0,5	r-r - 5,0			
Aralashmadan	0.1-0.5 ml/kg	bola og‘irligiga	buyuriladi.		
2.Aminazin	2,5	r-r - 1,0			
Papaverin	2,0	% r-r - 1,0			
Dimedrol	1 %	r-r - 2,0			
Novokain	1,0%	r-r-2,0			

Aralashma aminazinga qarab 1-2 mg/kg bola og‘irligiga buyuriladi.

Gipertermiyada 50% li analgin 0.1 ml 1 yoshga olinadi. In’eksiyani 12 soat-dan so‘ng qaytarish mumkin. Tana xaroratini pasaytirish maqsadida fizik metodlar qo‘llaniladi.

Bemordagi giperventilyatsiya bir tamondan bosh miyani toksiko-infek-sion jaroxatlanishi, ikkinchi tamondan o'pkadan kelayotgan patologik im-pulsatsiya xisobiga bo'lib ko'rsatilayotgan muolajalarda xam yo'qolmasa u xolda bemorni paretal plevrani jaroxatlangan zonasiga regionar novokain blokadasi o'tkaziladi. Buning uchun yallig'langan fokusga 3-4 ml novokain yuboriladi. Tungi gipertermiyaga qarshi kurashda vitaminlar S. V6 qo'llaniladi. Vitamin S glyukokortikoid gormonlar sintezida aktiv katna-shadi. Bularni faoliyati asosan tunda ortgan bo'ladi. Vitamin V6 trip-tofan. almashtirib bo'lmaydigan aminokislotalar va gistamin almashinu-vida qatnashadi. Vitamin S 5% 1-2,5 ml v/m, to'ngi vaqtda dozani 0,3 ga ko'tarish mumkin. Vitamin V6 0,5- 1,0 ml v/m yoki v/v.

Talvasa sindromida 25% magneziy sulat eritmasidan 0,2 ml v/m qilinadi. 0,5% li seduksen eritmasidan 0,5-1 mg/kg v/myoki v/v yuboriladi. Agar talvasa davom etsa seduksen dozadini 2,5 mg/kg ga ko'tarish mumkin. Tiopental natriy, geksenalni 10% li eritmasini 6-8 mg/kg v/v yoki 5% li eritmasini 25-30 mg/kg v/m buyuriladi. 10% li lyuminal natriy eritmasini 0,1-0,2 ml t/o ga yuboriladi, buni 6-8 soatdan so'ng qaytarish mumkin. talvasa sindromida GOMK qo'llaniladi. Bu bosh miya, yurak to'qimasini gipoksiyaga chidamliligini ortiradi. GOMK 100 mg/kg ga buyuriladi. Dormikum 3ml – 15mg, 0.05 – 0.2 mg/kg, 1-2 mkg/kg/min. Sibozon 0.5 % - 1-2 mg/kg beriladi.

0,25% draperidol eritmasi fentalil bilan 0,1-0,2 ml/kg buyuriladi. Infek-sion toksik ensefalopatiyani davolashda glyukokortikoidlar qo'llaniladi. Glyukokortikoidlar kapillyarlar devorini mustaxkamlovchi ta'sir ko'rsatadi, o'tkazuvchanligini kamaytiradi, bosh miyadagi qon aylanishga musbat ta'sir ko'rsatib mikroциркulyatsiyani yaxshilaydi, xujayra membranani faoliyatini meyorlashtiradi, miya to'qimasida suv xamda natriy ionlarini to'planib qolishini oldini olib, «natrieli pompa» vazifasini bajaradi. Infek-sion toksik ensefalopatiyada prednizolon sutkasiga 2-2.5 mg/kg og'irlikka buyuriladi.

Periferik qon aylanishni yaxshilash maqsadida shuningdek bosh miyada qon aylanishini yaxshilash maqsadida 2.4li eufilin eritmasidan 3 mg/kg og'irlik-ga

buyuriladi. Shuni esdan chiqarmaslik kerakki eufilin taxikardiyada mioqarda almshinov protsesslarini kamaytiradi va natijada yurak bo'lmachalarida xilpirash xolati rivojlanib so'ngra qorinchalarga tarqaladi.

Qonni reologik xolatini yaxshilash maqsadida, mikrotserkulyatsiyani kuchaytirish uchun va shuningdek dezintoksikatsion maqsadida kichiq molekulali reopoliglyukin eritmasi qo'llaniladi. Reopoliglyukin 10-15 ml/kg og'irligiga buyurilib kuniga 2 marta yuborish mumkin. Shunindek nikotin kislota eritmasini 1% 0.3-0.5 ml v/m yoki v/v kuniga 2-3 marotaba yuboriladi.

Aylanib yuruvchi qon miqdorini kamatirish maqsadida degidratsion preparatlar qo'llaniladi: laziks, uregit 2-3 mg/kg og'irligiga sutkasiga. Ma-nittol eritmasini 15-20% ligidan 0.5-1g./kg og'irligiga buyuriladi. v/v tomchilab yuboriladi.

Yurak glikozidlarini tez ta'sir etuvchilarini mikroциркulyatsiya yax-shilangandan so'ng buyurilishi kerak aks xolda yurakni o'ng bo'lak energodi-namik yetishmovchiligiga olib keladi. 0.05% li strafantik K eritmasi, 0,06% li korglikon eritmasidan yoshiga qarab 0.1-0.3 ml buyuriladi, buni 8-10 soatdan so'ng qaytarish mumkin. agar yurak glikozidlarini uzoq vaqt davomida berilishi kerak bo'lsa unda digoksin buyuriladi. Digoksinni quyidagi sxema bo'yicha buyuriladi: To'yinish dozasi 0.05-0.07 mg/kg. Ushlab turuvchi doza – 1/4 - 1/7 to'yinish dozasi teng. To'yintirish -2 -3 kun davomida olib boriladi, kerakli miqdordagi preparat 4-6 qabulga bo'linib kuniga 2 maxal 12 soatdan keyin beriladi. Yurak glikozidlari bilan davolash puls soniga va EKG natijalariga qarab olib boriladi.

Yurak mushaklarida metabolik protseslarni yaxshilash, atsidozni kamay-tirish maqsadida 5mg/kg KKB va ATF buyuriladi. Shuningdek 1% glyutamin kislota eritmasini buyurish maqsadga muvofikdir chunki bu to'qimalarda kislarodni utilizatsiya qiladi, anemiya va dispeptik o'zgarishlar bo'lma-ganda bir choy qoshiqda kuniga 3-4 maxal beriladi. Yana glyukoza eritmasi buyurilib, bunga insulinni qo'shib yuborish yaxshi natija beradi, 4-5 g. glyu-kozaga 1ME insulin beriladi, qachonki organizmda gipokaliemiya simptom-lari yo'q bo'lganda.

Infeksion toksik ensefalopatiya 1-fazasida kelib chiqqan OPN ga qarshi kerak.

## **Infeksion toksik ensefalopatiya II – fazasi**

Infeksion toksik ensefalopatiya II – fazasini – gipoksik ensefalopatiya, miya shishi, depressiya fazasi deb yuritiladi. Bunda respirator  $\pi$ irkulyator, gemik, sitotoksik gipoksiyalar, likvor va gemodinamika buzilishlari, kapillyarlar o‘tkazuvchanligini ortishi, atsidoz, suvni organizmda ushlab qolishi, energiya bilan ta’minlash sistemasini dezorganizatsiyasi va dekompesatsiyasi, ichki organlardagi patologik afferent impulsatsiyalar kuzatiladi. Shuning xisobiga miya po‘stlog‘ida o‘ta tormozlanish va GGNS faoliyati buziladi. Asosiy mexanizm shundaki miyadagi nafasni anaerob glikozliz protsessiga progressiv xolda o‘tishidir. Anaerob glikoliz shartida miyada glikogen, glyukoza, ATF ayniqsa kreatinfosfat zaxirasi tez yo‘qolib boradi. GGNS faoliyatini buzilishi SNS faoliyatini susayishiga olib keladi va PSNS faoliyati ortadi, natijada qon aylanishda markazlashuv paydo bo‘ladi venullardan kapillyarlarga qayta quyiladi. Natijada mikro $\pi$ irkulyatsiyada qon to‘plana boshlaydi. Deyarli aylanib yuruvchi qon miqdori kamayadi A/B keskin pasayadi, xamda ichki organlarda ishemiya xolati kuchayadi metabolik buzilish yanada kuchaya-di. Metabolik atsidoz prekapilyar gliyani bo‘kishiga olib keladi, qon shakilli elimentlarini agregatsiyasiga sabab bo‘ladi, staz mayda tomirlar berkilib qoladi, bu esa mikro $\pi$ irkulyatsiyani buzilishiga sabab bo‘lib, miyada ik-qilamchi ishemik o‘choqlarini paydo qiladi. Uglevod-fosfor xamda yog alma-shinuvini buzilishi natijasida miya to‘qimasida yuqori toksik maxsu-lotlar yig‘ila boshlaydi. Bular esa o‘z navbatida miya to‘qimalarida orqaga qaytmas o‘zgarishlar keltirib chiqaradi va turg‘un nevrologik simptomokom-plekslar xosil bo‘lishiga sabab bo‘ladi.

Infeksion toksik ensefalopatiya II – fazasiga mikro $\pi$ irkulyatsiya o‘zgarishlari xos bo‘lib, regionar qon aylanishini buzilishlari bilan chambarchas bog‘liqdir. Vazotoksik ta’sir etuvchi moddalar qatoriga ferritin kiradi. Mo‘tadil sharoitda jigar yetarli darajada temirni disulfid xolda uch valentligini tutadi. Organizmdagi og‘ir gipoksiya vaqtida ferritin sulfidril turigacha tiklanadi, tarkibidagi temir ikki valentli bo‘lib, qon tomirga osongina suriladi. Qon tomirga surilgan ikki valentli temir zardob

tarkibidagi oqsil bilan birikadi. Bu protsessni borishini iloji bo'lmay qolganda ikki valentlik temir tomirlar tonusini ishdan chiqaradi.

Gipoksiya natijasida xujayra ichidagi membrana jaroxatlanadi va natijada qon oqimiga juda ko'p miqdorda lizosomal fermentlar tushadi, bu fermentlar asosan oshqozon osti bezida sintez qilinadi. Bu fermentlar na-faqat vazotoksik ta'sir ko'rsatibgina qolmay yurak muskullarini qisqarish faoliyatini xam ishdan chiqaradi.

**Klinikasi.** Infeksion toksik ensefalopatiya II – fazasi uchun xarakterli belgilardan biri bu qo'zg'alish adinamiya bilan almashinishidir. Bemorni xushi yanada chuqurroq buziladi, koma xolatini xar xil darajasida rivojlanadi. Shuning uchun xam neyrotaksikozni bu fazasini depressiya, funksional charchash yoki komatoz fazasi deb yuritiladi.

Talvasa bu fazada tez-tez qaytarilib tonik xarakterda, detserebral tipda bo'ladi va barcha yozuvchi muskullar tarangligi ortadi, qo'lda esa bukuv-chi muskullar tarangligi ortadi. Shuningdek pay reflekslari ortadi. Tavon klonusi paydo bo'ladi. O'choqli va meningial belgilar paydo bo'ladi. Miya o'qini yuqori qismini jaroxatlanishiga vertikal nistagm ikki tomonga ke-tuvchi ko'z g'ilayligi, pay reflekslarini ortishi yozuvchi muskullar tonusini ortishi xarakterlidir. Miya shishini kuchayib borishi bilan rotarotli nis-tagm paydo bo'ladi. Og'iz va ko'z yarim ochig' bo'lib, ko'z soqqasi xarakatsiz yoki to'lqinsimon xarakatda bo'ladi. Qorachiq nurli qitirlagichga juda sust ja-vob beradi yoki umuman javob bermaydi. Shox parada yutish va reflekslar bo'lmaydi. Vegitativ buzilishlar aniqlanadi nafas ritmini buzilishi va yurak yetishmovchiligi. Koma xolatida miya o'qi jaroxatlanmasa vegitativ bu-zilishlar ko'zatilmaydi. Vegitativ buzilishlarni bo'lmasligi bemor xushi-ni chuqur buzilishiga qaramasdan kasallik yaxshi sifatli kechadi.

Koma xolatini og'ir yengilligiga qarab quyidagi turlar tafovut qili-nadi: subkoma - og'riq va yuzaki sezuvchanlik bo'lmaydi ineksiyani sezadi, xamma reflekslar pasayadi: I – darajasi chukur sezuvchanlik saklanib qoladi, pay reflekslari kelib chiqmaydi korachiq nurli qitiklagichlarga реакция bermaydi : II – korachiq toraygan

nurli qitiqlagichlarga javob bermaydi, xamda reflekslar bo‘lmaydi: III –darajasi korachiq kengaygan xamma ref-lekslar bo‘lmaydi.

Bosh miya shishini asosiy simptomlaridan: bradikardiya, sistolik bo-simni ko‘tarilishi, nafas olishni kamayishidir, shulardan dastlabki belgi bradikardiya, oxirgisi oligopnoedir. Arterial miya shishi boshlangan davrda ko‘tariladi, keyinchalik pasayadi. miya o‘qi shishganda til ildizi orqa-ga ketib kolish xisobiga ovoz bog‘lami berqilib qolish va nafas yetishmovchi-ligi kelib chiqadi.

Infeksion toksik ensefalopatiya II – fazasida turg‘un gepertermiya xolati bo‘lib markaziy ta’sirga ega bo‘lgan antipiritik preparatlar tasirida xam o‘tib ketmaydi.

YuKTSistemasi tamonidan vagotonik kollaps xolati rivojlanadi. Bu tashqi ko‘rinishidan rangi juda oqarib ketadi, teri qoplamasi kulrang tovlanadi , marmarsimon shaqillar paydo bo‘ladi. Ayrim xollarda pereferik sianozlar paydo bo‘ladi. Yurak tonlari bo‘g‘iqlashib, chegarasi kengayadi. Puls miya shishi boshlangich davrida, tezlashadi miya o‘qi jaroxatlana bosh-lashi bilan sekinlashib boradi. To‘laligi teranligi pasayadi. arterial bo-sim va markaziy venoz bosim pasayadi. jigar kattalashadi. Nafas miya shishi boshlanish davrida shovkinli va chuqur bo‘ladi. Miya shishini progressiv xol-da kuchayib borishi bilan bradikardiya va potologik tipdagi nafas xosil bu-ladi /Cheyn – Stoksa, Biota/ . Yuqorida sanalganlar tonik talvasa asosida bo‘lib, bu retikulospinal yo‘lni blokadasidan darak beradi.

Nafas sistemasini og‘ir buzilishi, YuRTSistemasini yetishmovchiligi sezilarli darajada metabolik siljish, suv elektrolitlar almashinuvi bu-zilishlar, mikroциркуляtsiyani keskin buzilishi gipostatik pnevmoniya va atelektazga olib keladi.

Infeksion toksik ensefalopatiya II – fazasida kelib chiqqan OPN, paralitik kollaps natijasida rivojlangan gipovolemiya xisobiga kelib chiqadi.

**Davolash.** Shoshilinch yordam bola xayotiga xavf soluvch miya shishiga qarshi kurash-ga, aylanib yuruvchi kn miqdorini tiklashga aralash turdagi gipoksiyaga kar-shi kurash, likvor va gemodinamikani tiklash yoki yaxshilash / bosh miyadagi/ YuKTS, buyrak, o‘pka va boshqa organlarni faoliyatini yaxshilash yoki tiklash-ga karatiladi.

Miya shishga qarshi kurashda osmодиuretiklar qo'llaniladi: 15-20%li mannitolni 0.5-1g. quruq moddasi 1 kg og'irlikga v/v tomchilab yuboriladi. Laziks 2-3 mg/kg , uregit 1-2mg/kg sutkasiga buyuriladi. Qonsen-tirlangan quruq plazma 30-50 ml v/v tomchilab yoki 20%li albumin 8 ml/kg og'irlikka yoki yukri maleqo'lali poleglyukin eritmasini 5-8 ml/kg og'irlikka buyuriladi. Bu preparatlar miya to'qimasiga degidratatsion ta'sir etadi, ar-terial bosimni ko'taradi aylanib yuruvchi qon miqdorini tikkalaydi. Shu-ningdek глицерин 1-1.5 g/kgga zond orqali oshqozonga yuboriladi.

Talvasaga qarshi preparatlardan GOMK 50-100 mg/kg ga olinadi, bu xolda organizmda gipokaliemiya simptomlari bulmasligi kerak. Nafasni yengil buzilishlarida 0.5 – 1 mg/kg 0.5%li seduksen eritmasini v/v yokiv/m yuboriladi. Nafas faoliyatini susaytiruvchi preparatlar aminazin, gekse-nal, lyuminal va boshqalarni yuorish taqiqlanadi.

SNO mumkin bo'lganda 0.1-0.2 ml/kg ga 0.25 %li droperidol eritmasi fantanin bilan birga yuboriladi.

Nerv xujayralar metabolizmini yaxshilash maqsadida, energetik zaxi-ralarini yaxshilash maqsadida glyukoza – navokain aralashmasi v/v tomchilab yuboriladi. Navokain 0.25 – 1%li eritmasi 1-2 ml beriladi ATF 0.5- 1.0 ml v/v yoki v/m yuboriladi, KKB 25-50mg v/v 1%li glyutamin kislotasi ch/k ku-niga 3-4 maxal beriladi.

Infeksion toksik ensefalopatiyani bu fazasida fizik moda tana xarorati tushiriladi. Organizmdagi energetik muvozanatni yaxshilash maqsadida anobolik garmonlar qo'llaniladi nerobol 0.0001g/kg og'irligiga beriladi, nerobolil 0.25 – 1.0 v/m 12-14 kunda beriladi, bundan tashqari retobolil qo'llaniladi.

Serebral gemodinamikani yaxshilash maqsadida 5-8 ml/kg og'irligiga reopoliglyukin v/v tomchilab yuboriladi. Bundan tashqari 2.4%li eufilin eritmasi 3 mg/kg og'irligiga yuboriladi, 1%li nikotin kislotasini 0.3 – 1.0 ml dan t/o yoki v/m yuboriladi.

YuKTSifaoliyatini yaxshilash maqsadida, agar miya o'qi jaroxatlanma-gan bo'lsa, ultroqisqa ta'sirga ega yurak glikozidlari qo'llaniladi. Bundan tashqari

kortikosteroid gormonlar qo'llaniladi. Kuchli vegetatik buzilishlarda /bradikardiya, bradipnoe, A/B pasayishi/ talvasa sindromi bo'lishiga karamasdan analeptiklar buyuriladi: 25%li kordiamin 0.1ml 1 yoshga t/o yoki v/v beriladi. Nafas faoliyati va qon aylanishning keskin buzilishida 0.5%-li bemegrit eritmasidan v/v sekin asta yuboriladi.

Gipokolinmiya xolatida kaliy oratatni 25mg/kg kuniga yoki kaliy xlorini 7.5%li eritmasidan 40 mekv/kg v/v tomchilab yuboriladi.

Talvasa uzoq davom etsa orqa miya punksiya qilinib 5 – 10 ml likvor olib tashlaniladi.

### **Infekcion toksik ensefalopatiya III – fazasi .**

Terminal faza 3 -4 darajadagi koma xolatida bo'ladi. Nevrologik simptomlar – miya o'qi va o'rta miya bosilish sindromi bilan kechadi.

O'rta miya kompressiyasida okulomotor krizlar ko'riladi: ko'z korachiq-lari kengayadi, bir yerga tiqilib qoladi, muskullar tonusi ortadi, detsereb-ratsion taranglashish kelib chiqadi. Shartsiz reflekslar yo'qoladi, ko'pincha til orqaga ketib qoladi. Bola xayotiga xavf soluvchi asfeksiya rivojlanadi. Paralitik kollaps simptomlari kuchayib boradi, bradikardiya, potologik tipdagi nafas /Cheyn-Stoksa/ paydo bo'ladi, A/B pasayadi, puls siyraklasha-di, ritmi o'zgaradi, bilinar bilinmas bo'ladi. Jigar xamda qorataloq katta-lashadi. Oligoanurik sindrom kuchayib boradi. Gipotalamus soxasini ja-roxatlanishi natijasida turg'un gipertermiya kelib chiqadi.

Bemorni boshqariluvchi nafasga o'tkaziladi, shuning uchun dastavval yuqori nafas yo'llari o'tkazuvchanligi tiklanadi tana xaroratini mo'tadil-lashtirish maqsadida fizik metodlar qo'llaniladi. Bemorga uzoq vakt glyu-koza tuzli eritmalarga antibiotiklar, ATF, KKB, vitamin V<sub>12</sub>, vit S, pred-nizolon qo'shib yuboriladi. Zaruriyat bo'lganda yurak faoliyatini yaxshilash va tomirlar tonusini ko'tarish maqsadida noradrenalin, mezaton, bemegrid yuboriladi. Infuzion terapiyada tomchilar soni bir minutda 15-30 ta bo'li-shi kerak. Boshidan miya shishi o'tkazganlarda tiklanish yoki postgipoksik ensefalopatiya davri boshlaniladi.

Bemorni xushi tiklangandan so'ng xar –xil miya jaroxatlanishlari kuzatiladi: piramidal belgilar, gemiparezlar, xoreatetoz giperkinezlar, epileptik pripadkalar. Deyarli barcha bemorlarda diensefal soxa jaroxat-lanishi kuzatiladi va quyidagi vegetativ buzilishlar kuzatiladi: uzoq vakt subfebrilitet bo'lib, damba-dam tana xarorati 38-39<sup>0</sup> ga ko'tariladi, bradi-kardiya osonlik bilan taxikardiya bilan almashinadi, turgun emas puls,A/B, terlash, ishtaxani ortishi, meyorsiz tana vaznini ortishi.

Bosh miya shishini o'tkazganlardan davolash muolajalari:

Bu davrda davolash choralari qisqa vaqtida yo'qotilgan miya faoliya-tini tiklash , nerv to'qimasini metabolizmini yaxshilash va bosh miyadagi sklerotik protseslarni to'xtatish.Bemorga tinch tartibini o'rgatiladi. Be-zovta bemorlarga sedativ preparatlari buyuriladi: 1-2% li nariy brom yoki kalsiy 2-3 xaftaga elenium 1.5 – 2.5 mg kuniga 2 maxal, seduksen 1 mg/kg kuniga, lyumenal 0.005 – 0.04 g. 2 maxal kuniga 3-6 oy davomida.MNS faoliya-tini yaxshilash maqsadida 1 -2 % li glyutamin kislotasi 3 -6 oy davomida, ATF 1% li eritmasidan 5mg/kg, 12 – 15 ineksiyada 3-4 kurs o'tkaziladi, glitserofosfat kalsiy 0.05 – 0.2g. kuniga 3 maxal 3 – 4 xafta davomida. Nerv xujayralarini tiklash maqsadida gammalon 4dan 12tagacha tabletka buyuriladi. Davolash kursi 2 – 3 xaftadan 2-4 oygacha. 0.25%li serebrolizin 2 – 3 kunda bir marta v/m beriladi. Davolash kursiga 20 – 30 in'eksiyada.

Biogen stimulyatorlar buyuriladi: aloe ekstrakti, plasenta, steklo vid-nye telo 0.25 – 1.0 ml 15-20 in'eksiyada. Xammasi 3 -4 kursda oralig'i 15 – 20 kun. Vitaminlar RR, V<sub>1</sub>, V<sub>6</sub>, V<sub>15</sub>, A 2-3 xaftaga beriladi.Tiklanish dav-rida anabolik garmonlar buyuriladi. Yo'ldosh kasalliklar davolash chora-lari o'tkaziladi: anemiya, raxit, EKD gipotrofiya va boshqalar.

### **YAngi tug'ilgan chaqaloqlarga shoshilinch yordam ko'rsatish tamoyillari.**

Chaqaloqlar xayotiga xavf soluvchi xolat deb – xayot uchun muxum bo'lgan oganlar (nafas olish, qon aylanish va markaziy nerv sistemalari) faoliyatini buzilishi yoki dekompensatsiyasidir.

Shifokorlar bolalardagi shoshilinch xolatlarda statsionarga qadar davrda (poliklinika, tez yordam), statsionarda qabulxona tibbiy xodimi yordam ko'rsata bilishi va quyidagi vazifalarni anik bajarishi shart:

1. Shoshilinch xolatlarni ta'xirlash,
2. Shoshilinch xolatlarda bola xolatini stabil xolatga keltirishi,
3. Shifokor to'g'ri taktik chora ko'rib, kerakli joyga yotkizishi kerak.

### **Tug'uruk travmasi**

Chakaloqlar tug'uruk travmasi chaqaloqlik davri patologiyasida dast-labki o'rinlardan birini egallaydi. Unga teri osti kletchatkasida limfa va qon dimlanib qolishi munosabati bilan xomila oldinda yotgan qismiga mayda-mayda, nuqta-nuqta bo'lib qon quyilib, uning shishib chiqishi -tug'uruk g'urrasi kiradi. Tug'uruk g'urrasi bitta suyak soxasi bilan cheklanmasdan, balki chok chegaralaridan nari o'tadigan bo'ladi. G'urra tez kichrayib borib, 24-36 soatdan so'ng, goxo 2-3 kundan keyin yo'qolib ketadi. Odatda davo talab qilinmaydi. Og'ir xolatlarda tug'uruk g'urrasi soxasidagi to'qimalar shishib, infeksiyalanadi, bu prognozni mushkullashtirib qo'yadi. Bola, qon quyilib turishiga moyil bo'lsa, u joyda gematoma xosil bo'lishi mumkin. Kalsiy xlorid, vikasol, askorbin kislota buyuriladi, zarruriyati bo'lsa qon quyiladi.

Kefalogematoma - /qon g'urra, qonli shish/ - barcha chaqaloqlarning 0,3-0,5% kuzatiladi; bu tug'uruk maxalida eng ko'p uchraydigan shikastdir. Kefalogematoma kalla gumbazidagi kandy bulmasin biror suyak, aksari tepa va ensa suyaklari soxasidagi suyak ust pardasi tagiga qon quyilishidir. U chok chegarasidan nari utmaydi, qattiqkina dumbayma bilan normal suyakdan ajralib turadi. 7-10 kundan keyin kefalogematoma kichraya boshlayadi, 2-3 xaftadan keyin zsa butunlay surilib ketadi. Kefa-logematoma yoyilib ketgan, katta bo'lsa, undan qonni so'rib olish chorasi ko'riladi.

Tug'uruk travmasiga suyaklar: umrov suyagi /ko'pincha o'rtadagi uchdan bir qismidan/, son suyagi, goxo boldir suyagi sinishi; yuz nervi, oek, diafragma nervi

falajlari kiradi.. Tug‘ruk og‘ir utgan maxallarda muskullar yorilib, keyin qon kuyilib kolishi va gematoma xosil bo‘lishi mumkin. Masalan, tush-umrov-surgichsimon muskul shikastlanishi, keyin chandiklanib kolishi natijasida bolaning buyni kiyshayib qoladi.

**Tug‘rukka alokador kalla ichi travmasi.** Tug‘rukka alokador kalla ichi travmasiga miya shishuvi va kalla ichiga qon kuyilish xollarining xammasi kiradi. Onada va xomilada gipoksiyaga olib boradigan ona kasalliklari va xomiladorlik toksikozlari bo‘nga moyil qilib kuyadigan omillardan bo‘lib xisoblanadi. Chala tug‘ilgan bolalarning xammasida va oy-kuni yetib tug‘ilgan bolalarning 1/3 qismida kapillyarlar rezistentligi birmuncha pasaygan, trombotsitlar, gemostazning bir necha omillarining aktivligi bolaning tug‘ish paytida kamaygan, qon ivishi sekinlashgan bo‘ladi, bu - kalla ichi tug‘ruq travmasiga olib keladi.

Qon quyilishning qaerdaligiga qarab,uning quyidagi xillari tafovut qilinadi: 1/qattiq miya pardasi bilan kalla suyaklari orasiga - epidural qon quyilishi, 2/ qattiq miya pardasi tagiga - subdural qon quyilishi, 3/yumshok miya pardasiga - leptomeningiaya qon quyilishi, 4/ bosh miya qorinchalariga, bosh miya moddasiga qon quyilishi.

Kasallikning quyidagi davrlari ajratiladi: o‘tkir davri /7-10 kundan Sh oygacha/, yarim o‘tkir yoki tiklanish davri /I oydan 3 oygacha/ va kechki tiklanish davri /4 oydan 1-2 yilgacha/.

Klinik manzarasi qon qo‘yilgan joyning katta-kichiqi va olgan urniga bog‘liq. O‘tkir davrning simptomlari: xarakatlar ko‘zgolishi, yiglavverish, qo‘l-oeklarning o‘z-o‘zidan bir zayilda xarakat qilaverish, keyin bola koma xolatiga to‘shadi; tana temperaturasi normadan past yoki gipertermiya bo‘ladi, Katta liqildok burtib, qattiq bo‘lib turadi.Klonik va kloniko-tonik talvasalar kuzatiladi.

Davosi. Kasallikning o‘tkir davrida bosh tomoniga sovuq quyish, sogib olingan sut bilan boqish/yutish refleksi bulmasa - zond orqali/ Vikasol, askorbin kislota, rutin,xlorid yoki glyuqonat kalsiy, Talvasalarda – 02% droperidol, 2,5% /pipolfen/. Miya shishuvini kamaytirish uchun muskullar orasiga 2g magniy sulfat, venadan 20-

40% glyukoza, qonsentralangan plazma, neokompensan, laziks, mannit, mochevina, novurit. Mandata bioximiyaviy va biofizik, protsesslarni normallashtirish uchun kalsiy preparatlar venadan yuboriladi, tiamin /B1/, piridoksin /V6/, natriya oksibutirat. Talvasalar vaqtida kordiamin, korazol, kamfora ishlatib bo'lmaydi. Nafas markazi susayib qolganda etimizol eritmasi muskullar orasiga yuboriladi, Katta liqildok burtib chiqqan bo'lsa - lyumbal punksiya qilinadi

### **Chaqaloq asfiksiyasi.**

Chaqaloq asfiksiyasi - bu chaqaloqlar tug'ilgan vaqtida nafasni yo'qligi yoki aloxida noregulyar va noeffektiv nafas xarakatlari bo'lgan, yurak faoliyatini o'zgarishi bilan xarakterlanadigan sindromidir.

Umumiy patalogiyada, umumiy klinik praktikada asfiksiya – bo'g'ilish deb tushuniladi – patologik xolat, gipoksiya va giperkapniyani o'tkir va o'tkir osti kechishi, nafas va qon aylanishi, nerv sistemasini og'ir buzilishi tushiniladi. Asfiksiya so'zi – a – yo'q, sfigmos – puls manosini bildiradi. Agar bolada puls yo'q bo'lsa, va nafas yo'q bo'lsa, bola ulik tug'ilgan deb xisoblanadi. Shuning uchun bu terminning manosini kengrok tushunish kerak. Bolani asfiksiya bilan tug'ilishi gipoksiya natijasida bo'lishi mumkin (xomilani ona ichi surunkali gipoksiyasi ) yoki tug'ruk jarayonida o'tkir gipoksiya.

Ona korni rivojlanish davrida surunkali gipoksiya quyidadagi sabablardan iborat:

Gipoksemiya xolatini keltirib chiqaradigan onaning kasalliklari (og'ir animiya, dekompensatsiya davridagi yurak paroklari, nafas sistemasining kasalliklari/, undan tashqari kasb ziyonlari va xomilador ayolni chekishi.

- xomiladorlikni uzoq vakt taksikoz xolatida, bachadon va yo'ldosh qon aylanishini buzilishi, yudoshni oldi kelishi , yo'ldoshni infeksiyalani-shi, onaning somatik va endokrin kasalliklar natijasida yo'ldoshni o'zgarishi, bachadon venalarini ezilishlari natijasida ko'zatilishi mumkin.

-xomila kasalliklari – chaqaloqlarni gemolitik kasalligini og‘ir turlari, ona kornida rivojlanish davridagi generalizatsiyalashgan infek-siyalar, miya anomaliyalaridagi ensefalopatiyalar, xomilani chanok bilan joylashuvi, onaning taksikoz va intoksikatsiya xolatlari

Tug‘ruk jarayonida kelib chiqqan asfiksiyani o‘tkir asfiksiya deb ataymiz. Xomilani o‘tkir gipoksik xolatini sabablari:

Tug‘ish jarayonida onadagi o‘tkir gipoksiya / postgemorragik shok, onani is gazi bilan zaxarlanishi /;

Bachadon – yo‘ldosh qon aylanishini o‘tkir buzilishi / bachadonni yirtilishi yo‘ldoshni muddatdan oldin kuchishi, tug‘ruk faoliyatini sustligini yoki o‘ta aktivligini/;

Yudosh xomila (kindik orqali) qon aylanishning buzilishi (kindik o‘qiga uralib tug‘ilsa, kindik o‘qini tug‘ilib kolishi kalta kindik o‘qini tortilib kolishi, kindik o‘qini tug‘ruk yo‘llarida ezilib kolishi):

Xomilaning bosh miyasini zararlanishi, nafas markazini sundirishi /medikamentlar, narkotik moddalar, infeksiya, gemorragiya va boshqalar natijasida/, yoki nafas markazini muddatdan oldin ko‘zgolishi va ona korni ichida ochiq ovoz yoriklari yordamida nafas olganda.

Ikqilamchi asfiksiya sabablari – aspiratsiya, boshqa pnevmotiyalar, pnevmoniya, kala ichi va orqa miya tug‘ma jaroxatlari, o‘pka va yurakni tug‘-ma nuksonlari, diafragma churrasi, gipoglikemiya va boshqalar.

Tug‘ilgandan so‘ng chaqaloq normal nafas oldi, lekin kuydagi sabablar ta’sirida nafas tuxtashi yoki nafas olishni o‘tkir buzilishi ikqilamchi asfiksiyaga xosdir.

**Patogenezi.** Qisqa muddatli yengil gipoksiyada xomilaning kompesator mexanizmlari ishga to‘shadi. Bunda glyukokortikoidlar ajrab chiqishi kuchayadi, aylanayotgan qonda eritrotsitlar soni ko‘payadi, yurak ritmi tezlashadi.

Davom etuvchi gipoksiyada uglevodlar almashinuvida anaerob gliko-liz reaksiyalari ustun turi boshlaydi. Bu xolatda aylanayotgan qon qayta taqsimlanadi. Qon ko‘proq xayot uchun zarur bo‘lgan organlarga o‘tadi / miyaga / yurakka/. Bu o‘z

navbatida ichaklarda, mo‘shak to‘qimalarida kislorod ochligi-ga, oligouriyaga va atsidoz xolatiga olib keladi.

Uzoq davom etuvchi yoki og‘ir gipoksiyada kompensatsiya mexanizmlarni buzilishi kelib chiqadi. Buyrak usti bezlarin puslogi faoliyati buziladi. Bu bradikardiyaga, qon aylanishni minut xajmini pasayishiga arterial gipoteneziyaga, kollaps, shokga olib keladi. Patologik asedoz kuchayib bor-gan sari tomirlar devorini o‘tkazuvchanligi va xujayralar membrana utka-zuvchanligi oshib ketadi. O‘z navbatida qon tomir devorini o‘tkazuvchanligi-ni kuchayishi gemoqonsentratsiyasini oshishiga / eritrotsitlar agregatsiyasi-ni kuchayishiga, tomirlar ichi trombozlariga olibkeladi. Qoni suyuq qismi tomirlardan chiqib ketadi /miya shishi/. Bosh miyada diapenez qon kuyilish-lar, gipovalemiya kuzatiladi. Xujayra membranalarining o‘tkazuvchanligi buzilishi natijasida dizelektrolitemiya paydo bo‘ladi / giperkoliemiya, gipokalemiya/, bu esa markazi nerv sistemasini buzilishlarini kuchaytiradi. Aytib o‘tilgan omillar gemostazning noaguyatsion va trombatsitar zveno-larini buzilishiga olib keladi va DVS sindrom rivojlanadi. Chaqaloqlar-ning umumiy axvoli og‘irligi va prognozi bosh miyani zararlanishiga bog-likdir. Gipoksik ensefalopatiya kelib chiqishida asosiy ishemiya mexaniz-mi axamiyatga ega. Bosh miyani ishemiyasi perfo‘zion bosimni pasayib keti-shi va venalardan qoni chiqib ketishi kiyinlashuviga bog‘liqdir. Surunkali gipoksiya tasirida bosh miyani tomirlarini o‘tkazuvchanligini kuchayib ketishi deapenez qon kuyilishlarini va katta kala ichi gemotomalariga olib kelishi mumkin.

Классификацияси: chaqaloqlar asfiksiyasini baxolash uchun 1952 yili amarikalik akushur Verdjini Apgar o‘z shkalasini taklif qildi. Bu shkala bo‘yicha chaqaloqning axvoli 1chm va 5chi daqiqalarda baxolanadi.

Simptom	Ballarda baxolash		
	0	1	2
Yurak urish soni	Yo‘q Yo‘q	100dan kam Bradipnoe	100dan ko‘p

Nafas Muskullar tonusi Reflektor qo'zg'alish/burun kateterga reaktsiyasi, sek tagini kuzatish/ Terisini rangi	Qo'l oyoqlar osilgan xolda  Javob yo'q  Generallashtgan oqish yoki generallashtgan sianoz	Qo'l oyoklar biroz buklangan  Grimasa  Tanani pushti rangi va qo'l oyoqlari ko'qimtir	Normal, qattiq Aktiv xarakat  Chuchkiri sh yo'talish yiglash  Butun tanani pushti rangda bo'lishi qo'l oyoqlari xam
---	--	--	--

Yengil asfiksiyada 1 daqiqada 6-7 ball, 5 daqiqada 8-10 ball qo'yiladi.

O'rta og'ir asfiksiyada bir daqiqada 4-6 ball, 5 daqiqada 8-9 ball.

Og'ir asfiksiyada 1 daqiqada 0-3 ball, 5 daqiqada 7 balldan kam.

**Klinikasi** – o'rta og'ir asfiksiyani klinikasi – normal nafas ol-ish birinchi daqiqada tiklanmadi, yurak urishi 100 va undan yuqori, mo'shak-lar tonusi sustrok ko'zgashga javob reaksiyasi bor. Apgar bo'yicha baxosi 1 daqiqada 4-6 ball. Bolaning umumiy axvoli tug'ilgandan so'ng o'rta og'ir deb xisoblash mumkin. xayotini birinchi daqiqalarida chaqaloq bo'shshgan, xara-kat aktivligi va kuruvga reaksiyasi sust, fiziologik reflekslari yo'q. Yurak auskultatsiya qilinganda taxikardiya aniqlanadi. Nafas olish birlamchi apnoedan so'ng aritmik xolda yordamchi mushaklar ishtirokida, apnoe xolati qaytarilishi mumkin. Teri qoplamalari sionotik rangda. Lekin oksigenatsiyadan so'ng teri rangi tezda pushti ranga o'zgaradi. Xayotning 2-3 kunlarida bu chaqaloqlarga o'ta qo'zg'aluvchanlik xarakterlidir. Tug'ilgandan keyin bir necha soatdan so'ng tremor, gipersteziya, qo'zg'aluvchanlik yigi, uykuni buzilishi

kutiladi. Chaqaloq tez – tez kusib turadi. Markaziy nerv sistemasining buzilishlaritranzitor xarakterga ega.bular metobolik o‘zgarishlar miya ichi gipertenziyasi natijasida kelib chiqadi. Chaqaloqlarni axvoli tezda yaxshilanib boradi, va 3-5 kuni umumiy axvoli qonikarli darajada bo‘ladi.

Og‘ir asfiksiyasi – puls tug‘ilgandan so‘ng 1 minutda 100dan kam, nafas Olishi yo‘q yoki nixoyatda kiyinlashgan. Teri rangi oqargan, muskullar atonik xolatda, apgar shkalasi bo‘yicha baxosi 0-3 ball. Bu xolat ok asfiksiya deyiladi. Bolaning umumiy axvoli og‘ir. Mo‘shaklar tonus iva xarakatlarisust. Kuruvga реакцияsi va og‘riqka javob реакцияsi yo‘q. Fiziologik reflekslari xayotining birinchi soatlarida yo‘q. Surish refleksii 2-3 ko‘ngacha sust. Terini rangi oqish, sianotik rangda, pushti ranga aylanishikiyin. Yurak tonlari bo‘g‘iqlashgan, sistolik shovkinlar vaqti-vaqti bilan paydo bo‘lishi mumkin. markaziy nerv sistemasini bo‘zi-lishi sust, koma yoki gipoqo‘zg‘aluvchanlik bilan kechadi. Chaqaloqlarning umumiy axvoli juda sekin yaxshilanadi. Xayotini 2-3 kunlarida mo‘shaklar tonusi past. Kuruvga реакцияsi sust xolatda qoladi,fiziologik refleks-lar paydo bo‘ladi. Lekin sust. (Babkin, Moro, Galanta, ushlash yeflekslari). Bir necha kun mobaynida surish va yutish reflekslari bulmasa, bosh miyani og‘ir zarralanishi deb uylash mumkin. miya ichiga qon kuyilsa yoki miya shishi kelib chiqsa talvasalar kuzatiladi. Bundan tashqari og‘ir asfiksiyani kechir gan chaqaloqlarda adptatsiya jarayoni kiyinrok o‘tadi – termolabilnost, yurak tovushlari bo‘g‘iqligi, apnoe xolatlari, tana og‘irligini ko‘p miqdor-da (8-9 va yuqori) tranzitor yo‘qotish va uni qayta tiklanishi kiyin kechadi. Kindik koldigi kechrok to‘shadi, va kindik yarasini bitishi sust bo‘ladi.

Asfiksiya bilan tug‘ilgan bolalarda reanimatsiya va intensiv terapiya o‘tkazishning asosiy usullari:

Nafas yo‘llarini tozalash, bu manitulyatsiyaning cho‘zishi vaqti 30 se-kunndan oshmaslik kerak. Agarbolada sianoz belgilari ko‘zatilsa u xolda 100% kislorod bilan insufflyatsiya. Shundan so‘ng bolani axvoli yaxshilansa keyin manipalyatsiyalarni davom ettirish mumkin.

Traxeobronxial sanatsiya – kateter yordamida qilinadi. Bu manipulya-siyani 100 % kislorod (ayra uchligi yordamida) berish yo‘li bilan, oddiy in-gilyatsiya yordami bilan, yordamchi o‘pka ventilyatsiyasi yo‘li bilan beriladi.

Traxeobronxial sanatsiya qilishda surgichni katetrini traxeobronxial daraxtini chap chap bronxini talab so‘ng o‘ng bronxi tozalanadi. Traxeobron-xial daraxtni yuvishda yiringli balg‘am, fibrinli parda va kasmoklar chiqishi mumkin. agar yopishkok, kuyik balg‘am bo‘lsa 2% natriy gidro korbo-nat suyuqligini yuboriladi. Bundan tashqari fermentlar qo‘llaniladi: 0.5% tripsin eritmasi, 0.2% dezoksiribonukleaza. Bu fermentlar balg‘am-ni yumshatadi va suyultiradi.

Nafas yo‘llarini o‘tkazuvchanligini ta‘minlash uchun xavo o‘tkazuvchi /tubka/ naychalardan foydalaniladi. Bu kachonki burun orqali nafas olish bo‘zo‘lganda foydalaniladi, bundan tashqari til orqaga ketganda xushi yo‘q bo‘lsa, xoana atreziyasida, qattiq tanglayanomaliyalarini rivojlanishida ishlatiladi.

Doimiy musbat bosim ostidagi spontan nafas quyidagi metodlar yordamida beriladi: Gregori, Martina – Buyera metodlari va burun katetri yordamida. Burun kateteri diametri 3 mm, o‘zunligi 1 -2 sm bo‘ladi.

O‘pkaga suniy nafas berish /IVL/.IVL o‘tkazishni ikki xil qisqa va davom etuvchi turlari mavjud. Qisqa davom etuvchi IVL bu ekipirator nafas, og‘izdan og‘izga, yoki qo‘l orqali beriladigan nafas /Ayra sistemasi, Ambu kopchasi, RDA-1, VITA-1 aparatlar yordamida / berish usulidir. Oigzdan og‘izga nafas berishni o‘tkazishdan oldin – bolani og‘iz bushligi steril salfetkada tozalaniladi. Salfetka natriy xlorini izotonik eritmasida namlangan bo‘lishi kerak. Bolani yelkasini ostiga valik kuyila-di. Ogzini ogziga qilib ushlanadi

Nafas yuborib, bolani ko‘krak nafasidagi ekskursiya kuzatiladi.

Yurakni epik massaj qilish texnikasi: bu asosan yurak tuxtaganda qilinadi. Yurak massajni o‘tkazishda bola orqasi bilan yotkiziladi, barmok bilan ko‘krak nafas 5-6 marta bosiladi va 1- nafas beriladi. Yurakni epik massajini o‘tkazishda baxolashda teri rangiga va ausqo‘ltatsiyada yurak ton-larini paydo bo‘lishiga karaladi. Agar yurakni yopik massaj effekt berma-sa, mustaqil yura kishi tiklanmasi, bradikardiya saklansa u

xolda atropin, adrenalin, kalsiy xlor, 10% glyukoza bilan venaichiga yuboriladi. Agar bu xolatda xam effekt bulmasa shu preparatlar yurak ichiga yuboriladi.

### **Birlamchi reanimatsiya**

Birlamchi reanimatsiya o'tkazish asosan tug'ilayotgan bolani umumiy axvoliga, Apgar shkalasi bo'yicha 1 minutda baxosiga qarab o'tkaziladi. Agar bola 0-4 ball yigsa undan tez reanimatsion yordam ko'rsatiladi. Tug'uruk uyida reanimatsion yordamni uch davri tafovut etiladi:

**1davr – bu davrni asosiy vazifasi – tezda o'pka ventilyatsiyani ta'minlash, gipoksiya va giperkapniyani oldini olish.** Bu davrda fakat 100% li kislorod konsentratsiyasi-dan foydalaniladi. Tug'ilish vaqtida bolaniboshi chiqishi bilanok og'iz – burun boshliklarini tezda tozalaniladi. Kindik tizimini Koxer kiskichi yordamida ikki yeri kisilib kesiladi. Bolani artib, istgich ostiga stolni yotkizaladi. Agar bola og'ir asfiksiya bilan tug'ilsa, tezda traxeyani Intubatsiya qilinadi va u yerdagi shilliq, xomila oldi suvlari tozalab chiqarila-di. So'ng Ayra sistemasi bo'yicha suniy nafas beriladi, buning uchun 100% li kislorod yuboriladi. Endotraxeal trubkani to'g'ri qo'yilganiga ishonch xosil qilingandan so'ng, oshqozon suyuqligi zond orqali olib tashlanadi. Bolani kindik venasiga. 4% natriy gidrokorbanat eritmasi 3 ml/kg, 20% glyukoza eritmasi 5ml/kg, KKV 8mg/kg, prednizolon 1-2 mg/kg sekin astalik bilanyuboriladi, vikasol 1 mg/kg tomir ichiga yoki mo'shaklar ichiga qilina-di. Agar bradikardiya saklansa 0.05 -0.1ml 0.1% atropiya vena ichiga yuboriladi. Agar effekti bulmasa 0.1 ml 0.1% adrenalin vena ichiga junatiladi. Turgun bradikardiya yoki yurak tuxtashi ko'zatilsa bu xolda yurakni epik massajini o'tkazish lozim. Kindik venasiga 10% kalsiy xlor 1ml, atro-pin, adrenalin yuborish lozim.

Tug'ilish vaqtida bola o'rtacha og'ir asfiksiya bilantug'ilsa, kindik venasiga natriy gidrokorbanat va glyukoza quyish kerak emas.

2 davrni reanimatsion usullari – bu davrni eng asosiy vazifasi – aspiratsiya asoratlarini yo'qotish, adekvat nafasni ushlab turish, tana xolatini karreksiya qilishva ko'zatish, taktik yo'l tutish. Aspiratsiya sindromida: traxeya va bronxlarni 2%

natriy gidrokorbanat bilan sanatsiya qilish, 0.2% tripsin yoki ximotripsineritmasi, 0,9% natriy xlor eritmasi bilan birga sanatsiya qilish. Agar mustaqil nafas tiklanmasa Ayra sistemasidan IVL ni VITA – 1 yoki Mlada sistemasiga o‘tkaziladi.

3 davrda – o‘tuvchi davrini asosiy vazifasi – mustaqil nafas utishini, ikqilamchi gipoksiyaniprofilaktikasi, o‘pka nafas funksiyasini stabillashuvi, metabolik buzilishlarini korreksiya qilishdan iboratdir. Agar mustaqil adekvat nafas xosil bo‘lsa – doimiy musbat bosim ostidagi nafasni berishni boshlanadi. Buning uchun Gregori sistemasidan foydalaniladi. Bunda 100% kislorod bilan boshlanadi, keyinchalik kislorod qonsentratsiyasi ozayib boradi.

Agar bolani axvoli yomonlashsa, o‘pkada o‘zgarish bo‘lsa, yuqori qonsentratsiyali kislorodga talab saklansa va nafas ishi ortib borsa, tezda IVLga katarish lozim.

Metabolik buzilishlarni korreksiya qilishda kindik venasi orqali kuydagi moddalar yuboriladi. Hidrokorbonat natriy KKB birga 1ta шприца. Glyukoza askorbin kislota prednizolon kalsiy xlor 1ta шприца yuboriladi.

Yo‘qolmaydigan bradikordiyada 10-15 minut ichida atropin 0.05 – 0.1ml yoki kordiamin 0.1ml vena ichiga yuboriladi.

Asfiksiyani kaysi bosqichidan kattiy nazar yo‘qolmaydigan muskul-lar gipotoniyasida prednizolon 2 ml/kg vena ichiga yuboriladi.

Chala tug‘ilgan bolalarga etimizol 1 mg/kg nafas aritmiyasi va bradi-opnoeda yuborish mumkin.

Yurak tuxtaganda va va 2 minutli yurak massaji effekt bermaganda yurak ichiga 0.1% atropin eritmasidan 0.1 ml va 10%kalsiy xlor 1 ml/kg qilinadi.

Yengil asfiksiya bilan tug‘ilgan bolalarga keyingi qilinadigan vrach taktikasi: vrach bolani umumiy axvoli yaxshiligiga ishonch xosil qilgandan so‘ng tug‘ruk xonani patologiya bo‘limiga o‘tkaziladi. Bolani bosh qismiga sovuq qo‘yiladi, oyoklariga esa issik qo‘yiladi. Chaqaloqni 6-12 soatdan so‘ng ov-katlantirish mumkin. 20% glitsirin bilan issik aerozol o‘tkaziladi.

Chaqaloq ichish uchun glyutamin kislota 0.1 g/kg 3 maxal. Vitaminlar V1, V2 0.001g, askorbin kislota 0.03; nikotin kislota 0.02g, rutin 0.005, patotenat kalsiya 0.005g buyuriladi. Furosemid 0.5 - 1,0 mg/kg. 5% glyukoza 20-30 kun mobaynida ichiriladi. O'ta qo'zg'aluvchan bo'lsa 20% GOMK eritmasi 100 – 150mg/kg beriladi. BSJ vaksinatsiyasi tug'ruk uyida qilin-maydi.

Og'ir asfiksiya bilan tug'ilgan chaqaloqni keyingi ko'rsatiladigan yordamlar – tug'ruk xonasidan so'ng bolani reanimatsiya yoki intensiv palataga yotkiziladi. Chaqaloqni kuvezga gorizontal xolatda yetkazilib, bosh soxasiga sovuq qo'yiladi.

Gipoksik shok bilan tug'ilgan chaqaloqlarni nafas olishini tiklab shoka qarshi info'zion terapiya o'tkaziladimiya shishini oldini olish maksadida 10% sorbitol yoki 20% mannitol eritmalari qo'yiladi.

### **Chaqaloq pnevmopatiyasi**

**Pnevmpatiya** – bu o'pkaning noinfeksion patologik jarayoni bo'lib, ona korni ichida va erta neonatal davrda rivojlanib xayotining birinchi soati vakunlarida nafas olish buzilish sindromini beradi. Bu sindrom ko'pincha chala tug'ilgan chaqaloqlarda kuzatiladi. Xamma chala tug'ilgan bolalarning 20-80% pnevmaniyaning tashqil qiladi.

Nafas olish buzilishi sindromini kelib chiqishida:

1. pnevmatiyalar – o'pka aterektazi
  - gealin membrana
  - shish – gemorragik sindrom
  - massiv aspiratsiya
  - massiv qon kuyilish
  - Vilson Mikiti sindromi
2. ona korni ichida rivojlangan pnevmaniya, sepsis
3. o'pkaga talukli bulmagan sabablarga: MNS tug'ruk travmasi, yurak paroklari, nafas yo'li nuksonlari.

Nafas olish buzilishi sindromiga olib keluvchimoyil omillar:

1. ona qorin ichi o'tkir va xronik gipoksiya

2. o'pkaning yetilmaganligi, umumiy yetilmaslik
3. metabolitik buzilishlar
4. irsiy endokrin va tug'ma patologiya
5. immunitetni buzilishi
6. shish sindromi
7. MNS tug'ruk travmasi

**Patogenezi** – murakkab va yetarli darajada urganilmagan. Biz nafas olish sindromini ko'pincha chala tug'ilgan chaqaloqlarda uchraydi dedik, demik unday bolalarda o'pka to'qimasi yetarli darajada yetilmagan bo'ladi. O'pkaning gematoalveolyar bareri to'la rivojlanmagan, o'pka atsinuslari kam, elastik tolalaririvojlanmagan bo'ladi. O'pka to'qimasi aktiv moddais bo'lgan – surfaktant kamligi katta rol o'ynaydi. Surfaktant – alveola va alveola yo'llari va bronxialyuzasini koplav turuvchi va ularning bujmayib kolishidan saklovchi moda bo'lib xisoblanadi. U fakatgini alveolalar o'tkazuvchanliginiushlab kolmay. Balki aerogemotogen barerining o'tkazuvchanligining normallashtiradi, bakteritsid aktivlik xususiyatiga ega. Surfaktantlipoproteidlar kompleksidan iborat bo'lib, uning tarkibiga 10% oqsil, 90% yog/lipid/ kiradi. Surfaktant 20-24 xaftadan boshlab, 32-36 xaftalarda uning sintezi tamom bo'ladi. Gipoksiyada, alkolozda, gipotermiyada uning sintezi buziladi. Shuning uchun xam chala tug'ilgan va gipoksiyada tug'ilgan bolalrda nafas olish buzilishi sindromi kelib chiqadi.

Nafas olish buzilishi sindromini silverman shkalasi bilan baxolanadi: 1 – nafas spontan – 0, bir tekkis emas – 1. untan – 2

2. nafas olishda ko'krak qafasining kushilishi – ritmik – 0, aritmik – 1, tushning nafasda ishtirok etishi – 2.

3. kabirga oralig'ining nafas olishda ishtirogi – kushilmaydi – 0, miqdorda qo'shiladi – 1, kuchli qo'shiladi – 2.

4, tug'ilgandan keyin pastki jagining xolati – ogzi berk – 0, ogzi berk lekin pastki jagi osilib turadi – 1, ogzi mustaqil yopilmaydi – 2.

Yurak ritmi bo'zilsa 2ball qo'shiladi.

Xammasi bo‘lib 8 – 10 ball - nafas yetishmovchiligining 3 darjasi

7 – 6 ball - nafas yetishmovchiligining 2 darjasi

4 – 5 ball - nafas yetishmovchiligining 1 darjasi

3 – 2 - 1 ball chaqaloq xolatini qonikarli deyiladi.

Nafas olish buzilishining kechishi: 1 – o‘tkir davri – 3 – 7 kun

2. yarim o‘tkir davri 8 – 20 kun.

Asoratsiz. Asorati: neonotal pnevmoniya, sepsis, o‘pka dispoziyasi, pnevmotoraks.

### O‘PKA ATELEKTAZI

**O‘pka atelektazi** – bu o‘pkaning to‘la kengaymaganligi. Atelektaz bo‘lishi mumkin birlamchi va ikqilamchi. 48 soatdan keyin o‘pkaning kengaymagan uchoglari uchrasa potologik atelektaz deyiladi. Birlamchi atelektaz bilan 0.5 – 26% tashqil qiladi. Birlamchi sababi: 1 nafas markazi va uning qo‘zg‘aluvchiligi yetarli darajada takomil etmaganligi.

2, o‘pkaning alveolyar, bronxialva tomir sistemasining morfologik va funksional yetilmaganligi. O‘pkaning elastik to‘qimasining yetilmaganligi.

3. tashqi nafas apparatining takomil etilmaganligi, ko‘krak qafasi muskullari va suyak sistemasining to‘la rivojlanmagan.

4. nafas yo‘llarining xomila oldi suv bilan, qon, shilliq bilan tusilib kolishi

5. surfaktant xosil bo‘lishi yetarli bulmasa

6.asfiksiya va tug‘ruk travmasi.

Chaqaloqlarda uchraydigan atelektazlar 2 asosiy turga bo‘linadi : a/mayda tarkalgan atelektaz; b/ gruppalangan, segmentlar va polisegmentar atelektazlar.

Chala tug‘ilgan chaqaloqlarda ko‘pincha mayda tarkalgan atelektazlar uchraydi.

**Klinikasi** – bolalarning umumiy axvoli og‘ir. Klinik manzarada asosan nafas va yurak yetishmovchiligi ko‘riladi. MNS izdan chiqadi, ko‘pchilik bolalarda nafas olish tez, ba‘zan nafas sekinlashish xam mumkin. doimiy simptomlardan biri bo‘lib xansirash bo‘ladi. Bundab kaltirab /talvasa simon/ nafas oladi, kuchli untash bilan nafas chiqariladi yoki «дыхание трубочка» - «karnaychi nafasi» xarakterli. Bola

og'irlashsa xansirash kamayadi. Yurak tomir yetishmovchiligi ortadi. O'pka to'qimasini perkussiya qilinsa, o'pkadan o'pka to'qimasining kalta tortganligi, ausqo'ltatsiyada – nafas chiqarish o'zayishi bilan kattk nafas eshitiladi vadoimiy emas krepitiryushiy xriplar eshitiladi.

Rentgenogrammada – nodozno – retiqo'lyar turiga o'xshaydi. Sigmentar va polusigmentar atelektazlar ko'pincha ancha yetilgan chaqaloqlarda uchray-di.

### **Gialin membranasi**

**Gialin membranasi** - bu o'pkaning patologik o'zgarish bo'lib, alveo-lalarning ichki yuzasiga va alveola yo'llarida, respirator bronxiolalarda gialinga moda utiradi. Bu moda oqsil va uglevod kompleksidan iborat bu-ladi. Ko'proq chala tug'ilgan bolalarda uchraydi. Gialin membrananing xosil bo'lishiga giperkapniya sabab bo'ladi, shu bilan birgalikda qon aylanishi-ning buzilishi , shish qon ivish jarayonining buzilishi va o'pkaning yuzaga pardasining xolatiga bog'liq bo'ladi.

**Klinikasi** – gialin membrana bilan tug'ilgan chaqaloqlar birinchi soatlar soglom bolalarga o'xshaydi. O'sha davrda sianoz boshlanadi, vakt utgan sari sianoz va xansirash kuchayadi. Shu bilan paralel yurak yetishmov-chiligi xam avj oladi.

Ko'krak qafasi ichida bosimning manfiy bo'lishiva va alveolalarda xavoning yo'qligi sababli nafas olayotganda tush suyagining ko'krak ichiga tortilayotgani bilinadi. Qobirg'alar ora muskullar tortiladi, burun kanotlari nafasda ishtirok etadi. Nafas olish yuzaki, tez, ba'zan talvasa bilan nafas oladi. Perkussiya va auskultatsiyada geolin membranaga xarak-terli o'zgarishlar kurinmaydi. Bazi xolatlarda perkussiyada o'pka ovozi-ning kalta tortganligini, ausqo'ltatsiya davrida esa mayda pufakchali xirillashlar va krepitasma eshitiladi.

Apnoe va tez-tez nafas olish bilan almashinib kelsa sianoz, giper-termiya prognozi xavfli bo'ladi. Pereferik qon aylanishi xam bilinarli darajada buziladi bunda teri ko'qimtir va yer tusiga kiradi.

Rentgenogrammada – o'ziga xos o'zgarishni beradi: «nodozno – reti-qo'lyar» setki ko'rinishi mumkin, o'pka maydonining shish, gemostaz bo'lishi natijada umumiy

kora tusga kirganligi ko‘riladi. Agar o‘pka shishi erta boshlansa, kasallik boshida «ok o‘pka» degan manzara ko‘riladi. Bu o‘pka may-donining gomogen korayishidir. Yurak tomirlarini ko‘zatish imqoniyati bo‘lmaydi

Gialin membrana prognozi xavfli, ko‘pincha chaqaloqlar 3-4 kunda no-bud bulishadi.

**Shish** – gemorragik sindromi – pnevmotiyaning eng og‘ir formalaridan bo‘lib, ona korni ichi gipoksiya natijada moda almashinuvi buziladi, butun organizmda patologik gidrotatsiya vujudga keladi. Bu sindrom nafas organlarining yetishmovchiligidan kelib chiqadi. Chala tug‘ilgan bolalarda ko‘proq uchraydi. O‘pka to‘qimasida umumiy gidrotatsiya bo‘lganligi tufayli o‘pka ko‘qimtir, xamirga uxshab yumshok bo‘ladi.

Klinikasi – xansirash, kabirgalar ora muskullarining tortilishi, tez va anoe bilan nafas olish. Yurak – tomir faoliyati tez izdan chiqadi.og‘izdan ko‘pik chiqadi, bazan qon bilan.

R – grammada o‘pka shishiga xarakterli manzara ko‘riladi.

O‘pkaga massiv qon quyilishi – nafas olish buzilishining sindromining og‘ir turi bo‘lib, chala tug‘ilgan bolalarning birinchi kun ichida aniqlanib, asfiksiya, pnevmoniya va gemolitik kasalliklarga uchragan chaqaloqlarda ko‘riladi. O‘pkaga qon quyilishi sababli o‘pkada damlanish vujudga kelib, nafas olish buziladi.

Vilson – Mikiti sindromi – 1960 yili Vilson va Mikiti o‘pka to‘qimasi yetilmaganligidan o‘pkaning faqatgina xronik yetishmovchiligi kelib chiqishini aytib o‘tishdi. Buning kelib chiqish sabablari xam aniq emas. O‘pkada birlamchigipertenziya va o‘pkaning yetilish jarayoni buzilishi natijada nafas olish izdan chiqadi.

**Klinika** – nafas olish tezlashadi 60 -80 lminnda, sianoz.

Rentgenogrammada – o‘pkada diffuz setkali infiltratsiya vujudga keladi.keyinchalik axvoli og‘irlashsa sianoz kuchayadi, teri kul rang tusga kiradi va nafas yetishmovchiligi avjga chiqadi «o‘pka yurak» rivojlanadi.

Rentgenogrammada mayda yumaloq shishlar ko‘riladi.

Pnevmonopatiyalar davolash – pnevmonopatiya bilan tugʻilgan chaqaloqlarni darhol kuvezga joylash kerak. Xavo temperaturasi  $33 - 34^{\circ}$ , kislorod miqdori 40 -60%, namligi 60 - 90 %. Ogzi, burnidan shilliq soʻrib olinadi. Aspiratsiyani oldini olish uchun meʼdadan xam shilliqni soʻrib olinadi. Asfiksiya bilan tugʻilgan bolalarga xudi asfiksiyada birinchi yordam koʻrsatiladi. Agarda soʻrgʻich va yutgich reflekslari ishdan chiqqan boʻlsa, parenteral suyuqliklar beriladi 65 ml/kg 6 – 7 tomchi tezlikka 1 minutda metabolik atsidozni korreksiya qilish uchun 4 -5% natriy bikorbonat beriladi. Uni mikro- astrup apparatida kislota ishqor nisbatini aniklab formula boʻyicha xisoblanadi:

4% natri bikorbonat =/VE mek/l xbolaning ogʻirligi x f/x 2 f oʻrniga xujayra tashqari boʻshliq boʻlib 0,3 -0,7 teng

Agar VE aniqlash imqoniyati boʻlmasi 10 % glyukoza eritmasidan 10ml, natriy bikorbanatdan 5-7 ml 2-3 kun yuboriladi.

Vitaminlar, yurak glyukozidlari, KKB. euffilin, analeptiklar keng qoʻllaniladi.

Undan tashqari vikazol eritmasidan 0.2 – 0.3ml 1marta yuboriladi.

Agar nafas olish keskin buzilib, qon  $RO_2$  bosim 40 – 50 simob ustiga teng boʻlib qolsa oʻpkani suniy ventilyatsiya qilish kerak boʻladi.

Nafas olish buzilishi bilan tugʻilgan bolalar oksigenoterapiyaga muxtoj. Bunda gelio – kislorod aralashmasi berish yaxshidir/70% geliy va30%kislorod.

### **Ekzogen omillar natijasida kelib chiqqan terminal xolatlarda shoshilinch tibbiy yordam.**

Oftob urish – bu bola boshiga quyosh nurlarining uzoq vaqt taʼsir qilishi natijasida yuzaga keluvchi oʻziga xos patologik xolatdir. Bu xodisa bola quyosh ostida turganda yoki undan 6-8 soat oʻtgandan soʻng yuzaga keladi.

Klinikasi: Bemorda umumiy bexollik, boʻshashish, bosh ogʻrigʻi, bosh aylanishi, qulokni shangʻillashi, koʻrishni buzilishi, yuz va bosh terisini qizarishi, tana xaroratini ortishi, baʼzida burundan qon ketish kuzati-ladi. Avval taxikardiya va soʻngra bradikardiya yuzaga keladi. Nafas olish tezlashib, asta sekin sekinlashib ritm

o'zgarishlari «Cheyn-Stoks» tipidagi nafas yuzaga keladi. Asta sekin nafas va yurak qon tomir faoliyati so'nib boradi.

Salbiy prognostik belgilar:

- 1.Kuchli terlashni tuxtab kolishi,
- 2.Tana xaroratini ko'tarlisi,
- 3.Issik teri qoplamasini quruqligi.
- 4.Bemor xushini yo'qotishi,
- 5.Vegitativ buzilishlar (nafas, yurak faoliyatini buzilishlari).

**Dam o'tish (Тепловый удар)** – bu organizmga isциклик energiyasini ta'siri natijasida qizishni eng og'ir darajasi bo'lib, organizmda xayotiy organlar faoliyatida dekompensatsiya xolati rivojlanadi. Dam o'tish xola-tini yuzaga kelishida organizmga tashqaridan ta'sir etayotgan isциклик energiyasi bilan bir qatorda termoregulyatsiya mexanizmini buzilishi, suyuqlik ichish tartibini yetarli emasligi, teri osti yog' qatlamining qalinligi, MNS da oldindan o'zgarish borligi xam sabab bo'ladi.

**Klinikasi.** Bemorda umumiy bexollik, bo'shashish, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, quloklarni shang'illashi, uyqu bosish, qayt qilish, shuningdek obmork, kollaps simptomlari, xush buzilishlar kuzatiladi.

Bemor teri qoplamasi oqaradi, issik, terlash to'xtagan, teri qoplamasi quruq. Klinik ko'rinishiga qarab dam o'tishni 3 turi mavjud:

1.Asfiksik turi- nafas olish buzilgan, og'ir xolatlarda sekinlashgan, ba'zida Cheyn-Stoks tipida bo'ladi. A/B tushib ketadi, puls sust, ipsimon, kuchli taxikardiya. Bemorda apnoe va yurak urishini to'xtashi kuzatilishi mumkin.

2.Paralitik turi – kasallik boshida tez-tez, xar 3-5 minutda talvasa sindromi kuzatiladi, sekin asta talvasa kamayib borib koma xolati rivojlanadi. Komada nafas va yurak tuxtashi xisobiga bemor vafot etishi mumkin.

3.Psixopatik turi- issiklik energiyasining ta'siridan so'ng taxminan 5-6 soat utgandan so'ng bemorda alaxsirash, golyusinatsiya kuzatiladi. Shu bilan bir qatorda talvasa, paralich, ko'krak yoshidagi bolalarda dispepsiya, degid-rotatsiya kuzatiladi.Tana xarorati 42-43<sup>0</sup> ga yetganda o'lim xolati yuz beradi.

### **Shoshilinch yordam ko'rsatish.**

1. Bemor yechintiriladi, spirt, kamfora spirti yoki 2-3% li sirkakislota bilan tana ishtalab artiladi.

2. Ichgani ko'p suyuqlik beriladi.

3. Sovuq suvda oshqozon yuviladi va klizma qilinadi. Bemor boshiga sovuq kompress qo'yiladi.

4. Oksigenoterapiya o'tkaziladi

5. Agar bemorda gipotoniya, gipotenziya, nafas markazini sunishi va koma xolati bulmasa quyidagilar qilinadi: a) droperidol 0,25% eritmasidan- 1 yoshga qadar 1-2 mg/kg, b) Benzogeksoniy 2,5% - 1 yoshgacha 1-2 mg/kg, 1 yoshdan so'ng 0,2-0,5 mg/kg, v) pentamin 5% - 1 yoshgacha 2-4 mg/kg, 1 yoshdan so'ng 0,5-2 mg/kg.

6. Og'ir xolatlarida aylanib yuruvchi qon miqdorini (OSK) tiklash uchun:

1) Reopoliglyukin -20 ml/kg yoki glyukoza 10% 10-20 ml/kg, 2) Fiz.r-r 20 ml/kg, yoki Trisol 20 ml/kg tomchilab yuboriladi.

7. Bir marta prednizolon 3-5 mg/kg og'irlikga, Hidrokortizon 7-10 ml/kg.

8. Miya shishi va gipoksiyani davolash maqsadida: Furasemid 1% 0,2 ml/kg, seduksen 0,5% 0,1 ml/kg v/v, GOMK 20% - 100 mg/kg v/v.

9. Agar nafas olish va qon aylanish sustlashib ketsa va bu jarayon jadallashsa suniy nafas oldirishni boshlash kerak.

Atropin berish taqiqlanadi.

### **Radiatsiya natijasida jaroxatlanish – O'tkir nur kasalligi.**

Radiatsiya ta'sirida organizm birdaniga jaroxatlanadi, O'tkir nur kasalligining bemor olgan radiatsiya dozasiga qarab 4- darajaga bo'linadi:

1 daraja- yengil, nur dozasi 100-200 rad,

2 daraja – o'rta, nur dozasi 200-400 rad,

3 daraja – og'ir, nur dozasi 400-600 rad,

4 daraja – o'ta og'ir nur dozasi 600-1000 rad.

**Klinikasi.** Klinik ko'rinishi bo'yicha bir necha simptom va sindrom kuzatiladi:

1. Gemotologik sindromlar;
  - a) trombositopeniya (100000) – 50-100 rad,
  - b) Agronulotsitoz, leykopeniya (1000), kuchli trombositopeniya – 200 rad dan katta,
  - v) Gemorragik sindrom, DVS sindrom.
2. Soch tolasini ildizi bilan tuqilishi – Epilyatsiya.
  - a) boshlanishi 250-300 rad,
  - b) doimo 1200 rad va undan katta.
3. Og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatini yarali nekroz shaklida jaroxatlanishi:- 500 rad.
4. Terini jaroxatlanishi;
  - a) eritema 800-1000 rad,
  - b) quruq epidermit – 1000 – 1500 rad,
  - v) ekssudativ epidermit – 1600-2000 rad,
  - g) yara-nekroz dermatit – 2500 rad va undan katta,

Agar bemor 1000 va undan ortik dozada nur olsa bosh miya faoliyatiga buzilishlariga xos, umumiy va jadallashib boruvchi simptomlar; bo‘shashish, tez charchash, xushini noaniqligi va yo‘qotish kuzatiladi.

Bemor ko‘pincha koma xolatidan o‘ladi.

### **Shoshilinch yordam ko‘rsatish.**

1. Bemor radiatsiya markazidan 2000 m. tashqariga olib chiqiladi.
2. Bemor qayt qilganda serukal 1-2 ml v/v, Atropin 0,1% - 0,1 ml/yoshiga.
3. Agar qayt qilish tez-tez qaytalansa: Natriy xlor 10% 20-40 ml v/v qilinadi, bemorga bir necha soat suyuqlik ichish taqiqlanadi.
4. Eksikoz xolatida tavsiya etiladi: a) Fiz.r-r, trisol, Glyukoza % li eritmasi 100-150 ml/kg og‘irlikga v/v tomchilab yuboriladi. KSL 4%, natriy bikarbonat 4%li eritmasi yoshiga qarab beriladi, b) Aminazin 2,5% li eritmasidan 0,1 ml/kg, Fenobarbital 1 mg/kg og‘irlikga beriladi.

5. DVS sindrom kuzatilganda: SZP 15 – 20 ml/kg, Geparin 100 – 200 yed/kg v/v, 300 – 500 yed/kg p/k.

6. Shok xolatida: Predniizolon 10 mg/kg yoki gidrokortizon 100 mg/kg v/v, Albumin 5-10% 200-300 ml v/v tomchilab beriladi. Kardiamin 1-2 ml, Bradikardiyada – atropin 0,1% 0,5 ml, Plazmoferez o‘tkaziladi.

7. Immunodefitsit xisobiga sepsis va septik shok rivojlanadi: Keng spektrli antibiotiklar va antimikrob preparatlari buyuriladi.

8. Entropatiyalarda:

- 1) to‘la ochlik,
  - 2) tuzli eritmalar infuziyasi,
  - 3) parentral oziklantirish,
  - 4) antimikrob preparatlari.
- 9) Gemorragik sindromlarda:
- a) trombmassa quyish,
  - b) SZP quyish.

### **Sovuq ta’sirida jaroxatlanish va reaksiyalar.**

Sovuq ta’sirida butun organizmni sovushi «Sovuq o‘tishi» zamerzanie va tananing ma’lum qismlarini sovushi «muzlash» xolatlari kuzatilishi mumkin.

1. Sovuq o‘tishi (zamerzanie) – bu butun organizmni sovushi bo‘lib, bunda tana xarorati shu darajada pasayib ketadiki, xatto xayot uchun zarur organ va sistemalar faoliyati izdan chiqadi, klinikasiga qarab 3 bosqichi farqlanadi: 1- adinamik bosqich, 2 - stuporoz bosqich, 3 – talvasa bosqichi.

1 – bosqichda bemor tana xarorati  $30 - 32^{\circ}$  S bo‘lib, uyquchanlik, teri qoplamasini oqarishi va ko‘karishi, muskullar qaltirashi, taxikardiya, AB pasayishi kuzatiladi.

2 – stuporoz bosqichda tana xarorati  $28 - 30^{\circ}$  S bo‘lib xushi buzilgan, xarakatlar sustlashgan, aritmiya, nafas olishi buzilgan, diurez kamaygan, atoniya, gipotoniya kuzatiladi.

3 – talvasa bosqichida – tana xarorati 26 - 28<sup>0</sup> S va undan past, xushsiz nafas olishi patologik tipda yoki to‘xtagan, qorachiq kengaygan, bo‘yin arteriyasida puls yo‘q, yurak fibrilyatsiyasi va yurakni to‘xtashi kuzatiladi.

Shoshilinch yordam ko‘rsatish.

1. Tezlik bilan issik kiyim kiydiriladi,
2. Prednizolon 3-5 mg/kg, gidrokortizon 10-15 mg/kg,
3. Neyrovegetativ blokada qilinadi: Pipolfen 2,5% - 0,2 ml/kg,

Noshpa 1-2 ml.

4. Issik eritmalarni (37-38<sup>0</sup>) infuziya qilish,
5. 3- bosqichda defibrillyatsiya qilinadi

Terini qor, spirt, junli matox bilan ishqalash mumkin emas.

### **Muzlash.**

Muzlash bu to‘qimalarni joyli jaroxati bo‘lib, sovuq ta’siri natijasida yuzaga keladi. Sovuqni tananing ma’lum qismiga uzoq vaqt ta’sir etishi xisobiga u yerda qon aylanish va trofikasini buzilishi ro‘y beradi va 4 darajasi farq qilinadi.

1 – darajasida terini oqarishi, sezuvchanlikni yo‘qalashi, isitilgan-da og‘riq, achishish, qizarish va yumshok to‘qimani shishi kuzatiladi.

2 – darajasida teri qoplamasi ishinkiragan, oqish-ko‘qish rangda, turli ulchamdagi pufakchalar xosil bo‘ladi. Og‘riq va taktil sezuvchanlik yo‘qaladi.

3 – darajasida teri qoplamasini nekrozi, terini o‘lik-oqish rangga kirishi va asta sekin ko‘kish va qora tus olishi kuzatiladi.

4 – yumshok to‘qima va suyaklar nekrozi. Sezuvchanlikni yo‘qalishi.

Shoshilinch yordam ko‘rsatish.

1. Birinchi yordam issik xonaga o‘tazishdan boshlaniladi,

Bemor muzlagan joyini ko‘rpa yoki odevyalga o‘raladi, yoki 7 qavat mato bilan o‘raladi,

2. Iloji bo‘lsa issik vannada isitiladi va suvning issiqligini asta sekin ko‘tariladi (40<sup>0</sup> Sgacha), 30-40 minut davomida. Yengil massaj qilish mumkin.

Medikamentoz davolash. Bemorga promedol 1% , Analgin 50% -0,1 ml yoshiga, pipolfen 2,5%, Papaverin 1% eritmasidan buyuriladi. Prednizolon 3-5 mg/kg, gidrokortizon 5-10 mg/kg, issik suyuqliklarni infuziya qilish (37 - 38<sup>0</sup>).

Patologik tipdagi nafas kelib chiqqanda SNOga o'tkaziladi.

### **Issiqlik ta'siri natijasida jaroxatlanish.**

Tashqaridan issiq ta'siri yoki issiqlik uzatishning buzilishi natijasida rivojlanadigan patologik jarayon xisoblanadi.

Sabablari: o'ta issik, namligi yuqori bo'lgan xonalarda uzoq vakt qolib ketish, og'ir va davomli ish bajarish, issiqlik uzatilishining buzilishi (chaqaloqlarda xaddan tashqari siqib turuvchi yo'rgak, ximiya kostyumlarida yurish) natijasida kelib chiqadi.

Issiqlik ta'siri natijasida quyish 4 darajasi farqlanadi:

- 1- darajasi – teri giperemiyasi,
- 2- darajasi – epidermis ko'chishi,
- 3- darajasi – a) teri o'suvchi qismini saklanib qolishi,  
b) terining xamma qavatini jaroxatlanishi,
- 4- darajasi – teri va teri osti to'qimalarni jaroxatlanishi.

Shoshilinch yordam: xuddi quyosh urishidagi kabi.

### **Elektrotravma.**

Elektrotravmada bola xayotiga xavf soluvchi omillar quyidagilardan iborat: a) yurak qorinchalar fibrilyatsiyasi, b) uzunchoq miya faoliyatini susayishi, v) elektr tokini uzoq vakt ta'sirida muskullarni tetanik qisqarishi.

O'zgargan tokni ko'krak qafasi orqali ta'siri natijasida yurakda ekstrasistoliya, fibrillyatsiya keyinchalik asistoliya rivojlanadi. Qo'l orqali past voltli tok qisqa vaktida o'tsa nafas to'xtamaydi (1000 v), lekin qon aylanishda kritik o'zgarishlar kelib chiqadi.

Ayrim xollarda 10-25 sek. vaqt o'tgan bemor xushini yo'qotadi va nafasi to'xtamaydi. Bu davrda yurak fibrillyatsiyasi bo'lishi mumkin. Nafasni to'xtashi vagusni qitiklanishiga, koronarospazmga va mioqardni diffuz ishemiyasiga bog'liq.

O'zgargan tokni uzoq vaqt ta'sirida laringospazm va nafas muskullarining tetanik talvasasiga sabab bo'ladi (elekterik asfiksiya). Asfiksiya, shok va yurak faoliyatini buzilishi xisobiga o'lim sodir bo'ladi.

**Klinikasi.** Elektrotravmani 4 bosqichi tafovut qilinadi:

1 – bosqich bemor xushida tormozlangan yoki psixomotor ko'zgalgan, teri koplamasi oqargan, xansirash, taxikardiya, og'riq sindromi, muskullar tonik qisqarishi, AB ko'tariladi.

2 – bosqich bemor xushini yo'qotadi, teri qoplamasi marmarsimon tovlan-gan, xansirash, taxikardiya, aritmiya, AB gipotoniyasi, quyish, og'riq sindromi.

3 – bosqich bemor koma xolatida, O'NE, laringospazm, aritmiya, AB gipoten-ziyasi, og'riq, quyish, shok.

4 – bosqich klinik o'lim qorinchalar fibrillyatsiyasi xisobiga kelib chiqadi.

### **Shoshilinch yordam ko'rsatish.**

Ta'sir etayotgan tokdan bemorni yog'och yoki rezina qo'lqop yordamida ajratish.

1- bosqichda sedativ terapiya (seduksen, relanium) issik choy, vale-rianka nastoykasi, 50% analgin eritmasidan 0,1 ml/yoshiga.

2 – bosqichda 1% amnophon 0,1 ml/yoshiga, kislorodoterapiya, 10% kofein eritmasi 0,1 ml/yoshiga, reopoliglyukin 10 ml/kg, pipolfen 2,5% 0,2 ml/yoshiga, glyukoza 10% 10 ml/kg, kuygan joyni furatsillin yoki 0,25% li novakain eritmasi bilan tozalanadi.

3 – bosqichda 2% ditilin 3 mg/kg v/v, endotraxeal intubatsiya, SNO, reopoliglyukin 15 ml/kg, trisamin 5 ml/kg, dopamin 1-5 mkg/kg min. maksimal 10-25 mkg/kg.min., glyukoza 10% 10 ml/kg, kuygan joyni tozalash.

4 – bosqichda YuNY tozalash, SNO, yurakni yopiq massaj qilish, nazotraxeal intubatsiya, defibrillyatsiya, yurak ichiga 0,1% atropin 0,05 ml/kg, prednizolon 30 mg, 4% soda 20 ml/min, 10% SaSl 0,3-0,5 ml/yoshiga.

### **Zaxarli xayvonlar va xashoratlar chaqishi.**

Zaxarli xashoratlar chaqishi 2 turga bo'linadi: parda qanotlilar (asalari, qovoqari, shershni) va o'rgamchaksimonlar (taranto'la, chayon, kanalar) chaqishiga.

Asalari va ari chaqishi jaroxatlash ta'siri bir xil, chunki zaxari gemolitik, neyrotoksik, gistaminga o'xshab ta'sir ko'rsatadi. Bundan tashqari ari zaxari anafilaktik shok chaqirishi mumkin.

**Klinikasi.** Ari chaqganda umumiy va joyli o'zgarish kelib chiqadi. Chaqgan joyda og'riq, qichishish, uchli kuydirish paydo bo'ladi. Tezdan shish yuzaga keladi va tarqalishi mumkin. Lokal lifadenit, tana xaroratini ortishi, artralgiya, urtikariya, poliadenit. O'lim anafilaktik shok xisobi-ga kelib chiqadi.

**Davolash.** Ari ignasini olib tashlash, chakkan joyga ishlov berish. Umumiy reaksiyada t/o ga adrenalin, antigistimain preparati buyuriladi. Intoksikatsiya belgilari saklanib kolsa 20-60 minutdan so'ng adrenalin qayta qiliadi

**Taranto'la chaqishi** kamdan-kam xollarda intoksikatsiya chaqiradi, og'riq, qizarish, shish, ekximoz paydo bo'ladi. Davolash. Antigistaminlar.

**Chayon chaqishi** juda xavfli, zaxari neyrotoksin, kardiotoksin, agglyutinini tutadi. Ta'sir davomiligi 48 soat. Chaqgan joyida chidab bo'lmaydigan kuydiruvchi og'riq, tana xaroratini ortishi, qorinda kuchli og'riq, keyinchalik talvasa kelib chiqadi. Birlamchi nafas bo'g'ilishi nafas dekompensatsiyasiga o'tadi.

ShTYo. Chaqgan joyni paroksimal qismiga jgut qo'yiladi. Shuningdek 0,5% li novokain adrenalin eritmasi bilan aylantirib ukol qilinadi. V/v 10% li glyuqonat kalsiy eritmasi yuboriladi. Yotqizilib maxsus zardob qilinadi.

**Kanna chaqishi.** Joyli yallig'lanish va qichishish kelib chiqadi. Kanani pinset yordamida olib tashlanadi, antiseptiklar bilan ishlov beriladi. Endemik joylarda kanna ensefalitiga qarshi seroprofilaktika o'tkaziladi.

**Ilon chaqishi.** Organizmga ta'sir etishiga qarab ilon zaxari 2 guruxga bo'linadi: 1- neyrotoksik (kobra), 2 – gemovazotoksik (gadyuk, gremuchiy ilon). Neyrotoksinlar xolinesteraza tutib asetilxolinni parchalab neyro – muskul o'tkazuvchanligini buzib kuraresimon ta'siri xususiyatiga ega. Gemovazotoksinlar neyrotoksin, gemorraginlar,

antikoaguluyantlar, gemo-lizinlar aralashmasidan iborat bo'lib, tomirlar spazmini keltirib chiqaradi keyinchalik tomirlar o'tkazuvchanligini juda ortirib yuborish natijasida to'qimalar va organlar shishiga sabab bo'ladi. Bu o'zgarishlar fibrinolizni aktivlashuvi, qon ketishni ortishi, tomir ichida gemolizni kuchayishi bilan birga kechadi.

**Klinikasi.** Gadyuk yoki mitomordnik chaqqanda tez rivojlanuvchi joyli o'zgarish: kuchayib boruvchi shish, shishni oyok-qo'lga va tanaga tarkali-shi, nekroz uchastkalari yuzaga keladi. Shish va nekroz chidab bo'lmaydigan kuchli og'riq berib, birinchi minutlarda shokga olib keladi. Shokda bemor teri qoplamasi juda oqarib ketadi, sovuq ter bosadi, taxikardiya, arterial gipertenziya kuzatiladi. 1-3 soatdan so'ng gemoliz, DVS va fibrinolizni aktivlashuvi xisobiga chakkan jaydan, in'eksiya qilingan joydan, OITdan qon ketadi. Jarayon o'tkir YuKSEgi yoki UBE gi bilan yakunlanadi.

Qobra chaqqanda joyli o'zgarish bo'lmaydi. Xarakterli simptomlardan ko'tarluvchi sust paralich. Chaqqan joyda kuydiruvchi og'riq, nuqta iz bo'ladi. Bir necha minutdan so'ng koordinatsiya buzilishi, paralich rivojlanadi. Paralich sekin asta tana muskullariga va nafas muskullariga o'tadi. Bemor nafas to'xtashidan o'ladi.

**Davolash.** Tezdan yotqiziladi, transportirovka xavf darajasi 3-4. Gorizantal xolatda yotqizilib, jaroxatlangan oyokga jigut qo'yiladi. Jugutni qattiq bog'lash kerak emas, chunki ilon zaxari limfagen yo'l bilan tarqaladi. Chakkandan so'ng 10 minutlar ichida ilon zaxarini siqib chiqarish kerak. Siqilgan joyga aseptik bog'lam qo'yiladi. Bemorga analgan, dimed-rol qilinadi. Polivalent ilon zaxariga qarshi zardob qilinadi.

## **OFATLAR TIBBIYOTI ASOSLARI, SABABLARI, SINFLANISHI, ShOSHILINCh TIBBIY YoRDAM KO'RSATISH**

Tabiiy ofatlarda zararlangan odamlarga tibbiy yordam ko'rsatish bir paytlar tibbiyot soxasining eng asosiy vazifalaridan bo'lgan. Ekstremal xolatlarda tibbiy yordam ko'rsatish uchun maxsus tibbiyot xodimlaridan tashqari umumiy amaliyot shifokorlari va xattoki tibbiyot institutlari talabalari xam jalb etilgan.

Bundan ko‘rinib turibdiki, talofat paytlarida birinchi tibbiy yordam ko‘rsatishni xamma qisman bo‘lsa xam bilishi kerak.

Birinchi yordamga tegishli bo‘lgan savollar tartib bilan ko‘rib chiqilgan va o‘rganilgan.

Umummilliy Sog‘likni saqlash birlashmasi ofatlarni kutilmaganda odamlarga jiddiy xavf soladi deb ma‘lumot beradi.

Sog‘likni saqlash birlashmasi bu muammoni yoki ofatlarni tabiat tomonidan kelgan ofat deb xisoblaydilar. Bu narsa odamlar xayotiga shu darajada katta xavf soladiki, bu narsa odamlarni yordamga muxtoj bo‘lishiga olib boradi.

### **Ofatlar turi:**

Ofatlarni ikki turga bo‘lish mumkin:

- 1) Tabiiy;
- 2) Sun‘iy.

### **Tabiiy (tabiat) ofatlari yoki tabiiy ofatlar.**

Bu ofat turida odamga bog‘liq bo‘lmagan xolda yuz beradi va o‘ziga yarasha yengib bo‘lmas kuch va juda ko‘p jaroxatlar bilan kechadi.

### **Sun‘iy turi**

Bu turi odamlar faoliyati bilan birga kechadi.

Bu ofatlar texnologik (avariya, transport xalokatlari), spesifik (epidemiya), urushlar va sotsial xalokatlari bilan kechadi.

Buning natijasida sun‘iy ofatlar soni borgan sari o‘smokda, og‘irliklari ko‘paymokda.

**Tabiat ofatlari** Xar yili bu ofatlar natijasida odamlar o‘limi soni ortib bormokda va ular shu kunga kelib 1000000 soniga to‘g‘ri keladi. Rivojlangan mamlakatlarda esa bu son ortib bormokda.

### **Metereologik tabiiy ofatlar.**

**Bo‘ronlar** – vayron qiluvchi shamol kuchiga ega bo‘lgan bo‘ronga aytiladi.

Bu kabi kuchli shamollar turli xil regionlarda xar yili uchraydi.

Ba'zida ular sovuq regionlarda yoki antiциклон periferiyasida uchraydi. Ular qo'qqisdan paydo bo'ladi.

Dengiz va daryolarda bular shtorm bilan, quruqlikda shamol yoki kuchli yomgir bilan, tepalik va quruqlashgan joylarda kumli shamol bilan kechadi.

**Quyunlar** – (smerch) – yomgirli bulutlarda шосил бѳлиб yerga tarkaladi. Ularning kengligi yuz metrdan tortib yuzlab metrgacha boradi.

Bulutlar bilan birga qo'shilib u qisqa vakt ichida juda ko'p vayronagarchiliklarga va o'limga olib keladi.

Kuchli vayronagarchilikka olib keluvchi quyun bu **tornado** turidagi quyun. Bu quyun turi ko'proq AKSh xududlarida uchraydi. Bunday quyunlar turi 1904, 1945 yillarda Moskvada va 1980 yili Ukrainada, 1981, 1985 yillarda Litvada uchragan. Bunda 69 ta odam o'lgan va 804 tasi turli xil tan jaroxatlari olgan.

### **Ofatlar tasniflanishi**

1. Meteriologik turi: Bo'ronlar, quyunlar, kuchli sovuqlar, qor yogishi, qurg'oqchilik, issiqlik
2. Tektonik va telurik turi: Zilzila, sunami, Vulqon otishi, Yonginlar
3. Topologik turlari: Suv toshqinlari, Sel, qor ko'chishlari
4. Kosmik turi: Meteoritlar, Kosmik ofatlar.

### **Sun'iy ofatlar**

Texnologik turi, Transport turi, Aviatsion va kosmik, temir yo'l va yo'l xarakati ofatlari. Ishlab chiquvchi turi: Mexanik, termik, ximik, radiatsion, bakteriologik.

Sotsial turi: Terrorizm, umumiy tartibsizliklar, ocharchilik, alkogolizm, narkomaniya.

Spesifik. Urushlar va epidemik.

### **Tektonik va telurik ofatlar**

**Zilzila.** Bu narsa yer osti titrashi bilan xarakterlanadi yoki yer yuzi ustini qimirlashi bilan xarakterlanadi. Bunday ofat kuchini magnitut o'lchov birligi bilan

belgilanadi. Yer usti buzilishini esa balli shkala baxosida belgilaydi. Bir ball yer qimirlashida faqat axolini xavotirga solish bilan baxolanadi. Agar yer qimirlashi 6-7 ball kuchida bo'lsa, bunda axoli tinchi buzilmay, balki yer ustidagi binolar va xar xil buzilishlar kuzatiladi va bu narsa odamlar umriga yetarli darajada ta'sir ko'rsatadi. Yer qimirlashi paytida axoliga asosiy qo'rqinch bo'lib baland binolarni ko'chishi va qulashi bo'ladi. Bunda odamlarni xaddan tashqari ko'p xalok bo'lishi kuzatiladi. Bunday zilzilalarda odamlarni organlari ezilishi kuzatiladi. Yong'inli zilzilada esa yuzaki va chuqur quyishlar kuzatiladi.

**Sunami.** Yapon so'zidan olingan bo'lib, katta to'lqin degan ma'noni bildiradi. Zilzilaning markazi dengiz ostida joylashib qolishi sunamilarga olib keladi. Bu to'lqin dengiz, daryo o'rtalarida unchalik katta bo'lmaydi, lekin qirg'oqqa yakinlashgan sari bu to'lqinlar baxaybat ko'rinish-ga ega bo'ladi. sunami odatda uzunasiga bir necha o'n metrga ega bo'lib tezligi 1000 km soat bo'ladi. Balandligi qirg'oqqa yakin joyda 50 metrgacha boradi. Izlanishlarga qaraganda sunami zilzila va suv toshqinlarini birlashtirar ekan.

**Vulqon otilishi.** Vulqon so'zi lotincha so'zdan olingan bo'lib, o't yoki gulxan degan manoni bildiradi, geologik xosilani namoyon qiladi. Bular kanallar ostidan yer sharini yoriqlaridan chiqib yer ustiga magma, uchqun, issiq gaz, suv parlari va tog' xosila bo'laklarini chiqaradi. Vulqon oqibatida teri quyishi, nafas olishi yo'llari zararlanishi, toksik gazlar natijasida zaxarlanishlar kuzatiladi.

### **Sun'iy ofatlar.**

**Transport ofatlari.** O'lganlar va jaroxat olganlarni astronomik soni hozirgi kunda umumxalq muammosi bo'lib turibdi. Zamonaviy transport vositalarini chiqishi va paydo bo'lishi odamzotga sal bo'lsa xam qo'rqinchni xis ettirdi. Transport vositalaridan foydalanganda jaroxat olish quyidagicha: мотоциклда- 9,0 baxtsiz xodisa 1mln. kishiga, samolyotda- 1,0, shaxsiy avtomobilda – 0,6, temir yo'lda 0,05, avtobuslarda 0,03 ni tashqil qiladi.

**Poezd yo'llari ofatlari.** O'limni kamayishi kuzatilib, bunda aksariyat odamlarni son-sanoqsiz jaroxat olishi kuzatiladi. Jaroxatlanganlar soniga qarab og'irlik

kriteriyalari farqlanadi: 1- kategoriya jaroxatlanganlar soni 5tadan ortmaydi, 2- kategoriya 6-15ta odam jaroxatlanadi, 3- k-ya 16-30 ta odam jaroxatlanadi, 4- k-ya 31-50 odam jaroxatlanadi, 5- k-yada 50 kishidan ortiq jaroxatlanadi.

Daryo va dengizda kemalarni to'qnashishi natijasida xam falokatlar ro'y beradi.1983 yili «Suvorov» teploxodi Volga bo'ylab ketayotib avariya uchragan natijada 175 passajir o'lgan, 81 odam jaroxat olgan.

**Ishlab chiqarishdagi ro'y beradigan ofatlar.** Bunday ofatlarda ekstremal xolatlarni paydo bo'lishi, tartibni buzilishi, texnologik, transport vositalaridan noto'g'ri foydalanish, i/ch vositalaridan noto'g'ri foydalanish xisobiga kelib chiqadi. Ko'p tarkalgan avariyalardan portlash, ish joylariga va transport vositalariga ut ketish,

**Mexanik ofatlar (portlash).** Bunday turdagi ofatlar juda qo'rqinchli o'tadi va juda ko'p o'lim bilan tugallanadi. 1917 yil Kanadaning Golifaks portida «Manblan» paroxodi bortida 200 tonna trinitrotoluol, 2300 tonna pikrin kislotasi,35 tonna benzol,10 tonna poroxli paxta bo'lgan. Bu paroxod «Imo» nomli paroxod bilan to'qnashib ketgan. Natijada yong'in chiqib, portlash yuz bergan. Okibatda butun shaxar yo'q bo'lib ketgan. 1963 ta xo'jalik xalok bo'lgan, 2000 ta odam bedarak yo'qolgan. «Manblan» kemasini parchalarini 12 km naridan topishgan.

1942 yil Bombay shaxrida Angliyaga karashli «Fort-Staykin» yuk kemasida 300 t.trinitrotoluol, 1935 t. qurol-yaroqlar bo'lgan. Portlash okibatida port va shaxarni bir qismi yo'q bo'lib ketgan, 1500 kishi o'lgan, 3000 kishi jaroxat olgan. Xosil bo'lgan to'lqin xisobiga 50 ta yirik kemalar jaroxatlangan 12 yerga o't ketgan.

**Termik ofatlar (Yong'in).** Yonginlar ko'p xolatlarda portlash natijasida kelib chiqadi, yopiq joylarda sodir bo'ladi. Bunday xolatlar ko'pincha mexmonxona, kinoteatr va boshqa gavjum joylarda sodir bo'ladi. 1989 yil iyun oyi Ufada poezdlarni to'g'ri kelishi xisobiga elektr tarmogidan uchqun paydo bo'lgan va portlpsh ruy bergan, portlash kuchi 300 t. trotil ekivalentiga teng kuchda portlagan.1264 kishi jaroxatlangan, 408 kishi o'rnida o'lgan.

**Ximik ofatlar.** Ximiyaviy korxonalar bor joyda portlashlar, yong'inlar va avariya sodir bo'ladi va o'ziga xos spesifik xususiyatga ega.

1985 yilda Xindistonda AKSh bilan xamkorlikda ishlayotgan korxonada portlash natijasida tashqariga 45 tonna metilzatsinat chiqib ketgan. Falokat sodir bo'lgan joyda 3000 odam xalok bo'lgan. 300000 dan ortiq odam turli xildagi zaxarlanishlarga duchor bo'lgan.

**Radiatsion ofatlar.** Bu ofat eng xavfli ko'rinishga ega bo'lib, atom гидроэлектростанцияlariga zarar yetkazilishi natijasida juda katta maydonga radiatsiya tarqalishi kuzatiladi. Masalan: Chernobil xalokati.

**Sotsial ofatlar.** Terrorizm- lotincha «terror» so'zidan olingan bo'lib, «qo'rqinch» degan ma'noni bildiradi. Ular o'z yo'lida o'zining maqsadiga erishmaguncha xech narsadan qaytishmaydilar. Ularning qurbonlari bo'lib oddiy xalk yoki biron-bir ko'zga ko'ringan shaxs bo'lishi mumkin. Masalan: AKSh dagi ikki osmono'par binolarni portlashi, Toshkentdagi 16 fevral voqealari yaqqol misol bo'la oladi. Ummumjamoat tartibsizligi xam ko'p talofatlarga olib keladi.

Spesifik ofatlarga urish, ichki terrorizm kiradi va ko'p talofatlarga olib keladi.

### **Favqulotda xolatlar xarakteristikasi**

Aniq bo'lgan territorialarda ofatlar sodir bo'lgan paytlarda juda ko'p odamlar xalok bo'lishiga olib keladi. Odamlar sog'ligiga yetarli darajada zarar yetkaziladi. Ba'zi bir ofatlar xalqqa juda katta moddiy zarar yetkazib, ularning xayot tarzini buzib yuboradi. 1996 yil 13 сентябрdagi Rossiya Federatsiyasi chiqargan qonuniga asosan favqulotda xolatlar lokal, maxalliy, regional, territorial, federal va transport chegarasi turlariga bo'linadi. Favqulotda xolatlar xizmatchilari o'z kuchi va evakuatsiyaga ishonmasa yoki yetishmasa ular favqulotda xolatlarni komissiyasi orqali yuqori tashqilotlarga murojaat qilishlari mumkin. Favqulotda xolatlarni transport-chegara turida o'zlari qo'riklaydigan joyni emas balki, ular chegaradan tashqari xolatlarda xam xizmat ko'rsatadilar. Favqulotda xolat xizmati evakuatsiya paytida ularga qurolli kuchlar, ichki ishlar xizmatchilari xam bu ishlarga jalb etiladilar.

## **TABIY OFATLARDA SHOSHILINCH TIBBIY YORDAMI KO'RSATISHNI ASOSLARI VA TARKIBI.**

Ofatlarda shoshilinch tibbiy yordami ko'rsatish etapma-etap olib boriladi.

**1-etap. Favqulotda** xodisalar davrida davolash-profilaktik muassasalari-dagi ishlar rejasi ishlab chiqiladi. Bunda bunday ofatlar qaerdan va qanday kelib chiqqani nazarda tutiladi. Bundan tashqari davolash-evakuatsion gospitalizatsiyalash ishlari rejasi ishlab chiqiladi.

**2-etap.** Berilgan ma'lumotlarga qarab davolash profilaktika ishlari boshlanadi. Ish joyiga tibbiy yordam ko'rsatish uchun kerakli dori-darmon va uskunalari olib kelinadi.

**3-etap.** Bevosita malakali va mutaxassislashgan shoshilinch tibbiy yordami ko'rsatiladi. Bundan tashqari bemorlarni sortirovka qilish, jaroxatlanganlarni evakuatsiya qilish va mutaxasislarni ish kordinatsiyasi rejalashtiriladi.

### **Jaroxatlanganlarga shoshilinch yordam ko'rsatishning**

#### **umumiy printsiplari.**

Xalokatlarni turli xillari yoki ko'rinishlari shoshilinch tibbiy yordami ko'rsatishga muxtoj bo'ladi. Jaroxatlanganlarga shoshilinch yordam ko'rsatishning umumiy printsiplari quyidagilardan iborat bo'ladi:

- Odam organizmida u yoki bu jaroxatlovchi ta'siri natijasida patologik protsessni kechishini bilan xarakterlanadi

- Jaroxatlangan shaxslarga tibbiy yordamni eng oson va qulay tashxislash metodlaridan foydalanishni bilish, bu esa shoshilinch yordamni ratsional va o'z vaqtida yordam ko'rsatishni taminlaydi.

-Xalokat o'chog'ida o'z vaqtida shoshilinch tibbiy yordami ko'rsatish va asoratlarni oldini olish.

-O'z vaqtida, qulay, ko'rsatiladigan ShTYoni ketma-ketligi falokat yuz bergan joyda, evakuatsiya qilinish davrida xam davom ettiriladi va ijobiy natija olinguncha.

-Tibbiy xujjatlarni barcha etaplarda yakdilligi saqlanishi kerak.

## **Ofatlarda yordam ko'rsatishni uchta fazasi farqlanadi.**

**1-faza (izolyatsiya).** Buning davomiyligi talofat boshlangan vaktidan to qutkaruv ishlari boshlanguncha davom etadi. Bunda tashqaridan yordam olishni iloji bo'lmaydi shuning uchun o'zaro yordam sifatida olib boriladi.

**2-faza (qutqarish).** Bu fazada qutqaruv ishlari otryadlar bilan olib boriladi. Bunda ofat natijasida talofat kurgan va jabrlanganlarni ajratadilar. Jaroxat olgan odamlarga birinchi tibbiy yordam ko'rsatiladi. Shu bilan birga ularni evakuatsiya qiladilar. 10-12 kun davom etiladi.

**3-faza (qayta tiklash).** Bu faza evakuatsiyadan so'ng boshlanib, unda jaroxatlangan odamlarni boshqa xavfsiz bir rayonga olib o'tiladi, tekshiriladi, davolash va reabilitatsiya ishlari olib boriladi.

FX yuz berganda jaroxatlanganlarga tibbiy yordam ko'rsatish quyidagilarga bo'linadi:

-FX tibbiy razvedka qilish, bunda axoli soni, tibbiy xizmat xolati, region xolati, nechta ko'cha va uning xolati, suv tindirgichlar xolati aniklanadi.

-Jaroxatlanganlarni topish va qutqarish.

- Jaroxatlanganlarni sortirovka qilish,

- Jaroxatlanganlarni evakuatsiya qilish.

- Tibbiy yordam va davolash. Bu yordam qutkaruv ishlari bilan birgalikda olib boriladi. Birinchi tibbiy yordamni asosiy maqsadi - bu jabrlangan odamni xayotini saqlab kolishga qaratilgan. Bu ishlar 15 kun davomida olib boriladi.

## **Vrachdan oldingi tibbiy yordam.**

Bu ish o'rta tibbiyot xodimi orqali bajariladi (xamshira yoki feldsher). Bu xodimlarda jgut, shina, шприцлар, sistemalar bo'lishi kerak. Bular ham yordam ko'rsatishda tashxis qo'yamay davolaydilar. Bu tibbiy xodim shok, o'tkir yurak, nafas, qon tomir yetishmovchiligi, komani aniqlashi kerak. Shok paytida vena ichiga dorilarni yuborish, qon bosimi tushishi xisobiga kardiotonik va tomir qisilishiga dori

berishi kerak. Nafas to‘xtaganda nafas analeptiklarini yuborishi kerak, o‘pka-yurak reanimatsion ishlarini olib borishi kerak.

### **Birinchi vrach tibbiy yordami.**

Bunday yordamni umumiy amaliyot vrachi xam ko‘rsatishi mumkin. U fakat jarrox bo‘lishi shart emas. Uning vazifalari:

- xayot uchun xavfli bo‘lgan faktorlarni bartaraf qilish;
- xayot uchun muxim bo‘lgan organlar ishini ushlab turish, asoratlarni oldini olish.
- keyingi evakuatsiyaga tayyorlash.

Birlamchi vrachlik yordami ikkiga bo‘linadi.

- vaqtinchalik tashqi qon ketishini to‘xtatish va jgut reviziyasi;
- xamma turdagi asfiksiyalarni bartaraf qilish;
- shokka qarshi tadbirlarni o‘tkazish va transportirovkaga tayyorlash (novokain blokada, infuzion terapiya, immobilizatsiyani to‘g‘rilash).
- Ochiq pnevmotoraksda germetik bog‘lam qo‘yish va plevra bo‘shlig‘ini punksiya qilish;
- Siydik tutilganda siydik pufagini kateterlash va punksiya qilish;
- radiatsion va ximik jaroxatlanishlarda maxsus tadbirlar o‘tkazish.

2. Majburiy kech qoldirishi mumkin bo‘lgan tadbirlar.

- immioblizatsiya kamchiliklarini yo‘qotish,
- Shok paydo bo‘lishini oldini olish uchun singan joyni novokainli blokada.
- Profilaktik maqsadda antibitikoterapiya va PSA qilish.

### **Malakali yordami ko‘rsatish.**

Bu yordam turi umumiy amaliyot jarroxlari tomonidan ko‘rsatiladi. Bularning tarkibida anestziolog va reanimatolog bo‘ladi. Ularning asosiy vazifasi bo‘lib, xayot uchun xavfli bo‘lgan jaroxatlanishlarni bartaraf qilish va asoratlarni oldini olishga karatiladi.

Vazifalari:

1-operatsion xona – bunda ko‘krak va qorin bo‘shlig‘i soxalarida jarroxlik operatsiyalari o‘tkaziladi,

2-bog‘lov xona – bu yerda plevra bo‘shlig‘ini punksiya yoki drenajlash ishlari o‘tkaziladi.

Xirurgik jaroxatlarni tozalash ishlari olib boriladi. Shokka qarshi intensiv terapiya o‘tkaziladi. Jaroxatlanganlar soni ko‘paysa, bu yerda yuqori malakali vrachlar xizmat qiladilar.

### **Mutaxassislashgan jarroxlik yordami**

Bunda jarroxlik yordami jarrox mutaxassis tomonidan ko‘rsatiladi. Mutaxassislashgan tez tibbiy yordam ko‘rsatish quyidagi tadbirlarga bo‘linadi:

Tomirlarga chok qo‘yish yoki tomir plastikasi, barmoqlarda plastik operatsiya o‘tkazish va jarroxlik tozalov, uretrani zararlanishi unga birlamchi chok qo‘yish, gematoraks va plevrani o‘tkir empiemasini torakotomiyasi.

Mutaxassislashgan jarroxlik yordami ikki etapda o‘tadi:

1. Bu yordam turi turli ko‘p profilli avtonom gospital yoki maxalliy davolash-profilaktik muassasalarda o‘tkaziladi.
2. Bu turi katta shifoxonalarda, klinikalarda o‘tkaziladi. Birinchi vrachlik yordami ko‘pincha hozirgi kunda falokat sodir bo‘lgan joyda evakuatsiya paytida o‘tkaziladi.

### **Tibbiy saralash va jaroxatlanganlarni evakuatsiyasi.**

Bu xizmat jaroxatlanganlarni gruppalariga, belgilariga qarab ajratishga aytiladi va ularni davolash-profilaktika joylariga tezda evakuatsiya qilish tadbirlarini o‘tkazadi.

### **Saralash gruppalari.**

1. Atrofdagilarga xavfli radiaktiv va zaxarlovchi moddalar bilan zararlangan bemorlarni tezlik bilan tozalov o‘tkaziladi, psixomotor qo‘zg‘alish bilan, yukumli kasallikka gumon bo‘lsa изоляцияу qilinadi.

2. Tibbiy evakuatsiyada tez tibbiy yordamga muxtojlar. Bu bemorlarni kerakli davolash muassasalariga jo‘natish.
3. Navbatdagi evakuatsiyaga muxtoj bemorlar.
4. Yengil jaroxatlanganlar. Bu bemorlar ko‘ruvdan, ko‘rsatilgan yordamdan so‘ng ambulator davolanishga yuboriladi.
5. Agonal xolatdagi bemorlar, bularni evakuatsiya qilish mumkin emas. bemorlarni simptomatik davolash o‘tkazilib dardini yengillash-tiriladi.

### **Jaroxatlanganlarni evakuatsiyasi.**

1. Mumkin bo‘lgan va tez o‘tkazishilishi kerak bo‘lgan evakuatsiya.
2. Uzoq va kiyin evakuatsiya.
3. Tez orada mumkin bulmagan evakuatsiya.

Evakuatsiya sanitar mashinada yoki yo‘lovchi transportlarda amalga oshirish mumkin. Birinchi navbatda saralash markasi «E-1» bo‘lgan jaroxatlangan bemorlar (shok, NE, koma) evakuatsiya qilinadi.

Ikkinchi navbatda saralash markasi «E-2» bo‘lgan jaroxatlangan bemorlar (jaroxatlanish darajasi o‘rta, xayot uchun muxim organlar jaroxatlanmagan) evakuatsiya qilinadi.

Yengil jaroxat olganlar xamda xayot uchun muxum bo‘lgan organlarda yetishmovchiliklar yo‘q bemorlar kuzatuvsiz transportni kanday bo‘lishidan qat’iy nazar evakuatsiya qilish mumkin.

## ADABIYOTLAR

1. Sobirov J.M., Otaxonov Sh.E., Azizov A.Z., Parpiev A.G. Shoshilinch holatlar. Toshkent, 2006.
2. Сыбулкин Ye.K. Неотложная педиатрия в алгоритмах. Санкт-Петербург, Москва, Харьков, Минск, 2013.
3. Александрович Ю.С., Гордиёв В.И., Пшениснов К.В. Неотложная педиатрия. Санкт-Петербург, 2010.
4. Вельтищев Ю.В., Шаробаро В.Е. Неотложные состояния у детей. Москва, 2011.
5. Молочный В.П., Рзынкина М.Ф., Жила Н.Г. Неотложные состояния у детей. Ростов-на-Дону: Феникс, 2006.
6. Оказание стационарной помощи детям. Ташкент, 2008.
7. Петрушина А.Д., Мальченко Л.А., Кренинина Л.Н. и др. Неотложные состояния у детей. Москва, 2002.
8. Сумин С.А. Неотложные состояния. Москва: МИА, 2004.
9. Сыбулкин Е.К. Угрожающие состояния в педиатрии. Москва, 2013.
10. Учайкин В.Ф., Молочный В.П. Неотложные состояния в педиатрии. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2005.
11. American Heart Association. ACLS: The Reference Textbook. АНА, 2003.
12. American Heart Association. ACLS: The Reference Textbook. АНА, 2003.
13. American Heart Association. Pediatric Advanced Life Support (PALS) Provider Manual. – Dallas: АНА, 2023. – 350 p.
14. Cochrane Library. Emergency medicine and pediatric resuscitation reviews. – [Elektron resurs]. – URL: <https://cochranelibrary.com> (data obrashcheniya: 12.03.2026).
15. European Resuscitation Council. Guidelines for Resuscitation 2021. – In:

Resuscitation Journal. – 2021. – Vol. 161. – P. 1–60.

16. Med.uz. O‘zbekiston tibbiyot portali. – [Elektron resurs]. – URL: <https://med.uz> (data obrashcheniya: 12.03.2026).

17. Shavazi N.M. (tahriri ostida). Bolalarda shoshilinch holatlar: o‘quv qo‘llanma. – Samarqand: Tibbiyot Ko‘zgusi, 2021. – 100 b. – ISBN 978-9943-7095-7-7.

18. Sobirov J.M., Otaxonov Sh.E., Azizov A.Z., Parpiev A.G. Shoshilinch holatlar. – Toshkent: O‘zbekiston tibbiyot akademiyasi, 2006. – 120 b.

19. Toshkent Tibbiyot Akademiyasi. Pediatriya ishi: profilaktika, reabilitatsiya va og‘ir bemorlarni parvarishlash: o‘quv-uslubiy majmua. – Toshkent: TTA nashriyoti, 2023. – 85 b.

#### **INTERNET SAYTLARI:**

1. Samarkand State Medical University – E-library.

Elektron kutubxona: Bolalarda shoshilinch holatlar (o‘quv qo‘llanma). Samarkand, 2021.

<https://elib.sammi.uz>

2. Pdfbox.uz.

Elektron resurs: Bolalarda shoshilinch holatlar (PDF). Toshkent, 2021.

<https://pdfbox.uz>

3. FaylHub.

Elektron resurs: Bolalarda kardiologik shoshilinch holatlar. Toshkent, 2020.

<https://faylhub.uz>

4. Med.uz – O‘zbekiston tibbiyot portali.

Milliy tibbiyot portali, maqolalar va klinik qo‘llanmalar. Toshkent.

<https://med.uz>

5. Emergency.spb.ru – NII skoroy pomoshchi im. Dzhanelidze.

Rossiya portali: tez tibbiy yordam va reanimatsiya bo‘yicha materiallar. Sankt-Peterburg.

<https://emergency.spb.ru>

6. Cochrane Library.

Xalqaro tibbiy tadqiqotlar va klinik tavsiyalar bazasi.

<https://cochranelibrary.com>

**Qo'shimcha adabiyotlar:**

1. А.А.Баранов. Пропедевтика детских болезней. М.2005 г.
2. А.Д.Петрушина и соав. Неотложные состояния у детей.М НГМА.2002г.
3. Г.И.Постернак и соав. Неотложная медицинская помощь детям на догоспитальном этапе Львов.2004.
4. Н.П.Шабалов. Неонатология. М. 1-2 т. 2004 г.
5. Н.П.Шабалов. Учебник детские болезни. С.П.1-2 т. 2003 г.
6. Руководство по экстренной медицинской помощи.Основного уровня. 1-2 том 2004. Фирст Эдितिон.