

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА
МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ**

ТЕРМИЗ ДАВЛАТ УНИВЕРСИТЕТИ

А.АБИЛПАЙЗИЕВ, О.ХИДИРОВ, А.ИРНАЗАРОВА



ТИББИЙ БИЛИМ АСОСЛАРИ



**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА
МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ**

ТЕРМИЗ ДАВЛАТ УНИВЕРСИТЕТИ

А.АБИЛПАЙЗИЕВ, О.ХИДИРОВ А.ИРНАЗАРОВА

**ТИББИЙ БИЛИМ АСОСЛАРИ
(ЎҚУВ–УСЛУБИЙ ҚЎЛЛАНМА)**

Бугунги кунда нотиббий олий ўқув юртларида тиббий билим асосларини ўқитишда ўқув ва услубий қўлланмалар танқислиги туфайли ушбу соҳада қийинчиликлар юзага келмоқда. Ана шу эҳтиёжни ҳисобга олиб, "Тиббий билим асослари" фанини ўқитиш давлат дастурига мувофиқ, ушбу янги қўлланма яратилди. Унда тиббий билим асосларидан кенг қамровли назарий маълумотлар, амалий йўл йўриқлар берилган.

Қўлланма нотиббий олий ўқув юртлари бакалавр таълим йўналиши талабалари, академик лицей ва коллеж ўқувчилари, соҳа педагоглари, ўрта ва кичик тиббиёт ходимлари ҳамда биринчи тиббий ёрдам беришга қизиқувчи кишиларга мўлжалланган.

Ушбу ўқув-услубий қўлланма Термиз давлат университети "Зоология" кафедрасининг 25.11.2011 йил №4-сонли, Табиёт-география факультети илмий кенгашининг 30.01.2012 йилидаги №6-сонли ҳамда университет ўқув услубий кенгашининг 06.02.2012 йилдаги №5-сонли йиғилиш қарорлари билан тасдиқланган.

Тақризчилар:

б.ф.д. проф.

Ш.Х.Хуррамов

б.ф.н. доц.

А.Қулмаматов.

т.ф.н.

А.Пардаев.



СЎЗ БОШИ

Ҳозирги вақтда фан ва техниканинг жадал ривожланиб бориши, улкан ютуқларга эришиш билан бир қаторда, инсоният саломатлигига салбий таъсир этувчи бир талай муаммоларнинг келиб чиқишига ҳам сабабчи бўлмоқда. Ҳозирги техника асрида ҳар қандай касб эгаси врачгача биринчи ёрдам кўрсатишни жумладан, шикастланганда врачгача ёрдам кўрсатишни билмоғи лозимлигини ҳаёт тақазо қилмоқда. Атроф-муҳитнинг ифлосланиши, экологик ўзгаришлар, қишлоқ ва халқ хўжалигида ҳар хил кимёвий заҳарли моддаларнинг қўлланилиши сабабли, аҳоли орасида кўп ҳолларда тўсатдан рўй берадиган касалликлар, заҳарланишлар, бахтсиз ҳодисалар ва шикастланишлар учраб турибди. Ушбу шикастланиш ҳодисалари тиббий муассасалардан узоқда автомобиль йўлларида, тоғларда ва чўлларда меҳнат жараёнида учраб туради. Ушбу ҳолатларда ўз вақтида тўғри ва аниқ кўрсатилган шифокордан олдинги биринчи тиббий ёрдам, инсон ҳаётини сақлаб қолишда катта аҳамиятга эгадир.

Шуни назарда тутган ҳолда, Термиз давлат университети Зоология кафедрасининг ўқитувчилари "Тиббий билим асослари" фани бўйича ушбу ўқув услубий қўлланмани тайёрлашди. Бу иш шу соҳада университетимизда илк бор ўзбек тилида нашр этилмоқда.

"Тиббий билим асослари" ўқув-услубий қўлланмасида беморларни парвариш қилиш, тўсатдан юз берадиган касалликлар ва заҳарланишлар, юқумли касалликлар ҳамда шикастланишларнинг келиб чиқиш сабабларини эртароқ аниқлаш ва унинг белгилари ва биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш усуллари қисқа ва содда тарзда баён этилган.

Қўлланма Ўзбекистон Республикаси нотиббий олийгоҳларининг талабалари учун мўлжалланган дастур асосида ёзилди. Қўлланма бу соҳадаги дастлабки иш бўлганлиги учун баъзи бир хато ва камчиликлардан ҳоли бўлмаслиги табиий. Китоб мазмунини яхшилашга ёрдам берадиган дўстона фикр-мулоҳазаларни муаллифлар миннатдорчилик билан қабул қиладилар.

I-БОБ. БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ

ПАРХЕЗ ТАОМЛАР ВА УЛАРНИНГ ТУРЛАРИ

Пархез №1. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг қайталанувчи яра касаллиги, ўткир гастритнинг 1-2 кунда қўлланилади. Шунингдек, юқоридаги касалликларнинг тузалиш даврида ҳам тавсия этилади.

Овқат таркиби: 4-5 стакан сут, 70-80 г ёғ, қайнатилган 2 дона тухум, сутли манний бўтқа, мева шарбатлари, қуритилган оқ нон, творог, қайнатилган гўшт ва балиқ.

Пархез №2. Сурункали гипоацид гастрит, сурункали энтерит ва колитнинг тузалиш даврида тавсия этилади.

Овқат таркиби: ёғсиз гўшт, котлет, балиқ, тифтел ва мева сабзавотлар, оқ нон печенье, сариёғ, тухум, қатиқ, лимон.

Пархез №3. Сурункали ич қотганда қўлланилади.

Овқат таркиби: қора нон, сариёғ, ўсимлик ёғи, мева ва сабзавотлар, ёғли ва гўшти овқатлар, гречкали бўтқа, кефир.

Пархез №4. Қайталанувчи энтерит ва колит касаллигида берилади.

Овқат таркиби: қуритилган оқ нон, сариёғ, гуручли ва манний бўтқа, гўшти, балиқли ва товуқ гўшти овқатлар, лимон чой.

Пархез №5. Жигар ва ўт йўллари касалликлари уларнинг қайталанувчи даврида, панкреатит касаллигида тавсия этилади.

Овқат таркиби: биров қотган (суви қочган) оқ ёки қора нон, гречкали ва сабзавотли бўтқалар, сариёғ, творог, кефир, қайнатилган гўшт, балиқ.

Пархез №6. Подагра касаллигида қўлланилади.

Овқат таркиби: суви қочган оқ ёки қора нон, гречкали ва сабзавотли бўтқалар, сариёғ, қайнатилган гўшт, балиқ.

Пархез №7. Нефрит, пиелонефрит, цистит, уретрит касалликларининг ўткир ва сурункали ҳамда соғайиш даврида тавсия этилади.

Овқат таркиби: сут-қаймоқ, тузсиз нон, қайнатилган гўшт, балиқ, сабзавот ва мевалар, чекланган миқдорда тухум, соғайиш даврида эса суткасига 2-3 грамм гача овқатга ош тузи қўшиб берилади.

Пархез №8. Семизлик (семириш) касаллигида тавсия этилади.

Овқат таркиби: Сутли овқатлар, ёғсиз гўшт, сабзавот ва мевалар.

Пархез №9. Қандли диабет касаллигида қўлланилади.

Овқат таркиби: тухум, пишлоқ, кўкатлар, ширин бўлмаган мевалар.

Пархез №10. Компенсация ҳолати бузилган, юрак қон томирлар тизими касалликларида (буюрилади) берилади.

Овқат таркиби: сутли маҳсулотлар, оқ ва қора нон, қайнатилган ёғсиз гўшти, балиқли шўрвалар, сабзавотлар ва мевалар.

Пархез №11. Сил. Камқонлик ва бошқа қон касалликларида берилади.

Овқат таркиби: юқори калорияли овқатлар (тухум, гўшт, балиқ). Оқсил суткасига 120 граммгача кўпайтирилади.

Пархез №12. Нерв тизими касалликларида қўлланилади.

Овқат таркиби: турли туман маҳсулотлар. Бироқ аччиқ, шўр, нордон

маҳсулотлар чекланади, кофе берилмайди.

Парҳез №13. Ўткир юқумли касалликларда тавсия этилади.

Овқат таркиби: Кўп миқдорда суюқликлар (минерал сув, шарбатлар), қайнатилган шўрва, творог, тухум сариғи берилади.

Парҳез №14. Пешоб-тош касаллигида буюрилади.

Овқат таркиби: А) пешобда фосфор чўкмаси бўлганда ун ва гўшти маҳсулотлар миқдори чекланиб, кўпроқ ловия, нўхат маҳсулотлари берилади.

Б) пешобда оксалат чўкмалари бўлганда, беморга ловия, нўхат маҳсулотлари берилмайди, чунки булар таркибида шавил кислотаси мавжуд. Шунинг учун беморга олма, нок каби таркибида шавил кислотаси кам бўлган маҳсулотлар берилади.

Парҳез №15. Соғлом ва касалликлардан соғайган беморлар учун тавсия этилади. Овқат таркиби: турли-туман маҳсулотлар тавсия қилинади.

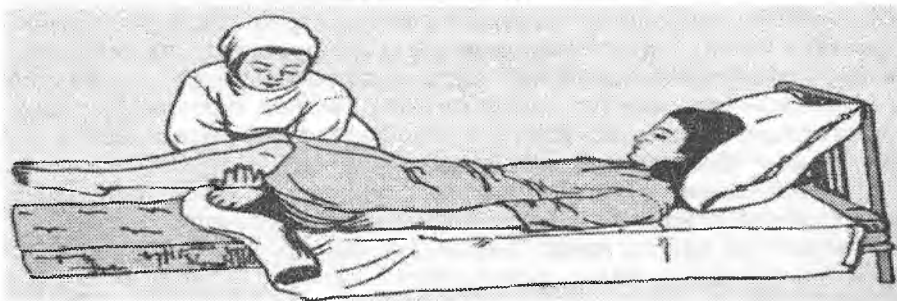
БЕМОРЛАРНИНГ ШАХСИЙ ГИГИЕНАСИ

Шахсий гигиена тадбирларига ўрин-бошни тайёрлаш, ички кийимлар ва чойшабларни алмаштириш, тери, соч, тирноқлар, қулоқлар, бурун, кўзларни парвариш қилиш, беморлар тагини ювиш каби муолажалар киради. Бу тадбирлар оғир ётган беморларда тиббиёт ҳамшираси, кичик ҳамшира ва беморнинг яқинлари томонидан амалга оширилади.

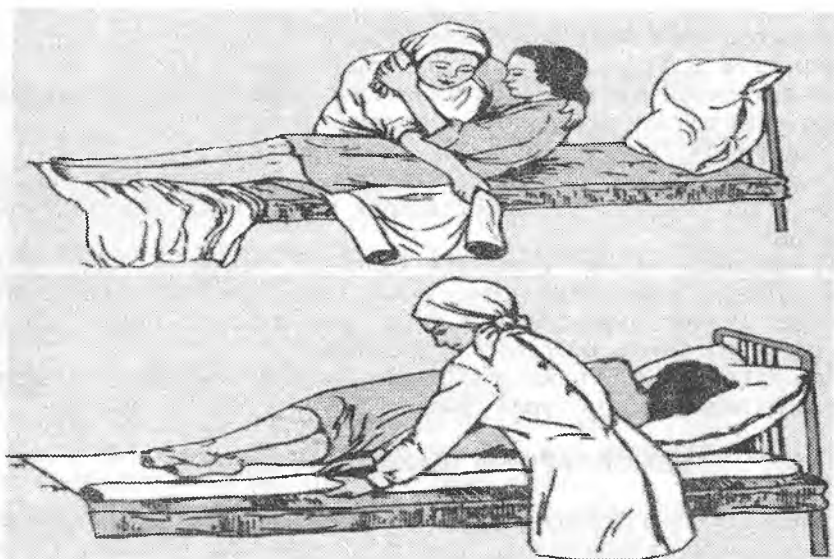
ЧОЙШАБЛАР ВА ИЧ КИЙИМЛАРНИ АЛМАШТИРИШ

Касалхоналарда ва уйда беморларнинг чойшаблари ва ички кийимлари ҳафтасига бир марта, гигиеник ванна қабул қилгандан сўнг алмаштирилади. Оғир беморларда чойшаблар ва ич кийимлар тиббиёт ҳамшираси, кичик ҳамшира ва беморнинг яқинлари ёрдамида алмаштирилади.

Беморнинг аҳволига қараб, чойшаблар икки усулда алмаштирилади (1 А ва Б-расмлар).



1 А-расм.



1 Б-расм. Оғир ахволда ётган беморлар чойшабларини алмаштириш.

1. Кир чойшаб оёқ томондан қайирилиб ёки буклаб эҳтиётлик билан суғуриб олинади. Икки томондан бинт каби ўралган чойшабни беморнинг думғазаси тагига қўйилади. Сўнгра бош ва оёқ томонига тортиб ёзиб қўйилади. Ёзилган чойшаб текис, таранг, ғадир-будир ямоқларсиз бўлиши лозим.

2. Бемор ўриннинг бир четига сурилади, кир чойшаб узунасига бинт шаклида ўралади, унинг ўрнига тозаси ёзилади, бемор тоза чойшаб устига ётқизилади, иккинчи томондан кир чойшаб тортиб олинади.

БАДАН ТЕРИСИНИ ПАРВАРИШЛАШ ВА ЁТОҚ ЯРАЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИ

Оғир ётган беморларни парвариш қилишда терини озода сақлашнинг аҳамияти катта. Тери яхши парвариш қилинмаганда ва организм заифлашганда терининг босилиб турадиган соҳаларида ётоқ жаралар ҳосил бўлади. Бадан терисиде ётоқ жаралар одатда курак, бел, тирсақлар, думғаза, сон ва болдир соҳасида пайдо бўлиб, уларнинг ривожланишига терида қон айланишнинг бузилиши сабаб бўлади.

Ётоқ жараларнинг дастлабки белгилари: Терининг қизариши, шишиб турганлиги ва эпидермис қаватининг қичиши аниқланади. Кейинчалик терида битмас жаралар пайдо бўлади. Юмшоқ тўқималар, тоғай, ҳатто суяқлар некрозга учрайди. Инфекциянинг қўшилиб кетишидан баъзан сепсисга олиб келади.



2 - расм. Бемор терисини парваришlash.

Оғир аҳволда ётган беморларнинг терисини парваришlash ва ётоқ яраларнинг олдини олиш тадбирлари (2-расм).

1. Дезинфекцияловчи эритмалардан бири ёки илиқ сув олинади. Матони илиқ дезинфекцияловчи эритма ёки сувга хўлланади, оз-моз сиқилади ва бемор бўйнини, қулоқ орқасини, кўкрак қафасини олдинги юзасини, қўлтиқ остилари артиб чиқилади. Аёлларда сут безларининг тагидаги бурмаларни артишга алоҳида эътибор берилади. Сўнгра тери сочиқ билан қуригунча артилади. Бемор оёқларининг тўшаги устига тоғорачани қўйиб, ювиб олинади, тирноқлари калта қилиб қирқилади.

2. Ётоқ яраларнинг олдини олиш профилактикаси учун қуйидаги тадбирлар ўтказилади:

а) беморларнинг ўриндаги ҳолати ўзгартирилади (ёнбош қилиб ётқизиш);

б) чойшабларда ушоқлар бўлмаслиги учун қоқиб ташланади;

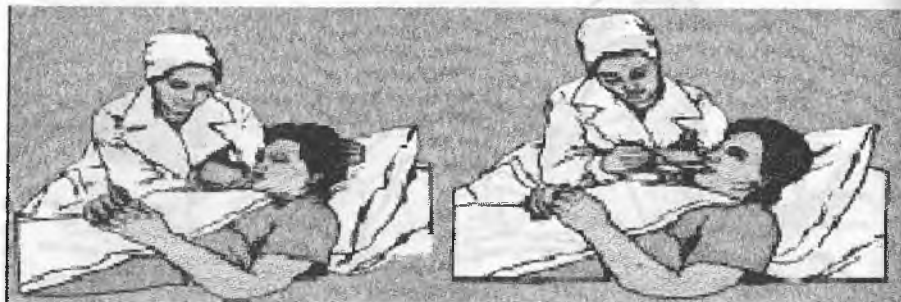
в) чойшаблар ва ички кийимларда бурмалар бўлса ва ямоқлар бор бўлса, улар алмаштирилади;

г) беморнинг думғазаси тагига, ичига ҳаво пуфланган жилд кийдирилган резина чамбар қўйиб қўйилади;

д) терини камфора спирти билан хўлланган сочиқ билан ишқалаб артилади.

ОҒИЗ БЎШЛИҒИНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ

Касаллик натижасида оғир ётган беморларнинг организми заифлашиб қолади. Уларнинг оғиз бўшлиғига микроорганизмлар йиғилади, кўпаяди, бу эса оғиз бўшлиғида бадбўй ҳид ҳосил қилади. Натижада оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватларининг яллиғланиш касаллиги-стоматитлар келиб чиқади. Шунинг учун ҳам оғир ётган беморларнинг оғиз бўшлиғини мунтазам равишда парвариш қилиш зарур (3-расм).



3-расм. Беморларни овқатлантириш ва оғиз бўшлигини парваришlash

Юрадиган беморлар ҳар куни овқатдан кейин эрталаб ва кечқурун тишларини тиш пастаси ёрдамида ювишлари керак. Оғиз бўшлигини кучсиз намакоп эритмаси билан чайдилар. Оғир аҳволдаги беморларнинг оғиз бўшлигини тиббиёт ҳамшираси ёки беморнинг яқинлари ҳар сафар овқатдан кейин чайиб қўйиши лозим. Зарурият бўлганда, врач кўрсатмаси билан оғиз бўшлиғига дори-дармонлар ёрдамида таъсир кўрсатиш муолажаси (аппликация ё чайиш)ни бажарадилар. Аппликация асосан оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси яллиғланиши (стоматит) касаллигида қўлланилади.

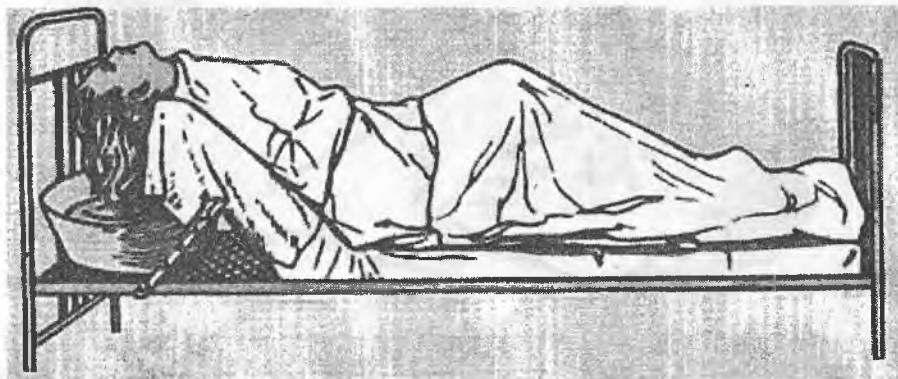
Баъзи беморларда лаб қуриydi, оғиз бурчаклари ёрилади, оғизни очганда оғриққа сабаб бўлади. Бемор аҳолини яхшилаш учун, сувга ҳўлланган дока босилади. Бирор ҳил доридан суртиб қўйилади. Агар тиш протезлари бўлса, кечқурун олиб совунлаб ювиб қуруқ қилиб артиб қўйилади. Эрталаб яна ювиб кейин тақиб қўйилади.

СОЧЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ

Беморлар сочини ҳар 7-10 кунда совунлаб ёки шампунлаб ювиб туриш зарур. Оғир аҳволдаги беморларнинг сочи кирланишидан ташқари, унда сирка ва битлар пайдо бўлиши мумкин. Тиббиёт ҳамшираси ёки беморнинг яқинлари бемор сочини синчиклаб текшириб туриши ва тоза тутиши шарт.

Узоқ муддат касалхонада ётадиган эркаклар сочларини калта қилиб олдириб, бошларини 7-10 кунда ювишлари мумкин. Сочи узун аёлларнинг сочи ҳар куни майда тишли тарокда таралади. Юрадиган беморлар бошларини гигиеник ванна қабул қилган пайтда ювадилар. Бемор узоқ вақт ўринда ётса, боши ўринда ювиб қўйилади.

Оғир ётган беморларнинг сочларини парвариш қилиш қуйидаги тартибда бажарилади. Бемор ётган каравотнинг бош томонига тоғорача қўйилади. Беморнинг бошини бўйин сатҳидан орқага ташлатиб қўйилади ва тагига таглик қўйилади. Бошига совун суртиб, сочлари тагидаги тери яхшилаб ишқаланади (4-расм).



4-расм. Оғир аҳволда ётган беморлар сочларини ювиш.

Сўнгра сочлар чайилади ва қуригунча артилади. Шундан сўнг кунт билан таралади. Беморнинг бошига сочиқ ёки рўмол ўраб қуйилади.

БЕМОРЛАРНИНГ ТАНА ҲАРОРАТИ, НАФАС ОЛИШ СОНИ ВА ТОМИР УРИШИ(ПУЛЬС)НИ САНАШ ҲАМДА АРТЕРИАЛ ҚОН БОСИМИНИ ЎЛЧАШ

Соғлом одамда тана ҳарорати нормада доимий бўлиб, эрталабки ва кечки соатларда озроқ ўзгариб туради ва 37°C дан ошмайди. Ҳароратнинг доимийлиги организмда иссиқлик ишлаб чиқарилиши ва иссиқлик ажратиш жараёнларига боғлиқ. Болаларда ҳарорат бирмунча юқори кексаларда бир оз пастроқ бўлади. Тўғри ичак ва қиндаги ҳарорат, қўлтиқ ости ва чов соҳасининг терисидаги ҳароратга қараганда 1°C га юқори бўлади.

Тана ҳароратини ўлчаш ва уни кузатиб бориш тиббиёт ҳамширасининг вазифаларидан бири ҳисобланади. Тана ҳарорати тиббиёт термометри билан ўлчанади. Бизнинг мамлакатимизда тана ҳароратини ўлчаш учун Цельсий бўйича даражаланган тиббий термометрдан фойдаланилади. У капилляри бор шиша найчадан иборат бўлиб, найча учига симоб тўлдирилган резервуар бор. Бу найча шкалага маҳкамланган бўлиб, шкаланинг 34°C дан 42°C гача даражалари бор.

Тиббиёт термометрини уй шароитида махсус картон ёки пластмассадан тайёрланган ғилофларга солиниб, аптекаларда сақланади. Касалхона шароитида эса термометрлар тубига бир қават пахта қўйилиб унинг $1/2$ ҳажмигача $0,5\%$ ли хлорамин ёки 70°C спирт солинган банкаларда сақланади.



5-расм. Бемор тана ҳароратини қўлтиқ остида ўлчаш.

Тана ҳарорати қўлтиқ остида, чов соҳасида, оғиз бўшлиғида, тўғри ичак ва қинда ўлчанади (5-расм). Ҳароратни ўлчашдан олдин термометр қуруқ қилиб артилади, бир-икки силкитиб симоб 35°C дан пастгача туширилади. Бемор қўлтиқ ости соҳаси сочиқ билан артиб қуритилади. Термометрнинг симобли резервуари қўлтиқ остида, ҳамма томондан баданга тегиб турадиган қилиб қўйилади. Ўлчаш вақтида бемор қимирламай ётиши ёки ўтириши лозим.

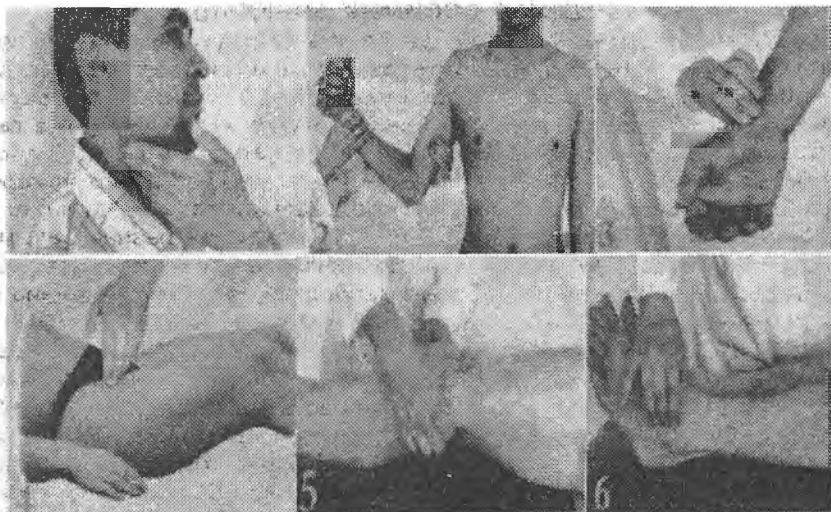
ПУЛЬС

Пульс ёки томирлар уриши деб, томирлар деворининг юрак ҳайдайдиган қон ҳаракати натижасида келиб чиқадиган турткисимон тебранишларига айтилади. Пульснинг хоссалари унинг частотаси, ритми, таранглиги ва тўлиқлиги билан белгиланади.

Пульс частотаси нормада 1 дақиқада 60 дан 80 мартагача ўзгариб туради. Пульс частотаси ёшга, жинсга, тана ва ташқи муҳит ҳароратига, шунингдек жисмоний ҳаракатга боғлиқ.

Аёллар пульси эркакларникига нисбатан тездир.

Пульс артериялар юза жойлашган соҳаларда аниқланади. Пульсни пайпаслаб текшириш учун қулай томир, билак артериясидир. Пульсни чакка, уйку ва сон артерияларида ҳам санаш мумкин (6-расм).



6-расм. Пульс аниқланадиган соҳалар:

1-уйқу артериясида; 2-елка артериясида; 3-билак артериясида; 4-сон артериясида; 5-тиза ости артериясида; 6-тўпик артериясида.

Пульс одатда билакнинг кафт юзасида, 1 бармоқ асосида, билак артериясида аниқланади. Бемор панжасини ўнг қўл билан панжа букиш соҳасида бўшгина ушланади ва ўнг қўл текширилувчининг юрак сатҳига қўйилади. Бунда 1 бармоқни тирсак томонига, 2, 3 ва 4 бармоқларни эса билак томонига бевосита билак артериясига қўйилади, бармоқ остида пульсация сезилади. Артерияни учала бармоқ билан пайпаслаб, билак суягининг ички томонига босилади.

Пульсни санаш бир дақиқа ичида ўтказилади.

Пульснинг тезлашуви тахикардия, секинлашуви брадикардия дейилади.

Пульс тўғрисидаги маълумотлар ҳарорат варақасига қайд қилинади.

НАФАС ОЛИШ

Нафас организмга кислороднинг узлуксиз тушиб туришини ва карбонат ангидрид гази ва сув буғларининг ажралиб чиқишини таъминлайдиган асосий ҳаётий жараёндир.

Кўкрак қафаси ўлчовларининг қайси йўналишда ўзгаришига қараб, нафасни кўкрак, қорин ва аралаш типлари фарқ қилинади.

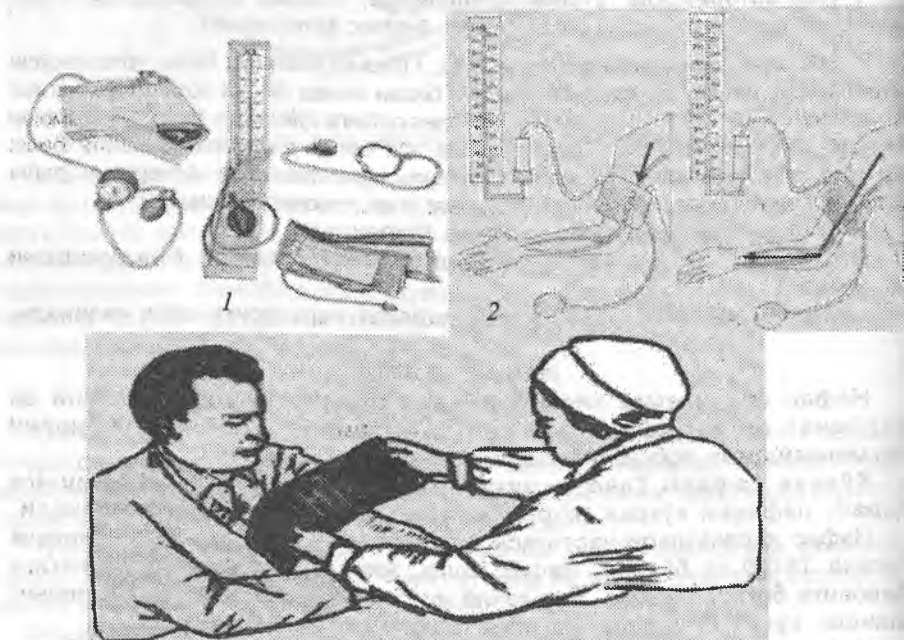
Нафас ҳаракатлари частотаси катта одамда нормада бир дақиқада ўртача 16-20 та бўлади. Нафас ёшга, жинсга ва тананинг вазиятига бевосита боғлиқ бўлади. Жисмоний иш, овқат ейиш, тана ҳароратининг ошиши, руҳий кўзғалиш нафасни тезлаштиради.

Нафас ҳаракатларини бемор сезмайдиган қилиб санаш керак. Қўлни бемор кўкрак қафаси девори устига қўйиш ёки пульсни санагандек қўлни ушлаб туриш кифоя.

АРТЕРИАЛ БОСИМНИ АНИҚЛАШ

Артериал босимни ўлчаётганда бемор тинч ўтириши ёки ётиши керак. Беморнинг яланғочланган қўлига тирсак бўғимидан юқорирокда (2-3 см) манжеткани сиқмасдан, у билан тери орасига бир бармоқ сиғадиган қилиб боғланади. Қўлни қулай вазиятда кафт юзаси юқорига қаратилган ҳолатда ушлаб турилади. Тирсак бўғимининг ички юзасидан елка артерияси устида томир уришини пайпаслаб топиб, устига фонендоскоп бошчаси тақаб қўйилади.

Манжеткага найча орқали туташтирилган ноксимон резина баллонча орқали ҳаво киритилади. Ҳаво бир вақтда манжеткага ва манометрга тушиб босим остида манометрдаги пружина қаршилиги кучи билан ўлчаниб (бу куч миллиметрли бўлинмалари бор) стрелкага ўтади ва уларни ҳаракатга келтиради. Манжеткага ҳаво бемор ёшига, касаллик турига қараб 140 дан 200 мм симоб устинигача юборилади, токи фонендоскоп орқали қулоққа юрак тонлари (товуш) эшитилмай қолгунча аста-секин юборилади. Кейин баллонча бўғзидаги винтелни бўшатиб ҳаво чиқарилади. Манжеткадаги босим артериядаги босим миқдорига етса, юрак тонлари эшитилади. Монометрдаги рақамлар систолик (максимал) қон босимини кўрсатади (7-расм) (Соғлом одамда нормада қон босими 120/80 мм симоб устунига тенг бўлади).



7-расм. Артериал босимини ўлчаш.

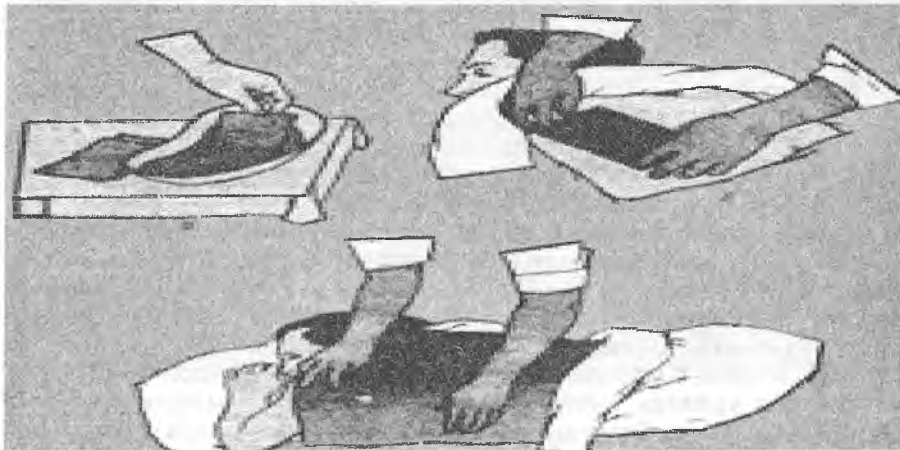
1-симбли тонометр. 2-симбли тонометр билан қон босимини ўлчаш.

Манжеткадаги босим пасайиб борган сари эшитиладиган тонлар пасайиб боради ва аста-секин йўқолади. Бу диастолик (минимал) босим бўлиб, монометрдаги рақамлар шу босимни ифодалайди.

ҚОН АЙЛАНИШИГА ТАЪСИР ҚИЛУВЧИ ВОСИТАЛАР ХАНТАЛ (ГОРЧИЧНИК)ЛАР

Ханталлар (горчичниклар) - терини таъсирлантириб, ундаги қон-томирларни эфирли хантал мойидан кенгайиши билан таъсир кўрсатади.

Ханталлар кучли спазмли оғриқларда, ўпка ёки бронхлар яллиғланганда, қон-томирлар спазмида кенг қўлланилади.



8 - расм. Хантал қўйиш.

Ханталлар устига қуруқ хантал кукуни ёпиштирилган ўлчами 12x18 см.га тенг бўлган қоғоз бўлаги бўлиб, улар фабрикада тайёрланади. Хантални уй шароитида ҳам тайёрлаш мумкин. Бунинг учун 1 ош қошиқ хантал кукуни олинади, унга 1 ош қошиқ буғдой уни қўшилади ва аста-секин илиқ сув билан бўтқа ҳолига келгунча аралаштирилади. Ҳосил бўлган бўтқаси 30 дақиқага тиндириб қўйилади, сўнгра 2 қават доқа устига бўтқадан 0,5 см қалинликда суртилади ва устига яна бир қават доқа ёки оқ қоғоз ёпилади.

Ханталларни қуруқ ва қоронғи жойда сақлаш керак. Уни ишлатишдан олдин яроқлилиги текшириб кўрилади. Янги ханталдан ўткир ханталнинг ҳиди келади ва у қоғоздан уваланиб кетмайди. Хантални тананинг ҳамма тизими соҳасига қўйиш мумкин.

Тери касалликлари, қон оқиши, ўпка сили, ўпка раки, аллергия ҳолатларда ханталларни қўллаш мумкин эмас.

Беморнинг хантал қўйиладиган соҳасидаги тери кўздан кечирилади. Терида тошмалар, тирналган жойлар, яралар бўлмаслиги керак.

Хантални илиқ сувда намлаб кейин силкитилади сўнгра тананинг

керакли соҳасига хантал томони билан қўйилади (8-расм). Устидан сочиқ билан ёпилади. 10-15 дақиқа ўтгач хантал олинади. Хантал қўйилган соҳа териси илиқ сув билан намланган юмшоқ мато билан ювилиб, қуруқ қилиб артилади. Бемор кийинтирилиб, иссиқ ўраб-чирмаб қўйилади. Ханталларни ҳар куни эмас, кун оша қўйиш мумкин.

БАНКАЛАР

Банкалар врач томонидан тайинланадиган даво муолажаларидан бири ҳисобланади. Улар яллиғланиш ҳодисаларининг сўрилиши, оғриқнинг камайишига ёрдам беради. Банкалар четлари силлиқ, туби юмалоқ қолбачасимон шиша стаканчалардир.

Кўкрак қафаси органларидаги яллиғланиш жараёнлари, қовургалараро невралгиялар, радикулитлар, ўткир ва сурункали миозитларларда тавсия этилади.

Монеликлар. Ўпқадан қон оқиши, ўпка сили, кўкрак қафаси ўсмалари, тери касалликлари, аллергик ҳолатлар, эпилепсия.

Одатда банкалар бемор ётган ҳолатда 10 тадан 20 тагача қўйилади. Ишлатишдан олдин уларни илиқ сув билан яхшилаб ювилади, қуруқ қилиб артилади. Сўнгра банкалар қўйиладиган соҳа кўздан кечиради.

Кўпинча банкаларни кўкрак қафасининг орқа томонига, орқага, белга қўйилади. Банка қўйиладиган соҳа терисини жун босган бўлса, у қириб ташланади ва яхшилаб ювилади, вазелин суртилади. Бунда банкалар терига зич ёпилади ва тери қуйиб қолмайди. Метал стерженга яхшилаб пахта ўралади ва у спиртга ботирилади. Суюқликнинг ортиқчаси пахта тампондан силкитиб туширилади. Шундан кейин метал стерженга ўралган пахта ёқилади. Банкани беморни танасига яқинлаштириб, ёниб турган тампонни 2-3 секундга банка ичига тиқиб, унинг ҳавоси чиқарилади. Зудлик билан керакли соҳага қўйилади.

Банка ичида вакуум ҳосил бўлганлиги сабабли, унинг тагидаги тери 1-3 см баландликкача тортилади ва тиниқ қўнғир тусга киради. Банкалар терида 15-20 дақиқагача туриши керак. Белгиланган муддат ўтгандан кейин, банка олинади. Бунинг учун банкани эҳтиётлик билан бир оз четга буриб, иккинчи қўл бармоқлари билан банка четидаги тери босилади. Банка ичига ҳаво кириши билан осонликча теридан ажралади. Банка олингандан кейин тери артилади, беморни иссиқ қилиб ўраб ётқизиб қўйилади. Банкалар кун оша ёки ҳар уч кунда бир марта қўйилади.

Банкалар ишлатилгандан кейин яхшилаб артилади ва махсус яшикчаларга териб қўйилади. Бошқа керакли жиҳозлар ҳам шу яшиқда сақланади.

КОМПРЕССЛАР

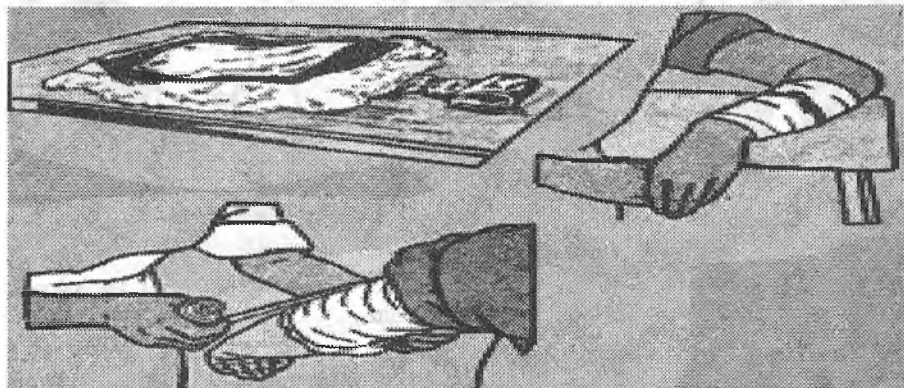
Компресслар-яллиғланиш жараёнларининг сўрилишига ёрдам берадиган, оғриқни камайтирадиган ва қон кетишини тўхтатадиган даволовчи ва чалгитувчи воситадир.

Компресслар иситувчи ва совитувчи компрессларга бўлинади.

Иситувчи компресс теридаги ва чуқур жойлашган қон томирларнинг узоқ вақтгача кенгайиб туриши ҳисобига, шу соҳадаги яллиғланиш жараёнини сўрилишига ва оғриқнинг камайишига ёрдам беради.

Иситувчи компрессларни тери касалликларида, дерматитлар, пиодермия, чипқон каби касалликларида қўйиш мумкин эмас. Иситувчи компрессларни тананинг исталган соҳасига қўйиш мумкин. Компресснинг қўллаш муддати 6-12 соат, у эрталаб ва кечқурун алмаштирилади (9-расм).

Компресслар учун сув, кучсиз сирка эритмаси (0,5 л сувга 1 ош қошиқ), ароқ, спирт, одеколон кабиларни ишлатиш мумкин.



9-расм. Компресс қўйиш.

Совитувчи компресслар; жароҳатланганда, лат еганда, қон кетганда, қўйилади. Улар маҳаллий сохани совутади, қон-томирларни торайтиради, қон оқишини тўхтатади ва оғриқни қолдиришга ёрдам беради.

ИСИТГИЧЛАР (ГРЕЛКАЛАР)

Иситгичлар яллиғланиш жараёнларининг сўрилиши, танани иситиш ва оғриқни камайтириш, қолдириш мақсадида қўлланилади.

Иситгичларни қорин бўшлиғининг ўткир яллиғланиш касалликларида, қон кетганда, ўсмалар, лат еганда ва жароҳатланганда қўйиш мумкин эмас.

Иситгичлар резинали ва электр токи билан ишлайдиган иситгичлар бўлиши мумкин.

Резина иситгич, сифими 1-1,5 л, тиқини зич бекиладиган резинадан тайёрланган идишдир (10-расм).

МУЗЛИ ХАЛТАЧА

Музли халтача лат еганда, қон кетганда, ўткир яллиғланиш жараёнларининг бошланғич даврида, ҳашоратлар чаққанда қўйилади.

Муз майда бўлақларга бўлинади ва халтачанинг ярмигача муз билан тўлдирилади, сиқиб ҳавоси чиқарилади сўнгра тиқин яхшилаб, зич қилиб

беркитилади. Терини ортиқча совутиб юбормаслик учун, музли халтачани сочиқ ёки чойшабга ўраб керакли соҳага қўйилади. Халтача қўл бўлса, уни артиш керак. Муз эриб, сувга айланса, тўкиб ташланади ва янги муз бўлаклари солинади.



10 - расм. Резина иситгични тайёрлаш.

Электр иситгичнинг иссиқлик даражаси реостат билан бошқарилади. Регулятори шнурнинг ёстиқча билан туташган жойида бўлади.

ЗУЛУКЛАР ҚЎЙИШ

Зулуклар чучук сувда яшайдиган 2 жинсли чувалчанглاردир. Уларнинг сўлак безларида қон ивиш хусусиятини секинлаштирадиган гирудин моддаси бор.

Зулуклардан тиббиётда тана аъзоларида қон димланиб қолганда маҳаллий қон чиқариш, қон босимини пасайтириш мақсадида қўлланилади.

Зулукларни қон ивиш тизимининг бузилиши билан боғлиқ касалликлар, тери, камқонлик каби касалликларда қўллаш ман қилинади.

Зулук солиш йўли билан қон чиқаришнинг афзаллик томони шундаки, зулукларни бошқа усуллардан фойдаланиб бўлмайдиган соҳаларга ҳам қўйиш мумкин.

Зулуклар ичига чучук сув олинган оғзи дока билан беркитилган банкаларда сақланади. Сувни ҳар куни алмаштириб турилади. Сувда тез ҳаракат қиладиган оч, соғлом зулуклардан фойдаланган маъқул. Битта зулук 2 мл дан 10 мл гача қон сўради. Уларни 6 тадан 12 тагача қўйиш мумкин. Зулукдан фақат бир марта фойдаланилади.

Зулук қўйиладиган соҳа синчиклаб қараб чиқилади, туқлар бўлса қириб олинади, яхшилаб ювиб, қурилади. Терига ширин сув суртилади (зулук ширин сувга ўч бўлади).

ДОРИ-ДАРМОНЛАРИНИ ОРГАНИЗМГА КИРИТИШ УСУЛЛАРИ

Дори моддаларини организмга киритишнинг қуйидаги усуллари мавжуд:

1. Ташқи: Дори моддаларни тери қопламлари, шиллиқ пардалар ёки нафас йўллари орқали киритиш:

2. Ички (энтерал) усул: Оғиз ёки тўғри ичак орқали дориларни киритиш.

3. Парентерал усул: Дори моддаларни инъекция қилиш йўли билан тери орасига, тери остига, мускул орасига, вена ичига ва орқа мия каналига юборишдир.

Тиббиёт ҳамшираси дори моддаларини турли усулларда қўллаш бўйича чуқур билим, юқори малакага эга бўлиши ва уларни пухта бажара олиши зарур.

ДОРИ МОДДАЛАРНИ ТАШҚИ УСУЛДА ҚЎЛЛАШ

Дори моддаларни тери қопламлари, шиллиқ пардалар ва нафас йўллари орқали организмга киритиш ташқи усул деб аталади.

Терига дори малҳам, эритма, эмульсия, кукун, дамламалар ҳолида суртиш, ишқалаб суртиш ва босиш орқали қўлланилади.

Кўз, қулоқ, бурунга ва жинсий аъзоларга дорилар юбориш ҳам ташқи усулга киради.

Ингаляция-дори моддаларни нафас йўллари орқали киритиш усулидир. Газлар (кислород, карбонат ангидрид) эфир, хлороформ шунингдек чанг ҳолдаги моддалар (аэрозоллар)ни нафас йўллари орқали киритиш мумкин.

ДОРИЛАРНИ ЭНТЕРАЛ УСУЛДА ЮБОРИШ

Дори моддаларни оғиз орқали, тўғри ичак орқали ва тил тагига қўйиб организмга киритиш усулига ички (энтерал) усул деб аталади.

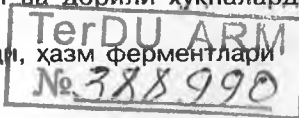
Дориларни ички (энтерал) усулда юбориш энг кўп қўлланилади. Бу усулнинг афзаллиги шундаки, бу дориларни турли шаклларда, ҳар қандай шароитда, ностерил ҳолда киритиш мумкин. Камчиликларига эса дорининг секин сўрилиши, дорининг меъда ва ичак таъсирида қисман парчаланиб кетиши, сўрилиш тезлиги ва сўриладиган дори дозасининг маълум эканлиги кабилар киради.

Оғиз орқали дориларни таблеткалар, драже, кукун дори, пилюлалар, дамламалар, экстрактлар ҳолатида ва бошқа кўринишида қабул қилинади.

Дориларни тўғри ичак орқали киритишнинг афзаллиги шундаки, улар тез сўрилади ва дозаси аниқ бўлади. Дори ферментлар таъсирига учрамайди. Бу усул оғиз орқали қабул қилмайдиган (қусадиган, қизилўнғачда овқат тутилиб қолганда, юта олмаганда, хушсиз ётганда, рухий хасталикларда) қўл келади.

Тўғри ичакка юбориш учун шамчалардан ва дорили хўкналардан фойдаланилади.

Тил остига қўйиладиган дори тез сўрилади, ҳазм ферментлари



таъсирида парчаланмайди, жигарни четлаб ўтиб, умумий қон ўзанига тушади. Нитроглицерин, валидол ва бошқа дорилар шундай тартибда қабул қилинади.

ДОРИ МОДДАЛАРНИ ПАРЕНТЕРАЛ ЮБОРИШ

Дори моддаларни парентерал усулда организмга киритиш инъекция йўли билан амалга оширилади.

Инъекция деб, дори моддаларни шприцлар ёрдамида тери орасига, мушаклар орасига, суяклар ичига ва орқа мия каналига юборишга айтилади. Бу усуллар асептик қоидаларга амал қилинган ҳолда бажарилади.

Парентерал усулининг афзалликлари: Дориларни юбориш тезлиги, таъсири ва дозасининг аниқлигидир. Инъекциялар учун шприц игналардан фойдаланилади.

ДОРИ МОДДАЛАРНИ ТЕРИ ОРАСИГА ЮБОРИШ

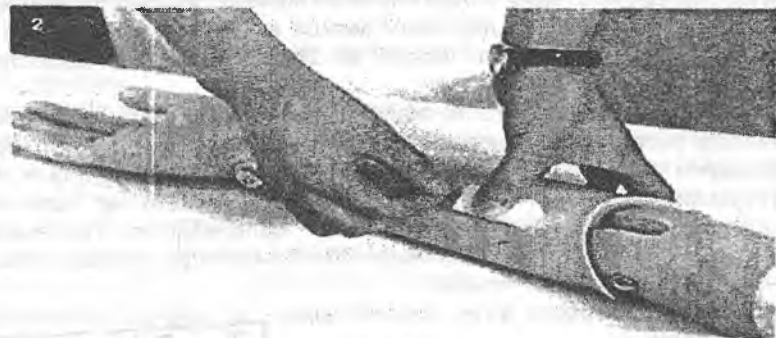
Тери орасига инъекциялар диагностика мақсадларида ва маҳаллий оғриқсизлантириш учун қилинади. Бунинг учун узунлиги 2-3 см дан ошмайдиган ва бўшлиғи кичкина игна ишлатилади.

Диагностика аллергик синамалар шу усул билан ўтказилади. Синама натижаси 24-48 соатдан кейин аниқланади.

Тери орасига дори юбориш учун билакни ўрта 3 қисми ички юзаси танланади (11 А ва Б-расмлар).

Инъекциядан олдин қўлни совунлаб илиқ сувда ювилади, қўлни артмай туриб спирт суртилади.

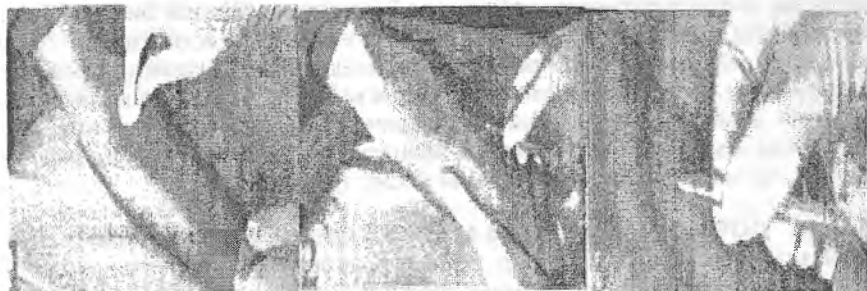
Шприцга керакли миқдордаги дори модда тортиб олинади. Инъекция қилинадиган соҳа териси спиртга ҳўлланган стерил пахта шарча билан артилади. Чап қўл билан тери пастга тортилади. Ўнг қўл билан игнани кесик учини юқорига қаратиб, тери соҳасига параллел ҳолда йўналтирилади. Унинг учини 0,5 см ичкарига терининг муғуз қавати остигагина кирадиган қилиб киритилади. Эҳтиётлик билан ўнг қўл бўшатилиб олинади ва 1-2 томчи суюқлик юборилади.



11 А-расм.

Натижада терида дори юборилган жойда лимон пўстига ўхшаш оқимтир думбоқча ҳосил бўлади.

Инъекциядан кейин инъекция қилинган соҳа устига спиртга ҳўлланган стерил пахта босилмайди.



11 Б-расм. Тери орасига дори юбориш:

1-инъекция соҳасини спирт билан артиш; 2-игнани тери орасига киритиш;
3-дори моддасини тери орасига юбориш.

ДОРИ МОДДАЛАРНИ ТЕРИ ОСТИГА ЮБОРИШ

Тери ости ёғ қавати томирлар билан яхши таъминланганлиги учун дори моддасининг тез таъсир қилиши учун, дориларни тери остига юбориш усулидан кенг фойдаланилади.

Тери остига инъекция қилиш учун елканинг ташқи юзаси, курак ости, соннинг олдинги ташқи юзаси, қорин деворининг ёнбош юзаси ва қўлтиқ ости соҳасининг пастки қисми энг қулай соҳалар ҳисобланади (12-расм). Бу соҳаларда тери осонгина бурмалар ҳосил қилиб йиғилади ва қон томирлари нервлар ва суяк усти пардасининг шикастланиш хавфи бўлмайди.



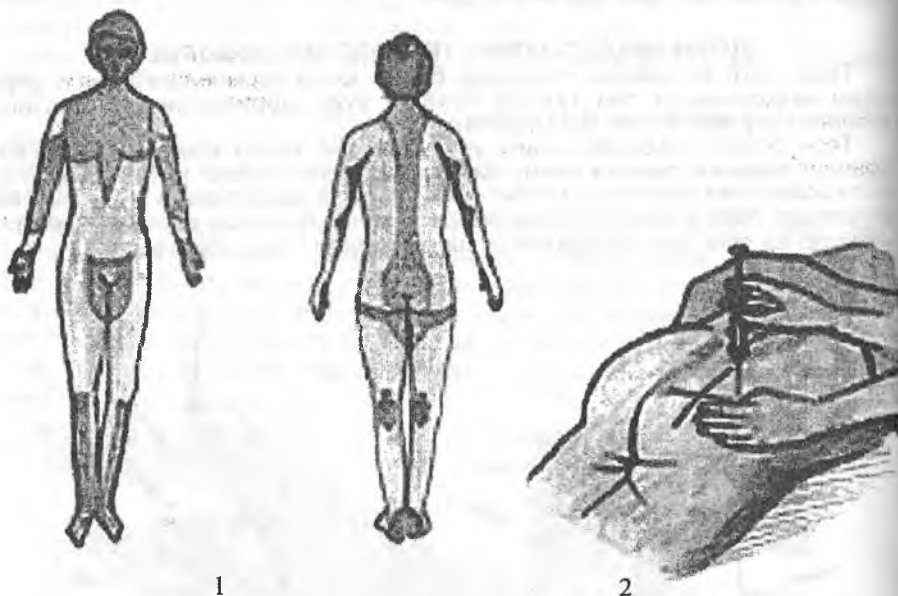
12 - расм. Дори моддаларни тери остига инъекция қилиш:

Кўпинча тери орасини инъекция қилиш учун елканинг ўрта 1/3 қисмини ташқи томони танланади.

Инъекциядан олдин тери яхшилаб спирт билан артилади. Чап қўл билан ўша соҳанинг асоси пастга қараган учбурчак шаклидаги бурма ҳосил қилиб йиғилади. Ўнг қўлнинг иккинчи бармоғи билан игна муфтаси билан цилиндр танаси ушлаб турилади. Игнани чаққонлик билан учбурчак асосига 45°C бурчак остига, чап қўлнинг 1 ва 2 бармоқлари орасида 1-2 см ичкарига киритилади. Игнанинг учи тери орқали ўтиб, тери ости қаватига тушганига ишонч ҳосил қилинганча, эритма секин юборилади. Дорининг ҳаммаси юборилгандан сўнгра, игна тезда чаққонлик билан чиқариб олинади. Игна санчилган жой озроқ вақт спиртта ҳўлланган пахта шарча билан босиб турилади.

ДОРИ МОДДАЛАРНИ МУСКУЛ ОРАСИГА ЮБОРИШ

Мушакларда қон томирлар ва лимфа томирлар тармоғи жуда кўп. Шунинг учун уларда дориларнинг тез ва тўлиқ сўрилиши учун шароитлар яратилади.



13-расм.

- 1-Мушаклар орасига инъекция қилинадиган соҳалар:
- 2-думба соҳасига инъекция қилиш соҳасини аниқлаш.

Мушак орасига инъекцияларни тананинг маълум жойларида мускул тўқимаси қавати анчагина қалин соҳада йирик қон томирлар ва нерв ўзаклари ўтадиган жойдан узокроқда, масалан, думба, қорин ва сон соҳаларининг мускулларига қилинади (13-расм).

Мускул орасига инъекциялар қилиш учун узунлиги 8-10 см ва диаметри 0,8-1,5 мм бўлган игна сизими 5-10 мл га тенг бўлган шприцлардан фойдаланилади.

Думба соҳаси мускул орасига инъекция қилиш учун қулай жой ҳисобланади, лекин бу ердан қуймич нерви ва йирик қон томирлар ўтади. Шунинг учун инъекциялар учун думбанинг юқори ташқи қисмида қилинади.

Аксари мускул орасига антибиотиклар, зардоблар ва бошқалар юборилади. Антибиотиклар махсус флаконларда кристал порошок кўринишида чиқарилади. Ишлатишдан олдин уни натрий хлориднинг изотоник эритмасида ёки 0,5% ли новокаин эритмасида эритилади.

Антибиотикларни эритиш тартиби қуйидагича: стерил шприцга антибиотик (пенициллин) миқдоридаги 0,5 % ли новокаин эритмаси олинади. У таъсир бирликларида (ТБ) дозаланади, яъни 100000 ТБ га 1 мл эритувчи, 500000 ТБ га 5 мл ва ҳоказо эритувчи олиш мумкин. Флакон қопқоғидаги спиртга ҳўлланган стерил доқа шарча билан артилади. Сўнгра стерил пинцет билан флакон қопқоғидаги гардишча олинади ва очилган резина тикин яна бир марта артиб олинади. Эритувчи (0,5% ли новокаин) эритмаси тўлдирилган шприц игнаси билан флакон тикини тешилади. Эритма аста-секин флаконга киритилади, антибиотиклар (пенициллин) эрийди. Кейин флакондаги суюқлик сўриб олинади. Антибиотикни иситиш мумкин эмас, у эритилган ҳолда бир суткагача сақлаш мумкин. Йод антибиотикларни парчалайди. Шунинг учун флакон тикини ёки инъекция қилинадиган соҳа йод билан артилмайди.

Мушаклар орасига инъекция қилиш техникаси қуйидагича: шприцлар тиббиёт ҳамшираси қўли ва инъекция қилинадиган соҳа териси асептиканинг умумий қоидаларига асосан тайёрланади.

Тиббиёт ҳамшираси қўлини илиқ сувда совунлаб ювади. Қўлини сочиққа артмай туриб, қўлини спирт билан артади. Шприцни очади ва унга керакли миқдорда дори тўлдирилади. Сўнгра спиртга ҳўлланган стерил пахта бўлакчаси билан беморнинг инъекция қилинадиган соҳаси артилади. Дори думба соҳасига юборилганда, бемор қорни билан ёки ёнбош ҳолатда ётади.

Шприц қуйидагича ушланади: 2 бармоқ поршенни, учинчи бармоқ игна муфтасини тутиб туради. Думбани хаёлан тўрт қисмга бўлиб, ташқи квадрати танлаб олинади. Шприц беморга нисбатан тик ҳолатда ушланиб дадил ҳаракатлар билан игнани тери бурмасининг ўртасига 7-8 см ичкарига киритилади. Игна муфтаси устидан 2 см қолдирилади, чунки игна кўпинча шу жойдан синади. Шундан кейин поршенни тортиб кўрилади.

Поршенни босиб эритмани аста-секин юборади. Игна санчилгач, жойидаги тери атрофини чап қўл билан тортилади. Игнани чаққонлик билан чиқарилади, терига спиртга хўлланган стерил пахта тампон босилади.

II-БОБ. КАСАЛЛИКЛАР ВА ЗАҲАРЛАНИШЛАР

НАФАС ОЛИШ ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Нафас олиш органлари касалликларига ўткир ринит, фарингит, ларингит, бронхит, пневмония (зотилжам), бронхиал астма каби касалликлар киради.

ЎТКИР РИНИТ

Ўткир ринит-бурун шиллик пардасининг яллиғланиши бўлиб, баъзан яллиғланиш процесси бурун-ҳалқумга, ҳиқилдоқ халқумларга ҳам тарқалган бўлади. Касаллик кайфиятнинг бироз бузилиши, эт увишиши, дармонсизлик, ҳароратнинг субфебрил бўлишидан, аксириш, бурун-ютқинда қуруқлик сезишдан бошланади. 1-3 кундан кейин бурун бўшлиғининг шиллик пардаси нам тортиб, кўп миқдорда сероз-суюқлик секрет ажралади. Бурундан нафас олиш бирданига оғирлашади. Одам дармонсизланиб, бутун аъзои бадани қақшаб оғрийди. Беморни ётқизиб, оёқларига иссиқ ванналар қилиш зарур. Томирларни торайтирувчи дори воситалари тайинланади.

ЎТКИР ФАРИНГИТ

Ўткир фарингит - ютқин шиллик пардасининг ўткир яллиғланиши. Кўп ҳолларда ўткир бурун касалликлари билан давом этади. Фарингитнинг пайдо бўлишида бурун ва бурун олди бўшлиқлари касалликлари, касб-корга оид зарарлар, ичкилик ичиш, тамаки чекиш, жуда иссиқ ва аччиқ овқат ейиш сабаб бўлади. Бунда ҳолсизланиш, томоққа, қулоққа бериладиган санчиқсимон оғриқ туриши кузатилади. Ўткир фарингит одатда маҳаллий даволанади. Илқ ишқорли ингальяция, бурунга мой томчиси тайинланади.

ЎТКИР ЛАРИНГИТ

Ўткир ларингит - ҳиқилдоқ шиллик пардасининг энг кўп тарқалган касалликларидан бири ҳисобланади. Алоҳида касаллик сифатида ўткир ларингит товушнинг ўта таранглашуви оқибатида юзага келиши мумкин. Кўпчилик ҳолларда у ўткир респиратор касалликлар, грипп асорати билан кечади. Беморнинг товуши ўзгариб дағаллашади, томоқ ачишади, йўталади. Товуш бўғилиб чиқмай қолади. Эҳтиёт чораларини кўриш, яъни қаттиқ гаплашмаслик зарур. Борди-ю, беморнинг касб-кори кўп гапириш билан боғлиқ бўлса, товуш функцияси тамомила тикланмагунга қадар, бемор ишдан озод қилинади. Даволашда овқатланиш режими муҳим ўрин тутаети. Бунда совуқ, жуда ҳам иссиқ, аччиқ овқат ейиш ман қилинади. Ҳиқилдоқнинг шиллик пардаси илқ сув, илитилган минерал сув, бўйинга иситувчи

компресс қўйиш йўли билан иситилади. Оёқларга иссиқ ванналар қилиш, буғли ингаляция беморнинг аҳволини энгиллаштиради.

БРОНХИТ

Бронхитлар- бронхларнинг яллиғланиши бўлиб, нафас олиш аъзолари касалликлари ичида энг кўп учрайди. Бирламчи ва иккиламчи бронхитлар фаркланади.

Бирламчи бронхитларда яллиғланиш жараёни бронхларда ривожланади.

Иккиламчи бронхитлар юқумли касалликлар натижасида ривожланади. (грипп, қизамиқ, кўкйўтал, сил, қорин тифи).

Бронхитлар кечилишига қараб ўткир ва сурункали бўлади. Ўткир бронхит - кўпинча баҳор ва кузда пайдо бўлади. Стрепто-стафило-пневмококлар касаллик қўзғатувчилари бўлиб ҳисобланади. Физикавий ва кимёвий моддалар чанг, газ, дорилардан таъсирланиш натижасида касаллик ривожланади.

Клиник манзараси. Бемор бошидаги қаттиқ оғриқдан, дағал қуруқ йўталдан шикоят қилади. 2-3 кундан сўнг оз миқдорда ёпишқоқ бўлган қонли балғам ажратади. Кейинроқ балғам миқдори кўпаяди. У шиллиқ-йирингли, сарғимтир бўлиб, энгил кўчади ва йўтал юмшайди. Биринчи кунлари тана ҳарорати 38⁰ С гача кўтарилиши мумкин. Эт увишиши, умумий ҳолсизлик, елка, қўл, оёқ мускулларининг оғриши, кўп терлаш, тўш суяги орқасида оғриқ ва ачишиш, овоз бўғилиши, ҳансираш, юракнинг тез уриши кузатилиши мумкин.

Ўткир бронхитда тана ҳарорати кўтарилиши боис беморни ўрнидан турғизмай ётқизиб қўйилгани маъқул. Иссиқ овқатлар, шиллиқ пардаларни таъсирлантирадиган маҳсулотлар, рациондан олиб ташланади. Спиртли ичимликлар ман этилади. Илитилган сутга боржом ёки ичимлик содаси (натрий гидрокарбонат)ни қўшиб ичиш буюрилади. Кўкрак қафасига горчичниклар, банкалар қўйилади. Антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари, симптоматик дори-моддалар беморнинг ёшига қараб тавсия этилади.

ПНЕВМОНИЯ

Пневмония, яъни зотилжам-ўпка тўқимасидаги яллиғланиш жараёни бўлиб, мустақил касаллик тариқасида бошланади ёки қандай бўлмасин бошқа бирор касалликнинг бирор кўриниши, ё бўлмаса асорати бўлади. Яллиғланиш жараёни ўпканинг бир бўлагини зарарлаган бўлса, оқибати крупоз пневмония, яллиғланиш бутун ўпкани эгаллаб олган бўлса, тотал пневмония дейилади. Ўчоқли пневмонияда ўпкадаги яллиғланиш жараёни чекланган жойни зарарлайди.

БРОНХОПНЕВМОНИЯ

Бронхопневмония унча катта бўлмаган ўчоқларнинг қўшилишидан ҳосил бўлади. Кўпинча касаллик бошланганини аниқ билиб бўлмайди, чунки у бронхит ёки юқори нафас йўлларининг ўткир яллиғланиш жараёнида ривожланади. Умумий беҳоллик, бош оғриши, кўкракда, курак остида оғриқ, ҳансираш белгилари кузатилади. Қуруқ йўтал ёки йирингли,

шиллик-йирингли ва қон аралаш балғам ажралади. Ҳарорат 38°С гача кўтарилади. Юз ва лаб терисининг бироз қизариши ёки кўкариши, нафас олишнинг тезлашиши (дақиқасига 25-30 марта) кузатилади.

Давоси. Бемор касалхонага ётқизилади, агар уйда даволанадиган бўлса, унга ўрнида ётиш режими буюрилади. Бемор ётган хона яхшилаб шамоллатиб туриладиган ва етарлича иссиқ бўлиши зарур. Овқат ярим суюқ, тўйимли бўлиши керак. Кўпроқ суюқлик: мева ва минерал сувлар бериб туриш фойдали. Касалликнинг дастлабки соатларидан бошлаб юрак томирлар фаолиятини қувватлайдиган дорилар, антибиотиклар буюрилади. Оғиз бўшлиғи касалликларининг олдини олиш учун милклар, танглай, лунж шиллик пардаларини 2 % ли гидрокарбонат эритмаси ёки кучсиз калий перманганат эритмаси билан артиб туриш керак. Кўкрак қафасига банка ва ханталлар қўйилади.

Профилактикаси. Бронхит, грипп каби касалликларни ўз вақтида аниқлаш даволаш зарур. Физкультура, спорт машғулотлари билан шуғулланиш мумкин. Чекиш, спиртли ичимликлар ичишига қарши кураш чоралари кўрилади.

БРОНХИАЛ АСТМА

Бронхиал астма - инфекциян - аллергик касаллик бўлиб, бронхлар мускулатураси тортишиб, қисқариши натижасида, одамнинг бирдан нафаси қисиб, бўғилиб қолиши, кейин йўталиб ёпишқоқ балғам ташлаши билан характерланади. Касалликнинг пайдо бўлишига ва унинг ривожланишига баъзи касбларда, масалан, тери ошлаш корхоналарида, тўқув фабрикаларида, кимё заводларида, лабораторияларда, дорихоналарда, сартарошхоналарда ишлаш сабаб бўлади. Қушларнинг пати, хайвонлар жуни, уй, кутубхона чанги, моғор, дорилар, кимёвий ювиш воситалари ҳамда қатор озиқ-овқат моддалари аллергенлар ҳисобланиб, касалликнинг келиб чиқишида муҳим рол ўйнайди. Бундан ташқари, микроорганизмлар ва уларнинг токсинлари ҳам бронхиал астманинг келиб чиқишида муҳим омиллардан бири ҳисобланади.

Клиник манзараси. Касаллик турли вақтда, асосан кечаси хуруж қилади. Бемор бунда кўкрак қафасида босилгандек сезги сезади. Бемор ётганда бўғилиш кучаяди. Шу сабабли у ўтириб олади. Беморни кўрганда, мажбурий вазиятдан ташқари, ҳамма ёрдамчи нафас мускулларини нафас олишда қатнашиши кузатилади, бўйин томирлари бўртиб чиққан, ўмров усти чуқурчаси силлиқлашган, юзи бўзариб, тер босади. Оғзи очиқ, бурун ёноқлари кенгайган. Нафас олиш қисқа, нафас чиқариш қийинлашган, давомли, шовқинли, хириллашлар билан кечади, у узокдан эшитилиб туради.

Хуруж бошланишида йўтал камроқ, хуруж кучайганда кўпаяди. Хуруж охирида йўтал енгиллашиб ёпишқоқ тиниқ балғам ажралади, беморнинг аҳвали бироз яхшиланади ва бемор уйқуга кетади.

АСТМА ҲУРУЖИДА БИРИНЧИ ТИББИЙ ЁРДАМ

Хуруж туғиб қолган пайтда кроват ёки диванда касалга энг қулай вазиятни эгаллаши учун ёрдам берилади, беморни қисиб турган кийимлари ечилади, тинчлантирилади. Тезда хона деразалари очилиб, хонага тоза ҳаво кириши таъминланади. Дарҳол беморнинг ичиб орган дорисидан ичирилади, кўкрак қафасининг ён юзалари ва оёқларига горчичниклар қўйиб қўйиш керак. Беморнинг териси остига 0,1 % ли 1,0 мл атропин, 10 мл 2,4 % ли эуфиллин эритмаси 10,0-40 % ли глюкоза ёки 0,9 % ли натрий хлорид эритмаси билан қўшиб юборилади. Беморни тинчлантириш учун валериана, бром препаратлари буюрилади. Мутахассис врачга муурожаат қилинади.

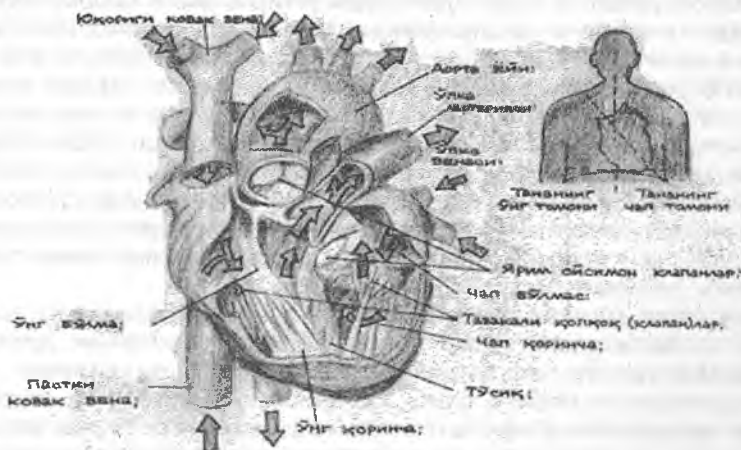
ЮРАК - ҚОН ТОМИРЛАР ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Юрак-қон томирлар тизими касалликларига юрак пороглари (нуқсонлари), эндокардит, миокардит, перикардит, юракнинг ишемик касалликлари (стенокардия, миокард инфаркти, атеросклероз), гипертония каби касалликлар киради.

Юрак пороглари (нуқсонлари). Бунда юрак тузилишида (14-расм) анатомик ўзгаришлар бўлиб, унинг иши бузилади.

Юрак нуқсони туғма ёки орттирилган бўлиши мумкин. Юрак туғма нуқсонларининг келиб чиқиши хилма-хил ва мураккабдир. Уларнинг келиб чиқишида ирсий омиллар ҳам сабабчи бўлади.

Бу нуқсонлар, ҳомиладор аёл кўпинча камқонлик ва бошқа кислород етишмовчилиги билан кечувчи касалликка чалинганда, қизилча, грипп каби юқумли хасталиклар билан оғриганда (ҳомиладорликнинг дастлабки 3 ойида), шунингдек, нурлар (рентген ва бошқалар), кимёвий моддалар (бензол, бензин, алкогольлар таъсиридан ҳам пайдо бўлади.



14-расм. Юракнинг тузилиши.

Ўпка артериясининг торлиги, юрак бўлмачалари орасидаги тухумсимон(овал) тешикчанинг очиклиги, ўнг қоринча деворларининг кенгайиши (гипертрофияси). Фалло учлиги, аортанинг одатдагидан ўнроқда бошланиши, Фалло тўртлиги (тетрада) юракнинг туғма нуқсонларига киради.

Юракнинг орттирилган порогларига икки табақали (митрал) қопқоқ етишмовчилиги, чап бўлмача ва қоринча оралиғидаги тешикчанинг торайиши, аорта қопқоғи етишмовчилиги, аорта тешигининг торайиши, уч табақали қопқоқ етишмовчилиги киради.

ЎТКИР СЕПТИК ЭНДОКАРДИТ

Ўткир септик эндокардит - бу оғир касалликдир: унга асосан бирдан авж олиб борадиган сепсис-яллиғланиш ўчоғидан қонга тўхтовсиз ёки дам-бадам микроорганизмлар тушиб туришига боғлиқ патологик жараён сабаб бўлади (масалан; суяк тўқимасининг йирингли яллиғланиши-остеомиелитда. Шунингдек, бошқа орган ва тўқималардаги сурункали йирингли процесслар вақтида).

Ўткир септик эндокардит симптоматикаси, аввало, бутун организмнинг оғир касаллиги - сепсис борлигига боғлиқ бўлади. Одам жуда бўшашиб аъзои бадани «сувга тушиб» терлайди, қалтирайди, тана ҳарорати гектик типда кўтарилиб кетади, кундузги, эрталабки, кечқурунги ҳарорат ўртасида катта фарқ бўлади. Аксари ўткир нефрит пайдо бўлади, талоқ катталашиб кетади. Ўткир септик эндокардит жуда шиддат билан ўтади. Ўз вақтида даво қилинмайдиган бўлса, 2-3 ҳафтадан кейин аҳвол оғирлашиб бемор ўлиб қолиши мумкин.

МИОКАРДИТ

Миокардит деб, миокарднинг яллиғланишига айтилади. Миокардит ўткир ва сурункали бўлади. Ҳар қандай ўткир юқумли касаллик у ёки бу даражада миокардга таъсир қилади. Миокардитда беморнинг асосий шикоятлари юрак соҳасидаги ёқимсиз сезгилар, баъзан санчиқли, бир мунча доимий оғриқ, юрак уришининг тезлашуви, жисмоний ҳаракат қилганда нафас қисиши ҳисобланади. Ўткир миокардитда бу шикоятлар кучлироқ юзага чиқади ва бирор инфекциядан кейин тез орада пайдо бўлади.

Ўткир миокардитда ҳам, сурункали миокардитда ҳам юрак чегаралари чап томонга бирмунча кенгайган бўлиши мумкин. Юрак тонлари бўғиқлашган, баъзан оз-моз систолик шовқин кузатилади. Ўткир миокардитда тана ҳарорати кўтарилмади, қон текширилганда ЭЧТ (эритроцитларнинг чўкиш тезлиги) ошганлиги, лейкоцитоз қайд қилинади.

Сурункали миокардитда бундай ўзгаришлар бўлмаслиги мумкин. Бемор касалхонада ётқизиб даволанади. Касалликнинг дастлабки кунларида ўринда ётиш режимига қаттиқ риоя қилиши шарт. Инфекцияларнинг олдини олиш, организмни чиниқтириш, жисмоний тарбия машқларини бажариш, меҳнат ва турмушнинг тўғри режимига риоя қилиш, шунингдек, беморни ўз вақтида касалхонага жойлаштириш ва юқумли касалликларга қарши фаол даво қилишдан иборат.

СТЕНОКАРДИЯ

Стенокардия (юнонча-стенос-тор, қисқа ва кардиа-юрак), юрак ишемик касалликлари қаторига киради. У юрак томирлари атеросклерози касалликлари ва юрак тож артерияларининг торайиши (спазми) билан боғлиқ бўлиб, бунда юрак мускулларининг қон билан таъминланиши бузилади.

Касаллик жисмоний ва ҳиссий (эмоционал) зўриқишлар натижасида келиб чиқади. Стенокардия касаллигининг асосий сабаби кислород танқислиги бўлиб, бу юрак мускулларининг кислородга бўлган талаби ва унинг қондирилиши ўртасидаги фарқдир. Юрак мускулида маҳаллий моддалар алмашинувининг бузилиши натижасида, симпатик иннервация бузилиб, норадреналин ва адреналин кўп миқдорда ажратилади. Бунда миокарднинг кислородга бўлган эҳтиёжи ортиб бориши натижасида миокард гипоксияси (кислород танқислиги) пайдо бўлиб, стенокардия хуружи ривожланади.

Белгилари. Стенокардия хуружи тўсатдан пайдо бўлиб, қисқа вақт давом этади, баъзан хуруж 25-30 дақиқагача чўзилиши мумкин. Хуружда оғриқ синдроми асосий ўринни эгаллайди. Оғриқ характери бир хил бўлмай, улар кўкрак соҳасида қаттиқ сиқилган оғриш, оғирлик сезиши, тўш суяги орқасида ачишиб оғриш ва бошқа кўринишларда бўлади. Кўпинча оғриқ тўш суяги орқасида бўлиб, чап елкага, чап кўкракка ва пастки жағга тарқалади.

Стенокардияда оғриқнинг давомлилиги ҳар хил, бир неча секунддан бир неча соатгача ва бундан-да узоқроқ давом этиши мумкин.

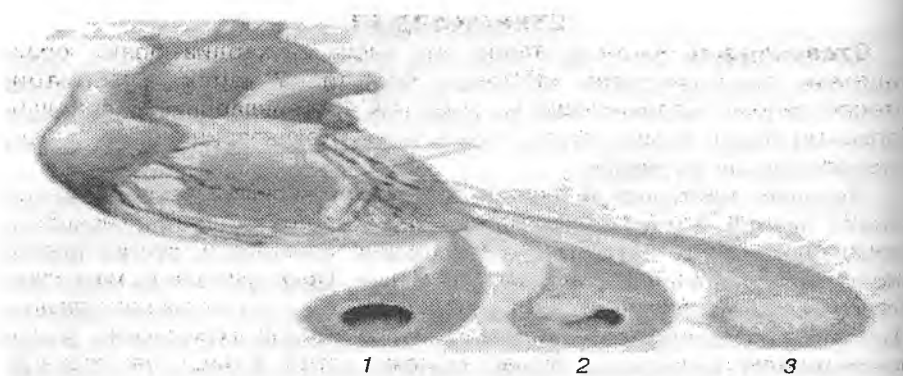
Организмнинг жисмоний зўриқиши оқибатида пайдо бўладиган ҳаракат стенокардияси ва тинч ҳолатда айниқса уйку вақтида пайдо бўладиган сокин стенокардия фарқланади. Хуруж вақтида беморнинг ранги оқариб, қимирламай туриб қолади. Чунки озгина ҳаракат оғриқни кучайтиради. Хуруждан сўнг дармонсизлик, бош айланиши, юз қизариши сезилади.

Биринчи тиббий ёрдам. Зудлик билан врач чақирилади, врач келгунга қадар юрак тож томирлари деворини кенгайтирувчи дори моддаларидан валидол, нитроглицерин таблеткаси ёки 1% ли эритмасидан 1-2 томчи тил тагига қўйилади. Оғир ҳолатларда 2-3 мл 2% ли папаверин ёки 2 мл 2% ли но-шпа эритмаси ва 2 мл 50% ли анальгин эритмасини қўшиб венага юборилади. Юрак соҳасига ханталмалар қўйиш беморга бир оз енгиллик беради. Бемор тезда касалхонага етказилади.

МИОКАРД ИНФАРКТИ

Юрак мушакларида қон айланишининг бузилиши натижасида юрак тўқималарини некрози (жонсизланиш) миокард инфаркти дейилади (15-расм).

Белгилари. Миокард инфарктининг асосий белгиси, юрак соҳасида ёки тўш соҳасида тўсатдан пайдо бўладиган оғриқ хуружидир, оғриқ чап елкага, чап кўкракка, пастки жағга ва тананинг бошқа қисмларига ўтади.



15 - расм: Юракни қон билан таъминлайдиган тож томирларнинг ички деворини тўсилиши: 1-қатламлардан ҳоли; 2-қисман тўсилган; 3-тўла тўсилган

Стенокардиядаги оғриқдан фарқли равишда, миокард инфарктида оғриқ узоқроқ (бир неча соатгача) бўлади, тож артерияларини кенгайтирадиган воситалар (валидол, нитроглицерин) қабул қилингандан кейин босилмайди. Миокард инфарктининг етакчи симптоми, кучли оғриқда бемор ўлим ваҳимасига тушади, ранги оқариб, пешонасини совуқ тер босади.

Миокард инфарктининг белгиларидан бири тана ҳароратининг кўтарилиши ҳисобланади. Ҳарорат қонга некроз ўчоғи (инфаркт)дан парчаланиш маҳсулотлари тушиши сабабли кўтарилади. Ҳарорат катта рақамларгача чиқиши мумкин, лекин кўпинча субфебрил бўлади.

Биринчи тиббий ёрдам. Агар миокард инфаркти кўчада, жамоат жойларда, уйда содир бўлганда, зудлик билан тез тиббий ёрдам машинаси чақирилади. Врач келгунча беморни ўрнидан қимирлатмасдан, бошини баланд қилиб ётқизилади, беморнинг чап кўкрак соҳаси юрак устига ханталма (горчичник) қўйиш мумкин. ҳамма ҳолларда миокард инфарктида биринчи навбатда оғриқ ҳуружини тўхтатиш таъминланади, ўткир юрак етишмовчилиги билан кураш олиб борилади. Бунда тери остига 1,0-2,0 мл морфин юборилади. Артериал босимни кўтариш мақсадида мезатон, кофеин, камфора, кордиамин юборилади ва бемор яқин-орадаги стационарга (касалхонага, клиникага) олиб борилади.

ГИПЕРТЕРМИК СИНДРОМ

Гипертермик синдром - одам организмнинг касаллик ҳолатида тана ҳароратининг 38,5 С даражагача кўтарилиб, 3 соатдан юқори муҳлатда доимий туришидир.

Таснифи (Чарюк бўйича, 1991 й) куйидагича:

1. Инфекцион-яллиғланиш.
2. Регулятор (невроген).
3. Посттрансфузион.
4. Хавфли (баъзи бир миорелаксант ва анестетиклар юборилгандан

сўнг юзага чиқадиган гипертермик ҳолат).

5. Метаболик.

Гипертермик ҳолатни юзага келтирадиган сабаблар икки гуруҳга бўлинади.

1. Инфекцион (юқумли касалликларда).

2. Ноинфекцион (соматик касалликларда, ҳашоратлар чаққанда, захарланишларда).

Йилнинг совуқ ва салқин фаслларида тана ҳарорати кўпроқ ўткир респираторли вирусли инфекция, иссиқ фаслларида эса ўткир ичак инфекцияси касалликларидан кейин келиб чиқади. 6 ойликдан 3 ёшгача бўлган болаларда тана ҳароратининг кўтарилиши, кўп ҳолларда аллергик жараёнлар(дори препаратлари)дан, мактаб ёшидаги болаларда эса эндокринологи ва иммунокомплемент (бириктирувчи тўқима, геморрагик васкулит) касалликларига боғлиқ бўлади.

Шунингдек, захарли ҳашоратлар чаққанда, ҳайвонлар тишлаганда ва бошқа захарланишлар вақтида ҳам тана ҳарорати кўтарилиши мумкин.

Белгилари. Тана ҳарорати кўтарилган вақтда, беморнинг умумий аҳволи оғир бўлади. У дастлаб совуқ қотиб, ваража тутиши, бош оғриғи, дармонсизлик, кейин эса бадани қизиби кетаётганлигидан нолийди, териси курук, иссиқ, оғиз атрофлари ва тери қопламлари кўкиш рангда бўлади. Беморларда кўпинча ҳансираш, юрак уришининг тезлашуви, чанқаш, оғиз бўшлигининг қуриши ва алаҳсираш ҳолатлари кузатилиши мумкин.

Биринчи тиббий ёрдам. Зудлик билан шифокор чақирилади. Беморнинг кийимлари ечилади. Хонанинг дераза ва эшиклари очилиб, совуқ ҳаво кириши таъминланади. Бемор танаси ҳаво ванналари билан совутилади.

Тери қопламлари спирт эритмаси билан артиради. Пешонага, йирик қон томирлар юза жойлашган соҳалар (қўлтиқ ости, бўйин, чов соҳаси)га музли халтача қўйилади ёки совуқ компресс босилади. Бемор ошқозонини совуқ сув билан ювиш ва ҳўқна каби муолажаларни қилиш мақсадга мувофиқдир. Ичиш учун аспирын, парацетамол, панадол каби иситма туширувчи таблеткалар, порошоклар, эритмалар ва бошқалар тавсия этилади. Бошқа муолажалар мутахассис шифокор ёрдамида бажарилади.

Эслатма! Ёш болаларда марказий асаб тизими яхши ривожланмаганлиги сабабли, тана ҳароратининг 38,5°C-дан юқори кўтарилиши хавfli бўлиб, бу ҳолат асаб тизимига зарарли таъсир кўрсатади. Шунинг учун боланинг ҳарорати кўтарилганда зудлик билан шифокор чақириш ёки касалхонага олиб бориш зарур.

ЎТКИР ТОМИРЛАР ЕТИШМОВЧИЛИГИ

Ўткир томирлар етишмовчилигига кўп қон ва суюқлик йўқотиш (ич кетиш, тинмай қусиш), оғир шикастланишлар, захарланишлар, асаб ва руҳий зўриқишлар сабабчи бўлади.

Ўткир томирлар етишмовчилиги ҳушдан кетиш, коллапс, шок ҳолатлари билан намоён бўлади.

ХУШДАН КЕТИШ

Хушдан кетиш - мия тўқималарининг ўткир қонсизланиши (ишемияси) оқибатида қисқа вақт хушини йўқотишдир. Рухий кечинмалар, кўп қон йўқотиш, оғриқ, чарчаш, жазирама иссиқда узоқ вақт бўлиш каби ҳолатлар хушдан кетишга сабабчи бўлади.

Белгилари. Бемор хушидан кетганда, тери ва шиллиқ пардалари оқаради, совуқ тер босади, кўз қорачиқлари тораяди. Томир уриши (пульс)нинг тўлиқлиги кучсиз, нафас олишнинг тез ва юзаки бўлиши кузатилади.

Биринчи тиббий ёрдам. Хушдан кетишга сабабчи бўлган омиллар тезда бартараф қилинади. Беморнинг боши паст, оёқлари эса баландроқ қилиб ётқизилади, бундай вазиятда миянинг қон билан таъминланиши яхшиланади. Беморнинг юзига совуқ сув сепилади, қисиб турган кийимлари бўшатилиб, хонага тоза ҳаво кириб туриши таъминланади. Бурнига новшадил спирти ҳидлатилади. Оғир ҳолларда сунъий нафас олдирилади. Бемор хушига келгач иссиқ, ширин чой ёки кофе ичирилади. Бу ҳолатнинг сабабларини янада тўлароқ аниқлаш учун албатта шифокорга муурожаат қилиш зарур.

КОЛЛАПС

Коллапс деб артериал ва веноз босимнинг кескин пасайиши ва томирларда айланадиган қон миқдорининг камайиши билан таърифланадиган ўткир юрак-томирлар етишмовчилигига айтилади.

Коллапс оғир ичак юқумли касалликлари (холера, дизентерия, сальмонеллез)да, кўп қон кетганда, шикастланишларда, гавда вазиятини горизонтал ҳолатдан вертикал ҳолатга кескин ва тез буриш (ортостатик коллапс), ўткир захарланишлар (овқат токсикоинфекцияси) оқибатида юзага келади.

Белгилари. Бемор хушини йўқотмаган ҳолда холсизланади, қаттиқ ташналиқдан шикоят қилади, оғзи қуриydi, дармонсизланади. Тери қопламалари кескин оқариб, совуқ тер босади, тез-тез юзаки нафас олади. Тана ҳарорати сустлашади, қон босими пасайиб, пульс тезлашган, ипсимон бўлади.

Биринчи тиббий ёрдам. Тезда шифокор чақирилади. Шифокор келгунга қадар коллапсни келтириб чиқарган сабабларни бартараф қилиш (қон оқишини тўхтатиш, интоксикация-захарланишга қарши кураш), беморга рухий ва жисмоний жиҳатдан тўлиқ ором бериш, тинчлантириш, танани иситиш зарур. Беморга иссиқ ширин чой, кофе ичирилади. Оёқ-қўлларига иситгичлар қўйилади. Зарурат бўлганда, тери остига 0,5 мл 0,1% ли кофеин ёки 1-2 мл 0,2% ли мезатон эритмасини вена ичига инъекция қилинади. Бемор зудлик билан касалхонага етказилади.

ШОК

Шок (французча-зарба) ҳаддан ташқари кучли таъсирлар натижасида асаб, эндокрин, нафас ва қон айланиш тизимлари фаолияти ҳамда моддалар алмашинувининг бузилиши билан таърифланади ва ўткир

томирлар етишмовчилигининг энг оғир шаклидир.

Шок оғир шикастланишларда, тананинг кўп қисми куйганда (жароҳат шоки), аллергия реакцияларда (анафилактик шок), ўткир миокард инфарктида (кардиоген шок), кучли ҳаяжонланиш, асаб ва руҳий бузилишларда (эмоционал шок), қон гуруҳи тўғри келмаган ҳолатларда қон куйилганда (гемотрансфузион шок) юз беради.

Белгилари. Жароҳат шоки кўпинча бош, кўкрак, қорин, чаноқ ва оёқ-кўллар шикастланишларида, тананинг кўп қисми куйганда содир бўлади. Жароҳат шокининг иккита фазаси фарқ қилинади: Эректил фаза-қисқа муддатли кўзгалиш ва торпид-пасайиш фазаси. Шокнинг бошланғич (эректил) фазасида бемор безовталанади, қарашлари бежо, ҳаво етишмаётганлигидан нолийди. Тери ва шиллиқ пардалари оқариб, совуқ тер босади. Торпид фазасида эса беморнинг аҳволи оғирлашиб, атроф-муҳит ва кишиларга бефарқ бўлиб қолади. Оғриқни сезиш камаяди, баъзан умуман сезилмайди. Беморнинг ранги оқариб, тана ҳарорати пасаяди. Нафас ва пульси тезлашади, қон босими пасаяди.

Биринчи тиббий ёрдам. Зудлик билан шифокор чақирилади. Шифокор келгунга қадар, жароҳатланган аъзолардан қон оқаётган бўлса, қон оқишини тўхтатиш, суяклар шикастланган бўлса, уларни вақтинча тахтакачаб, қимирлатмай, ҳаракатини тўхтатиб қўйиш, ёнаётган кийим-бошларини ўчириш зарур. Беморга осойишта шароит яратиб, уни иситиш, ширин чой ва ичимликлар (ароқ, вино 50 мл) бериш керак. Сўнгра беморни зудлик ва эҳтиёткорлик билан шифохонага олиб бориш зарур.

АНАФИЛАКТИК ШОК

Анафилаксия грекча сўздан олинган бўлиб, “Ҳимоя қила олмайдиган” деган маънони билдиради. Анафилактик шок моддаларга нисбатан бўладиган аллергия реакциянинг оғир кўринишидир. Анафилактик шок келтириб чиқарадиган сабаблар иккига бўлинади:

- 1) ташҳис ва даволаш мақсадида қўлланиладиган воситалар (антибиотиклар, оғриқ қолдирувчи дори-дармонлар, зардоб ва вакциналар);
- 2) ҳашорат ва ҳайвонлар заҳарлари.

Баъзи ҳолларда анафилактик шок дори моддаларни шифокор руҳсатисиз истеъмол қилганда ёки инъекция қилинганда рўй бериши мумкин.

Белгилари. Беморда ҳолсизланиш, тўш орқасида оғриқ бўлиши, кўнгил айнаши, қайт қилиш, нафаснинг тез ва юзаки бўлиши, қон босимининг пасайиши кузатилади. Бемор ҳушидан кетади. Томир уриши ипсимон, кучсиз ва юзаки бўлади. Кўпинча терида ҳар хил тошмалар тошади.

Биринчи тиббий ёрдам. Тезда шифокор чақирилади. Шифокор келгунча беморнинг қон ўзанига шокни келтириб чиқарувчи аллергиянинг тушиши зудлик билан тўхтатилади. Дори моддаси юборилган ёки ҳашорат чаққан жойдан юқорига жгут боғланади.

Ҳашорат чаққан бўлса, унинг нишини олиб ташлаш керак. У жойни ишқалаш мумкин эмас, чунки ишқаланганда қон томирларга аллергияларнинг

сўрилиши тезлашади. Зарурат бўлганда сунъий нафас олдирилади. 0,3-0,5 мл адреналин эритмаси тери остига ёки мускул орасига юборилади. Оғир ҳолларда адреналинни 20 мл 40% глюкоза билан вена ичига инъекция қилинади. Гормонал препаратлар(преднизолон, гидрокортизон)ни вена ичига, мушак орасига юбориш мумкин. Бемор зудлик билан касалхонага жўнатилади.

КАРДИОГЕН ШОК

Кардиоген шок асосан миокард инфаркти, митрал ва аортал клапанлар етишмовчилигида, юракда ўтказилаётган операциялар асорати сифатида юзага келади.

Белгилари. Беморнинг ранги оқариб, совуқ тер босади, терисининг сезувчанлиги камаяди. Оёқ-қўллари совийди, баъзан тана ҳарорати пасаяди. Пульс тўлиқлиги кучсиз, ипсимон бўлади, баъзи ҳолларда пульсни аниқлаб бўлмайди. Қон босими пасайиб, пешоб чиқиши камаяди(олигурия) ёки умуман пешоб чиқмайди (анурия).

Биринчи тиббий ёрдам. Дарҳол тез тиббий ёрдам ходимларига хабар бериш зарур. Улар келгунча бемор қимирлатмай ётқизиб қўйилади. Строфантин, кордиамин, томирлар ишини яхшилаш учун 0,5-1,0 мл мезатон мускул орасига юборилади.

ЭМОЦИОНАЛ ШОК

Кучли ҳаяжонланиш, асаб ва руҳий бузилишларда кузатилади. Беморнинг хулқ-атвори ўзгаради, безовталаниб, бошқаларга нисбатан агрессив муносабатда бўлади. Баъзи беморларда онг ва сезувчанликнинг бузилиши кузатилади. Гоҳида эмоционал шок истерия ҳолати билан тугайди.

Биринчи тиббий ёрдам. Беморнинг ёнида ортиқча одамларнинг туришини ман этиш, шикаст етказиши мумкин бўлган ҳар хил жисмларни беркитиб қўйиш ва бемор билан яхши муносабатда бўлиш керак. Руҳий касалликлар билан оғриган беморлар махсус касалхоналарда даволанишлари лозим.

ГЕМОТРАНСФУЗИОН ШОК

Беморга қон гуруҳи тўғри келмайдиган қон қўйилганда рўй беради. Шунинг учун беморга доимо врач кўрсатмаси бўйича, унинг назоратида, шифохонада қон қўйилиши керак.

Хулоса қилиб айтганда, шок ҳолатларини келтириб чиқарувчи омилларни ўз вақтида зудлик билан бартараф қилиш-беморнинг шокка тушишининг олдини олишда унинг ҳаётини сақлаб қолишда энг муҳим вазифа ҳисобланади.

ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ

Гипертония сўзи юнонча "hyper"-ортиқча, "tonos"-таранглик, босим маъносини англатади.

Гипертония касаллиги юрак ва томирлар, эндокрин тизими, буйрак

ва пешоб чиқариш йўлларидаги органик ўзгаришларга боғлиқ бўлмаган ҳолда артериал қон босимининг узоқ вақт бирламчи кўтарилиб туришидир. Артериал босимнинг 140/90 мм. симоб устуни-хавфли чегара, симоб устунининг 160/95 мм. дан юқориси гипертензия деб ҳисобланади.

Касалликнинг келиб чиқишида марказий асаб тизимининг руҳий зарбага учраши, ўта зўриқиш, моддалар алмашинувининг бузилиши, зарарли одатлар (спиртли ичимликлар ичиш, чекиш, гиёҳвандлик), ирсият муҳим ўрин тутади. Бу омиллар таъсирида майда артериялар деворининг вақтинча, кейинчалик доимий торайиши натижасида систолик ва диастолик артериал қон босими кўтарилиб кетади.

Белгилари. Гипертония касаллигининг кечишида 3 та босқичи фарқланади (А.Л.Мясников):

I босқич - касалликнинг бошланғич даври бўлиб, юқорида қайд этилган сабаблар таъсирида артериал қон босими қисқа вақт кўтарилади. Сабаблари бартараф этилгандан сўнг беморнинг аҳволи яхшиланиб, босим ўз ҳолига тушади.

II боқичда - қон босимини кўтарилиши доимий(турғун) бўлиб, бемор махсус даволанмаса, артериал босими нормага тушмайди.

III босқичда - қон босими даво тадбирлари қўлланилганда ҳам нормага тушмайди. Бунда буйрак, юрак, аорта, мия ва бошқа органларда қайтмас ўзгаришлар юзага келади.

Касалликнинг илк даврида асабий зўриқишлардан сўнг бош оғриғи, вақт-вақти билан бош айланиши, яхши ухлай олмаслик ва дармонсизлик белгилари сезилади. Гипертониянинг кейинги босқичларида пульс (томир уриши) тезлашади ва таранглашади. Юрак чегараларининг чапга кенгайганлиги (чап қоринча гипертрофияси) кузатилади.

Бемор дам олиш ва ухлаш тартибига қатъий риоя қилиши, асаб тизимига таъсир қилувчи омиллар бартараф қилиниши зарур. Парҳезга риоя қилиш, холестеринга бой маҳсулотларни (ёғли гўшт) истеъмол қилиш ман этилади. Дори моддалардан дибазол, папаверин, клофелин кабилар касаллик босқичларига қараб қўлланилади. Касалликнинг илк шакллариини ўз вақтида аниқлаш ва даволаш зарур.

ГИПЕРТОНИК КРИЗ

Гипертоник криз-гипертония касаллигининг кескин оғирлашуви бўлиб, артериал босимининг бирданига тез кўтарилиб кетиши билан характерланади.

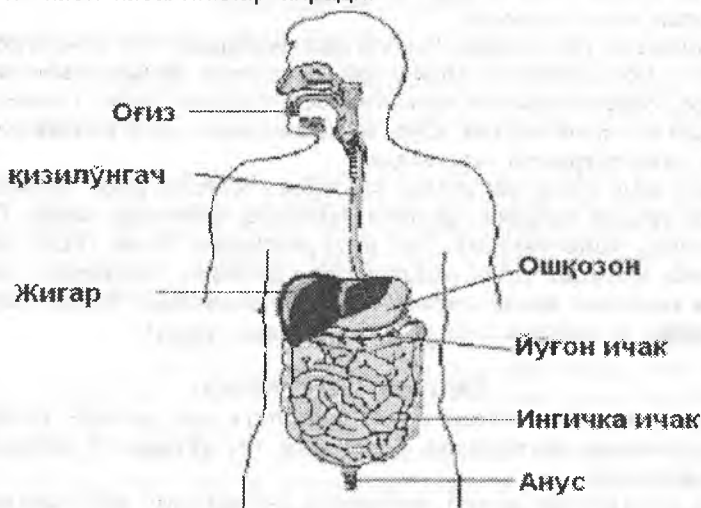
Криз ҳолатининг келиб чиқишида гипертония касаллигидагидек сабаблар асосий омил ҳисобланади.

Белгилари. Беморнинг боши айланади, бош оғриғи кучаяди, юзи қизаради, кулоқларда шовқин бўлади, безовталанади, артериал босим тўсатдан кўтарилиб кетади. Мияда қон айланишининг бузилиши натижасида ҳаракатлар, нутқ бузилиши юз бериши мумкин. Оғир ҳолларда шошилиш даво чоралари кўрилмаганда мияга қон қуйилади (инсульт).

Биринчи тиббий ёрдам. Гипертоник криз юз берганда дархол врач чақириш, врач келгунча беморни авайлаб, қимирлатмай ётқизиб қўйиш, энса ва пешона соҳасига совуқ компресс босиш, оёқларига иситгич қўйиш ёки иссиқ ванналар қилиш лозим. Корвалол ёки валокордин дори моддаларидан 30-35 томчи ичириш, шунингдек, бемор мунтазам ичиб юрадиган дорисидан навбатдан ташқари яна 1 доза қабул қилиши зарур. Тўш ости, юрак соҳасида оғриқ бўлса, дархол нитроглицерин таблеткаси тил тагига ташланади. Дибазол, магнезий сульфат, папаверин гидрохлорид, гипотиазид қўлланилади. Гипертоник кризда комплекс даво чоралари артериал қон босимини беморга монанд тутиб туриш, унинг қўтарилиб кетишига ҳам, жуда пасайиб кетишига ҳам йўл қўймасликдан иборат бўлиши зарур. Қон босими бирдан пасайиб кетганда, бош мия, юрак ва буйракнинг қон билан таъминланиши бузилиб, беморнинг аҳволи оғирлашиши мумкин.

ОВҚАТ ҲАЗМ ҚИЛИШ ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Овқат ҳазм қилиш тизими (16-расм) касалликларига гастрит, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг яра касаллиги, энтерит, колит, панкреатит, холецистит каби касалликлар киради.



16-расм. Овқат ҳазм қилиш тизими.

ГАСТРИТ

Гастрит - ошқозон шиллик қаватининг яллиғланиш касаллигидир.

Келиб чиқиш сабаблари. Алиментар-овқат омили катта аҳамиятга эга. Сифатсиз овқат истеъмол қилиш, ҳаддан ташқари иссиқ, совуқ, аччиқ, бузилган овқатларни ейиш, овқатни етарли чайнамаслик гастрит келиб

чиқишига сабаб бўлади. Айрим ҳолларда гастрит қатор бошқа ички касалликлардан кейин иккиламчи ривожланади. Масалан: юрак етишмовчилигида (димланиш ҳисобига), юқумли касалликларда (ангина, грипп, сил), касб касалликларида (кислоталар, ишқорлар, симоб, кўрғошин, фосфор ва ҳоказо билан ишлаш), таъсирловчи дори моддалар қабул қилганда (ацетилсалицилат кислота, гормонлар, калий йодит, резерпин) ва бошқаларда. Шундай қилиб, гастритнинг келиб чиқишида ҳам экзоген (ташқи), ҳам эндоген (ички) омиллар аҳамиятга эга.

Белгилари. Кечишига қараб ўткир ва сурункали гастритлар фаркланади.

Ўткир гастрит одатда овқатланиш тартиби бузилганда овқатдан 3-5 соат ўтгач ривожланади, баъзан у шиддатли кечиши ҳам мумкин.

Бемор иштаҳаси йўқлигидан, кўнгил айнаши, кекериш, ўт аралаш қусишдан, қориннинг юқори қисмида оғриқ туриши, оғирлик сезиш, босим, баъзан тутиб қоладиган оғриқдан, оғиз бемаза бўлишидан шикоят қилади. Бундан ташқари, ҳарорат кўтарилиши, бош оғриғи, бош айланиши, кўз олдининг қоронғилашиши кузатилади. Умумий аҳволи қониқарли ёки ўртача оғирликда. Тилини қараш қоплаган, оғзидан ёмон ҳид келиши мумкин, қорин дам бўлиб, пайпаслаганда оғриқ бўлади. Ич кетиши кузатилади. Ўткир кўриниши 3-5 соатдан кейин ўтиб кетади, аммо диспептик ҳолат яна икки ҳафта давом этади, парҳезга риоя қилганда ва тўғри муолажа қилинганда, касаллик аста-секин ўтиб кетади, аксарият ҳолларда жараён сурункали даврга ўтади.

Биринчи тиббий ёрдам. Организмга тушган зарарли омилни тезроқ бартараф қилиш учун, ошқозон илиқ сув билан ювилади. Бемор қоринда ётиш режимига риоя қилиши керак. Дастлабки 1-2 кун овқат емай турилади. Кейинроқ парҳезга қаттиқ амал қилинади. Оғриқни қолдириш учун қатор дори-дармонлар, хусусан белладонна препаратлари тайинланади. Оғир ҳолларда тери остига лидаза, изотоник натрий хлорид эритмасини юбориш керак.

ОШҚОЗОН ВА 12 БАРМОҚЛИ ИЧАКНИНГ ЯРА КАСАЛЛИГИ

Ошқозон ва 12 бармоқли ичак яраси касаллиги сурункали қайталанувчи касалликдир.

Келиб чиқиш сабаблари. Яранинг пайдо бўлишида ошқозон ва 12 бармоқли ичак ҳаракатининг бузилиши, ошқозон ширасининг кислоталиги ва пептик фаолияти ортиб кетиши, шиллиқ ишлаб чиқаришнинг камайиши, ошқозон шиллиқ қаватида қон айланишининг пасайиши муҳим рол ўйнайди. Бу ўзгаришларга асосий сабаб руҳий ҳаяжонланиш, ақлий ва жисмоний чарчаш, доимий ҳавотирда бўлиш ва бошқалар ҳисобланади. Касаллик насл суриши мумкин.

Яра касаллиги омилларига нотўғри овқатланиш (қуруқ овқат ейиш, тартибсиз овқатланиш, яхши чайнамаслик, дағал, ҳаддан ташқари аччиқ, иссиқ ва совуқ овқатлар истеъмол қилиш, тиш йўқлиги ва бошқалар) сабаб бўлади. Чекиш, спиртли ичимликлар ичиш, оқсил, витамин

етишмовчилиги сабаб бўлади. Яра касаллигининг ривожланишида микроблар муҳим аҳамиятга эга.

Белгилари. Яра касаллигининг муҳим белгиларидан оғриқ, қусиш, қон оқиши ҳисобланади. Оғриқ овқат истеъмол қилгандан сўнг пайдо бўлади, пайдо бўлиш вақтига қараб, улар эрта (1-1,5 соатдан сўнг) ва кечки (2-4 соатдан кейин) оғриқларга ажратилади. Оғриқ юқорига ва чапга (яра юқорида жойлашганда), орқада ўнг кўкрак ва ўнг қовурга остига (пiloroduodenal ярада) тарқалади.

Оғриқ давомийлиги, касалликнинг оғирлиги, асоратига қараб ҳар хил бўлади. Овқат егандан сўнг иссиқ қўллаш ёки қусишдан сўнг (баъзан сунъий чақирилганда) оғриқ камаяди. Қусиш кўпинча оғриқ авжига чиққан вақтда пайдо бўлади. Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, қусиш кўп ҳолларда касал аҳволини тез энгиллаштиради. Шунинг учун улар қусишни баъзан сунъий равишда чақирадилар. Қон оқиши очикдан-очик ёки яширин бўлиши мумкин. Очикдан-очик қон оқиши 25 % ҳолатларда кузатилади. Кўп қон кетганда қон тўқ қизил рангда бўлади ёки қон секин оққанда қон хлорид кислота таъсирида ўзгаришга улгуради ва кофе куйқаси кўринишида бўлади. Қон кетгандан бироз кейин қорамойсимон ич келиши ҳам мумкин. Бу ҳолатлар қон йўқотиш белгилари бўлиши мумкин.

Яширин қон кетиш 80% ҳолларда кузатилади. Уни беморнинг аҳволига ва махсус кимёвий реакциялар орқали аниқланади. Беморда жигилдон қайнаши, кўнгил айниши, сўлак оқиши, кекириш кузатилади. Иштаҳа сақланиб қолади, кўпинча баланд бўлади, аммо бемор оғриқ ва қусишдан кўрқиб овқат емайди, тез чарчаши, уйку бузилиши, жаҳлдорлик белгилари кўринади. Касалликнинг кечишида мавсумийлик кузатилади. Касаллик зўрайган вақтида бемор озби кетади.

Биринчи тиббий ёрдам. Яра касаллигида комплекс даво қилиш зарур яъни тайинланган дори-дармонларни пархез овқатлар, физиотерапия ва даволашнинг бошқа усуллари билан қўшиб олиб бориш керак. Яра касаллигида физиотерапия парафин билан даволаш, балчиқ билан даволаш, шунингдек, марказий нерв тизимини тинчлантирадиган турли шифобахш ванналар (игна баргли, натрий хлоридли) энг муҳим даво тадбирлари ҳисобланади. Даволашда баржом, минерал сувлар катта рол ўйнайди. Медикаментоз даволашда тери остига атропиннинг 0,3-1мл 0,1%ли эритмаси юборилади ёки витаминлар қўлланилади.

Профилактикаси. Овқатланиш режимини тўғри ташкил этиш, ҳар куни соф ҳавода сайр қилиш, жисмоний тарбия машқлари комплекси бажарилиши лозим. Бизнинг мамлакатимизда яра касаллигига қарши овқат рационлари №1 деб аталган диеталар ишлаб чиқилган. Улар учта рацион: № 1а, 1б ва 1 дан иборат. Яра касаллиги бўлган беморларнинг овқатланиш рационлари асосини ошқозон ва ичак шиллиқ пардасини имкон борича эҳтиётлаш (механик, кимёвий, термик каби таъсирлардан) принциплари ташкил қилади.

ЭНТЕРИТ

Энтерит-бу ингичка ичак шиллик пардасининг яллиғланиши бўлиб, касаллик ҳар хил инфекциялар (ич терлама, паратиф), гельминтлар таъсири остида захарли ва баъзи бир дори моддалар таъсири, тўла қимматли овқатланмаслик ва бошқа оқибатлар натижасида пайдо бўлади. Энтерит ривожланишига ичкилик ичишга ружу қўйиш ва чекиш йўл очади. Меъда фаолиятининг бузилиши, меъда ости бези касалликларига ўз вақтида даво қилмаслик ҳам бу касалликнинг вужудга келишига сабаб бўлади.

Касалликнинг ўткир ва сурункали турлари фарқ қилинади.

Белгилари. Сифатсиз овқат истеъмол қилгандан 3-4 соат ўтгач, тўсатдан бошланади. Умумий ҳолсизлик, иштаҳанинг йўқолиши, қоринда оғриқ кузатилади, бунга ич кетиши қўшилади. Ич кетиш кунига 3 мартадан 10-20 мартагача бўлиши мумкин. Нажас кўп миқдорда ва кўпikli, нордон ҳидга эга бўлади. Кўпинча қоринда қулдираш, кўнгил айниши, қусиш, кекириш, чанқаш кузатилади. кўздан кечиришда тери қопламлари оқарган, тили қуруқ, оқимтир парда билан қопланган, қорин дам бўлган, пальпация қилинганда оғрийди, артериал босими пасайган, пульс тезлашган бўлади. Вақтида даво қилинса, бемор тез тузалиб кетади. Айрим ҳолларда сурункали турига ўтиб кетиши мумкин.

Биринчи тиббий ёрдам. Ўткир энтеритда ўринда ётиш режими, туз сурги воситалари, мўл суюқлик (илик чой), қоринга иссиқ қилиш, тозалаш клизмаси тайинланади. Дори моддаларидан сульгин (0.5 г.дан кунига 4-6 марта), энтеросептол ва бошқалар буюрилади.

КОЛИТ

Колит - йўғон ичак шиллик пардасининг яллиғланиши бўлиб, колитнинг сабабчиси инфекция (дизентерия), паразитар касалликлар (лямблиоз, гельминтоз), ҳаддан ташқари таъсирловчи ва нотўғри тайёрланган овқат истеъмол қилиш ҳисобланади. Колит ривожланишида қорин бўшлиғининг бошқа органларидаги яллиғланиш жараёнлари: сурункали холецистит, гастрит, энтерит ва аллергия омилар муҳим аҳамиятга эга. Колит кечишига кўра ўткир ва сурункали бўлади.

Белгилари. Ўткир колитнинг ҳарактерли белгилари қориннинг пастки қисмида оғриқ бўлиши, тез-тез ич бузилиб туриши, тана ҳароратининг кўтарилиши, тенезмлар (дефекация оғриқли, сохта, қисқа бўлиши) аниқланилади. Ич келиши кунига 20 мартагача такрорланади. Кучанишлар безовта қилади. Ахлат ҳар хил консистенцияли - қаттиқ, суюқ, шилимшиқ ва қон аралаш бўлади. Унда кўп миқдорда лейкоцит ва эпителийлар топилади.

Биринчи тиббий ёрдам. Ичакда муайян патологик микрофлора топилганда (дизентерия кўзғатувчилари) махсус даво олиб борилади. Овқат тўла қимматли, оқсиллари етарли миқдорда, углеводлари ва ёғлари бирмунча чегараланган, лекин механик ва кимёвий жиҳатдан чегаралайдиган бўлиши керак. Касалликда тетрациклин ёки левомицетин, шунингдек, сульфаниламид препаратлари тайинланади.

ХОЛЕЦИСТИТ

Холецистит - ўт пуфагининг яллиғланиш касаллиги бўлиб, кўпинча ўт-тош касаллиги натижасида, баъзан алоҳида касаллик сифатида ривожланади, холецистит гастрит, энтерит ва колит касалликларидан сўнг ривожланиши мумкин. Бодомча безининг сурункали яллиғланиши, тиш кариеси, ўрта қулоқ яллиғланиши, гайморит, аппендицит касаллик сабабчиси ҳисобланади.

Холецистит ўткир ва сурункали турларга бўлинади.

Белгилари. Асосий белгиси оғриқ бўлиб, у тўсатдан пайдо бўлиб, ўнг қовурга остига, қориннинг юқори қисмига, киндик атрофига, юқорига ва ўнг томонга тарқалади. Оғриқ ўт-тош касаллигига нисбатан бирмунча кучсиз бўлади. Бунда беморнинг умумий аҳволи ёмонлашади. Оғриқ беморга азоб беради. Ўнг ёнбошига ётганда оғриқ кучаяди. Кўнгил айнаши ва қусиш кузатилади ва қайт қилганда беморнинг аҳволи энгиллашмайди.

Касаллик оғир кечганда бемор титраб-қақшайди. Ҳарорат 38-40С гача кўтарилади. Энгил кечганда ҳарорат субфебрил бўлади.

Биринчи тиббий ёрдам. Ўткир холециститда беморга қоринда ётиш режими, жигар касаллигидаги №5 диета тайинланади. Антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлари қўлланилади. Физиотерапевтик муолажалар-ўнг қовурғалар ости соҳасига грелка, иссиқ, парафин, УВЧ қўлланилади. Санаторий-курортда даволаш тавсия этилади.

ЭНДОКРИН ВА МОДДАЛАР АЛМАШИНУВИ КАСАЛЛИКЛАРИ

ДИФФУЗ ТОКСИК БУҚОҚ (Базедов касаллиги)

Касаллик қалқонсимон безнинг бир текис диффуз катталашуви ва функциясининг бузилиши билан таърифланади (Базедов касаллиги-уни симптомларини биринчилардан бўлиб тасвирлаган тадқиқотчининг номи бўйича аталади).

Келиб чиқиш сабаблари. Касалликнинг сабаблари узоқ вақтгача руҳан зўриқиш, салбий ҳис-ҳаяжонлар, нейроэндокрин бузилишлар, қалқонсимон безга сурункали инфекциялар (сил, захм) таъсири, интоксикациялар ҳисобланади, ирсий омиллар таъсир қилиши мумкин.

Белгилари. Диффуз токсик буқоқ билан касалланган беморлар юрак уришидаги ўзгаришлар, умумий беҳоллик, тажанглик, ортиқча терлаш, қўллар титраши, уйқу бузилишидан шикоят қилади.

Объектив текширувда қалқонсимон безнинг катталашганлиги маълум бўлади. Қалқонсимон без катталашинининг бир неча даражалари фарқ қилинади:

- без беморнинг ютиш ҳаракатларидагина кўриниши мумкин ва қўлга яхши уннайди;
- безнинг катталашганлиги ютиш ҳаракатларисиз ҳам кўриниб туради;
- без шу қадар катталашадики, бўйиннинг шакли ўзгариб қолади.

Пальпация қилинганда без зичлиги ўртача, атрофдаги тўқималар билан ёпишмаган бўлади. Кўз симптомлари деб аталадиган ҳодисалар характерли; экзофтальм (кўзнинг чақчайиб туриши), кўзнинг кам пириллаши, «узоқ вақт тикилиб туриш», кўз тўр пардаси пастга ҳаракатлантирилганда устки қовоқнинг юмилиши кечикиши (Грефе симптоми), конвергенциянинг сусайиб қолиши (Мебус симптоми), бунда бирор буюмни яқиндан кўздан кечиришда унга қараш қобилияти бузилади. Шунингдек, кўзларнинг ялтираб туриши ва баъзи бир бошқа симптомлар бўлади.

Биринчи тиббий ёрдам. Нохуш омилларни бартараф этиш, меҳнат ва турмуш режимини тартибга солиш тавсия қилинади. Йоднинг кичик дозалари ичишга берилади, кунига 2-3 марта 0,05 г дан дийодтирозин, мерказолин 0,05г.дан кунига 2-3 марта овқатдан кейин ва бошқалар. Бундан ташқари, симптоматик даво қилинади. Баъзи ҳолларда хирургик даво қилиш зарур.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ

Қандли диабет касаллиги организмда инсулин гормони етишмаслиги натижасида ривожланади. У ошқозон ости безининг В - ҳужайралари шикастланишидан пайдо бўлади. Қандли диабет қадим замонлардан маълум. Диабет сўзи «ёриб ўтиш» маъносини англатади. Абу Али ибн Сино қандли диабетнинг белгиларини айтганда, пешобнинг ширин таъмга эга эканлигини ҳам таъкидлаб ўтган.

Келиб чиқиш сабаблари. Қатор омиллар аҳамиятга эга: ирсий омиллар, семизлик, ҳаддан ташқари кўп овқат ейиш, руҳий ва жисмоний шикастланишлар, ошқозон ости бези касалликлари, ошқозон ости безининг ўсмаси, захм, сил касаллиги ва бошқалар.

Белгилари. Беморлар ташналик ошиши, иштаҳа кучайиши, кўп пешоб қилишдан (суткалик пешоб миқдори нормадан анча ошади, яъни 2,5-3,0 литрдан 5-10 литргача етади), тери қичишидан нолийдилар. Умумий дармонсизлик орта боради, тана массаси камаяди. Переферик томирлар кенгайиши туфайли, тери қопламлари пушты ранг тус олади, аксарият терида чипқонлар (терининг қичишидан тирналиш сабабли) пайдо бўлиб, булар сувсизланиш оқибатида терининг озикланиши бузилишидан вужудга келади.

Диабет оғир-енгиллигига қараб 3 даражага бўлинади: энгил, ўртача, оғир. Оғир даражасида углеводларни ортикча миқдорда истеъмол қилингандагина, унинг қондаги миқдори кўтарилади ва у пешобда пайдо бўлади. Ўртача даражасида бемор қандли диабетга хос юқорида санаб ўтилган ҳолатлардан нолийди, қонда қанд миқдори ошганлиги қайд қилинади, қанд пешобда доимо бўлади. Диабетнинг оғир даражаси бўлган ҳолларда беморлар меҳнат қилиш қобилиятини йўқотадилар. Уларда диабетик кома пайдо бўлиш эҳтимоли бор.

Диабетик комада марказий нерв тизими фаолиятининг бузилиши қайд қилинади, дармонсизлик, бош оғриши пайдо бўлади. Аввал

кўзгалиш; кейин уйқучанлик вужудга келади, бемор қусади, шовқинли нафас олади, ҳушидан кетади. Териси пушти ранг, қуруқ, артериал босими пасайган. Кўз соққаларини бармоқ билан босиб кўрилганда, юмшоқ бўлади. Бемор оғзидан ацетон ҳиди келади. Пешоб текширилганда қанд миқдори кўплигидан ташқари ацетон ва В-оксимой кислота топилади.

Биринчи тиббий ёрдам. Қандли диабет организмда инсулин етишмаслигига боғлиқ бўлгани сабабли, даволаш организмга инсулин юборишга асосланган. Касалликнинг энгил даражасида инсулин қўлланилгунча диетотерапия ўтказилади (диета №9). Диетани диабетнинг бошқа даражаларида ҳам тайинланади.

Диабетнинг энгил формаси диетотерапия беморнинг аҳволини инсулин қўлланилмасдан яхшилашга ёрдам беради. Инсулинни диета билан даволаш натижа бермаган ҳолларда қўлланилади.

Инсулин даволаш тактикаси қуйидагича: 3-5 г глюкозани (ўрта ҳисобда 4г) ўзлаштириш учун 1ТБ инсулин зарур деб ҳисобланади. Шунга кўра, талаб этиладиган инсулин миқдорини ўзлаштирилмаган қанд деб аталадиган, яъни пешоб билан ажратиладиган қанд миқдорини назарда тутган ҳолда ҳисоб қилинади. Инсулин одатда овқатдан 20-25 минут олдин тери остига юборилади.

Диабетик комада биринчи тиббий ёрдам. Диабетик комада зудлик билан тери остига инсулин юборилади. Уни венага қуйиш ҳам мумкин. Агар беморнинг аҳволи яхшиланмаса, инсулин юборишни беморни коматоз ҳолатдан чиқаргунча давом эттирилади. (30-40 ТБ. Ҳар 1,5-2 соатда). Беморларга 50-100 ТВ. инсулин юборилганда айни вақтда венага 20-40 % ли глюкоза эритмаси тайинлаш зарур. Организмнинг сувсизланишига қарши курашиш учун изотоник натрий хлорид эритмаси вена ичига юборилади. Инсулин дозаси ошириб юборилганда, гипогликемик ҳолат ривожланади. Беморда кескин дармонсизлик, қаттиқ очлик сезиш, оёқ-қўллар титраши намоён бўлади ва комага олиб келиши мумкин (тери оқарган, кўз соққалари тонуси ошган).

Гипогликемик комада биринчи тиббий ёрдам. Беморни қоматик ҳолатдан чиқариш учун, баъзан унга бир стакан ширин чой беришнинг ўзи кифоя қилади. Агар бемор ҳушидан кетган бўлса, венага глюкоза юбориш зарур (50 мл гача 40 % ли эритма).

СИЙДИК ТАНОСИЛ ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ

ЦИСТИТ

Цистит-юнонча сўздан олинган бўлиб, қовуқнинг яллиғланиши деган маънони билдиради. Пешоб ажратиш тизими органлари касаллиги бўлиб, эркакларда ҳам аёлларда ҳам кўп учрайди.

Келиб чиқиш сабаблари. Касаллик қовуққа турли инфекцияларнинг тушиши натижасида юзага келади. Совуққотиш, спиртли ичимликлар ичиш, дудланган нарсалар, зираворларни кўп истеъмол қилиш, қабзият каби ҳолатлар сабаб бўлиши мумкин.

Белгилари. Циститда бемор оз-оздан тез-тез (ҳар 10-15 минутда) пешоб қилади, пешоб қилганда оғриқ сезади; оғриқ айниқса пешоби қистаганда ва пешобдан сўнг зўрайиб ловуллаш, ачишиш пайдо бўлади. Баъзан пешобда қон ва йиринг бўлиши мумкин.

Биринчи тиббий ёрдам. Касалликнинг ўткир даврида тўла ва тўғри даво қилинса, бемор соғайиб кетади. Акс ҳолда, сурункали тус олади. Касалликнинг оғир ёки енгил ўтишидан қатъи назар, бемор ётиши шарт. Спиртли ичимликлар ичиш, аччиқ, шўр овқатлар истеъмол қилиш таъқиқланади. Дори моддаларидан антибиотиклар ва нитрофуран қатори препаратлари буюрилади. Беморга кўп суюқлик: сут, чой, иссиқ компот, минерал сув ва бошқалар ичирилади. Циститнинг олдини олишда шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиш, турли яллиғланиш касалликларини ўз вақтида даволаш зарур.

ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

Гломерулонефрит-асосан буйрак калаваси қон томирларининг яллиғланиши ҳисобланади. У ўткир ёйилган, сурункали ёйилган ва ўчоқли бўлиши мумкин. Ёйилган ўткир гломерулонефрит инфекцион-аллергик касаллик ҳисобланади.

Келиб чиқиш сабаблари. Касалликнинг келиб чиқишида стрептококклар асосий ўрин тутади. У сезгир буйрак тўқимасига сенсбилизацияловчи таъсир кўрсатади. Стрептококкли инфекциялардан ангина, қизамиқ, эпидемик грипп каби касалликлар ва юқори нафас йўлларининг мавсумий касалликларидан кейин ривожланади.

Белгилари. Ўткир нефрит кўпроқ ёшлар касаллиги ҳисобланади, болалар, айниқса ўсмирлар кўп касалланади, касаллик эркакларда кўпроқ учрайди. Беморлар шишиб кетишдан, пешоб ажралиши камайишидан, бош оғриши, ҳансираш, қусиш, юрак, бел соҳасидаги оғриқдан, кўриш ёмонлашишидан ва умумий ҳолсизликдан шикоят қиладилар.

Касаллик клиникаси учун учта аломат хос: шиш, артериал гипертензия ва пешобда ўзгариш бўлиши. Шишлар касалликнинг энг дастлабки ва доимий белгиларидан бири ҳисобланади. Шиш 80-90 % беморларда кузатилади. У юзда, айниқса қовоқларда кўриниб, беморни ҳунуқлаштириб кўяди. Кўз юмилиб кетади. Кўзга кўринарли шишлар пайдо бўлгунча шишдан олдинги ҳолат пайдо бўлади. Бунда тўқималарда суюқлик йиғилади, уни фақат беморни мунтазам тортиб туриб аниқлаш мумкин. Шиш танага тез тарқалади, плевра бўшлиғида, перикардда транссудат йиғилиши ҳамда истисқо бўлиши мумкин.

Артериал босимнинг кўтарилиши ҳам ўткир нефритнинг эрта пайдо бўладиган белгиларидан ҳисобланади. Асосан диастолик босим кўтарилади, у артерия деворининг таранглигига боғлиқ. Перферияда тўсатдан ошган қаршилик натижасида юрак ўзининг қисқариш кучини оширади, натижада систолик босим ҳам ортади. Шундай қилиб, максимал босим ҳам, минимал босим ҳам ортади.

Одатда ўткир нефритдаги гипертензия узоқ вақт сақланмайди ва

меъёргача пасаяди. Пешоб миқдори 700-400 мл ва ундан ҳам камаяди. Оғир ҳолларда бир неча кун давомида анурия бўлиши мумкин. Пешобда қон бўлиши ва унинг ранги ўзгаришига (кўнғир, қизғимтир, гўшт ювиндисига ўхшаш) олиб келади.

Биринчи тиббий ёрдам. Бемор касалхонага ётқизилишига муҳтож бўлади. Ўриндан турмай ётиш, режимига амал қилиши, совуққотишларнинг олдини олиш зарур. Парҳез овқатларнинг аҳамияти катта. Дастлабки кунлари беморга бир стакан сув, узум шарбати, озроқ ширин манний бўтқаси, сут ичишга руҳсат берилади. Ош тузи ишлатиш эса мутлақо ман қилинади. Суюқлик миқдори чегараланади. Кейинги кунлари диета №7-ош тузи чегараланган тузсиз овқатлар тайинланади, оксиллар кескин чегараланади, зираворлар ва таъсирлантирадиган маҳсулотлар бутунлай ман қилинади.

Дори-дармонлардан гипотензив препаратлар: 25 %ли магний сульфат эритмаси 10 мл дан мушак орасига, 20 мл дан 40 %ли глюкоза эритмаси венага юборилади.

Олдини олиш. Организмдаги сурункали яллиғланиш ўчоғига (сурункали тонзиллит, гайморит, аппендицит, тиш кариеси) қарши курашишдан иборат.

Ишлаб чиқаришда меҳнат гигиенаси, организмни мустаҳкамлаш, чиниқтириш, жисмоний тарбия билан шуғулланиш, алкогольни кўп истеъмол қилишдан воз кечиш муҳим профилактик тадбир ҳисобланади.

ПИЕЛОНЕФРИТ

Пиелонефрит-буйрак ва буйрак жоми тўқимасининг яллиғланиши. Касаллик ўткир, сурункали ва буйрак циррози кўринишида кечади. Пиелонефрит бир ёки икки томонлама бўлиши мумкин. Ўткир пиелонефрит кўпинча ёшларда учрайди.

Келиб чиқиш сабаблари. Кўзғатувчилари жомчадаги ўткир инфекциялар ҳисобланади, кўзғатувчилар лимфа ва қон орқали тушиши мумкин. Кўпинча касалликдан олдин совуқ қотиш, асбоблар ёрдамида урологик текширишлар ўтказилганлиги аниқланган.

Белгилари. Касаллик эт увишиши, юқори ҳарорат, бош оғриши, юракнинг тез-тез уриши, ҳансираш билан ўткир бошланиши мумкин. Рефлектор равишда кўнгил айниши, қусиш, қорин дам бўлиши мумкин. Пешоб ажралиши тезлашади ва оғриқли бўлади. Белда кўпинча қовуқ устида симиллаган оғриқ бўлади. Текширилганда тил қуруқ, караш билан қопланган.

Ўткир пиелонефритда шиш ва артериал босимнинг кўтарилиши кузатилмайди. Касаллик баъзан аста-секин бошланади ва ривожланади. Белда оғриқ, ҳарорат субфебрилгача кўтарилади. Пешобда кўп миқдорда лейкоцитлар бўлиши мумкин. Бу кўпинча болаларда ва ҳомиладор аёлларда учрайди. Ўткир пиелонефритнинг кечиши 1-2 ҳафтагача чўзилади, баъзан у сурункали турга ўтади.

Биринчи тиббий ёрдам. Ўринда ётиш режим. Диета №7. Кўпроқ суюқлик ичиш тайинланади: Бир неча стакандан минерал ёки қайнатилган сув,

компот, пиширилган сут, мева шарбатлари ичилади. Антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлари қўлланилади.

Олдини олиш. Аввало, пешоб чиқарув канали, қовуқдаги яллиғланиш касалликларини ўз вақтида даволаш олдини олишдир. Гигиеник қоидаларга риоя қилиш муҳим рол ўйнайди.

БУЙРАК ТОШ КАСАЛЛИГИ

Келиб чиқиш сабаблари. Буйрак конкрементлари одам организмида авитаминоз, хусусан авитаминоз А да модда алмашинуви (туз минерал) жараёнларининг бузилиши натижасида, буйрак жомидаги димланиш ҳодисаларида пешоб туриб қолганда, конкрементлар ҳосил бўлиши учун асос ҳисобланган пешоб кислота тузлари (уратлар) кристалларидан ҳосил бўлиши мумкин.

Буйрак конкрементларининг таркиби турлича бўлиши мумкин. Уларнинг ранги ва зичлиги шунга боғлиқ. Оксалат конкрементлар тўқ-кўнғир, қаттиқ, юзаси ғадири-будур бўлади. Фосфор конкрементлар оч кул ранг, урат конкрементлар сарик, қизил, силлиқ, оксалат конкрементларга қараганда қаттиқлиги кам. Буйрак конкрементлари якка-якка ва кўп сонли бўлиши мумкин, қум заррасидан йирик тухум катталигигача бўлади.

Белгилари. Конкрементлар борлиги узоқ йилларгача сезилмаслиги мумкин. Касалликнинг бош симптоми буйрак санчиғи хуружи ҳисобланади: белнинг ўнг ва чап томонидаги кучли оғриқ чов соҳасига ўтади, бунда бемор қусиши ва ҳатто хушини йўқотиши мумкин. Пешобда қон, яъни эритроцитлар пайдо бўлиши мумкин. Буйрак санчиғи конкремент ўтадиган пешоб йўлининг таъсирланиши билан боғлиқ. Буйрак санчиғи пайдо бўлишига қаттиқ жисмоний зўриқиш, силкитадиган йўлларда юриш, шикастланиш бевосита туртки бўлиши мумкин. Агар конкремент қовуққа ўтган бўлса, буйрак санчиғи тез (2-3 соат ўтгач) тўхташи мумкин. Агар конкремент буйрак жомида бўлса ва атрофидаги тўқималарни муттасил таъсирлантириб турса, бу ҳолда бемор белида унчалик ўткир бўлмаса-да, доимий оғриқ бўлади, тана харорати кўтарилади, баъзан пешобда қондан ташқари йиринг ҳам бўлади. Пешоб ажралишининг бузилиш белгилари бўлиши мумкин, баъзан қорин дам бўлади.

Биринчи тиббий ёрдам. Буйрак санчиғи хуружи вақтида атропиннинг 0,1%ли эритмасидан 1мл тери остига юборилади. Бел соҳасига иссиқ грелка ёки иссиқ ванна тайинланади. Овқат рациони турлича ва тўла қийматли бўлиши керак. Бемор кўп ҳаракатланиши, гимнастика билан шуғулланиши, етарли миқдорда суюқлик ичиши керак.

ЎТКИР СИЙДИК ТУТИЛИШИ

Ўткир пешоб тутилиши қовуқ ва пешоб каналига тош тикилиб қолганда, ўсмаларда, орқа мия касалликларида, эркакларда простата безининг ўсма (аденома) касаллиги оқибатида рўй бериши мумкин.

Белгилари. Беморнинг ранги оқаради, безовталанади, қовук соҳасида оғриқ пайдо бўлади, пешоб қила олмайди. Пешобнинг ўткир тутилишига простата безининг ўсма касалликлари, қовукдаги тошлар, орқа мия касалликлари сабаб бўлади.

Бемор мустақил пешоб қила олмайди, пешоб қовукда тўпланиб боради. Пешоб тутилиши қовуқнинг чўзилишига ва қоринда қаттиқ оғриқ бўлишига олиб келади, булар ўз навбатида бошқа ички органлар (ичак, ўпка ва бошқалар) функциясининг рефлектор равишда бузилишига сабаб бўлиши мумкин.

Биринчи тиббий ёрдам. Бемор тинчлантирилади. Илик сув билан ванна қилинади. Қовук усти ва чов оралиғига грелка қўйилади, беморга оқаётган сув товуши эшиттирилади, озроқ тозалаш клизмаси қилинади, белладоннали шамчалар қўйилади. Агар шу чоралар натижа бермаса, беморни тезда касалхонага олиб бориш керак, бу ерда пешобни катетер билан чиқарилади (катетер махсус резина ёки металл найча бўлиб, уни пешоб чиқариш канали орқали қовуққа киритилади. 1мл но-шпа ва 2 мл баралгин эритмаларидан инъекция қилинади. Бемор тезда касалхонага етказилади.

БУЙРАК САНЧИГИДА БИРИНЧИ ВРАЧГАЧА ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Буйрак санчигининг пайдо бўлиши, асосан буйрак тош касаллиги билан боғлиқ. Бу касаллик одам организмда минерал тузлар, витаминлар алмашинувининг бузилиши, узоқ вақт давомида буйрак жомларида пешобнинг димланиб қолиши, кам ҳаракатчанлик оқибатида тузларнинг ҳосил бўлиши билан кечади. Дастлаб пешоб кислотасининг тузлари (урат, фосфат, оксалат), кум чўкмалари пайдо бўлса, кейинчалик улар ҳар хил катталиқдаги тошларга айланиши мумкин.

Буйрак санчиги буйрак жомидаги кум чўкмалари ва тошларнинг қўзғалиши ва силжиши натижасида, жом деворларидаги нерв рецепторларининг таъсирланиб, мускулларнинг спазмга учраши оқибатида келиб чиқади. Тошлар майда кум зарраларидан тортиб тухум катталигидек бўлиши мумкин.

Белгилари. Буйрак санчиги тўсатдан бел соҳасидан қаттиқ санчикли оғриқ хуружи билан бошланади. Оғриқ қориннинг пастки қисми, қовук соҳаси, чов оралиғи, жинсий аъзолар ва оёқларга тарқалади. Бемор ўрнидан қимирлай олмайди, уни ваҳима босади. Пешоб вақтида оғриқ кучайиб ачишиш сезгиси пайдо бўлади. Пешобда қон бўлиши мумкин.

Биринчи тиббий ёрдам. Бемор тинчлантирилиб, иссиқ ўралади. Бел соҳаси, қовук усти ва чов оралиғига иссиқ иситгич қўйилади. Оёқларига иссиқ ванна қилиш фойдали. Беморнинг мускули орасига 1,0 мл ношпа ва 2,0 мл баралгин эритмаларини инъекция қилиш керак. Бемор зудлик билан касалхонага етказилади.

ҲОМИЛАДОРЛИК ТОКСИКОЗЛАРИ

Ҳомиладорлик токсикозлари нерв, юрак-томир, эндокрин тизимлар ва моддалар алмашинувининг ўзгариши туфайли келиб чиқиб, туғруқдан сўнг ўтиб кетади..

Белгилари. Ҳомиладорликнинг биринчи (илк) ва иккинчи ярми (кечки) токсикозлари фарқ қилинади. Илк токсикозлар ҳомиладорликнинг дастлабки 12 ҳафтасида рўй беради. Аёлнинг умумий аҳволи ўзгаради, жиззаки бўлиб қолади. Кўнгли айнийди, сўлаги оқиб (кўп, яъни бир кунга 1 литргача оқиши мумкин), кейин қусади. Баъзан аёл ҳа деб қусаверади, дармонсизланади, оза бошлайди, уйқучан ва сержаҳл бўлиб қолади. Унинг қон босими пасаяди, тана ҳарорати кўтарилади, пульси тезлашади, териси қуруқлашади, оғзидан нохуш ҳид келади. Илк токсикозларда ҳомиладор аёл аёллар маслаҳатхонасига қатнаб даволаниши мумкин. Ҳаддан ташқари кўп қусиш аёлни касалхонага ётқизишни талаб этади.

Ҳомиладор аёлга касалхонада тинч ва осойишта шароит яратилиб, кўпроқ ухлаш тавсия қилинади. Кофеин 1 мл 10 % эритмаси кунига 2 маҳал тери остига, қайт қилмаётган бўлса, таблетка ҳолида берилади. Аминазин, этапиразин каби дори моддалари энтерал ва парентерал усулларда организмга киритилади. Витаминлар буюрилади. Кеч токсикозлар ҳомиладорликинг иккинчи ярмида кўпинча, сўнгги ойларида вужудга келади. Буларга ҳомиладорлик истисқоси, микропатия, преэкламсия ва эклампсия киради. Кеч токсикозларнинг барчаси кетма-кет келиб, касаллик ҳолати босқичма-босқич кечади. Ҳомиладорлар истисқосида шиш пайдо бўлади. Одатда у тўпикдан бошланиб, тизза, сон, қорин ва ташқи жинсий органларга ўтади, сўнгра аста-секин бутун танага тарқалади.

Ҳомиладор аёл ойда 2 марта маслаҳатхонасига бориши, шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиши, ҳафтада бир марта тарозида тортилиб туриши лозим. Суюқлик (суткада бир литргача рухсат этилади) ва тузни чеклаш, сервитамин овқатлар, сабзавот ва мевалар, творог, кефир истеъмол қилиш тавсия этилади. Аёл ўз вақтида даволанмаса, нефропатияга ўтади. Нефропатияни асосий белгиси шиш, қон босимининг ошиши ва пешобда оқсил бўлишидир. Ҳомиладор аёл зудлик билан касалхонага ётқизиб даволанади.

Преэклампсияда ҳам нефропатиядагидек симптомлар ва аёлнинг қаттиқ боши оғриши, кўз хиралашиши, кўкрак остида оғриқ пайдо бўлиши кузатилади. Бош оғриқ, кўз хиралашуви миёда қон айланишининг жиддий бузилганлигидан далолат беради. Бемор вақтида даволанмаса преэклампсия янада оғирроқ касаллик эклампсияга ўтиши кузатилади.

Эклампсияда тутқаноқ тутади, бемор ҳушидан кетади. Эклампсияда тутқаноқ тутиш аломатлари юз ва қовуқ мускуллари тортишиш пайдо бўлганда, дарҳол тез ёрдам чақирилиб, у келгунча беморни ҳавоси тоза, қоронғироқ хонага ётқизиб, тинч қўйилади. Тутқаноқ тутганда беморнинг бирор жойига шикаст етмаслик чорасини кўриш лозим. Тилини тишлаб олмаслик учун бандига дока ўралган қошиқ оғзига солинади.

Тутқаноқ ҳуружи тўхтагандан сўнг беморни сўлаги нафас йўлларига тушмаслиги учун, оғзини дока салфетка билан артиб олинади.

Туғруқхоналар тармогининг беқиёс ўсганлигига ва ҳомиладор аёлларнинг яхши диспансеризация қилинишига қарамай, баъзан уй шароитда, поездда, самолётда ва шу кабиларда туғадиган хотинларга биринчи тиббий ёрдам кўрсатишга тўғри келади.

Биринчи тиббий ёрдам. Туғруққа ёрдам кўрсатувчи одам, аввало, асептик шароитлар яратиш тўғрисида ғамхўрлик қилиши керак: қўлни яхшилаб ювиш ва зарарлантириш, қайчи ёки пичоқни дезинфекция қилиш, киндикни боғлаш учун стерил бинт тайёрлаш ёки спиртга (йод эритмасига) пишитилган ип, тасмачани солиб қўйиш лозим. Борди-ю, бола асфикция билан туғилса, бурун йўллари ва оғзидан ҳомила олди сувларини тортиб олиш учун резина нокчани тахт қилиб қўйиш керак.

Туғилган чақалоқни қайноқ дазмолланган тоза чойшабга (йўргакка) ётқизилади. Киндикдаги пулсация аниқланмай қолганда, киндик тизимчаси бола киндигидан 5-10 см юқорида тайёрлаб қўйилган ип тасмача ёки бинт билан икки жойидан боғланади, сўнгра киндикни боғлаган лигатуралар ўртасидан кесилади.

Агар боланинг нафаси чиқмаса, боланинг бурни ва оғзидаги сувларни резина нокча билан тортиб, сўнг оғзидан- оғизга усулида сунъий нафас олдира бошлаш лозим. Онани ва янги туғилган чақалоқни имкон борича тезроқ туғуруқхонага олиб бориш керак.

АСАБ-РУҲ ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИ

НЕВРОЗЛАР

Неврозлар-узоқ давом этадиган руҳий кечинмалар натижасида олий нерв фаолиятининг бузилиши билан ҳарактерланадиган нерв-психик касалликлар ҳисобланади. Бу касалликлар нерв тизими заиф кишиларда осонроқ келиб чиқади.

Келиб чиқиш сабаблари. Симптоматик касалликлар, ҳаддан ташқари чарчаш, уйқусизлик, спиртли ичимликлар ва гиёҳванд моддаларни истеъмол қилиш, жинсий заифлик касалликни келиб чиқишини осонлаштиради.

Турлари. Неврозларнинг қуйидаги клиник формалари фарқ қилинади:

1. Невростения;
2. Истерия;
3. Психостения.

Невростения-юнончадан олинган бўлиб, нерв дармонсизлиги деган маънони англатади. Невростенияга асосан уйқу ва овқатланиш режимининг бузилиши, сурункали заҳарланишлар (ичимлик, гиёҳвандлик) кўринишидаги организмни заифлаштириб қўядиган омилларнинг борлиги, одамнинг ҳаддан ташқари кўп чарчashi, кўнгилни оғритадиган ҳис-туйғуларни бошдан кечириш сабаб бўлади. Касалликнинг бу турида бемор салбий таассуротларга осонгина берилувчан бўлади.

Белгилари. Невростениянинг асосий белгиларидан бири дармонсизликдир. Бу нерв тизимининг ортиқча қўзғалувчанлиги ва тезда

ҳолдан тойиб қолиши билан ифодаланади. Беморлар арзимаган гап ёки бошқа ташқи таассуротлардан газабланиб, бақриш, сўкиниш билан жавоб беради-ю, лекин дарров тинчланиб қолади. Бўлиб ўтган воқеалардан афсусланиб кечирим сўрайди, баъзан йиғлашга тушади. Кайфияти бузилади, тушқунликка тушади, атрофдагиларга қизиқиши йўқолади. Одам тез чарчаб қолиши туфайли, меҳнат қилиш қобилияти пасаяди. Беморлар хотираси ёмонлигидан нолишади. Уйқуси юзаки бўлиб қолади, турли ваҳимали, кўрқинчли тушлар кўра бошлайди. Уйқудан ланж бўлиб туради. Бошини қисиб тургандек бўлиб сезиладиган бош оғриғи, юрак соҳасининг санчиб туриши, оғриши, қулоқ шанғиллаши, бош айланиши, кўз олдининг қоронғилашишидан нолишади. Уларда фикрлаш, ўзлаштириш, эслаш қобилиятлари сусаяди.

Биринчи тиббий ёрдам. Невростениянинг бошланғич босқичларида витаминларга бой овқатларни истеъмол қилиш, оила ва ишда хотиржам бўлиш, врач кўрсатмаларини ўз вақтида бажариш беморнинг тезда соғайиб кетишига ва меҳнат қобилиятининг тикланишига олиб келади. Беморга уйқуни яхшилайдиган, тинчлантирадиган бромидлар, транквилизаторлар (элениум, реланиум, седуксен, баъзан ухлатувчи дори моддалар буюрилади, физиотерапевтик муолажалар ўтқазилади. Оғир ҳолларда даволаш курси тугагандан кейин санаторийларда дам олиш тавсия этилади.

ИСТЕРИЯ

Истерия-юнонча бачадон деган маънони англатади. Қадимги юнонлар бу касалликни бачадонни организмда айланиб юришига боғлиқ деб ҳисоблаган эдилар.

Белгилари. Унинг баъзи аломатлари бошқа касалликларнинг белгиларига ўхшаб кетади. Шунинг учун бу касалликни буюк тахлидчи деб ҳам аташади. Истерия, истерик тутқаноқ хуружлари, вегетатив ва сенсиматор ўзгаришлар билан ҳарактерланади. Истерия тутқаноғи қандай бўлмасин бирор хилдаги бемор руҳиятини шикастлайдиган ташқи таассуротлар ёки ўтмишдаги кўнгилсиз воқеаларни эсга соладиган воқеалар билан боғлиқ бўлади.

Тутқаноқлар кўпинча кундузи тутади, беморнинг ҳаракатлари тартибсиз бўлади, лекин бемор бирдан йиқилиб тушмайди, оҳиста юмшоқроқ жойга йиқилади. Ўзини шикастлангирмасликка ҳаракат қилади. Беморнинг эс-хуши бутунлай йўқолмайди, рефлекслар ва кўз қорачиқларининг ёруғликка реакцияси сақланиб қолади. Мускулларнинг қисқариши, титраши кўринишида бўлади, тилини тишлаб олмайди, оғзидан кўпик чиқмайди, беихтиёр пешоб қилиб қўйиш ҳоллари кузатилмайди.

Истерия тутқаноғи бир неча минутдан бир неча соатгача давом этиши мумкин. Агар беморнинг атрофида одамлар кўп бўлса, тутқаноқ узоқ давом этади. Истерияда ҳаракат ва сезувчанликнинг бузилиши кузатилади ва фалаж, гиперкинезлар ҳолида учрайди. Истерия фалажида мускуллар тонуси ўзгармайди, патологик рефлекслар бўлмайди. Оёқларнинг барча

ҳаракатлари ва координация сақланган бўлади, лекин бемор тик тура олмайди, юра олмайди.

Истерияда кўпинча меъда-ичак тизими фаолияти бузилади, қайт қилиш, ичак парези, ҳижичоқ тутиши шулар жумласидандир.

Биринчи тиббий ёрдам.

1. Беморни тинч жойга кўчириш зарур.

2. Бурнига нашатир спирти ҳидлатилади.

3. Совук сув ичирилади.

4. Бемор ётган хона чироғи ҳирароқ қилиб қўйилади.

Истерик тутқаноқ беморда бартараф этилгандан кейин ухлаб қолиш ва хотирасини йўқотиш ҳолатлари учрамайди. Бемор бемалол ийшини давом эттириши мумкин.

ПСИХОСТЕНИЯ

Психостения-кўнгилдан кўтарилмайдиган ҳаёллар билан бўладиган ҳолатлар неврози бўлиб, бу ҳолатлар хилма-хил бўлади. Бемор фикри-зикрини банд қилиб олади ва турли клиник кўринишларида намоён бўлади.

Белгилари. Бундай ҳолатларга ваҳимали ҳаёллар, қалтис ҳаракатлар киради. Фикри-зикрини банд қиладиган ҳолатлар кўпинча ҳавотирланиш, кўрқиш, юрак уришининг тезлашуви, терлаш, артериал босимнинг кўтарилиши каби вегататив ўзгаришлар билан бирга кечади. Бемор кўнглини ўз ҳаёти учун ҳавотирланиш, юриш-туришида, одоб-ахлоқида хато қилиб қўйиш ваҳималари эгаллайди. Кўпинча беморларда оғир касаллик билан касалланиб қолиш ваҳимаси пайдо бўлади. Бу ваҳималар ўлиб қолиш, ўз-ўзини ўлдириб қўйиш, яқин кишисига нисбатан тажовузкорона ҳатти-ҳаракат қилишдан кўрқиш билан бирга давом этади.

Биринчи тиббий ёрдам. Психотерапевтик воситалар ва доридармонлар қўлланилади. Касалликка даво қилинса у йўқолиб кетишига, овқатланиш ва ухлаш режимига қаттиқ риоя қилиш кераклигига беморни рухан ишонтириш зарур. Ваҳималар зўрайиб, уйқуни жуда бузиб қўядиган даврларда антидепоресантлар, транквилизаторлар буюрилади.

ИНСУЛЬТ (МИЯГА ҚОН ҚЎЙИЛИШИ)

Келиб чиқиш сабаблари. Мияга қон қўйилиши гипертония касаллиги ва бош мия томирлари атеросклерози асоратидир.

Белгилари. Касаллик тўсатдан ҳеч қандай аломатларсиз бедорлик даврида ҳам, уйқуда ётган пайтда ҳам пайдо бўлади. Бемор ҳушидан кетади, бу даврда қусиш, беихтиёр пешоб ва ахлат ажралиши мумкин. Юз гиперемияланиб (қизариб) қолади, бурун-қулоқлар кўкаради. Нафасни бузилиш характерли бўлиб, нафас қисиши билан бирга шовқинли хириллаб чиқадиган нафас олишни тўхташи ёки ҳар-хилда сийрак нафас олиш билан алмашинади. Пульс бирданига секинлашади-минутига 60 мартагача уради. Кўпинча оёқ-қўлларнинг фалаж бўлиб қолганлиги, юз ассиметрияси (юзнинг бир томонида мимика мускулларининг фалажи ва қорачиқларининг бир хил эмаслиги) кузатилади.

Баъзан инсульт жуда жадал кечмаслиги мумкин, оёқ-қўлларнинг фалажланиб қолиши, нутқнинг озми-кўпи қилиши кузатилади.

Биринчи тиббий ёрдам. Тиббий ёрдам кўрсатиш. Аввало, беморни кароватга қулай вазиятда ётқизиш ва танасини қисиб турган кийимларининг тугмаларини бўшатиш, хонага етарлича соф ҳаво кириб туришини таъминлаш зарур. Бошига муз солинган халтачани қўйиш ёки совуқ сувга ҳўлланган матони босиш, оёқларига грелка қўйиш лозим. Беморга мутлақо осойишта шароит яратиш, юта оладиган бўлса, тинчлантирадиган воситалар бериш керак (валериана настойкаси, бромидлар, қон босимини пасайтирадиган воситалар-дибазол, папаверин) нафас олишни кузатиб бориш, тилни орқага кетиб қолишини олдини оладиган чораларни кўриш, оғиз бўшлиғини шилимшиқ ва қусуқ массаларидан тозалаш керак.

Врач беморни транспортда олиб юриш тўғрисида ҳулоса чиқаргандан кейингина, кароватдан-кароватга кўчириш ва касалхонага транспортда олиб бориш мумкин.

ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия сўзи юнонча бўлиб, «бирдан йиқилиб тушиш» деган маънони билдиради. Эпилепсия, яъни куёнчиқ касаллиги сурункасига давом этиб борадиган дард бўлиб, ўзига хос талваса тутқаноқлари бўлиб туриши ва бемор шахсиятининг ҳарактерли тарзда ўзгариб қолиши билан ўтади.

Бу касалликнинг этиологияси узил-кесил аниқланган эмас. Эпилепсиянинг келиб чиқишида ирсий омиллар, ҳомиланинг она қорнида нотўғри ривожланиши, туғруқ вақтидаги асфиксия (бўғилиш) ва шикастланишлар сабабчи бўлади.

Эпилепсия тутқаноғи ҳавосиз хонада ўтирганда, чарчаганда, уйқусизлик оқибатида, ҳаяжонланганда, кўрққанда тўсатдан бошланади. Эпилепсия тутқаноғи одатда қандай бўлмасин бирор ташқи сабабсиз, тўсатдан бошланади. Бемор ўзидан кетиб қолиб, йиқилиб тушади. Йиқилиб тушишининг сабаби шуки, мускулларнинг ҳаммаси кескин аниқ таранглик ҳолатига келади. Тонус кучайиб барча мускулларда қисқариш баробар бошланмайдиган бўлгани учун бемор кўпинча олди ва бир ён томонга, орқасига йиқилиб тушади. Йиқилаётган пайтида баъзан қаттиқ бақиради.

Тоник талвасалар ўзига хос бўлади, мускуллари кескин таранглашиб, қўл ва оёқлар тортилади, гавда мускуллари ҳам таранглашган бўлади. 20-40 секунддан кейин тоник талвасалар клоник талвасалар билан алмашинади, бу қўл-оёқ мускулларининг ритмик тарзда қисқариб ва бўшатиб туриши билан ифодаланади. Беморнинг юзи оқариб кетади, сўнгра кўкимтир тусга киради. Кўз қорачиқлари кенгайди, ёруғликка реакция бермайди. Пай рефлексларини ҳосил қилиб бўлмайди. Оғзидан кўпик чиқади, тили ёки лунжининг ички юзасини жароҳатлаб олгани учун бу кўпик қон аралаш бўлади. Аксари одам, ғайри-ихтиёрий суратда пешоб ажратиб қўяди. Гоҳо ичи ўтади.

Клоник талвасалардан кейин мускуллар бўшаша бошлайди. Беморнинг

эс-хуши кирарли-чиқарли бўлиб туради ва кўпинча ухлаб қолади. Тутқаноқнинг ҳаммаси кўпи билан 2-3 минут давом этади. Тутқаноқлар кундузи ҳам, тунда, уйку вақтида ҳам тутиб қолади. Тутқаноқлар ҳар хил вақтни оралаб ҳар куни, ҳафтасига, ойига бир марта ва бундан ҳам кўпроқ вақт оралаб тутиб туради. Баъзан тутқаноқлар бир неча соат давомида тўхтамасдан кетма-кет тутаверади. Тутқаноқлар орасида шу қадар кам вақт ўтадики, беморлар эс-хуши ўзига келишига улгура олмай қолади. Эпилепсия ҳолати деб шунга айтилади.

Эпилепсия ҳолатида шошилиш чоралар кўриш керак бўлади, чунки у ўлимга олиб бориши мумкин. Баъзи беморлар тутқаноқ тутишини олдиндан билишади. Уларнинг аҳволи ўзгариб умуман, дармони курийди, кайфи-руҳияти ёмонлашиб қолади. Тутқаноқни анча олдиндан келадиган даракчилари деб шулар айтилади. Кўпчилик беморларда тутқаноқлар бир неча секунд давом этадиган аура (шабада) дан бошланади. Бунда бемор турли сезгилар сезади. У терга ботади, ранги оқариб ёки қизариб кетади, оғиз бўшлиғида қуруқлик сезади. Баданида чумолилар ўрмалаб кетаётгандек, увишиб қолгандек бўлиб туюлади.

Тутқаноқ бошланишидан олдин беморлар кўзига равшан ёруғлик доғлари, ёнғин шуълалари кўриниши, қулоғига қўнғироқ овози, шовқин-сурон, бақирик-чақириклар эшитилиши, димоғига қўланса ҳид, ғалати маза таъмлار ураётгандек бўлиб туйилиши мумкин.

Юқорида тасвираб ўтилган катта тутқаноқлардан ташқари, кичик тутқаноқлар ҳам учрайди. Кичик тутқаноқ одатда бир неча секунддан ортиқ давом этмайди. Айни вақтда бемор йиқилиб тушмайди, уларга катта тутқаноқда бўлганидек талваса тутмайди. Улар бир лаҳза маълум ҳолатда гўё қотиб қолгандек бўлади. Юзи оқариб кетади. Айрим мускул гуруҳлари учиб туриши мумкин.

«Абсанс» ўзбекчага таржима қилганда «йўқлик, ўздан кетиб қолиш» деган маънони билдиради. Бемор қисқа вақтда (бир неча секунд) ўзини билмай қолади. Масалан, бирор иш ёки суҳбат вақтида бемор гўё қотиб қолади, кўзи бир нуқтага қадалиб туради, кейин эса у бошлаган ишни давом эттираверади. Бундай ҳолатларни беморларнинг ўзи одатда сезмайди, атрофдагилар ҳам буни пайқашмайди.

Биринчи тиббий ёрдам. Бемор хуружнинг бошидан охиригача ёрдамга муҳтож бўлади. Бемор қулай жойга ётқизилади, тезда қисиб турган кийимлари бўшатилиб, кўпик нафас йўлига кетиб қолмаслиги учун бошини ён томонга қилиб қўйилади. Тили орқага кетиб қолишининг олдини олиш учун беморнинг оғзига қаттиқ нарса (қошиқ, кичкина пахта, мато) тиқиб қўйилади ва тили ушлаб турилади. Тортишиб турган оёқ-қўлларни шикастланишдан сақлаш учун маҳкам босиб турилади. Эпилептик тутқаноқ вақтида бемор олдида шовқин кўтариш, уни силкилаш, юзига сўв сепиш, бурнига новшадил спиртини ҳидлатиш, сунъий нафас бериш ва юрагини ёпиқ массаж қилиш мумкин эмас.

Талваса ўтиб, бемор хушига келгандан кейин ухлаб қолади. У уйғонгач, бўлиб ўтган воқеаларни эслаш олмайди шу сабабдан эслатиш ман қилинади

ва албатта асаб-руҳ касалликлари шифокорларги мурожаат қилинади. Ҳўтқанок-кўчада рўй берган тақдирда ҳуруж тугагандан сўнг беморни уйига ёки даволаш муассасасига олиб бориш керак. Дори моддаларидан талвасага қарши таъсир кўрсатадиган препаратлардан ишлатилади.

ЗАҲАРЛОВЧИ МОДДАЛАРДАН ЗАҲАРЛАНИШ

АЛКОГОЛЛИ ИЧИМЛИКЛАРДАН ЗАҲАРЛАНИШ

Айрим кишиларнинг соғлом турмуш тарзига амал қилмай, алкоғолли ичимликлар истеъмолига берилиши оғир оқибатларга олиб келиши ҳаммага маълум, чунки алкоғол (этил спирти) марказий асаб тизимига таъсир этиб, дастлаб уни кўзгатади, сўнгра унинг фаолиятини сусайтиради. Алкоғол кўп миқдорда ичилганда одамда заҳарланиш юз беради. Айниқса, қонунга ғилоф равишда технологиялари бузилган ҳолатда тайёрланган қўлбола спиртли ичимликлар, суррогатлар (ароқ, коньяк, пиво, вино, самогон кабилар)нинг озгина миқдори ҳам ўлимга дучор қиладиган заҳарланишни келтириб чиқариши мумкин. Этил спиртининг ўлдирадиган дозаси тана оғирлигининг ҳар 1 килограммига 6 г ни ташкил этади.

Алкоғол кўп миқдорда истеъмол қилинганда мастлик пайдо бўлади. Мастликнинг энгил, ўртача ва оғир даражалари фарқ қилинади. Энгил мастликда одамда ҳушчаққалик, кайфи чоқлик (эйфория) кайфияти кузатилади, ўзини идора қила олади.

Ўртача даражадаги мастликда одам гандираклайди, ўзини тута олмайди, хурсандчилик ва ҳафа бўлиш, бақариш кайфияти билан алмашилиб туради, гаплари зуқ-юлуқ бўлиб, кўп гапирлади.

Оғир мастликда, одамнинг аҳволи оғирлашади, эс-хуши кирарли-чиқарли бўлади, нафас олиши юзаки, сийрак, пульси тез, юрак уришлари сусаяди, атрофдагилар билан мулоқот узилади, рефлекслар йўқолади, беихтиёр бўшалади, қушиш, уйқуга кетиш содир бўлади. Заҳарланиш таъсирида уйқу беҳушликка ва кома ҳолатига ўтади. Нафас маркази фалажланиши оқибатида ўлим рўй бериши мумкин. Алкоғолдан заҳарланиш инсон ҳаёти учун жуда хавфлидир.

Биринчи тиббий ёрдам. Беморни тезда тоза ҳавога олиб чиқиш ёки ҳона деразаларини очиш керак. Беморнинг бошини баланд қилиб ётқизиб қўйилади, қисиб турган кийимлари бўшатилади, бошига совуқ компресс қўйилади. Юзини куйдириб қўймаслик учун эҳтиётлик билан беморга новшадил спиртининг буғларини ҳидлатиш зарур. Бемор ҳушида бўлса, илиқ сув ичирилади ва кўрсаткич бармоқ билан тил илдизига босиб, рефлектор равишда қустирилади. Беморга кофе ичирилади. Оғир ҳолларда беморга сунъий нафас берилади ва юрак ёпиқ массаж қилинади. Бемор зудлик билан касалхонага етказилади.

ЗАҲАРЛИ ҲАШАРОТЛАР ВА ИЛОНЛАР ЧАҚИШИДАН ЗАҲАРЛАНИШ

Одамни ари, қорақурт, чаён каби заҳарли ҳашаротлар ва заҳарли илонлар (кобра, эфа, қора илон, кўзойнакли илон кабилар)нинг чақиши тўфайли ҳаёт учун ўта хавфли бўлган ҳолатлар келиб чиқади. Айниқса, одамни заҳарли илон чаққанда унга зудлик билан тиббий ёрдам

кўрсатилмас, унинг ҳаёти ўлим билан тугаши мумкин. Илон чаққан жойда қаттиқ оғриқ пайдо бўлади, жароҳат атрофи қизариб, шишади, тўқ жигарранг тусга киради, қон қуйилади.

Жароҳат атрофидаги лимфа томирлар бўйлаб излар ҳосил бўлади. Беморнинг умумий аҳволи оғирлашади, юрак фаолияти бузилади, пульс тезлашади. Кучли оғриқ ва умумий заҳарланиш оқибатида бемор ҳушидан кетади, у оғриқ шокига тушиши ва ҳалок бўлиши мумкин.

Биринчи тиббий ёрдам. Зудлик билан жароҳат юқорисидан жлуг билан боғланади. Жароҳат атрофи новокаинли блокада қилинади. Иложи бўлса, жароҳатдан кўпроқ қон чиқариш учун жароҳат устига банка қўйилиб, заҳарнинг тарқалиб кетишига йўл қўйилмайди. Жароҳатдан кетаётган қонни тўхтатиш, жароҳат устига қаттиқ боғлам қўйиш, жароҳат устини куйдириш қатъиян ман этилади. Жароҳат усти калий перманганатнинг кучсиз эритмаси ёки совунли сув билан ювилади. Жароҳатдаги заҳарни сиқиб чиқариш ёки оғиз билан сўриб ташлаш мумкин эмас. Зудлик билан беморни касалхонага етказиш керак.

КОНЦЕНТРАНГАН КИСЛОТА ВА ИШҚОРЛАРДАН ЗАҲАРЛАНИШ

Концентранган кислота (сульфат, сирка, нитрат)лар, ўювчи ишқор (ўювчи калий, натрий, перманганат калий)лар ва оғир металлларнинг тузлари (кўрғошин, симоб кабилар)дан заҳарланиш, ушбу кимёвий моддалардан фойдаланиш қоидаларини билмаганда ёки бузилган ҳолларда, сақлаш қоидаларига амал қилмаганда, болалар қаровсиз қолдирилганда, қасддан ёки ўз-ўзини ўлдириш мақсадида қўлланилганда рўй бериши мумкин. Концентранган кислоталар, ўювчи ишқорлар ва оғир металлларнинг тузлари бадан териси, кўзларга тушиши мумкин, айниқса, ичилганда заҳарланиш аломатлари кучли ва оғир бўлади.

Белгилари. Концентранган кислота ва ишқорлар ҳужайра ва тўқималарини емириш хусусиятига эга бўлганлиги учун, тери, кўз, лаб, оғиз бўшлиғи, ҳалқум, қизилўнғач, ҳиқилдоқ каби аъзоларда куйиш ҳодисаси рўй беради. Шиллиқ қават емирилиб, тўқималар ишқор таъсирига учрайди. Яра қорамтир-кулранг, сарғиш-қорамтир тусда бўлиши мумкин. Кислоталардан куйганда кислота атрофга оққанлиги туфайли куйган юза катталашиб, ёйилиб кетаверади. Ишқорлардан куйганда эса тўқима чуқурроқ емирилади, атрофга оқмайди, тушган соҳа емирилади, куйган юза оқимтир, юмшоқ бўлади.

Биринчи тиббий ёрдам. Зудлик билан врач чақирилади, у келгунча, беморнинг қандай моддадан заҳарланганлигини аниқлаш зарур. Кучли кислоталар билан заҳарланганда кучсиз ишқорий эритмалар, ишқорлардан заҳарланганда эса кучсиз кислотали эритмаларини фойдаланиш зарур, чунки бу усул заҳарловчи моддаларнинг таъсир кучини пасайтиришга, яъни нейтраллашга олиб келади. Концентранган кислоталардан заҳарланганда меъдани 6-10 литр сув билан ювилади. Ҳар бир литр сувга 20 г куйдирилган магнезия (марганцовка) қўшилади. Меъдани оз-оз сув билан ювиш, яъни

4-5 стакан сув ичириб қўстириш мумкин эмас. Меъдани ювишнинг иложи бўлмаса, беморга сут, ўсимлик ёки ҳайвонот мойи, тухум оқини ичириш мумкин. Қорин устига совуқ компресс қўйиш оғриқни камайтиришга ёрдам беради. Кучли ишқорлардан заҳарланганда меъдани 8-10 л сирка кислотасининг кучсиз эритмаси билан ювиш фойдали. Оғир ҳолларда меъдани ювиш имкони бўлмаганда беморга лимон сувини бериш мақсадга мувофиқдир. Бемор зудлик билан касалхонага етказилади.

ҚИШЛОҚ ВА ХАЛҚ ХЎЖАЛИГИДА ИШЛАТИЛАДИГАН ЗАҲАРЛИ ХИМИКАТЛАР ҲАМДА ИНСЕКТИЦИДЛАРДАН ЗАҲАРЛАНИШ

Бизга маълумки, қишлоқ ва халқ хўжалигида, кундалик турмушимизда зараркунандалар, ўсимликлар касалликлари ва бегона ўтларга қарши кимёвий заҳарли моддаларни қўллашга тўғри келади. Бундай заҳарли моддаларга зараркунанда ҳашаротлар, каналар, кемирувчилар, қуртларга қарши инсектицидлар (маргимуш, карбофос, хлорофос кабилар), бегона ўтлар ва ўсимликлар касалликларига қарши пестицидлар (ДДТ, гексахлорон, метилмеркаптафос кабилар) киради. Уларни сақлаш ва фойдаланиш қоидаларига амал қилинмаган ҳолларда, хавфсизлик техникаси қоидалари бузилганда, умумий индивидуал ҳимояланиш воситаларидан фойдаланилмаганда заҳарланиш ҳодисалари рўй бериши мумкин.

Заҳарли моддалар одам организмга тери, кўз, нафас ва меъда-ичак йўллари орқали киради.

Белгилари. Заҳарланиш аломатларига бош оғриғи, бош айланиши, дармонсизлик, кўп терлаш, нафас етишмовчилиги, ич кетиш, кўз ачишиши кабилар киради. Кейинчалик бемор безовталанади оёқ-қўл мускуллари тортишади, оғзидан сўлак оқади, эс-ҳушидан йўқолади, талвасага тушади, ҳушидан кетади. У юрак ва нафас олиш фаолияти бузилиши оқибатида ҳалокатга учраши мумкин.

Биринчи тиббий ёрдам. Зудлик билан врач чақирилади. Заҳарли модда қайси йўл билан организмга киришига қараб тадбирлар қўрилади. Бемор тезда очик ҳавога олиб чиқарилади, заҳарли модда теккан кийимлари ечилади. Агар заҳар тери ва кўзга тушган бўлса, дарҳол кўп миқдордаги оқар сув билан ювилади. Заҳарли модда нафас йўли орқали кириб, бемор ҳушидан кетган бўлса, бурнига пахтага шимдирилган новшадил спирти ҳидлатилади. Зудлик билан сунъий нафас берилади ва юрак ёпиқ массаж қилинади. Агар заҳар оғиз орқали кирган бўлса, 5-6 стакан сувга активлаштирилган кўмир аралаштириб ичирилади ва дарҳол тил илдизига босиб, рефлектор равишда қўстирилади, сурғи дорилар берилади. Бемор зудлик билан касалхонага етказилади.

ОВКАТДАН ЗАҲАРЛАНИШ

Сифатсиз, тайёрлаш техникаси бузилган, муддати ўтган, эскирган ҳайвонот маҳсулотлари (гўшт, колбаса, балиқ), сут ва сут маҳсулотлари (крем, торт, пирожний, музқаймоқ), туриб қолган, ачиган овқатларни,

шўрланган ва дудланган консерва маҳсулотларини истеъмол қилганда овқатдан заҳарланиш рўй беради. Бу маҳсулотлар орқали организмга турли хил микроблар ва уларнинг заҳарлари тушиши мумкин.

Белгилари. Касаллик шиддат билан тўсатдан бошланади. Озиқ-овқат истеъмол қилингандан сўнг 2-3 ёки 24-26 соат ўтгач касаллик белгилари намоён бўла бошлайди. Беморнинг боши оғрийди, кўнгли айнийди, безовталанади, лоҳаслик пайдо бўлади, у қусиши мумкин. Қорнида бураб оладиган кучли оғриқ бўлади, ичи кетади, ахлати қон аралаш, шилимшиқли бўлиши мумкин. Оғир ҳолларда тана ҳарорати 38-40° С даражага кўтарилади. Умумий заҳарланиш аломатлари кучаяди, беморнинг нафас олиши юзаки бўлиб, у хансирайди, юрак уриши сусаяди, пульс тезлашади, артериал босим пасаяди, сийиш камаяди, оғзи қурийди, мускуллари тортишади, тери ранги оқаринқираб қолади. Баъзида кучли интоксикация натижасида ўткир томирлар етишмовчилигидан бемор ҳалок бўлиши мумкин.

КЎЗИҚОРИНЛАРДАН ЗАҲАРЛАНИШ

Ҳозирги вақтда одамларда кўзиқоринлардан заҳарланиш ҳолатлари кўп учрамоқда, айниқса, бундай салбий ҳолатлар эрта баҳорда кузатилади. Бизга маълумки, кўзиқоринларнинг истеъмол қилиш мумкин ва мумкин бўлмаган заҳарли турлари бор. Истеъмол қилиш мумкин бўлмаган заҳарли турларига қурбақа салласи, қизил муҳомор, сохта опёнок, сохта шампиньон кабилар кириб, уларни одам танимай истеъмол қилганда заҳарланиш рўй беради. Шунинг ёдда тутиш керакки, ҳар қандай заҳарли кўзиқоринларнинг заҳари ўтда пиширилганда ҳам, қайнатилганда ҳам, ўз кучини йўқотмайди.

Белгилари. Заҳарланишнинг дастлабки аломатлари 2-4 соатдан кейин бошланади. Беморнинг боши оғриб дармонсизланади, кўнгли айнийди, қусади, қорнида кучли оғриқ бўлади, ичи кетади. Айниқса, марказий асаб тизимининг заҳарланишига хос бўлган аломатлар: эсининг кирарли-чиқарли бўлиб қолиши, беморнинг кўзига йўқ нарсаларнинг кўриниши, алаҳсираш, кўзнинг хиралашуви, талвасага тушиш жуда характерлидир.

Оғир заҳарланиш ҳолатларида, кучли кўзғалиш ҳолатлари лоқайдлик, бепарволик билан алмашинади, юрак уришлари сустлашиб, артериал босим пасаяди. Беморда ҳушдан кетиш, коллапс ва шок аломатлари пайдо бўлиб, бу ҳолат кўпинча ўлимга сабабчи бўлади.

КУТУРГАН ҲАЙВОНЛАР ТИШЛАГАНДА БИРИНЧИ ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Қутуриш-вируслар кўзғатадиган ўткир юқумли касаллик бўлиб, марказий асаб тизимининг заҳарланиши билан кечади.

Қутуриш қутурган итлар, мушуклар, бўрилар, тулкилар ва бошқа ҳайвонлардан юқади. Касаллик ҳайвонлар тишлаганда, уларнинг сўлаги терининг тирналган ёки тилинган жойига тушса ҳам юқади.

Касалликнинг инкубацион, яъни яширин даври 12-14 кундан 2 ойгача

давом этади.

Белгилари. Қутуришнинг клиникасида 3 та давр ажратилади.

1. Бошланғич.

2. Қўзғалиш.

3. Фалажланиш даври.

Бошланғич давр 2-3 кун давом этади. Бунда беморнинг уйқуси бузилади, кўрков хисси пайдо бўлади, кайфияти бузилиб, иштаҳаси пасаяди. Бемор танасининг вирус билан зарарланган жойи атрофи тортишиб оғрийди, сувдан ва ҳаводан кўрқиш белгилари сезила бошлайди. Бемор сув ичмоқчи бўлганда ютиш ва нафас мускуллари тортишиб, қисқариб оғрийди. Тана ҳарорати 38° С даражагача кўтарилади. Касалликнинг иккинчи даврида беморнинг оёқ-кўллари оғрийди, мускуллари тортишиб, талвасаланиш бошланади. Ёруғлик, арзимаган товуш ёки беморнинг баданига бирор нарсанинг тегиб кетиши кабилар мускулларнинг тортишишига олиб келади. Бу даврда бемор ухлай олмайди, атрофдаги кишиларга ёпишиши, ўз-ўзини тишлаши мумкин. Беморнинг эс-хуши кирарли-чиқарли бўлади, кўзига йўқ нарсалар кўринади. Иккинчи давр 2-3 кундан 5-6 кунгача чўзилиши мумкин.

Фалажланиш даврида сувдан кўрқиш (гидрофобия) камайиб, бемор суюқлик ичи бошлайди. Тана ҳарорати пасаймайди. Бемор сўзларни талаффуз қила олмайди ва аста-секин оёқ мускуллари, сўнгра танадаги бошқа мускуллар ҳам фалажланади. Бемор юрак ва нафас фаолиятининг фалажидан нобуд бўлади.

Биринчи тиббий ёрдам. Тишлаган жароҳатдан қон оқишини таъминлаш зарур, чунки оқаётган қон ҳаракати туфайли вируслар жароҳатдан оқиб чиқади. Бунинг учун жароҳатга банка қўйилади. Жароҳат атрофини дезинфекцияловчи эритмалардан йоднинг спиртдаги эритмаси ёки калий перманганат эритмаси билан ювилади ва асептик боғлам қўйилади. Шикастланган киши тез тиббий ёрдам шифохонасига олиб борилиши зарур. У ерда мутахассис рабиолог врач ёрдамида ит тишлаган кишини қутуришга қарши эмланади.

ИС ГАЗИДАН ЗАҲАРЛАНИШ

Ис гази ўта заҳарли газ бўлиб, ундан заҳарланиш ацетон, фенол, метил спирти олинадиган корхоналарда, янги бўялган хоналарда, печкада ёқиладиган кўмир чала ёнганда ва печка очик қолганда, хона яхши шамоллатилмаганда, табиий газдан фойдаланиш чоғида техника хавфсизлиги қоидаларига риоя қилинмаган ҳолларда, газ очик ҳолда қолганда содир бўлади.

Белгилари. Дастлаб беморда бош оғриғи, бош айланиш, лоҳаслик, уйқучанлик пайдо бўлади, кейин кўз олди қоронғилашади, кулоғида шовқин эшитилади, кўнгли айниб, қайт қилади. Мускуллари бўшашади, териси оқаради, унда қизғиш доғлар пайдо бўлади. Кейинчалик нафаси юзаки бўлиб, ҳансирайди, мускуллари тортишиб қолади. Одамда ўлим нафас марказининг фалажланишидан содир бўлади. Шуниси аянчлики, агар одам ис гази бор хонада ухлаб қолган бўлса, у уйқудан уйғонмай ҳалок бўлиши мумкин.

Биринчи тиббий ёрдам. Зудлик билан хона деразаларини очиб, хонага тоза ҳаво киритилади ёки одам ташқарига чиқарилади. Одамни қисиб турган

кийимлари ечилади. Нафас юзаки бўлса ёки тўхтаб қолса, тезда сунъий нафас берилади ва юраги ташқи массаж қилинади. Бемор иссиқ ўраллади, оёқларига иситгич қўйилиб, қизариб кетгунча ишқаланади. Унинг бурнига новшадил спирти ҳидлатилади ва зудлик билан касалхонага етказилади.

ЮРАК ВА НАФАС ФАОЛИЯТИ ТЎХТАГАНДА БИРИНЧИ ТИББІЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Юрак пороглари, миокард инфаркти, электр токи уриши, сувга чўқиш, оғир операциялар ва бошқа ҳолларда юрак ва нафас олишнинг тўхташи кузатилиши мумкин. Бу организмда гипоксия (кислород танқислиги), гиперкапния (қон ва тўқималарда карбонат ангидрид газининг кўпайиши), ацидоз (қон ва суюқликларда кислота ва ишқор мувозанатининг бузилиши) каби патологик ҳолатлар билан юзага чиқади.

Юрак иши тўсатдан тўхтаб қолганида бемор хушидан кетади, ранги оқариб, кўз қорачиғи кенгаяди. Артериал босим нолга тушиб қолади, томирларда пульс аниқланмайди, нафас бутунлай йўқолади.

Юрак ва нафас олиш бирданига тўхтаб қолганда гипоксия ва гиперкапния ҳолатини бартараф этиш учун, кислородга тўйинган қоннинг сунъий айланишини таъминлаш зарур. Бунга сунъий нафас бериш ва юракни ташқи массаж қилиш билан эришилади. Юракни массаж қилишнинг 2 тури мавжуд: очик ёки тўғридан-тўғри, ёпиқ ва ташқи массаж.

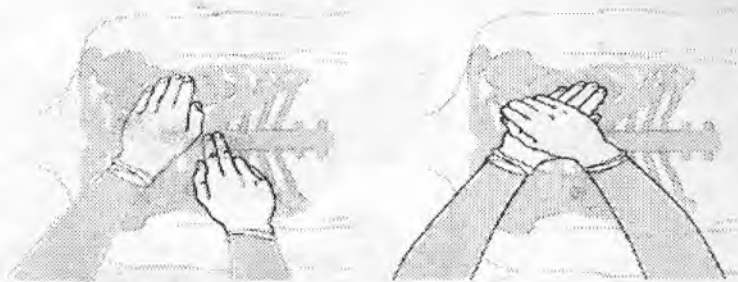


17 - расм. Юрак ва нафас тўхтаганда биринчи ёрдам кўрсатиш.

ЮРАКНИ ЁПИҚ МАССАЖ ҚИЛИШ

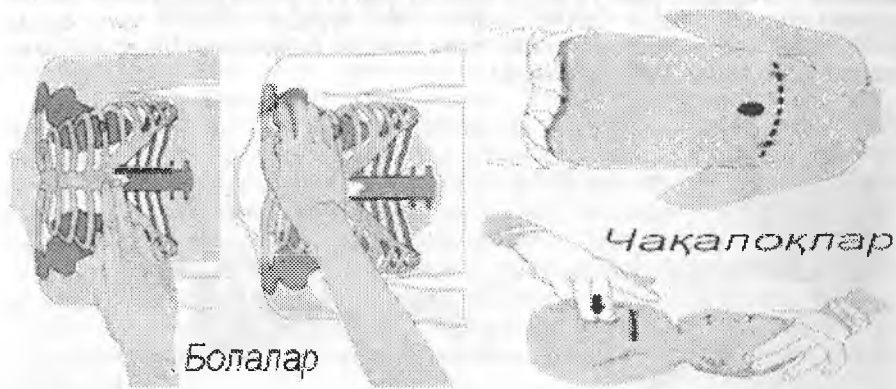
Юракни ташқи массаж қилиш учун беморни қаттиқ ерга, полга ётқизиш керак. Ёрдам берувчи киши беморнинг ўнг ёки чап томонида туради. Қўл кафтини устма-уст перпендикуляр ҳолатда беморнинг тўш суяги пастки 1/3 қисми соҳасига, яъни ханжарсимон ўсиқдан 1-2 см юқорига қўяди. Куч билан бир маромда юракни массаж қила бошлайди

(17-18-расмлар). Бу вақтда юрак тўш суяги ва умуртқа орасида қисилади, унинг ҳажми камайиб, қон аорта ва ўпка артериясига ҳайдалади. Юракка томирлардан қон келиб, у ростланиш учун кўкрак қафасини ҳар марта босгандан сўнг, ундан қўллар бутунлай олинади. Юракни бир дақиқада ўртача 60-70 марта массаж қилинади.



18 - расм. Массаж техникаси.

Юракка веноз қон тез ва осонгина оқиб келиши учун беморнинг оёғи баландроқ қилиб қўйилади. Катта кишилар юраги икки қўл билан, ўсмирлар (10-12 ёш) юраги бир қўллаб, чақалоқлар юраги 2 та бармоқ билан массаж қилинади, чунки уларнинг суяклари тоғайдан иборат бўлиб, тез шикастланиб, юракка зарар бериши мумкин (19 - расм).



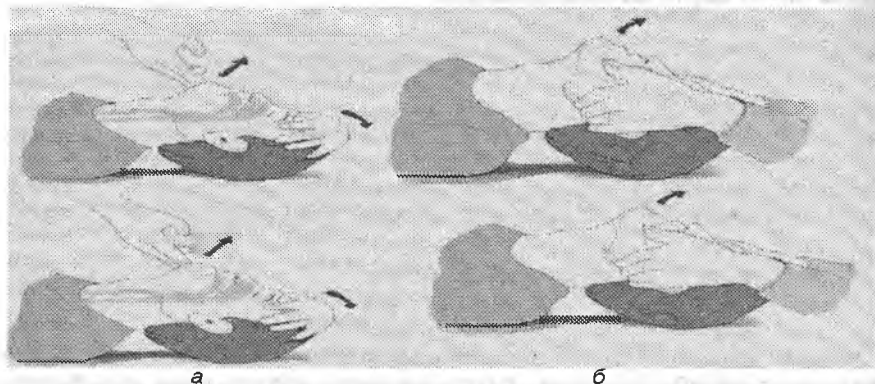
19-расм. Болалар ва чақалоқларда юрак массажи техникаси.

Юракнинг ташқи массажида катталарда, икки марта сунъий нафасдан сўнг юрак 30 марта босилади. (Янги метод бўйича).

СУНЪИЙ НАФАС ОЛДИРИШ

Сунъий нафас, ўпкага сунъий йўл билан ҳаво киритиш ва чиқаришдир. Сунъий нафас бўғилган, сувга чўккан, электр токи, офтоб ва иссиқ урганда, захарланганда кўрсатиладиган тез тиббий ёрдамдир.

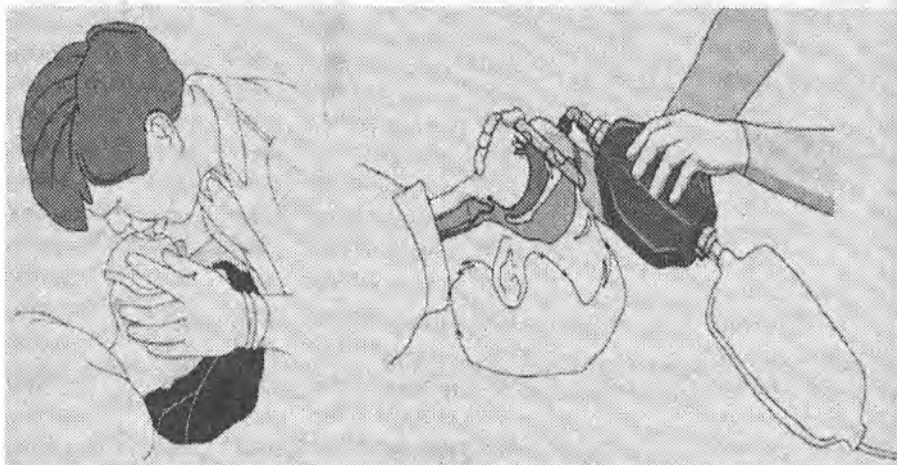
Нафас олиш ва юрак уриши тўхтаганда сунъий нафас юрак массажи билан бирга параллел равишда олиб борилса яхши самара беради. Сунъий нафас беришдан олдин оғиз ва бурун бўшлиғи шилимшиқ моддалар, ёт жисмлар, қусуқ массаларидан тозаланиши ва нафас йўли очилиши керак (20 -расм).



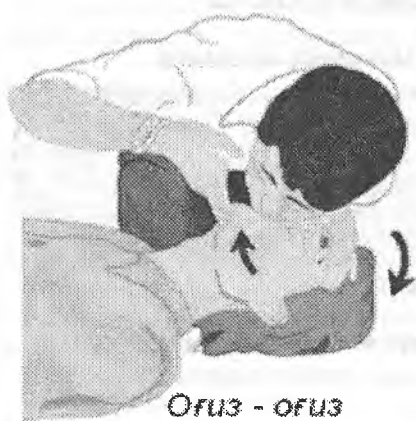
20-расм. Нафас йўлини очиш:

а) бошни орқага суриб жағни олдинга суриш; б) жағни олдинга суриш.

Сунъий нафас “оғиздан-оғиз”га ва “оғиздан-бурун”га берилиши мумкин. “Оғиздан - оғиз”га усули бўйича бир қўл билан беморнинг пастки жағини ушлаб, орқага тортиб, оғзини очиб туради, иккинчи қўли билан унинг бурнини беркитади, кейин оғиз орқали беморнинг ўпкасига ҳаво юборилади (21 А ва Б-расмлар).



21 А-расм.



Оғиз - оғиз

Оғиз - бурун



21 Б-расм. Суний нафас бериш техникаси.

“Оғиздан-бурун”га усулида беморнинг пастки жағини олдинга тортиб, оғзи беркитилади ва ҳаво бурун бўшлиғига пуфланади.

III-БОБ. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АСОСЛАРИ

ЮКУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР ҲАҚИДА ТУШУНЧА

Қадим замонлардан буён чинчечак, вабо, ўлат каби юқумли касалликлар миллионлаб одамларнинг ёстигини қуритган.

Абу Али ибн Сино (980-1032) ўзининг **“Тиббиёт қонунлари”** китобида мохов, ўктир, чечак, вабо иситмаси, йиринглаган яралар каби хасталиклардир, деб, уларнинг юқумли бўлиши тўғрисида ёзиб қолдирган. Англиялик шифокор **Э.Женнер (1749-1823)** чинчечакка қарши эмлаш усулини ишлаб чиқди. Француз олими **Луи Пастер** кучсизлантирилган микроорганизмлардан вакцина олиш усулини кашф этди.

Ҳозирги кунгача ер юзида маълум бўлган ва ўрганиб чиқилган юқумли касалликлар сони **1060** тадан ошиб кетган.

Юқумли касалликлар деб макроорганизм (одам, ҳайвон) билан микроорганизм ўртасидаги муносабатлардан келиб чиқадиган касалликка айтилади.

Бу муносабатлар турлича яқунланиши мумкин:

1. Микроб микроорганизм ҳимоя воситалари таъсирида тезда ҳалок бўлиши мумкин.

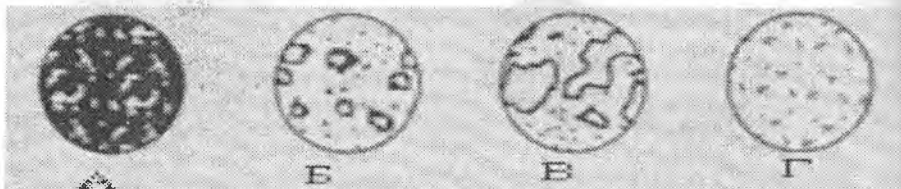
2. Микроб ўзига қулай шароит топиб кўпайиши ва организм қаршилиғига бардош бериб, узоқ сақланиши мумкин.

3. Барча ҳимояларни енгиб, касаллик қўзғатиши мумкин.

Микроорганизмлар ишлаб чиқарадиган заҳарли моддалар **токсин** деб аталади. Токсинлар ташқарига ишлаб чиқарилса **экзотоксин**,

ичкарига ишлаб чиқарилса **эндотоксин** деб аталади.

Касаллик кўзгатувчи микроорганизмлар



А. Замбуруғлар. Б. Вируслар. В. Риккетсиялар. Г. Бактериялар.

Касаллик кўзгатувчи микробларни ташувчилар

1-пашшалар.

2-битлар.

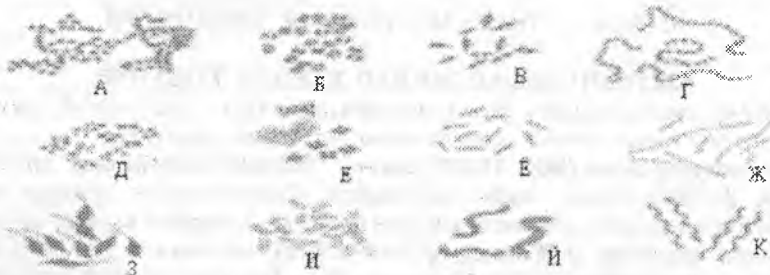
3-бургалар.

4-чивинлар.

5-каналар.

6-кемирувчилар.

Касаллик кўзгатувчи бактерияларнинг турлари



Бактериялар: А-Е-Кокк шакллари; Ё-З-Таёқчасимон шакллар;
И-Вибрионлар; Й-Спираллар; К-Спирохеталар.

Юқумли касалликлар бошқа касалликлардан куйидаги хусусиятлари билан фарқ қилади:

1. Юқумли касалликларни тирик патоген микроорганизмлар кўзгатади.
 2. Юқумли касалликларни тарқатувчи манбалар мавжуд.
 3. Юқумли касалликларнинг юқиш ва тарқалиш йўллари мавжуд.
 4. Айрим юқумли касалликлар билан оғриб ўтган организмда шу касаллик-ка қарши иммунитет ҳосил бўлади.
 5. Юқумли касалликлар муайян даврлар давомида кечади.
 6. Айрим юқумли касалликлар мавсумий тарзда учрайди.
- Инфекция сўзи лотин тилидан олинган бўлиб, **“ифлосланиш”** деган маънони билдиради.

Юқумли касалликларни **бактериялар, вируслар, паразитлар, риккетсиялар** каби микроорганизмлар қўзғатади.

Юқумли касалликларнинг кечишига даврийлик хос бўлиб, улар куйидагилардан иборат:

1. Яширин (инкубацион).
2. Бошланғич ёки продромал давр.
3. Авж олиш даври.
4. Тузалиш (реконвалесценция) даври.
5. Соғайиш даври.

Юқумли касалликлардан тўла соғайиш фақат бактериологик текширишлардан кейин аниқланади. Бундан ташқари анатомик ва клиник соғайишлар мавжуд.

Юқумли касалликларнинг тарқалиш йўллари куйидагилардир

1. Ҳаво томчиси орқали.
2. Озиқ-овқат орқали (алиментар).
3. Фекал орал йўл.
4. Маиший мулоқот (контакт).
5. Сув орқали.
6. Парентерал йўл.
7. Трансмиссив йўл.
8. Трансплацентар йўл.

Юқумли касалликлар манбаига қараб куйидагиларга бўлинади

1. Антропоонозлар. Бунда касаллик манбаи фақат одамларда бўлади.

Масалан: Қизамиқ, дифтерия, ич терлама ва бошқалар.

2. Зоонозлар. Бунда касаллик манбаи ҳайвонлар ҳисобланади. Масалан: бруцеллез, кутуриш, тоун, ўлат ва бошқалар.

3. Зоантропоноз касалликлар. Касаллик ҳайвонлардан одамларга ва бошқа соғлом ҳайвонларга юқади.

Л, В.Громошевский юқумли касалликларни юқиш йўлига қараб 5 гуруҳга ажратади.

1. Ичак юқумли касалликлари (алиментар, фекал орал йўл орқали).
2. Нафас йўллари инфекцияси (ҳаво-томчи йўл).
3. Қон орқали юқадиган юқумли касалликлар (трансмиссив йўл).
4. Тери ва шиллиқ пардаларда жойлашган юқумли касалликлар (контакт йўл).
5. Турли йўллар билан юқадиган инфекциялар (аралаш йўл).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ФАНИ

Юқумли касалликларнинг келиб чиқиши ва тарқалиш йўлларини, уларнинг олдини олишга асосланган қонуниятларни ўрганадиган фан **эпидемиология** дейилади. **Эпидемиология-лотинча сўз бўлиб, “эпикўп”, “демос-аҳоли”** деган маънони билдиради.

Эпидемик жараён

Эпидемик жараён деб одамлар орасида юқумли касалликларнинг пайдо бўлиши, авж олиб бориши ва тарқалишига айтилади.

Громошевский таъкидлашича, ҳар қандай юқумли касалликларнинг пайдо бўлиши, авж олиб бориши ва тарқалиши учун 3 та омил бўлиши керак.

1. Касаллик манбаи.
2. Касалликнинг юқиш ва тарқалиш йўллари.
3. Юқумли касалликка берилувчан одамлар.

Агар бу жараёндан бирортаси бўлмаса, эпидемик жараён тўхтаб қолади.

Лекин ҳозирги замонда **Беляковнинг** ўз-ўзини бошқариш назарияси пайдо бўлди.

Патоген микроблар киришига жавоб бериш ва инфекция жараён ривожлаши организмнинг юқумли касалликларга берилувчанлигидир.

Юқумли касалликлар билан касалланган одамларнинг кўп ё озлигига қараб эпидемиологик жараён қуйидаги хилларга ажратилади.

1. Спорадик касалликлар. Бундай касалликка чалинганлар сони кўп эмас, онда-сонда учрайди.

2. Спъшка. Бунда бир вақтда 10-15 кишининг касалланиши.

3. Эпидемия. Юқумли касалликларни бирорта ўлкада, вилоят ёки мамлакатда кенг тарқалиб кетиши.

4. Пандемия. Бирорта юқумли касалликнинг халқаро миқёсда тарқалиб кетиши (масалан, грипп, холера).

5. Эндемиклик. Юқумли касалликлардан бирортасининг муайян ҳудудда доимий учраб туриши.

6. Экзоотия. Маълум бир ҳудудда яшовчи ҳайвонлар орасида юқумли касалликлардан бирортасининг доимий равишда учраши (масалан: ўлат, лейшманиоз).

7. Эпизоотия. Бирор юқумли касалликнинг ҳайвонлар орасида кенг тарқалганлиги.

8. Экзотик касалликлар. Ҳориждан келтирилган касалликлар (масалан: ОИТС, безгак).

Юқумли касалликлар профилактикаси

Юқумли касалликларга қарши кураш чора-тадбирларини шартли равишда **2 гуруҳга** бўлиш мумкин:

1. Умумий чора-тадбирлар. Давлат томонидан амалга оширилади. (аҳолини турмуш шароитини яхшилаш, тиббий хизматларни такомиллаштириш, ишлаш, дам олиш шароитларини яхшилаш ва шу каби бошқа чора тадбирлар).

2. Махсус чора-тадбирлар. Соғлиқни сақлаш ташкилотлари томонидан амалга ошириладиган юқумли касалликларга қарши эмлаш ишлари.

Профилактик чора-тадбирлар 3 йўналишда олиб борилади:

1. Инфекция манбаини зарарсизлантириш.
2. Касалликнинг юқиш йўлларини қирқиш.

3. Одамларда юқумли касалликларга қарши иммунитет ҳосил қилиш. Юқумли касалликлар профилактикасида дезинфекция ишларини амалга ошириш катта аҳамиятга эга.

Дезинфекция таркибига қуйидагилар киради

1. **Дезинфекция**-юқумли касалликларни келтириб чиқарадиган микробларни атроф муҳитдан йўқотиш.

2. **Дезинсекция** - вагонлар, бинолар ва шу каби иншоотлардаги пашша, чивин, бит, бурга ва каналарни йўқотиш.

3. **Дератизация**-юқумли касалликларни тарқатувчи кемирувчилар(сичқон, каламуш, бўрсик ва шу кабилар)ни қириб ташлаш.

Жорий дезинфекция - касаллик келиб чиқишининг олдини олиш учун кундалик ўтказилувчи дезинфекция усули.

Яқунловчи дезинфекция-беморга юқумли касаллик ташхиси қўйилиб, шифохонага юборилгач, касаллик ўчоғида ўтказилувчи дезинфекция тури.

ИММУНИТЕТ ҲАҚИДА ТУШУНЧА

Организмнинг турли касаллик қўзғатувчи бактериялар, вируслар ёки бичор бегона моддага қаршилиқ кўрсатиш хусусияти **иммунитет** деб аталади.

Иммунитетнинг икки хил тури маълум:

1. **Табиий (туғма) иммунитет**

2. **Орттирилган иммунитет.** Бу ўз навбатида иккига бўлинади:

а) актив (эмлангандан кейин пайдо бўлади);

б) пассив (қон зардоби юборилгандан кейин пайдо бўлади).

Табиий иммунитет наслдан-наслга ўтади.

Орттирилган иммунитет эса одам ва ҳайвонларнинг ҳаёти жараёнида пайдо бўлади.

Одамда (терида, шиллиқ пардаларда, кўз ёшида, балғамда, сўлақда, қорин бўшлиғи суюқлигида, қон зардобидида, кўкрак сутида) микроб ва бактерияларга қарши таъсир кўрсатадиган лизоцин ферменти мавжуд. Лизоцин ферменти вирусларга таъсир қилмайди.

ИММУН ТИЗИМИНИНГ ТУЗИЛИШИ

Организмдаги иммун реакцияга даҳлдор ҳужайралар икки гуруҳга бўлинади:

1. **Тимусга тааллуқли ҳужайралар (Т-лимфоцитлар).**

2. **Бурзага тааллуқли (В-лимфоцитлар).**

Ҳужайрага тааллуқли иммунитет Т-лимфоцитларга, гуморал иммунитет эса В-лимфоцитлар фаолиятига боғлиқ.

Олимлар иммунитет ҳосил бўладиган марказий органни **кўмик** деб ҳисоблашади.

Тимусдан қонга кўп миқдорда лимфоцитлар тушиб туради. Уларнинг ичидида энг муҳими **3 хил** бўлиб, улар қуйидагилар.

1. **Т-хелперлар;**

2. **Т-киллерлар;**

3. Т-супрессорлар;

Т - лимфоцитлар.

1. Иммунитетнинг хужайралар фаолиятига боғлиқ қисмини таъминлайди (Т-киллер). Улар қуйидаги вазифаларни бажаради.

2. Организмга бегона унсур кирганда, унга хужум қилиб, уни ҳалок қилади.

3. Рак хужайраларини парчалаб емиради.

4. Организмни инфекцияларга нисбатан чидамлилигини таъминлайди.

5. Иммуно реакцияларини тартибга солиб туради.

В - лимфоцитлар 3 хил бўлади: *ig M, ig G* ва *ig A*.

Шундай қилиб, иммуно реакция 7 хил хужайралар (уч хил Т-лимфоцитлар, уч хил В-лимфоцитлар ва макрофаглар) фаолиятига боғлиқ бўлади.

Организмга кирган бегона унсурлар, аввало, макрофагга дучор бўлади.

Т-хелперлар макрофаг билан ҳамкорликда бегона унсурларни ҳар жиҳатдан ўрганади ва В-лимфоцитларни бегона унсурларга қарши антитело ишлашга ундайди.

Макрофаглар бегона унсурларни ютиб олиб, уни Т-лимфоцитларга узатади ва Т-лимфоцитлар маълумотларни В-лимфоцитларга беришида макрофаглар воситачилик қилади ва организмни бегона унсурлар чиқиндилардан тозалайди.

Инфекцион касалликларнинг кечиши (енгил, оғир, асоратли) Т ва В-лимфоцитларнинг кўп ёки озлигига ва фаолиятига боғлиқ бўлади.

Патоген микроблар организмга кирганда унга қарши организмда антителолар ишлаб чиқарилади.

Иммуноглобулинлар 5 гуруҳга бўлинади. *IgA, igM, igG, igD* ва *igE*. Буларнинг биринчи учтаси организмда энг муҳим роль ўйнайди.

igM иммуноглобулин инфекция жараёнининг бошланишида пайдо бўлади. У барча иммуноглобулинларнинг 3-10%ини ташкил қилади. У нафас йўлларида, меъда, ичак шиллиқ пардаларида, янги туққан аёл кўкрак сутида бўлади.

igG инфекция жараёнининг иккинчи ҳафтасида ҳосил бўлади ва иммуноглобулинларнинг 70-80 %ни ташкил қилади. ***igM*** ва ***igG*** ичак инфекцияларида, трипп ва бошқа респиратор инфекцияларда муҳим рол ўйнайди. Улар бактерия, вирус ва токсинларга таъсир қилади ***igM*** ва ***igG*** асосан қон зардобида бўлгани учун, уларни зардоб антителалари деб ҳам аталади.

igA касаллик қайтадан юққанда, маҳаллий иммунитет шаклланишида иштирок этади. Бу хилдаги антителолар вирусларга, бактерия ва токсинларга таъсир қилади.

igD ва ***igE*** ҳали етарлича ўрганилмаган. Олимларнинг фикрича, бу иммуноглобулинлар қон зардобиди бўлиб, организмнинг ҳимоя реакцияларида ва аллергия реакцияларда қатнашади.

Организм иммуноактивлигини наслдан-наслга ўтиши **иммуноактивлик гени** деб юритилади.

Иммунологик механизмларнинг издан чиқиши натижасида келиб

чиқадиган касалликлар иммун патология деб юритилади.

Организм учун бегона бўлган унсурларга бактериялар, вируслар, бир хужайрали жониворлар, чувалчанглар, оқсил моддалари, хужайралар, тўқималар, рак хужайралари, ўзининг хусусияти ўзгарган хужайра ва тўқималар киради.

Организмнинг иммун тизими эмбрионал ривожланиш даврида тўқнашган бегона антигени билан туғилгандан кейин яна учрашса, уни худди ўзиникидек қабул қилади ва эътибор бермайди. Бу ҳолат иммунологик толерантлик деб аталади.

ЭМЛАШ ТАҚВИМИ

Юқумли касалликлар тарқалиб кетишининг олдини олиш учун соғлиқни сақлаш органлари томонидан аҳоли ўртасида мунтазам равишда эмлаш ишлари олиб борилади. Эмлаш учун вакциналар тирик ёки ўлдирилган бактериялардан тайёрланади. Бундан ташқари, иммунитет ҳосил қилиш учун антитоксин зардоб гаммаглобулин ҳам қўлланилади.

ҲАР БИР ГҶДАК ҚҶЙИДАГИ КАСАЛЛИКЛАРГА ҚАРШИ РЕЖА БҶЙИЧА ЭМЛАНИШИ КЕРАК

ЁШИ	ЭМЛАШ НОМИ
1 кун	Вирусли гепатит В-га қарши. Г В - 1
2-5 кун	Сил (туберкулёз)га қарши Б Ц Ж - 1, шолга қарши О П В-0
2 ойлик	Дифтерия (бўғма), қоқшол кўк йўталга қарши А К Д С - 1, шолга қарши О П В-1, вирусли гепатит В-га ва ХИБ инфекцияси туфайли юзага келадиган пневмония, менингит каби касалликларни камайтириш учун ВГВ-2-ХИБ-1
3 ойлик	Дифтерия (бўғма), қоқшол кўк йўталга қарши А К Д С-2, шолга қарши О П В-2, вирусли гепатит В-га ва ХИБ инфекцияси туфайли юзага келадиган пневмония, менингит каби касалликларни камайтириш учун ВГВ-3 + ХИБ-2
4 ойлик	Дифтерия (бўғма), қоқшол кўк йўталга қарши А К Д С-3, шолга қарши О П В-3, вирусли гепатит В-га ва ХИБ инфекцияси туфайли юзага келадиган пневмония, менингит каби касалликларни камайтириш учун ВГВ-4 + ХИБ-3
12 ойлик	Қизамиқ, паротит, қизилчага қарши КПК-1
16 ойлик	Дифтерия (бўғма), қоқшол кўк йўталга қарши А К Д С-4, шолга қарши О П В - 4
6 ёш	Қизамиқ, паротит, қизилчага қарши КПК-2
7 ёш (1 синф)	Дифтерия, қоқшолга қарши А Д С-М -5, полиомиелитга (шол) қарши О П В - 5, сил (туберкулёз)га қарши Б Ц Ж -2
14-15 ёш	Сил (туберкулёз)га қарши Б Ц Ж-3
16 ёш	Дифтерия, қоқшолга қарши А Д С-М-6

Э с л а т м а: эмлашдан олдин ҳам, кейин ҳам боладаги ҳар бир ўзгаришлар ва унинг аҳолидан (яъни яқин 2-3 кун ичида боладаги иситма, ич кетиши, ҳолсизлик, иштаҳасининг йўқлиги, уйқусизлик, терисидаги ўзгаришлар ва боладаги бошқа ўзгаришлар ҳақида). албатта, тиббиёт ходимларини хабардор қилинг!

ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИ

Парентерал йўл билан юқадиган касалликлар куйидагилардир: **ДИЗЕНТЕРИЯ (ИЧБУРУҒ)**

Дизентерия-касаллик кўзгатувчиси дизентерия бактериялари бўлиб, улар қуёш нурига, юқори ҳароратга, дезинфекцияловчи эритмаларга чидамсиз: Совуқ ҳароратга чидамли. Озиқ-овқатда 15-30 кун, сувда 9-10 кун, тупроқда 3 ойгача яшай олади. Дизентерия бактериялари ифлосланган озиқ-овқатлар, сабзавот, идиш-товоқ, кийим-кечак ва сув орқали юқади.

Бактерияларни асосан пашша ва чивинлар тарқатади.

Дизентерия микроблари оғиз орқали организмга тушади ва меъдадан ингичка ичакка ўтгач, микробларнинг асосий қисми ўлади. Бунинг натижасида ажралган токсин ичак деворларидан қонга ўтади. Бактериялар йўғон ичак шилиқ пардалари орқали организмдан чиқа туриб унинг яллиғланишига сабаб бўлади. Бунинг натижасида бактериялар шиллиқ пардага кириб олиши ва кўпайиши учун қулай шароит яратилади. Токсинлар қонда айланиб юриб, бутун организмни заҳарлайди. Ичак фаолиятининг бузилиши, меъда ости бези ва жигар фаолиятига ҳам таъсир қилади. Бу ҳолат кичик ёшдаги болаларда кўпроқ кузатилади. Бу вазн камайишига, умумий заҳарланишга, витаминлар етишмовчилигига, иммунитетнинг бузилишига ва болаларда пневмония, отит каби касалликларнинг ривожланишига олиб келади.

Клиник манзараси. Яширин даври 2-3 кундан 5 кунгача бўлиб, тана ҳарорати 38-40 С гача кўтарилади, ичнинг сурункали кетиши, ахлатда қон аралаш йиринг ҳосил бўлиши, ҳолсизланиш, иштаҳанинг пасайиши, оғиз қуриши, қусиш каби белгилар кузатилади.

Дизентериянинг енгил, ўрта, оғир ва ўта оғир турлари мавжуд.

Енгил тури. Беморнинг умумий аҳоли унча ўзгармайди, тана ҳарорати 37-37,5С бўлади, беморнинг ичи бир кунда 5-8 мартагача кетади, ахлатда бир оз шиллиқ модда кузатилади (қон бўлмайди).

Ўрта тури. Организмнинг умумий заҳарланиши яққол кўринади, тана ҳарорати 38-39 С бўлади, бемор қайт қилади, қорин соҳасида вақти-вақти билан оғриқ (айниқса ҳожатдан олдин), ич кетиши бир кунда 10-12 марта бўлиб, шиллиқ модда ва қон бўлади.

Оғир тури. Касалликнинг белгилари яққол кўринади, умумий заҳарланиш, бир неча бор қусиш содир бўлади, тана ҳарорати 39-40 С гача кўтарилади, тутқаноқ ҳолати кузатилиши мумкин, токсикоз белгилари кузатилади. Баъзан бир кунда 30-40 мартагача ич кетиб, у шиллиқ модда ва қон аралаш бўлади.

Профилактикаси. Санитария гигиена қоидаларига риоя қилиш, касалликни ўз вақтида аниқлаб алоҳидалаш, мулоқотда бўлганларнинг устидан назорат ўрнатиш ва уларнинг ахлатига эътибор бериш керак.

САЛЬМОНЕЛЛЁЗ

Сальмонеллёр ўткир юқумли ичак касаллиги бўлиб, уни сальмонелла деб аталадиган микроорганизмлар келтириб чиқаради. Касаллик ёз ва куз ойларида кўп учрайди.

Эпидемиологияси. Касаллик манбаи беморлар ва касал ҳайвонлар ҳисобланади.

Касаллик кўзгатувчиси ташқи муҳитга бемор қайт қилганда, сўлаги, пешоби ва энг асосийси ахлати орқали чиқиб туради. Касаллик оғиз орқали соғлом одамга юқади. Касаллик озиқ-овқатлар орқали ва ҳомилага йўлдош орқали юқади.

Сальмонеллёр кўпинча гўшт ва бошқа ҳайвон маҳсулотлари орқали юқади.

Сальмонелла асосан ингичка ичакда кўпайиб, ичак лимфа безларини зарарлайди ва ундан қонга ўтиб, турли аъзоларни зарарлайди. Касаллик ичак яллиғланишига ва яра ҳосил бўлишига олиб келади.

Клиник манзараси. Сальмонелланинг овқат токсикоинфекциялари ва контакт турлари фаркланади.

1. Овқат токсикоинфекциялари белгилари заҳарланган овқат истеъмол қилингандан кейин 8-36 соат ўтгач пайдо бўлади. Бемор тана ҳарорати 39-40 С гача кўтарилиб, боши, қорни оғрийди, қайт қилади, ичи кетади ва тутқаноқ кузатилади, касалликнинг бу тури катта ёшдаги болаларда кўпроқ учрайди.

2. Контакт тури турлича кечади. Бу касалликнинг ичтерлама, септик, ичбурмасимон, диспептик ва кучсиз ривожланган турлари мавжуд.

а) Ичтерламасимон (тифсимон) тури мактаб ёшидаги болаларда кўпроқ учрайди. Тана ҳарорати 39-40 С даражагача кўтарилади. қаттиқ бош оғриши, қайт қилиш, дармонсизлик, беморнинг эс-ҳуши оғиб алаҳсираши, жигар ва талоқнинг катталашуви кузатилади.

б) Септик тури эмизикли болаларда кўпроқ учрайди. Беморда тана ҳарорати кўтарилади, касаллик мия пардаларининг яллиғланиши белгиларига ва зотилжамга олиб келади.

Беморнинг ичи шилимшиқ, йирингли ва қон аралаш келади.

в) Ичбурмасимон тури барча ёшдаги болаларда кузатилади. Тана ҳароратини кўтарилиши, қоринда оғриқ, қайт қилиш, қон ва йиринг аралаш ич кетиши ҳолатлари кузатилади. Кучли токсикоз вақтида ич кетиши кузатилмаслиги мумкин.

г) Диспептик тури унча оғир ўтмайди, беморнинг ахлати суоқланиб, унинг таркибида яхши ҳазм бўлмаган аралашмалар бўлади.

Профилактикаси. Бемор билан бошқа соғлом болалардан ажратиб қўйиш, гигиена қоидаларига риоя қилиш, озиқ-овқат маҳсулотларини тўғри сақлаш, гўшт маҳсулотлари ва ҳайвонларни ветеринария назоратидан ўтказиш.

ПАРАТИФ А ВА ПАРАТИФ В (Ич терлама)

Ич терлама юқумли ичак касаллигидир. Кўзгатувчиси тиф бактериялари бўлиб, бу касаллик билан фақат одамлар касалланади. Бактериялар ташқи муҳитга бемор ахлати, пешоби ва қисман сўлаги орқали чиқиб туради. Касаллик оғиз орқали юқади. Касалликнинг энгил тури билан касалланганлар атрофидагилар учун хавfli бўлади. Сабаби, уларда тиф борлиги кўпинча аниқланмайди. Бундай кишилар озиқ-овқат маҳсулотларига алоқадор жойларда, сув билан таъминлайдиган жойларда ишлаши соғлом аҳоли учун хавfliдир.

Касаллик соғлом кишиларга бевосита контакт, фойдаланган ва унинг яқинида бўлган буюмларга кўл теккизиш йўли билан юқади.

Касаллик ёз-куз ойларида кўп учрайди. Касалликни асосан пашша ва чивинлар таркатади.

Оғиз орқали кирган бактериялар меъдадан ўтиб, ингичка ичакка тушади ва у ердан бир қисми ташқарига чиқиб кетади. Қолган қисми эса лимфоид тугунларга боради, у ерда кўпайиб, қонга тушади ва бутун организмни заҳарлайди. Заҳарланиш натижасида марказий нерв тизими, вегетатив нерв тизими, юрак-қон томир тизими зарарланади.

Паратиф А нинг яширин даври 8-10 кун. Касаллик тўсатдан бошланади, баъзан тумов аломатлари кўринади. Беморнинг юзи ва кўзлари қизариб лабларига учуқ тошади. Беморнинг тана ҳарорати кўтарилганда эти увишиб, пасайганда терлайди. Терисида ҳар-хил тошмалар тошиши кузатилади.

Паратиф В нинг яширин даври 5-10 кун.

Касаллик тўсатдан бошланади, эт увишиб, мускуллар оғрийди. Терлаш, заҳарланиш, тумов, қайт қилиш, ич кетиши, тана ҳарорати кўтарилиши ва дастлабки кунларда ҳар-хил тошмалар пайдо бўлиши кузатилади.

Профилактикаси. Касалликни кечиктирмай аниқлаш. Аниқланганларни касалхонага ётқизиш. Соғайган беморлар 3 марта 5 кун оралатиб ахлат ва пешобини текшириш. Беморга яқин юрганлар 21 кун мобайнида текширувда бўлишади ва 3 марта бактериофаг ичирилади. Бемор яшаган уй дезинфекция қилинади.

ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ

Вирусли гепатит ер юзида кенг тарқалган касаллик бўлиб, ҳозирги вақтда унинг 5 хили маълум:

1. Гепатит А. 2. Гепатит В. 3. Гепатит Е. 4. Гепатит Д. 5. Гепатит С.

Вирусли гепатитларнинг кўзгатувчиси вирус бўлиб, у ташқи муҳитга чидамли. Бемордан олинган қон ва қон зардобини узок муддат сақланади.

Вирусли гепатит А (инфекцион гепатит) ва вирусли гепатит В бирига ўхшаш белгилари билан кечади. Фекал орал йўл билан юқадиган А ҳам эмас, В ҳам эмас гепатит Е деб, қон куйишидан кейин юқадиган А ҳам эмас, В ҳам эмас гепатит С деб, дельта вирус (гепатит В билан оғриган беморлар организмидан топилган) кўзгатадиган касаллик гепатит Д деб аталади. Бу гепатитлар бир-биридан вируснинг тузилиши, юкиш йўли,

шакллари, тарқалиш йўллари, кечиши, клиник белгилари, аниқлаш усуллари, яширин даврлари билан фарқланади.

Вирусли гепатит А ва вирусли гепатит В касалликнинг иккала турида ҳам жигар тўқимаси зарарланиб, организмни умумий захарланиши кузатилади. Касалликнинг асосий белгиси бадан териси, кўз оқ пардасининг сарғайиши, пешобнинг сариқ-қизғиш тус олиши, ахлатнинг рангсизланишидир. Бу касалликни биринчи бўлиб 1888 йилда **С.П.Боткин** таърифлагани учун **Боткин касаллиги** дейилади.

Касалликнинг тарқалиш манбаи бемор одам ва вирус ташиб юрувчилардир. А гепатит билан касалланган одамлар яширин даврнинг охири, сариқлик даврида (биринчи 10 кунликда) атрофдагилар учун юқумли бўлиб қолиши мумкин. Касаллик куз ва қиш ойларида кўп учрайди. Вирус юқиши ва тарқалиши сўлак, қон, пешоб, ахлат, кўкрак сути, ифлосланган сув, озиқ-овқат маҳсулотлари, ўйинчоқлар, уй-рўзгор буюмлари, қон ва қон зардоби қуйишда, жарроҳлик муолажаларида, тиш олдириганда, аксирганда, йўталганда, гаплашганда содир бўлиши мумкин. Баъзан онадан болага йўлдош орқали юқиши мумкин.

Клиник манзараси. Юқумли гепатитнинг яширин даври 15-50 кун, зардобли гепатитнинг яширин даври 60-180 кундир. Вирусли гепатитнинг сариқлик ва сариқликсиз кечадиган турлари мавжуд.

Касаллик ўткир (2-3 ойгача), узоқ чўзилган (3-6 ойгача) ва сурункали (6 ойдан ортиқ) турларга ажратилади.

Касалликнинг 4 даври фарқланади:

1. Сариклик олди (продромал давр 3-7 кун);
2. Сариклик (10-15 кун);
3. Сарғайишдан кейинги давр;
4. Реконвалесценция (тузалиш даври).

Вирусли гепатит А да касаллик тўсатдан бошланади. Тана ҳароратининг кўтарилиши, кўнгил айнаш, қусиш, қорин соҳасида оғриқ кузатилади. Касаллик аломатлари 3-6 кунда ўтиб кетади.

Гепатит В да касаллик аста-секин бошланиб беморда ҳолсизлик, тез чарчаш, бош айланиши, уйқучанлик, иштаҳа йўқолиши каби аломатлар кузатилади.

Гепатит А да сариқлик бошланиши билан организмнинг умумий захарланиш белгилари йўқолади. Гепатит В да эса, аксинча оғир кечиби, кучаяди, сурункалига мойиллик ортади.

Вирусли гепатитнинг белгилари ривожланишига қараб енгил, ўртача, оғир турлари тафовут қилинади.

Касалликнинг енгил турида захарланиш белгилари кузатилмайди, беморнинг умумий аҳволи кам ўзгаради. Ўртача оғир турида захарланиш белгилари кучлироқ номоён бўлади, умумий аҳволи оғирлашади, дармонсизлик, иштаҳанинг пасайиши, кўнгил айнаши, қусиш, бош оғриши кучаяди. Жигар катталашиб, пайпаслаб кўрилганда оғриқ беради.

Оғир турида бемор аҳволи тўсатдан оғирлашади кўп ухлайди, дармонсизлик безовталаниш авжига чиқади, иштаҳаси бутунлай

йўқолади, қусиш кучаяди. Бемор кўнгил айнаши, бош оғриши, ўнг қовурга остидаги оғриқдан шикоят қилади. Сариклик авжига чиқади, жигар ва талоқ катталашиб қаттиқлашади. Қонда ферментлар ва билирубин ортиши ҳисобига бемор кома олди ва кома ҳолатига тушиши кузатилади.

Сарикликсиз кечадиган вирусли гепатит кўпроқ болаларда учрайди. Касаллик тери, шиллиқ пардалар, кўз оқ пардасининг сарғайишисиз кечади ва кўпинча тана ҳароратининг кўтарилиши, дармонсизлик, иштаҳа йўқолиши билан бошланади. Касалликнинг бу турида бошқа турга нисбатан жигар ва талоқнинг анча катталашиви ва айрим ҳолларда сурункали гепатитга, жигар циррозига олиб келади.

Профилактикаси. Беморларни ўз вақтида аниқлаб алоҳидалаш ва 3-4 ҳафта мобойнида юқумли касалликлар шифохонасида ётиб даволанишини таъминлаш шарт. Бемор аниқланган хонадонда дезинфекция ишлари ўтказилади. Бемор билан мулоқотда бўлганлар тиббий кўриқдан ўтказилади. Донорлар махсус текширувдан ўтганларидан кейингина қон топширишларига рухсат этилади. Бир марта ишлатиладиган шприцлардан фойдаланилади. Ҳозирги вақтда гепатит В га қарши вакцина топилган. Бемор касалликдан кейин 6 ойгача жисмоний тарбия машқларидан озод қилиниб, врач кузатувида бўлади ва ҳар 1,5-2 ойда тиббий кўриқдан ўтиб турилади.

ОВҚАТ ТОКСИКОИНФЕКЦИЯСИ

Касаллик эскириб қолган ва турли шартли патоген микроорганизмлар тушган озиқ-овқатларни истеъмол қилиш оқибатида келиб чиқади (гўшт, балиқ, колбаса) Касаллик кўзғатувчилари энтерококлар, стафилококлар ва стрептококлар, спора ҳосил қиладиган микроблар ва бошқалар. Улар озиқ-овқат маҳсулотларини нотўғри сақлаш жараёнида ҳосил бўлади.

Касаллик манбаи. Йирингли касалликлар билан касалланганлар. Микроб шиллиқ пардаларга зарарли таъсир кўрсатади ва шимилиб қонга тушади. Бу эса умумий интоксикацияга сабаб бўлади.

Клиникаси. Яширин даври 30 минутдан 12-24 соатгача, беморда кўнгил айнаши, қайт қилиш, ич кетиши (1 кунда 15-20 мартагача) кузатилади, ахлати шиллиқ (баъзан) қон аралаш бўлади. Қоринда оғриқ, хушдан кетиш, беморнинг ранги оқариб, оёқ-қўлларнинг музлаши кузатилади, тана ҳарорати 38-40С гача кўтарилади. Жигар ва талоқ катталашиб, ҳатто ўлимга ҳам олиб келиши мумкин.

Профилактикаси. Озиқ-овқатларни сақлашда, тайёрлашда санитария-гигиена қоидаларига риоя қилиш керак. Йирингли касалликлар билан оғриган одамлар овқат тайёрлаш ва сотишлари мумкин эмас.

Биринчи ёрдам. Ошқозонни тоза сув чиққунча тезда ювиш (атайин қустириш), овқат ейишни ман қилиш. Тезда касалхонага олиб бориш.

БОТУЛИЗМ

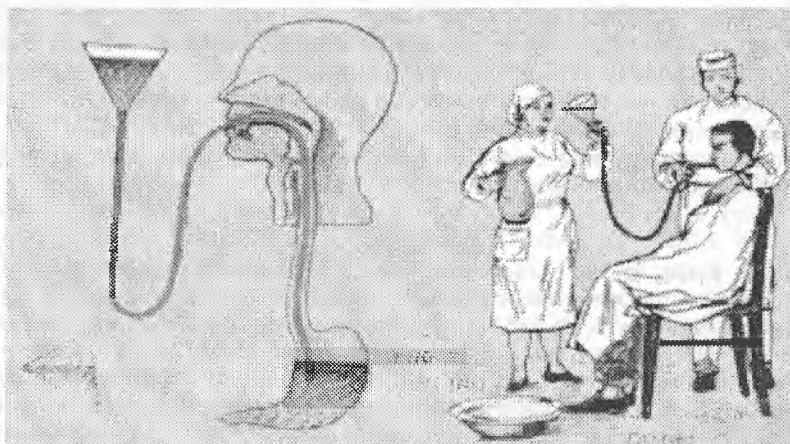
Ботулизм-орқа мия ва узунчоқ миянинг зарарланишига хос белгилар билан кечадиган оғир токсик инфекцион касалликдир. Касалликни *Clostridium Botulinum* деб аталадиган, спора ҳосил қиладиган анаэроб микроблар кўзғатади.

Касаллик манбаи қорамол, қўй, эчкилар ва сувда яшайдиган ҳайвонлардир. Ҳайвон ахлати билан микроб ташқарига чиқиб, спора (қобиқ) ҳосил қилади ва у йиллар давомида ўлмайди. Одамга шу споралар билан зарарланган маҳсулотлар (кўзиқорин, мева-сабзавотлар, консервалар) орқали юқади.

Клиникаси-касалликнинг яширин даври 2-12 соат (камдан-кам ҳолларда бир неча кун). Касаллик тўсатдан бошланади, кўнгил айнаши, бош оғриги, бош айланиши, дармонсизлик, қўл-оёқ бўшаши, қоринда оғриқ, дам, ич кетиш, кўз хиралшиб, атрофни туман қоплагандек кўриниши, битта нарсанинг иккита кўринишидир. Ташналикни сув ичиб ҳам, қондира олмаслик, сўзларни димоғи билан гапириш ва кейинчалик овоз чиқмай қолиши кузатилади. Бемор оёқ-қўллари ўз функциясини бажара олмаслиги туфайли, ўз бошини ушлай олмайди. Шу белгиларга қарамасдан, беморнинг ҳуши жойида бўлади. Ботулизмнинг енгил шакли 2-3 ой давом этади, 25% ҳолларда ўлим кузатилади.

Профилактикаси. Озиқ-овқат маҳсулотлари сақланадиган омборларда, колбаса, консерва тайёрлаш, масалликларни тузлаш, қуритиш жараёнларида санитария-гигиена қоидаларига риоя қилиш, қопқоғи кўтарилиб қолган консерваларни истеъмол қилмаслик керак. Ботулизмга қарши зардоб юборилади. Ботулизмда шубҳа қилинган беморлар 10-12 кун мобайнида врач назоратида бўлади.

Биринчи тиббий ёрдам. Зудлик билан беморни атайин қустириш ёки меъдани ювиш орқали овқатни чиқариш зарур (22-расм).



22-расм. Меъдани ювиш техникаси.

Атайин кустириш учун ёки ошқозонни ювиш учун беморга 5-10 литр илиқ сув ёки 1-чалак сувга 3-ош қошиқ ош тузи солинган эритмасидан ичирилиб, кўрсатгич бармоқ билан тил илдизига босилиб, рефлектор равишда кустирилади. Кустириш токи тоза сув чиққунча давом эттирилади. Тозаловчи қўқна қилиш орқали ичакларидаги заҳарли овқатларни чиқариш мумкин. Беморга кўпроқ суюклик (иссиқ чой, кофе) ичириш фойдалидир. Уни иссиқ тутиш, оёқларга, қорнига иситгичлар қўйиш зарур ва 6-8 соат мобайнида овқат бермаслик керак. Ундан кейин 2-4 кунгача енгил хазм бўладиган сут маҳсулотлари (кефир) бериш яхши самара кўрсатади. Беморнинг аҳволи жуда оғир бўлса ва унда ботулизм аломатлари сезилса, уни зудлик билан касалхонага етказиш зарур.

НАФАС ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯЛАРИ

ЎТКИР РЕСПИРАТОР КАСАЛЛИКЛАР. (ЎРК)

ЎРК юқори ҳарорат, интоксикация ва тумов аломатлари билан бирга кечадиган касаллик бўлиб, болалар касалликлари орасида асосий ўринлардан бирини эгаллайди. ЎРКлар ката гуруҳни ташкил этиб, уларни вируслар келтириб чиқаради. ЎРКлар қаторига грипп, парагрипп, аденовирус инфекцияси, респиратор-синтициал инфекциялар киради. ЎРКлар инфекцияларининг умумий клиник ва эпидемиологик белгилари мавжуд бўлиб, уларнинг ҳаммаси ташқи муҳитга чидамсиз, дезинфекцияловчи эритмаларда, қуёш нурида тезда ўлади.

ЎРК инфекциялари қуйидаги йўллар билан юқади:

1. Касаллик манбаи бўлган бемор орқали.
2. Ҳаво томчиси орқали (камдан-кам ҳолларда алиментар йўл билан).
3. Вируснинг нафас органлари йўллариغا ўрнашиб олиб, нафас аъзоларини зарарлаши.
4. Катарал синдромлар кузатилади (бурун битиши, шиллиқ оқиши, акса уриш, йўталиш, кўзнинг ачишиши, тана ҳароратининг кўтарилиши).
5. Касаллик асоратлари-бронхит, пневмония, нефрит, отит.
6. Касалликка мавсумийлик хос.

Касалликдан кейин организмда ҳосил бўладиган иммунитет вируснинг фақат биргина турига хос.

ГРИПП

Грипп ўткир юқумли касаллик бўлиб, яширин даврининг қисқалиги, тана юқори ҳарорати интоксикация, нафас, асаб ва юрак қон томир аъзоларининг кучли зарарланиши ва катарал белгиларнинг кўплиги билан ажралиб турадиган касалликдир.

Тарихий маълумот. Грипп қадим замонлардан маълум бўлган касаллик бўлиб, ер юзида кенг тарқалган. 19 асрнинг охиридан то ҳозирги кунгача 5 маротаба (1889, 1918, 1927, 1957, 1977 йиллар) грипп пандемияси бўлиб ўтган.

Грипп ҳақида биринчи маълумотни Француз олими **Этьен Пасье** 1403 йилда ёзиб қолдирган.

Этиологияси. Грипп вируси 1933 йилда аниқланган. Грипп вирусининг А, В, С турлари мавжуд. Грипп вируслари ҳаво томчиси орқали соғлом кишининг юқори нафас йўлларига ўтиб, организмни захарлайди. Грипп вируси ўзининг антигенлик хусусиятини ўзгартириш қобилиятига эга.

Грипп касаллигидан кейин фақат шу вирусга тааллуқли бўлган қисқа муддатли иммунитет ҳосил бўлади. Бу иммунитет организмни грипп вирусининг бошқа турларидан ҳимоя қила олмайди. Фаол иммунитет А вирусидан 1-2 йил, В вирусидан 3-5 йилгача сақланади.

Грипп вируслари музлатилганда тирик сақланади, қиздирилганда, қуритилганда, турли дезинфекцияловчи моддалар ва ультрабинафша нурлари таъсирида тезда ҳалок бўлади.

Эпидемиологияси. Касаллик манбаи-грипп билан касалланган бемор одам ҳисобланади. Бемор 5-9 кунгача юқумли бўлиб, асосан гапирганда, йўталганда, аксирганда вирус тупук заррачалари билан ташқарига чиқади.

Грипп контакт йўли билан ҳам (сочик, рўмолча, ўйинчоқлар орқали) юқиши мумкин.

Грипп куз ва қиш ойларида кўп учрайди. Ҳар 1-3 йилда грипп эпидемияси, ҳар 10-30 йил оралатиб пандемияси кузатилади.

Клиникаси. Гриппнинг яширин даври бир неча соатдан 1-2 кунгача чўзилади. Касаллик кўпинча ўткир, юқори ҳарорат билан бошланади. Беморда вегетатив асаб тизимининг фаолияти бузилади. Юрак уриши тезлашиб, қон босими ошади, қорни дам бўлиб, боши қаттиқ оғрийди. Бемор томоқ қирилишидан ва ютинганда оғриқ бўлишидан шикоят қилади. Беморнинг бурни битиб, нафас олиши қийинлашади, қуруқ йўтал пайдо бўлади. Бу ҳолат 2-3 кун давом этиб, кейинчалик беморда кўп терлаш, юрак уришининг секинлашуви ва оғир ҳолларда эса тана ҳароратининг 40-41 С даражагача кўтарилиб кетиши, қусиш, ҳолсизланиш, юрак-томир фаолиятининг етишмовчилиги, тери ва шиллик пардаларда қон қўйилиши, баъзан бурундан қон кетиши кузатилади. Беморнинг лаби ва бурни атрофида учуқ тошади. Кичик ёшдаги болаларда тана ҳарорати юқори даражагача кўтарилиши натижасида алаҳсираш, ҳушдан кетиш, талвасага тушиш ва нафас олишнинг тезлашуви кузатилади.

Грипп асоратсиз кечганда 3-5 кун ичида тана ҳарорати пасайиб, беморнинг аҳволи яхшиланиб, иштаҳа пайдо бўлади. 4-5 кундан кейин йўтал камайиб, балғам ажралади, бемор қуввати тикланиб; 8-10 кундан кейин соғайиб кетади.

Гриппнинг оғир (токсик) шаклида интоксикация жуда кучли бўлиб, тана ҳарорати 40-41 С даражагача кўтарилади, бемор боши қаттиқ оғриб, нафас олиш тезлашади. Лаблари қўқариб, юраги тез-тез уради. Қон босими пасайиб, бемор алаҳлайди.

Давоси. Грипп билан касалланганлар ётиб даволаниши шарт. Акс ҳолда ҳатто енгил турида ҳам оғир асоратлар ривожланиши мумкин. Асосан симптоматик даво, антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари

ва қувватли овқатлар тайинланади.

Профилактикаси. Умумий санитария-профилактика тадбирларини қўллаш, беморларни алоҳидалаш, алоҳида идиш-товоқ, сочиқ ажратиш. Грипп ўчоғидаги барча болаларга бурун йўлларига 1 кунда 4 маҳал интерферон томизилади. Гаммаглобулин 1мл мушак орасига юбориш ва вакцинация ўтказиш каби тадбирлар қўлланилади.

ПАРАГРИПП

Парагрипп-юкумли касаллик бўлиб, 1956 йилда АҚШда аниқланган. Парагрипп-ўртача даражадаги умумий интоксикация юқори нафас йўллари ва асосан ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг яллиғланиши билан кечади.

Этиологияси. Парагрипп вирусининг 4 хили маълум. Улар ташқи муҳитга чидамсиз бўлиб, 50 даражали иссиқда 30-50 минутда ҳалок бўлади.

Эпидемиологияси. Инфекция манбаи бемор одам. Касаллик ҳаво томчи йўли билан юқади.

Касаллик йил бўйи спорадик тарзда учраб, куз-қиш ойларида кўпаяди.

Парагрипп эпидемия кўринишида учрамайди.

Клиникаси. Касалликнинг инкубацион даври 2-7 кун. Касаллик аста-секин ривожланади. Беморда ҳолсизлик, бош оғриғи, эт увишиб, бадан қақшаб оғриши кузатилади.

Тана ҳарорати кўпинча нормада ёки субфебрил бўлади. Касалликнинг бошланишида бемор қув-қув йўталади. Овози хириллаб, баъзан бутунлай чиқмай қолади. Бемор пичирлаб гапирди, бурун аввал битиб, сўнгра бурундан шир-шир сув оқади. Бурун-томоқ шиллиқ пардаси қизариб шишади. Баъзан беморнинг юмшоқ танглайида майда қизил нуқталар кўринади.

Касаллик 1-3 ҳафта давом этади.

Давоси. Организмнинг ҳимоя қувватини ошириш, парагрипп асоратлари пайдо бўлганда, антибиотиклар ва сульфаниламид перепаратлари буюрилади.

Профилактикаси. Худди гриппдагига ўхшаш чора-тадбирлар қўлланилади.

Аденовирус касалликлари.

Аденовирус касалликлари иситма кўтарилиши, юқори нафас йўллари, конъюктив, регионар лимфа безлар зарарланиши ва ўртача даражада ўтадиган интоксикация билан кечадиган ўткир юкумли касалликлар қаторига киради.

Этиологияси. Касаллик вируси 1953 йилда бодомча безлари бўлагидан ажратиб олинган. Шунинг учун бу касаллик аденовирус касаллиги деб аталади.

Аденовируснинг 90 та серологик тури маълум бўлиб, шулардан 30 хили одамларда учрайди.

Касаллик вируси совуққа чидамли, уй ҳароратида 2 ҳафтагача сақланади. Қиздирилганда ва дезинфекцияловчи моддалар таъсирида тез ҳалок бўлади.

Аденовирус касалликларига асосан 6 ойликдан 6 ёшгача бўлган

болалар берилувчан бўлади.

Клиник манзараси. Касаллик яширин даври 1-13 кун. Бу касаллик асосан қуйидаги клиник турларда ривожланади:

1. Ҳалқум ва кўз конъюктивасининг яллиғланиши.
2. Тана ҳарорати кўтарилиши.
3. Регионар лимфа тугунларининг зарарланиши
4. Юқори нафас йўллариининг яллиғланиши.
5. Ўпка тўқимасининг яллиғланиши.
6. Ичак ички қавати ва лимфа тугунларининг яллиғланиши.

Касаллик тўсатдан бошланади. Бемор эти увишиб, қалтирайди, бош оғриши кузатилади. 2-3 кун тана ҳарорати 38-39 С даражагача кўтарилади. Баъзан беморда қайт қилиш, қоринда оғриқ, ич кетиш ҳолатлари кузатилади. Касалликнинг биринчи кунидан бошлаб беморнинг бурни битиб, шилимшиқ суюқлик келади. Томоғи оғриб, овози бўғилади. Баъзан касалликнинг қайталаш кузатилади. Беморда юз кизариши, конъюктивит аломатлари кузатилади.

Асоратлари. Отитлар, иккиламчи ангина, плевритлар, ўпка зотилжами. Баъзан зотилжам оғир ўтиб, бемор ўлиб қолиши мумкин.

Давоси: Парҳез сақлаб овқатланиш, десенсибиловчи ва симпатоматик даво, витаминлар буюрилади.

Профилактикаси. Худди гриппниқига ўхшаш.

РЕСПИРАТОР-СИНТИЦИАЛ ВИРУСЛИ ИНФЕКЦИЯ

Респиратор-синтициал вирусли инфекция-интоксикация ва нафас йўллариининг пастки қисми зарарланиши билан кечадиган ўткир юқумли касаллик. Бу касаллик вирусини биринчи марта 1956 йилда **Моррисен** маймунлардан ажратиб олган.

Эпидемиологияси. Инфекция манбаи-бемор одам. Касаллик ҳаво-томчи йўли билан юқади. Касаллик кўпинча ёш болаларда, чақалоқларда йилнинг ҳамма мавсумларида учрайди.

Клиникаси. Яширин даври 3-6 кун. Касаллик аста-секин бошланади. Беморда эт увишиши, бош оғриги, дармонсизлик, бурун битиши ва бир оз шилимшиқ суюқлик келиши, томоғи қуриб қичиши кузатилади. Тана ҳарорати субфебрил даражада, кетма-кет йўталиб, беморнинг бурни, лаби кўкимтир тус олади.

Профилактикаси. Касаллик қайт қилганда профилактика мақсадида интерферон ишлатилади. Бурунга ҳар куни оксалин суртиб турилади.

ҚОН ОРҚАЛИ ЮҚАДИГАН ИНФЕКЦИЯЛАР

БЕЗГАК

Безгак иссиқ ва илиқ иқлим шароитида учрайдиган, бир хужайрали паразит-плазмодиумлар кўзғатадиган ва вақти-вақти билан тутиб турадиган иситма хуружи, камқонлик, жигар ва талоқнинг катталашуви билан ҳарактерланадиган юқумли касалликдир.

Тарихий маълумот. Безгак касаллиги одамзотга қадим замонлардан

бери маълум. Жанубий Америкада яшаган индейцлар безгакни даволашда хина дарахтининг пўстлогидан фойдаланишган. 1616 йилда рус врач **Ф. М. Риза** хина дарахти пўстлогидан хинин ажратиб олган. 1699 йилда **Мортон** безгакнинг мустақил касаллик эканлигини исботлайди. 1880 йилда **Лаверань** безгак қўзғатувчиси плазмодий эканлигини айтган 1896-1899 йилларда **Р. Росси** безгак анофелес чивинлари орқали одамга юқишини исбот қилди.

Ўтмишда безгак касаллигидан ҳатто бутун-бутун қишлоқлар аҳолиси ёппасига қирилиб кетган. **Профессор А.М.Исаев** 1920-1930 йилларда Бухоро вилоятида безгак шу даражада кўп тарқалганки, ҳатто соғлом одамни топиш қийин бўларди, деб ёзган эди. 1966 йилга келиб безгак кенг тарқалган касаллик сифатида тугатилди. Ўшандан бери у фақат хорижий мамлакатлардан келган кишиларда учрайди.

Этиологияси. Безгак қўзғатувчилари бир хужайрали плазмодиумлар бўлиб, уларнинг 4 хили маълум.

1. Уч кунлик безгак қўзғатувчиси. (*Plasmodium vivax*).
2. Тўрт кунлик безгак қўзғатувчиси (*Plasmodium malarie*)
3. Уч кунлик безгакка ўхшаш безгак қўзғатувчиси. (*Plasmodium ovale*)
4. Тропик безгак қўзғатувчиси. (*Plasmodium falciparum*)

Уч кунлик безгакнинг 2 тури маълум:

- 1) Жанубий штампи. 2) Шимолий штампи.

Жанубий штампи - бунда инкубацион давр 2 ҳафта давом этади.

Шимолий штампи-унда инкубацион даври 7-9 кундан 14 ойгача давом этади.

Анофелес чивинининг урғочиси чаққанда қон билан бирга плазмодийнинг жинсий ва жинсиз формаларини сўриб олади. Жинсиз формалари чивин меъдасида ҳалок бўлади. Жинсий формалари ривожланади ва гемолимфа орқали чивин организмига тарқалади ва кўп қисми чивин сўлак безига боради. Чивин шу вақтдан бошлаб соғлом одамни чақса, одам қонига чивин сўлаги билан бирга спорозоидлар тушади.

Безгак плазмодийси одам организмида жигарнинг паренхиматоз хужайраларида ва эритроцитларида жинсиз усулда кўпайиши мумкин. Шундай қилиб, чивин организмида безгак плазмодийси жинсий (спорогония) усулда, одамда жинсиз (шизогония) усулида кўпаяди.

Эпидемиологияси. Безгак касаллигининг манбаи-бемор одам ва гамета ташиб юривчилар. Касаллик асосан ёз-куз ойларида учрайди. Безгак одамни чивин чаққанда (трансмиссив), қон қуйилганда ва онадан болага ҳомиладорлик вақтида ҳам юқиши мумкин.

Безгакка қарши табиий иммунитет йўқ лекин узоқ чўзилмайдиган, фақат ўз турига таъсир қиладиган ностерил иммунитет ривожланади.

Безгак комасида (асосан тропик безгакда) бош мия тўқимаси шишади, некрозга учрайди ва қон қуйилган жойлар топилади.

Клиник манзараси. Безгакнинг яширин даври 10 кундан бир ойгача. Касаллик ўтишига қараб бир қанча давр ва хилларга ажратилади:

1. Бирламчи ёки бошланғич безгак, биринчи хуруж.

2. Безгак иситмаси хуружлари орасидаги латент давр
3. Кеч бошланадиган рецидивлар даври.
4. Чўзилган безгак даври.
5. Пара-безгак.

Инкубацион давр тропик безгакда 9-16 кун, 4 кунлик безгакда 3-6 ҳафта, 3 кунлик безгакнинг жанубий хилида 7-21 кун, шимолий хилида 8-14 ой давом этади.

Одатда касаллик тўсатдан бошланади, беморнинг бадани қақшаб совуқ қотади. Боши қаттиқ оғрийди, дармони қуриб ҳолсизланади, 3-4 кун ўтгач безгакка ҳарактерли иситма хуружи бошланади.

Безгак хуружи 3 даврда кечади:

1. Қалтираш даври.
2. Иссиқ чиқиш даври.
3. Терлаш даври.

Биринчи даврда бемор эти увишиб, қаттиқ қалтирайди. Оёқ-қўллари музлаб, лаби, бурнининг учи кўкаради, териси ҳудди ғоз терисига ўхшаб қолади. Беморнинг боши қаттиқ оғрийди, кўнгли айнийди, баъзан қусади. Орадан 2-3 кун ўтгач, тана ҳарорати 39-40 С даражага етади. Пульс тезлашиб, қон босими пасаяди. Бемор кўп пешоб чиқаради.

Иситма чиқиш даври бир неча соатдан бир неча кунгача давом этади. Беморнинг тана ҳарорати 40-41 С даражагача кўтарилади. Бу даврда бемор аҳволи оғирлашиб, юзи қизаради, безовталанади, нафас олиши тезлашиб, қон босими пасаяди. Иштаҳаси йўқолиб, тилини караш қоплайди. Беморнинг чап биқини оғриб, ичи кетади. Тана ҳарорати юқори бўлганда бемор алаҳсирайди, тиришиб талвасага тушади, кам пешоб ҳоҳатига боради.

Терлаш даврида тана ҳарорати пасайиб, бемор қаттиқ терлайди, аҳволи энгиллашиб, уйқуга кетади.

Уч кунлик безгакда хуружлар оралиғидаги вақт 48 соат, тўрт кунликда 72 соат, тропик безгакда 48 соат бўлиб, унинг оғирлиги шундаки, иситма хуружи 36 соатгача давом этиб беморнинг тинкасини қуритади. Хуруждан 12 соат ўтгач иситма қайтадан бошланади.

Хуружларнинг кетма-кетлиги беморни ҳолдан тойдириб, жигар ва талоқ катталашувига олиб келади. Беморнинг иш қобилияти йўқолиб, ранги сарғайиб, камқонлик белгилари ривожланади. Оғир ҳолларда безгак комаси рўй беради.

Даволаш. Беморлар вақтида даволанса, тузалиб кетади. Баъзан 1-2 ой, ҳатто бир йилдан сўнг қайталаниши кузатилади. Безгакни даволашда делагил (хлорохин) примахин, хиностид каби препаратлар қўлланилмоқда.

Профилактикаси. Бемор ёки гаметоцид ташувчиларни даволаш ва чивинларга қарши кураш муҳим аҳамиятга эга. Беморнинг бармоғидан қон олиниб, суртма тайёрланади ва микроскоп остида текширилади.

Шахсий профилактика учун безгак тарқалган мамлакатларга ишга кетаётган фуқароларга ҳафтада бир марта 0,5 гр 2 таблеткадан делагил ичиб туриш тавсия этилади. Чивинлардан ҳимояланиш учун пашшахоналардан фойдаланилади. Чивин кўпайишига қулай бўлган кўлмак сув, кўл ва ботқоқликлар кўмиб юборилади.

ЛЕЙШМАНИОЗЛАР

Лейшманиозлар одам ва ҳайвонларда учрайдиган трансмиссив касаллик бўлиб, уларни содда жониворлар лейшманийлар қўзғатади. Касалликни искаптопар чивинлар тарқатади.

Лейшманиознинг икки хил шакли маълум:

1. Висцерал лейшманиоз (Ички органлар лейшманиози)
2. Тери лейшманиози (Ёмон жароҳат).

ВИСЦЕРАЛ ЛЕЙШМАНИОЗИ

Висцериал лейшманиознинг икки тури бор:

1. Антропоноз висцерал лейшманиоз.

2. Зооноз висцерал лейшманиоз.

Бу турнинг уч кўриниши мавжуддир:

а) Ўрта Осиёга мансуб висцерал лейшманиоз.

б) Шарқий Африка висцерал лейшманиози

в) Америка қитъасига мансуб висцерал лейшманиоз.

Этиологияси. Висцерал лейшманиоз қўзғатувчиси содда жониворлар авлодига мансуб ҳужайралар ичида яшовчи паразит лейшманийдир.

Эпидемиологияси. Касаллик манбаи лейшманий билан касалланган дайди итлар, бўри, бўрсиклар, тулқилар ва кемирувчи ҳайвонлар ҳисобланади.

Касаллик тарқатадиган искаптопар чивинлар-флеботомуслар бўлиб уларнинг урғочиси ертўлалар, паҳса девор коваклари, саройлар, нам, зах жойлар ва ахлатхоналарда тухум қўяди.

Лейшманиоз билан оғриган бемор ёки организмда паразит бор ҳайвон қонини искаптопар чивин сўриши натижасида касалликин қўзғатувчиси чивин ҳазм йўлига тушади. Чивин организмда кўпайиб, 7 кунда унинг оғиз бўшлиғига қайтиб келади. Ана шу искаптопар чивин соғлом одамни чаққанда касалликни юқтиради (трансмиссив усул).

Лейшманиоз табиий ўчоқли касаллик бўлиб, иссиқ иқлим шароитларда кўп учрайди. Висцерал лейшманиоздан кейин организмда умрбод давом этадиган иммунитет қолади.

Клиник манзараси. Касалликнинг инкубацион даври ўртача 6-8 ой давом этади.

Касаллик уч даврда кечади:

1. Бошланғич даври.

2. Авж олиш даври.

3. Каҳексия даври (терминал давр).

Бошланғич даврда касаллик аста-секин бошланиб, бемор аҳволи

оғирлашади, тинкаси қуриydi, иштаҳаси пасаяди, ҳарорат субфебрил, талоқ озгина катталашади.

Авж олиш даври. Тана ҳарорати 39-40 С даражагача кўтарилиб талоқ катталашади. (лейшманиознинг муҳим белгиси). Жигар шишади, периферик лимфа тугунлар катталашади. Бемор оёқларида шиш пайдо бўлади, юрак фаолияти бузилади, томир уриши тезлашиб, баъзан беморнинг ичи кетади.

Кахексия даври. Бемор жуда озиб кетиб, бадан териси шамга ўхшаб сарғаяди.

Висцерал лейшманиознинг **ўткир, ярим ўткир ва чўзилган** шакллари мавжуд. Ярим ўткир ва ўткир шаклларида яхши даво қилинмаса бемор ўлади.

Давоси. Сурма препаратлари.

Профилактикаси. Икки йўналишда олиб борилади:

1. Касаллик манбаларини йўқотиш.
2. Эндемик ўчоқларда искартопар чивинларни йўқотиш.

Ы

ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИ

(Ёмон жароҳат, Пендинка, Баровский касаллиги).

Тери лейшманиози кўзгатувчисини биринчи бўлиб 1897 йилда Тошкентлик ҳарбий врач П.Ф.Баровский топган.

Тери лейшманиози иссиқ иқлим шароитларда Тошкент, Самарқанд, Жиззах, Бухоро, Сурхондарё вилоятларида, Фарғона водийсида учрайди.

Этиологияси. Тери лейшманиозини кўзгатувчиси тропик лейшманиоз ҳисобланади.

Эпидемиологияси. Тери лейшманиозининг **икки хили** маълум:

1. Зооноз хили.

2. Антропоноз хили.

Зооноз хилида асосий манба қум сичқонлари, тошбақалар бўлади. Искартопар пашша қум сичқонларининг инида яшайди ва пашшалар орқали одамга ўтади. Касаллик ёз-қуз ойларида учрайди.

Клиник манзараси. Касалликнинг инкубацион даври бир ҳафтадан бир ярим ойгача чўзилади.

Тери лейшманиозининг клиник шакллари:

1. Бирламчи лейшманиома

а) Бошланғич даври

б) Яра даври.

в) Яранинг битиш даври

2. Кейин ривожланадиган лейшманиома.

3. Диффуз инфильтратли лейшманиома

4. Силсимон тери лейшманоми.

Терининг лейшманий кирган жойида бирламчи лейшманиома пайдо бўлади ва тез катталашиб, худди фурункул (чипқон) га ўхшаб атрофи қизариб туради, лекин оғримайди. Бир-икки ҳафта ўтган, лейшманиоманинг ўртасида некроз пайдо бўлади ва 10-15мм ли яра ҳосил бўлади. Яра чети нотеки, усти шилимшиқ ва йиринг билан қопланади. Яра оғрийди.

Бирламчи лейшманиомалар баданнинг очиқ жойларида (юзда, оёқ-қўлда) кузатилади ва 2-6 ой ўтгач, чандиқ ҳосил қилиб тузалади.

Силсимон лейшманиозда ҳосил бўладиган чандиқлар атрофида ёки чандиқ устида майда лейшманиомалар пайдо бўлади.

Диффуз инфилтратли лейшманиоз қари одамларда кўпроқ учрайди. Тери сатҳида ривожланган инфилтрат ҳисобига тери қалинлашади. Кўпинча инфилтрат шимилиб, из қолдирмай тузалиб кетади.

Давоси. Касалликнинг махсус давоси йўқ. Яраларни тузатишда моноицид яхши натижа беради. Ҳозирда тери лейшманиозини даволашда лазер нурларидан фойдаланилмоқда.

Профилактикаси. Ёввойи саҳро кемирувчиларини қириш. Искартопар чивинларга қарши кураш. Одамларни тери лейшманиозига қарши эмлаш.

Антропоноз хили. Касаллик манбаи-бемор одам. Лейшманиоманинг бу турида патологик жараён яққол кўринади. Касаллик бошланганидан 3-6 ой ўтгач, бирламчи лейшманиома ва биринчи йилнинг охирига бориб касаллик тузалиб, ўртача катталиқдаги чандиқ ҳосил бўлади. Лейшманиознинг бу хили бизда ҳозир учрамайди.

Давоси ва профилактикаси худди тери лейшманиозининг зооноз хилидагига ўхшаш.

ЭПИДЕМИК ҚАЙТАЛАМА ТИФ

Эпидемик қайталама тиф иситма хуружлари ва иситмасиз даврларнинг (апирексия) алмашилиб туриши билан кечадиган ўткир юқумли касаллиқдир.

Бу касалликнинг белгиларини биринчи бўлиб 1842 йилда инглиз врач **Дженнер** таърифлаб берди. 1868 йилда немис олими **Обемейер** касаллик кўзатувчисини топган. Ҳозирда бу касаллик Шимолий Африкада учраб туради.

Этиологияси. Касалликни **Borrelia** авлодига мансуб бўлган спирохеталар кўзғатади. Спирохеталар ташқи муҳитга чидамсиз бўлиб, қайнатилганда, қуритилганда, дезинфекцияловчи эритмаларда тезда ҳалок бўлади. Совуққа чидамли.

Эпидемиологияси. Касаллик манбаи-бемор одам. Бемор иситмалаётган вақтда атофидагиларга касаллик юқиши мумкин. Иситма йўқ вақтда касаллик юқмайди. Касаллик соғлом одамга бит орқали юқади. Беморни чаққан битлар 5-8 кун ичида юқумли бўлиб қолади. Бит соғлом одамни чақиш натижасида тери қичишади. Одам қашиниш натижасида битни эзиб мажағлаб юборади. Шилинган жойдаги лимфага бит организмдаги спирохетлар тушиб, организмга тарқалади ва қонга тушади. Бунинг натижасида организмда иситма хуружи бошланади.

Эпидемик қайталама тиф қиш ва кўклам фаслларида кўпроқ учрайди.

Одам организмда бу касалликка қарши табиий иммунитет йўқ. Лекин касалликдан кейин унча кучли бўлмаган иммунитет пайдо бўлади.

Клиник манзараси. Касалликнинг инкубацион даври 3-14 кун бўлиб, касаллик учун иситма даврининг алмашиб туриши ҳарактерли белгидир.

Иситма ҳуружи тўсатдан бошланиб, 2-5 мартагача қайтариллади. Беморнинг эти увишиб қалтирайди, бош оғрийди, бўгинлар, мускуллар тирқираб туради. Тана ҳарорати 39 С даражагача кўтарилиб, бемор баян қусади. Беморнинг ўнг қовурғаси ости оғрийди. Бемор териси ўртада терисига ўхшаб “тук-тук” бўлиб кетади. Камдан-кам ҳолларда бемор олданида тошмалар тошади.

Беморнинг ҳуши жойда бўлади, ҳарорати 5-7 кундан кейин бирданига пасаяди, бемор қаттиқ терлайди, интоксикация белгилари йўқолади. Апирекция даврида бемор аҳволи унчалик ёмон бўлмайди. 10-14 кун ўтгач иккинчи иситма ҳуружи бошланиб, 8 кунгача давом этади.

Учинчи ҳуруж бир неча соатдан 5 кунгача давом этади. Шундан кўриниб турибдики, ҳар бир ҳуруж даври олдингисидан қисқариб, апирексия даври эса узунроқ бўлади. Беморнинг ҳарорати чизигига қараб ташҳисини тўғри аниқлаш мумкин.

Асорати. Энг хавфлиси талокнинг ёрилишидир. Сальмонеллез инфекцияси қўшилишидан оғир асорат-тиф захри пайдо бўлади.

Давоси. Эпидемик қайталама тифни даволашда антибиотиклар тайинланади (пенициллин кунига 2-3 млн, тетрациклин 2 гр, левомецетин 2 гр, эритромицин 0,8 гр). Бемор аҳволига қараб симптоматик даво тайинланади. Талок ёрилганда бемор зудлик билан операция қилинади.

Профилактикаси. Касалликни барвақт аниқлаш ва беморни касалхонага жойлаштириш. Бемор атрофидаги (контактдаги) иситма чиқарганларни касалхонада текшириш. Битларга қарши кураш. Инфекция ўчоғидагиларнинг буюмларини дезинфекция, дезинсекция қилиш ва 2-5 кун давомида уларнинг ҳароратини ўлчаб туриш.

ЭНДЕМИК ҚАЙТАЛАМА ТИФ (КАНА ЮҚТИРАДИГАН СПИРОХЕТОЗ)

Эндемик қайталама тиф спирохеталар кўзғатадиган юқумли касаллик бўлиб, иситма ҳуружлари ва иситмасиз давлар билан кечадиган касалликдир. Бу касаллик қадим замонлардан буён ўрта Осиё ва Яқин Шарқ мамлакатларига маълум.

Касалликни **Borrelia** авлодига мансуб спирохеталар кўзғатади. Уларнинг 20 дан ортиқ хиллари маълум. Бу спирохеталар каналар орқали тарқалади. Спирохеталар ташқи муҳитга чидамсиз. Юқори ҳароратда қуритилганда тезда ҳалок бўлади.

Эпидемиологияси. Эндемик қайталама тиф, табиий ўчоқли антропоноз касаллик бўлиб, инфекция манбаи ҳар хил кемирувчилар, турли ҳашаротлар, ёввойи ҳайвонлар ва бемор одамлардир. Касаллик иссиқ иқлим шароитларида (кўкламда, ёзда) каналардан юқади. Бу каналар ёввойи ҳайвонлар инида, пахса деворлар ичида, молхоналарда яшайди.

Кана спирохетозининг ўчоғи икки турга бўлинади:

1. Табиий ўчоқ.

2. Одамлар яшайдиган жойлардаги ўчоқ.

Инфекция каналар тухуми орқали авлоддан авлодга ўтади. Каналар 10 йилгача овқатланмасдан тирик сақлана олади. Шу омиллар касаллик ўчоғининг узоқ йиллар сақланиб туришига сабаб бўлади.

Клиникаси. Касалликнинг инкубацион даври 5-14 кун давом этади. Касаллик хуружида олдин бемор бош оғриши, тинка қуриши, болдир мускуллари ва белининг қақшаб оғришидан шикоят қилади.

Иситма хуружи тўсатдан бошланиб, тана ҳарорати 39-40° С даражагача кўтарилади. Беморнинг боши қаттиқ оғриб, алаҳсирашга тушади. Галлюцинация аломатлари кўринади. Баъзан беморлар беҳуш ҳолатда ётади. Беморда юз қизариши, бадан териси ва кўзининг озгина сарғайиши, жигар ва талоқнинг катталашиши, тилнинг қараш билан қопланиши кузатилади.

Беморда биринчи хуруж бир неча соатдан 2-6 кунгача чўзилади ва иситма бирдан тушиб, бемор қаттиқ терлайди. 1-8 кундан кейин иккинчи хуруж бошланади. Беморда кузатиладиган иккинчи ва учинчи хуружлар биринчисига ўхшаб кечади. Лекин иситмасиз даври чўзилиб боради. Кейинги хуружлар бир неча соат давом этади.

Кана спирохетозида хуружлар сони 10-12 тага етади. Касаллик ўртача 1-2 ой давом этади. Енгил хуружларни баъзан бемор оёқ устида ўтказади. Тўғри ва ўз вақтида даво муолажаларини олиб бориш натижасида кана спирохетози билан касалланганлар ҳамма вақт соғайиб кетишади.

Давоси. Касалликни даволашда тетрациклин гуруҳига кирадиган антибиотиклар ва симптоматик даво чоралари қўлланилади

Асоратлари. Пневмония, нефритлар, сепсис, кўз зарарланиши, отитлар, жигар зарарланиши.

Профилактикаси. Каналарни қиришга қаратилган эски иморатлар, омборхона ва молхоналарда гексохлорин ва шу каби дорилар билан дезинфекция ва дезинсекция ишлари ўтказиш керак. Дорилашни кўклам ва саратонда ўтказиш ва касаллик ўчоғидаги кемирувчиларни йўқотиш керак.

АНТРОПОЗОНОЗ ИНФЕКЦИЯЛАР

ҚУТУРИШ

Қутуриш ўткир зооноз касалликлар гуруҳига кириб, марказий нерв тизимининг зарарланиши билан кечадиган касалликдир.

Қутуришнинг итлар тишлаши натижасида келиб чиқишини биринчи марта **Арестотель** аниқлаган. 19-асрнинг охирида француз олими **Луи Пастер** қутуришга қарши эмдори (вакцина) яратди.

Этиологияси. Касаллик кўзғатувчиси нейротроп вирус. Вирус қутурган ҳайвонлар сўлагида бўлади. Ташқи муҳитда вирус узоқ сақлана олмайди. Дезинфекцияловчи моддаларда ва қайнатилганда тез ҳалок бўлади.

Эпидемиологияси. Касаллик манбаи қутурган итлар, мушуклар, тулқилар, бўрилар, баъзи ҳолларда қуён, каламуш, сичқонлар бўлиши мумкин.

Касаллик қутурган ҳайвон тишлаганда ёки касал ҳайвон сўлаги

шикастланган жойга тушганда юқади. Вирус нерв толалари бўйлаб бош ва орқа мияга етиб боради ва зарарлайди.

Клиникаси. Касалликнинг яширин даври 1-2 ой давом этади (баъзан 2 ҳафтадан бир йилгача)

Касаллик 3 даврда кечади:

1. Бошланғич даври.

2. Қўзғалиш даври.

3. Фалажланиш даври.

1. Бошланғич даврида беморнинг уйқуси бузилиб, иштаҳаси йўқолади. Қўрқув ҳисси (сувдан, ҳаводан) пайдо бўлади. Ҳайвон тишлаган жойдаги жароҳат тортишиб оғрийди. Қутуриш учун ҳарактерли бўлган белгиси шундаки, бемор суяқлик ичмоқчи бўлса ёки сувни кўрса, дарҳол ютиш ва нафас мускуллари тортишиб, қисқариб қаттиқ оғрийди. Бемор тана ҳарорати 39 С даражага кўтарилади, овози бўғилиб терлайди, сўлаги оқади, кўзлари бирор нарсадан қўрқандай кўринади.

2. Қўзғалиш даврида бемор ухломмайди, эси кирарли-чиқарли, алаҳсираши, кўзига йўқ нарсалар кўриниши (галлюцинация), ўзини-ўзи тишлаши, атрофидагиларга ҳамла қилиши мумкин.

3. Фалажланиш даврида юрак ва нафас марказлари фалажидан ҳалок бўлади.

Давоси. Аниқ давоси йўқ.

Профилактикаси. Дайди итлар ва мушукларни, бўри, бўрсикларни йўқ қилиш. Хонаки ит ва мушуклар ветеринария назоратида бўлиши ва ўз вақтида эмланиши керак.

Агар ҳайвон тишласа ёки сўлаги жароҳатга тушса, дарҳол калий перманганат эритмаси ёки совунли сув билан яхшилаб ювиш, банка қўйиб, жароҳатдан қонни сўриб олиш ва жароҳатни йод ёки спирт билан тозалаш керак. Тишлаган ҳайвон 14 кун давомида назоратда тутиб турилади. Агар шу вақт ичида назоратда турган ҳайвон ўлиб қолса, бемор дарҳол врач рабиолог ёки травматологга мурожаат қилиши ва жадвал асосида даво муолажасини олиши керак.

КУЙДИРГИ

Куйдирги зооноз касалликларига кирадиган ўткир юқумли касаллик бўлиб, қадимда бу касалликни “**муқаддас олов**”, “**форс олови**” деб аташган. **1788 йилда С.С. Андреевский** бу касалликни “**Сибир яраси**” деб аташни таклиф этган.

Этиологияси. Касаллик қўзғатувчисини биринчи бўлиб ўлган от организмдан 1855 йилда **Брауэллар** тошган. Касалликни **Вас Anthraels** қўзғатади.

Микробнинг вегетатив шакли дезинфекцияловчи моддаларга ва юқори ҳароратга чидамсиз. Ташқи муҳитга чидамли. Тузланган гўштда узок сақланади.

Эпидемиологияси. Касаллик манбаи уй ҳайвонларидир. Касаллик микроблари касал ҳайвон ахлати ва пешоби билан ташқарига чиқади. Одамларга касаллик касал ҳайвонларга яқин юрганда, ҳайвон териси ва

жунидан тайёрланган буюмлар орқали юқади.

Куйдирги чўпонлар, ветеринария ходимлари, қушхона ва тери заводи ишчилари, эски-туски қабул қиладиган жойларида ишлайдиган ходимларда учрайди.

Клиникаси. Касаллик қўзғатувчиси одам организмга шилинган тери, ҳаво йўллари ва меъда-ичак шиллиқ пардалари орқали ўтади.

Касалликнинг яширин даври бир неча соатдан 6-8 кунгача (ўртача 2-3 кун) давом этади.

Касалликнинг тери ва септик хиллари мавжуд. Куйдиргининг тери хили (куйдирги карбонкули) терининг очиқ жойларида жойлашади. Куйдирги таёқчаси кирган жойда қизил тугунча пайдо бўлади, кейин унинг ичида қон аралаш сероз суюқлик пайдо бўлиб, пуфакчага айланади. Пуфакча ёрилиб, яра ҳосил бўлади. Яра қотиб, қўнғир рангли қўтирга айланади. Қора қўтир оғримайди. Қўтир катталашиб, атрофида майда пуфакчалар пайдо бўлади. Бу кўриниш куйдирги учун ҳарактерли белгидир.

Беморда тана ҳароратининг 39-40°C даражагача кўтарилиши, бош оғриши, уйқу бузилиши, баданнинг қақшаб оғриши кузатилади. Касаллик оғир ўтганда иккиламчи хил, яъни септик хили бошланади.

Септик хили кам учрайди. Касаллик ҳаво-томчи ёки алиментар йўли билан юққанда келиб чиқади.

Касаллик тўсатдан бошланади. Тана ҳарорати 39-40 С даражагача кўтарилади. Беморнинг эти увишиб, қалтирайди, биқини санчиб, йўталади ва қон аралаш балғам ташлайди. Бемор ўпкаси шишиб, кома ҳолатига тушиб ҳалок бўлади.

Давоси. Антибиотиклар ва куйдиргига қарши иммуноглобулин юборилади.

Профилактикаси. Ветеринария ва тиббиёт ходимлари ҳамкорлигида олиб борилади.

Зоотехниклар ва ветеринария хизматчилари, қушхона, тери заводлари, мўйна фабрикаси ишчилари вакцина билан эмланади.

Бемор касалхонага ётқизилиб, унинг уйида дезинфекция ўтказилади. Беморга яқин юрган кишилар 8 кун мобайнида назорат остида бўлишади.

Куйдиргидан ўлганлар (ҳайвон, одам) ёкиб юборилади ёки махсус тобутда 2 метр чуқурликка кўмилади.

БРУЦЕЛЛЁЗ. (ҚОРА ОҚСОҚ)

Бруцеллёр ўткир ва сурункали кечадиган, асаб, юрак томир тизимлари, таянч ҳаракат аппарати ва бошқа аъзолар, тизимлар зарарланиши ҳамда узоқ давом этадиган иситма билан кечувчи юқумли касалликдир.

Гиппократ ўз асарларида “**Тўлқинсимон иситма**” ҳақида маълумот берган. Бу касаллик ўтмишда “**Қора оқсоқ**” номи билан аталган.

Этиологияси. Бу касалликнинг қўзғатувчиси одам ва ҳайвонларда учрайдиган бруцелла микроблари бўлиб, улар уч турга бўлинади:

1. Brucella melitensis (майда шохли ҳайвонларда учрайди)

2. Brucella abortus bovis (Қорамолларда учрайди)

3. Brucella abortus suis (чўчқаларда учрайди)

Бруцелла ташқи муҳитга чидамли бўлиб, улар муз ва қорда 2-4 ой, сутда 20-60 кунгача, сариёғда 50-55 кунгача, пишлоқда 45 кунгача, гўшда 30-40 кунгача, тупроқ ва кийим-кечакда 60 кунгача яшайди.

Бруцеллалар дезинфекцияловчи моддалар ва қуёш нурига чидамсиз. Касал ҳайвондан одамга, ҳайвон сути, пешоби, ахлати орқали ва бола ташлаш вақтида юқади.

Эпидемиологияси. Касаллик асосан касал ҳайвондан одамга тери орқали юқади. Бемор одамдан соғлом одамга камдан-кам юқади. Касаллик алиментар (оғиз орқали) ва ҳаво орқали юқиши мумкин. Касаллик куз ва баҳор ойларида кўпроқ учрайди.

Касаллик сут билан ишлайдиганларда, тери заводлари ва ветеринария ходимларида учрайди.

Клиникаси. Касаллик кечишига қараб унинг уч тури фарқланади:

1. Ўткир (3 ойгача).

2. Чўзилувчан (6 ойгача).

3. Сурункали (6 ойдан ортиқ).

Касалликнинг яширин даври бир ҳафтадан уч ҳафтагача давом этади. Тана ҳарорати 38-40 С даражагача кўтарилади.

Бруцеллэзга асосан иситма, эт увишиши, қалтираш, терлаш, ретикуло-эндотелий органлар, ҳаракат ва таянч аппарати, асаб тизими, таносил органларининг зарарлаиши каби белгилар хосдир.

Бруцеллэз учун характерли симптом тўлқинсимон равишда кечадиган иситмадир. Бу иситма бир неча ой давом этиб, ҳарорат бир кўтарилиб, бир тушиб туради. Беморда ҳарорат юқори бўлса ҳам, умумий интоксикация кузатилмайди.

Беморда терлаш, чов, кўлтиқ ости, жағ ости, бўйин лимфа безларининг катталашishi кузатилади. Жигар ва талоқнинг зарарланиб катталашishi, таносил органларининг зарарланиши, марказий ва вегетатив асаб тизимларининг зарарланиши, бўғимлар зарарланиш ҳолатлари кузатилади. Айрим ҳолларда беморлар ногирон бўлиб қолиши мумкин.

Даволаш. Тўрт йўналишда олиб борилади:

1. Антибиотиклар билан даволаш.

2. Иммунобиологик усул.

3. Физиотерапевтик усул

4. Симптоматик ва қувватга киритувчи усул.

Профилактикаси. Касаллик ўчоқларини зарарсизлантириш. Касал ҳайвонларни соғлом ҳайвонлардан ажратиш. Ҳайвон маҳсулотларини тегишли усуллар билан зарарсизлантириш (сут, озиқ-овқат, гўшт, жун, тери). Одамларни бруцеллэзга қарши эмлаш.

БОЛАЛАР ИНФЕКЦИЯСИ

Болаларда катталарга нисбатан юқумли касалликларга берилувчанлик юқори бўлади. Бола организмда кўпчилик юқумли касалликларга нисбатан иммунитет бўлмаганлиги сабабли, қизамиқ, қизилча, сувчечак, скарлатина, дифтерия, тепки, кўкйўтал, полеомиелит каби касалликлар кўп учрайди.

ҚИЗАМИҚ

Қизамиқ. Ўткир юқумли касаллик бўлиб, нафас йўлларининг катарал яллиғланиши, бадан терисида қизғиш-папулёз тошмалар тошиши ва умумий интоксикация аломатлари билан кечувчи касалликдир.

Этиологияси. Касалликни ташқи муҳитга чидамсиз, қуёшнинг ультрабинафша нурлари таъсирида тез ўладиган, филтрланувчи вируслар қўзғатади.

Эпидемиологияси. Касаллик манбаи қизамиқ билан касалланган бемор болалар касаллигининг бошланғич даврида (катарал) ва тошма тошиш даврида бемор атрофидагилар учун хавfli бўлади. Бемор йўталганда, аксирганда, гаплашганда ҳаво томчи йўли билан соғлом одамга юқади. Касалликдан кейин кучли ва барқарор турғун иммунитет ҳосил бўлади.

Клиник манзараси. Касаллигининг кечишида қуйидаги даврлар фарқ қилинади:

1. Яширин (инкубацион) даври, 9-10 кун давом этади. Эмланган болаларда 21 кун.

2. Продромал ёки катарал даври. Тана ҳарорати 38-39 С гача кўтарилиб, бош оғриғи, йўтал, аксириш кўз шиллиқ пардасининг яллиғланиши (конъюнктивит), ёруғликка қарай олмаслик, қовоқларда шиш ва қизариш, бурундан сероз суюқлик оқиш ҳоллари кузатилади.

Бу даврда беморнинг юмшоқ ва қаттиқ танглайлари шиллиқ пардаларида қизамиқ энантемалари ва Филатов-Бельский-Коплик доғлари кузатилади.

3. Тошма тошиш, яъни гуллаш даври. Тана ҳарорати 39-40С га кўтарилиши билан бир вақтда бадан терисида катта доначали қизғиш доғли тошмалар тошади. Тошмалар дастлаб юз ва қулоқ орқасига, иситманинг кейинги кунлари кўкрак ва қорин терисига, 1-2 кундан кейин оёқлар терисига тошади. Тошмалар бадан терисига босқичма-босқич тошиб, 3-4 кундан кейин худди шу тартибда йўқолади ва тошма ўрнида оқимтир доғлар ҳосил бўлади. Бу доғлар 10-12 кун ичида йўқолиб кетади.

4. Реконвалесценция, яъни соғайиш даврида касаллигининг асосий белгилари аста-секин камайиб боради.

Боланинг умумий аҳволи ва заҳарланиш белгилари, даражаларига қараб касаллигининг оғир, ўртача ва енгил турлари фарқ қилинади. Оғир турда юқори тана ҳарорати, кучли заҳарланиш ва нафас йўлларининг яллиғланиши билан кечади.

Профилактикаси. Икки йўналишда олиб борилади:

1. Эпидемияга қарши кураш. Бемор болани ажратиб қўйиш. Болалар муассасаларига 21 кун мобайнида карантин эълон қилиш. Бемор билан мулоқотда бўлганларни назорат остига олиш.

2. Махсус профилактика. Қизамиққа қарши махсус вакцина билан эмланади.

ҚИЗИЛЧА

Қизилча тана ҳароратининг кўтарилиши, тумов, йўтал, энса ва бўйин лимфа тугунларининг катталашиб оғриши ва терида тошмалар тошиши билан кечадиган ўткир юқумли касалликдир.

Касалликнинг қўзғатувчиси вирус ҳисобланади. Касаллик манбаи бемор одам. Бемор одам аксирганда, йўталганда, гаплашганда, вирус ҳаво- томчи йўли орқали соғлом одамга юқади. Қизилча билан ҳамма ёшдагилар (асосан 2-10 ёш) касалланиши мумкин.

Касалликдан кейин организмда доимий турғун иммунитет сақланиб қолади. Тошма тошишдан 2 кун олдиндан бошлаб то ҳамма белгилари йўқолгунча бемор атрофидагилар учун хавfli ҳисобланади.

Клиникаси. Вирус организмда 16-21 кунгача сақланиши мумкин ва ҳеч қандай касаллик аломатларсиз (яширин) кечиши мумкин.

Бемор калласининг энса ва бўйин қисмида лимфа тугунларининг катталашиб оғриши, 1-2 кундан кейин юз ва танада майда оғиш- қизғиш рангдаги тошмалар тошиши кузатилади. Бу тошмалар 2-3 кундан кейин ҳеч қандай из қолдирмай йўқолиб кетади. Бемор тана ҳарорати 1-3 суткагача тушмай туради, баъзан касалликнинг ҳамма даврида ҳарорат нормада бўлиб, беморнинг умумий аҳволида ўзгариш бўлмаслиги мумкин.

Ҳомиладор аёлларда касаллик белгиларсиз кечса ҳам, ҳомилага катта таъсир қилиб, бола анемия, ички органларнинг зарарланиши ва оғир туғма пороглар билан туғилиши мумкин. Бундай болалар 18 ойгача атрофдагилар учун хавfli бўлади.

Давоси. Бемор уйда врач томонидан назорат қилинади, тинчлик, енгил ҳазм бўладиган овқатлар буюрилади.

Профилактикаси. Беморларни ўз вақтида алоҳидалаш.

СУВЧЕЧАК

Сувчечак ўткир юқумли касаллик бўлиб, бадан терисида ўзига хос везикуло-пустулёз тошмалар тошиши билан кечади.

Этиологияси. Касалликни **Арчго** таначалари деб аталадиган вируслар қўзғатади.

Эпидемиологияси. Инфекция манбаи бемор бола бўлиб, у бутун касаллик мобайнида ва тузалгандан кейин 5 кунгача атрофдагилар учун юқумли бўлиб қолади.

Касаллик ҳаво-томчи йўл билан юқади.

Бу касаллик билан асосан 2 ёшдан 10 ёшгача бўлган болалар касалланади. Касалликдан тузалган болаларда барқарор иммунитет қолади.

Клиник манзараси. Яширин даври 11 кундан 21 кунгача.

Касалликнинг бошланғич даврида субфебрил ҳарорат, кайфият бузилиши, инжиқлик, лоҳаслик кузатилади. Кейинчалик тана ҳарорати кўтарилиб, юзда, сочлар орасида, танада, оёқ-қўлларда бир вақтда тошмалар пайдо бўлади, аммо оёқ ости ва кафтда тошмалар тошмайди.

Тошма дастлаб суюқликсиз бўртма (папула) ҳолда бўлиб, бир неча соат ичида терида юза жойлашган суюқлик билан тўлган пуфак(везикула)га айланади ва 1-2 кунда қуриб, қўтирга айланади. Қўтир 1-3 ҳафтада тўкилиб кетади. Тошма ўрнида чандиқ қолмайди. Ҳар куни бемор терисида тошма, пуфакчалар ва қўтирни топиш мумкин. Тошма баданни қичиштиради. Касалликнинг энгил турида тошма кам тошиб, заҳарланиш белгилари кузатилмайди.

Давоси. Гигиенага қатъий риоя қилиш, теридаги пуфакчаларга 4-10 %ли калий перманганат ёки 1-2% ли бриллиант яшил суртиб турилади. Йирингли асоратлар ривожланганда антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлари қўлланилади.

Профилактикаси. Санитария чора-тадбирлари қўллаш. Уй шароитида тошма тошганда 5 кун ичида алоҳидалаш ва алоҳида бўлган болаларни 11 кундан 21 кунгача ажратиб қўйиш керак.

СКАРЛАТИНА

Скарлатина. Ўткир юқумли аллергиясиз касаллик бўлиб, тана ҳароратининг кўтарилиши, организмнинг умумий заҳарланиши, бодомча безларининг зарарланиши ва терида майда-майда нуқтасимон тошмалар тошиши билан кечади.

Этиологияси. Скарлатинани стрептококклар қўзғатади.

Эпидемиологияси. Касаллик манбаи бўлиб касалланган болалар ҳисобланади. Баъзан бемор бола ўйнаган кўғирчоқлар, у фойдаланган буюмлар, кийимлар орқали ҳам касаллик юқиши мумкин. Бутун касаллик давомида бемор атрофидагилар учун хавfli ҳисобланади.

Скарлатина билан 2 ёшдан 6 ёшгача бўлган болалар касалланиши мумкин. Айрим ҳолларда бир ёшдан 16 ёшгача бўлган болалар ҳам касалланади.

Касаллик асосан қиш ва баҳор ойларида учрайди. Скарлатинадан кейин бола организмда барқарор иммунитет ривожланади.

Клиник манзараси: Инкубацион даври 3-7 кун. Касаллик ўткир бошланиб, тана ҳарорати 38-39°C гача кўтарилади, томоқда оғриқ, қайт қилиш, терида пушти ранг, нуқтасимон қаттиқ қичишадиган тошмалар пайдо бўлади. Тошмалар кўпроқ қоринда, оёқ-қўлларнинг ички томонида, бурун ва оғиз бўшлиғида бўлади.

Скарлатинада тошма майда донали нуқтасимон бўлади. Тошма бурунлаб учбурчагида тошмайди (бу касалликка хос бўлган белги). Тошмадан кейин терининг қўчиши майда-майда кепаксимон тарзда ёки тарам-тарам бўлиши мумкин. Бемор тили “малинасимон”, яъни малина рангига қиради. Касаллик энгил ўтганда тана ҳарорати кўтарилмаслиги, заҳарланиш белгилари кузатилмаслиги мумкин.

Оғир ўтадиган скарлатинада тана ҳарорати 39-40°C гача кўтарилади. Бош оғриши, кўнгил айниш, қусиш, ҳолсизлик, талвасага тушиш, юрак-кўн томирлари, жигар, буйрак каби аъзолар фаолияти бузилади.

Кечишига қараб скарлатинанинг энгил, ўртача оғир ва оғир турлари

фарқланади. Касалликнинг 2-3 кунда беморнинг терисида кўкимтир тусда тошма пайдо бўлади. Томоқ қип-қизил чўғ рангида, тил оқ қараш билан қопланган, юрак тонлари бўғиқ, қон босими паст, томир уриши кучсиз, тезлашган бўлади.

Давоси. Касалликнинг енгил турида уй шароитда даволаса бўлади. Бемор алоҳидаланиб, тез ҳазм бўладиган витаминларга бой овқатлар ва кўпроқ суюқлик берилади.

Профилактикаси. Махсус профилактикаси йўқ. Бемор алоҳидаланиб, 10 кун юқумли касалликлар касалхонасига ётқизилади. Касалхонадан чиққандан сўнг 12 кун давомида бола мактабга ва мактабгача тарбия муассасаларига қўйилмайди.

ДИФТЕРИЯ (Бўғма)

Дифтерия (бўғма) - ўткир юқумли касаллик бўлиб, касаллик кўзгатувчиси кирган соҳада фибриноз яллиғланиш келиб чиқиши ва организмнинг умумий интоксикацияси билан ҳарактерланадиган касалликдир.

Этиологияси. Касаллик кўзгатувчи бўғма таёқчаси бўлиб, касалликни 1883-1881 йилларда **Клебс ва Лёффлерлар** аниқлашган. Бўғма таёқчаси экзотоксин ишлаб чиқаради ва шу хусусиятига қараб **токсиген** ва **токсиген** бўлмаган гуруҳларга бўлинади. Бўғма таёқчаси паст ҳароратга чидамли. Касаллик кўзгатувчиси беморнинг рўзғор буюмларида, ўйинчоқларда узоқ вақт сақланади. Зарарсизлантирувчи моддалар таъсирида тез ҳалок бўлади.

Эпидемиологияси. Касаллик манбаи бўғма билан оғриган бемор ёки касаллик бактериясини ташиб юривчилар ҳисобланади. Бемор бутун касаллик мобайнида юқумли ҳисобланади.

Бўғма билан заиф одамлар ва юқори нафас йўлларининг сурункали касаллиги бор одамлар кўпроқ касалланади. Касаллик ҳаво-томчи йўл орқали юқди. Юқори нафас йўллари, бурун-томоқ, шиллиқ пардалар, тери, киндик, кўз ва жинсий органларнинг шиллиқ қаватлари бўғма таёқчасининг кириш дарвозаси бўлиб хизмат қилади. Касалликка бир ёшдан 10 ёшгача бўлган болалар кўпроқ берилувчан бўлади. Касаллик куз ва баҳор ойларида кўпроқ учрайди.

Клиникаси. Бўғма касаллиги билан турли аъзолар зарарланиш мумкин. Шу сабабли клиник манзараси ҳам шу аъзоларга қараб турлича бўлади.

Бўғмани оғиз, бурун, ҳалқум, томоқ, кўз, тери, киндик, ҳиқилдоқ, бурун ва ташқи жинсий аъзолар зарарланиши билан кечадиган турлари фарқланади.

Касалликнинг яширин даври 2-10 кун. Касалликнинг кўпроқ томоқ бўғмаси учрайди.

Томоқ бўғмасининг куйидаги турлари мавжуд.

1. Маҳаллий.
2. Тарқалган.
3. Токсик.

Маҳаллий бўғмада пардасимон оқ карашлар фақат бодомча безларда бўлади. Бу пардасимон оқ карашлар кўчирилганда қонайди. Бунда

беморда ҳолсизлик, иштаҳа пасайиши, ютинганда томоқда оғриқ ва тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади.

Маҳаллий бўлма уч турга бўлинади:

1. Пардали.
2. Оролчали.
3. Катарал.

Томоқнинг тарқоқ бўлмасида интоксикация белгилари яққол намоён бўлади. Бемор ҳарорати юқори, карашлар зич жойлашиб, бодомча безлар ташқари ҳалқум шиллиқ пардасини, танглай равоқларини, юмшоқ танглайни, тилчани ва ютқун деворларини қоплайди.

Бўғманинг токсик турида, организмнинг кучли заҳарланиши, юқори ҳарорат ва фибринли парданинг томоқ чегараларидан бошқа аъзоларга тарқалиши кузатилади.

Тана ҳарорати 39-40 С даражагача кўтарилиб, бодомча безлар ва улар атрофида тўқималар шишади. Боланинг ранги оқариб, қайта-қайта кусади. Шиш бўйин, кўкрак қафаси, тери ости ёғ қатламларига, лунж ва қовоқларга тарқалади. Бола димоғи билан гапиргандай бўлади. Буйрак ва асаб тизими зарарланиши мумкин. Бўйиндаги шишнинг катта-кичиклигига қараб, **касаллик уч даражага бўлинади**. Бурундан, милклардан, меъда-ичаклардан қон кетиш, баданда геморрагик тошмалар ҳосил бўлиши кузатилади.

Ҳикилдок бўлмаси уч турга бўлинади:

- А) маҳаллий. Б) тарқалган. В) токсик.

Бурун бўлмасининг куйидаги турлари мавжуд:

- А) пардали. Б) катарал. В) ярали.

Кўз бўлмаси. Қовоқларнинг шишуви, қон аралаш йиринг ажралиши. Кўз конъюктивасида кулранг оқимтир парда ҳосил бўлади.

Тери бўлмаси. Терининг шикастланган жойларида, бўйинда бурун остида гиперемия, шиш ва кулранг фибриноз пардалар ҳосил бўлади.

Киндик бўлмаси. Янги туғилган чақалоқлар киндигида кулранг фибриноз карашлар ҳосил бўлади.

Давоси. Бемор касалхонага ёқизилиб даволанади.

Профилактикаси. Ташҳисни ўз вақтида қўйиш. Бемор болаларни соғлом болалардан ажратиш. Эпидемияга қарши умумий ва маҳаллий тадбирлар кўриш ва касалликка қарши эмлаш.

КЎК ЙЎТАЛ

Кўк йўтал ҳаво-томчи йўли билан юқадиган касаллик бўлиб, нафас йўлларининг зарарланиши, асаб фаолиятининг бузилиши ва йўтал хуржлари билан кечади.

Кўк йўтал билан бола ҳаётининг биринчи кунларидан бошлаб касалланиши мумкин. Кўк йўтал кўзгатувчисини **1906 йилда Борде ва Жангулар** кашф этган.

Эпидемиологияси. Касаллик манбаи бемор одам. Касаллик дастлабки кунларда ўта юқумли бўлади. Касалликдан кейин бола

организмида кучли барқарор иммунитет қолади.

Клиникаси. Касаллик куйидаги даврлар билан кечади:

1. Яширин (инкубацион) даври.
2. Катарал даври.
3. Спазматик даври.
4. Йўтал хуружлари даври.
5. Соғайиш даври.

Кўк йўтал яширин даври 2-15 кун (ўртача 5-9 кун) бўлади.

Касаллик оддий йўтал билан бошланиб, аста-секин хуружсимон тусга киради ва беморни ҳолсизлантириб қўяди. Йўтал хуружи 2-3 мартадан 20 мартагача такрорланиши мумкин.

Йўтал хуружи вақтида беморнинг юзи қизариб, баъзан кўкаради, лаблари кўкариб, баъзан шишади. Бўйин вена томирлари бўртиб, кўзларига қон куйилгандек (оқсил пардасига қон куйилади), тиллари чиқиб туради. Қўл-оёқ бармоқларининг кўкариб музлаш ҳолатлари кузатилади. Йўтал хуружидан олдин болада кўрқиш, безовталаниш аломатлари кузатилади.

Кўк йўталда ҳамма вақт нафас аъзолари яллиғланиши ва ўпкада хириллашлар эшитилади.

Ташхис. Эпидемиологик вазият ва лаборатория (бактериологик) текширишлар натижасида қўйилади.

Давоси. Бемор касалхонага ётқизиilib даво муолажалари олиб борилади.

Профилактикаси. Беморларни алоҳидалаш. АКДС билан эмлаш ишларини фаол олиб бориш.

ЭПИДЕМИК ПАРОТИТ (ТЕПКИ)

Тепки-ўткир юқумли касаллик бўлиб, сўлак безлари, кулоқ олди беши ҳамда асаб тизими зарарланиши билан кечади. Тепки асосан мактабгача ва мактаб ёшидаги болаларда кузатилади. Касаллик кўпинча қиш ойларида учрайди.

Этиологияси. Касаллик қўзғатувчиси филтрланувчи вирус бўлиб, тақки муҳитга ва ультрабинафша нурларига ўта сезувчан, дезинфекцияловчи моддалар таъсирида тез ўлади.

Эпидемиологияси. Касаллик манбаи-бемор одам. Вирус ҳаво-томчи йўли билан, идиш-товоқ ва ўйинчоқлар орқали юқиши мумкин. Касалликдан кейин мустаҳкам иммунитет қолади.

Клиник манзараси. Касалликнинг яширин даври 11-23 кун. Касаллик кўпинча ўткир бошланиб, тана ҳарорати 39С гача кўтарилади. Қудоқ олди беши бир томонлама ва икки томонлама катталашади. Шиш жойидаги терининг ранги ўзгармайди. Шиш қўлга юмшоқ тегади, босиб кўрилганда оғрийди.

Касалликнинг куйидаги турлари мавжуд:

1. Енгил тури 6-7 кун.
2. Ёртача оғир тури 9-10 кун.
3. Оғир тури 2-3 ҳафта.

Профилактикаси. Беморлар 9-10 кун бошқалардан ажратиб қўйилади. Яқин юрганлар **21 кун** кузатувда бўлади. Республикамизда эпидемик паротитга қарши эмлаш ишлари олиб борилади (15-18 ойлик болаларга).

Эмлашда тирик, лекин кучсизлантирилган вакцина 0,5 мл миқдорда тери остига юборилади.

ПОЛИОМИЕЛИТ (ШОЛ)

Полиомиелит марказий нерв тизими асосан орқа мия, баъзан бош мия зарарланиши билан кечадиган ўткир юқумли касалликдир. Касалликни дастлаб **Гейн 1840 йилда** ва **Медин 1887 йилда** аниқлашгани учун, шу олимлар шарафига **Гейн-Медин касаллиги** деб юритилади.

Этиологияси. Полиомиелит қўзғатувчиси ташқи муҳитга чидамли. Хона ҳароратида уч ойдан кейин ўз кучини йўқотади, қиздирилганда 56С да 50 дақиқада ўлади. Дезинфекцияловчи моддалар ва ультрабинафша нурлари таъсирида тез ўлади. Вируснинг 3 та серотиплари фарқ қилинади.

Эпидемиологияси. Касаллик манбалари беморлар, реконвалесцентлар ва соғлом вирус ташувчи одамлардир. Вирус беморнинг нафас йўллари ва чиқиндилар орқали ташқарига ажралиб чиқади. Касалликнинг одамларга юқиши асосан меъда-ичак тизими орқали амалга ошади. Вирус ифлос қўллар, ўйинчоқлар, рўзғор буюмлари, сут ва сут маҳсулотлари орқали юқиши мумкин.

Полиомиелит билан асосан 4 ёшгача бўлган болалар касалланади. Касалликдан кейин организмда турғун иммунитет қолади.

Касалликка қарши **1958 йилдан** буён эмлаш ишлари олиб борилиши натижасида касаллар сони анча камайган.

Клиник манзараси. Касалликнинг яширин даври 3-35 кун (ўртача 9-12 кун).

Касалликнинг қуйидаги турлари тафовут қилнади:

1. Иннаппарант, яъни клиник қўринишсиз кечадиган тури.
2. Висцерал асаб тизими зарарланган ҳолда ички аъзолар фаолиятининг ўзгариши билан кечадиган тури.
3. Асаб тизимининг зарарланиш билан кечадиган тури.

Бундан ташқари касалликнинг қуйидаги клиник турлари фарқланади.

1. Абортив тури. Катарал ҳодисалар ва меъда-ичак бузилишлари билан энгил ўтади.

2. Анафилактик тури. Сероз менингит симптомлари-бош оғриши, қайт қилиш, лоҳаслик билан кечади.

3. Паралитик тури. Бу тур қуйидаги даврларга ажратилади:

1. Инкубацион давр-6-17 кунгача.
2. Продромал давр. Бу даврда касаллик умумий аҳволининг ёмонлашуви, иситма кўтарилиши, катарал ҳодисалар, меъда-ичак бузилиши, вегетатив нерв тизимининг бузилиши билан кечади.

3. Ўткир иситма ёки препаралитик давр. Бу даврда тана ҳарорати 38-39°C гача кўтарилади, бош оғриши, қайт қилиш, инжиқлик, уйқучанлик ёки уйқусизлик, менинге ал синдромлар ривожланади. Нерв толалари ўтган жойда оғриқ, тери рефлекслари пасайиб йўқолиб кетиши аниқланади.

4. Паралитик давр. Юқори ҳарорат мускуллар, нервлар фалажланиши кузатилади.

5. Тикланиш даври. 1-3 йил давом этади. Оғриқлар йўқолади, фалажланган мускул ва нервлар аста-секин аслига келади. Пай рефлекслари пайдо бўлади.

Полиомиелитнинг куйидаги клиник шакллари мавжуд:

1. **Спинал шакли** (қўл-оёқлар, гавда, бўйин, диафрагманинг периферик фалажлари билан кечади).

2. **Бульбар шакл** (ютиш, нутқ, нафас олиш издан чиқади).

3. **Понтин шакл** (юз нерви ва мимика мускуллари зарарланади).

4. **Энцефалитик шакл** (менингеал ҳодисалар ва бош миядаги ўчоқли симптомлар билан ҳарактерланади).

Касалликнинг куйидаги кўринишлари мавжуд:

1. Билинмайдиган.

2. Енгил.

3. Ўртача оғир.

4. Оғир.

Давоси. Бемор тезда касалхонага ётқизилади. Касалликнинг специфик давоси йўқ. Антибиотиклар, оғриқ қолдирувчи дорилар, физиотерапевтик муолажалар буюрилади.

Профилактикаси. Беморларни ва касалликка гумон қилинганларни бошқалардан ажратиб, алоҳидалаш. Бемор касалхонага ётқизилгандан кейин у яшаган жойда яқунловчи дезинфекция ўтказиш, мулоқотда бўлганларни 20 кун мобайнида кузатиш. Полиомиелитнинг олдини олишнинг энг ишончли усули эмлаш (1959 йил, Сибирин усули бўйича).

ЎТА ХАВФЛИ ИНФЕКЦИЯЛАР

ЎЛАТ

Ўлат одамзотга қадимдан маълум бўлиб, қирғин келтирадиган ўта хавфли юқумли касалликлар гуруҳига киради. 1820 йилдан буён 3 марта пандемияси бўлиб ўтган. Ўлатнинг табиий ўчоқлари қизилқум, Орол, Урал, Байкал ва Каспий денгизи яқинидаги чўлларда мавжуд. Шу табиий ўчоқларда яшовчи кемирувчи ҳайвонлар ўлатнинг манбаи ҳисобланади.

Этиологияси. Ўлат микроби ташқи муҳитга чидамли. Дезинфекцияловчи эритмалар (хлорамин, карбол кислотаси, лизол, сулема, оҳак, спирт) таъсирида тезда ҳалок бўлади.

Эпидемиологияси. Ўлат табиий ўчоқли инфекциялар гуруҳига киради.

Касаллик кўзгатувчилари кемирувчилардан одамларга бурга чакқанда юқади.

- А. 1. Тери шакли.
2. Бубонли шакли.
3. Тери бубонли шакли.
4. Бирламчи септик шакли.
5. Иккиламчи септик шакли.

- В. 1. Бирламчи ўпка шакли.
2. Иккиламчи ўпка шакли.
3. Ичак шакли.

Ўлатнинг энг кўп учрайдиган тери бубонли ва бубонли шакллариدير.

Ўлат тўсатдан бошланади. Тана ҳарорати қисқа вақтда 39-40С даражага кўтарилиб кетади. Беморда кучли интоксикация бошланади, дармон қурийди, бош айланиб, қаттиқ оғрийди. Иштаҳасизлик, ташналик, қон аралаш қайт қилиш, ич кетиш, умуртқа поғонаси ва мускуллар оғриши кузатилади. Беморнинг юзи қизарган, кўзлари қип-қизил, баданда петехиялар(қон қуйилиши) кўзга ташланади. Беморнинг тилига худди оҳак сепиб қўйганга ўхшайди. Қоринда оғриқ, талоқ катталашган, алаҳсираш, юрганда гандираклаш ҳолатлари кузатилади.

Давоси. Ўлат билан касалланган ёки унга шубҳа қилинган ҳар бир бемор алоҳида шифохонага ётқизилади. Бу бинода бошқа касалликлар билан оғриган беморлар бўлиши мумкин эмас.

Ўлатга қарши стрептомицин препаратлари яхши натижа беради (3-4 млн ТБ да мускул орасига).

Ўлатга қарши, морфоциклин, ампициллин, ампиокс каби препаратлари қўлланилади. Даволаш курси 7-10 кун. Ўлатга ҳар хил касалликлар қўшилганда кефзол, цепорин, оксациллин, метациллин каби дорилар берилади.

Даволаш тугагач, бемор уч марта текширилади ва ўлат микроблари топилмаса, уйига жавоб берилади. Даволовчи шифокор касалхонадан чиқмасдан, ўлатга қарши махсус кийим кийиб беморни даволайди.

Бемор ётган хона ва унинг барча чиқиндилари дезинфекцияловчи эритмалар ёрдамида зарарсизлантирилиши керак.

Профилактикаси. Ўлат профилактикаси мамлакатимизда яхши йўлга қўйилган. Нукус, Бухоро, Учқудуқ, Сурхондарё, Тошкент ва бошқа бир қанча вилоятларда ўлатга қарши кураш станциялари ва бўлимлар мавжуд.

Махсус профилактикаси. Ўлатга қарши эмлаш ва аҳолига тушунтириш ишларини олиб бориш.

Бемор билан мулоқотда бўлганлар 7 кун мобайнида касалхонада тиббий кузатувда бўлишади. Бемор яшаган жойда 6 кун мобайнида карантин эълон қилинади ва дезинфекция, дезинсекция, дератизация ишлари олиб борилади. Ўчоқда ишлайдиган ходимлар шахсий профилактикага риоя қилиб, махсус кийим-бош кийиб ишлашлари керак.

ВАБО (ХОЛЕРА)

Вабо ўта хавфли касалликлардан бири ҳисобланиб, қадим замонлардан буён одамзотга маълум. **1817 йилгача Ҳиндистон ва Бангладеш** вабонинг эпидемик ўчоғи ҳисобланган.

Ҳозирга кунгача бу касаллик дунёнинг 100 дан ортиқ мамлакатларига кириб борган. Ўзбекистонга ҳам сайёҳ-тижоратчилар орқали **Ҳиндистон ва Покистондан** кириб келиш ҳоллари учраб туради.

Этиологияси. Касаллик кўзгатувчиси вабо вибриони бўлиб, уни биринчи марта **Р.Кох** кашф этган. Вабо вибриони экзо ва эндотоксин ишлаб чиқаради. Вибрион нам шароитда ва сувда узоқ сақланади. Бемор ахлатида 6-7 ойгача сақланади. Куёш нурида, қайнатилганда, дезинфекцияловчи воситаларда тез ўлади.

Эпидемиологияси. Вабо антропоноз касаллик бўлиб, касаллик манбаи вибрион ташувчилардир. Бемор бир кеча-кундузда 10-20 литргача суюқ ахлат чиқаради (1мл ахлатда 10 миллиондан миллиардгача вабо вибриони бор). Касаллик контакт орқали юқади. Вабо асосан ёз ва куз ойларида тез тарқалиб, катта-кичик баравар касалланади. Касалликдан кейин турғун табиий иммунитет ҳосил бўлади.

Клиникаси. Инкубацион даври бир неча соатдан 5 кунгача. Касалликнинг **типик ва атипик** вариантлари фарқланади.

Типик. Дегидратацияга (суюқлик йўқотиш) қараб енгил, ўртача, оғир ва ўта оғир шаклларга ажратилади.

Атипик. Вабонинг қуйидаги шакллари бор:

1. Қуруқ вабо.
2. Яшин тезлигида ўтадиган вабо.
3. Билинар-билинемас ўтадиган вабо.
4. Гастритик вабо.

Касаллик тўсатдан бошланади, 2-4 мартадан 15-20 мартагача ич кетади. Ахлат суюқ, ёвғон хўрдага ёки нўхат шўрвага ўхшаш бўлади. Бемор қусуғи сарғиш лойқа ҳолатда бўлиб, одам тезда ҳолдан тояди. Қўл-оёқ мускуллари титраб, тортишиб оғрийди. Тана ҳарорати 35С даражагача пасаяди. Бемор пичирлаб гапиради. Қўл бармоқлари кир ювган одамнинг бармоқларига ўхшаш ажин билан қопланади. Цианоз кўзга ташланади. Бурун учи, қулоқ, лаб, кўз қовоғи бинафша ёки қорамтир ранга бўлади. Кўз атрофи қорамтир ранга бўлиб, худди қора кўзойнак таққанга ўхшаб кўринади. Бемор териси муздек бўлиб, эластиклиги йўқолади. Юрак тонларини эшитиб бўлмайди. Қон босимини аниқлаб бўлмайди. Нафас юзаки, тез, қорни ичига тортилган, мускуллари оғрийди. Пешоб кам чиқади. Шошилинч чора кўрилмаса, асфикция ва кома бошланиб, бемор ўлиб қолади.

Давоси. Даволаш организмда юз берган дегидратация ҳисобига шошилинч равишда реанимация бўлимига олиб борилади. Қуйидаги тадбирларни амалга ошириш лозим:

1. Йўқотилган суюқлик, туз ва оқсиллар ўрнини тўлдириш (регидратация)

2. Антибиотиклар бериш.
3. Қон ва плазма қуйиш.
4. 15-20 минут мобайнида илиқ ванналар қилиш.
5. Парҳез таомлар бериш.

Бемор соғайгач, 8-10 кун давомида унинг ахлати 3 марта, ўт суюқлиги бир марта текширилиб, вибрион йўқлиги аниқлангач уйига жавоб берилади. Бемор диспансер назоратида туради ва бир ой мобайнида ҳар 10 кунда бир марта (ўт суюқлиги эса бир марта) бактериологик жиҳатдан текширилади.

Профилактикаси. Вабо ўта хавfli касалликлар гуруҳига кирганлиги сабабли, халқаро конвенцияга асосан, уни жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти назорат қилиб туради ва ҳар бир давлат ўз ҳудудида вабонинг четдан кириб келишига қарши халқаро аэропортларда, темир йўл, дарё, автобус йўлларидаги чегара бекатларида санитария назорат пунктларини ташкил этади. Вабо учрайдиган ҳорижий мамлакатдан келадиган кишилар шу касалликка қарши эмланиб, 5 кун давомида врач назоратида бўлиб бактериологик текширувдан ўтишади.

Аҳолини сув билан таъминлайдиган сув ҳавзалари, сут ва бошқа озиқ-овқат маҳсулотларини ишлаб чиқарадиган, сақлайдиган ва сотадиган корхоналар, ташкилотлар, умумий овқатланиш муассасаларида амалга ошириладиган санитария-гигиенага оид чора-тадбирлар устидан алоҳида назорат олиб борилади.

Касалликка шубҳа қилинган беморлар аниқланиб, дарҳол алоҳидаланиб касалхонага ётқизилади. Контактда бўлганлар 5 кун врач назоратида бўлиб, бир марта бактериологик назоратдан ўтказилади ва профилактик даволанади (4 кун 0.3 гр дан 3 маҳал тетрациклин).

Вабо чиққан хонадонда жорий ва яқунловчи дезинфекция ўтказилади. Аҳоли ўртасида тушунтириш ишлари олиб борилади, очиқ сув ҳавзалари, дарё, анҳор, ариқлардан фойдаланиш қатъиян ман этилади.

ТУЛЯРЕМИЯ

Туляремия тана ҳароратининг кўтарилиши, интоксикация, лимфаденит ва турли аъзоларнинг зарарланиши билан кечадиган зооноз касалликдир.

Касалликнинг кўзгатувчиси биринчи марта АКШнинг Калифорния штатидаги Туляре округида Маккон томонидан аниқланган.

Этиологияси. Кўзгатувчиси таёқча шаклидаги ҳаракатсиз бактериялар бўлиб, паст ҳароратда узоқ вақт сақланади. Қуёш нурлари ва дезинфекцияловчи моддалар таъсирида тез ўлади.

Эпидемиологияси. Касаллик манбаи кемирувчи ҳайвонлар ва қон сўра ҳашоратлар бўлиб, туляремия инфекцияси, каналар тухумлари орқали ўз авлодига ўтади.

Туляремия қуйидаги йўллар билан юқеди ва тарқалади:

1. Контакт (касал ҳайвонларга яқин юрганда).
2. Алиментар (ифлосланган сув ва масалликлардан).

3. Хаво-томчи (бактериялар бор чанг тўзонларнинг нафас йўлларига киришидан).

4. Трансмиссив (қонсўрар ҳашоратлар орқали).

Туляремия билан барча ёшдаги одамлар касалланади. Микроб одам организмга тери, кўз, хаво йўллари ва меъда-ичак йўллари орқали киради.

Клиник манзараси. Касалликнинг инкубацион даври 3-7 кун. Касаллик тўсатдан бошланади. Тана ҳарорати 38-39С даражага кўтарилиб, эт увишиб, қалтирайди. Бош, болдир, бел мускуллари оғрийди. Беморнинг боши айланиб, қайт қилади. Бурни қонайди.

Туляремиянинг куйидаги турлари фарқланади:

1. Бубонли тури (лимфа тугунларида шиш).

2. Яра бубонли тури (терида секин тузаладиган яра).

3. Кўз бубонли тури (кўз шох пардаларида яралар ва қулоқ олди, жағ ости ва бўйин лимфа тугунлари катталашади).

4. Ангина бубонли тури (бодомча безлари қизариб, шишиб оқ қараш билан қопланади).

5. Қорин (абдоминал) тури (қоринда оғриқ, қайт қилиш кузатилади).

6. Ўпка тури (йўтал, нафас етишмовчилиги кузатилади).

7. Тарқоқ тури (бирламчи сепсис шакли).

Давоси. Туляремияни даволашда стрептомицин, тетрациклин, левомецетин дорилари яхши натижа беради. Антибиотиклар билан бир қаторда вакцина билан даволаш ҳам қўлланилади.

Профилактикаси. Асосий чора-тадбирлар кёмирувчи ва қонсўрар ҳашоратларни қиришга қаратилган. Касаллик юқиш хавфи бор одамлар эмланади.

БАКТЕРИОЛОГИК ЎЧОҚ

Бактериологик ўчоқ деб ўта хавфли юқумли касалликлар келтириб чиқарувчи бактериялар билан зарарланган ҳудудларга айтилади. Бу ҳудудларда карантин эълон қилинади.

Карантин деб юқумли касалликлар тарқалиб кетишига йўл қўймаслик ва зарарланиш ўчоғини бартараф этишга қаратилган тегишли тартиб-қоидалар, маъмурий ва санитария чора-тадбирлар комплексига айтилади.

Карантин биринчи марта Х1У асрда Италияда жорий этилган. Карантин ўчоғидаги одамлар тиббий назоратдан ўтмасдан туриб зонадан чиқиб кетиши ва зарарсизлантирилмаган бирор-бир нарсани олиб чиқиши қатъиян ман этилади.

Карантин зонадан одамлар ва транспорт воситаларининг ўтиши таъқиқлаб қўйилади. Корхона ва муассасаларда эпидемияга қарши тегишли иш тартиби ўрнатилади.

Касалликнинг касалхона ичидан тарқалиб кетишининг олдини олиш мақсадида тиббиёт ходимларининг барчаси махсус кийимларда ишлашади. Масалан: Тоунга қарши бош-оёқ кийим: комбензон, копюшон, этик, бурун ва оғизга пахта дока боғич боғлаб алоҳида резина қўлқоп ва медицина халатлари.

Ўчоқда хавfli касаллик қўзғатувчилар топилмаса, карантин обсервация режими билан алмаштирилади.

Обсервация деб зарарланиш ўчоғи устидан тиббий кузатув олиб бориш ва унда даво профилактика ҳамда чекловчи чора-тадбирларни ўтказиш тадбирлар комплексига айтилади.

Карантин зонасида беморларни ўз вақтида ажратиб қўйиш, инфекциянинг ўчоқда тарқалиб кетишига қарши энг муҳим чораларидан биридир. Шу муносабат билан касалларни актив равишда аниқлаш ва касаллар билан мулоқотда бўлганларни аниқлаш учун ҳамма хонадонлар бирма-бир текшириб чиқилади.

Касалларни ўз вақтида аниқлаш, шошилиш профилактика препаратларини тарқатиб чиқиш ва касаллар билан мулоқотда бўлганлар устидан кузатув олиб бориш тиббиёт ходимларининг муҳим вазифасидир.

IV.-БОБ ЖАРРОҲЛИК ВА ТРАВМАТОЛОГИЯ

ЖАРРОҲЛИК ВА ТРАВМАТОЛОГИЯ ҲАҚИДА ТУШУНЧА

Хирургия (юнонча қўл ва ҳаракат)-операциясини талаб этадиган касалликларни ўрганиш ҳамда операция қилиш демакдир.

Амалий тиббиёт тараққий этгунга қадар, жароҳатланган кишилар табиблар томонидан даволанганлар. Масалан, Абу Али ибн Сино шундай қалтис жараёнга дуч келганлиги адабиётларда қайд этилади: сарой амалдорининг ўкли шикорга чиққанида оддан йиғилиб, сон суяги чиқиб, ҳали унчалик тиббий билимга ва тажрибага эга бўлмаган 15 ёшли ибн Сино ўзининг ақл-заковатига таяниб, чиққан сон суягини жойига туширади.

Тиббий фанлар тараққиёти, айниқса, жарроҳлик табобатининг ривожланиши жарроҳлик касалликларинигина эмас, балки таянч ҳаракат аъзолари ва тан жароҳатларини ҳам даволашда муҳим аҳамият касб этади.

Травматология шикастланиш ҳақидаги фан бўлиб, турли хил шикастланишлар, уларнинг олдини олиш ва даволаш йўлларини ўрганади. Кишилар ҳаёт кечириш жараёнида фавқулудда юз берадиган бахтсиз ҳодисалар, табиий офатлар ва эҳтиётсизликлар натижасида келиб чиқадиган турли хил тан жароҳатларига учраб турадилар.

Даволашнинг самарали усулларини ишлаб чиқиш ва тиббиёт практикасига тадбиқ этиш травматизмнинг олдини олиш, даволаш травматология муассасаларида амалга оширилади.

Табиий офат, спорт мусобақаси ва уришлар натижасида тан жароҳатининг кўпайиши, уларни ўрганувчи травматология фанининг ривожланишига туртки бўлди.

АСЕПТИКА ВА АНТИСЕПТИКА

Ўтган асрнинг ўрталарида энг энгил операциядан кейин ҳам яралар ўрни йиринглаб, операция қилинган беморларнинг 80%и ҳаётдан кўз юмган. Жарроҳлар инфекция тўғрисида ҳеч нарса билишмаган, уларни

узларининг ҳаракатлари, қилган ишлари билан кўпинча ярани зарарлантиришган ва натижада бу ҳолат ўлимга олиб келган.

Рус олими Н.И.Пироговнинг жароҳатлар ва госпиталь миазмини (миазм грекча ифлосланиш демакдир) ҳар томонлама ўрганиши хирургларга енгил йўл очиб беради. Инфекция фақатгина ҳаво орқали тарқалиб қолмасдан, балки теварак-атрофдаги нарсалар: кийимлар, тўшаклар, боғлов материаллари ва ҳоказолар орқали тарқалиши мумкинлиги маълум бўлди. Шу мақсадда Н.И.Пирогов дезинфекция мақсадида оҳақли хлор ва кумушнинг азотли эритмаси, спиртли йодни мувоффақиятли қўллади.

Австриялик акушер-гинеколог Зиммельвейс (1861) туғдириш олдидан қўлларини бир неча минут мобайнида ювиб, сўнг ўтқир хлор эритмасига ботиради. 1880 йилда парижлик аптекачи Лемер калорбон кислотаси ачиш жараёнини тўхтатишини исботлади ва яраларни даволаш учун унинг 5% ли эритмасидан фойдаланишни тавсия этди. 1860 йилда Луи Пастер томонидан ачиш ва чиришлар организмга касаллик кўзгатувчи микроблар тушиши туфайли рўй беришини исботлади ва яра инфекциясига қарши курашнинг янги усулини қўллади.

АСЕПТИКА

Асептика-физик омиллар, кимёвий препаратлар, биологик усулларни қўллаш бўйича ўтказилган ташкилий тадбирлар бўлиб, операция ярасига микроблар тушишининг олдини олиш, яъни микробсиз ишлаш демакдир.

Асептиканинг асосий қонуни, ярага тегадиган ҳар бир нарса бактериялардан холи бўлиши, яъни стерилланган бўлиши керак, деган фикрдир. Буни ҳаётга татбиқ этиш учун, ярага микроблар тушиши мумкин бўлган манбаларни яхши билиш керак. Бу манбалар икки хил бўлади: **экзоген ва эндоген**.

Экзоген инфекция-ярага бемор атрофидаги ташқи муҳитдан ҳаво (ҳаво инфекцияси), сўлак ва бошқа суюқликлар (томчи инфекцияси) тарқалишидан, ярада қолдирилган жисмлардан (ип, дренаж ва бошқалар) тушадиган инфекциялар ичак, нафас йўли ва бошқалардан ўтади.

Эндоген инфекция - ярага тўқридан-тўғри ёки лимфа, қон томирлар орқали тушади.

Тозалик ва интизом асептиканинг асосидир. Кийимлар (стерил халат, қўлқоплар) тартибга солиниб, оёққа бахилла кийиб, оғиз ва бурунга тўрт қаватли дока тутилади, сўнг операция хонасига кирилади. Операция хонасининг ҳавосини дезинфекция қилиш учун бактерияларга қарши ультрабинафша лампалари ишлатилади.

қонунга кўра, операция ва муолажа билан шуғулланувчи барча ходимлар диспансер назоратида турадилар, ҳар 6 ойда бир марта тиббиёт кўригидан ўтадилар.

ҚЎЛ-БАРМОҚ СОҲАСИНИ ЗАРАРСИЗЛАНТИРИШ

Қўлни зарарсизлантиришнинг қуйидаги турлари мавжуд:

Альфред усули. У тўрт босқичдан иборат:

1. Қўлни 2 та стерил чўтка билан иссиқ сувда совунлаб, 10 минут давомида ювиш.

2. Қўлни стерил салфетка билан куриштиш.

3. 5 минут давомида қўлни 96% ли спирт билан тозалаш.

4. Қўл бармоқлари учларига ва ораларига 10% ли йод эритмаси суртиш.

Пассокуоцкий - Кочерген усули. Бу усулга биноан, қўл 10 минут давомида иккита чўтка билан 5 минутдан совунлаб ювилади. Совуни кетгач, 05% ли нашатир спирти эритмаси солинган тосда қайта ювилади ва қўл стерил салфетка билан артилади ҳамда 70% ли этил спирти эритмаси билан тозаланади, тирноқ ва панжалар 3% ли йод билан артилади.

АНТИСЕПТИКА

Антисептика инфекция(микроб)нинг ярага тушишига ва унинг ривожланишига қарши ўтказиладиган комплекс кураш ва олдини олиш усулларини қўллашдир. Ҳозирги замонда антисептика асептика билан чамбарчас боғлиқ бўлиб, улар тизимга бирлашади.

Антисептика механик, физик, химик, биологик ва аралаш турлардан иборатдир.

Кимёвий антисептика антисептик, дезинфекцияловчи ва кимётерапевтик препаратлар гуруҳларига бўлинади. Улар бактериостатик (микроблар ўсишини тўхтатувчи) ва бактериоцид (микробни ўлдирувчи) таъсирларга эга бўлиши шарт. Шу мақсадда хлорамин эритмаси билан, йирингли ярани тозалашда 0,5-1% ли, металмас асбоблар учун 0,5 % ли, асбоблар ва хонани тозалаш учун 3%ли эритма ишлатилади. Йоднинг 5%ли спиртдаги эритмаси, люголь, спирт, водород пероксид 3%ли, калий перманганат эритмаси, ксероформ 3-10% (маз) суртма, порошоклар ва ҳоказолар ишлатилади.

Механик антисептика ярани антисептик эритмалар билан ювиш, ёт жисмларни олиб ташлаш, яшаш қобилиятини йўқотган тўқималарни кесиб ташлашдан иборат.

Физик антисептика яраларда микробларнинг ривожланишига йўл қўймайдиган физик усуллар бўлиб, очиқ ва ёпиқ дренажлар ҳамда сўрувчи вакуумлардан фойдаланишдир.

Биологик антисептика микробларни ўлдириш орқали инсон организмнинг иммунобиологик ҳолатини оширишни таъминлаш мақсадини кўзлайди. Биологик антисептик моддалар қаторига антибиотиклар, энзималар, зардоблар киради.

ДЕСМУРГИЯ

Десмургия (грекча десмес-боғлам, ергон-иш демақдир) - боғламлар қўйиш ҳақидаги таълимот.

Қадимги қўлғезмаларда яраларни даволашда боғловчи материал сифатида ёпишқоқ пластир, смола, бўз ва бошқалар ишлатилган.

Десмургия фанининг ривожланишида Н.И.Пироговнинг хизматлари

каттадир. Г.И.Турнер ва А.Н.Великорецкийлар десмургия ҳақида илмий ишларини эълон қилган.

Боғлам деганда яралар ва тери сатҳининг патологик ўзгаришларини ташқи муҳитдан сақлаб турувчи тадбирлар комплекси тушунилади. Боғламлар шикастланган органларнинг имобилизацияси учун ҳамда қон тўхтатиш мақсадида қўйилади. Боғламлар икки хил бўлиб, юмшоқ боғламлар ва қаттиқ боғламларга бўлинади.

Танага қўйилган боғлам икки қисмдан иборат бўлади: биринчиси ярани даволовчи ва иккинчиси боғламни тутиб турувчи қисмлар. Уларнинг биринчиси бинтли боғлам бўлса, иккинчиси тўрли бинт, трикотажли бинт, эластик бинт ва ҳоказолардир. Юмшоқ боғламлар қуйидагиларга бўлинади: елимли, лейкопластирли, косинкали, коллоидли ва бинтли боғламлар.

Қаттиқ боғламлар гипсли, крахмалли ва декстринли боғламларга бўлинади.

Юмшоқ бинтли боғламлар қўлланилишига қараб қуйидаги турларга бўлинади:

1. Оддий юмшоқ (ҳимоя қилувчи, даволовчи) боғлам.
2. Қон тўхтатувчи (сиқиб турувчи боғлам).
3. Имобилизация қилувчи (ҳаракатсизлантирувчи) боғлам.

Юмшоқ бинтли боғлам қўйишнинг қоидалари:

1. Беморга боғлам қўйилаётганда ҳамшира учун бемор қулай ҳолатда бўлиши керак (ўтириши ёки ётиши).

2. Бемор ҳаракат қилмаслиги керак.

3. Тананинг боғлам қўйилаётган қисми тинч туриши, мушаклар тортилмаслиги керак.

4. Боғлам қўйилган тана боғлангандан кейин ҳаракат қилишига ҳалақит қилмаслиги керак.

5. Боғлам қўйилаётган бемор ҳамширага юзма-юз туриши ва аҳволини тиббиёт ходими кузатиб туриши лозим.

6. Ҷраётган вақтда бинт очиқ бўлиши ва кейинги ўрам олдинги ўрамдан $1\frac{1}{3}$ ёки $2\frac{1}{3}$ қисмини ёпиб бориши керак.

ЮМШОҚ БОҒЛАМЛАРНИНГ ТУРЛАРИ

Елимли боғлам. У кичикроқ шикастларда ва операцион жароҳат соҳасида қўлланилади. Бунда жароҳатланган аъзодаги яра атрофи устара билан қирилади.

Лейкопластерли боғлам. Унинг ёрдамида жароҳатга қўйиладиган боғлам материалини бир неча ёпишқоқ пластир (лейкопластер) билан терининг соғлом жойига маҳкамланади.

Клеолли боғлам. Бунда жароҳат боғлам билан беркитилади. Боғлам атрофидаги терига клеол суртилади ва оз-моз қуритиб қўйилади. Боғламни ва клеол суртилган тери соҳаларини дока билан беркитилади, салфетка четларини терига маҳкам босилади.

Каллоидли боғлам. Бунинг олдинги боғламдан фарқи шундаки,

бунда докани терига клеол билан эмас, балки каллодий (спирт ва эфир аралашган нитроклетчатка эритмаси) билан ёпиштирилади. Бундай боғлам 7-8 кунгача тушиб кетмайди.

Косинкали боғлам. Бу боғлам учбурчак шаклидаги боғлов материали бўлиб, асосан бўз, оқ сурп ёки докадан тайёрланади, бундай боғламнинг энг узун томони косинканинг асоси, унинг рўпарасидаги бурчаги-тепаси, қолган иккита бурчаги учлари дейилади. Косинка кўпинча қўл ёки ўмров суяги шикастланганда елкани, бошни, сут безини, чаноқ суягини (плавка типиди) ва оёқ панжаларини боғлаш учун ишлатилиши мумкин.

Эластик тўрсимон говак бинтлар. Фабрикада №0 дан №6 гача бўлган 7 номерда ишлаб чиқарилади. Бу бинтларни тананинг ҳар қандай жойига кўйиш мумкин.

БИНТЛИ БОҒЛАМЛАР

Камбар бинтлар (эни 3-5-7см). Оёқ ва қўл бармоқларини боғлаш учун ишлатилади.

Эни ўртача бинтлар (10-12 см). Бош, панжа, билак, болдирни боғлаш учун ишлатилади.

Сербар бинтлар (эни 14-18 см). Кўкрак қафаси, сут безлари, сонни боғлаш учун ишлатилади.

Бинтлар медицина фабрикаларида тайёрланган бўлади ёки уларни қўлда докадан қирқиб тайёрласа ҳам бўлади. Боғламларни тўғри боғлаш учун куйидаги талабларга амал қилиш керак:

1. Қўйиладиган боғлам стерилланган бўлиши керак.
2. Бинтли боғлам гавданинг касал қисмини беркитиб туриши керак.
3. Боғлам гавдага зич ёпишиб туриши керак.
4. Боғлам лимфа ва қон айланишини бузмаслиги керак.
5. Қўйилган боғлам беморга ҳалақит бермаслиги керак.

Бинтли боғламларнинг куйидаги турлари бор:

1. Сопқонсимон.
2. Т-симон.
3. Циркульсимон.
4. Спиралсимон.
5. Ўрмаловчисимон.
6. Крестсимон ёки саккизсимон.
7. Бошоқсимон.
8. Тошбақасимон.
9. Нўхатсимон.
10. Иккала кўзни боғлаш (бинокуляр).
11. Неополитанча.

1. Сопқонсимон боғлам бинт парчасидан тайёрланган бўлиб, бинтнинг иккала учидан ўртасига йўналтирилган ҳолда узунасига кесилади ва ўртаси кесилмай қолдирилади. Уни бурунга, иякка, энсага, чаккага боғлаш мумкин.

2. Т-симон боғлам ўртасига бошқа бинт тикилган ёки унинг учи

гашлаб қўйиладиган бинт парчасидан иборат. Кўпинча чов соҳасига (оралиққа) ишлатилади. Горизонтал қисми белбоққа ўхшаб, тана теварагидан айлантирилиб, вертикал қисми эса белбоғдан чов соҳаси орқали ўтказилади ва тананинг орқа томонидаги белбоққа боғланади.

3. Циркул ёки айланма боғлам. Бинт шундай ўраладики, ҳар бир қатлам ўзидан олдинги қатламни тўла беркитиши керак.

4. Спиралсимон боғлам. Бинтнинг ҳар бир ўрами ўзидан олдинги ўрамнинг 2/3 қисмини ёки ярмини беркитадиган бўлиши керак. Тананинг катта қисми жароҳатланганда (куйганда) ишлатилади.

5. Ўрмаловчи боғлам. У спиралсимон боғламга ўхшаш бўлади, лекин бир-бирининг устидан тушмайди. Сальфеткани тутиб туриш учун боғланади.

6. Крестсимон ёки саккизсимон боғлам. Бунда бинтли ўрамалар бир-бири билан кесишади. Қўл ва оёқ, кафт панжалари ва елка шикастланганда ишлатилади.

7. Бошоқсимон боғлам. У саккизсимон боғламнинг бошқа тури бўлиб, бинт ўрами бошоқ шаклида бир чизиқ бўйича кесиштирилиб ўралади ва ҳоказо.

КАТТИК БОҒЛАМЛАР

1. Гипсли боғламлар. Бу боғламлар оёқ ва қўл, шунингдек, чанок ва елка суяклари чиққанда ёки синганда ишлатилади. Гипснинг 3% ли тузли сувдаги эритмаси катализатор вазифасини ўтайди, бошқа ҳолларда шошиб қолмаслик учун тузсиз қотишмадан фойдаланилади.

Гипсли боғлам икки хил қўйилади. Биринчиси-гипсли боғлам бўлиб, бунда синган суяклар силжиб кетмаслиги учун ишлатилади (фиксация). Иккинчиси-лангетли боғлам. Бунда синган суяклар бир-бири билан бирикиб, суяк яраси (мозол) пайдо бўлгандан кейин қон айланишини яхшилаш мақсадида тери тўқималарининг бир ёки икки тарафи очиб қўйилади.

2. Крахмалли боғлам. У усти йиринглаб турган яраларга ёпишиб қолмаслиги учун, декстринли боғлам ҳам шу мақсадда ишлатилади.

ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ

Оғриқсизлантириш тиббиёт амалиётида жуда муҳим ўрин тутади. Агар тарихга назар ташласак, илгарилари табиблар оғриқсизлантириш мақсадида Хитой, Миср, Греция мамлакатларида дурман, опий, спирт ва бошқа нарсалардан фойдаланганлар. Буларни ичириш, суртиш, клизма қилиш йўли билан ишлатганлар.

Унгача бўлган жарроҳлик муолажаларида ҳушдан кетказиш, яъни механик йўл (нерв толасини қисиб туриш, бош мияга қон боришини секинлаштириш, уйқу артериясини босиб туриш, муз қўйиш, қор қўйиш, қон чиқариб ҳушдан кеткизиш, спирт билан маст қилиб ташлаш) каби бир қатор усуллардан фойдаланганлар. Бу даҳшатли усуллар натижасида кўп ҳолларда беморлар муолажадан кейин қайта турмаганлар.

XVI асрда француз жарроҳи Амбруаз Паре операция пайтида қўл ва

оёқларни жгут билан боғлаб қон айланишини секинлаштиришга амал қилган. Ибн Сино эса муз қўйиш усулидан фойдаланган ва ҳоказо.

1844 йилда Мортон ва Джексон эфирни наркоз учун ишлатишни таклиф этди. Россияда 1846 йили Н.И Пирогов эфир наркози ёрдамида биринчи операцияни ўтказди. 1905 йилда Эйхрон томонидан маҳаллий оғриқсизлантириш мақсадида навокаиндан фойдаланиш тавсия этилди.

Новокаин операция учун қўлланила бошлагандан кейин бу соҳадаги чигаллик бир оз ўз ечимини топди. Оғриқсизлантириш асосан иккига бўлинади: маҳаллий оғриқсизлантириш ва умумий оғриқсизлантириш.

МАҲАЛЛИЙ ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ

Бу усулда оғриқсизлантиришнинг афзаллиги шундаки, тананинг айрим қисмларига таъсири камдир. Бемор эс-хушини йўқотмайди. Ушбу мақсадда новсакин, лидокаин, тримикаин, ультрамикаин ва бошқа дорилар қўлланилади. Бунда дори тери остига, нерв толасига, орқа мия қобигига юборилади. Бу асосан стоматология (тишни олиш, тишнинг нервини олиш, тишларни чархлаш мақсадида), амбулаторияда ўтказиладиган энгил операциялар (яраларни кесиш, жароҳатланган беморлар ярасини тикиш, чиққан суяқларни жойига солиш, ўғил болалар хатнаси), ҳомилани операция йўли билан олишда, клиникада ўтказиладиган энгил операциялар (аппендицит, грыжа), куйганда ва турли хил блокадаларда қўлланилади. Бу марказий нерв тизимини тормозлантирмайди.

Умумий оғриқсизлантириш: икки хил бўлади: ингаляцион наркоз ва ноингаляцион наркоз. Бунда бемор ҳеч нарсага сезмайди, хушини йўқотади, фақат юраги ишлаб туради, беморга фақат сунъий нафас бериб турилади.

Ингаляцион наркоз нафас йўли орқали наркоз аппарати ёрдамида берилади. Унга азот закиси, эфир, хлор-этил, фторотан, хлороформ ва бошқа дорилар ишлатилади. Улар очик, ярим очик, ярим ёпиқ ва ёпиқ усулларда организмга юборилади.

Нонгаляцион наркоз эса тўғри ичакка, мускулга, тери остига вена орқали юборилади (сомбревин, калипсол, кетоляр ва бошқалар).

Гексанал, яъни қисқа муддатли "рауш наркоз" мускул орасига ёки венага юборилади. Бундай вақтда бемор қисқа муддатга ухлайди, бунда сунъий нафас беришнинг ҳожати йўқ.

ҚОН КЕТИШИ

Қон кетиши деб қон тўқимасининг ўз йўлидан, яъни қон томир деворининг бузилиши (ёрилиши, кесилиши, йиртилиши) натижасида ташқарига ёки бирон бўшлиққа (кўкрак бўшлиғи, қорин бўшлиғи, бош суяги ичи, бўғимларга) оқиб чиқишига айтилади. Маълумки, одамда ўртача 5-5,5 литр қон бўлиб, қоннинг таркибий қисми шакли элементлар ҳамда қон плазмаси суюқ қисмидан иборатдир. Қоннинг ёпишқоқлиги сувга нисбатан 5 баравар ортиқдир. Қон кетиш ҳатто ўлимгача олиб келадиган оғир шикастланиш турига киради. Бу кесилган қон томирнинг катта-

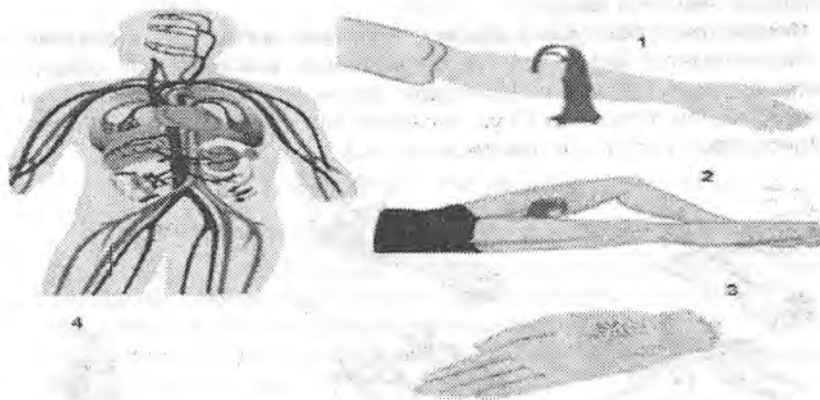
кичиклигига ва жароҳатнинг (шикастланишининг) турига боғлиқ бўлади.

Қон кетиши анатомик нуқтаи назардан артериал, веноз, капилляр, паренхиматоз бўлса, сабабига кўра механик (кесилганда, томир шикастланганда), нейротрофик (қон томир деворининг юпқалашиши ва ўтказувчанлиги ошиши, яъни озикланишнинг бузилиши натижасида, сепсис, скарлатина, цинга, касалликлари оқибатида) содир бўлади.

Клиник жиҳатдан ташқи, ички, яширин, қон кетиш турлари мавжуддир.

Қон кетиши вақтига қараб қуйидагиларга бўлинади: бирламчи (шикастланиш рўй бериши биланоқ). Эрта иккиламчи қон кетиши шикастланишдан кейинги дастлабки соатларда ва кунларда (жароҳат инфекцияси ривожланишигача). Кечиккан иккиламчи қон кетиш (ярага инфекция тушгандан кейин) ҳар қандай вақтда, яъни маълум кунлардан кейин тромбларнинг йиринглаши натижасида келиб чиқади.

Қон кетишининг клиник кўриниши қуйидагиларга боғлиқ. Шикастланиш турига, шикастланиш ўлчовига, қон томир турига, унинг диаметрига, қоннинг қаёққа оқишига (ташқарига, тана бўшлиғига ёки тўқимага қон қуйилишига).



Қон оқишининг турлари: 1-артериядан; 2-венадан; 3- капиллярлардан; 4-паренхиматоз органлардан.

Артериал қон кетишида юракдаги босим ҳисобига шикастланган томирдан қон фонтандай отилиб чиқади. Артериал томирлардаги қон кислородга тўйинган бўлганлиги сабабли қоннинг ранги алвон рангда бўлади. Бундай қон кетиш қисқа вақт ичида ўткир камқонликка олиб келади ва унинг натижасида қуйидаги ҳоллар кузатилади:

1. Артериал қон босимининг кескин пасайиб кетиши.
2. Бош айланиши.
3. Кўз олди қоронғилашиши.
4. Кўнгил айнаши.
5. Қусиш.

6. Хушдан кетиш.

Веноз қон кетишда эса қон ранги кўкимтир бўлади ҳамда пульсация йўли билан оқади. Бунинг сабаби шундаки, вена қон томирларида босим паст бўлади ва қон хужайралардаги чиқиндилар билан тўйинган бўлади. Веноз қон кетишида артериал қон кетишидаги асоратлар каби ҳоллар кузатилади, лекин бир оз энгилроқ кечади ёки секинроқ юзага келади.

Чунки артериал қон томирларига нисбатан веноз қон томирларида босим пастроқ бўлади.

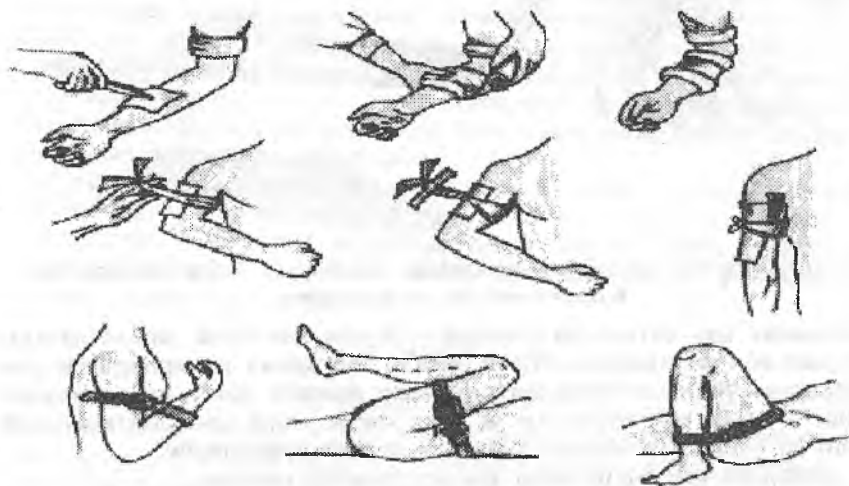
ҚОН КЕТИШИДА ВРАЧГАЧА БИРИНЧИ ЁРДАМ

Артериал қон кетишда қон кетаётган томир босиб турилади (24-расм) ёки босиб турувчи боғлам қўйилади, юқорироқдан жгут билан боғланади (23-расм).

Босимни пасайтириш учун қўл ёки оёқдаги шикастланган соҳани кўтариб қўйиш керак. Веноз қон кетишида ҳам босиб туриш, босиб турувчи боғлам қўйиш ва жгутдан фойдаланиш мумкин, аммо шикастланган қон томир қўл ёки оёқда бўлса, кўтариб қўйиш таққиданади, чунки веноз қон томирларида қон клапанлар ҳисобига юради.

Иккала қон кетиш турида ҳам жгут 1 соатдан ортиқ туриши мумкии эмас.

Паренхиматоз ёки капилляр қон кетишида шикастланган соҳага совуқ компрес ёки музли халтача қўйилади. Барча қон кетиш турларида умумий қон кетишини тўхтатиш учун, кимёвий препаратлар ҳам қўлланилади (аминокапрон кислотаси, дицинон ва ҳ.к.).



23-расм. Қон тўхтатиш усуллари.

Клиник кечишига қараб қон кетишининг турлари мавжуд: ташқи, ички ва яширин.

А). Ташқи қон кетишида қон ташқарига оқиб чиқади (оғиз бўшлиғига,

бурун бўшлигига, ёки танадан ташқарига).

Б). Ички қон кетиши тананинг ёпиқ бўшлиқларига оқиб чиқади (плевра бўшлиги, қорин бўшлиги ва ҳ.к.)

В). Яширин қон кетишининг аниқ белгилари бўлмайди ва беморни ҳам, атрофдагиларни ҳам айрим ҳолларда гафлатда қолдиради (ошқозон ва ичак ярасида). Чунки қон кетаётган томир кўзга кўринмайди. Аммо уларни аниқлайдиган махсус методлар мавжуд. Масалан, ошқозон ярасидан қон кетганда қусуқ моддаси қонли қизил рангда бўлса, ахлат ранги қорамтир тусда бўлади. Шунингдек, қон босими пасайиб бораверади.



24-расм. Қон оқишини бармоқ билан босиб туриш нуқталари.

ҚОННИНГ ТАРКИБИ

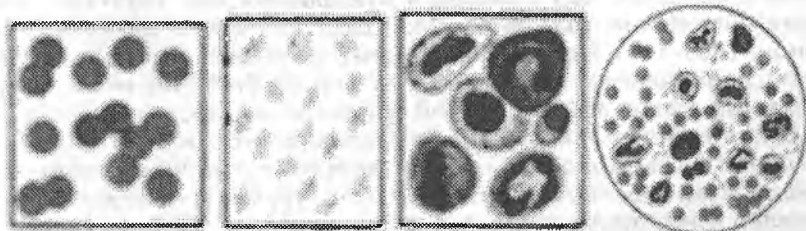
Қон плазмадаги шаклий элементлар аралашмасидан иборат бўлиб, ўзида ҳужайра ва тўқима алмашинуви маҳсулотларини тутади.

Қоннинг шаклли элементларига қуйидагилар киради:

1. Эритроцитлар, яъни қизил қон таначалари. Улар инсон танасида ўртача 100-120 кун яшайди.

2. Лейкоцитлар, яъни оқ қон таначалари. Улар 24 соат яшайди.

3. Тромбоцитлар - қон пластинкалари, 24 соат яшайди.



Қоннинг шаклли элементлари: 1-эритроцитлар; 2-тромбоцитлар; 3-лейкоцитлар; 4-қонни микроскоп тагида кўриниши.

Шаклли элементлар	Ядроси бор йўқлиги	1мм ³ қондаги сони	Функцияси
Эритроцитлар	Йўқ	4,5 - 5,0 млн.	Кислород ташиш
Лейкоцитлар	Бор	5,0 - 8,0 минг	Химоя қилиш
Тромбоцитлар	Йўқ	200-400 минг	Қонни ивитиш

Қон узлуксиз равишда одам организмининг қон яратувчи органлари бўлган суяк кўмигида ишлаб чиқарилиб туради. Қон ивиганда лахта ҳосил қилади ва ҳажми кичраяди, шу билан бирга оч сариқ рангдаги тиниқ суюқлик-қон зардоби ажралиб қолади. Тоза қонда сув 75-85 % ни, плазмада 90-92 % ни, тоза қонда оқсил 16-21% ни плазмада 7-9,2 % ни ташкил этади.

Қоннинг вазифалари. Қоннинг таркибида гемоглобин бўлиб, у нормада эркаклар ва аёллар 100 дан ошиқ бирликни ташкил этади. Агар шу бирлик камайиб кетса, камқонлик ҳолати содир бўлади.

Бемор кўп қон йўқотганда ёки бошқа сабаб билан қони камайиб кетганда, қон ёки қон ўрнини босувчи суюқликлар қуйишга тўғри келади.

Қон қуйиш муҳим муолажа бўлиб, билимни, эҳтиёткорлик ҳамда ҳушёрликни талаб этади.

Қон қуйиш деб донор қонини рецепиентнинг қон ўзанига юборишга айтилади. Қон қуйиш 2 хил усулда: бевосита, яъни тўғридан-тўғри беморга қуйилади (камдан-кам ҳолларда қўлланилади) ва билвосита - бемордан, яъни донордан қонни олиб, кейин беморга (рецепиент) қуйилади. Қон қуйиш биринчи марта 1492 йилда амалга оширилган. Аммо қон гуруҳлари тўғрисида маълумот бўлмагани ва қон қуйиш техникасидаги қатор камчиликлар туфайли бемор ҳалок бўлган. 1666 йилда инглиз олими Лоуер ҳайвонларга қон қуйиб кўришни ишлаб чиққан. 1667 йилда Делил ва Эмирец номли врачлар кўзичокнинг қонини оғир беморга қуйиб, муваффақиятга эришганлар. Аммо бундан кейинги тажрибалар қатор муваффақиятсизликларга олиб келган.

1820 йилда англиялик Бландель инсондан инсонга қон қуйиб, яхши натижага эришган. Қон қуйишдаги муваффақиятлар 1901-1907 йилда амалга оширилган. 1926 йилда Москвада қон қуйиш маркази ташкил этилган. 1901-1907 йилда Ландештейнер ва Янский инсонда I,II,III гуруҳ қонлар мавжудлигини аниқлашган ва бир оз ўтиб, Янскийга IV гуруҳ ҳам маълум бўлди. 1921 йилда қон гуруҳлари халқаро классификацияга эга бўлади. Чунки юқоридаги камчиликлар асосида агглютинация реакцияси (қон зардоби билан эритроцитнинг ёпишиб, елимланиб қолиши) ётар эди. Қон қуйиш учун қон гуруҳларини аниқлаш шарт. Инсонлар қон гуруҳига қараб 4 га бўлинади.

Қонни гуруҳларга бўлиш асосини одам эритроцитларида А ва В аглютиногенлар, қон зардобиди эса альфа ва бетта аглутининлар борлиги ташкил этади. Аглютиногенлар ва аглутининлар бор ёки йўқлигига қараб қоннинг қайси гуруҳга мансублиги аниқланади.

Одамда агглютиногенлар ва агглютининлар бирикмасининг 4 гуруҳи учрайди. Бу қонуннинг ҳам 4 гуруҳи мавжудлигини билдиради.

1-гуруҳ-О (I) яъни эритроцитларда агглютиногенлар йўқ, зардобда эса иккала агглютиноген альфа ва бетта бор.

2-гуруҳ-А (II) эритроцитларда агглютиноген А, зардобда эса агглютинин бор.

3-гуруҳ-В (III) эритроцитларда агглютиноген В, зардобда эса агглютинин альфа бор.

4-гуруҳ-АВ (IV) эритроцитларида агглютиноген А,В бор, зардобда эса агглютинин йўқ.

Агглютиноген А агглютинин альфа билан, ёки агглютиноген В агглютинин бетага дуч келганда пробиркага агглютинация (ёпишиш) реакцияси пайдо бўлади. Тирик организмда эса қуйиладиган қон (донор қони) эритроцитларининг гемолизи рўй беради. Гуруҳи тўғри келмайдиган қонни қуйиш оғир асоратларга олиб келади. Шунга кўра қон қуйиш бошланишидан олдин беморнинг қон гуруҳини ва қуйиладиган қон гуруҳини аниқлаб олиш шарт.

Қон гуруҳини аниқлашнинг икки хил методи мавжуд бўлиб, биринчиси стандарт зардоблар ёрдамида бўладиган тўғри реакциядир. Иккинчиси стандарт эритроцитлар ёрдамида бўладиган тескари реакциядир.

ҚОН ГУРУҲИНИ СТАНДАРТ ЗАРДОБЛАР БЎЙИЧА АНИҚЛАШ

Бу усул бўйича қон гуруҳини аниқлаш учун аниқланадиган қоннинг гуруҳлари аввалдан маълум зардоб билан аралаштирилади ва агглютинация реакцияси бор-йўқлигига қараб хулоса чиқарилади. Аниқлаш учун олдиндан тайёрланган 3 гуруҳ қон О (I), А (II), В (III) «стандарт зардоб»нинг ҳар бир гуруҳ учун 2 та ҳар хил сериялари қўлланилади. Буюм ойнаси ёки чинни тарелкага ҳар бир сериядан 2 томчидан стандарт зардоб томизилади. Зардоблар турли пипеткада олинади. Текшириладиган бемор бармоғидан 6 томчи қон олинади ва уларни стандарт зардоблари бўлган тарелкага ёнма ён туширилади. Қон ва зардобларни алоҳида шиша таёқча билан аралаштирилади, 5 минут ўтгач зардобларга 1 томчидан физиологик эритма қўшилади (сохта агглютинация рўй бермаслиги учун).

Бунда қуйидаги ҳолатлар содир бўлади.

а) уччала жуфт томчиларида агглютинация рўй бермаса (тиниқ бўлса), бу ҳолатда қон О (I) биринчи гуруҳни ташкил этади;

в) О (I) ва В (III)да агглютинация рўй берсаю, А (II)да эса реакция рўй бермаса (тиниқ бўлса), бу ҳолда қон А (II) иккинчи гуруҳга хос бўлади;

г) О (I) ва А (II) да агглютинацияси рўй бериб, В (III)да реакция бўлмай тиниқ бўлса бу ҳолда қон В (III) учинчи гуруҳга мансуб бўлади;

д) уччала зардоб билан ҳам агглютинация реакцияси рўй берса (тиниқ ҳолат бўлмаса), бунда қон АВ (IV) тўртинчи гуруҳга хос бўлади.

Қон гуруҳларини стандарт эритроцитлар бўйича аниқлаш учун чинни тарелкага рецепиент қонидан тайёрланган 3 томчи зардоб туширилади, зардобларга О (I), А (II), В (III) стандарт эритроцитларнинг

томчилари қўшилади. 5 минутдан кейин I томчидан физиологик эритма қўшилади.

Текшириш натижалари куйидагича бўлади:

а) 0 (II) стандарт эритроцитларда агглютинация реакцияси рўй бермаса А (II) ва В (III) реакция берса, биринчи гуруҳ қон бўлади:

б) А (II) реакция рўй бермаса, 0 (1) ва В (III) реакция рўй берса, иккинчи гуруҳ бўлади;

в) 0 (1) ва А (II) реакция рўй берсаю, В (III) билан реакция рўй бермаса, учинчи гуруҳ бўлади;

г) Ҳамма стандарт эритроцитлар билан агглютинация реакцияси рўй бермаса, тўртинчи гуруҳ бўлади.

РЕЗУС ФАКТОР

Резус фактор (Rh-фактор) 1940 йилда одам эритроцитларида биринчи марта маккаки резус маймунлари қони билан иммунланган қуён зардоби ёрдамида топилган. Резус номи шундан келиб чиққан.

Резус фактор қон гуруҳларида алоқасиздир, у одамларнинг 85% ида учрайди. Булар (Rh+) дейилади. Одамларнинг қолган 15 %ининг қонида бу фактор бўлмайдики, уларни (Rh -) дейилади. Агар Rh- аёл, Rh-эркак билан турмуш қилса, туғилган фарзанднинг қони ё Rh-бўлади ёки Rh+бўлади.

Агар фарзанд қони Rh-бўлса, бола соғлом ўсади, Rh-бўлса, ё ҳалок бўлади, ёки ўсиши-ривожланиши қийин бўлади, дардга тез чалинувчан бўлади. Резус фактор масаласи ҳали тўлиқ ўрганилиб чиқилмаган.

ҚОН ҚУЙИШГА ОИД КЎРСАТМАЛАР

Қон қуйидаги ҳолатларда қуйилади: Ўткир камқонликда, кўп қон йўқотилганда (катталарда 1,5-2 литргача, болаларда 300-400 мл), шок, ҳолдан кеткизадиган сурункали касалликларда (интоксикация, қон касалликлари), ўткир захарланишлар (захар, газ), қон ивиш тизимининг бузилишларида.

Қон бериши мумкин қабул қилиши мумкин бўлган гуруҳлар. Бўлган гуруҳлар.

Гуруҳ	I	II	III	IV	Гуруҳ	I	II	III	IV
I	+	+	+	+	I	+	-	-	-
II	-	+	+	+	II	+	+	-	-
III	-	-	+	+	III	+	+	+	-
IV	-	-	-	+	IV	+	+	+	+

Биринчи гуруҳ қонни ҳамма гуруҳдаги қонларга қуйиш мумкин, тўртинчи гуруҳ қонга эса барча қонни қуйиш мумкин. Шунинг учун биринчи гуруҳ қонни актив донор дейилса, тўртинчи гуруҳ қонни актив реципиентор дейилади.

ҚОН ҚҰЙИШГА МОНЕЛИКЛАР:

Буйрак ва жигарнинг оғир яллиғланиши касалликларида, юрак декомпенсацияси, миёга қон қуйилиши, ўпка силининг инфилтратли шакли ва бошқалар.

ТРАВМАТИК-ШИКАСТЛАНИШЛАР

Шикастланишлар деб шикастлайдиган ташқи омилларнинг одам организмга таъсири натижасида келиб чиқадиган органлар ва тўқималарнинг анатомик ҳамда функционал бузилишларига айтилади.

Шикастланиш таъсир механизмига қараб механик (зарб тегиши, эзилиш, чўзилиш), физикавий (иссиқ, совуқ, электр ва нурланиш), химиявий (кислоталар, ишқорлар, захарлар), психик (қўрқиш, ваҳима, стресс ҳодисаси) ва комбинациялашган бўлади. Бу эса организм функциясининг маҳаллий ёки умумий бузилишига олиб келади.

Шикастланиш турига қараб, шикастланишлар қуйидагиларга бўлинади:

- 1) ишлаб чиқаришга алоқадор бўлмаган: а) транспорт, б) йиқилиш, қоқилиш, в) маиший, г) спорт, д) бошқа сабабларга кўра;
- 2) ишлаб чиқаришга алоқадор бўлган: а) саноат, б) қишлоқ хўжалиги;
- 3) атайин қилинган (ҳарбий ва бошқа);

Механик таъсирнинг кучига қараб шикастланишлар бевосита ва билвоситага бўлинади. Тери ва шиллиқ пардаларнинг шикастланишига қараб шикастланишлар очиқ ва ёпиқ турларга бўлинади.

Киши организмга ташқаридан этилган таъсир натижасида тўқима ҳамда органларнинг анатомик ва функционал бузилиши шикастланиш дейилади. Организмга таъсир қилувчи агентлар қуйидагилардир: механик, электрик, термик, нур ва кимёвий таъсирлар.

Шунингдек, руҳий таъсир ҳам шикастланиш келтириб чиқаради.

Шикастланишларда маҳаллий ўзгариш кўпроқ ва шу билан биргаликда умумий ўзгаришлар ҳам содир бўлади.

Очиқ ва ёпиқ шикастланишлар бемор организмни турли ҳолатларга солиши мумкин.

ШИКАСТЛАНИШ ТАСНИФИ:

I. Ишлаб чиқаришга боғлиқ бўлмаган:

- 1) транспорт (темир йўл, автомобиль);
- 2) пиёда;
- 3) спорт;
- 4) табиий офатлар (сел келиши, ер қимирлаши ва ҳоказолар).

II. Ишлаб чиқаришга алоқадор бўлган:

- 1) саноатда;
- 2) қишлоқ хўжалигида.

III. Қасддан қилинган шикастланишлар.

- 1) Ҳарбий ҳолатларда;
- 2) Ўз жонига қасд қилишларда;

3) Қасддан ўч олиш ёки талончилик мақсадида.

IV) Шунингдек, оддий ва комбинацияланган шикастланишлар; очик ва ёпиқ шикастланишлар.

ЁПИҚ ШИКАСТЛАНИШЛАР

Ёпиқ шикастланишларнинг турлари: лат ейиш, чўзилиш, узилиш, чайқалаш, қисилиш, суяклар чиқиши, суякларнинг ёпиқ синиши, узоқ сиқилиш синдроми, қорин бўшлиғидаги ёпиқ шикастланишлар, кўкрак бўшлиғидаги ёпиқ шикастланишлар, чанок бўшлиғидаги ёпиқ шикастланишлар.

Лат ейиш деб аъзо ва тўқималарнинг бирор тумтоқ нарсага урилиши натижасида тери бутунлигининг бузилмай зарарланишига айтилади.

Белгилари. Оғриқ, шиш. Оғриқ ўша заҳоти рўй берса, шиш ва қон-талашлар 2-3 кундан кейин юзага чиқади. Албатта, маҳаллий тана ҳароратининг кўтарилиши ҳам табиий ҳол. Лат ейиш оғирроқ бўлса, организмда умумий ўзгаришлар, тана ҳароратининг ошиши ҳам бўлиши мумкин.

Давоси. Аввало, тинчлик, шикастланишдан сўнг дастлабки соатларда шиш кўпайиб кетмаслиги учун, муз ва совуқ компресс қўйиш керак. Шиш қамайгандан кейин, яъни 2-3 суткаларда физиотерапия ва иссиқ муолажалар, кейин массаж ва ҳаракат машқлари тавсия этилади. Агар қон тўпланиб қолган бўлса, пункция қилиб олиб ташланади.

Узилиш - бир қатор тўқималарнинг зарарланиши бўлиб, қарама-қарши куч тортилиши натижасида вужудга келади. Пай чўзилиши, мушкул қон томир узилишлари содир бўлади. Тўқималар кучидан ортиқ куч ишлатилса, узилиш юзага келади. Узилиш кутилмаган тасодифларда, яъни югуриш, йиқилиш, оғир юк кўтаришларда содир бўлади. Кўпинча болдир, панжа бўшлиғига қон қуйилиши (гемоартроз), бўғим шишиб кетиши кабилардар.

Давоси. Дастлабки даврда совуқ компресслар, муз, боғлам, қолаверса гипсли боғламлар қўйилади. Оғир ҳолларда жарроҳлик операцияси ўтказилади.

Чўзилиш. Чўзилиш сабаблари ва клиник белгилари лат ейиш ва узилишга жуда ўхшаб кетади.

Давоси. Тинчлик, боғлам қўйиш, иммобилизация, учинчи ҳафтага бориб ҳаракат машқлари ва даволаш физкультураси қўлланилади.

Чайқалиш. Асосан бош мия чайқалиши, чайқалишлар орасидаги энг оммабоп кўриниш бўлиб, муҳим функционал ва морфологик ўзгаришларга олиб келади. Шунингдек, қон томир, нерв, ички органларнинг қисилишлари ҳам мавжуддир.

Сабаблари. Қаттиқ шикастланганда (урилганда, йиқилганда), узоқ вақт вибрация берувчи аппарат (электроперфоратор, оғир автомобиль рулини бошқариш) билан ишлаганда юзага келади.

Белгилари. Бошда бўлса, қисқа вақтга хушдан кетиш, ўзига келгандан кейин бўлиб ўтган воқеани эслай олмаслик (ретроград амнезия), агар кўкракда бўлса, ўша соҳада қаттиқ оғриқ, электр аппарати ёки руль

таъсирида бўлса, қўлларининг қалтираши кузатилади.

Давоси. Тинчлик, таъсир этувчи омилни бартараф қилиш, симптоматик ва умумий ҳамда жароҳлик муолажасини ўтказиш каби даво усулларидан фойдаланилади.

Суяклар чиқиши. Чиқиш деб бўғим юзаларининг силжиб, узоқ вақт давомида нофизиологик бир-бирига нисбатан нотўғри туриб қолишга айтилади. Силжиш натижасида бўғим юзалари бир-бирига тегмай қолса: тўла чиқиш, қисман тегиб турса, тўла бўлмаган чиқиш дейилади. 50%дан ортиқроқ чиқиш елка бўғимида учрайди, кейин тирсак, сон, тизза чиқишлари ва энг кам учрайдиган панжалар чиқишидир. Чиқишлар ичида туғма чиқиш, яъни бола ҳаётининг она қорнидаги даврида юз беради. Орттирилган чиқиш травма натижасида рўй беради, шунингдек, патологик чиқиш касалликлар натижасида (туберкулёз, остеомиелит, ўсма) юзага келади.

Клиник белгилари. Бўғим соҳасида кучли оғриқ, айниқса, ҳаракат қилаётганда қисман ёки бутунлай ҳаракат қилолмаслик. Ҳаракат қилишга уриниб кўрилганда оғриқнинг ошиши, қўл ва оёқда бўлса, бўғимларнинг кичрайиб қолиши кузатилади (асимметрия).

Ташхиси. Рентгенография ёрдамида қўйилади.

Давоси. Чикқан суякни солиш бўлиб, у малакали ёрдамга муҳтождир, чунки уни ўзбошимча даволаш, билиб-билмай уриниб кўриш ярамайди, Агар бўғимдан суяклар силжиганига шубҳа туғилса, муолажани тезда бажариш керак, 3-5 кундан кейин жойига солиш қийин бўлади. Елка суягини Матт, Гиппократ, Кохер, Джаналидзе усулида солиш, сон суягини Джаналидзе усулида, жағни Гиппократ усулида солиш ва чикқан суякларни кечиккан бўлса, жароҳлик усулида солиш каби даволаш турлари мавжуд.

Суяклар синиши кўп учрайдиган шикастлар турига киради. Механик таъсир ва суяклар бутунлигининг бузилиши билан белгиланади. Синган суякнинг катта-кичиклигидан қатъи назар, атрофидаги юмшоқ тўқималарга ҳам жароҳат таъсир қилади. Суяклар синиши катта қон томирларини шикастлаб, қон кетишига, нерв толасини сиқиб қўйиб ёки узиб юбориб, оғир асоратлар ҳам келтириб чиқариши мумкин.

СУЯКЛАРНИНГ СИНИШ ТАСНИФИ:

- 1). Келиб чиқиш сабабларига кўра: а) туғма, б) орттирилган;
- 2). Пайдо бўлиш сабабига кўра: а) травматик, б) патологик.

Травматик синишда механик таъсир этилган жойдан синса бевосита, бал нарироқдан синса билвосита синиш дейилади.

Куч таъсир қилиш механизмига кўра: а) эгилган, б) тўғри, в) буралган (ротация), г) қисилган (компрессия), д) узилган ва ҳоказоларга бўлинади.

Патологик синиш сабаблари: остеомиелит, ўсма, қон касаллиги ва ҳоказо.

- 3). Очиқ синиш ва ёпиқ синиш.

Тери бутунлиги бузилган ва жароҳат ҳосил бўлса, очиқ синиш дейилади. Тери бутунлиги бузилмасдан синса, ёпиқ синиш дейилади.

- 4) Тўла синиш ва тўла бўлмаган синиш ёки суяклар ёрилиши.
- 5) Найсимон суяк синиш соҳасига қараб диафизар, метафизар ва эпифизар бўлади.
- 6) Йўналишига қараб, кўндаланг, узунасига, қийшиқ, винтсимон бўлади.
- 7) Оддий, асоратли, мураккаб ва комбинацияланган турларга бўлинади.

Шунингдек, синган суякларнинг силжиши ҳам муҳим аҳамиятга эга: силжиш узунасига, ён томонга, бурчак ҳосил қилиб ва синган қисмларнинг ўз ўқи атрофида айланиб кетиши каби ҳоллар учраб туради.

Суяклар синишида беморнинг ёши муҳим аҳамиятга эга, чунки суякларнинг кимёвий тузилиши назарда тутилса, ёш улғайган сари органик модда камайиб, анорганик модда ошиб боради, шунинг учун кексаларда синган суяклар битиши қийин ва узоқ давом этади.

Синиш клиникаси. Клиник белгилари маҳаллий ва умумий бўлади.

Умумий белгилари. Клиник шок, зарарланган тўқималарнинг емирилиши натижасида организмда захарланиш белгилари юзага келади.

Маҳаллий белгилари. Оғриқ, деформация, функциянинг бузилиши, ғайри табиий ҳаракат, қўл ёки оёқнинг қисқариши, (мушакларнинг спастик қисқариши натижасида), шиш, қон қуйилиши, крепитация (суяк кирсиллаши) ва ҳоказо.

Синган суякнинг битиш вақти (консолидацияси):

Бармоқ фалангалари 21 кун. Билак суяги 28-35 кун. Тирсак 60-75 кун. Елка 45-60 кун. Ўмров 21-28 кун. Болдир 60-90 кун. Сон 60-120 кун.

СУЯКЛАРНИНГ СИНИШИДА БИРИНЧИ ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Куйидагилардир:

- 1) синган жойга осойишталик бериш;
- 2) суякларни қимирлатмаслик (иммобилизация);
- 3) оғриқни қолдириш;
- 4) очиқ синиш бўлса, инфекциянинг олдини олиш ҳамда қон кетишини тўхтатиш.

Агар очиқ синиш бўлса, олдин қони тўхтатилади, яъни боғлам қўйилади. Очиқ синишда ҳам, ёпиқ синишда ҳам мутахассис ёрдами кўрсатилгунга қадар синган суяк иммобилизация мақсадида шиналар (Дитрех, Крамер) ёки бўлмаса шина ўрнини босувчи қаттиқ предметлар, ёғоч, шифер парчаси, таёқ ва пластинкасимон материаллардан фойдаланилади. Аммо шиша (ойна) синиғидан фойдаланиш мумкин эмас.

ОЧИҚ ШИКАСТЛАНИШЛАР

Тери ёки шиллиқ парданинг механик таъсир натижасида жароҳатланиши очиқ шикастланиш дейилади. Бундай таъсир натижасида анча ичкарида жойлашган тўқималар ҳам зарарланиши мумкин.

Шикастланиш оқибати (прогноз) куйидагиларга боғлиқ:

- 1) Қон йўқотиш миқдориغا;

- 2) травматик шикастланишнинг енгил-оғирлигига;
- 3) маҳаллий инфекция бор - йўқлигига;
- 4) ҳаётий аъзоларга шикаст етишига.

Очиқ шикастланишларнинг клиникаси маҳаллий ва умумий белгилардан иборатдир:

а) маҳаллий-оғриқ, тери бутунлигининг бузилиши, жароҳат, унинг очилиб туриши, қон кетиши.

б) умумий-ўткир анемия, шок, инфекция, оғриқ, зарарланган соҳанинг нерв билан қанчалик таъминланганлигига ва таъсир этган жисмнинг ўткир ёки ўтмаслигига, жароҳатнинг юза ва чуқурлигига, унинг йириклигига боғлиқ.

ЖАРОҲАТЛАР ТАСНИФИ

Шикастланишлар (жароҳатлар) келиб чиқиш хусусиятларига, тўқималарнинг зарарланиш характерига кўра қуйидагиларга бўлинади: кесилган, санчилган, чопилган, уриб олинган, эзилган, йиртилган, лат еган, тирналган, тишланган, ўқ теккан, тешиб ўтилган, аралаш.

Клиник белгиларига кўра жароҳатлар турли хил бўлиши мумкин.

Жароҳатлар янги ёки кечиккан бўлади. Янги жароҳат деб 24 соат ичида беморга биринчи жароҳатлик муолажаси ўтказилишига айтилади. Агар бемор жароҳат олгандан кейин 24 соат вақт ўтказиб, врачга учраса, у кечиккан жароҳат дейилади. Жароҳат бирламчи ва иккиламчи битиши мумкин. Агар жароҳат йиринглаб битса иккиламчи, йирингламаса бирламчи бўлади.

Биринчи ёрдам. Шикастланган беморга биринчи ёрдам кўпинча тиббиётга алоқаси бўлмаган кишилар томонидан кўрсатилади, чунки врач ёки ўрта тиббиёт ходими шикастланган бемор ёнида бирга бўлмаслиги табиий ҳолдир. Бунда қуйидаги қоидаларга амал қилиш керак:

- 1) жароҳатни ювилмаган қўл билан ушлаш бутунлай ман этилади;
- 2) боғлам қўйилгач, уни маҳкамлаш учун иложи бўлса эластик бинтлар қўйиш фойдалидир;

3) қонни тўхтатиш учун қўл ёки оёқни кўтариб қўйиш ва боғлам қўйиш.

Агар шунда ҳам қон тўхтамаса, жгут қўйилади. Жгут доим ҳам тўғри қўйилавермайди, у венада қон димланиб қолишига олиб келади. Жгут қўйилгандан сўнг албатта вақтини ёзиб қўйиш керак;

- 4) Қоқшолга қарши эмдори қилиш (ПСС, ПСА)ни эсдан чиқармаслиги керак;
- 5) бемор узоққа жўнатилаётган бўлса, оғриқ қолдирувчи дорилар қўлланилади.

ЖАРРОҲЛИК ИНФЕКЦИЯСИ (Жароҳат инфекцияси)

Касаллик кўзгатувчи аэроб (кислородли яшайдиган), анаэроб (кислородсиз яшай оладиган) инфекциянинг специфик ва носпецифик турлари келтириб чиқарадиган ҳамда жарроҳлик йўли билан даволашни талаб этадиган инфекциялар касалликдир.

Клиник кўриниши бўйича таснифи:

1. Ўткир хирургик инфекция:

1.1 Маҳаллий ўткир хирургик инфекция:

а) ўткир носпецифик йирингли инфекция;

б) ўткир чирик инфекция;

в) ўткир носпецифик анаэроб инфекция (газли гангрена);

г) ўткир специфик анаэроб инфекция (қоқшол, куйдирги жароҳат дифтерияси).

1.2. Умумий хирургик инфекция:

2. Сурункали хирургик инфекция:

а) сурункали носпецифик инфекция;

б) сурункали специфик инфекция (сил, захм, актиномикоз).

Чипқон. Соч халтачаси ва терининг ёғ безлари яллиғланишидир.

Уни тилларанг стафилококklar келтириб чиқаради. Шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмаслик ва қашиш, хуснбузарларни сиқиш чипқон пайдо бўлишига сабаб бўлади. У кийимнинг кўп ишқаланадиган жойларида: бўйин, елка бел ва думбада, шунингдек, юзда ҳам учрайди.

Клиник белгиси. Тери қичишади, кейин ўша жой оғрийди, соч халтачаси атрофида қизариш ва терида нўхатдек шиш пайдо бўлади. Белгилари 1-2 кеча-кундуз давомида ривожланади, кейин оғриқ зўрайиб, инфилтрат катталашиб боради, терининг ранги кўкиш-оч қизил тусга қиради. Яллиғланиш ўчоғи марказида йирингли пуфакча юзага келиб, ундан ўзак пайдо бўлади. Биринчи ҳафта охирида ичига йиринг тўпланган пуфакча ёрилади, йиринг билан ўзак ҳам чиқиб кетади. Кейин инфилтрация ва шиш пасаяди, оғриқ аста-секин йўқолади, тана ҳарорати 39-40° С га кўтарилади. Айниқса, юздаги ва устки лабдаги чипқон хавфлироқдир, чунки у бош суягининг веноз синусларига тарқалиб кетиши, мия пардаларини яллиғлантириши ҳамда ўлимга олиб бориши мумкин.

Давоси. Умумий ва маҳаллий. Даствлаб 70% ли спирт билан яра атрофини артиш, кварц, кейин диоксидин, йодопирон мазлари суртиш, гипертоник эритмали боғламлар боғлаш, антибиотиклар ва жарроҳлик усулини қўллаш. Асоратлари: прогрессив лимфаденит, йирингли артрит, сепсис.

Карбонкул. Ёнма-ён жойлашган бир неча соч халталарининг ва ёғ безларининг ўткир йирингли яллиғланиши.

Тери ва тери ости ёғ клетчаткасида некроз пайдо бўлиши карбонкул дейилади. Сабабчиси тилларанг стафилококк ва стрептококк инфекцияси бир-бирига аралашиб кетади. Шунингдек, умумий заифлик (иммун тизимининг пасайиши), витамин, қанд етишмовчилиги ва ҳоказолар кузатилади.

Карбонкул билан ёши ўтган кишилар кўпроқ касалланади. Карбонкул бўйиннинг орқа юзасида, энсада, белда, лабда пайдо бўлади.

Клиникаси юқори иситма ва қаттиқ оғриқ билан бошланади. Бир кечада инфилтрат бирдан пайдо бўлиб, тезда бир-бирига қўшилиб кетади. Фурункулга нисбатан оғirroқ кечади. Иситма 40° С ва ундан юқори бўлиши, эт увишиши, қайт қилиш, қаттиқ бош оғриғи ва уйқусизлик билан бирга кечади.

Хавfli томони шундаки, тромбофлебит, лимфангит, тромбоз, сепсис, йирингли менингит каби касалликларни кучайтириши мумкин.

Давоси. Бемор жарроҳлик бўлимига ётқизилади, новокаин ампициллин эритмали блокада, яра юзда бўлса, гаплашиш ман этилади. Мимика мускуллари тортишиб, аҳволни оғирлаштириши мумкин. Жарроҳлик усули билан ва антибиотиклар ёрдамида комплекс даволанади.

АБЦЕСС

Тўқималарда йирингли қобикқа эга бўлиб, шу қобикчада чекланган ҳолда йиринг тўпланиб туришига абсцесс дейилади.

Абсцесслар тери ости ёғ клетчаткасида, мушакларда, ички аъзолардан ўпка, жигар, буйрак ва мияда учрайди. Касаллик қўзғатувчиси-стрептококк, стафилококклар ва бошқа микроблардир.

Микроб қон ёки лимфа йўли билан тарқалиб, йирингли жараёни келтириб чиқаради.

Клиникаси. Касаллик бошланишида абсцесс соҳаси тўхтаб-тўхтаб оғрийди ва кейин шиш ҳамда қизариш пайдо бўлиб, тунги оғриқ юзага келади. Йиринг тўпланишига қараб флюктуация аниқланади (флюктуация-идишга суюқлик солиб чайкаганда сезиладиган товуш ва босим). Абсцесс чуқур бўлса, флюктуацияни аниқлаш қийин бўлади. Касалликнинг қандай кечиши абсцесснинг локализациясига ва микробларнинг вирулентлигига ҳамда токсигенлигига боғлиқ.

Давоси. Дастлаб абсцессни чегаралаш мақсадида иссиқ муолажалар қилинади. Флюктуация аниқ бўлса, ярани кесиш керак.

ФЛЕГМОНА

Тўқималарнинг тарқоқ ҳолда (равишда) ўткир йирингли яллиғланиши. Келиб чиқиш сабаблари чипқон ва абсцессга ўхшаш, шунингдек, чипқон ва карбонкулнинг асорати сифатида ҳам юзага келади.

Клиникаси. Абсцессдан фарқи шуки, унинг аниқ чегараси бўлмайди. Касаллик бирданига бошланади. Оғриқ эт увишиши, дармонсизлик, иситма 40°Сга чиқади. Яллиғланиш ўчоғида шиш пайдо бўлади, оғрикли инфильтрат юзага келади. Интоксикация авж олиб боради. Тери ости ёғ клетчаткасида некроз ўчоқлар пайдо бўлади. Шиш қинғир-қийшиқ бўлиб, тери юзасига бир оз дўппайиб чиқади. Флюктуация жуда характерлидир.

Давоси. Агар ташхис аниқ ва эрта қўйилса, дастлаб консерватив даво (иссиқ муолажа, антибиотиклар). 3-4 кундан кейин аниқланса, жарроҳлик операцияси ўтказилади ҳамда антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари билан ҳафталаб даволанади.

УМУМИЙ ЙИРИНГЛИ ИНФЕКЦИЯ (Сепсис)

Сепсис организмнинг оғир инфекцион касаллиги бўлиб, уни турли хил микроблар ва уларнинг токсинлари келтириб чиқаради.

Сепсис бирламчи ва иккиламчи бўлиши мумкин.

Бирламчи сепсис қонга маълум бир микробнинг тушиши билан характерланса, иккиламчи сепсис юқумли касалликлар микроби ёки чипқон, карбонкул ҳамда абсцесс, флегмонлар каби бир қатор

касалликлар натижасида юзага келиши мумкин. Шунингдек, шикастланишлар ва операция жароҳатида ҳам.

Сепсиснинг бир неча соатдан (яшин тезлигидаги) бир неча йил (сурункали)гача формалари бор. Жарроҳлик сепсиси 1000-1500 та бемордан бирида учрайди. Сепсиснинг кўзгатувчиси қонга тушиши мумкин бўлган барча микроблардир (стафилококк, стрептококк, пневмококклар, ичак таёқчалари ва бошқалар).

Умумий белгилари. Марказий нерв тизимининг бузилиши, бош оғриғи, кўзгалувчанлик, уйқусизлик, эс-хушнинг кирди-чикди бўлиб қолиши. Доимий иситманинг 39-40С гача кўтарилиб туриши, қалтираш, терлаш, тана массасининг камайиши, юрак қон томирлардаги ўзгаришлар, пульс тезлашиши (тахикардия), пульс тўлиқлигининг пасайиши, артериал босим пасайиши, қон таркибининг ўзгариши, паренхиматоз органлар етишмовчилиги (буйрак, жигар), шунингдек, терида ҳар хил тошмалар тошиши ёки сариклик, ич кетиш, кўнгил айланиши, қусиш. Булар ҳаммаси қонни захарлаган ёки бузган микроб токсинининг кучига боғлиқ.

Маҳаллий белгилари, Тери ёки юзнинг оқариши, юздаги шиш, ҳафсаласизлик (вялость), терилар тагидаги веналардаги тромбоз (вена томирининг кўкариб туриши, лимфангит, лимфаденитлар).

Ташхис. Қонни мукамал клиник лабораторияда текшириб ҳамда клиник белгиларига қараб кейин қуйилади.

Давоси: умумий, маҳаллий, бактерияга қарши.

Умумий даво:

- 1) интоксикация ва инфекцияга қарши антибиотиклар;
- 2) организмнинг иммун тизимини ошириш, оқсил, углевод ва витаминларга бой овқатланиш ҳамда қон қуйиш;
- 3) бутун органлар функциясини яхшилаш (умумий терапия);
- 4) симптоматик терапия.

Маҳаллий даво. Ўз вақтида жарроҳлик муолажаларини қўллаш, яраларни тозалаш, ювиш, дренажлар қўйиш, ярани дезинфекция қилиш ва физиотерапия. Инфекцияга қарши даво антибиотиклар ҳисобланади.

Қонни олиб, микробларнинг сезувчанлигини аниқлаб бўлгач, ўшанга хос антибиотиклар қўлланилади (ампициллин, метициллин, оксациллин ва ҳоказо).

АНАЭРОБ ИНФЕКЦИЯ

Анаэроб инфекция деб кислород бўлмаган жойда ҳам кўпая оладиган ва касаллик кўзгатадиган микроблар туркумига айтилади. Уларнинг характерли томони шуки, яллиғланиш жараёнининг йўқлиги ва катталаниши мумкин бўлган шиш, шикастланган тўқимада газ пайдо бўлиши, тўқималарнинг ўлиши натижасида захар пайдо бўлиб, организм жуда оғир аҳволга тушади. Уларга газли гангрена ва қоқшол касаллиги киреди.

ГАЗЛИ ГАНГРЕНА

Келиб чиқиш сабаблари.

1) Снаряд парчалари текканда жароҳатнинг ифлосланиши (тупроқдан, кийимдан) ва мушаклар эзилиши.

2) Маҳаллий ва умумий қон айланишининг бузилиши (жгут, томирлар боғланиши, анемия, шок).

3) Организмда иммун тизимининг пасайиши;

4) Жароҳат сатҳини транспортировка ва имобилизацияда шикастланиши.

Кўзгатувчи микроблар 4 хил бўлиб, спорали клостридиялар дейилади, улар ичакда яшайди.

Клиник белгилари. Яширин даври 1-7 кун, баъзан жуда тез, яъни 1-2 соатда ривожланади. Дастлаб бемор ўта тинч ҳолатда бўлиб, томирлари тез уради, ҳарорат кўтарилиши, жароҳат чеккалари шишиб, мушаклар кўтарилиб туриши сезилади, «лигатура симптоми», яъни боғланган жойда из қолиб, ўз-ўзидан кесилади (ёки ип этни кесади), тикилган чоклар таранглашади, жароҳат четлари йиртилади.

Терида «устара» симптоми (худди тери устида устара юргизаётганга ўхшаб ҳириллаган товуш сезилиши), тўқималарда газ борлиги рентгенограммада кўринади. Жароҳатда мушаклар шишиб, усти кулранг ифлос суюқлик билан қопланади, баъзан эксудат оч-сарик, кўнғир бўлиб, бадбўй ҳидли бўлади. Беморнинг аҳволи жуда оғир бўлади, оғрик, қўл, оёқ шишиб кетиши, юқори ҳарорат содир бўлади ва ярани босганимизда яра йиртилиб газ чиқади.

Давосини асосан профилактикадан бошлаш керак. Узоқ вақт жгут қўймаслик, касаллик ривожланса гангренага қарши зардоб юбориш (х.б. халқаро бирлик):

1. Специфик терапия (зардоб микроб турига қараб);

2. Хирургик даво (кесиш, жароҳатни кенг очиш, ампутация);

3. Носпецифик терапия антибиотиклар, юрак ва бошқа органлар фаолиятини яхшилаш.

ҚОҚШОЛ

У специфик ўткир юқумли касаллик бўлиб, уни спорали анаэроб таёқчасимон бактерия *B tetoni* кўзгатади. Бу микроб ўзидан икки хил токсин ишлаб чиқаради.

Биринчиси асаб тизимига таъсир қилса, иккинчиси эритроцитларни эритади. Асаб тизими ёрдамида биринчи токсин тарғил мушакларни тоник ва клоник тиришишларга олиб келади. *B tetoni* сапрофит сифатида ўй ҳайвонлари (қўй, эчки, қорамол) ҳамда одамнинг ичагида яшайди. У фекалий (ахлат) орқали тупроққа тушади. Шунинг учун ҳар бир шикастланишда инсон тери бутунлиги бузилиб, тупроққа ёки ўт-ўлан устига йиқилса, касал бўлиш эҳтимоли бор.

Яширин даври ўртача -2 ҳафта, баъзан эса 4-5 ой давом этади.

Клиникаси. Касаллик бошланишида бош оғриғи, чарчоқ, уйқусираш,

терлаш, жароҳат атрофида оғриқ, тоник ва клоник тиришишлар, чайнов мушаклар тиришиб, «сардоник кулги» - истеҳзоли кулиш пайдо бўлади. Тиришиш ўқтин-ўқтин бўлиб, беморни чарчатади. Енгил шамол, товуш ҳам тиришишни келтириб чиқаради, тиришиш натижасида мушаклар ёрилиб кетиши, суяклар синиб кетиши мумкин. Агар енгил кечса. 14-16 кунда бемор аста секин тузалади.

Давоси. Комплекс усулда олиб борилади:

1) Жароҳатни хирургик ишлаш;

2) Қоқшолга қарши зардоб ПСС мушак орасига юборилади, жами 200000-3000000 АБ.

3) Наркотик ва нейтролептик диазепам, гексенал, аминазин ва бошқа.

4) Юрак фаолиятини яхшиловчи дорилар камфора, кордиамин.

5) Инфекциянинг олдини олиш (антибиотик ва сульфаниламидлар).

Бу касалликларда ўлиш ҳолатлари 70-100% га тўғри келади.

Профилактикаси. Ҳар бир очиқ шикастланишдан кейин, агар бемор тупроқ ёки ўт-ўланга йиқилиб, жароҳат унга теккан бўлса, қоқшолнинг олдини олиш мақсадида тери остига жами 4 мл қоқшолга қарши анатоксин ПСА (противо столбнячний анатоксин юборилади). Ўша заҳоти 1 мл, 3 ҳафтадан сўнг 1,5 мл, яна 3 ҳафта ўтказиб 1,5 мл юборилади (мушак ичига 1500-3000 АБ) (антитоксик бирлик) қоқшолга қарши зардоб юборилади. Агар зардобнинг синама ампуласи бўлмаса, ПСС ни тери остига 0,1 мл, 30 минутдан кейин 0,2 мл, 60-90 минут ўтказиб қолган 0,7 мл юборилади.

УЗОҚ СИҚИЛИШ СИНДРОМИ (ТРАВМАТИК ТОКСИКОЗ)

Бу ибора дастлаб 1885 йилда Н.И.Пирогов томонидан илгари сурилган бўлиб, «жароҳатнинг жойли совуқ қотиши», «тўқиманинг травматик таранглиги», «маҳаллий асфиксия» каби бир қатор номлар билан аталади. Кўпчилик ҳолларда оёқ юмшоқ тўқимасининг бирор катта жисм тагида узоқ вақт қисилиб қолиб кетишидан кейин юз беради. Табиий офатларда (ер қимирлаш, ўпирилишида), портлашда кўпроқ учрайди.

Клиникаси. Узоқ вақт босилиб туриши натижасида томирларда қон юрмай, ўша жойга кислород ва озуқа моддалар бормаганлиги сабабли декомпрессиядан кейин (босиб турган юкни олиб ташлагач), оғир эзилишининг маҳаллий белгилари намоён бўлади.

Биринчи соатнинг ўзидаёқ босилиб турган жойнинг ҳажми катталаша бошлайди. 24 соат ичида шиш ҳаддан ташқари катталашади. Босилиб турган жой (қўл ёки оёқ) қотиб, оқаради, кейин рангсизланиб, кўкимтир шиш пайдо бўлади. Сезиш қобиляти йўқолади. Бориб-бориб доғ ва пуфаклар ҳосил бўлади.

Вена ва артерия қон томирларида тромбоз (тромбларнинг сувсизланиб, ҳаракатсиз қуюқланиб қотиб қолиши) эзилган тўқимада ажлазма йўқолиши. Тўқима чириши натижасида токсик моддалар ажралиши сабабли, травматик шок юзага келади.

Буйрак фаолияти токсинлар таъсирида тез бузилади. Биринчи

хатоликларга олиб келади. Кейинчалик шикастланган жойда кучли оғриққа ва ҳаракатсизликка олиб келади. Кўнгул айниши, тахикардия ва артериал босим пасайиши кузатилади. Пешоб камаяди.

Буйрак каналчалари беркилганлиги сабабли, бир-икки кунда пешобда қон (уремия) пайдо бўлади. Ўткир жигар етишмовчилиги сабабли бадан сарғайиб кетади. Бир сўз билан айтганда, тўқиманинг ўзи захарга айланиб, организмни захарлайди ва кучли интоксикация белгилари юзага келади.

Давоси. Қўл-оёқни босиб турган юкни олгач (*баъзан жгут қўйиш керак*), зарарланган соҳага муз қўйиш, новокаин блокадаси, жарроҳлик усули, нейроэктомия ёки ампутация, оғриқсизлантириш учун наркотиклар (промедол, омнопон, морфин), суяқлик томчи дорилар (натрий хлор, глюкоза), антибиотиклар ва витаминлар қўлланилади.

ҚОРИН БЎШЛИГИ ОРГАНЛАРИНИНГ ЎТКИР КАСАЛЛИКЛАРИ

Қорин бўшлиғи органларининг ўткир яллиғланиш касаллик-ларига кўричак (чувалчангсимон ўсимтанинг яллиғланиши-аппендицит), ошқозон ости безининг яллиғланиши (панкреатит), ўт пуфагининг яллиғланиши (холецистит) қиради.

АППЕНДИЦИТ

Аппендицит (лотинча-ўсимта) кўричак чувалчангсимон ўсимтасининг яллиғланиши бўлиб, кўпинча меҳнатга лаёқатли ёшда (20-40 ёш) эркакларга нисбатан аёлларда тахминан икки баробар кўп учрайди.

Касалликнинг келиб чиқиши кўпинча овқатланиш характериға боғлиқ бўлиб, оқсил моддаси бўлган овқатларни нисбатан кўпроқ истеъмол қиладиган кишилар аппендицит билан кўп оғрийдилар. Ичакда турли микрофлоранинг борлиги, гижжалар, ичак моторикасининг бузилиши ва бошқалар касаликка сабаб бўлиши мумкин.

Кўричак чувалчангсимон ўсимтасининг шиллиқ ва шиллиқ ости қаватининг яллиғланиши “катарал” аппендицит, чувалчангсимон ўсимта девори барча қаватининг яллиғланиши “флегмоноз” аппендицит, деворининг некроз даражасидаги яллиғланиши “гангреноз” аппендицитнинг клиник кўринишини белгилайди.

Белгилари. Касаллик кўпгина ҳолларда киши ўзини бутунлай соғлом ҳис этиб турган вақтда, тўсатдан аниқ бўлмаган оғриқлар билан бошланади.

Оғриқ киндик атрофи, эпигастрал соҳа ёки қориннинг барча қисмларида бошланиб, 4-6 соатдан кейин ўнг биқин атрофига кўчиши мумкин. Оғриқ синдроми чувалчангсимон ўсимта (аппендикс)нинг қаерда жойлашганлиғига ҳам боғлиқ. Аппендикс юқорида, яъни жигар остида жойлашганда аппендицит ўт пуфагининг яллиғланиши (ўткир холецистит)га ўхшаш, пастда жойлашганида эса тўғри ичак, сийдик пуфаги, тухумдонлар (аёлларда) яллиғланишининг клиник кўринишларини беради. Ретроцекал (пешоб найи билан ёнма-ён) жойлашганда оғриқ белга, жинсий органларга ўтади.

Аппендицитда кучайиб бораётган захарланиш қувватсизлик, қалтираш, оғиз қуриши, тана ҳароратининг озроқ кўтарилиши (37-38° С), кўнгил айнаши ва баъзида қайт қилиш билан бирга кечади.

Флегманоз ва гангреноз аппендицитда оғриқ ўнг биқин соҳасида зўрайиб, беморнинг тана ҳарорати 39° С гача кўтарилади.

Биринчи тиббий ёрдам. Ўткир аппендицит касаллиги билан оғриган деб шубҳа қилинган беморни врач келгунча ўринда қимирлатмай ётқизиб, оғриқ кучли бўлган соҳага музли ҳалтача қўйиш зарур. Биринчи тиббий ёрдам кўрсатишда оғриқ қолдирувчи, ични сурадиган моддалар бериш, қорнига иссиқ компресс ва иситгичлар қўйиш, даволловчи ва тозаловчи клизмалар қилиш қатъян ман этилади.

Бемор шошилинч равишда касалхонага олиб борилади.

ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ

Ўткир холецистит ўт пуфагининг яллиғланиши бўлиб, кўп учрайди. Тарқалиши жиҳатидан ўткир аппендицитдан кейинги ўринда туради. Холецистит билан кўпинча 40-60 ёшдаги одамлар касалланади. Эракларга қараганда аёллар 5-6 марта кўп касал бўладилар. Бунга сабаб ҳомиладорлик даврида холестерин моддаси алмашинувининг ўзгариши юзага келиб, ўт пуфагида тошлар пайдо бўлишига олиб келади, бу эса ўткир холецистит касаллигини келтириб чиқаради.

Белгилари. Холециститнинг ўткир шакли ўнг қовурга остидаги оғриқлар билан бошланади. Оғриқ кўпинча овқатлангандан кейин бир оз вақт ўтгач, баъзан кўп ёғли овқат истеъмол қилгандан сўнг бирданига, баъзан овқатланишга боғлиқ бўлмасдан, кечаси уйқу пайтида бошланиши мумкин. Беморлар кўпинча оғриқ бошланишидан олдин ўнг қовурга остида оғирлик, ўзини ёмон ҳис қилиш, оғзида аччиқ ва металл таъм сезиш, кўнгил айнаши, қайт қилишдан шикоят қилишади. Кўнгил айнаши, кўп маротаба такрорланиб, беморга енгиллик келтирмайди. Оғриқ ўнг қовурғалар остида бўлиб, эпигастрал соҳага, ўнг куракка, елкага ва бўйиннинг ўнг қисмига берилиши, қисқа вақт ёки бир неча кунга чўзилиб, зўрайиб бориши мумкин.

Беморнинг пульси тезлашиб, бир минутда 100-120 мартагача бўлади. Тана ҳарорати 38° С гача кўтарилиб, оғзи қуриydi, умумий ташналик безовта қилади.

Биринчи тиббий ёрдам. Зудлик билан врач чақириш лозим. Врач келгунча бемор ўринда ётиши, ўнг қовурга остига музли ҳалтача қўйиш зарур. Иситгичлар қўйиш, оғриқ қолдирувчи моддалар бериш, тозаловчи ҳуқналар қилиш мумкин эмас. Беморни тезда касалхонага етказилади.

ЎТКИР ПАНКРЕАТИТ

Ўткир панкреатит ошқозон ости безининг яллиғланиши бўлиб, шошилинч жарроҳлик касалликларининг кенг тарқалиши бўйича аппендицит ва холециститдан сўнг учинчи ўринда туради.

Белгилари. Касаллик тўсатдан эпигастрал соҳада ёки ошқозон ости беzi

жойлашган соҳада (ўнг ва чап қовурғалар остида) вақт ўтиши билан кучайиб борадиган жуда кучли оғриқлар билан бошланиб, бу оғриқлар белга узатилади ва беморни камар билан боғлаб қўйгандек бўлади. Бемор тинимсиз қайт қилади, тана ҳарорати бир неча кун давомида 36-38° С гача кўтарилади.

Касалликнинг характерли белгиларига қориннинг дам бўлиши, ичнинг қотиши, елнинг келмаслиги қабилар қиради. Ошқозон ости безининг бош қисми шикастланганда одамда кўз склераси ва тери қатламларининг сарғайиши кузатилади. Касалликнинг оғир ҳолларида ҳушдан кетиш, юрак-томирлар, жигар, буйрак каби ҳаётий муҳим лъзоларининг фаолияти бузилиши мумкин.

Биринчи тиббий ёрдам. Врач чақириш зарур. У келгунча бемор ўринда ётиш режимида қатъий амал қилиши, эпигастрал соҳага музли қалтача қўйиш ва очлик сақлаш буюрилади. Врач рухсатисиз оғриқ қолдирувчилар, иссиқ қўллаш мумкин эмас. Бемор ётган ҳолатда транспортровка қилиниши керак.

КУЙИШ, СОВУҚ УРИШИ, ЭЛЕКТР ТОКИДАН ШИКАСТЛАНИШ

КУЙИШ

Куйиш. Куйиш термик, кимёвий, электрик ёки нур таъсирида вужудга келадиган шикастланишдир.

Термик куйиш бошқа куйишларга нисбатан кўпроқ учрайди.

Тўқиманинг 52°С дан ортиқ қизиши оқсилларни коагуляцияга учратади.

Термик куйиш, иссиқлик нури (куёш нури, ультрабинафша, ёнгин, аланга натижасида юзага келади.) Термик куйиш энг сўнгги тасниф бўйича IV даражага бўлинади:

I даража-юзаки эпидермал куйиш;

II даража-тери юқори қаватининг куйиши;

III-а даража-терининг баъзан чала, баъзан бутунлай куйиши;

III-б даража-терининг барча қавати куйиши ва тери ости ёр клетчаткасига ўтиши;

IV даража-чуқур тўқималарнинг суяккача куйиши.

III-а даража куйиш юзаки, III-б ва IV даражали куйиш чуқур куйиш дейилади.

Куйиш чуқурлигини билиш учун қуйидаги синовлар ўтказилади;

1) игна санчиб кўриш, игна санчганда оғриси III-а, оғримаса III-б куйиш бўлади.

2) тук синов. III-а даражада тук юлиб олинганда бадан оғрийди. III-б даражада тук енгил олиниб, бадан оғ римади.

3) куйиш сатҳини текширишнинг Постников схемаси, тўққизлик усули ва қафт қондаси мавжуд. Постников усулига кўра, киши танасининг умумий сатҳи 16000 см² дир.

А. Уолесс таклиф этган «Тўққизлик қондаси»га бош ва бўйин-9%, кўл-9%, оёғ-18%, тананинг олд қисми-18%, оралиқ қисми-1%. Қафт қондасига кўра

эса инсон кафти тананинг 1% ини ташкил этади.

Куйишнинг клиникаси. Куйиш клиникасини аниқлашда маҳаллий ва умумий белгиларга эътибор берилади. Катта бўлмаган куйишларда асосан маҳаллий белгилар муҳим аҳамиятга эга.

Куйишнинг I даражасида куйган жой қизаради ва шишади. Сезувчан томирлар рецепторларининг куйиши ҳисобига оғриқ бўлади.

Бир неча кундан кейин бу белгилар йўқолиб, куйган жой қўнғир тус олади. Қуёш нуридан куйиш I даражали куйишга киради.

II даражали куйишда яллиғланиш жараёни кучлироқ бўлади, капиллярлар кенгаяди. Терида ўтказувчанлик ошиб, шиш катталашади. Терининг эпидермал қавати қуяди, аммо куйиш сўргич қаватига етиб бормади, пуфакча ҳосил қилади. Бу пуфакчаларнинг ичи ҳужайрасиз, тиниқ, сероз суюқлик билан тўлган бўлади, кейинчалик у сарғиш тус олади. Пуфакчадаги суюқлик олдин стерил бўлиб, сўнг ифлосланади. Оғриқ 3-4 кун давом этади. Чандиксиз битади. II даражали куйиш асосан сувдан ёки буғдан куйишда учрайди.

III даражали куйишда қизиқ турган буюмлар ёки бевосита аланга таъсиридан фақат терининг ўзи эмас, балки унинг чуқур қаватлари ҳам зарарланади. III даражали куйишда терининг сўргич қавати ҳам шикастланади. Терининг баъзи бир жойлари пуфакчалар билан қопланади, куйган жойда оғриқ кучли бўлади (гиперестезия). Куйган жойда агар шиш бўлса, касаллик бир оз енгил кечади, чунки томирлар кам шикастланган бўлади.

III-а даражали куйишда, агар жароҳат йирингламаса, грануляция ҳисобидан нозик чандиқ билан битади.

III-б даражали куйишда терининг сўргич қавати, тўр қавати куйиб, қолаверса, тери ости ёғ клетчаткаси ҳам зарарланади. Тери оқ кулранг бўлиб, гипостезия ва анестезия юзага келади, яъни оғриқни ё кам сезади ёки бутунлай сезмайди. Бу даражадаги куйиш кўпол коллоид чандиқлар ҳосил қилади. Чандиқлар ўртасида битмайдиган яралар ҳосил бўлиб, кўпинча бу яралар хавфли ўсма (карцинома) пайдо бўлишига олиб келади. Юзаки куйиш билан чуқур куйишни игна санчиб аниқласа бўлади. Чуқур куйишда оғриқ сезилмайди.

IV даражали куйишда чуқур тўқималар, ҳатто суяқлар ҳам қуяди.

Жароҳатнинг ўзи битмайди, тўқималар қора кўмирга айланади, бу чуқур некроэктомияни ёки ампутацияни талаб этади.

Куйиш касаллиги. Бемор танасининг 15% дан кўпроқ қисми куйганда куйиш касаллиги келиб чиқади. Тана 100% куйса, критик ҳолат содир бўлиб, даволаш наф бермайди. Критик ҳолат I даражали куйишда 100%, 2-3 даражали куйишда 30% ҳолларда рўй беради ва кўпроқ нафас йўллари зарарланади.

Куйиш касаллиги тўрт босқичда кечади: куйиш шоки, ўткир токсемия (қоннинг захарланиши), септикотоксемия ёки сепсис ва реконвалесценция (тикланиш). Куйиш шоки куйиш пайтидан бошланиб, 1-2 сутка давом этиши мумкин. Нерв рецепторлари кўп куйганлигидан эректил фаза кучли кечади

ва ўлимга ҳам олиб келиши мумкин, Агар бемор эректил фазада ўлмай қолса, бир неча соатдан кейин ноҳуш бўлиб, атрофга бефарқ ҳолда клиник тиришиш ва делерий (белая горячка) юзага келади. Шокда бемор ўлиб қолмаса, токсемия босқичига ўтади. Бу босқич 2-3 кундан кейин кучаяди ва 1-2 ҳафта давом этади. Беморда иситма кўтарилади, беҳоллик ошади, тери рангсизланиб, боши оғрийди, кўнгил айниш, қайт қилиш, иштаҳасизлик, пешобда оқсил ва қон пайдо бўлади, чунки паренхиматоз органлар шикастланган бўлади, диурез пасаяди.

Септик босқич куйишнинг 2-3-ҳафтасида ривожланади, касаллик инфекция билан кечади. Юқори ҳарорат, қалтираш, умумий ҳолсизлик, тузалаётган қора кўтир тагида йиринг тўпланади. Яра-чақалар вужудга келади, абцесс, флегмоналар пайдо бўлади. Агар касаллик яхши кечса, реконвалесценция босқичига ўтади. Беморнинг аҳволи яхшилана боради, иситма пасаяди, иштаҳа очилади, жароҳатнинг йиринглаши тугаб, грануляция (битиш) кучаяди.

Куйишда биринчи ёрдам. Зарарланганни ёнгиндан олиб чиқиш, ёнаётган соҳани ўчириш. Кийимни тез ўчириш учун ёнаётган одамни қалин мато (латта) ёки чойшабга ўралади. Куйётган кийимни кесиб (йиртиб) олиш. Дастлабки 20 дақиқа мобайнида куйган соҳалар совуқ сув билан чайилади ёки ботириб турилади. Бу оғриқни камайтиради, шокнинг олдини олади. Кейин куйган жой спирт билан артиради. Оғриқ қолдирувчи дорилар, апликация учун суяқ анестетиклар, аэрозоллар (аэрозол-новокаин, диоксидин) ва ҳоказолар қўлланилади.

ИССИҚ ВА ОФТОБ УРИШИ

Атроф-муҳитдаги ҳавонинг 40-45° С ва ундан юқори ҳарорати узок вақт таъсир кўрсатганда, бутун организм иссиқлаб кетиши натижасида, марказий асаб тизимининг оғир шикастланишига иссиқ уриши дейилади. Тананинг юзасидан иссиқлик ажралишининг қийинлашганлиги (юқори ҳарорат ва намлик) ва иссиқлик кўп ажралиши (жисмоний иш терморегуляция бузилиши) иссиқлиги баланд цехларда техника хавфсизлиги қоидаларига риоя қилмай ишлаш иссиқлаб кетишга сабаб бўлади. Ёзнинг иссиқ кунларида бош кийимсиз юрилганда, бошга бевосита қуёш нурининг тик тушиши бош мияни оғир зарарлаши мумкин, буни офтоб уриши деб юритилади.

Белгилари. Иссиқ ва офтоб уришининг клиник белгилари бир-бирига ўхшашдир. Бемор касаллик бошида дармонсизланади, ўзини ёмон ҳис этади. Боши айланиб, бели, оёғи оғрийди, кўнгли айниб, баъзан қайт қилади. Кейинроқ боши айланади, кўз олди қоронғилашиб, қулоқлари шанғиллайди, оғир ҳолларда тезда ёрдам берилмаса, нафас олиш тез ва юзаки бўлиб, қолади. Лаб ва бурун атрофлари кўкариб, бемор ҳушидан кетади, мускуллари горттишиб, алаҳлайди, галлюцинация (кўзига ҳар хил нарсаларнинг кўриниши) рўй беради. Беморнинг тана ҳарорати 41° С кўтарилади, аҳволи оғирланиб пульси сезилмайди, нафас олиши нотекис бўлиб, бемор нафас ва юрак мускулларининг фалажидан нобуд бўлиши мумкин.

Биринчи тиббий ёрдам. Беморни тезлик билан тинч ва салқин жойга олиб бориб, сиқиб турган кийимлари бўшатилади ва горизонтал ҳолатда ётқизилади. Бошига ва юрак соҳасига совуқ компресс қўйилади. Беморни сувга қондириш зарур, лекин уни тез ва жуда совутиб бўлмайди. Нафас олиши бузилганда, зудлик билан сунъий нафас берилади. Бемор касалхонага олиб борилади.

СОВУҚ УРИШ

Совуқ уриш деб паст ҳароратнинг таъсир этиши натижасида тўқималар некрози ва реактив яллиғланишига айтилади. Ортикча намлик, микроклимнинг бузилиши, тор кийим, тор пойафзал кийиш ва гиповитаминоз каби факторлар совуқ уришига сабаб бўлади. Совуқ уришининг асосий сабаби тўқималарда кечадиган ишемия (қон етарли етиб келмаслиги) бўлиб, қон айланиши секинлашади. 20 фоиз ҳолларда қўл оёқ шикастланади.

Совуқ уришининг 4 даражаси фарқ қилинади:

I даражали совуқ уриш. Бунда тўқиманинг 40 дақиқадан 60 дақиқагача совуқ уриши фақатгина териға таъсир қилади, вақтинча қон айланиши бузилади. Совуқ таъсирида тери рангсизланади, қонсизланади ва қотади (нуксонли ёки кўринмас давр). Совуқ урган соҳа иситилиши билан томирларда спазм камаяди, гиперимия фазаси бошланиб, тери қизаради. Бироз шиш пайдо бўлади. 1-2 ҳафта ичида қон айланиши нормаллашади. Совуқ уриш белгилари йўқолади. Шу вақт ичида тери иссик, қизарган, баъзан кўнғир кўк рангда бўлади. Оғриқ, қичишиш ҳоллари учраб туради. Бундай совуқ уриш бурун, қулоқ, бармоқлар ва товонда учрайди.

II даражали совуқ уриши. Совуқ уришнинг бу турида терининг малъпигий қаватигача юзаки некроз бўлади. Совуқ таъсирида томирлар спазми кучли ва узоқ давом этади. Зарарланган тўқималардан плазманинг тез ва кучли ажралишидан эпидермисни кўтариб, пуфакчалар ҳосил бўлади. Тери кўк-қизил рангда бўлиб, оғриқди ва шиш пайдо бўлади.

III даражали совуқ уришида терининг чуқур қаватлари ости ёғ клетчаткаси зарарланади. Тери кўк тусга киради. Вақт ўтгач деморкацион чизикларга (кўпорилиб тушувчи эгатчаларга) эга бўлган тотал некроз пайдо бўлиб, унга инфекция тушса, қўлда гангрена бошланади.

IV даражали совуқ уришида терининг барча қаватлари ҳатто суюккача некроз чуқурлашади. 7-10 кун давомида бемор ҳарорати кўтарилиб боради. 1,5-2 ой ўтгач, ўлган тўқима ўз-ўзидан кўчиб тушади, яъни ампутацияга учрайди.

Клиникаси. Касалликнинг клиник белгилари икки хил кечади: реактивликкача ва реактив даврлар.

Биринчи давр, яъни реактивликкача бўлган даврда шикоятлар кам, шикастланган соҳа рангсизланган, сезги бузилган, шиш бўлмайди.

Иккинчи давр, яъни реактивлик даври совуқ таъсири тўхтатилгандан кейин рўёбга келади. Бемор иситилгандан кейин совуқ уриш даражаси аниқланади.

СОВУҚ УРИШИДА БИРИНЧИ ЁРДАМ

Биринчи ёрдамни тиббиёт ходими бўлмаган ҳолда ҳар бир киши курсатиши мумкин. Албатта, совуқ таъсирини олиб ташлаш (сувдан чиқариб олиш, иссиқ уйга киргизиш, танани иситиш ва ҳоказо). ПСС, ПСА юбориш, 40-60 минут давомида беморни ваннага солиб, сувнинг ҳароратини 20-40° С гача кўтариш лозим. Совуқ урган жойни совунлаб ювиб, перифериядан марказга қараб массаж қилиш керак.

Совуқ урган жойга 5% ли йод суртиб, устидан спиртли боғлам қўйиш, танани ўраш, грелка, иссиқ чой, иссиқ овқат, алкоголь ва юракнинг ишини яхшилайдиган дорилар (корвалол, кордиамин ва ҳоказо) берилади. Танани иситишнинг иложи бўлмаса (агар далада бўлса), спирт ёки проқни танага суртиб массаж қилинади. Реактив даврда I даражали совуқ уришда танани спирт билан артиб, асептик боғлам қўйилади.

II даражали совуқ уришда шикастланган танага спирт суртилиб, пуфакчалар ёрилади ва эпидермис кўчириб ташланади. Кўчирилган жойга 6-10 кун давомида спиртли боғлам қўйилади. Антибиотиклар ва физиотерапевтик муолажалар ўтказилади.

III даражали совуқ уришда ўлган тўқималар олиб ташланади. 8-14 суткаларда некротомия ёки некроэктомия ўтказилади. Стерил чойшаб остида, лампа иссиғида даволанади. Бундан мақсад ярага инфекция туширмасликдир. Агар жараён суякка ўтган бўлса, ампутация, қон қуйиш, пластик операция қилинади.

IV даражали совуқ уришда худди III даражадаги каби даволаш усулларига ампутация ва кучли оғриқ қолдирувчи (промедол, омнопон, морфин) дорилари қўйилади. Шу билан бирга, умумий даволаш усуллари, инфекцияга қарши кураш (антибиотиклар), юрак қон-томир тизими ишини, паренхиматоз органларнинг ишини яхшилаш (40%ли глюкоза), интоксикацияга қарши кураш ва ҳоказолар қўлланилади.

ЭЛЕКТР ТОКИДАН ШИКАСТЛАНИШ

Электр симларининг иккала қутбини ушлаганда ёки у тегиб кетганда электрдан шикастланиш содир бўлади. У бошқа куйишлардан фарқ қилади. Электр токининг турлари доимий ўзгарувчан ва уч фазали бўлиб ҳар қайсиси ҳам эҳтиётсизлик бўлганда хавфлидир.

Электр токи термик, кимёвий ва механик шикаст етказиши мумкин. Электр токининг таъсирида электролиз буг ёки газ ҳосил бўлиши рўёбга келиб, суякдаги фосфор тузлари эрийди. Юқори кучланишдаги электр токи шок келтириб чиқаради. Юрак қон-томир тизимини фибриляцияга ўрашиб мускул толаларининг тез қисқариши рўй беради.

Нафас ва нерв тизимининг фалажланиши ҳамда паренхиматоз органларнинг куйишига олиб келади. Электрдан шикастланишда куйишдаги каби оғриқ бўлмайди, фақат оғриқ тоқнинг кириш ва чиқиш жойларида учрайди.

Умумий белгилари: Кўрқув, дармонсизлик, хушдан кетиш, кўнгил йлиниши, оғирроқ ҳолларда шок, чала ўлим ҳоллари учрайди.

Давоси. Шикастланиш рўй берган жойдан ўтказилади. Дастлаб

электр токининг таъсирини бартараф этиш, кейин реанимация тадбири чоралари қўлланилади.

Чакмоқ уриши. Бунда электрдан шикастланиш каби клиник белгилар юзага келади ва оғирроқ бўлади. Баъзан қўл-оёқ қора кўмирга айланиб қолиши, шунингдек танадан ажралиб кетиши мумкин. Хирургик ва травматологик бўлимларда даволанади.

БОШ ШИКАСТЛАНИШИ

Бу турдаги шикастланиш травматология фанида алоҳида ўрин тутати ва ўзига хос клиник кўринишга эгадир.

Миянинг ёпиқ шикастланиши. Бош шикастланишлари ичида кўпроқ учрайди. Унинг асосий сабаблари кўча ва транспорт ҳалокатларидир.

Миянинг зарарланиши асосан уч турга бўлинади: лат ейиш, шикастланиш, қисилиш.

1986 йилги таснифига кўра, бу турдаги жароҳатлар қуйидагиларга бўлинади:

1. Мия лат ейиши.
2. Мия шикастланиши (енгил шакли).
3. Мия шикастланиши (ўртача шакли).
4. Мия шикастланиши (оғир шакли).
5. Мия шикастланиши билан унинг оғир эзилиши (қисилиши).
6. Миянинг шикастланмасдан қисилиши.

МИЯНИНГ ЧАЙҚАЛИШИ

Бу турдаги шикастланиш ёпиқ турдаги шикастланишлар ичида кўп учрайди. Бу ҳолатда мия тўқимаси кам зарарланади, мия анемияси, нуқтасимон қонталашлар, мия шиши, миядаги лимфа ва қон томирларда қон ҳамда лимфа айланишининг бузилиши, органлар функциясининг бузилиши билан кечади.

Клиникаси. Бемор ҳушдан кетади, ўзига келгач, воқеани эслай олмайди (ретроград амнезия). Зарарланишининг оғир ёки енгиллигига қараб, беҳушлик бир неча минут, соат, ҳатто суткалаб давом этади.

Бемор ҳеч нарсага аҳамият бермайди, атрофга бефарқ қарайди, ранги оқариб, боши айланади, оғрийди, кўнгли айнийди, қулоғи шанғиллайди, нафас олиши юзаки бўлиб, томир уриши секинлашади, қайт қилади, ич кетиши, пешоб қўйиб юбориш ҳоллари учрайди.

Клиник белгисига кўра. Мия чайқалишининг енгил, ўртача ва оғир даражалари тафовут қилинади.

Давоси. Мия чайқалишининг ҳар қандай турида ҳам бемор касалхонага ётқизилиши керак. Бемор 2-3 ҳафта кўрпа-тўшак режимида тинч ётади, касалликнинг белгилари йўқолгач, туришга рухсат этилади. Бош ичидаги босим ва мия шишини камайтириш учун 40% ли глюкоза, 10% натрий хлорид, 40% уротропин, 25% магний сульфат эритмалари, микроциркуляцияни яхшилаш учун реополиглюкин, лазикс, фуросемид

каби суюқликлар венага юборилади. Агар бемор яхши бўлавермаса, орқа мия суюқлигидан пункция қилиниб, миядаги босим пасайтирилади.

МИЯНИНГ УРИЛИШИ

Бу турдаги зарарланиш оғир шикастланиш ҳисобланади, бунда мия пардаси зарарланади ва травматик шиш юзага келади, мияда некротик ўчоқлар пайдо бўлади.

Клиникаси. Бемор узоқ вақт беҳуш ётади. Асосий белгилари мия чайқалишига ўхшайди-ю, бироқ оғирроқ кечади. Беморнинг ҳарорати ошади, неврологик симптомлар (маълум органларнинг ишлашида чегараланиши) вужудга келади. Сезиш, гапириш белгилари бузилади. Ҳаракатдаги ўзгаришлар, координациянинг бузилиши, орқа мия суюқлигида қон борлиги кузатилади.

Давоси. Мия чайқалишидаги каби, лекин кўрпа-тўшақда энг камида бир ой ётилади.

МИЯНИНГ ҚИСИЛИШИ

У калла суяги ичида йиғилган қон ёки синган калла суяги парчасининг мия моддасини эзиб қўйиши, шунингдек, калла суяги ичида хавфли ўсмалар натижасида келиб чиқиши мумкин;

Клиникаси. Травмадан сўнг енгил вазият белгиси бўлиб, бир неча соатдан бир неча кунгача давом этиши (ўсмалар сабаб бўлмаса) мумкин. Бемор ҳушидан кетмайди, ҳушидан кетса ҳам, тезда ўзига қолади. Травмадан сўнг ишга бориши, юриши мумкин. Бош оғриғи қисқа вақт бўлиб, тезда ўтиб кетади. Беморнинг бошида оғриқ бир хил бўлиб, баъзида қаттиқ оғрийди, мувозанат бузилади, кўнгли айниб, қусади. Нафас олиш юзаки, пульс сийрак, аммо тўлиқ уради.

Мия қисилган томонда қорачиқ катталашади, қарама-қарши томонда эса рефлекслар йўқолиб, фалажланиш пайдо бўлади. Беморнинг кўз олди қоронғилашиб, ҳушидан кетади. Оғир ҳолларда терминал ҳолат, ўлим юз беради.

Давоси. Фақат жарроҳлик усули. Калла суяги трепонация (синик сўнқларни олиб ташлаш) қилинади. Қон оқаётган томир боғланади, ўсма остибларни бўлса, олиб ташланади.

ОРҚА МИЯНИНГ ЁПИҚ ШИКАСТЛАНИШИ

Транспорт жароҳатларига учраб, умуртқа поғонасининг синиши билан кечади. Сезишнинг камайиши, парезлар ва ҳаракатдаги бузилишлар билан характерланади. Пешоб ажралиши бузилади, ичаклар атонияси (мускул тонусининг йўқолиши) вужудга келади. Белгилари аста-секин камайиб, бир неча ҳафтадан сўнг йўқолади.

ОРҚА МИЯНИНГ УРИЛИШИ

Орқа мия тўқимасига қон қуйилиши сабабли некрот юзага келади.

Клиникаси. «Спинал шок» (орқа мия шоки) юзага келади. Сезувчанлик

қисман ёки бутунлай йўқолади. Иккала томонда ҳаракат фалажланиши кузатилади (тетраплегия). Рефлекслар йўқолади. Пешоб, ич келиши ёмонлашади, тўқима трофикаси бузилади, натижада яра-чақалар пайдо бўлади. Клиник белгилари 1-1,5 ой давом этади.

Давоси. Консерватив даволанади (жарроҳлик муолажаларисиз). Узоқ осойишталик ва режим яхши ёрдам беради. Ўрин-кўрпа ҳолати. Умуртқа поғонаси синиб, ичида нерв толалари қисилса ёки умуртқа поғонасининг дисклари силжиса, жарроҳлик операцияси (ламиноэктомия), яъни бир нечта умуртқа ораси жарроҳлик усули билан очилади. Агар орқа мия кўндалангига узилса, ҳеч нарса ёрдам бермайди, бемор инфекциядан ўлади.

КЎКРАК КАФАСИ ТИЗИМИНИНГ ЁПИҚ ШИКАСТЛАНИШИ

Кўкрак қафаси тизимида ўпка, юрак, йирик қон томир (аорта), бронхлар ва плевра бўшлиғи мавжуд бўлиб, кўкрак қафасининг чайқалиши кам учрайди. Кўкрак қафасининг чайқалишига портлаш ва ҳаво тўлқинлари сабаб бўлади. Касалликнинг энгил кечишида бу органнинг эластиклиги катта аҳамиятга эга.

Клиникаси. Травматик шокка яқин бўлганлиги учун, ташхис қўйиш қийин бўлади. Кўкрак қафаси органларининг чайқалишида (шикастлангандан сўнг) беморнинг юрак фаолияти сусаяди. ҳансираш, кўкариш, совуқ тер босиш, баъзан ҳушдан кетиш кузатилади. Бирламчи юрак тўхташи юз берса, ўринда ётиш, осойишталик тавсия этилади, шокка қарши чора-тадбирлар, оксигенотерапия (кислород бериш) қўлланилади.

Кўкрак қафасининг урилиши ёки қисилиши, қовурғалар синиши, ўша жойдаги қон томирларининг ҳамда плевра ва ўпка бутунлигининг бузилиши билан кечади. Юрак камроқ шикастланади. Бу пневмотораксга, гемотораксга ва эмфиземага олиб келиши мумкин.

Пневмоторакс деб ўпка йиртилганда ҳавонинг плевра бўшлиғига тўпланишига айтилади. Плевра бўшлиғида тўпланган ҳаво ўпкани ва кўкс оралигини (медиастенияни) соғ томонга силжитади. Пневмоторакс кўпинча бир томонлама бўлиб, қовурға синиғи ўпка ёки плаеврани тешишдан юзага келади. Баъзан ўпка касалликларида ҳам (киста, ўпка сили) ўпка ёрилиши мумкин. Пневмоторакснинг очик, ёпиқ ва клапанли турлари мавжуд.

Плевра бўшлиғида йигилган ҳаво кўкрак деворининг жароҳати ёки йирик бронх орқали атмосфера ҳавоси билан туташган бўлса, очик пневмоторакс дейилади. Плевра бўшлиғида тўпланган ҳаво атмосфера ҳавоси билан туташмаса, (стерил) ёпиқ пневмоторакс дейилади.

Ўпканинг парчаланиб урилиши клапанли пневмоторакс дейилади. Клапанли пневмоторакс ҳаво нафас олаётганда плеврага киради-ю, қайтиб чиқишга улгурмайди, чунки жароҳатдаги бир парча тўқима (лоскут) клапан вазифасини ўтаб, унга йўл қўймайди.

Клиникаси. Клапанли пневмоторакс юрак фаолияти бузилишига, нафас бўғилишига олиб келади. Томир уриши тезлашади, ҳансираш, кўкариш (цианоз) ва шок аломатлари пайдо бўлади. қовурға оралиғи текислиниб, кўкрак қафаси катталашади.

Давоси. Ёпиқ пневмотораксда кўкрак қафаси пункция қилинади ва ҳавоси тортиб олинади. Дренаж қўйилиши мумкин. Оғир ҳолларда торакотомия (кўкрак қафаси очилиб, жароҳат тикилади) операция ўтказилади.

Гемоторакс ўпка тўқимаси жароҳатланганда қовурғалараро артерия шикастланади. Ичкарига қон кетиб, плевра бўшлиғи қон билан тўлади.

Давоси. Пункция, дренаж, қон суткада 1 литр кетса, торакотомия қилинади.

ҚОРИН БЎШЛИҒИ ОРГАНЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Қорин бўшлиғининг ёпиқ шикастланиши кўпинча транспорт ҳалокатида на баланд жойдан йиқилиб тушганда рўй беради. Ички органларнинг ёпиқ шикастланиши таъсир қилувчи агент туридан ташқари қорин деворининг эластиклиги, мускуллар тонуси ва ковак органларнинг тўлиб туришига ҳам боғлиқ. Агар қорин тўқ бўлса, шикастланиш вақтида ёрилиши осон бўлади, ичаклар бўш бўлса, кам ёрилади.

Клиникаси. Қорин бўшлиғида икки хил орган бўлиб, улар ковак ва паренхиматоз органлар (меъда, ичак, ўт ва ўт қоғи) ёрилганда улар ичидаги моддалар (овқат, меъда шираси, ўт суюқлиги, пешоб ва ҳоказо) қорин бўшлиғига чиқиб (перитонит), яллиғланишга олиб келади. Шикастланиш вақтида бемор кучли оғриқ сезади, қорин деворига қўл таъжизилса, қаттиқ оғриқ сезилади. Нафас олишда қорин бўшлиғи қатнашмайди. Қоринни босиб қўйиб юборилса, кучли оғриқ-Щёткин-Блюмберг симптоми кузатилади.

Паренхиматоз органларининг шикастланиши (жигар, талоқ, бўйрақлар) қорин бўшлиғига қон кетиши билан хавфлидир. Дастлаб кучли оғриқ бўлади, ички қон кетиш натижасида ўткир камқонлик ривожланади, Беморнинг юзи оқариб, пульси тезлашади, боши айланиб, қусади, артериал босим тобора пасайиб боради. Бунда ҳам перитонит юзага келади.

Давоси. Зудлик билан операция қилиш.

КОМБИНАЦИЯЛАШГАН ШИКАСТЛАНИШЛАР

Атом бомбаси портлаши, катта ишлаб чиқариш корхоналарининг зарарланиши, темир йўл авариялари натижасида бир вақтнинг ўзида биёрта одамнинг организми икки, учта ва ундан ортиқ шикастланса, бунга комбинациялашган шикастланиш дейилади. Улар ичида қуйидагилар энг муҳим ҳисобланади:

1) механик ва термик шикастнинг бирга учраши (яраланиш ёки суяк синишининг қуйиш билан бирга учраши);

2) механик шикастланишнинг (яраланиш, суяк синиш) нурланиш билан

бирга учраши;

3) термик жароҳатларнинг (куйиш) нурланиш билан бирга учраши;

4) механик ва термик жароҳатлар, нурланиш билан бирга учраши (суякларнинг синиши, куйиш ва нурланиш касаллиги).

Механик ёки термик жароҳатларнинг нурланишдан фарқли равишда шикастланиш деган алоҳида ном олган.

Барча комбинациялашган шикастланиш, нурланишдан фарқли равишда, зарарланишни 2 турга бўлиш зарур:

1) тор маънодаги ёки кенг маънодаги комбинациялашган нурланишдан зарарланиш.

Буларга ҳар қандай ионлаштирувчи радиация манбаидан келиб чиққан механик ёки термик жароҳатнинг нурланиш касаллиги билан бирга учраши киради, лекин яраланган соҳа радиоактив моддалар билан ифлосланмайди;

2) «Радиоактив шикастлар», бунда ҳар қандай жароҳат соҳаси (яра, очиқ синиш, куйиш ва ҳоказолар) радиоактив моддалар билан ифлосланган бўлади.

Комбинацияланган нурланишдан шикастланишда кўпинча қуйидаги характерли ва муҳим хусусиятлар қайд қилинади:

1. Бир-бирини оғирлаштирадиган белгиларнинг мавжудлиги, яъни нурланишдан зарарланиш механик ва термик шикастларнинг кечишини ва оқибатларини ёмонлаштиради. Комбинациялашган нурланишдан шикастланишда, биргина нурланиш касаллиги ёки фақат механик ва термик шикастланишга нисбатан ўлим кўп содир бўлади.

2. Шок ҳолатининг кўп бўлиши. Марказий нерв тизимига ўтувчи радиациянинг ёмон таъсири, юрак-томир тизими функциясининг бузилиши, қонда қон босимини пасайтирадиган нурланган, захарли, қаттиқ психоневрологик шикаст етиши натижасида шок пайдо бўлиши мумкин.

3. Инфекциянинг кўп ривожланиши. Ионлаштирувчи радиация таъсирида организмнинг умумий ва маҳаллий қаршилик кўрсатиш қобилияти у ёки бу даражада пасайиб кетади ва натижада ярада йирингли-некротик ҳолатлар, абцесслар, флегмоналар, йиринг тўпланиши, сарамас, пневмония, сепсис ва анаэроб инфекцияли касалликлар пайдо бўлади.

4. Кўпинча қон қуйилиши ва қон оқишининг мавжудлиги қон оқиши натижасида пайдо бўлиб, нурланиш касаллигининг характерли белгиларидан ҳисобланади.

5. Барча тўқима ва хужайралар регенератив хусусиятининг камайиши. Оқибатда нурланиш касаллигида яра ва куйган жойнинг битиши ёки синган суякларнинг битиши жуда секин боради ва ҳар хил асоратлар билан ўтади.

Биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш. Жароҳатланган соҳага септик боғлам қўйиш, қон тўхтатадиган жгутдан фойдаланиш, синган соҳани иммобилизация қилиш, шокка қарши чоралар кўриш кўзда тутилади.

Комбинациялашган шикастланиш содир бўлганда, биринчи навбатда яраланган соҳадаги қон оқиши тўхтатилади. Бунинг учун, агар бемор

нурланган бўлса, бундай беморларга қон тўхтатадиган жгут кўп қўйилмайди. Яра радиоактив моддалар билан зарарланганда, уларнинг организмга сўрилишини секинлаштириш мақсадида, гипертоник аритмали (10% NaCl) боғлам қўйиш керак.

Қон оқишини вақтинча тўхтатиш усулларига қуйидагилар киради:

1. Тананинг қон оқаётган қисмини гавдага нисбатан юқори кўтариб қўйиш.
2. Шикастланган жойни босиб турадиган боғламда босиб туриб қон оқишни тўхтатиш усули.

3. Артериянинг юқорироғидан бармоқ билан босиб туриб, қон оқишини тўхтатиш.

4. Кўл, оёқдан қон оқаётган бўлса, бўғимни иложи борича букиб туриб, қон оқишини тўхтатиш керак.

5. Шикастланган қисмга жгутлар боғлаб қон оқишини тўхтатиш.

Мураккаб комбинацияланган шикастланишда куйиш, нурланиш, механик шикастланиш, яъни кўл оёқлар синиши кўп кузатилади.

Кўл-оёқлар шикастланганда ўша соҳани иммобилизация қилиш керак. Бунинг учун вақтинча иммобилизацияни транспорт шиналари қўйиб бажариш керак. Шикастланган соҳа стандарт шиналар ёрдамида вақтинча қимирламайдиган қилиб боғлаб қўйилади, агар бундай шина бўлмаса, фанер, тахтача, ёғоч ва бошқалардан тахтакач қилинади. Шина шикастланган соҳага кийим устидан қўйилади.

Юмшоқ тўқималарни эзмаслик учун, унинг атрофига ва бўғим соҳаларига пахта ва бинт ўралади. Шина оёқ-кўлларга бинт ва камар ёрдамида маҳкамланади. Иммобилизация қилишда синган суякнинг ўстидаги ва остидаги камида иккита бўғимни қўшиб боғлаш керак.

Шокка қарши кураш чоралари. Бу тадбир ҳодиса рўй берган жойда, тез ёрдам машинасида ва касалхоналарда амалга оширилади.

Бунинг учун бемор шикастловчи омилнинг таъсирдан халос қилинади, ташқи қон оқиши вақтинча тўхтатилади, кучли оғриқ кузатилганда оғриқ қолдирадиган дорилар юборилади, бемор иситилади, қўшимча воситалар ёрдамида ёки шиналар билан иммобилизация қилинади. Агар нафас олиши тўхтаган бўлса, сунъий нафас бериш оғиздан оғизга, оғиздан бурунга, юракни ёпиқ массаж қилиш усулларидан фойдаланилади.

ҚОРИН БЎШЛИГИ ОРГАНЛАРИНИНГ ЎТКИР КАСАЛЛИКЛАРИ. ШОК

Шок. Ҳаётий тизимлар функциясининг тўсатдан прогрессив пасайиб кетишига шок дейилади. Шокнинг келиб чиқишига микроциркуляция билан тўқималарнинг кислородга тўйинишининг номутаносиблиги сабаб бўлади.

Шок турлари:

1. Травматик шок:

а) механик таъсир натижасида (жароҳат, шикастланишлар, операция ва ҳоказолар);

б) куйиш шоки (термик, кимёвий куйишда);

в) электр шоки;

г) совуқдан бўладиган шок;

2. Геморрагик ёки гиповолемик (қон кетиш, сувсизланишдан);

3. Кордиоген шок.

4. Токсик инфекция шок.

5. Анафилатик шок (дорилар моддалар мос келмаса ёки реакция берса).

Травматик шок. Травматик шок дейилганда кучли шикастланиш натижасида рўёбга келувчи тананинг умумий реакцияси тушунилади, унда организмнинг ҳаётий аъзолари фаолияти қисқа вақт ичида бузилади.

Шок икки хил, эректил фаза ва торпид фазада кечади. Эректил фаза, шок реакциясининг бошланишида пайдо бўлади, қисқа вақт давом этади, беморнинг нутқи ва ҳаракат кўзғалиши кучли намоён бўлади (бақиради, сўкинади, ташланади). Бемор ҳушини йўқотмаган бўлса-да, атроф-муҳитни англай олмайди. Тери оқарган, совуқ терга ботган, кўз қорачиғи ўртача катталашган бўлади. Қон босими нормада ёки ошган бўлади. Бемор эректил фазага тушгач, ундан қайтмайди ёки торпид фазага ўтади ёки шу фазанинг ўзида ҳалок бўлади. Эректил фаза бир неча дақиқа (ярим соат атрофида) давом этади.

Торпид фазада уч давр ва сўнги давр фарқланади. Бу фазада умумий реакциянинг кескин пасайиши, лоқайдлик, сустлик содир бўлади, артериал ва веноз босим пасаяди, пульс ва нафас олиш тезлашади ҳамда юзаки бўлади, моддалар алмашинуви кескин бузилади.

Торпид фаза клиник белгиларига кўра тўрт босқичга бўлинади:

1 босқич (енгил)-умумий аҳвол нисбатан ёмон эмас, томир уриши 90-100 марта, енгил мушак титраши кузатилади.

2 босқич (ўртача оғирликда)-тери ва кўриниб турган шиллик қаватлар ўта оқарган, нафас олиш юзаки: минутига 30-32, пульс 110-120 марта.

3 босқич (оғир шакли) -тери сатҳи оқариб кўқарганда бемор қора терга тушади. Нафас 30-40 марта. Артериал босим 70-50 мм.с.у. тана ҳарорати пасайган. Реанимацион тадбирлар талаб қилинади.

4-босқич (ағонал олди ва ағонал ҳолат) нафас олиш жуда сийрак, томир уриши ва қон босимини аниқлаб бўлмайди. Бу босқичларнинг даволари асосан, шокнинг турига қараб белгиланади. Бунда,

кўйидагилар кўпроқ қўлланилади: оғриқсизлантириш, нафас ва юрак томирлар етишмовчилигига қарши кураш, модда алмашинуви бузилишини яхшилаш, кислота-ишқор мувозанатини ўз ҳолига қайтариш, 1-5% 300-500 мл натрий гидрокарбонат, сув электролит баланси учун полиглюкин-новокаин, глюкоза-новокаин, натрий хлор, кальций хлор, қон кўйиш, витаминлар, гормонлар ва ҳоказо.

ЎТКИР АППЕНДЕЦИТ

Ўткир аппендецит ингичка ичак билан йўғон ичак бирлашишига яқин жойда «кўр ичак» деб юритиладиган чувалчангсимон ўсимта ичак мавжуд бўлиб у илеоцекал соҳа дейилади. Чувалчангсимон ўсимта, узунлиги 6-12см, диаметри 6-8 мм бўлган ўсимтадир. Ушбу касаллик билан бир йилда ҳар 200-250 кишидан биттаси касалланади. Аёлларда 2-3 баравар кўп учрайди. Ўзбекистонда бир йилда ўртача юз минг киши касалланади. Операциядан кейинги ўлим 0,3-0,2 фоизни ташкил этади. Келиб чиқиш сабаблари асосан уч хилдир:

1) сенсбилизация (аллергик компонент, овқатланиш аллергияси, гижжалар инвазияси);

2) рефлектор йўл (ошқозон ва ичак оғриғи, ўт халтачаси яллиғланиши);

3) тўғридан-тўғри таъсир этиш (раздражение)-чувалчангсимон ўсимтага ёт жисмлар тушиши (тирноқ, тош, қуритилган қалампир уруғи, помидор уруғи, ахлат тоши (фекол), соч толаси ва ҳоказо.

Таснифи:

1) аппендикуляр санчик;

2) оддий аппендецит (катарал);

3) деструктив аппендецит (аппендикуляр инфилтрат, аппендикуляр абсуесс, перитонит, сепсис ва ҳоказо).

Клиникаси. Ўткир аппендецитнинг клиник белгилари жуда ҳам хилма-хил бўлиб, улар аппендецит кўпроқ касалликнинг қайси турига мансуб бўлса, ушанга қараб юзага келади. Касалликнинг барча турларида асосан умумий клиник белгилари бўлиб, улар аппендецитни бошқа касалликлардан ажратиб тшхис кўйишга қўл келади: оғриқ ўнг биқиндан санчиб-санчиб, худди ичакни тортаётганга ўшаб оғрийди, бемор ҳаракат қилса, оғриқ кучаяди. Оғриқ дистлаб киндик атрофидан, қориннинг юқори (эпигастрал) қисмидан бошланади ва аста-секин ўнг биқинга ўтади (Кохер-Волкович белгиси). Яна бир характерли томони шундаки, оғриқ тўсатдан бошланади, баъзан оғриқ тутиб-тутиб давом этса, баъзан бир хил оғриқ сезилади. Кўнгил айниши оғриқ пайдо бўлгандан кейин юзага келади, бемор бир неча бор қайт қилмоқчи бўлади-ю, қайт қилолмайди. Баъзида бемор бир марта қайт қилиши мумкин. Айрим беморларнинг ичи келмай қўяди. Бу белги касалликнинг бошланишида учрайди. Кейин эса ичи кетади. Бу ҳол агар чувалчангсимон ўсимта чаноқ соҳасида жойлашган бўлса, кўпроқ содир бўлади.

Умумий белгилари. Ҳолсизлик, чарчаш, иштаҳасизлик, тана ҳарорати 37,2-37,6 С, баъзида қалтираш (озноб), тил оқ караш билан қопланади, ондинига оғиз намланган бўлиб, кейин қурийд. Қорин деворига қаралганда

ўнг томон нафас олишда иштирок этолмаётгани аниқланилади. Баъзи қоринда асимметрия кузатилади. Қоринни пайпаслаганда (пальпация Шёткин-Блюмберг симптоми бўйича) қўлни қоринга ботириб, бирдан қўлни тортиб олганда сезилади. Ровзинг-чап биқинга туртилганда газнинг кўчиши ҳисобига ўнг биқин санчиши, Раздольский-ўнг биқинга уриб кўрилганда (перкуссияда) оғриқ каби қатор симптомлар мусбат бўлади.

Ўткир аппендецитда биринчи ёрдам. Оғриқ қолдирувчи дорилар бериш қатъиян ман этилади. Ўнг биқинга музли халтача қўйилади.

Давоси. Тезкор операция.

ЎТКИР ПЕРИТОНИТ

Перитонит қорин пардасининг яллиғланиш касаллиги бўлиб, ўткир ва сурункали кечади. Бу касаллик асосан қорин бўшлиғи касалликларининг асорати ҳисобланади. Бирламчи перитонит 1% гача учрайди. Перитонит турли хил микробларнинг (энтеробактерия, стафилококк, стрептококк, пневмококк қорин пардасига тушишидан келиб чиқади. Инфекция қорин бўшлиғига жароҳатланиш, қорин бўшлиғи аъзоларининг йиринглаши ёки тешилиши натижасида, шунингдек, операция пайтида тушади. Кўпгина ҳолларда перитонит кўричак оғриғи (ўткир аппендецит), ўт пуфағи, йўғон ва ингичка ичакнинг йирингли яллиғланишидан пайдо бўлади. Инфекция қорин бўшлиғига ён атрофдаги йирингли ўчоклардан лимфоген йўл билан, шунингдек, ангина, зотилжам ва бошқа юқумли касалликлардан қон орқали тушиши мумкин. Микроб ёки ўт суюқлиги, меъда шираси, пешоб, ахлат ва ҳоказолар қорин бўшлиғига тушиши натижасида кучли оғриқ юзага келади, микроб ривожланиб, тезда йирингли жараён пайдо бўлади. Йиринг қорин бўшлиғининг барча соҳасига ва чаноқ соҳасига ҳам кириб боради. Ичаклар фалажланиши (парез), паралитик илеус (ичак тутилиши) ривожланади. Кучли оғриқ содир бўлиб, қорин девори «тахтасимон» бўлиб қолади.

Таснифи.

1) этиологик омилга кўра-стафилококкли: стрептококкли: специфик ва носпецифик;

2) пайдо бўлиш механизмига кўра-травматик, гематоген, операцион;

3) эксудат характериға кўра зардобли, зардобли-фибриноз, йирингли-чиритувчи;

4) клиник манзарасига кўра-ўткир ва сурункали;

5) тарқалишига кўра-махаллий ёки локал, чекланган ва чекланмаган.

Перитонит кўпинча иккиламчи хусусиятга эга бўлгани учун, клиник манзараси қорин бўшлиғи аъзоларининг бирламчи касалликлари аломатларига қараб аста-секин юзага келади.

Йирингли перитонитнинг асосий белгилари:

Қоринда оғриқ, кўнгил айниди, бемор қайт қилади. Меъда ёки 12 бармоқли ичак тешилганда бемор ханжарсимон оғриқ сезади. Бир нечи соатда қорин девори таранглашади, Агар 6 соат ичида ёрдам кўрсатилмаса, жараён диффуз ҳолга ўтади, хиқичоқ тутади, бемор қайт

қилади, юз териси жиддийлашади, қорин шишиб кетади, безовталаниш, оқимсиз хидли ичак моддасини қайт қилиш содир бўлади.

Давоси: Операция.

ПАНКРЕАТИТ

Меъда ости бези (pancreas) қорин бўшлигининг орқа томонида 1-2 бөл умуртқалари қаршисида, меъданинг орқасида кўндаланг ҳолатда ётади. Безнинг узунлиги 16-22 см, кенглиги 3-8 см, қалинлиги 2-3 см, оғирлиги 70-90 гр. Бу без аралаш без бўлиб, унинг Лангерганс оролчалари Ботта хужайраларида инсулин, альфа хужайраларида овқатни ҳазм қилиш учун зарур бўлган трипсин ва химотрипсин ферментларини ишлаб чиқариб, у ўз маҳсулотини 12 бармоқли ичакка қуяди.

Ўткир панкреатит ошқозон ости безининг ўткир яллиғланиши касаллиги бўлиб, у 30-60 ёшли инсонларда учрайди, аёллар эркакларга нисбатан 3-3,5 баравар кўп касалланади.

Касалликнинг куйидаги турлари мавжуд:

- 1) ошқозон ости безининг ўткир шишиши (ўткир панкреатит);
- 2) геморрагик некроз;
- 3) йирингли панкреатит.

Ўткир панкреатит жуда кам ҳолларда ўзи ёлғиз касаллик бўлиб кўсбланади. У доим организмдаги бирор касалликнинг асорати сифатида иккиламчи касаллик бўлиб юзага келади. Шунинг учун келиб чиқиш сабаблари жуда кўп. Қўшни органларнинг инфекцион касалланишидан (қорин тифи, паратиф А ва В), паротит, гепатит, колит касаллигидан кейин, шунингдек, травматик панкреатит (безнинг очик ва ёпиқ шикастланишидан) кейин келиб чиқади.

Клиникаси. Асосий белгиси оғриқ бўлиб, доимий характерга эга бўлади, оғриқ унчалик кучли бўлмайди, эпигастрал соҳа бир оз оғриб туради, енгил ич кетиши ҳам ҳамроқ бўлади.

Оғриқ доимий кучсиз, интенсив бўлиш билан бирга, бураб-бураб оғриш характерига ҳам эга бўлади. Интенсив оғриқ шу даражада характерлики, ҳатто бемор хушидан кетиб қолади. Оғриқ ё ўнг биқин, ё чап биқинда бўлиб, олкага, кўкракка беради. Кўнгил айнаши ва қусиш рефлектор характерга эга. Кўпинча қусиш қайта-қайта бўлиб, бемор тўхтамай қусади ва у беморга енгиллик беради. Бемор ярим букилган ҳолда ётишга мажбур бўлади, тана ҳарорати кўпинча нормал бўлади. Тана териси бир оз ё кўқарган, ё сарайган бўладики, бу интоксикация аломатидир. Тил қуруқ, оқ қараш билан қопланади, қорин бир оз шишган (дам) бўлади. Пальпацияда оғримайди, перистальтика кучсиз. Оғир ҳолларда ҳаво етишмайди ва цианоз кузатилади.

Давоси: Консерватив ва хирургик усулб.

ХОЛЕЦИСТИТ

Ўт пуфаги жигарда ишланиб чиққан ўтнинг ортиқча микдори қопланадиган жой бўлиб, сигими 40-60 см³, лекин ўзи ўт ишлаб чиқармайди. Одамнинг жигари бир суткада 700-1200 граммгача ўт ишлаб

чиқаради. Жигар бўлакчаларида ишланган ўт суюқлиги айни шу жойда тўпланиб, кейин 12 бармоқли ичакка қуйилади.

Жигар организмнинг «марказий биохимик лабораторияси» вазифасини ўтайди. Жигар ишлаб чиқарган ўт аччиқ таъмли, ишқорий муҳитли, кўк рангли суюқлик бўлиб, организмда асосан ёғларни эритади. Жигар ҳужайраларида модда алмашинуви натижасида юзага келган заҳарли моддаларни зарарсизлантиради.

Ўт пуфагининг яллиғланиши холецистит дейилади. Холецистит ўткир ва сурункали кечади. Ўткир холецистит ўз навбатида катарал, флегмоноз ва гангреноз турларига бўлинади. Ўт пуфагининг яллиғланишига сабаб микробларнинг қон ёки лимфа орқали келиши, шунингдек, ичаклардан ўт йўли орқали келиши ҳамдир. Ўт ажралишининг динамикаси бузилишига оғизда тишларнинг етарли бўлмасдан, овқат кам чайналиши, шошиб овқатланиш, спиртли ичимлик, тамаки ва ҳоказолар сабаб бўлади.

Катарал холециститнинг клиникаси. Доимий интенсив оғриқ, қовурға тагида ўнг томонда ҳамда эпигастрал соҳада бўлиб, оғриқ белга ва кўкракка берилади. Бошланишида оғриқ хуруж билан кечади. Қусиш содир бўлиб, қусгандан кейин бемор енгиллик ололмайди. Тили намли, лекин оппоқ бўлмаган сарғимтил тусдаги караш билан қопланади, юмшоқ танглай сарғиш рангда бўлади. Чуқур нафас олганда жигар соҳасида оғриқ сезади. Хуруж бир неча кеча-кундуз давом этиши мумкин.

Флегмонозли холецистит клиникаси. Катарал холециститга қараганда анча оғир кечади. Оғриқнинг характери ҳам, давомлилиги ҳам жиддий бўлади. Оғриқ йўталганда, ҳатто нафас олганда ҳам, у ёки бу ёққа ағдарилиб ётганда ҳам кучаяди. Кўнгил айниши тез-тез бўлиб туради. Қусиш ҳам кўп бўлади. Қорин шишган (ичаклар парези ҳисобига), ўт халтачаси анча катталашган, пальпацияда оғриқли бўлади. Тана ҳарорати кўтарилади (38° С атрофида).

Гангреноз холецистит клиникаси. Умумий аҳволи оғирлашган, перитонит белгилари учраб туради ва юқорида қайд қилинган симптомлар яққол сезилади ва организмнинг интоксикацияси ҳам кўшилади.

У кекса, ёши ўтган кишиларда учрайди. Гангреноз бўлгани учун ўт халтачаси ёрилиб, ўткир перитонитга олиб келади.

Беморнинг нафаси юзаки, тахикардия, ступор ҳолат, тили қуруқ, қорни шишган бўлади.

Давоси. Енгил ҳолларда консерватив (диета, ўт пуфагига музли халтача қўйиш, тери остига 1мл-0,1%, атропин юбориш, очлик, минерал сувларни ичиш). Агар холециститнинг флегмоноз ва гангреноз турлари бўлса, операция йўли билан даволанади. Холецистоэктомия (ўт пуфагини олиб ташлаш) қўлланилади.

Ф О Й Д А Л А Н И Л Г А Н А Д А Б И Ё Т Л А Р :

1. Буянов В. М. "Биринчи медицина ёрдами". Тошкент. "Медицина" 1997й.
2. Велюков А. Н. "Врач келгунча биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш". Тошкент. "Медицина". 1996й.
3. Ёнбоев Т.Э. "Шикастланишларда ва бахтсиз ҳодисаларда шошилич ёрдам кўрсатиш". Тошкент. "Ибн-Сино". 1993й.
4. "Домашний лечебник или первая медицинская помощь в дома и на улице". Под ред проф Попова В. А. Ленинград. 1991й.
5. Галькин В. А. "Ички касалликлар". Тошкент "Медицина". 1989й.
6. Морозов В. В. Ромасенко В. А. "Нерв ва психик касалликлар". Медицина психологияси асослари. Тошкент. "Медицина". 1986й.
7. Заликина А. С. "Беморларнинг умумий парвариши". Тошкент. "Ибн-Сино". 1995й.
8. Қосимов Э. М. "Ички касалликлар пропедевтикаси". Тошкент. "Ибн-Сино". 1996й.
9. Маҳмудов. О. С. "Болаларнинг юқумли касалликлари". Тошкент. "Ибн-Сино". 1995й.
10. Хидиров. О. Абилпайзиев. А. "Шикастланганда шошилич тиббий ёрдам". Ўқув қўлланма. Гулистон 2001.
11. Мажидов В.М. "Юқумли касалликлар" Тошкент "Ибн Сино" 1993 йил.
12. "Медицина ҳамширалари ўқув қўлланмаси" Рамазонова Р.А. тахрири остида Тошкент "Ўқитувчи" 1985.
13. "ТИББИЙ МУОЛАЖАЛАР" Сабиров. Д. М, Газизов. А. Э, Исмоилова. Б. Х., Тошкент. "Ворис" 2007 йил
14. Тиббий билим асослари фанидан ўқув методик мажмуа. Тер.ДУ. Зоология кафедраси. 2011й

МУНДАРИЖА

Сўз боши.....	3
---------------	---

1-БОБ. БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ

Парҳез таомлар ва уларнинг турлари.....	4
Беморларнинг шахсий гигиенаси.....	5
Беморларнинг тана ҳарорати, нафас олиш сони ва томир уриши(пульс)ни санаш ҳамда артериал қон босимини ўлчаш.....	9
Қон айланишига таъсир қилувчи воситалар.....	13
Дори-дармонларни организмга киритиш усуллари.....	17

2-БОБ. КАСАЛЛИКЛАР ВА ЗАҲАРЛАНИШЛАР

Нафас олиш тизими касалликлари.....	22
Юрак-қон томирлар тизими касалликлари.....	25
Ўткир томирлар етишмовчилиги.....	29
Овқат ҳазм қилиш тизими касалликлари.....	34
Эндокрин ва моддалар алмашинуви касалликлари.....	38
Сийдик таносил тизими касалликлари.....	40
Асаб-руҳ тизими касалликлари.....	46
Заҳарловчи моддалардан заҳарланиш.....	51
Юрак ва нафас фаолияти тўхтаганда биринчи ёрдам.....	56

3-БОБ. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АСОСЛАРИ

Юқумли касалликлар ҳақида тушунча.....	59
Ичак инфекциялари.....	66
Нафас йўллари инфекциялари.....	72
Қон орқали юқадиган инфекциялар.....	75
Антропозооноз инфекциялар.....	82
Болалар инфекцияси.....	86
Ўта хавфли инфекциялар.....	93

4-БОБ. ТРАВМАТОЛОГИЯ ВА ЖАРРОҲЛИК

Травматология ва жарроҳлик ҳақида тушунча.....	98
Антисептика ва асептика.....	98
Десмургия.....	100
Оғриқсизлантириш.....	103
Қон кетиши.....	104
Травма-шикастланишлар.....	111
Жарроҳлик инфекцияси(Жароҳат инфекцияси).....	115
Қорин бўшлиғи органларининг ўткир касалликлари.....	121
Куйиш, совуқ уриши, электр токидан шикастланиш.....	123
Бош шикастланиши.....	128
Кўкрак қафаси ва унинг органларини ёпиқ шикастланиши.....	130
Қорин бўшлиғи органларининг шикастланишлари.....	131
Комбинациялашган шикастланишлар.....	131
Қорин бўшлиғининг ўткир касалликлари-шок.....	134
Фойдаланилган адабиётлар.....	139

ҚАЙДЛАР УЧУН

