

ТИББИЁТ ИНСТИТУТЛАРИ ТАЛАБАЛАРИ УЧУН  
УҚУВ АДАБИЕТИ  
**В. Г. МИХАЙЛОВ**

# **ҲАРБИЙ-ДАЛА ТЕРАПИЯСИДАН ҚЎЛЛАНМА**

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги тиббиёт олий ўқув юртлари  
талабалари учун ўқув қўлланмаси сифатида тасдиқлаган

Тошкент  
Ибн Сино номидаги  
нашриёт-матбаа бирлашмаси 1994

## СУЗ БОШИ

Тавсия этилаётган ушбу ўқув қўллакмаси-да ҳарбий-дала терапияси фанининг асосий масалалари кўриб чиқилади. Қитобда Черно-биль атом электростанциясидаги фалокат оқибатида жабр кўрган кишилар саломатли-гини ўрганиш асосида ўткир нур касаллигини аниқлаш, унинг келиб чиқиш сабаблари, ка-салликнинг кечиши ва даволаш муфассал ёритилган.

Ярадорларда келиб чиқадиган ички аъзо-лар касалликларига бағишланган бўлим му-фассал маълумотлар билан тўлдирилган. Ун-да 1941—1945 йиллардаги Улуғ Ватап уру-шида ярадор бўлган кндшларда кейинчалик келиб чиққан асоратлар ва касалликлар, уларнинг сабаблари, даволаш усуллари ўз аксини топган.

Ҳозирги пайтда бирор жойда уруш чиқа-диган бўлса оммавий қирғин қуроллари қўл-ланиши натижасида (ядровий, кимёвий ва бактериологик қурооллар\* кўпчилик одам жабрланади ва уларга тиббий ёрдам кўрса-тиш керак бўлади. Шуидай вазиятда ярадор-ларга қандай тиббий ёрдам кўрсатилиши ха-• қида махсус бўлим ажратилган. Шунингдек ҳарбий хизматга чақирилувчилар, ҳарбий хиз-матчилар ва ҳарбий хизматни ўташи лозим бўлган кишиларни тиббий назоратдан ўтқа-•> зиш қоидалари баён этилган.

Ўқув қўлланмаси тиббиёт олийгоҳларида ҳарбий-дала терапиясини ўқитиш режасига асосан тузилган. I БОБ

### **ҲАРАКАТДАГИ АРМИЯДА ТЕРАПЕВТИҚ ЕРДАМНИ ТАШҚИЛ ЭТИШ АСОСЛАРИ ҲАРБИЙ-ДАЛА ТЕРАПИЯСИ ФАНИНИНГ МАҚСАД ВА ВАЗИФАЛАРИ**

V ' Ҳарбий-дала терапияси асосий клиник тиббий ҳарбий фанлардан биридир. Унинг асосий вазифаларига:

1) кўшинларнинг турли шароитлардаги жанговар ха-ракатлари пайтида ярадорлар ва беморларга тиббий ёр-дам кўрсатишни ишлаб чиқиш, илмий асослаш, такомил-лаштира бориш ва бевосита амалга ошириш;

2) оммавий қирғин қуроллари (ядровий, кимёвий ва бактериологик қурооллар) ишлатилганда инсон организми-да келиб чиқадиган ички аъзолар касалликларининг са-баблари, кечиши, касалликларни барвақт аниқлаш, даво-лаш ва олдини олишни ўрганиш;

3) жанговар ҳаракатлар пайтида шикастланиш (ку-йиш, ярадор бўлиш, контузия ҳолати) оқибатида ички аъзоларда келиб чиқадиган патологик ҳолатларни ўрга-ниш, уларни даволаш ва олдини олиш;

4) кўшинларнинг жанговар ҳаракатлари пайтида уч-райдиган касалликларнинг келиб чиқиши ва уларни да- . волашни ўрганиш киради/Г

Ҳарбий-дала терапияси ҳарбий тиббиётнинг бир бўли-ми бўлиб, у ҳам ҳарбий тиббиётга асосланади. Булар: а) ярадор ва беморларни тиббий кўчириш босқичларида касалликларнинг келиб чиқиши ва уларни даволаш усул-лари борасида ҳамфикрлик; б) тиббий босқичлардан ўтаётган ярадор ва беморларни текшириш; в) тиббий ҳужжатларни аниқ, қисқа тўлдириб боришдан иборат. . лҒҲозирги пайтда жанговар ҳаракатлар тез ўзгарувчан шароитда олиб борилади. Шунинг учун ҳам ҳарбий-дала терапияси олдида тез ўзгарувчан шароитларда, кўшин турлари (қуруқликдаги кўшинлар, денгиз флоти, авиация, танк кўшинлари ва б. қ.) ва турли хил оммавий қирғин қурооллари қўлланиладиган бир шароитда юкори малака-. ли тиббий ёрдам кўрсатиш вазифаси кўйилад^Ж

Буларнинг барчаси ярадор ва беморларни тиббий кў- • чириш босқичларида терапевтик ёрдам кўрсатиш тадбир-ларига таъсир этиб, шароитига караб кўрсатиладиган тиббий ёрдам кўлами ҳам ўзгаради.

4

Масалани мушкуллаштирувчи яна бир томони шун-даки, дастлабки тиббий босқичларда беморни кўшимча текшириш усуллари (рентгенга тушириш, таҳлилхонада қон, сийдик, ахлатини текшириш ва б. қ.) чекланиб, таш-хис кўйиш учун уларни кўздан кечириш, ушлаб кўриш, бармоқлар билан уриб кўриш, эшитиб кўриш билангнка амалга оширилади. Ҳар бир тиббий кўчириш босқичида фақат касалликни аниқлабгина қолмасдан, шу босқич ичида кўрсатиладиган тиббий чораларнинг маъкулини ҳам танддд! лозим.

/Оммавий қирғин қурооллари ишлатилганда жуда кўп кишилар тиббий ёрдамга муҳтож бўлишини назарда ту-тиб, қисқа вақт ичида уларга кўмаклашпш зарур.

### **ҲАРБИЙ-ДАЛА ТЕРАПИЯСИНИНГ ҚИСҚАЧА ТАРИХИ**

Ҳарбий-дала терапияси ҳарбий-дала жарроҳлигидан анча кейин юзага келди. Улуғ Ватап уруши арафасидаги ,(1939—1940 йиллар) бу фаннинг вазифа ва мақсадлари аниқланиб, унинг асослари ишлаб чиқарилди. Ҳарбий са-нитар хизматининг бошлири Е. И. Смирнов томонидан «ҳарбий-дала терапияси» деган атама таклиф этилди. Бу фан асослари Улуғ Ватап уруши

арафасида пайдо бўла бошлаган бўлса, ярадор ва беморларга терапевтик ёрдам кўрсатиш бевосита уруш йилларида амалга оширилди. Ҳарбий-дала терапияси хизматининг ташкил этилиши уруш йиллари тиббиётининг катта ютуғи бўлди.

Утгаи аср ва бизнинг асримиз бошида бир қатор олим-лар жанг майдонида беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш муаммолари билан шуғулландилар. Улар армиядаги қаҳармон ҳолатини ўрганишиб, кенг тарқалган дардларни даволаш йўллари изладилар. М. Я. Мудров шундай олимлар қаторига киради. У ҳарбий терапиянинг ривожига катта ҳисса қўшган.

А. Чаруковскийнинг кўптомлик «Ҳарбий поход тиббиёти» (1963 й.) нинг бир томи «Армия касалликлари» деб номланган. Бунда уруш шароитида учрайдиган касалликларнинг кечишига эътибор берилган. Муаллифлар ёзишича, солдат «алоҳида касалликлар билан ёки ҳаммада учрайдиган, лекин уруш шароити туфайли анчагина ўзгарган касалликлар билан оғрийди».

Ҳарбий-дала терапиясининг фидойиларидан яна бири **С. П. Боткин**. У 1877—1878 йиллардаги рус-турк уруши даврида 7 ой мобайнида Болқон frontiда бўлади. У доимо-госпиталь ва яра боғлаш жойларида беморларни кў-

ради, уруш шароитида касалликлар келиб чиқиши ва кечишини ўрганар, ярадорлар ва беморларга тиббий хизмат кўрсатишдаги камчиликлар билан аёвсиз курашарди.

С. П. Боткин сарик касаллигининг лептоспирозга ўхшаш янги турини топи, безгакнинг оғир кўринишларини даволаш ва олдини олишда хинин фойдали эканлигини аниқлади.

С. П. Боткин уруш шароитида инсон организми чида-мининг сусайишига эътибор берди, жумладан урушда фақат совуқ таъсирида эмас, балки кўпроқ қаттиқ чарчаш натижасида одамнинг қўл-оёқларида қон айланиши бузилишини баён этди.

У тиббий хизматни ташкил этишнинг ахамиятига юк-сак баҳо бериб, бу соҳадаги камчилик ва етишмовчиликларга қарши курашди.

1914—1918 йили биринчи жаҳон урушида герман кўмандонлиги рус кўшинларига қарши биринчи бор (3915 йилнинг 17 майдан 18 майга ўтар кечаси шимоли-ғарбий фронтда, кейинчалик ана шу фронтда 1915 йил 30 май ва 23 июлда) захарловчи моддалар (асосан, хлор) қўллади.

Тиббиёт тарихида биринчи маротаба жанговар курол таъсирида оммавий қирғинга дуч келинди. Узига хос, тез таъсир этадиган оғир захарланиш билан кечадиган ва кўплаб одамларки сафдан чиқарадиган бу курол пайдо бўлгач, тиббий хизмат ҳам шундай шароитда ёрдам кўрсатишга мослашиши керак эди. Лекин у пайтларда бунга Экозирлик кўршаганди. Айни вақтда шифокорлар дарҳол мисли кўрилмаган «газ касаллиги»ни ўрганишга киришдилар ва уни аниқлаш, олдини олиш, даволаш, эффарланганларга ёрдам кўрсатишнинг ташкилий усулларини ишлаб чиқдилар. Шу тариқа терапевтлар ўтган асрда ва асримиз бошида ҳарбий ҳаракатлар пайтида пайдо бўлувчи касалликларнинг келиб чиқиши ва ривожланиши боғлиқ кимматли кузатишлар олиб бориб, аввал маълум бўлмаган касалликлар белгиларини аниқладилар ва айрим даволаш усулларини етарлича баҳолаб, такомиллаштирдилар. Улар тиббий ёрдам кўрсатишда аввало беморларни саралаш ва захарли моддалар билан зарарланганларни кейинги тиббий босқичга кўчиришнинг ташкил этиш зарурлигини исботладилар.

Ҳасан қўли (1938 й.) ва Халкин-Гол дарёси бўйидаги (1939 й.) жанговар ҳаракатлар пайтида керакли эҳтиёт чоралари кўрилгани туфайли, жанг ўта оғир шароитда олиб борилганига қарамай, аввалги урушлардагидек қаҳармонлар авж олмади. Лекин ана шу пайтдаги тиббий хизмат тажрибаси ланг майдонларида терапевтик ёрдам-

6

ни ташкил этишда қатор камчиликлар борлигини ҳам кўрсатди.

М. Н. Ахутин икки жанговар ҳаракат тажрибасини таҳлил қилаётиб «биз учун шуниси аниқки, ҳозир бизга жарроҳ ва ёрдамчи терапевтлар эмас, балки қорин ва кўкрак соҳаси жароҳатланганларда келиб чиқувчи зотил-жалли, даволовчи, оғир беморларки парваришларни уд-даловчи етук терапевт-мутахассислар керак», деб ёзган эди.

1939—1940 йиллардаги совет-фин уруши терапия хизматида юқори малакали раҳбарлар кераклигини кўрсатди. Ана шу мақсадда фронт тиббий хизмати қошида мас-лаҳат кенгаши очилди, унга кўплаб лекинградлик про-фессорлар жалб этилди.

Терапевтларнинг ғайрати, маслаҳат кенгашининг ёрдами билан уруш даврида ярадорларда келиб чиқадиган касалликлар сабабини аниқлаш ва уларни даволаш бора-сида катта ютуқларга эришилди. Терапевтлар кўкрак соҳаси жароҳатланганларни даволай бошладилар. Чунки уларнинг кўпчилигида ички аъзолар касалликлари хурраж қила бошлаган эди.

Ҳарбий-тиббий хизмат ва терапевтларнинг уруш пайтида оширган тажрибаси янги тиббий хизмат тури — ҳарбий-дала терапияси хизматини ташкил этишни талаб этди.

Харбий-тиббий хизмат ходимлари, шунингдек Москва ва Ленинград терапевтлар жамияти кенгашларида Қизил Армия Бош харбий-санитар бошқармасп бошлиғи Е. И. Скирнов томонидан тўпланган тажрибалар умумлаштирилиб, харбий-дала терапияси хизматини ташкил этиш, унинг вазифаларини аниқлаш, харбий тиббиётнинг бу янги соҳасини ривожлантириш масаласи қўйилди. 1941—1945 йиллардаги Улуғ Ватан урушининг даст-лабки кунлариданоқ фронт, армия ва жойлардаги кўчи-рув пунктларида бош терапевтлар тайин этилиб, бу хизмат етакчи терапевтлардан М. С. Вовси, А. Я. Мяскикоз, П. И. Егоров, Н. С. Молчанов, Э. М. Гельштейнларга ишониб топширилди. Ватан уруши фронтларида терапевтлар хизмати катта ва кўпқиррали бўлди. Уруш даврининг ўзидаёқ тиббий кўчиришнинг барча босқичларида терапия хизматини кўрсатиш йўлга қўйилди. Тиббий санитар ба-тальюклари, енгил жароҳатланганлар госпиталининг терапия бўлими ва дала кўчма терапия госпиталлари ташкил этилди. Барча босқичларда тиббий ёрдам кўрсатишнинг асосий коидаси бўлмиш беморларни саралаш, керакли даволаш жойларига кўчириш ва даволаш усуллари бора-сидагп хамфикрлиликка риоя килиндп. Натижада кўплаб .

7 ярадорлар дардига шифо топиб, яна жангчилар сафига қўшилдилар. Айни вақтда ўлим ҳоллари камайиб, ка-салликларнинг олдини олиш борасида ўтказилган тадбирлар туфайли урушлар тарихида илк бор юкумли хаста-ликлар деярли кузатилмади. Шу тариқа Ватан уруши жанггоҳларида харбий-дала терапияси харбий хизматнинг муҳим таркибий қисми сифатида ташкилий жихатдан та-комиллашди.

Урушдан кейинги даврда оммавий қирғин қуроллари, аввало ядровий қурол хавфи келиб чиқиши муносабати билан харбий-дала терапияси тараққиётида янги босқич очилди.

Бу даврда нурланиш ва бошқа янги зарарланиш билан боғлиқ ҳолатлар ўрганилиб, ҳозирги замон уруши шароитида терапия хизмати кўрсатишни ташкил этиш ишлаб чиқилди. Даволаш муассасаларига ҳозирги пайт-даги харбий-тиббий талафотлар турига мослаб керакли штатлар киритилди. Дала кўчма терапия госпитали (ТППГ) ўрнига харбий-дала терапия госпитали (ВПТГ) ташкил этилди. Шунга кўра терапевтлар касалликларни аниқлаш ва даволаш ишларини пухта ва самарали бажа-риш имконига эга бўлдилар. Харбий-тиббий хизмат тари-ҳида илк бор терапия бўлимларида оммавий қирғин қу-ролларида зарар кўрган харбийлар даволанадиган бўлди. Бу борада харбий-дала терапияси ўз аҳамияти жи-хатидан харбий-дала жарроҳлигига тенглашди. Бу эса харбин-дала терапиясини ўрганиш ҳозирги замон уруши Шароитида муҳимлигини кўрсатади.

#### **УРУШ ШАРОИТИДА ИЧКИ АЪЗОЛАР КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ КЕЛИБ ЧИҚИШИ, КЕЧИШИ ВА УЛАРНИ ДАВОЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС ТОМОНЛАРИ**

Уруш даврида кўшинлар сафида касалланишни ўрга-ниш харбий-дала терапиясининг асосий вазифаларидан биридир. Яшаш ва меҳнат шароити касалликлар келиб чиқишига турлича шароит яратади. Жанговар ҳаракатлар пайтида харбийларнинг яшаш шароити ўзига хос тарзда бўлади. Бундай пайтда ташки муҳит таъсири оқибатида касалланишнинг сон ва сифат кўрсаткичи ўзгариши аниқ-ланди. Утган урушлар асосида умумий касалланишни ўр-ганган кишиларнинг барчаси уруш даврида меҳнат ва яшаш шароитининг ёмонлашиши сабабли, тинч даврда-гига нисбатан бу кўрсаткич кескин ошишини таъкидлаб, унинг ошишига кўшин сафларидаги харбийлар ёши ҳам таъсир этишини қайд этишган. Утган аср ва асримиз бошидаги урушлардаги талафотни ўрганиш ярадорлар ўли-мига асосан улардаги касалликлар сабаб бўлганлигини кўрсатади. Бу ўтган асрдаги жанглар қисқа фурсат да-вом этиб, бир-икки хамла билан уруш тақдири ҳал этил-ганлиги, жангчилар ҳам ана шу пайтда кўпроқ яралан-ганлиги билан тушунтирилади. Бундай ўлим ҳоллари шароитнинг қийинлиги, юкумли касалликлар табиатини билмаслик оқибатида кўп бўлган. Ярадорлар ва касаллар сони уруш шароити, душман қандай қуроллар ишлатга-ни, жанговар ҳаракатлар тури, эпидемиологик шароит, об-ҳаво, харбий юришлар шароитининг оғир-енгиллигига қараб турличадир. XIX аср ва XX аср бошндагп урушларда касалликдан ўлиш ҳоллари ярадор бўлиб ўлишга қараганда анча кўп бўлган. Масалан, рус армиясида бу кўрсаткич 1853—1856 йиллардаги Қрим уруши пайтида 1:4, 1914—1918 йилги биринчи жаҳол уруши даврида 1:2 нисбатда бўлган. Германия армиясида ана шу даврда бу кўрсаткич 1:3 нисбатда эди. А. Горуковский, Н. И. Пирогов ва бошқалар уруш чўзилиши билан касалликлар ҳам кўпайиб боришини аниқладилар. Касалликларни ўрганиш улар ичида ич кетиш, иситмалаш (касалликлар шундай ҳам номланган) асосий ўрин тутишини кўрсатади. Рус-турк уруши даврида 1823 йилдан бошлаб ўлат (вабо) ва терлама касалликлари илк бор учраб, турлича номлан-ган. 1954 йили Қрим урушида бу касалликлар билан 61495 киши оғриб, шундан 20,5 фоизи вафот этган. 1855 йилга келиб беморлар сони 160511 тага етган ва ўлганлар эса 24,5% ни ташкил этган.

Утган урушларда солдат ва офицерлар грипп, сил, зо-тилжам, юкумли сариқ касаллиги ва бошқа хасталиклар-га кўп чалинганлар, Ҳар йили кўшинлар сонининг 1/30— 1/20 қисми турли

касалликлардан вафот этган. Юқумли касалликларнинг бу қадар кенг тарқалиш сабаби армия-нинг санитария аҳволи ёмон, кўшин сафларида оддий санитария ва гигиена қоидаларига ҳам риоя қилинмас эди. Порт-Артурни қамал этиш пайтида 17000 солдат (ярим гарнизон) цинга касаллиги билан оғриган. Биринчи жаҳон уруши даврида рус армиясида Фарбий ва Қавказ фронтларида (Туркистон fronti) шахсий тузилманинг деярли ярми цинга билан касалланган.

Утган асрда кўшинлардаги шифохона ўринларининг сони кўшин сонининг 10 фоизини ташкил этар эди. Хол-буки, бу урушларда касалликлардан }"лиш хрллари кў-шин сонингшг 40—50 фоизигача етган.

Кейинчалик (XX аср бошида) тиббиёт фанининг ри-вожланиши, мамлакатда санитария ахволининг яхшиланиши, терапия хизматининг такомиллашиши билан эпи-демик касалликлар камайиши ҳисобига беморлар умумий сони ҳам камайди. Касалликлар таркиби ўзгариб, юқумли хасталиклар нисбатан камайса-да, умумий касалликлар кўрсаткичи юқориликча қолаверди. Шу тариқа 1914 йил августидан 1917 йил ноябригача рус армиясида вабо бн-лан 30810 киши (шулавдан 10200 киши, яънн 33 фокзи ўлган), чечак билан 28018 киши, тиф билан 194049; ичбу-рур билан 64264 киши (шундан 6,7 фоизн ўлган) оғригак. Силга чалиниш ҳар 1000 киши ҳисобига 3,5—3,6 тага (1910 йили 1000 кишига 2,1) тўғри келган. Шу билан бир қаторда цинга, бод, меъда-ичак (гастритлар, меъда яра-си хасталиги), буйрак (окоп нефрити), юрак касаллик-лари ва совук уриш кўп учраган.

#### **ВАТАН ТИББИЕТИ МУВАФФАКИЯТЛАРИ**

Касалликларнинг олдини олиш тадбирлари, ҳарбий тиббиётнинг янги ташкилий кўринишлари, ихтисослаш-ган терапия хизматининг ташкил этилиши, беврсити кў-шин сафларида малакали тиббий ёрдам кўрсатилиши би-лан ярадорлар ва беморлар ўртасидаги аввалги нисбат ўзгарди, яъни касаллар сони камайди. Айниқса, юқумли хасталикларнинг камайиши кузатилди. 1941—1945 йил-лардаги Улуғ Ватан уруши даврида урушлар тарихида илк бор юқумли касалликлар кам бўлди.

Бу даврда барча касалликлар ичида ички аъзолар хас-таликлари 70 фоизни, асаб, тери-ганосил ва юқумли ка-салликлар эса 30 фоизни ташкил этган.

Ватан уруши йилларидаги касалланишнинг ўзига хос томонлари бор эди. Баъзи касалликлар деярли йўқолиб кетди, бошқадари тез-тез учрайдиган, турли хил кўриниш-ларда кечадиган бўлиб қолди.

1941—1945 йилларда қон босими ошиши касаллиги кў-пайиб, у айниқса ёшлар ичида кўп кузатилди. Бу аҳволни уруш давридаги қийинчиликлар билан тушунтириш мум-кин. Шу билан бирга қон босими ошишининг ўткир кў-ринишлари аниқланди.

Уруш йиллари нафас аъзолари касалликлари кўпайди. Ҳарбий хизматчилар ўртасида сурункали бронхлар яллиғ-ланишининг кўпайиши кузатилди. Бу даврда буйрак яллиғланиши туфайли келиб чиқадиган касалликлар сони ортди. Агар тинчлик пайтида бу касалликлар умумий ички хасталикларнинг 0,5—1,8 фоизини ташкил этса, урушнинг биринчи йили бу кўрсаткич 2 фоизни, кўш-нги шг-ларда эса 6—7 фоизни ташкил этди. Буйрак яллиғланиш касалликларн ўша йиллардаги оғир шароит (совук ҳаво, шамоллаш касалликлари) ва организм чидамининг паса-йиш билан тушунтирилади.

Тинчлик пайтида учрамайдиган хасталиклар уруш даврида кўпаяди. Булар уруш касалликлари деб ном олиб, аввалги ур}олларда ҳам учраган. Буларга очликдан силла қуриши (дистрофия) ва витаминлар етишмовчилиги, қон босимнинг кескин сшиб кетиши, бронхлар яллиғланиши ва бир қатор жойлар (қрим геморрагик иситмаси, баҳор-ги-ёзги энцефалит, туляремия ва б. қ.) номлари билан боғлққ юқумли касалликлар киради. Уруш йилларидан ҳам олдин учраб турган касалликлар бу даврга келиб, ўзигинг кечиши ва белгиларини бирмунча ўзгартиради. Бу шу0.асиз ташқи таъсирлар оқибатида организм чидами-нинг пасайиб кетиши билан боғлиқ: жангчнлар фронтда уйқуга ва овқатга тўймай, оғир рухий ва жисмоний зўри-қишлар билан қор-ёмғир демай, жаиғ қилишарди.

Оммавий қирғин қуроллари ишлатиладиган ҳозирги замон урушларида ҳам ички аъзолар касалликларини да-волаш. ҳарбий-дала терапиясининг асосий вазифаларидан бирн ҳисобланади. Ҳарбий шароитда касалликларни аниқ-лаш ва даволаш муҳим, айна вақтда қийин вазифадир. Букинг боиси .бир томондан ана шу жойда жанг кетаёт-ганлнги бўлса, иккинчидан, беморни синчиклаб текшириш-га фурсат йўқлигидир. Қолаверса бу даврда касалликлар-нинг белги ва кечишида ўзгаришлар содир бўлади (янги касалликлар пайдо бўлиши мумкин). Шифокор буидай шароитда асбоб-ускуналардан фойдалана олмайди ва ка-саллик асосан бемордаи сўраш, уни кўздап кечириш би-лан аниқлақади. Уз-ўзидан маълумки, кўрсатнладиган тиббий ёрдам кўлами ҳам бир қадар чекланган бўлади.

## УРУШ ШАРОИТИДА ЯРАДОРЛАРГА ВА БЕМОРЛАРГА ТЕРАПИЯ ХИЗМАТИНИ ТАШКИЛ ЭТИШ

Оммавий қирғин қуроллари ишлатиладиган ҳозирги замон уруш шароитида ярадорларга ва беморларга терапия хизматини ташкил этиш ахамиятли бўлиб, у борган сари мураккаблашадн. Чунки бунда терапевтик ёрдамга мухтож бўлганларнинг аксарияти бевосита ана шу жангозар қуроллар зарбига учраган бўлади.

Бунда ўткир нур касаллиги, захарли моддалар ва био-логик қуролдан зарарланганлар, контузияга учраганлар, шуникгдек бир неча қурол бирга таъсир қилиб қанчадан-қанча одамлар саросимага тушиб қолиб, ядро қуроли портлашидан захарланганлар. Мавжуд маълумотларга кўра ўткир нур касаллигига дучор бўлганларнинг 30 фои-зидан кўпроғи терапия ёрдамига мухтож бўлар экан. Шубҳасиз, кимёвий ва биологик қуролдан жабр кўрган-ларга терапия хизматини ташкил этиш яна ҳам мураккаб бўлади. Масалан, захарловчи моддалар таъсирига учраган кйшиларнинг 60—70 фоизига терапия хизматини кўрсатиш учун атрофдагилар учун хатарли бўлган ярадор ва беморларни алоҳидала-б қўйиш зарур. Шу билан бирга кимё-вий ва биологик қурол таъсирида жабрланганлардан кўп-чилигининг устбоши ва баданини тозалаш ҳам керак.

### ДАВОЛАНИШГА МУХТОЖ ЯРАДОРЛАР ВА БЕМОРЛАРНИ САРАЛАШ ҚОИДАЛАРИ

Аввалги урушлардан фарқ қилиб оммавий қирғин қу-роллари ишлатиладиган ҳозирги замон урушида қиска фурсат ичида жуда кўплаб кишиларга терапия хизматини кўрсатиш керак бўлади. рир вақтнинг ўзида- турли хил даражада яраланган кўплаб кишиларни қабул қилишда уларни саралашнинг ахамияти катта. ^|

Даволанишга мухтож ярадор ва беморлар батальон ва - алоҳида батальонда (Омед В) ҳамда госпиталларда сара-/ландди.

Саралашдан мақсад ярадор ва беморлардан бир вақт-нинг ўзида бир хил тиббий ёрдамга мухтож бўлганлари-ни, сўнгра бир тиббий босқичга кўчириладиганларини ажратиб олишдир. У тиббий терапия хизмати учун саралаш бирмунча янги вазифа. Чунки биринчи жаҳон урушида захарловчи моддалар ишлатилганини ҳисобга олмаганда бу хизмат тури ҳали кўплаб терапия ёрдамига мухтож кидшларни бир вақтда қабул қилиш тажрибасига эга эм\*ағ эди.

Тиббий саралаш қуйидаги қоидаларга асосан олиб борилади: даставвал бошқалар учун хатарли, алоҳида даво-ланиши, шунингдек уст-боши ва териси тозаланиши керак бўлган кишилар сараланади. Булар: нурланишдан кучли зарарланган, кимёвий ва биологик қуролдан шикастлан-ган, юкумли касалликларга учраган ярадор ва беморлар-дир. Улар тегишли даволаниш муассасаларига алоҳида > қилиб ётқизилади| Қейинги саралаш усули ярадор ва бе-морларни зудлик билан тиббий ёрдамга мухтож ёки мух-тож эмаслигини аниқлашдан иборат. Бунда тиббий ёрдам-га зарурати бўлмаган, кейинроқ даволанса ҳам бўладиган ёки махсус тиббий ёрдам кўрсатилиши лозим бўлган (ма-лакали шифокорлар, асбоб-ускуна. таҳлилхона) ярадор ва беморлар кейинги босқпчга кўчирпладилар. Энг кўп (30—50%) жабрланганларга кечиктирмасдан ёрдам кўрсатиш керак. Булар қаторига кучли нурланиш олганлар-инг учдан бир қисми, захарловчи моддалар ва биологик қуролдан зарарланганларнинг учдан икки қисми ва баъзи рухий ва соматик хасталикларга чалинган беморлар ки-ритилади/

### ТЕРАПИЯ ХИЗМАТИГА МУХТОЖ БУЛГАН КУПЛАБ ЯРАДОРЛАР ВА БЕМОРЛАРГА ТИББИЙ ЁРДАМ КўРСАТИШНИ ТАШКИЛ ЭТИШ

Ярадорларга ва беморларга кўрсатиладиган тиббий ёрдам турлари хилма-хил бўлади.

**Биринчи тиббий** ёрдам жанг майдонида, яъни киши-лар талафот кўрган жойда ўз-ўзига. ва бир-бирига ёрдам бериш тарзида кўрсатилади.

Шифокоргача бўлган ёрдам батальон тиббий пунктида (БТП) кўрсатилса, полк тиббий пунктида (ПТП) ярадор ва беморларни илк бор шифокор кўради. Махсус тиббий батальон ва госпиталларда малакали терапия ёрдами кўр-сатилса, госпиталларда ихтисослаштирилган терапия ёр-дами ва даволаш ишлари олиб бориладиг) )

Жуда кўплаб ярадор ва беморларга тар вақтда ёрдам бериш зарур бўлганда тиббий хизмат кўлами қисқаради. Бундай шароитда мазкур босқичда кўрсатиб, улгурилма-ган тиббий ёрдам кейинги босқичда давом эттирилади. Ярадор ва беморларга биринчи тиббий ёрдам жанг майдо-нида ўз-ўзига ва бир-бирига ёрдам кўринишида, шунинг-дек тиббий ходимлар (санитарлар) томонидан кўрсати-лади. Бу тиббий ёрдам замирида ярадор ва беморлар хаё-тини сақлаб қолиш, жиддий асоратлар келиб чиқишининг олдини олиш, улар аҳволини енгилаштириш ётади. Бунда ҳарбийларнинг тиббий ашёлари (кимёвий захарларга қар-ши>дорилар) ва тиббий воситалардан фойдаланилади.

Жанговар ҳолатларда биринчи терапия ёрдамни кўр-сатиш ярадор ва беморларга дорилар юбориш (инъекция қилиш), сунъий нафас олдириш, кийимлар ва терини за-ҳарловчи, нурловчи моддалардан тозалаш, шикастланган-ларга ..газниқоб кийдириб, бехатар жойга олиб чиқишдан иборат.

Шифокоргача бўлган ёрдамни жанг майдонида ба-тальон фельдшери кўрсатади. Фельдшер асфиксия, шок ҳолатидаги. тутқаноқ тутган, юрак фаолияти издан чиққан кишиларга зарур тиббий ёрдам беради. Шунингдек у атрофдагилар учун хатарли бўлган ярадор ва беморлар-13 нинг уст-боши ва терисини қисман тозалаш, юкумли ка-салликлар билан оғриганларни аниқлаб, уларни алоҳида жўнатиши керак. Бу босқичда бактериологик ва кимёвий, нурловчи воситалар билан зарарланганларда келиб чиқа-диган нохуш ҳолатларнинг олдини олиш чораларини кў-ради. Шифокоргача кўрсатиладиган тиббий ёрдам ярадор ва беморларга антидотлар, оғрикни қолдирувчи воситалар^ қусишга қарши, юрак фаолиятини яхшиловчи дорилар юбориш, кўз, бурун ва оғиз бўшлигини чайқаш, меъдага заҳарловчи ва нурловчи моддалар тушганда уни зондсиз чайиш, ярадор ва беморларга кислород бериш, сунъий нафас олдиришдан иборат.

Полк тиббий пункти (ПТП) барча ярадор ва бемор-ларга, шу жумладан терапия тиббий ёрдамига муҳтож бўлганларга зарур ёрдам кўрсатишда муҳим ўрин тутди. Бу ерда ярадор ва беморларга шифокорлар ёрдам кўрса-тиб, улар ҳаёти учун таҳликали асоратларнинг олдини оладилар ва кейинги тиббий босқичга тайёрлайдилар.

Шифокор кўрсатадиган биринчи тиббий ёрдам тиб-бий саралаш билан бирга олиб борилади ва ана шу жа-раён давомида ярадор ва беморларнинг кийим-бошлари, танасининг очик жойларида нурланиш даражаси ўлчаб кўрилиб, атрофдагилар учун хатарли беморлар ажратиб олинади. Захарли ва нурловчи моддалар билан зарарлан-ганларнинг уст-бошлари тозаланиб, юкумли касалликка чалинганлар алоҳида жойлаштирилади. Саралаш жараё-нида шифокор ярадор ва беморларни бир неча гуруҳга ажратади: баъзиларига ўша ернинг ўзида, бошқаларига кейинги босқичда ёрда-м кўрсатилади, яна бир гуруҳи шу ерда "тиббий ёрдам олгач сафга қайтади./Шифокор томо-нидан ярадор ва беморларга кўрсатиладиган тиббий ёр-дам зудлик билан ва бироз кейинроқ ўтказилиши мумкин. Нафас олиш қийинлашганда, юрак фаолияти заифлаш-ганда, шокда, коллапсда, заҳар таъсирида ўпка шишган-да, кома ҳолатида, тутқаноқда, кучли оғрик ва тўхтовсиз қусишда, одам ичига заҳарловчи ва нурловчи моддалар тушганда ҳамда бошқа ҳаёт учун таҳликали вазиятларда шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиладн^Ярадор ва бемор-ларни босқичдан босқичга кўчириб тиббпн ёрдам бериш ва даволашни дазом эттириш учун тиббий хужжатлар тўл-дириб борилиши, керак. Дастлабки тиббий хужжат шифо-кор томоидан полк тиббий пунктида тўлдирилиб, унда дастлабки ташхис ва заҳарланиш тури ёзилган бўлади. Бу хужжатга кейинги босқичларда кўрсатилган муолажа-лар қайд этиб борилади. Шифокорнинг биринчи тиббий ёрдамидан сўнг хужжатлар тўлдирилгач, даволашни давом эттириши керак бўлган беморлар кейинги босқичга (ало-ҳида тиббий батальон ёки госпиталга) кўчирилади.

Длоҳида тиббий батальон. Бундай батальон ўз навба-тида ярадор ва беморларга мутахассис терапевтлар ёр-дам кўрсатадиган биринчи тиббий босқич ҳисобланади. Бу ерда ярадор ва беморлар қабул қилиниб, тиббий хуж-жатлар тўлдирилади, сўнг палаталарга жойлаштирилади^, Кўшимча саралаш ўтказиш лозим бўлса, зарарланганлар яхшклан ювинтирилади, юкумли касалликлар билан оғри-ганлар ва талвасага тушиб, безовта бўлган кишилар ало-ҳида хоналарга қўйилади. Алоҳида тиббий батальонда ярадор ва беморларга малакали тиббий ёрдам кўрсатил-гач, даволашни давом эттириш лозим бўлса, кейинги бос-қичга кўчирилади. Бундан ташқари, ушбу батальонда 7— 10 кун ичида тузалиб, сафга қайтадиган қрадор ва бемор-дар ҳамда ахволи оғирлиги туфайли кўчириб бўлмайдиган жангчилар даволанишади. Алоҳида тиббий батальон-нинг госпиталь бўлимидаги терапевт ахволи оғир, жаро-хати туфайли жарроҳлик амалиёти қўлланган беморлар-да ички аъзолар касалликларига чалинган беморларни даволайди, Ҳаёт учун таҳликали ҳолатларни (асфиксия, тутқаноқ, тутиши, коллапс, ўпка шиши) бартараф этиш, ривожланиши мумкин бўлган турли асоратларнинг олдини олиш ва беморларнинг тезроқ соғайиб кетишлари учун за-рур малакали терапия ёрдамни кўрсатиш тадбирлари икки гуруҳга" бўлинади. Биринчиси ярадор ва бемор ҳаёти учун хавфли (талва-сага тушиш, иприт билан заҳарланганда баданда келиб чиқувчи чидаб бўлмас даражада -қичишиш ва б. к.) ёки ногирон қилиб қўювчи ҳолатларда (кўзга заҳарли модда тушиши ва х. к.) зудлик билан кўрсатиладиган тиббий ёрдам бўлса, иккинчиси кейинги босқичга қолдкраса ҳам бўладиган муолажалар ҳисобланади. Шароит такозо этса, малакали тиббий ёрдам бекамукўст кўрсатилади. Лекин ярадор ва беморлар жуда кўп,

бунинг устига жан-говар шароит ноқулай бўлганда ёрдам кўлами кискариб, зудлик билан бажарилиш, н., керак бўлган тиббий чоралар-гина амалга оширилади.

Харбий-дала терапия госпитали — ихтисослашган терапия ёрдами кўрсатувчи асосий даволаш муассасаси ҳисобланади. Одатда у госпиталлар таркибида бўлиб, захарлар, фосфорли захарловчи моддалар қўлланган жойга яқинроқ кўчирилиши мумкин.

Харбий-дала терапия госпиталида аниқ ташҳис қўйи-либ ярадор ва беморлар госпиталлар учун белгиланган муддат ичида даволаниб чиқишлари керак. Бу ерда ҳам узоқ даволаниши керак бўлган ярадор ва беморлар ке-

15 йинги босқичга кўчиришга тайёрланади, юқумли касалликлар госпиталига жўнатилади, харбий-тиббий эксперти-за ўтказилади.

**Махсуслашган терапевтик** ёрдам ҳам малакали тиббий ёрдамнинг давоми ҳисобланади. Барча махсус жиҳозларга эга госпиталларда мутахассис-шифокорлар бемор касаллигига қараб, турли даволаш муолажаларини ўткази-дилар.

## II БОБ РАДИАЦИЯ НУРЛАРИДАН ЗАРАРЛАНИШ

Турли хил ионловчи нурлар таъсирида инсон танасида нурланиш билан боғлиқ дардлар келиб чиқади. Ионловчи нурлар таркиби электромагнит ва корпускуляр нурлардан иборат. Электромагнит нурларга ўз навбатида рентген нурлари, гамма нурлар ва зарарланган заррачаларнинг қаттиқ жисмлардан ўтиши натижасида юзага келувчи кор-пускуляр тормозланган нурланишлар киради. Корпускуляр нурланиш эса альфа, бета заррачалар, шунингдек протон ва нейтронлар оқимидан иборат. Рентген ва гамма нур-лари танадан ўтиб кетади. Уларнинг тирик тўқималарга таъсири натижасида тез учадиган нейтронлар ҳосил бў-лади ва улар тўқима молекулаларини ионлаб қўяди. Альфа заррачалар мусбат зарядланган гелий ядроларидан иборат булиб, таркибида икки протон ва икки нейтрон мавжуд. Бета заррачаларига манфий зарядланган элект-ронлар ва мусбат зарядга эса позитронлар деб қараш ке-рак.

Рентген ва гамма нурларининг тирик тўқималардан ўтиш хусусияти ўнлаб сантиметрлар, бета заррачаларники 2,5 мм ва альфа заррачаларники эса миллиметрнинг юз-дан бир улуши билан ўлчанади. Шунинг учун ҳам нейт-ронлар атомларни ионламасдан, балки уларнинг ядрола-рига таъсир этади.

Ионловчи нурларнинг таъсир даражаси улар миқдо-рига, яъни танадан қанча нур ўтганига боғлиқ. Тирик тў-қималарнинг нурланиш бирлиги қилиб грей олинган (1 грей; 100 рад га тенг).

### ИОНЛОВЧИ НУРЛАНИШНИНГ БИОЛОГИК ТАЪСИРИ

Ионловчи нурлар тўқималарга бевосита ва билвосита таъсир этади. Бу нурларнинг тўқималарга бевосита, тўғ-ридан-тўғри таъсир этиши натижасида уларнинг биомо-лекулалари ионлашиб қўзғалади. Нурларнинг бил.вшад таъсири эса тўқима таркибидаги сувнинг радиолиз жа-раёни билан боғлиқ бўлиб, оқибатда ҳосил бўлган парча-ланиш маҳсулотлари ўта фаол хусусият касб этади ва ху-жайра таркибига кирувчи барча органик моддаларни ок-сидлаб қўяди.

Бевосита нурланиш таъсприда, хромосомалар, билвосита таъсир туфайли сув радиолкзи маҳсулотларидан тўқй-малар зарар кўради, деб ҳисоёланади. Хужайра ва тўқи-маларнинг нурланишга нақадар сезгирлиги уларнинг фа-оллигига боғлиқ. Хужайралар қанчалик митотик йўл билан бўлиниб кўпайса, уларнинг нурланишга сезгирлиги ҳам юқори бўлади. Лимфоид ва миелоид тўқималар нурла-нишга энг сезгир тўқималар бўлиб, улардан сўнг-ичак ва тери эпителийси, овқат ҳазм қилиш ҳамда эндокрип без-ларининг секрет ишлаб чиқарувчи хужайралари, мушак, тоғай, суяк ва бириктирувчи тўқималари туради.

Нурларнинг зарарли таъсири остида: а) ионловчи нур-ларнинг тўқималарга бевосита таъсири: б) нурлар таъсирида қонда радиотоксинлар ҳосил бўлиши ва айланиши оқибатида уларнинг ички аъзолар фаэлятини бошқара олмай қолиши этади. Нурланишнинг ташқи белгилари (олимлар Е. В. Гембицкий ва Ф. И. Қомаров кузатиши-ча) кўплаб омилларга боғлиқ. Булар — нур турлари (гамма, бета, нейтрон ва б. қ.), уларнинг миқдори ва қув-вати, нурловчи манбанинг жойлашиши (ташқи маълум масофадаги манбадан ва ички — одам ичига нурловчи модда тушишидан), одам танасига нурларнинг бир тек.ис, нотекис бир жойга ёки тананинг маълум қисмига таъсир этиши, қанча вақт ичида қай миқдорда нурланишдан иборат.

### НУР КАСАЛЛИГИ

Нур касаллиги атом ва водород бомбаси портлагандан ҳосил бўлувчи механик, иссиқлик ва ионловчи нурланиш таъсирида юзага келади. Шунингдек бу касаллик ядро реакторлари портлаб кетганда, даволаш мақсадида орга-низм нурлатилганда ҳам кузатилиши мум.кин.



Утом бомбаси гюртлаганда портлаш тўлқини, иссиқ-лик ва ионловчи нурланиш хосил бўлади. Бомбанинг кан-чалик қувватли эканлигига қараб, таъсир майдони ҳам шунчалик катта бўлади. Бир килотоннадан бнр мегатон-нагача қувватли бомбаларнинг таъсир майдони фарқи портлаш тўлқини кўлами ҳисобида 8 дан 83 километрга-ча, иссиқлик таъсири 6 дан 30 километргача масофани ва ионловчи нурлар таъсир кўлами 3 дан 6 километрни таш-кил этади. Бомба портлаганда ҳосил бўлувчи ионловчи нурлар ташқаридан гамма нурлар ва нейтронлар оқими кўринишида таъсир этади. Шунини унутмаслик керакки, ўрта ва йирик атом бомбалар портлаганда кўпроқ аралаш таъ-сир-нурлар, иссиқлик ва портлаш тўлқини таъсиридаги аралаш жароҳатлар олиш кузатилади. Уткир нурланиш билан бир қаторда куйиш ва ярадор бўлиш кузатилади. Кичикроқ бомбалар портлаганда эса асосан нур касалли-гининг ҳар хил кўринишлари асосий ўрин эгаллайди. Ут-кир ва сурункали нур касаллиги атом бомбаси портлаган пайтда ҳам, бомба портлашидан ҳосил бўлган нурловчи булут таъсирида ҳам юзага келиши мумкин.

Атом реакторлари портлаши натижасидаги нурланиш пайтида тана ва аъзоларга манба яқинлиги, тананинг айрим жойлари шу атрофдаги нарсалар билан тасодифан ҳимояланиб қолиши туфайли, нур танага бир текис таъ-сир этмайди. Нур касаллиги оғирлиги ва кечишига кўра , ўткир ва сурункали бўлади.

**Уткир нур касаллиги.** Ҳозирги пайтда нур касаллиги ўд кечилдига\_ кўда^нгил^^та^ оғир\_ва куринишларда ўтади. 1 грейдан 2 гача бир текис нур олган танада касаллик энгил ўтади. 2 дан 4 гача ўрта, 4 дан 6 грейгача оғир ва 6 грейдан ошганда жуда *огир* нурланиш ҳолатлари кузатилади.

Бир грей дан 10 грейгача нурланиш олган танада асосан суяк илиги зарарланнши билан боғлиқ ўзгаришлар рўй бериб, ўткир нур касаллигининг бу кўриниши *суяк илиги* номини олган. 20 грейгача нурланиш олган ҳол-шарда қон ишлаб чиқарувчи аъзолардан ташқари, ичак эпителийси зарар кўради. Ичакдаги ўзгаришлар шу қадар тез кечадики, бемор кони ишлаб чиқарувчи аъзолар-даги жараён издан чиқмай'туриб ҳам нобуд бўлиши мумкин. 20 грейдан кўпроқ нурланиш оқибатида ўткир нур касаллиги токсик ва церебрал кўртнишларда-кёчиб, бунда бир кеча-кундуз, ҳатто бир неча соат ичида бемор ўлнши мумкин. Ҳарбий терапевтлар учун суяк илигидаги ўзга-ришлар билан кечувчи нур касаллигини урганиш аҳами-ятлидир. Бу касалликнинг ўзига хос томонларидан бири, ўнинг даврий кечишидир. Бунда 4 давр кузатилади: 1) бошланғич ёки организмнинг нурланишга дастлабки жавоб даври; 2) яширин ёки касаллик белгилари гўё йў-қолиб бораётгандек давр; 3) кўзғалиш ёки касалликнинг барча белгилари юзага чиқадиган давр; 4) тузалиш даври.

Бундай даврларга бўлиш заминида аниқ терапевтик қоида бор: нур касаллиги кўзғалиб, барча белгилари на-моён бўлмаса, беморлар шифохонага ётқизиб даволанмай-ди ка ҳатто меҳнатга лаёқатли деб топилиши мумкин.

Касаллик **енгил кечганда** беморлар шифохонага ётқи-зилади. лекин ҳсч қандай махсус даво чоралари кўрил-майдиГБаъзи ҳолларда, нурланиш 2 грейга яқинлашса, узоқ бўлмаган агранўлоцитрз ҳолати кузатилиб, бунда юқумли асоратларнинг олдини олиш учун антибиотиклар қўллаш мумкин.

**Ўртача оғир ҳолатда кечувчи** ўткир нур касаллиги деярли барча беморларда агранулоцитоз ва қонда тромбо цитлар камайиши билан кечади. Бундай беморлар барча .тиббнй ускуналарга эга шифохоналарга ётқизилиб, бош-қалардан ажратилган ҳолда қон'препаратлари, аитибно-тиклар. қон ишлаб чиқарувчн аъзолар фаолиятини яхши-довчи дори-дармонлар билан даволаишлари керак.

Касаллик **оғир кечгақда** суяк нлиги билан бнр қаторда меъдь-пчак аъзолари фаолими ти хам издан чиқади. Бундай беморлар хужайраларда кечувчи мураккаб жараенларнн даволаш тажрибасига эга бўлган махсус жарроҳлик ва қон куйиш шифохоналарига ётқизилиши керак.

Уткир нур касаллиги **ўта оғир кечган ҳолларда** А. И. Воробьев фикрича суяк илиги яхшилаб кўчнриб ўтказилзилмаса, бемор соғайишига умид қилнб бўлмайди. Шуяинг учун бундай беморлар юқори малакали, турли тиббий соҳадаги мутахассислар ишлайдиган, махсус қон касалликлари шифохоналарида даволаишлари зарур.

**Ўткир нур касаллиги белгилари.** К а с а л л и к н и н г бошланғич даври. Қасалликнинг дастлабкм оелгн-ларн бемор қанча нур олганига қараб намоён бўлади. Нурланиш кам бўлганда 18—24 соат, ўртача микдордаги нурлькншда 4—10 соат, кучли пурланмш олганда эса 1 — 3 соатдан сўнг одам кам;-;аракат бўлиб, уйку босади, тана ҳарорати кўтарилиб,

кўнгли айниди, кусади. Кўп миқдорда нурланганлар кўп қайт килади, силлси куриб, баъзан хушидан кетади.

Чернобиль шахридаги АЭС гюртлаганда 1986 йил 25 апрелдан 26 апрелга ўтар кечаси «тез ёрдам»да нав-батчилик қилган Припять шахрилиқ шифокор В. П. Бе-ЛОК1.М1 шундай ҳикоя қилади: «Ун саккиз яшар йигитни олпб келишди. У кўнгли айяиб, боши каттиқ оғриётган-лигвдан шикоят қилиб, куса бошлади. Уни машикага олнб кирмасимданок ахволн оғирлаша бошлади. Акли озиб, тилд&к қола бошлади, ранги оппоқ окарнб кетдн... Яна уч-тўрт киши ҳам бошп қаттпк оғриб, томок бўғилиши, кўнгло айнишидан шикоят қнлишар ва кусишарди. Эрталаб соат олтиларда ўзимнинг ҳам бошим оғриб, томоғим куришаётганини, оёқларимдан мадор кетаётганини х\_ис этдим».

Чернобиль АЭС да зарар кўрганларни саралаш пайтида бемор тинимсиз куса берса, самолётда Москвадаги махсус 6- шахар шифохонасига юбориб, ўткир нур хасталигидан даволашарди. Агар беморнинг кўнгли сал-пал айниб, ка-салликнинг бошқа белгилари бўлмаса, уни Киев шахрида қолдиришарди. Афсуски, нурланганларнинг қай даражада нур олганлигини кўрсатувчи асбоблар ишдан чиққан эди.

£(Эз ва ўртача миқдорда нур олганда қон таркибида бир оз нейтрофилли лейкоцитоз, оғир ҳолларда тезда лейко-пения юзага келади; зритроцитларнинг чўкиш тезлиги (ЭЧТ) одатда бир қадар секинлашади.\*]

13—4 кундан сўнг касаллик я ш и р и н д а в р\_г а ўта-ди ва у 3—5 кундан 14—21 кунгача давом этади. Бунда бемор аҳволи одатда яхшиланади, лекин периферик қон ўзгаришлари зўраяди; нейтро- ва лимфопения, тромбоци-топёния ва рет!жулоцитлар сони камайган ҳолда лейкопе-ния авж олади. 3

[Қасалликнинг кў я ғ а л и ш л я в р и унинг белгилари тез намоён бўлишй 'билан кечади. Бемор холсизланиб, за-5қарланиш белгилари юзага келади. "Гери дстига қон қуйи-лади. Оғиз бўшлиғи шиллик қавати, томоқлар яра бўлиб кетади. Уткир нур касаллиги оғир кечганда оғир яралн-эрозив энтероколит кўшилиб, тана ҳарорати кўтарилиб кетади.

Юракда оғир дистрофия, некроз, ўпкада қон қуйил-ган зотилжам ўчрқлари пайдо бўлади. Ички секреция безлари фаолияти бузилиб, жинсий аъзолар зарарланади, гоҳо бёпуштлик ривожланади. Енгил ҳолларда нерв сис-темасида функционал вегетатив-астеник ҳодисалар, оғир ҳолларда бош миянинг турли бўлимларига қон қуйилиши натижасида нерв системасининг органик бузилишлари юзага келади. Кўпинча ичаклар фаолияти кздан чиқади. Тери қизариши, пуфаклар ва шиш, ҳатто яралар пайдо бўлишқ мумкин.""] , •

, Қ о н т а р к и б и м а н з а р а с и. Тромбоцитлар сони хавфли рақамлар (20—30 минг) гача ва ундан ҳам ка-майиб кетади.

Лейкоцитлар. Дастлабки уч кун ичида беморлар қони-да лимфоцитлар даражаси пасаяди. Нурланишнинг даст-лабки соатларида ошган лейкоцитлар сони суяк илиғйда-ги соғлом, нурланишга чидамли^ хужайра — таёқча ядроли ' ва сегмент ядроли лейкоцитлардан иборат гранулоцитлар сарф бўлиши билан камайиб кетаверади.

20

Лейкоцитлардаги морфологик ўзгаришлар уларда ва-куолалар, нейтрофилларда токсик доначалар юзага кели-шида намоён бўлади. Лейкоцитлар энг паст кўрсаткич-гача камайиб (0,1-10<sup>3</sup>/л), агранулоцитоз, мутлоқ лимфо-пения ва чуқур тромбоцитопения ҳолати келиб чиқади.

Касаллнкнинг кўзғалиш даври охирига келиб, кам-қоплпк пайдо бўлади ва зураяди.

Лимфоцитлар соннннцг камайиб, уларнннг фагоцитар фаоллйги пасаниши билан органнзмнинг касаллик-ларга қарши курашнш қобиляти сусайиб кетади ва бу кўшимча асоратларга сабаб бўлади.

Уткир нур касаллнгига кўпинча зотилжам, сепсис, то-моқ ва кулоқ оғриғи кўшилиши мумкин. Барча юқумли хасталиклар нурланган беморларда' оғир кечади. Бунда тана ҳароратп кўпинча кутарилиб кетади.

Касаллик кўзғалган давр учун хос белгнлардан бирқ тери ва шиллик қаватлар остига к о н қ у й и л н ш и д и р.

Оғир ҳолларда катта ҳажмдаги жойлар, ички аъзо-ларга (меъда-ичак, бачадон ва б. к.) қон қуйилиши ва қон кетишн кузатилади. Бундай қон кетиш ва қон қуйи-лишларга тромбоцитлар сонининг камайиб ўз вазифасини бажара олмай қолишн, томирлар деворн ўтказувчаклннг-нинг, ошиб кетиши, қон ивитувчи омилларнинг етишмас-лигп сабаб бўлади.

Тўш суяги текшириб кўрилганда қон хужайраларин'нинг етилиши сусайиб, кейинчалик суяк илигида хужайралар қолмаслиги— панцитопения кузатилади. Оғир ҳолларда миелокариоцитлар сони  $3-3 \cdot 10^9$ / л. гача камаяди. Суяк илигида пшопластик анемияга хос ретикуляр ҳамда плаз-матик' хужайралар, тиник' бўлмаган донадор нейтрофил-лар ва лимфоцитлар пайдо бўлади.

**И с и т м а.** Уткир нур касаллиги хуруж қилганда та-на харорати одатда жуда юқори бўлади . Гипертермия вайд жихатидан агранулоцитоз билан бир вақтга тўғри келади.

**Ю р а к-т о м и р л а р м а ж м у 'а с и.** Нурланган бе-морларнинг томир уриши тезлашиб, юрак ҳажми каттала-шади, юрак зарблари бўғик бўлиб, юрак устида-систолик шовқин эшитилади. Қон босими п-асаяди. Электрокардио-граф миокарднинг диффуз зарарланишига хос белгиларни кўрсатади.

**О в қ а т х а з м қ и л и ш аъ з о л а р и.** Уткир нур ка-саллигида ингичка ичак эпителийси зарарланиб, ичак девори ўтказувчанлиги ошади ва организмнинг касаллик-ларга қарши курашиш қобиляти пасайиб, турли хил юқумли хасталиклар авж олади.. Натижада овқат хазм

21 қилиш ва озиқ моддалари сўрилиши бузилиб, организм захарланади. Беморнинг иштаҳаси пасайиб, кўнгли ай-нийди, қорни шишиб қусади, ичи кетади. Гастроэнтеритга хос бу белгилардан ташқари, ингичка ичак тешилиши, ичак ўралиб қолиши ва ичак шиллик қавати шишиб кети-ши ҳам мумкин.

Нерв системаси. Бемор асаби текшириб кўрил-ганда унда лоқайдлик, карахтлик, пай рефлексларининг сусайиши кузатилади. Оғир ҳолларда мия пўстлоғининг таъсирланиши, нерв системасининг органик зарарланиши каби белгилар намоён бўлади.

**С оғ а й.и ш д а в.р и д а \*** қсшдаги кўрсаткичлар яхши-ланади. Периферик қонда -" лейкограмманинг чапга то миелоцит ва промиелоцитларгача сурилишида ифодалан-ган нейтрофиллар, ретикулоцитлар, тромбоцитлар ва лим-фоцитлар сони тезда кўпаяди. Суяк илигида регенерация ҳолати кузатилади. Бунда эритро-лейко- ва тромбопоэз жараёнида учрайдиган, ҳали етилмаган хужайралар сони ошиб, митоз даврини бошдан кечираётган хужайралар ҳамда миелокариоцитлар миқдори кўпаяди.

Соғайиш даврида беморнинг тана харорати пасайиб, иштаҳаси. очилади, умумий ахволи яхшиланиб, қон қуви-лиши тўхтайди, юқумли асоратлар йўқолади. Қон кўрсат-кичлари, юрак >ва қон-томирлар фаолияти яхшиланади. Нерв системасининг зарарланиш белгилари камаяди. Лекин соғайиш узок давом этиб, астеник белгилар, қон кўрсаткичлари ўзгариб туради. Буқинг учун йиллар ўти-ши билан ўткир нур касаллигининг узок асоратлари: ка-таракталар, хавфли ўсмалар, лейкозлар, ирсий касаллик-лар келиб чиқиши мумкин.

Уткир нур касаллигин. инг ўта оғир кў-ринишида дастлабки аломатлар жуда тез — бир неча ўн минут ёки биринчи соатларда намоён бўлади. Бунда бе-мор тўхтовсиз қайт қилади, ҳолсизланиб ҳушидан кетади. Ана шундай шиддат билан бошланган касаллик яширин даврсиз ўтиб, организмнинг умумий захарланиши, суяк илиги қон ишлаб чиқаришининг бузилишига хос белгилар намоён бўлиши мумкин.

Касаллик авж олган даврда тери ости ва шиллик қа-ватларга қон қуйилиши, юқумли асоратлар, ичак зарар-ланиши каби белгилари ҳам сезилади. Одатда беморлар касалликнинг 2- хафтасидаёқ вафот этадилар.

Аралаш нурланиш хусусиятлари. Ташқи муҳитдаги нурловчи манба ва нурловчи модданинг бирга-ликдаги таъсири натижасида аралаш нурланиш содир бў-лади. Организмга радиоактив моддалар асосан оғиз ва на-

22 '

фас йўллари, шуйингдек яра ва куйган жойлардан туша-ди, кўпинча аралаш нурланиш радиоактив зарарланган жойларда жанговар ҳаракатлар олиб борилганда учрай-ди. Бу ҳолларда асосан гамма нурлар таъсири кучли бў-либ, одам ичига, яра ва куйган -жойларига тушган радио-актив изотоллар касалликни яна ҳам оғирлаштиради, кейинчалик турли асоратларга сабаб бўлади.

Аралаш нурланиш ҳолларида оғизда бўладиган ўзга-ришлар| якқол кўзга ташланади. У оғиз бўшлиғи .шиллик қаватига 500 рад (5 грей) нур таъсир этганда кузатилиб, биринчи соатлардаёқ оғиз шиллик қавати шишиб кетади. Шиш бироз пасайиб 3—4 кундан сўнг яна кучаяди, оғиз куриб, шиллик қаватида яралар пайдо бўлади. Аралаш нурланишга хос белгилардан яна бири, конъюнктивит, юқори нафас йўллари шиллик қавати ва терининг очиқ жойларида нурланишнинг дастлабки кунлари юз бера-диган ўзгаривдлар ҳисобланади. Аралаш нурланиш пай-тида нчак фаолиятининг бузилиши чўзилиб, қондаги но-хуш ўзгаришлар тез ривожланади.

Касаллик кечишида ичга тушган у ёки бу радиоактив моддалар ички аъзоларга саралаб таъсир этиши мумкин. Масалан, цезий, лантан— жигарда, стронций, иттрий ва цирконий — суякларда, уран — буйракда ва йод — қалқон-симон безда тўпланиб, ана шу аъзоларни зарарлайди.

Радиоактив моддалар миқдори кўпроқ бўлса, юқорида кўрсатилган ички аъзо ва тўқималарда аста-секин органик ўзгаришлар юзага келиб, кўрсатилган касалликнинг сўнги босқичларида суякларда, ички аъзолар ва қонда нохуш асоратлар пайдо бўлади.

Нейтронлардан зарарланишнинг клиник хусусиятлари. Гамма нурлар каби нейтрон нурлари ҳам сублетал ва летал дозаларда таъсир этганида организмни зарарлаб, асосан қон ишлаб чиқарувчи тўқималар ва меъда ичак шиллик пардасига таъсир этади. Касаллик белгилари ҳам ана шуларга қараб намоён бўлади. Лекин нейтрон нурлари таъсирида келиб чиқадиган ўткир нур касаллигининг ўзига хос томоклари ҳам бўлиб хасталикни аниқлаш ва оқибатини белгилашда уларни ҳисобга олиш зарур.

Нейтрон нурлар таъсирида келиб чиқадиган ўткир нур касаллигининг клиник белгилари бу нурлар танада ноте-кис таксимланиши ва меъда-ичак ўзгаришларининг намоён бўлиши билан аниқланади. Тўқималар нейтронлар кувватини ўзига кучли синдириб олади ва бу ютилган нур до-заси жуда тез ўтиб кетади.

Ғарчи нейтрон нурлари йирик биологик объектлар

о (одам танаси)дан ўтаётган куввати иасайса ҳам, нейтрон-лар' реакцияси оқибатида ҳосил бўлувчи гамма-нур^аниш ҳам умумий нурланиш таъсирини оширади.

Натижада суяк кўмиги ва ичакларга ўтадиган нейтрон нурлари тўқималарда ушланиб қолиб (умумий дозанинг 20 фоизигина ўтади) организм асосан иккиламчи гамма-нурланишдан зарар кўради.

Нейтрон нурлари таъсир этганда яширин давр ўткир -нур касаллигидан қисқа бўлади. Агранулоцитоз тез ри-•вожланиб, касаллик авж олган пайтидаги белгилар ва юқумли асоратлар тез намоён бўлади. Ичаклардаги ўзга-ришлар ҳам яққол сезилади. Касалликнинг асоратсиз ту-рида қон таркибидаги ижобий ўзгаришлар тезроқ бўлиб, бу суяк кўмигининг зарарланмаган жойлари ва қон иш-лаб чиқарувчи аъзоларнинг зўр бериб ишл-аши туфайли-дир. Нейтрон нурланишнинг асосий белгилари маҳаллий кўринишдадир. Бунда айниқса тери ва шиллик қаватда яралар пайдо бўлади.

У т к и р нур к^а с а л л и г и н и н г турларини а н и қ л а ш. Бу хасталикни эрта аниқлаш учун перифе-рик қон ва суяк кўмигига нур таъсир этган пайтдаги даст-лабки ўзгаришларни билиш жуда муҳимдир.

Ўткир нур касаллиги энгил кечганида (1—2 гй) қон ва сукк илигида дастлабки таъсир белгилари деярли бўлмай-ди. Баъзи бир нурланган кишилар 3—5 соатдан сўнг кўнг-ли айниши, қайт қилиши мумкин. Яширин давр 30—35 кеча-кундуздан иборат. Қасаллик энгил кечиб, беморлар даволанмасдан соғайиб кетадилар.

Ўткир нур касаллиги ўртача оғирликда кечганда (2—• 4 гй) нурланишдан икки соат ўтгач, беморнинг кўнгли айниб мадори қуриydi, қайт қилади, тана ҳарорати кўта-рилади. Бундай аломатлар фақат бир кеча-кундуз давом этади. Яширин давр 15—20 кундан иборат. Жабрланган-ларга махсус тиббий ёрдам кўрсатилиши зарур.

Ўткир нур касаллиги оғир кечган ҳолларда (4—6 гй) нур таъсир этгандан сўнг 30—60 минут ўтгач, бемор кет-ма-кет қусади, боши оғрийди, мадорсизланади. Териси қизиб, тана ҳарорати ошади. Дастлабки реакция 3 кун давом этиб, яширин давр 8—17 кунни ташкил этади. Бе-морга махсус тиббий ёрдам кўрсатилиши зарур. Уз вақ-тида даво қилинса, у соғайиб кетади.

Ўткир нур касаллиги ўта оғир ўтган ҳолларда (6— 10 гй) 15 дақиқадан сўнг бемор қуса бошлайди. Тери ва шиллик қавати қизариб тана ҳарорати кўтарилади. Даст-лабки аломатлар 3—4 кун давом этади. Иккинчи ҳафта охирига бориб беморнинг жони узилади. Суяк кўмигини

24

кўчириб ўтказиш ҳам камдан-кам ҳоллардагина яхши на-тижа беради. Ўткир нур касаллигининг ичак формаси 10—12 гй нур олганда келиб чиқади. Касалликнинг ривож-ланган даври оғир энтерит, тананинг сувсизланиши, қон кетиши ва юқумли асоратлар билан кечади. Нурланганлар биринчи ҳафта охирига борибўладилар. 20—25гйваундан кўп нурланган кишиларда ўткир нур касаллигининг токсик ва церебрал турлари кузатилади. Нурлар таъсир этиши бн-лан тўхтовсиз қайт қилиш, ич кетиши, эс-хушни йўқотиш, кун охирига бориб мия шишиш белгилари, тирпшиб к,о-лиш ва бульбар бузилишлар кузатилади. Бемор одатда уя^ун ичида ҳаётдап кўз юмади.

Г^У т к и р н у р к а с а л л и г и н и д а в о л а ш. Қасал-ликнинг дастлабки нохуш аломатларини бартараф этнш мақсадида қусишга қарши, ичнш ва икъекция учун дори-лар юборилади./Зарарланишнинг энгил турида ичишга аэрон, этаперазин ва аминазин тайинланади. Ўртача оғ:р, оғир ва жуда оғир ксчаднган нур , касаллигида к,усишга қарши аминазиннинг 2,5

фоизли эритмасидан 2 мл, эта-перазиннинг 0,6 фоизли эритмасидан 1 мл ва атропирнинг 0,1 фоизли эритмасидан 1 мл мушаклар орасига юборилади. Юқорида қайд этилган барча дори моддалари ку-нига 2—3 мартадан тавсия этилади.

Оғир ҳолларда, яъни қусиш тўхтовсиз узок давом эт-ганда, қонда хлор микдори камайиб кетганда электро-литлар алмашинувини яхшилаш учун 500—800 мл натрий хлориднинг изотоник эритмаси ёки 400—800 мл тузли «Дисол», «Хлоросоль», шунингдек сийдик ҳайдовчд дори-лар (лазикс ва б. к.) томирга юборилади.

Яширин даврда касаллик белгиларига қараб органнзм қувватини оширувчи ҳамда гистаминга қарши воситлар қўлланади. Яширин давр оғир кечганда организмни ток-синлардан тозалаш давом этирилади, қон қуйилишимикг олдини олувчи дори-дармонлар, антибиотиклар тайинланади. Бу даврда бемор тромбоцитларини олиб, музлатмо, ундан қоп қуйилиши ҳолларида фойдаланиш тавсия эги-лади.

Қасаллк ривожлэнган даврда юқумли асоратларнпнг олдини олиш• мақсадида лейкопения ва агранулоцитоз ҳолатларнда ҳам антибиотиклар тайинлакади. Одатда кенг микёсда таъсир этувчи антибиотиклар (клофаран, тари-вид, цефомизин, ампиокс, гентамидин ва б.К.) дан фойдаланладп. Юқумли асоратларнинг олдини олнш учун антистафилококк плазмаси ва антистафилококк гамма-глобулиии тавсия этилади.

Оғиз бўшлири шиллик каватидаги ярали-кекротпк ўз-

25 % гаришларнинг олдини оли-ш ва даволаш учун оғиз бўш-лирини антисептиклар эритмаси (риванолнинг 0,1% ли ва фурациллиннинг 0,02% ли эритмаси) билан чапкаш, шун-дан сўнг чакакда мойи ёки витамин А нинг ёғли эритма-сини суртиш зарур. Лейкоцитлар сони ниҳоятда камайиб, суяк илигида аплазия ҳолати кузатдлганда суяк кўмнги кўчириб ўтказилади.Т>у ^а^д^У^ махсўс қон қуйиш шифо-хонасида бемор ҳамда суяк кўмиги кўчиридайдган соғлом киши қон гуруҳи, резус омили ва НЬ — А системага мос келганда амалга оширилади. Лейкопениюни даволашда лейкоцитлар массаси ёки янги тайёрланган қондан фойда-ланилади. Лейкоцитлар массаси 5—7 киллиард хужайра-дан тўрт кун давомида қуйилади.

Чернобиль АЭСи фожиаси даврда қон қуюлишининг олдини слиш учун тромбоцитлар массасидан кенг- фойда-ланилди. Бир марта қуйишга бир донордан олинган тром-боцитлар (ўртача  $300 \cdot 10^9$  тромбоцит олиш учун 200— 250 мл қон зардоби керак бўлади) кифоя қилди<sup>1</sup>. Тромбо-цитлар (улар микдори бемор қонида  $20 \cdot 10^9/л$  дан камай-ганда ёки қон қуюлиш белгилари сезилиши билан) ора-дан 1—3 кун ўтказиб қуйилади.

Иккиламчи касалликлар келиб чиқилишининг олдини олиш учун донор қонидаги иммун хужайралар фаоллигини ка-майтириш мақсадида қуйиладиган қон препаратлари, шу жумладан тромбоцитлар ҳам 15 грей қувватидаги нур билан нурлантирилди. Н-атижада бе^орларда қон қуйилиш ҳоллари кузатилмадиА'

Баъзи беморларга суяк илиги зарарланиши яширин даврда кечувчи беморлардан олинган тромбоцитлар қу-йилди. Бундай тромбоцитлар қонида тромбоцити камайиб кетган бошка беморларга яхши фойда берди. II ва III даражали ўткир нур касаллиги билан оғриган беморларга ўртача 3—8 марта ( $300 \cdot 10^9$  хужайра) тромбоцитлар мас-саси қуйилди.

Чернобиль фалокатидан зарарланганларни даволашда агранулоцитозни даволаш ёки олдини олиш ,учун лейко-цитлар массасидан фойдаланилади.

Суяк кўмигини кўчириб ўтказиш нурланиш 6 гй ва ун-дан юқори бўлганда қўлланилади. Бунда қон ишлаб чи-қарувчи хужайраларга бой ва иммун хусусияти кам одам эмбриони хужайралари 6 маротаба кўчирилиб, иккилам-чи касалликлар келиб чиқиши хавфи кескин камайтирилди. Бирок бу беморлар нурланишдан 14—18 кун ўтгач, тери ва ичак зарарланишидан вафот этдилар.

13 маротаба аллоген суяк кўмнги кўчкрнб ўтказмлди. Афсуски, беморлардан еттитасп тери, ичак ва ўпканинг •

23

кучли зарарланиши туфайли нурланишдан сўнг 15—25 кун ичида ҳаётдан хўз юмди.

Аллоген суяк кўмиги кўчириб ўтказилганлардан (нур-ланиш дозаси 4, 3,  $10 \cdot 7$  гй) факат икки бемор ҳаёти сақ-лаб қолинди. Улардан бири 5,8 гй, иккинчиси 10,7 гй нур-ланган бўлиб, хар иккаласига ҳам опа-сингиллардан олинган суяк кўмиги кўчириб ўтказилди. Орадан 32 кун ўтгач, бу беморларда кўчириб ўтказилган кўмикнинг бир қисми ажралиб, уларнинг ўз қон ишлаб чиқариш аъзолари фаолияти тикланди.

Чернобиль фожиаси кукларида кулоғи оғриган бемор-ларга «Сандоз» фирмаси ишлаб чиккан гамма-глобулин; тернси куйтанларга эса лиоксанол тайинланди.

Антибиотиклардан кенг микёсда таъсир этувчи цефа-лоспоринлар ва уларнинг хосилалари клорофан, цефами-зин ва бошкалар қўлланди.

Қон қуйилишйшшг олдини олиш мақсадида томирлар деворини мустахкамловчи — серотонин ва аскорутин қўл келади (Чернобилда бу дорилардан фойдаланилмади). Шунингдек, бундай холларда дицинонни 2—4 мл дан ку-нига 3—4 маҳал томирларга юбориш яхши фойда беради. Фибринолизинни фаоллаштириш мақсадида ингибиторлар: аминокепрон кислота, амбен (памба) ишлатилади. Шил-лиқ қаватларга қон қуйилишининг олдини олиш мақса-дида қон оқишики тўхтатувчи тромбиндан фойдалани-лади.

Юқумли касалликларни даволаш ва олдини олиш учун ичакларни стерил ҳолга келтириш зарур. Бунинг учун 5— 7 кун мобайнида қонга сўрилмайдиган антибиотиклардан канамицин сульфат 2 г, 2 г ристомидинга 2 млн нистатин қўшиб берилади. Кейинчалик эса агранулоцитоз ҳолати-дан чиққунга^қадар қонга сўрилмайдиган антибиотиклар-дан эритма тайёрланади. Бунинг учун 150 мл сувда 3— 4 г неомидин ёки канамицин, 1,5 г ристомидин, 1 г поли-миксин М эритилади. Ана шу антибиотиклар аралашмасн 30 мл дан кунйга 5 марта (аввал ОРИЗ ва томоқ 1 млн бирлик нистатин билан чайкалгач) ичилади.

Ўткир нур касаллигининг ичак симптомни даволаш учун беморга витаминларга бой, юмшоқ, кимёвий тарки-би ичакларнн таъсирламайдиган пархез таомлар берили-ши зарур.. Бундан ташқари, фестал, панкреатин каби до-рнлартавсия этилади. ~7\_7 Ю&Б&^φи

О 'р г а н и з м г а р а д и о а к т и в м о д д а л £ р т у-шиши натижасида келиб чиқувчи нур к а-с а л л и к л а р и. Радиоактив моддалар тушган жойларда одамларга бир вақтнинг ўзида гамма нурлар ва бстта

27 заррачалар таъсир этади. Бунда радиоактив моддалар, айникса уларнинг радиоактив булут таркибидаги қисми одамнинг ичига тушиши мумкин.

Бундай нур касаллигининг қандай кечиши, қай кўри-нишларда намоён бўлиши радиоактив моддаларнинг мик-дорига, эриш ва сўрилишига, организмга қандай пўл би-лан тушгакига ва унинг парчаланиш даври ҳамда изо-топларнинг қандай чиқиб кетишига боғлиқ.

Радиоактив моддалар организмга нафас йўли ва оғиз орқали яра ҳамда куйган жойлардан киради. Организмга тушган баъзн изотоплар (стронций, итрий, цирконий) суякларда тўпланса, бошкалари (цезий, лантан) жигарда (гепатотроплар), яна бирлари (цезий, рутений, натрий) у ёки бу микдорда бутун тана бўйлаб таркалади. Уран буй-ракда ушланнб колса, йод бутунлай қалқонсимон безга сингийди.

Организмга радиоактив моддалар тушиши натижасида келиб чиқадиган ўткир нур хасталиги дастлабки аломат-ларининг йўқлиги ёки жуда кам сезилиши, касаллик давр-ларишшг чўзилиши, кўпроқ радиоактив моддалар тушган жойлар (нафас йўллари, меъда-ичак) зарарланиши ва организмга тушган радиоактив модда .кайси аъзони.кўп-роқ зарарлашига қараб ҳар хил кечади.

Зарарланишни даволаш ва унинг олдини олиш. Изо-топлар одам ичига нафас йўли орқали тушганда оғизни чайиш, нафас йўлларини эса балғам кўчирувчи воситалар билан тозалаш зарур. Оғиз орқали ичга тушганда ўша захоти юмшоқ танглайни қўл билан таъсирлантириш ёки , аломорфин бериш билан бемор кустирилади, зонд ёрдами-да меъдаси яхшилаб чайилади.

Меъдадан радиоактив моддаларни ўзига сингдириб, олиб чиқиб кетадиган адсорбентлардан барий сульфат, ион алмашловчи смолалар тайинланади. Бундан ташқари, радиоактив моддаларни меъда-ичак • йўлларида тезроқ чиқариш учун сурги дорилар ва тозаловчи ҳукна қўлла-нади.

Қонга сўрилган радиоактив моддаларни тезроқ чиқа-риб юбориш мақсадида комплексантлардан, уларнинг энг фаоли бўлган пентациндан (томирларга 5 мл 5 фоизли эритмаси юборилади) фойдаланилади.

Юкорида санаб ўтилган тадбирлар бир вақтда даво-лаш ва касалликнинг олдини олишда тавсия этилади.

Аралаш нур касалликлари. Ядровий ва ра-кеталар воситасида олиб борилган уруш шароитида саф-дая чикқан кишиларнинг кўпчилнк қисми аралаш нурлан-

28

ган бўлиб, яъни бунда нурдан ташқари куйиш, портлаш тўлқини, ўқдан яраланиш кўшилиб келиши мумкин.

Ана шундай бир неча таъсирлар организмда келтириб чиқарадиган патологик жараён ўзига хос тарзда кечиб, ҳар бир таъсир иккинчиси келтириб чиқарадиган ҳолатни ҳам чуқурлаштириши мумкин. (Е. В. Гембицкий, Ф. И. Комаров).

Бу ҳол беморнинг аҳволини оғирлаштиради, бунда яра ва куйган жойлар некрози катталашади, уларнинг битиши қийин кечади, юқумли асорат танада кенг ёйилиши оқиба-тида организмнинг чидами пасайиб кетади, нур касаллиги белгилари тез кўзга ташланиб, хасталик шиддат билан кечади.

Аралаш нурланиш куйидаги даврларга бўлинади.

Биринчи Даврда нурланишга хос бўлмаган белгилар (оррик, жароҳат ёки куйишдан шок ҳолати, қон кетиши) кузатилади. Касалнинг аҳволи нурланиш пайтида куза-тилгандан кўра оғирроқ бўлади. Организмнинг нурланиш-<sup>1</sup> га дастлабки жавоб реакцияси куйиш ва жароҳатланиш белгилари билан ниқобланиб, унчалик сезилмайди.

Иккинчи даврда ҳам бемор аҳволи оғирлигича қолади. Асоратлар тез кўзга ташланади. Ўткир нур касаллигининг яширин даври тез ўтиб, лейкоцитоз тезгина лейкопения билан алмашинади, камқонлик ва организм захарланиши авж олади. Бу даврда нурланиш 6 гй дан ортик бўлганда ўткир нур касаллиги белгилари зарарланишнинг клиник манзарасида етакчи-ўрин туттади.

Учинчи даврда ўткир нур касаллигининг кўзғалиш белгилари пайдо бўлади ва авж олади. Беморнинг аҳволи кескин ёмонлашади. Уткир нур касаллигига хос белгилар тез ривожланиб, тери ва шиллик қаватларга қон қуйи-лиши кузатилади. Жароҳат ва нурланиш биргаликда организмга ҳалокатли таъсир кўрсатади. Яраларда юқумли асоратлар пайдо бўлиб, бутун танага кенг тарқалади. Агранулоцитоз ва кучли камқонлик юзага келади. Учинчи давр беморлар учун жуда хатарли ҳисобланади.

Тўртинчи даврда ўткир нур касаллигининг белгилари аста-секин камаяди, жароҳат ва куйган жойлар оҳиста бита бошлайди.

Бир вақтнинг ўзида ҳам ярадор бўлган, ҳам нурланган беморларда келиб чиқадиган ўткир нур касаллиги — бу хасталик алоҳида ўзи кечгандагидек даволанади. Лекин аралаш зарарланган кишиларга имкони борича тез-роқ (нур касаллиги белгилари намоён бўлгунга қадар) жарроҳлик ва юқумли асоратлар келиб чиқишининг ол-дини олишга қаратилган муолажалар кўрсатилиши зарур.

#### **29. Сурункали нур касаллиги. Уткир нур касаллигидан**

фарқ қилган ҳолда сурункали нур хасталиги одам тана-сига нурнинг узоқ вақт таъсир этишидан келиб чиқади. Сурункали нур касаллиги ҳарбий ҳолатларда ҳам, нур билан ишловчилар эҳтиёт чораларини кўрмаганларида ҳам келиб чиқиши мумкин.

**К а с а л л и к б е л г и л а р и.** Сурункали нур касалли-ги белгилари нурнинг мш\$дорига, унинг танада қай тарзда тарқалганига ва инсон организмнинг нурлар таъсирига нақадар сезгирлигига боғлиқ.

Шу муносабат билан ҳозирги пайтда сурункали нурла-ниш нурнинг организмга таъсирига кўра уч даврга бўли-нади.

Биринчи давр нурнинг танага узоқ вақт мобайнида. бир хил таъсир этиши билан ифодаланади. Иккинчи давр нур-нинг ҳам ташқаридан, ҳам одам ичига тушиб таъсир этиш -ҳолларини ўз ичига олиб, бунда нур алоҳида бир аъзога маҳаллий таъсир кўрсатиши мумкин. Учинчи давр умумий ва маҳаллий нурланишлардан иборат турларни ўз-ўз ичига олади.

Сурункали нур касаллигида танадан ўтган нур миқ-дори билан касалликнинг нечоғли оғир ўтиши ўртасидаги муносабат аниқланмаган. Тахминан 1 —1,5 гй нур олгак одамда хасталик белгилари яққол сезилмаса, 4—5 гй нур олган беморларда нур касаллигининг оғир кечиши куза-тилади, деган фикрлар мавжуд.

Сурункали нур касаллиги бемор умумий аҳволининг ёмонлашуви билан бошланади.. Бунда: 1) вегетатив "ва марказий асаб мажмуасидаги ўзгаришлар (уйқу бузилиши ва хотира пасайиши билан кечадиган невроз, кўп терлаш ва ҳ. к.); 2) ЭКГ да тишлар волтажининг пасайиши, қон босими тушиб кетиши, брадикардия билан кечадиган юрак ва томирлар етишмовчилиги; 3) жигарнинг катталашпиши, тери ва кўз оқининг сарғайиши; 4) сочлар тўкилиши, тир-ноклар юпқалашиши, терининг қуриши ва пўст ташлаши; 5) қон таркибидаги ўзгаришлар; 6) тери ости ва шиллик. қаватларга қон қуйилиши кузатилади.

Касалликнинг энгил турида (I даражали сурункали нур касаллиги) юқорида кўриб ўтилган ўзгаришларни кў-рамиз. Қон таркибида лёйкоцитлар сони ўзгариб туради. Бунда лейкоцитлар сони камая бориб ( $3 \cdot 10^9$ /л гача),, нейтрофиллар озайиб, лимфоцитлар сони ошишини куза-тиш мумкин. Қасалликнинг бу тури энгил кечиб, бемор-лар иккинчи ой охирига бориб соғайиб кетадилар.

Касалликнинг ўртача оғир- турида ҳам касаллик белги-лари хилма-хил бўлади. Астенияга хос белгилар ва томир-

лар дистониясидан ташқари, тери остига қон қуйилиши, ич-ки аъзолар фаолияти бузилиши ва моддалар алмашинуви издан чиқишини кўриш мумкин. Қон таркибидаги эритроцитлар ( $3,5—2 \cdot 10^{12}$  л) ва гемоглобин миқдори камаяди. Лейкоцитлар ва тромбоцитлар сони ҳам кескин камайиб кетади. Шу муносабат билан беморлар тери остига қон қуйилиши, милк, бурундан, аёллар бачадоидан қон кети-шидан шикоят қиладилар.

Турли хил трофик ўзгаришлар юз бериб, суяклар зир-қирайди. Юрак соҳасида оғрик пайдо бўлиб, юрак секин ура бошлайди -(брадикардия).

Қасаллик йиллаб давом этади ва қаттиқ чарчаш, ин-фекциялар таъсирида зўрайиб туради. Бундай беморлар кўп маротаба даволанишлари керак. Кўпинча шундан сўнг ҳам бемор дарддан тўла соғайиб кетмайди.

Сурункали нур касаллигининг оғир турида қон қуйи-лиши, қон ишлаб чиқарувчи аъзолар фаолиятининг кес-кин ёмонлашиши, марказий асаб мажмуаси ва ички аъзо-ларда қайтмас жараёнлар кечиши, юкумли асоратлар ху-руж қилиши кузатилади. Оғир камқонлик, лейкоцитлар со-нининг кескин камайиб, гранулоцитлар қонда йўқолиб ке-, тиши ва тромбоцитопения юзага келади.

Қасаллик шиддат билан кечиб, кўпинча қон қуйилиши ёки юкумли асоратлар туфайли беъ<sup>^</sup>ор ўлими билан ту-гайди. Айрим ҳолларда қон таркиби ва беморнинг умумий аҳволи сал яхшиланиши билан ифодаланадиган тўлик бўл-маган ремиссия кузатилади.

Қасалликни даволаш ва олдини олиш. Қасалликнинг олдини олиш учун нур билан ишланадиган жойларда хавфсизлик қоидаларига риоя қилиш зарур. Бундай жойларда инсон организмга таъсир этиши мум-кин бўлган нур миқдори назорат этиб борилиши лозим. Қасалликка тўлиқ даво қилиниши зарур.

Сурункали нур касаллигининг енгил турида қувватга киргизадиган ва нерв фаолиятини яхшилайдиган дори-дармонлар (женьшен, лимонник, элеутерококк ва бошқалар), витаминлар, кичик транквилизаторлар тайин-ланади.

Қасалликнинг ўртача оғир турида юқоридаги дори-дармонлардан ташқари, марказий нерв системаси фаолиятини яхшиловчи, қон ва лейкоцитлар ишлаб чиқа-рилишини маромга солувчи, қон қуюлишини тўхтатувчи дорилар, антибиотиклар, қон ва унинг таркибий қисмлари қўлланади.

Сурункали нур касаллигининг оғир турига узоқ аақт чидам ва катъийлик билан даво қилиш зарур. Бун-

31 да асосий эътибор қон ҳолатини яхшилашга (эритроцит-лар, лейкоцитлар ва тромбоцитларни қонга юбориш),, юкумли асоратларга қарши курашга (бактерияларга қи-рон келтирувчи дорилар, гамма-глобулин ва б. қ.) қара-тилади.

>• '-

III БОБ

### **ПЯРАДОРЛАРДА ИЧКИ АЪЗОЛАР КАСАЛЛИКЛАРИ**

1853—56 йиллардаги Қрим уруши давридаёқ Н. И. Пи-рогов ярадорларда шок, коллапс, зотилжам ва бошқа асоратларни кузатган эди. Унинг фикрича, жароҳат инсон танасига бошқалар тасаввур қилганидан кўра анча мурак-каб таъсир этади». Н. И. Пирогов таърифлаган коллапе •ҳолати ҳозиргача ўз аҳамиятини йўқотган эмас.

Улур Ватан уруши даврида жарроҳ ва терапевтларнинг кузатишларича, ярадорларда мураккаб патогенез билаи кечувчи хилма-хил ички аъзолар касалликлари аниқлан-ган. Ярадорларда ҳаётий жараёнлар бошқарилишининг бузилиши билан кечувчи шок, ярадор бўлиш натижасида 'қон босими тушиб кетиши билан намоён бўлувчи коллапс каби асоратлар ҳам кузатялди.

Уруш пайтида ўпка, юрак ва буйрак каби ички аъзо-ларда ўзига хос ўзгаришлар аниқланган. Бу шикастланиш-лар мураккаб бўлиб, кўпинча тананикг қайси жойига ўқ текканлигига (бош, кўкрак, қорки) боғлиқ. Баъзи шикаст-ланишлар турли юкумли касалликларга сабаб бўлади. 'Ярадор бўлиш қон йўқотиш билан кечиб, бу касалликнинг тузалиши ва асоратлар қолишига ўз таъсирини ўтказади.

Бундан ташқари, жанговар ҳолат (тинимсиз жанглар, фронтдаги уруш тўхтаган даврлар) асабларга кучли таъ-, сир этиши, ярадорлар тинқасини қуритиш билан бирга улар ички аъзолари фаолиятини ёмонлаштиради.

Ватан уруши йилларида терапевтларнинг ярадорларни даволашлари пухта ишлаб чиқилган эди. Алоҳида тиббий батальон ва госпиталларда терапевтлар жарроҳ билан биргаликда ярадорларда келиб чиққан ички аъзолар ка~ салликларини даволадилар.



**\*У—НАФАС АЪЗОЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ**

Улуғ Ватан уруши тажрибаси турли хил жароҳатлар— ўпка ва плеврада асорат қолдиришини кўрсатди. Уларни ўрганиш осон бўлиши учун 5 гуруҳга бўлинади:

32

1. Пульмонитлар.
2. Қон қуйилишлар.
3. Ателектазлар.
4. Зотилжамлар.
5. Ииринглаш жараёнлари (абсцесс, гангреналар).

П у л ь м о н и т л а р деганда ўқ текка'н жойдаги ша-моллаш белгилари тушунилади. Одатда пульмонитлар бирор бир белгисиз кечади. Айрим ҳолларда пульмонит-ларнинг ўзи алоҳида касаллик манбаи (зотилжам, абсцесс ва б. қ.) бўлиши мумкин.

Бош . ва кўкрак қафаси шикастланганда ўпкага қон -қуйилиши кўпроқ кузатилади. Упка жароҳатланганда ўқ теккан жойларга, баъзан эса зарарланмаган жойларга қон қуйилиб, айниқса ўқ текканда ҳар иккала ўпкада унча катта бўлмаган (1—3 сэлгфшетр ҳажмда) қон қуйилган жойлар учрайди.

Кўкрак қафаси соҳасида оғриқ туриши,, йўтал тутиши, ҳансираш' ва қон тупуриш ўпкага қон қуйилиши белги-лари ҳисобланади. Қон тупурмиш ўпка жароҳатланишининг аксарият (99 фоиз) ҳолларида жароҳат олган заҳоти бошланади. Агар ўпкага қўи қоа қуйилган бўлса, тупуриш 7—10 кунлаб чўзилиши мумкин. Упкага қон қуйилиш белгилари кам, кўпинча рентген, ультратовуш ёрдамида текширишлар орқали ани^лападп. Лскин бу асбоб-уску-налар билан жанг майдонида фойдаланиб бўлмагани са-бабл, юқорида кўриб ўтилган ташки белгилар касаллик-ни аинклашда муҳим ўрин тутди.

Бундай ярадорлар текшириб кўрилганда ўпканинг қон қуйилган жойи устини бармоқлар билан уриб кўрилса, одатдагидан қисқа товуш эшитилади, шу жой эдштиб кў-рилса, нафас пастлиги сезилади,

Упканинг қайси қисмига қон қуйилганлигини аниқлаш учун рентген ва ультратовуш воситасидан фойдаланилади. Баъзан ўпкагақон қуйилиши бехатар бўлиб, 2 ҳафта ичи-да сўрилиб, битиб кетади. Кўпчилик ҳолларда ўпка тўқи-масига қон қуйилиши натижасида гемоаспирация ателек-тазлар келиб чиқади, буни сабаби, қоннинг қуйилган жбйидан бронхларга чпқишк (обтурацион ателектаз) ёки майда бронхлар ҳамда ўпка тўқимасининг қуйилган қон билан дямланиб қолишидир. Ателектазлар одатда қон қуйилган жой атрофида ёқн соғ ўпкада бўлиши мумкин. Упкашиг қон қуйилган қисми ва аспирацион ателектаз ўрнвда кўпинча ўткир шамоллаш жараёни — ўпка зотил-жамн келиб чиқади.

3—4390

33 <У- ЗОТИЛЖАМЛАР

Ярадор бўлиш туфайли келиб чиқадиган: иккиламчи ва интеркурент зотилжамлар фарқланади.

Касалликнинг келиб чиқиши (этиологияси). Бирламчи жароҳатланиш билан боғлиқ зотилжамлар ўпканинг ши-кастланиши, организмнинг шу шикастланишга б} 'лган таъсири ва ўпкага ўқ орқали юқумли микроблар кириши-дан юзага келади.

Жароҳатланишдан келиб чиқадиган иккиламчи зотил-жамлар эса нейрорефлектор йўл билан сйрлом ўпкага ёки бошқа жойга жароҳат етганда ривожланади.

Иккиламчи зотилжамлар деганда, септик ва аспирация , метагазлари хуруж қилиши оқибатида пайдо бўладиган ўпкадаги шамоллаш жараёнлари тушунилади.

Улуғ Ватан уруши даврида шифокорларнинг кузатиш-ларича, зотилжамлар кўпинча қорин ч (касалликларнинг 86 фоизга яқини), кўкрак ва бош (Г8 фоиз), оёқ (17 фоиз) ва қўллар (13 фоиз) соҳаси жароҳатланганида ку-затилган.

Ўпка шамоллашига кўпинча кўп қон йўқотиш, совуқ уриш, ўпканинг сурўнкали касалликлари билан оғриш, организмда витаминлар етишмаслиги ва ҳолсизлик сабаб бўлган. Қиш пайтида яраланганда, айниқса кўп қон кет-ганда, ярадорни жанг -майдонидан тез олиб чиқишнинг иложи бўлмаганда кузатилган.

Уруш давридаги зотилжамлар асосан кичик ўчоқлидир. 6—10 фоиз ҳоллардагина крупоз зотилжам аниқланган.

Зотилжам ярадорларда жароҳатланганларидан бир неча кун, ҳатто бир неча соат ўтгач бошланади ва кўпин-ча бош, юз, кўкрак ҳамда қоринга шикаст етганида хуруж қилади. Кейинроқ келиб чққадиган зотилжамлар қўл-оёқ-лар жароҳатланганда кўрилади. Шунга кўра барвақт ва

^кеч^зивожланадиган зотилжам фарқланади. \_\_\_\_\_

£T>ош жароҳатланганда келиб чиқадиган зотилжамлар яраланишдан сўнг бир неча соат ёки дастлабки кунларда намоён бўлади. Бунда жараён асосан ҳар иккала ўпкада кичик ўчоқли зотилжамлар юзага келиши билан кечади. Упка эшитиб кўрилганда унинг орқа пастки бўлимларида нафас пасайиб, майда пуфакли хириллашлар эшитилади. Упка соҳаси бармоқлар билан уриб кўрилганда бўриқ овоз эшитилмаслиги ҳам мумкин. Тана ҳарорати кескин ошмасдан, баъзан субфебрил бўлади.

Ўпка рентгенда кўрилгандан сўнг касаллик аниқлана-ди. Тана ҳарорати кўтарилиши жароҳат ҳисобига ҳам бў--лиши мумкин^Қон таркибини ўрганиш зотилжамни аниқ-

34

лашда ҳар доим ҳам ёрдам бермайди. Чунки жароҳатла-ниш оқибатида қонда лейкоцитлар сони ошиб, эритроцит-ларнинг чўкши тезлиги ошади, лейкограмма чапга сури-дади.

Ватан уруши йилларидаги бош жароҳатланишидан ке-либ чиқувчи зотилжам билан оғриган беморларнинг кўп-чилигк соғайиб кетишган.

£]Юз ва жағ соҳасидаги жароҳатлар туфайли пайдо •бўлган зотилжамлар оғир кечиб, яраланишдан сўнг 5—7 кун ўтгач бошланган. Қлиник белгилари аниқ намоён бўлгани учун ташхис осон қўйилган. Касаллик бошлани-шида тана ҳарорати жуда кўтарилиб, йўтал пайдо бўла-ди. Бемор йўталганида шиллик-йирингли балғам ажра-дади.

Йўталганда жароҳатда оғриқ туриши сабабли, бемор йўтални босишга интилади.

Қоц таркибида лейкоцитлар ошиб, эритроцитлар чўкяш тезлиги кўтарилади. Лейкограмма чапга сурилади. Зо-тилжам^чўзилиб плевралар йиринглашидан нохуш асорат •бериши мумкинГрруш йиллари юз ва жағ жароҳатлаки-шидан келиб чиқувчи зотилжамлар оқибати ҳамиша ҳам яхши бўлавермаган.

^K\Гкрак соҳаси жароҳатланишидан юзага келадиган зотилжамлар зарарланган ўпка томонида 38,8 фоиз, соғ-лом ўпка томонида эса 33,8 фоизни ташкил этган. Жаро-ҳатланишнинг дастлабки кунлари кўпинча яраланмаган ўпкада зотилжам келиб чиққан. Кейинчалик жароҳат то-мондаги ўпкада ҳам шамоллаш белгилари намоён бўлган. Шикастланган ўпкада аввал пульмонитлар юзага ке-либ, унинг заминида зотилжам .бошланган. Бошқача айт-ганда, ўпка жароҳатланиши туфайли ўпка тўқимасига қон қўйилиб, ателектазлар пайдо бўлади. Ателектазларга эса пульмонит соҳасидан инфекция тушади. ^/

Баъзан муаллифлар (Н. С. Молчанов, М. С. Вовси, Т. С. Истаманова) фикрича, жароҳатланмаган ўпкада **рефлектор** йўл билан зотилжам келиб чиқади.

Айни вақтда ярадорларда ўпка шамоллаши кўп жихат-дан йнл фаслларига ҳам боғлиқ. Ю. И. Димшиц маълу-.мотларига кўра 1942 йилнинг ёзида 17% зотиллгам қайд •қилинган бўлса, ўша йилнинг қиш ойларига келиб бу кўр-сатккч 53% ни ташкил этди.

Кўкрак соҳаси жароҳатланганларда ўпка шамоллаган-лигшш аниқлаш баъзан мушкулдир, чунки у ўпкага қон қуйилиши, плевранинг шикастланиши, кўкрак кафасига қон қуйилиши (гемоторакс) билан бирга кечади. Лекин тана ҳароратининг жуда баландлиги, хансираш, ўпкада

35 кичик пуфакли хўл хириллашлар, бармоқ билан ўпка усти уриб кўрилганда бўғиқ товуш эшитилиши касалликни аниқлашга ёрдам беради.

?]Кўкрак соҳаси жароҳатланганларда келиб чиқадиган зотилжам икки гуруҳга бўлинади: а) кичик ўчоқли, б) кат-та ва қўшилган ўчоқли зотилжамлар. Катта ўчоқли ва бир-бирига қўшилган ўчоқли зотилжамларни крупоз зо-тилжамдан фарқлаш қийин. Кичик ўчоқли ўпка шамол-лашлари тана ҳарорати 39 даражагача -қўтарилиб, лейкоз сони ҳам жуда ошмасдан кечса, йирик ўчоқли зотилжам-ларда тана харорати яна ҳам кўтарилади, қонда лейко-цитоз сони кескин кўпаяди.

Кўп қон йўкотган, кўкрак соҳаси жароҳатла-нганларда бошланган зотилжам оғир кечиб, ўлим ҳолларига сабаб бўлган. Кўпинча кўкрак соҳаси жароҳатланганидан 11 кун ўтгач, зотилжам бошланиб (бу 75% ҳолларда кузатилган), уруш йиллари кузатишларига кўра 10—20 кун давом эт-ган. Иирик ўчоқли зотилжамларда бу муддат узокроқдир. Кўкрак соҳаси жароҳатланганларда (айниқса, оғир яра-ланганларда) зотилжам кўпинча фожиали тугаган. Йирик ўчоқли ва қўшилган ўчоқли зотилжамларга қараганда ўлим ҳоллари уч марта кўп кузатилган. Бу албатта фақат зотилжам турига эмас, балки жароҳатнинг ҳам нечоғлиқ оғирлигига боғлиқ бўлган.

Қорин соҳаси жароҳатланишидан келиб чиқадиган зо-тилжам белгилари дастлабки уч\_кршчида намоён бўлади,

Биринчи жаҳон ва Қрим уруши пайтида асосан қорин соҳасидан жароҳатланганлар ҳалок бўлишган. Ватаи уру-ши даврида тиббий кўчириш жойларида тегишли ёрдам кўрсатиш, янги даволаш усулларини қўллаш туфайли аҳ-вол яхшиланди. Лекин қорин соҳ\_аси жароҳатланган ҳар ,уч кишининг биттасида зотилжам белгилари ҳам йирик ва кичик ўчоқли зотилжамдагидек: бунда ҳам ўпка усти бармоқлар билан уриб кўрилганда бўғиқ товуш чиқади, ўпканинг орқа ва пастки қисмида ҳўл хириллашлар эши-тилади. Одатда қорин соҳаси жароҳатланганда ичаклар шикастланиши, баъзан перитонит кўшилиши билан касал-ликлар ҳар хил кўринишда намоён бўлади. Лекин зотил-жам кўшилиши билан тана ҳарорати кескин кўтарилиб, беморнинг умумий аҳволи оғирлашади, кўкариб хансирай-ди, йўтал тутади.

Кўпинча зотилжам кўшилгач, яранинг битиши ёмон-лашади. Бундай зотилжам узоқ чўзилиб, баъзан бемор ўлимига сабаб бўлади.

Умуртқа поғонаси жароҳатлангандан сўнг келиб чиқа-диган зотилжамлар жароҳатлангандан сўнг 10—14. кун

36

«»

ўтгач бошланади. Бу касалликка асосан ярадорларнинг қимирламасдан узоқ ётишлари сабаб бўлади.

Қасалликни аниқлаш қийин. Лекин синчиклаб текши-рилганда перкутор товушнинг бўғиқлиги, ўпкада яккам-дуккам ҳўл ва қуруқ хириллашларни эшитиш мумкин. Тана ҳарорати асосан субфебрил кўринишда бўлади. Ка-саллик узоқ давом этиб, кўп ҳолларда ўлим билан ту-гайди.

Говак суяклар ва бўримлар жароҳатланганида зотил-жам 2—3 ҳафтадан сўнг бошланиб, бунга ҳам беморнинг бир хил ҳолавда узоқ ётиши сабаб бўлади. Бундан таш-қари, касаллик пайдо бўлишида яра сепсиси ва йиринг-ли — резорбтив иситма муҳим аҳамиятга эга.

Касалликнинг биринчи кунларида уни аниқлаш қийин. Зотилжам белгилари кейинроқ намоён бўла боради. Та-на ҳарорати кўтарилишини жароҳат сепсиси билан ту-шунтирилса-да, рентген ўпкада шамоллаш борлигини кўрсатади. Лекин зотилжам кейинчалик, абцесслар пайдо бўлганда сезилиши мумкин.

Шуни айтиш керакки, зотилжамга^\_уз^ вақтида тўрри даво қйлинса, ярадор соғайиб^кет^дйГ Афсуски баъзи^ол-ларЖаГаШилжам^чузилибсу^ў^кали турга ўтиши, ўпка абсцесси ва гангренашига бибкелиши "мумкин.

""Зотилжам кўшйлиШй яранинг. битишини ёмонлашти-ради. Ҳозирги уруш шароитида (Афғонистон) антибиотик-лар кенг қўлланилишига қарамай, ярадорларда зотилжам асорати камаймади.

у^ **ЎПКАДАГИ ЙИРИНГЛИ ЖАРАЁНЛАР**

[Ўпкага ^жаро^ат орқали микроблар тушишидан унда йирингли жараёнлар бошланади. Айниқса, ўқ ёки снаряд парчаси ўпка тўқимасига санчилиб қолганда абсцесслар кўп пайдо бўлади. Бундай йирингли жараёнлар ривожла-нишида ўпка тўқимасининг эзилиши, унга қон қуйилиши, ёт жисмлар тушиши муҳим аҳамиятга эга.

Фақатгина ўцка жароҳатланишидан сўнг эмас, балкй юз, жағ шикастлаиши, яралар газ'ак олишидан кейин ҳам ўпкада йирингли жараёнлар кузатилади. Абсцесслар ] жароҳатлангандан анча вақт ўтгач бошланади. Абсцесс-нинг клиник манзарасида икки давр кузатилади: 1) аДс-цесс.нинг \_\_бронх ёки пл^в\_ра бўшлджса ёрилишгача бўл-ган ривожланиш даври", 2) аДсдесснинг^^ёршшб, йирингли б^шлиқнй бр^нхлар\_\_Шла1^ту^гаштар^ш;^1^\_вр\_и.

Биринчи даврда бемор аҳволи оғирлашиб интоксика-ция белгилари намоён бўлади, қуруқ йўтал тутиб, абсцесс

37 бор томонда оғриқ туради. Тана ҳарорати ошиб, бемор сув бўлиб терлайди, ваража тутиб, мадори кетади.

Иккинчи даврда абсцесс бронх бўшлиғига ёрилиб, йи-рингли бўшлиқнинг бронхлар билан туташуви бемор аҳ-волини яхшилайдди. Шу вақтдан бошлаб (агар йирингли бўшлиқ бронхлар бўшлиғи билан яхши туташган бўлса) соғайиш бошланади.

ГКўкрак қафаси жароҳатланиши оқибатида плевра ка-салликлари юзага келади. Кўкрак қафасининг тешили-ши — кўкрак соҳасидаги энг кўп учрайдиган жароҳатлар-дандир. Бундай жароҳатлар очик пневмоторакс холати -билан кечиб, унинг белгилари анчагина.

Плевра бўшлиғи ташқи ҳаво билан туташиб, бунда плевра бўшлиғига тушган ҳаво плевра — ўпка шокига олиб келади. Ук тегиб ўтган кўкрак қафасидаги очик пневмотораксда қуйидаги аломатлар

кузатилади: бемор хансираб, кўкариб кетади, қон босими пасаядй, томир уриши жуда тезлашади. У букчайиб қолади, қаттиқ бе-зовталаниб аҳволи кескин оғирлашади. Қасаллик зўрайиб, бемор ўлиб қолиши мумкин. Уқ тегиши натижасида пайдо бўладиган очик пневмоторакс урушдаги энг оқир жароҳат-лардан бири ҳисобланиб, ярадорга зудлик билан махсус тиббий ёрдам, кўрсатилмаса, у қисқа вақт ичида халок бўлиши мумкин. Бундай ярадорларга биринчи тиббий ёрдам батальон саралаш тиббий" пунктида ёки полк тиб-бий пунктида кўрсатилади. Бу ёрдам ярадан плевра бўш-лиғига ҳаво ўтишини тўхтатишдан иборат. Бунинг учун яра атрофи одатдагидек тозаланиб клее;-:-;а, лейкоплас-тир, целлофан ва б. қ. матолар билан боғланади. Ана шун-дан сўнг ярадорни алоҳида тиббий батальон ёки госпи-талга олиб бориш. зарур.

Г\_§412-^Дй^УЦф — плеврага қон қуйилиши кўкрак қа-фасй ёпиқ жароҳатланганида қовудғалар\_синиши ёки ўпка тў^имашнига шикастланиши\_\_билан кёчиб. шйтдаГбир неча марта плевра бўшлиғидаги қон шприц билан олинади ва шу тариқа плевра йиринглашига йўл қўйилмайди. Плевра бўшлиғидан қон олиб ташлангач, антибиотиклар юбори-лади.

Агар плевра йирингласа (эмпи^м\_a), бемор-нинг аҳволи кескин ёмонлашади. Тана ҳарорати 39°С дан ошиб кетади, қон кўрсаткичлари- шамоллашдан дарак бериб, лейкограмма чапга сурилади, эритроцитлар чўкиш тезлиги соатига 40 мм дан ошади. Бемор озиб кетади, хансираш пайдо бўлади. Эшитиб кўрилганда нафас паст эшитилади. Плевра бўшлиғи тешилганда ундан йиринг чиқади.

38

## I ЮРАК-ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ

•ч <~

Юрак ва томирдаги касалликлар жароҳат олган за-ҳоти ва бир қанча вақт ўтгач намоён бўлиши мумкин.. Жароҳатланган пайтдаги юрак уриши тезлашиши, юрак соҳасида оғриқ туриши ва хансираш кўпроқ учрайдиган белгилар ҳисобланади. Баъзи ҳолларда юрак уриши сони ва мароми бузилади. Кўпинча юрак уриши тезлашиши юракда кучли оғриқ туриши билан кечади. Оғир ярадор-ларда коллапс ва шок ҳолати кузатилади. Юрак фаолия-тидаги ўзгаришлар билан бир қаторда томирлар таъсир-ланиши белгилари намоён бўлади: ярадор ўзини қизиб-кетгандай ҳис қилади, юзи қизариб тер босади.

Бош ва умуртқа поғонаси жароҳатланганда юрак ури-ши секинлашади. Кўкрак кафаси жароҳатланганда эса хансираш бошланади, юрак соҳасида оғриқ туриб, юрак уриши тезлашади, ранги кескин оқариб, баъзан юрак фаолияти издан чиқади. ЭКГ да тишлар вольтажи паса-йиб, синус тахикардияси, ўтказувчанлик бузилганлиги бел-гилари кузатилади.

Даволаш жараёнида ярадорлардаги (юқорида кўрса-тилган) белгилар йўқоляб, миокардит тузала боради. Ле-кин анча вақтгача тахикардия, юрак чўкдисида биринчи тоннинг бўғиқлиги, юрак соҳасидаги оғриқлар сақланиб қолади.

Агар жароҳат юқумли асоратлар билан кечса, юрак мушаклари дистрофияга учраб, бу беморнинг хансираши, юрак уриши тезлашиши, томирлар ТОНУСИ бузилишида намоён бўлади. Беморнинг умумий аҳволи оғирлашиб, тана ҳарорати ошади, қон таркибида лейкоцитоз, эрктро-ритлар чўкиш тезлиги кучаяди.

Миокардит асосан жароҳатлангандан сўнг анча вақт ўтгач бошланади. Миокарддаги яллиғланишга оид ўзгаришлар ўчоқли ёки ёппасига бўлиши мумкин. Ёппа-сига (диффуз) зарарланишда асосан юракнинг ишчи му-шаклари зарар кўриб, бунинг оқибатида беморда юрак фаолияти издан чиқади, ўтказиш мажмуаси зарар кўра-ди. Учоқли миокардитда кўпинча импульслар ишлаб • чиқарувчи мажмуалар зарарланади, шу туфайли беморда юрак уриши маромининг бузилиши кузатилади.

Шуни айтиб ўтиш керакки, ярадорларда миокардит яра сепсиси билан кечади ва бу тана ҳарорати кўтарили-ши, қон таркибида сепсис ҳолатига мос ўзгаришлар (лей-. коцитоз, ЭЧТ кучайиши) билан кечади.

Ватан уруши йилларида овқлар ва кўкрак кафаси жа-роҳатланган ярадорларнинг кўпчилигида э н д о к а р д и т

39 кузатилди. Одахда у яр^аницг газак олдждвдан пайдо\_бў-лувчи\_ септик жараён\_асорати хйсобланади." Сепсиснинг умумий~б~елТнларй (тана ҳарорати ошиши, ваража тутиш, терлаш) билан бир қаторда юрак қояққлари-зарарлани-ши (аорта ва митрал қопқоқлар) ҳам аниқланди. Эндо-кард яллиғланиши ўткир ва қайтма эндокардитлар кўрини-шида кечади.

Перикардит ҳам сепсис асорати сифатида учрай-ди. Лекин кўкрак кафаси жароҳатланганда юракнинг бевосита шикастланиши ва перикардга юқумли микроб-лар тушиши натижасида ҳам перикардит ривожланиши мумкин. КасалликниН-Г кечиши кўпроқ сепсиснинг қандай ўтишига боғлиқ. Агар перикард сув йиғилиши билан кеч-са, юрак катталашади, бармоқлар билан юрак соҳасига уриб кўрилганда бўғиқ майдон катталашғини сезилади. Перикард *цуруқ* кечаётган бўлса,

юракда перикард ишқа-ланиши шовқинини тикглаш мумкин. Перикард узок да-вом этади, баъзан перикарднинг кўкс оралиғига ёпишиб қолганини кўриш мумкин.

#### ^ БУЙРАК КАСАЛЛИКЛАРИ

Ярадорларда жароҳатланишдан сўнг тез орада реф-лектор равишда сийдик тутилиши мумкин. 1—2 кун ўтгач, сийдик чиқариш фаолияти асли ҳолига келади.

Жароҳат инфекцияси замирида кўп ҳолларда юқумли-токсик нефропатия кузатилади. У жароҳатланишнинг даст-лабки кунларидаёқ бошланиб, буйракдаги кичик ўзгариш-лар (сийдикда битта-яримта гиалин ва доначали цилиндр-лар, бироз оксил пайдо бўлиши) билан ифодаланади. Касаллик бир ойча давом этади ва жароҳатдаги юқумли асорат кетиши билан буйрак фаолияти тикланади.

Нефритлар одатда жароҳатланишдан сўнг анча вақт ўтгач кузатилади. Қасалликнинг дастлабки кунларида бемор шишиб кетади, қон босими кўтариладп (систолик босим 200 мм с. у., диастолик босим 100—120 мм. с. у.). Сийдик таркибида оксиллар, қон хужайралари, кўплаб гиалин цилиндрлари, доначали цилиндрлар учрайди. Баъ-зан буйрак етишмовчилиги (уремия) бемор ўлимига сабаб бўлади.

Ватан уруши даврида нефритлар буйрак хасталиги би-лан оғриган ярадорларнинг тахминан ярмида кузатил-ган.

Нефрозлар камроқ (буйрак касалликларининг 6,4 фоизи) учрайди. У кўпроқ йирингли остеомиелит билан орриган ярадорларда кузатилади. Беморда -турли даража-

**40**

даги шишлар пайдо бўлади. Сийдик таркибида оксиллар^ гиалин, донатор ва мумсимон цилиндрлар кўпаяди. Ге-матурия нефрозларда учрамайди.

Баъзи ярадорлар буйрагида тош ҳосил бўлиши туфай-ли уларнинг буйраги санчиб оғрийди. Бу ҳол уруш шарои-тида кўп кузатилган.

Буйрак касалликларини ўз вақтида аниқлаш, ярадор-ларнинг тезроқ сафга қайтишшарига имкон бериши шуб-ҳасиз. «

#### МЕЪДА-ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ |Л'

Улуғ Ватан уруши йиллари терапевтлар ярадорларда гастрит, колит, меъда яраси каби меъда-ичак касаллик-ларини ҳам аниқладилар. Гастритлар кечиши одатдагидай вди. Бунда ярадорлар тўш суяги остида оғриқ туриши,, оғизда бемаза таъм сезиш, ич қотиши, кўнгил айниши ва қайт қилишдан шикоят қиладилар. Жанговар жароҳатлар оқибатида сурункали гастрит кўзғалади. Гастритни меъда ярасидан фарқ қилиш керак, чунки хар иккаласи ҳам жароҳатланишнинг биринчи ҳафтасидаёқ юзага келади.

Колитлар шикастланишдан анча кейин пайдо бўлиша мумкин. Бунда қоринда оғриқ туриши, метеоризм, ич ке-тиши, баъзида тана ҳарорати кўтарилиши кузатилади.. Колитларни ичбуруғ, ичак силидан фарқлаш керак.

#### ҚОН ТУЗИЛИШИДАГИ УЗГАРИШЛАР Д>-

Жароҳатланган заҳоти, қон йўқотиш туфайли камқон-лик юзага' келиши мумкин. Одатда камқонлик йирик то-мирлар жароҳатланганида рўй бериб, вақтида (айниқса,, қиш фаслида) тиббий ёрдам берилмаса, ярадор ўлимига сабаб бўлади. Қорин соҳаси шикастланганда ичга қон кетиб, камқонлик юзага келганлиги дарҳол сезилмайди. Кейинчалик ярага юқумли асоратлар кўшилиши билан камқонлик сурункали кечиши мумкин. Ярадорларда ке™ йинчалик келиб чиқадиган камқонликни ўргаиш шунк кўрсатадики, бунда асосан эритроцитлар етилиши зарар кўрар экан. «Кечки анемиялар» келиб чнқишига асосан анаэроб инфекция сабаб бўлади. Бу микроорганизмлар-ннкг қон таркибини бузувчи захарлар ишлаб чиқариши билан тушунтирилади. Кўп қон йўқотишдан ўлиш ҳолларини уруш йиллар» кўплаб олимлар ўргандилар. Айниқса, шифокор Блялик жуда кўп кузатишлар олиб борди. Унинг йаълумотларига кўра қон йўқотишдан ўлиш 40 фоизни ташкил этган. Кўп-

41 роқ ички қон кетиш, камроқ ташки қон кетишдан ўлим со-дир бўлган.

Кўп қон йўқотиш сўнгги камқонлик ва коллапс белги-ларидан иборат. Ярадор боши айланиб, ҳушидан кетади, томир уриши жуда заифлашади, совуқ тер босади, кўкариб кетади/ Қон таркибида эритроцитлар камайиб, тўқима-ларни кислород билан таъминлаш кескин ёмонлашади. (гипоксия). Бу ҳолатга нерв системаси айниқса сезгир-дир: бемор тана ҳолати салгина ўзгартирилганда унинг боши айланади, кўз олди жимирлаб, кўз кўрмай қолади (бу вақтинча ҳолат), юрак уриши тезлашади.

.Қон йўқотишдан сўнг унинг таркибидаги эритроцитлар кўп чиқиб кетганига карамасдан, эритроцитлар сони ва гемоглобин миқдори текширилганда аввалдагидек бўлади. Бунинг сабаби қон йўқотилгач жигар, талок, мушаклар, тери ости ёғ тўқимаси томирларга қон чиқишидадир. Бу рефлексор томир тўлдириш даври бўлиб, бундан сўнг гид-ремик тўлдириш

даври бошланади. Томирларга кўп миқдорда тўқима суюқлиги — лимфа чиқади. Оқибатда эрит-роцитлар ва гемоглобин миқдори камаёди. Орадан 4—5 кун ўтгач ретикулоцитлар кризи (суяк илигини. тўлдириш) даври бошланиб, қизил қон дончалари қон таркибида яна кўпая бошлайди.

Уз вақтида ёрдам кўрсатилганда (полиглокин, реопо-лиглокин, эритроцитлар массаси, қон қуйиш) эритроцитлар ва гемоглобин миқдори 2—3 ҳафтадан сўнг асл ҳолига қайтади.

#### **ЯРАДОРЛАРДА ИЧКИ АЪЗОЛАР КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШ ВА ОЛДИНИ ОЛИШ**

Ярадорларда турли касалликлар келиб чиқишининг асосий сабаби жароҳат тури, оғир-енгиллиги, ўрни ва қў-шимча шароитларга (шикастлангунга қадар соғлиги қан-дайлиги, стресс ҳолатлар ва х. к.) боғлиқ. Жароҳат бутун инсон организми ва уни бошқарувчи системалар ҳолатига ёмон таъсир этади.

Ярадорларда ички аъзолар касалликларини олдини олиш ва даволашни мумкин қадар кечиктирмаслик зарур. Етук жарроҳлик ёрдамини кўрсатиш, жанг майдони-дан ярадорларни ўз вақтида олиб чиқиш (айниқса, қиш пайтида) ҳал қр^лувчи аҳамиятга эга.

Шунингдек ярадорларни тиббий ходимлар кузатувида шифохоналарга жўнатилишини тўғرى ташкил этиш, улар-ни витаминларга бой овқат маҳсулотлари билан таъмин-

42

лаш, юқумли асоратларга қарши курашиш, турли сор-ломлаштирувчи машқлар ўтказиш муҳим тадбирлардан ҳисобланади.

Тиббий кўчириш босқичлари ярадорларни иситиш, ис- , сиқ овқат бериш, юрак-томирлар фаолиятини яхшиловчи дори-дармонлар юбориш уруш йилларида касалликлар-нинг олдини олишда кенг қўлланилди. Бош ва кўкрак кафаси жароҳатланганда А. В. Вишневский усули бўйича ваго-симпатик блокададан фойдаланилди. Бош ва юз ши-кастланишида рефлектор ёйини узишдан ташқари, аспир-рациянинг олдини олувчи чоралар х^ам кўрилади. Бемор-дастлабки кунлари юзи ерга қаратиб ётқизилса, кейинча-лик зса ярим ўтириш ҳолати берилди. Жарроҳликнинг бирламчи тозалаш муолажаси кўрилади, имкон борича ёт^1 жисмлар тўла олиб ташланади. Зотилжамга сабаб бўлув-чи, ички жароҳатланишларда касалликнинг олдини олиш учун беморга антибиотиклар ва сульфаниламид препарат-лари берилди.

Упка яллирланишини даволаш тадбирлари у аниқлағак босқичдаёқ бошланади. Бунга жароҳатни даволаш, орга-низм чидамини оширувчи ва ўпкадаги патологик жараённи бартараф этишга қаратилган тадбирлар қиради.

Имкони борича, беморлар ётқизиб даволанади, уларга, витаминлар ва оксилга бой овқат берилди, қайта-қайта қон ва эритроцитлар массаси (камқонликда) қуйиб тури-лади.

Зотилжамни даволашда кенг қўламли антибиотиклар ишлатилади. Юрак-томирлар фаолияти бузилганда ко-феин, глюкоза билан қўшиб строфантин тайинланади^ гипоксия ҳолатида кислород берилди. Биринчи кунлар-данок нафас машқлари ўтказилади.

Антибиотикларни тўғри танлаш муҳим аҳамиятга эга, Зотилжам деб, тахмин қилинаётган оғир ярадорларни куч-сиз антибиотиклар, масалан, пенициллин билан даволаш ярамайди. Бундай беморларга клофаран 1 г дан кунига 3 марта, ана шундай миқдорда цефамизин кунига 2 мар-та, таривид — 200 тайинланади. Бу антибиотиклар кенг қўламли бўлиб, ярадорларда стафилококк, стрептококк ва бошқа кўплаб микроорганизмлар пайдо қилган зотилжам-ни даволашда фойда беради.

Қон кетиш ҳоллари юз берганда 5% ли аминоксапрон кислота, приопреципитат, янги музлатилган плазма, амбен (памбу) қўлланилади. Маҳаллий қон кетишни тўхтатиш-учун эса фибрин булут ва фибрин пардаси ишлатилади.

Жароҳатланиш натижасида силласи қуриб, озиб

43 кетган ярадорлар томирига оксил гидролизатлари, ёғ эмульсиялари, аминокислоталар аралашмаси юборилади.'~7

#### **ШУЖШИ ""^**

#### **ПОРТЛАШ ТУЛҚИНИ ТАЪСИРИДА ИЧКИ АЪЗОЛАРДА КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН КАСАЛЛИКЛАР**

Русия-Туркия уруши давридаёқ шифокорлар портлаш таъсирида ички аъзоларда келиб чиқадиган ўзгаришларга эътибор беришган. Бу ўша вақтда жанг ^майдонида кучли артиллерия снарядлари қўлланилиши билан боғлиқ эди. «Қарахтлик» («контузия») ибораси шу йиллари келиб чиқди.

Снаряд ёки авиа бомбаси портлаганда ҳаво сиқилиб, атмосфера босими ошиб кетиши ва портлаш таъсири ту-гаган жойда босимнинг камайиб кетиши одамларга жа-роҳат етказди. Биринчи навбатда портлаш қулоққа таъ-сир этиб, қулоқ пардасини ёриши, ўрта ва ички қулоқни 'шикастлантириши мумкин. Портлаш пайти чиқувчи кучли товуш импульслари кўп ҳолларда

миянинг акустик зона-сига таъсир этиб — кар бўлиб қолишга, ҳаводаги босим-нинг кескин ўзгариши — ички аъзоларни зарарлантириш-га, портлаш тўлқини эса одамни улоқтириб юбориб, турли жароҳатлар олишга сабаб бўлади.

Портлаш тўлқинининг таъсири биринчи жаҳон урушидаёқ ҳарбий шифокорлар томонидан ўрганилган бўлиб, Улуғ Ватан уруши даврида ҳарбий тиббиёт бу йўналишда кўплаб кузатишларга эга эди. Таникли невропатолог, профессор М. А. Захарченко портлаш тўлқини таъсирини биринчи жаҳон уруши ва Ватан уруши йилларида ўрганиб, нерв системасига оид шикастланишлар асосий ўрин тутишини таъкидлади. Кўплаб жабрланганлар хушдан кетадилар: баъзилари дарров ўзига келса, бошқалари анчагача беҳуш бўлиб ётадилар. Контузияга учраганларнинг кўпчилигида ҳушига келганидан сўнг ҳам эшитиш, гапириш, хидлаш, таъм билиш ва кўриш аъзолари фаолияти тикланмаслиги мумкин. Бу ҳолат узок пайтгача давом этади ва яхшилаб даволанишдан сўнг кўпчюшк ҳолларда бемор соғайиб кетади. Агар жароҳат оғир бўлса, контузияга учраган одам ҳушига келганидан кейин ҳам гаплашмайди, вақтни фарқламайди, атрофдагиларга бефарқ бўлади. Кучли шикастланганларда бульбар ҳолатлар кузатилиб бу умуртқа ва миянинг асосий артериясида қон айланишининг бузилиши билан боғлиқ. Касаллик белгилари ютишнинг қийинлашиши, нутқнинг бузилиши, юрак фаолиятининг издан чиқиши ва аритмияда узифодасини топади.

44

Портлаш тўлқини таъсирида бош зарарланиб, кўл ва оёқлар шол бўлиб қолиши мумкин. Шунингдек у ёки бу миқдорда вазомотор бузилишлар: қафт ва оёқ таги кўкариши, юзнинг оқариши ва қизариши, кўл-оёқларнинг совиши, терлашнинг кучайиши кузатилади.

Улуғ Ватан уруши пайтида портлаш тўлқини таъсиридан ўпкада қатор ўзгаришлар келиб чиқиши аниқланди. Бемор хансирайди, йўталади, ўпкага қон қуйилиши натижасида қон аралаш тупуради. Юрак-томирлар система-сида брадикардия ва пульснинг ўта ўзгарувчанлиги кузатилади. Кейинчалик ЭКГ да синус брадикардияси, кўп ҳолларда эса экстрасистолия аниқланади.

Овқат ҳазм қилиш аъзолари фаолиятининг бузилиши жароҳатланишдан кейинги дастлабки соатларда кўнгил айниши, баъзан қусиш, ич кетиш ва ел ушлаш олмаслик каби белгиларда сезилади. Баъзан узок вақт (ҳафта, ой-лаб) қарахтлик, паришонхотирлик, тушқунлик давом этади. Ҳаракат аста-секин тикланса-да, нутқ ва эшитишнинг издан чиқиши анчагача сақланади.

Уйқу бузилиши ҳолати бунда ўзига хос тарзда намоён бўлади. Бедорлик ва уйқу орасидаги чегара йўқолиб, ҳар иккаласидан бемор қоникмайди. Портлаш тўлқини таъсирида қон босими ошганлар кейинчалик (7—8 ой) шу дард-га (гипертония) мубтало бўладилар. Бош оғриғи, бош айланиши, кулок шанғиллаши, уйқусизлик каби церебрал ҳолатлар кўпчилкда узок сақланиб қолади.

Портлаш тўлқинининг меъда-ичак аъзоларига яна бир таъсири, меъда яраси билан оғриганларда меъда ва ўн икки бармоқли ичакнинг янги яралари пайдо бўлади.

Даволаш. Бемор ётиб даволаниши зарур. Енгил ва ўртача оғир турда оғриган беморлар учун ўринкўрпа қилиб ётиш муддати уч ҳафтадан кам бўлмаслиги керак. Оғир беморлар учун муҳлат чўзилади. Жароҳат туфайли шок ҳолатига тушганларга юрак-томирлар фаолиятини яхшилаш мақсадида кофеин, строфантин, кордиамин, ме-затон, нафаски изга тушириш учун эса лобелин ва цититон тайинланади. Мия шишини қайтаришда магний сульфат, глюкоза ва бошқа дорилар қўлланади. Қалла ичи босими-ни пасайтириш учун орка мия тешилади.

Контузияга учраган беморларга трайквилизаторлар (тазепам, триоксазин, рогипнол, мепротан ва б.к.) албат-та берилиши керак. Уйқуни чўзиш ва асаб системаси ҳолатини яхшилаш учун наркотик дорилар, бемор безовта бўлса, аминазин берилши мумкин. Агар вегетатив асаб системаси ва томирлар реакциясн сезилса, уни камайтириш

45 мақсадида антигистамин дорилар (димедрол, пипольфен) тайинланади.

•3 - \*\* *об*  $\partial^a$   $\wedge \wedge$  &<? *г* *го* Г»

^ узок **эзилиш** ҳолати

^ ^сН^ .10 к «\* ^5-

/ Узо4-Эзилиш Долати (Краш синдроми) кў\_плаб юмшоқ. . туқималарнинг узок \_вакт ёпик шикастланиши натижаси-

да келиб чиқади. Унинг\_\_умумий ва маҳаллий белгилари

бор. Умумий белгилар\_шок, ўткир буйрак етишмовчилиги ва миоглобинуриядан иборат бўлиб, асосий белгилар хи-собланади ва касаллик оқибатини аниқлайди. , Узок эзилиш ҳолати снарядлар гюртлаши ва бомба тушйши пайтида бинолар қулашй, тинч даврда шахта,. конлар босиб қолиши, ер қимирлаши пайтида учрайдн. Краш синдроми иккинчи жаҳон уруши пайтида Байуотерс томонидан Англия шахарларига иемис самолётлари бом-ба ташлаганида кузатилган. Бомбардимондан зарар кўр-ган 1182 кишидан 3,7% и Ба,йуотерс кузатишича узок эзи-лиш ҳолати билан жабрланган. М. И. Қўзин Ашхсбодда-ги ер қимирлаш пайтида шикастланганларнинг 3,5 фои-зидан Краш синдромини топган. Хиросимадаги атом бом-баси портлаши оқибатида эса 20% кишиларда бу пато-логия аникланган.

К л и н и к а с и. Узок эзилиш ҳолати айланма даврлар билан кечгани учун уч даврга бўлиб ўрганилади. Булар эрта, ўрта ва кеч даврлардан иборат. Эрта даврда (2—3 кун давом этади) эзиб турган оғирликдан халос этилганларда умумий ва маҳаллий белгилар эрта (бир-неча ўн минут ёки бир неча соат ўтгач) кўзга ташланади. Маҳаллий белгилар эзилган жойнинг тез шишиши, тери-нинг кўқариши, совиши билан намоёи бўлади. Кейинча-лик терида пуфакчалар хосил бўлиб, пуфак ичида қонта-лаш суюқлик кўринади. Ана шу пайт ривожлана бошлай-диган гемодинамик бузилишлар (қон босими пасайиши, юракнинг тез уриши ва б. к.) бошланғич давр учун хос бўлган умумий белгиларднр. Узок вакт давомида эзилиб ётган одам (1—2 сутка \_давомида) кўпинча кутқариб олинганидан сўнг бир неча соат ичида ҳаётдан кўз юмади.

Баъзан битта оёқ ёки кўл босилиб қолиши мумкии. Кутқариб олингандан сўнг кўл ёки оёқ оқаргаи, соғига нисбатан совуқроқ, бармоқ учлари кўқарган бўлади. Суяк-лар кўпинча зарарла.нмайди. Сезиш хис қилинмайди. То-мир уриши билинмайди. Бир неча кун гтгида эзилган кўл ва оёқлар шишиб, икки-уч баробар катталашиб кетади.

Иккинчи давр (3 кундан 10—12 кунгача кўз оқи-

46

ннинг сарғайнши, томир уришининг тезлашиши, қон боси-мининг тобора пасайиб бориши, плазма йўқотилиши, қон-нинг қуйилиши ва ўткир буйрак етишмовчилиги .билан кечади. Уткир буйрак етишмовчилиги дастлабки соат ва кунларда кузатилиб, бу вакт миоглобинурия туфайли бе-морнинг сийдиги кўнғир рангда б\>лади. Кейинчалик буй-ракнинг сийдик чиқариш фаолияти бузилиб, қонда азот микдори ошиб кетади.

Арманистондаги зилзила пайтида кузатилган узок эзи-лиш ҳолатлари одатдаги ана шукдай ҳоллардан фарқ қилмади. Биринчи кунлардаёқ жабр кўрганларда эзилган тўқималар ва а}'толиз маҳсулотлари конга сўрилиши на-тижасида организмнинг жароҳатдан кейинги заҳарланиш белгилари юзага келдш

Касалликнинг иккинчи даврида ҳам бамор дармони ку-риб, қусади, оғир ҳолларда 3—7-кунга келиб **хушдан** кетади. Оғир заҳарланиш оқибатида келиб чиқадиган юрак етишмовчилигидан ўлим содир бўлади.

Касаллик унчалик оғир кечмаганида иккинчи ҳафта охирйдан то 2—3 ойгача (у ч и н ч и д а в р) буйрак фаолияти тикланиб, сийдикда цилиндр, оксил, зритроцит-лар йўқолиб боради.

Юмшоқ тўқималарнинг эзилиш даражаси ва қанча вакт оғирлик остида бўлганига караб касалликнинг энгил, ўртача оғирликдаги, оғир ва ўта оғир узок эзилиш тур-лари фарқланади.

Энгил турида юмшоқ тўқималар кам муддат (4 соатгача) оғирлик остида эзилади: бунда буйрак фао-лияти сал бузилиб, бир неча кун ичида бемор соғайиб кетади. Уртача орир турдаги эзилиш оғирлик остида 6 соатгача қолиб кетилганда кузатилиб бунда бир неча кун мобайнида сийдик миоглобин ҳисобига ранги ўзгаради. Бемор кам ҳаракат бўлиб қолади, кўнгли айнийди, за-ҳарланиш белгилари иайдо бўлади, қон зардобида моче-вина ва креатинин микдори ошади.

Оғир турда (юк остида 6—8 соат қолиб кетганда) шок билан бирга ўткир буйрак етишмовчилиги белгилари: кўнгил айниши, қусиш, хушдан кетиш кузатилади. Оксил-лар, хилма-хил цилиндрлар қонда эса азот микдори ошиб кетади. Буйрак мутлақо сийдик ажратмай кўяди.



Ута оғир тур-6—8 соатдан зиёд.оғир юк остида қолиб кетганда кузатилиб, кучли шок ривожланади, кон-да азот микдори ошиб, буйрак сийдик ажратмай кўяди. Жабрланганлар бир-икки кун ичида ўладилар.

**Д а в о л а ш .** Узоқ эзилиш ҳолатини даволаш учун

47 асосан шок, ўткир буйрак етишмовчилиги ва электролит-лар алмашинуви бузилишини бартараф этиш зарур. Юк остидан холос этилган қўл-оёқ чеккадан марказга қараб, шишиб кетмасидан бинт билаи сиқиб боғланади ва шина ёрдамида маҳкамланади. Агар босилиш оқибатида суяк-лар синган ёки қўл-оёқни олиб ташлаш кераклигич аён бўлса, зарарланган жойга жгут кўйиш керак. Жгут устки кисми айланасига новокаин билан блокада қилинади. Ацидозга қарши 3% ли бикарбонат эритмаси (400—500 мл дан суткасига ва 400—800 мл дан лактосоль) тавсия эти-лади. Эзилган аъзони, қўл-оёқни иммсбилизация қилишга алоҳида эътибор бериш керак.

Касалликнинг илк даврида шокка кдрши чоралар кў-рилиб, кон ўрнини босувчи препаратлар (полиглюкин».

реополиглюкин) ишлатилади. Кўп сен зардоби йўқотпли-ши муносабати билан томирга кунига 4 литргача суюқлик юборилади.

Касалликнинг иккинчи даврида ў<sup>ткир</sup>Р буйрак етиш-мовчилигини даволаш зарур. Уртача оғир турдаги узоқ. эзилиш ҳолатида ўткир буйрак етишмовчилиги функцио-нал характерда бўлгци учун даволаш тадбирларига сий-дик хайдовчи препаратлар (лазикс) ҳам қўшилади. Агар-шокка қарши ва қон айланишини яхшиловчи тадбирлар-дан кейин ҳам сийдик ажралмаса, «сунъий буйрак» аппа-рати ёрдамида гемодиализ қилнади. Арманистонда жабр кўрганларни даволашда гемодиализ усулидан кўп фой- Ғ даланилди.

Узоқ эзилиш ҳолатини бошидан кечираётган бемор-лардаги ўткир буйрак етишмовчилигини даволашда сий-дик ажралиши, қондаги азот микдорн, электролитлар (калий, кальций, натрий) ннсбатини доимо кузатиб ту-риш зарур. Калий эзилган юмшок тўқималардан қонга кўп микдорда сўрилиб, *юрак* мушакларига захарли таъ-сир этиши мумкин. Қонда калий микдори ошнб кетганда юрак тўхтаб қолишининг олдини олиш мақсадида томир ичига 20 мл 10 ли кальций глюконат юборилади.

**Б о с қ и ч л и д а в о л а ш у с у л и .** Полк тиббий пунктида шокка қарши тадбирлар (пммобилизация, ново-каин билан блокада, юрак-томирлар фаолиятини яхши-ловчи дорилар ва х. к.) кўрилади. Бу тадбирларнинг даво-ми алоҳида тиббий батальонда нпхояснга етказилади. Бе-мор шок ҳолатндан чиқарилганидан кейин, уни алоҳида тиббий батальондан махсус шпфохонага (сунъий буйрак аппаратини қўллаш ва бошқа даволаш тадбирларини ўт-казиш мақсадида) олиб борилади.

48

#### **К У Й И Ш К А С А Л Л И Г И**

Улуғ Ватан уруши жанггоҳларида куруқликдаги қў-шинлар ичида куйиш умумий жароҳатларнинг 1—1,5 фои-зини ташкил этган бўлса, флотда бу кўрсаткич 10 фоизга яқинни ташкил этди. 1904—1905 йиллардаги рус-япон урушида куйганлар сони яна ҳам кўп эди. Цусим жангида ярадор бўлганларнинг 40 фоизи қаттиқ куйишдан азоб чеккан.

Япониянинг Хиросима ва Нагасаки шаҳарларига атом бомбаси ташланганида куйганлар сони яна ҳам кескин ошди. Атом бомбасининг кучли иссиқлик таъсири натижа-сида куйганлар жабрланганларнинг 80—85 фоизини таш-кил этди. Вьетнам уруши даврида ҳам америкаликлар оғир куйиш ҳолларига олиб келувчи напалм бомбаларини ишлатишди.

Куйиш касаллигини даволаш ҳарбий шифокорлар учун муҳим вазифадир. Яна шуни унутмаслик керакки, чуқур ва катта куйишлар ички аъзолар, асаблар, моддалар ал-машинувини издан чиқариши туфайли, «куйиш хасталиги» деганда танакинг умумий ?;асаллигини тушуниш керак.

Белгилари ва кечиши: Тў<sup>а</sup>ималар зарарлани-ши қандайлигига қараб, куйиш уч даражага бўлинади:

I даражали куйишда тери қизаради, II даражали ку-йишда пуфакчалар ҳосил бўлади, III даражали ку-йишда эса тўк/ша ўлади.

Танадагн терининг учдан бир кисми юзаки куйиб, бу-гун терининг 10 фоизи чуқур куйса, куйиш касаллиги ри-вожланади. Куйиш касаллиги кечишида 4 давр кузати-лади.

Бошланғич давр. Бу даврда марказий асаблар тизими-, нинг фаолияти кескин бузилиши билан кечадиган шок ҳолати кузатилади. Бунда сув ва электролитлар, модда-лар алмашинуви, қон айланиш издан чиқади.

Токсемик давр. Агар бемор шокдан ўлмади қолса, учин-чи куни токсемик давр бошланади. Бу давр тўқималарда-ги оксилнинг парчаланиши маҳсулотларидан организмнинг захарланиши билан кечади. Бунда тамадан ниҳоятда кўп-лаб плазма йўқолади, бемор оғриқдан азоб чекади, тана ҳарорати пасайиб кетади, томир уриши тез ва заиф бўлади. Бу давр 4—10 кун давом этади,

Септик давр. Сепсис ва юкумли асоратлар ривожланиши билан ажралиб туради. Терининг катта куйган қисми бу асоратлар билан боғлиқ бўлиб, шу туфайли уларда микроблар ривожланиб, яра битиши секинлашади.

4—4390

49 **Тузалиш даври.** Яхши даво тадбирлари олиб борилган-да

бемор бир — бир ярим ойдаи сўнг соғайиб кетади.

Касаллик белгилари: организмнинг умумий захарланиши, юрак-томирлар ва ички аъзолар фаолияти-нинг бузилиши: зотилжам, нефрит, оксиллар алмашинуви издан чиқиши, гепатит, камқошқиб каби қатор асоратлар ривожланиши билан намоён бўлади.

III—IV даражали куйиш холларида жиддий асорат сифатида зотилжам кузатилади. Нафас йўллари куйганда юкумли микроблар бронхлар бўялаб таркалади. Терининг 10—15 фоизи куйганда келиб чиқадиган куйиш касаллигининг биринчи давридаёқ, юрак-томирлар фаолияти издан чиқади. Беморлар юрак соҳасида оғриқ сезадилар, юрак тез уриб, нафас етишмаслигидан шикаст киладилар. Куйгандан сўнг дастлабки соатлардаёқ, кўп миқдорда қон зардобни йўқотилиши натижасида қон умумий миқдори камайиб, юрак миокардига кам кислород келади. Оқибат-да кейинчалик юрак уриши тезлашиб, эшитиб кўрилганда юрак чўққисидан систолик шовқин эшитилади.-

Юрак мушакларидаги ўзгаришлар миокардиодистрофия кўринишида бўлади. Баъзи беморларда Н. Д. Войце-хович маълумотларига кўра юрак етишмовчилигидан ўлим ҳоллари ҳам кузатилган. Куйишдан кейинги дастлабки соатларда беморларнинг ярмида ЭҚГ патологик ўзгаришларни кўрсатади.

Меъда-ичак фаолиятида ҳам қатор ўзгаришларни кўриш мумкин. Биринчи кунлардаёқ бемор иштаҳаси паса-йиб, ичи қуяди, кўнгли айниб қусади. Кейинчалик иштаҳа мутлақо йўқолиб, бемор озиб кетади.

Жигар фаолияти ўзгаради (айниқса, III даражали куйган беморларда). Сийдик билан уробилин чиқиб, 'бу жи-гарнинг ўт ишлаб чиқариш қобилияти сусайганлигини кўрсатади. Шунингдек жигарнинг захарларни тозалаш хусусияти ҳам пасаяди. Қон таркибида протромбин, қанд, би-лирубин, плазма оксиллари ўзгаради. Айнақса, қондаги оксиллар миқдори кескин камайиб кетади.

Куйиш касаллигида буйрак фаолияти ҳам издан чиқади. Бошланғич даврда ўткир буйрак етишмовчилиги келиб чиқиб, сийдикда докатор гиагин ва мумсимон ци-линдлар, кўп миқдорда оксил пайдо бўлади. Қонда азот кўпайиб, сийдик чиқмай қолиши мумкин.

Қон таркибида ўзига хос ўзгаришлар кўринади. Бошланғич даврда қоннинг куйилиши билан бир қаторда эритроцитлар гемолизи кузатилса, кейинги ҳафтага ўтиб беморларда камқонлик ривожланади. Камқонлик эритро-цитлар ишлаб чиқарилишининг пасайиши ва аутоиммун

50

гемолиз ҳамда қонда эритроцитларни гемолизга учратувчи антителлар пайдо бўлиши билан изоҳланади. Қонда оксиллар миқдори куйган яра юзасидан зардоб чиқиши ҳисобига камайиб кетади. Шунингдек, қон таркибида натрий миқдори ҳам камайиб кетади.

Оксидланиш жараёнининг секинлашиши оқибатида тўқималар етарлича кислород билан таъминланмайди. Қис-лота-ишқор мувозанати кислоталар томон сурилади (ацидоз). Қонда моддалар алмашинувининг оралиқ маҳсулотлари — полипептидлар, сут кислотаси кўпаяди.

Даволаш. Куйишда биринчи ёрдам кийимдаги оловни ўчириш ва терининг куйган жойига стерил боғлам куйишдан иборат (бунда куйган жой устидаги кийимлар кесиб олинади). Беморни шикаст етказмасдан, йўлда совқотиб қолишдан эҳтиётлаб кўчириш зарур. Дастлабки соатларда даволаш тадбирлари куйиш шокига қарши олиб борилади. Оғриқни қолдирувчи препаратлар (2 мл 2% ли проме-дол, 2 мл 2% ли омнопон ва 1 мл димедрол билан кўшиб) қўланади. Оғриқ кучли бўлганда 2 мл дроперидол ва 1 мл фентаил тавсия этилади. Барча куйганларга тери остига 1300—3000 АЕ қоқшолга қарши зардоб қўланади. Полк тиббий пунктида куйганларни кейинги босқичга кўчириш олдидан улар қонига тузли зардоб ўрнини босувчи дис-сол, трисоль, реополиглюкин, лактасоль юборилади. Бу эритмалар сув ва туз мувозанати бузилишининг, аци-дозининг олдини оловчи ва бартараф этувчи миқдорда, (яъни

400—800 мг дан) тайинланади. Агар куйиш шоки бўлса, кўшимча 60—90 мг преднизолон томирга юборила-ди. АциДозни бартараф этиш мақсадида лактасолдан таш-қари 150—200 мл 5% натрий гидрокарбонат қўланади. Буйрак фаолияти бузилишининг олдини олиш учун 150—300 мл 5% ли маннитол ҳам тавсия этилади. Плазма ва гемодез қуйилади. Бир кунда 3—4 литр суюқлик юбори-лади. Сув алмашинувини доимо назорат этиб бориб, ку-нига 2 литр еуюқлик ажралиб чиқишини таъминлаш ке-рак. Шунингдек, глюкозанинг изотоник эритмаси ишла-тилади. Камқонликда бир неча марта эритроцитлар мас-саси 100—200 мл дан 3—5 куи ўтказиб қуйилади. Қон зардоби ҳар куни 200—400 мл дан юборилади.

Маҳаллий даволаш усуллари: . Беморни кейинги босқичга кўчириш кечикадиган бўлса, куйишнинг I—III даражаларида тери атрофини водород пероксид билан тозалаб, эпидермиснинг қолган-кутгани олиб таш-ланади. Иирик пуфаклар қолдирилиб, йиринглаганлари кесилади. Яра усти эҳтиёткорлик билан қуритилиб, устига .мойли-бальзамли ёки стрептоцит эмульсияси шимдирилган

51

е стерил боғлам боғлаб қўйилади. Шароит бўлмаганда, куйган жой кейинроқ тозаланиб, устига тезда стерил боғ-лам ёпилади.

Кейинчалик, бемор махсўс жарроҳлик шифохоналарига кўчирилгач, куйган жойга тананинг куймаган териси кў-чириб ўтказйлади. 3 гп ч \й и-Чл

IV Б О Б ' 4э£>ци<\с\*(\*)-^л-«~л-'

## & СТИББИЙ КУЧИРИШ БОСҚИЧЛАРИДА ҲАЁТНИ САҚЛАБ ҚОЛИШ УЧУН ЗУДЛИК БИЛАН КУРСАТИЛАДИГАН ТЕРАПЕВТИК ЁРДАМ

Бундай ёрдам бемор ҳаётини сақлаб қолиш учун кўри-ладиган зарур чораларни ўз ичига олади. Бу тадбирлар-дан асосий мақсад ҳаёт учун -муҳим бўлсан аъзоларда ке-либ чиқадиган оғир бузилишларнинг олдини олиш ва бар-тараф этишдан иборат. Зудлик билан зарур тиббий ёрдам кўрсатиш ҳарбий терапевт фаолиятининг муҳим томони ҳисобланиб, бу шифокорларни касаллик белгиларини яхши фарқлаш, шошилиш керакли чоралар кўришни талаб этади.

—/(ЗУДЛИК БИЛАН ТИББИЙ ЁРДАМ КУРСАТИЛАДИГАН ' ХОЛАТЛАР ВА ШОШИЛИНЧ ТЕРАПЕВТИК МУОЛАЖА ҚОИДАЛАРИ

Ҳарбий шифокор жанг майдонида касалликни аниқ-лашга ёрдам берувчи кўшимча воситалардан (рентген, ЭКГ, қон таҳлиллари ва ҳоказо) фойдалана олмаганлиги сабабли, ташхис қўйишда қийинчиликларга дуч келади. Баъзан бемордан сўраб билиш ёки уни ечинтириб кўриш имкони ҳам бўлмайд.

Шунинг учун ҳам зарур тиббий ёрдам кўрсатишда ши-фокор асосан касаллик белгиларига кўра чора излайди. Дала шароитида беморнинг аҳволи, касаллик белгила-ри пайпаслаб кўриш, бармоқлар билан уриб кўриш, қон босимини ўлчаш каби кенг тарқалган усуллар ёрда-мида аниқланади.

Зудлик билан кўрсатиладиган тиббий ёрдамдан мақ-сад, организм ҳаёт фаолиятини керакли даражага етка-зиб, ушлаб туришдан иборат. Бунда шифокор организм-нинг фаолиятини нормал ҳолатга келтириш учун:

^а) нафасни яхшилаши;

|б) қон айланишини меъёрлаштириши;

52

Г в) қонда айланиб юрган ва танага сўрилган захарлар-ни чиқариб, тана ички муҳитини яхшилаши;

г) марказий асаб тизими фаолиятини тиклаши; \ д) жигар ва буйрак фаолнятини маромига келтириши варур.

и- Даставвал нафас ва қон айланиш фаолиятинн тиклаш талаб этилса-да, ҳар бир ҳолатда шифокор бемор ахво-лига қараб тиббий чоралар кўради. Масалан, нафас фао-лиятини яхшилаш учун: 1) нафас йўлларини очиш .—на-фас йўлларини шилимшиқдан тозалаш, ёт жисмлар бўл-са, олиб ташлаш, бронхлар қисиб қолишини бартараф этиш ва ҳоказо; 2) ўпкани сунъий нафас олдириш; 3) юрак фаолиятини тиклаб, ушлаб туриш — юракни ички ва таш-қи уқалаш; электроимпульслар билан таъсир этиш; томир-га юрак гликозидлари, томирлар фаолиятини яхшиловчи дорилар юбориш; 4) антидотлар қўллаш; 5) оғриқни қол-дириш; 6) кислород билан даволаш зарур.

Улур Ватан уруши йилларида беморларнинг ўртача 10 фоизи зудлик билан тиббий ёрдамга муҳтож бўлган. Оммавий қирғин қуроллари, биринчи навбатда атом қу-роли ишлатилганда жуда кўплаб кишиларга шошилиш ёрдам кўрсатишга тўрри келади.

Шуни ҳам айтиб ўтиш керакки, ҳозирги замон тиббий асбоблари, янги дорилар ишлаб чиқилиши - билан ҳаёт учун таҳликали ҳолларда тиббий ёрдам кўрсатиш имко-"нияти ҳам кенгайди. Қучли даволаш муолажалари ва реанимация тадбирлари кўриш талаб этиладиган ҳолат-ларни кўриб чиқайлик. Булар: 1) ўткир нафас ^тишмов-чилиги, ўпкан'йнг\_шишдши; 2) ўткир\_юррак\_^етиш.мовчили-ги, миокард инф^ркти; 3) ўтк\_ир\_трмиёла\_р\_ етишмовчшшги беҳушлик, коллапс; 4) ўткир буйрак етишмовчилиги, эклампсия; 5) ўткир жигар етишмовчилиги; 6) тутдадоқ ту\_тиши ва безрвталик ҳоллари; 7)'жа\_[]оҳат, қон кетиши, куй<sup>TM</sup>, знафиЛаксия оққбатида ...келиб чиқадиган..шок ҳо-лати; 8) ўпка, меъда-ичакда!1,қон\_кетиши, ўткир ^самкон-лик; 9) кодинда\_..кучл\_и\_орр\_иқ туриши ва меъда-ичак иўли фалажи; 10) кома, ўишр задарла\_1шш\_х\_олларидир.

#### **ЯРАДОРЛАР ВА БЕМОРЛАРГА ПОЛК ТИББЙТТГУНКТИДА-----**

##### **ЗАРУР ЁРДАМ КЎРСАТИШ**

дарбии шифокор ҳаёт учун таҳликали касаллик оелги-ларини тез фарқлаб, шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиш усулларини яхши билиши керак. Ана шундай усулларга сунъий нафас олдириш, юракни билвосита уқалаш, плев-

53 рани тешиш, йўғон зонд билан меъдани чайиш ва бошқа^лар киради.

Саралаш хонаси ёки жароҳатларни боғлайдиган жой-да зарур тиббий ёрдам кўрсатилади. В-2 (қабул қилиш ва саралаш) ва В-3 (махсус тиббий ёрдам) қутичаларида ампуладаги юрак дорилари (кофеин, кордиамин, атропин) наркотик моддалар ва бошқалар бўлади,

Саралаш хонасидаги ҳамшира столи устида стерил шприцлар, юрак, ўпка фаолиятини яхшиловчи дорилар ва ҳаво ўтказувчи резина най бўлиши керак. Қислород бе-рувчи ҚИ-4, И-2 аппаратлари, сунъий нафас олдирувчи АДП, ДП-10 аппаратлари ҳам саралаш ва жароҳатларни боғлаш хонасида фойдаланишга тайёр туриши керак.

Ниҳоятда оғир беморларга жароҳатларни боғлаш хо-насида тиббий ёрдам кўрсатилса, меъдани чайиш каби тадбирлар эса .саралаш хонасида ўтказилади.

Юқори нафас йўллари, оғиздаги шилимшиқ ва бошқа ёт жисмлар полк тиббий пунктида катетерлар ва Жанэ шприци ёрдамида тозаланади. Упкани сунъий нафас ол-дириш аввал оғиздап-оғизга нафас бериш усули билан <5ошланиб, (бунда 3- симон резина найдан фойдаланила-ди) кейин эса АДП аппарати ёрдамида давом эттирилади.

Қон ва унинг препаратлари, қон ўрнини босувчи суюқ-диклар бир марта ишлатиладиган мослама ёрдамида то-мирга юборилади.

Полк тиббий пунктида беморларга транспортда кўчи-риш мумкин бўлган пайтгача қараб турилади. Беморнинг аҳволи бироз яхшилангач, уни санитар транспортга қулай жойлаштириб, етарли тиббий ёрдам кўрсата оладиган фельдшер ёки ҳамшира хамроҳлигида алоҳида тиббий батальонга кўчирилади!

##### **АЛОҲИДА ТИББЙ БАТАЛЬОН ВА ДАЛА-ҲАРБЙ ТЕРАПЕВТИҚ ГОСПИТАЛИДА КЎРСАТИЛАДИГАН ЗАРУР ТИББЙ ЁРДАМ**

Зарур тиббий ёрдамга муҳтож беморлар полк тиббий пунктига юборилмай, алоҳида тиббий батальонга қабул .қилинишлари мумкин.

Ярадор ва беморларни дастлаб саралаш чодир хона-сига олиб кириб, уларнинг аҳволи аниқланади ва шунга қараб зудлик билан ёрдам берилади. Кейин беморни шок-ка қарши (реанимация) бўлимга ўтказиб, бу ерда даво тадбирлари давом' эттирилади.

Алоҳида тиббий батальон терапевт-шифокори ўз кас-бига моҳир ва тиббий ёрдам кўрсатиш усулларини ҳозирги замон талаби даражасида мукамал билиши лозим. Бу-

нинг учун алоҳида тиббий батальонда зарур дори-дармон ва ускуналар бўлиши керак. Саралаш-кўчириш бўлимида В-2 (қабул-саралаш пайти зарур воситалар) ва В-3 (мах-сус ёрдам учун зарур воситалар) мажмуалари бўлиб, уларда оғир аҳволларда қўлланиладиган дори-дармонлар бўлади.

Саралаш хонасидаги ҳамшира столига зарур дорилар,. шприцлар, ҳаво олишда асқотадиган резина найлар ва бошқалар қўйилади. Бу ерда кўтариб юрса ' бўладиган ҚИ-4м, И-2 ингаляторлари, ДП-2 сунъий нафас олдириш аппарати ҳам туради.

Госпитал бўлимида томирга юбориладиган барча воситалар (қон, унинг прёпаратлари, қон ўрнини босувчи суюқ-ликлар), шифохонада кислород берувчи мослама КИС-2., нафас олдирувчи автоматлар («Фаза», «Лада») электр токи билан ишловчи, шилимшиқ сўриб олувчи мослама ва бошқалар бўлиши зарур. Бу бўлимда одатдаги лаборато-рия таҳлиллари қилинади, ЭКГ дан фойдаланилади.

Шокка қарши (реанимация) бўлимда мутахассис реаниматолог ишлайди. Унинг қўл остида шокка қарши ва анестезиологияга оид дори-дармон ва тиббий ускуналар бўлиши керак. Шифокор реаниматолог барча оғир ҳолат-ларда беморга турлича ёрдам кўрсатиши мумкин. Бундай ёрдам юракни билвосита уқалаш, юрак ичига дори юбориш, юрак фибрилляция ҳолатини бартараф этиш, суийий нафас олдириш, артерия томирига дорилар юбориш ва бошқалардан иборат.

Шокка қарши бўлимдан аҳволи яхшиланган беморлар госпиталь бўлимига ўтказилади. Бу ердан эса зарур ҳол-ларда махсулаштирилган госпиталларга кўчирилади. 1

#### **ТУРЛИ САБАБЛАРГА КУРА УТКИР ЗАҲАРЛАНИШ, УНИ АНИҚЛАШ ВА ЗАРУР ЕРДАМ КўРСАТИШ**

Уткир заҳарланиш заҳарловчи модда организм ичига (кўпинча, оғиз орқали) ва терига тушганда ёки бугнй хидлаганда кузатилади. Агар бемор нимадан заҳарланганлиги маълум бўлса, тегишлича тиббий ёрдам кўрса-тилади. Борди-ю, заҳарланиш сабаби номаълум бўлса, имкон борича уни аниқлашга ҳаракат қилинади, Бунинг учун бемор еган овқат қолдиқлари, дори шишалари, бўш идишлар йиғиб олинади.

Уруш пайтидаги оммавий заҳарланишлар душман то-монидан заҳарловчи модда қўлланиш туфайли келиб чиқади. Бундай ҳолларда заҳарки аниқлаш бирмунча осок бўлади.

55 Гарчи заҳар турлари кўп ва уларнинг организмга таъсири ҳар хил бўлса-да, ўткир заҳарланишдан даволаниш-нинг умумий асослари ишлаб чиқилган. Бу куйидагилар-дан иборат.

1. Заҳарнинг организмга тушишини тўхтатиш. Агар заҳар нафас йўллари орқали тушаётган бўлса, беморга газниқоб кийдирилиб, зарарланган жойдан олиб чиқила-ди. Олиб чиқишдан олдин бемор ёткизилиб, нафас йўл-лари тозаланади. Сикадиган кийимлари ечилиб, кислород хидлатилади. Заҳарланган жойда ишлаётган тиббий хо-дим барча ҳимоя воситаларига (газниқоб, махсус кийим) эга бўлиши керак.

Заҳарловчи модда терига тушганда, тери оқар сув ёки махсус эритмалар билан ювилиши ва зарарланган киши 5—30 минут ичида санитария тозаловидан ўтказилиши зарур.

Заҳарловчи модда кўзга тушганда, оқар сув билан кўз яхшилаб ювилади.

2. Заҳарловчи моддаларнинг (оғизДан) ичга тушиши.

а) беморга 2—3 пиёла сув ичирилиб: тил ости бармоқ би-лан китикланади ва сунъий қайт қилдирилади; б) меъда зонд билан чайилади. Меъда 10—15 литрча сув билан тоза сув чиққунча чайилади. Чайиш сўнггида зонд орқали меъдага 30—40 г фаоллаштирилган кўмир, 30—40 г магний сульфат (300—500 мл сувга солинади) юборилиб, шундан кейин зонд чиқариб олинади.

Беҳуш одам меъдаси бурун орқали ингичка зонд би-лан чайилиб, бунда бемор бош томони пастрок эгилади.

Меъдани чайиш барча ички заҳарланишларда қўлла-

- нилиши зарур. У фақат қон қусиш, шунингдек, агар ишкорлар билан заҳарланишдан кейин 2—3 соат ўтган бўлса, тавсия этилмайди (чунки, бунда меъда девори юпкалашиб, ёрилиб кетиши мумкин).

Ёгда эрийдиган заҳарлар (масалан, нефть махсулот-лари) билан зарарланганда меъдага 150—200 мл вазелин мойи (ўсимлик мойи эмас) юборилади.

3. Организмга сўрилган заҳарли моддаларни чиқариб юбориш. а) сийдик ажралишини кучайтириш, бунда орга-низмга кўплаб суюқлик билан бирга осмотик диуретиклар (30% ли лиофиллаштирилган мочевина глюкоза билан 10% ли маннитол эритмаси) ёки лазикс юборилиб, сийдик орқали заҳарлар чиқариб юборилади. Буйрак орқали чи-қиши мумкин бўлган заҳарлар ана шу усулда чиқарилиб юборилади. Осмотик сийдик ҳайдовчиларни, юборишдан олдин, бир соат мобайнида томир ичига ош тузининг изо-

56

тоник эритмаси ва 5% ли глюкозадан 1—1,5 литр юбори-лади.

Сийдик ажралишини кучайтиргач, сув ва электролит-лар мувозанати бузилишининг олдини олиш мақсадида қондаги электролитлар миқдори кузатиб борилади. Диу-резни кучайтириш усули ўткир ва сурункали юрак томир-лар етишмовчилигида ман этилади.

б) заҳарланишнинг дастлабки соатларнда (24 соатга-ча) гемодиализ ўтказиш. Барбитуратлар, салицилатлар, метил спирти ва бошқа моддалар билан заҳарланганда сунъий буйрак ёрдамида гемодиализ ўтказиш яхши натижа беради. Заҳарланишнинг дастлабки соатларида гемо-диализ қилинса, организмдан заҳарлар тез чиқади. Гемо-диализ усули антифриз, дихлорэтан, мишьяк, тўрт хлор-ли углевод каби нефротоксик заҳарлар таъсирида келиб чикувчи ўткир буйрак етишмовчилигида қўлланади. Ме-талл тузлари ва мишьякдан заҳарланганда заҳарни организмдан тезроқ чиқариб юбориш учун гемодиализ билан бирга антидотлар (томирга томчилатиш усулида 100—200 мл 5% ли унитиол юбориш) ҳам тавсия этилади.

в) перитонеал диализ ўтказиш. Заҳарлар қон зардоби таркибидаги оксилларда ва ёғ тўқималарида йиғилиб қолганида перитонеал диализ қўлланади. Бу усулни бажариш. учун қорин деворига тикилган фистуладан қорин бўшлиғига 2 литр махсус диализловчи суюқлик юборилиб, хар-ярим соатда алмаштириб турилади.

г) гемосорбция. Бу усул билан организмни заҳардан тозалаш учун қон сорбент ичидан ўтказилади.

д) цонни алмаштириш. Организм кучли заҳарловчи анилин, фосфорорганик инсентицидлар, мишьякли водород. ва бошқалар билан заҳарланганда қон алмаштириш тавсия этилади. Бунинг учун бир хил гуруҳли, мос резусли ва қон қуйиладиган кишига тўғри келадиган 4—5 литр қон танлаб. олинади.

4. Антидотлар қўллаш. Синиль кислота билан заҳарланганда 1% ли натрий нитрат эритмаси; мишьяк билан заҳарланганда 10% ли кальций тетадин эритмаси; морфин, промедол. билан заҳарланганда 5%ли налорфин; мишьяк, мис ва унинг тузлари билан заҳарланганда 5%ли аммоний карбонат эритмаси; метил спирти билан заҳарланганда 5%ли углекислий аммоний (бир чой қошиқдан ярим пиёла сувга солиб, хар иккп соатда ичирилади ёки 5%ли натрий бикарбонат 200—250 мл микдорда томир-га) юборилади. Шу билан бирга натрий бикарбонат 3—4 граммдан хар 4 соатда ичириб борилади. Цианидлар билан заҳарланганда амилнитрит ҳидлатилади, натрий сульфат ва метилен қўлланади. Барий ва унинг тузлари билан заҳарланганда эса 36% ли магний сульфат эритмаси берилади. Фосфорорганик бирнкмалар билан заҳарланганларга эса 0,1% ли калий марганец ичирилади, кейин эса натрий бикарбонат эритмаси берилади.

Нафас, қон айланиши, сийдик ажралиши ва бошқа ҳаёт учун муҳим аъзолар фаолкят;ки тиклаш зарур.

6. Организм ички муҳитни тиклаш. а) кислота ва иш-қор мувозанати. Ацидозни бартараф этиш учун томир ичита 500—1000 мл 5% ли натрий гидрокарбонат ёки трисамин эритмаси ва лактасоль юборилади.

б) сув ва электролитлар баланси томирга диссооль, трисоль ва бошқа дорилар юбориш билан яхшилакади/7^

глзг&ч,^

ПОЛК ТИББИЙ ПУНКТИДА АЛОҲИДА ТИББИИ БАТАЛЬОН ВА ДАЛА-ҲАРБИЙ ГОСПИТАЛИДА КИМЕВИЙ МОДДАЛАР БИЛАН ЗАҲАРЛАНГАНДА ЗАРУР ТИББИЙ ЕРДАМ КУРСАТИШ

Углевод оксиди (ис гази) билан заҳарланиш. Заҳарланиш белгилари. Бунда бош оғриб айланади, кўн- . гил айнийди, мушаклар бўшашиб, бемор қусади, қон бо-•скмн кўтарилади, териси қизаради, кўз қорачиғи кенгайди, нафас етишмайди. Оғир ҳолларда заҳарланганлар ҳушдан кетиб тутканок тутиши мумкин.

Зарур тиббий ёрдам. Полк тиббий пунктида кислород берилади, кордиамин юборилади. Нафас етишмаганда сунъий нафас берилади. Алоҳида тиббий батальонда кис-лород берилиб, томирга глюкоза билан аскорбинат кисло-га юборилади. Безовта бўлган ва тутканок тутганлар то-мирига ёки мушаклари орасига тиопентал натрий юбори-лади. Қон алмаштирилади: бунда 400 мл қон чиқарилиб ўринга яна шунча гуруҳи ва резуси мос қон юборилади. Ҳаммаси бўлиб 2,5—4 литр қон қуйиш мумкин.

Дихлорэтан (этилен хлорид), тўрт хлорли угле-роддан заҳарланиш белгилари. Нафас оркали заҳарланганда бемор оғзида ширинроқ таъм сезади, боши оғриб, кўнгли айнийди, қайт қилади, ҳушидан кетади. Уткир буйрак ва жигар етишмовчилиги (тери ва кўз оқининг сарғайиши, жигарнинг катталашиши, альбуминурия) ку-.затилади. Оғиздан заҳар ичга тушганда қорин оғриб, бе-мор қусади, ичи кетиб, безовта бўлади, безовта бўлиш ҳушдан кетиш билан алмашинади. Тери сарғаяди, гемор-рагик диатез белгилари намоён бўлади.

Зарур тиббий ёрдам. Полк тиббий пунктнда нафас оркали заҳарланганларга кислород берилади, кордиамин, камфора, цититон, лобелин буюрилади. Томирга 5—10 мл

5%ли унитиол (антидот), 30%ли тиосульфат натрий юборилади. Захар оғиз орқали ичга тушганда меъда сув билан яхшилаб чайилади. Меъдага зондда 200 мл вазе-лин мойи юборилади. Қолган тиббий ёрдам нафас орқали захарланишдагидек бўлади.

Беморлар зудлик билан «сунъий буйрак» бор шифохо-наларга кўчирилади. Алоҳида тиббий батальон, госпитал-да томирга гемодез юборилиб, сийдик ажралиши кучайти-рилади. Гемодиализ ва гемосорбция дастлабки 6 соатда наф беради. Томирга такрорий равишда унитиол, 10— 20 мл 1%ли глютемин кислота юборилгди. Нафас тўхтаб қолса, ўпка сунъий равишда нафас олдирилади. И л о н з а х р и. Захарланиш белгилари. Илон чакқан жойдан шиш ва оғриқ тез тарқалади. Кишини уйку бо сиб, нафас бузилади, хушдан кетиб, томирлар ичида. гемоллиз рўй беради, гемоглобин сийдик билан чиқа бош-лайди. тери остига қон қуйилади (тутканок тутади).

Кўзойнакли илон (кобра) чакқанда бульбар ўзгариш-лар (ютиш ва нутқнинг бузилиши, птоз, иафас мускулла-ри фалажи) ва нафас бузилиши кузатилади.

Зарур тиббий ёрдам. Полк тиббий пунктида илон чак-кан жой 1%ли калий перманганат билан юзилади, атро-фи 0,5%ли козокаин билан санчиб ишланади, сўрувчи банка қўйилади. Зудлик билан илои захрига қарши зар-доб (1000—1500 АЕ) тери остига промедол, димедрол, супрастин, кордиамин юборилади. Илон чакқан кўл-оёқ-лар ҳаракатсизлантириб (иммобилизация) қўйилади. Ало-ҳида тиббий батальон ва госпиталда мушаклар орасига ёки томирга 1000—2500 АЕ илон захрига қарши зардоб, томирга преднизолон, кальций хлорид, мушаклар орасига димедрол ёки 2%ли 1—2 мл супрастин, витаминлар В, С юборилади.

Қора илон, кўлвор илон чакқанда ўша захоти мушак ичига ёки томирга 10000—15000 бирлик гепарин, 5%ли аминокапрон кислотасидан 100 мл томир ичига юбори-лади.

. V Э т и л с п и р т и д а н з а х а р л а н и ш. Ззхарланиш белгилари. Захарловчи миқдорда қабул қилинганда бе-мор хушидан кетиб, рефлекслари сусаяди, юз ва ковоқ-лари қизаради, қорачиғи торайиб, оғздан алкоголь хиди келади, беихтиёр сийиб қўяди, юрак урнши тезлашиб, нафасн оғирлашади.

Зарур тиббий ёрдам. Полк тиббий пунктида меъда чаййлади. кейин меъдага фаоллаштирилган кў^мир; томир-га 40% ли глюкоза ва 5% ли аскорбин кнслота юборилади. Тери остига кордиамин қилинади. Оғир захарла^шшларда

59 1 мл кордиаминнинг 2 мл коразол (10%ли эритмаси) би--лан аралашмаси томирга аста-секин юборилади. Оғиз -бўшлиғини шилимшиқдан тозалаб, кислород берилади.

Алоҳида тиббий батальон ва госпиталда томир ичига гемодез, лазикс, 100—200 мл 5%ли натрий гидрокарбонат юборилади.

Кордиамин, кофеинни ҳам томирга юбориб, оғиз бўш-лиғи тозаланади, кислород қўлланади.

Фосфорорганик инсектицидлар (хлоро-•фос, меркаптофос, тиофос).

Захарланиш белгилари. Бу захарлар оғиз орқали ичга тушганда беморнинг корни бураб оғрийди, сўлаги кўп аж-ралйб, кўнгли айнийди, қусади, ичи кетади, нафаси қийин-лашади, юрак уриши секинлашади, қон босими ошади, мушаклар учиб туради. Оғир захарланиш ҳолларида на-фас фалажи, тутканок тутиши, коллапс ва кома кузати-лади.

Зарўр тиббий ёрдам кўрсатиш. Полк тиббий пунктида -зудлик билан антидотлар юбориш зарур. Енгили ва ўртача оғир захарланишларда атропин сульфатнинг 0,1% эритма-сидан 2—4 мл мушаклар орасига; оғир захарланиш ҳол-ларида томирга 5—7 мл гача атропин юбора туриб, атро-пин миқдори ошаётганлиги сезилиши билан (қорачиқлар кенгайиб, юрак уриши тезлашади, тери қуришади) тўхта-тилади.

Атропин билан бир қаторда дипироксим ҳам қўллана-ди. Захарланишнинг дастлабки белгилари сезилганда .дипироксимнинг 15%ли эритмаси 1 млдан мушаклар ора-сига юборилади, ўртача оғир захарланишларда ана шу миқдор такрорланади. Оғир ҳолларда дипироксим томирга -юб.орилиб, 1—2 соатдан сўнг яна такрорланади ва унинг ўртача миқдори 3—4 мл га етади.

Оғиз ва халкум шилимшиқлардан тозаланади. Юрак-томирлар фаолиятини яхшилаш учун кордиамин ва кам-фора қўлланади. Меъда чаййлади, шундан сўнг меъдага фаоллаштирилган кўмир ва магний сульфат юборилади.

Алоҳида тиббий батальон ва госпиталда антидотлар 48 соат ичида кайта қўлланади. Юрак-томирлар фаолия-ткни яхшиловчи юрак глюкозидлари (10 мл 5%ли глю-коза билан 0,25 %ли 1 мл дигитоксин ёки 0,02%ли це-ланид 20 мл 40% ли глюкозага қўшиб) секинлик би-лан томирга юборилади. Коллапс ҳолатида (томирга) лреднизолон тавсия этилади. Бронхлар бўғилиб қолганида кислород берилади, мушаклар орасига 1—3 мл 5%ли эфедрин юборилади.

Тутқг.ноқ тутган ҳолларда магнит сульфат (мушаклар

орасига ва томирга 25%ли), седуксен (0,5%ли 4—6 мл) тавсия этилади.

/'<'2,стг <>

-у^ УТКИР ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ

Юракдаги етишмовчиликлар унинг ишчи аъзоси бўлган мушакларда юз берувчи биокимёвий ва дистрофик ўзгаришлар сабабли қисқариш қобилияти сусайганида кузатилади. Юрак мушакларидаги биокимёвий жараён-ларнинг бузилиши натижасида унинг қисқаришлари сусайиши юрак ишини издан чиқариб, вена қон томирлари-да қоннинг димланиб қолиши, буйракда қон айланиши-нинг бузилиши, гипоксия, цианоз ва шишлар келиб чиқишига сабаб бўлади.

Юрак мушакларининг қайси жойида патологик жараён кечаётганлигига қараб, ўнг ёки чап қоринча етишмовчилиги кузатилиши мумкин. Бунда юрак етишмовчилиги ҳар бир ҳолда ўзига хос кўринишда кечади. Баъзида юракнинг ёппасига етишмовчилиги учрайди.

Юракнинг чап қоринча етишмовчилиги миокард инфаркти, қон босими ошиши, миокардитлар, юрак нуқсон-лари бор кишиларда кузатилади. Чап қоринча етишмовчилигида қон айланишининг бузилиши қоннинг ўпкада димлакиб қолишига олиб келади. Бу эса беморнинг ҳан-сирашида намоён бўлиб, қанчалик димланиш кучли бўл-са, нафас фаолияти шунчалик кийинлашади. Чап қоринча етишмовчилигида кичик қон айланиш доирасида қоннинг димланиши туфайли, ўпкада ҳар хил хўл хириллашлар пайдо бўлади. Қон узок димланиб- қолганда (бу кўпинча митрал қопқоқлар торайиб қолганда кузатилади) бемор қон аралаш тупуради ёки балғамда қон бўлади. Бу кўриб ўтилган касаллик белгилари чап қоринча етишмовчили-гига хос бўлиб, охир-оқибатда юрак астмаси ёки ўпка шишишига олиб келади.

Юрак астмаси—беморнинг нафаси етишмай, бўғи-либ қолиши билан кечиб, кўпинча ухлаб ётганда кўзғай-ди. Беморлар қисқа-қиска, юзаки нафас оладилар. Оғир ҳолларда кўпikli балғам ташлайдилар. Қаравотда маж-буран оёқларини осилтириб ўтирадилар. Дард узок хуруж қилганда бемор ранги кукариб, баданини совуқ тер бо-сади. Упкасини аускультация қилинганда ҳар хил хўл ва қуруқ хириллашлар эшитилади. Юрак зарблари, айниқса биринчи зарб пасаяди. Томир уриши тезлашиб, заифла-шади, максимал қон босими пасаяди.

Дард пасайиши полиурия билан тугайди. Хуруж пай-тида эса ченн-стоксча нафас кузатилиб, ўта оғир кечган Ҳолларда ўпка шишади.

61 Зарур **тиббий** ёрдам. Полк тиббий пунктида беморга тез тиббий ёрдам кўрсатилмаса, ўпка шишиб кетади. Бун-дай бемор оёқларини пастга осилтирган ҳолда ўтказиб кўйилади. Унинг аҳволини яхшилаш мақсадида 1 мл 1 % ли морфин эритмаси 0,5 мл 0,1% ли атропин билан бирга (ёки пантопон атропин билан бирга) юборилади. Атропин вагус асаб толаси тонусини пасайтириш ва қайт қилиш-нинг олдини олиш мақсадида қўлланади. Бу дорилардан ташқари, бемор мушаклари орасига 1—2 мл кордиамин юборилади.

Морфин 5—10 минутдан сўнг таъсир этиб, яхши фойда килади. Бу марказий асаб тизими ва нафас маркази-даги кўзгалишларни босади. Мияда гипоксия ҳолати кузатилганда ва бемор нафаси чейн-стоксча бўлганида морфин тавсия этилмайди. Морфин юбориш окнбатида нафас марказийнинг фаолияти сусайса, лобелин юборилади.

Бемор томирига 0,5 мл 0,005% ли строфантин эритма-си билан 10 мл 2,4% ли эуфиллин (қон босими кам бўл-ганда қўлланилмайди) юбориш зарур. Кўпинча қон ке-Лишини камайтириш учун оёқларга вақтинча жгут кўйи-лади. Беморга кислородли ёстикча бериб, оёқларига исит-гич берилади. Агар юрак астмаси қон босимининг кескин ошиши билан бирга кечса, 200—400 мл қон чиқарилади ва томирга 0,3% ли 6—8 мл дибазол юборилади.

Астма хуружи бартараф этилганидан кейин беморни замбилга ётқизиб, тананинг бош қисми кўтарилган ҳолдз (қон босими паст бўлса, чалқанчасига ётқизиб) шифокор ҳамроҳлигида госпиталга кўчирилади.

Алоҳида тиббий батальон ва госпиталда полк тиббий пунктидаги тиббий чоралар такрорланишидан ташқари, сийдик ҳайдовчи дорилар қўлланади. Беморларга 96% ли спирт бўғи билан намланган кислород берилади. Юрак астмаси қон босимининг кескин кўтарилиши билан бирга кечганда томирга ганглиоблокаторлар: 2 мл 0,9% ли нат-рий хлор эритмасига қўшилган 0.5—1 мл пентамин ёки 2,5% ли 1—1,5 бензогексоний юборилади. Коллапс ҳола-тида (мушаклар орасига 1 мл 1 % ли) мезатон тавсия этилади. Бу наф килмаса, томирга 1—2 мл 0,2% ли нора-дреналин, 100—150 мл гидрокортизон, 200—250 мл изото-ник эритмага кўшиб томчилатиб юборилади.

-/ УПКА ШИШИ

Улка шиши чап қоринча етишмовчилиги оғир кечгақда кузатилади. У кўпинча юрак-астмаеи м.чокард инфаркти билан бирга кечганда юзага келади. Зотилжам пайтида ҳам ўпка шишади.



**Упка шиши белгилари.** Бемор бўғилиб, хансираб на-фас олади, йўталганда шилимшиқли ва конли кўпикси-мон балғам ташлайди. Касал одам оёқларини осилти-риб ўтирса, енгил тортади. Упкасида ҳар хил хириллаш-лар эшитилади. Юрак зарбларк пасайиб, юрак уриши марома от чопгандагидек бўлади.

Зарур тиббий ёрдам **кўрсатиш.** Полк тиббий пунктида тери остига 1 мл 2% ли промедол (омнопон), 0,5 мл 0,1% ли атропин ва 2 мл кордиамин билан кўшиб юборилади. Шушгдек камфора ва кофеин тайинлаш мумкин. Қам-форанинг 10—20% ли эритмасидан 2,5 мл дан то 10 мл гача тери остига юборилади. Кофеин эса тери остига куни-га 4 мартагача тайинланади. Гипоксия ҳолатида кислород •берилиб, унинг таъсирида бемордаги кўкариш ва ханси-раш камаяди, юрак фаолияти яхшиланади. Бемор кўка-риб, хансираб колганда, катта кон айланиш доирасида димлакиш белгилари сезилганда 400 мл гача кон чиқари-дади (коллапс ҳолати ва қон босими паст бўлганда қон чиқариш тавсия этилмайди). Қон чиқарилиши биланок, томирга 0,5 мл 0,05% ли строфантин изотоник зритмага ёки 10—20 мл 40% ли глюкозага кўшиб юборилади.

Бундай беморлар алоҳида тиббий батальонга замбил-га ётқизилган ҳолда шифокор билан бирга жўнатилади.

Алоҳида тиббий батальон ёкк госпиталда юқори нафас йўлларидаги балғам катетер ёрдамида сўриб олинади. Полк тиббий пунктидаги муолажалар такрорланади. Ба-данда шишлар бўлса, 4—10 мл лазикс юборилади, агар лазикс фойда қилмаса 10% ли глюкозада тайёрланган-мочевинанинг 30% ли эритмаси қўланади. Танадаги бўш-ликларда шиш кўп бўлганда суюклик тешиб олинади. Бундай беморлар томирга 20 мл 40% ли глюкоза билан аскорбин кислотаси (20—25 кун давомида) юбориш фой-далидир.

Метаболик ацидозни бартараф этиш учун томирга нат-рий биокарбонатнинг 5% ли эритмаси (200 мл дан) ни юбориш зарур. Госпиталда кислороддан унумли фойдала-ниш мақсадида кислород чодир тавсия этилади.

#### <^ УТКИР ТОМИРЛАР ЕТИШМОВЧИЛИГИ

Уткир томирлар етишмовчилиги артериялар ва капил-лярлар тонуси пасайиши ва қон босимиинг кескин ту-шиб хетиши билан намоён бўлади. Томирлар етишмовчи-лиги натижасида кўпинча юрак етишмовчилиги ҳам юзага келади, Уруш пайтида ўткир томирлар етишмовчилиги еғир'ярадор бўлиш, кон йўқотиш, организмнинг захарла-

1 63 ниши ва юқумли асоратлар туфайли келиб чиқади. Томирлар едгишмовчилиги: ўткир ва сурункали бўлади. Ут-кир томирлар етишмовчилиги беҳушлик, коллапс ва шок кўринишида намоён бўлиши мумкин.

Б е ҳ у ш л и к томлрлар етишмовчилигининг енгил тур-ларидан биридир. Бунга томирлар тонусининг нейро гу-морал бошқарилиш бузилишидан келиб чиқувчи миянинг ўткир • камқонлиги сабаб бўлади. Бемор ўзини ёмон ҳис қилиб, боши айланади ва ҳушидан кетади.

Беҳушлик узоқ давом этмайди. Унинг келиб чиқ^ш сабаблари турлича. Булар: кўркиш, ҳавонинг димлиги, каттик чарчаш, оғриқ, оч қолиш ва кон олиш пайтида игна санчишдир. Беҳушлик томирлар тонуси барқарор бўлмаган кишиларда кузатилади.

Касаллик белгилари. Беморнинг боши айланади, кўнг-ли айнийди, кўз олди қоронғилашади, ранги оқариб хуш-дан кетади ва ўзини ташлаб юборади. Бундай беморлар-териси оқариб, қўл-оёқлари совиб кетади, кўз қорачиқла-ри кенгайиб, ёрурликдан таъсирланмайди, нафаси юзаки бўлади. Нур артерияси пульси заифлашиб, баъзнда секин-лашиб қолади. Қон босими пасаяди.

Беҳушлик 20—40 секунд давом этиб, 1—2 минутгача чўзилиши мумкин. Шундан кейин бемор ўзига келади.

Зарур тиббий ёрдам кўрсатиш. Беморни ётқизиб кийим тугмаларини ечиш ва тоза ҳаводан баҳраманд этиш за-рур. Мия қои айланишини яхшилаш учун оёқларини кўта-риб, боши пастроқ туширилади. Тери рецепторларини таъсирлантирқш учун бемор юзига совуқ сув пуркаб, новшадил спирти ҳидлатилади. Беҳушлик чўзилганда тери остига кофеиннинг 10% ли эритмасидан ёки 20% ли кам-форадан 2 мл ё бўлмаса кордиамин юборилади.

Коллапс ҳам ўткир томирлар етишмовчилиги бўлиб, беҳушликдан оғир ва узоқ кечиши билан фарқланади. Бунда қон босими кескин тушиб кетиши оқибатида мия ва юракнинг қон билан таъминланиши бузилади.

Коллапс юқумли касалликлар танадаги томирлар кен-гайиши билан кечганда, миокард инфаркти пайтида (бун-да юрак шоки кўринишида ўтади) ва асосан қон кўп ке-тиб, танада айланувчи қон ҳажми камайганда кузати-лади. ,

К л и н и к а с и. Коллапс тез ривожланади. Қон боси-ми камайиши муносабати билан беморнинг ранги оқара-ди, кўзлари нурсизланади, баданидан совуқ тер чиқади, нафаси тезлашиб, томир уриши заифлашади, у атрофдаги таъсир ва воқеаларга бефарқ бўлиб қолади.

Коллапс ҳолатида кўрсатиладиган тиббий ёрдам,

64

уни келтириб чиқарган сабабларни бартараф этишдир. Бундан ташқари, зудлик билан қон айланишини мароми-га келтириш керак. Бунинг учун томирлар тонусини ва қон ҳажмини ошириш зарур.

Коллапсда полк тиббий пунктида кўрсатиладиган за-рур тиббий ёрдам. Коллапс ҳолатидаги беморлар аҳоли-ни яхшилаш мақсадида. қон ўрнини босувчи суюқликлар полиглюкин, реополиглюкин, зарур бўлганда қон ва эрит-роцитлар массаси қуйилади.

Томирлар тонусини бошқариб турувчи марказга таъ-сир этиш учун мезотоннинг 1 % ли эритмасидан 1 мл юбо-рилади. Бу дорилар билан бирга тери остига кофеиннинг 1 % ли эритмасидан 1 мл юбориш мумкин.

Бемор алоҳида тиббий Оатальонга замбилга ётқизи-либ, иложи бўлса, шифокор кузатувида олиб борилади.

Алоҳида тиббий батальон ва госпитал-д а қон кетиши туфайли коллапс ҳолатига тушган бемор-ларга полиглюкин, реополиглюкин юбориш давом этти-рилади. Қон ва эритроцитлар массаси қуйиш, мезотон, кордиамин, кофеин, камфора такроран қўлланилиши мум-кин. Бундан ташқари томирга 250 мл 5% ли глюкозага қўшилган 0,2% ли 1—2 мл норадреналин ва 60—90 мг преднизолон томчилатиб юборилади. Юрак фаолияти су-сайганда 0,05% ли строфантин эритмасидан 0,5 мл та-йинланади.

Коллапс углерод оксиди билан захарланишдан юзага келган ҳолларда беморларга кислород чодир қўлланади.

Ўткир психомотор кўзғалиш. Ҳозирги замон уруши ша-роитида ҳарбийлар жароҳатланиш, қаттиқ кўрқиб ва за-харловчи моддалар таъсири натижасида ўткир психомотор кўзғалишга учраши мумкин.

Кликкаси. Жангчиларда ўткир психомотор кўзғалиш бош лат егандан кейин бироз вақт ўтиб бошланиши мумкин. Бемор ўзини билган ҳолда қачон ва қаерда бўл-ганлигини адаштиради, эси кирди-чиқди бўлиб қолади. Кўриш ва эшитиш галлюцинациялари асосий ўрин тутиб, бунда бемор кўзига кўринаётган воқеаларда ўзи ҳам иш-тирок этишга интилади. Кўзга кўринаётган воқеалар баъзан қувончли бўлса, кўп ҳолларда бемор ҳаёти учун таҳдидли бўлади. Эси кирди-чиқди, кўзига ҳар хил нар-салар кўринаётганда бемор ўта ҳаракатчан бўлиб кета-ди. Бу ҳолат бир неча соатдан то 3—5 кунгача давом этади.

Ўткир реактив ҳолат жангчи ҳаёти учун бевосита хавф туғилганда келиб чиқади. Жабрланганларни кўрқув, ва-ҳима босиб, қочиш пайида бўладилар. Улар жуда безов-

5—4390 65 талаииб, сазолга жавоб бермайдилар, қаерда экпилк-ларини англамайдилар.

Реактив ҳолатларда дастлаб бемор тинч ҳолатда ёта-ди, теварак-атрофга бефарқ бўлади. Кейинчалик нарса-лар кўзига бошқача кўрина бошлагач, кўрқиб алаҳлайди, безовталананади..

Реактив ҳолатнинг ўзига хос томонларидан яна бири, бемор оддий саволларга нотўғри жавоб бера бошлай-ди. Масалан, қўл бармоқлари сонини ёки одам кўзи неч-талигини айтиб беролмайди. Сухбат давомида бемор кўз-ларини бақрайтиради, ўзини беўхшов тутуди.

Зарур тиббий ёрдам кўрсатиш. Беморни безовталан-тирган асосий жароҳатни даволаш (жароҳат, захарланиш ва бошқа) ўткир психомотор- кўзғалиш ҳолатини ҳам бар-тараф этади.

Шифокор келгунича кўрсатиладиган зарур ёрдам. Имкони борича безовталанаётган беморни тинчлантириш, унинг хавфли хатти-ҳаракатлар қишшига йўл қўймаслик керак. Бунинг учун санитар, фельдшер бемор ҳолатидан муттасил хабардор бўлиб туради. Беморга 0,5 г ноксирон, 0,2 г барбамил ёки 0,6 г натрий барбитал ичирилади.

Полк тиббий пункти ва лазаретда мушаклар орасига 1—2 мл 2,5% ли аминазин эритмаси ва бошқа тинчланти-рувчи дорилар (масалан, 4 г натрий бромид, 2 г хлорал-гидрат ва 0,2 г кофеин 200 мл валериана илдизи қайнат-масига қўшиб ичирилади) қўлланади. Мушаклар орасига юборилган 2 мл 1% ли димедрол, 1 мл 2% ли промедол, 5—8 мл 25% ли магний сульфат ва 2—3 мл 2,5% ли ами-назин эритмалари (аминазин холинолитиклар билан за-харланганда қўлланмайди) аралашмаси ҳам яхши таъсир этади.

Беморни алоҳида тиббий батальонга кўчириш чоғида юрак фаолияти ёмонлашишини назарда тутиб, тери ости-га 1 мл кордиамин ёки 1 мл 10% ли кофеин эритмаси юбо рилади.

Алоҳида тиббий батальон ёки госпиталда юқорида кў-риб ўтилган дорилар билан даволаниш 5—10 кун давом эттирилади. Бемор қаттиқ безовталанганда, псевдодимен-ция (саволларга нотўғри жавоб бериш) ва невротик реак-циялар ҳолатида бўлганида томири ёки мушаклари ора-сига 2—4 мл 0,5% ли седуксен ва 1 мл 3% ли феназепам кунига 3 маҳал юборилади. Мушаклар орасига 0,025 г тизерцин юборилади. Кўзғалиш ҳолатидаги беморларни хонага ётқизиб, муттасил кузатиб туриш

керак. Кўзига ҳар хил нарсалар кўриниб, уйқу олдидан безовта бўла ( бошласа, тинчлантирувчи воситалар тавсия этилади.

66

V БОБ

### **ТЕРАПИЯГА ОИД БЕМОР ВА ЯРАДОРЛАРНИ ТИББИЙ НАЗОРАТДАН УТҚАЗИШ**

Ҳарбий хизматчилар ва хизматга чақирилувчиларни тиббий назоратдан ўтказиш ҳарбий-тиббий экспертиза то-" монидан ўтказилкб, бу хизмат ходимлари олдига қуролли кучларни жангсвар ва тинч даврда соғлом аскарлар би-лан таъминлаш бош вазифа қилиб қўйилади. Бунда ҳар-ий хизматга яроқликни аниқлаш асосий ўрин тутди. Зеро Қуролли кучларда фақат соғлом йигитлар хизмат қилишлари керак.

Экспертиза деганда у ёки бу ҳолатни аниқлаш учун махсус билимлар керак бўлиши тушунилади. Ҳарбий ши-фокорлик экспертизаси эса ҳарбий хизмат талабларидан келиб чиқиб, хизматга нечоғлик яроқли ёки яроқсизлик ҳақида ҳукм чиқаради. Ҳарбий-тиббий экспертиза муам-моларини фақат ҳарбий шифокорлар эмас, балки ҳар бир шифокор ҳал эта билиши керак.

Ҳарбий-тиббий экспертиза шифокордан касалликларни аниқлашнинг энг илғор усулларидан хабардор бўлишни талаб этади. Шунинг унутмаслик керакки, ҳарбий-тиббий экспертизада йўл қўйилган хато туфайли, ҳарбий хизмат-га олинган кишилар саломатлигига жиддий зиён етказиш мумкин. Етарлича асос бўлмаган ҳолда йигитларни ҳарбий хизматга яроқсиз, деб топиш эса Қуролли кучларга зарар етказади.

!

### **ҲАРБИЙ ХИЗМАТГА ЧАҚИРИЛУВЧИЛАРНИ ТИББИЙ НАЗОРАТДАН УТҚАЗИШНИ ТАШКИЛ ЭТИШ**

Ҳарбий тиббий экспертиза ҳарбий-тиббий хизматнинг мустақил бўлимларидан биридир. Унинг қўшинлар соғли-ғини муҳофаза қилишнинг умумий вазифаларидан келиб чиқувчи ўзига хос вазифалари бор. Тинч даврда армия сафлари асосан навбатдан хизматга чақирилувчилар ҳи-собига тўлдирилади. Уруш шароитида эса асосий эътибор даволаниб чиққан ярадор ва беморларни сафга қайтариш-га қаратилади. Соғайиб кетган ярадор ва беморлар ҳарбий кучлар учун зарур кишилар бўлиб, улар жанговар тажрибага эга, махсус тайёргарлик кўрган, ҳарбий тех-никани яхши билдилар. Бундан ташқари уруш шароити-да қўшинлар сафи жароҳат ва касаллик туфайли хизмат-

I 67 дан бўшатирилганларни қайта армияга чақириш ва тиббий назоратдан ўтказиш ҳисобига ҳам тўлдириб борилади.

Ҳарбий-тиббий экспертиза вазифаларига: а) ҳарбий хизматга яроқли соғлом кишиларни танлаб олиш; б) тиб-бий назоратдан ўтказилаётган кишиларнинг армия ша-роитида жанговарлик ва меҳнат қобилиятини тўғри аниқ-лаш; в) текширув. чоғида ҳарбий хизматга қисман яроқ-ли деб топилган кишиларни армияда саломатлиги имкон берадиган хизматга тавсия этиш ва г) вақти-вақти билан саломатлиги тўғри келмаганлиги туфайли ҳаракатдаги армияда хизмат қилишга яроқсиз деб топилган кишилар-ни тиббий назоратдан ўтказиш қиради.

Мамлакат мудофаа вазирлиги, бош ҳарбий тиббий бошқармаси бошлиғи, барча тиббий хизмат, шу жумладан ҳарбий-тиббий экспертиза таркибида мар.к.азий ҳарбий-тиббий комиссия мавжуд. Комиссия ҳарбий хизматчилар, хизматга чақирилувчилар билан боғлиқ муаммолар, ҳар-бий-тиббий экспертиза хизматини ташкил этиш, ҳарбий-тиббий экспертиза жамоалари ишини назорат этиш ва . бошқариш вазифалари билан шуғулланади.

Штат бўйича округлар, госпиталлар ва гарнизонларда ҳарбий-тиббий комиссиялар, ноҳияларда эса ҳарбий ко-миссарликлар қошида тиббий комиссиялар ташкил эти-лади.

Округ ҳарби й-т иббий комиссияси округ-даги олий экспертиза маҳкамаси ҳисобланади. Комиссия-га округдаги ҳарбий хизматчилар ва хизматга чақирилув-чиларни тиббий назоратдан ўтказувчи барча ҳарбий-тиб-бий комиссиялар бўйсундилар. Госпитал ҳарбий-тиббий комиссияси госпиталларда ташкил этилиб, унинг вазифа-си даволанаётган ҳарбий хизматчиларни экспертиза қилиш ва госпиталдаги даволаш ишлари самарасини таҳлил этишдан иборат.

Гарнизонлардаташқил этиладиган ҳар-бий тиббий экспертиза гарнизон поликлиникаси ёки гарнизон қисмларидан бирида ташкил этилади. Ко-миссия гарнизондаги ҳарбий хизматчилар, касаллик ва жароҳат туфайли вақтинча хизматдан бўшатирилганларни ҳарбий-тиббий назоратдан ўтказади.

Ноҳиялардаги тиббий комисс.ия шу ко-ҳиядаги ярадор бўлиб ёки касалланиб, вақтинча хизмат-дан бўшаб келганлар ва армия сафига чақирилувчиларни тиббий назоратдан ўтказади.

Ҳарбий хизматга чақирув жойларида тиббий назорат-дан ўтказиш. «Умумҳарбий жавобгарлик қонун»га кўра

68

ноҳия ва шаҳар ҳарбий комиссарликларида армияга чақирув пайтларида ноҳия ва шаҳар тиббий комиссиялари тузилади. Бу комиссия: а) хизматга чақирилувчиларни тиббий назоратдан ўтказиш; б) касаллик туфайли вақт-тинча ҳарбий хизматдан қолдириш; в) жисмоний камчи-ликлар ва касаллик туфайли ҳарбий хизматдан озод қилиш билан шуғулланади. Тиббий назорат ноҳия ва шаҳар чақирув комиссиялари шифокорлари ва ана шу шифокорлар назорати остида таклиф этилган шифокор-мутахас-сислар томонидан ўтказилади.

Юқорида кўриб ўтилган -комиссиялардан ташқари, марказий ҳарбий учувчилар комиссияси, Куролли кучлар турлари бўйича ҳарбий-тиббий комиссия, округ ва флот комиссиялари мавжуд.

Улур Ватан уруши йиллари фронт кўчириш пунктнинг комиссияси мавжуд бўлиб, у -маълум бир фронт ичида экспертиза ишларини бошқариб турган. Бундан ташқари эвакуация пунктларида ҳарбий-тиббий комиссияси бўлиб, у дала эвакуация пунктида ҳарбий-тиббий экспертиза ўт-казиш билан шуғулланган.

Санаб ўтилган барча ҳарбий-тиббий ва тиббий комис-сиялар текширувдан ўтаётганларда қуйидаги хулосалар

бегиши мумкин:

— ҳарбий хизматга яроқлилик ҳақида;

— ҳаракатда бўлмаган кўшинларда хизмат қилишга яроқлилик ҳақида;

- ҳарбий хизматга чекланган яроқлилик ҳақида;

— солдат ва сержантларнинг қисмда дам олиши ёки тузалаётган беморлар батальонида ўтказиш ҳақида;

- жароҳат ёки касалланиш туфайли, вақт-тинча хизмат-дан бўшатиш ҳақида;

— ҳарбий ҳисобдан чиқариш ёки қайта комиссиядан ўтказиш шarti билан ҳарбий хизматга яроқсизлик ҳа-

қида;

— даво тадбирлари ўтказиш лозимлиги ҳақида;

— ватанни ҳимоя қилиш, ҳарбий хизматни ўташ, бахт-сиз ҳодисалар оқибатида жароҳатланиб, саломатликни йўқотиш ёки фронтда ва хизматни ўташ пайтида касалла-ниш ҳақида экспертиза хулосалари беради.

#### **ТИББИЙ НАЗОРАТДАН УТКАЗИШНИНГ ТАРТИБИ ВА УСУЛЛАРИ**

Ҳарбий хизматга яроқлилик мутлақо соғлом бўлишни

Италаб қилмайди. Киши ўз саломатлигидаги айрим камчи-ликлар билан ҳам армияда хизмат қилиши мумкин. Бундан ташқари, турли хил кўшин турларига қараб армияга 69 чақирилувчилар соғлш-ига талаб ҳам ҳар хил бўлади. Шунга кўра ҳарбий-тиббий назорат ниҳоятда синчиклаб, ҳар бир ҳарбий хизматчи ва хизматга чақирилувчига ало-ҳида ёндашилган ҳолда олиб борилади.

Тиббий назорат пайтида касаллик тарихи, азвал би-рор дард билан оғригам-оғримаганлиги аниқланади.

Тана ўлчамлари ўрганилиб, юрак-томирлар фаолияти синчиклаб текширилади (лозим бўлса, ЭҚГ олинади), Упка ҳолати ташқи нафас фаолиятк билан биргаликда текширилгач, қорин аъзолари пайпаслаб кўрилади. Қулоқ, томоқ, бурун фаолияти текширилади. Тиббий назоратдан ўтаётган одамнинг қон ва сийдиги таҳлилга олигач, ўп-қаси флюорография қилинади. Ички аъзолар касалликла-ри аниқланганда тўлиқ клиник текшириш белгиланади.

Армияда хизмат қилувчилар ва хизматга чақирилувчи-лар учун «касалликлар ва жисмоний камчиликлар» рўй-хатининг биринчи бўлимига кўра: а) ҳарбий хизматга яроқли; б) ҳаракатда бўлмаган армияда хизматга яроқ-ли; в) тинч даврда хизматга яроқсиз, уруш шароитида қисман яроқли; г) ҳарбий хизматдан чиқариш шarti би-лан хизматга яроқсиз; д) касаллик туфайли 2 орғача хиз-матдан озод қилиш, ҳарбий қисмнинг ўзида 15 кунгача дам бериш керак, деган хулосага келинади.

Учинчи бўлим бўйича офицер, адмирал ва генераллар •назоратидан ўтгач: а) ҳарбий хизматга яроқли; б) тинч даврда ҳаракатда бўлмаган армия қисмларида хизмат қилишга яроқли, уруш

даврида I даражали чекланган ҳолда яроқли; в) тинч даврда ҳарбий хизматга яроқсиз, уруш шароитида иккинчи даражали тарзда яроқли; г) ҳарбий ҳисобдан чиқариш шарт билан хизматга яроқ-сиз; д) касаллик туфайли вақтрнча ҳарбий хизматдан бўшатиш (30 кунгача) ёки вақтинча хизматдан озод қи-лиш (10 кунгача) хулосасига келинади. Бундан ташқари уруш шароитида (6—12 ойдан сўнг қайта комиссиядан, ўтказиш шарт билан) ҳарбий хизматга яроқсиз, деган хулоса ҳам берилиши мумкин.

Учинчи бўлим курулли кучларда офицер, генерал ва адмиралларни имкони борича кўпроқ сақлаб қолишга қаратилган.

«Касалликлар ва жисмоний камчиликлар» рўйхати 118 бўлимдан иборат бўлиб, ундаги 16—32 бўлимлар ички аъзолар касалликларига тааллуқли. Ҳар бир бўлимга уни қандай кўллаш ҳақида тушунтириш илова килинган.

Ҳарбий-тиббий экспертиза масъулиятли ва зарур хиз-матлардан ҳисобланади. Бу соҳа билан шуғулланувчи шифокор юқори малакали мутахассис бўлиши керак.

70

## МУНДАРИЖА

Сўз боши .....3

/ боб. Ҳаракатдаги армияда терапевтик ёрдамни ташкил этиш

асослари .....4

Ҳарбий-дала торапийси фақянинг мақсад ва вазифаларя 4 Ҳарбий-дала терапиясининг қисқача тарихи ..... 5

Уруш шароитида ички аъзолар касалликлариникг келиб чи-киши, ксчиши ва уларни даволашнинг ўзига хос томоилари §

Ватан тиббиёти муваффақиятлари.....10

Уруш шароитида ярадорларга ва беморларга терапия хнзма-тини ташкил этиш .....11\*-

Даволанишга муҳтож ярадорлар ва беморларни саралаш қои- 12 далари.....

Терапия хизматиға муҳтож бўлган кўплаб ярадорларга ва беморларга тиббий ёрдам кўрсатишни ташкил этиш ... 13

// боб. Радиация нурларидан зарарланиш..... ^

Ионловчи нурланишнинг- биологик таъсири..... 16

Нур касаллиги ..... 17

/// боб. Ярадорларда ички аъзолар касалликлари ..... 32

Нафас аъзолари касалликлари..... 32

Зотилжамлар..... 34

Упиадагп йирингли жараёнлар..... 37

Юрак-томнр касалликлари..... 39

Буйрак касалликлари ..... 40

Меъда-кчак касалликлари ..... 41

Қон тузилишидаги ўзгаришлар..... 41

Ярадорларда ички аъзолар касалликларини даволаш ва ол- дини олиш..... 42 \

Портлаш тўлкини таъсирида ички аъзоларда келиб чиқа- диган касалликлар..... 44

Узоқ эзилиш ҳолати.....!..... 46

Куйиш касаллиги.....•..... 49

/ V боб^ Тиббий кўчириш босқичларида ҳаётни сақлаб қолиш учун~ зўдлик билан кўрсатиладиган терапевтик ёрдам .... 52 Зудлик билан тиббий ёрдам кўрсатиладиган ҳолатлар ва шо- шилинч терапевтик муолажа қоидалари.....52

Ярадорлар ва беморларга полк тиббин пунктида зарур ёрдам -\* кўрег.тиш.....\* ! ' ". ! ! Т.....53

Алоҳида тиб^бий батальон ва дала-харбиД терапевтик грс-пита,;1йда кўрсатиладиган зарур тибойй ёрдам 7".

... 54 Турли^абабларга кўр5 ўткир\*~ЗаҳарлЯййшгТНи аниклаш ва за- рур ёрдам кўрсатиш.....55

Полк тиббий пункти алоҳида тиббий батальон ва дала-харбий госпиталида кймёвий моддалар билан захарланганда зарур тиб-

/ бий ёрдам кўрсатиш.....58

v Уткир юрак етишмовчилдгц.....61

Утки() томирлар етишмоввдли1'и.....63

V боб. Терапияга оид бемор ва ярадорларни тиббий назорат- дан 5'тказиш.....67

Ҳарбий хизматга чакирилувчиларни тибСий назоратдан ўт- казишни ташкил этиш.....67

Тиббий назоратдан ўтказишнинг тартиб ва усуллари ... 69

71