

**O`ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O`RTA
MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI**

TERMIZ DAVLAT UNIVERSITETI

Tibbiy bilim asoslari kafedrası

TIBBIY BILIM ASOSLARI

fanidan ma'ruza matnlari
(Barcha ta'lim yo'nalishi 1 -kurs talabalari uchun)

TERMIZ-2009 YIL.

“Tasdiqlayman ”

“Tasdiqlayman ”

Fakultet dekani

Kafedra mudiri

dots. B Xoliknazarov

“ ___ ” _____ 2009 yil

“ ___ ” _____ 2009 yil

Ma’ruza matn kafedraning 2009 yil 29 avgust va fakultet ilmiy kengashining 2009 yil 30 avgustdagi yig’ilishlarining qarorlari bilan tasdiqlangan .

Tuzuvchi :

k.o’q . Juraeva M.E

Tibbiy bilim asoslari fanidan yozilgan ma'ruza matnlar to'plamiga

TAQRIZ

Ma'ruza matnlar to'plami dastur asosida yozilgan bo'lib, 9 ta ma'ruzani o'z ichiga oladi:

1. Kirish. Hujayra va to'qima. Moddalar va energiya almashinuvi. Endokrin tizim.
2. Nafas olish va yurak - qon tomir tizimlarining kasalliklari.
3. Ovqat hazm qilish, endokrin, moddalar almashinuvi va siydik tanosil tizimlarining kasalliklari.
4. Asab- ruh tizimi kasalliklari.
5. Epidemiologiya asoslari. Immunitet.
6. Ichak infeksiyalari
7. Bolalar infeksiyasi.
8. Antiseptika va aseptika. Desmurgiya va transport immobilizatsiyasi.
9. Qon ketishi. Qon va uning o'rnini bosuvchi suyuqliklar quyish.
10. Shikastlanishlar. Yopiq va ochiq shikastlanishlar
11. Kuyish, sovuq urishi, elektr tokidan shikastlanish
12. OITS haqida ma'lumot. OITS ning klinik belgilari, tashxisi, davolash va oldini olish.

Ma'ruza matn to'plamlarini yozishda 44 ta adabiyotdan foydalanilgan. Ma'ruzalar yangi o'quv adabiyotlaridan foydalanilgan holda, tiniq, ravon, mazmunli, sodda jumlar bilan reja asosida bayon etilgan.

Ma'ruza matnlar oliy o'quv yurti talabiga mos ravishda yozilgan bo'lib, bu to'plamni oliy o'quv yurti talabalariga "Tibbiy bilim asoslari fanini" o'qitish uchun tavsiya etaman.

Taqrizchi: Tibbiyot fanlari doktori: Q. Madartov.

Mavzu: Hujayra va to'qima. Moddalar va energiya almashinuvi. Endokrin tizim.

REJA:

1. Anatomiya va fiziologiya fanlari to'g'risida qisqacha ma'lumot.
2. Hujayra va to'qimalar, tuzilishi, turlari va vazifalari.
3. Moddalar almashinuvi haqida tushuncha. Oqsillar, yog'lar va uglevodlar almashinuvi.
4. Suv va tuzlar almashinuvi. Vitaminlar almashinuvi va ularning organizmda tutgan o'rnini.
5. Endokrin tizimi haqida tushuncha. Garmonlar va ularning ahamiyati.

Odam anatomiyasi - odam organizmi, organlarning tuzilishi, shakli va joylashish o'rnini o'rganadi "**Anatomiya**" so'zi yunoncha "anatoma" - kesaman. yorib ko'raman degan ma'nolarni anglatadi. Kesish va yorish odam organizmining tuzilishini o'rganadigan usullaridan hisoblanadi. Hozirgi anatomiya organlar tuzilishini murdani yorib tekshirishdan tashqari odam tirikligida ham rentgenografiya, rentgenoskopiya, ultra tovush (UZI) kabi usullari bilan ham o'rganadi.

Organizim va organlarning hayotiy funksiyalari (vazifalar)ni o'rganadigan fan fiziologiya deb ataladi.

"Fiziologiya" yunoncha (fizis)- "physis"- tabiat va "logos"- fan demakdir. Fiziologiya anatomiya, gistologiya, embriologiya, biologiya, ximiya va biologiya, fizika singari fanlar bilan chambarchas bog'liqdir va hujayralararo moddadan o'zini membranasi orqali ajralib turadi. Sitoplazmada muayyan vazifani bajaradigan organoidlar bo'ladi. Bularga mitoxondriyalar, ribosomalar, hujayra markazi va boshqalar kiradi. Hujayra tarkibida oqsillar, yog'lar, uglevodlar, nuklein kislotalar SUV va anorganik tuzlar bo'ladi. Hujayralarda asosan ikki xil nuklein kislota: yadroda dezoksiribonuklein kislota (DNK), yadro va sitoplazmada ribonuklein kislota (RNK) uchraydi.

Hujayraning yadrosi shar yoki oval shaklida bo'lib, odatda hujayra markazida joylashadi. Yadro qobiqqa o'ralgan bo'ladi. Har bir yadroda 1- 2 ta yadrocha bo'lib ularda nuklein kislotalar sintezlanadi. Bundan tashqari yadro tarkibida oqsillar va DNK dan tashkil topgan xromosomalar bo'lib har bir organizmda ularning soni doimiydir (odamda 23 juft). Hujayralar bo'linish yo'li bilan ko'payadi. Bo'linish murakkab kariokinez, ya'ni mitoz va oddiy amitoz bo'lishi mumkin. Mitoz bo'linishda hujayra yadrosida murakkab o'zgarishlar sodir bo'ladi va hujayra 2 ga bo'linadi. Har qaysi yangi hujayrada 23 juft xromosoma bo'ladi, ya'ni genetik material yangi hujayralarga teng miqdorga bo'linadi.

Oddiy (amitoz) bo'linish kamdan-kam uchraydi. Bunda yadro kattalashib, 2 ga bo'linadi. Yadroning mikrostrukturasi o'zgarish bo'lmaydi, keyin sitoplazma bo'linib 2 ta yangi hujayra hosil bo'ladi.

Odam organizmida 4 xil to'qimalar bor:

1. Epiteliy to'qimasi. Bu to'qima har xil shakldagi hujayralardan tashkil topgan. Epiteliy to'qimasi terida (himoya vazifasi), nafas yo'llarida (havoni tozalaydi), ichakda (so'rish vazifasi), bezlarda (sekret ishlab chiqaradi) uchraydi.

2. Biriktiruvchi to'qima. Hujayra va Hujayralararo moddadan tuzilgan. Biriktiruvchi to'qima uch xil: tolali, tayanch va oziqlantiruvchi bo'ladi. Tolali biriktiruvchi to'qima hujayralari fagositoz, ya'ni bakteriya va yod moddalarni o'ziga qamrab olib hazm qilib yo'qotish xususiyatiga ega. Tayanch biriktiruvchi to'qimaga tog'ay va suyak to'qimasi kiradi. Oziqlantiruvchi biriktiruvchi to'qimaga qon va limfa kiradi.

3. Muskul to'qimasi qisqarish xususiyatiga ega bo'lib, u asosan ikkiga: silliq muskul to'qimasi va ko'ndalang targ'il muskul to'qimasiga bo'linadi. Silliq muskul to'qimasi deyarli hamma ichki organlarning (til va diafragmadan tashqari) devorida va qon tomirlarida uchraydi. Bu to'qima odamni ixtiyorisiz qisqaradi. Ko'ndalang targ'il muskul to'qimasi skelet muskullarida va ba'zi bir ichki organlarda (til va diafragmada) uchraydi. Yurak devorida ham ko'ndalang targ'il muskul to'qimasi joylashgan bo'lib, organizmning ixtiyoriga bo'ysunib qisqaradi.

4. Nerv to'qimasi - nerv tizimida uchraydi. Bu to'qima hujayralari tana va o'simtalardan iborat bo'lib, ular neyronlar deb ataladi. Ta'surotni qabul qilish va nerv impulslarini o'tkazish nerv to'qimasining asosiy xususiyatidir.

Moddalar almashinuvi tirik organizmning zarur va muhim xossasidir. Moddalar almashinuvi bo'lmasa, hayot ham bo'lmaydi. Organizmga tashqi muhitdan kirgan moddalarning unda to'parchalanish mahsulotlari chiqarib yuborilguncha o'zgarishning murakkab zanjiri moddalar almashinuvi deb ataladi. Moddalar almashinuvi bir-biri bilan chambarchas bog'langan yagona ikki prosesdan: assimilyasiya va dissimilyasiyadan iborat.

Ovqat hazm qilish kanalida bu moddalar organik moddalarga parchalanib qonga so'riladi va qon bilan birga butun organizmga tarqaladi. Hujayra va to'qimalarda bu moddalardan organizmga xos murakkab moddalar hosil bo'ladi. Ular organizmda yangi hujayra va to'qima hosil bo'lishida ishtirok etadi ham energiya manbai bo'lib hisoblanadi. Bu proses assimilyasiya deb ataladi. Hujayra va to'qimalardagi murakkab organik moddalar doim parchalanib turadi. Bunda odamning yashashi, harakat qilishi, jismoniy va aqlli mehnat bilan shug'ullanishi uchun zarur energiya ajraladi. Bu proses dissimilyasiya deyiladi.

Moddalar almashinuvida oqsillar, yog'lar, uglevodlar, suv va mineral tuzlar ishtirok etadi. Bundan tashqari organizmning normal rivojlanishi uchun vitaminlar ham katta ahamiyatga ega.

Oqsillar almashinuvi. Organizmda oqsillar yangi hujayralar va to'qimalar hosil bo'lishida plastik material sifatida ishtirok etadi. Bir kunda organizmda o'rta hisobda 100- 120 g oqsil kirib turishi kerak. Organizmga oqsillar ovqat mahsulotlari (go'sht, tuxum, sut, mosh, loviya kabilar) orqali tushadi. Ovqat tarkibidagi oqsillar murakkab oqsillar bo'lib, ular ovqat hazm qilish kanalida aminokislotalarga parchalanadi va qonga so'riladi, aminokislotalar qon bilan hujayra va to'qimalarga borib hujayralarda ulardan odam organizmiga xos oqsil sintezlanadi. Keraksiz ortiqcha oqsil, aminokislotalar parchalanib teri va siydik

orqali organizmdan tashqari chiqarilib yuboriladi. 1 g oqsil parchalanganda 4.1 kkal energiya ajralibchiqadi.

Uglevodlar almashinuvi. Uglevodlar organizm hayotida muhim o'rin tutadi, ular asosiy energiya manbai hisoblanadi. Uglevodlar organizmga murakkab uglevodlar, polisaxaridlar holida kiradi. Ovqat hazm qilish kanalida polisaxaridlar disaxaridlarga, disaxaridlar esa monosaxaridlarga (glyukoza) parchalanadi. Glyukoza qonga so'rilib, jigar va muskullarda undan hayvon kraxmali glikogen hosil bo'ladi. Jigardagi glikogen asosan zahira (zapas) uglevod bo'lib, qonda qand miqdori kamayganda glyukoza parchalanadi va glyukoza qonga o'tadi. Ortiqcha glyukoza jigarda to'planadi. Muskullardagi glikogen uzluksiz parchalanib turadi. Katta yoshli kishilar 1 kunda 500gr uglevod iste'mol qilishi kerak. Ovqat bilan uglevodlar kirsam, ham organizmda oqsil va yog'lardan uglevod hosil bo'ladi. Igr uglevod parchalanganda 4,1 kkal energiya ajralib chiqadi.

Yog'lar almashinuvi. Yog'lar ham organizmda energiya manbai hisoblanadi. 1 g yog' oqsidlanib parchalanganda 9,3 kkal energiya ajraladi. Organizmga kirgan yog'lar hazm kanalida gliserin va yog' kislotalariga parchalanib. limfaga so'riladi. Bu vaqtda gliserin va yog' kislotalar ichak shilliq pardasi hujayralaridan o'tayotganida bir-biriga birikib yog' hosil qiladi. Bu yog' organizm ehtiyojlarini qondirib, ortiqchasi teri osti yog' kletchatkasida, charvida, buyrak atrofida va boshqa ichki organlarda zahira bo'lib to'planadi va energiya manbai bo'lib xizmat qiladi. Bundan tashqari, teri osti kletchatkasidagi yog' qatlami organizmdan issiqlikni chiqarmaydi. Organlar atrofidagi yog' esa ularni shikastlanishdan saqlaydi. Organizmga yog' kirmaganda oqsillar va uglevodlardan organizmda yog' hosil bo'ladi. Katta yoshli odam organizmiga bir kunda 100 gr yog' kirishi kerak.

Suv va tuzlar almashinuvi. Suv va mineral tuzlar organizmga energiya bermaydi, ammo organizmda sodir bo'ladigan barcha fiziologik jarayonlarda ishtirok etadi. Organizmga suv kirmasa u bir necha kunda nobud bo'ladi. Hujayra va to'qimalarning asosiy qismi-suv va mineral tuzlardan iborat bo'lib, ular organizmning ichki muhitini tashkil qiladi. Katta yoshli odamlar gavdasi og'irligining 60%ini suv, tashkil etsa, yosh organizmda bu miqdor 80% ga yetadi. Qon plazmasida 42%, suyaklarda 22%, muskullarda 76%, biriktiruvchi to'qimada 80% va miyaning kul rang moddasida 86% suv bo'ladi. Suv va mineral tuzlar hujayralarning normal faoliyati uchun zarur osmotik bosimni hosil qiladi. Organizmga 1 sutkada 2000-2500 ml suv kiradi. Organizmning normal faoliyati uchun organizmga kirgan suv miqdori chiqadigan suv miqdoriga teng bo'lishi kerak. Suv almashinuvi mineral tuzlar almashinuvi bilan chambarchas bog'liq.

Organizmga ovqat bilan kirgan mineral tuzlar qonga so'rilib hujayra va to'qima tarkibiga kiradi. Oqsillar, fermentlar, gormonlar va skelet suyaklari tarkibida ham mineral tuzlar bo'ladi.

Nerv tizimining faoliyati, qonning ivishi, so'rilish, gazlar almashinuvi, sekretiya va chiqarish jarayon (prosess) lari mineral tuzlar bilan bog'liq. Kalsiy va fosfor, natriy va xlor, temir, kaliy, yod, kobalt, oltingugurt, rux va boshqa elementlar organizm uchun juda zarur va katta ahamiyatga ega. Organizmga tuzlar ovqat bilan kiradi.

Organizmning normal hayot faoliyati uchun vitaminlar ham zarur bo'ladi.

"Vita"- hayot degan ma'noni anglatadi.

Ko'p vitaminlar fermentlar tarkibiga kiradi va katalizatorlar sifatida moddalar almashinuvida ishtirok etadi.

Vitaminlar ikki guruhga bo'linadi:

1. Suvda eriydigan: C, PP, B1, B2, B3, B6, B12 vitamin va boshqalar kiradi.

2. Yog'da eriydigan: A, D, K, F vitaminlar kiradi.

Vitaminlar ho'l meva, sabzavot va sut mahsulotlarida ko'p bo'ladi.

A vitamin o'sishga ta'sir etadigan vitamin bo'lib, moddalar almashinuvida gormonlar hosil qilishda qatnashadi. Organizmda A vitamin yetishmasa, qorong'ida ko'rmay qoladi, ya'ni shapko'rlik rivojlanadi.

B1 vitamin uglevodlar almashinuviga ta'sir qiladi. Organizmda bu vitamin yetishmasa, nerv tizimi faoliyati buziladi.

B12 - vitamini qon hosil bo'lishida ishtirok etadi. B12 vitamini yetishmasa kamqonlik kasalligi kelib chiqadi.

C vitamin organizmda oqsil sintezlanishi uchun zarurdir. C vitamin uglevodlar almashinuviga ta'sir etadi. Tishlar, milk normal holatda bo'lishini, suyaklar tarkibida organik moddalar hosil bo'lishini ta'minlaydi. C vitamin immunitetni kuchaytiradi. C vitamin yetishmasa, singa (lavsha) kasalligi kelib chiqadi.

D vitamin organizmning normal o'sishi va rivojlanishida, kalsiy va fosfor tuzlari almashinuvida katta rol o'ynaydi. Yosh organizmda vitamin D yetishmasa, raxit kasalligi rivojlanadi.

Organizmda moddalar almashinuvi energiya almashinuvi bilan bog'liq. Har xil fiziologik funksiyalarni bajarish uchun organizm energiya sarflaydi.

To'qimalardagi oqsillar, yog'lar va uglevodlarning parchalanishi natijasida energiya ajraladi.

Odam tamomila tinch turganda ham yurak va buyraklarning ishi, nafas muskullarining qisqarishi uchun bir qancha energiya sarflaydi.

Bu energiya miqdori asosiy almashinuv deyiladi.

Bez hujayralarida hosil bo'ladigan moddalarni tashqariga chiqarmasdan bevosita qonga yetkazib turadigan bezlar ichki sekretiya bezlari deyiladi.

Endokrin bezlar - "endo"- ichki, "krino" ajrataman degan ma'noni anglatadi.

Ichki sekretiya bezlariga: gipofiz, epifiz, qalqonsimon bez, ayrisimon bez, buyrak usti bezlari, oshqozon osti va jinsiy bezlarning bir qismi kiradi.

Gipofiz bezi- no'xatsimon, vazni 0.5-0.6 gr, bosh miyaning ostki qismida kalla suyagining "turk egarchasi" deb atalgan qismida joylashgan.

U uch bo'lakdan iborat: oldingi bo'lak, o'rta va orqa bo'lak.

Gipofizning oldingi bo'lagida somatotrop, adrenoqor-tikotrop, tireotrop, gonadotrop, laktotrop, lyutenlovchi gormonlar ajraladi. Somatotrop gormon bolalar va o'smirlarni o'sishi, rivojlanishi, organizmdagi oqsillar sintezlanishini boshqaradi.

Bu gormon balog'at yoshiga yetmay turib, ko'p ishlab chiqarilsa, bo'y normadan ortiq o'sib ketadi. Bu gigantizm, kam ishlab chiqarilsa esa bo'y o'smay qoladi. Bu nanizm - pakanalikni keltirib chiqaradi.

Adrenokortikotrop gormoni buyrak usti bezining ishini tartibga soladi. Tireotrop gormoni qalqonsimon bezning ishini, ya'ni tiroksin ishlab chiqarilishini boshqaradi.

Gonadotrop gormoni ayollarda va erkaklarda jinsiy bezlar funksiyasini boshqaradi. Gipofizning o'rta bo'lagida intermedin gormoni ajraladi. Bu gormon terida pigment hosil bo'lishini boshqaradi. Gipofizning orqa bo'lagida oksitotsin va vazopressin gormonlari ajraladi.

Oksitosin gormoni ayollarda bachadon muskullarining qisqarishini kuchaytirib tug'ish jarayonini osonlashtiradi.

Vazopressin gormoni esa organizmda suv almashinuvini boshqarish, ya'ni buyrak kanalchalarida birlamchi siydikning 98.5-99 %ini qonga qayta so'rilishini ta'minlaydi. Bu gormon yetishmasa odamda qandsiz diabet kasalligi kelib chiqadi.

Epifiz bezi o'rta miya sohasida joylashgan bo'lib, vazni 0,2 grammga tengdir. U pigment almashinuvini boshqarishda ishtirok etadi.

Qalqonsimon bezi bo'yinning old qismida joylashgan bo'lib, hiqildoqni oldingi va yon tomonlaridan yopib turadi. Uning vazni kattalarda 25-30 gr bo'ladi. Bu bez tiroksin gormonini ishlab chiqaradi. U moddalar almashinuvi, yurak ishini gumoral yo'l bilan boshqarishda bolalarning o'sishi va rivojlanishida, nerv tizimining funksiyasini normal takomillashuvida katta ahamiyatga ega. Qalqonsimon bez funksiyasining susayishiga gipoteroz deyiladi. Yod yetishmovchiligi natijasida odamda endemik buqoq kelib chiqadi. Bez funksiyasining oshishi tireotoksikoz kasalligini kelib chiqishiga sababchi bo'ladi.

Qalqonoldi bezi oval shaklida bo'lib, juda mayda, vazni o'rtacha 0,11 grammga teng. Bu bez organizmda kalsiy va fosfor tuzlari almashinuviga ta'sir etadigan gormon- paratgormon ishlab chiqaradi.

Bu gormon kamayganda muskullar tortishadi va tetaniya kasalligi ro'y beradi. Bu kasallikda qondagi kalsiy miqdori kamayib ketadi.

Ayrisimon bez to'sh suyagining orqa yuzasida joylashgan. Vazni 14-15 yoshli o'smirda 30-40 gr. katta odamlarda 5gr ga teng. Ayrisimon bezda timozin gormoni ishlab chiqariladi.

Timozin limfositlar hosil bo'lishini kuchaytiradi.

Buyrak usti bezi 2 ta bo'lib o'ng va chap buyraklarning ustki qismida joylashgan. Ularning birgalikdagi vazni 10-20 gr ga teng bo'lib, 2 qavatdan : ustki po'stloq qavati va ichki mag'iz qismidan iborat. Po'stloq qismida mineralqortikosteroid, glyukoqor-tikoid va jinsiy gormonlarni hosil qiladigan androgen va esterogenlar ishlab chiqariladi.

Miya qismidan noradrenalin va adrenalin gormonlari ishlab chiqariladi. Bu gormonlar arterial qon bosimini oshiradi, yurak qisqarishlarini tezlashtiradi, to'qimalarda moddalar almashinuvini kuchaytiradi.

Me'da osti bezi me'daning pastki va orqa sohasida bel umurtqasi ro'parasida joylashgan bo'lib, uzunligi 16-20 sm, vazni 70-80 gr. Inkretor qismi insulin gormonini ishlab chiqaradi. Insulin qondagi qand moddasining ortiqcha qismini jigar va muskul to'qimalarida glikogen moddasi sifatida zapas holda to'planishni ta'minlaydi.

Jinsiy bezlar. Erkaklarda urug'donda, ayollarda tuxumdonda jinsiy gormonlar ishlab chiqariladi.

Bolalarning balog'atga yetishi va jinsiy rivojlanishi erkaklar jinsiy gormonlari testosteron va androsteron ,ayollar jinsiy gormoni esterogen bilan bog'liqdir.

Bu gormonlar birlamchi va ikkilamchi jinsiy belgilarning paydo bo'lishiga ta'sir etadi.

Ichki sekresiya bezlarining faoliyati nerv tizimi tomonidan boshqariladi. Shunday qilib, ichki sekretsia bezlarida ishlab chiqarilayotgan gormonlar o'z navbatida nerv tizimiga ta'sir etadi, nerv tizimi esa gumoral yo'l bilan ichki sekresiya bezlari faoliyatini boshqaradi.

Mavzu: Nafas olish va yurak - qon tomir tizimlarining kasalliklari

R E J A:

1. Nafas olish organlari kasalliklari haqida umumiy ma'lumot.
2. Bronxial astma. Etiologiyasi, klinik belgilari. astma xurujida birinchi yordam ko'rsalish.
3. Yurak- qon tomir kasalliklari haqida qisqacha ma'lumot.
4. Stenokardiya, miokard infarkti kelib chiqish sabablari, klinik belgilari, stenokardiya va miokard infarkti xurujida 1-chi tibbiy yordam ko'rsatish.
5. O'tkir tomirlar yetishmovchiligi: hushdan ketish, kollaps. shok. Kelib chiqish sabablari, klinik belgilari, I - chi tibbiy yordam ko'rsatish.
6. Gipertoniya kasalligi, etiologiyasi, klinik manzarasi. Gipertonik kriz, sabablari, klinik belgilari, I -chi tibbiy yordam ko'rsatish.

Nafas olish organlari kasalliklariga o'tkir rinit, faringit, laringit, bronxit, pnevmoniya (zotiljam), bronxial astma kabi kasalliklar kiradi. O'tkir rinit - burun shilliq pardasining yalliglanishi bo'lib. ba'zan proses burun-xalqumga, hiqildoq xalqumlarga ham tarqalgan bo'ladi. Kasallik kayfiyatning biroz buzilishi, et uvishishi, darmonsizlik, haroratning subfebril bo'lishidan, aksirish, burun-yutqunda quruqlik sezishdan boshlanadi. 1-3 kundan keyin burun bo'shlig ining shilliq pardasi nam tortib ko'p miqdorda seroz-suyuqlik sekret ajraladi Burundan nafas olish birdaniga og'irlashadi. Odam darmonsizlanib, butun a'zoi - badani qaqshab og'riydi. Bemorni o'ringa yotqizib oyoqlariga issiq vannalar qilish zarur. Tomirlarni toraytiruvchi vositalar bo'lgan tomchilar naftizin, galazolin, yosh bolalarga protorgol va surtma dorilar tayinlanadi.

O'tkir faringit - yutqin shilliq pardasining o'tkir yallig'lanishi. Ko'p hollarda o'tkir burun kasalliklari bilan davom etadi. Faringitning paydo bo'lishida burun va burun oldi bo'shliqlarining kasalliklari, kasb-korga oid zararlar, ichkilik ichish, tamaki chekish, juda issiq va achchiq ovqat yeyish sabab bo'ladi. Bunda holsizlanish, tomoqqa, quloqqa beriladigan sanchiqsimon og'riq turishi kuzatiladi. O'tkir faringit odatda mahalliy davolanadi. Iliq ishqorli ingalyatsiyalar, burunga moy tomchilari tayinlanadi.

O'tkir laringit - hiqildoq shilliq pardasining eng ko'p tarqalgan kasalliklaridan biri hisoblanadi. Alohida kasallik sifatida o'tkir laringit tovushning o'ta taranglashuvi oqibatida yuzaga kelishi mumkin. Ko'pchilik hollarda u o'tkir respirator xastaliklar, gripp bilan kechadi. Bemorning tovushi o'zgarib dag'allashadi, tomoq achishadi, odam yo'taladi. Tovush bo'g'ilib chiqmay qoladi. Ehtiyot choralarini ko'rish ya'ni qattiq gaplashmaslik zarur. Bordiyu, kasalning kasb-kori ko'p gapirish bilan bog'liq bo'lsa, tovush funksiyasi tamomila tiklanmagunga qadar, bemor ishdan ozod qilinadi. Davolashda ovqatlanish rejimi muhim o'rin tutadi. Bunda sovuq, juda ham issiq, achchiq ovqat yeyish man qilinadi. Hiqildoqning shilliq pardasi iliq suv, ilitilgan mineral suv, bo'yinga

isituvchi kompress qo'yish yo'li bilan isitiladi. Oyoqlarga issiq vannalar qilish, bug'li ingalyatsiya bemorning ahvolini yengillashtiradi.

Bronxitlar - bronxlarning yallig'lanishi bo'lib, nafas a'zolari kasalliklari ichida eng ko'p uchraydi. Birlamchi va ikkilamchi bronxitlar farqlanadi. Birlamchi bronxitlarda yallig'lanish jarayoni bronxlarda rivojlanadi. Ikkilamchi bronxitlar yuqumli kasalliklar natijasida rivojlanadi. (gripp, qizamiq, ko'kyo'tal, sil, qorin tifi). Bronxitlar kechishiga qarab o'tkir va surunkali bo'ladi. O'tkir bronxit - ko'pincha bahor va kuzda paydo bo'ladi. Strepto- stafilo- pnevmokokklar kasallik qo'zg'atuvchilari bo'lib hisoblanadi. Fizikaviy va kimyoviy moddalar chang, gaz dorilardan ta'sirlanish natijasida kasallik rivojlanadi. Klinik manzarasi. Bemor boshdagi qattiq og'riqdan, dag'al quruq yo'taldan shikoyat qiladi. 2-3 kundan so'ng oz miqdorda yopishqoq bo'lgan qonli balg'am ajratadi. Keyinroq balg'am miqdori ko'payadi. U shilliq – yiringli, sarg'imgir bo'lib, yengil ko'chadi va yo'tal yumshayadi. Birinchi kunlari tana harorati 38 C gacha ko'tarilishi mumkin. Et uvishishi, umumiy holsizlik, yelka, qo'l-oyoq muskullarining og'rishi, ko'p terlash, to'sh suyagi orqasida og'riq va achishish, ovoz bo'g'ilishi, hansirash, yurakning tez urishi kuzatilishi mumkin. O'tkir bronxitda tana harorati ko'tarilishi bilan bemorni o'rnidan turg'izmay, yotqizib qo'yilgani ma'qul, issiq ovqatlar shilliq pardalarni ta'sirlantiradigan mahsulotlar, ratsiondan istesno qilinadi. Spirtli ichimliklar man etiladi. Ilitilgan sutga borjom yoki ichimlik soda (natriy gidrokarbonat) sini qo'shib ichish buyuriladi. Ko'krak qafasiga gorchichniklar, bankalar qo'yiladi. Antibiotiklar. sulfanilamid preparatlari, simptomatik dori - moddalar bemorning yoshiga qarab tavsiya etiladi.

Pnevmoniya ya'ni zotiljam - o'pka to'qimasidagi yallig'lanish prosessi bo'lib, mustaqil kasallik tariqasida boshlanadi yoki qanday bo'lmasin boshqa biror kasallikning bir ko'rinishi, yo bo'lmasa asorati bo'ladi. Yallig'lanish o'pkaning bir bo'lagini zararlagan bo'lsa, buni krupoz pnevmoniya deyiladi. Yallig'lanish prosessi butun o'pkani egallab olishi mumkin. Bu total pnevmoniyadir. O'choqli pnevmoniyada o'pkadagi yallig'lanish prosessi cheklangan joyni zararlaydi. Bronxopnevmoniya uncha katta bo'lmagan o'choqlarning qo'shilishidan hosil bo'ladi. Ko'pincha kasallik boshlanganini aniq bilib bo'lmaydi chunki u bronxit yoki yuqori nafas yo'llarining o'tkir yallig'lanishi jarayonida rivojlanadi. Umumiy behollik, bosh og'rig'I, ko'krakda, kurak ostida og'riq, hansirash belgilari kuzatiladi. Quruq yo'tal yoki yiringli, shilliq - yiringli va qon aralash balg'am ajraladi. Harorat 38 C gacha ko'tariladi. Yuz va **lab** terisining biroz qizarishi yoki ko'karishi, nafas olishning tezlashishi (daqiqasiga 25-30 marta) kuzatiladi. Davosi. Bemor kasalxonaga yotqiziladi, agar uyda davolanadigan bo'lsa, unga o'rinda yotish rejimi buyuriladi. Bemor yotgan xona yaxshi shamollatib turiladigan va yetarlicha issiq bo'lishi kerak. Ovqat yarim suyuq, to'yimli bo'lishi kerak. Ko'proq suyuqlik: meva suvlari, mineral suvlar berib turish foydali. Kasallikning dastlabki soatlaridan boshlab yurak tomirlar faoliyatini quvvatlaydigan dorilar, antibiotik va SAP buyuriladi. Og'iz bo'shlig'i kasalliklarining oldini olish uchun milkar, tanglay, lunj shilliq pardalarini 2 % li gidrokarbonat eritmasi yoki kuchsiz kaliy permanganat **eritmasi** bilan artib turish kerak. Ko'krak qafasiga banka va xantalmalar qo'yiladi

Profilakikasi. Bronxit, gripp kasalliklarini o'z vaqtida davolash zarur. Fizkultura sport mashg'ulotlari bilan shug'ullanish mumkin. Chekish, spirtli ichimliklar ichishga qarshi kurash choralari ko'riladi.

Bronxial astma - infeksiya - allergik kasallik bo'lib, bronxlar muskulaturasi tortilib, qisqarishi natijasida, odamning birdan nafasi qisib, bo'g'ilib qolishi keyin yo'talib yopishqoq balg'am tashlashi bilan xarakterlanadi. Kasallikning paydo bo'lishiga va uning rivojlanishiga ba'zi kasblarda, masalan, teri oshlash korxonalarida, to'quv fabrikalarida, kimyo zavodlarida, laboratoriyalarda, dorixonalarda, sartaroshxonalarda ishlash sabab bo'ladi. Qushlarning pati, hayvonlar jini, uy, kutubxona changi, mog'or, dorilar, kimyoviy yuvish vositalari hamda qator oziq-ovqat moddalarida allergenlar hisoblanib, kasallikning kelib chiqishida muhim rol o'ynaydi. Bundan tashqari, mikroorganizmlar va ularning toksinlari ham bronxial astmaning kelib chiqishida muhim omillardan biri hisoblanadi.

Klinik manzarasi. Kasallik turli vaqtda asosan kechasi xuruj qiladi. Bemor bunda ko'krak qafasida bosilgandek sezgi sezadi. Bemor yotganda bo'g'ilish kuchayadi. Shu sababli u o'tirib oladi. Bemorni ko'rganda, majburiy vaziyatdan tashqari, hamma yordamchi nafas muskullarining nafas olishda qatnashishi kuzatiladi, bo'yin tomirlari bo'rtib chiqqan o'mrov usti chuqurchasi silliqlashgan, yuzi bo'zarib, ter bosadi. Og'zi ochiq, burun yonoqlari kengaygan. Nafas olish qisqa, nafas chiqarish qiyinlashgan, davomli, shovqinli, xirillashlar bilan kechadi, u uzoqdan eshitilib turadi. Xuruj boshlanishida yo'tal kamroq, xuruj kuchayganda ko'payadi. Xuruj oxirida yo'tal yengillashib yopishqoq tiniq balg'am ajraladi, bemorning ahvoli biroz yaxshilanadi va bemor uyquga ketadi.

Davosi. Xuruj tutib qolgan paytda karovat yoki divanda kasalga eng qulay vaziyatni egallash uchun yordam berish, yangi havo kelib turishini ta'minlash, ko'krak qafasining yon yuzalari va oyoqlariga gorchichniklar qo'yib qo'yish kerak. Bemorning terisi ostiga 0.1 % li- 1.0 ml atropin, 10 ml 2,4 % li eufillin eritmasi 10,0-40 % li glyukoza yoki 0.9 foizli natriy xlorid eritmasi bilan qo'shib yuboriladi. Bemorni tinchlantirish uchun valeriana, brom preparatlari buyuriladi.

Yurak- qon tomirlari tizimi kasalliklariga yurak poroklari (nuqsonlari). endokardit, miokardit, perikardit, yurakning ishemik kasalliklari (stenokardiya. miokard infarkti, ateroskleroz), gipertoniya kabilar kiradi. Yurak poroklari (nuqsonlari). Bunda yurakning tuzilishida anatomik o'zgarishlar bo'lib, uning ishi buziladi. Yurak nuqsoni tug'ma yoki orttirilgan bo'lishi mumkin. Yurak tug'ma nuqsonlarining kelib chiqishi xilma-xil va murakkabdir. Ularning kelib chiqishida irsiy omillar ham sabab bo'ladi. U nuqsonlar homilador ayol ko'pincha kamqonlik va boshqa kislorod yetishmovchiligi bilan kechuvchi kasallikka chalinganda. qizilcha, gripp kabi yuqumli xastaliklar bilan og'riganda (homiladorlikning dastlabki 3 oyida), shuningdek nurlar (rentgen va boshqalar), kimyoviy moddalar (benzol, benzin. alkogollar ta'siridan ham paydo bo'ladi. O'pka arteriyasining torligi, yurak bo'lmachalari orasidagi tuxumsimon (oval) teshikchaning ochiqligi, o'ng qorincha devorlarining kengayishi (gipertrofiyasi) - Fallo uchligi, aortaning odatdagidan

o'ngroqda boshlanishi. Fallo to'rtligi (tetrada) yurakning tug'ma nuqsonlariga kiradi. Yurakning orttirilgan poroklariga ikki tabaqali (mitral) qopqoq yetishmovchiligi, chap bo'lmacha va qorincha oralig'idagi teshikchaning torayishi, aorta qopqog'i yetishmovchiligi, aorta teshigining torayishi, uch tabaqali qopqoq yetishmovchiligi kiradi. O'tkir septik endokardit juda ham og'ir kasallikdir: unga asosan birdan avj olib boradigan sepsis-yallig'lanish o'chog'idan qonga to'xtovsiz yoki dam- badam mikroorganizmlar tiushib turishiga bog'liq patologik proses sabab bo'ladi (masalan. suyak to'qimasining yiringli yallig'lanishi-osteomielitda. Shuningdek boshqa organ va to'qimalardagi surunkali yiringli proseslar vaqtida). O'tkir septik endokardit simptomatikasi avvalo butun organizmning og'ir kasalligi - sepsis borlig'iga bog'liq bo'ladi. Odam umuman juda bo'shashib a'zoi - badani "suvga tushib" terlaydi, qaltiraydi, tana harorati gektik tipda ko'tarilib ketadi: kunduzgi, ertalabki, kechqurungi harorat o'rtasida katta farq bo'ladi. Aksari o'tkir nefrit paydo bo'ladi, taloq kattalashib ketadi. O'tkir septik endokardit juda shiddat bilan o'tadi. O'z vaqtida davo qilinmaydigan bo'lsa 2-3 haftadan keyin ahvol og'irlashib qoladi va bemor o'lib qolishi mumkin. Miokardit deb, miokardning yallig'lanishiga aytiladi. Miokardit o'tkir va surunkali bo'ladi. Har qanday o'tkir yuqumli kasallik u yoki bu darajada miokardga ta'sir qiladi. Miokarditda bemorning asosiy shikoyati yurak soxasidagi yoqimsiz sezgilar, ba'zan sanchiqli, bir muncha doimiy og'riq, yurak urushining tezlashuvi, jismoniy harakat qilganda nafas qisishi hisoblanadi. O'tkir miokarditda bu shikoyatlar kuchliroq yuzaga chiqadi va biror inf'eksiyadan keyin tez orada paydo bo'ladi. O'tkir miokarditda ham surunkali miokarditda ham yurak chegaralari chaproq chap tomonga birmuncha kengaygan bo'lishi mumkin. Yurak tonlari bo'g'iqlashgan, ba'zan oz-moz sistolik shovqin kuzatiladi. O'tkir miokarditda tana harorati ko'tariladi, qoni tekshirilganda EChT, (eritrositlarning cho'kish tezligi) oshganligi, leykositoz qayd qilinadi. Surunkali miokarditda bunday o'zgarishlar bo'lmasligi mumkin. Bemor kasalxonada yotqizib davolanadi. Kasallikning dastlabki kunlarida o'rinda yotish rejimiga qattiq rioya qilishi shart. Infeksiyalarning oldini olish, organizmni chiniqtirish. jismoniy tarbiya mashqlarini bajarishi, mehnat va turmushning to'g'ri rejimiga rioya qilish, shuningdek bemorni o'z vaqtida kasalxonaga joylashtirish va yuqumli kasalliklarga aktiv davo qilishdan iborat.

St e n o k a r d i ya

Stenokardiya (yunoncha - stenos - tor qisqa va kardia- yurak), yurak qisishi - yurak ishemik kasalligining bu formasi bir necha sekunddan 20 minutgacha va ko'proqqa cho'ziladigan anginoz og'riq xurujlari bilan xarakterlanadi.

Stenokardiya xurujiga aterosklerozdagi yurak- qon tomirlarining torayishi va qisilishi oqibatida yurak muskullarining qon bilan ta'minlanmasligi sabab bo'ladi.

Stenokardiya toj tomirlar, ya'ni miokardni qon bilan ta'minlaydigan tomirlar bo'ylab qon oqishi buziladi, bu yurak sohasida yoki to'sh orqasida og'riq paydo bo'lishiga olib keladi. Og'riq xuruji odatda, jismoniy yoki ruhiy zo'riqish, haddan tashqari ko'p chekish, sovqotish sababli paydo bo'ladi. Yurakda og'riq harakat qilganda, jismoniy zo'riqqanda paydo bo'ladigan harakat stenokardiyasi va og'riq

tinch turganda ayniqsa uyqu vaqtida paydo bo'ladigan tinchlik stenokardiyasi farq qilinadi.

Stenokardiyada og'riqning davomlilikigi har xil, bir necha sekunddan bir necha soatgacha va bundan uzoqroq.

Davosi. Stenokardiya xurujlarida tomirlarni kengaytiradigan vositalar (validol, nitrogliserin) qabul qilish og'riqni to'xtatadi.

M i o k a r d i n f a r k t i

Miokard infarkti-bu miokard nekrozi (jonsizlanishi)dir. U yurak toj arteriyalarining tromb bilan to'satdan bekilib qolishi yoki ularning o'tkir spazmga uchrashi oqibatida paydo bo'ladi.

Miokard infarkti ko'pincha ateroskleroz, gipertoniya kasalligi bilan kasallangan shaxslarda sodir bo'ladi. Stenokardiyani bu asallikning darakchisi deb hisoblaydilar, biroq ba'zan miokard infarkti to'satdan yuz beradi.

Yurak sohasida yoki to'sh sohasida to'satdan paydo bo'lib, chap yelkaga, chap kurakka, pastga jaqqa va tananing boshqa qismlariga o'tadigan og'riq infarkt miokardining asosiy simptomi hisoblanadi. Stenokardiyadagi og'riqdan farqli ravishda, miokard infarktida og'riq uzoqroq (bir necha soatgacha) bo'ladi, toj arteriyalarini kengaytiradigan vositalar (validol, nitrogliserin) qabul qilingandan keyin bosilmaydi. Miokard infarktining yetakchi simptomi kuchli og'riqda bemor o'lim vahimasiga tushadi, rangi oqarib ketadi, peshonasini sovuq ter bosadi.

Miokard infarktining belgilaridan biri tana haroratining ko'tarilishi hisoblanadi. Harorat qonga nekroz o'chog'i (infarkt)dan parchalanish mahsulotlari tushishi sababli ko'tariladi. Harorat katta raqamlargacha chiqishi mumkin, lekin ko'pincha subfebril bo'ladi.

Davosi. Agar miokard infarkti ko'chada, jamoat joyda yuz bersa, zudlik bilan tez va shoshilinch tibbiy yordam mashinasi chaqiriladi va bemorni yaqindagi stasionarga (kasalxonaga, klinikaga) joylashtiriladi. Miokard infarkti uyda sodir bo'lganda ham bemor kasalxonaga yotqiziladi. Hamma hollarda miokard infarktida birinchi navbatda og'riq xurujini to'xtatish ta'minlanadi, o'tkir yurak yetishmovchiligi bilan kurash olib boriladi. Bunda teri ostiga 1,0-2,0 ml morfin yuboriladi. Arterial bosimni ko'tarish maqsadida mezaton, kofein, kamfora, qordiamin yuboriladi.

O'tkir tomirlar yetishmovchiligi

O'tkir tomirlar yetishmovchiligiga ko'p qon va suyuqlik (ich ketish, tinmay qusish), og'ir shikastlanish, zaharlanish, asab va ruxiy zo'riqishlar sababchi bo'ladi. O'tkir tomirlar yetishmovchiligiga hushdan etish, kollaps, shok holatlari bilan yuzaga chiqadi. Hushdan ketish miya to'qimalarining o'tkir qonsizlanishi (ishemiyasi), natijasida qisqa vaqt hushni yo'qotishdir. Ruxiy ko'chinmalar, ko'p qon yo'qotish, og'riq, charchash, jazirama issiqda uzoq vaqt bo'lish hushdan ketishga sababchi bo'ladi. Bemor hushdan ketadi, teri va shilliq pardalari oqaradi, sovuq ter bosadi, ko'z qorachiq-lari torayadi. Tomir urushi (puls) to'liqligi kuchsiz, nafas olishning yuza bo'lishi kuzatiladi.

Davosi. hushdan ketishga sababchi bo'lgan omillar tezda bartaraf qilinadi. Bemorni boshi past, oyoqlari esa balandroq qilib yotqiziladi. Bunday vaziyatda miyaning qon bilan ta'minlanishi yaxshilanadi. Bemor yotgan xonaga sof havo kirib turishini

ta'minlash lozim. Nashatir spirti bug'lari hidlatiladi. Og'ir hollarda sun'iy nafas oldiriladi.

KOLLAPS

Kollaps deb arterial va venoz bosimning keskin pasayishi va tomirlarda aylanadigan qon miqdorining kamayishi bilan xarakterlanadigan o'tkir yurak tomirlar yetishmovchiligiga aytiladi. Kollaps og'ir yuqumli kasalliklarda (holera, salmonellez, dizenteriya). Ko'p qon ketganda, shikastlanganda, gavda vaziyatining gorizontal holatdan vertikal holatga tez burish (ortostatik kollaps) natijasida, ovqatdan zaharlanishda yuzaga keladi.

Klinikasi. Bemor hushini yo'qotmagan holda qattiq tashnalikdan shikoyat qiladi. Teri qoplamlari keskin oqarib. sovuq ter bosadi, tez-tez yuzaki nafas oladi. Tana harorati, qon bosimi pasayib, og'zi quriydi. Puls tezlashgan, ipsimon bo'ladi.

Birinchi tibbiy yordam va davosi. Kollapsni keltirib chiqargan sabablarni bartaraf qilish (qon oqishini to'xtatish, intoksikasiyaga qarshi kurash) bemorga ruxiy va jismoniy jihatdan to'la orom berish, isitish zarur. Teri ostiga 0.5 ml 0.1% li adrenalini, 1,0 25 % li kofein eritmasi teri ostiga 1,0-2,0 ml 0,2 % li noradrenalin, 1,0 ml 1,5% li mezaton eritmasi vena ichiga in'eksiya qilinadi.

SHOK

Shok (fransuzcha-zarba) haddan tashqari kuchli taassurotlar natijasida **nerv**, endokrin, nafas va qon aylanish tizimlarining faoliyati hamda moddalar almashinuvining buzilishi bilan xarakterlanadi. O'tkir tomirlar etishmovchiligining eng og'ir formasidir. Shok shikastlanishda, tananing ko'p qismi kuyganda jarohat shoki), allergik reaksiyalarda (anafilaktik shok), o'tkir miokard infarktida (kardiogen shok), kuchli hayajonlanish, asab va ruxiy buzilishlarda (emosional shok), qon gruppasi to'g'ri kelmagan qon quyilganda (gemotransfuzion shok) yuz beradi.

Jarohat shoki ko'pincha bosh ko'krak, qorin, chanoq va oyoq qo'llarning shikastlanishda, tananing ko'p qismi kuyganda sodir bo'ladi.

Jarohat shokining 2 ta fazasi farq qilinadi:

Eretil faza - qisqa muddatli qo'zg'alish, so'ngra torpid - pasayish fazasi. Shokning boshlang'ich fazasida bemor bezovtalanadi, qarashlari bejoli, havo yetishmayotganidan noliydi, teri va shilliq pardalari oqarib, sovuq ter bosadi.

Keyingi fazasida bemorning ahvoli og'irlashib, atrof muhit va kishilarga befarq bo'lib qoladi. Og'riqni ezish kamayadi, ba'zan umuman sezmaydi. Rangi oqarib, tana harorati pasayadi. Nafasi va pulsi ezlashadi. Qon bosimi pasayadi.

Birinchi tibbiy yordam ko'rsatish. Qon oqishini to'xtatish, oyoq, qo'l organlari shikastlangan bo'lsa, ularni vaqtincha taxtakachlab qimirlatmay qo'yish, yonayotgan kiyim boshlarni o'chirish zarur. Bemorga tinch sharoit yaratib, uni isitish, shirin choy va issiq ichimliklar berish kerak. So'ngra shikastlangan kishini zudlik va ehtiyotkorlik bilan kasalxonaga olib borish arur.

GIPERTONIYA KASALLIGI

Gipertoniya kasalligi (yunoncha – ortiqcha, taranglik, bosim). Gipertoniya kasalligi yurak va tomirlar, endokrin tizim, buyrak va siydik chiqaruv yo'lidagi organik o'zgarishlarga bog'liq bo'lmagan holda, arterial qon bosimining uzoq vaqt birlamchi ko'tarilib turishidir. Arterial bosimning 140-90 mm simob ustuni norma,

140-95 mm simob ustunining 160-5 mm dan yuqorisi gipertenziya deb hisoblanadi. Markaziy nerv tizimining ruxiy zarbaga uchrashi, o'ta zo'riqishi, moddalar almashinuvining buzilishi, zararli odatlar (spirtli ichimliklar, chekish). irsiyat muhim rol o'ynaydi. Bu omillar ta'sirida mayda arteriyalar bo'shlig'ining vaqtincha keyinchalik doimiy torayishi (spazmi) natijasida sistolik va diastolik arterial qon bosimi ko'tarilib ketadi.

Gipertoniya kasalligining kechishida uchta bosqich farq qilinadi (A.L.Myasnikov). I-bosqich kasallikning boshlang'ich davri bo'lib, yuqorida qayd etilgan sabablar ta'sirida arterial qon bosimi qisqa vaqt ko'tariladi. Sabablarini bartaraf qilingandan so'ng bemorning ahvoli yaxshilanib, bosim o'z holiga tushadi. II-bosqichda qon bosimining ko'tarilishi doimiy (turg'un) bo'lib bemor maxsus davolanmasa, arterial bosim normaga tushmaydi III-bosqichda qon bosimi davo tadbirlari qo'llanganda ham normallashtirmaydi. Bunda buyrak, aorta, yurak, miya va boshqa organlar tomirlarida qaytmas o'zgarishlar yuzaga keladi. Kasallikning ilk davrida asabiy zo'riqishlardan so'ng bosh og'rig'i vaqti-vaqtida bosh aylanishi, quloq shang'illashi, darmonsizlik, yaxshi uxlay olmaslik, belgilari seziladi.

Gipertoniyaning keyingi bosqichlarida puls (tomir urushi) tezlashadi, taranglashadi. Yurak chegaralarning chapga kengayganligi qayd etiladi.

Davosi. Bemorlar dam olish va uxlash rejimiga qat'iy rioya qilishi zarur. Ularning asab tizimiga ta'sir qiluvchi omillar(ni) bartaraf qilinadi. Parhez rejimiga rioya qilish, holesteringa boy mahsulotlar (yog'li, go'sht, yog'), chegaralanadi, sho'r taomlar man etiladi. Dori moddalaridan dibazol, papaverin, platifillin qo'llaniladi. Profilaktika. Dam olish, uxlash rejimini yaxshi tashkil etish, korxonalarda, oilada yaxshi munosabatlar o'rnatish. Gipertoniya kasalligining formalarini o'z vaqtida aniqlash va davolash zarur.

Gipertonik kriz-gipertoniya kasalligining keskin kuchayishi bo'lib arterial bosimning birdaniga o'tkir ko'tarilib ketishi bilan xarakterlanadi. Bemorning boshi aylanadi, bosh og'rig'-kuchayadi, arterial bosim to'satdan ko'tarilib ketadi. Ba'zan bemorning ko'ngli ayniydi, qayd qiladi, birdaniga holsizlanib hushidan ketadi. Miyada qon aylanishi buzilishi natijasida harakatlar, nutq buzilishi yuz berishi mumkin. Og'ir hollarda shoshilinch davo choralari ko'rilmaganda miyaga qon quyiladi (insult).

Birinchi tibbiy yordam. Gipertonik kriz yuz berganda darhol xakim chaqirish, xakim kelguncha bemorni o'ringa yotqizib, oyoqlariga grelka qo'yish yoki issiq vannalar qilish lozim. **Korvalol**, valokardin dori moddalaridan 30-35 tomchi ichirish, shuningdek muntazam ishlatib yurgan dorisidan navbatdan tashqari bir doza qabul qilish zarur. To'sh osti, yurak sohasida og'riq bo'lsa, darhol nitrogliserin tabletkasi til tagiga tashlanadi. Dori moddalardan dibazol, magneziy sulfat, papaverin, gipotiazid qo'llaniladi. Gipertonik krizda kompleks davo choralari arterial qon bosimining bemorga monand tutib turish, uning ko'tarilib ketishiga ham, juda pasayib ketishiga ham yo'l qo'ymaslikdan iborat bo'lishi zarur. Qon bosimining birdan pasayib ketishi bosh miya, yurak va buyraklarning qon bilan yaxshi ta'minlanmay, bemorni ahvoli og'irlashishi mumkin.

Mavzu: Ovqat hazm qilish, endokrin va moddalar almashinuvi hamda siydik tanosil sistemalari kasalliklari

R E J A:

1. Ovqat hazm qilish organlar tizimi kasalliklari haqida umumiy ma'lumot, kelib chiqish sabablari, klinik manzarasi. birinchi tibbiy yordam ko'rsatish va profilaktikasi.
2. Diffuz toksik buqoq va qandli diabet kasalligi, kelib chiqish sabablari. klinik manzarasi, giperglikemik va gipoglikemik koma holatlarida birinchi tibbiy yordam ko'rsatish, oldini olish choralari.
3. Siydik tanosil organlari tizimi kasalliklari haqida umumiy ma'lumot, kelib chiqish sabablari, klinik manzarasi, birinchi vrachgacha yordam berish, profilaktikasi.
4. Buyrak tosh kasalligi, kelib chiqish sabablari, klinik manzarasi, buyrak sanchig'i xuruji va o'tkir siydik tutilihida birinchi vrachgacha yordam ko'rsatish.

Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklariga gastrit, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning yara kasalligi, enterit, kolit, pankreatit, xolesistit kabi kasalliklar kiradi. **Gastrit** - oshqozon shilliq qavatining yallig'lanishi kasalligidir. Etiologiyasida alimentar - ovqat omili katta ahamiyatga ega. Sifatsiz ovqat ist'emol qilish, haddan tashqari issiq, sovuq, achchiq ovqatlar yeyish, buzilgan ovqatlarni yeyish, ovqatni yetarli chaynamaslik gastrit kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Ayrim hollarda gastrit qator boshqa ichki kasalliklardan keyin kkilamchi rivojlanadi. Masalan: yurak yetishmovchiligida (dimlanish hisobiga), yuqumli kasalliklarda (angina.gripp.sil), kasb kasalliklarida (kislotalar, ishqorlar, simob, qo'rg'oshin, fosfor va hokazo bilan ishlash), ta'sirlovchi dori moddalar qabul qilganda (asetilsalisilat kislota, gormonlar, kaliy yodit, rezerpin) va boshqalarda. Shunday qilib gastritning kelib chiqishida ham ekzogen (tashqi), ham endogen (ichki) omillar ahamiyatga ega. Kechishiga qarab o'tkir va surunkali gastritlar farqlanadi. O'tkir gastrit odatda ovqatlanish tartibi buzilganda ovqatdan 3-5 soat o'tgach rivojlanadi, ba'zan u shiddatli kechishi ham mumkin.

Klinik manzarasi. Bemor ishtahasi yo'qligidan, ko'ngil aynishi, kekirish, ovqat, shilliq, o't aralash qusishdan, qorinning yuqori qismida og'riq turishi, og'irlik sezish, bosim, ba'zan tutib qoladigan og'riqdan, og'iz bemaza bo'lishidan shikoyat qiladi. Bundan tashqari. harorat ko'tarilishi, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ko'z oldini qorong'ilashishi kuzatiladi. Umumiy ahvoli qoniqarli yoki o'rtacha og'irlikd, tilini karash bog'lagan, og'zidan yomon hid kelishi mumkin, qorin dam bo'lib, paypaslaganda og'riq bo'ladi. Ich ketishi kuzatiladi. O'tkir ko'rinishi 3-5 soatdan keyin o'tib ketadi, ammo dispeptik holat yana ikki hafta davom etadi, parhezga rioya qilganda va to'g'ri muolaja qilinganda, kasallik asta-sekin o'tib ketadi, aks hollarda jarayon surunkali turga o'tadi. O'tkir gastritda o'zgarishlar xarakterli maxsus optik tizim bilan ta'minlangan gastroskop yordamida aniqlanadi. U me'da shilliq pardasini ko'zdan kechirish va zarurat bo'lganda tekshirish uchun to'qima bo'lakchasini olish (biopsiya) imkonini beradi.

Davosi. Organizmga tushgan zararli omilni tezroq bartaraf qilish uchun, oshqozon iliq suv bilan yuviladi. Bemor o'rinda yotish rejimiga rioya qilishi kerak. Dastlabki 1-2 kun ovqat yemay turiladi. Keyinroq parhezga qattiq amal qilinadi. Og'riqni qoldirish uchun qator dori-darmonlar, xususan beladonna preparatlari tayinlanadi. Og'ir hollarda teri ostiga lidaza, izotonik natriy xlorid eritmasini yuborish kerak.

Oshqozon va 12 barmoqli ichak yarasi kasalligi surunkali qaytalanuvchi kasallikdir.

Etiologiyasi. Yaraning paydo bo'lishida oshqozon va 12 barmoqli ichak harakatining buzilishi, oshqozon shirasining kislotaliligi va peptik faoliyati ortib ketishi, shilliq ishlab chiqarishning kamayishi, oshqozon shilliq qavatida qon aylanishning pasayishi muhim rol o'ynaydi. Bu o'zgarishlarga asosiy sabab ruhiy xayajonlanish, aqliy va jismoniy charchash, doimiy xavotirda bo'lish va boshqalar hisoblanadi. Kasallik nasl surishi mumkin. Yara kasalligi omillariga noto'g'ri ovqatlanish. (quruq ovqat yeyish, tartibsiz ovqatlanish. yaxshi chaynamaslik, dag'al, haddan tashqari achchiq, issiq va sovuq ovqatlar is'temol qilish, tish yo'qligi va boshqalar) sabab bo'ladi. Chekish, spirtli ichimliklar ichish, oqsil, vitamin yetishmovchiligi sabab bo'ladi. Yara kasalligining rivojlanishida mikroblar muhim ahamiyatga ega.

Klinik manzarasi. Yara kasalligining muhim belgilaridan og'riq, qusish, qon oqishi hisoblanadi. Og'riq ovqat is'temol qilgandan so'ng paydo bo'ladi, paydo bo'lish vaqtiga qarab ular erta (1,5 - 1 soatdan so'ng) va kechki (2-4 soatdan keyin) og'riqqa ajratiladi. Og'riq yuqoriga va chapga (yara yuqori joylashganda), orqada o'ng ko'krak va o'ng qovurg'a ostiga (piloroduodenal yarada) tarqaladi. Og'riq davomiyliigi, kasallikning og'irligi, asoratiga qarab har xil bo'ladi. Ovqat yegandan so'ng issiq qo'llash yoki qusishdan so'ng (ba'zan sun'iy chaqirilgan) og'riq kamayadi. Qusish ko'pincha og'riq avjiga chiqqan paytda paydo bo'ladi. Shuni ta'kidlab o'tishli kerakki, qusish ko'p hollarda kasal ahvolini tez yengillashtiradi. Shuning uchun ular qusishni ba'zan sun'iy ravishda chaqiradilar. Qon oqishi ochiqdan-ochiq yoki yashirin bo'lishi mumkin. Ochiqdan-ochiq qon oqishi 25 % hollarda kuzatiladi. Ko'p qon ketganda qon to'q qizil rangda bo'ladi yoki sekin qon oqqanda qon xlorid kislota ta'sirida o'zgarishga ulguradi va kofe quyqasi ko'rinishida bo'ladi. Qon ketgandan biroz keyin qoramoysimon ich keladi, qon yo'qotish belgilari bo'lishi mumkin. Yashirin qon ketish 80% hollarda kuzatiladi. Uni bemorning ahvoriga va maxsus kimyoviy reaksiyalar orqali aniqlanadi. Bemorda jig'ildon qaynashi, ko'ngil aynishi. so'lak oqishi, kekirish kuzatiladi. Ishtaha saqlanib qoladi, ko'pincha baland bo'ladi, ammo bemor og'riq va qusishdan qo'rqib ovqat yemaydi, tez charchashi, uyqu buzilishi, jahldorlik belgilari ko'rinadi. Kasallikning kechishida mavsumiylik kuzatiladi. Kasallik zo'raygan vaqtida bemor ozib ketadi.

Davosi. Yara kasalligida kompleks davo qilish zarur ya'ni tayinlangan dori-darmonlarni parhez ovqatlar, fizioterapiya va davolashning boshqa usullari bilan qo'shib olib borish kerak. Yara kasalligida fizioterapiya parafin bilan davolash, balchiq bilan davolash, shuningdek markaziy nerv tizimini tinchlantiradigan turli shifobaxsh vannalar (igna bargli, natriy xloridli) eng muhim davo tadbirlari

hisoblanadi. Davolashda barjom, yesentuki singari mineral suvlar katta rol o'ynaydi. Medikamentoz davolashda teri ostiga atropinnig 0,3 - 1 ml 0,1 % li eritmasi yuboriladi yoki tomchilar holida ichiladi ovqatdan oldin 5-6 tomchi suv bilan vikalin, gangleron, vitaminlar qo'llaniladi.

Profilaktikasi. Ovqatlanish rejimini to'g'ri tashkil etish, har kuni sof havoda sayr qilish, jismoniy tarbiya mashqlari kompleksini bajarilishi lozim. Bizning mamlakatimizda yara kasalligiga qarshi ovqat rasionlari. №1 deb atalgan, dietalar ishlab chiqilgan. Ular uchta rasion: № 1 a. 1b va 1 dan iborat. Yara kasalligi bo'lgan bemorlarning ovqatlanish rasionlari asosini oshqozon va ichak shilliq pardasini imkon boricha ehtiyotlash (mexanik, kimyoviy, termik) prinsiplari tashkil qiladi.

Enterit - bu ingichka ichak shilliq pardasining yallig'lanishi. Kasallik har xil infeksiya (ich terlama, paratif), gelmintoz ta'siri ostida zaharli va ba'zi bir dori moddalar ta'siri, to'la qimmatli ovqatlanmaslik oqibatida paydo bo'ladi. Enterit rivojlanishiga ichkilik ichishga ruju qiyish va chekish yo'l ochadi. Me'da faoliyatining buzilishi, me'da osti bezi kasalliklariga o'z vaqtida davo qilmaslik ham bu kasallikning vujudga kelishiga sabab bo'ladi. O'tkir va surunkali enterit farq qilinadi.

Klinik manzarasi. Sifatsiz ovqat iste'mol qilgandan 3-4 soat o'tgach to'satdan boshlanadi. Umumiy holsizlik, ishtahaning yo'qolishi, qorinda og'riq kuzatiladi, bunga ich ketishi qo'shiladi. Ich ketish kuniga 3 martadan 10-20 martagacha bo'lishi mumkin. Najas ko'p miqdorda va ko'pikli, nordon hidga ega bo'ladi. Ko'pincha qorinda quldirash, ko'ngil aynishi, qusish, kekirish, chanqash kuzatiladi. Ko'zdan kechirishda teri qoplamlari oqargan, tili quruq, oqimtir parda bilan qoplangan, qorin dam bo'lgan, palpatsiya qilinganda og'riydi, arterial bosimi pasaygan, puls tezlashgan bo'ladi. Vaqtida davo qilinsa, bemor tez tuzalib ketadi. ayrim hollarda surunkali turga o'tib ketishi mumkin.

Davosi. O'tkir enteritda o'rinda yotish rejimi, tuz surgi (magniy sulfat bir qabul 20-25 g dan), mo'l suyuqlik (iliq choy), qoringa issiq qilish, tozalash klizmasi tayinlanadi. Dori moddalaridan sulgin (0.5 g dan kuniga 4-6 marta), enteroseptol va boshqalar buyuriladi.

Kolit- yo'g'on ichak shilliq pardasining yallig'lanishi, kolitning sababchisi infeksiya (dizentriya). parazitlar kasalliklar (lyamblioz, gelmintoz), haddan tashqari ta'sirlovchi va noto'g'ri tayyorlangan ovqat iste'mol qilish hisoblanadi. Kolit rivojlanishida qorin bo'shlig'ining boshqa organlaridagi yallig'lanish prosesslari: surunkali xolesistit, gastrit, enterit va allergik omillar muhim ahamiyatga ega. Kolit kechishiga ko'ra o'tkir va surunkali bo'ladi.

Klinik manzarasi. O'tkir kolitning xarakterli simptomlari qorinning pastki qismida og'riq bo'lishi, tez-tez ich buzilib turishi, tana haroratining ko'tarilishi, tenezmalar (defekasiya og'riqli, soxta, qisqa bo'lishi) hisoblanadi. Ich kelishi kuniga 20 marta va undan ortiq takrorlanadi. Kuchanishlar bezovta qiladi. Axlat har xil konsistensiyali - qattiq, suyuq, shilimshiq va qon aralash bo'ladi. Unda ko'p miqdorda leykosit va epiteliylar topiladi.

Davosi. Ichakda muayyan patologik mikroflora topilganda (dizentriya qo'g'atuvchilari) maxsus davo olib boriladi. Ovqat to'la qimmatli, oqsillari yetarli

miqdorda, uglevodlari va yog'lari birmuncha chegaralangan, lekin mexanik va kimyoviy jihatdan chegaralaydigan bo'lishi kerak. Kasallikda tetrasiklin yoki levomisitin, shuningdek sulfanilamid preparatlari tayinlanadi.

Xolesistit – o't pufaginging yallig'lanish kasalligi bo'lib, ko'pincha o't-tosh kasalligi natijasida, ba'zan alohida kasallik sifatida rivojlanadi, Xolesistit gastrit, enterit va kolit kasalliklaridan so'ng rivojlanishi mumkin. Bodomcha bezining surunkali yallig'lanishi, tish kariesi, o'rta quloq yallig'lanishi, gaymorit, adneksidlar kasallik sababchisi hisoblanadi.

Xolesistit o'tkir va surunkali turga bo'linadi.

Klinikasi. Asosiy belgisi og'riq bo'lib u to'satdan paydo bo'lib o'ng qovurg'a ostiga, qorinning yuqori qismiga, kindik atrofiga, yuqoriga va o'ngga tarqaladi. Og'riq o't-tosh kasalligiga nisbatan birmuncha kuchsiz bo'ladi. Bunda bemorni umumiy ahvoli yomonlashadi. Og'riq bemorga azob beradi. O'ng yonboshiga yotganda og'riq kuchayadi. Ko'ngil aynishi va qusish kuzatiladi, qayt qilganda bemorni ahvoli yengillashmaydi. Kasallik og'ir kechganda bemor titrab qaqshaydi. Harorat 38-40 C gacha ko'tariladi. Yengil kechganda harorat subfebril bo'ladi.

Davosi. O'tkir xolesistitda bemorga o'rinda yotish rejimi, jigar kasalligidagi kabi № 5 dieta tayinlanadi. Antibiotiklar va sulfanilamid preparatlari qo'llaniladi. Fizioterapevtik muolajalar – o'ng qovurg'alar osti sohasiga grelka, issiq bug'lash, parafin applikasiyasi, UVCH qo'llaniladi. Sanatoriy-kurortda davolash tavsiya etiladi.

DIFFUZ TOKSIK BUQOQ (BAZEDOV KASALLIGI)

Kasallik qalqonsimon bezning bir tekis diffuz kattalashuvi va funksiyasining oshishi bilan ta'riflanadi (Bazedov kasalligi - uni simptomlarini birinchilardan bo'lib tasvirlagan tadqiqotchining nomi bo'yicha ataladi).

Etiologiyasi. Kasallikning sabablari uzoq vaqtgacha ruhan zo'riqish, salbiy hishayajonlar, neyroendokrin, buzilishlar, qalqonsimon bezga surunkali infeksiyalar (sil, zaxm) ta'siri, intoksikasiyalar hisoblanadi, irsiy omillar ta'sir qilishi mumkin.

Klinik manzarasi. Diffuz toksik buqoq bilan kasallangan bemor yurak urishi, umumiy behollik, tajanglik, ortiqcha terlash, qo'llar titrash, uyqu buzilishidan shikoyat qiladi.

Ob'ektiv tekshiruvda qalqonsimon bezning kattalashganligi ma'lum bo'ladi.

Kattalashishning bir necha darajalari farq qilinadi: bez bemorning yutish harakatlaridagina ko'rinishi mumkin va qo'lga yaxshi unmaydi, bezning kattalashganligi yutish harakatisiz ham ko'rinib turadi, bez shu qadar kattalashadiki, bo'yinning shakli o'zgarib qoladi. Palpasiya qilinganda bez zichligi o'rtacha, atrofdagi to'qimalar bilan yopishmagan bo'ladi. Ko'z simptomlari deb ataladigan hodisalar xarakterli; ekzoftalm (ko'zning chaqchayib turishi), ko'zning kam pirillashi, "uzoq vaqt tikilib turish" (Shtelag simptomi), ko'z setkasi pastga harakatlantrilganda ustki qovoqning yumilishj kechikishi (Grefe simptomi), qonvergensiyaning susayib qolishi (Mebus simptomi), bunda biror buyumni yaqindan ko'zdan kechirishda unga qarash qobiliyati buziladi.

Shuningdek ko'zlarning yaltirab turishi va ba'zi bir boshqa simptomlar bo'ladi.

Davosi. Nohush omillarni bartaraf etish, mehnat va turmush rejimini tartibga solish tavsiya qilinadi. Yodning kichik dozalari ichishga beriladi, kuniga 2-3 marta 0,05 g dan diyodtirozin, radioaktiv yod bilan davolash buyuriladi. Merkazolin 0,05 g dan kuniga 2-3 marta ovqatdan keyin. Bundan tashqari, simptomik davolash qilinadi. Ba'zi hollarda xirurgik davolash zarur.

QANDLI DIABET

Qandli diabet kasalligiga organizmda insulin gormoni yetishmasligi natijasida rivojlanadi. U oshqozon osti bezining V-hujayralari shikastlanishidan paydo bo'ladi. Qandli diabet qadim zamonlardan ma'lum kasallikning belgilari eramizdan oldin 30-50 yillarda Sels tomonidan aniqlangan. Diabet so'zi "yorib o'tish" ma'nosini anglatadi. Abu Ali Ibn Sino qandli diabetni belgilarini aytganda, siydikni shirin ta'mga ega ekanligini ham ta'kidlab o'tgan.

Kasallik etiologiyasida qator omillar ahamiyatga ega: irsiy omillar, semizlik, haddan tashqari ko'p ovqat yeyish, ruhiy va jismoniy shikastlanish, oshqozon osti bezi kasalliklari, oshqozon osti bezining o'smasi, zaxm, sil kasalligi va boshqalar.

Klinik manzarasi. Bemorlar tashnalik oshishi, ishtaxa kuchayishi, ko'p siyishdan (sutkalik siydik miqdori normadan ancha oshadi, ya'ni 2,5-3,0 litrda 5-10 litrgacha yetadi), teri qichishidan noliydilar. Umumiy darmonsizlik orta boradi, tana massasi kamayadi. **Pereferik** tomirlar turi kengayishi tufayli, teri qoplamlari pushti rang tus oladi, aksariyat terida chipqonlar (terining qichishidan tirnash sababli) paydo bo'lib, bular suvsizlanish oqibatida terining oziqlanishi buzilishidan vujudga keladi.

Diabet og'ir - yengilligiga qarab 3 darajaga bo'linadi: yengil, o'rtacha, og'ir darajasida uglevodlarni ortiqcha miqdorda is'temol qilingandagina, uning qondagi miqdori ko'tariladi va u siydikda paydo bo'ladi. O'rtacha darajasida bemor qandli diabetga xos yuqorida sanab o'tilgan shikastlardan noliydi, qonda qand miqdori oshganligi qayd qilinadi, qand siydikda doimo bo'ladi. Diabetning og'ir darajasi bo'lgan hollarda bemorlar mehnat qilish qobiliyatini yo'qotadilar. Ularda diabetik koma paydo bo'lish ehtimoli bor.

Diabetik komada markaziy nerv tizimi faoliyatining buzilishi qayd qilinadi, darmonsizlik, bosh og'rish paydo bo'ladi, avval qo'zg'alish keyin uyquchanlik vujudga keladi, bemor qusadi, shovqinli nafas oladi, hushidan ketadi. Terisi pushti rang, quruq, arterial bosimi pasaygan. Ko'z soqqalarini barmoq bilan bosib ko'rilganda, yumshoq bo'ladi. Bemor og'zidan aseton hidi keladi. Siydik tekshirilganda qand miqdori ko'pligidan tashqari aseton va V -oksimoy kislotalar topiladi.

Davosi. Qandli diabet organizmda insulin yetishmasligiga bog'liq bo'lgani sababli davolash organizmda insulin yuborishga asoslangan. Kasallikning yengil darajasidan insulin qo'llanilguncha dietoterapiya o'tkaziladi (dieta № 9). Dietani diabetning boshqa darajalarida ham tayinlanadi.

Diabetning yengil formasi dietoterapiya bemorni ahvolini insulin qo'llanilmasdan yaxshilashga yordam beradi. Insulinni dieta bilan davolash natija bermagan hollarda qo'llaniladi.

Insulin davolash taktikasi quyidagicha: 3-5 g glyukozani (o'rta hisobda 4 g) o'zlashtirish uchun 1 TB. insulin zarur deb hisoblanadi. Shunga ko'ra, talab etiladigan insulin miqdorini o'zlashtirilmagan qand deb ataladigan, ya'ni siydik bilan ajratiladigan qand miqdorini nazarda tutgan holda hisob qilinadi. Insulin odatda ovqatdan 20-25 minut oldin teri ostiga yuboriladi.

Diabetik komani davolash. Diabetik komada zudlik bilan 100 B. gacha teri ostiga (insulin) yuboriladi. Uni venaga quyish ham mumkin. Agar bemorni ahvoli yaxshilanmasa, insulin yuborishni bemorni komatoz holatdan chiqarguncha davom ettiriladi. (30-40 TB. har 1,5-2 soatda). Bemorlarga 50-100 TB. insulin yuborilganda ayni vaqtda venaga 20-40 % li glyukoza eritmasi tayinlash zarur. Organizmning suvsizlanishiga qarshi kurashish uchun izotonik natriy xlorid eritmasi teri ostiga yuboriladi. Insulin dozasi oshirib yuborilganda, gipoglikemik holati rivojlanadi. Bemorda keskin darmonsizlik, qattiq ochlik sezish, oyoq qo'llar titrashi namoyon bo'ladi va komaga olib kelishi mumkin (teri oqargan, ko'z soqqalari tonusi oshgan).

1. Gipoglikemik komani davolash. Bemorni komatik holatdan chiqarish uchun ba'zan unga bir stakan shirin choy berishning o'zi kifoya qiladi. Agar bemor hushdan ketgan bo'lsa venaga glyukoza yuborish zarur. (50 ml gacha 40 %li eritma).

Sistit (yunon. kustik -qovuq. itis - yallig'lanish) qovuqning yallig'lanishi. Siydik ajratish tizimi organlari kasalligi bo'lib, erkaklarda ham ayollarda, ham ko'p uchraydi. Kasallik qovuqqa turli infeksiyalarning tushishi natijasida yuzaga keladi. Sovqotish, spirtli ichimliklar ichish, dudlangan narsalar, ziravorlani ko'p iste'mol qilish, qabziyat sabab bo'lishi mumkin. Sistitda bemor oz-ozdan tez-tez (har 10-15 minutda) siyadi, siyganda og'riq sezadi; og'riq ayniqsa siygisi qistaganda va siygandan o'ng zo'rayib lovullash, achishish paydo bo'ladi. Ba'zan siydikka qon va yiring bo'lishi mumkin. Kasallikning o'tkir davrida to'la va to'g'ri davo qilinsa bemor sog'ayib ketadi. Aks holda, surunkali tus oladi. Kasallikning og'ir-yengil o'tishidan qat'iy nazar, bemor yotishi shart. Spirtli ichimliklar ichish, achchiq, sho'r ovqatlar iste'mol qilish taqiqlanadi. Don moddalaridan antibiotiklar va nitrofuran qatori preparatlari buyuriladi. Bemorga ko'p suyuqlik: sut, choy, issiq kompot, mineral suv va boshqalar ichiriladi. Sistitning oldini olishda shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilish, turli yallig'lanish kasalliklarini o'z vaqtida davolash zarur.

Glomerulonefrit - asosan buyrak kalavasi qon tomirlarining yallig'lanishi hisoblanadi. U o'tkir yoyilgan, surunkali yoyilgan va o'choqli bo'lishi mumkin. Yoyilgan o'tkir glomerulonefrit infeksiyon-allergik kasallik hisoblanadi. Kasallikning kelib chiqishida streptokokk asosiy o'rin tutadi. U sezgir buyrak to'qimasiga sensibilizatsiyalovchi ta'sir ko'rsatadi. Streptokokkli infeksiyalardan angina, qizamiq, epidemik gripp, yuqori nafas yo'llarining mavsumiy kasalligidan keyin rivojlanadi.

Klinik ko'rinishi. O'tkir nefrit ko'proq yoshlar kasalligi hisoblanadi, bolalar, ayniqsa o'smirlarda ko'p kasallanadi, kasallik erkaklarda ko'proq uchraydi. Bemorlar shishib ketishdan, siydik ajralishi kamayishidan bosh og'rishi, hansirash,

qusish, yurak, bel sohasidagi og'riqdan, ko'rish yomonlashishidan va umumiy holsizlikdan shikoyat qiladilar.

Kasallik klinikasida uchta alomat xos: shish, areterial gipertenziya va siydikda o'zgarish bo'lishi.

Shishlar kasallikning eng dastlabki va doimiy belgilaridan biri hisoblanadi. Shish 80-90 % bemorda kuzatiladi. U yuzda, ayniqsa qovoqlarda ko'rinib bemorni xunuklashtirib qo'yadi. Ko'z yumilib ketadi. Ko'zga ko'rinarli shishlar paydo bo'lguncha shishdan oldingi holat paydo bo'ladi. Bunda to'qimalarda suyuqlik yig'iladi, uni faqat bemorni muntazam tortib turib aniqlash mumkin. Shish tanaga tez tarqaladi, plevra bo'shlig'ida perikarda transsudat yig'ilishi hamda istisqo (astit) bo'lishi mumkin. Arterial bosimning ko'tarilishi ham o'tkir nefritning erta paydo bo'ladigan belgilaridan hisoblanadi. Asosan diastolik bosim ko'tariladi, u arteriya devorining tarangligiga bog'liq. Pereferiyada to'satdan oshgan qarshlik natijasida yurak o'zining qisqarish kuchini oshiradi, natijada sistolik bosim ham ortadi. Shunday qilib maksimal bosim ham minimal bosim ham ortadi.

Odatda o'tkir nefritdagi gipertenziya uzoq vaqt saqlanmaydi va me'yorgacha pasayadi. Siydik miqdori 700-400 ml va undan ham kamayadi. Og'ir hollarda bir necha kun davomida anuriya bo'lishi mumkin. Siydikda qon bo'lishi va uning rangi o'zgarishiga olib keladi: —qo'ng'ir, qizg'imgir, go'sht yuvindisiga o'xshash.

Davosi. Bemor kasalxonaga yotqizilishiga muxtoj bo'ladi. O'rindan turmay yotish rejimiga amal qilish, sovqotishlarning oldini olish zarur. Parxez ovqatlarni ahamiyati katta. Dastlabki kunlari bemorga bir stakan suv uzum sharbati, klyukva morsi, ozroq shirin manni bo'tqasi, sut ichishga ruhsat beriladi. Osh tuzi ishlatish esa mutloqo man qilinadi. Suyuqlik miqdori chegaralanadi. Keyingi kunlari dieta № 7 - osh tuzi chegaralangan yoki tuzsiz ovqatlar tayinlanadi, oqsillar keskin chegaralanadi, ziravorlar va ta'sirlantiradigan maxsulotlar butunlay man qilinadi.

Dori-darmonlardan gipotenziv preparatlar:

25 % li magniy sulfat eritmasi 10 ml dan mushak orasiga, 20 ml dan 40 % li glyukoza eritmasi venaga yuboriladi.

Profilaktikasi. Organizmdagi surunkali yallig'lanish o'chog'iga (surunkali tonzillit, gaymorit, adneksid, tish kariesi) qarshi kurashishdan iborat.

Ishlab chiqarishda mehnat gigienasi organizmni mustaxkamlash, chiniqtirish, jismoniy tarbiya, alkogolni ko'p iste'mol qilishdan voz kechish muxim proflaktik tadbir hisoblanadi.

Pielonefrit - buyrak va buyrak jomi asosan interstisial to'qimasining yallig'lanishi.

Kasallik o'tkir, surunkali va buyrak sirrozi ko'rinishida kechadi. Pielonefrit bir yoki ikki tomonlama bo'lishi mumkin. O'tkir pielonefrit ko'pincha yoshlarda uchraydi. Qo'zg'atuvchilari jomchadagi o'tkir infeksiyalar hisoblanadi, qo'zg'atuvchilar limfa va qon orqali tushishi mumkin. Ko'pincha kasallikdan oldin sovqotish asboblari yordamida urologik tekshirishlar o'tkazilganligi aniqlanadi.

Klinik manzarasi. Kasallik etuvishi, yuqori harorat, bosh og'irishi, yurakni tez-tez urishi, hansirash bilan o'tkir boshlanishi mumkin. Reflektor ravishda ko'ngil aynishi, qusish, qorin dam bo'lishi mumkin. Siydik ajralishi tezlashadi va og'riqli

bo'ladi. Belda ko'pincha qovuq ustida simillagan og'riq bo'ladi. Tekshirilganda til quruq, karash bog'lagan.

O'tkir pielonefritda shish va arterial bosimning ko'tarilishi kuzatilmaydi. Kasallik ba'zan zimdan boshlanadi va rivojlanadi. Belda og'riq va dizurik holatlar bo'lmasligi mumkin. Harorat subfibrilgacha ko'tariladi. Faqat siydikka ko'p miqdorda leyskositlar bo'lishi mumkin.

Bu ko'pincha borlalarda va xomilador ayollarda uchraydi. O'tkir pielonefritning kechishi 1-2 haftagacha cho'ziladi, ba'zan u surunkali turga o'tadi.

Davosi. O'rinda yotish rejim. Dieta № 7. Mo'l suyuqlik ichish tayinlanadi: bir necha stakandan mineral yoki oddiy suv, kompot, sut, meva sharbatlari har kuni kundalik normal ichimlik rasionidan ortiq miqdorda ichiladi. Antibiotiklar va sulfanilamid preparatlari qo'llaniladi.

Profilaktikasi. Bu avvalo siydik chiqaruv kanali, qovuqdagi yallig'lanish kasalliklarini o'z vaqtida davolash oldini olishdir. Gigienik qoidalarga rioya qilish muhim rol o'ynaydi.

BUYRAK TOSH KASALLIGI.

Buyrak qonkrementlari odam organizmida avitaminoz, xususan avitaminoz A da modda almashinuvi (tuz mineral) proseslarining buzilishi natijasida, buyrak jomidagi dimlanish hodisalarida siydik turib qolganda, qonkrementlar hosil bo'lishi uchun asos hisoblangan siydik

kislota tuzlari (uratlar) kristallaridan hosil bo'lishi mumkin.

Buyrak konkrementlarining tarkibi turlicha bo'lishi mumkin. Ularning rangi va zichligi shunga bog'liq Oksalat konkrementlar to'q-qo'ng'ir, qattiq, yuzasi g'adir-budur bo'ladi. Fosfor konkrementlar och kul rang, urat konkrementlar sariq, qizil, silliq, oksalat konkrementlarga qaraganda qattiqligi kam. Buyrak konkrementlari yakka-yakka va ko'p sonli bo'lishi mumkin, qum zarrasidan yirik tuxum kattaligigacha bo'ladi.

Klinik manzarasi. Konkrementlar borligi uzoq yillargacha sezilmasligi mumkin. Kasallikning bosh simptomi buyrak sanchig'i xuruji hisoblanadi: belning o'ng va chap tomonidagi kuchli og'riq chov sohasiga o'tadi, bunda bemor qusishi va hatto hushini yo'qotishi ehtimol. Siydikda qon, ya'ni eritrositlar paydo bo'lishi mumkin. Buyrak sanchig'i konkrement o'tadigan siydik yo'lining ta'sirlanishi bilan bog'liq. Buyrak sanchig'i paydo bo'lishiga qattiq jismoniy zo'riqish, silkitadigan yo'lda yurish, shikastlanish bevosita turtki bo'lishi mumkin. Agar konkrement qovuqqa o'tgan bo'lsa, buyrak sanchig'i tez (2-3 soat o'tgach) to'xtash mumkin. Agar konkrement buyrak jomida bo'lsa va atrofdagi to'qimalarni muttasil ta'sirlantirib tursa, bu holda bemor belida unchalik o'tkir bo'lmasada, doimiy og'riq bo'ladi, tana harorati ko'tariladi, ba'zan siydikda qondan tashqari, yana yiring ham bo'ladi. Siydik ajralishining buzilish simptomlari bo'lishi mumkin, ba'zan qorin dam bo'ladi.

Davosi. Buyrak sanchig'i xuruji vaqtida atropinning 0.1 % li eritmasidan 1 ml teri ostiga, yuboriladi. Bel sohasiga issiq grelka yoki issiq vanna tayinlanadi. Ovqat rasioni turlicha va to'la qiymatli bo'lishi kerak.

Bemor ko'p harakatlanishi, gimnastika bilan shug'ullanishi, yetarli miqdorda suyuqlik ichishi kerak.

Siydikni o'tkir tutilishiga prostata bezini o'sma kasalliklari, qovuqdagi toshlar, orqa miya kasalliklari sabab bo'ladi.

Bemor mustaqil siya olmaydi, siydik qovuqda to'planib boradi. Siydik tutilishi qovuqning chizilishiga va qorinda qattiq og'riq bo'lishiga olib keladi, bular o'z navbatida boshqa ichki organlar (ichak o'pka va boshqalar) funksiyasining reflektor ravishda buzilishiga sabab bo'lishi mumkin. Birinchi yordam sifatida bemorga bir stakan sovuq suv ichiriladi, oraliqqa grelka qo'yiladi, bemorga oqayotgan suv tovushi eshittiriladi, ozroq tozalash klizmasi qilinadi, beladonnali shamchalar qo'yiladi. Agar shu choralar natija bermasa, bemorni tezda kasalxonaga olib borish kerak, bu yerda siydikni kateter bilan chiqariladi (kateter maxsus rezina yoki metall naycha bo'lib, uni siydik chiqarish kanali orqali qovuqqa kiritiladi).

Homiladorlik toksikozlari nerv, yurak-tomir, endokrin tizimlar va moddalar almashinuvining o'zgarishi tufayli kelib chiqib, tug'ruqdan so'ng o'tib ketadi. Homiladorlikning -birinchi (ilk) va ikkinchi yarmi (kechki) toksikozlar farq qilinadi.

Ilk toksikozlar homiladorlikning dastlabki 12 haftasida ro'y beradi. Ayolning umumiy ahvoli o'zgaradi, jizzaki bo'lib qoladi. Ko'ngli ayniydi, so'lagi oqib (ko'p, ya'ni bir kunga 1 litrgacha oqishi mumkin), keyin qusadi. Ba'zan ayol hadeb qusaveradi, darmonsizlanadi, ozib boshlaydi, uyquchan va serjashl bo'lib qoladi. Uning qon bosimi pasayadi, tana harorati ko'tariladi, pulsi tezlashadi, terisi quruqlashadi, og'zidan nohush hid keladi. Ilk toksikozlarda homilador ayol ayollar konsultasiyasiga qatnab davolanishi mumkin. Haddan tashqari ko'p qusish ayolni kasalxonaga yotqizishni talab etadi. Homilador ayolga kasalxonada tinch va osoyishta sharoit yaratilib, ko'proq uxlash tavsiya qilinadi. Kofein 1 ml 10 % eritmasi kuniga 2 mahal teri ostiga, qayt qilmayotgan bo'lsa tabletka holida beriladi. Aminazin, etapirazin, propazin kabi dori moddalari enteral va parenteral usullarda organizmga kiritiladi. Vitaminlar buyuriladi. Kech toksikozlar homiladorlikning ikkinchi yarmida ko'pincha. singgi oylarida vujudga keladi. Bularga homiladorlik istisqosi, mikropatiya, preeklampsiya va eklampsiya kiradi. Kech toksikozlarning barchasi ketma-ket kelib, kasallik holati bosqichma-bosqich kechadi. Homiladorlar istisqosida shish paydo bo'ladi. Odatda u to'piqdan boshlanib, tizza, son, qorin va tashqi jinsiy organlarga o'tadi, so'ngra asta-sekin butun tanaga tarqaladi. Homilador ayol oyda 2 marta konsultasiyaga borishi, shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilishi, haftada bir marta tarozida tortilib turishi lozim.

Suyuqlik (sutkada bir litrgacha ruhsat etiladi) va tuzni cheklash, servitamin ovqatlar, sabzavot va mevalar, tvorog, kefir ist'emol qilish tavsiya etiladi. Ayol o'z vaqtida davolanmasa nefropatiyaga o'tadi. Nefropatiyani asosiy belgisi shish, qon bosimining oshishi va siydikda oqsil bo'lishi. Homilador ayol zudlik bilan kasalxonaga yotqizib davolanadi.

Preeklampsiyada ham nefropatiyadagidek simptomlar va ayolning qattiq boshi og'rishi, ko'z xiralashishi, ko'krak ostida og'riq paydo bo'lishi kuzatiladi. Bosh og'riq, ko'z xiralashuvi, miyada qon aylanishining jiddiy buzilganligidan dalolat beradi. Bemor

vaqtida davolanmasa preeklampsiya yanada og'irroq kasallik eklampsiyaga o'tishi kuzatiladi.

Eklampsiyada tutqanoq tutadi, bemor hushidan ketadi. Eklampsiyada tutqanoq tutish alomatlari yuz va qovuq muskullari tortishganda paydo bo'lganda, darhol tez yordam chaqirilib, u kelguncha bemorni havosi toza, qorong'iroq xonaga yotqizib, tinch qo'yiladi. Tutqanoq tutganda bemorning biror joyiga shikast yetmaslik chorasini ko'rish lozim. Tilini tishlab olmaslik uchun bandiga doka o'ralgan qoshiq og'ziga solinadi.

Tutqanoq xuruji to'xtagandan so'ng bemorni so'lagi nafas yo'llariga tushmasligi uchun og'zini doka salfetka bilan artib olinadi. Tug'ruqxonalar tarmog'ining beqiyos o'sganligiga va homilador ayollarning yaxshi dispanserizasiya qilinishiga qaramay, ba'zan uy sharoitda, poyezdda, samolyotda, va shu kabilarda tug'adigan xotinlarga **birinchi** tibbiy yordam ko'rsatishga to'g'ri keladi. Tug'ruqqa yordam ko'rsatuvchi odam avvalo aseptik **sharoitlar** yaratish **to'g'risida** g'amxo'rlik qilishi kerak: Qo'lni yaxshilab yuvish va zararlantirish, qaychi yoki pichoqni dezinfeksiya qilish, kindikni bog'lash uchun steril bint tayyorlash yoki spirtga (yod eritmasiga) pishirilgan ip, tasmachani solib qo'yish lozim. Bordi-yu bola asfiksiya bilan tug'ilganda burun yo'llari og'zidan homila oldi suvlarini tortib olish uchun rezina nokchani taxt qilib qo'yish kerak. Tug'ilgan chaqaloqni qaynoq dazmollangan toza choyshabga (yo'rgakka) yotqiziladi. Kindikdagi pulsasiya aniqlanmay, qolganda, kindik tizimchasi bola kindigidan 5-10 sm yuqorida tayyorlab qo'yilgan ip tasmacha yoki bint tilishi bilan ikki joyidan bog'lanadi, so'ngra kindikni bog'lagan ligaturalar o'rtasidan kesiladi.

Agar bolaning nafasi chiqmasa, bolaning burni va og'zidagi suvlarni rezina nokcha bilan tortib, so'ng og'izdan- og'izga usulida sun'iy nafas oldira boshlash lozim. Onani va yangi tug' ilgan chaqaloqni imkon boricha tezroq tug'uruqxonaga olib borish kerak.

Mavzu: Asab-ruh tizimi kasalliklari

REJA:

- 1) Nevrozlar, kelib chiqish sabablari, klinik manzarasi, birinchi tibbiy yordam ko'rsatish, oldini olish choralari.
- 2) Epileptik tutqanoq etiologiyasi, klinik belgilari, birinchi tibbiy yordam ko'rsatish.
- 3) Insult, kelib chiqish sabablari, klinikasi, birinchi yordam ko'rsatish, profilaktikasi.

Nevrozlar

Nevrozlar uzoq davom etadigan ruhiy kechinmalar natijasida oliy nerv faoliyatining buzilishi bilan xarakterlanadigan nerv-psixik kasalliklar hisoblanadi. Bu kasalliklar nerv tizimi zaif kishilarda osonroq kelib chiqadi. Simptomatik kasalliklar, haddan tashqari charchash, uyqusizlik, spirtli ichimliklar va giyoxvand moddalarni is'temol qilish jinsiy zaiflikni osonlashtiradi. Nevrozlarni quyidagi klinik formalari farq qilinadi.

1. Nevrosteniya
2. Isteriya.
3. Psixosteniya.

Nevrosteniya-yunoncha "newron" -nerv, "asteheria" darmonsizlik degan ma'noni anglatadi. Nevrosteniyaga asosan uyqu va ovqatlanish rejimining buzilishi, surunkali zaxarlanishlar (ichimlik, giyoxvandlik) ko'rinishidagi organizmni zaiflashtirib qo'yadigan omillarning borligi, ustiga odamning haddan tashqari ko'p charchashi, ko'ngilni og'ritadigan his-tuyg'ularni boshdan kechirish sabab bo'ladi. Kasallikning bu turida bemor salbiy taasurotlarga osongina beriluvchan bo'ladi. **Klinik manzarasi.** Nevrosteniyaning asosiy belgilaridan biri jonga tegadigan darmonsizlikdir. Bu nerv sistemasining ortiqcha qo'zg'aluvchanligi va tezda holdan toyib qolishi bilan ifodalanadi. Bemorlar arzimagan gap yoki boshqa tashqi taasurotlardan g'azablanib, baqirish, sikinish bilan javob beradi-yu, lekin darrov tinchlanib qoladi. Bilib o'tgan voqealardan afsuslanib kechirim so'raydi, ba'zan yig'lashga tushadi. Kayfiyati buziladi, tushkunlikka tushadi, atrofdagilarga qiziqishi yo'qoladi. Odam tez charchab qolishi tufayli mehnat qilish qobiliyati pasayadi. Bemorlar xotirasi yomonligidan nolishadi. Uyquasi yuzaki bo'lib qoladi, turli vahimuh. Qo'rqinchli tushlar ko'ra boshlaydi.

Uyqudan lanj bo'lib turadi. Boshini bir "xalta" yuk qisib turhandek bo'lib seziladigan bosh og'rig'i yurak sohasini sanchib turishi, og'rishi, quloq shang'illashi, bosh aylanishi ko'z oldining qorong'ilashishidan nolishadi. Ularda fikrlash, o'zlashtirish, eslash qobiliyatlar susayadi.

Davotash. Nevrosteniyaning boshlang'ich bosqichlarida vitaminlarga boy ovqatlamini iste'mol qilish, oila va ishda xotirjam bo'lish, vrach ko'rsatmalarini o'z vaqtida bajarish bemorni tezda sog'ayib ketishiga va mehnat qobiliyatini tiklanishiga olib keladi. Bemorga uyquni yaxshilaydigan, tinchlantiradigan

bromidlar, trnkvlizatorlar (elenium, relanium, seduksin ba'zan uxlatuvchi dori moddalar buyuriladi, fizioterapevtik muolojalar o'tqaziladi. Og'ir hollarda davolash kursi tugagandan keyin sanatoriylarda dam olish tavsiya etiladi.

Isteriya - yunoncha "hustera" bachadon degan ma'noni anglatadi. Qadimgi yunonlar bu kasallikni bachadonni organizmda aylanib yurishiga bog'liq deb hisoblagan edilar. Isteriyaning klinikasi tushga, uning ba'zi alomatlarini boshqa kasalliklarning belgilariga o'xshab ketadi. Shuning uchun bu kasallikni buyuk taqlidchi deb ham atashadi. Isteriya isterik tutqanoq xurujlari, vegetativ va sensimotor o'zgarishlar bilan xarakterlanadi. Isteriya tutqanoq'i qanday bo'lmasin biror xildagi bemor ruhiyatini shikastlaydigan tashqi taasurotlar yoki o'tmishdagi ko'ngilsiz voqealarni esga soladigan voqealar bilan bog'liq bo'ladi. Tutqanoqlar ko'pincha kunduzi tutadi, bemorni harakatlari tartibsiz bo'ladi, lekin bemor birdan yiqilib tushmaydi, ohista yumshoqroq joyga yiqiladi. O'zini shikastlantirmaslikka harakat qiladi. Bemorning es-hushi butunlay yo'qolmaydi, reflekslar va ko'z qorachiqklarining yorug'likka reaksiyasi saqlanib qoladi. Muskullarning qisqarishi titrashlar ko'rinishida bo'ladi, tilini tishlab olmaydi, og'zidan ko'pik chiqmaydi, beixtiyor siyib qo'yish hollari kuzatilmaydi. Isteriya tutqanoq'i bir necha minutdan bir necha soatgacha davom etishi mumkin. Agar bemorni atrofida odamlar ko'p bo'lsa, tutqanoq uzoq davom etadi. Isteriyada harakat va sezuvchanlikning buzilishi kuzatiladi va falajlar, giperkinezlar holida uchraydi. Isteriya falajida muskullar tonusi o'zgarmaydi, patologik reflekslar bo'lmaydi. Oyoqlarning barcha harakatlari va koordinasiya saqlangan bo'ladi, lekin bemor tik tura olmaydi, yura olmaydi. Isteriyada ko'pincha me'da-ichak yo'lining faoliyati buziladi, qayd qilish, ichak parezi, hiqichoq tutushi shular jumlasidandir.

Isterik tutqanoqda birinchi yordam ko'rsatish.

1. Bemorni tinch joyga ko'chirish kerak.
2. Burniga nashatir spirti bug'lari hidlatiladi.
3. Sovuq suv ichiriladi.
4. Bemor yotgan xona chirog'i hiraroq qilib yoqib qo'yiladi.

Isterik tutqanoq bemorda bartaraf etilgandan keyin uxlab qolish va xotirasini yo'qotish holatlari uchramaydi. Bemor bemalol ishini davom ettirishi mumkin.

Psixosteniya – ko'ngildan ko'tarilmaydigan hayollar bilan bo'ladigan holatlar nevrozi bo'lib, bu holatlar xilma-xil bo'ladi. Bemor fikri-zikrini band qilib oladi va turli klinik ko'rinishlarida namoyon bo'ladi. Bunday holatlarga vahimalar, hayollar, qattiq harakatlar kiradi. Fikri-zikrini band qiladigan holatlar ko'pincha xavotirlanish, qo'qish, yurak urishining tezlashuvi, terlash, arterial bosimning ko'tarilishi kabi vegetativ o'zgarishlar bilan birga kechadi. Bemor ko'nglini o'z hayoti uchun xavotirlanish, yurish-turishida, odob-ahloqida xato qilib qo'yish vahimalari egallaydi. Ko'pincha bemorlarda og'ir kasallik bilan kasallanib qolish vahimasi paydo bo'ladi. Bu vahimalar o'lib qolish, o'z-o'zini o'ldirib qo'yish, yaqin kishisiga nisbatan tajovvuzkorona hatti-harakat qilishdan qo'qish bilan birga davom etadi.

Davolash. Psixoterapevtik vositalar va dori-darmonlar qo'llaniladi. Kasallikka davo qilinsa u yo'qolib ketishiga, ovqatlanish va uxlash rejimiga qattiq rioya qilish kerakligiga bemorni qattiq ishontirish zarur. Vahimalar zo'rayib, uyquni juda buzib

qo'yadigan davrlarda antideprisanlar, trankvilizatorlar (elenium. relanium, seduksen) buyuriladi.

Insult (miyaga qon quyilishi)

Miyaga qon quyilishi gipertoniya kasalligi va bosh miya tomirlari aterosklerozi asoratidir. Kasallik to'satdan hech qanday alomatlarsiz bedorlik davrida ham, uyquda yotgan paytda am paydo bo'ladi. Bemor hushidan ketadi, bu davrda qusish, beixtiyor siydik va axlat ajralishi mumkin. Yuz giperemiyalanib (qizarib) qoladi, burun-quloqlar ko'karadi. Nafasni buzilish xarakterli bo'lib, nafas qisishi bilan birga shovqinli xirillab chiqadigan nafas olishni to'xtashi yoki har-xilda siyrak nafas olish bilan almashinadi. Puls birdaniga sekinlashadi - minutiga 60-70 marta uradi. Ko'pincha oyoq-qo'llarning falaj bo'lib qolganligi, yuz assimetriyasi (yuzning bir tomonida mimika muskullarining falaji) va anizakoriya (qorachiqlarining bir xil emasligi) kuzatiladi. Ba'zan insult juda jadal kechmasligi mumkin, biroq hamma vaqt oyoq-qo'llarning falajlanib qolishi, nutqning ozmi-ko'pmi buzulishi kuzatiladi. Birinchi tibbiy yordam ko'rsatish. Avvalo, bemorni karovatga qulay vaziyatda yotqizish va tanasini qisib turgan kiyimlarining tugmalarini bo'shalish, xonaga yetarlicha sof havo kirib turishini ta'minlash zarur. Boshiga muz solingan xaltachani qo'yish yoki sovuq suvga ho'llangan matoni bosish, oyoqlariga grelka qo'yish lozim. Bemorga mutlaqo osoyishta sharoit yaratish, yuta oladigan bo'lsa, tinchlantiradigan vositalar berish kerak (valeirana nastoykasi, bromidlar, qon bosimini pasaytiradigan vositalar - dibazol, papaverin) nafas olishni kuzatib borish, tilni orqaga ketib qolishini oldini oladigan choralarni ko'rish, og'iz bo'shlig'ini shilimshiq va qusuq massalaridan tozalash kerak. Vrach bemorni transportda olib yurish to'g'risida xulosa chiqargandan keyingina, karovatdan karovatga ko'chirish va kasalxonaga transportda olib borish mumkin.

EPILEPSIYA

Epilepsiya so'zi yunoncha bo'lib, "birdan yiqilib tushish" degan ma'noni bildiradi. Epilepsiya ya'ni quyonchiq kasalligi surunkasiga davom etib boradigan dard bo'lib, o'ziga xos talvasa tutqanoqlari bo'lib turishi va bemor shaxsiyatining xarakterli tarzda o'zgarib qolishi bilan o'tadi. Bu kasallikning etiologiyasi uzil-kesil aniqlangan emas. Hozirgi vaqtda irsiy omillarga muayyan ahamiyat beriladi. Epilepsiya tutqanog'i odatda qanday bo'lmasin biror tashqi sababsiz, to'satdan boshlanadi. Bemor o'zidan ketib qolib, yiqilib tushadi. Yiqilib tushishining sababi shuki, muskullarning hammasi keskin aniq taranglik holatiga keladi. Tonus kuchayib barcha muskullarda barovar boshlanmaydigan bo'lgani uchun bemor ko'pincha oldi va bir yon tomonga, orqasiga orqasiga yiqilib tushadi. Yiqilayotgan paytida ba'zan qattiq baqiradi. Tonik talvasalar o'ziga xos bo'ladi: muskullari keskin taranglashib, qo'l va oyoqlar tortiladi: gavda muskullari ham taranglashgan bo'ladi. 20-40 sekundan keyin tonik talvasalar klonik talvasalar bilan almashinadi, bu qo'l-oyoq muskullarining ritmik tarzda qisqarib va bo'shashib turishi bilan ifodalanadi. Bemorning yuzi oqarib ketadi, so'ngra ko'kimtir tusga kiradi. Ko'z qorachiqlari kengayadi, yorug'likka reaksiya bermaydi. Pay reflekslarini hosil qilib bo'lmaydi. Og'zidan ko'pik chiqadi, tili yoki lunjining ichki yuzasini ho'llab olgani uchun bu ko'pik qon aralash bo'ladi. Aksari odam, g'ayri-ixtiyoriy suratda siyib qo'yadi. Goho ichi o'tadi. Klonik talvasalardan keyin

muskullar bo'shasha boshlaydi. Bemorning es-hushi kirarli-chiqarli bo'lib turadi va ko'pincha uxlab qoladi. Tutqanoqning hammasi ko'pi bilan 2-3 minut davom etadi. Tutqanoqlar kunduzi ham, tunda, uyqu vaqtida ham tutib qoladi. Tutqanoqlar har xil vaqtni oralab har kuni, haftasiga, oyiga bir marta va bundan ham ko'proq vaqt oralab tutib turadi. Ba'zan tutqanoqlar bir necha soat davomida to'xtamasdan ketma-ket tutaveradi. Tutqanoqlar orasida shu qadar kam vaqt o'tadiki, bemorlar es-hushi o'ziga kelishiga ulgura olmay qoladi.

Epilepsiya holati (status-epilepticus) deb shunga aytiladi. Epilepsiya holatida shoshilinch choralar ko'rish kerak bo'ladi, chunki u o'limga olib borishi mumkin. Ba'zi bemorlar tutqanoq tutishini oldindan bilishadi. Ularning ahvoli o'zgarib umuman, darmoni quriydi, kayfi-ruhiyati yomonlashib qoladi. Tutqanoqni ancha oldindan keladigan darakchilari deb shularni aytiladi. Ko'pchilik bemorlarda tutqanoqlar bir necha sekund davom etadigan aura (shabada) dan boshlanadi. Bunda bemor turli sezgilar sezadi. U terga botadi, rangi oqarib yoki qizarib ketadi, og'iz bo'shlig'ida quruqlik sezadi.

Badanida chumolilar o'rmalab ketayotgandek uvishib qolgandek bo'lib tuyuladi. Tutqanoq boshlanishidan oldin bemorlar ko'ziga ravshan yorug'lik dog'lari, yong'in shu'lalari ko'rinishi, qulog'iga qo'ng'iroq ovozi, shovqin-suron, baqiriq-chaqiriqlar eshitilishi, dimog'iga qo'lamsa hid, g'alati maza ta'mlar urayotgandek bo'lib tuyulishi mumkin. Yuqorida tasvirlab o'tilgan katta tutqanoqlardan tashqari, kichik tutqanoqlar ham uchraydi. Kichik tutqanoq odatda bir necha sekunddan ortiq davom etmaydi. Ayni vaqtda bemor yiqilib tushmaydi, ularga katta tutqanoqda bo'lganidek talvasa tutmaydi. Ular bir lahza ma'lum holatda go'yo qotib qolgandek bo'ladi. Yuzi oqarib ketadi. Ayrim muskul guruhlari uchib turishi mumkin.

"Absans" o'zbekchaga tarjima qilganda "yo'qlik, o'zdan ketib qolish" degan ma'noni bildiradi. Bemor qisqa vaqtda (bir necha sekundga) o'zini bilmay qoladi. Masalan. Biror ish yoki suhbat vaqtida bemor go'yo qotib qoladi, ko'zi bir nuqtaga qadalib turadi, keyin esa u boshlagan ishni davom ettiraveradi. Bunday holatlarni bemorlarni o'zi, odatda, sezmaydi, atrofdagilar ham buni payqasha bermaydi. Birinchi tibbiy yordam ko'rsatish. Bemor xurujning boshidan oxirigacha yordamga muhtoj

bo'ladi. Xuruj tutgan vaqtda bemorni ushlab qolishga urinish va bir joydan ikkinchi joyga ko'chirish yaramaydi. Boshi tagiga yumshoqroq narsa qo'yish, nafas olishiga halaqit beradigan kiyimlari tugmalarni bo'shatish, tini tishilab olmasligi uchun tishlari orasiga buklangan ro'molcha, yog'och qoshiq qo'yish lozim. Bemorning yuziga suv sepish, atrofida shovqin qilish, nashatir spirti bug'larini hidlatish mumkin emas.

Tutqanoq- ko'chada ro'y bergan taqdirda xuruj tugagandan so'ng bemorni uyga yoki davolash muassasasiga olib borish kerak. Dori moddalaridan talvasaga qarshi ta'sir ko'rsatadigan preparatlardan fenobarbital, benzonal, geksamiddin, difenin, xlorakon hammadan ko'ra ko'proq ishlatiladi.

Mavzu: Epidemiologiya asoslari. Immunitet

REJA :

1. Yuqumli kasallik haqida tushuncha va uning qisqacha tarixi.
2. Epidemiologiya fani haqida ma'lumot va uning vazifalari.
3. Yuqumli kasalliklarni oldini olish va ularga qarshi kurash chora-tadbirlari.
4. Immunitet va uning turlari, immunitetni kuchaytirish yo'llari

Yuqumli kasalliklar insoniyatga qadim zamondan ma'lum. Chinchek, vabo, o'lat kabi xatarli yuqumli kasalliklar vaqti-vaqti bilan keng tarqalib, millionlab odamlarning yostig'ini quritgan. Yuqumli kasalliklarni kelib chiqish sabablari uzoq vaqt noma'lum bo'lib kelgan.

Tabobat ilmining bobokaloni Abu Ali Ibn Sino (980-1037) o'zining "Tibbiyot qonunlari" kitobida "Kasalliklardan ba'zilari yuqumli bo'ladi, bular deb yozadi u moxov, qo'tir, chinchek, vabo isitmasi, yiringlagan yaralar kabi xastaliklardir". Yuqumli kasalliklar deb, yuqumli (patogen) mikroorganizm bilan makroorganizm (odam, hayvon) o'rtasidagi tashqi muhit omillari ta'siri natijasida bo'lib o'tadigan munosabatlardan kelib chiqadigan kasallikka aytiladi.

Mikroorganizm bilan makroorganizm o'rtasidagi munosabat turlicha yakunlanishi mumkin: 1) mikroorganizm makroorganizm himoya vositalari ta'sirida tezda halok bo'ladi; 2) mikroorganizm o'ziga qulay sharoit topib ko'payadi va organizmning qarshiligiga bardosh berib, uzoq saqlanadi. Organizmda mikroorganizm bor ekan yuqumli kasallikka xos o'zgarishlar oz bo'lsada, yuz beradi, lekin kasallik latent yashirin shakllarda kechadi; 3) patogen mikroorganizm organizmda tez ko'payadi va uning himoya kuchlarini yengib, o'zining patogenlik xususiyatini namoyon qiladi. Organizmda kasallik avj olib boradi.

Yuqumli kasalliklar boshqa kasalliklardan farqli ravishda o'ziga xos kechish xususiyatlariga ega.

1. Yuqumli kasalliklarni tirik patogen (yuqumli) mikroorganizm qo'zg'atadi.
2. Yuqumli kasallikni tarqatuvchi manbai bo'lib, kasallikni boshqalarga tarqatishi mumkin.
3. Yuqumli kasalliklarning yuqish va tarqalish yo'llari mavjuddir.
4. Yuqumli kasalliklar muayyan davrlar bilan kechadi.
5. Bemor qaysi yuqumli kasallik bilan og'rib o'tsa, uning organizmida o'sha kasallikka qarshi immunitet hosil bo'ladi.
6. Yuqumli kasalliklar mavsumiy tarzda uchraydi.

Infeksiya so'zi lotin tilidan olingan bo'lib, "ifloslanish" degan ma'noni anglatadi, tor ma'noda olinganda mikroorganizmning makroorganizmga kirishidir. Infeksiyon jarayon esa patogen omil kirgan organizmda yuz beradigan fiziologik va patologik o'zgarishlar yig'indisidir. Yuqumli kasalliklarni bakteriyalar, viruslar, sodda jonivorlar, parazitlar, riketsiyalar kabi mikroorganizmlar qo'zg'atadi. Yuqumli kasalliklar sog'lom odam yoki hayvonga bemor sog'lom mikroorganizmlar, rekonvalessentlardan yuqishi mumkin. Yuqumli kasalliklar quyidagi yo'llar bilan tarqaladi: 1. havo tomchi yo'li orqali; 2. alimantar yo'l; 3.

fekal-oral yo'li; 4.kontakt yo'l; 5. transmissiv yo'l; 6. parenteral; 7 suv orqali; 8. transplasenlar yo'l orqali.

Yuqumli kasalliklarning kechishida davriylik xos bo'lib, ular quyidagilardan iborat: 1. yashirin i inkubatsion davri; 2. boshlang'ich yoki prodromal davri; 3. avj olish davri; 4 tuzalish (rekonvalesensiya) davri; 5. sog'ayish davri;

Yuqumli mikroorganizm odam organizmiga tushgandan keyin kasallik alomatlari darhol yuzaga chiqmaydi. Bu davr yuqumli kasalliklarda turlicha bo'lib yashirin davr deb ataladi. Keyingi davr boshlang'ich (prodromal) davri deb yuritiladi. Bunda kasallikning boshlang'ich belgilari yuzaga chiqib rivojlanib boradi. Kasallikning avj olish davrida kasallikka xos bo'lgan klinik belgilar paydo bo'ladi. Kasallik alomatlari kamaya borib, bemor o'zini yaxshi his qila boshlashi bemorda tuzalish (rekonvalesensiya) davri boshlaganligidan darak beradi. Bu davr ko'pincha sog'ayish davri bilan tugallansa, ayrim hollarda kasallik zo'rayishi mumkin. Yuqumli kasalliklarda to'la sog'ayish faqat kasallik alomatlarining butunlay yo'qolishi emas, balki bakteriologik sog'ayish bilan aniqlanadi. Ba'zi kasalliklarda, masalan ich terlamada bemor tuzalib ketgandan keyin ham uning organizmidan yuqumli mikroblar ajralib turadi. Bu holat kasallikdan keyin bakteriya tashuvchilik holati deb ataladi. Bu xolat 3 oygacha davom etsa, o'tkir bakteriya tashuvchilik hisoblanadi. Yuqumli kasalliklardan so'ng bemor organizmida shu kasallik mikroblariga nisbatan immunitet paydo bo'ladi. Bu immunitet orttirilgan tabiiy immunitet bo'lib, himoya xususiyati turli muddatgacha saqlanib qoladi. Yuqumli kasalliklar yil davomida mavsumga qarab ko'payib va kamayib turadi.

Yuqumli kasalliklar tasnifi

Yuqumli kasalliklar qaysi muxitda tarqalishiga qarab 2ga bo'linadi. Faqat odamzodga xos bo'lgan kasalliklar antropoz kasalliklar deb ataladi. Bu kasalliklar faqat odamlarda uchraydi. Masalan: qizamiq, difteriya, ich terlama va boshqalar ana shu guruhga kiradi.

L.V.Gromoshevskiy yuqish yo'llariga qarab yuqumli kasalliklarni 5 guruxga ajratadi.

1. Ichak yuqumli kasalliklari. Bu kasalliklar fekal-oral yo'l bilan tarqaladi. Bemor ichagidagi patogen mikroblar, uning axlati orqali tashqariga chiqariladi va har xil yo'llar bilan sog'lom odamning og'zi orqali ichagiga tushadi. Bu kasalliklarga ich burug', ich terlama, xolera, gelmintozlar kabi kasalliklar misol bo'ladi.

2. Nafas yo'llari infeksiyasi. Bu kasalliklarni qo'zg'atuvchi mikroblar va viruslari bemorning nafas yo'llari shilliq qavatida joylashgan bo'lib, yo'talganda, gapirganda tupik zarrachalari bilan tashqariga chiqariladi va havo orqali sog'lom odamlarga yuqadi. Gripp, qizamiq, ko'k-yo'tal, bug'ma shunday kasalliklar jumlasidandir.

3. Qon orqali yuqadigan yuqumli kasalliklar. Bu kasalliklarni qo'zg'atuvchilari faqat bemorning qonida bo'ladi. Shu sababdan bu kasalliklar faqat qonso'rar hashoratlarning chaqishi orqaligina yuqadi. Ular asosan rikketsioz kasalliklardir (bezgak leyshmanioz qaytalama tif, sariq isitma kabilar).

4. Teri va tashqi shilliq pardalarida joylashadigan yuqumli kasalliklar. Bu kasalliklar kiyim-kechak, bosh kiyim, choyshablar, idish-tovoqlar, kundalik ro'zg'ori buyumlari, suv ifloslangan qo'l orqali yuqadi (qo'tir. kuydirgi, qoqshol,

bo'g'ma va boshqalar). Ba'zi hollarda kasallik bemor bilan bevosita muloqatda bo'lganida yuqadi. (venerik kasalliklar, quturish, OITS va boshqalar)

5. Turli yo'llar bilan yuqadigan infeksiyalar. Bu guruhga mansub kasalliklarda patogen mikroorganizm odam tanasiga turli yo'llar bilan tushadi. Ayniqsa kasalliklardan brusellyoz, kuydirgi, o'lat, tuberkulyoz, bug'ma mikroblari shu tariqa yuqadi. Yuqumli kasalliklarning muayyan jamoada kelib chiqishi, tarqalish yo'llari va ularning oldini olishga asoslangan qonuniyatlarini o'rganadigan ta'limot epidemiologiya deyiladi. Epidemiologiya lotin tilidan epi-ko'p, demos-aholi degan ma'noni anglatadi.

Epidemiologiya nuqtai nazaridan har bir yuqumli kasallikka xos epidemik jarayon mavjud. Lekin har qanday epidemik jarayon 3 bo'g'indan iborat.

1. Infeksiya manbai.
2. Kasallik mikroblarning tarqalishi.
3. Kasallikka moyil odam.

Infeksiya manbai. Antroponoz kasalliklarda infeksiya manbai odam hisoblanadi. U bemor odam yoki bakteriya tashuvchi bo'lishi mumkin. Zoonoz kasalliklarida infeksiya manbai odam yoki hayvon hisoblanadi. Masalan brusellyozda infeksiya manbai faqat uy hayvonlari hisoblanadi. Kuydirgi o'lat kabi kasalliklarda kasal hayvon ham infeksiya manbaidir. Kasallik mikroblarning tarqalishi yo'llari. Epidemik davom etishi uchun patogen mikroorganizm, infeksiya manбайдan tashqariga chiqishi kerak. Har bir kasallikda mikroorganizmning tarqalish yo'llari turlicha bo'ladi. Nafas yo'llari infeksiyasi havo - tomchi yo'li bilan tarqalsa, ichak infeksiyalari mikroblari esa asosan najas bilan ajralib, sog'lom kishi organizmiga og'iz orqali tushadi. Odam va hayvon to'qimalairida kasallik qo'zg'atuvchisi ko'payishi uchun imkoniyat bo'lgan taqdirdagina shu organizm yuqumli kasallikka moyil bo'ladi. Qizamiq, gripp kabi kasalliklar atrofdagi odamlarga juda oson yuqadi. Bo'g'maning yuqish ehtimoli o'rtacha, ichak infeksiyalarida undan ham kamroq. Boshqa tomondan, yuqumli kasalliklarning qanchalik og'ir o'tishi odam organizmining genetik xususiyatlari, ushbu mikroorganizmga qanchalik bardosh berishiga bog'liq. Shu sababdan bir xil sharoitda xastalik yuqqan bo'lsa hali, ba'zilarida uning alomatlari unchalik sezilmasa boshqalarda o'rtacha og'irlikda, hatto g'oyat og'ir holda kechishi mumkin.

Yuqumli kasallikka yo'liqqan odamlarning ko'p yo ozligiga qarab, epidemiologik jarayonning turli xillari ajratiladi.

1. **Sporadik kasalliklar.** Kasallikka yo'liqqan kishilar soni unchalik ko'p bo'lmaydi va bemorlar onda-sonda uchraydi.

2. **Epidemiya**-yuqumli kasallikning bironta o'lka, viloyatda yoki mamlakatda keng tarqalib ketishi.

3. **Pandemiya** - bir vaqtda xalqaro miqyosda, ya'ni bir necha mamlakat va qit'alar bironta yuqumli kasallikning keng tarqalib ketishi (masalan: xolera, gripp epidemiyalari).

4. **Endemiya** - muayyan hududda bironta, yuqumli kasallikning doimiy uchrab turishi

5. **Ekzotik kasalliklar**-xorijdan keltirilgan yuqumli kasalliklar (masalan: bezgak, OITS kabilar).

Yuqumli kasalliklarning profilaktikasi. Yuqumli kasalliklarga qarshi kurashda amalda oshiriladigan chora-tadbirlarini shartli ravishda ikkiga bo'lish mumkin.

1. Umumiy chora-tadbirlar.

2. Maxsus chora - tadbirlar.

Umumiy chora - tadbirlar davlat tomonidan amalga oshiriladi. Bunda aholi turmush sharoitini yaxshilash, tibbiy xizmatini takomillashtirish, odamlarning ishlash va dam olish sharoitlarini qulaylashtirish, uy-joy sharoitini talabga javob beradigan bo'lishi va shu kabi boshqa chora-tadbirlar ko'zda tutiladi.

Maxsus profilaktik chora-tadbirlar sog'liqni saqlash tashkilotlari tomonidan amalga oshiriladi.

Umumiy va maxsus chora-tadbirlar epidemiyaga qarshi va profilaktik chora-tadbirlarni o'z ichiga oladi. Profilaktik chora-tadbirlar uch yo'nalishda olib boriladi:

1. Infeksiya manbaini zararsizlantirish;

2. Kasallikning yuqish yo'llarini qirqish;

3. Odamlarda yuqumli kasalliklarda qarshi immunitet hosil qilish.

Infeksiya manbaini zararsizlantirish avvalo tashxisni barvaqt aniqlab, bemorni tezda kasalxonaga joylab uning organizmidagi yuqumli mikroblarni yo'qotish choralari ko'rish kerak. Bakteriya tashuvchilar qattiq nazorat ostiga olinadi. Ular sanasiya qilinadi. Bemorning idish-tovoqlari, kiyim-kechaklari, choyshablari va buyumlari dezinfeksiya qilinadi. Bemorni imkoni boricha yaxshilab davolash va uni kasallik qo'zgatadigan mikroblardan halos qilish zarur. Infeksiya o'choqlarida, yuqumli kasallikdan sog'aygan kishilar va ayniqsa oziq - ovqatga, ichimlik suvlariga aloqador, bolalar muassasalarida ishlaydigan xodimlar orasida bakteriya tashuvchilarni izlab topib, ishdan vaqtincha chetlashtiriladi, nazorat ostiga olinib qayta-qayta tekshiriladi va davolanadi. Bemorlar bilan muloqatda bo'lgan kishilar nazorat ostiga olinib tibbiy tekshiruv o'tkaziladi. Bu nazorat yuqumli kasallik inkubasion davri muddatiga qarab aniqlanadi. Aholida o'ta havfli kasalliklarda (o'lat, vabo, kuydirgi) bemorlar bilan muloqatda bo'lgan hamma odamlar, maxsus izolyatorlarga yotqiziladi (observasiya qilinadi). Izolyatorda saqlash muddati kasallik inkubasion davriga bog'liq. Masalan, o'latda 6 kun, vaboda 5 kundir.

Zoonoz kasalliklariga qarshi chora-tadbirlar veterinariya xizmati xodimlari bilan hamkorlikda olib boriladi. Kasallik manbai kemiruvchi hayvonlar (kalamush va sichqonlar) bo'lgan hollarda, deratizasiya choralari amalga oshiriladi.

Yuqumli kasalliklar profilaktikasi epidemik jarayonning ikkinchi bosqichi, kasallikning yuqish yo'llarini qirqish katta muhim o'rin tutadi. Bu yo'nalishda bajariladigan profilaktik choralar 3 guruhga bo'linadi:

1. Sanitariya va gigienaga taalluqli chora-tadbirlar.

2. Dezinfeksiya, dezinfeksiya, deratizasiya.

Yuqumli kasalliklarga qarshi kurashning uchinchi bosqichi, aholining yuqumli kasallarga moyilligini kamaytirishdir ya'ni organizmning immunitetini oshirishdir. Aholining umumiy kuch qudratini oshirishda ularning turmush sharoitlarini, moddiy imkoniyatlarini oshirish muhimdir. Bundan tashqari, odamlarni emlash yo'li bilan yuqumli kasalliklarga qarshi sun'iy immunitet hosil qilish alohida o'rin tutadi. Yuqumli kasalliklar profilaktikasida dezenfeksiya ishlarining amalga

o'shirilishi katta ahamiyatga ega. Dezinfeksiya tashqi muhitdagi yuqumli kasalliklarning qo'zg'atuvchilarini va ularning manbalarini yo'qotish usullari va vositalari.

Dezinfeksiya tarkibiga quyidagilar kiradi

1. Dezenfeksiya yuqumli kasalliklarni keltirib chiqaradigan mikroblarni tashqi atrof-muhitdan yo'qotish haqidagi ta'limotdir.

2. Dizenseksiya yuqumli kasalliklarni tarqatuvchi bo'g'imoyoqlilar (pashshalar, chivinlar, burgalar, bitlar, kanalar) ni qirish demakdir.

3. Deratizasiya yuqumli kasalliklarni tarqatuvchi kemiruvchilar (sichqon, kalamush, bo'rsiq kabilar) ni qirishdir.

Profilaktik dezinfeksiya yuqumli kasallik manbai borligi noma'lum bo'lganida ham muntazam ravishda o'tkaziladi (suvni xlorlash yoki qaynatib ichish, sanitariya-gigiena qoidalariga amal qilish va boshqalar).

Manba dezinfeksiyasi yuqumli kasallik aniqlangan epidemik o'choqda o'tkaziladi. Joriy dezinfeksiya bemor uyda qolganida uning xonadonida, yuqumli kasallik shifoxonalarida bemor chiqindilarini tez-tez zararsizlantirib turishdan iborat:

Yakunlovchi dezinfeksiya bemorning uyida, uni shifoxonaga jo'natgandan so'ng yuqumli kasalliklar shifoxonalarida esa bemor uyiga ketganidan keyin amalga oshiriladi. Bemorning kiyim – kechaklari, ko'rpa to'shaklari dezinfeksion kameralarda dezinfeksiya qilinadi, idish- tovoqlari qaynatiladi.

Dezinseksiya - hashoratlarni qirish. Pashsha va chivinlarga qarshi xlorafos, muksid, baktokulisid kabi kimyoviy vositalar qo'llaniladi. Suvarak, kanalar, burgalar va bitlarga qarshi ham maxsus tarkibli preparatlar mavjud.

Deratizasiya - kemiruvchilarni qirish. Odatda kalamush, sichqon, yumronqozlarni qirish maqsadida zookumarin, rux fosfidi va boshqa zaharli preparatlar qo'llaniladi. Kemiruvchilarni qopqon yordamida ham qirish mumkin. Immunologiya - immun tizimining faoliyati va tuzilishi haqidagi tibbiy biologik fan.

Immunologiya organizmning antigenlarga ko'rsatadigan reaksiyalari bu reaksiyalarning mexanizmlari, ularning ko'rinishlari, normal va patalogik kechishi hamda oqibatlarini o'rganadi. Bu reaksiyalarga asoslangan tadqiqot va davolash usullarini ishlab chiqadi.

1881 yilda Lui Paster tomonidan yuqumli kasalliklarga qarshi emlash va shu usul bilan odamlarni yuqumli kasalliklardan saqlashdek muhim yo'nalishga ya'ni immunologiya faniga asos solindi. Lui Pasterdan oldin 1796 yilda ingliz vrachi E. Jenner chinchechakka qarshi usulni ishlab chiqqan edi, lekin emlashning mohiyati haqida immunologik tushunchaga ega bo'lmagan. Immunitetning asosiy vazifasi begona hujayralarni shu bilan bir vaqtda genetik xususiyati qisman, o'zining hujayralarini ham parchalab organizmni tozalab turishdan iboratdir.

Organizmning yuqumli kasallikni qo'zg'atadigan bakteriyalar viruslar yoki birorta begona moddaga qarshilik ko'rsatish xususiyati immunitet deyiladi. Immunitet lotin tilidan olingan bo'lib "halos bo'lmoq" degan ma'noni anglatadi. Immunitetni 2 turi ma'lum.

1. Tabiiy (tug'ma) immunitet:

2.Orttirilgan immunitet;

Tabiiy immunitet odam va hayvon organizmining tug'ma biologik xususiyatlariga bog liq, u nasldan-naslga o'tadigan biologik xususiyatdir. Orttirilgan immunitet esa odam yoki hayvonning yashash jarayonida paydo bo'ladi. Orttirilgan immunitet: tabiiy, sun'iy, faol va passiv bo'lishi mumkin (jadval 1).

Tabiiy sharoitda yuqumli kasallik bilan og'rigandan keyin hosil bo'ladigan immunitet tabiiy orttirilgan aktiv immunitet deyiladi. Tabiiy orttirilgan passiv immunitet ona suti yoki yo'ldosh orqali antitanalarning o'tishi natijasida hosil bo'lib, u doimiy emas. Sun'iy immunitet odamni u yoki bu, yuqumli kasallikdan asrash uchun maxsus profilaktika maqsadida qo'llaniladi. Shu maqsadda vaksina, zardob va anatoksinlardan foydalaniladi. Ingliz shifokori E. Jenner chinchechak qo'zg'atuvchisidan emlash uchun dastlab sigirdan foydalanganligi uchun sigir vaksinalar amaliyotda yuqumli kasallikni oldini olish uchun keng qo'llaniladi. Vaksinalar tirik zaiflashtirilgan va o'ldirilgan mikroblardan tayyorlanadi. Chinchechak, sil, kuydirgi, qutirish, qizamiq, o'lat, shol va brusellyoz, qora oqsoq kasalliklariga qarshi vaksinalar o'ldirilgan vaksinalar hisoblanadi. Ba'zi kasalliklarga mikrobnig o'zi, emas balki uning zahari (toksini) ta'sir ko'rsatadi. Bu maqsadda toksik xususiyati yo'qotilib, antigenlik xususiyati saqlanib qolgan kuchsizlantirilgan preparatlar anatoksinlar (qoqshol, bo'g'ma) qo'llaniladi. Yuqumli kasalliklar profilaktikasida zardoblar qo'llaniladi. Keyingi vaqtlarda bo'g'ma, qoqshol, botulizmga qarshi profilaktika maqsadida zardoblar o'rniga globulinlar keng qo'llanilmoqda. Masalan: gripp, qizamiq, virusli gepatit. Sun'iy immunitet: faol va passiv bo'lishi mumkin. Vaksinalar yordamida hosil qilinadigan immunitet faol, zardoblar yordamida hosil qilinadigan immunitet esa passiv immunitet hisoblanadi. Sun'iy faol immunitetning kuchi uzoq muddat saqlansa, sun'iy faol bo'lmagan immunitet qisqa davom etadi. Odam organizmida turli bakteriyalarga qarshilik ko'rsatadigan bir qator immun moslamalar mavjud. Bu moslamalar organizmda himoya to'sig'i vazifasini bajarib mikroorganizmlarning halokatga uchrashida muhim o'rin tutadi. Odam terisi bakteriyalarni o'ldirishi |bakteriosid| xususiyatlarga ega. Bu xususiyat teridagi ter va yog' bezlarining faoliyati bilan bog'liqdir. Mikroorganizmlarga qarshi kurashda shilliq qavatlarining bakteriosid xususiyati katta ahamiyatga ega. Ko'z yoshida, balg' amda, so'lakda, ko'krak sutida, qorin bo'shlig'idagi suyuqlikda qon zardobida mikroblarni halok qiladigan lizosin moddasi mavjuddir.

Teri va shilliq qavatlar to'sig'ini yengib organizmga kirgan mikroob keyingi to'siq yallig'lantirish jarayoniga uchraydi. Yallig'langan joyda immunitetga dahldor hujayralar |makrofaglar limfositlar| va antitetolalar mikroblarni halok qiladi. Viruslar qo'zg'atadigan kasalliklarda yallig'lanish jarayonining qarshilik ko'rsatish kuchi juda kam bo'ladi. Yallig'lanish jarayonida halok bo'lmagan bakteriyalar limfa bezlariga boradi. Limfa suyuqligida immunitetga dahldor hujayralar (limfositlar, makrofaglar) bakteriyalar o'rtasida kurash ketadi. Limfa to'sig'ini yengib qonga tushgan qondan limfositlar va makrofaglar ta'sirida halok bo'ladi. Qolganlari retikulo-endotelial tizimi organlari (taloq, ko'mik, limfa bezlari) tomonidan qamrab olinib kurash davom etadi. Organizmni bakteriyalardan halos qilishda limfositlar va makrofaglar faol qatnashadi. Yuqumli kasallik bilan

og'rigan bemor qonining zardobida antitanalar paydo bo'ladi, ular aynan shu kasallik rivojlanishga sabab bo'lgan mikroorganizmga ta'sir ko'rsatadi. Organizmda yuz beradigan immun reaksiya limfoid sistema organlarining faoliyatiga bog'liqdir.

Immun reaksiyaga dahldor hujayralar immunositlar deb ataladi. Ular 2 guruhga: timusga aloqador hujayralar (T- limfositlar) va (V - limfositlarga) bo'linadi. T- limfositlar immunitetning markaziy organi bo'lgan timus (ayrisimon) bezning po'stloq qismida to'planib ko'payadi va yetiladi, so'ng qonga tushadi. Hujayraga aloqador immunitet T- limfositlar faoliyatiga bog'liq. V- limfositlar faoliyati gumoral immunitetni ta'minlaydi, antitanalar ishlab chiqarish shu hujayra faoliyatiga bog'liq.

Qonda suzib yuradigan hamma hujayralar qon tanachalari suyak ko'migida hosil bo'ladi. Hosil bo'lgan ona hujayralar qon orqali timus beziga, limfa bezlari (peyer) pilakchalariga boradi. Uyerda ko'payib, rivojlanib, kamolga yetadi va qonga tushadi. Limfositlar immun sistemani asosiy hujayralari hisoblanib doimiy harakatda va organlar bo'ylab suzib yuradilar. Shunday qilib, organizmga antigen kirganda yuz beradigan immun reaksiyani gumoral tomoni V-limfositlar faoliyatiga bog'liq bo'lib, ular rivojlanib kamolga yetgandan keyin, antitana ishlab chiqaradigan hujayralarga aylanadi. T-limfositlar immunitetning hujayra faoliyatiga bog'liq qismini ta'minlaydi, organizmda begona unsur (to'qima) kirganda uni parchalab, halok qiladi, yurak hujayralarini yemiradi, organizmning mikroblarga nisbatan chidamligini oshiradi, immun reaksiyani tartibga solib turadi. T-va V-limfositlar bilan bir qatorda makrofaglar ham immun reaksiyada muhim o'rin tutadi. Qondagi monositlar va to'qima makrofaglari mononuklear, fagositar sistemani tashkil etib, bu hujayralar qonda birliktiruvchi to'qimada, ko'mikda jigarda, o'pka nerv tizimida, bo'g'imlarida keng tarqalgan. Makrofaglar begona unsurlarni yutib olib, so'ngra T-limfositga uzatadi. Odam organizmi mikroblar ularning toksinlari va umuman organizmga begona bo'lgan hamma unsurlarga qarshi kurashish xususiyatiga ega ekanligini ta'kidlash mumkin.

Emlash yo'li bilan immunitet hosil qilish vaktsinasiya deyiladi. Emlash maxsus emlash taqvimini asosida olib boriladi. Profilaktik emlash ishlarining reja asosida o'tkazilganligi tufayli 1978 yilda yer yuzida chinchechak butunlay tugatilgan. Butun Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti 2000 yilga borib yer yuzida shol (poliomielit) kasalligini mutloq tugatilishi shiorini o'rta taga tashladi. Bu maqsadda rejali emlashdan tashqari, bu kasallik ko'proq uchrab turadigan mamlakatlarda yoppasiga emlash kunlari o'tkazilmoqda. O'zbekistonda ham 1994 yildan boshlab "poliomielitga qarshi ommaviy emlash milliy kun" lari o'tqazilmoqda. Uni 1996-1997 yilda ham davom etirish rejalashtirilgan. Emlash ma'lum tartibda olib borilishi uchun, u aniq muddatlarda amalga oshirilishi va qaysi kasallikka qarshi emlash majburiyligi belgilangan bo'lishi kerak. Uni emlash taqvimini (kalendari) deyiladi. O'zbekistonda hozirgi vaqtda emlash taqvimini 1993 yilda kuchga kirgan (emlash jadvali ilova qilinadi). Emlash quyidagi usullarda amalga oshiriladi: teri osti, teri orasiga, teri yuzasini tirnab og'iz orqali nafas yo'llari orqali va boshqa usullar orqali. (Jadval 2).

Rejali emlashdan tashqari epidemik vaziyat taqozo etganda shoshilinch emlash o'tqaziladi.

Emlash ishlarini tashkil etish ma'lum talab va qoidalariga qat'iy amal qilingan holda olib boriladi.

1. Har bir ambulatoriya poliklinikada aholini yoshini belgilagan holda olib boriladi.

2. Har bir emlashdan oldin bola albatta shifokor pediater ko'rigidan o'tishi kerak [F 112 kartaga yoziladi].

3. Emlashdan oldin vaksina solingan ampulaning butunligi, yarog'ligi etiketkasidagi yozuv tekshiriladi.

4. Emlash jarayonida aseptikaga qat'iy amal qilish kerak.

5. Vaksinalarni tashishda va saqlashda harorat zanjiri talabiga qat'iy rioya qilish kerak.

6. Emlash to'g'risida hamshira 63-shakl ehtiyotdan emlash varaqasiga qayd qilish kerak.

Emlashdan keyin onaga bola ahvolidagi noxushlik belgilari kuzatilsa, tana harorati ko'tarilishi, toshma toshishi, og'riq, qizarish kabilar bo'lsa, darhol vrachga murojaat qilishi uqtiriladi.

Orttirilgan immunitetning turlari (jadval-I)

Immunitet	Tabiiy sharoitda orttirilgan immunitet	Sun'iy ravishda orttirilgan immunitet
Faol	Yuqumli kasalliklar bilan og'rikan bemorda paydo bo'ladigan immunitet	Emlangandan so'ng paydo bo'ladigan immunitet
Faol bo'lmagan	Onadan yo'ldosh, ko'krak suti orqali bolaga o'tadigan antitanalarga bog'liq immunitet	Qon zardobi yuborilgandan so'ng paydo bo'ladigan immunitet

**1998-2002 YILLAR UCHUN PROFILAKTIK EMLASH TAQVIMI
BOLALARNI
EMLASH JADVALI**

Bolaning yoshi	Emlash turlari					
	"V" virusli gepatitga (VGV) ga qarshi	Silga qarshi (BSJ)	Poliomie-litga qarshi (OPV)	Tepkiga qarshi	Qizamiqqa qarshi	Bo'g'ma, qoqshol, ko'kyo'talga qarshi (AK.DS) (ADS-M)
1-kun	VGV-1	BSJ - 1				
2-5- kun			OPV-0			
2oy	VGV-2		OPV-1			AKDS-1
3 oy			OPV-2			AKDS-2
4oy			OPV-3			AKDS-3
9oy	VGV-3				Qizamiq-1	
16oy			OPV-4	Tepki	Qizamiq-2	AKDS-4
7yosh		BSJ-2	OPV-5			ADS-M-5
16-17yosh (9-sinf)		BSJ-3				
16-17 yosh (10-sinf)						ADS-M-6

Mavzu: Ichak infeksiyalari.

R E J A :

1. Dizenteriya (ichburug'). Etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinik manzarasi, davolash va profilaktikasi.
2. Virusli gepatit. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinik manzarasi, davolash va profilaktikasi.
3. Botulizm. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinik manzarasi, davolash va profilaktikasi.
4. Salmonellyoz. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinik manzarasi, davolash va profilaktikasi.

Dizenteriya (ichburug')

Dizenteriya (ichburug')- o'tkir kechadigan, umumiy intoksikasiya va yo'g'on ichakning pastki (sigma) qismining yallig'lanishi, yaralanishi bilan kechadigan yuqumli kasallikdir. Dizenteriya yunoncha "buzilish" va "ichak" degan so'zlardan tashkil topgan.

Etiologiyasi. Dizenteriyani shigellalar turiga mansub tayoqchalar - bakteriyalar qo'zg'atadi. Shigellalarning turlari xilma-xil, asosiy turlarga Fleksner, Grigorev-Shiga, Zonne bakteriyalar kiradi. Ularning 50 dan ortiq serologik turlari ma'lum. Shigellalar tashqi muhit sharoitlariga qarab bir necha kundan bir oygacha tirik saqlanadi. Sutli mahsulotlarda tez ko'payadi. Qaynatilganda, o'sha zaxoti halok bo'ladi.

Epidemiologiyasi. Dizenteriya kasalligi deyarli dunyoning hamma mamlakatlarida uchraydi. O'zbekistonda dizenteriya bilan kasallanish ko'rsatkichi yuqori. Infeksiya manbai bemor odam hisoblanadi. Bakteriya tashuvchilar ham infeksiya manbai bo'lishi mumkin. Shigellalar organizmdan axlat orqali tashqariga chiqadi. Uning atrofdagilarga tarqalishida idish-tovoq, ro'zg'or buyumlari, o'yinchoqlar muxim o'rin tutadi. Shigellalar sabzavot mevalarni ham zararlashi mumkin. Kasallikni tarqalishida pashshalar faol ishtirok etadi. Dizenteriyani "iflos qo'l kasalligi" deb ham yuritiladi. Shaxsiy gigiena va sanitariya gigiena qoidalariga amal qilmaslik kasallikni tez tarqalishiga sababchi bo'ladi. Kasallik og'iz orqali, fekal - oral yo'l orqali, kontakt yo'li, suv orqali sog'lom odamga yuqadi. Ko'pincha yosh bolalar kasallanadi. Dizenteriya ko'pincha yoz-kuz mavsumlarida ko'proq uchraydi. Kasallikdan keyin organizmda immunitet paydo bo'ladi, lekin barqaror emas.

Klinikasi. Kasallikning yashirin davri o'rtacha 2-3 kun davom etadi. Kasallik to'satdan boshlanadi. Dastlab et uvishib, darmonsizlik, lohaslik paydo bo'ladi. Isitma ko'tariladi, ishtaxa yo'qoladi. Oradan 1-2 soat o'tgach qorinning pastki qismi chap tomonda vaqt vaqti bilan burab oladigan og'riq paydo bo'ladi. Ich dastlab suyuq bo'ladi, vaqt o'tishi bilan hojat qistashi tezlashib, axlat miqdori Kamayadi, kuchanish bilan keladi, hojatdan so'ng bemor yengil tortmaydi, tez-tez hojatga qatnaydi. Najasda shilimshiq, qon, ayrim hollarda yiring paydo bo'ladi. Bemor behalovat bo'lib qoladi. Bemorda soxta hojat qistashi kuchanish (soxta tenizm) sodir bo'ladi. Og'ir hollarda yosh go'daklarda qattiq kuchanish oqibatida

to'g'ri ichak chiqib ketishi mumkin. Kasallikning kechishiga qarab yengil, o'rta va og'ir formalari farq qilinadi. Kasallikning og'ir - yengil o'tishiga qarab kuniga 5-8 martadan 25-30 martagacha ich ketadi. Xastalikning avj olish davrida bemorning qiyofasi iztirobli bo'ladi, ko'p suyuqlik va tuzlarning yo'qotishi oqibatida organizmda suvsirash va toksikoz alomatlari kuzatiladi. Bemorni ko'zdan kechirganda, tili bir oz quruqlashgan, karash bilan qoplangan bo'ladi. Yurak urishi tezlashadi. Bemorning qorni taranglashgan bo'lib yo'g'on ichak yo'nalishi bo'yicha og'riq seziladi. Dizenteriyaning avj olish davri 3-4 kundan oshmaydi. So'ngra kasallik belgilari asta-sekin so'na boradi. Bolalarda va qariyalarda kasallik og'irroq kechadi. Intoksikasiya alomatlari yaqqol ifodalanadi, sog'ayish bilan kechadi. Dizenteriyaga sub'ektiv va ob'ektiv tekshirish, epidemiologiya ma'lumotlar va tekshiruv natijalariga qarab aniq tashxis qo'yiladi.

Davosi. Dizenteriyani davolashda sanitariya gigiena qoidalarini hisobga olish o'ta muhimdir. Bemor o'rnidan turmay yotishi kerak, sutli mahsulotlardan tayyorlangan yengil hazm bo'ladigan ovqatlar buyuriladi. Dori preparatlardan antibiotiklar (tetrasiklin, levomisiten), nitrofuran qatori preparatlari (nevigramon, furazolidon), sulfanilamid preparatlar (sulgin, ftalazol) qo'llaniladi. Intoksikasiyani yo'qotish maqsadida 5% li glyukoza, 0,9% li osh tuzi, Ringer eritmalari yuboriladi. Yurak faoliyatini yaxshilovchi, og'riqni qoldiruvchi dori-darmonlar buyuriladi.

Profilaktikasi. Dizenteriyani profilaktikasida aholini suv ta'minotini yaxshilash, turar joylarni sanitariya holatini yaxshilash, shaxsiy va umumiy gigiena qoidalariga qat'iy amal qilish, oziq- ovqat korxonalari va muassasalarning ishini qat'iy sanitariya gigiena talablari asosida tashkil etish o'ta muhimdir. Epidemik o'choqda bemorlar bilan muloqotda bo'lganlarga dizenteriya bakteriofagi ichiriladi. Tabletkalar kattalarga har 3 kunda bittadan, bolalarga esa suyuq bakteriofag bir choy qoshiqdan ichiriladi.

Virusli gepatit

Virusli gepatit - viruslar qo'zg'atadigan, organizmning umumiy intoksikasiyasi, jigar parenximasining zararlanishi va ko'pincha sariqlik paydo bo'lishi bilan kechadigan yuqumli kasallikdir.

Etiologiyasi. Hozirgi vaqtda virusli gepatitning 7 ta qo'zg'atuvchisi aniqlangan. Ular lotincha **A, V, S, D, E** deb nomlanadi. Shulardan 5 tasi yani A, V, S, D, E viruslar bir-birlarida antigenlik va biologik xususiyatlariga qarab farqlanadi.

Epidemiologiyasi. Virusli gepatitlar yer yuzining deyarli hamma mamlakatlarida uchraydi. Rivojlangan mamlakatlarda esa gepatitning parenteral yo'l orqali yuqadigan V, S, D formalari ko'proq uchraydi. A gepatit uchun mavsumiylik xos. Kasallik asosan kuz - qish oylarida avjiga chiqadi. Ko'pincha bog'cha va maktab yoshidagi bolalar (2 - 7 yoshda) kasallanadi. V gepatitga mavsumiylik xos emas. U yilning barcha fasllarida deyarli bir xil ko'rsatgichlarda uchraydi. S gepatit asosan turli kasalliklar bilan qon quyilgan bemorlarda uchraydi. E gepatit uchun mavsumiylik xos. U ko'pincha suv vositasida yuqadi. Barcha virusli gepatitlarda infeksiya manbai bemor odam hisoblanadi. Kasallikni yuqtirishda ayniqsa xastalik yengil, sariqsiz, subklinik va atipik shaklda kechayotgan bemorlarning roli katta. Kasallik manbai virus tashuvchilar ham bo'lishi mumkin. Kasallikni tarqalish yo'llari A va E gepatitlarda fekal-oral yo'l orqali, og'iz (alimentar) orqali, kontakt

yo'li, suv orqali yuqish hollari ko'p uchraydi. V, S, D gepatitlar asosan parenteral usulda tarqaladi. Bu kasalliklarda virus qonda bo'lgani tufayli u sog'lom odamga turli tibbiy muolajalar vaqtida shpris, tish shifokori, jarroxlik va ginekologik anjomlar vositasida yuqadi. Keyingi yillarda V gepatiti virusi so'lak, ko'z yoshlari, sperma, ayollar jinsiy a'zolari suyuqligida borligi isbotlandi. S gepatiti asosan virus tutgan qon va qon preparatlari quyilganda yuqadi. Kasallikdan keyin odamda aynan shu gepatitda turg'un immunitet hosil bo'ladi. A virusli gepatitda kasallikning yashirin davri 2- 6 hafta davom etadi. Kasallikning kechishida quyidagi davrlar farq qilinadi:

1. Prodromol (boshlang'ich) davri
2. Sariqlik davri (avj olish)
3. Tuzalish davri

Prodromol yoki boshlang'ich davri 7-10 kun davom etadi. Kasallik alomatlari asta-sekin boshlanadi. Bola injiq bo'ladi, ishtahasi yo'qoladi, lanj bo'lib ko'p uxlaydi, ayrim hollarda tumov alomatlari bilan boshlanadi. Ba'zan tana harorati ko'tariladi. Qorni paypaslab ko'rilganda, jigar bir oz kattalashib, sezilib turgani aniqlanadi. Bu davrning oxirlariga kelib siydik to'q qizil (pivo rangi) tusga, axlat oqish rangga kiradi. Aynan shu davrda bemor o'ta yuqumli bo'ladi. Terining sarg'aya boshlashi kasallikni avj olganligidan darak beradi. Sariqlik dastlab ko'z oqi va tanglayda paydo bo'ladi. Sarg'ayish avjiga chiqqan paytida terining rangi limon tusiga kiradi, teri qichiydi. Siydik rangi achchiq damlangan choyni eslatadi, axlat oqaradi. Bu davr ko'pincha 1 - 2 hafta davom etadi. Tuzalish davrida klinik alomatlar sekin-asta yo'qola boradi. Asta-sekin bemor quvvatga kirib ishtahasi ochiladi. V virusli gepatitda kasallikning yashirin davri 6 haftadan 6 oygacha. Xastalik og'ir kechadi. Boshlang'ich davri 2-3 haftagacha davom etadi. Sarg'ayish davri V gepatitda uzoqroq davom etadi. Intoksikasiya alomatlari juda kuchli bo'ladi, ishtaha butunlay yo'qoladi. Kattalashgan jigar va taloq tezda qaytmaydi. Tuzalish davri g'oyat sekinlik bilan kechadi. 5% hollarda surunkali formaga o'tadi. V-gepatit og'ir kechganda qusish ko'p takrorlanadi. Terida gemoragik toshmalar paydo bo'ladi. Kasallikning og'ir formalari o'tkir jigar yetishmovchiligi bilan tugashi mumkin. **Davolash.** Bemor darhol shifoxonaga yotqiziladi. Yotish rejimi buyuriladi. Parhez ovqatlar (5 № stol) buyuriladi. Bemorga ko'proq suyuqliklar (ko'k choy, meva sharbatlari, gazi chiqarib yuborilgan mineral suv), qatiq ichish uchun tavsiya qilinadi. Intoksikasiyani kamaytirish maqsadida dezintoksikasion preparatlar vena ichiga tomchilab yuboriladi.

Profilaktikasi. Kasallikni oldini olishda aholini sifatli ichimlik suvi bilan ta'minlash, turmushda sanitariya gigiena talablariga, shaxsiy gigienaga amal qilish katta ahamiyatga ega. Bolalar kollektivida A gepatit aniqlanganda, 21 kun davomida karantin e'lon qilinadi. Dezinfeksiya ishlari o'tkaziladi. V.D.S gepatitlari profilaktikasida tibbiyot muassasalarida sterilizasiya rejimiga qat'iy amal qilinadi. Bolalarni V gepatit vaksinasi bilan tug'ruqxonadan chiqishidan oldin bir va 3 oylik bo'lganda (jami 3 marta) emlanadi. A virusli gepatitning spesifik profilaktikasida immunoglobulin profilaktikasi muhim o'rin tutadi.

Botulizm

Botulizm - orqa miya hamda uzunchoq miyaning zararlanishiga xos belgilar bilan ta'riflanadigan og'ir toksik infeksion kasallikdir. Bu kasallikning kolbasa iste'mol qilgan kishilar orasida birinchi marta 1817 yilda uchragani ma'lum, o'sha yili bu kasallikka botulizm nomi berildi.

Etiologiyasi. Botulizmni spora hosil qiladigan anaerob mikroblar qo'zg'atadi. Bu mikrobnin A, V, S, D, E, G turlari ma'lum bo'lib, ular kislorodsiz muxitda yashab ko'payadi va zaharli toksin- ekzotoksin ajratib chiqaradi.

Epidemiologiyasi. Botulizm mikrobinin asosiy manbai qoramol va qo'y-echkilar, shuningdek suvda yashaydigan xayvonlar (baliq, qisqichbaqa) hisoblanadi.

Hayvonlar axlati bilan tashqariga chiqqan mikroblar sporalar hosil qiladi, sporalar uzoq vaqt davomida halok bo'lmaydi. Botulizm odamlarga ana shu sporalar bilan ifloslangan oziq- ovqat maxsulotlari, sabzavot mevalarni iste'mol qilish oqibatida yuqadi. Kasallik ko'pincha ho'l sabzavot, mevalar, qo'ziqorindan tayyorlangan konservalangan maxsulotlardan va dudlangan, konservalangan go'sht va baliq maxsulotlaridan, muzqaymoqlardan yuqishi ma'lum, konserva bankasida botulizm toksinlari bo'lsa qopqog'i ko'tarilib turadi.

Klinikasi. Kasallikning inkubasion davri 2-12 soatdan 8-10 kungacha cho'zilishi mumkin. Organizmga qancha toksin ko'p kirsam, inkubasion davr shuncha qisqa bo'ladi va kasallik og'ir o'tadi. Kasallik to'satdan boshlanadi. Dastlab qorinda og'riq boshlanadi, qorin damlaydi, qayt qiladi. Bemorda ich ketishi kuzatilmaydi, ba'zan 1-2 marta suyuq kelishi mumkin. Ayrim hollarda tana harorati subfebril (38 C) bo'ladi. Og'iz qurishi va chanqash xarakterli hisoblanadi. Kasallik boshlangandan bir necha soat o'tgach nerv tizimining zararlanish alomatlari kuzatiladi. Bemorning ko'rishi xiralashadi, ko'zini parda qoplagandek tuyuladi. O'qishga qiynaladi. Ba'zan g'ilaylik rivojlanadi, bemor ko'ziga bir narsa ikkita bo'lib ko'rinadi. Ko'z qovoqlari osilib qoladi (ptoz). Bemorning yutinishi qiynlashadi, tomog'iga narsa tiqilib turgandek tuyuladi, tili og'ziga sig'mayotgandek bo'ladi. Bemor ichgan suyuqlik burnidan qaytib chiqadi, ovozi zo'rg'a chiqadi, pichirlab gapiradi, gapirganda manqalanadi. Muskullar bo'shashishi miasteniyasi kasallikning o'ziga xos belgilaridan biridir. Nafas olish qiynlashib, hansiraydi, tez-tez nafas oladi, yurak faoliyati buziladi. Botulizm kasalligi o'rta hisobda 20-30 kun davom etadi, ba'zan tuzalish 3-4 oygacha cho'ziladi.

Davolash. Bemor shifoxonaga yotqiziladi, qat'iy yotish rejimi buyuriladi. Me'da yaxshilab yuvilib, tozalovchi huqna qilinadi. Botulizmni davolashda asosiy qo'llaniladigan vosita botulizmga qarshi zardob yuborish. Zardob muskul orasiga yoki vena tomiriga Bezredko usulida yuboriladi. Intoksikatsiyani kamaytirish maqsadida gemodez, poliglyukin, 5% glyukoza, Ringer eritmalari qo'llaniladi. Simptomatik davo choralari ko'riladi.

Profilaktikasi. Oziq- ovqat maxsulotlari saqlanadigan omborlar qattiq sanitariya nazorati ostida bo'lishi kerak. Go'sht va sabzavot konservalarni tayyorlashda qat'iy ravishda sanitariya gigiena qoidalariga amal qilishlari lozim. Qopqog'i ko'pchigan konserva maxsulotlarini iste'mol qilish juda xavfli, ularni yo'qotish kerak.

Salmonellyoz

Salmonellyoz - antropozoonoz kasallik bo'lib, o'tkir ichak yuqumli kasalliklarga kiradi. Kasallik asosan me'da -ichak tizimining zararlanishi va intoksikasiya alomatlari bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Salmonellyozni qo'zg'atuvchi mikroblar salmonellalar avlodiga va ichak bakteriyalari guruhiga mansubdir.

Epidemiologiyasi. Salmonellyozni ilgari hayvonlar kasalligi deb hisoblashgan. Keyinchalik infeksiya manbai hayvon bo'lsa ham, ular odamga va xatto odamdan-odamga yuqishi isbotlangan. Infeksiyaning asosiy manbai uy hayvonlari qoramol, cho'chqa, ot, eshak, mushuk, it hisoblanadi. Mikroblar shu hayvonlarning suti, axlati, so'lagi bilan tashqariga chiqib, tuproq, suv, yem xashaklarga tushadi va bularni yuqumli qilib qo'yadi. Salmonellyoz bilan og'rikan bemor odam va bakteriya tashuvchilar ham kasallik manbai bo'lishi mumkin. Kasallik og'iz orqali, suv vositachiligida, kontakt yo'li va havo yo'li orqali yuqishi mumkin.

Klinikasi. Kasallikning yashirin davri bir necha soatdan 1-2 kungacha davom etadi. Kasallik odatda shiddatli boshlanadi va ovqatdan zaharlanish ko'rinishida namoyon bo'ladi. Kasallik yengil kechganda bemorning umumiy ahvoli qoniqarli bo'ladi. **Tana** harorati ko'tarilmaydi, qorinda bir oz og'riq bo'ladi, kuniga 3-5 marta ichi ketishi, kuchli intoksikasiya alomatlari bilan namoyon bo'ladi. Bemor qusadi, ichi suyuqlashadi, tez-tez keladi, axlatda qon va **shilimshiq** aralashgan bo'lib, ko'kimtir tusda bo'ladi. Qorin burab og'riydi. Kasallik og'ir kechganda organizmda suvsizlanish ro'y beradi.

Davolash.

1. Bemor darhol shifoxonaga yotqiziladi.
2. Me'dani 3% li ichimlik sodasi yoki margansovkaning kuchsiz eritmasi bilan yuviladi.
3. Bemor ichagini tozalash uchun huqna qilinadi.
4. Bemor yo'qotgan tuz va suv o'rnini qoplash uchun regidron, glyukoza eritmasi ichiriladi.
5. Og'ir hollarda tuzli eritmalar vena tomiriga tomchi usulida yuboriladi.
6. Bemorga oson hazm bo'ladigan oziq-ovqatlar buyuriladi

Profilaktikasi. Salmonellyozning profilaktikasi asosan veterinariya xizmatiga yuklatiladi. Aholi o'rtasida tushuntirish ishlari olib boriladi. Salmonellyoz sporadik holda mutassil qayd qilinadigan qishloqlarda yoz fasli davomida salmonellyoz bakteriofagi profilaktik ravishda berib boriladi.

Mavzu: Bolalar infeksiyasi

REJA:

1. Difteriya (bo'g'ma), etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinik manzarasi, bemorlarni parvarish qilish, profilaktikasi.

2. Ko'kyo'tal, etiologiyasi epidemiologiyasi, klinik manzarasi, profilaktikasi.

3. Qizamiq, suvchechak, skarlatina, etiologiyasi, epidemiologiyasi, bemorlarni parvarish qilish, profilaktikasi.

4. Epidemik parotit (tepki), etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinik manzarasi, davolash, profilaktikasi.

Difteriya (bo'g'ma)

Difteriya (bo'g'ma) - o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, kasallik qo'zgatuvchisi kirgan sohada fibrinoz yallig'lanishining kelib chiqishi va organizmning umumiy intoksikasiyasi bilan xarakterlanadi. Bo'g'ma kasalligi o'tmishda juda og'ir kechgan va ko'pgina asoratlarga olib kelgan va organizmning umumiy zaharlanishi tufayli fojiali tugagan. Mamlakatimizda kasallikka qarshi faol emlash joriy qilingandan keyin, so'nggi yillar ichida bo'g'ma kasalligi deyarli yakka-yakka uchraydigan bo'lib qoldi.

Etiologiyasi. Kasallikning qo'zgatuvchisi bo'g'ma tayoqchasi bo'lib, fakultativ anaerob mikroblar guruhiga kiradi, uni 1883-1881 yillarda Klebs va Lyoffler aniqlashgan. Bo'g'ma tayoqchasining asosiy xususiyati uni ekzotoksin ishlab chiqarish bo'lib, bu xususiyatiga qarab toksigen va toksigen bo'lmagan guruhlarga bo'linadi. Difteriya tayoqchasi past haroratga chidamli 120 ° C da 7 kun davomida tirik saqlanadi, ammo yuqori 30 daqiqa ichida halok bo'ladi. Bo'g'ma tayoqchasi bemorning ro'zg'or buyumlarida, o'yinchoqlarida uzoq vaqt saqlanishi mumkin, lekin zararsizlantiruvchi moddalar ta'sirida tezda halok bo'ladi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai bo'g'ma bilan og'rgan yoki kasallik bakteriyasini tashib yuruvchilar hisoblanadi. Bemor butun kasallik mobaynida yuqumli hisoblanadi. Ba'zi hollarda esa kasallikning asosiy belgilari o'tgandan keyin ham atrofdagilar uchun xavfli bo'lishi mumkin. Bo'g'ma tayoqchasining tashib yurishning toksigen va toksigen bo'lmagan turlari farq qilinadi. Toksigen deganda, kasallik paydo qiluvchi turi ko'zda tutiladi. Bo'g'ma tez-tez kasallikka chalinib turadigan zaif hamda yuqori nafas yo'llarining surunkali kasalligi bor odamlarda ko'proq uchraydi. Bo'g'ma tayoqchalari bemorlar va bakteriya tashuvchilarning organizmidan, aksirganda va yo'talganda havo-tomchi yo'li orqali sog'lom bolalarga yuqadi. Yuqori nafas yo'llari, burun, tomoq, shilliq pardalari, teri kindik, ko'z va jinsiy organlarning shilliq qavatlari bo'g'ma tayoqchalarining ko'rish darvozasi hisoblanadi. Ba'zi hollarda kasallik turli ro'zg'or buyumlari va o'yinchoqlar orqali kontakt yo'li bilan yuqishi mumkin. Difteriyaga 1 yoshdan to 10 yoshgacha bo'lgan bolalar ko'proq beriluvchan bo'lsalarda, bu kasallik bilan yangi tug'ilgan chaqaloqlar ham og'rishi mumkin. Kasallik o'tgandan keyin organizmda barqaror tabiiy immunitet paydo bo'ladi. Kasallik ko'proq kuz-bahor oylarida uchraydi.

Klinikasi. Bo'g'ma kasalligida turli a'zolar zararlanishi mumkin, shuning uchun klinik nazarasi ham qaysi a'zoning ko'proq zararlanganligiga qarab turli namoyon bo'lishi mumkin. Bo'g'mani og'iz, burun, halqum, tomoq, ko'z, teri, kindik, xiqildoq – **burun**, tashqi jinsiy a'zolar zararlanadigan turlari farq qilinadi.

Kasallikning yashirin davri 2-10 kun davom etadi. Yosh bolalarda ko'proq tomoq bo'g'masi uchraydi. Tomoq difteriyasi yallig'lanish jarayonining tarqalishi va zaharlanish belgilariga qarab mahalliy, tarqalgan toksik turlarga bo'linadi. Tomoq mahalliy bo'g'masi ancha yengil o'tadigan turi bo'lib, bunda yallig'lanish jarayoni mahalliy xususiyatiga ega bo'ladi, umumiy zaharlanish alomatlari kuzatilmaydi. Bo'g'maning mahalliy (lokalizatsiyalangan) turida pardasimon oq karashlar tomog'dagi bodomcha bezlardan nariga o'tmaydi. Avval ular quyruq o'rgimchak to'ri ko'rinishida bo'ladi, tez orada oqimtir kul rang parda hosil bo'ladi. Parda to'qimalariga yopishib olib, ko'chirib olinganda, qonab turadi. Kasallik holsizlanish, ishtashaning pasayishi, yutinganda tomoqda og'riq bo'lishi va tana haroratining ko'tarilishi bilan boshlanadi. Tomoqning mahalliy (lokalizatsiyalangan) bo'g'masi pardali orolchali, va kataral turlarga bo'linadi. Bo'g'maning pardali turda bodomcha bezlar qizarib shishadi. Oqimtir-kulrang parda hosil bo'ladi. Parda to'qimalar bilan mahkam birikkan bo'lib, chegaralari aniq bo'ladi. Kasallikning orolchali turida esa parda noaniq chegaraga ega bo'lib, bodomcha bezlarda kichik-kichik orolchalar tarzida joylashgan bo'ladi.

Tomoq bo'g'masining kataral turining klinik tashxisi ancha murakkab bo'ladi, chunki bunda bodomcha bezlar faqat qizaradi, ularda parda hosil bo'lmaydi. Kasallikning bu turida tashxis asosan bakteriologik tekshirishlar natijasida aniqlanadi.

Bo'g'maning bu turlarida yallig'lanish jarayoni mahalliy bo'lib, organizmning umumiy zaharlanishi kuchli bo'lmaydi. Tomoqning tarqoq bo'g'masida intoksikasiya belgilari yaqqol yuzaga chiqadi, harorat yuqori bo'ladi, karashlar zichroq joylashib, butun bodomcha bezlardan tashqari, xalqumning shilliq pardasi tanglay ravoqlarini, yumshoq tanglayni, tilchani, yutqin devorlarini qoplaydi.

Bo'g'maning toksik turi sensibillashgan organizmning giperergik reaksiyasi bo'lib, keng mahalliy o'zgarishlar va umumiy intoksikasiya bilan kechadi. Kasallikning bu turi bola organizmnining kuchli zaharlanishi haroratning balandligi va fibrinli (parda) ning tomoq chegaralaridan chiqib boshqa a'zolarga tarqalishi bilan kechadi. Tana harorati 39-40^o C ga ko'tariladi. Bodomcha bezlar va ular atrofidagi to'qimalar shishadi, bolaning rangi oqarib qayta-qayta qusadi, holsizlanadi. Tomir urishi tez va zaif bo'ladi, bolani ahvoli og'irlashadi. Shish pastga bo'g'in va ko'krak qafasi teri osti yog' qatlamiga hamda yuqoriga luj va qovoqlarga tarqaladi. Shish ustidagi terining rangi odatda o'zgarmaydi. Bolaning tovushi bo'g'iq, burni bilan gapirgandek bo'ladi. Yurak tovushlarining jarangdorligi pasayadi, sistolik shovqin paydo bo'ladi. Aksariyat hollarda, buyrak, asab tizimining faoliyati buziladi. Bo'yindagi shishning katta-kichikligiga qarab, bo'g'maning toksik turining I, II, III darajalari farq qilinadi. Bo'g'maning toksik turida og'izdan badbo'y, qo'lamsa hid keladi, nafas harakatlari qiyinlashib, shovqinli bo'lib, xirillaydi. Toksik bo'g'maning o'ta og'ir o'tadigan turi gipertoksik, gangrenoz, gemorragik turidir. Gipertoksik bo'g'ma mahalliy

o'zgarishlardan tashqari markaziy asab tizimining va yurak qon tomir a'zolari faoliyatining izdan chiqishi bilan kechadi va yashin tezligida bir necha kun ichida bemorning halok bo'lishi bilan tugaydi. Kasallikning gangrenoz formasi og'iz va yutqin to'qimalarining chirib parchalanib ketishi bilan kechadi. Gemorragik bo'g'ma burundan milklardan, me'da-ichaklardan qon ketishi badanida gemorragik toshmalar hosil bo'lishi kuzatiladi.

Hiqildoq bo'g'masi yoki chin bo'g'ma yuqori nafas yo'llarining torayishiga va nafasning qiyinlashuviga olib keladi. Hiqildoq bo'g'masi yallig'lanish jarayonning tarqalishiga qarab

1) mahalliy, 2) tarqalgan, 3) toksik turlarga bo'linadi. Kasallikning mahalliy turida faqatgina Hiqildoq, tarqalgan turida hiqildoq va traxeya, toksik turida hiqildoq traxeya va bronxlar zararlanadi.

Hiqildoq bo'g'masi kechishiga qarab bir necha bosqichda bo'ladi. Odatda kasallik yuqori harorat dag'al yo'tal va tovushning qisman xirillashi bilan boshlanadi. Bu davrda nafas olish uncha qiyinlashmaydi. Bu bosqich kataral bosqich deb yuritiladi va 2-3 kundan 7-8 kungacha davom etadi.

Ikkinchi bosqich- stenotik bosqich bo'lib bunda nafas yo'llari torayadi, yo'tal it hurgandagiga o'xshash cho'ziqroq, qo'pol bo'ladi, bolaning tovushi yo'qoladi, shovqinli nafas oladi, lab-burun uch burchagi ko'karadi, nafas olish qiyinlashadi, hansiraydi, bola bezovtalanadi. Nafas olish jarayonida ko'krak qafasining muskullari ishtirok eta boshlaydi. Bolaga o'z vaqtida yordam ko'rsatilmasa asfiksiya bosqichiga o'tadi. Bu davrda bola hushidan ketadi, talvasaga tushadi, organizmida kislorod yetishmasligi oqibatida bola halok bo'ladi.

Burun bo'g'masi. Kasallikning bu turida pardali va kataral yarali turlari mavjud. Pardali turida burun shilliq qavatida, burun to'sig'ida, burun chig'anog'ida va burun bo'shlig'i devorlarida fibrinoz pardalar hosil bo'ladi. Kataral yarali turida burundan oldin seroz keyin esa seroz qonli suyuqlik ajraladi va burun teshiklari atrofida terini ta'sirlab, teri yoriladi. Bo'g'maning ko'z, teri, kindik, jarohat yuzalarida va jinsiy a'zolarida uchraydigan turlari bir muncha kamroq uchraydi. Ko'z bo'g'masi qovoqning shishuvi, qon aralash yiring ajralishi bilan kechadi. Ko'z qonyuktivasida kulrang-oqimtirparda hosil bo'ladi.

Teri bo'g'masi. Terining shikastlangan joylarida, bo'yinda, burun ostida kuzatiladi. Terida giperemiya shish va kulrang fibrinoz pardalar xosil bo'ladi.

Kindik bo'g'masi yangi tug'ilgan chaqaloqlarda kindigida kulrang fibrinoz karashlar hosil bo'ladi.

Bo'g'maning asoratlari. Asoratlarga qon aylanishining buzilishi, miokardit, chegaralangan falajlar, poliradikulo-nevrit va nefrozlar kiradi.

Tashxisi. Izchillik bilan to'plangan kasallik tarixi epidemiologik vaziyat va difteriyasining asosiy klinik belgilari uning tashxisini qo'yishga imkon beradi. Har bir tashxis bakteriologik yo'l bilan asoslanishi shart.

Davosi. Bo'g'mani davolashda kun tartibi, parhez, parvarish katta ahamiyatga ega. Lekin asosiy davolash usuli bo'g'maga qarshi antitoksik zardob qo'llashdir. Kasallikni davolashda uning turiga, og'riq darajasiga va qaysi bosqichda ekanligiga e'tibor berish kerak. Kasallikning dastlabki kunlarida bemorga faqat suyuq ovqat

bergan ma'qul. Agar bemorda miokardit alomatlari bo'lsa, uni qimirlatmay yotqizib qo'yish kerak.

Bo'g'maning asosiy davosi bo'g'maga qarshi zardobni yuborishdan iborat. Bu zardob qanchalik barvaqt qo'llanilsa, uning foydasi shunchalik yaxshi bo'ladi. Shunga qaramay, kasallikning o'ta og'ir turlarida hatto 1-2 kunlarda ishlatiladigan zardob ham yetarali natija bermasligi va kasallik o'lim bilan tugashi mumkin. Zardobda oqsil modda bo'lgani tufayli, bemor organizmini allergiyaga yoki anafilaktik reaksiyaga olib kelishi mumkin, shuning uchun ham uni yuborishdan oldin bemor organizmining zardobga sezuvchanligini aniqlash zarur. Bemorlarga zardob Bezredko usuli bo'yicha, bo'lib-bo'lib yuboriladi. Kasallikning mahalliy turlarida zardobni bir kunda bir marta yuborish kifoya, lekin og'ir turlarida zardobni kun davomida qayta yuborish va bir necha kun davomida qo'llashga to'g'ri keladi.

Bo'g'mada ko'pincha boshqa a'zolarning faoliyati buziladi, shuning uchun ularning faoliyatini qo'llab-quvvatlash maqsadida dori-darmonlar ishlatiladi. Agar yurak faoliyati buzilgan bo'lsa, yurak glikozidlari vitamin S va V guruhi vitaminlari qo'llaniladi.

Bemorda zaharlanish alomatlari kuchli bo'lganda gemodez, reopoliglyukin, qon zardobi va boshqalar tavsiya etiladi. Bakteriologik tekshirishning ikki marta salbiy javob olingandan keyingina kasalxonadan javob beriladi. Bo'g'ma tayog'chalarini tashib yuruvchilarni ham davolash zarur. Bakteriya tashib yuruvchilarni antibiotiklar bilan davolash zarur.

Profilaktikasi. Kasallikni oldini olishda bo'g'ma tashxisini o'z vaqtida qo'yish kerak. Bemor bolalarni sog'lom bolalardan ajratish, epidemiyaga qarshi mahalliy va umumiy tadbirlarni ko'rish katta ahamiyatga ega.

Bo'g'mani asosiy profilaktikasi kasallikka qarshi emlashdir. Bo'gmaga qarshi faol emlash ko'kyo'tal va qoqshol kasalligiga qarshi vaksinalar bilan birgalikda o'tkaziladi.

KO'KYO'TAL

Ko'kyo'tal havo-tomchi yo'li bilan yuqadigan kasallik bo'lib, asosan nafas yo'llarining zararlanishi, asab faoliyatining buzilishi va yo'tal xurujlari bilan xarakterlanadi. Ko'kyo'tal bilan bola erta, ya'ni hayotining birinchi kunlaridan boshlab kasallanishi mumkin.

Ko'kyo'tal qo'zg'atuvchisini 1906 yilda Borde va Jangu kashf etishgan. Bular tashqi muhitga nihoyatda chidamsizdir.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai bemor odam hisoblanadi. U kasallikning dastlabki kunlarida o'ta yuqumli bo'ladi. Keyinchalik u kamroq darajada xavfli bo'lib, kasallik boshidan 6 hafta o'tgandan keyin yuqumli bo'lmay qoladi. Kasallik manbai bo'lib ko'kyo'talning yashirin (latent) turi bilan og'rigan bemorlar xizmat qiladi. Kasallik havo-tomchi yo'li bilan yuqadi. Kasallikka asosan bir yoshgacha bolalar o'ta beriluvchan bo'ladi. Kasallikdan keyin bola organizmida kuchli, barqaror immunitet qoladi.

Klinikasi. Ko'kyo'talning kechishida quyidagi davrlar farqlanadi, yashirin, (inkubasion davri), kataral, spazmatik yo'tal xurujlari va sog'ayish davri. Kasallikning yashirin davri 3-4 kundan to 10-14 kungacha davom etadi. O'rtacha

5-8 kuni tashkil etadi. Kataral davr 12-15 kungacha cho'ziladi. Emlangan bolalarda bu davr uzayishi, go'dak bolalarda birmuncha qisqarishi mumkin. Kasallik oddiy yo'tal bilan boshlanadi, bemorni umumiy ahvoli uncha o'zgarmaydi. Yo'tal asta-sekin xurujsimon tusga kiradi. Spazmatik yo'tal xurujlari davrida bemorning ahvoli og'irlashadi, yo'tal xurujlari holsizlantirib qo'yiladi. Bu davrning asosiy belgisi xurujsimon yo'tal bo'lib, 2-3 hafta davom etishi mumkin. Yo'tal birin-ketin keladigan nafas chiqarish harakatlari bilan boshlanadi va oxirida qisqa hushtaksimon nafas olish bilan tugaydi. Yo'tal xuruji 2-3 martadan 20 martagacha takrorlanishi mumkin. Yo'tal xurujlari yelimsimon shilimshiq balg'am chiqishi yoki qayt qilish bilan tugashi mumkin. Yo'tal xuruji vaqtida bemorni ahvoli o'ziga xosdir: Uning yuzi qizaradi, ba'zan ko'karadi, lablari ko'karib biroz shishadi, bo'yin vena tomirlari bo'rtib chiqadi, ko'zlari qon quyilgandek bo'ladi, tillari chiqib turadi, ba'zan ko'zining oqsil pardasiga qon quyiladi. Bemorning beti salqib shishib turadi, til yuzasida yaralar xosil bo'ladi. Yo'tal xuruji boshlanishi oldidan bolalarda xuruj boshlanishidan darak beruvchi belgilar paydo bo'ladi: bemor bezovtalanadi, qo'rqish alomatlarini kuzatiladi.

Sog'ayish davri. Bu davr 1 haftagacha davom etadi. Yo'tal xurujlari kamaya boradi, bemorning ishtaxasi ochilib kayfiyati yaxshilanadi. Ko'kyo'talning kechishi yengil, o'rtacha og'irlikdagi va og'ir turda o'tishi mumkin. Kasallikning yengil turida yo'tal xurujlari kuniga 5-15 martagacha takrorlanishi mumkin va qisqa davom etadi.

O'rtacha og'irlikdagi turida yo'tal xurujlari kuniga 15-25 martagacha takrorlanadi. Og'ir turdagi ko'kyo'talda esa xurujlar soni 25-30 tadan oshishi, har bir xurujning uzoq davom etishi, bemor ahvolining og'irlashuvi kuzatiladi.

Ko'kyo'tal deyarli hamma vaqt nafas a'zolarining zararlanishi bilan kechadi. Uning kataral davrida o'pkaga deyarli o'zgarishlar aniqlanmaydi. Xurujsimon yo'tal davrida bronxitga o'xshash o'zgarishlar bo'lib, o'pkada xirillashlar eshitiladi. Xirillashlar ko'pincha yo'tal xurujsimon keyin izsiz yuqoladi. Ko'kyo'talda qon tomir tizimiga ham ancha o'zgarishlar bo'ladi. Bemor betining salqib turishi, lablarining ko'kimtir tusga kirishi, bo'yin vena qon tomirlarining yo'tal xuruji paytida bo'rtib turishi, qo'l-oyoq barmoqlarining ko'karishi, muzlashi qon tomir tizimidagi o'zgarishlarni ifodasidir.

Ko'kyo'talda bosh miyada gipoksiya va qon aylanishining buzilishi tufayli ensefalopatiya belgilari kuzatiladi: bemor bezovtalanadi, asabi beqarorlashadi, qo'l-oyog'i titraydi, pay reflekslari kuchayadi. Tana harorati ko'kyo'talda deyarli ko'tarilmaydi, yoki subfebril darajada bo'lishi mumkin.

Go'daklarda ko'kyo'tal katta yoshdagi bolalarga qaraganda o'ziga xos kechishga ega. Ularda kasallikning yashirin davri nisbatan qisqa, yo'tal ham og'irroq bo'ladi, ba'zan nafas maromi buzilib, nafasning to'xtab qolishi kuzatiladi. Kasallik asoatlari tez rivojlanadi.

Ko'kyo'talda uchraydigan asoratlardan yana biri ensefalit bo'lib, bu asosan 1-2 yoshdagi bolalarda uchraydi. Ko'kyo'talda ko'krak qafasida bosimni ortib ketishi natijasida kelib chiqadigan asoratlardan pnevmotoraks, emfizema, kindik va chov churrasi, to'g'ri ichakning tushishi kabilarni qayd qilish mumkin.

Ko'kyo'tal tashhisi kasallikning belgilari, epidemiologik vaziyat va laboratoriya (bakteriologik) tekshirishlar natijasiga asoslanib qo'yiladi.

Davosi. Ko'kyo'talga davo qilish uchun kun tartibini to'g'ri tashkil etish zarur. Bemor yetarli

darajada uxlashi, ovqati yoshiga mos, vitaminli, tez hazm bo'ladigan bo'lishi kerak. Kasallikning yengil formalarida bemorni uy sharoitida davolash mumkin. Go'daklik davridagi va og'ir turda o'tadigan ko'kyo'talni kasalxonada davolanishi shart. Toza havodan tez-tez bashramand bo'lishi katta ahamiyatga ega.

Ko'kyo'talga davo qilish uchun ayniqsa biror asorat rivojlangan paytda antibiotiklar tavsiya etiladi. Ko'kyo'talda ampisillin eritromisindan foydalaniladi. Serologik davolashga bemorlarga 3-6 ml miqdorda ko'kyo'talga qarshi immunoglobulin yuboriladi. Bemorga neyroleptik preparatlar (aminazin, propazin) beriladi. Og'ir hollarda qortikosteroid gormonlardan foydalaniladi.

Profilaktikasi. Bemorlarni iloji boricha tezroq sog'lom bolalardan alohidalab qo'yish zarur. Hozirgi davrda kasallikni oldini olishni asosiy uslubi faol emlashdir. Bu jarayon AKDS vaksinasi orqali amalga oshiriladi.

EPIDEMIK PAROTIT

Epidemik parotit (tepki) o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, so'lak bezlari, asosan quloq oldi bezlari hamda asab tizimining zararlanishi bilan kechadi. Kasallik maktabgacha tarbiya va maktab yoshdagi bolalarda uchraydi. Epidemik parotit ko'pincha qish oylarida uchraydi.

Etiologiyasi. Epidemik parotitning qo'zg'atuvchisi paramiksoviruslar guruhiga kiruvchi filtrlanuvchi virusdir. Bu virus tashqi muhit sharoitlari va ultra binafsha nurlarga o'ta ta'sirchan bo'lib, dezinfeksiyalovchi moddalar ta'sirida tezda halok bo'ladi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai bemor odam hisoblanadi. Bu virus asosan havo-tomchi yo'li bilan yuqadi, ayrim hollarda idish-tavoqlar, o'yinchoqlar orqali yuqishi mumkin. Kasallikni boshidan kechirgandan keyin barqaror tabiiy immunitet qoladi.

Klinik manzarasi. Kasallikning yashirin davri 11-23 kungacha davom etadi. Odatda kasallik o'tkir boshlanib tana haroratining 36-39 °C gacha ko'tarilishi quloq oldi bezlarining bir tomonlama yoki ikki tomonlama kattalashuvi bilan davom etadi. Bezlarning kattalashuvi ostki jag' suyagining choki bilan so'rg'ichsimon suyak o'rtasidagi chuqurlikni to'ldirib, quloq sirg'asining oldingi pastki va orqa tomonlarigacha yoyilib ketadi. Shishning ustki va atrofida terining rangi o'zgarmaydi, uning chegarasi noaniq bo'lib, o'rta qismi qattiq elastik qonsistensiyada bo'lgani holda atroflari qo'lga yumshoq tegadi. Kattalashgan bezlar bosib ko'rilganda og'riq seziladi. Quloq oldi bezlari naychalarining og'iz bo'shlig'idagi chiqish joylari qizaradi va biroz shishadi. Kasallikning 2-3 kuniga borib, ko'pincha sog'lom tomondagi quloq oldi bezi kattalashgandan so'ng, bemorning yuz tizimi o'ziga xos shaklga kiradi. Kasallikning 8-10 kuniga borib, batamom yo'qolib boradi. Epidemik parotitda quloq oldi bezlari yiringlamaydi. Taxminan 50 % hollarda pastki jag' osti bezlari va gohida til

osti so'lak bezlari ham prosessga qo'shilib ketadi. Epidemik parotitning yengil turi 6-7 kun, o'rtacha og'irlikdagi turi 9-10 kun, og'ir turida kasallik belgilari 2-3 hafta mobaynida saqlanib qoladi. Epidemik parotit patologik prosessga nerv tizimi va har xil bez organlarning qo'shilib ketishi bilan birga davom etib borishi mumkin. Bu organlarning zararlanishini asorat deb emas, balki xastalikning asosiy ko'rinishi deb hisoblash to'g'riroq bo'ladi.

Me'da osti bezlarining zararlanishi (pankreatit), parotit alomatlari keskin ifodalanmagan holatda o'tadi va qorinda qattiq og'riqlar paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Bu og'riqlar qorinning gir aylanasi bo'ylab seziladi. Bemorning ko'ngli aynib qusadi, ishtaxasi yo'qoladi, ichi ketadi, qoni va siydigida amilaza miqdori ko'payadi.

Oldin quloq oldi bezlari kattalashmasdan turib, birlamchi orxit boshlanib qolishi ham mumkin. Bu kasallik tana haroratining ko'tarilishi odamning lohas bo'lishi eti uvishib qaltirashi moyaklar (orasi) sohasida qattiq og'riq turib, chov sohasiga va belga tarqalishi bilan ta'riflanadi. Moyak shishib, kattalashadi, bezillab turadi, odam yura olmaydi. Kasallik belgilari 2-3 kun zo'rayib boradi, dardning 3-5 kundan boshlab asta-sekin yo'qolib boradi. Parotitda aksari serozli (virusli) meningit qayd qilinadi.

Epidemik parotitni aniqlab olish tipik hollarda qiyinchilik tug'dirmaydi. Kasallikning yengil formalarida, parotit meningiti yoki orxiti bo'lganda kasallik tashxisi ancha qiyinlashadi. Yaxshi yig'ilgan anamnez va epidemiologik ma'lumotlar kasallikni aniqlab olishga yordam beradi. Bundan tashqari kasallikka serologik tekshirish usullari yordamida tashxis qo'yiladi.

Davosi. Epidemik parotitda davo qilishning spesifik vositalari yo'q. Davolash asosan simptomatik usulda olib boriladi. Kasallik yengil o'tayotganda bemorni o'rniga yotqizib, tegishli rejimga amal qilish zarur. Bolaga tez-tez suyuqlik beriladi, og'zini 2 % li natriy gidrokarbonat eritmasi bilan chayiladi. Ovqatni iliq, suyuq holda berish lozim. Kattalashib turgan bezlar sohasini issiq qilib bog'lab qo'yish, sollyuks lampasi bilan isitish. UVCh terapiya buyuriladi. Og'riqni qoldirish, isitmani tushirish maqsadida aspirin, analgin tayinlanadi. Meningitning belgilari kuchayganda, orqa miya kanali punksiya qilinadi. Pankreatit belgilari aniqlanganda bemorga 1-2 kun suv-choy parhezi buyurilib, venaga glyukoza eritmalari Ringer eritmasi albumin, zardob o'mini bosadigan suyuqliklar yuboriladi. Orxitda bemor yotib davolanishi 1-2 hafta mobaynida malhamli bog'lam qo'yish tavsiya qilinadi. Og'ir hollarda 4-5 kun qortikosteroid gormonlar buyuriladi.

Profilaktikasi. Kasallikka chalingan bemorlar 9-10 kungacha uyda boshqalardan ajratib qo'yiladi. Kasalga yaqin yurgan bolalar 21 kungacha kuzatib turiladi. Bunday bolalarga 1-3 ml globulin yuboriladi.

Mamlakatimizda bolalarni Epidemik parotitga qarshi emlash 15-18 oylik bolalarga o'tkaziladi Bunda 0,5 ml miqdorda teri ostiga parotitga qarshi tirik lekin kuchsizlantirilgan vaksina yuboriladi.

QIZAMIQ

Qizamiq- o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, nafas yo'llarining kataral yallig'lanishi, badan terisida qizgish dog'simon-papulyoz toshmalarning toshishi va umumiy intoksikasiya alomatlari bilan ifodalanadi.

Etiologiyasi. Qizamiq kasalligini filtrlanuvchi viruslar qo'zg'atadi. U tashqi muhitga chidamsiz, quyosh nurining ultrabinafsha nurlari ta'sirida tezda nobud bo'ladi.

Epidemiologiyasi. Qizamiqda kasallik manbai qizamiq bilan kasallangan bemor hisoblanadi. Bemor kasallikning boshlang'ich (kataral) davrida va toshma toshishi davrining dastlabki kunlarida o'ta yuqumli bo'ladi.

Kasallik havo-tomchi yo'li bilan yuqadi. Qizamiq virusi bemor yo'talganda, aksirganda va gaplashganda havo tomchilari orqali sog'lom odamga yuqadi. Virus havo orqali tarqaganligi uchun tez orada ancha masofaga tarqalishi mumkin. Qizamiq asosan bir yoshdan 6 yoshgacha bo'lgan bolalar kasallanadi. Uch oylikkacha bolalarga ona organizmidan o'tgan immun moddalar hisobiga qizamiq yuqmasligi mumkin. Uch oydan 8 oygacha bo'lgan bolalarda esa ona suti orqali o'tgan immun tanachalar hisobiga immunitet xosil bo'lganligi sababli qizamiq kasalligi yuqmaydi. Kasallik ko'pincha qish-kuz oylarida uchraydi. Kasallikdan keyin bola organizmida kuchli va barqaror turg'un immunitet hosil bo'ladi.

Klinik manzarasi. Kasallikni o'tishida quyidagi davrlar farq qilinadi: 1. Yashirin (inkubasion) davr. 2. Boshlang'ich (prodromal yoki kataral) davr. 3. Toshma toshishi ("gullash") davri. 4. Sog'ayish (rekonvalessensiva) davri.

Qizamiqning yashirin davri asosan 9-10 kun davom etadi. Emlangan yoki gammaglobulin olgan bolalarda yashirin davr 21 kungacha cho'ziladi. Bu davrda kasallikning klinik belgilari kuzatilmaydi.

Kasallikning prodromal yoki kataral davrida tana harorati 38-39 °C gacha ko'tariladi, bosh og'rig'i, yo'tal, aksirish kabi belgilar kuzatiladi. Bu davrning 2-3 kunida tana harorati pasayadi, ammo nafas yo'llari shilliq pardasining yallig'lanishi kuchayadi. Bu alomatlarga ko'z shilliq qavatining yallig'lanishi konyuktivit qo'shiladi. Bolaning ko'zlari yoshlanib, qizaradi va yorug'likka qaray olmaydi. Bemor o'ziga xos ko'rinishda bo'ladi: yuzlari qovoqlari shishgan, qizargan, burunlaridan seroz suyuqlik oqadi.

Kasallikning bu davrida bemor sinchiklab tekshirilsa, qizamiqqa xos bo'lgan belgilarni aniqlash mumkin. Bu belgilar og'iz bo'shlig'ining lunj va yumshoq qattiq tanglay shilliq pardalarida paydo bo'ladi. Yumshoq va qattiq tanglayning shilliq pardalarida qizgish dog'lar qizamiq enantemalari va lunjning shilliq pardasi esa oqimtir atrofi qizil gardish bilan o'ralgan dog'lar Filatov-Belskiy-Koplik dog'lari kuzatiladi. Bu dog'lar asosan 2-3 kun davomida saqlanib turadi. Kasallikning toshma toshishi ya'ni "gullash" davrida tana sharorati 39-40 °C gacha ko'tariladi. Badan terisidagi toshmalar deyarli tana harorati ko'tarilishi bilan bir vaqtda paydo bo'ladi. Toshma katta donachalari, qizgish dog'lardan iborat bo'lib, dastlab bolaning yuzi va quloq orqalarida toshadi va tez orada badanning pastki qismiga tarqala boshlaydi. Isitmaning ikkinchi kunidan boshlab toshma ko'krak, qorin terisiga, uchinchi kunda esa oyoqlar terisigacha tarqaladi.

Ba'zan bu toshmalar bir-biri bilan qo'shiladi, lekin toshmalar oraliq'dagi terining rangi o'z holatida o'zgarnay qoladi. Toshmalar badan terisida bir vaqtda paydo bo'lmaydi, balki bosqichma-bosqich toshadi. Toshmalar toshish davri 3-4 kun davom etadi. Keyinchalik u qanday tartibda paydo bo'lgan bo'lsa, shu tartibda yo'qoladi. Toshmalar o'rnida oqimtir dog'lar pigmentasiya hosil bo'ladi. Bunday pigmentli dog'lar 10-12 kun ichida yo'qolib ketadi.

Reqonvalessensiya ya'ni sog'ayish davrida kasallikning asosiy belgilari asta-sekin kamayib boradi. Bemor bolalar umumiy ahvoning kam darajada o'zgarishiga va intoksikasiya (zaharlanish) darajasiga qarab qizamiqning og'ir, o'rtacha va yengil turlari farq qiladi. Qizamiqning og'ir turi yuqori harorat, organizmning kuchli zaharlanishi, markaziy asab tizimining zararlanishi va nafas yo'llarining yallig'lanishi bilan kechadi. Kasallikning bu turida ko'p hollarda turli asoratlar (ensefalit, meningoensefalit, zotiljam, o'tkir yurak-tomir yetishmovchiligi kabilar) rivojlanadi.

Davolash. Qizamiqning yengil va asoratsiz turlarida bemorlarni uy haroratida davolash mumkin. Kasallikni davolashda gigiena qoidalariga, kun tartibiga rioya qilish, bolani to'g'ri ovqatlantirish, bemor yotadigan xonani tez-tez shamollatib turish kabilar katta ahamiyatga ega. Yuqumli kasalliklar kasalxonasiga qizamiqning og'ir turlari bilan og'irigan bolalar va asosan 3 yoshgacha bo'lgan bolalar yotqiziladi.

Bemor yotgan xona toza bo'lishi kerak. Uning terisi va shilliq pardalariga diqqat bilan qarab borish: bolaning yuzi va qo'llarini tez-tez issiq suvda yuvib turish, burnini tozalab turish zarur har kuni bemor ko'zlarini yuvish, lablari qurib qolmasligi uchun moy surtib turiladi. Bolalarga yetarli darajada suyuqlik ichirib turish lozim. Bemorning ovqati vitaminlarga boy bo'lishi va yengil xazm bo'ladigan bo'lishi kerak.

Profilaktikasi. Qizamiqning oldini olish asosan ikki yo'nalishda epidemiyaga qarshi kurash va maxsus profilaktika tarzida amalga oshiriladi.

Epidemiyaning oldini olish maqsadida bemorlar toshma toshganda 5-kungacha ajralib qo'yiladi yoki yuqumli kasalliklar kasalxonasiga joylashtiriladi, qizamiq chiqqan bolalar muassasasida 21 kun davomida karantin e'lon qilinadi. Bemor bilan muloqotda bo'lgan bolalar nazorat ostiga olinib, ularning terisi, shilliq pardalari va tana harorati muntazam ravishda tekshirib turiladi. Qizamiq o'tkazmagan bolalarga gamma-globulin yuboriladi. Bemor yotgan xona yaxshilab shamollatiladi va har kuni ho'l latta bilan tozalab turiladi.

Qizamiqning maxsus profilaktikasida qizamiqqa qarshi faol immunitet hosil qilish uchun sog'lom bolalar profilaktik emlash taqvimini bo'yicha ko'rsatilgan muddatlarda qizamiqqa qarshi vaksina bilan emlanadi.

S U V C H E C H A K

Suvchechak o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, badan terisida o'ziga xos vezikulo-pustulyoz toshmalarining toshishi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Suvchechakni Arago tanachalari deb ataladigan filtrlovchi viruslar qo'zg'atadi.

Epidemiologiyasi- Infeksiya manbai bemor hisoblanadi. U butun kasallik davomida va kasallik tuzalganidan keyin ham 5 kungacha yuqumli bo'ladi.

Kasallik sog'lom odamga havo-tomchi yo'li bilan yuqadi. Kasallikka beriluvchanlik o'ta yuqori bo'lib, aholi zich yashaydigan joylarda epidemiya holida uchrashi mumkin. Suvchechak bilan asosan 2 yoshdan 10 yoshgacha bo'lgan bolalar kasallanadi.

Ba'zan chaqaloqlar ham kasallikka chalinishi mumkin. Suvchechak ko'pincha qish va bahor oylarida uchraydi. Kasallik bilan og'rib tuzalgan bolalarda barqaror immunitet qoladi.

Klinik manzarasi. Kasallikning inkubasion davri 11 kundan 21 kungacha, o'rtacha, 14 kuni tashkil etadi.

Suvchechakning boshlang'ich (prodromal) davrida subfebril harorat paydo bo'ladi, bemorning kayfiyati buziladi, injiq va lohas bo'ladi. Keyinchalik tana harorati ko'tariladi. Bemor tanasida toshmalar paydo bo'ladi. Toshma odatda bemorning yuzi, sochlar orasi tanasi, oyoq-qo'llarida bir vaqtda paydo bo'ladi. Ammo oyoq osti va qo'lning kaftida toshma toshmaydi. Toshma dastavval suyuqliksiz bo'rtma (papulo) holida paydo bo'lib, u tez orada (bir necha soat ichida) ichi suyuqlik bilan to'lgan pufakcha (vezikula)ga aylanadi. Pufakchalar terida yuza joylashgan bo'lib, atrofi qizg'ish hoshiya bilan o'ralgan bo'ladi. Igna sanchib ko'rilsa, bo'shlig'i bitta bo'lganligi uchun pufakcha puchayib qoladi. Odatda pufakchalar 1-2 kundayoq qurib kulrang po'stloq qo'tirga aylanadi, va u 1-3 hafta mobaynida to'kilib ketadi. Ularning o'rnida chandiq qolmaydi. Har kuni terida yangidan toshma toshib turganligi uchun bemorning badanida bo'rtma, pufakcha va qo'tirni topish mumkin. Toshma badanni qichishti-radi. Ba'zan og'iz, burun va jinsiy a'zolarining shilliq pardalarida ham toshma toshishi mumkin. Bemorlarning 10 foizida pufakchalar yiringlashi mumkin, va bunday hollarda ularning o'rnida mayda chandiqlar qolishi mumkin.

Kasallikning yengil turlarida toshmalar butun tananing u yer bu yeridagina uchrab intoksikasiya belgilari kuzatilmaydi. Kasallikning og'ir turlarida toshmalar ko'plab toshadi, isitma ko'tariladi, intoksikasiya belgilari yuzaga chiqadi.

Asoratlari. Suvchechakning asosiy asoratlariga ikkilamchi infeksiyaning zotiljam (pnevmoniya) bilan qo'shilib kelishi kiradi.

Davosi. Gigienaga qat'iy rioya qilish zarur, bolaning tirnoqlari kalta qilib qir qilgan, qo'llari toza bo'lishi kerak. Teridagi pufakchalarga 4-10 % li kaliy permanganat yoki 1-2 % li brilliant yaxshilab surtib turiladi. Yiringli asoratlar rivojlanganda antibiotiklar va sulfanilamid preparatlari qo'llaniladi.

Profilaktikasi. Sanitariya chora-tadbirlari qo'llaniladi. Bemor uy sharoitida toshma toshgandan 5 kun ichida alohida yotqizilishi kerak. Dezinfeksiya qilish talab qilinmaydi. Kasal bilan aloqada bo'lgan va sog'lom bolalar 11 kundan 21 kungacha ajratib qo'yiladi.

SKARLATINA

Skarlatina o'tkir yuqumli allergik kasallik bo'lib, tana haroratining ko'tarilishi organizmning umumiy intoksikatsiyasi, bodomcha bezlarning zararlanishi va terida mayda-mayda nuqtasimon toshmalarning toshishi bilan ta'riflanadi.

Etiologiyasi. Skarlatinani A guruhga mansub bo'lgan V-gemolitik streptokokklar qo'zg'atadi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai bo'lib, skarlatina bilan og'rigan yoki boshqa streptokokk infeksiyasi bilan kasallangan bemor hisoblanadi. Infeksiya asosan havo-tomchi yo'li bilan yuqadi. Ba'zan bemor o'ynagan qo'g'irchoqlar, uning buyumlari va kiyimlari orqali ham kasallik yuqishi mumkin. Bemor kasallikning birinchi kunidanoq atrofdagilar uchun xavfli bo'ladi va bu holat butun kasallik davomida saqlanib qoladi. Skarlatinaga 2 yoshdan 6 yoshgacha bo'lgan bolalar ko'proq beriluvchan bo'ladilar. Kamdan kam hollarda 1 yoshgacha va 15-16 yoshdagi bolalar ham kasallanishi mumkin.

Kasallik asosan qish va bahor oylarida uchraydi. Skarlatinadan keyin bola organizmida barqaror immunitet rivojlanadi. Biroq hozirgi vaqtda antibiotiklarning keng qo'llanilishi tufayli skarlatina bilan qayta kasallanish holatlari kuzatiladi.

Klinik manzarasi. Kasallikning inkubasion davri o'rta hisobda 3-7 kun davom etadi. Ayrim sharoitlarda yashirin davr 1 kungacha yoki 12 kungacha uzayishi mumkin. Kasallik ko'pincha o'tkir boshlanadi: tana harorati to'satdan 38-39 °C gacha ko'tariladi, holsizlik, tomoqda og'riq, qayd qilish kuzatiladi. Kasallikning birinchi yoki ikkinchi kunida terida pushti rang nuqtasimon, ba'zan qattiq qichishadigan toshmalar paydo bo'ladi. Toshmalar ko'proq qorinda oyoq-qo'llarning ichki tomonida, burun va og'iz bo'shlig'ida joylashgan bo'ladi. Tanglay zararlanishi turlicha bo'lib, kataral, follikulyar, lakunar va nekrotik angina ko'rinishida bo'lishi mumkin. Skarlatina uchun manglayning qizarib ketishi harakterli bo'lib bu o'zgarish bo'yin limfadeniti bilan o'tadi. Kasallikning o'tkir davri 4-5 kun davom etadi.

Skarlatinada toshmalarning o'ziga xos xususiyati shundan iboratki u mayda donali, nuqtasimon bo'lib, qizargan teri ustiga paydo bo'ladi. Toshma burun lab uchburchagida toshmaydi. Bu kasallikka xos bo'lgan belgi hisoblanadi. Toshmalar terida biroz ko'tarilib turganligi sababli, teri paypaslab ko'rilganda uning dag'allashganligi seziladi.

Kasallikning og'ir turida toshmalar qizg'ish tusda emas balki ko'kimtir tus oladi. Toshmalar 3 kundan 1 haftagacha saqlanib turadi, toshma yo'qolgandan keyin ular o'rnida hech qanday dog' (pigmentasiya) qolmaydi. Lekin toshmadan keyin terining ko'chishi (po'st tashlash) boshlanadi. Terining ko'chishi mayda-mayda, kepaksimon tarzda yoki taram-taram bo'iishi mumkin. Skarlatinada bemorning tilida ro'y beradigan o'zgarishlar ham xarakterlidir. Til sarg'ish parda bilan qoplanadi. Keyin tilning chetlari tozalana boshlaydi va sekin-asta uning yuza qismiga o'tadi. Tildagi so'rg'ichlar yaxshi ifodalanadi va u qip-qizil malina rangiga kiradi ("malinasimion" til). Tildagi o'zgarishlar 2 xaftagacha saqlanib turishi mumkin. Kasallikning avjga chiqqan davrida bemorda umumiy intoksikasiya belgilari yaqqol namoyon bo'ladi. Bu skarlatinaning og'ir-yengil kechishiga bog'liq. Kasallik yengil kechganda tana harorati ko'tarilmasligi va zaharlanish belgilari bo'lmasligi mumkin. Ammo og'ir o'tadigan skarlatinada tana sharorati 39-40° C gacha ko'tariladi, kuchli bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, qusish, holsizlik, ba'zan talvasa tutishi kabi belgilar paydo bo'ladi. Umumiy intoksikasiya natijasida yurak-qon tomirlar, jigar, buyrak kabi a'zolarining faoliyati buziladi. Skarlatinaning kechishiga qarab, yengil, o'rtacha og'irlikdagi va og'ir turlari

farqlanadi. Kasallikning yengil turida tana harorati subfebrir bo'ladi, zaharlanish alomatlari kuzatilmaydi, toshma siyrak bo'lib, tez orada o'tib ketadi.

O'rtacha og'irlikdagi skarlatinada harorat 39-40^o C gacha ko'tariladi, bemor holsizlanadi, qayt qila boshlaydi. Toshma kuchli ifodalangan, angina nekrotik xususiyatga ega bo'lib, mahalliy limfa bezlari kattalashadi.

Skarlatinaning og'ir turi toksik va septik belgilarning kuchli ifodalanganligi bilan xarakterlanadi. Umuman intoksikasiya alomatlari juda kuchli namoyon bo'ladi. Tana harorati 40-41^o C gacha ko'tariladi, to'xtovsiz qusish, talvasa alomatlari kuzatiladi. Badan terisiga toshmalar kasallikning 2-3 kuni paydo bo'ladi va uning rangi ko'kimtir tusda, tomoq qip-qizil cho'g' rangida, til oq karash bilan qoplangan va quruq bo'ladi. Yurak tonlari bo'g'iq, qon bosimi past, tomir urishi kuchsiz va tezlashadi.

Asoratlari. Skarlatinaning asoratlariga limfadenit sinusit, nefrit, otit, miokardit kabilar kiradi.

Davolash. Skarlatinani davolashda kasallikning davri, turi, og'irlik darajasi hisobga olinadi. Kasallikning yengil turida bemorlarni uy sharoitida davolasa bo'ladi. Bunda bemor alohida xonaga yotqiziladi. Bemorga tez xazm bo'ladigan vitaminlarga boy ovqatlar berilishi va ko'proq suyuqlik ichirib turish zarur. Kasallikning og'ir turida bemor albatta kasalxonaga yotqiziladi. Vrach ko'rsatmasi bilan unga atibiotiklar, intoksikasiyaga qarshi dori-darmonlar, simptomatik dorilar, vitaminlar buyuriladi.

Profilaktikasi. Skarlatinaning maxsus profilaktikasi yo'q. Umuman profilaktik tadbirlarga bemorlarni alohidalab qo'yish, 10 kun davomida yuqumli kasalliklar kasalxonasiga joylashtirish kabilar kiradi. Kasalxonadan chiqqandan so'ng yana 12 kun davomida, bolalar maktabga va maktabgacha tarbiya muassasalariga qo'yilmaydi.

Mavzu: Kirish. Aseptika va antiseptika. Desmurgiya va transport immobilizasiyasi.

REJA:

1. Jarrohlik fani va uning vazifalari. Jarohat infeksiyasi, infeksiya turlari.
2. Antiseptika va aseptika haqida ma'lumot, turlari, vositatori va qo'llanilishi. Sterilizasiya va uning turlari.
3. Desmurgiya haqida ma'lumot, jarrohlikda qo'llanilishi.
4. Bog'lamlarning turlari va qo'yish qoidalari.
5. Transport immobilizasiyasi.

Xirurgiya juda qadim zamonlardan ma'lum. Ibtidoiy odamlar o'z-o'ziga va bir-biriga yordam ko'rsatar ekanlar, nayzaning o'tkir uchini va yoy o'qini tanadan chiqarib olish yo'lini bilganlar, qon oqayotgan jarohatni qisib, qon ketishini to'xtata olganlar, jarohatni davolash uchun o'simliklarning barglaridan va yo'sin (mox) dan foydalanganlar.

Operasiya - bu asosan ta'qimalarga mexanik ta'sir ko'rsatish yo'li bilan to'qimalar kesilib

patologik o'choq aniqlanib bartaraf etiladi (kesib olib tashlanadi) va to'qimalar yoki ayrim tana a'zolarining normal shakli funksiyasi tiklanadi: to'qimalar va a'zolari kesib olib boshqa joyga (boshqa organizmga) ko'chiriladi.

Shikastlanishning turi va sabablari, davolash va oldini olish choralariga travmatologiya fani mas'uldir. Shikastlanishlar umumiy xirurgik kasalliklarning 30-35% ni tashkil etadi.

Respublikamizda travmatologik xizmat uch asosiy zvenodan iborat:

1. Shikastlanish ro'y bergan joyda birinchi tibbiy yordamni tashkil qilish.
2. Ambulatoriya-poliklinikada shikastlanishga yordam ko'rsatish.
3. Travmatologik yordamni kasalxonalarda tashkil qilish.

Travma yuz bergan joydayoq birinchi yordam ko'rsatish quyidagi maqsadlarni ko'zda tutadi:

a) shifokor kelguncha birinchi oddiy yordam. Bu yordam ko'pincha maxsus kasbi bo'lmagan kishilar (o'z-o'ziga va o'zara yordam) tomonidan ko'rsatiladi. Ular shikastlangan kishining o'rtoqlari, sanitariya drujinachilar tomonidan, qarindoshlari yoki begona kishilar, yo'l harakati va milisiya hodimlari, o'rta ma'lumotli tibbiyot hodimlari bo'lishi mumkin:

b) Yuqori malakali yordamni maxsus tayyorgarlikka ega bilgan shifokor bajarmog'i kerak.

Birinchi travmatologik yordamni tashkil qilishda quyidagilarga rioya qilish kerak:

- 1) shikastlangan kishiga iloji boricha zudlik bilan yordam berish zarur.
- 2) birinchi malakali yordam tezroq ko'rsatilishi uchun avvalo oddiy tibbiy yordam ko'rsatilgandan so'ng, bemor darhol maxsus davolash muassasasiga olib borilishi zarur.

3) keyingi bosqichda yordam beruvchi travmatologiya hodimlariga har bir qilingan davolash usullarini keng va batafsil bayon qilish, birlamchi xirurgik ishlov berish, qoqsholga qarshi zardob yuborish va boshqalar.

4) har bir kishi shikastlanish yuz berganda qayerga, qachon so'rab murojaat qilishni bilish kerak.

5) shikastlangan kishini to'g'ri evakuaciya qilish travmatologiya yordamining asosiy bo'g'inlaridan biri hisoblanadi.

Jarohat infeksiyalari tushunchasi kasallik qo'zg'atuvchi aerob va anaerob infeksiyasining spesifik hamda nospesifik turlari keltirib chiqaradigan xirurgik kasalliklarni o'z ichiga oladi.

Kasallikning avj olishida kasallik tug'diradigan mikroblar katta rol o'ynaydi.

Xirurgik

infeksiyani qo'zg'atuvchi mikroblar atrof- muhitda ham inson badani sirtida ham shuningdek,

nafas olish yo'llari va ichaklar bo'shlig'ining shilliq pardasida ham mavjud. Ular organizmga kirish darvozasi deb ataluvchi teri va shilliq pardalarining shikastlanishi tufayli yoki nafas olish, me'da- ichak va tanosil yo'llari orqali tushadi.

Xirurgik infeksiyalar klinik ko'rinishi bo'yicha quyidagi turlarga bo'linadi:

1. O'tkir xirurgik infeksiya

1. Mahalliy o'tkir xirurgik infeksiya.

a) o'tkir nospesifik yiringli infeksiya;

b) o'tkir chirik infeksiya;

v) o'tkir nospesifik anaerob infeksiya yoki gazli gangrena;

g) o'tkir spesifik anaerob infeksiya (qoqshol, kuydirgi).

2. Umumiy xirurgik infeksiya:

a) o'tkir nospesifik infeksiya;

b) o'tib kelgan (surunkali) umumiy xirurgik infeksiya;

3. Surunkali xirurgik infeksiya:

a) surunkali nospesifik infeksiya;

b) surunkali spesifik infeksiya.

Mikroorganizmlar jarohatga ekzogen va endogen yo'llar orqali tushadi. Ekzogen yo'llarga tashqi muhitdan tushadigan infeksiyalar ya'ni jarohatni kir qo'llar bilan tozalaganda, nosteril matolar bilan yarani bog'laganda, jarohatni noto'g'ri tozalaganda, bog'lamni noto'g'ri bog'lashda ro'y beradi.

Endogen yo'llarga infeksiya tananing boshqa qismidagi yiringli ichakdan qon tomirlar bo'ylab tushishi mumkin (surunkali tonzillit, yumshoq to'qimalarning yiringli yallig'lanishi, furunkulyoz, gaymorit va boshqalar).

XIX asrning 40 - yillarida N. I. Pirogov jarohatni davolashda karbol kislotasi, lyapis, spirt, yod nastoykasi ishlatgan va jarohat infeksiyasiga qarshi kurashish ko'p marta takidlagan. D. Lister operatsiyadan keyingi infeksiyani sababchisi tashqi muhitdan tushayotgan mikroblar bo'lib, ular qo'l, skalpel yoki ifloslangan bog'lam orqali tushadi degan xulosaga kelgan. Strelizasiya usullarini ishlab chiqishda bakteriologiyaning ahamiyati katta bo'ldi. Aseptika va antiseptika vrachlarda katla

qiziqish uyg'otdi. Xirurgiya sohasida bu usullarni nemis xirurglari Trendelenburg, Bergman, Shimmelbush, Esmarx va Neyberg rivojlantirdilar. Paster va Koxning izlanishlari aseptikani yaratdi. Ya'ni amaliyotda ximiyaviy antiseptika fizikaviy aseptika bilan almashtirildi. Bu qaynatish yuqori harorat va bug' bilan amalga oshirildi.

Antiseptika deganda esa jarohat sohasida va organizmdagi mikroblarni yo'qotish yoki miqdorini kamaytirishga qaratilgan tadbirlar tushuniladi.

Antiseptika turlari

Antiseptikaning fizik, mexanik, ximiyaviy, biologik turlari farqlanadi.

Fizik antiseptika. Jarohlarni kechish bosqichlariga qarab ochiq davolash, ya'ni qurutuvchi steril tamponlar, qizdiruvchi lampalar, fen apparatlari ishlatish, jarohat suyuqligini tez shimib oluvchi bog'ichlar, tamponlar, drenajlar va oq gigroskopik doka fizik antiseptikaning tarkibiy qismi hisoblanadi.

Mexanik antiseptika. Hamma yaralar bakteriya bilan zararlangan hisoblanadi, shuning uchun ham asosiy vazifa ularni birlamchi xirurgik yo'l bilan tezroq tozalashdan iborat. Bu esa mexanik usullar yordamida amalga oshiriladi: yarani antiseptik eritmalar bilan yuvish, yot jismlarni kesib tashlash, yaralar atrofini tekislash va kerak bo'lganda ularni tikish bilan erishiladi.

Kimyoviy antiseptika. Bu usulda bakteriosid va bakteriostatik xususiyatga ega bo'lgan turli

kimyoviy antiseptik moddalarni ishlatish ko'zda tutilgan. Antiseptiklar bilan mikroblarni

yo'qotish yoki uni jarohatda rivojlanishini to'xtatishdan iborat.

Asosiy antiseptik vositalarga antiseptik moddalar kirib, ular turli kimyoviy guruhlariga mansubdir.

Xloramin eritmasi qo'lni tozalashda, yiringli yaralarni davolashda metallmas asboblarda, bemorlar uchun ishlatiladigan asboblarda va xonani tozalashda qo'llaniladi.

Kaliy permanganat. Suvda yaxshi eruvchi qoramtir kristalldir. Pushti rangli eritmalar og'iz bo'shlig'i, qovuq va boshqa organizm chayish uchun ishlatiladi. Kuchliroq qoramtir binafsha rangli eritmasi bakteriosid xususiyatga ega bo'lib, to'qimalarni kuydiradi. Shuning uchun kuyishda qora qo'tirlarni davolashda, badbo'y hidlarni yo'qotishda, shuningdek chirayotgan, yiringli jarayonlarni yuvishda qo'llaniladi.

Vodorod peroksid. 3-5%li eritmasi ishlatiladi. Rangsiz suyuqlik vodorod peroksid to'qima fermenti katalaza bilan qo'shib, kislorod ajraladi, bu ko'p miqdorda ko'pik ajralishiga olib keladi. Ko'pik harakati tufayli jarohatdan yot jismlar, qon quyqasi, yiring chiqib ketadi.

Formaldegid. U gazsimion o'tkir xidli, suvda yaxshi eriydigan modda. Formaldegidning 40%li suvdagi eritmasi formalin deb yuritiladi. Asboblarni, drenajlarni, qo'lqoplarni sterillashda keng qo'llaniladi.

Spirit ya'ni etil spirti xirurgiyada keng qo'llaniladi. Spiritni qo'lni zararsizlantirish, operatsiya joyini tozalashda, kesuvchi asboblarni, optik asboblarni dezinfeksiya qilishda va ipakni sterillashda ishlatiladi.

Biologik antiseptika. Maxsus zardoblar, vaksina va antibiotiklar ta'sirida bemorning himoya kuchlarini oshiradigan, jarohlarda infeksiyaning rivojlanishini to'xtatuvchi antiseptik xususiyatlari bo'lgan davolash vositalari (maxsus zardoblar va vaksinalar, anatoksinlar, immunglobulinlar, qon va plazma quyish va boshqalar shuningdek, ma'lum bir organizm, (viruslar, zamburug'lar va boshqalar) faoliyatida paydo bo'lgan moddalar orqali boshqalarga ta'sir qiluvchi antibiotiklar, bakteriofaglar va proteolitik fermentlardan iborat.

SULFANILAMID PREPARATLARI. Bularga streptosid, norsulfazol, etazol, urosulfan, sulgin ftalazol, sulfadimetoksin, sulfalen kabi dori moddalari kiradi. Organizmga mahalliy va umumiy ta'sir ko'rsatadi.

ASEPTIKA. Bu fizik omillar, kimyoviy preparatlar, biologik usullari qo'llash bo'yicha o'tkaziladigan tashkiliy ishlar tufayli, operatsiya yarasiga mikroblar tushishini oldini olish demakdir.

Aseptikaning asosiy qonuni quyidagicha sharxlanadi: yaraga tegadigan har bir narsa bakteriyalardan holi bo'lishi, ya'ni sterillangan bo'lishi kerak. Yaraga mikroblar ikki xil yo'l bilan tushadi: ekzogen va endogen.

Mikroblar va ularning sporalari xirurgik operatsion oqliklar, asboblari, chok solish va yara bog'lash materiallarini, xirurgning qo'lqopi, xalati, qo'llaridan yo'qotishga sterilizatsiya deyiladi. Sterilizatsiyani turli usullarda: bug' bilan bosim ostida avtoklavlash, quruq issiqlik, qizdirish, qaynatish, kuydirish yo'li bilan, antiseptik eritmalarida va antibiotiklarning eritmalarida saqlash bilan amalga oshiriladi.

Radioaktiv nurlanish nurlari (gamma - nurlari), ultrabinafsha nurlari (simob-kvars lampalari), gazlar bilan sterilizatsiya qilish birmuncha keng qo'llaniladi.

Ma'lumki, qaynoq suv bug'i issiqlik o'tkazish qobiliyatiga ega. U qaynoq havoga nisbatan yuqori issiqlik darajasiga ega bo'lgani uchun sterilizatsiya qilinayotgan jismga issiqlikni tez o'tkazadi. Oquvchi bug' bilan sterillash avtoklavda bajariladi.

Quruq issiqlik bilan sterilizatsiya qilinadigan sohalarni qizdirishga asoslangan va unda sterilizatsiya qilinayotgan jismlardagi harorat 170 C-200 C ga yetishi kerak. Avtoklavlar qarovsiz qoldirilmaydi. 180 C temperaturada sterilizatsiya qilish vaqti 15 minutga teng.

Nur bilan sterilizatsiya qilish, bu usul katta energetik kuchga ega bo'lib, sterilizatsiyaning kuchi materiallarning har - xil chuqurligigacha yetib boradi.

Ultra tovush bilan sterilizatsiya qilish. Bu usulda sterilizatorlar kuchsiz antiseptik vosita bilan to'ldiriladi va ultra tovush to'lqinlari ta'sirida xirurgik asboblari. kichik plastmassa asboblari yoki jarroh barmoqlarini dezinfeksiya qilinadi.

Kimyoviy (sovuq) sterilizasiya deb, etilen oksidi hamda kuchli antiseptiklarni qo'llashga aytiladi. Sovuq sterilizasiyadan oqsillar koagulyasiyasi 45 C dan 60 C gacha harorat atrofida bajariladi. Bu usul bilan avtoklavda yoki havo sterilizatorida kateterlar, xirurgik qo'lqoplar, tomir protezlar, endoskoplar, respirator va sun'iy qon aylanish apparatlari sterilizasiya qilinadi.

Desmurgiya haqida ma'lumot

Yaralanganda, shikastlanganda, operasialardan keyin jarohatga infeksiya tushishining oldini

Olish, qon oqishini to'xtatish, shikastlangan organ yoki tana qismiga tinch sharoit yaratish uchun bekitish kerak. Bunga tananing shu qismiga bog'lam qo'yish bilan erishiladi.

Xirurgiyaning bog'lamlar turini, ularni qo'yishda usullarini va bog'lamlar qo'yishda ko'zda tutilgan maqsadni o'rganadigan bo'limi desmurgiya, bog'lam qo'yish prosessi yara bog'lash deyiladi.

Desmurgiya (astos-grekcha-bog'lam va crdon-ish demakdir) bog'lamlar qo'yish to'g'risidagi ta'limotdir.

Bog'lamlar qo'yish san'ati tibbiyotning eng qadimiy namunalaridan biri hisoblanadi. Qadimiy qo'lyozmalarda yaralarni davolashda bog'lovchi material sifatida yopishqoq, smola, bo'z va boshqa narsalar ishlatilganligi haqida yozib qoldirilgan (Gippokrat, qorniliy, Sels, Galen). Desmurgiya ta'limotini rivojlantirishda N. I. Pirogovning xizmati katta bo'lib, u o'z ilmiy asarlarida bog'lovchi materiallar turlari va ularni qo'llash usullarini yozib qoldirgan.

Bog'lam turlari:

Bog'lamlar tarkibiga ko'ra: yumshoq va qattiq bog'lamlarga bo'linadi-

Tanaga qo'yiladigan bog'lam odatda, ikki qismdan iborat bo'ladi. Yaraga davolash uchun qo'yilgan va bog'lamni tutib turuvchi qism. Bog'lov materialni tutib turish uchun oddiy bint, to'rli bint, trikotajli bint, elastik bint va shu kabilar qo'llaniladi. Bog'lov materiali bog'ich va boshqa narsalar bilan tutib turiladi.

Birinchi yordam ko'rsatishda, asosan yumshoq bog'lamlar qo'llaniladi, bularga yelimli, kosinka, bint bog'lamlar kiradi, qattiq bog'lamlardan - shina bog'lamlar ishlatiladi (kraxmalli, gipsli, yelimli).

Bog'lam qo'yiladigan maqsadiga ko'ra, jarohatlarni zararli tashqi ta'sirotlardan himoya

qiladigan, bog'lov material va dori preparatlarini ushlab turadigan-oddiy bog'lamlar

farqlanadi. Tananing biror qismini doimo bosib turadigan bog'lamlar (ko'pincha qon oqishini to'xtatish uchun qo'llaniladi).

Shikastlangan tana qismiga zarur harakatsizlikni ta'minlaydigan - immobilizasiya qiladigan

Bog'lamlar: tananing biror qismini doimo tortib bo'shlig'ini germetik yopib turadigan okklyuzion bog'lamlar, tananing biror qismidagi noto'g'ri holatni to'g'rilab turadigan qorrigasiyalovchi bog'lamlar farq qilinadi.

Bog'lam jarohatni ifloslanishidan himoya qiladi, qon oqishini to'xtatadi, shikastlangan organni qimirlamaydigan qilish imkonini beradi, bo'shliqlarni germetik yopishga sharoit hozirlab, kollaps, shok kabi juda juda og'ir asoratlar rivojlanishining oldini oladi.

Yumshoq bog'lamlar. Yelimli bog'lamlarni jarohatni asosan tashqi muhit ta'siridan himoya qilish uchun qo'yiladi. Bunday bog'lamlarni qo'yishda bog'lov materialini turli xil yelimlar-kleol, kolodiy, leykoplastir yordamida jarohat atrofidagi teriga yopishtiriladi. yelimli bog'lam qo'yish (yelimlash) texnikasi oddiy jarohatga dokani bir necha qavat qilib qo'yiladi, uning atrofiga ensiz qilib kleol qatlami surtiladi. Doka salftkani tarang tortib turgan holda yelim qatlami ustiga bosiladi va bir oz vaqt tutib turiladi, salftka teriga zich yopishadi. Kollodiyli bog'lam qo'yishda yelimni tarang tortilgan bosib turgan salftka ustidan surtiladi. Bog'lov materialini leykoplastir tilishlari bilan yopishtirish mumkin.

Jarohat yuzasini bekitish uchun bakteriosid leykoplastir ham ishlatiladi, unda juda mayda teshiklar borligi tufayli terini bichiltirmaydi va jarohatning bitish prosesini buzmaydi.

Kosinka bog'lamlarni kosinka qirqilgan yoki burchakli uchburchak ko'rinishida buklangan mato parchasi yordamida qo'yiladi. Kosinka bog'lamlarni to'g'nog'ich bilan mahkamlanadi yoki kosinka uchini tugib qo'yiladi.

Sanoatda ishlab chiqariladigan standart kosinkaning razmeri 135x100x100sm. Sanitariya sumkalari va birinchi yordam aptechkalari uchun kosinkalarni presslangan holda chiqariladi. Bu holda ular razmeri 5x3x3sm li kubsimon shaklda bo'ladi.

Sopqonsimon (palaxmonsimon) bog'lamlarni uzunligi 75-80 smli eni enli bint yoki material parchasidan tayyorlash mumkin. Bintning ikkala uchidan uzunasiga qirqib uning 15-20 sm uzunlikdagi o'rta qismi butun qoldiriladi. Bintning qirqilmagan qismini kerakli sohaga ko'ndalang yo'nalishda qiyiladi. Ikkala tomondagi qirqilgan uchlarini pastki tilishi yuqorida, ustki tilini esa pastda turadigan qilib o'zaro kesishtiriladi va qarama -qarshi tomondagi shunday tilishi bilan bog'lanadi. Burunga va yuqori labga bog'lam qo'yishda bintning ikkala uchini quloq chanoqlari ustidan o'tkaziladi va ensada bog'lanadi, boshqa ikkala uchini quloq chanoqlari ustidan o'tkaziladi va bo'yindan bog'lanadi.

Iyakka bog'lam qo'yishda bintning pastki uchlarini quloq chig'anoqlari tepasidan o'tkaziladi va tepa suyagi sohasida tugib qo'yiladi, ustki uchlarini quloq chig'anoqlari va ensa ustidan o'tkaziladi, kesishtiriladi va chakka suyagi sohasidan o'tkazib, peshonaga chiqariladi va shu joyda bog'lanadi.

Qontur bog'lamlarni tananing bog'lam bilan bekitiladigan qismining profili bo'yicha mato parchasidan qirqib tayyorlanadi, qontur bog'lamlarini chatilgan bog'ichlar bilan mahkamlanadi. Qontur bog'lamlarga bandajlar kiritiladi, bu-bemorga mos qilib tikilgan, bog'ichlari yoki ilgaklari bo'lgan mato bog'lamdir. Bandajlar ka'pincha qorinning oldingi devorini mahkam tutib turishi uchun qo'llaniladi.

Bint bog'lamlar-bint yordamida qo'yiladigan bog'lamlardir. Bint eni 5-20sm va uzunligi 5-7 m bo'lgan, rulonga o'ralgan doka tilishidan iborat. Tananing bint o'raladigan qismiga ko'ra eni turlicha bintlar ishlatiladi. Ensiz bintlar (5 sm gacha) tananing mayda qismlariga (barmoqlar) bog'lamlar qo'yish uchun, o'rtacha bintlar (7-19 sm) bilak, boldir, bo'yin, boshga, enli bintlar (20 sm gacha) ko'krak, qorin, songa bog'lamlarga qo'yish uchun ishlatiladi.

Doka bint yaxshi elastiklikka ega. Yumshoq bintli bog'lamlar xususiyati va qo'llanilishiga qarab quyidagicha tasniflanadi:

- 1) oddiy yumshoq bog'lam (himoya qiluvchi, davolovchi);
- 2) qon to'xtatuvchi (siqib turuvchi) bog'lam;
- 3) immobilizatsiya qiluvchi (harakatsizlantiruvchi) bog'lam (davolash va transportirovka qilish uchun);
- 4) tuzatuvchi bog'lam.

Yumshoq bintli bog'lam qo'yishning umumiy qoidalari. Bog'lam qo'yishda bemorga hamda bog'lam qo'yuvchiga bir qator talablar qo'yiladi:

- 1) bog'lam qo'yilayotgan bemorni yaxshi joylashtirish zarur, u o'tirishi yoki yotishi kerak;
- 2) u harakat qilmasligi lozim;
- 3) tananing bog'lam qo'yilayotgan joyi tinch turib, muskullar tortilmasligi kerak, aks holda muskullar bo'shaganda, bog'lam yechilib ketishi mumkin;
- 4) tananing bog'lam qo'yilgan qismi bog'langandan keyin, harakatlanishga qulay bo'lishi kerak;
- 5) hamshira bog'lam qo'yayotgan vaqtda kasalga yuzma-yuz turib uning ahvolini bilib turish kerak;
- 6) bint o'ramini o'ng qo'lda va boshlanish qismini chap qo'lda ushlab, chapdan o'ngga qarab o'raladi, o'ralayotgan vaqtda bintning oldingi o'ramini $1/2$ yoki $2/3$ qismini berkitish kerak.

Bint bo'lmagan holda uni doka parchasidan tayyorlash mumkin. Doka uzunasiga bir tekisda qirqiladi, tilishlari bir-biriga ulanadi va zich qilib o'raladi. Doka parchasi butun eni bo'yicha metall sterjenga o'rab, so'ngra sterjen chiqarilib, o'ram o'tkir pichoq bilan kerakli razmerda bintlar qirqiladi, bintlar birnuncha tekis chiqadi.

Bog'lam qo'yilayotganda bemorning yuz qiyofasini kuzatib turish va yangi og'riq sezgilarini keltirib chiqarmaslik uchun bu ishni avaylab qilish zarur. Bog'lam bemorni bezovta qilayotgan bo'lsa, uni bo'shatishni yoki bint o'ramlari yo'nalishini o'zgartirish lozim. Bint boshchasini goh u qo'l, goh bu qo'lda aylantirib tikilgan holda ikkala qo'lda bintlash, bo'sh qolgan qo'l bilan bint o'ramlarini tekislab turish kerak. Bog'lam qo'yish vaqtida bintni chapdan o'ngga ochib borish zarur, bunda bint boshchasi bint o'ramlaridan tushib kelayotgandek bo'ladi, har bir keyingi o'ram oldingi o'ram enining $1/2$ yoki $2/3$ qismini bekitib borishi kerak. Qo'yilgan bog'lam oyoq qo'ldan qon aylanishining buzilishiga sabab bo'lmasligi kerak. Oyoq -qo'l bog'laminin pastida rangsizlanib qolishi, ularda sianoz paydo bo'lishi, uyishish sezgisi yoki liqqillab og'irishi ana shundan darak beradi. Bunday bog'lamni tezlikda tuzatish yoki yangisini qo'yish lozim.

Bint uchini bog'lashni yoki unga to'g'nog'ich qadashni tananing sog'lom qismi ustida bajarish lozim.

Yumshoq bog'lamlar: bintli, doka-bintli, turli va elastik to'qimali bintlar bog'lamlarga bo'linadi.

To'r-naysimon bog'lamlar. Elastik bintlar sintetik tolalar va ip gazlama ipi aralashgan elastik ko'pdan tayyorlangan to'rsimon trikotaj naycha (englik) dan iborat. Bintlar juda cho'ziluvchan, shuning uchun ular tananing istalgan qismiga zich yopishib turish xususiyatiga ega bo'lib, qon aylanishini buzmaydi va bo'g'inlarda harakatni chegaralab qo'ymaydi. Qirqilganda va qisman kesilganda bint titilib ketmaydi. Elastiklik xossalarini yuvishdan, sterilizasiya qilishdan so'ng saqlanib qoladi.

To'r naysimon bintlar bog'lam qo'yish vaqtini anchagina qisqartiradi: bintdan tayyorlangan paypoqni tananing shikastlangan joyiga kiygiziladi. Bint ikkala qo'l panjasi (barmoqlari) orasiga kiritiladi, uni cho'zib va tegishli sohaga kiygiziladi.

To'r-naysimon bintlar tananing turli sohalariga, hajmiga qarab № 1 dan № 7 gacha yetti razmerda chiqariladi. № 1 bintni (uning diametri erkin holatda 10 mm) katta odamning qo'l barmoqlari, bolaning panjasi va oyoq panjasiga qo'yiladi. № 2 bintni (17 mm) katta odam panjasi, bilagi, tirsak, bilak-kaft, boldir-tovon bo'g'imlariga, bolalarning yelkasi, boldinga, tizza bo'g'imlariga qo'yiladi. № 3 va № 4- bintlarni (25 va 30mm) kattalarning bilagi, yelkasi, boldiri, tizza bo'g'imiga, bolalar soniga va boshiga qo'yiladi. № 5 va № 6-bintlarni (35 va 40mm) katta odamning boshiga, soniga, bolalarning ko'kragiga, qorniga, chanog'iga, chot oralig'iga, № 7-bintni (50mm) kattalarning ko'kragi, qorni chanog'i, chot oralig'iga ishlatiladi. Bintlar sovun ko'pigida yuviladi. Elastik bintlar kislotalar, ishqorlar, moylar ta'sirida yemiriladi.

Bintli bog'lamlar turlari quyidagilarga bo'linadi: aylanma spiral, o'rmalovchi, boshhoqsimon, toshbaqasimon bog'lamlar. Bint o'ramlari bir-birini bekitib, biri ikkinchisining ustiga tushsa, bunga doirasimon bog'lam deyiladi.

Spiralsimon bog'lam - tananing anchagina qismini bintlash zarur bo'lganda qo'yiladi. Bunda bint o'ramlar pastdan yuqoriga bir oz qiyshaytirib o'raladi va har bir keyingi o'ram oldingisi enining $\frac{2}{3}$ qismini bekitib boradi. Bu bog'lam odatda bosib turadigan bir necha doirasimon o'ramlar qilishdan boshlanadi. Spiralsimon bog'lam yo'g'onligi bir-xil qismlarga oson qo'yiladi. Yo'g'onligi bir xil bo'lmagan sohani masalan, boldirni bintlashdan qayirish usuli taklif etilgan. Bint quyidagicha buriladi: spiral qilib bog'lashga qaraganda, bint ko'pincha qiyshaytirib o'raladi, chap qo'lning bosh barmog'i bilan uning pastdagi chetidan tutib turiladi, bintning uchi bir oz bo'shatiladi va uni odam o'ziga qaratib buraydi, shunda bintning yuqori cheti pastga bo'lib qoladi va aksincha.

O'rmalovchi (ilonizisimon) bog'lam. Bog'lash materialini jarohatga mahkamlab olish kerak bo'lsa, avval o'rmalovchi yoki ilonizisimon bog'lab qo'yiladi, so'ngra spiral bog'lamga o'tiladi.

Sakkizsimon yoki krestsimon bog'lam bunda bint o'ramlari sakkizsimon ko'rinishda o'rab

bog'lanadi. Bu bog'lam tananing shakli murakkab qismlariga: boldir-tovon bo'g'imi sohasiga, ensa sohasiga, yelka bo'g'imi sohasiga, panjaga, oraliqqa, boshga qo'yish qulay.

Boshoqsimon tutashadigan va tarqaladigan bog'lamlar sakkizsimon bog'lamning turlaridan hisoblanadi. Boshoqsimon bog'lamda bintlarning biri ustiga ikkinchisi tushadigan joyini asta-sekin o'zgartirib boriladi, tutashadigan va tarqaladigan bog'lamlarda sakkiz raqamini hosil qiladigan bint o'ramlari bir-biriga yaqinlashadi yoki tarqaladi.

Qaytadigan bog'lam bog'lov materialini boshga, oyoq-qo'l cho'ltog'iga, barmoqlarga mahkam bog'lash imkonini beradi. Bu bog'lamga bint o'ramlari perpendikulyar tekislikda birin-ketin aylantiriladi, bunda bintni 90° burchak ostida qayirish va qayirilgan sohaga aylanma o'ramlar bilan mahkamlash yo'li bilan erishiladi.

Toshbaqasimon bog'lash bo'g'imlarni bog'lash uchun qulay. Bu bog'lamni qo'yish uslubiga ko'ra uzoqlashuvchi va yaqinlashuvchi turlari bor. Tizza sohasining uzoqlashuvini toshbaqa bog'lam bilan yopish uchun bint bo'g'imining ortasidan ("tizza ko'zidan") aylantirib olinadi, so'ngra avvalgi o'ramning yuqorisidan va pastidan ham shunday yurgiziladi. Bintning keyingi o'ramlari tobora ko'proq tarqalib, butun bo'g'imni sekin-asta yopaveradi.

IBP-individual bog'lov paketi. Ommaviy shikastlanishlarda birlamchi bog'lam sifatida individual bog'lov paketi keng qo'llaniladi. Paket 2 ta 15x15 sm bo'lgan steril paxta-dokali yostiqlardan iborat bo'lib, ular qalinligi 9 sm li steril bintga bog'langan. Yostiqlardan biri qattiq mahkamlangan, ikkinchisi qo'zg'aluvchan bo'lib, uni kerakli joyga qo'yish mumkin. Ularning ichki qavati bir-biriga yopishib turadi. Bog'lov materiali oq qog'ozga o'ralgan bo'lib, rezinalangan qobiq'i bor va chekkalari kleylab qo'yilgan. Qog'ozning ichki tomoni sterillangan. Bint oxirini mahkamlash uchun paket ichida to'g'nog'ich bor.

Individual paketdan foydalanish qoidalari: rezinalangan qobiq yirtib yechiladi, qog'oz qobiq ichidan to'g'nog'ich chiqarib olib, qobiq tashlab yuboriladi. Chap qo'l bilan bint (bin o'rami) uchidan ushlanib, o'ng qo'l bilan bint o'rami ushlanib, katta ochiladi, yostiqlarning rangli ip bilan tikilgan joyidan ushlab, kerakli joyga qo'yiladi, yostiqlar bintlanib, bint uchun to'g'nog'ich bilan mahkamlab qo'yiladi.

Transport immobilizatsiyasi-immobilizatsiya lotinchada qimirlatmaslik degani. Immobilizatsiya tananing shikastlangan qismni qimirlatmaydigan qilib qo'yishdir.

Immobilizatsiya shikast yuz berganda sohada qimirlatmaslik holatini vujudga keltirib bu og'riq kamaytiradi va shu tariqa suyaklar va bo'g'imlar singanda shokka qarshi tadbir hisoblanadi, jarohat chekkasi siljishining oldini oladi va jarohat ichiga infeksiya tushishidan himoya qiladigan vosita hisoblanadi. Immobilizatsiya suyak siniqlarini bir-biriga zich qilib ushlab turadi, bu keyingi xirurgik davolashni yengillashtiradi va singan suyakning tezroq bitishiga imkon beradi. Birinchi yordam ko'rsatishda to'g'ri immobilizatsiya qilingan singan suyak shikastlangan kishini stasionarga immobilizatsiya qilingan singan suyakka qaraganda tezroq bitadi. Singan suyakni immobilizatsiya qilish asoratlar rivojlanishi suyak sinishi

o'tkir chetlarini qon tomirlar, nervlar, muskullarni shikastlanishi xavfini kamaytiradi. Immobilizasiya suyaklar singanda, chiqqanda va bo'g'imlar jarohatlanganda yumshoq to'qimalar katta hajmda yaralanganda, kuyganda birinchi yordam ko'rsatishning asosiy usuli hisoblanadi, olinganida ham singan suyak o'rnidan qo'zg'alib ketmaydi. Bemor kasalxonaga keltirilgandan so'ng transport immobilizasiya doimiy immobilizasiya bilan almashtiriladi. Transport immobilizasiya ahamiyati katta qo'l oyoq shikastlanganda og'riqni kamaytiradi va travmatik shokka yo'l qo'yilmaydi. Qo'l oyoq shikastlangan uni taxtakachlanmasdan turib, bemorni transportga olish ya'ni juda qisqa masofaga eltish ham yaramaydi, aks holda singan suyak bilaklari o'rnidan qo'zg'alib, uning bitishiga to'siqlik qiladi. Suyak ochiq singanda va qo'l oyoqning ancha joyi jarohatlanganda esa infeksiya tarqaladi, singan suyak bilaklari qimirlab orqa tomir va nerv boshqa to'qimalarga shikast yetkazadi. Vaqtincha immobilizasiya uchun sim, faner, plastmassa va taxtakachlardan tayyorlangan shinalar qo'llaniladi. Shinalash transport immobilizasiyasining asosiy turi hisoblanadi. Birinchi yordam berishda bemor tayoq, yupqa taxta, zonlik va boshqa vositalar bilan immobilizasiya qilinadi. Xech bo'lmaganda shikastlangan qo'l ko'krak qafasiga shikastlangan oyoq sog'oyoqqa bog'lanadi, bint bo'lmasa sochiq. Immobilizasiya shinalar deb ataladigan maxsus predmetlardan foydalanib bajariladi. Bu predmetlar shikast yetgan tana qismiga bintlar, kamarlar, bog'ichlar bilan yopishtiriladi. quyidagi turlari farqlanadi:

1. Vaqtincha (transport) immobilizasiyasi.

2. Doimiy (davolash) immobilizasiyasi

Doimiy immobilizasiyasini vrach yoki feldsher bajaradi, asosan shina gipsli bog'lamlar bilan immobilizasiya qilinadi.

Transport vaqtinchalik immobilizasiya suyak singanda va boshqa og'ir shikastlanishlarda birinchi yordam ko'rsatishning eng muhim vositasi hisoblanadi.

Vaqtincha (transport) immobilizasiyasi o'z navbatida bo'linadi:

1. Improvizion shinalarga bularga qo'l ostidagi materiallar (yog'och, reykarlar, karton, tayoqchalar va daraxt shoxlari) dan tayyorlanadi.

2. Tabel shinalari medisina sanoati tomonidan ishlab chiqariladi va ular medisina muassasalariga tarqatiladi.

Keyingi paytlarda immobilizasiya uchun pnevmatik medisina shinalari ham ishlatilmoqda (rezina, plastmasa).

Transport immobilizasiyasi suyak singanda shikastlanish sodir bo'lgan joyning o'zida bajariladi, singan suyakni maxsus shina yoki taxtacha bilan mahkam bog'lanadi, shunda bemor transportda ro'molcha yoki paypoqdan foydalanish mumkin.

Transport immobilizasiyasida quyidagilarga e'tibor berish lozim.

1. Shikastlangan organni zudlik bilan shinalash zarur.

2. Shina kiyim ustida qo'yiladi, chunki kiyimni yechish qo'shimcha shikastlashga olib kelishi mumkin.

3. Shinalanganda suyak turtib chiqib turgan joylarga (tupiq) oldin paxta qo'yib, so'ngra shinani doka yoki gips bilan bog'lanadi.

4. Shinalanadigan joyda jarohat qon oqayotgan bo'lsa, aseptik bog'lam qo'yiladi.

5. Shikastlangan joydan qon oqayotgan bo'lsa, oldin qon to'xtatuvchi jgut qo'yib, keyin shinalanadi, lekin bint bilan o'ralmaydi, xamda jgut qo'yilgan vaqt belgilanadi.

6. Shina qo'yganda bint bilan juda siqib bog'latmaslik kerak, aks holda qon aylanishi buziladi.

7. Kun sovuq bo'lsa, shina ustidan issiqroq narsa bilan o'rab chirmalanadi. Shinalanganda shinalar juda katta bo'lmasligi kerak, chunki immobilizasiya foyda bermay, shikastlangan a'zo qimirlab ketadi.

Tez yordam mashinalari, standart shinalar bilan jihozlangan. Son suyagi singanda Diterixs shinasi yaxshi taransport shinasi hisoblanadi, bu boldir-panja, tizza va chanoq -son bo'g'inlarini yaxshi immobilizasiyasi qilish imkonini beradi. Shina uzunligi oson o'zgartirsa bo'ladigan ikkita yog'och taxtakachdan va burmali taxta asosdan iborat. Bu shinani kiyim ustidan qo'yib, shina qo'yish taxta asosni kasal oyoq tovonni bintlashdan bosh (poyabzal yechilmaydi) lanadi. Shina uzunligi (uzun) qismi uchi qo'ltiqqa taqalib turishi, qarama-qarshi tomondagi uchi esa oyoq kaftidan 12-15 sm ga chiqib turishi kerak, shinaning ichki qismi uchi chotga taqalib turishi va bu ham oyoq kaftidan 12-15 smga chiqib turishi kerak. Yon tomondagi shinalarni avvalgiga taxta asos ilgagidan o'tkaziladi. Asos tagida shina qismlari ko'ndalang taxtacha bilan biriktiriladi. Shina qismlari ko'ndalang taxtacha bilan biriktirladi. Shina ko'krakka, qoringa, songa va boldirga tasma, ichak bint o'ramlari bilan mahkamlanadi. Taxta asosdan biriktiruvchi plankaga ikki qavat qilib pishiq chizimcha o'tkazib, uni burash yo'li bilan oyoq biroz cho'ziladi.

Boshqa tayyor taransport shinalaridan simdan yasalgan norvonsimon Kramer shinasi eng keng tarqalgan. Shinaning uzunligi 1m,eni 10-15 sm. Shinaga istalgan shaklni berish mumkin uzunroq shina tayyorlash zarur bo'lib qolganda 2-3 shinani birlashtirish mumkin. Bilak, panja, oyoq panjasini immobilizasiya qilish uchun ingichka yumshoq simdan yasalgan to'rsimon shina qo'llaniladi. Sim unga har qanday shakl berish imkonini beradi. Kramer shinasi 90 C ga bukilib, yelka bilan qo'shib bog'lanadi, bilak va qo'l panja bo'g'implari shu tariqa harakatsizlantiradi. Yelkada shina qo'lining uchigacha yetkazilib, ro'molchaga osib qo'yiladi.

Yelka suyagi singanda Kramer "zinapoyasimon shina" metal simdan yasalgani uchun ham oson egiladi, zanglamaydi, uch bo'g'imda yelka, bilak, qo'l panjalarida harakatsizlikni ta'minlash uchun qo'llaniladi. Buning uchun shina yaxshilab tekislanadi, egiladi va bemor panjasiga mahkamlanadi. Shinaning yuqori qismi sog' yelkada bo'lishi kerak. Fiksasiya bintlash yo'li bilan bajariladi. Qo'l ro'molcha vositasida osib qo'yiladi. Boldir suyaklari yoki pnevmatik shina (afzalligi yengil, kichik hajmli, rentgen nurini o'tkazuvchi, singan joyini yaxshi ko'rsa bo'ladi, manfiy tomoni esa son va yelka suyagi singanida ishlatib bo'lmaslik, qattiq emasligidandir) yordamida qilinadi. Qo'yishdan odin u oyoq shakliga keltiriladi va oyoq panjalarida sonning o'rta yoki yuqori qismiga qo'yiladi. Fiksasiya mustahkam bo'lishi uchun singan oyoqning ichki va tashqi tomonidan yoki Kramer

shinasining kichikroq o'lchamdagilaridan bittadan katta shinani V -simon qilib bukib qo'yiladi va ustidan bint bilan o'raladi.

Mavzu: Qon ketishi. Qon va uning o'rnini bosuvchi suyuqliklarni quyish

REJA:

1. Qon ketishi, sabablari, tasnifi, belgilari.
2. Qon yo'qotish darajalari. O'tkir kamqonlik.
3. Qon ketishini vaqtincha va batamom to'xtatish usullari. Ichki qon ketish.
4. Qon quyish. Usullari. Qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar.

Qon ketishi deb, qon tomirlarining mexanik shikastlanishi, biror kasallik oqibatida yemirilishi yoki qon ivish tizimining buzilishi, o'tkazuvchanlikning oshib ketishi natijasida, qon tomirlaridan tashqi muhitga, atrof to'qimalarga va ichki bo'shliqqa qon chiqishiga aytiladi. Qon ketish ko'pincha-to'qima va organlarga mexanik ta'sir etish natijasida ro'y beradi (tabiiy ofat, urush, transportdan shikastlanish, jarrohlik operatsiyalari ta'sirida). Katta qon tomiri shikastlansa, shikastlangan kishining hayoti xavf ostida qoladi. Qon ketishi qon tomiri devorining biror kasallik oqibatida yemirilishi esa tomirlar yoki atrof to'qimalarining kasallanishi sababli yuz berib, ateroskleroz, yiringli infeksiya, spesifik yallig'lanish, o'sma va nekroz (jonsizlanishi) kasalliklari qon tomirlarining anatomik buzilishiga olib keladi.

I. Qon ketishi kelib chiqishiga ko'ra ikki turga bo'linadi:

1. Travmatik turi-odam yarador bo'lganda, biror joyi urilganda, shikastlanishlar oqibatida vujudga keladi.

2. Jarrohlik turi-operatsiya qilinganda qon tomirlar ma'lum darajada shikastlanadi va qon oqadi.

II. Shikastlangan qon tomirning anatomik va fiziologik holatiga qarab:

- 1) arterial
- 2) venoz;
- 3) aralash;
- 4) kapillyar
- 5) parenximatoz.

Arterial qon ketishida qon juda tez va kuchli fontanga o'xshab otilib chiqadi. Xavfli bo'lib tezlikda yordam berilmasa, bir necha minut ichida bemor o'lib qolishi mumkin. Agar katta arteria tomiri shikastlangan bo'lsa, bunda vishillagan ovoz bilan qon ketadi. Arteriyadan qon oqayotganini quyidagi belgilardan bilish mumkin: oqayotgan qon uzilib-uzilib ingichka bo'lib oqadi, rangi och qizil bo'lib (kislородga boy), yaraning markaziy qismidan otilib chiqadi.

Venoz qon oqishi venalar shikastlanganda paydo bo'ladi. Venalarda qon bosimi arteriyalardagiga nisbatan past bo'lganidan, u shikastlanganda qon otilib chiqmasdan sekinroq, bir maromda va to'xtovsiz oqim bilan oqadi. Bunda qon to'q olcha rangda bo'ladi. Qon yaraning periferik qismidan oqib turadi. Venadan qon oqishi arteriyadan qon oqishidan sekinroq o'tadi. Shuning uchun kamdan-kam hollarda hayot uchun xavfli bo'ladi, biroq bo'yin va ko'krak qafasi venalari yaralanganda o'lim xavfi vujudga keladi. Bo'yin va ko'krak qafasi venalarida nafas olish vaqtida manfiy bosim paydo bo'ladi va shunga ko'ra bu venalar yaralanganda

chuqur nafas olish paytida ular ichiga havo kirishi mumkin, havo pufakchalari qon oqimi bilan yurakka kirib, yurak yoki qon tomirlarini bekitib qo'yishi-havo emboliyasi yuz berishi va tezda o'lim ro'y berishiga sabab bo'lishi mumkin. Mayda vena qon tomirlari shikastlangan bo'lsa, qonning ivishi natijasida qon tomiri uchlarida tromb hosil bo'lib, oqayotgan qon o'z-o'zidan to'xtashi mumkin.

Aralash qon ketishi. Arteriya va vena qon tomirlarining alohida shikastlanishi kam uchraydi, shuning uchun ko'pincha qon ketishda, ya'ni bir vaqtning o'zida ham arteriya, ham vena tomirlari shikastlanadi.

Kapillyarlardan qon oqishi. Bu qon oqishi juda mayda qon tomirlari (kapillyarlar) shikastlanganda sodir bo'ladi. Teri shilliq qavati, mushak yuzi shikastlanganda, teri qirilganda shilliq qavati chaqa bo'lib, uning yuzidagi kapillyarlardan qon oqib turadi. Bunda qon yaraning barcha sathidan oqib chiqadi. Qonning rangi arteriya va venadan oqadigan qon rangi o'rtasida bo'ladi. Qon ivishi normal bo'lganda kapillyar qon oqishi o'z-o'zidan to'xtaydi.

Parenximatoz qon oqishi. Ichki parenximatoz organlar (jigar, taloq, o'pka, buyrak) shikastlanganda undagi qon tomirlaridan juda ko'p qon oqadi, bu qon ketish biriktiruvchi to'qimalar orasida qon tomirlarining qisqarishi qiyin bo'lgan yerda bo'lganligi sababli, yo'li ochiq bo'lib, qon ketishining o'z holicha to'xtashi qiyinlashadi. Bu organlar qon tomirlariga boy bo'lganidan, qon oqishi juda uzoq davom etadi. Qonni o'z-o'zidan deyarli to'xtatib bo'lmaydi, uni operatsiya yo'li bilan to'xtatish mumkin.

III. Klinik holatiga qarab:

1. tashqi.
2. ichki
3. yashirin qon oqishi farqlanadi.

Tashqi qon ketishda qon tashqi muhitga oqib chiqadi, qon teridagi jarohat orqali tashqariga chiqadi. Tashqi qon ketish ko'proq bo'yin, qo'l-oyoq va boshqa joylarda kuzatiladi.

Ichki qon ketish shikastlangan qon tomirlaridan bo'shliqqa, oraliqqa, ichki organlar joyiga va uning atrofiga tarqalish yo'li bilan namoyon bo'ladi.

Yashirin qon ketishida klinik holatlar noaniq bo'ladi, bu "tushunib bo'lmaydigan" kamquvvatlik, tez charchab qolishlik, bosh aylanishi, ko'z oldining qorong'lashishi bilan kechadi. Oshqozon-ichak bo'shlig'iga qon tushsa, u jigarrang tusga kiradi, ya'ni qondagi gemogloblin moddasi oshqozon shirasining ta'sirida ushbu rangni beradi. Agar qon oshqozonga yoki ichakka o'tsa, axlat qorayib ko'mir rangiga aylanadi, bu esa yashirin qon ketishining ishonarli belgilaridan hisoblanadi. Buyrak, siydik yo'li, siydik qopi shikastlanishi qon ketishi bilan kechsa, qon siydikda bo'ladi.

IV. Qon ketishning sodir bo'lgan vaqtiga qarab:

- 1) birlamchi
- 2) ikkilamchiligi belgilanadi.

Shikastlanish sodir bo'lgan zahoti, shikastlangan tomirda qon ketishi birlamchi deb ataladi.

Ikkilamchi qon ketish, shikastlanishning birinchi kunida yarada infeksiya bo'lishi tufayli, ivigan qonning chiqib ketishi natijasida, qon tomirini drenaj naychasi bosib

qolganda yoki yot narsalar, suyak bo'lakchalarining qon tomirlarini shikastlantirishi hamda to'qimalarning o'lishi tufayli bolishi mumkin. U shikastlanish sodir bo'lgandan keyin bir necha kun va hafta o'tgandan so'ng sodir bo'ladi.

V. Qon yo'qotish hajmiga ko'ra:

1) yengil;

2) o'rta

3) og'ir qon yo'qotish darajalari farqlanadi.

Yengil darajali qon yo'qotishda bemor tomirlarida aylanib turgan qonning 10-15 foizini yo'qotadi. Puls tezlashib (minutiga 80 marta), teri oqaradi, kamquvvallik kuzatiladi, qon bosimi 100/70, 100/60 mm sim. ust. teng bo'ladi.

O'rta darajali qon yo'qotish, aylanib turgan qonning 15-20 foizi ni yo'qotadi. Bemor rangi oqarib badanida sovuq ter paydo b'ladi, kamquvvatlik bosh aylanishi, hushdan ketishi kuzatiladi, puls tezlashib 100-110 ga yetadi, qon bosimi kamayib 90-100 mm.sim.ust.ga

tushadi. O'rta darajali qon yo'qotishda yo'qotilgan qon hayot uchun muhim bo'lmagan to'qimalardan (teri, teri osti yog' kletchatkasi, muskul, taloq hisobidan) hayot uchun asosiy bo'lgan a'zolariga (miya, yurak, o'pka) ga oqib boradi.

Og'ir darajali qon yo'qotish qon tomirlarida aylanib yurgan qonning 20-30% gacha kamayshidan kelib chiqadi va bemor behush holatda bo'ladi, puls bo'lmaydi, qon bosimi tushib ketadi. Katta arteriya va venalarning kesilishi og'ir qon ketishi bilan kechib organizmning o'z-o'zini tiklash mexanizmi zaiflashadi.

Jismonan charchagan, toliqqan, hayajonli, sovuqda qolib ketgan bemor qon yo'qotishni og'ir o'tkazadi. Inson qon tomirlaridagi qonning miqdori fiziologik holatda tananing 1x13 bo'lagini tashkil etadi; bu 5-6 litrga to'g'ri keladi. Qon tomirlarda qon bir me'yorda tarqalmaydi, arteriyada 20%. venada 75%, kapillyarlarda esa 5% bo'ladi. Shunday qo'lib, 95% qon hajmi tomirlarni, yurak kamerasini to'ldirib turadi, 5% qon esa to'qimalarda modda almashinuvida ishtirok etadi. 40-50% aylanib turgan qonni yo'qotish organizmning o'lishiga olib keladi. Undan kam miqdorda qon yo'qotish esa o'tkir kamqonlik kasalligining yuzaga kelishiga sabab bo'ladi.

O'tkir kamqonlik

Ko'p qon yo'qotish natijasida, qon aylanishining keskin buzilishi, og'ir kislorod tanqisligi vujudga kelishi sababli o'tkir kamqonlik rivojlanadi.

O'tkir kamqonlik belgilari o'ziga xosdir. Bemorning tinka madori qurib, quvvati ketayotganidan, quloqlari shang'illab, ko'z oldi qorong'ilashayotganidan, boshi aylanishidan. tashnalikdan va ko'ngli aynib qayt qilishidan shikoyat qiladi. Teri va shilliq pardalarning rangi oqaradi, yortoq suyaklari turtib chiqadi, qo'l-oyoqlar muzdek bo'ladi va yopishqoq sovuq ter bosadi, tomiri sust uradi, temperatura tushib ketadi, nafas olishi tezlashadi, qon bosimi pasayib ketadi, qon oqishi tezda to'xtatilmasa, bemor o'ladi.

O'tkir kamqonlik belgilari paydo bo'lishi bilanoq tezda yordam berish kerak. Avvalo qon oqishini to'xtatish zarur. So'ngra qon va qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar venaga yuboriladi. Bemorga issiq choy, kofe ko'p ichiriladi. Bunday hollarda bemorning qo'l va oyoqlarini yuqori ko'tarilib, boshini pastga tushirib

yotqizish kerak (miyada qon aylanishi tezroq tiklanishi uchun) va tezda bemorni xirurgiya bo'limiga yuborish zarur.

Qon oqishini to'xtatish

Qon oqishini quyidagi usullar yordamida to'xtatish mumkin:

- 1) qon oqishining o'z-o'zidan to'xtatishi;
- 2) qon oqishini vaqtincha to'xtatish;
- 3) qon oqishini butunlay to'xtatish.

Qon oqishini to'xtatish yo'qotilgan qon o'rnini to'ldirish va patologik o'zgarishlarni yaxshilashga qaratiladi.

Qon oqishining o'z-o'zidan to'xtashi, kapillyarlar, mayda venalar yoki mayda arteriyalardan qon oqishi ko'pincha o'z-o'zidan to'xtab qoladi, chunki bunda organizmning bir qancha himoya mexanizmlari ta'sir ko'rsatadi. Zararlangan tomirlarning devori qisqaradi (reflektor spazm), ularda qon harakati kamayadi, oqqan qon ivib, tomir teshigi laxta (tromb) bilan berkitiladi. Bemorning qoni ivimasa yoki qonning ivish xossasi pasaygan bo'lsa, qon oqishi o'z-o'zidan to'xtamaydi, Tashqi qon oqishida birinchi yordam ko'rsatish uchun avvalo qon oqishini tezda to'xtatish kerak. Qon oqishi ikki xil: vaqtincha va butunlay to'xtatiladi. Birinchi yordam berish sharoitida qon oqishi shikastlangan odamni davolash muassasasida xirurg qon oqishini butunlay to'xtatish chorasini ko'radi. Qon oqishini vaqtincha to'xtatishda quyidagi usullar qo'llaniladi:

1. Tananing qon oqayotgan qismini gavidaga nisbatan yuqori ko'tarib qo'yish. Bu usul qo'l-oyoq venalaridan ozroq qon oqayotganda uni kamaytirishga va hatto to'xtatishga imkon beradi. Kapillyar qon oqayotganda jarohat bosib bog'langandan keyingina qo'l-oyog'ini ko'tarib qo'yish kerak, tomirlarda bosim pasayadi va qon iviydi.

2) Shikastlangan joyni bosib turadigan bog'lamda bosib turish. Yumshoq to'qimalardan qon ketayotganda (kalla, boldirning oldingi yuzasi, tizza, tirsak bo'g'imlari terisi jarohatlanganda) vena va arteriyada qon ketganda bosib bog'lash foydali. Jarohat chetlariga yod nastoykasi surtilgandan keyin bir necha qavat sterillangan doka yopib, ustidan qalin paxta qo'yiladi-da, zichlab bint o'raladi. Bog'lam tagida bosilgan qon tomirlardagi qon tez ivib tromb hosil qiladi.

3) Arteriyaning yuqorirog'ida barmoq bilan bosib turish. Arterial qon oqishida shoshilinch to'xtatishning eng tarqalgan usuli hisoblanadi. Arteriya yuzada yoki suyak yaqinida bo'lsa, shu suyakka qarab bosish mumkin. Arteriya barmoq bilan to'g'ri bosilsa teshigi yetarlicha to'la berkitiladi. Ko'pincha jgutni boshqatdan solishda shu usuldan foydalaniladi. Barmoq bilan bosib turib qon oqishini uzoq vaqt to'xtatib bo'lmaydi, chunki bu katta jismoniy kuch talab qiladi, yordam ko'rsatuvchini charchatadi va transportirovka qilish imkoniyatidan deyarli mahrum qiladi. Bu usul juda qulay, u jarohatga iflos tushurmay, qon to'xtatishni ta'minlaydi. Arteriyani barmoq bilan yuqorirog'idan bosib turish qo'l-oyoqlardagi, bo'yin va boshdagi arteriyalardan oqayotgan qonni vaqtincha to'xtatishda eng qulay bo'lgan birdan-bir usuldir. Yelka arteriyasini yelkaning yuqoridagi uchidan bir qismida qo'litiq chegarasidan bosish yaxshi natija beradi. Barmoqlar yelkaning ichki etagiga qo'yilib, arteriya yelka suyagiga bosiladi. Son arteriyasi chov burmasi o'rtasining naq pastida bosib turiladi. Bu arteriyani musht bilan bosib turish

mumkin, arteriyani bosh barmoq, kaft, musht bilan bosib turish mumkin, umumiy uyqu arteriyasini oltinchi bo'yin umurtqasining uyqu do'mbog'iga bosib turiladi, barmoqlar to'sh-o'mrov so'rg'ichsimon o'siq muskulining o'rtasiga qo'yiladi.

4) Qo'l yoki oyoqdan qon oqayotgan bo'lsa, bo'g'imni iloji boricha bukib turib, qon oqishini to'xtatish kerak. Qo'litiq yoki o'mrov osti arteriyasidan qon oqishini to'xtatish uchun qo'lni orqaga maksimal darajada qayirib, orqaga taqab bog'lash mumkin. Bunday vaziyatda o'mrov osti arteriyasi o'mrov suyagi bilan birinchi qovurg'a oralig'ida qisiladi.

Bilak va qo'l panjasidan qon oqqanda tirsak bo'g'imini mumkin qadar bukib bog'lab qo'yish mumkin. Oyoq panjasi va boldirdan qon oqqanda oyoq tizza bo'g'imidan maksimal darajada bukib bog'lab qo'yiladi.

5) Shikastlangan qismiga burov (jgut) solish. Umuman qon oqayotgan arteriyalarni qo'l bilan bosib turish yaxshi foyda beradi, lekin uzoq vaqt bosib turganda qo'l charchab qoladi. Shuning uchun oyoq-qo'l arteriyalaridan oqayotgan qonni jgut yordamida to'tatish usuli keng qo'llaniladi va u qulay hisoblanadi. Bu usul rezina naychalar, rezina bint yoki matodan tayyorlangan jgut-zakrutka bilan qon oqayotgan joyning yuqorisidan bog'lashga asoslangan, brush maydonlarida jgut sifatida kamar, ro'molcha, ko'ylak, sochiq va boshqalardan foydalaniladi. Sim, tizimcha, arqon, kanop va shunga o'xshashlardan jgut sifatida foydalanish mutlaqo mumkin emas.

Jgut bog'lash usuli. Qo'l yoki oyoqning yirik arteriyasidan qon ketayotganda qon ketishini to'xtatish uchun eng ishonchli vosita jgut bog'lashdir. Esmarxning elastik jguti va NIISI ning mato jguti ko'p ishlatiladi. Qo'lga jgut bog'lashda yelkaning uchdan bir yuqori qismi, oyoqqa bog'lashda esa sonning uchdan bir o'rta qismi eng qulay joy hisoblanadi. Oyoq-qo'l arteriyalaridan kuchli qon oqqandagina jgut bog'lashga ruxsat etiladi, qolgan hamma hollarda bu usulni qo'llash tavsiya qilinmaydi. Terining jgut ostida siqilib qolishining oldini olish uchun jgut tagiga sochiq, yaradorning kiyimi yoki bint bog'lovi yopiladi. Qo'l yoki oyoqni bir oz yuqoriga ko'tarib, jgutni uning tagiga qo'yiladi, cho'ziladi va qon oqishi to'xtaguncha qo'l yoki oyoq atrofta aylantirib o'raladi. Jgut o'ramlari terini qismay yonma-yon tushishi lozim. Birinchi o'ramni ayniqsa mahkam siqish. Ikkinchisini kamroq, qolganlarini bundan ham bo'shroq o'rash kerak. Jgut uchlarini zanjircha va ilmoq bilan o'ramlar ustida mahkamlanadi. Matoni faqat qon oqishi to'xtaguncha siqish kerak. Jgut to'g'ri bog'langanda arterial qon oqishi tezlikda to'taydi, oyoq yoki qo'l oqaradi, jgut bog'langan joydan pastda tomirlar pulsasiyasi to'xtaydi.

Jgut bog'lashda ko'pincha quyidagi xatolarga yo'l qo'yiladi: jgut qattiq siqilganda yumshoq to'qimalar ezilib qoladi, nervlarning ezilishi natijasida qo' yoki oyoq falajlanishi mumkin; jgut bo'sh bog'lansa qon oqishi to'xtamaydi, aksincha venada qon dimlanib qoladi va venoz qon oqishi immobilizasiya qilish kuchayadi (oyoq yoki qo'l ko'karadi). Jgut bog'langandan so'ng oyoq-qo'lni immobilizasiya qilish kerak.

Jgutni Oyoq yoki qo'lda 1-1 F 2-2 soatdan ortiq saqlash yaramaydi. Tomirlarning bundan ko'p qisilishi oyoq yoki qo'lning jonsizlanib qolishiga olib keladi. Shunga ko'ra jgut ustidan bog'lam, kosinka bog'lash qat'iyon taqiqlanadi.

Jgut bog'langan vaqtdan so'ng 2 soat ichida shikastlangan kishini stasionarga qon oqishini batamom to'xtatish maqsadida olib borishning hamma choralarini ko'rish zarur. Agar biror sababga ko'ra qon oqishini uzil-kesil to'xtatish cho'zilib ketsa, jgutni 10-15 minutga yechish (bu vaqt ichida arteriyadan qon oqishini barmoq bilan bosib to'xtatib turiladi) va u ilgari bog'langan joydan yuqoriroqqa yoki pastroqqa yana bog'lash zarur. Ba'zan bir necha marta shunday qilinadi (qishda yarim soatda, yozda bir soatda). Jgut bog'langan vaqtni tekshirib turish, uni o'z vaqtida yechish yoki bo'shatish uchun jgut tagiga yoki shikastlangan kishining kiyimiga jgut bog'langan kuni va vaqti (soati va minuti) yozilgan xat to'g'nab qo'yiladi.

Maxsus jgut bo'lmaganda oyoq-qo'lga kamar, ro'mol, mato parchasini bog'lab tortiladi. Qo'shimcha vositalardan tayyorlangan jgutni zakrutka (burama) deb ataladi. Burama uchun ishlatilgan narsani kerakli joyda bo'sh qilib bog'lanadi. Hosil bo'lgan qovuzloqdan tayoqcha, taxtacha o'tkaziladi va uni burab, qovuzloqni qotishi batamom to'xtaguncha aylantiriladi, shundan so'ng tayoqchani oyoq yoki qo'lga mahkamlanadi. Burama qo'yish og'riqqa sabab bo'ladi, burama tagiga, ya'ni tug'ilgan joy ostiga biror narsani qistirib qo'yish lozim.

Qon ketishining batamom to'xtatishni vrachlar shifoxonalarda o'tkazadi. Qon tomiri yo'lini berkitish uchun:

- 1) mexanik;
- 2) fizik;
- 3) ximik;
- 4) biologik preparatlar yuborib ivishni ta'minlashdan iborat.

Qon ketishini mexanik usulda to'xtatishga quyidagilar kiradi: yarani bog'lash yoki qon ketayotgan tomirni tikish, yarada ajralib turgan qon tomirni bog'lash. protez tomir qo'yish qo'llaniladi.

Qon-ketishini to'xtatadigan fizik omillar gruppasiga quyidagilar kiradi:

- 1) diatermokoagulyasiya - bu elektr pichoq bilan qon tomir va to'qimalarni kuydirish;
- 2) past haroratda sovutilgan suv, muz parchalari, qor bilan to'qimalarni muzlatib qo'yish;
- 3) yuqori energiya (lazer pichog'i, plazmali skalpel) qo'llaniladi.

Qon ketishning ximiyaviy usulda to'xtatish mahalliy qon tomirlarining lokal qisqarishiga asoslangan bo'ladi (shilliq qavatga adrenalin surtish). Ba'zi dorilar organizmga umumiy yuborilganda qon tomirlarini qisqartiriladi va qon ketishini to'xtatadi (sporinya, pituitrin). Sa tuzlari, gefolibin, epsilon-aminakapron qonning ivishini tezlatadi.

Biologik usullari-qon ketayotgan to'qimalar sathini charvi, mushak, moy to'qimasi, fassiya bilan berkitish (tamponada), qon ketishni to'xtatish uchun qon plazmasi, trombositar massasi, qon preparatlari, vitaminlar beriladi.

Organizmda qon miqdorining kamayishi yurak faoliyatini yomonlashtiriladi, hayotiy muhim

organlar: miya, buyrak, jigarning kislorod bilan ta'minlanishi buziladi.

Ichki qon ketish shikastlangan qon tomirlaridan bo'shliqqa, oraliqqa, ichki organlar joyiga va uning atrofiga tarqalish yo'li bilan namoyon bo'ladi.

Shikastlangan qon tomiridan ichki organlar yoki plevra bo'shlig'iga qon ketish haddan tashqari katta bo'ladi. Ichki qon oqishi teshib kirgan yaralanishdan, yopiq shikastlanishlarda, (qattiq zarb tegishi balandlikdan yiqilishi, biror narsaning bosilib qolishi natijasida teriga shikast yetmay ichki organlar yorilganda) shuningdek, ichki organlar kasalliklari (yara, rak, sil, qon tomirlar anevrizmasi) da kuzatiladi. Plevra va qorin bo'shlig'iga organizmda aylanib yuradigan qonning hammasi sig'adi, shuning uchun bunday qon oqish o'limga sabab bo'lishi mumkin. Ichki qon ketishning o'z-o'zidan qon to'xtatishining iloji yo'q, chunki qon tomirini bosish mumkin emas, katta anatomik hajm ichki bo'shliq bosimining ko'tarilishiga yo'l qo'ymaydi.

Ichki qon ketish katta hajmda bo'lsa, aniq belgilar (terining oqarishi, arterial qon bosimining pasayishi, tomirning tez urishi, nafas olishning qiyinlashishi, gemoglobin kamayishi, eritrositlar sonining kamayishi) umumiy kamqonlik kasalligining klinik belgilari bilan xarakterlanadi. Xotin-qizlarda ichki qon ketishi bachadondan tashqari homiladorlikda ko'p qon yo'qotish bilan (2-3 litrgacha) sodir bo'lib, u o'zidan-o'zi to'xtamaydi, balki peritonit holatini keltirib chiqarish xavfini tug'diradi.

Qon quyish usullari

Qon ikki xil usulda:

- 1) Bevosita
- 2) Bilvosita qo'yiladi.

Qonni donor venasidan to'g'ridan-to'g'ri bemor venasiga quyish bevosita qon quyish deyiladi. Bu usul juda kam qo'llaniladi. Donor qonini resipient venasiga quyish bilvosita qon quyish deyiladi. Bunda donordon olingan qonni ivishga to'sqinlik qiladigun eritmali idishdan olib ma'lum vaqtdan so'ng resipientga quyish **bilvosita** qon quyish deyiladi.

Qonni arteriyaga, venaga, suyak ko'migiga quyish mumkin. Ba'zi bir kasalliklarda butun qon o'rniga uning ayrim komponentlari: plazmasi, zardobi, eritrositlari, leykositlar va trombositlar massasini quyish mumkin.

Plazma qonni 4^o da 48 soat tindirib olinadi. Hozirgi vaqtda plazma o'rnini bosadigan sintetik kolloid eritmalardan poliglyukin ko'p ishlatiladi. Poliglyukin organizmdan uzoq vaqtgacha chiqib ketmaydi. Shok, qon yo'qotish, kuyish va boshqa holatlarda poliglyukin ishlatiladi.

Polivinil pirralidon yuqori molekulyar sintetik kolloid eritmadir. U toksinlarni adsorbsiya qiladi.

Zardob ivigan yoki fibrinsizlangan qonning suyuq qismi. Plazma va zardob tarkibida oqsil moddalar, antitelalar va garmonlar bo'ladi. Ular suyuq (nativ plazma va zardob) va quyuk holda chiqariladi.

Har xil shok holatlarida, qon to'xtatish maqsadida qon quyilganda, organizm oqsil yo'qotganda plazma yoki zardob quyiladi.

Eritrositar massa 80-90% eritrosit bilan 20% plazmadan iborat bo'lib, tayyor ampulalarda chiqariladi.

Leykositar massa, organizmda leykositar kamayganda, nurdan zararlanganda, shuningdek jarohatning bitishini tezlatish maqsadida venalarga quyiladi.

Trombositar massa suyuq va quruq holda chiqariladi. Qonning ivish xossasi buzilganda qonni to'xtatish (gemostaz) maqsadida venaga quyiladi.

Qon o'rnida ishlatiladigan suyuqliklarga har xil eritmalar (albumin, protein, jelatinol), zararsizlantiruvchi eritmalar (gemodez), vena qon tomiriga yuboriladigan preparatlar (gidrolizin) kiradi. Xirurgiyada qon o'rnida tuzli eritmalar (Ringer eritmasi. ringer-LOKK eritmasi) ko'p ishlatiladi. Shokka qarshi ishlatiladigan suyuqliklar qon o'rnida keng qo'llaniladi.

Mavzu: Shikastlanishlar. Yopiq va ochiq shikastlanishlar.

R E J A :

- 1 Shikastlanishlar, kelib chiqish sabablari, turlari.
2. Yopiq shikastlanishlar, sabablari, klinik belgilari, birinchi tibbiy yordam ko'rsatish.
3. Ochiq shikastlanishlar, sabablari, klinik belgilari, birinchi tibbiy yordam ko'rsatish.

Tashqi muhitning kishi organizimiga ta'siri natijasida to'qima va organlarda anatomik va funksional o'zgarishlar paydo bo'lishi shikastlanish deyiladi. Grekchada "**trauma**"- shikastlanish degan ma'noni anglatadi. Organizmga ta'sir qilish omiliga ko'ra shikastlanishning quyidagi turlari farqlanadi.

- 1) Mexanik shikastlanishlar (kuchli zarb tegishi, ezilish, cho'zilish).
- 2) Fizikaviy shikastlanishlar (issiq va sovuq ta'siri, elektr toki ta'siri, radioaktiv nurlanishlar)
- 3) Kimyoviy shikastlanishlar (kislotalar, ishqorlar ta'siri).
- 4) Ruhiy shikastlanishlar (qattiq qo'rqish, vahima qilish).

Shikastlanishlarning og'ir-yengilligi bu omillarning kuchiga va ta'sir qilish vaqtiga bog'liq. Shikastlanishlar bo'yicha quyidagi tasnif qabul qilingan.

1. Ishlab chiqarish bilan bog'liq bo'lmagan shikastlanishlar. Bular o'z navbatida transport shikasti, temir yo'l, avtomobil, tramvay va hokozaga, piyoda ketayotganda, sport shikasti, sport bilan shug'ullanganda, tabiiy ofatlar ta'sirida shikastlanishlar, yer qimirlash, sel kelish va hokazo, turmushda urush-janjallar oqibatida uchraydigan shikastlanishlarga bo'linadi.

2. Ishlab chiqarish bilan bogliq bo'lgan shikastlanishlar, ko'pincha sanoat korxonalarida va qishloq xo'jaligida ko'proq uchraydi.

3. Qasddan qilingan shikastlanishlar; harbiy holatlarda, o'z-o'zini o'ldirish, bironi qasddan o'ldirish va hakazo farqlanadi.

Mexanik kuchlarning ta'siriga qarab shikastlanishlar: bevosita va bilvosita shikastlanishlarga bo'linadi:

- a) bevosita ya'ni to'g'ridan-to'g'ri shikastlanishlar (og'riq, qon quyilishi, shishlar)
- b) bilvosita ya'ni to'g'ridan-to'g'ri bo'lmagan shikastlanishlar.

Teri va shilliq pardalarning jarohatlanishiga qarab shikastlanishning quyidagi turlari farqlanadi:

Ochiq va yopiq shikastlanishlar.

Teri qoplamlari va shilliq pardalarning butunligi buzilishi bilan kechadigan shikastlanishga ochiq shikastlanish deyiladi.

Teri qoplamlari va shilliq pardalarning butunligi buzilmaydigan shikastlanishga yopiq shikastlanish deyiladi. (lat yeyish, cho'zilish, suyaklar chiqishi, yumshoq to'qimalar ya'ni muskullar, paylar, tomirlar, nervlarning teri ostida uzilishi kiradi).

Sababi: o'tmas to'mtoq predmetlar, musht, tayoq, tosh bilan urish, yiqilish. yuqoridan tushgan narsalarning qattiq urilishi natijasida kelib chiqadi.

Yopiq shikastlanishlarga to'qimalarning lat yeyish, cho'zilishi, uzilishi, chayqalishi, qisilishi, suyaklarning chiqishi va suyaklarning yopiq sinishi kiradi.

Lat yeyish. A'zo va to'qimalarning bevosita biror to'mtoq narsa bilan urilishi natijasida teri butunligining buzilmay zararlanishi lat yeyish deyiladi. Odamga zarb tekkinganda yoki biror qattiq narsa ustiga yiqilib tushganda badani lat yeydi.

Klinikasi. Lat yeganda shish, qon quyilishi, og'riq va organ funksiyasining buzilishi qayd qilinadi. Avvaliga og'riq va yumshoq to'qimalarning zararlanishi yuzaga keladi. Lat yegan joy biroz shishadi qizaradi va ko'karib qoladi. Shish va qon talashlar ko'pi bilan 2-3 kunda shikastdan keyin paydo bo'ladi. Harakat qilganda, lat yegan sohada og'riq kuchayadi, tinch turganda kamayadi. Qon talashning rangiga qarab qachon paydo bo'lganini aniqlash mumkin: birinchi kunlari gematoma sohasi qizil bo'ladi so'rilish boshlangandan so'ng yashil va sarg'ish rangga kiradi, teri ostiga quyilgan qon rangi vaqt o'tishi bilan o'zgaradi va so'rila boshlaydi. Og'ir lat yeyishdan so'ng harorat ko'tarilishi va umumiy holatning buzilishi qayd qilinadi.

Lal yeganda birinchi tibbiy yordam ko'rsatish. Shikastlangan kishiga avvalo tinch sharoit yaratish kerak.

Qon talashni kamaytirish va og'riqni qoldirish uchun lat yegan sohani yuqori ko'tarib qo'yish kerak hamda muz, sovuq kompress buyuriladi (sovuq suvga namlangan sochiq qo'yiladi), bintli bog'lam qo'yiladi. Og'riqni kamaytirish uchun analgin yoki baralgin tabletkasi ichiriladi. Gematomaning so'rilishini tezlatish uchun 2-3 kundan keyin issiq kompress, vanna, UVCH va massaj qilinadi.

Paylar cho'zilishi. Ko'pincha boldir-tovon bo'g'imlarining paylari cho'zilishi sport bilan shug'ullanuvchilarda ko'p uchraydi. Oyoq qayrilib yiqilganda uchraydi.

Paylar cho'zilganda bo'g'im sohasida og'riq, oqsab yurish, oyoqni bosganda og'riqning kuchayishi kuzatilib, ikkinchi kunlari shish, og'riq kuchayadi. Pay cho'zilishi tizza bo'g'imlarida ham uchraydi, lekin kam uchraydi. Boldir-tovon bo'g'imlarining paylari cho'zilishi odat bo'lib qolishi mumkin.

Birinchi yordam. Bemorga osoyishta sharoit yaratish kerak. Pay cho'zilgan sohaga sovuq kompress qo'yish, qattiq qilib bog'lash kerak. O'sha soha qo'l ostida bo'ladigan shinabop narsalar bilan shinalanadi. Odat bo'lib qolishini oldini olish uchun tezda kasalxonaga yotqizish kerak.

Suyaklar chiqishi. Bir yoki bir qancha suyaklarning bo'g'imlardagi normal holatidan surilishi suyak chiqishi deb ataladi. Shu bilan birga bir suyakning bo'g'im sathi ikkinchi suyakning bo'g'im sathidan surilib ketadi va bo'g'im xaltachasining yurilgan joyidan chiqib ketadi.

Suyaklar to'la va qisman chiqishi mumkin. Agar surilish natijasida bo'g'im yuzalari bir-biriga tegmay qolsa, to'la suyaklar chiqishi deyiladi. Agar, surilish natijasida bo'g'im yuzalari bir-biriga qisman tegib tursa, to'la bo'lmagan qisman suyaklar chiqishi deyiladi.

Suyaklar chiqishi sabablariga ko'ra quyidagi turlarga bo'linadi: 1) tug'ma suyaklar chiqishi; 2) travmatik suyaklar chiqishi; 3) patologik suyaklar chiqishi; 4) odat bo'lib qolgan suyaklar chiqishi farqlanadi.

Klinik belgilari. Bemor kishi asosan bo'g'imi og'riyotgani va harakat qila olmayotganidan shikoyat qiladi, harakat qilishga urinib ko'rilganda bo'g'imdagi

og'riq kuchayadi, shishadi, chiqqan oyoq yoki qo'l uzunligi o'zgaradi. Qo'l-oyoq chiqqan bo'gimda kuchli og'riq bo'lib, uni o'z o'rniga qo'yishga harakat qilinsa, yana asl holiga keladi. Bu belgi prujinasimon fiksasiya simptomi deyiladi. Ba'zan zararlangan qo'l yok oyoq karaxt bo'lib qolishi ro'y beradi, bu holat nerv tolasi qisilishidan va chiqqan suyak bo'lagini spastik ravishda qisqargan mushaklar qimirlatmay qo'yishi natijasida kelib chiqadi. Ko'zdan kechirish paytida qo'l-oyoqning noto'gri holati va bo'g'im sohasining shakli buziladi.

Ba'zida suyakning siljigan uchi o'z joyida emasligi aniqlanadi. Masalan: yelka suyagi chiqqanda uning boshi qo'litiq ostida yoki ko'krak mushagi ostida ekanligini ushlab aniqlash mumkin. Bemor odatda, tirsagini bukkan holda gavdasidan uzoqroq qilib turadi. Nerv qisilib qolgan bo'lsa, bemor oyoq-qo'li holsizlanganligidan shikoyat qiladi. Suyaklar chiqqishini tashxisi rentgenografiya yordamida aniqlanadi, unda simmetrik bo'g'imlar solishtirilib ko'riladi.

Suyaklar chiqqanda birinchi vrachgacha yordam ko'rsatish. Suyagi chiqqan ya'ni shikastlangan oyoq yoki qo'lning bo'g'im sohasiga sovuq kompress qo'yish kerak. qimirlamaydigan qilib immobilizasiya qilinadi. Qo'l ostida bo'ladigan taxta, reyklar bilan immobilizasiya qilish kerak. Qo'l suyaklari chiqqanda kosinka yordamida bo'yinga osib qo'yiladi, oyoq suyaklari chiqqanda oyoqni taxtakach yoki qo'shimcha vositalar bilan mahkamlash kerak. Og'riq kuchli bo'lganda, og'riq qoldiradigan dorilar (analgin, baralgin) ishlatish kerak. Bemor tezda davolash muassasasiga olib boriladi. Chiqqan suyak o'z o'rniga solinadi.

Teri va shilliq pardaning mexanik ta'sir natijasida butunligi buzilishiga **ochiq shikastlanishlar** yoki jarohatlar deyiladi.

Bunday buzilish natijasida ancha chuqur to'qimalar hatto ichki organlar ham zararlanishi mumkin.

Jarohatlar kelib chiqishi, xususiyatlariga va to'qimalarning zararlanish xarakteriga qarab quyidagicha farqlanadi:

1. o'q tekkan jarohatlar.
2. sanchilgan jarohatlar.
3. kesilgan jarohatlar.
4. chopilgan jarohatlar.
5. urib olingan jarohatlar.
6. ezilgan jarohatlar.
7. yirtilgan jarohaflar.
8. lat yegan jarohatlar
9. tiralgan jarohatlar.
10. tishlangan jarohatlar.
11. zaharlangan jarohatlar.
- 12. aralash jarohatlar.**

Yuza va chuqur jarohatlar farq qilinadi. Yuza jarohatlar teri va shilliq pardalarning shikastlanishi bilan xarakterlanadi. Chuqur jarohatlar tomirlar, nervlar, suyaklar, paylar, ichki organlarni shikastlanish bilan o'tadi.

Jarohatlar yana o'z navbatida bo'shliqqa kiradigan va bo'shliqqa kirmaydigan jarohatlarga bo'linadi.

Mikrob tushishiga qarab jarohatlar: infeksiya tushgan va infeksiya tushmagan

jarohatlarga bo'linadi.

Teri va teri osti to'qimalari shikastlansa oddiy jarohatlar deyiladi. Jarohatlar yangi va kechikkan jarohatlarga bo'linadi. Yangi jarohat deb, shikastlanish ro'y bergandan keyin 24 soat ichida bemorga yordam ko'rsatilishiga aytiladi. Agar bemor 24 soatdan keyin murojaat qilgan bo'lsa, u jarohat kechikkan jarohat deyiladi.

Jarohatlarning klinikasi va asoratlari.

Har qanday jarohat og'riq, terining ochilib qolishi va qon oqishi bilan o'tadi. Og'riq jarohat yuzaga chiqqan zahoti kuchli bo'ladi. Og'riqning keskin kuchayishi xarakterining o'zgarishi jarohatlarda asoratlar yiringlanish, anaerob infeksiya avj olayotganligidan dalolat beradi.

Yara chetlarining ochilishi-yumshoq to'qimalarning qayishqoqligiga va qisqarish xususiyatlariga bog'liq. Jarohat qancha katta va chuqur bo'lsa, chetlari shuncha ko'p ochilib qoladi. Jarohatdan qon oqishi shikastlangan tomirlarning turiga (arteriya, vena, kapillyar) arterial bosim darajasiga va jarohatning xarakteriga bog'liq.

Asotatlari: Qon oqishi, jarohatlangan organlar funksiyasi buzilishi, peritonit, pnevmotoraks, shok, hushdan ketish va terminal holatlarga bog'liq bo'ladi. Jarohatlanishda qon oqishi va jarohatga infeksiya tushishi katta xavf tug'diradi. Chuqur jarohatlar ko'p qon oqishi bilan kechib, kamqonlikka sabab bo'ladi.

Mavzu: Kuyish. Sovuq urishi. Elektr tokidan shikastlanish.

REJ A:

1. Kuyish, sabablari, tasnifi, darajalari, belgilari va birinchi tibbiy yordam ko'rsatish.
2. Sovuq urishi, sabablari, darajalari, klinik belgilari. Sovuq urishida tibbiy yordam ko'rsatish.
3. Elektrotravma, sabablari, klinik belgilari, birinchi tibbiy yordam ko'rsatish

Kuyish

Kuyish (compustio) termik, kimyoviy, elektrik yoki nur energiyasining ta'sirida vujudga keladigan shikastlanishdir. Termik kuyish boshqa kuyishlarga qaraganda ko'proq uchraydi. To'qimaning 52 C dan ortiq qizishi oqsillarni qaytarib bo'lmas koagulyasiyaga uchratadi. Kuyish issiqlik nuri, qizigan havo, to'g'ridan-to'g'ri issiq narsalarga tegish yoki alanga ta'sirida vujudga keladi. Ko'pincha oyoq kuyishdan shikasti topadi (47%). Kalla, qo'l va tananing boshqa qismlari bir xil zararlanadi. Kuyish tasnifi. Kuyish chuqurligini aniqlashda, uning darajasiga ahamiyat beriladi. 1960 yil xirurglar anjumanida 4 darajali tasnif taklif qilindi:

- 1 - darajali-yuzaki epidermal kuyish.
- 2 - darajali-teri yuqori qavatining kuyishi
- 3 - darajali - ba'zi joylardagi kuyish terining butun qavatini, ba'zi joylar esa yuqori qavatini egallaydi.
- 4 - darajali -chuqur to'qimalarning, ya'ni pay suyak, mushaklarning kuyishi.

1-2 darajali kuyish yuzaki, 3 va 4 darajali kuyish esa chuqur kuyishga kiradi. Kuyish sathini aniqlashning har xil usullari bor zararlangan teri sathini aniqlash uchun A. Uolies taklif qilgan 9 qoidasi ko'proq ishlatiladi: kalla va bo'yin-9%, qo'l-9%, oyoq-18%, tana oldingi qismi-18%, orqa qismi-18%, oraliq sathi-1%. Shuningdek kaft qoidasi bor. Kishining kafti yuza tanasining 1 % maydonini tashkil qiladi. Kishi tanasining umumiy sathi 16000 sm² ga tengdir.

Kuyishning klinikasi. Mahalliy va umumiy belgilar farq qilinadi. Katta bo'lmagan kuyishda umumiy belgilar uncha ahamiyatli bo'lmasa, keng maydon zararlanganda esa kuyish kasalligi kelib chiqadi. Mahalliy belgilar kuyish darajasiga bog'liq bo'ladi. Kuyishning zararlanish chuqurligiga qarab 4 darajasi bor;

1 darajali kuyish yallig'lanish bilan kechadi. Yuqori harorat ta'sir qilgan joy kuchli qizaradi va shishadi. Kuchli og'riq paydo bo'ladi. Bir necha kundan so'ng bu belgilar yo'qolib, teri qo'ng'ir rang oladi. 1 darajali kuyishga quyoshdan kuyish misol bo'la oladi.

2. Ikkinchi darajali kuyishda yallig'lanish kuchli bo'ladi, kapillyarlar kengayadi, shish kattalashadi. Terining epidermal qavati zararlanadi, pufakcha hosil qiladi. Pufakchanning ichi tiniq seroz suyuqlik bilan to'lgan bo'ladi. Og'riq 3-4 kun davom etadi. Bu kuyish chandiqsiz bitadi va qaynoq suv yoki bug' ta'sirida yuzaga keladi.

3 a -darajali kuyishda nafaqat teri balki uning chuqur qavatlar ham zararlanadi. Pufakchalar paydo bo'ladi, ular rangsiz. qoraroq va timqora bo'ladi

3b- darajali kuyishda so'rg'ich qavat, teri osti yog' kletchatkasi zararlanadi.

4- darajali kuyishda esa chuqur to'qimalar, suyaklar zararlanadi. To'qimalar qora ko'mirga aylanadi va amputasiyani talab qiladi.

Kuyishda birinchi yordam ko'rsatish.

1. Shikastlangan kishiga yuqori harorat ta'sir qilishini to'xtatish zarur: yonayotgan kiyim-boshni o'chirish, shikastlangan kishini yuqori harorat zonasidan chiqarish, tana yuzasidan tutib, tutab turgan va qizigan kiyimlarni yechib tashlash kerak.

2. Alanga olgan kiyimni suv sepib yoki biror qalin matoga o'rab o'chiriladi.

3. Kiyimlarni tez yechish uchun qirqish mumkin

4. Teri qoplamalariga zarar yetkazmaslik uchun qo'pol harakat qilmaslik lozim.

5. Kuygan yuza tez vaqt ichida bog'lam qo'yib bekitilishi zarur.

Kuygan yuzani hech narsa bilan yuvmaslik, unga qo'l tekkizimaslik, pufakchalarni sitmaslik, yopishgan kiyim parchalarini ko'chirmaslik, biror yog' surtmaslik, poroshok sepmaslik zarur va bemor tezlik bilan kasalxonaga yetkazilishi lozim.

Sovuq urishi

Sovuq urishi deb, past haroratning ta'sir qilishi natijasida to'qimalar nekrozi va reaktiv yallig'lanishiga aytiladi. Ortiqcha namlik, mikroiklimning buzilishi, tor kiyim va poyabzal kiyish, qon aylanishi, gipovitaminoz va shu kabilar sovuq urishi uchun qulay omil yaratadi. Uning asosiy sababi to'qimalar ishemiyasi bo'lib, bunda qon aylanishi sekinlashadi. 20 foiz hollarda qo'l - oyoq shikastlanadi. Sovuq urishlar tasnifi, sovuq urishning 4 darajasi farq qilinadi.

Sovuq urishning birinchi darajasida to'qimaning 40 daqiqadan 60 daqiqagacha sovuq urishi faqatgina teriga ta'sir qiladi, vaqtincha qon aylanishi buziladi. Sovuq ta'sirida teri rangsizlanadi, qonsizlanadi va qotadi. Soha isitilishi bilan

tomirlar spazmi kamayadi, giperemiya fazasi boshlanadi. Shikastlangan to'qimada shish paydo bo'ladi. 1-2 hafta ichida qon aylanishi normal bo'ladi, sovuq urish belgilari yo'qoladi. Teri issiq, qizargan, ba'zan qo'ng'ir ko'k rangda bo'ladi, ssish vujudga keladi. "sovuq urish bezi" ko'k-qizil rangni eslatib, og'riydi, qichishadi,

2-darajali sovuq urishda terining malpigi qavatigacha yuzaki nekroz bo'ladi. Sovuq ta'sirida tomirlar spazmi kuchli va uzoq davom etadi, so'ngra to'qimalarning isitilishi, ularni kislorod yetishmovchiligiga olib keladi. Terida pufakchalar hosil qiladi, og'riq bo'ladi va shishadi.

3-darajali sovuq urishda **terining** chuqur qavatlari va teri osti yog' kletchatkasi zararlanadi.

4-darajali sovuq urishda terining chuqur qavatlari hatto suyaklar ham nekrozga uchraydi, 4-6 sutka o'tgach aniq o'lgan to'qimalar belgilanadi, **nekroz** chuqurlasha boradi. Sovuq urgan tovon, panjalar 4 hafta ichida, tovon **esa** 1-2 oy orasida uzilib tushadi. Sovuq urishida birinchi yordam ko'rsatish.

Sovuq urishini reaktiv davrida davolash, tomirlar spazmini yo'qotishga qaratilgan bo'lib, bunda kislorodga bo'lgan extiyojni qondirish zarur.

Mahalliy soha spirt, gibitan suyuqligi yoki teri rangiga ta'sir qilmaydigan antiseptik moddalar bilan dezinfeksiya qilinadi va isituvchi steril doka, paxta bog'lab qo'yiladi. Sovuq urgan sohaga issiq grelka yoki kompress qo'yiladi, sovuq olgan sohaga maz, yog' surtmaslik kerak. Bemor zudlik bilan kasalxonaga yetkazilishi lozim.

Elektr tokidan shikastlanish.

Sanoat, qishloq xo'jaligi va kundalik hayotda elektrlashirishni ko'p qo'llash, elektr tokidan shikastlanishlar sonini ko'paytirib yubordi. Elektr simlarining ikkala qutbini ushlaganda tokdan shikastlanish ro'yobga keladi, bu boshqa kuyishlardan farq qiladi. Elekir tokining ta'sir qilishi **uning** kuchiga, kuchlanishi va ta'sir davomiyligiga bog'liq bo'ladi. Elektr tokining ta'siri natijasida elektroliz (bug' yoki gaz hosil bo'lishi) ro'yobga kelib, suyakda fosfor tuzlari eriydi. **Yuqori** kuchlanishdagi shikastlanish nafaqat terini balki mushak va suyaklarni ham zararlantiradi. Mushak ko'chadi. "Tunel" paydo bo'lib, qontalash kuzatiladi. Bu o'zgarishlar tokning kirish, shuningdek, chiqish joylarida ro'y beradi. Elektr tokidan shikastlangan sohada sarg'ish- qo'ng'ir yoki kulrang kuyish jarohatlari yuzaga keladi. Ular odatda katta bo'lmasdan 2-3 mm. o'rtasi past va atrofi do'mboqcha kabi ko'tarilib turadi. Termik kuyishdan farqli elektrdan kuyishda giperemiyu va og'riq bo'lmaydi. Bu belgilar tok chiqish joyida mavjud bo'lishi mumkin. Chuqurligini qiyin, ba'zida mushak, nerv, qon – tomirlar, suyaklar zararlanishi, tok o'tgan sohada **tunel** yoki bo'shliqlar hosil bo'lishi mumkin. Elektr tokidan shikastlanganda mahalliy va umumiy belgilar kuzatiladi.

Umumiy belgilar har xil bo'ladi, u tokning ta'sir qilish davriga bog'liq. Yengil hollarda qo'rquv, darmonsizlik, hushdan ketish, ko'ngil aynishi kuzatiladi. Og'ir hollarda esa shok belgisi, chala o'lim holatiga ham sabab bo'ladi. Shikastlanganda nafas olishning to'xtashi, yurak fibrillyasiyasi yuzaga keladi.

Elektr toki urganda birinchi yordam ko'rsatish

1. Elektr toki ta'sirini zudlik bilan to'xtatish zarur. Butun zanjirdan tokni uzish, tayoq bilan yoki rezina qo'lqop bilan simni olib tashlash nuimkin.
2. Nafas olish va qon aylanish to'xtagan bo'lsa sun'iy nafas oldiriladi **va** yurakni tashqi massaj qilish zarur.
3. Kuygan joyga bog'lam qo'yish zarur.
4. Bemorni isitish, issiq choy yoki **kofe** berish lozim.
5. Shikastlangan kishi tezda kasalxonaga yetkaziladi.

Mavzu: Orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi (OITS) haqida ma'lumot. OITS ning klinik belgilari, tashxisi, davolash va oldini olish.

REJA:

1. OITS haqida tushuncha, tarixiy ma'lumot, geografik tarqalishi.
2. OITS ning kelib chiqish sabablari va epimediologiyasi
3. OITS ning klinik kechishi, shakllari.
4. OITS ni aniqlash va tashxis qo'yish usullari
5. OITS ni davolash va oldini olish choralari. Ishonchxonalar

OITS-orttirilgan immun tanqisligi sindromi-viruslar qo'zg'atadigan va organizmda immunitet (himoya qobiliyati) ning keskin pasayib ketishi oqibatida turli kasalliklarning, ayniqsa xavfli o'sma (rak) larning rivojlanishi bilan kechadigan yuqumli kasallikdir.

Hozirgi vaqtda "asr" vabosi deb atalmish bu kasallik butun dunyo mamlakatlari bo'ylab, "yashin tezligida" keng quloch yozib tarqalib bormoqda va insoniyat boshiga katta xavf solmoqda. Kasllikka chalingan bemor albatta halokatga uchraydi. Chunki bu dardning na davosi na oldini olish choralari bor.

OITS hozir birlashgan millatlar tashkiloti va jahon sog'liqni saqlash tashkiloti nazoratida turgan asrning dolzarb va global muammosi hisoblanadi.

OITS kaslligiga 1981 yilda amerikalik olimlar tomonidan asos solingan. 1980-1981 yillarning qishida Amerika Qo'shma Shitati AQSH ning Nyu-york universitetiga gospitaliga 1972- yilda vengiryalik olim Morit Kaposhi tomonidan aniqlangan Kaposhi sarkomasi (teri raki) tashxisi bilan bir necha bemor yotqizilgan. Bizga malumki, bu kasallik badan terisida jigarrang-qizg'ish yoki ko'kimtir qizg'ish tugunchalarning paydo bo'lishi, ularning yaralarga aylanishi, va yaralar qurish qo'tir hosil qilib bitib ketishi bilan kechadigan kasallik bo'lib, ko'proq 60 yoshdan oshgan qariyalarda uchraydi. Bemorlarda kasallikka qarshi dori- darmonlar bilan davolash ishlari o'z vaqtida olib borilganda, ular batamom tuzalib ketadilar. Bundan tashqari Kaposhi sarkomasi AQSH va G'arbiy Yevropa davlatlarida juda kam uchraydi. Nyu -york universiteti gospitaliga tushgan bemorlarning yoshi esa 30 yoshlar atrofida bo'lib, aksariyati jinsiy buzuqliklar gomoseksualistlar- (o'z jinsi bilan jinsiy aloqa qiluvchilar besoqolbozlar) ekanligi aniqlandi. Ularda Kaposhi sarkomasi xavfli shaklga o'tib bir necha oy ichida xalokatga uchradilar.

1981-yilning bahorida Los-Anjelesdagi klinikalardan biriga o'pka to'qimasining yallig'lanishi bilan kechadigan pnevmosistali pnevmoniya (zotiljam) kasalligi tashxisi qo'yilgan bemorlar yotqizildi. Bemorlarni kuchli tasir etadigan antibiotiklar yordamida davolashga qaramasdan, ularning barchasi halok bo'ldi. Tekshirishlar natijasida bu bemorlarning gemoseksualistlar ekanligi aniqlandi. Olimlarni tashvishga solgani, bu bemorlarning organizmida immunitetning keskin pasayib ketganligi bo'ldi. 1981-yilning yozida AQSHda 116 ta shunday holat aniqlandi.

1983-yilda OITS G'arbiy Yevropa davlatlarida ham qayd qilindi. 1985-yilda dunyoning 40 ta davlatida OITS qayd qilingan bo'lib, 1987-yilda AQSHda 47 ming, Afrikada 8,5 ming, Yevropada 9 ming, Osiyoda 200dan ortiq kishi ro'yxatga olindi.

Ilmiy kuzatishlar natijasida OITS ning ko'pincha jinsiy buzuqlar, fohishalar, giyoxvandlarda va qon kasalliklari bor bemorlarda uchrashi aniqlandi.

Kasallikning to'satdan boshlanishi, tarqalishi, xatarli o'smalar, zotiljam, tanasul kaslliklari bilan bog'liklari, yashirin davrining uzoq davom etishi, davolashning samarasiz bo'lib, bemorlarning 100% halokatga uchrayotgani mutaxassis olimlarning hayratlantirdi va tashvishga soldi.

Yangi nomalum xavfli kasallikni o'rganish uchun malakali virusolog, immunolog, infeksiyachilar, epidemiologlar jalb etildi. 1984-yil AQSH Sog'liqni Saqlash Vazirligi uchun OITS eng muhim muammo deb elon qilindi va Nyu-yorkda maxsus institut ochildi.

OITS kasalligini kelib chiqish sabablarini aniqlash va uning qo'zg'atuvchisini topishda amerikalik va fransiyalik mutaxassis olimlarning xizmatlari katta bo'ldi.

1983-yilda OITSni qo'zg'atuvchi virus topildi va uni har-xil nomlar bilan nomlashdi. Faqatgina 1986-yildan qo'zg'atuvchiga odam immun tanqisligi virusi (OIV) deb nom berildi.

Yer yuzida bir-kecha kunduzda 8.5-9 ming kishi har daqiqada esa 19 kishi OIV ni yuqtirmoqda. Agar ko'rsatkich shu tarzda shiddat bilan o'sib boraversa, dunyo aholisining yaqin yillarda 10-15% gacha qirilib ketish xavfi tug'iladi. Bu holat butun dunyodagi mutaxassis olimlarni tashvishga solmoqda.

OIV odam organizmida immun tizimining faoliyatini izdan chiqaradi. U qondagi T-limfositlarning asosiy tarkibiy qismi T-xelperlarga ta'sir qilib, ularni yemiradi. Keyin odam hujayrasiga birikib yopishib oladi, shu yerda oziqlanib, ko'payadi va hujayrani yorib tashqi muhitga chiqadi.

OIV odamning qoni, so'lagi, ko'z yoshi va shahvat suyuqligida bo'ladi. U tashqi muxitga chidamsiz, tezda halok bo'ladi, dezinfeksiyalovchi moddalar ta'siriga ham chidamsiz. Qaynatilganda 30 daqiqada 3% xloraminda va 70% etil spirtida o'sha zaxoti o'ladi. Qon, shilliq va sperma suyuqligida 10-15 kungacha saqlanib qoladi.

2000 yilgacha dunyo bo'yicha 30-40mln kishi OIV bilan zararlangan bo'lsa, shundan 12-18 mln odamda OITS rivojlangan.

OITS da kasallik manbai OITS bilan og'rikan bemor va OIV bilan zararlangan virus tashuvchi odam hisoblanadi. Kasallik faqat odamdan odamga yuqadi.

Hozirgi paytda OITS ning quyidagi yo'llari orqali yuqishi tasdiqlangan:

1. Jinsiy aloqa. Bunda kasallik jinsiy buzuqlar (gemoseksualistlar)-o'z jinsi bilan aloqa qiluvchilar, biseksualistlar – o'z jinsi va qarama-qarshi jins vakillari bilan aloqa qiluvchilar, fohishalar, fohishabozlar-qo'shmachilar, yengil tabiatli axloqi buzuqlar orqali yuqadi.

2. Parenteral yo'l (virus bilan zararlangan shpiris ignalar, jarrohlik asbob uskunalari, donor qoni va va qon preparatlari quyilganda qon orqali)
3. Transplacentlar (xomiladorlik vaqtida onadan xomilaga yo'ldosh orqali o'tishi), tug'ruq vaqtida va tug'ilgandan keyin ona suti orqali yuqish yo'li.

OITS aniqlangandan keyingi dastlabki yillarda kasallikning jinsiy aloqa yo'li

jinsiy buzuqlar, fohishalar va donor qoni orqali yuqish yo'llari ustunlik qilgan

bo'lsa hozirgi vaqtda parenteral usulning shpiris ignalar yordamida giyohvandlardan yuqish yo'li eng asosiy yo'llardan biri bo'lib qoldi.

OITS ning yuqishida havo tomchi, og'iz orqali, kiyim-kechaklar, idish-tovoqlar choyshablar (bilvosita muloqot) orqali yuqish yo'llari hech qanday asosiy ahamiyatga ega emas. Demak kasallik bu yo'llar bilan yuqmaydi.

Xulosa qilib aytganda OITS ning yuqishida eng xavfli kasallik manbai bo'lib jinsiy buzuqlar, fohishalar, giyohvand (narkoman)lar, donorlar, qon kasalliklari (gemofiliya) bilan og'riqan bemorlar alohida ahamiyatga ega.

Bu guruhlariga mansub kishilar OITS kasalligini yuqtirishda va tarqatishda eng muhim xavfli manba bo'lib hisoblanadilar.

OITS ning yashirin davri 6 oydan 15-20 yilgacha, o'rtacha 3-4 oydan 5 yilgacha davom etishi va bu davr kasallik jinsiy aloqa orqali yuqqanda, qisqaroq bo'ladi. Kasallikning rivojlanishi odam organizmining immun xususiyatlari bilan bog'liq bo'lib, OIV organizmga tushgandan keyin virus va immunitetga daxldor hujayralar (T-limfositlar, V-limfositlar, makrofaglar) o'rtasida keskin kurash ketadi. Immun tizimi virusga qarshi ko'p miqdorda antitelolar ishlab chiqaradi va odamda OITS rivojlanishiga to'sqinlik qilib turadi.

OITS ning, rivojlanishida, OITS oldi davri xarakterli bo'lib, u 1 oydan 6 oygacha davom etadi, bu davrda o'ziga xos nospesifik – umumiy belgilar paydo bo'ladi. Bularga darmonsizlik, ko'p terlash, kechqurunlari nomalum tarzda tana haroratining ko'tarilishi, ozib ketish, ich ketish, og'iz bo'shlig'ida zamburug'lar paydo bo'lishi, yo'tal, terida toshmalar paydo bo'lishi, terining qichishib turishi, limfa tugunlarining kattalashuvi kabilar kiradi.

OITS ning o'ziga xos alomatlari yo'q. organizmga qanday mikroblar kirsam o'shalar qo'zg'atadigan kasalliklarning alomatlari paydo bo'laveradi.

Ko'pchilik bemorlarda "Sovuq oq barmoqlar" sindromini kuzatish mumkin. Bu holat qon tomirlarda qon aylanishi sekinlashib qolganligidan dalolat beradi.

Umuman olganda OITS asta-sekin boshlanadi. Organlar va tizimlar faoliyatining buzilishiga qarab kasallikni shartli ravishda 5 ta klinik shakllarga ajratish mumkin.

1. O'pka shakli.
2. Miya (serebral) shakli.
3. Me'da- ichak shakli.

4. Differensiallashmagan shakli.

5. Disseminasiyalashgan shakli.

O'pka shakli. Bemorda pnevmosistali pnevmoniya (zotiljam) alomatlariga o'xshash belgilar kuzatiladi. Bemor nafas olishda qiynaladi, xansiraydi, tez-tez yuzaki nafas oladi, og'iz burun atroflari ko'karadi, yo'taladi, qon tuflaydi.

Miya shakli. Bemorda bosh miya raki, meningo ensefalit kasalliklariga xos bo'lgan alomatlar paydo bo'ladi. Kuchli bosh og'rig'i qusish, hushdan ketish, talvasaga tushish bosh miya nervlarining zararlanishi (nevritlar), parez paralichlar kabi klinik ko'rinishlar bilan namoyon bo'ladigan bu shakl OITS bilan kasallangan bemorlarning 20-30% ini tashkil etadi.

Me'da ichak shakli. Bemorda me'da ichak yo'llarining yallig'lanishi (ezofagit, gaztroenterokolit) ga o'xshash belgilar paydo bo'ladi. Bemorning og'iz bo'shlig'ining kandidoz (zamburug'lar) yallig'lanishi (stomatit) paydo bo'ladi. Og'iz va xalqum qizilo'ngach shilliq qavatida yara-chaqalar hosil bo'ladi, bemorning yutishi qiyinlashadi, qon aralash qusadi. Qorinda kuchli og'riq bo'ladi, qorin damlaydi, ichi ketadi, axlat suyuq, qon aralash bo'ladi.

Differensiallashmagan shakli. Bunda bemorda aynan bir sistamaning zararlanishiga xos alomatlar kuzatilmaydi. Klinik ko'rinish umumiy belgilar bilan namoyon bo'ladi. Bemor darmonsizlanadi, boshi og'riydi, tez charchaydi, xotirasi pasayadi, kayfiyati tushadi, ishtaxa yo'qoladi, uyquzi buziladi.

Disseminasiyalashgan shakli. Kasallikning bu ko'rinishida bir vaqtning o'zida hamma a'zolar va tizimlarning zararlanishiga xos o'zgarishlar kuzatiladi.

OITS bilan og'rikan bemorlarning ko'pchiligi rak kasalliklariga duchor bo'ladi. Ayniqsa ularda xavfsiz hisoblangan Kaposhi sarkomasi (teri raki) ning xavfli shakllari rivojlanadi.

OITS ning klinik ko'rinishlarining yengil shakli bo'lmaydi, kasallik faqat og'ir kechadi, oqibatda albatta o'lim bilan tugaydi.

Shunday qilib, OITS bilan kasallangan bemor organizmi immun qobiliyatining keskin pasayib ketishi oqibatida har qanday mikroob ayniqsa, pnevmosistalar, zamburug'lar, toksoplazmalar, kokklar, gijjalar, bakteriyalar kabi mikroorganizmlar keltirib chiqaradigan og'ir kasalliklar osongina kelib chiqadi. Eng xavflisi bemorda rak hujayralari o'sib, ko'payadi, bemor rakning og'ir formalaridan xalik bo'ladi.

OIV bilan zararlanish va OITS kasalligini aniqlash uchun sub'ektiv (shikoyatlar, so'rab-surishtirish, hayot va kasallik – anamnezi), ob'ektiv instrumental, va laboratoriya tekshiruv usullaridan foydalaniladi.

Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti tavsiyasiga ko'ra, quyidagi dalillar asosida OITS tashxisi haqida gumonsirash mumkin. (N. V. Majidov yuqumli kasalliklar 1993 yil)

1. 60 yoshdan oshmagan odamlarda Kaposhi sarkomasi aniqlansa;
2. 1-2 oydan uzoqqa cho'ziladigan surunkali ich ketar kasalligida enteropatogen mikroblar topilmagan va ko'p miqdorda kriptosporadium topilsa;
3. uzoq cho'ziladigan nomalum isitma bo'lganda;

4. markaziy nerv sistemasining limfomasi rivojlanganda;
5. odatdagi ximioterapiya usuli bilan davolashda tuzalmaydigan va pnevmosist qo'zg'atgan pnevmoniya aniqlanganda;
6. bemor sababsiz ozib 10% ortiq vaznini yo'qotganda;
7. nomalum sababli limfopeniya bo'lganda;
8. har xil bakteriyalar, viruslar, zamburug'lar, bir hujayrali, sodda jonivorlar, qo'zg'atadigan va tez-tez qaytarilib turadigan ekzogen va endogen reinfeksiyalar kuzatilganda.

Labaratoriya usuli OIV virusini yoki unga qarshi paydo bo'lgan antitelolarni aniqlashda eng ishonchli usuldir.

Hozirgi kunda OIV virusining odam organizmida bor-yo'qligini aniqlashda bir nechta zamonaviy labaratoriya tekshiruv usullari mavjud.

OIV virusini bemorning qonida, limfasida, sperma, ko'z yoshi suyuqligida, so'lagida, sutida topish ancha qiyin. Organizmga virus tushgandan keyin qonda hosil bo'lgan antitelolarni aniqlash qulayroq. Lekin bu antitelolarni virus yuqqandan 3-5 oydan keyin paydo bo'la boshlaydi.

OIV virusiga qarshi paydo bo'lgan antitelolarni aniqlash usuli hozir keng qo'llanilmoqda. Buning uchun quyidagi usullardan foydalaniladi.

1. Immunoferment usuli.
2. Radioimmunologik analiz usuli.
3. Umumiy immunologik usuli.
4. Immunobiologik usuli.

Immunoferment usulida qondagi antitelo va uning konsentrsiyasini aniqlash uchun maxsus test sistema-diagnostikum – antigen fermentlar bilan ish olib boriladi.

Radioimmunologik usulida – antitelolarni aniqlashda izotoplardan foydalaniladi.

Umumiy immunologik usulda immunoglobunlar fraksiyasini aniqlash yo'li bilan ish olib boriladi.

Immunobiologik usuli 2 marta ijobiy natija bersa, immobiologik usulida yana qayta tekshiriladi. Bunda virusning ba'zi bir oqsillarga qarshi paydo bo'lgan antitelolar aniqlanadi.

Agar immunobiologik usuli ijobiy natija bersa, OITS tashxisi ijobiy bo'ladi.

OIV infeksiyasiga tekshiruv ishlari shifokor pasient kelishilgan holda, anonim (yashirincha) tarzda olib borilishi kerak. Tekshirish uchun qon olish va uni labaratoriyaga yuborishda tasodifan zararlanishning oldini olish choralarini ko'rish zarur.

Hozirgi vaqtda ko'pgina rivojlangan mamlakatlarda mutaxassis olimlar tomonidan OITS ni davolashda samarali natija beradigan dori-darmonlar tayyorlash ustida keng ko'lamda ilmiy izlanishlar olib borilmoqda. Har xil kimyoviy tuzilishga ega bo'lgan OIV virusiga qarshi ta'sirga ega bo'lgan sintetik dori vositalar yaratilmoqda. Lekin bu vositalarning ta'siri biologik sharoitda (organizmda) puchga chiqmoqda.

Kasallikni davolashda quyidagi tamoyillarga amal qilish kerak:

1. OIV virusiga ta'sir qilish.

2. Organizmning himoya (immun) qobiliyatini yaxshilash, kuchaytirish (immunostimulyasiya)
3. Kasallikka yondosh bo'lgan (opportunistik) kasalliklarga qaratilgan davolash ishlarini olib borish.

Bir necha yillar davomida olib borilgan izlanishlar natijasida ham OIV virusiga ta'sir ko'rsatuvchi dori yaratilgani yo'q.

Rossiyada Fanlar Akademiyasi molekulyar biologiya ilmiy-tekshirish institutida sintez qilingan preparat azidotimidin virusga qarshi qisman ta'sir ko'rsatishi va OITS ning so'ngi bosqichlarida bemorning umrini uzog'I bilan bir yilgacha cho'zib turish mumkin. Lekin aziotimidin o'ta zaharli bo'lib suyak ko'migiga ta'sir qiladi. Aziotimidin amerikalik olimlar tomonidan ham OITS ni davolashda tekshirib ko'rildi, lekin samara ijobiy bo'lgani yo'q. olimlar yaratilgan dori-darmonlar ta'sirini samarasiz bo'layotganligini OIV virusining biologik xususiyatlari bilan bog'lashmoqda, chunki virus o'z tuzilishi va xossasini tez-tez o'zgartirib turish xususiyatiga ega. Shunga qaramasdan kasallik virusiga ta'sir etuvshi juda ko'p dorilar yaratilgan bo'lib, ular klinik sinovdan o'tkazilmoqda.

Immun tizimi faoliyatini yaxshilash va uni kuchaytirish (immunostimulyasiya) usuli kasallikni davolashda ijobiy samara beradi. Buning uchun interferon, interleykin, taktivin, timolin kabi immunostimulyatorlarni virusga ta'sir etuvchi azidotimidin, virozol, reoferon kabi dorilar bilan birgalikda qo'llash maqsadga muvofiqdir.

OITS ni davolashda kasallikka yondosh bo'lgan yuqumli va boshqa kasalliklarni o'z vaqtida davolash yaxshi natija beradi.

Xulosa qilib aytganda, bu choralar odamni OITS da batamom xalos etolmaydi va kasallikni davolash masalasi eng og'ir dolzarb muammoligicha qolmoqda.

OITS ning profilikatsiyasi quyidagi yo'nalishlarda olib borilishi lozim:

1. OITS ning jinsiy yo'l bilan tarqalishini to'sish
2. Parenteral tarqalish yo'lini to'sish.
3. OITS ning vertikal yo'l bilan yuqishini oldini olish.

OITS ning jinsiy aloqa yo'li orqali tarqalishini to'sish juda muhimdir, chunki OIV virusining asosan jinsiy aloqa yo'li bilan jinsiy buzuqlar (gemoseksualistlar) tartibsiz jinsiy aloqa qiluvchi foxishalar orqali yuqishi ma'lum. Bu orada aholini, ayniqsa yoshlarni seksual (jinsiy) tarbiyalash sohasida ishlar olib borish zarur.

Seksual xulqqa ta'sir qiluvchi vositalar 3 xil bo'lib ular quyidagilar:

1. Aholini kasallik haqida xabardor qilish;
2. Tibbiy ijtimoiy xizmatlar ko'rsatish;
3. Kontraseptiv vositalarni qo'llash.

Barcha erkak va ayollarga OITS haqida ma'lumot berish, tushuntirish lozim.

Virusning qanday yuqishini, xavfsiz choralari (prezervativlar) dan foydalanishni bilishi o'z xoxishi bilan chuqur tekshiruvdan o'tishi kerakligi tushuntiriladi.

Vaginal jinsiy aloqada OITS ko'proq erkaklardan ayollarga yuqadi. Oral va anal aloqada esa "passiv" partnyor ko'proq o'ziga yuqtiradi. OITS ning keng tarqalishiga axloqiy buzuqilik, pala partish jinsiy aloqalar sabab bo'ladi.

Foxishalik va foxishabozlik, besoqolbozlik, giyoxvandlik kasallikning tarqalishiga muhim o'rin tutadi.

OIV virusining parenteral yo'l orqali yuqish yo'lini to'sish uchun turli in'eksiyalarni pala-partish qabul qilavermaslik kerak. Donor qoni va qon preparatlarini qat'iy tekshiruvdan o'tkazish, to'g'ridan to'g'ri qon quyishda ehtiyot choralarini ko'rish muhim ahamiyatga ega.

OITS ni yuqtirib olmaslik uchun iloji boricha turli in'eksiyalarni qabul qilavermaslik kerak. OIV virusining giyohvandlar orqali yuqishiningralarining xizmatidan foydalanmaslik kerak. Agar buni iloji bo'lmasa, shaxsiy yoki bir marta ishlatiladigan shpiris va ignalardan foydalanish lozim.

Giyohvandlikning oldini olish maqsadida Rossiyada bir martalik shpirislarni almashtirish punktlari tashkil etilgan. Bu usul bizning mamlakatimizda ham yo'lga qo'yilgan. Sartaroshlik, manikyur, pedikyur uchun qo'llaniladigan asbob uskunalarni zararsizlantirmay, dezinfeksiya qilmay turib qo'llash mumkin emas.

Eng asosiysi, har bir odamda o'zining shaxsiy gigiena buyumlari bo'lishi shart.

OITS ni vertikal yo'l bilan yuqish yo'lini to'sish tibbiyot xodimlari sohasida juda katta mas'uliyat yuklanmoqda, chunki kasallikning onadan bolaga xomiladorlik vaqtida, tug'ruq va emizish paytida o'tish hollari ko'p uchramoqda.

Profilaktikaning asosiy maqsadi OIV virusining onadan bolaga yuqish xavfini kamaytirishdir. Bizga ma'lumki virus xomilaga yo'ldosh orqali xomiladorlikning 8-12 haftasidayoq o'tishi, ko'pincha esa tug'ruq vaqtida o'tishi mumkin. Xavfli guruhlarga kiruvchi ayollarga tegishli maslahatlarni berish, tekshirishni ta'minlash zarur. Zarurat bo'lganda ularga farzandining OIV virusi bilan tug'ilishi ehtimoli borligini tushuntirib, xomiladan voz kechish tavsiya qilinadi. Lekin asosiy qarorni ayolni o'zi chiqaradi.

OITS ning oldini olishda yuqorida qayd etilgan umumiy chora – tadbirlar bilan bir qatorda maxsus profilaktika, yani, emlash ishlarini yo'lga qo'yish eng muhim dolzarb muammo bo'lib qo'moqda. OITS ning viruslar qo'zg'atadigan yuqumli kasallik ekanligi aniq bo'lgandan boshlab, mutaxassis olimlar tomonidan kasallikka qarshi emdori (vaksina) ishlab chiqarish ustida olib borilayotgan izlanishlar, ijobiy natija berganicha yo'q. har yili dunyo bo'yicha OITS ga qarshi vaksina yaratish uchun 3 mln AQSH dollari sarflanmoqda. Bu jarayon 10 yildan buyon davom etayotganligini hisobga olsak, vaksina yaratish uchun ketgan xarajat 3 mlrd AQSH dollarini tashkil etadi, lekin vaksina xali yaratilgani yo'q.

Umuman olganda, vaksina oldiga quyidagi talablar qo'yiladi:

- vaksina OIV ga qarshi odamda immunitet hosil qilishi kerak;
- OIV bilan zararlangan odamlarda, kasallik OITS ga o'tmasligi kerak;
- vaksina arzon bo'lishi kerak;
- hamma vaksinani olish imkoniyatiga ega bo'lishi kerak.

Hozirgi vaqtda OITS ning oldini olishning birdan –bir yo'li aholini ma'naviy-ma'rifiy, sanitariya-gigienik madaniyatini oshirishdan iborat.

OITS insoniyat boshiga tushgan eng daxshatli va eng ko'p o'limga sabab bo'ladigan epidemiya bo'lib, bu kasallikka chalinganlar o'limdan qochib qutula olmasalar kerak. OITS tashxisi qo'yilgan oilalar qanchadan-qancha ruhiy iztiroblar va daxshatlarni boshidan kechiradi, osoyishtalik yo'qoladi. AQSH va Buyuk Britaniyada hozirgi vaqtda OITS ga yo'liqqan bemorlar soni ko'payib

ketmoqda shu tufayli psixologik aralashuvlarga va spesifik profilaktika tadbirlari o'tkazishga ham ehtiyoj ortib bormoqda.

Har bir inson, xalq jamiyat, oila va vijdon oldidagi burch va sadoqatni, ma'sulyatni anglab yetmas, sog'lom turmush tarzini kechirmas ekan, hech qanday chora tadbir OITS ning oldini olish va kasallikni kamaytirishda yordam bera olmaydi. Oila sog'lom bo'lsa, erkak-ayol bir-biriga sodiq bo'lsa, oilani muqaddas deb bilsa, nopok yo'llardan xazar qilsa va bu gunoxlarni Ollah kechirmasligini qalban va ruhan his eta olsa OITS dek ofatning oldini olish muqarrar.

TAYANCH SO'ZLAR VA IBORALAR

Mavzu: Hujayra va tuqima. Moddalar va energiya almashinuvi.

Anatomik va fiziologik fan predmeti, hujayra, to'qima, organ, va organlar tizimi, hujayraning tuzilishi, qobiq, protoplazma, yadro hujayraning funksiyasi, bo'linishi, to'qimalar turlari epitelial, biriktiruvchi, asab-ruh to'qimasi, tog'ay, tuzilishi, suyak to'qimasi turlari.

Qon funksiyasi miqdori, tarkibi, suyuq qismi, shakli elementlari, gemoglobin, qon gruppalari, yurak tuzilishi, funksiyasi, qon tomirlari, tuzilishi, arteriya, vena kapillyar, katta va kichik qon aylanishi doirasi, qon bosimi, tomir urishi, limfatik tizim, limfa tomirlari va tugunlari.

Mavzu: Nafas olish va yurak - qon tomir tizimlarining kasalliklari.

O'tkir renit, faringit, laringit, bronxit, bronxial astma, pnevmoniya, gipmertermik sindrom, plevrit, quruq eksudativ, nafas yetishmovchiligi, yot jismlar tushishi-birinchi yordam.

Yurak, tug'ma paroklar, endokardit, miokardit, stenokardiya, miokard infarkti, kollaps, shok, obmorok, gipertoniya, gipertonik krizis, birinchi yordam

Mavzu: Ovqat xazm qilish va siydik tanosil organlari kasalliklari.

Gastrit. Yara kasalligi, enterit, kolit, xolesistit, qandli diabet, diabetik koma, basedov kasalligi.

Sistit, glomerulonefrit, pielonefrit, buyrak tosh kasalligi, siydikning o'tkir tutilishi, xomiladorlik toksikozlari, to'satdan boshlangan tug'ruqqa birinchi tibbiy yordam ko'rsatish.

Mavzu: Asab- ruh tizimi kasalliklari.

Nevrozlar, nevrosteniya, isteriya, psixosteniya, insult, epilepsiya, epileptik status.

Mavzu: Epidemiologiya asoslari. Immunitet.

Yuqumli kasalliklar, epidemiologiya, epidemik jarayon, epidemik o'choq. Yuqumli kasalliklar qo'zg'atuvchilarning manbalari, kasal odam, hayvon, bakteriya tashuvchi, rekonvalesentlar, tarqalish yo'llari, havo tomchi, elementar, fekal-oral, qontakt, suv, parenteral, transmissiv, epidemiya, pandemiya, endemiya, ekzootiya, epizootiya. Infeksiya manbai: antropozoonoz, antropozoonoz.

Immunitet, turlari, tug'ma, orttirilgan, doimiy, vaqtinchalik, sun'iy, tabiiy. Vaksinalar, anatoksin, immun zardoblar, profilaktik emlash, emlash taqvimini, muddati, asoratlar, mahalliy, umumiy reaksiyalar.

Mavzu: Bolalar infeksiyasi.

Qizamiq, virus, kasal kishi, havo tomchi, kuz- qish davrlari; yashirin, boshlang'ich, toshma toshish, sog'ayish, epidemiyaga qarshi kurash, maxsus profilaktika. Suvchechak, skarlatina, yuqish yo'li, bemor kishi, havo tomchi, qish-bahor, davrlari. Difteriya-bug'ma, bemor, bakteriya tashuvchi, tabiiy immunitet, emlash. Ko'kyo'tal, havo tomchi, bemor, davrlari, vaksina. Epidemik parotit-tepki, so'lak bezlari, virus, kasal odam, havo tomchi, idish tovoq, vaksina. Polimielit, virus, kasal odam, virus tashuvchi kishi, turlari, emlash.

Mavzu: Aseptika va antiseptika. Desmurgiya va transport immobilizatsiyasi.

Aseptika, fizik, kimyoviy, biologik usullari, sterilizatsiya, usullari: bug' bilan bosim ostida avtoklavlash. qizdirish, qaynatish.

Antiseptika, turlari, fizik, mexanik, kimyoviy, biologik, aralash. Asosiy antiseptik vositalar: xloramin, kaliy permanganat, vodorod peroksid. ishqorli eritmalar, spirt, formaldegid, sulfanilamid preparatlari, antibiotiklar.

Desmurgiya, bog'lamlarning turlari: yumshoq, qattiq, bog'lamlarning vazifalari. Yumshoq bog'lam turlari: yelimli, sopqonsimon, qontur, kosinka, bintli, to'r naysimon. Bintli bog'lamlar turlari: doira, spiralsimon, irmalovchi, sakkizsimon, boshqosimon, toshbaqasimon individual bog'lov paketi mahalliy bog'lamlar turlari: boshga, oyoqlarga, ko'krak qafasiga bog'lam qo'yish.

Transport immobilizatsiyasi, turlari: vaqtincha, doimiy. Shinalarning turlari: tabel va inprovizion. Shina qo'yish qoidalari: Detriks va Kramer shinasini.

Mavzu: Qon ketish turlari, qon ketishini to'xtatish, qon quyish va qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar quyish.

Qon miqdori, vazifalari, qon ketish turlari: arterial, venoz, kapillyar, parentimatoz, aralash, tashqi, ichki, yashirin. O'tkir kamqonlik. Qon oqishini to'xtatish usullari: o'z-o'zidan to'xtashi, vaqtincha, butunlay qon oqishini to'xtatish. Qon quyish usullari: bevosita, bilvosita. Qon preparatlari quyish: plazma, zardob, eritrositar, leykositar, trombositlar massa.

Mavzu: Orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi (OITS) haqida ma'lumot. OITS ning klinik belgilari, tashxisi, davolash va oldini olish.

OITS, kelib chiqish sabablari, tarqalishi, klinik belgilari, shakli, o'pka ma'da – ichak, serebral yoki miya, differensiallashmagan, disseminatsiyalashgan, tashxis, davolash, oldini olish, vertikal, jinsiy aloqa, parenteral.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR.

1. Medisina hanishiralari o'quv qo'llanmasi. Ramazanova R. A. tahriri ostida Toshkent "O'qituvchi" 1985 yil
2. Grajdan mudofasi P.G- Yakubovskiyning umumiy tahriri ostida. Toshkent "O'qituvchi" 1992 yil.
3. O'qituvchilarning medisina sanitariya tayyorligi. V.N. Zavyalov, M.I. Gogolev, V.S. Mordvinov, B.A. Gaiko, V.A. Shkuratov, V. I. Ushakova. Toshkent "O'qituvchi" 1991 yil.
4. V.M. Buyanov. "Birinchi medisina yordami". Toshkent "Medisina" 1997 yil.
5. A.N. Velikoreskiy "Vrach kelguncha birinchi yordam ko'rsatish". Toshkent "Medisina" 1996 yil
6. T.E. O'ngboev "Shikastlanishlarda va baxtsiz hodisalarda shoshilinch yordam ko'rsatish". Toshkent "Ibn Sino" 1993 yil.
7. "Domashniy lechebnik ili pervaya medisinskiy pomosh doma i na ulise". Pod redaksiy professor V.A. Popova Leningrad. 1991 yil.
8. V.A. Galkin "Ichki kasalliklar". Toshkent "Medisina" 1989 yil.
9. V.V. Mayskiy V.K. Muratov. "Farmakologiya bilan reseptura" Toshkent "Medisina" 1997 yil.
10. V.V. Morozov. V.A. Romassenko "Nerv va psixik kasalliklar, medisina psixologiyasi asoslari" Toshkent "Medisina" 1986 yil,
11. Zalikina A.S. "Bemorlarning umumiy parvarishi". Toshkent "Ibn Sino" 1995 yil.
12. E.I. Qosimov. "Ichki kasalliklar propidevtikasi" Toshkent "Ibn Sino" 1996 yil.
13. Maxmudov O.S. "Bolalarning yuqumli kasalliklari" Toshkent "Ibn Sino" 1995 yil.
14. Majidov V.M. "Yuqumli kasalliklar" Toshkent "Ibn Sino" 1993 yil
15. Bolovskaya M.L. "Epidemiologiya bilan Infekcion kasalliklar asoslari" Toshkent "Ibn Sino" 1992 yil
16. Eshqobilov J. Mahmudov A. "Bolalar kasalliklari" Toshkent "Ibn Sino" 1993 yil.
17. Ado V. "Allergiya" Moskva 1984 yil
18. Pokrovskiy V.I. Loban K.M. "Rukavodstva po infeksionnim boleznyam" Moskva "Medisina" 1986 yil.
19. Bisyarina V.P. "Bolalar kasalliklari bolalar parvarishi va go'daklarning anatomik-fiziologik xususiyatlari" Toshkent "Medisina" 1989 yil.
20. Svyatkina K.A. Belogorskaya Y. V. Kudryaseva P.P. "Bolalar kasalligi" Toshkent "Ibn Sino" 1990 yil.
21. Matyushonok M.G. "Kichik maktab yoshidagi bolalar anatomiyasi-fiziologiyasi va gigienasi" Toshkent "O'qituvchi" 1995 yil.
22. Buraya A. N. Golovko I.A. Tixomirova V.S. Shanina M.P. "Sog'lom va kasal bola parvarishiga doir amaliy mashg'ulotlardan qo'llanma" Toshkent "Medisina" 1989 yil.
23. Shamsiyev Sh.S. Shabalov Erman L. V.A. "Rukovodostva dlya uchastkovogo pediatra" Toshkent "Medisina" 1982 yil

24. Mo'minov A.I. "Quloq, tomoq va burun kasalliklari" Toshken "Ibn Sino" 1994 yil.
25. Salimov E. I. Mirzamuhammedov M.A. "Raxit va gipotrofiya" Toshkent "Ibn Sino" 1995 yil.
26. Karimov A. Miraxmedov U. "Teri tanosil kasalliklari" Toshkent "Ibn Sino" 1995 yil.
27. Daminov T. O. Ladogo K.S. "Kasal bolalarni parhez ovqatlantirish" Toshkent "Ibn Sino" 1993 yil.
28. Chabovskaya A.P. GolubaeV.V. Yodgorov T. I. "Osnovi pediatrii i gigieni detey doshkolnogo vozrosta" Moskva. "Medisina" 1987 yil.
29. T.S. Jalilov M. Holxo'jayev. "Bolalar travmatologiyasi" Toshkent 1995 yil.
30. Shomirzaev N.X. Saydullaev N.S. Botirova Z.B. "Operativ jarroxlik" Toshkent "Ibn Sino" 1994 yil.
31. Oripov U. O. Karimov Sh. N. "Umumiy xirurgiya" Toshkent "Ibn Sino" 1994 yil.
32. Populyarnaya medisinskiy ensiklopediya. Tallin 1993 yil.
33. T.E. O'ngboyev. A.L. Silin S.V. Borovkin. X.A Musalatov. "Shikastlanishlarda va baxtsiz hodisalarda shoshinch yordam ko'rsatish". Toshkent 1993 yil.
34. E.D. Kostin D. A. Xodov "Metodi reanimatsiya i intensivnoy terapii novorojdyonnix" Toshkent 1989 yil.
35. Sh.I. Karimov "Xirurgik kasalliklar" Toshkent 1991 yil.
36. V.I. Struchkov "Obshaya xirurgiya" Moskva 1983 yil.
37. Pod redaksii M.I Kuzina "Xirurgigicheskiy bolezni" Moskva 1987 yil.
38. A.G. Karavanov I.B. Danilov "Oshibki v diagnostike i lecheniem ostrix zabolevaniy i travm jivota" Kiev 1990 yil.
39. Sinelnikov V.D. "Atlas anatomiya cheloveka" 1 tom Moskva 1998 yil.
40. V.D. Sinelnikov P.P. Sinelnikov "Atlas anatomiyasi cheloveka" Moskva 1990 yil.

MUNDARIJA

Mavzu: Hujayra va to'qima. Moddalar va energiya almashinuvi. Endokrin tizim.....	
Mavzu: Nafas olish va yurak - qon tomir tizimlarining kasalliklari.....	
Mavzu: Ovqat hazm qilish, endokrin va moddalar almashinuvi hamda siydik tanosil organlari kasalliklari.....	
Mavzu: Asab-ruh tizimi kasalliklari.....	
Mavzu: Epidemiologiya asoslari. Immunitet.....	
Mavzu: Ichak infeksiyalari.....	
Mavzu: Bolalar infeksiyasi.....	
Mavzu: Kirish Aseptika va antiseptika. Desmurgiya va transport immobilizatsiyasi.....	
Mavzu: Qon ketishi. Qon va uning o'rnini bosuvchi suyuqliklarni quyish.....	
Mavzu: Shikastlanishlar. Yopiq va ochiq shikastlanishlar.....	
Mavzu: Kuyish, sovuq urishi, elektr tokidan shikastlanish.....	
Mavzu: OITS haqida ma'lumot. OITS ning klinik belgilari, tashxisi, davosi va oldini olish choralari.....	
Tayanch so'zlar va iboralar.....	
Foydalanilgan adabiyotlar.....	