

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA‘LIM, FAN VA
INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI**

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

Abdullayeva Mavjuda Ergashevna

**BOLALARDA KECHADIGAN
O‘TKIR HOLATLAR VA
ULARDA SHOSHILINCH
YORDAM KO‘RSATISH**

O‘quv qo‘llanma

Andijon, 2023-yil

UO‘K 616-053.2

KBK 57.3

A13

Tuzuvchi:

M.E. Abdullayeva – Davolash fakulteti uchun bolalar kasalliklari propedevtikasi kafedrasini mudiri, dotsent.

Taqrizchilar:

R. Shermatov – FJSTI pediatriya kafedrasini mudiri, dotsent.

G.Q. Maxpiyeva – Davolash fakulteti uchun pediatriya kafedrasini dotsenti.

Abdullayeva M.E.

A13 BOLALARDA KECHADIGAN O‘TKIR HOLATLAR VA ULARDA SHOSHILINCH YORDAM KO‘RSATISH: O‘quv qo‘llanma / Abdullayeva M.E.:– Andijon: RE-HEALTH nashriyoti, 2023 – 96 b.

ISBN 978-9910-758-23-2

O‘quv qo‘llanmada O‘zbekiston Respublikasida Shoshilinch pediatrik yordamni tashkil etish, ushbu holatlarga uchragan bolalarga yordam ko‘rsatishning ambulatoriya va statsionar bosqichlari, Shoshilinch yordam ko‘rsatishning boshqarishning zamonaviy tamoyillari keltirilgan.

O‘quv qo‘llanma 14.00.09 ixtisosligi bo‘yicha asosiy umumiy ta‘lim dasturiga (UTD) muvofiq, ushbu fanning amaldagi o‘quv rejasi va «Akusherlik va ginekologiya» fanining ish dasturi asosida tayyorlangan.

Qo‘llanma «Tibbiyot, pediatriya» fanini o‘rganishda, umumiy tibbiyot, pediatriya oliy o‘quv yurtlari mutaxassisliklarida tahsil olayotgan talabalarga mo‘ljallangan.

O‘quv qo‘llanma pediatriya fakulteti 5-6 kurs talabalari, magistrlar va klinik ordinatorlar uchun mo‘ljallangan.

O‘zbekiston Respublikasi Oliy ta‘lim, fan va innovatsiyalar vazirligi Andijon davlat tibbiyot instituti rektorining 30.10.2023-yildagi “01/08/339-Sh”-sonli buyrug‘iga asosan nashr etishga ruxsat berildi.

UO‘K 616-053.2

KBK 57.3

ISBN 978-9910-758-23-2

© Abdullayeva M.E., 2023

© RE-HEALTH nashriyoti, 2023

MUNDARIJA

KIRISH.....	5
I BOB. PEDIATRIYADA SHOSHILINCH HOLATLARDA YORDAM KO‘RSATISHNING UMUMIY TAMOYILLARI (NAZARIY QISM).....	9
1.1. Shifoxonagacha bo‘lgan davrda bolalarda favqulodda holatlar diagnostikasi.....	9
1.2. Shoshilinch yordam zarur bo‘lgan bolalarda patologik holatlarning turlari.....	11
1.3. Bolalarga tez yordam va shoshilinch yordam ko‘rsatishni tashkil etish va ta‘minlash xususiyatlari.....	13
1.4. Shifoxonagacha bo‘lgan davrda bolalarda farmakoterapiyasi.....	17
1.5. Pediatriyada deontologiya masalalari.....	19
1.6. Bolalarga shoshilinch yordam ko‘rsatishda va ularning oldini olishda xatolar.....	26
II BOB. PEDIATRIYADA HAYOT UCHUN ZARUR BO‘LGAN ORGANLAR VA ULARDAGI PATOLOGİYALARDA SHOSHILINCH YORDAM KO‘RSATISH TAMOYILLARI (AMALIY QISM).....	28
2.1. Pulmonologiyada shoshilinch yordam.....	28
2.2. Kardiologik amaliyotda shoshilinch yordam	40
2.3. Kuyish jarohatlari olgan bolalarga tashkillashtirilgan yordam ko‘rsatish masalalari.....	54
2.4 Bolalardagi termik shikastlanishining xususiyatlari.....	59
III BOB. BOLALARDA EKZOGEN VA ENDOGEN OMILLAR TA‘SIRI NATIJASIDA KELIB CHIQUADIGAN SHOSHILINCH HOLATLAR.....	64
3.1. Cho‘kish natijasida yuzaga kelgan Shoshilinch holatlarda yordam ko‘rsatish tamoyillari.....	64
3.2. Gipertermiya va gipotermiyada Shoshilinch yordam ko‘rsatish usullari....	67
IV BOB. BOLALARDA XULQ ATVOR SHOSHILINCH HOLATLARI.....	72

4.1. Xulq atvor shoshilinch holatlari.....	72
4.2. Suitsidal bemorlarni baholash tamoyillari.....	76
4.3. Ruhiy shoshilinch holatlar.....	77
4.4. Alkogolizm va narkomaniya.....	83
XULOSALAR.....	91
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR.....	93

SHARTLI QISQARTMALAR

BRK	– birlamchi reanimatsion kompleks
AB	– arterial bosim
ALT	– alaninaminotransferaza
AST	– aspartataminotransferaza
AQTPV	– aktivlashgan qisman tromboplastin vaqt
BA	– bronxial astma
YUNY	– yuqori nafas yo‘llari
QIV	– qon ivish vaqti
OIT	– oshqozon ichak trakti
O‘SV	– o‘pkaning sun‘iy ventilyasiyasi
KAH	– kislota asos holati
MART	– molekulyar absorbsiyalashgan retsirkulyar tizim
KQAD	– kichik qon aylanish doirasi
O‘CHQE	– o‘tkir chap qorincha etishmovchiligi
O‘O‘QE	– o‘tkir o‘ng qorincha etishmovchiligi
O‘YUE	– o‘tkir yurak etishmovchiligi
UQH	– umumiy qon hajmi
PV	– protrombin vaqti
PY	– patologik yo‘qotish
FE	– fiziologik ehtiyoj
MVB	– markaziy venoz bosim
MAS	– markaziy asab tizimi
NCH	– nafas chastotasi
YUQS	– yurak qisqarishlar soni

KIRISH

«Shoshilinch yordam» masalasi bolalar kasalliklari amaliyotining shifokorlari uchun diagnostika, davolash, ayniqsa og'ir kasal bolaga shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatishda tezda harakat qilish imkonini beradigan ma'lumotnomalarga muhtoj. Mahalliy adabiyotlarda shoshilinch yordam ko'rsatish muammolari etarlicha to'liq taqdim etilmagan. Ushbu masala bo'yicha tarjima qilingan xorijiy adabiyotlarda chop etilgan ma'lumotlar har doim ham mahalliy sog'liqni saqlash haqiqatlariga mos kelmaydi.

O'quvchi e'tiboriga taqdim etilgan bolalardagi favqulodda vaziyatlar bo'yicha tezkor qo'llanma o'zining katta klinik tajribasi va zamonaviy adabiyotlarni tahlil qilish asosida yozilgan. Ma'lumotnoma sinxdromal yondashuvga emas, balki asosan klinik materialni taqdim etishning nozologik printsipiga asoslanadi. Bu bolalik davridagi eng keng tarqalgan somatik kasalliklarning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi va davolash muammolarini, ayniqsa ularning og'ir shakllarini har tomonlama yoritishga imkon berdi va shu bilan birga shoshilinch tibbiy yordam masalalariga alohida e'tibor qaratdi. Bolalar o'limini kamayishida Shifoxonagacha bo'lgan bosqichda

Shoshilinch tibbiy yordam asosiy o'rinni egallaydi. Mazmun mohiyatiga ko'ra bolalardagi har xil haet uchun xavf tug'diruvchi kritik holatlar o'ziga xos xususiyatga ega. Asosan erta eshdagi bolalarda anatomo-fiziologik xususiyatiga ko'ra, kritik holatlarning yuzaga kelishi xavfi yuqoridir.

Pediatriyaning turli bo'limlarida yuzaga kelgan o'zgarishlarni o'zlashtirgan holda bevosita voqea joyining o'zida Shoshilinch yordam ko'rsatish katta ahamiyatga ega. SHu narsa malumki, Shoshilinch tibbiy yordam o'ziga xos aniq jamlangan ta'rifga ega bo'lmog'i, yani qo'llanilgan davo usullari o'zini oqlashi va haet uchun zarur azolar faoliyatini saqlashga qaratilgan bo'lmog'i lozim.

Shoshilinch tibbiy yordam (SHTYO) ko'rsatuvchi shifokor (birinchi respondent) ning ishi har doim ham bemorning o'zidan boshlanavermaydi. Birinchi yordam ko'rsatishdan oldin voqea joyining holatini taxminiy baholash katta rol o'ynaydi. Bu

baholash xavfli va ishga halaqit beruvchi omillarni aniqlashda, o'zining, guruhining, guvohlarning va bemorning xavfsizligini taminlashda, bemorlar sonini aniqlashda, ularga olib boruvchi xavfsiz yo'lni topishda, shikastlanish mexnizmini aniqlashda, bemor haqida umumiy tasavvur ega bo'lishda juda zarurdir.

Pediatrik favqulodda vaziyatlar bo'yicha adabiyotlar keng, hajmli va bo'laklidir. Har qanday tafsilot singari, bu ham parchalanishga va taqdimot hajmining oshishiga olib keladi, bu esa ushbu ma'lumotlarning amalda keng qo'llanilishini sezilarli darajada murakkablashtiradi.

Ushbu qo'llanmani tayyorlashning asosiy sababi bolalardagi favqulodda vaziyatlarni o'qitish samaradorligini oshirishdan iborat. Nashrning vazifalariga bola tanasining ekstremal sharoitlari to'g'risidagi bilimlarni tizimlashtirish, Shoshilinch tibbiy yordamning turli bosqichlarida patogenetik asoslangan davolashni amalga oshirish kiradi.

Ushbu nashrning tuzilishining o'ziga xos xususiyati - bu kasalxonaga qadar va statsionarda davolashning holati, sabablari, klinikasi, amaliy tadbirlarning aniq algoritmi haqida fikr yuritiladi.

Bolalar o'limini kamayishida Shifoxonagacha bo'lgan bosqichda Shoshilinch tibbiy yordam asosiy o'rinni egallaydi. Mazmun mohiyatiga ko'ra bolalardagi har xil hayot uchun xavf tug'diruvchi kritik holatlar o'ziga xos xususiyatga ega. Asosan erta yoshdagi bolalarda anatomo-fiziologik xususiyatiga ko'ra, kritik holatlarning yuzaga kelishi xavfi yuqoridir. Pediatriyaning turli bo'limlarida yuzaga kelgan o'zgarishlarni o'zlashtirgan holda bevosita voqea joyining o'zida Shoshilinch yordam ko'rsatish katta ahamiyatga ega. SHu narsa malumki, Shoshilinch tibbiy yordam o'ziga xos aniq jamlangan ta'rifga ega bo'lmog'i, yani qo'llanilgan davo usullari o'zini oqlashi va hayot uchun zarur azolar faoliyatini saqlashga qaratilgan bo'lmog'i lozim.

Taqdim etilgan malumotlar nafaqat talabalar va magistr rezidentlar uchun, shuningdek, amaliy tibbiyot uchun ham qo'llanilishi mumkin. Ushbu qo'llanmada zamonaviy Shoshilinch pediatriyada mavjud bo'lgan klinik muammolarni aniqlash va baholash to'liq ko'rsatib berilgan. Aniq davo standartlari keltirilgan. —Tibbiyot

standarti atamasi aynan Shoshilinch pediatriya uchun xosdir. Bu standartlar kritik holatdagi bemorga yordam ko'rsatuvchi shifokorga voqealarni oldindan ko'ra bilish imkonini beradi. Qo'llanmadagi mavjud sinov testlar o'z-o'zini baholash va nazorat qilishda muhim ahamiyatga ega. Mualliflar ushbu o'quv qo'llanma yuzasidan etirozlar va yangi takliflar uchun oldindan minnatdorchilik bildiradilar.

Shoshilinch tibbiy yordam (SHTYO) ko'rsatuvchi shifokor (birinchi respondent) ning ishi har doim ham bemorning o'zidan boshlanavermaydi. Birinchi yordam ko'rsatishdan oldin voqea joyining holatini taxminiy baholash katta rol o'ynaydi. Bu baholash xavfli va ishga halaqit beruvchi omillarni aniqlashda, o'zining, guruhining, guvohlarning va bemorning xavfsizligini taminlashda, bemorlar sonini aniqlashda, ularga olib boruvchi xavfsiz yo'lni topishda, shikastlanish mexnizmini aniqlashda, bemor haqida umumiy tasavvur ega bo'lishda juda zarurdir.

Shoshilinch tez yordam xizmati ko'rsatiladigan kasalliklarning 5 % ni bolalarda kechadigan nafas yo'llari o'tkir respirator kasalliklari tashkil qiladi. Bulardan 80% ni yuzaga keltiruvchi sabablari O'RVI hisoblanib, buning natijasida aksariyat holatlarda stenozlanuvchi laringotraxeit va allergik laringit kelib chiqadi. 5% holatlarda nafas buzilishini cho'ziluvchi bronxial astma huruji va asmatik holat tashkil qilsa, qolgan holatlar boshqa sabablar bilan izohlanadi.

Respirator Shoshilinch holatlar rivojlanish mexanizmida nafas yo'llari o'tkazuvchanligining buzilishi bosh omil hisoblanadi. Nafas yo'llari o'tkazuvchanligi buzilishining qaytuvchi va qaytmas shakllari farqlanadi. Qaytuvchi shaklida konservativ muolajalar yaxshi samara bersa, qaytmas shaklida xirurgik aralashuv talab qilinadi. Qaytuvchi shakliga yuqori nafas yo'llari o'tkir obstruksiyasi, o'tkir bronxial obstruksiya va plevra ichi taranglashish sindromi kiradi. Ushbu sanab o'tilgan sindromlar bola hayoti uchun xavf soluvchi holat bo'lib, turli infeksiyon yallig'lanuvchi kasalliklar, allergik holatlar, modda almashinuvining nasliy kasalliklari, nafas yo'llari anomaliyalari va yot jismida uchraydi.

Shok hujayralarning kislorod va ozuqa moddalarga boy bo'lgan qon bilan noadekvat perfuziyasi, hamda to'qimalardan modda almashinuvi jarayoni natijasida

hosil bo'lgan qoldiq mahsulotlarning noadekvat chiqarib tashlanishi oqibatida rivojlanadi. Aksariyat holatlarda shok qon ketish oqibatida yuzaga keladi. SHuningdek umumiy qon hajmi pasayishiga yurak zarbining pasayishi, yirik qon tomirlar obstruksiyasi, perefirik tomirlar qarshiligining pasayishi, og'ir eksikoz va og'ir diabetik holatlar ham sababchi bo'lishi mumkin. Bolalarda shok klinikasi kattalarga nisbatan kam nomoyon bo'ladi. Tashhis qo'yish uchun boshlang'ich belgilari etarli bo'lmaydi, shuning uchun diqqat bilan anamnez yig'ish va fizikal tekshiruvlar o'tkazish lozim. Bolalarda kompensator mexanizmlar yaxshiligi sabab, shok klinikasini hamma vaqt ham aniqlashning iloji yo'q va shuning natijasida shokga qarshi chora tadbirlar ko'pincha o'z vaqtida o'tkazilmaydi. Arterial qon bosimning pasayishi bolalarda shokning kechki davrlarida kuzatiladi.

Shuning uchun bolalarda erta shokni va Shoshilinch holat belgilarini o'z vaqtida aniqlash juda muhimdir.

Bola tanasining o'ziga xos xususiyatlari: bachadon ichidagi metabolizmning labilligi, to'qimalarning gidrofilligi oshishi, kompensator tizimlarning charchashi va boshqalar ko'pincha patologik holatning zo'rvon ko'rinishini keltirib chiqaradi. Ushbu holatlarda o'ta og'ir sharoitlar Shoshilinch tibbiy choralarni talab qiladi.

Shifoxonagacha bo'lgan davrda favqulodda vaziyatlar diagnostikasi amaliy shifokorning eng muhim va mas'uliyatli vazifalaridan biridir. Ushbu holatlarda tibbiy texnikaning arsenali juda cheklangan va jabrlanuvchini tekshirish (o'zini tutishi, ong holati, terining rangi, nafas olish xususiyati, puls), qon bosimi darajasini o'lchash zarurdir. Vaqtning etishmasligi, bemorning noo'rin xatti-harakatlari va jabrlanuvchining salbiy oilasi tufayli hatto oddiy fizik tekshiruv ham qiyin kechadi. Bemorning ahvolini baholashning barcha murakkabligi bilan, shubhasiz, birlamchi tashxisning asosi o'ta og'ir sharoitlarda simptomlar va sindromlarni aniqlashdir. SHu munosabat bilan, favqulodda vaziyatlarni an'anaviy nozologik emas, balki simptomatik-sindromik shaklda taqdim etish uslubiy jihatdan maqsadga muvofiq bo'lib ko'rinadi, shifokorlar bu ish hajmini qisqartirishi va qisqa vaqt ichida maxsus amaliy faoliyatni amalga oshirishga imkon beradi.

I BOB. PEDIATRIYADA SHOSHILINCH HOLATLARDA YORDAM KO'RSATISHNING UMUMIY TAMOYILLARI (NAZARIY QISM)

1.1. Shifoxonagacha bo'lgan davrda bolalarda favqulodda holatlar diagnostikasi

Bolalar va kattalardagi favqulodda vaziyatlar diagnostikasidagi farqlar bola o'sishi bilan va maktab yoshiga kelib ular minimal darajaga tushishi bilan sezilarli darajada kamayadi. Favqulodda diagnostika nuqtai nazaridan etti yoshli bola tanasining vazni pastroq bo'lgan va, odatda, ekologik va ijtimoiy omillar ta'siridan hali «azob chekmagan» bo'ladi. Shoshilinch yordam ko'rsatadigan shifokor uchun bolaning yoshi va unga mos keladigan anatomik-fiziologik xususiyatlar bolalarda favqulodda vaziyatlar diagnostikasining o'ziga xos xususiyatlarini aniqlaydi.

Tekshiruvning asosiy vazifasi kasallikning sabablarini emas, balki bemorning ahvolini aniqlaydigan sindromlarni aniqlashdan iborat. Tashxis qo'yish paytida pediatr shifokori, aksariyat tibbiyot mutaxassisliklaridan farqli o'laroq, ta'sirga qarab o'tishi kerak.

Bolani tekshirishda propedevtikaning asosiy tamoyillari saqlanib qoladi, ammo har bir bosqich o'ziga xos xususiyatlarga ega:

- shifokor dastlab hayotiy ko'rsatkichlarning buzilishi darajasini va Shoshilinch tibbiy yordam zarurligini baholaydi;

- keyin markaziy asab tizimining holati (ong darajasi, miya simptomlari borligi, konvulsiv sindrom), markaziy gemodinamika, nafas olish aniqlanadi va kerak bo'lganda Shoshilinch choralar ko'riladi.

Anamnez kasalxonaga qadar bo'lgan bosqichda Shoshilinch diagnostikaning muhim tarkibiy qismidir. Yosh bola shikoyatini aytmaydi va ota-onalar ko'pincha etarli darajada kuzatuv, tajribaga ega emas bo'lsalar shifokorning savollariga javob berishmaydi. Bundan tashqari, ota-onalardan biri bila turib ma'lumotni noto'g'ri aytishlari mumkin, ayniqsa uning nazorati tufayli biror narsa (masalan, jarohat) sodir bo'lgan bo'lsa.

Bola turli xil patologik ta'sirlarga bir xil turdagi reaksiyalar bilan javob berishi mumkin (yig'lash, tashvish, uyquni va bedorlikni buzilishi, regurgitatsiya va qusish, najas o'zgarishi va boshqalar).

Kattalarnikidan farqli o'laroq, yosh bolalarda tashxis anamnezga ko'ra deyarli 50% hollarda va faqat 30% hollarda - fizik tekshiruv natijalariga ko'ra belgilanadi.

CHeklangan vaqt shifokorni o'z vaqtida taktik qarorni ishlab chiqish va Shoshilinch choralar ko'lamini aniqlash uchun faqat kerakli ma'lumotlarni to'plashga majbur qiladi.

Anamnezni yig'ish paytida bolaning xulq-atvori, jismoniy harakatsizligi, sustlik yoki giperaktivlik, ishtahaning o'zgarishi, uyquning buzilishiga e'tibor berish kerak. Odatda faol bolada uyquchanlik va sustlik depressiyasining alomatini tavsiflovchi belgidir.

Regurgitatsiya, qusish, chaqaloqlarda bir yoki ikkita bo'shashgan axlat oshqozon-ichak traktining yuqumli shikastlanishining majburiy belgisi emas, bu har qanday kasallikning boshlanishi bo'lishi mumkin.

Shoshilinch holalar kelib chiqishida bolaning, unda namoyon bo'lish ehtimolini istisno qilish uchun asab tizimining avvalgi perinatal patologiyasi va uning oqibatlarini aniqlash muhim ahamiyatga ega. Onaning homiladorligi va tug'ilishi, shuningdek, bolani mutaxassislar nazorati ostiga olish-qilmasligini aniqlash zarur. Bola qanchalik yosh bo'lsa, kasallik homila ichi infeksiya, to'yib ovqatlanmaslik, raxit, perinatal patologiya, tug'ma nuqsonlar va boshqalar bilan bog'liq yoki rivojlanadi. Ushbu belgilar turli xil emlashdan keyingi reaksiyalar, yuqumli kasallikka gumonlanayotgan bemorlar bilan aloqalar to'g'risida ma'lumot to'plash majburiydir. Allergiya tarixiga alohida e'tibor beriladi. YOsh bolalarda diagnostika tadbirlari, anamnez va fizik tekshiruvlarning asosiy qismi boshqa yosh guruhlaridagidan tubdan farq qilmaydi.

1.2. Shoshilinch yordam zarur bo'lgan bolalarda patologik holatlarning turlari

Bolalarda Shoshilinch yordam zarur bo'lgan quyidagi eng jiddiy patologik kasalliklar mavjud:

- O'tkir nafas etishmovchiligi - bu tashqi nafas olishning normal ishlashi tanani zarur miqdordagi kislorod bilan ta'minlamaydigan holat. U o'pka kasalliklarida rivojlanadi, nafas olish yo'llarining o'tkazuvchanligi buziladi va alveolalarda normal gaz almashinuviga to'sqinlik qiladi, ko'krak qafasi shikastlanishi, yurak-qon tomir tizimining ayrim kasalliklari, asab tizimining, shu jumladan nafas olish markazining shikastlanishi. YOsh bolalarda o'tkir nafas etishmovchiligining eng ko'p uchraydigan sabablari bronxopnevmoniya, yurak va nafas yo'llarining tug'ma nuqsonlari, begona jismlar va boshqalar.

Bolalarga Shoshilinch yordam ko'rsatish birinchi navbatda nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini tiklashga qaratilgan (begona jismni olib tashlash, spazmni, shishishni yumshatish, balg'amni olib tashlash va boshqalar). Nafas olayotgan havo kislorod bilan boyitiladi. Konservativ terapiyaning samarasizligi bilan nafasni to'xtatish, sun'iy nafas olish, o'pkaning sun'iy shamollatilishi qo'llaniladi. O'tkir allergik reaksiyalar bo'lsa, organizmdagi alerjeni iste'mol qilishni to'xtatish, antigistaminlarni kiritish, og'ir holatlarda - glyukokortikoidlar, simptomatik davolash kerak.

- O'tkir yurak-qon tomir etishmovchiligi bir qator yurak kasalliklarida, o'pkada, zaharlanishda, qon yo'qotishda va hokazolarda paydo bo'lishi mumkin. Bolalarga Shoshilinch yordam ko'rsatish shakli etishmovchilik shakliga bog'liq. YUrak to'xtab qolganda, yopiq massaj qilish kerak. Komada yordam asosiy kasallikni davolashdan boshlanadi. Bundan tashqari, murakkab terapiya amalga oshiriladi. Virusli gepatitning asoratlanishi bilan zaharlanish natijasida kelib chiqqan o'tkir jigar etishmovchiligida albumin, plazma, proteoliz inhibitörleri, glyukokortikoidlar va simptomatik terapiya kiritilishi bilan infuzion terapiya ko'rsatiladi.

O'tkir buyrak etishmovchiligida bir qator chora-tadbirlar qo'llaniladi, qonni ekstrarenal tozalash usullari juda samarali - har xil turdagi dializ.

Qon ketishi tomirlarning mexanik shikastlanishidan kelib chiqishi mumkin, bu holda ular qon ketishini tegishli idishni bosib to'xtatishga murojaat qilishadi. Qon pıhtılaşma tizimining buzilishi oqibatida qon ketish uchun gemostatik dorilar qo'llaniladi. Konvulsiyalar ko'pincha toksik holat bilan yuzaga keladi. Iloji bo'lsa, konvulsiyalarni keltirib chiqargan sababni bartaraf etish, miyaga etarli miqdorda kislorod etkazib berish va h.k.

-O'tkir zaharlanishda zahar qabul qilishni to'xtatish kerak (oshqozon, ichakni zudlik bilan yuvish, o'ziga xos neytrallash (antidotlar) va zaharli moddalarni tanadan olib tashlash (diuretiklar), simptomatik davolash.

-Kuyish paytida jarohat yuzasini shikastlovchi moddaga qarab davolash kerak (kimyoviy kuyish bilan - neytrallash vositasi bilan, termal bilan - spirtli ichimliklar, odekolon bilan namlangan steril bandajni surtish).

-Muzlaganda bolani qizdirish kerak, qon aylanmaguncha muzlagan joylarga yumshoq massaj qilish kerak.

Quyosh urishida siz bolani soyaga o'tkazishingiz kerak, boshingizga sovuq kompres qo'ying. Cho'kish paytida og'zini tozalash, nafas yo'llaridan suvni chiqarib tashlash, sun'iy nafas olish va yurakka massaj qilish kerak.

1.3. Bolalarga tez yordam va Shoshilinch yordam ko‘rsatishni tashkil etish va ta’minlash xususiyatlari

Bolalarda o‘tkir zaharlanish ko‘pincha 1 yoshdan 6 yoshgacha kuzatiladi va unga turli xil moddalar ta’sir qilishi mumkin: kimyoviy (kuchli kislotalar, kaliy permanganat, mis sulfat va boshqa mis tuzlari, benzin, kerosin, formalin, gidroksidi ishqorlar, metil spirt, antifriz, ammiak alkogol va boshqalar), dorilar (akrikin, belladonna, aeron, amidopirin, fenatsetin, kofein, raqamli preparatlar, uyqu tabletkalari va boshqalar).

Bolalarda zaharlanish tashxisi, ayniqsa hayotning birinchi yillarida, jiddiy qiyinchiliklarga duch keladi. SHuning uchun, ilgari sog‘lom bo‘lgan bolada toksikoz paydo bo‘lishini kuzatish kerak bo‘lgan barcha holatlarda, so‘roq qilish orqali bolaga kirish mumkin bo‘lgan joylarda qaysi toksik moddalar yoki dorilar bo‘lganligi va agar u kasal bo‘lsa, keyin qaysi dorilarni, qaysi dozalarda va qancha vaqt ishlatilganligini batafsil bilib oling. Bolaning oziq-ovqat qoldiqlari, uning chiqishi va qusishini sinchkovlik bilan tekshirish to‘g‘ri tashxis qo‘yish uchun yordam beradi. Masalan, o‘rik mag‘izi yoki achchiq bodomning iste’moli qusish, oshqozon yuvish yoki ichak tarkibidagi hazm qilinmagan zarralarini aniqlash tosh mevali urug‘lar bilan zaharlanishni taklif qilishi mumkin. Bunga xarakterli hid (achchiq bodom, benzin, kerosin, alkogol) yoki bemorni bo‘shatish rangi yordam beradi.

Bolaning umumiy tekshiruvini katta ahamiyatga ega. Terini va shilliq pardalarni tekshirishda u yoki bu zahar bilan zaharlanishga xos belgilar mavjud: kislotalar, ishqorlar va kaliy permanganatning kuchli eritmalari bilan zaharlanish bilan og‘iz atrofida kuyish; uglerod oksididan zaharlanish holatida terining karmin-qizil rangi; sulfat preparatlari bilan zaharlanish tufayli terida toshma; akrikinning haddan tashqari dozasidan terining sariq rangi hosil bo‘ladi.

Shoshilinch yordam ko‘rsatishda feldsher va akusher birinchi navbatda organizmga zahar olishni to‘xtatish va allaqachon kiritilgan zaharni olib tashlash yoki zararsizlantirish choralarini ko‘rishlari kerak.

Bolalarda tez-tez enteral (ichaklar orqali) zahar iste'mol qilinganligi sababli, yumshoq tanglay va tomoq shilliq qavatini mexanik tirnash xususiyati bilan yoki mo'1-ko'1 ichimlik (sut, 2% pishirish soda eritmasi, sovunli suv). Kusishni istamaslik uchun yoshbolalarni sun'iy ravishda qustirish kerak emas. Oshqozonni yuvish kerak, chunki takroriy qusishdan keyin ham ma'lum miqdorda toksik moddalar oshqozonda qoladi. Oshqozondan zaharni olib tashlash bo'yicha choralar darhol amalga oshirilishi kerak. Oshqozonni yuvishda uning devorini shikastlamaslik kerak, ayniqsa gidroksidi ishqorlar va kislotalar bilan zaharlanganda. Oshqozonni yuvish ingichka oshqozon naychasi bilan amalga oshirilishi kerak.

Hushsiz bolalarda zondni burun orqali kiritish kerak, agar iloji bo'lsa, tanani oldinga va pastga egib, zondni chetlab o'tib chiqadigan suyuqlikning intilishidan saqlanish uchun boshni yon tomonga va pastga burab qo'ying. Agar zaharning bir qismi ichakka kirib ketgan deb taxmin qilish uchun asos bo'lsa, laksatif buyurish va yuqori klizma berish kerak.

Agar bolada tutqanoq bo'lsa, ularni antikonvulsantlar yordamida yo'q qilish kerak: xloralgidrat - 1 soatdan keyin choy qoshiqda, shirinlikda, osh qoshiqda 100 ml suvda 1-2 g yoki klizmada 20-30 ml; bromidlar - bir choy qoshiq uchun 2-3% eritma.

Har xil qon ketish belgilarini va ular uchun favqulodda choralarning mohiyatini bilish kerak.

Oshqozon qon ketishi bilan qorong'u qonning qusishi kuzatiladi. Birinchi yordam - to'liq dam olish, ovqatlanish va ichishni to'xtatish, oshqozon sohasidagi muz to'plami, gemostatik shimgichni yutib yuborish, vena ichiga 3-5 ml 10% kalsiy xlorid eritmasi yoki 5-10 ml 10% natriy xlorid eritmasi; teri ostiga vikasol (0,5-1 ml); 30-50-70 ml plazmani quyish, suvsizlanish bilan - 200-500 ml 5% glyukoza eritmasi tomchi klizma shaklida, teri ostiga 300-500 ml fiziologik eritma yoki tomchi klizma shaklida yuboriladi

O'pka qon ketishi bilan yorqin qizil, qizil ko'pikli qon, yo'tal, qon yutganda qonli qusish bor.

Birinchi yordam - yarim o'tirish holati, mutlaqo dam olish, gapirishni taqiqlash, issiq ichimliklardan saqlanish, yo'tal va og'riq paytida - kodein: bolalar - 2-4 yosh - 0,003 g, 5-7 yosh - 0,005-0,008 g, 8- 10 yosh - 0, 01 g va 11-14 yoshda - kuniga 2-3 marta chang yoki aralashmada 0,015-0,002 g. Kalsiy xlorid tomir ichiga yuboriladi (3-5 ml 10% li eritma) va ichkariga (kuniga 3 marta 10-15 ml 10% li eritma); vikasol: 1 yoshgacha - 0,002-0,005 g, 2 yoshgacha - 0,006 g, 3-4 yoshda - 0,008 g, 5-7 yoshda - 0,01 g, 8-14 yoshda - 0,015 g dozada; askorbin kislota kuniga 2-3 marta 50-100 mg kukunlarda, shuningdek mushak ichiga yoki tomir ichiga 5% eritma shaklida og'iz orqali; yuboriladi.

Nafas olish etishmovchiligi sindromi ko'pincha soxta krup va gipertermik sindrom bilan og'riqan bemorlarda kuzatiladi. Soxta krup yuqumli kasalliklarga chalingan bolalarda (qizamiq, qizil olov, gripp, ko'k yo'tal), konstitutsiyaviy moyillik mavjud bo'lganda, shuningdek nazofarenks shilliq qavatining surunkali yallig'lanishida uchraydi. Bo'g'ilish huruji to'satdan uyqu paytida, ko'pincha kechasi sodir bo'ladi. Ovoz odatda saqlanib qoladi, nafas olish qiyinlashadi.

Shoshilinch yordam nafas yo'llarining mushaklari spazmini yo'q qilishga va ularning shilliq pardalari shishishini kamaytirishga, nafas yo'llarida yallig'lanish jarayonini bartaraf etishga qaratilgan. Uzoq muddatli soxta krup bilan xalqum stenozi paydo bo'ladi, shuning uchun davolanishni darhol uyda boshlash kerak.

Toza havo ta'minlanishi kerak. Efedrinning 2-3% eritmasidan bir necha tomchi burun va tilning ildiziga tomiziladi. Adrenalinning 0,1% eritmasi teri ostiga AOK qilinadi: 0,15-0,2 ml 1 yoshgacha, 0,3 ml 2-4 yoshda, 0,5 ml 5-7 yoshda, 0,75 ml 8-10 yoshda, 1 ml 11-14 yoshda yoshda. Qabul qilingan choralardan so'ng, ko'pincha 3-5 daqiqadan so'ng nafas olish osonlashadi, qisqaradi va chuqurlashadi. YUrak faoliyati ham yaxshilanadi. Distraksion terapiya juda foydali. YOsh bolalar xantal hammomini, katta yoshdagi bolalar xantal oyoqlari uchun vannalar, orqalarida xantal gipsleri bo'lishi mumkin. SHuni esda tutish kerakki, xantal plasterlari va xantal vannalari aniq allergik namoyon bo'lgan bolalar uchun qarshi ko'rsatmadir.

Suv harorati asta-sekin 38-39o gacha ko'tarilishi bilan 4-5 daqiqa davomida umumiy issiq hammom shilliq qavatining shishishini kamaytirishga yordam beradi. Uyda soxta krup bilan kasallangan bemorlarni davolashda ko'pincha samarali usul qo'llaniladi - issiq suvga botgan sochiqni bo'yniga surish tavsiya etiladi.

Bu refleksli ravishda nafasni yaxshilaydi, yo'talni to'xtatadi. SHu bilan birga, bemorga issiq shirin choy, 2% li sodali issiq sut beriladi. Sekin takomillashtirish bilan siz gidroksidi bug'li ingalyasiyasini qilish mumkin. Krup odatda yallig'lanish jarayoni fonida rivojlanib borishi tufayli bolaga antibiotiklar yoki sulfat preparatlari buyuriladi. Stenozsiz krup uchun antigistaminlar (dimedrol, pipolfen) og'iz orqali yuborilishi mumkin. Difengidramin quyidagi dozalarda buyuriladi: 1 yoshida - 0,002-0,005 g, 2 yoshdan 5 yoshgacha - 0,005-0,015 g, 6-12 yoshda - 0,015-0,03 g dozada, bu birlashtirilishi maqsadga muvofiqdir. efedrin bilan (teri ostidagi 0,25-0,5-1 ml dan 3 -5% eritma) va eufillin: 5 yoshdan katta bolalar - har dozada 0,025 g, 8-10 yoshda - 0,03-0,05 g, 11-14 yoshda - 0,05-0,1 g og'iz orqali yuboriladi.

Agar kasal bola letargik holatga tushib qolsa, ishtahasi yo'qolsa, injiq bo'la boshlasa, haroratni o'lchash va tibbiy xodimni chaqirish kerak. Bolani Shifoxonaga yotqiziladi, xonani oldindan yaxshi havosini tozalanadi. Ular tez-tez ichish uchun qaynatilgan suv berishadi. Agar ishtahasi bo'lmasa, bolani majburan ovqatlantirish kerak emas. Dori-darmonlarni, shu jumladan laksatiflarni bermaslik kerak.

Agar kichkina bolada diareya va qusish bo'lsa, shifokor kelguniga qadar unga 6-9 soat davomida hech qanday ovqat, hatto ona suti ham bermaslik kerak. Har 15 daqiqada bir necha choy qoshiq qaynatilgan suv bering. Suvga limon yoki boshqa sharbat qo'shishingiz mumkin agar bola bu ichimlikni oddiy suvdan ko'ra ko'proq yoqtirsa (stakanga 2-3 choy qoshiq),

1 yoshdan oshgan bolalarga faqat tibbiyot xodimi kelishidan oldin sharbat bilan qaynatilgan suv yoki kraker bilan choy berilishi mumkin. Kasal bola darhol boshqa bolalardan ajralib turadi.

Nazorat tufayli kichik bolalar yotoqdan, stoldan va hokazolardan yiqilib tushishi mumkin. Ba'zida bunday tushish og'ir ko'karishlarga va hatto suyaklarning

singanligiga olib keladi. SHikastlanish joyida, agar qon ketishi (ko‘karish) bo‘lsa, ammo teriga zarar yetmasa, avvaliga muzli idish yoki sovuq suv yoki sovuq loson qo‘yib, bolani yotqizish yaxshiroqdir. Bolada tibbiy ko‘rik va nazorat talab etiladi, ayniqsa qusish, uyquchanlik, konvulsiyalar bo‘lsa, chunki bu belgilar miya chayqalishini ko‘rsatishi mumkin.

Kuyish paytida nafaqat og‘riqni kamaytirish, balki terining kuygan joyini ifloslantirmaslik uchun ham ehtiyot bo‘lish kerak. Kuygan joylarga aroq, odekolon yoki kaliy permanganatning kuchli eritmasi loson qo‘llaniladi. Losyon uchun steril, dezinfeksiyalangan doka, paxta yoki zig‘ir matosidan foydalanish yaxshidir, ilgari har ikki tomonga issiq temir bilan dazmollang. Kuyish joyida hosil bo‘lgan pufakchalar ochilmasligi yoki teshilmasligi kerak.

1.4. Shifoxonagacha bo‘lgan davrda bolalarda farmakoterapiyasi

Medikamentoz moddalarni kiritish usulini tanlash bemorning ahvoli og‘irligiga, ularni doimiy qabul qilishning zaruriy davomiyligiga, kasallikning xususiyatiga, bemorning yoshiga va tibbiyot xodimlarining qo‘lda ishlash imkoniyatlariga bog‘liq.

Dori vositalarining qon oqimidagi eng yuqori konsentratsiyasiga erishish tezligiga ko‘ra, preparatni qabul qilishning quyidagi yo‘llari ajratiladi:

- arteriya ichi;
- vena ichiga;
- intratraxéal;
- til osti (og‘iz bo‘shlig‘i mushaklarida);
- suyak ichi;
- rektal;
- mushak ichiga;
- intranazal;
- teri osti.

Arterial qabul qilish usuli asosan aylanma qon hajmining (AQH) yo‘qolishi uchun favqulodda kompensatsiya maqsadida qo‘llaniladi, ammo uni amalga oshirish

murakkabligi sababli, qoida tariqasida, kasalxonaga qadar davolanish bosqichida foydalanilmaydi.

Dori vositasini teri ostiga yuborish yo'li Shoshilinch ravishda qonga dori vositalarini Shoshilinch etkazib berish talablariga javob bermaydi.

Vena ichiga yuborish usuli kasallikning xususiyati va (yoki) bemorning ahvoli og'irligi sababli, bemorning tanasining har qanday funksiyasiga preparatning tezkor ta'sirini talab qiladigan holatlarda eng maqbuldir. Terapiya o'tkaziladigan dori-darmonlarni takroriy yuborish, infuzion terapiya, transport zarur bo'lganda, tanlash usuli periferik venani (tomirlarni) kateterizatsiya qilishdir. Agar kateterizatsiya imkonsiz bo'lsa, venipunkturatsiya qilinadi. Periferik kateterni joylashtirish va venipunktura uchun eng qulay tomirlar:

- tirsak tomirlari (v. cephalica, v. basilica, v. mediana cubiti);
- qo'lning orqa tomirlari (v. cephalica, vv. metacarpeae dorsales);
- ichki to'piqdan oldin joylashgan tomir (v. saphena magna)

Hayotning birinchi yarmidagi bolalarda venipunkturada aurikuladan oldinga va yuqoriga (vv.tem-Poraks supeificiales) joylashgan tomirlardan foydalanish mumkin.

Agar venoz tomirga kirish imkoni bo'lmasa, 5 daqiqada muvaffaqiyasiz urinishlar va agar kerak bo'lsa, Shoshilinch ravishda dori-darmonlarni qabul qilish, intratraxéal yuborish amalga oshiriladi: endotraxéal naychaga (agar intubatsiya qilingan bo'lsa) bog'lama konikasi yoki traxéal halqalar orqali mushak ichiga yuborish uchun mos keluvchi igna tanlanadi.

SHu bilan birga, preparatning dozasi ikki baravar oshiriladi va 1-2 ml fiziologik eritmada suyultiriladi. AOK qilingan dorilarning umumiy miqdori bir marta 20-30 ml ga etishi mumkin. favqulodda holatlarda, vena ichiga yuborishdan oldin, sublingual administratsiyaga murojaat qilishingiz mumkin (og'iz bo'shlig'i mushaklariga), bu vaqt bo'lmagan taqdirda preparatni qonga Shoshilinch etkazib berishga imkon beradi. venipunktur. Bunday holda, «uch juftlik» qoidasi qo'llaniladi: jag'ning chetidan 2 sm narida mushak ichiga in'eksiya qilish uchun og'izning yuqori qismiga mushak ichiga

og'izning yuqori qismiga dori yuboriladi. 2 sm chuqurlik, uning umumiy miqdori 2 ml dan oshmaydi (1 ml - 3 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun).

Agar tomirga kirish urinishlari 5 daqiqada muvaffaqiyatsiz tugagan bo'lsa va bolyus¹ preparatini kiritish o'rniga Shoshilinch infuzion terapiya zarur bo'lsa, istisno tariqasida preparatni tomir ichiga yuborish usuli mumkin. Katta boldir do'mbog'idan 2 sm pastga trepanned, kateter qo'yiladi. Ushbu oqimning tezligi soatiga 200 ml ni tashkil qiladi.

Rektal yuborish yo'li venoz tomirga kirish imkoniyati bo'lmagan taqdirda va 5 daqiqada tomirga kirishga urinishlar muvaffaqiyatsiz bo'lgan taqdirda ishlatilishi mumkin, ammo preparatning yuqori konsentratsiyasiga erishish uchun dori-darmonlarni bolusli kiritish talab etiladi. qon oqimi mushak ichiga yuborilgandan ko'ra tezroq. Preparatlar mikroklistarlarda yuboriladi, iliq (37 - 40 ° C) fiziologik eritma 3 - 5 ml eritiladi, 0,5 - 1,0 ml 70% etil spirt qo'shiladi, agar bu preparatni inaktivatsiyasiga olib kelmasa. Preparatning mumkin bo'lgan dozasi 1-10 ml ni tashkil qiladi.

Mushak ichiga yuborish usuli o'rtacha muddatli (15-20 daqiqa ichida) giyohvand moddalarga ta'sir qilish zarur bo'lgan hollarda qo'llaniladi. Oddiy in'eksiya joylari: dumg'aza yuqori lateral kvadranti (t. gluteus maximus), anterolateral son (t. rectus femoris), lateral elka (t. triceps brachii).

Intranazal yuborish usuli preparatni qabul qilishning dolzarbligini yuqori nafas yo'llarining epiteliysiga bir vaqtning o'zida ta'siri bilan birlashtirish maqsadga muvofiqdir. Intranazal yuborish uchun preparatning dozasi 1 ml dan ko'p emas.

1.5. Pediatriyada deontologiya masalalari

Odob va axloqni o'rganadigan falsafiy intizom axloq (yunoncha ethos - odat, odob-axloq) deb nomlanadi. Boshqa bir atama, axloq, deyarli bir xil ma'noga ega. SHuning uchun bu atamalar ko'pincha birgalikda ishlatiladi. Etika ko'pincha fan, axloq va axloq to'g'risidagi ta'limot deb nomlanadi.

Kasbiy axloq - bu kasbiy faoliyat jarayonida o'zini tutish tamoyillari.

Tibbiy odob-axloq qoidalari umumiy va kasb axloqining turlaridan biridir. Bu shifokorlar faoliyatidagi axloqiy tamoyillar haqidagi fan. Uning tadqiqot mavzusi shifokorlar faoliyatining psixoemotsional tomonidir. Tibbiy axloq, qonundan farqli o'laroq, yozilmagan qoidalar to'plami sifatida shakllangan va mavjud bo'lgan. Tibbiy axloq tushunchalari qadim zamonlardan beri rivojlanib kelmoqda.

Tibbiy axloqni rivojlantirishga katta hissa qo'shgan rus klinisyenlari M.YA. Mudrov, S.G. Zabelin, D.S. Samoylovich va boshqalar.

Birinchi marta «deontologiya» tushunchasi 18-asrda paydo bo'ldi. Ushbu atama ingliz faylasufi va huquqshunosi, ruhoniylar I. Bentem tomonidan «Deontologiya yoki axloqshunoslik to'g'risida» kitobida taklif qilingan bo'lib, bu tushunchaga diniy va axloqiy mazmuni kiritgan, deontologiyani har bir inson uchun to'g'ri xatti-harakat doktrinasi deb bilgan. uning maqsadiga erishish.

«Deontologiya» so'zi ikki yunoncha so'zdan kelib chiqqan: deon tufayli degan ma'noni anglatadi va logos - ta'limot. Mahalliy tibbiyotda «deontologiya» atamasi (shifokorlarning to'g'ri xulq-atvori, bemorning sog'ayishi uchun eng qulay muhit yaratilishiga hissa qo'shish to'g'risidagi ta'limot) taniqli jarroh N.N. Petrov, deontologiya tamoyillarini hamshiralar faoliyatiga tatbiq etdi.

Binobarin, tibbiy deontologiya - bu tibbiy axloqning bir qismi, kasbiy faoliyatni amalga oshirishda tibbiyot xodimlari uchun zarur bo'lgan axloqiy me'yorlar va retseptlar to'plamidir. Deontologiya muayyan vaziyatda tibbiyot xodimlarining xatti-harakatlari va axloqiy mazmunini o'rganadi. Deontologiyaning nazariy asosini tibbiy etika tashkil qiladi va tibbiyot xodimlarining harakatlarida namoyon bo'ladigan deontologiya tibbiy va axloqiy tamoyillarni amalda qo'llashdir.

Tibbiy deontologiyaning jihatlari quyidagilardir: shifokorlarning bemor bilan, bemorning qarindoshlari va o'zaro shifokorlarning o'zaro munosabatlari.

O'zaro munosabatlarning asosini so'z tashkil etadi. Aqlli, muloyim so'z bemorning kayfiyatini ko'tarishi, unga quvnoqlik va tuzalishga umid bog'lashi mumkin, shu bilan birga beparvo so'z bemorni chuqur xafa qilishi, sog'lig'ining keskin yomonlashishiga olib kelishi mumkin. Bu nafaqat nima deyishi, balki tibbiyot

xodimi murojaat qilgan odam qanday: nima uchun, nima uchun, qaerda gaplashishi, qanday munosabatda bo‘lishi muhim: bemor, uning qarindoshlari, hamkasblari va boshqalar.

SHifokor o‘ziga xos «odamga sezgirlik», hamdardlik - hamdardlik, o‘zini bemorning o‘rniga qo‘yish qobiliyatiga ega bo‘lishi kerak. Bemor bilan suhbatda befarqlik, passivlik, sustlik qabul qilinishi mumkin emas.

SHifokor nutq madaniyatini yaxshi bilishi kerak. Argo so‘zlar va iboralarni ishlatadigan shifokor yoki hamshira ishonchsizlik va yoqimsizlikni keltirib chiqaradi. So‘z madaniyatiga qo‘yiladigan deontologik talablar:

1. tibbiyot xodimi bemorga kasallik va uni davolash haqida aytib bera olishi kerak;
2. eng qiyin vaziyatda ham bemorni tinchlantirish va rag‘batlantirish;
3. so‘zni psixoterapiyada muhim omil sifatida ishlatish;
4. so‘zni umumiy va tibbiy madaniyatning dalili bo‘lishi uchun ishlatish;
5. bemorni u yoki bu davolanish zarurligiga ishontirish;
6. bemorning manfaatlari talab qilganda sabr-toqat bilan sukut saqlash;
7. bemorni tuzalish umididan mahrum qilmaslik;
8. har qanday vaziyatda o‘zingizni boshqaring.

Bemor bilan muloqot qilishda kommunikativ usullar: har doim bemorni diqqat bilan tinglang; savol berib, javobni kutishni unutmang; o‘z fikrlaringizni sodda, aniq, tushunarli tarzda ifoda eting, ilmiy atamalarni suiiste‘mol qilmang; suhbatdoshni hurmat qilish, mensimaydigan yuz ifodalari va imo-ishoralardan saqlanish; bemorni to‘xtatmang; savollarni berish, ularga javob berish, bemorning fikriga qiziqish bildirish istagini rag‘batlantirish; boshingizni salqin tuting, sabr-toqatli va bag‘rikeng bo‘ling.

Dunyoda rivojlangan mamlakatlar tibbiy-pedagogik paradigmalarda shifokor deontologiyasi va axloqiga bag‘ishlangan ko‘plab xalqaro huquqiy-me‘yoriy hujjatlar qabul qilingan. “Jeneva qasamyodi”, “Tibbiy axloqning xalqaro kodeksi”, “Xelsinki-Tokio deklaratsiyasi”, “Sidney deklaratsiyasi”, “Tibbiy ta‘lim bo‘yicha Jahon

Federatsiyasining Edinburg Deklaratsiyasi" shular jumlasiga kiradi. Ularda birinchidan, jamiyat tomonidan belgilangan, kasbiy maqsadlarga erishish uchun odamlar ongida umumiy baho imperativ intilishlarining ifodasi mavjud; ikkinchidan, qadriyatlar va qiymat yo'nalishlari dunyo sub'ekti tomonidan aks ettirilgan shaxsiy ma'nolar tizimini o'z ichiga oladi.

SHaxsning kasbiy madaniyati, kasbiy axloqi bevosita uning kasbiy ma'naviyati bilan belglanadi. SHu tufayli ushbu tushunchalarning o'zaro dialektik aloqalari ularni uzviy ravishda tadqiq qilishni taqozo qiladi.

Jahon ilmiy adabiyotlarida, ushbu ijtimoiy pedagogik muammoning ayrim qirralari ma'lum darajada o'rganilib, uni hal qilish usullarini topishga qaratilgan tajriba to'plangan. Biroq muammoning bo'lajak shifokorlar kasbiy ma'naviyati bilan bog'liq jihatlar kam o'rganilgani bois masalaning kasbiy ma'naviyat, kasbiy axloq va kasbiy madaniyat uyg'unligidagi nazariy jihatlari alohida o'rganishni talab qiladi.

Oliy tibbiy ta'lim-tarbiyaning asosiy vazifalari qatorida talabayoshlarda kasbiy-ma'naviy fazilatlar, kompetensiyalarni shakllantirishga alohida ahamiyat berilmoqda.

Ushbu vazifalarni hal qilishda mutaxassislarni kasbiy tayyorlashning ilmiy va texnologik darajasini mustahkamlash bilan bir qatorda, keyinchalik jamiyatni ma'naviy va axloqiy sog'lomlashtirish jarayonlarini, ularning ijtimoiy-axloqiy yo'nalishini, axloqiy g'oyalari va axloqiy tamoyillarini shakllantirish va rivojlantirishni belgilay oladigan mutaxassislarni tayyorlash muhim ahamiyat kasb etadi.

SHakllantirilgan kasbiy-ma'naviy fazilatlar kompleks asosda rivojlantirilib, kelajakda jamiyat hayotiga samarali ta'sir o'tkazishi uchun bu fazilatlarni uzluksiz, oliy ta'lim va tarbiya uyg'unligida amalga oshirilishi ta'minlanadi.

Afsuski, keyingi yillarda shifokor va bemor muloqotlarida ana shu kasbiy-ma'naviy fazilat susayib, bemorga passiv ob'ekt sifatida qarash tendensiyalari sezilmoqda. SHifokor bemor bilan muloqotida undagi qo'rquvni kamaytirib, mas'uliyatli qaror qabul qilish oldidan paydo bo'ladigan ikkilanishlarni bartaraf

etishiga yordam berishi, tinchlantirishi va tuzalib ketishiga umid bag'ishlashi kerak.

SHu sababli

mashhur shifokor V.M.Bexterev: "Agarda shifokor bilan suhbatdan so'ng bemor o'zini engil his qilmasa, u shifokor emas. U shifokorlik kasbini tashlashi kerak", – degan edi. Bundan har bir shifokor uchun odamlarni ilhomlantirish olish – kasbiy-ma'naviy fazilat bo'lishi shartligi kelib chiqadi.

Tadqiqotchilar N.V.Kudryavaya, E.M.Ukolova, A.S.Molchanov va boshqalar «SHifokor-pedagog o'zgarayotgan dunyoda. An'analar va yangiliklar» deb nomlangan o'quv qo'llanmasida haqiqiy shifokorlarga xos bo'lgan fazilatlar sifatida, avvalo, bemorga insonparvar munosabatda bo'lishni, mas'uliyatlik, beg'arazlik, haqiqatgo'ylik, kamtarlik, mehnatsevarlik, madaniyatlik, hamkorlik va o'z bilimlarini muntazam oshirib borishga intilish fazilatlarini keltiradilar. «Zamonaviy shifokor mahoratining ko'rsatkichlaridan biri – tibbiy faoliyatining ma'naviy-axloqiy jihati bilan bog'liq, deb hisoblashadi»

Ijtimoiy hayot munosabatlarida "qozilik ma'naviyati", "muallimlik odobi", "ichki ishlar xodimining odob-axloq qoidalari", "muhandis odobi" singari bir qancha korporativ, kasbiy odob turlari borki, ular jamiyatdagi ma'naviy-axloqiy munosabatlarda muhim ahamiyatga ega. SHunga qaramasdan, hayotda kasbiy-ma'naviy fazilatlarining ziddini qilish, oddiy odob doirasidan chiqib, axloqsizlikka o'tib ketish, korrupsiya, qo'pollik, byurokratiya, ko'zbo'yamachilik kabi illatlar uchrab turadi. Bo'lajak shifokor – talaba balog'atga etgan shaxs sifatida o'z-o'zini tarbiyalash, o'zidagi ijobiy fazilatlarini rivojlantirish va salbiy sifatlarni kamaytirish borishga qodir bo'ladi. Bu haqda buyuk tabib Abu Ali ibn Sino "Inson toki o'zini mayda gap, o'chakish, janjal, shikoyat, norozilik, ohu-vohlardan ozod qilolmas ekan, u iflos va pastlik tabiatidan xalos bo'la olmaydi", – degan edi.

Bu xulosani zamonaviy tadqiqotlar natijalari ham tasdiqlaydi. Tibbiyot instituti talabalarida o'quv motivatsiyalarini o'rgangan psixolog olim G.D.Kuldashevaning Samarqand davlat tibbiyot institutida o'tkazgan tadqiqotida "tibbiyot instituti talabalarida o'quv faoliyati motivatsiyasining shakllanishida shaxs xususiyatlari asosiy o'rin egallashi; shaxsda o'quv faoliyati motivatsiyasining barqarorligi ulardagi qiziqish va turli qarashlarning shakllanganlik darajasiga bog'liqligi, o'quv motivatsiyasining tarkib topishida shaxsdagi o'z-o'zini anglash va baholash muhim komponent ekanligi va o'quv motivatsiyasining shakllanishida ijtimoiy va shaxsiy motivlar ham muhim omil sifatida ko'rsatib o'tiladi". Ayni vaqtda masalaning aksiologik jihati katta o'rin tutadi, ya'ni "...qadriyatshunoslikning asoslarini o'rgatish nihoyatda muhim. Ana shu sababdan ham umuminsoniyatning qadrlash me'yorlari borasida to'plagan yutuqlarini umumlashtirgan bilim sohalari imkoniyatidan foydalanish ta'lim-tarbiya samaradorligining asosiy mezonlaridan biridir", – deb hisoblaydi falsafa fanlari doktori Q.Nazarov.

Bu har bir davlatda mavjud milliy, tarixiy an'analar va turmush tarzidagi farqlarga borib taqaladi. Misol uchun, AQSHda tarbiyaning eng asosiy vazifasi – bu milliy g'urur va davlatparvar ongni shakllantirishdir.

Buyuk Britaniyada tarbiya birinchi navbatda an'anaviy qadriyatlarni saqlab qolish va jamiyatning ma'naviy asoslarini saqlab qolishga qaratilgan.

Hozirgi kunda shifokor va bemor o'rtasidagi munosabatlarning quyidagi modellari mavjud:

axborot (ilmiy, muhandislik, iste'molchi). SHifokor vakolatli mutaxassis sifatida ishlaydi, bemorning o'zi kasallik haqida ma'lumot to'playdi va beradi. SHifokorning vazifasi bemorni to'g'ri qarorni tanlashga tushuntirish va yo'naltirish;

izohlovchi. SHifokor maslahatchi va maslahatchi vazifasini bajaradi. U bemorning talablarini bilib, davolanishni tanlashda yordam berishi kerak. Buning uchun shifokor izohlashi kerak, ya'ni. bemorning yagona to'g'ri qarorini qabul qilishi uchun sog'lig'i, tekshiruvi va davolanishi holati to'g'risidagi ma'lumotlarni sharhlash. SHifokor bemorning talablarini qoralamasligi kerak. SHifokorning

maqsadi bemorning talablarini aniqlashtirish va to'g'ri tanlov qilishga yordam berishdir. Bemorning ishi talab qilinadi. Ushbu model bilan bemorlarning avtonomiyasi juda yaxshi;

maslahatlashuvchi. SHifokor bemorni yaxshi biladi. Hammasi ishonch va o'zaro kelishuv asosida hal qilinadi. Ushbu modeldagi shifokor do'st va o'qituvchi vazifasini bajaradi. Bemorning avtonomiyasi hurmat qilinadi, ammo u ushbu maxsus davolanishga bo'lgan ehtiyojga asoslanadi;

paternalistik (lot. pater - ota) dan. SHifokor qo'riqchi vazifasini bajaradi, lekin shu bilan birga bemorning manfaatlarini o'z manfaatlaridan ustun qo'yadi. SHifokor bemorga tanlangan davolanishni qat'iyan tavsiya qiladi. Agar bemor rozi bo'lmasa, unda oxirgi so'z shifokorda qoladi. Ushbu modeldagi bemorlarning avtonomiyasi minimal (bu model ko'pincha milliy sog'liqni saqlash tizimida qo'llaniladi).

Tibbiy burch asosiy axloqiy kategoriya sifatida. «Duty» - kasbiy munosabatlar jarayonida shakllangan o'z vazifalarini bajarishda kasbiy va ijtimoiy majburiyatlarning ma'lum doirasi.

Duty har bir tibbiyot xodimining kasbiy vazifalarini malakali va halol bajarishini ta'minlaydi. Majburiyat shaxsning axloqiy fazilatlarini bilan uzviy bog'liqdir.

Tibbiy xodimning vazifasi insonparvarlikni namoyon etish va har doim bemorga yordam ko'rsatish, hech qachon odamlarning jismoniy va ruhiy salomatligiga qarshi qaratilgan harakatlarda qatnashmaslik, o'limni tezlashtirmaslikdir.

Tibbiyotdagi asosiy axloqiy tamoyillar. Tibbiyotdagi asosiy axloqiy prinsip - «zarar etkazmaslik». Bemorning sog'lig'iga zarar etkazmaslik, zarar etkazmaslik har bir tibbiyot xodimining asosiy vazifasidir. Ushbu majburiyatni e'tiborsiz qoldirish, bemorning sog'lig'iga etkazilgan zarar darajasiga qarab, tibbiy xodimni javobgarlikka tortish uchun asos bo'lishi mumkin.

1.6. Bolalarga Shoshilinch yordam ko'rsatishda va ularning oldini olishda xatolar

Shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatishdagi xatolarga tibbiy xodimlarning bemorning yomonlashuvi yoki o'limiga sabab bo'lgan yoki sabab bo'lishi mumkin bo'lgan noto'g'ri harakatlari yoki harakatsizligi kiradi.

Xatolarni shartli ravishda diagnostik, terapevtik, taktik va deontologik deb ajratish mumkin. Diagnostik xatolar asosiy va qo'shma kasalliklar, shuningdek ularning asoratlari noto'g'ri yoki to'liq o'rnatilmaganligida namoyon bo'ladi. Favqulodda pediatriyada diagnostika xatolari bolaning ahvoli og'irligi, odatdagi kasallikning g'ayrioddiy kechishi, sharoitlarning etishmasligi va eng muhimi, tekshiruv vaqti, dinamik kuzatuv va mutaxassislarning maslahatlari bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Quyidagi omillar noto'g'ri tashxis qo'yilishiga olib kelishi mumkin:

1. YA trogeniyalar.

2. Quyidagi sabablarga ko'ra imtihon etarli emas:

- imkoniyatlar etarli emasligi;

- vaqt etishmasligi;

- yomon texnika.

3. Sud qaroridagi xatolar:

- kasallikning atipik kechishi;

- hukmron stereotiplar;

- ularning diagnostikasi to'g'riligiga munosabat;

- fikrlarning bir xilligi;

- mag'rurlik va behuda;

- mantiqsiz xulosalar;

- xarakterning qat'iy emasligi;

- ayniqsa «qiziqarli» tashxis qo'yishga intilish;

- «Shoshilinch» tashxislaridan nariga o'tmaslik istagi va boshqalar.

Shoshilinch davolanishdagi xatolar quyidagilarda namoyon bo'ladi:

- ko'rsatilgan dorilar va terapevtik manipulyasiyalar belgilanmagan;

- ko'rsatilgan dorilar yoki terapevtik manipulyasiyalar noto'g'ri qo'llanilgan (vaqt o'tishi bilan, noto'g'ri dozlash usuli, tezligi, joriy etish chastotasi yoki bajarish texnikasi);

- qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lsa ham dori preparatlarini yuborish dorilar yoki tibbiy manipulyasiya buyurilgan;

- ishlatilgan samarasiz dorilar yoki tibbiy manipulyasiyalar va boshqalar.

Shoshilinch davolashda xatolarning asosiy sabablari sub'ektivdir. Kerakli dori-darmonlar, eritmalar, apparatlar yoki asboblarning etishmasligi muhim ahamiyatga ega bo'lishi mumkin. Shoshilinch davolashda eng ko'p uchraydigan xatolar quyidagilardir: etarli ko'rsatkichlarsiz dori-darmonlarni tayinlash yoki tibbiy manipulyasiya, polifarmatsiya, taniqli dorivor «mexnat» dan foydalanish, kuchli dori-darmonlarni tomir ichiga juda tez yuborish.

Shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatishda taktik xatolar bu davolanishning davomiyligini belgilashdagi xatolar, ya'ni bemorni parvarishlash joyida yoki kasalxonaga yotqizish vaqtida mutaxassislarga o'z vaqtida yoki yadrosiz o'tkazilishi.

Taktik xatolar odatda diagnostika xatolaridan kelib chiqadi va terapevtik xatolarga olib keladi.

Deontologik xatolar shifokorning kasal bola, uning ota-onasi va qarindoshlari bilan aloqani topa olmasligi, Shoshilinch yordam ko'rsatishda davolashning psixoterapevtik usullarining ahamiyatini past baholashdan iborat. Deontologik xatolar tibbiy yordam sifatiga bo'lgan da'volarning asosiy sabablaridan biri bo'lib qolmoqda.

Xatolarning oldini olish uchun har safar Shoshilinch yordam ko'rsatishda quyidagilarni hisobga olish kerak:

- bemorning ahvoli og'irligi;
- hayotga xavf tug'diradigan asoratlar ehtimoli;
- asosiy va qo'shma kasalliklar va ularning asoratlari;
- favqulodda vaziyatning bevosita sababi va mexanizmi;
- kasal bolaning yoshi;
- avvalgi davolash.

II BOB. PEDIATRIYADA HAYOT UCHUN ZARUR BO'LGAN ORGANLAR VA ULARDAGI PATOLOGIYALARDA SHOSHILINCH YORDAM KO'RSATISH TAMOYILLARI (AMALIY QISM)

2.1. Pulmonologiyada Shoshilinch yordam

O'tkir nafas etishmovchiligi bu bir necha kun, soat yoki daqiqada rivojlanib boradigan holat bo'lib, unda tashqi nafas olish qonning normal gaz tarkibini ta'minlay olmaydi yoki uni ortiqcha harakatlar evaziga saqlab qoladi.

Sabablari: markaziy asab tizimining tushkunligi (koma, shikastlanadigan miya shikastlanishi, meningit yoki Ensefalit, zaharlanish); nafas olishning nerv-mushak regulyasiyasini buzilishi (har qanday etiologiyaning konvulsiv holati, qoqshol, poliomielit, poliradikuloneurit), cheklovchi jarayonlar (quruq plevrit, og'riq tufayli diafragma harakatchanligini cheklash, ko'p sonli qovurg'alar sinishi, o'pka shishi, eksudativ plevrit, pnevmotoraks, pio - yoki gidrotoks, o'pkaning atelektazi, oshqozon toshishi, ichak pareziyasi), nafas yo'llarining yuqori obstruksiyasi (tilning orqaga tortilishi, o'tkir epiglotit, laringospazm, o'tkir laringotraxeit, xalkum va traxeyaning begona jismi), past obstruksiya (o'tkir bronxiolit, begona jism) bronxlar), o'tkir toksikoz, fosfor organik birikmalar bilan zaharlanish.

Klinikasi: Eyforiya - aqliy qo'zg'alish, so'zga tayyorlik, diqqatni jamlash qobiliyatining pasayishi, fikrlashni ingibitsiya qilish, sezgirlikni oshirish, o'z holatini tanqidiy baholash; adinamiya - sustlik, tez charchash, terini, pay va periosteal reflekslarni bostirish; dekortikatsiya - korteksning zulmi va subkortikal shakllanishni to'xtatishi: ong yo'qoladi, vosita hayajoni, o'quvchilar o'rtacha darajada kengayadi, yorug'likka reaksiya sust, shox parda porlaydi, teri reflekslari yo'q, quruq va periosteal reflekslar kuchayadi; gipoksik koma - qorachiqlar kengaygan, yorug'likka reaksiyasi, shox parda porlashini yo'qotadi, quriydi, ko'z qovoqlari turli yo'nalishlarda harakatlanadi.

Davolash

Shifoxonagacha bo'lgan bosqich:

1. Havo yo'llarining obstruksiyasini bartaraf etish:

boshni choʻzish - bir qoʻlni boʻyinning orqa tomoniga qoʻying va boshqa tomondan peshonani ushlab turing, xalqumga erkin kirishni taʼminlash uchun pastki jagʻni kengaytiring, ogʻziga yoki burunga havo puflanadi

2. YOt jismlarni olib tashlash.
3. Nafas olish yoʻllarining tualeti.

Kasalxona bosqichi:

1. Ogʻiz va burun havo oʻtkazchini kiritish - tilni tushishining oldini oladigan choralarni koʻrish.

2. Krikokonikotomiya - bu nafas olish yoʻllarining oʻtkazuvchanligini girtlak darajasida va undan yuqori boʻlgan davrda, traxeya intubatsiyasini amalga oshirishning iloji boʻlmaganda tiklash usuli.

3. Traxeostomiya - bu nafas olish yoʻllarining oʻtkazuvchanligini taʼminlashning Shoshilinch chorasi.

4. YOt jismlarni olib tashlash.
5. Trakeal intubatsiyasi, mexanik shamollatish, havo yoʻli tualeti.
6. YAlligʻlanishga qarshi, antispazmodik terapiya.
7. Kislrod bilan davolash.

Bronxo-obstruktiv sindrom - bu nafas olish yoʻllarining torayishiga yoki tiqilib qolishiga asoslangan oʻpka shamollatishining buzilishi va bronxial sekretsialarning chiqishiga toʻsqinlik qiladigan keng tarqalgan va qaytariladigan xarakterdagi bronxial oʻtishning turli xil etiologiya buzilishlarining alomatlar majmuasidir.

Sabablari: obstruktiv bronxit, oʻtkir bronxiolit, bronxdagi begona jism, bronxial astma. Bronxial astma xuruji - bu oʻtkir rivojlangan va / yoki tobora yomonlashib borayotgan ekspirator boʻgʻilish, qiyinlashishi va / yoki xirillash, spastik yoʻtal yoki bu simptomlarning kombinatsiyasi, ekspiratuvar oqim tezligining keskin pasayishi.

Xurujlarning bevosita sababi bronxlarning ekzo- va endogen stimullarga nisbatan yuqori sezuvchanligi va giperreaktivligi.

Klinikasi: qoʻzgʻalish, majburiy holat, spastik yoʻtal, xirillagan ekspiratorli shovqinli nafas olish, uzoqdan xirillash, ekspirator nafas qisilishi, akrotsianoza,

ko'krak qafasining amfizematik shakli, yordamchi mushaklarning ishtiroki, ko'krak qafasining butun yuzasida qutichali tovush, qo'pol xirillash, quruq xirillash cho'zilgan ekshalasyon fonida rales. Paraklinik: yuqori oqim ko'rsatkichlari pasaygan, SaO₂ kamaygan.

Davolash

Gospitalgacha bo'lgan bosqich:

1. Bolaga yarim o'tirgan joyni bering.
2. Qattiq kiyimni echib olishg, toza havo bilan ta'minlash va namlangan kislorod bilan ta'minlash.
3. Bolani tinchlantirish, sekin chuqur nafas olish zarurligini tushuntiring, issiq ichimlik berish.
4. CHalg'itadigan protseduralar: ko'krakning old yuzasida xantal plasterlari, oyoqning issiq hammomi.
5. Hurujning chastotasini, davomiyligini baholash, hujumlar odatda qanday to'xtatilishini aniqlang.
6. Agar astma holati chiqarib tashlansa, nebulayzer, metrajli dozali ingalyator yoki spacer (salbumatol, berotec, alupent, berodual) orqali tez-tez ishlatiladigan ingalyator bronxodilatatorlardan foydalanish.
7. Antigistaminlar berish (setirizin, loratadin, desloratadin va boshqalar).

Kasalxona bosqichi:

1. Vaziyatning og'irligini baholang.
2. Namlangan kislorodni niqob yoki burun kateteri orqali SaO₂ > 92% darajasiga etkazish.
3. Kamida 20 daqiqa oralig'ida takrorlang (kuniga 4 martadan ko'p bo'lmagan holda), tez ta'sir qiluvchi β ₂-adrenomimetikani o'lchovli dozali inhalator, spacer, nebulayzer orqali nafas oling (dozani 1-2 ml 0,9 da eritib oling) natriy xlorid eritmasi):

Nebulayzer orqali salbutamol: engil xuruj uchun 1-2 mg, o'rtacha va og'ir xuruj uchun 5 mg (dozali inhaler: 1 doz - 100 mg, kuniga 4 martagacha 1-2 marta nafas olish);

Fenoterol (berotek) nebulizer orqali: yoshiga qarab 0,5-1,0 ml (500-1000 mkg) (o'lchovli dozali inhaler: 1 doz - 100 mkg, kuniga 4 martagacha 1-2 marta nafas olish);

Nebulayzer orqali ipratropium bromidi (atrovent): yoshga qarab 0,5-1,0 ml (125-250 mkg) (o'lchovli dozali inhaler: 1 doz - 20 mkg, kuniga 4 marta 2-3 marta nafas olish);

- nebulizer orqali fenoterol / ipratropium bromid (berodual) ning kombinatsiyalangan terapiyasi: yoshiga qarab 0,5-2,0 ml (dozali inhaler: kuniga 4 martagacha 2 marta nafas olish).

4. Ta'sir etishmovchiligida tizimli glyukokortikoidlardan foydalaning (kuniga 1-2 mg / kg prednizon).

5. Asosiy terapiyani o'tkzish.

Astmatik status - bu og'ir, uzoq davom etgan astma xuruji, bu progressiv nafas etishmovchiligi va b2-adrenergik retseptorlarning funksional blokadasi tufayli bronxodilatatorlarga qarshilik. Sabablari: allergenlarga katta ta'sir qilish, yuqumli kasalliklar, astmani davolashdagi xatolar, stress, meteorologik ta'sir.

Klinika:

I bosqich (nisbiy kompensatsiya, simpatomimetika qarshiligining shakllanishi) - uzoq davom etadigan bo'g'ilish xuruji, bemorlar ongli, nafas qisilishi, sianoz mo'tadil darajada aniqlangan, quti soyali o'pka ovozi, nafas olish susaygan, ko'tarilgan barcha bo'limlarda, quruq sochilgan rales. Giperventiliya, gipokapniya, o'rtacha gipoksemiya.

II bosqich (dekompensatsiya, «soqov o'pka») - qiyin ahvol, bemor nafas ololmasdan bitta iborani ayta olmaydi, ko'krak qafasi amfizematik, uning ekskursiyasi deyarli sezilmaydi, «soqovi» o'pkaning zonalari uzoq xirillashni saqlab turadi, giperventiliya uning o'rnini gipoventiliya bilan almashtiradi, bronxial

obstruksiyaning kuchayishi, gipoksemiya, giperkapniya va nafas olish asidozi kuchayadi, puls zaif, daqiqada 140 gacha, ko'pincha aritmiya, gipotenziya. III bosqich (gipoksik giperkapnik koma) - o'ta og'ir holat, miya va asab kasalliklari, nafas olish kam uchraydi, sayoz, pulsga o'xshash puls, gipotenziya, kollaps.

Davolash

Ambulatoriya sharoitida - tez tibbiy yordamdan boshlanishi va kasalxonada, reanimatsiya bo'limida yoki intensiv terapiya bo'limida qabul qilish sharoitida davom etishi kerak.

NB !!! Ushbu tashxis qo'yilganda glyukokortikoidlar bilan davolash majburiydir.

I bosqich:

1. Har 4-6 soatda 0,9% natriy xlorid eritmasi yoki 5% glyukoza eritmasiga 1-2 dan 5 mg / kg gacha (prednizolon) v/i tomchilatib yuboring. Agar keyingi 2-3 soat ichida hech qanday ta'sir bo'lmasa, bitta dozani 10 mg / kg ga oshiring yoki har 6-8 soatda 1-2 mg / kg dan gidrokortizon gemmi-suksinat qo'shiladi. Har 3 soatda 30 mg prednizonni yuborishni davom ettirish, so'ngra intervallar uzaytiriladi. Statusdan voz kechgandan so'ng, prednizolonning sutkalik dozasi har kuni 20-25% ga kamaytirilishi kerak.

2. Eufillinning 2,4% eritmasini vena ichiga 5 - 15 mg / kg dozada 10-15 daqiqa davomida juda sekin yuboring, so'ngra - holat yaxshilanmaguncha soatiga 0,9 mg / kg tezlikda tomchilab yuborish va keyin yana 4-6 soat davomida bir xil dozada (parvarishlash dozasi). Qondagi teofillin konsentratsiyasini kuzatib borish maqsadga muvofiqdir. uning terapevtik konsentratsiyasi toksikka yaqin bo'lgan 10-15 mkg / ml tor oralig'ida o'zgarib turadi.

3. Infuzion terapiya: vena ichiga tomchilatib 5% glyukoza eritmasi, Ringer eritmasi, 0,9% natriy xlorid eritmasi. Aniq gipovolemiya, past qon bosimi bilan reopoliglyucinni buyurish maqsadga muvofiqdir. Vena ichiga tomchilatib yuborish CVP, diurez, qon elektrolitlari nazorati ostida amalga oshiriladi.

4. Gipoksemiyadan xalos bo'lish: kislorod miqdori 35-40% bo'lgan kislorod-havo aralashmasini, burun kateterlari orqali 2-6 l / min tezlikda nafas olish; kuniga 2-3 marta 40-60 daqiqa davom etadigan geliy-kislorod aralashmasini (75% geliy + 25% kislorod) samarali nafas olish.

5. Balg'am chiqindilarini yaxshilash bo'yicha chora-tadbirlar:

- natriy yodidning vena ichiga 10% li eritmasi - kuniga 10-30 ml, shuningdek 3% li eritma ichida, kuniga 2 marta har 2 soatda 1 osh qoshiq;

- nafas olayotgan havoni qo'shimcha namlash - suyuqlikni purkash, iliq bug'bilan namlash;

- ambroksolni (lazolvan) vena ichiga yoki mushak ichiga yuborish - kuniga 2-3 marta 2-3 ampuladan (ampulada 15 mg) va preparatni kuniga 3 marta, 1 tabletkadan (30 mg) ichish;

- kinesiterapiya: ko'krak qafasining perkussiya va tebranish massaji o'tkaziladi

6. Asidozni tuzatish: astmatik holatning I bosqichida atsidozlar kompensatsiya qilinadi, shuning uchun soda (natriy bikarbonat) ning tomir ichiga yuborilishi har doim ham ko'rsatilmaydi, qon rN qiymati 7,2 dan past bo'lsa, natriy gidrokarbonatni kiritish maqsadga muvofiqdir 4% NaHCO₃

'ritmasining 2-4 ml / kg miqdoridagi eritmasi, 2% 'ritmasi shaklida, uni rN qiymatini 7.25 da ushlab turish uchun muntazam ravishda o'lchab turish zarur.

7. Proteolitik fermentlarning inuibitorlaridan foydalanish: tomir ichiga tomchilatib yuboriladigan kontrikal kuniga 1 kg tana vazniga 1000 IU 4 dozada 300 ml 5% glyukoza eritmasida.

8. Trombo'mbolizmning oldini olish: geparin (kontrendikatsiya bo'lmagan taqdirda) s / s, qorin bo'shlig'ida sutkalik dozasi 20000 dona, 4 ta ine'ksiya bo'yicha tarqatiladi.

9. Droperidolni qo'llash: kuniga 2-3 marta 1 ml 0,25% eritma i / m yoki i 1/ 2.

II bosqich:

1. Glyukokortikoidlar bilan davolash: I bosqich bilan taqqoslaganda prednizolonning bir martalik dozasi 1,5-3 martaga ko'paytirilishi va uning kiritilishi

kerak har 1-1,5 soat ichida yoki doimiy ravishda tomir ichiga tomchilatib yuboriladi. Agar keyingi 2 soat ichida ta'sir bo'lmasa, bitta dozani maksimal darajaga ko'tarish va bir vaqtning o'zida har 4-6 soatda gidrokortizon gemisuksinatini kiriting. Pozitiv dinamikada prednizolon dozasini har 3 soatda kamaytirish.

2. 1,5-3 soat davomida ta'sir etishmasligi va «jim o'pka» rasmining saqlanib qolishi bronxoskopiya va bronxlarni segmental yuvish zarurligini ko'rsatadi.

3. Glyukokortikoid terapiyasi fonida kislorodli terapiya, infuzion terapiya, aminofillinni tomir ichiga yuborish, bronxlar drenaj funksiyasini yaxshilash bo'yicha choralarni davom etish.

4. Endotraxeal intubatsiya va bronxial daraxtning sanitariyasi bilan o'pkaning sun'iy shamollatilishi.

5. Agar «jim o'pka» surati 1,5 soat ichida bartaraf etilmasa, endotraxeal intubatsiyani amalga oshirish va bemorni mexanik shamollatishga o'tkazish kerak.

6. Mexanik shamollatish bilan bir vaqtda bronxni segmental yuvish bilan Shoshilinch tibbiy bronkoskopiya qilinadi. Bronxial daraxt 1,4% NaHCO₃ eritmasi bilan 30-35 ° S gacha qizdiriladi, so'ngra bronxial tarkibni so'rib oladi.

7. Mexanik shamollatish fonida astma holatining I bosqichini davolashga bag'ishlangan bo'limda tavsiflangan terapiya, shuningdek atsidozni korreksiyasi davom etmoqda (4% NaHCO₃ eritmasidan 2-4 ml / kg tezlikda) qon rN nazorati ostida) 2% eritma shaklida).

8. II bosqich engillashtirilganidan keyin mexanik shamollatish to'xtatiladi, ammo bronxodilatator terapiya, kamayib borayotgan dozalarda glyukokortikoidlar balg'am ko'chiruvchilar bilan davolash davom ettiriladi.

III bosqich:

1. Kasalni zudlik bilan mexanik shamollatishga o'tkazish kerak, har 4 soatda qonda kislorod, karbonat angidrid, qon pH qiymatini aniqlash.

2. Bronxoskopik sanitariya - bronxial daraxtni segmental yuvish.

3. Glyukokortikoidlar - Prednizolon dozalari ko'paytiriladi va tomir ichiga har soatda yuboriladi.

4. Asidozni korrektsiyalashda qon pH darajasi ostida tampon asoslari etishmovchiligida natriy gidrokarbonat eritmasini vena ichiga yuborish orqali amalga oshiriladi: $7,8\% \text{ NaHCO}_3 \text{ (ml)} = (24 - \text{HCO}_3) \times 0,5$, bola vazniga qarab 2% eritma.

5. Qonning ekstrakorporeal membrana oksigenatsiyasi.

6. YUqoridagi chora-tadbirlardan tashqari, «Astmatik holatning I bosqichida davolash» bo'limida tasvirlangan aminofillin bilan davolash, regidratatsiya, balg'amni chiqarishni yaxshilash choralari va boshqalar ham davom ettirilgan holda.

Xalqumning o'tkir stenoz (krup sindromi, stenozli laringotraxeit) - bu lümeninin torayishi natijasida girtlak orqali nafas olishda tez paydo bo'ladigan qiyinchilik bo'lib, qo'pol «xuruvchi» yo'tal, shovqinli stenotik nafas olish va xirillash.

Sabablari: gripp, parainfluenza, adenovirus infeksiyasi, respiratorli sitsial infeksiya, HIB infeksiyasi, difteriya, qizamiq, suvchechak.

Klinikasi: I darajali stenoz (kompensatsiya qilingan): isitma, xavotir fonida nafas qisilishi bilan shovqinli nafas, kislota asos muvozanati va PO_2 - normal yoki nafas olish alkaloz. II darajali stenoz (subkompensatsiyalangan): gipertermiya, tashvish, inspiratuar nafas qisilishi, yordamchi mushaklarning nafas olish harakatlarida ishtirok etishi, lokal sianoz, akrokyanoz, kislota asos muvozanati bilan oqarish - bu normal yoki kamaytirilgan.

III darajadagi stenoz (dekompensatsiyalangan): o'ta og'ir holat, og'ir rangparlik, nazolabial uchburchakning sianoz, ko'krak va pigastriyaning barcha mos keladigan joylarini tortib olish, nafas olish, qisqa nafas chiqarish, ongni buzilishi, konvulsiv tayyorlik, qon bosimini pasaytirish, yurak chegaralar kengaygan - renalar, taxikardiya, ohanglarning karligi, oliguriya, kislota asos muvozanati - aralash atsidoz va PO_2 - kamayadi.

IV darajadagi stenoz (asfiksiya): ongni yo'qotish, zaiflik, rangparlik, total sianoz, ipga o'xshash puls, past qon bosimi, g'ayritabiiy nafas olish, yurak va nafasni to'xtatish, kislota asos muvozanati - aniq metabolik atsidoz va PO_2 - past.

Paraklinika: leykopeniya, limfotsitoz, trombositopeniya, ECHT-norma yoki biroz ko'tarilish, metabolik atsidoz, gipoksiya, giperkapniya.

Davolash

Gospitalgacha bo'lgan bosqich:

1. Bolani tinchlantirish.
2. Toza havo bilan ta'minlash.
3. Vazokonstriktor tomchilarini burunga tomizing: ksilometazolin (nasivin, naftizin, galazolin, rinonorm va boshqalar).
4. CHalg'ituvchi protseduralar (oyoqlar uchun issiq vannalar, isitma haroratida qo'llar va gipertermik sindrom - bu qarshi ko'rsatmadir).
5. Ichki havoni namlantirish.
6. Ko'p miqdorda gidroksidi ichimlik: mineral suv, iliq sut (agar qabul qilinsa)
7. Dinamik kuzatish (harorat, qon bosimi, yurak urishi, nafas olish tezligi, yurak urishi, ong, siydik chiqarishni boshqarish).
8. Ingalyasiya (siqilgan yoki ultratovushli nebulayzer) mavjud bo'lganda: 6 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun berodual (nafas olish uchun eritma): har kg / tana vazniga 1 tomchi yoki kuniga 3 martagacha 0,5 ml (10 tomchi); 6 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan bolalar - 0,5-1,0 ml (10-20 tomchi).
9. Stenozning II darajasida prednizolon 2-3 mg / kg (5-10 mg / kg - stenozning III darajasida, stenozning IV darajasida mushak ichiga, tomir ichiga asta-sekin 10-20 mg / kg) .
10. Gipertermik sindromdan xalos bo'lish:
 Analgin 50% eritmasi (10 kg ga 0,1-0,2 ml asosida) + difengidraminning 1% eritmasi yoki suprastinning 2% eritmasi (asos: 7 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun - 1 yil davomida 0,1 ml, 7 yoshdan katta - 1 ml) + 6 oylikdan 6 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun hayotning 0,1 ml / yil miqdorida papaverin yoki no-shpa (periferik tomirlar spazmi bilan) ning 2% eritmasi, 6 yoshdan katta bolalar uchun har biri 2,0 ml. 6 oygacha bo'lgan bolalarda papaverin yuborilmaydi.
11. Konvulsiv sindrom bilan:

□ 0,5% sibazon eritmasi (diazepam, relanium, seduksen) IV hayotining 0,2 ml / yiliga sekin yoki natriy oksibutirat 50-100 mg / kg IV asta-sekin yoki nafas olish tezligi, yurak urishi, boshqariladigan va pulsini nazorati ostida 3-5 mg / kg bitta dozada natriy tiopental qilinadi

Shifoxona bosqichi:

1. Niqob yoki nazofarengal kateter orqali namlangan kislorod bilan oksigenatsiya, para-kislorod chodiri, agar shamollatish etarli bo'lmasa - mexanik shamollatish rejimiga o'tish - o'rtacha giperventilyasiya.

2. Birinchi darajali stenoz bilan og'iz orqali zararsizlantirish (ko'p miqdordagi gidroksidi ichimlik).

3. Stenozning II - IV darajasi bilan tomirlarga kirishni ta'minlash (kateterizatsiya).

4. Infuzion terapiya: 5% glyukoza eritmasi, 0,9% natriy xlorid eritmasi, Ringer-Lokk eritmasi 30-50 ml / kg, kolloidlar nisbatida: kristalloidlar = 1: 1.

5. Dehidratsiya: deksazon 0,5-1,0 mkg (30 mg / kg gacha) yoki 25% magnezium sulfat eritmasi 0,2-0,3 mg / kg, lasix 1-2 mg / kg, 5% glyukoza eritmasidagi mannitolning 10-15% eritmasi.

6. Nafas olish terapiyasi (kompresiya yoki ultratovush nebulayzer):

□ berodual (nafas olish uchun eritma) - 6 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun har kg / tana vazniga 1 tomchi yoki kuniga 3 martagacha 0,5 ml (10 tomchi); 6 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan bolalar - kuniga 4 marta 0,5-1,0 ml (10-20 tomchi); 12 yoshdan oshgan bolalar kuniga 4 marta 1-2 ml (20-40 tomchi) dozada.

□ nafas olish uchun pulmikort (budesonid) suspenziyasi - 6 oylik bolalar uchun. va undan kattaroq, boshlang'ich dozasi kuniga 0,25-0,5 mg ni tashkil qiladi, agar kerak bo'lsa, dozani kuniga 1 mg ga ko'taring. CHiqarish shakli: 1 ml da - 0,25 mg (250 mg), tumanlikda - 2 ml; nafas olish uchun 2 ml dan kam hajmni ishlatganda, 2 ml hajmiga 0,9% natriy xlorid eritmasini qo'shish kerak.

7. Stenozning III- IV darajasida siydik pufagining kateterizatsiyasi (ajratilgan suyuqlikni hisoblash uchun).

8. Subfebril va febril isitma uchun - paratsetamol 10-15 mg / kg yoki ibuprofen (3 oylikdan katta bolalar) 5-10 mg / kg dan og'iz orqali yoki to'g'ri ichakka.

9. Gipertermik sindrom bilan:

Analgin 50% eritmasi (10 kg ga 0,1-0,2 ml asosida) + difengidraminning 1% eritmasi yoki suprastinning 2% eritmasi (asosida: 7 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun - hayotning 1 yiliga 0,1 ml, 7 yoshdan katta - 1 ml); + 6 oylikdan 6 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun hayotning 0,1 ml / yil miqdorida papaverin yoki nosh-paning 2% eritmasi (periferik tomirlar spazmli), 6 yoshdan katta bolalar uchun 2,0 ml. 6 oygacha bo'lgan bolalar uchun papaverin qo'llanilmaydi.

- litik aralashmasi: 1 ml 2,5% xlorpromazin eritmasi + 1 ml 2% suprastin eritmasi + 8 ml 0,25% -0,5% novokain eritmasi - kg / tana vazniga 0,4 ml aralashmaning dozasi.

- sovutishning fizikaviy usullari.

10. Konvulsiv sindrom bilan: 0,5% seduksen eritmasi yoki 0,5% Relanium eritmasi yoki 0,5% diazepam eritmasi 0,5 mg / kg IV dozada sekin, natriy oksibutirat 50-100 mg / kg / sekin, natriy tiopental nafas olish tezligi, yurak urishi, boshqariladigan mexanik shamollatish pulsi nazorati ostida 3-5 mg / kg dozasi.

11. III-IV darajadagi stenozda neyrovegetativ blokadalar: droperidol 0,1-0,25 mg / kg va diprazin (pipolfen 2,5%) 0,15 mg / kg yoki xlorpromazin 1-2 mg / kg, suprastin 2% 0,1-0,2 mg / kg .

12. Prednizolon mushak ichiga yoki tomir ichiga asta-sekin dozada yuboriladi:

Stenozning II darajasida - 2-3 mg / kg,

Stenozning III darajasi bilan - 5-10 mg / kg,

IV stenoz darajasida - 10-20 mg / kg.

13. Stenozning II-IV darajalarida: sefalosporinlarning keng spektrli antibiotiklari (sefotaksim, seftazidim, seftriakson, timentin, sefepim), himoyalangan penitsillinlar (amoksiklav, augmentin).

14. Etiotropik davolanishni boshlash uchun: virusli infeksiya bo'lsa - Viferon, Arbidol, Sikloferon, Reaferon ES Lipint, bakterial infeksiya bo'lsa - antibiotik

terapiyasi: I-III avlod sefalosporinlar (sefotaksim, seftazidim, seftriakson, sefepim), himoyalangan penitsillinlar (amoksiklav, augmentin) – oldingi olingan dozalarda.

15. Immunoterapiya: pentaglobin, oktagam, immunovenin 5-10 mg / kg (3 kun) dozada.

Traxeya va bronxning begona jismi - suyuq yoki qattiq ovqatning aspiratsiyasi, qusish yoki regurgitatsiya paytida oshqozon tarkibi, narsalarning aspiratsiyasi.

Klinikasi: xavotirlik, nafas qisilishi, ko‘krakning mos keladigan joylarini tortib olish bilan nafas qisilishi, sianoz, vaqti-vaqti bilan paroksizmal yo‘tal, ovoz o‘zgarmaydi, begona jismlarni lokalizatsiya qilish sohasida o‘pka tovushining qisqarishi, mediastinal joyning siljishi ta’sirlangan tomonga organlar, nafas olishning zaiflashishi, quruq va ho‘l xirillash; begona jismning joylashgan joyiga, uning o‘lchamiga va shakliga bog‘liq; erta yoshda o‘tkir respiratorli infeksiyalar, bronxit fonida paydo bo‘ladi.

Paraklinika: rentgenogramma - mediastinning atelektazga siljishi (Gols-Knext-YAkobson simptomi).

Davolash

Shifoxonagacha bo‘lgan bosqich:

1. Bolani tinchlantirish.

2. Agar bola nafas olmasa va behush bo‘lsa, nafas olish yo‘lini tozalashga harakat qilish kerak.

3. 1 yoshgacha bo‘lgan bola uchun: bolani bilakka yuzini pastga qaratib qo‘yish va qo‘lning chekkasi bilan elka, kuraklari orasiga 5 ta turtki beriladi. Bolani orqachamasiga holatiga yotqizish, boshi tanadan pastda, uni qo‘llari yoki tizzalariga pastga qaratib qo‘yiiladi, 5-sonli ko‘krak qafasining pastki uchdan bir qismida, ko‘krak barmog‘i ostiga, oshqozon ustiga bosmasdan massaj qilinadi. YOt narsalarning mavjudligini tekshirib ularni olib tashlanadi.

4. 1 yoshdan oshgan bola uchun: Geymlixni qabul qilish - o‘tirgan yoki turgan bolaning orqasida bo‘lish, uni beliga tutib, qorinni kindik va xipoid jarayoni o‘rtasida

qorin bo'shlig'ining o'rtasi bo'ylab bosib, 3 soniya oralig'ida 5 martagacha keskin surish kerak.

5. Reanimatsiya guruhini chaqirish.

Shifoxona bosqichi:

1. Uzluksiz kislorod bilan davolash.

2. Agar begona jism topilmasa, traxeotomiya yoki traxkeal intubatsiya masalasini hal qilish zarur.

3. Sindromologik terapiya, shu jumladan sedativ va spazmolitik dorilar:

□ 0,5% sibazon eritmasi (diazepam, relanium, seduxen) hayotning 0,2 ml / kg ga,

□ 6 oylikdan 6 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun yoshiga qarab 0,1 ml miqdorida no-shpa yoki papaverinning 2% eritmasi, 6 yoshdan katta bolalar uchun - 1,5-2,0 ml. 6 oygacha bo'lgan bolalar uchun papaverin qo'llanilmaydi.

4. YOt jismni olib tashlash maqsadida bronxoskopiya uchun SHTTYO bo'limiga kasalxonaga yotqizish.

2.2. Kardiologik amaliyotda shoshilinch yordam

O'tkir yurak etishmovchiligi (O'YUE) - bu bir necha daqiqa yoki bir necha kun ichida rivojlanadigan holat bo'lib, unda miokardning kontraktilyasi etarli periferik qon aylanishini ta'minlamaydi. Sabablari: konjenital yurak nuqsonlari, yurak nuqsonlari, kardit, aritmiya, yuqumli toksikoz, tirotoksikoz, o'tkir ekzogen zaharlanish, allergik kasalliklar, o'pka kasalliklari, o'tkir qon tomirlari. Bundan tashqari, fiziologik eritmalarining tomir ichiga haddan tashqari yuborilishi, markaziy venoz bosimni nazorat qilmasdan qon preparatlari O'YUEga olib kelishi mumkin; rentgen kontrasti moddalari, ba'zi giperosmolyar eritmalar (masalan, glyukoza).

O'YUE ning klinik variantlari:

chap qorincha, o'ng qorincha, umumiy.

O'CHQE klinikasi yurak astmasi (O'CHQE ning interstitsial bosqichi) va o'pka to'lovi (O'CHQE ning alveolyar bosqichi) bilan namoyon bo'ladi: bo'g'ilish xuruji

(uning ekvivalenti ko'pikli balg'am chiqishi bilan doimiy yo'tal xuruji bo'lishi mumkin), hayajon qo'rquv bo'ladi (o'lim qo'rquvi), (ortopnoe); nafas olish shovqinli, chuqur, biroz tezlashgan (taxipnoe), pufakchali bo'lishi mumkin, terisi rangparligi seziladi, keyin terining va shilliq pardalarning sianozi, akrotsianozi ifoda etiladi, sovuq ter bosadi.

O'pka ustida auskultatsiya paytida uzoq muddatli shovqinli qattiq nafas olish, ko'p miqdordagi har xil o'lchamdagi nam xirillash eshitiladi. yurak patologik shovqinlari, taxikardiya, o'pka arteriyasi proeksiyasida II ton akwenti, galop ritmi bo'lishi mumkin. YUrak chegaralari kengayadi.

O'O'QE klinikasi - u to'satdan rivojlanadi, bo'g'ilish hissi, ko'krak suyagi orqasida tiqilib qolish, yurak sohasidagi og'riq, kuchli zaiflik, sianoz tez o'sib boradi, teriga sovuq yopishqoq ter tushadi, katta qon aylanish tizimida UQH ko'payishi belgilari kuchayadi: jigar hajmining kattalashuvi, palpatsiya paytida og'rig'i, periferik shish, bo'yin (bo'yin) tomirlarining shishishi, ularning ikki barobar pulsatsiyalanishi, qon bosimining pasayishi, tez-tez puls, zaif to'ldirish, chegaralari yurak o'ng tomonga kengaytirilgan, galop ritmi mumkin, yuqori sistolik shovqin, o'pka arteriyasi proeksiyasida II ton aksenti. Umumiy O'YUE asosan yosh bolalarda uchraydi. Bu qon aylanishining katta va kichik doiralarida turg'unlik belgilari bilan tavsiflanadi.

Davolash

Shifoxonagacha bo'lgan bosqich:

1. Bemorga baland (yarim o'tirgan) holatini berish.
2. Toza havoga kirishni ta'minlang (siquvchii kiyimlarni ochish yoki echib olish, derazalarni ochish).
3. Infuzion terapiya uchun tomirga kirishni ta'minlash
4. YUrakka oldindan yuklanishni kamaytirish:

Issiq oyoq hammomlari;

□ qo'l va oyoqlarning (elka va sonning yuqori uchdan bir qismida) 15-20 daqiqa davomida uqalash. venoz jgut yoki Riva-Rochchi apparati manjetlarini 30-40 mm

s.ust bosim ostida qo'yish, so'ngra navbatdagi muolajani 20-30 daqiqadan keyin takrorlash;

20 ml 5% glyukoza eritmasida 0,5% sibazon eritmasi (diazepam, relanium, seduksen) hayotning 0,2 ml / + 0,01-0,02 ml / kg tana vazniga 0,25% droperidol eritmasi (2 yoshdan oshgan bemorlarda ishlatiladi) yuqori qon bosimi mavjud bo'lganda);

7. UAQH ni kamaytirish uchun qon bosimi va siydik chiqarilishi nazorati ostida kuniga 0,2-0,25 ml / kg tezlikda furosemid (lasik-sa) ning 1% eritmasini kiritish.

8. Vena qon ketishini kamaytirish uchun qon bosimi nazorati ostida 150-200 ml 5% glyukoza eritmasiga 0,5 mg / kg / min tezlikda vena ichiga tomchilatib natriy nitroprussid tomiziladi.

9. KQAD tomirlaridagi bosimni pasaytirish va vazo-konstriksiyani kamaytirish uchun bronxospazmni engillashtirish, vena ichiga, 2,4% aminofillin eritmasini asta-sekin hayotning 1 ml / kg, 20% glyukoza eritmasi bilan 20 ml dan 5-7 ml dan ko'p bo'lmagan miqdorda yuborish kerak.

10. Kapillyar-alveolyar membranalarning o'tkazuvchanligini kamaytirish uchun tomir ichiga yuboriladi:

Prednizolon kuniga 2-3 mg / kg o'rtacha tezlikda;

Deksametazon 0,3-0,5 mg / kg / kuniga;

Gidrokortizon kuniga 3-5 mg / kg.

Bunday holda, birinchi in'eksiya kunlik dozaning $\frac{1}{2}$ ni tashkil qiladi.

11. yurak chap bo'lmasing qarshiligini oshirish uchun:

a) Tez ta'sir qiladigan yurak glikozidlari tomir ichiga asta-sekin yuboriladi, ta'sirga erishilguncha dorilar kuniga 2 marta qilinadi:

□ Bir martalik dozada strofantinning 0,05% eritmasi: 1 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun - 0,1 ml; 1 yoshdan katta - 0,05 ml / kg,

□ Korglikonning 0,06% eritmasi bir martalik dozada: 1 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun - 0,15 ml; 1 yoshdan katta - 0,07 ml / yil,

• 0,025% digoksin eritmasi 2 kun davomida 10 mg / kg dozada.

b) Tizimli gipotenziya yoki AV o'tkazuvchanligi fonida O'YUE bo'lsa, katekolaminlardan foydalanish tavsiya etiladi:

- dofamin (dopamin, dopmin) 125% 5% glyukoza eritmasidagi 0,5% eritma, kirish 5-7 mg / kg / minut dozadan boshlanadi, agar kerak bo'lsa, stavka 10-20 mg / kg / ga ko'tariladi. daqiqa yoki 5-15 mkg / kg / daqiqada dobutamin (dobutreks)

Inotrop preparatlar ehtiyotkorlik bilan va gemodinamik ko'rsatkichlar qat'iy nazorati ostida qo'llaniladi.

O'O'QE da Shoshilinch yordam ko'rsatish

1. UQHni kamaytirish uchun qon bosimi va diurez nazorati ostida kuniga 0,2-0,25 ml / kg tezlikda furosemid (lasik-sa) ning 1% eritmasini kiritish.

2. Venoz qaytishini kamaytirish uchun qon bosimi nazorati ostida tomir ichiga tomchilatib natriy nitroprussidni 0,5 mg / kg / min tezlikda 150-200 ml 5% glyukoza eritmasiga yuborish.

3. KQAD tomirlaridagi bosimni pasaytirish uchun tomir ichiga koronal va buyrak qon oqimini yaxshilang, asta-sekin 2,4% aminofillin eritmasini hayotning 1 ml / yiliga, lekin 20 ml dan 20 ml dan 5-7 ml dan ko'p bo'lmagan miqdorda % glyukoza eritmasi yuborish.

4. Miokardning qarshiligini oshirish uchun:

- Bir martalik dozada strofantinning 0,05% eritmasi: 1 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun - 0,1 ml; 1 yoshdan katta - 0,05 ml / yil, yoki

- Korglikonning 0,06% eritmasi bir martalik dozada: 1 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun - 0,15 ml; 1 yoshdan katta - 0,07 ml / yil,

- 0,025% digoksin eritmasi 10 mg / kg dozada 2 kun davomida

- dofamin (dopamin, dopmin) 125% 5% glyukoza eritmasida suyultirilgan 0,5% eritma, kirish 5-7 mg / kg / minut dozadan boshlanadi yoki

- dobutamin (dobutreks) 5-15 mkg / kg / daqiqada.

Qon tomirlari etishmovchiligi - bu qon tomir devorining silliq mushaklarining ohangini pasayishi, bu aylanma qon hajmi va qon tomir yotqizish qobiliyati

o'rtasidagi etarli nisbatning buzilishiga olib keladi. O'tkir qon tomir etishmovchiligi hushidan ketish, kollaps va shok shaklida namoyon bo'ladi.

Hushidan ketish - bu to'satdan qisqa muddatli (1-3 min.) Vaqtinchalik miya ishemiyasi tufayli ongni yo'qotishdir. Sabablari: ruhiy shikastlanish, og'riqni, dimiqib qolgan xonada uzoq vaqt qolish, mastlik, yuqumli kasalliklar.

Klinikasi: to'satdan ko'ngil aynish (ba'zida qusish), quloqlarda shovqinlar, bosh aylanishi, ko'zlar tinadi, terining va shilliq pardalarning keskin oqishi bilan qisqa muddatli hushini yo'qotadi, qorachiqlar torayadi, ularning yorug'likka reaksiyasi pay va korneal refleksleri yo'q, yurak tovushlari xira, qon bosimi pasayadi, ba'zan qisqa muddatli tonik, kamroq klonik konvulsiyalar paydo bo'lishi mumkin.

Davolash

Shifoxonagacha bo'lgan bosqich:

1. 40-50 ° burchak ostida ko'tarilgan oyoqlari bilan gorizontol holat.
2. Erkin nafas olishni ta'minlang: kiyimlarni bo'shatish, derazalarni keng ochish yoki bolani ochiq havoga olib chiqish.
3. Sovuq suvga botirilgan sochiq bilan yuzni artish.
4. Stimulyatorlarni ingalatsiyasi (ammiak, sirka).
5. Agar hushidan ketish davomiyligi 3-5 daqiqadan oshsa. tanani iliq yopinchiqlar bilan yopish kerak, kofein natriy benzoatning 10% li eritmasini 0,25-1 ml dozasiida kiritish kerak.
6. Kuchli gipotenziya va bradikardiya holatida s / s 0,25% atropin eritmasini 0,25-1,0 ml dozada kiritiladi.
7. Uzoq vaqt davomida hushidan ketish kasalxonaga yotqizishni talab qiladi.

Kollaps - bu qon tomir tonusining keskin pasayishi va UQH ning pasayishi, bu miya yarim gipoksiya belgilari va hayotiy tana funksiyalarini pasayishi bilan tavsiflanadi.

Sabablari: gipo- va giperglikemik holatlar, suprarenal etishmovchilik, zaharlanish, har qanday kasallikning terminal bosqichi, balog'at yoshidagi qizlarda - ortostatik va emotsional kollaps.

Klinikasi: umumiy holatning keskin yomonlashishi, rangpar, sovuq ter, marmar rangli teri, lablar sianozi, haroratning pasayishi, ong o'chishi, tez nafas olish, yuzaki, taxikardiya, yuz mimkalari keskinlashadi, tomirlar susayadi, qon bosimining pasayish darajasi og'irlik holatlarini aks ettiradi.

Davolash

Shifoxonagacha bosqich:

1. Oyoqlari 40-50 ° burchak ostida ko'tarilgan gorizontol holat.
2. Kiyimlarni echib, toza havo kirib kelishini ta'minlash, iliq yopqichlar bilan yopish, issiq choy berish.
3. Qon bosimini o'lchash.
4. Quyidagilarni kiritish:
0,1% epinefrin eritmasi (epinefrin) 0,1-1,0 ml, yoki
0,2-0,5 ml dozada 5% efedrin eritmasi (agar mavjud bo'lsa) yoki
 mezatoning 1% eritmasi 0,3-1,0 ml.
5. m / m - prednizolon kuniga 1-2 mg / kg / kun.
6. Shifoxonaga yotqizish.

Shifoxona bosqichi:

1. UQHni (infuzion terapiya) birinchi soatda kristalloid (fiziologik eritma, Ringer eritmasi, disol, 5% yoki 10% dekstroz eritmasi, 20-30 ml / kg / soat) bilan to'ldirish, yoki) kolloid eritmalar (gidroksietil kraxmal, jelatinol).

O'tkir qon yo'qotish bilan - UQHni eritrotsitlar massasi va yangi muzlatilgan plazma bilan almashtirish (gemoglobin darajasi 90 g / l dan past). 2. Agar arterial gipotenziya davom etsa, norepinefrinning 0,2% li eritmasi (norepinefrin) 0,5-1 mkg / kg / minut dozada vena ichiga yuboriladi.

3. Dofamin (dofamin, dopmin) 125% 5% glyukoza eritmasida suyultirilgan 0,5% li eritma, kirish 10-20 mg / kg / minut dozadan boshlanadi.

Gipertonik kriz - 95-99 yoshdan oshgan qon bosimining keskin ko'tarilishi natijasida holatning keskin yomonlashishidir.

Sabablari: buyrak va buyrak tomirlari kasalliklari, yurak va qon tomirlari kasalliklari, shu jumladan biriktiruvchi to'qima tizimli kasalliklari, endokrin kasalliklar, kraniotserebral travma.

Klinikasi: umumiy holatning keskin yomonlashishi, o'tkir bosh og'rig'i; bosh aylanishi, xira ko'rish (xira ko'rish, miltillovchi uchishlar), ko'ngil aynishi, qusish, titroq, yuzning oqarishi yoki qizarishi, qo'rquv hissi; sistolik qon bosimining mos keladigan jinsi, yoshi va vazni uchun 99-foizdan yuqori ko'tarilishi va / yoki diastolik bosim 99 mm s.ust dan yuqori.

Davolash

SHifonagacha bo'lgan bosqich:

1. Bemorni qulay muhit yaratib, boshini ko'targan holda karavotga qo'yish.
2. Har 10-15 daqiqada qon bosimini aniqlash.
3. Dori-darmonlarni til osti yoki og'iz orqali qabul qilish:

nifedipin 0,25-0,5 mg / kg, yoki

Captopril 0,4 mg / kg 6 oygacha, 6 oydan 1-2 mg / kg yoki

anaprilin (obzidan) 0,5-1 mg / kg

4. Shifoxonaga yotqizish.

Shifoxona bosqichi:

1. Nifedipin, kaptoprilni til ostiga qayta kiritish.

Magnezium sulfatning 2,20-25% eritmasi 10-20 ml IV sekin

3. Furosemidning 1% eritmasi (laziks), 1 ml ampulada 2 ml 20 mg moddadan iborat bo'lib, tomir ichiga asta-sekin 2-4 mg / kg miqdorida yuboriladi.

4. Simptomatik davolash:

hayajonni va aniq neyrovege- ni yo'qotish uchun

taxminiy alomatlar: tinchlantiruvchi vositalar - 0,5% sibazon eritmasi (diazepam, relanium, seduksen) hayotning 0,2 ml / yoshiga, lekin 1 ml dan ko'p bo'lmagan;

□ Taxikardiyani to'xtatish uchun: kardioselektiv b1-adrenergik blokerlar - atenolol, propranolol ichi 0,5-1 mg / kg / sutkaga 3-4 dozada klinik belgilar yaxshilanishigacha.

• O'tkir yurak etishmovchiligi belgilarini davolash tegishli bobda tasvirlangan.

5. Asosiy kasallikni davolash.

SHok - bu haddan tashqari qo'zg'atuvchilar ta'siriga javoban rivojlanadigan patologik jarayon, uning asosiy alomati gemodinamik buzilishlar, hayotiy organlar va to'qimalarning gipoksiya bilan kechadigan to'qima qon aylanishining o'tkir progressiv etishmovchiligi.

SHokning turlari va sabablari:

Gipovolemik - tomir ichi hajmining mutlaq defitsiti: gastroenterit, kuyish, diabet insipidus, issiqlik urishi, qon ketish, ichak tutilishi va boshqalar. Distributiv - qon tomirlarining periferik qarshiligining sezilarli darajada pasayishi, venoz yotoq sig'imining oshishi va qonning yurakka qaytishining pasayishi: sepsis, anafilaksi, markaziy asab tizimining shikastlanishi (o'murtqa shok). Kardiogen - miokard qarshiligining pasayishi: tug'ma yurak nuqsonlari, miokard ishemiyasi, kardiomiopatiya, yurak tamponadasi, sepsis.

Obstruktiv - yurak-qon tomir tizimining anomaliyalari bilan bog'liq: aortaning koarktatsiyasi, kesilgan aorta ravog'i, aorta qopqog'ining stenoz.

Klinikasi: dastlab psixomotor qo'zg'alish qayd etiladi, uning o'rmini ongni o'chishi egallaydi, sistolik qon bosimi o'rtacha darajada pasayadi, diastolik qon bosimi yo'q bo'lgunga qadar sezilarli darajada pasayadi, zaif pulsi, o'tkir taxikardiya, taxipniya, terining rangparligi, sovuq, «et», shilliq pardalarning sianotik soyasi, aniq akrotsianoza, anuriyaga qadar oliguriya.

Paraklinika: glikemiya 60 dan kam va 250 mg /% dan yuqori, protrombin indeksi 60% dan kam, siydik miqdori kamayadi (1 ml / kg / soatdan kam).

Davolash

Shifoxonagacha bo'lgan bosqich:

1. BRK reanimatsiya tadbirlarini bajarish.

2. Asosiy ko'rsatkichlarni kuzatish (yurak urishi, EKG, qon bosimi, tana harorati).

3. Kislород bilan davolash.

4. Qon ketganda - vena va arterial turniketlarni kiritish shaklida qon ketishni to'xtatish.

5. Transportirovka paytida qonning yurakka qaytishini yaxshilash uchun ko'tarilgan pastki oyoq-qo'llar bilan pozitsiyasi.

6. Kerakli harorat rejimini yaratish (tana haroratiga qarab).

7. Vena qon tomiriga kirishni ta'minlash va infuzion terapiyani boshlash 20 ml / kg / soat, 0,9% natriy xlorid eritmasini yuborish.

8. O'pka etishmovchiligi belgilari bo'lgan kardiogen shokda:

Loop diuretiklari: 1% furosemid eritmasi (laziks), 1 mg / kg i / v miqdorida,

Inotrop dorilar - dopamin (dofamin, dopmin) 5% glyukoza IV eritmasidagi 0,5% eritma 5 mg / kg / daqiqada,

□ 30% etil spirt shaklida defoamerlarni ingalatsiyasi.

9. SHikast shikastlanishlar va yurak tomirlari kasalligi uchun - og'riqni kamaytirish: yoshiga qarab 0,1 -1,0 ml dozada 1% morfin eritmasi (2 yoshdan katta bolalar uchun) yuborish.

10. Anafilaktik shokni davolash tegishli bobda tasvirlangan.

Shifoxona bosqichi:

1. BRK protokoli bo'yicha reanimatsiya tadbirlarini davom ettirish.

2. Nafas olishni qo'llab-quvvatlashni davom ettirish (ingalatsiyadan mexanik shamollatishdan oldin).

3. Umumiy qon testini, qon biokimyosini, arterial va venoz qonning kislota-asos holatini darhol o'rganish; ko'krak qafasi rentgenogrammasi, EKG, Exo-KG.

4. Asosiy parametrlarni kuzatish (yurak urishi, EKG, tana harorati).

5. Vena orqali preparatlar kirishni yaxshilash - kateterni markaziy tomirga kiritish.

6. Birinchi soat ichida infuzion terapiya 20-60 ml / kg / soat kristalloid (fiziologik eritma, Ringer eritmasi) yoki kolloid eritmalar (gidroksietil kraxmal, jelatinol) shaklida.

Katta qon yo'qotish bilan - eritrotsitlar massasi va yangi plazma bilan qoplash (gemoglobin darajasi 90 g / l dan past bo'lgan holda). Infuzion terapiya gemodinamik ko'rsatkichlar (yurak urishi, qon bosimi, CVP) nazorati ostida amalga oshiriladi.

Infuzion terapiya tezligi ijobiy ta'sirga ega bo'lganda yoki suyuqlikning ortiqcha yuklanishining klinik ko'rinishlari paydo bo'lganda kamayadi - gepatosplenomegali, CVP ning 10-15 sm gacha suv ustuniga ko'payishi, o'pka yuzasidan yuqorida xirillash paydo bo'lishi.

7. Infuzion terapiya ijobiy ta'sir ko'rsatmasa yoki suyuqlikning haddan tashqari ko'payishi belgilari paydo bo'lganda, inotropik va vazopressorni qo'llab-quvvatlash:

125 ml 5% glyukoza eritmasida 0,5% dofamin eritmasini (dofamin, dopmin) 5-10 mg / kg (daqiqada kg) nisbatda suyultirish,

- 0,1% adrenalini eritmasi (epinefrin), 0,05 - 0,5 mkg / kg / min dozada norepinefrinning 0,2% eritmasi (norepinefrin).

8. Dofaminga chidamli zarba uchun adrenalinni dopamin yoki do-butaminga ulash tavsiya etiladi. Norepinefrin periferik qon tomir rezistentligi pasaygan vazokonstriktor sifatida ishlatiladi (distributiv shok).

9. Agar kerak bo'lsa, metabolik kasalliklarni tuzatish (qonning kislotasiz holatiga qarab).

Aritmiyalar - oddiy ketma-ketlikning buzilishiga olib keladigan miokardning avtomatizm, qo'zg'aluvchanligi va o'tkazuvchanligi funksiyalarining turli xil buzilishlari yoki yurak urishi ritmining buzilishi.

Sabablari: irsiy sindromlar (uzoq QT interval sindromi, qisqartirilgan QT interval sindromi, Brugada sindromi); miokardning yallig'lanishli va yallig'lanishsiz kasalliklari (miokardit, kardiomiopatiyalar, o'ng qorinchaning aritmogen displazi, yurak shishi); tug'ma yurak nuqsonlari; tug'ma patologiya (WPW sindromi); kardiojarrohlik aralashuvlar, shu jumladan. intrakardiyak kateter bilan manipulyasiya;

ishemik miokard shikastlanishi (Kawasaki kasalligi, koronar arteriyalar rivojlanishidagi tug'ma anomaliyalar); gipoksiya, atsidoz, gipovolemiya, giper yoki gipokaliemiya, giperkalsemiya, gipomagnezemiya bilan kechadigan patologik holatlar; avtonom asab tizimining muvozanati; yatrogen omillari; moddalarning toksik ta'siri, idiopatik aritmiyalar.

Klinika (aritmiya turiga, uning davomiyligi va bemorning yoshiga bog'liq): asimptomatik kursdan, yurak etishmovchiligining rivojlanishiga va to'satdan o'limga qadar; taxikardiya, aritmiya, bradikardiya, taxipniya, rangparlik epizodlari, terlash va uyquchanlik, hushidan ketish, shok kabi hissiy xurujm.

Homila ichi - ultratovush va CTG bilan homilaning tomchisi, taxikardiya yoki bradikardiya; YAngi tug'ilgan chaqaloq va chaqaloq - taxikardiya, aritmiya, bradikardiya, yurak etishmovchiligi, taxipniya, tushunarsiz oqartirish epizodlari, terlash va uyquchanlik, shok, hushidan ketish, to'satdan o'lim, past ishtaha, taxipnoe), nafasni ushlab turish, apnoe, yurak va qorin bo'shlig'idagi o'ziga xos bo'lmagan og'riq, taxikardiya xurujlarini obrazli tavsifi («yurak kapalakka o'xshaydi», «sakrab chiqmoqchi» va hk).

Shoshilinch yordam ko'rsatish taktikasini aniqlash uchun taxiaritmiya yoki bradyaritmiyani farqlash kerak - puls yoki yurak urishini hisoblash, EKG yozuvi; ong, yurak etishmovchiligi, qon bosimi mavjudligi. EKGni 12 ta o'tkazgichda yozgandan so'ng siz aritmiya turini aniqlashimiz mumkin.

Davolash taktikasini belgilashda bemorning ongi va gemodinamikasini baholash (yurak etishmovchiligi belgilari, qon bosimi darajasi). Paroksizmal taxikardiya - yurak urish tezligining keskin ko'tarilishi xurujlari (7 yoshdan katta bolalarda daqiqada 160 martadan ortiq, 180 yosh - 1 yoshdan 6 yoshgacha bo'lgan bolalarda, 200 yosh - 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda) va tugatish. EKGda supraventrikulyar (supraventrikulyar) taxikardiya bilan qorincha kompleksi odatda tor, qorincha taxikardiyasi bilan esa keng bo'ladi.

Davolash

Shifoxonagacha bo‘lgan bosqich:

1. Reabilitatsion usullardan foydalanish.

• refleksli immersiya - yoshligida 10-30 soniya davomida muz qopi og‘iz va burun ustiga surtiladi; katta yoshda, yuz 10-30 soniya davomida sovuq suvga botiriladi.

□ Valsalva testi - nafasni 30 soniya ushlab turganda maksimal nafas olish paytida kuchlanish.

□ karotis sinusining massaji. Sinov EKG va qon bosimi nazorati ostida amalga oshiriladi - chalqancha yotib, boshingizni chap tomonga burang, 5-10 soniya davomida pastki jag ‘burchagi proeksiyasida yumshoq, ammo intensiv massaj qiling. ta’sir qilmaydi, chap sinusni massaj qiling. Sinov ikkala tomondan bir vaqtning o‘zida bajarilmasligi kerak!

□ gag refleksini qo‘zg‘atish

□ hayotning yiliga 1-2 tomchi miqdorida valerian, pion yoki do‘lana damlamasi.

Shifoxona bosqichi:

1. Kislородli terapiya.

2. Trifosadeninning 1% li eritmasini (natriy adenzin trifosfat, 0,5 mg / kg, 1 ml 10 mg dan) venaga tomir ichiga, 6 oygacha bo‘lgan bolalar uchun - 0,5 ml, 6 yoshdan bolalar uchun yuboring. oylar 1 yoshgacha - 0,7 ml, 1-3 yoshdagi bolalar - 0,8 ml, 4-7 yosh - 1 ml, 8-10 yosh - 1,5 ml, 11 yoshdan katta - 2 ml. Agar samarasiz bo‘lsa, 2 daqiqadan so‘ng kirishni takrorlash.

3. Preksitatsiya sindromi (WPW) yo‘q bo‘lganda, verapamilni 0,25% iv 0,1 mg / kg ga bir marta fiziologik eritmada yuboring.

4. Atriyal fibrilatsiyaning takyformasi bilan kuniga 10 mg / kg tezlikda tomir ichiga 0,025% digoksin eritmasini yuboring.

5. Qorin bo‘shlig‘i taxikardiyasi yoki qorincha fibrilatsiyasini rivojlantirganda yurak-o‘pka reanimatsiyasi, 100% kislород bilan mexanik shamollatish bilan boshlang, lidokain eritmasini asta-sekin tomir ichiga 1 mg / kg dozada har 5 daqiqada

ko'pi bilan 3 marta yuborish yoki infuziya qiling. Klinik effekt olinmaguncha 20 -50 mg / kg / minut. Morgagni-Adams-Stokes sindromi - bu to'liq atrioventrikulyar blokada yoki sinus tugunining zaifligi fonida yurakning yosh normasining 70 foizidan kamrog'ida samarali kontraktil faolligining keskin to'xtashi yoki pasayishi kuzatiladi.

Klinikasi: ongni yo'qotish xuruji, to'satdan xira rang, sianoz, konvulsiyalar, bradikardiya, najas va siydikni beixtiyor chiqarish, bir necha soniyadan 2 minutgacha.

Davolash

Gospitalgacha bo'lgan bosqich:

1. Bilvosita yurak massaji.
2. «Og'izdan og'izga» sun'iy nafas olish.

Shifoxona bosqichi:

1. Kislородli terapiya.
2. Atropinning 0,1% eritmasini 0,01-0,02 mg / kg dozada 2 mg dan ko'p bo'lmagan miqdorda 2-4 ml 0,9% natriy xlorid eritmasiga yuboring.

3. Gipotenziya holatida 5-7 mg / kg / daqiqadan boshlanib, qabul qilinadigan yurakka qadar 5-7 mg / kg / daqiqadan boshlab 125% 5% glyukoza eritmasidan 0,5% dofamin eritmasidan (dopamin, dofamin) vena ichiga infuziya yuboriladi. qon bosimining darajasi va qon bosimining darajasi.

4. Vaqtinchalik elektrokardiostimulyasiya tizimini o'rnatish (teri osti, transesophageal, endokardial).

Bolalarda turli aritmiyalar uchrashi mumkin, lekin ulardan faqat ba'zilari Shoshilinch tibbiy aralashuvni taqazo etadi. Bu turdagi aritmiyalar impuls hosil bo'lishi yoki o'tkazilishining buzilishi hisobiga kelib chiqadi.

Ekstrasistoliya va taxiaritmiyalar avtomatizm kuchayishi, qo'zg'alishning qayta kirishi yoki trigger faollik hisobiga impuls hosil bo'lishining buzilishidan kelib chiqadi.

Bradiaritmiyalar avtomatizm so'nishi yoki impuls blokadasida yuzaga keladi.

Aritmiyalar yurak kasalliklari, metabolik buzilishlar yoki orttirilgan tizimli kasalliklar belgisi sifatida namoyon bo‘lishi mumkin.

Shoshilinch holat sababi turlicha bo‘lib, ularga xos ritm buzilishi gemodinamik buzilishlarga olib kelishi mumkin. SHuning uchun ritmni aniqlash va uning buzilishlarini bartaraf etishga asoslangan Shoshilinch yordam ustunroq hisoblanadi.

YUqorida sanab o‘tilgan tamoyillarga asoslangan Shoshilinch yordam ko‘rsatish umumiy algoritmi quyidagi ketma-ketlikda amalga oshiriladi:

Birlamchi ABCD baholash («S» qadamda – bemorni kardiomonitorga ulash)

Ikkilamchi ABCD baholash («S» qadamda – ritmni qayta baholash va bemorni gemodinamik stabilligini baholash, «D» qadamda defibrillyasiya, kardioversiya, antiaritmik dori vositalarini qo‘llash yoki infuziya o‘tkaziladi).

Anamnez va fizikal ko‘ruvga asoslangan holda sabablarini aniqlash.

Shoshilinch yordamga muhtoj aritmiyalar 3 guruhga bo‘linadi:

Letal aritmiyalar

Turg‘un va noturg‘un taxiaritmiyalar

Kardio-respirator belgilar bilan kechuvchi bradiaritmialar

Letal aritmiyalar

Bu ritm guruhlari klinik o‘lim bilan kechadi. Agar birlamchi ABCD baholashda verbal-taktil ta’sirga javob bo‘lmasa, apnoe aniqlansa, markaziy arteriyada puls aniqlanmasa, nafas yo‘llari o‘tkazuvchanligi tiklangandan so‘ng o‘pka sun’iy ventilyasiyasi, yurak bilvosita massaji boshlanadi va kardiomonitorga ulanadi.

Ritm aniqlangandan so‘ng qolgan reanimatsion chora-tadbirlar o‘tkazilinadi.

Klinik o‘limda kardiomonitorda quyidagi ritmlarni aniqlash mumkin:

- Qorinchalar fibrillyasiyasi
- Qorinchalar taxikardiyasi
- Elektromexanik dissotsiatsiya (EMD)
- Asistoliya

Qorinchalar fibrillyasiyasi

Qorinchalar fibrillyasiyasi bir-biriga o'xshamagan xaotik impulslar bilan xarakterlanuvchi ritm. YUrak qorinchalari miofibrillalari bir-biriga bog'liq bo'lmagan holda qisqaradi. Bunday holat yurak qisqarishini buzilishiga va qon aylanishining to'xtashiga olib keladi.

2.3. Kuyish jarohatlari olgan bolalarga tashkillashtirilgan yordam ko'rsatish masalalari

Jarrohlik amaliyotining xavotirli statistik ko'rsatkichiga ko'ra kuyishlarning umumiy soni orasida 30-35% dan ko'prog'i bolalarning ulushiga to'g'ri keladi, ulardan deyarli yarmi juda yosh - uch yoshgacha bo'lgan bolalarni tashkil qilishi achinarli holdir.

Bola qanchalik kichik bo'lsa, kuyish jarohati xavfi shunchalik katta bo'ladi. YUzaki kuyishlar, chuqur kuyishlar, qanday turdagisi bo'lmasin ular har doim bolalar hayotiga tahdid soladi va cheklangan chuqur kuyishlar ko'pincha yoshligidan nogironlikka olib keladi. CHuqur kuyish joylarida, ayniqsa barmoqlar va oyoqlarda yoki katta bo'g'inlar hududida harakatni cheklaydigan, qon ta'minotini buzadigan va bolaning normal rivojlanishiga to'sqinlik qiladigan qo'pol chandiqlar paydo bo'ladi. Ko'p sonli jarrohlik operatsiyalari yordamida ushbu og'ir oqibatlarni bartaraf etish har doim ham mumkin emas.

Ko'pincha yosh bolalar issiq suyuqlik - sut, choy, osh, suv bilan kuyish jarohatini oladilar. SHunday qilib, beparvolik tufayli ota-onalar hech bo'lmaganda teginish orqali suvni tatib ko'rmasdan, bolasini issiq hammomga cho'miltirishadi. Bolalarning terisi issiqlikka katta yoshlilar terisiga nisbatan sezgirroq ekanligini unutib, ularni vositalar bilan isitmoqchi bo'lganida kuyish hollari tez-tez uchraydi.

Ikki yoshidan boshlab bolalar juda harakatchan va qiziquvchan bo'lishadi. Ularni qozon yoki choynakdagi bug', yaltiroq elektr dazmol, issiq pechka, elektr rozetkasi va ochiq yalang'och simlar o'ziga jalb qiladi. Ular qo'llari bilan ularga tegninishadi, hamma narsaga o'zlari tegishni xohlashadi. Va natija ko'pincha achinarli: chuqur kuyishlar, ulardan esa turli chandiqli asratlar, deformatsiya uchraydi.

Kattaroq bolalar, ayniqsa maktab o'quvchilari, ochiq olovda kuyishdan aziyat chekishadi.

Pirotexnik, portlovchi aralashmalar, benzin, kerosin, dizel yoqilg'isi bilan olov yoqish yoki pechka yoqish deyarli har doim ofatga aylanadi.

Bolalar yong'in, issiq suyuqlik, kimyoviy moddalar, elektr toki xavfini qadrlay olmaydilar. Kattalar xavfli o'yinlarni to'xtatishga, muammolarning oldini olishga majburlidirlar.

Ammo bu xavotirli fakt e'tiborni tortadi: har qanday yoshdagi bolalarda kuyish ko'pincha dam olish kunlari, ota-onalar uyda bo'lganida sodir bo'ladi. Bu kattalar har doim ham hushyor bo'lmasligini va ularning beparvoligi va beparvoligi bolalarga juda qimmatga tushishini ko'rsatadi.

Agar bolalarda kuyish jarohatlari sodir bo'lgan bo'lsa va chandiqli o'zgarishlarga uchragan bo'lsa, o'zboshimchalik bilan davolash mumkin emas. Zararlangan teriga har qanday surtma surtish, uy sharoitida davolash vositalaridan foydalanish tavsiya etilmaydi.

Masalan, qo'l yoki oyoq yirik bo'g'imlari kuyish jarohati cheklangan hollarda, darhol qo'lni yoki oyoqni sovuq suvga bir necha daqiqaga qo'yish, so'ngra terini toza yumshoq mato bilan yumshoq qilib quritish, toza, steril quruq holda qo'llang. bog'lab qo'yish va bolani tibbiy muassasaga olib borish maqsadga muvofiqdir.

Aytish joizki, bolada kichkina kuyish ham shokka olib keladi, ba'zida o'limga olib keladi. Kuyish paytida, jabrlanuvchini pufakchalarga zarar bermaslik uchun uni olib tashlash o'rniga uni kesib tashlash zarur. Keyin bolani toza choyshabga o'rab, imkon qadar tezroq kasalxonaga olib boriladi. Bu juda zarur, chunki kuyish shoki faqat shifokor tomonidan tan olinadi va kasalxonada intensiv davolanishni talab qiladi.

Bolaning mikroblarga qarshi himoya mexanizmlari hali shakllanmaganligi sababli, uning tanasiga kuygan sirt orqali kirib kelgan infeksiya ko'pincha sepsisga (umumiy qon zaharlanishi) olib keladi. Ushbu dahshatli asoratning oldini olish va kerakli terapevtik choralarni o'z vaqtida faqat kasalxonada olib borish mumkin.

CHuqur kuyishlar hayotga yaroqsiz to'qimalarni o'z ichiga olgan boshqa etiologiyali yaralardan tubdan farq qilmaydi. Ular konservativ davo usuli bilan davolanmaydi, shuning uchun ular uchun o'lik to'qimalarni olib tashlash, terining chandiqli kuyishini operatsiyadan keyingi «normal» yaraga aylantirish va jarrohlik operatsiyasini tezda tiklash maqsadini ko'zlab, istiqbolli faol jarrohlik taktikalarini qo'llash maqsadga muvofiqdir. [13].

Zamonaviy tibbiyotning erishgan yutuqlariga qaramay, bolalarda termik kuyishni davolash dolzarb muammolardan biri bo'lib qolmoqda, bu esa ushbu turdagi shikastlanishning yuqori chastotasi bilan bog'liq va tez-tez sodir bo'ladigan falokatlar va boshqa favqulodda vaziyatlar bilan bog'liq.

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) ma'lumotlariga ko'ra aksariyat mamlakatlarda kuyishlar tinchlik davrida shikastlanishlar orasida uchinchi o'rinni egallaydi va o'lim va nogironlikning yuqori darajasi bilan ajralib turadigan barcha shikastlanishlarning 30% ni tashkil qiladi.

Termik shikastlanishlar bilan kasallanganlar orasida bolalar 13,8 dan 75,3% gacha. JSST va Birlashgan Millatlar Tashkilotining Bolalar jamg'armasi (YUNISEF) ma'lumotlariga ko'ra, bolalardagi termal travmadan o'lim, yo'l-transport hodisalari va suvga cho'kishdan keyin dunyodagi barcha shikast omillar orasida uchinchi o'rinda turadi.

Bir qator tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, so'nggi yigirma yil ichida har ikki qurbonning chuqur shikastlanishlari va kuyish jarohati oqibatlari ulushida o'sish kuzatilmoqda.

SHikastlanishning natijasi ko'p jihatdan kasalxonaga yotqizilgan davrdagi tibbiyot xodimlarining harakatlariga, statsionar davolanish kunida birinchi marta o'z vaqtida va sifatli tibbiy yordamga bog'liq.

SHikastlanish paytidan boshlab ixtisoslashgan tibbiy yordam ko'rsatilgunga qadar vaqt, ayniqsa keng va chuqur jarohatlar bilan, birinchi kuni etarli davolanishni ta'minlash kuyish kasalligining prognozida hal qiluvchi ahamiyatga ega.

Ta'sir qilingan terining maydoni va chuqurligi tashxis qo'yish, davolash rejasi va taktikasini shakllantirish, zarur infuzion va antibiotik terapiyasi miqdorini hisoblashda asosiy omil hisoblanadi, chunki organlar va tizimlarning asoratlari, ularni statistikasida xatolar paydo bo'lishi mumkin.

.Termik jarohat bilan og'rigan bemorlarni davolashga o'z vaqtida va oqilona yondashish asoratlarning rivojlanishini, shu jumladan immunitetning pasayishiga olib keladigan septik asoratlarni sezilarli darajada kamaytiradi.

Davolash muddati to'g'ridan-to'g'ri jarohatlarning o'z vaqtida faol jarrohlik yoki konservativ davolanishiga bog'liq. Faol jarrohlik taktika yiringli-septik asoratlarning oldini olishga, davolanish muddatini qisqartirishga, yaxshi kosmetik natijaga erishishga imkon beradi.

Terini kuyish jarohatlarini olgan bolalarni davolash natijalari va ularning oqibatlari nafaqat jarohatning og'irligi, balki anatomik va fiziologik xususiyatlari bilan ham belgilanadi: bola tanasining terining yaralarini davolash paytida kollageni ortiqcha sintez qilishga moyilligi, nomutanosib chandiqli va shikastlanmagan teri sohalarining o'sishi, bolalarning yirik bo'g'imlarida kontrakturalarning erta rivojlanishiga olib kelishi mumkin

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, kuyishlar bila turib shikastlanishlar natijasida o'limning 10 foizini tashkil qiladi. Har yili kuyish jarohati taxminan 300 ming kishini oladi va og'ir darajada kuygan odamlarda nogironlik xavfi katta [11].

Bosqichli davolash tamoyili kuyishdan jabrlanganlarga tibbiy yordam ko'rsatishni tashkil etish uchun asos bo'lib kelgan va shunday bo'lib qolmoqda. Kuyishdan jabrlanganlarga davolanish bosqichlarida Shoshilinch va ixtisoslashtirilgan yordam ko'rsatishning uzluksizligini ta'minlash, kuygan jabrlanganlarni davolash tizimini yaratish, shu jumladan nafaqat jarrohlik, balki rehabilitatsiya muolajalari, maqbul foydalanish tibbiyot tashkilotlarining moddiy-texnik va kadrlar resurslari, ularning nashrlarida ko'plab mintaqalar mualliflari tomonidan ko'rsatilgan [9, 14, 17].

Gospitalgacha bo'lgan davrda issiqlik shikastlanishidan jabrlanganlarga birinchi yordam ko'rsatish sifati kuyish va shu bilan bog'liq asoratlarni davolashning qulay natijasi va davolash uchun muhim omil hisoblanadi [2].

Birinchi tibbiy yordam tez yordam yoki poliklinika shifokorlari tomonidan ko'rsatiladi.

Bunga og'riq qoldiruvchi vositalarni kiritish, yuzaki va chuqur kuyish joylarini aniqlash, steril bog'lam bilan (V) 0,5 jarohatni yopish, kerakli hajmni hisoblash va infuzion terapiyani boshlash, kasalxonaga yotqizish to'g'risida qaror qabul qilish, o'z vaqtida va etarli darajada shokka qarshi kurashish kiradi. agar kerak bo'lsa terapiya va tibbiy evakuatsiya bosqichini minimallashtiriladi. [18].

Kasallikning natijasi kasalxonaga qadar tibbiy yordamni tashkil etish darajasiga, statsionar davolanishning birinchi kunida va ixtisoslashtirilgan kasalxonaga yotqizish vaqtiga bog'liq [17].

Termik travmatizmga uchragan jabrlanganlarga o'z vaqtida bosqichma-bosqich tibbiy yordam ko'rsatish, aksariyat sog'liqni saqlash muassasalarining moddiy bazasi cheklanganligi va joylarda malakali kadrlar etishmasligi bilan bog'liq.

Bolalarda yirik bo'g'imlar kuyishini chandiqli asoratlarini davolashda zamonaviy yondashuvlar ko'plab jarrohlik aralashuvlarni, zamonaviy kiyinish materiallari va zamonaviy uskunalardan foydalanishni o'z ichiga olganligi sababli samaradorligi ortmoqda[22].

Malakali yordam ko'rsatish bosqichida (Markaziy tuman kasalxonasining jarrohlik yoki travmatologik kasalxonalarida) bemorlarni olib borish taktikasi mutaxassislarning tor kasbiy tayyorgarligi va bolaning kompensatsion mexanizmlariga ta'sir ko'rsatadigan barcha terapevtik tadbirlarni o'tkazish imkoniyatiga bog'liq. [15]. Ushbu holatlar bolalarni kuyish markazlari yoki bo'limlaridagi ixtisoslashtirilgan yotoqlarga erta etkazib berishni taqozo etadi.

Kuygan yaralarni davolashning dastlabki kunlaridan boshlab rehabilitatsiya davosi bola tanasining teri yaralarini davolash paytida kollagenning ortiqcha sinteziga moyilligi tufayli boshlanadi [11]. CHandiqlik o'zgargan va normal teri joylari

o'sishidagi nomutanosiblik chandiqlarni doimiy nazoratini va vositalar va usullarning optimal kombinatsiyasi bilan davolanishni talab qiladi [16]. Konservativ (dori-darmon, fizioterapiya, mashqlar bilan davolash, kompressiya kiyimi) yoki jarrohlik (rekonstruktiv plastik jarrohlik) davolashni o'tkazishda statsionar va ambulatoriya bosqichlarida davomiylik muhim ahamiyatga ega [2,9].

2.4 Bolalardagi termik shikastlanishining xususiyatlari

Termal shikastlanish hayotga tahdidi, somatik zararining og'irligi, davolash jarayonining murakkabligi va og'rig'i jihatidan eng stressli hisoblanadi [8]. Bolalardagi kuyishlarni davolash va ularning oqibatlari bolalar jarrohligi va bolalar ortopediyasida dolzarb bo'lib qolmoqda [3].

Ko'plab mualliflarning fikriga ko'ra, kuyish jarohatlari bilan kasallanish darajasining pasayishi tendensiyasining dunyo miqyosida yo'qligi, ota-onalar o'rtasida sog'liqni saqlash bo'yicha ma'lumot va umumiy madaniyatning etishmasligi, bolalardagi kuyishni ijtimoiy muammo sifatida ko'rib chiqishga imkon beradi [24].

JSST va Birlashgan Millatlar Tashkilotining Bolalar jamg'armasi (YUNISEF) ma'lumotlariga ko'ra, bolalardagi termik shikastlanishidan o'lim dunyoda yo'l-transport hodisalari va suvga cho'kishdan keyin uchinchi o'rinda turadi [10,17]. Ayni paytda kasalxonalarda kuygan bolalar orasida o'lim taxminan 1,2% - 10% ni tashkil etadi [4, 20].

Mahalliy va xorijiy mualliflarning tadqiqotlari epidemiologik tadqiqotlar natijalari kuyishning oldini olishning ilmiy asoslangan usullari zarurligini tasdiqlaydi, bu esa bolalarda kuyish shikastlanishini kamaytirishga imkon borligiga umidni uyg'otadi [9]. Bolalarda termik shikastlanishining epidemiologiyasini o'rganish bolalarning shikastlanish turini, davolash va profilaktika choralarini hisobga olgan holda, bolalarning shikastlanishini kamaytirishga qaratilgan samarali rejalashtirish uchun zarurdir.

Kuyish jarohatlarini davolash aholiga tibbiy yordam ko'rsatishning eng qiyin va qimmat bo'limlaridan biridir [1]. Kuyish bilan og'riqan bemorlarni eng samarali davolash, malakali mutaxassislar, davolanish uchun baza va tegishli mablag' bilan ixtisoslashtirilgan bo'limlarda amalga oshiriladi. Dunyo miqyosida kuyish qurbonlari uchun ixtisoslashtirilgan yordam 78% kuyish markazlari va bo'limlarida ko'rsatiladi, ulardan 8% tasi bolalarga tegishli. Barcha travmatik shikastlanishlarning faqat 23% kombustiologiyada, 77% esa jarrohlik va travma bo'limlarida yordam olishadi [4]. Alekseev AA (2005) ma'lumotlariga ko'ra, kuygan bemorlarni ixtisoslashtirilgan bo'lmagan bo'limlarda davolashda xatolar, masalan: jabrlanuvchining ahvoli og'irligini kam baholash, shokning o'z vaqtida tashxisi qo'yilmaganligi, nafas olish tizimining etishmasligi, regidratatsiya terapiyasining kech boshlanishi va vakolatli antibiotikli terapiya, kechiktirilgan jarrohlik davolash asoratlarni rivojlanishiga olib keladi, davolashning tez va uzoq muddatli natijalariga salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Bir qator mualliflarning fikriga ko'ra [3], kuyish qurbonlarining 70 foizga yaqini cheklangan va yuzaki kuyishlar oladi, ularni davolash ambulatoriya sharoitida amalga oshiriladi. Bolalardagi kuyish jarohati bir qator xususiyatlarga ega: kuyish shokini tana yuzasining 5% chuqur kuyish maydoni bilan rivojlanishi; qon yo'qotish uchun yuqori sezuvchanlik; mahalliy yallig'lanish jarayoni bola uchun har tomonlama yuklama berish xavfi; kuygan yarani davolash jarayonida qo'pol chandiqlar; kuyishdan keyin progressiv deformatsiyalar va hokzo. Kattalarnikidan farqli o'laroq, bolalarda, hatto bo'yin, yuz, qo'l, oyoq cheklangan sohalarning kuyishi ham nafaqat jiddiy kosmetik nuqsonlar, balki muhim funksional buzilishlar ham yuzaga keltiradi, shuning uchun bolalarni statsionar davolanish ko'rsatkichlari kengaytiriladi [6].

Kuyish yaralarini davolashda zamonaviy texnologiyalardan foydalangan holda, kengroq va chuqurroq shikastlangan bemorlar omon qolishni boshladilar, bu esa kuyish jarohatining murakkab va og'ir oqibatlarini sonining keskin kamayishiga olib keldi [7].

Bir qator mualliflarning fikriga ko'ra, kuygan bolalarning 40% dan ortig'i keyinchalik rekonstruktiv operatsiyalarga muhtojdirlar [7].

Bu haqiqat bolalardagi kuyish jarohatini o'z vaqtida va sifatli davolash, shuningdek reabilitatsiya davolashning faol kursi muammosiga alohida dolzarblik beradi.

Bola tanasi kuyish jarohati va uning oqibatlariga sezilarli ta'sir ko'rsatadigan bir qator anatomik va fiziologik xususiyatlar bilan ajralib turadi [4]. Qon massasi va hajmiga nisbatan ularning tana yuzasi kattalarnikidan kattaroqdir; metabolik jarayonlarning yuqori intensivligi va kislorod iste'moli, gipoksiyaga yuqori sezuvchanlik; interstitsial bo'shliqning suyuqlik zahiralarini kichik, bu tezda gipovolemiya rivojlanishiga olib keladi; termoregulyasiyaning nomukammalligi (gipertermik reaksiyalar va gipotermiya tendensiyasi); miya yarim sharlari po'stog'ining simpatoadrenal va immunitet tizimlarining kam rivojlanganligi, ingibitsiya jarayonlarining etarli darajada rivojlanmaganligi bilan umumiy va giperergik reaksiyalarga moyilligini tartibga solish, nafas olish, sekretiya, teginish, shuningdek, immunitet tizimining periferik qismlarigacha ta'sir qiladi [5]. Terining termik shikastlanishi ikkilamchi immunitet tanqisligi prinsipiga ko'ra tanadagi immunitet tizimining gumoral va uyali tarkibiy qismlarida ko'plab nuqsonlarni keltirib chiqaradi [6].

Organ sifatida terining termik shikastlanishida shikastlanish immunitet tizimidagi buzilishlarni keltirib chiqaradi, bu asosan limfoid to'qimalarining tuzilishi va hujayralardagi immun javoblarning buzilishi bilan bog'liq bo'lib, ularning asosiy ishtirokchisi limfotsit hisoblanadi [5.6].

Bolalardagi funksional xususiyatlar neytral yoki ozgina ishqorli muhit-teri bo'lib, bu patogen mikrofloraning omon qolishiga, terining nafas olish funksiyasining aniq bo'lishiga yordam beradi, chunki bu qatlam korneumining ingichka bo'lishi va poydevor membranasining zaif rivojlanishiga olib keladi. terining himoya funksiyasining pasayishi va past mahalliy immunitet [19]. Tashqi teri nafaqat passiv himoya organi, balki immunokompetent organ sifatida ham qabul qilinadi S.I.Vozdvijenskiyning fikriga ko'ra, hujayra, gumoral immunitet va o'ziga xos bo'lmagan qarshilik ko'rsatkichlari kuyish kasalligining og'irligini, davolash

samaradorligini baholash va og'ir termik shikastlangan bolalarda yiringli-septik asoratlarning rivojlanishini taxmin qilish imkonini beradi [2,24]. Turli xil atrof-muhit omillari, shu jumladan kuyishlarning ta'siri, immun tizimining to'liq shakllanmaganligi holatida immunitetga aniqroq ta'sir ko'rsatadi [7, 10].

Nazarova IP (2007) kuyish jarohatlaridan keyingi dastlabki davrda immunitetning pasayishi organizmning stressga moslashuvchan reaksiyasi deb hisoblaydi, ammo uning holati keyinchalik to'qimalarni yo'q qilish maydoni va chuqurligiga, floraning patogenligi va bemorning konstitutsiyaviy xususiyatlariga bog'liq.

SHu bilan birga, biz adabiy manbalarda limfoid to'qima o'zgarishi davomiyligining kuyishdan keyingi chandiqli o'zgarishlarning shakllanishiga ta'siri haqida ma'lumot topmadik. Davolash taktikasini, etarlicha infuzion va antibakterial terapiyani samaradorligini belgilaydigan muhim nuqta - bu termik jarohatlangan yirik bo'g'imlarning kuyish jarohatlari sohasini diagnostikasini aniqligiga va ertaligiga bog'liq [2,14]. Kuyish maydonini aniqlashdagi xatolar, turli manbalarga ko'ra, to'rtidan birida uchraydi [4, 22] va jiddiy oqibatlariga olib keladi.

Kuygan yaralar maydoni terining butun yuzasiga nisbatan foiz sifatida o'lchanadi. Kattalardagi kuyishlar maydonini aniqlash uchun «to'qqizlar qoidasi» qo'llaniladi (AV Uolles, 1951 y.). Kuyish joyini tezda hisoblash uchun «kaft qoidasi» qo'llaniladi (2 ga qadar, chunki qo'lning kaft yuzasi maydoni jabrlanganning tana yuzasining (JTYU) umumiy maydonining taxminan 1% ni tashkil qiladi.

Bolalarda «to'qqizlar qoidasi» qo'llanilmaydi, chunki ular o'sishda o'zgarib turadigan turli xil nisbatlarga ega. Bolalardagi kaft bo'g'imi maydonining 1% dan ko'prog'ini tashkil qiladi; Kuyishning umumiy maydonini hisoblashda ushbu xususiyatlarni hisobga olmaslik holatning og'irligini baholashga olib keladi.

Anatomik va fiziologik xususiyatlarni hisobga olgan holda 1944 yilda Lund va Bgovderlar tomonidan ishlab chiqilgan diagrammada bolalarda kuyish maydonini aniqlash uchun foydalaniladi [20]. Bu odamning ikkita proeksiyasini (old va orqa)

ifodalaydi, unda zararlangan joylar belgilanadi va maxsus jadval yordamida kuyishning umumiy maydoni hisoblab chiqiladi.

Bir qator ilmiy tadqiqotlar jarohatni davolashning barcha bosqichlarining yakuniy funksional va kosmetik natijalarga ta'siri chandiq to'qimalarining sifatini yara jarayonining xususiyatlariga bog'liqligini tasdiqladi.

Kuyish yaralarini zamonaviy texnologiyalar yordamida yara jarayoni jarayonining bosqichi va xususiyatlariga qarab lokal konservativ davo, reparativ regeneratsiya uchun maqbul shart-sharoitlarni yaratishga qaratilgan.

Kuygan yaralarni davolash natijalariga infeksiyaning ta'siri shubha ostiga olinmaydi, chunki bu yo'qolgan terini o'z vaqtida operativ tiklashga imkon bermaydi va jarrohlik davolash natijalarini yomonlashtiradi. Kuyish jarohatlarining har qanday chuqurligida jarohat infeksiyasini boshqarish muhim ahamiyatga ega. SHikastlanish chuqurligi va maydonini ishonchli tashxislash davolash taktikasini va yaralarni mahalliy davolash usullarini tanlashni belgilaydi. CHuqur kuyish jarohatlari bilan jarrohlik usuli eng maqbuldir.

III BOB. BOLALARDA EKZOGEN VA ENDOGEN OMILLAR TA'SIRI NATIJASIDA KELIB CHIQADIGAN SHOSHILINCH HOLATLAR

3.1. Cho'kish natijasida yuzaga kelgan Shoshilinch holatlarda yordam ko'rsatish tamoyillari

Atrof muhit omillari ta'siri natijasida kelib chiqadigan Shoshilinch holatlarga tashqi muhitning yuqori va sovuq harorati tasiri, shuningdek suvdagi baxtsiz hodisalar (cho'kish) kiradi. Kasallik belgilarini to'g'ri aniqlash va bemorlarni to'g'ri yo'naltira olish - atrof muhit tasiri ostida paydo bo'ladigan Shoshilinch holatlarni davolashda samarali yordam beradi.

CHO'kish. Odamning suvga yoki boshqa suyuqlikga g'ark bo'lishi hayot uchun muhim bo'lgan tizimlarning (M.A.T. nafas olish va qon aylanish tizimlari) o'tkir shikastlanishiga olib keladi. CHO'kishga olib keluvchi omillarga suzishni bilmaslik, alkogol va narkotiklar istemol qilish (baroshikastlanish- chuqurlika sho'ng'ish moslamasi yordamida cho'milish), bo'yin va boshning shikastlanishi, hushdan ketish, tutqanoq, o'zidan ketish, yurak faoliyatining buzilishi kiradi. CHO'kish hamma yoshdagilarda ham uchraydi, lekin bolalar va o'smir yoshdagilarda ko'proq kuzatiladi. *CHO'kish quyidagi holatlarda yuzaga keladi:* Dengiz va daryo kemalari halokati, havo kemalarining suvga qulashi, tabiiy ofatlar, suv sporti bilan shug'ullanish vaqtida, ochiq suvga tasodifan tushib ketish, suv havzalarida cho'milish natijasida. Suvga cho'kish sabablari orasida alohida o'rinni emotsional omil ya'ni, o'z-o'ziga ishonchsizlik, qo'rquv hissi egallaydi. Yana bir muhim omillardan biri suvning past haroratidir. Suvning past harorati teri va o'pka qon tomirlari spazmlarini chaqirib, yurak va nafas olish tizimi faoliyatining o'tkir buzilishiga olib keladi. Suvga qulash yoki bexosdan tushib ketish oqibatida sog'lom odamda kollaps yoi sovuq shok paydo bo'ladi va bu tananing suv ostiga cho'kishiga, bazan o'limga sabab bo'ladi. Bu holat faqat sovuq suvda emas balki iliq, yani (22-25) haroratli suvda ham, tananing quyoshda qizishi, jismoniy zo'riqishidan so'ng suvga tushish oqibatida ham sodir bo'lishi mumkin. Burun shilliq qavatining orqa bo'limlari suv bilan tasirlanganda

(nazokardial refleks, laringokardial refleks) eshitish nervi bilan bog‘liq holatlarda tezkor cho‘kish va o‘lim yuzaga keladi.

Suvning tez oqishi, to‘fonlar, turli suzish vositalari bilan to‘qnashuvlar ham cho‘kishning omillari hisoblanadi.

CHO‘KISH TURLARI.

1. Sinkopal cho‘kish –yurakning reflektor to‘xtashi

2. Asfiksik yoki to‘liq bo‘lmagan /quruq/ cho‘kish, bunda dastlab reflektor laringospazm, gipoksiya, giperkapniya va qorinchalarning fibrilyasiyasi yoki yurakning reflektor to‘xtashi /sinkopal cho‘kish/ kuzatiladi

3. To‘liq yoki chin /ho‘l/ cho‘kish, o‘pkaga suv tushishi oqibatida yuzaga keladi.

CHO‘KISH OQIBATIGA TA‘SIR QILUVCHI OMILLAR;

1. Ichimlik suviga cho‘kganda, gipotonik suv surfaktantni yuvadi va qon tomirlarga tez so‘riladi, mikroatelektazlar chaqiradi, o‘pkaning shishi, plazma osmolyarligini kamaytiradi, gemoliz, giperkapniya, yurak qorinchalari fibrilyasiyasiga olib keladi.

2. Dengiz suvida cho‘kkanda gipertonik suv alveola epiteliyalarini shikastlab alveoladagi plazma hajmini oshiradi va natijada o‘pka shishini keltirib chiqaradi. Qon tomirlarda plazma hajmi kamayib, giperkalsiemiya, gipermagnemiya (suvdan so‘riladi) va yurak to‘xtashi kelib chiqadi.

3. Sovuq suv krioshok keltirib chiqaradi, lekin shu bilan birgalikda miyaning kislorodga bo‘lgan ehtiyojini kamaytiradi. Bu esa o‘pka- yurak reanimatsiyasi vaqtini uzaytirishiga yordam berishi mumkin.

4. Suvning iflosligi, suv o‘tlarining mavjudligi nafas yo‘llari obstruksiyasini keltirib chiqaradi.

5. Suvning kimyoviy moddalar bilan ifloslanishi o‘tkir zaharlanishni keltirib chiqaradi.

6. Bir yoshgacha bo‘lgan bolalarning cho‘kishida ularda rudimental refleksning, yani sho‘ng‘uvchining muhofaza refleksining mavjudligi bilan kattalardan farq qiladi. Ulardagi bu xususiyat cho‘kish holatidagi uzoq asfiksiyani va o‘pka-yurak

reanimatsiyasi vaqtini uzaytirishni ta'minlaydi. 7. Suvga sho'ng'ish oqibatida bosh va umurtqalarning qattiq jismga urilishi natijasida ularning shikastlanishi kelib chiqishi mumkin.

CHO'kish holatida bemor darhol sovuq muhitdan chiqarilib keyingi suv yo'qotishining oldi olinadi. Buning uchun bemordagi ho'l kiyimlar darhol echilib, bemor issiq o'raladi. SHuningdek qon aylanishiga to'sqinlik qiluvchi buyumlar echib qo'yilishi lozim. *Davolash* jonlantirish chora tadbirlaridan boshlanadi. Buning uchun birinchi galda nafas olish yo'llari o'tkazuvchanligi tiklanadi va ushlab turiladi. 100% kislorod bilan o'pka ventilyasiya amalga oshiriladi. Vena ichiga fiziologik eritma yoki Ringer eritmasi yuboriladi.

1. Agar bemor hushidan ketmagan bo'lsa, ho'l kiyimlari echilib badani spirt bilan ishqalanadi va issiq suyuqlik ichiriladi. Bemor issiq o'ralib agar qo'zg'aluvchanlik kuzatilsa sedatatsiya qilinadi.

2. Bemor hushida bo'lmasa nafas olishi baholanadi.

3. Agar nafas olishda buzilishlar bo'lmasa (bradipnoe, retraksiya)

-sinkopal cho'kish aniqlanadi.

-bo'yin umurtqalari shikastlanmaganligiga ishonch hosil qilish kerak.

-bemor yuzi bilan pastga qarab yotqiziladi.

-ikki ko'rak o'rtasiga urib suvdan xolos etiladi.

-chalqancha yotqizilib, bosh yon tomonga o'giriladi.

-og'iz bo'shlig'i tozalanadi.

-oyoqlar 20° ko'tariladi.

-iloji boricha dekompressiya o'tkaziladi.

-iloji bo'lsa, 100% kislorod bilan ingalyasiya qilinadi.

-ho'l kiyimlar echiladi, badani spirt bilan ishqalanadi.

-buyin umurtqalari shikastlanish belgilari bo'lsa, bo'yin va bosh fiksatsiya qilinadi. Bosh tanaga sinxron buriladi.

4. Agar nafas olishda o'zgarishlar bo'lsa, (bradipnoe, retraksiya) qon aylanishi baholanadi.

Agar periferik arteriyada puls bo'lsa:

->«quruq» cho'kish tashhisi qo'yiladi.

-bo'yin shikastlangan yoki shikastlanmaganligiga ishonch hosil qilish kerak.

-yuqoridagi usul bilan suv nafas yo'llaridan chiqariladi.

-og'iz xalqum bo'shlig'i tozalanadi.

-Labord usulidan foydalaniladi.

-agar 30 sekund ichida natija bo'lmasa. O'pka –yurak reanimatsiyasi qilinadi.

-kislород ingalyasiyasi beriladi.

5 Agar periferik arteriyada puls sezilmasa, xaqiqiy cho'kish tashhisi qo'yiladi.

-15 sekund ichida boshni pastga, bo'yinni yon tomonga qaratgan holatda ko'krak qafasi ikki yon tomondan siqilib nafas yo'llaridan suv chiqarilib tashlanadi.

-o'pka -yurak reanimatsiyasini boshlash kerak.

-iloji bo'lsa, elektrodefibrilyasiya qilinadi.

-iloji bo'lsa, oshqozon dekompressiyasi va kislород ingalyasiyasi o'tkaziladi.

3.2. Gipertermiya va gipotermiyada Shoshilinch yordam ko'rsatish usullari

O'ta qizib ketish - bu organizmning tashqi muhitning yuqori haroratiga nisbatan, gomeostazni bir me'yorda ushlab turish qobiliyati bo'lmasligi bilan bog'liq holatdir.

Organizmدا issiqlik ushlanib qolinishi issiq havoda bolani qalin o'rab qo'yish va quyosh nurlarining to'g'ridan to'g'ri ta'siri natijasida issiqlik ajralishini boshqaruvchi fiziologik mexanizmlarning maksimal darajada zo'rayish hisobiga kelib chiqadi.

O'ta qizib ketish sabablariga quyosh nurlarining to'g'ridan to'g'ri ta'siri, tashqi muhit haroratining va namlikning oshib ketishi, bolani issiq paytda qalin o'rash va har hil kasalliklarni kiritish mumkin. Issiqlik spazmlari odatda elektrolitlarni o'tkir yo'qotish va gipotonik suyuqliklarni qabul qilish natijasida kelib chiqadi. Bu ko'proq oyoq ish faoliyatida ishtirok etuvchi katta mushaklarida kuzatiladi. Ko'ruv paytida teri qoplamlari nam va sovuq, tana harorati me'yorda, umumiy simptomlar deyarli yo'q bo'ladi.

Shoshilinch yordam: tinchlik, sovutish, tuzli eritmalarni qabul qilish. Tuzli eritmalarni vena ichiga yuborish kamdan- kam holatlarda tavsiya qilinadi.

Issiq olishi odatda natriy va suvni birgalikda yuqotish bilan bog'liqdir. Bu og'riq, ko'ngil aynish, qusish, taxikardiya, arterial gipotoniya, qo'zg'aluvchanlik va tutqanoqlar bilan namoyon bo'ladi. Badani nam ter bilan qoplangan, tana harorati me'yor yoki sezilarsiz darajada ko'tarilgan bo'ladi. Bir yoshgacha bolalarda ter bezlari kamligi hisobiga bu davr kuzatilmaydi.

Davosi: salqin sharoitda tinchlik yaratish, elpish yordamida issiqlik ajralishini kuchaytirish va tuzli eritmalar yordamida yo'qotilgan suyuqlik o'rnini to'ldirishdan iborat. Qusish va gemodinamika buzilishlarida vena ichiga tomchilatib fiziologik eritmalarni yuborish tavsiya etiladi.

Issiqlikdan toliqish- bu suyuqliklarning ter orqali ko'p chiqib ketishida uchrab, bunda aylanuvchi qon hajmi keskin kamayib ketishi hisobiga tomirlar kengayib ketishi va miya perfuziyasi pasayib ketishi kuzatiladi. Bu bosqich nam va issiq sharoitda ishlovchi kishilarda, qariyalarda (chanqash kamligi hisobiga) va qon bosimi yuqori bemorlarda uchraydi. Bu bosqich uchun bosh og'rishi, bosh aylanishi, holsizlik, ko'ngil aynash, muvozanat buzilishlari, hushdan ketish, ko'p terlash, rangparlik, taxikardiya, gipotenziya, taxipnoe va o'zgarmagan tana harorati xosdir.

Shoshilinch yordam ko'rsatish paytida bemorlar salqin joyga o'tkaziladi va jismoniy faollik chegaralanadi. Bemorlar chalqanchasiga oyog'i yuqoriga ko'tarilgan holatda yotqizilib sovuq suv shimdirilgan mato bilan badani artiladi. Ko'roq suyuqlik ichishi so'ralib, agar bemorda ko'ngil aynashi bo'lsa, tomir ichiga suyuqliklar yuboriladi. Bemorda es hushi buzilishi kuzatilsa glyukoza miqdorini tekshirish lozim. Agar hushini yo'qotish yoki yurakning qo'shimcha kasalliklari mavjud bo'lsa, bemorlar Shifoxonaga olib boriladi. Iloji boricha kislorod ingyalyasiyasini va kardiomonitorni yo'lga qo'yish lozim.

Issiq urishi – bu hayot uchun xavf tug'diruvchi holat bo'lib, bunda yuqori harorat va havoning namligini oshganligi hisobiga issiqlik ajralishi buziladi. Tana haroratining oshib ketishi natajasida gipotalamus zararlanib issiqlikni boshqarish

mexanizmi buziladi. Bunda issiqlikning tanada ushlanib turishi 40, 6 S dan oshib ketadi. Issiq urishdan o‘lish holati 21-50% ni tashkil etadi. Issiq urishda sut kislotasi to‘planib qolishi hisobiga metabolik atsidoz va hujayradan kaliy tuzlarining chiqishi hisobiga giperkalemiya holati kuzatiladi. Bu narsa buyrak etishmovchiligi bilan birgalikda yurak aritmiyalarini ham chaqirishi mumkin. Issiq urishning ikkita tipi farqlanadi:

Jismoniy zo‘riqish hisobiga yuzaga keluvchi issiq urishi: - issiq sharoitda ishlaydigan sog‘lom yoshlarda

- bunda issiqlik to‘planishi chiqarishiga nisbatan tez bo‘ladi
- gipotalamus zararlanish kuzatiladi
- ko‘p terlash kuzatiladi.

Klassik issiq urish: -qariyalarda, spirtli ichimliklarni ko‘p ichuvchilarda, semizva yurak kasalliklari mavjud kishilarda kuzatilib, bunda issiq organizmda sekin bir necha kun mobaynida yig‘iladi va teri quruq bo‘lib ter ajralishi bo‘lmaydi. Agar issiq sharoitda ishlovchi odamda hush yo‘qotilishi kuzatilsa birinchi navbatda issiq urishni taxmin qilish zarur. Yana shuni nazarda tutish lozimki ter ajralishining yo‘qligi har doim ham issiq urishdan darak beravermaydi.

Gipotermiya

Gipotermiya deb – tana haroratini 35 0 S dan pastga tushib ketishiga aytiladi. Bolalarda gipotermiyani asosiy sababi cho‘kish hisoblanadi. Gipotermiya tanani sovushi va qon tomirlarni torayishi natijasida katexolaminlarni qonga ko‘plab chiqishi, yurak qisqarishlar sonini ortishi, nafasni zo‘riqishi, qon bosimni ortishi, qaltirashdan to glyukoza zaxirasini sarflanib bo‘lishigacha olib keladigan holat hisoblanadi. Tana harorati 320 S pastga tushishida qaltirash to‘xtaydi, sababi faol glyukoza zaxirasi sarflanib bo‘lganligi uchun bemor hushsizlanadi va tana sovuydi. Bu holatda yurak qisqarishlari, nafas olish soni kamayadi va qon bosimi tushadi. Tana harorati 28 0 S dan pastga tushib ketsa qorinchalar xilpirashi yuzaga kelib yurak faoliyatining to‘xtashiga olib keladi.

Shoshilinch yordam ko'rsatish asosan to'g'ri ichak harorati natijalariga qarab amalga oshiriladi.

- Nisbiy gipotermiya - 34 - 36oC
- O'rta gipotermiya - 30-34oC
- Og'ir gipotermiya - <30oC

Shoshilinch yordam:

1. AVS- yordam
2. Xo'l kiyim-boshlarni echish
3. Bemorni harorat yo'qotishdan saqlash va shamoldan himoya qilish
4. CHalqancha yotqizish
5. Aktiv va tez harakat qilishdan qochish
6. Tana haroratini nazorat qilish
7. Bo'yin, ko'krak sohasiga, bosh va chov sohasiga issiqlik manbaini qo'yish
8. Nazorat qilish qiyin bo'lgan qaltirashdan keyin iliq suyuqliklarni ichirish
9. Spirtli ichimliklar, kofe bermaslik yoki chekishni taqiqlash kerak. Engil yoki o'rta og'irlikdagi holatlarda ham yuqorida ko'rsatilgan extiyotkorlik tadbirlarga amal qilish
10. Namlangan va iliq kislorod berishni yo'lga qo'yish
11. Tomirga quyiladigan suyuqliklarni 430 s gacha isitilgan holda bemor tana haroratini har soatda 1 gradusga ko'targan holda infuzion davoni amalga oshirish.
12. Isitilgan va namlangan kislorodni ingalatsiya qilish (tana haroratini 1 soatda 1 gradusga oshirib borish).
13. Dori vositalari metabolizmni susaytirishini hisobga olib bemorga yuborish tavsiya etilmaydi.
14. YUrak to'xtab qolishi kuzatilsa reanimatsion tadbirni quyidagi ko'rinishlarni hisobga olib bajarish zarur:
 - < 30° C – faqat defibrilatsiyani ketma-ket 3 ta zaryadini qo'llash va dori vositalarini bemorga yubormaslik

□ $> 30^{\circ} \text{C}$ – defibrilatsiya razryadq talab etilgan holda harorat ko‘tarilishiga qarab qaytarilib boriladi va dori vositalari tanaga yuborilishi intervaliga etibor beriladi.

□ Bemorda to‘g‘ri ichakda tana harorati 23.0 dan yuqori ekan reanimatsiya tadbirlari to‘xtatilmaydi, chunki miya to‘qimasini kislorodga bo‘lgan talabi sust bo‘lishi va u uzoq vaqt saqlanishi mumkin.

Mahalliy tanani shikastlovchi sovuq ta’siri

Sovuq ta’sirida mahalliy tanani shikastlovchi quyidagi turlari farq qilinadi:

- Sovuq qotishni muzlashsiz ko‘rinishi
- SHamol ta’sirida
- Transheya tavoni
- Sovuq qotishni muzlash bilan kechishida
- Junjukish
- Muzlash

SHamol ta’sirida sovuq qotish surunkali namligi past harorat ta’siri natijasida rivojlanadi. Bunda quyidagi ko‘rinishlar kuzatiladi:

- Tanani ochiq sohalaridagi yallig‘lanish, shikastlangan sohadagi og‘riqli holat yoki yurakdan uzoqda joylashgan sohalar kaft, quloq, boldir sohasi, tovondagi og‘riqlar.

- Qichish, achishish, teri sezuvchanligini pasayishi

Bu shikastlanishlar qaytalanish holatiga ega bo‘lib, sovuq ta’sir qilishi natijasida qayta rivojlanadi.

Shoshilinch tibbiy yordam – iliq suvda isitish yoki shikastlangan sohani isitilgan bog‘lam bilan bog‘lash, agar shikastlangan soha oyoq bo‘lsa, uni ko‘tarib qo‘yish.

IV BOB. BOLALARDA XULQ ATVOR SHOSHILINCH HOLATLARI

4.1. Xulq atvor shoshilinch holatlari

Tez tibbiy yordam amaliyotida bemorning xulq atvorini buzilishi ko'p uchraydigan holatdir. Biroq uning sababi ruhiy kasallik bo'lmasdan, somatik va travmatik holat bilan bog'liq bo'lishi mumkin. SHuning uchun xulq atvorning buzilishi Shoshilinch yordam ko'rsatishda ustun jihat bo'lib xizmat qila olmaydi. Ammo ba'zi holatlarda xulq atvor buzilishi tibbiyot xodimiga, bemor yaqinlariga, guvohlarga va bemor o'ziga zarar etkazishi, umumiy holatni baholashga halaqit berishi mumkin. Tez yordam ko'rsatish tarkibida shu sabab maxsus brigada faoliyat olib boradi va ularni navbatdagi chaqiruvga chiqqan tibbiy xodim zarurat bo'lsa, yordamga chaqiradi. Ularning asosiy vazifasi bemorni ruhiy kasalliklar Shifoxonasiga hospitalizatsiya qilish ko'rsatmasini aniqlash, bemorni fiksatsiya qilish, neyroleptiklar qo'llash va transportirovkani amalga oshirishdan iborat.

Demak tibbiy tez yordam xodimi oldida xulq atvor buzilishiga shubha bo'lganda quyidagi uchta savol turadi:

1. O'zining, o'z komandasining, atrofdagilarning va bemorning xafsizligini ta'minlash
2. Maxsus statsionarga joylashtirishga ko'rsatmani aniqlash.
3. Bemorni maxsus bog'ichlar yordamida fiksatsiya qilishga ko'rsatmalarni aniqlash

Xulq atvor Shoshilinch holatlari shunday holatki bunda xulq atvor o'ta g'alati, g'ayri- oddiy va atrofdagilar uchun xavfli bo'lib o'zgaradi va quyidagi belgilar bilan xarakterlanadi:

- Bemorni va atrofdagilarni bezovta qiladi
- Tibbiy tez yordam yoki psixiatrik xizmat aralashuvini talab qiladi.
- Hayot uchun muhim a'zolar faoliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatadi
- Bemor va atrofdagilar uchun xavfni tug'diradi
- Ijtimoiy me'yordan tubdan farq qiladi

Quyidagi holatlarni inkor qilmasdan turib, ruhiy kasallikni tasdiqlab bo'lmaydi:

- Gipoglikemiya
- Gipoksiya
- Noadekvat miya perfuziyasi
- Bosh miya jarohati
- Narkotik va alkogol
- O‘ta qizib ketish va sovib ketish
- Markaziy asab tizimi infeksiyasi

YUqorida ko‘rsatilgan belgilarni inkor qilish uchun jismoniy sababni ko‘rsatuvchi kalit belgilar ishlatiladi

- To‘satdan boshlanish
- Ko‘ruv galyusinatsiyasi
- Xotirani buzilishi yoki yo‘qolishi
- Qorachiqning anomal o‘lchami, simmetriklik, reaktivlik
- Gipersalivatsiya
- Peshob va axlat tutolmaslik
- CHiqarayotgan havoda notabiiy hid

SHuningdek bemor xulqiga jamoatchilikda mavjud bo‘lgan ijtimoiy va madaniy sabablar ham ta’sir qilishi mumkin:

- Ijtimoiy va ruhiy daldani yo‘qligi
- Zo‘rlashga guvoh bo‘lish yoki o‘zida o‘tkazish
- YAqin odamining o‘limi
- 73ti shva g‘alayonlar
- Hayot tarzini o‘zgarishi
- Kambag‘allik
- Uzoq muddatli etishmovchilik va kamsitish

Xulq atvor Shoshilinch holatlari aniqlanganda quyidagi yordam ko‘rsatish tamoyillari asosida ish olib borish zarur:

- 1 Xotirjam, to‘g‘ri va bemorni ishontiradigan ohangda gaplashish
- 2 Adekvat distansiya saqlash

- 3 Bemor bilan ittifoqdosh bo'lishga erishish
- 4 Ko'ruv kontaktini saqlash
- 5 Keskin harakatlar qilmaslik
- 6 To'g'ri javob berish
- 7 Bemorni qo'rqitmaslik, to'g'ri baholash va bahslashmaslik
- 8 Haqiqatni aytish
- 9 Bemor galyusinatsiyasiga chalg'imaslik
- 10 Bemor ishonadigan oila o'zolarini va do'stlarini jalb qilish
- 11 Vaqtni cho'zishga tayyor turish
- 12 Bemorni yolg'iz qoldirmaslik
- 13 Bemorni majburiy tinch turishga qarshi chora tadbirlarni qo'llamaslik
- 14 Bemorni dori ichishga majburlamaslik
- 15 Oddiy va sodda vazifalarni bajargani uchun bemorni rag'batlantirish
- 16 To'plangan odamlarni tarqatish

Tibbiy xodim xavfsizligi uchun xulq atvor Shoshilinch holati aniqlangan joyni baholash katta ahamiyatga egadir. Bu o'z ichiga quyidagi tamoyillarni oladi:

- 1 Kuch ishlatishga qaratilgan omillarga e'tibor berish
- 2 Hech qachon xuquq tartibot xodimlari yordamisiz kuch ishlatish tomonidan xavfli bo'lgan bemorga yaqinlashmaslik
- 3 Shaxsiy xavfsizlikga to'liq ishonch bo'lmasa xuquq tartibot xodimini etib kelishini kutish
- 4 Bemorning joylashgan joyini aniqlash
- 5 Bemor va eshik o'rtasida joylashish
- 6 Bemordagi mavjud xavfli anjomlarga tezda ko'z yugirtirish
- 7 Agar bemorda qurol aslaha bo'lsa, uni tashlashga iltimos qilish
- 8 Agar sizning iltimosingizga ijobiy javob bo'lmasa zudlik bilan voqea joyini tark 74ti shva xuquq tartibot xodimini kutish.

Xulq atvor Shoshilinch holatidagi bemorda birlamchi baholash paytida hayotga xavf soluvchi somatik yoki travmatologik holatni aniqlash xulq atvor Shoshilinch yordamidan ustun turadi

Xulq atvor Shoshilinch holatidagi bemorni fizikal tekshirish va undan fokuslangan anamnez yig'ishning quyidagi o'ziga xos jihatlari bor:

- 1 YUmshoq va muloyim so'zlashish
- 2 Bemorning shaxsiy g'uro'rini himoya qilish
- 3 Bemorga savolni to'liq va tushunarli berish
- 4 Bemorni suhbatga jalb qilish, bemorni tinglayotganingizni unga ko'rsatish
- 5 Bemorni hissiyotlarini hurmat qilish

Xulq atvor buzilishi aniqlanganda ruhiy holatni aniqlash uchun qisqacha savolnoma yordam berishi mumkin

So'rovnoma vazifalari va savollari:

1. Bugun oyning qaysi kuni ?
2. Bugun qaysi kun?
3. Bizning shahrimiz qanday nomlanadi?
4. Telefon raqamingizni ayting (yoki uy manzilingizni).
5. Necha yoshdasiz?
6. Tug'ilgan kuningizni ayting.
7. Prezidentimiz kim?
8. Ungacha kim bo'lgan?
9. Onangizning qizlik familiyasini ayting?

Baholash

Har bir to'g'ri javob uchun 1 ball beriladi 0—2 xato: norma 3—4 xato: engil buzilish 5—7 xato: o'rtacha buzilish 8—10 xato: og'ir buzilish. Agar bemorda boshlang'ich maktab ma'lumoti bo'lmasa xatolar soni bittaga oshishi mumkin. Agar bemorda ma'lumoti oliy bo'lsa, xatolar soni bittaga kamayadi.

Shuningdek ruhiy holatni ekspress tekshiruv usuli orqali baholash mumkin. Bu tekshiruv 5-10 daqiqa vaqtni oladi. Bu usul ba'zida aniqlanmagan ruhiy buzilishlarni aniqlash imkonini beradi.

4.2. Suitsidal bemorlarni baholash tamoyillari

1 Shikastlanishlar va somatik holatlar suitsid o'rinishi bilan bog'liq bo'lsa, ustunlik shu tarafdagi bo'ladi

2 Bemorni diqqat bilan eshitish

3 Bemorni shikoyati va hissiyotini qabul qilish

4 Bemor uchun ahamiyatli bo'lgan biror bir narsa qilish

5 Qo'rqinch va o'ta ehtiyotkorsizlikga diqqatingizni qaratmang

6 Suitsiddan tez bosh tortishiga ishonmang

7 Suitsid bo'lganligini inkor etishga shoshilmang

8 Bemor boshlagan narsasini davom ettirishiga hech qachon ruxsat bermang

Tajovuzkor bemorlarni baholash tamoyillari

1 Bemorda kuch ishlatish, taxtid solish, tajovuzkorlik va urushish kayfiyati bor-yo'qligini aniqlash

2 Bo'lishi mumkin bo'lgan tajovuzkorlikga bemorning hatti harakatini baholash

3 Tajovuzkorlikga shubha qiluvchi bemorni nutqini baholash

4 Jismoniy faollik va harakatlarni nazorat qilish

5 Bemor uchun tushunarli va qattiyatli bo'lish

6 Agar zarurat bo'lsa, bemorni majburiy ushlashga tayyor turish

Suitsidal bemorlarga yordam berish tamoyillari

1 Agar bunga shubha bo'lsa, bemorga uning hatti harakatlari to'g'risida savol berish

- Bemorda o'z joniga qasd qilish yoki shikast etkazishi mumkinligiga hohish borligini aniqlash

- Bemorda o'zini o'ldirishi bo'yicha aniq rejasi bormi?

2 Agar biror rejasi bo'lsa, Shoshilinch aralashuv. Bemorga malakali yordam ko'rsatmasdan tashlab ketmang

1 Agar o'zini o'ldirishga o'rinish sodir bo'lsa:

- Voqea joyini xavfsizligini va o'zining xavfsizligini ta'minlash

- Birlamchi AVS

2 Bunday bemorlarda ikkita Shoshilinch holat mavjud bo‘ladi

- Jarohat
- Bemorning ruhiy holati

3 Sizning xavfsizligingiz birinchi o‘rinda

4 SHikastlanish va somatik Shoshilinch holat ustun turadi

5 Bemorni tinchlantirish va uni yolg‘iz qoldirmaslik

6 Zarurat bo‘lsa, o‘zining, bemorning va atrofdagilarning xavfsizligini ta‘minlash, bemorni majburiy bog‘lash chora tadbirlarini qo‘llash

7 Bemorni maxsus Shifoxonaga tibbiy xodim nazoratida olib borish

4.3. Ruhiy shoshilinch holatlar

O‘tkir psixoz o‘z ichiga fikirlash va idrok qilish qobiliyati buzilishi bo‘lgan bir guruh holatlarni oladi.

Bemorlarda alahsirash, galyusinatsiyalar, xulq atvorining qo‘pol buzilishlari kuzatiladi. Bemor tajovuzkor bo‘lib, o‘zini o‘ldirish fikri ustun turadi.

Etiologiyasi

Endogen psixozlar: shizofreniya, paranoyya. Bosh miya shikaslanishi kuzatilmaydi.

Organik psixozlar metabolik buzilishlarda infeksiyalar, yomon sifatli o‘smalar, yurak qon tomir kasalliklari, shikastlanishlar va zaharlanishlarda uchraydi

Diagnostika

Birinchi navbatda organik shikastlanishni inkor qilish kerak. Ushbu holatga shubha qilinadi:

- 1 Es- hushi yomonlashsa
 - 2 Ko‘ruv galyusinatsiyalarda
 - 3 Oilada endogen psixoz bo‘lmasa
- Albatta ruxshunos maslahati zarur

Shoshilinch yordam

5) Gospitalizatsiyaga ko‘rsatma:

- 1 Bemor tajovuzkor yoki o'zini o'ldirish fikri bilan band bo'lsa
- 2 Es- hushi yomonlashib uy sharoitida parvarishning iloji bo'lmasa
- 3 Oila a'zolari zarur parvarishni ta'minlash imkoniyatida bo'lmasa
- 4 Noma'lum sababli psixozlar

Medikamentoz davo. Agar tajovuzkorlik, qo'zg'alish kuchayib boshqa usullar samara bermasa Shoshilinch

medikamentoz davo boshlanadi. Neyroleptiklarni boshlashdan oldin atropinli psixoz holatini inkor qilish zarur

O'z joniga qasd qilish. Qizlarda ushbu holat ko'proq uchrab, ug'il bolalarda o'lim ko'p kuzatiladi

Eng ko'p tarqalgan sabablari maktabdagi qiyinchilik, oiladagi janjal, tushkunlik holati do'stlari bilan arazlashish, tasodifiy homiladorlik.

Tekshirish. Har qanday o'zini o'ldirishga bo'lgan harakati ostida jiddiy kelishmovchilik yotadi.

Quyidagi holatlarda o'zini o'ldirish harakati ehtimoli yuqori:

- 1 Og'ir tushkunlik, o'zini aybdor his qilish, umidsizlik, vegetativ buzilishlar
- 2 Avvallari reja qilingan o'zini o'ldirish harakati
- 3 Oldin o'zini o'ldirishga harakat bo'lgan, lekin sababi bartaraf etilmagan
- 4 Alahsirash va galyusinatsiya fonida yuzaga kelgan o'zini o'ldirish harakati.

Shoshilinch yordam

1 Agar bolada o'z joniga qasd qilishga asosli shubha bo'lsa, gospitalizatsiya qilish

2 Faqat ruxshunosning chuqur tekshiruvidan keyin uy sharoitida davolanish mumkin. Majburiy sharoit – uzoq muddat nazorat qilish imkoniyati.

3 Aralashuvning asosiy maqsadi bolaga maqbul holda uning hayot tarzini va sharoitlarini o'zgartirish.

4 Bola hohlagan paytida maslahat va ruhiy dalda olishi juda muhim ahamiyatga ega.

Tajovuzkorlik

Bolalarda tajovuzkorlik ko'p uchrab odatda xavfsiz hisoblanadi, bunda bolani tinchlantirish uchun oddiy tanbeh etarli bo'ladi. Ammo ba'zida faol aralashuv zarur bo'ladi:

1 Agar bola xavfli holatda tashlanayotgan bo'lsa, va uni tinchlantiradigan har qanday harakat samarasiz bo'lsa.

2 Agar bola o'ta qo'zg'aluvchan bo'lib xavf solishga, yanada tajovuzkor harakatga o'rnatilgan bo'lsa, bolani tinchlantirish qiyin.

Shoshilinch yordam

Bolani jismoniy kuch bilan iloji boricha engil shaklda tez to'xtatmoq zarur. Dori- darmon ehtiyotkorlik bilan qo'llaniladi va iloji boricha ularni jismoniy kuch ishlatishdan oldin tayyorlab olish kerak.

1 Neyroleptiklar — xlorpromazin, 0, 5 mg/kg m/o har 4—6 s., qo'zg'alish va tajovuzkor paytida ishlatiladi. Ular xolinoblokatorlar va narkotik analgetiklar ta'sirini kuchaytirib, AQBni pasaytiradi, ekstrapiramidal buzilishlar, taxikardiya va xiqqildoq spazmini chaqiradi.

2 Benzodiazepinlar — diazepam, 0, 1 mg/kg v/i yoki ichishga, maksimal — 10 mg beriladi. Odatda kuchli vahima bosishda samara beradi. Ular katta dozada nafasni to'xtatadi va alkogol, MAO ingibitorlari, fenotiazinlar, tritsiklik antidepressantlar va barbituratlarning MATga nojo'ya ta'sirini oshiradi.

3 Keyinchalik ruhiy tekshiruv o'tkaziladi va bola maxsus ruhiy Shifoxonaga yoki internatga joylashtiriladi.

4 Har doim ham tajovuzkor harakat asosida ruhiy kasallik yoki adolatsizlik, xafagarchilik yotishini qayd qilishning iloji bo'lmaydi. SHu sabab qachonki bola atrofdagilar uchun xavfli bo'lsagina jismoniy to'xtatib qolish yoki dorilardan foydalanish tavsiya etiladi.

Bolalar psixoz

2 guruh bolalar psixoz farqlanadi:

Erta bolalar psixoz (Ko'krak va maktab yoshigacha bo'lgan bolalar psixoz)

Kechki bolalar psixozi (prepubertat va pubertat yoshdagi bolalar psixozi)

Erta bolalar psixozi

Autizm – bu bolaning boshqa insonlar bilan muomala qilishga harakatining yo'qligidir. **Birinchi belgisi:** nutq o'sishining jiddiy orqada qolishidir.

. **Anamnez:** bola quvnoq emas, qo'lmaydi yoki kech qo'lishni boshlaydi.

Ko'ruv:

1 Bola g'amgin. Bir necha soatlab yolg'iz qolishi mumkin

2 Nutq o'sishining orqada qolishi. Taxminan yarim bolalarda nutq keyinchalik ham rivojlanmaydi. Maktab yoshida bolalar bir muncha suhbatga aralasha boshlaydi

3 Bog'langan ritual harakatlar (mahkamlangan tartibda narsalarga turtinib ketish) va giperkinezlar bemorni o'rab turgan sharoitni o'zgartirmaslik maqsadida.

4 Boshini ko'tarmasdan o'ynaydi, boshqa insonlar ko'ziga qaray olmaydi, uning o'yiniga boshqalar aralashishiga ahamiyat bermaydi

5 Uning dasto'rini uzib qo'yish g'azabini qo'zg'atadi (erga yotib oladi, boshini uradi, tishlarini g'ijirlatadi)

6 Ko'pincha epileptik tutqanoqlar uchraydi

7 O'z qo'lini, barmog'ini harakatlarini kuzatib boradi va narsalarni ta'mini bilishga harakat qiladi

8 Og'riqqa reaksiyasi kam

9 Tasodifiy baland tovushga reaksiyasi yo'q

10 Exolaliya, nutq ritmini buzilishi.

Quyidagi simptomlar asosida **tashhis qo'yiladi:**

1 Begonasirash, tushkunlik (bola suhbatdosh ko'ziga qaramaydi, odamlarni farqlay olmaydi, qo'lmaydi, jismoniy muloqotdan o'zini tiyadi).

2 Nutq buzilishi (tushunmovchilik, exolaliya, joylarni noto'g'ri aytish), qiyin suhbat qurish

3 Rituallar, bir xillikni qattiy talab qilish.

4 O'ttiz oylikgacha kasallik boshlanadi.

5 Kasallik sababi aniq emas. Miyaning organik zararlanishi yoki retikulyar formatsiyaning etishmovchiligi sabab bo'lishi mumkin. Bolalar autizmi fenilketonuriya, qizilchaning fetal sindromi, sinuvchan X-xromosoma sindromida uchraydi. Kasallik ota –onalar harakatiga bog'liq emas.

Oqibati: kam sonli bolalar o'ziga xizmat ko'rsatish qobiliyatiga hisobiga oila bilan yashaydi. Aksariyat bemorlar umr bo'yi Shifoxonada davolanadi. Kattalarda autizm va shizofreniya o'rtasidagi aloqa aniqlanmagan.

Davolash: xulq atvor davosi. Tajovuzkor xulqni nazorat qilish uchun trankvilizatorlar tavsiya qilinadi.

Indutsirlangan psixoz – bu klinik ko'rinishi aniq bo'lmagan sindrom bo'lib, 2-5 yoshlarda uchraydi. Dastlab sezgirlik oshib ketadi. Quzg'atuvchi omillar bolada keskin vahimani uyg'otadi va aqliy, ijtimoiy xulqi pasayishi kuzatiladi. Bola o'z yaqinlariga o'ta bog'lanib qolganligini ko'rsatadi. Nutqi o'zgarib kommunikativ funksiyasi yo'qoladi. Ikkilamchi autizm bilan asoratlanishi mumkin.

Sababi: noaniq.

Oqibati: autizmga nisbatan yaxshiroq.

Kechki bolalar psixosi

Bolalar shizofreniyasi

1 7 yoshdan avj oladi

2 Fikirlash qobiliyati buziladi

3 Alahsirash

4 Galyusinatsiya

5 Tartibsiz xulq atvor

6 O'zaro munosabatdan o'zini tiyish

7 Reallikni sezmaslik

8 Ko'nikmalarni yo'qolishi

Oqibati: yomon, 20 yoshga borib kattalar oddiy shizofreniyasi rivojlanadi. Ota-onalar bunda o'zini ayblab ba'zan tajovuzkor harakat qilib qo'yishi mumkin. SHifokor ota- onalarga o'zini tutish tartiblarini tushuntirishlari zarur. Maktab

yoshigacha va kichik maktab yoshidagi bolalarni ota-onalarisiz ko'rikdan o'tkazgan ma'qul.

Anti ijtimoiy xulq

Etiologiya. Anti ijtimoiy xulq asosida noto'g'ri tarbiya va ota-onalarning farzandlari bilan yomon munosabada bo'lishi yotadi.

Tekshirish

1 Yolg'on gapirish, urushqoqlik, bezorilik, o'g'irlik, olov o'ynash bunday holat uchun xos.

2 Agar bunday holatlar bir marta qayd qilingan bo'lsa, xavfli sanalmaydi. Chunki 4-7 yoshdagi bolalar ushbu harakatlarni qiziqqonligi tufayli sodir ztgan bo'lishi mumkin.

3 Ko'pincha o'qishga layoqatni pastligi, engiltaklik ularga xos.

4 Ko'pincha diqqat e'tibor buzilgan bo'ladi.

5 Antiijtimoiy xulq ostida emotsional buzilishlar (masalan depressiya) yotishi mumkin.

Agar bola kamida 6 oy davomida yuqoridagi harakatlarni amalga oshirsa va bu narsa bola yoshining me'yoriy ko'rsatkichlariga to'g'ri kelmasa, bu harakat antiijtimoiy xulq deb tashhis qo'yishga asos bo'ladi. Agar antiijtimoiy xulq asosida emotsional buzilishlar yotsa bolalar ruxshunosi maslahati tavsiya etiladi.

4.4. Alkogolizm va narkomaniya

Etiologiya. Alkogolizm va narkomaniya sabablari odatda oilada yashiringan bo'ladi.

Tarbiyaning noto'g'riligi, bola bilan doimiy qo'pol bo'lish, ota-ona o'z ma'suliyatini bajara olmasligi asosiy omillardan biridir. Bunday bolalarga o'zini past baholash, etuk emaslik, bahillik xosdir. Ba'zan o'z tengdoshlarining tazyiqi ham bunga sabab bo'lishi mumkin.

Tekshirish

1 Anamnez yig'ish paytida narkotik modda turi, uning miqdori, necha marta qabul qilishi, jismoniy va ruhiy bog'lanib qolish belgilari bor- yo'qligi, oilada alkogolizm va narkomaniya bor -yo'qligi aniqlanadi.

2 Odatda alkogolizm va narkomaniya antiijtimoiy xulq va maktab mashg'ulotlarini o'tkazib yuborish bilan birga kechadi.

3 Odatda bolalar alkogol va narkotiklarni qiziqonlikdan emas balki kayf olish uchun qabul qiladi. SHu sabab bir vaqtning o'zida bir necha narkotiklarni qabul qiladi.

Tashhis: agar bir oydan kam bo'lmagan davrda alkogol va narkotiklarni qabul qilsa va u ijtimoiy holati hamda o'qishiga ta'sir qilsa tashhis qayd qilinadi.

Emotsional buzilishlar

Asab anoreksiyasi

Etiologiya. Asab anoreksiyasi turli hil ruhiy kasaliklarda uchraydi. Odatda 10 – 30 yoshdagi, oilaviy ahvoli o'rta va yuqori bo'lgan qizlarda uchraydi. Kechishi turlicha bo'lib 5-20 % holatlarda o'lim kuzatiladi.

Tekshirish

Erta belgilari

1 Doimiy vazn yo'qolishiga olib keluvchi qattiq parhez ushlash.

2 Me'yoriy ishtaha va doimo fikr xayoli ovqatda bo'lish

3 O'zining tana tuzilishi haqida yomon fikirlash va semirishdan qo'rqish.

Kechki belgilari

1 O'zini nazorat qila olmaslik.

2 Ochko'zlik huruji va undan keyin bemor o'zida qusish chaqirish, ich suruvchi va peshob haydovchi dorilarni tartibsiz qo'llash, ortiqcha jismoniy mashg'ulot.

Tashhis qo'yish uchun shizofreniya, depressiya, somatik kasalliklar va vazn kamayishiga olib keluvchi endokrin kasalliklari, ichak kasalliklarini inkor qilish zarur.

Fizikal tekshiruv. Gipotermiya, arterial gipotoniya, soch to'qilishi, shish aniqlanadi. Birlamchi yoki ikkilamchi aminorreya bo'lishi mumkin. Kechki davrda esa osteoporoz va jismoniy o'sishdan to'xtash aniqlanadi

Gospitalizatsiyaga ko'rsatma: og'ir vazn yo'qotish, yurak urish sonini va AQBni, nafas sonini va tana haroratini turg'un bo'lmasligi, o'tkir suvsizlanish, suvtuz almashinuvining buzilishi, ambulator davoning samarasizligi.

Asab bulimiyasi

Etiologiyasi noaniq.

Tekshirish

Asab bulimiyasi ko'pincha o'smirlarda uchraydi. Kechishi surunkali bo'lib, mehnatga layoqatsizlik kam kuzatiladi. Bosh miya o'smalari, Kleyne—Levina sindromi, Klyuvera—Byusi sindromini inkor qilish kerak.

Tashhis quyidagi belgilar asosida qo'yiladi:

1 Har ikki soatda o'ta to'yib ovqat eyish.

2 O'z xulqini noto'g'riligini his qilmaslik, o'z ustida nazoratni yo'qotish.

3 Doimiy ravishda vazn yo'qotishga harakat qilish.

4 Vazni va tana tuzilishi haqida o'ta qayg'urish.

5 3 oy davomida haftasiga ikki marta ochko'zlik hurujini takrorlanishi.

Bolalar ruhshunosi maslahati tavsiya qilinadi

Notabiiy buzilgan ishtaha

Etiologiya. Taxminiy sabablari – ayrim ozuqa moddalarinig etishmovchiligi va emotsional talabni qoniqtira olmaslik.

Tekshirish

1 Odatda bunday ishtaha 18 oylikdan 5 oygacha uchrab bolalar turli bo‘yoq soch va balchiqlarni iste‘mol qiladi. Ko‘krak yoshidagi bolalarning hamma narsalarni og‘ziga solishini bunday ishtaha bilan adashtirmaslik zarur.

2 Ishtahaning bu turi mineral moddalarning etishmovchiligida, bolalar autizmida, shizofreniyada va bola yomon parvarish qilinganida kuzatiladi.

3 Asoratlari ichak tutilishi, qo‘rg‘oshin bilan zaharlanish, allopetsiya va gelmintozlar.

Tavsiya qilinadi

1 Bolani kuzatuvini kuchaytirish, ko‘proq etibor berish, va notabiiy ishtaha sabablarini yo‘qotish. Agar bu harakatlar samara bermasa bolalar ruxshunosi maslahati zarur.

2 Zaharli moddalarga bolaning qo‘li etishini bartaraf qilish zarur.

Depressiya

Etiologiya. Depressiyaning yuzaga kelishida biologik va ijtimoiy omillar katta rol o‘ynaydi.

Tekshiruv

1 Bolaning emotsional holati tekshiriladi: buning uchun unga «sen hech xafa bo‘lganmisan?», «tez yig‘lab turasanmi?», «senga og‘irmi?» kabi savollar beriladi. Bu savollar bolaning qayg‘usini kamaytiradi va terapevtik aralashuvni engillashtiradi.

2 Anamnez yig‘ish paytida oiladagi yomon muhit, somatik kasallik, antiijtimoiy xulq maktabdan qo‘rqish, darslarni o‘zlashtira olmaslik, uyquning buzilishi, yaqin insonlarini yo‘qotish kabilar so‘rab surishtiriladi. Iloji boricha ma‘lumotlarni har hil manbalardan- boladan, ota-onalardan, o‘qituvchilardan yig‘ish lozim.

3 Boladagi depressiya holati ko‘pincha ota-onalarining depressiyasi bilan bog‘liq bo‘ladi.

4 Bolalarda kayfiyat yomonlashadi, lekin xulq atvor o‘zgarmaydi.

5 Kayfiyatini pasayishi infeksiyon kasalliklar, gipoterioz va ba‘zi dorilarni qabul qilish hisobiga bo‘lishi mumkin.

Tashhis quyidagi belgilar asosida qo'yiladi.

Uzoq vaqt kayfiyatining pasayib ketishi (g'amginlik, o'zini eb qo'yish, o'ta bosiqlik, yuz ifodasining g'amgin tus olishi) yoki befarqlik va ba'zi narsalardan qoniqish olmaslik:

- uyqusizlik yoki doimiy uyquchanlik;
- anoreksiya va ozib ketish yoki ishtahaning ochilib ketishi va vazn yig'ish.
- ishsizlik yoki doimiy charchoqlik;
- o'zini to'laqonli his qilmaslik va naf keltirmaslik;
- maktabda va uyda ish qobiliyatining pasayib ketishi:
- diqqat e'tiborning pasayib ketishi, o'zini qo'lga ola bilmaslik, fikrini jamlay

olmaslik:

atrofdagilardan o'zini olib qochish, ularni uchratish va gaplashishdan qochish;

- ota-ona yoki tarbiyachiga nisbatan xafagarchilik;
- maqtov va unvonlardan qoniqish ololmaslik;
- kelajak haqida noto'g'ri fikirlash yoki bo'lgan voqeani uzoq o'ziga olish
- yig'lovchanlik:
- ertalabki siniqlik (charchash, holsizlik, uyquchanlik, badjahillik).
- o'zini o'ldirish va o'lim haqida o'ylash.
- sanab o'tilgan belgilar har kuni va hech bo'lmaganda 2 hafta davomida

kuzatilsa depressiya hakida o'ylash mumkin.

Qattiq depressiya holatida ruhshunos maslahati tavsiya etiladi

Vahimaga tushish:

Etiologiya. Vahimaga tushish bu bolaning xarakteri, doimiy stress va boshqa sabab natijasida bo'lishi mumkin.

Tekshirish

1 Anamnez yig'ish paytida bolani aynan nima bezovta qilishi aniqlanadi.

2 Vahimaga tushish bolaga nisbatan uy yoki maktabda talab ko'payganda, yoki bolada o'ziga bo'lgan ishonch yo'qligi bois kuchayishi mumkin.

3 Bolalar baxtsiz hodisalarga o‘ta moyil bo‘lib, kattalardek fikirlashga tushadi, yomon uxlaydi va o‘zi haqida atrofdagilar qanday fikrda ekanligini ko‘p o‘ylaydi.

4 Ota-onalarning vahimaga tushishi ham katta rol o‘ynaydi.

5 Bezovta bo‘lish uchun yaqin odamidan ayirish etarli bo‘ladi.

Diagnostika. Asosiy diagnostik belgi – bu qattiy vahimaga tushish bo‘lib, bir oydan ko‘p davom etadi va quyida keltiriladigan belgilarning kamida to‘rttasi aniqlanadi.

1 Kelajak haqida asossiz qayg‘urish.

2 O‘zining oldingi xulq atvori haqida doimiy fikirlash.

3 O‘z yutuqlari bilan me‘yoridan ortiq maqtanish.

4 Asossiz somatik shikoyat.

5 Tinchlantirishga talab zarurligi.

6 Uyatchanlik.

7 O‘zini doim notinch his qilish. Qaltirash va bezovtalik.

8 Vegetativ buzilishlar: tinch paytida nafas va pulsini oshishi, ko‘p terlash, yurak urib ketishi, og‘iz qurishi, ich ketishi.

Agar vahimaga tushish saqlanib, o‘qishga va tengdoshlari yoki ota-onasi bilan o‘zaro muloqotga halaqit beradigan bo‘lsa, ruhshunos maslahati tavsiya qilinadi.

Konversion buzilishlar

Etiologiya. Psixoanaliz shuni ko‘rsatdiki konversion buzilishlar es- hushdan vahimani siqib chiqarib uni somatik simptom sifatida qayta shakillanishini ta‘minlaydi.

Tekshirish

1 Eng ko‘p somatik ko‘rinish harakat va sezgi buzilishlari.

2 Anamnezida noma‘lum sababli somatik simptomlar aniqlanadi.

3 Somatik simptomlarni aniqlash konversion buzilishlarni inkor etmaydi.

4 Somatik simptomlarni paydo bo‘lishi ko‘pincha emotsional stress yoki biror inson bilan (aynan shu simptomlari bor) muloqot natijasida yuzaga keladi.

Differensial tashhisot sistemali qizil yugurik va tarqalgan skleroz bilan o'tkaziladi.

Tashhisot

1 Bosh simptom - biror bir somatik kasallik haqida o'ylashga undovchi ma'lum bir a'zo ish faoliyatining buzilishidir.

2 Simptomlar bemor hohish irodasini chetlab paydo bo'ladi va ularni ma'lum patofiziologik mexanizmlar bilan tushuntirib bo'lmaydi.

3 Kasallikning ruhiy tabiati haqida ma'lumot:

4 Somatik simptomlar emotsional stress natijasida yuzaga keladi:

5 Kasallik bolada yoqimsiz ish oldida bo'yin egishga olib keladi yoki atrofdagilardan dalda oladi.

6 Ruhshunos maslahati tavsiya qilinadi.

7 Ota-onalarga bolaning og'ir kasallikga chalinmaganligi tushuntiriladi.

8 10—30% holatlarda konversion buzilish deb qabul qilingan holatlar somatik kasallik bo'lib chiqadi. SHuning uchun bunday bemorlar pediater nazoratida bo'lishi kerak.

Bemorlarni bog'lash

Bog'lashning asosiy to'rtta turi: kursi, Pozi kamari, qo'llarning plastmassali kishanlari va to'rtta nuqtada bog'lash (ikkita bilak va ikkita to'piq). Nam choyshab va siquvchi kiyimlar bilan bog'lash kam holatlarda amalga oshiriladi va ancha xavflidir. Bog'lashning har qanday turida bemorni doimiy kuzatuv va parvarishi zarur. Bog'lashni amalga oshirish va keyingi kuzatuv uchun etarli tibbiy xodim ajratiladi. Bog'lashga bo'lgan ko'rsatma maxsus hujjatga yozma ravishda ko'rsatiladi.

Usullar

Kursi asosan demensiya holatida ishlatiladi. Uning asosi keng bo'lib, maxsus taxtadan iborat bo'ladi va bu taxta tirsak ostiga qo'yish uchun mahkamlangan bo'ladi. Qo'zg'aluvchan, muvozanati buzilgan bemorlar ushbu usul yordamida bog'lanib, ularning palata va xonalar bo'yicha daydib yurishining oldi olinadi.

Afzalliklari: bemor qulay holatda o‘tiradi, qo‘llari erkin, mustaqil ovqat eyishi, yozishi va foydali mehnat bilan mashg‘ul bo‘lishi mumkin. Bundan tashqari doimiy muloqotda bo‘ladi.

Asoratlari

Kontakt shikastlanishlar

2 Tiralishlar

3 Qorinni bosib qo‘yish

4 YOtoq yaralar

5 Qon aylanishning buzilishlari, jumladan venoz dimlanish, tromboz.

6 Bu asoratlar texnik xato natijasi hisoblanadi.

Bog‘lashning o‘zining asoratlari

1 Qochishni nazarda tutish, bemorni kursiga o‘tqazgandan so‘ng yaxshi parvarish qilmaslik, ovqatlanish va parvarishning etarli bo‘lmasligi, muloqotning kamligi.

2 Qo‘zg‘alishga olib keluvchi sensor deprivatsiya.

3 Tibbiy xodimda bemor bilan hammasi joyida qabilida noto‘g‘ri ma‘lumot uyg‘otish.

Pozi kamari — bu teri yoki matodan yasalgan keng kamar bo‘lib, bemorni belini o‘rab oladi va bemor yotgan o‘rinning asosiga mahkamlanadi. Bu kamarda demensiyadagi bemorlar yurishi to‘xtatiladi. Asorati: qon aylanishining buzilishi, qorinni bosib qo‘yish, tiralish, ba‘zan bo‘g‘ib qo‘yish. Oxirgi holat ushbu kamarning amaliy avfzalligini kamaytirib yuboradi. **Plastmassali kishanlar.** Agar bemor tajovuzkor va vahimada bo‘lsa, uni Shoshilinch evakuatsiya qilish zarur bo‘lsa, qo‘liga maxsus kishan taqiladi. Kishanlar bemorni ko‘chirib o‘tkazish uchun va atrofdagilarning xavfsizligi uchun qulaydir. Holat normallashtirildan keyin kishanlar echiladi.

To‘rt nuqtada bog‘lash. Ushbu moslama maxsus terili qovuzloqdan iborat bo‘lib bilak va to‘piqga mahkamlanadi. Bemorning oyoq- qo‘li harakatini to‘liq cheklamaslik maqsadida qovuzloqlar krovat asosiga biroz bo‘sh qilib bog‘lanadi.

Ushbu usul bemorni boshqarish juda qiyin bo'lsa, va dori- darmonlar samara bermasa qo'llaniladi. Intoksikatsion psixozlarda zaharlovchi modda organizmdan chiqib ketguncha yoki antidot ta'siri boshlanguncha bemorlar ushbu usul bilan mahkamlanadi. SHuningdek paranoid va manniakal hurujlarda, vahimali depressiyalarda, o'zini o'ldirish harakatida, a'zoni yo'qotish (ko'zni yulib olish)da ham bu usul qo'llaniladi.

Bog'lashni qo'llash mumkin emas:

- 1 Agar boshqa samarali usullar bo'lsa.
- 2 Kuzatish va parvarish qilish maqsadida.
- 3 Agar xarakterida doimiy tajovuzkorlik bo'lib, lekin ruhiy adovati bo'lmasa.

Asorati

Tasma, kamar yoki krovatdan bevosita shikast olish

Ovqat yoki qusuq massalari aspiratsiyasi.

XULOSALAR

Xavfli sharoitlarda tibbiy yordam ko'rsatishga kasalxonaga qadar davolovchi shifokorlar (poliklinikalar, tez yordam mashinalari) va kasalxonalarning qabul bo'limlarida navbatchi tibbiyot xodimlari jalb qilingan. Birlamchi tibbiy yordam ko'rsatuvchi quyidagi asosiy vazifalarni bajaradi:

1. Xavfli holat diagnostikasi.
2. Bolaning ahvolini barqarorlashtirish uchun Shoshilinch yordam ko'rsatish.
3. Kasalxonaga yotqizish zarurati va joyi to'g'risida taktik qaror qabul qilish.

Bolalardagi tahdid soladigan holatlar diagnostikasi prognostik jihatdan ko'proq noqulay simptomlarni aniqlash, ularni patologik sindromlarga birlashtirish, zo'ravonligini baholash va terapevtik va taktik chora-tadbirlarning dolzarbligi to'g'risida savollarni hal qilishgacha kamayadi. Xavfli holat qanchalik og'ir bo'lsa, bemorga shunchalik tez tibbiy yordam kerak bo'ladi.

Vaqt cheklanganligi sababli favqulodda vaziyatlarda anamnezni yig'ish juda qiyin. Avvalo, ular tahdid soluvchi holatning sababini, vaziyatning og'irligini va prognozga ta'sir qiluvchi omillarni aniqlashga imkon beradigan ma'lumotlarni aniqlaydilar. Anamnezdan quyidagi savollarga javob olish muhimdir: qanday holatlar boshlanishidan oldin bo'lgan; bolaning ahvolining dastlabki yomonlashuvi nima edi; shu lahzadan beri qancha vaqt o'tdi. Vaziyat yomonlashganidan beri qancha vaqt o'tgan bo'lsa, prognoz shunchalik yomonlashishi va terapevtik choralar qanchalik intensiv bo'lishi kerak.

Hayot tarixida og'irlashtiruvchi omillarning mavjudligini aniqlash kerak: onada homiladorlik va tug'ruqning murakkab kechishi, ensefalopatiya, yurak va buyrak kasalliklari, dori allergiyalari, emlashga reaksiyalar va boshqalar. oilaning ijtimoiy holatini hisobga olish majburiydir.

Favqulodda vaziyatda bolalarning fizik tekshiruvi tahdid soluvchi holatlarning belgilarini izlashi kerak. Dastlab, nafas olish, qon aylanishi va markaziy asab tizimining tushkunlik darajasi dekompensatsiyasining belgilari aniqlanadi.

Bolalarda tahlikali sharoitda shoshilinch yordam ko'rsatishning ajoyib xususiyati - hayot uchun xavfli qon aylanishi va nafas olish buzilishlarini darhol bartaraf etish bilan diagnostika bosqichining birlashishi.

Vaqt etishmovchiligi qanchalik keskin bo'lishidan qat'iy nazar, siz doimo qat'iy uslubiy ketma-ketlikka rioya qilishingiz va ma'lum bir minimal diagnostika ishlarini olib borishga intilishingiz kerak.

Bu erda har qanday burilishlar qabul qilinishi mumkin emas, chunki ular diagnostik noto'g'ri hisoblashlarga olib kelishi mumkin, bu Shoshilinch tibbiy yordam algoritmining noto'g'ri tuzilishi bilan ham bog'liq bo'lishi mumkin.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Гаммель, И. В. Безрецептурные лекарственные препараты для лечения и профилактики синуситов у детей (основы фармацевтического консультирования). Учебно-методическое пособие / И.В. Гаммель, С.В. Кононова, Е.В. Аношкина. - М.: Издательство Нижегородской государственной медицинской академии, 2016. - 251 с.
2. Гребенникова, В. А. Анестезиология и интенсивная терапия в педиатрии / Под редакцией В.А. Михельсона, В.А. Гребенникова. - Москва: ИЛ, 2016. - 512 с.
3. Дробинская, А. О. Основы педиатрии и гигиены детей раннего и дошкольного возраста / А.О. Дробинская. - Москва: Высшая школа, 2016. - 400 с.
4. Дронов, А. Ф. Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями. Учебное пособие / А.Ф. Дронов, А.И. Ленюшкин, Л.М. Кондратьева. - М.: Медицина, 2016. - 224 с.
5. Запруднов, А. М. Детские болезни. В 2 томах. Том 2 / А.М. Запруднов, К.И. Григорьев, Л.А. Харитоновна. - Москва: Высшая школа, 2016. - 764 с.
6. Запруднов, А. М. Педиатрия с детскими инфекциями / А.М. Запруднов, К.И. Григорьев. - Москва: СИНТЕГ, 2016. - 572 с.
7. Кильдиярова, Р. Р. Питание здорового и больного ребенка / Р.Р. Кильдиярова. - М.: МЕДпресс-информ, 2016. - 128 с.
8. Кильдиярова, Р.Р. Здоровый ребенок. Медицинский контроль / Р.Р. Кильдиярова. - Москва: СИНТЕГ, 2016. - 269 с.
9. Лебедь, В. А. Справочник по педиатрии с сестринским процессом / В.А. Лебедь. - Москва: Высшая школа, 2016. - 592 с.
10. Малыжева-Максименкова, Е. С. Неотложная помощь в педиатрии. Учебное пособие / Е.С. Малыжева-Максименкова. - М.: Ленинград, 2016. - 100 с.

11. Маслов, М. С. Основы учения о ребенке и об особенностях его заболеваний. В 2 томах (комплект) / М.С. Маслов. - М.: Практическая медицина, 2016. - 822 с.
12. Неотложная хирургия детского возраста. Учебное пособие / М.П. Разин и др. - Москва: РГГУ, 2016. - 332 с.
13. Основы формирования здоровья у детей. Учебник. - Москва: Мир, 2016. - 384 с.
14. Педиатрия. В 2 томах. Том 2. - Москва: Мир, 2016. - 192 с.
15. Педиатрия. Избранные лекции / Под редакцией Г.А. Самсыгиной. - Москва: СИНТЕГ, 2016. - 658 с.
16. Педиатрия. Национальное руководство. Краткое издание. - Москва: СПб. [и др.] : Питер, 2016. - 768 с.
17. Педиатрия. Рабочая тетрадь / И.В. Тарасова и др. - Москва: Наука, 2016. - 200 с.
18. Педиатрия. Учебник. - Москва: Машиностроение, 2016. - 960 с.
19. Петрухин, А. С. Детская неврология. В 2 томах. Том 1 / А.С. Петрухин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 272 с.
20. Соколова, Н. Г. Педиатрия с детскими инфекциями. Учебник / Н.Г. Соколова, В.Д. Тульчинская. - Москва: Огни, 2016. - 448 с.
21. Соколова, Н. Г. Сестринское дело в педиатрии. Практикум / Н.Г. Соколова, В.Д. Тульчинская. - М.: Феникс, 2016. - 384 с.
22. Тульчинская, В. Д. Сестринская помощь детям / В.Д. Тульчинская. - Москва: РГГУ, 2016. - 368 с.
23. Учайкин, В. Ф. Инфекционные болезни у детей. Учебник / В.Ф. Учайкин, О.В. Шамшева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 828 с.
24. Шабалов, Н. П. Неонатология. Учебное пособие. В 2 томах. Том 1 / Н.П. Шабалов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 704 с.
25. Шабалов, Н. П. Неонатология. Учебное пособие. В 2 томах. Том 2 / Н.П. Шабалов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 736 с.

O‘quv qo‘llanma

Abdullayeva Mavjuda Ergashevna

BOLALARDA KECHADIGAN O‘TKIR HOLATLAR VA ULARDA SHOSHILINCH YORDAM KO‘RSATISH

Muharrir: Abdurahimov A.

Korrektor va dizayn: Nazirjonov O.

Tasdiqnoma № 3693-615f-9ccc-0187-7582-2706-6992, 31.10.2020.

Format 60x84/16. Garnitura Times New Roman.

Muqova uchun rasm manbasi <https://healthchapter.info/wp-content/uploads/2018/12/Neo-Natal-Intensive-Care-Unit-for-the-Newborn.jpg>

Shartli b.t. 5.58. Adadi 10 dona. Buyurtma №89.

«RE-HEALTH» nashriyotida tayyorlandi va chop etildi.

170127, Andijon, Yu. Otabekov ko‘chasi, 1-uy.

Telefon: +998941010091

e-mail: re-health@mail.ru

<http://re-health.uz>

0337

