

Ўзбекистон умумий амалиёт врачлари ахборотномаси

Бош муҳаррир:
Косимов Ш.З.

Таҳрир ҳайъати:
Абдурахимов З.А.
Ахмедов Х.С.
Жалекеева П.А.
Зохидова М.З.
Мавлянова Д.А.
Миразимов Д.Б.
Назарова Г.У.
Нармухамедова Н.А.
Рустамова М.Т.
Садирова М.А.
(масъул котиб)
Фузайлов Ф.З.
Шомансурова Э.А.

Рўйхатдан ўтиш тартиби: 02-00129.
Таҳририят манзили:
100007, Тошкент шаҳри,
Паркент кўчаси, 51- уй.
УАШ малакасини ошириш кафедраси
Тел./факс: 268-16-29, 268-08-17
E-mail: uzgp@infonet.uz
info@avuz.uz

ISSN 2181-4864

Тошкент
2011 йил

Умумий амалиёт шифокорининг узлуксиз касбий таълимини ташкиллаштиришда Тошкент врачлар малакасини ошириш институтининг вазифаси

ЎЗР ССВнинг 31.08.06 й даги №379 сон буйруғига мувофиқ “Соғлиқни сақлаш бирламчи бўғини тиббиёт ходимларининг узлуксиз касбий таълими тизимини ривожлантириш концепцияси” тасдиқланган. Мазкур концепция УАШ малакасини оширишни ташкиллаштиришда Тошкент врачлар малакасини ошириш институтининг фаолиятини ислоҳ қилиш ва реструктуризациялашни кўзда тутди.

УАШ узлуксиз касбий таълим (УКТ) олдига қўйилган масалаларни ҳал этиш билан ТошВМОИнинг деярли барча кафедралари ва ўқув бўлинмалари шуғуллансаларда, бу жараёндаги етакчилик вазифаси УАШ малакасини ошириш кафедрасига тааллуқлидир. Кафедра УАШ узлуксиз касбий таълим тизимидаги асосий услубий ишларни бажариш, ўқув дастурларини мослаштириш, кафедрада ҳамда вилоят марказларида ўқув цикллари ҳамда умумий амалиёт шифокори малакасини ошириш туман ўқув марказларида ўқитиш мониторингини ташкил этиш мақсадида тузилган.

УАШ малакасини оширишнинг вазифалари:

- УАШ эҳтиёжлари доирасида таълим бериш. УАШ малакасини оширишнинг мақсадли курсларини ташкил қилиш, булар таълимга доир хизматлар маркетингини ўрганиш билан белгиланиб, шифокорларни аттестациядан ўтказиш учун УКТ кредит соатларининг бажарилишига йўналтирилган.
- Ўзбекистонда УАШни ўқитишнинг дастлабки дастуридаги янгилинишлар ва ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда умумшифокорлик амалиёти бўйича ўқитиш дастурлари ва режаларини яратишга йўналтирилган ўқув-услубий иш.
- Блок-модулли ёндошув асосида ўқув дастурлари бўйича қисқа муддатли УАШ малакасини ошириш цикллари ўтказиш йўли билан ТошВМОИ УАШ малакасини ошириш кафедраси ҳамда ихтисослаштирилган кафедраларининг ҳамкорликдаги фаолияти.
- ССВнинг 2009 й 23 мартдаги №80 сон буйруғига мувофиқ тиббий хизматлар пакети бўйича клиник стандартлар ва баённомаларни тузишда иштирок этиш.

Умумий амалиёт шифокори билим ва кўникмаларини такомиллаштириш шифокорларнинг бутун фаол касбий фаолияти давомида олиб борилади. ТошВМОИ УАШ малакасини ошириш кафедраси умумий амалиёт шифокори узлуксиз касбий таълим жараёнини ташкиллаштиришнинг базавий структураси бўлиб хизмат қилади.

ТошВМОИ ректори,
профессор

Ж.М.Собиров

Кириш

Умумий шифокорлик амалиёти – бизнинг мамлақтимиз учун нисбатан янги мутахассислик. У қишлоқдаги бирламчи тиббий-санитария муассасаларида ўз тараққиётини бошлаганига эндиgina 10 йил тўлмоқда. Давлат дастурларида бирламчи бўғин шифокорларига муҳим аҳамият қаратилган. ҚВП шифокорлари зиммасида қишлоқ аҳолисига малакали тиббий хизмат кўрсатишга оид катта масъулият ётади. Бундай шароитларда, албатта умумий амалиёт шифокорларининг билим даражасини ошириш ҳақидаги масала кўндаланг бўлади.

Мазкур нашрнинг асосий хусусияти шундаки, унда шошилинич ёрдамда кўп учровчи энг муҳим ва амалий жиҳатдан фойдали маълумотлар мавжуд. Ушбу сон пациентларни умумий амалиёт шифокори савиясида олиб боришдаги энг муҳим чора-тадбирларни таклиф этади.

Бу нашр халқаро стандартлар ва ЖССТ тавсияларига асосланган миллий қўлланмалар ва тавсиялардан олинган далилларга асосланган тиббиётнинг талабларига жавоб берувчи маълумотларни жамлаган.

Тузувчилар ушбу маълумотнинг фойдадан холи бўлмаслигига ва исталган вақтда, ҳар қандай жойда, беморларни муассасада қабул қилиш чоғида ҳам, пациентларнинг уйларига ташриф чоғларида ҳам амалий муҳим ахборотларни тезда топа олишларига кўмак беришига умид билдирадilar.

Шошилинич вазиятлар

Булар ҳаёт учун хавф туғдирувчи ва зудлик билан тиббий ёрдам кўрсатилишини тақозо этувчи ҳолатлардир. Шифокорнинг касбий тайёргарлиги ва шахсий сифатлари шошилинич ҳолатларни даволаш муваффақиятининг гаровидир. Шифокордан ҳар қандай ностандарт вазиятда тезда ташхис қўйиш маҳорати талаб этилади, бунинг учун эса реакциянинг тезкорлиги, шай ҳолат, жабрланувчини, унинг қариндошлари ёки воқеа гувоҳларини тинглай ва тушуна олиш кўникмаси зарур бўлади.

Шошилинич ёрдам кўрсатишнинг ўзига хос хусусиятлари мавжуд. Шошилинич ҳолатларда шифокор анамнезни муфассал йиғишга ҳамда тўлиқ физикал текширувлар ўтказишга вақт сарфламаслиги лозим: аввалдан синовдан ўтказилган режага кўра, ташхисни аниқлаш ва ёрдам кўрсатиш учун зарур бўлган, фақат энг муҳим деталларни қайд этган ҳолда ҳаракат қилмоғи зарур.

Статистика маълумотларига қараганда, шошилинич ёрдам кўпинча фалокатлар (50,7%), қориндаги оғриқлар (9,9%), нафас сиқиши (7,2%), кўкрак соҳасидаги оғриқлар (5,8%) ва қисқа муддатли хушдан кетишларда (5,2%) талаб этилади. Шошилинич ёрдам кўрсатилишидаги энг кўп қўлланувчи тадбирлар – юрак-ўпка реанимацияси (юракни бевосита уқалаш, ЎСВ, кекирдак интубацияси, венани очиш), глюкозани в/и юбориш, қон тўхтатишдир.

Шошилинич ёрдам кўрсатишнинг асосий тамойиллари

- Шифокор чақириқ бўйича зудлик билан отланиши лозим.

- Телефон орқали олинган маълумотларга асосланган ҳолда у дастлабки ташхисни қўйиши керак.
- Зарур дори воситалари, асбоблар ва ускуналар олдиндан тахт қилиб қўйилган бўлиши керак.
- Шифокор юрак-ўпка реанимациясини ўтказиши лозим.
- Шифокор жабрланувчининг ОИВ-инфекцияланган бўлиши эҳтимолини ёдида тутмоғи даркор.

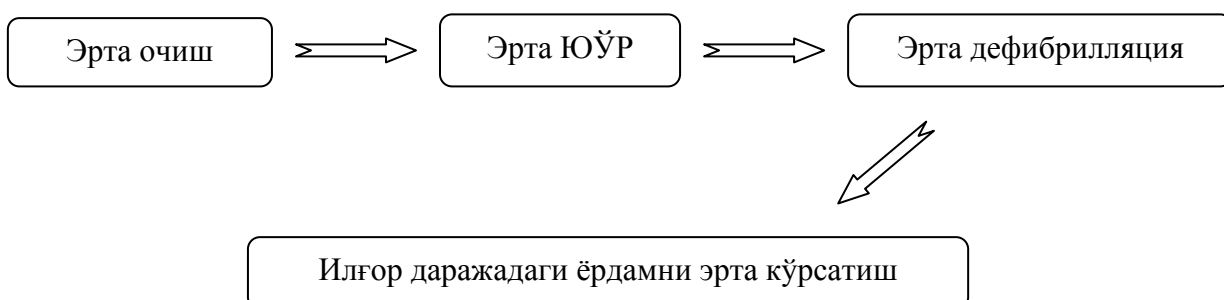
Ўн икки олтин қоида

Ташхисни тезлик билан қўйиш учун қуйидагиларни эсда тутиш керак:

1. Ҳушнинг бузилишларида биринчи навбатда гипогликемия ҳақида гумон қилиш лозим.
2. Қориндаги оғриқларда ва шокда қорин ичига қон кетишини гумон қилиш керак.
3. Кўкракдаги оғриқларда биринчи навбатда миокард инфарктини истисно қилинади.
4. Боладаги рангнинг бўзариши ҳамда нафас қисишининг жадал ошиб бориши ўткир эпиглоттит учун хосдир.
5. Шикастдан кейин қоринда пайдо бўлган оғриқларда ички аъзоларнинг шикастланганлигидан шубҳаланса бўлади.
6. Аллергияга текширганда анамнезда доимо аллергик реакцияларни истисно қилиш керак.
7. Туғруқдан кейин аёлда ноаниқ шикоятлар қайд этилиб, умумий аҳволи оғир бўлганида тушқунликдан (депрессиядан) гумон қилиш лозим.
8. Туғиш ёшидаги аёлдаги ўткир қорин оғриғида биринчи навбатда тўхтаган бачадондан ташқари ҳомиладорликни истисно қилинади.
9. Цианоз бўлганида нафас йўлларида ёт жисм мавжудлигидан шубҳаланиш даркор.
10. Тахикардия, цианоз, ўпкалар аускультациясида везикуляр нафаснинг пасайиши ва хириллашларнинг бўлмаслиги бронхиал астма хуружи учун хосдир.
11. Катта одамдаги тўсатдан ҳушдан кетиш ёки бош айланиши аритмиянинг аломати бўлиши мумкин.
12. Кучли бош оғриғида субарахноидал қон қуйилишини гумон қилиш керак.

Шошилишч ёрдам кўрсатиш

Шошилишч ёрдам кўрсатишда **Омон қолиш занжири** ҳақида ўйлаш даркор:



Пациентга ёрдам кўрсатишга ёндошув:

- Ходиса жойини баҳолаш
- ABCD бўйича бирламчи текширув
- Ҳаётга хавф туғдирувчи мавжуд ҳолатларни коррекциялаш
- Анамнез йиғиш ва физикал текширувни диққат билан амалга ошириш
- ABCD бўйича иккиламчи текширув
- Дифференциал ташхисни шакллантириш
- Барқарорлаштириш ва ёрдам кўрсатиш
- Вазиятга навбатдаги баҳони бериш

Дастлабки қадамлар – ходиса жойини баҳолаш:

- Умумий таассурот
- “A B C D” бўйича бирламчи текширув

Дастлаб биз пациентнинг ҳолати ҳақида биринчи таассуротни шакллантирамиз

Эс-хушнинг даражаси – “ХТОБХ”:

- Х – хуши батамом жойида
- Т – товуш кўзгатувчиларига жавоб беради
- О – оғриқ кўзгатувчиларига жавоб беради
- БХ – беҳуш ҳолатда

Пациент хуши жойидами?

- У тўлиқ гаплар тузиб сўзлай олаётими?
- Кароҳатли шовқинлар, стридор, билқилловчи хириллашларнинг мавжудлиги.

Пациент беҳуш ҳолатдами?

- Шикаст мажудлигида ёки унга гумон қилинганда умуртқа поғонаси бўйин қисмининг шикастланиши борлигини тахмин қилиш лозим
- Умуртқа поғонаси бўйин қисмини қўлда барқарорлаштиришга эришиш!

Ўз-ўзингизга савол беринг: пациент шошилиничи ёки шошилинич эмасми?

Нафас ҳаракати - қийинлашган, “шовқинли”, аритмик

Терида қон айланиши - кўкимтирлиги, тернинг қуйилиб келиши

Қуйидагилар ҳақида ўйлаш лозим:

- Шикастланган пациент ... шикастланиш механизми?
- Соматик пациент ... асосий шикоятлари?

Нафас йўллари ва умуртқа поғонаси бўйин қисмини қўлда барқарорлаштириш

- Мазкур босқичда бўйин фиксаторини ўрнатиш шарт эмас

Пациент беҳуш ҳолатда бўлганида – нафас йўларининг ўтувчанлигини тиклаш зарур: бошни орқага ташлаш – иякни олдинга тортиш (фақат шикаст бўлмаган ҳолларда)

Бошни орқага ташлаш –
иякни олдинга тортиш



Пастки жағни олдинга силжитиш

Умуртқа поғонаси бўйин қисминининг шикастланганлиги гумон қилинганда – пастки жағни олдинга силжитиш. Гумон қилиш керак: йиқилганда, ЙТХда, пациентнинг беҳуш ҳолатида бош, бўйин, умуртқа поғонаси шикастланишларига шубҳа бўлганида.

Нафасни баҳолаш

- «кўраяпман, эшитяпман, сезяпман»
- Агар пациент нафас олаётган бўлса, нафаснинг чуқурлигини, характерини ва сифатини баҳолаш зарур. Нафас мутаносибми ёки йўкми?
- Агарда пациент нафас олмаётган бўлса, у ҳолда ўпкаларнинг сунъий вентиляцияси (ЎСВ) ўтказилади (2 сунъий нафас олдириш)
- ЎСВда ҳаво ўпкаларга ўта олмаётган бўлса, «Нафас йўллари обструкцияси» баённомасига мувофиқ ҳаракатларни амалга ошириш.

Дастлабки баҳолаш – Қон айланиши: дастлаб пульсни текширинг: катта кишида/болада беҳуш вазиятида – уйқу артерияси; чақалоқда – елка артерияси; хуши жойида бўлган катта кишида/болада – билак артерияси; чақалоқда – стетоскоп ёрдамида аускультация. Пульснинг йўқлигида юракни бевосита уқалашни бошлаб юбориш керак! Катта кўламда қон кетишларида – унинг тўхтаб қолиши!

Дастлабки баҳолаш – неврологик бузилишлар: пациентнинг эс-хуши ва ўз йўлини аниқлаш даражасини аниқлаш. Пациентнинг эс-хуши жойидами, у ўз шахсиятини (ўзининг қимлигини билади), турган жойини (қаердалигини англапти), вақтни (шу фурсатда санани ва ҳафтанинг қайси куни эканлигини билади), бўлиб ўтганларни (у билан нима содир бўлганлигини тушунади) аниқлай оляптими?

Навбатдаги босқич – фокусланган анамнез ва физикал текширувлардан ўтказиш

ABCD бўйича иккиламчи баҳолаш: ҳоддисанинг тури билан аниқланади: шикаст оқибатида ёки соматик, асосий шикаютлар. Аммо дастлаб нафас йўлларининг ўтказувчанлигини таъминлаш ҳақида қайғуриш.

Анамнез йиғиш ва физикал текширувлар:

пациент ҳуши жойида – унинг исмини сўранг..

Пациент асосан нималарга шикают қилади? (асосий шикаютлар – “пациентда нима жойида эмас”, масалан, “менинг бошим айланяпти”)

Асосий шикаютлар

- Бошланиши – нима рўй берди, бу пайтда сиз нима қилаётган эдингиз?
- Бирорта қандайдир қўзғатувчи омилнинг мавжудлиги
- Қўзғалиш/енгиллашиши – Ҳолатни нима ёмонлаштиради-ю, нима яхшилади? Пациент бирор-бир дори препаратини қабул қилганми?
- Сифати – Специфик тасвирлаш, яъни (оғриқ) ўткир, симилловчи, ёрилиб кетаётгандек
- Локализация/Иррадиацияси – Оғриқни қаерда ҳис қилаётганингизни аниқ кўрсатинг. Оғриқ яна қаергадир узатилаяптими? Қаергалигини кўрсатинг.
- Оғирлиги – Оғриқ қай даражада ифодаланган?
- Вақт – пайдо бўлиш вақти. Оғриқ/симптомларнинг давомийлиги
- Боғлиқ симптомлар ва боғлиқ салбий текширув натижалари

Ушбу касаллик анамнези

- Патологик жараёнга жалб этилган аъзолар тизимлари, шунингдек патологик ҳолатнинг ривожланишига олиб келувчи ҳодисалар билан боғлиқ бўлган саволларни бериш лозим.
- Пациентга ҳаммасини ўз сўзлари билан гапириб беришига имкон беринг
- Очиқ тугалланувчи саволлар беринг, масалан шулар каби...
 - “Оғриқни қандай ҳис қиласиз?”
 - “Сизда яна қандайдир оғриқлар ёки муаммолар борми?”
- Бу каби саволлардан сақланиш лозим:
 - “кўкракдаги оғриқлар туфайли нафас олишга қийналмайсизми?”
 - “Оғриқ пастки жағ ёки қўлингизга тарқалмайдими?”
- Ҳаётий зарур кўрсаткичлар асосан пациентдан сўраб билиш вақтида баҳоланиши мумкин
 - Нафас олиш
 - Пульс
 - Тери
 - Қорачиқлар
 - Артериал босим
 - Пульс – Қаерда аниқлаш керак?

- Тери – ранги (пушти, бўзарган, кўкимтир, қизарган, сарғайган), тирноқ ўриндикларини, оғиз ва кўзларнинг шиллиқ пардаларини; ҳолатини – қуруқ, нам, тер билан қопланганлиги текширилади
- Ҳарорати: илиқ, аномал кўринишлари – иссиқ, совуқ, муздек
- Артериал босим: систолик ва диастолик, аускультация ёки пальпация воситасида аниқлаш

Физикал текширув: кўриқдан ўтказиш, аускультация қилиш, пайпаслаш. Стетоскоп ва фонарча билан бир қаторда кўзлар, қулоқлар ва қўлларни ишга солиш керак.

Фокусланган физикал текширув – одатда ҳодиса жойида олиб борилиб, патологик жараёнга жалб қилинган аъзолар тизимларини жадал текширувдан ўтказишдан иборат. Масалан, кўкракдаги оғриқларда: тери, кўкрак қафаси, ўпка шовқинлари ва юрак тонлари. Оёқларда шишлар, оқариш, цианоз.

Синчиклаб ўтказиладиган физикал текширув:

- Янада синчиклаб “бошдан-оёқ” текширувдан ўтказиш
- Одатда пациентни ташиш вақтида ўтказилади
- Беҳуш ҳолатдаги барча пациентларда унинг ўтказилиши мажбурийдир
- Мабодо пациент муаммонинг нимада эканлигини сизга сўзлаб бера олмаса, уни ўзингиз аниқлашингиз даркор
- Мазкур текширув ёрдамида бирор-бир яширинган шикастнинг мавжудлигини аниқлаш мумкин

Нерв тизимини текширувдан ўтказиш:

- Эс-хуш даражаси – “ҲТОБҲ”
- Оёқ-қўлларнинг дистал қисмларида мотор ва сенсор функциялари (шунингдек пульс ҳам)

Синчиклаб текшириш (ҳар доим ҳам ҳодиса жойида ўтказилавермайди)

- Калла-мия нервлари
- Оғриқ реакцияси (ўткир ёки симилловчи)
- Дискриминация нуқталари
- Қорачиқлар:
 - Қ - қорачиқлар
 - Б – бир хилда
 - Ф - фаол
 - Ё – ёруғликка нисбатан реакцияси



Ўтказилган касалликлар анамнези

- Аллергия
- Дори воситалари
- Ҳозирги ва олдинги тиббий муаммолар
- Охирги тановул қилинган овқат ёки ичимлик
- Касаллик аломатлари бошлангунига қадар сиз ўзингизни қандай ҳис қилдингиз? Кеча? Яқинда?
- Ушбу аломатлар сизда қачонлардир бўлганми?
- Шу сабаб юзасидан қачондир даволанганмисиз? Қандай?
- Дифференциал ташхисни аниқлаш
- Пациентингизда ҳаёт учун ўта хатарли қайси ҳолатлар қайд этилади?

Шу лаҳзада сиз тугатишингиз лозим.....

- ABC текширувни ўтказиш/қийин тадбирларни ўтказишни
- Асосий шикоятларни тўплашни
- Мазкур касаллик анамнезини йиғишни
- Физикал текширувдан ўтказишни (фокусланган ёки синчилаб ўтказилувчи)
- Бошдан кечирилган хасталиклар анамнезини йиғишни
- Учта (энг камида) эҳтимолий ҳолатлар ҳақида ўйлаш зарурати

Қайта баҳолаш

- Ҳолати яхшиланаяптими ёки ёмонлашаяптими? Ўтказган тадбирларимиз самара бердимиз?
- Аҳволи барқарор пациентлар ҳолатини қайта баҳолаш неча маротаба ўтказилиш керак? – ҲАР 15 ДАҚИҚАДА
- Аҳволи барқарорлашмаган пациентлар ҳолатини қайта баҳолаш неча маротаба ўтказилиш керак? – ҲАР 5 ДАҚИҚАДА
- Олиб борилган ҳар бир муолажа ва амалиётдан сўнг қайта баҳолаш ўтказилиши керак
- Олинган маълумотни ҳужжатларда акс эттириш
- Пациент ҳолатини навбатдаги баҳолаш

Қайта баҳолашнинг давом эттирилиши

Бирламчи баҳолашнинг қайта ўтказилиши чоғида зарур:

- Пациент эс-хуши даражасини қайта баҳолаш
- Нафас йўллари ўтказувчанлигига ишонч ҳосил қилиш
- Нафас частотаси ва сифатини қайта баҳолаш
- Пульснинг частотаси ва сифатини қайта баҳолаш
- Тери қопламлари ҳарорати ва ранги қандай?
- Шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиш устуворлиги ўзгармаганми?

Пациент ҳолатини навбатдаги баҳолаш

- Ҳаётий муҳим кўрсаткичларни қайта баҳолаш. Сиз аввал-бошида аниқлаган кўрсаткичлар “Асосий” деб аталади
- Пациентнинг аҳволи ўзгарган ёки йўқлигини унинг ўзидан сўранг. Масалан, шкала бўйича оғриқ 1 дан 10 гача
- Фокусланган физикал текширувларни такрорланг
- Пациент аҳволида ошилинч табиатга эга бўлган тадбирларни ўтказишни тақозо этувчи бирорта ўзгаришлар аниқланганми?

Пациент ҳолатини навбатдаги баҳолаш

Ўтказилган тадбирларнинг самарадорлигини текшириб кўриш

Тадбирларнинг пациент ҳолатига қандай таъсир ўтказади?

- Пациентнинг аҳволи яхшиланганми?
- Пациентнинг аҳволи ёмонлашганми, кўрсатилаётган ёрдам тактикаси ёки жадаллигига ўзгартиришлар киритиш зарурати мавжудми?

Мисоллар:

- Боғлов қўйилганлигига қарамай қон кетиши давом этаётир.

- Бир томонга йўналтирилган клапанли ниқобнинг кислород резервуари пучқайиб турганини сезиб қолдингиз
- Пациент орқасидаги тахта бўйлаб сирпаняпти
- Орофарингеал ҳаво ўтказгични киритишга жавобан пациентда ўхчишлар қайд этилаётир

Болаларда реанимация

асосан ҳаёт фаолиятини сақлаш

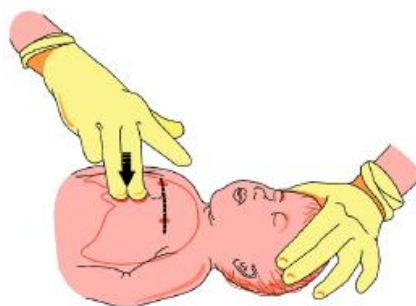
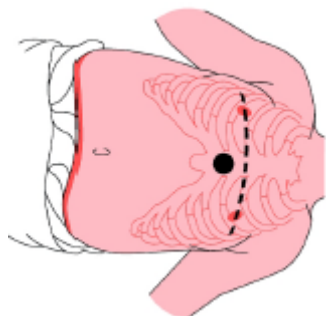
- Нафас олиш
 - эмизикли ва кичик ёшдаги болаларда ҳар 3 сонияда 1 мартаба

вентиляция

- Қон айланиши
 - эмизикли ёш: елка артерияси
 - каттароқ ёш гуруҳидаги болаларда: уйқу артерияси

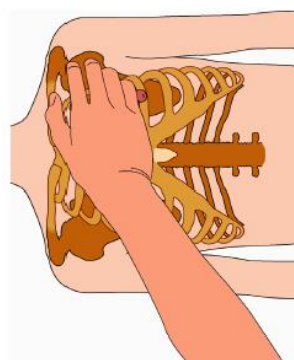
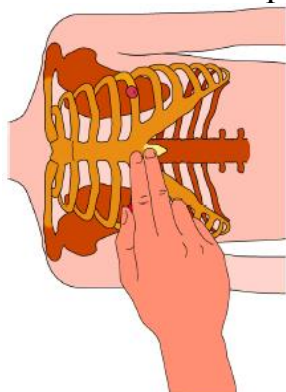
Эмизикли ёшдаги (1 яшаргача) болаларда юракни бевосита уқалаш (ЮБУ)

- Бармоқ
- Сўрғичларни туташтирувчи чизикдан 1 бармоқ эни пастрокда
- 1,5-3 см
- Дақиқасига камида 100 мартаба частота билан



1 – 8 ёшли болаларда ЮБУ

- Бир қўл билан
- Тўшнинг пастки ярми
- 2,5-4 см
- Дақиқасига 100 мартаба



1 яшаргача болалар – ЮЎРнинг 1 та қутқарувчи томонидан ўтказилиши

1. ЮЎРдан тўғри фойдаланиш
2. Ҳушнинг жойидалигини аниқлаш. 2-қутқарувчи ҳам бўлса, унга шошилиш тез тиббий ёрдамга (ШТТЁ) хабар беришни сўраш. 2-қутқарувчи бўлмаганида эса 3-қадамга ўтиш зарур.
3. Нафас йўллари очиш (бошни орқага энгаштириш – энгакни тортиш ёки пастки жағни олдинга суриш). Нафас бор-йўқлигини текшириб кўриш *
4. Кўкрак қафаси экскурсиясини кўздан кечира туриб, 2 та кичикроқ нафас олдириш, нафас олишлар оралиғида нафас чиқариш учун имконият бериш. Вентиляция давомийлиги: 1,5-2 сония.
5. Елка артериясида пульсни текшириш. Нафас бўлмай, пульс бор бўлганида ўпкаларнинг сунъий вентиляцияси (ЎСВ) ўтказиш лозим (ҳар 3 сонияда 1 та нафас олиш ёки дақиқасига 20 марта нафас)
6. Пульс бўлмаса кўкрак қафасига босишнинг 5 та циклини 1 та кичикроқ нафас олиш билан бирга (100-120 босиш/дақ) ўтказиш
7. 1 дақ ЮЎР ўтказилгач пульсни текшириб кўриш керак*. Бордию қутқарувчи битта бўлса, ШТТЁни бохабар қилиш зарур. Пульс бўлмаганида ЮЎР 5:1 ни давом эттириш керак.

* Агар пациент нафас олса ёки нафас мутаносиб тарзда тикланса, пациентни тикланиш вазиятига ўтказилиб, ҳолатини мониторинглаш керак.

Қатта ёшли киши - ЮЎРнинг 1 та қутқарувчи томонидан ўтказилиши

1. ЮЎРдан тўғри фойдаланиш
2. Ҳушнинг жойидалигини аниқлаш. ШТТЁни бохабар этиш.
3. Нафас йўллари очиш (бошни орқага энгаштириш – энгакни тортиш ёки пастки жағни олдинга суриш). Нафас бор-йўқлигини текшириб кўриш *
4. Кўкрак қафаси экскурсиясини кузата бориб, 2 та кичикроқ нафас олдириш, нафас олишлар оралиғида нафас чиқариш учун имконият бериш. Вентиляция давомийлиги: 1,5-2 сония.
5. Уйқу артериясида пульсни текшириш. Нафас бўлмай, пульс бор бўлганида ЎСВ ўтказиш лозим (ҳар 5 сонияда 1 та нафас олиш ёки дақиқасига 12 марта нафас)
6. Пульс бўлмаса кўкрак қафасига 30 марта босишни 2 та нафас олиш билан бирга олиб бориш.
7. 30:2 лик (ёки тахминан 1 дақиқалик) 2 та циклдан сўнг пульсни текширинг*. Пульс бўлмаганида ЮЎР 15:2 ни давом эттириш керак.

* Агар пациент нафас олса ёки нафас мутаносиб тарзда тикланса, пациентни тикланиш вазиятига ўтказилиб, ҳолатини мониторинглаш керак.

Пациентларни кўтариш ва кўчириш



Кўтариш техникаси:

1. Кўтаришга оид тавсиялар:

- Пациент вазнини аниқлаш – кўмак керак бўладими?
- Оёқ панжаларини керакли вазиятга букмасдан ўтказиш
- Бошқа ходимлар билан мулоқот олиб бориш

2. Замбилларни кўтариш

- Куч ишлатиб кўтариш – бармоқлар пастга қаратилади
- Куч ишлатиб ушлаш – бармоқлар юқорига қаратилади

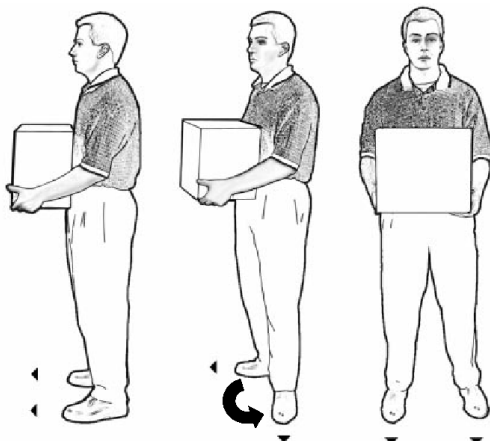
3. Кўтариш методикаси. Хавфсизлик чоралари

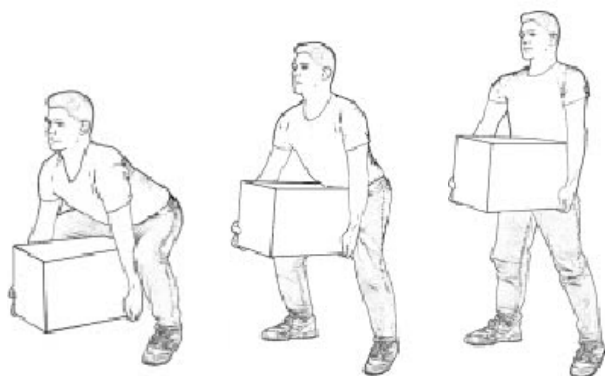
- Оёқларни ишлатиш – тиззаларида букиш
- Бел тўғриланган
- Предметни танага яқин тутиш
- Қорин мускулларидан фойдаланиш – яъни қоринни ичига ва юқорига тортиш
- Оҳисталик билан (ҳаракатларни назорат қилган ҳолда) гавдани тиклаб олиш

4. Сақланиш

- Букилишдан
- Орқани ўта даражада ёзиб юборишдан
- Пациентни танадан 45-50 см дан узоқроқда тортишдан
- Статик мускул юкламасини 1 дақиқадан узоқроқ сақлаб туришдан
- Бош узра тортиш ёки итаришдан

Тана механикаси:





Кўчириш методикаси:

Бош узра кўтариш

бир қўллаб кўтариш



1 қадам орқага

иккинчи қўлни тиззага қўйиш

Пациентни кўчириш



Ўт ўчирувчи кўчириши

Бир қутқарувчи билан кўчириш

Бир қутқарувчи билан ёрдам кўрсатиш



2 ва ундан ортик кутқарувчилар



Бир кутқарувчи билан тортиш



Стулда кўчириш



Оёқ-кўлидан ушлаб кўтариш



Битта яхлит юмалатиш

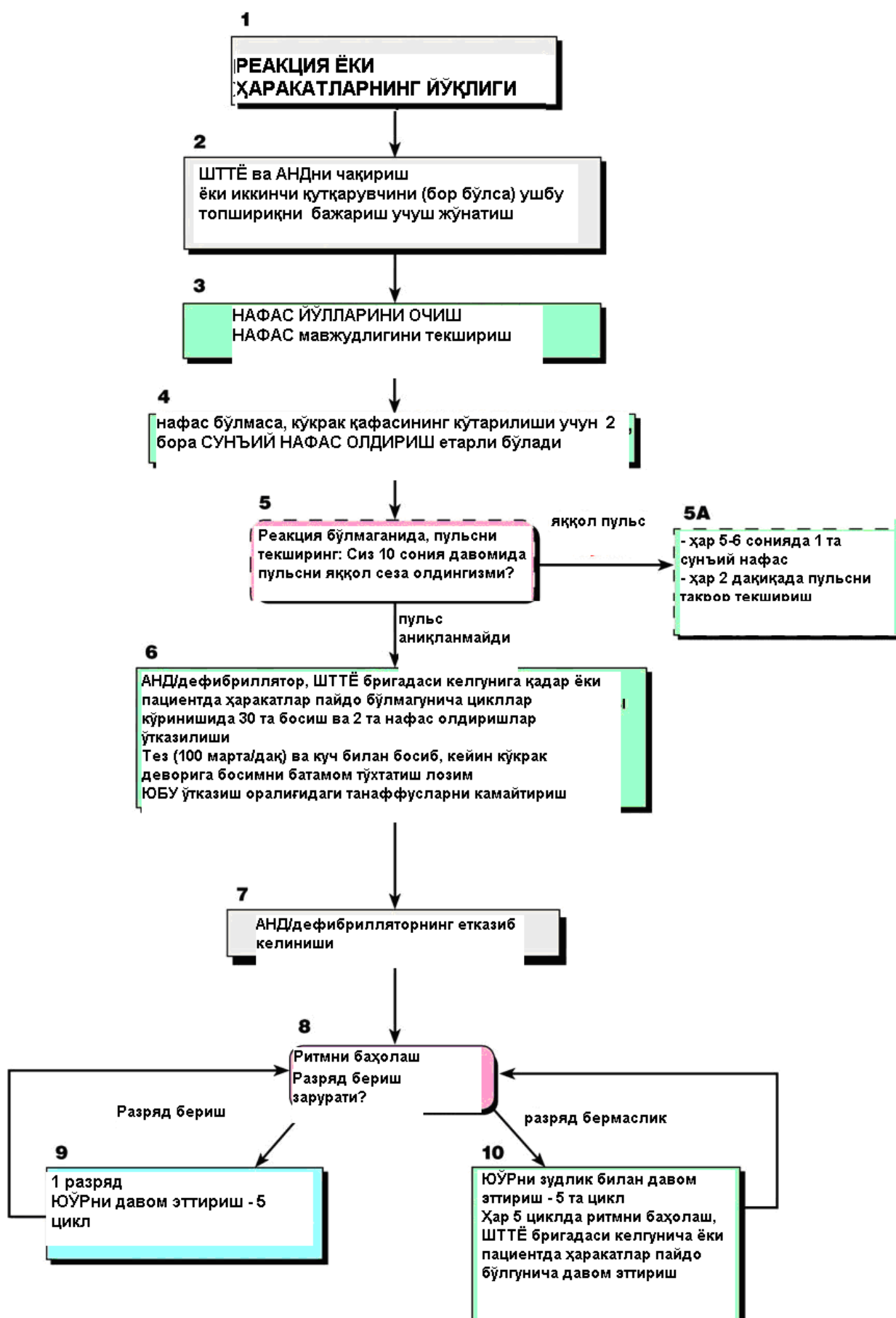
Узатиш, тортиш ва итаришга оид қоидлар

- Гавданинг орқаси фиксацияланган тик ҳолатда
 - Тортгандан кўра итарган афзал
 - Фақат кўлларнинг ўзи билан итармаслик
 - Агар пациент бел сатҳидан пастроқда бўлса, тиззаларни букиш лозим
- Ёдингизда бўлсин:
- Тортгандан кўра итарган афзал
 - Фақат кўлларнинг ўзи билан итармаслик
 - Агар пациент бел сатҳидан пастроқда бўлса, тиззаларни букиш лозим

Шошилиш кўчишлар

- Кўлланилади:
 - Фақат пациент ёки қутқарувчининг ҳаётига хавф туғилганида
 - Ёки пациентни шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиш учун кўчириш керак
- Пациентни кўчириб ўтказишдан олдин пациентда шикастланишларнинг мавжудлигини эътиборга олиш лозим
- Шошилиш кўчиришларда айримлари:
 - Кийимдан тортиш, адёлдан тортиш, ўт ўчирувчининг тортиши

ЮРАК-ЎПКА РЕАНИМАЦИЯСИНИ ЎТКАЗИЛИШ АЛГОРИТМИ



ЮЎРни ўтказишдаги хатоликлар	
ХАТОЛИКЛАР	НАТИЖАЛАР
Пациентнинг қаттиқ бўлмаган юзада ётиши	Юракни бевосита уқалашнинг самарасизлиги
Пациентнинг горизонтал бўлмаган юзада ётиши	Бордию пациентнинг боши тана сатхидан юқорида бўлса, мияга қоннинг оқиб келиши етарли бўлмайди
Бошнинг орқага букилиши – пастки жағнинг олдинга тортилиши нотўғри бажарилган	Нафас йўллари ўтувчанлигининг адекватлигига шубҳа бор
Никобни пациентнинг юзига зичлаб қўйилмаган	Самарасиз ЎСВ
ЎСВни оғиздан-оғизга усулида ўтказиш чоғида бурун катаклари зичлаб бекитилмаган ва оғиз етарлича очилмаган	Самарасиз ЎСВ
Қўллар нотўғри қўйилган ёки босишлар жойлари нотўғри танланган	Қовурғалар синиши; тўш суягининг синиши; жигар, талоқ, ўпкалар ёки юракларнинг ёрилиши, ёхуд қовурға синиши оқибатида плевранинг шикастланиши
Босишлар ўта чуқур ёки хаддан зиёд кўп	Қон айланишининг камлиги
Босишлар частотаси билан ЎСВ нисбати нотўғри	Қон оксигенациясининг етарли бўлмаслиги

Нафас йўллариининг ёт жисмдан обструкцияси

Нафас йўллари обструкциясининг сабаблари. Юқори нафас йўллари обструкцияси оғиз бўшлиғининг орқа қисми, томоқ ёки бурун йўллариининг тўсилиб қолишидир. Нафас йўллари обструкцияси нафас олганда ёт жисмнинг тортилиши ёки кучли бронхиолоспазм (астма) натижасида ривожланади. Нафас йўллари обструкциясини тил, ҳиқилдоқ устки тоғайи, ёт жисм, зарарланган тўқима ва касаллик келтириб чиқариши мумкин. Эрта аниқланиши даволаш ўтказиш учун муҳим ҳисобланади. Жабрланувчи беҳосдан нафас олишдан тўхтаб, кўкариб кетса ва ҳушини йўқотса, унда нафас йўллариининг ёт жисмдан обструкциясини (НИЁЖО) гумон қилиш мумкин.

НИЁЖОнинг 2та: қисман ва тўлиқ турлари ажратилади.

Қисман: ёт жисм томоққа тикилиб, нафас йўллариини бутунлай тўсиб қўймаган. Газ алмашинуви адекват бўлади ёки пасаяди. Адекват газ алмашинуви сақланиб қолганида пациентда кучли йўтал, улар орасидаги тўхталишларда эса – ҳуштаксимон нафас қайд этилади. Пациентнинг нафас

йўллари тозалашга қаратилган уринишларига ҳалал берманг. Паст газ алмашинуви сақланганида пациентда заиф, самарасиз йўтал, нафас олганда юқори тонли шовқин, нафаснинг қийинлашуви ва эҳтимол цианоз қайд этилади. Тактика - нафас йўллари тўлиқ обструкциясидаги каби амалга оширилади.

Тўлиқ: пациент сўзлай олиш, нафас олиш ёки йўталиш имконига эга бўлмайди. Қўллари билан томоғига ёпишади, газ алмашинуви йўқ. Заиф газ алмашинуви ёки тўлиқ обструкцияли НЙЁЖОда қоринга босиб кўрилади (Геймлих қўлланмаси). Бу қўлланмани бир неча бор такрорлаш зарур бўлиб қолиши мумкин. Уни бажариш пайтида ички аъзоларни шикастлаб қўйиш хавфи бор. Аъзоларни шикастлаб қўйиш эҳтимоллигини камайтириш учун қўлни ханжарсимон ўсиққа ёки қовурға равоғининг пастки чегарасига қўйиш ярамайди. Қўлни ушбу соҳадан пастроққа, аммо киндикдан тепароққа қўйиш лозим.

Ёрдам кўрсатиш (Пациентнинг ҳуши ўзида)



Катталарга



Ҳомиладорларга

НЙЁЖОли болаларга ёрдам тактикаси катталардаги каби бўлиб, ундан фарқи 1-8 ёшли болаларда оғизни бармоқ билан тусмоллаб тозалаш ярамайди. НЙО болаларда эпиглоттит ёки бўғма каби юқумли касалликлар чақириши мумкин, булар нафас йўллари шиллиқ пардасининг шиши билан кечади.

Стридорнинг болаларда кўзғалиш, сўлак оқиши ва йўталнинг йўқлиги билан бирга келишида **эпиглоттит** эҳтимолини тахмин қилиш мумкин

Агар болада стридор йўтал билан бирга қўшилиб келса ёт жисм аспирациясидан шубҳаланиш лозим бўлади.

Нафас йўллари механик обструкцияси тўсатдан ривожланган болага шошилинч ёрдам кўрсатиш (болада тиқилиш).

Ёт жисмни силжитишга ва олиб ташлашга ҳаракат қилиб кўринг. Аралашув характери боланинг ётишига боғлиқ. *Кичик ёшли болакайлар учун:*

- Болани қўл ёки сонингизга, бошини пастга осилтирган ҳолатда ётқизинг.
- Боланинг орқасига қўл кафтининг асоси билан 5 бора уринг.

- Агар тўсиқ жойида қолаверса, кичкинтойни айлантириб, унинг кўкрак қафасига ўрта чизик бўйлаб сўрғичлар сатҳидан 1 бармоқ эни пастрокдаги нуқтада иккала бармоқнинг силталовчи ҳаракатлари билан 5 маротаба босинг.
- Бордию тўсиқ қолаверса, у ҳолда оғиз бўшлиғида ёт жисм бор-йўқлигини текшириб кўринг.
- Заруратга кўра муолажани бир бошидан (боланинг орқасига шапатилашдан бошлаб) қайта такрорлаб чиқинг.

Каттароқ ёшдаги болалар учун:

- Ўтирган, тиззалаган ёки ётган боланинг орқасига кўл кафтининг асоси билан 5 бора уринг.
- Мабодо тўсиқ йўқолмаса, боланинг орқасига ўтиб олиб, гавдасини кўлларингиз билан қамраб олинг; бола тўш суягининг шундоққина тагида бир кўлингизни муштга тугинг; иккинчи кўлингизни эса муштумингиз устига қўйиб юқорига қиялатган ҳолда қоринга кескин босинг; бу муолажани 5 маротабагача такрорланг.
- Бордию тўсиқ қолаверса, у ҳолда оғиз бўшлиғида ёт жисм бор-йўқлигини текшириб кўринг.
- Заруратга кўра муолажани бир бошидан (боланинг орқасига шапатилашдан бошлаб) қайта такрорлаб чиқинг.

Бу тадбирлар бажарилиб бўлингач, нафас йўллариининг ўтказувчанлигини баҳолаш муҳимдир, бунинг учун:

- Кўкрак қафаси ҳаракатларини визуал баҳолаш;
- Ўпкалар аускультациясида нафас шовқинлари борлигини аниқлаш;
- Бола нафас олганида ва чиқарганида ҳавонининг ҳаракатланишини тактил сезиш лозим.

Мабодо тўсиқ бартараф этилгандан кейин навбатдаги ёрдам кўрсатиш талаб этилса, болаларга шошилиш ёрдам кўрсатиш алгоритмига мурожаат қилинг. Унда нафас йўллари ўтказувчанлигини ушлаб турилишига ҳамда асфиксияга олиб келиши мумкин бўлган тилнинг орқага кетиб қолишининг олдини олишга, то боланинг ҳолати барқарорлашгунига қадар, ёрдам берувчи кўлланмалар баён этилган.



Ёт жисм аспирацияси гумон қилинаётган болага кечроқ босқичларда ёрдам кўрсатиш. Ёт жисм аспирациясига гумон қилинганда аниқ ташхис кўйиш ва бронхоскопия ёрдамида ёт жисмни олиб ташлаш учун болани касалхонага йўлланг. Пневмония аломатлари мавжуд бўлганида ёт жисмни олиб ташлашдан олдин, худди оғир пневмония ҳолатидаги каби, даволашни амоксицилин ёки эритромицин билан бошланг.

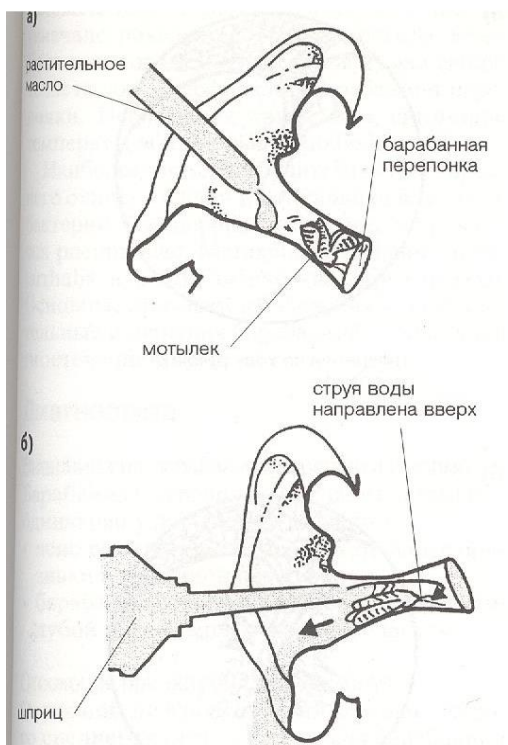
Бурун ва қулоқдан ёт жисмларни олиб ташлаш

Бурундан ёт жисмларни олиб ташлашнинг энгил усули – бурунни қоқишдир (пастки бурун йўлини ёғлангандан кейин ёки ўша ерга шўр эритмани томчилаб юборилган кейин ҳам мумкин). Агар иложи бўлмаса – тугмачали зондни ёт жисм устидан ўтказилиб, уни силжитиб чиқариб олинади. Тиқилиб қолиши ёки ҳикилдоққа ўтиб кетиш хавфи бўлганлиги учун пинцет ишлатиш таъқиқланади!

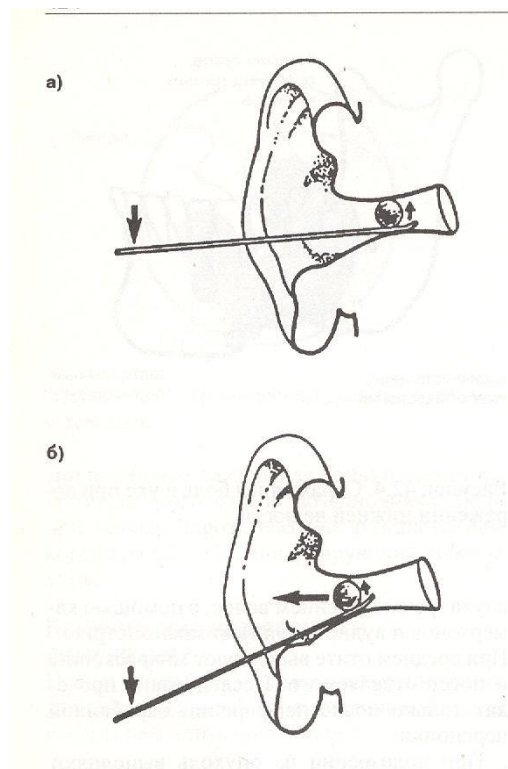
Ёт жисмларни ташқи қулоқ йўлидан олиб ташлаш

Тирик ёт жисмларни аввал қулоққа илитилган суюқ мой ёки тоза спиртни қулоққа томизиш орқали жонсизлантирилади. Ёт жисмни (олтингугурт тиқинини) олиб ташлашнинг энг содда усули – қулоқни ювиш. Сув текканда шишиб, тиқилиб қолувчи дуккаклилар бундан мустаснодирлар. Қулоқни шунингдек ноғора пардада қуруқ перфорация бўлганида ёки қулоқ йўли деворларининг шикастланишларида ҳам ювиб бўлмайди. Бордию, ювиш йўли билан ёт жисмни олиб ташлашнинг иложи бўлмаса, асбоблар билан олиб ташлашга киришилади.

Бу мақсад учун пинцет ёки қисқичлар ярамайди, чунки айниқса сирти силлиқ ёт жисмларни ичкарироққа – эшитув йўлининг торайган жойидан нарига киритиб юбориш мумкин. Одатда ёт жисмни ювиб чиқаришга интиладилар, ёки уни чиқариб олишда зонддан фойдаланадилар. Зонднинг эгилган охирини кўз назорати остида ёт жисм ортига олиб ўтилади. Ёт жисмни воронкасиз, қулоқ чиғаноғини юқорига ёки пастга, ёшга қараб яна орқага ҳам тортилиб, чиқариб олинади. Мабодо ёт жисм чуқурда жойлашган ёки тиқилиб қолган бўлса, пациентни мутахассисга жўнатиш лозим.



Ўсимлик ёғи
 Ноғора парда
 Капалак
 Сув оқими юқорига йўналтирилган
 Ташқи эшитув йўлидан ҳашаротни
 олиб ташлаш: (а) биринчи босқич; (б)
 иккинчи босқич



Ёт жисмни зонд ёрдамида олиб
 ташлаш: (а) ёт жисмни зонд билан
 кўтарилади; (б) енгил босиш орқали
 ёт жисмни думалатиб чиқарилади

Юмшоқ тўқималардаги ёт жисмларни олиб ташлаш: улар юзада жойлашиб, пайпаслана олган тақдирдагина олиб ташлаш мумкин.

Металл ёт жисмларни дастлабки рентгенологик текширувларсиз олиб ташлашга уриниш **таъқиқланади**. Бу операциядан кейин қоқшолга қарши зардоб (ёки, агар бемор фаол иммунизацияланган бўлса, фақат анатоксиннинг ўзини) юбориш **шарт**.

Зирапчаларни – инъекция учун ишлатиладиган оддий нина билан илинтириб олиб ташланади. Терини кесиш одатда талаб этилмайди.

Қоқшолга қарши махсус иммунизация қоқшолга қарши курашнинг самарали воситасидир. Уни адсорбцияланган қоқшол **анатоксинини** парентерал юбориш орқали амалга оширилади, бу ҳар 5-10 йилда анатоксин билан ревакцинациялаш шароитида организмнинг қоқшолни юқтирмаслигини узоқ йиллар давомида таъминлаб беради. Тери қопламлари ва шиллиқ пардалар яхлитлигининг бузилиши билан кечувчи ҳар қандай шикастларда, 2- ва ундан юқори даражали куйишлар ва совуқ олишларида, ҳайвонлар тишлаганида, касалхонадан ташқари абортларда, малакали тиббий ёрдамсиз, уйда тукқан аёлларга қоқшолга шошилишч специфик профилактика ўтказилиши шарт.

Эмланган кишига шошилишч иммунизация ўтказилади, фақат шундай ҳоллардаки, агар режали ревакцинациядан 5 йил ўтган бўлса – бунинг учун

АС анатоксин ишлатилади. Авваллари тўғри иммунизацияланган шахсларга, қоқшол профилактикаси учун, шикастнинг қандайлигидан қатъий назар, тозаланган адсорбцияланган анатоксиндан 0,5 мл (фаол иммунизация) юборилади. Қоқшолга қарши **зардоб** бундай ҳолларда юборилмайди.

Қоқшолга қарши эмланмаган (ёки нотўғри эмланган) одамга, шикаст олгандан сўнг дарҳол тозаланган юқори концентрацияли отдан олинган қоқшолга қарши зардобни (ёки қоқшолга қарши одам иммуноглобулини) ва АС анатоксин юбориш зарур. Қоқшолнинг профилактикасини фаол-нофаол услуб – 1 мл адсорбцияланган қоқшол анатоксини ва 300 МЕ қоқшолга қарши зардоб (ҚҚЗ) ёрдамида ўтказилади. Бу иммунизация услубида вакциналашни давом эттириш лозим. 30-40 кундан кейин 0,5 мл анатоксин юборилади. Барқарор иммунитет ҳосил қилиш учун 10-12 ойдан сўнг ревакцинация – 0,5 мл қоқшол анатоксини билан ўтказилади. Нофаол иммунизация кенг қўлланилади. Таркибида қоқшолга қарши махсус антитаналар тутувчи ҚҚЗ юборилади. Бир профилактик дозаси – жабрланувчининг ёшидан қатъий назар 3000 МЕ (1 мл). Иммунизациянинг бу усули ишончсизроқдир.

Қоқшолга қарши зардобни сезувчанликка синама ўтказилгандан сўнг юборилади. Билакнинг буқувчи юзасига суюлтирилган ҚҚЗдан 0,1 мл (1:100) юборилади. Агар 20 дақ сўнг кичикроқ қизариш зонасига эга диаметри 9 мм дан катта бўлмаган папула пайдо бўлса, синама манфий ҳисобланади. Синама салбий бўлганида суюлтирилмаган ҚҚЗдан 0,1 мл, реакция содир бўлмаса 30-60 дақ дан кейин – дозанинг ҳаммаси юборилади. Агарда тери ичи синамаси мусбат бўлса – ҚҚЗ юборилмайди. Бордию биринчи ревакцинациядан 6 ойдан ортиқ, иккинчисидан сўнг эса 1 йилдан ортиқ вақт ўтмаган бўлса, қоқшол анатоксини **юборилмайди**.

Ножўя таъсирлари. Зардоб препаратлари 0,5 мл дозада курак ости соҳасида чуқурроққа, тери остига юборилади. Баъзан эмлашлар маҳаллий ва умумий реакциялар чақиради. Маҳаллий реакцияларга инъекция соҳасидаги қизариш ва зичлашиш, умумийга – ҳароратнинг 38,0 градусгача қисқа муддатли ошиши ва ҳолсизлик киради. Буни эмлашнинг жиддий асорати деб бўлмайди, шунга қарамай, айрим вазиятларда неврологик ва маҳаллий аллергик асорат ривожланиши мумкин.

Анатоксин юборишга **мутлақ монеликлар** йўқ. Иммунотанқислик ҳолатлари ва ОИВ-инфекцияси эмлашга монелик қилмайди. Аллергик реакциялар келиб чиққанида навбатдаги дозани аллергияга қарши препаратлар замирида юборилади.

Бироқ ҳомиладорларга режали эмлашлар тавсия этилмайди. Сурункали хасталиклари бор болалар ва катталарга эмлаш ремиссия даврида, яъни касалликнинг ташқи аломатлари бўлмаганида ҳамда кўмаклашувчи даво замирида ўтказилади.

Боғлов ва шиналар қўйиш

Шиналар қўйишнинг асосий тамойиллари

Қандай шиналовчи ашё қўлланилаётганлигидан қатъий назар, шиналарни қўйишда амал қилиниши лозим бўлган умумий қоидалар мавжуд.

- Шина қўйишдан олдин қўл-оёқнинг шикастланган жойдан дисталроқдаги қисмида пульс, сезувчанлик ва ҳаракат функциясини баҳолаш даркор. Шина қўйилиб бўлингач дистал пульс, сезувчанлик ва ҳаракат фаоллигини қайта баҳолаш зарур.
- Шикастланиш жойидан юқорида ва пастда бўғимни иммобилизациялаш керак. Стабиллаштиришни шина қўйиш ва фиксациялашдан олдинроқ ўтказиш лозим.
- Кийимни ечиш ёки шикастланган жой атрофи бўйлаб уни қирқиб олиш.
- Очiq шикаст бор-йўқлигини аниқлаш мақсадида шикастланган соҳани эҳтиётлик билан баҳолаш
- Шикастланган жойдан дисталроқда кучли деформация ва кўкимтир туснинг мавжудлигида, шунингдек пульс бўлмаганида, шинани қўйиш олдидан оёқ-қўлнинг анатомик тўғрилигини пухта тракциялаш (тортиш) ўтказиш йўли билан тиклаш зарур.
- Очiq жароҳатдан чиқиб турувчи суяк синиқлари кўринганда, уларни жароҳатга қайта тўғирлаб қўйиб бўлмайди.
- Шина қўйишдан олдин, ортиқча босим ва беҳузурликнинг олдини олиш мақсадида, оёқ-қўлни юмшоқ мато билан ўраш лозим.
- Пациентни бирор жойга кўчириш олдидан шикастланган жойга шина қўйилиши керак, пациентнинг ҳаётига хавф солувчи ҳамда шошилишч кўчирилишни тақозо этувчи ҳолатлар бундан мустаснодир.
- Шикастланган жойдан пастроқдаги заргарлик тақинчоқларини ечиш зарур, чунки шишнинг авж олиши оёқ-қўлнинг сиқилишига ва янада кўпроқ зарарланишига олиб келиши мумкин.

Агар суяк-мускул тизими шикастланган пациентда, уни шошилишч тарзда кўчириб ўтказилишини талаб этувчи гуруҳга ўтказиб юборувчи шок ёки бошқа қандайдир ҳолатларнинг ривожланиши кузатилса, қўл-оёқнинг анатомик тўғрилигини тиклаш ва уни узун орқалик тахтага иммобилизациялаш даркор.

Лат ейишлар, чўзилишлар, чиқишлар, синишлар, мия чайқалиши.

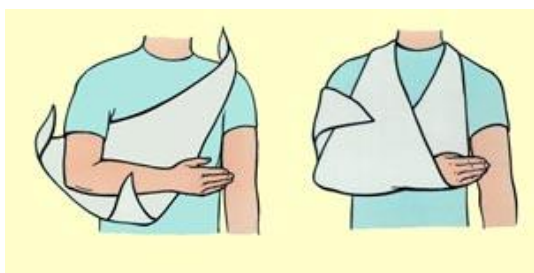
Аксарият шикастланишларнинг сабабчиси саёҳатчиларнинг нотўғри хулқ-атвори, уюшмаганлиги ва интизомсизликлари оқибатидаги турли йиқилишлар ва тушиб кетишлардир. Интизомсизлик – саёҳатнинг энг мудҳиш хатаридир. У сафарларни ўтказишнинг ўрнатилган қоидаларини менсимасликда, маршрут давомида олифтагарчилик қилиш, саёҳатчининг ёлғиз юришида, уларнинг умумқабул қилинган ахлоқий меъёрларни менсимасликларида намоён бўлади.

Лат ейишларда биринчи ёрдам. Лат ейиш ички қон қуйилиши билан кечувчи юмшоқ тўқима шикастланишидир. Лат ейишда зарб тушган жой терисига йод настойкасини суртиб, бир муддатга совуқ компресс қўйиш, ана

ундан кейин эса боғлов қўйиш тавсия этилади. Шикастланишнинг иккинчи суткасида иссиқ қўлланади. Бош, кўкрак ва қоринга зарб тушганида жабрланувчига тўлиқ осойишталикни таъминлаш, шокка қарши воситаларни бериш ва уни тиббиёт пунктига ўтказиш керак. Қорин соҳаси лат еган бўлса, жабрланувчини едириш ва ичириш таъқиқланади.



Пай чўзилиши ва узилишларида биринчи ёрдам кўрсатиш. Кескин оғрик (дастлабки пайтларда), бўғинда шиш, қонталаш ва ҳаракатларидаги оғрик шикастланишнинг аломатларидир. Шикастланган бойлам соҳасига даставвал совуқ босилади, кейин эса, яхшиси эластик бинт ёрдамида сиқувчи фиксацияловчи боғлов қўйилади. Ошиқ-болдир ва тизза бўғимларининг (саёҳатчиларнинг оёқлари қайилиб кетганида кўп учрайди) бойламлари анчагина чўзилганида шина тавсия этилади. Ичишга анальгин ёки амидопирин берилади.

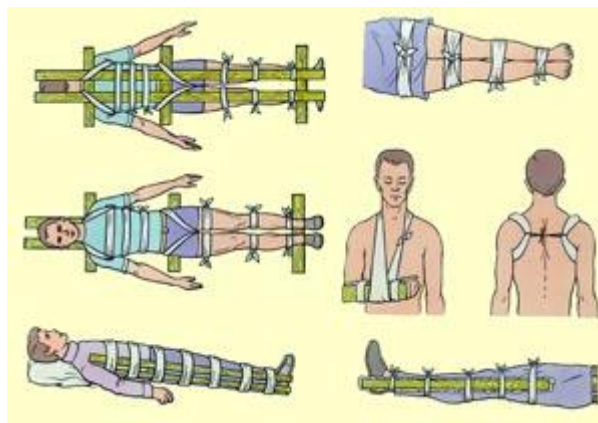


Чиқишларда биринчи ёрдам. Шина қўйиш ёки оғрик босувчи воситаларни қўллаш билан чекланади. Бўғимларни мустақил солиш тавсия этилмайди, чунки ошиқ-болдир, тизза, билак-кафт устки ва тирсак бўғимларидаги чиқишлар суяк ўсиқларининг синишлари билан қўшилиб

келади. Жабрланувчини тиббиёт пунктига кўчириш (ёки унинг қўл бўғимлари чиққан бўлса, уни кузатиб қўйиш) шартдир.

Синишларда биринчи ёрдам. Синган жойни ҳамда ундан юқори-пастда жойлашган бўғимлар соҳаларини фиксациялаш учун қўл остидаги ашёлардан ясалган шинани қўйишдан иборат. Жабрланувчига ичиш учун анальгин ёки амидопирин берилиб, тиббиёт пунктига олиб борилади. Ўрмонсиз ерларда баъзан шина учун бир тутам ўтин ҳам, таёқ ҳам топилавермаслиги мумкин. У ҳолда шикастланган қўлни гавдага, оёқни эса соғлом оёққа сиқиб бинтланади.

Очиқ синишда, шина қўйишдан ташқари, жароҳат теварагидаги терига йод настойкаси билан ишлов бериб, стерил боғлов қўйиш ва имкони бўлса қоқшолга қарши зардоб юбориш лозим. Агар саёҳатчи оғир аҳволда бўлса, шокнинг олдини олишга қаратилган тадбирларни қўллаш даркор.



Умуртқа поғонаси, калла суяги, тос чаноғи сохаларидаги шикастланишлар айниқса хатарлидир. Бунда шифокорнинг шошилич аралашуви талаб этилади, бироқ жабрланувчини даволаш муассасасига фақат тўлиқ осойишталикни таъминлагачгина (махсус замбилларда, ёғоч тахтада ва х.к.) олиб бориш даркор.

Калла суяги синиши. Бош билан йиқилганда (урилганда) ёки бошга зарб берилганда беҳушлик ҳолати, қулоқлардан ёки оғиздан қон келиши калла суяги синишини гумон қилишга асос бўлади. Бу ҳолатда биринчи ёрдам бошга совуқ нарсаларни (музли ёки совуқ сувли резина пуфак, совуқ хўллаб босишлар ва ш.к.) босишдан иборат бўлмоғи лозим.

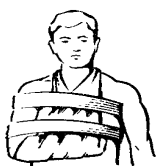
Умуртқа поғонасининг синиши. Баланддан йиқилганда ёки босиб қолишларда, агарда умуртқа поғонаси синганлигига гумон қилинса (умуртқа поғонасида кескин оғриқ, орқани бука олмаслик ва қайрила олмаслик), биринчи ёрдам қуйидагича бўлиши керак: жабрланувчини кўтармасдан, эҳтиётлик билан унинг остига тахта киритилади ёки жабрланувчини юзтубан қорнига ётқизилиб, айлангириш ёки кўтаришда унинг гавдаси букилиб кетмаслигини (орқа мияни шикастлаб қўйишдан сақланиш учун) кузатиб туриш керак.

Ўмров суяги синиши ва чиқиши. Аломатлари – ўмров соҳасида оғриқ ва яққол ифодаланган шиш.

Биринчи ёрдам: а) шикастланган томондаги қўлтиқ остига пахта, дока ёки бирорта мато уюмини қўйинг;

б) тирсақда букилган қўлни тўғри бурчак остида танага бинтлаб қўйинг (расм); касал қўлдан орқа томонга бинтлаш керак;

в) қўлни тирсагидан пастда бўйинга рўмолча билан осиб қўйинг (рўмолчанинг шакли расмда келтирилган);



Ўмров синиши ёки
чиқишида
қўйиш



Рўмолча шакли

боғлов

г) шикастланган соҳа устига совуқ нарса қўйинг (музли ёки совуқ сувли резина пуфак ва бошқ.).

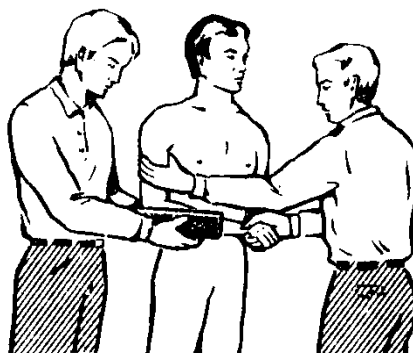
Қўл суяклари синиши ва чиқиши. Белгилари – суяк бўйлаб оғриқ, қўлоёқнинг нотабий шакли, бўғим бўлмаган жойда ҳаракат борлиги (синганда), шиш.

Биринчи ёрдам: дорилар қутисидан сақланувчи мос шиналарни қўйинг (расм). Мабодо улар бирор сабаб туфайли бўлмаса, худди ўмров синганидаги каби, қўлни бўйинга рўмолча билан осиб, кейин қўлтиқ остига болишча қўймасдан, уни танага бинтланади. Агар қўл (чиққанда) танага яқинлашмаса, қўл билан

тана орасига бирор юмшоқ нарса (масалан, кийим, қоғоз ва ҳ.к. дан бўҳча қилиб қўйилади).



Елка суяги синганида шина қўйиш (стрелка елкани чўзишда босим йўналишини кўрсатади).



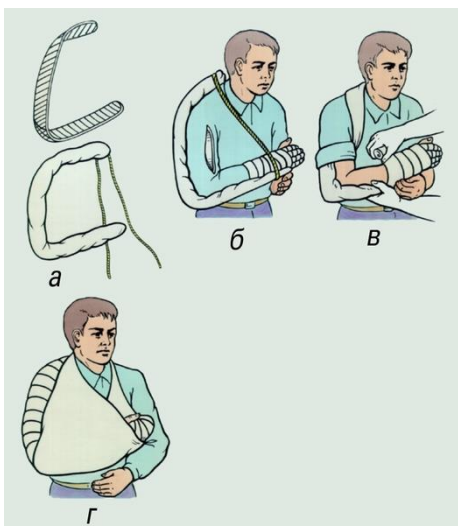
Билакдаги синишларда шина қўйиш (стрелка елкани чўзишда енгил босиш йўналишини кўрсатади).

Шикастланган жойга совуқ нарса қўйинг. Бинт ёки рўмолча бўлмаганида қўлни камзулнинг этагидан осиб қўйиш мумкин (расм).

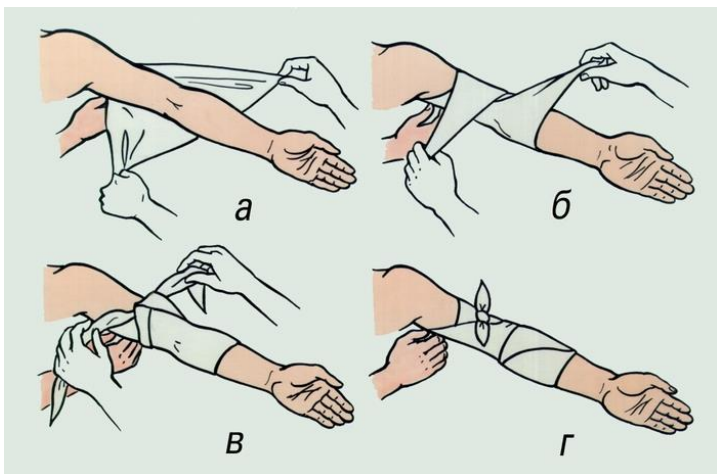
Қўл панжаси ва бармоқлари суяклари синиши ва чиқиши. Қўл панжаси суяклари синиши ёки чиқишига гумон қилинганда қўлнинг суягини кенг (кафт кенглигидаги) шинага шундай бинтлаш керакки, шина билакнинг ўртасидан бошланиб, бармоқларнинг учигача етсин. Шикастланган қўл кафтига аввалдан пахта, бинт ва ш.к. уюмини бармоқлар бироз букилиб турадиган қилиб қўйилади. Шикастланган жойга совуқ нарса қўйиш керак.

Оёқнинг синиши ва чиқиши. Белгилари – суяк бўйлаб оғрик, шиш, қўл-оёқнинг нотабиий шакли, бўғим бўлмаган жойда ҳаракат борлиги (синганда).

Биринчи ёрдам: бемор оёқни шина, фанерли пластинка, таёқ, картон ёки шунга ўхшаш бошқа нарса билан шундай мустаҳкамлаш керакки, пластинканинг бир учи чанокнинг чеккасидан чиқиб қўлтиққача, бошқа учи товонгача етсин (расм). Ички шина човдан товонгача боради. Бу билан оёқнинг батамом қимирламаслигига эришилади. Шинани иложи борича оёқни кўтармасдан, уни жойида ушлаб туриб қўйиш керак, боғловни бел, тизза ёки товон остидан таёқча билан сурилади. Шикастланган жойга совуқ нарса қўйиш керак.



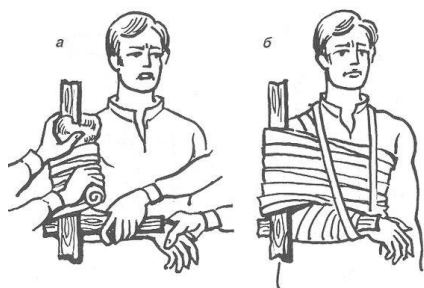
Елка ва тирсак бўғими шикастланишларида имобилизациялаш:
 а — нарвонсомон шинани тайёрлаш; б — шина қўйиш; в — шинани бинт билан фиксациялаш; г — қўлни қийиқча билан осиб қўйиш.



Тирсак бўғимига қийиқчали боғлов қўйиш: а, б, в, г — боғлов қўйиш боқичлари

Шиналарни қўйиш қодалари

Шиналарни қўйишда нафақат синган жойни, балки синиш жойидан юқори ва пастда жойлашган бўғимларни ҳам фиксациялаш зарур. Эҳтиётлик билан қўйиш талаб этилади. Қўйишдан олдин тери остидан билиниб турган суяк бўртиқларига пахта қатлами ёки юмшоқ мато қўйиш лозим. Қўл панжаси суякларининг синишларида шинани панжа ва билакнинг кафт юзаси бўйлаб бармоқ учларидан то тирсак бўғимигача қўйиш керак бўлади; бармоқлар ярим букилган вазиятда фиксацияланиши учун уларнинг остига кичикрок юмшоқ болишча қўйиб қўйилади. Билак суяклари синишларида шина тирсак бўғимида 90° ли бурчак остида букилган ва бинт билан фиксацияланган қўлнинг орқа юзаси бўйлаб бармоқлардан бошлаб қўйилиши керак.



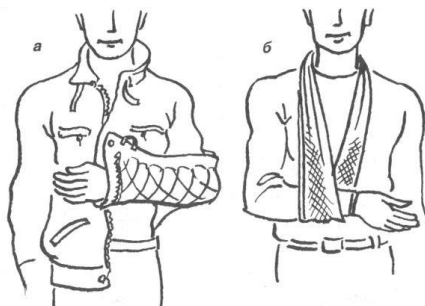
Билак, елка суяклари синишларида шина кўйиш босқичлари:

а – кўл остидаги воситалар билан иммобилизациялаш; б – кўлни бинт билан кўкрак қафасига фиксациялаш

Елка суяги синишларида билак-кафт устки, тирсак ва елка бўғимларини фиксациялаш зарур. Шинани билак ва елканинг орқа юзаси бўйлаб тирсак бўғимида 90° ли бурчак остида букилган кўлга бармоқлардан то қарама-қарши елка бўғимигача кўйилади. Шина бўлмаганида кўлни қийикчага солиб, иккинчи қийикча билан уни гавдага фиксацияланади (расм). Бинт ёки камзулнинг этаги билан иммобилизациялаш ҳам мумкин.



Кўлни қийикча ёрдамида фиксациялаш босқичлари

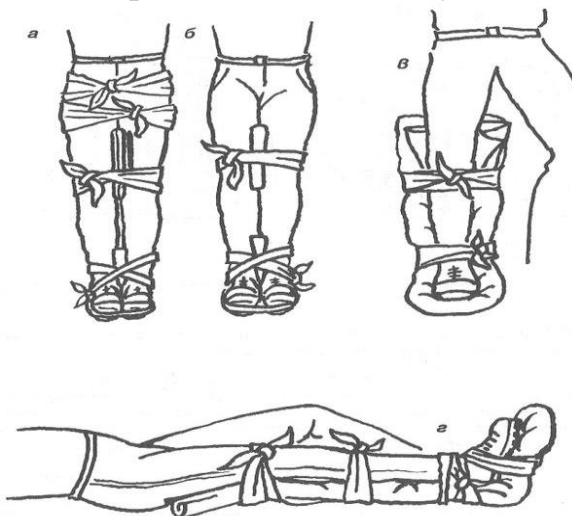


Кўлни шиналаш; а – камзулнинг этаги билан; б – бинт ёрдамида

Оёқ панжаси, тўпиклар ва болдирнинг пастки учлиги синганда шинани панжанинг кафт юзаси ва болдирнинг орқа юзаси бўйлаб бармоқлардан бошлаб то болдирнинг юқори қисмигача кўйилиши лозим, бунда панжа болдирга 90° ли бурчак остида бўлиши керак.

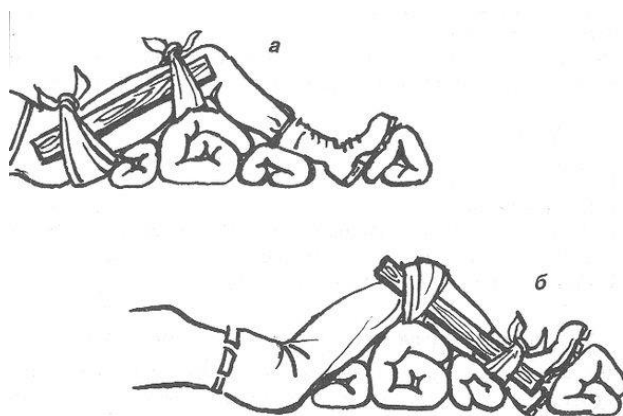
Болдирнинг ўрта ва юқори қисмлари суяклари ҳамда сон суяги синишларида ошиқ-болдир, тизза ва чаноқ-сон бўғимларини фиксациялаш зарур, фиксация учта шина ёрдамида амалга оширилади. Бири оёқ панжасининг кафт юзаси, сон ва болдирнинг орқа юзаси бўйлаб бармоқлардан бошлаб соннинг юқори қисмигача, иккинчиси – панжа, болдир ва соннинг ички юзаси бўйлаб,

учинчиси – оёқ ва гавданинг ташқи юзаси бўйлаб панжадан то қўлтиқ остигача қўйилади. Шиналар бўлмаганида шикастланган оёқни тўғриланган соғлом оёққа бинтланади, у ушбу вазиятда шина вазифасини ўтайди, адёлдан ясалган юмшоқ шина билан фиксациялаш ҳам мумкин.



Оёқ суякларининг синишларида шиналаш: а – сон суяги синишида; б – болдир синишида; в, г – болдир синишларида адёлдан қилинган юмшоқ шина ёрдамида (юқори ва ёндан кўриниш)

Сон, болдир синишларида импровизацияланган шиналарни қўллаш мумкин. Сон суяги синишида бундай шина жабрланувчини узок масофага ташиш учун етарли бўлмайди.



Импровизацияланган шиналар: а – сон суяги; б – болдир синишларида

Ошиқ-болдир бўғими бойламлари чўзилганда шинани оёқ панжасининг кафт юзаси ҳамда болдирнинг орқа юзаси бармоқ учларидан то болдирнинг юқори кисмигача қўйилади. Панжа болдирга нисбатан 90° бурчак остида бўлиши керак. Тизза бўғими бойламларининг чўзилишида шина оёқнинг орқа юзаси бўйлаб ошиқ-болдир бўғимидан думбагача қўйилади.

Қон кетиши ва уни тўхтатиш усуллари

Қон кетиши – организмнинг қон йўқотиши. Ташқи ва ички бўлиши мумкин.

Қон кетиш турлари – артериал, веноз, капилляр. Ўткир ва сурункали.
Кечиш оғирлиги қон кетишининг жадаллигига боғлиқ.

Ошқозон-ичак қон кетиши (юқори бўлимадан)

Сабаблари: пептик яра, гастритлар, қизилўнғач веналарининг варикоз кенгайиши, дори воситалари (НЯҚВ, стероидлар, антикоагулянтлар), эзофагитлар, ошқозон ва қизилўнғач раки, гемангиома, қон касалликлари, бурундан қон кетишларида қонни ютиб юбориш. *Бошқалар:* анамнезда - алкоголь, жигарнинг сурункали касалликлари.

Хос белгилари: қон қусиш, мелена (ўзига хос ҳидли қора ёпишқоқ ахлат, қатронсимон ич келиши).

Ошқозон-ичак қон кетишлари (пастки бўлимадан)

Сабаблари: дивертикулитлар, колитлар (юқумли ёки яллиғланишли), йўғон ичак полиплари ёки ўсмалари, бавосил, орқа тешик дарз кетиши, ангиодисплазия, гемангиома, қон касалликлари, ошқозон-ичак йўли юқори бўлимадан қон кетиши.

Хос белгилари: тўғри ичак ва нажасда янги қизил қоннинг пайдо бўлиши.

Кўриқдан ўтказиш

Ўткир босқичда диагностик белгилари: эсинг оғиши, ланжлик, мўл ёпишқоқ тер, терининг мармарсимон тусдалиги, оғриқ, айланувчи қон ҳажми (АҚХ) – юрак қисқаришлари частотасининг (ЮҚЧ) тўсатдан кўтарилиши; АБ – ортостатик гипотония, ётган ҳолатда артериал гипотония, шок, аъзоларнинг ишемик бузилишлари.

Тактика

- Пациентни зудлик билан касалхонага ётқизишга тайёрлаш.
- Тез ёрдам келгунига қадар гувоҳлар/қариндошлардан қон кетиш сабабларини ойдинлаштириш учун анамнез йиғишга ҳаракат қилинг.
- Анамнез ва кўриқ маълумотларига кўра қон кетиш оғирлигини баҳоланг.
- Агар ошқозон-ичак йўлининг (ОИЙ) юқориги қисмидан қон кетаётганлигини ёки ОИЙ пастки қисмидан кучли қон кетишини гумон қилсангиз, у ҳолда:
 - Беморни полга ётқизиб, оёғини 20-30 см гача кўтаринг (масалан, оёқларни ёстикқа)
 - в/и га тушишни таъминланг
 - кислород
 - плазма, суюқликларни в/и юбориш
 - иложи борича тезроқ касалхонага ётқизиш

Қорин аортаси аневризмасининг ёрилиши

Ўлим 90% гача. АБ пасайиб кетган, қоринда атипик оғриқлар ва айниқса пульсацияловчи абдоминал масса мавжуд бўлганида, ҳар қандай пациентда гумон қилиш мумкин.

Тактика

- Парентерал юбориш учун в/и га тушишни таъминлаш
- Шошилиш касалхонага ётқизиш
- Ноҳуш оқибатлар ҳақида қариндошларни бохабар этиш

Бурундан (эпистаксис), қулоқлардан ёки оғиздан қон кетиши

Одатда бурун тўсиғи соҳасидаги қон томирнинг ёрилиш натижасида содир бўлади.

Сабаблари:

- Шикастга оид: калла-мия шикасти – калла, юзнинг шикастланиши; бармоқдан шикастланиш – бурунни кавлаш натижасида.
- Соматик: синуситлар, юқори нафас йўллари инфекциялари, гипертензия, қон ивишининг бузилиши.
- Кексаларда: артерияларнинг дегенератив касалликлари; АБнинг кўтарилиши; бурунни кавлаш, ўткир тумов, аллергия ринит, телеангиэктазия, ўсмалар. Кўпинча сабаби аниқланмай қолади.

Клиникаси. Кўпинча болаларда учрайди. Бунда, аксарият ҳолларда – улар унчалик ифодаланмаган ва ўз-ўзидан ўтиб кетади. Тахминан 90% ида - олд бурундан қон кетишлари Киссельбах зонасидан келиб чиқади. Оқибати яхши. Осонлик билан коррекцияланади ва назорат қилинади. Кексаларда бурундан қон кетишлари кўпинча орқа томондан бўлиб, қийинчилик билан даволанади. Гемофилияли беморларда бурундан қон кетишлари ондо-сонда кузатилади, у ҳам бўлса Виллебрандт касаллиги (қон ивишининг туғма патологияси) мавжуд беморлардан фарқли равишда, шикастлар оқибатида келиб чиқади.

Анамнез йиғиш

- Қон кетишининг бошланиши ва давомийлиги.
- Такрорланиш частотаси ва йўқотиладиган қон ҳажми.
- Бурундан ажралмалар кўпайганми ёки йўқлигини суриштиринг, унинг ранги, характери ва миқдорини аниқлаштириб олинг.
- Бурун битиши борми, унинг характери (бир томонлама ёки икки томонлама, ўткир ёки сурункали)
- Аввалги эпизодлар, уларнинг миқдори ва даволаш
- Қон патологияси борми

Шифокор тактикаси

Калла синиши ёки бошқа калла-мия шикастлари каби шикастланишлар натижасида бурун ёки қулоқлардан қон кетиш ҳолларида оқиб чиқаётган қонни тўхтатишга *ҳаракат қила кўрманг*. Қон кетишини тўхтатишга уриниш калла ички босимининг ошишига ва кейин янада кўпроқ муаммолар келиб чиқишига олиб келиши мумкин. Аксинча, гигроскопик боғлов қўйиш йўли билан қонни йиғиб олишга интилиш лозим, бу калла ички босимини пасайтириш баробарида инфекция манбаларини чегаралашга ёрдам беради.

- Агар бурундан қон кетишлари бошқа сабаблардан бўлса, кўрсатиладиган ёрдам қуйидагича:

⇒ Пациент антикоагулянтлар, аспирин, НЯҚП (ностероид яллиғланишга қарши препаратлар) қабул қилган/қилаётганлигини аниқланг

⇒ Пульс ва АБни ўлчанг. Шок ёки нафас йўллари ўтувчанлигининг бузилиш белгилари бор-йўқлигини баҳоланг.

- Аксар қон кетишларни қуйидагича тўхтатиш мумкин:
 - Бурун катакларини бурун тўсиғига оҳиста босинг ва уни 10-15 дақиқа ушлаб туринг. Бунда бошни олдинга эгинг.
 - Муз парчасини (агар бўлса) қаншарга қўйиш мумкин.
 - Пациентни ўтирғизиб қўйиш ва биров олдинга энгаштириш (агар қоннинг ошқозонга оқиб тушишига йўл қўйиб берилса, қайт қилиш хавфи кучайиб, аспирация ривожланиши ва босимнинг кўтарилиши оқибатида бурундан қон кетиши давом этиши мумкин)
 - Кейин, агар қон кетиши тўхтамас ва қуйқа ҳосил бўлмаса, қуйидагиларни бажаринг:
 - Бурун йўлига 1:1000 ли адреналин билан ҳўлланган дока тампонни киритинг
 - Томирлар спазмга учраши учун қон кетиш зонасини босиб ушлаб туринг
 - Бу ҳам ёрдам бермаса охирида
 - Шилли пардани лидокаиннинг 4% ли эритмаси билан анестезия қилинг (пахтали шарчани ҳўллаб, бир неча дақиқага бурун йўлига киритинг)
 - Қон кетиш жойини кумуш нитрат таёқчаси билан куйдириг
 - Такрор ифодаланмаган бурундан қон кетишларида режали тарзда мутахассисга юборинг
 - 30 дақиқадан зиёдроқ давом этувчи кучли қон кетишида зудлик билан шошилишч ёрдам марказига – ЛОР-шифокорига жўнатинг.

Кичик қон кетишларида пациентни ёрдам кўрсатиш тадбирларига ўргатинг
Пациентларга уйдаги ҳаво намлигини, айниқса қиш вақтларида, оширишни маслаҳат беринг

Бурун йўллари қуруқлашганда мойлаш учун ва қатқалоқларни кўчириб тушириш учун вазелиндан фойдаланишни маслаҳат беринг. Қайта ташриф: шикастланиш ва яллиғланиш ҳолларида кўрсатилмаган.

Ички қон кетишлари

Ички қон кетишлар кейинроқ шок ва ўлим ривожланиши билан туговчи кучли қон кетиши кўринишида юзага чиқиши мумкин. Ички аъзоларнинг шикастланиши одатда яширин кучли қон кетиши ривожланишига олиб келади. Сон ва чаноқ соҳасидаги синишлар ҳам ўта кучли ички қон кетишига олиб келиши мумкин. Масалан, соннинг ёпиқ синишида қон йўқотиш 1 литргача бориши мумкин, чаноқ синишларида эса қон йўқотиш ҳар бир синиш жойига кўра 500 мл ни ташкил қилади. Ички қон кетиши мавжудлигига гумон шикастланиш механизмига, шунингдек клиник аломатлар ва симптомларга асосланмоғи лозим. Ички қон кетишининг аломатлари ва белгилари: АБнинг пасайиши, тери қопламларининг бўзариши, пульснинг тезлашиши, қорин бўшлиғи асимметрияси, нафаснинг тезлашиши.

Ҳомиладорлик вақтида қон кетиши

Ҳомиладорликнинг III триместрида жинсий йўллардан қон кетиши ҳомиладорларнинг тахминан 4% ида кузатилади. Қон кетиши аниқланганда шифокор унинг сабабини аниқлаши лозим. Биринчи навбатда ҳомиладор ва ҳомила учун ўта хатарли бўлган акушерлик асоратлари – плацентанинг олдинда келиши ва муддатидан олдин кўчишини истисно қилиш керак. Ҳомиладорликнинг III триместрида қон кетишларининг 50% и плацентанинг олдинда келиши ва муддатидан олдин кўчиши билан боғлиқдир. Оқибати ушбу асоратларнинг ўз вақтида ташхисланишига кўп жиҳатдан боғлиқдир. Ҳомиладорликнинг кеч муддатларидаги вагинал қон кетишлар оғриқсиз юзага чиқиши мумкин!

Аломатлари ва симптомлари:

- Қориндаги оғриқлар. Бачадон ва бачадон қисқаришларининг оғриқлилиги.
- Қон кетиши 80% да яққол, 20% да яширин.
- Оғриқ бехосдан бошланиш, доимийлик ва бачадон ҳамда орқанинг пастки қисмида локализацияланиши билан тавсифланади

Шифокор тактикаси

Шифокор қин орқали текширув ўтказмайди. Ҳомиладорни касалхонага ётқизилади. Ташиш чоғида ўтказилади:

- Ҳолатни дастлабки баҳолаш
- Анамнез ва физикал текширувлар
- Дастлабки ҳаётий кўрсаткичлар
- Аниқланган аломатлар ва симптомларга асосланган ҳолда пациентга ёрдам кўрсатиш
- Қин соҳасига гигиеник тўшамалар қўйиш
- Венани очиш, кислород

Қонни вақтинчалик (муваққат) тўхтатиш

Қонни муваққат тўхтатиш биринчи тиббий ёрдам, шифокоргача ва биринчи шифокор ёрдамани кўрсатилаётганда қўлланади.

Қон тўхтатиш турлари

- Томирга бармоқ билан босиш
- Бўғимларни букиш ва ёзиш
- Сиқувчи боғлов
- Жароҳатни тампонлаш
- Қўл-оёқни кўтариб қўйиш
- Жгут қўйиш

Ташқи қон кетишини тўхтатиш усуллари

1. *Артериядан қон кетишини тўхтатиш* (2 усулда):

- оддий: 1) қўл-оёқни кўтариб қўйиш; 2) томир тутамини топиш ва унга босиш; 3) жгут қўйиш (жгут қўйилган вақт ҳақида қоғозга ёзиб қистириш).

- *Жорш-Герше усули:* 1) кўл-оёқни кўтариб қўйиш; 2) томир тутамини топиш ва унга босиш; 3) кўл-оёқнинг орқа юзасига унинг ҳажмидан каттароқ тахтачани қўйиш; 4) жгут қўйиш (жгут қўйилган вақт ҳақида қоғозга ёзиб қистириш).
2. *Веноз қон кетишини тўхтатиш:* 1) кўл-оёқни кўтариб қўйиш; 2) томир тутамини топиш ва унга босиш; 3) томир тутами соҳасига сиқувчи боғлов қўйиш.
 3. *Капилляр қон кетишини тўхтатиш.* Қон кетаётган жойга босиш.



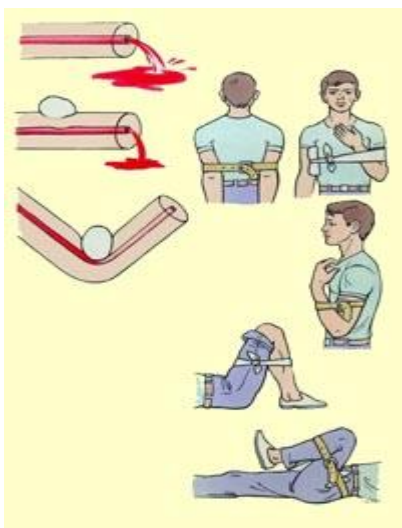
Жароҳатларда биринчи ёрдам

Катта бўлмаган кесимлар ёки тирналишларда жароҳатдан кирни водород пероксида билан хўлланган тампон воситасида олиб ташлаш, жароҳат атрофидаги терини йод ёки бриллиант кўки билан артиш, жароҳатга стрептоцид кукунини пуркаб, асептик боғлов қўйиш керак. Тирналишларни “БФ” елими билан оддийгина елимлаш ёки бактерицидли пластирни ёпиштириб бекитиш керак. Дори бўлмаганида терини бензин, сув билан совунлаб ювиб ташлаш мумкин.

Веноз ёки капилляр қон кетишида, қон жароҳатни тўлдирганида, унга индивидуал пакет ёрдамида сиқувчи боғлов қўйилади, бунда шикастланган кўл-оёқни юқорига кўтариш керак.

Артериал (пульсацияловчи) қон кетишини томирнинг жароҳатланган жойидан юқорида томирга босиб тўхтатиш мумкин.

Кўл шикастланганида – елка артериясини қисиш, оёқ шикастланганида – иккала кўлнинг бош бармоқлари билан артерияни елка суягига босиш билан. Қон оқиши тўхтамаса, жгут қўлланилади. Жгутнинг тўғри қўйилганлиги қон кетишининг тўхташи ва пульснинг йўқолиши (периферияга томон) билан аниқланади.



Жгут ўрнига қайиш, арқон, сочикдан ҳам фойдаланиш мумкин, бунда улар остига бир неча бор букланган рўмолча, дока ва ш.к.ларни албатта кўйиш зарур. Жгут оёқ ёки қўлда узоғи билан 1-1,5 соат қолдирилиши мумкин. Бу муддат ўтгач уни бўшатиш керак бўлади, бордию жароҳатдан қон кетиши тўхтамаган бўлса, уни бир неча дақиқадан сўнг яна тортиб қўйиш зарур.

Жабрланувчига қоқшолга қарши зардобни инъекция қилиш тавсия этилади, ва унинг ҳолатига қараб, яқин-атрофдаги тиббиёт пунктига кўчирилади.

Артериал қон кетишини жароҳатдан проксималроқда **артерияни яқинидаги суякка бармоқ билан босиш** орқали тўхтатилиши мумкин. Юзнинг пастки қисмидаги томирлардан кетаётган қон юз артериясини пастки жағнинг қирғоғига босиб тўхтатилади. Чакка ва пешона жароҳатидан кетаётган қонни кулоқнинг олдида артерияни босиш орқали тўхтатилади. Бош ва бўйиннинг катта жароҳатларидан кетаётган қон уйқу артериясини бўйин умуртқаларига сиқиш йўли билан тўхтатилиши мумкин (умумий уйқу артериясини VI бўйин умуртқасининг кўндаланг ўсимтасига узуксимон тоғай ёки тўш-ўмров-сўрғичсимон мускули ўртаси сатҳида босилади). Қўлтиқ ости ва елка артерияларидан қон кетишида ўмров ости артериясини суякка ўмров устки чуқурчасида (ўмроқ устки чуқурчасининг ўрта қисмида I қовурғага) сиқиб қўйиш орқали тўхтатилади. Билакдаги жароҳатлардан қон кетишини елка артериясига елканинг ўрта қисмида (елка суягига) босиш билан тўхтатилади. Қўл панжаси, бармоқлар жжароҳатларидан қон кетиши панжага яқин жойда билакнинг пастки 1/3 қисмида иккала артерияни сиқиб қўйиш билан тўхтатилади. *Қўлтиқ ости артериясини* — қўлтиқ ости чуқурчасида елка суягининг бошчасига, *билак артериясини* — билакнинг билак эгатида босилади.

Қорин аортаси — умуртқа поғонасига муштум билан босилади. *Сон артерияси* — қов суягининг горизонтал шохига чов бойлами тагида унинг ўртасида босилади.

Тақим артерияси — бўғимда букилган ҳолатда сон суягининг дистал қисмига орқадан олдинга қарата босилади. *Оёқ панжаси орқа артериясини* биринчи бармоқлараро ораликка сиқилади.

Қон кетаётган томирни бармоқлар билан қисишни етарлича куч билан амалга ошириш лозим.

Бўғимларда максимал **букиш ёки ёзиш**. Муваққат қон тўхтатиш қўл ёки оёқни бўғимларида максимал букиш йўли билан амалга оширилиши мумкин.

Ўмров ости, қўлтиқ ости ва елка артериялари жароҳатларида иккала тирсакни иложи борича тана орқа томонига қараб узоклаштирилади. Сон артерияси жароҳатида сонни қоринга яқинлаштирилади, оёқ тизза бўғимида букилади ва фиксацияланади. Ўмров ости артерияси жароҳатида оёқ тиззадан букилади. Болдирни сонга фиксацияланади.

Жароҳатни тампонлаш. Усул капилляр, веноз, паренхиматоз қон кетишларида қўлланиши мумкин. Баъзан тампонлаш қонни батамом тўхтатиши ҳам мумкин.

Босувчи боғлов веноз ва капилляр қон кетаётган жароҳатларга, бош ва бўйиндаги кучли қон кетишларида қўйилади.

Оёқ-қўлнинг кўтарилган ҳолати веноз қон кетишларида самара беради.

Қон кетишини бармоқлар билан ёки қўл-оёқни бўғимларда букиш ёрдамида тўхтатиш. Қонаётган томирни суякка жароҳатдан юқорида (тана яқинида) бармоқлар билан қисиш орқали артериал қон кетишини тезда тўхтатиш мумкин.

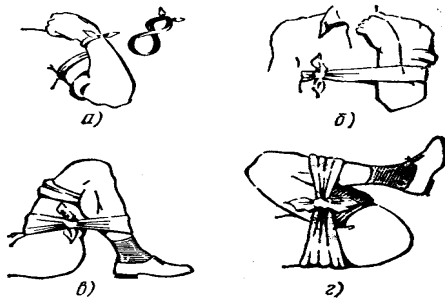
Қон томирларни энг қулай жойлари ва усуллари:



Томирлардан қон кетишида олиб келувчи артерияларни босиш жойлари ва усуллари:

- 1 — юзда;
- 2 — пешона ёки чаккада;
- 3 — бўйинда;
- 4 — қўлтиқ остида;
- 5 — билакда;
- 6 — қўл панжасида;
- 7 — сон ёки болдирда;
- 8 — оёқ бармоқларида.

Бармоқлар билан босишга қараганда, **қўл-оёқни бўғимларида букиш орқали** қон кетишини тезроқ ва ишончлироқ тўхтатиш мумкин (расм). Бунинг учун жабрланувчининг енгларини ва почаларини тезда шимариб, ҳамда исталган матони думалоқлаб, уни жароҳатдан юқоридаги бўғимни букканда пайдо бўлувчи чуқурчага киритилгач, бўғимни шу мато устида охиригача букилади. Бунда букилма бўйлаб ўтувчи, жароҳатга қон берувчи артерия сиқилади. Бундай ҳолатда оёқ ёки қўлни чирмаб ташлаш ёки жабрланувчининг танасига боғлаб қўйиш мумкин.



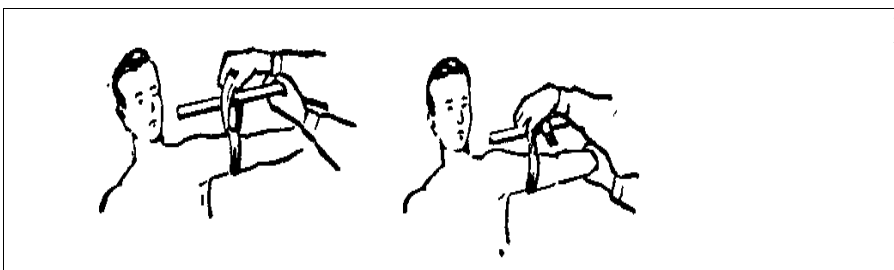
Қон кетишида юкоридаги томирни букиш:

а — билакдан; б — елкадан; в — болдирдан; г — сондан.

Артериал қон кетишини **жгут ёки бураб кўйиш** орқали тўхтатиш. Бўғимда букиш қўлланиб бўлмайдиган ҳолатларда (масалан, ўша қўл ёки оёқда бир вақтнинг ўзида синиш бўлса, ампутацияларда), кучли артериал қон кетишларда қўл-оёқни жгут билан сиқиб кўйиш мумкин (расм).



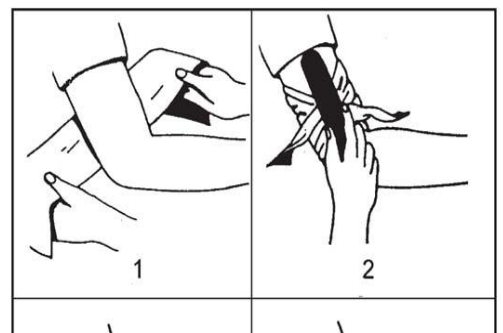
Бирорта қайишқоқ, чўзилувчан матодан, резина найча ёки тасмадан ва ш.к.лардан жгут сифатида фойдаланса бўлади. Жгут кўйилишидан олдин қўл ёки оёқ бироз кўтарилган бўлиши керак. Жгутнинг кўйилиши нерв поялари, мускуллар ва томирларнинг қайтмас ўзгаришларига олиб келиши, бу эса ўз навбатида, қўл-оёқдан ажралиб қолишга сабаб бўлиши мумкин. Мабодо қўл остида бирорта ҳам чўзилувчан тасма бўлмаса, қўл-оёқни галстук, буралган рўмолча ёки сочиқ, арқон, қайиш ва ш.к. чўзилмайдиган матодан қилинган “бурама” билан қисиб кўйиш мумкин (расм). Бурама ясалган матони кўтарилган қўл ёки оёқнинг тўшама солинган тевараги бўйлаб ўтказилиб, унинг ташқи тарафида тугиб кўйилади. Бу тугунга (ёки унинг тагига) таёқча кўринишидаги бирорта қаттиқ жисмни киритиб, уни қон тўхтагунига қадар буралади. “Бурама”ни ҳаддан зиёд тортиб юбориш ярамайди. Керакли даражагача буралгач, таёқчани ўзича бўшалиб кетмайдиган қилиб боғлаб кўйилади (расм).



Бурамани кўйиш

Жгут кўйиш қоидалари:

Эни 10 см ли 6-8 қават қилиб тахланган бинтдан фойдаланилади. Уни қон кетаётган жойдан проксималроқда, иложи борича қўл-оёқнинг дисталроқ қисмида, унинг тевараги бўйлаб



икки мартаба айлангириш керак.

Бинт тугун тугилиб, тугунга таёк ёки шохни кўйилади.

Таёк устидан учларини квадрат тугун солиб боғланади.

Таёқни қон тўхтагунигача буралади.

Қон тўхтагач таёқни фиксациялаб кўйиш лозим.

Жгут кўйилган вақтни қайд этиб кўйилади.

Жгут ишлатилганда эҳтиёт чоралари:

- Энли бинтдан фойдаланиш ва пухталаб фиксациялаш зарур.
- Тери ва остидаги тўқималарни қийиб кириб кетадиган чилвир, арқон, қайиш ёки бошқа шу каби матолардан мутлақо фойдаланмаслик лозим.
- Жгут доимо кўз остида – кўриниб туриши керак.
- Жгутни бўғимларга кўйиб бўлмади.
- Тонометрнинг доимий ҳаво пуфланиб турувчи манжеткасини қон тўхтагунигача жгут сифатида ишлатилса бўлади.

Веноз қон кетишида сиқувчи боғлов кўйиш

Мақсад: веноз қон кетишини тўхтатиш

Кўрсатмалар: юмшоқ тўқималар шикастлангандаги веноз қон кетишлари

Асбоб-анжомлар: 1% ли йодонат эритмаси солинган флакон, стерил салфеткалар, бинт, момик ёки индивидуал боғлов пакети, лоток, қайчилар, пинцетлар (3 дона), резина кўлқоплар, дезинфекцияловчи эритма солинган идиш.

Ўтказилувчи қадамлар:

№	Тадбир
1	Резина кўлқоп кийиш
2	Жароҳат ва унинг теварагидаги тўқималарни кўздан кечириш
3	Жароҳат атрофидаги терига 1% ли йодонат эритмаси билан икки бора (марказдан периферияга қараб) ишлов бериш
4	Пинцетларни алмаштириш
5	Жароҳатни 1% ли йодонат эритмаси билан (ҳўлловчи ҳаракатлар билан) артиш
6	Жароҳатга пинцетлар ёрдамида стерил салфеткалар, устидан бинт ёки зичлаб ўралган гигроскопик пахта ёпиш
7	Боғлов матосини (бинт ёки пахтани) бинтли боғлов билан фиксациялаш
8	Кўлқопларни ечиш ва уларни дезинфекцияловчи эритма солинган идишга ташлаш

Чок кўйиш ва уни олиб ташлаш, жароҳатга ишлов бериш ва уни боғлаш. Кўникма:

- жароҳат сабабини аниқлаш ва жароҳат оғирлигига тўғри баҳо бериш

- ўтказилиши керак бўлган муолажа ҳақида беморга тушунтириш
- асбоблар ва ашёларнинг борлигини ва тайёрлигини текширамиз
- беморни кушеткага ётқизамиз
- стерил қўлқопларда жароҳат атрофидаги терини тозалаб, йоднинг 5% ли эритмаси билан артамыз
- агар жароҳат чуқур бўлса, уни стерил мато билан ўралиб, маҳаллий анестезия остида тафтиш ўтказилади, қирғоқларини ўткир илмоқлар билан керилиб, жароҳат тозаланади, қирғоқлари кесиби олинади
- асбоблар ва қўлқоплар алмаштирилгач, қисқич ва тампонлар билан гемостаз ўтказилади
- жароҳат атрофидаги терини йод эритмаси билан артилиб, жароҳатга антибиотиклар сепилади

Жароҳатга ишлов бериш

Кўрсатмалар: жароҳати бор пациентларда ўтказилади.

Асбоблар: қўлқоплар, корнцанг, скальпель, ўткир илмоқ, қайчилар, қисқич, дока шарчалар, шприц, 5% ли йод эритмаси, новокаиннинг 5% ли эритмаси, водород пероксиднинг 3% ли эритмаси, фурациллин эритмаси, антибиотик.

1. Жароҳат сабабини аниқлаш ва жароҳат оғирлигига тўғри баҳо бериш
2. Ўтказилиши керак бўлган муолажа ҳақида беморга тушунтириш
3. Асбоблар ва ашёларнинг борлигини ва тайёрлигини текширамиз
4. Беморни кушеткага ётқизамиз
5. Стерил қўлқопларда жароҳат атрофидаги терини тозалаб, йоднинг 5% ли эритмаси билан артамыз
6. Агар жароҳат чуқур бўлмаса, уни 3% ли водород пероксид билан ювилиб, антибиотик сепилгач, жароҳатга фурациллин эритмаси шимдирилган асептик боғлов қўйилади
7. Агар жароҳат чуқур бўлса, уни стерил мато билан ўралиб, маҳаллий анестезия остида тафтиш ўтказилади, қирғоқларини ўткир илмоқлар билан керилиб, жароҳат тозаланади, қирғоқлари кесиби олинади
8. Асбоблар ва қўлқоплар алмаштирилгач, қисқич ва тампонлар билан гемостаз ўтказилади
9. Жароҳат атрофидаги терини йод эритмаси билан артилиб, жароҳатга антибиотиклар сепилади
10. Чоклар солиниб, асептик боғлов қўйилади.

Ёпиқ жароҳатда ёрдам кўрсатиш.

1. Ҳаётий кўрсаткичлар томонидан кескин ўзгаришлар бор-йўқлиги билиш мақсадида пациентни мунтазам мониторингдан ўтказилади. Ҳаётий кўрсаткичлардаги кескин ўзгаришлар ички қон кетиши борлигига ишорадир, уларда ёрдамни касалхона шароитида олиб бориш зарур.
2. Шокка қарши тадбирлар ўтказиш.

Тестлар:

1. 20 яшар ёш эркак беҳуш ҳолатда топилган. Сизнинг навбатдаги ҳаракатингиз:
 - а) ҳаётий кўрсаткичларни баҳолаш

- б) ABCD бўйича бирламчи баҳолав ўтказиш
- в) пациентнинг оила аъзоларидан ўтказилган касалликлар анамнезини тўплаш
- г) Илғор даражадаги ҳаёт фаолиятини қувватлашга оид ёрдамни сўраш
- д) тез ёрдам чақирдиш
2. Пациентнинг ҳолатини бирламчи баҳолаш пайтида сиз оёқ соҳасида кучли қон кетаётган қатта жароҳатни аниқладингиз. Нафас йўлларида ўтувчанлигига, нафас ва қон айланишининг мутаносиблигига амин бўлгач, сиз:
- а) бошқа шикастларни аниқлаш мақсадида пациентни текширишда давом этишингиз
- б) 30 сония мобайнида бевосита жароҳатга босиб, кейин пациентни кўриқдан ўтказишни давом эттиришингиз
- в) пациентга юқори концентрацияли кислород берилишини таъминлашингиз
- г) қон кетишини тўхтатишга оид тадбирларни зудлик билан ўтказишингиз
- д) тез ёрдамни чақирдишингиз
- зарур
3. Пациентнинг лунжида тўқиш спицаси билан етказилган ўтувчи жароҳат қайд этилган. Спица, лунжни батамом тешиб ўтиб, ўз жойида тўхтаган, фиксацияланмаган. Сиз:
- а) спицани пахта-докали боғлов билан қимирламайдиган қилишингиз
- б) пациентга спицани тортиб олишини айтишингиз
- в) спицани лунждан суғуриб олишингиз
- г) уни кесиб ташлашга ҳаракат қилишингиз
- д) шошилиш касалхонага етказишингиз
- керак
4. Эс-ҳуши жойида бўлган 30 яшар эркакда кўкрак қафасига ўқдан жароҳат етган. Пациентда деталлаштирилган физикал текширувни ўтказасиз:
- а) ҳолатини бирламчи баҳолашни ўтказиб бўлган заҳотиёқ
- б) ҳолатини бирламчи баҳолашни ўтказишдан олдин
- в) кўкрак қафаси жароҳатининг оғирлиги туфайли бошидан оқ ўтказилмайди ва касалхонага кетаётганда йўлда ўтказилувчи фокусланган физикал текширув билан алмаштирилади
- г) ҳодиса жойига жонлантириш бригадаси ходимларининг етиб келгунига қадар кечиктириб турилади
- д) жонлаштириш бригадаси ходимлари томонидан йўлда касалхонага олиб боришда
5. Ҳодиса жойига етиб келганингизда гувоҳ жабрланувчига ЮЎР ўтказаетибди. Сиз воқеа жойини баҳолагач, шахсий ҳимоя воситаларини кийиб олиб, бемор ҳолатини бирламчи баҳолашга киришасиз, бунда гувоҳдан илтимос қиласиз:
- а) пульсинг йўқлигига ишонч ҳосил қилишни
- б) ЮЎР ўтказишни давом эттиришни
- в) пациентнинг ҳолатини такрорий баҳолаш имконига эришиш учун ЮЎР ўтказишни бас қилишни
- г) ушбу пациентда юрак тўхташи ҳодисаси билан боғлиқ барча тафсилотларни сўзлаб беришни
- д) тез ёрдам бригадасини чақирдишни
6. Автомобил ҳайдовчиси бўлган 23 ёшли эркак машинасида телефон устунини билан тўқнашиб кетган. Текширув ўтказиш чоғида сиз қорин соҳасида қонталашларни аниқладингиз. Сизга зудлик билан қуйидаги масала имкониятини кўриб чиқиш зарур:
- а) Қўл-оёқнинг синиши
- б) Гипертензия
- в) Ички аъзолар шикастланиши натижасида шок ривожланиши
- г) Пневмоторакс
- д) Қовурға синиши
7. Пациентнинг кўзига суюқ аммиак тушган. Қандай ёрдам кўрсатишингиз керак бўлади?
- а) тоза сув билан чайиш

- б) олиб кетиш
 в) сирканинг сувли эритмаси билан нейтраллаш
 г) кўзларни кучсиз кислота эритмаси билан чайиш
 д) шошилиш касалхонага етказиш
8. Чақирув тушган. 18 ёшли йигитда ўнг оёғининг тиззасидан пастида травматик ампутация. Пациентга тегишли ёрдам кўрсатилгач, ампутацияланган оёқни:
 а) дастлаб стерил матога ўраб, кейин иложи борича совутган ҳолда олиб кетиш
 б) дастлаб стерил матога ўраб, сўнгра совуқ сувга ботирилган ҳолда олиб кетиш
 в) ходиса жойида судтибэкспертга текшириш учун қолдириш
 г) ампутацияланган оёқни бевосита музга ботирган ҳолда олиб кетиш
 д) олиб кетилаётганда стерил матога ўраш етарли
9. Қон айланишини баҳолашда текширилади:
 а) беҳуш ҳолатдаги катта одамда – уйқу артерияси;
 б) гўдакда – уйқу артерияси;
 в) ҳуши жойида болада – уйқу артерияси;
 г) гўдакда – сон артерияси;
 д) беҳуш ҳолатдаги болада – билак артерияси
10. Ўмров суяги синишида биринчи ёрдам қуйидагилардан иборат:
 а) шикастланган томонда қўлтиқ остига пахта, дока ёки бирорта матонинг кичикрок тўпланини қўйиш;
 б) тирсагидан букилган қўлни, тўғри бурчак остида танага бинтлаш; касал қўлдан орқага томон бинтлаш лозим;
 в) қўлни тирсақдан пастроқда қийикча билан бўйинга осиб қўйиш;
 г) шикастланган соҳага совуқ нарса қўйиш;
 д) санаб ўтилганларнинг ҳаммаси

Жавоблар: 1 - б, 2 - г, 3 - в, 4 - в, 5 - в, 6 - в, 7 - а, 8 - а, 9 - а, 10 - д.

Тузувчилар руйхати: Собиров Д.М., Косимов Ш.З., Нурмухамедова Р.А., Садирова М.А., Бубен О.М., Юнусова А.В.

<p>Учредитель: Ассоциация Врачей Узбекистана Издание выходит с января 2011 г. Ежеквартально</p>	<p>Уважаемые читатели, вы можете оформить подписку на наш журнал.</p> <p>ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 917 - для индивидуальных подписчиков ▪ 918 - для подписки предприятий и учреждений 	<p>Подписано в печать – 02.06.2011 г. Отпечатано в типографии ООО «DM NASHR SERVIS» Формат 60 x 84 1/8. Объем 19 п/л Тираж экземпляров – 840 шт. Ташкент, ул. Усмана Носира 91</p>
---	---	---