

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O‘RTA MAXSUS
TA‘LIM VAZIRLIGI
O‘RTA MAXSUS, KASB-HUNAR TA‘LIMI MARKAZI**

G‘.R. RAHIMOV, O‘.B. OCHILOV, K.M. MIRJONOV

KLINIK PATOLOGIYA VA BIRINCHI TIBBIY YORDAM

Tibbiyot kollejlari uchun darslik

Toshkent — «ILM ZIYO» — 2007

*Oliy va oʻrta maxsus, kasb-hunar taʼlimi ilmiy-metodik
birlashmalari faoliyatini muvofiqlashtiruvchi Kengash
tomonidan nashrga tavsiya etilgan.*

Ushbu darslikka asosiy patologik jarayonlarning turlari, xususiy patologiya asoslari, antiseptika va aseptika, desmurgiya, shikastlanishlarda birinchi tibbiy yordam koʻrsatish, reanimatsiya asoslari, terminal holatlar, oʻtkir yurak-nafas yetishmovchiligi, oʻpka-yurak reanimatsiyasi, koma va shok, oʻtkir zaharlanishlar, boʻgʻilish hamda intensiv terapiya haqida koʻnikmalar kiritilgan.

Taqrizchilar: **B.R. BOBOJONOV** – Buxoro tibbiyot institutining «Jarrohlik» kafedrasini mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor; **G.M. MUXTOROVA** – Buxoro tibbiyot kollejining «Jarrohlik» fani kafedrasini mudiri.

KIRISH

Sogʻliq — inson organizmi uchun berilgan eng buyuk neʼmatlaridan biri. Doim sogʻ-salamat boʻlib yurish, eng avvalo, insonning oʻziga bogʻliq boʻlib, unga atrof-muhit, tabiat, turli shart-sharoitlar ham taʼsir etishi mumkin. Har qanday sabablar natijasida organizmda patologik holat, yaʼni kasallik kelib chiqadi.

Kasallik — organizm va eng muhim ichki organlar normal funksiyasining buzilishi. Hozirgi vaqtda kasallik tushunchasi quyidagicha taʼriflanadi. Kasallik tashqi va ichki muhitning salbiy taʼsilari tufayli organizm faoliyatining buzilishi boʻlib, organizm himoya kuchlarini safarbar etishiga qaramasdan, moslanuvchanligining susayib ketishi bilan tavsiflanadi. Xastalik odamzod organizmining umumiy dardi boʻlib, unga yemiruvchi va moslashtiruvchi hodisalarning birgalikda davom etib borishi, lekin moslashtiruvchi hodisalarning kamlik qilib qolishi natijasida koʻpincha mehnat qobiliyati pasayib ketishi bilan belgilanadi.

Kasallik paydo boʻlishiga yoʻl qoʻymaslik yoki uning xarakterini aniqlash va bemorga yordam berish uchun biror kasallikning yuzaga kelish sabablari va bunda kishi organizmida roʻy beradigan oʻzgarishlar haqida aniq tasavvurga ega boʻlish lozim. Kasallik qanday oqibatlarga olib kelishi mumkinligini bilish zarur.

Patologiya (yunon. *pathos* — kasallik, *logos* — fan soʻzlaridan olingan) — kasallik, uning mohiyati va rivojlanish qonuniyatlarini oʻrganuvchi fan. Ammo buning uchun bemorni kuzatib, orttirilgan birgina klinik tajribaning oʻzigina kamlik qiladi. Tibbiyot xodimlari kasalliklar mohiyatini bemorning toʻshagida oʻrganish mumkin boʻlgan chegaradan tashqari chuqurroq anglashlari lozim. Bunda ularga xususiy patologiya asoslari yordam beradi.

Klinik patologiya va birinchi tibbiy yordam quyidagi guruhlariga ajratiladi:

1. Patologiya haqida umumiy tushuncha.
2. Antiseptika va aseptika haqida asosiy tushuncha.
3. Bog'lash texnikasi (Desmurgiya).
4. Birinchi tibbiy yordam haqida umumiy tushuncha.
5. Birinchi tibbiy yordam ko'rsatishning umumiy tamoyillari.
6. Reanimatsiya tamoyillari va usullari.
7. Shok.
8. Shikastlanishlarda birinchi tibbiy yordam ko'rsatish:

- a) jarohatlar: yumshoq to'qimalar shikastlanishi, qon ketishi;
- b) suyaklar va bo'g'imlar shikastlanganda birinchi yordam;
- d) kuyish, sovuq urishi.

9. Baxtsiz hodisalarda va to'satdan bo'ladigan kasalliklarda birinchi tibbiy yordam ko'rsatish.

10. Mutaxassis amaliyotida uchraydigan baxtsiz hodisalarda birinchi tibbiy yordam ko'rsatish.

Ko'pgina kasalliklarni faqat jarrohlar emas, balki boshqa mutaxassislar ham davolashadi. Bunday kasalliklarga me'da va o'n ikki barmoqli ichakning yara kasalligi, o'pka absessi, o't pufagining yallig'lanishi va boshqa talaygina xastaliklar kiradi.

Odatda, organizm o'lgach, uni yorib (autopsiya qilib) o'lim sababini, a'zoldagi o'zgarishlar o'rganiladi. A'zoldagi nozik o'zgarishlar bilan patologik gistologiya shug'ullanadi. To'satdan yuz bergan o'lim sabablarini esa, sud tibbiyoti o'rganadi. To'qimalarda sodir bo'lgan o'zgarishlar kimyo yo'li bilan aniqlanadi. Hujayralar tuzilishidagi o'zgarishlarni aniqlashda, elektron mikroskop va elektron-gisto-kimyoviy usullardan foydalaniladi. Keyingi yillarda to'qimalarning hayot faoliyatini o'rganish maqsadida radioaktiv va immuno-morfologik usullardan ham keng foydalanilmoqda. Organizmning kasallik holatini ikki yo'l bilan aniqlash mumkin:

1. *Birinchisi* — tirik odamning kasallangan a'zosidan bo'lakcha olib, uning to'qima va hujayralarining kasallik holati gistologik yo'l bilan aniqlanadi.

2. *Ikkinchisi* — odam organizmining kasallik darajasi, rivojlanishi va o'lim sabablarini murdani kesib, a'zoldan olingan kichik bo'lakchalarni yuqorida keltirilgan usul yordamida tekshirib aniqlanadi.

Klinik patologiyaning boshqa tibbiyot fanlari bilan bog'liqligi. Patologiya yaxlit holda biologiya bilan uzviy bog'langan. Jonli tabiat taraqqiyotining asosiy qonunlarini to'g'ri tushunmasdan turib, patologik holatlarni anglash mumkin emas.

Patologiya, ayniqsa, patologik fiziologiya normal fiziologiya bilan chambarchas bog'langan. Fiziologik qonuniyatlarni bilish patologik jarayonlarni tushunishning zarur shartidir. Buning ustiga bu fanlar o'rtasidan ko'pincha chegara bo'lmaydi. Ba'zan tashqi muhitning turli-tuman zararli ta'sirlariga qarshi fiziologik jarayonlar I.P. Pavlov ta'biri bilan aytganda, «fiziologik himoya tadbirlari» qayerda tugab, kasallik belgilari, ya'ni patologik jarayonlar qayerdan boshlanishini aniqlash qiyin bo'lib qoladi. Patologik anatomiya ham xuddi patologik fiziologiya bilan normal fiziologiya kabi normal anatomiya, gistologiya va embriologiya bilan chambarchas bog'langan. Amalda patologik anatomiya hamma klinik tibbiyot fanlari bilan chambarchas bog'langandir. Jarrohlar, ginekologlar, akusherlar, dermatologlar, urologlar biopsiya vaqtida olingan material bilan gistologik tekshirishga juda ko'p murojaat qilishadi. Klinik-anatomik taqqoslashda tibbiyotning turli-tuman sohalari vakillari ishtirok etishadi.

Kasallikning profilaktikasi bilan shug'ullanuvchilar, masalan, epidemiologlar profilaktikaning yanada samarali metodlarini ishlab chiqish uchun patologiyada olingan ma'lumotlardan foydalanishadi. Yuqorida bayon etilganlardan ko'rinib turibdiki, patologiya tibbiyotning barcha sohalari va unga yaqin bo'lgan fanlar bilan bevosita bog'langandir.

Klinik patologiya tarixi. O'rta (V–XI) asrlarda O'rta Osiyodan ham bir qancha mashhur olimlar yetishib chiqdi. Ana shulardan biri har taraflama yetuk olim Abu Ali ibn Sinodir (980–1037).

Yevropada Avitsenna nomi bilan mashhur bo'lgan bu olim falsafa, adabiyot, matematika, kimyo, astronomiya, musiqa va tibbiyot bilimidan xabardor bo'lgan. U Buxoro yaqinidagi «Afshona» qishlog'ida tug'ilgan. Dastlabki bilimni Buxoroda olgan va 17 yoshidayoq ko'p fanlarni mukammal egallagan. Abu Ali ibn Sino Xorazm va Eronda saroy tabibi bo'lib xizmat qilgan. Tibbiyot sohasidagi misli ko'rilmagan buyuk xizmatlari, kashfiyotlari uni butun dunyoga mashhur qilgan.

Ibn Sino 100 dan ortiq asar yaratgan bo'lib, ulardan eng mashhuri «Tib qonunlari» 1000-yillarda yozilgan. Kitob besh jildli bo'lib, birinchi jildi anatomiya va fiziologiyaga bag'ishlangan.

Ibn Sino o'zining buyuk asarida tibbiyot sohasidagi barcha ma'lumotlarni to'plabgina qolmasdan, o'z kuzatishlari, tekshirishlari va tushunchalari bilan uni boyitgan. Kitob turli tillarda 40 marta qaytadan nashr qilingan, dunyodagi barcha mamlakatlarda 600 yildan ziyodroq vaqt ichida tibbiyot bilim yurtlarida o'quv qo'llanmasi bo'lib xizmat qilib keldi. Ibn Sino odam organizmini o'rganishda uning konstitutsiyasiga birinchi bo'lib e'tibor berdi.

«Tib qonunlari» jildlarida ichki kasalliklar, jarrohlik, farmakologiya, gigiyena va tibbiyotning boshqa sohalari to'g'risida ma'lumot berilgan. «Tib qonunlari» birinchi marta 1954–1956-yillarda Toshkentda o'zbek tilida chop etildi. Anatomiya faniga qiziqish Uyg'onish davrida (XII–XVI asrlarda) Italiyada, keyinchalik Fransiyada ochilgan tibbiyot maktablarida boshlandi. Olimlarning talabi bilan har besh yilda bir marta murdani yorib o'rganishga ruxsat berildi. Natijada, dunyoda birinchi marta (1316) aniq ma'lumotlar asosida yozilgan anatomiya darsligi paydo bo'ldi.

Gippokrat (eramizdan 460–377-yillar ilgari yashagan) o'zigacha bo'lgan tibbiyot sohasidagi ma'lumotlarni to'plab sistemaga solgan, kuzatish va tekshirishlar asosida 72 ta asar yozgan. Bu qo'llanmalardan tibbiyot olamida 2000 yil mobaynida foydalanib kelindi. Gippokrat yurak va qon tomirlar tuzilishi to'g'risida ham ma'lumotlar berib, arteriya tomirida havo yuradi, degan noto'g'ri fikrni oldinga surgan va asablarni paylardan ajratolmagan. Arteriya nomi (*aer* – havo, *tereo* – olib boradi) ana shundan kelib chiqqan.

Aristotel (eramizdan 384–322-yillar ilgari yashagan) Yunonistonning atoqli olimi, filosof va anatomi. U asablarning paylardan farqi borligini isbotlagan, olim Gippokratning qon tomirlar bosh miyadan boshlanadi, degan noto'g'ri fikrini rad etib, qon tomirlar yurakdan boshlanishini isbotlab bergan. Ammo Aristotel asablarning ichi bo'shliqdan iborat bo'lib, bosh miyada hosil bo'ladigan ruh, shu asablar orqali organizmga tarqaladi, degan noto'g'ri fikrda bo'lgan.

Leonardo da Vinchi (1452–1519) – Uyg'onish davrining buyuk arbobi, italiyalik olim, musavvir, matematik, muhandis va filosofdir. Odam portretlarini to'g'ri va aniq chizish maqsadida 30 dan ortiq murdani kesib o'rgandi va tana a'zolari rasmini chizib chiqdi. U dunyoda birinchi bo'lib muskullarni ishlash dinamikasini o'rgandi. Shu bilan plastik anatomiyaga asos soladi.

N.I. Pirogov (1810–1881) – rus harbiy-dala xirurgiyasining asoschisi va topograf anatomidir. U odam organizmidagi a’zolarining topografiyasini muzlatib, qatma-qat qilib kesib o’rgangan va juda ko’p preparatlar tayyorlab, «Topografik anatomiya» atlasini (1859) tuzgan.

V.M. Bexterev (1857–1927) – nevropatolog, psixiatr va taniqli anatom. U bosh miyaning po’stloq qismida joylashgan bir qancha analizator (markaz)lar va ularni o’tkazuvchi yo’llarni o’rganib, talaygina ilmiy asarlar yozadi.

I.P. Pavlov (1849–1936) – ulug’ rus fiziologi. Shuningdek, u inson markaziy asab sistemasi fiziologiyasini o’rganishga salmoqli hissa qo’shgan anatom hamdir. U bosh miya po’stlog’i va unda joylashgan markazlar to’g’risidagi tushunchani takomillashtirdi. Jumladan, miya yarim sharlarining hamma qismlari (harakat sohalari ham) sezgi impulslarini qabul qiluvchi markazlar ekanligini isbotladi va ularni analizator, deb atadi. U birinchi bo’lib, ikkita signal sistemasi to’g’risidagi ta’limotini yaratdi.

N.K. Lisenkov (1865–1941) – Odessa universitetining professori. Odam organizmining normal tuzilishini, topografiyasini, plastik anatomiyani o’rgandi va 1932-yilda V.I. Bushkevich bilan hamkorlikda «Odamning normal anatomiyasi» kitobini yozdi. Bu darslik hozirgacha qayta-qayta nashr etib kelinadi.

Yuqorida nomlari zikr etilgan olimlar qatorida hazm sistemasini o’rganishda akademik K.A. Zufarov, K.R. To’xtayev, A. N. Yo’ldoshev, E.A. Tursunov va boshqalar; qon tomirlar sistemasini o’rganishda V.V. Kupriyanov, N.K. Ahmedov, R.E. Xudoyberdiyev, S.A. Dolimov, F.N. Bahodirov; asab sistemasini o’rganishda V.N. Ternovskiy, N.K. Ahmedov, X.Z. Zohidov va asab sistemasining embriologik taraqqiyotini o’rganishda akademik D.M. Golub, N.A. Ibodov, H.Z. Zohidov va boshqalar anatomiya faniga o’zlarining munosib hissalarini qo’shdilar.

N.K. Ahmedov ko’p yillik tajribasiga asoslangan holda tibbiyot institutlari va o’rta tibbiyot bilim yurtlari talabalariga mo’ljallab birinchi bo’lib, «Odam anatomiyasi atlasini» o’quv qo’llanmasini tuzib berdi.

XIX asrga kelib, a’zolarining hayotiy vazifalarini o’rganadigan fan—fiziologiya mustaqil fan sifatida rivojlandi. Fiziologiya fanining rivojlanishida Lyudvig, I.M. Sechenov, I.P. Pavlov, S.P. Botkin, V.M. Bexterev kabilar muhim rol o’ynadi. Ular asab sistemasi

orqali organizm faoliyatining bir butunligi boshqarib borilishini, uning tashqi muhit bilan bog'lab turishligini aniqlab berishdi.

Bu sohada o'zbek olimlari, akademik A.Y. Yunusov, A.S. Sodiqov, A.H. Hoshimov fiziologiya fanining yanada rivojlanishiga munosib hissa qo'shdi. Patologik anatomiyaning yanada rivojlanishiga A.I. Ma'rupov, F.J. To'laganovlar munosib hissa qo'shgan. Hozirda esa, bu sohada O'zbekiston FANing muxbir a'zosi M.S. Abdullaxo'jayeva, professor V.A. Alimov va boshqalar samarali izlanish olib borishmoqda.

O'zbekistonda xirurgiya fanining rivojlanishi. Qadimiy boy madaniyati va taraqqiy topgan tibbiyoti bo'lgan O'zbekistonda xirurgiya fani o'zining ko'p asrlik tarixiga ega. «Tib qonunlari», «Kitob ashshifo» singari olamshumul asarlar muallifi Abu Ali ibn Sino buning yorqin dalilidir.

Sharq tabobatining ilmiy asoschilaridan bo'lgan Ibn Sino o'zining «Tib qonunlari» kitobida og'riq va og'riqsizlantirish, shikastlanishlar, yiringli yallig'lanish jarayonlari va jarohatlar sohasida o'zining chuqur bilimlarini namoyish eta olgan. Tibbiyotga oid asarlarida (ularning soni 40 dan ortiq), xususan, «Tib qonunlari»da Ibn Sino butun O'rta asrlardagi G'arb va Sharq tabobatining o'zigacha bo'lgan asosiy yutuqlarini umumlashtirib, bir tizimga solibgina qolmay, balki o'zining sermashaqqat shaxsiy tadqiqotlari natijalari bilan boyitgan va ularni ko'p jihatdan rivojlantirishga muvaffaq bo'lgan.

Turkistonda birinchi davolash muassasasi 1861-yilda Toshkentda ochilgan harbiy lazaret (1870-yilda u harbiy gospitalga aylantirilgan) edi. 1872-yilda Samarqandda 20 o'rinli shahar kasalxonasi ochilgan. Keyingi yillarda Kattaqo'rg'on, Farg'ona, Marg'ilon, Qo'qonda (1883), Petro-Aleksandrovskda (To'rtkul, 1886-yil) shifoxonalar ochilgan. 1917-yilning 7-sentabrida hukumat dekreti bo'yicha Turkiston (hozirgi O'zbekiston Milliy) universiteti tarkibida tashkil qilingan tibbiyot fakulteti O'rta Osiyoda oliy tibbiy ta'limning vujudga kelishiga zamin hozirladi. 1930–1940-yillarda Samarqand, keyinchalik esa, Andijon, Buxoro va Nukusda tibbiyot oliy o'quv yurtlari tashkil etildi.

Toshkent davlat tibbiyot instituti umumiy jarrohlik kafedrasiga N.S. Pereshivkin asos solgan. U 1920–1933-yillarda kafedraga mudirlik qilgan. «Plastik sitoskopiya atlasini» yozgan, O'rta Osiyoda endemik bo'qoqni o'rganishni boshlab bergan, Turkistonda urologiya

yordamiga asos solgan va tashkilotchilik qilgan. Uning shogirdlari D.L. Vvedenskiy, G.A. Rotenberg, E.A. Frakman va boshqalardir.

Bolalar jarrohlik kafedrasining tashkilotchisi, professor K.X. Tagirov bu sohani rivojlantirishga katta hissa qo'shgan va bolalar xirurgiyasi maktabiga asos solgan. O'zbekistonda bolalar xirurgiyasining rivojlanishi Toshkent pediatriya tibbiyot institutining (1971) alohida ajralib chiqishi va unda professor A.S. Sulaymonov tomonidan bolalar xirurgiyasi uyushmasining hamda uning shogirdlari tomonidan bolalar xirurgiyasi markazining (1994) tashkil topishi va rivojlantirilishi, Samarqandda (1966) professor M.A. Ahmedov va uning shogirdlari tomonidan (1993) bolalar xirurgiyasi viloyat markazi (professor A.I. Shamsiyev) tashkil topishi va Andijonda (1971) professor S.R. Rahimov va uning shogirdlari tomonidan bolalar xirurgiyasini rivojlanishi bilan bog'liq.

Samarqand tibbiyot institutining operativ xirurgiya va topografik anatomiya kafedrasining tashkilotchisi va birinchi kafedra mudiri professor A.V. Sushevskiy (1887–1951) edi. U kafedrani 1932–1938-yillarda boshqargan. S.A. Boruxov shu institut anesteziologiya va reanimatologiya kafedrasining tashkilotchisi (1974) edi. Bolalar jarrohligi kafedrasini M.A. Ahmedov (1966) tashkil qilgan bo'lib, hozir uning shogirdlari boshqarmoqda.

O'zbekistonda neyroxirurgiya, asosan, Ikkinchi Jahon urushi davrida rivojlandi. U Turkiston sog'liqni saqlash birinchi xalq komissari I.I. Orlov nomi bilan bog'liq. Katta evakogospitallarda neyroxirurgiya bo'limlari tashkil qilinib, ularda neyroxirurgiyadan yuqori malakali ixtisoslashgan yordam ko'rsatila boshlandi.

O'zbekistonda xirurgiyaning rivojlanish tarixida respublika xirurglarining I syezdi (Toshkent, 1965-yil, dekabr), so'ngra O'rta Osiyo Respublikalari va Qozog'iston xirurglarining I syezdi (Toshkent, 1979-yil, 16–17-yanvar) yirik voqea sifatida bo'lib o'tdi. Har ikki syezdning tashkilotchisi O'zbekiston Respublikasi Fanlar akademiyasining akademigi, professor O'.O. Oripov hisoblanadi. 1986-yilda Toshkentda xirurglarning III syezdi ochildi. Xirurglarning bu katta anjumanlari dastlabki olimlar o'rniga hozirgi fanni rivojlantirayotgan iste'dodli yoshlar, shu jumladan, ilmiy milliy kadrlar yetishib chiqqanligini ko'rsatdi. 1974-yilda Butunittifoq xirurgiya ilmiy markazining Toshkent filiali (hozirgi akademik V. Vohidov

nomidagi xirurgiya ilmiy markazi) ochilishi respublikamiz xirurgiyasi tarixida muhim voqea bo‘lib qoldi. Bu markazga O‘zbekiston Respublikasi Fanlar akademiyasining akademigi Vosit Vohidov uzoq yil rahbarlik qilib kelgan.

Xirurgiyada tibbiyot etikasi va deontologiyasi. Har bir tibbiyot xodimi inson va jamiyat oldida katta javobgarlik hissini doimo sezib turmog‘i kerak. Shuni yodda tutish kerakki, davolashning muvaffaqiyati va samaradorligi bemorning tibbiyot xodimlariga bo‘lgan ishonchiga bog‘liq, vaholanki, tibbiyot kasallikni emas, bemorni davolaydi. Davolashning har bir pog‘onasida bemor ongiga sog‘ayishiga ishonch hissini singdirib borish kerak. Bu vazifa har bir insonparavar tibbiyot xodimining burchidir, insonparvarlik esa, tibbiyot sohasining ajralmas qismidir.

Etika – yunoncha *aethos* so‘zidan kelib chiqqan bo‘lib, u urf-odat, axloq ma’nolarini bildiradi. Tibbiyot etikasi esa, tibbiyot xodimlari faoliyatidagi insonparvarlikda aks etadi. Tibbiyot yer yuzida eng dastlabki va tarixiy kasblardan bo‘lib, insonni davolashda juda keng va boy tajriba to‘plagan hamda insoniyat faoliyatidagi boshqa kasblardan o‘ziga xosligi bilan ajralib turadi.

Buyuk hakim Abu Ali ibn Sino tibbiyot xodimlarining mahoratiga katta e’tibor berib: «Jarroh burgut ko‘zlariga, qizlarning mohir qo‘liga, ilon donoligiga va sherning yuragiga ega bo‘lishi kerak», deydi. Bundan tashqari, Abu Ali ibn Sino tabiblarning axloq fazilatlarini va bemorlar bilan bo‘ladigan muomalasidagi xususiyatlari haqida to‘xtalib, hakimlarga kasallikdan va uni davolashdan qo‘rqish hissini bemorlar ongidan uzoqlashtirish uchun qo‘lidan kelgan barcha zarur chora-tadbirlarni ko‘rishni maslahat bergan va hatto, musiqadan davolash vositasi sifatida foydalanishni tavsiya etgan. Bu alloma yana «Bemor borki, so‘z bilan davolasa bo‘ladi», degan fikrni ham aytgan.

Tibbiyot xodimining tashqi qiyofasi ham katta ahamiyat kasb etadi. Kiyimlarni pala-partish kiyish, xalatning iflosligi, tirnoqlarning kirligi va o‘sib ketganligi tibbiyot xodimlari faoliyatida yo‘l qo‘yib bo‘lmaydigan holatdir. Ajoyib shifokor va yozuvchi A.P. Chexov «Shifokorlik kasbi bu jasoratdir, u hamma narsadan voz kechishni, qalb musaffoligi va fikr sofligini talab etadi. U aqlan dono, ma’naviy pok va jismonan tetik bo‘lishi lozim», deb yozgan edi.

Deontologiya (yunon. *dentos* – zarur, lozim bo‘lgan narsa, *logos* – ta’limot) – tibbiyot etikasining bir qismi bo‘lib, aynan

bir vaziyatda tibbiyot xodimining xulq-odobi, oʻzini tuta bilishi va muomalasini amaliy faoliyatida qoʻllashdir.

Tibbiy deontologiyaning asosiy vazifalari:

- tibbiyot xodimlari xulq-atvorining bemorlarni davolash natijalarini yana ham yaxshilashga qaratilgan yoʻl-yoʻriqlarni oʻrganish;
- tibbiy faoliyatidagi noqulay omillarga chek qoʻyish;
- tibbiyot xodimlari bilan bemor oʻrtasida oʻrnatiladigan oʻzaro munosabatlar majmuyini oʻrganish;
- samarali boʻlmagan tibbiy faoliyatning zararli oqibatlarini tugatish.

Gippokrat tibbiyot xodimlari oʻzini qanday tutishi kerakligi haqida shunday degan edi: «Nima ish qilmoqchi boʻlsang, uni xotirjam va puxta bajar. Bemorni kerak paytida koʻnglini ol, kayfiyatini yaxshi, quvnoq gaplar bilan koʻtar, ayrim paytlar sharoit shuni taqozo qilsa, bemorning talablarini qatʼiy rad qil, boshqa vaqtlarda esa, uni tinchlantir».

Deontologiya tamoyillarini takomillashtirishda shifokorning roli muhimdir. U bemorni tekshiradi, tashxis qoʻyadi, dori-darmon, parhez buyuradi, maslahatlar beradi, kasallikning kechishini kuzatadi, oʻrta tibbiyot xodimi esa, hakim tayinlagan topshiriq va koʻrsatmalarni bajaradi. Bemor bilan shifokor oʻrtasida ishonch paydo boʻlishida hamshiraning roli juda kattadir. Hamshira gʻamxoʻr, shirinsoʻz boʻlib, etika normalariga rioya qilishi, sabr-toqatli va oʻzini tuta bilishi, hakim va davolash muassasasi obroʻ-eʼtiborini oshirishga hissa qoʻshishi, tabobat sirini saqlay bilishi shart.

Tibbiyot xodimining soʻzi bemorning davolanishida doimo muhim oʻrin tutib kelgan. Bemorga aytilgan har bir soʻz uning koʻnglini tinchlantirishi, sogʻayishga umid uygʻotishi lozim. Baʼzan tibbiyot xodimlarining oʻylamasdan aytib yuborgan soʻzlari bemorda kasallik chaqiradi, bu yatrogeniya, deb ataladi. Yatrogen kasalliklarning asosiy sababchisi umumiy tibbiy madaniyatning yetishmasligi, shoshma-shosharlik, vaqtning kamligi, bemorga kasallikning yomon tashxisi yoki oqibatini, tahlillarning natijalarini, ayniqsa u koʻngilsiz boʻlsa, aytib qoʻyish va boshqalardir. Bemorlar, odatda, tezda koʻngli ogʻriydigan va tibbiyot xodimlarining har bir soʻzini oʻziga oladigan boʻlib qoladilar. Koʻp martalab ruhiyatning taʼsirlanishi va kasallangani, atrof-muhitni esa, notoʻgʻri talqin qilishi tufayli bemorga tibbiyot xodimi aytgan har bir qoʻpol soʻz katta zarar keltiradi.

Ayrim paytlarda tibbiyot hamshirasi suhbat chog'ida bemor ishtirokida kasallikning noxush oqibati, tekshirishlarning yomon natijalari haqida aytib yuboradilar va ko'pincha bemorlar qo'liga tahlil natijalarini, hatto bedavo, og'ir kasallikdan darak beruvchi noto'g'ri tahlil natijalarini ham berib qo'yadilar. Bemor qanday kasallik bilan kasalxonaga yotmasin, har doim tibbiyot hamshirasi uning ruhiy holati va kechinmalarini tushunib, anglab yetishi kerak va ehtiyotlik bilan, gaplashganda tibbiy sir saqlab gapirishi kerak. Ayrim hollarda hamshira o'layotgan bemor oldida uning hushsizligini nazarda tutib, bemor kasalligini kechish variantlari va yomon oqibati to'g'risida xonada shu tashxis bilan yotgan bemorlarni hisobga olmagan holda gapirib yubormasligi lozim. Aksincha, bemorlar eshitganini o'ziga oladi va kasalligi esa, og'irlashadi.

Shuning uchun tibbiyot hamshirasi «So'z ham davolashi, ham ko'ngilni jarohatlashi» mumkinligini doimo yodda tutishi kerak. Bemor oldida nimaiki gapirilsa, xotirjamlik, vazminlik bilan ehtiyotkorona gapirilishi lozim. Bemorga yoki uning oldida qo'shni xonada qanday bemorlar yotgani haqida gapirmaslik yoki uni tahlil qilmaslik kerak. Xatoning har bir turi tegishli ravishda: agar fuqarolik xatosi bo'lsa, ya'ni ko'rsatilgan zararining o'rnini qoplashdan va sud yo'li bilan, ma'muriy va jamoatchilik tartibida amalga oshiriladigan javobgarlikka, agar ma'muriy xato bo'lsa, jarima solish, buyumlarni musodara qilish, vaqtincha vazifasidan bo'shatish, agar intizomga doir xato bo'lsa, ogohlantirish, hayfsan, qattiq hayfsan, quyi lavozimga o'tkazish, ishdan bo'shatish, o'quv yurtidan haydash va hokazolardan iborat bo'lgan javobgarlikka tortiladi.

Tibbiyot xodimlari O'zbekiston Respublikasi Jinoyat kodeksining tegishli moddalarida bevosita ko'zda tutilgan jinoyatlarni qasddan sodir qilganda va o'z faoliyati vaqtida zarur bo'lgan ehtiyotkorlikka rioya qilmaganda, e'tiborsizligi yoki nohaqligi tufayli o'z vazifalarini to'liq yoki yetarli darajada bajarmaganda, jinoiy javobgarlikka tortiladi. Tibbiyot deontologiyasining muhim masalalaridan biri, bu — shifokorlik siri. Gippokrat qasamyodida: «Men davolash chog'ida, shuningdek, boshqa paytlarda ham bemorning hayotiga taalluqli bo'lgan oshkor qilish mumkin bo'lmagan narsalarni ko'rmasam yoki eshitmasam, demak, bular sir saqlanadigan qarorlardan, deb hisoblayman. Qasamyodimni so'zsiz bajarayotganim uchun men hayotda va faoliyatimda baxtiyor bo'lay,

odamlar orasida abadiy hurmat qozonay, qasamyoddan chekinuvchi va yolg'on qasam ichuvchilar uchun buning teskarisi bo'lsin», deb yozilgan. Jarrohning holati ko'pincha operatsiyaning muvaffaqiyatiga har doim ham kafillik bera olmaslik, operatsiya xavfi darajasini imkoni boricha kamaytirish muammosi va boshqalar bilan og'irlashib turadi.

Bunday hollarda doimo jarroh o'zbiarmonlik qilmay ustozlarini, hamkasblarini, tajribaliroq hamkasbini chaqirib, maslahat olishi, kerak bo'lsa, yordamga chaqirishi lozim, aks holda, bemor taqdiriga salbiy ta'sir qilishi mumkin. Albatta, bunda yordamga kelgan ustoz yoki hamkasbi bemorni ko'rganda yoki operatsiya paytida va undan keyingi davrda ta'na qilmasdan, jarroh obro'yiga putur yetkazmasdan do'stona yondashishi kerak va bunga jarrohda ishonch bo'lishi lozim.

Tez tibbiy yordam muassasalaridagi tibbiyot xodimlarining bemorlar, ularning yaqinlari, jamoat va boshqalar bilan o'zaro munosabatlari deontologik nuqtayi nazardan juda muhimdir. «Bemor – tez yordam – shoshilinch operatsiya» majmuyi dispetchening chaqiriqni qabul qilib olishidan boshlanadi. Tez tibbiy yordamga murojaat qilganlar, odatda, ro'y bergan hodisa yoki kasallikdan hayajonlanib, kayfiyati buzilgan bo'lishi mumkin va bu holatni xodimlar har doim yodda tutishlari zarur.

Bemor yoki uning qarindoshlari tez yordam brigadasini, albatta, sabrsizlik bilan kutishadi va ular uchun qisqa fursat ham juda uzoqdek tuyuladi. Bunday paytda brigada tez yordam mashinasidan tushib, tezda bemorni ko'rishi kerak. Tibbiyot xodimining xatti-harakati, muomalasi, yuz ifodasi katta rol o'ynaydi. Bir ikki og'iz shirin so'z bilan bemor va uning yaqinlarini tinchlantirish, sog'ayishiga ishonch va umid uyg'otish zarur, ammo bemorning ahvoli og'ir bo'lsa, yaqinlari bilan suhbatda hech qachon uning sog'ayishiga yuz foiz kafillik berish kerak emas.

Hamshiraning ko'pincha bemordan tashqari, uning qarindoshurug'lari va yaqin odamlari bilan muloqotda bo'lishiga to'g'ri keladi. Bunda ham yuqorida aytib o'tilganidek, ehtiyotkorlik talab etiladi. Bemordan dardining bedavoligini yoki ahvolining og'irlashib qolganini yashirgan holda buni uning qarindoshlariga yotig'i bilan tushuntirish kerak. Biroq, ular orasida ham bemor odamlar bo'lishi mumkin, shuni hisobga olib, ular bilan gaplashganda nihoyatda ehtiyotkor bo'lish kerak.

Bemorni ko‘rgani kelganlar bilan gaplashishdan oldin shifokor bilan maslahatlashish lozim. Aksariyat hollarda bemorning qarindoshlari ayrim kamchil dori-darmonlarni topishda o‘z yordamlarini taklif etishadi. Bunday taklifni muloyimlik bilan, agar dori-darmon bo‘lsa, qat‘iyan rad etmoq kerak. Dori-darmonlar bilan ta‘minlash davolash muassasasi ma‘muriyatining bevosita vazifasi hisoblanadi va zarur bo‘lganda, har qanday dorini rasmiy yo‘l bilan topish mumkin. Tibbiyot hamshirasi o‘z malakasini doimo oshirib borishi lozim. Davolash muassasasidagi umumiy muhit bunga yordam berishi kerak.

I bob

PATOLOGIYA HAQIDA UMUMIY TUSHUNCHA

1.1. Odam patologiyasi

Odam anatomiyasi (yunon. *anatomye* – kesaman) – inson organizmining shakli, tuzilishi, uning rivojlanish jarayonini o‘rganadi. Ayni vaqtda, har bir a‘zoning jinsiy jihatidan va yoshiga qarab bo‘lgan tafovutlari, shuningdek, muhit sharoitlarining a‘zolar tuzilishi hamda vazifalariga ta‘sirini o‘rganadigan fan. Shuning uchun ham anatomiya biologiya fanining bir qismi – morfologik fan bo‘lib hisoblanadi.

Odam organizmi tuzilishining murakkabligi, mehnat qilishga layoqatligi bilan hayvon organizmi tuzilishidan ajralib turadi. Anatomiya ana shu tuzilish, rivojlanish qonuniyatlarini uning evolyutsion taraqqiyot qonunlari – filogenezi (*phylon*–avlod, *genesis*–taraqqiyot)ni qadim-qadim zamonlardan buyon tashqi muhit va sharoitga qarab, tuzilish jarayoni – antropogenezi (*antropos* – odam) bilan taqqoslab o‘rganadi. Organizmning tug‘ilguncha bo‘lgan jarayoni, ya‘ni homilaning ona qornida o‘tib, rivojlanishini embriologiya (*embriogenez-embryon* – murtak, kurtak) o‘rgansa, tug‘ilgandan keyingi hayotining oxirigacha bo‘lgan jarayonini «yoshga doir» anatomiya o‘rganadi. Bulardan tashqari, anatomiya a‘zolarining individual xususiyatlarini, ularning o‘zaro munosabatlarini, joylashish proyeksiyalari – topografiyasini ham sinchiklab o‘rganadi. Chunki inson organizmi ona qornida, ayniqsa, tug‘ilgandan keyingi rivojlanishi jarayonida muhit ta‘siri bilan o‘ziga xos xususiyatlarni kasb etadi. Shu bilan birga organizmning shakllanish va rivojlanishiga odam yashab turgan joylarning iqlimiy geografik sharoiti, ijtimoiy tuzum ta‘sir etadi. Buni antropologiya o‘rganadi.

Fiziologiya organizmning xususiyatlarini o‘rganishda yoshga, jinsga va atrof-muhitning organizmga bo‘lgan ta‘siriga ahamiyat beradi. Shu jihatdan ham anatomiya bilan fiziologiya fanlari o‘zaro bog‘langan bo‘lib, ular biologiyaning ajralmas qismidir. A‘zolarining ichki tuzilishi, ularni tashkil qilgan to‘qimalar, hujayralarni o‘rga-

nish bilan gistologiya shug‘ullanadi. A‘zolarning kasallik holatidagi tuzilishini patologik anatomiya o‘rganadi. Odam anatomiyasi shartli ravishda bir necha tizimga ajratib o‘rganiladi:

- a) sistematik anatomiya suyaklar qismi – osteologiya;
- b) suyaklarning o‘zaro birlashishi (bo‘g‘imlarni o‘rganadigan qismi) – artrologiya;
- d) muskullar – miologiya;
- e) ichki a‘zolar sistemasi – splanxnologiya;
- f) qon tomirlari sistemasi – angiologiya;
- g) ichki sekret bezlar qismi – endokrinologiya;
- h) sezgi a‘zolar – esteziologiya;
- i) asab sistemasi – nevrologiya bo‘limidan iborat.

1.2. Inson organizmi tuzilishi va vazifalarining buzilishi

Odam organizmi hujayralar, to‘qimalar, a‘zolar va suyuq tarkibiy qismlaridan tuzilgan bir butun murakkab sistema bo‘lib, tashqi muhit bilan chambarchas bog‘langan holda yashaydi. Murakkab tuzilgan ana shunday ko‘p hujayrali organizmda nerv sistemasi rivojlanib, a‘zolarning funksiyalarini, hatto suyuqlik sistemasi (gumoral sistema) ishini ham boshqarib boradi. Bino-barin, asab sistemasi organizmning hamma qismlariga, to‘qimalarga tarqalgan tolalari bilan ularni o‘zaro bog‘lab, bir butunligini va organizmning tashqi muhit bilan aloqasini ta‘minlaydi. Demak, organizm hamma vaqt o‘sib, o‘zgarib, ko‘payib turadigan o‘zini o‘rab turgan muhitga moslashgan va shu muhitsu yashay olmaydigan oliy tabaqadagi oqsil moddalarning murakkab birikmasidan iborat. Organizm tashqi muhitsu o‘zicha mustaqil holda hayot kechira olmaydi. Organizm hayotida bosh miya va uning tarmoqlari muhim rol o‘ynab, mavjud sharoitga moslashish va fikr qilish qobiliyatiga ega bo‘lgan sistemadir.

Hujayralarning patologiyasi. Tirik organizmdagi hujayralarda uzluksiz o‘zgarishlar sodir bo‘lib turadi. Hujayralarning bo‘linishi, rivojlanishi, ayrim hujayralarning qarishi va halok bo‘lishi uzluksiz jarayon. Halok bo‘lgan ba‘zi hujayralar (qon elementlari, epidermis hujayralari) o‘rniga yangi hujayralar paydo bo‘lsa, boshqalari organizmda umr bo‘yi saqlanadi. Bu hodisalarni mikroskop, gistokimyo va boshqa usullar orqali kuzatish mumkin. Odam

organizmi va uning tarkibiy qismida hujayralar qarishi hamda o'lishi tabiiy hodisadir.

Organizmning qarishi hujayra rivoji va differensirovkasining oqibati bo'lib, unga atrof-muhit muvozanatining buzilishi ham ta'sir etadi. Hujayralar (tabiiydan tashqari) tasodifiy yoki kasallik oqibatida ham o'ladi. Hujayra funksiyasini turli ta'sirlovchilar avvaliga faollashtirib, moddalar almashinuvini kuchaytiradi, keyinchalik esa, hujayralarning hayotiy xususiyatlari asta-sekin buzilib, oxiri ularning funksiyalari so'nadi. Bu hodisa hayot bilan o'lim oralig'idagi chegara – nekrobioz (*nekros* – o'lgan, *bios* – tirik) davridir.

Nekrobioz, odatda, o'limdan oldin sodir bo'ladigan hodisa, ba'zan hujayralarning tiklanishi ham kuzatiladi. Nekrobiozda hujayralarning fermentlar faolligi butunlay bo'lmasligi mumkin. Ammo mitoxondriylar, ribosomalarning o'zgarishi, lizosomalarning shishuvi kuzatiladi.

1.3. Mahalliy va umumiy patologiya

Patologiya (*pathos* – kasallik, xastalik, *logos* – fan) – organizmning kasallik davrini, uning kelib chiqish qonunlarini o'rgatadigan fandır. Patologiya ikki qismdan iborat:

1. Umumiy patologiya.
2. Xususiy patologiya.

Umumiy patologiya – kasallikning kelib chiqish qonuniyatlari, sabablari, kasallikning kechishi va uning oqibati, kasallikdan keyingi organizmda yuz beradigan o'zgarishlarni, kasallikka qarshi kurash imkoniyatlarini o'rgatadi.

Xususiy patologiya – har bir alohida kasallikning kelib chiqish sabablari, kechishi va oqibatini o'rganadi.

Umumiy patologiya asoslari. Organizm hujayralarida tinmay moddalar almashinuvining yuz berishi hayot faoliyatining asosidir. Qon barcha to'qimalar (muskul, suyak to'qimasi va boshqa to'qimalar) hujayra strukturasi yuz berishi uchun zarur bo'lgan moddalarni yetkazib beradi. Keraksiz, zararli bo'lgan mahsulotlar qon bilan birga ajratish organlariga yetib keladi va tashqariga chiqarib yuboriladi. Organizm uchun zarur bo'lgan oziq moddalar almashinuv jarayonlarida kislorod bilan birikadi: oksidlanish jarayonlari yuz berib, uning hisobiga issiqlik energiyasi

hosil bo‘ladi. Oksidlanish jarayonini yonish jarayoniga qiyos qilish mumkin. Organizmda issiqlik energiyasini hosil qilish moddalar almashinuvining eng muhim bosqichlaridan biridir.

Juda muhim bo‘lgan yana bir bosqich – bu yangi hujayra strukturalari vujudga kelishi hisobiga to‘qimalarning o‘sib, rivojlanib borishidir. To‘qimalarning o‘sib borishi markaziy nerv sistemasi (trofika) to‘qimalarning oziqlantiruvchi funksiyasiga bog‘liqdir. Markaziy asab sistemasi barcha organlar faoliyatini murakkab endokrin aloqalari vositasida idora etib boradi. Organizmda doimo assimilatsiya (rivojlanish uchun zarur mahsulotlarning o‘zlashtirilishi) va dissimilatsiya (oziq moddalarni o‘zlashtirish mumkin bo‘lishi uchun murakkab mahsulotlarni oddiy mahsulotlarga aylantirish) jarayonlari bo‘lib o‘tadi.

Tirik mavjudotlarning o‘zlariga yaqin avlod (zotlar)ni yaratish qobiliyati *irsiyat* (nasl), deyiladi. Avlodlardagi organizmning asosiy xossalari va xususiyatlari (tashqi belgilar, xarakterlar, ya’ni oliy nerv faoliyatlari) nasldan naslga o‘tadi. Irsiyat organizmning filogenezi (tarixiy rivojlanishi)da tashqi va ichki muhit ta’sirlariga qarab shakllanadi va belgi xususiyatlarni nasllarga o‘tkazadi. Irsiy belgilarning nasldan naslga o‘tish qonun-qoidalarini xromosoma nazariyasi orqali tushuntirish mumkin. Jumladan, hujayralarning bo‘linishida yadrosining bo‘linishi muhim ahamiyatga egadir.

Yadro pardaga bo‘yalmaydigan (axromatik) ip va bo‘lakchalar ko‘rinishida to‘r orasida joylashgan bo‘yaluvchi qism (xromatin)ga yadro shirasiga (asosiy massa) va yadrochalarga ega bo‘ladi. Irsiy xususiyatlar DNKdan hosil bo‘lgan xromosoma bo‘lakchalari (genlar) orqali o‘tadi. Genlarda qoliplardagi kabi informatsion RNK sintez qilinadi. RNK yadrodan hujayra sitoplazmasiga o‘tib, oqsil sintezi uchun kerak bo‘lgan asosiy strukturasi xususiyatlarini yetkazadi. Hujayrada oqsilli strukturaga ega bo‘lgan fermentlar mavjud. Har bir gen informatsion RNK orqali bitta ferment sintezini boshqaradi va shu ferment orqali hujayra funksiyasiga ta’sir ko‘rsatadi. Shunday qilib, hujayra funksiyasi, oqsil sintezi, irsiy belgilarning o‘tishi DNK–RNK fermenti sistemasi ishtirokida bo‘ladi. Hozircha, qaysi gen qanday belgilarni o‘tkazishi aniq emas. Lekin genlar to‘plamidagi o‘zgarishlar avlodning ayrim xususiyatlari o‘zgarishiga, xromosomalar tuzilishidagi ba’zi o‘zgarishlar esa, tug‘ma nuqsonlarning paydo bo‘lishiga yoki turli kasallikka sabab bo‘lishi mumkin.

Ota-onalardan birida nasldan naslga o'tadigan patologik alomatlar bo'lsa, unga dominant tipi, deyiladi. Bunda nasldan naslga qo'l yoki oyoq barmoqlarining bir-biriga yopishganligi, barmoqlarning kalta bo'lishi, eshituv asabining tug'ma atrofiyasi kasalligi ana shunday genni tashuvchi ota yoki ona nikohlanganda, avlodda yuqorida keltirilgan nuqsonlar paydo bo'lishi mumkin. Shuning uchun yaqin qarindoshlar o'rtasidagi nikohlar e'tiborda bo'lishi lozim. Nasldan naslga o'tuvchi retsissiv kasallikka sababchi gen yashirin o'tishi ham mumkin. Bu hollarda yuqori labi yoki tanglayi tirtiq bola tug'ilishi mumkin. Ba'zida (erkaklarda) qonning yetarlicha ivimasligi (gemofiliya) kuzatiladi. Bunday kasallikka xromosoma geni sababchi bo'ladi. Ammo gemofiliya kasalligi nasldan naslga faqat ayollar orqali o'tadi. Gemofiliya geni bo'lgan xromosomani tashuvchi ayoldan tug'ilgan o'g'il bolalarning qariyb 50 % da qon ivimaslik kasalligi kuzatiladi. Bunday kasal qizlarda bo'lmaydi. Gemofiliyali erkak bilan gemofiliya geni bo'lgan ayol o'rtasidagi (qarindoshlar o'rtasidagi) nikohdan tug'iladigan homilalar yashashga layoqatsiz bo'ladi. Ba'zida qizil va yashil ranglarni farqlay olmaydigan (daltonizm) bola tug'iladi. Daltonizm nasldan naslga o'tishi mumkin. Bulardan tashqari, tug'ma kar, soqov va ruhiy kasal bolalar ham tug'iladi.

Ba'zida xromosomalar kasalligi xromosomalar sonining o'zgarishi natijasida paydo bo'ladi. Gametalar yetilayotganda xromosomalardan bir jufti ajralib, urug' hujayrasiga qo'shimcha qo'shilishi yoki aksincha, xromosomalar yetishmasligi natijasida rivojlanuvchi organizmning barcha hujayralari buzilgan xromosomalar to'plamini tutadi. X—xromosomaning zigotada bo'lmasligi (0) homilani halokatga uchratadi. Xromosomalar kompleksining buzilishi – jinsiy xromosomalargagina emas, balki ularning har bir juftiga ham bog'liq. Ba'zida xromosomalar 21-juftining ajralmasligi (Daun kasalligi) bemorlar organizmining hujayralarida 46 ta o'rniga 47 ta xromosoma bo'lishidandir. Bunday paytda Daun kasalligi avj olib, bola kal-lasi o'smay kichik bo'lib qolishi va aqliy zaiflik kuzatiladi.

Xromosoma kasalligining kelib chiqish sabablarini o'rganish bilan ular rivojlanishining oldi olinadi. Homila ona qornida surunkali ravishda alkogol bilan zaharlansa yoki ona zaxm bilan og'rikan bo'lsa, u tug'ma kasallik bilan (mayib majruh, kar-soqov, yurak porogi) bilan tug'ilishi mumkin. Ortirilgan patologiyada esa, organizmning surunkali kasalliklari va har xil yuqumli kasalliklaridan so'ng kuzatiladi.

1.4. Asosiy patologik jarayonlarning turlari

Asosiy patologik jarayonlar. Sogʻliq inson organizmi uchun berilgan eng buyuk neʼmatlardan biridir. Doim sogʻ-salomat boʻlib yurish, eng avvalo, insonning oʻziga bogʻliq boʻlib, atrof-muhit, tabiat, turli shart-sharoitlar ham taʼsir etishi mumkin. Har qanday sabablar natijasida organizmda patologik holat – kasallik kelib chiqadi.

Kasallik – organizm va eng muhim ichki organlar normal funksiyasining buzilishi. Hozirgi vaqtda kasallik tushunchasi quyidagicha taʼriflanadi: kasallik tashqi va ichki muhitning taʼsirlari tufayli organizm faoliyatining buzilishi boʻlib, organizm himoya kuchlarini safarbar etishiga qaramasdan, moslanuvchanligining susayib ketishi bilan tavsiflanadi. Kasallik inson organizmining umumiy dardi boʻlib, unga yemiruvchi va moslashtiruvchi hodisalarning birgalikda davom etib borishi, lekin moslashtiruvchi hodisalarning kamlik qilib qolishi xarakterlidir, shuning natijasida koʻp hollarda mehnat qobiliyati pasayib ketadi. Asosiy patologik jarayonlarning turlari:

1. Fizik taʼsirdan shikastlanish;
2. Distrofiya;
3. Yalligʻlanish;
4. Ekzogen va endogen intoksikatsiya;
5. Gipoksiya;
6. Shok, qon aylanishning buzilishi, oʻsmalar va boshqalar.

Fizik omillar. Odamning sovqotishi, yelvizak, havo haroratining yuqori koʻtarilishi, atmosfera bosimining oʻzgarishi, odam organizmida kasalliklarga sabab boʻladi. Yelvizak, odamning sovuqda, yomgʻirda uzoq qolib ketishi organizmga, ayniqsa, yomon taʼsir qiladi. Oʻtkir respirator kasallikka oʻz vaqtida va yetarli davo qilinmasa, u asorat boʻlib traxeobronxit, pnevmoniyaga aylanib ketishi mumkin.

Nefrit va piyelit – buyraklar va buyrak jomlarining yalligʻlanishi singari kasalliklarning paydo boʻlishi ham organizmning sovqotishiga bogʻliq boʻladi. Organizmning haddan tashqari sovqotishi uzoq davom etganda, uning hamma funksiyalari toʻxtab qoladi, u oʻladi. Haddan tashqari sovqotishidan yuz beradigan oʻlim qattiq sovuqdagina boʻlmasligini taʼkidlab oʻtish kerak. Agar odam ochiq havoda harakatsiz turadigan boʻlsa (mastlik holati) u -2°C -3°C

haroratda ham haddan tashqari sovqotib, o‘lib qolishi mumkin. Sovuqning qanday bo‘lmasin biror tana qismiga mahalliy ta’sir ko‘rsatishi sovuq olishiga yoki sovuq urishiga sabab bo‘ladi. Odam sovuqda uzoq turib qolganida oyoq panjalarida qon aylanishi izdan chiqadi, terisi oqarib, eti uvishib qolganini sezadi. Sovuq olishi yengil va og‘ir bo‘lishi mumkin. Yengil sovuq olganda qon aylanishi osongina asliga keladi, sovuq olish og‘ir bo‘lganda esa, to‘qimalarda qaytarib bo‘lmaydigan organik o‘zgarishlar jarrohlik operatsiyani talab etadigan nekroz paydo bo‘ladi.

Havo harorati yuqori bo‘lganda va shamollatilmagan xonada, shuningdek, oftob joyda uzoq turish, mo‘tadil va sovuq iqlim zonalaridan biridan issiq iqlim zonalariga o‘tib olish va bunda gigiyenik maslahatlarga amal qilmaslik badan qizib ketishiga va issiqlik ilitib qo‘yishiga olib kelish mumkin. Atmosfera bosimining o‘zgarishi ham bir qancha kasallik hodisalariga sabab bo‘la oladi. Masalan, dengiz sathidan 3500–4000 metr va undan ko‘proq balandlikda odamning burni qonab, umuman darmonsizlanib qolishi, boshi aylanishi mumkin. Bu nafas olinadigan havodagi gazlar porsial bosimining tez pasayishi bilan xarakterlanadigan balandlik kasalligi, deb ataluvchi hodisa bo‘lib, yetarlicha mashq qilmagan alpinistlarda maxsus kislorod asboblari va boshqalarsiz anchagina balandlikka tez ko‘tarilganda ro‘y beradi. Atmosfera bosimi baland joydan odam atmosfera bosimi normal joyga tez o‘tganda qonida erigan gazlar pufakchalar hosil qilib, organizmning hayot uchun muhim qismlari (jumladan, bosh miya)dagi mayda-mayda tomir (kapillar)larga tiqilib qoladi, bu Kesson kasalligi oqibatida organizm hayot faoliyatining buzilishiga olib keladi.

*Organizm*da moddalar almashinuvining buzilishi. Organizmda oqsillar, yog‘lar, uglevodlar almashinuvining buzilishi *distrofiya*, deb ataladigan patologik jarayon boshlanishiga olib boradi. Distrofiya jarayoni hujayralar va to‘qimalarda miqdor hamda sifat jihatdan o‘zgarib, boshqacha bo‘lib qolgan almashinuv mahsulotlari paydo bo‘lishi va to‘planib borishi bilan ta’riflanadi. Hujayralarda bo‘ladigan distrofiya jarayonlari turli-tumandir.

Oqsil distrofiyasi oqsillar almashinuvi buzilishining turlari:

1. Donador distrofiya;
2. Gialinoz;
3. Amiloidoz.

Donador distrofiya – bu hujayralarda oqsil almashinuvi buzilishining bir turi bo‘lib, hujayra protoplazmasida talaygina miqdorda oqsil tabiatli tuzilmalar (tomchilar, drenajlar) paydo bo‘lishi bilan ifodalanadi. Bu tuzilmalar bir-biriga qo‘shilib, butun hujayrani to‘ldirib qo‘yadi. Donador distrofiya oqsil distrofiyalarining hammadan ko‘ra, ko‘proq uchraydigan turidir. U aksari buyrak, jigar, yurakda boshlanadi. Yurakdagi distrofik jarayon hammadan ko‘ra, ko‘proq ifodalangan bo‘lishi mumkin. Yurakning donador distrofiyasida muskul tolalari bo‘lib, hujayralar protoplazmasi loyqalanadi, tolalar kattalashib ketadi. Buyrak, odatda, kattalashib, qattiqroq bo‘lib qoladi.

Donador distrofiya davrida organning tashqi ko‘rinishi sezilarli xususiyatlarga ega bo‘ladi: u ilvillab qoladi, hajmi odatdagidan kattaroq bo‘ladi. Donador distrofiyaning sabablariga qon aylanishining buzilishi (dimlanish hodisalari) og‘ir infeksiyalar (difteriya, toshmal tifi bilan qorin tifi va boshqalar) to‘qimalardagi oksidlanish jarayonlarini izdan chiqara oladigan har xil intoksikatsiyalar kiradi. Distrofiyaning bu turiga hujayradagi oqsilli strukturalar juda zichlashib, qattiq bo‘lib qoladi va hujayra faoliyati buziladi. Donador distrofiyada hujayrada nekrotik o‘zgarishlar yuz berib, uning halok bo‘lishiga olib keladi.

Gialinoz. Bu ham oqsil distrofiyasining turlaridan biri bo‘lib, aterosklerozda uchraydi va, asosan, ma’lum joylarda bo‘ladi, masalan, tromb shakllanib, et olib borayotganda tomir devorida paydo bo‘ladi. Gialinozda to‘qimada gialin tog‘ay to‘qima (gialin togayi)ga o‘xshab ketadigan oqsil tabiatli yarim tiniq bir jinsli tuzilmalar yuzaga keladi.

Amiloidoz. To‘qimalarda o‘ziga xos oqsil modda amiloid to‘planib borishi bilan birga davom etadi. Amiloidoz paydo bo‘ladigan kasalliklarning biri – amiloid nefroz—buyrakning amiloid bog‘lab, burishib qolishidir.

Yog‘ distrofiyasi. Yog‘ distrofiyasi yog‘lar almashinuvi buzilganda kuzatiladi. Uning mohiyati – hujayralar protoplazmasida yog‘ moddasining ortiqcha to‘planib qolishidan iborat. Masalan, gepototsitlar (jigar hujayralari)ning yog‘ bosib ketishi yoki tomirlar devorlarida lipoid pilakchalar, deb ataladigan narsalarning paydo bo‘lishi, jigar funksiyalari buzilishi yoki arteriyalarda sklerotik o‘zgarishlar paydo bo‘lishiga olib kelishi mumkin. Yog‘ning hujayrada noto‘g‘ri taqsimlanishi va jumladan, ortiqcha to‘planib qolishi natijasida umumiy yoki mahalliy yog‘ bosish hodisasi kuzatiladi.

Uglevod distrofiyasi. Uglevod almashinuvining patologik o'zgarishlari natijasida, hujayralar qandni yaxshi o'zlashtira olmay qoladi: qand yetarlicha o'zlashtirilmaydi va tashqariga chiqarib turiladi. Uglevodlar almashinuvi buzilishiga qandli diabet xastaligi misol bo'la oladi.

Yallig'lanish. Yallig'lanish organizmning tashqi ta'sirotlariga (patogen mikroorganizmlar, parazitlar, mexanik, kimyoviy issiqlik va sovuq olishlar kabi omillar va boshqalar) ko'rsatadigan reaksiyalari (jumladan, himoya reaksiyalari)ning biridir. I.I. Mechnikov ta'biri bilan aytganda, yallig'lanish organizmning fagotsitar reaksiyasidir, ya'ni patogen mikroorganizmlarni fagotsitar, asosan, leykotsitlar yutib olib, «Hazm qilib yuboradigan» reaksiyadir (fagotsitoz — hujayralarni yutib yuborish demakdir). Qanday bo'lsin, biror holatdagi ta'sirot to'qimaga o'tgandan keyin shu organning o'zida reaksiya ko'rsatish bilangina cheklanib qolmay, boshqa butun organizmda ham murakkab reaksiyaga sabab bo'ladi (umumiy reaksiyaga). Yallig'lanish quyidagi mahalliy simptomlar bilan namoyon bo'ladi: qizarish, shish, tana haroratining ko'tarilishi, og'riq, organ funksiyasining buzilishi.

Qizarish va tana haroratning ko'tarilishi yallig'lanish jarayoni avj olib borayotgan to'qimalarga zo'r berib, qon oqib kelishiga sabab bo'ladi. Yallig'lanish paytida tomirlar tarmog'i ancha kengayib, tomirlar devorlari qonning suyuq qismini, shuningdek, qonda bo'ladigan oqsilning bir qismi hamda ayrim hujaralar elementlarini o'tkazib yuboradigan bo'lib qoladi. Mana shularning hammasi yallig'langan joyning shishib chiqishiga sabab bo'ladi (ko'zdan kechirib qaralganda shu yerning shishib turgani ma'lum bo'ladi). Shish og'riq paydo bo'lishiga olib keladigan sabablarning biridir (yallig'langan joydagi nervlarning sezuvchi oxirlari ta'sirlanadi). Biror organ (to'qima) yallig'lanish jarayonidan zararlangan (masalan, buyrak yallig'lanishi yoki muskul yallig'lanishi) to'qimalar shikastlanadi, jumladan, qon tomirlar devorining butunligi buziladi, mayda-mayda tomirlardan atrofdagi to'qimalarga suyuqlik chiqib, shish paydo bo'ladi (bu jarayon eksudatsiya, deb ataladi). Shunga ko'ra, organ yoki to'qimaning funksiyasi ham buziladi (nefritda siydik chiqarish funksiyasi, miozitta muskullarning qisqaruvchanlik layoqati). Biroq, yallig'lanish mahalliy reaksiya bilan chegaralanmaydi.

Mahalliy yallig'lanish jarayoni arzimmas darajada bo'lganda ham butun organizmda umumiy reaksiya boshlanadi. U hammadan avval

qon yaratish organlari faoliyati kuchayishida ifodalanadi. Natijada, leykotsitlar ishlanib chiqishi kuchayadi, kasallik tug'diruvchi qo'zg'atuvchilarga qarshi kurash uchun shu narsa muhim.

Yallig'lanish turlari. Yallig'lanishning har xil turlari bor:

1. *Alterativ yallig'lanish.* Bunda distrofik jarayonlar avj olib, hattoki nekrozgacha yetib boradi.

2. *Ekssudativ yallig'lanish.* Bunga ekssudat paydo bo'lishi xarakterli bo'lib, ekssudat xarakteriga qarab seroz, yiringli, qon aralash (gemmoragik) va gangrenoz bo'lishi mumkin.

Seroz yallig'lanishda seroz ekssudat, tiniq suyuqlik chiqadi. Uning tarkibida 3 % atrofida oqsil va biroz leykotsitlar bo'ladi. Plevrit seroz yallig'lanishga misol bo'la oladi. Yiringli ekssudativ yallig'lanishda ekssudatda leykotsitlar juda ko'p bo'ladi. Ekssudat yashil-sariq tusli, yarim suyuq, yiringdan iborat bo'ladi. Gemmoragik ekssudativ yallig'lanish ekssudatda ko'p miqdorda eritrotsitlar bo'lishi bilan tavsiflanadi. Bu qon tomirlar devori butunligining anchagina buzilishiga bog'liqdir, ekssudat qizil rangga kirib qoladi. Gemmoragik ekssudat qorin bo'shlig'idan biror organing xavfli o'smalarida, qon tomirlari devori yemirilib, ekssudatga eritrotsitlar o'tib turadigan hollarda bo'ladi.

Gangrenoz yallig'lanish chirituvchi bakteriyalar ta'sirida boshlanadigan jarayondir. To'qimalarning anchagina irishi, ekssudatda bir talay eritrotsitlar paydo bo'lib, qo'lansa hid kelishi bilan tavsiflanadi. Proliferativ yallig'lanishda hujayralar ko'payib ketadi. Buning natijasida to'qimalar o'sib, organ kattalashib ketadi (masalan, gepatitda shunday bo'ladi). Produktiv yallig'lanish oqibatida organ sirroz va skleroz (yetuk biriktiruvchi to'qima o'sib ketishi)ga olib kelishi mumkin. Yallig'lanish jarayonida, odatda, uning barcha turlari (alteratsiya, ekssudatsiya, proliferatsiya) birga uchraydi.

«Gipoksiya» atamasi (yunon. *hypos* — pasayish, *oxys* — nordon demakdir) bilan qon va to'qimalarning kislorodga yolchimay qolishi ifodalanadi. Kislorodning faqat qonda yetishmasligi haqida fikr yuritilganda «gipoksemiya» atamasi qo'llaniladi. «Asfiksiya» (bo'g'ilish) atamasi esa, kislorod yetishmasligi bilan organizmda karbonat kislotasining to'planib qolishini anglatadi. Demak, asfiksiya gipoksiyaning bir shakli bo'lib, amalda u ko'proq uchraydi. Kislorod tanqisligini bir-biridan, asosan, uni keltirib chiqaradigan sabablari bilan farq qiladigan bir necha turlari tafovut qilinadi. Gipoksiyaning asosiy turlari quyidagicha:

1. Nafas olayotgan havoda kislorodning yetishmovchiligidan kelib chiquvchi gipoksiya juda balandliklarda, yopiq xonalarda, avariya sodir bo'lganda, suv osti kemalarida, shaxtalarda (bu hollarda u havoda karbonat kislotasining ko'payishi bilan birgalikda o'tadi) kislorodni kam tutgan gazli aralashma (inert gazlar, ingalatsion narkoz)dan nafas olinganda uchraydi.

2. Nafas organlari buzilishi tufayli kelib chiqadigan gipoksiya. Shish, atelektaz, o'pka to'qimasining yallig'lanishi, nafas yo'llariga yot jismlar yoki suyuqlik (cho'kkanda) tushganda, o'pka siqilganda, o'smalar, plevritlar, gidrotoraks, pnevmotoraks, ko'krak qafasi deformatsiyasi, emfizema va pnevmosklerozda rivojlanadi.

3. Kislorodning o'pkadan to'qimalarga qon bilan transportirovkasining buzilishi tufayli paydo bo'ladigan gipoksiya kamqonlikda, qon yo'qotishlarda va kelib chiqishi turlicha bo'lgan anemiyalarda, qon aylanishi yetishmovchiligida (turg'un gipoksiya) gemoglobinning kislorodni bog'lab olish va demak, uni to'qimalarga yetkazish xususiyati yuqolganda, masalan, is gazi, uglerod bilan zaharlanganda) uchraydi.

4. To'qimalarning kislorodni o'zlashtira olish qobiliyatining yo'qolishi, ya'ni to'qima nafas olishining ushlanishi tufayli kelib chiquvchi gipoksiya turli zaharlanishlarda kuzatiladi (kaliy sianid, fosfor va boshqalar).

Shok (ingl. *shok* – zarb) o'ta kuchli ta'sirotlarga nisbatan markaziy asab sistemasining kuchli qo'zg'alishidan so'ng bo'lgan organizmning tormozlanish holatidir.

Shok tashqi va ichki muhit (jumladan, yurak infarkti)dan keladigan o'ta kuchli ta'sirlanishlar orqali ro'y berishi ham mumkin. Shok uch asosiy guruhga bo'linadi:

1. Jarohatlanish, kuyish va yurak og'rig'i kabi kasalliklar oqibatida bo'ladigan og'riq shoki.

2. Qon bosimining to'satdan pasayishi, qon yo'qotilishi tufayli guruhi to'g'ri kelmaydigan qon quyishda yoki o'tkir ta'sir etuvchi moddalar (toksik, zaharlar) oqibatidagi gumoral shok.

3. To'satdan qo'rqish, tushkunlikka tushishi, nochorlik, ma'yuslik kabi ta'sirotlar orqali bo'lgan psixogen shoklar.

Og'riq shoki – ko'pincha kuchli jarohatlanishdan keyin paydo bo'ladi. Shok qisqa muddatli qo'zg'alish (erektel faza)dan boshlanib, so'ngra odam esankirab, dong qotib qoladi (torpid faza). Bunda bemor sergap bo'lib qoladi va tez-tez bezovtalanadi, ovozi bo'g'iq

chiqadi. Rangi oqarib, peshanasini ter bosadi, qon bosimi ko'tarilib, tomir urishi tezlashadi. Ba'zan shokning torpid fazasida yaradorlarning badani muzdek qotib, harakat qilolmay qoladi. Arteriya pulsi pasayib arang seziladi. Nafas olishi ham qiyinlashadi. Bunday holat ko'pincha bir necha soatdan keyin o'tib ketsa-da, ba'zan bu o'lim bilan tugashi mumkin.

Shok, odatda, periferik jarohatlanishdan paydo bo'lgan kuchli ta'sirlanishda asablar orqali markaziy asab sistemasining qo'zg'alishidan paydo bo'ladi. Shok markaziy asab sistemasi faoliyatining susayishiga, qon aylanishi, nafas va modda almashinuvining og'ir buzilishiga olib keladi. Qon bosimi keskin pasayib, yurak urishi susayadi. Natijada, tomirlar deposida va qon tomirlarda aylanuvchi qon miqdori kamayadi. Oxirgi to'qimalarga, a'zolarga qon kam borib, organizm harorati pasayadi. Natijada, organizmda kislorod tanqisligi oshadi. Odamning qon yuqotishi qon bosimini yanada pasaytirib yuboradi. Shu sababli bunday shoklar juda xavfli bo'ladi. Sovuq ta'sirida paydo bo'lgan shok odam holatini yanada og'irlashtiradi.

Og'riq shoki me'da yoki o'n ikki barmoqli ichak yarasi yorilganda ham kuzatiladi. O'pka arteriyasidan qon oqishining to'satdan buzilishi (emboliya) oqibatida o'pka shoki yuzaga keladi. Og'riq shoki kuyishdan keyin ham paydo bo'ladi. Bunda shokni kuygan to'qimalardan qonga so'rilgan zaharli (toksik) moddalar keltirib chiqaradi. Shok, ko'pincha, guruhi mos kelmaydigan qonni quyishdan so'ng hosil bo'lgan gemoliz natijasida paydo bo'ladi. Bunga gemolitik yoki transfuzion shok, deyiladi. Jarohatlangan qo'l-oyoqlarga ko'p muddatga (3–4 soatdan ortiq) qo'yilgan jgut olingandan keyin ham shok bo'lishi mumkin.

Qon aylanishning buzilishi. Arterial giperemiya (qonga to'lish, to'laqonlik) arteriya sistemasiga odatdagidan ko'ra, ko'proq hajmda qon kelib turganida boshlanadi. Ayni vaqtda oqib ketadigan qon miqdori o'zgarmaydi. Arterial giperemiya umumiy va cheklangan bo'lishi mumkin, uning bir necha turlari bor:

1. Vazomotor (angionevrotik) giperemiya tomirlarni kengaytiruvchi asablar ta'sirlanishi va shu bilan bir vaqtda tomirlarni toraytiruvchi nervlarning falajlanishi orqasidan paydo bo'ladi. Arterial giperemiyaning bu turi ko'pincha asabiy ruhiy qo'zg'alish mahalida boshlanadi. Chunonchi, odam hayajonlanib, qo'zg'algan mahalda reflektor ravishda yuzi qizarib ketadi. Moddalar alma-

shinuvi buzilganda, zo‘r berib ishlayotgan organlarda qon ko‘plab oqib borganda, bosh miya va boshqa ichki organlarda mahalliy giperemiya bo‘lishi mumkin. Ana shunda vazomotor giperemiya vaqtinchalik hodisa bo‘lib, nisbatan tez va nom-nishonsiz o‘tib ketadi.

2. Kollateral giperemiya arterial sistemaning asosiy tarmog‘ida tromb yoki embol borligi sababli qon oqishi to‘xtab qolganda boshlanadi. Qon arterial sistemasining kollateral tomirlar, deb ataladigan yon shoxlaridan oqib boradi. Giperemiyaning bu turi organizm uchun katta ijobiy ahamiyatga ega, chunki organning qon bilan ta‘minlanishida bosh arteriya tarmog‘i yo‘lini bekitib qo‘ygan tromb yoki embol borligiga qaramasdan to‘xtamaydi va hayot faoliyati o‘zgarmaydi. Kollateral tomirlar yetarlicha rivojlanib qolgan va kollateral bo‘ylab qon aylanishi bo‘ylab organ yoki to‘qimani qon bilan bekam-ko‘st ta‘minlab tura olmaydigan mahallarda nekroz boshlanishi ehtimoldan xoli emas.

3. Postishemik giperemiya bo‘shliqlar (qorin bo‘shlig‘i, plevra bo‘shligi)dan suyuqlik tez chiqarib yuborilgan paytlarda ko‘riladi. Bunda avval suyuqlik bosib yotgan arteriyalar tezgina qon bilan to‘ladi. Bunday paytda bosh miyadan talaygina qon oqib ketib, odam behush bo‘lib qolishi mumkin. Shuning uchun bunday muolaja va operatsiyalarni juda ham tez bajarish yaramaydi.

4. Vakati giperemiya to‘qima ustida barometrik bosim kamayib qolishidan yuzaga keladi, masalan, kasalga qo‘yilgan tibbiyot bankasi olingandan keyin terida keskin chegaralangan joyning giperemiyalanib qolishi. Bunda mahalliy to‘laqonlik barham topib ketadi. Chuqur joylardan g‘avvoslar tez ko‘tarilib chiqqan, ya‘ni organizm barometrik bosim yuqori bo‘lib turgan sharoitlardan bosim normal sharoitga o‘tganida yuzaga keladigan umumiy vakat giperemiya juda xavflidir. Tomirlarning tezlik bilan anchagina kengayishi devorlari yorilib, qon quyilishiga olib kelishi mumkin. Bunga yo‘l qo‘ymaslik uchun suv ostida ishlash mahalida nihoyat darajada ehtiyot bo‘lish zarur (g‘avvoslarning suv betiga juda sekinlik bilan chiqishi va boshqalar). Yallig‘lanishga aloqador giperemiya barcha yallig‘lanish jarayoni bilan birga davom etib boradi, yallig‘langan joy qizarib chiqib, harorat ko‘tarilib turadi. Arteriovenoz tutashmasiga aloqador giperemiya arteriya va unga yaqin joylashgan venalar devorlari mexanik yo‘l bilan yemirilganda (jarohatlanganda) kuzatiladi. Bu holat venalar arterial qon bilan to‘lib-toshib, o‘sha joy (masalan, qo‘l yoki oyoq) to‘laqonlik bo‘lib qoladi.

Venoz giperemiya. Venoz giperemiya yurak yetarlicha yaxshi ishlamay qolganda boshlanadi. Venoz tarmog'idagi mahalliy o'zgarishlar tufayli yurakning venoz qonni haydab berishi sekinlashadi, shunga ko'ra, venalardan qon oqib ketishi qiyinlashib qoladi. Natijada, venalarda qon «dimlanib qoladi». Venoz giperemiya, odatda, arterial giperemiyaga qaraganda, ancha uzoqroq vaqt davom etadi va organlarga jiddiy o'zgarishlar boshlanishiga sabab bo'ladi. Umumiy venoz giperemiya yurak porogida yoki miokard (yurak muskuli) zaifligi va yurakning qonni yaxshi haydab berolmaydigan bo'lib qolishi bilan birga davom etib boradigan boshqa kasalliklarda paydo bo'ladi va yurak yetishmovchiligi (dekompensatsiya)ga olib keladi. Terining venoz giperemiyasi terining ko'kimtir qizil tusga kirib qolishi bilan tavsiflanadi, shu sababli, venoz giperemiya ko'karish, ya'ni sianoz, deb ataladi. Bunda teri osti kletchatkasida to'qimalararo suyuqlik to'planib, shish paydo bo'ladi.

Venoz giperemiyada ko'pincha odamning yuzi, lablari va oyoqlari ko'karib ketadi. Jigarning venoz giperemiyasi asta-sekin zo'rayib boradi, qon markaziy venalar va ularga yaqin kapillarlarida dimlanib qoladi. Jigar kattalashib, qattiq bo'lib qoladi. Jigarda qonning shu tariqa notekis dimlanib borishi shunga olib keladiki, bunda kesib ko'rilganda, jigar bo'laklarining muskullari birmuncha qoraroq, atroflari esa, ochroq bo'lib ko'rinadi, bu muskat yong'og'iga o'xshab ketadi. Ana shunday jigar muskat jigar, deb ataladi. Keyinchalik jigar hujayralari tobora ko'proq bosilib, hajmi ancha ixcham tortadi, asta-sekin biriktiruvchi to'qima bilan almashib boradi. Biriktiruvchi to'qimaning ancha o'sib hayot faoliyati uchun muhim bo'lgan jigar parenximasini bosib ketishi *jigar sirrozi*, deyiladi.

O'pkaning venoz giperemiyasi yurak zaifligi tufayli o'pkada normadagiga qaraganda ko'proq qon to'planib qoladigan hollarda kuzatiladi. Bunday hodisalar ko'proq yurak poroklarida aniqlanadi. O'pkada venoz qon dimlanib borishi bilan bir vaqtda qon tomirlarining devorlari qalin tortib, biriktiruvchi to'qima esa, o'sa boshlaydi va *pnevmoskleroz* (o'pka sklerozi) boshlanadi. Bunda normal nafas olish buzilib, o'pkaning tiriklik sig'imi kamayib ketadi, yurakning o'pkaga aloqador dekompensatsiyalanish (o'pka yurak yetishmovchiligi) boshlanishi kuzatiladi. Bemor uzoq vaqt chalqancha yotishga majbur bo'lganda ham o'pkada venoz qon dimlanib qolishi mumkin, bunda o'pkaning pastki bo'limlarida qon

dimlanib, bu qon dimlanishidan vujudga keladigan gipostatik pnevmoniya paydo bo'lishiga yo'l ochadi. Uning oldini olish uchun nafas gimnastikasini o'z ichiga oladigan bir qancha davolash profilaktika chora-tadbirlari amalga oshiriladi.

Ishemiya. Ishemiya (mahalliy kamqonlik) biror organ yoki to'qimaning qismiga oqib keladigan qonning kamayib qolishi natijasida kelib chiqadi. Ishemiya sabablariga: arteriyalarning keskin torayishi (spazmi), tomir devorlarining tashqaridan bosilib qolishi kiradi. Ishemiya to'qimadagi tegishli joyning o'zgarib (oqarib, mahalliy haroratning pasayib qolishi, to'qima yoki organ hajmining kichrayishi bilan namoyon bo'ladi. Sabablariga qarab ishemiyaning bir necha turlari tafovut qilinadi.

1. *Angiospatik ishemiya* past harorat, shuningdek, ba'zi dori moddalari ta'sirida arteriyalar torayib qolganda paydo bo'ladi: mayda arteriyalarning reflektor yo'l bilan torayishi ham uchraydi, masalan, salbiy his-hayajon odamga to'satdan ta'sir qilganda shunday bo'ladi, bunda uning rangi oqarib, oppoq bo'lib ketadi.

2. *Obturatsion ishemiya* tromboz yoki emboliyaga bog'liqdir. U dimlanish evaziga kelib chiqadi.

3. *Kompression ishemiya* tomirlarni biror yot jism, o'sma va boshqalar bosib qolganda yuz beradi. Arteriyalar spazmi sababli yuzaga keladigan ishemiya, odatda, uzoq vaqt davom etmaydigan bo'ladi va aytarli patologik o'zgarishlarni keltirib chiqarmaydi. Arteriyalarni uzoq vaqt davom etadigan spazmlari tez-tez takrorlanib turadigan bo'lsagina, tegishli joylarda to'qimalar nekrozga uchrashi mumkin. Tomir tashqarida bosilib qolishi natijasida va arteriya yo'li bekilib qolganda (obturatsiya bo'lganda) organ yoki to'qimaning tegishli qismi tez nekrozga uchraydi.

Tromboz – tromb, deb ataladigan qon laxtasi hosil bo'lishi bilan xarakterlanadigan jarayon. Qon ivishi qonning suyuq holati elastik laxtaga aylanishi – normal sharoitda qon ketishini to'xtatib qo'yadigan muhim fiziologik jarayondir, chunki hosil bo'lgan tromb shikastlangan tomirni berkitib qo'yadi. Qon ivishning buzilishi odam organizmi uchun juda xavflidir, bunda har qanday tomirning ozgina bo'lsa-da, shikastlanishi qonning to'xtamay oqishiga sabab bo'ladi, bu esa, o'limga olib kelishi mumkin. Tromboz tomirlar spazm bo'lib qolganda, qon oqishi sekinlashib qolganda, organizmdagi umumiy moddalarning almashinuvining ba'zi buzilishlarida va yurak-qon tomirlari sistemasi faoliyati izdan chiqib qolgan paytlarda kuzatiladi.

Tromboz paydo bo'lishiga olib keladigan sabablardan biri, bu — tomirlardan sistematik jarayon: tomirlar yo'lining torayib qolishi, tomirlar devorining butunligining buzilishi, yurak-qon tomirlari sistemasi faoliyatining o'zgarib, qon oqishi sekinlashib qolishiga olib kelishdir, deb hisoblanadi. Tromb qon elementlari: fibrin, eritrotsitlar, trombotsitlar va boshqalardan iborat. U, odatda, qayerda hosil bo'lmasin, o'sha joydagi tomir devori bilan bog'langan bo'ladi. Trombning har xil turlari bor. Tromb tarkibida eritrotsitlar ko'proq bo'lsa, bunday tromb «*qizil tromb*», deyiladi, agar leykotsitlar ko'proq bo'lsa «*oq tromb*», deb ataladi; trombning tuzilishida hamma elementlar qatnashgan bo'lsa, bunday tromb «*aralash tromb*», deyiladi. Yurak faoliyati ancha susayib (venoz qon dimlanib) qolganligi sababli yuzaga kelgan tromb «*dimlanish trombi*», deyiladi. Bordi-yu tromb paydo bo'lishi bilan bir qatorda qon tomirlarining o'sha qismi yallig'lanib turgan bo'lsa, bunday patologik jarayon tromboflebit, deb yuritiladi (tromboflebit—vena yallig'lanib uning trombozga uchrashi, tromboarterit esa, arteriya yallig'lanishi, unda trombning hosil bo'lishi). Tromb ba'zida tomir yo'lini berkitib turmaydi, bunday tromb devorga taqalgan tromb, deyiladi.

Yurak bo'shliqlarida, asosan, yallig'langan endokard butunligi buzilishi sababli devorga taqalgan tromblar hosil bo'lishi tromboendokardit, deyiladi. Tromb boshcha, tana va dumdan iborat. Tromb kichikroq bo'lsa, autoliz (erish) natijasida batamom yemirilib ketishi mumkin. Ba'zan trombning bir qismi uzilib chiqib, tomirlar sistemasining qanday bo'lmasin biror qismida tromboemboliya paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin. Tromb biriktiruvchi to'qima bilan almashina oladi. Bu trombning shakllanishi, et olishi ham, deb ataladi. Tromb et olganda, ancha ixcham tortib, tomir devorlariga mahkam yopishib qoladi, tomir yo'li kengayadi. Qon o'tib turishi uchun sharoit yaxshilanadi.

Trombning inson organizmiga qanchalik zarar yetkazishi bir qator holatlarga: trombning qayerda joylashgani, qanchalik tez hosil bo'lgani, bemorning yoshi va boshqalarga bog'liq. Yurak va bosh miyani qon bilan ta'minlab turadigan arteriyalarda tromb paydo bo'lganda og'ir kasalliklar, masalan, miokard infarkti boshlanishi mumkin. Tromb asta-sekin paydo bo'lib borganda, kollateral yo'l bilan qon aylanishi shakllanib boradi. Tomir birdan bekilib tiqilib qolganda, organ va to'qimalarda og'ir o'zgarishlar yuzaga kelishi mumkin. Tromb venalarda paydo bo'lganda, (masalan, oyoq venalarida) flebotromboz boshlanadi.

Emboliya. Qon tomirlardagi embo, ya'ni aylanib yurgan qonda normal sharoitlarda uchramaydigan substrad tushib qolishdir. Emboliya yog' (og'ir jarohat yotib, organ va to'qimalar ezilib ketganda), pufakcha (havo pufakchalari), hujayra (aksari o'sma hujayralar) va boshqalardan iborat bo'ladi. Embol qon bosimi bilan harakatlanib turadi. Katta qon aylanish doirasi tomirlarida paydo bo'lgan embo yurak chap qorinchi tomonidan periferik tomirlariga qarab surilib boradi. Natijada, bosh miya, yurak (toj tomirlari), ichki organlarni qon bilan ta'minlab turadigan tomirlar yo'lini bekilib qo'yishi mumkin, shunga ko'ra, ular to'qimasidan nekroz paydo bo'ladi. Venoz sistemada bo'lganda kichik qon aylanish tomirlari, masalan, o'pka tomirlari tiqilib qoladi.

Infarkt. Infarkt, bu – qon tomirlarida qon aylanishning izdan chiqishi sababli organ va to'qimalarda avj olib boradigan og'ir patologik jarayon. Tez paydo bo'ladigan tromb, emboliya va qon tomirlarning uzoq spazm bo'lib turishi qon bilan ta'minlanishi buzilishiga olib kelishi mumkin. Infarkt ko'pincha tromboemboliya natijasida paydo bo'ladi. Infarktning mohiyati, organ yoki to'qimaning qon bilan ta'minlanib turishi buzilib qolishidan iborat, shunga ko'ra, ularda ishemiya yuzaga kelib, keyin nekroz paydo bo'ladi. Qaysi a'zolarida tomirlar turining arteriyasi tiqilib qolsa va natijada, kollateral yo'l bilan qon aylanib turishga imkon bermaydigan bo'lsa, infarkt ko'pincha o'sha a'zolarida paydo bo'ladi. Yurak, buyrak, bosh miya va boshqalar ana shunday organlar jumlasiga kiradi.

Infarktning oqibati bir qancha omillarga bog'liq. Bu avvalo, organizm infarkt paydo bo'ladigan organ va to'qimaning umumiy holatiga, infarktning katta-kichikligiga, uning hayot uchun muhim organlarga nisbatan olgan joyi va boshqalarga bog'liq. To'qimaning infarkt paydo bo'lgan sohasida infarktning et olish jarayoni bo'lib o'tadi, bu jarayonda o'sha joy ixcham tortib, atrofida reaktiv yallig'lanish boshlanadi va biriktiruvchi to'qima paydo bo'lib, boyagi joyni sog'lom to'qimadan ajratib qo'yadi. Keyinchalik infarkt batamom biriktiruvchi to'qima bilan almashinadi, bu chandiq paydo bo'lishiga olib keladi.

Infarktning yomon oqibati – uning irib yoki chirib ketishidir, bunday holatda organ yoki to'qimaning tegishli qismi yorilib ketishi mumkin. Miokard infarktida miokard miomalatsiyasi (yumshab qolishi) kuzatilishi mumkin. Bunda miokard yupqa tortib qoladi, bu yurak anevrizmasi paydo bo'lishi yoki miokard yorilib, o'limga

olib keladi. Barcha holatlarda, hatto oqibat yaxshi bo'lgan (yumshoq biriktiruvchi to'qima chandig'i yuzaga kelishi) paytda ham organ funksiyasi bir qadar buzilganicha qolaveradi. O'z vaqtida to'la-to'kis davo qilinganidagina, infarkt bilan zararlangan organ faoliyati yetarlicha to'la tiklanib o'z asliga kelishi mumkin.

O'smalar. O'sma – bu boshqa organ yoki to'qima hujayralari cheksiz ko'paya boshlab, ma'lum joy atrofidagi to'qimalarni yemira oladigan, bosib qo'yishi mumkin bo'lgan va shu bilan organizm hayot faoliyatini izdan chiqara oladigan tuzilmalar paydo bo'lishidan iborat patologik jarayon. O'smalar ta'riflanishiga ko'ra, ularning qanday to'qimaga mansub ekanligiga qarab tuzilgan:

- a) epitelial o'smalar;
- b) biriktiruvchi to'qima o'smalari;
- d) muskul nerv to'qimalaridan o'sib chiqadigan o'smalar.

O'smalarni nomlashda biror turdagi to'qimani bildiruvchi so'z ildiziga «oma» qo'shimchasi (suffiks)ni qo'shib aytish rusum bo'lgan (yunon. *omkoma* – o'sma degan so'zdan iborat). Chunonchi, yog' to'qimalaridan o'sib chiqqan o'sma lipoma, muskul to'qimalaridan o'sib chiqqan o'sma mioma, deb ataladi va hokazo. Bir qancha o'smalar qadimgi nomlarda saqlanib qolgan, masalan, biriktiruvchi to'qimadan paydo bo'ladigan xavfli o'sma sarkoma (yunon. *sarcos* – go'sht so'zidan olingan), deb ataladi, chunki bu o'sma to'qimasi go'shtga o'xshagan bo'ladi. Xavfli epitelioma «rak», ya'ni qisqacha qisqichbaqa, deb yuritiladi, chunki qadimgi zamonda hakimlar xuddi qisqichbaqalarning qisqichi singari atrofdagi to'qimalarga o'sib kiradigan xavfli o'smalarni aniqlashgan.

Klinik nuqtayi nazardan olingan xavfsiz o'sma asta-sekin o'sib borib, atrofdagi to'qimalarni bosib qo'yishi mumkin, lekin ularni yemirmaydi. Bunday o'sma keskin chegaralanib turadi, hujayra strukturasi tabaqalashgan bo'ladi. Uning qanday to'qima hujayralaridan o'sib chiqayotganini hamisha aniqlab olish mumkin. Xavfli o'sma xavfsiz, yetuk o'smadan farq qilib, yetilmagan o'sma, deb ataladi. Mikroskopik tekshirishda o'sma qanday to'qimadan o'sib chiqqanligini hal qilish qiyin, chunki xavfli o'sma hujayralari odatdagidan boshqacha kam tabaqalashgan yoki mutlaqo tabaqalashmagan, tartibsiz joylashgan bo'ladi. Xavfli o'sma xavfsiz o'smaga qaraganda tezroq o'sadi, u atrofdagi to'qimalar, jumladan, qon tomirlarini ham yemiradi, bu qon ketishga sabab bo'ladi. Bundan tashqari, xavfli o'sma organizm o'zidagi yemirilish mahsu-

lotlari bilan zaharlab borish natijasida unga umuman yomon ta'sir ko'rsatadiki, bu narsa organizmning holdan toyib, ozib ketishiga ya'ni kaxeksiyaga olib keladi.

Xavfli o'sma metastazlar berish, ya'ni birlamchi o'sma zarra-chalarining qon va limfa tomirlari bo'ylab, tarqalib borishi natijasida ikkilamchi o'smalar hosil qilish xususiyatiga egadir. U qo'shni organ yoki to'qimalarga chuqur o'sib kirib, ularni yemirishi mumkin. Xavfsiz o'sma organizmdagi to'qimalardan birortasining o'sib ketishidir. U, odatda, atrofdagi to'qimalardan ajralib turadi va o'sishi ham cheklangan bo'ladi. Masalan, yog' to'qimasidan o'sib chiqqan lipoma, bunday o'sma lipotsitlar, ya'ni odatdagi yog' hujayralaridan tashkil topgan bo'ladi. Xavfli o'sma ma'lum bir to'qimaning odatdagidan boshqacha, ya'ni atopik ravishda o'sib ketishidir, shu bilan birga, bu – o'sma o'sib chiqqan to'qima hujayralarining rivojlanish jarayonida o'zgarib, atipik strukturasi kasb etadi va tinmay o'saverishga moyil bo'lib qoladi.

O'smalarning etiologiyasi, patogenezi, klinik ko'rinishlarini o'rganadigan va ularni aniqlash hamda davolash usullarini ishlab chiqadigan tibbiyot sohasi – *onkologiya*, deb ataladi. O'smalar avj olib borishda, hozir aytganlaridan tashqari, boshqa qonuniyatlar ham aniqlangan: o'sma faqat mazkur to'qima hujayralarining zo'r berib o'sishi hisobiga paydo bo'ladi, o'sma hujayrasi o'zi paydo bo'lgan to'qima funksiyalariga (masalan, muskul to'qimasi funksiyalarida) ishtirok etmaydi. Xavfsiz o'sma yetilgan hujayralardan paydo bo'lsa, xavfli o'sma yetilmagan yosh, yetuk hujayralarga qaraganda ancha tez o'sib boradigan hujayralardan paydo bo'ladi. Xavfsiz o'sma o'rtasidan har tomonga qarab baravar o'sib boraverishi mumkin. Lekin atrofdagi to'qimalarga o'sib kirmaydi. Xavfli o'sma uchun infiltratsiyalovchi o'sish–atrofdagi to'qimalarga kirib notekis, tartibsiz o'sib borish xarakterli. O'smalarning ana shunday tafovutlari klinik xususiyatlarini ham belgilab beradi: xavfsiz o'sma yaqin atrofdagi to'qimalarga qo'shilib ketmagan, harakatchan bo'lsa, xavfli o'sma atrofdagi to'qimalarga qo'shilib mahkam bitib ketgan bo'ladi, shu sababdan uni jarrohlik yo'li bilan olib tashlash qiyin bo'ladi. U qaytadan qo'zishi va metastazlar berishi mumkin. Metastaz berish jarayoni quyidagi bosqichlarni bosib o'tadi: xavfli o'sma hujayralarning tomirlarga o'tib qolib, ular qon yoki limfa oqimi bilan oqib borishi va yangi joyda tugun paydo qilishi mumkin.

Zamonaviy nazariyalar xavfli o'smalar (blastoma, neoplazma) yuzaga kelishini quyidagi sabablar bilan tushuntiradi. Xavfli o'smaning onkogen (kanserogen) degan ma'lum moddalar ta'sirida paydo bo'la olishi aniqlangan. Radioaktiv moddalar tarkibida qoramoy bo'ladigan mahsulotlar (tamaki chekish bilan hosil bo'ladigan qoramoy) va boshqalar ana shunday moddalar jumlasiga kiradi. Xavfli o'sma paydo bo'lishi bilan avvallari bo'lib o'tgan surunkali yallig'lanish jarayoni va surunkali taassurot o'rtasida bog'lanish borligi aniqlangan. Rakli «O'rin-bosh» atamasi bor, masalan, surunkali pnevmoniya va boshqalar ustiga paydo bo'ladigan xavfli o'sma ana shunday atama bilan yuritiladi. Xavfli o'sma viruslar tufayli paydo bo'ladi, nazariyasi keng tarqalgan. Bu nazariya qon sistemasi o'sma kasalliklari (leykozlar)ni o'rganishda tasdiqlangan.

Hozir xavfli o'smaning paydo bo'lishidagi yangi mexanizmlarni, jumladan, o'sma paydo bo'lish jarayonida to'qima antigen tuzilishi o'zgarib borishining mexanizmini ochib ko'rsatishga imkon beradigan ba'zi ma'lumotlar ma'lum. Bayon etilgan barcha omillar bilan bir qatorda xavfli o'sma paydo bo'lishida organizmning individual xususiyatlari (uning biror turdagi ta'sirotlarga chidamliligi, irsiyat va boshqalar) katta rol o'ynashini e'tirof etish zarur. Xavfli o'smaning kelib chiqishi to'g'risida hammadan ko'proq dalillarga ega bo'lgan nazariyalardan biri, bu — onkologiya bilan genetikaning bir qancha aniq ma'lumotlarga asoslangan mutatsion nazariyasidir. Bu nazariyaga ko'ra, xavfli o'sma kelib chiqishida organizmning normal hujayralari xavfli hujayralarga aylanib boradi. Bu hujayralar ko'payganda xavfli bo'lgan yangi xossalarni qiz hujayralarga beradi, xavfli hujayralarning irsiyati o'zgarib, normal hujayraning irsiy belgilaridan farq qiladigan bo'lib qoladi. Blastomogen mutatsiya, deb shunga aytiladi.

Xavfli o'smaning paydo bo'lishi mexanizmida mutagen omillar (masalan, rentgen nurlari) bilan kanserogenlar (ba'zi kimyoviy moddalar) birgalikda ta'sir ko'rsatib boradi. Ba'zi o'smalar irsiy bo'lib, irsiy moyillik ko'rinishida nasldan naslga o'tib boradi. Xavfli o'smaning paydo bo'lishiga olib keladigan omillar juda xilma-xil, lekin asosan olganda yuqoridagilardan iborat. Organizmda ba'zi patologik o'zgarishlar shish (o'sma oldi) holati, deb hisoblanadi. Turli to'qimalarda paydo bo'ladigan bir qancha xavfsiz o'smalar, masalan, me'da, ichak, bachadon, sut bezlari polipozi va bosh-

qalar ana shunday o'zgarishlar qatoriga kiradi. Aholini, ayniqsa, voyaga yetgan, yoshi qaytib qolgan kishilarni yalpisiga tekshiruvdan o'tkazib turish o'sma oldi kasalliklarini aniqlab olishga imkon beradi.

O'zbekiston Respublikasi Tibbiyot fanlari akademiyasida onkologiya ilmiy markazi barpo etilgan bo'lib, xavfli o'smalarning kelib chiqish sabablarini o'rganishga, ularni aniqlash, davolash va oldini olishning yangi usullarini ishlab chiqishga bag'ishlangan tekshirishlar shu yerda o'tkaziladi. Xavfli o'smaga (ayniqsa, ilk belgilarida) muvaffaqiyat bilan davo qilsa bo'ladi. Bunday davo, asosan, jarrohlik operatsiya, nur bilan davolash va kimyoterapevtik moddalar, deb ataladigan vositalar (o'smalarni yemiradigan maxsus dori-darmonlar)ni qo'llashdan iborat.

O'smalarning oldini olish. Hozirgi tibbiyot fani va texnika sohasidagi yutuqlar tufayli xavfli o'smalarni barvaqt aniqlashga imkon beradigan yuqori sifatli apparatlar yaratilgan. Hozirgi kunda hamyurtlarimiz orasida taraqqiy etgan chet ellardagidek, rakdan tuzalib ketganlar ko'pchilikni tashkil qiladi. Davoning nechog'li muvaffaqiyatli chiqishi birinchi galda dardni erta aniqlab olishga (xavfli o'smani endi boshlanib kelayotgan vaqtida payqab olishga) bog'liq. Bunga o'pkadagi xavfli o'smani erta aniqlab olishga mo'ljallangan flurografiya, me'dadagi xavfli o'smani aniqlashga imkon beradigan gastroduodenoskoplar singari apparat va asboblar yordamida erishiladi.

Mamlakatimizda yuqori malakali tibbiy yordamini ko'rsatish, aholiga zarur bo'lganda davolash-profilaktika muassasalarida maslahat olib turishga imkon beradi. Aholi tibbiy madaniyatining yuksalishi va o'z vaqtida shifokorga ko'rinib turishi uchun yo'l ochadi. Xavfli o'sma profilaktikasining asosiy shakli dispanserizatsiyadir. Muayyan yosh guruhidagi kishilar dispanser hisobida turishi lozim. Chunki, klimaks oldi yoshiga yetgan 40–45 yoshdan kattaroq ayollar muntazam ravishda ginekolog tekshiruvlaridan o'tib turishlari lozim. Surunkali yallig'lanish kasalliklari, surunkali gastrit (me'da shilliq qavatining yallig'lanishi), surunkali bronxit, surunkali pnevmoniya, bronxoektatik kasalligi bor odamlar, ya'ni ma'lum sharoitlarda rak paydo bo'lishiga moyil qilib qo'yadigan surunkali kasalliklar bilan og'rigan odamlar dispanser kuzatuv ostida bo'ladilar.

Barcha xavfli o'smaning oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlar onkologiya dispanserlari faoliyati bilan chegaralanmaydi. Yirik

kasalxonalardan tortib, to korxonalaridagi salomatlik punktlarigacha bo'lgan barcha davolash profilaktika muassasalarida ishlovchi shifokorlar va o'rta ma'lumotli tibbiyot xodimlari rak oldi kasalliklarini aniqlab olishlari va tegishli davolash profilaktika chora-tadbirlarini amalga oshirishlari kerak.

1.5. Xususiy patologiya asoslari

Nafas olish patologiyasi. Turli kasalliklar (qovurg'alar, ko'krak muskullari va o'pkalarning shikastlanishi) tufayli plevra bo'shlig'ida havo pnevmotoraks yoki suyuqlik (gidrotoraks) to'planib, o'pka harakati buziladi. Pnevmtoraks deb, ko'krak qafasi jarohatlanib, jarohat teshigi orqali plevra bo'shlig'iga havo to'planishiga aytiladi. Pnevmtoraks sil kasalida, abscess va o'smalarda, o'pka to'qimalari o'z-o'zidan yirtilib, havo yo'llari plevra bo'shlig'i bilan qo'shilib ketganda ham bo'ladi. Bunda yurak va qon tomirlar o'z joyidan surilib, qon aylanishi izdan chiqadi. Ko'pincha pnevmotoraksqa gemotoraks (yorilgan o'pka to'qimasidan havo bilan yiring va qon chiqadi) qo'shiladi. Pnevmtoraks sabablari yo'qotilganda, plevra bo'shlig'idagi havo (2–3 hafta) asta-sekin so'rilib tugaydi. Sun'iy pnevmotoraks sil kasalligini davolashda plevra bo'shlig'iga havo yoki azot yuborib, o'pka harakati cheklanadi. Bunda shikastlangan to'qimalarning tez bitishiga va oqayotgan qonning to'xtashiga imkon tug'iladi.

Nafas yo'llari o'tkazuvchanligining (burun bo'shlig'i, hiqildoq, traxeya va bronxlar) buzilishi ularning biror qismining torayib qolishiga bog'liqdir. Bunda nafas olish qiyinlashib havo yetishmasligidan harsillash kuzatiladi. Yuqori nafas yo'llari shilliq qavatlarining yallig'lanishi (shamollashda, kimyoviy moddalar, changlar ta'sirida) ko'pincha ularning torayishiga sababchi bo'ladi. Odatda, tumov (rinit) yoki kimyoviy moddalar ta'sirida burun bo'shlig'i va uning atrofida joylashgan suyak (g'alvir suyak, peshana ponasimon va yuqori jag' suyaklari) bo'shliqlari shilliq qavati yallig'lanib bo'rtadi.

Natijada, burun torayib (ba'zida butunlay berkilib qoladi) nafas og'iz orqali olinadi. Bunga havo yo'llariga changlardan tozalanmagan va ilimagan havo kiradi. Hiqildoq va traxeyalarni yallig'lanishi (laringit va traxeit) gripp va shamollashlarda kuzatiladi. Ko'pincha balg'amlar to'planishi bilan o'tadi. Bunda yo'tal paydo bo'lib, balg'am ko'chadi. Ba'zan o'tkir difteriyada, o'pka silida ham yallig'lanish kuzatiladi.

O'pkadagi patologik o'zgarishlar turli kasalliklarda kuzatiladi. Jumladan, o'pka to'qimasining biror qismining (rak, abscess sil va boshqa kasalliklarda) gaz almashinuvida qatnashmasligi nafas olishning buzilishiga sabab bo'ladi. Bunda o'pkaning sog' qismi nafas olishda qatnashmayotgan qismining funksiyasini o'z zimmasiga oladi. Natijada, alveolalar kengayib, hajmi kattalashadi, ya'ni o'rinbosar (kompensator) emfizema kuzatiladi. Emfizema uzoq vaqt davom etganda alveolalar o'sib, yangi alveolalar paydo bo'ladi. Oxir-oqibat, o'pkaning nafas olish sathi oshadi. Atelektaz—o'pka to'qimalarining ezilishi (pnevmotoraks) yoki havoning kelmay (ovqat, qusuq massalari, o'smalar, yiringlarning havo yo'liga tiqilishi) qolishi sababli o'pkaning puchayib qolishi. Bolalar tug'ma atelektaz bilan tug'iladi. Ammo birinchi nafasdan keyin, bola o'pkasi yoziladi.

O'pkaning chang kasalliklari. Odatda, nafas bilan kirgan chang bronxlarning kipikli epiteliysi orqali tashqariga chiqariladi. Ammo ko'p miqdordagi chang va tamaki tutuni kirganda alveola porus (teshik)chalarida tutilib, ularni berkitadi, kislorodni qonga, karbonat anhidridning qondan alveolalarga o'tishiga xalaqit beradi. Natijada, nafas olish tezlashadi, odam harsillaydi. Organizmda gipoksiya rivojlanadi. Keyinchalik o'pka sklerozi rivojlanib, alveolalarda fibroz tugunchalari paydo bo'ladi. Oxiri tugunchalar yemirilib, o'rnida bo'shliqlar hosil bo'ladi.

Ko'p miqdorda qora rangli balg'am (qora sil) ajraladi. O'pka raki ko'proq keksalarda, tamaki chekuvchilarda, ayniqsa, shahar aholisida (ko'proq erkaklarda) uchraydi. Olimlarning fikricha, shahardagi gaz shaklidagi moddalar va havoning ifloslanishi o'pka rakining paydo bo'lishiga aloqadordir. O'pka raki bronx shilliq pardasida oldin kichik tuguncha yoki polip shaklida o'sib, so'ngra o'pka to'qimasiga tarqaladi. Odatda, rak oldi, surunkali pnevmoniya, bronxoektazlar bo'ladi. O'pka raki limfa yo'llari va qon orqali (gemogen) jigarga, buyrak usti beziga, umurtqa pog'onasi va bosh miyaga tarqaladi. O'pka raki erta aniqlansa, o'pka rezeksiyasi va nurlar ta'sirida uni davolash mumkin.

Hazm qilish patologiyasi. Me'da sekretsiasining buzilishi me'da shirasi ajralishining ko'payishi (gipersekretsia), kamayishi (giposekretsia) bilan ifodalanadi. Normada me'da shirasi tarkibida xlorid kislotasi 0,2–0,5 % bo'ladi. Gipersekretsia bo'lganda me'dada (och qorinda) xlorid kislotasi yuqori bo'ladi. Gipersekretsia me'da shilliq pardasiga turli moddalar (spirtli ichimliklar, o'tkir ta'sir qiluvchi

dorivorlar va hokazolar) ta'sirida, asab sistemasi faoliyatining buzilishlari, jigar va ichaklarning reflektor ta'sirlari oqibatidan bo'ladi. Shuningdek, gipersekretsiya surunkali gipertrofiyalangan gastritga ham bog'liqdir. Me'da shirasi kislotalarning pasayishi giposekretsiyaga bog'liqdir. Bunda me'da shirasi tarkibida xlorid kislotaning mutlaqo bo'lmasligi (axiliya) ko'pincha asab sistemasi faoliyatining buzilishiga (ruhiy azoblanish, adashgan asab shikastlanganda) bog'liqdir. Axiliya, asosan, me'da shilliq pardasidagi xavfli anemiyada, atrofik gastrit, rakda kuzatiladi. Axiliyada oqsillarning hazm qilinishi buzilib ichaklarga tezlik bilan (me'daning motor faoliyati buziladi) hazm qilinish darajasiga yetmagan ovqat moddasi va halok bo'lmagan mikroblar tushadi. Natijada, ichakda oqsillar chirishi va irishi tufayli organizmda intoksikatsiya kuzatiladi. Xlorid kislotaning yetishmasligi me'da osti bezi va jigar faoliyatlarining buzilishiga sabab bo'ladi.

Me'daning motor funksiyasi buzilganda muskullar tonusi zaiflashib (gipotoniya) va peristaltikaning butunlay to'xtab (atoniya), ovqat moddasi me'daning chiqarish qismida to'xtab qolishiga sabab bo'ladi. Ba'zan atoniyada ko'p taom iste'mol qilish natijasida ovqatning me'dada turib qolishi tufayli u nihoyatda kengayadi. Me'da muskullari tonusining ortishi, peristaltikasining kuchayishi adashgan asab ta'sirida, spirtli ichimliklar va boshqa o'tkir moddalar iste'mol qilganda kuzatiladi. Motor buzilishlar qayt qilish va kekirishlarga sababchi bo'ladi.

Kekirish — ovqat bilan yutilgan havoning yoki me'dada ovqat hazm qilinishining buzilishi tufayli hosil bo'lgan gazlarning qaytib chiqishidir. Kekirish reflektor ravishda vujudga keladi. Bunda me'da chiqish qismining siqilishi va diafragma qorin devori muskullarining taranglashishi sodir bo'ladi.

Gastritlar. Gastrit — me'da shilliq pardasining yallig'lanishi bo'lib, bir necha turlari tafovut qilinadi. O'tkir kataral gastrit turli xil moddalar (spirtli ichimliklar, turli o'tkir dorivorlar)ning yoki turli kasalliklar (uremiya, yuqumli kasalliklar)ning toksinlari ta'sirida paydo bo'ladi. Ba'zida kuchli konsentratsiyalashgan me'da shirasi ajralganda ham peptik gastrit kuzatiladi. O'tkir kataral gastritda me'daning shilliq pardasi to'laqonlik burmalari keng, yuzasi ba'zan kichik-kichik (defektlar bo'ladi) shilliq bilan qoplangan bo'ladi.

Yara kasalligi ko'p uchraydi. Ko'proq dumaloq yoki oval shaklli yakka yoki guruh bo'lib joylashgan (diametri 1–5 sm) yaralar

bo'ladi. Yaralar, odatda, kichik egrisimon chiqish (pilorik) qismida (me'daning boshqa joylarida ham uchrashi mumkin) uchraydi. Yara, odatda, me'da shirasi tarkibida xlorid kislotaning ko'p miqdorda bo'lishidan boshlanib, shilliq qavat nekrozga uchraydi. Me'da shirasi o'lgan to'qimalarni parchalab, o'rnida yara hosil qiladi. Xlorid kislota yaraning ichkarisiga kirib, nerv oxirlarini qitiqlab, og'riq chiqaradi. Yaradagi yemirilgan tomirlardan tromboz qiyinlashadi.

Natijada, yaradan qon oqib, oxirida bemorda anemiya (kamqonlik) kuzatiladi. Ba'zan ko'plab qon ketib kollaps rivojlanadi. Yaraning cheti, shilliq qavati proliferatsiya tufayli hosil bo'lgan chandiqlik bilan o'raladi. Ba'zan yara chuqurlashib, me'daning muskul qavati va seroz pardasiga boradi-da, ularni teshib, me'dadan ovqat massasi qorin bo'shlig'iga tushadi va peritonit rivojlanadi. Yaraning kelib chiqishi hozirgacha batafsil o'rganilmagan. Ba'zan me'da yarasi surunkali tus olishi mumkin. Bunda yara cheti qattiq chandiqlik bilan qoplanib, undan rak rivojlanishi kuzatilgan. Me'da raki ko'proq chiqish qismi (pilorus)da turli – polip yoki qo'ziqorin shaklida va hajmida uchraydi.

Siydik chiqarish patologiyasi. Siydik pufagi devorida yallig'lanish (sistit) kuzatiladi. Sistit ko'pincha ayollarda turli yuqumli kasalliklar mikrobi ta'sirida rivojlanadi. Mikroblar siydik pufagiga siydik chiqarish yo'li orqali o'tadi. Bunda siydik pufagi shilliq qavati yallig'langan bo'ladi. Keyinchalik yallig'lanish shilliq osti va muskul qavatlariga o'tib, u yerga yiringlanish jarayonlari kuzatiladi. Oxiri shilliq qavatlarda yaralar va nekrozlanish rivojlanadi. Nekroz bo'lgan joylardan qon oqadi. Yaralar va nekrozlar bo'lgan joylar keyinchalik qo'shuvchi to'qima chandiqlari va poliplar bilan qoplanadi.

O'smalar, asosan, sarkoma, papilloma va rakda kuzatiladi. Sarkoma ko'pincha erkaklarda uchrab, o'pkaga, jigar va boshqa a'zolarga metastaz beradi. Papilloma siydik pufagi shilliq qavatida so'rg'ichsimon o'simtalar sifatida o'sadi. Bularning ko'pchiligi keyinchalik rakka aylanishi mumkin. Rak o'smalari asoslari keng bo'lgan o'simtalar bo'lib, ularda yaralar paydo bo'ladi. Yaralarda keyinchalik nekroz rivojlanadi.

Rak ko'pincha siydik pufagining uchburchak va chiqarish qismida kuzatiladi. Bunda siydik pufagining devori haddan tashqari qalinlashadi. Siydik chiqarish teshigi siqilib, siydik tutilib qoladi. Siydik pufagi raki ko'proq tos bo'shlig'idagi a'zolarga metastaz beradi.

Qon aylanish patologiyasi. Qon aylanish xarakteri sog'lom odamda organizm faoliyatiga qarab o'zgarib turadi. Ammo qon aylanishidagi turli o'zgarishlar ma'lum chegaragacha kompensator jarayonlar (yurak qisqarishining tezlashishi, yurak gipertrofiyasi, qon aylanishining tezlashishi) yordamida to'g'rilanib turadi. Organizmning ayrim qismlari va a'zolaridagi qon aylanishining buzilishida tomir anastomozlari, kollaterallarning qo'shilishi tufayli kompensatsiya bo'ladi.

Ko'pincha qon aylanishining umumiy yoki mahalliy buzilishlari organizm faoliyatiga ta'sir etadi. Jumladan, ba'zi kasalliklar to'qimalarda qonning ortiqcha to'planishi – giperemiya yoki aksincha, ularning qonsizlanishi (kamqonlik) anemiya bo'ladi. Arteriya giperemiyasi qon oqishining kuchayishi orqali bo'ladi. Bunda tomirlarda bosim oshadi, moddalar almashinuvi kuchayib, a'zo faoliyati kuchayadi. Natijada, qon tarkibidagi kislorod to'qimalarga o'tishga ulgurmaydi.

Giperemiyada teri va shilliq qavatlar qizarib, tomirlar pul-satsiyalari va organizm harorati oshadi. Giperemiya asab sistemasining reflektor ta'siri va allergiyada ham paydo bo'ladi. Bunda tomirlar tonusining oshishi va diametrlarining torayishi vujudga keladi.

Qonning venada dimlanib qolishi. Qonning oqib kelishiga nisbatan ketishi qiyinlashgan paytda to'qimalarda qon to'planib qoladi. Bunda qon to'plangan joy to'q qizil yoki ko'kimtir ko'rinishda bo'lganidan to'laqonlik yoki *sianoz (ko'karish)*, deb ataladi. Mahalliy to'laqonlik venalarning ezilib (o'smalar, chandiqlar, tromblar tufayli) qolishidan paydo bo'lsa, umumiy to'laqonlik yurak faoliyatining buzilishi orqali tananing pastki qismidan vena qonining oqishi qiyinlashishidan vujudga keladi.

To'laqonlikda a'zolar hajmi kattalashadi, kislorod yetishmasligi modda almashinuvini izdan chiqaradi. Mayda venalarda va kapillarlarda qon oqishining to'xtashiga *staz*, deyiladi. Bunda qon bilan to'lgan kapillar keskin kengayadi. Stazlar ko'pincha kuyish, kimyoviy moddalar va mikroob toksinlarining ta'siri natijasida paydo bo'ladi.

To'qimalarning biror qismida qon miqdorining kamayishi mahalliy kamqonlik *anemiya yoki ishemiya* deyiladi. Kamqonlik ko'pincha tomirlarning bosilishi, qon tomir devorlarining yallig'lanishi va asab sistemasining ta'siri bilan qon tomirlarning siqilishi (spazmi)dan yuzaga keladi.

Ishemiya qonning kamayishi tufayli to‘qima oqaradi, hajmi kichrayadi, og‘riq (sanchiq) paydo bo‘ladi, sezuvchanlik pasayadi. Ishemiya turlicha a‘zolarga turlicha ta‘sir etadi. Ba‘zi a‘zolar va to‘qimalarda ishemiya so‘ng patologik o‘zgarishsiz qon aylanishi tiklanadi. Boshqalarida esa, hatto qisqa muddatli ishemiya ham xavflidir. Jumladan, bosh miya to‘qimalari faqat bir necha minutgagina kislorodsiz sharoitga chidaydi, so‘ng hujayralarda tiklanmaydigan patologik o‘zgarishlar paydo bo‘ladi. Ishemiya yurak muskuli ham juda sezuvchidir. Bunda yurak muskuli qisqaruvchanlik qobiliyatini yo‘qotadi va yurak falaj bo‘ladi.

Ichki muhit patologiyasi. Organizmning ichki muhiti qon va limfa to‘qimalaridan tashkil topgan bo‘lib, organizmni himoya qilish va trofik (oziqlantirish) vazifasini bajaradi. Trofik to‘qimalar organizmga kirib qolgan mikroblar va yot oqsillar bilan kurashishda muhim rol o‘ynaydi.

Qon. Organizmning ichki muhiti – suyuqlik va qon tanachalaridan tuzilgan bo‘lib, ichki muhit hujayralarini yuvadi va ulardagi hayotiy moddalar almashinuvi uchun zarur bo‘lgan oziqalarni yetkazib beradi. Organizmning muhiti tashqi muhitdan maxsus tuzilma – baryer (teri, shilimshiq qobiqlar, hazm sistemasining epiteliy)lari orqali ajralib turadi. Organizmning tashqi muhiti tinmay o‘zgaruvchan bo‘lsa, ichki muhiti esa, o‘zining tarkibi va fizik-kimyoviy xossalari (osmatik bosimi, reaksiyasi va harorati) jihatidan o‘zgarmaydi. Ichki muhitning bunday doimiyliги organizmning yashashi uchun zaruriy omildir. Jumladan, atrof-muhit haroratining har qanday o‘zgarishidan qat’iy nazar, organizmning ichki muhit haroratini doimiyliги organizmdagi a‘zolar va sistemalar hayot faoliyatini doimiy bo‘lishini ta‘minlaydi.

Qon a‘zolarining hujayralari bilan (suyak iligi va taloqdan tashqari) bevosita qo‘shilmaydi, a‘zolar qon plazmasidan ajralgan to‘qima suyuqligi (interstitsial suyuqlik) bilan oziqlanadi. Intersitsial suyuqlik tarkibida har bir a‘zoning o‘ziga xos suyuqligi bo‘ladi. Qon tarkibining bir xil saqlanib turishi uchun uning doimiy aylanib yurishi shart. Yurakning to‘xtab qolishi qonning aylanmay qolishiga va organizmni darhol halok bo‘lishiga sabab bo‘ladi. Qon kichik qon aylanish sistemasi orqali o‘pkaga borib to‘qimalardan olib kelgan karbonat angidrid gazini ajratadi va nafas olish jarayonida o‘pkaga yetkazilgan kislorodni (katta qon aylanish sistemasi) arteriya qon tomirlar orqali to‘qimalarga, a‘zolarga tarqatadi.

Oziqa moddalar esa, hazm qilish sistemasi orqali qonga shimiladi. Oziqa moddalarning yetishmovchiligi jigar va yog‘ kletchatkasidagi zaxiralar hisobiga to‘ldiriladi. Qondagi ortiqcha va hayot uchun keraksiz hamda zararli bo‘lgan moddalar esa organizmdan ajratish a‘zolari orqali chiqarib tashlanadi. Shunday qilib, qon transport vazifasini bajaradi.

Qonning tarkibiy qismi organizmning normal va kasallik sharoitlariga qarab o‘zgarib turadi, binobarin, qon organizmning oynasi hisoblanib, kasallikni uning tarkibiy qismini tahlil qilish orqali aniqlanadi. Qon moddalar almashinuvi jarayonida (muskullar, jigarda) isib, issiqlikni boshqa a‘zolarga tarqatadi va issiqlik teri orqali tashqariga chiqib ketadi. Natijada, organizmdagi (sog‘liq paytida) gavda haroratini doim bir xilda bo‘lishini ta‘minlaydi. Bulardan tashqari qon organizmga kirib qolgan kasallik tug‘diruvchi mikroblarni yo‘qotishda, organizmning kasalliklarga qarshi chidamligi (immunitet)ni hosil qilishda muhim himoya vazifasini bajaradi.

Qonning 3/1 qismini yo‘qotishi organizmni o‘limga olib keladi. Qonda oqsil va natriy tuzlari miqdori oshishi to‘qimalarga suv to‘planishiga olib keladi. Jumladan, qon tarkibida oqsilni kamayishi, to‘qimalarda suv miqdorini ko‘payishi odamni ko‘pchishi (shishishi)ga olib keladi. Qon hayotiy modda almashinuvida vujudga kelgan zaharli chiqindi (siydik kislotasi, terga o‘xshash) moddalarni ajratish a‘zolari (buyrak, ter bezlari va h.k.) orqali organizmdan chiqarib yuborishda vositachilik rolini o‘ynaydi.

Gemoliz – eritrotsitlar pardasining yemirilishi orqali gemoglobinni plazmaga chiqib qo‘shilishiga aytiladi. Gemolizga uchragan qon eritrotsitlarining parchalanishi natijasida qon tiniq bo‘lib ko‘rinadi. Gemolizni kimyoviy, biologik, osmotik va mexanik turlari mavjud. Kimyoviy gemoliz eritrotsit pardalarining benzin, efir, xloroform va ammiak kabi moddalar ta‘sirida parchalanib yemirilishi natijasida vujudga keladi.

Biologik gemoliz ilonlar, chayonlar, asalarilar chaqqanidan keyin paydo bo‘ladi. Osmotik gemoliz osmotik bosim eritrotsitlardagi bosimdan ko‘ra, kam bo‘lgandagina (gipotonik eritmada) yuzaga keladi. Bunday sharoitda suv eritrotsitlarga o‘tib, ularni bo‘rttiradi. Natijada, eritrotsitlardagi bosimning oshishi tufayli pardalar tortilib gemoliz bo‘ladi. Gipertonik eritmada eritrotsitlar tarkibidagi suv yo‘qolib, eritrotsitlar bujmayadi. Bulardan tashqari, gemoliz gemolitik bakteriyalar, gijjalar zaharining ta‘sirida, shuningdek,

guruhi to‘g‘ri kelmaydigan qon quyilishi orqali vujudga keladi. Bu holda eritrotsitlar avvaliga bir-biriga yopishib, (agglutinatsiya) keyin parchalanadi. Natijada, odam og‘ir ahvolga tushib, gemotransfuzion (gemoson, transfuziya – kuyish so‘zidan) shok bo‘ladi.

Mexanik gemoliz qonni turli sabablariga ko‘ra, chayqalishida bo‘ladi. Gemolizlangan qonni odamga quyish mumkin emas.

Leykotsitoz va leykopeniya. Qonda leykotsitlar sonining (normada 1 ml qonda 5000–6000) ko‘payib ketishiga leykotsitoz, deyiladi. Leykotsitoz ko‘p kasalliklarda (yuqumli kasalliklarda, bezgak, yiringli kasalliklar, appenditsit) bo‘lib, qonda yosh leykotsitlar paydo bo‘ladi. Qizamiq kasalligida, gijjada esa, neytrofillar va eozinofillar soni ortadi. Bezgak va chechak kasalligida monotsitlar soni ko‘payadi.

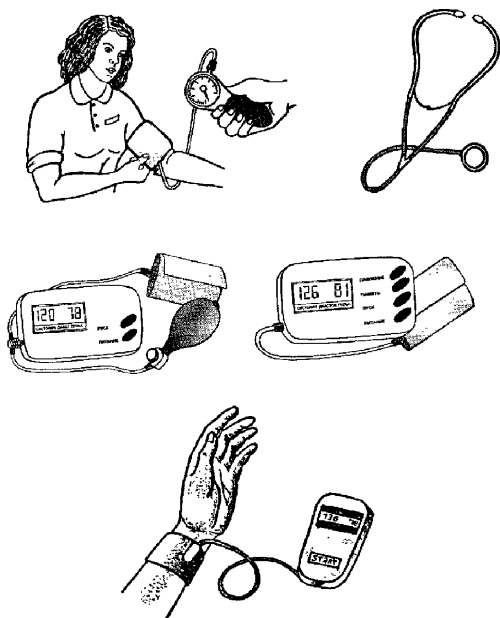
Leykotsitlar sonining kamayishi *leykopeniya* (qorin tifi, *A* va *B* paratifida), deyiladi.

1.6. Kasallikni tekshirishning asosiy usullari

Bemorni tekshirish usullari subyektiv va obyektiv tekshirish usullaridan va asboblardan yordamida tekshirish usullaridan iborat (1-rasm). Subyektiv (so‘rab-surishtirish yoki bemorlar bilan so‘roq savollari asosida) tekshirish usullari o‘z navbatida to‘rt qismdan tashkil topgan:

- a) pasport qismi;
- b) bemorlarning shikoyati;
- d) kasallikning rivojlanish tarixi;
- e) bemorning hayot tarzi.

Obyektiv tekshirish usuli ikki katta qismga, ya‘ni asosiy va qo‘shimcha (laboratoriya, tibbiy texnika vositalari asosida va boshqalar) tekshirish usullariga bo‘linadi. Tashxis (diagnoz) klinik tekshirish usullari asosida qo‘yiladi. Taxminiy diagnoz – subyektiv va obyektiv tekshirish usuli asosiy qismning natijalariga asosan bemor shifokorga uchragan zahotiy oq qo‘yiladi. Differensial (taqqoslash) diagnoz subyektiv va obyektiv tekshirish usullari to‘liq o‘tkazilib bo‘lingach qo‘yiladi. Uzil-kesil (aniq yoki klinik) diagnoz barcha tekshirish usullarini o‘tkazib bo‘lib, uch kun muddatga yetmasdan qo‘yiladi.



1-rasm. Asboblarda yordamida tekshirish usullari.

Subyektiv (so‘rab-surishtirish, anamnez yig‘ish) tekshirish usuli. Pasport qismi. Diagnostika uchun katta ahamiyatga ega. Bunda bemorning ismi, familiyasi, kasbi, jinsi, yoshi yoziladi. Hozirgi vaqtda Umumjahon Sog‘liqni Saqlash Tashkilotining ma‘lumotlariga ko‘ra, 4000 dan ortiq kasallik mavjud bo‘lsa, shu xastaliklarning ma‘lum bir qismi erkaklarda (masalan, me‘da va o‘n ikki barmoqli ichak yara kasalliklari, o‘pka va me‘da raki va boshqalar), ma‘lum bir qismi ayollarda (masalan, kam-

qonlik, me‘da osti bezi kasalliklari va boshqalar) ko‘proq uchraydi.

Jinsni aniqlash — shu jinsda uchraydigan kasalliklarni tezroq aniqlashga yordam beradi (bemorning tug‘ilgan yili, yoshi) bayon etilgan kasalliklarning ayrim guruhlari ma‘lum yoshlarda uchraydi. Masalan, qizamiq yosh bolalarda uchrasa, ateroskleroz katta va keksa odamlarda uchraydi. Yashash joyi, manzili, ana shu davrda dastlab shu manzildagi tarqalgan kasallikni inkor etish kerak. Masalan, shu davrda gripp epidemiyasi aniqlanayotgan bo‘lsa, eng avval, shu kasallikni inkor etish zarur. Ish joyi va kasbdagi kasallik keltirib chiqaruvchi bor yoki yo‘qligini aniqlash kerak, masalan, ko‘mir shaxtasida ishlasa, zax, qorong‘i, chang va boshqa kasallik keltirib chiqaruvchi omillarni o‘rganish lozim.

Bemorning shikoyatlari. Bemorning shikoyatlari bilan tanishib chiqqanimizda, biz uning bir xil his-tuyg‘u va kechinmalari to‘g‘risidagi ma‘lumotlar (ya‘ni kasallikning subyektiv ko‘rinishlari)ga ega bo‘lamiz.

Kasallik anamnezi. Bemor kasallikning qanday boshlanganini so‘zlab berayotganda, bir qancha hollarda o‘zining kasalligi

to'g'risida aniq, izchil va tamomila yetarli ma'lumotlarni beradiki, bunday paytlarda to'g'ridan to'g'ri obyektiv tekshirishga kirishish mumkin bo'lib qoladi. Biroq, ba'zi bemorlarga kasallikning xususiyatlarini, nima sababdan paydo bo'lganini va klinik manzarasini tavsifli tomonlarini oydinlashtiradigan bir qancha savollar berish zarur. Qo'shimcha savollarga quyidagilar kiradi: kasallik qachon va qanday (to'satdan, asta-sekin) boshlanganligi, uning dastlabki belgilari, shuningdek, sabablari (bemorning o'z fikriga ko'ra), mehnat va turmush sharoitlari, kasallik boshlanganda atrofdagi vaziyatning qanday bo'lgani (bunda turli noqulay omillar kimyoviy, fizik, meteorologik omillar va boshqalarning ta'siri nazarda tutiladi), bemor kimga murojaat qilgan, unga qanday davo qilingan (qanday dori-darmonlar va boshqa davo usullari qo'llanilgani) va boshqalar.

Hayot anamnezi (bemorning turmush tarzi). Bemorni hayot anamnezi quyidagi sxema asosida yig'ib olinadi: uning tarjimayi holi (bemor qachon, qayerda, qanday oilada, nechanchi farzand bo'lib tug'ilgan), boshidan kechirgan kasalliklari, mehnat va turmushning sharoitlari, zararli odatlari, alkogolli ichimliklarni suiiste'mol qilishi, chekishi, ishlab chiqarishi turmushdagi intoksikatsiyalari (zaharlanishlar), jinsiy hayoti oilaviy anamnezi (oilaning tarkibi, psixologik muhit, irsiyat).

Obyektiv tekshirish. Bemorni subyektiv tekshirish usuli bilan obdon ko'rib chiqilgandan keyin uning obyektiv holati bilan tanishishga o'tadi. Obyektiv tekshirish ikki qismga bo'linadi:

- asosiy;
- qo'shimcha.

Asosiy tekshirish usuliga bemorni ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya kiradi.

Bemorni ko'zdan kechirish. Bemorni, odatda, bir qancha zarur qoidalarga rioya qilib turib, ma'lum bir tartib bilan ko'zdan kechirib chiqiladi. Bemorni tarqoq kunduzgi yorug'lik yoki ravshan sun'iy yorug'likda ko'zdan kechiriladi, bunda yorug'lik manbayi yon tomonda bo'lishi kerak, shunda badan terisi turli qismlari undagi toshma, chandiq va boshqalar ancha aniqroq ko'rinadi. Avval bemorning vaziyati, umumiy ahvoli, tashqi qoplamlari (terisi, shilliq pardalari)ning ahvoli aniqlab olinadi, so'ngra badanining ayrim qismlari – yuzi, boshi, tomog'i, gavdasi, qo'l va oyoqlarni ko'zdan kechirishga o'tiladi.

Odamning es-hushi. Odamning es-hushi joyida yoki aynigan bo‘lishi mumkin, stupor (karaxtlik), sopor (qattiq gangish, subkoma) va koma (butunlay o‘zidan ketib, behush bo‘lib qolish) holatlari bo‘ladi. Es-hushi aynib turganda bemor miyasi gangib, savollarga sekinlik bilan, kechikib, lekin oqilona javob beradi. Gohida esa, mutlaqo javob bermaydi.

Yuzni ko‘zdan kechirish. Isitmalab turgan kasallarning yuzi o‘ziga xos qiyofaga kirib, bejo bo‘lib turadi, lunjlari qizarib ko‘zlari yaltirab turadi. Tinkani quritadigan og‘ir isitma (sepsis, sil)da chaqa-chaqa bo‘lib ketgan yuz lunjlarida qizil dog‘lar paydo bo‘ladi. Qon aylanish ko‘p darajada izdan chiqib qoladigan bir qancha kasalliklarda, shuningdek, peritonit, ya‘ni qorin pardasining o‘tkir yallig‘lanishida, holdan toydinib, suvsizlantiradigan kuchli ichketar tez-tez qusish paytlarida (masalan, vabo vaqtida) odamning yuzi xarakterli qiyofaga kirib, ko‘zlari ich-ichiga kirib ketadi, burni cho‘chchayib qoladi, yuz terisi oqarib, lablari ko‘karib ketadi, yuzni sovuq ter bosadi. Bemorning yuzi niqobga o‘xshab, go‘yo qotib qolgandek, harakatsiz bo‘lib turishi mumkin. Qalqonsimon bezning ba‘zi kasalliklarida, shuningdek, ensefalitda shunday bo‘ladi.

Ko‘zlarni ko‘rib chiqish. Bemorlarning ko‘zlarini diqqat bilan qarab chiqish zarur. Yog‘lar almashinuvi buzilganda, ko‘z qovoqlarida yassi sariq dog‘lar — ksantomalar paydo bo‘ladi. Ko‘z olmasining chaqchayib turishi (baqa ko‘z) diffuz toksik bo‘qoq (Bazedov kasalligi)ning alomatlaridan biridir. Ko‘z qovoqlarining shishib turishi nefrit bilan og‘rigan bemorlar, badaniga umuman shish kelganda va yurak yetishmovchiligi bor mahallarda uchraydi.

Ko‘z qorachiqlarining torayib turishi uremiyada, bemor alkogol, morfin bilan zaharlangan paytlarda kuzatiladi. Odam atropin bilan zaharlanganda ko‘z qorachiqlari kengayib ketadi. Ko‘z rangdor pardasining katta-kichikligi va tusi, ko‘z qorachiqlarining yorug‘likka qanday reaksiya ko‘rsatishi ham diagnostikada rol o‘ynaydi. Ko‘z qorachiqlarining yorug‘likka reaksiya ko‘rsatmasligi koma yoki og‘ir nevrologik kasallikdan darak beradi.

Ko‘z skleralarining sarg‘ayib qolgani jigar yoki o‘t yo‘llari zararlanganini ko‘rsatadi. Ko‘z skleralari tomirlarining qonga to‘lib turishi (inyeksiyasi) bir qancha yuqumli kasalliklarda (toshmali tifda) uchraydi. Ko‘z olmalari tonusini tekshirib ko‘rish mumkin. Gipoglikemik komada ko‘z olmalari tonusi pasayib qoladi.

Badan terisini ko‘zdan kechirish. Bemorni umuman ko‘zdan kechirib chiqilgandan keyin terisi va shilliq pardalarini ko‘zdan kechirishga o‘tiladi. Badan terisini rangi yuza qatlamlar orqali qonning nechog‘li ma’lum bo‘lib turishiga bog‘liq bo‘ladi. Badan terisi rangining o‘zgarib qolishi quyidagi omillarga: qon rangi, teri tomirlari yo‘lining holati, terining qalin-yupqaligi va tiniqligiga bog‘liq. Teri qalin tortib tiniqligi yo‘qolib ketganda, dag‘allanib qolganda, qondagi gemoglobin va eritrotsitlar miqdori kamayib yoki ko‘payib ketganda (bu qon rangini aynitib qo‘yadi), tomirlar torayib yoki kengayib turgan mahallarda teri rangi o‘zgarishi mumkin. Bir qancha hollarda teri rangi uning bag‘rida bo‘yoq moddalar – pigmentlar (bilirubin va boshqalar) to‘planib qolishi natijasida ham o‘zgarishi mumkin.

Bemor konstitutsiyasi va tana tuzilishini aniqlash. Konstitutsiya (insoning nisbatan o‘zgarimas morfologik va funksional, jumladan, ruhiy xususiyatlari majmuasi) va tana tuzilishi xususiyatlari ba‘zan salomatlik haqida bir fikrga kelish uchun asos bo‘lib xizmat qiladi. Chunki bu narsa organizmning funksional xususiyatlari va reaktivligi to‘g‘risida tushuncha beradi. Konstitutsiyaning bir necha tipi mavjud bo‘lib, tana tuzilishining ma’lum shakllari shularga to‘g‘ri keladi.

Astenik tip kishi ortiqcha qo‘zg‘aluvchan, qo‘l va oyoqlari uzun hamda ingichka, qo‘l barmoqlari uzun va qo‘l panjalari tor, skeleti ixcham va kelishgan bo‘lishi bilan tavsiflanadi. Bo‘yni uzun va ingichka, yelkalari tor, ko‘krak qafasi uzun va tor, qovurg‘alararo masofa keng bo‘ladi.

Kuraklar aksari ko‘krak qafasidan ko‘tarilib turadi, to‘sh osti burchagi o‘tkir, qorin katta emas, muskullar sust rivojlangan, tana terisi yupqa va rangpar bo‘lib ko‘rinadi. Teri osti yog‘ qatlami yetarlicha rivojlanmagan, diafragma, ichki organlar ko‘pincha past turgan bo‘ladi. Astenik tipdagi kishilarda moddalar almashinuvi kuchaygan bo‘lib, arterial bosim pastroq yuradi. Ular tana tuzilishining asosiy harakatlari tomoni vertikal o‘lchamlarining gorizontol o‘lchamlarga qaraganda ancha katta bo‘lishidir.

Giperstenik tipga quvnoqlik, odamlar bilan tez qo‘shilib, el bo‘lib ketish xosdir. Bu astenik tipning butunlay aksi. Bunda vertikal o‘lchamlar gorizontol o‘lchamlarga qaraganda ancha kichikroq bo‘ladi. Qo‘l-oyoqlar kalta va yo‘g‘on, bosh katta dumaloq shaklli, yuz keng bichimli, peshona baland, kalta va yo‘g‘on bo‘ladi. Yelkalar serbar va to‘g‘ri, qovurg‘alar gorizontol yo‘nalgan, qovurg‘alararo masofa kichikroq, to‘sh osti burchagi o‘tmas, qorin katta bo‘ladi.

Suyaklar yo‘g‘on bo‘lib, diafragma yuqori turadi, me‘da baland va ko‘ndalang joy oladi. Moddalar almashinuvi susaygan bo‘ladi.

Bir-biriga qarama-qarshi bo‘lgan har ikki tip – astenik tip bilan giperstenik tip o‘rtasida normostenik tip oraliq holatni egallaydi. Bu tip hammadan ko‘ra, ko‘proq uchraydi. U odamning o‘z kuchiga ishonuvchan, serg‘ayrat bo‘lishi bilan tavsiflanadi, bunday odamlar vertikal va gorizontal tana o‘lchamlari to‘g‘ri nisbatda bo‘lishi bilan ajralib turadi. Hayotda bayon etilgan tiplardan boshqacharoq bo‘ladigan har xil o‘zgarishlar uchraydi. Konstitutsiyaga, tana tuzilishiga baho berish bilan bir qatorda, oliy asab faoliyati tipi (asosiy asab jarayonlarining har kimda har xil bo‘ladigan jamiki xususiyatlari, kuchi muvozanatlashgani va harakatchanligi)ning temperamenti (his-hayajonlarga aloqador reaksiyalar xususiyatlari)ni aniqlash zarur. I.P. Pavlov oliy asab faoliyatining to‘rt tipini ajratib bergan, ularga qadimgi yunon hakimlari tasvirlab ketgan temperamentning to‘rt turi xosdir:

1. Xolerik.
2. Sangvinik.
3. Flegmatik.
4. Melanxolik.

U insonga xos bo‘lgan xususiy tiplar: rassomlar, mutafakkirlar va o‘rtacha tipni ham ajratadi. Odamda birinchi signal sistemasining ikkinchi signal sistemasidan ustun turishi rassomlar tipini yuzaga keltiradi, bu tipdagi odamlar uchun ifodali va konkret ravishda fikrlash xarakterilidir. Mutafakkirlar tipiga kiradigan odamlarda fikrlash umumlashtirilgan, abstrakt xarakterda bo‘ladi. O‘rtacha tipdagi birinchi va ikkinchi signal sistemasiga bir xil rivojlangan odamlar kiradi; ularga obrazli qilib konkret ravishda fikrlash ham, umumlashtirilgan, abstrakt fikrlash ham bir xilda xos bo‘ladi.

Oliy asab faoliyatining tipi inson umumiy konstitutsiyasining eng muhim qismi va asosi bo‘lib hisoblanadi. Ba‘zi patologik o‘zgarishlar to‘g‘risida bemorning yurishiga qarab, fikr bildirsa bo‘ladi. Ataktik (noto‘g‘ri) yurish orqa miya sohasida kuzatiladi va shu bilan ifodalanadiki, bunda kasal oyog‘ini arang yerdan uzib olib, shu oyog‘i bilan kattakon doira yasaydi-da keyin tovonini yana yerga qo‘yadi; gemipleqik yurish qon quyilgandan keyin kuzatiladi, bunda bemor oyog‘ini sudrab yuradi, miyachaga aloqador ataksiya miyacha kasalliklarida bo‘ladi, odam gandraklab yuradigan bo‘lib qoladi va hokazo.

Mushaklar koʻzdan kechirilganda, ularning qay darajada rivojlanganligiga ham ahamiyat beriladi. Ularning ingichkalashib ketishi (atrofiya) miya insultlarida, asab dastalarining zararlanishi tufayli yuz beradi. Suyak va boʻgʻimlarni tekshirganda, harakatlar hajmi cheklanganligi, shishib chiqqan, qizarib turganligiga ahamiyat beriladi. Qoʻllar-oyoqlar koʻzdan kechirilganda shishlar, varikoz chandiqlar, yaralar bor-yoʻqligi hisobga olinadi. Qoʻl va oyoq uchlarining kattalashib, dumaloq shaklga kirishib (nogʻora choʻpi), tirnoqlarning soat oynasi shaklida boʻlishi, yurakning tugʻma nuqsonlarida, oʻpkaning yiringli kasalliklarida, septik endokarditda kuzatilishi mumkin.

Xulosa qilib aytganda, bemorni diqqat-eʼtibor bilan koʻzdan kechirish, kasallikni aniqlashda, unga toʻgʻri tashxis qoʻyishda, qolaversa, bemorni toʻgʻri davolashda juda muhimdir.

Paypaslab koʻrish (palpatsiya). Palpatsiya yoki paypaslab koʻrish yuza va chuqur boʻladi. Yuza palpatsiya qilish bilan biz teri namligi, tarangligi va teri osti yogʻ klechatkasining ahvoli toʻgʻrisida muhim maʼlumotlarga ega boʻlamiz.

Perkussiya. Perkussiya yoki toʻqillatib eshitib koʻrish — bu chiqadigan tovushning xususiyatlariga qarab tekshirilayotgan organning ahvoli toʻgʻrisida fikr yuritish uchun bemor tanasining yuzasiga toʻqillatib urib, eshitib koʻrishdir.

Auskultatsiya. Bu usul organlarni ishlab turgan vaqtida hosil boʻlgan tovushlarni eshitib koʻrishdan iborat. Shunga qarab, organning sogʻlom yoki kasal holatida ekanligi toʻgʻrisida fikr yuritsa boʻladi. Auskultatsiya tekshirish usulining amaliyotga keng joriy etilishini fransuz shifokori Laennek nomi bilan bogʻliq. Bevosita va bilvosita auskultatsiya tafovut qilinadi. Bilvosita auskultatsiya kasal tananing u yoki bu qismiga toʻgʻridan toʻgʻri quloqni qoʻyib eshitish, bilvosita auskultatsiya esa, maxsus tibbiyot asboblari (fonendoskop, stetoskop) yordamida eshitib koʻriladi.

Asosiy davolash usullari. Barcha davolash usullarini uch guruhga ajratish mumkin: terapevtik, fizik va ortopedik davolash usullari shular sirasiga kiradi.

Terapevtik davolash usuli qoʻllaniladigan vositalarga qarab quyidagilarga boʻlinadi: dorilarni qoʻllab davolash asosiy davolash usullaridan biri hisoblanadi. Bemorlarga dori berish koʻpgina kasalliklarni davolashning asosiy usuli hisoblanadi. Dori yordamida davolash ham oʻz navbatida bir necha kichik guruhlarga boʻlinadi:

a) etiologik davolashda dori ta'siri kasallik sababini yo'qotishga qaratiladi;

b) patogenetik davolashda dori ta'siri kasallikning rivojlanish mexanizmiga qarshi qaratiladi;

d) poliativ davolashlarning bemor ahvolini vaqtincha yengillashtirishga, kasallik belgilarini yo'qotishga qaratilgan ta'siridan foydalaniladi;

e) gormon o'rnini to'ldiruvchi dori bilan davolashda organizmdagi ishlab chiqariladigan gormon yetishmasligi natijasida ana shu gormon o'rnini bosadigan dorilar beriladi.

Fizik usullar:

a) fizik davolash usullaridan biri bu jarrohlikdir. Bunda jarroh organizmdagi hayot qobiliyatini yo'qotgan to'qimalarni olib tashlaydi, suyak siniqlarini o'z joyiga qo'yadi va hokazo;

b) davolash jarayonida turli xil fizik apparatlarni qo'llash ham fizik davolash usuliga kiradi.

Ortopedik davolash usullari, asosan, organizm a'zolari to'la yoki bir qismi yo'qotilganda qo'llaniladi. Bunda organizm yoki yetishmagan qismi protezlar yordamida to'ldiriladi. Shu sababli, bunday davolash usulini o'rnini to'ldiruvchi davolash usuli, deyish mumkin.

1.7. Bemorlarni umumiy davolash jarayonida birinchi tibbiy yordamning o'rnini

Insoniyat jamiyat rivojlanishining hozirgi bosqichi texnika, sanoatning jadal taraqqiy qilishi, ilm-fanning ulkan yutuqlari bilan tavsiflanib, bu jamiyat uchun yangi farovonlik baxsh etadi, insonning mehnat qilish va dam olish sharoitlarni yaxshilash bilan ular umrini uzaytiradi. Biroq, texnika taraqqiyoti qator hollarda odamga yoqimsiz ta'sirotlar xavfini oshiradi, qurilayotgan profilaktik tadbirlarga qaramay, transport vositalarining ko'payishi bilan bir qatorda transportdan shikastlanishning ko'payib borayotganligi bunga eng xarakterli misol bo'la oladi. Har yili minglab kishilar transportdan shikastlanib halok bo'ladi, bundan ham ko'plari esa, mayib-majruh bo'lib qoladi.

Shikastlangan kishilarning hayotini qutqarib qolishga qaratilgan choralar orasida birinchi tibbiy yordamning ahamiyati katta bo'lib, u nechog'li erta ko'rsatilsa, shunchalik samarador bo'ladi. Tibbiy yordamning samaradorligi yil sayin oshib bormoqda. Bu avvalo,

odam umrining uzayishiga ta'sir ko'rsatmoqda. Sog'liqni saqlash sohasidagi bu yutuqlarga inson salomatligi to'g'risida g'amxo'rlik qilish davlatning eng muhim vazifasi bo'lgan rivojlangan mamlakatdagina erishish mumkin.

Malakali tibbiy yordam kasallik diagnostikasini, davolashni, shuningdek, tibbiyot xodimlari mehnatini osonlashtiradigan zarur asbob-uskunalar bilan jihozlangan maxsus davolash muassasalari tizimi tomonidan amalga oshiriladi. Sog'liqni saqlash, ijtimoiy ta'minot, dam olish maskanlari, sanatoriylar qurish, fizkultura va sportni rivojlantirishga juda katta mablag' ajratadi.

Tibbiyot muassasalari tarmog'i to'xtovsiz o'smoqda, shifokorlar, feldsherlar, hamshiralar, laborantlar va boshqa tibbiyot xodimlari yil sayin ko'payib bormoqda. Bu aholiga malakali tibbiyot yordami ko'rsatishni maksimal darajada yaqinlashtirish va davolash natijalarini keskin yaxshilash imkonini beradi.

Biroq, tez yordam xizmati, hatto eng yuksak darajada tashkil qilingan bo'lsa-da, to'satdan kasallanish va baxtsiz hodisalarda yaqin joydagi fuqarolar birinchi tibbiy yordam ko'rsata olmasalar kechikib qolish mumkin. Mamlakatimizning yalpi aholisini birinchi tibbiy yordam ko'rsatish qoidalariga o'rgatishga intilishning sababi ham ana shunda. Birinchi tibbiy yordam maktabda o'rgatiladi, u o't o'chiruvchilar, militsiya xodimlari, transport haydovchilarini tayyorlash rejasiga kiradi. Harbiy xizmatchilar o'qib o'rganadilar.

Tibbiyot xodimi shikastlangan kishiga ko'chada, yo'lda, jamoat joylarida birinchi chaqiriq bo'yicha yordamga kelishi va baxtsiz hodisalarga va to'satdan kasallanishlarda birinchi tibbiy yordamini to'g'ri ko'rsata bilishi shart. Bu burchni bajarmaslik, shikastlangan kishiga yordam bermaslik bizning qonunlarimiz bo'yicha jinoyat bilan yonma-o'n turadi. Asoslarning 17-moddasida kasb-koriga oid vazifalarni buzgan tibbiyot xodimlari bunday buzilishlar qonun bo'yicha jinoiy javobgarlikka sabab bo'lmaganda, qonunchilikka belgilangan intizom javobgarligiga tortiladilar.

Birinchi (shifokorgacha) tibbiy yordam — zarar ko'rgan yoki kasallanib qolgan kishiga hodisa yuz bergan joyda va uni tibbiyot muassasasiga yetkazish davrida o'tkaziladigan shoshilinch tadbirlar kompleksi. Birinchi tibbiy yordam tadbirlarning quyidagi uch guruhini o'z ichiga oladi:

1. Tashqi shikastlovchi omillar (elektr toki, yuqori va past harorat, og'ir narsalardan ezilishi) ta'sirini zudlik bilan to'xtatish va shikastlangan kishini u tushgan noqulay sharoitlardan chiqarish

(suvdan olib chiqish, yonayotgan, zaharli gaz yig'ilgan xonalardan olib chiqish).

2. Shikast, baxtsiz hodisa yoki to'satdan boshlangan kasalliklarning xarakteri turiga ko'ra, shikastlangan kishiga tez birinchi yordam ko'rsatish (qon oqishini to'xtatish, jarohatga bog'lam qo'yish, sun'iy nafas oldirish, yurakni uqalash, ziddi-zahar kiritish va boshqalar).

3. Kasallangan yoki shikastlanib qolgan kishini davolash muassasasiga tez olib borish (transportirovka qilish)ni uyushtirish. Birinchi punktdagi tadbirlar tibbiyot yordamiga emas, umuman, birinchi yordam ko'rsatishga taalluqlidir. Birinchi yordam ko'pincha o'zaro va o'z-o'ziga yordam tariqasida beriladi, chunki cho'kayotgan odamni suvdan chiqarilmasa, odamni o't tushgan xonadan olib chiqilmasa, uni bosib qolgan narsalardan ozod qilinmasa, uning halok bo'lishi hammaga ma'lum. Shikastlovchi ta'sir muddati nechog'li davomli bo'lsa, shikastlanish shu qadar chuqur va og'ir bo'lishini ta'kidlab o'tish lozim. Shuning uchun birinchi yordamni shu tadbirlardan boshlash kerak.

Tadbirlarning ikkinchi guruhi esa, tibbiy yordamini tashkil etadi. Uni faqat tibbiyot xodimlari yoki shikastlarni asosiy belgilarini o'rganib chiqqan va birinchi tibbiy yordamining maxsus usullarini egallab birinchi tibbiy yordami ko'rsatishga o'rgatilgan kishilargina (militSIONERLAR, o't o'chiruvchilar, harbiylar va boshqalar) ko'rsatishlari mumkin.

Tez tibbiy yordam. Mamlakatimizda birinchi tibbiy yordam ko'rsatish uchun maxsus tibbiyot muassasalari tez tibbiy yordam stansiyalari va kechiktirib bo'lmaydigan yordam punktlar (travmatologik, stomatologik punktlari va boshqalar) tashkil qilingan.

Tez yordam stansiyasining ishi ko'p qirrali. Unga shikastlanganda va to'satdan ro'y bergan kasalliklarda birinchi tibbiy yordam ko'rsatish, shoshilinch jarrohlik va terapevtik yordamga muhtoj bemorlarni kasalxonaga, tug'adigan xotinlarni tug'uruqxonaga yotqizish vazifasi yuklangan. Tez yordam mashinalari har qanday chaqiriq bo'yicha so'zsiz yetib borishlari shart. Hodisa yuz bergan joyga yetib kelgan tez yordam shifokori yoki feldsheri birinchi tibbiy yordami ko'rsatadi va shikastga uchragan yoki kasallangan kishini malakali transportirovka qilishni ta'minlaydi.

Tez yordam xizmati to'xtovsiz rivojlanib va takomillashib borayapti. Hozirgi vaqtda hamma yirik shaharlarda yuqori malakali shifokorlik birinchi yordamini ko'rsatish imkonini beradigan zamonaviy uskunalar bilan jihozlangan maxsus mashinalar bor.

Bu mashinalarda ishlaydigan shifokorlar va feldsherlar zarurat bo'lganda hodisa yuz bergan joyda, mashinada stasionarga kelinayotgan paytda bemorga qon yoki qon o'rnida ishlatiladigan suyuqliklarni quyadilar. Yurakni sirdan massaj qiladilar yoki maxsus asboblardan yordamida sun'iy nafas oldiradilar, narkoz beradilar va boshqa dori preparatlari kiritadilar. Tez yordam xizmatini shunday mashinalar bilan ta'minlash shoshilinch yordam ko'rsatishni birmuncha yaxshiladi, uning samaradorligini oshirdi.

Tez yordam stansiyalarida bemorlarni xirurgik va terapevtik stasionarlarga, yuqumli, psixiatrik va boshqa ixtisoslashgan kasalxonalariga malakali transportirovka qilinishni amalga oshiradigan bo'linmalar mavjud. Bu mashinalar poliklinikalar, tibbiyot-sanitariya qismlari, shoshilinch yordam punktlari shifokorlarining chaqiriqlari bo'yicha shu davolash muassasalaridagi bemorlarga xizmat qiladi.



NAZORAT SAVOLLARI

1. Odam patologiyasi haqida tushuncha bering.
2. Shikastlanish va yallig'lanish deganda qanday holat tushuniladi va ularning bir-biridan farqi.
3. Gipoksiya holati qanday holat va uning kelib chiqish sabablari?
4. Distrofiya nima?
5. Qon aylanish patologiyasida organizmda qanday o'zgarishlar bo'ladi?
6. Kasalni tekshirishning qanday usullari mavjud?
7. Kasalni davolash usullarini sanab o'ting.

TEST SAVOLLARI

1. *Barcha to'qimalar, hujayra strukturasi yong'ir bo'lgan moddalarni yetkazib beruvchi suyuqlik:*
 - a) limfa;
 - b) endokrin bez suyuqligi;
 - d) qon;
 - e) plazma;
 - f) me'da suyuqligi.
2. *Issiqlik energiyasi qanday jarayon natijasida hosil bo'ladi:*
 - a) oksidlanish jarayonida;
 - b) suyuqliklar jarayonida;
 - d) dissimilatsiya jarayonida;
 - e) oziq-moddalar jarayonida;
 - f) qon harakati jarayonida.

3. *Distrofiya deb nimaga aytiladi:*

1. Organizmda oqsillar almashinuvining buzilishiga;
2. Organizmda yog'lar almashinuvining buzilishiga;
3. Uglevodlar almashinuvining buzilishiga;
4. Mineral tuzlar almashinuvining buzilishiga;
5. Vitaminlar so'rilishining buzilishi natijasida.

- a) 4,5;
- b) 1,3,5;
- d) 2,4;
- e) 1,2,3;
- f) 1,4.

4. *Oqsil distrofiyasining qanday turlari bor:*

1. Oddiy distrofiya;
2. Donador distrofiya;
3. Murakkab distrofiya;
4. Gialinoz distrofiya;
5. Amilaidoz distrofiya.

- a) 1,2,3;
- b) 3,4,5;
- d) 2,4,5;
- e) 4,5;
- f) 2,3.

5. *Yog'ning hujayrada noto'g'ri taqsimlanishi natijasida qanday hodisa yuz beradi:*

- a) yog' suyuqlanishi;
- b) yog' parchalanishi;
- d) yog' to'planishi;
- e) yog' so'rilishi;
- f) yog' bosishi.

6. *Organ yoki to'qimaning ma'lum qismini kichrayib qolishi nima deyiladi:*

- a) distrofiya;
- b) gipetrofiya;
- d) atrofiya;
- e) nekroz;
- f) gangrena.

7. *Nekroz deganda nima tushuniladi:*

- a) organ yoki to'qimalarning kichrayishi;
- b) to'qimalar hayot faoliyatining to'xtab qolishi;
- d) oqsil, yog', uglevod almashinuvining buzilishi;
- e) suyuqlikning yo'qolishi;
- f) qon yo'qotish.

8. *To'qima yoki hujayralar chirishi nima deyiladi:*

- a) distrofiya;
- b) atrofiya;
- d) ishemiya;
- e) gangrena;
- f) nekroz.

9. *Mahalliy qon aylanishini izdan chiqishining qanday turlari mavjud:*

- a) giperemiya;
- b) ishemiya;
- d) tromboz;
- e) emboliya;
- f) hammasi.

10. *Infarkt nima:*

- a) to'qimalar qizarishi;
- b) to'qima va hujayralar oziqlanishining buzilishi;
- d) tomirlarda tromb hosil bo'lish jarayoni;
- e) to'qimalarda avj olib boradigan og'ir patologik jarayon;
- f) to'qimalarda qon aylanishining buzilishi.

11. *Yallig'lanish qanday belgilar bilan namoyon bo'ladi:*

- a) qizarish, shish;
- b) tana haroratining ko'tarilishi;
- d) og'riq;
- e) organ funksiyasining buzilishi;
- f) hammasi.

12. *Hujayra va to'qimalarning cheksiz ko'payib borishi, organizm hayot faoliyatini izdan chiqara oladigan tuzilma nima:*

- a) limfa tugunlari;
- b) asab to'qimasi;
- d) qon hujayralari;
- e) o'smalar;
- f) biriktiruvchi to'qima.

13. *Simptom deganda nima tushuniladi:*

- a) kasallik avj olishi;
- b) kasallikning susayishi;
- d) kasallik belgilarining namoyon bo'lishi;
- e) sindromlar yig'indisi;
- f) kasallikni davolash usullari.

14. *Tashxis deganda nima tushuniladi:*

- a) kasallik belgilari;
- b) laboratoriya tekshirishlari;
- d) kasallik belgilari yig'indisi;
- e) kasallik to'g'risidagi tibbiy xulosa;
- f) kasallikning tuzalishi.

15. Kasal shikoyatlarini soʻrab surishtirish bilan nimalar aniqlanadi:

- a) obyektiv tekshirish usuli;
- b) asbob-uskunalar yordamida tekshirish;
- d) subyektiv tekshirish usuli;
- e) laboratoriya tekshirish usuli;
- f) taxminiy diagnoz usuli.

16. Bemorni koʻzdan kechirish bilan nimalar aniqlanadi:

- a) subyektiv tekshirish, bemorning umumiy ahvoli;
- b) subyektiv tekshirish, bemorning tashqi koʻrinishi;
- d) organlardagi patologik holat;
- e) qon aylanishining buzilishi;
- f) markaziy asab sistemasidagi oʻzgarishlar.

17. Asbob-uskunalar yordamida tekshirish:

- a) organlarning nisbiy va mutlaq chegarasini aniqlash;
- b) organlarda hosil boʻladigan shovqinlarni aniqlash;
- d) tonometr, fonendoskop, endoskop yordamida tekshirish;
- e) balgʻam, qon, siydik najasni tekshirish;
- f) toʻgʻri javob yoʻq.

18. Paypaslab tekshirilganda nimalar aniqlanadi:

- a) organ konsistensiyasi, shakli, hajmi;
- b) tovushning toʻmtoqligi;
- d) organ shakli;
- e) organlarda qon aylanish holati;
- f) organning patologik holati.

19. Perkussiya, auskultatsiya qanday tekshirish usullariga kiradi:

- a) obyektiv tekshirish;
- b) subyektiv tekshirish;
- d) instrumentlar yordamida tekshirish;
- e) laboratoriya tekshiruvi;
- f) toʻgʻri javob yoʻq.



BU SOʻZLARNI ESLAB QOLING

- osteologiya
- artrologiya
- esteziologiya
- viologiya
- sarkoma
- osteoma
- lipoma
- angioma
- gangrena
- distrofiya

II bob

ANTISEPTIKA VA ASEPTIKA TUSHUNCHALARI

2.1. Mikroorganizmlar va infeksiya

Infeksiya deganda nima tushuniladi? Ayniqsa, jarrohlik sohasida infeksiya qanday patologik jarayonlarni keltirib chiqaradi? Keling, shu mavzuda qisqacha to'xtalamiz.

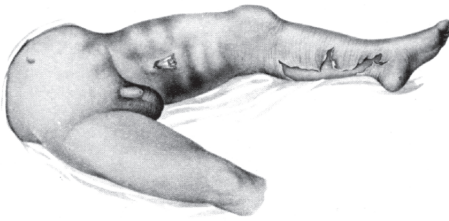
«*Infeksiya*» atamasi zaminida odam organizmi (makro-organizm) bilan mikroblar (mikroorganizm) o'rtasida bo'ladigan nosog'lom patologik jarayon yotadi. Jarrohlik infeksiya deganda, odam organizmida jarohat orqali mikroblar tushishidan va organizmning himoya kuchlari birmuncha pasayishi oqibatida vujudga keladigan yiringli yallig'lanish kasalliklari (sepsis, flegmona, adenoflegmona, furunkul, karbonkul va boshqalar) tushuniladi.

Jarrohlik infeksiyaning oldini olish choralari. Organizm himoya kuchlarini oshirish, shikastlanishlarni oldini olish, mikrofloraning rivojlanishi uchun noqulay sharoitlarni amalga oshirish. Jarrohlik infeksiya haqida quyidagi tushunchalarni bilish lozim bo'ladi:

1. *Birlamchi infeksiya* – jarohatga birlamchi infeksiyaning tushishi.
2. *Reinfeksiya* – birlamchi infeksiya jarayoni tugamasdan, ya'ni organizm sog'aymasdan takroriy yuqish.
3. *Superinfeksiya* – birlamchi infeksiya jarayoni tugallanmasdan, takroriy yuqish va uning juda og'ir, agressiv kechishi kiradi. Bularga qarshi kurashish uchun antiseptik preparatlar antibiotiklar, organizmlar himoya kuchlarini oshiradigan preparatlar va davolashning jarrohlik usullari qo'llaniladi.

Yiring hosil qiluvchi mikroblar. Patologik jarayonlarni keltirib chiqaradigan yiringlatuvchi mikroblar aerob (atmosfera kislorod bo'lganda yashaydi va rivojlanadi) va anaerob (kislorodsiz muhitda yashaydi va rivojlanadi).

Stafilokokk (Staphylococcus aureus). Anaerob sharoitda ham rivojlana oladigan mikroblar aerob hisoblanadi. Havoda, buyumlarda, kiyim-kechaklarda, odam tanasida va hokazolarda keng tarqalgan.



2-rasm. Anaerob gangrenadan zararlangan tananing pastki qismi umumiy ko'rinishi.

birmuncha chidamli. Yiringli jarayonlarga sabab bo'ladi. Ko'proq seroz parda va bo'g'imlarning sinovial pardalarini yallig'lantiradi.

Pnevmokokk (Pnevmococcus) – aerob sharoitda yashaydi. O'pka va bo'g'imlarning sinovial pardalarini ko'proq yallig'lantiradi.

Gazli gangrena tayoqchasi (Clostridium difficile) – gazli gangrenaning eng ko'p tarqalgan qo'zg'atuvchisi bo'lib, sporalar, toksinlar va gaz hosil qiladi. Toksinlari gemoliz, umumiy intoksikatsiya, asab sistemasining zararlanishini keltirib chiqaradi (2, 3, 4-rasmlar).



4-rasm. Pufakli (ho'l) gangrena.

Oq va tillarang stafilokokk farq qilinadi. Bu ko'pincha yiringli jarayonlarning qo'zg'atuvchisi hisoblanadi. Stafilokokk quritishga yaxshi chidaydi, qaynab turgan suvda bir necha minutdan keyin halok bo'ladi.

Streptokokk (Strep-tococcus) – stafilokokk singari juda keng tarqalgan,



3-rasm. Quruq gangrena.

Ichak tayoqchasi (Escherichia Coii) – ichaklarda va najasdan ifloslangan joylarda bo'ladi. Aerob va anaerob sharoitlarda ko'payadi. Ko'pincha, yiringli jarayonlarning o'tishini og'irlashtiradi. Bu mikroba ta'sirida kletchatka, muskullar, paylar va fatsiyalar erib ketishi mumkin.

Septik vibrion (Clostridium vibrion septicum) – uning tok-

sinlari seroz va seroz-gemorragik yallig‘lanish hisobiga avj oladigan shishga to‘qimalar nekroziga sabab bo‘ladi. Toksinlari tomirlarni zararlantiradi.

Qoqshol tayyoqchasi (Clostridium tetani) – spora hosil qiladigan mikroob. U tetanogemolizin va tetanospazmin toksinlarini ishlab chiqaradi, keyingi toksin markaziy asab sistemasini o‘ziga xos zararlantirib qoqshol kasalligini keltirib chiqaradi.

2.2. Antiseptika

Antiseptika deganda, jarohatdagi mikroblarni yo‘qotish yoki sonini kamaytirishga qaratilgan choralar tizimi tushuniladi. Antiseptikaning quyidagi turlari farqlanadi:

1. Fizik.
2. Mexanik.
3. Kimyoviy.
4. Biologik.
5. Aralash.

Fizikaviy antiseptika – vositalariga drenaj, steril tampon, sharchalar, qizdiruvchi ultrabinafsha lampalar va infraqizil lazer apparatlari kiradi. Bunday fizikaviy vositalar yordamida jarohatdagi zahar (toksin) va yiringlar o‘z vaqtida so‘rish va oqim yo‘nalishini hosil qilish usullari yordamida chiqarib tashlanadi.

Mexanik antiseptika – jarohat va uning atrofini mexanik usul bilan tozalash, yot jismlarini olib tashlash, nekrozga uchragan va o‘lishi muqarrar to‘qimalarni kesib olib tashlash, jarohatga birlamchi ishlov berish va tikish kiradi.

Kimyoviy antiseptika – mikroblarni yo‘qotish yoki jarohatda uning rivojlanishini to‘xtatish (bakteriostatik) xususiyatiga ega bo‘lgan turli kimyoviy yo‘l bilan olinadigan antiseptik moddalarni ishlatish ko‘zda tutilgan. Bunda malhamlar (Vishnevskiy, iruksol, sintomitsin), kukunlar (kseroform, yodoform), emulsiyalar, yod, spirt, kimyoviy tarkibga ega bo‘lgan va tibbiyot amaliyotida ishlatiladigan barcha dorilar kiradi.

Biologik antiseptika – turli biologik dori moddalari kiradi. Bularda maxsus vaksinalar, immunoglobulinlar, qon, plazma va antotoksinlar bemor organizmiga kiritilganda, uning umumiy (spetsifik va nospetsifik) immuniteti hamda mikroorganizmlarga bo‘lgan

kurashuvchanlik xususiyati ortadi va natijada, mikroblar organizmdan yo'qoladi. Antibiotiklar, bakteriofag va anatoksinlar mikroblar to'qimasiga yoki uning zaharlarining ma'lum bir turiga makroorganizm tomonidan to'g'ridan to'g'ri ta'sir qilib, uni yo'q qiladi yoki neytrallaydi.

Proteolitik fermentlar esa, jarohatdagi yaroqsiz to'qimalarni lizisga uchratib, uning tezroq tozalanishini ta'minlaydi va mikroblar to'qimalarning oziqlanishini buzadi.

Aralash antiseptika – tibbiyot amaliyotida alohida antiseptik turlarini qo'llashning foydasi va imkoniyati kamligi tufayli, ular doim birgalikda kompleks holatida ishlatiladi. Masalan, jarohatni zamonaviy usullarda tez davolash uchun jarohatga birlamchi jarrohlik ishlov beriladi, bunda jarohat chetlari kesiladi (mexanik antiseptika), atroflarini yod bilan ishlov beriladi va jarohat yodid peroksid eritmasi bilan yuviladi (kimyoviy antiseptika).

Qoqsholga qarshi zardob va antibiotiklardan birontasi organizmga yuboriladi (biologik antiseptika) jarohatga gipertonik eritma shimdirilgan salftka ishlatiladi yoki YBQ ishlatiladi (fizik antiseptika).

2.3. Ko'p ishlatiladigan antiseptik dorilar

Borat kislota (Acidum Boricum) – ko'k yiring tayoqchasidan zararlanishda jarohatlarni yuvish uchun 2–3 % li eritmasi qo'llaniladi, surtma va kukunli dorilar ko'rinishida ham ishlatilishi mumkin.

Fenol yoki karbol kislota (Acidum carbolicum) – 2–3 % li eritmasi parvarish buyumlarini dezinfeksiya qilish, asboblarni, rezina qo'lqoplarni sterillash uchun qo'llaniladi.

Etil spirti (Spiritus aethylicus). Dezinfeksiyalovchi va oshlovchi ta'siri bor. 70° va 96° eritmaları qo'lga va operatsiya maydoniga surtish uchun ishlatiladi.

Formaldegid–formalin (Formaldehydum solutum) – Formaldegidning suvdagi 36,5–37,5 % li eritmasidan iborat. Asboblarni dezinfeksiya qilish uchun 0,5 % li eritmasi qo'llaniladi. Uch xil moddadan tashkil topgan (1000 ml distillangan suvga 20 gr formalin, 10 gr karbol kislota, 30 gr natriy karbonat qo'shib tayyorlanadi).

Metilin ko'ki (Methylenum coeruleum) – spirtidagi 1–3 % li eritmasi kuyishda va terining yiringli kasalliklarida antiseptik vosita sifatida ishlatiladi.

Brilliant yashili (Viridi nitens) – spirtidagi 0,1–0,2 % li eritmasi yiringli kasalliklarda teriga surtish uchun qo'llaniladi.

Vodorod peroksid eritmasi (Hydrogenii peroxydati diluta) – 3–5 % li eritmasi yiringli jarohlarni yuvish uchun, 33 % dezinfeksiya qiladigan va yoqimsiz hidni yo'qotadigan vosita sifatida ishlatiladi va bunda hosil bo'ladigan ko'pik bilan hayotga yaroqsiz to'qimalar mexanik ravishda tozalanadi.

Kaliy permanganat (kali permanganas) – kuchli oksidlovchi 0,1–0,05 % li eritmasi jarohat, 0,01–0,1 % li eritmalari tomoq va og'izni chayish 2–5 % li konsentratsiyasi yara va kuygan yuzalarga surtish uchun ishlatiladi.

Diotsid (Diocidum) – kuchli antiseptik ta'siri bor. Qo'lni yuvishda 1:3000–1:5000, asboblarni, chok materiallarini sterilizatsiya qilishda 1:1000 eritmasi ishlatiladi.

Furatsilin (Furacilinum) – 1:5000 nisbatdagi eritmalari yiringli jarohlarni davolash, bo'shliqlarni yuvish uchun qo'llaniladi. Anaerob floraga ta'sir etadi.

*Simob dixlorid – sulema (Hydrargiri dichloridum)*ning 1:1000 eritmasi parvarish buyumlari, qo'lqoplarni dezinfeksiya qilish uchun ishlatiladi. Sulema kuchli zahar. Uni ishlatishda ehtiyotkorlikka rioya qilish kerak, «A» ro'yxat bo'yicha saqlanadi.

Kumush nitrat (Argenti nitras) – jarohatlar, qovuqni yuvish uchun dezinfeksiyalovchi vosita sifatida 1:500; 1:1000 konsentratsiyasi ishlatiladi. Ortiqcha granulatsiyalarni kuydirish uchun 5–10 % li eritmasidan foydalaniladi.

Xloramin B (Chloraminum B) 2 % li eritmasi jarroh qo'lini zararsizlantirish, rezina qo'lqoplar, kateterlar, drenajlarni sterilizatsiya qilish, infeksiya tushgan jarohlarni davolash, yiringli bo'shliqlarni yuvish uchun qo'llaniladi.

Yodning spirtidagi eritmasi (Solutio iodi spirituosa) – 5 % li eritmasi operatsiya maydoniga, jarohat chetlariga surtish uchun dezinfeksiya qiladigan vosita sifatida ishlatiladi.

Yodonat – yodning suvdagi eritmasi 1 % li eritma sifatida operatsiya maydonini mikrobsizlantirish maqsadida ishlatiladi.

Yodopironning 1 % li suvli eritmasi – operatsiya maydoni va jarroh qo'lini yuqumsizlantirishda, yiringli jarohlarni davolashda ishlatiladi.

2.4. Aseptika

Aseptika jarohat va unga qo'yiladigan bog'lam, asboblari, obyektlarga va ma'lum bo'shliqqa tushishi mumkin bo'lgan mikroblarga, shuningdek, kasallik tarqatuvchi turli mikroorganizmlarga qarshi kurashishni ta'minlaydigan chora-tadbirlar kompleksiga aytiladi. Shu maqsadda tashkiliy tadbirlar fizik omillar, ayrim antiseptik va kimyoviy preparatlardan foydalaniladi.

Mikroblar va ularning sporalari yo'qotish – sterilizatsiya, deyiladi. Sterilizatsiyaning turli usullari mavjud bo'lib, ularga: kuydirish, cho'g'lantirish, avtoklavlash, qaynatish, kimyoviy moddalar, nur, ultratovush orqali ishlov berish kiradi.

2.5. Izolatsiya va sterilizatsiya

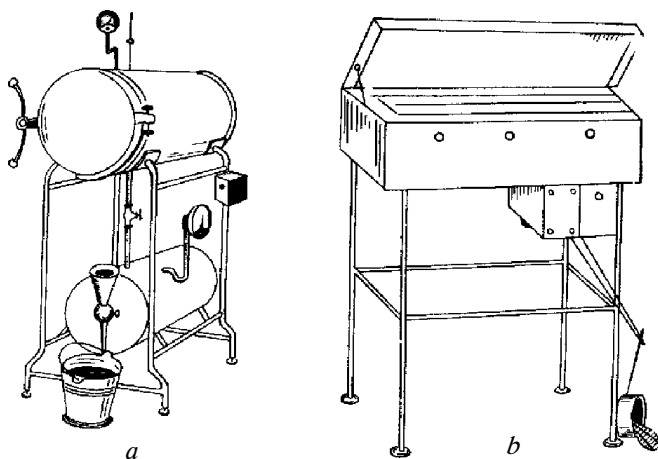
Kuydirib sterilizatsiya qilish

Kuydirishda sterilizatsiya yaxshi bo'lmaydi va asboblarni ishdan chiqaradi, shuning uchun kamdan-kam hollarda, masalan, tayyor steril asbob bo'lmagan shoshilinch kichik operatsiyalarda ishlatiladi. Shu maqsadda sterilizator qopqog'iga yoki tog'orachaga asboblarni qo'yib, oz miqdorda 96° spirt quyiladi va yoqiladi. Spirt yonib bo'lgandan keyin, asboblarni ishlatish mumkin, bundan tashqari, olovda ham ayrim hollarda metall asboblarni kuydirib, sterilizatsiya qilish mumkin.

Quruq issiqlik bilan sterilizatsiya qilish – metallardan yasalgan asboblarni sterilizatsiya qilishda birmuncha keng tarqalgan. Shu maqsadda quruq issiqlik beradigan maxsus shkafdan foydalaniladi. Shkafga asboblari qo'yiladi va shkaf bekilib elektr tarmog'iga ulanadi. 10–15 daqiqa o'tgach, shkafdagi harorat 120–140°C gacha ko'tariladi. Haroratning doimiyliigi kontakt termometr bilan boshqarilib turiladi. Sterilizatsiya muddati 30 daqiqa. Bu usuldagi sterilizatsiya ishonchli bo'ladi va asboblari ishdan chiqmaydi. Hozirda jarrohlik sohasida ishlatiladigan asboblari kiyim-boshlar, bog'lov materiallari, kateterlar, drenajlar, avtoklavda sterilizatsiya qilinadi. Quyida avtoklavning tuzilishi va ishlashi haqida tushunchaga ega bo'lamiz.

Avtoklavlash. Bosim bug' bilan sterilizatsiya qilish avtoklavlash, deyiladi. Operatsiya uchun choyshablari, bog'lov materiallari, rezina

qo‘lqoplar, asboblarni qon quyish uchun sistema va boshqalarni avtoklavlash mumkin. Avtoklavlar tuzilishi va turi jihatidan har xil bo‘ladi, biroq hammasining ham ishlash jihati deyarli bir xil. Avtoklav, odatda, qo‘sh devorli metall qozondan iborat bo‘lib, devorlari orasiga suv quyiladi (5-rasm).



5-rasm. a—avtoklavning umumiy ko‘rinishi;
b—sterilizator.

Sterilizatsiya qilinadigan materiallar maxsus bikslarga solinib, avtoklavga qo‘yiladi. Avtoklav qopqog‘i yopilib, germitizatsiyani saqlash uchun boltlari burab qo‘yiladi. Avtoklavning monometri, ehtiyot klapani suv va bug‘ni chiqarish uchun jo‘mrangi bo‘ladi. Elektr isitgich gaz va boshqalar avtoklavlashda suv qizdiradigan manba bo‘lishi mumkin.

Avtoklavda suv qizdirilganda, qaynab bug‘ hosil bo‘ladi. Bunda kameradagi bosim va shunga muvofiq holda harorat oshadi, bosim bilan bug‘ harorati o‘rtasida uzviy fizik bog‘lanish mavjud. 1 atm.da 120°C ga, 1,5 atm.da 127°C ga, 2 atm.da 134°C ga teng. Shunday qilib, bosim qanchalik yuqori bo‘lsa, harorat ham shunchalik yuqori bo‘ladi. 1 atm bosimida sterilizatsiya 1 soat, 1,5 atm bosimida 45 daqiqa, 2 atm bosimida 30 daqiqa davom ettirilishi kerak. Avtoklav ishlamay turganida, suvi to‘kib qo‘yiladi.

Avtoklavlash uchun:

- a) bug‘ chiqadigan kranni ochish;
- b) qizdirish manbayini ulash;

d) avtoklav kamerasidagi hamma havo oʻrniga bugʻ kiritish uchun 15–20 daqiqagacha bugʻ chiqarishni davom ettirish;

e) kranni berkitib, bosimni talab etiladigan darajagacha (1,5–2 atm) yetkazish zarur boʻladi.

Zamonaviy avtoklavlarda bosim avtomatik tarzda saqlab turiladi.

Jarroh qoʻlqoplarini yuqumsizlantirish va saqlash

Rezina qoʻlqoplarni sterilizatsiyalashda ularning ustiga va ichiga talk sepiladi, juft-juft qilib qoʻyiladi, yopishib qolmasligi uchun doka salftkaga oʻraladi va alohida barabanga joylanadi. Ular 1,5 atm bosimida 30 daqiqa sterilizatsiya qilinadi. Sterilizatsiyalangan qoʻlqoplarni koʻpi bilan uch sutkagacha saqlash mumkin. Rezina qoʻlqoplarni yuqumsizlantirishning oddiy usullari:

a) qoʻlqoplar 15 daqiqa davomida qaynatiladi (gidrokarbonat natriy qoʻshmasdan);

b) qoʻlqoplar sulemaning 1:1000 nisbatidagi eritmasiga kamida 40–60 daqiqa botirib qoʻyiladi.

Qoʻlqoplarni kiygandan soʻng, spirt bilan yaxshilab artiladi va uning butunligi koʻzdan kechiriladi, mabodo yirtilgan, teshilgan boʻlsa, boshqa steril qoʻlqopga almashtiriladi. Qoʻllar yana bir bor spirt bilan yoki sulema eritmasi bilan yuviladi. Sterilizatsiya muddati tugagandan keyin avtoklavni:

a) uning isitgichini ulash;

b) bugʻ chiqadigan joʻmragini asta-sekin oxirigacha ochib, bosimning nolga qadar tushishini kutib turish;

d) avtoklav qopqogʻini ochish;

e) bikslarni olish va darhol ulardagi bugʻ chiqadigan teshiklarni bekitish;

f) avtoklav qopqogʻini yopish zarur.

2.6. Asboblarni va bogʻlov materiallarini tayyorlash, sterilizatsiya qilish va saqlash

Niqoblar. Tomchi infeksiyasi xavfini kamaytirish uchun xodimlar ogʻiz-burunlariga maxsus niqob tutib yuradilar. Niqoblar razmeri 16x20 sm.li 4 qavat dokadan tayyorlanib, burchaklariga toʻrtta bogʻich chatib qoʻyiladi.

Xalatlar. Operatsiya uchun maxsus yopiq xalatlar pishiq oq, pushti yoki havorang matodan tikiladi. Xalatlarning rangi turlicha

bo'lishi mumkin. Sterilizatsiya qilishdan oldin xalatning yengi va bog'ichlari ichiga kiritilib taxlanadi.

Qalpoqchalar va ro'mollar. Operatsiyada qatnashadigan xodimlar sochini batamom bekitib turadigan, gazmoldan tikilgan qalpoqcha kiyishi yoki ro'mol o'rashi shart.

Choyshablar. Asboblarni qo'yiladigan stolga bir necha qavat qilib taxlangan steril choyshab yozib qo'yiladi. Uni yozishda nosteril buyumlarga tegib ketmasligiga qarab turiladi. Xodim choyshabni qo'lini uzatib turgan holda havoda yozadi. Bemor choyshabga o'ralganda, uning chetlari operatsiya stolidan kamida 0,5 m pastga tushib turishi kerak.

Sochiqlar. Operatsiya maydonida ishlov berilganidan so'ng, uni ajratib qo'yish uchun ishlatiladi.

Salfetkalar. Salfetkalar gigroskopik xususiyati yuqori bo'lgan, yog'sizlantirilgan, to'rlari yirik dokadan tayyorlanadi. Dokadan bintlar, tamponlar va sharchalar qilinadi. Salfetkalar har xil o'lchamdagi yoki to'g'ri to'rt burchak shakldagi doka parchalaridan iborat bo'lib, katta salfetkalar – 2 dona, 1 m dokadan; o'rtacha salfetkalar – 4 dona, 1 m dokadan; kichik salfetkalar – 8 dona, standart eni 70 sm bo'lgan 1 m dokadan tayyorlanadi. Doka chetlari ikkala tomonidan 1,5–2 sm.dan ichiga qayriladi, so'ngra salfetkani uzunasiga ikkiga buklab qo'yiladi.

Tamponlar. Uzun doka tilimlarining cheti salfetka singari qayirilib, enini 2 qavat qilib buklab tayyorlanadi. Tamponlarning uzunligi har xil bo'ladi. Ular jarohatdan qon oqishini to'xtatish va yiringli bo'shliqlarni drenajlashda ishlatiladi.

Sharchalar. To'rt xil qilib tayyorlanadi: o'rtacha salfetkadan (50x70 sm) va kichik salfetkalardan (25x35, 5x5, 2x2 sm). Bir parcha doka uch qavat qilib buklanadi va markazini cho'qchaytirib, burchak qilib taxlanadi. Asosida qolgan qismi esa, ichiga qayirib qo'yiladi.

Biksga material joylashning uch usuli mavjud. Kichikroq operatsiya xonalarida universal joylash usulidan foydalaniladi. Biksga operatsiya uchun talab qilinishi ehtimoli bo'lgan hamma materiallar qavatma-qavat qilib, sektorlar bo'yicha joylanadi. Birinchi qavatga qo'lga ishlatiladigan salfetkalar, xalat, niqob, paxta bo'lagi, ikkinchi qavatga choyshab va sochiqlar, uchinchisiga salfetkalar, tamponlar, sharchalar va shu kabilar joylanadi. Baraban ichiga bug' bemalol o'tishi uchun hamma buyumlar g'ovak qilib joylanadi. Baraban

qopqog'ining dastasiga sterilizatsiya qilingan vaqt va sterilizatsiyani o'tkazgan mas'ul shaxsning familiyasi yozilgan yorliq yopishtirib qo'yiladi.

Shisha buyumlar boshqa asboblardan alohida qaynatib sterillanadi. Shprislarni qismlarga ajratib sterillash shart.

Hozirgi vaqtda operatsiyalarda qo'llaniladigan jarrohlik asboblari, shprislar, ignalar va boshqa buyumlarni sterilizatsiya qilishda ularni oldin fizik va kimyoviy usulda tozalashga katta ahamiyat beriladi. Shu maqsadda ishdan so'ng, ular oqar suvda yuviladi va issiq yuvuvchi eritmaga 15 daqiqa solib qo'yiladi.

2.7. Asboblarni tez yuqumsizlantirish usullari

Hozirgi vaqtlarda asboblar rezina ashyolari (qo'lqoplar, drenajlar va hokazolar) shisha buyumlarni sterillashda maxsus apparatlar qo'llanilmoqda. Apparatlarning ishi ultratovush, plazma va keramik infraqizil nurlarning mikroorganizmga ta'siri tamoyiliga asosan, dezinfeksiya qiladigan maxsus vositalarga asoslangan. Bunday sterilizatorlar past haroratda juda qisqa muddatda sterillash xususiyatiga ega bo'lib, bunda asboblarning chidamliligi saqlanib qoladi.

Kimyoviy sovuq usuldagi sterilizatsiyada etilin oksid hamda kuchli antiseptiklar (0,2 % li paraasetat kislota eritmasi, 6 % li vodorod peroksid eritmasi, uchlamchi eritma va hokazolar) qo'llaniladi. Bunday reaksiya natijasida hosil bo'lgan 45–60°C gacha bo'lgan sovuq harorat mikroorganizm oqsillarini koagulyatsiyasi yoki denaturatsiyasiga va sterilizatsiyaga sabab bo'ladi.

Hozirgi paytda past haroratli plazma sterilizator «Sterrad–100 S» amaliyotga kirib kelmoqda. Uning ishlashi 50°C dan past haroratda vodorod peroksidini plazma holiga keltirib hosil bo'lgan ionlar, elektronlar neytral va molekullarning mikroorganizmlarni yo'q qilish yoki dezaktivatsiya qilish prinsipiga asoslangan.

Nur bilan sterillash

Mikrob tushishining oldini olish uchun gamma nurlari izotoplari dozasi kuchli bo'lishi, ya'ni 2,5 milliard (25000 grey)ga teng kelishi kerak. Bu usul katta energetik kuchga ega bo'lib, sterilizatsiyaning kuchli materiallarining hamma chuqurligiga yetib boradi. Amaliyotda betta va gamma nurlanish qo'llanadi. Polinfeksiya va mutatsiya natijasida yangi bakteriyalar koloniyasi rivojlanishining oldi olinadi.

Hozirgi paytda har xil operatsiyalar orqali tarqalishi mumkin bo'lgan infeksiyalarning oldini olish, ularning yuqishini kamaytirish va sterilizatsiyaga bo'lgan talablardan voz kechish va eng muhimi qon orqali (gepatit, OITS) kasalliklarining oldini olish, tibbiyot xodimining (jarroh, hamshira) sog'lig'ini muhofaza qilish borasida bir marta ishlatiladigan asboblar, choyshab, kiyim-kechaklar, jarrohlik amaliyotida ko'p ishlatiladigan xalat, niqob, baxilla va jarohatga ishlov berish uchun sharchalar, tiqin, salfetka, tamponlar, antiseptik dori shimdirilgan yoki shimdirilmagan holatda alohida qutilarga chiqariladi. Bularni ishlatish juda qulay bo'lib har qanday sharoitda ishlatish mumkish.

Bundan tashqari, bir marta ishlatiladigan shprislar, qon tomiri, qovuq kateterlari, qizilo'ngach, me'da, yo'g'on ichak zondlari, drenaj naychalari, turli o'lchamda va diametrda chiqariladi. Qizilo'ngach, me'da, ingichka va yo'g'on ichak, siydik yo'llari sun'iy va patologik oqmalarni parvarishlashda bir marta ishlatiladigan bog'lov materiallari yoki axlat va siydik xalta kasal va shifokor uchun juda qulay bo'lib, bir marta ishlatilganidan keyin tashlab yuboriladi.

2.8. Shprislarni sterilizatsiya qilish

Dori eritmalarini organizmga parenteral usulda yuborish uchun turli xil shprislar ishlatiladi:

1. Plastmassali, bir marta ishlatiladigan shpris 1–20 ml hajmda bo'ladi. Bunday shprislar steril bo'lib, atigi bir marta ishlatiladi.
2. «Rekord» shprisi ikki tomondan metall gardishli silindr, metall porshin va metall ignadan iborat. Ko'p marta ishlatiladi.
3. «Lyuer» shprislari shishadan tayyorlanadi.
4. Jane shprisi, uning porshen tortqichi va orqa metall gardishiga halqa qilingan.
5. Maxsus shprislar.

Dori eritmalarini yuborayotganda doimo steril shprislarni ishlatish lozim. Ko'p marta ishlatiladigan shprislar sterilizatsiya uchun tayyorlanadi. Shprislarni qismlarga ajratib, bir daqiqa oqib turgan suvda chayiladi, so'ng ularni 50°C gacha isitilgan yuvadigan aralashmaga 15 daqiqa solib qo'yiladi. Yuvish uchun 975 ml qaynab turgan suvga 20 ml 33 % pergidrol eritmasi va 5 g yuvish vositasi

qo‘shilib, aralashma tayyorlanadi. So‘ng shpris aralashmaga solinadi va tayyor bo‘lgach olinib, oqadigan suvda yaxshilab yuviladi va qismlarga ajratilib, salfetkalarga o‘raladi. Shprislarni sterilizatsiya qilishning ikki usuli bor: *qaynatish va avtoklavlash*.

Qaynatish usulida salfetkalarga o‘ralgan shpris qismlarini sterilizatoridagi sovuq suvga solinadi va suvni isitish boshlanadi. Ikki xil materialdan tayyorlangan shprislar qismlarini ajratmasdan qaynatilgan suvga tashlanganda yorilishi mumkin, chunki materiallarning issiqlikdan kengayishi har xil bo‘ladi. Suv qaynay boshlagandan so‘ng shprislarni sterilizatorida 30 daqiqa ushlab turiladi, so‘ngra steril pinset yoki kornsang bilan olib qo‘yiladi. Shprislarni aniq harorat beradigan avtoklavlarda va quruq issiqlik shkaflarida ham sterilizatsiya qilish mumkin.

Inyeksiya qilishdan oldin shprisni yig‘ish lozim. Buning uchun injeksiya qiluvchi qo‘lini yaxshilab sovunlab yuvadi, spirt bilan artadi va shprisni tayyorlashga kirishadi:

- chap qo‘lidagi pinset bilan silindrni oladi, o‘ng qo‘lidagi porshenni aylanma harakatlar qilib, silindr ichiga kiritadi va shu qo‘lidagi pinset bilan ignani silindr uchiga mahkamlaydi;

- shpris o‘tkazuvchanligi tekshiriladi, dori eritmasi solingan ampula bo‘ynini yoki flakon rezina po‘kagi ustini spirt yoki yod bilan artiladi, doka eritmasi igna orqali shpris ichiga tortib olinadi. Igna yangilanadi, shpris ichidagi havo chiqarib yuboriladi. Shunda shpris injeksiya qilishga tayyor bo‘ladi.

2.9. Qo‘lni yuqumsizlantirish

Jarroh qo‘llarining mikroorganizmlardan xoli bo‘lishi — infeksiyadan saqlanishning asosiy garovidir. Qo‘l terisida tirnalgan sohalar bo‘lmasligi, tirnoqlar olingan bo‘lishi va unga lok (bo‘yoqlar) surtmasligi kerak. Qo‘lni yuqumsizlantirishning bir necha usullari bor. Qo‘lni yuqumsizlantirishning asosiy qoidasi, avvalo, uni yuvish, keyin dezinfeksiya qilishdir. Avval chap qo‘l barmoqlarining ichki va tashqi yuzalarini, barmoqlar oralig‘ini va tirnoqlar yuzasini yuvish kerak.

Xuddi shuningdek, o‘ng qo‘l barmoqlari ham yuviladi, so‘ngra chap qo‘l, keyin o‘ng qo‘l panjasining kafti va kaft orqasi, shundan keyin avval chap qo‘l, keyin o‘ng qo‘l panjalarining bilak qismlari,

kaft va orqa yuzalari va nihoyat bilak yuviladi. Soʻngra tirnoq orasi yana bir marotaba tozalanadi, qoʻl va bilaklar 2–5 daqiqa davomida choʻtka va sovun bilan yuviladi. Undan soʻng qoʻllar chayiladi va steril salfetka bilan artiladi .

Spasokukoskiy–Kochergin usuli

Qoʻlni yuvish uchun moʻljallangan quruq togʻoraga 5 ml 96° spirt quyib yoqiladi. Togʻorani har tomonga qiyshaytirib, uning ichki sathi kuydiriladi. Togʻoraga 1 litr distillangan suv quyiladi va 5 ml sof nashatir spirti qoʻshiladi. Qoʻlni oldindan choʻtka bilan sovunlab yuvish shart emas. Qoʻlni amalda toza boʻlishi kifoya. Soʻngra:

1. Qoʻl bilakning uchidan yuqori qismigacha eritmaga botirilgan salfetaklar yordamida 3 daqiqadan 2 marta yuviladi. Yuvish vaqtida qoʻl doimo suvda boʻlishi va uni birin-ketin tozalab yuvish lozim. Barmoqlar orasi va kaft yuzalarini yuvishga alohida ahamiyat beriladi.

2. Qoʻl steril sochiq bilan quritiladi.

3. Qoʻl 96° spirtga hoʻllangan salfetka bilan 5 daqiqa davomida artiladi.

4. Teri burmalari va tirnoq yuzalariga yodning 5 % li spirtidagi eritmasi surtiladi.

Kechiktirib boʻlmaydigan tibbiy yordam koʻrsatish zarur boʻlganda, qoʻllarni tezkor yuqumsizlantirishda serigelni qoʻllash lozim. Qoʻlga diotsid bilan ishlov berish, qoʻl 40 % gacha isitilgan 1:5000 diotsit eritmasiga botirilgan steril salfetka bilan 3 daqiqa mobaynida yuviladi, steril sochiq bilan quritilgach 96° li spirtga hoʻl qilib botirib olingan salfetka bilan 2 daqiqa mobaynida ishlov beriladi.

Qoʻlga serigel bilan ishlov berish

Qoʻlning quruq terisiga 3–4 gr serigel surtiladi va preparat kaft va orqa yuzalarini barmoq oralarini va bilakning pastki uchidan bir qismi qoplaguncha 8–10 sekund mobaynida qunt bilan ishlov beriladi. Soʻngra qoʻl havo yoki ventilator tagida quritiladi.



NAZORAT SAVOLLARI

1. Antiseptika deganda nima tushuniladi?
2. Qanday antiseptik dorilarni bilasiz?
3. Vodorod peroksid, kaliy permanganat eritmasi, furatsilin ko'pincha qanday maqsadlarda ishlatiladi?
4. Xloraminni ishlatishda undan 0,5 %, 1 %, 2 % eritmalar tayyorlashni bilasizmi?
5. Etil spirtining 96° qaysi paytda, 70° qachon qo'llaniladi?
6. Aseptika so'zini izohlab bering.
7. Sterilizatsiya deganda nima tushuniladi?
8. Sterilizatsiya necha xil usulda bajariladi?
9. Sterilizatsiya qilingan asboblarni, bog'lov materiallari va qo'lqoplarni qancha muddatgacha ishlatish mumkin?
10. Jarroh qo'llarini yuqumsizlantirishning eng tezkor usuli qaysi?
11. Avtoklavlash nima?

TEST SAVOLLARI

1. *Aseptikaga kim asos solgan:*

- a) Parasels;
- b) Morton;
- d) Jekson;
- e) Bergman;
- f) Garvey.

2. *Deontologiya nima haqidagi fan:*

- a) og'riqsizlantirish haqidagi fan;
- b) odob-axloq haqidagi fan;
- d) qon quyishni o'rganish haqidagi fan;
- e) sterillashni qo'llash haqidagi fan;
- f) intoksikatsiyani yo'qotish.

3. *Quyidagilarning qaysi biriga sterillashdan oldingi ishlov beriladi:*

- a) yiringli operatsiyalarga ishlatilgan asboblarni;
- b) qon bilan ifloslangan asboblarni;
- d) yuqumli kasalligi bor bemorlarni bog'lashda ishlatilgan asboblarni;
- e) sterillanadigan hamma asboblarni;
- f) sil bilan kasallangan bemorlarni davolagandan so'ng.

4. *Sterillangan bika ichidagi bog'lov materiallarini qancha vaqt ishlatsa bo'ladi:*

- a) 1 sutka;
- b) 2 sutka;
- d) 3 sutka;
- e) 4 sutka;
- f) 6 sutka.

5. 200°C da kuydirish shkafida asboblarni sterilizatsiya qilish vaqti qancha:
- a) 30 minut;
 - b) 45 minut;
 - d) 60 minut;
 - e) 80 minut;
 - f) 90 minut.
6. Qaysi preparatlar yuvuvchi eritma tarkibiga kiradi:
- a) xloramin 1 %;
 - b) vodorod peroksid 6 %;
 - d) natriy gidrokarbonat 2 %;
 - e) novshadil spirti 0,5 %;
 - f) chumoli kislota.
7. Qo'lni yuqumsizlantirish uchun qaysi eritma qo'llaniladi:
- a) xloramin 1 %;
 - b) xlorgeksedin 6 %;
 - d) pervomur;
 - e) spirt 96 %;
 - f) xloramin 2 %.
8. Avtoklavda sterilizatsiya qilishda sterilizatsiya nazorat qilish uchun qaysi preparatni qo'llagan ma'qul:
- a) oltingugurt;
 - b) benzoat kislota;
 - d) mochevina;
 - e) amidopirin;
 - f) rezorsin.
9. Quyidagilarning qaysi biri galloidlar guruhiga kiradi:
- a) yodning spirtidagi 5 % eritmasi;
 - b) kumush nitrat 10 % eritmasi;
 - d) yodanat;
 - e) xloramin 1 % eritmasi;
 - f) furatsillin 1:5000.
10. Quyidagi preparatlarning qaysi biri og'ir metall tuzlariga kiradi:
- a) kumush nitrat 10 %;
 - b) furatsillin 1:5000;
 - d) sulema 1:15000;
 - e) yodanat;
 - f) xloramin.
11. Quyidagi preparatlarning qaysi biri organizm qarshilik kuchini oshiradi:
- a) antibiotiklar;
 - b) sulfanilamidlar;

- d) gamma-globulin;
- e) zardob;
- f) furodanin.

12. *Spasokukoskiy–Kochergin usulida qoʻlning yuqumsizlantirish uchun qaysi preparatlar qoʻllaniladi:*

- a) suv;
- b) pergidrol;
- d) chumoli kislota;
- e) novshadil spirti;
- f) vodorod peroksidi 3 %.

13. *Yuvuvchi eritma tarkibiga nimalar kiradi:*

- a) suv;
- b) novshadil spirti;
- d) kir yuvish poroshogi;
- e) pergidrol;
- f) a, b, e.

14. *Quyidagilarning qaysi biri mexanik antiseptikaga tegishli:*

- a) drenaj qoʻllash;
- b) antibiotiklar qoʻllash;
- d) ultrabinafsha nur qoʻllash;
- e) yiringli boʻshliqlarni ochish;
- f) emlash.

15. *Quyidagilarning qaysi biri biologik antiseptikaga tegishli:*

- a) drenaj qoʻllash;
- b) antibiotiklar qoʻllash;
- d) b, e;
- e) gamma-globulin;
- f) sulfanilamidlar qoʻllash.

16. *Quyidagilarning qaysi biri avtoklavda sterillanadi:*

- a) rezina qoʻlqoplar;
- b) plastmassa buyumlar;
- d) a, e;
- e) oqliklar;
- f) optik sistemali buyumlar.

17. *Quyidagilarning qaysi birini quritish shkaftida sterillash mumkin:*

- a) rezina qoʻlqoplar;
- b) oqliklar;
- d) asboblar;
- e) chinni idishlar;
- f) bogʻlov materiallari.

18. 180°C da kuydirish shkafida jarrohlik asboblari qancha vaqt sterillanadi:

- a) 15 minut;
- b) 45 minut;
- d) 60 minut;
- e) 80 minut;
- f) 90 minut.

19. Sovuq usulda (kimyoviy) sterillash uchun quyidagilarning qaysi biri qo'llaniladi:

- a) uch xil moddali eritmadan;
- b) vodorod peroksid 6 %;
- d) dezoksan 1 %;
- e) novshadil spirti;
- f) chumoli kislotasi 100 %.

20. Kontakt infeksiyaning oldini olish uchun qanday tadbirlar qo'llaniladi:

- a) surunkali infeksiya o'chog'i sanatsiyalanadi;
- b) asboblari sterillanadi;
- d) b, d javoblari;
- e) antibiotiklar buyuriladi;
- f) oqliklar, bog'lov materiallari sterillanadi.



BU SO'ZLARNI ESLAB QOLING

- aseptika
- antiseptika
- infeksiya
- sterilizatsiya
- mikroorganizm
- avtoklavlash
- serigel usuli

III bob

BOG‘LASH TEXNIKASI. DESMURGIYA

3.1. Desmurgiya haqida tushuncha

Jarrohlik bog‘lamlar turini, ularni qo‘yish usullarini va bog‘lamlar qo‘yishdan ko‘zda tutilgan maqsadni o‘rganadigan bo‘lim *desmurgiya*, deyiladi. Bog‘lam deganda, bemor tanasiga davo maqsadida mahkam o‘rab bog‘langan bog‘lov materiali tushuniladi. Jarohatga yoki tananing boshqa qismlariga davo maqsadida qo‘yiladigan materialga *bog‘lov materiali*, deyiladi.

3.2. Bog‘lash turlari

Qo‘llanilishiga ko‘ra, bog‘lamlar ikki guruhga – yumshoq (plastirli, kleolli, ro‘molli, bintli) va qattiq (dekstrinli, kraxmalli, gipsli) bog‘lamlarga bo‘linadi. Bog‘lam qo‘yiladigan maqsadga ko‘ra, jarohatlarni zararli tashqi ta’sirlardan himoya qiladigan bog‘lov materiali va dori preparatlarni ushlab turadigan:

a) oddiy bog‘lamlar–tananing biror qismini bosib turadigan bog‘lamlar (ko‘pincha qon oqishni to‘xtatish uchun qo‘llaniladi).

b) immobilizatsiya qiladigan bog‘lamlar (shikastlangan tana qismiga zarur harakatsizlikni ta’minlaydigan);

d) okkluzion (tana bo‘shlig‘ini germetik yopib turadigan);

e) korrigatsiyalovchi bog‘lamlar (tananing biror qismidagi noto‘g‘ri holatni to‘g‘rilab turadigan).

3.3. Qo‘l ostidagi bog‘lov materiallari va ularni oddiy yuqumsizlantirish usullari

Shoshilinch hollarda steril doka va bintlar bo‘lmaganda har qanday toza material parchalarini bog‘lov materiali sifatida ishlatish mumkin. Biroq, jarohatga, hatto toza yuvilgan materialni qo‘yishdan oldin uni issiq dazmol bilan dazmollash kerak.

Bog'lov materialini shunday sterilizatsiya qilishga ham imkon bo'lmasa, nosteril doka yoki boshqa gigroskopik material (surp)ni etakridin laktat eritmasi (rivanol), kuchsiz kaliy permanganat eritmasi, Burov suyuqligi (bir stakan qaynagan suvga 2 choy qoshiqda) yoki borat kislota eritmasiga (bir stakan qaynagan suvga 2 choy qoshiqda) botirib olish lozim. Shu eritmalaridan biri shimdirilgan bog'lov materiali, favqulodda hollardagina jarohatga qo'yilishi mumkin.

3.4. Tayyor steril bog'lamlarni qo'yish

Birinchi yordam ko'rsatish uchun individual bog'lash paketi ishlatiladi. Bu paketlar tayyor steril bog'lamlar ishlatishda nihoyatda qulay, paketlar steril qilib chiqariladi, ularni jarohatga amalda har qanday sharoitlarda ham qo'yish mumkin. Individual paket bir uchiga paxta doka yostiqlar qo'yilgan bint o'ramidan iborat. Binting o'rami bilan yostiqlari o'rtasidagi – ikkinchi paxta doka yostiqlar bo'lib, uni bint bo'ylab istalgan tomonga osonlikcha surish mumkin.

Bog'lov materialidan tashqari paketda to'g'nog'ich va yod nastoykasi solingan ampula bo'ladi. Bog'lov materialni hammasi pergament qog'ozga va rezina aralashgan qopchiqqa solingani tufayli steril bo'ladi. Paketdan foydalanishda asosiy qoidaga amal qilish – materialning jarohatga qo'yiladigan tomoniga qo'l tegizmaslik kerak. Paketni chap qo'lga olinadi, o'ng qo'l bilan rezina aralashgan qopchiqning kesilgan chekkasini jadal harakat bilan ochiladi va pergament qog'ozga o'ralgan bog'lov materiali chiqariladi.

Qog'ozni chap qo'l bilan ehtiyotlik bilan yozib, bint uchini ungacha chatilgan paxta doka yostiqlari bilan olinadi (rangli ip bilan belgilangan tomoni bilan), o'ng qo'lga bint o'rami olinadi va qo'llarni zudlik bilan ikki tomonga uzatiladi. Bunda qo'llar o'rtasida kompresslari bo'lgan bint bo'lagi tortiladi. Kompresslar jarohat yuzasiga qo'yiladi va bint o'rab chiqiladi. Teshib o'tgan yaralanishda bitta kompress jarohatning kirish teshigiga, ikkinchisi chiqish teshigiga qo'yiladi. Bint uchini to'g'nog'ich bilan mahkamlanadi.

Elastik naysimon bint

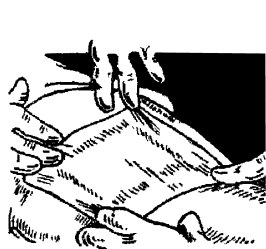
Hozirda vatanimiz sanoati bog'lov materialining yangi turini – tananing har qanday qismida tibbiyot bog'lamlarini fiksatsiya qilish uchun mo'ljallangan elastik to'r-naysimon tibbiyot bintlarini ishlab

chiqarmoqda. Elastik bintlar sintetik tolalar va ip-gazlama ipi aralashgan elastik ipdan tayyorlangan to‘rsimon trikotaj naycha (yenglik)dan iborat. Bintlar juda cho‘ziluvchan, shu tufayli ular tananing istalgan qismiga, hatto uning murakkab konturli qismlariga ham zich yopishib turish xususiyatiga ega bo‘lib, qon aylanishini buzmaydi va bo‘g‘imlarda harakatni chegaralab qo‘ymaydi. Qirqilganda va qisman kesilganda bint titilib ketmaydi.

Bintning elastiklik xossalari yuvishda va avtoklavda 1,2 atm.da 30 daqiqa sterilizatsiya qilishdan so‘ng saqlanib qoladi. To‘r-naysimon bintlar bog‘lam qo‘yish vaqtini anchagina qisqartiradi: bintdan tayyorlangan paypoqni tananing shikastlangan joyiga kiygiziladi. Bint ichiga ikkala qo‘l panjasi (barmoqlari) kiritiladi, uni cho‘ziladi va tegishli sohaga kiygiziladi. Qo‘l (barmoqlar) chiqarilgandan so‘ng bint qisqaradi, tanaga zich yopishadi va bog‘lov materialini mahkam ushlab turadi. To‘r-naysimon bintlar tananing turli qismlariga hajmiga muvofiq № 1 dan № 7 gacha ishlab chiqariladi. Bintlarni sintetik yuvadigan vositalar ishlatmay sovun ko‘pigida yuviladi, burab suvini chiqarishga ruxsat etilmaydi. Elastik bintlar kislotalar, ishqorlar, moylar ta’sirida yemiriladi.

Bakteriotsid plastir. Jarohat yuzasini bekitish uchun bakteriotsid leykoplastir ishlatiladi, unda juda mayda teshiklar borligi tufayli terini bichiltirmaydi va jarohatning bitish jarayonini buzmaydi.

Yelimli bog‘lamlar, asosan, kichikroq shikastlarda va joylashishidan qat’iy nazar, operatsion jarohat sohasiga qo‘llaniladi. Bu sohada soch (jun) bo‘lsa, u oldin ustarada qiriladi. Bunday bog‘lamlarni qo‘yishda bog‘lov materialini turli xil yelimlar – kleol, kollodiy, leykoplastir yordamida jarohat atrofidagi teriga yopishtiriladi. Yelimli bog‘lam qo‘yish texnikasi oddiy. Jarohatga



a



b

6-rasm. Yelimli bog‘lamlar:

a—kleol bog‘lam; b—leykoplastir bog‘lam.

dokani bir necha qavat qilib qo‘yiladi, uning atrofiga ensiz qilib kleol qatlami surtiladi. Doka salftokani tarang tortib turgan holda yelim qatlami ustiga bosiladi va biroz vaqt tutib turiladi — salftoka teriga zich yopishadi (6-rasm).

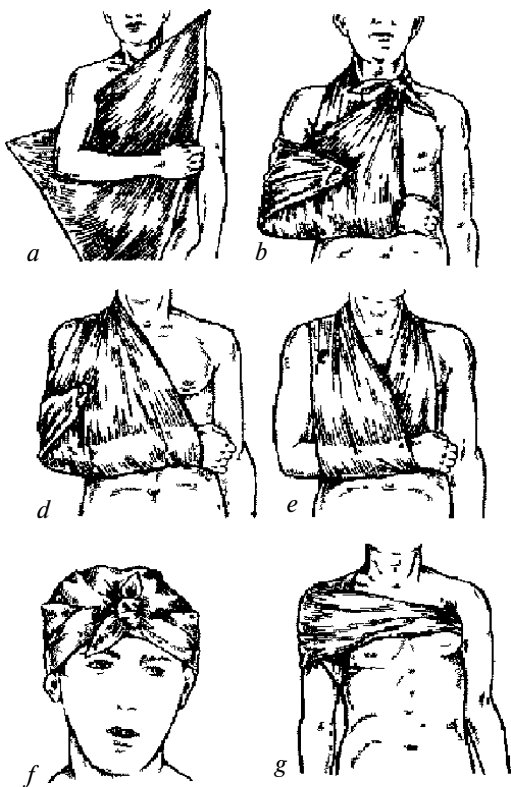
Durracha bog‘lamlar.

Bu maqsadda uchburchak

shakldagi biror bog‘lov materiali (doka, surp, bo‘z va hokazo) parchasi ishlatiladi. Bunday bog‘lamning uzun tomoni durrachaning asosi, uning ro‘parasidagi burchak – tepasi, qolgan ikkita burchagi – uchlari deyiladi. Durracha ko‘pincha qo‘l yoki o‘mrov suyagi shikastlanganda qo‘lni osib qo‘yish uchun qo‘llaniladi. Uning o‘rtasiga to‘g‘ri burchak hosil qilib, bukilgan qismi bilakka qo‘yiladi, tepasi tirsakka yo‘naltiriladi, uchlari esa, bo‘yinga bog‘lanadi.

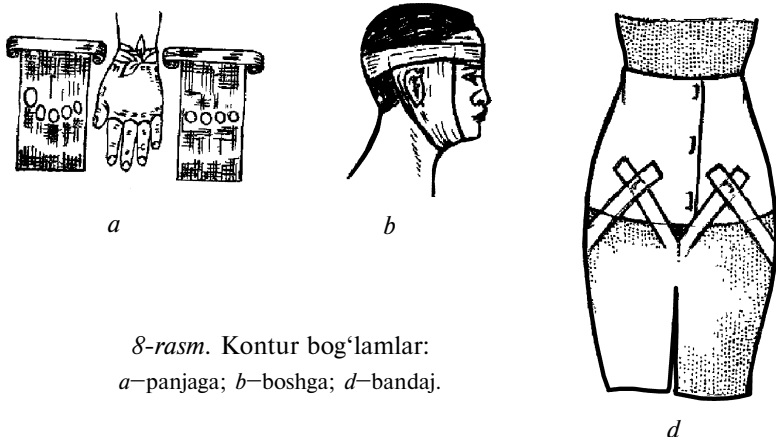
Durrachaning tepasi tirsak atrofida orqadan oldinga tomon bukib tekislanadi va tirsakning old tomonidan bog‘lamga to‘g‘nab qo‘yiladi. Bosh bog‘langanda, ro‘molning asosi ensa sohasiga, tepasi yuzga, uchlari esa, peshana orqali bog‘lanadi, tepasi bog‘langan uchlari orqali bosh tepasiga qayriladi va shu joyga tugib qo‘yiladi (7-rasm).

Kontur bog‘lamlar tananing bog‘lam bilan bekitiladigan qismining profili bo‘yicha mato parchasidan qirqib tayyorlanadi. Kontur bog‘lamlarni chatilgan bog‘ichlar bilan mahkamlanadi. Kontur bog‘lamlarga bandajlar kiritiladi, bu—bemorga mos qilib tikilgan, bog‘ichlari yoki ilgaklari bo‘lgan mato bog‘lam. Bandajlar ko‘pincha qorinning oldingi devorini mahkam tutib turish uchun qo‘llaniladi. Bandajlar, odatda, qorin churralarini qandaydir sabablarga ko‘ra, operatsiya qilish imkoniyati bo‘lmagan hollarda ham qo‘llaniladi (8-rasm).



7-rasm. Durracha bog‘lam turlari:

a, b, d, e—qo‘lni osib qo‘yish uchun qo‘llaniladi;
f—boshni bog‘lash; g—yelka sohasini bog‘lash.



8-rasm. Kontur bog'lamlar:
 a—panjaga; b—boshga; d—bandaj.

3.5. Bintli bog'lam qo'yish

Bintlashda bintni to'g'ri o'rab bog'lashga yordam beradigan qator qoidalarga rioya qilish zarur. Bemor bintlanadigan qism uchun qulay vaziyatda (tik turgan yoki o'tirgan) bo'lishi lozim. Gavdaning tegishli sohasiga berilgan vaziyat bintlashdan keyin saqlanib qolishi kerak. Shu maqsadda turli xil bolishlar, tirgaklar yoki maxsus stollardan foydalaniladi. Bintlanadigan soha bint bog'layotgan kishining ko'ksi sohasida bo'lishi kerak.

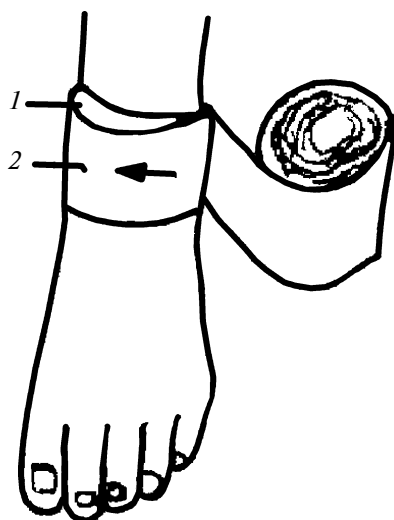
Bintlash aksariyat chetdan markazga tomon, biroq, qator hollarda esa, bog'lam teskari yo'nalishda bog'lanadi. Bintning mahkamlaydigan o'ramidan keyin uning har bir keyingi o'rami oldingi o'ramning yarmini yopib borishi lozim. Bint boshchasini bintlanadigan yuzadan uzoqlashtirmaslik va bir me'yorda tortish kerak. Gavdaning konus shaklidagi qismi (son, boldir, bilak)ni bintlashda bint zich yopishib turishi uchun 1–2 marta aylantirilgandan so'ng bint qayirib bog'lanadi.

Bintlash oxirida u tikib mahkamlanadi, unga to'g'nog'ich to'g'nab qo'yiladi yoki bintning o'rtasidan yirtib, ikki bo'lakka bo'linadi va bintlangan qism ustidan aylantirib o'raladi va tugib qo'yiladi. Bintni jarohat proyeksiyasi ustida mahkamlash tavsiya qilinmaydi, balki uni chetroqdan mahkamlagan ma'qul.

1. *Aylanma bog'lam.* Bint gir aylantirib o'raladi, bintning navbatdagi o'rami avvalgi o'ramni tamomila bekitadi (9-rasm).

2. *Spiralsimon bog'lam.* Bintning navbatdagi har bir o'rami avvalgi o'ramining yarmini yoki bundan kattaroq qismini bekitadi.

Bog‘lamning bu turi ikki xil: yuqoriga ko‘tariluvchi bintlash pastdan yuqoriga, pastga tushuvchi bintlash esa, buning aksisi bo‘ladi. Bu bog‘lam, odatda, bosib turadigan bir necha doirasimon o‘ramlar qilishdan boshlanadi. Spiralsimon bog‘lam yo‘g‘onligi bir xil qismlarga oson qo‘yiladi. Yo‘g‘onligi bir xil bo‘lmagan sohani, masalan, boldirni bintlashda hamma o‘ramlarning

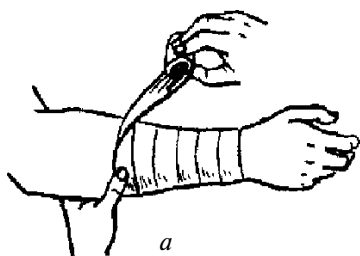


9-rasm. Aylanma bog‘lam.

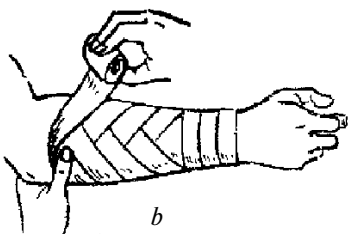
zich yopishib turishiga erishish qiyin, chunki bint yechilib ketaveradi.

Bunday hollar uchun qayirish usuli taklif etiladi. Qayirishni quyidagicha bajariladi: bintlanayotgan sohaning birmuncha yo‘g‘onroq qismi boshlanayotgan joyda qo‘lning bosh barmog‘i bilan oxirgi o‘ramning pastki cheti bosiladi va bint qayiriladi, bunda bintning ustki chekkasi pastki chekka bo‘lib qoladi. Bint o‘rashda bir necha marta qayiriladi va u qanchalik tik bukilsa, bintlanadigan qism diametridagi farq shunchalik yaqqol ko‘zga tashlanadi (10-rasm).

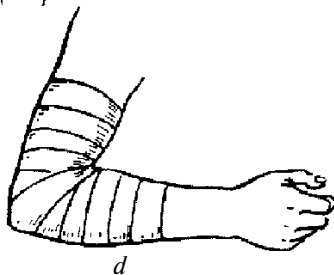
Sakkizsimon bog‘lam. Bunda bint o‘ramlari sakkizsimon ko‘rinishida o‘rab bog‘lanadi. Bu bog‘lamni tananing shakli murakkab qismlariga: boldir-



a



b

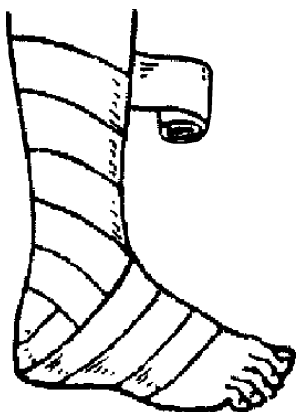


d

10-rasm. Bog‘lam turlari:

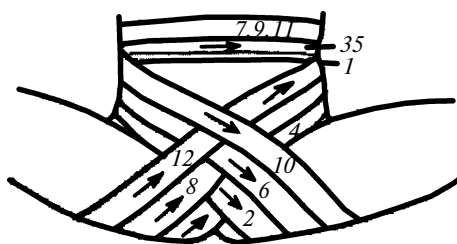
a—spiralsimon; b—aylana-qayrilma;

d—toshbaqasimon.

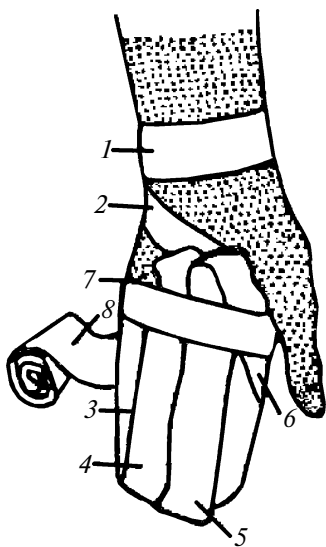


11-rasm. Boldir va panja bo'g'imini sakkizsimon bog'lash.

qiladigan bint o'ramlari bir-biriga yaqinlashadi yoki tarqaladi (12-rasm).



12-rasm. Oraliq sohasiga sakkizsimon bog'lam qo'yish.



13-rasm. Panjadagi qaytadigan bog'lam.

tovon bo'g'imi sohasiga, ensa sohasiga, yelka bo'g'imi sohasiga, panjaga, oraliqqa qo'yish qulay (11-rasm).

Boshoqsimon bog'lam. Boshoqsimon tutashadigan va tarqaladigan bog'lamlar sakkizsimon bog'lamning turlaridan hisoblanadi. Boshoqsimon bog'lamda bintlarning biri ustiga ikkinchisi tushadigan joyini asta-sekin o'zgartirib boriladi, tutashadigan va tarqaladigan bog'lamlarda sakkiz raqamini hosil

Qaytaruvchi bog'lam. Bog'lam bog'lov materialini boshga, oyoq-qo'l cho'ltog'iga, barmoqlarga mahkam bog'lash imkonini beradi. Bu bog'lamda bint o'ramlari perpendikular tekislikda birin-ketin aylantiriladi, bunda bintni 90° burchak ostida qayirish va qayrilgan sohani aylanma o'ramlar bilan mahkamlash yo'li bilan erishiladi. Bir sohaning ortiqcha bosilishining oldini olish uchun bintning har yeridan qayirish zarur bo'ladi (13-rasm).

3.6. Qo'l-oyoqlarga bintli bog'lamlar qo'yish

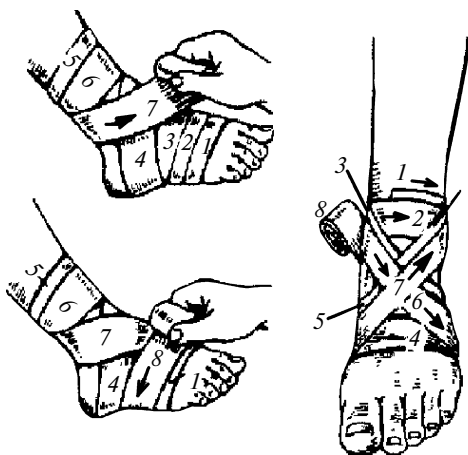
Panjaga va bilak-kaft bo'g'imiga, odatda, sakkizsimon bog'lam qo'yiladi. Panja va barmoqlardagi katta jarohatni bekitish uchun qaytuvchi bog'lam qo'llaniladi. Bintni kaft ustida bir necha marta o'rab, panja orqasi bo'ylab ko'rsatkich barmoqqa yo'naltiriladi va u orqali o'tkazib, panjaning kaft yuzasini bekitiladi. Bir necha qaytuvchi o'ramlar qilib panjaning hammasini va 4 barmoq bekitiladi, so'ngra bu o'ramlarni barmoq uchidan boshlab gorizont o'ramlar qilinib (spiralsimon bog'lam) bilak oldida tugallanadi. Bintni panjaning bir barmog'iga bog'lashni uni bilak-kaft usti bo'g'imi oldida bir necha o'ramlar bilan mahkamlashdan boshlanadi, so'ngra bintni panja orqasi bo'ylab barmoqning oxirigacha yetkazgan holda, uni asosigacha chiqadigan spiralsimon bog'lam bilan bekitiladi.

Barmoqni batamom bekitib, bintni barmoqlararo bo'shliq orqali panja orqasiga chiqariladi va bilak suyagi atrofida bir necha o'ramlar qilib mahkamlanadi. Bilakni spiralsimon bog'lam bilan bekitgan yaxshi. Tirsak bo'g'imi sohasini ham spiralsimon bog'lam bilan bekitish mumkin. Qo'lni tirsak bo'g'imidan biroz bukiladi. Bintlashni bilakda bo'g'im oldida mahkam tutib turadigan aylanma o'ramlar qilishdan boshlanadi va asta-sekin tirsak va yelkaga o'tib, bu yerda bog'lamni bir necha marta aylantirib o'rash bilan tugallanadi.

Chanoq-son sohasini bog'lash. Chanoq va sonning boshhoqsimon bog'lamini qo'llash juda qulaydir. Bog'lam qo'yishdan maqsad qorinning pastki qismi sonning uchdan bir yuqori qismi va dumbani yopishdir. Bint o'ramlari kesishadigan joyga muvofiq holda orqa, yon va oldingi, (chov) boshhoqsimon bog'lamlar qo'yiladi. Belda sirkular o'ramlar qilinib, mustahkamlovchi bint bog'lanadi, so'ngra bint sonning yon tomonidan oldinga keyin sonning oldingi va ichki yuzasi bo'yicha o'rab bog'lanadi. Bintni sonning orqa yarim doirasi orqali aylantirib, uning tashqi tomonidan chiqariladi, u chov sohasidan gavdaning orqa yarim doirasi orqali qiyshayib o'tadi. Bint o'ramlari takrorlanadi.

Bintning keyingi o'rami oldingisidan yuqoriga tushsa, yuqoriga ko'tariluvchi bog'lam, pastga o'ralsa, pastga tushuvchi bog'lam, deyiladi.

Tovon sohasini bog'lash. Tovondan (uning markaziy qismidan) aylantirib bintlash boshlanadi. Keyingi o'ramlar birinchi o'ramning yuqorisidan va pastidan navbatma-navbat o'raladi. Bu o'ramlarni



14-rasm. Tovuq sohasini bog'lash turlari.

yopishtirib turadigan, eng ko'p tarqalgan bog'lam Dezo bog'lamidir. Bu bog'lamni yelka, o'mrov suyagi singanda birinchi yordam ko'rsatishda, chiqqan yelka bo'g'imi o'rniga solingandan keyin qo'llaniladi. Bog'lam qo'yishdan oldin qo'lni tirsak bo'g'imida to'g'ri burchak ostida bukiladi, qo'ltiqqa paxtani yumaloqlab qo'yiladi.

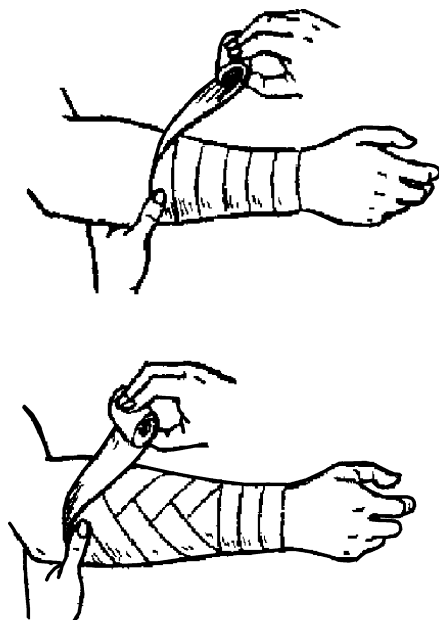
Bintni bir necha marta o'rab, yelka ko'krak qafasiga bog'lanadi. O'ramlar yo'nalishi yelkaning sog'lom tomoni yarmidan bintlanadigan yelkagacha bo'ladi. Bintning keyingi o'ramini sog'lom tomondagi qo'ltiq orqali ko'krak qafasining oldingi yuzasi bo'ylab kasal tomondagi yelka ustidan olib o'tiladi, bintni orqa tomondan pastga, tirsak ostiga tik tushiriladi va bilakni pastidan o'rab sog'lom tomondagi qo'ltiqqa yetkaziladi.

Orqadan bintni kasal yelka ustidan ko'ndalangiga o'tka-

tovonning yonidan, orqadan oldinga, tovon yuzasiga va oyoq kaftining orqasiga boldir-panja bo'g'imi va pastki panja sohasiga o'tadigan qilib qiyshiq aylantirib mahkamlanadi. O'ramlar oyoq kafti ustida kesishtiriladi (14-rasm).

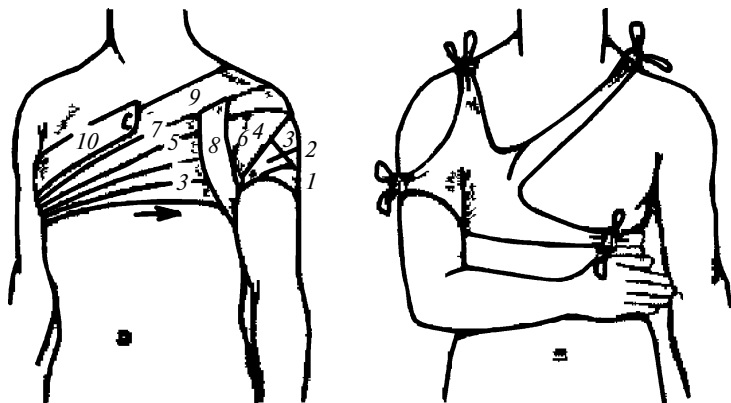
Bilakni bog'lash. 1-2 o'ramdan so'ng bint qayirib, spiralsimon va aylana shaklida bog'lanadi (15-rasm).

Yelka bo'g'imini bog'lash. Yelka bo'g'imini va yelkani ko'krak qafasiga zich



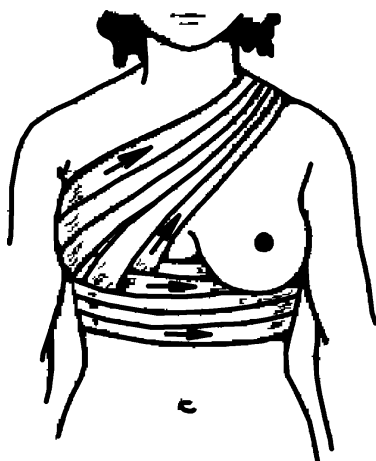
15-rasm. Bilakni bog'lash.

ziladi, uning ustidan oshiriladi va bintni yelkaning oldidan pastga tirsak ostiga tik tushiriladi, keyin orqadan ko'ndalangiga qiyalatib yuqoriga ko'tariladi va qo'ltiqdan ko'krak qafasining oldingi yuzasiga chiqariladi, keyinchalik qiyshiq o'ramlar yelka kamari batamom mahkamlanguncha bir necha marta takrorlanadi. Dezo bog'lamida bint o'ramlarini hech qachon sog'lom yelka ustidan tashlanmasligini, bintining qiyshiq o'ramlari esa, ko'krak qafasining oldingi va orqa yuzalarida to'g'ri uchburchaklar hosil qilishini unutmaslik kerak (16-rasm).



16-rasm. Yelka bo'g'imi va qo'ltiq ostiga qo'yiladigan bog'lamlar.

Sut bezini bog'lash. U sut bezini yopib turishdan tashqari, uni ko'tarib turadigan o'ziga xos suspensoriy vazifasini ham bajaradi. O'ng tomondagi sut bezini bintlashda bint chapdan o'ngga, chap tomondagi sut bezini bintlashda o'ngdan chapga qarab o'raladi. Bog'lam ko'krak qafasini sut bezlari tagidan mustahkamlaydigan aylantirib o'rashdan boshlanadi. Keyingi o'ram sut bezining pastki va ichki qismlarini qamrab oladi, qarama-qarshi tomondagi



17-rasm. Sut bezini bog'lash.

yelkaga ko‘tariladi va yelkaning orqa tomonidan pastga tushib bintlanayotgan sut bezi tomonidagi qo‘ltiqqa boradi.

So‘ngra bint sut bezining pastki qismini egallaydi. Aylantirib o‘rash bilan oldingi o‘ram mustahkamlanadi. Keyingi o‘ramlar sut bezi pastdan batamom yopilmaguncha asta-sekin yuqoriga ko‘tarilib takrorlanadi. Emizikli onalarda sut bezini bog‘lashda bola emizish yoki sutni sog‘ish uchun bez uchi bint bilan yopilmaydi (17-rasm).

3.7. Bosh va ensa sohasini bog‘lash

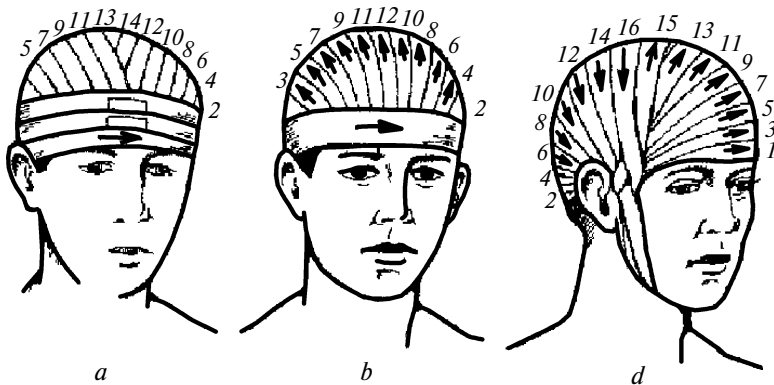
Boshning sochli qismini bekitish uchun ko‘pincha oddiy va ishonchli bint bog‘lam chepes qo‘llaniladi. Uzunligi 1 metrgacha bo‘lgan ensiz bint parchasini tepa suyak sohasining o‘rta qismiga qo‘yiladi. Bint uchlarini quloq suprasi tepasidan vertikal pastga tushiriladi, bemor yoki shifokor yordamchisi bint uchlarini tarang tortib ushlab turadi. Bog‘lam qo‘yilgan bu bintdan mahkam ushlab turadigan bog‘ich sifatida foydalaniladi.

Boshning peshana va ensa sohasi orqali boshga ikki aylanma o‘ram qilinadi. Bintning uchinchi o‘ramini bog‘ichgacha yetkazib, asosiy bintni uning atrofidan aylantiriladi, shundan so‘ng bintni ensa sohasi orqali bog‘ichning qarama-qarshi uchiga olib boriladi. Bu yerda bintni bog‘ich atrofidan aylantiriladi va aylanma o‘ramning 2/3 qismini ikkitadan qilib peshana-tepa suyak sohasiga qo‘yiladi.

Bintni har gal bog‘ich orqali tepa suyak tomoniga yo‘naltira borib, kalla suyagi gumbazini asta-sekin batamom bekitiladi. Bog‘lam ikki pallaning bir-biriga qo‘shilganiga o‘xshaydi. Bint uchinchi bog‘ichlarning biriga bog‘lanadi, shundan so‘ng bint bog‘ich uchlarini biroz tortib iyak ostiga bog‘lanadi.

Qalpoqcha bog‘lam qaytuvchan bo‘lib, ikkinchi yon tomoniga qo‘yiladi (buklanadigan joylarini o‘rta tibbiyot xodimi ushlab turadi), shundan so‘ng bukilgan joylarni aylantirib o‘rab mahkamlanadi. So‘ngra takroran shunday qilinadi, har bir keyingi o‘ramni asta-sekin markazga yaqinlashtirib boriladi. Bog‘lam aylanma o‘ramlar bilan tugallanadi. Bu bog‘lamni ikkita bint bilan bajargan oson: bintning bittasi bog‘lamni aylanma o‘ramlar bilan mahkamlash uchun xizmat qiladi, ikkinchisi bilan bosh suyagi gumbazini asta-sekin bekitiladi (18-rasm).

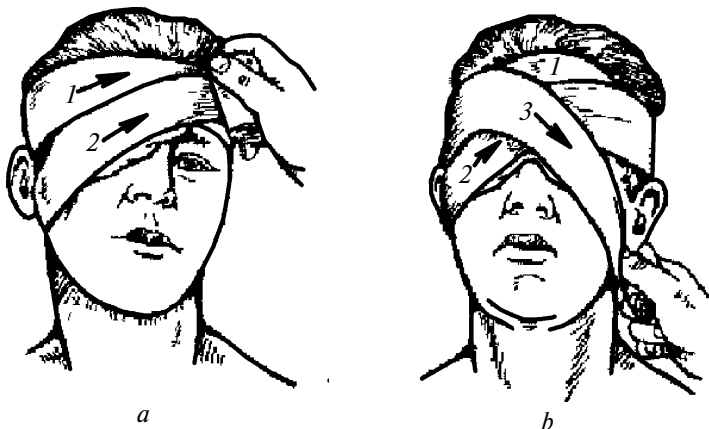
Bir ko‘zni bog‘lash. O‘ng ko‘zni bog‘lashda bint chapdan o‘ngga qarab yurgiziladi. Chap ko‘zni bog‘lashda esa, buning aksi qilinadi.



18-rasm. Bosh va ensa sohasini bog‘lash:

a—boshdagi qaytaruvchi bog‘lam; *b*—Gippokrat qalpoqchasi;
d—qalpoqcha bog‘lam.

Bint sirkular yo‘nalishda bosh atrofidan aylantirib mahkamlanadi, so‘ngra orqadan pastga ensaga tushiriladi va quloq ostidan qiyshiq holda yuqoriga ko‘tarilib, bemorning ko‘zi bekitiladi. Qiyshiq o‘ram doira o‘ram bilan mahkamlanadi. So‘ngra avvalgi o‘ramning yuqorisidan qiyshiq o‘ram qilinadi. Shunday qilib, o‘ramlarni qiyshiq o‘ramlar bilan navbatlab, butun ko‘z sohasi bekitiladi (19-rasm).



19-rasm. Ko‘zga bog‘lam qo‘yish:

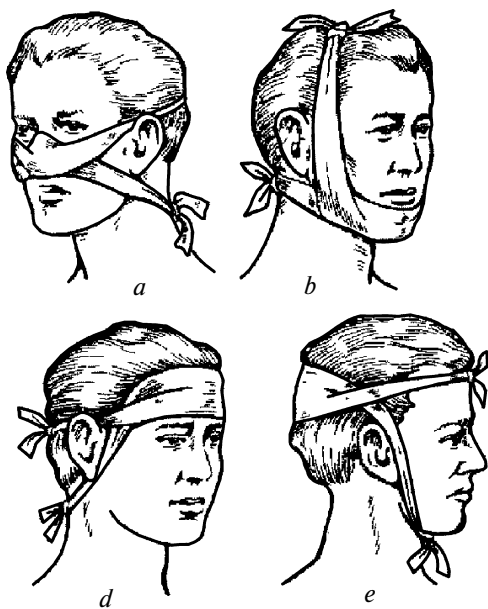
a—bir ko‘zga bog‘lam qo‘yish; *b*—ikki ko‘zga bog‘lam qo‘yish.

Ikki koʻzni bogʻlash. Bintni gir aylantirib oʻrab mustahkamlan-gach, keyingi oʻram bosh tepasi va peshana boʻylab pastga tushiriladi va yuqoridan pastga tomon chap koʻzni bekitadigan qiyshiq oʻram qilinadi, soʻngra bintni ensa orqali oʻtkazib, pastdan yuqoriga tomon oʻng koʻzni bekitadigan qiyshiq oʻram qilinadi. Buning natijasida bintning keyingi hamma oʻramlari qanshar sohasida kesishib, ikkala koʻzni bekitadi va tobora pastga tushaveradi. Bintlash oxirida bogʻlamni gorizontaal doira shaklida oʻrash bilan mustahkamlanadi.

Sopqonsimon bogʻlam. Bir parcha bintdan tayyorlanadi. Bintning ikkala uchi oʻrtasiga yoʻnaltirilgan holda uzunasiga kesilib, uning oʻrtasi kesilmaydi. Burunga, iyakka, ensa va peshanaga sopqonsimon bogʻlam qoʻyiladi. Burunga va yuqori labga bogʻlam qoʻyishda bintning ikkala uchini quloq chigʻanoqlari ustidan oʻtkaziladi va ensaga bogʻlanadi, boshqa ikkita uchini quloq chigʻanoqlari ostidan oʻt-kaziladi va boʻyinga bogʻlanadi. Iyakka bogʻlam qoʻyishda bintning pastki uchlarini quloq chigʻanoqlari tepasidan oʻtkaziladi va tepa

suyagi sohasida tugib qoʻyiladi, ustki uchlarini quloq chigʻanoqlari pas-tidan, ensa ustidan oʻtka-ziladi, kesishtiriladi va chakka suyagi sohasidan oʻtkazib, peshanaga chiqa-riladi va shu joyda bogʻ-lanadi (20-rasm, a, b, d, e).

Boʻyinning yuqori qismini bogʻlash. Bosh tevaragida galma-galdan bir necha qiyshiq oʻram-lar bilan (peshana va ensa sohasini ham qamrab olib) doira oʻramlar qili-nadi. Ensa sohasiga doira oʻramlar qilib bintlash bilan birga sakkizsimon bogʻlam hosil qilinadi (21-rasm).



20-rasm. Sopqonsimon bogʻlam (izohi matnda).



21-rasm. Bo'yinning yuqori qismini sakkizsimon bog'lash.

shu yerning pastidan yuqori tomonga, barmoq asosigacha spiralsimon bog'lanib, keyin qo'l panjasining orqasi osha kaft ustiga keltiriladi va bu yerda mahkamlovchi sirkular o'ramlar qilinadi.

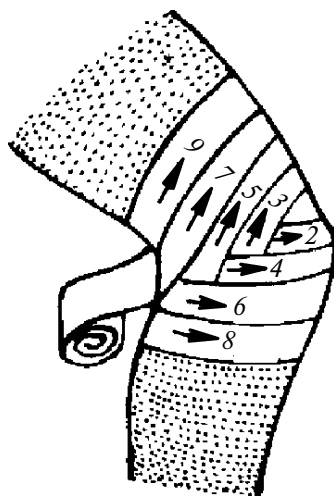
Bosh barmoqni bog'lash. Boshshoqsimon bintlash tariqasida bajariladi. Mustahkamlovchi doira o'ram ham kaft usti-bilakda qilinadi. So'ngra bint qo'l panjasi orqasi osha barmoq uchigacha olib boriladi, barmoq spiralsimon aylantirib o'raladi, kaft usti-bilakning orqa tomoniga, so'ngra kaft tomoniga qaytariladi. Bint barmoqni tamomila bekitguncha o'ramlar takrorlanadi (23-rasm).

Qo'lqopsimon bog'lam. Bitta barmoqni bintlash qoidasidan foydalanib, panjaning hamma barmoqlarini birin-ketin «qo'lqop» shaklida bintlab chiqish mumkin. Chap qo'lni bintlashni qulay-

Bo'yinning pastki qismini bog'lash. Bosh tevaragidagi o'ramlar ensa sohasining sakkizsimon bog'lami va orqaning boshhoqsimon bog'lami o'ramlari bilan to'ldiriladi.

Tizza bo'g'imi sohasini bog'lash. Birlashadigan yoki tarqaladigan toshbaqasimon bog'lam bog'lanadi (22-rasm).

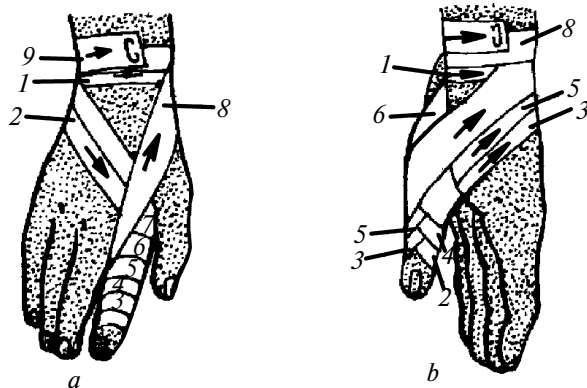
Bitta barmoqni bog'lash. Bog'lam kaft usti atrofida mustahkamlaydigan doira o'ramlar hosil qilishdan boshlanadi. So'ngra bintni qo'l panjasining orqasi osha barmoq uchigacha qiyshiq holda yo'naltiriladi va



22-rasm. Tizza bo'g'imi sohasini bog'lash.

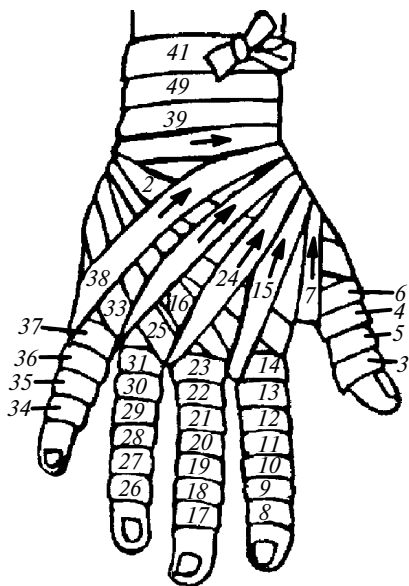
lashtirish maqsadida bog‘lamni jimjiloqdan, o‘ng qo‘lni bintlashda bosh barmoqdan boshlash kerak (24-rasm).

Panjaning qaytuvchi bog‘lami. Bint bilakka mahkamlanib, so‘ngra u panjaning orqa tomoni osha barmoqlarga yo‘naltiriladi va kaft bo‘ylab qaytiladi. Bilakda yana mahkamlovchi o‘ram qilinadi va bintni

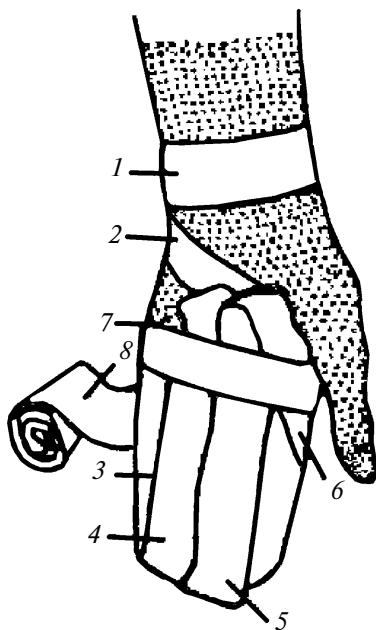


23-rasm. Barmoqlarga bog‘lam bog‘lash:

a—bir barmoqni bog‘lash; *b*—bosh barmoqqa bog‘lam bog‘lash.



24-rasm. «Qo‘lqopsimon» spiral bog‘lam.



25-rasm. Panjaning qaytaruvchi bog‘lami.

o'rash takrorlanadi. Qo'l panjasi va barmoqlar ham orqa tomondan, ham kaft tomondan berkitilgandan so'ng barmoqlar va panja bintning ko'ndalang o'ramlari bilan yopiladi. Bog'lama bilakka mahkamlab qo'yiladi (25-rasm).

Qorin sohasini bog'lash. Qorin sohasiga, odatda, spiralsimon bog'lama yopiladi, biroq, uni mahkamlash maqsadida ko'pincha chanoq va sonning boshhoqsimon bog'lami bilan birga qo'llashga to'g'ri keladi. Bir tomonlama boshhoqsimon bog'lama juda qulay. Bog'lama qo'yishdan maqsad qorinning pastki qismi, sonning uchdan bir yuqori qismi va dumbani yopishdir. Bint o'ramlari kesishadigan joyga muvofiq holda orqa, yon va oldinga (chov) boshhoqsimon bog'lamlar qo'yiladi.



NAZORAT SAVOLLARI

1. Desmurgiya nima?
2. Bog'lashning necha xil turlari mavjud?
3. Qo'l ostingizda bo'lgan bog'lov materialini eng oddiy usul bilan yuqumsizlantirishni bilasizmi?
4. Individual bog'lov paketi, elastik naysimon bint, bakteriotsid plastirlarni qanday jarohatlarda ishlatish mumkin?
5. Sut beziga, boshga, ensaga, chakkaga qanday bog'lamlar qo'yiladi?
6. Dezo bog'lami qanday bog'lama? Nima maqsadda ishlatiladi?
7. Bandaj, korset nima? Qaysi jarohatlarda qo'llaniladi? Bunda bemor holati qanday bo'lishi kerak?

TEST SAVOLLARI

1. *Qorinning pastki qismiga qanday bog'lama qo'yiladi:*

- a) no'xtasimon;
- b) spiralsimon;
- d) boshhoqsimon;
- e) Velpo bog'lami;
- f) Dezo bog'lami.

2. *Bilakka qanday bog'lama qo'yiladi:*

- a) sopqonsimon;
- b) spiralsimon;
- d) boshhoqsimon;
- e) xochsimon;
- f) toshbaqasimon.

3. *Bandaj qaysi sohaga qo'llaniladi:*

- a) qorin;
- b) bosh;
- d) ko'krak;
- e) oyoq;
- f) oraliq.

4. *No'xtasimon bog'larni tananing qaysi sohasiga qo'yish mumkin:*

- a) iyakka;
- b) barmoqqa;
- d) boshga;
- e) tirsakka;
- f) tovonga.

5. *Quyidagi bog'larning qaysi birini boshga qo'yish mumkin:*

- a) boshqsimon bog'larni;
- b) no'xtasimon bog'larni;
- d) toshbaqasimon bog'larni;
- e) «Chepes» bog'larni;
- f) sopqonsimon bog'larni.

6. *Dezo bog'larni gavdaning qaysi qismiga qo'yiladi:*

- a) qorin sohasiga;
- b) ko'krak sohasiga;
- d) chanoq sohasiga;
- e) kaftga;
- f) tovonga.

7. *Yelka bo'g'imiga qanday bog'larni qo'yiladi:*

- a) boshqsimon;
- b) «Gippokrat qalpog'i»;
- d) toshbaqasimon bog'larni;
- e) Velpo bog'larni;
- f) Dezo bog'larni.

8. *Desmurgiya nima:*

- a) og'riqsizlantirish haqidagi fan;
- b) qon quyish haqidagi fan;
- d) bog'larni bog'lash va qo'llash haqidagi fan;
- e) tiriltirish haqidagi fan;
- f) shikastlarni davolash haqidagi fan.

9. *Yumshoq bog'larga tegishlisini ko'rsating:*

- a) dekstrinli;
- b) kraxmalli;
- d) gipsli;

- e) shinali;
- f) ro'molli.

10. Yelimli bog'lamlarga tegishlisini ko'rsating:

- a) bintli;
- b) ro'molli;
- d) plastirli;
- e) dekstrinli;
- f) gipsli.

11. Tizza bo'g'im sohasiga qanday bog'lam qo'yiladi:

- a) toshbaqasimon;
- b) krestitsimon;
- d) no'xtasimon;
- e) «Gippokrat qalpog'i»;
- f) neopolitancha bog'lam.

12. Gippokrat qalpog'i bog'lami qaysi sohaga qo'yiladi:

- a) bo'yinga;
- b) boshga;
- d) barmoqqa;
- e) qoringa;
- f) oyoqqa.

13. Suspensoriy qayerga qo'yiladi:

- a) oraliqqa;
- b) bo'yinga;
- d) oyoqqa;
- e) panjaga;
- f) boshga.

14. Quyidagi bog'lamlarning qaysi biri bilan ko'krak qafasini bog'lash mumkin:

- a) spiral bog'lami;
- b) Velpo bog'lami;
- d) «Chepes» bog'lami;
- e) suspensorni qo'yish;
- f) sirkular bog'lam.



BU SO'ZLARNI ESLAB QOLING

- desmurgiya
- individual bog'lov paketi
- bakteriotsid plastir
- boshqosimon bog'lam
- sopqonsimon bog'lam
- qalpoqcha bog'lam qo'yish
- bandaj, korset
- elastik naysimon bint
- dezo bog'lam
- «Chepes» bog'lami

IV bob

BIRINCHI TIBBIY YORDAM

4.1. Birlamchi tibbiy yordam nima?

Har bir kishi birinchi yordam ko'rsatishni bilishi, o'rta tibbiyot xodimi esa, birinchi tibbiy yordamni ko'rsata olishi (shifokorgacha), binobarin, shikastlanish va kasallik belgilarini puxta bilishi kerak. Baxtsiz hodisa to'satdan kasallanish ko'pincha birinchi yordam ko'rsatishga juda noqulay sharoitlarda, zarur dori-darmonlar, yara bog'lash materiali, yordamchilar bo'lmaganda, transport immobilizatsiyasi vositalari yo'q bo'lganda, yorug'lik yaxshi tushib turmagan sharoitlarda kuzatiladi.

Shunga ko'ra, bunday hollarda birinchi yordam ko'rsatuvchi kishilarning ziyrakligi va faolligi katta ahamiyatga ega, ular o'z qobiliyati va imkoniyatlariga ko'ra, birinchi yordamni bajaradilar—shikastlangan yoki to'satdan kasallanib qolganlarning hayotini saqlab qolishga qaratilgan, shu sharoitlarda maqsadga muvofiq imkon boricha ko'riladigan choralar kompleksini amalga oshiradilar. Birinchi tibbiy yordamni ko'rsatishda quyidagi tamoyillarga amal qilish lozim:

1. Yordam berayotgan kishining hamma xatti-harakatlari maqsadga muvofiq puxta o'ylangan, qat'iy, tez va vazmin bo'lishi kerak.

2. Avvalo, shikastlanib qolgan kishi tushgan sharoitga baho berish va shikastlantiruvchi omillar ta'sirini to'xtatish choralari ko'rish (suvdan, yonib turgan xonadan olib chiqish, gaz yig'ilgan xonadan chiqarish, yonib turgan kiyim-boshni o'chirish, elektrdan shikastlanishda elektr toki liniyasidan ajratish) kerak.

3. Shikastlangan kishi ahvoriga tez va to'g'ri baho berish zarur. Bunda shikast yoki to'satdan kasallanish ro'y bergan tafsilotni, shikast yuz bergan vaqtni va joyni aniqlash imkonini beradi. Shikastlangan (kasallangan) behush holatda yotganda bu, ayniqsa, muhim. Shikastlanganni ko'zdan kechirishda uning tirik yoki o'likligi aniqlanadi, shikastning turi va og'ir-yengilligi, qon oqqanmi va qon oqishi davom etayotganligi tekshirib ko'riladi.

4. Shikastlangan kishini koʻzdan kechirishga binoan birinchi tibbiy yordamning usuli va nimadan boshlash kerakligi aniqlanadi.

5. Konkret sharoitlar, holatlar va imkoniyatlarga asoslangan holda birinchi tibbiy yordami koʻrsatish uchun qanday vositalar zarurligini aniqlaydilar va ular bilan taʼminlaydilar.

6. Birinchi tibbiy yordami koʻrsatadilar va shikastlanganlarni transportirovkaga tayyorlaydilar.

7. Shikastlanganlarni davolash muassasasiga transportirovka qilishni uyushtiradilar.

8. Davolash muassasasiga yuborishga qadar shikastlangan kishini bir oʻzini qarovsiz qoldirish mumkin emas.

9. Imkon boʻlgan hajmdagi birinchi yordamni hodisa roʻy bergan joydagina emas, balki davolash muassasasiga olib borilayotgan yoʻlda ham koʻrsatish kerak.

Birinchi yordam koʻrsatishda — birinchi yordam koʻrsatish usullarini bilishning oʻzigina emas, balki shikastlangan kishiga qoʻshimcha shikast yetkazmay, u bilan toʻgʻri munosabatda boʻlishning ham ahamiyati katta. Jarohatga bogʻlam qoʻyishda, ayniqsa, suyak singanda, qon ketganda kiyim-boshni toʻgʻri yecha bilish zarur. Termik va kimyoviy kuyishlarda, kiyim-bosh yonib ketganda va boshqa hollarda kiyim-boshni yechish zarurati tugʻiladi. Kiyim-bosh va poyabzalni yechishda ikki kishi qatnashishi kerak. Qoʻl shikastlanganda kiyimni avval sogʻlom qoʻldan boshlab yechiladi, soʻngra shikastlangan qoʻlni ushlab yengni ehtiyotlik bilan tortib turib, undan kiyimni yechiladi.

Jarohatlarda, suyak singanda, kuyishda, har qanday keskin harakatlar, shikastlangan kishi vaziyatini oʻzgartirish, bir joydan ikkinchisiga koʻchirish, ayniqsa, singan yoki chiqqan oyoq yoki qoʻldan ushlab koʻtarish uning umumiy holatini birmuncha yomonlashtirishi, shok vujudga keltirishi, yurak, nafas olishni toʻxtatib qoʻyishi mumkinligini yodda tutish zarur. Shuning uchun shikastlangan kishini ehtiyotlik bilan, tananing shikastlangan qismlarini pastdan ushlab turgan holda koʻtarish lozim.

Koʻp qon ketish hollarida kiyim-bosh yechilmaydi, balki qon oqayotgan joy yuqorisidan qirqiladi. Kuyishda ham, kiyim-bosh kuyish yuzasiga yopishib qolgan hollarda u qirqiladi. Bunda kiyimni teridan koʻchirish mumkin emas, uni kuygan joy atrofidan qirqiladi va bogʻlamni kiyim qoldiqlari ustidan qoʻyiladi. Birinchi

tibbiy yordamining eng ko‘p uchraydigan usullaridan biri – immobilizatsiya (tananing shikastlangan qismini qimirlamaydigan qilib qo‘yishdir).

Immobilizatsiya shikast yuz bergan sohada qimirlamaslik holatini vujudga keltiradi, bu og‘riqni kamaytiradi va shu tariqa, ayniqsa, suyaklar va bo‘g‘imlar singanda shokka qarshi tadbir hisoblanadi; jarohat chetlari siljishining oldini oladi va jarohat ichiga infeksiya tushishidan himoya qiladigan vosita hisoblanadi. Immobilizatsiya suyak siniqlarini bir-biriga zich qilib ushlab turadi, bu keyingi jarrohlik davolashni yengillashtiradi va singan suyakning tezroq bitishiga imkon beradi.

Singan suyakni immobilizatsiya qilish asoratlar rivojlanishi – suyak sinig‘i o‘tkir chetlarining qon tomirlar, nervlar, muskullarni shikastlashi xavfini kamaytiradi. Demak, immobilizatsiya suyaklar singanda, chiqqanda, bo‘g‘imlar jarohatlanganda, yumshoq to‘qimalar katta hajmda yaralanganda, kuyganda birinchi yordam ko‘rsatishning asosiy usuli hisoblanadi. Hozirgi vaqtda respublikamizdagi milliy dastur rejalariga asosan, aholiga tibbiy xizmatni amalga oshirish ikki yo‘nalish, ya‘ni kechiktirib bo‘lmaydigan va rejali tibbiy xizmat orqali amalga oshirish tashkil-lashtirilmoqda.

Maxsus jarrohlik yordami ko‘rsatish jarrohlikning ayrim sohalarini, shu jumladan, onkologiya, suyak bo‘g‘imi sili, travmatologiya va ortopediya, neyroxirurgiya, endokrinologiya, bolalar va o‘pka, yurak-qon tomirlari jarrohligi, mikro va yirik jarrohlik klinikalari, shuningdek, ko‘pincha respublikadagi ixtisoslashtirilgan markazlar rivojlanishi bilan bog‘liq. Har bir tibbiyot xodimi inson va jamiyat oldida katta javobgarlik hissini har doim sezib turmog‘i kerak. Shuni yodda tutish kerakki, davolashning muvaffaqiyati va samaradorligi bemorning tibbiyot xodimlariga bo‘lgan ishonchiga bog‘liq, vaholanki, tibbiyot kasallikni emas bemorni davolaydi. Davolashning har bir pog‘onasida bemor ongiga sog‘ayishiga ishonch hissini singdirib borish kerak. Bu vazifa har bir insonparvar tibbiyot xodimining burchidir.

Birinchi yordam haqida tushuncha. Birinchi yordam ko‘pincha o‘zaro va o‘z-o‘ziga yordam tariqasida beriladi, chunki cho‘kayotgan odam suvdan chiqarilmasa, o‘t tushgan xonadan olib chiqilmasa, uni bosib qolgan narsalardan ozod qilinmasa, uning halok bo‘lishi hamma ma‘lum. Shikastlovchi ta‘sir muddati nechog‘li davomli

bo'lsa, shikastlanish shu qadar chuqur va og'ir bo'lishini ta'kidlab o'tish lozim. Shuning uchun birinchi yordamni shu tadbirlardan boshlash kerak.

Birinchi (shifokorgacha) tibbiy yordam. Zarar ko'rgan yoki kasallanib qolgan kishiga hodisa yuz bergan joyda va uni tibbiyot muassasasiga yetkazish davrida o'tkaziladigan shoshilinch chora-tadbirlar kompleksidir. Birinchi tibbiy yordam quyidagi uch guruhni o'z ichiga oladi:

1. Tashqi shikastlovchi omillar (elektr toki, yuqori va past harorat, og'ir narsalardan ezilish) ta'sirini zudlik bilan to'xtatish va shikastlangan kishini u tushgan noqulay sharoitlardan chiqarish (suvdan olib chiqish, yonayotgan, zaharli gaz yig'ilgan xonalardan olib chiqish).

2. Shikast, baxtsiz hodisa yoki to'satdan boshlangan kasallikni xarakteri va turiga ko'ra shikastlangan kishiga tez birinchi tibbiy yordam ko'rsatish (qon oqishini to'xtatish, jarohatga bog'lam qo'yish, sun'iy nafas oldirish, yurakni uqalash va boshqalar).

3. Kasallangan yoki shikastlangan kishini davolash muassasasiga tezda olib borish (transportirovka qilish)ni uyushtirish.

Birinchi tibbiy yordam tadbirlari kompleksida shikastlangan kishini davolash muassasasiga yetkazishning ahamiyati katta, chunki bu yerda unga malakali yordam ko'rsatiladi. Kasallangan yoki shikastlangan kishini faqat tez emas, balki to'g'ri transportirovka qilish, ya'ni bu ishni kasallikning xarakteri va shikastning turiga ko'ra bemor uchun eng xavfsiz vaziyatda bajarish lozim. Masalan, bemor hushsiz holatda va qayt qilishi ehtimoli bo'lsa, yonboshiga yotqizilgan holatda, suyaklar singanda – transport immobilizatsiyasidan so'ng (shikastlangan organni qimirlamaydigan qilib qo'yilganda) transportirovka qilinadi.

Shikastlangan kishini maxsus transportlarda olib yurish eng xavfsizdir. Eng noqulay sharoitlarda shikastlangan kishini qo'lda, maxsus yoki duch kelgan narsalardan yasalgan zambilda, brezentda va shu kabilarda ko'tarish lozim. O'z vaqtida ko'rsatilgan va to'g'ri olib borilgan tibbiy yordam shikastlangan kishi hayotini saqlabgina qolmay, balki kasallik yoki shikastlanishni bundan keyin muvaffaqiyatli davolashni ta'minlaydi, bir qator og'ir asoratlar (shok, jarohatning yiringlanishi, qonning umumiy zararlanishi) rivojlanishining oldini oladi, kasallik muddati, mehnat qobiliyatini yo'qotish vaqti qisqaradi.

4.2. O‘zbekistonda tez tibbiy yordamning tashkil qilinishi

Mamlakatimizda birinchi tez tibbiy yordamni ko‘rsatish uchun maxsus tibbiyot muassasalari, tez tibbiy yordam stansiyalari va kechiktirib bo‘lmaydigan yordam punktlari (travmatologik, stomatologik punktlar va boshqa)lar tashkil qilingan. Tez yordam stansiyasining ishi ko‘p qirrali. Unga shikastlanganda va to‘satdan ro‘y bergan kasalliklarda birinchi tibbiy yordam ko‘rsatish, shoshilinch jarrohlik va terapevtik yordamga muhtoj bemorlarni kasalxonaga, tug‘adigan xotinlarni tug‘uruqxonaga yetkazish vazifasi yuklangan.

Tez yordam mashinalari har qanday chaqiriq bo‘yicha so‘zsiz yetib borishlari shart. Hodisa yuz bergan joyga yetib kelgan tez yordam shifokori yoki feldsheri birinchi tibbiy yordamni ko‘rsatadi va shikastga uchragan yoki kasallangan kishini malakali transportirovka qilishni ta‘minlaydi. Hozirgi vaqtda tez tibbiy yordamni ko‘rsatish imkonini beradigan zamonaviy uskunalar bilan jihozlangan maxsus mashinalar (reanimobil) bor. Bu mashinalarda ishlaydigan shifokorlar va feldsherlar zarurat bo‘lganda, hodisa yuz bergan joyda mashinada statsionarga kelayotgan paytda bemorga qon yoki qon o‘rnida ishlatiladigan suyuqlikni quyadilar, yurakni sirdan massaj qiladilar yoki maxsus apparatlar yordamida sun‘iy nafas oldiradilar, narkoz beradi va boshqa dori preparatlari kiritadilar. Tez yordam xizmatini shunday mashinalar bilan ta‘minlash shoshilinch yordam ko‘rsatishni birmuncha yaxshilaydi, uning samaradorligini oshiradi.

Poliklinika shifokorlari bemorlarga uyda xizmat ko‘rsatadi, to‘satdan og‘ir kasallanishda yoki baxtsiz hodisada ularga birinchi yordam ko‘rsatadi, bemorni kasalxonaga yotqizish zarurligini, uni qanday muddat ichida yetkazishni va transportirovka xarakterini belgilaydi. Dorixona, laboratoriya, stomatologiya poliklinikasi, sanitariya-epidemiologiya stansiyasi singari tibbiy muassasalarga shikastlangan yoki to‘satdan kasallanib qolgan odam har vaqt yordam so‘rab murojaat qilishlari mumkin. Bunday muassasalarda birinchi tibbiy yordamni ko‘rsatish uchun zarur asboblari va dori-darmonlar komplekti—shkaf-aptechka bo‘lishi kerak.

Aptechkada vodorod peroksid, yod nastoykasi, nashatir spirt, og‘riqsizlantiruvchi (analgin, amidopirin), yurak-qon tomiri vositalari (valeriana damlamasi, kofein, validol, nitroglitserin, kordiamin, papazol), issiqni tushiradigan (asetilsalitsilat kislota,

fenatsetin), antibiotiklar, yallig‘lanishga qarshi vositalar—sulfa-nilamidlar, surgi vositalar, qon to‘xtatuvchi jgut, termometr, individual yara bog‘lash paketi, steril bintlar, paxta, shinalar bo‘lishi shart. Ko‘pincha birinchi yordam so‘rab dorixonaga murojaat qilinadi. Shunga ko‘ra, hamma farmatsevtlar birinchi tibbiy yordamni ko‘rsata bilishlari, to‘satdan kasallanib qolgan yoki baxtsiz hodisa yuz berganda qanday dori vositalarini ishlatish lozimligini puxta bilishlari darkor.

Dorixonadagi birinchi yordam to‘plami qo‘shimcha ravishda zambil, qo‘ltiqtayoqlar, steril asbob-uskunalar (qisqich, shpris, qaychilar), kislorodli yostiqlar, ampulalardagi dori preparatlari to‘plami (kofein, kordiamin, lobelin, adrenalın, atropin, glukoza, korkglikon, promidol, analgin, amidopirin) bilan to‘ldirilishi lozim. Narkotiklar va kuchli ta‘sir qiladigan vositalar qat‘iy hisobda turishini unutmash zarur, shunga ko‘ra, ishlatilgan preparatlarni maxsus jurnalda qayd qilish kerak.

O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 1998-yil 10-noyabr-dagi PF 2107-sonli Farmoni asosida Shoshilinch tibbiy yordam Markazi to‘g‘risida nizom qabul qilindi.

Markazning maqsad va vazifasi

- aholiga malakali va ixtisoslashtirilgan shoshilinch tibbiy yordam ko‘rsatish sohasida davolash, ilmiy-uslubiy va ta‘limiy ishlarni zamonaviy darajada tashkil etish va muvofiqlashtirish Markaz faoliyatining maqsadi hisoblanadi.

Markazning asosiy vazifalari quyidagilardan iborat:

- tezkorligi, yuqori texnologiyaligi va samaradorligi bilan zamonaviy talablarga muvofiq keladigan shoshilinch tibbiy yordam davlat xizmati faoliyatini tashkil etish va unga rahbarlik qilish;

- Markazning viloyatlardagi va Qoraqalpog‘iston Respublikasidagi filiallari faoliyatiga tashkiliy-uslubiy rahbarlik qilish va ular bilan maslahat ishlarini birgalikda olib borish hamda ularning ishlarini nazorat qilish;

- Toshkent shahri va Toshkent viloyati aholisiga malakali hamda ixtisoslashtirilgan tez va kechiktirib bo‘lmaydigan tibbiy yordam ko‘rsatish;

- shoshilinch tibbiy yordam ko‘rsatish xizmatini yanada rivojlantirish va takomillashtirish, aholi nogironligini va o‘limini kamaytirish dasturlarini ishlab chiqarish va amalga oshirishda qatnashish;

- aholiga shoshilinch tibbiy yordam xizmatini tashkil etishning shakl va uslublarini takomillashtirish bo‘yicha tavsiyanomalar ishlab chiqish va amalga oshirish;

- kechiktirib bo‘lmaydigan holatlarni profilaktika qilish, diagnoz qo‘yish va davolashning yangi samarali texnologiyalarini yaratish bo‘yicha ilmiy tadqiqotlar o‘tkazish hamda ularni sog‘liqni saqlash amaliyotiga joriy etish;

- shifokorlar va o‘rta tibbiyot xodimlarini qayta tayyorlash va ularning malakasini oshirish, shoshilinch va kechiktirib bo‘lmaydigan tibbiy yordam bo‘yicha ilmiy va ilmiy-pedagogik kadrlar tayyorlash;

- xorijiy mamlakatlarning tegishli muassasalari va tashkilotlari hamda xalqaro tashkilotlar bilan hamkorlik qilish;

- shoshilinch holatlarini profilaktika qilish va birinchi tibbiy yordam ko‘rsatish masalalari bo‘yicha aholi o‘rtasida sanitariya ishlarida manfaatdor tashkilotlar bilan birgalikda qatnashish;

- favqulodda vaziyatlar vazirligi, Ichki ishlar vazirligi, Davlat avtomobil nazorati, o‘t o‘chirish, qutqarish xizmatlari, boshqa tegishli idoralar xodimlari uchun shoshilinch vaziyatlarda shifokordan oldingi birinchi yordam ko‘nikmalariga o‘qitish kurslarini tashkil etish.

Markaz O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining aholiga tez va kechiktirib bo‘lmaydigan tibbiy yordam ko‘rsatishning nazariy va amaliy asoslarini ishlab chiquvchi, ilmiy tadqiqotlarni, uslubiy ishlarni, shuningdek, aholiga tez, shoshilinch va kechiktirib bo‘lmaydigan tibbiy yordamlarni ko‘rsatish bilan band bo‘lgan tibbiyot xodimlarini qayta tayyorlash va ularning malakasini oshirishning amalga oshiruvchi bosh muassasasi hisoblanadi.

Markaz gerbli muhrga, shtampga, o‘z nomi ko‘rsatilgan blankka, belgilangan namunadagi ramzga, boshqa zarur o‘ziga xos belgilarga ega bo‘ladi.

Markaz oldiga qo‘yilgan vazifalarni amalga oshirish uchun Sog‘liqni saqlash vazirligi bilan kelishgan holda o‘z faoliyatini tashkil etishning shakl va uslublarini tanlaydi, uning vakolatiga taalluqli zarur qarorlarini qabul qiladi va harakatlarini amalga oshiradi.

Markazning tuzilmasi va uni boshqarish

Quyidagilar Markazning nizomda belgilangan vazifalar amalga oshirilishini ta'minlovchi asosiy tarkibiy bo'limlari hisoblanadi:

- tez yordam stansiyalari, aviatsiya sanitariyasi, qabul qilish bo'lim va muvofiqlashtirish dispetcherlik xizmati, doimo tayyor brigadalari bo'lgan kechiktirib bo'lmaydigan tibbiy yordam ko'rsatishni tashkil etish, kasalxonaga yotqizish, davolash-tashxis qo'yish, patologoanatomya, kechiktirib bo'lmaydigan holatlarda yangi texnologiyalarni ishlab chiqish, kadrlarni qayta tayyorlash bo'limlari, shuningdek, ma'muriy va xo'jalik-texnika xizmatlari. Tarkibiy bo'linmalarining vazifalari va faoliyati tartibi O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan tasdiqlanadigan me'yoriy hujjatlar bilan belgilanadi;

- Markazning tashkiliy tuzilmasiga Toshkent shahrida joylashgan bosh bo'linma, shuningdek, yuridik shaxs sifatida tashkil etiladigan Qoraqalpog'iston Respublikasi va viloyatlardagi filiallari kiradi. Markazni O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan lavozimga tayinlanadigan va lavozimdan ozod qilinadigan direktor boshqaradi.



NAZORAT SAVOLLARI

1. Birinchi tibbiy yordamga nimalar kiradi?
2. Tibbiyot amaliyotida birinchi va birinchi tibbiy yordam ko'rsatish tushunchalari va ular o'rtasidagi farqlar qanday?
3. Baxtsiz hodisalarda tez tibbiy yordamning ahamiyati nimada?
4. Kechiktirilmaydigan tez tibbiy yordam ko'rsatishda, tez yordam stansiyalarining roli qanaqa?
5. Birinchi tibbiy yordam jihozlari bo'lgan shkaflar tibbiyot muassasalarining qaysi bo'limlarida bo'lishi kerak.

TEST SAVOLLARI

1. Yonayotgan odamga birinchi yordam qanday ko'rsatiladi:

- a) yonayotgan xonadan olib chiqiladi;
- b) kuygan kiyimlar yechib olinadi;
- d) inyeksiya qilinadi;
- e) kasalxonaga yuboriladi;
- f) shifokor kelguncha kutiladi.

2. Arteriyadan qon ketganda birinchi yordam qanday ko'rsatiladi:

- a) jgut bog'lanadi;
- b) tomir bog'lanadi;
- d) tomir tikiladi;
- e) mushak orasiga vikasol yuboriladi;
- f) tomir barmoq bilan bosib turiladi.

3. Immobilizatsiya nima:

- a) singan sohani qimirlamaydigan qilib bog'lash;
- b) lat yegan sohani to'g'rilab qo'yish;
- d) jarohat yuzasiga ishlov berish;
- e) kasalni transportirovka qilish;
- f) to'g'ri javob yo'q.

4. Birinchi yordam deganda nima tushuniladi:

- a) o'zaro, o'z-o'ziga yordam;
- b) meditsina xodimi kelgunicha bo'lgan yordam;
- d) mutaxassis shifokor yordami;
- e) kasalxonadan tashqari yordam;
- f) hamshira yordami.

5. Birinchi tibbiy yordam necha guruhga bo'linadi:

- a) 2 guruhga;
- b) 4 guruhga;
- d) 3 guruhga;
- e) 5 guruhga;
- f) 6 guruhga.



BU SO'ZLARNI ESLAB QOLING

- transportirovka
- lobelin
- kordiamin
- adrenalın
- nashatir spirti
- zambil
- kramer shinasi
- Diterxs shinasi

4.3. Birinchi tibbiy yordam ko'rsatishning ketma-ketligi

Tiriklik va o'lim belgilari. Birinchi yordam ko'rsatuvchi kishi hushdan ketishni o'limdan aniq va tez farq qila olishi lozim. Hayotning minimal alomatlari aniqlanganda zudlik bilan birinchi yordam ko'rsatishga va, avvalo, tiriltirishga kirishish shart.

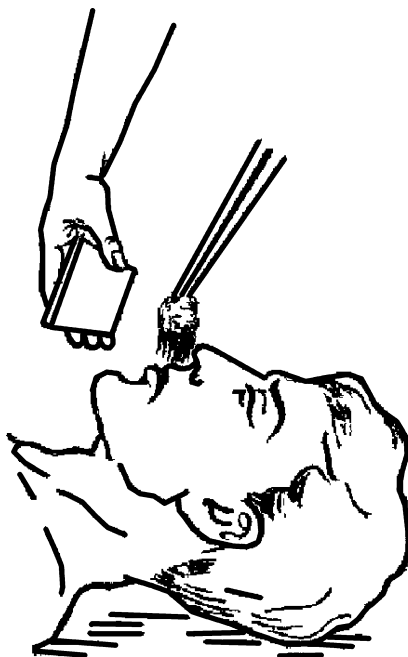
Tiriklik alomatlari

1. Yurak urishi borligi. Yurak urishini ko'krak qafasida chap ko'krak uchi sohasida qo'l bilan yoki eshitib ko'rib aniqlanadi.

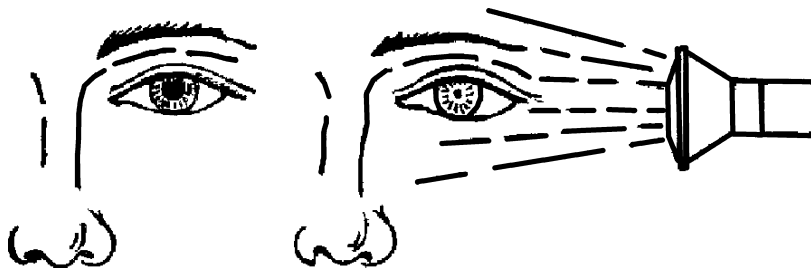
2. Arteriyalarda puls borligi. Pulsni bo'yinda (uyqu arteriyasi) bilak kaft usti bo'g'imi sohasida (bilak arteriyasi), chovda (son arteriyasi) aniqlanadi.

3. Nafas borligi. Nafasni ko'krak qafasi va qorinning harakati bo'yicha shikastlangan kishining burniga yoki og'ziga qo'yilgan ko'zguning namlanishi bo'yicha, burun teshiklariga yaqinlashtirilgan paxta yoki bint bo'lakchasining qimirlashi bo'yicha aniqlanadi (26-rasm).

4. Ko'z qorachiqclarining yorug'likka reaksiyasi borligi. Ko'z yorug'lik dastasi bilan (fornarcha) yoritilsa, qorachiqning torayishi kuzatiladi. Kunduzgi yorug'likda bu reaksiyani quyidagicha tekshirish mumkin: ko'zni biroz vaqt qo'l bilan bekitib turiladi, so'ngra qo'lni tezda chetga tortiladi — bunda qorachiqning toraygani bilinadi (27-rasm).



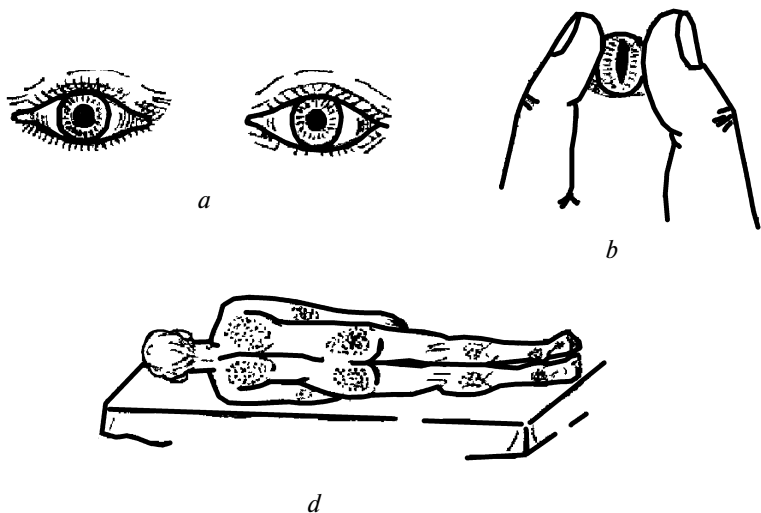
26-rasm. Ko'zgu va paxta bo'lakchasi yordamida nafas belgilarini aniqlash.



27-rasm. Qorachiqning yorug'lik sezishini aniqlash.

Tiriklik alomatlari borligi tiriltirish bo‘yicha zudlik bilan choralar ko‘rish zarurligidan darak beradi va yordam ta’sirchan bo‘lib chiqishi mumkin. Yurak urishi, puls, nafas olish to‘xtaganligi, ko‘z qorachiqklarining yorug‘likni sezmasligi shikastlangan kishining o‘lganligidan dalolat bermasligini yodda tutish lozim. Bu simptomlar kompleksi klinik o‘limda ham kuzatilishi mumkin, bu holda shikastlangan kishiga to‘liq hajmdagi yordam ko‘rsatilishi shart.

O‘lim belgilari. Yurak urishi yo‘q, arteriyalarda ham puls sezilmaydi, nafas olish to‘xtagan, ko‘z qorachiqklari kengaygan, yorug‘lik reaksiyasiga ta’siri yo‘q. Ko‘z shox pardasi xiralashganda va ko‘rib qolganda; «mushuk ko‘zi» simptomi bo‘lganda—ko‘zni bosilganda, ko‘z qorachig‘ining shakli o‘zgaradi va mushuk ko‘ziga o‘xshab qoladi. Tana sovib qolganda va murda dog‘lari paydo bo‘lganda yordam ko‘rsatishning foydasi bo‘lmaydi. Bu ko‘kintir binafsha dog‘lar tananing pastki yuzalari terisida paydo bo‘ladi. Murda chalqancha yotganda ular kuraklar, bel, dumba sohasida, yuz tuban yotganda — yuz, bo‘yin, ko‘krak, qorinda paydo bo‘ladi. O‘limning boshqa bir shak-shubhasiz alomati murdaning qotishi bo‘lib, u o‘limdan 2–4 soatdan keyin paydo bo‘ladi va boshdan boshlanadi (28-rasm).



28-rasm. Murdaning aniq belgilari:

a—normal ko‘z va o‘lgan odamda ko‘z shox pardasining xira tortishi; *b*—«mushuk ko‘zi»;
d—chalqancha yotgan murda tanasidagi dog‘lar.

Baxtsiz hodisalar va kasallik sabablari

Atrof-muhitning to'satdan bo'ladigan ta'sirida odam organlari funksiyasining zararlanishi yoki buzilishiga baxtsiz hodisa, deb ataladi. Baxtsiz hodisalar, odatda, ular haqida tez yordam stansiyasiga yoki kechiktirib bo'lmaydigan yordam punktiga zudlik bilan xabar qilish imkoni bo'lmagan sharoitlarda ro'y beradi. Bunday hollarda birinchi tibbiy yordamni ko'rsatish g'oyat muhim ahamiyat kasb etadi. Bemorga bunday yordamni baxtsiz hodisa sodir bo'lgan zahoti va shifokor yetib kelguncha yoki zararlangan kishini statsionarga olib borguncha berish lozim.

Aksari baxtsiz hodisalardan zararlanib qolgan kishilar, ularning qarindoshlari, qo'shnilari yoki tasodifiy yo'lovchilar birinchi bor uchragan tibbiy muassasasi (dorixona, laboratoriya, sanitariya-epidemiologiya stansiyasi va boshqalar)ga yordam so'rab murojaat qilishadi. Baxtsiz hodisa yordam ko'rsatish juda qiyin bo'lgan sharoitlarda, kerakli asbob-uskunalar, dori-darmonlar bo'lmaganda, yorug'lik, suv, issiqxona, yordamchilari bo'lmagan hollarda yuz berishi mumkin. Shunga qaramay, imkoni boricha to'liq tibbiy yordami ko'rsatilishi zarur, chunki kasallikning bundan keyingi kechishi, zarar ko'rgan kishining hayot-mamoti ham shunga bog'liq bo'ladi.

Baxtsiz hollarda va to'satdan ro'y bergan kasalliklarda tezlik bilan malakali birinchi yordam ko'rsatishni bilish uchun barcha tibbiyot xodimlari turli xil shikastlar, to'satdan yuz beradigan kasalliklarning asosiy belgilarini puxta bilishlari, bu shikastlar yoki holat zarar ko'rgan yoki kasallangan odam uchun qanchalik xatarli ekanligini aniq tasavvur qilishlari lozim.

Shikastlangan bemorlar bilan muomala qilish qoidalari

Tibbiyot yer yuzidagi eng dastlabki va tarixiy kasblardan bo'lib, insonni davolashda juda keng va boy tajriba to'plagan hamda boshqa kasblardan o'ziga xosligi bilan ajralib turadi. O'rta asrlarda yashagan buyuk hakim Abu Ali ibn Sino tibbiyot xodimlarining mahoratiga katta e'tibor berib, jarroh burgut ko'zlariga, qizlarning mohir qo'lga, ilon donoligiga va sherning yuragiga ega bo'lishi kerak, deydi. Bundan tashqari, Abu Ali ibn Sino tabiblarning axloq fazilatlarini va bemor bilan bo'ladigan muomalasidagi xususiyatlari

haqida to‘xtalib, hakimlarga kasallikdan va uni davolashdan qo‘rqish hissini bemor ongidan uzoqlashtirish uchun qo‘lidan kelgan barcha zarur chora-tadbirlarni ko‘rishni maslahat bergan va hatto musi-qadan davolash vositasi sifatida foydalanishni tavsiya etgan. Alloma «Bemor borki, so‘z bilan davolasa bo‘ladi», degan fikrni izhor qilgan.

Deontologiya (yunon. *dentos* – zarur, lozim bo‘lgan narsa, *logos* – ta’limot) – tibbiyot etikasining bir qismi bo‘lib, aynan bir vaziyatda tibbiyot xodimining axloq-odobi, o‘zini tuta bilishi va muomalasini amaliy faoliyatda qo‘llashdir.

Tibbiyot deontologiyaning asosiy vazifalari

- tibbiyot xodimlari xulq-atvorining bemorlarni davolash natijalarini yana ham yaxshilashga qaratilgan yo‘l-yo‘riqlarni o‘rganish;
- tibbiy faoliyatdagi noqulay omillarga chek qo‘yish;
- tibbiyot xodimlari bilan bemor o‘rtasida o‘rnatiladigan o‘zaro munosabatlar majmuyini o‘rganish;
- samarali bo‘lmagan tibbiy faoliyatning zararli oqibatlarini tugatish.

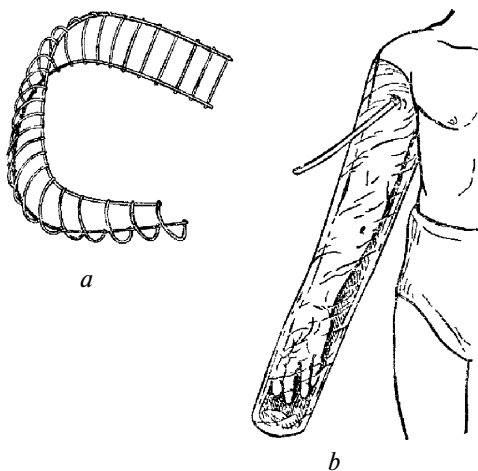
Deontologiya tamoyillarini takomillashtirishda shifokorning roli muhimdir. U bemorni tekshiradi, diagnoz qo‘yadi, dori-darmon, parhez buyuradi, maslahatlar beradi, kasallikning kechishini kuzatadi, o‘rta tibbiyot xodimi esa, hakim tayinlagan topshiriq va ko‘rsatmalarni bajaradi. Bemor bilan shifokor o‘rtasida ishonch paydo bo‘lishida hamshiraning roli juda kattadir. Hamshira g‘amxo‘r, shirin so‘z bo‘lib, mantiq me‘yolariga rioya qilishi, sabr-toqatli va o‘zini tuta bilishi va hakim hamda davolash muassasasi obro‘-e‘tiborini oshirishga hissa qo‘shishi, tabobat sirini saqlay bilishi shart.

Bemorga aytilgan har bir so‘z, uning ko‘nglini tinchlantirishi, sog‘ayishga umid uyg‘otishi lozim. Ba‘zan tibbiyot xodimlarining o‘ylamasdan aytib yuborgan so‘zlari bemorda kasallik chaqiradi, bu *yatrogeniya*, deb ataladi. Yatrogen kasalliklarning asosiy sababchisi umumiy tibbiy madaniyatning yetishmasligi, shoshma-shosharlik, vaqtning kamligi, bemorga kasallikning yomon diagnozi yoki oqibatini, tahlillarning natijalarini, ayniqsa, u ko‘ngilsiz bo‘lsa, aytib qo‘yish va boshqalardir. Bemor qanday kasallik bilan kasalxonaga yotmasin, har doim tibbiyot hamshirasi uning ruhiy holati va kechinmalarini tushunib, anglab yetishi va ehtiyotlik bilan tibbiy sirni saqlab gapirishi kerak.

Agar bemorda onkologik kasallik bo'lsa, ehtiyotkorlik va xushfe'llik bilan muomala qilish zarur. Bemor tibbiy yordamga murojaat qilgan bo'lsa, uning tibbiy yordamga kech kelganini, kasallikning o'tib ketganligini va uni davolash qiyinligini achinish yoki afsus bilan aytish yoki yuz ko'rinishida ifoda qilish umuman mumkin emas. Bu paytda tabobat kasallikka oldingi davrdagidek to'laqonli yordam bera olmasligini sezdirmaslik kerak.

Immobilizatsiyaning ahamiyati. Immobilizatsiya — tananing shikastlangan qismini qimirlamaydigan qilib qo'yish. Immobilizatsiya shikast yuz bergan sohada qimirlamaslik holatini vujudga keltiradi, bu og'riqni kamaytiradi va shu tariqa, ayniqsa, suyaklar va bo'g'imlar singanda shokka qarshi tadbir hisoblanadi. Birinchi yordam ko'rsatishda to'g'ri immobilizatsiya qilingan, singan, suyak shikastlangan kishini stasionarga transportirovka qilish davrigacha immobilizatsiya qilinmagan singan suyakka qaraganda tezroq bitadi. Immobilizatsiyani shinalar, deb ataladigan maxsus predmetlardan foydalanib bajariladi, bu predmetlarni shikast yetgan tana qismiga bintlar, kamarlar, bog'ichlar va shu kabilar bilan yopishtiriladi. Fabrikada ishlab chiqariladigan: yog'och, sim, to'r, plastmassadan yasalgan turli-tuman maxsus transport taxtakachlari bo'ladi. So'nggi vaqtlarda rezina va plastmassadan tayyorlanadigan pnevmatik (dam beriladigan) taxtakachlar qo'llanilayapti (29-rasm).

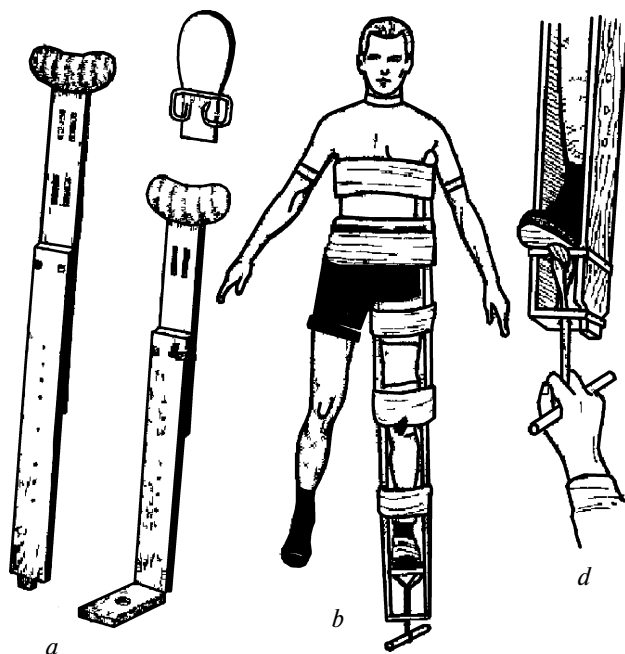
Standart taxtakachlar bo'lmaganda immobilizatsiyani taxta, hasasa, yog'och, chang'i, tayoq, miltiq, zontik kabi duch kelgan qattiq materialdan tayyorlanadigan dastaki taxtakachlar yordamida bajarish kerak. Son suyagi singanda *Diterixs taxtakachi* yaxshi transport shina hisoblanadi, bu boldir panja, tizza va chanoq son bo'g'imlarini yaxshi immobili-



29-rasm. Transport shinalari:

a—Kramerning yelkani immobilizatsiyalash uchun egilgan transport shinasini; b—qo'l uchun mo'ljallangan dam berilgan (pnevmatik) shina.

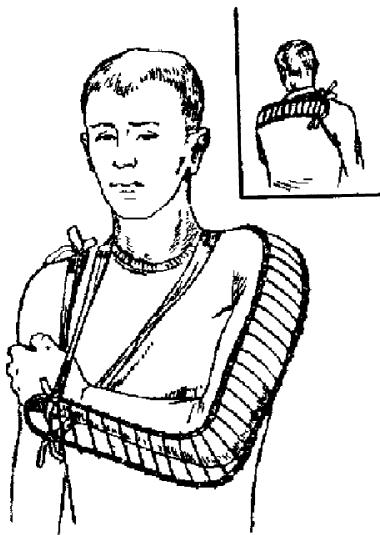
zatsiya qilish imkonini beradi. Shina uzunligini oson o'zgartirsa bo'ladigan ikkita yog'och taxtakachdan va burmali taxtadan iborat (30-rasm). Bu shinani kiyim ustidan qo'yiladi. Shina qo'yishda taxta asosini kasal oyoq tovoniga bintlashdan boshlanadi (poyabzal yechilmaydi). Shina uzunligi shikastlangan kishining bo'yiga



30-rasm. Diterixsning standart transport shinasi:
a—shina detallari; *b*—qo'yilgan shinaning umumiy ko'rinishi;
d—oyoqni tortib qo'yish.

moslanadi: shinaning tashqi (uzun) qismi uchi qo'ltiqqa taqalib turishi, qarama-qarshi tomondagi uchi esa, oyoq kaftidan 12–15 sm chiqib turishi kerak, shinaning ichki (kalta) qismi uchi chovga taqalib turishi va bu ham oyoq kaftidan 12–15 sm chiqib turishi kerak. Yon tomondagi shinalarni avvaliga taxta asos ilgagidan o'tkaziladi, so'ngra qo'ltiq va chov sohalariga o'rnatiladi. Asos tagida shina qismlari ko'ndalang taxtacha bilan biriktiriladi. Shinani ko'krakka, qoringa, songa va boldirga tasma, ilgak, bint o'ramlari va boshqalar bilan mahkamlanadi. Taxta asosidan biriktiruvchi plankaga ikki qavatli pishiqlik chizimcha o'tkazib, uni burash yo'li bilan oyoq biroz cho'ziladi.

Boshqa tayyor transport shinalaridan simdan yasalgan narvonsimon *Kramer taxtakachi* eng keng tarqalgan. Taxtakachning uzunligi 1 metr, eni 10–15 sm. Taxtakachga istalgan shaklni berish mumkin (31-rasm). Uzunroq shina tayyorlash zarur bo‘lib qolganda 2–3 ta shinani birlashtiriladi. Bilak, panja, oyoq panjasini immobilizatsiya qilish uchun ingichka yumshoq simdan yasalgan to‘rsimon shina qo‘llaniladi. Sim unga har qanday shakl berish imkonini beradi. To‘rsimon shinani ko‘pincha boshqa shinalarga qo‘shimcha sifatida ishlatiladi. Bu shinalardan tashqari, tayyor holdagi plastmassa, faner va karton, po‘stloqdan yasalgan shina naborlari bo‘ladi, bular sim shinaga qaraganda unchalik qulay bo‘lmasa-da, bilak va panjani immobilizatsiya qilishda ishlatilishi mumkin.

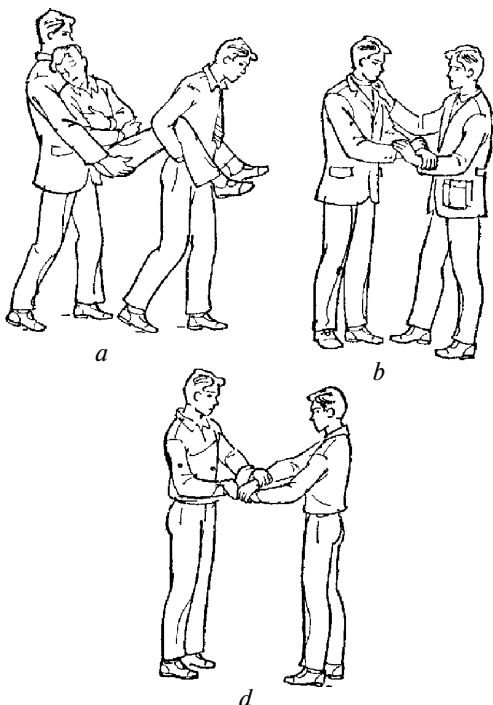


31-rasm. Kramer shinasini bilan qo‘lni immobilizatsiya qilish.

4.4. Bemorlarni transportirovka qilish

Bemorlarni transportirovka qilish. Birinchi yordamning eng muhim vazifasi bemorni yoki shikastlangan kishini davolash muassasasiga juda tez va to‘g‘ri transportirovka qilish (olib borish) hisoblanadi. Shikastlangan kishini tez, xavf-xatarsiz, avaylab transportirovka qilish kerak (32, 33-rasm). Transportda olib ketilayotganda, og‘riqqa sabab bo‘lish asoratlar rivojlanishiga—yurak faoliyati buzilishiga, shokka imkon bera olishini unutmaslik zarur. Shikastlanganlarni transportirovka qilishni odatda tibbiy hamshira uyushtiradi. Bemorni transportirovka qilishda gavdani shikastlangan qismini ehtiyot qilish va barcha ishlar tez va aniqlik bilan bajarilishi kerak. Sanitarlar o‘rta tibbiyot xodimlarining ko‘rsatmalarini so‘zsiz bajarishi kerak. Shikastlangan kishilarni transportirovka qilishning bir necha usullari mavjud.

Bemorning ahvoli imkon bergan hollarda suyak yurgizish. Bunda shikastlangan kishining qo‘li yordamchining bo‘ynidan o‘tkazilib, shikastlanmagan bemor qo‘l panjasidan ushlanadi.



32-rasm. Shikastlanganni ikki kishi ko'tarishi:

a—«birin-ketin» ko'tarish usuli; *b*—uchala qo'lni «qulf» qilib ko'tarish; *d*—to'rtala qo'lni «qulf» qilib ko'tarish.

Qo'lda ko'tarish. Shikastlangan kishini qo'lda ko'tarishda bir qo'lni tanadan, ikkinchi qo'lni taqimdan o'tkazib ko'tariladi, bemor qo'lni yordamchining bo'ynidan o'tkazadi.

Opichlab ko'tarish. Shikastlangan kishi yordamchining yelkasiga opichlaydi va qo'lni bo'ynidan o'tkazib oladi. Yordamchi esa bemorning taqimidan ushlab ko'taradi.

Ikki kishining qo'lni «qulf» qilib ko'tarishi. Bunda to'rtta qo'l «qulf» qilib ushlanadi. Sanitarlardan har biri chap panjasi bilan o'zining o'ng qo'li bilagidan, o'ng qo'li bilan esa, ikkinchi sanitarining chap qo'li bilagidan ush-



33-rasm. Shikastlanganni bir kishi ko'tarishi:
a—qo'lda; *b*—opichlab ko'tarish; *d*—yelkada ko'tarish.

laydi. Bemor shu «o‘rin-
diqqa» o‘tiradi va qo‘lini
sanitarlar yelkasiga
qo‘yadi (35-rasm).

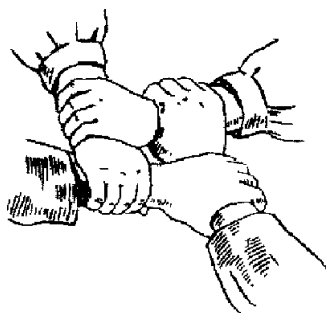
*Bemorni yarim
o‘tirgan holatda ko‘ta-
rish.* Sanitarlardan biri
shikastlangan kishining
orqa tomoniga o‘tib,
qo‘ltig‘idan, ikkinchisi
bemorning oyoqlari
orasiga o‘tib, uning tiz-
zasidan ushlab ko‘ta-
radi.

Zambilda ko‘tarish.

Bemorni olib borishda zambil eng qulay vosita hisoblanadi (36-rasm).
U hamma kasalxonalarning qabulxona



34-rasm. Shikastlangan kishini tasma yor-
damida ko‘tarish:
a—bir kishi yordamida; b—ikki kishi yordamida.

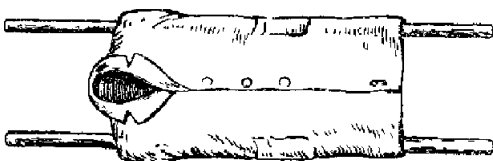
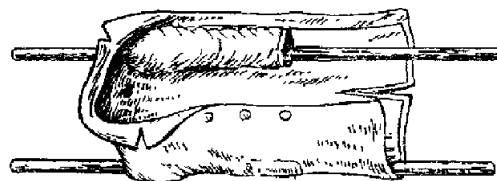


35-rasm. «Qulf» usuli.

bo‘limida, tez tibbiy
yordam stansiyalarida va tez
yordam mashinalarida
bo‘ladi. Zambilni turli
narsalardan, hatto qo‘lda
ham yasash mumkin. Shi-
kastlanishning turiga qa-
rab, zambilda bemorlar
turli vaziyatda yotqiziladi
(37-rasm).

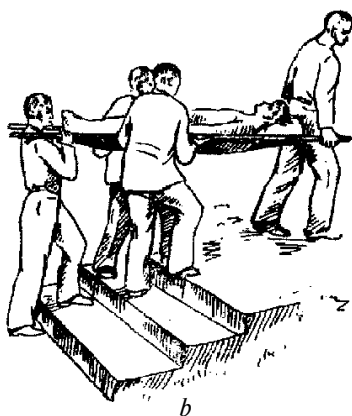
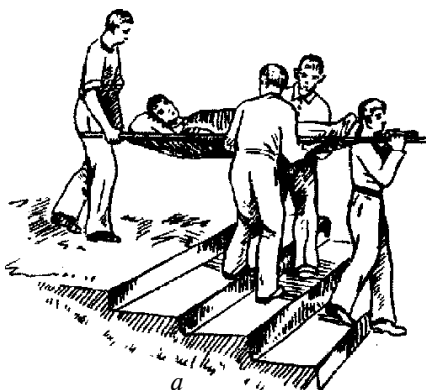


36-rasm. Tibbiyot zambili.



37-rasm. Qo‘lda yasalgan zambillar.

Bemorning odatdagi vaziyati chalqancha yotishdir, bunda u
boshini balandroq ko‘tarib, qo‘l-oyoqlarini uzatib yotadi. Bemor



38-rasm. Bemorni tekis va notekis joylarda zambilda tashish qoidalari.

zarur. Shu maqsadda sanitarlardan biri zambilning orqa tomonini baland ko'tarsa, ikkinchisi pastga tushiradi (38-rasm, b).

hushsiz bo'lganda, boshini baland ko'tarmasligi lozim (38-rasm, a).

Boshi yaralanagan bemor chalqancha yotqiziladi. Biroq, tanasining yuqori qismi va boshi balandroq qilib yotqiziladi. Boshi tagiga tarnovsimon qilib buklangan adyol qo'yiladi.

Bo'yinning oldingi qismi va yuqori nafas yo'llari yaralanganda bemorni qaddi baland ko'tarib o'tqaziladi, u boshini pastga engashtirib iyagini ko'kragiga tegizib turadi. Bemorni zambilda ko'tarishda bitta sanitar zambilning bosh tomonida, ikkinchisi oyoq tomonida turadi. Sanitarlar zambil belbog'ini yelkaga taqib, zambil dastasini qo'lga tutishadi va ayni vaqtda bemor yotgan zambilni silkitmasdan ehtiyotlik bilan ko'tarib borish kerak. Zinaga ko'tarib chiqayotganda va undan olib tushayotganda bemorning gorizontal holatini saqlab qolish

4.5. Shikastlangan bemorni transportirovka qilish usuli

- Ko'kragi yaralanganda bemorning qaddi baland qilib o'tqazilib yoki yaralangan yonboshi bilan yotqizib ko'tariladi.
- Qorin yaralanganda, bemorning oyoqlari tizzadan bukilib, chalqancha yotqizish tavsiya qilinadi. Shu maqsadda bemorning taqimiga bolishsimon buklangan odeal qo'yiladi.
- Umurtqa pog'onasi va chanoq yopiq shikastlanganda bemor chalqancha vaziyatda yoki yuz tuban yotishi lozim.

- Qo‘llari shikastlangan bemor sog‘lom tomonga ozroq burilgan holda chalqancha yotishi kerak. Bunda bilak ko‘krakka yoki qoringa qo‘yiladi.

- Oyoqlar va bosh shikastlanganda shikastlangan oyoqqa shina qo‘yilib, bemor chalqancha yotqiziladi.

- Oyoq suyagi singanda Diterixs shinasi qo‘yilib, bemor zambilga chalqancha yotqiziladi.

- Boldir suyagi singanda dastlab shina qo‘yilib keyin zambilga chalqancha yotqiziladi.

4.6. Ommaviy shikastlanishlarda yordam ko‘rsatish, transportirovka qilish navbati va yo‘nalishlari

Zilzila vaqtida, avtomobil halokatida, temiryo‘l falokatida, yong‘inlarda, portlash yuz berganda ommaviy shikastlanish hodisalari sodir bo‘ladi, bunday hollarda birinchi yordamni muvaffaqiyatli ko‘rsatish uyushqoqlik va tartib-intizomga bog‘liq. Avvalo, birinchi navbatda kimga tibbiy yordamni ko‘rsatishni aniqlab olish zarur. Uni quyidagi tartibda ko‘rsatish lozim:

- birinchi galdan nafas olishi qiyinlashib qolgan bemorlarga, so‘ngra ko‘krak va qorin bo‘shliqlariga teshib kirgan jarohatlari bor yaradorlarga, keyin jarohatidan ko‘p qon oqayotgan yaradorlarga, so‘ngra behush yoki shok holatidagi shikastlangan kishilarga, keyin ko‘p suyaklari sinib shikastlanganlarga va nihoyat, jarohatlari kichik va suyaklari singan shaxslarga yordam beriladi. Shikastlangan kishilarni zararlanishning og‘ir-yengilligiga ko‘ra, guruhlariga taqsimlab, ketma-ket tashib ketiladi.

Birinchi navbatda tashilishi kerak bo‘lgan guruhga: ko‘krak va qorin bo‘shliqlariga teshib kirgan jarohatlari bo‘lgan yaradorlar, behush holatdagi yoki shok holatidagi, kalla suyagi yaralangan, ichiga qon ketayotgan yaradorlar, oyog‘i yoki qo‘li kesilgan, suyak sinishi ochiq bo‘lgan, kuygan bemorlar kiradi.

Ikkinchi navbatdagi guruhga: oyoq yoki qo‘l suyaklari yopiq singan, ko‘p qon oqqan, biroq qon oqishi to‘xtatilgan yaradorlar kiradi.

Uchinchi navbatdagi guruhga: kam qon oqqan, mayda suyaklari singan, lat yegan yaradorlar kiradi. Bu guruhlarning har birida kichik yoshdagi bolalarni, agar sharoit imkon beradigan bo‘lsa, onasi (otasi) bilan birinchi navbatda evakuatsiya qilish zarur.



NAZORAT SAVOLLARI

1. Birinchi tibbiy yordam ko'rsatish ketma-ketligi deganda nima tushuniladi?
2. Tiriklik va o'lim belgilarining farqini bayon eting.
3. Shikastlangan bemorlar bilan qanday muomalada bo'lish kerak?
4. Diterixs va Kramer taxtakchlari qaysi organlar shikastlanganda qo'llaniladi?
5. Bemorlarni transportirovka qilishning qanday ahamiyati bor?
6. Immobilizatsiya deganda nima tushuniladi?
7. Shikastlangan bemorlarni transportirovka qilishda ularning holati qanday bo'lishi kerak?
8. Ommaviy shikastlanishda yordam ko'rsatish, transportirovka qilish navbati va yo'nalishlari qanday bajariladi?

TEST SAVOLLARI

1. *Apnoe uzoq cho'zilganda olib boriladigan chora-tadbirlar:*
 - a) yurakni defibrillatsiya qilish;
 - b) yurakni bevosita massaj qilish;
 - d) traxeya intubatsiyasi va sun'iy nafas berish;
 - e) infuzion terapiya. Analgetiklar qo'llash;
 - f) Ambu qopchasi bilan sun'iy nafas o'tkazish.
2. *Eksikoz darajasini baholash uchun qonda qanday tekshiruvlar olib boriladi:*
 - a) qondagi bilirubin miqdori;
 - b) transaminoza;
 - d) oqsil;
 - e) gemoglobin;
 - f) gemotakrit va eritrotsit miqdori aniqlanadi.
3. *Bemorda shok holatini xarakterlovchi klinik belgilarni ko'rsating:*
 - a) teri qoplami oqish va qo'ng'ir rangda, «oqish dog'» simptomi musbat, taxikardiya;
 - b) hushsiz, qusish, ich falaji, shilliq qavatlardan qon oqishi kuzatiladi;
 - d) teri qoplami va shilliq qavatlar oqargan, nafas yetishmaydi, jigar kattalashgan;
 - e) teri qoplami va shilliq qavatlar ko'kargan, nafas yetishmovchiligi, koma-giperkapniya kuzatiladi;
 - f) hushsiz, ichak falaji kuzatiladi.
4. *Qon yo'qotish va gipovolemiyani baholash usullarini aytib bering:*
 - a) tana harorati, teri rangi, arterial bosim, tomir urish tezligi, qon hajmi, soatli diurez aniqlanadi;
 - b) AB, yurak chegarasini aniqlash, ko'krak qafasi rentgenografiyasi;

- d) EKG, tomir urish tezligi, nafas olish tezligi, soatlik diurez aniqlanadi;
- e) tomir urishi va nafas tezligi aniqlanadi;
- f) hamma javob to'g'ri.

5. Terminal holat paytida kranioserebral gipotermiya qachon buyuriladi:

- a) zudlik bilan;
- b) miya shishi paydo bo'lishi bilan;
- d) metabolik korreksiya o'zgarishidan keyin;
- e) mustaqil nafas olish paydo bo'lgandan keyin;
- f) hamma javob to'g'ri.

6. Yurak-qon tomiri yetishmovchiligining qaysi turi o'pka shishuviga olib kelishi mumkin:

- a) qon-tomir yetishmovchiligida;
- b) chap qorincha yetishmovchiligida;
- d) o'ng qorincha yetishmovchiligida;
- e) o'pka kasalliklaridagi tomir yetishmovchiligida;
- f) tug'ma yurak poroglaridagi o'ng qorincha yetishmovchiligida.

7. Issiqlik ajralishini fizik usul bilan kamaytirish uchun nima qilasiz:

- a) antioksidant;
- b) antigipoksant;
- d) oshqozonni yuvish;
- e) antipirin;
- f) analgin va dimedrol buyuriladi.

8. Talvasalar ko'pincha qaysi yoshda uchraydi:

- a) 3 yoshda;
- b) 2–5 yoshlarda;
- d) 3 yoshdan keyin;
- e) 7 yoshgacha;
- f) maktab yoshida.



BU SO'ZLARNI ESLAB QOLING

- klinik o'lim
- biologik o'lim
- ijtimoiy o'lim
- laringospazm
- mushaklar anatomiyasi
- o'pkaning sun'iy ventilatsiyasi
- Silvestr va Nilson usullari
- S simon naycha
- Ambu va Ruben qopchig'i
- noradrenalin

V bob

REANIMATSIYA TAMOYILLARI VA USULLARI. SHOK

5.1. Terminal holatlar

Terminal holat (lotin. *terminus* – chegara, sarhad) – hayot va o‘lim o‘rtasidagi holat ma’nosini bildiradi. Bu atama yig‘ma tushuncha hayot funksiyalari, yurak-qon tomiri, markaziy asab tizimi hamda o‘pka nafas tizimi funksiyalarini pasayishi yoki ishdan chiqishini anglatadi. Bu holat agonal oldi, agonal fazalar va klinik o‘limni o‘z ichiga oladi.

Yurak va nafas faoliyatining buzilishi turli sabablarga ko‘ra ro‘yobga chiqadi. Ma’lum darajada o‘pkadagi havo almashinuvining buzilishi tufayli yurak faoliyati ham izdan chiqib, bemorda terminal holat boshlanadi.

5.2. Klinik va biologik o‘lim

Klinik o‘lim. Yurakning to‘xtab qolishi, nafas to‘xtashi, hushsiz holat, tashqi ta’sirlarga javob bo‘lmasligi, tomir urishi (puls) sust yoki aniqlab bo‘lmasligi – hali qaytmas, tiklanmaydigan o‘zgarishlar – biologik o‘lim yuz berdi degani emas.

Yuqorida sanab o‘tilgan belgilar biologik o‘limdan oldingi 4–5 daqiqa davom etadigan klinik o‘limdir. Klinik o‘lim birdaniga yuz bermay, balki qator agonal oldi va agonal fazalarni o‘taydi.

Agonal oldi fazasida es-hush saqlangan, biroq, tormozlanish bo‘ladi. Arterial bosim past bo‘ladi. Bunda maksimal bosim 40–60 mm simob ustuniga teng minimalni aniqlab bo‘lmaydi. Tomir urishi sust bo‘lib, hansirash kuzatiladi, nafas ritmi buziladi, bu faza bir necha soatdan to bir sutkagacha davom etadi.

Agonal fazada bemorning es-hushi yo‘qoladi, ko‘z qorachiqllari kengayadi, yorug‘likni sezmaydi, arteriya bosimi aniqlanmaydi, tomir urishi bilinmaydi, yurak tonlari bo‘g‘iq, nafas olish siyrak va yuzaki bo‘ladi. Bu faza bir necha daqiqadan bir necha soatgacha cho‘zilishi mumkin.

Klinik o'lim deganda, yurak, nafas, bosh miya faoliyati to'xtashi tushuniladi va 4–5 daqiqa davom etadi. Bunday holatda hayot ham so'nmagan bosh miya po'stloq qavati hujayralarida qayta tiklanmaydigan o'zgarishlar yuzaga kelmagan va hayot faoliyatini to'liq tiklash imkoniyati bo'ladi. Klinik o'lim biologik o'limga o'tishi mumkin.

Biologik o'lim – organizmning hayotiy jarayonlarini qayta tiklab bo'lmaydigan holat. Nafas va yurak faoliyatining to'xtashidan tashqari, murda dog'lari va murdaning qotishi, bosh miyada gipoksiya boshlanishi bilan ko'z qorachig'ining keskin kengayishi eng muhim belgilari hisoblanadi.

5.3. Reanimatsiya haqida tushuncha

Reanimatsiya (tiriltirish) deganda, tasodifiy shikastlanishlar, zaharlanishlar, kuyishlar, og'ir jarohatlar oqibatida, narkoz, operatsiya bilan bog'liq asoratlar natijasida yuz bergan klinik o'limda, shokda, koma holatida organizmni tiriltirishga qaratilgan shoshilinch chora-tadbirlar tizimi tushuniladi.

Reanimatsiya xizmatini tashkil qilinishi. Kompleks reanimatsiya chora-tadbirlarini imkoni boricha ertaroq, yurak asitoliyasi paydo bo'lmasidan va nafas batamom to'xtab qolmasdan ilgari boshlash kerak, shunda reanimatsiyaning bevosita naf berishi va keyingi oqibatining yaxshi bo'lib chiqishiga ko'proq umid bog'lasa bo'ladi. 6–7 daqiqa davomida klinik o'lim holatida yotgan bemorni yurak faoliyatini va mustaqil nafasini muvaffaqiyat bilan asliga keltirilganligi klinik amaliyotdan ma'lum, lekin bunday kasallarning ko'pchiligi 2–5 kundan keyin o'lib qolgan, yashab qolganlarida esa, nevrologik va ruhiy o'zgarishlar paydo bo'lib, ular doimiy parvarishga muhtoj bo'lgan nogironlarga aylangan. Shu munosabat bilan intensiv terapiyani o'z vaqtida o'tkazish, ayniqsa, katta rol o'ynaydi. Bu degan gap og'ir, aksari kritik holatda yotgan (o'tkir yurak yetishmovchiligi, o'pka shishuvi, astma statusi, komatoz holat va boshqalarda).

Intensiv terapiyani muvaffaqiyat bilan o'tkazish bir qancha hollarda bemorda terminal holat boshlanishiga yo'l qo'ymaydi. Barcha reanimatsiya chora-tadbirlari: yurakni massaj qilish, o'pkaga sun'iy yo'l bilan havo berib turish (sun'iy o'pka ventilatsiyasi) elektr bilan yurakni defibrillatsiya qilish va stimullash kompleks terapiyaning boshqa usullari bilan birga qo'shib olib boriladi. Bemorga



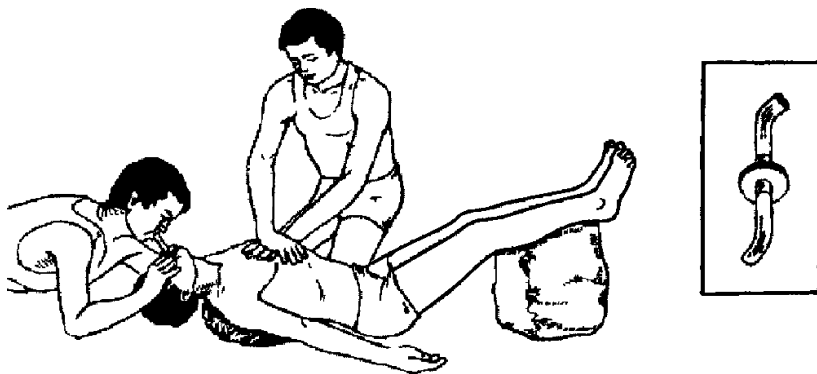
39-rasm. Sun'iy nafas berish usullari:
a—katta yoshdagi kishilarga; *b*—yosh bolalarga.

reanimatsiya yordami ko'rsatishda, odatda, reanimatsiya chora-tadbirlarini yaxshi biladigan va texnikasini egallab olgan 2–3 kishi (brigada) bir yo'la ishtirok etadi.

Boshlang'ich reanimatsiya usul-amallarining to'g'ri qo'llanilishi aksari, umuman shoshilinch yordam oqibatini va shikastlangan kishining keyingi taqdirini belgilab beradi. Kasalxonadan tashqaridagi sharoitda feldsher yoki tibbiy hamshira mustaqil holda o'tkazadigan reanimatsiya chora-tadbirlari, odatda, yurakning ustidan massaj qilish, sun'iy nafas berish bilan cheklanadigan bo'lsa, reanimatsiya bo'limi intensiv terapiya bloki yoki tez yordam maxsus brigadasidagi o'rta ma'lumotli tibbiy xodim ba'zan yurak defibrillatsiyasini ham mustaqil o'tkazishga majbur bo'ladi, chunki yurak qorinchalari fibrillatsiyaga tushib qolganda ozgina kechikish yoki uquvsizlik biologik o'limga olib keladi.

Nafas to'xtash sabablari. Nafas yo'llari o'tkazuvchanligini tiklash, nafas tovush boylamlarining spazmi, nafas yo'llariga qusuq massasi tiqilib qolishi, intubatsion naychanning buralib ketishi, tilning halqumga ketib qolishi va hokazolar. Ana shu xatarli asoratning oldini olish uchun shuni yodda tutish kerak va tegishli profilaktik tadbir o'tkazish zarur. Nafas yo'llari to'liq yoki qisman bekilib qolishi mumkin. Behush holatda yotgan odamda nafas yo'llari erkin o'tkazuvchanligini tiklash uchun tez va izchillik bilan quyidagi tadbirni o'tkazish zarur:

1. Bemorni qattiq yuzaga chalqancha yotqizish.
2. Bemorning boshi imkoni boricha orqasiga engashtirib qo'yiladi, ayni vaqtda til ildizi bilan epiglottis oldinga surilib, hiqildoq ochiladi, ana shu yo'l bilan havoning undan traxeyaga bemalol o'tadigan bo'lishi ta'minlanadi.
3. Og'zi va tomog'ini shilimshiq va boshqa ajralmalardan tozalash kerak.
4. Bemorning og'ziga havo yuborib, ko'krak qafasi ekskursioniyasi va nafas chiqarishini kuzatib borish (39, 40-rasm).



40-rasm. Sun'iy nafas berish va yurakni yopiq usulda uqalash.

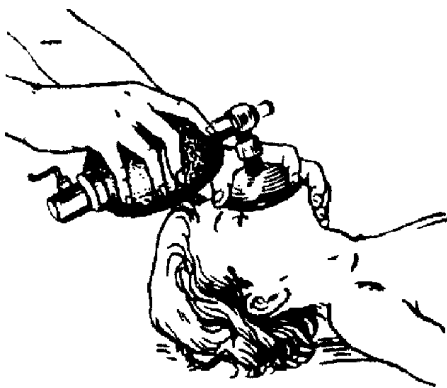
Ayrim hollarda nafas to'xtashining sabablari bartaraf qilingandan keyin ham nafas tiklanmasligi mumkin. Bunday hollarda bemorga 1–2 ml 20 % li lobelin yoki sititon, 1–2 ml 20 % kor-diamin, 10–20 ml 40 % glukoza eritmasi bilan birga yuboriladi va zudlik bilan sun'iy nafas oldirishga kirishiladi.

O'pkani sun'iy nafas oldirish yo'llari. Nafas oldirish usuli bemor bo'lgan sharoitlarga va nafas olishning to'xtash sababiga ko'ra tayinlanadi. Tashqi nafas olish jarayoni buzilgan paytda sun'iy

ventilatsiya qilishning asosiy usuli o'pkaga nafas kiritishdir. O'pkaga sun'iy nafas berishning oddiy usullaridan foydalanish mumkin. Bu maqsad uchun «og'izdan—og'izga», «og'izdan—burunga» nafas berish usullari, maxsus havo berish qopchasi (Ambu qopchasi) havo kirituvchi naychalardan, narkoz niqobi va narkoz asbobidan nafas beruvchi maxsus asboblari (apparatlar) yoki endotraxeal va S simon naychalardan foydalaniladi.

Reanimatsiya tadbirlari erta gipoksiya holatigacha boshlansa, uning natijasi ham yuqori bo'ladi. Klinik o'limning 3 daqiqasi davomida o'tkazilgan tadbirlardan keyingi ijobiy natija 75 %, 4 daqiqadan keyin 50 %, 5 daqiqadan keyin 25 %, ammo 9—10 daqiqadan keyin natija nolga teng. Chunki odatdagi haroratda to'qimalarning qaytmas o'limi 10 daqiqa davomida ro'yobga chiqadi. Sun'iy ventilatsiya qilishdan oldin nafas yo'llarini erkin o'tkazuvchanligini ta'minlash uchun dastlab nafas yo'lini to'siqlardan — yot jismlardan, suv, shilliqlardan va qondan tozalash zarur.

Og'iz bo'shlig'ini ko'rib chiqish bilan birga, ko'krak qafasini siqib turuvchi kiyimlar ham yechiladi. Og'iz bo'shlig'i sochiq yoki ro'molchani barmoqqa o'rab tozalab artiladi. Agar yosh bola bo'lsa, uni oyog'idan ko'tarib yoki yordam ko'rsatuvchining tizzasiga qorni bilan yotqizilib, nafas yo'llaridagi suyuqliklar va boshqa xalaqit beruvchi narsalardan tozalanadi. Shundan so'ng bemorni chalangancha yotqizib, uning yelkasi tagiga yostiqcha qo'yiladi va bemorni boshi orqaga engashtiriladi, pastki jag'i esa, birmuncha oldinga va yuqoriga suriladi. Shu paytda reanimatsiya o'tkazuvchi chuqur nafas



41-rasm. Niqob yordamida o'pkani sun'iy ventilatsiya qilish (Ambu qopchasi).

olib, so'ngra bemorning og'iziga yuboradi, havo chiqarish paytida bemor boshi egilgan pastki jag'i esa, tishlari bir-biriga tegib turgan holatidan bo'shatiladi. Nafas chiqarish nafas kiritishga nisbatan ikki marta uzoqroq bo'ladi (41-rasm).

«Og'izdan — og'izga» nafas berishda tibbiyot xodimi kasalning yon tomonida turib, bir qo'li bilan bemor burnini bekitadi, ikkinchi qo'li bilan esa, kasalning engagiga ohista

bosib og‘zini ochadi (og‘ziga doka yoki bint yopib qo‘ygan ma‘qul) shundan keyin chuqur nafas olib, lablarini kasalning og‘ziga mahkam jipslashtiradi va zo‘r bilan nafas chiqaradi. Havoni berib bo‘lgandan keyin lablarini bemor og‘zidan oladi. Sun‘iy nafas berishni yaxshi nazorat qilib borsa bo‘ladi. Havoni puflab kiritganda avval u oson o‘tadi, o‘pka to‘lib cho‘zilib borgan sayin qarshilik ortib boradi. Sun‘iy nafas berayotgan bo‘lsa, nafas berilgan paytda ko‘krak qafasining kengayishi yaxshi ko‘rinib turadi.

Yurak faoliyati saqlanib turgan paytda berib boriladigan sun‘iy nafas tezligi bir daqiqaga 20–25 martagacha yetkaziladi. Sun‘iy berish bilan bir vaqtda yurak ustidan massaj qilinayotgan bo‘lsa, zo‘r bilan nafas berib turishni bir daqiqaga 12–15 marta tezlik bilan bir maromda takrorlab borish kerak, ya‘ni ko‘krak qafasi 4–5 marta qisilganda bir marta nafas berib borish kerak bo‘ladi. Bunda puflab nafas berish yurak massajida ko‘krak qafasi qisiladigan paytga to‘g‘ri kelib qolmasligi kerak. Til va epiglotisni oldinga surib qo‘yadigan S simon havo o‘tkazuvchi naydan foydalanish og‘izdan-og‘izga qilib, sun‘iy ventilatsiyani o‘tkazishni ancha osonlashtiradi.

«Og‘izdan–burunga» havo puflash usuli sun‘iy nafas oldirishning eng ta‘sirchan va oddiy usullaridan hisoblanadi. Bemor boshini orqaga ko‘proq engashtirib chalqancha yotqiziladi. Buning uchun bemorning kuraklari ostiga bolishga o‘xshatib yumaloqlangan kiyim bosh yoki adyol qo‘yiladi. Bemorning jag‘i mahkam qisilgan hollarda og‘izdan–burunga sun‘iy nafas oldirish usuli foydali hisoblanadi. Bu maqsadda bir qo‘l bilan bemor boshini manglayidan orqaga engashtiriladi, ikkinchi qo‘l bilan iyagidan ushlanadi va pastki jag‘ni yuqoriga ko‘tarib og‘zi bekitiladi.

So‘ngra chuqur nafas olib lablar bilan burunni qamrab, jadallik bilan nafas puflanadi. Bolaga sun‘iy nafas oldirishda og‘iz va burunni birgalikda mahkam qamrab olinadi va havo puflanib (oz miqdorda) ko‘krak qafasining ko‘tarilishi kuzatib turiladi. Bolalarda nafas tezligi bir daqiqada 16–18 marta atrofida bo‘lishi kerak. Sun‘iy nafas oldirishda Ambu va Ruben qopchasi nihoyatda qulay. Yuqorida bayon etilgan usullarga qaraganda, asboblar (apparat DP-1, DP-2, DP-3, RO-3, RO-5, RO-6 va hokazolar) yordamida nafas oldirish ko‘proq samara beradi. Asboblarning, ayniqsa, so‘nggi modellari qo‘llanilganda bemorning nafas olishi va chiqarishi avtomatik

boshqariladi. Sun'iy nafas oldirish mustaqil nafas olish tiklanguncha cheklanmagan holda uzoq muddat amalga oshirilishi mumkin. Hozirgi paytda yosh bolalar uchun:

- a) «Bebilok–800»;
- b) «Mikrovent» asboblari qo'llaniladi.

Traxeya intubatsiyasi va traxeostomiya haqida tushunchalar

O'pkani davomli sun'iy ventilatsiya qilishda, albatta, traxeya intubatsiya qilinadi, bu holda laringoskop yordamida unga endotraxeal naycha kiritiladi. Traxeyani intubatsiya qilish, nafas yo'llarini ochiq tutib turishning eng qulay usuli hisoblanadi. Bunda tilning orqaga ketishi va o'pkaga qusuq massasining tushish xavfi bartaraf qilinadi.

Endotraxeal naycha orqali og'izdan naychaga zamonaviy apparatlar–respiratorlar yordamida ventilatsiya o'tkazish ham mumkin. Bu apparatlar bir necha kun va hatto, oylar mobaynida o'pkaning sun'iy ventilatsiyasini o'tkazishga imkon beradi. 3–4 kundan ortiq sun'iy nafas oldirish zarur bo'lganda bemorga traxeostomiya operatsiyasi o'tkaziladi.

Traxeostomiya – shoshilinch operatsiya, bo'yinning oldingi yuzasini kesib, traxeyaga naycha kiritishdan iborat. Traxeostomiya, shuningdek, difterik va soxta krup, hiqildoqdagi yot jismlar, hiqildoq shikasti sababli yuz bergan asfiksiyalarda ham qo'llanilishi mumkin. Bundan tashqari, ovoz boylamlarining falajlanishi va siqilishi, hiqildoqning juda ham kuchli shishishi, bo'yindagi o'smalar, traxeostomiyaga klassik ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.

Nafas yo'llarining aspiratsion va shilliq moddalar bilan to'lishi natijasida, ko'krak qafasining har xil jarohatlari oqibatida qovurg'alararo mushaklar innervatsiyasining buzilishi bilan kechadigan umurtqa bo'yin jarohatlari oqibatida va bosh miyaning jarohati yoki qon tomirlar patologiyasi natijasida kelib chiqqan nafas jarayonining buzilishida, o'tkir nafas yetishmovchiligi yoki spontan nafas olishning yo'qligi, hiqildoq siqilib qolishining dekompensatsiyasi va terminal bosqichda shoshilinch traxeostomiya qilish zarur.

Yurak to'xtashining sabablari va belgilari. Yurak faoliyatining buzilishi va to'xtashi turli vaziyatlarga ko'ra, suvga cho'kkanda, bo'g'ilganda, elektr yoki yashindan shikastlanganda, miyaga qon

quyilganda, miokard infarktida, issiq urganda, ko'p qon yo'qotilganda, yurak sohasiga qattiq urilganda, muzlab qolganda, kuyishda, yurakning boshqa kasalliklarida va har qanday sharoitda kasalxonada, uyda, ko'chada, ishxonada to'xtab qolishi mumkin. Yurak to'xtashi ko'pincha turli xildagi gipoksiyalar, giperkapniya va asidozga olib keladigan jarayonlardan so'ng boshlanadi. Natijada, qon aylanishining buzilishi, yurak yetishmovchiligi va nihoyat yurakning to'xtashi kelib chiqadi.

Qon aylanishning buzilishiga ikki omil: yurak-qon tomirlari faoliyatining buzilishi va qon tomiri devorining tonusi oshishi sabab bo'ladi. Bu yurakning nasos xususiyati uning baroretseptorlariga qon yoki boshqa suyuqliklarning bosimi ta'siri tufayli ro'yobga chiqadi. Yurak mushaklarining qon bilan ta'minlanishi ham tomir ichi bosimiga bog'liq. Bosim yetarli darajada bo'lsa, yurak toj tomirlarining qon bilan ta'minlanishi yetarli darajada bo'ladi. Yurak to'xtab qolishining ikki turi farqlanadi:

1. Asistoliya (yurakning haqiqiy to'xtab qolishi);
2. Qorinchalar fibrillatsiyasi (yurak muskulining muayyan tolalari betartib, nomutanosib qisqaradi).

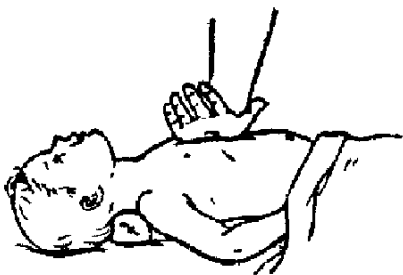
Birinchi holda ham, ikkinchi holda ham yurak qonni «haydash»dan to'xtaydi va tomirlarda qon oqmay qo'yadi. Yurak to'xtashining belgilari quyidagilar:

1. Hushdan ketish.
2. Puls bo'lmasligi, jumladan, uyqu va son arteriyalarida ham.
3. Yurak tonlari eshitilmasligi.
4. Nafas to'xtashi.
5. Teri va shilliq pardalarning oqarganligi yoki ko'karganligi.
6. Qorachiqslarning kengayganligi.
7. Muskullar tortishishi: bu belgi hushdan ketish vaqtida paydo bo'lishi va yurak to'xtashining dastlabki, sezilarli belgisi bo'lishi mumkin.

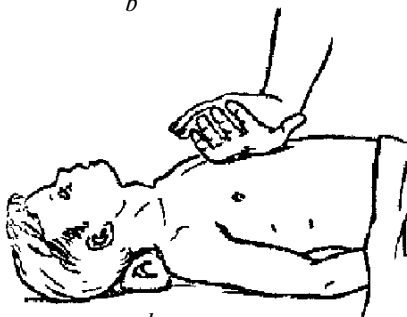
Bu belgilar qon aylanishi to'xtaganligi haqida shu qadar ishonchli dalolat beradiki, bunda qo'shimcha tekshiruv: qon bosimni o'lchash, pulsni sanash, shifokor kutmasdan bir daqiqani o'tkazmay, zudlik bilan reanimatsiyaga, yurak massaji va sun'iy nafas oldirishga kirishish kerak. Yurakni massaj qilish doimo sun'iy nafas oldirish bilan parallel holda o'tkazilishi kerakligini unutmaslik lozim, shuning natijada aylanib yuradigan qon kislorod bilan ta'minlanadi. Aks holda, reanimatsiyadan foyda yo'q.



a



b



d

42-rasm. Bolalarda yurakni yopiq usulda uqalash:

a—ko'krak yoshida; b—maktabgacha yoshda; d—maktab yoshida.

Yurakni tashqaridan massaj qilish. Tashqi massajning mohiyati yurakni to'sh va umurtqa pog'onasi orasida ritm bilan siqishdan iborat. Bunda qon chap qorinchadan aortaga haydaladi va xususan, bosh miyaga tushadi, o'ng qorinchadan esa, o'pkaga tushib, bu yerda kislorodga to'yinadi. To'shga bosim tushishi to'xtagandan keyin, yurak bo'shliqlari yana qonga to'ladi (42-rasm).

Yurakni tashqi massaj qilishda bemorni qattiq joyga (pol, yerga) chalqancha yotqiziladi. To'shakda yoki yumshoq yuzada massaj qilish mumkin emas. O'rta tibbiyot xodimi bemorning yon tomonida turadi va ustma-ust qo'yilgan qo'l kaftlari bilan to'shni umurtqa pog'onasi yo'nalishi bo'ylab kuch bilan 4–5 sm.ga bosadi. Bunda bir daqiqada 50–70 marta bosiladi. Qo'llar to'shning uchdan bir pastki qismida, ya'ni xanjarsimon o'siqdan ikki barmoq enicha yuqorida turishi kerak. Bolalarda yurak massajini faqat bir qo'lda, emadigan go'

daklarda esa, ikki barmoq uchida bir daqiqada 100–120 marta bosib o'tkazish lozim. Bir yoshgacha bolalarga barmoqlarni to'shning pastki uchi oldiga qo'yiladi. Kattalarda massaj o'tkazishda qo'l kuchidan foydalanib qolmay, balki butun gavda bilan ham bosish kerak. Bunday massaj katta jismoniy kuch talab qiladi va juda charchatadi. Agar reanimatsiyani bir kishi o'tkazsa, to'shni 1 sekund oraliq bilan har 15 marta bosilgandan so'ng massajni to'xtatib, «og'izdan—og'izga», «og'izdan—burunga» usulida yoki maxsus qo'l respiratorlari bilan ikki marta qattiq nafas oldirish kerak.

Reanimatsiyada ikki kishi qatnashsa, to‘shni har 5 marta bosishdan so‘ng o‘pkaga bir marta puflash kerak.

Yurak massaji natijasini quyidagi belgilar bo‘yicha baho beriladi:

1. Uyqu, son yoki bilak arteriyasida puls paydo bo‘lishi.
2. Arterial bosimning 60–80 mm simob ustuni atrofidan oshishi.
3. Ko‘z qorachiqslarning torayishi va ularda yorug‘likka reaksiya paydo bo‘lishi.
4. Teridan ko‘kimtir tus va «murdanikidek» rangsizlikning yo‘qolishi.
5. Keyinchalik mustaqil nafas olishning tiklanishi.

5.4. Yurak fibrillatsiyasi va asistoliyasi haqida tushuncha

Asistoliyada yurak qorinchalarining qisqarishi umuman to‘xtaydi, ammo bunda miokard tonuslari ma’lum vaqtgacha saqlangan bo‘ladi.

Yurak fibrillatsiyasida yurak mushaklarining muayyan tolalari betartib, nomutanosib qisqaradi.

Defibrillatsiya – defibrillator asbobi yordamida 4000–6000 V kuchlanish atrofidagi elektr zaryadi o‘tkaziladi. Ushbu asbob fibrillatsiyaga davo qilish uchun ishlatiladi.

Uzluksiz davolash yo‘nalishlari. Reanimatsiyada dori preparatlari qo‘llanib, yurakda modda almashinuvini tiklashga va uning qisqarish xususiyatini kuchaytirishga, qon aylanishi to‘xtaganda bo‘ladigan asidoz holatini bartaraf etishga va postreanimatsion davr asoratlari, xususan, miya shishining oldini olishga qaratilgan. Yurak faoliyatini tiklashda adrenalindan foydalanish yaxshi natija beradi. Bu preparat yurak muskuli tonusiga juda kuchli ta’sir etish xossasiga ega. Uni yurak massaji fonida yurak ichiga yoki vena ichiga osh tuzi yoki glukozaning 5 ml izotonik eritmasida suyultirilgan 0,1 % li eritmasidan 0,5 ml.dan yuboriladi. 3–5 daqiqa o‘tgach preparat yuborishni takrorlash mumkin.

Yurak ichiga dori yuborishdagi xavf-xatarlarni unutmaslik kerak, bu o‘pka toj tomirlarining shikastlanishiga olib kelishi mumkin. Adrenalin bo‘lmasa, efedrin, mezaton yoki noradrenalindan foydalanish mumkin. Kalsiy preparatlari – kalsiy xlorid va kalsiy glukonat yaxshi ta’sir ko‘rsatadi. Bu dorilar ham yurak qisqarishini kuchaytiradi va yurak ishi to‘xtab qolganda yaxshi ta’sir qiladi. 10 % li kalsiy xloridning 5–10 ml eritmasini yurak ichiga adrenalin bilan yuborish mumkin.

Reanimatsiyada novakainamid ham qo'llaniladi, bu ayniqsa, qorinchalar fibrillatsiyasida defibrillatsiya o'tkazishdan oldin ishlatiladi. Novakainamid ba'zan, hatto fibrillatsiyani ham bartaraf qiladi. Asidoz sharoitlarda reanimatsiya va dori-darmonlar bilan davolash ta'sirchan chiqmasligini nazarda tutish lozim. Shuning uchun dastlabki imkoniyat vujudga kelganda 4–8 % li natriy gidrokarbonat eritmasini vena ichiga yuborish zarur.

B guruhidagi vitaminlar, askorbinat kislota va kokarboksilaza, prednizalonni inyeksiya qilish katta ahamiyatga ega, bular, shuningdek, moddalar almashinuviga ta'sir etib, asidozni bartaraf etishga, yurak faoliyatini tiklashga imkon beradi. Markaziy asab sistemasini qo'zg'atuvchi dori moddalarini (kordiamin, lobelin, sititon, strixnin) singari nafas stimulatorlarini reanimatsiya vaqtida qo'llash mumkin emas va zararli, chunki ular hujayralarda almashinuv jarayonini kuchaytirib, hujayralarning kislorodga bo'lgan ehtiyojini oshiradi va shu tariqa ularning gipoksiyaga chidamini pasaytiradi. Reanimatsiya vaqtida hamma dori preparatlarini faqat vena ichiga yoki yurak ichiga yuborish kerak. Reanimatsiya vaqtida yurakni massaj qilishni va sun'iy nafas oldirishni dorilar yuborish uchun to'xtatib turish vaqti 10–15 sekunddan oshmasligi darkor. Reanimatsiyadan keyin bemorni, avaylab transportirovka qilish lozim.

5.5. Tibbiyot muassasalari (poliklinika, dorixona va boshqalar)da reanimatsiya uchun ishlatiladigan asbob-uskunalar

Poliklinika, dorixona, har qanday tibbiyot punktida reanimatsion kabinet tashkil qilishning katta ahamiyati bor. Ularda unchalik murakkab bo'lmagan reanimatologik asbob-uskunalar bo'lishi kerak. Bular quyidagilar:

1. Steril bintlar va salfetkalar.
2. Maxsus ukladkalaridagi shprislar.
3. Qon to'xtatuvchi jgutlar.
4. «Og'izdan—og'izga» nafas oldirish uchun havo naychalari.
5. Dastakli respirator-qopchiq.
6. Dorilar:
 - adrenalina ampulalarda 0,1 % li eritma;
 - kalsiy xlorid ampulalarda 10 % li eritma;

- kofein;
- efedrin;
- strofantin;
- promedol yoki morfin;
- prednizalon venaga quyish uchun;
- novokain;
- papaverin;
- nitroglitserin tabletkalarda.

7. Venaga quyish uchun eritmalar – poliglukin, gemodez va jelatinol.

8. Venepunksiya uchun ignalar.

9. Venaga quyish uchun steril sistema.



NAZORAT SAVOLLARI

1. Reanimatsiya haqida tushuncha.
2. Klinik va biologik o'lim belgilari va ularning bir-biridan farqi nimada?
3. Reanimatsiyada vaqtning ahamiyati deganda nimani tushunasiz?
4. Nafas to'xtashining sabablari.
5. Sun'iy nafas oldirish uchun qanday shart-sharoitlar zarur bo'ladi?
6. Traxeostomiya qanday muolaja? Yurak to'xtashining sababi va belgilari qanday bo'ladi?
7. Yurakning tashqi massaj qilish texnikasi qanday o'tkaziladi?
8. Defibrillatsiya va defibrillator nima?

TEST SAVOLLARI

1. *Apnoe nima:*
 - a) yurak urishining to'xtashi;
 - b) siydik ajralmasligi;
 - d) nafas olishining to'xtashi;
 - e) nafas harakatlarining tezlashishi;
 - f) yurak urishining tezlashishi.
2. *Quyidagi holatlarning qaysi birida reanimatsiya tadbirlari o'tkazilmaydi?*
 - a) klinik o'lim suvda bo'lganda;
 - b) klinik o'lim ko'chada bo'lganda;
 - d) elektrdan shikastlanganda;
 - e) biologik o'limda;
 - f) qonda gaz tarkibining yomonlashishida.
3. *Asistoliya nima:*
 - a) nafas harakatlarining to'xtashi;
 - b) yurakning minutiga 120 ta urishi;

- d) yurak muskullarining xaotik qisqarishi;
- e) yurak qisqarishining yo'qligi;
- f) nafas harakatlarining sekinlashishi.

4. *Reanimatsiya vaqtida dori preparatlari qanday yuboriladi:*

- a) venaga;
- b) teri ostiga;
- d) mushak orasiga;
- e) og'iz orqali;
- f) teri ichiga.

5. *Agonal fazada arteriya qon bosimi qanday bo'ladi:*

- a) aniqlanmaydi;
- b) 120 mm sim.ust;
- d) 50–60 mm sim. ust;
- e) 90 mm sim.ust;
- f) 110 mm sim.ust.

6. *Agonal oldi fazasida maksimal arteriya qon bosimi qanday bo'ladi:*

- a) aniqlanmaydi;
- b) 120–140 mm sim.ust;
- d) 50–60 mm sim.ust;
- e) 90 mm sim.ust;
- f) 100–110 mm sim.ust.

7. *Klinik o'limni qanday tushunasiz:*

- a) yurak va nafasning to'xtashi, modda almashinuvi saqlangan;
- b) yurak va nafasning to'xtashi, modda almashinuvi to'xtagan;
- d) yurak urishi sekinlashgan, nafas olishi sekinlashgan;
- e) arterial bosimning pasayishi, puls sekinlashgan;
- f) arterial bosim ko'tarilgan, puls tezlashgan.

8. *Terminal holatlarda bosh miya funksiyasini nazorat qilish uchun qaysi tekshirishlardan foydalaniladi:*

- a) tomogramma;
- b) elektrokardiografiya;
- d) rentgenografiya;
- e) elektroensefalografiya;
- f) ultratovushli tekshiruv.

9. *Klinik o'lim davri qancha vaqt davom etadi:*

- a) 20–25 minut;
- b) 30–35 minut;
- d) 15–10 minut;
- e) 10–12 minut;
- f) 4–5 minut.

10. Klinik o'limda reanimatsiya tadbirlari qachon boshlanadi:

- a) ko'z qorachiqslari kengayganda;
- b) klinik o'lim tashxislangan zahoti;
- d) elektroensefalografiya qilingandan keyin;
- e) elektrokardiografiya qilingandan keyin;
- f) arterial bosim o'lchangandan keyin.



BU SO'ZLARNI ESLAB QOLING

- | | |
|-------------------------|-------------------|
| • reanimatsiya | • defibrillatsiya |
| • traxeya intubatsiyasi | • taxikardiya |
| • traxeostomiya | • bradikardiya |
| • yurak fibrillatsiyasi | • apnoe |
| • yurak asistoliyasi | • gipertrofiya |

5.6. Shok

Shok — bu kuchli ta'sirlanishga (og'riqqa) nisbatan markaziy asab tizimining qaytargan javobi, ya'ni gemodinamik o'zgarishlar bilan kechadigan belgilar kompleksi. Miya va ichki sekretiya bezlari faoliyatining buzilishi shok deb nom olgan juda murakkab reaksiyada namoyon bo'ladi.

Sabablari. Og'ir shikastlanishlarda, jarohatlarda, kuyish va turli xil kasalliklarda organizmning hayot faoliyatiga salbiy ta'sir etuvchi omillar paydo bo'ladi. Bular avval og'riq, qon quyish, qon yo'qotish, shikastlangan to'qimalarda hosil bo'lgan zaharli moddalardir. Bu omillar butun organizm faoliyatini boshqarib turadigan bosh miya va ichki sekretiya bezlari funksiyalarini keskin izdan chiqaradi va shok holatida murakkab reaksiyalar paydo bo'ladi. Shok tufayli organizmning hamma tiriklik funksiyalari: markaziy asab tizimi, qon aylanish, nafas olish, moddalar almashinuvi, jigar va buyraklar faoliyatining buzilishi tez rivojlanadi. Kelib chiqish sabablariga ko'ra, bir necha xil shoklar farqlanadi:

- | | |
|------------------------|-------------------------|
| 1) shikastlanish shoki | 5) septik shok |
| 2) kuyish shoki | 6) gemotransfuzion shok |
| 3) kardiogen shok | 7) sitrat shok |
| 4) anafilaktik shok | 8) gemorragik shok |

Gemotransfuzion shok — mos kelmaydigan qonni quyishdan keyin yuz beradi. Kasallik simptomlari: bemorning ko'krigida qisilish sezgisi paydo bo'ladi, boshi, qorni va beli og'riydi, puls tezlashadi,

arteriya bosimi tushib ketadi, ba'zan qusadi, yotgan joyini beixtiyoriy bulg'ab qo'yadi. Bunday holda quyilayotgan qon to'xtatilib, shokka qarshi eritmalar, 5 % li glukoza quyiladi, mos keladigan guruh qonini almashib quyiladi, paranefral novakain blokadasi qilinadi. Uremiya bo'lganda me'da yuviladi va «sun'iy buyrak» apparati yordamida gemodializ qilish buyuriladi.

Sitrat shok – natriy sitrat ko'p bo'lgan ko'p miqdordagi qon quyilganda paydo bo'ladi. Klinikasi gemodinamika buzilishlar, talvasaga tushish bilan ifodalanadi. Davolash uchun 10 % li kalsiy xlorid eritmasi venaga yuboriladi.

Gemorragik shokning kelib chiqishi o'tkir qon ketishi bilan bog'liq. Ammo qon hajmining yo'qotilishi bilan birga uning qancha vaqt davomida ro'yobga kelgani ham katta ahamiyatga ega.

Gemorragik shok uch bosqichda kechadi: *kompensatsiya*, *subkompensatsiya* va *dekompensatsiya*. Kompensatsiya bosqichida yurak-qon tomiri sistemasining himoya kompensatsiyasi funksiyasi yaxshi bajarilishi natijasida markaziy gemodinamika uzoq vaqt o'zgarmasdan turadi, qon ketish bartaraf etilganda esa, umuman o'zgarmaydi. Subkompensatsiya urat darajadagi qon yo'qotilishida kerakli vositalar ta'sirida tiklanishning iloji bo'lmaganda dekompensatsiya vujudga kelishi mumkin. Unda qon tomirlarining qisqarishi ham yetarli foyda bermaydi, bemorga qon bosimi kamayib, arterial gipotoniya ro'yobga chiqadi. Mikrosirkulatsiyaning buzilishi kuzatiladi. Siydik miqdori kamayishi buyrakda qon aylanishi buzilishiga sabab bo'ladi. *Davosi*: qon oqishini vaqtincha to'xtatish, qon ketishini batamom to'xtatish.

Shok – hayot bilan o'lim o'rtasidagi holat va to'g'ri, kechiktirmay davo qilishgina bemor hayotini qutqarib qolishi mumkin. Shok ko'pincha og'ir travmatik shikastlanish natijasida paydo bo'ladi. Travmatik shok rivojlanishiga asab va jismoniy jihatdan toliqish, qo'rqish, sovqotish, surunkali kasalliklar (sil, yurak kasalliklari, modda almashinuvi kasalliklari va hokazo) moyil qiladigan sabablar hisoblanadi.

Shikastlanish shoki qon yo'qotishni yomon ko'taradigan (bolalarda, keksalarda, og'riqni juda sezuvchan kishilarda) tezroq rivojlanadi. Shikastlanish shokining patogenezida asosiy omillardan bo'lgan qon va plazmani yo'qotish yotadi. Natijada, organizmda aylanayotgan qon va plazma hajmi kamayadi. Bu esa, gipoksiya, giperkapniya rivojlanishiga olib keladi. Shu bilan birga qon yo'qotishning tezligi ham ahamiyatga ega. Sirkulatsiyadagi qon

hajmining 20–30 % kamayishi, qon bosimining pasayishiga, va nihoyat, o‘limga olib kelishi mumkin.

Qon aylanishi buzilishi natijasida o‘pka ventilatsiyasi pasayadi, buyrakning ajratish funksiyasi izdan chiqadi. Buyrak usti gormonlarining ajralish miqdori kamayadi, unga nisbatan organizmning talabi kuchayadi, jigar funksiyasi izdan chiqadi va nihoyat kengaygan kapillarlardan plazma hujayralararo bo‘shliqlarga chiqib boshlaydi.

Klinikasi: shikastlanish shokining kechishi ikki bosqichda o‘tadi:

- *erekttil* (qo‘zg‘alish) bosqichi shikastlangan zahoti rivojlanadi. Bunda asab tizimining qo‘zg‘alishi tufayli bemorda harakat kuchaygan es-hushi saqlangan, faqat og‘riqdan shikoyat qiladi. Teri shilliq qavatlari oqargan, sovuq ter bilan qoplangan, puls tezlashgan, arterial bosim normada yoki qisman ko‘tarilgan, nafas olishi tezlashgan. Bemor bezovta harakatchan. Agar zararli omillar ta’siri davom etaversa, ikkinchi bosqichga o‘tadi;

- *torpid* (tormozlanish) bu bosqichda asab, yurak, o‘pka, jigar, buyraklar faoliyati pasayib ketadi. Qonda yig‘iladigan zaharli moddalar tomirlar va kapillarlarini falajlaydi. Bemorning ahvoli keskin og‘irlashadi. Es-hushi saqlangan bo‘lsa-da, ruhiyati qorong‘ilashgan (depressiya) teri oqargan, sovuq yopishqoq ter bilan qoplangan. Puls ipsimon tez, arterial bosim tushgan, a‘zolarga qon kelishi kamaygan. Kislorod tanqisligi kuchayadi, bu esa, hujayralarning juda tez halok bo‘lishiga olib keladi. Nafas olish pasaygan, tez yurak tonlari bo‘g‘iq. Buyrak funksiyasi buzilib, anuriya rivojlanadi. Shuning uchun ham shok holatida reanimatsiya intensiv davo tadbirlarini barvaqt va zudlik bilan o‘tkazish kerak.

Shokning klinik kechishi torpid bosqichining og‘irligiga ko‘ra uch darajaga bo‘linadi:

1. Yengil daraja – umumiy ahvoli qoniqarli, es-hushi saqlangan, puls 90–100 marta, arterial bosim 100–90 mm simob ustuniga teng.

2. O‘rtacha og‘irlikdagi daraja – bemorning es-hushi qorong‘ilashgan, puls bir daqiqada 110–130 marta, nafas olishi tez, 26 marta yuzaki. Teri oqargan, sovuq ter bosgan, reflekslar so‘na boshlagan.

3. Og‘ir daraja – bemorning ahvoli og‘ir, esi kirarli-chiqarli, atrofga befarq qaraydi. Terisi yopishqoq ter bilan qoplangan, lablar,

burun, barmoq uchlari ko‘kimsimon tusda. Puls ipsimon bir daqiqada 140–160 marta uradi, arterial bosim 60 mm simob ustuniga tushib ketgan. Nafas yuzaki, tez va siyrak bo‘ladi. Bemor tagini beixtiyor bulg‘ab qo‘yishi mumkin.

5.7. Shok holatida bo‘lgan bemorlarga birinchi yordam ko‘rsatish

Shokning yengil darajasida yetarlicha yordam ko‘rsatilmasa, albatta, og‘ir darajaga o‘tishi va shokning qaytmas o‘zgarishlariga olib kelishi mumkin. Shikastlanganda, fojia ro‘y berganda yoki statsionargacha bo‘lgan paytda birinchi yordam ko‘rsatish qanchalik to‘liq bo‘lishi bemor hayoti va uning taqdiriga to‘g‘ridan to‘g‘ri ta‘sir etadi.

Davolash: shokni davolash kompleksi uning patogenezini nazarda tutgan holda o‘tkazilishi kerak.

Shokda birinchi yordam ko‘rsatish, uning keltirib chiqargan sabablarini bartaraf etishga qaratilgan:

1. Nafas yo‘llarini tozalash va o‘tkazuvchanligini tiklash, intubatsiya va o‘pkani sun‘iy ventilatsiya qilish.

2. Tashqi qon oqishni to‘xtatish, jarohatni bog‘lab qo‘yish.

3. Og‘riqsizlantirish.

4. Immobilizatsiya.

5. Venaga qon va plazma o‘rnini bosuvchi suyuqliklar yuborish va gemoglobin miqdorini kuzatib borish.

6. Bemorni shikastlangan joydan ehtiyotlik bilan olib chiqish va tezlik bilan shifoxonaga yotqizish.

Shikastlanish shokida reanimatsiya tadbirlari hayotiy zarur a‘zolar funksiyasi buzilishining oldini olishga qaratiladi. Shokni davolash markaziy asab sistemasining funksiyasini normal-lashtirish, og‘riqqa qarshi kurashish, sirkulatsiyadagi qon hajmini to‘ldirish, tomirlar tonusini ko‘tarish, gaz almashinuvi, buyrak, jigar funksiyalarini va boshqa holatlarni normallashtirish kabi maqsadlarni nazarda tutgan holda bajariladi. Shikastlanganda og‘riq sindromlarini yo‘qotish va pasaytirish kerak. Bu maqsadda novakain eritmasi bilan singan suyaklar infiltratsiyasi, g‘ilofli, qovurg‘alararo anesteziya qilish kerak bo‘ladi. Bundan tashqari, bemorga mavjud og‘riq qoldiruvchi, uxlatuvchi yoki tinchlantiruvchi preparatlardan: analgin, amidopirin, barbamil, diazepam, trioksazin kabilarni berish mumkin.

Markaziy asab sistemasi tomonidan ro‘y bergan buzilishlarni yo‘qotishga qaratilgan tadbirlarni o‘tkazish va analgetiklar – morfin, omnopon, promedol yuborish va azot (I) oksid bilan narkoz berish yo‘li bilan og‘riqqa qarshi birmuncha samarali kurashish mumkin. Morfin nafas markazini susaytiruvchi ta’sirga ega bo‘lgani uchun uni bo‘shliq shikastlarida va shokning uch bosqichida, terminal bosqichda va terminal holatda ishlatmagan ma’qul. Yo‘qotilgan qon o‘rnini, bosadigan suyuqliklar (poliglukin, gemodez, jelatinol) yuborish, qon, glukoza eritmalari va fiziologik eritma quyish bilan to‘ldiriladi.

Og‘riqsizlantirish uchun azot oksidi bilan yengil narkoz berish ham yaxshi natija beradi. Kalla, ko‘krak shikastlarida blokadalar qilingandan keyin ular 5–6 daqiqa o‘tgach, ta’sir qiladi va 5–6 soatgacha davom etadi. Shundan keyin bemorga transport immobilizatsiyasi qilinadi, ya’ni shikastlangan sohalar Kramer va Diterixs shinalari bilan mahkamlanadi.

Shokda hamma bilishi zarur bo‘lgan (tibbiyot xodimi bo‘lmasa ham) birinchi yordam ko‘rsatish quyidagilardan iborat:

1. Odamning boshini oyog‘idan sal pastroq qilib yotqizing (rasmga qarang).
2. Qon oqayotgan bo‘lsa, uni to‘xtating.
3. Agar kasal sovqotayotgan bo‘lsa, uning ustiga ko‘rpa tashlab qo‘ying.
4. Agar uning hushi joyida bo‘lsa va icha olsa, unga kichik ho‘plamlarda suv va boshqa suyuqliklar bering. Agar u suvsizlanganga o‘xshasa, ko‘plab suyuqlik va suvni tiklovchi ichimliklar ichiring.
5. Agar birorta shikastlangan joyi bo‘lsa, uni davolash chorasini ko‘ring.
6. Bemorning ruhiyatini ko‘taring va xotirjam qiling.

Agar kasal hushsiz bo‘lsa:

1. Uning boshini sal yonboshlatib, pastroq qilib bir tomonga egiltirib yotqizing. Agar u bo‘g‘ilayotgandek bo‘lsa, tilini barmog‘ingiz bilan oldinga torting.

2. Agar qayt qilgan bo‘lsa, shu zahoti og‘zini tozalab qo‘ying. U qayt qilsa o‘pkasiga ketmaydigan qilib boshini pastroq orqaga egiltirib va yonboshlatib yotqizib qo‘ying.

3. U hushiga kelgunga qadar og‘ziga hech narsa bermang.

4. Yon atrofigizdagi biror kishi yoki o'zingiz 0,9 % li NaCl eritmasi, 5 % li glukoza eritmasini tezda vena ichiga yuboring.

5. Tezda tibbiy yordamga murojaat qiling.

Shokni davolashdan, uning oldini olish osonligini unutmaslik kerak. Shunga ko'ra, shikastlanganlarga birinchi yordam ko'rsatish uchun shok profilaktikasining quyidagi besh tamoyilini bajarish kerak bo'ladi:

1. Og'riqni kamaytirish;
2. Suyuqliklar yuborish;
3. Isitish;
4. Shikastlangan kishiga tinch osoyishta sharoit yaratish;
5. Uni davolash muassasasiga avaylab transportirovka qilish zarur.



NAZORAT SAVOLLARI

1. Shok qanday holat?
2. Shokning qanday turlari bor?
3. Shokning sabablari, belgilari, asoratlarini bayon eting.
4. Shikastlanish shoki va kuyish shokining o'xshashligi va asosiy farqi nimada?
5. Umumiy shok holatida qanday fazalar va bosqichlar farqlanadi?
6. Shok holatida bo'lgan bemorlarga birinchi yordam ko'rsatishda nimaga e'tibor beriladi?
7. Shok holatida bo'lgan shikastlanganlarni transportirovka qilishning o'ziga xos xususiyatlari nimada?

TEST SAVOLLARI

1. *Shokning ikkinchi fazasi qanday ataladi:*

- a) erektil faza;
- b) paralitik faza;
- d) torpid faza;
- e) uremik faza;
- f) gipoglikemik faza.

2. *Kuyish shokining oldini olish maqsadida qanday tadbirlar qilinadi:*

- a) antibakterial terapiya;
- b) og'riqsizlantirish infuzion terapiya;
- d) terini ko'chirish;
- e) gemotransfuziya;
- f) qoqsholga qarshi emlash.

3. *Shokning birinchi fazasi qanday ataladi:*

- a) erektil faza;
- b) paraletik faza;
- d) torpid faza;
- e) uremik faza;
- f) gipoglikemik faza.

4. *Kuyishning qaysi darajasida qoqsholning oldini olish maqsadida qoqsholga qarshi zardob qilinadi:*

- a) 4 darajasida;
- b) 2 darajasida;
- d) 1 darajasida;
- e) 3 darajasida;
- f) hamma darajasida.

5. *Travmatik shokning oldini olish uchun qaysi analgetiklar qo'llaniladi:*

- a) promedol;
- b) analgin;
- d) baralgin;
- e) amidopirin;
- f) pentalgin.

6. *Kuyish shokini davolashda suv-elektrolit balansini tiklash uchun quyidagilarning qaysi biri qo'llaniladi:*

- a) glukoza 5 %;
- b) Ringeo-Lokk eritmasi;
- d) konservalangan qon;
- e) albumin;
- f) leykotsit massasi.

7. *Travmatik shok rivojlanishiga nimalar sabab bo'ladi:*

- a) ko'p qon quyish;
- b) kuchli og'riq;
- d) og'riq qoldirish;
- e) infuzion terapiya o'tkazish;
- f) immobilizatsiya.

8. *Kuyishning 2–3-darajasida tananing necha foizi kuyganda shok rivojlanishi mumkin:*

- a) 30 %;
- b) 20 %;
- d) 40 %;
- e) 10 %;
- f) 2 %.

9. Anafilaktik shokda qanday yordam ko'rsatasiz:

- a) vitaminoterapiya;
- b) antibiotiklar;
- d) sulfanilamidlar;
- e) antigistamin preparatlar, kortikosteroidlar;
- f) gemotransfuziyalar.

10. Shokning belgilarini ko'rsating:

- a) arterial bosimning pasayishi, yuzaki taxipnoe;
- b) arterial bosimning ko'tarilishi;
- d) bradikardiya;
- e) arterial bosim o'zgarmaydi;
- f) teri quruq.



BU SO'ZLARNI ESLAB QOLING

- torpid faza
- erektil faza
- gemotransfuziya
- urimik faza
- paralitik faza
- leykotsit massasi
- eritrotsit massasi
- immobilizatsiya
- gipoglikemik faza
- bradikardiya

VI bob

SHIKASTLANISHLARDA BIRINCHI TIBBIY YORDAM KO'RSATISH

6.1. Jarohatlar haqida tushuncha, uning tasnifi, belgilari

Jarohat deganda, teri yoki shilliq pardalarning mexanik shikastlanishi yoki boshqa ta'sirlar natijasida buzilishiga aytiladi. Bunda ichkarida yotgan to'qimalarni butunligi buzilishi mumkin. Shikast yetkazuvchi predmetning tana ichkarisiga kirishi natijasida to'qimalar orasida hosil bo'ladigan bo'shliqqa jarohat kanali, deyiladi. Jarohatlanishlar xususiyatiga qarab quyidagi turlari farqlanadi:

a) yuza jarohatlar – teri va shilliq pardalarning shikastlanishi bilan xarakterlanadi;

b) chuqur jarohatlar – tomirlar, asablar, suyaklar, paylar, ichki a'zolarning shikastlanishi bilan o'tishi mumkin. Operatsiya vaqtida steril asboblardan hosil qiladigan jarohatlardan tashqari, hamma jarohatlarni infeksiya tushgan jarohatlar, deb hisoblash mumkin.

Jarohat turlari

1. Sanchilgan jarohatlar – biror predmet, pichoq, nayza, bigiz, igna sanchilganda hosil bo'ladi. Jarohatning bu turida jarohatning tashqi teshigi kichkina bo'lib, o'zi odatda chuqur bo'ladi. Jarohat kanali, aksari tor va to'qimalarning so'rilishi natijasida (muskullarning qisqarishi, terining surilishi) u uzuq-uzuq egri-bugri bo'ladi. Bu sanchilgan jarohatlarni, ayniqsa, xavfli qiladi, chunki shikastning chuqurligini va ichki a'zolarning shikastlanganligini aniqlash qiyin. Ichki a'zolarning payqalmay qolgan shikastlari ichki a'zoldan qon ketishi, peritonit (qorin pardasining yallig'lanishi) va pnevmotoraksga sabab bo'lishi mumkin.

2. Kesilgan jarohatlar o'tkir, tig'li predmet (pichoq, ustara, oyna, skalpel) kesganda yuzaga keladi. Bunday jarohatning chetlari tekis kesilmagan bo'ladi. Jarohat ochiq bo'lib qonab turadi, bitishi yaxshi kechadi.

3. *Shilingan jarohatlar* kesilgan jarohatning bir turi bo‘lib, bunda teri va teri osti yog‘ to‘qimasi yotgan to‘qimalardan ko‘chib chiqqan bo‘ladi. Bunday jarohatlar urinma chiziq bo‘yicha harakat qilayotgan kesuvchi buyumdan shikastlanish oqibatida yuz beradi.

4. *Chopilgan jarohatlar* o‘tkir, biroq og‘ir predmet (bolta, qilich va boshqalar) bilan urilganda sodir bo‘ladi. Tashqaridan qaraganda u kesilgan jarohatni eslatishi mumkin, biroq, jarohat kattagina sohani egallaydi va aksari suyaklarning shikastlanishi bilan o‘tadi. Jarohat chetlari birmuncha majaqlangan bo‘ladi.

5. *Lat bo‘lgan jarohatlar* to‘mtoq predmet (bolg‘a, tosh va boshqalar) bilan to‘qimalarga ta‘sir qilganda paydo bo‘ladi. Urilgan jarohat chetlari majaqlangan, notekis, qonga belangan. Tomirlarning shikastlanishi va ularning trombozga uchrashidan jarohat chetlarining oziqlanishi buziladi va ular nekrozga uchraydi. Majaqlangan to‘qimalar mikroblar ko‘payishi uchun qulay muhit hisoblanadi. Shu sababli urib olingan jarohatlarga infeksiya oson tushadi.

6. *O‘q tekkan jarohatlar* tananing o‘q otadigan quroldan otilgan snaryaddan jarohatlanish oqibatidir. Snaryadning turiga ko‘ra o‘qdan, sochma o‘qdan, oskolkadan yaralanish farq qiladi. O‘q tekkan jarohat teshib o‘tgan bo‘lishi mumkin, bunda yaralovchi predmet teshib o‘tadi va jarohatning kirish va chiqish teshiklari bo‘ladi: tanada tiqilib qolganda yopiq yaralanish deyiladi. Predmet yuza jarohatlab, organga sal tegib o‘tganda tegib o‘tgan yaralanish deb ataladi. Teshib o‘tgan yaralanishda o‘qning kirish teshigi, chiqish teshigidan hamisha kichik. Yopiq yaralanishda jarohatlovchi predmet jarohat kanali to‘qimalariga tiqilib yot jism bo‘lib qoladi. Jarohat kanaliga kiyimdan uzilgan parchalar ham tushib qolishi mumkin. Yot jismlar jarohat kanalida qolib, jarohatni yiringlatadi.

7. *Tishlangan jarohatlar* hayvon yoki odamning tishlashidan sodir bo‘ladi. Teri va teri osti yog‘ to‘qimasi ancha shikastlanadi. Jarohat hamisha infeksiyalangan bo‘ladi. Kech va ko‘p asoratlar bilan bitadi. Tishlangan jarohatlarga hech qachon chok solinmaydi, bunda birinchi yordam jarohatni 20 % li sovunli suvda yuvib, qurigach unga aseptik bog‘lam qo‘yiladi.

Jarohatlarning klinik manzarasi

Jarohatning klinik manzarasi og‘riq, chetlari ochilib turishi, qon oqishi va gavdaning shu qismida yuz beradigan funksional buzilishlar bilan ifodalanadi. Jarohatning darajalari:

- a) yengil;
- b) o'rtacha og'irlikda;
- d) og'ir shaklda bo'ladi.

Tashqi jarohatlar uning chuqurligi, ichki a'zolardagi shikastlanishning xarakteri va vujudga keladigan asoratlar (qon oqishi, jarohatlangan organ funksiyasining buzilishi, peritonit, pnevmotoraks va boshqalar) bilan belgilanadi. Har qanday yaralanishda shikastlangan odam hayotida tahdid soladigan qator xavf-xatarlar paydo bo'ladi.

Yaralanish har qanday shikast kabi organizmning umumiy reaksiyasini – hushdan ketish, shok, terminal holatni keltirib chiqarishi mumkin. Bu hodisalar faqat og'riq ta'sirida emas, balki, hatto jarohatdan qon oqishi natijasida yuz beradi. Demak, jarohatlanishda qon oqishi eng katta xavf tug'diradi. Jarohat orqali organizmga osongina tusha oladigan infeksiyaning ham xavfi bundan kam bo'lmaydi. Bu har ikki xavf birinchi tibbiy yordam ko'rsatish vazifalarini – qon oqishni tezda to'xtatish va jarohatni infeksiyadan saqlashni belgilaydi.

Jarohatlanganda odam hayotiga tahdid soladigan xavf-xatarlar

Jarohatlanganda organizmga jarohat orqali turli kasallik chaqiruvchi infeksiyalar tushib qoladi: bularga qoqshol, gazli gangrena tayoqchasi, hayvonlar tishlaganda quturish kasalligini qo'zg'atuvchisi tushib qoladi. Ularning oldini olish uchun qoqsholga qarshi emlanadi. Gazli gangrenaga qarshi zardobning profilaktik dozasi 30000 AEni tashkil qiladi.

6.2. Qon oqishi va uning turlari

Qon ketish deb, qon tomirlar devorlarining shikastlanishi, tomir devorlaridan tashqariga qon chiqishiga yoki biror to'qimaga, tana a'zosiga, uning ichiga qon to'planishiga, biror kasallik oqibatida yemirilishi, o'tkazuvchanligining oshib ketishi sababli ulardan qon oqishiga aytiladi. Qon ketishi kelib chiqishiga qarab ikki turga bo'linadi. Ulardan biri shikastlanish (travmatik) turi bo'lib u tashqi kuchning ta'sirida tomir devorlari butunligining buzilishidir. Qon ketishning ikkinchi turi shikastlanishga emas, balki, tomir devorining zararlanishiga patologik o'zgarishiga bog'liq bo'ladi.

Qon bosimining tez ko‘tarilib ketishi, qonning kimyoviy tarkibi buzilishi ham qon ketishga olib keladi. Qon ketishi faqatgina jarrohlikda uchramasdan, balki, doyachilikda, ya’ni bachadondan turli sabablar ta’sirida qon oqishi, terapiya, nevropatologiya amaliyotida keksalarda va qon bosimi oshgan bemorlarda birdaniga miyaga qon quyilib, falaj bo‘lib qolish hollari, ko‘z kasalliklari amaliyotida ko‘z to‘qimasiga qon quyilishi tibbiyotda katta ahamiyati borligini ko‘rsatadi.

1. *Arterial qon ketishi.* Bemor uchun og‘ir kechadi. Bu holda tomir devoridan yurak urishiga moslanib, mahalliy ritm bilan tebranadi va kislorodga to‘yingani uchun qizil alvon rangli qon otilib chiqishi bilan xarakterlanadi. Arterial qon oqishi odatda kuchli bo‘ladi va ko‘p qon yo‘qotiladi. Yirik arteriyalar, aorta shikastlanganda bir necha daqiqa ichida hayotga tahdid soladigan ko‘p qon yo‘qotilib bemor o‘lib qoladi.

2. *Venoz qon ketishi.* Venalar shikastlanganda paydo bo‘ladi. Venalarda bosim arteriyalardagiga qaraganda ancha past, shuning uchun qon sekinroq, bir maromda va to‘xtovsiz oqim bilan oqadi. Bunda qon to‘q olcha rangda bo‘ladi. Venadan qon oqishi arteriyadan qon oqishidan sekinroq o‘tadi, shuning uchun kamdan-kam hollarda hayot uchun xavfli bo‘ladi, biroq, bo‘yin va ko‘krak qafasi venalari yaralanganda boshqa o‘lim xavfi vujudga keladi. Bo‘yin va ko‘krak qafasi venalarida nafas olish vaqtida manfiy bosim paydo bo‘ladi va shunga ko‘ra, bu venalar yaralanganda chuqur nafas olish paytida ular ichiga havo kirish mumkin. Havo pufakchalari qon oqimi bilan yurakka kirib, yurak yoki qon tomirlarini bekitib qo‘yishi – *havo emboliyasi* yuz berishi va tezda o‘lim ro‘y berishiga sabab bo‘lishi mumkin.

3. *Kapillar qon oqishi.* Mayda qon tomirlar (kapillarlar) shikastlanib qolganda kapillar qon oqishi paydo bo‘ladi. Bu kapillarlar jarohatlanishidan yuzaga kelib, jarohatning yuzaki qonashi bilan xarakterlanadi. Qon ko‘rinishi jihatidan arterial va venoz qon o‘rtasidagi o‘rtacha o‘rinni egallaydi. Kapillar qon ketishi gemofiliya va sepsisda xavfli bo‘lib, u qon ivishining pasayishi bilan namoyon bo‘ladi. Odatda, kapillarlardan qon ketishi o‘z-o‘zidan to‘xtashga moyil bo‘ladi.

4. *Parenximatoz qon ketishi.* Bu hol ichki a’zolar – jigar, taloq, o‘pka, buyraklarning hamma tomirlari (arteriyalar, venalar, kapillarlar) shikastlanganda kuzatiladi. Bunday qon ketish g‘oyat xavfli bo‘lib, bunda qon ketishi tomirlar devorining parenximatoz

a'zo stromasi tomonidan tutib turilishi, a'zoda antikoagulant moddalar tufayli tromb hosil bo'lmashidan o'z-o'zidan to'xtashga moyillik bo'lmaydi. Qonning shikastlangan tomirdan qayerga oqishiga qarab tashqi va ichki qon oqishi farq qilinadi. Tashqi qon oqishi qonning teridagi jarohat orqali tashqariga chiqishi bilan xarakterlanadi. Ichki qon ketishda qon biror bo'shliqqa (qorin bo'shlig'i, plevra bo'shlig'iga) tushadi.

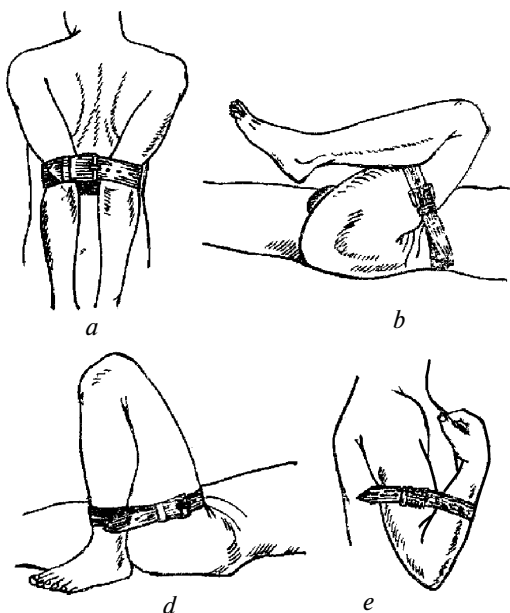
Tashqi muhit bilan tutashadigan kovak a'zo bo'shlig'iga (me'da, ichak, qovuq, traxeyaga) qon quyilishi tashqi yashirin bo'ladi. To'qimalararo bo'shliqlarga (muskullarga, yog' kletchatkasiga) qon oqishi gematoma – momataloq hosil qiladi. Yopiq bo'shliqlarga (plevra, qorin bo'shlig'iga, yurak xaltasiga, kalla suyagi bo'shlig'iga) ichki qon oqishi, ayniqsa, xavfli. Bunday qon oqishi yashirin o'tadi, ularga tashxis qo'yish juda qiyin va bemorni diqqat bilan kuzatib turilmaganda, ular aniqlanmay qolishi mumkin. Plevra va qorin bo'shlig'iga organizmda aylanib yuradigan qonning hammasi sig'adi, shunga ko'ra bunday qon oqish o'limga sabab bo'lishi mumkin. Qon oqishning xavfi shundaki, aylanib yurgan qon miqdori kamaygan sayin yurak ishi qiyinlashadi, miya, buyrak, jigar kabi hayotiy muhim a'zolarining kislorod bilan ta'minlanishi buziladi. Bu hol organizmdagi hamma gaz almashinuv jarayonlarini buzib, uning o'limi sodir bo'ladi.

Qon ketishning to'xtatish turlari. Qon ketishning to'xtatishni ikki turi farqlanadi:

- vaqtinchalik;
- uzil-kesil.

Qon ketishni vaqtinchalik to'xtatish. Bosib turuvchi bog'lamlar, qo'l-oyoqni immobilizatsiya qilib va balandga ko'tarib, bosib turuvchi bog'lam bog'lash, venalar va kichikroq arteriyalardan qon oqishni vaqtincha to'xtatishda yaxshi vosita bo'lib hisoblanadi. Bunda jarohatga bir necha qavat steril doka qo'yiladi va ustiga yana steril doka qatlami qo'yilib, uning ustidan mahkam bintlanadi yoki jgut qo'yiladi.

Qo'lni bo'g'imdan bukish taqim (tizza) arteriyasi, tirsak bo'g'imdagi yelka arteriyasi, chov bo'g'imdagi son arteriyasi jarohatlanganda yuz beradigan qon oqishni ba'zan oyoq-qo'lni maksimal bukish yoki quyidagi vaziyatda bog'lab tortib qo'yish yo'li bilan to'xtatish mumkin. Jarohatda tomirni bosib turish uchun qo'lga steril qo'lqop kiyiladi va jarohat spirt, yod bilan artiladi. Ko'rsatkich



43-rasm. Arteriyalarda qon oqishni vaqtincha to'xtatish:

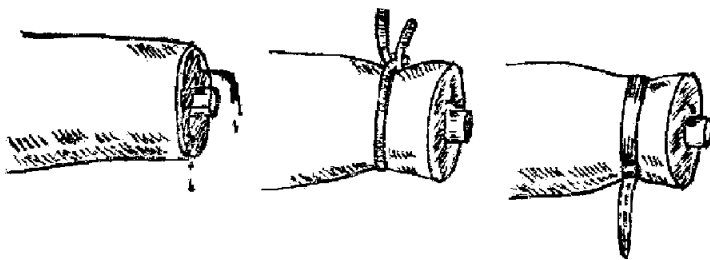
a—o'mrov osti arteriyasidan; *b*—son arteriyasidan; *d*—tizza osti arteriyasidan; *e*—yelka arteriyasidan.

barmoq jarohatga kiritiladi va sizib chiqayotgan qon tomirini bosib, qon ketishi to'xtatiladi (43-rasm).

Jgut bog'lash texnikasi. Bu, ayniqsa, arterial qon ketishni to'xtatishda asosiy usul hisoblanadi. Arterial qon ketishda jgut jarohatga nisbatan markaziy tomonga qo'yiladi. Jgut solishdan oldin, jgut solinadigan terini qisib qo'ymaslik uchun oyoq yoki qo'lga sochiq, yarador kiyimi, yoki bint o'raladi. Jgutni cho'zib oyoq yoki qo'l atrofida aylantiriladi. Jgut o'ramlari kesishmasligi balki yonma-yon solinishiga e'tibor berish zarur.

Jgut uchlari mahkamlanadi, uning o'ramlaridan birining ostiga jgut solingan vaqt yozilgan qog'oz qistirib qo'yiladi. Matoni faqat qon oqishi to'xtaguncha siqish kerak.

Jgut to'g'ri bog'langanda, arterial qon oqishi tezlikda to'xtaydi, oyoq yoki qo'l oqaradi, jgut bog'langan joyda pastda tomirlar pulsatsiyasi to'xtaydi. Jgutni ortiqcha qisib bog'lash yumshoq to'qimalarni (muskullar, asablar, tomirlar)ni ezib qo'yishi va shikastlangan joy falaj bo'lib qolishi mumkin. Jgut bo'sh bog'lansa, qon oqishi to'xtamaydi, aksincha, venoz qon dimlanib qoladi (oyoq yoki qo'l oqarmay, balki ko'kimtir tusga kiradi) va venoz qon oqishi kuchayadi. Jgut bog'langandan so'ng oyoq-qo'lni immobilizatsiya qilish lozim. Jgutni oyoq yoki qo'l da 1,5–2 soatdan ortiq qo'yish yaramaydi. Tomirlarning bundan ko'p qisilishi oyoq yoki qo'lning jonsizlanib qolishiga olib keladi. Shunga ko'ra, jgut ustidan bog'lam bog'lash qat'iy man etiladi. Bog'lab qo'yilgan jgut ko'rinib turishi kerak.

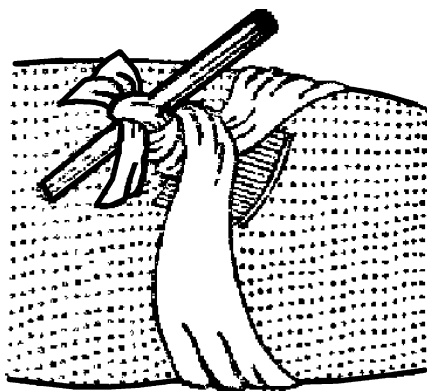


44-rasm. Qon to'xtatuvchi yasama jgutni bog'lash.

Jgut bog'langan vaqtdan so'ng 2 soat ichida shikastlangan kishini statsionarga qon oqishni batamom to'xtatish maqsadida olib borishni hamma choralarini ko'rish zarur. Agar biror sababga ko'ra, qon oqishni uzil-kesil to'xtatish, cho'zilib ketsa, jgutni 10–15 daqiqa yechish (bu vaqt ichida arteriyadan qon oqishni barmoq bilan bosib to'xtatib turiladi) va uni ilgari bog'langan joydan yuqoriroqdan yoki pastroqdan yana bog'lash zarur. Maxsus jgut bo'lmaganda oyoq-qo'lga kamar, ro'mol, mato parchasini bog'lab tortilsa ham bo'ladi. Qo'shimcha vositalardan tayyorlangan jgutni burama, deb ataladi. Burama uchun ishlatilgan narsani kerakli joyda bo'sh qilib bog'lanadi. Hosil bo'lgan qovuzloqdan tayoqcha, taxtacha o'tkaziladi va uni burab, qovuzloqni qon oqishi batamom to'xtaguncha aylantiriladi, shundan so'ng tayoqchani oyoq yoki qo'lga mahkamlanadi (44–45-rasmlar).

Burama qo'yish og'riqqa sabab bo'ladi, shuning uchun burama tagiga, ayniqsa, tugilgan joy ostiga biror narsani qistirib qo'yish lozim.

Arteriyani yo'nalish bo'yicha bosish usuli. Arterial qon oqishni shoshilinch to'xtatishning eng keng tarqalgan usuli hisoblanadi. Bu usul shunga asoslanganki, bir qancha arteriyalar palpatsiya qilishga qulay va ularni tagidagi suyak do'mbog'ida bosilganda qon oqishi batamom to'xtashi mumkin. Barmoq bilan bosib turib qon oqishni



45-rasm. Qon oqishni burama bog'lash (qovuzloq) yordamida to'xtatish.

uzoq vaqt to'xtatib bo'lmaydi, chunki bu katta jismoniy kuch talab qiladi, yordam ko'rsatuvchini charchatadi va transportirovka qilish imkoniyatini deyarli mahrum qiladi. Biroq, bu usul qonni zudlik bilan to'xtatish uchun qulay, u jarohatga iflos tushirmay qon to'xtashini ta'minlaydi va qon oqishini to'xtatishning bir-muncha qulay usuli uchun kerak bo'ladigan hamma narsalar: bosib turadigan bog'lam, burama jgutni tayyorlab qo'yish imkonini beradi. Arteriyani bosh barmoq, kaft, musht bilan bosib turish mumkin. Son va yelka arteriyalarini bosish oson, ammo uyqu va o'mrov osti arteriyasini bosish qiyin.

Burundan qon ketish. Yuqori nafas yo'llaridan qon ketish hodisalari orasida burun qonashi birinchi o'rinda turadi. Burundan ba'zan juda ko'p qon oqishi mumkin va bu shoshilinch yordam berishni talab qiladi.

Sababi: shikastlar, tiralish, burun to'sig'i yarasi, burunni qattiq qoqish, bosh suyagi sinishi, shuningdek, organizmning umumiy kasalliklari: qon kasalliklari, yurak nuqsonlari, yuqumli kasalliklar (skarlatina, gripp va boshqalar) gipertoniya kasalligida ro'y beradi, ayniqsa, burun bo'shlig'ida paydo bo'lgan har xil xavfsiz va xavfli o'smalar burundan qon oqishiga sabab bo'ladi. Burun qonaganda burun teshiklari orqali faqat tashqariga oqib tushmay, balki halqumga va og'iz bo'shlig'iga ham tushadi. Bu yo'talga, aksari qusishga sabab bo'ladi. Bemor bezovtalanadi, natijada, qon oqishi battar kuchayadi.

Birinchi yordam. Agar qon kamroq ketayotgan bo'lsa, burun qanotini barmoq bilan burun to'sig'iga bosib turish kerak. Bemorni tinchlantirish, unga keskin harakatlar qilish, yo'talish, gaplashish, zo'riqish qon oqishini kuchaytirishini tushuntirish lozim. Bemorni o'tqazib qo'yish, burun halqumiga qon oqish imkoniyati holatini kamroq yaratish, burun qanshari sohasiga muzli xaltacha, ro'molchaga o'ralgan qor kabilarni qo'yish lozim.

Mahalliy ta'sirlardan tashqari, xonaga sof havoning yetarlicha kirishini ta'minlash zarur. Burun issiqlab ketish oqibatida qonagan bo'lsa, bemorni salqin joyga ko'chirish, boshiga, ko'kragiga sovuq kompresslar qilish lozim. Qon oqishi to'xtamasa, burunning ikkala qanotini burun to'sig'iga qattiq qisib turib to'xtatishga urinib ko'rish kerak. Bunda bemor boshi biroz oldinga egiladi va burun imkon boricha yuqoriroqdan qattiq qisiladi. Bemor og'zi orqali nafas olishi kerak. Burunni 3–5 daqiqagacha qisish lozim. Og'izga tushgan qonni bemor tupurib tashlashi kerak. Agar iloji bo'lsa, paxtani vazelinga

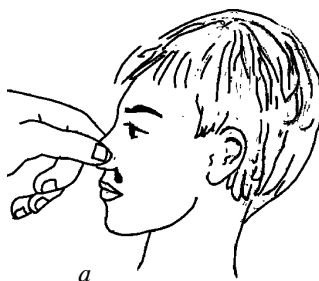
ho‘llab oling va paxtani uchi burundan biroz chiqib turadigan qilib kirgizib qo‘ying. So‘ngra burunni yana qattiq qising, lekin 10 daqiqadan ortiq qisib turmang, boshni orqaga qayirmang.

Paxtani qon to‘xtagandan so‘ng ham bir necha soatga qoldiring, keyin sekin olib tashlang. Katta yoshdagilarda qon burunning orqa qismidan oqishi mumkin va uni qisish yo‘li bilan to‘xtatib bo‘lmaydi. Bunday hollarda ushbu odamga tishlash uchun po‘kak, makka o‘zagi kabi kichik narsalarni ber-ring (46-rasm) va qon to‘xtamaguncha oldinga engashib, tinch, iloji boricha yutinmasdan o‘tirishga harakat qilsin (po‘kak uning yutinmasligiga va qonning tezroq ivishiga yordam beradi).

Oldini olish. Agar burundan tez-tez qon oqib tursa, burunning ichiga ozgina vazelinni kuniga ikki mahal surtish yoki tuzli suvda burunni chayqash kerak. Apelsin, pomidor, bulg‘or qalampiri va C vitaminiga boy boshqa mevalar iste‘mol qilinishi venalarni mustahkamlaydi va burun kamroq qonaydi.

Tish oldirishdan so‘ng qon oqishi. Tish oldirilgandan so‘ng anchagina qon oqishi mumkin. Qon oqishni to‘xtatish uchun tish o‘rnini paxta bo‘lakchasi bilan to‘ldirib, uni tishlar bilan qattiq qisib turiladi.

Quloqdan qon ketish. Quloqdan qon ketish quyidagi hollarda kuzatiladi: kalla asosi shikastlanganda, zarb tegishi, tiralish, tashqi eshitish yo‘llari jarohatlanganda agar qon ketishi tashqi eshitish yo‘llari jarohatlanishi bilan bog‘liq bo‘lsa, kasal sog‘lom tomonga yotqiziladi, boshi biroz ko‘tariladi, eshitish yo‘liga voronka shaklida o‘ralgan steril doka tiqiladi, so‘ngra aseptik bog‘lam qo‘yiladi. Eshitish yo‘llari jarohatlanganda va qon ketayotganda yuvish mumkin emas.



a



b



d

46-rasm. Burundan qon ketishining to‘xtatish usullari: a—barmaq bilan mahkam qisib turish; b—paxtani vazelinga ho‘llab burun ichiga tiqqan holda mahkam ushlab turish; d—po‘kak yoki makka o‘zagini tishlab turish.

O'pkadan qon ketishi. O'pkadan qon ketishining sababi shikastlanishlar yoki o'pka kasalliklari (sil, abscess, o'sma kasalliklari, o'pka raki va yurakning mitral nuqsoni va boshqalarda) bo'lishi mumkin. Bemor balg'am bilan yo'talishda qirmizi-qizil ko'pikli qon tupuradi. Ba'zan o'pkadan juda ko'p qon oqadi.

Klinikasi: o'pkadan qon ketganda, yo'talganda ko'piksimon och qizil rangda balg'am qon aralashgan bo'ladi. Nafas olish qiyinlashgan, hansirash kuzatiladi. Kuchli qon ketganda, yo'tal orqali laxta-laxta qon tuflaydi. O'tkir qon yo'qotish belgilari kuzatiladi, terisi oqargan, bosh aylanish, qon bosim pasayishi, puls tezlashgan ipsimon.

Birinchi yordam. Bemor yarim o'tirgan holatga keltiriladi tayanch uchun orqasiga valik yoki yostiqchalar qo'yiladi. Ko'krak qafasi siqib turgan kiyimlardan bo'shatiladi (yoqasi, shimining tasmasi yechiladi)

Bemor bo'lgan xonaning havosi musaffo bo'lishi kerak. Xona havosi sovuq bo'lgani yana ham yaxshi. Bemorga harakat qilish, gaplashish man qilinadi, chuqur nafas olish va yo'talmaslikka harakat qilish tavsiya etiladi. Ko'krakka muzli xalta qo'yish maqsadga muvofiq. Dori vositalaridan yo'talga qarshi tabletkalar tayinlanadi. Shoshilinch holatda kasalxonaga sanitar transporti orqali yuboriladi.

Hazm organlaridan qon ketishi. Me'da va ichaklar bo'shlig'iga qon oqishi qator kasalliklar (yara kasalligi, me'da saratoni, qizilo'ngach venalarining varikoz kengayishi va boshqalar) shikastlar (yot jismlar, kuyish va boshqalar)ning asorati hisoblanadi. Ko'p qon oqishi o'limga olib kelishi mumkin.

Klinikasi: me'dadan qon oqishi o'tkir kamqonlik belgilari (terining oqarib ketishi, darmonsizlik, ko'p terlash bilan birga qon aralash qusish yoki kofe quyqasi rangida qusish, tez-tez ich ketishi va axlatning qora rangga kirishi — qatronsimon axlat) kabi belgilar kiradi.

Birinchi yordam. Kasalni gorizontol holatda yotqizish va tinchlantirish zarur bo'ladi. Oshqozon sohasiga muz xaltacha qo'yiladi, natija yana samaraliroq bo'lishi uchun, agar kasal hushida bo'lsa, mayda bo'laklangan muzlarni yutish tavsiya qilinadi, ovqat yeyish va issiq suyuqliklar ichish batamom taqiqlanadi. Shoshilinch tarzda kasalni zambilga yotqizilgan holatda kasalxonaga yuboriladi.

Plevra bo'shlig'iga qon ketishi. Ko'krakka zarb tekkanda, qovurg'alar singanda, o'pkaning ayrim kasalliklarida, tomirlar shikastlanishi va bir yoki ikkala plevral bo'shliq qonga to'lishi mumkin. Yig'ilgan qon o'pkani bosadi, bu esa, nafas olishini

qiyinlashtiradi. Qon yo‘qotish va o‘pkani nafas olishda qatnasha olmasligi sababli bemorning ahvoli tezda yomonlashadi, teri qoplamlari oqarib, ko‘kimtir tusga kiradi.

Birinchi yordam. Bemorni davolash muassasasiga zudlik bilan transportda olib borish kerak. Bemorga yarim o‘tirish holatini berib, unga yordam beriladi. Ko‘krak qafasiga muzli xaltacha qo‘yiladi.

Qorin bo‘shlig‘iga qon ketish. Qorin bo‘shlig‘iga qon oqishi qorin to‘mtiq narsadan shikastlanganda, aksari, jigar, taloqning yorilishi natijasida sodir bo‘ladi. Qorin ichiga qon oqishiga jigar va taloqning ayrim kasalliklari sababchi bo‘lishi mumkin, ayollarda qon oqishi bachadondan tashqaridagi homiladorlikda bachadon naychasining yorilishi natijasida ro‘y berishi mumkin.

Klinikasi: qorin bo‘shlig‘iga qon oqishidan qattiq og‘riq paydo bo‘lishi yuzaga chiqadi. Teri qoplamlari oqargan, puls tezlashgan bo‘ladi. Ko‘p qon oqqanda hushdan ketish mumkin. Bemorni gorizontaal yotqizish, qorniga muzli xalta qo‘yish lozim, ovqat yeyish va suyuqlik ichish man qilinadi. Bemorni zudlik bilan transportda kasalxonaga olib boriladi.

6.3. O‘tkir qon ketishining klinikasi

O‘tkir qon yo‘qotishining klinik manzarasi teri va shilliq pardalarning birdaniga oqarib ketishi bilan xarakterlanadi. Bunda bemorning yuzi so‘lib ko‘zi kirtayadi, arterial va venoz bosim pasayadi, puls tezlashadi, to‘liqligi sust va ipsimon bo‘ladi. Nafas tezlashadi, bosh aylanadi, a‘zoyi-badani bo‘shashadi, tashnalik, ko‘z oldining qorong‘ilashuvi, ko‘ngil aynishi, ba‘zan qusish kuzatiladi.

Qon yo‘qotishda o‘lim, og‘ir kislorod yetishmovchiligi natijasida yuz beradi. Zaiflashgan bemorlarda, shu jumladan, och qolishi, toliqish, asab-ruhiy travmaga uchrashi va shok bo‘lgan holatlarda, hatto oz miqdordagi qon yo‘qotish ham o‘limga olib kelishi mumkin, ayniqsa, chaqaloqlarda, bir yoshga to‘lmagan bolalarda, keksalarda oz miqdorda qon ketishi og‘ir asoratlarga, ba‘zan o‘limga olib keladi.

Ko‘p qon yo‘qotilganda birinchi yordam ko‘rsatish

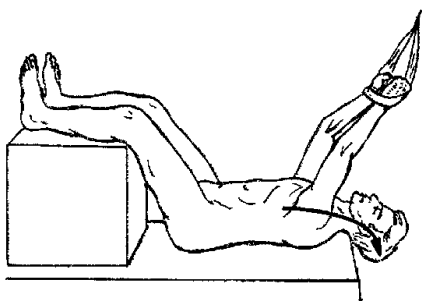
O‘tkir kamqonlik ko‘p qon yo‘qotilganda avj oladi. Bemorlar qon yo‘qotilishini turlicha boshdan kechirishadi. Qon yo‘qotilganida, bolalar va qariyalar, ayniqsa, sezuvchan bo‘lishadi. Uzoq vaqtgacha ko‘rpa-to‘shak qilib yotgan bemorlar, och, charchagan, qo‘rquv

holatidagi kishilar qon yo‘qotishni yomon o‘tkazadilar. Katta yoshdagi odam 300–400 ml qon yo‘qotishni deyarli sezmasligi mumkin, bunday qon yo‘qotish bolani o‘limga giriftor qiladi.

Qon hajmining yarmini (2–2,5 litr) bir vaqtning o‘zida yo‘qotish o‘limga sabab bo‘ladi. 1–1,5 litr qon yo‘qotish juda xavfli va o‘tkir kamqonlik manzarasi rivojlanishi bilan namoyon bo‘lib, qon aylanishi keskin buziladi va og‘ir kislorod tanqisligi avj oladi. Bunday og‘ir holat kam miqdorda, biroq, juda tez qon yo‘qotishda ham sodir bo‘lishi mumkin. Bemor ahvolining og‘ir-yengilligi to‘g‘risida faqat oqqan qon miqdoriga qarab emas, balki arterial bosim darajasi bo‘yicha xulosa chiqarish mumkin. Ko‘p qon yo‘qotilganda va bosim past bo‘lganda qon oqishi to‘xtashi mumkin. Shunga qaramay birinchi yordam ko‘rsatishda jarohatga bosib turadigan bog‘lam bog‘lash, shundan so‘ng shokka qarshi tadbirlar ko‘ra boshlash kerak.

Bosh miyaning qonsizlanishiga yo‘l qo‘ymaslik maqsadida shikastlangan kishini tekis yuzaga yotqizish lozim. Hushdan ketish, shok keltirib chiqargan ko‘p qon yo‘qotishda yaradorni boshini gavdasidan past turadigan holatda yotqiziladi. Ba‘zan «o‘z-o‘zidan qon quyilishi» o‘tkazish foydalanayotgan holatdagi yaradorning hamma oyoq-qo‘llarini yuqoriga tik ko‘tariladi (47-rasm), natijada, o‘pka, miya, buyraklarda va boshqa hayotiy muhim a‘zolarida aylanib yuradigan qon miqdorining vaqtincha ko‘payishiga erishiladi. Bemorning es-hushi yo‘qolmagan va qorin bo‘shlig‘i a‘zolarida shikastlanish bo‘lmaganda unga issiq choy, mineral suv agar bunday suv bo‘lmasa oddiy suv ichirish lozim.

Terminal holatlarda va yurak to‘xtab qolganda tiriltirish bo‘yicha choralar ko‘riladi. O‘tkir kamqonlikka davo qilishning asosiy turi



47-rasm. Bemorning o‘tkir kamqonlikdagi vaziyati – «o‘z-o‘zidan qon quyilishi».

zudlik bilan donor qonini quyishdir, shuning uchun shikastlangan kishini imkon boricha tezroq davolash muassasasiga olib borish zarur. Maxsus tez yordam mashinasida transportirovka qilishda mashinaning o‘zida qon quyish mumkin, chunki bunday mashinalarda zaxirada donor qoni bo‘ladi.

Qon quyish haqida tushuncha. Qon quyish deb, bemor (retsipiyent)ning qon o‘zaniga boshqa kishi (donor) qonini yuborishga aytiladi. Qon quyish hozirgi vaqtda juda keng qo‘llaniladigan bo‘ldi. Qon quyish og‘ir asoratlarning oldini olishga imkon berib, g‘oyat qimmatli va muhim davo vositasi hisoblanadi. qon quyish tirik to‘qimani ko‘chirib o‘tkazish bo‘lib, bemor organizmiga har tomonlama ta‘sir qiladi. Shuning uchun bu mutlaq ko‘rsatmalar bo‘lganda bajarilishi kerak. Hozirgi kunda transfuzologiya maxsus fan sifatida ajralib chiqdi.

Qon guruhi va rezus omilini aniqlash. Landshteyner 1901-yilda kasal hamda sog‘lom odamlarning zardobi, ko‘pincha bolalar va sog‘lom odamlar eritrotsitlari bilan bir xil agglutinatsiya berishni, ya‘ni izogemagglutinatsiya reaksiyasi ma‘lum bo‘ldi.

Landshteyner o‘z tadqiqotlari natijalarini uch guruhga bo‘ladi:

1. Birinchi guruhga mansub odamlarning qon zardobi, bu guruhga mansub bo‘lmagan odamlarning eritrotsitlarini agglutinatsiyaga (g‘uj bo‘lib yopishishiga olib keladi). Bu guruhga mansub bo‘lgan odamlarning eritrotsitlari hech qanday zardob bilan yopishmaydi. Qon xususiyatiga qarab, bu odamlar birinchi guruhga kiradi.

2. Ikkinchi qon guruhidagi kishilar zardobi uchinchi guruh eritrotsitlarini yopishtiradigan, lekin birinchi va ikkinchi guruhdagi odamlarning eritrotsitlari birinchi va uchinchi guruh qon zardoblari yordamida yopishadi.

3. Uchinchi guruhga kiruvchi shaxslarning zardobi, ikkinchi guruh eritrotsitlarini yopishtirmaydi, eritrotsitlari birinchi, ikkinchi guruh qon zardobi bilan agglutinatsiya beruvchi shaxslar uchinchi guruhga kiritiladi.

1910-yilda amerikalik olim Mass qon guruhlarini ko‘pchilikda tekshirib, to‘rtinchi guruhga xos shaxslar borligini e‘lon qildi. 1928-yilda esa, millatlar ligasining gigiyena komissiyasi 1910-yilda taklif qilingan qon guruhlarining harflar nomenklaturasini ishlab chiqdi va hozir qon guruhlarini belgilashda shu harflar qo‘llaniladi:

- birinchi guruh 0 (I) eritrotsitlarda agglutinogenlar (0) yo‘q, zardobda esa, ikkala agglutinin alfa va betta bor;

- ikkinchi guruh A (II) eritrotsitlarda agglutinogen A, zardobda esa, agglutinin betta bor;

- uchinchi guruh B (III) eritrotsitlarda agglutinogen B, zardobda agglutinin alfa bor;

• to‘rtinchi guruh AB (IV) eritrotsitlarda ikkala agglutinogen AB bor, biroq zardobda agglutininlar bo‘lmaydi.

To‘rt qon guruhi ajratilgandan keyingina qon quyishga imkon yaratildi. Qon guruhi bir xil bo‘lgan bir kishining qonini, ikkinchisiga quyish xavfsiz ekanligi aniqlandi. Bir xil guruhga mansub qon bo‘lmay qolganda, kamdan-kam uchraydigan hollarda boshqa guruhdagi qonni quyishga ruxsat etiladi. Chunonchi, 0 (I) guruhi-dagi donor qonini qon guruhi har qanday bo‘lgan bemorlarga quyish, AB (IV) guruhidagi qonni esa, qoni faqat shu AB (IV) guruhiga mansub bemorlarga quyish mumkin.

Guruhi mos kelmaydigan qonni quyish og‘ir asoratlarga va bemorni o‘limiga olib keladi. Shunga ko‘ra qon quyish boshlanishidan oldin bemorning qon guruhini va quyiladigan qon guruhini puxta aniqlab olish lozim. Qon guruhini standart zardoblar, ya‘ni qon zardoblari yordamida aniqlanadi.

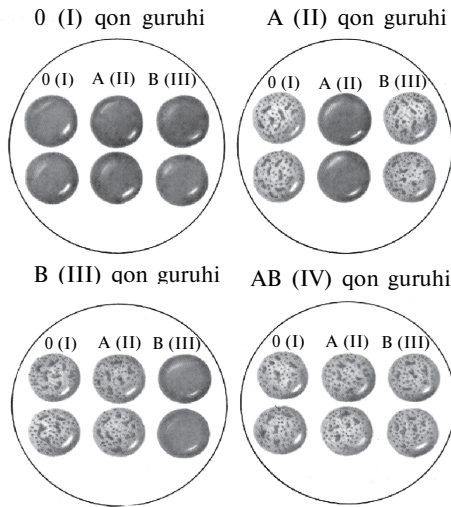
Qon guruhini aniqlash. Qon guruhini aniqlash uchun 0 (I), A (II), B (III) qon guruhlarining standart zardoblaridan foydalanish zarur. Oq likopchaga chapdan unnga 3–4 sm masofada standart zardoblarni ifodalaydigan I, II, III raqamlari yoziladi. Birinchi guruhning standart zardobi tomchisini pipetka bilan birinchi guruhni ifodalaydigan raqam ostiga tushiriladi, so‘ngra ikkinchi pipetka bilan ikkinchi guruh zardobi tomchisini II raqami ostiga tushiriladi, xuddi, shuningdek, uchinchi guruhning zardobini olib, uchinchi pipetka bilan III raqami ostiga tushiriladi. So‘ngra tekshirilayotgan odam barmog‘ini igna bilan teshiladi va oqib chiqayotgan qonni shisha tayoqcha olib likopchadagi zardob tomchisiga tushiriladi va bir tekisda bo‘yalgunga qadar aralashtiriladi. qonni har bir zardobga yangi tayoqcha bilan o‘tkaziladi.

Aralashtirishdan 5 daqiqa o‘tgach (soatga qarab) aralashmadagi o‘zgarishlar bo‘yicha qon guruhi aniqlanadi. Agglutinatsiya (eritrotsitlarning yopishishi) yuz bergan zardobda ko‘zga tashlanib turadigan qizil donachalar va parchalar paydo bo‘ladi. Agglutinatsiya sodir bo‘lmagan zardobda aralashma tomchisi bir tekisda pushti rangga bo‘yalganicha gomogen qoladi. Tekshirilayotgan kishining qoni I guruhga mansub bo‘lsa, eritrotsitlarning birorta zardob bilan ham yopishishi ro‘y bermaydi. Tekshirilayotgan kishining qoni II guruh bo‘lsa, faqat A (II) guruhining zardobi bilan agglutinatsiya bo‘lmaydi, tekshirilayotgan kishining guruhi III bo‘lsa, B (III) zardobi bilan agglutinatsiya bo‘lmaydi. Tekshirilayotgan

qon IV guruhga mansub bo'lsa, agglutinatsiya hamma zardoblar bilan kuzatiladi (48-rasm).

Rezus omilini aniqlash.

Bir xil guruhga mansub qon quyilganda ham ba'zan og'ir reaksiyalar kuzatiladi. O'tkazilgan tadqiqotlarda kishilarning taxminan 15 % da qonda rezus omil, deb ataladigan oqsil bo'lmashligi aniqlandi. Bordi-yu, shunday (rezus-manfiy) kishilarga o'zida shu omilni saqlaydigan qonni quysa, bu holda rezus konflikt, deb ataladigan og'ir asorat paydo bo'ladi va shok yuz beradi. Shuning uchun hozirgi vaqtda hamma bemorlarning rezus omili, albatta, aniqlanishi kerak, chunki qoni rezus manfiy bemorga faqat rezus manfiy qonni quyish mumkin.



48-rasm. Standart zardoblar yordamida qon guruhini aniqlash.

Rezus mosligini aniqlashning tezlashgan usuli

Petrining shisha idishiga bemorga tegishli guruhdagi antirezus zardobdan 5 tomchi tomiziladi. Zardobga tekshirilayotgan qondan bir tomchi qo'shiladi va qunt bilan aralashtiriladi. Petri idishini suv hammomiga 43–45°C haroratga qo'yiladi. Reaksiya natijasiga 10 daqiqa o'tgach, baho beriladi. Qon agglutinatsiyasi yuz bergan bo'lsa, tekshirilayotgan kishining qoni rezus-musbat (Rh+); agglutinatsiya bo'lmasa, tekshirilayotgan qon rezus-manfiy (rh—).

Qon quyish usullari:

1. To'g'ridan to'g'ri qon quyish. Qon donor venasidan retsi-piyent venasiga bevosita quyiladi. Bemor og'ir ahvolda bo'lganda, bu juda ta'sirchan usul hisoblanadi (to'satdan ko'p miqdorda qon yo'qotish, sepsis, gemofiliya)larda qo'llaniladi.

2. Bilvosita qon quyish. Donor qoni avval maxsus idishlarga yig'iladi, stabilizatsiya qilinadi, konservalanadi va konserva-langandan keyingina zarur bo'lganda quyiladi.

Venaga qon quyish. Ko'p qon yo'qotilganda qon oqim qilib yoki bemorning holati imkon berganda va ko'p miqdorda (1–1,5 litr) qon quyish talab etilganda tomchilab (bir daqiqada 20–30 tomchidan) quyiladi.

Arteriyaga qon quyish. Klinik o'lim holatidagi yoki shunga yaqin holatdagi bemorlarga qon bosim ostida quyiladi.

Suyak ichiga qon quyish. Qon suyakning g'ovak moddasiga (to'sh suyagi) tovon suyagi, yonbosh suyak qanoti va boshqalarga) quyiladi. Venaga texnik jihatdan qon quyish qiyin bo'lganda, masalan, bolalarda qo'llaniladi.

Almashtirib qon quyish – qon olib o'rniga donor qonini quyish gemolitik zaharlanganda, ovqatdan va dorilardan zaharlanishda qo'llaniladi.

Qayta qon quyish (reinfuziya, autotransfuziya) bemorning seroz bo'shliqqa oqib tushgan o'z qonini, masalan, taloq, ichak tutqich yirtilganda, quyiladi. Quyish uchun oqib tushgan qon yig'ilib, natriy sitrat shimdirilgan to'rt qavat dokadan filtrlab o'tkaziladi va qayta bemorga quyiladi.

Murda qonini quyish (yuqumsiz kasalliklar: miyaga qon quyilishi, miokard infarktidan, og'ir shikastlanish sababli o'lgan kishilarning jasadidan olinadi). Murda qoni ivimaydi, shuning uchun stabilizatsiya (fibrinogen yo'qligi tufayli) ko'p miqdorda tayyorlanadi.

Qon quyishga ko'rsatmalar:

1. O'tkir kamqonlik. Quyilgan qon gemoglobin, eritrotsitlarning normal miqdorini aylanib yuradigan qonning normal hajmini tiklaydi. Ko'p qon yo'qotilganda ba'zan 2–3 litrgacha qon quyiladi.

2. Shok. Qon quyish yurak faoliyatini yaxshilaydi, tomirlar tonusini oshiradi, bosimini oshiradi, og'ir operatsiyalarda operatsion travmatik shok avj olishini oldini oladi.

3. Holdan ketkazadigan surunkali kasalliklar, intoksikatsiya, qon kasalliklari. Quyilgan qon, qon yaratish a'zolari ishini tartibga soladi, organizmning himoya funksiyalarini oshiradi, intoksikatsiyani kamaytiradi.

4. O'tkir zaharlanishlar (zaharlar, gazlar). Qon yaxshi dezintoksikatsion xossalarga ega zaharlarning yomon ta'sirini keskin pasaytiradi.

5. Qon ivish sistemasining buzilishlari. Kichikroq dozalarda (100–150 ml) qon quyish qonning ivish xossalarini oshiradi.

Qon quyishga moneliklar. Qon quyishga buyrak, jigarning og‘ir yallig‘lanish kasalliklari, yurakning dekompensatsiyalangan nuqsonlari, miyaga qon quyilishi, o‘pka silining infiltratli shakli va boshqalar monelik qiladigan hollar hisoblanadi.

O‘zbekistonda donorlikni tashkil qilish. Davolash muassasalarining qon, uning komponentlari va suyak iligi bilan ta‘minlaydiganlar – donorlar hisoblanadi. Donorlar uch guruhga bo‘linadi:

1. Faol donorlar.
2. Zaxiradagi va qarindosh donorlar.
3. Vaqti-vaqtida qon topshiruvchi donorlar.

Qon uning komponentlari va suyak iligi maxsus ko‘rsatmalarga asoslanib olinadi va donor xohishiga qarab pullik yoki bepul bo‘lishi mumkin. Bir marta yoki bir necha marta qon topshiruvchi odamlar zaxiradagi donorlar hisoblanadi va odatda, ular bepul qon topshiradilar. Baxtsiz hodisalar tufayli yoki shoshilinch operatsiyalarda zaxirada qon bo‘lmasa, bemorlarning qarindoshlari ham qon topshirishga jalb qilinadi.

OITS (orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi) profilaktikasi:

1. Mazkur qoida O‘zbekiston Respublikasining 1999-yil 19-avgustdagi «Odamning immunitet tanqisligi virusi bilan kasallanishining (OIV kasalligining) oldini olish to‘g‘risida»gi va O‘zbekiston Respublikasining 1992-yil 3-iyuldagi «Davlat sanitariya nazorati to‘g‘risida»gi Qonuniga asoslanib ishlab chiqilgan.

2. Mazkur qoida O‘zbekiston Respublikasi fuqarolari, chet el fuqarolari, fuqaroligi bo‘lmagan shaxslarning OIV (OITS, VICH) kasalligiga tibbiy tekshiruvdan o‘tishining yagona tartibini belgilaydi.

3. «OIV (OITS) virusining yuqtirib olganligini aniqlash bo‘yicha tibbiy tekshiruvdan o‘tish qoidasi»ni barcha vazirliklar, idoralar davlat va nodavlat tashkilotlar, korxonalar, muassasalar, kasaba uyushmalari hamda mulkchilik shakli va kimga bo‘ysunishidan qat‘iy nazar, boshqa tashkilotlar hamda mansabdor shaxslar, fuqarolar va xorijiy fuqarolar, fuqaroligi bo‘lmagan shaxslar tomonidan bajarilishi majburiydir. Mazkur qoidani bajarmaslik O‘zbekiston Respublikasining amaldagi qonunlari asosida javobgarlikka tortilishga olib keladi.

4. Tibbiy tekshiruvdan o‘tkazish, sog‘liqni saqlash tizimidagi shu faoliyat turi bo‘yicha maxsus litsenziyasi bo‘lgan Davlat tibbiy muassasasi tomonidan o‘tkaziladi.

5. Immunitet tanqisligi virusini (OIV) yuqtirib olgan har bir shaxs immunoblot usulida aniqlanganidan keyin, yuqori tashkilotlarga tezkor xabarnoma beriladi va OIV (OITS) o'choqlarida kasallik manbayini aniqlash va tarqalishining oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlar o'tkaziladi.

6. OIV virusini yuqtirib olgan shaxslarga tashxis qo'yilganligi va kelajakda kasallik tarqalishining oldini olishga qaratilgan choralari rioya qilishi haqida yozma ravishda ogohlantirilib, imzosi olinadi.

7. OIV kasalligini yuqtirib olgan xorijiy fuqarolar O'zbekiston Respublikasi «Odamning immunitet tanqisligi virusi bilan kasallanishning (OIV kasalligining) oldini olish to'g'risida»gi Qonuniga asosan o'z yurtlariga qaytarib yuboriladi.

8. O'zbekiston Respublikasi fuqarolari, shuningdek, O'zbekiston Respublikasi hududida yashayotgan yoki vaqtincha turgan chet el fuqarolari hamda fuqaroligi bo'lmagan shaxslar OIV virusiga anonim (pinhona) holda tibbiy tekshiruvdan o'tish huquqiga egadirlar.

OIV kasalligining oldini olish va epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar:

1. OIV kasalligi manbayini faol qidirish.

2. Aholi barcha qatlamlari, ayniqsa, yoshlar orasida sog'lom hayot tarzini targ'ibot qilish.

3. Qon va qon mahsulotlarini quyish, barcha parenteral muolajalarni o'tkazish jarayonida OIV kasalligining oldini olish qoidalariga to'liq amal qilish:

a) donorlar qonini har topshirganida OIVga tekshirish;

b) donorlar qon topshirganda tibbiy ko'rikdan o'tkazish;

d) faqat hayotiy zarurat tug'ilganda qon quyish;

e) yagona qon topshiruvchilik kartotekasini yuritish;

f) qon va qon mahsulotlari quyilganlik to'g'risida kasallik tarixiga ma'lumotlarni to'liq yozish.

Quyidagi shaxslar qon topshiruvchi bo'lishi mumkin emas:

a) IFA musbat natija berganlar;

b) OIV kasalligiga chalinganlar bilan jinsiy aloqada bo'lganlar;

d) yashash joyi noaniqlar;

e) pala-partish jinsiy aloqa qiluvchilar;

f) qon va qon mahsulotlarini qabul qilganlar;

g) chet el fuqarolari;

h) jazo hukmini o'taganlar;

i) teri-tanosil va narkodispenserlar ro'yxatida turuvchilar.

Parenteral muolajalar qilish jarayonida OIV kasalligining oldini olish:

1. Iloji boricha, bir marotaba ishlatiladigan asbob-anjomlarni qo'llash.

2. Ko'p marotaba ishlatiladigan asbob-anjomlarni zararsizlantirish qoidalariga to'liq rioya qilish.

3. Barcha tibbiyot muassasalarida markaziy sterilizatsiya shoxobchalari bo'lishi shart va u joylarda maxsus tayyorlangan xodimlar ishlashi kerak.

«Davolash profilaktik muassasalarida dezinfeksiya va sterilizatsiya ishlarini tashkil etish va nazorat qilish qoidalari»ga to'liq rioya qilish.

Jinsiy aloqa yo'li bilan yuqishning oldini olish

Tibbiyot xodimlari aholining barcha qatlamlari bilan uchra-shuvlarda, yosh yigit-qizlar bilan suhbat o'tkazganda OIV kasalligining yuqish yo'llari bilan batafsil tanishtirishlar va undan saqlanish yo'l-yo'riqlarini ko'rsatish, vositalardan foydalanishni o'rgatish kabi ishlarni olib borishlari lozim.

Eng avvalo, yuqish xavfi tug'ilgan hollarda murojaat qilgan shaxslarga, qolaversa, OIV kasalligiga va jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadigan kasalliklarga chalinganlarga, giyohvandlarga mehr-oqibatli bo'lish zarur. Ushbu shaxslarni kerakli vositalar bilan (prezervativlar, bir marotaba ishlatiladigan igna va shprislar, zararsizlantiruvchi moddalar) ta'minlashni yo'lga qo'yish. Seks muammosi va yuqish xavflarini muhokama qilish jarayonida muntazam targ'ibot ishlarini olib borish, xulq-atvorni, yurish-turishni, qiliqlarni o'zgartirishga chaqirish kerak. Ayollarning turmushga chiqish, oila qurish, bola ko'rishda teng huquqqa ega ekanligi tushuntirib o'tiladi.

6.4. Yaraga infeksiya tushishi

Yara deb, teri yoki shilliq pardaning ba'zan ichkarida joylashgan to'qimalarga o'tadigan, bitishga moyilligi kam nuqsonga aytiladi. Yaraning surunkali kechishi, uning xarakterli xususiyati hisoblanadi, yaralarning hosil bo'lishi turli-tuman. Biroq, ularning asosida to'qimalar oziqlanishining buzilishi yotadi, bu distrofik jarayonga va nekrozga olib keladi. Yaralar ko'proq oyoq venalarining

varikoz kengayishi, obliteratsiyalovchi endoarterit va ateroskleroz zaminida paydo bo‘ladi. Ba‘zan trofik yaralar asab o‘zani shikastlanganda, masalan, quymich asabi shikastlanganda, tovon yoki oyoq kafti sohasida hosil bo‘ladi. Ayrim tanosil kasalliklarida (zaxmda) ham uchraydi.

Yaraga infeksiya tushish darajasi bo‘yicha septik va aseptik turlarini keltirib chiqaradigan jarrohlik kasalliklarini o‘z ichiga oladi. Jarohatlaydigan narsalar va teri yuzasida milliardlab turli-tuman bakteriyalar bo‘lib, ular jarohatga tushadi va uni infeksiyalaydi. Jarohat ko‘proq yiring hosil qiluvchi bakteriyalardan ifloslanadi. Bu bakteriyalar yiringli yallig‘lanish qo‘zg‘atib, jarohatning bitishini kechiktiradi va umumiy zararlanish xavfini tug‘diradi. Yaraga infeksiya qo‘zg‘atuvchi mikroblar atrof-muhitda ham, inson badani sirtida ham, nafas olish yo‘llari va ichak bo‘shlig‘i shilliq pardasida ham mavjud.

Yaraga infeksiya kirish yo‘llari. Ular organizmga kirish darvozasi, deb ataluvchi teri va shilliq pardalarning shikastlanishi tufayli yoki nafas olish, me‘da-ichak va tanosil yo‘llari orqali tushadi.

Birlamchi va ikkilamchi infeksiya. Jarohatga yaralanish vaqtida jarohatlovchi predmet bilan birga tushgan infeksiya – birlamchi infeksiya, deyiladi.

Jarohatga yaralanishdan ma‘lum bir vaqt o‘tgandan so‘ng tushgan infeksiya–ikkilamchi infeksiya nomini olgan. Ikkilamchi infeksiya tushishi jarohatlarni kir qo‘llar bilan tozalashda, iflos tekkan (nosteril) material bilan bog‘lashda, jarohatlarni noto‘g‘ri tozalashda, bog‘lamni noto‘g‘ri bog‘lashda, yara bog‘lash vaqtida ro‘y berishi mumkin. Jarohatga ikkilamchi infeksiya tananing boshqa qismidagi yiringli o‘choqdan qon tomirlar bo‘ylab tushishi mumkin (surunkali angina, yumshoq to‘qimalarning yiringli yallig‘lanishi, furunkuloz, gaymorit va boshqalar).

Quyidagi jarohatlar xavfli infeksiya tahdidini soladi:

- iflos narsalardan yotgan jarohatlar;
- sanchilishdan hosil bo‘lgan jarohatlar va ko‘p qonamaydigan boshqa chuqur jarohatlar;
- hayvonlar boqiladigan joylarda (molxona, cho‘chqaxona) va boshqa joylarda yotgan jarohatlar;
- qattiq ezilgan yoki ko‘kargan katta jarohatlar;
- tishlangan joylar, ayniqsa, it yoki odamlar tishlagan bo‘lsa;
- o‘q jarohatlari.

Yuqorida sanab o‘tilgan holatlarda yaraga birlamchi infeksiya tushishi mumkin. Ikkilamchi infeksiya esa, odatda, operatsiya jarohatlari bo‘lib, noto‘g‘ri parvarish qilinganda (tibbiyot xodimlarining yoki bemorning aybi bilan) ular jarohat paydo bo‘lishidan bir necha soat yoki kun o‘tgach, infeksiyalanishi mumkin. Jarohatlar yakka-yakka va ko‘p sonli bo‘lishi mumkin.

Sepsis. Bu – turli-tuman mikrofloralar va ularning toksinlari qo‘zg‘atadigan jarrohlik yuqumli kasallik. Sepsis birlamchi va ikkilamchi bo‘ladi. Agar mikroblar to‘g‘ridan to‘g‘ri organizmga tushishi bilan kasallik paydo bo‘lsa, birlamchi sepsis, agar birlamchi yallig‘lanish o‘choqlari (chipqon, karbonkul, osteomiyelit, flegmona va abscesslar) orqali rivojlanadigan bo‘lsa, ikkilamchi sepsis bo‘ladi. Sepsis bolalarda ko‘proq uchraydi.

Klinikasi: spetsifik simptomlari yo‘q. Sepsisda eng ko‘p uchraydigan klinik belgilar quyidagilar:

- markaziy asab sistemasi tomonidan yuz beradigan buzilishlar – bosh og‘rig‘i, tajanglik, uyqusizlik, asab sistemasi ishining pasayishi;

- organizmning umumiy reaksiyasi, haroratning 40°C gacha ko‘tarilib, ertalab va kechqurunlari o‘zgarib turishi, yiringli metastazlarda et uvishishi va tez-tez terlash, ozib ketish;

- yurak-qon tomirlari sistemasi tomonidan pulsning keskin tezlashib, to‘lishuvining kamayishi, arterial va venoz bosimning pasayishi;

- qonda anemiyaning o‘shishi EChT va leykotsitozning oshishi, limfotsitlar yo‘qligi yoki oz miqdorda bo‘lgani holda leykotsitar formulaning chapga surilishi;

- parenximatoz organlar tomonidan siydikning nisbiy zichligi anchagina pasayishi va unda oqsil hamda shaklli elementlar paydo bo‘lishi bilan birga buyraklar funksiyasining buzilishi, jigar funksiyasining yomonlashuvi, aksariyat sariqlik va gepatit hodisalari paydo bo‘lishi, taloqning kattalashishi;

- me‘da-ichak yo‘llari tomonidan: ishtaha yo‘qligi, septik ich ketishi, ko‘ngil aynishi va qusish;

- septik jarohat uchun: granulatsiyalarning yumshoqligi, loyqa tusli va aksariyat irigan suyuqlikning juda kam ajralishi xosdir;

- tomirlarda trombozlar, limfangoitlar, limfadenitlar kuzatiladi.

Profilaktikasi: infeksiya o‘chog‘ini faol davolash, jumladan, yiringli cho‘ntaklar, metastatik o‘choqlarni o‘z vaqtida ochish,

yot jismlarni olib tashlash alohida ahamiyatga ega. Bemorlarni parvarish qilishda qoʻrquv va his-hayajonlarini bartaraf etishning ahamiyati katta. Bemor xonasining havosi toza boʻlishi lozim. Bemorda yotoq yaralar paydo boʻlishi va meʼda-ichak ishi buzilishiga yoʻl qoʻymaslik kerak.

Anaerob infeksiya. *Qoqshol* kasalligini qoqshol tayoqchasi ajratadigan zaharlar keltirib chiqaradi. Bunday tayoqchalar tabiatda keng tarqalgan, ular tuproqda va goʻngda, ayniqsa, koʻp boʻladi. Qoqshol sporalari fizikaviy, kimyoviy taʼsirlarga juda chidamli va uzoq muddatgacha saqlanishi mumkin. Qon aylanishning buzilishi, organizmning kimyoviy kuchlari susayishi qoqshol rivojlanishi uchun qulay sharoit hisoblanadi. Qoqshol zahari asab sistemasiga taʼsir qiladi. Yashirin davri oʻrtacha 7–10 kun, lekin baʼzan 1–1,5 oygacha choʻzilishi mumkin.

Klinikasi: qoqsholning dastlabki belgilari yuqori harorat (40–42°C) jarohat sohasidagi muskullarning beixtiyor qisqarishi, meʼda sohasida qorin muskullarida ogʻriq paydo boʻlishi, yutishning qiyinlashuvi, yuzdagi mimika muskullarining qisqarishi va chaynov muskullarining ogʻizni ochirmay qoʻyadigan spazmi (trizm) hisoblanadi. Soʻngra yuzning mimika muskullari tortishib qisqaradi, bu yuzga azob chekayotgandek qiyofani beradi (sardonik tabassum) keyinchalik tortishib qisqarish tana, qoʻl-oyoq muskullarini egalaydi, natijada, bemorning holati oʻziga xos shaklni oladi: bemor boshini orqaga tashlab, yoy kabi egilib (opistotonus holatida) yotadi. Halqum muskullari, qovurgʻalararo muskullar va diafragmaning spazmi kuzatiladi. Nafas qiyinlashadi. Qattiq tortishib, qisqarishda suyaklar sinib ketishi, paylar uzilishi mumkin. Tortishib qisqarishlar qattiq ogʻriq beradi. Ular qandaydir tashqi taʼsirlovchi yorugʻlik, shovqin, ogʻriq va hokazo sababli yuzaga keladi. Bemor bugʻilish, yurak va diafragma muskulining falajla-nishi natijasida oʻlib qoladi.

Profilaktikasi. Shoshilinch oʻtkaziladigan spetsifik profilaktika teri ostiga qoqsholga qarshi zardob (ПСС) yuborish, jarohatlarni barvaqt birlamchi jarrohlik tozalash va aholini immunizatsiya qilish qoqsholga qarshi kurashning taʼsirchan vositasi hisoblanadi. Qoqsholga shoshilinch profilaktikani quyidagi hollarda oʻtkaziladi:

- teri qoplamlari va shilliq pardalarning butunligi buzilgan har qanday shikastlanishlarda;
- II–III darajali kuyishda va sovuq urishda;

- ayollar tibbiy yordamsiz uyda tuqqanda;
- kasalxonadan tashqarida qilingan abortlarda;
- hayvonlar tishlaganda;
- me'da-ichak yo'llaridagi operatsiyalarda.

Qoqsholga qarshi zardob, zardobga sezuvchanlik sinamasi o'tkazilgandan so'ng yuboriladi. Bilak bukiladigan yuzasining teri orasiga 0,1 ml suyultirilgan ПСС (1:100) yuboriladi. 20 daqiqadan keyin sinamaga baho beriladi. Atrofidagi terida kichikroq qizarish sohasi bo'lib, diametri 9 mm.dan oshmaydigan papula hosil bo'lganda sinama manfiy, papula diametri 10 mm va bundan katta, atrofidagi terida qizarish sohasi katta bo'lganda musbat hisoblanadi. Manfiy sinamada 0,1 ml suyultirilmagan ПСС yuboriladi va reaksiya bo'lmaganda 30–60 daqiqa o'tgach, zardobning hamma dozasi yuboriladi. Shikastlangan kishining yoshidan qat'iy nazar, bir profilaktik doza – 3000 XB.

Gazli gangrena jarohatga havosiz sharoitlarda ko'payadigan mikroblar—anaerob infeksiya tushganda paydo bo'ladi. Jarohatda lo'qillagan sezgi paydo bo'lishi boshlanayotgan asoratning eng dastlabki belgisi hisoblanadi. Ko'p o'tmay u chidab bo'lmaydigan og'riqqa aylanadi. Gazli gangrena rivojlanishida shikastlangan va nekrotik yumshoq to'qimalarning borligi hamda qon aylanishining buzilishi katta ahamiyatga ega.

Kasallik ko'pincha mushaklarga ko'p shikast yetgan, qattiq ifloslangan, yirtilgan, lat yegan jarohatlarda paydo bo'ladi. Yashirin davri 7 kungacha davom etadi. Anaerob infeksiyalaridan spetsifik yallig'lanish reaksiyasi ro'y bermasdan o'tadi va to'qimalarning irishi, shish paydo bo'lishi va to'qimalarda mikroblar ajratadigan toksinlar ta'sirida gaz hosil bo'lishi bilan ta'riflanadi.

Klinikasi. Umumiy klinik manzarasi markaziy asab sistemasining qo'zg'alishi yoki tormozlanishi bilan xarakterlanadi. Bemor, odatda, es-hushini yo'qotmaydi, uxlamaydi, harorati 39–41°C gacha ko'tariladi, tomiri 1 daqiqada 120–160 martagacha uradi. Yurak faoliyati susayib ketadi, arterial bosim 80–90 simob ustunigacha pasayadi. Nafas ko'pincha yuzaki bo'ladi. EChT oshadi, eritrotsitlar soni va gemoglobin miqdori kamayadi. Jarohatda kuchli og'riq paydo bo'ladi, yumshoq to'qimalar shishib ketadi.

Teri avvaliga rangsizlanadi, teri ostidagi venalar yaxshi ko'rinadi, keyin qo'ng'ir, qip-qizil va qora dog'lar bilan qoplanadi.

To‘qimalar paypaslanganda qo‘lga muzday unaydi. To‘qima barmoq bilan bosilganda, jarohatdan gaz pufakchalari ajralib chiqadi. Mushaklar qaynatilgan go‘sh tga o‘xshaydi, so‘ngra ko‘kmtir tusga kirib keyinchalik qoramtir bo‘lib qoladi. Teri paypaslanganda krepitatsiya (g‘ichirlash, qirsillash) aniqlanadi.

Profilaktikasi. Qon ta‘minoti yaxshi bo‘lgan to‘qimalarda anaerob infeksiya kamdan-kam rivojlanadi. Shuning uchun bog‘-lamlar quyishda qon aylanishini buzmaslik zarur, yaxshi immobilizatsiya qilish kerak. Jarohatga o‘z vaqtida va to‘g‘ri jarrohlik ishlov berish eng yaxshi profilaktik chora hisoblanadi.

Katta ezilgan ifloslangan jarohlarda antibiotiklar yuborish zarur. Gangrenaga qarshi zardobning profilaktik dozasi 30000 AE ni tashkil qiladi (antiperfringens, antiadematikum va antiseptikum zardoblaridan 10000 AE), dastlab 1:100 suyultirilgan zardobga sezuvchanlikni aniqlash uchun teri ichi sinovi quyiladi.

Gazli gangrenaga davo qilish quyidagi tadbirlarni o‘z ichiga oladi:

1. Gangrenaga qarshi zardoblar yuborish.
2. Jarrohlik davo qilish — shikastlangan a‘zoni keng qirqish yoki amputatsiya qilish.
3. Kislorod ajratib chiqaradigan preparatlar (vodorod peroksid) bilan mahalliy davolash.

Jarohat infeksiyasining oldini olishning asosiy chorasi — jarohatni birlamchi jarrohlik tozalash hisoblanadi. Bu operatsiya travma bo‘lgan vaqtdan boshlab dastlabki 6 soat ichida bajarilishi kerak.

Yaraga infeksiya tushishining oldini oluvchi tadbirlar. Yarani tozalash. Yaralanishda birinchi yordam ko‘rsatishning asosi jarohatni birlamchi tozalashdir. Yaralanishdan so‘ng dastlabki vaqtda qon oqishi eng xatarli hodisa hisoblanadi. Yaralanishdan keyin sodir bo‘ladigan o‘lim hodisalarining ko‘pchiligiga o‘tkir qon yo‘qotish sabab bo‘ladi. Jarohatni to‘g‘ri tozalash, jarohatga asoratlar avj olishiga to‘sqinlik qiladi va bitish vaqtini deyarli uch marta qisqartiradi.

Jarohatni toza, yaxshisi dezinfeksiya qilingan qo‘l bilan tozalash kerak. Aseptik bog‘lam qo‘yishda dokaning bevosita jarohatga tegib turadigan qavatlariga qo‘l tegizmaslik lozim. Antiseptik moddalar

bo'lmaganda jarohatga oddiy aseptik bog'lam (bint, individual paket, durracha) qo'yib uni ehtiyot qilish mumkin. Dezinfeksiya qiladigan vositalar (vodorod peroksid, furatsilin eritmasi, yod nastoykasi, benzin va boshqalar) bo'lganda aseptik bog'lam qo'yishdan oldin jarohat atrofidagi terini aseptik eritmaga ho'llangan doka yoki paxta bo'lakchasi bilan 2–3 marta ishqab artiladi, bunda teri yuzasidan kir kiyim bo'laklari tuproqni tozalab olishga harakat qilinadi. Bu bog'lam qo'yilgandan keyin jarohatga atrofdagi teridan infeksiya tushishining oldini oladi.

Jarohatni suv bilan yuvish yaramaydi – bu infeksiya tushishiga imkon beradi. Jarohat yuzasiga kuydiruvchi antiseptik moddalar tushishiga yo'l qo'ymaslik kerak. Spirt, yod eritmasi, benzin shikastlangan hujayralarni halok qiladi, bu jarohatning yiringlanishiga va og'riqning kuchayishiga imkon beradi, vaholanki, og'riq ham noxush sezgidir. Jarohatning ichkari qatlamlaridan yot jismlar va iflos narsalarni chiqarish yaramaydi, chunki bu jarohatga yanada ko'proq infeksiya tushishiga olib keladi va asoratlari keltirib chiqarishi (qon oqishi, organlarning shikastlanishi) mumkin. Teriga kirib qolgan mayda yot jismlar (zirapcha, tikanak, shisha va metall zarralari) og'ritadi, to'qimaga infeksiya olib kiradi va og'ir yalig'lanish holatlari (flegmona, milkak) avj olishiga sabab bo'lishi mumkin. Shuning uchun birinchi yordam ko'rsatishda yot jismlarni olib tashlash maqsadga muvofiq.

Birlamchi jarrohlik ishlovi haqida tushuncha. Aseptik sharoitlarda operatsion va kesilgan jarohatlarga yiring hosil qilmasdan, ya'ni birlamchi yara bita boshlashi mumkin. Tasodifiy jarohatlarning hammasi infeksiyalangan bo'ladi va jarrohlik ta'sirsiz ikkilamchi, ya'ni yiringlanib bitadi. O'lik to'qimalari asta-sekin ko'chadi, jarohat granulatsiyalar bilan to'ladi va chandiqlik hosil qilib tuzaladi.

Jarohat kanalining boshidan oxirigacha chetlarini kesish operatsiyasiga—birlamchi jarrohlik tozalash, deyiladi. Bu operatsiyada infeksiya tushgan, o'lgan va ezilgan to'qimalar kesiladi, yot jismlar olinadi, qon oqishi batamom to'xtatilib, jarohat chetlari tikiladi. Yaralanishdan so'ng dastlabki soatlarda o'tkazilgan birlamchi jarrohlik tozalash ko'p hollarda jarohatning birlamchi bitishiga sharoit yaratadi. Birlamchi jarrohlik tozalash sepsis, gazli gangrena va qoqsholning eng yaxshi profilaktikasi hisoblanadi.

6.5. Jarohatlanganlarga birinchi tibbiy yordam ko'rsatish

Boshning yumshoq to'qimalari yaralanganda birinchi yordam qon oqishini to'xtatishga qaratilishi lozim. Yumshoq to'qimalar ostida bosh skeleti suyaklari bo'lganligidan bosib turadigan bog'lam bog'lash qon oqishni vaqtincha to'xtatishning eng yaxshi usuli hisoblanadi. Ba'zan qon oqishda arteriyani barmoq bilan bosib to'xtatish mumkin (tashqi chakka arteriyasini quloq suprasi oldida, tashqi jag' arteriyasini—pastki jag'ning cheti oldida, uning burchagidan 1–2 sm.da). Bosh yaralanganda eng katta xavf shundaki, aksari ayni vaqtda bosh miya shikastlanishi (miya chayqalishi, urilishi, bosilishi) ro'y beradi. Bunday yaralanishda birinchi yordam — yaradorni gorizontol holatda yotqizish, unga osoyishta sharoit yaratish, boshiga sovuq narsa qo'yish va zudlik bilan jarrohlik stasionarga olib borishdan iborat.

Ko'krak qafasi yaralanganda birinchi yordam. Bu yaralanish g'oyat xavfli bo'lib, ularda yurak, aorta, o'pka va boshqa hayotiy muhim a'zolar shikastlanishi mumkin: bunday yaralanish og'ir ichki qon ketishiga va shikastlangan kishining tezda o'lib qolishiga sabab bo'ladi. Ko'krak qafasining teshib kirgan yaralanishi hayotiy muhim a'zolarga shikast yetmagan taqdirda ham hayot uchun xavfli bo'ladi. Buning sababi shundaki, yaralanishda plevra bo'shlig'iga havo kiradi va ochiq pnevmotoraks avj oladi. Natijada, o'pka puchayadi, yurak joyidan suriladi, sog'lom tomondagi o'pka bosiladi va plevropulmonal shok, deb ataladigan og'ir holat avj oladi.

Birinchi yordam ko'rsatuvchi bunday jarohatni germetik bekitish — bu xildagi xatarli asoratning oldini olishi yoki uni bir-muncha kamaytirish mumkinligini bilishi kerak. Yopishqoq plastirni cherepitsa ko'rinishida o'rab chiqish ko'krak qafasidagi jarohatni ishonchli ravishda bekitishga imkon beradi. Plastir bo'lmaganda jarohatni individual paketning rezina aralashgan g'ilofi bilan bekitish va zich qilib bintlash zarur, qalin qilib vazelin surtilgan doka, kleyonka, havo o'tkazmaydigan plyonka va boshqalar yordamida bosib turadigan bog'lam tipidagi okkluzion bog'lam qo'yish mumkin. Shokka qarshi tadbirlar o'tkazish zarur. Yaradorlarni transportda yarim o'tkazilgan holatda olib borish lozim.

Qorin jarohatlanganda birinchi yordam. Qorinning yaralanishi g'oyat xavfli, hatto unchalik katta bo'lmagan jarohatlar ham teshib kirgan bo'lib, qorin bo'shlig'i organlarini shikastlantirishi mumkin.

Bu hol zudlik bilan operatsiya qilishni talab etadigan g'oyat xatarli asoratlarga: ichki qon ketishi va ichakdagi moddalarning qorin bo'shlig'iga oqib tushib, qorin pardasining yiringli (axlatdan) yallig'lanishi (peritonit)ga olib keladi. Qorin pardasi oldingi devoridagi jarohatni tozalashning umumiy qoidalari bo'yicha tozalanadi. Katta jarohatlarda qorin pardasidagi teshik orqali qorin bo'shlig'i organlari, ba'zan shikastlangan organlar tushishi mumkin (eventratsiya).

Shunday jarohat ham aseptik bog'lam bilan bekitilishi lozim. Tushgan a'zolari qorin bo'shlig'iga kiritish mumkin emas, bu — peritonitga olib keladi. Jarohat atrofidagi terini tozalagandan so'ng tushgan a'zolar ustiga steril doka yopiladi, doka ustidan organlarning yon tomonlari bo'ylab qalin qilib paxta qo'yiladi va bularning hammasi sirkular bint bog'lam bilan bekitiladi. Chetlarini ip bilan tiqib qo'yilgan sochiq, choyshab bilan bekitish mumkin. Qorin bo'shlig'i a'zolari eventratsiya bo'lgan yaradorlarda shok juda tez rivojlanadi. Shuning uchun og'iz orqali suyuqliklar yuborishdan tashqari shokka qarshi tadbirlar o'tkazilishi lozim.

Qorinning har qanday yaralanishida ichki a'zolar shikastlanishi mumkinligidan shikastlangan kishini ovqatlantirish, suyuqlik ichirish, og'iz orqali dorilar berish man qilinadi. Ichakni teshib o'tgan yaralanish peritonit rivojlanishini tezlashtiradi. Qorni yaralangan bemorlarni gavdasining yuqori qismini balandroq ko'tarib va oyoqlarini tizzasida bukib yotgan holatda transportirovka qilish lozim. Bunday holat og'riqni kamaytiradi va qorinning hamma bo'limlariga yallig'lanish tarqalishining oldini oladi.

6.6. Bog'lamlarning ezilishi, cho'zilishi, uzilishi, mushaklarning uzilishi

Ezilish oyoq-qo'llarning juda og'ir shikastlanishi bo'lib, bunda muskullar, teri osti yog' kletchatkasi, tomirlar va asablarning majaqlanishi ro'y beradi. Bu shikastlanishlar ko'chki ko'chganda, bombardimonda, zilzilalar vaqtida og'ir yuk (devor, to'siq, tuproq) bosib qolganda sodir bo'ladi. Ezilish shok rivojlanishi, keyinchalik esa, organizmning yemirilgan to'qimalarining parchalanish mahsulotlaridan zaharlanishi mumkin.

Ezilishda birinchi yordam. Ezilishda birinchi yordamning asosiy vazifasi — shikastlangan kishini qulab tushgan og'ir narsalar

ostidan qisqa fursat ichida qutqarish choralari ko‘rishdan iborat. Og‘ir narsalar tagidan chiqarib olgan hamon organizmga majaqlangan to‘qimalardan zaharli parchalanish mahsulotlari tushishiga yo‘l qo‘ymaslik uchun arterial qon oqishini to‘xtatishdagi singari qo‘l-oyoqlarga, imkon boricha ularning asosiga jgutlar bog‘lash, ularga muz solingan xaltachalar qo‘yib chiqish lozim.

Shikastlangan qo‘l-oyoqlarni shinalar bilan immobilizatsiya qilinadi. Bunday bemorlarda shikastlanish ro‘y bergan vaqtning o‘zidayoq og‘ir umumiy holat – shok rivojlanadi. Shokka qarshi kurashni yoki uni profilaktika qilish uchun bemorni issiq qilib o‘rash, aroq, vino, issiq qahva, choy ichirish kerak bo‘ladi. Imkon boricha, narkotiklar (omnolon, 1 % li morfiy eritmasi 1 ml), yurak dorilari yuborish lozim. Bemor zudlik bilan davolash muassasasiga transportda yotgan holatda olib borilishi shart.

Bog‘lamning cho‘zilishi va yirtilishi. Bo‘g‘imda uning hajmidan oshib ketadigan harakat bo‘lganda, uni mahkam ushlab turadigan bog‘lam apparati cho‘ziladi (uziladi), ba‘zan esa, yirtiladi. Bo‘g‘im sohasida og‘riq va shish, harakatning cheklanishi kuzatiladi. Boylamlar yirtilganda gematoma paydo bo‘ladi va harakat keragidan ortiqcha bo‘ladi.

Birinchi yordam. Oyoq-qo‘lga orom berish zarur. Bo‘g‘im sohasiga bosib turadigan bog‘lam bog‘lanadi. Dastlabki kunlari sovuq, keyinchalik issiq muolajalar mahalliy qo‘llaniladi. Boylam yirtilganda gipsli bog‘lam qo‘yiladi, konservativ davo yaxshi natija bermaganda jarrohlik yo‘li bilan davo qilinadi.

Mushaklarning yirtilishi. Muskul qattiq cho‘zilganda va unga zo‘r kelganda, masalan, og‘ir yuk ko‘targanda yirtilishi mumkin. qorin muskullari va oyoq-muskullarini yozuvchi muskullar eng ko‘p yirtiladi. Muskullar qisman yoki to‘liq yirtilishi mumkin. Yirtilgan sohani paypaslab ko‘rganda, ayniqsa, muskul to‘liq yirtilganda og‘riq seziladi, shikastlangan muskulning nuqsoni aniqlanadi. Keyinchalik hosil bo‘lgan gematoma hisobiga o‘smasimon tuzilma paydo bo‘ladi. Odatda, shikastlangan muskulning funksiyasi pasayadi va tamoman yo‘qoladi.

Birinchi yordam. Muskulning yirtilgan qismini maksimal yaqinlashtirilgan holatda unga orom berish zarur. Shikastlangan sohaga dastlabki kunlar orom berib sovuq quyiladi, keyinroq esa, issiq quyiladi. Muskul to‘liq yirtilgan bo‘lsa, jarrohlik qilinib, yirtilgan qismi tikiladi.

Bosh miyaning yopiq shikastlanishi. Miyaning yopiq shikastlariga bosh miyaning chayqalishi, lat yeyishi va uning ezilishi kiradi. Bularni bir-biridan farqlash shart. Bosh miyaning yopiq shikastlanishiga ko‘pincha to‘g‘ridan to‘g‘ri boshga og‘ir buyum bilan urish, bosh bilan yiqilish yoki urilish sabab bo‘ladi.

Bosh miyaning lat yeyishi. Lat yeyish bosh miyaning chayqalishiga qaraganda, birmuncha og‘ir klinik manzara bilan kechadi. Morfologik jihatdan miya to‘qimasida miya moddasining yemirilish o‘choqlari (uzilish, yumshash, ezilish, qon quyilish va hokazo) qayd qilinadi. Shikastlangan qism aksari po‘stloqda, po‘stloq osti qavatida va miya pardalarida joylashadi. Miya dastagi, miyacha, miya qorinchalarining lat yeyishi va qon quyilishlar, ayniqsa, hayot uchun xavfli hisoblanadi.

Klinikasi. Bosh miya lat yeganda bemorning es-hushini yo‘qotish bir necha soatdan uzoq vaqtgacha cho‘zilib, bir necha kun, hatto haftagacha tormozlanish bilan kechishi mumkin. Retrograd amneziya birmuncha ro‘yirost yuzaga chiqqan bo‘ladi. Bemorning harorati ko‘tariladi, qonda neytrofil leykotsitoz qayd qilinadi, likvorda doimo qon aralashmasi bo‘ladi. Bosh miya lat yeganda, o‘choqli markaziy simptomlar ustunlik qiladi. Bu, asosan, bosh miya va oyoq-qo‘l asablari falaji, parezi, gemiplegiyasi va patologik reflekslar bilan kechadi.

Davosi. Davosi, asosan, 1–4 hafta o‘rinda yotish rejimi tashkil etiladi. Dorilardan neyroplegik, antigistamin va vitamin preparatlari keng qo‘llaniladi, venaga 40–60 ml 40 % li glukoza 10–20 ml 10 % natriy xlorid eritmasi, 10 ml 40 % urotropin, mushakka 10 ml 20 % magniy sulfati eritmasi va siydik haydovchi dorilar yuboriladi. Nafas buzilganda, traxeya va bronxlardan intubatsiya qilinib, shilliq olinadi va ayni vaqtda kislorod beriladi. Bemorga lobelin, sititon yuboriladi. Agar kasalda nafas yetishmovchiligi kuchaysa, traxeostoma qo‘yiladi va boshqariladigan sun‘iy nafasga o‘tiladi. Qon aylanishini me‘yorga solish uchun yurak-qon tomiri dorilari (kofein, kordiamin va boshqalar) qo‘llaniladi.

Bosh miyaning ezilishi. Bunda kasallik boshqalariga qaraganda, birmuncha og‘ir kechadi. Patologoanatomik o‘zgarishlar miya shishi, o‘sib boruvchi gematoma (tomir yorilganda) va suyak qismlari bosilishi hisobiga tobora ko‘proq qisilishidan iborat. Gematomalar qayerda joylashganligiga qarab, subdural (qattiq miya pardasi osti), epidural (qattiq miya pardasi usti), subaraxnoidal (yumshoq miya

pardasi osti) va intraserebral (miya moddasiga) ichki gematomalarga bo‘linadi.

Klinikasi. Bosh miya ezilganda yoki gematoma hisobiga qisilganda bir necha daqiqadan bir necha soatgacha tinch davr bo‘lib, so‘ngra bemor hushidan ketadi. Puls sekinlashib, bir daqiqada 40–50 martagacha uradi. Ko‘z qorachiq-lari avvaliga toraygan keyin kengaygan bo‘ladi. Bemor qusadi, yutinishi buziladi. Tinch davrda bosh og‘riydi va aylanadi. Gematomaning har xil turlarini taqqoslashda kasallikning klinikasi va orqa miya punksiyasining ko‘rsatkichlari katta ahamiyatga ega. Umumiy miya simptomlari osha borgan sayin miya qisilishi va dislokatsiyasining o‘choqli simptomlari quyidagicha bo‘ladi: qon quyilgan tomonda bosh miya asablarining parezlari va falajlari (anizokoriya, ustki qovoq ptozi, qorachiqning torayib, keyin kengayishi, g‘ilaylik), qarama-qarshi tomonda oyoq-qo‘l muskulining parezi va falajlari (monoplegiya patologik reflekslar bilan, epileptiform talvasa) birmuncha aniq yuzaga chiqadi.

Davosi. Operatsiya usulida olib boriladi. Operatsiyaning mohiyati kalla suyagini trepanatsiya qilish (ochish), gematomani bo‘shatish va qon oqishni to‘xtatishdan iborat.

Bosh miya shikastlanishlarida birinchi yordam. Travmadan so‘ng tez fursat ichida miyaning shikastlanish darajasini aniqlash qiyin, shuning uchun miya silkinishi, lat yeyishi va ezilishi simptomlari bo‘lgan hamma bemorlarni zudlik bilan kasalxonaga olib borish kerak. Birinchi yordam shikastlangan kishiga tinch sharoit yaratishdan iborat, uni gorizontal holatga yotqiziladi, tinchlantirish uchun valeriana eritmasi (15–20 tomchi), Zelenin tomchisi berish, boshga muzli xaltacha yoki sovuq suvga ho‘llangan mato bosish mumkin.

Shikastlangan kishi behush yotgan bo‘lsa, og‘iz bo‘shlig‘ini shilimshiqdan, qusuq massalaridan tozalash, uni mustahkam, turg‘un holatda joylashtirish va nafas olishi, yurak ishini yaxshilashga qaratilgan hamma tadbirlarni o‘tkazish kerak. Transportivka qilishda bemorlarni tinimsiz kuzatib borish zarur, chunki bemor qayta qusishi, binobarin, qusuq massasidan aspiratsiya va asfiksiya ro‘y berishi mumkin. Shikastlangan kishilarni yotgan holatida boshini paxta-doka yostiqlar, transport shinalar yoki iyak ostidan o‘tkazilgan va zambilga mahkamlangan sopqonsimon bog‘lam yordamida immobilizatsiya qilib transportda olib borish lozim.



NAZORAT SAVOLLARI

1. Jarohat nima?
2. Jarohatning qanday turlari farqlanadi?
3. Qon ketishning sabablari qanday?
4. Necha xil qon ketish farqlanadi?
5. Arterial qon ketish qanday to'xtatiladi?
6. Qon ketishning asosiy asorati nima hisoblanadi?
7. Ko'p qon yo'qotilganda birinchi yordam qanday ko'rsatiladi?
8. Yara deb nimaga aytiladi?
9. Yaraga infeksiya qaysi yo'llar bilan kiradi?
10. Birlamchi va ikkilamchi infeksiya deganda nima tushuniladi?
11. Qoqshol, gazli gangrenaga qarshi zardob va anatoksinlar qanday tartibda qo'llaniladi?
12. Yaraga infeksiya tushishining oldini olish uchun qanday chora-tadbirlar o'tkaziladi?
13. Yarani tozalash va birlamchi jarrohlik ishlovi deganda nima tushuniladi?
14. Bog'lamlarning ezilishi, cho'zilishi, uzilishi. Mushaklarning uzilishi kabi shikastlanishlarda ularning belgilari o'xshashligi va farqi nimada?

TEST SAVOLLARI

1. *Quyidagilarning qaysi biri vaqtincha qon to'xtatish usullari hisoblanadi:*
 - a) jgut bog'lash;
 - b) tomirni bog'lash;
 - d) tomirni tikish;
 - e) tomir o'zanini barmoq bilan bosish;
 - f) vikalol inyeksiya qilish.
2. *Yoz kunlari rezina jgut necha soatga qo'yiladi:*
 - a) 30 minut;
 - b) 1 soat;
 - d) 1,5–2 soat;
 - e) 2–3 soat;
 - f) 8 soat.
3. *Qon to'xtatuvchi qisqich vaqtincha qon to'xtatish maqsadida necha soatga qo'yiladi:*
 - a) 1 soat;
 - b) 1,5–2 soat;
 - d) 3 soat;
 - e) 8 soat;
 - f) 12 soat.

4. *Quyidagi belgilarning qaysi biri arterial qon ketish uchun tegishli:*

- a) qon qirmizi qizil rangda bo'ladi;
- b) qon to'q qizil rangda bo'ladi;
- d) tomirdan oqib chiqadi;
- e) bosim ostida pulsatsiyalanib chiqadi;
- f) jarohat yuzasidan sizib chiqadi.

5. *Quyidagi usullarning qaysi biri uzil-kesil qon to'xtatish usuliga kiradi:*

- a) jgut bog'lash;
- b) tomirni bog'lash;
- d) tomirni tikish;
- e) mushak orasiga vikasol yuborish;
- f) tomirni barmoq bilan bosib turish.

6. *Quyidagi vaqtincha qon to'xtatish usullarining qaysi biri arteriyadan qon ketganda qo'llaniladi:*

- a) bosib turuvchi bog'lam quyish;
- b) rezina jgut bog'lash;
- d) jarohatni tamponlash;
- e) issiq grelka qo'llash;
- f) tomirni choklash.

7. *Ichki qon ketish belgilari:*

- a) arterial bosimning pasayishi;
- b) arterial bosimning ko'tarilishi;
- d) pulsning sekinlashishi;
- e) pulsning tezlashishi;
- f) puls o'zgarmaydi.

8. *Quyidagi belgilarning qaysi biri kapillar qon ketishga tegishli:*

- a) qon bosim ostida otilib chiqadi;
- b) qon tomirdan oqib chiqadi;
- d) qon jarohat yuzasidan sizib chiqadi;
- e) qon to'q qizil rangda;
- f) qon qirmizi qizil rang.

9. *Quyidagi usullarning qaysi biri qon to'xtatishning mexanik usuliga tegishli:*

- a) qon quyish;
- b) muz xaltacha qo'llash;
- d) tomirni bog'lash;
- e) diatermokoagulatsiya;
- f) a'zoni rezeksiya qilish.

10. *Ikkilamchi qon ketish qachon boshlanadi:*

- a) jarohat bo'lgani zahoti;
- b) operatsiya vaqtida;
- d) qon to'xtagandan so'ng biroz o'tgach;
- e) jarohat yiringlaganda;
- f) qonning ivish xususiyati oshganda.

11. *Qaysi a'zolardan qon ketganda parenximatoz qon ketish kuzatiladi:*

- a) oshqozondan ketganda;
- b) jigardan qon ketganda;
- d) ichakdan qon ketganda;
- e) buyrakdan qon ketganda;
- f) taloqdan qon ketganda.

12. *Tashqi qon ketishni ta'riflab bering:*

- a) qon aralash qusish;
- b) teri butunligi buzilib, qon oqib chiqishi;
- d) qon tuflash;
- e) bo'shliqlarga qon yig'ilishi;
- f) shilliq parda butunligi buzilib, qon oqib chiqishi.

13. *Ko'rsatilgan belgilarning qaysi biri qon yo'qotishning yengil darajasiga kiradi:*

- a) puls 100 ta;
- b) AB 110/70 mm sim.ust;
- d) puls 130 ta;
- e) AB 90/50 mm sim.ust;
- f) puls 90 ta.

14. *Quyidagi belgilarning qaysi biri qorin bo'shlig'iga qon yig'ilishiga tegishli:*

- a) qorin pardasining ta'sirlanishi;
- b) yurak tonlarining o'zgarishi;
- d) qorin sohasida perkutor tovushning bo'g'ilishi;
- e) pulsnig sekinlashishi;
- f) gematuriya.

15. *Quyidagi belgilarning qaysi biri qon yo'qotishning og'ir darajasiga tegishli:*

- a) puls 100 ta;
- b) AB 110/70 mm sim.ust;
- d) puls 130 ta;
- e) AB 90/50 mm sim.ust;
- f) puls 110 ta.

16. Ikkinchi qon guruhida qaysi agglutinen va agglutinogen bor:

- a) 0 ($\alpha\beta$);
- b) A α ;
- d) B α ;
- e) A β ;
- f) B β .

17. Agglutinenlar qaysi qon tanachalarida bo'ladi:

- a) leykotsitlarda;
- b) eozinofillarda;
- d) bazofillarda;
- e) trombotsitlarda;
- f) eritrotsitlarda.

18. Birinchi qon guruhida qaysi agglutinin va agglutinogen bor:

- a) 0 ($\alpha\beta$);
- b) B α ;
- d) A β ;
- e) B β ;
- f) AB.

19. Qaysi hollarda gemontransfuziya o'tkazib bo'lmaydi:

- a) o'tkir qon yo'qotishda;
- b) o'tkir kamqonlikda;
- d) gipertonik kasallikda;
- e) yiringli kasallikda;
- f) shokda.

20. Reinfuziya nima:

- a) bemor qonini venasidan olgan zahoti dumbasiga yuborish;
- b) murda qonini bemorga yuborish;
- d) donor qonini quyish;
- e) bemorning bo'shliqlariga yig'ilib qolgan qonni o'ziga quyish;
- f) bemorga to'g'ridan to'g'ri qon quyish.

21. Uchinchi qon guruhida qaysi agglutinin va agglutinogen bor:

- a) $\alpha\beta$;
- b) A β ;
- d) B α ;
- e) $\beta\alpha$;
- f) AB 0.

22. Autotransfuziya nima:

- a) murda qonini bemorga yuborish;
- b) donor qonini quyish;

- d) bemor qonini konservatsiyalab o'ziga quyish;
- e) bemor qonining venasidan olgan zahoti dumbasiga yuborish;
- f) bemorning bo'shliqlariga yig'ilib qolgan qonni o'ziga quyish.

23. *Qaysi hollarda gemotransfuziya o'tkaziladi:*

- a) miokard infarkti;
- b) gemoragjik insult;
- d) postranfuzion shok;
- e) o'tkir kamqonlik;
- f) bosh miya travmalari.

24. *Rezus faktor qaysi qon tanachalarida bo'ladi:*

- a) trombotsitlarda;
- b) eritrotsitlarda;
- d) leykotsitlarda;
- e) ezinofillarda;
- f) bazofillarda.

25. *Gemotransfuzion shokda puls va arterial bosim qanday bo'ladi:*

- a) arterial bosim pasayadi;
- b) arterial bosim o'zgarmaydi;
- d) arterial bosim ko'tariladi;
- e) taxikardiya;
- f) bradikardiya.

26. *Jarohat bitishida birinchi faza qanday nomlanadi:*

- a) dehidratatsiya;
- b) absesslanish;
- d) gidratatsiya;
- e) giperplatsiya;
- f) granulatsiya.

27. *Jarohatlarda birinchi yordam ko'rsatish nimalarga qaratilgan:*

- a) qon to'xtatish, bosimni aniqlash;
- b) infeksiyaning oldini olish, qon to'xtatish;
- d) jarohatni tikish;
- e) jarohatga kompress qo'yish;
- f) jarohatni drenajlash.

28. *Lat yeyishda birinchi yordam ko'rsatish:*

- a) grelka qo'yish;
- b) muz xalta qo'yish, tinch holat berish;
- d) inyeksiya qilish;
- e) davolovchi gimnastika;
- f) operativ davo.

29. *Travmatik toksikozda (uzoq muddat ezilish sindromi) qanday davo qilinadi:*

- a) intoksikatsiyani kamaytirish, aseptik bog‘lam qo‘yish;
- b) yumshoq to‘qimalar nekrozini kamaytirish;
- d) peritonial dializ o‘tkazish;
- e) drenajlash;
- f) gemotransfuziya.

30. *Jarohat nima:*

- a) ichki a‘zo butunligining buzilishi;
- b) suyak butunligining buzilishi;
- d) teri va shilliq parda butunligining buzilishi;
- e) bo‘g‘im paylarining yirtilishi;
- f) teri ostiga qon yig‘ilishi.



BU SO‘ZLARNI ESLAB QOLING

- anemiya
- gemotransfuzion shok
- anatoksin
- zardoblar
- agglutinin
- agglutinogen
- sepsis
- reinfuziya
- autotransfuziya
- qoqshol
- gazli gangrena
- gemoliz
- gemotransfuziya
- gidratatsiya

6.7. Suyaklar va bo‘g‘imlar shikastlanishi

Suyak butunligining buzilishiga – suyak sinishi, deyiladi. Suyak sinishining ikki turi farq qilinadi. Travmatik va patologik suyak sinishi. Patologik suyak sinishi suyakda patologik holatlar (sil, osteomiyelit, o‘smalar) borligiga bog‘liq bo‘lib, bu kasalliklar kechishining muayyan bosqichda odatdagi kuch ta‘siri suyak sinishiga olib boradi. Travmatik suyak sinishi yopiq (teri shikastlanmay) va ochiq (sinish zonasida teri shikastlanadi) turlariga bo‘linadi.

Suyaklarning to‘liq yoki chala, ochiq yoki yopiq sinishi

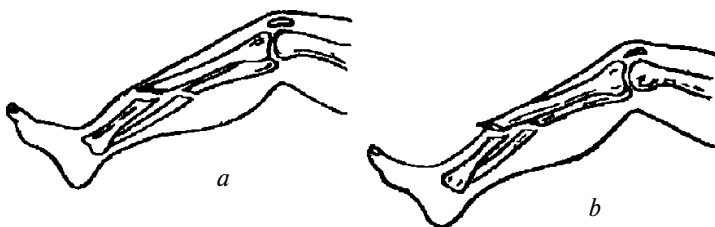
Ochiq suyak sinishi yopiq sinishdan xavfliroq, chunki suyak siniqlariga infeksiya tushish va osteomiyelit avj olish ehtimoli juda ko‘p bo‘ladi, bu suyak siniqlarining bitib ketishini birmuncha qiyinlashtiradi. Suyak to‘liq va chala sinishi mumkin. Chala singanda suyak ko‘ndalangiga biror qismida, aksar uzunasiga ketgan yoriq shaklida shikastlanadi—suyak darz ketadi. Suyaklar juda xilma-xil

shaklda: ko‘ndalang, qiyshiq, spiralsimon, uzunasiga sinadi. Ko‘pincha parchalangan sinish kuzatiladi, bunda suyak ayrim bo‘laklarga bo‘linadi. Sinishning bu turi ko‘pincha o‘q tegib yaralanishda uchraydi.

Bosilish yoki ezilish oqibatida yuz bergan sinish kompression sinish, deyiladi. Suyak sinishlarning ko‘pi suyak siniqlarining surilishi bilan o‘tadi, bu bir tomondan sinishga sabab bo‘lgan kuch yo‘nalishiga, ikkinchi tomondan suyakka yopishgan muskullarning shikastlanishidan qisqarib tortishiga bog‘liq. Shikastlanish xarakteri sinish sathiga, joylashgan sohasiga, yopishgan muskullarning kuchiga va shunga o‘xshashlarga ko‘ra, suyak siniqlari har xil ko‘rinishda: burchak ostida, uzunasiga, yon tomonga suriladi. Suyak siniqlaridan biri ikkinchisining ichiga kiradigan suqilgan sinish ko‘p uchraydi.

Suyak sinishi uchun har qanday harakatga va oyoq-qo‘lga og‘irlik tushganda qattiq og‘riq paydo bo‘lishi, oyoq-qo‘l vaziyati va shaklining o‘zgarishi, funksiyasining buzilishi (oyoq-qo‘lni ishlatib bo‘lmashligi) sinish zonasida shish va momataloq paydo bo‘lishi, qo‘l-oyoqning kalta bo‘lib qolishi, suyakning patologik (nonormal) harakatchan bo‘lib qolishi xosdir. Singan joy paypaslab ko‘rilganda, bemor qattiq og‘riq sezadi, bunda suyakning g‘adir-budirligini va yengil bosib ko‘rilganda g‘ijirlashini (krepitatsiya) payqash mumkin.

Oyoq-qo‘lni paypaslashda, ayniqsa, patologik harakatchanlikni aniqlashda, og‘ritmaslik va asoratlar keltirib chiqarmaslik (suyak siniqlari bilan qon tomirlar, asablar, muskullar, teri va shilliq pardalarni shikastlantirmaslik) uchun har ikki qo‘l bilan avaylab ushlab talab qilinadi. Ochiq sinishda aksari jarohatda suyak sinig‘i chiqib turadi, bu hol suyak singanligini yaqqol tasdiqlaydi (49-rasm). Singan sohani paypaslash va tekshirish man qilinadi.



49-rasm. Suyak sinishi turlari:
a—yopiq sinish; b—ochiq sinish.

Suyak singanda birinchi yordam. Suyak singanda to‘g‘ri va o‘z vaqtida yordam ko‘rsatish uni davolashning eng muhim sharti hisoblanadi. Birinchi yordamni tez ko‘rsatish singan suyakning bitishiga, qator asoratlarning oldini olishga (qon oqishi, suyak siniqlarining siljishi, shok va hokazo) ko‘p jihatdan imkon beradi. Suyak singanda birinchi yordamni asosiy tadbirlari quyidagilardan iborat:

1. Singan sohada suyaklarni harakatlanmaydigan qilish.
2. Shokka qarshi yoki shok rivojlanishining oldini olishga qaratilgan tadbirlar o‘tkazish.
3. Shikastlangan kishini davolash muassasasiga tez olib borishni uyushtirishdan iborat.

Singan sohadagi suyaklarni tezda harakatsiz qilib qo‘yish – immobilizatsiya og‘riqni kamaytiradi va shok rivojlanishining oldini olishda asosiy shartlardan biri hisoblanadi. Sinish hodisalarining ko‘p qismini oyoq-qo‘llarning sinishi tashkil etadi. Qo‘l-oyoqlarni to‘g‘ri immobilizatsiya qilish – suyak siniqlarining siljishiga yo‘l qo‘ymaydi, magistral tomirlar, asablar va muskullarning suyakning o‘tkir qirralaridan jarohatlanish xavfini kamaytiradi va bemorni transportda tashishda terining suyak siniqlaridan shikastlanish (yopiq sinishning ochiqqa o‘tish) ehtimolini bartaraf etadi.

6.8. Taxtakachlar qo‘yish

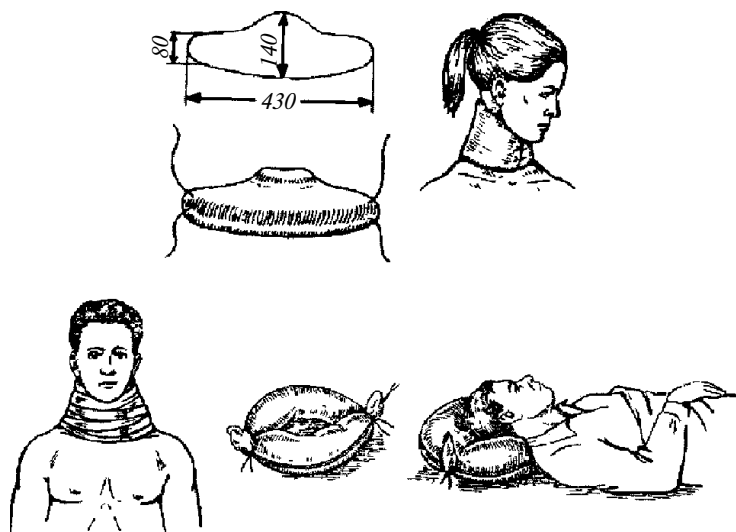
Oyoqni Diterixsning transport shinasini, qo‘lni Kramerning narvonsimon shinasini yordamida immobilizatsiya qilish eng qulay. Transport shinalari bo‘lmasa, duch kelgan materiallar (taxta, chang‘i, miltiq, kaltak, sim, qamish, poxol bog‘i, karton va boshqalar) – xonaki shinalar bilan immobilizatsiya qilinadi. Mahkam immobilizatsiya qilish uchun ikkita shina qo‘llaniladi, ularni oyoq-qo‘lga qarama-qarshi tomondan qo‘yiladi. Hech qanday qo‘shimcha material bo‘lmaganda immobilizatsiyani shikastlangan oyoq yoki qo‘lni tananing sog‘lom qismiga: qo‘lni gavdaga, oyoqni sog‘lom oyoqqa bintlash yo‘li bilan bajariladi. Transport immobilizatsiyasini qilishda quyidagi qoidalarni bajarish zarur:

1. Immobilizatsiya uchun foydalaniladigan shinalar mustahkam va singan sohani yaxshi ushlab turadigan bo‘lishi kerak.
2. Oyoq yoki qo‘lning ustini paxta yoki biror mato bilan bekitmasdan shinani qo‘yish mumkin emas.

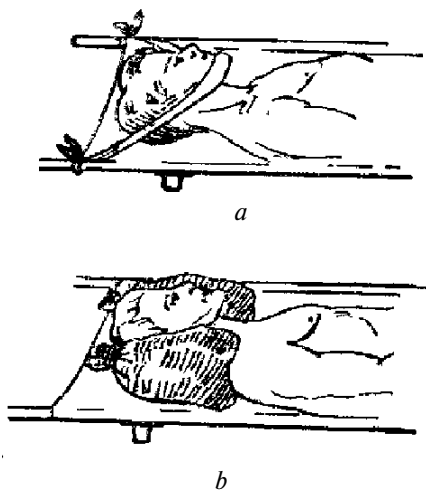
3. Singan zonani harakatlanmaydigan qilib, singan joydan yuqorida va pastda ikkita bo'g'imni bemor uchun ham, uni transportda olib borish uchun ham qulay vaziyatda mahkam bog'lash zarur, masalan, boldir singanda boldir-panja va tizza bo'g'implari mahkamlanadi).

4. Son suyagi singanda oyoqning hamma bo'g'imlarini (tizza bo'g'imi, boldir-panja bo'g'imi, chanoq-son bo'g'imi) mahkam bog'lash kerak.

Umurtqa pog'onasining sinishi. Bu shikastlanish, odatda, balandlikdan yiqilganda, og'ir yuklar bosib qolganda, orqaga bevosita va qattiq urilganda (avtotravma) paydo bo'ladi, umurtqa pog'onasining bo'yin bo'limi sinishi aksari suvga sho'ng'ishda bosh suv tubiga urilganda ro'y beradi. Umurtqa pog'onasining sinishi juda og'ir shikastlanishdir. Oz-moz harakat qilishdayoq, orqada kuchli og'riq paydo bo'lishi uning belgisi hisoblanadi. Umurtqa pog'onasi singanda orqa miyaning travmaga (ezilishi, uzilishi), uchrashi mumkinligi eng xavflidir, bu holda oyoq-qo'llarning falaj bo'lib qolishi yuzaga chiqadi (ularda harakat sezuvchanligi yo'qoladi). Bunday asorat birinchi yordam noto'g'ri ko'rsatilganda ham rivojlanishi mumkin (50-rasm).



50-rasm. Bo'yin umurtqasi chiqqanda qo'llaniladigan immobilizatsiya.



51-rasm. Boshni immobilizatsiyalash:
a—sopqonsimon bog'lam bilan zambilga mahkamlash; *b*—qum solingan xaltacha bilan mahkamlash.

kastlanishidagi kabi immobilizatsiya qilib, chalqancha yotganicha transportirovka qilinadi.

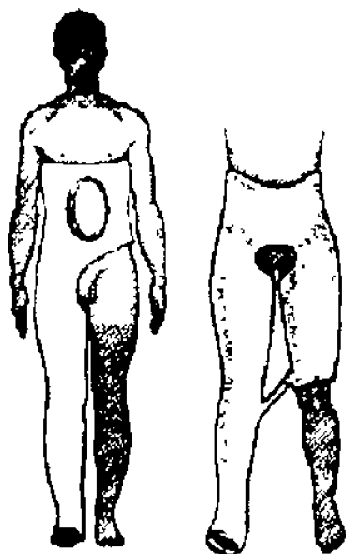
Umurtqa pog'onasi shikastga uchragan bemorlarni, ayniqsa, ehtiyotlik bilan transportirovka qilish lozim. Bemorni bir joydan ikkinchi joyga olib yotqizish, transportga olib chiqishni bir vaqtning o'zida 3–4 kishi bajarishi, bunda ular shikastlangan kishi gavdasini bir xil balandlikda ko'tarishlari zarur (51-rasm).

Chanoq suyaklarining sinishi. Suyak shikastlanishining eng og'ir turlaridan hisoblanadi, ko'pincha ichki a'zolar shikasti va og'ir shok bilan o'tadi. Chanoq suyaklari balandlikdan yiqilishda, bosilishda, to'g'ridan to'g'ri zarb tekkanda sinadi. Oyoq-qo'llarni oz-moz harakatlantirishda va umurtqa pog'onasi holati o'zgartirilganda chanoq sohasida juda qattiq og'riq paydo bo'lishi travma belgilaridan hisoblanadi (52-rasm).

Birinchi yordam. Shikastlangan odamga og'riq kam bo'ladigan yoki kuchaymaydigan va ichki a'zolarining suyak siniqlaridan shikastlanish ehtimoliga yo'l qo'yilmaydigan vaziyatni berish birinchi yordamning vazifasi hisoblanadi. Bemorni tekis, qattiq yuzaga yotqizish, oyoqlarini tizza va chanoq son bo'g'imlarida bukish, sonlarni ikki tomonga oz-moz kerish (baqa holati) lozim. Oyoqlari tagiga yostiq, adyol, palto, poxol va shu kabi narsalarni yumaloqlab

qo‘yiladi. Shokka qarshi barcha tadbirlarni amalga oshirish juda muhim. Shikastlangan kishini qattiq shchitda unga berilgan vaziyatda transportda olib boriladi.

Qovurg‘alar sinishi. Ko‘krakka to‘g‘ridan to‘g‘ri qattiq urilganda, bosilganda, balandlikdan yiqilishda sodir bo‘ladi, sinish qattiq yo‘talishda, aksirishda ham ro‘y berishi mumkin. Qovurg‘alar sinishi uchun singan sohadagi qattiq og‘riq, nafas olish, yo‘talishda, tana holatini o‘zgartirishda og‘riqning kuchayishi xarakterli. Qovurg‘alarning ko‘p sonli sinishi nafas yetishmovchiligining oshib borishi jihatidan xavfli. Suyak siniqlarining o‘tkir qirralari o‘pkani shikastlantirib, pnevmo-traks avj olishiga va plevra ichiga qon oqishiga sabab bo‘lishi mumkin.



52-rasm. Katta chanoq-son gipsli bog‘lami.

Birinchi yordam. Qovurg‘alarni immobilizatsiya qilish — ko‘krak qafasiga qattiq aylanma bog‘lam bog‘lashdan iborat. Bint bo‘lmaganda sochiq, choyshab, mato parchasidan shu maqsadda foydalanish mumkin. Og‘riqni kamaytirish va yo‘talni to‘xtatish maqsadida analgin, kodein, amidopirin tabletkasini berish mumkin. Qovurg‘alarning asoratlangan sinishlarida (pnevmotoraks, gemotoraks) birinchi yordam ko‘rsatish va bemorni davolash muassasasiga transportirovka qilish ko‘krak qafasining teshib o‘tadigan yaranishlarda ko‘rsatilgan yordamga o‘xshashdir.

O‘mrov suyagining sinishi. Travma sohasida og‘riq, shikastlangan tomondagi qo‘l funksiyasining buzilishi bilan xarakterlanadi. Suyak siniqlarining o‘tkir qirralarini teri orqali oson paypaslab ko‘rish mumkin.

Birinchi yordam. Singan sohani immobilizatsiya qilishdan iborat. Bunga qo‘lni durracha bog‘lam, Dezoning bint bog‘lami yordamida yoki paxta doka halqalar yordamida fiksatsiya qilish yo‘li bilan erishiladi va tezda transportirovka qilinadi.

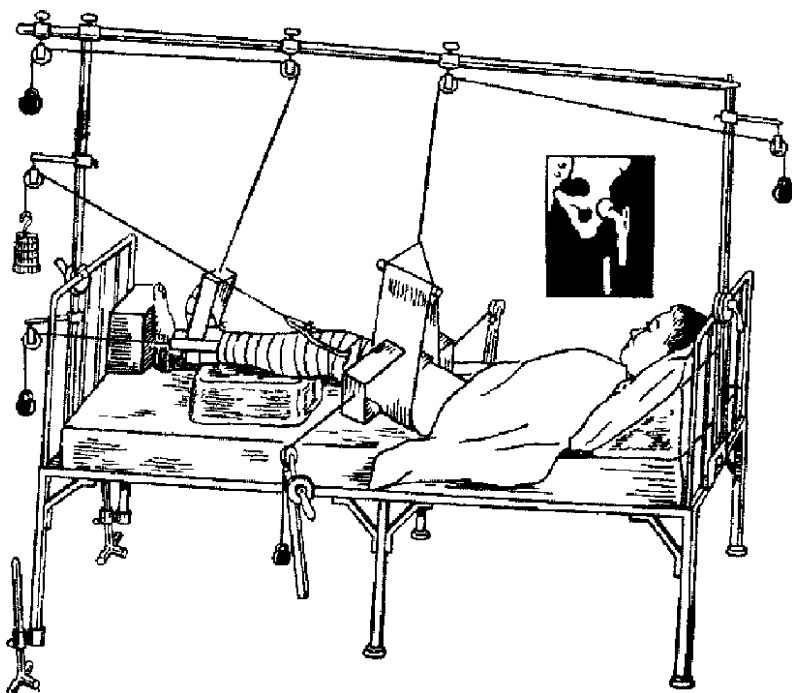
6.9. Suyaklar ochiq singanda birinchi yordam ko'rsatish

Oyoq-qo'lni immobilizatsiya qilishdan oldin jarohatga yod eritmasi yoki boshqa antiseptik modda surtish va aseptik bog'lam bog'lash zarur. Steril material bo'lmaganda jarohatni ipdan to'qilgan biror toza mato bilan bekitish kerak. Turtib chiqib turgan suyak siniqlarni olib tashlashga yoki jarohat ichkarisiga botirib to'g'rilashga urinmaslik kerak. Shunday qilinganda, jarohat qonashi va suyak hamda yumshoq to'qimalarga qo'shimcha ravishda infeksiya tushishi mumkin. Jarohatdan qon oqayotganda qonni vaqtincha to'xtatish usullari qo'llanilishi (bosib turadigan bog'lam, jgut qo'yish, burama yoki rezina bint bog'lash) lozim. Ochiq sinishda aksari jarohatda suyak sinig'i chiqib turadi, bu hol suyak singanligini yaqqol tasdiqlaydi. Singan sohani paypaslash va tekshirish joyini o'zgartirish man qilinadi.

Suyak chiqishi va uni aniqlash. Bo'g'im xaltasida suyaklardan birining yirilgan kapsula orqali bo'g'im bo'shlig'idan atrof to'qimalarga chiqib, bo'g'im shikastlanishiga suyak chiqishi, deyiladi. Suyaklarning bo'g'im yuzalari bir-biriga batamom tegmay qolishiga to'liq suyak chiqishi va bo'g'im yuzalarining bir-biriga qisman tegib turishiga noto'liq suyak chiqishi deyiladi. Suyak chiqishining simptomlari quyidagilar: oyoq-qo'ldagi og'riq, bo'g'im sohasining keskin deformatsiyasi (ichiga botib kirishi), bo'g'imda faol harakatlarning yo'qolishi va passiv harakatlar qilib bo'lmasligi, qo'l-oyoqni o'zgartirib bo'lmaydigan g'ayritabiiy vaziyat vujudga kelishi, oyoq yoki qo'l uzunligining o'zgarishi, aksari uning kalta bo'lib qolishidir.

Suyaklar chiqqanda birinchi yordam. Og'riqni kamaytirishga qaratilgan tadbirlar ko'rish: shikastlangan bo'g'im sohasiga sovuq narsa qo'yish, og'riqni qoldiradigan dorilar (analgin, amidopirin, promedol va boshqalar) ishlatish, oyoq yoki qo'lni shikastlanishdan keyingi holatida immobilizatsiya qilishdan iborat. Qo'lni durrachaga yoki bintga osib qo'yiladi, oyoqni taxtakach yoki qo'shimcha vositalar bilan mahkamlanadi. Yangi chiqqan suyak eskisiga nibatan oson joyiga solinadi. Shikastlanishdan 3–4 soat o'tgach shikastlangan bo'g'im sohasidagi to'qimalar shishadi, qon to'planadi, bu esa, suyakni joyiga solishni qiyinlashtiradi. Suyakni joyiga solish shifokorning ishi, shunga ko'ra, shikastlangan kishini zudlik bilan shifokorga olib borish zarur. Qo'l suyagi chiqqanda

bemorlar kasalxonaga o‘zlari borishlari mumkin yoki ularni biror transportda o‘tirgan holatda olib boriladi. Oyoq suyaklari chiqqan bemorlarni transportda yotgan holatda olib boriladi. Chiqqan suyakni joyiga solishga urinish yaramaydi, chunki ba’zan suyakning chiqqan yoki singanini bilib bo‘lmaydi. Shuningdek, suyak chiqishi ko‘pincha suyaklarning darz ketishi va sinishi bilan o‘tadi (53-rasm).



53-rasm. Son suyagining pastki qismi singanda suyakdan tortish.



NAZORAT SAVOLLARI

1. Suyak sinishi nima?
2. Suyaklar to‘liq yoki chala, ochiq yoki yopiq sinish belgilarini ta’riflab bering.
3. Tananing har xil qismlarini immobilizatsiya qilish deganda nima tushuniladi?
4. Suyaklar ochiq singanda birinchi yordam qanday ko‘rsatiladi?
5. Suyak chiqishi nima? Uni aniqlash va yordam ko‘rsatishning asosiy xususiyati nimada?
6. Transport taxtakachlarining necha xil turlari mavjud?

TEST SAVOLLARI

1. *Quyidagi simptomlarning qaysisi siniqlar uchun xarakterli emas:*

- a) deformatsiya;
- b) aktiv harakatning keskin chegaralanishi yoki to'liq bo'lmasligi;
- d) passiv harakatning chegaralanishi;
- e) oyoq-qo'l uzunligining o'zgarishi;
- f) og'riq.

2. *Yiringlagan jarohatga bog'lam qo'yish uchun qaysi preparat qo'llasa bo'ladi:*

- a) osh tuzining fiziologik eritmasi;
- b) osh tuzining gipertonik eritmasi;
- d) glukoza 10 %;
- e) glukoza 5 %;
- f) novokain 0,5 %.

3. *Siniq nima:*

- a) suyak po'stlog'ining qalinlashishi;
- b) gavda bo'shlig'iga havo to'planishi;
- d) plevra bo'shlig'iga qon to'planishi;
- e) suyak butunligining buzilishi;
- f) suyakning mo'rtlashishi.

4. *Sinishda birinchi yordam ko'rsatishda qaysi tadbirlar qo'llanilmaydi:*

- a) og'riq qoldirish;
- b) shina qo'llash;
- d) gipsli bog'lam qo'yish;
- e) stasionarga olib borish;
- f) qon to'xtatish.

5. *Qaysi predmetlar chopilgan jarohatlarga sabab bo'ladi:*

- a) pichoq;
- b) vilka;
- d) bigiz;
- e) bolta;
- f) qaychi.

6. *Quyidagi simptomlarning qaysi biri chiqiqlar uchun xarakterli emas:*

- a) deformatsiya;
- b) aktiv harakatning keskin chegaralanishi yoki to'liq bo'lmasligi;
- d) passiv harakatning chegaralanishi;
- e) oyoq-qo'l uzunligining o'zgarishi;
- f) og'riq.

7. *Bosh miya shikastlanganda bemorlar qaysi bo'limda davolanishlari kerak:*

- a) nevrologiya;
- b) travmatologiya;
- d) neyroxirurgiya;
- e) jag'-yuz jarrohlik bo'limida;
- f) stomatologiyada.

8. *«Ko'zoynak simptomi» qaysi patologiyada yuzaga keladi:*

- a) bosh miyaning silkinishida;
- b) bosh miya ezilishida;
- d) kallaning oldingi chuqurchasi singanda;
- e) kallaning o'rta chuqurchasi singanda;
- f) kallaning orqa chuqurchasi singanda.

9. *Qaysi shikastlanishlarda quloqlardan qon oqadi:*

- a) kalla gumbazi singanda;
- b) kallaning orqa chuqurchasi singanda;
- d) bosh miya silkinganda;
- e) kallaning old chuqurchasi singanda;
- f) kallaning o'rta chuqurchasi singanda.

10. *Qovurg'a singanda sinish zonasiga qanday eritma yuboriladi:*

- a) fenobarbital;
- b) ftoratan;
- d) novokain;
- e) efir;
- f) relanium.

11. *O'mrov suyagi singanda qanday usulda bog'lam qo'yiladi:*

- a) Delbe;
- b) Dezo;
- d) Velpo;
- e) Krishner;
- f) Zimnisskiy.

12. *Gemotoraks nima:*

- a) plevra bo'shlig'iga qon quyilishi;
- b) plevra bo'shlig'iga yiring yig'ilishi;
- d) plevranning yallig'lanishi;
- e) plevra bo'shlig'iga havo yig'ilishi;
- f) o'pkadan qon ketish.



BU SO‘ZLARNI ESLAB QOLING

- immobilizatsiya
- pnevmotoraks
- subduralgematoma
- transport shinalar
- gipsli bog‘lam
- Dezo bog‘lam
- Delbe bog‘lam
- Velpo bog‘lam
- gemotoraks
- ko‘zoynak simptomi

6.10. Kuyish tasnifi, termik kuyish

Kuyish. Yuqori harorat (termik kuyish) kimyoviy moddalar (kimyoviy), elektr toki (elektrdan) va nur energiyasi (nurdan) ta’siridan kelib chiqqan to‘qimalarning shikastlanishiga kuyish, deyiladi. Kuchli kuyishlarda bemorda jiddiy umumiy buzilishlar kuzatiladi va kuyish kasalligi rivojlanadi.

Termik kuyish. Termik kuyish badanga yuqori harorat (alanga, qaynagan suv, yonib turgan va issiq suyuqliklar, gazlar, cho‘g‘ bo‘lgan va eritilgan metallar va hokazo)ning bevosita ta’siridan paydo bo‘ladi. Shikastlanishining og‘ir-yengilligi ta’sir qilayotgan haroratning balandligi, ta’sir qilish muddati, kuygan sohaning katta-kichikligi va kuygan sohaga bog‘liq. Bosim ostidagi alanga va bug‘ ta’sirida, ayniqsa, og‘ir kuyish hodisalari yuz beradi. Bu holda atmosfera bilan tutashadigan og‘iz bo‘shlig‘i, traxeya va boshqa a’zolar kuyishi mumkin.

Aksari qo‘l-oyoq, ko‘z, kamroq — gavda va bosh kuyadi. Kuyishning og‘ir-yengilligi uning qancha joyga tarqalganligiga va tananing qanday chuqurlikda shikastlanganligiga bog‘liq. Kuygan soha nechog‘lik katta va shikastlanish chuqur bo‘lsa, bemor hayoti uchun xavf-xatar shunchalik katta bo‘ladi. Tananing 1/3 qismi kuyganda ko‘pincha bemor halok bo‘ladi. Shikastlangan sohaning chuqurligiga ko‘ra, kuyishning to‘rt darajasi farq qilinadi (54, 55, 56-rasmlar).

I darajali kuyish (eritema) terining qizarishi, shishi va og‘riq bilan yuzaga chiqadi. Kuyishning bu yengil darajasi terida yal-lig‘lanishning rivojlanishi bilan xarakterlanadi. Yallig‘lanish hodisalari birmuncha tez (3–6) kunda o‘tib ketadi. Kuygan sohada pigmentatsiya qoladi, keyingi kunlarda terining po‘st tashlashi kuzatiladi.



54-rasm. Kuyishning I darajasi.



55-rasm. Kuyishning II darajasi.



56-rasm. Kuyishning III darajasi.

II darajali kuyish pufaklar paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi (bullyoz shakl). Kuyishning bu darajasida birmuncha yallig'lanish yuzaga chiqadi. Talaygina suyuqlik yuzaga chiqishiga ko'ra, u epidermis ostiga yig'iladi va epidermisni ko'chirib pufaklar hosil qiladi. Pufaklar kuyishdan keyin bir necha daqiqa o'tgach, ba'zan esa, ertasiga paydo bo'lishi mumkin. Terining yuza qatlami (epidermal) qavati jonsizlanadi. Pufak yorilganda terining tiniq qizil so'rg'ichsimon qavati ko'rinadi. Kuyish asoratsiz o'tganda 4–6-kunga kelib, pufakchadagi suyuqlik so'rilib ketadi. Yangi yosh epidermis avvaliga pushtirangli va oson shikastlanadigan bo'lib qoladi. 10–15 kun o'tgach, bemor batamom tuzaladi. Pufakchalarga infeksiya tushganda tiklanish protsesslari keskin buziladi va kuygan soha asta-sekin anchagina muddatdan keyin tuzaladi.

III darajali kuyishda terining hamma qatlamlari nekrozga uchraydi (jonsizlanadi). Teri hujayralaridagi oqsil va qon ivib, qattiq po'stloq hosil qiladi, po'stloq ostida shikastlangan va jonsizlangan to'qimalar bo'ladi. Uchinchi darajali kuygan soha chandiqlik bo'lib, ikkilamchi tartibda bitadi. Shikastlangan joyda granulatsion to'qima rivojlanadi, u biriktiruvchi to'qima bilan almashinib, chuqur joylashgan yulduzsimon chandiqlik hosil qiladi.

IV darajali kuyish (ko'mirlanish) to'qimaga juda yuqori harorat (volt yoyi alangasi, erigan metall) ta'sirida paydo bo'ladi. Bu kuyishning eng og'ir shakli, bunda teri, muskullar, paylar, suyaklar va boshqalar shikastlanadi. Kuyishning III va IV darajasi sekin

bitadi va kuygan sohani terini ko'chirib o'tkazish yo'li bilangina bekitish mumkin. Kuyish og'ir umumiy hodisalar keltirib chiqaradi. Bu hol bir tomondan, markaziy asab sistemasidagi o'zgarishlar (og'riqdan shok yuz berishi), ikkinchi tomondan qondagi va ichki a'zolar funksiyasidagi o'zgarishlar (intoksikatsiya) sababli yuzaga keladi.

Termik kuyishda birinchi yordam ko'rsatish. Birinchi yordam shikastlangan kishiga yuqori harorat ta'sir qilishini to'xtatishga qaratilishi lozim: yonayotgan kiyim-boshni o'chirish, shikastlangan kishini yuqori harorat zonasidan chiqarish, tana yuzasidan tutab turgan va qizigan kiyim-boshni yechib tashlash kerak. Alanga olgan kiyim-boshni (ayniqsa, unga tez alanganadigan suyuqlik tushgan bo'lsa), avvalo, suv sepib o'chirish, shikastlangan kishini qalin matoga (poyandoz, ko'rpa, chopon, palto va hokazo) o'rash so'ngra uni olib tashlash kerak. Shikastlangan kishini xavfli xonadan olib chiqish, tutayotgan va qizigan kiyimlarini yechishda qo'pol harakatlar qilish teri qoplamlariga ziyon yetkazmaslik uchun ehtiyot bo'lish kerak.

Kiyimni tez yechish uchun qirqish mumkin. Kiyim-boshni, ayniqsa, yilning sovuq davrida hammasini yechish tavsiya etilmaydi, chunki sovqotish organizmga travmaning umumiy ta'sirini keskin kuchaytiradi va shok avj olishiga imkon beradi. Birinchi yordamning navbatdagi vazifasi kuygan yuzaga infeksiya tushishining oldini olish uchun quruq aseptik bog'lam bilan kuygan yuzani tez vaqt ichida bekitishdan iborat. Bog'lamni steril bintdan qilish yoki individual paketdan foydalanish maqsadga muvofiq. Maxsus steril yara bog'lov materiali bo'lmaganda kuygan yuzani issiq dazmolda dazmollangan top-toza ip-gazlama parchasi bilan bekitish mumkin. Spirt, aroq, etakridin eritmasi, laktat (rivanol) yoki kaliy permanganatga ho'llangan bog'lam qo'yish mumkin. Bunday bog'lamlar og'riqni birmuncha kamaytiradi.

Birinchi yordam ko'rsatayotgan kishi kuygan yuzani qo'shimcha shikastlantirishi va ifloslantirishi va shikastlangan kishiga xavf tug'dirishini yaxshi bilishi kerak. Shuning uchun kuygan sohani hech narsa bilan yuvmaslik, unga qo'l tekkizmaslik lozim. Igna sanchmaslik va pufakchalarni sitmaslik, kuygan joyga yopishgan kiyim parchalarini ko'chirmaslik, shuningdek, kuygan yuzaga biror yog' (vazelin, hayvon yoki o'simlik moyi va boshqalar) surtmaslik va poroshok sepmaslik kerak. Surtilgan yog' (poroshok) jarohatning tuzalishiga imkon bermaydi va og'riqni kamaytirmaydi, biroq infeksiya kirishini osonlashtiradi, bu hol, ayniqsa, xavfli bo'lib

shifokor yordamini, kuygan joyni birlamchi jarrohlik tozalashni qiyinlashtiradi. II, III, IV darajali qattiq kuyish hollarida umumiy hodisalar, shok juda tez rivojlanadi.

Shikastlangan kishini og'riq kam bezovta qiladigan vaziyatda yotqizish, issiq qilib o'rash, ko'p suyuqlik berish lozim. Kuygan kishini transportda kasalxonaga olib borishdan oldin transport immobilizatsiyasini qilish shart. Immobilizatsiya tananing kuygan qismlari terisining imkon boricha tortilgan holatda turishini ta'minlash kerak. Bemorni yaxshisi maxsus mashinalarda olib borish kerak, ular bo'lmaganda har qanday transportdan foydalanish, bemorga maksimal osoyishta va qulay sharoit yaratish lozim. Sovqotish bemor ahvolini keskin og'irlashtirishni shok hodisalari avj olishiga yordam berishni unutmaslik kerak. Shuning uchun travma yuz bergan paytda to bemorga malakali shifokor yordami ko'rsatilguncha uni qunt bilan kuzatish, issiq tutish, issiq ichimliklar berish zarur.

Tanasining ko'p joyi kuygan kishini transportda juda ehtiyotlik bilan, kuymagan tomoniga (yonboshi bilan, qorni bilan va hokazo) yotqizib olib borish kerak. Bemorni ko'chirib yotqizishni qulay qilish uchun uning tagiga pishiq mato (brezent, ko'rpa) solish kerak. Shundagina bemorda yangi og'riq paydo qilmay, uni palas bilan birga ko'tarib zambilga yotqizish mumkin. Transportirovka qilishda shok profilaktikasi bo'yicha tadbirlar o'tkazish, shok boshlanib bo'lganda esa, shokka qarshi tadbirlarni ko'rish zarur.

Kimyoviy kuyish. Kimyoviy kuyish badanga konsentrlangan kislotalar (xlorid, sulfat, nitrat, sirka, karbol kislotalar, zar suvi) va ishqorlar (o'yuvchi kaliy va o'yuvchi natriy, nashatir spirt, so'ndirilmagan ohak), fosfor va ayrim og'ir metallarning tuzlari (kumush nitrat, rux xlorid va hokazo) ta'sirida paydo bo'ladi. Shikastlanishning og'ir-yengilligi va chuqurligi kimyoviy moddaning turiga va konsentratsiyasiga, ta'sir qilgan muddatiga va tushgan joyiga bog'liq. Shilliq pardalar, chot oralig'i va bo'yin terisi kimyoviy moddalar ta'siriga juda ham chidamsiz, oyoq panjasining tagi va kaftlar ularga birmuncha chidamli. Konsentrlangan kislotalar ta'sirida va shilliq pardalarda tezda aniq chegaralangan to'q jigarrang yoki qora quruq strup hosil bo'ladi, konsentrlangan ishqorlar esa, chegaralari noaniq kulrang-qo'ng'ir nam strup hosil qiladi.

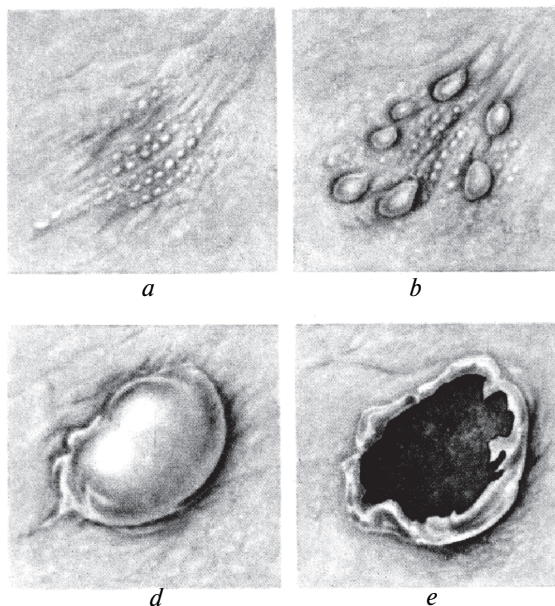
Birinchi yordam. Kimyoviy kuyishda birinchi yordam kimyoviy moddaning turiga bog'liq. Konsentrlangan kislotalardan kuyishda (sulfat kislota dan tashqari) kuygan yuzani 15–20 daqiqa sovuq suv oqimi bilan yuvish zarur. Sulfat kislota suv bilan o'zaro ta'sirga

kirishganda issiqlik ajratib, bu kuyishni kuchaytirishi mumkin. Ishqoriy eritmalar: sovunli suv, 3 % li soda eritmasi (1 stakan suvga 1 choyqoshiqda) bilan yuvish yaxshi ta'sir ko'rsatadi.

Ishqorlardan kuygan joylarni suv oqimidan obdon yuvish, so'ngra 2 % li sirka yoki limon kislota eritmasi (limon suvi) surtish lozim. Shundan so'ng kuygan yuzaga aseptik bog'lam qo'yish, kuyishda surtilgan eritmalarda ho'llangan bog'lam bog'lash mumkin. Fosfor ta'siridan kuyishning kislotalar va ishqorlardan kuyishdan farqi shundaki, fosfor havoda alangalanib, ham termik, ham kimyoviy (kislota) ta'sir etib kuydiradi – kuyishning ikki turi sodir bo'ladi.

Tananing kuygan qismini suvga solib turgan yaxshi, suv ostida fosfor qoldiqlarini cho'p, paxta kabi narsalar bilan olib tashlanadi. Fosfor bo'lakchalarini kuchli suv oqimi bilan ham yuvish mumkin. Yuvilgandan so'ng kuygan yuzaga 5 % li mis kuporasi eritmasi surtiladi, so'ngra kuygan yuzani steril quruq bog'lam bilan bekitiladi. Yog' mazlar qo'llanishi man qilinadi, chunki ular fosforning so'rilishiga imkon beradi.

Radiatsion (nurli kuyish). Ionli nurlanish ta'sirida organizmda o'tkir va surunkali hamda mahalliy va umumiy shikastlar kuzatiladi. Nurdan o'tkir kuyishning to'rt darajasi farqlanadi (57-rasm).



57-rasm. Nurli kuyish (radiatsion) darajalari:

a–eritema; *b*–pufakchalar hosil bo'lishining boshlanishi; *d*–pufakchalar; *e*–eroziya.

1. *Erta eritema*. Birinchi kuni uning belgilari ma'lum bo'ladi, 2–3 haftadan so'ng teri quriydi, yengil pigmentatsiya bo'ladi, soch butunlay to'kiladi.

2. *Eritematoz dermatit*. Bu terining o'tkir yallig'lanishini ko'rsatadi, og'riq, kuyish belgilari, pigmentatsiya paydo bo'ladi, soch to'kiladi.

3. *Bullyoz dermatit*. Nurlanishdan bir hafta o'tgach og'riq kuzatilib, rangsiz pufakchalar paydo bo'ladi, epiderma ko'chib, soch to'kiladi. 6–12 kun ichida teri bitishi ham, ammo oylab davom etishi ham mumkin.

4. *Gangrenali dermatitda* 2–3 sutkadan so'ng qichitadigan eritema paydo bo'ladi. So'ngra epidermis nekrozga uchraydi. Yiringli bo'shliqlar hosil bo'lib, ularni faqatgina plastik operatsiya bilan yopish mumkin bo'ladi. Nurdan shikastlanishning yana bir asorati genlarga ta'sir qilib, ularni mutatsiyaga olib kelishi va irsiy kasalliklarga sabab bo'lishidir.

Birinchi yordam. Zudlik bilan bemorni nur ta'sir qilayotgan joydan olib chiqish kerak bo'ladi va shoshilinch ravishda kasalxonaga jo'natiladi. O'tkir nur kasalligini davolashda suyak iligi transplantsiya qilinadi. Odatda, katta yoshli odamda 15000 ml suyuqligi borligini hisobga olib, 500 ml.lik ko'chirib o'tqaziladi.

Nafas yo'llari kimyoviy kuyganda birinchi yordam. Fosfororganik birikmalar (tiofos, xlorofos)dan zaharlanish eng ko'p uchraydi, u nafasga olinadigan havo tarkibida ingalatsion yo'l bilan va enteral-ovqat mahsulotlari bilan birga organizmga tushishi mumkin. Shilliq pardalarga tushganda ularni kuydirishi ehtimol. Kasallikning yashirin davri 15–60 daqiqaga cho'ziladi. So'ng asab sistemasining zararlanish simptomlari paydo bo'ladi: ko'p so'lak oqadi. Balg'am ajraladi, bemor ko'p terlaydi. Nafas olish tezlashadi, uzoqdan eshitiladigan shovqinli xirillash bilan chiqadi. Bemor bezovta, qo'zg'algan holatda bo'ladi, tez orada oyoq muskullari tortishadi, peristaltika kuchayadi. Birmuncha keyinroq muskullar, jumladan, nafas muskullari falajlanadi. Nafas to'xtashi asfiksiya va o'limga olib keladi.

Birinchi yordam zaharli kimyoviy vositalardan nafas olish natijasida kelib chiqqan zaharlanishlarda birinchi yordamning asosiy vazifasi zararlangan kishini statsionarga tezlikda olib borishdan iborat. Imkoniyat bo'lsa, bemorga 6–8 tomchi 0,1 % li atropin eritmasi yoki 1–2 belladonna tabletkasi berish zarur. Nafas olish to'xtagan taqdirda, tinimsiz sun'iy nafas oldirish kerak. Zaharning

me'da-ichak yo'llariga tushishi natijasida vujudga kelgan zaharlanishda me'dani aktivlangan ko'mir qo'shilgan suv bilan yuvish zarur. Tuz surgi beriladi. Teri va shilliq pardalarga tushgan zaharli kimyoviy vositalarni suv oqimi bilan tozalash lozim.

Og'iz bo'shlig'i kimyoviy kuyganda birinchi yordam. Konsentrlangan kislotalar va o'yuvchi ishqorlardan zaharlanishda (ichib qo'yilganda) qisqa vaqt ichida og'ir holat yuzaga chiqadi. Bu hol birinchi galda og'iz bo'shlig'i, yutqun, qizilo'ngach, me'da, ko'pincha hiqildoqning ham ko'p kuyishi, keyinroq surilgan moddalarning hayotiy muhim organlarga (jigar, buyrak, o'pkayurakka) ko'rsatilgan ta'siri bilan tushuntiriladi. Shilliq pardalar teriga qaraganda nozikroq bo'ladi, shuning uchun ular tezroq va chuqurroq yemiriladi va nekrozga uchraydi. Og'iz-lab shilliq pardasi kuyadi va qora qo'tir (chaqa) bo'lib qoladi. Sulfat kislotadan kuyishda *chaqa qora rangli*, nitrat kislotadan kuyishda *kulrang sariq rangli*, xlorid kislotadan kuyishda *sarg'imgir yashil rangli*, sirka kislotadan kuyishda *kulrang oq* bo'ladi.

Ishqorlar to'qimalarga oson kiradi va shuning uchun to'qimalarni chuqur shikastlaydi. Kuygan yuza juda yumshoq, rangi oqimtir, tez parchalanadigan bo'ladi. Kislotada yoki ishqor ichib qo'ygani bemorlarni og'zida, to'sh orqasida, epigastriyasida kuchli og'riq paydo bo'ladi. Bemorlar og'riqning zo'rligidan o'zlarini qayerga qo'yishni bilishmaydi. Deyarli hamma vaqt azob beradigan, ko'pincha qon aralashgan qusish sodir bo'ladi. Tezda og'riqdan shok paydo bo'ladi.

Hiqildoq shishib, keyinroq asfiksiya rivojlanishi mumkin. Kislotada yoki ishqor katta miqdorda qabul qilinganda yurakning sustlashishi, kollaps rivojlanadi. Nashatir spirdan zaharlanish og'ir o'tadi. Shikastlanishning bu turida og'riq sindromi bo'g'ilish bilan o'tadi, chunki nafas yo'llari ham zarar ko'radi.

Birinchi yordam. Birinchi yordam ko'rsatuvchi kishi zaharlanish qaysi moddadan ro'y berganligini bilishi kerak, chunki yordam ko'rsatish usullari ana shunga bog'liq. Konsentrlangan kislotalardan zaharlanishda qizilo'ngach va me'daning teshilish simptomlari bo'lmasa, avvalo, me'dani yo'g'on zond orqali 6–10 litr iliq suvga kuydirilgan magneziya (1 litr suvga 20 gr) qo'shib yuvish zarur. Magneziya bo'lmaganda yuvish uchun ohakli suvdan foydalanish mumkin. Me'dani yuvish uchun soda ishlatish taqiqlangan.

Me'dani oz-ozdan yuvish, ya'ni 4–5 stakan suv ichib, so'ngra atayin qustirish zaharlangan kishi ahvolini yengillashtirmaydi, ba'zan esa, aksincha, zaharning so'rilishiga imkon beradi. Zond orqali yuvishni amalga oshirib bo'lmasa, bunday bemorlarga sut, o'simlik yoki hayvon moyi, tuxum oqsili, shillikli damlama va boshqa o'rab oladigan vositalarni berish mumkin. Karbol kislotasi va uning unumlari (fenol, lizol)dan zaharlanishda sut, yog'-moylar berish mumkin emas. Bu holda kuydirilgan magnezium suvi va ohakli suvi ichirgan yaxshi. Mazkur moddalar boshqa kislotalardan zaharlanishda ham foydalidir.

Og'riqni kamaytirish uchun epigastriya sohasiga sovuq suvi yoki muz solingan xaltachani qo'yish mumkin. Konsentrlangan ishqorlardan zaharlanishda ham me'dani tezda 6–10 litr iliq suvi yoki 1 % limon yoki sirka kislotasi eritmasi bilan yuvish lozim. Me'dani zaharlanishidan so'ng dastlabki 4 soat ichida yuvish lozim. Birinchi yordamning asosiy vazifasi zaharlangan kishini davolash muassasasiga olib borishdan iborat, bu yerda unga shoshilinch shifokor yordami ko'rsatiladi. Qizilo'ngach yoki me'da perforatsiyasiga shubha qilinganda (qorinda qattiq og'riq, to'sh orqasida chidab bo'lmaydigan og'riq) zaharlangan kishiga suyuqlik ichirish va me'dasini yuvish mumkin emas.

Ko'z kimyoviy kuyganda birinchi yordam. Ko'zning kimyoviy kuyishi boshqa a'zolarning kimyoviy kuyishidan xavfliroq. Chunki bunda ko'z olmasini kuyishi ko'rish funksiyasini to'liq yo'qotadi (ko'rlikka olib keladi), shikastlanmagan tomonda esa, ko'rish funksiyasini birmuncha vaqtdan keyin pasayishiga olib keladi. Ko'zning kimyoviy kuyishi kuchli og'riq, ba'zida chidab bo'lmaydigan og'riqqa, ko'z yoshi oqishiga, ko'rish funksiyasining o'tkir buzilishi, ba'zan esa, qisqa muddatli hushdan ketish holati kuzatiladi.

Birinchi yordam. Kimyoviy kuyganda birinchi yordam ko'zni oqar suvi yuvishdan boshlanadi. Buning uchun qovoqlar ochilib, 10–15 daqiqa davomida xona haroratidagi suvi shpris (yoki shunga o'xshash rezina ichak) bilan yuviladi. Ko'zlarni yuvishda iliq suvi ishlatish mumkin emas, bunda kimyoviy moddalar issiq suvi ta'sirida tezroq so'rilishi mumkin va kuyishni og'irlashtiradi.

Ko'zlar kimyoviy kuyganda ikkilamchi infeksiya tushish xavfi katta bo'ladi. Buning oldini olish uchun ko'zlarni xona haroratidagi suvi bilan yuvgandan so'ng steril quruq aseptik bog'lam qo'yish kerak bo'ladi, bint gir aylantirib o'rab mustahkamlangach, keyingi

o‘ram bosh tepasi va peshana bo‘ylab pastga tushiriladi va yuqoridan pastga tomon chap ko‘zni bekitadigan qiyshiq o‘ram qilinadi, so‘ngra bintni ensa orqali o‘tkazib, pastdan yuqoriga tomon o‘ng ko‘zni bekitadigan qiyshiq o‘ram qilinadi. Buning natijasida keyingi hamma o‘ramlari qanshar sohasida kesishib, har ikki ko‘zni bekitadi va tobora pastga tushaveradi. Bintlash oxirida bog‘lamni gorizontal doira shaklida o‘rash bilan mustahkamlanadi. Bemorni tezda statsionarga yuboriladi.



NAZORAT SAVOLLARI

1. Kuyishlar qanday tasniflanadi?
2. Termik kuyish deganda nimani tushunasiz?
3. Yonayotgan odamga birinchi yordam qanday ko‘rsatiladi?
4. Kuyishning necha xil darajalari farqlanadi?
5. Bemor tanasining ko‘p qismi kuyganda transportirovka qilish qoidalari qay tarzda amalga oshiriladi?
6. Radiatsion (nurli) kuyish bilan termik kuyishning o‘xshash belgilari va farqlari nimada?
7. Konsentrlangan kislotalar, ishqorlar, fosforlar bilan kimyoviy kuyganda birinchi yordam qanday ko‘rsatiladi?
8. Ko‘z kimyoviy kuyganda birinchi yordam ko‘rsating.

TEST SAVOLLARI

1. *Kuyish kasalligining birinchi davri qanday nomlanadi:*
 - a) rekonvalissensiya;
 - b) kuyish shoki;
 - d) kuyish toksimiyasi;
 - e) septikotoksemiya;
 - f) surunkali kechishi.
2. *Kuyishning nechta darajasi bor:*
 - a) 4 ta;
 - b) 1 ta;
 - d) 5 ta;
 - e) 2 ta;
 - f) 3 ta.
3. *Kuyish maydonini 9 lar qoidasiga binoan o‘lchaganda tananing oldingi yuzasi necha foizni tashkil etadi:*
 - a) 2 %;
 - b) 3 %;

- d) 4 %;
- e) 15 %;
- f) 18 %.

4. *Kuyishning II darajasida to'qimalardagi o'zgarishlar qanday bo'ladi:*

- a) terida qizarish bo'ladi;
- b) terida pufaklar paydo bo'ladi;
- d) teri o'sish zonasi nekrozlanadi;
- e) teridan ichkari to'qimalarning nekrozi kuzatiladi;
- f) terida o'zgarish bo'lmaydi.

5. *Kuyish kasalligining 3-davri qanday ataladi:*

- a) shok davri;
- b) rekonvalissensiya;
- d) surunkali kechish;
- e) toksemiya davri;
- f) septikotoksemiya.

6. *Kuyish maydonini 9 lar qoidasiga muvofiq o'Ichaganda, bitta qo'l yuzasi necha foizni tashkil qiladi:*

- a) 5 %;
- b) 77 %;
- d) 18 %;
- e) 9 %;
- f) 10 %.

7. *Kuygan zahoti kuyish shokining oldini olish uchun quyidagi qaysi tadbirlar o'tkazilmaydi:*

- a) analgetiklar;
- b) novokainli blokada;
- d) kuygan yuzani xirurgik tozalash;
- e) iloji bo'lsa, infuzion terapiya o'tkazish;
- f) AKDS bilan emlash.

8. *Kuyish kasalligining 2-davri qanday ataladi:*

- a) shok davri;
- b) rekonvalissensiya davri;
- d) surunkali kechish;
- e) toksemiya davri;
- f) septikotoksemiya.

9. *Kuyishni mahalliy davolashda qanday bog'lamlardan foydalaniladi:*

- a) yodli bog'lam;
- b) brilliant yashili bilan bog'lam;

- d) spirtli bog‘lam;
- e) immobilizatsiya;
- f) chok qo‘yish.

10. *Kuygan bemorlarning ovqatida qaysi moddalar ko‘proq bo‘lishi kerak:*

- a) glukoza;
- b) yog‘lar;
- d) oqsillar;
- e) vitaminlar;
- f) mineral tuzlar.



BU SO‘ZLARNI ESLAB QOLING

- | | |
|---------------------------|---------------------|
| • shok davri | • infuzion terapiya |
| • rekonvalissensiya davri | • 9 lar qoidasi |
| • toksemiya | • giperemiya |
| • septikotoksemiya | • nekroz |
| • gipertonik bog‘lam | • mumifikatsiya |
| • bullyoz | • pigmentatsiya |
| • eritema | • dermatit |

6.11. Sovuq urishi

Sovuq urishi, darajalari. Past harorat ta’sirida to‘qimalarning shikastlanishiga—sovuq urishi, deyiladi. Sovuq urishining sabablari turli-tuman va ma’lum sharoitlarda ortiqcha namlik, tor va ho‘l poyabzal, harakatsiz turish, uzoq vaqtgacha sovuqning ta’sir qilishi, shamol, shikastlangan kishi umumiy ahvolidan yomonligi — kasallik, qoqsuyak bo‘lib oriqlash, mastlik, qon yo‘qotish va hokazo. Harorat, hatto noldan yuqori 3 – 7°C bo‘lganda ham sovuq urishi mumkin. Ko‘pincha qo‘l-oyoqning distal bo‘limlarini quloq, burun uchini sovuq uradi.

Sovuq urganda odam avval sovqotadi, keyin bu karaxtlik bilan almashinadi, bunda og‘riq, so‘ngra har qanday sezuvchanlik ham yo‘qoladi. Bunday og‘riq sezmaslik past harorat ta’siri davom etayotganini bilintirmay qo‘yadi, bu aksari to‘qimalarda tiklanmaydigan jiddiy o‘zgarishlar ro‘y berishiga sabab bo‘ladi. Sovuq urishining to‘rt darajasi farq qilinadi (58–59-rasmlar).

I darajasi terining oqarishi (tomirlar spazmi) va sezuvchanligining yo‘qolishi bilan xarakterlanadi. Bemor isitilgandan keyin badan terisining shu qismi ko‘kintir-qizil bo‘lib qoladi (tomirlar

falaji), ozgina shishadi va og‘riydi. Sog‘ayishdan oldin odam sovuqqa sezgir bo‘lib qoladi, ba‘zan terining ko‘kimsir rangi saqlanib qoladi.

II darajasida qon aylanishining bir-muncha chuqur buzilishi kuzatilib, keyiroq tiniq suyuqlik bilan to‘lgan pufaklar hosil bo‘ladi. Pufaklar atrofidagi teri ko‘kimsir qizil tusga kiradi. Infeksiya tushmasa, o‘rta hisobda ikki hafta ichida tuzaladi. Sovuq urishining bu darajasida umumiy hodisalar ro‘y beradi: tana harorati ko‘tariladi, eti junjikadi, ishtaha va uyqu yomonlashadi, ikkilamchi infeksiya rivojlanmasa, shikastlangan zonada terining nekrozga uchragan yuza qatlamlari granulatsiya va yamoqlar hosil qilmay asta-sekin (15–30 kunda) ko‘chib tushadi. Bu joydagi teri uzoq vaqtgacha, ko‘kimsir, sezuvchanligi past bo‘lib qoladi.



58-rasm. Sovuq urishining IV darajasida nekroz to‘qimalarining ko‘chishi.



59-rasm. Sovuq urishining IV darajasida nekroektomiya. Nekroz to‘qimalari olib tashlangan, barmoqlar kesilgan.

III darajasida teri va uning ostidagi to‘qimalar irib, nekrozlanadi. Jonsizlanish gemorragik suyuqlik bilan to‘lgan yumshoq pufaklar hosil bo‘lishi bilan ifodalanadi. Bu pufaklar po‘stloq paydo bo‘lishiga olib keladi. Ko‘pincha unga yiringlanish qo‘shiladi. Nobud bo‘lgan to‘qimalar ko‘chib tushganidan keyin ularning o‘rnida granulatsiyalar yuzaga kelib, chandiqlanish va epitelizatsiya boshlanadi. Kasallik 1–2 oy ichida tuzaladi.

IV darajasida nekroz chuqur joylashgan to‘qimalar, shu jumladan suyaklarni ham qamrab oladi. Gavdaning shikastlangan qismi to‘q ko‘kimsir rangga, qoramtir suyuqlikka to‘la pufaklar bilan qoplanadi. Odatda, pufaklar sovuq olishidan 2 hafta keyin paydo bo‘ladi (ikkilamchi pufaklar).

Demarkatsiya chizig'i asta-sekin ko'rinadi va unchalik yaqqol sezilmaydi. Sovuq olgan sohalarda sezuvchanlikning hamma turlari yo'qoladi. Keyinroq shikastlangan qism qurib (mumifikatsiya), ko'chib tushadi va o'rnida chandiq hosil bo'ladi. Sovuq urishda bemorning umumiy ahvoli uning darajasiga bog'liq bo'ladi. Sovuq urishning dastlabki ikki darajasida bemorning umumiy ahvoli unchalik yomon bo'lmasa, keyingi darajalarida toksemiya va infeksiya qo'shilishiga bog'liq holdagi klinikasi namoyon bo'ladi (yuqori harorat, holsizlik, ishtaha yo'qligi, leykotsitoz, EChT oshishi va hokazo) .

Sovuq urishda birinchi yordam. Birinchi yordam shikastlangan kishini va ayniqsa tanasining sovuq urgan qismini zudlik bilan isitishdan iborat. Sovuq urgan bemorni imkon boricha issiq xonaga olib kirish kerak. Avvalo, tananing sovuq urgan qismini isitish, unda qon aylanishini tiklash lozim. Bunga sovuq urgan sohani spirtga ho'llangan toza qo'l bilan, ba'zan ancha vaqtgacha massaj qilish yo'li bilan erishiladi. Terida sezuvchanlik tiklanishi bilan ishqalashni to'xtatish mumkin. Tananing sovuq urgan qismlarini qor bilan ishqalash mumkin emas, chunki bu sovuq urishini kuchaytiradi, qor zarrachalari esa, terini shikastlaydi, bu hol suvuq urgan sohaga infeksiya tushishiga imkon beradi.

Terida shish va pufakchalar bo'lganda uni ishqalash va massaj qilish mumkin emas. Bunday hollarda issiq vannalar yordamida isitish lozim. Suv haroratini 20–30 daqiqa ichida asta-sekin 20–40°C darajagacha oshira borish mumkin. Bunda sovuq urgan joyni sovun bilan kirdan tozalash kerak. Vannadan va ishqalanishdan so'ng shikastlangan sohani quritish (artish) steril bog'lam bog'lash va issiq qilib o'rash kerak. Sovuq urgan sohalarga yog' va mazlar surtmaslik kerak, chunki bu keyinchalik ularni birlamchi tozalashni ancha qiyinlashtiradi.

Shikastlangan kishini isitish bo'yicha tadbirlar birinchi yordam ko'rsatishda katta ahamiyatga ega. Bemorlarga issiq qahva, choy, sut, beriladi. Sovuq urgan kishini tibbiyot muassasasiga tez yetkazish ham birinchi yordam hisoblanadi. Uni transportda olib borishda yana sovqotishiga yo'l qo'ymaslik kerak. Sanitariya transporti yetib kelguncha birinchi yordam ko'rsatilmagan bo'lsa, bunday yordamni transportda olib borish vaqtida ko'rsatish lozim.

Umumiy muzlash. Butun organizmni qattiq sovuq urganda umumiy muzlash ro'y beradi. Umumiy sovqotish va muzlash kuch-quvvatini yo'qotib, yo'lda adashib qolgan, kasalliklardan tinka-

madori qurigan yoki juda oriq kishilarda ro‘y beradi. Ko‘pincha qattiq mastlik holatida bo‘lgan shaxslar, alkogoliklar muzlab qolishadi. Umumiy sovqotish avj olayotgan vaqtda avvaliga charchoqlik, karaxtlik, uyquchanlik sezgisi paydo bo‘ladi. Tana harorati bir necha darajaga pasayganda, behushlik holati yuz beradi. Shunday holatda sovuq ta’sirining davom qilishi tezda nafas olish va qon aylanishining to‘xtashiga olib keladi.

Birinchi yordam. Shikastlangan kishini, avvalo, iliq xonaga olib kirish, so‘ngra uni isitish chorasini ko‘rish lozim. Asta-sekin isitish kerak. Yaxshisi, vannada isitgan ma’qul. Suv xona haroratida bo‘lishi kerak. Tananing hamma qismlarini birin-ketin massaj qilib suvni asta-sekin 36 darajagacha isitiladi. Teri pushti rangga kirgandan va oyoq-qo‘llarning qotib qolishi yo‘qolgandan keyin tiriltirish bo‘yicha tadbirlar o‘tkaziladi, sun’iy nafas oldiriladi, yurak massaj qilinadi.

Bemor o‘zicha nafas ola boshlagandan va es-hushi joyiga kelgandan so‘ng uni karavotga olib yotqiziladi, issiq qilib o‘rab qo‘yiladi, issiq qahva, sut, choy, beriladi. Oyoq-qo‘llarining sovuq urganligidan darak beradigan alomatlar bo‘lganida tegishli yordam ko‘rsatiladi. Shikastlangan kishilarni, albatta, davolash muassasasiga olib borish kerak. Transportda olib borishda ularning qaytadan sovqotmasligi uchun hamma choralarni ko‘rish shart.



NAZORAT SAVOLLARI

1. Qanday holatlarda sovuq urishi kuzatiladi?
2. Sovuq urishining necha xil darajalari farq qilinadi?
3. Sovuq urishining profilaktikasi qanday o‘tkaziladi?
4. Sovuq urganda birinchi yordam ko‘rsatish.
5. Umumiy muzlashning belgilarini sanab bering.
6. Umumiy muzlash va sovuq urganda birinchi yordam qay tarzda ko‘rsatiladi?

TEST SAVOLLARI

1. *Sovuq olishning nechta darajasi bor:*

- a) 5 ta;
- b) 3 ta;
- d) 1 ta;
- e) 4 ta;
- f) 2 ta.

2. *Terining oqarishi va sezuvchanlikning yo'qolishi sovuq olishning qaysi darajasida bo'ladi:*

- a) III darajasida;
- b) I darajasida;
- d) II darajasida;
- e) V darajasida;
- f) IV darajasida.

3. *Sovuq olishning III darajasida quyidagi davolash usullarining qaysi biri qo'llaniladi:*

- a) moyli bog'lam;
- b) gipertonik bog'lam;
- d) nekroektomiya;
- e) spirtli bog'lam;
- f) ishqorli bog'lam.

4. *Sovuq olganda qoqsholning oldini olish maqsadida qaysi zardob qilinadi:*

- a) antirabi zardob;
- b) AKDS;
- d) DSM;
- e) BSJ;
- f) qoqsholga qarshi zardob.



BU SO'ZLARNI ESLAB QOLING

- demarkatsiya
- toksemiya
- EChT
- epidermal
- junjikish
- gemorragik suyuqlik
- epitelizatsiya
- antirabi zardob
- DSM
- AKDS
- BSJ
- dermatit

VII bob

BAXTSIZ HODISALARDA VA TO‘SATDAN BO‘LADIGAN KASALLIKLARDA BIRINCHI YORDAM KO‘RSATISH

7.1. Elektr tokidan shikastlanganda, yashin tekanda birinchi yordam

Elektr toki yoki yashin—atmosfera elektr zaryadining ta’siridan paydo bo‘ladigan shikastlanishlar elektrdan shikastlanish, deyiladi. Elektr toki atmosfera elektr zaryadining organizmdan o‘tishi mahalliy va umumiy o‘zgarishlarni keltirib chiqaradi. Mahalliy o‘zgarishlar elektr toki kirgan va chiqqan joylarda to‘qimalarning kuyishidan yuzaga chiqadi. Shikastlangan kishining ahvoli (teri qoplamlarining ho‘lligi, charchash, oriqlab ketganlik va hokazo), tok kuchi va kuchlanishiga ko‘ra, sezuvchanlikning yo‘qolishidan to kuyishga qadar juda turli-tuman o‘zgarishlar sodir bo‘lishi mumkin. Bunda terida paydo bo‘ladigan shikastlar kuyishning III–IV darajasini eslatadi.

Nekroz keng yuzada ichkarida joylashgan to‘qimalarda bo‘ladi. Shuning uchun uni dastlabki ko‘zdan kechirganda aniqlash qiyin bo‘ladi. Ko‘pincha simmetrik yo‘llar, sochlarning kuyishi ko‘rinishida kuzatiladi, aksari teri giperemiyasi va teri kuyganligini ko‘rish mumkin. Ba’zan kuygan soha oq rangda bo‘ladi. Tok kirgan va chiqqan joyda terining kuygan sohalari ko‘zga tashlanadi. Elektr tokining umumiy ta’siri miya chayqalishiga o‘xshash klinikani beradi. Ba’zan falajlik, ko‘rish qobiliyatining pasayishi, yutishning qiyinlashuvi kuzatiladi. Og‘ir hollarda nafas va yurak markazlarining falaji ro‘y beradi, bu soxta o‘lim holatini yuzaga keltiradi. Bunday hollarda zudlik bilan reanimatsiya tadbirlari kompleksini to‘liq o‘tkazish lozim bo‘ladi.

Birinchi yordam. Zudlik bilan elektr toki ta’sirini to‘xtatish lozim. Shikastlangan kishi ko‘pincha usti ochiq simni ushlab olib, muskullari qisqarganidan uni qo‘yib yubora olmaydi. Shuning uchun tezda elektr tokini o‘chirish yoki buning iloji bo‘lmaganda, shikastlangan kishini tortib olish lozim. Bunda elektr tokini o‘tkazmaydigan rezina qo‘lqop, kalish yoki etik, jun adyol, ipak gazlama, quruq yog‘ochdan foydalanish zarur.

Yashin urishi. Yashindan shikastlanishda umumiy hodisalar bir-muncha ko‘proq yuzaga chiqadi. Falajlik, kar, soqov bo‘lib qolish va nafasning falajlanishi shunga xos belgilardan sanaladi. Yashin tekkanda ro‘y beradigan mahalliy shikastlanishlar texnikada qo‘llaniladigan elektr ta‘sirida sodir bo‘ladigan shikastlarga o‘xshaydi. Terida ko‘pincha daraxt shoxlariga o‘xshash to‘q ko‘kimtir rangdagi dog‘lar paydo bo‘ladi, bu hol tomirlarning falajlanishiga bog‘liq.

Birinchi yordam. Aholi o‘rtasida yashin tekkanda, bemorni yerga ko‘mish kerak, degan mutlaqo xato fikr tarqalgan. Yashindan shikastlangan kishini yerga ko‘mish qat‘iyan taqiqlanadi. Yerga ko‘mish shikastlangan kishiga qo‘shimcha noqulay sharoitlarni vujudga keltiradi: nafasni qiyinlashtiradi (nafas olayotgan bo‘lsa), shikastlangan kishi sovqotadi, qon aylanishi qiyinlashadi va ayniqsa, eng muhimi, ta‘sirchan yordam ko‘rsatishni (isitish, sun‘iy nafas oldirish, yurakni massaj qilish o‘z vaqtida transportda olib borish va hokazo) kechiktiriladi.

Birinchi yordam ko‘rsatishda bemorni, avvalambor isitish, agar u nafas olmayotgan bo‘lsa, nafas berishning eng oddiy usullarini qo‘llash kerak bo‘ladi («og‘izdan—og‘izga», «og‘izdan—burunga»). Agar shikastlangan kishining yurak urishi juda sust bo‘lib, tomirlarda pulsni aniqlab bo‘lmasa, darhol yurakni tashqi massaj qilishga kirishish kerak. Mustaqil nafas olishi va yurak urishi tiklangandan so‘ng bemorni shoshilinch ravishda yaqin oradagi tibbiy muassasaga yuborish kerak bo‘ladi.

Issiq va oftob urganda birinchi yordam. *Issiq urishi* — tashqi muhitning yuqori harorati uzoq vaqt ta‘sir qilishidan organizmning issiqlab ketishi natijasida o‘tkir rivojlanadigan kasallik holatiga issiq urishi, deyiladi. Tana sathidan issiqlik chiqarishning qiyinlashganligi (yuqori harorat va namlik, havo harakatining yo‘qligi) va issiqlikni ko‘p chiqarish (jismoniy ish) termoregulatsiyasining buzilishi issiqlab ketishning sababchisi hisoblanadi.

Oftob urishi. Yozning issiq kunlarida tik tushadigan quyosh nurlarining to‘g‘ridan to‘g‘ri boshga ta‘sir qilishi bosh miyani og‘ir kasallantirishi (qizitishi) mumkin — buni oftob urish, deyiladi.

Klinikasi. Bu kasalliklarning (oftob urishi, issiq urishi) simptomlari bir-biriga o‘xshash. Bemor avvaliga o‘zini charchagan his qiladi, boshi og‘riydi. Bunga bosh aylanishi, lohaslik, oyoq, yelka og‘rishi, ba‘zan qusish qo‘shiladi. Keyinchalik quloq shang‘illaydi, ko‘z oldi qorong‘ilashadi, nafas qisadi, yurak urishi

tezlashadi. Agar shu davrda tegishli choralar ko‘rilsa, kasallik og‘irlashib ketmaydi. Yordam ko‘rsatilmaganda va shikastlangan kishi xuddi shu sharoitlarda qolaverganda, markaziy asab sistemasi zararlanishi oqibatida ahvoli og‘irlashadi – yuz sianozisi, og‘ir nafas qisishi (nafas harakati bir daqiqada 70 tagacha bo‘ladi) paydo bo‘ladi, pulsi tez va sust bo‘lib qoladi. Bemor hushidan ketadi, muskullari tortishadi, alahlaydi, ko‘ziga allanmalar ko‘rinadi, tana harorati 41°C ko‘tariladi va bundan ham yuqori bo‘lishi mumkin. Bemorning ahvoli yomonlashadi, nafasi notekis, pulsi bilinmaydigan bo‘lib qoladi, nafas falajlanishi va yurak to‘xtashi natijasida bir necha soat ichida halok bo‘lishi mumkin.

Birinchi yordam. Bemorni tezlik bilan soya-salqin joyga olib borish, kiyimlarini yechib, boshini balandroq qilib yotqizish lozim. Tinch sharoit yaratib beriladi. Bosh va yurak sohasiga sovuq muolajalar qilinadi (boshidan sovuq suv quyiladi, sovuq suvli kompress qilinadi) biroq tez va birdaniga sovitish yaramaydi. Bemorga sovuq ichimliklardan ko‘proq berish kerak. Nafas olishni yaxshilash maqsadida nashatir spirt hidlatish, Zelenin tomchisi, marvaridgul damlamasi ichirish foyda qiladi. Nafas olish buzilganda biror usulda tezlik bilan sun‘iy nafas oldira boshlash zarur. Bemorni stasionarga yotgan holatda transportda olib borish kerak.

Is gazi va yoritgich gazdan zaharlanishda birinchi yordam. Is gazidan (uglerod (II)–oksid – CO) qator organik moddalar (aseton, metil spirt, fenol va boshqalar)ni sintez qilish uchun foydalaniladigan korxonalarda, garajlarda ventilatsiya yomon bo‘lganda, yangi bo‘yalgan shamollatilmaydigan xonalarda, shuningdek, uy sharoitlarida – yoritgich gaz chiqib turganda va pechka bilan isitiladigan uylar (uy, hammom va boshqalar)da pechka qopqog‘i o‘z vaqtida yopilmaganda zaharlanib qolish mumkin.

Klinikasi. Zaharlanishning dastlabki simptomlari bosh og‘rig‘i, boshning og‘irlashishi, ko‘ngil aynishi, bosh aylanishi, quloq shang‘illashi, yurak urishidir. Keyinroq bemorning muskullari bo‘shashadi, qusadi. Havosida zaharli modda bo‘lgan xonada turilganda, odam battar bo‘shashadi, uyquasi keladi, es-hushi xiralashadi, nafasi qisadi. Zaharlangan kishida bu davrda teri qoplamalarini oqarishi, ba‘zan badanda tiniq qizil dog‘lar paydo bo‘lishi qayd qilinadi. Keyinchalik is gazidan nafas olishda nafas yuzaki bo‘lib qoladi, muskullar tortishadi va nafas markazi falajlanishidan o‘lim ro‘y beradi.

Birinchi yordam. Avvalo, zaharlangan kishini shu xonadan zudlik bilan olib chiqish zarur. Issiq paytlarda uni hovliga olib chiqqan yaxshi. Yuza nafas olishda yoki nafas olish to‘xtab qolganda sun‘iy nafas oldira boshlash, bu tadbirni bemor mustaqil nafas olgunga qadar yoki ro‘yirost biologik o‘lim alomatlari paydo bo‘lgungacha davom ettiriladi. Badanni ishqalash, oyoqlarga grelka qo‘yish, qisqa vaqt nashatir spirt bug‘larini hidlatish zaharlanish oqibatlarini tugatishga imkon beradi. Zaharlanib qolgan kishilar gospitalizatsiya qilinishi kerak, chunki birmuncha keyinroq o‘pka va asab sistemasi tomonidan og‘ir asoratlar vujudga kelishi mumkin.

Agar bemor hushida bo‘lsa, tananing yuqori qismini qisib turuvchi kiyimlardan bo‘shatiladi, issiq choy, qahva ichiriladi. Har qanday is gazidan zaharlanish darajasida ham bemorlarni shoshilinch holda reanimatsiya yoki toksikologiya bo‘limiga yetkaziladi. Kasalxonadan chiqqandan so‘ng bemorlar terapevt va nevropatolog kuzatuvida bo‘lishi shart.

Ovqatdan zaharlanishda birinchi yordam. Sifatsiz (infeksiya tushgan) hayvon mahsulotlari (go‘sh, baliq, kolbasa mahsulotlari, go‘sh va baliq konservalari, sut va undan tayyorlangan taomlar — krem, muzqaymoq va hokazo) yeyilganda, ovqatdan zaharlanish — ovqat toksikoinfeksiyasi paydo bo‘ladi. Kasallikning shu mahsulotdagi mikroblar va ularning hayot faoliyati natijasida hosil bo‘ladigan toksinlar keltirib chiqaradi.

Go‘sh, baliqqa infeksiya hayvonning tirikligidayoq tushishi mumkin, biroq ko‘pincha bu hodisa ovqat tayyorlash jarayonida va oziq-ovqat mahsulotlarini noto‘g‘ri saqlashda ro‘y beradi. Qiyma go‘sh (pashtet, yaxna, qiyma va boshqalarga) infeksiya, ayniqsa, oson tushadi. Kasallikning dastlabki simptomlari zararlanib qolgan mahsulot yeyilgandan so‘ng 2–4 soat o‘tgach paydo bo‘ladi. Kasallik ayrim hollarda ancha vaqt 20–24–26 soatdan so‘ng yuzaga chiqishi mumkin.

Klinikasi. Kasallik, odatda, to‘satdan boshlanadi: umumiy lohaslik paydo bo‘ladi, ko‘ngil ayniydi, bemor ko‘pincha ketma-ket qusadi, qorni tutib-tutib og‘riydi, tez-tez ich ketadi, ba‘zan axlatda shilliq va ipir-ipir qon aralashgan bo‘ladi. Intoksikatsiya tezda oshib boradi, bu hol arterial bosimning pasayishi, pulsning tezlashishi, rang oqarishi, tashnalik, yuqori harorat (38–40°C) ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Agar bemorga yordam ko‘rsatilmasa, intoksikatsiya hodisalari nihoyatda tez oshib boradi, yurak tomir yetishmovchiligi o‘tib boradi, muskullar tortishadi, kollaps va o‘lim yuz beradi.

Birinchi yordam. Me'da zondi yordamida me'dani tezlik bilan yuvish yoki atayin qustirish – iliq suvni ko'p (1,5–2 litr) ichib, keyin til ildizini bosishdan iborat. Me'dani «toza suv» chiqquncha yuvish kerak. Bemor o'zicha qusayotganida ham unga ko'p suyuqlik ichirish kerak. Ichaklardan infeksiya tushgan mahsulotlarni tezroq haydash uchun bemorga karbolen (me'da ko'miri) va surgi dori (yarim stakan suvga 25 gr tuz surgi yoki 30 ml kanakunjut moyi) berish zarur. Ovqat yeyish man qilinadi (1–2 sutkagacha), biroq, ko'p ichimlik ichish buyuriladi. O'tkir davrda (me'da yuvilgandan so'ng) issiq choy va qahva beriladi.

Bemorni grelkalar bilan isitish lozim (oyoq-qo'llariga qo'yiladi). Kuniga 0,5 gr.dan (4–6 marta) sulfanilamidlar (sulgin,ftalazol) yoki antibiotiklar (0,5 gr.dan 4–6 marta levomitsitin) beriladi. Bemor axlati va qusuq massalarini bevosita tuvakda dezinfeksiya qilish zarur (quruq xlorli ohak bilan aralashtiriladi). Kasallangan kishiga tez tibbiy yordamni chaqirish yoki tibbiy muassasasiga olib borish lozim. Shubhali mahsulotlarni iste'mol qilgan kishilarning hammasi 1–2 sutka mobaynida kuzatib turilishi va ularda shunday simptomlar paydo bo'lganda kasalxonada yotqizilishi kerak.

Dori moddalari va spirdan zaharlanishda birinchi yordam.
Dori moddalaridan zaharlanish. Dori-darmonlardan zaharlanish aksariyat bolalarda – doridan duch kelgan joyda pala-partish foydalaniladigan, bolalar bemalol oladigan joylarda saqlanadigan oilalarda kuzatiladi. Katta yoshli odam dori dozasi tasodifan oshib ketganda, suitsidal urinishda va narkomaniyaga uchraganda zaharlanadi. Og'riq qoldiradigan va haroratni tushiradigan dorilar (butadion, analgin, aspirin, promedol va boshqalar) dozasi oshirib yuborilganda markaziy asab sistemasida tormozlanish va qo'zg'alish jarayonlari buziladi, kapillarlar parezga uchraydi va badandan issiqlik ajralishi kuchayadi. Bu ko'p terlash, lanjlik, uyquchanlik bilan o'tadi. Uyquchanlikdan, so'ng chuqur uyqu va behushlik holati boshlanishi, ba'zan nafas olish buzilishi mumkin.

Birinchi yordam. Es-hush saqlanib qolganda me'dani yuvish, faol qustirish lozim. Nafas buzilganda sun'iy nafas oldiriladi. Zaharlangan kishi zudlik bilan davolash muassasasiga olib borilishi kerak.

Spirdan zaharlanish. Metil spirti texnika tarmog'ida juda keng qo'llaniladi. Metalon tozalanganda etil spirtiga juda o'xshash bo'ladi (hidi, rangi, ta'mi), shuning uchun ko'p hollarda etil spirti, deb odamlar yanglish iste'mol qiladilar va zaharlanishlar kuzatiladi

(8–10 gr tana massasining har 1 kg og‘irligiga to‘g‘ri kelganda). Texnik suyuqligi organizmda juda og‘ir zaharlanish keltirib chiqaradi va oqibatda o‘limga sabab bo‘ladi. Metil spirti organizmga tushganda birinchi fazada etil spirtidek kayf beradi, keyinchalik asab tizimiga, birinchi navbatda ko‘rish asabi hujayralarini zararlaydi. Shuning uchun zaharlanishning birinchi belgisi ko‘rish qobiliyatining buzilishi va ko‘rlikka sabab bo‘ladi, bundan tashqari bosh og‘rig‘i oshqozon og‘rig‘i, bo‘g‘ilish, hansirash, yurak tez urishi, ipsimon puls yuzaga chiqadi. Mastlikning og‘ir darajasida odam uxlab qoladi, so‘ngra uyqu behushlik holatiga o‘tadi. Ko‘pincha qusish, beixtiyor siyib qo‘yish kuzatiladi. Nafas markazining ishi keskin pasayib ketadi, bu hol siyrak nafas olishda yuzaga chiqadi. Nafas markazi falaj bo‘lib qolganda o‘lim ro‘y beradi.

Birinchi yordam, avvalo, bemorni sof havo bilan ta‘minlash zarur. Metil spirtidan zaharlanishda birinchi yordam bemor qustirilib, 100–150 ml 30–40°C li etil spirti ichiriladi (aroq). Etil spirti metil spirtining antidoti hisoblanadi. Nafas to‘xtab qolganda, sun‘iy nafas oldirish va boshqa reanimatsion tadbirlar o‘tkazish zarur. Kasalni tezda kasalxonaga, reanimatsiya bo‘limiga yuboriladi.

7.2. Quloq, burun, ko‘z, nafas yo‘llari, me‘da-ichak yo‘llariga yot jismlar tushganda birinchi yordam

Quloqqa yot jismlar tushganda birinchi yordam. Quloqqa tushadigan yot jismlar ikki turda bo‘ladi.

1. Jonsiz narsalar.
2. Jonivorlar.

Jonsiz mayda narsalar (tugmacha, munchoq, no‘xat, meva danaklari, pista, paxta bo‘lakchasi va boshqalar). Jonivorlar har xil hasharotlar (kana, suvarak, chivin, pashsha va boshqalar) tashqi eshituv yo‘liga tushadi. Ko‘pincha bolalarning qulog‘iga yot jismlarning tushishi kuzatiladi. Jonsiz yot jismlar aksari hech qanday og‘riqqa sabab bo‘lmaydi va ularning quloqqa tushishi biror jiddiy oqibatlarga olib kelmaydi. Shuning uchun bu o‘rinda birinchi yordam ko‘rsatish talab etilmaydi. Aksincha, atrofdagilar yoki qulog‘iga yot jism tushgan kishining o‘zi uni chiqarishga urinishi foyda bermay, yot jism eshituv yo‘li ichkarisiga surilib, to‘qimalarni shikastlantiradi va eshituv yo‘li shishuviga sabab bo‘ladi. Bunday

yot jismlarni mutaxassis shifokor bo‘lmagan shaxsning chiqarishi qat’iyan man qilinadi, chunki bu og‘ir asoratlarga: quloq pardasi teshilishiga, o‘rta quloq bo‘shlig‘iga infeksiya tushishiga olib kelishi mumkin. Jonivorlar subyektiv sezgilarga—parmalayotgandek sezgi paydo bo‘lishiga, achishiga va og‘riqqa sabab bo‘ladi. Jabrlanuvchi quloqda noxush jizillash, qimirlash sezadi, ba’zida qisqa vaqtli hushdan ketish kuzatiladi.

Birinchi yordam. Jonsiz narsalar quloqqa kirib qolganda mutaxassisga murojaat qilish kerak. Jonivorlar kirib qolganda esa, eshituv yo‘lini suyuq moy (kungaboqar moyi) spirt yoki suv bilan to‘ldiriladi va bemorni bir necha daqiqagacha sog‘lom tomonga yotish so‘raladi. Bunda hasharot o‘ladi hamma subyektiv sezgilar tez orada o‘tib ketadi. 5–7 daqiqa o‘tgandan keyin kasalni yonboshga ag‘darish kerak bo‘ladi. Bemorning qulog‘ida yoqimsiz sezgilar yo‘qolgandan so‘ng, u sog‘ tomoni bilan yotqiziladi. Aksari suyuqlik bilan birga quloqdagi yot jism ham chiqadi. Yot jismlarni chiqqanligini aniqlash uchun bemorni otolaringologga olib borish lozim.

Burunga yot jism tushishi. Aksari bolalarda uchrab, ular burunga mayda narsalarni (sharcha, munchoq, toshcha, qog‘oz, paxta bo‘lakchasi, meva danagi, tugmacha kabilarni) o‘zlari tiqishadi.

Birinchi yordam. Birinchi yordam shundan iboratki, bemor burnining bitta katagini bekitib turib qattiq qoqishi lozim. Burundan yot jismlarni chiqarishga urinish taqiqlanadi. Yot jismlarni shifokor chiqaradi. Burundan yot jismni tezlikda chiqarishga shoshilish yaramaydi, biroq, yot jism burun ichida uzoq muddat qolganda yallig‘lanish, shish avj olishi, ba’zan esa, yara-chaqa paydo bo‘lishi va qonashi mumkin.

Ko‘zga yot jismlar tushishi. Mayda o‘tmas narsalar (changg‘ubor, chivin, qum, pashsha va boshqalar) konyunktivaga (shilliq pardaga) tushib, ko‘zni achishtiradi, bu ko‘zni ochib-yumishda kuchayadi, yoshlantiradi. Agar yot jism olib tashlanmasa, konyunktiva shishadi, qizaradi, ko‘z funksiyasi buziladi. Yot jism, odatda, ustki yoki pastki qovoq ostida joylashadi.

Birinchi yordam. Yot jism nechog‘li tez olib tashlansa, u keltirib chiqargan hodisalar shunchalik tez yo‘qoladi. Ko‘zni ishqalash mumkin emas, bu konyunktivani ko‘proq ta’sirlantiradi. Ko‘zni sinchiklab qarab, unga tushgan narsani olib tashlash lozim. Avval pastki qovoq konyunktivasi ko‘zdan kechiriladi: bemordan yuqoriga

qarash soʻraladi, yordam berayotgan kishi pastki qovoqni quyiga tortadi, bunda konyunktivaning pastki qismi toʻla-toʻkis koʻrinadi.

Yot jismni quruq yoki borat kislotasi eritmasida hoʻllangan paxta pilik bilan chiqariladi. Ustki qovoq tagidan yot jismni chiqarish birmuncha murakkab—ustki qovoqni konyunktivasi bilan sirtiga agʻdarish zarur. Buning uchun bemorga pastga qarash buyuriladi, yordam koʻrsatuvchi kishi oʻng qoʻlining ikki barmogʻi bilan ustki qovoqni kipriklardan ushlab, uni oldinga va pastga tortadi, soʻngra chap qoʻlining qovoq ustiga qoʻyilgan koʻrsatkich barmogʻi bilan uni pastdan yuqoriga harakat qilib agʻdaradi. Yot jism chiqarilgandan soʻng bemorga yuqoriga qarash buyuriladi va agʻdarilgan qovoq mustaqil ravishda oʻz holiga qaytadi. Yot jism chiqarilgandan soʻng profilaktika maqsadida koʻzga 2–3 tomchi 30 % li sulfatsil-natriy (albutsid-natriy) eritmasi tomiziladi.

Nafas yoʻllariga yot jismlar tushishi. Yuqori nafas yoʻllariga yot narsalarni oʻtib ketishi ogʻizda ovqat luqmasi, saqich yoki boshqa biror narsa boʻlsa (qattiq kulganda, gapirganda, qichqirganda), bunday holat har qanday yoshda ham uchraydi. Hammadan koʻproq maktab yoshigacha boʻlgan bolalarda uchraydi. Yuqori nafas yoʻllariga yot jismlar kirib qolganda: juda qattiq kuchli yoʻtaldan, yuzlari koʻkarib ketadi, 4–5 daqiqadan keyin nafas toʻxtashi oqibatida hushdan ketadi, keyin esa, yurak urishi toʻxtaydi. Yot jism katta boʻlsa, tovush boylamlari spazmga uchrashi mumkin, bu holda yot jism qattiq tiqilib qoladi. Tovush yorigʻi boʻshligʻi esa, batamom bekilib, bu bugʻilishga sabab boʻladi.

Birinchi yordam. Qattiq yoʻtal yot jismning chiqishiga imkon bermasa, uni tezroq chiqarishga harakat qilinadi. Agar jabrlanuvchi hushida boʻlsa, koʻkarish va boʻgʻilish alomatlarini kuchayib borsa:

1. Kasalni orqa tomoniga oʻtib, oldinga egilish soʻraladi.
2. Kurak orasiga 2–3 marta musht bilan tez-tez uriladi.
3. Kasalni orqa tomonidan oʻtib, epigastral sohasiga qoʻllarni ustma-ust qoʻyilib qattiq qisilib, yot tanachalar siqib chiqariladi.

Agar bemor hushsiz boʻlsa, yordam beruvchining tizzasiga qorni bilan boshini pastga qilib yotqiziladi va kuraklari orasiga 2–3 marta tez-tez uriladi, bundan keyin bir necha marta tizza bilan epigastral soha qisiladi, natija boʻlmasa, muolajani takrorlash kerak boʻladi. Nafas yoʻllari batamom bekilib qolganda, asfiksiya boʻlganda, yot jismni chiqarishning iloji boʻlmaganda, qutqarishning birdan bir chorasi shoshilinch traxeostomiyadir. Agar

yosh go‘daklarda shu holat ro‘y bersa, bolani oyog‘idan yuqoriga ko‘tarib, boshi pastga qilinadi va bir necha bor silkitiladi. Bu muolajani bajarganda, yordamchi ham kerak bo‘ladi. Ko‘krak qafasini old va orqa tomoniga yengil-yengil urib turadi (vibratsiyali massaj). Bu muolaja agar bola tarvuz urug‘i, mayda tugmalarni yutgan bo‘lsa, yaxshi natija beradi.

Oshqozon ichak yo‘llariga yot jismlar tushishi. Qizilo‘ngach me‘daga yot jismlar aksari tasodifan tushadi va bu ish vaqtida mayda narsalarni (mix, igna, soch qisqichi, knopka) tishi bilan qisib turishni odat qilib olgan, shoshib ovqat yegan kishilarda kuzatiladi. Ko‘pincha yot jismlarni ruhiy kasallar va o‘z-o‘zini o‘ldirishni maqsad qilib olgan shaxslar, shuningdek, bolalar yutib yuborishadi. Mayda, aksari yumaloq yot jismlar ichak yo‘lining boshidan oxirigacha o‘tib, axlat massalari bilan chiqariladi. O‘tkir va yirik narsalar a‘zolarini shikastlashi, me‘da-ichak yo‘llarining biror qismida tiqilib qolishi va og‘ir asoratlarga (qon oqishi, teshilish, ichak tutilib qolishi)ga sabab bo‘lishi mumkin.

Birinchi yordam. Mayda yumaloq narsalar yutib yuborilganda birinchi yordam narsalarning ichak yo‘llari bo‘ylab surilishini tezlashtirishga qaratilishi lozim. Bunday kishiga kletchatkaga boy ovqatlar: non, kartoshka, karam, sabzi, lavlagi berish tavsiya qilinadi, surgu dori bermaslik kerak. O‘tkir va yirik yot jism tushganda, to‘sh orqasi qorinda og‘riq paydo bo‘lganda, bemorga ovqat berish va suv ichirish mumkin emas, uni tezlikda davolash muassasasiga yotqizish zarur.

7.3. Quturgan hayvonlar tishlaganda, zaharli ilonlar, hasharotlar chaqqanda birinchi yordam

Quturgan hayvonlar tishlashi. Quturish g‘oyat xavfli virusli kasallik. Bunda virus bosh miya va orqa miya hujayralarini zararlantiradi. Kasallik quturgan hayvonlar tishlaganda yuqadi. Virus itlar, ba‘zan mushuklar so‘lagi bilan ajralib, teri yoki shilliq pardadagi jarohat orqali qonga tushadi. Yashirin davri 12–60 kun davom qiladi, avj olgan kasallik 3–5 kun davom etadi va aksari o‘lim bilan tugaydi. Hayvon tishlagan paytda kasallikning tashqi belgilari bo‘lmasligi mumkin, shuning uchun bunday hodisalarning ko‘pchiligini quturish kasalligi yuqishi jihatidan xavfli, deb hisoblash kerak.

Birinchi yordam. Hayvon tishlagan kishilarning hammasini Paster stansiyasiga olib borish lozim. Bu joyda shikastlanish yuz bergan kundan boshlab antirabik emlashlar kursi o‘tkaziladi. Birinchi yordam ko‘rsatishda qon oqishni tezlik bilan to‘xtatishga harakat qilmaslik kerak, chunki qon oqishi jarohatdan hayvon so‘lagining oqib tushishiga yordam beradi. Hayvon tishlagan joy atrofini dezinfeksiya qiladigan eritmalar (yod eritmasi, kaliy permanganat eritmasi, vino spirti va boshqalar) bilan kengroq qilib artish so‘ngra aseptik bog‘lam qo‘yish va birlamchi jarrohlik tozalash uchun zararlangan kishini davolash muassasasiga olib borish zarur.

Zaharli ilonlar chaqishi. Ko‘zoynakli ilon, kobra, qora ilon, gyurza va boshqalarning chaqishi hayot uchun nihoyatda xavfli. Ilon chaqqan hamono shu joy qattiq achishib og‘riydi, qizaradi, momataloq bo‘ladi va shishib chiqadi. Tez orada limfatik tomirlar bo‘ylab taram-taram qizil izlar paydo bo‘ladi (limfangit). Shu bilan deyarli bir vaqtda umumiy zaharlanish simptomlari: og‘iz qurishi, tashnalik, uyquchanlik, qusish, ich ketishi, talvasaga tushish, nutq va yutinishning buzilishi, ba‘zan kobra chaqqanda harakat a‘zolarining falajlanishi kuzatiladi. O‘lim ko‘pincha nafas to‘xtashi oqibatida yuz beradi.

Birinchi yordam. Ilon chaqqan zahoti o‘sha joydan ancha yuqoriroqdan qon to‘xtatadigan jgut, burama bog‘lam bog‘lash, so‘ngra ilon chaqqan joy terisini qon chiqquncha kesish (pichoqni olovda qizdirish kifoya) va shu joyga qon so‘radigan banka qo‘yish lozim. Maxsus banka bo‘lmaganda, shishasi qalin ryumka, stakandan foydalanish mumkin. Banka quyidagicha qo‘yiladi: cho‘p uchiga ozgina paxta o‘raladi, uni spirt yoki efirga botirib, yondiriladi. Yonib turgan paxtani bankaga tiqib olinadi (1–2 sekundga) so‘ngra bankani tezda ilon chaqqan joyga qo‘yiladi.

Bankaning terini yaxshi tortganiga ishonch hosil qilingach, jgutni asta-sekin bo‘shatiladi va uni olib qo‘yiladi. Banka qon bilan zaharni so‘rib olgach, jarohatni kaliy permanganat yoki soda eritmasi bilan artish va septik bog‘lam qo‘yish lozim. Ilon chaqqan odamni zudlik bilan kasalxonaga olib borish kerak. Bu yerda unga malakali yordam (ilon zahariga qarshi zardob va boshqalar) beriladi. Jarohatdan qonni so‘rib olishning iloji bo‘lmasa, ilon chaqqan kishini jgutni yechmasdan kasalxonaga olib borish kerak. Bu muddat ichida bemorga suyuqlikni ko‘p ichirish zarur (issiq choy, qahva, sut va boshqalar).

7.4. Qorin bo'shlig'i organlarining o'tkir kasalliklarida birinchi yordam

Qorin bo'shlig'i organlarining to'satdan va tez boshlanadigan kasalliklarida ko'pincha tezlikda jarrohlik yordami berishni talab etadigan asoratlar vujudga keladi. Bu asoratlarga: qorin pardasining yallig'lanishi (peritonit) va qorin ichidan qon oqishi kiradi. Qorin pardasi yallig'lanishi yoki ichdan qon ketishning klinik manzarasini keltirib chiqaradigan belgilar, ya'ni qorin bo'shlig'idagi biror falokatdan darak beradigan simptomlar qorindagi o'tkir holat, degan nom olgan. O'tkir appenditsit, me'da yoki o'n ikki barmoqli ichakdagi teshilgan yara, o'tkir xoletsistit, qisilgan churra, ichakning o'tkir tutilib qolishi, qorin bo'shlig'i organlarining yopiq shikastlanishlari, o'tkir pankreatit, bachadondan tashqaridagi homiladorlikda naychanning yorilishi, tuxumdon kistasining buralishi, qorin bo'shlig'i organlarining eng ko'p tarqalgan kasalliklari bo'lib, ana shular yuz berganda, qorindagi o'tkir holat to'g'risida fikr yuritish mumkin. Bu kasalliklarning hammasi uchun o'ziga xos xususiyat shuki, kasallik boshlangan vaqtdan malakali shifokor yordami ko'rsatilguncha o'tgan muddat nechog'li ko'p bo'lsa, bemorning ahvoli shunchalik og'ir bo'ladi va ko'ngilsiz natija bilan tugaydigan hollar soni shunchalik ko'payadi. Bu guruhdagi ko'pchilik kasalliklar uchun umumiy simptomlardan (qorinda kuchli doimiy og'riq, tutib-tutib og'rish va hokazo) turlicha bo'ladigan o'tkir og'riqni ko'rsatib o'tish mumkin.

Og'riq soppa-sog' odamda to'satdan paydo bo'lishi, u yashirin, bilinar-bilinmas boshlanib, ma'lum vaqtdan so'ng zo'rayib ketishi mumkin. Ko'ngil aynishi va qusish ikkilamchi simptomi bo'lib, ba'zan to'xtovsiz davom qiladi, qorindagi o'tkir holatda ko'pchilik bemorlarning ichi kelmay qoladi va yel ajralmaydi. Qorin bo'shlig'idagi yallig'lanish holati uchun qorin oldingi devoridagi muskullarning taranglashishi va qorinni paypaslab ko'rilganda, yallig'langan a'zo sohasida og'riq bo'lishi xosdir. Odatda, Shchetkin-Blyumberg simptomi aniqlanadi. Uni quyidagicha tekshirib ko'riladi. Tekshirilayotgan kishi qornining oldingi devorini shifokor qo'li bilan asta-sekin bosadi va qo'lni tez tortib olayotganda bemor qattiq og'riq sezsa, simptom musbat hisoblanadi.

Qorin bo'shlig'i a'zolarining o'tkir yallig'lanish kasalliklarining qay birida bo'lmasin bemorga o'z vaqtida yordam ko'rsatilmasa,

peritonit rivojlanib, u qaysi bir sababdan paydo bo'lganidan qat'iy nazar, xatarli oqibatlariga olib keladi. Qorin ichiga qon oqishi qisqa vaqt ichida o'tkir kamqonlikka va o'limga olib kelishi mumkin. Tarqalgan yiringli peritonitda bemorning hayotini saqlab qolish uchun kurashish juda qiyin, peritonitning oldini olish, ya'ni uning sababini bartaraf etish birmuncha oson. Shunday qilib, «qorindagi o'tkir holat», degan umumiy nom bilan atalgan kasalliklar guruhi shoshilinch jarrohlik yordami ko'rsatiladigan kasalliklar sifatida qaralishi zarur.

Birinchi yordam. Qorin bo'shlig'idagi o'tkir yallig'lanish holatida birinchi yordamning asosiy vazifasi bemorni tezlik bilan jarrohlik stasionariga transportda olib borish hisoblanadi. Birinchi yordam sifatida bemorga tinch sharoit yaratish, qoringa muz yoki sovuq suv solingan xaltachani qo'yish lozim. Bemorlarga ovqat berish, suyuqlik ichirish, tozalash klizma qilish, me'dasini yuvish, surgi dorilar berish mumkin emas. Chunki bu yallig'lanish jarayonining tarqalishiga imkon beradi, xolos. Narkotiklar, og'riqsizlantiruvchi vositalar, antibiotiklar va boshqa dori vositalarini qat'iy man qilinadi, chunki bu kasallikning klinik manzarasini yashirib, diagnostikani g'oyat qiyinlashtiradi va noto'g'ri davolashga yoki davo qilish fursatining kechikib qolishiga olib kelishi mumkin.

Buyrak sanchig'i. Sabablari: siydik yo'llarini torayib yoki bitib qolishi:

1. Buyrak va siydik yo'li tosh kasalliklarida.
2. Sil, o'smalar yallig'lanishida.
3. Jarohatlar, qon laxtalari to'planganda.
4. Parazitar kasalliklarida.

Belgilari: to'satdan bel sohasida kuchli sanchuvchan, siquvchan og'riq paydo bo'ladi. U yo'qolib, yana paydo bo'ladi. Bemor qattiq bezovtalanadi, ingraydi, yig'laydi. Og'riq belda paydo bo'lib, ko'pincha qorinning old-pastki yonboshidan jinsiy a'zolarga siljiydi va ko'ngil ayniydi, qusadi, bosh aylanadi. Puls, nafas tezlashadi, qon bosimi, ba'zan tana harorati ko'tarilgan, siydikda eritrotsitlar paydo bo'ladi, tez-tez siydigi qistaydi, oligouriya, siydik og'riq bilan chiqadi.

Birinchi yordam.

1. Bemor tinchlantirilib, isitgich, gorchichniklar qo'yiladi, issiq vannalar qilinadi.

2. Avisan 0,5–1 g, sistenal 10–20 tomchi, papaverin, baralgin 1 tabletkadan.
3. Baralgin, trigan, maksigan 3–5 ml (m/o).
4. No-shpa 2 %–2 ml (m/o) yoki papaverin 2 %–2 ml (m/o).
5. Atropin 0,1 %–1 ml (t/ost).
6. Og‘riq juda kuchli bo‘lsa, promedol 1 %–1 ml (m/o).
Pantopon 2 %–1 ml (m/o).
7. Kuchli nazorat, parhez.
8. Jarohatlar, qon ketishlar bo‘lsa, bog‘lanadi, to‘xtatiladi.

Siydikning o‘tkir tutilishi. Siydik birdaniga tutilib qolganda, ya’ni bemor o‘zi mustaqil siya olmaganda ham shunday og‘ir holat yuz berishi mumkin. Bunga ko‘pincha prostata bezining o‘sma kasalliklari, qovuqdagi toshlar, orqa miya kasalliklari sabab bo‘ladi. Siydik tutilishi qovuqning cho‘zilishiga va qorinda qattiq og‘riq paydo bo‘lishiga olib keladi, bular o‘z navbatida boshqa a‘zolar (ichak, o‘pka va boshqalar) funksiyasining reflektor ravishda buzilishiga sabab bo‘lishi mumkin.

Birinchi yordam. Birinchi yordam tariqasida bir qancha muolajalar qilish mumkin, bular ba’zan spazmning yo‘qolishiga imkon beradi va demak mustaqil siyishga yordam beradi. Bemorga bir stakan sovuq suv ichiriladi, chot oralig‘iga iliq grelka qo‘yiladi, bemorga oqayotgan suv tovushini eshittiriladi, ozroq tozalash klizmasi qilinadi. Belladonnali shamchalar qo‘yiladi. Agar bu choralar ham natija bermasa, bemorni tezda kasalxonaga olib borish kerak, bu yerda siydikni kateter bilan chiqariladi (kateter – maxsus rezina yoki metall naycha bo‘lib, uni siydik chiqarish kanali orqali qovuqqa kiritiladi).

O‘tkir yurak yetishmovchiligida birinchi yordam. O‘tkir yurak tomirlar yetishmovchiligi qon aylanishning eng og‘ir buzilishlaridan biridir. U qon yo‘qotish yoki nafas olishning buzilishi, travmatik shok, yurakdagi nuqsonlar (mitral stenoz) gipertoniya kasalligi, miokard infarkti, toksinli moddalardan zaharlanish sababli uzoq vaqtgacha kislorod tanqisligi (gipoksiya) natijasida yuz berishi mumkin. O‘tkir yurak yetishmovchiligida yurak muskuli o‘zining qisqarish xususiyatini yo‘qotadi. Shuning uchun yurak o‘ziga oqib kelayotgan qonni hayday olmaydi.

Yurakning qon haydash kuchi keskin kamayib ketadi. Buning natijasida qon dimlanadi. Agar yurakning chap qorinchasidagi yetishmovchilik ustunlik qilsa, qon, asosan, o‘pkada to‘xtab qoladi.

Bu hol nafas qisishi, taxikardiya, sianoz, kuchli gipoksiya, asidoz, boshqa muhim a'zolar, xususan, buyraklar funksiyasining buzilishida namoyon bo'ladi. Chap qorinchaning ro'yirost yetishmovchiligida o'pka shishi rivojlanishi mumkin. O'ng qorincha yetishmovchiligi ustunlik qilsa, qon katta qon aylanish doirasida dimlanib qoladi, shishlar paydo bo'ladi, jigar kattalashadi, qon oqish tezligi va turli to'qima hamda a'zolarining qon bilan ta'minlanishi kamayadi.

Birinchi yordam. O'tkir yurak yetishmovchiligida yurakning qisqarish xususiyatini kuchaytirishga qaratilishi kerak. Buning uchun strofantin, korglikon, digoksin singari preparatlardan foydalaniladi. 0,5 ml strofantinni (0,5 % li eritmasidan) 20 ml 40 % li yoki 5 % li glukozada suyultiriladi va asta-sekin venaga yuboriladi. Stenokardiya bilan bog'liq o'tkir yurak yetishmovchiligida bemorga til tagiga qo'yish uchun nitroglitserin tabletkasi beriladi. O'pka tomirlarida qon dimlanishini kamaytirish uchun eufillin kiritish juda yaxshi samara beradi. Bu preparatni 2,4 % li eritma holda venaga va 24 % li eritma holda muskul orasiga yuborish mumkin. 2,4 % li eufillin eritmasini suyultirib, asta-sekin vena ichiga yuboriladi. Bemorga, shuningdek, siydik haydovchi vositalardan birini furotsemid (laziks) yoki novurit yuborish lozim. Gipoksiyani kamaytirish uchun nam kislorodni nafasga berish mumkin. O'tkir yurak yetishmovchiligida bemorni juda ehtiyotkorlik bilan transportirovka qilish lozim. Agar arterial bosim kam pasaygan bo'lsa, bemor qaddini baland qilingan vaziyatda yotqiziladi, yurakka qon oqib kelishini kamaytirish uchun esa, oyoq-qo'llarga faqat venoz tomirini bosib jgut qo'yiladi. O'tkir yurak yetishmovchiligida kasalxona sharoitidagina samarali davo qilish mumkin. Shunga ko'ra, bemorni tezroq gospitalizatsiya qilish uchun hamma choralarni ko'rish shart.

O'pka shishida birinchi yordam. O'pka shishi turli xil kasalliklarning eng og'ir asoratlaridan biri hisoblanadi va turli sabablardan vujudga kelishi mumkin. Miokard infarktida o'pka shishishi, yurak yetishmovchiligi shunga bog'liq holda paydo bo'ladigan qonning o'pka tomirlaridan oqishning buzilishidan yuzaga keladi. Gipertoniya yoki anemiya kasalligi bor bemorlarda o'pka shishi, asosan, vegetativ asab sistemasining qo'zg'alishi natijasida paydo bo'ladi. Bu hol organizmda qonning noto'g'ri taqsimlanishiga va uning o'pka sistemasida yig'ilishiga olib keladi. Shikastlanishlarda va miya kasalliklarida ham shu hodisa ro'y beradi.

Uremiyada, toksinli moddalar (xlor, fosgen)dan zaharlanishda o'pka kapillari devori o'tkazuvchanligining oshishi o'pka shishi rivojlanishida juda katta rol o'ynaydi.

Qanday sababdan paydo bo'lganidan qat'iy nazar, o'pka shishi nafas olish va gipoksiyaning buzilishiga olib keladi. Qiynalib tezlashishi o'pka shishining dastlabki simptomlari hisoblanadi. Keyinchalik nafas xirillab chiqadi va hatto g'arg'ara bilan chiqadi, yo'tal tutib oq yoki pushtirang ko'pikli balg'am ajratiladi. Bu ko'pik havoning o'pka alveolariga o'tishiga xalaqit beradi, bemorda kislorod tanqisligi boshlanadi. Teri va shilliq pardalarning ko'kimtir tusga kirishi (sianoz) ana shu hodisaning belgilaridir. Kislorod tanqisligi qon aylanishi buzilishini yanada kuchaytiradi, metabolik asidoz rivojlanadi.

Birinchi yordam. O'pka shishida birinchi yordam gipoksiyani bartaraf qilishga qaratilishi lozim. Avvalo, nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini tiklash, ko'piksimon balg'amni tugatish lozim. Shu maqsadda balg'amni ajratish chorasi ko'riladi. Kislorodni spirt bug'lari bilan nafas oldiriladi. Spirt ko'pikka ta'sirchan vositalardan biri hisoblanadi. O'pka tomirlarida qon to'liqligini kamaytirish uchun oyoq-qo'llarga jgutlar qo'yish maqsadga muvofiq. Bunda faqat venoz tomirini bog'lash va arterial qon oqimini normalligicha saqlash lozim. Shuning uchun jgut qo'yilgach, jgut qo'yilgan joydan pastdagi arteriyada puls borligi tekshirib ko'riladi.

Bundan tashqari, o'pka tomirlarning qon bilan to'liqligini kamaytirish uchun turli xil dori preparatlari: siydik haydovchi dorilar (urosemid, novurit) arterial bosimni pasaytiradigan dorilar qo'llanish tavsiya etiladi. Arterial bosim past bo'lganda, bu preparatlarni juda ehtiyotlik bilan qo'llash lozim. O'pkasida shishi bor bemorlarga yordam ko'rsatishda uning rivojlanish sabablari va mexanizmlari turli-tuman ekanligini unutmaslik kerak. Chunonchi, yurakda nuqsoni bo'lgan bemorda o'pka shishganda nafas qisishni kamaytirish uchun morfin yuborish yaxshi natija bersa, miyaning shikastlanishi yoki kasallanishi bilan bog'liq bo'lgan o'pka shishida bu preparatni qo'llash mumkin emas. Shuning uchun ko'pikka qarshi terapiya, kislorod ingalatsiyasi va jgutlar qo'yishdan iborat birinchi yordam ko'rsatib turib shifokorni chaqirish lozim. U o'pka shishi sababini aniqlashi va to'g'ri intensiv terapiyani davom ettirishi mumkin.

Miokard infarktida birinchi yordam. Miokard infarkti – yurak muskuli uchastkasining nekrozi (jonsizlanishi) o'limning eng ko'p

uchraydigan sabablaridan biri hisoblanadi. U koronar tomirlar aterosklerozi, ularning spazmga uchrashi yoki qon laxtasi bilan bekilib qolishi natijasida yurakning qon bilan ta'minlanishi qattiq buzilishi oqibatida yuzaga keladi. Odatda, yurak muskulida qon aylanishning buzilishi to'sh orqasida kuchli og'riq ko'rinishidagi stenokardiya (ko'krak qisishi) xurujida namoyon bo'ladi. Bu xurujning qon tomirlarni kengaytiradigan vositalar (nitroglytserin, papaverin va boshqalar) yordamida o'z vaqtida davolash miokard infarktining bundan keyingi rivojini to'xtatishi mumkin. O'tkir yurak tomir yetishmovchiligi miokard infarktining eng ko'p uchraydigan og'ir belgisi hisoblanadi. Bu shu qadar xavfli holatki, hozirgi vaqtda uni og'ir shok, deb qaralmoqda. Miokard infarktining ikkinchi asorati o'pka shishi va qorinchalar fibrillatsiyasidir.

Birinchi yordam.

Shifokor kelguncha:

1. Chalqancha yotqizib, siquvchi kiyimlar yechiladi.
2. Yuqori nafas yo'llari tozalanadi.
3. Mutlaqo tinch, qimirlamasdan yotish kerak.
4. Til ostiga 1–2 tabletka nitroglytserin yoki validol tashlanadi.

Shifokor bo'lmasa:

1. Morfin gidroklorid 1 % 1 ml (v/i yuboriladi).
2. Atropin 0,1 % 0,5–0,75 ml (v/i yuboriladi).
3. Fentanil 0,005 % 1–1,5 ml (v/i yuboriladi).
4. Agar foyda bermasa, kislorod 20 % + azot (I) oksidi beriladi.
Foyda bo'lganidan keyin kamaytiriladi.
5. Geparin 10–15 TB (v/i yuboriladi).
6. Streptokinaza yoki streptodikaza (v/i 30 daqiqa davomida yuboriladi).
7. Lidokain 2 % 5 ml (v/i yuboriladi).
8. Yurak to'xtab qolsa, yurakni tashqi tomondan uqalash.
9. O'pka shishi boshlansa, tez yordam choralari ko'riladi.
10. Agar shok boshlansa, «kardiogen shok»dagi tez yordam choralari ko'riladi.

Isterik xuruj. Isterik tutqanoq, odatda, kunduzi rivojlanadi va tutqanoq tutishidan oldin bemor yoqimsiz kechinmani boshidan kechiradi. Isteriyali bemor, odatda, asta-sekin qulay joyga yiqiladi, hech qayeriga shikast yetmaydi, kuzatiladigan muskul tortishishi

tartibsiz, ataylab qilinayotgandek yoki qaltirash ko‘rinishida bo‘ladi. Og‘izdan ko‘piksimon suyuqlik chiqmaydi, es-hushi joyida bo‘ladi, nafas buzilmaydi, qorachiqlar yorug‘likni sezadi. Tutqanoq uzoq muddat davom qiladi, bemor o‘ziga nechog‘li ahamiyat bersa, tutqanoq shunchalik ko‘p vaqtga cho‘ziladi. Tutqanoqning bu turida beixtiyor siyib qo‘yish kuzatilmaydi. Xuruj to‘xtagandan so‘ng uyquga ketish va karaxtlik kuzatilmaydi, bemor bamaylixotir o‘z ishini davom ettirishi mumkin.

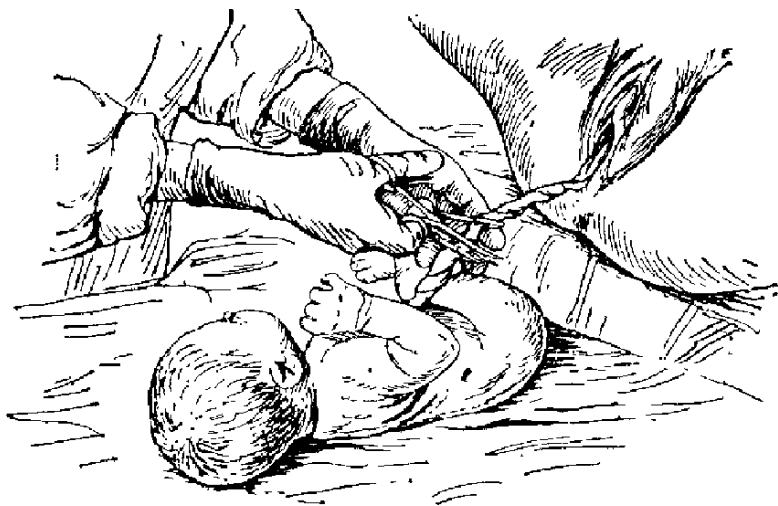
Birinchi yordam. Isterik tutqanoqda ham bemorga yordam berish talab qilinadi. Uni ushlab turish kerak emas, bemorni tinch joyga ko‘chirish yoki begona kishilarni chetlashtirish, nashatir hidlatish va uning atrofida g‘ala-g‘ovur bo‘lishiga yo‘l qo‘ymaslik kerak. Bunday sharoitda tez tinchlanadi va xuruj to‘xtaydi.

To‘satdan boshlangan tug‘uruqqa birinchi yordam ko‘rsatish

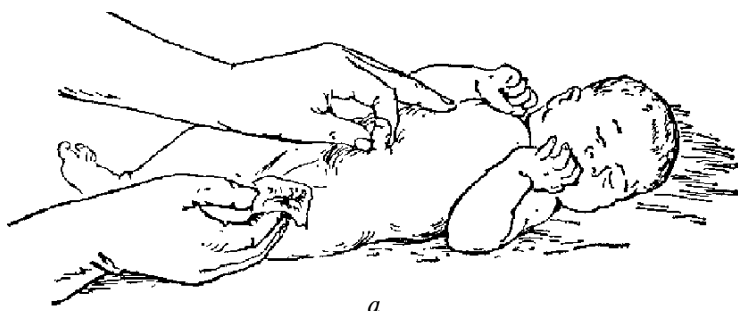
Tug‘uruqxonalar tarmog‘ining beqiyos o‘sganligiga va homilador ayollarning yaxshi dispanserizatsiya qilinishiga qaramay, ba‘zan homiladorlar uy sharoitlarida, poyezdlarda, samolyotlarda va shu kabilarda birinchi yordam ko‘rsatishga to‘g‘ri keladi. Tug‘uruqqa yordam ko‘rsatuvchi odam, avvalo, aseptik sharoitlar yaratish to‘g‘risida g‘amxo‘rlik qilish kerak: qo‘lni yaxshilab yuvish va zararsizlantirish, qaychi yoki pichoqni dezinfeksiya qilish, kindikni bog‘lash uchun steril bint tayyorlash yoki spirtga (yod eritmasiga) pishirilgan ip tasmachani solib qo‘yishi lozim. Bordi-yu bola asfiksiya bo‘lib tug‘ilganda burun yo‘llari va og‘izdan homila oldi suvlarini tortib olish uchun rezina nokchani (grusha) taxt qilib qo‘yish kerak.

Tug‘ilgan chaqaloqni qaynoq dazmol bilan dazmollangan toza choyshabga (yo‘rgakka) yotqiziladi. Kindikdagi pulsatsiya aniqlanmay qolganda kindik tizimchasini bola kindigidan 5–10 sm da tayyorlab qo‘yilgan ip, tasmacha yoki bint tilimi bilan ikki joydan bog‘lanadi, so‘ngra kindikni bog‘langan ligaturalar o‘rtasidan kesiladi (60–61-rasmlar).

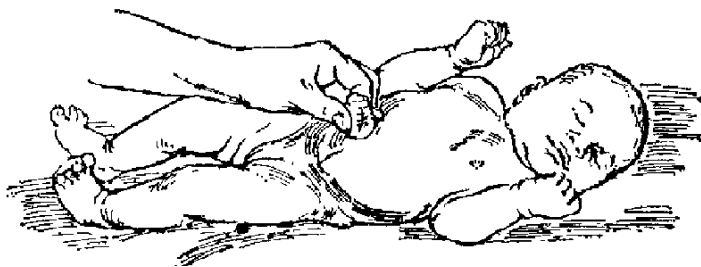
Agar bolaning nafasi chiqmasa, bolaning og‘zi va burnidagi suvlarni rezina nokcha bilan tortib olgandan so‘ng, «og‘izdan–og‘izga» usulida sun‘iy nafas oldira boshlash lozim. Onani va yangi tug‘ilgan chaqaloqni imkon boricha tezroq tug‘uruqxonaga olib borish kerak. Statsionardan tashqarida tug‘uruqqa yordam berish zarur bo‘lib qolsa, akusherlik xaltasidan foydalaniladi.



60-rasm. Kindikni ikki qisqich orasidan kesish.



a



b

61-rasm. Kindik qoldig'ini bog'lab, doka salfetka o'rash:

a—birinchi holat; b—ikkinchi holat.



NAZORAT SAVOLLARI

1. Elektr bilan shikastlanganda, yashin tekkanda qanday klinik belgilar asosida farqlanadi?
2. Issiq urish va oftob urish bir-biridan qanday farqlanadi?
3. Ovqatlar, kimyoviy vositalar, dorilar va spirtlardan zaharlanganda birinchi yordam qanday ko'rsatiladi?
4. Quloq, ko'z, nafas yo'llariga, oshqozon-ichak yo'llariga begona tanachalar kirib qolganda tezkor birinchi yordam qanday beriladi?
5. Quturgan hayvonlar, zaharli ilon va hasharotlar chaqqanida qanday tartibda birinchi yordam ko'rsatiladi?
6. Qorin bo'shlig'i kasalliklarida buyrak sanchig'ida, siydik o'tkir tutilishida, infarkt miokardda tez tibbiy yordam ko'rsatish uchun hamshiraning tutgan o'rni qanday?

TEST SAVOLLARI

1. *Qovuqni kateterlash uchun qaysi jihozlar kerak emas:*

- a) kontrast modda;
- b) sterillangan vazelin;
- d) rezina kateter;
- e) antiseptik vositalar;
- f) sterillangan salftetkalar.

2. *Sistokopning optik sistemasi qanday sterillanadi:*

- a) qaynatib;
- b) kimyoviy usulda;
- d) avtoklavda;
- e) kuydirish shkafida;
- f) bug' bilan.

3. *Qovuqni punksiya qilish uchun qaysi jihozlar kerak emas:*

- a) antiseptik vositalar;
- b) troakar;
- d) sistoskop;
- e) rezina nay;
- f) novokain 0,25 %.

4. *Zimnisskiy sinamasi uchun siydik qanday yig'iladi:*

- a) 4 bankaga 6 soat oralatib;
- b) 8 bankaga 3 soat oralatib;
- d) 6 bankaga 4 soat oralatib;
- e) 3 bankaga 8 soat oralatib;
- f) har 2 soatda.

5. *Kakovskiy-Addis sinamasi uchun siydik necha soat davomida yig'iladi:*

- a) 3 soat;
- b) 8 soat;
- d) 12 soat;
- e) 18 soat;
- f) 24 soat.

6. *O'tkir piyelonefrit uchun tegishli bo'lmagan simptomlarni ko'rsating:*

- a) tez-tez og'riq bilan siyish;
- b) bel sohasida og'riq bo'lishi;
- d) Pasternasskiy simptomi musbat bo'lishi;
- e) tana haroratining ko'tarilishi;
- f) intoksikatsiya bo'lishi.

7. *Paranefrit nima:*

- a) buyrak jomlarining yallig'lanishi;
- b) buyrak atrofidagi yog' kletchatkasining yallig'lanishi;
- d) buyrak parenximasining yallig'lanishi;
- e) qovuqning yallig'lanishi;
- f) prostata bezining yallig'lanishi.

8. *Paranefritning abscesslanish fazasidagi davo qanday:*

- a) antibakterial va fizioterapevtik davo;
- b) antibakterial va dezintoksikatsion davo;
- d) yiringli bo'shliqni kesish va drenajlash;
- e) nefrektomiya;
- f) pulmonektomiya.

9. *Siydikda erkin gemoglobin paydo bo'lishi qanday ifodalanadi:*

- a) poliuriya;
- b) anuriya;
- d) oliguriya;
- e) proteinuriya;
- f) gematuriya.

10. *Qaysi tekshirish buyrak tosh kasalligini tasdiqlaydi:*

- a) ekskretor urografiya;
- b) sistoskopiya;
- d) xolisistografiya;
- e) xromosistografiya;
- f) duodenoskopiya.

11. *Miokard infarkti qanday asoratlar berishi mumkin:*

- a) endokardit;
- b) kardiogen shok;

- d) miokardit;
- e) o'pka anevrizmasi;
- f) pankardit.

12. *Miokard infarktida shoshilinch yordam nimadan boshlanishi kerak:*

- a) gormonli terapiya;
- b) og'riq qoldirish;
- d) aktibakterial terapiya;
- e) desensibilizatorlar qo'llash;
- f) qon chiqarish.

13. *Quyidagi tekshirishning qaysi biri miokard infarktini tasdiqlaydi:*

- a) flyurografiya;
- b) bronxoskopiya;
- d) sistoskopiya;
- e) elektrokardiografiya;
- f) elektroensefalogramma.

14. *Kardiogen shokda qon bosimini ko'tarish uchun qaysi preparatni qo'llagan ma'qul:*

- a) dopamin;
- b) kofein;
- d) efedrin;
- e) no-shpa;
- f) dibazol.

15. *Miokard infarktida og'riq qoldirish maqsadida qaysi preparat qo'llaniladi:*

- a) talomonal;
- b) analgin;
- d) dopamin;
- e) spazmalgin;
- f) adrenalin.



BU SO'ZLARNI ESLAB QOLING

-
- | | |
|-------------------------|----------------------|
| • endokardit | • Rivv-Roch apparati |
| • kardiogen shok | • gemorragik insult |
| • pankardit | • paranefrit |
| • flyurografiya | • piyelonefrit |
| • sistoskopiya | • infarkt miokard |
| • elektrokardiografiya | • assillograf |
| • elektroensefalogramma | • miokardit |
| • bronxoskop | • toksikologiya |

VIII bob

MUTAXASSIS AMALIYOTIDA UCHRAYDIGAN BAXTSIZ HODISALARDA BIRINCHI TIBBIY YORDAM KO'RSATISH

8.1. Hushdan ketish

O'tkir tomir yetishmovchiligining alomatlaridan biri hushdan ketishdir, bu – bosh miyaga qon oqib kelishining keskin kamayishi natijasida es-hushni to'satdan qisqa vaqtga yo'qotish. Aksari ruhiy travma yoki qattiq asabiylashish hushdan ketish bilan o'tadi. Juda oriqlab ketish, anemiya, jismoniy charchash, homiladorlik, gipertoniya kasalligi kabi holatlar uning paydo bo'lishiga imkon beradi. Ba'zan hushdan ketishdan oldin bemorning ko'ngli behuzur bo'ladi, havo yetishmaydi, boshi aylanadi, ko'zi tinadi, bo'shshadi va hokazo.

Hushdan ketish teri shilliq pardalarining oqarib ketishi ba'zan arterial bosimning simob ustunining 60–70 mm.gacha tushib ketishi bilan namoyon bo'ladi. Hushdan ketish vaqtida nafas siyrak bo'lib qoladi. Odatda, hushdan ketish qisqa muddatli – bir necha sekund bo'ladi xolos, biroq, ba'zan u bir necha daqiqa va bundan ham ko'pga cho'zilishi mumkin.

Birinchi yordam. Hushdan ketishda birinchi yordam bemorning gorizontol holatda yotqizib qo'yishdan iborat, bemor boshini gavdasining sathidan pastroqqa qo'yiladi – bu miyaga ko'proq qon oqib kelishiga, nafas olishning tezroq tiklanishiga imkon beradi. Bemorning badanini qisib turgan kiyimlari tugmasini bo'shatish lozim. Nafas va tomir harakat markazlarini qo'zg'atish uchun bemorga nashatir spirt hidlatish, yuzini sovuq suv bilan ishqalash yoki oz-moz suv purkash lozim.

Xonaga sof havo kirib turishi g'oyat muhim. Bu tadbirlar yordamida ko'pchilik hollarda bemorni behushlik holatidan xolos qilishga erishiladi. Birmuncha og'ir hollarda kordiamin, kofein yoki strixnin kiritish kerak. Es-hush va nafas olish tiklanguncha bemorni transportda olib yurish mumkin emas.

Gipertonik krizis. Gipertonik krizis – arterial bosimning to'satdan keskin ko'tarilib, bosh og'rig'ining zo'rayishiga, bosh

aylanishiga, ko'ngil aynishi, qayt qilishga olib kelishi: gipertoniya krizisi, gipertoniya kasalligi va boshqa arterial gipertoniyalarning o'tishini og'irlashtirib qo'yadi va miyada qon aylanishning vaqtincha izdan chiqishi, ko'z xira tortib qolishi, qisqa muddatli parezlar paydo bo'lishi, nutqning izdan chiqishi bilan birga davom etib borishi mumkin. Og'ir hollarda gipertoniya krizisi insult bilan tugaydi yoki o'tkir yurak yetishmovchiligi (yurak astmasi) stenokardiya, miokard infarktga olib boradi.

Birinchi yordam. Gipertoniya krizisi mahalida hamshira bemorning ensasiga gorchichniklar qo'yishi, issiq oyoq vannalari qilishi, yurak og'rib turgan bo'lsa, validol yoki nitroglitserin berishi mumkin. Shifokor buyurganiga qarab venaga 4–6 ml 0,5 % li dibazol eritmasi, 10 ml 25 % li magniy sulfat eritmasi, 10 ml 2,4 % li eufillin eritmasi va boshqa gipotenziv moddalar yuboriladi.

Stenokardiyada birinchi yordam. Stenokardiya – (ko'krak qisishi) to'sh orqasida yoki undan chap tomonda qisuvchi og'riq turib qolishi, odam jismoniy jihatdan zo'riqqanda (zo'riqish stenokardiyasi) yoki tinch turganida (tinchlik stenokardiyasi) boshlanadi. Og'riq, odatda, bir necha minut davom etadi va nitroglitserin ta'sirida to'xtaydi. Stenokardiya tashxisi bemorning shikoyatlariga asoslanib turib qo'yilishini ta'kidlab o'tish kerak, chunki obyektiv tekshirishda ko'pgina hollarda xarakterli patologiya borligini topib bo'lmaydi.

Birinchi yordam. Tutib qolgan og'riqni bartaraf etish uchun bemorga til tagiga tashlanadigan 1 ta nitroglitserin tabletkasi yoki 2–3 tomchi 1 % li eritmasini berish kerak. Bu preparat 2–3 daqiqa davomida og'riqni bartaraf etadi. 5 daqiqa davomida ta'siri bilinmasa, xuddi shunday dozada yana nitroglitserin berish kerak bo'ladi. Nitroglitserinni til tagiga qo'ygandan keyin ba'zan bosh og'riydi, bundan qo'rqish kerak emas, deb ogohlantirib qo'yish lozim. Stenokardiyasi bor bemorga hamisha yonida nitroglitserin olib yurish zarurligini tushuntirish kerak. Ba'zi hollarda og'riq xurujlarini validol bartaraf etadi (3–5 tomchisi yoki tabletkalari til tagiga qo'yiladi). Lekin validolning ta'siri nitroglitserinnig ta'siridan ancha sustroq bo'ladi. Stenokardiyaning tez-tez tutadigan bo'lib qolishi kasallikning qo'zib qolganligidan miokard infarkti boshlanishi mumkinligidan darak beradi.

Miyada qon aylanishini o'tkir buzilishi. Miyaga qon quyilishi. Gipertoniya kasalligi va bosh miya tomirlari aterosklerozi asoratidir. Kasallik to'satdan, hech qanday darakchi alomatlarisiz bedorlik

davrda ham, uyquda yotgan paytda ham paydo bo‘ladi. Bemor hushidan ketadi, bu davrda qusish, beixtiyor siydik va axlat ajratilishi mumkin. Yuz giperemiyalanib qoladi, burun, quloqlar ko‘karadi.

Nafasning buzilishi xarakterli—nafas qisishi bilan birga shovqinli xirillab chiqadigan nafas olishning to‘xtashi yoki uzuq-yuluq siyrak nafas olish bilan almashinadi. Puls birdaniga sekinlashadi — bir daqiqada 50—60 marta uradi. Ko‘pincha oyoq-qo‘llarning falaj bo‘lib qolganligi, yuz asimmetriyasi (yuzning bir tomonda mimika muskullarining falaji) va anizokoriya (qorachiqlarning bir xil emasligi) kuzatiladi. Ba‘zan insult shu qadar jadal kechmasligi mumkin, biroq, hamma vaqt oyoq-qo‘llarning falajlanib qolishi, nutqning ozmi-ko‘pmi buzilishi kuzatiladi.

Birinchi yordam. Avvalo, karavotga qulay vaziyatda yotqizish va tanasini qisib turgan kiyimlarning tugmalarini bo‘shatish, yetarlicha sof havo kirishini ta‘minlash zarur. Boshiga muz solingan xaltachani qo‘yish yoki sovuq suvga ho‘llangan lattani bosish, oyoqlariga grelka qo‘yish lozim. Bemorga mutlaqo osoyishta sharoit yaratish, yuta oladigan bo‘lsa, tinchlantiradigan vositalar berish kerak (valeriana nastoykasi, bromidlar, qon bosimini pasaytiradigan vositalar—dibazol, papaverin) nafas olishni kuzatib borish, tilning orqaga ketib qolishini oldini olish choralarini ko‘rish, og‘iz bo‘shlig‘ini shilimshiq va qusuq massalaridan tozalash kerak. Shifokor bemorni transportda olib yurish to‘g‘risida xulosa chiqargandan keyingina uni karavotdan karavotga ko‘chirish va statsionarga transportda olib borish mumkin.

Yurak to‘xtaganda birinchi yordam. Yurak faoliyatining buzilishi va to‘xtashi turli vaziyatlarga ko‘ra: suvga cho‘kkanda, bo‘g‘ilganda, elektr yoki yashindan shikastlanganda, miyaga qon quyilganda, miokard infarktida, issiq urganda, ko‘p qon yo‘qotilganda, yurak sohasiga qattiq urilganda, muzlab qolganda uchrashi mumkin. Yurak to‘xtashi ko‘pincha turli xildagi gipoksiyalar, giperkapniya va asidozga olib keluvchi jarayonlardan so‘ng boshlanadi. Natijada, qon aylanishning buzilishi, yurak yetishmovchiligi va nihoyat yurakning to‘xtashi kelib chiqadi.

Birinchi yordam. Yurakni tashqi massaj qilish va sun‘iy nafas oldirishga kirishish lozim. Yurakni tashqi massaj qilish doim sun‘iy nafas oldirish bilan bir paytda olib boriladi, natija aylanib boradigan qon kislorod bilan ta‘minlanadi, bu gipoksiya kamayishiga olib keladi.

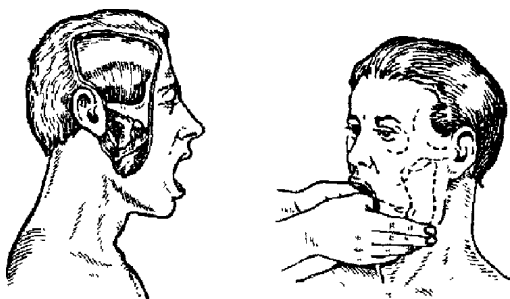
Yurakni bilvosita yopiq massaj qilish. Bu usulning mohiyati shundan iboratki, yurakning to‘sh suyagi bilan umurtqa pog‘onasi o‘rtasida bosilishi tufayli katta va kichik qon aylanish doirasining yirik tomirlariga qon haydaladi va shu tariqa qon aylanishi va hayotiy muhim a‘zolar funksiyasi sun‘iy ravishda quvvatlab turiladi. Bemor qattiq o‘rin (pol, stol, kushetka)ga chalqancha yotqiziladi. Bir qo‘l kafti to‘sh suyagining pastki uchdan bir qismiga, ikkinchi kaft birinчисining ustiga qo‘yiladi, qo‘llar tirsak bo‘g‘imlarda yozilgan bo‘lish kerak.

Barmoqlarni ko‘krak qafasiga tegizmaslik g‘oyat muhim, bu bir tomondan massaj ta‘sirchanligiga imkon beradi, chunki harakat kuchi ko‘krak devoriga emas balki to‘shning pastki uchdan bir qismiga yo‘naltiriladi va ikkinchidan qovurg‘alarning sinish xavfi birmuncha kamayadi. So‘ngra yordam ko‘rsatayotgan odam to‘shni turtkisimon bosib, uni umurtqa pog‘onasi yo‘nalishi bo‘yicha 3–5 sm.ga siljitishga, shu vaziyatda taxminan 1–2 sekund (katta odamda) tutib turishga, so‘ngra qo‘llarni to‘shdan olmasdan turib tez bo‘shashtirishga harakat qiladi. Turtkisimon harakatlar soni 60 dan kam bo‘lmasligi kerak. Birinchi yordam ko‘rsatilgandan so‘ng (yurak faoliyati tiklangach) bemorni zudlik bilan kasalxonaga jo‘natish kerak.

8.2. Og‘iz bo‘shlig‘i yumshoq to‘qimalaridan qon ketganda birinchi yordam

Pastki jag‘ning chiqishi. Pastki jag‘ning chiqish sabablari juda ko‘p va har xil bo‘ladi. U ozg‘in odamlarda pastki jag‘ga yon tomondan urishda, juda ko‘p kulish, esnash va ashula aytish paytida kelib chiqishi mumkin (62-rasm). Bundan og‘izning juda katta ochilishi natijasida pastki jag‘ning boshchasi bo‘g‘indan oldinga qarab chiqib, bo‘g‘im do‘mboqchasidan oldinda ushlanib qoladi. Pastki jag‘ bir yoki ikki tomonlama chiqishi mumkin.

Klinikasi. Bunda og‘iz ikki tomonlama yarim ochilgan bo‘lib, uni bekitib bo‘lmaydi. Yonoq ravog‘i pastida teri ostidan chiqqan bo‘g‘im boshchalaridan iborat yumaloq do‘nglik aniqlanadi. Tashqi eshituv yo‘liga barmoqni normal holatidagiga nisbatan ancha ichkariroqqa kiritish mumkin. Jag‘ suyagining bir tomonlama chiqishida jag‘ sog‘lom tomonga burilgan bo‘ladi va yuzda asimmetriya holati kuzatiladi.



62-rasm. Pastki jag'ning chiqishi va uni joyiga solish.

Davosi. Chiqqan jag' suyagini joyiga solish uchun bemor stulga o't-qaziladi va yordamchi orqa tomonidan bemor boshini ushlab turadi. Jarroh bosh barmoqlariga sochiq yoki doka salfetka o'rab bemorning ro'parasida turadi va bosh barmoqlarini bemorning og'ziga tiqib, pastki jag' tishlari

ustiga qo'yadi va qolgan barmoqlari bilan jag'ning pastki qirrasini tashqi tomondan ushlaydi. Bosh barmoqlarni asta-sekin qattiqroq bosib, ozgina oldinga ko'tarib, jag' pastga tortiladi, so'ngra uni orqaga surib, suyak boshchalari joyiga solinadi.

Pastki jag' boshchasi bo'g'im xaltasiga sirg'alib tushganda jag'lar kuch bilan yumilib jag' suyagini joyiga solayotgan kishining qo'lini bemor bexosdan tishlab olishi mumkin.

Pastki va yuqori jag' singanda birinchi yordam. Bunday bemorlarga birinchi yordam ko'rsatish, bosib turuvchi bog'lam qo'yish yo'li bilan qon oqishini to'xtatishdan iborat. Agar bemor hushsiz holatda bo'lsa, asfiksiya yuz berishi mumkinligini unutmaslik zarur. Asfiksiyaning oldini olish uchun shilliq, qon, protez tish va suyak siniqlari og'iz bo'shlig'idan chiqarib olinadi. Tilning halqumga ketib qolishi oldini olish uchun til ip bilan tiqiladi yoki to'g'nog'ich bilan bemorning kiyimiga tortib ilib qo'yiladi, til bog'lanadi yoki pastki jag' tortib bog'lab qo'yiladi.

Jag' suyaklari singan bemorlarni immobilizatsiya qilish maqsadida og'ziga ingichka tayoqcha yoki taxtacha solish va uning uchini boshqa yumshoq bint bilan fiksatsiya qilish lozim. Pastki jag' singanda iyakka sopqonsimon bog'lam qo'yish kerak bo'ladi. Yuqori jag' singanda ham, pastki jag' singanda ham immobilizatsiya qilish maqsadida pastki jag' fiksatsiya qilinib, oddiy bog'lam qo'yish mumkin. Immobilizatsiya qilishda Etinning standart iyak shina-sopqonini, Limbergning fanerdan yasalgan standart shina taxtachasini va Limbergning og'izdan tashqarida turadigan sterjenlari bo'lgan standart yuqori jag' shina-qoshig'ini ishlatish mumkin.

Bemorga jag' suyaklari singan holatda, albatta, og'riqsizlantiruvchi va yurak-qon tomirlari dorilari buyuriladi. Jag'ning suyak

siniqlari siljimagan sinishda pastki jag'ga simdan yasalgan bir jag'ni mahkamlovchi shina qo'yiladi. Suyak siniqlarining siljib sinishida, yuqori jag'larni bir-biriga jipslashtirish uchun ilgakli qovuzloqlari bo'lgan shina, yuqori va pastki jag' uchun ikkita aluminli shinadan foydalaniladi. Yuqori jag' singanda iyakni Entin yoki Limberg shinasi bilan 4–6 haftaga fiksatsiyalab qo'yish mumkin bo'ladi. Bemorning ahvoli qoniqarli bo'lsa yarim o'tirgan holatida, hushsiz yotgan bo'lsa, uni zambilga ko'kragi ostiga va boshi tagiga yumaloqlangan kiyim, adyol kabi narsalar qo'yib, uning yuzini yerga qaratib yotqizgan holda transportirovka qilinadi.

Yuz jarohatlari. Turlari: ochiq va yopiq. Ochiq jarohatlar: qon quyilishi, lat yeyish, suyaklar sinishi, yuz chiqishi, muskullar, asablar, paylar uzilishi, yirtilishi.

1. Yuqori jag' suyaklarining sinishi.
2. Pastki jag' suyaklarining sinishi.
3. Pastki jag'ning chiqishi.
4. Tishlar va tish alveolalarning sinishi.

Mahalliy belgilar: qizarish, achishish, lo'qillash, shish, og'riq, qonash, qon quyilishi, chaynash, yutish, ta'm bilish, so'lak ajralishi buzilishi, og'izni ochib-yopish qiyinlashadi, tishlar sinishi, chiqib ketishi, ovqat yeya olmaslik holati ro'y berishi mumkin.

Umumiy belgilar: bosh og'rig'i, karaxtlik. Puls 90–100 mar-tagacha, qon bosimi 150/120, nafas tezlashgan, shok belgilari.

Tez yordam choralari. Bemor xavfsiz joyga olib o'tilgach:

1. Analgin, baralgin 2–3 ml (m/o), qattiq og'riganda promidol 1 % –1 ml (m/o).
2. Mahalliy og'riqsizlantirish: 1 yoki 2 % li novokain 5–10 ml.
3. Nafas yo'llari qon va shilliq moddalardan tozalanadi.
4. Jarohatlangan joyga aseptik bog'lov qo'yiladi.
5. Immobilizatsiya qilinadi.
6. Pastki jag' chiqqanda joyiga tushuriladi.
7. Singan tishlarni olib tashlab, tampon qo'yiladi.
8. Burun qonayotgan bo'lsa, tampon qo'yiladi.

Qat'iy nazorat ostida gospitalizatsiya qilinadi.

Eslatma: travmatik shokdan ehtiyot bo'lish lozim. Aspiratsiyaning oldini olish kerak. Behush bemorlarda qon qizilo'ngach orqali oshqozonga ketishi mumkin.

Ko'z mexanik shikastlanganda birinchi yordam. Mayda o'tkir bo'lmagan zarrachalar: qum, chang, pashshalar ko'zga kirib qolishi mumkin. Bunda kuchli og'riq ko'z ochib yumganda kuchayadi, yosh oqishi bilan xarakterlanadi. Bunday holatda yot jismlarni tezroq chiqarib olishga harakat qilish kerak. Zero, ko'z olmasi to'qimasi shishib, ko'rish funksiyasini buzilishiga olib keladi.

Birinchi yordam. Birinchi yordam ko'rsatguncha jabrlanuvchiga ko'zga tegmaslik, artmaslik kerakligi tushuntiriladi. Pastki qovoqni ko'rish uchun bemorga yuqoriga qarash buyuriladi. Bir vaqtda pastki qovoq pastga tortiladi va ichidagi yot jism olib tashlanadi. Yuqori qovoqni tekshirish uchun bemorga pastga qarash buyuriladi. Yordam beruvchi o'ng qo'lining ikki barmog'i bilan oldinga va pastga tortadi va chap qo'lining ko'rsatkich barmog'i bilan qovoqni chappa qiladi (pastdan yuqoriga qarab) yot jismni chiqarib olgandan so'ng bemordan yuqoriga qarash so'raladi, chappa qaytgan qovoqlar o'z holiga keladi. Bemorga okulist-shifokorga uchrashishi tushuntiriladi.

Ko'z kimyoviy shikastlanganda birinchi yordam. Ko'z kimyoviy moddalardan kuyganda, oqib turgan suv bilan darhol yuvib tashlash zarur. Ko'z nechog'li tez yuvilsa, nafi shuncha yaxshi bo'ladi. Ko'zni yuvib bo'lgach, 0,5 % dikain eritmasi bilan anesteziya qilib, qovoqlar ag'dariladi. Oraliq burmalar sohasi ko'zdan kechirilib yuvib tashlanadi. Ana shundan keyin ko'zga 20 % albutsid eritmasi va steril vazelin moyi tomiziladi hamda 3000 AE (anatoksik birlik) miqdorida qoqsholga qarshi zardob yuboriladi. Ko'z siyohli qalamdan kuyganda, avval nam paxta sharcha bilan qalam bo'laklari olib tashlanadi, keyin ko'z 1–3 % li tanin eritmasi bilan yaxshilab yuviladi. Qovoq orasiga antibiotik va sulfanilamidlardan tayyorlangan ko'z malhami qo'yiladi. Malakali davolash uchun ko'z kasalxonalariga yuboriladi.

8.3. Qizilo'ngach, oshqozon va o'pkadan to'satdan tashqi qon oqishida birinchi yordam

Ovqat hazm qilish sistemasidan qon ketish sindromi sabablari: oshqozon, ichak eroziyasi, qizilo'ngach venalarining varikoz kengayishi, yaralari, dizenteriya, qorin tifi, Kron kasalligi, parazitlar kasalliklar, zaharlanishlar, o'smalar, sil, salitsilatlar va gormonlarning tartibsiz ishlatilishi.

Belgilari: koʻngil aynishi, qon qusish, axlat qorayishi, qizarishi, qorinda ogʻriq, puls 82–95 tagacha, nafas 17–20 tagacha, qon bosimi 80/40 mm sim.ust.gacha yoki undan ham past, lanjlik, bosh aylanishi, darmonsizlik, teri oqimtir boʻladi. Qonda gemoglobin miqdori past, eritrotsitlar choʻkkan, rang koʻrsatkichlari past, temir miqdori kamaygan, tez charchash, kollaps, behushlik.

Tez yordam choralari:

1. Bemor oʻrin-koʻrpa qilib yotadi. Qon ketayotgan joyga muz xalta qoʻyiladi yoki muz boʻlaklari yutiladi.

2. Vikasol 1 % 2 ml.

3. Kalsiy xlorid 10 % 10 ml (v/i).

4. Gemostatik gubkani maydalab yoki osh qoshiqdan har ikki soatda ichiladi.

5. Askorbin kislota 5 % 4–5 ml (m/o).

6. Jelatin 10 % 10 ml (m/o).

7. Novokain 0,5 % 100 ml (v/i).

8. Aminokapron kislota 5 % 100 ml (v/i).

9. Natriy xlorid 10 % 10 ml (v/i).

10. Koʻp qon ketgan boʻlsa, oʻz guruh qoni quyiladi 200–300 ml (v/i).

11. Sharoitga qarab kofein, kordiamin, glikozidlar qilinadi.

Kuchli nazorat: puls, nafas, qon bosimi, gemoglobin, eritrotsitlar, trombotsitlar. Transportirovka chalqancha yotqizilib, amalga oshiriladi.

Oʻpkadan qon ketishi. Sabablari: sil, rak, silikoz, bronxoektaz, qon kasalliklari, pnevmoniya, yurakning mitral stenozi, koʻkrak qafasi jarohatlari, oʻpka absessi, oʻpka raki, oʻpka infarkti.

Belgilari: bemor qattiq yoʻtaladi, bezovtalanadi, yoʻtaldan soʻng ogʻiz va burundan tiniq alvon rangda koʻpik bilan qon keladi. Koʻpikli qon ivimaydi, ovqat qoldiqlari yoʻq. Balgʻam, oʻpka parchalari, parazitlar va ularning chiqindilari boʻlishi mumkin. Bemor oqaradi, bezovtalanadi. Gavda harorati koʻtarilgan, nafas olish 17–19 martagacha, puls 80–88 martagacha, qon bosimi 100/60 mm sim.ust.gacha, sovuq ter bosadi.

Bu belgilar qon ketishini keltirib chiqargan kasallik belgilari bilan birga kuzatiladi.

Tez yordam choralari:

1. Bemorning orqasiga yostiq qoʻyib, suyab yotqiziladi.

2. Sovuq suv ichiriladi yoki muz bo'laklari yuttiriladi.
3. Xonaga toza havo kiritiladi.
4. Suv yoki spirt bilan namlab kislorod beriladi.
5. Analgin 50 % 2 ml (m/o) + pipolfen 2,5 % 2 ml (m/o) yoki og'ir jarohatlarda, o'pka shishida, promedol, pantopon, amnophon, morfin 1 ml (m/o).
6. Vikasol 1 % 3 ml (m/o).
7. Askorbin kislota 5 % 5 ml (v/i).
8. Kalsiy xlorid, kalsiy glukonat 10 % 10 ml (v/i).
9. Aminokapron kislota 5 % 100–150 ml (v/i).
10. Jarohatlar tozalanadi va bog'lanadi.
11. Miokard infarktida 40–50 ming TB fibrinolizin + natriy xlorid 0,9 % 200–300 ml (v/i), geparin 15–20 ming (t/o).
12. Agar o'tkir chap qorincha yetishmovchiligi bo'lsa, jelatin 10 % 20–30 ml (teri ostiga, songa).
13. Agar qon to'xtamasa, vena ichiga I guruh qon 100–250 ml yuboriladi.
14. Jelatin 10 % 20–30 ml (t/o, songa).
15. Agar o'pka infarktidan qon ketish bo'lsa:
 - a) vibrinolizin 40–50 ming TB + natriy xlorid 0,9 % 300 ml (v/i);
 - b) geparin 15 ming TB. Antibiotiklar;
 - d) og'riqsizlantiruvchilar.
16. Glikozidlar.
17. O'tkir chap qorincha yetishmovchiligida laziks 1 % 2 ml (m/o).
18. Kodein 0,005 – 0,02 g kuniga 3 marta ichishga.
19. Kalsiy xlorid 10 %–1 osh qoshiqdan 3 marta ichishga.
20. Ktikis (DVS) boshlansa, 1 litr qon zardobi quyiladi. Geparin 5 ming BK, kontrikal 100 ming TB (v/i). O'pkani sun'iy nafas oldirish.

8.4. Qusganda birinchi yordam ko'rsatish

Qusish, qayt qilish – me'da diafragmasi, qorin oldingi devori muskullari, shuningdek, epiglotis hamda yumshoq tanglay ishtirokida yuzaga kelib, qusuq massalarini og'iz orqali me'dadan chiqarib tashlashga olib boradigan murakkab reflektor akt. Qusish me'da-ichak yo'li kasalliklari, zaharlanish, til ildizi va yumshoq tanglay ta'sirlanishining oqibati bo'lishi mumkin. Kalla ichki bosimi

ko'tarilib ketganda, miyada o'smalar bo'lganida, gipertoniya kasalligi va boshqalarda odam qusishi mumkin. Odam zo'r bilan ko'p qusganda, ovqat massasiga o'n ikki barmoqli ichakdan o't aralashib tushadi. Ataylab odamni qustirish uchun reflektor ta'siridan foydalaniladi: til ildizi shpatel bilan ta'sirlantiriladi yoki teri ostiga 0,5 ml 1 % li apomorfin eritmasi yuboriladi.

Birinchi yordam. Birinchi yordam berishda bemorni qulay o'tqazib, ko'kragiga sochiq yoki kleyonka tutish, og'ziga toza lotok, tog'oracha tutib turish yoki chelak qo'yish kerak. Yasama tishlarni olib qo'yish lozim. Bordi-yu, kasal darmonsiz bo'lsa, yoki unga o'tirish taqiqlangan bo'lsa, boshini gavdasidan pastroq turadigan qilib bir yon tomonga burib qo'yish va og'zi burchagiga latok tutish zarur. Yostiq bilan ich kiyimlar iflos bo'lmasin, deb bir necha marta taxlangan sochiq yoki choyshabni tutsa ham bo'ladi. Kasal qusayotgan paytida hamshira uning oldidan nari ketmasligi kerak. Kasalning qusganligi to'g'risida darhol shifokorni xabardor qilmoq zarur. Kasal qusib bo'lganidan keyin, issiq suv bilan og'zini chayqatish, lablari bilan og'iz burchaklarini artib qo'yish kerak.

Juda zaiflashib qolgan bemorlar og'iz bo'shlig'ini har safar qusganidan keyin suv yoki birorta dezinfeksiyalovchi eritmaga ho'llangan paxta bilan artib qo'yish zarur (borat kislotasi eritmasi, och pushti rangli kaliy permanganat eritmasi, 2 % li natriy gidrokarbonat eritmasi va boshqalarga ho'llangan). Qusuq massalarida, odatda, hazm bo'lmay qolgan ovqat zarralari, aralashgan o't bo'ladi va ulardan achimsiq hid keladi. Qusuqning qahva quyqasidek bo'lib tushishi me'da qonaganini ko'rsatadi, gemoglobinga me'da shirasi ta'sir qilishi tufayli u shunaqa bo'lib tushadi. Qusuq «qahva quyqasi»dek bo'lib tushganida yoki odam qon qusganida tibbiyot hamshirasi tezda shifokorni chaqiradi.

Bemor darhol o'rniga yotqizib qo'yilishi lozim, me'da sohasiga muz solingan yengilgina xalta qo'yib qo'yiladi. Muzi erigan sayin almashtirib turiladi. Bemorga biror narsa yedirish va ichirish, hattoki, dori ichirish mumkin emas. Bunda bemorlarni biror joyga olib borish zarur bo'lsa, zambilga solib olib boriladi va yo'lda barcha ehtiyot choralari rioya qilinadi.

8.5. Umumiy og'riqsizlantirishning asosiy asoratlari

Umumiy og'riqsizlantirish deganda sun'iy vositalarni qo'llash yo'li bilan markaziy nerv sistemasini chuqur tormozlantirish tushuniladi. Bunda es-hush, sezuvchanlikning hamma turlari birin-

ketin yo‘qoladi, skelet muskullari bo‘shashadi va reflekslar so‘nadi. Narkoz vaqtida uzunchoq miya funksiyasi (nafas, tomirlarni harakatlantiruvchi markazlar) saqlanib qoladi. Narkotik moddalar ta‘siri bundan ham kuchaytirilganda, bu markazlar ishining buzilishi odamning o‘limiga sabab bo‘ladi.

Narkoz turlari. Narkotik moddani kiritish yo‘llariga ko‘ra, ingalatsiyali va ingalatsiyasiz umumiy og‘riqsizlantirish farq qilinadi. Ingalatsiyali narkoz deb, narkotik modda nafas yo‘llari orqali yuboriladigan umumiy og‘riqsizlantirish turiga aytiladi. Ingalatsiyasiz narkozlarga vena ichi, to‘g‘ri ichak, teri osti turlari kiradi. Narkotik uyquning chuqurligiga ko‘ra narkoz yuzaki va chuqur bo‘lishi mumkin. Bitta narkotik modda yuboriladimi yoki ularning aralashmasimi, shunga ko‘ra quyidagilar farq qilinadi: bitta modda beriladigan sof narkoz (azot (I) – oksidi, efir, ftoratan va boshqalar). Moddalarning aralashmasi qo‘llaniladigan narkoz – aralash narkoz deyiladi, faqat narkotik moddalar emas, balki ularni yuborish yo‘llari ham kombinatsiya qilinadigan narkoz – kombinatsiyali narkoz, deyiladi. Ko‘pincha narkozning bir turi bazis (asosiy) narkoz sifatida qilinadi, so‘ngra boshqa narkotik modda bilan davom ettiriladi.

Ingalatsiyali narkoz. Narkozning bu turiga turli xil narkotik moddalar (efir, ftoratan, xlor etil va boshqalar) yoki gazlar (azot (I)–oksid, siklopropan va boshqalar)ni nafasga olish (ingalatsiya) yo‘li bilan erishiladi. Ingalatsiya uchun quyidagi moddalar keng qo‘llanilmoqda.

Suyuq narkotiklar. Efir (*aether pro narcosis*) – o‘ziga xos hidi achishtiruvchi ta‘mi bo‘lgan rangsiz tiniq suyuqlik. Oson alanganadi. Efirning havo bilan aralashgan bug‘lari portlashi mumkin. Efirning sifati quyidagi usullar yordamida sinab ko‘riladi:

1. Filtr qog‘ozidan bug‘langandan so‘ng hidi qolmasligi kerak.
2. Oynadan bug‘latilgandan so‘ng nordon reaksiya beradigan cho‘kma qolmasligi kerak (eritilganda ko‘k lakmus qog‘ozni qizartiradi). Zarg‘aldoq rangli shisha flakonlarda 100 ml.dan chiqariladi. O‘tdan uzoqda, yorug‘lik tushmaydigan joyda saqlanadi.

Xloroform (Chloroformium)—tiniq rangsiz suyuqlik. Yorug‘da parchalanadi. Organizmdan, asosan, siydik bilan chiqariladi. Sofligini sinash:

1. Filtr qog‘ozidan bug‘langanda hidi qolmasligi kerak.

2. Ko‘k lakmus qog‘oz botirilganda xloroform uni qizartirmasligi kerak. Zarg‘aldoq rangli shisha flakonlarda 50 ml.dan chiqariladi, salqin joyda saqlanadi.

Ftoratan (Photorotanium) – yoqimli hidga ega bo‘lgan rangsiz suyuqlik. Alangalanmaydi va portlamaydi. Efiridan birmuncha kuchli biroq toksini bor. Bemor 1–2 daqiqa ichida hushidan ketadi, narkotik holat tezda yuz beradi. Ko‘pincha azot (I)–oksid bilan birga qo‘llaniladi. Zarg‘aldoq rangli flakonlarda chiqariladi.

Pentran (Pentran), metoksifluran. Ingalan o‘ziga xos meva hidi keladigan tiniq suyuqlik, alangalanmaydi va portlamaydi. Narkotik faoliyati jihatidan efir va xloroformdan ustunlik qiladi. 0,5–0,8 hajm foizini nafasga olish ro‘yirost analgeziyani keltirib chiqaradi. Narkoz apparatlarining rezina detallariga shimilib qolish va keyin qayta diffuziyalanish xossasiga ega, shunga ko‘ra operatsiya tugashidan 10–20 daqiqa oldin anestetik uzib qo‘yiladi. To‘q rangli zich bekitiladigan idishlarda saqlanadi.

Trixlor etilen (Trichloroethylenum) – trilen, narkogen–rangsiz o‘ziga xos hidli tiniq uchuvchan suyuqlik. Kuchli narkotik ta’siriga ega. 0,4–0,7 % hajm foiz konsentratsiyasida analgeziya hosil qiladi. 2–3 hajm foizi narkotik ta’sir beradi. Qisqa muddatli operatsiyalarda analgeziya uchun qo‘llaniladi. Germetik bekitilgan idishda, yorug‘lik tushmaydigan salqin joyda saqlanadi.

Vineten (Wineten) – tiniq benzin hidini eslatadigan uchuvchan suyuqlik. Kuchli anestetik. Nafasga olinadigan aralashmada 0,2 % konsentratsiyasida analgeziya keltirib chiqaradi. 2–3 hajm foizda yo‘qotadi, 4 hajm foizda narkozning xirurgik bosqichini hosil qiladi. To‘q rangli idishda past haroratda saqlanadi.

Gazsimon narkotiklar. Azot (I)–oksid (Nitrogenium oxydulatum) – shodlantiruvchi gaz. Po‘lat ballonlarda saqlanadi. Yonmaydi, hidi yo‘q. Kislorod bilan aralashmasi, aksariyat 70–80 % li azot (I) va 30–20 % li kislorod hisobidagi aralashmasi ishlatiladi.

Siklopropan (CH) tez yonuvchi gaz. Portlashi mumkin. Ballonlarda saqlanadi va tez ta’sir qiladi. Ko‘pincha boshqa vositalar (azot (I)–oksid, efir) bilan birga qo‘llaniladi.

Ingalatsiyali narkozda yuz beradigan asoratlar va ularning oldini olish. Bu asoratlar ikki guruhga bo‘linadi:

1. Narkoz o‘tkazish vaqtidagi.
2. Narkozdan keyin.

Narkoz vaqtidagi asoratlar narkoz texnikasini noto'g'ri o'tkazish, apparatarning nosozligi, bemor ahvolining og'irligi natijasida sodir bo'lishi mumkin. Bunday hollarda asfiksiya yuz berishi va yurak to'xtab qolishi mumkin:

1. Mexanik sabablar (tilning orqaga ketib qolishi, qusuq massasining tiqilib qolishi va hokazo).

2. Toksinli sabablar (narkotik moddalar dozasini oshirib yuborish).

3. Reflektor sabablar (narkotik modda ta'siri ostida yurak va nafasning to'xtab qolishi).

Yurak to'xtashi, odatda, asfiksiya sababli ro'y beradi. Narkozdan keyingi davrda turli asoratlar sodir bo'lishi mumkin. Nafas a'zolarida yuz beradigan asoratlar (yallig'lanish, atelektaz, bronxitlar) aksariyat efir narkozidan keyin uchraydi. Bu asoratlarni profilaktika qilishda operatsiyadan keyingi davrda bemorlarga faol harakatlar berish (davo badantariyasi, nafas gimnastikasi, balg'am ajratish, erta o'rindan turish), shuningdek, antibiotiklar va sulfanilamidlar qo'llashning ahamiyati katta.

Yurak ishining buzilishi toksinli ta'sir qiladigan siklopropan va efir qo'llanishdan so'ng ko'proq kuzatiladi. O'tkir yurak yetishmovchiligi kuzatilishi mumkin, bu ba'zan o'limga olib keladi.

Profilaktikasi. Yurak dorilari yuboriladi va narkozning bir-muncha mukammal turini qo'llash yo'li bilan narkotik modda kamroq ishlatiladi.

Jigardagi asoratlar aksariyat efir va xloroform qo'llanishdan so'ng paydo bo'ladi va funksional buzilishlar bilan yuzaga chiqadi, ba'zan yog'li distrofiya va o'tkir sariq atrofiya kuzatilishi mumkin. Miorelaksantlar qo'llanib bemorni uyquning past bosqichlarida tutib turish hisobiga narkotik moddalar dozasini kamaytirishdan iborat.

Buyraklarda yuz beradigan asoratlar aksariyat oliguriya va albuminuriya ko'rinishida yuzaga keladi. Siydikning zichligi oshadi, leykotsitlar va eritrotsitlar paydo bo'ladi. Odatda, bu hodisalar tez o'tadi va maxsus davolash usullarini talab etmaydi. Narkoz va operatsiyadan keyingi moddalar almashinuvi, eng ko'p uglevod almashinuvi buziladi, natijada, asidoz rivojlanadi. Asidoz klinik jihatdan bosh og'rishi, ko'ngil aynishi, qusish va uyqusizlik bilan namoyon bo'ladi. Og'ir hollarda ruhiy toliqish yuzaga keladi. Bemor allahlaydi, koma ro'y berishi mumkin. Asidozni aniqlash uchun ishqoriy-kislotali holatni bilish lozim. Shu maqsadda hozirgi vaqtda

«Mikro-Astrup» yoki «AZIV» apparatlaridan foydalaniladi. Asidozga davó qilish uchun natriy bikorbonat, glukóza, insulin bilan birga qo‘llanilmoqda. Organizmning suvsizlanishiga va gipoxlorimiyaga olib keladigan suv-tuz almashinuvining buzilishi ikkinchi asorat hisoblanadi. Suv-tuz almashinuvi buzilganda ajratiladigan siydik miqdori va undagi natriy xlor konsentratsiyasini kuzatib borish lozim. Ko‘p miqdorda suyuqlik, osh tuzi, fiziologik eritma yuborish lozim.

Periferik asablar falaji. Narkoz vaqtida birorta asab o‘zagining mexanik shikastlanishi natijasida va birmuncha kamroq hollarda giyohvand moddaning markaziy asab sistemasiga toksinli ta’siri natijasida sodir bo‘lishi mumkin. Ko‘pincha yelka chigali yoki qo‘lning ayrim asablari (bilak, tirsak, o‘rta asab) falajlanishi kuza-tiladi. Bu narkoz vaqtida qo‘lni yozib qo‘yish yoki asab o‘zagining operatsiya stoli qirrasida bilan suyak o‘rtasida bosilib qolishi tufayli o‘sha asablarning cho‘zilib ketishi natijasida yuz beradi. Falajning yengil darajasi tez tuzaladi. Birmuncha og‘ir falajlanish hollarida esa, maxsus davó olib boriladi: prozerin, dibazol ishlatiladi, elektr muolajalari amalga oshiriladi.

Mahalliy og‘riqsizlantirishning asosiy asoratlari va birinchi yordam ko‘rsatish. Mahalliy og‘riqsizlantirish (anesteziya) deganda, bemorning es-hushi saqlanib qolgani holda operatsiya maydoni sohasidagina og‘riq sezuvchanlikni yo‘qotish tushuniladi. Hozirgi vaqtda jarrohlik amaliyotida mahalliy og‘riqsizlantirishning quyidagi turlari farq qilinadi:

1. Dori surtib anesteziya qilish.
2. Infiltratsiyali anesteziya.
3. Futlar (niqob) anesteziya.
4. Regionar anesteziya.
5. Vena ichi va arteriya ichi anesteziyasi.
6. Suyak ichi anesteziyasi.
7. Sovitish bilan anesteziya qilish.
8. Peridural anesteziya.
9. Orqa miya anesteziyasi.

Mahalliy anesteziya amaliy va xavfsizligi jihatidan keng qo‘llaniladigan usuldir. Og‘riqsizlantirishning bu turi kichik operatsiyalarda (appendektomiya, churrani kesish va hokazo) qo‘llaniladi, biroq, yetarlicha malaka bo‘lganda, mahalliy anesteziya bilan katta operatsiyalarni ham bajarish mumkin. Operatsiyalarning

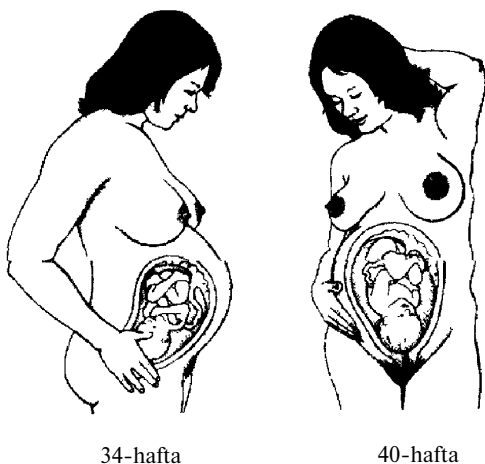
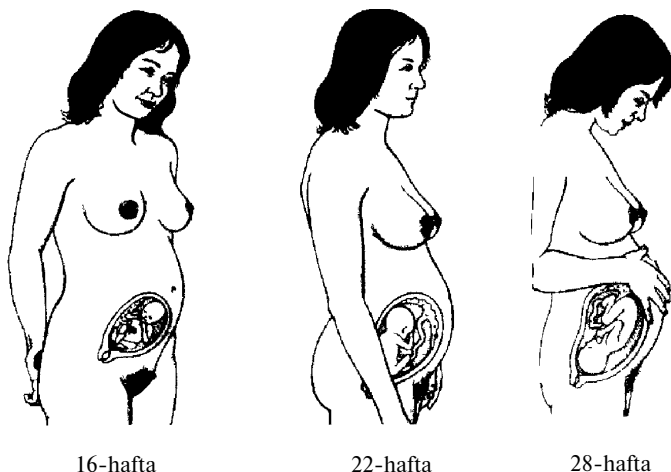
qariyb 80 % mahalliy og'riqsizlantirish usulida bajariladi. Mahalliy anesteziya uchun nisbatan xavfsiz va kam toksinli novakain keng qo'llaniladi. Novakain 0,25–0,5 % eritma holida va kamroq hollarda o'tkazuvchi yo'llar anesteziyasi uchun birmuncha yuqori konsentratsiyada (1–2 % li eritmasi) ishlatiladi. Steril eritmasi operatsiyadan oldingi xonada saqlanadi. Novokain eritmasi solingan flakonga «Novokain eritmasi» deb yozilgan etiketka yopishtirilishi, bunda konsentratsiyasi va tayyorlangan vaqti ko'rsatiladi. Novokaindan foydalanishda operatsiya hamshirasi va shifokor etiketkani, albatta, tekshirib, uning boshqa modda emas, balki novokain ekanligiga ishonch hosil qilishlari kerak. Mahalliy anesteziya uchun shprislar, ignalar va novokain uchun idish zarur bo'ladi. Shpris va ignalarni distillangan suvda boshqa asboblardan alohida sterillash lozim, chunki hamma asboblari sterilizatsiya qilinadigan soda eritmasi novokainni inaktivatsiya qiladi. Mahalliy anesteziyaning asoratlari juda kamdan kam ro'y beradi. Novokainga sezuvchanligi yuqori bo'lgan ayrim bemorlarda novokaindan zaharlanishning klinik manzarasi namoyon bo'ladi: boshi aylanadi, holsizlanadi, ko'ngli ayniydi, teri va burundagi shilliq pardalar bo'zaradi, tomir urishi tez, to'liqligi sust bo'ladi.

Birinchi yordam. Tegishli klinik manzara paydo bo'lganda anesteziyani to'xtatish, 1–2 ml 20 % kofein eritmasi, 1 ml 1 % li dimedrol eritmasini ineksiya qilish zarur. Barbiturat kislotasi preparatlaridan: 5–10 ml 2 % li teopental-natriy eritmasini venaga yuborish yoki 2–3 ml 10 % li barbital natriy eritmasi yoki 0,1 gr lyuminal ichirish yoki 5–10 ml 5 % li etaminal-natriy eritmasini venaga yuborish maqsadga muvofiq. Kislorodli ingalatsiyalar buyurish muhimdir.

Mahalliy anesteziya, blokadalar o'tkazishda tibbiyot hamshirasi bevosita shifokorga ko'maklashadi. U bemorga anestetiklar olishi mumkin emasligini aniqlash maqsadida sinamalar qo'yishi va natijasini shifokorga bildirishi lozim. U aytilgan anestetiklarni: shpris, igna, spirt, paxta va boshqalarni, anesteziyani bajarish uchun tayyorlashi, anestetiklarni blokadalarda tana haroratigacha isitishi kerak. Asoratlarning oldini olish maqsadida kerakli dorilar: kofein, lobelin, yurak va o'pka faoliyatini yaxshilovchi dorilarni tayyorlab qo'yish kerak.

Tug'uruq biomexanizmi haqida tushuncha. Tug'uruq fiziologik protsess bo'lib, unda homila va yo'ldosh bachadon bo'shlig'idan tug'uruq yo'llari orqali haydalib chiqadi. Fiziologik tug'uruq

akusherlar hisobida (63-rasm) 9 oy (280 kun yoki 40 hafta) davom etadigan homiladorlikdan keyin ro‘y beradi, shu vaqtga kelib homila yetiladi va yorug‘ dunyoga yashashga to‘la qodir bo‘lib tug‘iladi.



63-rasm. Homiladorlik haftalari.

Homila kichik chanoqdan va tug‘uruq yo‘llarining yumshoq qismlaridan o‘tayotganda bajaradigan harakatlarning yig‘indisi – *tug‘uruq biomexanizmi*, deb ataladi.

Tug‘uruq boshlanishining asosiy sabablari va belgilari. Tug‘uruqning boshlanish sababi – homiladorlik oxirida platsentaning qarishi va ona bilan homila o‘rtasidagi aloqaning uzilishi, homiladorlik

oxiriga yaqin bachadonning nihoyatda cho'zilishi, ona organizmida anafilaktik reaksiyalar tipida ta'sir etuvchi maxsus moddalar hosil bo'lishidan iborat, deb tushuntirishga urinib ko'rishdi. Shu masalada ilgari bayon qilingan ko'p taxminlar ilmiy jihatdan asoslangan emas. Tug'uruqning boshlanish sabablari murakkab bo'lib, hali yetarlicha aniqlangan emas. Ammo homiladorlik oxiriga yaqin ayol organizmida ko'pgina o'zgarishlar ro'y berishi, shuning natijasida tug'uruq boshlanishi, so'nggi vaqtda tekshirishlarda aniqlandi.

Homiladorlik oxiriga yaqin bosh miya po'stlog'ining qo'zg'aluvchanligi ancha pasayib, orqa miyaninig qo'zg'aluvchanligi oshadi, bachadondagi asab elementlari muskullarining qo'zg'aluvchanligi kuchayadi. Homilador ayol organizmidan ham, tashqi muhitdan ham bo'ladigan har xil mexanik, kimyoviy va boshqa ta'sirotlarga bachadon tobora kuchliroq reaksiya ko'rsata boshlaydi. Homiladorlikning so'nggi oylarida homilaninig o'sishi, qog'onoq suvining to'planish holatidan tezroq boradi; homila qismlari bachadon devorlariga homiladorlikning dastlabki oylaridagiga nisbatan yaqinroq joylashadi. Homilaning oldinda yotgan qismi pastga tushgach, bachadon pastki segmentining devorida va bachadon atrofidagi (parametral) kletchatkada ichki teshik ro'parasida yotgan asab chigallariga ta'sir etadi.

Homiladorlik oxirida ayol organizmida kimyoviy moddalar ko'proq ishlanib chiqadi. Bu moddalar bachadonning asab elementlariga ta'sir etib, uning tonusini va qisqaruvchanligini oshiradi. Homiladorlikning so'nggi oylarida, ayniqsa, tug'uruqqa yaqin esterogenlar ortiqroq hosil bo'ladi, bular bachadonning tonusini va uni qisqartiradigan moddalarga sezuvchanligini oshiradi. Bachadonning qisqaruvchanligini susaytiradigan progesteron kamayadi. Bachadon qo'zg'aluvchanligi oshgan bir sharoitda gipofizning orqa bo'lagidan chiqqan gormon – oksitotsin ayniqsa, kuchli ta'sir etadi. Homiladorlik oxiriga yaqin bu gormon ko'proq ishlanib chiqadi. Oksitotsin bachadonning qisqaruvchanligini kuchaytiradigan chora sifatida yaxshi ma'lum.

Homiladorlik oxirida asetilxolin va biologik jihatdan faol boshqa moddalar ko'proq hosil bo'ladi. Bular bachadonning qisqaruvchanligini kuchaytiradi va saqlab turadi. Qonda va bachadon muskullarida kalsiy ko'payganligi ham bachadonning harakat funksiyasini kuchaytiradi. Bachadonning qisqaruvchanligini susaytiradigan magniy tuzlari tug'uruqdan oldin kamayadi. Bachadonning qo'zg'aluvchanligi va qisqaruvchanligi homiladorlik

oxirida kuchayadi, buning sababi shuki, bachadon muskullarida qisqartiruvchi oqsil, glikogen, fosfokreatinin, glutation va boshqa moddalar to'planadi. Shu tariqa, homiladorlik oxiriga yaqin, bir tomondan bachadon qo'zg'aluvchanligi oshadi, ikkinchi tomondan bachadonning asab elementlariga ta'sir etuvchi mexanik va kimyoviy ta'sirlovchilar ko'payadi (homilaning qimirlashi, boshining pastga tushishi, pituitrin, asetilxolin va boshqa moddalarning ortiqroq chiqishi).

Prostoglandinlar, kininlar va boshqa biologik faol moddalar bachadonning qisqartiruvchi faoliyatiga ta'sir qiladi. Bachadon qo'zg'aluvchanligi va ta'sirlovchilar kuchi muayyan chegaraga yetgach, muntazam tug'uruq faoliyati boshlanadi. Tug'uruq refleksi yo'l bilan boshlanadigan va asab sistemasi tomonidan idora etiladigan murakkab jarayondir. Bachadon har gal qisqarganda nerv elementlari ta'sirlanadi; ayni vaqtda asab oxirlaridan biologik faol moddalar (asetilxolin, simpaten) ajralib chiqadi, bular esa, bachadonning yangidan qisqarishiga yordam beradi. Tug'uruq oxirigacha shunday jarayonlar sodir bo'lib turadi.

Tug'uruqning boshlanish belgilari. Tug'uruq xabarchilari (belgilari) degan bir qancha belgilariga qarab, tug'uruq yaqinlashganini bilsa bo'ladi. Bu quyidagilardan iborat:

1. Homiladorlik oxirida (odatda, tug'uruqqa 2–3 hafta qolganda) bachadon tubi pastga tushadi, shu munosabat bilan diafragmaning qisilishi barham topadi, ayol nafas olishi oson bo'lib qolganini qayd qiladi.

2. Homilaning oldinda yotgan qismi pastga tushadi; birinchi marta homilador bo'lgan ayollarda homila boshi chanoq og'ziga zich taqalib turadi yoki hatto unga kichik segmenti bilan suqiladi.

3. Tug'uruqqa bir kun qolganida bachadon bo'yni «yetilganligi»ning belgilari yaxshi bilinib turadi: bachadon bo'yni chanoq o'qi bo'ylab joylashgan, juda yumshagan, sal kalta tortgan bo'ladi, ilgari tuqqan ayollarda servikal kanaldan barmoq o'tadigan bo'lib qoladi. Tug'uruq vaqtida yana kalta tortib tekislanadi (va og'zi ochiladi).

4. Tug'uruqdan oldin ko'pincha bachadon bo'yni bezlarining cho'ziluvchan shilimshiq sekretini qindan chiqadi.

5. Homiladorlik oxirida ko'p ayollar bachadon qisqarishlarini seza boshlaydilar, bu qisqarishlar tug'uruqdan oldin dumg'aza sohasidagi va qorinning pastki qismidagi tortuvchi og'riqlar tusini oladi.

6. Ayol vazni tez-tez tortib ko'rsa, tug'uruqdan oldin bir qadar kamayganini aniqlasa bo'ladi, bu organizmdan ko'p suv chiqayotganiga bog'liq. Bachadonning nomuntazam qisqarishlari va bachadon bo'yni shilimshig'ining (shilimshiq probkasining) qindan chiqishi tug'uruqning eng yaqqol xabarchilari hisoblanadi.

Bachadon muskullarining muntazam qisqarishlari (dard tutishi) tug'uruq boshlanganligini bildiradi. Tug'uruq boshlanganda har 10–15 daqiqada dard tutib turadi, keyinchalik esa, tobora tez-tez va qattiq dard tutadi. Tug'uruq faoliyati boshlanganini bildiruvchi ikkinchi belgi – bachadon bo'ynining sekin-asta tekislanishi. Ayolni dard tuta boshlaganidan tortib, to tug'uruq tamom bo'lguncha tug'uvchi ayol, deb ataladi.

Tug'uruqning haydovchi kuchlari (dard va to'lg'oq tutishi)

Tug'uruqning haydovchi kuchlariga:

1. Bachadon muskullarining vaqt-bevaqt takrorlanuvchan qisqarishlari, dard tutishi.

2. Dard tutishiga qo'shiladigan qorin pressining ritm bilan qisqarishi to'lg'oq kiradi.

Dard tutishi. Bachadon qisqarishlari (dard tutishi) tug'uruqning asosiy haydovchi kuchi hisoblanadi. Dard tutishi tufayli bachadon bo'yni ochiladi (bachadon bo'ynini ochuvchi dard tutishi), shu tariqa, homila va yo'ldoshning bachadon bo'shlig'idan itarilib chiqishiga yo'l ochiladi. Dard tutishi natijasida homila bachadondan haydab chiqiladi (haydovchi dard). Bachadon bo'yni ochilgach, dard tutishiga to'lg'oq tutishi ham qo'shiladi. Homilaning haydolib chiqish jarayoni tug'uruqning ikkala kuchi (dard va to'lg'oq) bir vaqtda ta'sir etganligi natijasidir. Dard tutganda platsenta bachadon devorlaridan ko'chib haydolib tushadi. Nihoyat tug'uruqdan keyin bir necha vaqtgacha bachadon ritm bilan qisqarib turadi (chillada dard tutishi). Dard ixtiyordan tashqarida tutadi, tug'uvchi ayol dard tutishini o'z istagi bilan boshqara olmaydi.

Dard vaqt-bevaqt ma'lum daqiqalardan keyin tutadi, dard tutishlar o'rtasida o'tadigan vaqt tanaffus, deb ataladi. Bachadon qisqarishi, odatda, og'riqli bo'ladi, lekin turli ayollar bu og'riqni turli darajada sezadi. Tug'uruq boshlanganda har bir dard tutishi 10–15 sekund davom etadi, tug'uruq oxiriga yaqin o'rta hisob bilan bir daqiqaga cho'ziladi. Tug'uruq boshlarida dard tutishlar

o'rtasidagi uzilishlar 15–20 daqiqa davom etib, keyin qisqaradi, homilaninig tug'ilish davri oxiriga yaqin har 2–3 daqiqada va hatto undan ham tezroq dard tutib turadi.

To'lg'oq. Tug'uruqning haydovchi kuchlaridan ikkinchisi — to'lg'oq qorin pressi va diafragma ko'ndalang targ'il muskullarining qisqarishidan iborat. Bachadon bo'yni, parametral kletchatka va chanoq tubining muskullaridagi asab elementlariga homilaning oldinda yotgan qismi ta'sir etishi natijasida refleks yo'li bilan to'lg'oq tutadi. To'lg'oq ixtiyordan tashqari tutadi, ammo tug'uvchi ayol to'lg'oqni ma'lum darajada boshqara oladi. Tug'uvchi ayol to'lg'oqni doyaning iltimosi bilan kuchaytiradi yoki kamaytiradi. To'lg'oq vaqtida qorin ichidagi bosim ko'tariladi. Ayni vaqtda bachadon ichidagi bosimning ko'tarilishi (dard tutishi) va qorin ichidagi bosimning ko'tarilishi (to'lg'oq) shunga olib keladiki, bachadon ichidagi homila va yo'ldosh qarshilik kam tomonga, ya'ni kichik chanoq tomonga intiladi.

Tug'uruq davrlari. Tug'uruq uch davrga bo'linadi:

1. Bachadon bo'ynining ochilish davri.
2. Homilaning tug'ilish davri.
3. Yo'ldosh tushish davri.

Bachadon bo'ynining ochilish davri dastlabki muntazam dard tutishi (ushoq dard)dan boshlanib, pirovardida bachadon bo'ynining tashqi teshigi to'la ochiladi. Homilaning tug'ilish davri bachadon bo'yni tashqi teshigining to'la ochilgan paytidan boshlanib, pirovardida homila tug'iladi. Yo'ldosh tushish davri bola tug'ilgan paytdan boshlanib yo'ldosh tushishi bilan tugaydi.

Bachadon bo'ynining ochilish davri. Bachadon bo'ynining ochilish davri muntazam tug'uruq faoliyati tug'uruq dardlari tutishi bilan boshlanadi va bachadon bo'yni teshigining to'la ochilishi bilan tugallanadi. Birinchi marta va takror tug'ayotgan ayollarda bu jarayon har xil o'tadi. Birinchi marta tug'ayotgan ayollarda oldinga bachadon bo'yni tekislanib, keyin tashqi teshigi ochiladi, takror tug'ayotgan ayollarda bu protsess bir yo'la o'tadi. Bachadon bo'ynining ochilishiga dardlardan tashqari homilaninig pufagi ham ishtirok etadi. Homilaninig oldinda yotgan qismi kichik chanoq og'ziga tushib, uning pastki segmentini har tomondan zich o'rab tegish belbog'ini hosil qiladi.

Tegish belbog'i qog'onoq suvlarini ikkiga ajratadi — oldingi va orqa qog'onoq suviga tegish belbog'idan yuqoridagi suv orqa suv,

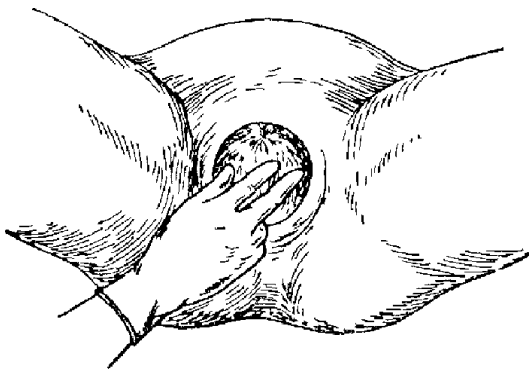
pastdagisi esa, oldingi suv deyiladi. Oldingi qog‘onoq suvlari 200–300 ml, orqa qog‘onoq suvlari 1000 ml.dan oshmaydi. Dard tutgan vaqtda, homila pufagi taranglashadi. Dard tugashi bilan homila pufagining tarangligi kamayadi. Bachadon bo‘yni teshigi to‘la ochilganida homila pufagi ham taranglashib yoriladi va oldingi qog‘onoq suvlari chiqib ketadi.

Orqa qog‘onoq suvi homila tug‘ilishi bilan birga ketadi. Qog‘onoq suvlarining bachadon teshigi to‘la ochilganidagi ketishi vaqtida ketish, deb ataladi. To‘la ochilmasdan ketishi vaqtdan ilgari erta ketish, deyiladi. Qog‘onoq suvlari muntazam tug‘uruq faoliyati boshlanishga qadar ketib qolsa, vaqtdan ilgari ketish, deyiladi.

Homilaning tug‘ilish davri. Tug‘uruqning ikkinchi davri bachadon bo‘yni teshigi to‘la ochilgandan boshlanib, homila tug‘ilishi bilan tugallanadi. To‘lg‘oqlar orasidagi tanaffuslar paytida oldinda yotgan qismi jinsiy yoriqdan ko‘rinib qoladi. To‘lg‘oq vaqtida oldinda yotgan qismning jinsiy yoriqdan ko‘rinib, tanaffuslar vaqtida yo‘qolishi suqilib kirishi, deyiladi. Uzilishlar vaqtida oldinda yotgan qismning ko‘zdan yo‘qolmasligi yorib chiqishi, deyiladi. Homilaning tug‘ilish davri birinchi marta tug‘ayotgan ayollarda 1 soatdan 2 soatgacha, takror tug‘ayotgan ayollarda 20 daqiqadan 1 soatgacha davom etadi.

Tug‘uruq biomexanizmi. Ensa oldinda yotishining oldingi turida ko‘riladigan tug‘uruq mexanizmi normal hisoblanadi. Tug‘uruq mexanizmining to‘rt holati bilan tafovut qilinadi (64, 65, 66, 67-rasmlar):

1. *Birinchisi* – homila boshining bukilishi.
2. *Ikkinchisi* – homila boshining ichki burilishi.
3. *Uchinchisi* – homila boshining yozilib rostlanishi. Tug‘ilishida



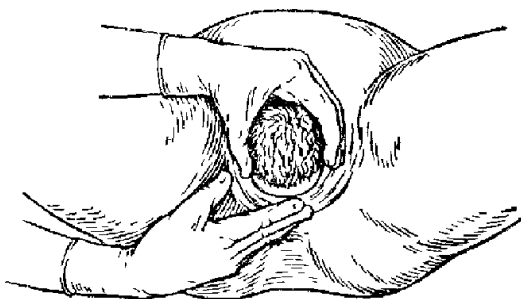
64-rasm. Oraliqni himoya qilish.

bosh qaysi tayanch nuqtasi atrofida bo‘ladigan bo‘lsa shu nuqta fiksatsiya nuqtasi, deb ataladi. Ensa oldinda yotishining oldingi turida ensa osti chuqurchasi fiksatsiya nuqtasi bo‘ladi.

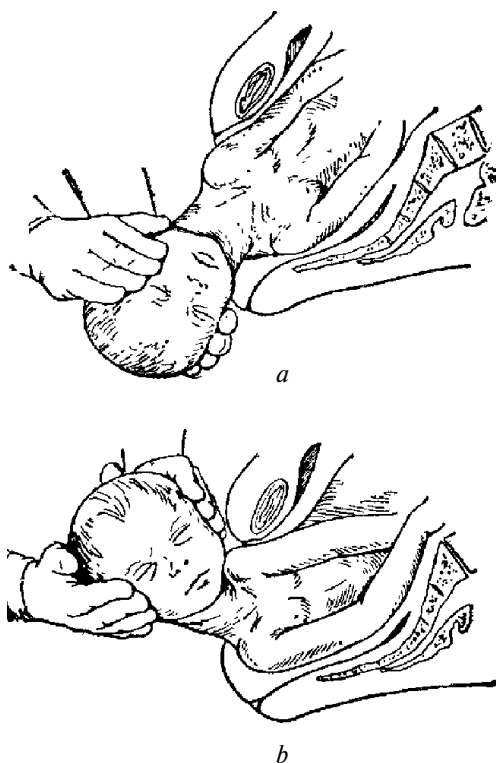
4. *To‘rtinchisi* – yelkalarining ichki burilishi va boshning tashqi buri-

lishi. Yelkalarining ichki burilish vaqtida boshning tashqi burilishi bo‘lib o‘tadi. Homila yuzi pozitsiyasiga qarab onasining soni tomoniga birinchi pozitsiyada o‘ng soniga, ikkinchi pozitsiyada chap soniga qarab buriladi.

Yo‘ldosh tushish davri.
Tug‘uruqning uchinchi



65-rasm. Homila boshini chiqarish.



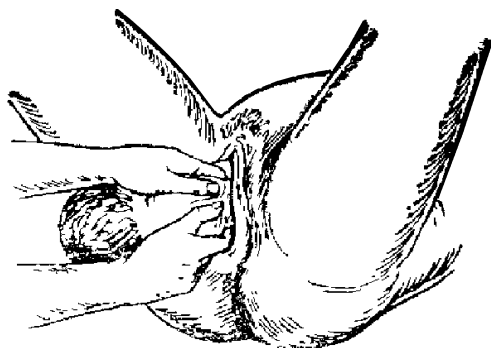
66-rasm. Homila yelkalarini chiqarish:
a—oldingi yelkasini chiqarishda qo‘l amali; chiqqan bosh orqaga tortilganda, oldingi yelka chov ravog‘ining ostiga keladi; *b*—orqadagi yelkani chiqarishda qo‘l amali; homila boshi oldinga tomon ko‘tarilganda orqadagi yelka oraliq ustidan sirpanib chiqadi.

davri — yo‘ldosh tushadigan davr. Bu davr homila tug‘ilgan paytdan boshlanadi va yo‘ldosh tushishi bilan tugallanadi. Yo‘ldosh, platsenta, qog‘onoq pardalari va kindikdan iborat. Yo‘ldosh tushish davrida dard tutishi natijasida platsenta va qog‘onoq pardalari bachadon devorlaridan ajralib, yo‘ldosh tug‘iladi. Platsentaning bachadon devorlaridan ajralishi ikki usulda bo‘ladi:

- platsentaning markazdan ajralishi;
- platsentaning chetidan ajralishi.

Platsenta markazdan ajralganda, bachadon platsentalar tomirlardan qo‘yilgan qon platsenta bilan bachadon devori orasida to‘planib, bachadon orqasi gematomasini hosil qiladi.

Platsentaning chetdan ajralishi periferik qismlar-



67-rasm. Homilaning tanasini chiqarish.

orta patologik holat deyiladi. Yoʻldosh tushish davri 5–10 daqiqadan 2 soatgacha davom etadi.

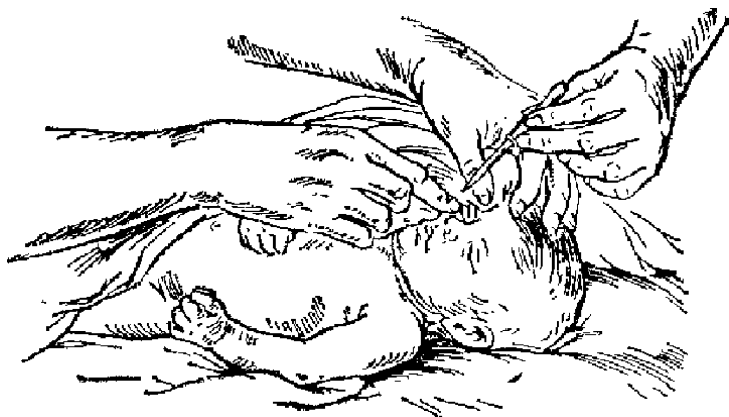
Tugʻuruqqa yordam berish. Tugʻuruqlar statsionarlarda oʻtkaziladi, ularga yuqori malakali shifokorlar, doylar va tibbiyot hamshirasi yordam koʻrsatadi. Ayollarni tekshirib koʻrib, homiladorlik tugʻuruqning oʻtishidagi xususiyatlarini aniqlaydi. Doyalik taktikasini belgilab oladi. Tibbiyot hamshiralari shifokorning faol yordamchilari hisoblanadi. Ular tugʻuruq va ilk chilla davrida doimiy kuzatuv olib borishni taʼminlaydi. Tugʻuruqni qabul qiladi, tugʻuruqning ona va homila uchun sogʻ-salamat oʻtishiga, ayollarni xotin-qizlar maslahatxonasiga qatnashishini tashkil qiladi.

Bachadon boʻynining ochilish davrini boshqarish. Tugʻuruqning birinchi davrini boshqarishda tibbiyot hamshirasining vazifalari: deontologiya qoidalariga rioya qilish, qin orqali ikki qoʻllab tekshirish, homilaning yurak urishini eshitish, qovuq ichak funksiyasiga eʼtibor berish, homilaning oldinda yotgan qismini, harakatini nazorat qilish, dardning davomiyligini kuzatib borish, koʻtarilib borayotgan infeksiyaning oldini olishdir. Tugʻuruqni boshqarishda tibbiyot hamshirasining yordami quyidagilardan iborat: oraliqni himoya qilish, chiqib kelayotgan homila boshini yurishini idora etish, homila boshini chiqarib olish, yelka kamarini chiqarib olish, homila gavdasini chiqarib olish.

Ayolni tugʻuruq tugagan paytdan boshlab tugʻuvchi ayol, deb emas, balki tuqqan (koʻzi yorigan) ayol, deb atashadi.

Yangi tugʻilgan bolani birinchi marta tozalash. Yangi tugʻilgan bola steril doka bilan artiladi, soʻngra ogʻiz-burni bir parcha steril paxta bilan shilimshiqdan tozalanadi va onasininig bukilgan kerilgan oyoqlari orasidagi iliq steril yoʻrgakka oʻrab qoʻyiladi. Kindik tarang

bo‘lmasligi kerak. Hozirgi paytda gonoblennoreyaning oldini olish maqsadida 30 % li sulfatsil-natriy (albutsid) ishlatilayapti (68-rasm). Homila tug‘ilgan zamoni uning qovoq teri qoplamlaridan steril paxta shariklar bilan tug‘uruq shilimshiqllari



68-rasm. Yangi tug‘ilgan chaqaloqning ko‘ziga dori tomizish.

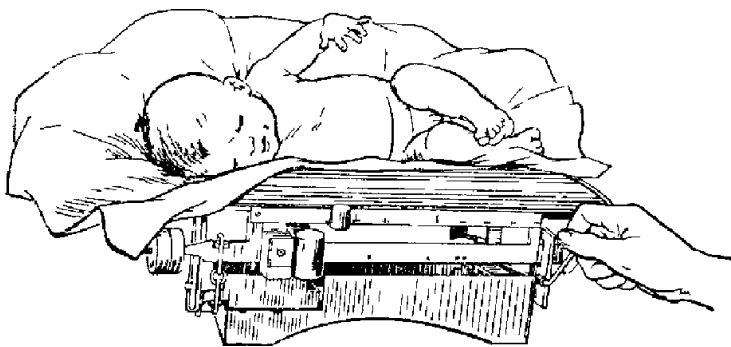
(smazka) va shilliqlar (sliz) olinadi. Shundan keyin bolaning quyi qovog‘ini astagina pastga tortib turib, konyunktiva qopchasiga sulfatsil natriy eritmasidan steril pipetka yordamida bir tomchi tomiziladi. 30 % li sulfatsilning natriy eritmasini bola konyunktivasiga ikkinchi marta u tug‘ilgandan 2 soat o‘tgach, tomiziladi. Bordi-yu, biror sababga ko‘ra, sulfatsil natriy eritmasi bo‘lmay qolsa, u holda yangi tayyorlangan penitsillin eritmasidan foydalanish mumkin (penitsillinning 25000 birligi 1 ml fiziologik eritmada eritiladi). Homila tug‘ilgach, 2–3 daqiqadan keyin kindik tomirlarning urishi (pulsatsiyasi) to‘xtaydi, kindik shundan keyin bog‘lanadi. Kindik tomirlari urib turganda homilaning tomirlar sistemasiga kindik venasi orqali platsentadan 2–3 daqiqada 50–100 ml qon kiradi. Pulsatsiya to‘xtagach, kindik qat‘iy aseptika sharoitida qirqiladi va bog‘lanadi.

Bolani sovqottirib qo‘ymaslik uchun kindikning bola tomondagi uchi steril yo‘rgak yozilgan va grelka elektr reflektor bilan isitilgan yo‘rgaklash stolchasida tozalanadi. Kindik spirtga ho‘llangan steril paxta sharcha bilan artiladi va ikkita Koxer qisqichi orasiga olinadi. Bir qisqich kindik halqasidan 8–10 sm masofaga, ikkinchisi pichcha yuqoriga qo‘yiladi. Kindikning qisqichlar orasidagi qismi tumtoq qaychida qirqiladi. Kindikning ona tomondagi uchi jinsiy

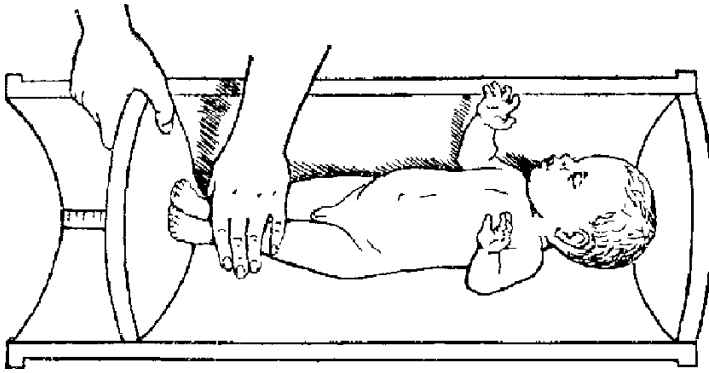
yoriq oldidan tasma yoki ipak bilan bog‘lanadi va doka salfetskaga o‘raladi.

Hozirgi paytda kindik qoldig‘iga metall halqacha kiydirib qo‘yishni afzal ko‘rishmoqda. Metall halqacha quyidagicha kiydiriladi: kindikda tomir urishi to‘xtagach, ikkita qisqich: birini kindik halqasidan 10 sm naridan, ikkinchisini undan 2 sm keyin qo‘yiladi. Har ikki qisqich o‘rtasini yodning 5 % li spirtidagi eritmasi bilan artiladi va shu yerdan kesiladi. Shundan keyin chaqaloqni yo‘rgaklash stoliga olib, doya ikkinchi marta qo‘lini yuvadi va yuqumsizlantiradi, steril doka salfetka bilan kindik qoldig‘ini artadi, ko‘rsatkich barmog‘i bilan katta barmog‘i orasiga olib asta-sekin siqadi. So‘ng maxsus qisqich bilan metall halqacha (rogovinnik)ni olib, unga kindik qoldig‘i kiritiladi. Bunda halqachaning pastki cheti kindik tubidan 0,5–0,7 sm yuqorida turishi kerak, qisqichni halqaga «shiq» etib tutashgandan keyin ajratib olinadi. Halqacha kiydirib qo‘yilgan kindik qoldig‘i ochiq qoldiriladi va qunt bilan parvarish qilib turiladi; spirtidagi 2 % li borat kislotasi eritmasiga ho‘llangan steril doka salfetka bilan har kuni artiladi.

Yangi tug‘ilgan bola tozalanib bo‘lgandan keyin tarozida tortiladi, bo‘yi o‘lchanadi, boshi va yelkalarining o‘lchamlari aniqlanadi, qo‘liga steril kleynokadan bilaguzuk taqiladi (69–70-rasmlar). Bilaguzukka onaning familiyasi, ismi va otasining ismi, tug‘uruq tarixining nomeri, bolaning jinsi, vazni, bo‘yi, tug‘ilgan vaqti oldindan siyohda yozib qo‘yiladi, so‘ngra bolaga steril iliq yo‘rgak bilan yo‘rgaklanadi va adyolga o‘raladi, 2 soat bola kuzatib turiladi.



69-rasm. Yangi tug‘ilgan bolaning vaznini o‘lchash.



70-rasm. Yangi tugʻilgan bolaning boʻyini oʻlchash.

Ogʻir oʻtkir respirator kasalligi (atipik pnevmoniya)ning klinikasi va davosi. Kasallikning yashirin davri 3–10 kunga teng. Kasallik asosan holsizlanish, qaltirash, terlash, bosh ogʻrigʻi, mushaklar ogʻrigʻi, tomoq qichishi va achishishi, quruq yoʻtal, tana haroratini beqaror koʻtarilishi 38–39°C gacha, kam hollarda diareya, koʻngil aynishi, bir-ikki marta ozroq qusishdan boshlanadi.

Keyinchalik bir necha kun koʻrsatilgan simptomlar oʻzgarmasdan qolishi, ahvoli birmuncha yaxshilanishi mumkin; tana harorati normallashgan, ahvoli biroz yaxshilangan.

Kasallikning avj olish davrida esa, tana harorati juda yuqori, holsizlik, bosh ogʻrigʻi kuchayadi. Kasalga xuddi havo yetishmayotgandek tuyuladi, nafas olishi tez, qiyinlik bilan nafas oladi, kasal besaranjom boʻlib, yurak qisishi va yuragi tez urishidan shikoyat qiladi. Obyektiv tekshirganda kasallik boshlanish davrida halqum orqa devori va tanglay shilliq qavatlari qizarishi (giperemiya) kuzatiladi.

Kasallik avj olish davrida esa, birinchi navbatda oʻpkalar zararlanadi, bunda koʻkrak qafasining pastki-yon va orqa boʻlimi perkussiya qilinganda, perkutor tovush boʻgʻiq (притупление), eshitib koʻrilganda (auskultatsiya) oʻpkada mayda pufakchali xirillashlar va shitirlaydigan (krepitatsiya) eshitiladi.

Kislorod yetishmasligi (gipoksiya) natijasida burun-lab uchburchagi sohasida sianoz, yurak qisqarishlarining tezlashishi, yurak tonlari boʻgʻiq, qon bosimi tushishi mumkin. Kasallar, asosan, oʻpka yurak yetishmovchiligi oʻsishidan oʻladi. Bemorlarni 50 % gospitalizatsiya qilishni talab qiladi, 10–15 % oʻpkani sunʼiy

ventilatsiya qilishga muhtoj bo'lishadi, o'rtacha o'lim 4 % ni tashkil qiladi.

Rentgenologik tekshirishda ba'zi bemorlarda kasallik avj olgan davrlarda o'pkaning zararlangan joyiga yarasha, har xil tusli infiltratlar o'pkaning periferik bo'limida ko'rinadi. Kasallik zo'rayganda infiltrat kattalashib, kengayadi va ikki tarafdin qoplab oladi. Bu kasallik uchun limfa tugunlarini zararlash, butun o'pka to'qimasini to'plevra bo'shlig'igacha yallig'lantirish xarakterli emas.

Qonni tekshirganda: leykopeniya, limfopeniya, neyrofillar sonining birmuncha oshishi, trombositopeniya, laktatdegidrogenozlar, asparagin, alanin transaminazalar, kreatininfosfokinazlarning aktivligi oshganligi, qon zardobida natriy konsentrat-siyasi kamayganligi aniqlanadi.

Qonda kislorod bosimi, to'yinishi kamayadi va o'pka to'qimasining zararlanishi kuchayadi.

Tashxis qo'yish uchun, eng avvalo, epidemiologik anamnez muhim o'rin tutadi. Bemordan Osiyoning Janubi-sharqiy qismida zararlangan tumanlarda bo'lganligi, kasallar bilan muloqotda bo'lganmi-yo'qligi so'rab-surishtiriladi.

Agar tekshirish paytida bemorda biror shubhali belgilar aniqlansa, bemor alohida boks palatada yotqiziladi. Kasalga xizmat qilayotgan tibbiyot xodimi esa, albatta, ehtiyot himoya choralarini ko'rish lozim: himoya niqobi, ko'zoynak, qo'lqoplar kiyishi, qo'llarni dezinfeksiyalovchi moddalar bilan yuvib tozalash kerak bo'ladi.

Davosi: ko'pgina tekshiruvchilar kasallik o'choqlarida quyidagi dorilarni qo'llashni taklif qilishmoqda:

- *ribavirin* (virazol, ribamidil) Ushbu dorini qo'llashda moneliklar: homiladorlarga, chaqaloqlarga, buyrak yetishmovchiligi bo'lgan kasallarda, gemostazning dekompenzion buzilishlarida, o'tkir immunotanqis holatidagi kishilarga buyurish mumkin emas. Ribavirin preparati bemorga 8–12 mg/kg har 8 soatda 7–10 kun buyuriladi. Agar noxush holat 4 kundan keyin kuzatilsa, ribavirin 5–6 mg/kg. gacha kamaytiriladi.

Kasallikning o'tkir davri, kasallik og'ir kechganida ribavirin vena ichiga yuboriladi, kasalni sog'ayish davrida esa, tabletkalar ichishga buyuriladi.

Boshqa virusga qarshi dorilar (oseltamivir, gansiklovir) alohida hollarda qo'llanilganda ham ularning samarasi (effekti) shubhali, bundan tashqari alfa-interferon (reaferon, intron)ni parenteral

yuborish maqsadga muvofiq. Interferon induktorlari orasida atoqli preparatlar—sikloferon, amiksinni qo‘llash mumkin.

Kasalga patogenetik terapiya sifatida kortikosteroidlar ham buyuriladi. Prednizalon 1 mg/kg tabletka holda yoki gidrokortizon vena ichiga 4 mg/kg har 8 soatda bir hafta davomida qo‘llaniladi. Aksari juda og‘ir hollarda, shok holatlarida metilprednizalon 10 mg/kg sutkasiga bir marta, 2 kun davomida, keyingi kunlarda gidrokortizon terapiyasi jadval asosida beriladi.

Dezintoksikasiya maqsadida kristalloid eritmalar, immuno-globulinlar vena ichiga sekin tomchilab yuboriladi. Og‘ir holatlarda o‘pkani sun‘iy ventilatsiya qilish, biroz yengil paytlarda surfaktant preparatlarini ingalatsiya yo‘li bilan kiritish zarur bo‘ladi.

Shu maqsadda biosurf preparati qo‘llanilmoqda. Xitoylik shifokorlar aspirinning noxush ta‘sirini o‘rganib, haroratni tushirish uchun agar harorat 38,5°C dan past bo‘lsa, aspirin qabul qilmaslikni maslahat berishyapti. Infuzion terapiya o‘tkazilganda siydik ajralishni yaxshilash maqsadida, ayniqsa, o‘pka shishuvida diuretiklarni buyurish maqsadga muvofiq bo‘ladi. Antibiotiklar virusga qarshi (atipik pnevmoniyaga) ta‘sir ko‘rsatmaydi, ammo ikkilamchi infeksiyani oldini olish uchun qo‘llasa bo‘ladi. Atipik pnevmoniya o‘chog‘ida keng spektrli antibiotiklar (sefalosporin, tetratsiklin) ishlatiladi.

Kasalga simptomatik terapiya maqsadida yo‘talga qarshi va balg‘am ajratishni osonlashtiradigan dorilar ham beriladi. Kasallar sog‘ayganidan keyin 7 kun davomida tana harorati normal bo‘lsa, o‘pka funksiyasi tiklangandan so‘ng, rentgenologik tekshiruvda o‘pka to‘qimasi toza bo‘lishi, infiltratlar bo‘lmasligi kerak, shundan so‘ng bemorga uyga ketishga ruxsat beriladi.



NAZORAT SAVOLLARI

1. Gipertonik krizis nima?
2. Miyada qon aylanishning o‘tkir buzilishida qanday klinik belgilar kuzatiladi?
3. Tug‘uruq biomexanizmi deganda nima tushuniladi?
4. Tug‘uruq boshlanishining asosiy belgilari qanday, tug‘uruq davrlari necha davrga bo‘linadi?
5. Pastki yoki yuqori jag‘ shikastlanib singanda, pastki jag‘ chiqqanda, yuz yumshoq to‘qimalari jarohatlanganda bemorlarga birinchi yordam qanday ko‘rsatiladi va bemorlar qaysi bo‘limlarda yotqizib davolanadilar?

6. Qusganda asfiksiya bo'lishi mumkinligi va bunda birinchi yordam ko'rsatishning xususiyati.
7. Umumiy og'riqsizlantirish (narkoz)ning qanday asoratlari kuzatiladi, ularning oldini olish uchun qanday chora-tadbirlar qo'llaniladi?
8. Mahalliy og'riqsizlantirishning asosiy asoratlari qanday bo'ladi?
9. Mutaxassis amaliyotida ko'p uchrashi mumkin bo'lgan o'tkir patologiya turlarida birinchi tibbiy yordam berish usullarini o'zlashtirish?
10. Atipik pnevmoniya ilk bor qayerda ro'yxatga olingan?
11. Atipik pnevmoniya oddiy pnevmoniyadan qanday farq qiladi?
12. Atipik pnevmoniyaning tarqalib ketmasligi uchun O'zbekistonda qanday profilaktik chora-tadbirlar o'tkazildi?

TEST SAVOLLARI

1. Apnoe nima:

- a) yurak urishining to'xtashi;
- b) siydik ajralmasligi;
- d) nafas olishning to'xtashi;
- e) nafas harakatlarining tezlashishi;
- f) yurak urishining tezlashishi.

2. Asistoliya nima:

- a) nafas harakatlarining to'xtashi;
- b) yurakning minutiga 120 marta urishi;
- d) yurak muskullarining xaotik qisqarishi;
- e) yurak qisqarishining yo'qligi;
- f) nafas harakatlarining sekinlashishi.

3. Gipoksiya nima:

- a) kislorod yetishmovchiligi;
- b) karbonat angidridning yetishmovchiligi;
- d) arterial bosimning pasayishi;
- e) pulsning sekinlashishi;
- f) siydik hajmining kamayishi.

4. Giperkapniya nima:

- a) kislorod parsial bosimining ko'payishi;
- b) kislorod parsial bosimining kamayishi;
- d) karbonat angidrid bosimining oshishi;
- e) karbonat angidrid bosimining kamayishi;
- f) pulsning sekinlashishi.

5. Qaysi hollarda o'pkaga sun'iy nafas beriladi:

- a) peritonitda;
- b) biologik o'limda;
- d) o'tkir appenditsitda;
- e) patologik nafas olishda, klinik o'limda;
- f) o'tkir siydik tutilishida.

6. *Yurak ichiga inyeksiya qilish uchun nimalar ishlatilmaydi:*

- a) vodorod peroksid;
- b) punktsion igna;
- d) shpris;
- e) spirt;
- f) sharchalar.

7. *Qaysi hollarda yurakni bilvosita massaj qilish kerak bo'ladi:*

- a) perikarditda;
- b) yurak ritmi buzilganda;
- d) qorinchalar fibrillatsiyasida, asistoliyada;
- e) miokarditda;
- f) zotiljamda.

8. *Operatsiyadan oldingi davr tushunchasi qaysi javobda to'liq ko'rsatilgan:*

- a) jarrohlik bo'limiga kelgandan, operatsiya qildirguncha bo'lgan davr;
- b) jarrohlik bo'limiga kelib tuzalib ketgungacha bo'lgan vaqt;
- d) operatsiya o'tkazadigan vaqt;
- e) premedikatsiya o'tkazilgan vaqtdan operatsiya tugagungacha bo'lgan vaqt;
- f) bemor kasallikni sezgan vaqtdan operatsiya bo'lguncha bo'lgan vaqt.

9. *Nafas olish organlarini operatsiyaga tayyorlashda qaysi tekshirishlar o'tkaziladi:*

- a) spirografiya;
- b) elektrokardiografiya;
- d) lapraskopiya;
- e) duodenoskopiya;
- f) rektoskopiya.

10. *Operatsiyadan oldingi davrda yurak ishi susaygan bo'lsa, quyidagi preparatlarning qaysi biri buyuriladi:*

- a) gemodez;
- b) yurak glukozydleri;
- d) antibiotiklar;
- e) sulfanil amidlar;
- f) gormonlar.

11. *Tug'uruq mexanizmida nechta lahza tafovut qilinadi:*

- a) 4 ta holat;
- b) 2 ta holat;
- d) 3 ta holat;
- e) 6 ta holat;
- f) 8 ta holat.

12. *Tug'uruq davrlari nechta bo'ladi:*

- a) 1 ta;
- b) 4 ta;
- d) 3 ta;
- e) 5 ta;
- f) to'g'ri javob yo'q.

13. *Oldingi qog'onoq suvlari normada necha ml bo'ladi:*

- a) 50–100 ml;
- b) 200–300 ml;
- d) 250–400 ml;
- e) 400–500 ml;
- f) 1 litrdan ortiqroq.

14. *Orqa qog'onoq suvlari normada qancha:*

- a) 500 ml;
- b) 800 ml;
- d) 1000 ml;
- e) 1500 ml;
- f) 2 litrdan ortiq.

15. *Homilaning tug'ilish davri birinchi tug'ayotgan ayolda qancha vaqt davom etadi:*

- a) 1–2 soatgacha;
- b) 1,5–3 soatgacha;
- d) 3 soatdan ortiq;
- e) 30 minutdan 1 soatgacha;
- f) 40–50 minut.

16. *Homilaning tug'ilish davri takror tug'ayotgan ayolda qancha vaqt davom etadi:*

- a) 30–35 minut;
- b) 1–1,5 soat;
- d) 20 minutdan 1 soatgacha;
- e) 1–2 soat;
- f) 10–15 minut.

17. *Tug'uruq normal o'tganda qancha qon yo'qotiladi:*

- a) 100–150 ml;
- b) 300–350 ml;
- d) 250–300 ml;
- e) 400–500 ml;
- f) 500 ml.dan ortiqroq.

18. Yoʻldosh tushish davri qancha vaqt davom etadi:

- a) 5–10 minutdan 2 soatgacha;
- b) 2 soatdan 3 soatgacha;
- d) 4–5 soatgacha;
- e) 5–6 soatgacha;
- f) 4–5 soatgacha.

19. Narkoz turlari necha xil boʻladi:

- a) uch xil;
- b) ikki xil;
- d) toʻrt xil;
- e) turlarga boʻlinmaydi;
- f) toʻgʻri javob yoʻq.

20. Mahalliy ogʻriqsizlantirishning necha xil turi bor:

- a) uch xil;
- b) besh xil;
- d) olti xil;
- e) toʻrt xil;
- f) sakkiz xil.

21. Ingalatsiyali narkozda yuz beradigan asoratlar necha guruhga boʻlinadi:

- a) uch guruhga;
- b) ikki guruhga;
- d) toʻrt guruhga;
- e) guruhga boʻlinmaydi;
- f) olti guruhga.



BU SOʻZLARNI ESLAB QOLING

- hushidan ketish
- kollaps
- insult
- stenokardiya
- dard
- toʻlgʻoq
- yoʻldosh
- asfiksiya
- BSJ
- blenoreya
- gipertonik krizis
- anesteziolog

TEST JAVOBLARI

I bob. Patologiya haqida umumiy tushuncha

- | | | | |
|-------|--------|--------|-----------|
| 1. d; | 6. d; | 11. f; | 16. a; |
| 2. a; | 7. b; | 12. e; | 17. a; |
| 3. e; | 8. e; | 13. d; | 18. a; |
| 4. d; | 9. f; | 14. e; | 19. a, b. |
| 5. d; | 10. d; | 15. f; | |

II bob. Antiseptika va aseptika tushunchalari

- | | | | |
|-------|-------------|-----------|--------|
| 1. e; | 6. a; | 11. d, e; | 16. d; |
| 2. b; | 7. d; | 12. e; | 17. d; |
| 3. e; | 8. a; | 13. f; | 18. b; |
| 4. f; | 9. a, d, e; | 14. a; | 19. a; |
| 5. a; | 10. a, d; | 15. d; | 20. a. |

III bob. Bog'lash texnikasi. Desmurgiya

- | | | |
|-------|--------|--------|
| 1. e; | 6. b; | 11. a; |
| 2. f; | 7. f; | 12. b; |
| 3. a; | 8. d; | 13. a; |
| 4. a; | 9. a; | 14. d. |
| 5. e; | 10. d; | |

IV bob. Birinchi tibbiy yordam (4.1., 4.2.)

- | | |
|----------|-------|
| 1. a, b; | 4. a; |
| 2. a; | 5. a. |
| 3. a; | |

IV bob. Birinchi tibbiy yordam (4.3., 4.4., 4.5., 4.6.)

- | | | |
|-------|-------|-------|
| 1. f; | 4. a; | 7. d; |
| 2. f; | 5. a; | 8. b. |
| 3. a; | 6. b; | |

V bob. Reanimatsiya tamoyillari va usullari. Shok (5.1., 5.2., 5.3., 5.4., 5.5.)

- | | | |
|-------|-------|--------|
| 1. d; | 5. d; | 9. f; |
| 2. e; | 6. e; | 10. b. |
| 3. e; | 7. a; | |
| 4. a; | 8. e; | |

V bob. Reanimatsiya tamoyillari va usullari. Shok (5.6., 5.7.)

- | | | |
|-------|-------|--------|
| 1. d; | 5. a; | 9. e; |
| 2. b; | 6. b; | 10. a. |
| 3. a; | 7. b; | |
| 4. f; | 8. e; | |

VI bob. Shikastlanishlarda birinchi tibbiy yordam ko'rsatish (6.1., 6.2., 6.3., 6.4., 6.5., 6.6.)

- | | | |
|----------|-----------|-----------|
| 1. a, e; | 11. b; | 21. d; |
| 2. d; | 12. b, f; | 22. f; |
| 3. b; | 13. b, f; | 23. d; |
| 4. b, e; | 14. d; | 24. b; |
| 5. d, e; | 15. d, e; | 25. a, e; |
| 6. b; | 16. e; | 26. d; |
| 7. a, e; | 17. f; | 27. a; |
| 8. d; | 18. a; | 28. b; |
| 9. d; | 19. d; e; | 29. a; |
| 10. d; | 20. e; | 30. d. |

VI bob. Shikastlanishlarda birinchi tibbiy yordam ko'rsatish (6.7., 6.8., 6.9.)

- | | | |
|-------|-------|--------|
| 1. b; | 5. e; | 9. f; |
| 2. b; | 6. b; | 10. d; |
| 3. e; | 7. d; | 11. a; |
| 4. d; | 8. e; | 12. a. |

VI bob. Shikastlanishlarda birinchi tibbiy yordam ko'rsatish (6.10.)

- | | | |
|-------|-------|--------|
| 1. d; | 5. f; | 9. e; |
| 2. a; | 6. e; | 10. d. |
| 3. f; | 7. f; | |
| 4. b; | 8. e; | |

VI bob. Shikastlanishlarda birinchi tibbiy yordam ko'rsatish (6.11.)

- | | |
|-------|-------|
| 1. e; | 3. d; |
| 2. b; | 4. f. |

VII bob. Baxtsiz hodisalarda va to'satdan bo'ladigan kasalliklarda birinchi yordam ko'rsatish

- | | | |
|-------|--------|--------|
| 1. a; | 6. a; | 11. b; |
| 2. b; | 7. b; | 12. b; |
| 3. d; | 8. d; | 13. e; |
| 4. b; | 9. f; | 14. a; |
| 5. d; | 10. a; | 15. a. |

VIII bob. Mutaxassis amaliyotida uchraydigan baxtsiz hodisalarda birinchi tibbiy yordam ko'rsatish

- | | | | |
|-------|--------|--------|--------|
| 1. d; | 6. a; | 11. a; | 16. a; |
| 2. e; | 7. d; | 12. d; | 17. a; |
| 3. a; | 8. a; | 13. b; | 18. a; |
| 4. d; | 9. a; | 14. a; | 19. a; |
| 5. e; | 10. b; | 15. e; | 20. f; |
| | | | 21. b. |

Katta yoshdagi organizmning fiziologik ko'rsatmalari

1. Organizmning vitaminlarga sutkalik ehtiyoji

C vitamini (askorbin kislotasi) — 50–100 mg).
A vitamini (retinol) — 0,9 mg).
D vitamini (kalsiferol) — 2,5 mg).
E vitamini (tokoferol) — 10–12 mg).
B₁ vitamini (tiamin) — 1,4–2,4 mg).
PP vitamini (nikotin kislotasi) — 150 mg).
B₂ vitamini (piriloksin) — 1,5–3 mg).

2. Mikroelementlarning sutkalik ehtiyoji

Natriy — 2–3 g, NaCl ko'rinishida — 5 g.
Magniy — 250–350 mg.
Oltinugurt — 1 g.
Sink — 10–15 mg.
Kobalt — 200 mkg.
Kalsiy — 0,8 g.
Temir — 10–15 mg.
Yod — 0,15–0,3 mg.
Mis — 2–5 mg.
Ftor — 1 mg.

3. Nafas

Nafas olish tinch holatda 16–20 marta (1 daqiqada).
O'pkaning tiriklik sig'imi 3–5 litr.
O'pka ventilatsiyasi tinch holatda 0,1–0,7 litr/s (6–10 litr/min).
O'pka ventilatsiyasi ish paytida 0,83–1,67 litr/s (50–100 litr/min).
Kislород va karbonat angidridning miqdori:

atmosfera havosida — 20,94 va 0,03 %;
nafasga olingan havoda — 16,3 va 4 % atrofida.

4. Qon

Qonning umumiy miqdori massa og'irligiga nisbatan—6,5–7 %.

Plazma hajmi ————— 55–60 %.

Plazmada oqsil miqdori ————— 7,2 % atrofida.

Qonda glukoza miqdori — 4,44–6,66 mmol/l (80–120 mg %).

Qonda eritrotsitlar soni:

erkaklarda 1 mm ————— 4,5–5 mln;

ayollarda 1 mm ————— 4–4,5 mln.

Gemoglobin miqdori:

erkaklarda ————— 7,7–8,1 mmol/litr (78–82 birlik Sali bo'yicha);

ayollarda ————— 7,0–7,4 mmol/litr (70–75 birlik Sali bo'yicha).

Qonda leykotsitlar soni 1 mm ————— 4000–9000.

5. Qon aylanishi

Yurak qisqarishlari (tinch holatda) ————— 60–80 marta (1 daqiqada).

Arterial bosim (16 yoshdan 45 yoshgacha):

maksimal ————— 110–126 mm sim.ust.;

minimal ————— 60–85 mm sim.ust.

6. Siydik

Sutkalik miqdori ————— 1–1,5 litr.

Zichligi ————— 1010–1025 g/sm.

Mochevina miqdori ————— 1,5–2 %.

Mochevinaning sutkalik ajralishi — 333–500 mmol (20–30 g).

Ammiakning sutkalik ajralishi — 17,6–70,5 mmol (0,3–1,2 g).

**«Klinik patologiya va birinchi tibbiy yordam» fanida
o'quvchilar bilishi hamda bajarishi lozim bo'lgan ishlar**

O'quvchi bilishi lozim

1. Patologiya haqida tushuncha.
2. Bemorlarni asosiy tekshirish usullari.
3. Bemorlarni asosiy davolash usullari.
4. Asosiy patologik jarayonlar.
5. Antiseptika va aseptika.

6. Asosiy antiseptika dorilari.
7. Desmurgiya haqida tushuncha.
8. Bog‘lash turlari va ishlatiladigan materiallar.
9. Birinchi tibbiy yordam tushunchalari.
10. Birinchi yordam ko‘rsatish bo‘yicha burch va huquqlar.
11. Tez tibbiy yordam xizmati tashkil qilinishi.
12. Birinchi yordam ko‘rsatish ketma-ketligi.
13. Tiriklik va o‘lim belgilari.
14. Ommaviy shikastlanishlarda yordam ko‘rsatish va transportirovka qilish xususiyatlari.
15. Terminal holatlar.
16. Reanimatsiya va shu xizmatni tashkil qilinishi.
17. Shok.
18. Shikastlanish turlari, belgilari, yordam ko‘rsatish usullari.
19. Qon oqishi, turlari, asoratlari, yordam ko‘rsatish.
20. Jarohat infeksiyasi va uning profilaktikasi.
21. Suyaklar shikastlanishi turlari, belgilari, yordam ko‘rsatish, profilaktika.
22. Kuyish, sovuq urishi.
23. Baxtsiz hodisalar va uni aniqlash yordam ko‘rsatish.
24. To‘satdan bo‘ladigan kasalliklarni aniqlash va yordam ko‘rsatish.
25. Mutaxassis amaliyotida ko‘p uchrashi mumkin bo‘lgan o‘tkir patologiya turlarini aniqlash va yordam ko‘rsatish.

O‘quvchi bajarishi lozim

1. Bemorlarni tekshirishning asosiy usullari.
2. Bog‘lov materiallarini, asboblarni tayyorlash, yuqumsizlantirish va saqlash.
3. Shprislarni tayyorlash, yuqumsizlantirish va saqlash.
4. Teri ostiga inyeksiya qilish texnikasi.
5. Muskul orasiga inyeksiya qilish texnikasi.
6. Vena ichiga inyeksiya qilish texnikasi.
7. Oshqozonni yuvish, klizma qo‘yish, isituvchi kompress, muzli xaltacha qo‘yish, grelka qo‘yish.
8. Tananing turli qismlarida bog‘lam qo‘yish.
9. Individual paket, elastik naysimon bint, bakteriotsid plastir va qo‘l ostidagi materiallardan foydalanish.
10. Bemorlarni tirik yoki o‘likligini aniqlash.
11. Immobilizatsiya qilish usullari.
12. Transportirovka qilish usullari.

13. Yurak to'xtashini aniqlash, yurakni tashqi massaj qilish.
14. Nafas olish to'xtashini aniqlash va sun'iy nafas oldirish.
15. Yurak va nafas olish to'xtaganda tiriltirish.
16. Yurak fibrillatsiya va asistoliyasini aniqlash, yordam ko'rsatish.
17. Shokda yordam ko'rsatish.
18. Jarohatga ishlov berish texnikasi.
19. Qon to'xtatish usullari texnikasi.
20. Qon guruhi va rezus faktorni aniqlash.
21. Yumshoq to'qimalar shikastlanganda yordam ko'rsatish.
22. Transport taxtakachlari turlaridan foydalanish va qo'l ostidagi materiallardan taxtakachlar tayyorlash.
23. Kuyish va sovuq urishida birinchi yordam ko'rsatish.
24. Baxtsiz hodisalarda va to'satdan bo'ladigan kasalliklarda yordam ko'rsatish.
25. Suyak sinishi (ochiq yoki yopiq) va chiqishida birinchi tibbiy yordam ko'rsatish.

DARSLIKDA UCHRAYDIGAN AYRIM ATAMALAR IZOHI

A

- Abdominal (Abdominalis)* — qoringa oid: qorin bo‘shlig‘ida joylashgan a‘zolar.
- Abort (Abortus)* — homila, bola tashlash, oldirish — homilani hali hayotga layoqatsiz davrida tushirish.
- Abstinenziya (Abstinentia)* — xumor qilish — giyohvandlik moddalari iste‘mol qilishga odatlangan kishida undan tiyilganda, paydo bo‘ladigan holat.
- Abscess (Abscessus)* — xo‘ppoz — turli organlarda bo‘ladigan yupqa kapsula bilan chegaralangan yiringli bo‘shliq.
- Avitaminoz (Avitaminosis)* — organizmda vitamin yetishmasligi natijasida paydo bo‘ladigan kasallik. Turli vitaminlarning yetishmasligi turlicha belgilar bilan kechadi.
- Agastriya* — me‘da yo‘qligi.
- Agglutinatsiya (Agglutinatio)* — suyuqlikda tarqalgan bakteriya, eritrotsit va boshqa turli hujayralarning bir-biriga yopishib, cho‘kish hodisasi.
- Agoniya (Agonia)* — o‘lim talvasasi, o‘lim azobi, jon talash.
- Agressivlik (Agressio)* — tajovuzkorlik, ruhiy bemorlarning buzilish, sindirish, urishga harakat qilishi.
- Adaptatsiya (Adaptatio)* — tashqi sharoitga moslanish, o‘rganish, o‘zlashtirish, uyg‘unlashish.
- Adenoidlar (Adenoides)* — burun-halqum limfatik tugunlarning giperplaziyasi.
- Adenoma (Adenoma)* — bez to‘qimadan vujudga kelgan o‘sma. Bu o‘sma har xil bez epiteliysidan: teri bezlari, shilliq parda osti bezlari, ichki sekretiya bezlari, hazm organlari bezlari va boshqalardan kelib chiqadi.

- Adneksit (Adnexitis)* — bachadon qo‘shimchalari (fallopdiy nayi bilan tuxumdon ortiqlari)ning yallig‘lanishi.
- Adsorbsiya (Adsorbeo)* — modda zarrachalarining ikkinchi modda ustki yoki yuza qatlamiga singish jarayoni.
- Azoosperimiya (Azoospermia)* — erkak urug‘ suyuqligida spermatozoidlar (urug‘ hujayralari)ning bo‘lmasligi.
- Akkomodatsiya (Akkomodatio)* — moslanish, muvofiqlashish ko‘z akkomodatsiyasi — ko‘zning uzoq va yaqindagi narsalarni ko‘rishga moslashuvi.
- Akusherlik (Accoucher)* — doychilik — homiladorlikning boshlanishidan to chilla davrining oxirigacha bo‘lgan davr ichida homilador organizmidagi fiziologik va patologik hodisalarni o‘rganadigan fan.
- Alkaloz (Alkalosis)* — organizmda kislota hamda ishqor muvozanatining ishqor tomonga burilishi.
- Alkogolizm (Alcoholismus)* — spirtli ichimliklarni uzoq vaqt davomida me‘yoridan ortiq ichish natijasida vujudga keluvchi xastalik.
- Allergiya (Allergia)* — maxsus allergen ta‘sirida shu allergenga nisbatan organizm sezuvchanligining ortishi.
- Alopetsiya (Alopecia)* — sochning umuman yoki vaqtincha, butunlay yoki qisman bo‘lmasligi.
- Amenoreya (Amenorrhoea)* — hayz ko‘rmaslik, olti oy va undan ko‘proq vaqt davomida hayz ko‘rmaslik.
- Amneziya (Amnesia)* — xotiraning buzilganligi, ilgari bo‘lib o‘tgan hodisalarni esdan chiqarish xususiyati.
- Amputatsiya (Amputatio)* — biron organning, ko‘pincha, qo‘l-oyoq yoki barmoqlarning uzilib tushishi yoxud operatsiya yo‘li bilan kesib tashlanishi.
- Analgeziya (Analgesia)* — og‘riqni his qilish sezgisining yo‘qolishi: og‘riqni sezmaslik, masalan, turli analgetiklar (og‘riqsizlantiruvchi) ta‘sirida yoki asab sistemasiga boshqa ta‘sirlar natijasida.
- Anasarka (Anasarca)* — istisqo-teri va teri osti to‘qimalarida suyuqlik yig‘ilishi natijasida shish paydo bo‘lishi.
- Anastomoz (Anastomosis)* — o‘zaro bog‘lanish, ulanish. Masalan, bir qon tomirining ikkinchi qon tomiri bilan ulanishi. Oshqozon-ichak anastomози — oshqozonni sun‘iy ra-

vishda ichakka ulanishi, arteriya-venoz anastomozi, arteriya bilan venaning bir-biriga ulanishi.

Anatoksin (Anatosin) — o‘z zaharli xususiyatini yo‘qotgan bakterial toksinlar.

Anafilaksiya (Anaphylaxia) — ikkinchi marta parenteral (oshqozon-ichak yo‘lidan boshqa usul bilan) yuborilgan antigenga nisbatan organizmda sezuvchanlikning ortishi bilan bog‘liq kasallik jarayoni.

Angiografiya — qon tomirlariga maxsus kontrast moddalar yuborib, ularning rentgenologik tasvirini olish.

Angioma (Angioma) — tomirlardan tashkil topgan xavfsiz (oddiy) o‘sma.

Androgenlar (Androgen) — erkak jinsiy gormoni (testosteron) va uning asosida yarim sintez yo‘li bilan olingan dorivor moddalar (testosteron propionat, metiltestosteron), asosan, moyakda va buyrak usti bezining po‘st qavatida ishlab chiqariladi.

Andrologiya (Andrologia) — erkaklar siydik-tanosil organlarining kasalliklari haqidagi ta‘limot.

Androsteroma (Androsteroma) — buyrak usti bezi po‘st qavatidan rivojlanadigan gormonal aktiv o‘sma.

Anevrizm (Aneurysma) — tomir yoki yurak devorining kengayishi. Tomirning kengaygan joyi tomirga o‘xshab urib turadi, masalan, aorta anevrizmasi, yurak anevrizmasi.

Anemiya (Anemia) — kamqonlik — qonda eritrotsitlar va gemoglobin miqdori kamayib ketishi hamda ularning sifat o‘zgarishi bilan ifodalanuvchi kasallik.

Anesteziologiya — og‘riqsizlantirish, narkoz va ma‘lum joyni og‘riqsizlantirish muammolarini o‘rganadigan fan.

Anesteziya (Anestehesia) — sezgining yo‘qolishi, og‘riqsizlantirish, karaxtlik: tomir ichi anesteziyasi og‘riq yo‘qotuvchi moddani bevosita qon tomiriga yuborib og‘riqsizlantirish.

Ankiloz (Ankylosis) — bo‘g‘imlar orasida chandiqli tog‘ay yoki suyak to‘qimasi hosil bo‘lishi natijasida suyaklarning bo‘g‘im yuzasi qotib, qimirlamay harakatdan qolishi.

Anomaliya (Anomalia) — biror organ, to‘qima yoki butun organizm tuzilishi va funksiyasining odatdagidan ko‘ra, bosh-

qacharoq bo'lishi, normadan chetga chiqishi, masalan, barmoq anomaliyasi — olti barmoqli bo'lib tug'ilish; jinsiy anomaliya — bir kishida ham erkak, ham ayol jinsiga xos o'zgarishlarning bo'lishi.

Anosmiya (Anosmia) — hid bilish qobiliyatining yo'qolishi.

Antigen (Antigenum) — organizmga yuborilganda antitelolar ishlanib chiqishi va immunitet hosil bo'lishiga sabab bo'la oladigan moddalar (yot oqsillar).

Antitelolar — organizmga yot jismlar, oqsil tabiatli modda (antigen) kiritilganda unga qarshi qon zardobida hosil bo'ladigan moddalar (zid jismlar).

Antikoagulantlar (Anticoagulantia) — qon ivishiga qarshi ta'sir etadigan moddalar.

Anuriya (Anuria) — siydikning butunlay to'xtab qolishi. Buyrak tomonidan siydik ajratilishining butunlay to'xtashi, chin anuriya — og'ir buyrak kasalliklarida, soxta anuriya — siydik yo'llariga biror narsa tiqilib qolganda (tosh paydo bo'lganda) kuzatiladi.

Apatiya (apathia) — iroda susayishi natijasida hayotga, voqealarga beparvo, yuzaki qarash.

Apnoe (Apnoe) — bir necha marta chuqur nafas olgandan so'ng nafas pasayib, uning bir necha sekundga yo'qolishi yoki mutlaqo to'xtab qolishi.

Appenditsit (Appendicitis) — ko'richak chuvalchangsimon o'siqchasining yallig'lanishi: chuvalchangsimon o'siqchaga infeksiya tushishi natijasida paydo bo'ladi. Gangrenoz appenditsit — chuvalchangsimon o'siqcha devorining yemirilishi bilan ifodalanadi. Bunda appenditsit yorilib ketishi mumkin.

Araxnoidit (Arachnoiditis) — miya ustidagi o'rgimchak to'risimon pardaning yallig'lanishi.

Artrit (Arthritis) — bo'g'imning yallig'lanishi.

Artroz (Arthrosis) — bo'g'imlarning distrofik xarakterdagi uzoq vaqt davom etgan (surunkali) kasalligi. Artrozlar bir-lamchi (sababi noma'lum) va ikkilamchi (umumiy kasalliklar yoki mahalliy bo'g'im jarayonlari asosida yuz beradigan) bo'ladi.

Aspiratsiya (Aspiratio) — nafas olish paytida nafas yoʻllariga ovqat parchalari, toʻqima qismlari, qon, bakteriya, kimyoviy moddalar va boshqa turli begona narsalar kirib qolishi; aspirator yordamida boʻshliqdan gaz yoki suyuqlikni tortib (soʻrib) olish.

Asteniya (Asthenia) — darmonsizlik, turli sabablarga koʻra, ruhiy jihatdan zaif boʻlib qolish (nevrasteniya).

Koʻz astigmatizmi (Astigmatismus) — koʻzda nurning gorizontaal va vertikal meridianga qarab har xil sinishi. U muguz parda egriligining bir tekis boʻlmasligidan, baʼzan esa, koʻz gavhari shaklining notoʻgʻriligidan kelib chiqadi.

Astma (Asthma) — oʻtkir kechadigan nafas qisish xurujlarining umumiy nomi, har xil sabablardan boʻladi.

Asfiksiya (Asphyxia) — boʻgʻilib qolish, organizmda kislorod yetishmay, karbonat angidrid koʻpayib ketishi natijasida paydo boʻladigan kasallik holati.

Assit (Ascites) — istisqo — qoringa suv yigʻilishi. Koʻpincha jigarining atrofik sirrozi kasalligida va jigar darvoza vena qon tomirlari bosimining koʻtarilishi (portal gipertoniyasi) natijasida qorin boʻshligʻida eksudat yigʻiladi.

Ateroskleroz (Atherosclerosis) — arteriya tomirlari devorining qattiqlashishi. Bu kasallikka tomirlar ichki boʻshligʻining torayishi va kengayishini tartibga solib turuvchi asablar vazifasining buzilishi hamda lipoidlar almashinuvining buzilishi sabab boʻladi.

Atreziya (Atresia) — biror tabiiy yoʻl yoki teshikning tugʻma yoʻqligi, masalan, bolaning orqa teshiksiz va jinsiy qin ochilmay tugʻilishi.

Atrofiya (Atrophia) — organizm hujayralari, toʻqimalari va organlarining kichrayib zaiflashib qolishi.

Auskultatsiya (Auscultatio) — ichki organlarni eshitish yoʻli bilan tekshirish usuli.

Afagiya (Aphagia) — ovqatni yuta olmaslik.

Afaziya (Aphasia) — nutq buzilishi: soʻzlash, yozish, fikrini tushuntirish uchun ishlatadigan soʻz va jummalardan foydalana olmaslik.

- Autogemoterapiya (Autohaemotherapy)* — kasal muskuliga, baʼzan teri ostiga yoki qon tomiriga uning oʻz qonini yuborish bilan davolash usuli.
- Autogemotransfuziya (Autohaemotransfusio)* — operatsiyadan bir necha kun ilgari kasaldan olingan qonni uning oʻziga quyish.
- Aura (Aura)* — tutqanoq kasalligi boshlanishidan oldin paydo boʻladigan his-tuygʻular.
- Autopsiya (Autopia)* — murdani ochib (yorib) tekshirish.
- Atelektaz (Atelectasis)* — oʻpka biror qismining havosiz qolib bujmayishi (burishishi), bu hol burishgan boʻlakka keluvchi bronxga biror narsa tiqilib qolganda yuz beradi.
- Ataksiya (Ataxia)* — harakatlar uygʻunligining yoʻqolishi uning betoʻxtov, poyma-poy boʻlib qolishi.
- Ataksafaziya (Ataxaphasia)* — soʻzlarni talaffuz qilsa ham, gapirra olmaslik.

B

- Bakteritsid vositalar (Bactericida)* — turli mikroorganizmlarni oʻldirish, yoʻqotish uchun ishlatiladigan moddalar. Ular dezinfeksiya maqsadida va yuqumli kasalliklarni davolashda qoʻllaniladi.
- Balanit (Balanitis)* — jinsiy olat (zakar) boshi terisining yalligʻlanishi, uning turlari: sodda (irritativ) deabetik, halqasimon eroziyali, gangrenali, yiring yarali va boshqalar. Jinsiy olat boshi terisining burishib qolishi.
- Bandaj (Bandage)* — qorin devori churralarida churra darvozasini berkitish, ichki aʼzolarni tutib turish uchun bogʻlab yuriladigan maxsus kamar, belbogʻ.
- Barokamera* — odam va hayvonlarning barometrik bosimga munosabatini tekshirish uchun yasalgan germetik berkhona (suv osti kemasi kabi).
- Bartolinit (Bartholinitis)* — qin dahlizidagi katta bartolin bezlarining yalligʻlanishi.
- Bepushtlik (Sterilitas)* — naslsizlik, befarzandlik — balogʻat yoshiga yetgan organizmda nasl qoldirish qobiliyatining boʻlmasligi.

- Beri-Beri (Beri-Beri)* — ovqatda *B* vitamini yetishmasligi natijasida paydo boʻladigan kasallik, *A* vitaminoz, periferik polinevrit.
- Biks* — operatsiya uchun zarur boʻlgan bogʻlov materiallarini avtoklavda sterilizatsiya qilish uchun ishlatiladigan temir quticha.
- Bilirubin* — oʻtning qizil-sargʻish pigmenti; gemoglobinning parchalanishidan, bilvirdindan hosil boʻladi.
- Bilirubinemiya (Bilirubinaemia)* — qonda bilirubinnig koʻpayishi.
- Bilirubinuriya (Bilirubinuria)* — siydikda bilirubin paydo boʻlishi.
- Bilitrast (Bilitrastum)* — oʻt yoʻllari va oʻt pufagini rentgen nurlarida koʻrish va rasmini olish uchun ishlatiladigan kontrast modda.
- Bint (Binde)* — kengligi 3–15 sm, uzunligi 7 metrdan 10 metrgacha boʻlgan, bogʻlash uchun ishlatiladigan doka oʻrami.
- Biopsiya* — mikroskopik tekshirish maqsadida tirik odam va hayvonlarning toʻqima yoki bir qismini kesib olish.
- Blastula (Blastula)* — maydalanish natijasida hosil boʻlgan bir qavat pusht.
- Blenorreya (Blennorrhoe)* — koʻz shilliq pardasining oʻtkir yiringli shamollashi.
- Blefarit (Blepharitis)* — koʻz qovogʻi chetlarining yalligʻlanishi.
- Blokada (Blokade)* — muskul yoki asab toʻqimasi orqali qoʻzgʻalishning vaqtincha yoki butunlay oʻtkazilmasligi. Yurak blokadasi — yurak tugunlaridan qoʻzgʻalish oʻtishining buzilishi. Bunda boʻlmacha va qorinchalar bir xil qisqarmaydi.
- Bemorlik, xastalik (Morbus)* — tashqi va ichki muhitning zararli taʼsiri natijasida organizm hayotiy faoliyatining buzilishi.
- Botulizm (Botulismus)* — asab sistemasining shikastlanishi bilan kechadigan ogʻir zaharlanish.
- Bradikardiya (Bradycardia)* — yurak urishining sekinlashuvi.
- Bradipnoe (Bradypnoe)* — haddan tashqari sekin nafas olish.
- Braxidaktiliya (Brachydactylia)* — bir yoki bir necha barmoqlarning oʻsmasligi oqibatida kalta boʻlishi, u asosan, tugʻma boʻladi.
- Bronxit (Bronchitis)* — bronxlarning yalligʻlanishi.

- Bronxoadenit (Bronchoadenitis)* — ko‘krak ichidagi limfatik bezlar tugunchasining yallig‘lanishi.
- Bronxopnevmoniya (Bronchopneumonia)* — ingichka, mayda bronxlarning yallig‘lanishi va uning o‘pka to‘qimasiga o‘tishi natijasida hosil bo‘lgan kasallik.
- Bronxoskop (Bronchoscope)* — bronxlarni tekshirish uchun ishlatiladigan asbob.
- Bronxoskopiya (Bronchoscopy)* — kekirdak va uning pastki qismlarini bronxoskop bilan ko‘rish, tekshirish.
- Bronxospazm (Bronchospasmus)* — bronxlarning qisqarishi, siqilishi.
- Bronxostenoz (Bronchostenosis)* — bronx teshigining torayishi.
- Bronxoektaz (Bronchoectasis)* — patologik kengaygan bronx.
- Brutselloz (Brucellosis)* — qora oqsoq kasalligi, Bang kasalligi, Malta isitmasi va hokazo. Brutsella nomli mikroorganizmdan vujudga keltiriladigan yuqumli kasallik.
- Bujlar (Bougia)* — biror sabab bilan toraygan oqim yo‘llarini kengaytirish uchun ishlatiladigan asboblardan.
- Bulimiya (Bulimia)* — ochko‘zlik, yeb to‘ymaslik, ochofatlik. Aksari insulin yuborilgandan keyingi gipoglikemiya natijasi, markaziy hamda periferik asab sistemasining ba‘zi buzilishlarida xuruj holida ro‘y beradi.
- Bursit (Bursitis)* — bo‘g‘im snovial xaltasi (pardasi)ning yallig‘lanishi.
- Bezovtalik* — haddan tashqari bezovtalik, vasvasaga tushish, katanimatonik tutqanoqlarda uchraydigan kuchli qo‘zg‘aluvchanlik holati.
- Bulbar buzilishlar* — miyadan chiqadigan asablarning jarohatlanish alomatlari: dimog‘ bilan gapirish, ovqat yeb, suv ichganda qalqib ketish, yutina olmaslik.
- Bronxofoniya (Bronchophonia)* — ko‘krak qafasi eshitilib ko‘rilganda, bronxlardan o‘tayotgan havo tovushini eshitish.
- Burtmacha (Tuberculum)* — 1. Suyaklardagi kichik bo‘rtmachalar (do‘mboqchalar). 2. Terining ustiga bo‘rtib chiquvchi va infiltrat hosil qiluvchi unsur. Ko‘proq teri sili kasalligida va zaxmning uchinchi davrida uchraydi.
- Bradipepsiya (Bradipepsia)* — ovqatni haddan tashqari sekin hazm qilish.

D

Dakrioadenit (Dacryoadenitis) — koʻz yoshi bezining yalligʻlanishi.

Dakriosistit (Dacryocystitis) — koʻz yoshi xaltachasining oʻtkir yoki surunkali yalligʻlanishi.

Daktilit (Dactylitis) — barmoqlarning yalligʻlanishi.

Daltonizm (Daltonismus) — ranglarni ajrata olmaslik — daltoniklar baʼzi ranglarni aksari qizil va yashil ranglarni farq qila olmaydilar, ranglarni faqat nisbiy ravshanlik tu-fayli ajrata oladi.

Dantist — tish kasalliklari mutaxassisi.

Debillik (Debilitas) — oʻquv va tarbiya vositalari bilan tuzatish mumkin boʻlgan yengil aql ojizligi. Bunday holat esi pastlik, idrokning pasayishi, emotsional hissiyot-larning yuzakiligi, tashqi taʼsirotlarga osonlik bilan qarash, odob sezgilarining pasayishi kabi hollar bilan taʼriflanadi.

Depigmentatsiya (Depigmentatio) — teri va boshqa organlarda pig-mentning yoʻqolishi.

Depressiya (Depressio) — ruhiy tushkunlik, harakatning susayishi.

Dermatit — teri vositalari taʼsirida terining yalligʻlanishi.

Dermatovenerolog — teri va tanosil kasalliklarini davolovchi muta-xassis.

Dermatologiya (Dermatologia) — teri kasalliklarini oʻrganuvchi fan.

Dermatamioma (Dermatamyoma) — teri va muskul toʻqimasida hosil boʻladigan xavfsiz oʻsma.

Dermotoplastika (Dermotoplastica) — terining kemtik joylariga (plastik operatsiya yoʻli bilan) oʻzining boshqa joyidan teri koʻchirib ulash.

Desensibilizatsiya — organizm allergik holatini kamaytirilishi yoki umuman yoʻqotilishi.

Desmurgiya — bogʻlamlar haqida ilm.

Destruksiya (Destructio) — organ, toʻqima va hujayralar tuzilishi-ning buzilishi.

Defekatsiya (Defecatio) — ich kelishi, toʻgʻri ichakda toʻplanib qolgan najasning orqa chiqaruv yoʻlidan chiqarilishi natijasida yuz beradigan murakkab holat.

Defekt (Defectus) — nuqson, kishining tanasidagi biron kam-chilik.

- Deformatsiya (Defomatio)* — jismlarning o‘z shaklini o‘zgartirishi. Bo‘g‘im deformatsiyasi — bir-biriga bog‘liq suyaklar uchlarining joyidan qo‘zg‘alishi tufayli bo‘g‘im shaklining o‘zgarishi.
- Diabet (Diabetes)* — ayrim kimyoviy moddalar yoki siydikning ko‘plab chiqarilishi bilan kechuvchi kasallanish holati.
- Diareya (Diarrhoe)* — ich ketish, ketma-ket ich ketishi.
- Diastola (Diastole)* — yurak muskullarining bo‘shashuvi, yurakning qon bilan to‘lish davri.
- Diatez (Diathesis)* — organizmning turli kasalliklarga moyilligi; bolalar diatezi yosh bolalarda uchraydi, ularning terisi biroz shishgan, rangsiz, teri muskullari bo‘sh, bo‘yni, tanasi qisqa, qo‘l-oyoqlari uzun bo‘ladi.
- Diafanoskop (Diaphanoscope)* — burun, ko‘z, oshqozon kabi organlar ichini yoritib tekshiruvchi asbob.
- Divertikul (Diverticulum)* — boshi berk, ichi kavak bo‘lgan tug‘ma yoki sun‘iy xaltacha. Qizilo‘ngach atrofidagi to‘qimalar yallig‘lanishi natijasida qizilo‘ngach devorining bir qismi shu tomonga tortilib divertikul hosil qiladi.
- Diyetologiya* — odamni parhez ovqat bilan davolash to‘g‘risidagi tibbiyot fani.
- Dizartriya (Disarthria)* — nutq so‘zlashdagi tartibsizlik. So‘zlash harakati, tovush to‘lqini va uslubining o‘zgarishi. Bunda kishi dimog‘i bilan so‘zlaydi, gapda so‘z va tovushlarni to‘g‘ri talaffuz qila olmaydi.
- Dizenteriya (Dysentheria)* — ichburug‘, maxsus mikroblar turkumi qo‘zg‘atadigan o‘tkir yuqumli kasallik bo‘lib, bunda asosan, yo‘g‘on ichak zararlanadi, qorinda kuchli og‘riq va ich ketish bilan kechadi.
- Dizuriya (Dysuria)* — og‘riq bilan qiynalib siyish. Siydik yo‘llari yallig‘langanda yoki ularda tosh paydo bo‘lganda uchraydi.
- Dismenoreya (Dysmenorrhoea)* — hayz ko‘rishning buzilishi.
- Disfagiya (Dysphagia)* — ovqat yoki suv yutishning qiyinlashishi. Bu hol halqum devori biror sabab bilan shikastlanganda, torayib qolganda kuzatiladi.
- Disfunksiya (Disfunctio)* — biror organ yoki sistema faoliyatining buzilishi.
- Diurez (Diuresis)* — bir kecha-kunduz ichida siyilgan siydik miqdori.

Donor — qon beruvchi kishi; kasallanib yoki yarador bo‘lib, qon yo‘qotgan odamlar hayotini saqlab qolish uchun va ularni quvvatga kiritish uchun o‘z qonini beradigan kishilar.

Duodenit (Duodenitis) — o‘n ikki barmoqli ichak yallig‘lanishi.

Duodenektomiya (Duodenectomy) — o‘n ikki barmoqli ichakni operatsiya yo‘li bilan olib tashlash.

Drenaj — biror organdan yiring, qon va boshqa xil keraksiz suyuqliklarni chiqarib tashlash uchun ishlatiladigan nay yoki tasmasimon mato.

Duglas cho‘ntagi — qorin pardasining bachadondan to‘g‘ri ichakka o‘tib, o‘sha joyda chuqurcha hosil qilgan joyi.

Disfoniya (Dysphonia) — ovoz ohangining buzilishi, qiyinlik bilan so‘zlashish.

Distoniya (Dystonia) — qon bosimining barqaror pasayib ketishi.

E

Evaginatsiya (Evaginatio) — ichakning orqa teshik yoki ichak oqma yo‘lining tashqi teshigi orqali tashqariga bo‘rtib chiqib turishi.

Ezofagoskop — qizilo‘ngachning ichki shilliq pardasini tekshirib ko‘rishda ishlatiladigan asbob.

Ezofagospazm (Oesophagospasmus) — qizilo‘ngachning spazmatik qisqarishi.

Ekzema (Eczema) — teri kasalligi, terida pufakchalar hosil bo‘lishi, infiltratsiya, qora qo‘tir katta-kichik po‘st paydo bo‘lishi bilan kechadi.

Eklampsiya (Eclampsia) — homiladorlik toksikozlari guruhiga oid og‘ir kasallik. Ko‘pincha birinchi marta tug‘uvchi ayollarda homiladorlikning ikkinchi yarmida uchraydi. Gipertoniya, proteinuriya, shishlar paydo bo‘lishi, tirishish xurujlari bilan kechadi.

Eksyumatsiya (Exhumatia) — o‘likni go‘rdan kovlab olish; sud tibbiy ekspertizasi maqsadida jasadni tekshirish uchun go‘rdan olish.

Ektopiya (Ectopia) — organlarning tug‘ma yoki orttirilgan sabablar tufayli o‘z o‘rnidan siljishi; masalan, yurakning qorin bo‘shlig‘idan joy olishi, qovuq ektopiyasi (anomaliya).

Embrion (Embryon) — murtak, kurtak — otalangan tuxum hujayra.

- Embriotomiya (Embryotomia)* — homilani maydalab olish. Bunday operatsiya ko‘proq ko‘ndalang yoki qiyshiq kelib, tug‘ila olmay, o‘lib qolgan homilani olish uchun qo‘llaniladi.
- Empiyema (Empyema)* — bo‘shliqlarga yiring yig‘ilishi, masalan, plevra empiyemasi — plevra bo‘shlig‘iga yiring to‘planishi.
- Endarteriit (Endarteriitis)* — arteriya devori ichki qatlamining yallig‘lanishi. Tomir endoteliysi hujayralari giperplazmiyasi, yallig‘lanish elementlarining yig‘ilish natijasida tomir bo‘shlig‘ining torayishi, hatto butunlay berkilishi.
- Endokardit (Endocarditis)* — yurak devori ichki qavatining yallig‘lanishi.
- Endokrinologiya* — ichki sekretsia bezlarining fiziologik ishini, kasalliklarini o‘rganadigan fan.
- Endometriy* — bachadonning ichki shilliq qobig‘i.
- Endometrit (Endometritis)* — bachadon shilliq qavatining yallig‘lanishi.
- Endotservitsit (Endocervicitis)* — bachadon bo‘yni shilliq qavatining yallig‘lanishi.
- Enoftalm (Enophthalmus)* — ko‘z soqqasining ichga botishi. Simpatik asab tugunlarining bo‘yin qismi zararlanganda vujudga keladi.
- Enterit (Enteritis)* — ingichka ichak ichki qavatining yallig‘lanishi. Buning natijasida ovqat hazm bo‘lmay, ich ketadi, organizm zaharlanadi.
- Enterokolit (Enterocolitis)* — yo‘g‘on va ingichka ichaklarning bir vaqtda yallig‘lanishi.
- Ensefalomiyelit (Encephalomyelitis)* — bosh va orqa miya to‘qimalarining baravar yallig‘lanishi.
- Eroziya (Erosio)* — teri epidermis qavatining shilinishi, yara bo‘lishi, yara bichilishi.
- Exinokokkoz (Echinococcosis)* — organizmning exinokokk bilan kasallanishi; exinokokk kasalligi.

F

- Fagotsitoz (Phagocytosis)* — oq qon tanachalarining organizmga yot zarachalar va bakteriyalarni yutishi va hazm qilishi.
- Faringit (Pharyngitis)* — yutqinning yallig‘lanishi; yutqin shilliq pardasining uzoq vaqt yallig‘lanishi natijasida undagi

bez apparatining yo‘qolishi va shilliq pardaning yupqa tortib, qurib qolishi.

Faringolaringit — yutqin va hiqildoqning yallig‘lanishi.

Faringospazm (Pharyngospasmus) — yutqin muskullarining spazmi.

Fenilketonuriya (Phenilketonuria) — siydikda fenilketon bo‘lishi; finilalanin almashinuvi buzilishidan kelib chiqadigan tug‘ma kasallikda yuz beradi.

Fibrillatsiya (Fibrillatio) — yakka-yakka muskul tolalarining o‘z-o‘zidan qisqarishi. Yurak qorinchalari muskul tolalarining alohida-alohida, har xil vaqtda va tartibsiz qisqarishi.

Fibrin — qon iviganida fibrinogen bilan trombinning qo‘shilishidan hosil bo‘ladigan erimaydigan ferment.

Fibroadenoma (Fibroadenoma) — biriktiruvchi to‘qima stromasidan taraqqliy etgan adenoma.

Fibroma (Fibroma) — atrofdagi to‘qimalardan chegaralangan, to‘lali biriktiruvchi to‘qimadan yuzaga kelgan xavfsiz o‘sma.

Fibromioma (Fibromyoma) — asosan o‘sib chiquvchi, biriktiruvchi to‘qimalarga boy bo‘lgan xavfsiz o‘sma, ko‘proq bachadonda uchraydi.

Fimoz (Phimosis) — jinsiy olat boshi terisining yallig‘lanishi.

Flegmona (Phlegmone) — yog‘ kletchatkasining o‘tkir yallig‘lanishi, buning natijasida katta yara va abscess hosil bo‘ladi.

Fluktuatsiya (Fluctuatio) — organizm bo‘shliqlaridagi suyuqlik to‘plangan soha ustuni to‘qillatib urib ko‘rilganda seziladigan bilqillagan tovush.

Fluorografiya — fluorensensiyalovchi ekrandagi tasvirning fotosuratini olish.

Follikulit (Folliculitis) — soch follikulasi (xaltachasi)ning yallig‘lanishi.

Follikuloma (Folliculoma) — tuxumdonning follikula epiteliysida hosil bo‘lgan follikulalarga o‘xshash tuzilmalaridan tashkil topgan o‘sma.

Fototerapiya (Phototherapy) — quyosh nurlari, shuningdek, sun‘iy yorug‘lik nurlaridan davolash maqsadida foydalanish.

Frontit — peshana suyagi bo‘shlig‘ining yallig‘lanishi.

Furunkul (Furunculus) — chipqon — stafilokokklar tufayli terida yuzaga keladigan chuqur follikulitlar. Soch ildizi xaltachasi va yog‘ bezining o‘tkir yiringli yallig‘lanishi.

G

- Gaymorit (Highmoritis)* — yuqori jagʻ suyagi boʻshligʻining shilliq pardasi va shilliq osti qavatining yalligʻlanishi.
- Gaymor boʻshligʻi (Sinus hinghmori)* — yuqori jagʻ suyagida joylashgan boʻshliq.
- Galatozuriya (Galactosuria)* — monosaxarit galaktozaning siydik bilan chiqishi. Bemorga galaktozani suvda eritib ichirilganda, agar uning jigari kasal boʻlsa, galaktoza hazm boʻlmaydi, siydik bilan tashqariga chiqadi.
- Galaktoma (Galactoma)* — sut (koʻkrak) bezlarida paydo boʻladigan oʻsma.
- Gallutsinatsiya (Hallucinationes)* — koʻziga koʻrinish, tashqi taʼsirsiz paydo boʻladigan sezgilar. Yoʻq narsalarning koʻzga bor boʻlib koʻrinishi yoki eshutilishi.
- Gangrena (Gangrena)* — organ toʻqimalarni chirib oʻlib qolishi.
- Gastrit (Gastritis)* — oshqozon shilliq qavatining yalligʻlanishi.
- Gastroskopiya* — gastroskopni qiziloʻngach orqali oshqozonga kiritib uning shilliq qavatini tekshirish usuli.
- Gastrostomiya (Gastrostomia)* — qiziloʻngach orqali ovqat oʻtmay qolganda, kindik ustidan kesib, oshqozonni ochib sunʼiy ovqat yoʻli hosil qilish operatsiyasi.
- Gastroenterit (Gastroenteritis)* — oshqozon va ingichka ichaklarning yalligʻlanishi.
- Gastroenterokolit (Gastroenterocolitis)* — oshqozon, ingichka va yoʻgʻon ichaklarning bir vaqtda yalligʻlanishi.
- Gelioterapiya (Heliotherapia)* — quyosh nurlari bilan davolash.
- Gelmintologiya (Helminthologia)* — parazit chuvalchaglarni, ularni qoʻzgʻatuvchi kasalliklarni va ularga qarshi kurashish yoʻllarini oʻrganuvchi parazitologiya boʻlimi.
- Gemangioma (Heamangioma)* — qon tomirlarida paydo boʻladigan xavfsiz oʻsma. U tomirlarda tugʻma kamchiliklar boʻlganda, vujudga keladi va koʻproq yosh bolalarda uchraydi.
- Gemartroz (Haemarthrosis)* — boʻgʻim ichiga qon quyilishi.
- Gematemezis (Heamatemesis)* — qon qusish meʼda yarasi va uning saraton kasalligida, oshqozon qon tomirlari devori yemirilib, oshqozonga qon oqishida roʻy beradi.

- Gematologiya (Gematologia)* — qon tarkibini, uning xususiyatini, qon ishlab chiqarish organlarining tuzilishini va kasalliklarni oʻrganadigan fan.
- Gematoma (Haematoma)* — toʻqima orasiga qon quyilishi, retroplatsentar gematoma — yoʻldosh orqasiga qon toʻplanishi.
- Gematosalpinks (Haematosalpinx)* — ayollar tuxum yoʻliga qon quyilishi.
- Gematotoraks (Haematotorax)* — plevra boʻshligʻida qon toʻplanishi.
- Gematofobiya (Haematophobia)* — qondan qoʻrqish.
- Gematuriya (Haematuria)* — siydik tarkibida qon boʻlishi: buyrakda tosh boʻlganda, siydik tanosil aʼzolari silida va oʻsmalarida, bachadon yirilganida bunday hol roʻy beradi.
- Gemiparez (Hemiparesis)* — muskullarning bir tomonlama chala falajlanishi. Gemiplegiyaning bir turi.
- Gemiplegiya (Hemiplegia)* — tana yarmidagi muskullarning falaj boʻlishi.
- Gemitsefaliya (Hemicephalla)* — bosh miya va bosh suyakning notoʻgʻri taraqqiy etish natijasida kelib chiqadigan mayiblik, xunuklik, koʻrimsizlik.
- Gemoglobin (Haemoglobin)* — odam, umurtqalilar va baʼzan umurtqasiz hayvonlar qonidagi eritrotsitlar tarkibida mavjud nafas pigmenti: oʻpkadan toʻqimalarga kislorod va toʻqimalardan karbonat angidrid tashiydi. Gem va globindan iborat murakkab oqsil.
- Gemodializ (Haemodialysis)* — kislota va ishqorlar muvozanatini va elektrolitlar tarkibini korreksiyalash hamda organizmdan zaharli moddalarni chiqarib tashlash uchun qonni dializlash va ultrafiltratsiyalash asosida tozalash usuli.
- Gemokultura* — qondan ajratib olingan mikroblar kulturasi, qondan ajratib olib oʻstirilgan mikroblar.
- Gemoliz (Haemolysis)* — eritrotsitlarning yemirilish jarayoni, bunda eritrotsit tarkibidagi gemoglobin plazmaga oʻtib ketadi.
- Gemolitik kamqonlik* — qonda gemoglobin miqdorining kamayishi, eritrotsitlar yashash muddatining keskin qisqarishi va ular yemirilishining kuchayishi bilan taʼriflanadi.
- Gemopoez (haemopoiesis)* — qon ishlab chiqaruvchi organ tomonidan qon tanachalarining yaratilishi, koʻpayishi va yetilishi.

- Gemorragiya (Haemorrhagia)* — qon oqishi, qonash; qon devori jarohatlanganda qon ivish sistemasining buzilishi, qon ishlab chiqarish organlarining sistematik kasalliklarida uchraydigan holat.
- Gemorroy (Haemorrhoides)* — bavoisir kasalligi. Orqa chiqaruv yoʻli atrofidagi va toʻgʻri ichak shilliq qavatidagi vena tomirlarining varikoz kengayishi.
- Gemostaz (Haemostasis)* — qon oqishining toʻxtashi, gavdaning ayrim qismlaridagi qon tomirlarida qon yurishining toʻxtab qolishi.
- Gemotransfuziya (Haemotransfusio)* — qon quyish; davolash maqsadida bemorning qon tomiriga, suyak ichiga boshqa odam (donor) qonini yuborish.
- Gemofiliya (Haemophilia)* — qon oquvchanlik kasalligi gemorragik diatez hisoblanadi. Asosan, qonda ivish sistemasining VIII omili (antigemofil globulin) yetishmasligi natijasida kelib chiqadi.
- Gemoftalm (Haemophthalmus)* — koʻz soqqasi shikastlanganda koʻzning olti xonasi bilan shishasimon modda boʻshligʻiga qon quyilishi.
- Genetika* — hayvon va oʻsimliklar irsiyati va uning oʻzgaruvchanligi haqidagi fan.
- Genitaliy (Genitalia)* — ayollarning jinsiy aʼzolari.
- Geparin (Heparinum)* — antitrombin qonning ivishiga qarshi tabiiy omil; semiz hujayralarda sintezlanadigan protrombinni trombinga, fibrinogenni fibringa oʻtishini tormozlaydigan va trombin faolligini kamaytiradigan nordon mukopolisaxarid; jigar va oʻpkada hosil boʻladi. Tromboz va emboliya kasalliklarida qoʻllaniladi.
- Gepatit (Hepatitis)* — jigar yalligʻlanishi.
- Gepatosplenomegaliya (Hepatosplenoegalia)* — jigar bilan taloqning bir vaqtda kattalashishi.
- Gepototsit (Hepatocytus)* — jigar parenximasining sekretor hujayrasi.
- Gerpes (Herpes)* — uchuq toshishi.
- Germofroditizm (Hermophoroditismus)* — interseksuallik, biseksuallik, bir shaxsda har ikki jinsga oid boʻlgan belgilarning boʻlishi.
- Geteroplastika (Heteroplastica)* — hayvon toʻqimalarining inson organizmida plastik maqsadlarda ishlatilishi.

Gigiyena (Hygienos) — kasalliklarning oldini olish bilan shug'ullanadigan tibbiyot fani; tashqi muhit omillarini inson sog'lig'iga ta'sir qilishini o'rganadigan, turar joy va mehnat faoliyati o'tadigan sharoitlarni sog'lomlashtirishga qaratilgan normativlar, talablar va sanitariya tadbirlarini ishlab chiqadi.

Gigroma (Hygroma) — yaxshi sifatli o'sma. Bu o'sma bo'g'im atroflarida uchrab, ko'pincha bo'g'im bo'shlig'i bilan qo'shilgan bo'ladi, o'z ichida sinovial suyuqlik saqlaydi.

Gidradenit (Hydradenitis) — ter bezlari absessi, qo'ltiq yoki qov atrofida joylashadi.

Gidronefroz (Hydronephrosis) — buyrak istisqosi; buyrak parenximasining atrofiyaga uchrab, unda suyuqlik to'planishi.

Gidrosalpinks (Hydrosalpinx) — bachadon nayining qorin bo'shlig'i tomonga ochilgan voronkasimon qismining yallig'lanishi tufayli bir-biriga yopishib qolishi natijasida suyuqlikning dimlanib qolishi.

Gidrofobiya (Hydrophobia) — quturish kasalligida suvdan qo'rqish alomati.

Gidrotsele (Hydrocele) — tuxumdon, qin pardasining visseral va pariyetal varaqlari orasida suyuqlik to'planishi.

Gidrotsefaliya (Hydrocephalia) — bosh istisqosi — miya qorinchalarida orqa miya suyuqligining ko'payishi bilan ta'riflanadigan kasallik.

Gingivit (Gingivitis) — milk shilliq pardasining yallig'lanishi.

Ginekologiya — ayollar organizmining o'ziga xos tomonlari, bu a'zolar faoliyatining buzilishi bilan bog'liq bo'lgan kasalliklar va ularning davolash hamda oldini olish usullarini ishlab chiquvchi va amalga oshiruvchi fan sohasi.

Ginekomastiya (Gynaecomastia) — erkaklar ko'krak bezining xotinlarnikiga o'xshab o'sishi.

Giperalgeziya (Hyperalgesia) — og'riq sezishning kuchayishi.

Gipergidroz (Hyperhydrosis) — kuchli ortiqcha terlash.

Giperemiya (Hyperaemia) — tananing ma'lum qismlarida qon ko'payishi; arterial giperemiya arteriyalar bo'ylab qonning ko'p oqib ketishi; venoz giperemiya venalarning qonga to'lishi, unda ko'p miqdorda qon oqishi, qizarishi.

- Giperinoz (Hyperinosis)* — qon ivish xususiyatining ortishi, qonning tez ivishi (giperkoagulatsiya) qonda fibrinogen ko‘p-
ligidan bo‘ladi.
- Giperkeratoz (Hyperkeratosis)* — teri tashqi qavatining qazg‘oqlanib
po‘st tashlashi.
- Gipertermiya (Hyperthermia)* — organizmda issiqlikning ko‘tarilishi,
organizmning qizishi.
- Gipertoniya (Hypertonia)* — qon bosimining ko‘tarilishi.
- Gipoksiya (Hypoxia)* — to‘qimalarda kislorodning kamayishi.
- Gipometriya (Hypometria)* — o‘smay qolgan kichkina bachadon.
- Gipospadiya (Hypospadiā)* — siydik chiqarish yo‘lining qisman
yoki butunlay bo‘lmasligi.
- Gipotermiya (Hypotermia)* — organizmning umumiy sovishi.
- Gipotrofiya (Hypotrophia)* — organizmning darmonsizligi, ozishi,
go‘dak va yosh bolalarda ovqat hazm qilishning su-
runkali buzilishi natijasida kelib chiqadigan ozib-
to‘zib ketish.
- Glikozuriya (Glucosuria)* — siydikda ko‘p miqdorda qand bo‘lishi:
qandning siydik bilan chiqishi. Qand kasalligida, mar-
kaziy asab sistemasi, jigar kasalliklarida hamda ad-
renalin yuborilganda, ko‘p miqdorda qand iste‘mol
etilganda paydo bo‘ladi.

I

- Izoagglutinin* — qon shaklli elementlarning izoantigenlariga qarshi
va eritrotsitlar bilan agglutinatsiya qiluvchi qarshi jism-
lar (antitanalar).
- Izoantigenlar* — bir tur namoyandalarining eritrotsitlari, leykotsitlari
va boshqalar. Hujayralar hamda plazma oqsillari an-
tigenlarining umumiy nomi, gemotransfuziya va yot
to‘qimalar ko‘chirib o‘tkazilganda rivojlanadigan im-
munologik reaksiyalarga javobgar bo‘ladi.
- Izolator (Isolateur)* — kasallik natijasida isitmasi ko‘tarilgan bemor-
ni boshqalardan alohidalash uchun klinikalarda
ajratilgan maxsus xona.
- Izotonik eritmalar* — osmatik bosimi qon bosimining osmatik bosimi
bilan teng bo‘lgan eritmalar (masalan, natriy xlorid-
ning 0,9 % li, glukozaning 5 % li suvli eritmaları).
- Ikter* — sarg‘ayish—jigar faoliyatining buzilishi, qizil qon tanacha-

larining ko‘plab yemirilishi natijasida teri, ko‘z shilliq pardalarining sarg‘ayishi.

Ileit (Ileitis) — yonbosh ichakning yallig‘lanishi; ileit dizenteriya va boshqa yuqumli kasalliklarda uchraydi.

Ileostomiya (Ileostomia) — axlat teshigini vaqtincha ingichka ichakdan qorin devori orqali tashqariga ochish operatsiyasi.

Ileotomiya (Ileotomia) — qovurg‘a bilan qorin orasidagi ichak oraliq‘ini yorishdagi jarrohlik operatsiyasi.

Ilizarov usuli — 1. Bolalarning oyoq-qo‘llarini qon chiqarmay maxsus apparat yordamida cho‘zish. 2. Uzun nayli suyaklarning yetishmagan qismini to‘latish. 3. Uzun nayli suyaklarni osteotomiya va uning fragmentlarini yaqinlashtirish yordamida uzaytirish.

Immobilizatsiya — oyoq-qo‘l va tananing boshqa qismlarini taxtakachlash (harakatsizlantirish).

Immunizatsiya (Immunisatio) — yuqumli kasalliklarning oldini olish uchun yuqumli kasalliklarga qarshi spetsifik profilaktika vositalarini qo‘llab immunitet hosil qilish usuli.

Immunitet (Immunitas) — organizmning yuqumli va yuqumsiz agentlar va moddalarga berilmasligi, patogen mikroblarning ko‘payishiga va zahar hosil qilishiga yo‘l qo‘ymasligi, qarshi turishi.

Impetigo (Impetigo) — terining yuqumli yiringli kasalligi; ekzogen piokokk infeksiya stafilokokklar va streptokokklar tomonidan kuzatiladi.

Implantatsiya (Implantatio) — embriologiyada — odam va hayvonlarning otalanishidan keyin hosil bo‘lgan pushtni bachadonga (shilliq pardasiga) ko‘chirib o‘tkazish operatsiyasi.

Impotensiya (Impotentia) — zaiflik, ko‘proq jinsiy oqizlikka mansub atama. Jinsiy aloqaga qobiliyatsizlik; bu holat ko‘pincha tug‘ma bo‘ladi, so‘zak natijasida va boshqa sabablardan ham kelib chiqadi.

Ingalatsiya (Inhalatio) — dorilarning yuqori nafas yo‘llariga gaz yoki bug‘ hoida kiritish.

Invaziya (Invasio) — odam, hayvon yoki o‘simlik organizmiga jonli tabiat parazitlari (sodda hayvonlar, gijjalari)ning kirishi.

- Invaginatsiya (Invaginatio)* — bir organga shu organ boshqa qismining kirishi, masalan, ichak invaginatsiyasi — ichaklarning bir-biriga kirib qolishi.
- Invalid (Invalidus)* — mayib, invalid, mehnatga, ishga yaramay qolgan kishi (qarilik, kasallik natijasida yoki bironta shikast yetib oyoq-qo‘llari, ko‘zi yaramay qolgan kishi).
- Innervatsiya (Innervatio)* — organ va to‘qimalarning asablar bilan idora etilishi.
- Insulin (Insulinum)* — oshqozon osti bezining Langergans orolchalarida betta hujayralarida ishlab chiqariladigan gormon. Insulin oqsil tabiatli modda. Qandli diabetni davolashda ishlatiladigan eng muhim dori. Qonda qand miqdorini kamaytiradi. U jigar kasalligida va boshqa kasalliklarda ham qand miqdorini kamaytirish uchun qo‘llaniladi.
- Insulinoterapiya (Insulinoterapia)* — insulin bilan davolash; qandli diabet va boshqa jigar kasalliklarini, psixiatriyada shizofreniyani davolashda insulindan foydalanish.
- Insult (Insultus)* — miyada qon aylanishining o‘tkir buzilishi natijasida markaziy nerv sistemasida rivojlanadigan holat.
- Infarkt (Infarctus)* — uzoq vaqt qon yetishmasligi natijasida biror organ (bir qismi, bo‘lagi)ning halok bo‘lishi.
- Intubatsiya (Intubatio)* — og‘iz, bo‘g‘iz orqali nafas olish yo‘llariga, (traxeya, bronx) maxsus (metall yoki plastmassadan) yasalgan naycha kiritib nafas olishni tiklash — narkoz berish.
- Infiltrat (Infiltratus)* — yallig‘lanish tufayli to‘qima ichida to‘plangan va shu to‘qima uchun normal bo‘lmagan massa (hujayralar, suyuqlik).
- Infiltratsiya (Infiltratio)* — organ yoki to‘qimaning kasallik tufayli o‘zgarishi, to‘qimaga turli moddalarning shimilib to‘planishi natijasida ularning qotishi.
- Iridodonez (Iridodonesis)* — ko‘zning qo‘pol harakatida ko‘z rangdor pardasining titrashi, ko‘z gavharining yo‘qligi, chiqishi va chala chiqishi kuzatiladi.
- Iridoplegiya (Iridoplegia)* — ko‘z qorachig‘ini kengaytiruvchi muskulning falajlanib harakatsizlanishi.

Iridotsiklit (Iridocycitis) — koʻz soqqasi rangdor pardasi yoki siliar tanasining yalligʻlanishi. Iridotsiklit aksar organizmning umumiy kasalliklari (sil, zaxm, revmatizm, soʻzak va boshqa kasalliklar) va jarohatlanish tufayli kelib chiqadi.

Irit (Iritis) — koʻz rangdor pardasining yalligʻlanishi: soʻzak iriti, zaxm iriti.

Ixtioz (Ichthyosis) — baliq tangachasi terining tugʻma, diffuz, simmetrik holda oʻsish anomaliyasi.

Ishemiya (Ischaemia) — aʼzoning ayrim joyidagi qonsizlik. Qon keltiruvchi arteriyalarning spazm, tromb, embol, ateroskleroz va boshqalar tufayli bekilib qolishi natijasida biror organ yoki toʻqimada paydo boʻladigan qonsizlik.

Ishias (Ischias) — quymuch (oʻtirtgich) asabining yalligʻlanishi tufayli paydo boʻladigan ogʻriq.

K

Kaverna (Caverna) — kovak aʼzoldagi boʻshliq, kovak toʻqimaning oʻlishi va nekrotik moddaning chiqib ketishidan hosil boʻladi; bu ibora, asosan, oʻpka silining bir turini ifodalashda ishlatiladi.

Kavernit (Cavernitis) — erkaklar jinsiy olati kovakli tanalarining yalligʻlanishi.

Kalsemiya (Calcaemia) — qonda kalsiy tuzlari miqdorining (yoki kalsiy ionlarining) ortib ketishi.

Kalsiuriya — kalsiy tuzlarining siydik bilan ajralib chiqishi.

Kardiolog — yurak-tomir xastaliklari boʻyicha mutaxassis.

Kardiografiya — yurak qisqarishini maxsus apparat yordamida yozib olish usuli.

Kardiospazm (Cardiospasmus) — qiziloʻngachdan oshqozonga kirish qismining qisilishi.

Kariyes (Caries) — suyak (tish)ning cheklangan qismini yemiruvchi surunkali kasallik.

Katar (Catarrhus) — shilliq qavatlarning yalligʻlanishi, xususan, nafas yoʻllarining yalligʻlanishi.

Katarakta (Cataracta) — koʻz gavharining xiralashishi.

Kateter (Katheter) — poʻlatdan yoki rezinadan (elastik) yasalgan har xil yoʻgʻonlikdagi maxsus naycha.

- Kaxeksiya (Cachexia)* — organizmning umumiy atrofiyaga uchraishi, kuchli darajada ozish, darmonsizlanish.
- Keratit (Keratitis)* — koʻz muguz pardasining yalligʻlanishi. Yiringli va yiringsiz keratitlar boʻladi, muguz pardasi xiralaшиб qoladi.
- Kefalagematoma (Cephalhaematoma)* — qonli shish — kalla suyak pardasi ostiga qon quyilishi; bolaning tugʻilish jarayoni haddan tashqari tez boʻlganda, uning yumshoq toʻqimalari jarohatlanishi natijasida boʻladi.
- Kistoma (Cystoma)* — bez toʻqimasida paydo boʻladigan kistali (pufakli) xavfsiz oʻsmalarning umumiy nomi. Koʻpincha tuxumdonda uchraydi. Baʼzi hollarda xavfli oʻsmaga oʻtib ketishi mumkin.
- Klinika* — tibbiyot oliygohida oʻqiydigan talabalar tajriba tariqasida kasallarga qaraydigan va ilmiy ishlar olib boradigan kasalxona.
- Kolpit (Colpitis)* — (diloq) qin shilliq pardasining yalligʻlanishi.
- Koma (Coma)* — chuqur uyqu holati. Bunda bemor hushsizlanib, tomir urishi juda ham tez va yuzaki boʻlib qoladi, qon bosimi va harorati pasayib ketadi, nafas olishi chuqur va siyrak boʻladi, rangi oqaradi, atrofdagi taʼsirga javob yoʻqoladi.
- Konsultatsiya* — biror masala yuzasidan maslahat berish.
- Konyunktivit (Conjunctivitis)* — mikroblar vositasi bilan yoki jarohatlanish natijasida koʻz shilliq pardasining yalligʻlanishi.
- Kraniostenoz (Craniostenosis)* — kalla suyagi choklarining butunlay bitib qolishi. Bunda kalla suyagi ichidagi hajm chegaralanib qoladi. Bunday odamlarda doimo qattiq bosh ogʻrigʻi boʻladi.
- Kriz (Crisis)* — xastalik alomatlarining toʻsatdan zoʻrayishi yoki yangi alomatlar paydo boʻlishi bilan kechadigan qisqa muddatli holat.
- Kreptorxizm (Cryptorchismus)* — tugʻma yetishmovchilik, moyakning oʻz oʻrniga tushmaganlik holati, moyakning bittasi yoki ikkalasining yorgʻoqda boʻlmay qorin orqasi boʻshligʻida qolishi.
- Kreptoftalm (Cryptophthalmus)* — koʻz soqqasi va qovoqlarning tugʻma oʻsmay qolishi.

L

- Laprotomiya* — qorin bo'shlig'ini jarrohlik usulida ochish.
- Laringit (Laryngitis)* — hiqildoq shilliq qavatining yallig'lanishi.
- Laringolog* — hiqildoq va undan pastki nafas yo'llari kasalliklarini o'rganuvchi va davolovchi mutaxassis.
- Laringologiya* — hiqildoq, kekirdak, bronx tuzilishi va kasalliklarini o'rganuvchi fan.
- Laringosop* — hiqildoqni ko'rish uchun ishlatiladigan ko'zguli asbob.
- Laringospazm (Laryngospasmus)* — tovush yo'lining qisqarib berkilishi. Bu kasallik to'satdan hushtak chalganga o'xshash nafas olish bilan boshlanadi. Spazmafiliyada tovush pardalari va tomoq muskullari tortishib qolishi natijasida tovush yo'li bekilib, bemor bir necha soniya nafas ola olmaydi.
- Laringostenoz (Laryngostenosis)* — yaralanish, yallig'lanish va boshqa kasalliklardan so'ng hiqildoq teshigining to'rayib, nafas olishning qiyinlashishi.
- Laringostomiya (Laryngostomia)* — hiqildoqni teshish: hiqildoqqa tashqaridan kirib turishi uchun undan teshik ochib, naycha qo'yish.
- Laringotraxeit (Laryngotracheitis)* — hiqildoq va kekirdak shilliq qavatining baravar yallig'lanishi.
- Leykemiya (Leukaemia)* — oq qon kasalligi — qonda oq qon tanachalari voyaga yetmagan leykotsitlar sonining had-dan tashqari ortib ketishi bilan kechadigan kasallik.
- Leykoz (Leucosis)* — qon ishlab chiqaradigan organlar sistema-sining o'smaga xos kasalligi.
- Leykopoez (Leucopoiesis)* — oq qon tanachalarining bunyodga kelishi.
- Leyshmanioz* — leyshmaniyali tanalar deb ataladigan bir hujayrali parazitlarning kishi tanasiga tushishidan paydo bo'ladigan kasallik.
- Limfadenit (Lymphadenitis)* — limfa bezlarining yallig'lanishi.
- Limfadenoma (Lymphadenoma)* — ichak, ayniqsa, yo'g'on ichak va boshqa organlar shilliq qavatlarida uchraydigan xavfsiz o'sma.
- Limfangit (Lymphangitis)* — limfa tomirlarining keskin yallig'lanishi.

- Litik aralashma (Suspensio lyticus)* — narkoz vositalari ta'sirini kuchaytirish hamda jarrohlik operatsiyalarida vegetativ asab sistemasi faoliyatini mustahkamlash maqsadida ishlatiladigan dorilar aralashmasi.
- Lamblioz (Lambliosis)* — ingichka ichak, ba'zan o't pufagida parazitlik qiluvchi lambliyalar keltirib chiqaradigan kasallik.
- Laminoektomiya (Laminectomia)* — operatsiya yo'li bilan orqa umurtqa suyagini yorib, orqa miyani ochish.
- Leykonixiya (Leuconychia)* — tirnoq kasalligi, bunda tirnoqlarda oq dog'lar paydo bo'ladi.

M

- Magnitoterapiya* — bemor tanasiga magnit maydoni bilan ta'sir etishdan iborat fizioterapiya usuli.
- Makulit (Maculitis)* — ko'z to'r pardasi va tomirli pardasi sariq dog'i sohasidagi yallig'lanish.
- Mastoidit (Mastoiditis)* — quloq orqasidagi so'rg'ichsimon o'siqchanning o'tkir yallig'lanishi.
- Mastoidektomiya (Mastoidectomia)* — so'rg'ichsimon o'siqchanning yallig'langan qismini kesib tashlash operatsiyasi.
- Mezaortirit (Mesaortritis)* — aorta devori o'rta muskul qavatining yallig'lanishi. Bu ko'pincha zaxm kasalligida yuz beradi.
- Mezoadenit* — charvidagi limfa tugunlarining yallig'lanishi. Bunga ko'pincha sil kasalligi sabab bo'ladi.
- Mezoderma (Mesoderma)* — embrionning o'rtancha varag'i.
- Melanin (Melas, Melanos)* — qora rangli pigment; soch, ko'z qorachig'i va terida uchraydi.
- Melanoma (Melanoma)* — pigment to'qimasidan chiqqan xavfli o'sma; ko'pincha teridagi xollardan, ko'zning to'r va tomir pardalaridan hosil bo'ladi.
- Melena (Melaena)* — qoramoyssimon najas; o'zgargan qon qo'shib, qora tus olgan najas.
- Meningit (Meningitis)* — bosh yoki orqa miya pardasining yallig'lanishi; meningeal sindrom ko'rinishida kechadi.
- Meningomiyelit (Meningomyelitis)* — bosh va orqa miya pardalarining bir vaqtda yallig'lanishi.

- Metastaz (Metastasis)* — xavfli oʻsma hujayralarining boshlangʻich oʻchogʻidan boshqa aʼzolarga qon yoki limfa oqimi bilan oʻtishi natijasida hosil boʻladigan ikkilamchi oʻsma.
- Meteorizm (Meteorismus)* — ichakda gaz, havo yigʻilishi sababli ichning dam boʻlishi.
- Metrit (Metritis)* — bachadon yalligʻlanishi.
- Metroendometrit* — bachadon muskul va shilliq qavatining bir vaqtda yalligʻlanishi.
- Mialgiya (Myalgia)* — muskullardagi ogʻriq; koʻpincha shamollashda, yuqumli kasalliklardan kelib chiqadi.
- Miyelit (Myelitis)* — orqa miyaning yalligʻlanishi.
- Mikroinsult (Microinsultus)* — miyaning kichik bir qismida qon aylanishining toʻsatdan, qisqa muddatga buzilishi.
- Mikroinfarkt (Microinfarctus)* — yurak muskulining kichik bir qismiga toʻsatdan qon bormay qolishi natijasida yurak faoliyatining buzilishi.
- Mikroftalm (Microphthalmus)* — koʻz soqqasining tugʻma kichik boʻlishi.
- Mikrotsefaliya (Microcephalia)* — kallaning odatdagidan koʻra kichik boʻlishi; koʻpincha tugʻma boʻladi.
- Mimika (Mimicos)* — kishining turli ruhiy holatlarini ifodalovchi yuz muskullarining bir-biri bilan bogʻlangan oʻzaro harakati majmuyi.
- Miozit (Myositis)* — tana muskullarining yalligʻlanishi; uning asosiy belgisi muskullarning sanchib ogʻrishi.
- Miokardit (Myocarditis)* — yurak muskulining yalligʻlanishi.
- Mioma (Myoma)* — muskul turkumidan paydo boʻlgan oʻsma.
- Miopatiya (Myopathia)* — muskulning kichrayishi, uning asosiy belgilaridan biri — muskullarning asta-sekin quvvatsizlanishi, kichrayishi.
- Mioendokardit (Myoendocarditis)* — yurak endokardi (ichki qavati) bilan miokardi (muskul qavati)ning bir vaqtda yalligʻlanishi.
- Mioepitelioma (Myoepithelioma)* — epiteley shilliq qavatining muskul tolalaridan rivojlanadigan xavfsiz oʻsma.
- Miringoplastika (Myringoplastica)* — tashqi va ichki quloq oʻrtasidagi devorni tashkil qiluvchi togʻay parda yirtigʻini transplantat bilan yamash operatsiyasi.

N

- Narkoz (Narcosis)* — umumiy og‘riqsizlantirish, sun‘iy uxlatish. Narkotik moddalar yordamida bosh miya va orqa miyaning harommag‘izidagi harakat va reflektor faoliyatini boshqaruvchi markazlar ishini vaqtincha to‘xtatish.
- Nevralgiya (Neuralgia)* — zararlangan periferik asab sohasida og‘riq xuruj qilib o‘tadigan kasallik.
- Nevrasteniya (Neurastenia)* — asab sistemasi charchashidan kelib chiqadigan kasallik.
- Nevrit (Neuritis)* — nervning periferik yallig‘lanishi — turli infeksiya va intoksikatsiyalar natijasida paydo bo‘ladi.
- Nevrogenez* — asab sistemasining tashkil topishi va taraqqiy qilishi.
- Nevroz (Neurosis)* — asab sistemasining funksional kasalligi. Kasallik turlicha belgilar bilan o‘tadi, miya po‘stlog‘ida tormozlanish bilan qo‘zg‘alish jarayonlari o‘rtasidagi muvozanatning yo‘qolish ifodasidir.
- Nevralogiya* — asab sistemasining embriologiyasi, gistologiyasi, gistokimyosi, anatomiya-fiziologiyasi, asab sistemasini tekshirish, uning kasalliklarini davolash usullarini o‘rganadigan fan.
- Nevroma (Neuroma)* — asab periferik to‘qimasida rivojlanadigan xavfsiz o‘σμα. Asosan, asab shikastlanishi natijasida paydo bo‘ladi.
- Nevropatolog* — asab kasalliklari bo‘yicha mutaxassis.
- Nevrotomiya* — bir xil asab kasalliklariga muskulga boruvchi asab tolalarini kesish. Bu ham davolash usuli.
- Nevroektomiya* — asabning bir qismini olib tashlash.
- Nekroz (Necrosis)* — to‘qimalar nobud bo‘lishi, chirigan-irigan joylar. Hujayra yoki hujayralar to‘plamining tirik to‘qima bilan chegaralangan holda halok bo‘lishi.
- Nekrotomiya (Necrotomia)* — to‘qimalarning o‘lgan qismlarini kesib olib tashlash.
- Neonatolgiya* — pediatriya fanining chaqaloqlar fiziologiyasi va kasalliklari bilan shug‘ullanadigan bo‘limi.
- Nefrit (Nephritis)* — buyraklarning yallig‘lanishi. Asosan, buyrak to‘pchalari yallig‘lanadi, o‘tkir va surunkali turda o‘tadi.

Nefroz (Nephrosis) — buyrak kasalligi — asosan, buyrak naychalarining distrofik zararlanishi, badan shishi, siydikda oqsil bo‘lishi va qonda albuminning kamayishi bilan o‘tadi.

Nefrolitotomiya (Nephrolithotomia) — buyrakdan operatsiya yo‘li bilan toshni olib tashlash.

Nefrologiya — buyrak va uning kasalliklarini o‘rganadigan fan.

Nefropiyelit — buyrak parenximasi va jomining yallig‘lanishi.

Nefrotomiya (Nephrotomia) — toshni olib tashlash maqsadida buyrakni kesish operatsiyasi.

Nefroektomiya (Nephrectomia) — operatsiya qilib, buyrakni olib tashlash.

Nistagm (Nystagmus) — ko‘z soqqalarining ritmik harakat qilishi.

Nefroangioskleroz (Nephroangiosclerosis) — buyraklarning atreosklerotik o‘zgarishi. Gipertoniya kasalligi sababli yuz beradi. Bunda buyrak yetishmovchiligi belgilari ham kuzatiladi.

Nefroblastoma (Nephroblastoma) — bolalarda uchraydigan buyrakning xavfli o‘smasi. Yosh bolalarda katta hajmdagi metastaz bermaydigan mezoblastik nefroblastoma boshqalardan ajralib turadi.

Nefrozo-nefrit (Nephrosonephritis) — buyrak to‘pchalari yallig‘lanishining buyrak parchalari distrofik o‘zgarishlari bilan birga kechishi. Bunda ham nefrit, ham nefroz belgilari bo‘ladi.

O

Obturatsiya (Obturiatio) — organizmdagi turli teshik yoki yo‘llarning bekilib qolishi, bitib ketishi.

Ovulatsiya (Ovulatio) — tuxumdondagi yetilgan graf pufakchasi yorilib, follikular suyuqlik bilan birga tuxum hujayra chiqishi; bu hol bir oyda bir marta yuz beradi (hayz).

Odontalgiya (Odontalgia) — tish og‘rig‘i.

Odontit (Odontitis) — tishning yallig‘lanishi.

Oligomenoreya (Oligomtnorrhoea) — hayz ko‘rishning buzilishi, bu hayz ko‘rish orasidagi muddatning uzayib ketishi bilan ifodalanadi. Gipofiz, tuxumdon, qalqonsimon bezlar va buyrak usti bezlari po‘st qavati hamda bachadon funksiyasining buzilishi natijasida yuz beradi.

- Oligofreniya (Oligophrenia)* — tugʻma aqli pastlik — ruhiy rivojlanishning toʻxtab qolishi, nasldan naslga oʻtadigan turli kasalliklar sabab boʻladi. Oligofreniya, idiotiya, imbetsillik va debillik bosqichlariga boʻlingan.
- Oliguriya (Oliguria)* — siydikning kam ajralishi (normada bir sutkada 1,2—1,5 litr siydik ajraladi). Tanadan koʻp miqdorda suyuqlik yoʻqotilganda, teri kuyganda, shokda, yurak ishi buzilganda, buyrakning ogʻir kasalliklarida va buyrakda qon aylanishi susayganda kuzatiladi.
- Omfalit (Omphalitis)* — kindikning yalligʻlanishi, asosan, chaqaloqlarda kuzatiladi. Omfalit uchun kindik sohasining doʻppayib turishi, uning atrofidagi terining qizarishi va infiltratlanishi xosdir.
- Onixiya (Onychia)* — tirnoq ostining yalligʻlanishi yoki milkak chiqishi.
- Onkolog* — rak (oʻsma) kasalligini aniqlash, oldini olish va davolash bilan shugʻullanadigan mutaxassis.
- Ortopediya (Orthopaedia)* — harakat va tayanch aʼzolarining turli kasalliklari (mayibliklar)ga davo qilish va oldini olish usullarini koʻrsatuvchi fan.
- Osteoklast (Osteoklastos)* — suyak toʻqimasining taraqqiy etish jarayonida hosil boʻluvchi va suyak moddalarini yemiruvchi hujayra.
- Osteoliz (Osteolysis)* — suyakning yemirilishi, erishi, suyakni hosil qilgan tuzlarning erishi yoki ikki suyak orasiga qoʻyilgan suyak boʻlakchasining surilishi.
- Osteomalatsiya (Osteomalacia)* — suyakning yumshab qolishi; suyak toʻqimasida kalsiy va boshqa mineral tuzlar kamayib, elastik moddalar qolishi natijasida suyakning yumshashi. Koʻpincha D vitamini yetishmasligi natijasida yuz beradi.
- Osteomiyelit (Osteomyelitis)* — suyak va koʻmikning yalligʻlanishi.
- Otolaringolog* — quloq, burun, tomoq va boʻgʻiz kasalliklarini diagnostikasi, davolash va profilaktika sohasida taʼlim olgan mutaxassis.

P

- Palpatsiya (Palpatio)* — paypaslash — organlarning fizik holati, topografiyasini aniqlash uchun qoʻllaniladigan klinik usullardan biri.

- Panartrit (Panarthritus)* — bo‘g‘imlarning yoki bo‘g‘imni tashkil qilgan barcha tuzilmalar (tog‘ay, paylar, sinovial qavat boylam apparati)ning yallig‘lanishi.
- Pankardit (Pancarditis)* — yurak barcha qavatlarining (perikard, miokard, endokard) bir vaqtda yallig‘lanishi. Revmatizm, skarlatina, sepsis tufayli yuzaga keladi. Yurak urishining buzilishi, yurak kengayishi, muskullar yetishmasligi, paradoksal puls va boshqalar bilan ifodalanadi.
- Papilloma (Papilloma)* — teri epiteliysidan rivojlanadigan xavfsiz o‘σμα. Tarmoqlangan mayda so‘rg‘ichlardan iborat, tuzilishida epiteliydan tashqari biriktiruvchi to‘qima ham ishtirok etadi. Bazel hujayrali va fibroepitelial papillomalarga bo‘linadi.
- Paratonzillit (Paratonsillitis)* — tomoqdagi murtaklarni o‘rab turuvchi to‘qimalarning o‘tkir yallig‘lanishi.
- Parinteral* — oshqozon-ichak yo‘lidan tashqariga, teri ostiga, muskul orasiga, venaga inyeksiya qilish.
- Parkinsonizm (Parkinsonismus)* — bu harakatning sekinlashishi va muskullar tonusi plastik oshishi sindromi bo‘lib, ko‘pincha qaltiroq bilan kuzatiladi. Epidemik ensefalitning uzoq davom etadigan xili; parkinsonizm muskullar tarangligi, harakatning kamayishi va sekinlashishi (bradikineziya) bilan yuz beradi. Kasallar o‘z xohishi bilan harakat qila olmasdan, turgan, o‘tirgan joyidan qimirlay olmay uzoq vaqt, ba‘zan qanday turgan bo‘lsa, o‘sha holatda qolaveradi; salmoqlanib, tushunarsiz gapiradi; hech qanaqa harakat qilmasa ham qo‘l-oyoqlari hamma vaqt titrab, qaltirab turadi. qisman harakatsizlik hollari vaqti-vaqti bilan qisqa muddatli impulsiv qo‘zg‘alish, harakatchanlik bilan almashinib turadi.
- Parodontoz (Parodontosis)* — alveolar o‘siqning siyqalanishi hamda paradontga kiradigan to‘qimalarning yallig‘lanishi.
- Paronixiya (Paronychia)* — tirnoqlar atrofidagi to‘qimalarning yeyilib ketishi bilan kuzatiladigan yallig‘lanish.
- Parotit (Parotitis)* — tepki — quloq oldi so‘lak bezining yallig‘lanishi. Infeksiya (virus) ko‘pincha og‘izda bez

sekretsiyasi yoki qon orqali kiradi, ba'zan u septikopiyemiya sababli ro'y beradi. Ikki tomonlama o'tkir parotit tepki, deb ataladi.

- Pastozlik* — to'qimalardagi bilinar-bilinmas «xamirsimon» shish.
- Patologiya* — kasallik va organizmning kasallik holati haqidagi fan. Umuman kasallik jarayonlari (umumiy patologiya) va kasallikning ayrim shakllari (xususiy patologiya) haqidagi ta'limot; patologiya patologik fiziologiya va patologik anatomiya fanlarini o'z ichiga oladi.
- Patsiyent* — shifokor kuzatib turadigan bemor.
- Pediatr* — bolalar kasalliklari mutaxassisi.
- Pediatrya* — bolalar kasalliklarini o'rganuvchi fan.
- Periadenit (Periadenitis)* — bezlar seroz pardasining yallig'lanishi. Yallig'lanish bezning o'zidan yoki shu bez atrofidagi to'qimalardan o'tishi mumkin.
- Periadneksit (Periadnexitis)* — bachadon ortiqlarini qoplab turadigan qorinparda yallig'lanishi.
- Periartrit (Periarthritis)* — bo'g'im atrofidagi to'qimalarning yallig'lanishi.
- Periglossit* — til atrofidagi to'qimalarning yallig'lanishi.
- Peridaktiliya (Peridactylia)* — rivojlanish anomaliyasi: qo'l panjasi va oyoqning birinchi va beshinchi barmog'i bo'lmasligi.
- Periodontit* — tishning ildiz pardasi va unga yaqin joylashgan to'qimalarning yallig'lanishi.
- Perikardit (Pericarditis)* — yurak seroz pardasining, visseral va pariyetal varaqlarining yallig'lanishi. O'tkir, o'rtacha o'tkir va surunkali o'tishi mumkin.
- Periostit (Periostitis)* — suyak pardasining yallig'lanishi. Suyakning o'zi, ko'migi, Gavers kanallari, suyak atrofidagi to'qimalar yallig'lanishi tufayli vujudga keladi.
- Peristaltika (Peristaltica)* — oshqozon, ichaklarning to'lqinsimon harakati. Halqasimon va uzun muskullar qisqarib ovqatning bir joydan ikkinchi joyga o'tishiga xizmat qiladi.
- Peritonit (Peritonitis)* — qorin pardasining yallig'lanishi. Tutash va chegaralangan peritonit farq qilinadi; peritonit ko'pincha qorindagi organlarning yallig'lanishi yoki qorin devorining shikastlanishi natijasida ro'y beradi.

- Periureterit (Periureteritis)* — siydik yoʻlidagi biriktiruvchi toʻqimali pardaning, shu yoʻl atrofidagi gʻovak kletchatkaning tomir hamda asablari bilan birga yalligʻlanishi.
- Perkussiya (Percussio)* — toʻqillatish — kasallikni aniqlash uchun qoʻllaniladigan fizik usuli. Tananing tekshirilayotgan joyiga barmoqlar yoki bolgʻacha bilan toʻqillatib urib koʻrish. Bunda chiqadigan tovush xarakteriga qarab, tekshirilayotgan organning ahvoli haqida fikr yuritiladi.
- Pertubatsiya (Pertubatio)* — maxsus asbob yordami bilan bachadon naychalariga havo yoki gaz yuborish. Diagnostika hamda davolash maqsadida qoʻllaniladi.
- Petexiya (Petechia)* — yuza qon tomirlari yorilish natijasida terida paydo boʻladigan juda mayda — tariqdek, toʻq koʻkimgitir dogʻlar. Jarohat yoki turli yuqumli kasalliklarda, shuningdek, baʼzi teri kasalliklarida uch-rashi mumkin.
- Piyelit* — buyrak jomchasining yalligʻlanishi.
- Piyelografiya* — kontrast modda yuborib, rentgenda buyrak jomchasining rasmini olish.
- Piyelonefrit (Pyelonephritis)* — buyrak va buyrak jomchasi shilliq, pardasining yuqoridan pastga qon orqali tushuvchi yoki pastdan siydik yoʻlidan yuqoriga koʻtariluvchi infeksiya orqali yalligʻlanishi.
- Piyemiya (Pyemia)* — qonda yiring boʻlishi, sepsisning bir turi. Organizmning umumiy yiringli infeksiya bilan kasallanishi va turli organlarda ikkilamchi metastatik abs-sesslar hosil boʻlishi.
- Pilorospazm (Pylorospasmus)* — oshqozon chiqish qismining qisilishi.
- Pilorostenoz (Pylorostenosis)* — oshqozon chiqish qismining torayib qolishi. Oshqozon yara chandigʻidan vujudga keladi.
- Piodermis (Pyodermis)* — yiringli infeksiyadan kelib chiqqan teri kasalliklari.
- Piometrit* — bachadonning yiringli yalligʻlanishi. Koʻpincha soʻzak kasalligida yuz beradi.
- Pionefrit (Pyonephritis)* — buyrakning yiringli yalligʻlanishi.
- Pionefroz (Pyonephrosis)* — buyrak jomchasining yiringli yalligʻlanishi bilan kechadigan nefroz.

- Piosalpingit* — fallopiy naychalarining yiringli yallig‘lanishi, yiring yig‘ilishi. Ko‘pincha, sil tayoqchalari va gonokokklar yuzaga keltiradi.
- Plazma (Plasma)* — qonning suyuq qismi; tarkibida, asosan, oqsil va boshqa organik birikmalar hamda anorganik tuzlar bo‘lgan kolloid eritma. Plazmada qonning shaklli elementlari (eritrotsit, leykotsit va boshqalar) suzib yuradi.
- Plazmaferez* — qon olib va sentrifugalab, plazmani ajratish hamda cho‘ktirilgan shaklli elementlarni tegishli muhitdagi suspenziya holida qaytadigan kishiga yuborish. Plazma olish va ba‘zi bir patologik holatlarni davolash uchun qo‘llaniladi.
- Platsenta (Placenta)* — platsenta, yo‘ldosh — kulcha shaklidagi organ; homila uch oylik bo‘lgach, mukammal yetiladi va homila tug‘ilguncha, bachadon devoriga yopishib turadi; platsenta ona bilan homila o‘rtasida modda va havo almashinishiga xizmat qiladi.
- Plevrit (Pleuritis)* — plevra bo‘shlig‘ida va sathida ekssudat hosil bo‘lishi bilan davom etadigan yallig‘lanish. U o‘tkir yoki surunkali o‘tadi. Yallig‘lanishning joylanishiga qarab chegaralangan, diffuz va diafragmatik plevrit, o‘pka, qovurg‘alar, o‘pka bo‘laklari orasi plevriti hamda mediastinal plevrit farq qilinadi. Plevritni, asosan, sil bakteriyalari yuzaga keltiradi. Bundan tashqari, revmatizm va boshqa infeksiyon kasalliklar ham plevritni paydo qilishi mumkin.
- Pleksit (Plexitis)* — asab chigallarining yallig‘lanishi. Orqa miya nervlaridan hosil bo‘lgan bo‘yin, yelka, bel, dumg‘aza chigallarining yallig‘lanishi.
- Pnevmoniya (Pneumonia)* — o‘pka yallig‘lanishi, lobar pnevmoniya (butun bir o‘pka bo‘lagining yallig‘lanishi (va lobular pnevmoniya yoki bronxopnevmoniya (o‘pka bo‘lakchalarining yallig‘lanishi) farq qilinadi; pnevmoniya o‘tkir infeksiyon kasallik bo‘lib, pnevmokokk, ba‘zan streptokokk, stafilokokk va viruslar ham paydo qilishi mumkin.
- Pnevmonektomiya (Pneumonecitomia)* — bir o‘pkani jarrohlik yo‘li bilan butunlay olib tashlash. Ko‘pincha o‘pkaning xavfli o‘smasi, kaverna sili, uzoq vaqt davom etadigan yiringli kasalliklarda qo‘llaniladi.

- Pnevmoplevrit (Pneumopleuritis)* — plevra pardalari orasida havo yigʻilishi tufayli yalligʻlanishi. Koʻpincha, sunʻiy pnevmotoraks qilinayotganda plevra boʻshligʻiga infeksiya tushishi natijasida vujudga keladi.
- Pnevmoskleroz (Pneumosclerosis)* — oʻpkadagi biriktiruvchi toʻqimalarning oʻsib ketishi. Oʻpkaning surunkali yalligʻlanishi (fibroz sil interstitsial yalligʻlanish), silikoz, antrakoz natijasida kelib chiqadi.
- Podagra (Podagra)* — purin almashinuvining buzilishi natijasida paydo boʻladigan kasallik.
- Polidaktiliya (Polydactylia)* — koʻp barmoqlilik — tugʻma nuqson; oyoq yoki qoʻl barmoqlari sonining ortiqcha boʻlishi. Sut emizuvchilarda, qushlarda, suvda va quruqlikda yashovchilarda hamda odamlarda uchraydi.
- Politdipsiya (Polydipsia)* — qattiq chanqash. Koʻp siyish natijasida kelib chiqadi.
- Politsitemiya* — tanada qon miqdorining haddan tashqari koʻp boʻlishi. Bunda qonning suyuq qismi yoki shaklli elementlari alohida koʻpayishi ham mumkin. Koʻp suyuqlik ichilganda, qonga zardob yuborilganda kuzatiladi.
- Poliinfeksiya* — organizmning bir necha xil mikroorganizmlar bilan zararlanishi.
- Polip (Polypus)* — surunkali yalligʻlanish natijasida shilliq pardaning maʼlum qismida paydo boʻlgan soʻrgʻichsimon oʻsiq. Burun, ichak, oshqozon, bachadon va tananing boshqa boʻshliqlaridagi shilliq pardaning gipertrofiyalanishi natijasida yoki asl oʻsma shaklida kelib chiqadi.
- Prekoma (Praecoma)* — komaning boshlanish davri — taranganish, asab harakatining qattiq tormozlanishi (sopor yoki stupor) bilan ifodalanadi, lekin hali reflektor reaksiyalar saqlangan; bu holatdan kasalni ogʻritish, kuchli ovoz yoki yorugʻlik taʼsirida chiqarish mumkin.
- Premedikatsiya (Praemediatio)* — bemorni narkozga yoki mahalliy anesteziyaga tayyorlash vaqtida dori vositalarini qoʻllanilishi. Bunda narkoz yoki mahalliy anesteziya uchun ishlatiladigan dori vositalarining effekti oshishi va ayni vaqtda kelib chiqishi mumkin boʻlgan asoratlarning oldini olish koʻzda tutiladi.

Proktit (Proctitis) — to‘g‘ri ichakning yallig‘lanishi. Dizenteriya, so‘zak, sil, ba‘zan zaxm kasalligida uchrashi mumkin. Jarayonning sababiga, davom etishiga, makroorganizmning reaktiv holatiga ko‘ra kataral, fibrinoz, yiringli, yarali xillari bo‘ladi.

Proktosigmoidit (Proctosigmoiditis) — to‘g‘ri va sigmasimon ichaklarning yallig‘lanishi.

Prototomiya (Proctotomia) — to‘g‘ri ichakni operatsiya yo‘li bilan kesish.

Psixoz (Psychosis) — telbalik, ruhiy kasalliklar. Keng ma‘noda ruhiy faoliyat buzilishining barcha ko‘rinishlari; tor ma‘noda ruhiy faoliyatining keskin buzilishi bilan davom etadigan ruhiy kasalliklarning klinik shakllari.

Psixoterapiya — ruhiy kasalga ta‘sir etish, ishontirish, so‘z va gipnoz vositalari bilan davolash usullari; psixoterapiya faqat psixiatriya, nevropatologiyadagina emas, tibbiyotning boshqa sohalarida ham keng qo‘llaniladi.

Ptoz (Ptosis) — qovoqning salqib qolishi. Bosh miyaning juft asablari patologiyasida ro‘y beradi.

Pulpit (Pulpitis) — tishni qon bilan ta‘minlaydigan qon tomirlari va asab tolalarining yallig‘lanishi.

Puls (Pulsus) — tomir urishi, tomir devorining tebranishi. Yurakdan tomirlarga chiqqan qon harakati ta‘sirida tomir devorining ritm bilan tebranishi, kengayib torayishi.

Punksiya (Punctio) — sanchib teshish — shpris yoki troakar bilan biror to‘qima yoki bo‘shliqni teshish; punksiya to‘qima yoki bo‘shliq ichida yig‘ilib qolgan yiring yoki suyuqlikni diagnoz qo‘yish maqsadida tekshirib ko‘rib yoki ularni chiqarib tashlash (davolash) uchun qo‘llaniladi.

Pustuloz — pustulaning tarqalishi bilan ifodalanadigan holat.

R

Radikulit (Radiculitis) — periferik asablarning umurtqalararo tungunchalardan orqa miyagacha bo‘lgan qismidagi ildizning yallig‘lanishi.

Rak (Cancer, carcinoma) — saraton — epitelial to‘qimadan o‘sadigan xavfli o‘sma; epitelial organlar — teri, shilliq

qavatlar, qizilo'ngach, o'pka, me'da-ichak yo'li, siydik-tanosil organlarida yuzaga keladi; rak juda tez o'sadi, atrofdagi to'qimalarni yemiradi, uzoqda joylashgan a'zolarga o'tadi (metastaz beradi) va o'z vaqtida davolanmasa, o'limga olib keladi. Shu xususiyatlari bilan xavfsiz o'smalardan farq qiladi.

Ratsion — oziq-ovqat va suyuqliklarning har kunga mo'ljallangan miqdori.

Reabilitatsiya (Rehabilitation) — organizmning buzilgan faoliyatini tuzatishga va ish qobiliyatini tiklashga qaratilgan tibbiy pedagogika va ijtimoiy tadbirlar majmuasi.

Reanimatsiya — organizmning so'nayotgan yoki endigina so'ngan, hayot uchun zarur faoliyatini tiklashga qaratilgan davolash tadbirlari majmuasi.

Revmokardit (Rheumocarditis) — revmatizm kasalligi munosabati bilan yurak klapanlarining shikastlanishi; revmokardit revmatizm kasalligining asorati boshqalarga qaraganda ko'proq uchraydi.

Rentgenolog — rentgen apparatlari yordamida kasalliklarni aniqlovchi va ularni davolovchi mutaxassis.

Rentgenoskopiya — asosiy rentgenologik tekshirish usullaridan biri. Ichki organlarni ekranda ko'rib turib tekshirish. Jarayon qorong'ilashtirilgan xonada o'tkaziladi.

Retikuloma (Reticuloma) — retikular hujayralarida vujudga kelgan o'sma.

Retinit (Retinitis) — ko'z to'r (asab) pardasining yallig'lanishi. Ko'zning xira tortishi, to'r pardada shish va ekssudat paydo bo'lishi, ba'zi hollarda unga qon quyilishi bilan kechadi.

Retroperitonit (Retroperitonitis) — qorin parda ortidagi to'qimalarning yallig'lanishi.

Rigidnost (Rigiditas) — rigidlik — qotib qolish, tayoqdek qattiq bo'lib turish. Muskullar tonusining kuchayib ketishi natijasida ayrim organlar (qo'l-oyoq) yoki tana qismlarining qotib qolishi.

Rinit (Rhinitis) — tumov-burun bo'shlig'i shilliq pardasining yallig'lanishi.

Rinoskop — burun boʻshligʻini koʻrish uchun qoʻllaniladigan dastali kichkina oyna.

Rinoreya (Rhinorrhoea) — tumov natijasida burundan nazla kelishi. Baʼzan kalla tubi singanda miya suyuqligi ham oqishi mumkin.

S

Sakroileit (Sacroileitis) — chanoq va dumgʻaza boʻgʻimining yalligʻlanishi. Chanoq va dumgʻaza boʻgʻimida qattiq ogʻriq paydo boʻlishi va harakatning qiyinlashib qolishi; travmalar, revmatizm, modda almashinuvi buzilishi natijasida kelib chiqadi.

Sakrokoksit (Sacrococixitis) — dumgʻaza va chanoq suyaklarining yalligʻlanishi.

Salpingit (Salpingitis) — bachadon naychalarining yalligʻlanishi.

Salpingostomiya (Salpingostomia) — berkilib qolgan bachadon naychalarining yoʻlini ochish.

Salpingoektomiya (Salpingoectomy) — bachadon naychasini olib tashlash operatsiyasi. Bu koʻpincha homila tuxumdon yoʻlida boʻlganda, shuningdek, oʻsma kasalliklarida qoʻllaniladi.

Sanatsiya (Sanatio) — sogʻaytirish, sogʻlomlashtirish, tozalash. Masalan, ogʻiz sanatsiyasi — ogʻiz boʻshligʻi kasalliklarining oldini olish maqsadida tishlarni muntazam ravishda tozalab turish, ogʻizni chayqash, kasallangan tishlarni davolash.

Sarkoma (Sarcoma) — yetilmagan biriktiruvchi toʻqimadan paydo boʻladigan xavfli oʻsma.

Seksiya (Sectio) — biror organ yoki toʻqimani kesish. Murdani kesib ochib tekshirish.

Septikopyemiya (Septicopyaemia) — yiring metastazi tufayli roʻy beradigan sepsis. Organizmning biror yerida yiringli yalligʻlanish boʻlganida, infeksiyaning bu yerdan qonga oʻtishi va qon bilan butun badanga tarqalib, turli organlarning yiringlab ketishiga olib kelishi.

Septitsemiya (Septicaemia) — sepsis xillaridan biri; metastazis sepsis. Bu holat, umuman, qattiq zaharlanish koʻrinishida roʻy beradi.

- Simptomatika* — kasallik yoki kasalliklar guruhini koʻrsatadigan belgilar kompleksi.
- Sindesmologiya (Syndesmologia)* — organizmdagi bogʻlovchi paylar sistemasini oʻrganuvchi fan.
- Sinovit (Synovitis)* — boʻgʻim sinovial pardasining yalligʻlanishi.
- Sinusit (Sinusitis)* — sinuslarning (masalan, Gaymor boʻshligʻining) yalligʻlanishi.
- Sklera (Sclera)* — koʻzning oqi, koʻz soqqasi tashqi pardasining bir qismi.
- Sklerodermiya (Sclerodermia)* — terining taxtadek qattiq boʻlib qolishi bilan ifodalanadigan kasallik. Koʻpincha, turli yuqumli kasalliklardan keyin boshlanadi, surunkali davom etadi va tuzalib ketadi.
- Skleroma (Scleroma)* — badan biror qismining qattiqlanib bezdek boʻlib qolishi, koʻpincha burun, hiqildoq toʻqimalarida uchraydi.
- Skolioz (Scoliosis)* — umurtqa pogʻonasining chap yoki oʻng tomonga qiyshayishi.
- Spermolit* — urugʻ yoʻlida hosil boʻladigan toshlar.
- Splenektomiya (Splenectomy)* — taloqni olib tashlash operatsiyasi.
- Spondilit (Spondylitis)* — umurtqaning yalligʻlanishi; masalan, sil spodiliti — umurtqalar orasidagi boʻgʻimlarning sil bilan kasallanishi.
- Stenokardiya (Stenocardia)* — koʻkrak qisishi — toʻsh suyagi orqasida yoki yurak sohasida ogʻriq turishi bilan ifodalanadigan belgilar majmuyi. Bu ogʻriqlar yurak toj tomirlari faoliyatining yetishmovchiligi natijasida paydo boʻladi.
- Stenoz (Stenosis)* — torayish, turli xil sabablar tufayli organizmdagi yoʻllar va teshiklar (masalan, ichak, qiziloʻngachning) torayib qolishi.
- Stomatit (Stomatitis)* — ogʻiz boʻshligʻi shilliq pardasining yalligʻlanishi — ogʻiz ogʻrigʻi.
- Stomatolog* — yuz-jagʻ va ogʻiz boʻshligʻida uchraydigan turli kasalliklarga davo qiladigan mutaxassis.
- Stomatoplastika* — ogʻiz boʻshligʻida qilinadigan plastik operatsiya.
- Stranguriya (Stranguria)* — siyish vaqtida qattiq ogʻriq turishi va siydikning tomchilab tushishi. Detruzoning spazmatik qisqarishiga bogʻliq boʻlib, qovuq boʻyni yalligʻlanganda, qovuq silida va tosh kasalliklarida uchraydi.

Streptodermiya (Streptodermia) — terining yiringli yuqumli kasalligi; streptokokklar tufayli kelib chiqadi. Ko‘p-
roq terining ochiq joylarida madda (pustula) paydo
qiladi.

Stafilodermiya (Staphyloermia) — stafilokokklar qo‘zg‘atgan
piodermiya, odatda, soch follikularida va endok-
rin bezlarda joylashadi.

Stearodermiya (Stearodirmia) — yog‘ bezlari kasallanishi bilan
kechadigan teri kasalliklari.

T

Tazomer — chanoqni o‘lchash asbobi — ayollar chanog‘ining
katta-kichikligini tashqaridan o‘lchash uchun ishla-
tiladigan asbob.

Taxikardiya (Tachycardia) — yurak urishining tezlashishi; simpatik
asab markazlari faoliyati kuchayganda yoki adashgan
asab markazi faoliyati pasayganda yurak urishining
tezlashishi.

Taxipnoe (Tachypnoe) — tez-tez yuza nafas olish. Nafas siqilishining
bir turi, nevroz, ba‘zi yurak kasalliklari va endokrin
kasalliklarida uchraydi. Ko‘krak qafasi va qorin
organlarida og‘riq borligini ko‘rsatuvchi belgi.

Tendobursit (Tendobursitis) — pay kelib tutashuvchi sathda joy-
lashgan shilliq xaltachalarning yallig‘lanishi.

Tendovaginit (Tendovaginitis) — pay bo‘shlig‘ining yallig‘lanishi.

Tenezm (Tenesmi) — kuchaniqlar — ich kelishi yoki siydik ajratish
zaruratidan og‘riqli kuchaniq paydo bo‘lishi; to‘g‘ri
ichak yallig‘langanda, u tez-tez qisqarib kuchaniq
paydo bo‘lib, og‘riq turishi.

Termometriya — tibbiyotda odam tanasining haroratini o‘lchash.

Termoregulatsiya — odam va hayvon tanasidagi haroratning doim
bir me‘yorda bo‘lib turishiga xizmat qiladigan fiziologik
jarayonlar.

Tireotoksikoz (Thyreotoxicosis) — qalqonsimon bez faoliyatining
haddan tashqari oshib ketishi natijasida yuz beradigan
kasallik; bunda qalqonsimon bezdan ko‘plab ishlanib
chiqqan gormonlar organ va to‘qimalarga ta’sir etib,
ular faoliyatini buzadi.

- Toksemiya (Toxaemia)* — sepsis, shuningdek, boshqa yuqumli kasalliklarda mikroorganizmlar zaharining qonga o'tishi, qonda mikroorganizmlar zahari bo'lishi.
- Tomografiya* — rentgen nurlari yordamida odam organlarining qavatma-qavat suratini olish usuli.
- Tomogramma (Tomogramma)* — organning ayrim qatlamlari rentgenolog tasviri, rentgen surati.
- Tonzillit (Tonsillitis)* — bodomcha bezlarining yallig'lanishi.
- Tonzillektomiya (Tonsillectomia)* — bodomcha bezni operatsiya yo'li bilan butunlay olib tashlash.
- Tonometr* — ko'z ichki bosimini o'lchash; qonda erigan gazlar konsentratsiyasini aniqlash uchun ishlatiladigan asbob.
- Torakotomiya (Thoracotomia)* — operatsiya yo'li bilan ko'krak qafasini ochish.
- Travmatologiya* — odamga yetadigan turli shikastlarni, ularning oldini olish va ularga davo qilishni o'rganuvchi fan.
- Traxeit (Tracheitis)* — kekirdakning yallig'lanishi. Ko'pincha, gripp, difteriya, qizamiq, zotiljam kasalliklarida uchraydi.
- Traxeostoma (Tracheostoma)* — yuqori nafas yo'llari kasalliklarida nafas qiyinlashib qolganda kekirdakni operatsiya qilib, nafas olish uchun teshik ochish.
- Traxeotomiya (Tracheotomia)* — operatsiya yo'li bilan kekirdakni ochish.
- Traxoma (Trachoma)* — ko'z shilliq pardasining yuqumli kasalligi; bunda ko'z shilliq pardasi infiltratlar, donachalar bilan qoplanib, oxiri chandiq bo'lib qoladi.
- Tremor (Tremor)* — titrash, qaltirash — qo'l va oyoqlarning, bosh yoki butun tananing bir maromda titrashi.
- Tuberkulema (Tuberculoma)* — kazeoz do'ngning kattalashuvi natijasida hosil bo'lgan o'smasimon massa.
- Tuberkulin* — zararsizlantirilgan sil mikrobakteriyalari ekstrakti. Silni aniqlashda va davolashda ishlatiladi.
- Tularemiya (Tularaemia)* — kemiruvchi hayvonlar (asosan, suv kalamushlari, dala sichqonlari) yoki ba'zi bir ha-sharotlar orqali odamga yuqadigan kasallik. O'tkir, ba'zan surunkali ravishda kechadi va turli organlarda tuguncha — granulalar paydo qiladi.

U

- Uremiya (Uraemia)* — azot chiqindilarining organizmda to‘planib qolib, uning zaharlanishi. U, asosan, har xil buyrak kasalliklaridan kelib chiqqan buyrak yetishmovchiligida uchraydi.
- Uretrit (Ureteritis)* — siydik yo‘lining yallig‘lanishi.
- Ureterotomiya (Ureterotomia)* — siydik yo‘lini kesish operatsiyasi.
- Uretra (Urethra)* — siydik yo‘li.
- Urografiya* — siydik organlariga kontrast modda yuborib, rentgen nurlari vositasida ular rasmini olish.
- Urolog* — siydik-tanosil organlari kasalliklari bo‘yicha mutaxassis.
- Urologiya* — siydik-tanosil organlari kasalliklari haqidagi fan.
- Uropiyelonefrit* — siydik yo‘lida paydo bo‘lgan yiringli infeksiyaning yuqori ko‘tarilishi va buyrakning yiringli yallig‘lanishi.
- Uroreya* — siydik tuta olmaslik, beixtiyor siyib qo‘yish.

V

- Vaginizm (Vaginismus)* — qin va chanoq tubi muskullarining reflektor og‘riqli qisqarishi bilan kechuvchi kasallik holati. Bunday og‘riq ko‘pincha jinsiy aloqa qilish yoki ginekologik tekshirishdan oldin seziladi.
- Vaginit (Vaginitis)* — qinning yallig‘lanishi.
- Vaksina (Vaccinum)* — emlanadigan moddalar, o‘ldirilgan yoki kuchsizlantirilgan mikroorganizmlar, ularning zararsizlantirilgan toksinlaridan tayyorlangan preparatlar.
- Varikoz kengayish* — venalarning moshsimon tugunli varikoz kengayishi, oyoqlar yuza venalarining, shuningdek, urug‘ tizimchasi, to‘g‘ri ichak venalarining kengayishi.
- Varikotsele (Varecocele)* — og‘ir jismoniy ish qilganda erkaklar urug‘ tizimchasi venalarining varikoz kengayishi va uzayishi.
- Vaskulit (Vasculitis)* — mayda qon tomirlari devorining yallig‘lanishi.
- Venepunksiya* — igna bilan ter orqali qon tomirini teshish.
- Venerolog* — tanosil kasalliklari bo‘yicha mutaxassis.
- Venerologiya (Venerologia)* — tanosil kasalliklar haqidagi fan.

- Venoseksiya (Venaesectio)* — vena qon tomirini unga nina, kanyula yoki kateter kiritish uchun kesish.
- Venatomiya* — trombnini olib tashlash uchun yoki boshqa maqsadda vena qon tomirini keng ravishda teshish, ochish.
- Venostaz* — ma'lum sharoitlarda vena tomirlarida qonning yurishmasligi, to'xtab qolishi.
- Vestibulit (Vestibulitis)* — qin darvozasi shilliq pardasining yallig'lanishi; siydik chiqarish nayining tashqi teshigi atrofida shish va qizarish paydo bo'lishi bilan kechadi.
- Virilizm (Virilismus)* — buyrak usti bezida o'sma hosil bo'lishi natijasida xotinlarda erkaklarga xos jinsiy belgilarning (soqol, mo'ylov) paydo bo'lishi.
- Virulentlik (Virulentus)* — muayyan yuqumli agentning kasallik (patogenlik) darajasi.
- Virusemiya* — viruslarning qonda bo'lishi.
- Vitiligo* — pes — terining ayrim joylarida pigment yo'qolishi natijasida oqarib qolishi.
- Vestibulopatiya (Vestibulopatia)* — muvozanatni saqlovchi a'zo faoliyatining buzilishi: bosh aylanish, qusish, tinch holatda ham, harakat vaqtida ham muvozanatning yo'qolishi bilan ifodalanadi.
- Vulvit* — ayollarning tashqi jinsiy organlari yallig'lanishi.
- Vulvovaginit* — ayollarning tashqi jinsiy organi va qinning yallig'lanishi.

X

- Ximioterapiya* — kasallikka sabab bo'lgan mikroorganizmga zararli ta'sir etadigan, ammo bemorni zaharlamaydigan dorilarni berish yo'li bilan kasallikka davo qilish.
- Xirurgiya (Chirurgia)* — jarrohlik davolash usullari qo'llanishi lozim bo'lgan kasallik va shikastlanishlarni o'rganadigan klinik tibbiyotning bir sohasi, shu usullarni ishlab chiqadi, xirurgiyaning samarali va xavfsiz qo'llanish tartibini belgilaydi.
- Xloropsiya (Chloropsia)* — ko'rish buzilishining bir shakli, bunda atrofdagi narsalar yashil rangda ko'rinadi.
- Xolestaz (Cholestasis)* — safro (o't)ning dimlanishi.

Xolesterin — xolesterol-lipoidlar qatoriga kiradigan hayvon organizmida keng tarqalgan birikma, rangsiz, kristallanadigan modda. Suvda erimaydi, aseton, spirt va efirda yaxshi eriydi. Kimyoviy tuzilishiga ko'ra, bir atomli ikkilamchi to'yinmagan xushbo'y ko'p halqali spirt.

Xolesterinuriya — xolesterinning siydik bilan ajralishi, siydikda xolesterin bo'lishi.

Xondrit (Chondritis) — tog'ay to'qimasining yallig'lanishi.

Xondroma (Chondroma) — tog'ay to'qimasida rivojlanadigan xavfsiz o'sma. Suyak ichida o'sgani enxondroma, sirtidagisi esa, ekxondroma, deyiladi. Odatda, tovon suyaklarida kuzatiladi.

Xoriorietinit (Choriorietinitis) — ko'z to'r pardasi bilan tomir pardasining yallig'lanishi.

Y

Yara (Ulcus) — biror to'qimaning turli sabablarga ko'ra, o'lgan qismi ko'chib, o'rnida hosil bo'lgan to'qima nuqsoni.

Yatrogen kasallik — bemor huzurida uning to'g'risida ehtiyotsizlik bilan aytilgan gap-so'zlar tufayli bemor ahvolining og'irlashuvi, shunday gap-so'zlarni eshitgan odam o'zini kasal, deb his qilishi, uning ko'ngliga solingan g'ulg'uladan xasta bo'lib qolishi.

Yachmen (Hordeolum) — govmichcha — qovoq cheti terisidagi yog' bezlarining yiringli yallig'lanishi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. *A.G. Eynqorn*. Patologik anatomiya va patologik fiziologiya. T., «Meditsina», 1978.
2. *B.I. Бодяжина*. Акушерство. М., «Медицина», 1980.
3. *V.M. Вуянов*. Birinchi tibbiy yordami. T., «Meditsina», 1981.
4. *B.I. Стручков*. Общая хирургия. М., «Медицина», 1983.
5. *N.K. Ahmedov*. Normal va patologik anatomiya bilan fiziologiya. T., «Meditsina», 1997.
6. *M.X. Muxtorov, R. A. Bekmurodova, T. I. Rajabov*. Jarrohlik va reanimatsiya asoslari. T., «Meditsina», 1998.
7. *Ю.П. Никитина, Б.П. Маштакова*. Всё по уходу за больными в больнице и дома. М., «Медицина», 1999.
8. *Г.Р. Мак Летчи*. Оксфордский справочник по клинической хирургии. М., «Медицина», 1999.
9. *М. Роджерса, М. Хелфаера*. Руководство по педиатрии. Неотложная помощь и интенсивная терапия. Санкт-Петербург, Москва–Харьков–Минск, 1999.
10. *David Verner*. Hammabop tibbiyot qo‘llanmasi. Andijon taraqqiyot markazi, 2000.
11. *A.C. Зувев, Г.В. Жуков*. Хирургия: болезнь, операция, реабилитация. М., «Русич», 2000.
12. *С. Шварца, Дж. Шайерса, Ф. Спенсера*. Справочник по хирургии. Санкт-Петербург, Москва–Харьков–Минск, 2000.

13. *В. Кузнецова*. Сестренское дело в хирургии. М., «Феникс», 2000.
14. *Н.И. Федюкович*. Анатомия и физиология человека. Минск, 2001.
15. *А.Г. Трушкин, Н.Н. Гарликов, С.Я. Федорчук*. Справочник. Первая медицинская помощь. М., «Феникс», 2001.
16. *A.J. Hamroyev, A.V. Alimov, T.S. A'zamxo'jayev*. Xirurgiya va reanimatsiya asoslari. T., Abu Ali ibn Sino nomidagi nashriyot, 2002.
17. *А.А. Баешко, П.И. Булай*. Неотложные состояния. Минск, «Беларусь», 2002.

MUNDARIJA

Kirish	3
--------------	---

I bob. PATOLOGIYA HAQIDA UMUMIY TUSHUNCHA

1.1. Odam patologiyasi	15
1.2. Inson organizmi tuzilishi va vazifalarining buzilishi	16
1.3. Mahalliy va umumiy patologiya	17
1.4. Asosiy patologik jarayonlarning turlari	20
1.5. Xususiy patologiya asoslari	36
1.6. Kasallikni tekshirishning asosiy usullari	43
1.7. Bemorlarni umumiy davolash jarayonida birinchi tibbiy yordamning o'ri	50

II bob. ANTISEPTIKA VA ASEPTIKA TUSHUNCHALARI

2.1. Mikroorganizmlar va infeksiya	57
2.2. Antiseptika	59
2.3. Ko'p ishlatiladigan antiseptik dorilar	60
2.4. Aseptika	62
2.5. Izolatsiya va sterilizatsiya	62
2.6. Asboblarni va bog'lov materiallarini tayyorlash, sterilizatsiya qilish va saqlash	64
2.7. Asboblarni tez yuqumsizlantirish usullari	66
2.8. Shprislarni sterilizatsiya qilish	67
2.9. Qo'lni yuqumsizlantirish	68

III bob. BOG'LASH TEXNIKASI. DESMURGIYA

3.1. Desmurgiya haqida tushuncha	74
3.2. Bog'lash turlari	74

3.3. Qo‘l ostidagi bog‘lov materiallari va ularni oddiy yuqumsizlantirish usullari	74
3.4. Tayyor steril bog‘lamlarni qo‘yish	75
3.5. Bintli bog‘lam qo‘yish	78
3.6. Qo‘l-oyoqlarga bintli bog‘lamlar qo‘yish	81
3.7. Bosh va ensa sohasini bog‘lash	84

IV bob. BIRINCHI TIBBIY YORDAM

4.1. Birlamchi tibbiy yordam nima?	92
4.2. O‘zbekistonda tez tibbiy yordamning tashkil qilinishi	96
4.3. Birinchi tibbiy yordam ko‘rsatishning ketma-ketligi	100
4.4. Bemorlarni transportirovka qilish	107
4.5. Shikastlangan bemorni transportirovka qilish usuli	110
4.6. Ommaviy shikastlanishlarda yordam ko‘rsatish, transportirovka qilish navbati va yo‘nalishlari	111

V bob. REANIMATSIYA TAMOYILLARI VA USULLARI. SHOK

5.1. Terminal holatlar	114
5.2. Klinik va biologik o‘lim	114
5.3. Reanimatsiya haqida tushuncha	115
5.4. Yurak fibrillatsiyasi va asistoliyasi haqida tushuncha	123
5.5. Tibbiyot muassasalari (poliklinika, dorixona va boshqalar)da reanimatsiya uchun ishlatiladigan asbob-uskunalar	124
5.6. Shok	127
5.7. Shok holatida bo‘lgan bemorlarga birinchi yordam ko‘rsatish	130

VI bob. SHIKASTLANISHLARDA BIRINCHI TIBBIY YORDAM KO‘RSATISH

6.1. Jarohatlar haqida tushuncha, uning tasnifi, belgilari	135
6.2. Qon oqishi va uning turlari	137
6.3. O‘tkir qon ketishining klinikasi	145
6.4. Yaraga infeksiya tushishi	153
6.5. Jarohatlanganlarga birinchi tibbiy yordam ko‘rsatish	160

6.6. Bog‘lamlarning ezilishi, cho‘zilishi, uzilishi, mushaklarning uzilishi.....	161
6.7. Suyaklar va bo‘g‘imlar shikastlanishi	170
6.8. Taxtakachlar qo‘yish	172
6.9. Suyaklar ochiq singanda birinchi yordam ko‘rsatish	176
6.10. Kuyish tasnifi, termik kuyish	180
6.11. Sovuq urishi.....	190

**VII bob. BAXTSIZ HODISALARDA VA TO‘SATDAN
BO‘LADIGAN KASALLIKLARDA BIRINCHI
YORDAM KO‘RSATISH**

7.1. Elektr tokidan shikastlanganda, yashin tekkanda birinchi yordam	195
7.2. Quloq, burun, ko‘z, nafas yo‘llari, me‘da-ichak yo‘llariga yot jismlar tushganda birinchi yordam	200
7.3. Quturgan hayvonlar tishlaganda, zaharli ilonlar, hasharotlar chaqqanda birinchi yordam	203
7.4. Qorin bo‘shlig‘i organlarining o‘tkir kasalliklarida birinchi yordam	205

**VIII bob. MUTAXASSIS AMALIYOTIDA UCHRAYDIGAN
BAXTSIZ HODISALARDA BIRINCHI
TIBBIY YORDAM KO‘RSATISH**

8.1. Hushdan ketish	216
8.2. Og‘iz bo‘shlig‘i yumshoq to‘qimalaridan qon ketganda birinchi yordam	219
8.3. Qizilo‘ngach, oshqozon va o‘pkadan to‘satdan tashqi qon oqishida birinchi yordam	222
8.4. Qusganda birinchi yordam ko‘rsatish	224
8.5. Umumiy og‘riqsizlantirishning asosiy asoratlari	225
Test javoblari	248
Katta yoshdagi organizmning fiziologik ko‘rsatmalari	251
Darslikda uchraydigan ayrim atamalar izohi	255
Foydalanilgan adabiyotlar	297

G'YOS RAHMONOVICH RAHIMOV,
O'LMAS BARATOVICH OCHILOV,
KARIM MIRJONOVICH MIRJONOV

**KLINIK PATOLOGIYA VA
BIRINCHI TIBBIY YORDAM**

Tibbiyot kollejlari uchun darslik

Toshkent — «ILM ZIYO» — 2007

Muharrirlar *I. Usmonov, T. Doniyorov*

Rassom *R. Chigatayev*

Texnik muharrir *F. Samadov*

Musahhih *F. Temirxo'jayeva*

2007-yil 15-fevralda chop etishga ruxsat berildi. Bichimi 60x90^{1/16}.
«Tayms» harfida terilib, ofset usulida chop etildi. Bosma tabog‘i 19,0+
1,0 b.t. rangli surat. Nashr tabog‘i 20,0. 2500 nusxa. Buyurtma №
Bahosi shartnoma asosida.

«ILM ZIYO» nashriyot uyi. Toshkent, Navoiy ko‘chasi, 30-uy.
Shartnoma № 105–2006.

O‘zbekiston Matbuot va axborot agentligining G‘afur G‘ulom
nomidagi nashriyot-matbaa ijodiy uyida chop etildi.
Toshkent, U. Yusupov ko‘chasi, 86-uy.

R33 Rahimov G'.R. va boshq. Klinik patologiya va birinchi tibbiy yordam. Tibbiyot kollejlari uchun darslik. T.: — «ILM ZIYO», 2007. — 304 b.

I. Muallifdosh.

BBK 52.5ya722