

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI**

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

Davolash va professional ta‘lim fakulteti

IV – kurs talabalari uchun

“HAYOTGA XAVFLI SHAROITLARDI ZUDLIK BILAN KO‘RSATILADIGAN TERAPEVTIK YORDAM. YARADORLARDI HAYOTGA XAVFLI HOLATLARNI XUSUSIYATLARI VA ULARDI HARBIY DALI SHAROITIDI SHOSHILINCH TIBBIY YORDAM KO‘RSATISH TAMOIYILLARI (O‘TKIR YURAK-QON TOMIR ETISHMOVCHILIGI, O‘TKIR BUYRAK ETISHMOVCHILIGI, O‘TKIR PSIXOMOTOR QO‘ZG‘ALISH). KLINIK BELGILARI, ANIQLASH, ZUDLIK BILAN KO‘RSATILADIGAN YORDAM”

MAVZUSIDI

O‘QUV USLUBIY QO‘LLANMA

Toshkent–2023

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI

SOG‘LIQNI SAQLASH

VAZIRLIGI

TOSHKENT TIBBIYOT

AKADEMIYASI



“TASDIQLAYMAN”

**TA o‘quv ishlari bo‘yicha
profektori SH.A. Boymuradov**

2022 yil _____

Davolash va tibbiy-pedagogika fakulteti

4 kurs talabalari uchun

“Hayotga xavfli sharoitlarda zudlik bilan ko‘rsatiladigan terapevtik yordam. Yaradorlarda hayotga xavfli holatlarni xususiyatlari va ularda harbiy dala sharoitida shoshilinch tibbiy yordam ko‘rsatish tamoyillari (o‘tkir yurak-qon tomir etishmovchiligi, o‘tkir buyrak etishmovchiligi, o‘tkir psixomotor qo‘zg‘alish). Klinik belgilari, aniqlash, zudlik bilan ko‘rsatiladigan yordam”

MAVZUSIDA O‘QUV USLUBIY QO‘LLANMA

Toshkent–2022y

Tuzuvchi:

Samadova L.D.	<i>Gematologiya, transfuziologiya va laboratoriya ishi kafedrası assistenti</i>
Bobojonova Sh.D.	<i>Gematologiya, transfuziologiya va laboratoriya ishi kafedrası assistenti</i>
Raimova D.A.	<i>Gematologiya, transfuziologiya va laboratoriya ishi kafedrası assistenti</i>

Taqrizchi:

Turaxodjayeva S.S.	<i>t.f.n ., Toshkent tibbiyot akademiyasi Farmatsiya, menejment, tibbiy biologiya, biotibbiyot muxandisligi va OMX fakulteti Gematologiya, transfuziologiya va laboratoriya ishi kafedrası assistenti.</i>
Suleymanova D.N.	<i>t.f.d ., professor, Respublika ixtisoslashtirilgan gematologiya ilmiy – amaliy tibbiyot markazi (RIGIATM), anemiya markazi rahbari.</i>

Gematologiya, transfuziologiya va laboratoriya ishi kafedrasining yig`ilishida ko`rib chiqildi va Tibbiy biologiya va fundamental fanlar seksiyasi bo'yicha siklopredmet yig`ilishi uslubiy kengashida muhokama qilish uchun tavsiya etildi.

Bayonnoma №__ " ____" 20__yil.

Tibbiy biologiya va fundamental fanlar seksiyasi bo'yicha siklopredmet yig`ilishi uslubiy kengashida ko`rib chiqildi va tasdiqlandi, markaziy uslubiy hay'at kengashida muhokama qilish uchun tavsiya etildi.

Bayonnoma №__ " ____" 20__yil.

TTA markaziy uslubiy hay'at yig`ilishida muhokama qilindi va tasdiqlandi, institut kengashida muhokama qilish uchun tavsiya etildi.

Bayonnoma №__ " ____" 20__yil.

TTA kengashida muhokama qilindi va tasdiqlandi.

Bayonnoma №__ " ____" 20__yil.

“Hayotga xavfli sharoitlarda zudlik bilan ko’rsatiladigan terapevtik yordam. Yaradorlarda hayotga xavfli holatlarni xususiyatlari va ularda harbiy dala sharoitida shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish tamoyillari (o'tkir yurak-qon tomir etishmovchiligi, o'tkir buyrak etishmovchiligi, o'tkir psixomotor qo'zg'alish). Klinik belgilari, aniqlash, zudlik bilan ko’rsatiladigan yordam”

Mashg`ulotning maqsadi: Talabalarga yaradorlardagi hayotga xavfli holatlarni xususiyatlari va ularda harbiy dala sharoitida shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish tamoyillarini (o'tkir yurak-qon tomir etishmovchiligi, o'tkir buyrak etishmovchiligi, o'tkir psixomotor qo'zg'alish) o'rgatish.

Talaba bilishi kerak:

- 1) Shoshilinch sharoitlarda shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish tamoyillarini.
- 2) Klinik o'limning asosiy belgilarini.
- 3) O'pka shishi belgilarini.

Talaba bilishi shart:

- 1) O'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi (IVL) texnikasi va qoidalarini.
- 2) Amaliy ko'nikmalarni qadamma-qadam olib borishni (o'pka auskultatsiyasi)
- 3) Funktsional va zamonaviy tekshirish usullarining normadagi belgilarini
- 4) O'tkir yurak yetishmovchiligini tekshirish usullarini.
- 5) O'tkir buyrak etishmovchiligini tekshirish usullarini.
- 6) Kardiogen shokning etiologiyasi va patogenezini.
- 7) O'pka shishini davolashni.
- 8) Kollaps, shok va hushdan ketish belgilarini qiyosiy taqqoslashni.
- 9) Psixomotor qo'zg'uvchanlikni tahlil qilishni.

O`qitish usullari va texnikasi. Amaliy dars, operativ so'rov, muhokama.

O`qitish jarayonini shakllantirish. Talabalar bilan yakka holda, guruhlarda ishlash va talabalarni mustaqil ishlari.

O`quv vositalari. O`quv qo'llanmalari, o`quv materiallari, ko'rgazmali qo'llanmalar, tarqatma materiallar; o'tkir yurak etishmovchiligi bo'lgan bemorlar; amaliy malakalarni bosqichma-bosqich amalga oshirish algoritmi; stendlar, ko'rgazma vositalari; slaydlar, vaziyatli masalalar, testlar.

Qayta bog`lanish usullari va vositalari. Nazorat savollari, testlar, berilgan topshiriqlarni bajarish, amaliy ko`nikmalarni bajarish.

Motivasiya.

Favqulodda holat - bu inson organizmi funktsiyalarining to'satdan patologik o'zgarishiga olib keladigan va uning hayotiga, sog'lig'iga yoki atrofida qilarga tahdid soladigan holatlardir.

Favqulodda holat quyidagicha tasniflanadi: - hayot uchun xavfli holatlar, - hayotiy funktsiyalarning buzilishi bilan bog'liq patologik holatlar (qon aylanishi, nafas olish va boshqalar); - salomatlik uchun xavfli sharoitlar - hayotiy funktsiyalarni buzish xavfi yuqori bo'lgan yoki yaqin kelajakda o'z vaqtida tibbiy yordam ko'rsatilmaganda yuzaga kelishi mumkin bo'lgan doimiy sog'liq muammolarini keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan patologik sharoitlar; - bemorning xulq-atvori bilan bog'liq holda boshqalarning manfaatlarini ko'zlab shoshilinch tibbiy aralashuvni talab qiladigan sharoitlar.

Fanlararo bog`liqlik.

Normal anatomiya, gistologiya, fiziologiya, patologik anatomiya, patologik fiziologiya, biokimyo, biologiya, ichki kasalliklar propedevtikasi, fakultet terapiyasi, farmakologiya, laboratoriya fanlari, immunologiya, kasbiy patologiya fanlari o'zaro bog'langan. Favqulodda vaziyatlar yurak-qon tomir kasalliklarida, revmatik kasalliklarda, onkologik kasalliklarda, homilador ayollarda, gematologik kasalliklarda, nefrologik kasalliklarda, endokrinologik patologiyalarda va ko'plab surunkali patologiyalarda yuzaga keladi. Favqulodda vaziyatni to'g'ri tashxislash uchun yuqoridagi fanlar bo'yicha olingan bilimlar muhimdir.

Nazariy qism:

Favqulodda vaziyatlar tushunchasi va turlarining ta'rifi

Favqulodda vaziyatni aniqlash va zarur yordam ko'rsatish qobiliyati har qanday mutaxassislik shifokorining mas'uliyatidir.

Favqulodda holat - bu bemorning hayotiga tahdid soladigan va shuning uchun tashxis, davolash va bemorni boshqarishning keyingi taktikasini aniqlash uchun shoshilinch choralar ko'rishni talab qiladigan holat.

Favqulodda vaziyatning ushbu ta'rifi faqat bemorning hayotiga xavf soladigan bevosita holatini o'z ichiga oladi. Klinik amaliyotda

"shoshilinch" tushunchasi kengroq talqin qilinadi va hayotga bevosita xavf tug'dirmaydigan ko'plab patologik jarayonlarni o'z ichiga oladi, lekin tezda vaziyatning sezilarli darajada yomonlashishiga olib kelishi mumkin yoki bemor uchun juda og'riqli bo'ladi. shuningdek, og'ir o'tkir patologiyani istisno qilish uchun shoshilinch diagnostika manipulyatsiyasini talab qiladigan vaziyatlar.

Ekstremal sharoitlarda shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish tamoyillari

Jabrlanuvchining ahvolini baholash

- Shaxsiy xavfsizlik
- Voqea joyini ko'zdan kechirish va jabrlanuvchining ahvolini barqarorlashtirish.
- Voqea joyini va jabrlanuvchini ko'zdan kechiring, baxtsiz hodisaga sabab bo'lishi mumkin bo'lgan oldindan mavjud bo'lgan tibbiy holat belgilarini qidiring.
- Voqea joyini ko'zdan kechiring va jabrlanuvchi ta'sir qilgan kuchlarning tabiatini aniqlashga harakat qiling.

Fizik tekshiruv

Avval havo yo'llari, nafas olish va qon aylanishini baholang, so'ngra hayotga xavf tug'diradigan holatlar va jarohatlarni aniqlang va davolang, so'ngra to'liq fizik tekshiruvga o'ting.

Dastlabki tekshirish: (2 daqiqadan ko'p bo'lmagan) maqsadga muvofiq va tezkor dastlabki tekshiruv vaqtida hayot uchun xavfli bo'lgan barcha holatlarni tez aniqlash va davolash kerak. Nafas olish yo'llarini o'tkazuvchanligini tiklash, nafas olish va qon aylanishini ta'minlashdan boshlang. ABC algoritmidan foydalaning.

Ikkilamchi tekshiruv: (10 daqiqadan ko'p bo'lmagan) batafsil fizik tekshiruv vaqtida jabrlanuvchining hayotiga xavf tug'dirmaydigan barcha jarohatlarni aniqlash kerak. U jabrlanuvchidan qon ketgan holatlar yoki "tez yordam" da kechikish holatlarida shifokor tomonidan amalga oshiriladi.

Uurak-o'pka reanimatsiyasida (O'YuR)vaqt oraliqlarini hisobga olish:

0 min: nafas olishni to'xtatish;

4-6 min: bosh miya po'stlog'i hujayralarining o'limi bo'lishi mumkin;

6-10 min: bosh miya po'stlog'i hujayralarining o'limi ehtimoli;

10 daqiqadan ortiq: bosh miya po'stlog'ida qaytmas o'zgarishlar, miya o'limi.

Nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini tekshiring: nafas olish yo'llari ochiqmi, ularning o'tkazuvchanligi saqlanganmi? Nafas yo'llari obstruksiyasiga (o'tkazuvchanligini buzilishi) va umurtqa pog'onasining bo'yin qismiga tegishli barcha xavf xatarlarni oldini oling va bartaraf eting.

Qon aylanish holatini baholang: Uyqu arteriyasida puls aniqlanganmi, og'ir ichki yoki tashqi qon ketish belgilari bormi, jabrlanuvchi shok holatidami?

E'tibor bering: cho'kib ketganda, suvni nafas olish yo'llaridan silkitishga urinmang. Og'iz bo'shlig'ini tozalash, servikal umurtqa pog'onasini tuzatish va keyin shoshilinch choralarga o'tish kerak. Shoshilinch tibbiy yordam algoritmi (ABC - algoritm).

Butun dunyoda shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatishda ABC algoritmi qo'llaniladi - inglizcha so'zlarning qisqartmasi: Airway - havo yo'llarining o'tkazuvchanligi, Breathing - nafas olish, Circulation - qon aylanishi.

Uyak-o'pka reanimatsiyasini (O'YuR) – bu qon aylanishi va / yoki nafas olishni to'xtatgandan keyingi dastlabki daqiqalarda jonlantirishga qaratilgan chora-tadbirlar majmui.

O'z vaqtida (birinchi daqiqalarda) reanimatsiya choralari boshlash miyaning qaytarilmas shikastlanishi va biologik o'limning oldini oladi.

O'lish jarayonida preagoniya, agoniya, klinik o'lim, biologik o'lim farqlanadi.

Preagonal holatlar organizm funktsiyalari o'zaro bog'liqligining buzilishi, qon bosimining keskin pasayishi, turli darajadagi ongning buzilishi va nafas olish buzilishi bilan tavsiflanadi.

Terminal pauza - 1-4 daqiqa davom etadigan holat: nafas olish to'xtaydi, bradikardiya rivojlanadi, ba'zida asistoliya, ko'z qorachig'ining yorug'likka reaksiyalari yo'qoladi, korneal va boshqa o'zak refleksleri yo'qoladi, ko'z qorachig'i kengayadi.

Agoniya: klinik belgilaridan biri bo'lib, kamdan-kam uchraydigan, qisqa, chuqur talvasali nafas olish harakatlari bilan, ba'zida skelet mushaklari ishtirok etishi bilan xarakterlanadi. Nafas olish harakatlari zaif, past amplitudali bo'lishi mumkin. Ikkala holatda ham tashqi nafas olish samaradorligi pasayadi. Oxirgi nafas bilan tugaydigan agoniya klinik o'limga o'tadi. **Uyak to'satdan to'xtaganda** agonal nafaslar qon aylanishining yo'qligi fonida bir necha daqiqa davom etishi mumkin.

Klinik o'lim. Bunda hayotiy funksiyalarni tiklashga qaratilgan reanimatsiya chora-tadbirlarga qaramasdan tanadagi tashqi o'lim belgilari saqlanib qoladi (yurak qisqarishlari, erkin nafas va tashqi ta'sirga javoban barcha nerv-reflektor reaksiyalar aniqlanmaydi).

Klinik o'limning asosiy belgilari: es-hushning yo'qligi; erkin nafasning yo'qligi; magistral qon-tomirlarda pulsning yo'qligi.

Klinik o'limning qo'shimcha belgilari: kengaygan qorachiq; arefleksiya (yorug'likka korneal reflekslar va qorachiq reaksiyasining yo'qligi); teri qoplamalarida oqarish, sianoz.

Biologik o'lim. Barcha organ va tizimlardagi o'limga xos o'zgarishlar doimiy, qaytmas, murdaga oid xususiyatlar bilan ifodalanadi. O'lim belgilari funksional, instrumental, biologik va murdaga oid bo'ladi.

— Funksional: es-hushning yo'qligi; Nafas, puls, AD ning yo'qligi; Barcha turdagi qo'zg'atuvchilarga javoban reflektor javoblarning yo'qligi;

— instrumental: elektroensefalografik; angiografik;

— biologik: qorachiqning maksimal kengayishi; teri qoplamalarining oqarishi yoki sianoz, marmarsimon (dog'simon) bo'lishi; tana haroratining pasayishi;

— murdaga oid o'zgarishlar: erta belgilar; kech belgilar.

Insonlarda biologik o'lim (qaytmas o'lim) yoki bosh miya o'lganda o'lim holati tasdiqlanadi.

O'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi (IVL - O'SV) - bu bemorning o'pkasiga og'izdan og'izga (og'izdan burungacha) yoki nafas olish asboblari yordamida puflanadi.

IVLni o'tkazishdan oldin havo yo'llarining o'tkazuvchanligiga ishonch hosil qilish kerak. Buning uchun og'izni ochib, olinadigan tishlarni olib tashlang, oziq-ovqat qoldiqlari va boshqa begona jismlarni olib tashlash uchun salfetka va barmoqdan foydalaning. Iloji bo'lsa, elektr so'rg'ich bilan aspiratsiya qiling. Imkon boricha, havo yo'llarining o'tkazuvchanligini ta'minlabgina qolmay, balki tilning siljishini oldini oladigan havo kanallari qo'llaniladi. Og'izdan og'izga IVLni o'tkazish usuli.

Bemorning boshi orqaga tashlanadi, parvarish qiluvchi qo'lini bemorning boshining orqa qismiga qo'yadi va boshini ko'taradi. Boshning orqa qismiga rulonsimon o'ralgan choyshablar qo'yiladi. Boshning orqa qismidagi qo'l bemorning iyagiga o'tkaziladi, ular boshni egilgan holatda ushlab turishga yordam beradi va 1 barmog'i

bilan bemorning og'zini ochib, jag'ini ushlab, ikkinchi qo'l bilan burunni yopadi. Keyin bemorning lablariga lablarini bosib, chuqur nafas olgach, chiqarilgan havo bemorning o'pkasiga puflanadi va bosh yon tomonga olinadi. Nafas olish soni 1 daqiqada 20-25 ta bo'lishi kerak. IVL bilan birga bilvosita yurak massaji ham o'tkazish kerak, 1 daqiqada 14-16 nafas bo'lishi kerak.

Bemorning og'zidan burniga nafas berayotganda, bemorning og'zi yopiladi va burun yo'llariga havo puflanadi.

IVL ni amalga oshirishda og'zingizni og'zingizni salfetka (ro'molcha va boshqalar) bilan izolyatsiya qilishingiz kerak. Eng samarali IVL nafas olish uskunalari yordamida amalga oshiriladi. Favqulodda vaziyatlarda laringoskop, endotraxeal naychalar to'plami, Ambu xaltasi (RDA-1), traxeostomiya kanyulasini almashtirish uchun to'plam va qisqa ta'sir qiluvchi relaksantlar bo'lishi kerak.

O'pka shishi

O'pka shishi (O'Sh) - gaz almashinuvi buzilishining rivojlanishi bilan o'pka to'qimasida suyuqlikning ekstravaskulyar to'planishi bilan tavsiflangan o'tkir holat. Ma'lumki, biologik suyuqliklarning tomir devori orqali istalgan yo'nalishda harakatlanishi tomirning har ikki tomonidagi gidrostatik va onkotik bosim gradientlariga va tomir devorining o'tkazuvchanlik darajasiga bog'liq. O'pka shishiga sabab bo'lgan etakchi omilga qarab, ikkinchisi gemodinamik va toksik bo'lishi mumkin.

Gemodinamik o'pka shishi kichika qon aylanish doirasida intravaskulyar gidrostatik bosimning sezilarli va tez osishi bilan rivojlanadi. Ushbu patofiziologik holat bir qator omillarning natijasi bo'lishi mumkin:

- yurak mushagining shikastlanishi, yurak klapani nuqsonlari, o'tkir ritmining o'tkir buzilishlari, arterial gipertenziv krizlar (bu sabablar miyokardning qo'zg'atuvchi qobiliyatining sezilarli darajada zaiflashishiga olib keladi va shuning uchun yurakning chap bo'shliqlarida oxirgi diastolik bosim kuchayadi);
- tizimli arterial spazmining o'pka venna qon-tomirlarining spazmi bilan birga kelishi oraliq miya gipoksiyasida bo'lishi mumkin (bosh miya qutisi shikastlanishi va takvasaki sindromda neyrogen o'pka shishi);
- o'pka venalari tonusining to'satdan oshib ketishi (yuqori balandlikdagi o'pka shishi).

Toksik o'pka shishi tomirlar endoteliysi va alveolyar epiteliyning o'tkazuvchanligi oshganda rivojlanadi. Buni quyidagi holatlarda kuzatish mumkin: ko'krak qafasining shikastlanishi; suyuqlik aspiratsiyasi (qusish, chuchuk va sho'r suv); Qo'zg'atuvchi moddalar (fosfororganik birikmalari, xlor va uning hosilalari va boshqalar) ta'siri; har qanday xarakterdagi shok; giyohvandlik vositalarining yuqori dozasi.

O'pka shishining asosiy belgisi inspirator hansirash, nafas qisilishi bilan namoyon bo'ladi (bo'g'ilish – hansirashning o'ta og'ir darajasi). U yo'talganda yengil ajraluvchi och pushti rangdagi ko'pikli balg'am bilan kuzatiladi. Bemorlar majburiy pozitsiyani egallaydilar: ular oyoqlarini pastga tushirib, tanasi oldinga egilgan holda o'tirishadi. Ular tirsaklariga suyangan holda turishlari mumkin. Teri qoplamalari oqargan, akrosiyanoz, teri nam (kichik ter tomchilari bilan qoplangan). Nafas olish tezligi va daqiqasiga nafas olish harakatlari ko'proq (taxipnoye). Masofadan "biqirlagan" nafas ("qaynayotgan samovar" ovozi) eshitiladi. O'pkaning katta yuzasida perkussiya tovushi qisqargan. O'pkaning o'rta va yuqori bo'limlarida o'rta va yirik pufakchali nam xirillashlar eshitiladi. Doimo taxikardiya kuzatiladi (yurak qisqarishlar soni daqiqasiga 100 martadan ortiq). AD normal, past yoki yuqori bo'lishi mumkin.

Zaharli moddalar ta'siridan kelib chiqqan **toksik o'pka shishining** kechishi ketma-ket o'zgaruvchan bosqichlar bilan tavsiflanadi.

Birinchi - reflektor. U 3 soatgacha davom etishi mumkin. Yuzda shilliq qavatning qo'zg'alish belgilari mavjud: ko'zlardagi og'riq, **ko'z yoshlanishi**, tomoq qichishishi. Ko'krak qafasida diskomfort (noqulaylik) va o'rtacha inspirator hansirash mavjud. Uning paydo bo'lishi o'pka to'qimasida nervus vagus shoxchasi oxirlarining zararlanishi va buning natijasida Gering-Bright-Breuer refleksining "faollashishi" o'pka to'qimalarining kamroq cho'zilishi bilan sodir bo'ladi.

Ikkinchi - yashirin (xayoliy farovonlik). 4-6 soat davom etishi mumkin. Shilliq qavatning ta'sirlanish xususiyati belgilari yo'qoladi. Taxipnoye aniqlanadi (nafas olish tezligi daqiqasiga 22-26), jabrlanuvchilar ko'pincha buni sezmaydilar yoki ahamiyat bermaydilar. Ko'krak qafasida siqilish hissi bo'lishi mumkin. Ko'pincha o'rtacha bradikardiya kuzatiladi.

Uchinchisi – klinik belgilar aniq namoyon bo'lgan. To'rtinchisi – qaytar jarayonlar yoki asoratlar rivojlanishi mumkin. Ikkinchi bosqichni o'tkazib yubormaslik juda muhimdir. Patologik jarayon rivojlanishining ushbu bosqichida davolanishni erta boshlash kerak.

O'pka shishini davolash

O'pka shishini davolash, asosan, o'pka tomirlarida gidrostatik bosimning oshishi tufayli, uni turli yo'llar bilan kamaytirishga, og'ir holatlarda ham havo yo'llarining o'tkazuvchanligini yaxshilashga va alveolalarga kislorod etkazib berishni yaxshilashga qaratilgan. **Kichik qon aylanish doirasida** qon hajmini kamaytirish uchun yurakning nasos funksiyasini yaxshilash (asosan, keyingi yukni kamaytirish orqali) va qonning yurakka venoz qaytishini kamaytirish (oldindan yukni kamaytirish) orqali erishish mumkin. Hozirgi vaqtda gidrostatik o'pka shishini davolashda asosan vazodilatatorlar va diuretiklarga qo'llaniladi.

1. **Kichik qon aylanish doirasida** qon hajmini kamaytirishning birinchi elementlaridan biri bemorga o'tirish holatini berishdir. Pastki oyoq-qo'llarga venoz turniketlarni qo'yish (25-40 daqiqa davomida) o'z ahamiyatini yo'qotmagan.

2. Nitrogliserinni qo'llash venoz qonni yurakka qaytishi va o'pkada qon aylanish tizimidagi bosimning pasayishiga olib keladi. Til ostiga 0,5 mg dan har 10-15 daqiqada beriladi yoki tomir ichiga tomchilab yuboriladi (10-15 mg dan 150 ml fiziologik eritmada daqiqasiga 8-16 tomchi tezlikda). Izosorbid dinitratning (isoket) tomir ichiga infuziyasi ham qo'llanilishi mumkin, bu arterial qon bosimini biroz kamaytiradi. 10-20 mg preparat 150 ml eritmada 45-90 daqiqa davomida kiritiladi.

3. Og'ir O'Sh da nafas olish markazini bostirish, nafas qisilishini kamaytirish, venoz dimlanishni kamaytirish va og'riqni yo'qotish uchun birlamchi chora-tadbirlardan biri tomir ichiga 5-10 mg morfinni (0,5 ml 1% eritma) yuborish hisoblanadi. Bu o'tkir miokard infarkti bo'lgan bemorlarda va past qon bosimi bo'lgan bemorlarda muhim chora hisoblanadi. Agar kerak bo'lsa kiritishni (2,55 mg) har 15-25 daqiqada 2-3 marta takrorlash mumkin. Morfin miyaga qon quyilganda, bronxial astma, surunkali o'pka yurakda qarshi ko'rsatmadir. Nafas olish markazining depressiya belgilari paydo bo'lganda, opiat antagonisti nalokson 0,4-0,8 C 1 mg (12 ml) ishlatiladi.

4. O'pka arteriyasi tizimidagi qon hajmini va bosimini kamaytirish uchun furosemid qo'llaniladi. Ushbu diuretikning farmakodinamik ta'siri tomir ichiga yuborilgandan keyingi dastlabki 5-10 daqiqada qonning tizimli qon aylanishiga qayta taqsimlanishi bilan kichik qon aylanish doirasida tomirlarining vazodilatatsiyasi bo'lib, keyin preparatning diuretik ta'siri boshlanadi. Furosemid (Lasix) 80-240 mg dozada (buyrak kanalchalari nekrozini oldini olish uchun 40-80 mg kam-kam dozalarda yuborgan yaxshi) sekin tomir ichiga yuborilishi kerak. Bundan tashqari, etakrin kislotasini (uregit) 40-80 mg tomir ichiga yuborishingiz mumkin. Ushbu dorilarning aniq diuretik ta'siri, keyin qonning yopishqoqligi (gematokrit) va elektrolitlar almashinuvi buzilishi (ko'pincha gipokalemiya) ehtimoli ularni o'z vaqtida bartaraf etish uchun ushbu parametrlarni diqqat bilan kuzatishni talab qiladi.

5. Ko'piklanish bilan kurashish uchun yuzaki faol moddalardan foydalanish tavsiya etiladi, ular ko'pikning barqarorligini buzadi va uni yo'q qiladi. Shu maqsadda ko'pincha spirt bug'lari ishlatiladi (kislород 30-40 ° spirtni saqlovchi namlagich orqali o'tkaziladi). Boshqa, faolroq ko'pik so'ndiruvchi antifomsilandan foydalanish mumkin, lekin uning yetishmasligi sababli juda cheklangan. Ba'zida ushbu terapiya samarasizligi bilan, ayniqsa O'Sh miyokard infarkti, og'ir infarktdan keyingi kardioskleroz yoki buyrak etishmovchiligi tufayli kelib chiqqan bo'lsa, qon chiqarish samaraliroqdir (vaznga qarab 250-500 ml), bu yurakning yukini tushirishga yordam beradi, o'rtacha gemodilyatsiyani keltirib chiqaradi. va mikrosirkulyatsiyani yaxshilaydi. O'pka tomirlarining yuqori o'tkazuvchanligi (kattalardagi respirator distress sindromi) tufayli O'Sh ni davolashning o'ziga xos xususiyati yallig'lanish jarayonlari kaskadini blokirovka qiluvchi va erkin radikallarning chiqarilishini kamaytiradigan kortikosteroidlarni keng qo'llashdir.

O'tkir qon tomir yetishmovchiligi

O'tkir qon tomir etishmovchiligi hushdan ketish yoki kollaps sifatida namoyon bo'lishi mumkin.

Hushdan ketish – bosh miyaning anoksiyasi natijasida qisqa muddatli ongni yo'qotish. Anoksiyaning eng keng tarqalgan sababi miyaning qon ta'minoti keskin kamayishi yoki hipoksemiya hisoblanadi. Miyaning qon bilan ta'minlanishi yetishmovchiligiga olib keladigan asosiy omillar periferik tomirlarning faol kengayishi, qon

kelishining pasayishi va aylanma qon hajmining pasayishi bo'lishi mumkin. Hushdan ketishning turiga qarab, uchta omildan biri etakchi rol o'ynaydi.

Ko'proq oddiy (vazodepressor) va ortostatik hushdan ketish uchraydi. Birinchisi stres (og'riq, qo'rquv va boshqalar) ta'sirida rivojlanadi. Etakchi omil asosan mushak va qon tomirlarining faol periferik kengayishi bo'lib, yurakka keladigan venoz oqim tezligi va yurakning minutlik hajmi sezilarli darajada o'zgarmaydi. Ortostatik hushdan ketishning asosiy sabablari periferik tomirlarning kengayishi va keladigan qonning pasayishi (og'ir jismoniy zo'riqish to'xtatilgandan so'ng darhol) yoki aylanib yurgan plazma hajmining pasayishi (tez-tez va kuchli qusishdan keyin, kuchli diareyadan keyin) bo'lishi mumkin. Anemiya va nafas olayotgan havodagi kislorod miqdorining pasayishi miya hipoksiyasiga olib keladi.

Hushdan ketish sub'ekt tik turgan yoki o'tirganda sodir bo'ladi. Ongni yo'qotish bir zumda sodir bo'ladi. Biroq, ko'pincha bu qisqa prodromal davrdan oldin bo'ladi, bu davrda ko'ngil aynish, epigastral sohada noqulaylik, zaiflik, esnash, quloqda shovqin, giperhidroz bo'lishi mumkin. Bu vegetativ nerv tizimining faollashuvi bilan bog'liq (antidiuretik gormon sekretsiyasi va katexolaminlar sekretsiyasi oshadi). Bu davrda taxikardiya kuzatiladi. Hushdan ketganda ong mavjud emas. Teri qoplamalari oqimtir, qorachiq toraygan, yorug'likka ta'sirlanmaydi, kornial reflekslar aniqlanmaydi. Yurak tonlari bo'g'iq, yurak qisqarishlar soni sekinlashgan (minutiga 50ta va hatto 40 tagacha), sistolik AD 60 mm.s.u. va undan past. Qisqa muddatli tonik talvasalar kuzatilishi mumkin. Hushdan ketish 3 minutgacha davom etadi. Hushdan ketish bartaraf etilgach teri qoplamalari isib namlanadi.

Hushdan ketishni bosh aylanishdan farqlay okish kerak. Bosh aylanganda sub'ekt harakatni his qiladi. Unga tebranayotgandek tuyuladi (sub'ektiv bosh aylanish). U yiqilishi mumkin, lekin hushini yo'qotmaydi, puls va AD o'zgarmaydi.

Tez yordam:

- Jabrlanuvchini darhol boshini pastga qilib, yuzi tepaga holda yotqiz.
- 20-30 soniya davomida oyoqlarni ko'taring.
- Toza havo bilan ta'minlang.
- Siqib turuvchi kiyimlarni bo'shating.
- Qo'zg'atuvchi modda hidlatiladi (ammiak yoki sirka).

- Agar 3 daqiqadan keyin hushi tiklanmasa va bradikardiya kuzatilsa, teri ostiga 0,5 mg atropin yuboriladi.
- Jabrlanuvchi o'ziga kelganidan keyin uni o'tqazish kerak va 3-5 daqiqadan so'ng asta-sekin o'ziga keladi.

Kollaps hushidan ketish bilan bir xil emas va har doim ham ongni yo'qotish bilan birga kelmaydi. Kollaps va shok tushunchalarini qat'iy ajratib bo'lmaydi. Biz, boshqa ko'plab mualliflar singari, kollapsni o'tkir periferik qon aylanishi buzilishining engilroq, qaytariladigan shakli, shok esa bu buzilishning yanada og'irroq, ba'zan qaytarilmas shakli deb hisoblaymiz. Bunday holat har qanday shikastlanish bilan, bakterial yoki virusli infektsiya fonida, suvsizlanish bilan kechadigan intoksikatsiya va boshqalar bilan sodir bo'lishi mumkin. Kollaps (shok) rivojlanishining patogenezida qon tomir tonusi regulyatsiyasining vazomotor buzilishi va sirkulatsiyadagi qon yoki plazma miqdori kamayishining birgalikda kelishi asosiy rol o'ynaydi. Bu qon aylanishining markazlashuviga, mintaqaviy autointoksikatsiyaga, qon ivishining ortishi hisobiga gemokonsentratsiyaga olib keladi. Rivojlanayotgan patofiziologik sharoitlar hayotiy muhim a'zolar ishini pasayishiga olib keladi, bu kollapsni hushdan ketishdan ajratib turadi.

Kollaps rivojlanishi bilan jabrlanuvchi yoki kasal odamning umumiy holatida keskin yomonlashish sodir bo'ladi. Teri qoplamalari oqaradi, yuzlari o'tkirlashib, lablar ko'karadi, terida sovuq ter paydo bo'ladi. Ong soporoz, taxipnoye, taxikardiya, gipotoniya va hipotermiya qayd etiladi. Kollaps davosi kompleks bo'lishi kerak. U avvalo qon tomir devorini normallashtirish, sirkulatsiyadagi qon hajmini tiklash va mikrosirkulyatsiyani yaxshilashga qaratilgan bo'lishi kerak. Kollaps rivojlanganda jabrlanuvchining tanasiga iliq grelka qo'yib, qorinni yengil massaj qilish kerak. 10 mg mezaton m/o, 400 ml plazma o'rnini bosuvchi eritmalar (reopoliglyukin va b.q.), ular bo'lmaganda esa 600-800 ml natriy xlorning izotonik eritmasi yoki 5%li glyukoza eritmasi yuboriladi. Kortikosteroidlarni qon tomir ichidagi bosim oshganda yoki suyuqliklar kiritish fonida kiritish yaxshiroq. Deksametazonning 40 mg boshlang'ich dozasini sekin tomir ichiga yuborish orqali unga ustunlik beriladi. 4-5 soatdan keyin 20 mg ni qayta kiritishingiz mumkin. Agar prednizolon ishlatilsa, uning ekvivalent dozalari mos ravishda 200 mg va 100 mg ni tashkil qiladi. Shu bilan birga, albatta, asosiy kasallikni davolash amalga oshiriladi.

SHOK (frantsuzcha choc — shok, zarba) — haddan tashqari qo'zg'atuvchilar ta'siriga javoban rivojlanadigan va asab, qon aylanish,

nafas olish, metabolik va boshqa ba'zi funktsiyalarning hayotiy funktsiyalari buzilishi bilan kechadigan patologik jarayon bo'lib, uning patomekanizmi asosida gemodinamikaning buzilishi, birinchi navbatda mikrosirkulyatsiya buzilishi hisobiga to'qimalarning gipoksiya rivojlanadi. Darhaqiqat, ekstremal zararkanishga javoban neyrohumoral boshqaruv va tananing kompensatsion reaksiyalarining buzilishi, keyinchalik stress vaqtida moslashish sindromining yanada keskin yomonlashishi kuzatiladi.

Shok holati birinchi marta qadimgi shifokor Hippokrat tomonidan tasvirlangan. "Shok" atamasi birinchi marta 1737 yilda Le Dran tomonidan ishlatilgan. 19-asrning oxirida shok patogenezini rivojlantirishning mumkin bo'lgan mexanizmlari taklif qilina boshlandi, ular orasida quyidagi tushunchalar eng mashhur bo'ldi:

- tomirlarni innervatsiya qiluvchi nervlarning falaji;
- vazomotor markazning susayishi;
- nerv-kinetik buzilishlar;
- toksemiya;
- ichki sekretiya bezlari faoliyatining buzilishi;
- aylanib yuruvchi qon hajmining kamayishi (OЦK);
- tomir o'tkazuvchanligi buzilishi hisobiga kapillyar staz.

Shok patogenezini. Zamonaviy nuqtai nazardan G. Selyening nazariyasiga muvofiq shok stress natijasida rivojlanadi. Ushbu nazariyaga ko'ra, organizmga haddan tashqari ta'sir qilish unda o'ziga xos va o'ziga xos bo'lmagan reaksiyalarni keltirib chiqaradi. Birinchisi, tanaga ta'sir qilish xususiyatiga bog'liq. Ikkinchisi - faqat ta'sir kuchida. O'ta kuchli qo'zg'atuvchi ta'sirida nospesifik reaksiyalar umumiy moslashish sindromi deb ataladi. Umumiy moslashish sindromi har doim bir xil tarzda, uch bosqichda kechadi:

1. kompensatsiyalangan bosqich (qaytar): kompensatsion fiziologik jarayonlar miya, yurak kabi hayotiy muhim organlarga perfuziya yo'li bilan ta'minlanadi;
2. dekompensatsiyalangan bosqich (qisman qaytar, tana chidamliligining umumiy pasayishi va hatto tananing o'limi bilan tavsiflanadi): hayotiy muhim organlarga perfuziyani buzilishi;
3. terminal bosqichi (qaytarib bo'lmaydigan, hech qanday terapevtik ta'sir o'limni oldini olmaydi).

Shunday qilib shok, Selyening fikriga ko'ra, tananing haddan tashqari ta'siriga nisbatan o'ziga xos bo'lmagan reaksiyasining namoyon bo'lishidir.

N. I. Pirogov 19-asr o'rtalarida shok patogenezida erektil (qo'zg'alish) va torpid (lanjlik, bo'shashish, karaxtkik) fazalari tushunchalarini belgilab bergan.

Organlarni kislorod bilan ta'minlanishi to'xtatilganda shok paydo bo'ladi. Yurak qon haydashining kamayishi natijasida organlarga perfuziyaning pasayishi kuzatiladi. Voyaga etgan odamning tanasi bu holatni asosan tizimli qon tomir qarshiligining pasayishi, yurak qisqarishining kuchayishi, yurak urish tezligining oshishi va qon aylanishining markazlashuvi bilan qoplaydi. Bolaning tanasi bu holatni birinchi navbatda yurak tezligini oshirish va vazokonstriksiya (qon tomirlarining torayishi) bilan kompensatsiya qiladi. Bolalardagi vazokonstriksiya sababli shokning kech belgisi sifatida gipotenziya shakllanadi.

Tasniflash. Shokni tasniflashning turli usullari mavjud, ammo qon aylanishining buzilishi turiga ko'ra shokning bugungi kunda eng ko'p qo'llaniladigan tasnifi.

Shok turlari

Shok turi	Fiziologik jarayon	Keng tarqalgan sabablar
gipovolemik	Oxirgi diastolik bosimning kamayishi	<ul style="list-style-type: none"> • gipogidratatsiya • travmatik qon yo'qotish • travmatik bo'lmagan qon yo'qotish • diabetik ketoatsidoz • peritonit • kuyishlar
tarqatuvchi	Vazodilatatsiya hisobiga nisbiy gipovolemiya	<ul style="list-style-type: none"> • sepsis • anafilaksiya • nevrogen • toksinlar ta'sirida yuzaga kelgan
kardiogen	Yurak qisqarishlari kamaygan	<ul style="list-style-type: none"> • tug'ma shikastlanishlar hisobiga o'tkir yurak yetishmovchiligi • miokardit • taxikardiya
obstruktiv	Katta qon aylanish doirasiga yurak qon haydashining yetishmovchiligi	<ul style="list-style-type: none"> • o'pka emboliyasi • perikardial tamponada • klapanli pnevmotoraks • yurak kanallarining shikastlanishi
dissosiativ	Anomal gemoglobin — kislorod bilan ta'minlanishning yetishmovchiligi	<ul style="list-style-type: none"> • uglerod oksidi bilan zaharlanish • metgemoglobinemiya

Qon aylanishining buzilish turiga ko'ra, shokning quyidagi turlari farqlanadi:

- gipovolemik;
- kardiogen;
- septik;
- anafilaktik.

Bir qator manbalar shokni asosiy patogenetik mexanizmlarga muvofiq tasniflaydi. Ushbu patogenez bo'yicha tasnif shokni quyidagilarga ajratadi:

- gipovolemik;
- kardiogen;
- travmatik;
- infeksiyon-toksik;
- septik;
- anafilaktik;
- Neyrogen;
- Kombinirlangan (turli shok belgilarini birlashtiradi).

Klinik tasnifi

Shokning klinik tasnifi og'irlik darajasiga ko'ra quyidagi darajalarga bo'linadi:

Shok I daraja (kompensatsiyalangan) Jabrlanuvchining ahvoli kompensatsiyalangan. Ongi saqlangan, tiniq, bemor kontakka kirishadi, biroz tormozlangan. Sistolik qon bosimi (SB) 90 mm Hg dan oshadi, puls tezlashgan, daqiqasiga 90-100 zarba. Prognoz yaxshi.

Shok II daraja (subkompensatsiyalangan) Jabrlanuvchi tormozlangan, teri rangi oqargan, yurak tovushlari bo'g'iq, puls tez-tez - daqiqasiga 140 zarbagacha, to'liqligi zaif, maksimal qon bosimi 90-80 mm Hg ust. gacha kamaygan. Nafas yuzaki, tezlashgan, ong saqlangan. Jabrlanuvchi savollarga to'g'ri javob beradi, sekin, past ovozda gapiradi. Prognoz jiddiy. Hayotni saqlab qolish uchun shokka qarshi choralar ko'rish kerak.

Shok III daraja (dekompensatsiyalangan) Bemor adinamik, tormozlangan, og'riqqa javob bermaydi, savollarga qisqa javob beradi va juda sekin yoki umuman javob bermaydi, jarangsiz, zo'rg'a eshitaladigandek pichirlab gapiradi. Ong chalkash yoki umuman yo'q. Teri oqargan, sovuq ter bilan qoplangan, akrotsianoz. Yurak tovushlari bo'g'iqlashgan. Puls ipsimon - daqiqasiga 130-180 zarba, faqat yirik arteriyalarda (karotid, femoral) aniqlanadi. Nafas olish yuzaki, tez-tez.

Sistolik qon bosimi 70 mm.Hg.ust.dan past, markaziy venoz bosim (MVB) Oga teng yoki manfiy. Anuriya (siydik yo'qligi) kuzatiladi. Prognoz juda jiddiy.

IV darajali shok (qaytmas) Klinik jihatdan terminal holatlardan biri sifatida namoyon bo'ladi. Yurak tovushlari eshitilmaydi, jabrlanuvchi hushidan ketgan, **teri rangi** kulrang marmarsimon bo'kib, murda dog'larini eslatadi (qon ta'minotining pasayishi va qonning kichik tomirlarda dimlanishi), lablar ko'kimtir, qon bosimi 50 mm Hg.ust. dan past, ko'pincha umuman aniqlanmaydi. Markaziy arteriyalarda puls deyarli sezilmaydi, anuriya. Nafas olish yuzaki, kam (yig'layotgan, talvasali), deyarli sezilmaydi, ko'z qorachig'i kengaygan, reflekslar va og'riqni qo'zg'atuvchi reaksiyalar yo'q. Prognoz deyarli har doim yomon.

Taxminan, shok og'irligini Algover indeksi, ya'ni pulsning sistolik qon bosimi qiymatiga nisbati bilan aniqlash mumkin. **Normada** indeks - 0,54; 1.0 - o'tish holati; 1,5 – og'ir shok.

Shokni davolash bir necha momentlardan iborat:

1. oksigenoterapiya (kislород ingalatsiyasi);
2. kardiogen shokda ehtiyotkorlik bilan aylanma qon hajmi (OЦK) tanqisligini qoplash;
3. ijobiy inotrop ta'sir ko'rsatish uchun vegetotrop dorilar bilan terapiya;
4. atsidozni davolash;
5. shokning rivojlanishiga olib keluvchi sabablarni bartaraf etish.

Bundan tashqari, mikrotrombozning oldini olish uchun steroid gormonlar, geparin va streptokinaza, normal qon bosimi bilan buyrak funksiyasini tiklash uchun diuretiklar va o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi ishlatiladi.

Gipovolemik shok. Ushbu turdagi shok aylanma qon hajmining birdan pasayishi natijasida yuzaga keladi, bu esa qon aylanish tizimdagi bosimining pasayishiga va yurakka venoz qaytayotgan qonning pasayishiga olib keladi. Natijada organ va to'qimalarni qon bilan ta'minlashning buzilishi va ularning ishemiyasi rivojlanadi.

Quyidagi sabablarga ko'ra aylanma qon hajmi tezda kamayishi mumkin:

- qon yo'qotish;
- plazma yo'qotilishi (masalan, kuyishlar, peritonit);
- suyuqlikni yo'qotish (masalan, diareya, qusish, ortiqcha terlash, gemodializ paytida yoki undan keyin, qandli va qandsiz diabet).

Gipovolemik shokga olib keladigan notravmatik qon yo'qotish anamnezida avvallari oshqozon-ichakdan qon ketib, tomir oqmalarining sabab bo'lganda kuzatiladi.

Bosqichlar. Gipovolemik shokning og'irligiga qarab, uning kechishida uchta bosqich ajratiladi. Bu.

• **Birinchi bosqich** – progressiyalanmagan (kompensatsiyalangan).

Hayotiy organlarning perfuziyasi kompensatsion mexanizmlar hisobiga saqlanib qolinadi; qoidaga ko'ra, umumiy periferik qon tomir qarshiligining oshishi tufayli chuqur gipotenziya yo'q. Ushbu bosqichda hech qanday nuqsonlar yo'q.

• **Ikkinchi bosqich** – avj oluvchi. Kompensatsion mexanizmlar etarli

darajada perfuziyani ta'minlay olmaydi, shok rivojlanishining barcha patogenetik mexanizmlari ishga tushiriladi va rivojlanadi.

• **Uchinchi bosqich** - qaytmas o'zgarishlar bosqichi. Ushbu

bosqichda hech qanday zamonaviy shokka qarshi vositalar bemorni bu holatdan olib chiqa olmaydi. Ushbu bosqichda tibbiy aralashuv qisqa vaqt ichida qon bosimi va yurak minutlik hajmini normal holatga keltirishi mumkin, ammo bu tanadagi buzilgan jarayonlarni qaytara olmaydi. Ushbu bosqichda shokning qaytarilmasligi sabablari orasida gomeostaz buzilishi bo'lib, bu barcha organlarning jiddiy shikastlanishi, ayniqsa yurakning shikastlanishi bilan birga keladi.

Klinikasi. "Shok" buyrak holati progressiv o'tkir buyrak etishmovchiligi klinikasi bilan namoyon bo'ladi. Uning rivojlanishida shokdagi o'tkir buyrak etishmovchiligi to'rt bosqichda o'tadi:

Birinchi bosqich o'tkir buyrak etishmovchiligini keltirib chiqargan sabab ta'sir qilganda sodir bo'ladi. Klinik jihatdan diurezning pasayishi kuzatiladi.

Ikkinchi bosqich (oligoanurik). O'tkir buyrak etishmovchiligining oligoanurik bosqichining eng muhim klinik belgilariga quyidagilar kiradi:

- oligoanuriya (shish rivojlanishi bilan);
- azotemiya (og'izdan ammiak hidi kelishi, qichishish);
- buyraklar o'lchamining kattalashishi, belda og'riq, Pasternatskiy simptomi musbat (buyrak sohasi urib ko'rilgandan so'ng siydikda eritrositlarni paydo bo'lishi);
- holsizlik, bosh og'rig'l, mushaklar titrashi;
- taxikardiya, yurak chegaralarining kengayishi, perikardit;

- dispnoye, o'pkada interstitsial o'pka shishigacha bo'lgan dimlanishli xirillashlar;
 - og'iz qurishi, anoreksiya, ko'ngil aynishi, qusish, diareya, og'iz va tilning shilliq qavatida yoriqlar, qorin og'rig'i, ichaklar parezi.
- Uchinchi bosqich (diurezni tiklash). Diurezni asta-sekin yoki tez normallashtirish mumkin. Ushbu bosqichning klinik ko'rinishi paydo bo'lgan suvsizlanish va diselektrolitemiya bilan bog'liq. Quyidagi belgilar rivojlanadi:
- tana vaznining yo'qolishi, asteniya, lanjlik, tormozlanish, infeksiya qo'shilishi mumkin;
 - azot-ajratish funksiyasini normallashtirish.
- To'rtinchi bosqich (sog'ayish). Gomeostaz ko'rsatkichlari, shuningdek, buyraklar faoliyati normal holatga qaytadi.

O'TKIR YURAK YETISHMOVCHILIGI (O'YuYe)

O'YuYe – bu miyokard qisqaruvchanlik layoqatining buzilishi va sistolik hamda yurak minutlik hajmining pasayishi natijasida bir nechta o'ta og'ir klinik sindromlar bilan namoyon bo'ladi: o'tkir chap qorincha etishmovchiligi (yurak astmasi va o'pka shishi), kardiogen shok va o'tkir o'ng qorincha etishmovchiligi.

Etiologiyasi va patogenezi. Miyokard qisqarishi quyidagi sabablarga ko'ra kamayadi:

- yurakning chap yoki o'ng qismlarining gemodinamik ortiqcha yuklanishi;
- miyokardning ishlaydigan massasining pasayishi;
- kamera devori muvofiqligini kamayishi.

Tasniflash

Miyokard infarktida bemor ahvolidan og'irligiga ko'ra **O'YuYe** ning 4 sinfi ajratiladi. Bundan tashqari, **O'YuYe** gemodinamikaning dimlanishli turi (o'ng qorincha – katta qon aylanish doirasida venoz dimlanish, chap qorincha - yurak astmasi, o'pka shishi) va gemodinamikaning gipokinetik turi (kardiogen shok - aritmik, reflektor yoki haqiqiy) bilan ajralib turadi; ularning klinik xususiyatlari 4.20-jadvalda keltirilgan.

O'tkir yurak etishmovchiligi tasnifi

O'YuYe varianti	Klinik xususiyatlari
O'tkir chap qorincha etishmovchiligi (o'pka shishi, yurak astmasi).	O'pkada nam xirillashlar, nafas qisilishi, bo'g'ilish va ortopnoye hissi bilan kechuvchi og'ir respirator distress.
Kardiogen shok	Shok gemodinamikasi (SAD<90 mm Hg.ust), to'qimalar hipoperfuziyasi bilan kechuvchi qon aylanishini markazlashuvi bilan tavsiflangan klinik sindrom.
O'tkir o'ng qorincha etishmovchiligi	Yuqori venoz bosim(bo'yin venalarining bo'rtishi va pulsatsiyasi) va AGt dagi bosimning oshishi bilan birgalikda yurak qon haydashining pasayish sindromi; vaqt o'tishi bilan gepatomegaliya va periferik shish qo'shilishi mumkin.

Yurak astmasi

O'tkir chap qorincha etishmovchiligi (yurak astmasi va o'pka shishi) - interstitsial (yurak astmasida) va alveolyar (o'pka shishida) shish paydo bo'lishi bilan o'pka to'qimalariga seroz suyuqlikning yig'lishi tufayli astma xurujlari bilan tavsiflanadigan klinik sindrom. Kardiogen o'pka shishi davolashdan oldin o'pkada xarakterli xirillashlar, ortopnea holati, arterial qonning kislorod bilan to'yinganligining pasayishi (odatda <90%) bilan xarakterlanadigan o'pkada haddan tashqari dimlanish va og'ir nafas olish buzilishi bilan namoyon bo'ladi.

Etiologiya. Yurak astmasi va kardiogen o'pka shishi ko'pincha AKS, infarktdan keyingi kardioskleroz (odatda aritmiya paroksizmi yoki GK qo'zg'atuvchi omillarga aylanadi), mitral yurak nuqsoni (ko'pincha nazoratsiz taxiaritmiya fonida, parvarishlovchi davoning asossiz bekor qilinishi tufayli) yuzaga keladi.

Patogenez. Yurak astmasining asosiy sababi miyokarddagi yallig'lanish yoki nekrotik o'zgarishlar sababli yoki o'pkaga qon oqimi kelishining pasayishi va chap AV- teshik stenozida uning chiqishi o'rtasidagi nomuvofiqlik hisobiga yurakning chap qorinchasi miyokardining ortiqcha yuklanishidir. qisqarish qobiliyatining Chap bo'lmadagi bosimning oshishi o'pka kapillyarlarida gidrostatik bosimning oshishiga va suyuqlikning birinchi navbatda interstitsial bo'shliqqa, keyin esa alveolalarga chiqishiga olib keladi.

Kardiogen shok

Kardiogen shok - bu hayot uchun xavfli holat bo'lib, turli yurak- qon tomir kasalliklarida kuzatiladigan va SAD ning 90 mm Hg. ust. gacha (yoki o'rtacha qon bosimining 30 mm Hg.ust.gacha) pasayishi va hayotiy muhim a'zolarining funktsiyasi buzilishi sababli to'qimalarning yetarli darajada qon bilan ta'minlanmasligi (to'qimalar perfuziyasining pasayishi) bilan xarakterlanadi.

Etiologiya va patogenez. Haqiqiy kardiogen shok miokard qisqarishining pasayishi (ko'pincha o'tkir Mida chap qorincha miokardining 40-50% idan ko'prog'i zararlanganda) hisobiga rivojlanadi. Haqiqiy kardiogen shokdan aritmik (taxikardiya, taxiaritmiya yoki bradikardiya, bradiaritmiya natijasida yuzaga keladi) va reflektor shok (og'riq sindromiga javoban rivojlanadi) farq qiladi. Yurak minutlik hajmining pasayishi va AD ning tushib ketishi simpatoadrenalin tizimning aktivlanishiga, prekapillyar sfinkter spazmi va qon oqimining markazlashishiga olib keladi.

Kardiogen shokning diagnostik mezonlari:

— SADni 90 mm Hg.ust. dan (yoki o'rtacha qon bosimining 30 mm Hg.ust. dan ortiq) pasayishi;

— mikrosirkulyatsiya va to'qimalar perfuziyasining buzilish belgilari - yopishqoq ter bilan qoplangan sovuq teri, rangparlik, "marmarsimon" teri, ba'zi hollarda periferik venalar aniqlanmaydi.

Davolash. Dimlanishli yurak etishmovchiligi belgilari bo'lmasa (nafas qisilishi, o'pkaning orqa pastki qismlarida nam xirillashlar) bemorni gorizontal holatda yotqizish kerak.

Aritmik shok EIT yoki elektrokardiostimulyatsiya(tanlov usullari) orqali adekvat ritmni darhol tiklashni talab qiladi. Faqat ularni o'tkazishning iloji bo'lmasa, dorilar bilan davolanadi.

Reflektor shok kuchli og'riq sindromi bilan ifodalangan o'tkir miokard infarktida rivojlanadi va adekvat og'riqsizlantirishdan so'ng jarayon to'xtaydi. Dastlabki bradikardiya (ko'pincha chap qorincha orqa devorining MI da kuzatiladi) narkotik analgetiklarni tomir ichiga yuborish va 0,5 mg atropinni parenteral yuboriladi.

Haqiqiy kardiogen shokni davolashning asosiy yo'nalishlari:

— O'tkir MI da erta revaskulyarizatsiya;

— oksigenoterapiya;

— qondagi gazlar tarkibiga ko'ra IVL;

—inotrop moddalar (dopamin, dobutamin) va vazopressorlarni (norepinefrin) kiritish.

Haqiqiy kardiogen shokda inotrop moddalar (dopamin, dobutamin, norepinefrin) tomir ichiga tomchilab yuborish darkor. Oldindan gipovolemiyani – nisbiy(miyokardning elastikligining pasayishi yoki venoz qonning depolanishi natijasida qorinchalar diastolasining uzayishi va yurak qon haydashining pasayishi natijasida) va absolyut (uzoq muddat katta dozali diuretiklardan foydalanganda, to'xtovsiz qusish, kuchli diareya) korrektsiya qilish kerak.

Shokning yaqqol klinik ko'rinishi va gipovolemiya belgilari mavjud bo'lganda - o'pkada nam xirillashlar va bo'yin venalari shishi kuzatilmaganda (o'ng qorincha MI bundan mustasno) - natriy xloridning izotonik eritmasi 200-250 ml hajmda 5-10 daqiqa davomida qon bosimi, yurak urish tezligi, nafas olish tezligi va o'pkaning auskultatsiyasini nazorat qilgan holda yuboriladi. Agar kerak bo'lsa, SAD 90-100 mm Hg.ust. ga oshguncha, hamda hansirash yoki o'pkada dimlanish belgilari paydo bo'lganda izotonik eritmani (umumiy hajmi 500-1000 ml) qayta kiritish mumkin.

Kardiogen shokning yurak etishmovchiligi bilan kombinatsiyasida yoki plazma o'rnini bosuvchi terapiyaning samarasi bo'lmaganda pressor aminlar guruhidan inotrop vositalarni qo'llash kerak, ular mahalliy qon aylanishining buzilishini hisobiga to'qimalar nekrozining rivojlanishini oldini olish uchun markaziy venaga yuboriladi. SAD 90 mm Hg.ust. ga teng bo'lganda norepinefrin ishlatiladi; turli inotrop moddalar kombinatsiyasi ham mumkin.

Psixiatriya va narkologiyadagi asosiy favqulodda vaziyatlarga quyidagilar kiradi: psixomotor qo'zg'alish, O'z joniga qasd qilish va autotajovuzkor xatti-harakatlar, Talvasa xuruji va epileptik holat, Alkogolsiz (somatogen) deliriy, Amentiv sindrom , Alkogolli deliriy (murakkab va asoratsiz), Gaye-Vernikning o'tkir alkogolli ensefalopatiyasi, Ongni o'chirish sindromlari, Ruhiiy buzilishlar tufayli ovqat eyishdan bosh tortish , Og'ir (chuqur) alkogolli mastlik, Opiatlar yoki opioidlarning yuqori dozasi, Abstinent sindromlarining asosiy turlari, Vahima hujumlari va vegetativ krizlar, Psixotrop dorilar bilan zaharlanish, Psixotrop preparatlarni qo'llashda o'tkir asoratlar.

Psixomotor qo'zg'alish - bu qisqa muddatli (10-12 soatgacha) effektogen giperkinetik reaktsiya bo'lib, u bosh miya shikastlanishi,

toksik moddalar ta'sirida, ionlashtiruvchi nurlar yoki stressning natijasi bo'lishi mumkin.

Qo'zg'alish - bu nutq, harakat, tasavvurning tezlashishi, chalkashlik, qo'rquv, vahima, alahlash kabi tarkibiy qismlarni o'z ichiga olgan murakkab patologik holat. Ularning namoyon bo'lishi turlichadir. Qo'zg'alish xaotik harakatlar, izchil fikrlash bilan tavsiflanadi. Bu tananing energiya balansida sezilarli buzilishlarga olib kelishi mumkin, bu birinchi navbatda ikkilamchi bosh miya gipoksiyasining rivojlanishi, yurak-qon tomir va nafas olish tizimlarining o'tkir buzilishlari bilan namoyon bo'ladi. Psikomotor qo'zg'aluvchanligi bo'lgan odamlar boshqalar uchun xavfli ko'rinadi va shoshilinch tibbiy yordamga muhtoj.

Psixomotor qo'zg'alishning eng keng tarqalgan turlari:

- **Gallyutsinatsiyalar** - tahdidli yoki qo'rqituvchi xarakterdagi gallyutsinatsiyalar natijasida yuzaga keladi. Aldashlarni idrok qilish ustunligi xarakteriga ko'ra gallyutsinatsiyali psixomotor qo'zg'alishning ikkita varianti mavjud:

- vizual gallyutsinatsiyalar bilan bog'liq - ongning xiralashishi sindromining bir qismi sifatida (deliriy, ongning xiralashuvi)

- ongning tiniq fonida eshitish gallyutsinatsiyalari bilan bog'liq - organik va endogen tabiatli gallyutsinozlar shaklida

- **Disforik** - epilepsiya va bosh miyaning organik kasalliklarida darg'azab va g'amgin holat

- **Xavotirli** – hayajonli depressiya va akahlashda

- **Depressiv** ("depressiv raptus") – melankolik depressiyada autoagressiv harakatlar bilan to'satdan hayajonlanish.

- **Maniakal** – maniakal sindrom doirasida

- **Affektiv-shok** - og'ir o'tkir ruhiy jarohatlarga javoban reaktiv giperkinetik psixoz doirasida.

- **katatonik va gebefrenik** - tegishli sindromlar doirasida shizofreniyaning tegishli shakllarida.

Psixomotor qo'zg'alish bir qator og'ir somatik holatlar bilan namoyon bo'lishi mumkin, ularni yuqoridagi qo'zg'alish turlari deb qaramang:

- Gipertonik kriz

- Alkogolli va heroinli abstinent (mavhum) sindrom

- Frontal sohaning kichik ishemik insultlari (ko'pincha falajsiz sodir bo'ladi, bu esa tashxisni qiyinlashtiradi)

- I-II darajali o'tkir nafas etishmovchiligi bilan kechadigan kasalliklar (MNS gipoksiyasining dastlabki bosqichlari)
- Kuchli og'riq sindromi bilan kechadigan kasalliklar va shikastlanishlar
- O'tkir miokard infarkti
- Ayrim yuqumli kasalliklar (quturish, qoqshol va boshqalar)
- Ba'zi zaharlanishlar (psixostimulyatorlar)

Davolash muassasalarida psixomotor qo'zg'alish kuzatilganda shoshilinch tibbiy yordam quyidagi bosqichlardan iborat:

1) Bemorni jismoniy cheklash - tibbiyot xodimlari tomonidan iloji boricha ehtiyotkorlik bilan amalga oshiriladi, buning uchun zarur miqdordagi tibbiyot xodimlari jalb qilinadi. Bemorni bog'lash va **shikastlovchi** fiksatsiya usullarini qo'llash qat'iy **man etiladi**. Oyoq-qo'llarini ehtiyotkorlik bilan ushlab turish, elkalarini to'shak yoki polga bosish, tana va oyoq-qo'llarni choyshab yoki adyol bilan yumshoq mahkamlash joizdir. Shifokor bemorni ushlab turish vaqtida doimo yonida bo'lishi va asoratlari (qon tomirlari va nervlarning siqilishi, chiqishlar, ko'krak qafasi ekskursioniyasi buzilganligi sababli nafas qiyinlashuvi va boshqalar) yo'qligini nazorat qilishi kerak.

2) Qo'zg'aluvchanlikni yo'qotish uchun dorilarni qo'llash. Tanlangan dorilarga benzodiazepin trankvilizatorlari **kiradi**. Hozirgi vaqtda mamlakatimizda ikkita trankvilizator in'ektsiya shaklida mavjud - diazepam va fenazepam:

- S.Diazepami 0.5% - 2.0–6.0 m/o
- S.Phenazepami 0.1% - 2.0-4.0 m/o

Doza bemorning ahvoriga qarab belgilanadi. Mushak ichiga yuborilgach ta'sir 10-30 daqiqadan keyin rivojlanadi. Trankvilizatorlarni qo'llashdan oldin shifokor qarshi ko'rsatma holatlarni istisno qilishi kerak. Qo'zg'aluvchan bemorga shikast etkazish xavfi va nafas olishni to'xtatish xavfi yuqori bo'lganligi sababli tomir ichiga trankvilizatorlarni yuborishga ruxsat etilmaydi.

Jiddiy somatik kasallik bilan og'riq bemorda psixomotor qo'zg'alish kuzatilganda trankvilizatorlardan ehtiyotkorlik bilan foydalanish kerak. Dori vositalarining yuqori dozalari ko'pincha chuqur ong yo'qotishni rivojlanishiga olib keladi, bu bemorning somatik holatini yomonlashishiga olib keladi va keyingi diagnostika, hamda terapevtik manipulyatsiyani murakkablashtiradi. Shu sababli

trankvilizatorlarning kichik dozalarini kiritish afzaldir, agar kerak bo'lsa yana takrorlash mumkin.

Trankvilizatorlar psixomotor qo'zg'alishning barcha turlari uchun, ham ruhiy, ham somatik kasalliklarda afzaldir. Somatik amaliyotda psixomotor qo'zg'alishni bartaraf etish uchun neyroleptiklarni qo'llash jiddiy oqibatlariga olib kelishi mumkin. Neyroleptiklar xavfsizlik nuqtai nazaridan trankvilizatorlardan sezilarli darajada past bo'lib, ularni psixiatrik bo'lmagan shifokorlar tomonidan qo'llash tavsiya etilmaydi.

3) SPP brigadasi yoki shifoxona psixiatr maslahatchisini chaqiring.

4) Trankvilizatorlarni qo'llaganingizdan so'ng va SPP kelgunga qadar (psixiatr maslahatchisi kelguniga qadar), shifokor psixomotor qo'zg'alish to'xtatilgan bo'lsa ham, bemorni kuzatishni davom ettirishi shart.

5) Tibbiy ma'lumotlarda bemorning ahvolini tavsiflanadi, ruhiy buzilishning dastlabki sindromli tashxisi qo'yiladi va psixomotor qo'zg'alishni zudlik bilan bartaraf etish uchun qo'llanganligan jismoniy cheklash va trankvilizatorlar ko'rsatishi kerak.

Analitik qism

1. Hushidan ketganda shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish.

Maqsad: Hushidan ketganda shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish.

Ko'rsatma: Hushidan ketgan bemorlar.

Kerakli anjomlar: sovuq suv, tibbiyot spirti, 10%-1 ml kofein yoki 2 ml kardiamin.

Bajarish bosqichlari:

№	Harakatlar ketma-ketligi	Qadamlarni bajarmaslik (0 ball)	Qadamni to'g'ri bajarish
1.	Bemorni tekis yotqizing, yoqasini ochid tashlang, toza havo bilan nafas olsin.	0	20
2.	Yuziga sovuq suv seping.	0	20
3.	Nashatir spirti hidlating.	0	20
4.	Ta'sir (effekt) bo'lmasa, kofein 10% -1,0 ml yoki kardiamin 2 ml t/o.	0	20
5.	Asosiy sababni yo'qotish	0	20
	Jami	0	100

2. Yurak astmasida shoshilinch yordam ko'rsatish.

Maqsad: Yurak astmasida shoshilinch yordam ko'rsatish.

Ko'rsatma: Yurak astmasi bor bemorlar.

Kerakli anjomlar: promedol 1-2% 1-2 ml, kordiamin 1-2 ml, strofantin 0,5%-0,5 ml, eufillin 2,4%-10 ml, kislorod, gorelka, jgut, dibazol 1%, laziks 40-80 mg.

Bajarish bosqichlari:

№	Harakatlar ketma-ketligi	Qadamlarni bajarmaslik (0 ball)	Qadamni to'g'ri bajarish
1.	Bemor o'tiradi, oyoqlari pastga tushiriladi.	0	20
2.	Promedol 1-2% 1-2 ml v/i, kordiamin 1-2 ml v/i, strofantin 0,5%-0,5 ml v/i sekin, eufillin 2,4%-10 ml v/i.	0	20
3.	Kislorod ingalyatsiyasi, oyoqlarni isitish, venoz jgutlar 30-40 daqiqa.	0	20
4.	Gipertonik krizda: 200-400 ml qon chiqarish, dibazol 0,5% 6-8 ml v/i.	0	20
5.	Laziks 40-80 mg v/i.	0	20
	Jami	0	100

Vaziyatli masalalar



Masala № 1

Bemor N, 48 yosh, reaktor portlashi paytida ko'chada bo'lgan. Qattiq qo'rqib ketdi. Qattiq bosh og'rig'i, quloqda shovqin, ko'ngil aynishi, qusish, yurak urishi paydo bo'ldi. AD 200/140, puls 100 ta daqiqasiga. Yurak chegaralari chapga kattalashgan, auskultativ aorta ustida 2 ton aksenti, boshqa a'zolardan aniq o'zgarishlar kuzatilmaydi. EKGda: chap qorincha gipertrofiyasi, ekstrasistoliya. Sizing dastlabki tashxisingiz. Tibbiy yordam ko'rsatish.

Javob: O'tkir chap qorincha yetishmovchiligi. Gihertoniya kasalligi 2 bosqich krizli kechishi, yurak ritmi buzilishi ekstrasistoliya tipida.

Masala № 2.

Bemor D., 35 yosh. Portlash vaqtida 300-400 metr masofada bo'lgan. Eshitish va nutq buzilishi (karlik) yuzaga keldi. Ob'ektiv: ahvoli o'rtacha og'irlikda. Bemor susaygan. AD 100/70, puls daqiqasiga 60 ta. Ichki organlar tomonidan hech qanday o'zgarishlar yo'q. Tibbiy yordam ko'rsating.

Javob: Qon aylanishini yaxshilovchi vositalar, LOR konsultatsiyasi.

Masala № 3.

Bemor D., 35 yoshda, reaktor portlashi paytida juda qo'rqib ketdi va hushini yo'qotdi. Tekshiruv vaqtida arterial bosim 80/50, puls minutiga 96 marta, sust to'liqlikda. O'pkada: vezikulyar nafas, xirillashlar yo'q. Yurak: tonlari biroz bo'g'iq, taxikardiya. Qorni yumshoq, og'riqsiz. Jigar va taloq paypaslanmaydi. Shishlar yo'q.

Sizing tashxisingiz va taktikangiz?

Javob: Kollaps. Kofein 10% -1,0 ml yoki kordiamin 2 ml t/o.

Masala № 4.

Bemor T., 28 yosh, portlashdan bir kun o'tib shifoxonaga yotqizilgan. Shikoyati siydik chiqarishning buzilishi, siydikning kamayishi, siyish paytida og'riqlar. Ob'ektiv: **ahvoli** o'rtacha og'irlikda. Teri va ko'rinadigan shilliq pardalar oqargan. Qon bosimi 110/70, puls minutiga 86 marta. O'pkada vezikulyar nafas, xirillash yo'q. Yurak - tonlari bo'g'iq, ritmik, shovqin yo'q. Tili nam, qorin yumshoq, og'riqsiz. Jigar va taloq paypaslanmaydi, axlat buzilmagan, siyish og'riqli, kam-kam. Shish yo'q

Sizning dastlabki tashxisingiz va tekshirish usullari.

Javob: O'tkir buyrak yetishmovchiligi. UQT, UST, Nicheparenko sinamasi, UZI.

Masala № 5.

SDR (UES) bilan jabrlanganda jarohatdan keyin 7-kunida anuriya, **holsizlik**, qusish, azotemiya, giperkalemiya rivojlandi.

1. Jabrlanuvchida qanday asorat paydo bo'ldi, tekshirish rejangiz va sizning keyingi taktikangiz. Javob: O'tkir buyrak yetishmovchiligi. UQT, UST, dofamin.

Masala № 6.

Klinikaga 48 yoshli bemor og'ir ahvolda yotqizilgan. Ong xiralashgan, savollarga sekin, bir bo'g'inli javob beradi. Ikki kun oldin xatolik bilan bir qultum dixloretan ichgan. 15-20 daqiqadan so'ng bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, epigastral sohada og'riq, qusish paydo bo'ldi. Shu bilan birga, umumiy zaiflik kuchaygan. Qabul qilinganda puls minutiga 110, qon bosimi 85/60 mm. Hg. ust.

Bemorga qanday shoshilinch yordam kerak? Javob:Shokka qarshi chora-tadbirlar.

Masala № 7.

Bemor tunda klinikaning qabul bo'limiga inspirator nafas qisilishi, havo yetishmasligi, yo'tal shikoyatlari bilan keldi. Anamnezidan: uzoq vaqt davomida gipertenziya bilan og'riydi. Tekshiruvda: yuzi oqargan, ko'kargan tusda, sovuq ter. Holati majburiy. Presistolik gallop ritmi eshitiladi. AD 230/160 mm Hg. ust, puls - 98 daqiqasiga. O'pkaning pastki qismlarida nam va quruq xirillashlar eshitiladi.

Bemorda qanday shoshilinch holat kuzatiladi va ushbu holatning o'pka shishiga o'tganligini qanday belgilar ko'rsatadi? Javob:Yurak astmasi.

Testlar

1. O'tkir buyrak etishmovchiligi bilan qanday terapevtik tadbirlar o'tkaziladi?

- a) anabolik gormonlar kiritiladi
- b) diuretiklar kiritiladi
- c) elektrolitlar buzilishini tuzatish
- d) atsidoz va gemodializni tuzatish
- e) to'g'ri javob yo'q

2. Yurak astmasida o'pkada eshitiladi:

- a) pastki qismlarida nam va quruq xirillashlar
- b) tarqoq quruq xirillashlar
- c) cho'zilgan nafas chiqarish bilan qattiq nafas olish
- d) amforik nafas olish
- e) patologik bronxial nafas olish

3. O'tkir chap qorincha etishmovchiligi ko'proq uchraydi:

- a) yuqoridagilarning barchasi
- b) miokard infarkti
- c) gipertenziya
- d) yurak kasalligi
- e) miokardit

4. O'tkir o'ng qorincha etishmovchiligi quyidagi hollarda yuzaga keladi:

- a) yuqoridagilarning barchasi
- b) TELA
- c) og'ir bronxial astma
- d) o'tkir pnevmoniya
- e) spontan pnevmotoraks

5. Hushidan ketish belgilari quyidagilardir:

- a) yuqoridagilarning barchasi
- b) engil ko'ngil aynish
- c) umumiy zaiflik, ko'z oldida qorayish
- d) bosh aylanishi
- e) quloqlarda jiringlash

6. O'tkir psixomotor qo'zg'aluvchanlikni bartaraf etish uchun quyidagilar qo'llaniladi:

- a) xlorpromazin
- b) lidokain
- c) atropin

- d) pentoksifilin
- e) yuqoridagilarning barchasi

7. Yurak jarohati bilan hamma narsa rivojlanishi mumkin, bundan tashqari:

- a) Gipertenziv inqiroz
- b) Yurakning yorilishi
- c) miokard infarkti
- d) Gemoperikard

8. O'pkaning qaysi patologiyasi travmatik kasallikning natijasi emas?

- a) O'pka surunkali obstruktiv kasalligi
- b) Septik pnevmoniya
- c) plevrit
- d) gemotoraks

9. Yuqori nafas yo'llarining termik shishi bo'lganida chora-tadbirlarning qaysi biri ustuvor hisoblanadi?

- a) traxeostomiya
- b) Aminofilinning kiritilishi
- c) og'izdan og'izga nafas olish
- d) furosemid kiritish
- e) to'g'ri javob yo'q

10. Shokning og'irligiga qarab klinik tasnifi:

- a) yuqoridagilarning barchasi
- b) kompensatsiyalangan
- c) subkompensatsiyalangan
- d) dekompensatsiyalangan
- e) qaytarilmas

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. Лосев *Н. И.* Чрезвычайный раздражитель // Большая медицинская энциклопедия : в 30 т. / гл. ред. Б. В. Петровский. — 3-е изд. — М. : Советская энциклопедия, 1986. — Т. 27 : Хлоракон — Экономика здравоохранения. — 576 с. : ил.
2. Адо А. Д. Патологическая физиология. — М., «Триада-Х», 2000. С. 54—60.
3. Климиашвили А. Д. Чадаев А. П. Кровотечение. Переливание крови. Кровезаменители. Шок и реанимация. — М., «Российский государственный медицинский университет», 2006. С. 38—60.
4. Меерсон Ф. З., Пшенникова М. Г. Адаптация к стрессорным ситуациям и физическим нагрузкам. — М., «Триада-Х», 2000. С. 54—60