

ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ БЎЙИЧА

ҚЎЛЛАНМА

(КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР)

II

ЖИЛД

ShTYoIM

EMPA

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ
ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ВРАЧЛАРИ АССОЦИАЦИЯСИ

ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ БЎЙИЧА

ҚЎЛЛАНМА

(КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР)

I – II ЖИЛД

ТОШКЕНТ – «O'ZBEKISTON» – 2019

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ
ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ВРАЧЛАРИ АССОЦИАЦИЯСИ

ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ БЎЙИЧА

ҚЎЛЛАНМА

(КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР)

II ЖИЛД

R.SH.T.YO.I.M. XORAZM FILIALI
KIRIM №802 VARAQ
"07" 10 2019 y.

ТОШКЕНТ – «O'ZBEKISTON» – 2019

УЎК 614.88
КБК 51.1(5Ў)2
Ш 81

Шошилинч тиббий ёрдам врачлари уюшмасининг молиявий кўмаги билан нашр этилди

Шошилинч тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича қўлланма профессор **А.М. Хаджибаева** таҳрири остида тайёрланди.

Муаллифлар:
Х.А. Акилов, Р.Н. Акалаев, Д.А. Алимов, Х.П.Алимова, Б.К. Алтиев, Ш.К. Атаджанов, Р.Н. Ахмедов, Е.М. Борисова, Э.Ю. Валиев, Б.Г. Гафуров, Х.Х. Дадаев, Б.З. Жалолов, Ю.Н. Зияев, М.Л. Кенжаев, К.Э. Махкамов, М. К. Махкамов, А. Г. Мирзакулов, Ш. Р. Мубораков, Ш.М. Муминов, Т.С. Мусаев, М. М. Рашидов, Р.О. Рахманов, К.С. Ризаев, А. А. Стопницкий, Д.М. Сабиров, Д.С. Сабиров, Ш.Н. Салахитдинов, А.Б. Тиляков, Х.М. Турсунов, А.Д. Фаязов, Ф.А. Хаджибаев, Р.Х. Хакимов, В.Х. Шарипова, Б.И. Шукуров, А.Т. Эрметов, А.А. Юлдашев, Р. А. Янгиев, А.А. Мустакимов, О.А. Ганиев

Шошилинч тиббий ёрдам хизматининг етакчи мутахассислари томонидан тайёрланган мазкур қўлланмада шишилинч тиббий ёрдам талаб этиладиган патология ва жароҳатларнинг этиологияси, патогенези, клиник кечиши ҳамда ташҳислаш ва даволаш тўғрисидаги ҳозирги кун маълумотлари баён этилган.

Қўлланма шошилинч тиббий ёрдам тизими муассасаларида фаолият кўрсатаётган врачлар – жарроҳ, торакал ва қон томир жарроҳи, травматолог, нейрохирург, гинеколог, комбустиолог, токсиколог, терапевт, кардиолог, невропатолог, болалар жарроҳи, педиатр ва анестезиолог-реаниматологлар учун мўлжалланган.

ISBN 978-9943-25-834-1

© «ЎЗБЕКИСТОН» НМИУ, 2019

Соғлиқни сақлаш соҳасини ислоҳ қилиш давлат сиёсатининг устувор йўналишларидан бири ҳисобланади. Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини янада такомиллаштириш, тиббиёт ходимларининг меҳнатини рағбатлантириш, замонавий даволаш усулларининг ва технологияларни кенг татбиқ этишга алоҳида эътибор қаратилмоқда.

Шавкат МИРЗИЁЕВ,
Ўзбекистон Республикаси Президенти

ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ

АБ	– артериал босим
ААП	– антиаритмик препарат
ҚИВ	– қон ивиш вақти
МИ	– миокард инфаркт
КА	– коронар артериялар
КАГ	– коронароангиография
КАҲ	– кислота-асос ҳолати
КФК МВ	– креатинфосфокиназа МВ фракция
КХТ-10	– касалликларнинг халқаро таснифи 10 қайта кўриб чиқилган
МСКТ	– мульти слайс компьютерли томография
НС	– ностабил стенокардия
Р ваЎБ	– Ритм ва ўтказувчанликни бузилиши
ЎЮИ	– ўткир юрак инфаркти
ЎЮИкST	– ST сегмент кўтарилиши билан кечувчи ўткир юрак инфаркти
ЎЮИнкST	– ST сегмент кўтарилмасдан кечувчи ўткир юрак инфаркти
ЎКС	– ўткир коронарар синдром
ЎКСнкST	– ST сегмент кўтарилмасдан кечувчи ўткир коронар синдром
ҚУТ	– қон умумий таҳлили
ПУТ	– пешоб умумий таҳлили
КОА	– кўкс оралиғи аъзолари
ПТИ	– протромбин индекси
РШТЁИМ	– Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази
ЮҚТК	– юрак қон-томир касалликлари
ТЛТ	– тромболитик терапия
ЭхоКГ	– эхокардиография
ЭКГ	– электрокардиография
УТТ	– ультратовуш текшируви
ТКА	– тери орқали коронар аралашув

IX БЎЛИМ

КУЙИШЛАРДА ШОШИЛИНЧ ТЕЗ ЁРДАМ

ТЕРМИК КУЙИШЛАР

Шифр КХТ (касалликлар халқаро таснифи) – 10. Т1; Т2; Т4.

Маҳаллий чегараланган майдондаги термик куйишлар жараёни умумий ўзгаришларга нисбатан устунроқ кечади.

Таъриф. Куйиш жароҳати – бу термик таъсир натижасида тери сатҳи бутунлигининг бузилиши. Терининг қизиши ва термик куйишлар қуйидагича ривожланади: а) конвекция – иссиқ пар ёки газ таъсири натижасида; б) ўтказувчанлиги – қизиган ашё ёки қайноқ суюқликнинг бевосита тегиши; в) радиация – иссиқлик нурланиши таъсири.

Патогенез. Куйиш жароҳатида рўй берувчи ўзгаришлар жароҳатланиш жараёнининг умумий қонунларига мос бўлиб, қуйидаги кетма-кетликда ифодаланишлари мумкин: 1) иссиқ аганти таъсиридаги бирламчи анатомик ва функционал ўзгаришлар; 2) реактив ялиғланиш жараёнлари; 3) регенерация (қайта тикланиш). I–II даражали куйишда сероз суюқликли шишда реактив-ялиғланиш жараёнлари йирингсиз кечади ва ўткир ялиғланиш бартараф қилинганидан кейин эпителиал элементларининг регенерация жараёни кузатилади. IIIАБ–IV даражали куйишда қуйидаги жараён кузатилади: тўқималар некрози – реактив травматик шиш – йирингли-демаркацион ялиғланиш – регенерация.

Таснифи. I даражали куйиш – терининг қизариши ва шишиши (турғун артериал гиперемия ва эксудатив ялиғланиш).

II даражали куйиш – тиниқ сарғимтир суюқлик билан тўлган пуфакчаларнинг ҳосил бўлиши (9.1. расм).

IIIА даражали куйиш – терини хусусий қаватининг чуқур қаватларидан ташқари зарарланиши (9.2. расм).

IIIБ даражали куйиш – бутун тери қаватларининг нобуд бўлиши ва некротик кобиқ (струп) ҳосил бўлади (9.3. расм)

IV даражали куйиш – нафақат тери балки ундан чуқурроқ жойлашган тўқималар – мушак, суя, пайларнинг нобуд бўлиши билан кузатилади (9.4. расм).



9.1. расм I–II даражали термик куйиш.



9.2. расм IIIA даражали термик куйиш.



9.3. расм IIIБ даражали термик куйиш.



9.4. расм IV даражали термик куйиш.

Симптоматика. Чегараланган термик куйишларда куйган жароҳат соҳасида оғриқ кузатилади. Шиш, қизариш, тиниқ сарғимтир суюқлик билан тўла пуфакчаларнинг ҳосил бўлиши, эпидермис қаватининг ажралиши кузатилади.

Дифференциал диагноз:

А) Кимёвий куйишлар – анамнез, маҳаллий ўзгаришлар тавсифи.

Б) Электротермик куйишлар – анамнез, маҳаллий ўзгаришлар тавсифи.

В) Лайелла синдроми – анамнез, касаллик бошланиш тавсифи, полиорган етишмовчилик билан бирга кечувчи аллергик ялиғланишнинг ифодаланган клиникаси.

Г) контакт дерматитлар – анамнез, маҳаллий ўзгаришлар тавсифи.

Текширувлар баёни. Асбобли усуллар:

лозим бўлганлари:

– термометрия – соғ ва жароҳатланган тери ҳарорати фарқи.

– куйиш сатҳи юзасини аниқлаш: «тўққизлик» ва «кафт» қоидалари.

қўшимча:

– жароҳат чуқурлигини аниқлаш: «тўғноғич» синамасиаси, спирт билан синамасиаси, тук синамасиаси.

Лаборатор текширувлар: лозим бўлганлар:

– қон ва сийдик умумий таҳлили;

– ярадан бактериологик суртма олиш;

қўшимча:

– қон гуруҳи ва резус факторни аниқлаш;

– коагулограмма;

– биокимёвий таҳлилар: қон ва сийдикда қанд миқдори, электролитлар, кислота ва ишқор мувозанати (КИМ), умумий оқсил ва унинг фракциялари, ферментлар (АЛТ, АСТ), билирубин миқдори, мочевина, креатини;

– қондан бактериологик экма.

Ташхис қўйиш ва госпитализация мезонлари (критерии): Анамнез. Куйган яра майдонини ташқи кўриги: ранги, гиперемия ва шиш, пуфакларри, уларнинг тиркиби, плазморея, яра юзасида некротик қобиқлар (некротик қоплам кўриниши, консистенцияси, ранги, қалинлиги, тери сатҳида тромбга учраган томирлар бўлиши) мавжудлиги. Куйиш майдони ҳажмини «кафт» (кафт юзаси 1% тана юзасига тенг) ва «тўққизлик» қоидалари асосида аниқлаш. Куйган яра чуқурлигини оғриққа сезувчанлик (тўғноғич, спиртли, тукли синамасиалар), термометрия (куйган тери сатҳи ҳароратининг соғлом тери сатҳи ҳароратидан фарқи, ҳарорат 1–3°Сга фарқ қилганда куйган яра чуқурлигидан далолат беради).

Франк ва Бо индексларини аниқлаш:

– прогностик ва диагностик аҳамиятга эга бўлган Франк индексини аниқлаш: 1% тана юзаси 1 бирликка тенг; 1% чуқур яраси – 3 бирликка тенг. Юқори нафас йўлларининг куйишида оғирлик даражасига қараб 13, 30 ёки 45 бирлик қўшилади. Франк индекси 30 бирликкача бўлганда – оқибати яхши, 31–60 бирликда – нисбатан яхши, 61–90 бирлик оралиғида шубҳали, 90 ва ундан юқори бирликда – оқибат ёмон ҳисобланади.

– шунингдек прогностик кўрсаткич Бо индекси (юзлик қоидаси) ҳам мавжуд бўлиб, бу куйган яра майдони ва бемор ёши йиғиндисидан иборат бўлади. 60 бирликдан паст бўлганда оқибат яхши, 61–80 бирликда – нисбатан яхши, 81–100 – шубҳали, 101 ва ундан юқори бўлганда – ҳаёт учун мос бўлмаган жароҳат. Бу кўрсаткич ёши катта ва қарияларда қўлланилади.

Болаларда 3% тана юзасидан юқори ва катталарда 5% тана юзасидан юқори I–II–IIIA даражали куйиш майдонининг борлиги шифохонага ётқизишга кўрсатма бўлиб ҳисобланади. IIIБ-IV даражали куйиш жароҳатининг борлиги, жароҳат юзасининг катталигидан қатъи назар, шифохонага ётқизишга кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

Даволаш. Чегараланган куйишларда:

– антибиотиклар: II–III авлод цефалоспоринлари;

– аналгетиклар: нонаркотик аналгетиклар, улардан самара бўлмаганда наркотик аналгетиклар;

– седатив препаратлар;

– яра юзасига маҳаллий антисептикли (бетадин) эритмалар ва левомиколь суртмаси. Юзнинг юзаки куйишларида – олазоль аэрозоли.

Жарроҳлик амалиёти орқали даволаш. Чуқур куйишларда эрта (жароҳат олгандан кейин 5–7 кунларида), эрта кечиктирилган (7–9 кунларида) ёки кечиктирилган некрэктомия (9 кундан кейин) бажарилади. Қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганида, 10–40%ли салицил кислотаси сурмасидан фойдаланилган ҳолда кимёвий некрэктомия қўлланилади. Жароҳат юзалари грануляцион тўқима билан қоплангач аутодермопластика амалга оширилади;

– грануляцион жароҳатларни аутодермопластик ёпиш учун тайёргарлик жарроҳлик амалиёти куни эрталаб қайта боғлаш ишларини бажариш, аутотери олинадиган донорлик сатҳ юзасини юнг қопламдан тозалашдан иборат бўлади.

– некрэктомия жарроҳлик амалиёти умумий вена ичи анестезияси орқали амалга оширилади. Анамнезида оғирлаштирувчи ҳолатлар бўлмаган катта ёшдагиларда тана юзасининг 3%гача грануляцион жароҳатларни пластик ёпиш маҳаллий новокаинли анестезия остида бажарилади. Бошқа жарроҳлик амалиётлари умумий вена ичи анестезияси остида ўтказилади.

– куйишдан кейинги грануляцион яраларни ёпиш учун оптимал усул сифатида 0,2–0,3 мм. қалинликдаги перфорация қилинган тери аутотрансплантатлари билан пластика амалга ошириш ҳисобланади. Бир вақтнинг ўзида тери лахтакларини 1200–1400 см² дан ошмаган майдонда олиш мақсадга мувофиқдир. Тери лахтакларида ҳосил этувчи тешиклар учун оптимал коэффициент 1:2–1:3 бўлиши маъқул. Тананинг функционал фаол жойлари (юз, бўйин, панжа)даги грануляцион яраларига пластик ёпиш учун перфорация қилинмаган, қалин тери лахтакларидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ бўлади;

– жарроҳлик амалиётидан кейинги даврида боғлов алмаштириш 2 кунига ўтказилади. Трансплантлар кўчирилиб ўтказилган яра сатҳига антисептик эритмалар (бетадин, хлоргексидин, хипохлорид натрий, 20% димексид) қўлланилади. Донор яра майдонлари 1 кундан фен ёки ламинар ҳаво оқими берувчи ускуналар ёрдамида қуритилади. Донор яраларини тўғри парваришлаганда бирламчи боғлам остида эпителизация бўлади.

Бемор шифохонадан чиқаётгандаги тавсиялар. Яшаш жойи бўйича хирург ёки травматолог томонидан амбулатор кузатув ва даволаш. Чандиқли асоратлар ҳосил бўлиш эҳтимоли пайдо бўлса, физиотерапевт иштирокида профилактик чоралар кўриш.

Катта майдонли термик куйиш жароҳатларида куйиш яраси ва унинг натижасида юзага келган патологик жараёнлар натижасида ривожланадиган умумий ўзгаришлар ўзаро чамбарчас боғликликда бўлиб, бу куйиш касаллиги деб қабул қилинган нозологик бирликни ифодалайди. Катта майдонли ва чуқур куйиш жароҳатлари (20–30% т.ю. ёки 10%т.ю.дан юқори чуқур яралар) куйиш касаллиги билан кечади. Куйиш касаллиги – бу, термик жароҳатга жавоб сифатида ривожланувчи патологик жараён бўлиб, бирламчи сабаби куйиш жароҳати ҳисобланади. Бу жараёнда кўпчилик аъзо ва тизимлар иштирок этади.

Патогенез. Куйиш шоки патогенези асосида организмдаги интра- ва экстракорпорал суюқлик ҳаракати ўзгаришидан юзага келган циркуляциядаги қон ҳажмини камайиши натижасидаги марказий ва периферик гемодинамика бузилишлари, қон реологик хусусиятлари ўзгариши ётади. Натижада кўпчилик аъзо ва тизимлар фаолияти, шунингдек модда алмашинувининг барча турлари бузилади. Ўткир куйиш токсемияси ривожланиши бемор организмида носпецифик токсинлар: гистамин ва серотонин, кинин ва простогландин тизимлари компонентлари, липидлар перекис оксидланиши маҳсулотлари ва ўрта молекулали пептидларни пайдо бўлиши билан боғлик. Бу токсинларни ҳосил бўлишида лизосомал структуралар парчаланиши натижасидаги протеолитик ферментларни активлашиши ва улар ингибиторлари фаоллигини камайиши муҳим аҳамиятга эга. Септикотоксемия даврини икки фазага бўлиш мақсадга мувофиқдир: 1) куйиш яралари тўлиқ тозаланиб бўлишигача (2–3 ҳафта); 2) грануляция билан қопланган яралар то тўлиқ эпителизацияланишигача. Септикотоксемиянинг 1-фазасида клиник симптоматикани ифодаловчи бўлиб тўқима парчаланиши ва микроорганизмлар ҳаёт фаолияти маҳсулотлари хизмат қилади. 2-фазани кечуви ва симптоматикаси асосан куйиш яралари майдони ва чуқурлигига, уларнинг мавжудлик муддати узунлигига ва ўтказилаётган терапия сифатига боғлиқ бўлади.

Таснифи. Куйиш касаллигини умумий қабул қилинган таснифланишида тўрт давр фарқланади: **куйиш шоки** – 24–72 соат; **ўткир куйиш токсемияси** – шикастланишдан кейинги 2–3-суткадан бошланади ва 10–14 кун давом этади; **септикотоксемия** – бир неча кундан бир неча ойгача; **реконвалесценция**.

Куйиш шоки – организмнинг термик жароҳатга жавоби сифатидаги мураккаб кўп компонентли реакциясидир. Термик жароҳат майдони ва чуқурлиги, клиник кўринишига боғлиқ равишда куйиш шокининг қуйидаги турлари фарқланади:

Енгил куйиш шоки – куйиш жароҳати майдони 20% гача тана сатҳини эгаллаганида ривожланади.

Оғир куйиш шоки – куйиш жароҳати майдони 21–60% тана сатҳини эгаллаганида ривожланади.

Ўта оғир куйиш шоки – куйиш жароҳати майдони 60% тана сатҳидан кўп бўлганида кузатилади.

Ўткир куйиш токсемияси қонга тўқималарда ҳосил бўлган токсик маҳсулотларни келиб тушиши натижасида вужудга келувчи клиник синдромни устунлиги билан ифодаланади. Бу даврда кўплаб аъзо ва тизимлар, аввало юрак-қон томир, нафас ва асаб тизимлари фаолияти бузилади.

Септикотоксемия тўқима парчаланиши ва микроорганизмлар ҳаёт фаолияти маҳсулотлари резорбцияси натижасидаги интоксикация синдроми билан ифодаланади.

Реконвалесценция – куйиш касаллигининг куйиш яралари тўлиқ битганидан кейинги давридир.

Симптоматика. Катта майдонли термик куйишларда куйган соҳаларда оғриқ бўлади. Шиш, гиперемия, тиниқ сарғимтир тусли суюқлик билан тўла пуфакчалар, эпидермис кўчиши кузатилади.

Куйиш шокида тана ҳароратини пасайиши, тахикардия, марказий веноз босимни пасайиши, олигурия ёки анурия, қайт қилиш кузатилади.

Ўткир куйиш токсемияси ўртача 10–14 кун давом этади. Тормозланиш, инжиқлик, лоҳаслик ва уйқучанлик билан ифодаланувчи марказий асаб тизими фаолияти бузилиши кузатилади. Баъзи ҳолатларда алахсираш, кучли қўзғалиш ҳолати, уйқусизлик, жуда кам ҳолатларда тутқаноқ кузатилади. Токсико-резорбтив безгак куйиш касаллигининг ушбу даврига хосдир. Юрак-қон томир тизимидаги ўзгаришлар юрак чегараларини кенгайиши, тахикардия, кучли юрак уришини сезиш билан ифодаланади. Анемия ва лейкоцитоз куйиш касаллигининг ушбу даврига хос. Гипо- ва диспротеинемия аниқланади.

Септикоткосемия даврининг клиник кўриниши ўткир токсемия давридаги ўзгаришлар каби бўлади. Бемор температура реакцияси юқори ҳароратларгача кўтарилади. Баъзи ҳолларда қайт қилиш, кўз склералари ва тери қопламлари сарғимтирлиги билан ифодаланувчи токсик гепатит ривожланади.

Реконвалесценция даврида оғир термик жароҳат натижасида бузилган ички аъзолари ва тизимлар фаолияти аста-секин тикланиши кузатилади.

Дифференциал диагностика.

А) Кимёвий куйишлар – анамнез, маҳаллий ўзгаришларнинг хусусиятлари.

Б) Электротермик куйишлар – анамнез, маҳаллий ўзгаришларнинг хусусиятлари.

В) Лайелла синдроми – анамнез, касаллик бошланиш тавсифи, полиорган етишмовчилик билан бирга кечувчи аллергик ялиғланишнинг ифодаланган клиникаси.

Г) контакт дерматитлар – анамнез, маҳаллий ўзгаришлар тавсифи.

Текширувлар баёни.

Асбобли усуллар: лозим бўлганлари:

– термометрия – соғ ва жароҳатланган тери ҳарорати фарқи.

– куйиш сатҳи юзасини аниқлаш: «тўққизлик» ва «кафт» қоидалари.

қўшимча:

– жароҳат чуқурлигини аниқлаш: «тўғноғич» синамасиаси, спирт билан синамаси, тук синамасиаси.



7.5. расм Соғлом ва куйган терининг ҳароратини ўлчовчи дермал аппарат.

Лаборатор текширувлар:

лозим бўлганлар:

– қон ва сийдик умумий таҳлили;

– ярадан бактериологик суртма олиш;

– қон гуруҳи ва резус факторни аниқлаш;

– коагулограмма;

– биокимёвий таҳлилар: қон ва сийдикда қанд миқдори, электролитлар, кислота ва ишқор мувозанати (КИМ), умумий оқсил ва унинг фракциялари, ферментлар (АЛТ, АСТ), билирубин миқдори, мочевина, креатини;

– қондан бактериологик экма.

қўшимча:

– ЎМП (ўрта молекуляр пептид) даражаси

– ички аъзолар (юрак, жигар, буйрак, ўпка, ошқозон-ичак тракти) функциялари бузилган ҳолатларда функционал тадқиқотлар: электрокардиограмма, ультратовуш текшириш, ЭФГДС, бронхоскопия, рентгенография ва ҳоказо.

Госпитализация ва ташхис қўйиш мезонлари. Анамнез. Куйиш шокининг оғирлик даражаси ташхиси куйган яраларнинг юзаси ва чуқурлиги, гемодинамик кўрсаткичлар, МВБ – марказий вена босими, пешобнинг соатбай хажми (диурез), тери-ректал градиент (фарқ), термометрия, шикаст даражаси – Франк индекси ва Бо индекси,термоинголяцион шикаст мавжудлиги, комбинициион (куйиш+механик жароҳат, куйиш+ис газидан заҳарланиш ва х.к.) жароҳатларининг мавжудлиги каби омилларни ҳисобга олиб амалга оширилади. Куйган яра майдонини ташқи кўриги: ранги, гиперемия ва шиш, пуфаклари, уларнинг тиркиби, плазморея, яра юзасида некротик кобиқлар (некротик коплам кўриниши, консистенцияси, ранги, қалинлиги, тери сатҳида тромбга учраган томирлар бўлиши) мавжудлиги. Куйиш май-

дони юзаси «тўққизликлар» қоидасига асосан аниқланади (тана қисмлари тана юзасининг 9 ёки 9га карали фойизли бўлакларга ажратилади). Куйган яра чуқурлигини оғриққа сезувчанлик (тўғноғич, спиртли, тукли синамасиалар), термометрия (куйган тери сатҳи ҳароратининг соғлом тери сатҳи ҳароратидан фарқи, ҳарорат 1–3°Сга фарқ қилганда куйган яра чуқурлигидан далолат беради).

Реанимацион бўлимга госпитализация, оғирлик даражасидан қатъи назар, куйиш шокига сабаб бўлган катта ҳажмдаги куйиш мавжудлиги кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Шунингдек, куйиш касалигининг токсемия ва септикотоксемия даврида катта майдондаги куйиши бўлганлар, Яққол функционал ва тана аъзолари етишмовчилиги, полиорган етишмовчилиги бўлганлар РИТБ (реанимация ва интенсив терапия бўлими) ёки ИТП (интенсив терапия палатаси) ётқизиб даволанишлари лозим. Куйиш шокидан чиққан ва ҳолати барқарорлашган беморлар комбустиология бўлимига даволанишни давом эттириш учун ўтказилади.

Даволаш. Тўрт катетер (марказий вена катетеризацияси, ошқозонни зондлаш, қовуқни катетерлаштириш, намланган кислород бериш) қоидасини қўллаш лозим.

Инфузион терапия: биринчи суткада – 3 мл суюқлик х куйиш майдони х тана оғирлиги (килограммларда). Кристалоидлар (Рингер-Локк эритмаси, физиологик эритма, дисоль, трисоль, глюкозаланган эритмалар ва ҳ.к.) ва коллоид (реополиглюкин, полиглюкин, стабизол, инфезол) эритмалар нисбати биринчи суткада 3:1 бўлиши керак.

Иккинчи суткада – ўшанча суюқлик, лекин эритмалар нисбати 1:1, шунингдек плазма ва альбуминотрансфузия.

3 суткадан инфузион терапия ҳажмини икки баробар камайтириш лозим.

Чуқур ва циркуляр куйишларда декомпрессив некротомия жарроҳлик амалиётини бажариш лозим:

– тўғри таъсир қилувчи интикоагулянтлар;

– гормонлар;

– антибиотиклар: II–III авлод цефалоспоринлари;

– аналгетиклар: нонаркотик аналгетиклар, улар таъсир этмаганида наркотик аналгетиклар;

– седатив препаратлар;

– витаминлар (аскордин кислотаси);

– суткалик диурез назорати остида диуретиклар;

– зарурият туғилганда турли новокаинли блокадаларни (тригеминал, вагосимпатик, паранефрал, ғилофли) амалга ошириш;

– нафас йўлларининг шикастланишида: бронхоскопия, пара- ва претрахеал блокада, доривор препаратлар инголяцияси, наланган кислород инголяцияси, ЎСШ (ўпкани сунъий шамоллатиш) кўрсаткичлари бўйича, трахеостомия;

– яра юзасига левомиколь малҳамли ва анестетиклар (бетадин) эритмали маҳаллий боғичлар қилиш. Юздаги юзаси куйишлар учун – аэрозол олазоль;

– чуқур ва циркуляр куйишларида беморни «клинитрон» кровати ёки «кроват-сетка»га ётқизиш.

Жарроҳлик амалиёти орқали даволаш. Чуқур куйишларда эрта (жароҳат олгандан кейин 5–7 кунларида), эрта кечиктирилган (7–9 кунларида) ёки кечиктирилган некрэктомия (9 кундан кейин) бажарилади. Қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганида, 10–40%ли салицил кислотаси сурмасидан фойдаланилган ҳолда кимёвий некрэктомия қўлланилади. Жароҳат юзалари грануляцион тўқима билан қоплангач аутодермопластика амалга оширилади;

– грануляцион жароҳатларни аутодермопластик ёпиш учун тайёргарлик жарроҳлик амалиёти куни эрталаб қайта боғлаш ишларини бажариш, аутотери олинадиган донорлик сатҳ юзасини юнг қопламдан тозалашдан иборат бўлади.

– некрэктомия жарроҳлик амалиёти умумий вена ичи анестезияси орқали амалга оширилади. Анамнезида оғирлаштирувчи ҳолатлар бўлмаган катта ёшдагиларда тана юзасининг 3%гача грануляцион жароҳатларни пластик ёпиш маҳаллий новокаинли анестезия остида бажарилади. Бошқа жарроҳлик амалиётлари умумий вена ичи анестезияси остида ўтказилади.

– куйишдан кейинги грануляцион яраларни ёпиш учун оптимал усул сифатида 0,2–0,3 мм. қалинликдаги перфорация қилинган тери аутотрансплантатлари билан пластика амалга ошириш ҳисобланади. Бир вақтнинг ўзида тери лахтакларини 1200–1400 $см^2$ дан ошмаган майдонда олиш мақсадга мувофиқдир. Тери лахтакларида ҳосил этувчи тешиклар учун оптимал коэффициент 1:2–1:3 бўлиши маъқул. Тананинг функционал фаол жойлари (юз, бўйин, панжа)даги грануляцион яраларига пластик ёпиш учун перфорация қилинмаган, қалин тери лахтакларидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ бўлади;

– жарроҳлик амалиётидан кейинги даврида боғлов алмаштириш 2 кунига ўтказилади. Трансплантлар кўчирилиб ўтказилган яра сатҳига антисептик эритмалар (бетадин, хлоргексидин, хипохлорид натрий, 20% димексид) қўлланилади. Донор яра майдонлари 1 кундан фен ёки ламинар хаво оқими берувчи ускуналар ёрдамида қуритилади. Донор яраларини тўғри парваришлаганда бирламчи боғлам остида эпителизация бўлади.

Бемор шифохонадан чиқаётгандаги тавсиялар. Яшаш жойи буйича хирург ёки травматолог томонидан амбулатор кузатув ва даволаш. Чандиқли асоратлар ҳосил бўлиш эҳтимоли пайдо бўлса, физиотерапевт иштирокида профилактик чоралар кўриш.

Жароҳат олганларнинг алоҳида гуруҳини оғиз ва ҳалқумнинг шиллиқ қаватларида термик куйишлар бўлган беморлар ташкил этади.

Оғиз ва ҳалқум шиллиқ қаватларидаги куйиш жароҳати – бу шиллиқ қават бутунлигининг термик омил таъсирида бузилишидир. Шиллиқ қават қизиши ва термик куйиш ривожи қайноқ суюқлик билан бевосита контакт натижасида амалга ошади.

Патогенез. Оғиз ва халқум шиллиқ қаватига зиён етказиб, юмшоқ тўқималарнинг шишишига олиб келувчи юқори температура таъсирига боғлиқ. Ҳужайралар мембранаси ўтказувчанлигининг ошиш натижасида шиш ривожланади. Бўлаётган ўзгаришлар артериал гипоксемия кўринишидаги юқори нафас йўлларининг ва ОИТ (ошқозон-ичак тракти) ўтказувчанлигининг бузилишига олиб келади. Артериал қоннинг оксигенациси (кислород билан таъминланиши) бузилиши, гиповелемия ва стресс тизимли гипоксия ҳамда гемодинамиканинг тизимли бузилишларига олиб келади. Бу эса ўз навбатида ўпка вазоконстрикцияси билан ифодаланган ўпканинг регионар гемодинамикаси бузилишига олиб келади. Регионар геодинамиканинг ўсиб бораётган издан чиқиши фонида гипоксия, холинергик тизимнинг қаттиқ қўзғалиши тотал бронхоспазм ёки РДС (респиратор дистресс-синдром) – синдром ривожланишига олиб келиши мумкин.

Таснифи. Оғиз ва ҳалқум шиллиқ қаватининг термик куйишлари зарарланишнинг яққоллиги ва клиник маълумотларга кўра икки даража – I ва IIга ажратилади.

Симптоматика. Оғиз ва юқори ҳалқум шиллиқ қаватларининг термик куйишларида ютинишда оғриқ, товуш ўзгариши, гиперсоливация кузатилади. Оғиз ва ҳалқум шиллиқ қаватларида гиперемия ҳамда шиш, оғиз ва ҳалқум шиллиқ қаватлари юзасида эррозиялар ёки яралар кузатилади. Оғиз ва ҳалқум шиллиқ қаватлари шиши ўсиб бораётган оғир ҳолларда нафас олиш қийинлашиши ва ҳаттоки нафасни декомпенсация қилишгача бориши мумкин.

Дифференциал диагноз.

А) Термоингаляцион жароҳат – анамнез, зиён етказувчи агент кўриниши (аланга).

Б) Дифтерия – анамнез, касаллик бошланиши характери.

В) Асфиксия – анамнез, странгуляцион ажин мавжудлиги, оғиз ва ҳалқум шиллиқ қаватини куйишига хос маҳаллий белгиларининг йўқлиги.

Г) Аспирация – анамнез, оғиз ва ҳалқум шиллиқ қаватларини куйишига хос маҳаллий белгиларининг йўқлиги.

Кўрик протоколи. Асбоблардан фойдаланувчи усуллар:

мажбурийлари:

– фарингоскопия;

– нафас олиш етишмовчилиги даражаси ташхиси: гемодинамик кўрсаткичлар, МВБ (марказий вена босими), соатбай диурез, термометрия, қўшма жароҳат (куйиш+механик жароҳат ва ҳ.к.) мавжудлиги.

қўшимчалари:

Лаборатория таҳлиллари: мажбурийлари:

– қон ва пешобнинг умумий таҳлиллари;

– қон гуруҳини ва резус-факторни аниқлаш;

– коагулограмма;

– биокимёвий таҳлиллар: қон ва пешобдаги қанд моддаси, электолитларни а- коагулограмма;

– биокимёвий таҳлиллар: қон ва пешобдаги қанд моддаси, электолитларни аниқлаш, КАХ (кислота-асос ҳолати), умумий оқсил ва улардан қайнашда ажраладиган таркибий қисмлари (фракция), ферментлар (АСТ, АЛТ), билирубин даражаси, мочевина, креатинин.

қўшимчалари:

– ЎМП даражаси;

– ички аъзолар (юрак, жигар, буйрак, ўпка, ошқозон-ичак тракти) функциялари бузилган ҳолатларда функционал тадқиқотлар: эслектрокардиограмма, ультратовуш текшириш, ЭФГДС, ларингоскопия, бронхоскопия, рентгенография.

Ётқизиб даволаш ва ташхис қўйиш мезонлари. Анамнез. Нафас олиш етишмовчилиги кўрсаткичларининг ёшга боғлиқ меъёрдан четлашишга қараб аниқланади. Оғиз ва ҳалқум шиллиқ қаватлари ҳамда тилнинг кўриги (гиперемия, шиш, эрозиялар, ара мавжудлиги).

Ётқизиб даволаш кўрсаткичи бўлиб оғиз ва ҳалқум шиллиқ қаватининг термик куйиш олганлиги хизмат қилади. Стенозли хиқилдоқ шишининг ўсиши эҳтимоли ва нафас олиш декомпенсациясини ҳисобга олган ҳолда бундай беморлар, уларнинг ҳолатидан қатъи назар, биринчи 6 соатда РИТБ (реанимация ва интенсив терапия бўлими)га ётқизилиши зарур.

Даволаш. Тўрт катетер (марказий вена катетеризацияси, ошқозонни зондлаш, қовуқни катетерлаштириш, намлаган кислород бериш) қоидасини қўллаш лозим.

Шишга қарши терапия:

– десенсибилизацияловчи препаратлар;

– гармонлар;

– суткалик диурезни назорати остида диуретиклар;

– анголяциялар: эуфиллин 2,4% – 2,0 + гидрокортизон 25 мг 4–5 марта;

– зарурият туғилганда пре- ва паратрехиал новокаинли блокадаларни амалга ошириш;

– оксигенотерапия: намланган кислород инголяцияси;
– седатив препаратлар;
– тўғри таъсир этувчи антиакоагулянтлар;
– антибиотиклар: II–III авлод цефалоспоринлар;
– аналгетиклар: нонаркотик аналгетиклар;
– витаминлар (аскорбин кислотаси).

Инфузион терапия юрак ва қон-томир тизимининг ўзгариш даражасига, перорал регидратация имкониятларига боғлиқ равишда ўтказилади. Кристаллоидлар (Рингар-Локк эритмаси, физиологик эритма, дисоль, трисоль, глюкозаланган эритмалар ва бошқалар) ва коллоидлар (реополиглюкин, полиглюкин, стабизол, инфезол) эритмалар нисбатлари 2:1 бўлиши лозим.

Кўрсатма бўйича трахея интубацияси ва сунъий нафас олишга ўтказиш, трахеостомия.

Касалхонадан чиқиш вақтидаги тавсиялар. Педиатр ва физиотерапевт назорати остида амбулатор кузатув ва даво мўлажаларини давом эттириш.

КИМЁВИЙ КУЙИШЛАР

КХТ шифри-10. Т 5

Маҳаллий чегараланган майдондаги кимёвий куйишлар жараёни умумий ўзгаришларга нисбатан устунроқ кечади.

Таъриф. Кимёвий куйишлар – бу кимёвий таъсир натижасида тери сатҳи бутунлигининг бузилиши. Тўқималардаги маҳаллий ўзгаришлар бир қатор кимёвий моддалар таъсири натижасида юзага келади. Кимёвий куйишларда тўқима таркибига кирувчи моддаларнинг, зарарловчи моддалар ионлари билан янги боғлиқлар ҳосил бўлади.

Патогенез. Ҳақиқий кимёвий куйишлар деб, зарарловчи моддалар таъсири остида қисқа вақт ичида тўқималар фаолиятининг бутунлай йўқолиши бўлиб ҳисобланади. Кислоталар таъсири натижасида оқсилларнинг карбоксил гуруҳнинг ионизацияланиши оқибатида коагуляцияга учраши, оқсил молекулалари пептид боғлиғининг бузилиши ва пептид занжирининг парчаланиши кузатилади. Қайтмас жараён сифатида тўқималарининг дегидратацияга учраши асосий рол бўлиб ҳисобланади. Тўқима суюқлигидаги айрим кислоталарнинг эриши иссиқлик ажралиши билан кечади, шунингдек тўқималарнинг меъёрдан ортиқ қизиши унинг нобуд бўлишига сабаб бўлади. Ишқор ва унинг хусусиятига эга моддалар ёғлар билан ўзаро таъсирга кириб унинг совунланиши, аммоний гуруҳидаги оксилларнинг ионизациясини сустлаштириб ишқорли альбуминатлар ҳосил бўлиши билан кечади. Агрес-



9.6. расм. Кислота билан кимёвий куйиш.



9.7. расм. Ишқор билан кимёвий куйиш.

сив моддаларнинг зарарловчи таъсири кимёвий реакциялар тўхташигача давом этади ва шундан кейин куйган жароҳатда органик ҳамда ноорганик бирикмалар қолиши кузатилади. Улар регенерация жараёнига салбий таъсир кўрсатиши мумкин.

Таснифи. I даражали кимёвий куйиш – терининг гиперемияси ва шиши, ўрта даражали ялиғланиш жараёнининг кузатилиши; II даражали кимёвий куйиш – пуфакчаларининг пайдо бўлиши ёки юзаки майдонли коагуляцион некрознинг пайдо бўлиши билан эпидермиснинг некрозга учраши; III даражали кимёвий куйиш – терининг ҳамма қаватларнинг, аксарият ҳолларда тери ости ёғ қатининг зарарланиши; IV даражали кимёвий куйиш – тери ва чукур жойлашган тўқималарининг (фасция, мускул, суяк) нобуд бўлиши.

Симптоматика. Чегараланган кимёвий куйишларда куйган майдон соҳасида оғриқ кузатилади. Кислоталар билан кимёвий куйишда қуруқ коагуляцион некроз (расм 7.6), ишқорлар билан куйганда эса – колликвацион (нам) (расм 7.7) некроз кузатилади.

Коагуляцион некроз ҳосил қилувчи куйдирувчи моддалар, кислота ва унинг таъсирига эга бўлганлар:
– олтингугурт кислотаси – жигарранг струп;
– азот кислотаси – сариқ-яшил (сариқ-жигарранг);
– хлорид кислотали – сариқ;
– плавик кислотаси – оқимтир-кўкиш ёки кулранг;
– пергидроль – оқ;
– бороводородли – кулранг.

Колликвацион некроз ҳосил қилувчи куйдирувчи моддалар, ишқор ва унинг таъсирига эга бўлганлар. Куйиш майдони нам, илвиллаган, ушлаб кўрилганда сосунсимон кўринишда.

Дифференциал диагностика.

А) иссиқ суюқликлар билан термик куйиш – анамнез, маҳаллий ўзгаришлар характери.

Б) Лайелла синдроми – анамнез, касаллик бошланиш тавсифи, полиорган етишмовчилик билан бирга кечувчи аллергик ялиғланишнинг ифодаланган клиникаси.

В) контакт дерматитлар – анамнез, маҳаллий ўзгаришлар характери.

Текширувлар баёни. Асбобли усуллар:

– лозим бўлганлари:

– термометрия – соғ ва жароҳатланган тери ҳарорати фарқи.

–куйиш сатҳи юзасини аниқлаш: «тўққизлик» ва «кафт» қоидалари.

қўшимча:

– жароҳат чуқурлигини аниқлаш: «тўғноғич» синамасиаси, спирт билан синамаси, тук синамасиаси.

Лаборатор текширувлар: лозим бўлганлар:

– қон ва сийдик умумий таҳлили

– ярадан бактериологик суртма олиш;

– қўшимча:

– қон гуруҳи ва резус факторни аниклаш;

– коагулограмма;

– биокимёвий таҳлилар: қон ва сийдикда қанд миқдори, электролитлар, кислота ва ишқор мувозанати (КИМ), умумий оқсил ва унинг фракциялари, ферментлар (АЛТ, АСТ), билирубин миқдори, мочевина, креатини;

– қондан бактериологик экма.

Ташхис қўйиш ва госпитализация мезонлари (критерии): Анамнез. Куйган яра майдонини ташқи кўриги: ранги, гиперемия ва шиш, пуфакларн, уларнинг тиркиби, плазморея, яра юзасида некротик қобиқлар (некротик қоплам кўриниши, консистенцияси, ранги, қалинлиги, тери сатҳида тромбга учраган томирлар бўлиши) мавжудлиги. Куйиш майдони ҳажмини «кафт» (кафт юзаси 1% тана юзасига тенг) ва «тўққизлик» қоидалари асосида аниқлаш. Куйган яра чуқурлигини оғриққа сезувчанлик (тўғноғич, спиртли, тукли синамасиалар), термометрия (куйган тери сатҳи ҳароратининг соғлом тери сатҳи ҳароратидан фарқи, ҳарорат 1–3°Сга фарқ қилганда куйган яра чуқурлигидан далолат беради). Франк ва Бо индексларини аниқлаш:

Кимёвий куйишнинг мавжудлиги, куйган яра майдони ва чуқурлигидан қатъи назар, госпитализацияга кўрсатма бўлиб ҳисобланади, чунки зарарловчи омил резобцияси оқибатида заҳарланиш клиникаси ривожланиши мумкин.

Даволаш. Кимёвий агентни нейтрализация қилиш: 15–25 дақиқа давомида оқар сувда ювиш. Кейинчалик кимёвий омилнинг турига қараб нейтралловчи эритмаларни қўллаш (табл. 9.1).

Таблица 9.1

Ҳар хил кимёвий омиллар таъсиридаги ишлатиладиган нейтралловчи моддалар

Кимёвий омил	Нейтралловчи омил
Ишқор	1% уксус кислота эритмаси, 0,5–3% бор кислота эритмаси
Оҳак	20% шакар эритмаси
Метал тузлари (азотнордонли кумуш, мис купороси, хлорли цинк)	2–5% бикорбонат сода эритмаси
Плавик кислотаси	10–12% аммиак эритмаси
Карбол кислотаси	Глицерин
Хром кислотаси	5% гипосульфат натрий эритмаси
Бром	Куйдирилган магнезий
Фосфор	5% гидрокарбонат натрий эритмаси
Алюминий органик бирикмалар	Бензин, керосин
Фенол	40–70% этил спирти

– антибиотиклар: II и III авлод цефалоспоринлар;

– аналгетиклар: нонаркотик аналгетиклар, улар таъсир этмаганида наркотик аналгетиклар;

– седатив препаратлар.

Маҳаллий: 3 кун давомида нейтралловчи эритмалар билан боғлам (илова №1), кейинчалик бетадин эритмаси ёки левомеколь малҳамини қўйиш. Юзнинг юзаки куйишларида – олазол аэрозоли. Чуқур куйишларда некрэктомия кейинчалик аутодермопластика билан.

Жарроҳлик амалиёти орқали даволаш. Чуқур куйишларда эрта (жароҳат олгандан кейин 5–7 кунларида), эрта кечиктирилган (7–9 кунларида) ёки кечиктирилган некрэктомия (9 кундан кейин) бажарилади. Қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганида, 10–40%ли салицил кислотаси сурмасидан фойдаланилган ҳолда кимёвий некрэктомия қўлланилади. Жароҳат юзалари грануляцион тўқима билан қоплангач аутодермопластика амалга оширилади;

– грануляцион жароҳатларни аутодермопластик ёпиш учун тайёргарлик жарроҳлик амалиёти куни эрталаб қайта боғлаш ишларини бажариш, аутотери олинадиган донорлик сатҳ юзасини юнг қопаламдан тозалашдан иборат бўлади.

– некрэктомия жарроҳлик амалиёти умумий вена ичи анестезияси орқали амалга оширилади. Анамнезида оғирлаштирувчи ҳолатлар бўлмаган катта

ёшдагиларда тана юзасининг 3%гача грануляцион жароҳатларни пластик ёпиш маҳаллий новокаинли анестезия остида бажарилади. Бошқа жарроҳлик амалиётлари умумий вена ичи анестезияси остида ўтказилади.

– куйишдан кейинги грануляцион яраларни ёпиш учун оптимал усул сифатида 0,2–0,3 мм. қалинликдаги перфорация қилинган тери аутотрансплантатлари билан пластика амалга ошириш ҳисобланади. Бир вақтнинг ўзида тери лахтакларини 1200–1400 см² дан ошмаган майдонда олиш мақсадга мувофиқдир. Тери лахтакларида ҳосил этувчи тешиклар учун оптимал коэффициент 1:2–1:3 бўлиши маъқул. Тананинг функционал фаол жойлари (юз, бўйин, панжа)даги грануляцион яраларига пластик ёпиш учун перфорация қилинмаган, қалин тери лахтакларидан фойдаланиш мақсадга мувофик бўлади;

– жарроҳлик амалиётидан кейинги даврида боғлов алмаштириш 2 кунига ўтказилади. Трансплантлар кўчирилиб ўтказилган яра сатҳига антисептик эритмалар (бетадин, хлоргексидин, хипохлорид натрий, 20% димексид) қўлланилади. Донор яра майдонлари 1 кундан фен ёки ламинар ҳаво оқими берувчи ускуналар ёрдамида қуритилади. Донор яраларини тўғри парваришлаганда бирламчи боғлам остида эпителизация бўлади.

Бемор шифохонадан чиқаётгандаги тавсиялар. Яшаш жойи бўйича хирург ёки травматолог томонидан амбулатор кузатув ва даволаш. Чандиқли асоратлар ҳосил бўлиш эҳтимоли пайдо бўлса, физиотерапевт иштирокида профилактик чоралар кўриш.

Кенг майдонли кимёвий куйиш жароҳати юзи берганда, куйиш жароҳати сабабли содир бўлган умумий ўзгаришлар ўзаро чамбарчас боғлиқликда кечганда ушбу патологик жараён куйиш касаллиги деб аталиши қабул қилинган нозологик шакл сифатида намоён бўлади.

Катта майдонли ва чуқур кимёвий куйиш жароҳатлари (20–30% т.ю. ёки 10%т.ю.дан юқори чуқур яралар) куйиш касаллиги билан кечади. Куйиш касаллиги – бу, термик жароҳатга жавоб сифатида ривожланувчи патологик жараён бўлиб, бирламчи сабаби куйиш жароҳати ҳисобланади. Бу жараёнда кўпчилик аъзо ва тизимлар иштирок этади.

Патогенез. Куйиш шоки патогенези асосида организмдаги интра- ва экстракорпорал суюқлик ҳаракати ўзгаришидан юзага келган циркуляциядаги қон ҳажмини камайиши натижасидаги марказий ва периферик гемодинамика бузилишлари, қон реологик хусусиятлари ўзгариши ётади. Натижада кўпчилик аъзо ва тизимлар фаолияти, шунингдек модда алмашинувининг барча турлари бузилади. Ўткир куйиш токсемияси ривожланиши бемор организмида носпецифик токсинлар: гистамин ва серотонин, кинин ва простагландин тизимлари компонентлари, липидлар перекис оксидланиши маҳсулотлари ва ўрта молекулали пептидларни пайдо бўлиши билан боғлиқ. Бу токсинларни ҳосил бўлишида лизосомал структуралар парчаланиши натижасидаги протеолитик ферментларни активлашиши ва улар ингибиторлари фаоллигини камайиши муҳим аҳамиятга эга. Септикотоксемия даврини икки фазага бўлиш мақсадга мувофиқдир: 1) куйиш яралари тўлиқ тозаланиб бўлишигача (2–3 ҳафта); 2) грануляция билан қопланган яралар то тўлиқ эпителизацияланишигача. Септикотоксемиянинг 1-фазасида клиник симптоматикани ифодаловчи бўлиб тўқима парчаланиши ва микроорганизмлар хаёт фаолияти маҳсулотлари хизмат қилади. 2-фазани кечуви ва симптоматикаси асосан куйиш яралари майдони ва чуқурлигига, уларнинг мавжудлик муддати узунлигига ва ўтказилаётган терапия сифатига боғлиқ бўлади.

Таснифи. Куйиш касаллигини умумий қабул қилинган таснифланишида тўрт давр фарқланади: **куйиш шоки** – 24–72 соат; **ўткир куйиш токсемияси** – шикастланишдан кейинги 2–3-суткадан бошланади ва 10–14 кун давом этади; **септикотоксемия** – бир неча кундан бир неча ойгача; **реконвалесценция**.

Куйиш шоки – организмнинг термик жароҳатга жавоби сифатидаги мураккаб кўп компонентли реакциясидир. Термик жароҳат майдони ва чуқурлиги, клиник кўринишига боғлиқ равишда куйиш шокининг қуйидаги турлари фарқланади:

Енгил куйиш шоки – куйиш жароҳати майдони 20% гача тана сатҳини эгаллаганида ривожланади.

Оғир куйиш шоки – куйиш жароҳати майдони 21–60% тана сатҳини эгаллаганида ривожланади.

Ўта оғир куйиш шоки – куйиш жароҳати майдони 60% тана сатҳидан кўп бўлганида кузатилади.

Ўткир куйиш токсемияси конга тўқималарда ҳосил бўлган токсик маҳсулотларни келиб тушиши натижасида вужудга келувчи клиник синдромни устунлиги билан ифодаланади. Бу даврда кўплаб аъзо ва тизимлар, аввало юрак-қон томир, нафас ва асаб тизимлари фаолияти бузилади.

Септикотоксемия тўқима парчаланиши ва микроорганизмлар ҳаёт фаолияти маҳсулотлари резорбцияси натижасидаги интоксикация синдроми билан ифодаланади.

Реконвалесценция – куйиш касаллигининг куйиш яралари тўлиқ битганидан кейинги давридир.

Симптоматика. Катта майдонли кимёвий куйишларда куйган соҳаларда кучли оғриқ, қалтираш, акроцианоз, қўл-оёқларининг совқотиши, ҳолсизлик бўлади. Ишқор табиатли моддалар таъсирида шиши, гиперемия, пуфакчалар

ҳосил бўлиши, тиниқ сарғимтир тусли суюқлик билан тўла пуфакчалар, тананинг кенг майдонли соҳаларида эпидермис кўчиши кузатилади. Кислота хусусиятли моддалар таъсирида кимёвий омил табиатига боғлиқ ҳолда ҳар хил рангли қуруқ қопламдан то қалин некротик струпгача кўринишда бўлган коагуляцион некроз майдонларининг ҳосил бўлиши билан кечади.

Куйиш шокида тана ҳароратини пасайиши, тахикардия, марказий веноз босимни пасайиши, олигурия ёки анурия, қайт қилиш кузатилади.

Ўткир куйиш токсемияси ўртача 10–14 кун давом этади. Тормозланиш, инжиқлик, лоҳаслик ва уйқучанлик билан ифодаланувчи марказий асаб тизими фаолияти бузилиши кузатилади. Баъзи ҳолатларда алахсираш, кучли қўзғалиш ҳолати, уйқусизлик, жуда кам ҳолатларда тутқанок кузатилади. Токсико-резорбтив безгак куйиш касаллигининг ушбу даврига хосдир. Юрак-қон томир тизимидаги ўзгаришлар юрак чегараларини кенгайиши, тахикардия, кучли юрак уришини сезиш билан ифодаланади. Анемия ва лейкоцитоз куйиш касаллигининг ушбу даврига хос. Гипо- ва диспротеинемия аниқланади.

Септикотоксемия даврининг клиник кўриниши ўткир токсемия давридаги ўзгаришлар каби бўлади. Бемор температура реакцияси юқори ҳароратларгача кўтарилади. Баъзи ҳолларда қайт қилиш, кўз склералари ва тери қопламлари сарғимтирлиги билан ифодаланувчи токсик гепатит ривожланади.

Реконвалесценция даврида оғир термик жароҳат натижасида бузилган ички аъзолари ва тизимлар фаолияти аста-секин тикланиши кузатилади.

Дифференциальная диагностика.

А) иссиқ суюкликлар билан термик куйиш – анамнез, маҳаллий ўзгаришлар характери.

Б) Лайелла синдроми – анамнез, касаллик бошланиш тавсифи, полиорган етишмовчилик билан бирга кечувчи аллергик ялиғланишнинг ифодаланган клиникаси.

В) контакт дерматитлар – анамнез, маҳаллий ўзгаришлар характери.

Текширувлар баёни. Асбобли усуллар:

– лозим бўлганлари:

– термометрия – соғ ва жароҳатланган тери ҳарорати фарқи.

– куйиш сатҳи юзасини аниқлаш: «тўққизлик» ва «кафт» қоидалари.

қўшимча:

– жароҳат чуқурлигини аниқлаш: «тўғноғич» синамасиаси, спирт билан синамаси, тук синамасиаси.

Лаборатор текширувлар: лозим бўлганлар:

– қон ва сийдик умумий таҳлили;

– ярадан бактериологик суртма олиш;

– қон гуруҳи ва резус факторни аниқлаш;

– коагулограмма;

– биокимёвий таҳлилар: қон ва сийдикда қанд миқдори, электролитлар, кислота ва ишқор мувозанати (КИМ), умумий оқсил ва унинг фракциялари, ферментлар (АЛТ, АСТ), билирубин миқдори, мочевина, креатини;

– қондан бактериологик экма.

қўшимча:

– ЎМП даражаси

– ички аъзолар (юрак, жигар, буйрак, ўпка, ошқозон-ичак тракти) функциялари бузилган ҳолатларда функционал тадқиқотлар: эслектрокардиограмма, ультратовуш текшириш, ЭФГДС, бронхоскопия, рентгенография ва ҳоказо.

Госпитализация ва ташхис қўйиш мезонлари. Анамнез. Куйиш шокининг оғирлик даражаси ташхиси куйган яраларнинг юзаси ва чуқурлиги, гемодинамик кўрсаткичлар, МВБ – марказий вена босими, пешобнинг соатбай ҳажми (диурез), тери-ректал градиент (фарқ), термометрия, шикаст даражаси – Франк индекси ва Бо индеки,термоинголяцион шикаст мавжудлиги, комбиниционн (куйиш+механик жароҳат, куйиш+ис газидан заҳарланиш ва ҳ.к.) жароҳатларининг мавжудлиги каби омилларни ҳисобга олиб амалга оширилади. Куйган яра майдонини ташқи кўриги: ранги, гиперемия ва шиш, пуфаклари, уларнинг тиркиби, плазморея, яра юзасида некротик қобиклар (некротик қоплам кўриниши, консистенцияси, ранги, қалинлиги, тери сатҳида тромбга учраган томирлар бўлиши) мавжудлиги. Куйиш майдони юзаси «тўққизликлар» қоидасига асосан аниқланади (тана қисмлари тана юзасининг 9 ёки 9га карали фойизли бўлакларга ажратилади). Куйган яра чуқурлигини оғриққа сезувчанлик (тўғноғич, спиртли, тукли синамасиалар), термометрия (куйган тери сатҳи ҳароратининг соғлом тери сатҳи ҳароратидан фарқи, ҳарорат 1–3°Сга фарқ қилганда куйган яра чуқурлигидан далолат беради).

Реанимацион бўлимга госпитализация, оғирлик даражасидан қатъи назар, куйиш шокига сабаб бўлган катта ҳажмдаги куйиш мавжудлиги кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Шунингдек, куйиш касалигининг токсемия ва септикотоксемия даврида катта майдондаги куйиши бўлганлар, Яққол функционал ва тана аъзолари етишмовчилиги, полиорган етишмовчилиги бўлганлар РИТБ (реанимация ва интенсив терапия бўлими) ёки ИТП (интенсив терапия палатаси) ётқизиб даволанишлари лозим. Куйиш шокидан чиққан ва ҳолати барқарорлашган беморлар комбустиология бўлимига даволанишни давом эттириш учун ўтказилади.

Даволаш. Тўрт катетер (марказий вена катетеризацияси, ошқозонни зондлаш, қовуқни катетерлаштириш, намлаган кислород бериш) қоидасини қўллаш лозим.

Инфузион терапия: биринчи суткада – 3 мл суюқлик х куйиш майдони х тана оғирлиги (килограммларда). Кристалоидлар (Рингер-Локк эритмаси, физиологик эритма, дисоль, трисоль, глюкозаланган эритмалар ва ҳ.к.) ва коллоид (реополиглюкин, полиглюкин, стабизол, инфезол) эритмалар нисбати биринчи суткада 3:1 бўлиши керак.

Иккинчи суткада – ўшанча суюклик, лекин эритмалар нисбати 1:1, шунингдек плазма ва альбуминотрансфузия.

3 суткадан инфузион терапия ҳажмини икки баробар камайтириш лозим.

Чуқур ва циркуляр куйишларда декомпрессив некротомия жарроҳлик амалиётини бажариш лозим:

– тўғри таъсир қилувчи интикоагулянтлар;

– гормонлар;

– антибиотиклар: II-III авлод цефалоспоринлари;

– аналгетиклар: нонаркотик аналгетиклар, улар таъсир этмаганида наркотик аналгетиклар;

– седатив препаратлар;

– витаминлар (аскордин кислотаси);

– суткалик диурез назорати остида диуретиклар;

– зарурият туғилганда турли новокаинли блокадаларни (тригеминал, вагосимпатик, паранефрал, ғилофли) амалга ошириш;

– нафас йўлларининг шикастланишида: бронхоскопия, пара- ва претрахеал блокада, доривор препаратлар инголяцияси, намланган кислород инголяцияси, ЎСШ (ўпкани сунъий шамоллатиш) кўрсаткичлари бўйича, трахеостомия;

– куйиш шокидан чиққандан кейин ва гемодинамик кўрсаткичлари стабиллашгандан кейин эрта некрэктомия, кейинчалик аутодермопластика билан;

– Маҳаллий: 3 кун давомида нейтралловчи эритмалар билан боғлам (ило-ва №1), кейинчалик бетадин эритмаси ёки левомеколь малҳамини қўйиш. Юзнинг юзаки куйишларида – олазол аэрозоли. Чуқур куйишларда некрэктомия кейинчалик аутодермопластика билан.

– чуқур ва циркуляр куйишларида беморни «клинитрон» кровати ёки «кроват-сетка»га ётқизиш.

Жарроҳлик амалиёти орқали даволаш. Чуқур куйишларда эрта (жароҳат олгандан кейин 5–7 кунларида), эрта кечиктирилган (7–9 кунларида) ёки кечиктирилган некрэктомия (9 кундан кейин) бажарилади. Қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганида, 10–40%ли салицил кислотаси сурмасидан фойдаланилган ҳолда кимёвий некрэктомия қўлланилади. Жароҳат юзалари грануляцион тўқима билан қопланган аутодермопластика амалга оширилади;

– грануляцион жароҳатларни аутодермопластик ёпиш учун тайёргарлик жарроҳлик амалиёти куни эрталаб қайта боғлаш ишларини бажариш, аутотери олинадиган донорлик сатҳ юзасини юнг қопламдан тозалашдан иборат бўлади.

– некрэктомия жарроҳлик амалиёти умумий вена ичи анестезияси орқали амалга оширилади. Анамнезида оғирлаштирувчи ҳолатлар бўлмаган катта ёшдагиларда тана юзасининг 3%гача грануляцион жароҳатларни пластик ёпиш маҳаллий новокаинли анестезия остида бажарилади. Бошқа жарроҳлик амалиётлари умумий вена ичи анестезияси остида ўтказилади.

– куйишдан кейинги грануляцион яраларни ёпиш учун оптимал усул сифатида 0,2–0,3 мм. қалинликдаги перфорация қилинган тери аутотрансплантатлари билан пластика амалга ошириш ҳисобланади. Бир вақтнинг ўзида тери лахтакларини 1200–1400 см² дан ошмаган майдонда олиш мақсадга мувофиқдир. Тери лахтакларида ҳосил этувчи тешиклар учун оптимал коэффициент 1:2–1:3 бўлиши маъқул. Тананинг функционал фаол жойлари (юз, бўйин, панжа)даги грануляцион яраларига пластик ёпиш учун перфорация қилинмаган, қалин тери лахтакларидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ бўлади;

– жарроҳлик амалиётидан кейинги даврида боғлов алмаштириш 2 кунига ўтказилади. Трансплантлар кўчирилиб ўтказилган яра сатҳига антисептик эритмалар (бетадин, хлоргексидин, хипохлорид натрий, 20% димексид) қўлланилади. Донор яра майдонлари 1 кундан фен ёки ламинар ҳаво оқими берувчи ускуналар ёрдамида қурутилади. Донор яраларини тўғри парваришлаганда бирламчи боғлам остида эпителизация бўлади.

Бемор шифохонадан чиқаётгандаги тавсиялар. Яшаш жойи бўйича хирург ёки травматолог томонидан амбулатор кузатув ва даволаш. Чандиқли асоратлар ҳосил бўлиш эҳтимоли пайдо бўлса, физиотерапевт иштирокида профилактик чоралар кўриш.

ЭЛЕКТРОТЕРМИК КУЙИШЛАР

КХТ шифри – 10. Т 3.

Таъриф. Электротермик куйишлар – электр токининг таъсири натижасида тери бутлигининг бузилиши. Электрожароҳат вақтида вольт ёйи юзага келиши ёки металл ўтказишларнинг қизиши натижасида электр куйишлар термик куйишлар билан биргаликда юз бериши мумкин ва айрим ҳолатларда бу куйишлар оғирроқ бўлади.

Патогенез. Электр токининг тўқималардан ўтиши натижасида ҳужайралардаги ионлар ҳаракати юзага келади, оқсиллар коагуляцияси юзага келади, газ ва буғлар ҳосил бўлади. Газ пуфакчалари тўқималарга уйчасимон тузилиш беради. Тўқималардан ўтаётган электр токининг зарарловчи таъсири иссиқлик, электрохимик ва механик хоссаларда ифодаланади.

Тўқималарининг қаршилиги натижасида электр энергия иссиқлик, механик ва кимёвий энергияга айланади. Баъзи электржароҳатларда кузатиладиган тана қисмларининг узилиш ҳолатлари юқори қувватли токнинг иссиқлик ва механик таъсири натижасида юзага келади.

Таснифи. I – даражали электротермик куйиш – терининг қизариши ва шишиши (турғун артериал гиперемия ва эксудатив ялиғланиш).

II – даражали электротермик куйиш – тиниқ сарғимтир суюқлик билан тўлган пуфакчаларининг ҳосил бўлиши.

IIIA – даражали электротермик куйиш – терини хусусий қаватининг чуқур қаватларидан ташқари зарарланиши.

IIIБ – даражали электротермик куйиш – бутун тери қаватларининг нобуд бўлиши ва некротик қобиқ (струп) ҳосил бўлади.

IV – даражали электротермик куйиш – нафақат тери балки ундан чуқурроқ жойлашган тўқималар – мушак, суяк, пайларнинг нобуд бўлиши билан кузатилади.

Симптоматика. Чегараланган кичик майдонли электротермик куйишларда оғриқ, ҳолсизлик, юракнинг тез уриши кузатилади. Ток «белгилар»идан (расм 9.8) қуруқ некротик соҳалар эпидермиснинг кўчиши ва коагуляцион некроз (расм 9.9) соҳалари кузатилади. Қуруқ некротик қоплам ҳосил бўлган ҳолатларда электрокуйиш ботиқ кўринишда бўлади. Электркуйишлар аксарият ҳолатларда кўп сонли бўлиб, бу ток ташувчи қисмларнинг контакти билан тушунтирилади. Электрожароҳатларга томирдаги юпқа интима қаватининг зарарланиши ҳисобига ҳар хил катталикдаги томирларда тромбозлар ҳосил бўлиши характерли. Электр куйишларда қон айланишининг бузилиши билан ифодаланади. Электр токи билан шикастланганда терига нисбатан тери остида жойлашган мушаклар, пайлар ва бошқа чуқур



9.8. расм. Электр «белгилар».



9.9. расм. IIIБ–IV даражали электр куйишлар.

жойлашган тўқималар узоқ давомийликда шикастланади. Юрак фаолияти ритмининг бузилиши экстрасистолия, блокада, юрак фаолиятининг тўхтаб қолишигача бўлиши мумкин. Шунингдек, нафас олиш фаолиятининг бузилиши кузатилиши мумкин.

Дифференциал диагностика.

А) иссиқ суюкликлар билан термик куйиш – анамнез, маҳаллий ўзгаришлар характери.

Б) Узоқ босилиш синдроми – анамнез, ўзига хос локал ўзгаришлар.

В) Лайелла синдроми – анамнез, касаллик бошланиш тавсифи, полиорган етишмовчилик билан бирга кечувчи аллергик ялиғланишнинг ифодаланган клиникаси.

Г) контакт дерматитлар – анамнез, маҳаллий ўзгаришлар характери.

Текширувлар баёни.

Асбобли усуллар:

лозим бўлганлари:

– термометрия – соғ ва жароҳатланган тери ҳарорати фарқи.

– куйиш сатҳи юзасини аниқлаш: «тўққизлик» ва «кафт» қоидалари;

– ЭКГ динамикада индивидуал мониторинг.

қўшимча:

– жароҳат чуқурлигини аниқлаш: «тўғноғич» синамасиаси, спирт билан синамаси, тук синамасиаси.

Лаборатор текширувлар:

лозим бўлганлар:

– қон ва сийдик умумий таҳлили;

– ярадан бактериологик суртма олиш;

қўшимча:

– қон гуруҳи ва резус факторни аниқлаш;

– коагулограмма;

– биокимёвий таҳлилар: қон ва сийдикда қанд миқдори, электролитлар, кислота ва ишқор мувозанати (КИМ), умумий оқсил ва унинг фракциялари, ферментлар (АЛТ, АСТ), билирубин миқдори, мочевина, креатини;

– қондан бактериологик экма.

Госпитализация ва ташхис қўйиш мезонлари. Анамнез. Куйган яра майдонини ташқи кўриги: ранги, гиперемия ва шиш, пуфаклари, уларнинг тиркиби, плазморея, яра юзасида некротик кобиклар (некротик қоплам кўриниши, консистенцияси, ранги, калинлиги, тери сатҳида тромбга учраган томирлар бўлиши) мавжудлиги. Ток уриш «белгилари» бўлиши, кон томир ўзгаришлари, катта кучланишли ток чиқиш жойларида мушакларнинг жароҳат майдонидан бўртиб чикиб парчаланиши. Куйиш майдони юзаси

«кафт» қоидасига асосан аниқлаш (кафт юзаси 1% тана юзасига тенг). Куйган яра чуқурлигини оғриққа сезувчанлик (тўғноғич, спиртли, тукли синамасиалар), термометрия (куйган тери сатҳи ҳароратининг соғлом тери сатҳи ҳароратидан фарқи, ҳарорат 1–3°С га фарқ қилганда куйган яра чуқурлигидан далолат беради).

Франк ва Бо индексларини аниқлаш:

– прогностик ва диагностик аҳамиятга эга бўлган Франк индексини аниқлаш: 1% тана юзаси 1 бирликка тенг; 1% чуқур яраси – 3 бирликка тенг. Юқори нафас йўлларининг куйишида оғирлик даражасига қараб 13, 30 ёки 45 бирлик қўшилади. Франк индекси 30 бирликкача бўлганда – оқибати яхши, 31-60 бирликда – нисбатан яхши, 61–90 бирлик оралиғида шубҳали, 90 ва ундан юқори бирликда – оқибат ёмон ҳисобланади.

– шунингдек прогностик кўрсаткич Бо индекси (юзлик қоидаси) ҳам мавжуд бўлиб, бу куйган яра майдони ва бемор ёши йиғиндисидан иборат бўлади. 60 бирликдан паст бўлганда оқибат яхши, 61–80 бирликда – нисбатан яхши, 81–100 – шубҳали, 101 ва ундан юқори бўлганда – оқибат ёмон.

Электрожароҳатлар ҳар доим реанимация ва интенсив даволаш бўлимларига ётқизишга кўрсатма бўлади. Ҳолатга қараб бемор (гемодинамик кўрсаткичларининг ва респиратор кўрсаткичлар фаолиятларининг стабилашуви, МАТ ва юрак томонидан ўзгаришлари йўқлиги)1 кундан кейин стационар давони давом эттириш мақсадида комбустиология бўлимига ўтказилади.

Даволаш. Чегараланган куйишларда:

– антибиотиклар: II–III-авлод цефалоспоринлари;

– аналгетиклар: нонаркотик аналгетиклар, улардан самара бўлмаганда наркотик аналгетиклар;

– седатив препаратлар;

– юрак фаолияти бузилганда: юрак гликозидлари, атропин, гормонлар, юрак ва нафас олиш фаолияти тўхтаганда: юрак ичига адреналин юбориш, юракнинг ёпиқ массажи ва сунъий нафас олишга ўтказиш. Кристалоидлар (лактосол, дисол), коллоидлар (реополиглюкин, стабизол) билан инфузия.

Жарроҳлик амалиёти орқали даволаш. Юқори волтли электр токидан куйишлар ўзига хос кўринишга эга бўлиб, юқори волтли электр токидан куйишда жароҳатланган куйиш майдони шикастланган тўқималарнинг ҳақиқий ҳажмидан анча кам. Чуқур ва циркуляр куйишларда биринчи 6 соат мобайнида шикастланган сегментларда фасциотомия операцияни ўтказиш лозим. Бу муддатдан кейин ўтказилган фасциотомия амалиёти самарасиз бўлиб тўқималарда қайтмас ўзгаришлар юзага келади (қон томирлар тромбози тизилмалар некрози билан). Фасциотомия умумий оғриқсизлантириш остида ўтказилади.

Фасциотомия ўтказишга кўрсатмалар:

– субфасциал шиш ва қўл-оёқ сегментларнинг ҳажмида катталашиши;

– магистрал ёки периферик қон томирларда пульсациянинг йўқлиги ёки сустлашиши;

– қўл-оёқ сегментларда тери қоплам рангининг ўзгариши: оқариш, цианоз, мармар сифат;

– тактил сезувчанлигининг сусайиши ёки йўқлиги.

Некротик тўқима ва тери ости ёғ қавати очилганидан кейин тўмтоқ йўл билан фасция юзаси очилади.

Мушаклар фасциал қини кесилади. Бу вақтда кўп миқдордаги тўпланиб қолган тиниқ тўқима суюқлиги ажралиб чиқиши кузатилади. Мушак тўқималарини текширувдан ўтказиш, уларнинг шикастланиш даражасини ва кейинги жарроҳлик амалиётини ўтказишни белгилайди. Субфасциал куйишларида (IV даражали) кўпинча некрозга учраган мушак тўқималари аниқланади. Гемостаз тўлиқ ўтказилиши лозим. Некрофасциотоминнинг самаралилиги некрофасциотомия соҳасидаги юмшоқ тўқималарда босимнинг камайиши ва дистал сегментларда микроциркуляциянинг яхшиланиши – оқариш ва цианознинг йўқолиши, тери ҳароратининг 1–2°Сга кўтарилиши, шишнинг камайиши, маҳаллий неврологик симптоматиканинг йўқолиши асосий клиник белгилар билан ифодаланади. Шундан сўнг кесилган майдонларга бетадин эритмаси билан шимдирилган салфеткалар билан тампон қўйилиб асептик боғлам қўйилади. Қўл-оёқ сегментнинг тотал шикастланиши – эрта ампутация ёки экзартикуляцияга кўрсатма бўлади.

Чуқур куйишларда кейинчалик некрэктомия ва аутодермопластика ўтказилади:

– грануляцион жароҳатларни аутодермопластик ёпиш учун тайёргарлик жарроҳлик амалиёти куни эрталаб қайта боғлаш ишларини бажариш, аутотери олинадиган донорлик сатҳ юзасини юнг қопаламдан тозалашдан иборат бўлади.

– некрэктомия жарроҳлик амалиёти умумий вена ичи анестезияси орқали амалга оширилади.

Анамнезида оғирлаштирувчи ҳолатлар бўлмаган катта ёшдагиларда тана юзасининг 3%гача грануляцион жароҳатларни пластик ёпиш маҳаллий новокаинли анестезия остида бажарилади. Бошқа жарроҳлик амалиётлари умумий вена ичи анестезияси остида ўтказилади.



9.10. расм. Ўнг қўлининг фасциотомиядан кейинги ҳолати.

– куйишдан кейинги грануляцион яраларни ёпиш учун оптимал усул сифатида 0,2–0,3 мм. қалинликдаги перфорация қилинган тери аутотрансплантатлари билан пластика амалга ошириш ҳисобланади. Бир вақтнинг ўзида тери лахтакларини 1200–1400 см² дан ошмаган майдонда олиш мақсадга мувофиқдир. Тери лахтакларида ҳосил этувчи тешиклар учун оптимал коэффициент 1:2–1:3 бўлиши маъқул. Тананинг функционал фаол жойлари (юз, бўйин, панжа)даги грануляцион яраларига пластик ёпиш учун перфорация қилинмаган, қалин тери лахтакларидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ бўлади;

– жарроҳлик амалиётидан кейинги даврида боғлов алмаштириш 2 кунига ўтказилади. Трансплантлар кўчирилиб ўтказилган яра сатҳига антисептик эритмалар (бетадин, хлоргексидин, хипохлорид натрий, 20% димексид) қўлланилади. Донор яра майдонлари 1 кундан фен ёки ламинар ҳаво оқими берувчи ускуналар ёрдамида куритилади. Донор яраларини тўғри парваришлаганда бирламчи боғлам остида эпителизация бўлади.

Бемор шифохонадан чиқаётгандаги тавсиялар. Яшаш жойи бўйича хирург ёки травматолог томонидан амбулатор кузатув ва даволаш. Чандиқли асоратлар ҳосил бўлиш эҳтимоли пайдо бўлса, физиотерапевт иштирокида профилактик чоралар кўриш.

Катта майдонли ва чуқур электротермик куйиш жароҳатлари (25–30% т.ю. ёки 10%т.ю.дан юқори чуқур яралар) куйиш касаллиги билан кечади. Куйиш касаллиги – бу, термик жароҳатга жавоб сифатида ривожланувчи патологик жараён бўлиб, бирламчи сабаби куйиш жароҳати ҳисобланади. Бу жараёнда кўпчилик аъзо ва тизимлар иштирок этади.

Патогенез. Куйиш шоки патогенези асосида организмдаги интра- ва экстракорпорал суюқлик ҳаракати ўзгаришидан юзага келган циркуляциядаги қон ҳажмини камайиши натижасидаги марказий ва периферик гемодинамика бузилишлари, қон реологик хусусиятлари ўзгариши ётади. Натижада кўпчилик аъзо ва тизимлар фаолияти, шунингдек модда алмашинувининг барча турлари бузилади. Ўткир куйиш токсемияси ривожланиши бемор организмида носпецифик токсинлар: гистамин ва серотонин, кинин ва простогландин тизимлари компонентлари, липидлар перекис оксидланиши маҳсулотлари ва ўрта молекулали пептидларни пайдо бўлиши билан боғлиқ. Бу токсинларни ҳосил бўлишида лизосомал структуралар парчаланиши натижасидаги протеолитик ферментларни активлашиши ва улар ингибиторлари фаоллигини камайиши муҳим аҳамиятга эга. Септикотоксемия даврини икки фазага бўлиш мақсадга мувофиқдир: 1) куйиш яралари тўлиқ тозаланиб бўлишигача (2–3 ҳафта); 2) грануляция билан қопланган яралар то тўлиқ эпителизацияланишигача. Септикотоксемиянинг 1-фазасида клиник симптоматикани ифодаловчи бўлиб тўқима парчаланиши ва микроорганизмлар ҳаёт

фаолияти маҳсулотлари хизмат қилади. 2-фазани кечуви ва симптоматикаси асосан куйиш яралари майдони ва чуқурлигига, уларнинг мавжудлик муддати узунлигига ва ўтказилаётган терапия сифатига боғлиқ бўлади.

Таснифи. Куйиш касаллигини умумий қабул қилинган таснифланишида тўрт давр фарқланади: **куйиш шоки** – 24–72 соат;

ўткир куйиш токсемияси – шикастланишдан кейинги 2–3-суткадан бошланади ва 10–14 кун давом этади;

септикотоксемия – бир неча кундан бир неча ойгача;

реконвалесценция.

Куйиш шоки – организмнинг термик жароҳатга жавоби сифатидаги мураккаб кўп компонентли реакциясидир. Термик жароҳат майдони ва чуқурлиги, клиник кўринишига боғлиқ равишда куйиш шокининг қуйидаги турлари фарқланади:

Енгил куйиш шоки – куйиш жароҳати майдони 20% гача тана сатҳини эгаллаганида ривожланади.

Оғир куйиш шоки – куйиш жароҳати майдони 21–60% тана сатҳини эгаллаганида ривожланади.

Ўта оғир куйиш шоки – куйиш жароҳати майдони 60% тана сатҳидан кўп бўлганида кузатилади.

Ўткир куйиш токсемияси қонга тўкималарда ҳосил бўлган токсик маҳсулотларни келиб тушиши натижасида вужудга келувчи клиник синдромни устунлиги билан ифодаланади. Бу даврда кўплаб аъзо ва тизимлар, аввало юрак-қон томир, нафас ва асаб тизимлари фаолияти бузилади.

Септикотоксемия тўқима парчаланиши ва микроорганизмлар ҳаёт фаолияти маҳсулотлари резорбцияси натижасидаги интоксикация синдроми билан ифодаланади.

Реконвалесценция – куйиш касаллигининг куйиш яралари тўлиқ битганидан кейинги давридир.

Симптоматика. Катта майдонли элекротермик куйишда куйиш шоки клиникаси билан куйган соҳаларда кучли оғриқ, қалтираш, акроцианоз, қўл-оёқларининг совқотиши, ҳолсизлик бўлади. Майдон юзаси бўйлаб кенг қуруқ некрозлар, қўл-оёклар периферик сегментлар мумификацияси ва мушаклар парчаланиш соҳалари, қўл-оёклар ва танада чуқур куйиш соҳалари кузатилади. Электрожароҳатларга томирдаги юпқа интима қаватининг зарарланиши ҳисобига ҳар хил катталикдаги томирларда тромбозлар ҳосил бўлиши характерли. Электр куйишларда қон айланишининг бузилиши билан ифодаланади. Электр токи билан шикастланганда терига нисбатан тери остида жойлашган мушаклар, пайлар ва бошқа чуқур жойлашган тўқималар узоқ давомийликда шикастланади. Юрак фаолияти ритмининг бузилиши экстра-

систолия, блокада, юрак фаолиятининг тўхтаб қолишигача бўлиши мумкин. Шунингдек, нафас олиш фаолиятнинг бузилиши кузатилиши мумкин.

Куйиш шокида тана ҳароратини пасайиши, тахикардия, марказий веноз босимни пасайиши, олигурия ёки анурия, қайт қилиш кузатилади.

Ўткир куйиш токсемияси ўртача 10–14 кун давом этади. Тормозланиш, инжиқлик, лохаслик ва уйқучанлик билан ифодаланувчи марказий асаб тизими фаолияти бузилиши кузатилади. Баъзи ҳолатларда алахсираш, кучли қўзғалиш ҳолати, уйқусизлик, жуда кам ҳолатларда тутқаноқ кузатилади. Токсико-резорбтив безгак куйиш касаллигининг ушбу даврига хосдир. Юрак-қон томир тизимидаги ўзгаришлар юрак чегараларини кенгайиши, тахикардия, кучли юрак уришини сезиш билан ифодаланади. Анемия ва лейкоцитоз куйиш касаллигининг ушбу даврига хос. Гипо- ва диспротеинемия аниқланади.

Септикоткосемия даврининг клиник кўриниши ўткир токсемия давридаги ўзгаришлар каби бўлади. Бемор температура реакцияси юқори ҳароратларгача кўтарилади. Баъзи ҳолларда қайт қилиш, кўз склералари ва тери қопламлари сарғимтирлиги билан ифодаланувчи токсик гепатит ривожланади.

Реконвалесценция даврида оғир термик жароҳат натижасида бузилган ички аъзолари ва тизимлар фаолияти аста-секин тикланиши кузатилади.

Дифференциал диагностика.

А) иссиқ суюқликлар билан термик куйиш – анамнез, маҳаллий ўзгаришлар характери.

Б) Узоқ эзилиш синдроми – анамнез, ўзига хос локал ўзгаришлар.

В) Лайелла синдроми – анамнез, касаллик бошланиш тавсифи, полиорган етишмовчилик билан бирга кечувчи аллергик ялиғланишнинг ифодаланган клиникаси.

Г) контакт дерматитлар – анамнез, маҳаллий ўзгаришлар характери.

Текширувлар баёни. Асбобли усуллар:

лозим бўлганлари:

– термометрия – соғ ва жароҳатланган тери ҳарорати фарқи.

– куйиш сатҳи юзасини аниқлаш: «тўққизлик» ва «кафт» қоидалари;

– ЭКГ динамикада индивидуал мониторинг.

қўшимча:

– жароҳат чуқурлигини аниқлаш: «тўғноғич» синамасиаси, спирт билан синамаси, тук синамасиаси.

Лаборатор текширувлар:

лозим бўлганлар:

– қон ва сийдик умумий таҳлили;

– ярадан бактериологик суртма олиш;

– қон гуруҳи ва резус факторни аниқлаш;

– коагулограмма;

– биокимёвий таҳлиллар: қон ва сийдикда қанд миқдори, электролитлар, кислота ва ишқор мувозанати (КИМ), умумий оқсил ва унинг фракциялари, ферментлар (АЛТ, АСТ), билирубин миқдори, мочевина, креатини;

– қондан бактериологик экма.

қўшимча:

– ЎМП даражаси

– ички аъзолар (юрак, жигар, буйрак, ўпка, ошқозон-ичак тракти) функциялари бузилган ҳолатларда функционал тадқиқотлар: эслектрокардиограмма, ультратовуш текшириш, ЭФГДС, бронхоскопия, рентгенография ва ҳоказо.

Госпитализация ва ташхис қўйиш мезонлари. Анамнез. Куйиш шокининг оғирлик даражаси ташхиси куйган яраларнинг юзаси ва чуқурлиги, гемодинамик кўрсаткичлар, МВБ – марказий вена босими, пешобнинг соатбай ҳажми (диурез), тери-ректал градиент (фарқ), термометрия, шикаст даражаси – Франк индекси ва Бо индекси, термоинголяцион шикаст мавжудлиги, комбиниционн (куйиш+механик жароҳат, куйиш+ис газидан заҳарланиш ва ҳ.к.) жароҳатларининг мавжудлиги каби омилларни ҳисобга олиб амалга оширилади. Куйган яра майдонини ташқи кўриги: ранги, гиперемия ва шиш, пуфаклари, уларнинг тиркиби, плазморея, яра юзасида некротик қобиклар (некротик қоплам кўриниши, консистенцияси, ранги, қалинлиги, тери сатҳида тромбга учраган томирлар бўлиши) мавжудлиги. Куйиш майдони юзаси «тўққизликлар» қоидасига асосан аниқланади (тана қисмлари тана юзасининг 9 ёки 9га карали фойизли булакларга ажратилади). Куйган яра чуқурлигини оғриққа сезувчанлик (тўғноғич, спиртли, тукли синамасиалар), термометрия (куйган тери сатҳи ҳароратининг соғлом тери сатҳи ҳароратидан фарқи, ҳарорат 1–3°Сга фарқ қилганда куйган яра чуқурлигидан далолат беради).

Электрожароҳатлар ҳар доим реанимация ва интенсив даволаш бўлимларига ётқизишга кўрсатма бўлади. Ҳолатга қараб бемор (гемодинамик кўрсаткичларининг ва респираток кўрсаткичлар фаолиятларининг стабиллашуви, МАТ ва юрак томонидан ўзгарашлари йўқлиги)1 кундан кейин стационар давони давом эттириш мақсадида комбустиология бўлимига ўтказилади.

Даволаш.

Тўрт катетер (марказий вена катетеризацияси, ошқозонни зондлаш, ковуқни катетерлаштириш, намланган кислород бериш) қоидасини қўллаш лозим.

Инфузион терапия: биринчи суткада – 3 мл суюқлик х куйиш майдони х тана оғирлиги (килограммларда). Кристалоидлар (Рингер-Локк эритмаси, физиологик эритма, дисоль, трисоль, глюкозаланган эритмалар ва ҳ.к.) ва коллоид (реополиглюкин, полиглюкин, стабизол, инфезол) эритмалар нисбати биринчи суткада 3:1 бўлиши керак.

Иккинчи суткада – ўшанча суюқлик, лекин эритмалар нисбати 1:1, шунингдек плазма ва альбуминотрансфузия.

3 суткадан инфузион терапия ҳажмини икки баробар камайтириш лозим.

Чуқур ва циркуляр куйишларда декомпрессив некротомия жарроҳлик амалиётини бажариш лозим:

– тўғри таъсир қилувчи интикоагулянтлар;

– гормонлар;

– антибиотиклар: II–III авлод цефалоспоринлари;

– аналгетиклар: нонаркотик аналгетиклар, улар таъсир этмаганида наркотик аналгетиклар;

– седатив препаратлар;

– витаминлар (аскордин кислотаси);

– суткалик диурез назорати остида диуретиклар;

– зарурият туғилганда турли новокаинли блокадаларни (тригеминал, вагосимпатик, паранефрал, ғилофли) амалга ошириш;

– нафас йўлларининг шикастланишида: бронхоскопия, пара- ва претрахеал блокада, доривор препаратлар инголяцияси, намланган кислород инголяцияси, ЎСШ (ўпкани сунъий шамоллатиш) кўрсаткичлари бўйича, трахеостомия;

– куйиш шокидан чиққандан кейин ва гемодинамик кўрсаткичлари стабиллашгандан кейин эрта некрэктомия, кейинчалик аутодермопластика билан;

– яра юзасига левомиколь малҳамли ва анестетиклар (бетадин) эритмали маҳаллий боғичлар қилиш. Юздаги юзаси куйишлар учун – аэрозол олазоль;

– чуқур ва циркуляр куйишларда беморни «клинитрон» каровоти ёки «кроват-сетка»га ётқизиш.

Жарроҳлик амалиёти орқали даволаш. Чуқур ва циркуляр куйишларда биринчи 6 соат мобайнида шикастланган сегментларда фасциотомия операцияни ўтказиш лозим. Бу муддатдан кейин ўтказилган фасциотомия амалиёти самарасиз бўлиб тўқималарда қайтмас ўзгаришлар юзага келади (қон томирлар тромбози тизилмалар некрози билан). Фасциотомия умумий оғриқсизлантириш остида ўтказилади.

Фасциотомия ўтказишга кўрсатмалар:

– субфасциал шиш ва қўл-оёқ сегментларнинг ҳажмида катталашиши;

– магистрал ёки периферик қон томирларда пульсациянинг йўқлиги ёки сустлашиши;

– қўл-оёқ сегментларда тери қоплам рангининг ўзгариши: оқариш, цианоз, мармар сифат;

– тактил сезувчанлигининг сусайиши ёки йўқлиги.

Мушаклар фасциал қини кесилади. Бу вақтда кўп миқдордаги тўпланиб қолган тиниқ тўқима суюқлиги ажралиб чиқиши кузатилади. Мушак тўқималарини текширувдан ўтказиш, уларнинг шикастланиш даражасини ва кейинги жарроҳлик амалиётини ўтказишни белгилайди. Субфасциал куйишларида (IV даражали) кўпинча некрозга учраган мушак тўқималари аниқланади. Гемостаз тўлиқ ўтказилиши лозим. Некрофасциотомнинг самаралилиги некрофасциотомия соҳасидаги юмшоқ тўқималарда босимнинг камайиши ва дистал сегментларда микроциркуляциянинг яхшиланиши – оқариш ва цианознинг йўқолиши, тери ҳароратининг 1–2°Сга кўтарилиши, шишнинг камайиши, маҳаллий неврологик симптоматиканинг йўқолиши асосий клиник белгилар билан ифодаланади. Шундан сўнг кесилган майдонларга бетадин эритмаси билан шимдирилган салфеткалар билан тампон қўйилиб асептик боғлам қўйилади.

Қўл-оёқ сегментнинг тотал шикастланиши – эрта ампутация ёки экзартикуляцияга кўрсатма бўлади. Аррозив қон кетишлар кетиш мумкин бўлган ҳолатларда қон томирлар бойланади.

Чуқур куйиш жароҳатларида кейинчалик некрэктомия ва аутодермпластика амалиётлари бажарилади:

– грануляцион жароҳатларни аутодермопластик ёпиш учун тайёргарлик жарроҳлик амалиёти куни эрталаб қайта боғлаш ишларини бажариш, аутотери олинадиган донорлик сатҳ юзасини юнг қопламдан тозалашдан иборат бўлади.

– некрэктомия жаррохлик амалиёти умумий вена ичи анестезияси орқали амалга оширилади. Анамнезида оғирлаштирувчи ҳолатлар бўлмаган катта ёшдагиларда тана юзасининг 3%гача грануляцион жароҳатларни пластик ёпиш маҳаллий новокаинли анестезия остида бажарилади. Бошқа жаррохлик амалиётлари умумий вена ичи анестезияси остида ўтказилади.

– куйишдан кейинги грануляцион яраларни ёпиш учун оптимал усул сифатида 0,2–0,3 мм. қалинликдаги перфорация қилинган тери аутотрансплантатлари билан пластика амалга ошириш ҳисобланади. Бир вақтнинг ўзида тери лахтакларини 1200–1400 см² дан ошмаган майдонда олиш мақсадга мувофиқдир. Тери лахтакларида ҳосил этувчи тешиклар учун оптимал коэффициент 1:2–1:3 бўлиши маъқул. Тананинг функционал фаол жойлари (юз, бўйин, панжа)даги грануляцион яраларига пластик ёпиш учун перфорация қилинмаган, калин тери лахтакларидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ бўлади;

– жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда боғлов алмаштириш 2 кунига ўтказилади. Трансплантлар кўчирилиб ўтказилган яра сатҳига антисептик эритмалар (бетадин, хлоргексидин, хипохлорид натрий, 20% димексид)

қўлланилади. Донор яра майдонлари 1 кундан фен ёки ламинар ҳаво оқими берувчи ускуналар ёрдамида қуритилади. Донор яраларини тўғри парваришлаганда бирламчи боғлам остида эпителизация бўлади.

Бемор шифохонадан чиқаётгандаги тавсиялар. Яшаш жойи буйича хирург ёки травматолог томонидан амбулатор кузатув ва даволаш. Чандиқли асоратлар ҳосил бўлиш эҳтимоли пайдо бўлса, физиотерапевт иштирокида профилактик чоралар кўриш.

КУЙИШ КАСАЛЛИГИНИНГ АСОРАТЛАРИ

КХТ шифри-10. Т 1; Т 2; Т 3; Т 4; Т 5; Т 6.

Таъриф. Куйиш касаллигининг асоратлари юзага келганда полиорган етишмовчилик, куйиш касаллигини септик кечуви клиникаси кузатилади. Куйган яралар томонидан яра кечуви жараёнининг сустлашуви ёки иккиламчи ўзгаришлар (иккиламчи некроз) юз беради.

Патогенез. Зотилжам (пневмония) патогенези асосида кичик кон айланиш доирасида гемодинамиканинг, ўпка вентиляцияси, бронхлар дренаж функциясининг бузилишлари ва аутоинфекция аҳамият касб этади. Яллиғланиш жараёни тарқалишига тўқималараро, периваскуляр ва перибронхиал шиш хисса қўшади. Микрофлора гиповентиляция, ателектазлар фонида кўпайиш учун ўзига мўътадил шароит топади.Сепсис куйиш касаллигининг энг хавфли асоратларидан биридир. Инфекцияга юқори сезувчанлик сабаби куйиш касаллигининг эрта босқичидаги бирламчи иммунтанқислиги ҳисобланади. Эрта сепсис одатда колликвацион некролиз беморларда келиб чикади. Эрта сепсиснинг ўзига хос хусусияти кўп ҳолларда ўлим билан тугайдиган бактериал-токсик шокдир. Куйиш касаллигининг специфик асорати – бу куйишдан холсизланиш (қуриш). Куйишдан холсизланиш (қуриш) патогенезида асосий ролни куйган жароҳат ўйнайди. Холсизланиш (қуриш) ривожланишининг асосий патогенетик омили бўлиб тўқималар ва экссудатнинг парчаланишидан ҳосил бўлган маҳсулотларнинг сўрилиши, шунингдек, муттасил оқсил йўқотишдир. Меъда-ичак тракти ўткир яралари, ривожланиш патогенезида қуйидагилар тафовут қилинади: 1) асаб-рефлектор механизмлар; 2) термик агентнинг тўғридан-тўғри зарарли таъсири; 3) гемоконцентрация; 4) тромбоэмболия; 5) токсик механизмлар.

Таснифи. Куйиш касаллигини умумий қабул қилинган таснифланишида тўрт давр фарқланади:

куйиш шоки – 24–72 соат;

ўткир куйиш токсемияси – шикастланишдан кейинги 2–3-суткадан бошланади ва 10–14 кун давом этади;

септикотоксемия – бир неча кундан бир неча ойгача;

реконвалесценция.

Ўткир токсемия, септикотоксемия ва реконвалисценция даврларида асоратли клиник кечуви кутазилиши мумкин. Куйиш касаллиги асоратлари куйидагича фарқланади:

– пневмония;
– сепсис (эрта ва кечки);
– токсик гепатит;
– куйишдан кейинги заифланиш;
– ошқозон ичак тизими ўткир яралари (Курлинг яраси);
– ўткир холецистит;
– юқори ичак тутқичи артерияси синдроми;
– перитонит.

Симптоматика. Ўткир токсемияда куйиш сепсиси жадал давом этади. Беморлар аҳволи кескин ёмонлашади, иситма гектик характерга эга бўлади. Ҳароратнинг ўзгариши кўп миқдорда тер ажралиши билан кузатилади. Энцефалопатия аломатлари кучаяди. Токсик гепатит, буйрак етишмовчилигининг ривожланиши аксарият ҳолатларда намоён бўлади. Бактериал-токсик шок бактериал эндотоксинларнинг маҳаллий ва умумий таъсирида тўқималар перфезиясини кескин бузилиши ва ТИД (томир ичи ивиш десиминациясы) ривожланишига олиб келади. ЮҚТЕ ва ЎНЕ тез ривожланади. Кўпчилик ҳолатларда интерстициал ўпка шиши ривожланади. Бу беморларда гохида терида кўп сонли петихеал тошмалар тошади. Сепсис юза келганда грануляциялар оқаради ва юпқалашади. Сепсис ривожланиши кучайганда иккиламчи некроз ҳосил бўлади. Ўткир токсемия ва септикотоксемия даврларида беморларнинг аҳволининг оғирлиги сепсис диагностикасини қийинлаштиради. Бу беморларнинг кўпчилигида йўтал рефлексини сусайиши сабабли йўтал кузатилмайди. Пневмония диагностикасида рентгенологик текширув асосий ўрин тутади. Куйишдан кейинги заифланиш белгилари асосан септикотоксемия даврининг бошланишида кузатилади. Бу ҳолат 5–7 ҳафтасига бориб кучайиш ва авж даражасига етиб, атрофия белгилари ҳосил бўлади. Уйқу бузилиши кузатилади, беморлар кўп йиғлайдиган бўлиб қолади. Тана вазни тўхтовсиз камаяди. Қабзият кузатилади. Тана ҳарорати субфебрил ёки нормал бўлади. Куйишдан кейинги заифланиш равожланишида ёток яралар юзага келади. Оқсилсиз шишлар пайдо бўлиши характерли ҳисобланади.

Дифференциал диагностика.

А) Бирламчи пневмония – куйиш касаллиги фонида юзага келади ва кечади, физикал ва инструментал текширувлар натижалари.

Б) йирингли – резорбтив иситма – қон кўрсаткичларнинг ўзига хос ўзгариши, яра ва қоннинг бактериологик текширув натижалари.

В) Вирусли гепатитлар – касаллик бошланиши ўзига хослиги. Вирусли гепатитда токсик гепатит учун патогономоник бўлмаган ўткир билирубинемия қайд этилади.

Г) бирламчи иммунтанқислик ҳолати – анамнез, соматик ҳолат, лаборатор ва инструментал тадқиқот усуллар текширувларининг дастлабки кўрсаткичлари.

Д) пиело- ва гломерулонефрит – анамнез, сийдик, қон, ичнтрументал усуллар кўрсаткичлари.

Ж) Ошқозон ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги – анамнез, ЭФГДС кўрсаткичлари.

Текширувлар баёни.

Асбобли усуллар:

лозим бўлганлари:

– куйиш сепсиси диагностикаси: гемодинамик кўрсаткичлар, МВБ, соатли диурез, термометрия, жароҳат оғирлик индекси – Франк ва Бо индекслари, термоинголяцион жароҳат борлиги, комбинацион жароҳат (куйиш+механик жароҳат+ис газидан заҳарланиш ва бошқалар) борлиги.

– термометрия – соғлом ва жароҳатланган тери ҳарорати фарқи;

– куйиш майдонини аниқлаш: «тўққизлик» ва «кафт» қоидалари.

қўшимча:

Лаборатор текширувлар:

лозим бўлганлар:

– қон (ЛИИ ва НЛИ ҳисоблаш билан) ва сийдик умумий таҳлили;

– ярадан бактериологик суртма олиш;

– қондан бактериологик суртма олиш;

– қон гуруҳи ва резус факторни аниқлаш;

– коагулограмма;

– биокимёвий таҳлилар: қон ва сийдикда қанд миқдори, электролитлар, кислота ва ишқор мувозанати (КИМ), умумий оқсил ва унинг фракциялари, ферментлар (АЛТ, АСТ), билирубин миқдори, мочевина, креатини;

қўшимча:

– ЎМП даражаси;

– ички аъзолар (юрак, жигар, буйрак, ўпка, ошқозон-ичак тракти) функциялари бузилган ҳолатларда функционал тадқиқотлар: эслектрокардиограмма, ультратовуш текшириш, ЭФГДС, бронхоскопия, рентгенография ва ҳоказо.

Госпитализация ва ташхис қўйиш мезонлари. Куйиш касаллиги асоратлари турига қараб: анамнез, ташқи кўрик маълумотлари, инструментал усуллар ва лаборатор текширувлар кўрчаткичлари.

ШТТ ихтисослашган бўлимларига ётқизиш куйиш касаллиги асоратлари ва полиорган етишмовчилик клиникасининг ривожланган беморлар ҳисобланади.

Даволаш. Тўрт катетер (марказий вена катетеризацияси, ошқозонни зондлаш, қовуқни катетерлаштириш, намланган кислород бериш) қоидасини қўллаш лозим.

Инфузион терапия: куйиш касаллиги асоратининг ривожланиш даражасига боғлиқ ҳолда ўтказилади. Кристалоидлар (Рингер-Локк эритмаси, физиологик эритма, дисоль, трисоль, глюкозаланган эритмалар ва ҳ.к.) ва коллоид (реополиглюкин, полиглюкин, стабизол) эритмалар нисбати биринчи суткада 2:1 бўлиши керак.

Парентерал озиқланиш: томир ичига аминокислоталарни қуйиш (инфезол, селемин, аминол).

Трансфузион терапия: плазмо- ва альбуминотрансфузия, лозим бўлганда гемотрансфузия.

Кўрсатмалар бўлганда экстракорпорал детоксикация усулларини ўтказиш (плазмофарез, гемодиафильтрация, гемосорбция):

– тўғри таъсир қилувчи интикоагулянтлар;

– гормонлар;

– антибиотиклар: II-III авлод цефалоспоринлари;

– аналгетиклар: нонаркотик аналгетиклар, улар таъсир этмаганида наркотик аналгетиклар;

– седатив препаратлар;

– витаминлар (аскордин кислотаси);

– суткалик диурез назорати остида диуретиклар;

– зарурият туғилганда турли новокаинли блокадаларни (тригеминал, вагосимпатик, паранефрал, ғилофли) амалга ошириш;

– нафас йўлларининг шикастланишида: бронхоскопия, пара- ва претрахеал блокада, доривор препаратлар инголяцияси, намланган кислород инголяцияси, ЎСШ (ўпкани сунъий шамоллатиш) кўрсаткичлари бўйича, трахеостомия;

– яра юзасига левомиколь малҳамли ва анестетиклар (бетадин) эритмали маҳаллий боғичлар қилиш. Юздаги юзаси куйишлар учун – аэрозол олазоль;

– куйиш шокидан чиққандан кейин ва гемодинамик кўрсаткичлари стабиллашгандан кейин эрта некрэктомия, кейинчалик аутодермопластика билан;

– чуқур ва циркуляр куйишларда беморни «клинитрон» каровоти ёки «кроват-сетка»га ётқизиш.

Бемор шифохонадан чиқаётгандаги тавсиялар. Яшаш жойи бўйича хирург ёки травматолог томонидан амбулатор кузатув ва даволаш. Чандиқли асоратлар ҳосил бўлиш эҳтимоли пайдо бўлса, физиотерапевт иштирокида профилактик чоралар кўриш.

СОВУҚДАН ШИКАСТЛАНИШ

КХТ шифри – 10. Т 8

Таъриф. Совуқ таъсирида маҳаллий (чегараланган) совуқдан шикастланиш ривожланиши мумкин. Чегараланган совуқдан шикастланишнинг оғирлик даражаси ҳароратнинг пасайиши ва унинг таъсир давомийлиги билан бир қаторда бошқа қатор омиллар (намлик, маҳаллий қон айланишининг ёмонлашуви, тор оёқ ва уст кийим кийиш, қон томир касалликлари, невритлар, толиқиш, зифлик, очлик, қон йўқотиш) билан аниқланади.

Патогенез. Совуқнинг тўқимага таъсирида терморецепторларда ҳосил бўлган афферент импульсация гипоталамусда жойлашган термобошқарув марказларига етиб боради. Гемостаз ҳароратини ушлашга қаратилган жавобли некрогуморал адаптив реакция юзага келади. Юзага келган периферик томирлар спазми тана юзасидан ҳароратни йўқотилишини камайишини ва ҳаётий зарур аъзолар – юрак, мия, буйрак, жигар ва бошқалар қон айланишини таъминлашга қаратилган. Совуқ таъсирининг давом этиши қоннинг стазига, совуқ урган соҳалардаги капилярларда шаклли элементлар агрегациясини юзага келтиради. Ноқулай шароитларда капилярлардаги микротромбоз, артериол ва устунли артерияларда кўтарилувчи тромбознинг пайдо бўлиши иситиш вақтидан ва унинг биринчи соатларига хосдир. Совуқ уриш ҳолатидаги тўқималардаги ҳужайраларида моддалар алмашинуви пасаяди. Иситилгандан сўнг тўқималарда метоболизмнинг кучайишига эҳтиёж ошади, аммо кислород ва озиқлантирувчи моддаларининг адекват етказилиши қон айлинишнинг бузилиши сабабли қийинлашади. Шу сабабли иситиш вақтидаги ва биринчи соатларидаги ҳосил бўлган тўқималар ишемияси кейинчалик некрознинг ривожланишга олиб келувчи асосий омил бўлади.

Таснифи. I даражали совуқ уришда терининг юза қаватлари зарарланади. Некроз белгилари микроскопик аниқланмайди. Иситилгандан кейин оқимтир тери бир неча вақтга қизғиш ёки кўкимтир тусга киради, қипиқланиш кузатилиши мумкин. II даражали совуқ уришда эпидермиснинг бир қисми нобуд бўлади, бу эса унинг кўчиши ва тиниқ эксудат билан тўлган пуфакчалар ҳосил бўлишига олиб келади. Нобуд бўлиш терининг сўрғичсимон-эпителиал қаватидан чуқур бўлмаган чегарасидан ўтади. III даражали совуқ

уришда тўқималар некрози дерманинг пастки қатлами ёки тери ости ёғ қавати сатҳидан ўтади. Ҳосил бўлган пуфакчалар аксарият ҳолатда геморрагик эксудат билан тўлган бўлиб, яра туби кўкимтир-тўқ қизғиш рангда, оғриқ сезучанлиги йўқолган. Нобуд бўлган тўқималарни кўчгандан кейин грануляцион яралар пайдо бўлади. IV даражали совуқ уришда тери ости юмшоқ тўқималар билан суяк-бўғим аппарати ҳам некрозга учрайди. Жароҳатланган тана қисми кескин шишади, қораяди, салбий кечганда ганрена ривожланишига олиб келади.

Симптоматика. Чегараланган совуқ уришларда жароҳатланган соҳаларда оғриқ ва шиш, ҳаракатларнинг чекланиши, қичишиш, сезувчанликнинг бузилиши кузатилади. Шикастланган соҳалар оқимтир ёки цианоз тусга киради. Совуқ уришда иситиш реактивгача даври ва иситгандан кейин реактив даврлар фарқланади. Маҳаллий совуқ уришда реактивгача бўлган даврда клиник белгиларга бой эмас. Терининг оқариши, совуши, сезувчанликнинг йўқолиши ёки санчиб оғриш кўринишида парестезия, ачишиш ва бошқалар кузатилади. Совуқ уриш даврида шикастланишнинг чуқурлигини аниқлаш мураккаб. Иситилгандан сўнг клиник кўриниш кўп қиррали бўлади. Терида шиш пайдо бўлади, кейинчалик пуфакчалар ҳосил бўлади, чуқур совуқ уришларда тўқималар некрози юз беради. Иситилгандан кейин оғрикнинг кучайиши ва сезувчанликнинг йўқолиши чуқур совуқ уришлар учун характерли.

Дифференциальная диагностика.

А) иссиқ суюқликлар билан термик куйиш – анамнез, маҳаллий ўзгаришлар характери.

Б) Узоқ эзилиш синдроми – анамнез, маҳаллий ўзгаришлар характери.

В) Лайелла синдроми – анамнез, касаллик бошланиш тавсифи, полиорган етишмовчилик билан бирга кечувчи аллергик ялиғланишнинг ифодаланган клиникаси.

Г) контакт дерматитлар – анамнез, маҳаллий ўзгаришлар характери.

Текширувлар баёни.

Асбобли усуллар:

лозим бўлганлари:

– термометрия – соғ ва жароҳатланган тери ҳарорати фарқи.

– куйиш сатҳи юзасини аниқлаш: «тўққизлик» ва «кафт» қоидалари;

қўшимча:

Лаборатор текширувлар:

лозим бўлганлар:

– қон ва сийдик умумий таҳлили;

– ярадан бактериологик суртма олиш;

қўшимча:

– қон гуруҳи ва резус факторни аниқлаш;

– коагулограмма;

– биокимёвий таҳлилар: қон ва сийдикда қанд миқдори, электролитлар, кислота ва ишқор мувозанати (КИМ), умумий оқсил ва унинг фракциялари, ферментлар (АЛТ, АСТ), билирубин миқдори, мочевина, креатини;

– қондан бактериологик экма.

– ички аъзолар (юрак, жигар, буйрак, ўпка, ошқозон-ичак тракти) функциялари бузилган ҳолатларда функционал тадқиқотлар: эслектрокардиограмма, ультратовуш текшириш, ЭФГДС, бронхоскопия, рентгенография ва ҳоказо.

Госпитализация ва ташхис қўйиш мезонлари. Анамнез. Совуқ уришга характерли симптомларнинг бўлиши: гиперемия, шиш, цианоз, капилляр реакциясини йўқолиши, маҳаллий ҳароратнинг пасайиши, сезувчанликнинг пасайиши, зарарланган сегментларда актив ҳаракатларнинг чегараланиши.

Енгил қизариш билан кузатилувчи бармоқларининг I даражали совуқ уришидан бошқа ҳамма совуқ уриш турлари госпитализацияга кўрсатма бўлади. I даражали совуқ уришида юқорида кўрсатилган симптомлар кузатилмайди.

Даволаш. Микроциркуляцияни яхшилашга қаратилган инфузион терапия умумий қоидалар асосида олиб борилади. Кристалоид (Рингер-Локк эритмаси, физиологик эритма, дисоль, трисоль, глюкозаланган эритмалар ва х.к.) ва коллоид (реополиглюкин, полиглюкин, стабизол, инфезол) эритмалардан иборат бўлади. Дори маҳсулотларнинг ўртача миқдори 10 мл/кг тана вазнини ташкил этади.

Инфузион даво билан биргаликда қуйидагилар қўлланилади:

– тўғри таъсир қилувчи интикоагулянтлар;

– антибиотиклар: II–III авлод цефалоспоринлари;

– аналгетиклар: нонаркотик аналгетиклар;

– витаминлар (В гуруҳ, аскорбин кислотаси, Е витамин);

– маҳаллий совуқ урган жароҳат юзасида қуруқ некроз ҳосил қилишга қаратилган антисептик эритмалар (фурациллин, бетадин) боғламлар ва бошқа муолажалар ўтказилади;

Жароҳат майдони ва жойлашувни ҳисобга олган ҳолда турли хил регионар новокаин блокадалар ўтказилади.

Жарроҳлик амалиёти орқали даволаш.

Чуқур ва циркуляр совуқ уришларда жарроҳлик даво уч боскичда ўтказилади: некротомия, некрэктомия ва ампутация.

Жарроҳлик даволашни асосий шартлари:

А) муолажа бажарилиш муддати;

Б) ампутация даражаси;

В) чўлтоғ ярасини ёпиш усули.

Бемор шифохонадан чиқаётгандаги тавсиялар. Яшаш жойи бўйича хирург ёки травматолог томонидан амбулатор кузатув ва даволаш. Чандикли асоратлар ҳосил бўлиш эҳтимоли пайдо бўлса, физиотерапевт иштирокида профилактик чоралар кўриш.

Совуқ таъсирида маҳаллий ва умумий совуқ уриши юзага келиши мумкин. Унинг оғирлиги ҳароратнинг юқорилиги ва таъсирнинг давомийлигига боғлик. Шу билан бир каторда совуқ уришнинг ривожланишига бир катор бошқа омиллар таъсир қилади: намлик, маҳаллий қон айланишининг ёмонлашуви (тор оёқ ва уст кийим кийиш, ўзоқ вақт мажбурий хотада қолиш) қон томир касалликлари, невритлар, аввалги совуқ уришлар, толиқиш, зифлик, очлик, ўтказилган инфекцион касалликлар, қон йўқотиш ва бошқалар.

Патогенез. Совуқнинг тўқимага таъсирида терморецепторларда ҳосил бўлган афферент импульсация гипоталамусда жойлашган термобошқарув марказларига етиб боради. Гемостаз ҳараратини ушлашга қаратилган жавобли некрогуморал адаптив реакция юзага келади. Юзага келган периферик томирлар спазми тана юзасидан ҳароратни йўқотилиши камайишини ва ҳаётий зарур аъзолар – юрак, мия, буйрак, жигар ва бошқалар қон айланишини таъминлашга қаратилган. Совуқ таъсирининг давом этиши қоннинг стазига, совуқ урган соҳалардаги капилярларда шаклли элементлар агрегациясини юзага келтиради. Ноқулай шароитларда капиллярлардаги микротромбоз, артериол ва устунли артерияларда кўтарилувчи тромбознинг пайдо бўлиши иситиш вақтидан ва унинг биринчи соатларига хосдир. Совуқ уриш ҳолатидаги тўқималардаги ҳужайраларида моддалар алмашинуви пасаяди. Иситилгандан сўнг тўқималарда метоболизмнинг кучайишига эҳтиёж ошади, аммо кислород ва озиқлантирувчи моддаларининг адекват етказилиши қон айланишининг бузилиши сабабли қийинлашади. Шу сабабли иситиш вақтидаги ва биринчи соатларидаги ҳосил бўлган тўқималар ишемияси кейинчалик некрознинг ривожланишга олиб келувчи асосий омил бўлади.

Совуқ котишда организм нормал физиологик ҳолатда тана ички аъзоларнинг ҳароратини ушлашга ҳаракат қилиши терморегуляция деб аталади. Бу икки механизм – иссиқлик ишлаб чиқариш ва иссиқлик бериш орқали амалга оширилади. Ички аъзоларда ҳароратнинг пасайиши периферик қон томирларнинг спазми, иссиқлик ажралишининг камайиши, мушаклар титраши кузатилиши ва бошқалар кўринишида тизимли реакция ривожланишига олиб келади, бу эса вақтинчалик ҳароратнинг пасайишига тўсқинлик қилади. Аммо периферик қон айланишни тўлалигича тўхтатиб бўлмаслиги сабабли совуқнинг таъсири давом этганда бир қисм совуган қон ички аъзоларга ке-

лади ва улар фаолиятини сусайтиради – хушини тўхташига ва йўқолишига, юрак фаолиятининг бузилишига ва секинлашишига (аритмия, брадикардия) ва бошқалар.

Таснифи: I даражали совуқ уришда терининг юзаси каватлари зарарланади. Некроз белгилари микроскопик аникланмайди. Иситилгандан кейин оқимтир тери бир неча вақтга қизғиш ёки кўкимтир тусга киради, кипикланиш кузатилиши мумкин. II даражали совуқ уришда эпидермиснинг бир қисми нобуд бўлади, бу эса унинг кўчиши ва тиниқ эксудат билан тўлган пуфакчалар ҳосил бўлишига олиб келади. Нобуд бўлиш терининг сўрғичсимон-эпителиал қаватидан чуқур бўлмаган чегарасидан ўтади. III даражали совуқ уришда тўқималар некрози дерманинг пастки қатлами ёки тери ости ёғ қавати сатҳидан ўтади. Ҳосил бўлган пуфакчалар аксарият ҳолатда геморрагик эксудат билан тўлган бўлиб, яра туби кўкимтир-тўқ қизғиш рангда, оғрик сезувчанлиги йўқолган. Нобуд бўлган тўқималарни кўчгандан кейин грануляцион яралар пайдо бўлади. IV даражали совуқ уришда тери ости юмшоқ тўқималар билан суяк-бўғим аппарати хам некрозга учрайди. Жароҳатланган тана қисми кескин шишади, қораяди, салбий кечганда гангрена ривожланишига олиб келади.

Маҳаллий совуқ уришлардан ташқари, совукнинг узоқ вакт таъсирида организмнинг умумий совқотиши ривожланиши мумкин. Организнинг умумий совқотиш ёки гипотермия ҳолатида, ички аъзолар ҳароратининг ректал ўлчанилганида +35°Сдан паст бўлиши кузатилади. Амалиётда умумий совқотиш кўпчилик ҳолатларда тананинг алоҳида қисмларини совук уриши билан биргаликда кузатилади.

Умумий совуқдан шикастланишнинг учта босқичи фаркланади:

1) енгил (адинамик);

2) ўрта (ступор);

3) оғир (талваса).

Симптоматика. Енгил (адинамик) босқичда тананинг ички ҳарорати +35°Сдан паст. Совукнинг дастлабки таъсирига кўзғалиш кўринишида – титраш, нафас, томир уришнинг тезлашиши, ҚБ кўтарилиши, «ғоз териси» пайдо бўлади. Ички аъзолар ҳараратининг пасайиши натижасида улар фаолиятининг сусайиши – нафас, юрак уриш частотасини камайиши ва башқалар кузатилади. Хуши сақланган, аммо дармонсизлик, апатия, уйқучанлик, адинамия пайдо бўлади. Ҳаракат координациясини бузилиши, кўрувнинг бузиши ва галлюцинация кузатилади.

Ўрта ступороз босқич. Бу босқичда ички аъзолар ҳарорати +30°С гача пасаяди. Бу босқичда бош мия пўстлок кисмининг ҳимоявий тормозланиши нерв тизимининг қуйида жойлашган бўлимларини тормозланишини тарқалиши билан ифодаланади. Биринчи навбатда хушининг кескин сусайиши намоён бўлади. Унинг чалкашуви, нутқ бузилиш (брадифазия, дизартрия), ҳаракат бузилиши, мимиканинг йўқолиши, рефлексларнинг сусайиши кузатилади. Ступор ҳолати ривожланади. Тери қопламлари оқимтир, айрим ҳолларда мармарсимон тусда. Ҳафас ҳажми пасайиб, брадикардия, аритмия кузатилади.

Оғир талваса босқичида ички аъзолар ҳарорати +30°Сдан пасаяди. Бу босқичда барча ҳаётий функциялар сустлашади. Мушакларда талвасали қисқариш ва мушак тонусининг ошиши характерли. Қўл-оёқларни тўғирлашда қаршилик кузатилади. Хуши йўқолган, рефлекслар сусайган. Кескин брадикардия, гипотония, нафас кам сонли, юзаки, мушаклар қисқариш кучи сусайган, гипоксия ва гипоксемия кучайиб боради. Сийдик ва ахлатнинг тута олмаслиги кузатилиши мумкин. Ҳароратнинг тушиши давом этганда «хаёлий ўлим», бунда нафас, пульс ва ҚБ қийинлик билан аниқланади, рефлекслар аниқланмаслиги мумкин. Шуни таъкидлаш лозимки, адекват даво муолажалари ўтказилганда оғир ҳолатдан чиқариш мумкин.

Дифференциал диагностика.

А) иссиқ суюқликлар билан термик куйиш – анамнез, маҳаллий ўзгаришлар характери.

Б) Лайелла синдроми – анамнез, касаллик бошланиш тавсифи, полиорган етишмовчилик билан бирга кечувчи аллергик ялиғланишнинг ифодаланган клиникаси.

В) контакт дерматитлар – анамнез, маҳаллий ўзгаришлар характери.

Г) Бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши – анамнез, ўчоқли симптоматиканинг бўлиши.

Д) Миокард инфаркти – миокард инфаркти клиникасига характерли анамнез, – артериал босимнинг пасайиши, ўткир юрак-қон томир етишмовчилиги симптомларининг пайдо бўлиши ва кучайиши, кардиоген шок клиникаси.

Текширувлар баёни.

Асбобли усуллар:

лозим бўлганлари:

– умумий совқотиш диагностикаси – тана ҳарорати, хушининг борлиги ва бузилиш даражалари, гемодинамик кўрсаткичлар, МВБ, комбинацион жароҳатнинг борлиги (совуқ уриш+механик жароҳат ва бошқалар);

– термометрия – соғ ва жароҳатланган тери ҳарорати фарқи;

– куйиш сатҳи юзасини аниқлаш: «тўққизлик» ва «кафт» қоидалари.

қўшимча:

Лаборатор текширувлар:

лозим бўлганлар:

– қон ва сийдик умумий таҳлили;

– ярадан бактериологик суртма олиш;

– қон гуруҳи ва резус факторни аниқлаш;

– коагулограмма;

– биокимёвий таҳлилар: қон ва сийдикда қанд миқдори, электролитлар, кислота ва ишқор мувозанати (КИМ), умумий оқсил ва унинг фракциялари, ферментлар (АЛТ, АСТ), билирубин миқдори, мочевина, креатини;

қондан бактериологик экма.

қўшимча:

– ЎМП даражаси;

– ички аъзолар (юрак, жигар, буйрак, ўпка, ошқозон-ичак тракти) функциялари бузилган ҳолатларда функционал тадқиқотлар: эслектрокардиограмма, ультратовуш текшириш, ЭФГДС, бронхоскопия, рентгенография ва ҳоказо;

– иммунологик текширувлар.

Ташхис қўйиш ва госпитализация мезонлари: Анамнез. Умумий совуқ уришга характерли бўлган симптомларнинг бўлиши: тана ҳароратининг +35°Сдан пасайиши, қалтираш, тахипноэ, тахикардия, ҚБнинг енгил кўтарилиши, «ғоз териси»нинг пайдо бўлиши. Функцияларининг декомпесациясида брадипноэ, брадикардия, дармонсизлик, апатия, уйқучанлик, адинамия, галлюцинациянинг пайдо бўлиши, ступороз ҳолат, талваса, сийдик ва ахлатнинг тута олмаслиги кузатилади. Совуқ уришга характерли симптомларнинг бўлиши: гиперемия, шиш, цианоз, капилляр реакциясини йўқолиши, маҳаллий ҳароратнинг пасайиши, сезувчанликнинг пасайиши.

Умумий совқотиш ҳар доим госпитализацияга кўрсатма бўлади. Совуқ уриш белгиларисиз умумий совқотиш терапевтик профилдаги реанимацияга госпитализация қилиш лозим.

Даволаш. Умумий совқотишда: иситувчи чоралар ўтказиш лозим, тўрт катетер (марказий вена катетеризацияси, ошқозонни зондлаш, қовуқни катетерлаштириш, намланган кислород бериш) қоидасини қўллаш лозим.

Микроциркуляцияни яхшилашга қаратилган инфузион терапия умумий қоидалар асосида олиб борилади. Кристалоид (Рингер-Локк эритмаси, физиологик эритма, дисоль, трисоль, глюкозаланган эритмалар ва ҳ.к.) ва коллоид (реополиглюкин, полиглюкин, стабизол, инфезол) эритмалардан иборат бўлади. Дори маҳсулотларнинг ўртача миқдори 10 мл/кг тана вазнини ташкил этади.

Инфузион терапияни ўтказиш гемотокрит, МВД, соатли диурез кўрсаткичлари остида олиб борилиши керак. Инфузион даво билан биргаликда қуйидагилар қўлланилади:

– тўғри таъсир қилувчи интикоагулянтлар;

– гормонлар;

– антибиотиклар: II–III авлод цефалоспоринлари;

– аналгетиклар: нонаркотик аналгетиклар;

– витаминлар (В гуруҳ, аскорбин кислотаси, Е витамин);

– пневмония ривожланганда даво-диагностик бронхоскопия, пара- ва трахеа олди блокадаси, ультратовуш инголятор ёрдамида кунига 8 мартагача дори моддалари билан инголяция ўтказиш, дақиқасига 3–4 литр ҳажмда доимий намланган кислород билан инголяция, кўрсатма бўйича сунъий нафас олишга ўтказиш, трахеостомия;

– майдони ва жойлашишига қараб турли регионар новокаинли блокадалар ўтказиш;

– маҳаллий совуқ урган жароҳат юзасида қуруқ некроз ҳосил қилишга қаратилган антисептик эритмалар (фурациллин, бетадин) боғламлар ва бошқа муолажалар ўтказилади;

Жарроҳлик амалиёти орқали даволаш.

Чуқур ва циркуляр совуқ уришларда жарроҳлик даво уч босқичда ўтказилади: некротомия, некрэктомия ва ампутация.

Жарроҳлик даволашни асосий шартлари:

– А) муолажа бажарилиш муддати;

– Б) ампутация даражаси;

– В) чўлтоғ ярасини ёпиш усули.

Бемор шифохонадан чиқаётгандаги тавсиялар. Яшаш жойи бўйича хирург ёки травматолог томонидан амбулатор кузатув ва даволаш. Чандиқли асоратлар ҳосил бўлиш эҳтимоли пайдо бўлса, физиотерапевт иштирокида профилактик чоралар кўриш.

X БЎЛИМ

ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШЛАРДА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ

ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШЛАРДАГИ ТАШХИС ВА ТЕЗ ЁРДАМНИНГ АСОСИЙ ТАМОЙИЛЛАРИ

Токсикология (грек toxicon сўзидан – заҳар ва logos – таълимот) – тирик организм ва заҳарнинг ўзаро таъсири қонунларини ўрганувчи тиббиёт соҳасидир.

Заҳарланиш ёки ўлимга олиб келувчи ва жуда оз миқдорда организмга кириб қолувчи модда заҳар деб аталади.

Заҳарланишлар таснифи.

Кимёвий этиологияли касаллик сифатида заҳарланиш таснифи уч етакчи тамойилга асосланган: этиопатогенетик, клиник ва нозологик (Лужников, Е.А, 2010).

Заҳарланишни таснифлаш тамойиллари.

I. Этиопатогенетик:

- Ривожланиш туфайли: тасодифий, қасддан;
- ривожланиш шартларига (жойига) кўра: ишлаб чиқариш, маиший, ятрогеник;
- токсик модда кириш йўлига кўра: перорал, ингаляцион ва ҳ.к .;
- токсик моддаларнинг келиб чикиши бўйича: доривор, ўсимлик, хайвонот ва бошқалар;

II. Клиник:

- Клиник кечишга мувофик: (ўткир, сурункали);
- Касалликнинг оғирлиги: енгил, ўртача, оғир;
- асоратлари бўйича: мураккаблашган;
- касалликнинг асорати: ўлимга олиб келиши;

III. Нозологик

- Шахсий токсикантлар, уларнинг гуруҳлари ёки синфлари номлари бўйича.

Ўткир заҳарланиш босқичлари

I – ўткир заҳарланишнинг клиник босқичи – токсик моддалар организмда ўзига хос таъсирга олиб келадиган дозада бўлган токсикоген босқич.

II – ўткир заҳарланишнинг клиник босқичи – турли органлар ва тана тизимларининг тузилиши ва функцияларига «изли» зарар кўринишидаги

токсик моддани олиб ташлаш ёки йўқотишдан сўнг юзага келадиган соматоген босқич.

Ўткир экзоген заҳарланиш ташхиси хусусиятлари

1) анамнезга асосланган клиник диагностика, ҳодиса жойини текшириш натижалари ва касалликнинг клиник кўринишини ўрганиш, заҳарли касалликнинг ўзига хос белгилари бўйича тадқиқотнинг инструментал усулларини қўллаш; Клиник ташхис шифохонага ётқизилгунга қадар даврда ёки шифохонада ёрдам кўрсатадиган шифокор томонидан амалга оширилади;

2) тананинг биологик муҳитида (қон, сийдик, цереброспинал суюқлик ва бошқалар) токсик моддаларни сифатли (идентификациялаш) ва миқдорий аниқлашга мўлжалланган лаборатор токсикологик ташхиси; у лаборатория клиник диагностика шифокорлари томонидан амалга оширилади;

3) патоморфологик ташхис қўйиш, унинг мақсади заҳарли моддалар билан ҳар қандай токсик моддалар билан аниқланган ўлимдан кейинги белгиларни аниқлаш; суд экспертлари томонидан амалга оширилади.

Клиник ташхис.

Ўткир заҳарланишнинг клиник ташхиси ўзларининг «селектив токсиклик» тамойили бўйича физик кимёвий хусусиятларига яқин бўлган маълум бир модда ёки бутун моддалар гуруҳининг таъсирига хос бўлган айрим белгиларни аниқлайди.

Анамнезнинг асосий маълумотлари ва ҳодиса жойидан олинган маълумотлар учун клиник ташхис жуда катта аҳамиятга эга. Ўткир заҳарланиш патологияси маълум бир вақт ва жойга эга бўлган бахтсиз ҳодисалар туркумига кирганлигини унутмаслигимиз керак. Ушбу параметрларни аниқлаб олиш ташхис ва терапевтик чоралар учун ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Мисол учун, уйқу дорилари (барбитуратлар) қабул қилингандан кейин 3 соатдан кўпрок вақт ўтган бўлса ва бемор тўлиқ ҳушида бўлса, бу дориларнинг токсико-кинетик хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, яқин вақтда заҳарланиш белгилари йўқлигини кафолатлаш мумкин ва терапевтик чоралар қабул қилинмайди. Бироқ, ушбу анамнезнинг аҳамиятини ортиқча баҳолаш керак эмас, айниқса, ўз жонига қасд қилиш билан боғлиқ заҳарланган беморларда, чунки улар токсик моддаларнинг вақтини ва турини яшириши ёки унинг аниқ номини билмаслиги мумкин.

Инструментал (функционал) ташхис.

А. Электроэнцефалография (ЭЭГ) усули, шунингдек, компьютер томографияси (магнит акс садо) ва магнит-резонанс томография (МРТ) мия ва унинг тўқималар тузилмаларининг биоэлектрик фаолиятидаги ўзгаришларнинг хусусиятларини аниқлаш имконини беради. Бу ўз навбатида психо-ва нейротрофик токсик моддалар билан заҳарланишнинг, мия шикастланиши, мия кон айланиши бузилиши, айниқса коматоз ҳолатда дифференциал ташхисини ўтказишга имкон беради ва интоксикациянинг оғирлиги ва прогнозини аниқлайди.

Б. Электрокардиография усуллари (ЭКГ) юракни токсик шикастланиш характери ва даражасини баҳолаш учун қўлланилади: ритм бузилиши ва ўтказувчанлиги, миокард дистрофияси. ЭЭГ ва ЭКГни рўйхатдан ўтказиш стандарт усулларга мувофиқ амалга оширилади.

В. Қорин бўшлиғининг органларига токсик шикастланишнинг инструментал ташхислари (фавқулодда эндоскопия ва рентгенография) биринчи навбатда қизилўнгач ва қориннинг кимёвий куйиш даражасини ва турини баҳолаш учун ўтказилади.

Г. Ультратовуш текшируви соматоген босқичдаги токсикологик беморларда ўпкада абцесс ривожланиши, қорин бўшлиғида суюқлик мавжудлиги, панкреатит, перитонит ва бошқа касалликларнинг турли асоратлари шубҳа қилинганда ташхис жараёнида катта ёрдам беради. Таблеткали токсикантлар билан перорал заҳарланиш токсиген фазасининг биринчи соатларида Ультратовуш ёрдамида уларни ошқозонда мавжудлигини ошқозон ювилишидан олдин ва кейин назорат қилиш мумкин.

Лаборатория ташхиси.

Заҳарланишнинг лаборатор токсикологик ташхиси учта асосий йўналишга эга: 1) танадаги биологик муҳитда токсик моддаларни фавқулодда аниқлаш учун махсус токсикологик тадқиқотлар (сифат ва миқдорий); 2) ушбу патологиянинг қон характеристикасининг биокимёвий таркиби ўзгаришини аниқлаш учун аниқ биокимёвий тадқиқотлар; 3) жигар, буйракларга ва бошка органларга ва тизимларга токсик зиённи аниқлаш учун хос бўлмаган биокимёвий тадқиқотлар. Кимёвий-токсикологик таҳлилни характерли хусусияти етарлича аниқлиги ва максимал қисқа вақт (1–2 соат) ичида инструментал экспресс усулларни қўллаган ҳолда организмнинг биологик муҳитида(қон, сийдик, орқа мия суюқлиги) токсик моддаларни аниқлашдадир. Бу талаблар инструментал тез таҳлил: юпқа қатламли хроматографияси (ЮҚХ), газ-суюқлик хроматографияси (ГСХ), газ хроматографик масс спектрометрияси (ХМС) ва бошқалар. Усулни танлаш асосан заҳарланишни келтириб чиқарувчи токсик моддаларнинг физик-кимёвий хусусиятларига асосланади, ва уларни биологик атроф-муҳитдан чиқарилиши орқали амалга оширилади.

Махсус биокимёвий диагностика заҳарланиш ташхисининг асосланиши билан бевосита боғлиқ, чунки баъзи ҳолларда қоннинг биокимёвий таркибининг аниқланган ўзгаришига қараб ушбу ўзгаришларга сабаб бўлган токсик моддаларнинг турини аниқласа бўлади. Мисол учун, метгемоглобинемия ривожланиши билан боғлиқ қоннинг юзага келган шоколад ранги метемоглабин ҳосил қилувчи «қонли заҳарлар» билан заҳарланиш рўй бергани ҳақида далолат беради – анилин, нитритлар ва бошқалар. Қоннинг холинэстараз фаоллиги

кескин пасайишига антихолинэстераз дорилар билан заҳарланиш ҳолатлари сабаб бўлади – ФОИ.

Номахсус биокимёвий ташхис иккинчи даражали аҳамиятга эга, чунки у паренхимали органларнинг функцияларига зарар етказиш даражасини аниқлашга ёрдам беради, аммо бу унга сабаб бўлган токсик моддаларнинг турини аникламайди. Масалан, қонда креатинин ва унинг клиренси, мочевина, қолдиқ азот ва асосий электролитларни аниқлаш буйракларнинг токсик шикастланишини кўрсатади, бу эса экзоген ва эндоген келиб чиқадиган кўплаб моддаларнинг таъсирига боғлиқ бўлиши мумкин.

Биокимёвий тадқиқотлар диагностик қиймати заҳарланиш клиникасида асосий патологик синдромларни таърифлашда батафсил муҳокама қилинади.

Ўткир заҳарланишлар жиддийлигини баҳолаш қўшимча мезони сифатида қондаги нейрофиллар ва лимфоцитлар таркиби нисбатининг кўрсаткичи ишлатилади – Лейкоцитлар заҳарланиш индекси (ЛЗИ), ва у нормада 1,0 тенг ва кимёвий травмалар ошиши билан ўсиб боради.

Ўткир заҳарланишни даволашнинг умумий тамойиллари.

Усулларни таснифлаш (Е.А Лужников, 2008).

I. Табиий детоксификация жараёнларини такомиллаштириш усуллари

1.1. Гастроинтестинал тозалаш:

қустурувчи воситалари (апоморфин, ипекакуана), меъдани ювиш (оддий, зондли), ва ичакни ювиш (зондли лаваж, клизма), энтеросорбция, ич келтирувчи восита (тузли, мойли, ўсимлик), ичак электростимуляцияси.

1.2. Мажбурий диурез:

сувли электролит юк (перорал, парентерал), осмотик диурез (мочевина, маннитол), салуретик диурез (лазикс).

1.3. Ферментлар фаолиятини тартибга солиш.

II. Антидот (фармакологик) детоксикация қилиш усуллари

2.1. Кимёвий антидотлар (токсикотроп) контактли ҳаракат, парентерал таъсир.

2.2. Биокимёвий антидотлар (токсик-кинетик).

2.3. Фармакологик антагонистлар (симптоматик).

2.4. Антитоксик иммунотерапия.

III. Сунъий детоксикация қилиш усуллари

3.1. Аферетик усуллар - қонни (лимфаларни) суюлтириш ва алмаштириш

Инфузион воситалар, плазма алмаштирувчи препаратлар, қон алмашуви, плазмаферез, терапевтик лимфорея, лимфостимуляция, лимфатик тизимнинг перфузияси.

3.2. Қоннинг (лимфа) диализи ва фильтрацияси

Экстракорпорал усуллар: гемо (плазма, лимфа) диализ, ултрафильтрация, гемофильтрация, гемодиафильтрация.

Интракорпорал усуллар: перитонеал диализ, ичак диализи.

3.3. Сорбция: гемо- (плазмо-, лимфо) сорбция, аппликацион сорбция, биосорбция.

Табиий детоксикацияни кучайтириш усуллари.

Ошқозонни зондли ювиш (ОЗЮ) – ўткир заҳарланиш ҳолатида биринчи тиббий ёрдамнинг мажбурий амалиёти.

Жараёнга қарши кўрсатмалар мавжуд эмас.

Қуйидаги ҳолларда ОЗЮ вақтинча кечиктирилади: делириум, конвульсия синдроми, аритмия, қон айланишининг декомпенсацияланмаган етишмовчилиги, шунингдек беморнинг аҳволини барқарорлаштириш чоралари.

Ўткир заҳарланишда ОЗЮ хусусиятлари:

– Комада бўлган беморлар ошқозонини ювишдан олдин трахея интубацияси қилинади.

– Коррозий заҳарлари билан заҳарланиш ҳолатларида, ошқозон нафақат суюқлик қабулидан кейин эрта босқичларда ювилади, ювишдан аввал премедикация ва оғриксизлантириш (промедол, атропин, баралгин) қўлланилади. Зонднинг таркибини вазелин ёки анестезинли паста билан ёғланган ингичка зонд ёрдамида сўриб олинади. Ювиш фақат совуқ сув билан амалга оширилади, муз бўлакларини ишлатиш мумкин.

– Холинергик синдром билан кечувчи заҳарланишда, ҳамда брадикардияда ОЗЮдан олдин атропин тайинланади.

Энтеросорбция (ЭС) – терапевтик ёки профилактик мақсадларда ОИТ (ошқозон ичак тракти) орқали организмдан эндоген ва экзоген моддаларни, молекуляр тузумлар ва ҳужайраларни боғлаш ва чиқаришга асосланган усул.

Энтеросорбентлар – турли хил тузилмалар ва гастроинтестинал тизимда моддаларни адсорбция, ион алмашинуви ва комплекслаш орқали боғлайдиган терапевтик препаратлар.

Энтеросорбентлар орасида энг оммалашганлари таблетлаштирилган ва кукун шаклида: фаоллаштирилган уголь, СКТ–6АВЧ, СКН, КАУ, Лигнин, Микросорб, Оптисорб ва бошқалар. Бир дозада камида 50 г, сўнгра 20–40 г 2–4 соат оралиғида 12 соат давомида

Ичакни ювиш. Ичакни ювишни бажариш бемор ошқозонига бурун орқали ичига метал мандрел ўрнатилган икки каналли силикон зонд (тахминан 2 метр узунликдаги) киритилади. Кейинчалик, гастроскоп текшируви остида, бу зонд Трейтц пайтга 30–60 см масофада дисталда амалга оширилади, ундан кейин мандрен чиқарилади.

Эритма (жадвал 10.1) 40 даражагача иситилади, ва 100 мл/мин тезликда киритилади. 10–20 дақиқадан сўнг, аспирацион канал орқали сув билан ювилади, кейин уни электросўрғич ёрдамида чиқарилади.

Ичакни бутунлай тозалаш учун беморнинг вазни бошига 500 мл тузли эритмаси керак бўлади (жами 25–30 литр).

10.1-жадвал.

Ичак лаважи учун тузли навескалар

Тузлар номи	Масса, эритмани г/10 л
Бир алмашган натрий фосфати NaH_2PO_4	25,0
Натрий хлориди NaCl	34,3
Натрий ацетати CH_3COONa	28,78
Калий хлориди KCl	15,4

Д. мажбурий диурез усуллари. Детоксикация қилиш усули сифатида мажбурий диурез усули кескин ўсишни таъминловчи дори воситаларидан фойдаланишга асосланган ва заҳарли моддаларни асосан буйраклар орқали чиқарилганда заҳарланишнинг консерватив даволанишининг энг кенг тарқалган усули ҳисобланади.

Қуйидаги мажбурий диурез усули тавсия этилади. Плазма ўрнини босувчи эритмаларини (полиглюкин, гемодез ва 1,0–1,5 литр ҳажмидаги 5% глюкоза эритмаси) томир ичига юбориш орқали оғир заҳарланишда ривожланаётган гиповолемияни компенсация қилинади. Шу билан бирга, қондаги ва сийдикда токсик моддалар концентрацияси аниқланади, гематокрит аниқланади ва соатли диурезни ўлчаш учун доимий сийдик катетери киритилади. Мочевина ёки маннитол (15–20% эритма) томир ичига 10–15 минут давомида 1 кг бемор тана вазнига 1,0–1,5 г миқдорда, сўнгра диурезга тенг бўлган электролитлар эритмаси юборилади. Юқори диуретик таъсир (500–800 мл / с) 3–4 соат давомида сақланади, шунда осмотик мувозанат тикланади.

Антидот (фармакологик) детоксикация қилиш усуллари

Турли хил токсик моддалар билан ўтувчи заҳарланиш учун махсус антидотлар бўлган турли хил муаллифларнинг тавсия этган кўп сонли дорилари орасида 4 та асосий гуруҳни ажратиш мумкин.

1. Кимёвий (токсикотропик) антидотлар. Улар орасида қуйидагиларни ажратиш мумкин:

а) ошқозон-ичак трактида токсик моддаларнинг физик-кимёвий ҳолатига таъсир қилувчи антидотлар (контактли таъсирга эга кимёвий антидотлар: энтеросорбентлар).

Махсус бўлмаган сорбент сифатида, 1 грамми 800 мг морфинга, 700 мг барбиталга, 300–350 мг бошқа барбитуратларга ва алкоголга сорбция қилади. Умуман олганда, заҳарланишни даволашнинг ушбу усули юқорида санаб ўтилган сунъий детоксикация қилиш усулларига *энтеросорбция* (*гастроинтестинал сорбция*) деб аталади.

б) организмнинг гуморал муҳитида токсик моддалар билан муайян физикокимёвий таъсир ўтказувчи антидотлар (парентерал таъсирнинг кимёвий антидотлари). Ушбу дорилар таркибида оғир металл аралашмалари ва арсеник билан ўткир заҳарланишни даволаш учун ишлатиладиган тиол бирикмалари (натрий тиосулфат, мекаптид) ва кимёвий токсик бўлмаган бирикмаларда ҳосил бўлган хелешакллантирувчи моддалар (ЭДТА тузлари, тетацин) – баъзи металларнинг тузлари билан қўрғошин, кобальт, кадмий ва бошқалар).

2. Биокимёвий антидотлар (токсик-кинетик), организмда токсик моддаларнинг метаболизмасида фойдали ўзгаришлар ёки улар қатнашадиган биокимёвий реакциялар йўналиши, у токсик моддаларнинг ўзига хос физик-кимёвий ҳолатига таъсир қилмасдан. Улар орасида хлоринэстераза реактиваторлари (оксимлар) фосфорорганик моддалар билан заҳарланишда (ФОБ), метгемоглобин шакллантирувчи моддалар билан заҳарланишда метилен кўк ва метил спирт ва этилен гликол билан заҳарланишда этил спиртида клиник амалиётда энг кўп қўлланилади. Яқинда натрий гипохлорит (ГХН) танадаги токсикантларни оксидланишини тезлаштириш учун муваффақиятли ишлатилмоқда.

3. Заҳарли моддалар сифатида тананинг бир хил функционал тизимларида фаолият кўрсатадиган фармакологик қарама-қаршиликлар туфайли терапевтик таъсирни таъминловчи фармакологик антидотлар (симптоматик). Клиник токсикологияда атропин ва ацетилхолин ўртасида фармакологик антагонизм ФОБ заҳарланишида, прозерин ва пахикарпин, анексат ва бензодиазепин, налоксон ва опиатлар орасида кенг қўлланилади. Уларнинг ишлатилиши рўйхатга олинган дорилар билан заҳарланишнинг кўплаб хавфли белгилари тўхтатилишига имкон беради, лекин камдан-кам ҳолатларда интоксикациянинг барча белгиларини бартараф этишга олиб келади, чунки бу антагонизм одатда тугалланмаган бўлади. Бундан ташқари, фармакологик антагонис бўлган препаратлар уларнинг рақобатбардошлиги туфайли организимдаги ушбу токсик модда концентрациясидан каттароқ дозаларда қўлланиши керак.

4. Антитоксик иммунотерапия ҳайвонлар орқали заҳарланишларни даволашда антитоксик иммунотерапия (антитоксик зардоблар – илонга қарши, қорақуртга қарши) кенг тарқалиб бормоқда, жумладан, илон ва ҳашоратлар чаққанда.

Сўнгги йилларда дигоксин заҳарланиши учун моновалент антидигоксин зардоб ишлатилмоқда. Антитоксик иммунотерапия умумий камчилиги уни кеч қўлланишидаги кам самарадорлиги (заҳарланишдан кейин 3–4 соат ўтгач) ва беморларда анафилаксияни ривожланиш эҳтимоли.

10.2-жадвал.

Токсик моддалар билан ўткир заҳарланишларни махсус даволаш учун асосий дори воситалари

Антидот номи	Токсик моддалар тури
Этил Алкоголь (30% эритма ичига, 5% – т/и))	Метил спирти, этиленгликоль
Анексат (300 мкг) (Флумазенил)	Бензодиазепинлар
Амилнитрит (ампулада)	Синил кислотаси (цианидлар)
Аминостигмин 0,1%	Амитриптилин, атропин, димедрол
Сулфат Атропин (0,1% эритма)	Фосфорорганикинсектицидлар (карбофос, хлорофос, юрак гликозидлар, клофелин ва бошқалар)
Ацизол (6% эритма)	Ис гази (CO)
Ацетил цистеин (20% эритма)	Парацетамол
Витамин B_6 (5% эритма)	Изониазид, фтивазид, ПАСК
Десфераль (14 мг/кг/ч)	Темир
Карбоксим (15% эритма)	Фосфорорганик инсектицидлар
Гипербарик оксигенация	Ис гази
Глюкагон (30 мкг/кг)	β-адреноблокаторлар
Липоевая кислотаси (20–30 мг/кг в суткада)	Рангпар қурбақасалла қўзиқорин заҳари
Кўк Метилен (1% эритма)	Метгемоглобин ҳосил қилувчилар (анилин, нитрит, нитрат ва бошқалар)
Налоксон (0,5% эритма)	Опий препаратлари (морфин, промедол, кодеин)
Гидрокарбонат натрий (4% эритма)	Кислоталар
Тиосульфат натрий (30% эритма), пеницциламин	Оғир металл ва мишьяк бирикмалари
Нитрит натрий (1% эритма)	Синил кислотаси (цианидлар)
Сульфат протамин (1% эритма)	Гепарин
Этил Спирт	Илон, қорақурт чақишлари
Спирт этиловый	Метанол, этиленгликоль
Фаоллаштирилган кўмир (10 г ичига)	Номахсус сорбент медикаментлари, ўсимлик заҳарлари
Унитиол (5% эритма)	Оғир металл ва мишьяк бирикмалари (симоб, қўрғошин, мис)

Сунъий детоксикация усуллари

1. *Аферетик усуллар*:

– *детоксикацион плазмаферез қон плазмасида мавжуд* токсик моддаларни бартараф этиш мақсадида амалга оширилади. Турли хил плазмаферез усуллари беморнинг қон плазмасини олиш ва унинг ўрнини плазма ўрнини босадиган эритма (қуруқ плазма, албумин, полиглюкин ва бошқалар) билан алмашиш ёки турли сунъий детоксикация қилиш усуллари (диализ, фильтрация, сўрилиш) ёрдамида тозалангач, беморнинг танасига қайтаришдир. Айни пайтда, алмашинув плазмаферезида муолажа қилинадиган муайян оқсиллар, ферментлар, витаминлар ва беморнинг плазмадаги бошқа биологик жиҳатдан муҳим таркибий қисмларини йўқотишнинг олдини олишга имкон беради. Плазмаферезнинг детоксикациявий таъсири беморнинг айланадиган плазмасининг ҳажмида камида 1,0–1,5 бўлиши керак бўлган плазма ҳажмига боғлиқ. Бундан ташқари, заҳарли моддаларни тозалашни сезиларли даражада аниқлайдиган детоксификация даражаси жуда юқори.

Айирбошлаш плазмаферезининг афзалликлари унинг кенг тарқалган мавжудлиги ва ОЗК операциялари вақтида, шунингдек, беморнинг гемодинамик параметрларига салбий таъсир кўрсатмаслиги билан таққосланадиган иммунологик тўқнашувлар ва инфекция хавфи анча паст бўлади.

Плазмаферез томонидан чиқарилган заҳарли моддалар: плазмаферез: дигитоксин, дигоксин, L-тироксин, паракват, фенитоин, преднизолон, пропранолол, салицилатлар, тобрамицин.

Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар: қон кетишининг барча турлари; қон ивиш тизимини бузилиши; гиповолемия; гипопротеинемия; гемодинамик бузилишлар; йирингли-септик асоратлар; юрак-ўпка етишмовчилиги; жигар ва буйракларни жиддий бузилиши; бегона протеинга нисбатан муросасизлик.

2. *Диализ усуллари:*

Гемодиализ (ГД) – диффузион алмашинуви ва паст молекуляр оғирликдаги моддалар ва сувни силжишли экстракорпорал қондан диализ эритмасигача ярим ўтказгичли мембрана орқали фильтрация қилиш тамойилига асосланган усул. ГД даги гемоперфузиянинг замонавий технологиялари барбитуратлар, спиртли суррогатлар ва сувда эрувчан ФОБ (Фосфорли органик бирикма) билан ўткир заҳарланишда фойдаланишга имкон беради. Масалан, замонавий ГД учун 40 мл / дақиқани дихлороэтанни тозалаш, ФОБ 30 дан 90 мл / дақ, метанол эса 150 мл / дақ. АО (асосий оксидли) металл аралашмалари, мишьяк, этилен гликол, метанол, салицилатлар томонидан АО холатида бирламчи танлашнинг асосий усулларидан бири хисобланади.

Диализ қилинадиган заҳарли моддалар: ацетаминофен, ацетон, спиртлар, амикацин, аминофиллин, ампициллин, анальгетиклар, химиотерапевтик воситалар, атенолол, азатиоприн, бацитрацин, бромидлар, эрготамин, этиленгликоль, флуорид, 5-фторурацил, фолий кислотаси, гентамицин, йодидлар, изопропранолол, канамицин, калий, пропранолол, салицилатлар, камфора, карбенициллин, литий, МАО (моноаминоксидаза) ингибиторлари, қўрғошин, маннитол, пенициллин, фенобарбитал, фосфатлар, цефамандол, метанол, метилдопа, стрептомицин, хлоралгидрат, сульфонамидлар, тетрациклин, стрихнин, метилпреднизолон, хлоридлар, хлороквин, колхицин, неомицин, теофиллин, тобрамицин, ванкомицин.

Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар: қон томирлари коллапси (қон босими 90/40 остида), гипертоник инқироз, қон кетиши, гиповолемия.

ДОРИ ВОСИТАЛАРИ БИЛАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШЛАР

ТРИЦИКЛИК АНТИДЕПРЕССАНТЛАР – ТАД
(амитриптилин, триптизол, мелипрамин, тофранил)
КХТ Шифри -10. Т 43

Таъриф. ТАД асосан эндоген депрессиялар, безовталаниш-депрессив ҳолатлар ва турли этиологияларнинг депрессив ҳолатлари учун ишлатиладиган дорилар гуруҳидир.

Патогенез. Марказий асаб тизими ва юракка заҳарли таъсири. Холинолитик синдроми (ХЛС), α-адреноробактериал таъсир билан боғлик бўлган ТАД нинг седатив таъсири. Юракдаги токсик таъсирларнинг марказида кардиомиоцитлар мембраналари ва деструкциясининг миокарддаги бузилган гликоген метаболизмлари натижасида кардиомиоцитларнинг ўзига хос зарари бўлиб, бета шаклларида кардиомиоцитларнинг цитоплазмасида гликоген гранулаларининг ортикча бирикмасида ифодаланади. Бу органеллаларнинг йўколишига олиб келади. Шу билан бирга, кардиомиоцитларда энергия хосил килиш жараёнлари бузилади.

Таснифи. Енгил заҳарланиш, ўртача заҳарланиш ва оғир заҳарланиш даражалари,

Симптоматика.

Енгил даража – онгнинг дастлабки бузилиши белгилари билан тавсифланади: уйқусизлик, карлик, дисориентация. Беморларнинг кўпчилигида периферик типдаги ХЛС (қуруқ тери ва шиллиқ пардалар, мидриаз, тахикардия, галлюцинациялар) ривожланади.

Ўрта даража – барча беморларда юзаки ёки чуқур сопор билан бирга бўлади. Периферик типдаги ХЛСлар, марказий ХЛС (ҳаракатли безовталаниш, эшитиш галлюцинациялари).

Оғир даража – чуқур онгни бузилиши (кома). Коматоз ҳолати аралаш турдаги ташқи нафас олишнинг бузилишига олиб келади (механик ва марказий бузилиш). ХЛС фақат комадан чиққанидан кейин кузатилади ва биринчи навбатда марказий турда бўлиб, кейин ХЛСнинг периферик турига ўтади.

Ўрта ва оғир заҳарланиш ҳолатларида асосий кардиотоксик таъсир ривожланади (қонда токсик моддаларнинг муайян миқдордаги концентрацияси баландлигида заҳарланишнинг токсикоген боскичида юракнинг шиддатли тарзда ошиб бораётган ритми ва ўтказувчанлиги мажмуи). Асосий кардиотоксик таъсирнинг ўзига хос ЭКГ белгиларидан бири Гис боғлами оёқчалари бирининг тўлиқ блокадасидир; биринчи даражали АВ-блокадаси билан биргаликда ҳолатларнинг ярмида. QRS комплексининг 0,12 сония ошиши ва унинг деформацияси хавфли белгилар бўлиб, ўткир контрактил юрак етишмовчилиги (ЎКЮЕ) ривожланишига олиб келиши мумкин. Шуни эътиборга олиш керакки, эрта болалик даврида, ТАД заҳарланиши билан, ҳар қандай заҳарланиш даражасида асосий кардиотоксик таъсир ривожланиши мумкин.

Қиёсловчи ташхис

Нейролептиклар, барбитуратлар, бензодиазепинлар, клофелин билан. Коматоз ҳолатдаги беморларда ёпиқ бош мия суяги травмаси (ЁБМСТ), ўткир мия қон айланиш бузилиши (ЎМҚЙБ) ҳолларида қиёсловчи ташхис қўйиш керак.

Текширув протоколи.

I. мажбурий:

1. Беморни клиника текшириш стандарт усул бўйича амалга оширилади:
• сўроқ қилиш (шикоятлар, касаллик тарихи, ҳаётий анамнез);
• органлар ва тизимлар учун жисмоний текшириш усуллари (текшириш, палпация, перкуссия, аускультация);
2. Лаборатор ташхиси:
• Умумий клиник қон ва сийдик тестлари, RW учун қон;
• биокимёвий қон тести (мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, диастаз, глюкоза);
3. Инструментал диагностика:
• Қабул қилишда ва динамикада ЭКГ.

II. Кўрсатмалар бўйича қўшимча тадқиқотлар (ва техник имкониятлар мавжуд бўлса):

1. ТАД таркибига қон ва сийдик миқдорини сифатли ва миқдорий таҳлил қилиш.
2. Кислотали ишқорий ҳолат (КИҲ)
3. Комадаги беморларда кўкрак қафаси органларининг рентгенографияси.

Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари.

Шикоят, анамнез маълумотлари, онг бузилиш (психомотор безовталаниш ва галлюцинациялар бирга келиши), тахикардия, ЭКГ бўйича ритм ва узатиш бузилишлари.

Даволаш.

Шифохонагача боскич. Зонд билан ошқозонни ювиш, энтересорбция 30 г гача фаоллаштирилган кўмир. Тиришиш ва безовталаниш ҳолларида 10–20 мг диазепам томир ичига ёки мушак ичига киритилади.

Шифохона боскичи. Токсикология бўлими ёки интенсив терапия бўлимига мажбурий касалхонага ётқизиш.

Антидот йўк.

1. Ошқозонни ювиш (комада беморларни олдиндан интубация килингандан сўнг), энтересорбция – 30 г гача фаоллаштирилган кўмир, такрорланадиган тозалаш клизмалари. Нафас олиш бузилиши ривожланиши билан – механик вентиляция.

2. Мажбурий диурез. Қон алкализацияси суткада 6–8 мл / кг тана вазнига натрий бикарбонатнинг киритилиши ҳисобланади. Тиришиш ва безовталанишда томирга ёки мушак ичига 10–20 мг диазепам юборилади.

3. ПКЭни даволаш – 30% натрий тиосулфат эритмаси – 5–10 мл физиологик эритмада, 125–250 мг гидрокортизон, а-токоферол – 2 мл томир ичига юборилади. Ўткир юрак етишмовчилигида дофамин 8–10 мг/кг/дак. ХЛС ривожланганда – прозериннинг 0,1% эритмасини, галантамин 0,1% эритма тери остига 1 мл.

4. Оғир даражали заҳарланишда ичак лаважи бажарилади ***. Шифохонадан чиқишдаги тавсиялар

Кўп суюклик, поливитаминлар ичиш, жонига қасд қилиш ҳаракати содир бўлса психолог, психиатр маслаҳати.

НЕЙРОЛЕПТИКЛАР (аминазин, трифтазин, лепонекс, тизерцин)

КХТ Шифри – 10 Т 43

Таъриф. Нейролептиклар – асосан психиатрия амалиётида қўлланиладиган дорилар гуруҳи: психомотор безовталанишнинг турли ҳолатларида, шизофрения касалликларида, сурункали параноид ва галюцинатор-параноид ҳолатларда, маниакал-депрессив психозли беморларда маниакал қўзғалиш, эпилепсия билан оғриган беморларда психотик бузилишларда.

Патогенез. Марказий асаб тизимига таъсир қилиш натижасида психотроп, нейротоксик таъсир кўрсатади. Ушбу гуруҳнинг барча бирикмаларида аниқ адренолитик, симпатолитик, холинолитик, антисеротонин ва камроқ

даражада антигистаминик таъсир кўрсатади. Нейролептиклар цитохромоксидаз, АТФ-аз, дегидрогеназа ва бошқаларни ўз ичига олган баъзи оксидловчи ферментларни босиш орқали тўқималарда энергия алмашинувини ингибация қилади.

Таснифи. Енгил даражадаги заҳарланиш, ўрта даражали ва оғир заҳарланиш даражаси мавжуд.

Симптоматика. Енгил заҳарланиш ҳолатларида асосий симптом – апатия ва уйқусизликдир. Беморлар заифлик, бош айланиши ҳақида шикоят қиладилар. Кейинчалик уйқучанлик, мушаклар тонусини енгиллаштириш ва ниҳоят узоқ вақт давомида уйқу пайдо бўлади.

Ўрта даражада заҳарланиш асаб тизимининг тушкунлиги билан ажралиб туради, унинг фонида унинг қўзғалиш белгилари вақти-вақти билан пайдо бўлади. Кўз қорачиғлари қисилиши билан характерланади, лекин уларнинг кенгайиши ҳам мумкин. Рефлекслар заифлашиши мумкин, аммо гиперрефлексия тез-тез кузатилади; мушакларнинг мумкин бўлган дистонияси. Энса мушакларининг ригидлиги кузатилади, мажбурий қиёфали тризм, бўғимларнинг спастиклиги, тортиколлис, атетоз туридаги тиришишлар, баъзида патологик рефлекслар юзага келади, каталаптоид ҳолатлар каби конвулсиялар. Гиперсалвация ва бронхорея тез-тез ривожланади. Нафас олиш кийинлашиши мумкин. Узоқ муддатли респиратор етишмовчилик ва гипотензия билан цианоз пайдо бўлиши мумкин. Ичак парезияси нисбатан тез-тез учрайди. Сийдик чиқиши одатда кечиктирилади. ЭЭГда синхронлаш билан бирга дизритмия алмашинуви қайд этилса, секин-аста тўлқинлар 1 сонияда 1–3 гача бўлади.

Оғир даражали заҳарланиш кома пайдо бўлиши билан тавсифланади.

Нафас олиш саёз, шовқин ва хириллаш, кейинчалик эса Чейн-Стокснинг вақтинчалик тури кузатилиши мумкин. Тери рангсиз, ёпишқоқ совуқ тер билан қопланган, цианоз пайдо бўлади. Рефлекслар кучайтирилиши мумкин, аммо кейин йўқолади ва кўз қорачиғларининг ёруғликка реакцияси йўқолади. Кардиак активлик пасаяди ва қон босими тушади. Пульс одатда тезлашади, заифлашади ва зўриқишади. Ушбу боскичда тез-тез тиришиш ҳолатлари кузатилади, ва улар клоник ёки тоник бўлиши мумкин, масалан, опистотонус ва карпопедал спазм турлари. Одатда тиришишлар заиф, лекин узоқ давом этувчи ва такрорланади.

Ўлим нафас олиш марказининг фалажи ёки қон босими ва юрак етишмовчилиги натижасида содир бўлади. Болалар учун заҳарланиш ҳолатларида, катталарникидан фарқли ўлароқ, юрак мушакларининг эрта шикастланиши ўзига хосдир, конвулсиялар нисбатан кўпроқ аникланади ва артериал босимнинг пасайиши камроқ аникланади.

Қиёсловчи ташхис. Кома ҳолатидаги беморларда ТАД, барбитуратлар, бензодиазепинлар, клофелин ёрдамида ЗЧМТ, ОНМК билан қиёсловчи ташхис ўтказиш керак.

Текширув Протоколи.

I. Мажбурий:

1. Беморнинг Клиник кўриги умумий методика бўйича бажарилади:

• сўров (ариза, касаллик анамнези, ҳаётий анамнез);

• органлар ва тизимлар бўйича жисмоний тадқиқот усуллари (кўрик, пальпация, перкуссия, аускультация);

2. лаборатор ташхиси:

• қон ва сийдик умум клиник таҳлили, RW қон олиш;

• қон биокимёвий таҳлили (мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, диастаза, глюкоза):

II. Кўрсатмалар бўйича қўшимча тадқиқотлар (техник имкониятлар мавжудлигида):

1. Нейролептиклар аниклаш учун қон, сийдикнинг сифатий ва микдорий таҳлили***

2. Кислотали ишқорий ҳолат (КИХ).

3. Комадаги беморларда кўкрак қафаси органларининг рентгенографияси.

Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари

Аризалар, анамнестик маълумотлар, онгнинг бузилиши (онгнинг эзилиши психомот безовталаниш билан бирга келиши), гиперсаливация, бронхорея, гемодинамика пасайиши, тахикардия, ЭКГ бўйича ритм бузилиши.

Даволаш.

Шифохонагача бўлган босқич. Зонд орқали ошқозонни ювиш, оғиз орқали 30 г гача энтеросорбция фаоллаштирилган уголь. Конвульсия ҳолатида ва безовталанишда 10–20 мг диазепам томир остига ёки мушак ичига киритилади.

Шифохонадаги босқич. Шифохонанинг Токсикология бўлими ёки интенсив терапия бўлимига мажбурий ётқизиш.

Антидот – экстрапирамидал касалликлар ривожланиши билан – циклодол.

1. Коматоз ҳолат мавжудлигида ЎСВ (ўпка сунъий вентиляцияси), нафас йўлларининг санацияси.

2. Ошқозонни тоза сув чиққунга кадар ювиш (комадаги беморлар олдиндан интубация қилингандан сўнг); катталарда ювиш учун камида 15 литр сув ишлатилади. Энтеросорбентларни қабул қилиш: катталар учун 30–100 г,

болалар учун 15–30 г (6 ёшдан юқори) ёки 1–2 г / кг болалар учун (6 ёшгача), бошқа энтеросорбентлар учун 0,2 г / кг. Такрорланадиган тозаловчи клизмалар.

3. Мажбурий диурез.

4. Даволаш ПКЭ – 30% натрий тиосулфат эритмаси томир ичига, физиологик эритмада 5–10 мл, 125–250 мг гидрокортизон, α-токоферол – 2 мл.

5. Симптоматик даволаш. Гипотензия учун дофамин буюрилади. Дофамин томир ичига томчилаб 2–5 мг / кг / дақ дозада юборилади, агар керак бўлса, уни 5–10 мг / кг /дақ гача оширади. Қовуқли тутилишлар ривожланаётганда диазепам томир ичига киритилади: катталарга 5–10 мг, керак бўлса такроран, 10–15 дақиқадан кейин, лекин 30 мг дан кўп бўлмаган (максимал), болаларга 0,25–0,4 мг / кг дозада (максимал 5 мг – 5 ёшгача бўлган болалар учун ва 5 ёшдан ошган болалар учун – 10 мг). Асоратларни олдини олиш ва даволаш учун антибактериал терапия (антибиотиклар – цефалоспоринлар, масалан, цефазолин 1 г суткада 3 марта), витаминли терапия (витамин С, Б1, РР, 6–10 мл / кун) кўрсатилади.

Шифохонадан чиқишдаги тавсиялар. Кўп суюқлик, поливитаминлар ичиш, суиқсд қилишга ҳаракат қилинса, психолог, психиатр маслаҳати.

БАРБИТУРАТЛАР (амитал-натрий, барбамил, мединал, фенобарбитал, бензонал)

КХТ Шифри -10 Т42

Таъриф. Барбитур кислотадан олинган препаратлар гуруҳи, седатив, уйқу ва конвульсияларга қарши восита сифатида қўлланилади.

Патогенез. Кребс оксидли тикловчи цикли ферментлари (дегидрогеназ) блокатори ҳисобланади, натижада организмда токсик гипоксия ривожланади (ҳужайраларда O_2 утилизацияси бузилиши). Бу, биринчи навбатда, марказий асаб тизимининг функциясини уйқучанлик ва наркотик таъсирини ривожланиши билан синаптик тузилмалардаги импульсларнинг бузилиши ва автономик марказларнинг – нафас олиш ва вазомоторларнинг фаолиятини бостириш билан бартараф этишига таъсир қилади.

Таснифи. Заҳарланишнинг тўртта клиник босқичи бор:I босқич – ухлаб қолиш. II босқич – юзаки кома. III босқич – чуқур кома, IV босқич – комадан кейинги (Лужников Е.А, 2008).

Симптоматика

I босқич – уйқучанлик, лоқайдлик, енгил, ўртача миоз – ёруққа кўз қорачиғларини жонли реакцияси, брадикардия, сўлак оқиши.

II босқич – онгни тўлиқ йўқотиш, кўриш ва корнеал рефлексларини заифлашиши, пай рефлексларини камайиши ёки ўсиши, мушак гипертонияси, баъзи ўтиб кетувчи патологик рефлекслар; нафас олиш бузилиши, сўлак оқиши, қусиш, бронхорея, тилнинг орқага тушиб кетиши, қусиш массаси аспирацияси; ЭЕГ бўйича – дуксимон шаклидаги фаолият ёки юқори вольтли полиритмия.

III босқич (чуқур кома) – кўз ва пай рефлексларининг йўқлиги, оғриқдан безовталанишга қарши реакциялар; тор кўз корачиғлари; нафас олиш секинлашуви, юзаки, заиф пульс, цианоз; диурез камайган; ЭЭГ – юқори вольтли полиритмия биоэлектрик сукунат даврлари ва паст кучланишли фаоллик даври билан, 12 соатдан ошиқ комада, бронхопневмония, коллапс, ётаверишдан уюшиб қолган жойлар ва септик асоратлар билан, жигар ва буйраклар фаолияти бузилган бўлиши мумкин.

IV босқич (пост-коматоз) – доимий неврологик аломатлар (птоз, юришда қийналиш ва ҳоказо), ҳиссий лойиқлик, депрессия.

Заҳарланишнинг секин кечиши, препаратларнинг элиминация даври узоқ муддатлиги характерлидир.

Қиёсловчи ташхис. ТАД, нейролептиклар, бензодиазепинлар, клофелин билан. Комадаги беморларда, ёпиқ бош мия суяги травмаси (ЁБМСТ), ўткир мия қон айланиши бузилиши (ЎМҚАБ) қиёсловчи ташхисини амалга ошириш керак.

Текширув протоколи.

I. мажбурий:

1. Беморни клиник текшириш стандарт усул бўйича амалга оширилади:

• сўроқ қилиш (шикоятлар, касаллик тарихи, ҳаёт тарихи):

• органлар ва тизимлар бўйича физикавий текшириш усуллари (текшириш, палпация, перкуссия, аускултация);

2. Лаборатор ташхиси:

• Умумий клиник қон ва сийдик тестлари, RW учун қон;

• биокимёвий кон таҳлили (мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, диастаз, глюкоза);

3. Инструментал ташхис:

• Қабул пайтида ва динамикада ЭКГ.

II. Кўрсатмалар бўйича қўшимча тадқиқотлар (техник имкониятлар мавжудлигида):

1. Барбитуратларни аниқлаш учун сифатли ва миқдорий кон таҳлили.
2. Кислотали ишкорий ҳолат (КИҲ).
3. Комадаги беморларда кўкрак қафаси органлари рентгенографияси.
4. ЭЭГ динамикада.

Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари

Шикоятлар, анамнестик маълумотлар, онгнинг бузилиши, ЭЭГ ва ЭКГ бўйича ритмни бузилиши.

Даволаш. Шифохонагача босқич. Зонд ёрдамида ошқозонни ювиш, энтеросорбция – фаоллаштирилган кўмир 30 г перорал. Тиришиш ва безовталанишда 10–20 мг диазепам томир ичига ёки мушакка.

Шифохона босқичи. Шифохонанинг токсикология ёки реанимация бўлимига мажбурий жойлаштириш.

Антидот йўқ.

Зонд орқали ошқозонни ювиш (коматоз ҳолатида олдиндан трахея интубацияси); энтеросорбция, тузли седатив препарат.

4% 400,0 мл бикарбонат натрий эритмаси т/и билан жадаллаштирилган диурез.

Ўта оғир ҳолларда – гемодиализни ичакнинг лаважи*** билан бирга эрта ишлатиш мумкин.

Шифохонадан чиқишдаги тавсиялар. Кўп суюқлик ичиш, поливитаминлар, жонига суиқасд қилиш ҳаракатлари маълум бўлса психолог, психиатр маслаҳати.

ЮРАК ГЛИКОЗИДЛАРИ (дигоксин, дигитоксин, строфантин)

КХТ Шифри -10 Т 46

Таъриф. Группа Гликозидлар таркибига кирувчи дорилар гуруҳи, ўткир ва сурункали юрак етишмовчилиги, пароксизмал суправентрикуляр тахикардия, пароксизмал ва тез-тез йилтираш шаклда ёки юрак бўлмаси титрашида қўлланилади.

Патогенез. Юрак гликозидларнинг токсик дозалари АТФ-аз мембранасини блоклайди (сулфгидрил гуруҳларни ўз ичига олган қисми билан ўзаро алоқага киради), шу билан мушак қисқариши вақтида чиқарилган калийнинг қайтарилишини ва унинг мембранасини қўзғатиб қўйган пайтда ҳужайра ичига кирган натрийнинг тарқалишини бузади. Натижада, миокарддаги калий ионлари концентрация пасаяди (гипокалигистия) ва натрий ионлари контцентрациясини оширади. Миокард ион баланси ўзгаришлари, айниқса, гипокалигистия, энергия ва миокард автоматик қисқариш вазифасини ёмонлаштириб, уриш ва дақиқалик қон ҳажмини, қон босими пасайишига олиб келади, гипоксия, ацидоз, цианоз, нафас қисилиши, ўпка тиқилиши юзага келишига олиб келади.

Таснифи. Енгил, ўртача ва оғир заҳарланиш даражалари мавжуд.

Симптоматика.

Енгил заҳарланиш – ПКЭ нинг бошланғич намоёнидир: ўртача дақиқада 55–50 гача бўлган синус брадикардияси, S-T сегментини ЭКГда «чуқурлик» шаклида характерли пасайиши, би- ва тригеминия туридаги қоринча экстрасистолияси жароҳати, 1 даража синоатриал ёки атриовентрикуляр 1 даражали блокада (СА-, А-В-блокадаси). Субъектив равишда – заифлик, бош айланиши, юрак соҳасидаги ёқимсиз ҳислар, кўнгил айниши, қусиш, диарея камроқ. Қонда К + миқдори камаяди. Гемодинамик ўзгармайди, юрак чиқишлари бузилмайди. Ўткир юрак етишмовчилигининг клиник белгилари йўқ.

Заҳарланиш оғирлиги ўртача даражаси – ПКЭ: брадикардия (бир юрак тезлиги бир дақиқада 50 (40–48), кичик отилиб чиқиши мўътадил клиник аломатлар синдроми пайдо бўлади (пульс секинлашиши мумкин атриал брадиаритмия, АД-100/60 ммҲг – 90/60 мм Ҳг қон, ранг оқаргани, ҳолсизлик, бош айланиши) ЭКГда АС ёки II даражали АВ блокада. Қонда гипокалиемия, КИҲ бузилган эмас.

Оғир заҳарланиш даражаси – ПКЭнинг таҳдидли шакли билан тавсифланади. ЭКГда: II турдаги II даражали АВ-блокадаси узоқ муддатли асистолия (1: 3; 1: 4); ўткир нодал ритм ёки тўлиқ интравентрикуляр блокадага ўтиш билан тўлиқ ички ошқозон блокадасининг кўриниши пайдо бўлиши мумкин. Узоқ муддатли асистолияда ёки Гис боғлами оёқчаларидан бирининг тўлиқ ички қоринча блокадаси мавжудлигида кескин юрак тўхташи узоқ вақт давомида заҳарланишдан кейин биринчи соатда кузатилади. Кейинги заҳарланиш вақтидан 6–12 соат ўтгач, актив контрактил юрак етишмовчилигининг клиник кўриниши ривожланади, бу 12% ҳолларда тўсатдан юрак тўхташига олиб келиши мумкин. Ўткир контрактил етишмовчиликнинг клиник белгилари: тўсатдан рангсизланиш (мармарсифат), кам пульс заиф тўлдиришли, кам қон босими 80/40–60/20 мм Ҳг. Бузилиб кетган юрак товуши, вақти-вақти билан – чалкашлик, мидриаз. Қонда метаболик ацидоз кўпаяди, гипокалиемия қолади. Умуман олганда, клиник аломатлар кардиоген турдаги экзотоксик шокни кўрсатади.

Кекса беморларда психомотор безовталаниш, галлюцинациялар, тиришишлар баъзан қайд қилинади. Болаларда кўпинча брадикардия ривожланмайди ва интоксикациянинг оғирлик даражасини баҳолаш учун ЭКГ керак.

Қиёсловчи ташхис. β-блокаторлар, АПФ ингибиторлари, калций антагонистлари, аконит дамламалари, чемерица, ўткир миокард инфаркти, Юрак ишемик касаллигининг аритмик формаси.

Текширув протоколи.

I. Мажбурий:

1. Беморни клиник текшириш стандарт усул бўйича амалга оширилади:

• сўроқ қилиш (шикоятлар, касаллик тарихи, ҳаёт тарихи):

• органлар ва тизимлар бўйича физикавий текшириш усуллари (текшириш, палпация, перкуссия, аускультация);

2. Лаборатор ташхиси:

• Умумий клиник қон ва сийдик тестлари, RW учун қон;

• биокимёвий қон таҳлили (мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, диастаз, глюкоза);

3. Инструментал ташхис:

• Қабул пайтида ва динамикада ЭКГ.

II. **Кўрсатмалар бўйича қўшимча тадкикотлар** (техник имкониятлар мавжудлигида):

1. Қон ва сийдик миқдорини юрак гликозидлар учун сифатли ва миқдорий таҳлил қилиш;

2. КИҲ

Ташхис ва касалхонага ётқизиш мезонлари.

ЭКГда қон босими, брадикардия, аритмия, АВ-блокадани камайтириш, S-T сегментни ЭКГда характерли камайиши, кусиш, галлюцинациялар шаклида.

Даволаш. Шифохонагача боскичи. Ошқозонни зонд ёрдамида ювиш, оғиз орқали 30 г гача энтеросорбция фаоллаштирилган кўмир. Брадикардия билан – атропин 0,1% – 1,0 мл. Томир ичига ёки мушак ичига 10-20 мг диазепам таъсирланганда.

Шифохона босқичи.

Токсикология бўлими ёки интенсив терапия бўлимига мажбурий касалхонага ётқизиш.

1. Сув тоза бўлиб чиққунга қадар ошқозонни сув билан ювиш (комада беморларни олдиндан интубация қилингандан сўнг). Катта ёшдаги беморларни ювиш учун камида 10 литр сув ишлатилади. Энтеросорбентни киритиш. Такрорланадиган тозаловчи клизмалар.

2. Мажбурий диурез, поляризация аралашмасини киритиш, қонни алкализация қилиш. Оғир даражали заҳарланишда ичакнинг лаважи.

3. ПКЭ ва аритмияни даволаш – 30% натрий тиосулфат эритмаси томир ичига юборилади, 5–10 мл физиологик эритмада, 125–250 мг гидрокортизон, а-токоферол 2 мл га киритилади.

Симптоматик терапия. Гипотензияда дофамин тайинланиб, томир ичига томчилаб 2–5 мкг/кг/дақ дозада киритилади, керак бўлганда дозани 5–10 мкг/кг/дақ га оширган ҳолда. Асоратларни профилактикаси ва даволаш учун антибактериал терапия (антибиотиклар), витамин-терапия (витаминлар С, B_1, РР) тайинланади.

Шифохонадан чиқишдаги тавсиялар. Кўп суюқлик ичиш, поливитаминлар, калий препаратлари, жонига суиқасд қилиш ҳаракатлари бўлса, психолог, психиатр маслаҳатлари.

β-БЛОКАТОРЛАР (пропранолол, атенолол, бисопролол)

КХТ Шифри -10 Т 46

Таъриф. Юрак ритми бузилиши, артериал гипертензияни ва юрак аритмиясини (тахтаритмик шаклларни) даволаш учун ишлатиладиган β-адренорецептор блокатор дорилар гуруҳи.

Патогенез. Юракнинг β-адрено- рецепторлари устига симпатик импульсларнинг таъсирини кучайтирганда, β-адреноблокаторлар юрак қисилишлари кучини ва частотасини пасайтиради, миокард контрактил ва юрак ишлаб чикариш миқдорини камайтиради. Анаприлинни ишлатганда брадикардия, гипотензия пайдо бўлиши мумкин. Кўнгил айниши, заифлик, уйқусизлик, диарея бўлиши мумкин. Анаприлин учун препаратдан воз кечиш синдроми характерлидир – препарат қабул қилиш кескин тўхтатилгандан кейин, коронар етишмовчилик миокард инфаркти ривожланишигача олиб келиши мумкин. Орган токсиклиги – юракка устун таъсир. Шунингдек, марказий асаб тизимида бронхоспастик таъсирга нисбатан заиф ингибитор таъсир кўрсатади. Гипогликемия юзага келиши мумкин.

Таснифи. Енгил, ўртача ва оғир заҳарланиш даражалари мавжуд.

Симптоматика.

Бир пайтни ўзида 350–500 мг (8–12 таблетка) дори воситаси қабул қилинганда енгил заҳарланиш даражаси кузатилади. Онг тўлиқ сақланиб қолади. Баъзи ҳолларда кўнгил айниши, камдан кам кусиш ҳолати, брадикардия ўртача дақиқада 50–55. АБ нормада. ЭКГда: синус брадикардияси; Баъзи ҳолларда I даражали АВ блокадаси PQ сегментининг 0,22–0,26 сониягачакенгайиши билан.

Ўрта даражали заҳарланиш бир вақтнинг ўзида 0,75-1 г оралиғида қабул қилинганда. Кўпроқ аниқ брадикардия (40 дақиқагача юрак уриши) клиникаси кузатилади ва юракнинг паст эжекциясининг клиник синдроми билан боғлиқ бўлади; ноёб юмшоқ импульс, тери қатламлари рангсизлиги, баъзи тормозланиш. Қон босими ўртача 100/60–90/60 мм гача камаяди. ЭКГда: синус брадикардия 1 дақиқада қисқаришлар сони 45–55 маротаба, юрак синоатриал зонасида бузилишлар, Гис боғлами оёқчалари нотўлиқ ёки тўлиқ блокадаси шаклида (QRS 0,12 с гача) ички вентрикуляр ўтказишни секинлаштиради, гипокалиемия тури бўйича миокарднинг енгил метаболик ўзгариши қонда калий концентрациясининг мўътадил камайиши билан мос келадиган гипокалемия.

Оғир даражали заҳарланиш. Тахминан 2,0–2,5 г (бир вақтнинг ўзида 50–100 дона таблетка) қабул қилинганда кузатилади. Клиник курснинг жиддийлиги ўткир контрактил юрак етишмовчилиги ва кардиоген шокнинг ривожланиши билан боғлиқ. ЭКГда: таҳдидли шаклда ПКЭ: QRS комплексининг кенгайиши билан 0.12 сония мобайнида ва унинг деформацияланиши билан унинг Гис тўпламининг оёкларидан бирининг тўлиқ блокадаси. Синус брадикардия дақиқада 40 тадан кам юрак уриши. Нодир нодал ритмга ўтиш билан узоқ муддатли асистолия (1:3–1:4) II даражали II типдаги СА- ва АВ-блокадалари ҳам ривожланиши мумкин. Бундай бузилишлар тўсатдан асистолияга сабаб бўлиши мумкин. Кардиоген шок аломатлари клиник жиҳатдан кузатилади: заиф тўлғазишли секин пульс, рангсизлик (мармарсифат), тери сарғайиши (мебранинг), мидриаз, даврий онг чалғиганлиги, паст қон босими, тиришишлар. Кардиоваскуляр тизим билан оғриган беморларда, кекса одамларда аритмия ва кардиоген шокнинг ривожланиши паст дозада бўлиши мумкинлигини ёдда тутинг.

Қиёсловчи ташхис. β-блокаторлар, АПФ ингибиторлари, калций антагонистлари, аконит дамламалари, чемерица, ўткир миокард инфаркти, Юрак ишемик касаллигининг аритмик формаси.

Текширув протоколи.

I. Мажбурий:

1. Беморни клиник текшириш стандарт усул бўйича амалга оширилади:

• сўроқ қилиш (шикоятлар, касаллик тарихи, ҳаёт тарихи):

• органлар ва тизимлар бўйича физикавий текшириш усуллари (текшириш, палпация, перкуссия, аускультация);

2. Лаборатор ташхиси:

• Умумий клиник қон ва сийдик тестлари, RW учун қон;

• биокимёвий қон таҳлили (мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, диастаз, глюкоза);

1. Инструментал ташхис:

• Қабул пайтида ва динамикада ЭКГ.

II. Кўрсатмалар бўйича қўшимча тадқиқотлар (техник имкониятлар мавжудлигида):

1. Қон ва сийдик миқдорини юрак гликозидлар учун сифатли ва миқдорий таҳлил қилиш;

2. КИҲ

Қиёсловчи ташхис

β-блокаторлар, АПФ ингибиторлари, калций антагонистлари, аконит дамламалари, чемерица, ўткир миокард инфаркти, Юрак ишемик касаллигининг аритмик формаси.

Даволаш. Шифохонагача босқичи. Ошқозонни зонд ёрдамида ювиш, оғиз орқали 30 г гача энтеросорбция фаоллаштирилган кўмир. Брадикардия билан – атропин 0,1% – 1,0 мл. Томир ичига ёки мушак ичига 10–20 мг диазепам таъсирланганда.

Шифохона босқичи.

Токсикология бўлими ёки интенсив терапия бўлимига мажбурий касалхонага ётқизиш.

1. Сув тоза бўлиб чиққунга қадар ошқозонни сув билан ювиш (комада беморларни олдиндан интубация қилингандан сўнг). Катта ёшдаги беморларни ювиш учун камида 10 литр сув ишлатилади. Энтеросорбентни киритиш. Такрорланадиган тозаловчи клизмалар.

2. Мажбурий диурез, поляризация аралашмасини киритиш, қонни алкализация қилиш. Оғир даражали заҳарланишда ичакнинг лаважи.

3. ПКЭ ва аритмияни даволаш – 30% натрий тиосулфат эритмаси томир ичига юборилади, 5–10 мл физиологик эритмада, 125–250 мг гидрокортизон, а-токоферол 2 мл га киритилади.

4. Симптоматик терапия. Брадикарди – атропин 0,1% эритмаси: бир пайтни ўзида томир ичига 0,5–2,0 мл дозада киритилади, юрак қисқаришлари ритми 1 дақиқада 70–80 га етгунга қадар. Самара бўлмаса – электрокардиостимуляция қилинади, ритм частотасини 70–85 дақиқага етказгунгача). Бронхоспазмда аминофиллин томир ичига киритилади, тиришишларда астасекинлик билан диазепам киритилади. Гипотензияда дофамин тайинланади, уни томир ичига томчилаб 2–5 мкг/кг/дақ дозада, керак бўлганда 5–10 мкг/кг/дақ гача оширилади. Асоратларни Профилактика ва даволаш учун антибактериал терапия (антибиотиклар), витаминли терапия (витаминлар С, B_1, РР) тайинланади.

Шифохонадан чиқишдаги тавсиялар. Кўп суюқлик ичиш, поливитаминлар, жонига суиқасд қилиш ҳаракатлари бўлса психолог, психиатр маслаҳатини олиш.

КАЛЦИЙ КАНАЛЛАРИ АНТАГОНИСТЛАРИ (верапамил, нифедипин, амлодипин)

КХТ Шифри -10 Т 46

Таъриф. Антиаритмик воситалар билан боғлиқ бир гуруҳ дори (М.Д Машковскийга кўра 4-гуруҳ) мембраналар воситаси (шунингдек, нефрогеник, жумладан, турли хил гипертензия турларида қон босимини камайтириш учун қон томирларининг коронар артер касаллиги учун антиангинал агент сифатида ишлатилган).

Патогенез. Заҳарли таъсирга эга кардиотоксик моддалар (Са2 + - адреноблокатор). Юракка селектив кардиак токсиклик кардиомицитлар мембра-

насининг АТФ-аз-мембранасини ва ферментлар мембраси билан боғлиқ, шу жумладан юрак йўлларини ўтказувчи кардиомиоцитларнинг фермент тизими билан боғлиқ. Са2 + ни мембранани КМ орқали ўтказадиган ўзига хос ферментларнинг блокадаси КМнинг цитоплазмасининг йўқ қилинишига ва юракнинг контрактил функцияси тез 3–6 соат ичида узилишига олиб келади.

Таснифи. Енгил, ўртача ва оғир заҳарланиш даражалари мавжуд.

Симптоматика.

Ўткир заҳарланишда марказий асаб тизимида танлов фаолияти йўқ. Заҳарланишнинг оғирлик ритм бузилишлари ва бирламчи махсус кардиотоксик оғирлигига боғлиқ (ПКЭ).

Енгил даража: қулоқларда шовқин, бош оғриғи, бош айланиши, қурук оғиз, кўнгил айниши ривожланади. Онг ўзида сақланган, ЭКГда – мўътадил брадикардия (дақиқада 60–50), АВ ўтказувчанлигини 0,20–0,22 сониягача секинлаштириши, унинг тўплами (0,09–0.11 сек) тўлиқсиз блокланганлиги, заифлик, АБ оддий чегаралар ичида.

Ўрта даража: умумий заифлик, ЭКГ – АВ ёки синоатриал блокадада 1–2 даража, 30% ривожланишида эса, Гис боғлами оёқчаларини тўлиқ блокланиши ривожланиши мумкин. Тери копламлари рангсизланиши, кон босими 110/60 мм рт.ст. 55–40 ритм дақиқада.

Оғир заҳарланиш даражаси. Брадикардия (камида 1 дақиқадан 40 дақиқагача), тери сарғайиши, терининг мармар рангга кириши; АБ 90/60–70/40 мм рт.ст., пульс секинлашади, юрак товушлари бўғиқлашади. ЭКГ – АВ ёки QRS комплексининг кескин кенгайиши билан 0,2–0,18 сония бўлган 2–3 даража синоатриал блокадада. Бу 38% даражадаги юракнинг ўткир контрактил етишмовчилигига олиб келади.

Препаратни қабул қилган пайтдан бошлаб дастлабки 3-12 соат ичида ўткир верапамил билан заҳарланишда тўсатдан юрак тўхташи рўй бериши мумкин, шунинг учун заҳарланиш даражасидан қатъи назар, ушбу препарат билан заҳарланадиган барча беморлар касалхонага ётқизилади.

Қиёсловчи ташхис. β-блокаторлар, АПФ ингибиторлари, калций антагонистлари, аконит дамламалари, чемерица, ўткир миокард инфаркти, Юрак ишемик касаллигининг аритмик формаси.

Текширув протоколи.

I. Мажбурий:

1. Беморни клиник текшириш стандарт усул бўйича амалга оширилади:

• сўроқ қилиш (шикоятлар, касаллик тарихи, ҳаёт тарихи):

• органлар ва тизимлар бўйича физикавий текшириш усуллари (текшириш, палпация, перкуссия, аускултация);

2. Лаборатор ташхиси:

• Умумий клиник қон ва сийдик тестлари, RW учун қон;

• биокимёвий қон таҳлили (мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, диастаз, глюкоза);

1. Инструментал ташхис:

• Қабул пайтида ва динамикада ЭКГ.

II. Кўрсатмалар бўйича қўшимча тадқиқотлар (техник имкониятлар мавжудлигида):

1. Қон ва сийдик миқдорини юрак гликозидлар учун сифатли ва миқдорий таҳлил қилиш;

2. КИҲ.

Ташхис ва шифохонага ётқизиш учун мезонлар

АБ пасайиши, брадикардия, ЭКГда АВ-блокада, асистолия, кусиш.

Даволаш.

Шифохонагача босқичи. Ошқозонни зонд ёрдамида ювиш, оғиз орқали 30 г гача энтеросорбция фаоллаштирилган кўмир. Брадикардия билан - атропин 0,1% – 1,0 мл. Томир ичига ёки мушак ичига 10-20 мг диазепам таъсирланганда.

Шифохона босқичи. Токсикология бўлими ёки интенсив терапия бўлимига мажбурий касалхонага ётқизиш.

1. Сув тоза бўлиб чиққунга қадар ошқозонни сув билан ювиш (комада беморларни олдиндан интубация қилингандан сўнг). Катта ёшдаги беморларни ювиш учун камида 10 литр сув ишлатилади. Энтеросорбентни киритиш. Такрорланадиган тозаловчи клизмалар.

2. Мажбурий диурез, поляризация аралашмасини киритиш, қонни алкализация қилиш. Оғир даражали заҳарланишда ичакнинг лаважи.

3. ПКЭ ва аритмияни даволаш – 30% натрий тиосулфат эритмаси томир ичига юборилади, 5–10 мл физиологик эритмада, 125–250 мг гидрокортизон, а-токоферол 2 мл га киритилади.

Гемодинамик ҳолатдаги брадикардияда атропин, кальций препарати, изопреналин томир ичига киритилади.

Самараси бўлмаганда – электрокардиостимуляция.

Симптоматик терапия. Гипотензия ҳолатида дофамин тайинланиб, 2–5 мкг/кг/дақ дозада киритилади, керак бўлса уни 5–10 мкг/кг/дақгача оширилади.

Шифохонадан чиқишдаги тавсиялар. Кўп суюқлик ичиш, поливитаминлар, жонига суиқасд қилиш ҳаракатлари бўлса психолог, психиатр маслаҳатини олиш.

АНТИГИСТАМИН ПРЕПАРАТЛАР

(димедрол, супрастин, тавегил, диазолин)

КХТ Шифри –10 Т 45

Таъриф. Аллергиянинг турли шаклларини даволашда ишлатиладиган Н – рецепторларини блоклайдиган антигистамин препаратлар гуруҳи.

Патогенез. Нейротоксик (парасимпатолитик, марказий холинолитик), психотроп (наркотик) таъсир. Ўткир интоксикацияда антигистамин эффекти деярли аҳамиятсиз.

Таснифи. Енгил, ўртача ва оғир заҳарланиш даражалари мавжуд.

Симптоматика. Оғизда ҳалқумда қуруқлик, уйқусизлик ва бош айланиши, кўнгил айниши, мушакларнинг титраши, тахикардия, кўриш ёмонлашуви. Кўз қорачиғлари кенгайган, нистагм горизонтал бўлиши мумкин, териси қуруқ, рангсиз. Ҳаракатли ва психологик безовталаниш, конвулсиялар, кейин эса ҳушдан кетиш. Кома, қон босимининг пасайиши, нафас олиш тушкунлиги.

Димедрол ичига қабул қилинганда, оғиз бўшлиғининг оғриғи пайдо бўлиши мумкин. Заҳарланишнинг клиник кўринишини белгиловчи асосий эффект – бу марказий асаб тизимининг функцияларида ўзгариш, айрим ҳолларда психомотор безовталанишда ва бошқаларда мушак тонусини пасайиши билан летаргия ва уйқучанлик кўринишида намоён бўлади. Иккала ҳолатда ҳам гиперкинез пайдо бўлиши мумкин: мушаклар титраши, силкиниши, атҳетоз каби ҳаракатлар ёки тоник-клоник конвулсиялар, баъзан стрихнин конвулсияларига ўхшаш. Бундан ташқари, ҳар иккала ҳолатда ҳам руҳий касалликлар галлюцинация ва ориентацияни йўқотишдан кузатилади. Болаларда ушбу симптомлар овқатланишдан кейин 1,5–3 соат давомида кузатилади. Интоксикацияда атропин заҳарланишига ўхшаш симптомлар мажмуаси (онейризм), шу жумладан, юқорида санаб ўтилган руҳий касалликлар ва мотор ҳаракати, шунингдек тери ҳароратининг ошиши билан тери гиперемияси, кўз қорачиғларини кенгайиши билан ёруғликка реакцияни пасайиши кузатилади, пульс тезлашиши ва камдан-кам ҳолларда аритмия ҳоллари. Болаларда интоксикация психози фонида қоринча экстресистолияси кўпинча қайд этилади.

Оғир ҳолатларда кома ҳолати кучли нафас олиш ва юрак фаолияти етишмовчилиги ривожланади. Қусиш мажбурий белги бўлиб ҳисобланмайди, чунки дорилар қусиш таъсирга эга.

Қиёсловчи ташхис. Бангидевона, белладонна, антидепрессантлар, нейролептиклар, шизофрения, делирий билан заҳарланишлар.

Текширув Протоколи

Мажбурий:

1. Беморни клиник текшириш стандарт усул бўйича амалга оширилади:

• сўроқ қилиш (шикоятлар, касаллик тарихи, ҳаёт тарихи):

• органлар ва тизимлар бўйича физикавий текшириш усуллари (текшириш, палпация, перкуссия, аускультация);

2. Лаборатор ташхиси:

• Умумий клиник қон ва сийдик тестлари, RW учун қон;

• биокимёвий қон таҳлили (мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, диастаз, глюкоза);

1. Инструментал ташхис:

• Қабул пайтида ва динамикада ЭКГ.

II. Кўрсатмалар бўйича қўшимча тадқиқотлар (техник имкониятлар мавжудлигида):

1. Қон ва сийдик миқдорини юрак гликозидлар учун сифатли ва миқдорий таҳлил қилиш;

2. КИҲ

Ташхис ва шифохонага ётқизиш учун мезонлар

Характерли галлюцинациялар, психомотор безовталанишлар, кўз қорачиғлари кенгайиши, тери қатламлари қуруқлиги ва гиперемияси, тахикардия, АБ кўтарилиши, ичак гипотонияси.

Даволаш.

Шифохонагача боскич. Зонд орқали ошқозонни ювиш, энтеросорбция – фаоллаштирилган кўмир 30 г гача перорал. Безовталанишда 10–20 мг диазепам томир ичига ёки мушак ичига.

Шифохона боскичи. Енгил даражали заҳарланишли галлюционози бўлмаган беморлар амбулатор даволанади, ўртача оғирликда беморлар – токсикология бўлимида, оғирлари – реанимация бўлимида.

Антидоттерапия: СЎЮ ривожланишида – прозерин эритмаси 1 мл 0,05 % эритматери остига, такроран мушак ичига.

Ичига қабул қилишда – зонд билан ошқозонни ювиб, кейин 0,5 г/кг фаоллаштирилган кўмир, лактулоза 20–30 мл.

Жадаллаштирилган диурез. Қонни ишқорлашиши – натрий бикарбонатни тана оғирлигига 6–8 мл/кг ҳисобда суткасига киритиш. Тиришишлар ва безовталанишда 10–20 мг диазепам томир ёки мушак ичига.

Шифохонадан чиқишдаги тавсиялар. Кўп суюқлик ичиш, поливитаминлар, жонига суиқасд қилиш ҳаракатлари бўлса психолог, психиатр маслаҳати.

НАРКОТИК МОДДАЛАР БИЛАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ

ОПИАТЛАР (морфин, героин, промедол, «ханка»,«крек»)

КХТ Шифри -10 Т 40

Таъриф. Тиббий мақсадлар ва гиёҳвандлик мақсадида ишлатиладиган, наркотик аналгетиклар ҳисобланадиган моддалар ва препаратлар гуруҳи.

Патогенез. Психотроп (наркотик), нейротоксик таъсир. Опиатлар нафас олиш марказини бостирадилар, кўнгил айниши ва қусишини келтирадилар, ичак силлиқ мушакларининг тонусини оширади, перисталтикани оширади. Мунтазам фойдаланиш билан инсон интеллектуал соҳасига таъсир кўрсатади.

Таснифи:

I. «Эски» опиатлар (опиум, опиум дамламаси, морфин, кодеин, героин).

II. «Янги» опиатлар (декстроморамид (палфиум), дезоцин (Далган), кетобемидон (Кетогин), налмефен (Ревекс), трамадол гидрохлориди.

III. Қўлбола гиёҳванд моддалар – фентанил ҳосиласи: Парафторофентанил, а-метилфентанил, 3-метилфентанил (хитойлик оқлик), кўкнори сомони экстракти.

Симптоматика. Гиёҳванд аналгетиклар билан интоксикация бўлган беморларда заҳарланишнинг асосий аломати – кўпинча МАТ бўлинмаларининг функцияси (кўзни ҳаракатланувчи нервлар маркази ва айрим вегетатив марказлар бундан истисно) бузилиши, тўқималарда гистаминнинг чиқиши ва оксидловчи жараёнларнинг камайиши.

Нафас олиш қийинлашуви етакчи аломатдир, у интоксикациянинг оғирлик даражасини ва бошқа аломатлар пайдо бўлишини белгилайди. Нафас сонининг камайиши апноэ даврлари билан алмаштирилиши мумкин. Шу билан бирга нафас чуқурлиги пасайиб, гипоксемия, гипоксия ва ҳатто аноксияга олиб келади. Нафас олиш депрессиясининг сабабларидан бири қон томир рецепторлари ва нафас олиш марказининг карбонат ангидридга сезгирлигидаги пасайишдир, натижада унинг қонда консентрацияси ошади ва респиратор ацидоз ривожланади. Нафас йўлларининг бузилиши, беморда гистамин миқдорининг ошиши билан бронхоспазмга олиб келади ва бронхиал секрецияни оширади. Узоқ муддатли гипоксия билан метаболик ацидоз нафас олиш тизимига қўшилади, электролит мувозанати бузилади ҳамда ўпка ва мия шиши ривожланади. Энцефалопатиянинг белгилари пайдо бўлади; эрта даврдаги гиперкинезлар ва интоксикациянинг кечки даврларида фалаж юзага келиши мумкин.

Морфин ва унинг аналоглари билан заҳарланиш аломатлари сифатидакўз қорачиғларини игна бошчаси ҳажмигача кескин қисилиши (кўз ҳаракат нерви маркази фаоллашуви натижасида), уларнинг ёруқлик ўзгаришига реакциясини йўқолиши ҳисобланади, бироқ оғир мия гипоксиясида кўз қорачиғлари кенгаяди.

Асоратлар: касалликнинг *токсикоген босқичида* тез ривожланувчи энг хавфли асоратлар қаторига препарат токсик дозасини томир ичига киритиш туфайли нафас олишни тўхтатиши ёки ошқозон таркибини аспирациясидан сўнгги асфиксия, шунингдек ўпкадаги гипоксия ва вазоконстрикция туфайли нокардиоген (героинли) ўпка шишиши, натижада капилляр босим ошади ва паренхима ва алвеолалар ичига оқсилли транссудат кириб қолишига сабаб бўлади.

Соматоген босқичнинг эрта асоратларига пневмония киради, у кўпинча беморларни стационарга ётқизилган кунларини 3 кунида ривожланади

Кеч ривожаланувчи асоратларга беморнинг узоқ вақт ётган ҳолатда бўлиши натижасида келиб чиқувчи позицион жароҳат билан боғлиқ миоренал синдром, ва беморларни давомий ногиронликка олиб келувчи токсикогипоксик энцэфалопатия киради.

Махсус турдаги асорат – бу абстинент синдромидир.

Қиёсловчи ташхис. Оғир даражадаги алкогол заҳарланиш, клофелин, лепонекс, ЁБМСТ, ЎМҚАБ (инсульт), субарахноидал қон қуйилиши билан заҳарланишлар.

Текширув Протоколи.

Мажбурий:

1. Беморни клиник текшириш стандарт усул бўйича амалга оширилади:

• сўроқ қилиш (шикоятлар, касаллик тарихи, ҳаёт тарихи):

• органлар ва тизимлар бўйича физикавий текшириш усуллари (текшириш, палпация, перкуссия, аускультация);

2. Лаборатор ташхиси:

• Умумий клиник қон ва сийдик тестлари, RW учун қон;

• биокимёвий қон тахлили (мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, диастаз, глюкоза);

3. Инструментал ташхис:

• Қабул пайтида ва динамикада ЭКГ.

• Қабул пайтида ва динамикада кўкрак қафаси рентгенографияси.

II. Кўрсатмаларга кўра қўшимча тадқиқотлар (техник имконлар мавжуд бўлса):

1. Опиатларни аниқлаш учун сифатли ва миқдорий қон, сийдик тахлили.

2. Қабул пайтида ва динамикада ЭЭГ.

3. Ижобий динамика йўқлигида Бош мия КТ.

4. КИҲ.

Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари

Ш комасига олиб борувчи кескин ҳушни йўқотиш, брадипноэ ва апноэ, кўз қорачиғлари қисилиши, тери қатламлари цианози.

Даволаш.

Шифохонагача босқич. Перорал қўллашда зонд ёрдамида ошқозонни ювиш, энтеросорбция – 30 гр гача перорал фаоллаштирилган кўмир. Нафас олиш бузилишида, чуқур комада – ЎСВ (ўпка сунъий вентиляцияси). Безовталанишда 10–20 мг диазепама томир ичига ёки мушакка.

Шифохона босқичи. Барча беморлар реанимация бўлимига ётқизилади.

1. ЎСВ, нафас йўллари санацияси.

2. Гиёҳванд модда ичга қабул қилинганда сув тоза чиққунга қадар ошқозонни ювиш; катта ёшдаги беморларда камида 10 л сув ишлатилади. Энтеросорбент киритилади. Такрорий тозаловчи клизмалар.

3. Жадаллаштирилган диурез, поляризацияловчи бирикмалар, қонни ишқорлаш. Оғир заҳарланиш ҳолларида – афферент усулларни қўллаш: плазмаферез.

Шифохонадан чиқишда тавсиялар. Яшаш манзили бўйича наркологда даволаниш.

НЕФТ МАҲСУЛОТЛАРИ БИЛАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ БЕНЗИН, КЕРОСИН, СОЛЯРКА

КХТ Шифри -10. Т 52

Таъриф. Ароматик углеводородлар гуруҳи.

Патогенез. Марказий нерв системасига гиёҳванд таъсир, нафас йўлларининг эпителиясини, буйраклар канальцаларининг найчалари ва жигар паренхимасини бевосита шикастланиши.

Таснифи. Таснифлаш йўқ.

Симптоматика. Заҳарланишнинг клиник кўриниши: нефть маҳсулотлари буғларининг жуда юқори концентрациясида шиддатли заҳарланишлар рўй бериши мумкин (масалан, бензин ёки нефть сақланган цистерналарда ва бошқаларда) мумкин. Ҳушдан кетиш юзага келади, ва агар жароҳатланган шахс заҳарланган атмосферада қолса, бу тезда ўлимга олиб келиши мумкин.

Агар ўткир заҳарланишда жабрланувчи бензин, керосин, нефть қолдиқлари ва бошқалар каби суюқликка тушиб қолса, танасида куйишлар пайдо бўлади ва суюқлик нафас йўлларига аспирация бўлиш эҳтимоли ошади; бу кўпинча бензинни шланг билан сўриб олишда пайдо бўлади. Кўкрак

оғриғи, тез-тез қонли балғам, бош оғриғи, юзни қизариши, қусишга олиб келади, бензин ҳиди келади, баъзида конвулсиялар, беҳушлик ҳолатлари. Аспирация пневмонияси жуда тез ривожланади, бу ерда аввало аускультатив ҳолат жуда заиф бўлиб, кейинчалик намланган хириллашлар, юқори ҳарорат, лейкоцитоз юзага келади. Пневмония инфилтрациясининг рентгенологик кўриниши биринчи куни ёки ҳатто 10–16 соатдан кейин аниқланади. Пневмония ўчоқлари одатда ўрта ва пастки паллаларда жойлашган бўлиб, плевра деярли доим бу жараёнда иштирок этади. Бирлашган ингаляцион-аспирацион заҳарланишда токсик нефропатиянинг ривожланиши аниқланади.

Болалар заҳарланишининг хусусиятлари. Енгил заҳарланишда ҳам, биринчи кунида ўпкада яллиғланишли ўзгаришлар (бронхит, бронхопневмония) ривожланиши. Радиография кўпинча ташқи кўриниш бўлмаса ўпкада (10–12 соатдан кейин) ўзгаришларни кўрсатади. Жигар шикастланиши тасвирланган.

Қиёсловчи ташхис.

Соматик пневмония, спиртли ичимликлар билан заҳарланиш.

Текширув Протоколи.

Мажбурий:

1. Беморни клиник текшириш стандарт усул бўйича амалга оширилади:

• сўроқ қилиш (шикоятлар, касаллик тарихи, ҳаёт тарихи):

• органлар ва тизимлар бўйича физикавий текшириш усуллари (текшириш, палпация, перкуссия, аускультация);

2. Лаборатория ташхиси:

• Умумий клиник қон ва сийдик тестлари, RW учун қон;

• биокимёвий қон таҳлили (мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, диастаз, глюкоза);

3. Инструментал ташхис:

• Қабул пайтида ва динамикада ЭКГ.

• Қабул пайтида ва динамикада кўкрак қафаси рентгенографияси.

II. Кўрсатмаларга кўра қўшимча тадқиқотлар (техник имконлар мавжуд бўлса):

1. Нефт маҳсулотлар мавжудлигини аниқлаш учун қон ва сийдикнинг сифатли ва миқдорий таҳлили.

2. Биокимёвий таҳлилда ўзгаришлар аниқланса жигар ва буйраклар ултратовуш текшируви.

3. Коматоз ҳолатидаги оғир беморларда КИҲ.

Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари.

Қусиш, қоринда оғриқлар, осойишта ҳолатда нафас қисилиши, йўтал, ҳарорат кўтарилиши, рентгенографияда пневмония аломатлари.

Даволаш.

Шифохонагача босқич. Зонд ёрдамида ошқозонни ювиш, энтеросорбция – 30 г гача перорал фаоллаштирилган кўмир. Преднизолон 30-60 мг томир ичакка ёки мушакка.

Шифохона босқичи. Токсик пневмонияси бўлмаган беморлар амбулатория шароитида даволанади, пневмония белгилари бўлса, шифохонада даволаниш таъминланади.

Антидот – токсик пневмония ривожланишининг олдини олиш мақсадида – глюкокортикоидларни (преднизолон, дексаметазон).

1. Фаол детоксикация

Жабрланган шахсни буғ билан тўйинган хонадан олиб чиқиш. Ичга кириб қолганда – ошқозонни 30–100 мл вазелин ёғи билан зонд орқали ювиш. 2 кун давомида энтеросорбция. Ўпка терапевтик гипервентиляцияси.

2. Симптоматик даволаш. Цефалоспорин антибиотиклар – масалан, цефазолин, цефтриаксон, мушак ичига.

Буғлар орқали нафас олганда ёки аспирацияда – кислородли ингаляция, антибиотиклар, мушак ичига – антигистаминлар, гормонал даволаш. Инсулин 8–10 бирлик, аскорбин кислотаси билан 200–400 мл 10% глюкоза эритмаси томир ичига. Витамин Б1, Б6, мушак ичига. Коматоз ҳолатда нафас олиш бузилишида – интубация ва сунъий нафас олиш, кислород.

Шифохонадан чиқишда тавсиялар. Антибиотиклар, кўп суюқлик ичиш, парҳез (Стол №1).

ТЕХНИК СУЮҚЛИКЛАР БИЛАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ (эриткичлар)

АЦЕТОН

КХТ Шифри -10. Т 53

Таърифи. Эриткич сифатида ишлатиладиган Ёғоч спирти ҳосиласи.

Патогенез. Маҳаллий қичитувчи таъсир; резорбтив – марказий асаб тизимига наркотик таъсир, пулмонотоксик таъсир, нефротоксик таъсир – нефроннинг бўшлиқ қисмига тўғридан-тўғри зарар етказиш.

Симптоматика. 80–100 мл ёки ундан ортиқ миқдордаги ацетонни қабул қилиш ҳушни йўқотиш ва кома ривожланиши билан кучли интоксикация белгилари тез ўсиши билан тавсифланади.

Ацетон ичга қабул қилинганда, кўнгил айниши, қусиш ва қорин оғриғи ҳоллари кузатилади. Овқат ҳазм қилиш тизимида қичитиш хусусияти берувчи таъсир – гиперемия ва оғиз шиллиқ пардасининг шиши, ўткир гастрит.

Жиддий ҳолатларда, бир неча дақиқадан сўнг, онгни йўқотиш мумкин. Тери ва шиллиқ парданинг цианози; пайли рефлекслар йўқ, кўз қорачиғлари торайиб кетган, ёруғликка реакция бермайди; тахикардия, қон босими ортиши, тез-тез чукур нафас олиш; Оғиздан чиққан ацетон ҳид мавжуд. Интоксикация жараёни нафас олиш қийинлашуви билан ифодаланади; суюқлик қабулидан кейин 45–60 минут ўтгач, нафас олиш тўхтаб қолиши мумкин, бунда бемор бу ҳолатдан чиқарилганда бир неча марта яна такрорланиши мумкин. Ўлим вақти қабул қилинган дозага боғлиқ. Оғир ҳолатларда беморлар суюқлик қабул килинганидан кейин 6–12 соат ичида вафот этишади. Узоқ давомли интоксикацияда ацетонни ифлослантирувчи метил ва амил спиртларига боғлиқ бўлган кўриш қобилияти бузилишлар бўлиши мумкин.

Болаларда оғиз орқали ацетонни ютиш кўпинча заҳарли пневмония ривожланишига олиб келади, бу эса нефть маҳсулотлари билан заҳарланиш ҳолатида шунга ўхшаш даволанишни талаб қилади.

Қиёсловчи ташхис

Соматик пневмония, спиртли ва унинг суррогатлари билан заҳарланиш.

Текширув Протоколи.

I. Мажбурий:

1. Беморни клиник текшириш стандарт усул бўйича амалга оширилади:

• сўроқ қилиш (шикоятлар, касаллик тарихи, ҳаёт тарихи):

• органлар ва тизимлар бўйича физикавий текшириш усуллари (текшириш, палпация, перкуссия, аускултация);

2. Лаборатор ташхиси:

• Умумий клиник қон ва сийдик тестлари, RW учун қон;

• биокимёвий қон таҳлили (мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, диастаз, глюкоза);

3. Инструментал ташҳис:

• Қабул пайтида ва динамикада ЭКГ.

• Қабул пайтида ва динамикада кўкрак қафаси рентгенографияси.

II. Кўрсатмаларга кўра қўшимча тадқиқотлар (техник имконлар мавжуд бўлса):

1. Эриткичлар мавжудлигини аниқлаш учун қон ва сийдикнинг сифатли ва миқдорий таҳлили.

2. Биокимёвий таҳлилда ўзгаришлар аниқланса жигар ва буйраклар ултратовуш текшируви.

3. Коматоз ҳолатидаги оғир беморларда КИҲ.

Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари.

Қусиш, қоринда оғриқлар, хотиржам шароитда нафас бўғилиши, йўтал, юкори ҳарорат, диурез камайиши, сийдикда оқсил, рентгенографияда пневмония мавжудлиги.

Даволаш.

Шифохонагача босқич. Зонд ёрдамида ошқозонни ювиш, энтеросорбция – 30 г гача перорал фаоллаштирилган кўмир. Преднизолон 30–60 мг томир ичакка ёки мушакка.

Шифохона босқичи. Токсик пневмонияси бўлмаган беморлар амбулатория шароитида даволанади, пневмония белгилари бўлса, шифохонада даволаниш таъминланади.

Антидот – токсик пневмония ривожланишининг олдини олиш мақсадида – глюкокортикоидларни (преднизолон, дексаметазон).

1. Фаол детоксикация

Жабрланган шахсни буғ билан тўйинган хонадан олиб чиқиш. Ичга кириб қолганда – ошқозонни 30–100 мл вазелин ёғи билан зонд орқали ювиш. 2 кун давомида энтеросорбция. Ўпка терапевтик гипервентиляцияси.

2. Симптоматик даволаш. Цефалоспорин антибиотиклар – масалан, цефазолин, цефтриаксон, мушак ичига.

Буғлар орқали нафас олганда ёки аспирацияда – кислородли ингаляция, антибиотиклар, мушак ичига – антигистаминлар, гормонал даволаш. Инсулин 8–10 бирлик, аскорбин кислотаси билан 200–400 мл 10% глюкоза эритмаси томир ичига. Витамин Б1, Б6, мушак ичига. Коматоз ҳолатда нафас олиш бузилишида – интубация ва сунъий нафас олиш, кислород.

Шифохонадан чиқишда тавсиялар. Антибиотиклар, кўп суюқлик ичиш, парҳез (Стол №1).

КУЙДИРУВЧИ МОДДАЛАР БИЛАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ

УКСУС КИСЛОТАСИ

КХТ Шифри -10 Т 54

Таъриф. Кимёвий, тўқимачилик ва озик-овкат саноатида, линолеум, ацетилцеллюлоза ишлаб чиқаришда, кўплаб органик синтезларда эриткич ва реагент сифатида ишлатиладиган органик кислоталар.

Патогенез. Эритроцитларнинг гемолизланиши, токсик коагулопатиянинг ривожланиши, тарқалган интраваскуляр қон ивиш синдроми билан боғлик коагуляциянинг маҳаллий куйдирувчи таъсири (коагуляцион некроз), резорптив-гемато, нефро ва гепатотоксик таъсир.

Таснифи. Енгил, ўртача ва оғир заҳарланиш даражалари мавжуд.

Уксус кислотаси билан заҳарланишда куйиш касаллиги даврида қуйидаги босқичлар ажратилади:

1) экзотоксик шок фазаси ва заҳарланишнинг дастлабки намоён бўлиши (1–1,5 кун)

2) токсемия фазаси (2–3 кун), гипертермия билан бирга кечади, ўткир интоксикация психозининг тез-тез ривожланиши;

3) инфекцион асоратларнинг фазаси (4 кундан 1,5–2 ҳафтагача). Ушбу даврда эзофагит, гастрит, трахеобронхит, пневмония, реактив панкреатит, реактив перитонитнинг клиник белгилари мавжуд;

4) стеноз фазаси ва куйиш астенияси даври (3-ҳафта охиридан). Бу оқсил, электролитлар мувозанати, вазн йўқотиши (15–20 кг гача) бузилиши билан бирга келади;

5) қайта тикланиш фазаси 1–2 йил ичида заҳарланишдан (қизилўнгач ва ошқозон тизимли деформациясидан сўнг мумкин бўлади).

Симптоматика

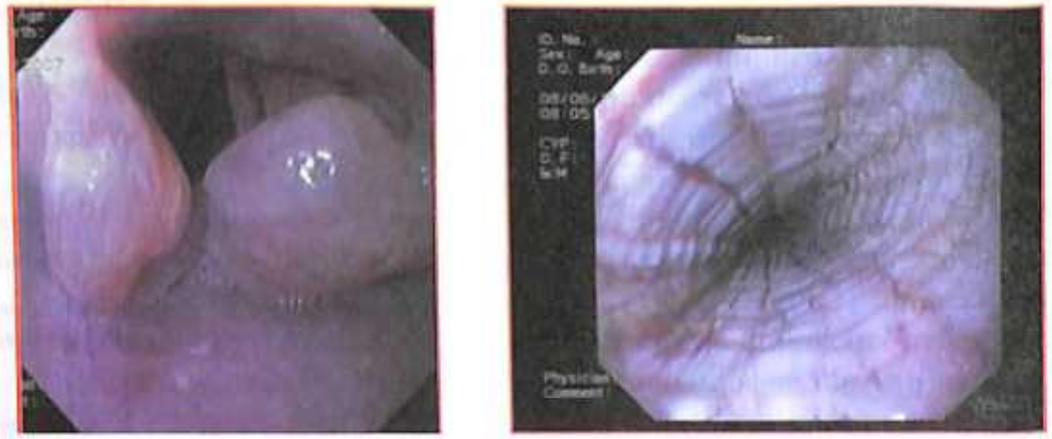
Енгил даражса – куйиш оғиз шиллиқ қавати, ҳалқум, қизилўнгачга тарқалади ва катарал-сероз яллиғланиш характерига эга. Енгил нефропатия. Жигардаги ўзгаришлар фақатгина гемодинамик параметрларининг бузилишига таъсир қилади.

Ўрта даражса – куйиш, оғиз бўшлиғининг шиллиқ қаватини, ҳалқум, қизилўнгачни, ошқозонни қамраб олади ва катарал-сероз ёки катарал-фибриноз яллиғланиш характерига эга. Экзотоксик шок, компенсация қилинган ўзгаришлар, гемолиз, гемоглобинурия 5-10 г / л даражага етади. Гемоглобинурик нефроз, токсик нефропатия. Енгил ёки ўртача даражадаги гепатопатия.



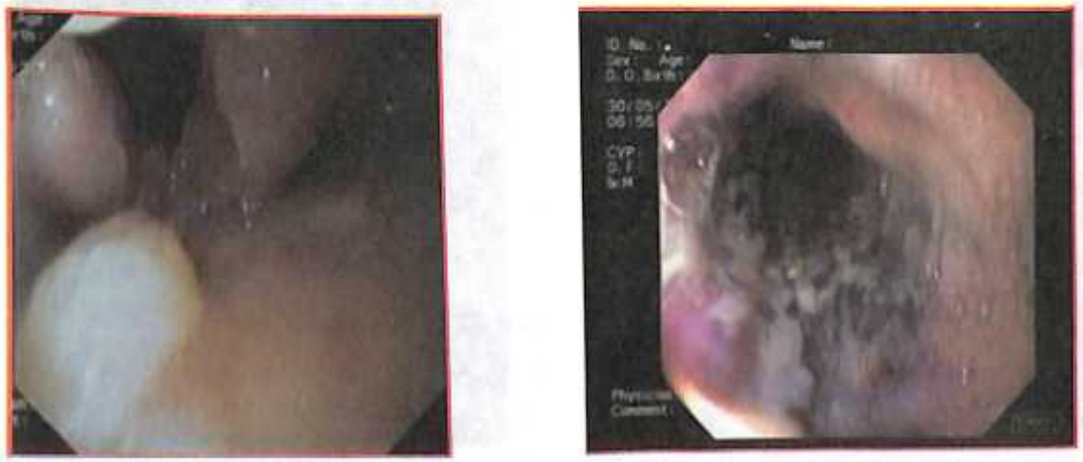


10.1.расм. Уксус кислотаси билан томоқ ва қизилўнгачни 1 даражали ўткир заҳарланиши. Шиллиқ қаватининг шиши ва гиперемияси, суюқлик ва шилимшиқ қаватнинг мавжудлиги, енгил фибринли концентрация қайд этилади. (Мустақил кузатув).



10.2.расм Уксус кислотаси билан томоқ ва кизилўнгачни 2даражали ўткир заҳарланишнинг эндоскопик сурати. Шилликқа ва тининг шиши ва гиперемияси, суюқлик ва шилимшиқ қаватнинг мавжудлиги, бутунлай фибринли қават билан қопланган.(Мустакил кузатув).

Оғир заҳарланишларда – қизилўнгач, ошқозон, ингичка ичакка кастланади ва ярали некротик яллиғланиш характерига эга. Юқори нафас йўлларини куйиши. Экзотоксик шок. Гемолиз, гемоглобинемия 10 г/л дан юқори. Ўткир гемоглобинурия нефрози. Ўрта ёки оғир токсик нефропатия. Токсик гепатопатияўртача ёки оғир. Заҳарланиш жараёни одатда эрта ва кеч асоратларнинг ривожланиши билан кучаяди.



10.3.расм Уксус кислотаси билан томоқ ва қизилўнгачни 2 даражали ўткир заҳарланишнинг эндоскопик сурати. Шиллиқ қаватнинг кескин шишиш фонида шилимшиқ, фибрин, йиринг ва ярали участкалар катта миқдорда кузатилади. Мустақил кузатув.

Қиёсловчи ташхис.

Бошқа куйдирувчи заҳарлар (кислоталар ва ишқорлар), гемолитик анемиялар билан заҳарланиш.

Текширув Протоколи.

Мажбурий:

1. Беморни клиник текшириш стандарт усул бўйича амалга оширилади:

• сўроқ қилиш (шикоятлар, касаллик тарихи, ҳаёт тарихи):

• органлар ва тизимлар бўйича физикавий текшириш усуллари (текшириш, палпация, перкуссия, аускультация);

2. Лаборатор ташхиси:

• Умумий клиник қон ва сийдик тестлари, RW учун қон;

• Қон ва сийдикни эркин гемоглобин учун таҳлили;

• Қон биёкимёвий таҳлили (умумий оксил, альбуминлар, мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, диастаза, билирубин) гемолиздан кейинва динамикада;

• Микрофлора таркибини ва уни антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш (халқум ва балғамдан);

• коагулограмма.

3. Инструментал ташҳис:

• Қабул пайтида ва динамикада ЭКГ;

• Қабул пайтида ва динамикада кўкрак қафаси рентгенографияси;

• ЭГДФС:

Енгил даражали заҳарланишда – 1–2 суткасида, заҳарланишдаш сўнг 12–15 суткасида;

ўртача даражали заҳарланишда – 1–2 суткасида, 25–30 суткасида;

оғир даражали заҳарланишда – 1–2,30–35 суткаларида, 60 суткасида;

Ошқозон ости бези ва буйраклар ультратовуш текшируви;

II. Кўрсатмалар бўйича қўшимча текширувлар (техник имкониятлар мавжудлигида):

1. Ўрта молекулани аниқлаш учун қон таҳлили (ЎМ).

2. Оғир беморларда КИҲ.

3. Оғир беморларда 25–30 суткасида барий билан қизилўнгач ва ошқозонни рентгенконтрастли текшируви.

Ташхис ва шифохонага ётқизиш учун мезонлар.

Куйиш жойида оғриқлар, овқатни ютиш ва овқат, суюқликни ўтишининг бузилиши, сўлак оқиши, қон қусиш, қон аралаш қон ва сийдик эркин гемоглобини, ЭГДФСда куйиш мавжудлиги, буйрак ва жигар функцияларининг бузилиши.

Даволаш.

Шифохонагача босқич. Совуқ сув билан зонд ёрдамида ошқозонни ювиш, облепиха ёки ўсимлик мойини перорал қабули. Преднизолон 30–60 мг м/и ёки т/и. Аналгетиклар ва спазмалитиклар (анальгин, папаверин, атропин, платифиллин).

Шифохона босқичи.

1. Ошқозонни ўсимлик мойи билан ёғланган зонд орқали 10–12 литр совуқ сув билан ювиб ташланг. Ювишдан олдин оғиз ва кизилўнгачнинг шиллиқ қаватини анестезия қилиш тавсия этилади, оғзингизни ювиш ва 100–150 мл 0,5% новокаин эритмасини ичиш, 1 мл 2% промедол эритмаси, 2 мл 2% папаверин эритмаси, 1 мл 0,1% оғрикни камайтириш ва спазмни камайтириш учун атропин эритмаси.

2. Оғриқ синдроми ва экзотоксик шокни бартараф қилиш, жумладан, наркотик воситалари (морфин, промедол, омнопон), нейролептаналгезия, холинолитиклар ва аналгезикларни (аналгин, папаверин, атропин, платифиллин) кунига 4–6 мар. м/ и.

3. Қонни мажбурий алкализациялаш билан мажбурий диурез (гемолизни бартараф этиш учун томир ичига юбориладиган 4% натрий бикарбонатнинг 800–1500 мл гача), коллоид ва кристаллоид эритмаларини 1:3 (8–12 л гача) оралиғида қўллаш ва 8–20 мл. МТБни назорат қилиш. Коллоид эритмаларни киритиш билан, гидроксиэтил крахмал (волюстим, стабизол) ва кўп атомли спиртлар (реосорбилакт, реолактосорб) асосида замонавий технологияларга устунлик бериш керак.

4. Гепаринни киритиш. Препаратнинг зарур миқдори, шунингдек, унинг таркалиш тезлиги заҳарланишнинг оғирлигига боғлик ва кунига 5 дан 80 минг бирликкача бўлиши мумкин.

5. Кортикостероид гормонларни киритиш. Енгил даражадаги куйишда гормонлар тайинланиши талаб килинмайди. Ўрта даражадаги куйишда кунига 2–3 марта 2–3 кун давомида 60 мг, оғир даражадаги куйишда, кунига 2–3 марта 3–4 кун (преднизолон бўйича) 120–150 мг буюрилади, кейин 14–21 кун давомида дозани 60–90 мг гача камайтиринг.

6. Уксус кислотаси билан заҳарланган беморларда антибактериал терапия қабул килингандан бошлаб, микрофлора таркибига ва унинг антибиотикларга нисбатан сезувчанлигига оид маълумотларни олишдан олдин, кенг миқёсли антибиотиклар – 3-авлод цефалоспоринлар, 2-авлод фторхинолонлар билан бошланади. Антибиотиклар буюрилганда, уксус кислотаси билан заҳарланиш буйраклар ва жигарни жиддий шикастланиши билан кечади, шунинг учун нефротоксик таъсирга эга антибиотиклар истисно этила-

ди, жумладан, 1- ва 2- авлод аминогликозидлар. Кейинчалик антибиотиклар микрофлоранинг сезувчанлигини таҳлил қилиш асосида тайинланади. Энг оптимал комбинация – 3-авлод цефалоспоринларнинг (цефтазидим, цефтриаксон) 2-авлод фторхинолонлар (ципрофлоксацин, офлоксацин) билан бирикмаси. Препаратлар суткасига 2–3 марта т/и 10–12 кун давомида киритилади. III даражали кимёвий куйиш даврида, шунингдек бронхопулмонер асоратларнинг мавжудлигида антибактериал пневмония ҳар қандай септик ҳолатдагидек амалга оширилиши керак, цефалоспоринлар ва фторохинолонлар киритилиши макролидлар (сумамед) ёки метронидазол билан бирлаштирилиши мумкин.

7. Гипоксия коррекцияси – сукцинасол ёки цитофлавинни қўллаш. Сукцинсол шифохонага келган пайтдан бошлаб кунига 2 марта 400 мл дан, бемор 10–12 кун кунига 2 марта 20,0 мл дан цитофлавин билан даволанади.

8. Қизилўнгач ва ошқозон шиллиқ стенозининг олдини олиш учун ҳамда яллиғланиш жараёнини камайтириш учун, заҳарланишдан кейин 25–30 кундан кейин суткасига 64 бирликда мушак ичига лидазани киритиш мумкин.

9. Юқори нафас йўлларининг кимёвий куйиши ҳолатларида, «механик асфиксиянинг» синдроми билан оғриган беморларда оғир ҳолларда трахеостомия трахеядан ва катта бронхлардан секрецияларнинг фаол аспирацияси, антибиотиклар билан 1% натрий бикарбонат эритмаси билан ювиш йўли билан кўрсатилади. Енгил ва ўртача талабчанлик, ҳаво йўли, кимёвий куйишлар 7 кун давомида, биринчи ва иккинчи куни 2 дақиқа давомида, кейин ҳар 12 соатда, ҳар 3 соатда пуркагич даволаш ўтказиш билан чекланиши мумкин. Небулайзер аралашмасининг оптимал таркиби куйидагича: 1) ҳар бири 20 мг глюкортизон; 2) 5 мл аминофилиннинг 2,4% эритмаси; 3) антибиотиклар - амикацин.

10. Кеч қон кетишининг олдини олиш учун оқсил препаратларини (альбумин, СЗП), витаминларни, локал қизилўнгач деворларини терапия қилишни, шу жумладан бакстимс ва облепиха мойидан қилинган, гидрокортизон эмульсияси, новокаин эритмаси, левомицетин ва супрастиндан иборат мураккаб даволаш олиб борилади. Киритиладиган аралашманинг миқдори куйиш даражасига боғлик: I даражали – кунига 3 марта 10 мл, II даражада – 4–5 марта, III даражали – 15–30 кун давомида кунига 6–8 марта. Бундан ташқари, оғрикни камайтириш учун Алмагел ёки Алмагел-А препарати кунига 3 марта 10–20 мл гача буюрилади.

11. Озик-овқат. Беморларни комплекс даволашда энг муҳим дақиқалардан бири диетали (кунига 5-6 марта 100-150 мл гача) озикланиш ҳисобланади. Диета терапияси кизилўнгач, ошқозон ва яллиғланиш жараёнининг боскичини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилади. Хомиладорлик окибатида жуда кўп вақт ўтиши билан, ва жуда чекланган бўлиши мумкин. Енгил куй-

иш ҳолатларида 1-ҳафтада 1-Певзнер диетаси ва келгусида 2-ҳафта давомида 1-сонли парҳез белгиланади. Ўрта даражада оғир ошқозон қуйиши билан биринчи 2 ҳафта № 1-парҳези, 3-ҳафтада – 1б, оқинди (15–25 кун давомида, 2–3 ҳафта давомида №1 парҳез).

6. Оғир даражали қуйишда биринчи кунларда ютиниш одатда бузилади. Шунинг учун парентерал ёки энтерал зонд ёрдамидаозиклантирилади. Ютиниш тикланилгандан кейин 5–7 кун давомида индивидуал парҳез буюрилади, сут, юмшоқ қовурилган тухум, кисель, желе, музқаймоқ, кейин 2–3 ҳафта давомида № 1а парҳезга ўтказилади, кейин 1–2 ҳафта давомида №1б парҳезига ўтказилади. Кейинчалик, 1-рақамли парҳез сурункали гастритнинг ҳолатига қараб, узоқ муддатли муддатга тайинланади. №1а, 1б, 1-парҳезлар оқсилларга бўлган эҳтиёжни қондира олмайди, чунки барча ҳолатларда рацион тўлиқ оқсиллар билан тўлғизилади (қайнатилган тухум, творог, қайнатилган гўштли таомлар) ва витаминлар билан тўлдирилади (масалан, коррозив гастрит учун – А витамини)

12. Ўткир буйрак етишмовчилиги (ЎБЕ) ривожланганда – гемодиализ**.

Шифохонадан чиқишда тавсиялар. Облепиха ёғи, 1а, 1б-столи, торкал жарроҳ томонидан кузатув, агар керак бўлса, қизилўнгачнинг пластикаси амалга оширилади.

НООРГАНИК КИСЛОТАЛАР

(олтингугурт, азот кислотаси, аккумулятор суюқлиги, «царская водка»)

КХТ Шифри -10. Т 54

Таъриф. Каталитик оксидланиш натижасида олинган, саноат ва кундалик ҳаётда кенг қўлланилувчи кислоталар гуруҳи.

Патогенез. Маҳаллий куйдирувчи таъсир (коагуляцион некроз).

Ноорганик кислоталар эркин водород ионларига зарар етказувчи таъсир кўрсатади. Кислота концентрацияси ва ажратиш даражаси қанчалик кўп бўлса, тўқимага таъсири кучаяди. Водород ионлари тўқималарни камайтиради ва оқсилларни ивитиб, уларни коагуляцион некрозга олиб келади. Кислоталарнинг зарарли таъсири ҳам тўқималар билан алоқа қилиш муддатига боғлиқ. Узоқ муддатли алоқа билан кислота некротик тўқимаси чуқур, қон томирларини йўқотади ва нордон гематин ёки гематопорфиринга айланиб кетадиган қон гемоглобулини ўзгартиради.

Таснифи. Енгил, ўртача ва оғир даражадаги заҳарланишлар мавжуд.

Симптоматика. Кучли ноорганик кислотани ютганда, қизилўнгачда ва ошқозон ичидаги кучли куйиш оғриғи, тўхтамас қонли қусиш, баъзида некро-

тик шиллиқ парданинг зарралари қайд этилади. Умумий аҳвол оғирлашади, ҳаракатда безовталаниш кузатилади ва юрак заифлиги аста-секин ортади. Кислота қусиш массалари ва кислотанинг буғлари билан ҳиқилдоқнинг шиллиқ қаватининг тирналиши хусусияти натижасида йўтал пайдо бўлиб, овоз пайлари ва ҳиқилдоқ қаватининг шишиши пайдо бўлиши мумкин.

Кислота ютилгандан сўнг дастлабки соатларда шок, асфиксия ва ички қон кетиши сабабли ўлим юзага келади. Кўпинча ўлим, умумий интоксикация белгилари билан 1–2 куннинг охирида кузатилади. Кейинчалик ўлим, пневмониядан, шунингдек, қизилўнгач (медиастинит) ёки ошқозон (перитонит) тешилиши билан боғлиқ оғир асоратлардан пайдо бўлиши мумкин. Шикастланган ҳудудларда қизилўнгач ва ошқозон омон қолган бўлса, чуқур ошқозон яраланиши, кейинчалик чуқур яралар шаклланиши, қизилўнгач торайиши ёки унинг ўтказувчанлиги йўқолишига олиб келади.Тери билан алоқа килганда, ноорганик кислота кучли куйишларга сабаб бўлади, тўқималарга чуқур кириб, қоракўтир, биринчи ок, кейин жигарранг ва ҳатто қора рангда бўлади. Қоракўтирлар ажралиб чиққандан сўнг чуқур яралар қолади, шикастланиш жойидаги яра тузалгандан кейин чандиқлар пайдо бўлади. Сульфат кислота буғларига таъсири остида (масалан, металлга химиявий усулда ишлов бериш пайтида кузатилиши мумкин) юқори нафас йўлларининг (бурун оқиши, йўтал, нафас олиш қийинлишуви), қизилўнгачнинг қизариши, кўзлар ачишиши, токсик ўпка шишини келтириб чиқаради.

Қиёсловчи ташхис. Бошқа куйдирувчи заҳарлар (кислоталар, ишқорлар, оксидловчи моддалар) билан заҳарланганда.

Текширув протоколи.

I. мажбурий:

1. Беморни клиник текшириш умумий методикага мувофиқ амалга оширилади:

• сўроқ қилиш (шикоятлар, касаллик анамнези, ҳаёт анамнези);

• органлар ва тизимлар учун жисмоний текшириш усуллари (текшириш, пальпация, перкуссия, аускультация);

2. Лаборатор ташхиси:

• Умумий клиник қон ва сийдик тестлари, RW учун қон;

• Қабул қилинганида ва динамикада қонни биокимёвий таҳлил қилиш (умумий протеин, альбумин, мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, диастаз, билирубин);

• Микрофлора таркибини аниқлаш ва унинг антибиотикларга сезувчанлиги (томоқ ва балғамдан);

• коагулограмма.

3. Инструментал ташхис:

• қабул қилиш ва динамикада ЭКГ;

• қабул қилиш ва динамикада кўкрак қафаси рентгенографияси;

• ЭГДФС:

заҳарланишнинг енгил даражасида – 1–2 кун ичида, заҳарланишдан кейин 20–25 кунда;

ўртача заҳарланиш даражасида 1–2 суткасида, 30–35 суткасида; оғир заҳарланиш даражасида – 1–2, 35–40, 60 суткаларида;

• жигар, ошқозон ости бези ва буйрак ультратовуш текшируви;

II. Кўрсатмалар бўйича қўшимча текширувлар (ва агар техник имконият мавжуд бўлса):

1. Ўрта молекулалар учун қон текшируви.

2. Оғир заҳарланишнинг 25–30 кунида беморларда барий билан қизилўнгач ва ошқозонни рентген контрастли текшируви.

Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари.

Куйиш жойларидаги оғриқлар, овқатни ютиш, овқат, суюқликлар ўтказувчанлигини бузилиши, сўлак оқиши, қонли қусиши, ЭГДФСда куйиш мавжудлиги, жигар ва буйраклар функциясининг бузилиши.

Даволаш.

Шифохонагача босқич. Ошқозонни совуқ сув билан зонд ёрдамида ювиш, облепиха ёки ўсимлик мойини оғиз оркали қабули. Преднизолон 30–60 мг м/и ёки т/и. Анальгетиклар ва спазмолитиклар (анальгин, папаверин, атропин, платифиллин).

Шифохона боскичи.

1. Ошқозонни ювиш ва жуфт просветли назогастрал зондни ўтказиш. Ювиш беморни ён томонига ётқизиб жойлаштириш билан бошланади, унинг боши пастга туширилиб, ошқозонга вазелин билан мойланган жуфт просветли ёки оддий зонд киритилади, катта миқдордаги дистилланган ёки оддий водопровод суви ишлатилади. Ошқозонни ювиш жараёнининг тугаши билан ошқозон бўшатилади, зондни чиқаришда унинг оралиғига 50 мл гача ёғли эритма киритилади. Ювишдан олдин оғиз ва кизилўнгачнинг шиллиқ қаватини анестезия қилиш тавсия этилади, оғиз 50–100 мл новокаин 0,5% эритмаси билан чайилади ва ичилади, 1 мл 2% промедол эритмаси, 2 мл 2% папаверин эритмаси, 1 мл 0,1% атропин эритмаси оғрикни камайтириш ва спазмни камайтириш учун киритилади.

2. Оғрик синдроми ва экзотоксик шокни даволаш. (Даволаш кунига 3–4 марта 1 мл морфин, промедол, омнопон), нейролептаналгезия, холинолитиклар (2% папаверин эритмасидан 2 мл, 0,1% атропин эритмаси, 1 мл 0,2% платифиллин эритмаси) тери остидан кунига 3-5 марта, коллоидларни киритиш билан инфузион даво:

– 500–1500 мл ҳажмидаги волюстим, стабизол, кристаллоидлар – 5% глюкоза эритмалари, 0,9% натрий хлориди, Рингер, глюкоза-новокаин аралашмаси, 3–5 литр ҳажмидаги поляризация аралашмаси. Натрий бикарбонатни 4% қўшиб, қонни алкализациялаш зарур.

3. Антибактериал даволаш. Антибиотиклар (цефалоспорин антибиотиклари – масалан, цефазолин, цефтриаксон ва бошқа антибиотиклар – сезувчанлик асосида нефротоксик таъсирга эга эмас). Гипотензия ҳолатида глюкокортикостероидлар қўлланади – гидрокортизон 300 мг/сут м/и, преднизолон 1000 мг гача суткада т/и, кардиотоник дозада допамин 5–10 мкг/кг/дак).

Шифохонадан чиқишда тавсиялар. Облепиха мойи, №1а, 1б стол, торакал жарроҳ томонидан кузатув, керак бўлса бужирлаш ёки кизилўнгач пластикаси.

ОКСИДЛОВЧИ МОДДАЛАР (водород пероксид)

КХТ Шифри -10. Т 54

Таъриф. Саноатда оксидловчи модда, оқартиргич сифатида қўлланувчи, ҳосил бўлган персулфат кислота ёки унинг тузлари гидролизи ёрдамида олинувчи кимёвий модда.

Патогенез. Уларда кислород ҳосил бўлиши билан тўқима деструкциясини келтириб чиқаради. Маҳаллий куйдирувчи таъсир. Кучли оксидловчи.

Таснифи. Таснифлаш йўқ.

Симптоматика. Перорал заҳарланишда қуйидагилар кузатилади: ошқозон-ичак тракти фаолияти бузилиши, шиллиқ кизилўнгач ва ошқозонни куйиши, ютинишда, коринда ва кўкракда оғриқлар, нафас олиш қисилиши, ҳаракатланиш ва сезувчанлик бузилиши, ҳарорат кўтарилиши, тери ва конъюнктивга қон куйилиши. Кўрик вақтида оғиз бўшлиғининг гиперемияси ва шишиши, кичик тилининг шишиши аниқланади. Баъзи ҳолларда (мия ичидаги газ эмболияси билан), кўриш бузилиши, эпилептиформ конвульсиялар, парезлар пайдо бўлиши мумкин ва ҳушни йўқотиш дарҳол юз бериши мумкин.

Оғир даражали заҳарланишда экзотоксик шок пайдо бўлиши мумкин, қонли қусиш, нафас олишда хириллаш, мия шиши белгилари пайдо бўлиши мумкин.

Тери билан алокада – оқариш, куйиш, қабариқлар. Техник эритма билан заҳарланишлар (40%) энг хавфли ҳисобланади, бунда юрак ва мияда газ микроэмболияси пайдо бўлиши мумкин.

Қизилўнгачнинг чандиқли деформацияси заҳарланишдан кейин бир йил ичида ривожланиши мумкин.

Дифференциал ташхис.

Бошқа куйдирувчи моддалар билан (кислоталар ва ишқорлар). Текширув протоколи.

I. мажбурий:

1. Беморни клиник текшириш стандарт усул бўйича амалга оширилади:

• сўроқ қилиш (шикоятлар, касаллик анамнези, ҳаёт анамнези);

• органлар ва тизимлар учун жисмоний текшириш усуллари (кўрик, пальпация, перкуссия, аускультация).;

2. Лаборатория ташхиси:

• Умумий клиник қон ва сийдик тестлари, RW учун қон таҳлили;

• Қабул ва динамикада қонни (умумий протеин, альбумин, мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, диастаз, билирубин) биокимёвий таҳлил қилиш;

• Микрофлора таркибини ва унинг антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш (ҳалқум ва балғамдан);

• коагулограмма.

3. Инструментал ташхис:

• қабул қилиш ва динамикада ЭКГ;

• қабул қилиш ва динамикада кўкрак қафаси рентгенографияси;

• ЭГДФС:

заҳарланишнинг енгил даражасида – 1–2 кун ичида, заҳарланишдан кейин 20–25 суткасида;

заҳарланиш ўртача даражасида 1–2 суткасида, 30–35 суткасида; оғир заҳарланиш даражасида – 1–2, 35–40, 60 суткасида;

• Жигар, ошқозон ости бези ва буйраклар ультратовуши.

II. Кўрсатмалар бўйича қўшимча тадқиқотлар (ва техник имкониятлар мавжуд бўлса):

1. Ўрта молекуляр пептидлар учун қон текшируви.

2. Оғир заҳарланишда 25–30 суткасида беморларда қизилўнгач ва ошқозонни барий билан рентген контрастли текшируви.

3. КТ газ эмболияси мавжудлигида.

Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари куйишдаги оғриқлар, ютинишда, овқат, суюқликлар ўтказувчанлиги бузилиши, сўлак оқиши, қон қусиш, ЭГДФСда куйиш мавжудлиги, эмболланган аъзоларнинг функцияси бузилганлиги.

Даволаш.

Шифохонагача босқичи. Ошқозонни совуқ билан зонд ёрдамида ювиш, облепиха ёки ўсимлик мойи билан оғиз орқали. Преднизолон 30–60 мг т/и ёки м/и. Анальгетиклар ва спазмолитиклар (анальгин, папаверин, атропин, платифиллин).

Шифохона босқичи.

1. Ошқозонни ювиш ва жуфт просветли назогастрал зондни ўтказиш. Ювишдан олдин оғиз ва қизилўнгачнинг шиллиқ қаватини анестезия қилиш тавсия этилади, оғиз 50–100 мл новокаин 0,5% эритмаси билан чайилади ва ичилади, 1 мл 2% промедол эритмаси, 2 мл 2% папаверин эритмаси, 1 мл 0,1% атропин эритмаси оғриқни камайтириш ва спазмни камайтириш учун киритилади.

2. *Оғриқ синдромини даволаш.* Даволаш: холинолитиклар (2 мл 2% ли).

Папаверин эритмаси, 1мл 0,1% ли атропин эритмаси, 1 мл 0,2% ли. Платифиллин эритмаси) тери остига 3-5 марта суткасига, инфузион терапия коллоидлар киритиш орқали– волюстим, реополиглюкин, стабизол 500–1500 мл дозада, кристаллоидлар – глюкоза эритмаси 5%, натрий хлорид 0,9%, Рингер, глюкоза-новокаинли аралашма, поляризацияловчи аралашма 3–5 л миқдорда МВБ (марказий веноз босим) назорати билан.

3. Антибактериал даволаш. Антибиотиклар (цефалоспорин антибиотиклари – масалан цефазолин, цефтриаксон ва бошқа антибиотиклар сезувчанлик бўйича, нефротоксик таъсирга эга бўлмаганлари).

Гипотензияда глюкокортикостероидларни қўллаш – гидрокортизон – 300 мг/сут гача т/и, преднизолон суткасига 600–1000 мг гача т/и, допамин кардиотоник 5–10 мкг/кг/дақ дозада.

Шифохонадан чиқишдаги тавсиялар. Облепиха мойи, стол №1а, 1б.

КАЛИЙ ПЕРМАНГАНАТ

КХТ Шифри -10 Т 54

Таъриф. Саноат синтезида оксидловчи агент сифатида ишлатиладиган кимёвий моддалар; олтин қазиб чиқаришда; турли материаллардан сайқаллаш ва оқартириш учун; тиббиётда; лаборатория амалиётида.

Патогенез. Маҳаллий куйдирувчи, резорбтив, гемотоксик (метгемоглобинемия) таъсир. Калий перманганат жуда кучли оксидловчи воситадир, организмда тўқималар билан алоқада марганец диоксиди (MnO2), каустик сода (КОН) ва атомар кислород (О) га ажралади. Атомар кислород ва каустик сода тўқималар кимёвий куйишини келтириб чиқарувчи асосий зарарли агентлар ҳисобланади.

Таснифи. Таснифлаш йўқ.

Симптоматика. Ичга кирганда, оғизда, қизилўнгачда, ошқозонда кескин оғриқ пайдо бўлади, қусиш, ич кетиш юзага келади.

Калий перманганат кристалларидан нуқтали куйишларни заҳарланган болаларнинг юз, бўйин, қўллари ва кўкрагида кўриш мумкин. Қонли эро-

зияси билан оғриган лаблар шиллиқ қавати, тил, томоқ жигарранг тусли шишган бўлади. Калий перманганат кристаллари одатда оғиз мукозасининг қатламларида топилади. Оғир даражали куйишларда томоқ шишлар ривожланади ва глоттиснинг ўткир торайиши кузатилади, бунда асфиксия пайдо бўлади. Бунинг учун тезда трахеостомия талаб этилади. Кўпинча, шиллиқ қаватлар куйиши натижасида шок кузатилади.

Калий перманганатнинг резорбтив таъсирлари тўлиқ аниқланмаган. Марганец ингичка ичакнинг юқори қисмларида сўрилади. Қонда марганец миқдори бир вақтнинг ўзида фақат биринчи соатда кўпаяди ва кейин тезда нормал ҳолатга қайтади, чунки у тўқимага киради ва уларда сақланади. Марказий нерв тизими, жигар, буйрак, юрак ва ўпкада марганец таркибини ошиши бу органларнинг дисфункциясига олиб келиши мумкин. Марказий асаб тизими зарарланишининг дастлабки белгилари сифатида ҳаракатланишни қўзғатувчи ва конвульсион ҳолатлар тасвирланган. Шубҳасиз, катта миқдордаги калий ионларини қабул қилиш ҳам муҳимдир.

Заҳарланишнинг ўткир давридаги клиник сурат буйрак-жигар стишмовчилиги, юрак, ўпка ва марказий асаб тизимининг дисфункцияси билан тавсифланади. Бу даврда токсик гепатит каби асоратлар келиб чиқади ва буйрак функцияси бузилади.

Қиёсловчи ташхис

Бошқа куйдирувчи моддалар билан (кислоталар ва ишқорлар). Текширув протоколи.

I. мажбурий:

1. Беморни клиник текшириш стандарт усул бўйича амалга оширилади:

• сўроқ қилиш (шикоятлар, касаллик анамнези, ҳаёт анамнези);

• органлар ва тизимлар учун жисмоний текшириш усуллари (кўрик, пальпация, перкуссия, аускультация) – оғиз бўшлиғида қора тошмага эътибор бериш;

2. Лаборатория ташхиси:

• Умумий клиник қон ва сийдик тестлари, RW учун қон таҳлили;

• Қабул ва динамикада қонни (умумий протеин, алтбумин, мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, диастаз, билирубин) биёкимёвий таҳлил қилиш;

• Микрофлора таркибини ва унинг антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш (ҳалқум ва балғамдан);

3. Инструментал ташхис:

• қабул қилиш ва динамикада ЭКГ;

• қабул қилиш ва динамикада кўкрак қафаси рентгенографияси;

• ЭГДФС:

заҳарланишнинг енгил даражасида – 1–2 кун ичида, заҳарланишдан кейин 20–25 суткасида;

заҳарланиш ўртача даражасида 1–2 суткасида, 30–35 суткасида; оғир заҳарланиш даражасида – 1–2, 35–40, 60 суткасида;

• Жигар, ошқозон ости бези ва буйраклар ультратовуши.

II. Кўрсатмалар бўйича қўшимча тадқиқотлар (ва техник имкониятлар мавжуд бўлса):

1.Оғир даражали заҳарланишда қонда метгемоглобинни аниқлаш.

2. Ўрта молекулалар учун қон текшируви.

3. Оғир заҳарланишда 25–30 суткасида беморларда қизилўнгач ва ошқозонни барий билан рентген контрастли текшируви.

Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари

Куйиш давомида оғриқлар, ютинишда ва озиқ-овқат, суюқликлар ўтказувчанлигида бузилишлар, сўлак оқиши, қон аралаш қусиши, оғиз бўшлиғида ва қизилўнгач оралиғида, ошқозонда кўмир-кора рангли тошма борлиги, ЭГДФСда куйиш мавжудлиги, қон метгемоглобинемияси.

Даволаш.

Шифохонагача боскичи. Оғиз ва қизилўнгач шиллиқ пардасини, аскорбин кислотанинг 5% эритмаси билан ишлов бериш. Преднизолон 30–60 мг м/и ёки т/и. Анальгетиклар ва спазмолитиклар (анальгин, папаверин, атропин, платифиллин).

Шифохона босқичи.

1. Ошқозонни ювиш ва назогастрал зондни киргизиш. Олдиндан ювишдан олдин оғиз ва қизилўнгачнинг шиллиқ қаватини аскорбин кислотанинг 5% эритмаси билан ишлов бериш, оғрикни камайтириш ва спазмни камайтириш учун 2 мл 2% ли папаверин эритмаси, 1 мл 0,1% атропин эритмасини қўллаш.

2. Оғриқни даволаш. Тери остига холинолитиклар (2 мл 2% папаверин эритмаси, 1 мл 0,1% атропин эритмаси, 1 мл 0,2% платифиллин эритмаси), кунига 3–5 марта тери остига киритилади, коллоидларни – рефортан, реополиглюкин, стабизол, 500–1500 мл ҳажмида полиглюкин, кристаллоидлар – глюкоза эритмалари 5%, натрий хлорид 0,9%, Рингер, глюкоза-новокаин аралашмаси, 3–5 л ҳажмдаги поляризация аралашмаси.

3. Ўткир цианозда (метгемоглобинемия) билан – аскорбин кислотаси – 30 мл 5% томир ичига, натрий тиосулфат – 30 мл 100 мл томир ичига киритилади.

4. Гипотензия ҳолатларида глюкокортикостероидлар – гидрокортизон – 300 мг/кун м/и, кунига 1000 мг гача преднизолон, 5–10 микрограмдан / кг/дак кардиотоник дозада допамин.

5. Антибактериал даволаш. Антибиотиклар (цефалоспорин антибиотиклари – масалан, цефазолин, цефтриаксон ва сезувчанликка асосланган бошқа антибиотиклар, нефротоксик таъсирга эга эмас).

Шифохонадан чиқиш бўйича тавсиялар. Облепиха мойи, стол рақами 1а, 1б.

ОҒИР МЕТАЛЛАР ТУЗЛАРИ БИЛАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ

КХТ Шифри-10. Т 56

Таъриф.

Кимёвий жиҳозлар, аккумуляторлар, қўрғошин пигментлари, тетраэтил қўрғошин, электр кабелларни қоплаш, бронза, жез ишлаб чиқариш учун ишлатилади.

Патогенез. Қўрғошин энзим заҳаридир. Тўқималарда гехокиназа, лактат, суккинат, глюкоза-6-фосфат дегидрогеназ, шунингдек АТФ-аза (мембрана ва митохондриал), ишқорий фосфатаза ва бошқа ферментларни ингибиция қилади. Натижада трикарбоксилик кислота айланиши, глюкоза метаболизмаси (мия тўқимасида, жигар, буйрак ва ҳоказо) бузилади, жигарда РНК таркиби ва оксил синтези, юрак мушаклари, қон томирлари девори, МАТ ва бошқа тўқималарда камаяди. Қўрғошин порфиринларнинг синтезини ва қизил қон ҳужайраларида гемни бузади. Бу порфобилиноген ҳосил бўлишига тўсқинлик қилади, яъни. порфиринларнинг ҳосил бўлишининг бошланғич босқичи, гемсинтетаз ва темир ионини протопорфирин IX молекуласига киритиш; яъни гема ҳосил бўлиши.

Таснифи. Сурункали қўрғошин интоксикациясининг бир неча шакллари мавжуд: симптомсиз, гастроэнтеритик, МАТ шикастлаган ҳолда (қўрғошин энцефалопатияси), буйрак шикастланиши (нефротик формаси).

Симптоматика

1. Симптомсиз (яширин) шакли, унда клиник кўриниш мавжуд эмас, лекин танада қўрғошиннинг қолиб кетиши рўй беради, суяк тўқимасида, айниқса суяк тўқимасида йиғилиши. Қўрғошин суяк чиғаноқлари ва трабекулаларнинг миқдори ва ҳажмини оширади. Рентгенологик текширувда бу трубкасимон суякларни дастлабки калцификация қилиш соҳаларида трансверс, зичроқ лента («қўрғошин чизиқлар») шаклида кўрсатиб туради. Оғир интоксикацияда бу чизиқлар скелетнинг деярли барча қисмларида аниқланиши мумкин, аммо улар кўпинча болдир суяклар, тос ва билак суякларида кузатилади.

Қонда қўрғошин ва эркин порфиринларнинг таркиби кўтарилади ва қоришма таркибидаги моддалар миқдори юқори бўлади.

2. Иккинчи шакл қон ва ошқозон-ичак трактидаги ўзгаришлар билан тавсифланади. Интоксикациянинг дастлабки белгилари қондаги эритроцитлар ва гемоглобин сонининг камайиши, ретикулоцитлар сонининг кўпайиши ва базофил тортишишли эритроцитлар кўринишидир. Кейин иштаҳа йўқолади, қусиш, қорин оғриғи, ич қотиши, камроқ диарея, пульси ва АБ ошиши, ортостатик рефлексни бузилиши ва бошқалар.

3. Учинчи, интоксикациянинг энг жиддий шакли марказий асаб тизимининг зарарланиши - кўрғошинли энцефалопатия билан тавсифланади. Болаларда бу шакл катталарникидан кўра тез-тез учрайди. Унинг энг ўзига хос белгилари: безовталанишни кучайиши, титраш, тиришишлар, бўйин ригидлик, онгнинг қоронғулашуви ёки унинг тўлиқ йўқолиши, оғир ҳолатларда - кома. Кўзга алоқадор аломатлар қайд этилади: страбизм, нистагм, кенгайган ҳаракатсиз кўз қорачиғлари, сосокчалар шиши ва бутунлай кўр бўлиб қолиш мумкин. Ушбу болаларда орқа мия суюқлигининг босими кучаяди (500–600 мм вод.ст.). Тўхтамай қусиш кўпинча дегидрацияга олиб келади. Вегетатив асаб тизимининг парасимпатик бўлими фаоллиги билан боғланган вегетатив бузилишлар билан характерли тетраэтил қўрғошинли заҳарланиши: брадикардияга, артериал гипотензия, юқори намлик ва рангсиз тери ва миозга мойиллик.

Қўрғошинли энцефалопатия прогнози ўта салбийдир. Ўлим даражаси 10% дан 25% гача (айрим муаллифлар юқори рақамларни айтишади – 65%).

Перорал заҳарланишларда, ўткир гастроэнтерит белгилари ва кейинчалик (2–3 кун) – ажралувчи колитни ривожланиши (ошкозон оғриғи, ингичка ичакнинг тушаётган қисмининг оғриғи) ва стоматит (гиперемия, милкнинг шишиши, чайнаш вақтидаги оғриқлар, милкда кулранг изларни пайдо бўлиши). Эҳтимол, ўткир буйрак етишмовчилигига қадар гепато ва нефропатия ривожланиши мумкин.

Дифференциал диагноз. Бошқа оғир металл тузлари, алкоголли энцефалопатия, овқатдан заҳарланиш, буйракнинг соматик шикастланиши билан боғлиқ заҳарланиш.

Текширув Протоколи.

Мажбурий:

1. Беморнинг клиник текшируви умумий усул бўйича амалга оширилади:

• сўров (шикоятлар, касаллик анамнези, ҳаёт анамнези);

• органлар ва тизимларнинг жисмоний текширув усуллари (кўрик, пальпация, перкуссия, аускультация) – милклар соҳасида кулранг ўровга эътибор бериш.

2. Лаборатория ташхиси:

• Қон ва сийдик умумклиник таҳлили, RW қон таҳлили;

• Қон биокимёвий таҳлили (умумий оқсил, альбуминлар, мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ) динамикада.

3. Инструментал ташхис:

• Қабул пайтида ва динамикада ЭКГ;

• Қабул пайтида кўкрак қафаси, трубкасимон суяклар рентгенографияси;

• Жигар, ошқозон ости бези ва буйраклар ультратовуш текшируви.

II. Кўрсатмалар бўйича қўшимча текширувлар (техник имкониятлар бўлса):

1. Қўрғошин таркибини аниклаш учун қоннинг сифатли ва миқдорий таҳлили.

2. КИҲ.

Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари

Шикоятлар: қоринда тутқанокли оғриклар, ич қотишлар, милкларда кўрғошинли жияклар мавжудлиги, анемия, энцефалопатия.

Даволаш. Шифохонагача боскич. Зонд орқали ошқозонни ювиш, энтеросорбция – фаоллаштирилган кўмир 30 г гача перорал. Безовталанганда 10–20 мг диазепам томир ёки мушак ичига.

Шифохона боскичи

Шифохонанинг токсикология ёки реанимация бўлимига ётқизилади.

Антидот – натрий тиосульфат эритмаси 30% ,20–30 мл/сут т/и.

1. Ошқозонни ювиш.

2. Такрорий тозаловчи клизмалар.

3. Жадаллаштирилган диурез. Ичак лаважи вагемодиализ***.

4. ПКЭ даволаш – т /и такроран 5% натрий тиосульфати киритилади – 5–10 мл физэритмада, 125–250 мг гидрокортизон, α-токоферол – 2мл.

5. Симптоматик терапия. Спазмолитиклар. Антибактериал терапия (цефалоспоринлар), витаминотерапия (витаминлар С, B_1, РР).

Шифохонадан чиқишдаги тавсиялар. Витаминлар, антибиотиклар, кўп суюклик ичиш.

СИМОБ БИРИКМАЛАРИ (органик ва ноорганик)

КХТ Шифри -10 Т 56

Таъриф. Симоб электротехника ва жихозлар ишлаб чикаришда ишлатилади; Ацетилен уксус кислота ишлаб чикаришда; симобли органик бирикмалар синтези жараёнида; кимё-фармацевтика саноати; лаборатория амалиётида қўлланилади.

Патогенези. Тўқималарда симоб ҳужайра мембраналари билан боғлайди ва асосан тиол ферментлар фаоллигини, (дегидрогеназ, холинестераз, аденозинтрифосфатаз ва бошқ.), РНК ҳужайраларида таркиби ва ҳар хил боскичлардаги оқсил синтези камаяди, шу жумладан, делта-аминолевулин кислотасидан гема синтези, ҳамда цитохромлар фаоллиги натижасида тўқима нафас олиши бузилади). Бу механизмлар тўқималарда некротик ўзгаришлар (буйраклар найчалар эпителияси, шиллик ошқозон-ичак тракти ва бошқалар.), Марказий асаб тизими (айникса, юқори бўлимлари) ва тератоген таъсирини чукур бузилишлари пайдо бўлади (Ҳомила, айникса, унинг марказий асаб тизимини ривожланиши бузилади)

Таснифи. Таснифи йўқ.

Симптоматика. Симоб ноорганик препаратларини ичга қабул қилинганда (симоб дихлориди ва цианиди) энг эрта заҳарлаш аломатлари тўхтамас давом этувчи қон аралаш қусиш, кўнгил айниши, бутун қорин бўйлаб оғриклар бўлиши мумкин. Бир неча соатдан сўнг қон билан аралашган суюк шаклдаги тез-тез нажас пайдо бўлади. Заҳарланишнинг иккинчи куни стоматит ривожланади. Тўхтамасдан қусиш ва ич кетиш натижасида сувсизлантириш, ион баланси қоидалари бузилиши юзага келади. Биринчи кун охирига буйрак функцияси бузилиши келиб чиқади. Дастлаб кўпинча диурез кўпайиши кузатилиб, аммо тез орада олигурия ривожланади. Сийдикда оксил, эритроцитлар, гиалин ва донадор цилиндрлар, эпителиал хужайралар пайдо бўлади. Кейинчалик уремияга олиб келувчи анурия пайдо бўлиши мумкин: креатинин ва мочевина таркиби қонда ортади, гиперкалиемия, ацидоз, яъни ўткир буйрак етишмовчилиги ривожланади. Симоб буғлари билан заҳарланишда йўтал, нафас олиш қийинчиликлари, нафас қисилиши юзага келади. Энг оғир ҳолларда, бир неча соат кейин нафас қисилиши, цианоз ва иситма билан бирга пневмония, ривожланиши мумкин. Рентгенология ёрдамида, ўпкада яллиғланиш ўчоқларидан ташқари амфизема, ателекутазалар аникланади; пневмоторакс юзага келиб, ўпка шишиши содир бўлиши мумкин. Шу билан бир вақтда (симоб эретизми), ошган безовталаниш аломатлари, хаяжонланганда ва руҳий стрессда кучаювчи қўл титраши юзага келади.

Юрак-томир тизими, баъзан қон босими пасайиши кузатилади, юрак тони бўғиклашиши, систолик шовқин, тахикардия, баъзида экстрасистолия, қон бисимини камайиши кузатилади. ЭКГда кескин миокард ўзгаришлари, ўтказувчанлик бузилиши қайд этилади. Периферик қонда – Гипохром анемия, лейкоцитоз, Эритроцитлар ўртача миқдори (ЭЎМ) ошади. Жигар катталашган ва оғрикли бўлади.

Қиёсловчи ташхис. Оғир металлар бошқа тузлари билан заҳарланиш, алкогол энцефалопатия, озиқ-овқат заҳарланиши, соматик буйрак жароҳатлари билан заҳарланиш.

Текширув Протоколи.

I. Мажбурий:

1. Беморнинг клиник текшируви умуммий усул бўйича амалга оширилади:

• сўров (шикоятлар, касаллик анамнези, ҳаёт анамнези);

• органлар ва тизимларнинг жисмоний текширув усуллари (кўрик, пальпация, перкуссия, аускультация).

2. Лаборатория ташхиси:

• Қон ва сийдик умумклиник таҳлили, RW қон таҳлили;

• Қон биокимёвий таҳлили (умумий оқсил, альбуминлар, мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ) динамикада.

3. Инструментал ташхис:

• Қабул пайтида ва динамикада ЭКГ;

• Қабул пайтида кўкрак қафаси, ОИТ органлари рентгенографияси;

• жигар, ошқозон ости бези ва буйраклар ультратовуш текшируви.

II. Кўрсатмалар бўйича қўшимча текширувлар (техник имкониятлар бўлса):

1. Симоб таркибини аниқлаш учун қоннинг сифатли ва миқдорий таҳлили.

2.КИҲ.

Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари

Қусиш, ич кетиш, хотиржамликда нафас қисилиши, буйраклар функцияси бузилиши, шикастланган органларда металик соялар рентгенографияда кузатилади.

Даволаш. Шифохонагача босқич. Зонд орқали ошқозонни ювиш, энтеросорбция – 30 грамгача перорал фаоллаштирилган кўмир қабули.

Шифохона босқичи.

Шифохонанинг токсикология ва реанимация бўлимига ётқизиш.

Антидот – натрий тиосульфат 30% ли эритмаси 20–30 мл/сут т/и, тиосульфат натрий 30% – 100 мл томчилаб.

1. Фаол детоксикация. Перорал заҳарланишда – ошқозонни зонд ёрдамида такрорий ювиш натрий тиосульфат 30% ли эритмаси 30 мл фаоллаштирилган кўмирни ичга қабул қилиш.

2. Жадаллаштирилган диурез, плазма алкализацияси билан. Ноорганик бирикмалар билан ўткир клиникали заҳарланишда ва ривожланувчи буйрак етишмовчилигида – эрта гемодиализ 30% натрий тиосульфат эритмасини 100–150 мл гача т/и томчилаб киритиш**.

Симптоматиктерапия.

Витаминлар B_{12} (1000 мкг гача суткасига), B_1, B_6. Атропин 0,1% 1 мл тери остига. Қориндаги оғриқларда – оғриксизлантирувчи препаратлар. МАТ юқори безовталанишида – транквилизаторлар. Оғиз шиллиқ қатламини фурацилин эритмаси билан тизимли ишлов бериш. Инфекция профилактикаси мақсадида – антибиотиклар киритиш.

3. Экзотоксик шок, ошқозон трактини кимёвий куйиши (сулема, нордон азотли симоб билан заҳарланиш). Ўткир буйрак етишмовчилигини даволаш**.

4. Симоб парлари билан заҳарланганда – токсик пневмонияни даволаш. Ўпка шиши профилактикаси ва даволаш.

Шифохонадан чиқишда тавсиялар. Витаминлар, антибиотиклар, кўп суюқлик ичиш.

ЭТАНОЛ ВА УНИНГ СУРРОГАТЛАРИ БИЛАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ

ЭТАНОЛ (этил спирти, арақ, вино, «яшил илон»)

КХТ Шифри -10. Т 51

Таъриф. Ацетилен гидратацияси ёрдамида олинган, кейинчалик ацетальдегидни гидрацияси ёки крахмалли материалларнинг спиртли ферментацияси орқали олинган кимёвий модда: картошка, дон, гуруч. Тиббиётда ишлатилади, у кундалик ҳаётда эйфория ҳолатига эга бўлиш учун ишлатилади.

Патогенез. Психотроп (наркотик) таъсири. Биринчи марта уйғониш ва кейин марказий асаб тизимининг фалажига сабаб бўладиган препарат. Узоқ муддатли катта дозаларда таъсир қилиш орқали у асаб тизимининг жиддий органик касалликларига, жигарга, юрак-қон томир тизими, овқат ҳазм қилиш тизими ва бошқа касалликларга олиб келиши мумкин.

Таснифи. Енгил, ўртача ва оғир заҳарланиш даражалари мавжуд.

Симптоматика

Юмшоқ даража – алкоголдан маст бўлиш ҳолати.

Ўрта даража – бу сиртқи кома ривожланиши, ҳушнинг йўқолиши, контактни йўқотиш, корнеал ва кўз қорачиғи рефлекслари камайиши ва оғрик сезувчанлигини кескин пасайиши. Неврологик белгиларнинг ноаниқлиги қайд этилади: мушак тонусини ва пайлар рефлексларини пасайиши ёки кучайиши, патологик кўз белгилари пайдо бўлиши («кўз қорачиғлар ўйини», кўзларнинг сузувчан ҳаракати, анизокория) ва улар вақтинчалик табиатга эга.

Мушакларнинг тонусини ошириш, чайнаш мушакларнинг тризми, менингеал симптомларнинг пайдо бўлишига, кўкрак қафаси ва бўйнидаги устунли локализация билан миофибрилляцияни ошиши билан кечади. Кўз корачиғлари катталиги турли бўлиши мумкин, аммо миоз тез-тез кузатилади.

Оғир даража – чуқур кома, оғриқ сезувчанлигини йўқолиши, корнеал, кўз қорачиғлари, пайлар рефлекслари йўқлиги ёки мушак атониясини йўқотиш ва тана ҳароратининг пасайиши билан ифодаланади. Масалан, алкоголли комада нейрологик клиник кўриниш, айникса чукур комада, бу патология учун хос эмас, аммо бошқа этиологиянинг коматоз ҳолатларида юзага келиши мумкин. ЭЭГ турли чукурликдаги спиртли комада характерли ўзгаришларга эга: сиртқи комада – тартибсиз кечиктирилган асосий фаолият, унинг фонида ҳаракатларнинг мунтазам равишда секин фаоллиги; чуқур комада – монофорфик синусоидал секин фаолият давомида, асосий мия фаолияти алоҳида элементлари қайд этилади. Нафас олиш етишмовчилигининг етакчи шакли сифатида турли обтурацион-аспирацион асоратлар, масалан тилнинг орқага тушиб кетиши, гиперсаливация ва бронхореялар, кусиш массаларининг аспирацияси, ларингобронхоспазм. Ошқозон таркибининг аспирацияси кўпинча ўпка ателектазининг ривожланишига олиб келади.

Қиёсловчи ташхис. Дори воситалари, нейролептиклар, барбитуратлар, бензодиазепинлар, спиртли ичимликларни суррогатлари, ЎМҚАБ, ЁБМСТ жароҳатларда захарланиш билан (айникса, «маст травмани» истисно қилиш керак).

Текширув протоколи.

I. мажбурий:

1. Беморни клиник текшириш стандарт методика бўйича амалга оширилади:

- сўроқ қилиш (шикоятлар, касаллик анамнези, ҳаёт анамнези);
- органлар ва тизимлар учун жисмоний текшириш усуллари (кўрик, пальпация, перкуссия, аускультация).

2. Лаборатория ташхиси:

- сифатли ва микдорий ўрганиш учун қон тести;
- умумий клиник қон ва сийдик тестлари, RW учун қон;
- қабул қилиш ва динамикада қонни биокимёвий таҳлил қилиш (Диастаз, карбамид, креатинин, АлТ, АСТ).

3. Инструментал ташхис:

- қабул қилишда ЭКГ;
- Жигарнинг ультратовуш текшируви.

II. Кўрсатмалар бўйича қўшимча тадқиқотлар (ва техник имкониятлар мавжуд бўлса):

1. Этанолнинг сифатли ва миқдорий таркиби бўйича сийдикни таҳлил қилиш.
2. КИҲ
3. Коагулограмма (тез-тез қусган беморларда, узоқ ичкиликбозлик ҳолида).
4. Жиддий касалланган беморларда қон лактати.
5. Жиддий касалланган беморларга қабул қилинганида кўкрак қафаси рентгенографияси.
6. Дифференциал ташхис қўйиш учун оғир беморларда мияни кт.

Ташхис ва касалхонага ётқизиш мезонлари.

Тушкунлик, эйфория, тез-тез қусиш, оғзидан спиртли ичимликларни ҳиди келиши, «сузувчи» кўз қорачиғлари, нафас олиш етишмовчилиги, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш тарихи.

Даволаш.

Шифохонагача босқич. Зонд орқали ёки «ресторан» усулида ошқозонни ювиш, 40% глюкоза 30-50,0 мл т.и. Қусиш ҳолатида - метоклопромид 2,0 мл т/ и. Безовталаниш ҳолатида Томир ичига ёки мушак ичига 10-20 мг диазепам.

Шифохона босқичи

Керак бўлса ЎСВ, нафас йўллари санацияси.

Сув тоза бўлгунга қадар ошқозонни сув билан тозалаш; катта ёшдаги беморларда ювиш учун камида 10 л сув ишлатилади.

Жадаллаштирилган диурез, поляризацияловчи аралашмани киритиш, қонни алкализацияси.

Трахеобронхит, пневмония, позицион травма синдроми профилактикаси ва даволаш (олдинги аспирация ҳолатида). Кекса ёшдаги беморлар албатта миокард алмашинувини яхшиловчи препаратларни (рибоксин, оротат калия, калий препаратлари, В гуруҳи витаминларини) қабул қилишлари керак. Антибиотиклар – цефалоспоринлар ёки фторхинолонлар.

Шифохонадан чиқишда тавсиялар. Кўп суюқлик ичиш, витаминли терапия, алкоголизм билан касалланган беморлар нарколог кузатуви остида бўлишлари керак.

МЕТИЛ СПИРТИ (метанол, ёғоч спирти)

КХТ Шифри -10. Т 51

Таъриф. Алкогол суррогати ёғоч ва лигнинни қуруқ дистиллаш орқали олинади; чумоли кислотасининг тузларини термик ажратилиши орқали; фотопленка, турли аминлар, поливинилхлорид, карбамид ва ион алмашинадиган қатронлар ишлаб чиқаришда, эритгичлар формасидаги бўёқлар ва ярим маҳсулотлар ишлаб чиқаришда ва лакбўёқ саноатида қўлланилади.

Патогенез. Психотроп (наркотик), нейротоксик (кўриш нерви дистрофияси), нефротоксик таъсирга эга.

Метанолнинг ўзи марказий асаб тизимида психотроп (наркотик) таъсирига эга, унинг бошқа аксариятининг таъсири кучли декомпенсацияланган метаболик ацидозга боғлиқ. NAD ни+ NADH га конверсиялашнинг нисбий ўсиши кузатилади. NADH нинг ортикча миқдори лактатларда пируватларнинг тикланишига ёрдам беради. Шундай қилиб, метанол заҳарланиш билан боғлиқ метаболик ацидоз, чумоли ва сут кислотасининг шаклланиши ва тўпланишидан келиб чиқади.

Таснифи. Таснифлаш йўқ.

Симптоматика.

Метанол заҳарланишининг дастлабки белгилари МАТ устидан наркотик таъсирига асосланган ва одатда спиртли ичимликларни заҳарланишини клиник жиҳатдан эслатади (одатда, липидлардаги метанолнинг эрувчанлиги сабабли, улар жуда кўп ифодаланмайди). Мастлик синдроми, одатда, жиддий реаниматологик муаммолар келтириб чиқармайди, бундан катта дозада этил спирти билан метанолни бирга қабул қилиш ҳоллари мустасно.

Заҳарланишнинг бу босқичи тезда чуқур уйқу билан якунланади, шундан кейин шикастланган шахслар аҳволи жуда қониқарли.

Иккинчи босқич (хаёлий фаровонлик) организмдаги метанолнинг метаболик ўзгаришларининг бошланишига мос келади ва клиник жиҳатдан муайян чегарага (кислота-ишқорий мувозанат тизимининг буфер заҳираси туфайли) ўзини намоён қилмайди. Ушбу асимптоматик (яширин) даврнинг индивидуал ўзгаришлари (6 дан 44 соатгача) жуда муҳимдир.

Тугаганидан сўнг, беморларда тўсатдан кўнгил айниши ва қусиш ва умумий заифлик пайдо бўлади, бош оғриғи ва бош айланиши билан ривожланади. Бел соҳасида ўткир гастроинтестинал оғриқ юзага келади ва диарея узокроқ даврларда пайдо бўлиши мумкин. Токсик энцефалопатия белгилари кучайиб боради: психомотор безовталаниш, ступор ва онгни чалкаши-

ши), алоқа қилишнинг имкони бўлмаслиги. Бу белгилар токсик жараённинг учинчи (кислотали) босқичи ривожланишини белгилайди. Ушбу босқичнинг юқори босқичида беморлар комага тушадилар, оёқ-қўллари совуқ ва нам бўлиб қолади, юрак уриши ва нафас олишнинг частотаси камайиши мумкин, бу эса ўлимга олиб келадиган натижанинг ишончли белгиларидир.

Метанол заҳарланишининг тўртинчи (офталмик) босқичи патологик жараённинг умумий йўналишидан нисбатан мустақил. Метанол заҳарланишининг умумий белгилари деярли аниқланмагани ва жабр кўрганларнинг тез-тез кўрликка айланиб кетувчи ўткир кўриш заифлашиши кескинлиги шикояти билан бевосита окулистга мурожаат қилган ҳолатлар тасвирланган.

Асоратнинг асосий турлари

Метанол билан заҳарлашнинг оғир шакллари токсик буйраклар шикастланиши (ўткир токсик нефрозли нефрит), ўнг гипофондрияда оғриқлар билан кучли токсик гепатопатия, жигар кенгайиши ва склерлар субиктериклиги билан мураккаблашиши мумкин.

Кучли ацидемия ва гипоксия фонида, юрак минтақасида оғриқли ўткир токсик миокардитнинг клиник кўриниши, юракнинг бутун проекциясида тонлар сусайиши ва систолик шовқинлар аниқланади. Электрокардиографик жиҳатдан атриовентрикуляр ва интравентрикуляр ҳаракатланишнинг пасайиши кузатилади ва ЭКГ орқали – миокардли гипоксия белгилари аниқланади.

Узоқ муддатли даврда оғир метанол билан заҳарланишни бошдан кечирган кишиларда психоневрологик касалликлари, жумладан хотирани бузилиши, тез жаҳл чиқиши ва тажанглик аломатлари, «тана схемасининг бузилишлари» каби касалликлар кузатилиши мумкин.

Қиёсловчи ташхис

Этанол, бошқа алкогол суррогатлари, психотроп дорилар билан заҳарланиш, гипогликемик ва ацидотик кома, ЎМҚАБ, ЁБМСТ.

Текширув Протоколи.

Мажбурий:

1. Беморнинг клиник кўриги умумий методикага кўра бажарилади:

• сўров (шикоятлар, касаллик анамнези, ҳаёт анамнези);

• органлар ва тизимлар бўйича текширувлар жисмоний усуллари (кўрик, пальпация, перкуссия, аускультация).

2. *Лаборатор ташхис:*

• Метанол таркибини аниқлаш учун қонни сифатли ва миқдорий таҳлили;

• қон ва сийдик умумклиник таҳлили, RW қон топшириш;

• қабул пайтида ва динамикада қон биокимёвий таҳлили (диастаза, мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, билирубин);

• КИҲ;

• коагулограмма

3. Инструментал ташхис:

• Қабул пайтида ЭКГ;

• Қабул пайтида кўкрак қафаси рентгенографияси;

• жигар ва буйраклар ультратовуши;

• офтальмоскопия.

II. Кўрсатмалар бўйича қўшимча текширувлар (техник имкониятлар мавжудлигида):

1. Оғир беморларда қон лактати.

2. Қиёсловчи ташхис учун оғир беморларда бош мия КТ.

Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари.

Онгнинг чалкашлашуви, кўриш қобилияти бузилиши, қусиш, ОППН аломатлари, таркибида спирти бор суюкликларни истеъмол қилиш (вино ва пива бундан истисно).

Даволаш.

Шифохонагача босқич. Зонд ёки «ресторан» усули билан ошқозонни ювиш, 40% глюкоза 30–50,0 мл т/и. Қусишда – метоклопромид 2,0 мл м/и. Безовталанишда 10–20 мг диазепам томир ичига ёки мушакка. Преднизолон 30–60 мг т/и.

Шифохона босқичи. Шифохонада фақат реанимация бўлимига ётқизилади.

1. Ошқозонни ювиш, тузли ис келтирувчи. Жадаллаштирилган диурез қонни алкализацияси билан.

2. Махсус даволаш: Бемор шифохонага қабул қилинганда этил спирти ичига 30% эритма шаклида тайинланади камида 100 мл миқдорда. Кейин ҳар 2 соатда 50 мл дан 4–5 марта. Коматоз ҳолатда этил спирти томир ичига томчилаб 5% ли эритма формасида киритилади (1 г/кг суткада ҳисобидан), доимий назорат остида;

Заҳарланиш ўткир даврида асосий эътиборни ацидозни даволашга қаратиш керак. Уни даволашга бутун кучларни қаратиш зарур, чунки ацидоз бемор ҳаёти учун асосий хавфни ташкил этади. Кўриш қобилияти бузилиш даражаси ҳам ацидозни канчалик тез ва қай даражада тўхтатишга боғлиқ бўлади. Плазма алкализациясини сийдик pH нормаси ўз жойига келмагунгача давом этилади.

3. Эртгемодиализ**.

4. Кўриш қобилияти бузилганда – атропин ва гидрокортизонни ретробульбар киритиш. Барча беморларга зудлик билан окулистнинг маслаҳати зарур. Мия шишини тез ривожланишида – такрорий люмбалпункциялар.

Шифохонадан чиқишда тавсиялар. Витаминли терапия, кўп суюклик ичиш, окулист, нарколог маслаҳати.

ЭТИЛЕНГЛИКОЛЬ (антифриз, тормоз суюклиги). КХТ
Шифри -10. Т 51

Таъриф. Кимёвий, автомобил саноатида қўлланиладиган суррогат спиртли ичимликлар.

Патогенез. Психотроп (наркотик), нефротоксик, гепатотоксик таъсир. Қон томирлари ва протоплазматик заҳар, ацидозга олиб келади. Гликол кислотаси гликолик кислота метаболити ацидоз шароитида кучайган тўқималар нафасининг ингибитори ҳисобланади. Бир томондан, ацидоз кислота тўқималарининг нафасини тўсади ва бошқа томондан, водород ионларининг тўпланиши чумоли кислотаси ҳосил бўлишини секинлаштиради. Бу охирги хулоса, этанол терапиясини амалга ошириш билан бевосита боғликдир, чунки ацидоз унинг мақсадига қарши эмас. Этилен гликол алмашинуви вақтида ҳосил бўлган калций оксалат токсинлар томонидан бузилиб кетмайди ва тўқималарда туз шаклида сақланади.

Таснифи. Таснифи йўқ.

Симптоматика. Токсикант истеъмол қилгандан сўнг, ўзини яхши ҳис қилган ҳолда спиртли ичимликлардан енгил маст бўлиш юзага келади. 5–8 соатдан сўнг эпигастрик ҳудудда оғриқ, қаттиқ ташналик, бош оғриғи, қусиш ва қорин оғриғи пайдо бўлади. Тери қуруқ, гиперемик. Цианотик соялы шиллиқ мембраналар.

Психомотор безовталаниш, кенгайган кўз корачиғлари, нафас қисилиши, тахикардия. Оғир заҳарланишда ҳушни йўқотиш содир бўлади. Орка бўйин мушаклари ригидлиги, клоник-тоник тиришишлар. Нафас олиш чукур, шовқинли. Ўткир юрак-қон томирлари етишмовчилиги, ўпка шиши. 2–5 кундан сўнг ЎБЕ натижасида анурия юзага келади.

Қиёсловчи ташхис. Этанол, спиртли ичимликлар бошқа суррогатлари, психотроп дори воситалари, гипогликемик ва ацидотик кома билан заҳарланиш, ЎМҚАБ, ЁБМСТ

Текширув Протоколи.

Мажбурий:

1. Беморнинг клиник тешируви умумий методика бўйича бажарилади:

• сўров (шикоятлар, касаллик анамнези, ҳаёт анамнези);

• органлар ва тизимлар бўйича жисмоний текширув усуллари (кўрик, пальпация, перкуссия, аускультация).

2. Лаборатория ташхиси:

• Этиленгликол таркибини аниқлаш учун қоннинг сифатли ва миқдорий таҳлили;

• Қон ва сийдикнинг умумклиник таҳлиллари, RW га қон таҳлили;

• Қабул қилишда ва динамикада қонни биёкимёвий таҳлили (диастаза, мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, билирубин);

• Коагулограмма;

• КИҲ.

3. Инструментал ташхис:

• Қабул пайтида ЭКГ;

• Қабул пайтида кўкрак қафаси рентгенографияси;

• Жигар ва буйраклар ультратовуши.

II. Кўрсатмалар бўйича қўшимча текширувлар (техник имконият бўлганда):

1. Оғир беморларда қон лактати.

2. Дифференциал диагностика учун оғир беморларда бош мия КТ.

Ташхис ва шифохонага ётқизиш учун мезонлар

Онгнинг бузилиши, гастроэнтеритик синдром, қусиш, ОППН аломатлари, спиртли суюқликлар истеъмоли (бироқ вино ва пиво бундан мустасно).

Даволаш.

Шифохонагача босқич. Зонд орқали ёки «ресторан» усули билан ошқозонни ювиш, 40% глюкоза 30–50,0 мл т/и. Қусишда – метоклопромид 2,0 мл м/и. Безовталанишда 10–20 мг диазепам томиричига ёки в мушакка. Преднизолон 30–60 мг т/и.

Шифохона босқичи. Шифохонага фақат реанимация бўлимига ётқизилади.

Антидот терапия – этил спирти ичига, т/и суткасига 1–2 мл 96 % спирт бемор тана кг вазни ҳисобида, кальций хлориди – 10% эритма 10 мл томир ичига суткасига 3–4 марта.

Эрта бикарбонат гемодиализ **.

1. 10–12 литр совуқ шўрланган сув билан зонд орқали ошқозонни ювиш. Ичига фаоллашган кўмир (4 ош қошиқ суспензиянинг натрий хлориднинг изотоник эритмасида). Этиленгликолнинг токсик дозасида ичига этил спирти (30%) 30 мл такрорий, 5% этил спирти эритмаси томир ичига (100–200 мл) ёки 4% натрий бикарбонат эритмасига инфузиянинг бошланиши. Кальций хлориднинг 10% эритмаси томир ичига 10 мл дозада, кунига 2–3 марта юборилади. 10 мл 25% магнезий сульфат эритмаси билан томир ичига ёки мушак ичига қайта киритилди.

2. Махсус даволаниш: инфузион даволанишни давом эттириш, метаболик ацидозни натрий бикарбонат билан КИҲ параметрлари назоратида тузатиш; нафас олиш қийинлишуви билан – ўпка сунъий вентиляцияси (ЎСВ), ўткир шиш пайдо бўлишида (цианотик юз гиперемияси, артериал гипертония, психомотор безовталаниш ёки ступор, тиришишлар) – нормал босимни тиклаш учун зарур бўлган цереброспинал суюқлигининг эвакуацияси билан умуртқа пункцияси.

Шифохонадан чиқиш бўйича тавсиялар. Витаминли терапия, кўп суюкликлар ичиш, окулист, нарколог маслаҳати.

ЯДОХИМИКАТЛАР БИЛАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ

ФОСФОРОРГАНИК БИРИКМАЛАР
(дихлофос, карбофос, метафос, диазинон)

КХТ Шифри -10. Т 60

Таъриф. Қишлоқ хўжалигида, кундалик ҳаётда ишлатиладиган фосфор кислотаси ҳосиласи бўлган инсектицидлар гуруҳи.

Патогенез. Холинергик жараёнлардаги кескин ўсиш билан марказий ва периферик асаб тизимининг синапсларида холинестеразнинг ингибицияси натижасида пайдо бўлган психотроп, нейротоксик таъсир (мускарино, никотин ва курарега ўхшаш таъсирларни ривожланиши).

Кучли токсик моддалар кескин тери резорбтив ва қичитувчи таъсирга эга. Кумулятив хусусиятлар ўрта даражада ифода этилади.

Таснифи. Заҳарланишнинг уч босқичи мавжуд.

Симптоматика.

I босқич: психомотор безовталаниш, миоз, кўкрак қафасидаги сиқилиш, нафас қисилиши, ўпкада нам хириллашлар (бронхорея), терлаш, юқори қон босими.

II босқич: индивидуал ёки умумий миофибрилациялаш, клоникотоник конвульсиялар, хореик гиперкинезлар, нафас олиш мушаклари ригидлиги, бронхорес ўсиши туфайли респиратор етишмовчилиги. Брадикардия. Оғриқли тенезмалар, суюқ стул, тез-тез сийиш. Кома. Қондаги холинэстераза таъсирида 50% ёки ундан ортиқ миқдорда камайиш.

III босқич: нафас олиш мускулларининг заифлиги ва нафас олиш марказининг нафасни тўлиқ тўхтатилишига қадар босилиши; оёк-қўлларининг мушакларининг фалажи, қон босимининг тушиши, юрак ритми ва ўтказувчанлик бузилиши. Лаборатория текшируви: холинестераза самарадорлигини камайтириш, қон ва сийдикда органофосфор моддаларини аниқлаш.

Ўткир ФОБ заҳарланишида юрак фаолиятидаги ўзгаришлар кузатилади. ЭКГда синусли тахикардия, тишларнинг паст вольтажи, ички коринча ўтказувчанлиги секинлашиши, экстрасистолия, ички коринча блокадаси, S-T сегментини камайиши, салбий Т тиши ва электрик систолини ошиши. ЭКГ систолик индексининг 5% дан кўпроғи ортиши кузатилади.

Қиёсловчи ташхис. Бошқа пестицидлар, нейролептиклар, клофелин билан заҳарланиш.

Текширув Протоколи.

Мажбурий:

1. Беморнинг клиник текшируви умумий методика бўйича бажарилади:

• сўров (шикоятлар, касаллик анамнези, ҳаёт анамнези);

• органлар ва тизимлар бўйича жисмоний текширув усуллари (кўрик, пальпация, перкуссия, аускультация).

2. Лаборатория ташхиси:

• Қон ва сийдикнинг умумклиник таҳлиллари, RW га қон таҳлили;

• Қабул пайтида ва динамикада конни биокимёвий таҳлили (диастаза, мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, билирубин);

• коагулограмма.

3. Инструментал ташхис:

• Қабул пайтида ЭКГ;

• Қабул пайтида кўкрак қафаси рентгенографияси;

• Жигар ва буйраклар ультратовуши.

II. Кўрсатмалар бўйича қўшимча текширувлар (техник имконият мавжуд бўлса):

1. ФОБ таркибини аниқлаш учун конни сифатли ва миқдорий таркиби.
2. Ацетилхолинэстераза фаоллигини аниқлаш учун қон таҳлили.
3. КИҲ.
4. Қиёсловчи ташхис учун оғир беморларда бош мия КТ.

Ташхис ва шифохонага ётқизиш учун мезонлар:

Онгнинг бузилиши, кусишда ядохимикатларни кескин ҳиди, кўз қорачиғлари қисқариши, миофибрилляциялар, тиришишлар, бронхорея, сўлак оқиши, нафас олиш бузилиши, АБ тушиши, фалаж.

Даволаш.

Шифохонагача босқич. Зонд орқали ошқозонни ювиш, энтеросорбция – фаоллашган кўмирзонд орқали 30 гр гача. Чукур комада – ЎСВ. Атропин 0,1% – 1,0–5,0 мл т/и аста-секин физэритмада, атропинизация пайдо бўлгунгача (тери кизариши, кўз қорачиғлари ҳажми кисқариши, ўпкада хириллаш йўқолиши). Безовталанишда 10–20 мг диазепам томир ичига ёки мушакка. Преднизолон 30–60 мгт/и.

Шифохона босқичи. Зудлик билан шифохонанинг токсикологик реанимация бўлимига ётқизиш.

I босқич – атропин – 3 мл 0,1 % эритма тери остига, аминазин – 2 мл 2,5 % эритма ва магний сульфат – 10 мл 25 % эритма м/и. Атропинизация суткасига оғиз қуригунгача.

II босқич – атропин – 3 мл 0,1 % эритма т/и глюкоза эритмасида, такроран бронхорея тўхтагунгача ва шиллиқ қаватлар қуришигача (15–20 мл). Кескин гипертония ва тиришишларда магний сульфат – 10 мл 25 % эритма м/и, диа-зепам – 5 мл 2,5 % эритма т/и.

III босқич – ЎСВ. Атропин – 20–30 мл т/и томчилаб бронхорея тўхтагунгача.

Токсик шокни даволаш (инфузион терапия коллоидларни киритиб – рефортан, волюстим, стабизол 500–1500 мл ҳажмда, кристаллоидлар – глюкоза эритмалари 5%, натрий хлорид 0,9%, Рингер, глюкоза-новокаинли аралашма, поляризацияли аралашма 3–5 л ҳажмда МТБ назорати остида. Албатта конни 4% гидрокарбонат натрийни чиқариш орқали қон алкализацияси.

Гипотензияда – гидрокортизон – 500–1000 мг ҳа/сут м/и, преднизолон 1000 мг гача суткада т/и, дофамин – 5–15 мкг/кг/дақ.

Шифохонадан чиқишда тавсиялар. Яшаш манзили бўйича неврпатологда даволаниш, витаминли терапия, антибиотикли терапия.

ИС ГАЗИ БИЛАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ

ИС ГАЗИ (углерод моноксиди)

КХТ Шифри -10. Т 58

Таъриф. Ёниш натижасида пайдо бўлган рангсиз, ҳидсиз газ.

Патогенез. Гипоксик, нейротоксик, гемотоксик таъсир (карбоксигемоглобинемия). Углерод оксиди заҳарланиши жараёнининг моҳияти шундаки, гемоглобин бу газ билан кучли таъсирга эга (кислороддан тахминан 200 баробар кўпроқ) ва у билан боғланган кислородни абсорбция қилиш кобилиятини йўқотади, бу эса тўқималар ва асфиксиянинг кислород очлигидан келиб чикади. Қонда карбоксоксиммоглобин пайдо бўлиб, уни ёркин қизил ранг билан баҳолай олиш мумкин. Карбон моноксит заҳарланишининг динамикаси углерод оксиди билан боғлиқ гемоглобин улушининг кўпайишига боғлиқ. Марказий асаб тизими гипоксияга энг сезгир эканлигини ҳисобга олганда, унинг заҳарланиши СО заҳарланишининг клиник кўринишида энг муҳим ҳисобланади.

Таснифи. Енгил, ўртача ва оғир заҳарланиш даражалари мавжуд.

Симптоматика. Енгил даража: 0–10% қонда карбоксигемоглобулин - ҳеч қандай аломат йўқ; 10–20% – пешоб ичидаги босим ҳисси, тери қон томирларининг кенгайиши, кичик бош оғриғи бўлиши мумкин; 20–30% – ўрта даражада бош оғриғи, қулоқда пулсли шовқин, чанқоқлик, юзни гиперемияси, асоссиз қўркув, умумий ҳаёжонланиш ва мушаклар кучсизлиги, айниқса оёқларда.

Ўртача даража: 30–40% – оғир бош оғриғи, заифлик, бош айланиши, кўз олдида туман, кўнгил айниши ва қусиши, коллапс; 40–50% - худди шу белгилар, коллапс кўпроқ, тезроқ нафас олиш ва шок.

Оғир даража: 50–60% – мушак стимуляциясининг турли шакллари пайдо бўладиган моторик бузилиш даври бошланади: титраш, клоник ва тоник конвулсиялар, баданнинг ҳарорати 38–40°С га кўтарилади. Ушбу даврда терининг қизариши аллақачон белгиланган. Моторик ҳаёжонланиш ҳушни йўқотиш билан тугайди ва жабрланувчи бутунлай коматоз ҳолатга ўтиши билан ниҳоясига етади. Бу даврда сийдик ва нажасни исталмаган равишда ажралиб чиқиши, барча рефлексларнинг пасайиши мавжуд; 60–70% – худди шу белгилар, нафас олиш ва юрак фаолиятини заифлашиши, ўлимга олиб келиши мумкин; 70–80% – заиф пульс, секин нафас олиш, нафас олиш тўхташи ва ўлимга олиб келиши.

Қиёсловчи ташхис. Спиртли ичимликлар, гиёҳванд моддалар, психотроп препаратлар, ЁБМСТ, ЎМҚАБ заҳарланиш билан.

Текширув протоколи

I. мажбурий:

1. Беморни клиник текшириш умумий методика бўйича амалга оширилади:

- сўроқ қилиш (шикоятлар, касаллик анамнез, ҳаёт анамнези);
- органлар ва тизимлар бўйича жисмоний текшириш усуллари (кўрик, пальпация, перкуссия, аускультация).

2. Лаборатория ташхиси:

- Қон ва сийдикнинг умумклиник таҳлиллари, RW га қон таҳлили;
- Карбоксигемоглобинни аниқлаш учун қон таҳлили;
- Қабул қилишда ва динамикада қоннинг биокимёвий таҳлили (диастаза, мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, билирубин);
- коагулограмма.

3. Инструментал ташхис:

- Қабул қилишда ЭКГ;
- Қабул қилишда кўкрак қафаси рентгенографияси;
- Жигар ва буйраклар ультратовуши.

Кўрсатмалар бўйича қўшимча текширувлар (техник имконият мавжуд бўлса):

1. КИҲ.
2. Қиёсловчи ташхис учун оғир беморларда бош мия КТ.
3. ЭЭГ.

Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари

Онгни бузилиши, қусиш, пульсацияли бош оғриғи, тери қатламлари гиперемияси, нафас олиш ва гемодинамика бузилиши.

Даволаш. Шифохонагача босқичи. Чукур комада – ЎСВ, ҳаво йўлини бўшатиб, кислород етказиб бериш. 40% глюкоза 30–50,0 мл т.и. Қусиш ҳолатида – метоклопромид 2,0 мл м/ и. Безовталанишда томир ичига ёки мушак ичига 10–20 мг диазепам киритилади.

Шифохона босқичи

1. Ўзига хос даволаниш: ўрта ва оғир заҳарланиш ҳолатларида – ЎСВ, кислородли терапия.
2. Глюкоза, коллоид ва кристаллоид эритмаларининг коцентрациялашган эритмалари билан инфузион терапия.
3. Симптоматик даволаш – аскорбин кислотаси, 6% тиамин бромиди эритмаси. Мия шиши кузатилганида ломбал пункциялар юқори босим остида 10–15% ликворни бартараф этиш, краниоцеребрал гипотермия (муз қўллаш) 6–8 соат давомида, магнезиум сульфат 25% глюкоза 40%, плазма, албумин билан эритма. L – лизин 5–10 мл т.и. Пневмония учун антибиотиклар – цефалоспоринлар ёки фторхинолонлар.

Шифохонадан чиқиш бўйича тавсиялар. Нейропатолог кузатуви остида бўлиш, поливитаминлар қабул қилиш.

МЕТГЕМОГЛОБИН ҲОСИЛ ҚИЛУВЧИ ЗАҲАР БИЛАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ

АММИАК СЕЛИТРАСИ, АНИЛИН, НИТРОГЛИЦЕРИН

КХТ Шифри -10. Т 65

Таъриф. Самарали ва тежамли азотли ўғит сифатида ишлатиладиган газли аммиакларни зарарсизлантириш натижасида олинган кимёвий бирикмалар гуруҳи; портловчи моддаларни ишлаб чиқариш учун - аммонитлар (органик материаллар билан аралашмаси) ва аммоналлар (алюминий кукуни билан аралашмаси), тиббиётда қатор антиангинал воситалар таркибида (нитратлар).

Патогенез. Қонда метгемоглобиннинг шаклланиши, қон томир силлиқ мушакнинг енгиллашиши. Метгемоглобин гемоглобин таркибидаги темир оксидланишидан ҳосил бўлган моддадир. Барқарор бирикма кислороднинг гемоглобинга қўшилишига тўсқинлик қилади, шунинг учун органлар ва тўқималарнинг ҳужайраларига кислород етказиб бериш жараёнини бузади.

Таснифи. Енгил, ўртача ва оғир заҳарланиш даражалари мавжуд.

Симптоматика. Енгил заҳарланишда, бош оғриғи, бош айланиши, заифлик, уйқусизлик пайдо бўлади. Объектив равишда тери ва шиллиқ мембрананинг озроқ кўкариб қолиши, оддий қон босими билан тахикардия. Метгемоглобиннинг 25% гача қонда. 2–3 кундан кейин енгил заҳарланиш тикланиш билан тугайди. Ўрта даражали заҳарланишда беморлар бош оғриғи, гаранглик ҳолати, онгнинг коронғилашуви, мушакларнинг заифлигига шикоят қилишади. Объектив равишда, тери ва шиллиқ пардаларни кўк рангга кириши аспид кулранг билан кузатилади; жигар кенгайиб, юрак тони секинлашади, чегаралари кенгайтирилади. Қон шоколад-жигарранг рангга эга бўлади ва лаборатория текшируви давомида метгемоглобиннинг 40% гача аниқланади; қон ёпишқоқлик хусусияти ошади; эритроцитлар чўкиш тезлиги (ЭЧТ) секинлашади.

Оғир заҳарланиш даражасида марказий асаб тизимининг маълум ўзгаришлари олдинга чиқади. Жабрланганлар ҳушидан кетишади, шовқинлар ҳамроҳ бўлади; кўз қорачиғлари кенгаяди, ёруғликка реакция бермайдилар, пайли рефлекслари йўқолади. Тери ва шиллиқ қаватнинг маълум кўкариб қолиши мавжуд бўлиб, улар аспид рангга эга, склерлар сарғайиб кетган. Юракнинг чегаралари кенгайган, товушлар бўғилган, тахикардия ва артериал гипотензия мавжуд. Жигар кенгайган бўлади. Лаборатория текширувида эритроцитлар гемолизаси туфайли катта миқдорда бевосита билирубин аниқланади; қон қотишқоқлиги кескин кўтарилиб, унинг ранги жигарранг шоколад бўлади, метгемоглобин миқдори эса 60–70% га етади.

Қиёсловчи ташхис. Озиқ-овқат заҳарланишлари, ўткир коронар бузилишлар, ўпка артерияси тромбоэмболияси (ЎАТ), наркотиклар, психотроп дорилар, ЎМҚАБ.

Текширув Протоколи.

I. Мажбурий:

1. Беморнинг клиник текшируви умумий методика бўйича бажарилади:

• сўров (шикоятлар, касаллик анамнези, ҳаёт анамнези);

• органлар ва тизимлар бўйича жисмоний текширув усуллари (кўрик, пальпация, перкуссия, аускультация).

2. Лаборатория ташхиси:

• Қон ва сийдикнинг умумклиник таҳлиллари, RW га қон таҳлили;

• Карбоксигемоглобинни аниқлаш учун қон таҳлили;

• Қабул қилишда ва динамикада қоннинг биокимёвий таҳлили (диастаза, мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, билирубин);

• коагулограмма.

3. Инструментал ташхис:

• Қабул қилишда ЭКГ;

• Қабул қилишда кўкрак қафаси рентгенографияси;

• Жигар ва буйраклар ультратовуши.

II. Кўрсатмалар бўйича қўшимча текширувлар (техник имконият мавжуд бўлса):

1. КИҲ.

Қиёсловчи ташхисда оғир беморларда бош мия КТ.

Ташхис ва шифохонага ётқизиш учун мезонлар.

Онг бузилиши, қусиш, осойишталикда нафас қисилиши, тери ва шиллиқ пардалар цианози ва акроцианози, пульсацияли бош оғриғи, қоннинг шоколад ранги, гемодинамик бузилишлар, сатурация камайиши, ритм бузилиши ва ЭКГда ўтказувчанликнинг пасайиши.

Даволаш. Шифохонагача босқичи. Ошқозонни зонд ёрдамида ёки «ресторан» усули орқали ювиш, энтеросорбция – 30 г гача фаоллаштирилган кўмир. Кислород оқими. 40% глюкоза 30–50,0 мл т.и. Безовталанишда томир ичига ёки мушак ичига 10–20 мг диазепам киритилади.

Шифохона босқичи:

1. Ичига қабул қилишда – ошқозон обдон ювилади, зонд орқали 150 мл вазелин ёғини киритиш, 50 г фаоллаштирилган кўмирни энтеросорбцияси. Заҳарнинг узоқ вақт давомида экспозициясида ва рецидивларда метгемоглобинемия ва гемолиз, гемодиализ қилиш. Жадаллаштирилган диурез.

2. Махсус даволаш: ўрта ва оғир даволаниш даражаларида – оксигенотерапия, керак бўлганда ЎСВ. Метгемоглобинемияни даволаш: Аскорбин кислотаси эритмаси т/и 5% – 60 мл гача суткада. Витамин B_{12} 1000 мкг м/и. Тиосульфат натрий 30% эритмаси 100 млт/и томчилаб.

3. Симптоматик терапия, витаминли терапия.

Шифохонадан чиқишда тавсиялар. Невропатолог томонидан кузатув, поливитаминлар қабули.

БИОЛОГИК ЗАҲАР БИЛАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ
ИЛОНЛАР ЧАҚИШИ (қора илон, гюрза, бўшилон, кобра)

КХТ Шифри -10. Т 63

Таъриф.

Қора илон – 60–80 см гача бўлган нисбатан кичик илон. Одатда урғочилари эркакларга қараганда каттароқ бўлади. Бошнинг бўйидан ажратилган ва юкори қисмида учта катта (олд ва иккита париетал) чайқалар мавжуд. Оғизнинг учи юмалоқ бўлиб, назал қалқоннинг ўртасида бурун очилиши кесма ҳолатда бўлади. Тананинг ранги кулрангдан қизғиш-жигарранггача, тизма бўйлаб характерли коронғи зигзаг чизиғи ва бошидаги иксга ўхшаш нақш билан фарқланади.

Гюрзанинг – узунлиги 1,6–1,8 м гача бўлган катта илондир, тирсоғининг ён томонлари тўмтоқланган, бошнинг пешона бурчаклари кескин чиқиб туради. Танаси қуюқ кулранг ва тўқ кулранг, зайтун ёки қизил-жигарранг ранглар билан ажралиб туради. Орқа танаси бўйлаб бир нечта катта доғлар бор, кичикроқ доғлар ён томонлар бўйлаб ўтади.

Кобра – 1.6 м узунликдаги (эркаклари) катта илон бўлиб, урғочилар бироз кичикроқ. Силлиқ тангачалари зайтун ёки жигарранг рангга эга. Осойишта ҳолатда, бош сезгир тарзда торайиб бораётган куйруққа тушадиган танадан ажратилмайди. Қачон ғазабланадиган бўлса, тананинг олд учинчи қисмини узоқ вақт давомида шамдак кўтариб туради, бўйнини шиширади. Ҳинд кобрасидан (Naja naja) фаркли ўлароқ, Марказий Осиё кобраси капюшонида кўзойнакли расм йўқ (бўйиннинг шишган қисмини).

Патогенез. Қора илон ва гурза заҳарида қуйидаги ферментлар мавжуд: протеиназалар, L-амино кислотаси оксидази, А2 фосфолипаза, фосфодиэстераза, 5'-нуклеотидаза, гилуродиназа ва бошқа ферментлар, шунингдек, нервлар ўсиш омили (НЎО).

Заҳарнинг протеолитик фаоллиги серин протианазлар ва 25% металлопротеиназларга боғлиқ. Заҳарнинг деярли барча геморрагик фаоллиги серин протеиназларнинг таъсирига боғлиқ. Заҳар таъсирида томирлардаги гемолиз ривожланади, гемоглобиннинг кислородга боғловчи хусусияти пасайиб, натижада тўқима гипоксиясига олиб келади.

Гурза заҳари билан заҳарланганда Тарқатилган интраваскуляр қуйилиш (ТИҚ) синдромининг ривожланиши унинг қон ивиш тизимининг Х омилига таъсирини кучайтиради. Бу таъсир терапевтик аҳамиятга эга бўлган гепарин томонидан олдини олади.

Нейро-ва гематотоксик хусусиятларга эга бўлган кобра заҳари организмдаги марказий ва периферик асаб тизимига, юрак-қон томири ва эндокрин

тизимларга, қон ва қон ҳосил қилувчи органларга, жигар ва буйракларга таъсир қилувчи патологик реакцияларга олиб келади.

Нейротоксинлар кобра заҳари билан заҳарланишда энг муҳим патогенетик аҳамиятга эга, чунки у узайган мия нафас олиш марказида тизимли бузилишларга олиб келади ва скелет ва нафас олиш мушакларининг шиллиқ қаватида тизимли касалликларга олиб келади. Нейротоксинларнинг таъсири кўндаланг ола-була мушаклардаги Н-холинорецепторлари бўлмаган деполяризацияланадиган блокнинг турига қараб ривожланади, бу уларни «курарусифат» токсинлар қаторига киритишга имкон беради.

Таснифи. Таснифлаш йўқ.

Симптоматика.

Кобра ва илон чақишларида, чаққан жойларда ўткир, вақт ўтган сари ортиб борувчи оғриқ пайдо бўлади, тишланган жойда илоннинг заҳарли тишлари билан ҳосил қилинган чуқур тешик яралари аниқ кўриниб туради, биринчи дақиқада гиперемия пайдо бўлади, ва у шикастланиш жойидан тезда проксимал ва дистал тарқалади. Тишланган жойдан шишиш кенг тарқалади. Мисол учун, бармоқ чақилганда, қўлнинг ва тананинг атрофидаги қисмлари шишиб кетади. Шишнинг териси шишасимон, бинафша-кўк, петехиялар билан қопланган ва қон қуйилган майда жароҳатлар шаклида кузатилади. Бу серо-геморрагик таркибли қабариқлар, ва тишлаш соҳасида – некротик яралар (10.4-расм) шаклланиши мумкин. Яралар (заҳарли тишлар билан терининг шикастланган белгилари) узоқ вақт давомида қон кетиши ёки қон аралаш шишган суюқликни ташқарига чиқариши мумкин.



10.4. расм. Ўрта Осиё қора илони чаққандан кейин 2 суткасида маҳаллий ўзгаришлар. (Хусусий кузатув.)

Жароҳатланган қўл ёки оёқда тез-тез лимфангит ва флеботромбозлар пайдо бўлади ва минтақавий лимфа тугунлари яллиғланади. Юмшоқ тўқималар тишланган соҳада геморрагик найчага тушади; Жиддий ҳолатларда, таъсирланган ҳар қандай аъзоларга ёки баъзан тананинг улашган қисмига тарқаладиган шиш суюқлик миқдори кўп миқдорда гемоглобин ва қизил қон ҳужайралари (50% гача) бўлиб, оғир ички қон йўқотиш ривожланади, 2–3 л ва ундан юқори бўлади. Маҳаллий қон йўқотишдан ташқари, органларда қон кетиши ва сероз мембраналар пайдо бўлганда, назал, ошқозон-ичак тизими ва ренал қон кетиши кузатилади. Улар заҳарларнинг геморрагик таъсири ва коагуляциянинг таъсири билан боғлиқ – қиска муддатли бошланғич гиперкоагуляция ва кейинчалик узоқ ва чуқур гипокоагуляция билан тарқалган интраваскуляр коагулацияни ривожлантириш.

Умумий токсик симптомлар безовталаниш билан ажралиб туради, бу оғир заифлик, тери сарғайиши, бош айланиши, секин ва тез юрак уриши, қон босимининг пасайиши. Ҳушдан кетиш, очиш, кўнгил айниши ва қайт қилиш тез-тез учрайди. Дастлаб протеолиз ва қоннинг интраваскуляр қуйилиши (гемокоагуляцион шок, гистамин ва бошқа протеолиз маҳсулотлари шаклланиши) билан боғлиқ бўлган каттиқ шок, кўп миқдорда қон ва плазма йўқолиши (постгеморрагик шок) билан ривожланади. Қон айланишининг миқдори пасаяди, марказий томир босими пасаяди, постгеморрагик анемияси ривожланади. Ушбу касалликларнинг оғирлиги интоксикациянинг оғирлигини акс эттиради ва қоида тариқасида маҳаллий шишнинг кенгайиши ва тарқалиши, қон қуйилишини бузилишларига тўғри келади.

Заҳарланишнинг енгил шаклларида умумий заҳарли симптомлар юмшоқ бўлиб, заҳарга таъсир этадиган чекланган маҳаллий шиш геморрагик реакция кучаяди. Интоксикациянинг барча белгилари 8–24 соатдан кейин максимал кузатилади.

Кобра чаққан ҳудудида оғриқ қора илон чаққандаги оғриққа қараганда нисбатан кичик ёки умуман бўлмайди, аммо чақиш соҳасидаги увишиш ва парестезия ҳисси тезда таъсирланган барча органга тарқалади, кейин эса тананинг бошқа жойларига тарқалади.

Одатда чақилган тана соҳасида маҳаллий ўзгаришлар катта эмас, одатда, жуда кичикдир ва бошқа заҳар таъсирига боғлиқ эмас, балки шикастланадиган маҳаллий терапевтик таъсирлар билан (куйдириш, суриш ва ҳоказо).

Заҳарланишнинг оғирлиги ва ривожланиш тезлиги катта доирада фаркланади – заҳарланишнинг кичик белгиларидан тортиб, ўлим билан тугайдиган жуда оғир шаклларгача.

Заҳар қон ёки лимфа томирига кирганда (тўлиқ фалаж ва ўлим ҳолати чақишдан сўнг дастлабки 10–20 дакикада содир бўлиши мумкин) энг оғир ҳолатлар. Заҳар тери ости ёки мушак ичидан киритилган ҳолатларида интоксикация 1–4 соатдан кейин энг оғир даражасига етади, қачонки қиска

қўзғалиш фазасидан кейин бош айланиши, қон босимининг пасайиши ва ҳушдан кетиш мумкин. Юз ва тилда увишиш ҳоллари, нутқда ва ютинишда бузилишлар, айниқса суюқлик ичганда. Нафас олиш мушаклари, шу жумладан пастки оёклардан бошланиб, бутун танага тарқаладиган (юришда қийналиш, кейин оёкларда туролмаслик ва ҳаракат қилишда қийинчилик ва ниҳоят, тўлиқ фалаж) ноқулайликдан бошланган фалаж тез бошланади. Кейинчалик нафас олиш тезлашади, кейин эса секинлашади (нафас олиш мускулларининг фалажи ва нафас олиш марказининг депрессияси). Кузатилган кардиак аритмиялар – экстрасистолия, атриовентрикуляр блокада; ЭКГдаги тишларнинг кучланишини қисқартиради, кўпинча Т тиш инверсияси (кардиотоксик таъсир) тез-тез учрайди.

Қиёсловчи ташхис. Гемолитик анемиялар, каламушлар тишлаши, заҳарли илонларнинг чакиши билан.

Текширув Протоколи.

Мажбурий:

1. Беморнинг Клиник текшируви умумий методика бўйича бажарилади:
• сўров (шикоятлар, касаллик анамнези, ҳаёт анамнези);
• органлар ва тизимлар бўйича жисмоний текширув усуллари (кўрик, пальпация, перкуссия, аускультация).
• Жароҳатланган сиртни маҳаллий кўриги
2. Лаборатория ташхиси:
• Қон ва сийдикнинг умумклиник таҳлиллари, RW га қон таҳлили;
• Карбоксигемоглобинни аниқлаш учун қон таҳлили;
• Қабул қилишда ва динамикада қоннинг биокимёвий таҳлили (диастаза, мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, билирубин);
• коагулограмма.
3. Инструментал ташхис:
• Қабул қилишда ЭКГ;
• Қабул қилишда кўкрак қафаси рентгенографияси;
• Жигар ва буйраклар ультратовуши.

II. Кўрсатмалар бўйича қўшимча текширувлар (техник имконият мавжуд бўлса):

1. КИҲ.
2. Жароҳатланган оёк-қўл томирлари допплерографияси.

Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари

Икки марта тешилиш шаклида характерли жароҳат, жароҳат соҳасидаги оғриқлар, шиш, нафас олиш ва гемодинамиканинг дисфункцияси белгилари, конли сийдик.

Даволаш.

Шифохонагача босқичи. Шошилинч ёрдам оғиздан жароҳатдан заҳарни тезда сўриб олишдан иборат (бунинг учун жароҳат соҳасида тери бурма-

ларини сиқиб, «очилган» жароҳат жойини очиш мумкин). Сўриб чиқариш давомийлиги 10–15 дақиқа бўлиши керак, яраларни сўрилган таркибини тупуриб ташлаш керак. Энг бошидан бошлаб, дам олиш ва ётиш ҳолати таъминланиши керак (чақилган ҳодиса жойида ҳам, шифохонага олиб боришда ҳам) ва жароҳатланган оёқ ёки қўлни ҳаракатсизлигини таъминлаш керак, бунинг учун у узунламасига ёки боғловчи бандаж билан ўрнатилиши керак. Чақилган оёғи соғлом оёққа боғланади ва қўл бинт билан букилган ҳолатида бандаж қилинади. Чақилган жойини куйдириш мумкин эмас, ёки ҳар қандай препарат билан атрофлаш, кесиш ва бошқа маҳаллий таъсирларни амалга ошириш. Дастлабки даврда кўп миқдорда суюқлик ичиш кўрсатилди.

Шифохона босқичи. Токсикология ёки реанимация бўлимига ётқизилади. Киритиладиган умумий зардоб дозаси шифокор томонидан беморнинг оғир аҳволига қараб белгиланади: шифохонага ётқизилган даврда қўлланиладиган дозани ҳисобга олган ҳолда енгил заҳарланиш ҳолатида 1–2 даволаш дозаси, оғир ҳолатда 40–5 доза шифохонагача босқичда қўлланган дозани ҳисобга олган ҳолда.

1. *Антидот даволаш* – муайян моновалент зардоб («анти-Гурза», «анти-эфа») ёки поливалент илонга қарши зардобни киритиш.

Зардобнинг барча ҳажми бир вақтнинг ўзида 0,9% натрий хлорид эритмаси билан аралашмада киритилади. Киритиш тезлиги: бошида 1 мл 5 дақиқа давомида, кейин эса 20 томчи томчи миқдорда берилади. 30–60 мг преднизолон, антигистаминлар (димедрол 1% – 1,0, пиполфен 2,5% – 2,0, супрастин 1% – 1,0 м / и) ни олдиндан қўллаш керак.

2. *Инфузион терапия:* Жадаллаштирилган диурез (коллоид эритмалари – 500.0 рефортан, реополиглюкин 400.0, 0,5–1,5 литр ҳажмида стабизол 500,0 ва поляризацияловчи қоришмаси 400,0 глюкоза 5% 400,0, натрий хлорид 0,9% 400,0, натрий бикарбонат 0,9% 200,0–400,0, Рингернинг 400,0 т/ и миқдори 2,5–3 литр бўлиб, кейинчалик 80–120 мг. Агар керак бўлса, цикл такрорланади). Геморрагик заҳар билан заҳарланишни даволашнинг асосий патогенетик усули – етарли миқдорда трансфузион даволаш – албумин, плазма, эритроцитар массаси ёки эритроцитлар ишлаб чиқариш.

3. **Симптоматик терапия.** Тромбогеморрагик синдромнинг олдини олиш ва даволаш учун гепарин (кунига 5000 бирлик суткасига) кўрсатилади, бу эса тромбогеморрагик синдромни даволашни таъминлайди.

Патогенетик ва симптоматик даволаш учун муҳим восита кортикостероидлар (преднизолон 60–80 мг/кун, гидрокортизон 125–250 мг/кун), антигистамин препаратлари (пиполфен, супрастин, димедрол ва бошқалар), панкреатик ферментларнинг ингибиторлари (контрикал, трасилол) ва худди шундай оғриқ қолдирувчи воситалар. Препарат сезгирликка асосланган антибиотиклар – масалан, цефалоспоринлар – цефазолин, цефтриаксон.

Психомотор безовталаниш, конвулсив синдромнинг олдини олиш учун психофармакологик воситалардан (натрий оксибутират, диазепам, дормикум, бензодиазепин ҳосилалари ва бошқалардан) фойдаланиш тавсия этилади.

Маҳаллий жароҳатланишни даволаш чақиш ҳудуддан юқорисида кон айланишли новокаиник блокадасини олиб боришдан иборат бўлиб, унинг қисмини иммобилизация қилиш ва гепарин мойи билан антисептик ҳосилни қўллашдан иборат.

4. Нейротоксик заҳарлар билан зарарланганда (кобра чақиши) – 0,5 мл 0,1% атропин эритмасини томир ичига юбориш, 3–6 мл прозерин 0,05% эритмаси, натрий оксибутират 20% 10,0, диазепам 2 мл дрмикум 1–3 мл / мл, натрий тиосулфат 30% 10–20 мл, катта миқдорда витамин Б (Б1 5% 4–8 мл, Б6 5% 4–8 мл). Циркулятор новокаин блокадасини чаққан жойидан юқорига кўтариш, экстремал иммобилизация қилиш, гепарин маз сурилган антисептик бинтларни жойлаштириш.

Шифохонадан чиқиш бўйича тавсиялар. Маҳаллий даволаш, витаминли терапия.

ҚОРАҚУРТ, ЧАЁН, ҲАШОРАТЛАР ЧАҚИШИ

КХТ Шифри -10, Т 63.

Таъриф. Қоракурт урғочиси қора бахмалсифат рангга бўялган. Урғочилар эркакларга қараганда каттароқ, йирик тухумсимон қоринчанинг вентрал юзасида 1–2 кўндаланг қизил-тўқ сариқ ёки сарғиш чизиқлар мавжуд. Дорсал равишда қоринча интенсив қора, нақшсиз. Эркакларда: – оқ нуқтали марказида жойлашган ёркин қизил доғлар.

Чаёнлар – яшил товланишли сариқ рангга эга. Унинг танасининг узунлиги 65 мм га етади.

Патогенез. Қоракуртнинг заҳари қўзғалиш орқали намоён бўладиган психотроп нейротоксик таъсирга эга бўлиб, сўнгра марказий ва периферик асаб тизимига таъсир қилади ва параличга солади. Чаён заҳари нейротоксик (асосан периферик) таъсирга эга.

Таснифи. Таснифлаш йўқ.

Симптоматика. Қоракуртнинг чақиши жуда оғриқли эмас ва кўпинча шикастланган шахс томонидан ҳис этилмайди. Заҳарга маҳаллий реакция йўқ ёки жуда заиф ифодаланган. Тишланган жойнинг атрофида тери зичлиги (диаметри бир неча сантиметр) бўлиши мумкин, бу заиф гиперемия четида жойлашган. Кўпгина ҳолларда маҳаллий ўзгариш йўқ ва чақиш жойини топиш жуда қийин. Баъзан чақиш игна санчилгандек қабул қилинади. Умумий токсик ҳодисалар тез ривожланади (чаққандан кейин 5–30 минутдан сўнг).

Заҳарланишнинг оғирлиги енгилдан, тезкор ўта оғир даражагача ўтиши, баъзан ўлимгача олиб келади.

Кўрсатилган ҳолатларда азобли мушаклар оғриғи характерли бўлиб, қўл ва оёқда, бел, қорин ва кўкрак қафасида парестезиялар билан бирга келиши мумкин. Беморлар тез-тез совуқ тер билан қопланади, ўлим қўрқуви ифодаланади, юз ҳаёжонланган гиперемик киёфада, кўз қорачиғларига қон қуйилган, мимикалар заифлашган, азобланган юз киёфаси. Кўп ҳолларда кўз ёшлари тўкилади. Чақишдан кейин, кўп вақт ўтмай, мушаклар кучсизлиги ривожланади ва натижада беморлар оёклари устида ҳаракат қила олмайди ёки умуман тура олмайди. Кучли Оғрик синдроми (турли локализацияли санчувчи, узоқ ва йиртувчи оғриқлар) мушакларнинг кучли тортишиши билан кечади. Қорин бўшлиғи мушаклари кўпинча жуда кескин бўлиб, у қуруқ тил билан биргаликда ичак парезини (перисталтика заифлашган, газлар чиқиб кетмайди), лейкоцитоз ва ҳароратни 38,0°С гача кўтарилиши кузатилади, ўткир қорин кескинлашишини тақлид қилади (қоракурт чақиши ҳоллари хато қилган ҳолда жарроҳлик аралашуви мумкин). Бундан ташқари кўнгил айниши ва қусиш содир бўлиши мумкин.

Чаён. Заҳарли чақишдан кейин чақилган жойда дарҳол кучли оғриқ бошланади ва 1–24 соатдан кўп давом этади (керакли даволаш оғриқлар вақтини қисқартириши мумкин). Чақилган жой атрофида терининг гиперемияси аникланди; Парестезиялар кўпинча бу жойда ривожланади. Эҳтимол, чақилган жой соҳасида шиш ва гиперемия ривожланиши мумкин (кўпинча 5–10 см гача), лимфангит ва лимфаденит соҳасидаги шишлар ва гиперемия ривожланиши, ҳамда чақиб заҳар киритилган жойда якинидаги тери бўйлаб алоҳида катта кабариклар пайдо бўлади. МДҲда яшовчи чаёнларнинг чақишида умумий интоксикация ҳар доим ҳам содир бўлмайди ва кўпинча юмшоқ бўлади.

Ариларнинг чақишлари асосан ўткир аллергик касалликнинг клиник белгилари билан намоён бўлади.

Киёсловчи ташхис. Ўткир жарроҳлик касалликлари билан (перитонит, панкреатит), менингит, медикаментоз ва озиқ-овқат аллергиялари (асалари, ари чақканларида).

Текширув Протоколи.

I. Мажбурий:

1. Беморнинг Клиник текшируви умумий методика бўйича бажарилади:

• сўров (шикоятлар, касаллик анамнези, ҳаёт анамнези);

• органлар ва тизимлар бўйича жисмоний текширув усуллари (кўрик, пальпация, перкуссия, аускультация);

• жароҳатланган оёқ қўлни маҳаллий кўриги.

2. Лаборатория ташхиси:

• Қон ва сийдикнинг умумклиник таҳлиллари, RW га қон таҳлили;

• Қабул қилишда ва динамикада қоннинг биокимёвий таҳлили (диастаза, мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, билирубин);

3. Инструментал ташхис:

• Қабул қилишда ЭКГ;

• Қабул қилишда кўкрак қафаси рентгенографияси;

• Жигар ва буйраклар ультратовуши.

II. Кўрсатмалар бўйича қўшимча текширувлар (техник имконият мавжуд бўлса):

КИҲ.

Ташхис ва касалхонага ётқизиш мезонлари.

Қоракурутнинг чақишида – анамнез, аретериал гипертензия, склералгиперемия билан биргаликда келувчи ўткир мушак оғриғи ва мушак таранглашиши борлиги.

Даволаш.

Қоракуртнинг чақишида интоксикация осонроқ кечишига 10 мллик 10% калций хлор эритмаси ёки 25% магнезиум сульфат эритмасини томир ичига киритиш катта ёрдам беради. Чаён чаққанда – ўсимлик ёғи (пахта, кунгабокар) билан чақилган жойга суртиш, унинг устига иссиқлик (иссиқ сув тўлдирил гангрелка) бостириб қўйиш ёрдам беради. Новокаиннинг 0,5–2% эритмаси билан чақилган жойини (оғриётган) атрофлаб чикиш (оғриқ кайталанганда такрорлаш). Асаларилар ва арини чаққанда жарохатдан нонициптин ёки бармоқ билан олиб ташланг. Чақилган ўрнини эфир, спирт ёки одеколон билан намлаш, унинг устига музни қўйинг. Бир неча жарохатлар олинган ҳолда тери остига 0,5 мл 0,1% адреналин эритмаси ёки 1 мл 5% эфедрин эритмаси киритилади. Ичига – 0,03 г гиполфен ёки супрастин 0,025 г). Иссиқ суюклик ичиш керак. 1 мл 0,1% адреналин эритмаси ёки норадреналиннинг 0,2% эритмаси ёки 1% мезатон эритмасини дархол тери ости орқали юбориш.

Чаён, ари, асалариларнинг чақишлари жиддий аллергик реакциялар мавжуд бўлмаганда касалхонага ётказишни талаб қилмайди. Қоракурт чақиши токсикология бўлими ёки интенсив терапия бўлимига касалхонага ётказишни талаб қилади.

1. Қоракурт чақиши ҳолатида. А) Интоксикация кечиши 10 мл 10% калций хлорид эритмаси ёки 25% магнезиум сульфат эритмаси билан томир ичига юбориш орқали катта ёрдам беради. Б) жуда самарали қоракуртга карши махсус иммун зардоби мавжуд бўлиб, эрта қўлланилса, тез заҳарланишни тўхтатди. Тери остига ёки мушак ичига (яхши) юборилади.

Безредка бўйича 10–20 мл дан заҳарланишнинг биринчи соатида қўлланилади. Сийдикни ушлаб туриш ҳолларида қовуқ катетеризацияси кўрсатилади. Калций ва магнезиум препаратларининг самарасизлиги туфайли промедол қўшимча равишда тери остига (0,5–1 мл% 1 эритма) киритила-

ди. Қовуқни бир вақтнинг ўзида катетеризация қилиш билан бирга фуросемид фақат ўпка шиши ривожланишида қўлланилади.

2. Чаён чаққанда ўсимлик мойи (пахта, кунгабоқар) билан зарарланган жойни суриб чиққанда, ва устига иссиқлик (иссиқ сувли грелка) қўлланилади. Чақилган жойни 0,5–2% новокаин эритмасини оғриётган жойга атрофлаб чиқилади (оғриқ қайталанса муолажани такрорланг).

3. Асаларилар ва ари чаққанда жароҳатдан игнани пинцет ёки бармоқ билан олиб ташланг. Чақилган ўрнини эфир, спирт ёки одеколон билан намлаш, унинг устига музни қўйинг. Бир неча жароҳатлар олинган ҳолда тери остига 0,5 мл 0,1% адреналин эритмаси ёки 1 мл 5% эфедрин эритмаси киритилади. Ичига – 0,03 г гиполфен ёки супрастин 0,025 г). Иссиқ суюқлик ичиш керак. 1 мл 0,1% адреналин эритмаси ёки норадреналиннинг 0,2% эритмаси ёки 1% мезатон эритмасини дарҳол тери ости орқали юбориш. Преднизолон билан 500–1000 мл 5% глюкоза эритмаси (ҳар бир киритишда 60–100 мл) ёки гидрокортизон (120 мг ва ундан кўп) томир ичига юбориш. Капельницага 0,3 мл 0,1% адреналин эритмасини ҳам қўшиш мумкин. Кунига 3 марта аналгин (0,5 г) билан бирга перорал антигистамин препаратларни (димедрол - 0,03 г, супрастин, пиполфен 0,025 г).

Шифохонадан чиқишда тавсиялар. Витаминли терапия, антигистаминли препаратлар, гипоаллергенли пархез.

ЎСИМЛИК ЗАҲАРИ БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШЛАР ҚЎЗИҚОРИНЛАР БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ(рангпар поганка)

КХТ Шифри -10. Т 62

Таъриф. Фаркли белгиларга эга: кўпинча оёк қисмида чукур ерга кирувчи қопсифат қин; оёкчанинг тепа қисмида манжета шаклидаги ҳалқа. Июль – сентябрда, ўсади, айниқса дубли ўрмонларда тарқалган (паркларда). Энг хавфли заҳарли қўзиқорин (70% гача заҳарланиш ҳодисалари ўлимга олиб келади).

Патогенез. Рангпар поганка токсинлари устувор ҳолда гепатотоксик, ҳамда нефротоксик ва энтеротоксик таъсир кўрсатадилар. Фаллотоксинлармитихондрий мембраналарини шикастланишини келтириб чиқадилар, шунингдек эндоплазматик ретикулум, лизосомлар; улар оксидланган фосфорлашни, гликоген синтезни бостиради; АТФ-азлар даражасини пасайишига олиб келади. Аманитотоксинлар ядровий субстанцияларга таъсир ўтказадилар, ДНК ва РНК ҳосил бўлишини тормозлайдилар.

Натижада ҳужайра аутолизи ривожланади. Альфа-аминтинларнинг буйрак каналларининг проксимал бўлимига танловчи таъсири аниқланган.

Таснифи. Ўткир заҳарланишнинг уч босқичи бор – латент босқич, гастроэнтеретик босқич, висцерал жароҳатлар босқичи.

Симптоматика. Интоксациянинг бошланишида нолдин, аввало, «латент» (асимптоматик) босқич бўлиб ўтади. Кўплаб кузатишлар асосида, унинг давомийлиги 8 дан 21 соатгача бўлган, фақат истисно ҳолатларда 6 га қисқаради ёки 36 соатгача кечиктирилди. Яширин фаза давомийлиги, заҳарланишнинг оғирлиги ва прогнози ўртасида ҳеч қандай аниқ алоқалар аниқланмади. Жуда қисқа латент давр, рангпар поганка билан заҳарланиш эҳтимолини истисно қилишга ёрдам беради, ёки бошқа қўзиқорин заҳарларининг биргаликдаги таъсирини тахмин қилиш имконини беради. Ушбу босқичнинг (ёки заҳарланишнинг иккинчи босқичи продромларининг) якуний фазаси беморлардаги умумий ноқулайлик, бош оғриғи, титроқ ва кўп терлашга бўлган шикоятлардир. Заҳарланишнинг иккинчи босқичи, ёки «ўткир гастроэнтерит фазаси» кутилмаганда, кўп миқдорда қусиш билан бошланади ва кўнгил айниши фақат қусиш массаларида сафро аралашуви пайдо бўлганда юзага келади. Тўхтамасдан қусиш 2 дан 4 кунгача давомэтиши мумкин. 96% ҳолларда энтерит бир неча соат кечикиши билан қўшилади. Ахлат кўп миқдорда, кўпинча, одатда микозли ва нажассиз, кўпинча қон билан аралаш, ва унинг частотаси кунига 20–25 мартага етиши мумкин. Тана ҳарорати одатдан анъавий диапазонда бўлади. Гастроинтестиналсиндром 70% ҳолларда меъда қайнаши, танезмалар ва қорин оғриғи билан кечади. Оғир ҳолатларда ушбу синдром Осиё холераси каби юз беради ва 3–6 кунгача давом этиши мумкин. Умумий дегидрациясининг сурати ўсиб боради: доимий ташналик ва кучсизланиш, астения ва адинамия, бузоқ мушакларининг конвулсив қисқариши, тахикардия ва гипотензия. Лаборатория-функционал текширувда метаболик ацидоз ва гемоконцентрация (гематокрит 50% дан ортиқ), ион бузилишлари, шунингдек функционал буйрак етишмовчилиги (олигурия ва қонда юқори мочевина) аниқланади. Гиповолемик шок табиий равишда мавжуд. Агар ушбу муддат ичида жабрланувчи ўлмаса, у ҳолда касаллик сўнгги босқичга ёки «висцерал шикастланиш фазасига» киради. Баъзи ҳолларда, учинчи босқичга ўтишдан олдин гастроинтестинал касалликларнинг йўқолиши ва субъектив тарзда бемор ўзини анча яхшироқ ҳис қила бошлайди. Клиник ривожланиш даври. Шу билан бирга, заҳарланиш вақтида бошланган ва илгари жигар патологиясини бошдан кечирган жигар ҳужайраларининг цитолизи аста-секин максимал даражага етади. Энзиматик даражада ривожланаётган цитолитик гепатопатиянинг биринчи белгилари 1–2 кун заҳарланишда бошланиши мумкин. Улар дастлаб аспарагин фаоллигини, сўнгра аланин трансаминазаларини ва 1 кундан сўнг – лактат дегидрогеназдаги кетма-кет ўсишини намоён этади. Уларнинг 1500 МЕ дан ортиқ ортиши прогноз жиҳатдан салбий ҳисобланади.

Склер субиктериклиги заҳарланишнинг фақат 5 кунида кузатилиши мумкин, бунда қонда билирубин миқдори 30 мг/л дан юқори бўлган қийматга

етади. Аввалига ўсиш фақат эркин билирубинга ва кейинчалик боғланган фракцияга тўғри келади. Ҳатто оғир даражада заҳарланишда плазма билирубин миқдори камдан кам 80 мг/л дан ошади ва шунинг учун теринининг сариқлиги жигар етишмовчилиги доимий бўлмаган симптомидир.

Қисқа муддатли гипергликемия билан барқарор гипогликемияга тенденция кузатилади.

Жигар етишмовчилигининг асосий ва энг хавфли элементи коагуляциянинг асосий омилларининг ўзига хос зарари туфайли кучли ДВС синдром ҳисобланади. Унинг нисбатларини таҳлил қилиш шуни кўрсатадики, аввалambор, гепатоген қон ивишининг пасайиши (II, V, VII и X) камаяди.

Якуний босқичда буйрак-жигар етишмовчилиги доимий ва ўткир протеинурия, микрогематурия ва ўрта даражали, 50 мл/дақ гача қисқартирилган клиренсдаги креатинин билан азотемия.

Қиёсловчи ташхис. A, B, C, D гепатитлар, озиқ-овқат заҳарланишлари, истеъмол қилиб бўладиган ва шартли патоген қўзиқоринлар билан заҳарланиш.

Текширув Протоколи.

I. Мажбурий:

1. Беморнинг Клиник текшируви умумий методика бўйича бажарилади:
• сўров (шикоятлар, касаллик анамнези, ҳаёт анамнези);
• органлар ва тизимлар бўйича жисмоний текширув усуллари (кўрик, пальпация, перкуссия, аускультация);
• Жароҳатланган оёқ қўлни маҳаллий кўриги.
2. Лаборатория ташхиси:
• Қон ва сийдикнинг умумклиник таҳлиллари, RW га қон таҳлили;
• Қабул қилишда ва динамикада қоннинг биокимёвий таҳлили (диастаза, мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, билирубин);
• коагулограмма.
3. Инструментал ташхис:
• Қабул қилишда ЭКГ;
• Қабул қилишда кўкрак кафаси рентгенографияси;
• Жигар ва буйраклар ультратовуши.

II. Кўрсатмалар бўйича қўшимча текширувлар (техник имконият мавжуд бўлса):

1. КИҲ.
2. Аминотоксинларни аниқлаш учун қон ва овқат массаларининг таҳлили.

Ташхис ва шифохонага ётқизиш учун мезонлар.

Анамнез, гастроэнтеритик синдром мавжудлиги, ферментлар ошганлиги, билирубин, шиллиқ пардалардан қон кетиши.

Даволаш.

Шифохонагача бўлган босқич. Зонд билан ёки «ресторан» усули ёрдамида ошқозонни ювиш, энтерособция – 30 г гачафаоллаштирилган кўмирни перорал қабул қилиш. Қусиш ҳолатида – метоклопромид 2,0 мл м/и. Преднизолон 30–60 мг м/и.

Шифохона босқичи.

Антидот даволаш – липое кислотаси, кунига 2 марта 2,0 мл м/и. Қусишни келтириш ва ошқозонни ювиш учун ич келтирувчи воситаларни буюринг: кастор ёғи ёки изотоник натрий сульфат эритмаси; бу дориларнинг таъсири карбаколнинг мушак ичига киритилиши билан қўллаб-қувватланади, аммо қон босимининг хавфли камайишига ва спонтан қусишга эмас. Қўзиқоринларни шикастланган беморлар билан бирга истеъмол қилган кишиларга нисбатан ҳам худди шундай чоралар кўрилади. Қусилган массани ёки биринчи ювиш сувлари тўпланади. Фаоллашган кўмир катта миқдорда қўлланилади (қусиш ҳолларида уни фақатгина назогастрал найча орқали киритиш мумкин). Инфузион терапия, шунингдек, жигар дисфункциясини олдини олишга қаратилган даволаш амалга оширилади. Жигарни Б ва С витаминлари, липоик кислотаси, Эссенциале ва глютамин кислотаси ёрдамида ҳимоя қилиш. Озиқ моддалар ва электролитлар аралашмаларнинг парентерал киритилиши, аминокислоталар эритмалари, гормонлар (200–300 мг / кунгача бўлган преднизолон), протеаз ингибиторлари амалга оширилади. Заҳарли моддадан сўнг дастлабки икки кунда организмдан аманитотоксинларни тезда бартараф этиш мақсадида жадаллаштирилган диурез ва плазма алмашинувини қўллаш тавсия этилади. Ҳаёт учун хавфли қон кетиш мумкинлиги туфайли минтақавий гепаринизация ёрдамида экстракорпорал детоксикация қилиш усуллари тавсия этилади.

Шифохонадан чиқиш бўйича тавсиялар. Гепатотроп даволаниш, витаминли терапия, парҳез 5-столи.

БАНГИДЕВОНА, БЕЛЛАДОННА (атропин)

КХТ Шифри -10, Т 44

Таъриф. Уруғларида атропин ва гиосцин алкалоидлари мавжуд бўлган ўтли ўсимликлар гуруҳи.

Патогенез. Заҳарланиш атропин алколоиди таъсири билан боғлиқ – М-холинолитик таъсир – мускаринга сезгир периферик ва марказий холинорецепторлар блокадаси.

Классификация. Енгил, ўрта ва оғир даражали заҳарланишлар мавжуд.

Симптоматика. Периферик холинолитик таъсир билан биргаликда онейрик синдромнинг классик намоён бўлиши.

Енгил ҳолатларда, юқорида санаб ўтилган аломатлар пасаяди. Интоксикация кучайганда кўз қорачиғлари бироз катталашиб, ёруғликка бўлган реакция одатда сақланиб қолади. Кўришда яқинлашиб келаётган нуқтаси узоқлашади, аммо аккомодация фалажи йўқ. Тана ҳарорати нормал.

Ўрта даражада заҳарланиш учун одатий ҳолатлар кўпаяди. Ҳаракатни мувофиқлаштириш бузилади, ҳаракатланиш координацияси бузилади. Терининг қизариши, одатда, жуда кучли, юзи, бўйни ва кўкрак соҳасига таъсири кучли. Кўпинча қизариш майда доғли, петехиал қизилча касаллигига ўхшаш бўлиши мумкин (одатда оқ насолабиал учбурчак билан). Қизарган терида рангли пуфакчаларда эшак еми каби кўринишлар мумкин. Қизариш йўқолганидан сўнг, одатда иккинчи куни терининг тозаланиши бошланади. Тана ҳарорати одатда 37–37,5° га, баъзан эса 42° га кўтарилади. Кўз қорачиғлари сезиларли кенгайган ва ёруғликка бўлган реакцияси заифлашган. Экспертизада оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва халқумнинг гиперемияси аниқланади. Пульс 1 дақиқада 160–190 гача кўтарилди. Юрак тонлари заифлашган.

Оғир заҳарланиш учун психомотор безовталанишни онгнинг бузилиши, психоз ва конвулсиялар ажралиб туради. Бемор, яқинларингизни танимай, қочишга уринади, у ўз-ўзидан қарама-қарши бўлиб қолади. Галлюцинациялар юзага келади – заҳарланган беморлар гўёки ҳавода ҳашаротларни тўплаш ёки тутиш, бировдан яшириш, қўрқиш билан банд. Баъзида ўзи хоҳламаган ҳолда сийиш ва нажас чиқиши мавжуд. Ҳаяжонланишнинг энг юқори нуқтаси – кўпинча клоник, аммо баъзан тоник-клоник, бутун танани ҳаяжонга солувчи бўлади. Ҳужумнинг давомийлиги одатда 2–3 дақиқа. Тиришишлар камдан кам кучли ва ҳаёт учун хавф туғдирмайди. Кўз қорачиғлари максимал даражада кенгайтирилади, ёруғликка реакция бутунлай йўқолади. Тахикардия қайд этилган, кардиак товушлар кар, шиддатли ҳолларда юрак мушакларининг чарчаши ривожланади. QRS ва T тишларини текислаш орқали электрокардиограммада, S-T интервалининг қисқариши, экстрасистолларнинг пайдо бўлиши мумкин. Ўпка ичида қуруқ хириллашлар эшитилади.

Болаларда ўртача заҳарланиш билан галлюцинация бўлиши мумкин. Уларда табиатнинг ёркин тасвири, тез-тез кўркинчли кўриниши бор. Бу Болани ҳаяжонлантиради.

Кичкинтойларда (1 ёшгача) шов-шувлар пайдо бўлади, тез-тез шифокор галлюцинациялар мавжудлигини қайд қилади, чунки боланингкўзларида нимадир кўринаётган бўлади, лабларини ялайди. Терининг шишиши гиперемик, қуруқ, иссиққа тегишлидир. Шиллиқ қуруқ, ёркин. Склералар АОК қилинади.

Қиёсловчи ташхис. Антигистамин заҳарланиш, антидепрессантлар, нейролиптиклар, шизофрения касалликларида галлюцинатор синдром, алкогол делириеми.

Текширув Протоколи.

Мажбурий:

1, Беморни клиник текшируви умумий мектодика бўйича амалга оширилади:

- сўров (шикоятлар, касаллик анамнези, ҳаёт анамнези);
- органлар ва тизимлар бўйича жисмоний текширув усуллари (кўрик, пальпация, перкуссия,аускультация).

2. Лаборатория ташхиси:

- Қон ва сийдикнинг умумклиник таҳлиллари, RW қон тести;
- Қоннинг биокимёвий таҳлили (мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, диастаза, глюкоза).

3. Инструментал ташхис:

- Қабул қилишда ва динамикада ЭКГ.

Кўрсатмалар бўйича қўшимча текширувлар (техник имкониятлар мавжуд бўлса):

1. Атропинни аниқлаш учун қон ва сийдикнинг сифатли ва миқдорий таҳлили.

Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари.

Ўзига хос галлюцинациялар, психомотор безовталаниш, кўз қорачиғлари кенгайганлиги, тери қатламларининг қуриши ва гиперемияси, тахикардия, АБ кўтарилиши, ичак гипотонияси.

Даволаш.

Шифохонагача босқич. Зонд билан ёки «ресторан» усули билан ошқозонни ювиш, энтерособция – 30 г гача фаоллаштирилган кўмир перорал қабули. Диазепам – 10–20 мг т/и.

Шифохона босқичи. Енгил даражали заҳарланиши, галлюцинациялари йўқ беморлар амбулатор даволанишади, ўрта даражадаги заҳарланишда – токсикология бўлимида, оғир даражали заҳарланишда – реанимация бўлимида.

Ичга қабул қилишда – зонд орқали ошқозонни ювиш кейинчалик 30 г фаоллаштирилган кўмирни киритиш билан. Антидот терапия: рухий касалликлар ривожланишида – прозерин 0,05% – 1 мл эритмаси. Безовталанишда 20 % оксибутират натрий эритмасини 10 мл дан т/и такроран таъсири бўлмагунгача, 5–10 мг диазепам томир ичига.

Ичга қабул қилишда – Зонд орқали ошқозонни ювишкейинчалик 50 г фаоллаштирилган кўмирни киритиш, ва тузли ва ёғли ични бўшаштирувчиларни.

Жадаллаштирилган диурез. Қон алкалинизацияси – бикарбонат натрийни 6–8 мл/кг тана массасига қараб суткасида киритиш.

Шифохонадан чиқишда тавсиялар. Кўп суюқлик ичиш, поливитаминлар.

XI БЎЛИМ

КАРДИОЛОГИЯ ВА ТЕРАПИЯ

БРОНХИАЛ АСТМА, АСТМАТИК ҲОЛАТ

КХТ Шифри –10: J. 46.

1. ТАЪРИФ.

Бронхиал астма (БА) – нафас йўлларининг сурункали яллиғланиш касаллигидир. Сурункали яллиғланиш нафас йўлларининг ўткир обструкциясига, ўз навбатида, нафас қисилиши, кўкрак қафасидаги оғриқ ва йўтални тезлаштиради, айниқса кечаси ва эрта тонгда нафас йўлларининг гиперактивлигига сабаб бўлади, бу ҳуштакли хириллашлар орқали кузатилади.

2. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.

Ривожланган мамлакатларда астма рецидиви тезлиги 30% га кадар. Оғир БА 20% га тенг. Ўтган 20 йил давомида астма касаллиги сони 4 мартага ошди.

3. ПАТОГЕНЕЗ.

Сурункали яллиғланиш нафас йўлларининг гипер фаоллигини ошириб, нафас қисилиши, кўкрак қафасидаги оғриғи ва йўтални тезлаштиради, айниқса кечаси ва эрта тонгда. Эпизодлар одатда кенг тарқалган, лекин унинг оғирлик даражаси, бронхиал обструкциясида ўзгариб туради, кўп ҳолларда ўз-ўзидан ёки даволаниш таъсири остида қайталанади.

4. ТАСНИФЛАШ.

БА касаллигининг зўрайиш даражасини таснифлаш

Аломатлар	Енгил	Ўрта	Оғир	Ҳолати
Жисмоний фаоллиги	сақланган	чекланган	кескин чекланган	йўқ ёки кескин чекланган
Хуши.	эҳтимол безовталаниш	безовталаниш баъзан агрессия.	безовталаниш, қўрқув.	хуши чалкашган, сустлик, кома
Нутқ.	сақланган	алоҳида жумлалар	алоҳида сўзлар	бемор гаплашмайди

Нафас олишда қийинчилик	юрганда	гаплашганда	тинч ҳолатда	тинч ҳолатда
НОС.	22/дақи-қагача	25/ дақи-қагача	> 25/ дақи-қагача	>30/ дақиқагача ёки< 12/ дақиқагача
Мускулларнинг тез ҳаракатланиши	йўқ	ўткир	ўткир кузатилади	парадоксал торакоабдоминал ҳаракатлар
Бўйинтирик чуқурчаси тортилганлиги	йўқ	бор	бор	бор
Аускультация	қуруқ хирилашлар	қуруқ ҳуштакли хириллашлар	дағал қуруқ ҳуштакли хириллашлар	нафас ўтказилмайди
ЮУС.	< 100/дақ	100–120/дақ	>120/ дақ	< 55/дақ
Ра02.	≥80 мм с. ус.	60–80 мм. с. ус.	50–60 мм с. ус.	≤ 50 мм с. ус.

5. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС.

БА ва СЎО (сурункали ўпка обструкцияси). БА да клиник текширув орқали хуруж симптомлари аниқланади. СЎО беморларга доимий, ўзгармас, симптоматика характерли. Дифференциал ташхиснинг муҳим элементи бўлиб, СЎО учун кунлик пикфлоуметрия кўрсаткичларининг паст ўзгарувчанлиги характерлидир (<15%). БА да пикфлоуметриянинг эрталабки ва кечки кўрсаткичлари орасида фарқ ўсади ва 20% ошиб кетади.

6. ТАШХИС. ТЕКШИРУВ ПРОТОКОЛИ.

Шикоятлар – нафас сиқилиши; йўтал; горизонтал ҳолатда ҳуштакли хириллашлар; кўкракни қисиш ҳисси.

Анамнез – нафас олиш органларининг олдинги касалликлари; зарарли одатлар; номаъқул меҳнат шароитлари (чанг омиллари; бўёқ моддалари ва ҳоказо).

Клиник кўрик:

- Умумий аҳвол (қоникарли; ўртача оғирликда; оғир; ўта оғир);
- хуши (аниқ; чалкашган; сопор; I, II, III даражали кома);
- ҳолати (фаол; пассив;мажбурий);
- тери қатламлари (оддий; рангсиз; гиперемирланган; цианотик; қуруқ; нам);
- склерлар (оддий рангда; сарғайган);
- оёқ қўлларда шиш борлиги;
- нафас олиш: мустақил, аппарат орқали (ЎСВ); НОС;

• нафас олиш органлари аускультатив характеристикаси: (везикуляр; заифлашган; хириллаш; каттиқлиги);

• юрак аускультатив характеристикаси: ритмик пулсь; аритмик, юрак тонлари – овозли бўғма, ритмик, аритмик; ЮҚЧ,АБ.

Текширув усуллари:

Зарурий:

• умумий қон таҳлили(УҚТ);

• кўкрак қафаси рентгенографияси;

• электрокардиограмма(ЭКГ).

Қўшимча:

• коагулограмма;

• балғам таҳлили;

• биёкимёвий таҳлил (АЛТ, АСТ, билирубин, умумий оқсил, оқсил фракциялари, альбумин, мочевина, креатинин);***

• КТ;***

• бронхоскопия;***

• ЭхоКГ;***

• умумий сийдик таҳлили (УСТ);

• қондаги газларни аниқлаш***;

• пиклоуметрия***;

• ташқи нафас функцияси (ТНФ)***.

7. ДАВОЛАШ.

Ўрта даражадаги назоратсиз астма:

1. Қисқа таъсирли Бета-2-агонистлари (сальбутамол) талаб бўйича, кунига 4–5 мартадан кўп эмас.

2. Ингаляцион ГКС: беклометазон 500 мкг/кун 2 қабулда, флютиказонапропионат 500 мкг/кун ёки серетид белгиланган комбинацияси (сальметерол 25–50 мкг+ флютиказонапропионат 250 мкг) 1 доза 2 марта/кун.

3. Метилксантинлар: эуфиллин 2,4% 10 мл/и 2 марта/кун (240–960 мг/кун, 0,5 мг/кг/с тезликда ЭКГ назорати остида) 3 кун давомида кейин 100–300 мг 2 марта/кун узайтирилган формаларига ўтиб.

Оғир даражадаги назоратсиз астма:

1. Қисқа таъсирли Бета-2-агонистлари (сальбутамол) талаб бўйича, кунига 4–5 мартадан кўп эмас.

2. Ингаляцион ГКС: беклометазон 1000 мкг/сут 2 қабулда, флю- тиказонапропионат 1000 мкг/кун ёки серетид белгиланган комбинацияси (сальметерол 25–50 мкг + флютиказонапропионат 250 мкг) 2 доза 2 марта/ кун.

3. Метилксантинлар: эуфиллин 2,4% 10 млт/и 2 марта/кун (240–960 мг/сут, 0,5 мг/кг/с тезликда ЭКГ назорати остида) 3 кун давомида кейин 100–300 мг 2 марта/кун узайтирилган формаларига ўтиб.

4. Даврий схема бўйича перорал ГКС (3 кун қабул, 3 кун танаффус), дастлабки доза 30 мг ичига, ёки пульс терапия метилпреднизолон ёрдамида: дастлабки доза 500–1000 мг/кунига.

Астма зўрайишининг дастлабки терапияси:

1. Тез таъсир қилувчи бета-2-агонистлари ингаляцияси ҳар 20 дақиқада 1 нафас олиш спейсер орқали 1 соат давомида ёки сальбутамол 2,5 мл (2,5 мг) ёки беродуал 2 мл (40 томчи) небулайзер ингаляцияси + 2 мл физиологик эритма 2–3-марта бир соат давомида.

2. Сатурация $O_2 \geq 90\%$ га етгунига қадар кислород терапия.

3. Тизимли ГКС: метилпреднизолон билан пульс терапия: дастлабки доза 500–1000 мг/кунига.

• 60–80% мажбурий нафас чиқаришнинг ўрта оғирликдаги симптомлари ва бошланғич даводан яхшиланиш:

1. Ҳар соатда бета-2-агонистлар ингаляцияси;
2. Тизимли ГКС;
3. Терапияни 1–3соат ичида давом эттириш.
4. Ижобий жавоб: ЖНХ1 > 70%, сатурация O_2 > 90%. Шифохонадан чиқиш. ГКС ни перорал қабул қилиш масаласини ечиш.

• ЖНХ 1 оғир симптомлари < 60%. Дастлабки терапиядан яхшиланиш йўқ.

1. β_2 – агонистлар ингаляцияси;
2. Кислород;
3. Тизимли ГКС;
4. Т/и теофиллин 2,4% – 10 мл, т/и, 2 марта/кунига 3 кун давомида узайтирилган теофиллинга ўтиш: теопек 100–300 мг 2марта/кунига;
5. т/и β_2 – агонистлар киритиш мумкин.

• (1–2соат) нотўлиқ жавоб: оғир даражадаги симптомлар. ЖНХ1<70%, сатурация O_2 яхшиланмайди. Реанимация бўлимига ўтказиш:

1. β_2 – агонистлар ингаляцияси.
2. Тизимли ГКС.
3. Кислород терапия;
4. Т/и эуфиллин 2,4% – 10 мл, т/и, 2 марта/кун 3 давомида узайтирилган теофиллинга ўтиш: 100–300 мг 2 марта/кунига.
5. ЖНХ 1, сатурация O_2, томир уриши.

ГКС ни перорал қабул қилиш масаласини ечиш.

• ЖНХ1 оғир симптомлари < 60%. Дастлабки терапиядан сўнг яхшиланиш йўқ.

1. β_2-агонистлар ингаляцияси;
2. Кислород;
3. Тизимли ГКС;

4. Т/и эуфиллин 2,4% – 10 мл, т/и, 2 марта/кунига 3 кунгача узайтирилган теофиллинга ўтиш: 100 – 300 мг 2 марта/кунига.

5. т/и β_2 – агонистларни киритиш мумкин: изадрин 0,5% 0,5 – 1,0 мл 200 мл физ. эритма билан.

• Салбий жавоб: оғир симптомлар, хуши карахт. ЖНХ1<30%; PCO2 > 45 ммHg,PO_2 < 60ммHg. Реанимацияга ўтказиш:

1. β_2 – агонистлар ингаляцияси.
2. Тизимли ГКС.
3. Кислород терапия.
4. Т/и эуфиллин 2,4% – 10 мл, т/и, 2 марта/кунига 3 кунгача узайтирилган теофиллинга ўтиш: 100–300 мг 2 марта/кунига.
5. Интубация.

ОҒИР КЕЧУВЧИ ГИПЕРТОНИК КАСАЛЛИК (ГК),
КХТ Шифри –10: I. 10-15.

1. ТАЪРИФ.

Гипертоник криз (ГК), клиник симптомлари билан намоён бўлувчи артериал босимнинг кескин ортиши, ва нишон аъзоларнинг шикастланишини олдини олиш ёки чеклаш максадида дархол назорат остига олишни талаб этувчи ҳолат.

2. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.

ГК фавқулодда ёрдамни талаб қиладиган энг кенг тарқалган ҳолатлардан бири ҳисобланади. ГК фавқулодда вазиятларнинг умумий сонининг 25–28% ини ташкил этади. ГК билан оғриган беморларнинг тахминан 5–10% да бир ёки бир нечта ГК эпизодлари ривожланиши кузатилади.

3. ПАТОГЕНЕЗ.

ГК ривожланишига ҳисса қўшувчи патогенетик омиллар – вазоспазмга (α- ва β-рецептор фаолиятида етишмовчилик) генетик мойиллик; юқори миқдорда қонда айланувчи ангиотензин II ва норадреналин; кининоген, кининлар ва простациклинлар етишмовчилиги; қон томир эндотелийси шикастланиши ва вазодилатация қилувчи воситаларнинг «ажралиб чиқишини» камайиши билан намоён бўлади.

4. ТАСНИФЛАШ.

Гипертоник кризлар (ГК) – қон босими ортиши билан кечувчи фавқулодда ҳолатлардан ҳисобланади. ГК индивидуал юқори бирликларгача қон босими кескин ортиши билан ифодаланади, мия, коронар, буйрак, қон айланиши ва ўткир вегетатив симптоматикани ёмонлашуви аломатлари билан ифодаланади. Ҳатто нишон аъзоларнинг оғир симптомлари пайдо бўлишига ва ёмон-

лашувига олиб келувчи қон босимининг 180/120 мм рт. ст гача кўтарилиши (турғун бўлмаган стенокардия, ўткир чап қоринча етишмовчилиги, аорта аневризмаси, эклампсия, фалаж, кўрув нерви сўрғичи шишиши) ГК деб талқин қилинади.

Гипертоник кризлар (ГК) нинг 2 тури мавжуд:

– ҳаётни хавф остига қўядиган тури – клиник симптомокомплекс (ўткир гипертоник энцефалопатия; геморрагик инсульт, субарахноидал қон қуйилиши, мия шиши; ўткир чап қоринча етишмовчилиги (ЎЧҚЕ); ўпка шиши; турғун бўлмаган стенокардия, ўткир миокард инфаркти (ЎМИ), аорта аневризмаси, эклампсия, ўткир буйрак етишмовчилиги).

– ҳаётни хавф остига қўймайдиган тури – қуйидаги симптомокомплекс билан кечади (жаррохликдан олдинги гипертония, жаррохликдан кейинги гипертония, стресс-огохлантирган гипертония, оғрик келтирувчи гипертония, оғир ривожланувчи гипертония, нишон аъзоларнинг прогрессив шикастланиши).

Ҳаётга таҳдид солувчи шароитлар орасида айрим экспертлар феохромоцитома, бош жароҳати, шунингдек оғир даражада бурун қонашларида АБ ўсиши, ҳомиладорлик ва томир чоклари етишмовчилигини кўрсатиб ўтадилар.

5. СИМПТОМАТИКА.

ГК нисбатан кескин бошланиши (бир неча дакикадан бир неча соатгача), алоҳида юқори қон босими даражаси, мия, юрак хуружлари мавжудлиги билан тавсифланади. Гипертоник кардиал кризи: юрак соҳасида оғрик, юракни нотекис уриш хисси, нафас сикиши пайдо бўлиши мумкин. Маълум белгилар – юқори АБ 220/120 мм рт. ст. (ва ундан юқори) фонида ЧҚ (чап қоринча) ўткир етишмовчилиги. Авж олиш босқичида беморда ўпка шиши юзага келади. Шу билан бирга, юракдаги оғрик безовта қилиши мумкин. Ўпка шиши бу каби оғир шароитида осонгина шаклланадиган оқибатларга олиб келиши мумкин.

6. ТАШХИС. ТЕКШИРУВ ПРОТОКОЛИ.

Шикоятлар – интенсив бош оғриғи; юрак соҳасида оғрик; бош айланиши; кўнгил айниши ва қусиш; кўз атрофида «кора доғлар» айланиши; юрак тез уриши ва юрак фаолиятида бузилишлар; нафас сикиши пайдо бўлиши мумкин.

Анамнез – олдин ташхис қилинган АБ кўтарилишлари, ирсият, ёмон одатлар, бирга келувчи касалликлар ва ҳоказо.

Клиник кўрик:

- Умумий аҳволи: (қониқарли; ўрта оғирликда ; оғир; ўта оғир);
- онг (аниқ; чалкашган; сопор; кома I, II,III);
- аҳвол (фаол; пассив; мажбурий).

• Тери қатламлари (оддий; рангсиз; гиперемирланган; цианотик; қуруқ; нам);
• Кўз қорачиғлари (оддий рангда; сарғайган);
• Оёқ қўлларда шишлар;
• Нафас олиш мустақил, аппарат орқали (ЎСВ); НОС;
• Нафас олиш органлари аускультатив характеристикаси (везикуляр; заифлашган; хириллашлар; қаттиқлик);
• Юрак аускультатив характеристикаси: пульс – ритмик, аритмик; юрак тонлари – бўғиқ, ритмик, аритмик; ЮҚС; АБ.

Текширув усуллари:

Зарурий:

• тонометрия;
• электрокардиограмма(ЭКГ).

Қўшимча:

• ЭхоКГ;*
• Брахиоцефал артериялар ЦДС;*
• буйраклар ультратовуш текшируви;
• офтальмоскопия;
• рентген ОГК;
• мочевина, қон креатинини;
• қонда глюкоза;
• УККТ (умумий клиник қон тахлили),УКСТ;
• Қон ивиш вақти (ҚИВ);
• коагулограмма.*

7. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗ.

– Миянинг транзитор ишемик ҳужуми (ТИХ) церебрал ишемик турдаги ГК – АБ юқори кўрсаткичлари фонида. ТИХни ишемик инсультдан фарқлайдиган энг муҳим қиёсий хусусиятларидан бири, клиник сурат динамикаси ҳисобланади: ТИХ да у 24 соат ичида нормаллашади. Камдан кам ҳолларда олдин миокард инфаркти ўтказган, ГК билан оғриган беморларда аорта аневризмини Принцметал – Массуми синдромидан фарқлашга тўғри келади: юрак ва кўкрак соҳасида оғриқлар (бирон бир сабабларсиз пайдо бўлувчи ва узоқ давом этувчи), иррадиациясиз, сўлак оқиши, терлаш; ЭКГ хуруж пайтида ҳам, ундан кейин ҳам динамикада эмас, нитроглицерин самарасиз, беморлар ёши 30 дан 70 ёшгача;

– Мигрень хуружи. Кучли бош оғриғи, бир томондан (ихтиёрий) бироз юқори кўтарилган ёки оддий қон босими фонида юзага келади, стереотипик хусусиятга эга (анамнез жуда катта аҳамиятга эга), баъзан аурадан бошланади;

– Юқори артериал гипертензия фонида содир бўлган пневмония, айниқса икки тарафлама, ўткир ЮЕ (юрак етишмовчилиги) туфайли юзага келган ўпка шишига ўхшаш бўлиши мумкин. Иситманинг мавжудлиги, заҳарланиш белгилари, мукопурулент ёки йирингли балғамни ажралиши, шунингдек пневмонияга хос бўлган бошқа белгилар мавжудлиги вазиятни тўғри таҳлил қилишга ёрдам беради.

– Пейдж синдроми – транзиторли гипертензия, тахикардия, кўкрагида нотекис қиррали қизил доғлар пайдо бўлиши, бу соҳада кўпинча гипергидрозлар билан ифодаланган ювенил гипертониянинг диэнцефал шакли ҳисобланади; бунда кўпинча катталашган қалқонсимон без (струмэктомия самарасиз), асосий алмашинувнинг енгил ўсиши, ва экстракраниал артерияси гемодинамик стенози бўлган беморларда транзитор гипертония (қон босимининг сезиларли даражада ошиши бўйиннинг кескин бурилишида) кузатилади ва қон босимининг кунлик даволаш пайтида аниқ намоён бўлади.

– Артериал гипертензияли беморда ўпка артерияси тромбоэмболияси (ЎАТ) кардиал турдаги ГК ни тақлид қилиши мумкин. Асосий дифференциал ташхис белгиси – тўсатдан ўткир нафас қисилиши, гипоксиянинг оғир ҳолатларида – ЭКГда ўзгаришлар. Беморда оёқлар ёки оёқ катта тери ости томирида чукур томир тромбозини (ЧТТ) аниқлаш муҳимдир.

– Феохромоцитома билан боғлиқ криз. Феохромоцитоманинг асосий клиник белгилари қон босимининг сезиларли даражада (250/140–300/160 мм.гача), тахикардия (100–130 юрак уриши билан) бирга, иситма, бош айланиши, пульсация қилувчи бош оғриғи, титраш, корин ости соҳада, оёкларда оғриқ, рангсизлик, нафас олишнинг тезлашиши, кўз қорачиғларининг кенгайиши, кўришнинг, эшитишнинг ёмонлашуви, чанқоқлик ҳисси, тез-тез сийиш. Хуружнинг давомийлиги – 5 дақиқадан 10 минутгача (1 соатгача). Касалликнинг ривожланиши билан пароксизмалар давомий, оғир ва тез-тез учрайди. Жиддий ҳолатларда ҳар куни 5–10 та хуруж содир бўлиши мумкин, улар турли аритмиялар, кўриш ва эшитиш қобилияти заифлашиши билан кечади. Хуружлар кўпинча ўз-ўзидан пайдо бўлади, ҳеч қандай сабабсиз, лекин улар жисмоний ёки психофизик стресс билан қўзғатилиши мумкин. АБ пароксизмал ошиши гипергликемия, лейкоцитоз, қон ва сийдикда катехоламин ва винилминдал кислотаси концентрациясининг сезиларли даражада ошиши билан бирга кечади. Қисман кризлар билан қон босимининг барқарор ўсиши 25% ҳолларда кузатилади. Беморлар озган ва рангсиз бўлади. Қон босимининг енгил кўтарилиши ҳатто кўзнинг, юракнинг, буйракларнинг ретинал томирларида қон айланишини пасайишига олиб келиши мумкин. Хуружлар эуфиллин, папаверин, магний сульфат, допегит, клофелин и резерпин препаратлари тайинланганда тез-тез қайталанади.

8. ДАВОЛАШ.

А. Калций антагонистлари препаратлари гуруҳи:

Таб. Нифедипин 10 мг 1 таб. Тил тагига, ёки

Таб. Амлодипин 10 мг 1 таб. 1–2 марта кунига

Б. АПФ ингибиторлари гуруҳи препаратлари:

Таб. Эналаприл 10 мгдан 40 мг гача кунига; ёки Таб. Лизиноприл 5 мг дан 20 мг гача кунига;

В. АРА гуруҳи препаратлари:

Таб. Лозартан 25 мг дан 100 мг гача кунига.

Г. Бета-адреноблокаторлар (БАБ) гуруҳи препаратлари:

Таб. Пропраналол 10 мг дан 40 мг гача кунига; ёки Таб. Атеналол 50 мг дан 150 мг гача кунига

ёки Таб. Небивалол 2,5 мг дан 10 мг га кунига

ёки Таб. Бисопролол 2,5 мг дан 15 мг кунига.

Д. Диуретиклар:

Таб. Фуросемид 40 мг дан 120 мг гача кунига; ёки

ЎЧҚЕ билан бирга кечувчи ГК да терапияга қуйидагилар қўшилади:

Амп. фуросемид 1% эритма 2,0 мл дан 20,0 мл кунига, т/и;

Амп. нитроглицерин 0,5–8,0 мкг/мл/дақ (5,0–200,0 мкг/дақ) т/и томчилаб.

Криз тўхтатилгандан кейин АБ мақсадли даражасига эришиш учун. АГ терапиясига биринчи танлов препаратлари билан бошланади.

ЎТКИР ПНЕВМОНИЯЛАР

КХТ Шифри -10:J. 13-18

1. ТАЪРИФ.

Пневмония – мажбурий интра алвеоляр экссудация билан ўпка респиратор бўлимларининг ўчоқли шикастланиши билан ажралиб турувчи, этиологияси, патогенези, ўткир инфекцион касалликлар (асосан бактериал) морфологик хусусиятларига кўра фарқланадиган гуруҳ ҳисобланади.

2. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. Касалланиш 60 ёшдан катта ёшдаги одамларда мингта аҳоли сонига 20 дан 44 гача ҳолатларда учрайди. Ушбу беморларда пневмониянинг ўлим даражаси 10–33% ни, бактеремия билан асоратланган пневмониялар эса 50% гача.

3. ПАТОГЕНЕЗ.

Касалликнинг асосий юктириш йўли – бу ҳалкумнинг таркибий қисмларининг аспирацияси. Пневмония ривожланишининг энг кенг таркалган механизми беморнинг нафас олиш йўлларининг эпителиясига зарар етказа-

диган омиллар таъсири остида, заиф беморларда кузатилиши мумкин бўлган нафас олиш микрофлорасининг фаоллашиши ҳисобланади. Бир қатор беморларда оғиз бўшлиғи ва ҳалкумнинг аспирацияси (палатал бодомсимон безнинг устида, тишни қопловчи қатлам) ва шунга ўхшашлар пневмонияни ривожланишига олиб келади. Ҳалкум таркибидаги микроаспирация нафақат ютишнинг неврологик касалликларида намоён бўлиб қолмай, балки 1/3 қисм соғлом одамларнинг, асосан уйқуларида ҳам кенг тарқалган ҳолатдир.

4. ТАСНИФЛАШ

• Шифохонадан ташқарида пневмония (communiti-acquired pneumonia) – беморда шифонадан ташкарида ривожланувчи пневмония.

• Нозокомиал пневмония – бемор шифохонага ётқизилгандан сўнг 48 соат ўтгач юзага келган пневмония. Ўпка сунъий вентиляциясида (ЎСВ) бўлган беморларда пневмония, – нозокомиал пневмониянинг бир туридир. Бу ЎСВ да 48 соатдан ортиқ бўлган беморда юзага келган пневмония.

• Иммунотанқислик фонидаги пневмония – иммунотанқислик ҳолатидаги беморларда пневмония.

5. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗ.

Қон айланиш кичик доирасидаги турғун ўзгаришлар шаклланиши билан кечувчи юрак-қон томири тизими (ЮҚТТ) касалликлари ва пневмония ўртасида дифференциал ташхисга алоҳида эътибор қаратилиши керак. Патогенетик ёки пневмония фонида кечувчи пневмония билан боғлиқ касалликлар (бронхоэктатик касаллик, ўпка абсцесси, ўпка саратони – паракансроз пневмония), 2–4% да ўпкада инфильтрация мавжудлигида туберкулез аниқланади.

6. Ташхис. ТЕКШИРУВ ПРОТОКОЛИ

Шикоятлар – тана ҳарорати кўтарилиши; титраш; балғам чиқариш билан йўталиш; бош оғриқлари; нафас олиш сиқилиши.

Анамнез – аввалги бошдан кечирилган нафас олиш органлари касалликлари; зарарли одатлар; қийин меҳнат шароитлари (чанг, бўёқ моддалари, реагентлар билан боғлиқ ишлар ва ҳоказо).

Клиник кўрик:

• Умумий аҳвол (қониқарли; ўрта даражада; оғир даража; ўта оғир; агонал, клиник ўлим);

• Эс хуши (аниқ, карахт, сопор, кома I, II, III);

• аҳволи (фаол; пассив; мажбурий);

• тери қатламлари: оддий рангда; рангпар; гиперемирланган; цианотик; курук; нам;

• кўз склераси оддий рангда; иктерик;

• оёқ қўлларда шиш бўлиши;
• нафас олиш мустақил, аппарат ёрдамида (ЎСВ);НОС;
• нафас олиш органлари аускультатив таснифи, везикуляр; сустлашган; хириллашлар; дағал нафас;
• юрак аускультатив характеристикаси: тонлар; ЮҚС; АБ.

Текширув усуллари:

Асосий

• умумий қон таҳлили;
• умумий балғам таҳлили;
• антибиотикларга сезгирликни аниқлаш учун балғамни экиш*****;
• кўкрак қафасини олд, орқа ва ён томон R-графияси;
• электрокардиограмма (ЭКГ).

Қўшимча:

• коагулограмма; атипик қўзғатувчиларга серологик тадқиқот** ***; БК учун балғам таҳлили;
• эндотрахеал аспирация ва фибробронхоскопия ёрдамида таҳлил учун намуналар олиш*****;
• бронхо-альвеоляр лаваж*****;
• плевра пункцияси;
• бронхоскопия*****;
• Умумий сийдик таҳлили;
• Биокимёвий таҳлил (натрий, калий, глюкоза, мочевина, ва креатинин)*****;
• Қон газларини ва кислота, ишқор мувозанатини баҳолаш*****;
• пикфулометрия*****;
• ТНФ*****.

7. ДАВОЛАШ.

1. ***Оғир пневмонияларнинг патогенетик терапияси:***

1. Иммунитет ўрнини босувчи даво:
1.1. Натив ёки янги музлатилган плазма 1000–2000 мл 3 кунлик.
1.2. Стафилококкга қарши, кўк йиринг таёқчасига қарши плазма 4–5 мл/кг/кунида.

2. Микроциркулятор бузилишларни бартараф этиш:

2.1. Гепарин 20000 бирлик/кунида.
2.2. Альбумин 100мл, 200мл реополиклюкин 2 марта кунига.

3. Дезинтоксикацион даво

3.1. Тузли эритмалар (физиологик, рингер) 1000–3000мл.
3.2. Глюкоза 5% 400–800мл/кунига.

4. Кислородли терапия.

5. Глюкокортикостероидлар. т/и преднизолон 60–90мг/ кунига.

6. Бронхолитик терапия:

6.1. Эуфиллин 2,4% – 10 мл 2 марта/кунига. т/и ёки узайтирилган теофиллинлар: 100–200 мг 2 марта кунига.

6.2. Сальбутамол 2 дозадан нафас олиш 4 марта/кунида.

7. Балғам кўчирувчи: Амброксол 30 мг 3 марта/кунида ёки 60 мг 2 марта/кунида.

8. Оғриқ синдроми: диклофенак натрий 25 мг 1 марта/кунида.

Пневмониянинг эмпирик микробга қарши терапияси (шифохонада)

Таснифи	Тавсия қилинадиган даво
Шифохонага ётқизилиши керак бўлмаган беморлар:	
– махсус инфекцияси йўқ.	макролидлар: азитромицин ёки кларитромицин.
– юрак ёки ўпка касалликлари йўқ.	
Шифохонага ётқизилиши керак бўлмаган беморлар:	β-лактамлар ичишга цефуроксим, ва бошқалар.
– ЮЕ, СЎОК аломатлари ёки махсус инфекция хавфи омиллари	Фторхинолонлар: левофлоксацин.
Шифохонага ётқизилиши керак бўлган беморлар: ЮЕ, СЎОК аломатлари ёки махсус инфекция хавфи омиллари	β-лактамлар т/и: цефотаксим, цефтриаксон; ёки азитромицин билан моно терапия т/и ёки β-лактам т/и ёки респираторли фторхинолонлар билан даво.

Нозокомиал пневмонияларнинг (НП) эмпирик давоси

Эҳтимолий қўзғатувчилар	Тавсия қилинадиган антибактериал дори востиалар
Эрта НП ли беморларда эмпирик терапия (< 5 кун) хавф омилисиз (ХО).	
StreptococcuspneumoniaeH. InfluenzaeS. aureus, MSSA сезувчан. энтеробактериялар: *E. Coli, Klebsiellaspp. Enterobacterspecies, Proteus spp. Serratia spp.*	Амоксициллин/клавуланли кислота, ёки цефтриаксон, ёки левофлоксацин, ципрофлоксацин ёки меропенем.
НП ли беморларда эмпирик даво хавф омиллари (ХО) бўлганда.	

Юқорида қайд этилган патогенлар, резистент қўзғотувчилар: *Ps.aeruginosa: Klebsiellaspp.*(БЛРС) *Acinetobacterspecies, S. Aureus(MRSA) Legionellapneumophila.*	Кўк йиринг таёқчасига карши цефалоспорин (цефтазидим, цефепим), ёки карбапенем (имипенем ёки меропенем) + Кўк йиринг таёқчасига карши фторхинолон (левофлоксацин ёки ципрофлоксацин), ёки аминогликозид (амикацин) + ванкомицин.

Шифохонадан ташқари пневмония учун антибактериал дори воситаларнинг тавсия қилинган дастлабки дозалари

Цефуроксим	т/и, м/и 750 мг 3 марта/ кунида
Цефтриаксон	т/и 2 г 1-2 марта/ кунида
Меропенем	1 г ҳар 8 соатда
Амикацин	15 мг/кг/ кунида бир марта томчилаб
Левофлоксацин	750 мг 1 р/сут т/и, кейин ичига 500–750 мг 1–2 марта/ кунида
Ципрофлоксацин	200 мг 2-3 м/сут. т/и, ичига 500 мг 2 марта/кунига
Ванкомицин	15 мг/кг ҳар 12 соатда
Азитромицин	500 мг/кунига 5-7 кунида

Нозокомиал пневмония учун антибактериал дори воситаларнинг дастлабки дозалари

Цефтриаксон	2 г 3 марта кунида 2 г 2 марта кунида
Цефтазидим	2 г ҳар 8 соатда, ёки болюс 2 г т/и, кейин доимий инфузия 3 г/кун
Меропенем	1 г ҳар 8 соатда
Амикацин	15-20 мг/кг/ кунида бир марта томчилаб
Левофлоксацин	750 мг/ кунида 400 мг ҳар 8 соатда
Ванкомицин	15 мг/кг ҳар 12 соатда

СУРУНКАЛИ ЎПКА ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИ НАФАС ЕТИШМОВЧИЛИГИНИНГ II-III ДАРАЖАЛИ АСОРАТЛАРИ БИЛАН.

КХТ Шифри - 10:J.40-47

1. ТАЪРИФ.

СЎОК – сурункали ўпка обструктив касаллиги, нафас олиш тизимининг сурункали касалликлари гуруҳини бирлаштирувчи тушунча: сурункали обструктив бронхит (СОБ), ўпка эмфиземаси (ЎЭ), оғир кечувчи бронхиал астма (БА). СЎОК гуруҳининг шакллантирувчи аломати – сурункали нафас олиш етишмовчилиги симптомлари ортиши билан аста-секин ўсиб борувчи қайтарилмас бронхиал обструкция.

2. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.

СЎОК дунё миқёсида касаллик ва ўлимнинг етакчи сабабларидан бири бўлиб, муҳим тиббий муаммодир. Барча ёш гуруҳларида эркаклар ва аёллар ўртасида СЎОКнинг таркалиши мос равишда мингта аҳолига 9,3 тани ташкил қилади ва минг аҳолига 7,3 тани ташкил этади.

3. ПАТОГЕНЕЗ.

СЎОКнинг асосий патогенетик омиллари, маҳаллий бронхопулмонал ҳимоя қилиш тизимининг дисфункцияси, бронхиал шиллиқ қаватнинг қайта ташкил этилиши, классик патогенетик учликнинг ривожланиши (гиперкриния, дискриния, мукостаз) ва яллиғланиш медиаторлари ва цитокинларни чиқариш.

4. ТАСНИФЛАШ.

СЎОКнинг оғирлиги бўйича таснифи (GOLD, 2006).

- I босқич (енгил СЎОК): ҳаво оқими тезлигининг (Жадаллаштирилган ҳаво чиқариш ҳажми ЖҲЧХ1 / ўпканинг жадаллаштирилган ҳаётий ҳажми ЎЖҲХ <0.70; ЖҲЧХ1> 80%) енгил чекланганлиги билан тавсифланади. Сурункали йўтал ва балғам ишлаб чиқариш белгилари мавжуд бўлиши мумкин, аммо ҳар доим эмас.
- II босқич (ўрта оғир СЎОК): нафас олиш жараёнида одатда ривожланаётган нафас қисқариши билан ҳаво оқими тезлиги чекловлари

(ЖҲЧХ1/ЎЖҲХ <0.70, мос қийматлар 50% <ЖҲЧХ1 <80%), йўтал ва балғам ишлаб чиқариш.

- III босқич (оғир СЎОК): ҳаво оқими тезлиги чекловларини (ЖҲЧХ1 / ЎЖҲХ <0.70, 30% <ЖҲЧХ1 <50% мос қийматлар), нафас қисқаришининг кучайиши, машқ қилиш қобилиятини камайтириши, чарчоқ ва такрорлаб бораётган зўрайишлар, ва булар доим беморнинг ҳаёт сифатига таъсир килади

• IV босқич (ўта оғир СЎОК): ҳаво оқимининг тезлиги (ЖҲЧХ1 / ЎЖҲХ <0.70, ЖҲЧХ1 <30% ёки ЖҲЧХ1 <50%, шунингдек, сурункали нафас олиш етишмовчилиги мавжудлиги) билан боғлиқ даражада қаттиқ чекловлар билан тавсифланади. Ушбу босқичда ҳаётнинг сифати жиддий даражада бузилади ва касаллик зўрайиши ҳаёт учун хавфли бўлиши мумкин.

Нафас етишмовчилиги (НЕ).

Ривожланиш тезлигига кўра, қуйидагиларга бўлинади:

•Ўткир нафас етишмовчилиги

• Сурункали нафас етишмовчилиги

НЕ нинг умумий белгилари: гипоксимия белгилари: нафас қисилиши; полицитемия ва ўпка артериал гипертензияси (ЎАГ); гиперкапния белгилари: тахикардия, тизимли вазодилатация, уйқусизлик, кундузги уйқусизлик, эрталаб бош оғриғи, кўнгил айниши, НОС > 25 мин / дақ, ёрдамчи мушак гуруҳларининг нафас олишда иштироки.

Оғирлик даражаси бўйича НЕ таснифи:

Даража	Ра02, мм сим. уст.	Sa02, %
норма	> 80	> 95
I	60–79	90–94
II	40–59	75–89
III	< 40	< 75

Касалликнинг иккита шакли тафовут этилади – эмфизематоз ва бронхитик.

• эмфизематоз формаси кўпроқ панацинар эмфизема билан боғлиқ. Бундай беморларни образли тарзда «пушти пишилловчилар» деб аташади, чунки бевақт юз берадиган бронхлар экспиратор коллапсини олдини олиш учун нафас чиқариш лабларни трубкасимон жипслаштириш орқали амалга оширилади ва бунда пишиллаш товушлари эшитилади. Клиник суратда ўпка сиртининг диффузион кичрайиши сабабли осойишталикда нафас қисилиши рўй беради.

• Бронхитик формаси центриацинар эмфиземада кузатилади.

Доимий гиперсекреция нафас олиш ва чиқаришда қаршилик ўсишига олиб келади, бу вентиляцияни анча бузилишига сабаб бўлади.

5. ҚИЁСИЙ ТАШХИС.

СЎОК ва БА қиёсий ташхисининг асосий мезонлари

Белгилар	СЎОК	БА
Касаллик бошида бемор ёши	35-40 ёшдан катта	Кўпроқ болалар ва ўсмирларда*
Анамнезда чекиш	характерли	характерли эмас
Аллергиянинг ўпкадан ташқари кўринишлари**	характерли эмас	характерли
Симптомлар (йўтал ва нафас қисилиши)	доимий, секин ривожланади	клиник ўзгарувчан, хуруж сифат пайдо бўлади: кун давомида, кундан кунга, мавсумий
Астма бўйича ирсият	характерли эмас	характерли
Бронх обструкцияси ***	Қайтиши қийин ёки қайтмайди	қайтади

** БА ўрта ва кекса ёшларда бошланиши мумкин; ** – аллергик ринит, конъюнктивит, атопик дерматит, эшакеми; *** – СЎОК ва БА шубҳали ташхис қўйиш ҳолларида БА нидентификация қилувчи қуйидаги кўрсаткичлар ёрдам бериши мумкин: ЖҲЧХ ни ўсиши1> 400 мл қисқа таъсирли бронходилататор билан ингаляцияга жавобан ёки ЖҲЧХ ўсиши1>30 мг/сут преднизолон билан 400 мл 2 ҳафта даволашдан кейинга қараганда. СЎОК ли беморларда ЖҲЧХ1 ва ЖҲЧХ1/ЎЖҲХ кўрсаткичлари даволаш туфайли нормал рақамларга етмайди.*

6. ТАШХИС. ТЕКШИРУВ ПРОТОКОЛИ.

Шикоятлар – нафас қисилиши (айниқса эрталаблари); йўтал; ҳаво етишмаслиги ҳисси; тана ҳарорати ошиши; титраш; бош оғриқлари.

Анамнез – нафас олиш органларининг олдинги касалликлари; ёмон одатлари; номаъқул меҳнат шароитлари (чанг, бўёқ моддалари, реагентлар билан ишлаш ва ҳоказо).

Клиник кўрик:

• Умумий ҳолат(қониқарли; ўртача даража; оғир; ўта оғир; агонал, клиник ўлим);

• хуши (хуши аниқ; чалкашган; сопор; кома I, II,III);

• ахвол(фаол; пассив;мажбурий);

• тери қатламлари (оддий рангда; рангсиз; гиперемирланган; цианотик; курук; намланган);

• кўз қорачиғлари (оддий рангда;сарғайган);

• оёқ қўлларда шиш;

• нафас олиш мустақил, аппарат ёрдамида (ЎСВ);НОТ;

• нафас олиш органлари аускультатив характеристикаси (везикуляр; заифлашган; хириллаш; дағаллик);

• юрак аускультатив характеристикаси: юрак тонлари; ЮҚС; АБ.

Текширув усуллари:

Асосий:

• умумий қон тахлили(УҚТ);

• умумий балғам тахлили;

10–II том

• антибиотикограмма билан балғам посеви***;

• кўкрак кафаси олдинги-орқа ва ён тарафи проекцияси R-графияси;

• электрокардиограмма(ЭКГ).

Қўшимча:

• коагулограмма;

• антипик қўзғотувчиларга серологик текширув***;

• БК га балғам тахлили;

• Эндотрахеал аспирация ва фибробронхоскопик усули билан тахлил учун намуналар олиш***;

• умумий сийдик тахлили(УСТ);

• биёкимёвий текширув (натрий, калий, глюкоза, мочевина, ва креатинин)***;

• қондаги газларни ва КИҲ ни аниклаш***;

• пиклофлуметрия***;

• ТНФ***;

• бронхоальвеоляр лаваж***;

• плевра пункцияси;

• бронхоскопия ***;

7. ДАВОЛАШ.

Зўрайган СЎОК, ўртача, огир кечувчи бронхиал обструкцияни даволаш:

1. **Кислородли терапия.** Оксигенотерапия 2–5 л/дак, 18 ч/кунига бўлмаган қонда газ таркибини 30 дақдан кейин назорат қилиш билан.

1.1. Доимий кислородли терапия: $Pa0_2$<55 мм.рт.ст. ёки $Sa0_2$<88% тинч ҳолатда Pa0<56–59 мм.рт.ст., ёки $Sa0_2$ <89% «ўпка юраги» мавжудлигида ёки эритроцитоз (НТ>55%).

1.2. Вазиятли кислородли терапия: $Pa0_2$<55мм.рт.ст. камайиши ёки SaO_2 <88% жисмоний иш пайтида; $Pa0_2$ <55 мм.рт.ст. камайиши ёки SaO_2<88%.

2. бета-2-агонистлар гуруҳи препаратлари:

Сальбутамол 2 нафас олиш суткасига 3–4 марта;

3. Метилксантинлар гуруҳи препаратлари:

Эуфиллин эритмаси 2,4%–10 томир ичига, суткасига 2 марта киритилади (240–960 мг/сут, тезлиги 0,5 мг/кг/ч ЭКГ назорати остида) 3 кун давомида, узайтирилган формасига ўтган ҳолда 100–300 мг 2 марта суткада.

4. Глюкокортикостероидлар(ГКС):

Беклометазон билан ингаляция 500–1000 мкг/сут 2 марта.

Зўрайган СЎОК, ўртача огир кечувчи бронхиал обструкцияни даволаш:

1. Кислородли терапия. Оксигенотерапия 2–5 л/дақ, камида 18 ч/сут 30 дақиқадан сўнг қондаги газ таркибини назорати билан.

1.1. Доимий кислородли терапия: PaO_2<55 мм.рт.ст. ёки SaO_2<88% тинч ҳолатда PaO_2<56–59 мм.рт.ст., ёки SaO_2 <89% «ўпка юраги» ёки эритроцитоз мавжудлигида (НТ>55%).

2. Вазиятли кислородли терапия: PaO<55 мм.рт.ст., пасайиши ёки SaO <88% жисмоний юкламада; PaO_2<55 мм.рт.ст., пасайиши ёки SaO_2<88% уйку пайтида.

3. бета$_2$ – агонистлар гуруҳи препаратлари:

Сальбутамол 2 марта нафас олиш суткасига 3–4 марта.

4. Метилксантин препаратлари:

Эуфиллин эритмаси 2,4%–10 мл томир ичига, кунига 2 марта (240–960 мг/кунига, тезлиги 0,5 мг/кг/ч ЭКГ назорати остида) 3 кун давомида, узайтирилган формасига ўтган ҳолда 100–300 мг 2 марта кунига.

5. Глюкокортикостероидлар (ГКС): пероралформа.

Преднизолон таблеткаси даврий схема бўйича: 1–2–3 кунлари 30 мг суткада (2 таб. 8.00 да эрталаб, 2 таб. 12.00 да кундузи, 2 таб. 15.00 да кундузи, 40 дақиқа овқатдан сўнг, 4–5–6 кунлари – танаффус, кейин такрорлаш: 7–8–9 кунлари преднизолон кўрсатилган схема бўйича, 10–11–12 кунлари танаффус, 13–14–15кунлари–преднизолон юқори қайд этилгандек). Кейин преднизолонни бутунлай қабулини тўхтатиш масаласини ҳал килиш ёки кейинчалик дозасини камайтирган ҳолда уни ҳар икки кунда қабул қилишга ўтиш.

Беклометазонли ингаляция 500–1000 мкг/сут 2 қабул билан.

Зўрайган СЎОК, ўртача огир кечувчи бронхиал обструкцияни даволаш:

1. Кислородли терапия. Оксигенотерапия 2–5 л/дақ, 18 ч/сут кам бўлмаган қонда газ таркибини 30 дақ дан кейин назорат қилиш билан.

1.1. Доимий кислородли терапия: PaO2<55 мм .рт.ст., ёки Sa02<88% тинч ҳолатда PaO_2<56–59 мм.рт.ст., ёки SaO_2<89% «ўпка юраги» мавжудлигида ёки эритроцитоз (НТ>55%).

1.2. Вазиятли кислородли терапия: PaO_2<55 мм рт. ст. камайиши ёки SaO <88% жисмоний иш пайтида; Pa02<55 мм рт. ст. камайиши ёки Sa02<88%.

2. бета$_2$ – агонистлар гуруҳи препаратлари:

Сальбутамол 2 нафас олиш 3–4 марта суткада.

3. Метилксантинлар препаратлари:

Эуфиллин эритмаси 2,4% – 10 мл томир ичига, кунига 2 марта (240–960 мг/кунига, тезлиги 0,5 мг/кг/ч ЭКГ назорати остида) 3 кун давомида, узайтирилган формасига ўтган ҳолда 100–300 мг 2 марта кунига.

4. Глюкокортикостероидлар (ГКС): пероралформа.

Беклометазон билан ингаляция 500–1000 мкг/кунига 2 қабул билан.

Пульс-терапия ГКС: метилпреднизолон дастлабки доза

500 мг/суткасига ошмаган ҳолда: 1 кун – 250 мг преднизолон 100 мл физ. эритмага 2 марта суткада 8 соат ва 20 соат; 2 кун –250 мг преднизолон 100 мл физ.эритмага,

бир марта; 3 кун – 125 мг преднизолон т/и , бир марта. 4-кундан юқорида қайд этилгандак даврий схемага ўтилади, преднизолон дозаси 25 мг/ кунига 1-кун 500мг/кунига, 2-кун 250мг/кунига, 3-кун 125мг/сут.т/и.

Перорал ГКС даврий схема бўйича: биринчи 3 кун 30 мг/ кунига, кейинги 3 кун танаффус, яна 2 марта қайтариш, ГКС дан тўлиқ воз кечишни ҳал этиш ёки камайтирилган доза билан ҳар икки кунда қабул қилишга ўтиш.

5. Балғам кўчирувчи препаратлар:

Амброксол таб 30 мг дан 3 марта кунига, ёки 60 мг дан 2 марта кунига.

6. Адекват антибактериал терапия: Фақат бактериологик тасдикланган инфекция борлигидагина тайинланади.

7. Антикоагулянтлар:

Фраксипарин 0,3–0,6 мл дан тери остига полицитемия бор бўлса.

Беморда ўпка-юрак етишмовчилиги бўлган ҳолда:

1. Вазодилататорлар.

Нитроглицерин амп 0,5–8,0 мкг/мл/дақ (5,0–200,0 мкг/дақ) т/и томчилаб *(*препаратлар диурез сонини, АБ ва ЮҚС ни кейинчалик назорати билан тайинланади*)*.

2. Диуретиклар.

Фуросемид таб 40 мг дан 120 мг гача кунига, ёки,

Фуросемид амп 1% эритма 2,0 мл дан 20,0 мл гача кунига, томир ичига (кўрсатмаларга кўра ортиқча дегидротациясиз).

3. Калций антагонистлар гуруҳи препаратлари:

Амлодипин таб 2,5 мг дан 10 мг кунига (препаратлар АБ ва ЮҚЧ ни назорати билан тайинланади).

4. АПФ ингибиторлари гуруҳи препаратлари:

Эналаприл таб 10 мг дан 40 мг гача кунига; ёки

Лизиноприл таб 5 мг дан 20 мг гача кунига (*препаратлар АБ ва ЮҚЧ ни назорати билан тайинланади*).

ЖИГАР ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ДЕКОМПЕНСАЦИЯ БОСҚИЧИДАГИ ЖИГАР ЦИРРОЗИ.

ХКТ шифри – 10.К72-74

К 72. Бошқа рубрикаларда таснифланмаган жигар етишмовчилиги.

К 73. Бошқа рубрикаларда таснифланмаган сурункали гепатит.

К74. Жигар фибрози ва циррози.

1. ТАЪРИФ.

Жигар циррози (ЖЦ) – сурункали полиэтологик, авж олиб борувчи жигар касаллиги бўлиб, гепатоцитлар миқдорининг сезиларли даражада пасайиши, паренхима структураси ва жигар қон томирлар тизимини қайта тузилиши, фиброзни шаклланиши, регенерация тугунларининг ҳосил бўлиши натижасида жигар етишмовчилиги ва портал гипертензия ривожланиши билан характерланадиган касаллик.

2. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.

ЖЦ дан ўлим даражаси турли мамлакатларда 100 минг аҳолига 14 дан 30 тагача тўғри келади. Вирусли гепатит 10–23,5% ҳолларда вирусли ЖЦ ривожланишига олиб келади.

3. ПАТОГЕНЕЗ.

Вирусли ЖЦ патогенезида организмда гепатит В ва С вирусларининг узоқ муддат яшаши ва унинг оқибатида иммуно-яллиғланиш жараёни, вирусларнинг цитопатик (гепатотоксик) таъсири ва аутоиммун реакцияларнинг ривожланиши муҳим аҳамиятга эга. Аутоиммун ЖЦнинг ривожланишида аутоиммун реакциялар натижасида авж олиб борувчи иммун-яллиғланиш жараёни билан жигар тўқимасини некрози кузатилади. Алкоголли ЖЦ патогенезида алкогол метаболит маҳсулоти ацетальдегид таъсирида гепатоцитларнинг зарарланиши ва жигарда фиброзланиш жараёни авж олиб боради. Билиар жигар циррози ривожланишида ўт йўлларига нисбатан аутоиммун реакциялар асосий роль ўйнайди.

4. ТАСНИФЛАШ.

Чайлд-Пью бўйича таснифлаш.

Чайлд-Пью таснифи касалликнинг ҳар бир белгисини муайян баллар билан баҳолашга асосланган. Бунда яшовчанликни уч синфга бўлиб аниқланилади: А, В ва С.

Ҳар бир параметр учун 1 балл қўйилади, агар:

- Асцит кузатилмаганда;
- Билирубин 34 мкмоль/литр дан кам;
- Жигар энцефалопатияси йўқ;
- Протромбин индекси 60 дан юқори, ёки протромбин вақти 1 дан 4гача, ёки ХНМ (МНО) 1,7дан паст.

2. *Ҳар бир параметр учун 2 балл қўйилади, агар:*

- Бошқарилиши енгил бўлган асцит;
- Билирубин 50 мкмольгача;
- Альбумин 2,8 дан кам эмас;
- Енгил ва бошқариладиган жигар энцефалопатияси;
- ПТИ 40 дан кам эмас, ёки ПТВ 4 дан 6 гача, ёки ХНМ 2,2 дан кўп эмас.

3. *Ҳар бир параметр учун 3 балл қўйилади агар:*

- Бошқарилиши қийин бўлган асцит;
- билирубин 50 дан юқори;
- альбумин 2,8 дан кам;
- Бошқариш қийин бўлган ва 3 ёки 4 даражали жигар энцефалопатияси;
- ПТИ 40 дан кам, ёки ПТВ 6 дан юқори, ёки ХНМ (МНО) 2,2 дан юкори.

Баҳоланувчи параметрлар	Чайлд-Пью бўйича синф		
	A (1 балл)	B (2 балл)	C (3 балл)
Умумий билирубин	<34 мкмоль/л	34–50 мкмоль/л	>50 мкмоль/л
Қон плазмасидаги альбумин	>3,5 г	2,8–3,5 г	<2,8 г
Асцит	абс	бошқарилувчи	бошқарилиши қийин бўлган
Жигар энцефа-лопатияси	абс	I–II дар. (енгил, терапевтик бошқарилувчи)	III–IVдар. (оғир, бошқа-рилмайдиган)
ПТИ, (%) *ёки* ПТВ (с), *ёки* МНО.	>60% 1–4 с >1,70	40–60% 4–6 с 1,71–2,20	<40% >6 с >2,20

Балларни ҳисоблаш ва хулоса:

А синф: 5–6 баллгача бўлса, бунда 1 йиллик яшовчанлик фоизи 100% га, икки йиллиги 85% га тенг.

Б синф: 7–9 баллгача бўлса, бунда 1 йиллик яшовчанлик фоизи 81% га, икки йиллиги 57% га тенг.

С синф: 10–15 баллгача бўлса, бунда прогноз анчагина ёмон, 1 йиллик яшовчанлик фоизи 45%га, икки йиллик 35% га тенг.

5. ДИАГНОСТИКА ВА ТЕКШИРУВЛАР ПРОТОКОЛИ.

Шикоятлар – ўнг қовурға остида оғриқлар, оғриқнинг овқатдан сўнг кучайиши; кўнгил айниши, баъзан қайт қилиш; оғиз қуриши ва аччиқ там хисси, тери қичиши, қорин дам бўлиши, озиш, умумий ҳолсизлик.

Анамнез – вирусли гепатит ўтказилганлиги, спиртли ичимликларни суи-истеъмол қилиш.

Клиник кўрик:

- Умумий аҳволи (қониқарли, ўрта оғир, оғир, ўта оғир);
- Хуши (аниқ, хиралашган, сопор, кома I, II,III);
- Ҳолати (фаол, пассив,мажбурий);
- Тери қатламлари (ранги, гиперемияси, тошмалар мавжудлиги);
- Кафтлар эритемаси (бор, йўқ);
- Кўз склераси (оддий рангда, сарғайган);
- Шишлар (бор,йўқ);
- Нафас олиш (мустақил, ЎСВ), НОС;
- Ўпка, юрак аускультатив маълумотлари, АБ, ЮҚС;
- Тил (тоза, карашли, нам, қуруқ, малина рангида, лакланган);
- Қорин (юмшоқ, катталашмаган, катталашган, каттиқ, шишган, оғриқли);
- Қорин олд девори веналари кенгайиши (бор, йўқ);
- Жигар, талоқ (катталашмаган, катталашган,);
- Гинекомастия (бор, йўқ);
- Асцит (бор, йўқ);
- Ич келиши (равон, қабзият, диарея).

Текширув усуллари:

Асосий:

- ЎТТ (жигар ва ўт йўллари,талоқ);
- Умумий қон таҳлили;
- Биокимёвий таҳлил (билирубин, АЛТ, АСТ, ишқорий фосфатаза, ГГТ, умумий оқсил, альбумин);
- Коагулограмма*;
- ҚИВ(ВСК).

Қўшимча:

- Мутахассислар маслаҳати*: гепатолог, жаррох;
- Ўпка рентгенографияси (ўпка асоратлари гумон қилинганда);
- ЭФГДС;
- Гепатит маркерларига қон таҳлили*;
- Умумий сийдик таҳлили;
- Иммунологик кон таҳлили*.

6. ДАВОЛАШ.

1. Антиазотемик терапия.

1.1. Гепамерц (10–30 мл + натрий хлорид 0.9% – 200 мл, 1–2 марта кунига.)

1.2. Дюфалак (15–60 мл 2–4 марта кунига)

1.3. Аммиак ҳосил қилувчи микрофлорани камайтириш: метронидазол (250–500 мг 3–4 марта/кунига.)

2. Оқсил препаратлари инфузияси. Альбумин (10–20% 200–400 мл/кунига).

3. Яққол цитолитик фаолликда:

3.1. Гептрал (400 мг т/и оқим билан 1марта/кун.)

3.2. ГКС – Преднизолон (30–40 мг/ кун.)

4. Портал гипертензияни камайтириш учун:

4.1. Бета-блокаторлар: Пропранолол 10–40 мг, Атенолол 6,25–100мг/ кун., Небиволол (1,25–5 мг/кун.), Бисопролол (1,25–10мг/кун.) АБ ва ЮҚС назоратида.

4.2. Нитратлар: Изосорбид 5-мононитрат (10–20 мг/кун.) АБ назоратида.

4.3.Диуретиклар: Фуросемид (1% эритма, таб. 40–80 мг/кун), Индапамид (1,5–2,5 мг/кун.)

5. Альдостерон антагонистлари:

Спиронолактон (25–50 мг/кун.) узоқ муддатга.

6. Холестатик синдром мавжудлигида:

Урсосан (10–15мг/кг/кун.) узоқ муддатга.

7. Гастропротектор терапия:

7.1. H_2 – гистамин блокаторлари – Ранитидин (2 мл ёки таб. 300 мг/кун).

7.2. Протон помпа ингибиторлари – Омепразол (20–40 мг/сут).

ТИЗИМЛИ ЭРИТЕМАТОЗ (ВОЛЧАНКА). ЭРИТЕМАТОЗ КРИЗ

КХТ Шифри -10. М. 32

1. ТАЪРИФ.

Тизимли эритематоз (ТЭ) – турли орган тизимларига таъсир қилувчи сурункали иммун касаллиги, тўқималарга зарар етказиши ва орган функциясининг бузилиши, одатда терининг, шиллиқ пардалари, марказий асаб тизими, буйраклар ва қонни зарарланишини келтириб чиқарувчи иммун комплекслари ва аутоантитаначалар.

2. ПАТОГЕНЕЗ.

ТЭ назоратсиз АТ ишлаб чиқариш билан характерланадиган иммунокомплекс касалликдир. Марказий йўналиш – аутоантигенларга нисбатан чидамлиликнинг йўқолиши ҳисобланади. АутоАТ ИКнинг шаклланишида иштирок этади, бу ўз навбатида касалликнинг турли белгилари, айниқса буйрак ва МАТ зарарланишининг пайдо бўлишига ва ривожланишига олиб келади. Кўпгина АТ-ларнинг циркуляцияси ушбу АТни ишлаб чиқарувчи В ҳужайраларининг гиперактивлиги билан боғлиқ. Қон ва суяк илигида турли хил ҳужайраларни емирувчи ҳужайралар сони ортади. АТ нинг назоратсиз ишлаб чиқарилиши ҳам, В-ҳужайраларининг спонтан гипер реактивлиги ва CD5-лимфоцитлар бузилиши фонида Т-хелперлар гиперфункцияси (С04-лимфоцитлар) туфайли содир бўлади. ТЭ ҳолатида турли органларга нисбатан органга қарши детерминантларга эга бўлган кўп миқдорда анти-тўқима АТ, шунингдек, ИК аникланади. Хусусан, юракка қарши, кардиолипидга қарши, буйракка қарши ва бошқа АТ лар аниқланган, шунингдек, алоҳида қон элементларига қарши қаратилган АТ, яъни антилейкоцитар, антитромбоцитар ва антиэритроцитар АТ лар.

3. ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ.

Касаллик учраши 100 минг аҳолига 15–50 ҳолат тўғри келади.

4. ТАШХИС. ТЕКШИРУВ ПРОТОКОЛИ.

Шикоятлар – тана ҳарорати кўтарилиши; бўғинларда оғриқ; ҳолсизлик; озиш; юзларда эритема пайдо бўлиши, бурун кўприги; танада тошмалар; нафас қисилиши; шишлар; юрак ритми бузилиши; АБ кўтарилиши; диспептик ҳолатлар; сийдик ранги ўзгариши.

Анамнез – вирусли инфекциялар билан касал бўлиш; дори препаратларини қабул қилиш; интоксикациялар; ҳомиладорлик.

Клиник кўрик:

- Умумий аҳвол (қониқарли, ўрта оғир, оғир, ўта оғир);
- онг (аниқ, чалкашган, сопор, кома I, II, III);
- аҳвол (фаол, пассив, мажбурий);
- тери қатламлари (рангпар, гиперемирланганлик, тошмалар мавжудлиги);
- кафтларда эритема (бор, йўқ);
- кўз қорачиғлари (оддий рангда, сарғайган);
- шишлар (бор, йўқ);
- нафас олиш мустақил (ЎСВ), НОТ;
- ўпка, юрак аускультатив ҳолати, АБ, ЮҚС;
- тил (тоза, қараш билан қопланган, намланган, қуруқ малина рангли, лакланган);
- қорин (юмшоқ, катталашган, катталашмаган, таранглашган, шишган, оғриқ)

- олд қорин девори томирининг кенгайиши (бор, йўқ);
- жигар, талоқ (катталашган, катталашмаган);
- гинекомастия (бор, йўқ);
- асцит (бор, йўқ);
- ич келиши (мунтазам, қабзиятли, диарея).

Текширув усуллари: ***Мажбурий:***

- УҚТ; УСТ;
- Биокимёвий таҳлил (мочевина, креатинин, умумий оқсил, альбумин, АЛТ, АСТ, билирубин, калий);
- LE-ҳужайралар учун қон таҳлили;**
- ЭКГ;
- ЭхоКГ;*
- Кўкрак қафаси органлари ва бўғимлар рентгени;
- Жигар, буйраклар ультратовуш текшируви.

Қўшимча:

- офтальмоскопия;
- ревматолог маслаҳати*;
- коагулограмма;
- тери биопсияси**.

5. ДАВОЛАШ.

1. **Глюкокортикостероидлар:**

Метилпреднизолон (пульс терапия – 1000 мг/сут т/и 3 кун, қувватловчи дозага ўтиш).

2. **Цитостатиклар:**

Циклофосфан, пульс-терапия 1200 мг т/и, кейин 200 мг/ҳафта 6 ой давомида.

3. **Нестероид яллиғланишга қарши терапия** (Диклофенак эритмаси 3 мл мушак ичига 1 марта суткада).

4. **Плазмафарез.**

5. **Симптоматик терапия:**

Артериал гипертензия бўлса: гипотензив дори воситалари:

А. калций антагонистлари: Нифедипин 10 мг 1 таблетка тил тагига, сўнгра Амлодипин 2,5–10 мг 1 т/суткада.

Б. АПФ ингибиторлари: Эналаприл 10 мг 40 мг гача/суткада. Лизиноприл 2,5; 5; 10; 20 мг, ИАПФ га карши кўрсатма бўлганда – АРА II Лозартан гуруҳи препаратлари 25 мг дан 100мг гача/суткада.

В. Бета-адреноблокаторлар: Атенолол 25–100 мг 1 т 2 марта кунига,

Бисопролол 2,5–10мг/сут, Альфа-адреноблокаторлар: Празозин 1–4 мг/суткада.

Шишиш синдроми мавжудлигида

А. Диуретиклар: Фуросемид 1% эритмаси, т. Фуросемид 40 мг, Спиронолактон 50 мг, Индапамид 1,5; 2,5 мг. Гастропротекция мақсадида:

А. H_2-гистамин блокаторлари (Фамотидин эритмаси 2 мл, т.Фамотидин 20, 40 мг),

Б. протон помпаси ингибиторлари (Омепразол капс 20-40 мг 1–2 м/сут., Пантопразол 40 мг 1 м/сут).

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ (ЮИК) ЎТКИР КОРОНАР СИНДРОМ

КХТ Шифри – 10. I 120-124/

I. **124.8** оралиқ. ўткир коронар синдроми(ЎКС).

I. 120.0. Нотурғун зўриқиш стенокардияси

I. 121.0-121.3. Ўткир миокард инфаркти (МИ) патологик Q тишчаси билан.

I.121.4. Ўткир миокард инфаркти (МИ) патологик Q тишчасиз

I.121.9. Аникланмаган ўткир миокард инфаркти (МИ) – ташхис қўйиш кийин бўлганда.

I.122. Қайталанувчи миокард инфаркти (МИ).

I.122. Такрорий миокард инфаркти (МИ).

1. ТАЪРИФ.

Ўткир коронар синдром (ЎКС) – бу ўткир ривожланувчи миокард ишемияси туфайли юзага келадиган ҳолатларни таърифлаш учун йиғма атама: ST сегмент кўтарилишли ва ST сегмент кўтарилишсиз миокард инфаркти, ностабил стенокардия (НС). Бу атама ушбу ҳолатларнинг якуний диагностикасини аниклаш учун тиббий тактикаларни танлаш зарурати билан боғлик.

2. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.

ЎКС дан ўлим ҳоллари таркибида юрак томир касалликлари (ЮТК) етакчи ўринни эгаллайди. Шундай қилиб, 40% ҳолларда 40–59 ёшли эркакларнинг ўлимининг сабаби ЎКС эканлигини, бу ўлимларнинг 80% ни ЮТК туфайли юзага келгани исботланди. Ўлимнинг асосий сабаби МИ ва унга боғлиқ асоратлардир.

3. ПАТОГЕНЕЗ.

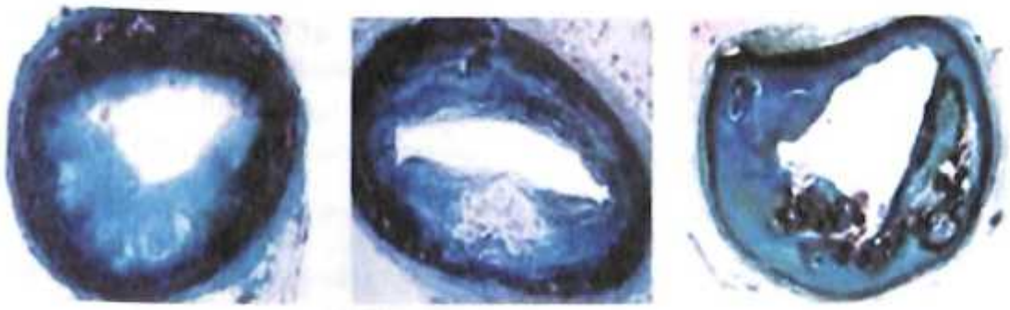
Ўткир коронар синдромнинг асосида пилакча ёрилиши, тромб шаклланиши билан тромбоцитлар фаоллашуви ва агрегацияси, эндотелий дисфункцияси, томирлар спазми каби ўзаро бир-бири билан боғлиқ жараёнлар ётади.

Ёрилган пилакча. Пилакча ёрилиши, ностабил стенокардия ва миокард инфаркти асосида (ST сегмент кўтарилиши ва ST сегмент кўтарилишисиз) ётади. Тромбоцитлар шикастланган пилакчада ётади, улар фаоллашади ва агрегатланади, коагулация тизими фаоллашади ва тромб ҳосил бўлади. Пилакча ёрилиши яллиғланиш туфайли ҳам рўй беради, шу жумладан, лимфоцитлар ва макрофаглар фаоллашуви рўй беради.

Тромбоз. Субэндотелий билан тромбоцитлар алоқага киришганда уларнинг адгезияси, агрегацияси ва охир-оқибат тромбни пайдо бўлишига олиб келади. Тромбоцитлар фаоллашганда, гликопротеид IIb/IIIa конформацияси ўзгаради, бу эса тромбоцитларни янада фаоллаштиришга ва агрегацияга олиб келади. Бу тромбнинг шаклланишини сезиларли даражада тезлаштиради, бу эса тромбнинг янада ўсишини ва стабиллашишини келтириб чиқаради. ST сегментининг кўтарилишисиз ўткир коронар синдром учун, коронар артерияларнинг тўлиқ ёпилмаганлиги, ST сегмент кўтарилиши билан ўткир коронар синдром, коронар артерияларнинг тўлиқ ёпилиши билан характерлидир.

Қон томирлари спазми. Субэндотелийдан чиқарилган маҳаллий медиаторлар ёки ўсиб бораётган тромбнинг таъсири остида томирларнинг спазмаси юзага келиши мумкин ёки бу бирламчи бўлиши мумкин. Ўз-ўзидан, коронар артериянинг асосий спазмаси ўткир коронар синдромни, масалан вазоспастик стенокардияга (Принцметал стенокардияси) олиб келиши мумкин. Спазм кўпинча тромбозга ҳисса қўшадиган бекарор пилакчада пайдо бўлади. Ангиографик жиҳатдан ўзгармас коронар артериялар билан бирга эндотелиал дисфункцияси ва спазми ҳам пайдо бўлиши мумкин.

Иккиламчи омиллар. Мураккаб бўлмаган пилакчаларда, тинч стенокардияда миокардни кислородга бўлган талабни ошиши (тахикардия, оғир гипертония, кокаин истеъмоли, тиреотоксикоз, иситма, сепсис) ва унинг етказилишининг (анемия, гипоксияда) пасайиши туфайли юзага келиши мумкин.



Барқарор пилакча **Бекарор пилакча** **Ёрилган пилакча**

4. ТАСНИФЛАШ

ST сегментининг ЭКГдаги изоэлектрик чизиқ позициясига боғлиқ ҳолда, ЎКСнинг иккита тури ажратилади:

– ЎКС ST элевацияси – ST сегментни изолиниядан юқорига кўтарилиши. ST сегментининг кўтарилиши билан ўткир коронар синдром, кўкракдаги оғриқ ёки бошқа нокулай ҳис-туйғулар мавжудлиги ва ST сегментининг доимий кўтарилиши ёки ЭКГдаги Гис боғламининг чап оёғидаги «янги» (биринчи бўлиб пайдо бўлган) блокадаси билан тавсифланади. ST сегментининг доимий кўтарилиши коронар артериянинг ўткир тўлиқ окклюзияси борлигини акс эттиради.

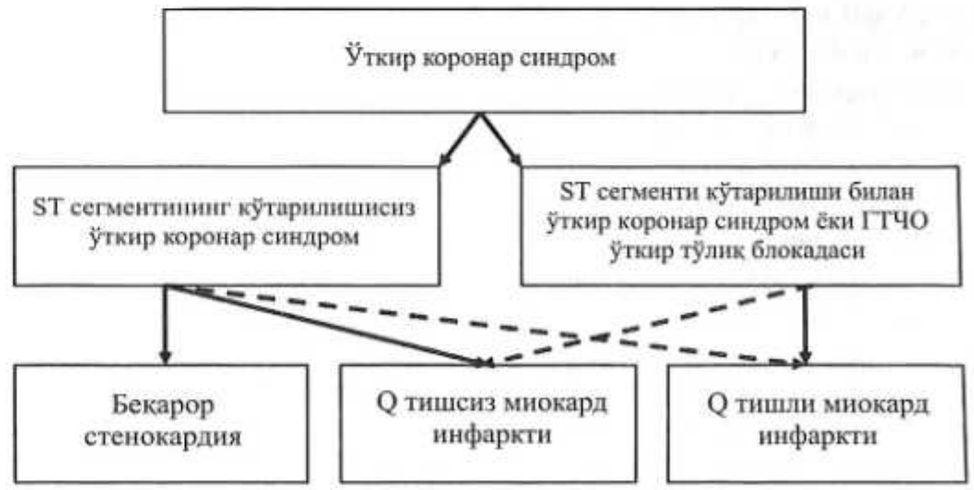
– ЎКС ST элевациясиз – изолиниядан ST кўтарилиши йўқ. ST сегментининг кўтарилишисиз ўткир коронар синдромда кўкрак қафаси оғриғи ва ЭКГда актив миокард ишемияси кузатилади, аммо ST сегментли кўтарилиш мавжудлиги билан ажралиб туради ва ST сегменти кўтарилиши бўлмаган ностабил стенокардия (БС) ва миокард инфарктини ўз ичига олади.

БС қуйидаги формаларга эга:

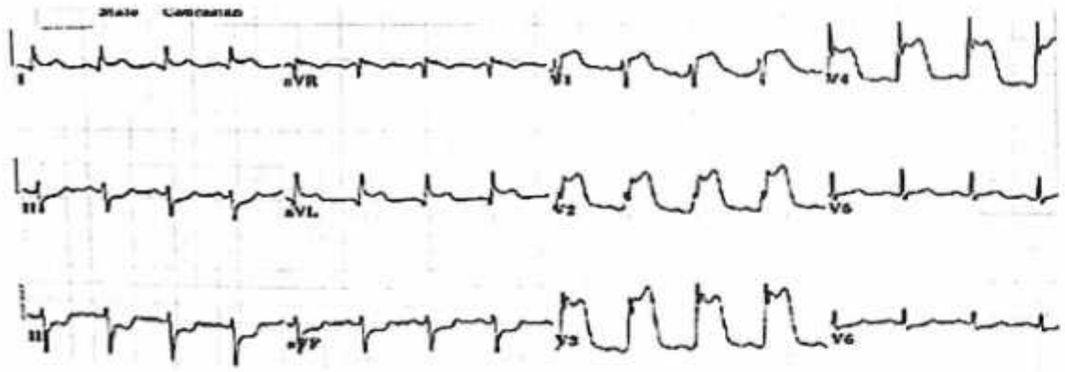
1. Бекарор стенокардияни биринчи марта пайдо бўлиши (стенокардия биринчи хуружи пайдо бўлгандан кейин 1 ой давомида).
2. Ривожланувчи зўрикиш стенокардияси.
3. Понтан (вариантли) стенокардия.
4. Эрта инфарктдан кейинги стенокардия.

ЎМИ замонавий таснифи уни қуйидагиларга бўлади:

1. Юрак мускулларининг ҳажми ва чуқурлиги бўйича шикастланиши.
2. Касаллик кечиши характери бўйича.



ЧҚ олд девори бўйича ST сегмент кўтарилишли ЎКС –ЭКГ суратида.



ЎКС 72 соат давомида БС ёки ЎМИ га айланади.

3. МИ ни локализацияси бўйича.
4. Касаллик босқичи бўйича.
5. МИ нинг мавжуд асоратлари бўйича.

Юрак мушагининг шикастланиш ҳажми ва чуқурлиги жиҳатидан:

Q тишли ЎМИ (некроз ўчоғи юрак мушагининг бутун қалинлигини қоплаб олади, шунинг учун Q тиши ҳосил бўлади) ва Q тишсиз ЎМИ, бунда некроз ўчоғи фақат ЧҚ нинг субэндокардиал бўлинмаларини қоплаб олади ва ЭКГда Q тиши кузатилмайди. ЎМИ кечиш характери бўйича у қуйидагича бўлади: бирламчи, қайталанувчи (агар миокард инфарктининг ривожланишидан кейин 3 кундан 28 кунгача янги некроз ўчоқлари шаклланиши белгилари мавжуд бўлса) ва такрорий (некрознинг янги марказларининг пайдо бўлиш белгилари олдинги 28 кундан кейин пайдо бўлади). Локализацияга кўра, ЎМИ нинг қуйидаги шакллари ажратилади: ЧҚ нинг олд девори, олдинги латерал, олдинги базал, олдинги тарқалган, орқа, циркуляр (олдинги-орқа) деворлари. Касалликнинг босқичига қараб, улар ўта ўткир (хуруждан бошлаб 2 соатгача), ўткир (2 соатдан 10 кунгача), ўткир ости (10 кундан 4–8 ҳафтагача) ва чандиқланиш(одатда 4–8 ҳафтадан сўнг) даврларга бўлинади.

5. КЛИНИК МАНЗАРАСИ.

Шикоятлар:

– Юракда кучли оғриқ (ангиноз ҳуруж) билан оғриган беморларда ЎКСнинг ўзига хос клиник белгиси ҳисобланади. Оғриқ, юрак соҳасида, стернумнинг орқасида жойлашган бўлиб, корин бўшлиғининг чап ва ўнг томонига, ҳатто эпигастрал соҳаларда ҳам тарқалиши мумкин. Кўп ҳолларда оғриқ чап қўлга, чап елкасига, куракка, бўйинга тарқалади. Оғриқ одатда сиқиб, босиб ёки ёндиради. БС билан ангиноз ҳуружлар 15–20 дақиқадан ортиқ давом этади ва нитроглицерин билан тўхтатилади, ЎМИ да эса 20 дақиқадан кўпроқ давом этади, нитроглицерин билан тўхтатиб бўлмайди.

– нафас қисиши, ўткир чап қоринча етишмовчилигининг субъектив намоён бўлиши ЎМИ беморларининг ярмидан кўпида кузатилади.

– ўткир қон томир етишмовчилиги – кўпчилик ЎМИ билан оғриган беморларда оғриқ синдроми белгилари кузатилади. Беморлар тўсатдан кескин заифликдан, совуқ ёпишқоқ тердан шикоят қилишади.

– аритмиялар – беморларнинг 90% да турли ритм ва ўтказувчанлик бузилишлари кузатилади.

Анамнез: БС ва ўткир миокард инфаркти бўлган беморларнинг кўпчилигида ЮИКнинг клиник кўринишлари, шунингдек, айрим хавф омиллари (артериал гипертония, дислипидемия, тамаки чекиш, семизлик, қандли диабет) мавжудлигига ишора қилади.

Объектив текширув: терининг рангпарланиши, оёқларнинг совиши ва терлаш, айниқса, ЎМИ билан касалланганда. Юрак аускултациясида юрак тонлари бўғиқлашганлиги, ўпкаларда – сусайган везикуляр нафас олиш, майда пуфаксимон нам хириллашлар, улар ўткир чап қоринча етишмовчилиги борлигидан далолат беради.

6. ТАШХИС. ТЕКШИРУВ ПРОТОКОЛИ

Клиник кўрик:

- Умумий ҳолат (ўрта оғир, оғир, ўта оғир, агонал, клиник ўлим);
- хуши (тоза, чалкашган, сопор, кома I, II,III);
- ҳолати (фаол, пассив, мажбурий);
- тери қопламлари (оддий, рангсиз, гиперемирланган, цианотик);
- нафас олиш (мустақил, СУВ);
- ўпка пальпатор, перкутор ва аускультатив маълумотлари;
- юрак соҳаси пальпатор, перкутор ва аускультатив маълумотлари (АБ, ЮҚС, периферик томирлар);
- ошқозон-ичак тракти ва сийдик йўли органларининг объектив маълумотлари.

Текширув усуллари:

- Асосий:
- электрокардиограмма (ЭКГ);
- кўкрак қафаси аъзолари рентгени;
- ЭхоКГ текшируви;*****
- коронароангиография;*****
- УҚТ, УСТ;
- КФК МВ** ***; тропонин тест*****;
- кондаги глюкоза;
- Қон ивиш вақти.

Қўшимча:

• Коронар томирларнинг МСКТ контрастли ангиографияси; *****

• Мутахассислар маслаҳатлари – интервенцион кардиолог *****; кардиохирург*****;

• Қон КИҲ ва кондаги газларни аниклаш*****.

• Қоннинг биокимёвий таҳлили (АЛТ, АСТ);

• коагулограмма;

• мочевина ва кондаги креатинин *****;

7. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗ.

Ўткир коронар синдромни ўпка артерияси тромбоэмболиясидан (ЎАТЭ), аорта ажралишидан, ўткир перикардитдан, плевритдан, пневмоторакс ва ОИТ ўткир касалликларидан фарклаш керак.

Ўпка артерияси тромбоэмболияси (ЎАТЭ). ЎАТЭ учун горизонтал холатда ёмонлашмайдиган, тўсатдан пайдо бўлувчи нафас қисилиши характерлидир. Оғриқ одатда кўкракнинг латерал қисмларида жойлашган бўлиб, кўпинча нафас олиш билан боғлиқ ва конли йўталиш билан бирга бўлиши мумкин. Кўп ҳолларда оёқ томир тромбози учун хавф омиллари мавжуд. ЭКГ натижалари жуда муҳим, аммо ўнг кўкрак тармоклардаги ўзгаришларни локализация қилиш билан фарклаш ташхисини қийинлаштириши мумкин. Одатда D-димернинг оз миқдори ўпка артерияси тромбоэмболиянинг мавжудлигини инкор этишга имкон беради. Аниқ бўлмаган ҳолатларда ўпка вентиляцияси ва перфузия синтиграфияси кўрсатилади; Энг информатив сифатида кўп детекторли спирали КТ ва ўпка ангиографияси ҳисобланади.

Аорта қатламларга ажралиши. Ўткир коронар синдром ва аорта қатламларга ажралиши дифференциал ташхисда оғриқ синдроми хусусиятларини ҳисобга олишга ёрдам беради: кўп соатли кучли оғриқ синдроми, кўкрак қафаси марказида, бадан орқасида локализациялашган оғриқ, оғриқнинг умуртқа бўйлаб пастга тарқалиши, шунингдек, катта томирларда пульс ва АБ ассиметриясини аниклаш ва диастолик шовқин, аортал етишмовчиликнинг диастолик шовқини, ички қон кетиш белгилари (жумладан, Hb ва Ht даражасининг пасайиши). Кўкрак қафаси рентгенограммаси аорта кўтарилган қисми ёки аорта равоғи аневризмасида ёки умуртқа ва кўкрак қафаси оралиғининг кенгайишини кўрсатади. Трансторакал ЭхоКГ клапан усти қатламини ажралишини ва аорта йиртилишини ташхис қилишда ҳам фойдалидир, лекин энг информатив усул бу қизилўнгач орқали ультратовуш, МРТ ва КТ ёрдамида визуализациядир. Аорта қатламлари ажралиш жараёнига коронар артерияларини жалб қилинганда ЎКС га хос ҳолатини кўриш мумкин.

Ўткир перикардит. ЎКС ва ўткир перикардит дифференциал ташхиси қуйидагиларга асосланади: оғриқ хусусиятлари синдромлари таҳлили (перикардит учун оғриқни нафас олиш, йўтал, тана ҳолати билан боғлиқлиги характерлидир), ЭКГда ўзгаришларда перикардит учун ST сегментнинг конкордантли кўтарилиши ва PR сегментнинг Р тишларидан қарама-қарши томонга сурилиши, ЭхоКГ натижалари ва кондаги миокард некрозининг биокимёвий маркерларининг таркибини қайта аниқлаш. Бу касаллик давомийлиги ва миокардни шикастланиш табиати ўртасидаги мувофикликни белгилаш муҳим аҳамиятга эга (ЭКГ ST сегментни кўтарилиши билан кўпсоатли оғриқ синдроми жиддий миокард шикастланиш аломатлари йўқлигида пайдо бўлган ўткир КА окклюзиясига қарши далил сифатида хизмат қилади).

Ўткир плеврит. Плеврит оғриғи ўткир, санчишли, нафас олишда унинг интенсивлиги ўзгаради.

Пневмоторакс одатда кўкрак кафасининг латерал қисмларида ўткир оғриқ билан кечади, характерли жисмоний белгиларга эга ва рентгенография билан аниқланади.

Қовурғалараро невралгияда оғриқ одатда ўткир бўлиб, қовурғалар оралиғида жойлашади, у нафас олиш, тана жойлашиши билан боғлиқ бўлиб, пальпацияда оғриши ва маҳаллий шиши ва қизариши мумкин.

Қизилўнгач спазмида оғриқ ишемик оғриққа ўхшаб кетади ва кўпинча бир қултум совуқ сув ичгандан кейин ўтиб кетади.

Қорин бўшлиғининг юқори қисми органларининг касалликлари турли диспепсия кўринишларида кузатилади (кўнгил айниши, қусиш) ва пальпацияда қорин оғриши билан намоён бўлади. МИ ни тешилган яра стимуляция қилиши мумкин, шунинг учун кўрик пайтида мажбурий равишда қоринни пальпация қилиш керак, қоринни безовталаниш симтомпларига эҳтиёткорлик билан эътибор бериш керак.

Қайд этилган касалликларни дифференциал ташхисида ЭКГ жуда мухим аҳамиятга эга.

ST сегменти кўтарилиши бўлган ЎКС да ST сегменти кўтарилишининг бошқа эҳтимолий сабабларини мустасно этиш зарур:

- МИ ни бошдан кечирган беморларда чап қоринчанинг сурункали аневризмасини;
- Принцметал стенокардияси;
- Ўткир перикардит;
- қоринчалар эрта реполяризацияси;
- чап қоринча гипертрофияси ёки Гис боғлами чап оёқчасини блокадаси (фақат V1–V2 ёки V3);
- миокардит;
- травма;

- гиперкалиемия (фақат V1–V2);
- Бругада синдроми(V1–V3) Гис боғлами чап оёқчасини блокадаси билан.

ЎКС ли беморни даволашда қуйидагиларга эътибор қаратиш керак:

Мавжуд ишемия миокардига сабаб бўлиши ёки ёмонлашувига таъсир этиши мумкин бўлган юракдан ташқари омилларни аниклаш:

- Иситма;
- Тахиаритмиялар;
- Гипертиреоз(тиреотоксикоз);
- Оғир анемиялар;
- Ташқи муҳитни (экстремал ҳарорат) номаъқул таъсири;
- Стресс ҳолатлари ёки ҳаяжонли безовталанишлар;
- Бемор учун жуда юкори бўлган жисмоний фаолият;
- Оғир артериал гипертензия ёки гипертоник кризис;
- Оғир аорталстеноз;
- Бирга келувчи оғир касалликлар (инфекциялар, жароҳатлар);
- артериал гипотензия;
- гипоксия;
- дозани ошириб юбориш ёки ДВлари ёмон таъсирлари (β-адрено- рецепторлар агонистлари, к типдаги фосфодиэстераза ингибиторлари ва ҳоказо) ва тақикланган воситалар(кокаин);
- тайинланган даволашга паст мойиллик.

ST сегменти кўтарилиши билан ЎКС ташхиси қўйилганда коронар қон окимини тезда, максимал тўлиқ ва барқарор тиклашга ҳаракат қилиш, ҳамда тромболитик терапия ва тери ости ангиопластикаси ёрдамида миокард перфузияси.

8. ДАВОЛАШ.

1. Оксигенотерапия;
2. Томирга доимий киришни таъминлаш.

ЎКС турли формаларининг асосий терапияси (шу жумладан ЎМИ, БС) бир хилдир. Фарки шундаки, ST сегменти кўтарилган ЎКСда реканализацион терапия самарали буюрилади.

Реканализация мақсадида ST сегменти кўтарилган ЎКСда қуйидагилар тавсия этилади:

• тромболитик терапия (стрептокиназа 1,5 млн ЕДт/и томчилаб ангиноз хуруж бошлангандан кейин биринчи 6–8 соат давомида)**

Тромболитик терапияга кўрсатмалар:

Бу типик ангиноз хуруж бўлиб,давомийлиги 30 дақ. ва ундан кўпроқ, ва у ЭКГда ривожланувчи МИ белгиларини кўрсатади:

• ST сегментини изоэлектрик чизиқдан камига 1 мм га қўл ёки оёқлардан бирида кўтарилиши, ёки

• Камида 2 мм га икки кетма-кет кўкрак ўзгаришларида,

• Гис боғлами икки чап шохларида яна ривожланувчи блокада (Гис боғлами чап оёқчасининг блокадаси).

МИ дебютининг атипик клиник суратида, лекин ўзига хос ЭКГ ўзгаришлар бўлса, ТЛТ (Тромболитик терапия)тавсия этилиши мумкин.

• коронароангиография (ТОКА, КА ни транслюминал баллонли ангиопластика (ТБАП) стентлаш)***.

Коронароангиография ўтказишга кўрсатма:

• Тромболитик терапия альтернативаси сифатида ўткир миокард инфаркти бошланишидан 12 соатгача муддатда тери орқали инфаркт билан боғлиқ артерияни реваскуляризациясини амалга ошириш мумкин бўлган ҳар қандай ёшдаги беморларга(ёки сакланиб қолувчи клиник ҳолатларда 12 соатдан ошиқ).

Қўшимча шартлар:

• Ўткир миокард инфаркти бошланганидан дастлабки 3 соатда, коронарангиография ва тери ости аралашувни ўтказиш учун режалаштирилган вакт 60 дақиқадан ошмаслиги керак. 3–12 соат учун – 90 дақиқа;

• беморларнинг ушбу тоифасига аралашувлар ўтказиладиган марказ ва тестларни ўтказувчи операторлар етарли тажрибага эга бўлиши керак;

• шунингдек, марказ қошида кун бўйи ишлайдиган кардиожаррохлик ёрдамини мавжудлиги тавсия этилади.

Реперфузия стратегияси сифатида, биринчи 12 соат мобайнида ўткир миокард инфаркти билан оғриган беморларда қарши кўрсатмалар мавжудлигида тромболитик терапияни ўтказиш.

Ўткир миокард инфаркти бошланганидан 36 соатгача бўлган даврда кардиоген шок белгилари бўлган беморлар учун реваскуларизация операцияси шок белгиларининг бошланишидан 18 соатгача бўлган даврда амалга оширилиши мумкин.

Тромболитик терапия ўтказилган беморларда реперфузия содир бўлмаса, тери оркали «қутқариш» аралашуви (rescue PCI) бажарилиши мумкин.

Медикаментоз даволашга чидамли бўлган ўткир гемодинамик бузилишлар (лекин кардиоген шок эмас).

ST кўтарилиш бўлмаса, реканализацион терапия самарасиз бўлади. ST кўтарилиши бўлмаган ЎКС ва БС билан оғриган беморларда стационар даволанишнинг асосий мақсади ЎМИ ва у билан боғлиқ асоратлар хавфини камайтиришдир. ЎКСда ва БС, агар оғрикли хуруж бартараф этилмаса, беморни коронар ангиографиясини (ТОКА – тери ости коронар аралашуви, ТЛБАП – транслюминал баллонли ангиопластика, КА стентлаш) ташкил қилиш мумкин бўлган касалхонага ўтказиш тавсия этилади.

ЎКС асосий терапияси (жумладанЎМИ, БС) қуйидагидан иборат:

I. Ишемияга қарши (антиангинал)дори воситалари:

• наркотик анальгетиклар: – морфин, фентанил, промедол (т/и, оғриксизлантириш учун)*;

• БАБ (бисопролол 2,5–10 мг/с, ёки карведилол 12,5–50мг/с, Атенолол, 50–100 мг ёки метопролол 25–150мг/с)*;

• нитратлар – т/и инфузия – 10 мг изокет (перлинганит, нитроглицерин) 0,1% – 10,0+ физ.эритма 0,9% – 200,0 мл*;

• Спонтан БС да: кальций антагонистлари кальция амлодипин 5–10 мг/суткада ичига*.

II. Антиагрегантпрепаратлар:

• ацетилсалицил кислотаси 75–100 мг/сут, юкли дозаси 300 мг*;

• клопидогрель 75 мг 1 марта суткада. Юкли дозаси 300–600 мг*.

III. Антикоагулянтлар:

• НМГ – (клексан ёки фраксипарин 0,6 х 1–2 марта/сут тери остига)* ёки

• НФГ – гепарин* 20000 ЕД суткада.

IV. Некроз зонасини чеклаш учун препаратлар.

• АПФ ингибиторлари (эналаприл 2,5–20 мг/с, ёки лизиноприл 2,5–15 мг/с)* ёки

• Ангиотензин II рецепторлари антагонистлари (лозартан 25–100мг)*.

Зўрайган ЎМИ да:

Ўткир юрак-қон томири етишмовчилигида (ЎЮҚТЕ):

• диуретиклар – фуросемид* т/и 2,0–20,0 мл, ёки peros 40–120 мг/сут;

• дофамин** 200 мг т/и 5–10 мг/кг/дак/ ҳисобидан.

Аритмияларда:

• кордарон** (амиодарон) 150мг т/и ва инфузия 450 мг

5% – 200,0 глюкозада;

• калий-глюкозо-инсулинли аралашма*.

Ўткир бутунлай АВ блокадасида: вақтинча ЭКС (электро кардиостимулятор) имплантацияси***.

– Ўткир эрозиялар профилактикаси учун ОИТ томонидан:

Гистамин Н -блокаторлари (т. ранитидин, фамотидин 200 мг/сут, камдан кам ҳолларда фамотидин эрит.ёки ранитидин 2,0 мл/сут,)** ёки

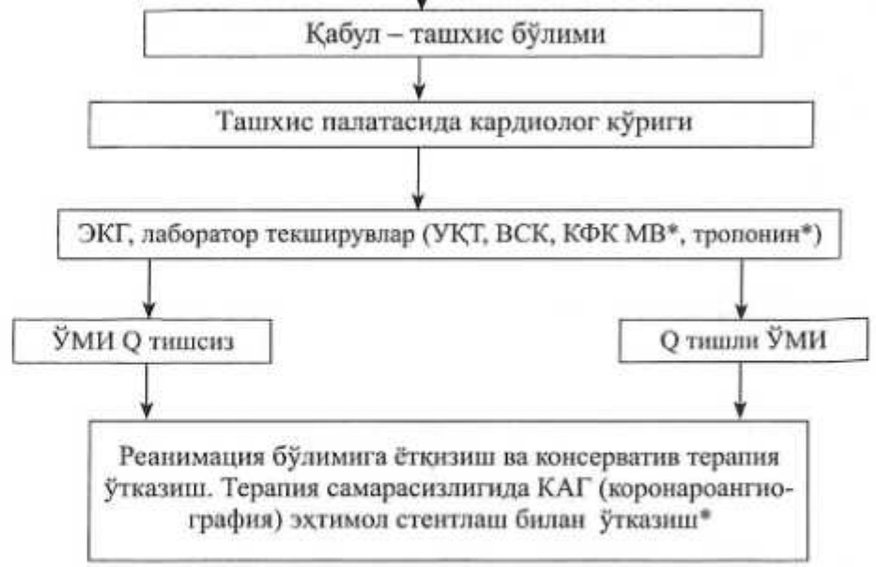
• протон помпа ингибиторлари(омепразол капс 20 мг 1–2 м/сут, Пантопразол 40 мг 1 марта суткада)**.

ЎКС да ташхис ва даволаш алгоритми



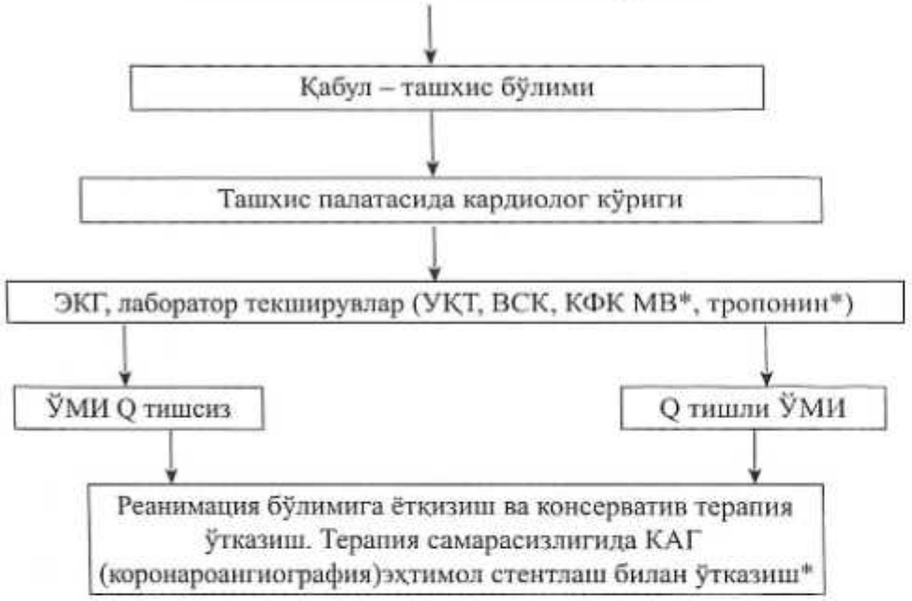
Изоҳ* – филиаллар шароитида ва РНЦЭМП.

ЎМИ да ташхис ва даволаш алгоритми



Изоҳ* – филиаллар шароитида ва РШТЁИМ

ЎМИ да ташхис ва даволаш алгоритми



Изох* – филиаллар шароитида ва РШТЁИМ.

БС да ташхис ва даволаш алгоритми



Изох* – филиаллар шароитида ва РШТЁИМ.

ЎТКИР ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ

КХТ Шифри – 10: I. 50

1. ТАЪРИФ.

Ўткир юрак етишмовчилиги (ЎЮЕ) – систолик ва/ёки диастолик юракнинг функциясининг бузилгандаги клиник синдром – юракнинг зарба ҳажмининг камайиши (ЮЗХ), тўқималарнинг кам перфузиясига, ўпканинг капиллярларидаги босим кўтарилишига ва тўқималарда гипоксия белгиларининг тезкор бошланиши билан тавсифланган клиник синдром.

2. ПАТОГЕНЕЗ.

ЎЮЕнинг пайдо бўлиши, одатда, ЧҚ миокард функциясининг ўткир бузилиши билан боғлиқ бўлиб, натижада периферик қон айланишининг эҳтиёжларини қондириш учун етарли бўлган перфузияни сақлаб қолишга қодир эмас. Шу билан бирга, ЎЮЕ сабабига қарамасдан, тўғри даволаниш бўлмаган тақдирда ўлимга олиб келадиган механизмлар ишга туширилади. ЎЮЕ патогенезида патологик жараённинг ривожланиш даражаси жуда катта аҳамиятга эга. Компенсация механизмлари оқибатларини камайтириш учун вақт йўқ бўлганда, ЎЮЕ пайдо бўлиши эҳтимоллиги ўткир касалликларда энг юқори бўлади. Ривожланиш даражаси ва бу ўзгаришларнинг қайталаниши ЎЮЕ сабаби ва юрак-қон томир касаллигига қараб фарқланади.

3. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.

Эпидемиологик маълумотлар шуни кўрсатадики, 50–60 ёшли одамларда касалликнинг тарқалиши 1% ни, 80 ёшдан кейин эса 10% ни ташкил килади. Кардиоваскуляр касалликларга чалинган беморларнинг ярмида юрак етишмовчилиги, 70–75 ёшдан юқори бўлган беморларда бу касалликларнинг сони 80 фоизга етади.

4. ТАСНИФЛАШ.

Killip таснифи

(кўкрак қафаси клиник аломатларини қайд қилиш ва рентгенография натижаларига асосланган).

Оғирлиги бўйича босқичлар (синфи) тўртга бўлинади.

- I босқич – ЮЕ аломатлари йўқ;
- II босқич – ЮЕ (ўпка майдонинг пастки ярмида намланган хириллашлар, III тон, ўпкада томир гипертензияси аломатлари);
- III босқич – оғир ЮЕ (аниқ ўпка шиши; намланган хириллашлар ўпка майдонининг пастки ярмидан кўпроғига тарқалади);

• IV босқич – кардиоген шок (САБ 90 мм см. ус. периферик вазоконстрикция белгилари билан: олигурия, цианоз,терлаш).

5. ТАШХИС. ТЕКШИРУВ ПРОТОКОЛИ.

Шикоятлар – жисмоний фаолият пайтида ва осойишталикда, айниқса, горизонтал ҳолатда нафас қисилиши, умумий заифлик; юрак нотекис уриши; оёқларда шишлар, қорин катталашуви.

Анамнез – бирга келувчи ва бошдан кечирилган касалликлар мавжудлиги, ёмон одатлар, ирсият.

Клиник кўрик:

• Умумий ҳолат (ўрта оғир, оғир, ўта оғир, агонал, клиник ўлим);
• Хуши (аниқ, чалкашган, сопор, кома I, II, III);
• Аҳвол (фаол, пассив,мажбурий);
• Тери қопламлари (оддий, рангсиз, гиперемирланган, цианотик, намланган);
• нафас олиш (мустақил, НОТ);
• ўпка пальпатор, перкутор ва аускультатив маълумотлари;
• юрак соҳаси пальпатор, перкутор ва аускультатив маълумотлари (АБ, ЮҚС, периферик томирлар);
• ошқозон- ичак тракти ва сийдик йўли органларнинг объектив маълумотлари.

Текширув усуллари:

Мажбурий:

• ҚҚВ (қон қотиш даври);
• коагулограмма;
• КФК МВ** ***; тропонин тести*****;
• Қондаги глюкоза;
• қонда мочевина ва креатинин таркиби;*****
• электрокардиограмма (ЭКГ);
• ЭхоКГ текшируви;*****
• Кўкрак қафаси рентгени.

Қўшимча:

• МСКТ коронар томирлар контрастли ангиографияси; *****
• Мутахассислар маслаҳати – интервенцион кардиолог*****; кардиохирург** ***;
• Қон КИМ ва қондаги газ таркибини аниқлаш;*****
• коронароангиография;*****
• УҚТ, УСТ;
• Қон биёкимёвий таҳлили (АЛТ,АСТ).

6. ДАВОЛАШ:

1. Оксигенотерапия;
2. Томир ичига эркин киришга доимий тайёр бўлишни таъминлаш;
3. Наркотик анальгетиклар (морфин,фентанил)
4. Нитратлар: (спрей 2–4 доза 2–8 марта суткада, ёки/инфузия – 10 мг изосорбит мононитрат (перлинганит/изокет) + физ. Эритма 0,9% – 200,0 мл, ёки per os изосорбитмоно/динитратлар 30–80мг/с).
5. Диуретиклар: фуросемид в/и 2,0 дан 20,0 мл гача/ҳолат оғирлик даражасига боғлиқ ҳолда.

6. Антиагрегант препаратлар:

Ацетилсалицил кислотаси 75–325 мг суткада;

7. АПФ Ингибиторлари: (эналаприл 2,5–20 мг/с, ёки лизиноприл 2,5–15мг/с), ёки

Ангиотензин II рецепторлари антагонистлари (лозартан 25–150 мг).

8. Антикоагулянтлар:

а. ПМГ (паст молекулали гепарин) – (клексан 0,4 х 2 марта тери остига, ёки фраксипарин 0,6 1 марта тери остига) ёки

б. ФМГ – (гепарин 20000 ЕД суткада. Маҳаллий гепарин фл 5000 Ед/мл 5 мл).

ЎЮЕ да ташхис ва даволаш алгоритми



9. АБ паст даражасида:

Дофамин 4%-5,0 в/и 3–20 мкг/кг/дан бошланган тезликда.

10. Аритмияда: (амиодарон 150–450 мг/с – в/и, ёки болюсли инфузия 150–450 мг/с ва per os 200–600 мг/с); ААД I класс (аллапинин 75–150 мг/сут);

11. Юрак глюкозидлари: Дигоксин 0,25%–1,0 в/и юрак бўлмачаси фибрилляцияси (ЮБФ) ва паст ХВ бўлган тақдирда;

12. Бета-адреноблокаторлар: ЎЧҚЕ (ўткир чап қоринча етишмовчилиги) симптомлари тўхтатилгандан сўнг кичик дозалардан бошлаб (бисопролол 2,5–10 мг/с, ёки карведилол 12,5–50 мг/с:, ёки метопролол 25–150мг/с.

Изох* – филиаллар шароитида ва РШТЁИМ.

РИТМ ВА ЎТКАЗУВЧАНЛИК БУЗИЛИШИ.

КХТ Шифри –10. I. 144–149

I.144. Атриовентрикуляр блокада.

1.1.1. Суправентрикуляр пароксизмал тахикардия.

1.1.2. Қоринча пароксизмал тахикардияси.

I.148. Юрак бўлмачаси фибрилляцияси ва титраши.

I.148.0. Қоринчалар фибрилляцияси ва титраши.

1. ТАЪРИФ.

Юрак аритмиялари (юрак ритми бузилишлари) юрак ишидаги қуйидаги нормал бўлмаган кискаришда келиб чиқадиган патологик шароитлар гуруҳидир: юрак уриши ритмидаги ўзгаришлар (тахикардия, брадикардия), синус бўлмаган ритм ёки импульс ўтказувчанлиги бузилиши.

2. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.

Ҳозирги вақтда аритмиялар ва ўтказувчанлик тарқалишининг кўпайиши кузатилмоқда ва уларнинг ЮИК, МИ ва АГ кечишига салбий таъсири исботланган; юрак аритмиялари юрак етишмовчилиги (ЮЕ), МИ, турли тромбоэмболик асоратлар (ТЭА) ва тўсатдан юрак ўлимини (ТЮЎ) мустақил прогнозлаштирувчи белгиси ҳисобланади. Шундай қилиб, маълумки, 50 ёшда аритмия ривожланиш хавфи 0,5% ни ташкил этади. Ҳар бир кейинги йилга келиб ҳаётга хавф икки баробарга ошиб, аста-секин 10 фоизга етади. Эркакларда бу ҳолат аёлларга нисбатан 1,5 баравар юкори.

3. ПАТОГЕНЕЗ.

Юрак ритми бузилиши ривожланишининг асосий электрофизиологик механизмлари:

- Синусли тугун автоматизмини бузилиши.
- Триггерлар фаоллиги (эрта ва кеч постдеполаризация).
- Импульсларни ўтказишдаги бузилиш: импульсни кайта кириш феномени (reentry).
- Ўчаётган (декремент) импульсни юрак тизимига ўтказилиши.

4. ТАСНИФЛАШ.

Ритм бузилишларини ва юрак ўтказувчанлигини таснифлаш Импульс шаклланиши бузилиши

- Экстрасистолиялар (қоринча ва қоринча усти);
- Қоринча усти тахикардияси;
- Қоринча тахикардияси;
- Хилпилловчи аритмия (Бўлмачалар фибрилацияси);
- Қоринчалар фибрилляцияси.

Импульс ўтказмаслик.

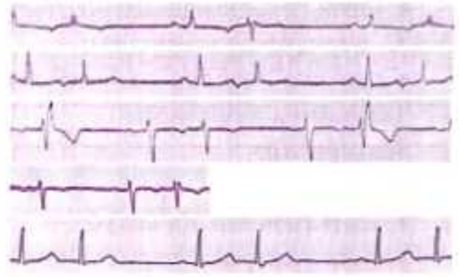
- СА блокадаси;
- АВ блокадаси.

ЭКГ мисоллар.

А.



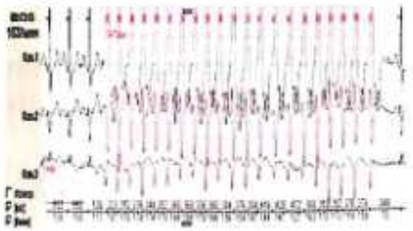
Б.



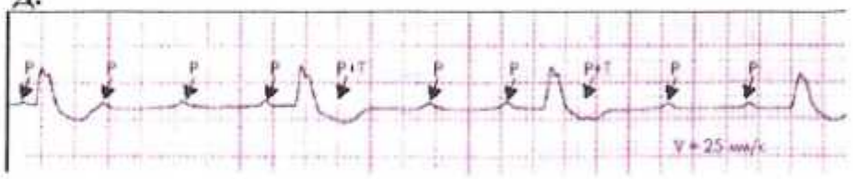
В.



Г.



Д.



А. Юрак ритмининг қоринчали бузилишлари;
Б. Юрак ритмининг қоринча усти бузилишлари;
В. Қоринча усти тахикардияси;
Г. Қоринча тахикардияси;
Д. Тўлик AV блокада.

5. ТАШХИС. ТЕКШИРУВ ПРОТОКОЛИ.

Шикоятлар – юрак фаолиятида бузилишлар; кўкрак соҳасида ноқулайлик ҳисси; бош айланиши; ҳушдан кетиш эпизодлари; ўткир заифлик.

Анамнез – бирга келувчи ва бошдан кечирилган касалликлар, ёмон одатлар, ирсият.

Клиник кўрик:

- Умумий ҳолат (ўрта оғир, оғир, ўта оғир, агонал, клиник ўлим);
- Хуши (аниқ, чалкашган, сопор, кома I, II, III);
- Аҳвол (фаол, пассив, мажбурий);
- Тери қопламлари (оддий, рангсиз, гиперимирланган, цианотик, намланган);
- нафас олиш (мустақил, НОТ);
- ўпка пальпатор, перкутор ва аускультатив маълумотлари;
- юрак соҳаси пальпатор, перкутор ва аускультатив маълумотлари (АБ, ЮҚС, периферик томирлар);
- ошқозон-ичак тракти ва сийдик йўли органларнинг объектив маълумотлари.

Текширув усуллари:

Мажбурий:

- УҚТ,УСТ;
- ҚҚВ (кон қотиш вақти);
- Қон электролитлари *****;
- Электрокардиограмма(ЭКГ);
- ЭхоКГ текширув ўтказиш;*****

Қўшимча:

- МСКТ коронар томирлар контрастли ангиографияси; *****
- Мутахассислар маслаҳати – интервенцион кардиолог*****; кардиохирург** ***;
- Қон КИҲ ва қондаги газ таркибини аниқлаш;*****
- коагулограмма;
- КФК МВ** ***; тропонин тести;*****
- Қондаги глюкоза;
- мочевина ва қондаги креатинин;*****
- холтеровни ЭКГмониторинги (ХМЭКГ);*****
- қалқонсимон без ва корин бўшлиғи органлари ультратовуш текшируви;
- кўкрак қафаси рентгени;
- коронароангиография;*****

6. ДАВОЛАШ.

1. Оксигенотерапия;

2. Томир ичига эркин киришга доимий тайёр бўлишни таъминлаш;

3. Номуқим гемодинамика ва самарасиз медикаментоз терапия билан кечувчи суправентрикуляр тахикардия (СВТ) ёки қоринчали тахикардия (ҚТ)

Пароксизмал тахикардия:

Пароксизмал суправентрикуляр тахикардия (СВТ).

а. IY класс ААД – кальций каналлари блокаторлари (верапамил в/и 2,0–8,0 мл: ёки per os 80–480 мг/с):,ёки

б. III класс ААД (амиодарон 150–450 мг – в/и, ва/ёки болюсли инфузия 150–450 мг в/и ёки per os 600–1200 мг/с); ёки

в. I С класс ААД (аллапинин 75–150 мг/с:, ёки пропафенон 150–600 мг/с):, ёки

г. Бета-адреноблокаторлар (БАБ). БАБ лардан бири индивидуал тайинланади. Пропраналол 40–80 мг/с, атеналол 50–100 мг/с. Бисопролол 2,5–10 мг/с. Небивалол 5–10 мг/с. Карведилол 12,5–50 мг/с.

Пароксизмал қоринча тахикардияси (ҚТ).

а. I В класс ААД (лидокаин в/и секинлик билан 10% – 2,0–4,0 мл, ва/ёки в/и томчилаб 400 мг лидокаин + 200,0 мл 5% глюкоза эритмасида);

б. III класс ААД (амиодарон 150–450 мг в/и, ва/ёки болюсли инфузия 150–450 мг в/и ёки per os амиодарон 600–1200 мг/с); ёки

в. Бета-адреноблокаторлар: пропраналол 40–80 мг/с, атеналол 50–100 мг/с, бисопролол 2,5–10 мг/с, небивалол 5–10 мг/с, карведилол 12,5–50 мг/с.

Атриал фибрилляциянинг пароксизмал формаси/тебранувчи аритмия. (ЧҚ қисқариш қобилиятини сақлаган ҳолда (ЧҚ ЧФ> 40%). Ва ЧҚ бўшлигида тромблар йўқлиги).

а. III класс ААП (амиодарон 150–450 мг/с – т/и, ва/ёки болюсли инфузия 150–450 мг/с:, ёки peros амиодарон 600–1200 мг/с).

б. I С класс ААП (аллапинин 75–150 мг/с:, ёки пропафенон 150–600 мг/с);

в. Бета-адреноблокаторлар: пропраналол 40–80 мг/с, атеналол 50–100 мг/с, бисопролол 2,5–10 мг/с, небивалол 5–10 мг/с, карведилол 12,5–50 мг/с

Юрак етишмовчилиги белгилари бўлган ҳолда (ЧҚ ЧФ< 40%), ЮҚЧ ***100*** қоринча қисқаришлари частотасидан (ҚҚЧ) каттарок.

а. Юрак гликозидлари (строфантин 0,05% – 1,0 мл + физ.эритма 0,9% – 9,0 т/и секин, ёки дигоксин 0,25 мг – 1,0 мл + физ.эритма 0,9% – 9,0 т/и секин, ёки peros дигоксин 0,25 мг/с); ёки,

б. III класс ААП (амиодарон 150–450 мг/с – т/и, ва/ёки болюсли инфузия 150–450 мг/с:, ёки peros амиодарон 600–1200 мг/с);

WPW синдромида атриал фибрилляцияларнинг пароксизмал формалари

а. III класс ААП (амиодарон 150–450 мг/с – т/и, ва/ёки болюсли инфузия 150–450 мг/с:, ёки peros амиодарон 600–1200 мг/с;

б. I С класс ААП (аллапинин 75–150 мг/с:, ёки пропафенон 150–600 мг/с):, ёки

в. Бета-адреноблокаторлар: пропраналол 40–80 мг/с, атеналол 50–100 мг/с, бисопролол 2,5–10 мг/с, небивалол 5–10 мг/с, карведилол 12,5–50 мг/с.

Юқори градацияли қоринча экстрасистолияларида (ҚЭ) (III, IVА, IVБ, V класслар Lown бўйича).

а. Бета-адреноблокаторлар: пропраналол 40–80 мг/с, атеналол 50–100 мг/с, бисопролол 2,5 – 10 мг/с, небивалол 5–10 мг/с, карведилол 12,5–50 мг/с.

б. III класс ААП (амиодарон 150–450 мг/с – т/и, ва/ёки болюсли инфузия 150–450 мг/с:, ёки, peros 600–1200 мг/с).

в. I С класс ААП (аллапинин 75–150 мг/с:, ёки пропафенон 150–600 мг/с;

Морганья-Адамс-Стокс синдромида (II–III дар AV блокадалар, КЮА синдроми).

а. м-холиноблокаторлар (атропин 0,1%–1,0 2–4 марта тери остига:, ёки платифиллин 0,2%–1,0 мл, 2–4 марта суткада,тери остига).

б. Диуретиклар (фуросемид 1%–2,0 ёки 4,0 мл т/и)

в. Глюкокортикоидлар (преднизолон 30-60 мг/сут, дексаметазон 4–8 мг т/икуйиш).

г. Имплантация ЭКС** ***.

Қўшимча препаратлар:

1. Антиагрегант препаратлар:

а. Ацетилсалицил кислотаси 75–325 мг суткада

б. Клопидогрель 75 мг 1 марта суткада.

2. Антикоагулянтлар:

а. ПМГ (паст молекуляр гепарин) – (клексан 0,4х2 марта тери остига, ёки фраксипарин 0,6 1 марта тери остига) ёки

б. ФГ (фракцияланмаган гепарин)– (гепарин 20000 ЕД суткада Маҳаллий гепарин фл 5000Ед/мл 5 мл).

3. ОИТ томонидан ўткир эрозияларни профилактикаси учун:

а. H_2 – гистамин блокаторлари(Фамотидин эритмаси 2 мл, т. Фамотидин 20,40 мг), ёки; б. Протон помпаси ингибиторлари (капс омепразол 20 мг 1–2 м/сут., пантопразол 40 мг 1 марта суткада.

4. ЮЕ холатида

а. АПФ ингибиторлари(эналаприл 2,5–20 мг/с ёки лизиноприл 2,5–15 мг/с); б. Ангиотензин II рецепторлар антагонистлари (лозартан 25–150 мг);

в. Диуретиклар – фуросемид т/и қуйиш 2,0–20,0 мл ёки peros 40–120 мг/сут ЎЮЕ холатида.

ЎЮЕ да ташхис ва даволаш алгоритми



Изох* – филиаллар шароитида ва РШТЁИМ.

КАРДИОМИОПАТИЯЛАР

КХТ Шифри - **10. I. 42–42.1-5**

I.42. Дилатацион кардиомиопатия(ДКМП);

I.42.1. Гипертрофик кардиомиопатия (ГКМП);

I.42.5. Реструктив кардиомиопатия (РКМП).

1. ТАЪРИФ.

Кардиомиопатиялар – бу миокард зарарланиши бирламчи жараён бўлган касалликлар, бироқ гипертония, ирсий юрак касалликлари, юрак клапанлари шикастланиши, коронар артериялар ва перикард натижасида келиб чиқадиган касалликлар эмас.

2. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.

Асосий касалланишлар сони (50% дан кўпроғи) дилатацион кардиомиопатияга (ДКМП), 40% – гипертрофик кардиомиопатияга (ГКМП), колганлари бўлса махсус бўлмаган кардиопатияга тўғри келади. Ёшлар орасида касалликнинг тарқалиши бошқа ёш гуруҳларига қараганда деярли 2 баробар кўпдир.

3. ПАТОГЕНЕЗ.

ДКМПнинг пайдо бўлиши бир нечта патогенетик омилларнинг таъсирланишига боғлиқ: касалликнинг келиб чиқишига генетик мойиллик; ташқи омилларга таъсир қилиш (вирусли инфекция, спиртли ичимликларни суи-

истеъмол қилиш); Аутоиммун касалликлар. Оилавий (генетик жиҳатдан аниқланган) ДКМП 32% ҳолларда аниқланади. Беморларнинг тахминан 20% да ДКМП вирусли инфекция билан боғланади. Аммо, аксарият ҳолларда, ДКМПнинг идиопати кшакли ташхисланади, бунда қайд этилган этиологик омилларнинг ўзаро таъсири шунчалик ноаниқ бўладики, чунки улардан бирини асосий сифатида ажратиб бўлмайди.

ДКМП шаклланишининг асосида – кардиомиоцитларнинг бирламчи зарарланиши ва ўлимидир, бунинг гемодинамик оқибатлари қуйидагилардир:

- қисқариш қобилиятининг прогрессив пасайиши;
- юрак бўшлиғининг ўткир дилатацияси;
- компенсатор миокард гипертрофияси ривожланиши ва юрак массасини ошиши (қоринча деворларини қалинлашмасдан);
- нисбатан митрал ва трикуспидал клапанлар етишмовчилигининг оғир ҳолларда ривожланиши;
- қон айланишининг кичик ва катта доираларида қоннинг турғунлиги;
- нисбатан коронар етишмовчилиги ва юрак мушаги ишемияси ривожланиши;
- миокарддаги диффуз ва ўчоқли фибрознинг ривожланиши;
- Периферик вазоконструкция ва перефирик органлар ва тўқималарнинг перфузияси бузилиши.

4. ТАСНИФЛАШ.

Кардиопатиянинг қуйидаги формалари ажратилади:

- Дилатацион кардиопатия, унинг учун юрак барча камераларини катталашиши, систолик функция бузилиши, турғун юрак етишмовчилиги, аритмиялар, эмболиялар характерлидир.
- Чап ва ўнг қоринчалар тўлдирилишига тўсқинлик пайдо бўлишига олиб келувчи реструктив кардиопатия, ва унга эндомиокардиал чандикланиш ёки миокард инфильтрацияси характерлидир.
- Чап қоринча ассиметрик гипертрофияси характерли бўлган гипертрофик кардиопатия, одатдаги ҳолларда, кўпинча бўш деворга қараганда пардевор қўшилади, у қоринчадан оқим йўллари обструкцияси билан ёки усиз бўлади, одатда чап қоринча кенгаймаган бўшлиғида.

5. КЛИНИК СУРАТ.

Кардиопатия клиник сурати учта асосий синдромлар билан характерланади:

- СЮЕ клиникаси;
- ритм ва ўтказувчанликни тез-тез бузилишлари (АФ, ҚЭС, АВ блокадалари);
- тромбоэмболик асоратлар.

Шикоятлар: нафас сиқилиши; юрак уриши тезлашиши; чарчаш; баъзан кўкракда оғриқлар; оёкларда шишлар; диурез камайиши.

Объектив равишда: юқори туртки кучайишига (баъзан у иккиланган деб белгиланади), уни анчагина чапга сурилишига эътибор қаратилади. Баъзи ҳолларда юрак асосида пальпатор тарзда кўкрак қафасини паст частотали тебранишини ҳис қилиш мумкин (чап атриал чертки). ДКМП да юрак тонлари пасайиши кузатилади, баъзан галоп ритмини эшитиш мумкин. ГКМП да юрак иккала тони баландлиги сақланиб қолган бўлиб, систолик шовқинни эшитиш мумкин, у одатда кўпроқ учинчи-тўртинчи қовурға оралиғида ифодаланади, бевосита кўкракни чап тарафида.

7. ТАШХИС. ТЕКШИРУВ ПРОТОКОЛИ

Инструментал усуллар.

Асосийлари:

- УҚТ**,ВСК;**
- ЭКГ*;
- ЭхоКГ;***
- Кўкрак қафаси органлари рентгенографияси.**

Қўшимча:

- Юрак ўнг бўлинмаларининг ангиографияси ва катетеризацияси;***
- Юрак ритмининг Холтер мониторинги;***
- АЛТ, АСТ, билирубин, мочевина, креатинин;**
- ПТИ,Калий.**

8. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗ:

ДКМПни юрак бўлинмалари дилитациясига олиб келувчи ЧҚнинг инфарктдан кейинги қайта моделлаштиришдан, юрак бўлинмалари ишемик дилатациясидан, диффуз миокардитдан, юрак клапанли аппарати касалликларидан фарқлаш зарур. Ишемик КМПдан фарқли ўларок, ДКМПда асинергия диффузли бўлади. ГКМПни келиб чиқиши бошқа миокард гипертрофиясидан, аорталстеноздан, конструктив перикардитдан, РКМПдан дифференциация қилишга тўғри келади. РКМП конструктив перикардитдан, ГКМП, миокардитдан дифференциация қилинади, ушбу ҳолда эхокардиография ҳал қилувчи ҳисобланади.

9. ДАВОЛАШ.

ДКМП ни замонавий даволаш қуйидаги омилларга асосланган:

1. Жисмоний фаолиятни чеклаш, ҳамда ош тузи истеъмолини камайтириш, айниқса шиш синдроми мавжудлигида.

2. АПФ Ингибиторлари ДКМП билан касалланган беморларни даволашда биринчи танлов воситаси ҳисобланади. Препаратни бошланғич дозаси минимал бўлиши керак: эналаприл 2,5 мг 2 марта суткада; рамиприл 1,25 мг 1 марта суткада; периндоприл 2 мг 1 марта в суткада ва ҳоказо. Дозани яхши ўзлаштиришда, улар оширилиши керак (20–40 мг гача суткада эналаприл учун, ва 10 мг рамиприл ва 4 мг периндоприл учун ва ҳоказо).

3. ß-адреноблокаторларни АПФ ингибиторлари билан бирга қабул қилиш мақсадга мувофик. Чидамли синусли тахикардияси, тебранувчи аритмияси бор беморларда айниқса ß-адреноблокаторлар тайинланади. Ҳар қандай ß-адреноблокаторлар қўлланилади (метопролол, бисопролол, карведилол ва бошқалар). Шунингдек, даволашни кичик дозадаги препаратлардан бошланади, аста-секин уларни максимал мумкин бўлган даражага кўтариб.

4. Диуретикларни ўпкада ёки/ва қон айланиш катта доирасида қон турғунлиги мавжуд бўлганда қўллашади. Тиазид, тиазидсимон ва халқали сийдик ҳайдовчи препаратлар (фуросемид, торасемид) қўлланилади. Ўткир шишиш синдроми бўлса, юқорида қайд этилган диуретикларни альдостерон антагонистлари билан (альдактон, верошпирон) бирга қабул қилиш тавсия этилади.

5. Нитратлар. Дори воситалари қон айланиш катта доирасида қонни томир окимида допонирлашга ёрдам беради, юклаш ҳажмини ва ўпкада қон турғунлиги аломатларини камайтиради (изокет, моносан).

6. Юрак гликозидлари. Бу препаратлар, албатта, доимий формадаги тебранувчи аритмияси бўлган беморларга кўрсатилган (строфантин, дигоксин). Шуни таъкидлаш керакки, юрак гликозидларини синусли ритмга эга беморларда мунтазам қўллаш мақсадга мувофиқ эмас.

7. Антиагрегантларни қўллаш ДКМП ли барча беморларга буюрилади, чунки 30% ҳолларда касаллик кечишини юрак тромбози ва тромбоэмболия ривожланиши билан намоён бўлади. Шу мақсадда, ацетилсалицил кислотаси суткасига 0,25–0,3 г дозада доимий равишда қабул қилинади. Тебранувчи аритмияли беморларда билвосита антикоагулянтлар (варфарин) МНО кўрсаткичларини жиддий назорати остида тайинлаш буюрилади. Препарат дозалари шу тарзда танланадики, МНО бирлиги с 2,0–3,0 бирликка тенг бўлиши учун.

ГКМП ли беморларни асосий медикаментоз даволаш ß-адреноблокаторларни ишлатишдан иборат, уларнинг самараси, тахминан 49% беморларда юзага келади. Ушбу дори воситалари, ўзларининг салбий хронотроп таъсири туфайли, ЮҚЧ ни камайтиради, диастолани узайтиради ва ЧҚ диастолик тўлдирилишини бирмунча яхшилашга ёрдам беради. Натижада, чап атриалда босим камаяди ва қон айланиши кичик доирасида ўпкада турғунлик кўринишлари камаяди. Даволашнинг жаррохлик усули одатда касалликнинг оғир ҳолатларида қўлланилади. Қоринчалараро деворнинг (ҚД) ўткир гипертрофияли обструктив ГКМП да ва босимнинг юқори градиентида миотомия – миоэктомия жаррохлиги кўрсатилган. Бунда ҚД проксимал қисми кичик участкасида резекция амалга оширилади. Кўп ҳолатларда РКМП ни медикаментоз даволаш яхши самара бермайди. Гиперэозинофил синдром мавжудлигида одатда кортикостероидлар ва иммунодепрессантлар буюрилади. СЮЕ юзага келганда диуретиклар (гидрохлортиазид, фуросемид), вазодилататорлар (нитратлар), билвосита антикоагулянтлар қўлланилади.

XII БЎЛИМ

ШОШИЛИНЧ НЕВРОЛОГИЯ

МИЯДА ҚОН АЙЛАНИШИНИНГ ЎТКИНЧИ БУЗИЛИШИ

1. КХТ шифри-10

G45.0 Вертебробазиляр артериал тизим синдроми
G45.1 Уйқу артерияси синдроми (яримшарли)
G45.2 Церебрал артериялар кўп ва икки тарафлама синдромлари
G45.3 Ўткинчи кўрлик
G45.4 Транзитор глобал амнезия
G45.8 Бошка транзитор церебрал ишемик ҳужумлар ва улар билан боғлик синдромлар
G45.9 Аникланмаган транзитор церебрал ишемик ҳужум

2. ТАЪРИФ

Мияда қон айланишининг вақтинча бузилиши (МҚАУБ) тўсатдан ўчокли неврологик симптомлар пайдо бўлиши билан характерланади (ҳаракат, нутк, сезувчанлик, координатор, кўриш ва бошқалар), улар беморда томир касалликлари билан бирга ривожланади (артериал гипертония, юрак ишемик касаллиги, қандли диабет, ревматизм, коагулопатия ва бошқалар) ва бир неча дакика, камдан-кам бир неча соат давом этиши мумкин, аммо 1 суткадан ошмайди ва бузилган функцияларнинг тўла тикланиши билан тугайди.

3. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

МҚАУБ беморлар орасида учраши 20–30 % ни, ЎМҚАБ билан оғриган шифохона ва поликлиникадаги беморларда 46 % га етади. Ю. А. Варакин (1990) маълумотларига кўра, 20–54 ёшдаги эркаклар орасида МҚУВБ 25 % ни ташкил этади. Бундай ҳолатларнинг тўртдан бир фоизи кўпинча МҚАУБ га оид латент (яширин) кечувчи турли цереброваскуляр касалликларнинг бошланиши саналади.

4. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

МҚАУБ кўпинча церебрал томирларнинг микроэмболияси натижасида ривожланади: мия қон айланиши бузилишининг ушбу тури юрак пороги, миокард инфаркти, атеросклеротик ва постинфаркт кардиосклерози,

юрак фибрилляцияси ҳамда бош аортаси ва магистрал томир атеросклеротик шикастланишлари билан боғлик бўлади (артерио-артериал эмболиялар). МҚАУБ баъзан вазоспазм фонида ривожланиши ҳам мумкин.

5. КЛИНИК ҲОЛАТ

Вертебробазиляр ҳовузда қон айланиши бузилганида қуйидаги ҳолатлар кузатилади:

- тизимли бош айланиши: беморга бутун дунё унинг атрофида айланаётгандек туюлиши ва у мувозанатни сақлаш учун ҳатто ўтирган ёки ётган ҳолда атрофидаги нарсаларни ушлаб олишга ҳаракат қилиши;
- юришда муаммолар юзага келиб, бемор юрганида бир томондан иккинчи томонга чайқалиши;
- ҳаракатларни мувозанатда сақлай олмасдан, бемор ҳаракатларида ноаниқ чайқалишлар кузатилиши;
- кўз олмачалари ҳаракатининг бузилиши: бир ёки ҳар икки кўзнинг ён томонга ҳаракатида чекланишлар, ҳатто кўз бутунлай ҳаракатсизланиши ёки ғилайлик юзага келиши;
- оёқ ва қўллар ёки бутун танада ҳаракатланиш қобилиятининг бузилиши;
- бутун тана ёки унинг ярмида сезувчанликнинг бузилиши (бунда тананинг бурун учидан бошлаб киндиккача бўлган ўнг ва чап ярим қисми назарда тутилади);
- нистагм;
- нафас олишнинг бузилиши: ҳаракатлар тартибсизлиги, нафас олишлардаги катта тўхталишлар;
- тўсатдан ҳушни йўқотиши.

Каротид ҳовузда қон айланиши бузилганда қуйидаги ҳолатлар кузатилади:

- оёкларда ҳаракатланиш қобилиятининг бузилиши (кўпинча қўл ва оёкларнинг бир тарафида, масалан, фақат ўнг қўл ва ўнг оёкда шундай бўлади ёки бутун танада фалажлар сезилади);
- юзнинг бир қисмида заифлик;
- бутун тана ёки унинг ярим қисмида сезувчанликнинг бузилиши (бунда тананинг бурун учидан бошлаб киндиккача бўлган ўнг ва чап ярим қисми назарда тутилади);
- нутқ бузилишлари: сенсор, моторик ёки сенсор-моторикафазия;
- кўришнинг ёмонлашуви: кўз олмачалари ҳаракатининг бузилиши, бир ёки ҳар икки кўзнинг қисман ёки бутунлай кўрмай қолиши;
- интеллектуал қобилиятлар бузилиши (когнитив бузилишлар);
- юқори асаб фаолиятининг бузилиши: алексия, аграфия, акалькулия.

Ўткир гипертоник энцефалопатия *(ЎГЭ)* – бу ўзига хос ўта оғир гипертоник церебрал кризис бўлиб, бунда мия қон оқими ауторегуляциясининг юқори чегарасидан ошувчи АБ ни ўткир ва катта ошиши натижасида ривожланади.

Ушбу ҳолатда бош миянинг шикасти асосан ундаги тез ривожланувчи шиши билан боғлик.

Ўткир гипертоник энцефалопатияда:

- АБ катта ўсиши (250/130 ммрт.ст. ва ундан юқори);
- Кўнгил айниш ва такрорий кусиш билан ўсувчи бош оғриғи;
- онгнинг ўзгариши (кальцийлик, сопор);
- тиришиш синдроми.

6. ТАШХИС. ТЕКШИРУВ БАЁННОМАСИ

Лаборатория текширувлари:

А. Мажбурий

УҚТ*
ВСК*
Қонда глюкоза*
Коагулограмма**

Б. Қўшимча

ПТИ*
АЛТ, АСТ*
Мочевина, қондаги креатинин*
УСТ*

Инструментал усуллар:

А. Мажбурий

ЭКГ*
Офтальмоскопия*
ЦДС МАГ**
Бош мия МСКТ ёки МРТ**

Б. Қўшимча:

Рентген ОГК*
ЭхоКГ**
МСКТ-ангиография**
Церебрал ангиография**
Томир жарроҳи, эндоваскуляр жарроҳ маслаҳатлари (заруратга кўра)**

ИЗОҲ: *субфилиаллар даражасида, – РНЦЭМП ва унинг филиаллари учун**

7. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗ

1. Гипогликемия – қондаги глюкоза даражасини аниқлаш;

2. Менингоэнцефалитлар – аҳвол ёмонлашувидан бир неча кун олдин яллиғланиш омилли анамнез мавжудлиги, тана ҳарорати ошиши, менингеал белгилар борлиги, орка мия суюклиги ташхисида цитоз ошганини аниклаш, Пандива Нонне-Апельта ижобий реакциялари;

3. Бош мия суяги жароҳати – бошда қолган жароҳат излари;

4. Экзоген ва эндоген интоксикациялар (спиртли ичимликлар, кетоацидоз ва бошқалар), улар онг фаолиятининг бузилишига олиб келади ва бунда турли кимёвий моддалар қабул қилинганини англатади, шунингдек, қондаги алкогол миқдори, қон биокимёвий кўрсаткичлари аниқланади (глюкоза, мочевина, креатинин, билирубин, фермент, эркин аммиак);

5. Инсультга ўхшаб кечиши мумкин бўлган бош мия ўсма касалликларини МСКТ ёки МРТ контраст кучайтириш ёрдамида фарқланади;

6. Эпилептик тутқаноқлар билан азоб чекувчи беморларда хуруждан кейинги давр (Тодда фалажи) – анамнезда эпилепсия борлиги, МРТ ёки МСКТда бош миядаги ўзгаришларининг йўқлиги;

7. Неврологик симптомлар билан кечувчи бош мия оғриқ хуружи, анамнезида бош мия оғриқ хуружлари борлиги, МРТ ёки МСКТда бош миядаги ўзгаришларининг йўқлиги;

8. Жигар-буйрак етишмовчилиги – анамнезда буйраклар ва жигар касалликларини кўрсатиш, кон биёкимёвий кўрсаткичлардаги ўзгаришлар (мочевина, креатинин, билирубин, фермент даражаларининг кўтарилиши).

8. ДАВОЛАШ

1. Антикоагулянтлар:

а) бевосита таъсирли – гепарин 2500–7500 ЕД. п/к бир суткада 4 марта (назорат остида тромбоцитлар сони, антитромбин III даражаси, қон қуйилиш вақти ва фаоллашган парциалтромбопластин вакти (ФПТВ) пастмолекуляр гепаринлар (клексан 0,4–0,8 мл. қорин териси остига бир суткада 1 марта).

2. Антиагрегантлар:

– суткада ацетилсалицил кислотаси 100 мг.;

– сутка 3 марта дипиридамол 25–50 мг.

3. Вазоактив препаратлар:

– суткада 2 марта винпоцетин 10–20 мг. ёки 3 марта 5–10 мг. томир ичига томчилаб.

4. Асосан нейротрофик таъсирли препаратлар:

– пирацетам 20% 10–20 м. суткада томир ичига томчилаб;

– суткада цитиколин 1000 мг. томир ичига томчилаб;

– церебролизин 10–20 мл. томир ичига томчилаб.

5. Статинлар:

– суткада таб. симвастатин 10–20 мг;

– суткада таб. розувастатин 10–20 мг.

6. Ангиожарроҳлик даволаш:

Бош магистрал томирларида жиддий стенози бўлган беморларга кўрсатилади. Мия ишемиясида жуда кенг тарқалган жарроҳлик бу уйку артерияларининг умумий ва бошида бифуркация эндартерэктомияси ҳисобланади.

ИШЕМИК ИНСУЛЬТ

1. ШИФРИ МКБ -10

I63 Мия инфаркти

I.0 Олд церебрал артериялар тромбози натижасида келиб чиққан инфаркт

I.1 Прецеребрал артериялар эмболияси келтириб чиқарган мия инфаркти

I.2 Прецеребрал артериялар стенози ёки ноаниқ бекилиб қолиши натижасида келиб чиққан мия инфаркти

I.3 Мия артериялари тромбози натижасида келиб чиққан мия инфаркти

I.4 Мия артериялари эмболияси туфайли келиб чиққан мия инфаркти

I.5 Мия артериялар стенози ёки аниқланмаган бекилиб қолиши натижасида келиб чиққан мия инфаркти

I.6 Непиоген мия томирлари тромбози туфайли келиб чиққан мия инфаркти

I.8 Бошқа мия инфаркти

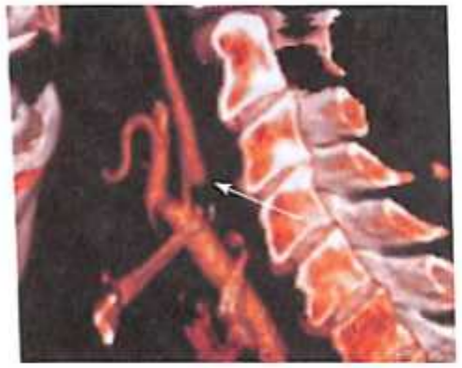
I.9 Аниқланмаган мия инфаркти

2. ТАЪРИФ

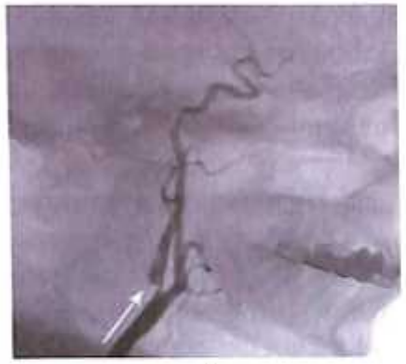
Ишемик инсульт (ИИ) бу ҳаракатли, координация, сезгир ва бошқа бузилиш ўчоклари тарзида баркарор (1 суткадан ортиқ) неврологик танқислик билан характерланувчи мия қон айланишининг ўткир бузилган шаклидир. У баъзан юқори кортикал функцияларнинг бузилиши билан бирга кечиши мумкин. Шунингдек, у мия қон оқимининг пасайиши ёки қон томирлари, юрак ёки қон танқислиги билан боғлиқ тромбоз ёки эмболия натижасида миянинг муайян ҳудудида қон таъминоти етишмаслигидан келиб чикиши мумкин.

3. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ИИ мия қон айланиши ўткир бузилишининг жуда кўп учрайдиган шакли бўлиб, умумий инсультлар сонининг 80% ни ташкил қилади. Ўзбекистон Республикасида мия инсультларига доир маълумотларига кўра, йилига 35 мингдан 40 мингача инсульт ҳолатлари қайд этилади. Тез тиббий ёрдам хизмати маълумотларига кўра, Тошкент шаҳрида кунига 18–20 нафарга якин беморлар инсульт ташхиси билан шифохоналарга ётқизилади.



12.1.расм. Ўнгда ўрта мия артерияси (ЎМА) ҳовузида ишемик турдаги ЎМҚАБ ташхисли А. беморнинг 3D реконструкцияланган МСКТ ангиографияси. Артерио-артериал эмболия манбаси сифатида бекарор атеросклеротик ВСА бляшкаси бўлди ва у томир тешигини 80 % га торайтирган эди.



12.2. расм.Ўнгда ўрта мия артерияси (ЎМА) ҳовузида ишемик турдаги ЎМҚАБ ташхисли А. беморнинг контрастли ангиографияси.

4. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

Ишемик инсульт келиб чиқиши жиҳатидан турлича бўлади. Ишемик инсульт ривожланишининг 5та патогенетик вариантлари мавжуд.

1 А. Атеротромботик инсульт.

Экстра ёки интракраниал мия томирларидан бирининг (баъзида бир нечтаси) тромбалангани билан боғлиқ. Одатда, яраланган атеросклеротик бляшкалар сиртида тромб шаклланади. Бундай инсульт тури гиперкоагуляция, нисбатан юқори бўлмаган артериал босим фонида, кўпинча кечаси ёки эрта тонгда кузатилади.

1 Б. Артерио-артериал эмболия.

Асосий сабаб фактори бўлиб интра- ва экстрацеребрал териялар атеросклерози ҳисобланади (аорта ёйи зарарланиши, брахиоцефал артериялар ёки йирик интракраниал артериялар (артерио-артериал эмболия)). Инсульт тромбни яраланган, юмшаб кетган стеноз билан шикастланган артериялар соҳасидаги атеросклеротик бляшкалардан ажраб кетиши натижасида юзага келувчи эмболия билан боғлиқ (12.1, 12.2-расм).

2. Кардиоэмболик инсульт.

Юрак клапанли аппарати, чап атриал қоринчадаги тромботик массалар эмбологен субстрат ҳисобланиб, ундан ажралиб кетганда эмбол мия артериал тизимига ўтиб кетади (12.3, 12.4-расм).



12.3.расм. Чап ўрта мия артерияси (ЎМА) ҳовузида ишемик турдаги (кардиоэмболик остки тури) ЎМҚАБ ташхисли С. Беморнинг ЭхоКГси. Эмболия манбаси чап қоринчадаги тромботик массалар бўлиб чиқди.

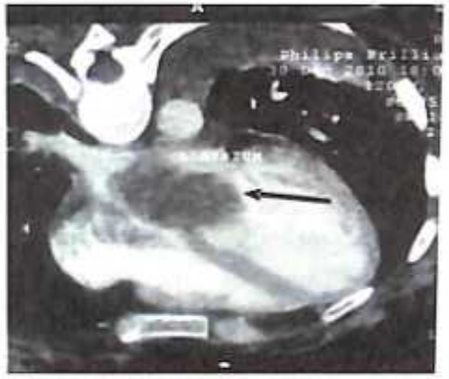


Рис. 12.4. Чап ўрта мия артерияси (ЎМА) ҳовузида ишемик турдаги (кардиоэмболик тип ости) ЎМҚАБ ташхисли И. Беморнинг ангиокардиографияси. Эмболия манбаси чап қоринча бўшлиғидаги чап атриал миксома бўлиб чиқди.

3. Лакунар инсульт. Кўпинча артериал гипертензиядан азоб чекувчи беморларда навбатдаги АБ кўтарилиши фонида ривожланади.

Механизм мия артерияларига кирувчи гиалиноз ривожланиши, улар тешигини кичрайиши билан боғлиқ. Бунда гипертензив криз фонидаги мия шиши уларнинг ташқи кисилиб қолишига ва кичик лакунар инфарктлар шаклланишига олиб келади. Охиргиларини ўз кичик ҳажмлари туфайли фақат МРТда кўриш мумкин. Локализацияси кўпинча қобиқ тагида.

4. Гемодинамик инсульт.

Ишемик инсультнинг гемодинамик остки тури артериал гипотензияга олиб келувчи бир неча хил сабаблар билан боғлиқ бўлади, ва одатда, бош магистрал артерияларини қўпол атеросклеротик стенозифонида ривожланади. АБ ни тўсатдан тезда пастга тушиши қуйидаги сабаблар туфайли рўй бериши мумкин:

- Ортостатик гипотензия.
- Гипотензив препаратлар дозасини ошириб юбориш.
- Миокард инфаркти.
- Юрак ритми бузилишлари.
- Гиповолемия ва бошқалар.

Ишемик инсультнинг гемодинамик остки тури хавфи бевосита бош магистрал артериялари стенозланган даражасига боғлиқ ва артериялар тешиги стенози 70% ва ундан ортиқ бўлганда энг юқори бўлади. Ишемик

инсультнинг гемодинамик остки туринининг камроқ учрайдиган сабаблари қуйидагилардир:

- Артериялар ривожланиш аномалияси (патологик бурилганлик, бурилишлар, артерия нуқсонлари).
- Патологик ўзгарган бўйин умуртқалари билан умуртқа артерияларининг экстравазал компрессияси.
- Фиброз-мушакли дисплазия.

5. Гемореологик микрооккклюзия тури бўйича инсульт (реологик инсульт).

Гематокрит, тромбоцитлар ва эритроцитлар агрегацияси, қоннинг ёпишқоқлиги каби кўрсаткичларнинг ортиши ҳамда қон касалликларида ундаги сезиларли коагуляция ва реологик ўзгаришлар билан боғлиқ.

Мия қон оқимининг критик чегарага туширилиши юрак хуружи ривожланишига олиб келади – мия тўқимасини ишемик некрози («ядро» зонаси). Ушбу шароитларда «ядро» ҳудудида қайтарилмайдиган ўзгаришлар 5–8 дақикада ривожланади. Инфаркт ядроси атрофида нейронларнинг ҳаётни қўллаб-қувватлаш учун етарли қон оқимига эга ҳудуд мавжуд, лекин уларнинг нормал функцияларини бажаришга имкон бермайди. Мия тўқимасининг бу сохаси «ишемик яримсоя» деб аталади. Етарли терапевтик эффект «ишемик яримсоя» зонасида асаб тўқималарнинг функцияларини тиклаш йўли билан шикастланган ўчоқни минималлаштиришга имкон беради. Бирок, бу фақат дастлабки 3 соатда («терапевтик ойна») мумкин. Кейинчалик мия тўқимасини ишемик шикастланишлар некроз ва апоптоз механизми орқали хосил бўлади.

5. ТАСНИФЛАШ

Таснифда тўртта тамойилдан фойдаланилади:

- неврологик танкислигининг шаклланиш тезлиги ва унинг давомийлиги;
- беморлар аҳволининг оғирлиги;
- мия инфарктининг локализацияси;
- патогенетик асосга караб таснифланади.

1. Неврологик танқисликнинг шаклланиш тезлиги ва унинг давомийлиги бўйича.

Реверсив ривожланиш билан узайган ишемик хуруж – умумий мия ва ўчокли симптомлар 24 соатдан ортик давом этади, аммо 3 ҳафтагача сакланиб колади.

Прогрессив ишемик инсульт – церебрал ва марказлаштирилган семптомлар, 1 соат ичида ёки 2–3 соат давомида ортиб боради, сўнгра тўлик бўлмаган регрессия юзага келади.

Тугалланган (тотал) инсульт бу – шаклланган мия инфарктидир; у доимий ёки тўликсиз регрессив неврологик нуқсонга эга бўлади.

2. Беморлар аҳволининг оғирлигига оид тасниф қуйидагиларни ўз ичига олади:

1) кичик инсульт – пайдо бўлган пайтдан бошлаб 3 ҳафта ичида бутунлай сусайиб борадиган кичик неврологик симптоматика саналади;

2) ўрта оғирликдаги ишемик инсульт – мия шишларининг клиник белгиларисиз, онгни чалкашлигисиз, клиник кўринишдаги ўчокли неврологик аломатларнинг устунлиги билан ажралиб туради;

3) оғир даражадаги инсульт – онгни бузилиши, ўткир умуммия симптоматикаси, мия шиши аломатлари, вегототрофик касалликлари, оғир ўчоқ нуқсони, кўпинча дислокация симптомлари билан намоён бўлади.

3. Мия инфарктининг локализациясига асосланган таснифлаш ўчокли неврологик белгиларнинг топикал хусусиятларини муайян артериал ҳавзалар билан мувофиклаштиришга асосланган: ўрта, олд, орка мия артериялар; асосий артерия ва унинг дистал тармоклари.

4. Патогенетик асос тасниф. Ишемик фалажнинг 5 та патогенетик подтиплари мавжуд.

- Атеротромботик инсульт.
- Кардиоэмболик инсульт (шу жумладан, артерио-артериал эмболия).
- Гемодинамик инсульт.
- Лакунар инсульт.
- Гемореологик микрооклюзия туридаги инсульт.

Ишемик инсульт босқичлари:

- Ўта оғир – биринчи 3 кун.
- Ўткир – 3–14 кун.
- Эрта тикланиш муддати – 2 ҳафтадан 3 ойгача.
- Кечки тикланиш даври – 3 ойдан 6 ойгача.
- Реабилитация даври 6 ойдан 2 йилгача.
- Бошдан кечирилган инсультнинг оқибатлари (қолдиқ таъсири) - 2 йилдан кейин.

6. КЛИНИК ҲОЛАТ

Ишемик инсульт патогенетик ҳар хил ҳолат бўлиб, инсульт патогенетик остки турини тўғри тан олиш даволаш усулини такомиллаштиришга ёрдам беради. Ишемик инсультнинг турли подтипларини дифференциация қилишда асосий клиник ва параклиник мезон куйидагилардан иборат.

1. Атеротромботик инсульт

1. Кўпинча узилишли, зинасимон, симптомларни соат ёки кун давомида аста-секин кўпайтириш билан ухлаш вақтида бошланади.

2. Ўчокли бош мияни шикастланишига мос келадиган экстра- ёки интракраниал артерияларнинг атеросклеротик зарарланишлари мавжуд (аниқ ифодаланган стенозловчи, окклюзли жараён, нотекис сиртли атеросклеротик бляшка, қўшни тромбоз билан).

3.Ундан олдинги ипсилатерал транзитор ишемик ҳужумлар.

4.Зарарланиш ўчоғи кичикдан то жуда катта ҳажмгача бўлиши мумкин.

2. Кардиоэмболик инсульт (жумладан, артерио-артериал эмболия).

1.Одатда, уйғоқ, фаол беморда тўсатдан неврологик симптоматиканинг пайдо бўлишидан бошланади. Касаллик бошида неврологик танқислик максимал тарзда кузатилади.

2.Локализация – асосан ўрта мия артерияси васкуляризация зонаси. Инфаркт – кўпинча ўртача ёки катта, мия қобиғи, мия қобиғи остида бўлади. Геморрагик компонент борлиги билан ифодаланади (бош КТга кўра).

3.Ўзаро боғлиқ қон айланиш зоналари бўлмаган, мия зарарланиши кўп ўчокларининг анамнестик кўрсатмалари ва КТ белгилари (шу жумладан, кальций кортикал инфарктлар).

4.Кардиал нуқсон мавжудлиги– эмболия манбаси.

5.Интракраниал артерия ёпилиб қолишига нисбатан проксимал тарзда томирда оғир атеросклеротик зарарланишнинг йўқлиги.

6.Анамнезда – бошқа аъзолар тромбоэмболияси.

3. Гемодинамик инсульт

1.Фаол беморда ҳам, ётган беморда ҳам тўсатдан ёки зинасимон тарзда бошланади.

2.Ўчоқ локализацияси – ўзаро боғлиқ қон айланиш зонаси, шу жумладан, мия қобиғи инфарктлари, перивентрикуляр ва ярим овал марказлардаги оқ моддалардаги ўчоқлар. Инфаркт ҳажми–кичикдан то каттагача.

3.Экстра- ёки интракраниал артериялар патологияси мавжудлиги:

– атеросклеротик шикастланиш (кўп, комбинациялашган, эшелонлистеноз);

– артериялар деформациялари (бурчак бурилишлари, шаклланган халқалар);

– мия томир тизими аномалиялари (Виллизий доира фарқланиши, артерия гипоплазиялари).

4.Гемодинамик омил:

– АБ пастга тушиши (физиологик – уйқу пайтида, шунингдек, ортостатик, ятрогенли артериал гипотензия, гиповолемия);

– Инфаркт миокард ҳолатидан кейинги юрак фаолиятининг сусайиши ва юрак уришининг бир дақиқа ичида камайиши (брадикардия).

4. Лакунар инсульт

1. Олдинги артериал гипертония.

2.Кўпинча симптоматика, симптоматика бир неча соат давомида ёки кун бўйи ривожланиб бошланади. АБ одатда ошган бўлади.

3.Инфаркт локализацияси – қобиқ ости ядроси, ёнидаги ярим овал марказ оқ моддаси, ички капсула, мия кўприкчаси асоси. Ўчоқ ҳажми – кичик, диаметрда 1–1,5 см гача, бош мия КТ да кўринмаслиги мумкин.

4. Ўзига хос неврологик синдромлар (тоза моторик, тоза сезувчан лакунар синдром, атактик гемипарез, дизартрия ва монопарез; яккаланган қўл, оёқ, юз монопарези ва бошқа синдромлар) борлиги. Умум мия ва менингеал симптомлар йўқлиги ҳамда доминант ярим шардаги локализацияда юқори мия қобиғи функциялари бузилиши. Касаллик кўпинча кичик инсульт типи бўйича кечади.

5. Гемореологик микроокклюзия тури бўйича инсульт

1. Томир касаллигининг минимал ифодаланиши (атеросклероз, артериал гипертония, васкулит, васкулопатия).

2. Гемостаз тизимида ва фибринолизда ўткир гемореологик ўзгаришлар, бузилишлар мавжудлиги.

3. Клиник сурат (ўртача неврологик танқислик, ўчоқнинг кичик ҳажми) ва катта гемореологик бузилишлар ўртасидаги ўткир диссоциация.

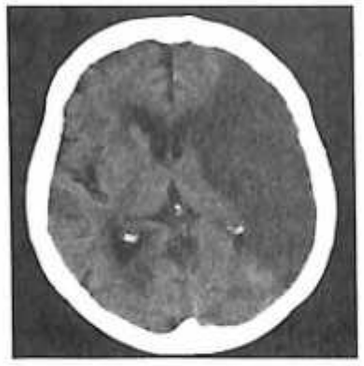
4. Кичик инсульт тури бўйича касалликнинг кечиши. Неврологик симптоматика ишемик инсульт ривожланган ҳовузга боғлиқ бўлади.

Ички уйқу артерияси тизимида инфаркт. Ички уйқу артерияси шохчалари катта ярим шарларнинг кўпгина қисмини қон билан таъминлайди: пешона қобиқ қисмини, чаккани, энса қисмини, пўст ости оқ моддасини, ички капсулани. Ички уйқу артериясининг интракраниал бўлими окклюзияси, одатда, юқори мия функциялари билан бирга контралатерал гемипарезлар ва гемигипестезиялар шаклидаги кўпол неврологик симптоматика билан ифодаланади. Виллизий доирасининг функционал сифатсизлигида онгни босилиши билан бирга кўпол неврологик танқислик юзага келиши мумкин.

Олд мия артерияси ҳовузида инфаркт. Ушбу артериянинг устки шохлари пешона ва чакка қисмлар медиал сиртини, парамарказ қисмини, қисман пешона қисмнинг кўз соҳасини, юқори пешона бурмаларининг ички сиртини, қадоқли тананинг олдинги учдан икки қисмини қон билан таъминлайди. Чуқур шохлар ички капсуланинг олд болдирини, қобиқни, рангсиз шарни, қисман – гипоталамик соҳани қон билан таъминлайди. Олд мия артерияси зарарланишининг клиник сурати контралатерал спастик парезнинг ривожланиши билан ифодаланади. Бу асосан қўлнинг проксимал ва оёқнинг дистал



12.5. расм. Олд мия артерияси ҳовузида ишемия зонаси.



12.6. расм. Ўрта мия артерияси ҳовузида инфаркт зонаси

қисмида кузатилади. Ахлоқий ўзгаришлар рўй бериши мумкин – аспонтанлик, аҳмоқоналик, иссиқтирлик, ижтимоий хулқда салбий элементлар (12.5 расм).

Ўрта мия артерияси ҳовузида инфарктлар. Артерия субкортикал тугунларнинг кўпини ва ички капсулани, чакка ва бош тепа қисмларини қон билан таъминлайди. Агар магистрал томирлар шикастланган бўлса, чуқур шохлар чиқиб кетишидан олдин контралатерал ялпи гемиплегий, гемианестезий ва гемианопсий ривожланиши билан умумий юрак хуружи ривожланади. Чуқур шохчалар (кенг кортикал субкортикал инфаркт) ажралиши окибатида артерияни шикастланишида ўхшаш белгилар мавжуд, аммо камроқ даражада (қўлнинг чуқурроқ парези) ифода этилган. Доминант ярим шарни шикастланиши афазия, алексия, аграфия, апраксия ривожланиши билан бирга кечади. Инсультнинг субдоминант ярим шари локализациясида анозогнозия, тана схемаси бузилишлари, псевдореминисценция ва конфабуляциялар юзага келади (12.6-расм).



12.7. расм. Орқа мия артерияси ҳовузида инфаркт зонаси.

Вертебробазиляр тизимда инфарктлар. Ушбу тизим таркибидаги умуртқали ва асосий артериялар мия стволини, лабиринтни, кичикмияни, энса қисмларини, чакка қисмларнинг медиобазал бўлимларини қон айланиши билан таъминлайди. Экстракраниал бўлимни зарарланиши мия стволи ва энса турли бўлимлари шикастланишининг курамилиги билан ифодаланади, вестибуляр бузилишлар (бош айланиши, атаксия, спонтан нистагм), статика ва координация бузилишлари, кўриш марказининг зарарланиш белгилари кузатилади. Умуртқа артериясини интракраниал

бўлимида ўзгарувчи синдромлар мия стволининг орал ва каудал бўлимлари, энса бузилишлари, ўтказувчан пирамидли ва сезувчан бузилишлар кузатилади (12.7 расм).

7. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗ.

1. Геморрагик инсульт. Инсультнинг бу тури гипертоник инқирозли беморларда артериал гипертензиянинг мавжудлиги билан тавсифланади. Ишемик инсультдан аввал юрак касалликлари бўлиши мумкин ва кўпинча улар юрак аритмиялари, анамнезда миокард инфарктлари билан бирга келади. Ишемик инсульт тез-тез уйқуда ёки дам олиш пайтида бошланади. Геморрагик инсультнинг бошланиши кучли таъсирга эга бўлган пайтда, сезгир ёки жисмоний стресс билан тўсатдан юзага чиқади. Геморрагик инсультда мия, вегетатив ва менингеал симптомлари кўпроқ намоён бўлади. Улар ўчоқ симптомлари, мия стволи сурилиши ва сиқилишини кўрсатадиган белгилар билан қўшилади. Диагностика қийматининг баъзилари беморларнинг ёшини кўрсатади: қон қуйилиши ўрта ёшли одамларда (45–55 ёш), катта ёшдагиларда (60–70 ёш) мия инфаркти кўпроқ рўй беради. Ниҳоят, МССТ асосида дифференциал ташхис ўтказилади.

2. Гипогликемия – қондаги глюкоза миқдорини аниқлаш;

3. Менингоэнцефалитлар – Ривожланишидан бир неча кун олдин совукда қолиш, шамоллаш, ҳолатнинг ёмонлашуви, организмнинг температурасини ошиши, менингеал белгиларнинг мавжудлиги, орқа мия суюқлиги таҳлилида цитознинг кўпайиши, Панди ва Нонне-Апельтнинг ижобий реакциялари;

4. Бош мия суяги шикастланиши – бошида жароҳат излари мавжудлиги;

5. Ўзининг онги чуқур тушкунлигига олиб келадиган экзоген ва эндоген заҳарланишлар (спиртли ичимлик, кетоацидоз ва бошқалар) – турли кимёвий моддалар қабул қилиш анамнезида, қондаги алкогол даражаси, биокимёвий қон параметрлари (глюкоза, мочевина, креатинин, билирубин, фермент);

6. Касалликнинг «инсультга ўхшаш» кечиши бўлган мия шишлари – контрастли кучайиш билан МССТ ёки МРИ;

7. Эпилепсия билан боғлиқ касалликларда (Тодд параличи) беморларда эпилепсия анамнези, МРИ ёки МССТнинг миядаги таркибий ўзгаришларнинг йўқлиги;

8. Ўчоқли неврологик аломатлар билан мигрень – анамнезда мигренни кўрсатиши, мияда МРТ ёки МССТ тизимли ўзгаришларнинг йўқлиги;

9. Жигар-буйрак етишмовчилиги – буйрак ва жигар касалликлари анамнези, қон биокимёвий параметрларининг ўзгариши (мочевина, креатинин, билирубин, фермент).

8. ТАШХИС. ТЕКШИРУВ БАЁННОМАСИ

Лаборатория текширувлари:

А. Мажбурий:

- УҚТ*
- ВСК*
- Қондаги глюкоза*
- Коагулограмма**

Б. Қўшимча:

- АЛТ, АСТ*
- Мочевина, қонда креатинин*
- УСТ*
- Шубҳали ҳолатларда ликворологик текширувлар билан люмбал пункция*

Инструментал усуллар:

А. Мажбурий:

- ЭКГ*
- Офтальмоскопия*
- ЭхоЭС*
- ЦДС МАГ**
- Бош МСКТ ёки МРТ **

Б. Қўшимча:

- Рентген ОГК*
- ЭхоКГ**
- ЭЭГ**
- МСКТ-ангиография**
- Церебрал ангиография**
- Томир жарроҳи, эндоваскуляр жаррох маслаҳатлари (зарур бўлса)**

Изоҳ: * – субфилиаллар учун, ** – РНЦЭМП ва уни филиаллари учун.

9. ДАВОЛАШ

1. Тромболитик терапия «терапевтик ойна» шароитларида (инсульт бошланганидан кейин 4,5 соат ичида). Тўқима активатор плазминоген препарати – Актилизе тана массасига 0,9 мг кг ҳисобида киритилади, лекин 90 мг дан ошиқ эмас, умумий дозадан 10% болюсли тарзда 1 дақиқа ичида киритилади, қолган қисми т/и томчилаб 60 дақиқа ичида киритилади.

Тизимли тромболитик терапияга кўрсатма

Тромболитик терапияни ўтказиш текширилган ишемик инсультли беморларга кўрсатилади. Агар касаллик симптоми пайдо бўлгандан бошлаб даволаш керак; унга қадар 4,5 соат ўтмаган бўлиши лозим.

1. Беморлар ёши 18 дан 80 ёшгача.

2. Вақт касаллик бошланишидан тромболизисни бошлаш унигача 4,5 соатдан кўп эмас.

3. Тромболизис бошланишидан олдин бирон бир катта клиник яхшиланиш йўқлиги.

Тизимли тромболитик терапияга карши кўрсатма

1. КТ текширувда ички бош мия қон қуйилиши аломатлари.

2. 4,5 соатдан ошиқроқ касаллик бошланганлик, эҳтимолий тромболизис ўтказилишигача ёки аниқ касаллик вақти номаълум бўлган беморларда (жумладан, уйқусида инсульт рўй берган беморлар).

3. Терапия бошланишидан аввал кичик неврологик танқислик ёки катта клиник яхшиланиш.

4. Оғир инсульт (клиникада – 25 баллдан кўпроқ NIHSS шкаласи бўйича ёки нейровизуализация маълумотларига кўра).

5. Инсульт бошланишида тиришишли хуруж.

6. Субарахноидал қон қуйилишлари (САҚҚ) клиник аломатлари, ҳатто КТ (МРТ) текширувида бўлмаса ҳам, аневризма йиртилиши натижасида САҚҚ дан кейинги аҳвол.

7. Инсультгача бўлган 48 соат давомида нормал қийматлардан ошувчи гепаринни қўллаш.

8. Анамнезда ва бирга келувчи қандли диабети бор беморлардаги ҳар қандай инсультда.

9. Охирги 3 ой ичида бошдан кечирилган инсульт.

10. Тромбоцитлар сони 100х109/ литрдан кам.

11. Систолик артериал босим 185 мм рт. ст. дан ошиқ ёки диастолик босим 105 мм рт. ст. дан кўп ёки артериал босимни АД қайд этилган даражагача тушириш керак; бунда томир ичига гипотензив препаратларни киритиш керак.

12. Гликемия 2,8 дан кам ёки 22,5 м моль/л. дан кўпроқ.

13. Ташхис қилинган геморрагик диатез.

14. Варфарин каби оралантикоагулянтлар қабул қилувчи беморлар.

15. Яқинда бўлган ёки намоён бўлаётган ўткир қон кетиши.

16. МАТ касалликлари анамнезда: шиш, аневризма, бош ва умуртқа миясида жарроҳлик аралашувларидан кейинги ҳолат.

17. Геморрагик ретинопатия, масалан, қандли диабетда
(кўз кўришидаги бузилишлар геморрагик ретинопатияга мисол бўлди).

18. Якиндаги (камида 10 кун давомида) бошдан кечирилган ички юрак массажи, акушер ёрдамида бола туғдириш, марказий томирлар пункциясидан кейинги ҳолат.

19. Бактериал эндокардит, перикардит.

20. Ўткир панкреатит.

21. Охирги 3 ой ичида ошқозон ва 12 бармоқли ичак яраси ҳужжатли тасдиқланган зўрайишлари, қизилўнгач эрозиялари.

22. Аневризмалар, бош мия томир мальформациялари.

23. Қон кетиши жуда хавфли бўлган шишлар.

24. Оғир жигар касалликлари, шу жумладан, фаол гепатит, жигар циррози, жигар етишмовчилиги, портал гипертензия, қизилўнгач томирлари, варикоз кенгайиши.

25. Жиддий жарроҳлик амалиёти ёки охирги 3 ой ичида оғир жароҳат.

26. Аорта ажралиб чиқиш шубҳалари.

27. Ҳомиладорлик.

2. Антикоагулянтлар:

а) бевосита таъсирли – гепарин 2500–7500 ТБ. т/о 4 марта суткада (тромбоцитлар сони, антитромбин III даражаси, қон қуйилиш вақти ва ФҚТВ паст молекуляр гепаринлар (клексан 0,4–0,8 мл корин тери остига суткада 1 марта);

б) билвосита таъсирли:

– варфарин суткада 5–6 мг.

3. Антиагрегантлар:

– ацетилсалицил кислотаси суткада 100 мг.;

– дипиридамол суткада 3 марта 25–50 мг.;

ацетилсалицил кислотаси кунига 2 марта 100 мг суткада + дипиридамол 25–50 мг.;

– суткада 1 марта клопидогрель 75 мг.;

– пентоксифиллин суткада 1–2 марта 100–200 мг томир ичига томчилаб ёки бир суткада 1200 мг.;

4. Вазоактив препаратлар:

– Винпоцетин суткада марта 10–20 мг. т/и томчилаб ёки 3 марта ичига 5–10 мг.

5. Биореологик препаратлар:

Паст молекулярли декстранлар:

– рефортан (стабизол) кунига 1–2 марта 200 мл. т/и томчилаб.

6. Асосан нейротрофик таъсирга эга препаратлар:

– Пирацетам 20% ли 10–20 мл. суткада т/и томчилаб.

– цитиколин 1000–2000 мг. т/и томчилаб суткада.

– церебролизин 10–20 мл т/и томчилаб.

7. Статинлар:

– таб. Симвастатин 10–20 мг. суткада.

– таб. Розувастатин 10–20 мг. суткада.

8. Ангиохирургик даволаш

Бундай даволаш бош мия магистрал артериялари ўткир стенозлари бор беморларга кўрсатилган. Мия ишемиясида энг кенг тарқалган жарроҳлик бу ички уйқу артериялари умумий ва бош тарафларини эндартерэктомия бифуркацияси ҳисобланади. Кўпчилик беморларда бу зонада атеросклеротик бляшка максимал ҳажмларга боради ва артерио-артериал эмболия билан парчаланишга ва яраланишга кўпроқ мойил бўлади.

ГЕМОРРАГИК ИНСУЛЬТ

1. **КХТ Шифри-10**

160 Субарахноидал қон қуйилиши

1.0 Каротид синусдан субарахноидал қон қуйилиши ва ички уйқу артерияси бифуркацияси

1.1 Ўрта мия артериясидан субарахноидал қон қуйилиши

1.2 Олд бириктирувчи артериядан субарахноидал қон қуйилиши

1.3 Орқа бириктирувчи артериядан субарахноидал қон қуйилиши

1.4 Базиляр артериядан субарахноидал қон қуйилиши

1.5 Умуртқа артериясидан субарахноидал қон қуйилиши

1.6 Бошқа ички мия артерияларидан субарахноидал қон қуйилиши

160.7 Аникланмаган бошқа ички мия артерияларидан субарахноидал қон қуйилиши

160.8. Бошқа субарахноидал қон қуйилиши

160.9.Аникланмаган субарахноидал қон қуйилиши

160 Ички мия қон қуйилиши

1.0 Субкортикал ярим шарга ички мия қон қуйилиши

1.1 Кортикал ярим шарга ички мия қон қуйилиши

1.2 Аникланмаган ярим шарга ички мия қон қуйилиши

1.3 Мия стволига ички мия қон қуйилиши

1.4 Кичик мияга ички мия қон қуйилиши

1.5 Ички қоринча ички мия қон қуйилиши

1.6 Кўп локализацияли ички мия қон қуйилиши

1.8 Бошқа ички мия қон қуйилиши

1.9 Аникланмаган ички мия қон қуйилиши

162 Жароҳатга тегишли бўлмаган бошқа ички мия қон қуйилиши

1.10 Субдурал қон қуйилиши (ўткир, травматик бўлмаган)

1.11 Травматик бўлмаган экстрадурал қон қуйилиши

1.12 Ички мия қон қуйилиши (травматик бўлмагани) аникланмаган

2. ТАЪРИФ

Геморрагик инсульт – церебрал томирларнинг патологик ўзгарган деворлари йиртилиши ёки диапедез сингдирилиши натижасида бош мия қоринчалари ёки бош мия мағзига, ёхуд кобиғи ости бўшлиғига қон қуйилиши ҳолати ҳисобланади.

3. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Геморрагик инсульт барча инсультларнинг 8–15% ини ташкил этади. Геморрагик инсульт ўзининг полиэтиологик хусусияти бўйича ҳар қандай ёшда, жумладан, болаларда ҳам ривожланиши мумкин. Аммо агар сиз энг кўп кўрилган этиологик омилларни ҳисобга олсангиз, мияга энг кўп қон қуйилиш ҳолатлари 50-70 ёшдаги одамларда юз беради.

4. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

Геморрагик инсульт асосан артерияларнинг йиртилиши натижасида юз беради. Артерия йиртилиши, асосан кичик қобик ости томирлари ҳудудида пайдо бўлади. Геморрагик инсультнинг фон касаллиги ва хавфнинг асосий омили артериал гипертензия ҳисобланган учун у кичик милиар аневризмаларнинг шаклланишига олиб келади. Қон босими тез юқорига кўтарилиши сабабли ушбу аневризмалар йиртилади ва айнан шу нарса геморрагик инсультга сабаб бўлади. Томирдан оқадиган қон миянинг бир қисмини сиқиб чиқади ва бу ҳолат мияда ҳам қон кетиши деб аталади. Юқори босим остида қон мия тўқимасини ажратиб, бўшлиқни тўлдирганда, интрасеребрал гематома пайдо бўлади. Томирдан оқиб чиққан қон қисман атрофдаги нерв тўқимасини бузиб қисиб қўяди ва мия шишига олиб келади. Қон кетиш жойидан қон бутун периваскуляр бўшлиқлар бўйлаб тарқалиши мумкин, бу ҳолда унинг тўпланиши кўпинча асосий қон кетиш майдонидан узоқроқда жойлашади. Қон қуйилиши гематома зонасидаги мия тўқимасини йўқ қилишга ва атрофдаги интракраниал тузилмаларни сиқилиши ҳамда сурилишига олиб келади. Шу билан бирга, веноз ва мия суюқлиги оқиб чиқиши бузилади, миянинг шишиши ривожланади, бу эса ўз навбатида бош мия ички босимини оширади. Буларнинг барчаси миянинг дислокациясини, мия стволини сиқилишини келтириб чиқаради.

5. ТАСНИФЛАШ

Қон қуйилиши локализациясига боғлиқ ҳолда қуйидагилар фарқланади:

- паренхиматоз;
- субарахноидал;
- паренхиматоз-субарахноидал;
- паренхиматоз-вентрикуляр (қоннинг мия коринчаларига киришида);
- вентрикуляр қон қуйилишлари;
- геморрагик инфарктлар.

Ички капсулага нисбатан қуйидагилар ажратилади:

- латерал гематомалар – ички капсуладан ташқарида;
- медиал гематомалар – ички капсуланинг ичида;
- аралаш гематомалар– капсуланинг ўзини ва унинг атрофини қамраб олувчи кенг гематомалар.

90% гематомалар ярим шарли ва 10% кичик мия-стволли локализацияга эга.

6. КЛИНИК ҲОЛАТ

Геморрагик инсульт, одатда, тўсатдан, ҳаяжонланганда, жисмоний зўриқишларда, ҳаддан ортиқ толиқишларда рўй беради. Баъзан инсультдан олдин юзга қон «қуйилиши», интенсив бош оғриқлари, жисмларни қизил ёруғликда кўриш каби ҳолатлар юзага чиқади. Инсультни ривожланиши одатда ўткир бўлади (апоплексия).

Асосий симптомлар:

- ўткир бош оғриғи;
- қусиш;
- тезлашган шовқинли нафас олиш;
- гемиплегия ёки гемипарез: мушаклар ўткир гипотонияси, кўтарилган қўл «қамчига» ўхшаб пастга тушади, пайлар ва тери рефлекслари камаяди, оёқ юзи ташқарига айланиб қарайди;
- онгнинг бузилиши (кальцийлик, сопор ёки кома). Коматоз ҳолат инсультнинг бошланғич ҳолатида ривожланиши мумкин ва бемор дарҳол оғир ҳолатга тушиб қолади.
- нигоҳ кўпинча патологик ўчоққа қаратилган, баъзида қон қуйилиш тарафида кўз қорачиғлари кенгайган бўлади, кўзлар бир-биридан фарқланиши мумкин, кўз олмачаларининг «сузувчи» ҳаракатлари; патологик ўчоққа карама-карши томонда юқори қош атонияси (русча 197 бет ?).
- оғиз, ёноқ бурчаклари нафас олишда пастга тушган бўлади.
- кўпинча менингеал симптомлар кузатилади.

Мия катта ярим шарига қон қуйилиши кўпинча иккиламчи ствол синдроми билан мураккаблашади. У ривожланувчи нафас олиш, юрак фаолияти, онг бузилишлари, горметония тури бўйича мушак тонусининг ўзгаришлари (даврий тониқспазмалар, оёқ-қўлларда тонуснинг кескин кўтарилиши билан) ва децеребрационригидлик, вегетатив бузилишлар билан ифодаланади.

Мия стволига қон қуйилишлар витал функциялар бузилиши, мия суяги нервларининг ядролари ва оёқ-қўлларнинг парези зарарланиши билан тавсифланади, улар ўзгарувчан синдромлар сифатида намоён бўлади. Кўпинча страбизм (ғилайлик), анизокория, кичик мия симптомлари, икки томонлама пирамидал рефлекслар кузатилади. Кўприкда қон қуйилиши ҳолатларида

миоз кузатилади, кўзларнинг парезлари марказга йўналтирилади (нигоҳ фалаж бўлган аъзога қараб йўналтирилади).

Мушак тонусининг (горметония, децеребрацион ригидлик) эрта даврда ошиши, кўз парези юқорига йўналтирилган ва кўз реакцияси йўқлиги (Парино аломатлари) мия стволининг орал қисмларида қон қуйилиши вақтида содир бўлади. Стволнинг пастки қисмида жойлашган ўчоқлар эрта мушак гипотонияси ёки атония, булбар синдроми белгилари билан бирга келади. Кичик мияга қон қуйилиши сезиларли бош айланиши, миозис, нистагм, Гертвиг-Мажанди симптоми (вертикал текисликда тарқалувчи ғилайлик), интракраниал гипертензиянинг тез ўсиши, оёк-қўлларининг парези, атаксия билан тавсифланади.

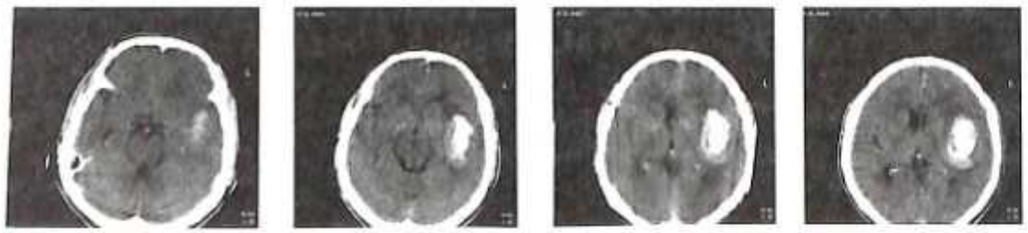
Паренхиматоз-вентрикуляр қон қуйилиши – онг бузилишининг зўрайиши тезда кучаяди, ҳаётий функцияларнинг ҳолати ёмонлашади, икки томонлама пирамидал рефлекслар, ҳимоя рефлекслари, горметониялар кузатилади, вегетатив аломатлар чуқурлашади (совуқдан титрашга ўхшаш титрашлар, совуқ тер, гипертермия ривожланади).

Миянинг шишиши, қон оқимининг мия қовузлокларига тушиши, мия стволининг сиқилиши ва сурилиши **геморрагик инсультнинг белгилари** саналади. Кенг ярим шар геморрагияларда, қоринчалар бўшлиғига қон қуйилишини эрта кириб бориши билан мураккаблашганда, ўчоқли симптомларни яширувчи коматоз ҳолат дарҳол юзага келиб, тезда бир неча соатдан сўнг, баъзан шу оннинг ўзида бу ҳолат ўлимга олиб келиши мумкин. Кичик мия ва мия стволига қон қуйилишида ва қонни IV қоринча ичига кириб боришида ҳам тезда ўлим ҳолатига олиб келиши мумкин.

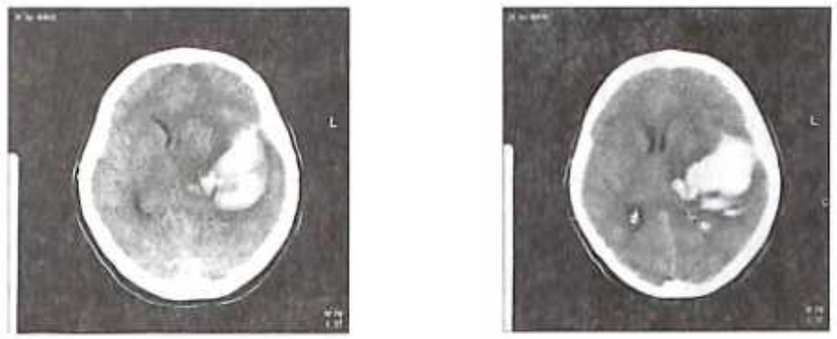
Мияга қон қуйилиш ҳолларида ўлимнинг энг юкори кўрсаткичи 60–90 % атрофида бўлади.

Чекланган латерал ярим шар қон қуйилишлари – одатда онг чукур бузилган бўлмайди. Беморлар аҳволи бошида стабиллашади ва кейин яхшилашади: онг тиниқлашади, вегетатив бузилишлар камаяди, иккиламчи ствол синдромлари йўқолади, аста-секин ўчоқ симптомлари камаяди.

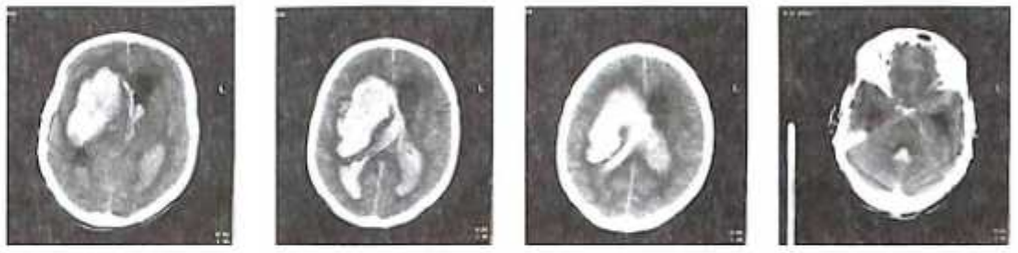
Субарахноидал қон қуйилиши. Кўпинча мия асосидаги томирларнинг аневризмаси йиртилиши натижасида келиб чиқади, гипертоник касалликда,



12.8.расм. Латерал гематома (путаменал) КТ-сурати.



12.9.расм. Стриато-капсуляр қон қуйилиши бўлган М. беморнинг КТ-сурати.



12.10.расм. Қоринча тизимига ўтиш билан кенг қон қуйилиш КТ-сурати..

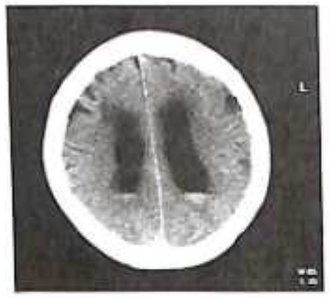
бош мия томирлари атеросклерози ёки бошқа томир касалликларида камдан-кам шундай бўлади. Субарахноидал қон қуйилиши одатда ўткир кечади, аломатлари бўлмайди. Кескин бош оғриғи пайдо бўлади («энсага зарба», «бош ичида иссиқ суюқлик тарқалиши»), бошида у локал бўлиши мумкин (пешона, энса соҳасида), кейин тарқалган ҳолда бўлади. Шу пайтнинг ўзида, бош оғриғи билан бирга кўнгил айниши, қусиш, қисқа ёки узоқ муддатли онгнинг бузилиши, психомоторик қўзғалиш кузатилади. Эпилептик хуружлар рўй бериши мумкин. Менингеал симптомлар (бўйин мушаклари ригидлиги, Керниг, Брудзинский ва бошқалар симптомлари).

Ёруғликдан қўрқиш ҳолатлари тез ривожланади. Қон қуйилиши бошланғич босқичда ўчоқли мия симптоматикаси доимо ҳам аниқланмайди, бироқ базал артериал аневризмларнинг йиртилишида мия суяги нервларида зарарланиш кузатилади, айниқса, кўз ҳаракатида, баъзан кўриш нерви ёки унинг кесишмасида зарарланиш бўлиши мумкин.

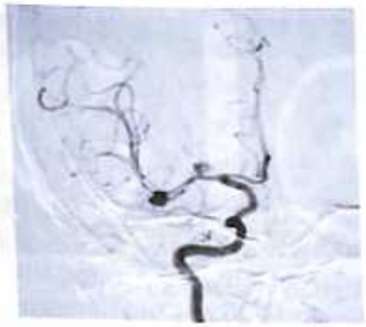
7. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗ

1. Ишемик инсульт – ишемик инсультдан олдин юрак касалликлари юзага келиши мумкин. Улар кўпинча юрак ритмининг бузилишлари бирга келади ва анамнезда миокард инфарктлари бўлиши мумкин. Ишемик инсульт кўпинча уйқуда ёки дам олиш пайтида бошланади, люмбал пункция ёрдамида текширилаётган ликворнинг таркиби нормал бўлади. Беморларнинг ёши

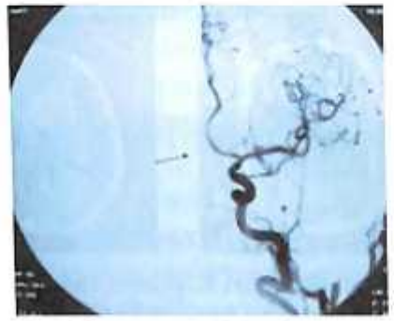




12.11.расм. Қоринча тизимига кириши билан САҚҚ нинг КТ-сурати.



12.12. расм. Церебрал ангиография. Ўрта мия артерияси аневризмаси.



12.13. расм. Церебрал ангиограмма. Тўғри проекция. ОМА артериал спазми кузатилади.

ҳам бир мунча диагностик қийматга эгадир: мия инфаркти — кекса ёшдаги беморларда (60—70 ёш). Бош мия МСКТ ёки МРТ да текширилгач, якуний дифференциал ташхис қўйилади.

2. Гипогликемия – қонда глюкоза миқдорини аниқлаш.

3. Менингоэнцефалитлар – анамнезда аҳвол ёмонлашувидан бир неча кун олдин яллиғланиш омили мавжудлиги, тана ҳарорати кўтарилиши, менингеал белгилар борлиги, умуртқа мия моддасини ташхисида цитоза ошганини аниқлаш, Пандива Нонне-Апельта ижобий реакцияси;

4. Бош мия суяги жароҳати – бошда жароҳат излари борлиги;

5. Чукур онг зўриқиши олиб келувчи экзоген ва эндоген интоксикациялар (алкоголь, кетоацидоз ва бошқалар) – анамнезда турли кимёвий моддалар қабул қилишга кўрсатма, қондаги алкогол миқдорини аниқлаш, коннинг биокимёвий кўрсаткичлари (глюкоза, мочевина, креатинин, билирубин, фермент);

6. «Инсулинга ўхшаш» кечувчи касаллик билан бош мия шишлари-контрастли кучайиши билан МСКТ ёки МРТни амалга ошириш;

7. Эпилептик хуружлардан азобланадиган беморларда хуруждан кейинги давр (Тодд фалажи) – анамнезда эпилепсияни қайд этиш, МРТ ёки МСКТ да бош мия тизими ўзгаришлари;

8. Ўчоқли неврологик симптоматика билан мигрень – мигренни анамнезда қайд этиш, МРТ ёки МСКТ да тизими ўзгаришлари йўқлиги;

9. Жигар-буйрак етишмовчилиги – анамнезда буйрак ва жигар касалликларини қайд этиш ҳамда биокимёвий қон кўрсаткичлардаги ўзгаришларни кўрсатиш (мочевина, креатинин, билирубин, ферментлар даражасининг ошганлиги).

8. ТАШХИС. ТЕКШИРУВ БАЁННОМАСИ

Лаборатория текширувлари:

А. Мажбурий:

- УҚТ*
- ҚИВ*
- Қонда глюкоза*
- Коагулограмма**

Б. Қўшимча:

- АЛТ, АСТ*
- Мочевина, қонда креатинин *
- ПУТ*
- Шубҳали ҳолларда ликворологик текширувлар люмбал пункцияси *

Инструментал усуллар: А.

Мажбурий:

- ЭКГ*
- Кўкрак қафаси органларининг рентгенографияси ёки рентгеноскопияси*
- Офтальмоскопия*
- ЭхоЭС*
- ЭЭГ**
- ТКДГ**
- МСКТ ёки бош мия МРТси**

Б. Қўшимча:

- Рентген ОГК*
- ЭхоКГ**
- ЭЭГ**
- ЦДС МАГ**
- МСКТ-ангиография**
- Церебрал ангиография**

• Нейрожарроҳ, эндоваскуляр жарроҳ маслаҳати (зарур бўлса)**

Изоҳ: * – субфилиаллар даражасига кўра, ** – РНЦЭМП ва унинг филиаллари.

9. ДАВОЛАШ

1. Организм ҳаётий зарур функцияларини коррекцияси:

• Нафас олиш бузилишлари коррекцияси (намланган кислородли инсуффляция, глоссофаринголарингеал парезда трахея интубацияси, ЎСВ кўрсатмасига кўра);

• АД коррекцияси – церебрал перфузион босимни ўрта АБ ни стабиллаштириш орқали ≥ 100 мм.сим.уст.

Юқори АБ да гипотензив терапия:

• **АПФ ингибиторлари**: каптоприл 50–100 мг/сут, эналаприл 10–40 мг/сут, лизиноприл 10-40мг/сут.

• **В-блокаторлари:** пропроналол 40–120 мг/сут, метопролол 100–400 мг/сут, атенолол 50–100 мг/сут, бисопролол 5–20 мг/сут.

• **Кальций антагонистлари:** амлодипин 5–10 мг/сут, нифедипин 20–60 мг/сут.

• **Ганглиоблокаторлар** (бензогексоний 0,5% 1 мл т/и томчилаб)

• **Салуретиклар:** фуросемида эритмаси 1% 2–4 мл т/и

• **АБ тушганда-прессораминлар**

(фенилэфрин 0,5% 0,5–1 мл п/к, м/и, эпинефрин 0,5% 0,5–1 мл п/к, м/и, добутамин 2–20 мкг/кг/дақ, допамин 2–20 м кг/кг/дақ)

2. Гемостатик терапия:

аминокапрон кислотаси 5% 100 мл т/и томчилаб х 2 марта суткада, этамзилат натрий 12,5% –2 мл х 2-4 марта суткада.

3. Иротеолитик ферментлар

контрикал 10000–30000 ТБ т/и томчилаб, Гордокс 300 000 ЕД т/и

4. Шишга қарши терапия

Натрий хлорид гипертоник эритмаси 5–10% 100–200 мл,

• L-лизин Эсцинат 0,1% 10 мл. т/и томчилаб, суткада 2 марта;

• Маннитол 15% 200 мл;

• Тиббий глицерин 10–30 мл. ичига суткада 4 марта;

• Магнезий сульфат 20% 10 мл т/и;

• Преднизолон 100–150 мг т/и томчилаб;

• Дексаметазон 8 мг. суткада 3–4 марта.

5. Ангиоспазм профилактикаси ва даволаш

Нимотоп 1–2 мг/соат т/и ёки нимотоп таблеткаси 30 мг. ичига суткада 4 марта.

6. Тиришишга қарши терапия

• таб. Бензонал 0,1–0,6 г/сут;

• таб. Карбамазепин 0,2–0,6 г/сут).

7. Асосан нейротрофик таъсирли препаратлар

• пирацетам 20% 10–20 мл суткада томир ичига томчилаб;

• цитиколин 1000–2000 мг. суткада т/и томчилаб;

• церебролизин 10–20 мл томир ичига томчилаб.

8. Антибактериал терапия

• цефазолин 2–4 г/сут, цефотаксим 3–6 г/ сут, цефтриаксон 2–4 г/сут, цефопиразон 2–4 г/сут, пефлоксацин 800 мг/сут, ципрофлоксацин 0,5–1,5 г/сут, амикацин 1–2 г/сут. Микрофлора сезувчанлигига боғлиқ ҳолда антибактериал терапия тайинлаш.

9. Нейрохирургик аралашув**

Жарроҳлик аралашуви учун мияга 40 см3 ички қон қуйилиши, дислокацион синдромлар, мия қоринчалари тампонадаси фонида окклюзион гидроцефалия кўрсатма бўлиб хизмат қилади. Аневризмалар йиртилиши ва артериовеонозли мальформациялар фонида субарахноидал қон қуйилиши бўлса, жарроҳлик муолажалари (клипирлаш, аневризмалар, мальформацияларни эндоваскуляр ўчириш) беморлар аҳволи стабиллаштирилгандан сўнг амалга оширилади.

ОРҚА МИЯ ҚОН АЙЛАНИШИНИНГ ЎТКИР БУЗИЛИШЛАРИ

1.КХТ Шифри-1

G 95.1

2. ТАЪРИФ

Орқа мия қон айланишининг ўткир бузилишлари – кескин пайдо бўлган, зарарланиш даражасига боғлиқ ўчоқли орқа мия симптомларини ифодаловчи патологик ҳолат саналади (ўтказувчи ҳаракатланувчи, рефлектор, сезувчан, шакл, сезгир, тос). Қон томирининг табиатига кўра, ишемик мия шикастланиши (миелоишемия) ва орқа мияга қон қуйилиши (гематомиелия) фарқланади.

3. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Орқа мия қон айланиши ўткир бузилишлари умумий инсультлар сонининг тахминан 1% ни ташкил этади.

4. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

Миелоишемия ривожланишининг учта асосий сабаби бор:

1. Юрак-қон томир тизими касалликлари: туғма (малформациялар, аневризмалар, томирларнинг варикоз кенгайиши, орқа мия томирлари гипоплазияси, аорта коарктацияси) ва орттирилган (атеросклероз, артериитлар,

флебитлар, тромбозлар ва орқа мия эмболиялари, гемодинамик ва реологик вариантлар). Миелоишемик ҳолатларининг тахминан 20% ни ташкил этади.

2. Ташқаридан қон томирларининг сиқилиши: ўсмалар, бачадон ҳомиладорлиги, лимфа тугунлари тўплами, умуртқа оралиғи дискларининг чурраси, остеофитлар ва бошқалар.

3. Манипуляциялар ва жарроҳлик аралашувлар вақтида умуртқа томирларидаги ярани шикастлаш.

Гематомиелия сабаблари умуртқа жароҳати, томирлар ривожланиш аномалиялари (аневризмалар ва малформациялар), геморрагик диатез, юқумли васкулит бўлиши мумкин.

5. ТАСНИФЛАШ

Орқа мия қон айланиши ўткир бузилишларининг ягона кенг таснифланиши мавжуд эмас. Илмий адабиётларда қуйидаги ҳолатлар ажратиб кўрсатилади:

1. Орқа мия инфаркти (ўткир миелоишемия);
2. Орқа мияга қон қуйилиши (гематомиелия);
3. Орқа мия транзитор ишемик хуружи.

6. КЛИНИК ҲОЛАТ

Орқа мия инфаркти.

Орқа мия артерияси олд ҳовузидаги инфаркт (орқа мия вентрал 2/3) клиник тарзда оёқларда радикуляр ва кўтарилувчи оғриқлар, тўсатдан ривожланувчи пара ёки тетраплегия (оёқлардаги дастлабки паст тонус яқинда спастикага ўзгаради), арефлексия (бир неча кун ёки ҳафтадан кейин гиперрефлексияга алмашинади) физиологик тарзда патологик орқа мия рефлекслари натижасида жароҳатланган жойнинг оғриқ ва ҳарорат сезиш холати йўқолади. Лекин бунда чукур ва тактил сезувчанлик сақланиб қолади ҳамда тос органлари функцияларида бузилишлар кузатилади. Орқа мия артерияси ҳовузидаги миелоишемия (1/3 дорсал орқа мия) оғриқ ва ҳарорат сезувчанлик сақланиб қолади. Аммо унда чукур ва тактил сезувчанлик бузилишлари бўлади.

Орқа мияга қон қуйилиши.

Клиникада орқа мия кўндаланг жароҳатланиш симтомлари тўсатдан риволаниши билан намоён бўлади (пара- ёки тетраплегия, пара- ёки тетраанестезия, тос функциялари бузилиши) қонли ёки ксантохром ликвор билан биргаликда.

7. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗ

1. Орқа мия компрессияси (бирламчи ёки мета статик ўсмалар, абсцесс, дискпролапси, орқа мия жарохати, паразитаркиста, туберкулезлиспондилит, лейкоз ва бошқалар) – аста-секин симптоматиканинг ривожаланиши

кўрсатувчи батафсил анамнезни йиғиш, умуртқа-мия суюқлиги таҳлили – оқсил-ҳужайрали диссоциацияни аниқлаш, орқа мия МРТ текшируви натижалари (бўлимлар клиникасига мувофиқ).

2. Кўндаланг миелит – клиника ривожланишидан бир неча кун олдин анамнезда яллиғланиш ва шамоллаш компоненти кузатилади, умуртқа мия суюқлиги таҳлилида – цитоз даражаси ошиши, орқа мия МРТ текшируви натижалари (бўлимлар клиникасига мувофиқ).

3. Гийен-Барр синдроми – клиника ривожланишидан бир неча кун олдин анамнезда яллиғланиш ва шамоллаш компоненти кузатилади, мушак тонуси пасайиши билан суст парезлар ва фалажлар ривожланиши, пай рефлекслари камайиши ёки йўқлиги, патологик стопбелгилар йўқлиги.

4. Сирингомиелия – бунда «дизрафик ҳолат», «куртка» ёки ярим куртка» типи бўйича сезувчанликни сегментар бузилиши, асосан оғриқлар ва ҳарорат кўтарилиши кузатилади. Бўйин ва кўкрак қисмларини МРТси ўзига хос ўзгаришларни кўрсатади– орка мия кулранг моддасида киста мавжудлиги.

B_{12} витамини танқислиги анемияси, бу организмда B_{12} витамини етишмаслиги туфайли қон шаклланиши бузилиши билан боғлиқ, бу ҳолатда одатда оч қизил, кейин «лакланган» тил, ҳамда иликда эритроцитлар ўрнига аномал йирик ҳужайралар шаклланиши билан намоён бўлади (қон ҳосил бўлишининг мегалобластик турига ўтиш).

8. ТАШХИС. ТЕКШИРУВ БАЁННОМАСИ

Лаборатория текширувлари:

А.Мажбурий

- УҚТ*
- ВСК*
- Қонда глюкоза*
- Коагулограмма**

Б.Қўшимча

- АЛТ, АСТ*
- Мочевина, қонда креатинин*
- УСТ*
- Шубҳали ҳолларда ликворологик теширувлар билан люмбал пункция*

Инструментал усуллар:

А.Мажбурий:

- ЭКГ*
- Кўкрак қафаси органлари рентгенографияси ёки рентгеноскопияси*
- Умуртқа ва орқа мия жароҳатланиш тахминий даражасини МРТ текшируви **

Б. Қўшимча:

- Рентген ОГК*
- ЭхоКГ**
- ЭЭГ**
- Орқа мия томирлари МСКТ-ангиографияси **
- Орқа мия томирлари ангиографияси**
- Нейрожарроҳ, эндоваскуляр жарроҳ маслаҳатлари (заруратга кўра)**

9. ДАВОЛАШ

1. Нафас олиш фаолиятини сақлаб туриш (намланган кислородни улаш, зарур бўлса ЎСВ).

2. Юқори АБ да гипотензив терапия:

- **АПФ ингибиторлари**: каптоприл 50–100 мг/сут, эналаприл 10–40 мг/сут, лизиноприл 10–40 мг/сут.
- **В-блокаторлар:** пропроналол 40–120 мг/сут, метопролол 100–400 мг/сут, атенолол 50–100 мг/сут, бисопролол 5–20 мг/сут.
- **Калций антагонистлари:** амлодипин 5–10 мг/сут, нифедипин 20–60 мг/сут.
- **АБ пастга тушганда -прессораминлар**

(фенилэфрин 0,5% 0,5–1 мл п/к, м/и, эпинефрин 0,5% 0,5–1 мл п/к, м/и, добутамин 2–20 мкг/кг/дақ, допамин 2–20 мкг/кг/дақ).

2. Гемостатик терапия (ташхис килинган гематомиелияда):

аминокапрон кислотаси 5% 100 мл т/и томчилаб 2 марта суткада, этамзилат натрий 12,5% – 2 мл 2–4 марта суткада.

3. Антикоагулянтлар (ташхис қилинган миелоишемияда)

Гепарин эритмаси 2500–7500 ТБ п/к 4 марта суткада ВСК эритмаси назоратида клексан 0,4–0,6 мл. п/к суткада 1–2 марта ВСК назорати остида.

4. Шишга қарши терапия:

Натрий хлорид гипертоник эритмаси 5–10% 100–200 мл, L-лизин Эсцинат 0,1% 10 мл т/и томчилаб суткада 2 марта маннитол 15% 200 мл, дексаметазон 8 мг. суткада 3–4 марта.

5. Асосан нейротрофик таъсирли препаратлар:

- пирацетам 20%ли 10–20 мл. суткасига томир ичига томчилаб.
- цитиколин 1000–2000 мг. суткада т/и томчилаб.
- церебролизин 10–20 мл. т/и томчилаб.

6. **Антибактериал терапия:** цефазолин 2–4 г/сут, цефотаксим 3–6 г/сут, цефтриаксон 2–4 г/сут, цефопиразон 2–4 г/сут, пефлоксацин 800 мг/сут, ципрофлоксацин 0,5–1,5 г/сут, амикацин 1–2 г/сут. Микрофлора сезувчанлигига боғлик ҳолда антибактериал терапияни тайинлаш.

МАРКАЗИЙ АСАБ ТИЗИМИНИНГ ЎТКИР ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ

ЎТКИР МЕНИНГИТЛАР, ЭНЦЕФАЛИТЛАР, МИЕЛИТЛАР

1. КХТ Шифри-10

G00-G09

2. ТАЪРИФ

Бу мия қобиқларида, мия ёки орқа мия моддасида ўчоқли ва менингеал симптомлари билан ўткир яллиғланиш жараёнлари билан ифодаланувчи касалликлар гуруҳидир.

3. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

Марказий асаб тизимидаги ўткир яллиғланиш жараёнлари юқумли (вируслар, бактериялар, замбуруғлар, бир ҳужайрали паразитлар), юқумли аллергик, аллергик ва заҳарли агентлар таъсири туфайли юзага келади. Қўзғотувчилар мия, орқа мияга одатда гематоген усулда (ҳаво томчили ёки энтеровирус инфекцияларидан) кириб, баъзан қўшни бирламчи инфекция ўчокларидан ҳам (отитлар, синуситлар, бош соҳаси терисидаги йиринглаш жараёнлари, спондилитлар ва бошқаларда) киради.

4. ТАСНИФЛАШ

Шунингдек, марказий асаб тизимининг ўткир яллиғланиш касалликларининг ягона умумий таснифи мавжуд эмас.

Этиология бўйича қуйидагилар фарқланади:

1) юқумли (ўзига хос ва ноаник);
2) юқумли-аллергик;
3) аллергик;
4) токсик.

Ривожланиш механизмига кўра:

1) бирламчи;
2) иккиламчи.

Яллиғланиш жараёни табиатига кўра:

1) йирингли;
2) сероз;
3) геморрагик;
4) аралаш.

Марказий асаб тизимининг яллиғланиш жараёнида иштирок этишига кўра:

1) менингитлар – мия ва умуртқа мембраналарининг яллиғланиши;
2) энцефалитлар (кулранг, оқ модда ёки мия паренхимасига умумий зарарни ҳисобга олган ҳолда полио, лейко ва панэнцефалитлар);

3) миелитлар – турли даражада орқа миянинг яллиғланиши;

4) аралаш шакллар (менингоэнцефалитлар, менингомиелитлар, энцефаломиелитлар, менингоэнцэфаломиелитлар).

5. КЛИНИК ҲОЛАТ

Менингитлар. Менингитларнинг клиник кўринишлари қуйидагилардан иборат: умуминфекцион (юқори ҳарорат, титраш, нафас олиш ва пульсни тезлашиши), умуммия (бош оғриғи, кўнгил айниши, кўп қусиш, онгдаги бузилишлар ёки ҳушни йўқотиш) ва асосийси менингеал симптомлар (энса мушаклар ригидлиги, Керниг ва Брудзинский симптомлари, умумий гиперестезия). Краниал нервларга зарар етказиши мумкин (кўпинча III, VI, VII жуфтлар). Менингитга ташхис қўйишда мия умуртқа суюқлигини текшириш жуда муҳим саналади.

Энцефалитлар. Шунга ўхшаш умуминфекцион менингитлар ва энцефалит умуммия белгилари билан бирга энцефалитлар учун тегишли бош мия қисмларининг зарарланиш (ёки қўзғотилиш) даги ўчокли симптомлар характерлидир. Бу пирамидал (парезлар, фалаж), экстрапирамидал (гипер- ва гипогенезлар, мушак тонусида ўзгаришлар), рефлектор (ўзгарган физиологик ва қўшилган патологик рефлекслар), сенсор (сезувчанлик бузилиши), стволга оид (осуломотор, юз, булбар фалажлар ва парезлар), кичик мия (дискоординатор) симптомлар (изоляцияланган ҳамда комбинацияланган) бўлиши мумкин. Қўзғотувчи симптомлар фокал ёки умумий эпилептик шаклдаги хуружларни ўз ичига олади.

Миелит. Миелит умумий юқумли аломатларнинг фонида кўпинча ўткир ёки ярим ўткир ҳолда пайдо бўлади. Бу жараён кўпинча кўкрак бўлимида тўхтайди ва орқа миянинг кўндаланг шикастланиши билан ўзига хослик касб этади. У ҳаракатдаги бузилишлар (парезлар, фалажлар), сезувчанлик (гипо- ва анестезия), тос касалликлари (сийдик ва нажас ушланиб қолиши) билан кўзга ташланади. Биринчи кунларда қандай бўлишидан қатъи назар фалажларда асосан мушак гипертонияси ва пай гипорефлексияси устунлик қилади, бироқ эрта босқичдаёқ пирамидал йўлнинг марказий нейрони шикастланганини тасдиқловчи патологик стопрефлекслар кузатилади. Бир неча кундан кейин, одатда, спастика ривожланади.

6. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗ

Менингитлар учун асосий клиник синдромлар қуйидагилар ҳисобланади: менингеал, субарахноидал қон қуйилиш, карциноматоз ва ички мияги- пертензия билан (ҳал қилувчи бўлиб КТ, МРТ ва ликворологик текширувлар) дифференциал ташхис ўтказилишини талаб этади.

Энцефалитларни қуйидагилардан фарқлаш зарур: ўткир цереброваскуляр, жароҳатли, сурункали интракараниал касалликлар декомпенсацияси

(ўсмалар, сурункали эпи- ва субдуралгематомалар, паразитаркисталар),бош мия абсцесслари, токсик ва метаболик энцефалопатиялар.

Миелитлар қуйидагилар билан дифференциация ўтказишни талаб этади: эпидуралабсцесслар, спиналинсультлар, умуртқа каналининг катта ўсимталари, орқа мия шикастланишлари, тарқалган склерознинг спинал шакли, Гийен–Барр–Ландри бўйича полирадикулонейропатия.

7. ТАШХИС. ТЕКШИРУВ БАЁННОМАСИ

Лаборатория текширувлари:

А. Мажбурий:

- УҚТ*
- ВСК*
- Қонда глюкоза*
- ОИТС га қон таҳлили*
- Коагулограмма**
- Шубҳали ҳолларда ликворологик текширувлар билан люмбал пункция*

Б. Қўшимча:

- АЛТ, АСТ*
- Мочевина, қонда креатинин*
- УСТ*

Инструментал усуллар:

А. Мажбурий:

- ЭКГ*
- Офтальмоскопия*
- Кўкрак қафаси органлари рентгенографияси ёки рентгеноскопияси*
- Мия ёки орқа мия МСКТ ёки МРТ текшируви**

Б. Қўшимча:

- ЭЭГ**

8. ДАВОЛАШ

1. Нафас олиш фаолиятини сақлаб туриш (намланган кислородни улаш, зарур бўлган ЎСВ);

2. Бузилган тос функцияларини таклаш ёки компенсацияси (ковуқ катетеризацияси, тозалувчи клизмалар, ич келтирувчи (бисакодил);

3. **Махсус терапия** (махсус ва бошқариладиган инфекциялар аниқланган ҳолларда);

4. **Антибактериал препаратлар**: амоксициллин/клавулан кислотаси 6,75×2 марта суткада, ёки цефазолин 2–4 г/сут, ёки цефотаксим 3–6 г/сут, ёки цефтриаксон 2–4 г/сут, ёки цефоперазон 2–4 г/сут, ёки цефтазидим

2–4 г/сут, ёки пефлоксацин 800 мг/сут, ёки ципрофлоксацин 0,5–1,5 г/сут, ёки амикацин 1–2 г/сут, метронидазол 100 мл т/и кап × 3–4 марта кунига.

5. Вирусга қарши препаратлар:

- Ацикловир 250 мг. т/и суткада 3 марта;
- таб. Ацикловир 400 мг × 4–6 марта суткада.

6. Яллиғланишга қарши терапия

- дексаметазон 12–24 мг/суткада;
- преднизолон 150-300 мг/сут.

7. Шишга қарши терапия:

Натрий хлорид гипертоник эритма 5–10% 100–200 мл,

L-лизин Эсцинат 0,1% 10 мл т/и томчилаб× 2 марта суткада Маннитол 15% 200 мл,

8. Асосан нейротрофик таъсирли препаратлар:

- пирацетам 20%10–20 мл суткада томир ичига томчилаб;
- цитиколин 1000–2000 мг т/и суткада томчилаб;
- церебролизин 10–20 мл томир ичига томчилаб;

9. **Тиришишга қарши препаратлар** тиришиш синдромида (бензонал 0,1–0,6 г/сут, карбамазепин 0,2–0,6 г/сут, мидозалам 5–15 мг 2–3 мар/сут).

ТИРИШИШ СИНДРОМИ. ЭПИЛЕПТИК ҲОЛАТ

1.Шифри - 10

G 41.0

2. **ТАЪРИФ**

Эпилептик шундай синдром ҳолатики, қачон бир хуруж кейингисидан кейин рўй беради ва бемор ҳушига келмайди ёки давомий умумлаштирилган тиришиш хуружлари юзага келади ёки 24 соат давомида учтадан кўпрок умумлаштирилган тиришиш хуружлари содир бўлади.

3. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Америка эпилепсияни тадқиқот қилиш фонди маълумотига кўра, эпилепсия билан касалланиш (муайян аҳоли орасида ва аник вактдаги беморлар сони) 2%ни ташкил этади; шундай килиб, омма орасида энг кўп учрайдигани неврологик касаллик ҳисобланади. Эпилепсия билан касалланган беморларнинг 30% ни 5 ёшдан кичик болалар ташкил этади.

4. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

Эпилепсия патогенезида эпилептоген ўчок соҳасидаги нейронлар функционал ҳолати ўзгаришлари муҳим аҳамиятга эга. Эпилептик нейронлар разрядлари жуда юқори частота ва нисбатан паст амплитуда билан тавсифланади, бунга ушбу нейронларнинг узоқ ва аниқ деполяризацияга мойиллиги сабабдир. Нейронлар фаолиятини гиперсинхронизацияси бир пайтнинг ўзида қўзғотишга кўп миқдордаги эпилептик ва уларга қўшни нейронларни жалб килиш билан ва тиришиш хуружларини пайдо бўлишига сабаб бўлади.

Асосий сабаблар:

1. Аноксик энцефалопатия –20%
2. Инсульт –18%
3. Нейроинфекция –17%
4. Бош мия жароҳати –9%
5. Метаболик бузилишлар –7%
6. Интоксикациялар, шу жумладан, дориларга оид –4%.
7. Эпилепсия –2%
8. Бошқа сабаблар (ўсмалар, кисталар ва бошқалар) –14%.
9. Икки ва ундан ортиқ омиллар бирга келиши –9%.

5. ТАСНИФЛАШ

1. *Болалар ва катта ёшдагиларда* эпистатус формаси
2. Клонико-тоник хуружлар статуси Абсанслар статуси
3. Моторик симптомли парциал оддий ва комплекс хуружлар
4. Руҳий симптомлар ва автоматизмлар билан парциал оддий ва комплекс хуружлар
5. Тиришишсиз оддий парциал статус
6. Миоклоник эпилептик симптоматик статус (инфекциялар, интоксикациялар)

6. КЛИНИК ҲОЛАТ

Асосий клиник кўриниш эпилептик хуружлар. Улар умумлаштирилган, парциал хуружларга бўлинади. Умумлаштирилган хуружлар онгни йўқотиш, вегетатив намойишлар ва тиришишларнинг бор ёки йўқлигига қараб, улар тиришишли ёки тиришишсиз бўлиши мумкин. Тиришишли шакл (grandmal) тоник, сўнгра клоник конвулсиялар, тилнинг тишлаш, апноэ, оғиздан кўпик ажралиши, беихтиёр сийдик ажралиш билан бирга кечади, йиқилганда шикастланиш мумкин. Тиришишсиз шакли (absans) онгнинг ўчиши ва вегетатив кўринишлар билан ифодаланади. Шу билан бирга, моторли ва тоник феноменли абсанслар мавжуд. Парциал хуружларда эпилептик ўчок мия кобиғида жойлашган бўлиб, хуружда миянинг фақат бир кисми қамраб олинади. Клиник кўринишга қараб, ҳаракатли, сезувчан, вегетатив-висцерал симптомлар, психосенсор феноменлар ва автоматизмлар фаркланади. Одатдаги тип сифатида, Джексон хуружи кўрсатилади ва унинг учун моторик ва сенсор кўринишларнинг марш тарқалиши уларнинг кобиқдаги соматотопик

жойлашишига кўра тавсифланади. Шуни таъкидлаш керакки, парциал хуружларнинг барча турлари умумлаштирилган таъкибларнинг барча турлари умумлаштирилган турга (иккиламчи умумлаштирилган) ўтади. Шунингдек, буларга хабарчиси сифатида аура билан кечувчи хуружлар киради.

7. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗ

1. Асабий хуружлар – стрессли вазиятни анамнезда кўрсатиш, тилни тишлаш йўқлиги, оғиздан кўпик чиқариш, беихтиёр сийдик ажралиши, ЭЭГ-да эпиактивликнинг йўклиги.

2. Ҳушдан кетишлар, синкопал пароксизмалар юрак уришининг пасайиши натижасида, мия қон оқимини пасайиш фонида клиник суратни ривожланиши билан тавсифланади.

3. Токсикоинфекциялар (ботулизм, столбняк ва бошқалар), ботулизм – консерва маҳсулотларининг истеъмолини офталмоплегик ва булбар синдромлар ривожланиши билан анамнезда кўрсатишдир. Столбняк – бу ифлосланишли жароҳатни ёки шикастланишни анамнезда кўрсатишдир.

4. Миянинг ўткир гипоксияси (ўпка эмболияси, бўғилганда ёки дорга осилганда рўй берувчи асфиксия, ис гази билан заҳарланиш, аспирация синдроми ва бошқалар).

5. Гипогликемик ҳолат – тиришишлар фонида совуқ тер ажралади, қондаги глюкоза миқдори камаяди.

8. ТАШХИС. ТЕКШИРУВ БАЁННОМАСИ

Лаборатория текширувлари:

А. Мажбурий:

- УҚТ*
- Қондаги глюкоза*

Б. Қўшимча:

- АЛТ, АСТ*
- Мочевина, қонда креатинин*
- УСТ*

Инструментал усуллар:

А. Мажбурий:

- ЭКГ*
- ЭЭГ**
- Офтальмоскопия*
- Кўкрак қафаси органлари рентгенографияси ёки рентгеноскопияси*
- Бош мия МСКТ ёки МРТ текшируви

Б. Қўшимча:

- Шубҳали ҳолларда ликворологик текширувлар билан люмбал пункция.

9. ДАВОЛАШ

1. Т/и ёки перорал тиришишга қарши **препаратлар қабули** (мидозалам 5–15 мг/сут, диазепам 40–60 мг/сут, фенобарбитал 0,1–0,3 г/сут, бензонал 0,1–0,6 г/сут, карбамазепин 0,2–0,6 г/сут, вальпроя кислотаси ва б.).

2. **Наркотик препаратлар** (гексенал 10% 0,5–1 мл м/и, тиопентал натрий 75–150 мг т/и секин, морфин 10% 1 мл м/и, промедол 1% 1 мл м/и ва бошқалар).

3. **Шишга қарши терапия** (натрий хлорид гипертоник эритмаси 5–10% 100–200 мл, маннитол 15% 200 мл, тиббий глицерин 20–50 мл × 4 ичига, магнезий сульфат эритмаси20% 10 мл т/и, преднизолон 100–150 мг, дексаметазон 8 мг – 3–4 марта суткада, альбумин 100 мл т/и томчилаб, янги музлатилган плазма).

4. **Юқори қайд этилган муолажалардан самара йўқлигида** – ЎСВ ва миореклаксантлар билан ингаляцион наркоз (панкурония бромид 0,5–1 мг/кг).

ПЕРИФЕРИК АСАБ ТИЗИМИНИНГ ЎТКИР КАСАЛЛИКЛАРИ

(Гийен–Барр ва Ландри синдромлари, ўткир невритлар ва невропатиялар, ўткир полиневритлар ва полиневропатиялар, ўткир радикулитлари ва радикулопатиялар, ўткир невралгиялар, қамраб олувчилишай ва бошқалар, аниқ оғриқ синдроми ва периферик асаб тизими функциялари тушиб қолишининг қўпол симптомлари билан)

1. КХТ Шифри-10

G50-G64.0

2. ТАЪРИФ

Нервилдизлари, шохлари ёки стволлари иннервация зонасида қўзғотувчи ва тушувчи симптомлар шаклида намоён бўлувчи интерстиция ўзгаришлари, миелин кобиқлари ва ўққа оид цилиндрлар билан ифодаланувчи патологик ҳолатлар.

3. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

Периферик асаб тизимининг шаклланишига зарар келтирувчи омиллар компрессия, шикастланиш, ишемия, инфекциялар, юкумли аллергик ва аутоиммунреакциялар, эндоген ва экзоген заҳарланишлар бўлиши мумкин. Нерв дисфункциясининг оғирлиги мембрана шикастланиш даражасига (Шванн ҳужайраларининг демиелинацияси ва пролиферацияси) ва ўққа оид цилиндрга боғлиқ.

4. ТАСНИФЛАШ

I. Вертеброген шикастланишлар. Бўйин, кўкрак ва бел-думғаза қисмига оид рефлектор, илдизли (радикуляр) ва илдиз-томирли (радикулоишемик) синдромлар мавжуд.

II. Нерв илдизлари, тугунлари, шохларининг шикастланиши.

1. Менингорадикулитлар, радикулитлар (бўйин, кўкрак, бел-думғаза).
2. Радикулоганглионитлар, ганглионитлар, трунцитлар.
3. Плекситлар.
4. Шохлар шикастланиши.

III. Илдизлар, нервларнинг бир нечта шикастланишлари.

1. Юқумли аллергик полирадикулоневритлар (Гийен-Барр-Ландри ва бошқалар).
2. Юқумли полиневитлар.
3. Полиневропатиялар (токсик, аллергик, дисметаболик, дисциркулятор, идиопатик ва ирсий шакллар).

IV. Айрим спинал нервларнинг зарарланиши

1.Жароҳатли.
2. Компрессионно-ишемик (мононевропатиялар).
3. Яллиғланиш (мононевритлар).

V. Краниал асаб касалликлари.

1.Тригеминал ва бошқа краниал нервлар невралгияси.
2. Невритлар, юз нерви невропатиялари.
3. Бошқа мия нервларининг невритлари.
4. Прозопалгиялар.
5. Стомалгия, глоссалгия.

5. КЛИНИК ҲОЛАТ

Периферик асаб тизимининг ўткир касалликлари қуйидаги симптомлар билан тавсифланади: қўзғотиш (оғриқлар, парестезиялар, фаол ва пассив ҳаракатлар чекланган ҳажмлари, илдизлар ва периферик нерв стволларининг тортилиш ижобий симптомлари, ҳимоялаш мушак таранглиги - дефанс ва бошқалар) ва периферик нерв тизимининг шикастланган тузилмалари иннервация зонасида функцияларнинг тушиб қолиши (ҳаракат, сезувчан, вегетатив-трофик, тоник, рефлектор).

Шошилинч тиббий ёрдам хизмати неврологик бўлимларининг клиник амалиётида энг кенг тарқалган ҳолатлар – бўйин ва кўкрак ва бел-думғаза қисмида вертеброген ва яллиғланишли рефлектор ва илдиз синдромлари, Гийен-Барр-Ландри бўйича юқумли аллергик полирадикулоневритлари, юз ва тригеминал нервнинг нейропатияси.

Вертеброген шикастланишлар.

Рефлектор синдромлар қўзғотиш симптомлари борлиги ва умуртқа илдизларнинг функцияларини йўқотиш симптомларининг йўқлиги билан тавсифланади. Оғриқлар локализацияси ва иррадиацияси боғлиқ ҳолда, бўйин қисм рефлектор синдромлари қўйидагича аталади: цервикалгия (бўйин оғриқ), цервико-краниалгия (бошни иррадиацияси билан бўйин оғриғи), цервико-брахиалгия (қўл иррадиацияси билан бўйин оғриғи); кўкрак қисмидаги торакалгия; бел-думғаза қисмидаги люмбаго (бел оғриғи), лумбодйниа (оғрик), люмбоишиалгия (қуймуч нерви иррадиацияси билан бел оғриғи).

Илдизли синдромлар қўзғотиш синдромларини шикастланган илдизлар тушиб қолиш функциялари комбинацияси билан ифодаланади (ҳаракатли, сезувчан, трофик, тоник, рефлектор алоҳида ёки комбинацияда).

Илдиз-қон томир синдромлари, шунингдек, қўзғотиш ва илдизлар функцияларини йўқотиш белгиларининг комбинацияси билан намоён бўлади, лекин асосида компрессия эмас, балки уларнинг шикастланиш радикулоишемик механизми ётади.

Герпетик ганглионит (herpeszoster, қамраб олувчи лишай) – юқумли вирусли полиневритларнинг энг яхши ўрганилган вакили. Кўпинча кўкрак ёки қорин, камроқ юз ёки оёқ қўлларни қамраб олувчи ачитувчи оғриқлар ва қабариқли тошмалар шаклида бўлади. Улардан олдин ўзини ёмон ҳис этиш, бош оғриги, тана ҳарорати кўтарилиши каби белгилар пайдо бўлади. 2–3 чи кунга везикулез тошмага ўтувчи папулезли тошмалар пайдо бўлади. Клиника ривожланишига иммунмеханизмлар пасайиши сабабчи бўлади.

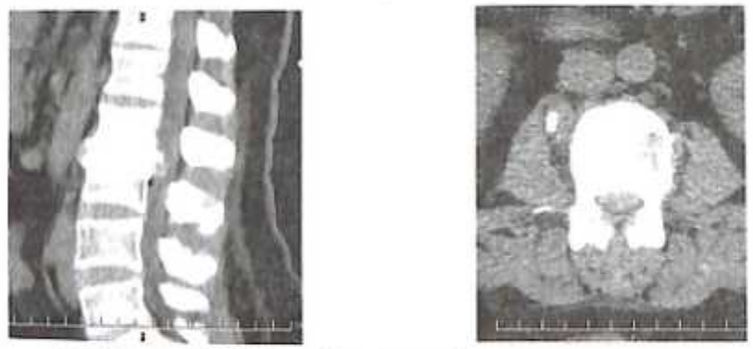
Гийен-Барре-Ландри синдроми (СГБЛ) (ўткир постинфекцион полиневропатия). .

Гийен-Барре-Ландри синдроми ўткир периферик тетрапарезлар ва фалажларнинг энг тез-тез учрайдиган сабабидир. Неврологик симптоматика жуда тез ривожланади, бу ҳолатда жуда кўпол тарзда, нафақат ҳаракатланувчи, балки сезувчан функциялар ҳам (аввалам бор томир-мушак сезувчанлиги) пай рефлексларининг бутунлай йўқ бўлишигача пасаяди. СГБЛ учун тос бузилишлари характерли эмас, лекин касалланган беморларнинг учдан бир қисмида жиддий равишда ютишни амалга оширувчи нафас олиш мушакатураси ва мушаклари шикастланади.

Классик ҳолатларда СГБЛ ташхиси оддийдир ва у ўз ичига икки мажбурий аломатни олади: камида иккита оёқ ёки қўлда ўсувчи мушак заифлиги ва пай рефлексларининг бутунлай йўқ бўлишигача катта тарзда камайиш. Ташхиснинг қўшимча омиллари сифатида орка мия суюқлигида ўтказиш блоки ва оқсил-ҳужайрали диссоциациянинг шаклланиши билан мушакларда нерв импульсларини ўтказиш тезлигининг пасайиши ҳисобланади.



12.14.расм. МРТ га кўра бел, бўйин ва кўкрак даражасидаги дисклар чурралари.



12.15.расм. МСКТ га кўра бел сл/аси дискининг чурраси.

Невритлар ва юз нерви невропатияси – мононевропатиянинг кенг тарқалган тури. Анатомик хусусиятларига кўра, кўпчилик муаллифлар томонидан тор суяк каналида нерв кисилишининг туннел синдроми сифатида кўрилади. Клиник суратда харакат бузилишлари кўпрок кузатилади, улар шикастланган нерв томонида юз мимика мушакларининг фалажи билан намоён бўлади. Осойишталикда тери катламларининг табиий силлиқланиши ўзига эътиборни тортади (пешонада,бурунлаб соҳасида) ҳамда кўз тешигининг кенгайиши.

Фалаж тарафида мимик машкларни бажарганда уларнинг юкори (қош қимирламаслиги, кўзларни беркитишда лагофтальм ва Белл симптоми), ҳамда мимика мушакларининг пастки гуруҳи кечикиши кузатилади (оғиз бурчагини тишларни ғижирлатаётганда соғлом томонга бурилиши, ёнокларни иширгандa «елкан» симптоми). Қаттиқ озиқ-овқатни чайнашда овқат бўлаклари милк ва ёнок ўртасида тиқилиб қолади. Нерв зарарланиш даражасига кўра, ксерофталмия (қуруқ кўз), гиперакузия (товушлар шовқин ва жаранглаш билан қабул қилинади) ҳам кузатилиши мумкин. Бошқа невралгиялар орасида тригеминал невралгия частотаси бўйича биринчи ўринда бўлиб, кранивал асаб касалликлари орасида эса юз нерви невропатиясидан сўнг иккинчи ўринда туради. Касаллик тери ва шиллиқ пардаларнинг ўта қўзғатувчи триггер зоналари шаклланиши билан боғлиқ бўлакларнинг иннервация зонасида узайтирилмайдиган оғриқнинг ўз-ўзидан қисқа муддатли стереотипик пароксизмалари билан ажралиб туради. Ҳуружлар кўпинча «Вегетатив бўрон» ва юзнинг оғрикли тикоз гиперкинезлари билан бирга кечади.



12.16.расм. Герпетик ганглионитли беморни ташқи кўриниши/



12.17.расм.

6. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗ

Периферик асаб тизимининг кўп сонли шаклланиши ва улар функцияларининг хилма-хиллиги туфайли уларга онд зарарланиши дифференциал ташхиси катта кийинчиликларни келтириб чикаради.

1. Орқа мия чукурчаси ўсмалари ва кранио-вертебрал ўтказишнинг аномалиялари;



12.18. расм. Чап юз нерви невропатияси бўлган беморнинг кўриниши.

2. Ўпка юқори соҳаларида патологик жараёнлар (ўсма);
3. Туберкулез жараёни;
4. Кўкрак қафаси органлари касалликлари (ўпка, плевра, юрак, катта томирлар, медиастнинг шаклланиши);
5. Қорин бўшлиғи органларининг касалликлари (жигар, ўт пуфаги, буйрак, ошқозон яраси ва ўн икки бармокли ичак яраси, панкреатит);
6. Бириктирувчи тўкима диффуз касалликлари (Бехтерев касаллиги);
7. Таносил аъзолари касалликлари;
8. Тос суяги ва оёклар касалликлари (артритлар ва артрозлар, остеомиелит, остеомалар ва остеосаркомалар);
9. Туберкулезли спондилит;
10. Қорин бўшлиғи аортаси брюшной аорти ва оёқ томирларининг патологияси (аневризма, Лериш синдроми, оёклар варикоз касаллиги, илеофеморал тромбоз ва бошқалар).

7. ТАШХИС. ТЕКШИРУВ БАЁННОМАСИ

Лаборатория текширувлари:

А. Мажбурий:

• УҚТ*
• Қонда глюкоза*

Б. Қўшимча:

• АЛТ, АСТ*
• Мочевина, қондаги креатинин*
• УСТ*
• Райт-Хеддельсон реакциясига қон тахлили**

Инструментал усуллар:

А. Мажбурий:

• ЭКГ*

• Кўкрак қафаси органлари рентгенографияси ёки рентгеноскопияси*
• Умуртқа қизиқтирувчи бўлимлари МРТ ёки МСКТ си.

Б. Қўшимча:

• Ликворология билан люмбал пункция с (Гийен-Барр- Ландри синдромида)

8. ДАВОЛАШ

1. **Ностероид яллиғланишга қарши воситалар**
– диклофенак 75–150мг/сут;
– кетонал 100–300мг/сут;
– нимесулид 200–400 мг/сут ва бошқалар.
2. Новокаин ва бошқа препаратлар ёрдамида.
3. **Ненаркотиканальгетиклар**
– таб. трамадол 50 мг. суткада 2–3 марта;
– трамадол эритмаси 50 м/м. суткада 1–2 марта.
4. **Марказий миорелаксантлар**
– таб. мидокалм 150–450 мг/сут;
– таб. сирдалуд 2–4 мг. суткада 3 марта.
5. **Глюкокортикодлар**
– дексаметазон 12–24мг/сут,
– преднизолон 150–300 мг/сут Гийен-Барр-Ландри синдромида, МАТ ни аллергик шикастланишларида.
6. **Плазмаферез** Гийен-Барр-Ландри синдромида;
7. **Антибиотиклар**: бензилпенициллин 4–8 млн/сут, Гийен-Барр-Ландри синдромида– цефтриаксон 2г/сут;
8. **Дегидратация** (фуросемид 1% 2–4мл);
9. **Витаминлар** (цианокобаламин 500–1000 ТБ/сут, аскорбин кислотаси 5% 10 мл, никотин кислота 1% 2 мл).

МИАСТЕНИЯ. МИАСТЕНИК КРИЗИС

1. КХТ Шифри

G70.2

2. ТАЪРИФ

Мионевралсинапс соҳасида ҳаракатланиш аппаратини шикастланиши оқибатида мушаклар кучсизлиги билан ифодаланган патологик ҳолат.

3. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Касаллик одатда 20–40 ёшдан бошланади; бу касалликка кўпинча аёллар дучор бўладилар. Сўнгги пайтларда миастения касаллиги тарқалиб бормоқда

ва бугунги кунда касалланиш 100 минг аҳолига нисбатан 5-10 кишини ташкил этади.

4. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

Миастениядаги етакчи механизм нерв-мушак ўтказувчанлигининг бузилиши ҳисобланади. Синаптикблокни ферментларнинг фаоллигида нуқсон борлиги ёки пастки пластинканинг холинергик рецепторлари сезувчанлиги етишмаслиги натижасида ацетилхолиннинг синтези билан боғлиқ бузилишларга алокадор деб ҳисобланади. Миастениянинг аутоиммун келиб чиқиши ҳақидаги гипотеза қон зардобида скелет мушаклари ва тимусбезининг ҳужайраларига ортганантитана миқдорини аниклаш имконини берувчи иммунологик текширувларда тасдикланади.

5. ТАСНИФЛАШ

Миастениянинг патологик жараёнида скелет мушакларининг таркалиши қуйидагича тақсимланади:

1. Локаллашган (кўз, булбар, скелет);
2. Умумлаштирилган.

Кечиши бўйича: прогрессив, стационар, миастеник эпизодлар.

6. КЛИНИК ҲОЛАТ

Миастения клиник кўриниши мушакларнинг кучсизлиги ва патологик мушакларнинг чарчаши билан тавсифланади. Ҳакикий парезлар ва фалажлан фаркли ўлароқ, мушакларнинг заифлиги ҳаракатларнинг такрорланиши, айникса, дам олиш ва ухлашдан кейин бир хил ритмда тез такрорланиши камайиб боради. Беморларнинг кўз шаклида, вактинчалик икки томонлама кўриш (диплопия), птоз (кўз қовоклари пастга тушиши), гилайлик, кўз қовокларининг ҳаракатчанлигида чекланиш кузатилади. Баъзида юз ва чайнов мушакларининг парезлари бирлаштирилади. Булбар шакли ютишишдаги бузилишлар туфайли келиб чикади (дисфагия), юмшоқ танглай ва тил пастга тушиши ҳамда унинг ҳаракатида заифлик, овозининг ўзгариши (бурунниинг ранги дисфония, суҳбат вактида сусайиши) билан намоён бўлади. Ютишнинг бузилиши озиб кетишга ва аспирация асоратларига олиб келиши мумкин. Вактинчалик заифлик скелет шаклида экстремал мушакларда, жумладан, нафас олиш мушакларида кучаяди. Умумлаштирилган шаклда ўткир мушакларнинг кучсизлиги бош ва скелет мушакларидаги турли мушак гуруҳларини қамраб олиши мумкин. Одатдаги ҳолларда драматик терапевтик таъсир прозерин пробасида бошланади.

«Миастеник криз» – бу экзо- ёки эндоген сабаблар ва юзага келувчи кучаювчи тетраплегия, бульбар бузилишлар, оғир нафас олиш ва вегетатив-висцерал бузилишлар, ахволнинг жиддий ёмонлашуви баъзида ўлим ҳолатига олиб келиши ҳам мумкин.

7. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗ

1. Полиоэнцефалит – анамнезда яллиғланиш ёки шамоллаш омили, тана ҳарорати кўтарилиши, ўчоқ симптоматикаси борлиги, орқа мия суюклиги ташхисида цитознинг юқори кўрсаткичлари;

2. Ички ствол ўсмаси – ўчокли симптоматикани аста-секин ўсиб бориши, бош мия МРТ текшируви;

3. Базалменингит – анамнезда яллиғланиш ёки шаммоллаш омилини кўрсатиш, тана ҳароратини кўтарилиши, менингеалсимптоматика мавжудлиги, орқа мия суюклиги таҳлилида цитознинг юқори кўрсаткичлари;

4. Тарқалган склероз – аста-секин ўчокли «тарқалган» симптоматиканинг ривожланиши, бош мия ва орка мия МРТда демиелинизациянинг патологик ҳудудларини текшириш;

5. Миопатия – касалликнинг секин ривожланиб кечиши, озиш, оёқ ва кўл мушаклари атрофияси, ЭНМГ миопатик кўринишни кўрсатади;

6. Истерик тетраплегия – анамнезда стрессли ҳолатни кўрсатиш.

8. ТАШХИС. ТЕКШИРУВ БАЁННОМАСИ

Лаборатория текширувлари:

А. Мажбурий:

- УҚТ*
- Қонда глюкоза*
- Прозерин пробаси*
- Электролит плазмалари текшируви (калий)*

Б. Қўшимча:

- АЛТ, АСТ*
- Мочевина, қонда креатинин*
- УСТ*

Инструментал усуллар:

А. Мажбурий:

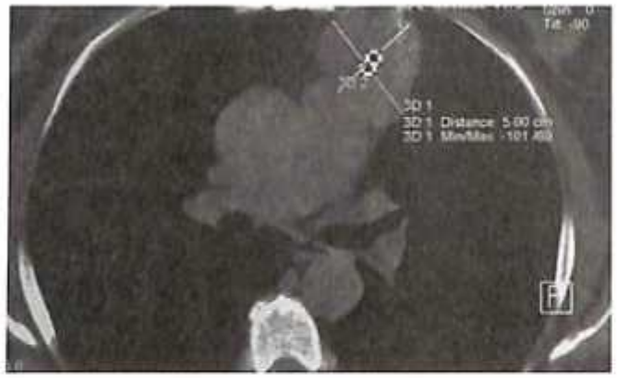
- ЭКГ*
- Кўкрак қафас органлар рентгенографияси ёки рентгеноскописи*
- Тимус бези КТ ёки МРТ си**

Б. Қўшимча:

- ЭНМГ**

9.ДАВОЛАШ

1. **ЎСВ** нафас олиш етишмовчилигида
2. **Зонд орқали озиқлантириш** бульбар фалажда
3. **Антихолинэстераз препаратлар** (прозерин 0,05% 1 мл суткада 2–4 марта, галантамин 0,5% 1 мл суткада 2–4 марта, таб. Калимин 60 мг 1 таб 2–6 марта суткада ва бошқалар).



12.19-расм. Тимус бези гиперплазияси (МСКТ маълумоти).

4. **Иммуносупрессорлар** (преднизолон 90–180мг/сутки,)

5. Плазмаферез

6. **Тимэктомия** кўрсатмалар бўйича (тимомада)

МУМКИН ЭМАС: магний препаратларини қўллаш, диуретиклар (калий сақловчилардан ташқари), антибиотиклар (аминогликозидлар, фторхинолонлар), миорелаксантлар (деполяризация қилмайдиганлар).

ПАРОКСИЗМАЛ МИОПЛЕГИЯ, МИОПЛЕГИК СИНДРОМ

1. КХТ Шифри-10

G70.2

2. ТАЪРИФ

Электролит баланс бузилиши натижасида мушак заифлигининг кескин ривожланиши билан тавсифланувчи пароксизмал ҳолатдир.

3. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

Ирсият касалликлари гуруҳига киради, ваҳоланки кўпинча симптоматик шакллар учрайди (фенокопиялар). Калий ионларининг ҳужайра ташқарисидаги бўшлиқдан мушак ҳужайраларининг ичига ўтиши энг кўп тарқалган гипотезадир; бу пароксизм даврида гипокалиемияда ва уни гиперкалиемик равишда ошиши ҳамда зардобли калийнинг камайиши каби доимий биокимёвий жараён билан тасдиқланади. Гиперальдостеронизм ва гликоген алмашинуви бузилишига алоҳида эътибор билан қаралади.

4. ТАСНИФЛАШ

3 та асосий шакли фарқланади:

1. Гипокалиемик.
2. Гиперкалиемик.
3. Нормокалиемик.

5. КЛИНИК ҲОЛАТ

Оёқ, қўллар ва тана фалажи хуружлари билан тавсифланади, баъзан эса нафас олиш ва юз мушаклари, мушакатонияси, пайарефлексияси, вегетатив-висцерал симптоматика билан ҳам ўзига хос кўриниш касб этади. Хуружлар асосан кечкурун ёки эрталаб юз бериб, давомийлиги 1 соатдан 1 суткагача (ўртача 2–4 соат) чўзилади. Хуружлар такрорийлиги фарқланади (ҳафтада 1 мартадан бир неча йилгача). Катта миқдордаги углеводлар, музлаб қолиш, жисмоний зўриқишлар, ош тузи, спиртли ичимликларни кўп истеъмол қилиш билан тавсифланади.

6. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗ

1. Миастения
2. Орқа мия юқори бўлимлари ва стволидаги ўтказувчи қон айланиш бузилишларида Унтерхарншайдт синдроми.
3. Эндокрин тизими касалликлари (гипофиз, буйрак усти безлари, қалқонсимон без), буйраклар, ошқозон-ичак тракти, электролит алмашинув билан (айникса, калий) бирга кечади.
4. Жазава.

7. ТАШХИС. ТЕКШИРУВ БАЁННОМАСИ

Лаборатория текширувлари:

А. Мажбурий:

- УҚТ*
- УСТ*
- Қонда глюкоза*
- Прозерин пробаси*
- Плазма электролитлари текшируви (калий)*

Б. Қўшимча:

- АЛТ, АСТ*
- Мочевина, қонда креатинин*

Инструментал усуллар:

А. Мажбурий:

- ЭКГ*
- Кўкрак қафаси органлари рентгенографияси ёки рентгеноскопияси*

Б. Қўшимча:

- ЭНМГ**
- Қалқонсимон без, буйрак ости безлари, буйраклар ультратовуши**

8. ДАВОЛАШ

- Ўткир нафас олиш етишмовчилигида ЎСВ

1. Гипокалиемик шакл:

– Т/и ва ичига калий препаратлари (калий хлорид 4% 20–60 мл т/и томчилаб, панангин) калий плазма ва эритроцитлар даражаси назорати остида.

– Т. Верошпирон 25–50 мг суткада 1 марта.

2. Гиперкалиемик шакл:

– Т/и киритиш 40 % глюкоза калций хлорид инсулини ёки калций глюконат.

МИГРЕНЬ. МИГРЕНЛИ СТАТУС.

1. КХТ Шифри-10

G 43.

2. ТАЪРИФ

Вегетатив иннервация касалликларидан келиб чикадиган қон томир касалликлари билан ифодаланган патологик ҳолат.

3. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Аҳолида кенг таркалган касаллик (ташхис қўйилган беморларнинг 10% ва ташхис қўйилмаган ёки нотўғри қўйилган 5%). Одатда кўп ҳолларда аёлларда учрайди аммо баъзан эркакларда ҳам учрайди.

4. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

Мигрень асосида церебрал ва периферик томирлар беқарорлиги кўринишида вазомотор иннервация умумлаштирилган бузилишлари, яъни томир дисфункциясининг махсус формаси билан намоён бўлади. Мигрень хуружида бош оғриғи келиб чикишининг энг асосий сабаби каттик мия кобиғи томирларида кескин кенгайишнинг содир бўлишидир. Хуруж жараёнининг фаза характери, интрацеребрал ва ретинал артерияларнинг дастлабки қиска муддатли спазмларида, кейинчалик ташки уйку артерия тармокларининг оғир вазодилатацияси, периартериал тўкималарнинг шишиши ва кейин содир бўлган патологик ўзгаришлар изчил ривожланиб бориши билан намоён бўлади. Серотонин, гистамин, ацетилхолин, брадикинин ва тирамин метаболизми бузилиши мигрень пароксизмаларнинг тетиклаш механизмида катта ахамиятга эга.

5. ТАСНИФЛАШ

1. Аурасиз мигрень (оддий мигрень)
2. Аурали мигрень (классик мигрень), одатдаги (офталмик) аурали

Б. Офталмоплегик

В. Базиляр

Г. Гемиплегик.

Д. Абдоминал

Е. Вегетатив.

З. Ёш болалар мигрени эквивалентлари.

6. КЛИНИК ҲОЛАТ

Хуруж кўпинча аура билан бошланади: кўз (бошқа аъзоларга нисбатан кўпрок учрайди), сезгир ёки бошқаси, қоида тариқасида, ҳар бир бемор учун стереотип кўринади. Бироқ мигреннинг асосий белгиси бош оғриғи бўлиб, кўп ҳолларда бир томонлама характерга эга (гемикрания), кўпинча пешона соҳасида, энса ёки ЛБА иррадиация билан орбитага ёки кўз олмачасига, оғрикни табиати пульсли, бурғуловчи, ҳужум охирида эса кескин бўлиши мумкин. Умумий гиперестезия, ёркин нурга, баланд товушларга, оғрик ва таъсирчан тирнаш хусусиятига токат қилмаслик, коронғи хонада ёлғиз колиш истаги одатий саналади. Хуруж кўпинча кўнгил айниш, баъзида енгиллик келтирувчи қусиш, вегетатив дисфункция билан кечади. Баъзан енгилликни бинтни қисиб боғлаш, яхши уйқу бериши ҳам мумкин. Мураккаб (ассоциатив) мигрень хуруж пайти ўчокли неврологик аломатларнинг такрор юзага келиб қўшилиши билан ажралибди.

7. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗ

Краниал локализациянинг барча органик касалликлари, бош оғриғи билан бирга: шиш, цереброваскуляр касалликлар, аневризмалар ва мия томирларининг артерио веноз малформациялари, кобик ва бош мия моддаси яллиғланиш касалликлари, синуситлар.

1. Бўйин остеохондрознинг рефлексли синдромлари, краниал асаб невралгияси.

2. Неврозлар.

3. Вегетатив-қон томир дистонияси.

8. ТАШХИС. ТЕКШИРУВ БАЁННОМАСИ

Лаборатория текширувлари:

А. Мажбурий:

- УҚТ*
- УСТ*
- Қонда глюкоза*

Б. Қўшимча:

- АЛТ, АСТ*
- Мочевина, қонда креатинин*

Инструментал усуллар:

А. Мажбурий:

- ЭКГ*

- Кўкрак қафаси органлари рентгенографияси ёки рентгеноскопияси*
- Бош мия МРТ ёки МСКТ си**

Б. Қўшимча: Офтальмоскопия*

- ЭЭГ**
- ЦДС МАГ**

9. ДАВОЛАШ

1. НПВС (диклофенак 75–150 мг/сут, кетонал 100–300 мг/сут, нимесулид 200–400 мг/сут)

2. Антидепрессантлар (феварин 25–50 мг/сут)

3. Седатив ва уйқу дорилари (алпразолам, золпидем, диазепам)

4. Ненаркотик анальгетиклар (трамал) хуружни тўхтатгунгача

5. Суматриптан таб. ичига ёки эритма м/и.

XIII БЎЛИМ

БОЛАЛАР РЕАНИМАЦИЯСИ

НОЗОЛОГИЯЛАР РЎЙХАТИ:

1. ТЕРМИНАЛ ҲОЛАТЛАРИ. КЛИНИК ЎЛИМ
2. ЎТКИР НАФАС ОЛИШ ЕТИШМОВЧИЛИГИ (ЎНОЕ)
3. ЎТКИР ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ (ЎЮЕ)
4. ЎТКИР ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ (ЎЮЕ)
5. ЎТКИР ЦЕРЕБРАЛ ЕТИШМОВЧИЛИК (КОМА)
6. ЎТКИР ТОМИР ЕТИШМОВЧИЛИГИ (ШОК)
7. ЎТКИР БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ (ЎБЕ)
8. ТАЛВАСА СИНДРОМИ
9. БАХТСИЗ ҲОДИСАЛАР
   a) ЭЛЕКТРОТРАВМА
   b) МУЗЛАБ ҚОЛИШ
   c) ҚИЗИБ КЕТИШ
10. ЎПКА ШИШИ

ТЕРМИНАЛ ҲОЛАТЛАР. КЛИНИК ЎЛИМ

Таъриф: Критик ҳолатлар (терминал ҳолатлар) – бу ҳар қандай патологиянинг энг охирги даражаси, бунда ҳаётий муҳим функцияларнинг сунъий алмашинуви ёки сақлаб турилиши талаб этилади. Бошқа сўзлар билан айтганда, терминал ҳолат – бу организм фаолиятининг ўлимдан олдинги даври.

Клиник ўлим– мустақил нафас олиш ва қон айланиши тўхтагандан сўнгги организм ҳолати, бу жараёнда бош мия қобиғи ҳужайралари ҳали ҳам ўз функциясини бутунлай тиклашлари мумкин. Клиник ўлимнинг давомийлиги – 3–6дақиқа.

Патогенез: кўп ҳолларда юракнинг тўхтаб қолиш сабаби гипоксия, гиперкапния, метаболик ацидоз, гипергликемиянинг комбинацияси ҳисобланади,

Ва юракнинг қўзғотувчанликни, ўтказувчанликни ва юрак мушаклари қисқаришини бузилиши натижасидир.

Таснифи: Преагония Агония

Клиник ўлим

Симптоматика:

1. Эс-хуш ва рефлекслар йўқлиги
2. Пульс йўқлиги
3. Нафас олиш тўхташи
4. Кўз қорачиқларининг кенгайиши ва уларни ёруғликка реакцияси йўқлиги.

Дифференциал ташхис: турли этиологияли коматоз ҳолатлар, мия травмалари.

Текширув режаси:

Инструментал усуллар: мажбурий –

ЭКГ, НС, ЮҚС, АҚБ, МВБ (марказий вена босими);

Қўшимча– пульсоксиметрия, қондаги кислород миқдори, ЭЭГ.

Лаборатория текширувлари:

Мажбурий – умумий қон таҳлили, умумий сийдик таҳлили, қонни биохимик таҳлили (электролитлар, мочевина, креатинин, умумий оқсил, фракциялар, жигар трансаминазалари, билирубин), КИСЛОТА ИШҚОР МУВОЗАНАТИ ва қондаги газлар.

Ташхис мезонлари:

1) Онг ва арефлексия йўқлиги
2) апноэ
3) асистолия
4) кўз корачиғлари кенгайиши ва фотореакция йўқлиги.

Даволаш:

Қабул қилинган халқаро алфавит бўйича амалга оширилади (A, B, C, D, T, F) Peter Safar бўйича адаптация қилинган вариантда юрак-ўпка тизими ва церебрал реанимацияси).

а) **Air (ҳаво)**. Нафас олиш йўллари эркин ўтказувчанлигини тиклаш:

1. Беморни қаттиқ сиртга ётқизиш.
2. Оғиз бўшлиғини шилимшиқдан, ёт жисмлардан, қусиш массалари ва ҳоказолардан тозалаш.
3. Бўйин қисмида бироз ортга бошни эгиш.
4. Керак бўлганда олд даханни олдинга чиқариш (тил ҳаво ўтишига ҳалал бермасли учун профилактика).

б) **Breath (нафас бериш)**. Ўпка сунъий вентиляциясини таъминлаш.

Ускуна борлигига боғлиқ ҳолда қўлланиладиган усуллар:

1. ЎСВ маскаси орқали Амбу копи ёрдамида.
2. ЎСВ интубацион трубка орқали Амбу копи ёрдамида.
3. Нафас олиш сони ёш нормасига қараб.

с) **Cor (юрак)**. Юрак массажи. Усуллар:

1. Билвосита юрак массажи.
2. Тўғридан-тўғри юрак массажи (интраоперацион). Кўкрак суягига босим частотаси болаларда 20–30% ёш нормасидан кўпроқ, нафас олиш паузаларисиз (тўхтатилмайди).

д) **Drugs (дори воситалари)**.

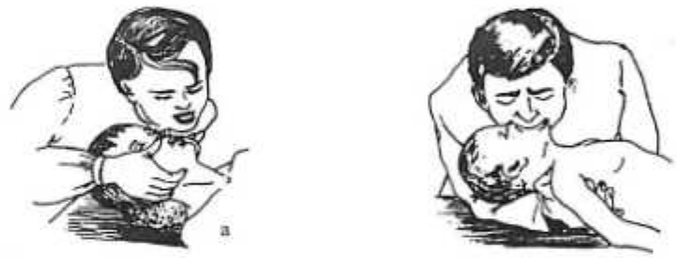
Биринчи босқич:

1. Адреналин 0,1 мл/ёшига – т/и.
2. Атропин 0,1 мл/ёшига – т/и (брадикардияда).

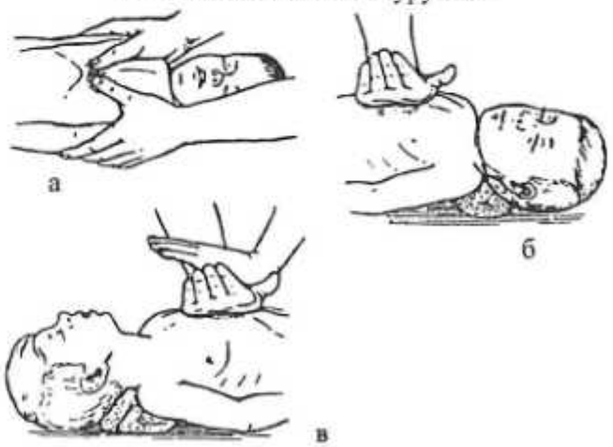
Самараси бўлмаса атропин, адреналинни ҳар 3 дақиқада қайтаринг.

3. Фибрилляция, қоринчалар тахикардияси – дефибрилляция (2 Дж/кг).

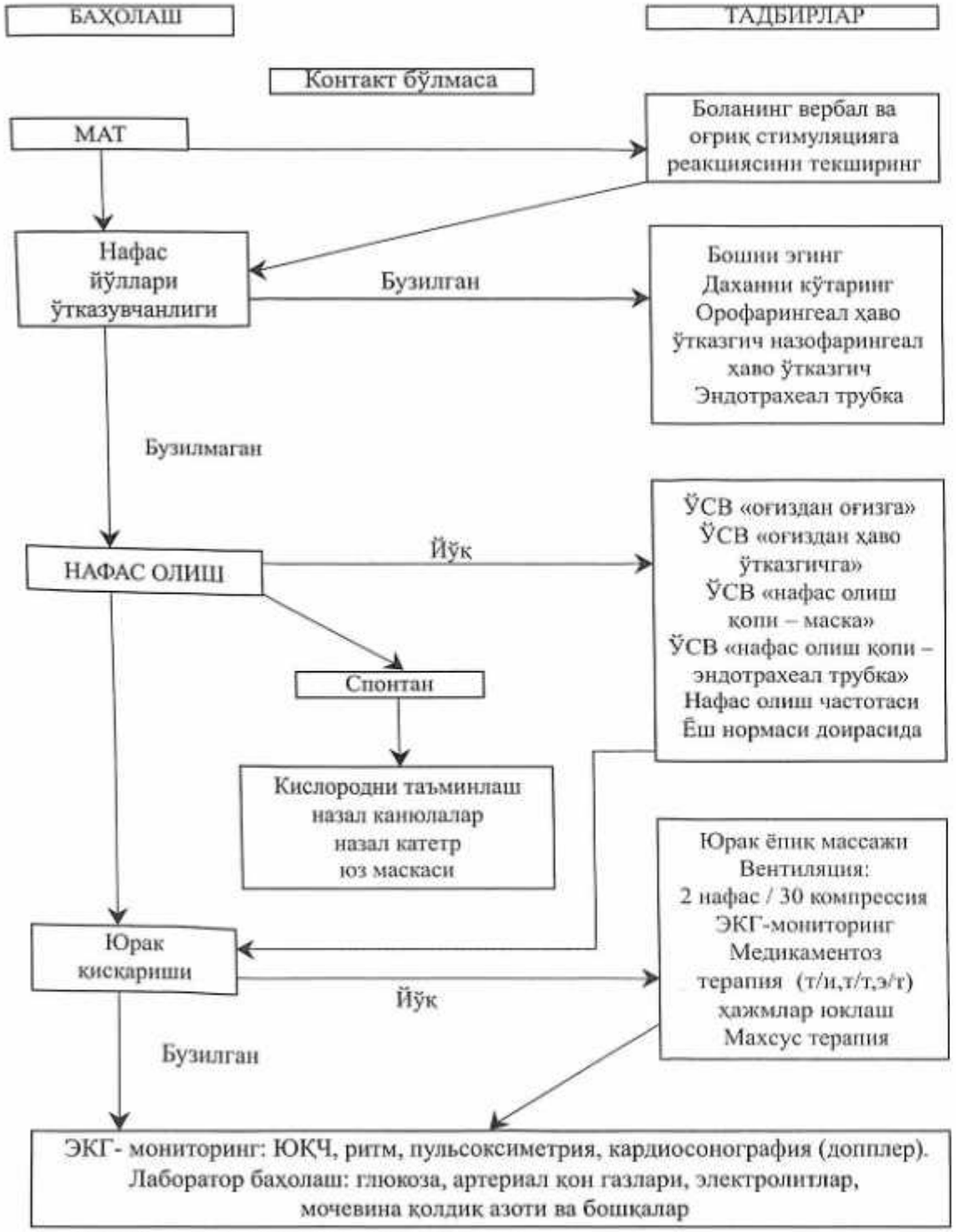
е) **Evaluation (Бажарилган амалиётларни баҳолаш ва аниқланган бузилишлар коррекцияси)**.



13.1. расм. Экспиратор сунъий нафас усуллари: *а* – «оғиздан оғизга» *б* – «оғиздан-оғиз ва бурунга».



13.2.расм. Болаларда юрак ёпиқ массажи усули ёшга боғлиқ ҳолда: *а* – 1 ёшгача болаларда; *б* – 1–7 ёшли болаларда; *в* – 10 ёшдан юқори болаларда.



Метаболик бузилишлар коррекцияси.

Реанимацион амаллар 30 дақиқа ичида давом этади. Самараси бўлмаса, биологик ўлим қайд этилади.

ЎТКИР НАФАС ЕТИШМОВЧИЛИГИ (ЎНЕ)

Таъриф: Ўткир нафас етишмовчилиги – ташқи нафас олиш аппарати кучайтирилган функцияси организмнинг етарлича газ алмашинувини сақлаб туролмаслиги (углекислота чиқарилиши ва кислород кириши) патологик ҳолати.

Патогенез: нафас етишмовчилиги (НЕ) ривожланишининг энг кўп учрайдиган сабаблари – обструктив, рестриктив ва нейрорегулятор бузилишлар, ҳамда ўпкада вентиляцион-перфузион алоқаларни бузилиши, ўпка диффузион қобилиятини бузилиши ҳисобланади.

Таснифлаш:

1. Вентиляцион НЕ
2. Гипоксемик НЕ

Симптоматика:

1. Ҳаво етишмаслиги ҳисси
2. Безовталаниш
3. Нафас олиш бузилиши (бради- тахипноэ ёки апноэ)
4. Нафас олиш ритми бузилиши (масалан Чейн-Стокс тури)
5. Нафас олиш юқори қиймати
6. Бурун-лаб учбурчаги Цианози
7. Ёрдамчи мускулларнинг нафас олишда қатнашуви
8. Тери шиллиқ қатламлари гипоксияси.

Дифференциал диагноз: Ўткир юрак-қон томири етишмовчилиги, ЎАТЭ, юрак ривожланиш пороклари, дозани ошириб юбориш ва дори воситалари токсик таъсири, бош мия жароҳати, спинал травма, ички мия қон қуйилишлари, миастения, Гийен-Барре синдроми, нафас йўлидаги бегона жисмлар.

Текширув режаси:

Лаборатория усуллари:

Мажбурий – умумий қон таҳлили, қонни кислота-ишқор мувозанати ва газ таркиби.

Қўшимча – қон биокимёвий таҳлили, коагулограмма.

Инструментал усуллар:

Мажбурий – кўкрак қафаси R-графияси, пульсоксиметрия.

Қўшимча – спирография, капнография.

Мониторинг: артериал ёки капилляр қонда кислота-ишқор мувозанати, pO_2, pCO_2 назорати.

Соатли диурезни аниқлаш.

Гемодинамика назорати: ЮҚЧ, АБ, МТБ(марказий вена босими), SpO_2.

Ташхис мезонлари:

1) Нафас олиш бузилиши (бради–тахипноэ);

2) Нафас ритми бузилиши (масалан Чейн-Стокс тури);
3) Нафас олиш юқори киймати;
4) Бурун-лаб учбурчаги цианози, тери қатламлари гипоксияси;
5) Қўшимча мускулларни нафас олишда иштироки;
6) Ҳаво етишмаслик ҳисси, безовталаниш.

Клиник сурат	I даража НЕ	II даража НЕ	III даража НЕ
Онг	Сакланган, баъзан ҳаяжонланиш	Безовталаниш	Босим, сопор
Жисмоний фаолият	Сакланган	Чекланган	Кескин пасайган мажбурий ҳолат
Нафас олиш частота	Нормал ёки нормадан 30% гача тезлашган	Ўткир экспиратор нафас сикилиши 30–50% нормадан	Аралаш характерли ўткир нафас сикилиши 50%

Нафас етишмовчилик (НЕ) даражасини ўлчаш

Клиник сурат	I даража НЕ	II даражали НЕ	III даражали НЕ
Қўшимча мускулларни Нафас олиш иштироки	Ўткир эмас	Ўткир	Нормалар ёки брадин кескин кўринишда
Тери катламлари	Рангсиз, Жисмоний фаолликда – бурун-лаб учбурчаги цианози, параорбитал	Рангсиз, бурун-лаб учбурчаги цианози, параорбитал	Кул рангли, мармар-рангдиффуз цианоз
Пульс частотаси	Нормада ёки ошган	pH камида 7,35 га ошган.	Кескин ошган ёки брадикардия PaO_2
Қон газ параметр-лари*	PaO_2 80–71 мм. рт. ст. нормокапния, pH 7,39–7,36 доирасида..	PaO_2 31–40 мм. рт. ст	41–50 мм. рт. ст. қон pH 7,2 гача..

Изох: ушбу параметрлар стационар шароитида аникланади.

Даволаш:

1. Нафас йўллари эркин ўтказувчанлигини таъминлаш:
– Бошни букиш, пастки жағни юқори ва олдга сурилиши.
– Ҳалқум санацияси.
– Ҳаво ўтказгични ўрнатиш.
– Трахея Интубацияси,трахеостомия.
– Бронхоскопия.

2. Мукоцилиар аппарат механизмини ва йўтални яхшилаш, ўпка вентиляцияси етарли ҳажмини таъминлаш:

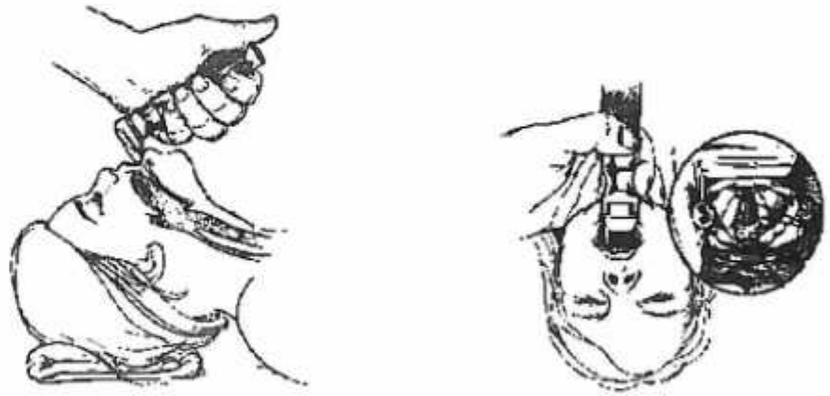
Аэрозол терапия – сальбутамол.

Постураль дренаж, вибрацияли массаж ва йўтални механик стимуляцияси.

Бронхоскопия, бронхопульмонал лаваж.

3. Оксигенотерапия:

Ингаляции O_2 30–60% юз маскаси оркали ёки бурун катетерлари. Нафас олиш декомпенсациясида респиратор билан ЎСВ.



13.3.расм. Трахея бевосита интубацияси.

Эндотрахеал трубкалар ўлчамлари ёшга мувофик

Ёш	№ трубка	Трубка узунлиги, см
Янги туғилган чақалок	2	11
1 ёш	3.5-4	13
6 ёш	4.5-5	17
10–12 ёш	6-7	19
Катта ёшдагилар	7-10	22

Респиратор ёрдам мақсади: ҳаётий муҳим органларга керакли кислородни етказиб бериш ва гомеостаз учун етарлича углекислоталарни йўқотиш, нафас олиш мускуллари ишини енгиллаштириш, ўпка жароҳатланишини олдини олиш.

Хавфсиз ЎСВ концепцияси:

1. Нафас йўлларидаги энг юкори босим 25–30см H_2O дан юкори эмас.
2. Нафас ҳажми тана массаси учун 6–8 мл/кг дан ошиқ эмас.
3. НОС ва дақиқали вентиляция ҳажми, $PaCO_2$ ни минимал ушлаб туриш учун – 30–40 ммрт.ст даражада.
4. Кислородни тўқималарга етказиб бериш учун минимал зарур бўлган даражадаги кислород фракциялари.
5. Кислородни тўқималарга етказиб бериш максимал бўлган, оптимал PEEP ни танлаш.
6. Умумий PEEP ҳажмидан 50% ошмаган юкори ауто-PEEP пайдо бўлишини олдини олиш.
7. Респираторни бемор учун синхронизациялаш.

ЎСВ салбий таъсирини камайтирувчи усуллар:

Трахеобронхиал дарахт санацияси

Нафас аралашмасини аэрозолли намлатиш ва иситиш

Инфекцияларни профилактикаси ва даволаш (жумладан ЎСВ – асс.пневмонияси).

ЎТКИР ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ (ЎЮЕ)

КХТ Шифри - 10–J50

Таъриф: Юрак етишмовчилиги (ЮЕ) – юрак организмнинг қон айланишдаги талабларини таъминлай олмайдиган холати. Бу миокарднинг кискартириш қобилиятини камайиши натижасида ва юрак қон оқимини бузувчи ритм бузилишлари туфайли бўлиши мумкин.

Патогенез: икки механизм миокарднинг қискартириш қобилиятини камайишига ва юрак етишмовчилигини пайдо бўлишига олиб келади. Бир ҳолатда миокарднинг қискартириш қобилиятини камайиши юракнинг юкланишлардан чарчаши натижасида юз берса, бошка холатда бирламчи метаболизм миокарди бузилади.

ЎЮЕ ни таснифлаш:

1. Гемодинамик юрак етишмовчилиги
2. ЎЮЕ энергодинамик етишмовчилиги қуйидагича ривожланади:
1. Чап қоринча тури
2. Ўнг қоринча тури
3. Комбинациялашган тур.

Симптоматика:

1. Тахикардия
2. Нафас сиқилиши

Юрак чегаралари кенгайиши

4. Тери ва шиллиқ қатламлар цианози
5. Тери қатламлари пастозлиги ва тўқималар шиши
6. Жигар катталашиши
7. Диспепсик бузилишлар.

Дифференциал диагноз:

Дори воситаларни дозасини ошириб юбориш ва уларнинг токсик таъсири, бош мия жароҳати, орқа мия жароҳати, бош мия ичида қон қуйилиши.

Текширув Режаси: Лаборатория текширувлари:

Умумий қон, сийдик ва нажас таҳлили

Биокимёвий таҳлил:умумий оқсил ва фракциялар, электролитлар, жигар ферментлари

Коагулограмма

кислота-ишқор мувозанати ва қондаги газлар

Инструментал усуллар:

АБ, МТБ (марказий вена босими), ЭКГ

ЭхоКГ (қўшимча)

Пульсоксиметрия

Кўкрак қафаси рентгенографияси (скопия) Допплер кардиография (қўшимча)

Мониторинг АБ, ЮКС, ЭКГ, SpO_2

Ташхис мезонлари:

1. Тахикардия, нафас сикилиши

2.Юрак чегаралари кенгайиши

3. Тери ва шиллиқ қатламлар цианози
4. Тери қатламлари пастозлиги ва тўқималар шиши
5. Жигар катталашуви, бўйин томирлари шиши

Даволаш:

1. Инотроп қўллаб-қувватлаш
2. Юрак қискариш қобилиятини тиклаш
3. Диурез стимуляцияси
4. Қон реологиясини яхшилаш
5. Микроциркуляцияни яхшилаш
6. Юрак ритмини нормаллаштириш

ЎЮЕ боскичига қараб, ушбу терапия йўналишларини қўллаш тактикаси тактика ва кетма-кетлиги ўзгаради.

1. Узоқ ингаляция намланган 30–40% кислород аралашмаси билан. ЎСВ ни қўллаш мумкин.
2. Сийдик ҳайдовчи препаратлар (фуросемид, верошпирон).
3. Ўпка-томир қаршилигини камайтириш учун ß-адреноблокаторлар.
4. Инотроп препаратлар – допамин, добутамин.

ЎТКИР ЦЕРЕБРАЛ ЕТИШМОВЧИЛИК (КОМА)

Таъриф: Кома – Руҳий ва ҳаракатланиш фаолиятини йўқлиги билан беҳуш ҳолат, ҳамда ҳаётий муҳим организм функцияларини бузилиши.

Патогенез. Бош мия қон оқими бузилиши, мия қон айланиши ишемик ёки геморрагик бузилишлари, ликвор циркуляцияси бузилишлари, бош мия жароҳати, бош мия яллиғланиш жараёнлари, МАТ функциялари бузилишига олиб келувчи турли генезли гипоксиялар. Ҳушни йўқотиш доимо бирламчи ва иккиламчи табиатли бош мия кобиғи фаолияти бузилишлари билан боғлиқ.

Таснифлаш:

Этиологияси бўйича:

1. Бирламчи (мия)
2. Иккиламчи (гипергликемик (гиперосмоляр), гипогликемик, кетоацидотик, уремик, буйрак усти).

Даражаси бўйича:

Биринчи даража (енгил),
Иккинчи даража (ўрта оғирликда), учинчи даража (оғир),
Тўртинчи даража (терминал).

Симптоматика:

1) Онгнинг йўқлиги;
2) тахи- ёки брадипноэ;
3) тахи- ёки брадикардия;
4) гипотония ёки оёқ-қўллар мушаклари атонияси;
5) рефлекслар камайиши ёки арефлексия.

Дифференциал диагноз: ҳушдан кетиш, шок ҳолатлари

Текширув режаси: онг босилиши чукурлигини баҳолаш, ҳимоя рефлекслари ва мушаклар тонусини (Глазго шкаласи) тадқиқ этиш.

Лаборатория усуллари:

Гомеостаза таҳлили:

1. гематокрит
2. осмолярлик
3. гемокоагуляция

кислота-ишқор мувозанати ва қондаги газлар қон ва сийдик умумий таҳлили

биёкимёвий қон таҳлили (электролитлар, мочевина, креатинин, умумий оқсил, фракциялар, жигар трансаминазалари, билирубин).

Кўрсатмалар бўйича ликвор таҳлили

Инструментал усуллар:

бош мия ва ўпка рентгенографияси

бош мия суяги компьютер томографияси, ЭКГ ва ЭхоЭГ

кўрсатмалари бўйича кўз тубини текшириш.

Мониторинг: АБ, МТБ (марказий вена босими), Т таналар, плазма осмолярлиги, Ht.

Ташхис мезонлари:

1) онгнинг йўқлиги
2) руҳий ва ҳаракатланиш фаоллигини йўқлиги
3) тахи- ёки брадипноэ
4) тахи- ёки брадикардия
5) гипотония ёки оёқ-қўллар мушаклари атонияси
6) рефлекслар камайиши ёки арефлексия.

Коматоз ҳолатдаги беморни текшириш схемаси

(ColinOgilvie, 1987)

1. Тери нам, қуруқ, қизарган, цианотик, сарғайган
2. Бош ва юз: жароҳатлар мавжудлиги
3. Кўзлар: коньюнктива (қон қуйилиши, сариқлик), кўзларнинг ёруғликка реакцияси: кўз туби (диск шиши, гипертоник ёки диабетик ретинопартия)
4. Бурун ва қулоқлар: йиринг, қон ажралиши: ликворея, акроцианоз
5. Тил: қуруқ, тишлаш ва чандиклар излари
6. Нафас олиш: сийдик, ацетон, спиртли ичимлик ҳиди
7. Бўйин: энса мушаклари ригидлиги, уйқу артриялари пульсацияси
8. Кўкрак қафаси: нафас частотаси, чуқурлиги, ритми
9. Юрак: ритм бузилиши (брадикардия), мия томирлари эмболияси манбалари (мимтрал стеноз)
10. Қорин: жигар, қораталоқ ёки буйраклар катталашуви
11. Қўллар: артериал босим, гемиплегия, инъекция излари
12. Кафтлар: пульс частотаси, ритми ва пульсни тўлиқлиги, тремор
13. Оёклар: гемиплегия, оёқ панжа рефлекслари
14. Сийдик: ушлаб туролмаслик ёки чиқишида қийинчилик, оқсил, қанд, ацетон.

Глазко шкаласи (балларда) бўйича кома оғирлик даражасини баҳолаш

Кўзларни очиш	Спонтан Овоз эшитилганда Оғриқ стимулларида Реакция йўқ	4 3 2 1
Оптимал нутқ реакцияси	ориентация сақланган Онгни чалкашиши неадекват реакция Тушунарсиз жавоб Реакция йўқ	5 4 3 2 1
Оптимал Ҳаракатланиш реакцияси	Командаларга бўйсунади Локаллашган оғриқ Сиоташ реакцияси глобал Декорация позаси (мушаклар букилиши) Децеребрация позаси(мушаклар букилиши) Реакция йўқ Умумий баҳолаш Диапазони	6 5 4 3 2 1 3

Даволаш:

Шифохонагача босқичдаги кома ҳолатларида интенсив терапияси:

1. Глазго шкаласи бўйича ҳолатни баҳолаш.

2. Умумий тамойиллар бўйича ҳаётий муҳим функцияларни стабиллаштириш: оксигенация, керак бўлсатрахея интубацияси, коникотомия, гемодинамикани стабиллаштириш.

3. Трахея интубацияси шартлари:

4. Умуртқанинг бўйин қисмини стабиллаштириш – қўл билан енгил тортиб олиш.

5. Селлик приеми.

6. Зарурат бўлганда аналгоседация.

7. Гемодинамикани стабиллаштириш (нормоволемия, МТБ (марказий вена босими) назорати).

8. Тиришиш синдроми коррекцияси.

Шифохона бокичида мия комасининг интенсив терапияси:

1. ЎСВ. Етарли вентиляцияни таъминлаш ($PaCO_2$–30–35 мм сим. уст, PaO_2 > 95 мм сим. уст, SaO_2 >95%.

2. Нормоволемияни таъминлаш.

3. Зонд орқали адекват энтерал озиклантириш.

4. Анальгоседация.

5. Кроватнинг оёқ томонини 30° кўтариш йўли билан веноз оқимини таъминлаш.

Антибактериал терапия: III авлод афзалли цефалоспоринлар. Пневмония ва менингит клиник аломатлари пайдо бўлганда– комбинацияланган III авлод цефалоспоринларни аминогликозидлар билан бирга қўллаш.

Диабетик кетоацидозли комани интенсив терапияси

Диабетик кетоацидоз – қандли диабетнинг энг хавфли ва тез ривожланувчи асоратидир. Кетоацидоз учун қуйидагилар хосдир:

1. Юқори гипергликемия ва ацетонурия билан осмодиурез.

2. Оқсил катаболизми ҳисобига қоннинг буфер хусусиятларининг кескин камайиши.

3. Оғир метаболик ацидоз томонига ўзгаришлар келтирувчи бикарбонатларни чиқариш.

4. Инсулин етишмовчилик коррекцияси. Қисқа таъсирли инсулин ишлатилади, бошланғич доза 0,2 ЕД/кг, кейин 1 соатдан сўнг 0,1 ЕД/кг соатда. Қонда қанд миқдорини 14–16 ммоль/л гача камайганда, инсулин дозаси 0,05 ЕД/кг соатига камайтирилади. Қондаги қанд миқдорини 11 ммоль/л гача камайганида инсулинни ҳар 6 соатда тери остига киритишга ўтилади. Комадан чиқаришда инсулинга талаб 1–2 ЕД/кг/сут ташкил этади.

Мия шиши ривожланиш хавфи туфайли глюкозани қонда камайиш тезлиги 5 ммоль/соатдан ошмаслиги керак.

5. Регидратация.

Суюқлик ёшга караб ҳисоблаб чиқарилади:

Болаларда ҳаётларининг биринчи 3-йилида 150–200 мл/кг/сут намликни йўқотиш даражасига боғлиқ ҳолда;

Биринчи 30 дақиқа киритишда – 1/10 суткалик дозаси. Биринчи 6 соатда 1/3 суткалик дозаси, охирги 6 соатда – 1/4 суткалик дозаси, ва кейин бир меъёрда. Инфузия 0,9% физиологик эритмани қўллашдан бошланади ва уни киритишда давом этилади, гликемия даражаси 14 ммоль/л га етмагунгача. Ёш болаларда гликемияда 5% глюкозани киритишда 14 ммоль/л сал кўпрок ҳолда. Кейинчалик галма-гал 5% глюкоза эритмаси физиологик эритма билан 1:1 нисбатида қуйилади.

6. Гипокалиемияни бартараф этиш.

Калийни етарлича коррекция қилмаслик даволаш самарасини камайтиради. Катетер орқали сийдик ажралиб чиқа бошлаши билан (бу терапия қўлланишидан 3–4 соат ўтгач), калийни коррекция қилишни бошлаш зарур.

Ацидозни бартараф этиш. Ацидоз коррекцияси терапиянинг 3–4 соатида амалга оширилади, лекин ундан вақтлирок эмас, чунки инсулинотерапияни регидратация фонида амалга ошириш кетоацидозни яхши коррекция қилади.

- Содани киритишга қуйидагилар сабабдир:
- Сақланиб қолувчи адинамия;
- Тери қатламларининг мармар ранги;
- Шовқинли чуқур нафас олиш.

Даволашда 50–100 ЕД/кг/ суткасига дозада гепарин қон ивиш вақти назорати остида буюрилади. Агар бола юкори ҳарорат билан қабул

қилинса – дарҳол кенг таъсирли спектрга эга антибиотик тайинланади (2–3 авлод цефалоспорин).

ЎТКИР ТОМИР ЕТИШМОВЧИЛИГИ – ШОК

КХТ Шифри – R57.9

Таъриф: Шок – тўқима перфузияси ва кислород транспортининг ўткир бузилишидир. Бу умумий тушунча бўлиб, у асосан тизимли қон айланиши, микроциркуляция, метаболизм каби давомий таъсирли бузилишлар ёки кучи бўйича фавкулодда ўткир тарзда юзага келувчи экстремал ҳолатни тавсифлаш учун қўлланилади. Травматик шокни ривожланишида етакчи ўринни оғриқ, қон йўқотиш ва токсемия эгаллайди.

Патогенез: Патофизиология позицияси бўйича, шок қон айланишининг чуқур босилиш ҳолати сифатида белгиланади, шунинг учун нормал оксигенация ва тўқималарни озиклантириш учун шартлар кескин ўзгаради.

Таснифлаш (патогенез бўйича):

босқич – қон айланишини марказлаштириш

босқич –ўтишли

босқич – қон айланиши децентрализацияси

Этиология бўйича:

1. Травматик (куйиш, плевро-пульмонал, спинал)
2. Гиповолемик(ангидремик)
3. Септик
4. Анафилактик
5. Кардиоген (болаларда камдан-кам)

Анафилактик шок

Симптоматика:

1. Рангсизлик
2. Тахикардия ёки брадикардия
3. АБ камайиши
4. Паст пульсли босим ёки ипсимон пульс
5. Онгнинг бузилиши
6. Соатли диурез камайиши
7. Микроциркуляция бузилиши.

Дифференциал диагноз:

Коматоз ҳолатлар.

Текширув Режаси:

Лаборатория усуллари:

Қон ва сийдик умумий таҳлили.

Коагулограмма.

Биёкимёвий қон таҳлили: электролитлар, мочевина, креатинин, умумий оқсил, фракциялар, АЛТ, АСТ, билирубин, кислота-ишқор мувозанати ва кондаги газлар (қўшимча).

Инструментал усуллар

АБ, МТБ (марказий вена босими), ЭКГ

Пульсоксиметрия

Ўпка ренгенографияси

Мониторинг: АБ, ЮҚС, МТБ (марказий вена босими), Т таналар, Ht, ЭКГ, SpO_2.

Шокни этиологик сабабга боғлиқ ҳолда бошқача даволаш.

Диагноз мезонлари:

1. Рангсизлик, микроциркуляция бузилиши
2. Капиллярлар тўлдириш пробаси (норма – 2-сониядан кўп эмас)
3. Тахикардия ёки брадикардия
4. АБ тушиши, паст пульсли босим ёки ипсимон пульс
5. Соатли диурезни пасайиши, олигурия.

Шокда гемодинамика бузилиши босқичлари

Бузилиш босқичлари	АҚХ танқислиги	Қон айланиши клиник характеристикаси
Компенсатор	25% ёш нормасидан – 15 мл/кг	Тахикардия нормал ёки ошган АБ тери рангининг хиралиги ёки «мармар ранглиги», совуқ қўл-оёқлар билан бирга кузатилади, лаб ва тирноклар цианотик рангда, капиллярлар тўлиш тезлиги 2 сониягача
Субкомпенсатор	35% ёш нормасидан – 25 мл/кг	Бола тормозлашган, систолик АБ < 80 мм рт. ст., пульс ипсимон, тахикардия, тахипноэ, тери рангсизлиги, аник акроцианоз, олигурия, капиллярлар тўлиши 2 сониядан кўпроқ
Декомпенсатор		Систолик АБ< 60 мм рт. ст., тери ва шиллиқ қатламлар тарқалган цианози, «гипостазлар», анурия
Терминал босқич	>45% ёш нормасидан – 35 мл/кг	Агонал ҳолат клиникаси

Даволаш:

Травматик шокнинг интенсив терапияси:

1. Нафас олишни тиклаш. Мустақил нафас олишда етарли оксигенацияни таъминлаш. Ноадекват нафас олишда ёки унинг йўқлигида – трахея интубацияси ваЎСВ га ўтказиш.

2. Қон оқишини тўхтатиш (жгут) ва тана жароҳатланган соҳаларини фиксациялаш, умуртқа устунини иммобилизация қилиш.

3. Инфузияли терапия: 20–80 мл/кг томир ичига кристаллоид эритмаларни киритиш

4. Гемотрансфузия (бир гуруҳли эр-масса)

5. Бош мия суяги ва корин бўшлиғи органлари жароҳатига шубҳа йўқлигида оғриқсизлантиришни амалга ошириш.

Қон айланиши децентрализациясида:

1. Томирларга кириш етарлилиги.

2. Допамин 0,4% 8–10мкг/(кг/дак)–1мл/(кг/соат) бошланғич тезлиги билан.

3. Шикастланган оёк-қўллар иммобилизация.

4. Бемор холати ва терапия самарадорлигини назорати.

Септик шокнинг интенсив терапияси:

Септик шок болаларда ҳар кандай ёшда кузатилади ва кўпинча Гр – (клебсиелла, ичак таёқчаси) ёки Гр + (олтин стафилококк, кўкимтир стрептококк) микроорганизмлари ва уларнинг токсинларига боғлиқ бўлади. Шок юзага келиши асосида бир қатор патогенетик омиллар ётади: вазоконстрикция, гиповолемия ва нафас олиш етишмовчилиги.

Инфекцион-токсик шокнинг интенсив терапияси (1-соатда):

1. Етарли оксигенацияни таъминлаш, керак бўлса ЎСВ.

2. Сув балансини коррекциялаш максадида кристаллоид эритмаларини киритиш.

3. Юрак қискаришларини ва қон босимини ошириш учун томир ичига 0,005 мкг/(кг/мин) адреналин киритилади.

Септик шокдан кейинги соатларда интенсив терапия:

1. Нормовелемия тиклангунга қадар ИТ ни давом эттириш.

2. Юрак қискаришини қўллаб-қувватлаш: дофамин 4–10 мкг/кг/дақ.

3. Эмпирик антибактериал терапия: янги туғилган чақалоқларда ампициллинни 100 мг/кг бир марталик дозада аминогликозидлар билан т/и ёки м/и комбинацияда киритиш. Катта ёшдаги болаларга – III авлод цефалоспоринлари, амикацин 10 мг/кг/сут. Кейин бактериологик текширувга мувофик антибиотикларга ўтиш.

Анафилактик шок интенсив терапияси:

Анафилактик шок – IgE гиперсезувчанликка боғлиқ, тезкор турдаги аллергик реакциялар билан тавсифланади. Шок дори моддаларини такроран юборилганда ва турли ҳашоротлар чаққанда кузатилади

Анафилактик шок ноинтенсив терапияси:

1. Дори киритилган жойни юкорисида ёки ҳашорат чаққан жойга 30 дақиқага жгут боғлаш.

2. Инъекция (чақиш) жойига 0,3–0,5 мл 1% адреналин эритмасини юбориш.

3. Адреналинни 0,1–0,5 мл 1% дозада т/и томчилаб киритиш.

4. АҚХ ни тиклаш.

5. Антигистамин препаратларни томир ичига киритиш.

6. Гормонотерапия: преднизолон 2–8 мг/кг томир ичига, гидрокортизон 1–10 мг/кгм/и.

12. Шифохонадан чикаришда тавсиялар (ўтказишда)**:** РИТБ да ўтказилган терапияга риоя қилиш, организм фаолиятининг асосий кўрсаткичларини назорати – НС, ЮҚС, АБ, диурез.

ЎТКИР БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ (ЎБЕ)

КХТ Шифри -10 – N17

Таъриф: ЎБЕ – буйрак функцияси тўсатдан тўхтаб қолишидан келиб чиққан турли хил касалликларнинг клиник синдроми. ЎБЕ – буйрак функцияларини транзитор ёки гомеостатик функцияларнинг қайтмас ҳолда йўқолиши натижасида ривожланувчи носпецифик синдроми. Кўпчилик ҳолатларда буйрак тўқимасининг гипоксияси ва кейинчалик, асосан каналчалар зарарланиши ва интерстициал тўқима шиши билан тавсифланади.

Патогенези: Этиологик омил таъсири остида буйрак қон оқимида ички томир блокадаси юзага келади, натижада коптокча фильтрация тезлиги пасаяди, ва сўнгра олигоурия кўринишлари ва функционал буйрак етишмовчилиги ҳосил бўлади. ЎБЕ ушбу ривожланиш босқичида бошланғич деб аталади. Буйракдаги ўзгаришларнинг тез ривожланиши куйидагилар билан тавсифланади: буйрак томирларининг барқарор спазми пайдо бўлиши, бирламчи каналлар зарарланиши ва фильтрланган маҳсулотларни қайта сўриб олинишини, калавасимон каналчалар ўтказувчанлиги пасайиши, буйракда юқори интерстицианал босим юзага келиши, канал обструкцияси, ва ниҳоят, ЎБЕ ривожланиши якуний босқичи сифатида – анурия ривожланади.

ЎБЕ таснифлаш:

1. Преренал формаси

2. Ренал формаси

3. Ренал ЎБЕ ни даволаш:

1. Преренал ЎБЕ (преренал азотемия ёки функционал ЎБЕ буйрак перфузияси камайиши натижасида) – оғир гиповолемия, артериал гипотензия, буйраклар қон оқимининг ўткир бузилиши билан қон айланишни компенсатор марказлаштириш: шоклар – травматик, юқумли, постгеморрагик; Дегидратация – қуйишлар, диарея, кучли қусиш, диуретиклар дозасини ошириб юбориш.s

2. Ренал ЎБЕ (органик) – нефрон бевосита шикастланиши:

Буйракда қон оқимини ўткир ички томир блокадаси (сепсис, гемолитик уремик синдроми).

– калавалар шикастланиши (гломерулонефрит – ўткир постинфекцион ва сурункали, ирсий нефрит, буйраклар дисплазияси, тизимли васкулит – тизимли эритематоз ва бошқалар).

– Буйрак тубулоинтерстициал тўқимасининг ўткир зарарланиши (нефротоксинлар, дори ва кимёвий препаратлар, рентген контрастли воситалар, гемоглобинурия, миоглобинурия).

3. Постренал анурия – сийдикни қийинчилик билан оқиши (сийдик йўлларини блокланиши).

Симптоматика:

Кўнгил айниши, қусиш, оғизда металь таъми, қоринда оғриқлар, онгни чуқур бузилиши, олигурия ёки анурия, полисерозит, бутун тана бўйича юмшоқ тўқималарнинг шиши.

Дифференциал диагноз:

1. Сурункали буйрак етишмовчилиги
2. Диабетик кетоацидоз
3. Гемолитик-уремик синдром
4. Буйрак ёки ковуқ травматик ёрилиши
5. Қорин бўшлиғи аневризмаси.

Текширув режаси:

Анамнез, физикал текширувлар (дегидратация, шок, юрак етишмовчилиги симптомларига эътибор қаратиш)

Уролог (жаррох) маслаҳати.

Лаборатория усуллари:

Қон гурухи ва Rh-фактор,

Тромбоцитлар билан умумий кон таҳлили, сийдик таҳлили, коагулограмма,

Қон биокимёвий таҳлили: электролитлар, мочевина, креатинин, умумий оқсил, фракциялар, билирубин,

Суткалик сийдикда креатинин ва натрий, креатинин клиренси, Зимницкий, Реберг пробалари,

Сийдик ва қон осмолярлиги (қўшимча),

Кислота ишқор мувозанати ва қонда газлар (қўшимча),

қон, сийдик, нажас, томоқ ва бурундан олинган балғам массалари.

мониторинг: АБ, ЮҚС, МТБ (марказий вена босими), Ht, ЭКГ, соатли диурез.

Инструментал усуллар:

Буйрак ва ковуқ ультратовуши АБ, МТБ (марказий вена босими)

пульсоксиметрия ЭКГ

кўкрак қафаси рентгени (шиш аломатлари, юрак ҳажми).

Чиқарилган сийдик ҳажмини баҳолаш учун сийдик катетерини ўрнатиш. Сўнгра, буйракка инфекция тушиши хавфи туфайли катетер олиб ташланади.

Диагноз мезонлари:

1. Олигоурия ёки анурия,
2. Шок туфайли буйрак оқимини бузилиши,
3. Полисерозит, бутун тана бўйича юмшоқ тўқималар шиши.

9. Даволаш:

10. ЎБЕ консерватив терапиясининг тамойиллари:

1. Волемик ҳолатни сақлаб туриш,
2. Олигурияда диурезни стимуляция қилиш,
3. Етарли нутритив қўллаб-қувватлаш,
4. Ишлатиладиган дори препаратларининг сони, дозасини минималлаштириш
5. Инфекция юқори хавфи туфайли инвазив жараёнлар сонини камайтириш,
6. Асоратлар коррекцияси– инфекциялар, гиперкалиемия ва гипергидратация.

Преренал азотемияни даволаш:

1. Айланувчи қон ҳажмини (АҚҲ) тиклаш: шокда гемодинамикани нормаллаштириш учун 30–60 дақиқа давомида томир ичига кристаллоидлар эритмаси 10–20 мл/кг, 5% альбумин – 10 мл/кг киритилади. Сувли-электролит балансни коррекция қилиш кейинги тактикаси асосий касаллик томонидан белгиланади. Даволаш самарадорлиги кўрсаткичи – диурез (>0,5 мл/час), гемодинамикани нормаллашиши.

2. Агар АҚҲ (айланувчи қон ҳажми) тикланган сўнг олигурия ёки анурия сакланиб қолса, т/и 2 мг/кг дозада лазикс киритилади агар диуретикларга 1–2 соат давомида реакция бўлмаса – лазикс дозаси 7–10 мг/кг гача кўтарилади.

Ренал ЎБЕ ни даволаш:

1. Олиго- анурияда буйраклар каналчаларининг ўткир зарарланишини олдини олиш мақсадида т/и бир марталик дозада лазикс 4–6 мг/кг киритилади. Диуретикларга 1–2 соат давомида реакция бўлмаса – лазикс дозаси 7–10 мг/кг гача кўтарилади.

2. Олигоанурия сакланиб қолса, лазикс киритиш тўхтатилади.

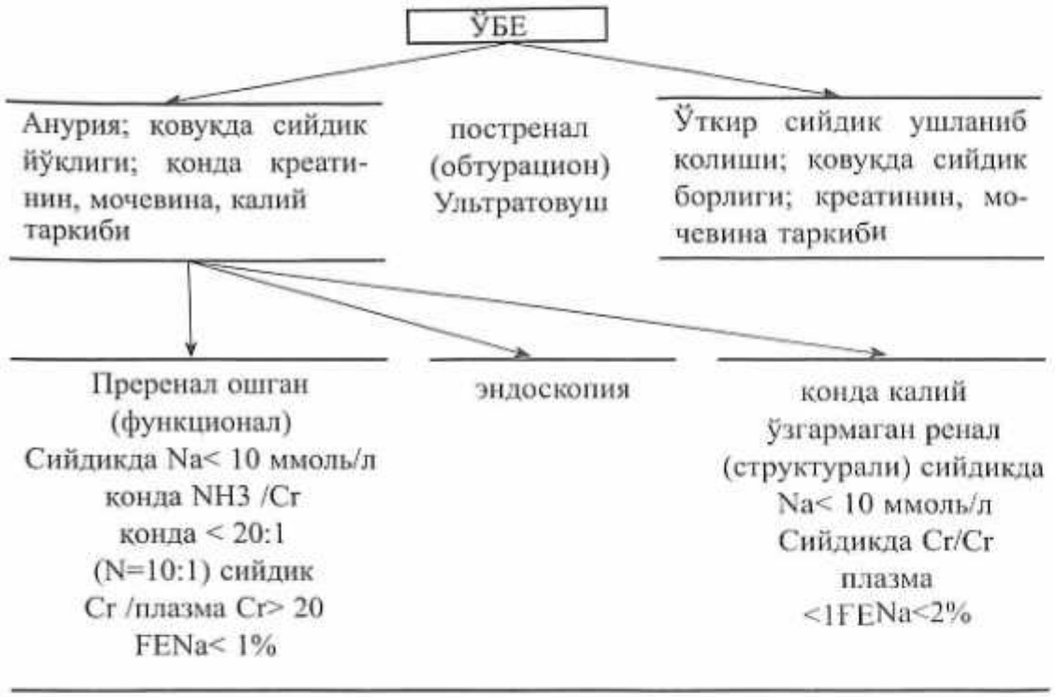
3. Шишлар ва гипергидратация бўлмаса, сувли режим: олдинги кунлар диурези ва ёшга қараб перспирация.

4. Озиқланиш: калориялар 40–80 ккал/кг/сут.

5. Калий плазма даражаси > 5,5 ммоль/л чикса, гиперкалиемия коррекцияси:

• гемодиализ.

6. Метаболик ацидоз коррекцияси – 4% сода– 3–5 мл/кг кун давомида 4-6 дозага бўлиб қабул қилинади қондаги кислота ишкор мувозанати назорати остида.



– сийдик чўкмасини баҳолаш: а) цилиндрлар борлиги (оқсилли, эритроцитар) ⟶ клубочкали ЎБЕ — ўткир каналли некроз ички каналлар блокаласи
б) цилиндрлар мавжудлиги (тубуляр, ҳужайрали дентрит)
в) миоглобин, гемоглобин цилиндрлар, туз кристаллари мавжудлиги
– Буйрак биопсияси (ноаник генезли ЎБЕ, тизимли васкулит, гломерулонефрит)

7. Антибактериал терапия (3 авлод цефалоспоринлари).

Консерватив терапиянинг самараси бўлмаса, ушбу даволашни 2–3 кундан ошиқ давом эттириш бефойда ва хавфлидир, чунки фурасемидни катта дозаларда қўллаш хавфли асоратларга олиб келади.

Диализли даволашга ўтиш зарурлиги.

Гемодиализни қуйидаги ҳолларда, консерватив терапияни қўлламасдан секин бошлайдилар:

Ўткир гиперкатаболизмда (қонда мочевина ўсиш даражаси 15–20 мг/сут. дан кўп, ошувчи гиперкалиемия, метаболик ацидоз билан);

Ҳужайра ичи гипергидратацияда (ўпка ва мия шиши хавфи);

Тўлиқ ренал анурияси да;

ЎБЕ қайтмас кечишида (кортикал некроз, гемолитик- уремик синдром (ГУС), хатарли гипертония).

12. Шифохонадан чиқишда тавсиялар (ўтказишда)**:** РИТБда ўтказилган терапияга риоя қилиш, организм фаолиятининг асосий кўрсаткичларини назорати – НС, ЮҚС, АБ, диурез.

1. ТАЛВАСА СИНДРОМИ

2. КХТ Шифри10

3. Таъриф: Тиришишлар турли вақт давом этувчи, ҳушни йўқотишлар билан кечувчи мушакларнинг тўсатдан рўй берувчи клоник-тоник қискаришлари билан тавсифланади. Улар локал ёки умумлаштирилган бўлиши мумкин.

Тиришишлар ривожланиши мумкин бўлган касалликлар спектри кенг ва турлича – бу генетик патология ёки жароҳатлар, инфекциялар, заҳарланишлар, сув-электролит алмашинув бузилишлари ва ҳоказоларнинг асоратлари бўлиши мумкин.

4. Патогенез: Боланинг ўсувчи тиришишлари ўтказувчи йўлларнинг тугалланмаган миелинизацияси ва бош мия қобиғининг тормоз механизмларининг етилмаганлиги билан боғлиқ. Бунга шунингдек, мия тўқимаси ошган гидрофиллиги ва кўтарилган томир ўтказувчанлиги сабаб бўлади. Турли токсик ва инфекцион омиллар таъсирида болада тез мия шиши ривожланишига мойиллик кузатилади, унинг кўринишларидан бири бўлиб тиришиш синдроми ҳисобланади.

5. Таснифлаш:

1. Қўзғотувчи омилларга (травмалар, инфекциялар, заҳарланишлар) бош миянинг ўзига хос бўлмаган реакциялари ҳисобланган тиришишлар;

2. Фаол церебрал жараён (ўсмали, яллиғланишли, паразитар) фонда симптоматик тиришишлар ёки эпилептик синдром;

3. Эпилепсия – Бошдан кечирган МАТ органик шикастланишлари оқибатида юз берадиган тиришиш хуружлари.

6. Симптоматика: Мимик мускулатурани тиришишли титроқлардан тортиб то катта эпилептик хуружгача бўлган турли титроклар.

7. Дифференциал диагноз: ҳушдан кетиш, бош мия жароҳати, гипогликемия.

8. Текширув режаси:

Инструментал усуллар:

– АБ, МТБ (марказий вена босими)
– пульсоксиметрия (қўшимча)
– кўрсатма бўйича: бош мия суяги ва ўпка рентгени, ЭЭГ
– Нейросонография, бош мия КТ, кўз туби,
– Диафаноскопия (катта ликилдоқ ҳолати)
– люмбал пункция.

Лаборатория усуллари:

Қонда глюкоза даражаси
электролитлар даражаси: Na, Ca, мочевина
кон биокимёвий таҳлили
кислота ишқор мувозанати ва қондаги газлар (қўшимча)
Бош мия КТ (қўшимча).

9. Диагноз мезонлари: Турли табиат ва давомийликка эга тиришишлар.

10. Даволаш:

1. Халқумни тозалаш.
2. 100% кислородни нафас олиш маскаси орқали ингаляция.
3. Агар бу етарлича бўлмаса – трахея интубацияси ва ЎСВ га ўтказиш
4. Тиришишга қарши препаратларни қўллаш – бензодиазепинларга қараганда самаралироқ.
5. Агар тиришишлар тез-тез қайталанса ёки тўхтамаса – миорелаксация ёки ЎСВ.
6. Дегидратация мақсадида – фуросемид 2–5 мг/кг/сут, диакарб ичига 0,06–0,25 г/сут дозасида.
7. Тиришишлар этиотроп терапияси:

• Фебрил тиришишларда – диазепам (0,2–0,3 мг\кг) + иситма туширувчи препаратлар (0,025 г/ёшига нисбатан парацетамол, перорал ёки ректал шаклда);

Гипогликемик тиришишларда 20% глюкоза эритмаси 0,25–0,5 г/кг ҳисобида томир ичига куйилади, кейин 4–6 мг/кг/дак тезликдаги инфузияга ўтилади (қондаги қандни назорат қилиб туриш).

11. Шифохонадан чиқишда тавсиялар (ўтказишда)**:** РИТБда ўтказилган терапияга риоя қилиш, организм фаолиятининг асосий кўрсаткичларини назорати – НС, ЮҚС, АБ, диурез.

БАХТСИЗ ҲОДИСАЛАР

КХТ Шифри 10 –X59

Болалар юқори даражадаги травматизми, айниқса мактаб ёшида, ушбу ҳаёт даврида уларнинг ижтимоий-психологик шаклланиши билан боғлиқ, атроф дунёни кенгроқ ўрганишга интилишлари ва потенциал хавфларни етарлича билмасликлари билан боғлиқ. Болалар травматизмининг тасодифий сабабларини тўлиқ тарзда олдини олиш мумкин эмас, лекин уларнинг асоратларини катта даражада пасайтириш мумкин, агар биринчи тез ёрдам вақтида ва етарлича таъминланса.

1. ЭЛЕКТРОТРАВМА

2. КХТ Шифри10

3. Таъриф:

Болалар одатда 110–220 V кучланишли ва 50 Гц частотали ўзгарувчан электр ток таъсири остида бўладилар. Қисқа муддатли таъсирда бундай параметрли ток склет мушакларининг тоник қисқаришини ва томирлар спазмини келтириб чиқариши мумкин, узоқ муддатли таъсирда эса – қоринчалар фибрилляциясини. Витал бузилишлардан ташқари электротравма ток кириш ва чиқиш жойларида маҳаллий бузилишларга сабаб бўлади (куйишнинг турли даражалари).

4. Патогенез. Электр токи билан жароҳатланишда томирлар тонуси бузилади, уларнинг ўтказувчанлиги ва йиртилиши ошади, кўпгина кон қуйилишлар юзага келади, ОИТ да – яралар. Токнинг юрак орқали ўтиши бутун таъсир давомида қоринчалар қисқаришлари билан кечади; бу фибрилляциягача ва юрак тўхташигача олиб келувчи аритмиялар юзага келишига сабаб бўлади. Агар ток мия орқали ўтса, апноэ юзага келиб, у иккиламчи асфиксик юрак тўхташи билан кечади.

5. Электротравмани таснифлаш:

Биринчи даража – мушаклар тоник қисқариши;
Иккинчи даража – гипотензия, ҳушни йўқотиш;
Учинчи даража – кома, ларингоспазм туфайли ЎНЕ, юрак аритмиялари;
Тўртинчи даража – клиник ўлим (8–10 дақиқагача).

6. Симптоматика: бола танасида, оёқ қўлларида электр токи излари «кириш» ва «чиқиш» излари борлиги эҳтимоли, юрак фибрилляцияси мумкинлиги.

7. Текширув режаси:

Доимий мониторинг: ЭКГ, АБ, ЮҚС, МТБ (марказий вена босими), Ht, SpO_2.

Лаборатория усуллари:

Қон, сийдик умумий таҳлили;

қон биокимёвий таҳлили (электролитлар, мочевина, креатинин, умумий оқсил фракциялари, жигар трансаминазалари, билирубин);

кислота ишқор мувозанати ва қонда газлар.

Инструментал усуллар: термометрия

Кўкрак қафаси рентгенографияси

АБ, МТБ (марказий вена босими), ЭКГ

эхоэнцефалография (қўшимча) нейроофтальмологик текширув

ЭЭГ (қўшимча)

8. Диагноз мезонлари:

1. Ток «кириш» ва «чиқишида» куйишнинг ҳар хил даражалари.
2. Асистолиягача фибрилляция ўтказиш эҳтимоли.

9. Даволаш:

Электротравмани интенсив терапияси:

Болани электр токи таъсиридан озод килиш (ёғоч бўлаги, резинали қўлқоплар ёрдамида).

Биринчи даражада:

– Болани тинчлантириш ва оғриқсизлантириш:

– седация,

– оксигенотерапия O_2,

– анестезия

Иккинчи даражали оғирликда:

– юқоридаги 1,2 пунктларни қаранг,

– наркотик анальгетик билан, оғриксизлантиринг,

– инфузияли терапия,

– кардиотроп препаратлар ва миокард қискаришини яхшиловчи препаратлар.

Учинчи даражали оғирликда:

– нафас олиш бузилишларини бартараф этиш – ўткир ларингоспазмда дитилин 2 мг/кг, преднизолон 3–5 мг/кг дозаларда киритинг, трахея интубацияси ва ЎСВ га ўтказинг

инфузияли терапия

аритмия терапияси унинг табиатига боғлик.

Тўртинчи даражали оғирликда:

стандарт ўпка-юрак реанимациясига (ЎЮР) қаранг.

10. Шифохонадан чикишда тавсиялар (ўтказишда): РИТБда ўтказилган терапияга риоя этиш, организм фаолиятининг асосий кўрсаткичларини назорати – НС, ЮҚС, АБ, диурез.

1. МУЗЛАБ ҚОЛИШ

2. КХТ Шифри 10

3. Таъриф: музлаб қолиш– паст ҳароратлар таъсирига жавобан организм ҳолати, ва тўкималарнинг турли чукурликда шикастланиши билан тавсифланади.

4. Патогенез. Тери қатламлари ва организмга совук омилни таъсири натижасида, умуман ушбу таъсир остида энг кўп бўлган тана соҳаларида, томирлар спазми оқибатида микроциркуляция ва терморегуляция бузилади, бу ўз навбатида тўкималар трофикаси ўзгаришига олиб келади– гипоксияга.

5. Таснифлаш:

биринчи даража – 32–30 °С гача музлаш;

иккинчи даража – 29–27 °С гача музлаш;

учинчи даража- 26°С паст даражада совукда қолиш, одамни музлаб қолишига олиб келиши мумкин.

Музлаб қолиш шароитларида клиник ўлимнинг давомийлиги организмнинг гипоксияга чидамлиги ошиши туфайли анчага узаяди. Юрак фаолиятини тўхтатиши, одатда, коринчалар фибрилляцияси билан боғлик.

Болаларда марказий терморегуляция халқасининг етарли даражада ривожланмаганлиги тана юзасига нисбатан иссиклик ажратишнинг юқорилиги, кон айланишнинг физиологик марказлаштирилганлиги туфайли паст ҳарорат таъсирига мослашиш сезиларди даражада сусаяди.

6. Симптоматика:

Тери қатламлари рангсизлиги ва кўкарганлиги (одатда, қўл бармоклари, оёклар, ёноклар, кулоклар, бурун). Сувли суюклик билан тўлган қабариклар, тўкималар некрози юзага келиши мумкин.

7. Текширув режаси:

Доимий мониторинг АБ, ЮҚС, МТБ (марказий вена босими), Ht, ЭКГ, SpO_2.

Қон, сийдик умумий таҳлили

Қон биокимёвий таҳлили (электролитлар, мочевина, креатинин, умумий оксил, фракциялар, жигар трансаминазалари, билирубин)

кислота ишқор мувозанати ва қондаги газлар (қўшимча)

Инструментал усуллар:

термометрия

кўкрак қафаси рентгенографияси

АБ, МТБ (марказий вена босими), ЭКГ

эхоэнцефалография (қўшимча)

нейро-, офтальмологик текширув

9. Диагноз мезонлари:

1. Музлаш факти мавжудлиги.

2. Тери қатламлари рангсизлиги ва қўқаргани (одатда, қўл бармоклари, оёклар, ёноқлар, қулоқлар, бурун).

3. Сувли суюқлик билан тўлган қабариқлар, тўқималар некрози

10. Даволаш:

Музлашда интенсив терапия:

1. Жабрланувчини аста-секин иситиш ва параллел ҳолда реанимацион муолажаларни бошлаш.

2. Музлаб колиш ҳолатида мажбуран танани ҳолатини ўзгартирмаслик, чунки бу оғир жароҳатларга олиб келиши мумкин

3. Трахея интубациясини амалга ошириш мумкин бўлмаган пайтларда эрта коникотомия (бўйин қисмида умуртқа букилиши қийинлиги).

4. Ўпканинг иссиқ (42–46 °С) кислородли ҳаво аралашмаси билан вентиляция қилиш FiO_2 камида 0,4.

Қон айланишини тиклаш ва сақлашнинг хусусиятлари:

1. Пульсоксиметрия мониторинг усули сифатида самарасиз.

2. Тана ҳароратини доимий кузатиш (қизилўнгач датчиги афзалроқ).

3. Анъанавий ЭКГ электродлари самарасиз бўлса, игнага ўхшайдиганларидан фойдаланинг.

4. Марказий томирни эрта катетеризацияси (пункция).

5. Иссиқ инфузион эритмаларни томир ичига юбориш (43 °С гача).

6. Агар иложи бўлса, организмни иситиш учун перитонеал, плеврал ёки экстракорпорал диализни калий ионларини ўз ичига олмаган иссиқ эритмалар билан (43 °С кадар) амалга оширинг.

7. Дастлабки 3 марта дефибрилациялаш уринишлари муваффақиятсизликка учраганда, танани қиздириб, камида 30°С тана ҳароратида дефибрилланишни давом эттиринг.

8. 30 градусгача иситишни давом этинг, дори-дармонларни ярмидан кўп миқдорда қўлланг.

12. Клиник ҳолатларида реанимация муолажалари умумий тамойилларга асосланади (ЮЎР – юрак-ўпка реанимацияси стандартига қаранг).

Шифохонадан чиқишда тавсиялар (ўтказилаётганда): РИТБда терапиянинг давомийлиги, тананинг асосий ҳаётий белгилари – НОТ, ЮҚС, АБ, диурезни назорат қилиш.

1. ИССИҚ УРИШИ

2. КХТ Шифри 10

3. Таъриф: иссиқлик ишлаб чиқаришнинг назоратсиз ўсиши ёки иссиқлик ўтказувчанлигини пасайиши ёки гипоталамик терморегуляциянинг бузилиши натижасида пайдо бўлган ҳарорат гомеостазидаги ўзгаришлар. Гипертермия касаллик билан боғлиқ эмас ва турли сабабларга кўра тананинг ҳаддан ташқари исиб кетишининг намоён бўлиши; иссиқлик ва куёш ҳужумлари, иссиқликдан беҳушлик, иссиқлик тиришишлари, танадаги туз миқдори камайиши туфайли иссиқликдан заифлашув, иссиқлик туфайли чарчаш ва ҳоказо. **Педиатрик амалиётда термик гипертермия жуда кенг тарқалган.**

4. **Патогенез:** Тана ҳароратининг ҳаддан зиёд назоратсиз ўсиши кўпинча сунъий тарзда иссиқлик ўтказувчанлиги (ортиқча иссиқ кийим), суюқлик ичиш режимининг бузилганлиги, оғир тери ости ёғ тўқималари, МАТ шикастланиши, мия шикастланиши оқибатида эндокрин система патологияси.

5. Таснифи: Қизиб кетиш оқибатида патологик касалликларнинг асосий клиник вариантлари мавжуд:

- мушак спазмлари, NaCl етишмаслиги
- сув йўқотадиган дегидрациянинг ирритатив-сопороз боскичи
- иссиклик ҳужуми
- куёш ҳужуми
- **Иссиқ ҳужуми** – ҳаддан ташқари қизиб кетиш – муҳим органлар ва тизимларнинг функцияларини декомпенсация қилувчи клиникаси билан тавсифланувчи терминал ҳолат. Тотал дегидрация, мия шиши. Иссиқ ҳужумининг асосий белгилари – онгни йўқотиш ва терлашни тўхташи.
- **Қуёш ҳужуми** боланинг бошига қуёшнинг бевосита таъсири туфайли иссиқлик ҳужумининг махсус шаклидир. Мия шишиши.

6. Симптоматика: Характерли хусусиятлар:

1. Жуда юқори ҳарорат (ректал 42 °С дан юқори).
2. Текканда иссиқ, қизил ва қуруқ тери қатламлари.
3. Бош оғриғи, гаранглик.
4. Алахсираш, галлюцинациялар.
5. Тиришишлар.

7. Дифференциал диагноз: Иситма асосан танадаги иммунитет тизимини мавжуд тажовузга етарли даражада жавоб беришини кўрсатувчи мудофаа реакцияси бўлганлиги сабабли, ҳароратни фаол равишда пасайтириш бошланганида, иситмали ҳолатлардан фарқлаш зарур.

8. Текширув режаси:

Қон босими, ЮҚС, МТБ (марказий вена босими), Ht, ЭКкГ, SpO_2 доимий мониторинги.

Лаборатория усуллари:

Умумий қон, сийдик таҳлили;

Қоннинг биокимёвий таҳлиллари (электролитлар, мочевина, креатинин, умумий оқсил, фракциялар, жигар трансаминазалари, билирубин);

кислота ишқор мувозанати ва қон газлари (қўшимча).

Инструментал усуллар:

термометрия,

кўкрак қафаси рентгенограммаси,

қон босими, МТБ (марказий вена босими), ЭКГ,

нейроофталмологик тадқиқотлар.

9. Диагноз мезонлари:

1. Қизиб кетиш фактининг мавжудлиги

2. Жуда юқори ҳарорат (ректал 42°С юқори).

3.Текканда иссиқ, кизил ва курук тери катламлари.

4. Бош оғриғи, гаранглик, алахсираш, галлюцинациялар,тиришишлар.

10. Даволаш:

1. Қизиб кетишга олиб келувчи шароитларни бахолаш: Атроф-муҳит харорати ва намликни, боланинг суюклик ичиш ва туз истеъмол режимини, кийим турини, ОИТ ва сийдик йўли касалликларини.

2. Ирритатив-сопороз боскичда – бошга совук нарса қўйиш, кўп суюклик ичиш.

3. Иссиклик хужумини ҳар қандай формасида:

– 38°С хароратгача сув билан совутиш;

– оксигенотерапия.

12. Шифохонадан чиқишда тавсиялар (ўтказишда): РИТБда олинган терапияга риоя килиш, организм ҳаётий муҳим кўрсаткичларининг назорати – НОТ, ЮҚЧ, АБ, диурез.

1. ЧЎКИШ ҲОЛАТИ

2. КХТ Шифри10

3. Таъриф: Чўкиш – бу организмнинг суюк мухитдаги ҳолати ва бу ҳолат ушбу мухитнинг нафас олиш тизимига кириши натижасида рефлектор ёки механик асфиксиядан келиб чикади.

4. Патогенез. Чучук ва шўр сувда чўкиш ҳолатлари фаркланади. Чучук сув ўпка ичига тушганда, у интенсив сўрилади ва қон окимига киради, натижада қон плазмаси осмолярлиги, эритроцитлар гемолизи, ацидоз, гиперволемия ва натижада мия шиши пайдо бўлади. Тузли сувда аспирация ўпканинг алвеоляр капилляр мембранасига шикаст етказади ва плазма томир бошидан алвеолаларнинг тешиги ичига тушади, ўпка шиши гипоксемия билан ривожланади. Мия жароҳати ҳам, асфиксия ва плазма осмолликдаги ўзгаришлар натижасида юзага келади.

5. Таснифлаш: ўлим механизмига (танатогенезга) боғлиқ равишда учта чўкиш тури мавжуд:

1. **Ҳақиқий ёки «ҳўл»**, бунда сув дарҳол курбоннинг ўпкасига киради;

2. **Асфиктик ёки «қуруқ»** чўкишда рефлектор ларингоспазм юзага келади;

3. Рефлектор Юрак тўхташи туфайли синкопал чўкиш.

6. Симптоматика: клиникада сувда ўтказиладиган вақтга, чўккан одамнинг бошланғич ҳолатига қараб фарқланади ва унинг преагонияси, агонияси, клиник ўлими деб тавсифланиши мумкин.

7. Дифференциал диагноз: Ташхис қўйиш қийин эмас, айниқса ходисанинг гувоҳлари бўлса.

8. Текширув режаси:

Доимий мониторинг АБ, ЮҚЧ, МТБ (марказий вена босими), Ht, ЭКГ, SpO_2.

Лаборатория усуллари:

Қон, сийдик умумий таҳлили,

Қон биокимёвий таҳлили (электролитлар, мочевина, креатинин, умумий оқсил, фракциялар, жигар трансаминазалари, билирубин),

кислота ишқор мувозанати ва қондаги газлар(қўшимча).

Инструментал усуллар: кўкрак қафаси рентгенографияси АБ, МТБ (марказий вена босими)

пульсоксиметрия

ЭКГ, эхоэнцефалография (қўшимча)

нейроофтальмологик текширув

9. Ташхис омиллари: Ташхис қўйиш қийин эмас, агар ходисанинг гувоҳлари бўлса.

10. Даволаш:

Онг сакланган ҳолда:

1. Кийимни ечиш

2. Тана спирт билан артиб, иссиқ ўраб қўйиш

3. Оксигенотерапия $FiO_2$0,44

Нафас етишмовчилигида:

1. Юқори нафас йўлларидан сувни чиқариб ташлаш.

2. Оғиз бўшлиғи ва томоқни тозалаш.

3. Назогастрал зондни ўрнатиш.

4. Оксигенотерапия.

5. Преднизолон 5 мг/кг.

Клиник ўлим ҳолатида

Реанимация муолажалари болаларда ЮЎР умумий тамойиллари кўра амалга оширилади.

Нафас олишни тиклаш ва сақлаб туриш хусусиятлари.

1. Шўнғувчиларда умуртқа бўйин қисми жарохати гумон килинса, бошни ҳаддан ташқари букиш хавфлидир.

2. Трахеянинг иложи борича эртарок интубацияси ва ўпканинг нафас чикаришда ижобий босимли вентиляцияси. Шўнғувчиларда умуртқа бўйин қисми жарохати эҳтимолини ҳисобга олиш.

3. Трахеобронхиал дарахтни мажбурий санацияси.

4. Ошқозонга зонд киритиш.

1. ЎПКА ШИШИ

2. КХТ Шифри 10

3. Таъриф: Ўпка капиллярлари орасидаги интерстициал бўшлиққа ва алвеолалар ичига суюклик окиб чикиши.

4. Патогенез: Ўпка капиллярларида (кардиоген) гидростатик босимнинг ортиши ёки уларнинг деворларининг ўтказувчанлигини ошиши (кардиоген бўлмаган) туфайли ўпка шиши сепсис, ўпканинг ингаляцион шикастланиши, буйрак етишмовчилиги, аспирация, тиришишлар, травма, МАТ шикастланиши, нафас олиш йўллари обструкцияси, ЎСВ да ўпканинг ҳаддан ташқари чўзилиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Кардиоген ўпка шиши ўткир ишемия ёки миокард инфаркти, кардиомиопатия, юрак нуксонлари, юрак етишмовчилиги, гипертоник инқироз ва тирсотоксикоз ҳолатларида ривожланиши мумкин.

5. Таснифлаш:

1) кардиоген; 2) кардиоген бўлмаган

6. Симптоматика: нафас қисилиши, заифлик, хавотирланиш, терлаш, цианоз, жигар веналарининг кенгайиши, тахипноэ, тахикардия, ёрдамчи мускуллар нафас олишда иштироки, крепитация ва намланган хириллашлар массаси, курук ҳуштакли хириллашлар мумкин, пушти кўпикли балғам чиқиши билан киска йўталишлар. Р-графияда ўпка ҳудудининг бир текис коронғилашиши, юрак чегараларини кенгайиши.

7. Дифференциал ташхис:

1. Бронхиал астма; 2. Ўткир респиратор дистресс-синдром; 3. ЎАТЭ

8. Текширув режаси:

Лаборатория усуллари:

мажбурий – кон, сийдик умумий тахлили, кон биокимёвий тахлили, кислота ишкор мувозанати, кондаги газлар;

қўшимча – коагулограмма, қон гурухи,резус-фактор.

Инструментал:

мажбурий– кўкрак кафаси R-графияси, ЭКГ;

қўшимча– плеврал бўшлиқ Ультратовуши, ЭхоКГ,

9. Диагноз мезонлари: Кўтарилган МТБ (марказий вена босими) ва АБ нормал кўрсаткичлари юкорида кайд этилган симптомлар билан ўпка шишини англатади.

10. Даволаш:

1. Оксигенотерапия.

2. Ижобий босимда нафас олиш – ноинвазив усуллар ёрдамида, агар ЎСВ нинг инвазив усуллари самарасиз бўлса.

3.Дофамин ижобий инотроп таъсирини келтириб чиқарувчи препаратлар.

4. Халқали диуретиклар.

5. Наркотик анальгетиклар.

ЎЮЕ ташхиси, юрак астмаси ва ўпка шишиши дифференциал ташхиси

Диагноз мезонлари	Ўпка шиши	
	интерстициал (юрак астмаси)	альвеоляр
Ривожланиш механизм	Ўпка интерстициал бўшлиғига ўпка капиллярларидан транссудацияли суюкликни ўтиши	Суюкликни алвеола тешигига транссудацияси ва уни ўтувчи ҳаво билан кўпиклашади
Бошланиши	Тез-тез тўсатдан	Аста секин бўлиши мумкин – юрак астмаси боскичи оркали ёки тез, кескин
Ривожланиш вақти	Кўпинча кечаси	Ҳар қандай пайтда
Асосий шикоят	Диспноэ ўртача даражаси	Катта даражада нафас сиқилиши
Тана ҳолати	Ортопноэ	Ортопноэ
Нафас олиш	Тез-тез, нафас олиш частотаси 22–24 дақикада	сиртки, тез-тез (25 ва кўпрок), шовкинли хириллаш масофада эшитилади
Балғам	Йўк	кўпикли, пушти, кўп (до 2 л)
Тери қатламлари	рангсиз	цианоз, совук тер
Ўпкада аускультатив ўзгаришлар	заифлашган везикуляр нафас, пастки бўлимларда намланган хириллашлар, баъзида курук хириллашлар	Бутун ўпка сиртиданам хириллашлар
Пульс	Тез тез	Тез-тез, кичик, аритмик бўлиши мумкин
АБ	Гипертоник кризда – юқори, митрал стенозда – паст	гипертоник кризда – юкори, митрал стенозда паст

XIV БЎЛИМИ

БОЛАЛАР ЖАРРОҲЛИГИ

1. ЎТКИР АППЕНДИЦИТ

2. КХТ Шифри -10: К35

3. Таъриф: Ўткир аппендицит – кўр ичакнинг чувалчангсимон ўсимтасини ўткир носпецифик ялигланиши.

4. Патогенез. Ўткир аппендицит патогенези асосида кўпинча ўсимта тешиги окклюзияси ётади, унинг сабаби одатда, лимфоидли фолликулалар гиперплазияси, феколитлар, фиброз тасмалари, баъзида – ёт жисмлар, паразитлар, ахлат тошлар пайдо бўлиши хисобланади. Бундай шароитларда давом этувчи шилимшиқ ишлаб чиқарилиши натижасида ўсимта бўшлиғининг ички босими ошади ва усимта деворида кон айланиши бузилиши сабабли ялиғланиш бошланади.

5. Таснифлаш. (Исаков Ю.Ф., 1986)

I. Ўткир асоратланмаган аппендицит:

а) катарал (оддий, сиртки 14.1 расм);

б) деструктив (флегмонозли, гангренозли 14.2, 14.3 расмлар).

II. Ўткир асоратли аппендицит:

а) ўсимта перфорацияси.

б) аппендикуляр инфильтрат.

в) абсцесслар.

г) перитонит.



14.1.расм. Катарал аппендицит.



14.2.расм. Флегмонозли аппендицит.



14.3.расм Гангреноз аппендицит.

III. Сурункали аппендицит

6. Симптоматика. Болаларда ўткир аппендицит аниқлаш: 5 асосий симптомга эътиборни каратиш, улар кўпрок ўнг ёнбош соҳасида аниқланади.

I. Филатов симптоми – корин олд деворини пайпасланганда ўнг ёнбош соҳасида маҳаллий оғриқни кузатилиши.

II. Корин олди девори пайпасланганда ўнг ёнбош соҳасидаги маҳаллий мушакларни таранглашуви – *defensemusculaire*.

III. Бартомье-Михельсон симптоми – бемор чап биқинида ётганда кўр ичак палпация қилинганда оғриқ пайдо бўлиши.

IV. Ровзинг симптоми – чап ёнбош соҳа босиб кўрилганда ўнг ёнбош соҳасида оғриқларни пайдо бўлиши.

V. Ситковский симптоми – бемор чап биқинида ётганда ўнг ён бош соҳада оғриқни кучайиши.

7. Дифференциал диагноз.

– *Плевропневмония*

– *Холецистопатиялар*

– *Ошқозон-ичак касалликлари*

– *Буйрак санчиши*

– *Гинекологик касалликлар*

– *Геморрагик капилляротоксикоз (Шенлейн-Генох касаллиги)*

8. Текширув Протоколи. I. Инструментал усуллар.

Мажбурий. Типик аппендицитда мавжуд эмас.

Қўшимча. Шубҳали ҳолларда корин бўшлиғи органлари ультратовуш текшируви, корин бўшлиғи обзорли рентгенографияси – лапароскопия.

II Лаборатория усуллари.

Мажбурий: кон ва сийдик умумий таҳлили.

Қўшимча: биокимёвий кон таҳлили (АЛТ,АСТ, билирубин, диастаза).

9. Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари. Анамнезни йиғиш (касалликни бошланиши, коринда оғриқлар, кусиш, тана харорати кўтарилиши) клиник (ўнг ёнбош соҳасида локал оғриқ, корин олд девори мушакларининг таранглашуви). Лаборатор: қонда лейкоцитозни ошиши ва лейкоцитар формулани чапга сурилиши. Инструментал: унг ёнбош сохаси ультратовуш текшируви. Чувалчангсимон ўсимта деворлари қалинлашуви, ўнг ёнбош чуқурчасида суюқлик мавжудлиги, 3 ёшдан кичик болаларда корнида оғриқ мавжудлигида – шифохонага ётқизишга абсолют кўрсатма (14.4,5 расм).

10. Даволаш. Жаррохлик йўли билан.

11. Жаррохликдан олдинги тайёргарлик. Тезкор жаррохлик аралашуви.

Анестезия тури. Умумий (томир ичига ёки эндотрахеал).

Жаррохлик аралашуви турини танлаш. Очик ёки лапароскопик усул ёрдамида. «Очик» аппендэктомияда Волкович-Дьяконовларнинг кия



14.4. расм.



14.5. расм.

кўндаланг кириши қўлланилади. Лапароскопик аппендэктомияда фақат жарроҳлик кириши ўзгаради, ўсимтани олиб ташлаш усули худди оддий жарроҳлик муолажасига ўхшаш.

Жарроҳликдан кейинги даврда асоратсиз (катарал ва флегмонозли) аппендицитда цефалоспорин қатори антибиотикларини интероперацион киритиш бир марта амалга оширилади, **асоратли формаларда** кенг спектрда таъсир кўрсатувчи антибиотиклар қўлланилади, улар аэроб ва анаэроб флорага таъсир кўрсатади. Энг эффектив препаратлар 4 чи авлод цефалоспоринлари ҳисобланади. Беморнинг эрта активизацияси.

12. Шифохонадан чиқишда тавсиялар. Яшаш манзили бўйича болалар жарроҳи томонидан кузатув, 3 ой давомида жисмоний машқлардан озод этиш.

1. МЕККЕЛ ДИВЕРТИКУЛИ

2. КХТ Шифри -10:Q43.0

3. Таъриф. Ўт йўли проксимал қисми облитерация қилинмаган ҳолдаги патология номи билан маълумдир.

4. Патогенез. Ўт йўли облитерацияси бузилиши турлича бўлади. Ўт йўли қайси даражада облитерацияга учрашига ва қайси даражада очиқ қолганлигига боғлиқ ҳолда, қуйидагилар фаркланади: 1) киндик яра тешиги; 2) меккел дивертикули; 3) энтерокисталар.

5. Таснифлаш. Исаков Ю.Ф. (1986 й.)

Кечиши бўйича дивертикулит:

Ўткир.

А) катарал; Б) флегмонозли, В) гангреноз.

Сурункали.

Асорати бўйича

А) қон кетиши; Б) перфорация; В) ивагинация; Г) странгуляция.

6. Симптоматика. Дивертикулит ўткир аппендицитга ўхшаш симптомлар билан кечади (кўнгил айниши, қоринда оғриқ, иситма кўтарилиши,

лейкоцитоз). Ушбу касалликларни амалий жиҳатдан фарқлаш мумкин эмас, шунинг учун лароскопияда чувалчангсимон ўсимтада ўзгаришлар бўлмаса, ингичка ичакда илеоцекал бурчакдан 70 см масофада синчиклаб текширув ўтказиш керак.

Қон кетиш ўткир ва кўп миқдорда бўлиши мумкин, бироқ кичик порциялар билан сурункали қон кетишлар ҳам кузатилади. Нажасда қон кўриниши мумкин, ва у тўқ-жигар рангда бўлади. Массив қон кетиш ҳолатида тезда анемия ривожланади; қон кетиши бир неча марта қайталаниши мумкин.

Дивертикул сабабли ривожланган ичак инвагинацияси типик симптомлар билан кечади (тўсатдан бошланиши, қоринда кескин оғрик, қусиш, ичакда қон кетиш).

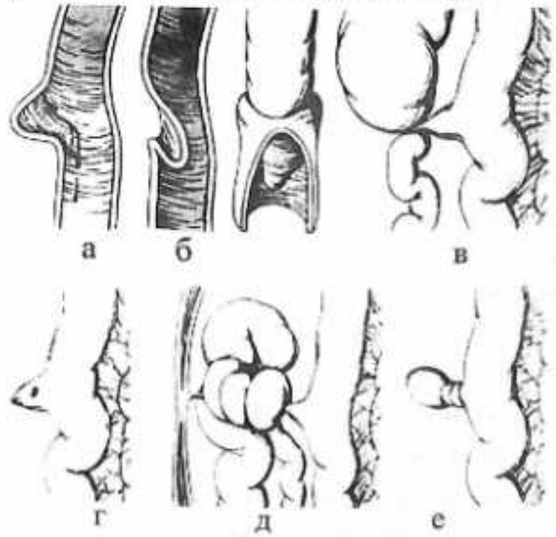
5. Дифференциал ташхис.

– Ўткир аппендицит;
– ичак ўтказувчалигида муаммо;
– Ўн икки бармокли ичак
– (ЎБИ) ва ошқозонда яра этиологияли қон кетиши;
– йўғон ичак дивертикулёзи.

8. Текширув Протоколи.

А) Инструментал усуллар: – мажбурий: МД асоратли формаларида қорин бўшлиғи органлари обзорли рентгенографияси – ОИТ рентге-ноконтрастли текшируви (пассаж, пневмоирригография) – қорин бўшлиғи органлари ультратовуш текшируви.

Қўшимча: лапароскопия, радиоизотопли текширув



14.7.расм. Меккел дивертикулида асоратлар (схема): *а* – қонкетиши; *б* – инвагинация; *в* – странгуляцион ичак тутилиши; *г* – дивертикулит, перфорация; *д* – ичак буралиб қолиши; *е* – узун оёқчада дивертикул буралиб қолиши.

Б) Лаборатория усуллари:

Мажбурий:

– Қон ва сийдик умумий таҳлили, қон гуруҳи ва резус-фактор.

Қўшимча:

– Биокимёвий қон таҳлили;

– Қон коагулограммаси.

9. Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари. Анамнезни йиғиш (касаллик бошланиши). Клиник (қоринда оғриқ, кўнгил айниши, қусиш, тана ҳарорати кўтарилиши, нажасда тўқ-жигар рангли қон мавжудлиги). Ўткир аппендицитга, ичак инвагинацияси, ичак тутилишига ўхшаш клиника мавжудлигида, бемор шошилинч тарзда шифохонага ётқизилади.

10. Даволаш.Жаррохлик.

11. Меккел дивертикули барча формаларида зудлик билан жарроҳлик ўтказишга абсолют кўрсатмадир.

Жарроҳликдан олдинги тайёргарлик. Жарроҳликдан олдинги тайёргарлик одатда талаб этилмайди. Фақат кеч қабул қилинганда ва оғир перфоратив перитонит ҳолатида қиска муддатли интенсив тайёргарлик ўтказилади.

Анестезия тури. Умумий томир ичига ёки интубацион.

Жарроҳлик аралашуви турини танлаш. Жарроҳлик аралашуви тамойили клиник кўринишга боғлик. Ўткир аппендицитга ўхшаш клиникада, одатда резекция амалга оширилади. Жарроҳ лапароскопияни амалга ошира олса – лапароскопик усул ёки Волкович-Дьяконов кенг кириш усули. Резекция усули дивертикул формасига боғлик. Оёкча тор бўлса (1–1,5 см гача) уни боғлаш ва чувалчангсимон ўсимта чўлтоғига ўхшаб ичак деворига жойлаштириш керак. Кенг асосда дивертикулни понасимон кесиш амалга оширилади ва кейин ичак деворига икки каторли кўндаланг чок қўйилади ёки «чекасини чеккага» типдаги анастамоз билан ичак соҳасини резекция килинади. Ичак инвагинациясида ва ичак тутилишида лапаротомия бажарилади.

Жарроҳликдан кейинги даврда ингичка ичакни понасимон ёки тўлик резекциясида биринчи 3 кун давомида бола парентерал озиклантирилади, кейин суюк стол буюрилади. 7–8-кунга болани аёвчи парҳезга ўтказилади, 2-чи ҳафта охирида оддий озиклантиришга ўтказилади. 5–7 кун давомида цефалоспорин каторли антибиотиклар тайинланади. Мажбурий тарзда чокларни ажралиб кетишига қарши физиотерапия тўлик курсини ўтказиш керак.

12. Шифохонадан чикишдаги тавсиялар. Яшаш манзили бўйича болалар жарроҳи томонидан кузатув, 3 ой муддатга жисмоний машклардан озод этиш.

1. ЎТКИР ПЕРИТОНИТ

2. КХТ Шифри -10: к65.0

3. Таъриф. Перитонит – корин пардани яллиғланиши ҳисобланиб маҳаллий ва умумий симптомлар билан кечади.

4. Патогенез. Перитонит патогенезида етакчи ролни микробли омил ва организм иммунореактивлик ҳолати ўйнайди. Перитонит қорин пардасининг касаллик юқтириши натижасида юзага келади. Табиати бўйича, қорин бўшлиғига микрофлора кириб қолишида бирламчи ва иккиламчи перитонит фаркланади. Бирламчи перитонитда микрофлора қорин бўшлиғига гематоген, лимфоген йўллари билан ёки фаллопий трубкалари орқали киради. Иккиламчи перитонитлар корин бўшлиғидаги инфекциялар ўчоғидан юзага келади.

5. Таснифлаш (Исаков Ю.Ф.1971)

I – этиологиясига кўра (асептик,инфекцион).

II – кириб қолиш йўллари бўйича (перфоратив, септик,криптоген).

III – тарқалиш даражаси бўйича: маҳаллий (чекланмаган ва чекланган), диффуз ва тарқалган бўлиши мумкин.

IV – кечиши бўйича – ўткир ва сурункали.

V – экссудат табиати бўйича– сероз, йирингли, хилёзли, геморрагик, ўтли.

4. Симптоматика. Одатда беморлар қориндаги кескин ва кучли, тана ҳолати ўзгарганда зўраядиган оғриқларга шикоят киладилар. Характерли белгилар:енгиллик келтирмайдиган қусиш, кенг босқичда – шилимшикли. Ич келиши бир марталик, кўпинча бўлмайди, гоҳида тенезмлар бўлиши мумкин. Кўрик пайтида беморни мажбурий ҳолатига эътибор бериш керак – ён тарафида ётиши, тиззаларини қоринга бостирган ҳолда. Ўтказиб юборган ҳолларда «Facies Hyppocratica» кузатилади. Қорин текширилганда асимметрия аниқланиши мумкин, нафас олишда қорин иштирок этмайди, пальпацияда корин бўйлаб оғриклар кучаяди, оғрийди. Щеткин-Блюмбер симптоми ижобий.

5. Дифференциал диагноз:

Пневмония.

Диспепсия.

Қорин пардаси гематомалари.

8. Текширув протоколи.

А) Инструментал усуллар. Мажбурий: – қорин бўшлиғи органлари ультратовуш текшируви, қорин бўшлиғи органлари обзорли рентгенографияси.

Қўшимча – МСКТ

Б) Лаборатор усуллар.

Мажбурий:

– Қон ва сийдик умумий таҳлили;

– Қон биокимёвий таҳлили (мочевина, креатинин, АЛТ. АСТ, диастаз, билирубин);

– коагулограмма.

Қўшимча: қон гуруҳи ва резус-фактор.

9. Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари. Анамнезни йиғиш (касаллик бошланиши, қоринда оғриқлар, кусиш, тана ҳарорати кўтарилиши).

Клиник: бутун қорин бўйича оғриқ, қорин олд деворида мушаклар таранглашуви, Щеткин-Блюмберг симптоми ижобий.

Лаборатор текширув: қонда лейкоцитлар миқдорини ошиши ва лейкоцитар формулани чапга сурилиши.

Инструментал: қорин бўшлиғи органлари ультратовуш текшируви (корин бўшлиғида эркин суюқлик мавжудлиги).

10. Даволаш. Жаррохлик.

11. Жаррохликдан олдинги тайёргарлик. Жаррохликдан олдинги тайёргарликнинг мақсади – гемодинамика, кислотали-асосий ҳолат ва сувли-электролит алмашинув бузилишларини камайтириш. Дегидратация даражасини гематокрит (Э. К. Цыбулькин) кўрсаткичларини ишлатиб, формула бўйича аниқланиши мумкин.

3 ёшдан катта болалар учун:

Бемор V = Ht си – Ht нормада · 1/5 P,

100 – Ht нормада, қаерда: P – тана массаси.

3-ёшгача болаларда:

Беморда V = Ht – Ht нормада 1/3 P 100 – Ht нормада

Анастезия тури. Тарқалган перитонит бўйича жаррохлик доимо ЎСВ билан кўп компонентли умумий анастезия ёрдамида амалга оширилади.

Жаррохлик аралашуви турини танлаш. Тарқалган перитонитда жаррохлик аралашувида қуйидаги вазифалар бажарилади:

• Перитонит ўчоғини бартараф этиш;

• интраоперацион санация ва қорин бўшлиғи дренажлаш;

• жаррохликдан кейинги даврда қорин бўшлиғи санацияси учун шароитлар яратиш;

• парез ҳолатидаги ичакни дренажлаш;

• токсинлар резорбцияси ва транспорти асосий йўлларига таъсир ўтказиш учун маъқул шароитларни яратиш (махсус кўрсатма бўйича).

Кенг таркалган перитонитда энг *рационал кириш* ўрта-ўрта лапаротомия ҳисобланади.

Жаррохликдан кейинги даврда беморга кроватда уни бош тарафини 30° бурчакда кўтариш билан керакли ҳолатга келтирилади, бу нафас олишни енгиллаштиради ва экссудатни қорин қуйи қисмларига окишига ёрдам беради. Барча беморларга жаррохликдан олдин ва кейин кенг спектрли анти-

биотиклар киритилади, улар аэроб, ҳамда анаэроб флорага эффектив бўлиб, бак экма маълумотларини олгунга қадар энг самарали 4 чи авлод цефалоспоринлар ҳисобланади. Жаррохликдан кейинги парезга қарши такрорий гипертоник клизмалар қўлланилади, тери остига перистальтикани стимуляция қилувчи воситалар (0,05 % прозерин эритмаси 0,1 мл дан 1 йилга), томир ичига гипертоник глюкоза эритмалари (10–20 мл 40 % эритма), 10 % натрий хлорид эритмаси (2 мл 1 йилга) ва калий хлорид эритмалари. Ичак парезини профилактикаси ва даволаш учун ва жаррохликдан кейинги оғриқсизлантириш учун узайтирилган эпидурал анестезия амалга оширилади (4–5 кун). Мажбурий тарзда чокларни ажралиб кетишига қарши физиотерапия тўлиқ курсини ўтказиш керак.

12. Шифохонадан чиқишдаги тавсиялар. Яшаш манзили бўйича болалар жаррохи томонидан кузатув, 3 ой муддатга жисмоний машклардан озод этиш.

ОРТТИРИЛГАН ИЧАК ТУТИЛИШИ

Орттирилган ичак тутилишини механик ва динамик турларга бўлинади. Механик беркилиб қолиш гуруҳида обтурацион, странгуляцион беркилиб қолишлар ва ичак инвагинациясини ажратишади. Обтурацион беркилиб қолишнинг сабаби кўпинча тўғри ичакнинг туғма стенозидаги опростаз, Гиршпрунга, мегаколон ёки яра формасида тўғри ичак атрезияси бўлиши мумкин. Странгуляцион беркилиб қолиш баъзанўт йўлининг орка ривожланиш бузилишида ёки ривожланиш бошқа нуқсонларида юзага келиши мумкин.

1. ЎТКИР ЧАНДИҚЛИ ИЧАК ТУТИЛИШИ

2. КХТ Шифри -10. К56.5

3. Таъриф. Ўткир чандиқли ичак тутилиши қорин бўшлиғида чандиклар ҳосил бўлиши натижасида юзага келади. Ушбу патологиянинг солиштирма оғирлиги бошқа ичак тутилиш турлари орасида 30–40% ни ташкил этади.

4. Патогенез. Жаррохликдан кейинги даврда кўпчилик болаларда чандик жараёни физиологик доира ичида кечади ва асоратлар келтириб чикармайди. Бироқ баъзи ҳолларда (айникса ичак барқарор парезларида) кўпгина чандиклар ичак халқаларини бир-бирига ёпиштиради, ва унинг таркибидаги пассажни бузади ва ичак тутилиши учун обтурацион табиатли шароит яратиб беради.

5. Таснифлаш. Г.А. Баиров (1997).

Эрта чандикли ичак тутилиши жаррохликдан кейинги биринчи 3–4 ҳафта ичида ривожланади (ичак халқаларининг букилиши, кўп чандиклар билан босилиб қолиши);

Кеч чандикли ичак тутилиши – жаррохликдан кейин бир неча ойлар ёки йиллар давомида ривожланади (колган шнурсимон чандикларнинг ичакни итариб босиши).

6. Симптоматика. Эрта чандикли ичак тутилиши клиник сурати. Бола коиндаги доимий даврий кучаювчи огриклар устидан шикоят килади ва улар ичак парези оғриғидан кўпам фарк килмайди. Аста-секин, оғрик тутканокли бўлади, кусишлар тез-тез ва катта хажмда рўй беради. Ичак айрим илмоклари газ билан тўлганлиги сабабли ассиметрия пайдо бўлади, баъзида корин пардаси орқали суст перистальтика кузатилади. Аускультатив тарзда баъзида суст ичак шовкинлари эшитилади. Корин пальпация килинганда перитонеал белгилар туфайли оғрик сезилади. Корин деворини силаганда перисталтика кучаяди ва оғрик хуружлари қайталанади. Мустакил равишда ич келмайди, сифонли клизмадан сўнг нажас массаси, шилимшик ва газларнинг кичик хажми чикиши мумкин.

Кеч чандикли ичак тутилиши кўпинча тўсатдан рўй беради ва коринда кескин оғриклар пайдо бўлиб, вакт ўтиши билан оғрик озгина камаяди, ва кейин яна кучайиб кетади. Ичаклар чандик тасмасига ўралиб қолганда оғриклар яна хам куйиб кетади, бу ўткир странгуляцион компонент борлиги учун рўй беради, бошкариб бўлмас кусиш бошланади ва перистальтика кучаяди.

7. Дифференциал диагноз. Эрта даврда жаррохликдан кейинги ичак парези билан ўтказилади.

8. Текширув Протоколи.

А) Инструментал усуллар:

Мажбурий: корин бўшлиғи обзорли рентгенографияси ва ультратовуш текшируви.

Қўшимча: ОИТ рентгенокотрастли текшируви.

Б) Лаборатория усуллари.

Мажбурий: сийдик, кон умумий тахлили.

Қўшимча: биокимёвий кон тахлили, коагулограмма, кон гуруҳи ва резус-фактор.

9. Ташхис ва шифохонага ётказиш мезонлари. Анамнез (олдин ўтказилган жаррохликлар), клиник(даврий тутканоксимон коиндаги оғриклар, кўнгил айниши, кусиш, корин шиши, газ ва нажас чикиши йўклиги), рентгенология ёрдамида турли калибрли бир неча даражаларни аниклаш мумкин, шубхали холларда ва аник оғрик синдроми перитонит аломатлари бўлмаганда рентгеноконтрастли текширув камида 3–6 соатдан кейин бажарилади.

Шифохонага ётказиш мезонлари. Коринда оғриклар, кусиш ва ахлат чикмаслиги, рентгенда суюкликлар даражаси кўриниши.

10. Даволаш. Ўткир ва ярим ўткир формада даволашни корсерватив муолажалар комплекси билан бошлаш керак:

Ошқозонни бўшатиш (доимий зонд ёрдамида) хар 2–3 соатдан кейин уни даврий ювишлар билан;

Ганглионар блокада;

Томир ичига ичак стимуляцияси:

– 10% натрий хлорид эритмаси 2мл умрининг 1чи йилида;

– Прозерин билан ичак стимуляцияси 0,1мл умрининг 1чи йилида;

– сифонли клизма стимуляциядан кейин 30–40 дакикадан кейин.

Бир пайтнинг ўзида рентген ёрдамида барий сульфат суспензияси ичак бўйича назорат килинади.

11. Консерватив терапия самарасиз бўлганда, жаррохлик тўсикни бартараф этишдан иборат (чандикларни кесиш).

– Жаррохликдан олдинги тайёргарлик. Барча холатларда оғиз оркали озиклантириш истисно этилади, ичак перисталтикасини кучайтирувчи, интоксикация ва гидратацияни, ва организм реактив кучларини кўтариш учун, олдини олувчи комплекс муолажалар тайинланади.

– Анестезия тури. Интубацион.

– Жаррохлик аралашуви усулини танлаш. Лапаротомия, жаррох лапароскопияни амалга ошира олса – лапараскопик.

Лапараскопияга карши кўрсатмалар:

• Массив чандик жараёнида ичак кескин шишиши мумкин, буни бажарилган жаррохлик характерига ва корин олд деворида чандиклар борлигига караб тахмин килиш мумкин;

• Беркилиб колиш сабаби бўлган зич яллиғланувчи инфильтрат;

• Кечки чандикли ичак тутилишида ўрталарида зич чандик килинган кўп ичак илмокларидан «совуқ» конгломерат;

• Эзилган ичакда кон айланишининг қайтариб бўлмас бузилишлари;

• Анамнезда ичак яралари.

Ўткир чандикли ичак тутилишида одатдаги оператив кириш биринчи лапаротомияда ўтказилган корин бўшлиғидаги кесмани локализациясини хисобга олиб амалга оширилади.

Жаррохликдан кейинги даволаш. Болага эпидурал анестезия 3–5 кун давомида бажарилади (II–IIIдаражали парез мавжуд бўлса, парезга карши бутун терапия комплекси амалга оширилади), ёшига караб дозаларда гормонлар (2–3 кун), цефоласпорин каторидаги антибиотиклар (5–7 кун) ва юрак учун дори воситалари (кўрсатма бўйича). Оғир парез холатида ёки ичак резекциясида парентерал озиклантириш курсатмаси 3–4-кун давомида тайинланади.

Барча болаларга 2-кундан бошлаб физиотерапия ўтказилади (5 кун УВЧ, кейин калий йодид электрофорези). 2-кундан бошлаб (агар жаррохлик ичак резекцияси билан кечмаган бўлмаса) беморга суюклик ичишга ва суюк овкат ейишга рухсат этилади.

12. Шифохонадан чиқишда тавсиялар. Бола шифохонадан чиқарилганда, чандиққа қарши физиотерапия ўтказиш буюрилади ва узоқ муддатли диспансер кузатув тайинланади, ҳамда 6 ой мобайнида жисмоний машқлардан озод этилади.

1. ЎТКИР ИЧАК ИНВАГИНАЦИЯСИ.

2. КХТ Шифри. -10К56.1

3. Таъриф. Ичакнинг бирор-бир қисмини жойлашган жойдан пастроқ ёки юқорироқ ораликка кириб қолиши инвагинация деб аталади.

4. Патогенез. Янги туғилган чақалоқларда идиопатик инвагинациянинг энг кўп учрайдиган сабаблари перисталтиканинг тўғри ритмининг бузилиши бўлиб, улар бўйин ва мушакларнинг мувофиқлашувининг йўқлиги билан боғлиқ. Катта ёшли болаларда инвагинация жуда кам учрайди ва аксарият ҳолларда органик характерга эга (туғма тасмалар, Меккел дивертикули, лимфоид тўқималарининг гиперплазияси).

5. Таснифлаш. Х. Фелдманнинг инвагинациясини таснифлаш амалиёт учун энг маъқул деб ҳисобланиши мумкин:

1) ингичка ичакни инвагинацияси (3,5%) – ингичка ичакнинг ингичкасига кириб қолиши.

2) ёнбош-йўғон ичак инвагинацияси (41%) – ёнбош ичакни ёнбошга кириб, кейин йўғон ичак ичига илеоцекал клапан орқали кириб қолиши (оддий ёнбош-йўғон ичак инвагинацияси); инвагинатни кейинги ҳаракатланишида, ичакнинг кўр ва йўғон ичакнинг кейинги жойлашган бўлимлари (икки томонлама, «мураккаб» ёнбош-йўғон ичак инвагинацияси) иштирок этади.

3) кўр-йўғон ичакни инвагинацияси (52,7%) – инвагинатнинг боши кўр ичакнинг пастки кисмидир, кесиш жараёни ва терминал бўлим инвагинатнинг цилиндрлари ўртасида пассив тарзда олиб ташланади.

4) йўғон ичак инвагинацияси (2,8%) – катта ичакка ичакни кириб қолиши.

5) ноёб инвагинация шакллари (чувалчангсимон ўсимтани изоляцияли киритиш, ретроград инвагинация, кўп).

6. Симптоматика. Инвагинациянинг клиник кўринишлари унинг кўриниши ва касалликнинг давомийлигига боғлик. Типик симптомлар – қоринда кескин оғриқ, ҳаракатларда безовталаниш, бир марта – ёки икки марта кусиш, кечиккан стул, тўғри ичакдан қонли-шилимшиқ оқишлар («малинали желе» шаклида), титровчи ўсмага ўхшаш қоринда ўсимта.

7. Дифференциал диагноз.

– Ўткир дизентерия;

– Токсик диспепсия;

– Абдоминал шаклдаги Шенлейн-Генох окартириши

– Меккел дивертикули пептик яраси;

– ошқозон-ичак трактининг полипози.

8. Текширув Протоколи:

Инструментал усуллар:

Мажбурий: (пневмоирригография).

Лаборатория текширувлари:

Мажбурий: қон, сийдик, нажас умумий таҳлили.

Қўшимча: биокимёвий қон таҳлили, коагулограмма ва қон гуруҳи.

9. Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари.

Қорин бўшлиғини текширишда ичак инвагинациясида шубҳа бўлган ҳолатларда оғриқ хуружлари ўртасида амалга оширилиши керак. Ичак тутилишининг бошқа барча шаклларидан фарқли ўлароқ, инвагинация, айниқса, касалликнинг дастлабки 8–12 соатида қорин шиши рўй бермайди. Ушбу давр мобайнида қорин бўшлиғи юмшоқ бўлади, уни барча бўлимларда чуқур палпация қилиш мумкин, киндикни ўнг томонида, тез-тез ўнг қовурға остида, юмшоқ эластик консистенцияли ўсимтага ўхшаш шиш пайдо бўлиши мумкин, палпация пайтида бироз оғриқли бўлади. Касаллик кечроқ ташхислаш қилинганда, ичак деворида некроз ва перитонит ривожланиши билан маълум бўлган циркулятор бузилишлар кузатилган пайтда, қорин барча бўлимларида палпация пайтида қорин шишиши, кескин ва ўткир оғриқлар бўлади. Касалликнинг ноаниқ клиник кўринишида ва қоринни текшириш вақтида олинган маълумотларнинг етарли даражада ишонарли эмаслиги туфайли, ректоабдоминал текширувни ўтказиш тавсия этилади, баъзан эса уни бимануал равишда аниқлашга ёрдам беради. Бармоқни тўғри ичакдан чиқарганингиздан сўнг, қон аралаш шилимшиқ («малина желеси») тез-тез чиқарилади. Малинали желе шаклидаги стулда қон мавжудлиги, қорин бўшлиғидаги сезгир ўсимтани ва пневмоирригографияда инвагинатни боши кўринади.

10. Даволаш.

Консерватив тўғирлаш боланинг клиникага (касалликнинг бошланиши дастлабки 12 соат ичида) эрта қабул қилинганида кўрсатилади.

Диагностик рентген текшируви вақтида, инвагинатни тўғирлаш мақсадида дам бериб ҳаво билан тўлдириш давом этилади, бунга мезон бўлиб ёнбош ичак дистал бўлимига ҳаво кириши ҳисобланади.

11. Жарроҳлик даволаниш бемор қабул қилинганда, касалликнинг бошланишидан 12 соатдан кўпроқ вақт ўтгач кўрсатилади, бунда тикилиб қолган ичакнинг қон айланиши бузилиши эҳтимоллиги ортади. Бундай ҳолда ичак босимининг ошиши хавфли бўлиб, инвагинация камайтирилса, ичак шикастланган қисмларининг таъсирчанлигини баҳолаш мумкин эмас. Бундай ҳолатлар, шунингдек, консерватив тўғирлашнинг самарасизлиги жарроҳлик даволаниш учун кўрсатма бўлиб хизмат қилади.

Жарроҳликдан олдинги тайёргарлик. Қисқа муддатли ва интенсив, ҳар бир бемор учун индивидуал бўлиши керак. Камдан-кам ҳолларда умумий коникарли ҳолат бўлганда умумий муолажалар билан чекланиб қолиш керак – ошқозонни ювиш, наркозга медикаментоз тайёргарлик. Агар қабул вақтида болада ўткир интоксикация, дегидратация ва перитонит белгилари аникланса, жарроҳликка тайёргарлик 2–3 соат давомида бажарилади ва умумий ҳолат яхшиланади. Буни амалга ошириш учун венесекция ўтказилади ва 10% глюкоза эритмасини, гемодезни томир ичига юбориш бошланади. Шу билан бирга иситма тушурувчи препаратлар (38 °С дан юқори бўлган тана ҳароратида) буюрилади. Жарроҳликни эндотрахеал анестезия остида бошқарилувчи нафас олиш ва ҳимояловчи қон қуйиш билан амалга оширилади.

Анестезия тури. Интубацион

Жарроҳлик аралашуви усулини танлаш. Перитонит белгилари йўқ бўлса – лапароскопик дезинвагинация. Кўрсатмалар:

• касалликнинг дастлабки боскичларида консерватив даволанишнинг самарасизлиги;

• беморни кечикиб қабул қилишда (касалликнинг мураккаб шаклларини ҳисобга олмаганда) инвагинацияни консерватив равишда тўғирлашга уриниш:

• каттароқ болалардаги (1 ёшдан катта) инвагинация сабабларини аниқлаш.

Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар. Касалликнинг асоратланишига шубҳа қилиш(инвагинат некрози ва перитонит ривожланиши).

Лапароскопия билан жаррохлик даволаш ва перитонеал симптомлар бўлмаса, операцияни лапароскопик усули билан қўллаш тавсия этилади, бу лапаротомия ва қўлда дезинвагинация қилишдан иборат. Бу усул инвагинатни эҳтиётқорлик билан сиқиб чиқариш усули ёрдамида, яъни уни бутун кўл билан ёки иккала бармоқ билан ушлаб туриб. Агар ичак деворининг дезинвагинацияси амалга бўлмаса ёки ичак девори некрози аникланса, соғлом тўкималар чегарасида резекция бажарилади ва анастомоз қўйилади.

Жаррохликдан кейинги давр. Жаррохлик дезинвагинацияси ўтказилган беморларни озиклантириш, аралашувдан 6 соат ўтгач бошланади. Гўдак болаларга соғилган кўкрак сутини 15–20 мл дозада бир суткадан кейин ҳар 2 соатда берилади, кусиш бўлмаса ва умумий ҳолат яхшиланганда, ҳар бир озикланишда 10–15 мл сут қўшиб, унинг миқдорини боланинг нормал вазни ва ёшига мувофиқ 4-5 кун ўтгач уни нормал миқдорга етказилади. Агар биринчи овқатланишдан кейин кусиш содир бўладиган бўлса, болага 1 кунга парентерал озиклантириш, ҳар 3–4 соатда ошқозонни ювиш буюрилади, ва фақат шундан сўнг қисмли озиклантириш қайта бошланади. Жарроҳлик

дезинвагинациядан 6–8 соат ўтгач катта ёшли болаларга 30–50 мл гача илиқ чой ёки глюкоза ичишга ижозат берилади, шу пайтнинг ўзида 2 чи кундан бошлаб парентерал озиқлантириш тайинланади, агар кусиш бўлмаса, суюқ парҳез қўлланилади. 2–3 кундан сўнг жарроҳликдан кейинги столга ўтилади, ва одатдаги парҳезга 6–7 кундан рухсат берилади. Ичакни резекция қилишдан сўнг болаларни парентерал озиқлантириш 3 кун давомида бажарилади ва 2 чи кундан бошлаб чекланган миқдордаги суюқликни ичиш имкони берилади. Кейинчалик суюқ операциядан кейинги озиқланиш тайинланади ва 2 ҳафтагача парҳез давом эттирилади.

12. Шифохонадан чиқишдаги тавсиялар. Асоратсиз жарроҳликдан кейинги даврда бола шифохонадан 10 чи кунида чиқарилади. Чандиққа қарши физиотерапия ўтказиш ва узоқ муддатли диспансер кузатувда бўлиш тайинланган.

ҚОРИН ЖАРОҲАТЛАРИ

1. ҚОРИН БЎШЛИҒИ АЪЗОЛАРИ ШИКАСТЛАНИШИСИЗ ҚОРИН ЁПИҚ ЖАРОҲАТЛАРИ

2. КХТ Шифри -10: S36.3-S36.6

3. Таъриф. Ёпиқ жароҳатлар ЙТҲ, катта баландликдан йикилиш, турли генездаги қорин зарбалари ва ҳоказолар натижасида кузатилади.

Ёпиқ қорин жароҳатида механик энергиянинг ички органларга таъсирисиз кечиши мумкин.

4. Патогенез. Қорин олд деворига механик таъсир этилганда қорин олд деворини капиллярларининг шикастланиши ҳисобига қорин олд деворида лат ейиши ва гематомалар юзага келади.

5. Таснифлаш: А) қорин олд девори лат ейиши; 2) қорин олд девори гематомаси; 3) қорин парда гематомаси.

6. Симптоматика: қоринда оғриқлар, қорин мушаклари пальпатор таранглашуви (перитонизм).

7. Дифференциал ташхис:

– Ковак органлар ёрилиши.

– Қорин бўшлиғи органлари шикастланишисиз қорин бўшлиғининг ёпик жароҳатлари.

Текширув Протоколи.

А) Инструментал усуллар:

Мажбурий:

Артериал босимни ўлчаш.

Қорин бўшлиғи ультратовуш текшируви ва R-графияси.

Қўшимча – компьютер томографияси, лапароскопия.

Б) Лаборатор усуллар:

Мажбурий– қон, сийдик, нажас умумий таҳлили. Қон гурухи ва резус, биокимёвий қон таҳлили, коагулограмма.

9. Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари: анамнезни йиғиш (жароҳат табиати ва жароҳат бошланиши).

Инструментал усуллар– мажбурий: қорин бўшлиғи ультратовуш текшируви, қўшимча – қорин бўшлиғи R-графияси.

Шифохонага ётқизиш мезонлари – анамнез маълумотлари, жароҳат излари борлиги, қон қуйилишлари ва уларнинг локализацияси.

10. Даволаш: осойишталик, маҳаллий совуқни қўллаш. Қон йўқотиш аломатлари бўлса ёки қорин пардаси қўзғолишида – лапароскопия – қорин бўшлиғида суюқлик аниқланса диастаза, ишқорий фосфатазани таҳлил қилиш керак.

11. Динамик кузатув. Қорин бўшлиғи ультратовуш текшируви, умумий қон таҳлили, умумий сийдик таҳлили, биокимёвий қон таҳлили.

12. Шифохонадан чиқишдаги тавсиялар – яшаш манзили бўйича болалар жарроҳи томонидан кузатув, 3–6кунга жисмоний машқларни мустасно этиш.

1. ҚОРИН БЎШЛИҒИ КОВАК АЪЗОЛАРИНИНГ ЁРИЛИШИ

2. КХТ Шифри -10: S36.6

3. Таъриф. Қорин ёпиқ жароҳатлари мураккаб патология бўлиб қорин бўшлиғининг ушбу патологияси структурасида ковак органлар зарарланиши тарқалганлиги 16,3%ни ташкил этади.

4. Патогенез. Қорин бўшлиғи ковак органларининг ёрилишида аста-секин перитонит ривожланади, оксилли, улеводли ва сув-тузли алмашинувни катта бузилишлари кузатилади, жигарнинг барьер функцияси, буйраклар ажратиш функциялари камаяди, нерв ва эндокрин тизим функциялари бузилади.

5. Е.С. Неримова (1963) бўйича таснифлаш:

I. Уларнинг табиатига мувофиқ, шикастланишларни бўлиш:

1. Оралиғига кириб кетмайдиган ичак деворининг шикастланиши: а) сероз қобиқ ёрилиши;

б) сероз ва мушак қобикларининг ёрилиши;

в) шиллиқ қобикнинг ёрилиши;

г) ичак девори гематомалари.

2. Оралиғига кириб кетадиган ичак деворининг шикастланиши:

а) тўлиқ (циркуляр) – бутун доираси бўйлаб;

б) тўлиқ эмас, доирани қисман қамраб олувчи.

II. Ичак жароҳати формаси бўйича шикастланишларни бўлиш:

а) думалоқ формада;

б) чизиқли формада (кўндаланг ва тўғри);

в) нотўғри формада.

III. Ичакдаги яралар сонига қараб шикастланишларни бўлиш:

а)ягона;

б) бир нечта.

IV. Ёрилишлар локализацияси бўйича шикастланишларни бўлиш:

а) ўн икки бармоқли ичак;

б) ингичка ичак;

в) ёнбош ичак;

г) йўғон ичак;

V. Бошқа органларга нисбатан шикастланишларни бўлиш:

а) изоляцияланган;

б) кўп. Бу бўлимга бирга келувчи шикастланишларни қўшиш зарур.

6. Симптоматика. Қорин бўшлиғи ички органларининг шикастланганида энг тез-тез учрайдиган, доимий ва етакчи симптомлардан бири оғриқдир. Жароҳатнинг ташқи излари ва уларнинг локализацияси муайян аҳамиятга эга (чақалар, қон талашлар). Қусиш, кўнгил айниши. Щеткин – Блюмберг симптоми ижобий. Перитонит ривожланиши пульс ва тана ҳарорати ўртасида ўсувчи фарқ билан тавсифланади.

7. Дифференциал ташхис:

– Ковак аъзолар перфорацияси;

– Паренхиматоз аъзолар ёпиқ жароҳати.

Текширув Протоколи.

А) Инструментал усуллар:

мажбурий: қорин бўшлиғи ультратовуш текшируви ва R-графиясини турган ҳолатда «эркин газ» борлигини аниқлаш учун ўтказиш;

қўшимча – компьютер томографияси, лапароскопия.

Б) Лаборатор усуллар:

мажбурий: умумий қон, сийдик, нажас таҳлили, Hb, Ht, ВСК, қон гурухи ва резусни аниқлаш, биокимёвий қон таҳлили, коагулограмма.

9. Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари: анамнезни йиғиш (жароҳат табиати ва жароҳат бошланиши).

Клиник – оғриқ, кўнгил айниши ва қусиш, умумий ҳолатни кескин ёмонлашуви (шок ҳолати)

Жисмонан – жароҳатнинг ташқи излари (чақалар, қонталашлар) ва улар локализацияси муайян аҳамиятга эга. Щеткин – Блюмберг ижобий симптоми. Перитонит ривожланиши пульс ва тана ҳарорати ўртасидаги фарқ билан тавсифланади.

Қорин бўшлиғи ультратовуш текширувида – қорин бўшлиғида эркин суюқлиқ мавжудлигини текшириш (расм. 14.12), корин бўшлиғи R-графиясида турган ҳолатда «эркин газ» борлигини текшириш (расм 14.13).

Қўшимча – компьютер томографияси, лапароскопия.

Шифохонага ётқизиш мезонлари– перитонит ва жароҳат белгилари борлиги бу шифохонага ётқизиш учун абсолют кўрсатмадир.

10. Даволаш: тезкор жарроҳлик аралашуви.

11. Перитонит клиникасини аниклаш шошилинч жарроҳлик ўтказишга абсолют кўрсатма ҳисобланади.

А) Жарроҳликдан олдинги тайёргарлик. Шок ҳолатида мажбурий равишда шокка қарши ва гемостатик терапия бажарилади.

• **Анестезия тури**: интубацион.

Жарроҳлик аралашуви усулини танлаш. Кириш – ўрта-ўрта лапаротомия; кичик ёрилишда – икки қаторли чок билан тикиш, тўлиқ циркуляр ёрилишда – «учи учига» анастомози.

• **Жарроҳликдан кейинги давр** – АҚҲ+физ. Талаб танқислигини тўлдириш:

1.инфузион-трансфузияли терапия физ. талаб миқдорида: (ре- ополиглюкин – 1 кунига бир маҳал 3–4 кун давомида, Рингер эритмаси – 2 кунига 2 марта 3–4 кун, глюкоза 5% + вит.с 5% + калийхлор 4% + инсулин – кунига 2 марта 4–5 кун давомида, ацесоль – 1 кунига 1 марта 2-кун давомида, реополиглюкин, рефортан, стабизол, қон йўқотиш хажмига қараб қон ва плазма препаратларини қуйиш – 25% кўпрок);

2. Антибактериал терапия ёшга нисбатан дозировкада (сезувчанликка боғлиқ ҳолда): цефтриаксон – 50 мг/кг суткада, метрогил – 7,5 мг/ кг 2–3 марта суткада 5 кун давомида, аминогликозидлар: гентамицин – 5–8 мг/кг суткада);

3. Декомпрессия мақсадида ошкозонни зондлаш;



4.12.расм.



14.13.расм.

4. Метоклопрамид 0,1 мл 1 ёшда– 2 марта;

5. Ичак парезида стимуляция қилиш зарур – схема бўйича прозерин ва тозаловчи клизма гипертоник 2–3% ли эритма билан.

13. Шифохонадан чиқишдаги тавсиялар. Яшаш манзили бўйича болалар жарроҳи назорати остида бўлиш, чандиққа қарши терапия, 6 ойга жисмоний машклардан озод этиш.

1. ҚОРИН БЎШЛИҒИ ПАРЕНХИМАТОЗ АЪЗОЛАР ЁРИЛИШИ (ЖИГАР)

2. КХТ Шифри -10: S36.0-S36.1

3. Таъриф. Қорин бўшлиғи аъзоларининг паренхиматоз ёрилиши жароҳатларнинг жиддий тури бўлиб, деярли барча ҳолларда тўғридан-тўғри боланинг ҳаётига таҳдид солади. Паренхиматоз органларнинг ёрилиши сабаблари катта баландликдан йиқилиш, ЙТҲ, эзилиш, қорин ёки тана орқасига тўғридан-тўғри зарба бўлиши мумкин.

4. Патогенез. Агар жигар зарарланган бўлса, қорин бўшлиғига қон кетиши ўткир камқонлик ва геморрагик зарба ривожланиши билан кечади.

5. Таснифлаш (Г. А. Баиров, 1976)

Барча ёпиқ жигар шикастланишлари уч гуруҳга бўлинади: Чуқурлиги ва қамраб олиши бўйича жигар шикастланишлари 3 гуруҳга бўлинади.

1) капсулани ёрмасдан жигар паренхимасига шикастланиш (субкапсуляр гематомалар);

2) капсуланинг зарарланиши билан жигар ёрилиши;

3) марказий жигар ёрилишлари.

Зарарланиш чуқурлиги ва қамраб олишига боғлиқ ҳолда қуйидагича фарқланади:

а) 1-босқич ёрилишлари: сирт ёрилиши ва чақалари;

б) 2 босқичли ёриқлар: аъзонинг қалинлигининг ярмигача ёрилиши;

в) 3-босқич ёрилишлари: ёриқлар органнинг қалинлигининг ярмидан кўпини эгаллайди, алоҳида сегментлар ва жигар бўлакларини эзилиши ва ажралиши.

6. Симптоматика. Бунда асосан қорин оғриғи, кўнгил айниши, қусиш, шикастланиш, кўпчилик болалар шифохонага шок кўринишлари, қон йўқотиш белгилари, кия участкаларда перкутор сустлашиши. Текширув пайтида боланинг хатти-ҳаракати ҳар доим жароҳатларнинг оғирлигига мос келмайди. Баъзи болалар хаёжонлашади, салбий кайфиятда бўлиб ва кўрикдан ўтишга қаршилик кўрсатади, бошқалари тушкунликда ва бефарқдир. Кўпгина болалар ётоқда мажбурий ҳолатни эгаллашади: ўнг томонларида тиззалари билан миттигина ётган ҳолда ётишади. Айниқса, қориннинг ўнг ярмида жигар ге-

матомалари билан оғриқлар кузатилади. Қорин бўшлиғида кучли оғриқ ва мушакларнинг қисқариши ўртасидаги фарқ (Куленкампф симптоми) мавжуд. Бироқ, палпация қанчалик чукурроқ бўлса, маҳаллий оғриклар кучаяди ва ҳимоя кучланиш кучайиб боради.

7. Дифференциал диагноз:

– ковак органларнинг ёрилиши;

– Қорин бўшлиғидаги шикастланишлар абдоминал органларга зарар бермасдан ёпилган.

8. Текширув протоколи:

А) Инструментал усуллар: мажбурий:

мажбурийлар:

Қон босими ўлчами;

Қорин бўшлиғида эркин суюклик мавжудлиги, талокнинг контурлари ва харакатчанлиги ва талок атрофида қорин бўшлиғини ультратовуш текшируви. Қорин бўшлиғининг R-графияси. Қорин бўшлиғининг рентгеноскопиясида диафрагма ўнг гумбазининг ҳаракатчанлиги чекланганлиги аникланади.

Қўшимча компьютер томография, лапароскопия.

Б) лаборатория усуллари:

мажбурий – умумий қон, сийдик, нажас таҳлили, қон гуруҳи ва резус фактор, биокимёвий қон таҳлили, коалуграмма.

9. Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари: анамнезни йиғиш (жароҳатларнинг табиати ва жароҳатларнинг бошланиши).

Клиник – тери қатламлари рангсизлиги, шок ҳолати, АҚХ камайиши.

Инструментал усуллар.

Мажбурий: корин бўшлиғи ультратовуш текшируви (эркин суюқлик одатда, одатда Моррисон сумкасида қаралади ёки жигарнинг паст чапки тарафида ва жигарнинг қуйи атрофида (14.14, 14.15, 14.16 расм).

Қўшимча– қорин бўшлиғи R-графияси.

Шифохонага ётқизиш мезонлари: жароҳат мавжудлиги, шок ҳолати.



14.14. расм.



14.15. расм.



14.16. расм.

10. Даволаш: Шошилинч жарроҳлик аралашуви.

11. Қорин бўшлиғига ички қон кетиш клиникасини аниқлаш ва артериал босимнинг пастга тушиши тезкор жарроҳлик ўтказишга абсолют кўрсатма бўлиб хизмат қилади.

Жарроҳликдан олдинги тайёргарлик. Шок ҳолатида мажбурий тарзда шока карши ва гемостатик терапия, жарроҳлик аралашуви амалга оширилади – лапароскопия, магистрал томирлар катетеризацияси.

Анестезия тури: интубацион.

Жарроҳлик аралашуви усулини танлаш:

– лапароскопия (қорин бўшлиғи суюқлигини лаборатор текшируви), жигар ёрилиши коагуляцияси.

– кириш – юқори-ўрта лапаротомия. Паренхиматоз органни субкапсуляр ёрилишига шубҳа қилинса (корин бўшлиғи ички қон кетиши аломаларисиз) 5–6 кун давомида динамик кузатув, ётоқ режимига риоя қилиш керак. Қон оқими тўхтаб қолса шокка қарши терапия ўтказиш:

1. 25% дан кам қон йўқотишда:

а) кристаллоидлар (физ. эритма, Рингер эритмаси, ацесоль, дисоль, Nacl 0,9%);

б) коллоидлар – реорполиглюкин, рефортан, стабизол, сзп; АҚХ+физ. талабини танқислигига боғлиқ ҳолда.

1. Йўқотилган қонни тиклаш – эритроцитар массани қуйиш, сзп, альбумин 10%;

2. Гемостатиклар: этамзилат 12,5%, аминокапрон кислотаси 5% в/и томчилаб; қорин бўшлиғида эркин суюқлик мавжудлигида – шокка қарши гемостатик терапия фонида шошилинч жаррохлик аралашуви:

– Жигар ёрилишида – коагуляция, ёрилган жигарни тикиш.

Жаррохликдан кейинги муолажалар– АКХ+физ. талаб танкислигини тиклаш:

Физ.талаб миқдорида инфузион-трансфузяли терапия: (рео-полиглюкин – 1 марта кунига 3–4 кун давомида, Рингер эритмаси – 2 марта кунига 3–4 кун давомида, глюкоза 5% + вит. 5% + калий хлор 4% + инсулин билан– 2 марта кунига 4–5 кун давомида, ацесоль – 1 марта кунига 2-кун давомида, реополиглюкин, рефортан, стабизол, қон йўқотиш ҳажмига қараб (25% дан кўп) кон ва плазма препаратларини қуйиш));

12. Шифохонадан чиқишдаги тавсиялар. Яшаш жойи бўйича болалар жарроҳи томонидан руйхатга олиниши, чандиққа қарши терапия, 6 ой давомида жисмоний машқларни мустасно этиш.

1. ҚОРИН БЎШЛИҒИ ПАРЕНХИМАТОЗ ОРГАНЛАРНИНГ ЁРИЛИШИ (қора талоқ зарарланиши)

2. КХТ Шифри -10: S36.0-S36.1

3. Таъриф: Қорин бўшлиғи паренхиматоз органларининг ёрилиши жароҳатларнинг жиддий тури бўлиб, деярли барча ҳолларда тўғридан-тўғри боланинг ҳаётига таҳдид солади. Паренхиматоз органларнинг ёрилиши сабаблари катта баландликдан йиқилиш, ЙТҲ, босилиш, қоринга ёки тана орқасига тўғридан-тўғри зарба тушиши бўлиши мумкин. Қора талоқ шикастланиши энг кўп учрайдиган зарарланиш ҳисобланади (50%).

4. Патогенез: Паренхиматоз органлар шикастланганда қорин бўшлиғига қон кетиши ўткир камқонлик ва геморрагик шокнинг ривожланиши билан кечади.

5. Таснифлаш: (Баиров Г.А., 1976).

1. а) бир вақтнинг ўзида (қорин бўшлиғида қон кетишининг маълум бир шакли билан); б) икки моментлик ёрилишлар.

2. Кўп жароҳатлар.

3. Комбинацияланган жароҳатлар.

Патологоанатомик суратнинг табиатига кўра, 4 тур мавжуд:

1. Капсула шикастланишисиз, субкапсуляр гематомасиз ва субкапсуляр гематома ҳосил бўлиши билан қора талоқга зарар етиши.

2. Капсуланинг юзаки йиртилишлари.

3. Капсула ва паренхималарнинг ёрилиши ягона ва кўп, юзаки ва чукурдир.

4. Талоқнинг эзилиши, талоқ бир қисмини ёки бутун органни қон томир педикулидан ажралиши.

6. Симптоматика: Асос – қориндаги оғриқлар, кўнгил айниши, қусиш, аксарият болалар шифохонага шок белгилари билан қабул қилиниши, қон йўқотишининг белгилари кузатилади. Кўпгина болалар ётоқда мажбурий ҳолатни эгаллайди: чап томонларида тиззалари ўралган ҳолда ва қорнига ёпиштирилган ҳолда ётишади. Текширув вақтида боланинг позициясида ўзгариш оғриқни кучайиши билан намоён бўлади, ва улар «Ванка-встанка» симптомли дарҳол олдинги позицияни қабул қилишга мажбур бўладилар. Қорин бўшлиғида кучли оғриқ ва енгил мушакларнинг кучайиши ўртасидаги фарқ (Куленкамфа белгиси) мавжуд.

7. Дифференциал диагноз:

– Ковак органлари ёрилиши;

– Қорин бўшлиғи органлари шикастланмасдан қорин бўшлиғи жароҳатини ёпиш.

8. Текширув Протоколи.

А) Инструментал усуллар:

Мажбурий: артериал босимни ўлчаш; қорин бўшлиғини эркин суюқлик борлигига, жигар контурлари ва атрофини ултра товуш текшируви; корин бўшлиғи R-графияси.

Қўшимча– компьютер томографияси, лапароскопия.

Б) лаборатор усуллар:

мажбурий– умумий қон, Hb, Ht, ВСК, сийдик, нажас таҳлили; қон гуруҳива резусни аниқлаш, биокимёвий қон таҳлили, коагулограмма.

9. Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари: анамнезни йиғиш (жароҳат табиати ва жароҳат бошланиши).

Клиник – тери қатламлари рангсизлиги, шок ҳолати, АҚҲ камайиши.

Инструментал усуллар:

мажбурий: қорин бўшлиғи ултратовуш текшируви (қора талоқ гематомаси 14.17. расм қора талоқ ёрилиши14.18 расм, ва қорин бўшлиғида эркин суюқлик 14.19. расм).

Қўшимча– қорин бўшлиғи R-графияси.

Шифохонага ётқизиш мезонлари – жароҳат мавжудлиги, шок ҳолати

10. Даволаш: консерватив – стабил гемодинамикада ва қора талоқ лат ейишида. Шошилинч жарроҳлик аралашуви.

11. Қорин бўшлиғи ички қон кетиш клиникасини аниқлаш ва артериал босимни пастга тушишиш шошилинч жарроҳлик ўтказиш учун абсолют кўрсатма ҳисобланади.

А) Жарроҳликдан олдинги тайёргарлик. Шок ҳолатида мажбурий равишдас шокка карши ва гемостатик терапия ўтказилади. Жарроҳлик. Лапароскопия, магистрал томирлар катетеризацияси.

Анестезия тури: интубацион.

Жарроҳлик аралашуви усулини танлаш:

– лапароскопия (қорин бўшлиғи суюқлигини лаборатор текшируви). Қора талоқ ёрилиши коагуляцияси (сиртқи зарарланишларда).

Кириш – юқори-ўрта лапаротомия. Паренхиматоз органни субкапсуляр ёрилишига шубҳа қилишда (қорин бўшлиғи ички қон кетиши аломатларисиз) 5–6 кун давомида динамик кузатув, ётоқ режимини амалга ошириш керак. Қон оқимини тўхтатишида шокка қарши терапия:



14.17. расм.



14.18. расм.



14.19. расм.

1. 25% камроқ қон йўқотишда:

а) кристаллоидлар (физ. эритма, рингер эритмаси, ацесоль дисоль Nacl 0,9%);

б) коллоидлар– реополиглюкин, рефортан, стабизол, АКХ + физ.талаб танқислигига боғлиқ ҳолда.

2. Қон йўқотишни тиклаш – эритроцитар массани, БИП, альбумин10% қуйиш;

3. Гемостатиклар: этамзилат 12,5%, аминокапрон кислотаси 5% в/и томчилаб; қорин бўшлиғида эркин суюқлик борлигида – шокка қарши ва гемостатик терапия фонида шошилинч жарроҳлик аралашуви:

– Қора талоқ ёрилганда – коагуляция, спленэктомия;

Жарроҳликдан кейинги муолажалар– АҚХ+физ. га талаб танқислигини тиклаш:

Инфузион-трансфузияли терапияфиз. талаб миқдорида: реополиглюкин – 1 марта суткада 3–4 кун давомида, Рингер эритмаси –2 марта суткада 3–4 кун давомида, глюкоза 5% + вит. 5% + калий хлор 4% + инсулин билан– 2 марта суткада 4–5 кун давомида, ацесоль – 1 марта суткада 2-кун давомида, реополиглюкин, рефортан, стабизол, қон йўқотиш ҳажмига (25% кўпроқ) боғлиқ ҳолда қон ва плазма препаратларини қуйиш;

12. Шифохонадан чиқишда тавсиялар. Яшаш жойи бўйича болалар жарроҳи томонидан руйхатга олиниши, чандиқга қарши терапия, 6 ой давомида жисмоний машқларни мустасно этиш.

1. ҚОРИН ЁПИҚ ЖАРОҲАТИ (ошқозон ости бези зарарланиши)

2. КХТШифри-10: S36.0-S36.1

3. Таъриф. Қорин бўшлиғининг ёпиқ жароҳатида қорин бўшлиғи аъзолари томонидан ҳимояланган ошқозон ости бези алоҳида яраланиши болаларда жуда кам учрайди. Шикастланиш – бу эпигастриядаги тўғридан-тўғри кучли зарба таъсири ёки қориннинг узоқ ва қисқа муддатли сиқилиши натижасида келиб чиқади. Болалардаги шикастланишнинг энг типик механизми велосипеддан йиқилиб кетиш, велосипедни рулига қориннинг эпигастрал соҳаси билан урилиш (бунда рул ушлагичи ва L–I – L-II ўртасида безнинг тез ва кучли локал сиқилиши сабаб бўлади).

4. Патогенез. Лат ейишлар, қон кетишлар, безнинг капсула ва тўқимасининг ёрилишлари, чуқур ва тўлиқ ёрилишлар, кенг аъзо эзилиши ретроперитонеал тўқима ва қорин бўшлиғига кучли қон кетиши билан бирга кечиши мумкин. Безнинг парчаланиши панкреатик кодларининг яхлитлигини бузиши ва атрофдаги тўқималарга тегишли ферментларнинг кириши билан кечади, бу ўз навбатида, шиш, ёғли некрозлар, томир тромбозлари ва ҳатто панкреатик некрознинг пайдо бўлишига олиб келиши мумкин.

5. Таснифлаш: (А.Б. Баирова, 1978):

I – лат ейиш ва шиш, суб капсулар гематома,

II – капсуланинг яхлитлигини бузувчи юзаки бўшлиқ.

III – Вирсунг каналига зарар бермасдан чуқур ёрилиш.

IV – без бир қисмини эзилиши ва ажралиши: бу ҳолатда безнинг думи, танаси ва боши шикастланишлари фарқланади.

6. Симптоматика. Асосан – қориндаги оғриқлар, кўнгил айниши, қусиш, ошқозон ости безининг алоҳида шикастланишида, боланинг қабул қилинишида умумий ҳолати кўпинча жиддий ҳисобланади. Боланинг ҳаракатлари суст, тормозлашган, рангсиз, шикастланишдан кейин дарҳол эпигастрал оғриқлар, коллапс ва шок ривожланади. Ўткир оғриқнинг кўриниши нерв тугунлари ва қуёш чигалининг шохларини шикастланиши ва зарарланиши билан боғлиқ. Пост-травматик панкреатит ривожланиши билан қусишни тўхтатиб бўлмайди, оғриқли бўлади. Жароҳатдан кейинги дастлабки соатларда беморнинг «қаҳвасимон» қайт қилиши ўн икки бармоқли ичакнинг ва ошқозоннинг бир вақтнинг ўзида (ошқозон ости бези билан бирга) шикастланиши хавфи бўлиши мумкин. Аксарият ҳолларда қон босими ёш нормасида қолади, юрак уриши заиф, тез-тез. Қорин бўшлиғидаги меъда ости бези ва меъда ости бези шарбати туфайли ичак парезлари астасекин ривожланаётганлиги сабабли қорин бўшлиғига кирадиган баъзи қорин бўшлиғида сезиларли фарқлар қайд этилади. Эпигастрик ҳудуддаги терида чақалар, конталашларни сезиш мумкин. Ошқозон нафас олишда иштироки кечикишли ёки заиф бўлади. Қорин олд деворининг мушаклари таранглашуви, айниқса эпигастрал соҳада. Шеткин-Блюмберг симптоми жуда суст. Чуқур палпация, киндикдан юқорироқда ўрта чизиқ бўйича ёки бир оз чапда оғриқ сезилади. 4-6 соат давомида динамик кузатув олдиндан белгилаб қўйилган қорин олд деворида мушакларнинг кучайиб бориши, Шеткин-Блюмберг симптоми нафақат палпация пайтида эмас, балки эпигастриумдаги перкуссия оғриғида (ошқозон ости бези проекциясида) аниқланади, палпация пайтида аниқроқ оғриқ пайдо бўлади чап костал-вертебрал бурчакда (Мэйо-Робсон белгиси). Баъзида қорин бўшлиғидаги қон кетишининг белгилари пайдо бўлиши мумкин.

7. Дифференциал диагноз:

– ички ковак органларнинг ёрилиши;

– Қорин бўшлиғи органлари шикастланишисиз қорин бўшлиғи ёпиқ жароҳатлари.

8. Текширув Протоколи.

А) Инструментал усуллар:

Мажбурий: артериал босимни ўлчаш. Қорин бўшлиғида, сальник сумкасида эркин суюқлик борлигини ультратовуш текшируви, ошқозон ости

бези (ООБ) шиши ва вирсунг йўли ҳолатини текшириш; қорин бўшлиғи R-графияси.

Қўшимча– компьютер томографияси; лапароскопия; панкреатография; целиакография.

Б) Лаборатор усуллар:

Мажбурий: умумий қон, Hb, Ht, ВСК, сийдик, нажас таҳлиллари; қон гуруҳи ва резусни аниқлаш; биокимёвий қон таҳлили (қон ва сийдик диастазаси); коагулограмма.

9. Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари: анамнезни тўплаш. (жароҳат табиати ва жароҳат бошланиши).

Клиник – тери қатламлари рангсизлиги, шок ҳолати, АҚХ камайиши.

Инструментал усуллар:

Мажбурий: қорин бўшлиғи ультратовуш текшируви.

Қўшимча – қорин бўшлиғи R-графияси.

Шифохонага ётқизиш мезонлари – жароҳат, шок ҳолати.

10. Даволаш: Консерватив: ошқозон ости бези шикастланишига шубҳа бўлса,болани парентерал озиқлантиришга ўтказиш керак, ва ферментга қарши терапия, бактериал терапияни бошлаш зарур, қон ва сийдик амилаза динамикасини синчиклаб назорат қилиш керак.

Кун бўйи консерватив терапиядан самара бўлмаса, зудлик билан жарроҳлик аралашувини амалга ошириш керак.

Шокка қарши ва гемостатик терапия фонида:

– Шошилинч жарроҳлик аралашуви – консерватив.

Қорин ички қон кетиш клиникаси ва артериал босим пастга тушиши ва орган ёрилишининг инструментал маълумотлари разрыва органа ва консерватив терапиядан кун давомида самара йўқлиги аниқланиши – жарроҳлик ўтказишга абсолют кўрсатма ҳисобланади.

А) Жарроҳликдан олдинги тайёргарлик. Шок ҳолатида мажбурий равишда шокка қарши ва гемостатик терапия ўтказилади. Магистрал томирлар катетеризацияси..

1. 25% дан камроқ қон йўқотишда:

а) кристаллоидлар (физ. эритма, Рингер эритма, ацесоль, дисоль, Nac l 0,9%);

б) коллоидлар – реорполиглюкин, рефортан, стабизол, БМП; АҚХ+физ. гаталабтанкислигигабоғликҳолда.

2. Қон йўқотишни тиклаш – эритроцитар массани, СЗП, альбумин 10% ни куйиш;

Гемостатика: этамзилат 12,5%, аминокапрон кислотаси 5% в/и томчилаб; корин бўшлиғида эркин суюқлик борлигида – шошилинч жарроҳлик аралашуви.

Анестезия тури: интубацион.

Жарроҳлик аралашуви усулини танлаш:

– лапароскопия, чарви халтасини дренирлаш;

– кириш – юқори-ўрта лапаротомия. Ошқозон ости жароҳатида жарроҳлик аралашувлари миқдори турлича ва жароҳат оғирлиги ва табиатига боғлиқ. Жароҳатланган без жойига ва очилган қорин клетчаткасига дренажлар ва тампонларни жойлаштириш зарур. Фақат шу шароитларда панкреатит оғир формаларидан ва ўлимга олиб келувчи ҳолатдан халос бўлиш мумкин. Ошқозон ости бези жароҳатини жарроҳлик йўли билан даволашда асосан шикастланган жойни рационал дренажлаш керак.

Агар ошқозон ости бези ва ўт йўлларига умумий зарар етказилса, сафро йўллари (холецистектомия, каналлар чоки ва ҳ.к.) бўйича ушбу аралашувдан ташқари, сафро йўлларининг ташқи дренажланиши муттасил бажарилади.

Ўн икки бармоқли ичакнинг оғир ёпиқ жароҳатлари учун, лат ейишлар, қон қуйилишлари ва деворининг ёрилиши, ошқозон ости бези боши ва танасининг ёрилишида махсус жарроҳлик тактикаси талаб қилинади.

Ошқозон ости бези ва ўн икки бармоқли ичакнинг шикастланишига олиб келган оғир ҳолатларда, сафро йўлларининг ташқи дренажи (холецистостомия) ва ўн икки бармоқ ичакдан ошқозонни ўчириб қўйиш амалга оширилади, бу чиқиш бўлимида тикиб қўйиш ва гастро-июно-стомани қўйиш орқали бажарилади. Баъзи ҳолларда безнинг бош қисмига, умумий ўт йўлларига ва ўн икки бармоқли ичакка шикастланган ҳолда панкреатодуоденал резекция кўрсатилади. Агар панкреатик жароҳатларда йирингли-некротик панкреатит ривожланса, унда меъда ости бези ва ретроперитонеал тўқималарнинг нексеквестрэктомияси бажарилади.

11. Жарроҳликдан кейинги муолажалар – операциядан кейинги даволаниш тўлиқ бўлиши керак. Биринчи 3–4 кун ичида овқатланиш ва ичиш тақиқланади, парентерал озиқлантириш белгиланади. Кенг кўламли антибиотиклар томир ичига, шунингдек, қорин бўшлиғига нипел дренажларини киритади. Жарроҳликдан сўнг тез-тез ўткир панкреатит ривожланиб бориши сабабли, дастлабки кунларда (траселол, сандостатин, пантрипин) беморнинг аҳволига қараб ферментга қарши терапия қилиш керак. 4–5 кундан сўнг улар оғиздан овқатланишни бошлайди, углеводлар туфайли рационни аста-секин кенгайтирилади. Антибактериал терапия, ҳатто комбинацияланган (антибиотиклар, антисептиклар, иммунопрепаратлар) бу ҳолатларда ёрдамчи роль ўйнайди.

12. Шифохонадан чиқишдаги тавсиялар. Шифокор ва эндокринолог шифокор томонидан яшаш жойи бўйича кузатувда бўлиши, диспансер кузатуви камида уч йил давомида бажарилади. 2 йил давомида жисмоний фаолиятдан озод қилиш.

ҚОРИН ПАРДА ВАГИНАЛ ЎСИМТАСИНИНГ КАСАЛЛИКЛАРИ

1. ТУХУМ ҚОБИҚЛАРИ ВА УРУҒ ТИЗИМИНИНГ ИСТИСҚОСИ

2. КХТ Шифри: -10: N43. p83.5

3. Таъриф: тухум қобиқлари (гидроцеле) ва уруғ тизими (фуникулоцеле) истисқоси – болаларда тез-тез учрайдиган аномалия.

4. Патогенез: Истисқо ривожланиш патогенезида қорин пардаси облитерирланмаган вагинал ўсимтаси бўшлиғида суюқлик йиғилишига сабаб бўлувчи қуйидаги асосий омиллар мавжуд: қорин бўшлиғи билан алоқа борлиги, вагинал ўсимта деворининг абсорбцион қобилияти бузилиши ва чов соҳаси лимфатик аппарати такомиллашмаганлиги.

5. Таснифлаш: А) туғма, б)орттирилган.

6. Симптоматика: истисқо мояк халтасининг ярмини катталашуви, ва икки тарафлама касалланишда – бутун моякни катталашиши билан тавсифланади. Тухумнинг яккаланган истисқосида шиш думалоқ формага эга, унинг пастки полюсида тухум аниқланади. Мулоқотдаги истисқо узайтирилган шаклдаги юмшоқ эластик ўсимта билан тавсифланади, ва унинг юқори чеккасидаги ташқи чок халқасида пальпация қилади. Қорин бўшлиғи билан клапанли алоқада, истисқоли шиш зич-эластик консистенцияга эга, у катта хажмларгача етиши мумкин ва болада безовталанишга сабаб бўлиши мумкин, бундай истисқони таранглашган деб атайдилар.

Уруғ тизими кистаси юмалоқ ёки овал формали бўлади, аниқ силлиқ контурлари билан,у ҳаракатчан бўлади.Унинг юқори ва пастки полюслари яхши кўриниб туради. Тухум қобиклари ва уруғ тизимининг яккаланган истисқоси кучганда ёки бола безовталанганда ўз ўлчамларини ўзгартирмайди.

7. Дифференциал диагноз:

– Чов чурраси;

– чов соҳаси лимфоаденити.

8. Текширув Протоколи: Лаборатор усуллар:

Мажбурий: қон, сийдик умумий таҳлили.

Қўшимча – қон биокимёвий таҳлили.

Инструментал. Мажбурий: йўқ.

Қўшимча – диафаноскопия ва ультратовуш.

9. Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари: одатда, касаллик туғилиш пайтидан ташхис қилинади, лекин уни кечиши текис бўлади. Баъзи ҳолатларда касаллик ўткир кечиши кузатилади, мояк бир неча соат ичида ҳажмида катталашади, истисқо шиши зич – эластик консистенцияга айланади (таранглашади), болада безовталаниш уйғотади. Пальпацияда безовталаниш кучайиши мумкин, оғриқ синдроми пайдо бўлади. Бундай истисқо, фавқулодда шифохонага ётқизишга олиб келганда, ўткир ривожланган деб аталади.

10. Даволаш: жарроҳлик даволаш икки усулда бажарилиши мумкин.

11. Жарроҳликдан олдинги тайёргарлик. Агар бола 2 соат олдин озиқлантирилган бўлса, ошқозонни зондлаш керак бўлади.

Анестезия тури– умумий томир ичига.

Жарроҳлик аралашуви усулини танлаш:

• Истисқо шиши пункцияси.

• одатдаги:

– мулоқотли истисқода Росс жарроҳлиги амалга оширилади;

– тухум қобиқлари яккаланган истисқосида Бергман жарроҳлиги бажарилади;

– уруғ тизимининг кистасида кўпчилик мутахассислар жарроҳлик аралашувини афзал кўришади – чов орқали кистани радикал кесиб олиб ташлаш.

Умрнинг биринчи икки йилида бачадон ўсимтасининг облитерация жараёни якунлашиши ҳисобига касаллик ўзи тузалиши мумкинлиги учун, ушбу ёшгача даволашда кутиш тактикаси тавсия этилади.

Мулоқотли истисқода Росс жарроҳлиги амалга оширилади.

Жарроҳлик мақсади – қорин бўшлиғи билан мулоқотни тўхтатиш ва истисқо суюқлиги учун оқишни ташкиллаштириш.

Тухум қобикларининг яккаланган истисқосида мояк халтаси орқали амалга оширилувчи Бергман жарроҳлиги энг афзал ҳисобланади. Бергман жарроҳлигида қорин парда вагинал ўсимтаси ташқи листи кесиб олинади, тўлиқ гемостаз бажарилади, тухумни моякка жойлаштирилади ва бутунлай тикилади.

Жарроҳликдан кейинги даврда юқумли касалланган кисталарда цефоласпорин қатори антибиотиклари тайинланади.

12. Шифохонадан чиқишдаги тавсиялар: яшаш жойи бўйича болалар жарроҳи томонидан кузатув. Ярани ҳар куни бинтлаш.

1. ЭЗИЛГАН ЧУРРАЛАР

2. КХТ Шифри: - 10:К40

3. Таъриф: чов халқасидаги чурра копи таркибини эзилиши, ва уни қайтадан мустакил равишда корин бўшлиғига тўғирлаб қўйиш мумкин эмаслиги.

4. Патогенез: Болаларда типик қия чов чуррасини этиопатогенетик субстрати сифатида корин пардани ўсиб кетмаган вагинал ўсимтаси ҳисобланади.

5. Таснифлаш: А) туғма, б) орттирилган (кия, тўғри), в) тўғирлаб бўладиган, г) тўғирлаб бўлмайдиган.

6. Симптомлар: Чов чуррасн эзилиши оғриқ синдромининг симптомокомплекси сифатида кузатилади (чов соҳасида оғрикларга шикоят ёки

тухумдаги оғриқларга катта ёшдаги болаларда, безовталаниш, кичик ёшдаги болаларда йиғлаш). Чуррани бўртиб чиқиши зичроқ бўла бошлайди, ва палпацияда кескин оғриқли бўлади, ва уни қорин бўшлиғига тўғирлаб бўлмайди. Чурра эзилишининг характерли симптоми – рефлектор характерга эга қусиш, ушбу симптомнинг частотаси – 24% атрофида. 8–12 сўнг эзилишга микроциркуляция бузилиш аломатлари қўшилади: чурра бўртиб чиқиб турган соҳада тўқималар шиши ва тери гиперемияси, интоксикация кўринишлари ва ичак тутилиши юзага келиши мумкин (ичак халқаси эзилганда), қусиш мунтазам характерга айланиши мумкин.

7. Дифференциал диагноз:

– Чов лимфаденити;

– Уруғ тизими кистаси

– Моякни яллиғланиш касалликлари;

– Тухум бурилиб қолиши.

8. Текширув Протоколи: лаборатор усуллар.

Мажбурий: қон ва сийдик умумий таҳлили;

Қўшимча – биокимёвий қон таҳлили, коагулограмма, қон гуруҳи.

Инструментал: мажбурий – йўқ.

Қўшимча – клиник ичак тутилиши мавжуд бўлса (турган ҳолда қорин бўшлиғини обзорли рентгенографияси ва ультратовуш текшируви).

9. Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари: клиник – эзилишнинг энг доимий белгиларидан бири безовталаниш бўлиб, у бутунлай хотиржамлик ҳолатида рўй бериши мумкин ва домий характерга эга бўлиши, даврий кучайиб, шунингдек катта ёшли болалар чов соҳасидаги кескин оғриқларга ва касалланган шишга шикоят қиладилар. Эзилган чурраларда зудлик билан беморни шифохонага ётқизилади.

10. Даволаш: жарроҳлик даволаш икки усулда бажарилиши мумкин:

• Одатдаги чов чуррасини кесиш;

• Лапароскопик герниопластика.

11. Жаррохликдан олдинги тайёргарлик(эксикоз ва токсикоз клиникаси борлигида АҚҲ тикланиши амалга оширилади):

• Анестезия тури – в\и умумий, перитонит аломатларида интубацион;

• Одатдаги чов чуррасини кесиш Мартынов бўйича чов каналини пластикаси билан бирга:

лапароскопик герниопластика.

Жарроҳликдан кейинги даврда антибактериал терапия ёшга қараб дозировкада 3 кун давомида (ампиокс 70–150 мг/кг/сут 3 қабул қилишда ёки цефазолин 100 мг/кг/сут 3 қабулда).

12. Шифохонадан чиқишдаги тавсиялар: яшаш манзили бўйича болалар жарроҳи томонидан кузатув, чурра муаммосида режага кўра жарроҳлик умумий ҳолат стабиллашгандан сўнг.

ЎТКИР ТУХУМ КАСАЛЛИКЛАРИ

Таъриф: жароҳат, тухум ёки унинг кобиғи буралиб қолиши натижасида юзага келувчи ҳолат (Моргани гидатиди некрози,орхоэпидидимит).

1. ТУХУМ БУРАЛИБ ҚОЛИШИ. Синоним – тухум буралиб қолиши.

2. КХТ Шифри 10 к40

3. Таъриф: Тухум буралиб қолиши – тухумнинг ҳаддан ташқари ҳаракатчанлиги билан боғлиқ патологик ҳолат, болаларда мояк органлари энг оғир касалликларидан бири.

4. Патогенез. Тухум буралиб қолиши клиник кўринишлари патогенези қон айланиши, тухум лимфа айланиши ва унинг қобиқлари билан боғлиқ. Тухум буралиб қолишида томир оёқчасининг ротацион эзилиши унда ўткир қон айланиши бузилишлари ривожланишига ва тотал геморрагик инфарктга олиб келиши мумкин. Агар яқин орада қон айланиши тикланмаса, тухумда орқага қайтариб бўлмас патологик ўзгаришлар рўй бериши мумкин. Болаларда тухум некрози касаллик бошланганидан кейин 6–10 соатдан сўнг рўй беради.

5. Таснифлаш:

I. Экстравагинал тури. Тухумнинг унинг қобиқлари билан буралиб қолиши 3-ёшгача бўлган болаларда кузатилади.

II. Интравагинал тури. Тухумнинг ўз вагинал ўсимта қобиғи ичида буралиб қолиши 10–16ёшли болаларда кузатилади.

Юқорида қайд этилган формалардан ташқари тухумни қобиғи билан буралиб қолиши ва тухумни қобиққа нисбатан буралиб қолиши кузатилади.

6. Симптоматика: Касаллик ўткир бошланиб, мояк тегишли ярмида чов соҳасига ўтувчи кескин оғриқлар билан кечади. Баъзан кўнгил айниши, қусиш, коллаптоид ҳолат билан тавсифланади (ҳушдан кетиш, АБ тушиши, совуқ тер ва ҳоказо). Симптоматика касалликни муддатига ва боланинг ёшига боғлиқ. Янги туғилган чақалоқларда тухум буралиб қолиши мояк ярмини оғриқли катталашуви сифатида аниқланади ва у тери қизаришлари ва рангсизлиги билан бўлиши мумкин. Гўдак болалар безовталанишади ва кўкрак сутидан воз кечишади. Каттароқ ёшдаги болалар қорин паст томонида, чов соҳасида ва моякдаги оғриқларга шикоят қиладилар. Тухумни кўтаришга ҳаракат қилинганда оғриқ кучаяди (Прен симптоми). Оғриқ интенсив, мил-тилловчи ва азобли характерга эга бўлиши мумкин. Тана ҳарорати нормал ёки субфебрил.

7. Дифференциал диагноз:

– Гидатид ўткир шикастланишлари;

– орхит;

– ўткир носпецифик эпидидимит;

– мояк аллергик шиши;

– мояк йирингли-яллиғланишли касалликлари (абсцесс, флегмона, рожа.).

8. Текширув Протоколи:

Лаборатор усуллар – мажбурий: қон, сийдик умумий таҳлили, ВСК.

Инструментал усуллар:

Мажбурий: мояк ултратовуш текшируви;

Қўшимча – тухумлар сцинтиграфияси.

9. Ташхис ва шифохонага ётказиш мезонлари: моякдаги оғриққа шикоят, кўнгил айниши, қусиш, коллаптоид ҳолат. Кўрик: маҳаллий – мояк ассиметрияси, жароҳатланиш томонида мояк терисини шишини илдизида парамедиал тортиш (тухумнинг юқорига сурилиб қолишида). Тухум ҳаракатланиши кескин чекланган – оғрикли. Уруғ тизими йўғонлашган. Транслюминал текшириш – буралиб қолган тухум ёритилмайди, ва шу пайтнинг ўзида, ёритилган пайтда нормал тухумга ўхшаб кизил рангда кўриниши мумкин.

10. Даволаш: Шошилинч жаррохлик даволаш. Консерватив даволаш бажарилмайди.

Жаррохлик мақсади – буралиб қолишни максимал тарзда тезда бартараф этиш ва органда нормал қон айланишини тиклаш.

а) жаррохлик фавқулодда бажарилади.

б) жарроҳликка тайёргарлик симптоматик.

в) анестезия тури – в/и оғриксизлантириш. Никобли наркоз.

г) жаррохлик тури – жароҳатланган томонда скрототомия. Крипторхизм билан бирга келганда – човга кириш.

Жаррохлик жараёнида аъзони яшовчанлик қобилиятини аниклаш зарур. Иссиқ салфеткалар билан иситиш кўрсатилган, хамда намланган изотоник эритма билан. Новокаин эритмаси ёрдамида (0,25%–0,5%) уруг тизимини блокадаси. Агар деторсиядан кейин 10–15 дакикадан сўнг тухум тўқ рангда колаверса, тухум кобик томирлари пульсацияси бўлмаса, бу унинг ўлганини англатади. Бунда орхиэктомия амалга оширилади. Агар орган яшовчан бўлса, гедатидани олиб ташлаш зарур, ва сўнгра тухумни мояк деворига тикиб қўйиш керак.

Жаррохликдан кейинги даврда аутоиммун агрессиясининг профилактикасини ўтказиш зарур. Ацетилсалицил кислотаси 0,3–1,5 г/сут., Десенсибилизацияловчи воситалар. Антибактериал ва яллиғланишга карши терапия.

12. **Шифохонадан чиқишдаги тавсиялар:** яшаш манзили бўйича болалар жаррохи томонидан кузатувга олиш. Кейинчалик андролог маслаҳати.

1. МОРГАНИ ГИДАТИДИ БУРАЛИБ ҚОЛИШИ

Синоним – тухум гидатиди буралиб қолиши ва некрози.

2. КХТ Шифри -10К40

3. Таъриф: Моргани гидатидини буралиб колиши тухумнинг ўткир касалликлари каторига киради. У тухумнинг ўз ўки атрофида бурилиб қолиши натижасида тухумнинг юкори полюсидаги рудиментар ўсимтасида қон айланиши бузилиши билан тавсифланади.

4. Патогенез: Этиологияда ва патогенезда кўп тушунарсиз саволлар колади. Шу билан бирга шу нарса маълумки, барча ҳолатларда қон айланиши бузилиши юзага келади, ва кўп ҳолларда у гитдатиданинг ўз ўки атрофида 180–360° га буралиб қолиши натижасида рўй беради. Эҳтимол буралиб қолишдан аввал қон томири тромбози натижасида гидатидада ўткир қон айланиши бузилиши рўй беради. Бунда гидатида ҳажмида бир неча мартага катталашади, унинг танаси шарсимонга айланади, сероз қобиқда фасод пайдо бўлади. Ушбу ўзгаришлар ҳаракат пайтида гидатидани оёкча атрофида ротациясига олиб келади.

5. Таснифлаш: Клиник кўринишлар бўйича таснифлаш мавжуд:

1. Илк босқич. 2. Зўрайиши. 3. Клиник кўринишлар сусайиш боскичи.

6. Симптоматика: Илк босқичи мояк соҳасидаги оғриқлар билан тавсифланади. Оғрик тўсатдан пайдо бўлиб, белгиларсиз, доимий характерга эга, ҳаракатланишда, кулганда, йўталда ва мояк палпациясида кучаяди. Касаллик бошланганидан кейин бир неча соатдан сўнг оғрик сустлашади ёки гидатида ўлиши туфайли у ҳам йўқ бўлади. Илк боскич давомийлиги 2–3 кунни ташкил этади. Унинг учун мояк ва унинг органларини маҳаллий ўзгаришлари характерлидир. Касалликнинг биринчи соатларида мояк шиши ва гиперемия кузатилмайдиёки озроқ бўлади.Тухумни мояк тери остида унинг юқори полюс соҳасида ҳаракатланишида, қобиқ бошчаси тагида маҳаллий шишган жойни кўриш мумкин. Агар унинг некрози рўй берган бўлса, у мояк териси орқали «ёритилиб» тўк-кўк, арғумон ёки қизил тугун шаклида кўриниши мумкин. Мояк пальпацияси касаллик ушбу боскичининг асосий симптомини аниклашга ёрдам бериши – некротизирланган гидатидани. Касаллик зўрайганда умумий ҳолат қониқарли бўлиб қолади, тана ҳарорати нормал ёки субфебрил бўлади.

7. Дифференциал диагноз.

– Тухум бурилиб колиши

– Носпецифик эпидидимит

– Ўткир паротитли орхит

– мояк аллергик шиши

– мояк травматик шикастланишлари ва йирингли-яллиғланишли касалликлар.

8. Текширув Протоколи: Лаборатор усуллар:

Мажбурий: қон, сийдик умумий таҳлили, ВСК. Мажбурий инструментал усуллар – мояк ультратовуш текшируви.

Қўшимча усуллар – тухум сцинтиграфияси.

9. Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари: Шикоятлар асосида: тўсатдан пайдо бўлган оғриқ, белгиларсиз, доимий характерли, ва ҳаракат пайтида, кулганда, йўталда, ҳамда моякни палпация қилганда кучаювчи. Жароҳатланган мояк ярмини шиши ва гиперемияси. Умумий ҳолат изтироб чекмайди ва нисбатан қониқарли қолади. Мояк териси орқали «ёритилганда» тўқ-кўк, арғувон ёки қизил тугунчани кўриш мумкин.

Бола фавқулодда шифохонага ётқизилади.

10. Даволаш: Жарроҳлик даволашга афзаллик берилади. Консерватив даволаш ҳаракатлари тухум қобиқлари истисқоси пайдо бўлишига ва ҳатто тухум атрофиясига олиб келиши мумкин. Бу фавқулодда жарроҳлик ўтказишни талаб этади.

11. Жарроҳлик профили учун:

• Жарроҳликдан олдинги тайёргарлик симптоматик бўлади.

• Анестезия тури– в/и оғриқсизлантириш. Никобли наркоз.

• Жарроҳликни танлаш – гидатида устида мояк қатламлари бўйича. Ўзгарган гидатида олиб ташланади. Қўшимча тарзда, ўзгармаган гидатидлар аниқланганда, улар ҳам олиб ташланади. Уруғ тизимини новокаин эритмаси ёрдамида 0,25% ёки 0,5% – 5мл дозада интраоперацион блокада қилинади . Ярада резинали чиқаргични 1–2кунга қолдирилади.

• Жарроҳликдан кейинги даволаш антибактериал, яллиғланишга қарши ва десенсебилизацияловчи терапияни ўз ичига олади. Маҳаллий суспензорий қўйилади.

12. Шифохонадан чиқишдаги тавсиялар: яшаш манзили бўйича болалар жарроҳи томонидан кузатув. Кейинчалик андролог маслаҳати.

1. ТУХУМ ВА МОЯКНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ.

2. КХТ Шифри -10 к40

3. Таъриф: Тухумда бир қатор патологик ўзгаришлар билан кечувчи шикастланиш, уларнинг ўткирлиги олинган жароҳат оғирлик даражасига боғлиқ бўлади.

4. Патогенез: Болаларда тухум ва моякнинг ёпиқ шикастланишлари лат ейишларда, мояк эзилганда, туғиш пайтида ҳомила тоснинг ётиш ҳолатида бўлганда рўй беради.

Енгил даражада таъсирланишда тухумда унинг қобиқларида фақат қон ва лимфа айланишининг функционал бузилишлари билан боғлиқ шиш пайдо бўлади. Ўртача даражадаги шикастланишда шиш билан бирга паринхиманинг локал шикастланиши субкапсулар ёки ички паринхиматоз гематома билан бирга келади.

Энг оғир даража сифатида тухум эзилиб кетиши ёки уни уруғ тизимидан ажралиб кетиши ҳисобланади.

5. Таснифлаш:

I. Мояк ва унинг органлари ёпиқ шикастланиши лат ейишларда ва мояк сиқилишида юзага келиши мумкин (гематома, тухум ёрилиши, эзилиши ёки тухум ажралиб кетиши).

II. Тухум чиқиши. Баъзида жароҳат пайтида битта ёки иккита

тухумни қорин териси остига, чов каналига, чов орасига ёки сонга сурилиши рўй бериши мумкин.

III. Уруғ тизими ва тухумнинг эзилиши. Тухумда ўткир қон айланиши бузилиши уни ва уруғ тизимини эзилиши туфайли келиб чиқади.

6. Симптоматика: Мояк юмшоқ тўқималарининг ёпиқ шикастланишлари оғриқ билан тавсифланади, бунда тухум ва қобиқ ўзгармайди. Тухум бир хил маромда катталашади, текканда оғрийди. Организм умумий реакцияси кузатилмайди. Тухум ва қобиқ ёрилганда кескин оғриқ юзага келиб, бу кўпинча ҳушдан кетиш ва шок билан кечиши мумкин. Маҳаллий ўзгаришлармояк тўқимасига қон қуйилиши ва тухум сероз бўшлиғи билан тавсифланади. Мояк органлари хажми кескин катталашади. Касаллик зўрайганда йиринглаш ҳам пайдо бўлиши мумкин. Бунда маҳаллий симптомларга яна қуйидагилар қўшилади: гипертермия, ожизлик, титраш, моторик фаолиятни пасайиши. Гематоцеле пункция орқали қон намунаси олинади. Унинг катта қисми ивимайди, суюқ колади ва ёмон сўрилади. Гематоцеле – тухумнинг травматик ёрилишининг кардинал симптоми ҳисобланади. Тухумнинг ва уруғ тизимини эзилиши болаларда 3 ёшгача учрайди. Тухум ишемияси чов чурраси эзилишида учрайдиган асорат ҳисобланади ва тегишли клиник сурат билан кечади.

7. Дифференциал диагноз.

– тухум бурилиб қолиши;

– тухумни ўткир шикастланишлари;

– мояк аллергик шиши;

– ўткир носпецифик эпидидимит.

8. Текширув Протоколи: Лаборатор усуллар:

мажбурий: қон, сийдик умумий таҳлили, ВСК.

Инструментал усуллар:

Мажбурий: мояк органлари ультратовуш текшируви; пункция (гематоцеле)

9. Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари: тухум соҳасида оғриққа шикоятлар, бола умумий аҳволи ёмонлашуви, шок ҳолати. Маҳаллий маълумотлар: гематомалар, мояк ҳажми катталашуви, оғриқ, гематоцеле. Лаборатор ва инструментал усулдаги текширувлар маълумотлари.

10. Даволаш:

I. Консерватив даволаш. Суспезорий, 1 чи суткада мояк соҳасига совуқ жойлаштириш. 3 суткадан кейин компресслар (ярим спиртли), грелка, мазли боғлам. Агар юмшоқ тўқималарда қон йиғилиши аниқланса, гематома кесилади, унинг бўшлиғи қон қуйқаларидан бўшатилади ва дренажни қолдирган ҳолда яра тикилади. Тухум лат ейишида ҳам консерватив терапия тайинланади (ётоқли режим, суспензорий). Уруғ тизимининг прокаинли блокадаси бажарилади, керак бўлганда уни 1 кундан кейин қайтариш мумкин. Биринчи кунларда, шунингдек, мояк соҳасига совуқ компресс қўйилади. Шиш камайган сари иситиш жараёнларига ўтилади.

II. Жарроҳлик даволаш. Ўткир даврда тухум ёрилганда жароҳат жойини тикиш билан тухум ревизияси ёки тухум эзилишида уни олиб ташлаш кўрсатилади.

Тухум буралиб қолишида уни тўғирлаб жойига жойлаштириш керак, ва буни ёпиқ ва очиқ усулларда қилиш мумкин. Жарроҳлик фақат шундай ҳолатларда тайинланадики, қачонки тухумни моякка жойлаштириш консерватив усули(наркоз остида) самара бермаса.

11. Жарроҳликдан олдинги тайёргарлик. Гемостатик терапия. Микроциркуляцияни яхшиловчи препаратлар. Шокка қарши терапия.

– Анестезия тури – в/и оғриқсизлантириш. Никобли наркоз;

– Жарроҳлик аралашуви усулини танлаш – жароҳат томонидан мояк қатламлари бўйича кесиш

12. Жарроҳликдан кейинги муолажалар. Жарроҳликдан кейинги даврда ётоқ режимини, суспензорий, уруғ тизимини кундалик прокаинли блокадалари, антибактериал терапияни 5 кун давомида, аскорбин кислотаси, В гуруҳи витаминлари, ҳамда аутоиммунной реакцияси профилактикаси ўтказилади

13. Шифохонадан чиқишда тавсиялар: яшаш манзили бўйича болалар жарроҳи кузатувида бўлиш. Кейинчалик андролог маслаҳати.

1. ЎТКИР НОСПЕЦИФИК ЭПИДИДИМИТ, ОРХИЭПИ- ДИДИМИТ.

2. КХТ Шифри – 10К45

3. Таъриф. Эпидидимит– тухум қобиғи яллиғланиши. Орхиэпидидимит – тухум ва унинг қобиғи яллиғланиши бирга келиши.

4. Патогенез. Носпецифик эпидидимит табиати инфекцион. Микрофлораситурлича бўлиши мумкин (стафилококк, ичак таёқчаси ва бошқалар). Эпидидимитнинг келиб чиқиш сабабларидан бири сифатида уретра ва қовук ятроген жароҳати инструментал текширувларда, катетеризацияси, бужирлаш, қовук инстилляцияси кузатилади. Тухум қобиғига инфекция киришининг қуйидаги йўллари мавжуд: гематоген, лимфоген ва фуникуляр (кўтарилувчи).

5. Таснифлаш: кечиши бўйича I. ўткир форма. II. Ярим ўткир форма III. Сурункали форма (12 ҳафтадан ортиқ давом этувчи).

Эпидидимит – носпецифик, юқумли, бактериал бўлади. Вирусли, микоплазмали, Хламидиозли, некротик– юқумли бўлади.

6. Симптоматика: касаллик ўткир кечади. Моякда тўсатдан юзага келган оғриқ етакчи симптом ҳисобланади. Тана ҳароратининг юқори кўтарилиши, беморнинг умумий ҳолати кескин ўзгариши, қобиқнинг ўткир яллиғланишли ўзгаришлари. Қонда лейкоцитоз, лейко формулани чапга сурилиши кузатилади. Сийдикда лейкоцитурия, протеинурия юзага келади. Кремастерли рефлекс ёмон кўринади. Шикастланиш томонида тухум пастрокда жойлашган. Касаллик бошланғич босқичида, тухум орқа сиртида қобиқнинг катталашган, касалланган, зич думини аниқласа бўлади.

Эпидидимитда тухум кам ўзгарган ва фақатгина жараён тарқалишида уни катталашиши мумкин – бунда орхиэпидидимит ҳақида гап кетади.

7. Дифференциал диагноз

– Тухумнинг бурилиб қолиши;

– Гидатид ўткир касаллиги;

– Мояк аллергик шиши.

8. Текширув Протоколи: Лаборатор усуллар:

Мажбурий: қон, сийдик умумий таҳлили, сийдик бак. посеви.

Инструментал усуллар: мажбурий:

Мояк органлари ультратовуш текшируви;

Қўшимча– диафаноскопия.

9. Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари: Ўткир эпидидимит ва орхиэпидидимит билан оғриган болалар, зудлик билан шифохонага ётқизиладилар.Ташхис анамнезни синчиклаб йиғишга (урологик касалликлар, тана ҳароратининг кўтарилиши), жисмоний текширув маълумотларига (қобиқ думида яллиғланишни локализацияси, деферентит, фуникулит) ва лаборатор таҳлилларга (лейкоцитоз, лейкоцитурия, протеинурия) асосланади.

10. Даволаш:

I. Консерватив даволаш– ётоқ режими, суспензорий мажбурий тарзда уруғ тизимини прокаин блокадасини ўтказиш 0,25%–0,5% прокаин эритмасини антибиотиклар билан. Зарурат бўлганда блокадани 2кундан кейин қайтариш мумкин. Ярим спиртли компресслар самарали бўлади.Антибактериал парентерал терапияни шифохонага қабул қилингандан бошлаб тайинланади.

II. Жарроҳлик даволаш– баъзи ҳолатларда ўткир, таранглашган тухум қобиқлари истискосида, уни бўшлиғини антибиотик эритма билан ювишда пункцияли ва жарроҳлик декомпрессияси ижобий самара беради.

Жарроҳликдан олдинги тайёргарлик симптомлар бўйича.

• Анестезия тури – в/и оғриқсизлантириш;

• Жарроҳлик аралашуви усулини танлаш – пункцияли ёки мояк тери қатламида кесиш орқали;

• Жарроҳликдан кейинги муолажалар консерватив терапияга ўхшаб.

12. Шифохонадан чиқаришда тавсиялар – яшаш жойи бўйича болалар жарроҳи томонидан кузатув. Урологик касалликлар профилактикаси. Кейинчалик андролог маслаҳати.

ОИТ да ЁТ ЖИСМ

1. ҚИЗИЛЎНГАЧДА ЁТ ЖИСМ

2. КХТ Шифри -10: Т18л

3. Таъриф: Қизилўнгач физиологик тораймаларида ёт жисм мавжудлиги.

4. Патогенез: Ёт жисмни узоқ вақт танада бўлиши натижасида танада эзилишлар пайдо бўлади, бу қизилўнгачнинг торайишига олиб келади.

5. Таснифлаш: металли ва нометалл.

– Ичак деворини шикастлантириши мумкин бўлган учлари қиррали ёт жисмлар;

– Тана эзилиб қолишига сабаб бўлувчи ёт жисмлар;

– Асоратлар келтириб чиқаришга қодир бўлмаган ёт жисмлар;

– Ичак деворини шикастланишига олиб келувчи ёт жисмлар;

– Асоратлар чиқаришга қодирмас ёт жисмлар – пластмас ўйинчоқлар.

6. Симптоматика: сўлак оқиши, қусиш, безовталаниш, ютиш функцияси бузилиши. Бўйин соҳасида тери ости эмфиземасига эътибор қаратиш.

7. Дифференциал ташхис

– гастрит;

– номаълум этиологияли қусиш.

8. Текширув Протоколи.

А) Инструментал усуллар: мажбурий инструментал усуллар – кўкрак қафаси тўғри ва ён тараф проекциясида R-графияси. ЭГДФС. Эндоскопия нафақат диагностик, балки даволовчи манипуляция бўлиб ҳисобланади.

Б) Лаборатор усуллар: мажбурий – умумий қон таҳлили, қўшимча – қон гуруҳи ва резус, биокимёвий қон таҳлили, коагулограмма.

9. Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари: ютиш акти бузилишига, сўлак оқишига, қусиш, қизилўнгач тешилишига шикоятларда бўйин соҳасига тери ости эмфиземаси, анамнез (ютилган ёт жисмга), аникланган ёт жисмни рентгенографияси, шубҳали ҳолларда қизилўнгачни рентгеноконтрастли текшируви (14.23, 14.24 расм)

Шифохонага ётқизиш мезонлари: ютиш акти бузилишлари, сўлак оқиши, қусиш, қизилўнгач перфорациясида – бўйин соҳасига териости эмфиземаси, анамнез (ютилган ёт жисмга).



14.23.расм.



14.24.расм,

10. Даволаш: жарроҳлик. Ёт жисмни эндоскопик олиб ташлаш. Бола ОИТ га ёт жисм кириб қолишида жарроҳлик тактикаси ютилган ёд жисм хажмига ва юзага келувчи асоратларга боғлиқ бўлади.

11. Ютиш акти бузилиш клиникаси, сўлак оқиши, қусиш ЭФГДС ўтказишга абсолют кўрсатма ҳисобланади.

Анестезия тури. Умумий в/и. Интубацион.

Жарроҳлик аралашуви усулини ташлаш:

а) ёт жисмни эндоскопик олиб ташлаш;

б) ошқозонга ёт жисмни сиқилиб кириши.

Жарроҳлик даволаш: колотомия, торакотомия, қизилўнгачдан ёт жисмни олиб ташлаш.

Ёт жисмлар кириб қолиши асоратли формалари (қизилўнгачда ёт жисмларни узоқ вақт колиб кетиши ва эндоскопик йўл билан олиб ташлаш мумкин бўлмаса – кизилўнгач перфорацияси.

Жарроҳликдан кейинги муолажалар – қизилўнгачдан ёт жисмни эндоскопик олиб ташлаш – қамраб олувчи препаратлар.

Жарроҳлик аралашувидан кейин:

1. Озиклантириш максадида ошқозонни зондлаш;

2. Антибактериал терапия – ёш дозировкасида (сезувчанликка боғлик холда): цефтриаксон – 50 –100 мг/кг суткада, метрогил – 7,5 мг/кг 2–3 марта суткада 5 кун давомида);

12. Шифохонадан чиқишда тавсиялар: яшаш жойи бўйича болалар жарроҳи томонидан кузатув.

1. ОИТ да ЁТ ЖИСМ

2. КХТ Шифри -10:Т18

3. Таъриф: ошқозонда, 12-бармоқли ичакда, ичакка ёт жисм кириб колиши. Бу майда жисмлар билан эҳтиётсизлик билан алокада бўлганда, ота-оналар эътиборсизлигида рўй бериши мумкин.

4. Патогенез: ёт жисмни узок вактга колиб кетиши стенозлар ёки перфорацияни келтириб чиқариши мумкин ва перитонит клиникаси ёки ОИТ да катта хажмдаги ёт жисм бўлса, ичак беркилиб колишига олиб келиши мумкин.

5. Таснифлаш: металл ва нометалл.

– Ичак деворини шикастлаш мумкин учлари киррали ёт жисмлар;
– Тана эзилиб колишига сабаб бўлувчи ёт жисмлар;
– Асоратлар келтирибчиқаришга қодир бўлмаган ёт жисмлар.
– Ичак деворини шикастланишига олиб келувчи ёт жисмлар;
– Асоратлар чиқаришга қодир бўлмаган ёт жисмлар.

6. Симптоматика: ОИТда ёд жисм борлиги одатда бола умумий ҳолатини ёмонлашуви билан кечади.

7. Дифференциал диагноз:

– Турли этиологияли ичак тутилиши. – Перитонит.
– Гастрит тури бўйича ЎИИ.

8. Текширув Протоколи.

А) Инструментал усуллар:

мажбурий инструментал усуллар: корин бўшлиғи обзорли R-графияси 2 проекцияда, кўкрак кафаси R-графияси, фиброгастродуоденоскопия;

Қўшимча: зарур бўлса контрастли R-текширув. **Қўшимча:** ЭГДФС. МСКТ.

Б) лаборатор усуллар: мажбурий: умумий қон таҳлили,

Қўшимча: қон гуруҳи ва резус, биокимёвий қон таҳлили, коагулограмма.

9. Ташхис ва шифохонага ётказиш учун мезонлар: ютиш акти бузилишига шикоятлар, ҳамда сўлак оқиши, кусиш, анамнез (ютилган ёт жисмга), аниқланган ёт жисм рентгенографияси, шубҳали ҳолларда – рентгеноконтрастли текширув (14.25, 14.26, 14.27, 14.28 расмлар ичак беркилиб колиши клиникаси ва перитонит.)

10. Даволаш: жаррохлик йўли билан. Ёт жисмни эндоскопик олиб ташлаш. ОИТ га ёт жисмларни тушиб колишида жаррохлик тактикаси ютиб юборилган ёт жисм ҳажми ёки юзага келувчи асоратларга боғлиқ.

Ютиш акти бузилиш клиникаси, сўлак оқиши, кусиш аниқланганда ЭФГДС ўтказишга абсолют кўрсатма ҳисобланади.

Анестезия тури. Умумий в/и. Интубацион.

11. Даволаш: консерватив ва жаррохлик.

Консерватив даволаш – кузатиш, камраб олувчи бириктирувчи тўкимага бой пархез. Ёт жисмни мустақил чиқиб кетгунигача.

Ошқозон ёки ўн икки бармокли ичакда ёт жисм топилганда, фиброгастродуоденоскоп ёрдамида эндоскопик олиб ташлаш тайинланади; эндоскоп ёрдамила олиб ташлаш мумкин бўлмаса ёки 3 сутка давомида ёт жисм ОИТ бўйича ҳаракатланиши бўлмаса – назорат R-графияси амалга оширилади.

Ёт жисм ичак тутилишига олиб келиши мумкин (ошқозондаги ёт жисм). Трихобезуарда – жаррохлик ўтказилади, гастротомия оркали безуар олиб ташланади.


14.25. расм.


14.26. расм.


14.27. расм.


14.28. расм.

Ичак деворига ёт жисмни кириб ва уни перфорация қилиши натижасида асоратлар ривожланган барча болаларга (ёт жисмни эркин корин бўшлиғига кисман ёки бутунлай кириши ва перитонит ривожланиши (14.29, 14.30 расмлар) фавқулодда кўрсатмалар бўйича зудлик билан жаррох – лапаротомия ўтказилади. Ёт жисмни олиб ташлаш, ичак перфоратив тешигини тикиш. Эҳтимол, жаррохлик ичак анастомозини қўйишли резекция билан тугаши мумкин.

Жаррохликдан кейинги муолажалар – қизилўнгачдан ёт жисмни эндоскопик тарзда олиб ташлаш, – қамраб олувчи препаратлар.

1. Жаррохликдан кейинги даволаш асоратларни олдини олишга каратилган. Болаларга кенг спектрли антибиотиклар тайинланади. Ёш дозировкасида (сезувчанликка боғлиқ ҳолда): цефтриаксон – 50–100 мг/кг суткада, метрогил – 7,5 мг/кг 2–3 марта суткада 5 кун давомида,);

2. Инфузион-трансфузияли терапия физ. талаб миқдорида: (реополиглюкин – 1 кунига марта 3–4 кун давомида, Рингер эритмаси – 2 марта суткада 3–4 давомида, глюкоза 5% + вит.5% + калийхлор4% билан.)

12. Шифохонадан чикишдаги тавсиялар. Яшаш манзили бўйича болалар жаррохи томонидан кузатувда бўлиш, чандикка карши терапия, 6 ой давомида жисмоний машклардан озод этиш.

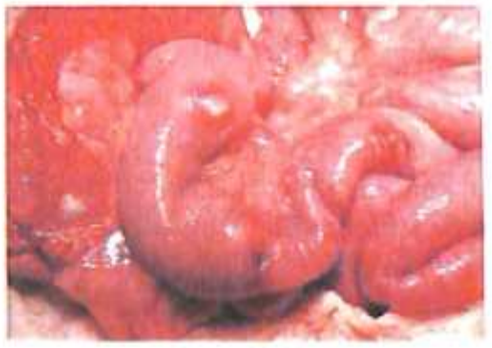

Рис. 14.29.


Рис. 14.30.

ДИАФРАГМА КАСАЛЛИГИ

1. ТУҒМА ДИАФРАГМАЛ ЧУРРА

2. КХТ Шифри -10:Q79

3. Таъриф. Болаларда диафрагмал чурралар кўпинча туғма бўлади ва диафрагма ривожланиш нуқсони ҳисобланади, бунинг натижасида қорин бўшлиғи органларини диафрагмадаги нуқсон орқали кўкракка кириши мумкин.

4. Патогенез. Диафрагмал чурралар юзага келишда эмбрионал даврда пайдо бўлувчи бузилишлар аҳамиятга эга.

6. Таснифлаш (Исаков Ю.Ф., 1986й.):

1) диафрагмал – плеврал (ёлғон, қақиқий);
2) парастернал;
3) френикоперикардиал;
4) қизилўнгач тешиги чурралари;
5) релаксация.

7. Симптоматика– кўпчилик ҳолатларда чурра ўсувчи асфиксиялар ва юрак қон томир етишмовчилиги, қусиш билан кузатилиши мумкин,

Ва улар кўкрак бўшлиғига ичак ҳалқалари ва ошқозонга ўтган метеоризм натижасида ривожланади. Бундай ҳолатларда ўпка ва медиастинал органлар сурилиши рўй беради – С.Я. Долецкий «асфиксик қисилиш»деб атаган ҳолат. «Асфиксик қисилиш» доимий белгиси прогрессив ўсувчи цианоз бўлиши мумкин.

8. Дифференциал диагноз.

– гипоплазиялар ва ўпка ателектази;
– фалаж ва диафрагма парезлари;
– ўсмалар ва медиастинал кисталар;
– пневмоторакс.

9. Текширув Протоколи.

А) Инструментал усуллар:

Мажбурий: кўкрак кафаси обзорли рентгенографияси, асфиксик кисилиш клиникаси бўлса, ОИТ рентгено контрастли текшируви (пассаж ва ирригография), қорин бўшлиғи органлари ультратовуш текшируви.

Қўшимча – ЭКГ.

Б) Лаборатор усуллар:

Мажбурий: қон ва сийдик умумий таҳлили, қон гуруҳи ва резус фактор.

Қўшимча – биокимёвий қон таҳлили, қон коагулограммаси.

10. Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари. Анамнезни йиғиш (касаллик бошланиши).

Клиник (нафас қисилиши, цианоз, қусиш, қон аралаш бўлиши мумкин).

Жисмонан перкуссияда қутисимон овоз чиқиши мумкин, аускультатив тарзда – Нафас олиш йўқлиги, перистальтик шовқинларни эшитиш.



14.31. расм.



14.32.расм.



14.33.расм.

Рентгенологик (кўкрак қафаси органларининг соғлом тарафга сурилиши, ҳамда тухумли структура, контрастлашда ошқозон ёки ичак халқалари кўкрак қафас соҳасида контрастлашади (14.31, 14.32, 14.33 расм).

Диафрагма гумбази релаксациясида медиастинал девор ўсмаси дифференциал ташхиси мақсадида пневмаперитонеум амалга оширилади ва диафрагма кўтарилган гумбази остида эркин газ аниқланади.

Шифохонага ётқизиш учун мезонлар. Асфиксик қисилиш клиникасида бемор зудлик билан шифохонага ётқизилади.

10. Даволаш. Жаррохлик.

Асфиксик клиникасини аниқлаш зудлик билан жаррохлик ўтказиш учун абсолют кўрсатма ҳисобланади.

Жаррохликдан олдинги тайёргарлик. Фавқулодда ҳолатларда, «асфиксик сиқилиш» ва болада диафрагмани травматик шикастланишларида дарҳол интубация килиниб, бошқарувли нафас олдириш амалга оширилади.

- **Анестезия тури**. Интубацион.
- **Жаррохлик аралашуви усулини танлаш**. Жаррохлик аралашуви тамойили қорин бўшлиғи органларини пастга тушириш, ёлғон диафрагмал чурраларда нуқсонни тикиш ва хақикий чурраларда диафрагма пластикасидан иборат. Баъзан диафрагмал мушаклар аплазиясида ва фақат плеврал лист борлигида пластик материал ишлатилади.

Жаррохликдан кейинги даврда – биринчи суткаларда ҳар 2 соатда ошқозондан ингичка зонд ёрдамида йиғилган суюқликлар сўриб олинади. Парентерал озиқлантириш 24–48 соатларда амалга оширилади. Оддий пархезни 6–7-кундан бошланади. Барча болаларга жаррохликдан сўнг кенг спектрли антибиотиклар тайинланади (3–4 авлод цефоласпоринлари 100–150 мг\кг). Эритмалар билан инфузияли терапия (глюкоза 5–10%, физэритма 09%).

Қорин бўшлиғи ички босимини тушириш максадида ОИТ декомпрессияси ўтказилади (ошқозонда зонд, газ чиқарувчи трубка).

Жаррохликдан кейинги даврда гемодинамика ва гомеостаз кўрсаткичларини яхшилаш максадида узок муддатли ЎСВ амалга оширилади. Парваришдаги қийинчиликлар ўпка тўқимасини яхши ривожланмаганлиги билан боғлик ва у оғир пневмониялар билан мураккаблашади.

11. Шифохонадан чиқишда тавсиялар. Яшаш жойи бўйича болалар жарроҳи кузатувида бўлиш. Даволовчи нафас олиш гимнастикаси. 6 ой давомида жисмоний машклардан озод килиш.

1. ТРАВМАТИК ДИАФРАГМАЛ ЧУРРАЛАР.

2. КХТ Шифри -10:к44

3. Таъриф. Болаларда травматик диафрагмал чурралар камдан-кам учрайди. Кўпинча сабаблар оғир транспортда шикастланишлар, баландликдан йикилиш бўлиши мумкин. Бу чурралар, одатда,ёлғон.

4. Патогенез. Ёрилиш механизми – диафрагманинг кескин таранглашуви ва корин бўшлиғи босимининг катта ошиши билан бирга келади. Йиқилиб, тос шикастланганда, диафрагма ҳам зарбадан ёрилиши мумкин. Одатда, болаларда диафрагма ёрилиши корин лат ейиши, кўкрак девори лат ейиши, бош мия чайкалиши билан бирга кечади.

5. Таснифлаш. Диафрагмал чурралар ўткир, сурункали, эзилган турларга бўлинади.

6. Симптоматика. Ўткир даврда клиник кўринишлар шок ва нафас олиш етишмовчилиги билан боғлик. Бу холатда нафас олиш қийинчилиги, кўкрак органларининг соғлом томонга сурилиши кузатилади. Фақат айрим холатларда, диафрагма ёрилиши енгил кечадива коринда оғриклар пайдо бўлганда, жисмоний машклар пайтида нафас кисилишида аникланади, айникса овкат ейишдан кейин, жумладан ичак беркилиб қолиш холати.

7. Дифференциал диагноз

– Кўкрак қафаси органларини травматик шикастланиши.

8. Текширув Протоколи.

А) Инструментал усуллар:

Мажбурий: кўкрак қафаси обзорли рентгенографияси, корин бўшлиғи органлари ультратовуш текшируви. Оёқ ва кўлларнинг суяк-травматик шикастланишларини текшириш учун –рентгеноскопия.

Қўшимча – эхоэнцефолография.

Б) Лаборатор усуллар:

Мажбурий: кон ва сийдик умумий таҳлили, кон гуруҳи ва резус-фактор.

Қўшимча– биокимёвий кон таҳлили, кон коагулограммаси.

9. Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари. Анамнезни йиғиш (жароҳат), клиник (коринда оғрик, кўшимча мушаклар иштирокида нафас сиқилиши, цианоз, гемодинамик кўрсаткичлар бузилиши – тахикардия, А\Б пастга тушиши, қусиш).



14.34 расм.

Жисмонан перкуссияда қутисимон овоз чиқиши мумкин, аускультатив тарзда – Нафас олиш йўқлиги, перистальтик шовқинларни эшитиш.

Рентгенологик (кўкрак қафаси органларининг соғлом томонга сурилиши, ҳамда тухумли структура (14.34. расм).

Ўткир даврда ва асфиксик сиқилиш клиникаси борлигида бемор шошилинч тарзда шифохонага ётқизилади.

10. Даволаш. Жаррохлик.

11. Асфиксик қисилиш клиникасини аниклаш зудлик билан жаррохлик ўтказишга абсолют кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

А) Жаррохликдан олдинги тайёргарлик. Шокка карши терапия. Бола дархол интубация қилинади ва бошқарилувчи нафас олиш амалга оширилади.

Анестезия тури. Интубацион.

Жаррохлик аралашуви усулини танлаш. Лапаротомли кириш– тушиб колган органларни пастга олиш ва дифранма нуксонини тикиш. Мавжуд посттравматик диафрагмал чурра ҳолатида жаррохлик жараёнининг мураккаблигидиафрагма, медиастинал, костал плевра, тўқима орасидаги ўпка улок жойларини ажратиш ҳисобланади. Доимо бу ҳолатда, на шикастланган диафрагма чеккаларидачандикли жараён бўлади ва бу нуқсонни бартараф этишни қийинлаштиради.

Жаррохликдан кейинги даврда ҳам шокка қарши терапия давом эттирилади. Ҳаётий кўрсаткичларга биноан гемо- ва плазматрансфузия амалга оширилади. Жаррохликдан кейин барча болаларга кенг спектрли антибиотиклар тайинланади (3–4 авлод цефоласпоринлари 100–150 мг\кг). Эритмалар ёрдамида Инфузияли терапия (глюкоза 5–10%, физ эритма 09%).

Қорин бўшлиғидаги босимни тушириш учун ОИТ декомпрессияси ўтказилади (ошкозонда зонд, газ чиқарувчи трубка).

Жаррохликдан кейинги даврда гемодинамика ва гомеостаз кўрсаткичларини яхшилаш учун узок муддатли ЎСВ амалга оширилади.

12. Шифохонадан чиқишдаги тавсиялар. Яшаш жойи бўйича болалар жарроҳи кузатувида бўлиш. Даволовчи нафас олиш гимнастикаси. 6 ой давомида жисмоний машклардан озод килиш.

ЖИГАР, ЎТ ПУФАГИ, УМУМИЙ ЎТ ЙЎЛИ КАСАЛЛИГИ

1. УМУМИЙ ЎТ ЙЎЛИ КИСТАСИ

2. КХТ Шифри -10: Q44.4.

3. Таъриф. Умумий ўт йўли кистаси – ўт йўллари обструкциясининг даврий белгилари билан кечувчи унинг кенгайишидир.

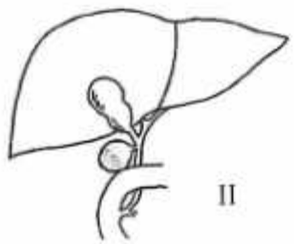
4. Патогенез. Умумий ўт йўли бирламчи кисталари мушак деворининг йўклиги, ингичкалашгани билан ва унинг ўрнига бирлаштирувчи тўқима пайдо бўлиши билан боғлиқ. Умумий ўт йўли кенгайиши сабаблари, одатда, эмбриогенез муҳим босқичини орқага ривожланиш даврида шаклланувчи ривожланиш нуқсони билан тушунтирилади. Юзага келувчи эгилишлар, умумий ўт йўли охирги бўлимининг стенози ёки клапанлари унинг девори ингичкалашишига ва ўтни туриб қолишига олиб келади.

5. Таснифлаш.

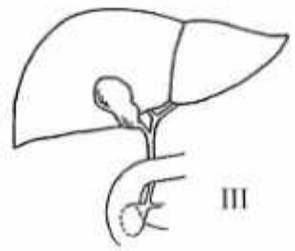
Ўт йўллари кистоз ўзгаришларининг турлари (Alonsoley ва Todani модификацияси бўйича).



Ташқи жигар ўт йўллари ягона кистаси



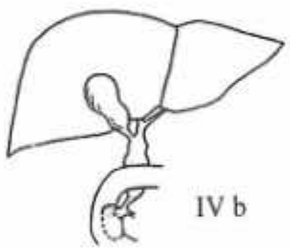
Ташқи жигар ўтйўллари-супрадуоденал-дивертикули



Холедохоцеле ёки ички дуоденал дивертикули



Ташқи ва ички жигар ўт йўллари кисталари



Ташқи жигар ўт йўллари кўп кисталари



Ички жигар ўт йўллари кўп кисталари (каролн касаллиги)

6. Симптоматика – симптомлар триадаси билан аниқланади: эпигастрал соҳада қайталанувчи оғриқлар билан ёки паст қовурға остида, даврий сарик касаллиги ва жигар ўнг тараф чеккасида шишга ўхшаш ўсимта борлиги.



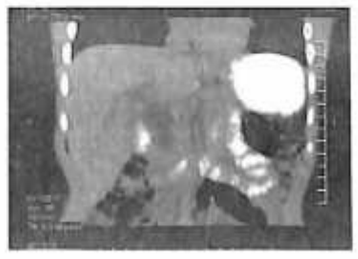
14.35 расм.



14.36 расм.



14.37 расм.



14.38.расм.



14.39.расм.



14.40.расм.

Симптомлар ўткирлиги киста ўлчамидан, бола ёшидан ва сафро пассажи бузилишига боғлиқ.

7. Дифференциал диагноз.

– Гепатит;

– Жигар Кисталари (паразитар ва нопаразитар);

– Сафро тоши касаллиги, корин бўшлиғи ёмон сифатли ўсмалари.

8. Текширув Протоколи.

Лаборатория. Мажбурий (қон, сийдик, нажас умумий таҳлили, биокимёвий қон таҳлили, коагулограмма).

Қўшимча – (қон гуруҳи ва резус-фактор).

Инструментал.

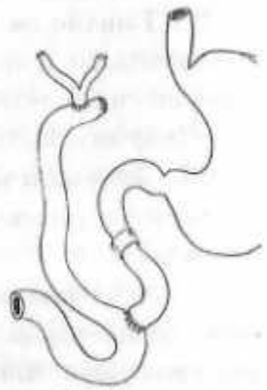
Мажбурий (Ультратовуш текшируви).

Қўшимча (РХПГ, МСКТ контрастлаш билан, МРТ.)

9. Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари.

Шикоятлар асосида (қоринда даврий оғриқлар ва тери қатламлари сарғайиши), лаборатор – инструментал тадқиқот усуллари (Ультратовуш текшируви , РХПГ, МСКТ контрастлаш билан, МРТ).

Механик сариқлик клиникасида бемор шошилинч тарзда шифохонага ётқизилади.



14.41.расм.

10. Даволаш. Жарроҳлик.

11. Жаррохликдан олдинги тайёргарлик. Қон ивиши бузилишида кўрсатма бўйича плазматрансфузия бажарилади.

Анестезия тури – интубацион.

Жаррохлик усулини танлаш – ички ўт йўллари реконструкцияси учун билиодигистив анастомозни ингичка ичак яккаланган ҳалқасидан бажариш.

12. Тавсиялар: Яшаш жойи бўйича болалар жарроҳи назорати остида кузатув.

1. ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ

2. КХТ Шифри – 10: К81.0

3. Таъриф: Ўт пуфаги ўткир яллиғланиши.

4. Патогенез: Инфекция ўт пуфагига гематоген, лимфаген ва кўтарилувчи энтероген йўллар билан ўтади.

5. Таснифлаш: Табиати бўйича катарал,флегмонозли ва деструктив.

6. Симптоматика: Чап қовурға остида кескин кучли оғрик, чап курак-ости соҳасига иррадиация билан, кўнгил айниши, кусиш, тана ҳарорати кўтарилиши.

7. Дифференциал диагноз

– Ўткир аппендицит;

– инвагинация;

– ўткир панкреатит;

– гижжали инвазия.

8. Текширув Протоколи: лаборатория усуллари – мажбурий: (қон, сийдик умумий таҳлили, қон биокимёвий таҳлили (АЛТ, АСТ, билирубин, диастаза); **қўшимча** (коагулограмма ва қон гуруҳи).

Инструментал усуллар– мажбурий: жигар, ўт пуфаги, холедох,ошкозон ости бези ультратовуш текшируви; **қўшимча** – корин бўшлиғини турган ҳолатда R-скопияси, зарурат бўлса ЭГДФС.

9. Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари: шикоятлар, анамнез маълумотлари, клиника, ультратовуш маълумотлари ва Мерфи, Ортнер, Кер, Захарин симптомлари ижобий.

Ўткир холецистит клиникасида – шошилинч тарзда шифохонага ётқизиш.

10. Даволаш: консерватив (спазмолитиклар, антибиотиклар, инфузион терапия, новокаинли блокада – жигар думалоқ бойлами, паранефрал блокада).

11. Консерватив терапияни самараси бўлмаса яқин орадаги 3–5 соатда, корин пардаси қўзғотилиши, деструктив холециститнинг клиник ва ультратовушли белгилари юзага келса– минилапаротом, одатий холецистэктомия ёки лапароскопик холецистэктомияни амалга ошириш.



14.42. расм. 14 ёшлик болада ўткир холецистит. Ўт пуфаги кичрайган, тўғри формали, деворлари калинлашган, деворида қон оқими кузатилади. Рангли хариталашнинг бундай шароитларида одатда соғлом боланинг ўт пуфаги деворида қон оқими аникланмайди.

Жаррохликдан олдинги тайёргарлик – механик сариқлик мавжудлигида жаррохликкача албатта ЭПСТ билан РПХГ ни амалга ошириш керак, бу усулни қўллаш имконияти бўлмаса – мажбурий интраоперацион холангиографияни бажариш зарур. Перитонит клиникаси мавжудлигида қисқа муддатли жарроҳликдан олдинги тайёргарлик ўтказилади (инфузион терапия).

Анестезия тури – интубацион.

Жарроҳлик аралашуви турини танлаш.

Хуруж бошланишидан 2 суткадан камроқ вақтда – лапароскопик, минилапаротом ёки одатдаги холецистэктомия.

2 суткадан ошиқроқ вақтда ёки оғир ҳолатда ва жарроҳликнинг юкори хавфида – перкутан жигар орқали холецистостомия ультратовуш назорати остида.

12. Шифохонадан чиқишда тавсиялар: яшаш манзили бўйича болалар жарроҳи томонидан кузатув, парҳез ва 6 ойга жисмоний фаолиятдан озод килиш.

1. ПОРТАЛГИПЕРТЕНЗИЯ

2. КХТ Шифри-10: К76.6.

3. Таъриф. Портал гипертензия (ПГ) икки омилнинг бир пайтнинг ўзида ўзаро алокага кириши натижасида ривожланади: бир томондан, томир конини портал тизимдан оқимини ошиши ва бошқа тарафдан портал тизимга қон оқиб киришининг ўсишидир.

4. Патогенез. ПГ киймати, томир деворининг кенгайиши ва ингичкалашиши, пептик омили, қон ивиш тизими бузилиши ўзига хос аҳамиятга эга.

5. Таснифлаш. Портал қон оқимига каршилик жигар устида, ичида ва тагида локаллашиши мумкин. Шу нуктаи назардан ПГ барча формаларини **жигар усти, жигар ички** ва **жигар ташқи** формаларига бўлишади.

6. Симптоматика – қон билан қусиш, қорин ҳажми катталашуви, олд корин девори томирлари кенгайиши, тери қатламлари рангсизлиги, спленомегалия,гиперспленизм.

7. Дифференциал диагноз.

а) қон тизими касалликлари (Гоше, Шоффар – Миньковский, Верльгоф касалликлари, сурункали миелолейкоз, қора талоқ лимфоцитомлари);

б) яра касаллиги ва бошқа сабаблар билан боғлиқ гастродуоденал қон кетишлари;

в) асцит билан бирга келувчи турли локализацияли ёмон сифатли ўсмалар;

г) юрак-қон томири тизими декомпенсацияси.

8. Текширув Протоколи. Лаборатория усуллари:

Мажбурий: (қон, сийдик, нажас умумий тахлили, қон биокимёвий тахлили, коагулограмма, қонгуруҳи, резус-фактор):

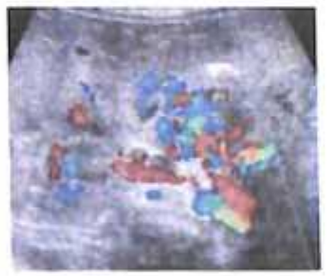
Қўшимча (умум. Оқсил ва қон альбумини):

Инструментал усуллар:

Мажбурий: (жигар, қора талоқ ультратовуш текшируви; ЭГДФС (иложи борича мажбурий, СПГ);

Қўшимча (доплерография, ЭКГ).





Режим ҳолатида текширишда портал томир стволи проекциясида ДДС да қайирилган анэхоген тузилмалар (кавернома) конгломерати аникланади – Кавернома фрагментлари оралиғида турли йўналтирилган қон оқими.



Кичик чарвининг (кора стрелка) эхогенлиги ошиши ва йўғонлашуви кузатилади. Кичик чарви ва ўша даражада (оқ стрелка) ўлчанган аорта диаметри қалинлигининг нисбати 3,1 ни (норма – 1,7 дан кам) ташкил этади.

9. Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари. Анамнез (бошдан кечирилган вирусли гепатит, киндик тизимини катетеризацияси, клиник (қон билан қусиш, тери қатламлари рангсизлиги, ностабил гемодинамика, асцит, қорин бўшлиғи олд девори томирларининг кенгайиши), инструментал(ЭФГДС, Ультратовуш, СПГ). Қон кетиш аломатлари фавқулодда шифохонага ётқизиш учун абсолют кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

10. Даволаш. Консерватив ва жарроҳлик.

Болаларда ўткир босқичдаги варикоз томирларидан қон кетиш ҳолларида қуйидаги тамойилларга риоя қилиш керак:

- Оғиз орқали озиқлантиришни бутунлай истисно қилиш;
- Фақат жиддий ётиш режими;
- Седатив терапия;
- ошқозон таркибини аспирация қилиш, қон кетишини назорат қилиш учун назогастрал зондни киритиш;
- гемостатик препаратларни тайинлаш (этамзилат, бисульфит, апротинин);
- ошқозон секрециясини камайтирувчи препаратларни тайинлаш (пирензепин, омепразол);
- инфузион терапияни керакли талабдан 50% ҳажмда тайинлаш;
- қон компонентларини қуйиш.

Ҳар 6 соатда тарқатиш билан ошқозонни блэкмор зонди билан зондлаш. Ошқозонни совуқ сув билан ювиш; қон кетишини тўхтатишни эндоскопик усуллари (склеротерапия, томирларни тромблаш, қизилўнгач томирлари варикоз кенгайишида (ҚТВК) қон кетишни лигатур клипирлаш.

Консерватив терапияни самараси бўлмаганда эндоскопик коогуляция қилишга ёки қизилўнгач томирларини боғлашга ҳаракат қилинади.

11. Жарроҳликдан олдинги тайёргарлик: қон ва плазмани интероперацион қуйиш.

Анестезия тури – интубацион.

Жарроҳлик аралашув тури сифатида Таннер-Баиров, Назиров бўйича лигатурли транссекция, Пациор жарроҳликлари танланади.

12. Тавсиялар: Яшаш манзилида болалар жарроҳи кузатуви.

1. ПИЛОРОСТЕНОЗ

2. КХТ Шифри: -10: Q40.0

3. Таъриф: Пилоростеноз –мушак қаватининг гиперплазияси ва гипертрофияси билан тавсифланган ошқозон пилорик қисмининг нуқсони.

4. Патогенез. Касалликнинг асосида – пилорик сфинктернинг морфологик тузилмалари (миофибриллалар даражасидаги мускул толалари, уларнинг

гистокимёвий касалликлари ва асабий элементлари) шаклида шаклланган пилорик ошқозон қисмининг ўтказувчанлигида бузилиш ётади. Касаллик генетик жиҳатдан гетерогендир.

5. Таснифлаш. Кечиши бўйича. Ўткир, ярим ўткир.

6. Симптоматика. Касалликнинг биринчи клиник кўриниши ҳаётнинг 2–3 ҳафтасидан пайдо бўлади. Пилорстенознинг аломатлари бошланишининг оғирлиги ва вакти пилор торайиш даражаси ва бола танасининг компенсацион қобилиятлари билан белгиланади. Пилоростенознинг асосий клиник белгилари қуйидагилардир:

– эрта белгилари – зарда аралашмасисиз «фонтансимон» гастрик таркибини қайт қилиш;

– гипотрофиянинг ривожланиши билан прогрессив вазн йўқотиш.

– сийдикнинг кунлик миқдори камайиши билан сийиш частотасини пасайиши;

– ноёб ва кам нажас;

– ошқозоннинг ўткир перисталтикаси («қум соат» симптоми);

– сиқилган, гипертрофли пилор палпацияси.

7. Дифференциал диагноз:

– Қизилўнгач халазияси;

– пилороспазм;

– адреногенитал синдром (АГС, псевдо- гермафродитизм);

– туғма буйрак усти гиперплазияси;

– юқори, кисман, ичак ўтказувчанлигида муаммо.

8. Текширув протоколи. Лаборатор:

Мажбурий (кон, сийдик умумий таҳлили), **қўшимча** (қон биокимёвий таҳлили, коагулограмма, қон гуруҳи).

Инструментал: мажбурий(ОИТ рентгеноконтрастли текшируви, ошқозон пилорик қисми ультратовуш текшируви):

Қўшимча (ЭФГДС).

9. Диагноз мезонлари: Анамнез (туғилишда вазн ва бўлиши керак бўлган вазн), клиник (зардасиз кусиш фонтан бўлиб чикиши). инструментал (ошқозон пилорик кисмини ультратовуш текшируви, рентгеноконтрастли текширув).

10. Даволаш.Жаррохлик ёрдамида.

11. Жаррохликдан олдинги таёргарлик. Жаррохликдан олдинги тайёргарлик давомийлиги ва характери болани кабул килиш муддатларига, ҳолати оғирлигига, бирга келувчи касалликлар ва нуксонлар борлигига, уларнинг ўткирлик даражасига боғлик. Ўртача, жаррохликдан олдинги давр давомийлиги 2 кундан 4 кунгача.

Жаррохликдан олдинги даврдаги асосий вазифалар:

– сув-электролит алмашинуви бузилишлари коррекцияси, асосан метаболик алкалоз, гипокалиемия, гиповолемия, чунки улар бу нуксонда тез ривожланадилар. Инфузион терапия терапия қуйидагиларга қаратилган бўлиши керак:

– боланинг сув ва ионларга бўлган нормал физиологик талабларини коникгириш;

– суюкликлар ва электролитлар мавжуд танқислигини бартараф этиш;

– бола организмининг озукавий моддалар, витаминларга (қисман ёки тўлик парентерал озиқлантириш) бўлган талабини таъминлаб коникгириш;



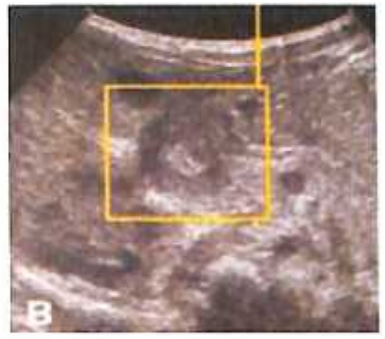
14.43.расм. Болада пилоростенозли қумли соат синдроми.

– бирга келувчи аспирацион пневмонияни даволаш.

– Ривожланиш бирлашган нуксонларида симптоматик терапия.

Жаррохлик аралашуви турини танлаш. Туғма пилоростенозда умумий жаррохлик аралашуви Фред-Рамштед бўйича шиллик бўлмаган пилоромиотомия ҳисобланади.

Жаррохликдан кейинги даврда – жаррохликдан кейин бола жуда яхши парвариш остида бўлиши керак. Тиббий персонал томонидан индивидуалм





14.44.расм.



14.45.расм.

парваришлаш зарур. (1–2 кун реанимация бўлимида). Ҳар 2–3 соатда тана ҳароратини ўлчаш муҳимдир. Дезинтоксикация сифатида юкори молекуляр декстран эритмалари (реополиглюкин, полиглюкин), Рингер эритмаси, витаминлар қўлланилади.

Асоратлар бўлмаса жаррохликдан сўнг ҳар 4–6 соатда озиқлантириш зарур. 5–10 мл 10% глюкоза эритмаси, 24 кейин эса – тиндирилган кўкрак сути билан. Озиқлантириш орасида болага 10 мл 10% глюкоза эритмаси киритилади. Ҳар куни ҳар бир озиқлантиришга 10 мл сут қўшилади. 5 чи куни болани она кўкрагига суткасига 1–2 марта 5 дақиқадан тутадилар, 7–10 кундан кейин бўлса7 марта озиқлантиришга ўтадилар.

12. Шифохонадан чиқишда тавсиялар. Яшаш манзили бўйича болалар жарроҳи ва педиатр томонидан кузатишга олиш.

ЎПКА КАСАЛЛИКЛАРИ

1. ЎПКА БАКТЕРИАЛ ДЕСТРУКЦИЯСИ

2. КХТ Шифри 10 –J85.2

3. Таъриф. Ўпка бактериал деструкцияси – бу ўткир пневмонияни асорати бўлиб ўпка ва плевранинг йирингли-яллиғланиши. У ўпкада бўшлиқлар пайдо бўлиши ва сепсисга мойиллик билан тавсифланади.

4. Патогенез. Боланинг танасида юзага келган деярли барча патологик ўзгаришлар, ўпканинг бактериал деструкцияси билан оғриган беморларнинг иккита етакчи омиллари бор: токсикоз ва гипоксия. Токсикоз гипоксия касаллигининг бевосита ва билвосита сабаби бўлиб, бу болаларда кўпинча аралашган табиатли бўлиб, нафас олиш, кон айланиши, гемик ва цитотоксик хисобланади. Омилларнинг иккинчи гуруҳи нафас олиш мускулларининг вазифалари, шу жумладан, бронхлар мушакларининг нейрогуморал регуляцияси билан боғлик. Касалликнинг зўрайишида, ковурғалар ва диапфрагма нафас ҳаракатларининг тартибсизликлари кузатилади, бу уларнинг ўзларининг экскурсияларининг асинхрон ва тартибсиз амплитудаларида, интеркостал мушаклар ва нафас олиш марказининг функцияларини сезиларли ингибиция килишда, нафас олиш даврий шаклларида (Чейн-Стокс, Биот) ифодаланади.

5. Таснифлаш. (М. Р. Рокитский, 1988 йил)

I. Этиология: 1) бактериал; 2) вирусли; 3) қўзикоринли; 4) бир хужайралилар туфайли 5) аралаш пневмония.

II. Шикастланиш тури: 1) бирламчи шикастланиш (аэроген): а) ҳақиқий бирламчи (бактериал пневмониянинг асоратлари); б) шартли равишда бирламчи (ЎРВИ га қўшилиб келувчи, муковисцидоз, қатлам фиброзиси, ўпка ривожланиши мальформацияси). 2) иккиламчи шикастланишлар (гематоген).

III. Шикастланиш турлари: 1) предструкциялар (лобитлар). 2) ўпканинг бактериал деструкциясининг енгил шакллари: а) кичик ўчокли кўп миқдорли деструкция; б) ички яримпалла деструкцияси; с) йирик кортикал «осилувчи» абсцесс; г) буллез формали деструкция. 3) бактериал деструкциянинг ўпка-плеврал шакллари: а) пиоторакс (чекланган, тотал, плашсимон); б) пиопневмоторакс (оддий, кескин, чекланган, тотал); с) пневмоторакс (оддий, кучли, чекланган, тотал). 4) ўпканинг бактериал деструкциясининг сурункали шакллари ва натижалари: а) ўпканинг иккиламчи кисталари (мураккаб бўлмаган, йирингланб, плеврал бўшлиғига кириб кетиши билан мураккаб); б) сурункали ўпка абсцесси; с) фиброторакс; г) сурункали плеврал эмпиема (чекланган, тотал, бронхоплеврал фистуласиз, бронхоплеврал фистула билан, бронхотери яраси билан); э) бронхоэктазия (ателектатик, ателектасиз ҳолда).

IV. Деструкциялар кечиш босқичлари: 1) деструкция олди босқичи. 2) Ўткир кечиш босқичи. 3) Ярим ўткир кечиш босқичи. 4) Сурункали кечиш босқичи.

V. Асоратлар: 1) сепсис. 2) перикардит (йирингли, йирингли-фибриноз, фибринозли). 3) медиастинал эмфизема (оддий, прогрессив). 4) қон кетиши (ўпка, ўпка ва плеврал, интраплеврал). 5) бошқалар.

6. Симптоматика – Аралаш пневмониялар ва ўткир лобитни ўз ичига олган деструкция олди гуруҳи. Текширув пайтида кўкракнинг таъсирланган ярми нафас олишда кечикиши аникланади, перкуссия товушининг кискариши кўпинча максимал инфильтрация қилинадиган жойларда, шунингдек, у ерда нафас олиш заифлашиши кузатилади.

Ўпка кўп ўчокли кўп миқдордаги декструкцияси эрта бошланади, биринчи кундан бошлаб йирингли-сепсис синдроми (интоксикация, гипертермия, тахикардия, нафас қисилиши, цианоз) устунлик қилади. Болани текширганда, тери-кулранг тери рангларига, уйқусизликка, бефаркликка, кўкрак қафасининг ярмини нафас ҳаракатларида кечикишига эътибор қилиш керак. Ўпка овозининг перкутор кискариши, аускултатив тарзда – нафаснинг заифлашиши, намли кўплаб хириллашлар.

Жуда катта кортикал (осилувчи) абсцесс – деструкция ўчоғи кўпинча аксилляр жойлашади, ўпка ва медиастинни бошқа йўналишда босиб чиқаради. Кўрик пайтида кўкракнинг ярмида нафас қисилиши, интеркостал бўшлиқни юмшашига алохида эътибор қаратилади. Перкуссия билан ўпка овозининг кискариши қайд этилади, бунда бронхнинг хўппоз бўшлиғининг шикастланиши билан тимпаник оҳангли перкуссия овози пайдо бўлади.Кокс оралиғи озгина бўлса-да, бу шикастланишдан қарама-қарши томонга сурилади. Таъсир қилинган ҳудудда нафас олиш заифлашган.

Буллёзли БДЛ формаси нозик деворли ҳаво бўшлиғидир, тезда шакли ва хажмини ўзгартиради ва ўз-ўзидан тескари ривожланишга мойил бўлади.

Пиотораснинг дастлабки белгилари: боланинг аҳволининг изчил ёмонлашиши, қон кетиши, апатия, ёмон иштаҳа, секин-аста сусайиб нафас олиш ва цианоз, кечқурун тана ҳароратининг ошиши (ҳарорат эгри чизиғи гектик характерга эга). Кўрик пайтида Кўкрак қафаси шикастланган ярим қисмининг шиши кузатилади (тотал пиотораксларда) ва унинг нафас ҳаракатларида кечикиши кузатилади. Таъсир қилинган томондаги интеркостал бўшлиқлар катталаштирилиб, текисланади. Перкуссия вақтида медиастин соғлом томонга кўчирилади ва бу жой алмашиш плеврал бўшлиқда экссудат тўпланишидан каттароқ бўлади.

Бепарволик билан узоқ ўтказиб юборилган эмпиеманинг (пиоторакс) жуда ноёб учрайдиган турларидан бири – бу кириб борувчи эмпиемадир. Бундай ҳолларда етарли даражада даволаниш ва йирингни ўз вақтида чиқарилмаса, интеркостал мушакларнинг ва фасциянинг йирингли синтези пайдо бўлади ва йиринг организмлар орасидаги бўшлиқларга ёки терига киради. Пиопневмотораснинг пайдо бўлиши доимо плеврал кавитада вужудга келган ўпканинг ёрилиши билан парчаланиб кетиши билан боғлиқ. Йирингли сепсис синдроми (пневмония, БДЛ) туфайли юзага келган боланинг оғир ҳолатида пиопневмотораснинг тезда окадиган шакли бирдан йўталиш, қисқа муддатли апноэ, нафас кисилиши, прогрессив цианоз, тахикардия ривожланади. Вазиятнинг ҳаддан ташқари оғирлиги бу ўпканинг коллапси ва нафас олишнинг тўхташи, шунингдек, плевропулмонал шок билан боғлиқ. Кўрик пайтида кўкрак қафасининг таъсирланган ярмини нафас олиш ҳаракатларида аниқ кечикишига ва унинг шишига эътибор каратилади, интеркостал бўшлиқ кенгайган, силликланган бўлади. Перкутор тарзда, медиастенни соғлом тарафга кескин сурилиши ва жараённинг дастлабки боскичларида тимпанит (йирингнинг миқдори кичик, плеврал бўшлиқда ҳаво борлиги) кузатилади. Бронхоплеврал окма шаклланиши оддий ёки кучли пневмоторакс ривожланишига олиб келади. Бу ерда тезлик билан кечадиган ва яширин шакллар ҳам мавжуд, иккинчиси кўпрок устунлик қилади. Пневмоторакс одатда боланинг қониқарли ҳолатининг фонида ривожланади ва интраплеврал кучланиш синдромига чалинган. Болаларда сурункали ўпка хўппози сурункали БДЛнинг жуда кам кўринишидир. У 2 ойдан ортик муддат ичида деструкция ва перифокал яллиғланиш ўчоғини саклаб қолиш билан тавсифланади. Шу билан бирга, ўпканинг иккинчи даражали кисталаридаги ёркин бўшлиқ характеристикаси йўқ – ўткир пасайиш жараёни бевосита сурункали ўпка яллиғланишига айланади. Сурункали ўпка абсцесси билан оғриган болани текширганда сурункали йирингли захарланишнинг умумий белгиларини аниклаб олиш мумкин: рангсизлик, камроқ ҳолларда кур ранг тери, енгил

цианоз, уйкусизлик, заифлик, ёмон иштаҳа, секин вазн йўқотиши. Бола йўтални йирингли балғам билан кечишига шикоят қилади, балғам ёқимсиз ҳидли, тез-тез балғам қон биоан аралаш келиши мумкин.

7. Дифференциал диагноз:

– Ўпка бронхоген раки парчаланиш фазасида;
– туберкулёз;
– Ўпка кистаси инфекцияси;
– Вегенер грануляматози.

8. Текширув Протоколи.

А) Инструментал усуллар – мажбурий: кўкрак қафаси обзорли рентгенографияси, кўкрак қафаси органлари ва плеврал бўшликлар ультратовуш текшируви; **қўшимча:** МСКТ, бронхоскопия, бронхиалар териография, ЭКГ.

Б) Лаборатор усуллар – мажбурий: умумий қон таҳлили, қон биокимёвий таҳлили, плеврал суюқлик цитологияси; **қўшимча**: қон гуруҳи ва резус-фактор.

9. Ташхис ва шифохонага ётқизиш мезонлари. Анамнезни йиғиш (касаллик бошланиши).

Клиника (тана ҳарорати кўтарилиши, йўтал, заифлик, сустлашиш, апатия, ёмоништаҳа, секин тезлашувчи нафас сиқилиши ва цианоз).

Жисмоний жихатдан, деструкция олдида, перкутор товушининг кискариши, нафас олишнинг заифлашиши, нафас хириллаши, ўпканинг кичик ўчокли кўп деструкцияси – ўпка товушининг кискариши, аускултатория – нафас олишнинг аскультатив заифлашиши, намланган нафас хириллаши. Гигант кортикал абсцесси – йирингланган бўшлиғни бронх билан яқинлашганда унинг устида тимпаник сояли перкутор овози пайдо бўлади ва ўпка товуши қисқаради. Жароҳатланган ҳудудда нафас олиш заифлашган. Пиотораксда кўкрак кафасининг таъсирланган ярмини шиширади ва унинг нафас олиш жараёнида кечикиши аниқланади. Шикастланган томондаги қовурға ораликлари катталашиб, силликлашган. Перкуссияда медиастин соғлом тарафга сурилган. Пиопневмоторакс плеврал бўшлиқда вужудга келган ўпканинг ёрилиши билан парчаланиб кетиши билан боғлиқ. Бу ҳолда ҳолатнинг ўта оғирлиги ўпка коллапси ва унинг нафас олишдан ўчирилиши, шунингдек, плевро пулмонал шок билан боғлиқ. Кўкракнинг шикастланган ярмини шишиши аниқланади, медиастинал бўшлиқ кенгайиб, силликланади. Перкутор тарзда медиастинумни соғлом томонга кучли сурилиши ва тимпанит жараённинг эрта боскичларида аниқланади.

Ташхиснинг рентгенологик мезони – сегмент ёки пала чегаралари билан чекланмаган массив қоронғилик, ўпка паренхимасида вайрон қилувчи ўзгаришларни акс эттирувчи ёруғлик окимининг дастлабки кўриниши (14.46-расм) билан ифодаланади. Ўпканинг кўп ўчокли деструкцияси – паренхима

ўртача фильтрацияси рентгенологик сурати, ўпка майдонларининг шаффофлигини ўрта даражада камайтириш, айникса, каватли томографияда аниқ белгиланади. Гигант кортикал (осилган) абсцесс – плеврал кавитанинг кўп кисмини эгаллаган юмалоқ соя билан характерлидир. Бўшлиқ бронх билан мулоқот қилганда, суюкликнинг горизонтал даражаси кўринади (14.47-расм). БДЛ нинг буллёзли шакли аниқ чегарали ингичка ҳаво деворлари билан шакллантирилади (14.48-расм). Пиотораксlар миқдори ва локализацияси билан фаркланади. Умумий пиотораксlар учун кўкрак қафасининг бутун шикастланган ярмининг бир хил интенсив коронғилашиши характерлидир, бунда медиастинал соясини қарши йўналишда сезиларли даражада сурилиши кузатилади. Шикастланган томонда ўпка тўкимаси кузатилмайди, деструкция шаклидаги локализация ҳақида суюклик бартараф этилгунгача гапириш бефойда.Пиопневмоторакс медиастинал соғлом томонга сурилиши, ўпканинг тўлиқ ёки қисман коллапси ва плеврал кавитада ҳаво мавжудлиги билан тавсифланади (14.49-расм). Сурункали ўпка хўппози- марказда ёруғлик билан тартибсиз шаклни зич қорайиши, баъзида горизонтал суюқлик даражаси пайдо бўлади.

Шифохонага ётқизиш мезонлари. Касалликни оғир кечишини ҳисобга олган ҳолда, дастлабки боскичлардаёқ беморни зудлик билан шифохонага ётқизиш учун кўрсатма мавжуд.

10. Даволаш. Консерватив, парахирургик ва жарроҳлик. Даволашнинг консерватив усуллари:

1. Волемик бузилишлар ва интоксикация ифодаланганлиги билан аникланадиган инфузион терапия.

2. Антибактериал терапия ажратилган қўзгатувчилар ва уларнинг антибактериал препаратларга сезувчанлигини ҳисобга олиб амалга оширилиши керак.

3. Анаболик стероидлар (катаболизм активацияси асоратларига қарши кураш).

4. Витаминли терапия, айникса, С ва Е витаминлари, чунки улар липидлар перекисли оксидланишини блокаторлари ҳисобланади.

5. Ферментга қарши препаратлар (қонда айланувчи протеазлар ингибицияси).

6. Анемия коррекцияси учун гемотрансфузиялар.

7. Иммунотерапия:

• махсус (стафилококка қарши гамма-глобулин, стафилококкли бактериофаг);

• махсус бўлмаган (интерлейкин-2, т-активин ва бошқалар)

8. Постурал дренаж.

9. Антисептиклар, протеолитик ферментлар, бронхолитиклар билан ингаляция.



14.46. расм.



14.47. расм.



14.48. расм.



14.49. расм.

Парахирургик амалиётлар. Моналди бўйича абсцесслар бўшлиқларини дренажи, Бюлау бўйича плеврал бўшлиқларни дренажидан иборат. Субплеврал бўшлиқлар Моналди дренажидан ўтказилади ва охирги пайтда бу манипуляция ультратовуш назоратида амалга оширилади.

Торакоцентез стандарт усуллар бўйича амалга оширилади. Антисептик эритмалар ва вакуум аспирациясини бир вақтда киритиш учун икки просветли дренаж трубкалар кенг қўлланилади. Ўпка деструкциясида қўлланиладиган жарроҳлик усуллари икки асосий гуруҳга бўлинади: дренаж операциялари, резекция ва минимал инвазив усуллар. Дренажлаш жараёнида трансторакал дренаж, пневмотомия мавжуд. Дренажлаш жарроҳликлари ва резекциялар фақат бир мақсадда амалга оширилади – беморни некротик ўпка тўкималаридан тез ва максимал тўла озод этиш имконияти билан таъминлаш. Ушбу вазифа ўпка тўкимасининг енгил шикастланган соҳасини ёки бутун ўпкани резекцияси билан тўлиқ ҳал этилади. Аммо ўпка резекцияси травматик жарроҳликдир, ўпкасида йиринглаш мавжуд бўлган ҳар қандай бемор ҳам оғриган ҳар қандай бемор ҳам бундай жарроҳликка дош беролмаслиги мумкин. Дренаж жарроҳликлари қисқароқ ва камроқ шикаст етказади. Ҳатто жиддий касалланган беморлар ҳам бундай жарроҳликни яхши кечиришлари мумкин. Бирок, уларнинг таъсири унчалик самарали эмас, чунки ҳали ажралиб чикмаган деструкция бўшликлари ва некротик тўқималар кўп бўлиб, уларни очиб тўлиқ дренажлаш кўпинча муваффақиятсиз кечади. Видеоассистентлик билан торакоскопия ва миниторокотомия каби минимал инвазив усуллардан фойдаланиш орқали эрта яллигланишга қарши ва жарроҳлик таъсирига тўғри пропорционал бўлган минимал инвазив усул фақатгина визуализация имконини беришгина қолмай, балки декортикация, дренаж, улоқ жойлар ва швартларни кесиш ва санация имконини беради.

11. БДЛ билан оғриган бемор учун жарроҳлик даволаш усулини танлаш масаласи, ҳар гал консерватив даволаш бошланганда самара бермаса, яна юзага келади. Тез-тез бу савол кутилгандан ҳам тезроқ пайдо бўлади, яъни бемор жарроҳлик стационарига ётганидаёқ, айникса, тезлашиб ёки мураккаблашиб бораётган касаллик ҳолати мавжуд бўлганда.

А) Жарроҳликдан олдинги тайёргарлик. Беморнинг умумий ҳолатини ўртача яхшиланиши ва интоксикация симптомларини ва нафас олиш етишмовчилигини қисман бартараф қилиниши.

Анестезия тури. Интубацион

Жарроҳлик аралашуви турини танлаш. Ўпка, плевра жарроҳлигида қўлланиладиган одатдаги жарроҳлик турлари травматик ҳисобланади, бу кўкрак қафаси анатомик тузилиши билан боғлиқ. Кўкрак бўшлиғига кириш ва жарроҳликнинг оптимал шароитларини таъминлаш мақсадида қовурға оралиғи мушакларини катта ораликда кесиш керак ва анча травматик тарзда қовурғаларни суриб очиш керак, малоинвазив даволаш усуллари кўпроқ афзалдир.

• **Жарроҳликдан кейинги даврда** – барча фаолиятлар жарроҳликдан сўнгги дастлабки соатлар ва кунларда ўпка газ алмашинуви, қон айланиши, тўқима метаболик жараёнларини қайта тиклашга қаратилган. Шунинг учун жарроҳликдан кейинги эрта даврнинг асосий вазифаси (24–48 соат) касаллик ва жарроҳлик аралашуви туфайли бузилган организмнинг асосий ҳаётни қўллаб-қувватлаш тизимларини – нафас олиш ва қон айланишини тиклаш ва сақлаш ҳисобланади. Жарроҳликдан кейинги даврда жарроҳлик қилинган ўпкани тиклаш учун барча ҳолатларда дренажлар оркали плеврал бўшлиқдан ҳаво ва экссудат фаол аспирацияси қўлланилади. Фаол аспирациялаш кўпинча оғир оғриклар билан кечади, ва оғриқни бартараф этиш учун наркотик бўлмаган аналгетиклар ишлатилади. Ўпка кенгайиши рентгенологик тарзда кузатилади. Дренаж найчалари ўпканинг тўғриланганидан кейин 3–6 кундан сўнг чиқарилади. Жарроҳликдан сўнг барча болаларга кенг спектрли антибиотиклар (3–4 авлод цефоласпоринлар, ҳар бири 100-150 мг / кг), эритмалар билан инфузион даволаш (глюкоза 5–10%, физэритма 09%) буюрилади.

12. Шифохонадан чикишдаги тавсиялар. Яшаш манзили бўйича болалар жарроҳи томонидан кузатув остида бўлиш. Даволовчи нафас олиш гимнастикаси.

1. КЎКРАК ҚАФАСИ ЁПИҚ ТРАВМАСИ

2. КХТ Шифри 10-S20-S29

3. Таъриф. Кўкрак қафаси травмаси травматик шикастланишларнинг 10–12% ни ташкил этади. Кўкрак қафаси шикастланишининг чорак қисми – оғир шикастланишлар бўлиб, улар тезкор жарроҳлик аралашувини талаб этади. Тинчлик даврида ёпиқ шикастланишлар очиқ шикастланишлардан кўпроқ бўлиб, улар барча кўкрак травмаларининг 90% дан кўпини ташкил этади.

4. Патогенез. Кўкрак деворининг шикастланиши нафас олиш функцияларини бузилиши билан бирга келиши мумкин (гипоксия юзага келиши мумкин), бунга сабаб қон миқдорини камайиши, ўпка вентиляциясини камайиши, ўпка шикастланиши, ўпка коллапси, медиастинал тузумлар сурилиб кетиши.

5. Таснф.

• Россияда қабул қилинган кўкрак қафаси шикастланишларининг таснифи уларни ёпиқ жароҳатларга ва кўкрак қафаси ичига кирувчи жароҳатларга бўлади;

• Америка жарроҳлари жамияти Травматологлар коллегиясининг таснифи. Кўкрак қафаси шикастланишлари жароҳатланган беморни ҳаётига хавф туғдирувчи фавқулодда вазиятларга ва бевосита ҳаётига таҳдид солувчи вазиятларга бўлади:

1. Кўкрак қафаси скелетининг шикастланишисиз (кўкаришлар, гематомалар, мушакларнинг йиртилиши); кўкрак қафаси суяклари шикастланиши билан (қовурғаларнинг, кўкрак суяги, ўмров суяги, курак синиши).

2. Ички органларга зарар етказмасдан; ички органлар шикастланиши (ўпка, юрак ва катта томирлар, трахея ва бронхлар, қизилўнгач ва орқа кўкрак оралиғи органлари).

6. Симптоматика– шикастланиш жойида оғриқ, олдинга ва орқага йўналишда кўкрак қафаси эзилганда оғриқ ҳисси ҳосил бўлади. Нафас олиш ҳаракатларикискава сезилмас. Йўталганда оғриқ синдроми тезда кучаяди. Бемор ўзини ётгандагига қараганда, ўтирган ҳолида яхшироқ ҳис қилади. Кўпинча онг чалғиган, қулоқларда шовқин, овоз хириллаб колиши, афония учрайди. Бурун ва қулоқлардан қон кетиши мумкин. Беморнинг ташқи кўринишн ўзига хос: бош, бўйин, кўкрак юкори қисми териси оч-қизил рангга эга ва унда кўп майда қон қуйилган нукталар мавжуд, улар оғиз шиллиқ пардасига, қулоқ пардасига, кўзлар конъюнктивига ва кўз тўр пардасига тарқалиши мумкин. Кийим жипс ёпишган жойларда терида қон қуйилиши излари бўлмаслиги мумкин. Оғир холларда – нафас енкилиши, суст тез-тезпульс, аритмия, артериалгипотензия.

7. **Дифференциал диагноз:**

– Спонтан пневмоторакс;

– ўпкадаги кистоз ўзгаришлар.

8. Текширув Протоколи.

А) Инструментал усуллар – мажбурий: кўкрак қафасининг обзорли рентгенографияси, кўкрак қафаси ультратовуш текшируви, МСКТ;

қўшимча: ЭКГ, ЭХОКГ, дуплекс тадқиқот.

Б) Лаборатор усуллар – мажбурий: қон ва сийдик умумий таҳлили, қон гуруҳи ва резус-фактор;

қўшимча – қон биокимёвий таҳлили, қон коагулограммаси.

9. Ташҳис ва шифохонага ётказиш учун мезонлар. Анамнезни йиғиш (касаллик бошланиши). Клиника (онги бузилган, қулоқларда шовқин, овозни хириллаб қолиши, кўпчилик ҳолларда афония, бурун ва қулоқлардан қон кетиши мумкин. Бемор ўзига хос ташқи кўринишга эга: бош, бўйин, кўкрак юқори қисми териси оч-қизил рангга эга ва унда кўп майда қон қуйилган нуқталар мавжуд, улар оғиз шиллиқ пардасига, қулоқ пардасига, кўзлар конъюнктивасига ва кўз тўр пардасига таркалиши мумкин.

Жисмоний пальпация қилганда – корга ўхшаб шивирлаш товушини эшитиш (крепитация); аускультацияда – кўплаб нам хириллаш аломатлари; перкуссияда – ўпка товушини хиралашиши. Кўкрак қафаси рентгенограммаси ва МСКТда пневмогемоторакс, гемопневмоторакс, кўкрак қафаси, умуртқани синишлари ва бошқалар кузатилади.

Шифохонага ётказиш учун мезонлар. Кўкрак кафаси ёпиқ травмаси бўлган беморларни зудлик билан шифохонага ётказиш зарур.

10. Даволаш. Қовурғалари синган жабрланувчиларга биринчи тез ёрдам бериш ва уларнинг кейинги даволаши оғрикни тўхтатиш, ташқи нафас олишни юмшатиш ва пневмонияни олдини олишга қаратилган бўлиб, чунки кўпинча кекса ёшдаги беморларда кўплаб қовурғалар синган ҳолда пневмония ривожланиши кузатилади. Кўкрак органларига бошка зарар етказмасдан битта қовурға синиш ҳолати жиддий шикастланишлар туркумига кирмайди ва кўпинча амбулатория шароитида даволанади. 2 ёки ундан ортиқ қовурғаси синган беморлар стационар даволанишни талаб қилиши мумкин. Бундай беморларда 1–2 ҳафта давомида ва баъзан узокроқ вақт давомида кўкрак қафасидаги нафас олиш экскурсияларида оғриқ кузатилади: оғрикни камайтириш учун беморга кроватда ярим ўтирган ҳолатда бўлиш тавсия этилади, бунда беморнинг кўкрак қафаси қисган ҳолда бинт билан боғланади ёки лейкопластер қўйилади (нафас чикариш вақтида). Изоляция қилинган кўкрак соҳаси синган бўлакларни сурмаган ҳолда, аналгетиклар ва ётиб дам олиш тайинланади. Синган суяк парчалари сурилган ҳолда, беморни қаттиқ кроват устида оркаларига ётказиб, тагларига қаттиқ валик қўйилади (умуртка суягини ўртача букиш) ва шу пайтни ўзида улар 2–3 хафта давомида глиссон илгакли арқонда чўзилиб ҳаракатланишади. Барча ҳолатларда, синган жойларда новокаин билан ёки вагосимпатик блокадани амалга ошириб, оғрик колдирувчи дорилар тайинлаш зарур.

Жарроҳлик ёрдамида. Торакоскопия. Торакотомия.

11. Гемоторакс, гемопневмоторакс, пневмоторакс клиникаси намоён бўлганда, бузудлик билан жарроҳлик ўтказишга кўрсатма бўлиб хизмат килади.

А) Жарроҳликдан олдинги тайёргарлик. Травматик шокни бартараф этиш.

- **Анестезия тури**. Интубацион.
- **Жарроҳлик аралашуви турини танлаш**. Жарроҳлик аралашуви тамойили пневмоторакс, гемоторакс,пневмогемоторакс каби асоратларни бартараф этишга қаратилган.
- **Жарроҳликдан кейинги даврда** – жарроҳликдан сўнг барча болаларга кенг спектрли антиботиклар буюрилади (3–4 авлод цефоласпоринлари – 100–150 мг\кг). Эритмалар билан инфузионтерапия (глюкоза 5–10%, физ эритма 0,9%). Пневморея тўхтагунгача фаол аспирация учун дренаж трубкаларини улаб қўйиш.

Жарроҳликдан кейинги даврда, гемодинамик ва гомеостаз кўрсаткичларини яхшилаш учун узоқ муддат давомида ўпка сунъий вентиляцияси (ЎСВ) амалга оширилади. Беморни парвариш қилишдаги қийинчиликлар ўпка тўқимасини етарлича ривожланмаганлиги билан боғлиқ, бу пневмониялар кечишини оғирлаштиради.

12. Шифохонадан чиқишдаги тавсиялар. Яшаш манзили бўйича болалар жарроҳи кузатуви остида бўлиш. Даволовчи нафас олиш гимнастикаси. 6 ой давомида жисмоний машғулотлардан озод қилиш.

1. НАФАС ЙЎЛЛАРИДАГИ ЁТ ЖИСМ

2. КХТ Шифри – 10 Т -17

3. Таъриф. Нафас йўлларидаги ёт жисм – бу нафас йўлига ёт жисмни кириб қолишини англатади.

4. Патогенез. Бронхни ёт жисм билан обтурацияси унинг дренаж тизимини бузилишига, турғунлигига, секреция инфекцияланишига, муайян сегментни қисман ёки тўлиқ ўпка бир палласи ёки бутун ўпкани ателектазига олиб келади, кейинчалик эҳтимол фиброателектазлар ва брон- хоэктазлар ривожланиши мумкин.

5. Классификация.

1) органик – йиринглашга мойил;
2) ноорганик – (темир)коррозиясига мойил;
3) фиксация қилинган;
4) балластланувчи;
5) тўлиқ обструкцияга олиб келувчи;
6) тўлиқ бўлмаган обтурация;
7) клапанли.

6. Симптоматика – Ёд жисмлар трахеобронхиал дарахтга кириб колганда стеноз жуда тезкор, ўткир ва сурункали бўлиши мумкин. Фулминант стеноз овоз бўшлиғига ёт жисм тиқилганда пайдо бўлади. Ўткир стеноз, хиқилдоқ ёки трахеяга ёт жисм тиқилганда келиб чиқади. Трахеяни ўткир стенози кўпинча трахея бифуркацияси соҳасида ёт жисм локализацияси натижаси-

да рўй беради ва бу бронхлар оралиғини ёпиб қўяди. Ярим ўткир стеноз бронхнинг кисман ёпилиши билан кузатилади, масалан, ловия тикилганда, сурункалиси бўлса – бронхга тиқилиб қолган ёт жисм, уни қисман блоклашини англатади. Ҳикилдоғига ёт жисм тиқилиб қолган болаларининг аҳволи кўпинча оғир бўлади. Кичкина, ўткир ёт жисмни (трикотаж игнаси, балиқ суяги) аспирациясида уни ҳиқилдокка кириб қолган дастлабки вактида нафас олиш бузилиши баъзан кузатилмайди; Бундай ҳолатларда стеноз кўп вакт ўтгач ҳиқилдок шиллиқ қаватининг реактив шишлар ривожланиши натижасида юзага келади, бунда асфиксия пайдо бўлади. Ўткир киррали ва бурчакли ёт жисмлар ҳиқилдок шиллиқ қаватининг қалинлигига кириб, унинг яхлитлигини бузиши мумкин, томок ва кўкрак суяги ортида оғриқлар пайдо бўлиб, йўталиш ва тўсатдан ҳаракатларда оғриқ кучайиши мумкин. Балғамда қон аралашмалари кузатилиши мумкин. Ҳикилдокда ёт жисм борлиги аломатларини нафас кисилиши ва овоз функцияси бузулишидан сезиш мумкин. Бу киска муддатли ёки узок муддатли бўлиши мумкин. Овоз хириллаши, шунингдек, афония, халқум бўшлиғида ёт жисмнинг ўрнашиб қолганини англатади, дағал овоз ва озрок хириллаш ёт жисм кириб ўтганда овоз йўлларини шикастланганлигини кўрсатади. Аускултация вактида ёт жисмни куйида рефлектор тарзда ёпиқ овоз пайларига урилиши эшитилади. Катта ёт жисм ҳалқум бўшлиғини бутунлай ёпиши ва асфиксияга олиб келиши мумкин. Ёт жисм бронхларга кириб қолганда (кўпинча ўнг томонга), клиник аломатлар обструкция қилинган бронх калибрига ва обструкция тўликлигига боғлиқ. Бу ерда етакчи симптом йўтал бўлиб, вақт ўтиши билан у камроқ кузатилади, унинг хуружи камайиб ва баъзида умуман тўхтайди; Кейинги клиник кечиш кўп жиҳатдан ёт жисмнинг табиатига боғлиқ. Органик ёт жисмлар, одатда, бронх деворида ва атрофдаги ўпка деворида ўткир яллиғланиш-деструктив жараённи келтириб чикаришлари мумкин ва бу ўз навбатида абсцессга сабаб бўлиши мумкин. Бу борада донли ўсимликлар бошоклари жуда хавфлидир, чунки улар бронх деворини тешиши ва ўпка тўкимаси ичига, плевра бўшлиғига ва ҳатто кўкрак девори ичига кириб кетиб, улар атрофида йирингли бўшлиқлар ҳосил қилиши мумкин. Одатда неорганик жисмлар камроқ яллиғланиш реакциясини келтириб чикаради, бироқ киррали ёд жисмлар (игналар, тўғнағичлар ва бошқалар) ҳам бронхни тешиши ва атрофдаги тўкималарга ўтиши мумкин. Гольцкнехт – Якобсон синдроми (кисман беркилган бронх томонга нафас олганда медиастинал сояни сурилиши).

7. Дифференциал диагноз.

– бронхиаластма;
– кўк йўтал;
– сурункали бронхит;

– турли этиологияли ўткир бронхит;
– трахея ва бронх туғма стенозлари;
– яллиғланган ва ўсимтали.

8. Текширув Протоколи.

А) Инструментал усуллар: мажбурий: кўкрак қафасининг обзорли рентгенографияси, бронхоскопия;

қўшимча: МСКТ, бронхография.

Б) Лаборатор усуллар: мажбурий: қон ва сийдик умумий тахлили, қон гуруҳи ва резус-факторни аниклаш; **қўшимча** – қон биокимёвий тахлили, коагулограмма.



14.50. расм.

9. Ташхис ва шифохонага ётқизиш учун мезонлар. Анамнезни йигиш, (кучли йўтал хуружи, баъзида нафас сиқилиши).

Клиник (давомий, тушунтириш қийин бўлган қуруқ йўтал беркитмаслик, балғам чиқиши кийинлашган, баъзан қон билан аралаш).

Шикастланган томондан жисмонан заифлашган нафас олиш (катта бронх обструкциясида); перкуссия ҳолатида бўғиқ овоз чиқиши мумкин.

Рентгенологик маълумотлар (ўпка ёки ўпка палласи аталектази, гиповентиляция ёки палла эмфиземаси, Гольцкнехта – Якобсон симптоми); бронхиал ўтказишнинг бузилиш белгилари мавжуд – медиастинал органларнинг обструкция қилинган бронх тарафга сурилиши симптоми, ёт жисм локализацияси даражасига қараб, ўпка сегментнинг ёки ўпка палласининг ателектази, бронхиал вентиляцион стенозида ўпканинг эмфизематоз ўзгаришлари. Ателектазда, худди эмфиземадаги каби нафас етишмовчилиги белгилари пайдо бўлиши мумкин. Агар асосий бронхлардан бирининг тўлиқ ёпилиши рўй берса, у ҳолда ўпка нафас ҳаракатларидан ўчирилади. Одатда, тегишли ўпка ателектази юрак-қон томирлари етишмовчилиги билан бирга бўлади. Бир ўпка сегменти ателектази бошқа ўпкадаги эмфизема билан бирга кечиши мумкин ва бунда медиастенал органлар касал ўпка тарафга сурилиши мумкин. Ўпка эмфиземаси юрак томир тизими томонидан нафас сикилиши ва паталогик ўзгаришлар билан намоён бўлади. Кейинчалик ателектаз билан бирга бронхит ёки пневмония ривожланади. Бироқ бронхларнинг тўлиқ ёки клапанли ёпилишида ва уларнинг дренаж функциясини бузилишида сурункали пневмония юзага келиши мумкин ва бунда кўкрак қафасида ёт жисм фиксация қилинган жойда яллиғланиш жараёни аниқланади.

Шифохонага ётқизиш мезонлари. Нафас олиш йўлларида ёт жисм борлиги шубҳали клиникаси кузатилса, бемор зудлик билан шифохонага ётқизилади.





14.51, 14.52, 14.53. расмлар.

10. Даволаш. Жарроҳлик ёрдамида.

11. Нафас олиш йўлларида ёт жисм борлиги шубҳали клиникаси кузатилса, бунда абсолют ҳолда зудлик билан жарроҳлик талаб қилинади.

А) Жарроҳликдан олдинги тайёргарлик. Фавкулоддаги ҳолларда нафас олиш йўлларида ёт жисм борлиги гумон қилинганда болани дарҳол столга ётқизиш керак, бронхоскопияни амалга ошириш ва кейинчалик интубация килиб, бошқарилувчи нафас олиш муолажасини ўтказиш керак.

• **Анастезия тури**. Интубацион.

• **Жарроҳлик аралашуви турини танлаш**. Трахеянинг тўлиқ обтурациясида ёт жисмни механик усулда бартараф этиш амалга оширилади (массаж).

Агар бола ўткир асфиксия ҳолатида бўлса, бу ҳолда хаётий кўрсаткичларга биноан зудлик билан трахеотомия бажарилади (шифокор жарроҳликни бажаради). Болаларда трахея ва бронхлардаги ёт жисмни устки бронхоскопия ёрдамида амалга оширилади (миорелаксантларни қўллаб эндотрахеал наркоз остида). Чуқур кириб колган жисмлар мавжудлигида трахеотомия ёки куйи бронхоскопияни амалга оширишга тўғри келади. Кичик ёшдаги болаларда бронхга ёт жисм тиқилиб қолганда (пала ёки сегментар кисм) бронхни йиртилиши умуртка ва кўкрак қафаси оралиғини инфекцияланишига олиб келади. Баъзида бундай ҳолатларда торакотомия қўлланилади. Тўғри ташхис қўйишда бронхоскопия ҳал килувчи ролни ўйнайди ва ёт жисм борлигига озгина гумон қилинса ҳам уни амалга ошириш керак.

Жаррохликдан кейинги давр. Жаррохликдан сўнг барча болаларга кенг спектрли антибиотиклар буюрилади (3–4 авлод цефоласпоринлар 100–150 мг\кг). Жарроҳликдан кейинги даврда, гемодинамик гомеостаз кўрсаткичларини яхшилаш учун узоқ вакт давомида ўпка сунъий вентиляцияси (ЎСВ) амалга оширилади. Даволаш қийинчиликлари ўпка тўкимасини етарлича ривожланмаганлиги билан боғлик ва бу холат оғир пневмониялар таъсирида мураккаблашади.

12. Шифохонадан чикишдаги тавсиялар. Яшаш манзили бўйича болалар жарроҳи томонидан кузатув остида бўлиш.

БУЙРАК ТОШИ КАСАЛЛИГИ

1. Буйрак тоши

2. КХТ Шифри-10:N20.0

3. Таъриф. Буйрак тош касаллиги (уролитиаз) – жуда кенг таркалган касалликдир. Буйрак тош касаллигининг сабаблари турлича, бошқача айтганда, ушбу касалликни полиэтиологик деб ҳисоблаш мумкин.

4. Патогенез. Тубулопатия фонида буйрак тошларини шакллантиришга ёрдам берадиган кўплаб омиллар бўлиб, уларни экзоген ва эндогенга бўлиш мумкин ва охиргиси умумий (бутун организмга хос) ва маҳаллийга (тўғридан-тўғри буйраклардаги ўзгаришлар билан боғлиқ) бўлиниши мумкин. Иқлим ва геокимёвий шароитлар, овқатланиш одатлари ва бошқалар экзоген патогенетик омиллар билан боғлиқ. Маҳаллий эндоген омиллар – буйрак ва сийдик йўлларининг нормал ҳолатини ўзгариши, биринчи навбатда, сийдикни туриб қолишига, секрецияни бузилиши ва унинг таркибий кисмларининг реабсорбцияси, сийдик йўли инфекциясини ривожланишига олиб келувчи омиллардир.

5. Классификация. КХТ. 1. Буйрак тоши: а) Бир тарафлама буйрак тоши, б) икки тарафлама буйрак тоши. 2. КХТ. Буйрак тошлари: а) бир тарафлама бир неча буйрак тошлари б) иккала буйракда бир неча тошлар.

6. Симптоматика – буйрак тоши касаллигининг энг характерли аломатларидан бири бел соҳасидаги оғриклар ҳисобланади, айникса хуруж тутиши (буйрак санчиши), гематурия, пиурия, дизурия, тошларнинг мустакил ажралиши, буйрак санчиши кузатилади.

7. Дифференциал диагноз:

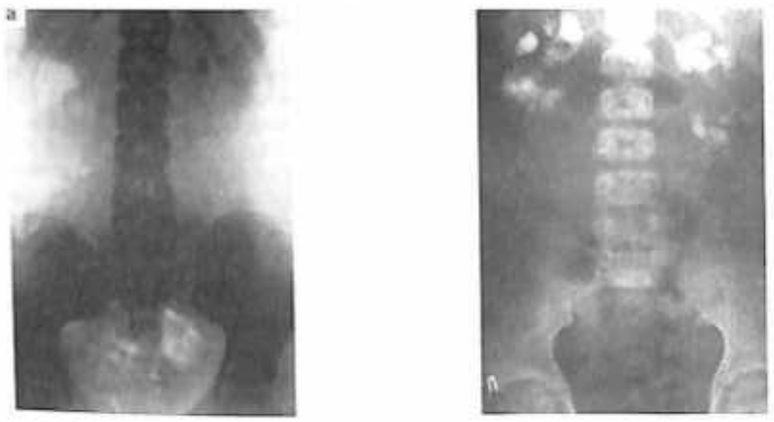
– Ўткир аппендицит;
– Ўткир холецистит;
– Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак тешилган яраси;
– ингичка ичак тутилиши;
– ўткир панкреатит.

8. Текширув Протоколи.

А) Инструментал усуллар: Мажбурий: сийдик йўлларининг обзорли рентгенографияси, экскретор урография, буйракларни ультратовуш текшируви.

Қўшимча: Контрастлаш билан сийдик йўлларини МСКТ.

Б) Лаборатор усуллар: кон, сийдик умумий таҳлили, сийдик бакэкмаси, Ничепоренко, Аддис-Каковский бўйича сийдик таҳлили, кон гуруҳи, резус факторни аниклаш. (мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, умумий оқсил ва фракциялар, билирубин), кон гуруҳи ва резус-фактор, коагулограмма.



14.54. расм.

Ташхис ва шифохонага ётқизиш учун мезонлар. Анамнезни йиғиш. Клиник (бел соҳасида оғриқлар, айниқса хуруж тутиши, гематурия, пиурия, дизурия, тошларнинг мустақил ажралиши, буйрак санчиши).

10. Даволаш. Консерватив,жаррохлик ёрдамида.

Иккала буйрак паренхимасида 5 мм дан кичикроқ бир нечта тошлар мавжуд бўлса, ўткир бўлмаган инфекции бўлган тақдирда ҳам, кон-серватив даволаш ўтказилиши зарур.

А) Жаррохликдан олдинги тайёргарлик.

- **Анестезия тури.** Интубацион.

Жаррохлик аралашуви усулларини танлаш. Иккала буйракда ҳам тошлар мавжуд бўлса, жаррохликни дастлаб анатомик ва функционал жиҳатдан камроқ шикастланган буйракда ўтказиш керак. Агар жаррохлик муваффакиятли ўтказилса, бу кейинчалик иккинчи буйракни ҳам даволашга имкон беради, жумладан нефрэктомия ўтказишга ҳам. Агар тош фақат бир буйракда аникланса, анурия ривожланиш ҳавфи бўлганлиги сабабли жаррохлик операцияси ўтказишга қатъий кўрсатма бўлади; шу билан бирга жаррохлик аралашувчи камроқ шикаст етказиладиган тарзда ўтказилиши керак.

- **Операциядан кейинги даврда** диурезни кучайтириш бўйича чоралар кўрилади, айниқса, глюкозани юкори миқдорда томир ичига юборилади. Кераклн парҳез ва кўп суюклик ичиш буюрилади. Жаррохликдан сўнг барча болаларга кенг спектрли антибиотиклар (3-4 авлод цефалоспоринлар ҳар бири 100–150 мг / кг), уроантисептиклар - 50 мг фурамаг, нитроксилин 0,05 канефрон Н, инфузион терапия – глюкоза 5–10%, физ эритма 0,9%, поливитаминлар ёшга қараб дозаланади.

11. Шифохонадан чиқишдаги тавсиялар. Яшаш манзили бўйича болалар жаррохи томонидан назоратда бўлиш. Антибиотиклар буюрилади, жумладан, 1 ой давомида уроантисептиклар, сийдик ҳайдовчи ўтлар. 1 ойдан сўнг такрорий кўрик амалга оширилади. 1 йил давомида жисмоний машғулотлардан озод қилинади.

1. СИЙДИК ЙЎЛИ ТОШИ

2. КХТ Шифри-10N-20

3. Таъриф. Буйрак тоши касаллиги (уролитиаз) – жуда кенг тарқалган касалликдир. Буйрак тоши касаллигининг сабаблари турлича, бошқача айтганда, ушбу касалликни полиэтиологик деб ҳисоблаш мумкин. Сийдик йўли тоши, одатда келиб чикиши иккиламчи бўлиб, улар буйракдан тушадилар.

4. Патогенез. Тубулопатия фонида буйрак тошларини шакллантиришга ёрдам берадиган кўплаб омиллар бўлиб, уларни экзоген ва эндогенга бўлиш мумкин ва охиргиси умумий (бутун организмга хос) ва маҳаллийга (тўғридан-тўғри буйраклардаги ўзгаришлар билан боғлиқ) бўлиниши мумкин. Иклим ва геокимёвий шароитлар, овқатланиш одатлари ва бошқалар экзоген патогенетик омиллар билан боғлиқ.

Маҳаллий эндоген омиллар – буйрак ва сийдик йўлларининг нормал ҳолатини ўзгариши, биринчи навбатда, сийдикни туриб қолишига, секрецияни бузилиши ва унинг таркибий қисмларининг реабсорбцияси, сийдик йўли инфекциясини ривожланишига олиб келувчи омиллардир.

5. Классификация. КХТ. Сийдик йўли тоши:

1) Бир тарафлама сийдик йўли тоши (битта, бир нечта тошлар).

2) Икки ёклама сийдик йўли тоши.

3) Сийдик йўли тоши(ёпишқоқ,силлиқ).

6. Симптоматика – буйрак тоши касаллигининг энг характерли аломатларидан бири бел соҳасидаги оғриклар ҳисобланади, айниқса, хуруж тутиши (буйрак санчиши), гематурия, пиурия, дизурия, тошларнинг мустақил ажралиши. Ўткир ҳолатларда, сийдик йўлининг ёпилиб қолишида ўзига хос буйрак санчиши кузатилади. Тез-тез сийдик йўли соҳасида, қорнини муайян ярим қисмидаўткир оғриклар кузатилади.

7. Дифференциал диагноз:

– ўткир аппендицит;

– Ўткир холецистит;

– ўткир ичак тутилиши.

8. Текширув Протоколи.

А) Инструментал усуллар.



14.55. расм. Экскретор урография: *а* – буйрак йўли икки ёклама тошлари; *б* – иккала буйрак йўли икки ёклама тошлари; *в* – буйрак йўли ўнг тарафдаги в/3 тош.

Мажбурий: сийдик йўлларининг обзорли рентгенографияси, экскретор урография, буйракларни ультратовуш текшируви.

Қўшимча: Контрастлаш билан сийдик йўлларини МСКТ.

Б) Лаборатория усуллари: қон, сийдик умумий тахлили, сийдик бакпосеви, Ничепоренко, Аддис-Каковский бўйича сийдик тахлили, қон гуруҳи, резус факторни аниқлаш. (мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, умумий оқсил ва фракциялар, билирубин), қон гуруҳи ва резус-фактор, коагулограмма.

9. Ташҳис ва касалхонага ётқизиш мезонлари. Анамнезни йиғиш. Клиник (бел соҳасида оғриқлар, айниқса хуружли, гематурия, пиурия, дизурия, тошларнинг мустақил тушиши, буйракда оғрик). Рентгенологик – сийдик йўлининг обзорли рентгенографияси (сийдик йўли проекциясида тошнинг сояси). Экскретор урография (буйракларнинг анатомик ҳолатини кўрсатади, сийдик йўлида тошни локализациясини ўрнатишга имкон беради) фақат тош сийдик оқишини бузган ҳолларда, калькулезли уретеро гидронефроз юзага келади.

10. Даволаш. Консерватив, жарроҳлик ёрдамида. Кичик тошлар бўлганда (0,5–0,6 см гача) даволаш консерватив, бошқа ҳолларда жарроҳлик ёрдамида – уретеролитотомия.

11. Иккала буйрак паренхимасида бир нечта кичик тошлар бўлганда, ҳатто енгил инфекцияланган ҳолатда ҳам, даволаш консерватив ҳисобланади.

А) операциядан олдинги тайёргарлик.

• **Анестезия тури.** Интубацион.

Жарроҳлик аралашуви усулини танлаш. Консерватив аралашув кўзланган натижани бермаган ҳолатларда, уретеротомияни қўллаш керак. Юқори ва пастки уретеротомияни ажратиб кўрсатиш керак.

• Операциядан кейинги даврда диурезни кучайтириш бўйича чоралар кўрилади, айниқса, глюкозани юқори миқдорда томир ичига юборилади. Керакли парҳез ва кўп суюқлик ичиш буюрилади. Жарроҳликдан сўнг барча болаларга кенг спектрли антибиотиклар (3–4 авлод цефалоспоринлар ҳар бири 100–150 мг / кг), уроантисептиклар – 50 мг фурамаг, нитроксилин 0,05 канефрон Н, инфузион терапия – глюкоза 5–10%, физэритма 0,9%, поливинаминлар ёшга қараб дозаланади.

12. Шифохонадан чиқишдаги тавсиялар. Яшаш манзили бўйича 2 йил давомида болалар жарроҳи назорати остида бўлиш. Қуйидаги антибиотиклар, уроантисептиклар, сийдик ҳайдовчи ўтлар 1 ой давомида буюрилади. 1 ойдан кейин такрорий текшириш. Жисмоний машғулотлардан 1 йил давомида озод қилиш.

1. ҚОВУҚ ТОШИ

2. КХТ 10 N-21 коди

3. Таъриф. Қовуқ тошлари буйрак тошларидан кўра тез-тез учрайди.

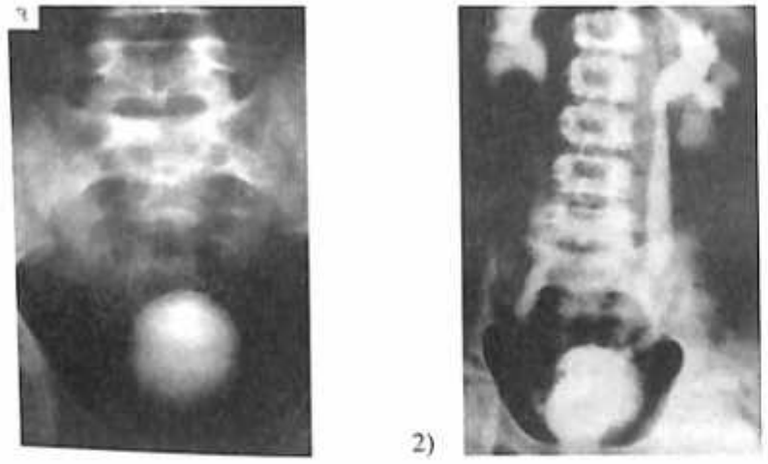
4. Патогенез. Тубулопатия фонида буйрак тошларини шакллантиришга ёрдам берадиган кўплаб омиллар бўлиб, уларни экзоген ва эндогенга бўлиш мумкин ва охиргиси умумий (бутун организмга хос) ва маҳаллийга (тўғридан-тўғри буйраклардаги ўзгаришлар билан боғлиқ) бўлиниши мумкин. Иқлим ва геокимёвий шароитлар, овқатланиш одатлари ва бошқалар экзоген патогенетик омиллар билан боғлиқ. Маҳаллий эндоген омиллар – буйрак ва сийдик йўлларининг нормал ҳолатини ўзгариши, биринчи навбатда, сийдикни туриб қолишига, секрецияни бузилиши ва унинг таркибий қисмларининг реабсорбцияси, сийдик йўли инфекциясини ривожланишига олиб келувчи омиллардир. Кўп ҳолларда сийдик тошлари асосан буйракда пайдо бўлади. Кам фоизли ҳолларда тошлар бирламчи тарзда қовуқда ривожланади.

5. Таснифлаш. КХТ. Қовуқ тоши.

1) Қовуқ тоши (битта, кўп).

6. Симптоматика – қовуқ тошларининг энг характерли аломати аввалам бор сийиш пайтида оғриқ орқали намоён бўлади. Оғриқ, боланинг ҳаракатига боғлиқ бўлиб, оғриқ жинсий аъзо бошчасига ва кам ҳолларда оралиғига тарқалади.

7. Дифференциал диагноз. Ўткир цистит, ўткир уретрит.



1) 2)

14.56. расм. Обзорли урограмма: 1) сийдик пуфаги тоши; 2) экскретор урограмма. Сийдик пуфаги тоши ва ўнгдаги уретерогидронефроз.

8. Текширув Протоколи.

А) Инструментал усуллар. Мажбурий: сийдик йўлларининг рентгенографиясини, цистографияни, м/п ультратовуш текшируви.

Қўшимча: сийдик йўлларининг МККТ.

Б) Лаборатория усуллари. Мажбурий: қон, сийдик умумий таҳлили, сийдик бакпосеви, Ничепоренко, Аддис-Каковский бўйича сийдик таҳлили, қон гуруҳи, резус факторни аниқлаш.

Қўшимча: биокимёвий қон тести (мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, умумий оқсил ва фракциялар, билирубин), коагулограмма, Реберг-Тареев пробаси, Зимницкий бўйича сийдик таҳлили.

9. Ташхис қўйиш ва касалхонага ётқизиш учун мезонлар. Анамнезни йиғиш. Клиник (энг ўзига хос симптом пуфакли тошлар сийиш пайтида юзага келадиган оғриқда кузатилади. Оғрик бола ҳаракатланиши билан боғлик, жинсий аъзо бошчасига таркалади, камдан-кам ҳолатда оралиғга таркалади). Рентгенологик – сийдик йўлларининг обзорли рентгенографияси (уретра проекциясида тошдан тушаётган соя кузатилади), экскретор урография (сийдик йўлининг анатомик ҳолати).

10. Даволаш. Консерватив, жарроҳлик. Майда тошлар мавжудлигида жарроҳлик цистолитотомияси.

11. А) Жарроҳликдан олдинги тайёргарлик. Махсус жарроҳликдан олдинги тайёргарлик шарт эмас.

• **анестезия тури**. Томир ичига, умумий.

Жарроҳлик аралашуви усулини танлаш. Анъанавий цистолитотомия, везикоэндопункцион цистолитотомия.

Жарроҳликдан кейинги даврда барча болалар учун кенг спектрли антибиотиклар (3–4 авлод цефалоспоринлар ҳар бири 100:150 мг/кг), уроантисептиклар – 50 мг фурамаг, 0,05 нитроксолин, Н. канефрон.

12. Шифохонадан чиқишдаги тавсиялар. Яшаш манзили бўйича болалар жарроҳи томонидан назорат. 1 ойдан кейин такрорий текшириш. 6 ой давомида жисмоний фаолиятдан озод қилиш.

1. УРЕТРА ТОШИ

2. Касалликлар Халқаро Таснифи (КХТ) шифри 10-N-21

3. Таъриф. Сийдик йўли тошлари кўпинча болаларда учрайди. Фақат ўғил болаларда кузатилган, бу эркаклар сийдик каналининг анатомик хусусиятлари билан боғлиқ.

4. Патогенез. Кўпчилик ҳолларда биз пастга тушиб, уретра оралиғида тутилиб буйракларда ҳосил бўлган тошларни кузатамиз.

5. Классификация. КХТ. Уретра Тоши.

6. Симптоматика – энг характерли аломатлар – кучли оғриқ ва сийдикни ушлаб туришдир, кейинчалик у тош ёнидан томчилаб туша бошлайди. Оғрик кўпинча жинсий аъзо оралиғига ва бошчасига тарқалади.

7. Текшириш Протоколи.

А) инструментал усуллар:

Мажбурий: сийдик йўлларининг обзорли рентгенографияси, ультратовуш текширувида сийдик копини текшириш.

Қўшимча: катетеризация.

Б) лаборатория усуллари:

Мажбурий: Қон, сийдик умумий таҳлили, кон гуруҳини ва резус факторни аниқлаш.

8. Ташхис қўйиш ва касалхонага ётқизиш мезонлари. Анамнезни йиғиш. Клиник (энг ўзига хос белгили ўткир оғриқлар ва сийдикни ушлаб туришдир, кейинчалик у тош ёнидан томчилаб ажралиб чикади. Оғрик кўпинча жинсий аъзо оралиғига ва бошчасига таркалади). Сийдик йўлларининг обзорли рентгенографияси (уретра проекциясида тошдан тушаётган соя кузатилади).



14.57. расм. Обзорли урограмма. Уретра тоши.

9. Дифференциал диагноз. Ўткир цистит, ўткир уретрит.

Текширув протоколи.

А) Инструментал усуллар: мажбурий: сийдик йўлларининг обзорли рентгенографияси, м / п ультратовуш текшируви; қўшимча: катетеризация.

Б) Лаборатория усуллари: Мажбурий: умумий қон, сийдик таҳлили, қон гуруҳини ва резус факторни аниқлаш.

10. Даволаш. Консерватив, жаррохлик. Тошни сийдик пуфаги ичига гидравлик усулда итариб киргизиш ва цистолитотомия.

11. А) Жаррохликдан олдинги тайёргарлик. Махсус жаррохликдан олдинги тайёргарлик шарт эмас.

• **анестезия тури.** Томир ичига, умумий.

Жаррохлик аралашуви усулини танлаш. Анъанавий цистолитотомия, везикоэндопункцион цистолитотомия.

Жаррохликдан кейинги даврда барча болалар учун кенг спектрли антибиотиклар (3–4 авлод цефалоспоринлар ҳар бири 100: 150 мг / кг), уроантисептиклар – 50 мг фурамаг, 0,05 нитроксолин, Н. канефрон.

12. Шифохонадан чиқишдаги тавсиялар. Яшаш манзили бўйича болалар жарроҳи томонидан назорат. 1 ойдан кейин такрорий текшириш. 6 ой давомида жисмоний фаолиятдан озод қилиш.

XV БЎЛИМ

ПЕДИАТРИЯ

НОЗОЛОГИЯЛАР РЎЙХАТИ:

1. Пневмония
2. Бронхит
3. Обструктив бронхит
4. Бронхиолит
5. Бронхиал астма
6. Ўткир респиратор инфекциялар
7. Неревматик кардит
8. Ўткир пиелонефрит
9. Ўткир диффузли гломерулонефрит
10. Гипертермик синдром
11. Талвасалар
12. Пароксизмал тахикардия
13. Анафилактик шок
14. Лайелла синдроми
15. Эшак еми
16. Квинке шиши
17. Инфекцион-токсик шок (ИТШ)
18. Гемолитик-уремик синдром (ГУС)
19. Диссеминирланган томир ичи қон ивиши (ДТҚИ)
20. Рея синдроми

ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ:

1. МАТ – марказий асаб тизими
2. ЎРВИ – ўткир респиратор вирусли инфекция
3. ЎРИ – ўткир респиратор инфекция
4. ЭКГ – электрокардиограмма
5. ЭЭГ – электроэнцефалограмма
6. ЭхоЭГ – эхоэнцефалограмма
7. КТ – компьютерли томограмма
8. ЮҚЧ – юрак қисқаришлари частотаси
9. БОС – бронхообструктив синдром
10. ОБ – обструктив бронхит
11. НЕ – нафас етишмовчилиги
12. БА – бронхиал астма
13. АБ – артериал босим
14. УТТ – ультратовуш текшируви
15. НСГ – нейросонография
16. ГН – гломерулонефрит
17. ГУС – гемолитико-уремик синдром
18. ЎБЕ – ўткир буйрак етишмовчилиги
19. ХБЕ – сурункали буйрак етишмовчилиги
20. ТЭ – тизимли эритематоз
21. НЧ – нафас частотаси
22. МРТ – магнитно-резонансли томография
23. МВБ – марказий-веноз босим
24. ОИТВ – одам иммун танкислиги вируси
25. ИТШ – инфекционно-токсическ шок
26. ЛПС – липополисахарид
27. ДТҚИ – диссеминирланган томир ичи кон ивиши
28. КАҲ – кислотно-асос холати
29. ЭЧТ – эритроцитлар чўкиш тезлиги
30. ЎАСБ – ўпка артерияси сикилиш босими
31. КАЕС – кўп аъзоли етишмовчилик синдроми
32. НЯҚВ – ностероид яллиғланишга карши воситалар

ПНЕВМОНИЯ

Шифр: КХТ - J18

ТАЪРИФИ. Пневмония – нафас тизимининг респиратор кисмида ривожланувчи ўткир инфекцион жараён бўлиб, ўпка тўкимасининг инфильтратив яллиғланиши ва альвеолаларнинг экссудат билан тўлиши ҳамда клиник жиҳатдан организмнинг умумий инфекцияга карши реакцияси (иситма, интоксикация аломатлари), йўтал, нафас олиш етишмовчилиги белгилари (ҳансираш, нафас олиш актида ёрдамчи мушаклар иштироки), локал физикал симптомлар ва рентгенограммада инфильтратив ўзгаришлар билан намоён бўлади.

ПАТОГЕНЕЗ. Ўпкага инфекциянинг асосий кириш йўли нафас олиш бўлимларида нафас олиш йўллари бўйлаб инфекциянинг бронхоген тарқалиши ҳисобланади. Ўпкага инфекциянинг гематоген йўл билан кириши истисно қилинади. У септик (метастатик) ва бачадон ичи пневмонияси кўринишида учрайди. Бактериялар одатда бронхларга юқори нафас йўлларидан шилликлар келиб тушганда пневмонияни чақиради, бу шилликлар микробларни бронхиал секрециянинг бактериостатик ва бактерицид таъсиридан ҳимоя қилади ва уларнинг кўпайишига ёрдам беради.

ТАСНИФЛАШ (Шабалов Н.П., 1995 й.):

Морфологик шакли	Инфекция-ланиш шартлари	Кечиши	Асоратлари	
			Ўпкадаги	Ўпкадан ташқарида
Ўчокли	Шифо-хонадан ташкарида	Ўткир	Синпневмоник плеврит	Инфекцион-токсик шок ДТҚИ-синдроми
Сегментаря	Шифохона ичида (нозокомиал)	Узоққа чўзи-лувчан	Метапневмоник плеврит	
Ўчокли-аралаш	Перинатал инфекция юқтиришида		Ўпка деструкцияси	Юрак-кон томири етишмовчилиги
Крупоз Интерсти-циал	Иммун танкислиги мавжуд бе-морларда		Ўпка абсцесси Пневмоторакс Пиопневмоторакс	Катта типдаги респиратор дис-тресс-синдром

КЛИНИК КЎРИНИШИ:

ШИКОЯТЛАР – тана ҳарорати кўтарилиши, йўтал, ҳансираш, безовталик, ҳолсизлик, ланжлик.

АНАМНЕЗ – касалликнинг ўткир бошланиши; совуқ қотиш; ноқулай преморбид фон; бемор билан алоқада бўлиш.

Болаларда пневмония клиник жиҳатдан «ўпка» (респиратор) шикоятлар, интоксикация белгилари, НЕ белгилар, локал физикал ўзгаришлар билан намоён бўлади. «Ўпка» шикоятлари юқори нафас йўлларида ўзгаришлар сўниши билан кучайиб боради, ёки нам йўтал, ҳансираш, баъзан биқинда оғриқ пайдо бўлади. Ҳансираш физик зўриқишда пайдо бўлади, лекин тинч ҳолатда ҳам бўлиши мумкин. Плеврада шиллиқ қаватларнинг нормал ранги фонида, тери ранги бирмунча рангпар, баъзан перорал цианоз, нафас олиш жараёнида ёрдамчи мушаклар иштироки: бурун қанотлари кенгайган, ўмров ости чуқурчаси, қовурғалараро мушаклар тортилиши. Ўпкада локал физикал ўзгаришлар аниқланган: зарарланган ўчоқ устида перкутор товуш тўмтоқлашуви, шу соҳада сусайган нафас ёки дағал нафас, крепитация ва жарангдор доимий майда пуфакчали нам хириллаш. Пневмония учун турғун локал симптоматика характерли хусусиятлардан биридир.

ДИАГНОСТИКАСИ. ТЕКШИРУВ ПРОТОКОЛИ.

Интоксикация, нафас етишмовчилиги (ҳансираш), ўпкадаги локал физикал ўзгаришлар (перкутор ўпка товуши тўмтоқлашуви, аускультатив сусайиш, нафас доимий майда пуфакчали нам хириллаш; рентгенологик – ўпка тўқимасида ўчокли сегментар бўлакли ўзгаришлар.

Лаборатория текширувлари:

Гемограмма, уррограмма, копрограмма

Бактериологик текширув (кўрсаткичлар бўйича)

Функционал текширув:

Кўкрак кафасининг R-графияси

ЭКГ (кўрсаткичлар бўйича)

Плевра бўшлиғини УТТ (кўрсаткичлар бўйича)

Бронхоскопия* (кўрсаткичлар бўйича).

Мутахассислар маслахати: (кўрсаткичлар бўйича) фтизиатр

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС:

1) Бронхит,
2) Бронхиолит.

ДАВОЛАШ.

1. Нам кислород билан оксигенотерапия.
2. Бронхолитик билан ингаляция (сальбутамол, фенспирин гидрохлорид).

Антибиотикотерапия

I авлод цефалоспоринлари: цефазолин 50–100 мг/кг мушак ичига, вена ичига.

II авлод цефалоспоринлари: цефуроксим 50–100 мг/кг мушак ичига, вена ичига.

III авлод цефалоспоринлари: цефтриаксон, цефатаксим, цефтазидим, цефаперазон + сульбактам 30–100 мг/кг/суткасига, мушак ичига, вена ичига.

IV авлод цефалоспоринлари: цефепим 50 мг/кг/суткасига, мушак ичига, вена ичига.

Гликопептидлар:

ванкомицин 40–60 мг/кг суткасига вена ичига томчилатиб секинлик билан.

Аминогликозидлар: амикацин 15–20 мг/кг/суткасига, мушак ичига, вена ичига.

Пневмоцист пневмонияда – котримоксазол 20 мг/кг/суткасига 2–3 ҳафта;

Замбуруғлида – замбуруғга қарши препаратлар (флуконазол 6 мг/кг/суткасига);

Герпеслида – ацикловир 10 мг/кг;

Нозокомиал пневмонияда:

– III авлод цефалоспоринлари синегнойнга қарши таъсири билан (цефтазидим, цефоперазон+сульбактам) + II–III авлод аминогликозидлари;

– IV авлод цефалоспоринлар (цефепим) монотерапияда ёки комбинацияда + II–III авлод аминогликозидлари;

– ***карбопенемлар*** (имипенем (тиенам), меропенем 20–40 мг/кг/суткасига вена ичига, мушак ичига);

– ***гликопептидлар (ванкомицин) + II–III авлод аминогликозидлари***

– ***фторхинолонлар ҳаётий кўрсатмалар бўйича*** (ципрофлосацин, левофлоксацин 10 мг/кг суткасига вена ичига томчилатиб).

Балғам кўчирувчи воситалар муколитиклар- амброксол – табл 30 мг, эритма 7,5 мг/мл, м/и- эритма 7,5 мг/мл, 15 мг/2мл, сироп – 3 мг/мл, 15мг/5мл, 30 мг/5мл.; бронхолитиклар – фенспирид гидрохлорид сироп 2 мг/мл.

Антигистамин препаратлар: хлоропирамин – инъекция 2%, табл. 25 мг; цетиризин – 5 мг, 10 мг табл.

Гипертермияда – иситма туширувчи препаратлар (парацетамол 10 мг/кг, ибупрофен 10 мг/кг).

ШИФОХОНАДАН ЧИҚИШДА ТАВСИЯЛАР.

Амбулатория назорати остида.

Изох: * – филиал шароитларида ва Республика марказида бажарилади

БРОНХИТ

Шифри: КХТ - J20

ТАЪРИФИ. Бронхит – Бронхларнинг турли этиологияли яллиғланиш касаллиги.

ПАТОГЕНЕЗ – нафас олиш йўллари эпителияси тропизмга эга вируслар, кўпайиб, унга зарар етказадилар, бронхлар деворларининг тўсиқ хусу-

сиятларини емирадилар ва яллиғланиш жараёни ривожланиши учун шароит яратадилар.

ТАСНИФЛАШ (Александрова В.А., Рябчук Ф.Н., 2004 й):

Патогенез бўйича	Этиология бўйича	Зарарлаш даражаси бўйича	Клиник кўриниши	Кечиши
Бошланғич Иккиламчи	Вирусли Бактериал Аралаш Юқумли бўлмаган Сабаби аникланмаган	Ларинго-трахеяли бронхит Трахео-бронхит	Оддий бронхит Обструктив бронхит	Ўткир (2 ҳафта) Узокка чўзиладиган (1 ойгача) Рецидив (қайта қўзғалувчи)

КЛИНИК КЎРИНИШИ:

Шикоятлар – ҳарорат кўтарилиши, йўтал, баъзан қуруқ ва оғриқли йўтал, бош оғриғи, бемадорлик, томоқ қичиши, хириллаган овоз.

Анамнез – касалликнинг ўткир бошланиши 24 соатдан ошиқ; бемор билан мулоқот.

Ўткир бронхит клиникаси этиологияга боғлик. Одатда ҳарорат кўтарилиши, бош оғриғи, ҳолсизлик, ринит, фарингит (йўтал, томоқ қичиши), баъзан ларингит (хириллашли овоз), трахеит (қичиш ва кўкракда оғриқ, куруқ, оғрикли йўтал), конъюнктивит кўриниш белгиларининг пайдо бўлиши. Ўткир бронхитнинг асосий аломати йўтал, аввал куруқ, кейинчалик (касалликнинг 4-8 кунида) юмшоқ, намли йўтал ҳосил бўлади. Баъзан болалар кўкрак қафасининг пастки қисмида ноқулайлик ёки ҳатто йўтал пайтида кучаювчи оғриклар ҳақида шикоят киладилар. Йўталда кўкрак суягидаги оғриклар трахеобронхит билан кечади.

Аускултатив маълумотлар ўзгарувчан: куруқ, кейинчалик нафас олиш ва чиқариш бошидаги нам ўртача пуфакчали хириллашлар, қаттиқ нафас олиш кузатилади. Кўпинча хириллашлар тарқалган, симметрик, йўталдан кейин камдан-кам камаяди ёки йўқ бўлиб кетади. Перкутор тарзда аниқ ўпка товуши эшитилади, одатда кутисимон оҳанг билан. Ўткир бронхитда ЎНЕ кўпинча мавжуд бўлмайди. Ёки у енгил даражада кузатилади (1 даража). Одатда, касалликнинг биринчи ҳафтаси охирида йўтал намланади ва тана ҳарорати тушади.

ДИАГНОСТИКАСИ. ТЕКШИРИШ ПРОТОКОЛИ. Ташхис мезони бўлиб йўтал, диффуз куруқ ва турли ҳажмдаги хўл хириллашлар ҳисобланади.

Лаборатория текширувлари:

Гемограмма, уринограмма, копрограмма

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС:

пневмония,

бронхолит

ДАВОЛАШ.

– Балғам кўчирувчи препаратлар (амброксол-табл 30мг, эритма 7,5 мг/мл, вена ичига – эритма 7,5мг/мл, 15 мг/2мл, сироп – 3мг/мл, 15мг/5мл, 30мг/5мл.); бронхолитиклар- фенспирид гидрохлорид сироп 2мг/мл.

– Антигистамин препаратлар: хлоропирамин инъекцияси 2%, табл 25мг; цетиризин – 5мг,10мг табл.

– Гипертермияда – иситма туширувчи воситалар (парацетамол 10 мг/кг, ибупрофен 10мг/кг).

Этиотроп терапия:

– вирусли этиологияда вирусга қарши препаратлар:

ацикловир 10 мг/кг/суткасига

– бактериал этиологияда антибактериал препаратлар:

Ичишга: 1. Азитромицин 10 мг/кг 1 марта суткада курс 3 кун;

2. Амоксициллин клавулонат-табл 500+125мг; ичга-суспензия 312,5мг/5мл;

3. Амоксициллин капс 250 мг; суспензия учун кукун 250мг/5 мл;

4. Цефуроксим табл 250мг, 500мг

Инъекция йўли билан:

1. Ампициллин вена ичига ёки мушак ичига 50–100 мг/кг/суткасига.

2. Цефазолин вена ичига ёки мушак ичига 100 мг/кг/суткасига – Постурал дренаж билан вибрацияли массаж – продуктив йўталда.

ОБСТРУКТИВ БРОНХИТ

Шифри: КХТ - J21

ТАЪРИФИ. ОБ – бронхиал обструкция синдроми ва экспиратор нафас қисилиши билан билан кечувчи ўткир бронхит. Бронхообструктив синдром (БОС) – жуда кенг доирадаги ўткир ва сурункали касалликларда бронхиал ўтказувчанликнинг бузилишини тавсифловчи патофизиологик тушунча. ОБ га мувофик равишда, бронхиал ўтказувчанликнинг бузилишида асосий этиологик омил – инфекциялар, ҳаттоки ҳар доим ҳам, клиник кўринишига қараб ОБ нинг аллергик генезини фарқлаш мумкин эмас.

ПАТОГЕНЕЗ ЖССТ экспертлари қўмитаси нафас йўллари обструкциясига нафас йўллари торайиши ёки окклюзияси сифатида қарашади; бу тешикда материал йиғилиб қолиши, деворнинг йўғонлашуви, бронхиал му-

шаклар қисқариши, ўпка ретракция кучи камайиши, алвеоляр тўқиманинг тўғри келмайдиган йўқолиши ва (ёки) нафас йўллари компрессиясининг бузилиши билан белгиланади. Болаларда, айниқса эрта ёшдагиларда, ОБ да нафас йўллари торайиши шиллиқ қаватнинг шишиши ва бронхлар оралиғига секреция ажралиб чиқиши билан боғлиқ.

Бронхлар шиллиқ қавати шишиши ва шилимшиқ гиперсекрецияси яллиғланиш асорати сифатида ОБ даги бронхиал ўтказувчанлик бузилишининг етакчи механизмлари ҳисобланади, бироқ улар бронхиал обструкция синдроми генезининг ҳамма мумкин бўлган вариантларини қўлламаганлар. Бронхлар ўтказувчанлигини ёмонлашуви, бундан ташқари, мукоцилиар клиренсни (мукоцилиар етишмовчилик) бузилиши билан боғлиқ бўлиши мумкин, ва бу ерда – нафас йўлларидаги шилимшиқни чиқариб ташлашнинг бузилиши; дискриния (нафас йўллари шилимшик хусусиятларининг бузилиши); маҳаллий ва секретор иммунитет нуқсонлари; макрофагал тизимлар нуқсонлари; бронхлар гиперфаоллиги, қачонки соғлом одамларда бундай таъсирларга реакция ривожланмайди; мушак тўқимаси гипертрофияси; шиллиқ қават гиперплазияси ва метаплазияси.

КЛИНИК КЎРИНИШИ:

Шикоятлар – ҳарорат кўтарилиши, йўтал, баъзан қуруқ ёки самарасиз йўтал, бош оғриғи, ҳолсизлик, нафас қисилиши, қийинчилик билан нафас олиш.

Анамнез – касалликнинг ўткир бошланиши.

Клиник кўриниши касаллик бошида респиратор вирусли инфекция симптомлари билан белгиланади – тана ҳарорати кўтарилиши, юқори нафас йўллари катарал ўзгаришлари, бола умумий ҳолатининг бузилиши. Астасекин нафас олиш частотаси ва нафас чиқариш давомийлиги ошади. Нафас олиш шовқинли ва ҳуштакли бўлиб, бу шу билан боғлиқки, гиперсекреция ўсиши билан ва иситма ва нафас олиш қисилиши туфайли бронхлар оралиғида секреция йиғилади, ва секрециянинг ёпишқоқлик хусусиятлари ўзгаради – у «қурийди», бу эса бизиллайдиган (паст) ва ҳуштакли (юқори) қуруқ хириллашларга олиб келади. Хириллашлар узоқ масофадан эшитилиши мумкин. Агар бронхлар обструкцияси генезида етакчи ролни спастик компонент ўйнаса, унда ўпка аускультатив маълумотлари одатда турлича ва кун бўйи ўзгарувчан бўлади. Нафас олиш қисилиши кучайиши билан, қўшимча мускулларнинг нафас олишда иштироки кўпроқ бўла бошлайди – ковурға оралиғи ва ўмров усти чуқурчалари, эпигастриянинг тортилиши, бурун қанотларининг керилиши. Кўпинча периорал цианоз, тери қатламларининг туссизлиги аникланади, бола безовта бўлади, қўлларига таянган ҳолда ўтирган ҳолатда бўлишга уринади.

ДИАГНОСТИКАСИ. ТЕКШИРУВ ПРОТОКОЛИ.

Йўтал, масофадан эшитиладиган хириллашлар, аускультатив-диффузли ғувиллаган қуруқ ва турли ҳажмдаги нам хириллашлар, ўпка товушининг перкутор-кутисимон тури.

Лаборатория текширувлари:

Гемограмма, уринограмма, копрограмма

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС:

1) пневмония,

2) бронхиолит.

ДАВОЛАШ.

– намланган кислород билан оксигенотерапия;

– β2-қисқа таъсирли агонистлар (сальбутамол). БОС оғир кечишида 3-каррали ингаляция ўтказилади β2-қисқа таъсирли агонистлар билан 1 соат ичида 20 дақиқалик интервал билан;

– Нейбулазер ингаляциялар.

– Антигистамин препаратлари: хлоропирамин инъекциялари – 2%, табл. 25 мг; цетиризин – 5 мг, 10 мг табл.

– Гипертермияда – иситма туширувчи воситалар (парацетамол 10 мг/кг, ибупрофен 10мг/кг).

Этиотроп терапия:

– вирусли этиологияда вирусга қарши препаратлар:
ацикловир 10 мг/кг/суткасига

– бактериал этиологияда антибактериал препаратлар:
Ичишга: 1. Азитромицин 10 мг/кг 1 марта суткада курс 3 кун;
2. Амоксациллин клавулонат-табл 500+125мг; ичга-суспензия 312,5мг/5мл;
3. Амоксациллин капс 250 мг; суспензия учун кукун 250мг/5 мл;
4. Цефуроксим табл 250мг, 500мг
Инъекция йўли билан:
1. Ампициллин вена ичига ёки мушак ичига 50–100 мг/кг/суткасига.
2. Цефазолин вена ичига ёки мушак ичига 100 мг/кг/суткасига.

БРОНХИОЛИТ

Шифр: КХТ - J21

ТАЪРИФИ. Бронхиолит – респираторли-синтициал вирус орқали қўзғалувчи, асосан бронхиоллар ва майда бронхларнинг умумий обструктив шикастланиши билан кечадиган касаллик бўлиб, асосан болаларнинг биринчи икки йиллик ҳаёти давомида учрайди (кўпинча 5–6 ойлик болалар касал бўладилар).

ПАТОГЕНЕЗ – Кичик ёшдаги болаларда учрайдиган ўткир бронхиолит учун бронхиолларнинг икки томонлама диффузли шикастланиши характерланади. Бронхиолитдаги энг катта зарарланиш – майда бронхлар эпителия ва бронхиолларнинг десквамациясидир, улар киприкчалари бўлмаган ўсувчи қатлам ҳужайралари билан алмаштирилади. Перибронхиал бўшлиқ лимфоцитлар томонидан инфилтрация қилинади, шиллиқ қават таги ва адвентиция шиши кузатилади. Десквамацияланган эпителий, фибринли толалар, шилимшиқ бронхлар ва бронхиолларнинг шилимшиқ тўқималарини ҳосил қилади, бу қисман ёки тўла тўсиқни келтириб чиқаради. Обструкция даражаси, коллатерал шамоллатиш мавжудлиги ёки мавжуд эмаслиги ёки ўпка участкалари гиперинфляцияси, нафас етишмовчилигининг ифодаланишини аниклайди. Шу сабабли, кичик нафас олиш йўлларининг диаметри нафас олишда нафас чиқаришга караганда каттароқ бўлиши туфайли, беморларда бронхиолларни икки томонлама ва тарқоқ жароҳатлари клиник жиҳатдан ривожланади, одатда респиратор етишмовчилиги пайдо бўлади. Гиперкапния хар доим ҳам содир бўлмайди – асосан, тахипноэ билан 1 дакикада 70 дан ортиқ бўлганда кузатилади.

КЛИНИК КЎРИНИШИ:

ШИКОЯТЛАР – иситма кўтарилиши, яккол ифодаланган нафас кисилиши, кам ҳосилали ёки оғрикли йўтал.

АНАМНЕЗ – касалликнинг ўткир бошланиши, бемор билан алоқада бўлиш, боланинг ёши (2 ёшгача).

Болада нафас олиш етишмовчилиги белгиси: рангсизлик, перорал ёки кўпроқ умумлаштирилган цианоз касаллиги, тахикардия. Кўкрак қафаси олдинги орка ўлчамлари кенгайган, унинг устида қутисимон оҳангли перкутор товуш эшитилади. Диафрагма туширилган, шунинг учун одатдагидан бир неча см пастрокда, жигар ва талокни пальпация қилиш мумкин. Юрак товушлари бир мунча пасайган, нисбий юрак чегаралари торайган. Кўп ҳолларда ўпкада аускультацияда майда пуфакчали ва препитацияли хириллашлар нафас олиш ва нафас чикаришнинг бошида эшитилади, хуштаксимон курук хириллашлар нафас чикаришда эшитилади. Йўталишдан сўнг хириллашлар таркалиши ўзгармайди, лекин нам ўрта пуфакли хириллашлар йўқ бўлиб кетиши мумкин ва майда пуфакли хириллашлар сони камайиши мумкин. Жуда жиддий нафас сикилиши ва юзаки нафас олишда, баъзан улар деярли эшитилмайди. Бундай ҳолларда, ўткир бронхиолитнинг одатдаги масофавий хириллашлари кам эшитилади. Апноэ даврлари пайдо бўлиши мумкин. Оғир нафас кисилиши эксикозга олиб келади.

ДИАГНОСТИКАСИ. ТЕКШИРУВ ПРОТОКОЛИ. Йўтал, шовқинли ва хуштакли нафас олиш дақиқасига 70 дан кўп, нафас чиқариш қийин, диффузли тарқалган курук ва турли ҳажмдаги нам хириллашлар; рентгенологик текширувда – юқори енгиллик, ўпка суратининг икки томонлама кучайиши ва ўпка илдизларининг кенгайиши, диафрагманинг қаттиқлашиши, ўпка тўқимасида инфильтратив ва ўчоқли ўзгаришларнинг мавжуд бўлмаслиги кузатилади.

Лаборатория текширувлари:

Гемограмма, уринограмма, копрограмма

Функционал текширув:

Кўкрак қафасининг Р-графияси

ЭКГ (кўрсаткичлар бўйича)

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС:

1) бронхит

2) пневмония.

ДАВОЛАШ.

1. АВС ни баҳолаш.
2. Катта оқимдаги нам кислород билан оксигенотерапия.
3. Бронхолитиклар билан ингаляция (салбутамол, фенспирин гидрохлориди).
4. 94% даражада қон сагурациясини мониторинг қилиш

Интубацияга кўрсатмалар:

– такрорланувчи апноэ, чарчоқ, оғир гиперкапния ва гипоксия.

5. ОЦК билан яллигланиш.

6. **Кўрсаткичлар бўйича:**

Ангистамин препаратлари: хлоропирамин инъекциялари – 2%, табл. 25 мг; цетиризин – 5 мг, 10 мг табл.

Гормонли терапия – преднизолон ёки дексаметазон 2–3 мг/кг дан.

Гипертермияда – иситма туширувчи воситалар (парацетамол 10 мг/кг, ибупрофен 10 мг/кг).

Балғам кўчирувчи препаратлар (амброксол – табл 30 мг, эритма 7,5 мг/мл, вена ичига – эритма 7,5 мг/мл, 15 мг/2мл, сироп-3мг/мл, 15мг/5мл, 30 мг/5мл.); бронхолитиклар-фенспирид гидрохлорид сироп 2 мг/мл.

Антибактериал препаратлар: ярим синтетик пенициллинлар (амоксициллин 100 мг/кг/суткасига), цефалоспоринлар (цефазолин, цефтриаксон, 100 мг/кг/суткасига).

Касалликнинг бошланғич даврида вирусга карши препаратлар (ацикловир 10 мг/кг).

Яккол ифодаланган тахикардияда (дигоксин).

БРОНХИАЛ АСТМА

Шифр: КХТ - J45-J46

ТАЪРИФИ. БА – юқумли-аллергик касаллик бўлиб, ўткир ёки аста-секин ривожланувчи экспиратор бўғилиш, бронхлар ўтказувчанлигининг спазм туфайли бузилиши билан боғлиқ, шиллиқ қават шиши ва секреция ортиб бориши кузатилади. Қийинчилик ва ҳуштакли нафас олиш билан намоён бўлади, нафас чиқариш тезлиги кескин пасайишида спастик йўтал.

ПАТОГЕНЕЗ: БА беморларида бронхиал обструкциянинг сабаби шундаки, бронх мушакларида (бронхоспазм) спазм юзага келиши. Бронхлар шиллиқ қаватининг ҳужайрали элементлари гиперемияси, бронх шиллиқ қавати ҳужайралари шиши ва инфильтрация, бронхлар бўшлиғини секреция билан тўлишидир.

ТАСНИФЛАШ (Бертильон Ж., 2007 й.):

Шаклга кўра: атопик ва ноатопик.

Зўрайиш даражасига қараб: енгил (эпизодик, персисталанувчи), ўрта оғирликда, оғир.

Касаллик даврига қараб: зўрайиши, ремиссия.

Асоратлар: ўпка ателектази, пневмоторакс, тери ости медиастинал эмфиземаси, ўпка юраги, ўпка амфиземаси.

КЛИНИК КЎРИНИШИ:

ШИКОЯТЛАР – нафас қисилиши, мажбурий ҳолат, ҳаво етишмаслиги ҳисси, нафас чиқариш қийинлашуви, ҳолсизлик, умумий ҳолсизлик.

АНАМНЕЗ – касалликнинг ўткир бошланиши; ноқулай преморбид фон; аллерген билан алоқада бўлиш; психоэмоционал стресс.

БА зўрайиши триггерлар таъсири натижасида пайдо бўлади: аллергенлар, вирусли респиратор инфекциялари, жисмоний ва психоэмоционал юкланишлар, экологик таъсир, маҳсулотлар, дори воситалари, вакциналарни кўтара олмаслик.

Типик хуруждан бир неча соатдан 2–3 кунгача ёки ундан кўп вақтгача давом этадиган хуруж олди даври бўлади. У шунингдек, безовталаниш, аччиқланиш, уйқу бузилиши, баъзида уйқучанлик, рангпарлик, юзнинг қизариши, терлаш, кўзлар ялтираши, кўз қорачиғлари кенгайиши, тахикардия, нафас олиш ритми бузилиши, бош оғриғи, баъзан кўнгил айниши ёки қусиш, қорин оғриғи, бурун битиб қолиши, аксириш билан намоён бўлади. Кейин хуружли қийновчи йўтал, ҳуштакли хириллашлар ва улар кўпинча масофадан эшитилади ва ниҳоят ҳансираш, нафас чиқаришда қийинчиликлар билан кечади. Астма хуружлари кўпинча тунда ёки эрталаб 4–6 да бошланади, бу бронхлар гиперактивлигининг циркадли ритми билан боғлиқ. Хуруж вақтида беморлар безовталанишади, шошиладилар, кўз склералари ялтирайди, қон босими ортиши, тахикардия кузатилади. Беморнинг нафаси шовқинли, нафас олиш пайтида қорин бўшлиғи мушаклари кескин ортади. Болаларда периорал цианоз, акроцианоз, тез-тез учрайдиган, қуруқ йўтал, турли хил кўпикли балғам бўлади. Текширув пайтида хуруж бошланганда кўкрак қафасининг ортиқча кенгайиши ва ригидлиги аниқланади, қутисимон оҳангли перкутор ўпка товуши, ўпка чегаралари паст бўлиши, юрак нисбий чегараларининг торайиши, тарқалган қуруқ «мусиқали» хириллашларнинг нафас чиқаришда кўплиги ва нафас олишда анча камлиги характерли. Баъзи беморларда аускултацияда «мусиқали» қуруқ хириллашлар эмас, балки ҳўллари устун бўлади, ва улар нафас олиш ва чиқаришда ҳам эшитилади. Бундай ҳолларда «нам астма» (wasthma humidum) ҳақида гапиришади. Одатда хуруж пайтида тана ҳарорати нормал бўлади, ўпка инфекцион жараёни мавжуд бўлмаганда, бироқ кичик ёшли болаларда астма хуружи вақтида қисқа иситма бўлиши мумкин. Хуружнинг давомийлиги 30-40 дақиқадан бир неча соат ёки кунгача бўлиши мумкин.

ДИАГНОСТИКАСИ. ТЕКШИРУВ ПРОТОКОЛИ.

Ўткир ёки босқичма-босқич ривожланаётган экспиратор бўғилиш, хуружли спастик йўтал билан клиник белгилар мавжуд.

Кўкрак қафаси Р-граммаси ва гемограммада ўзгаришлар мавжудлиги.

Лаборатория текширувлари:

Гемограмма, урограмма, копрограмма

Функционал текширув

Кўкрак қафаси рентгенографияси

Пикфлуометрия

ЭКГ

ЭхоКГ * (кўрсатмаларга мувофиқ)

Диагностик бронхоскопия

Махсус текширув:

Балғамни текшириш*.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС: обструктив бронхит, бронхиолит, ёт жисмлар, круп, юрак астмаси, коллаген касалликлар, аллергик васкулитлар, муковисцидоз, трахея компрессияси ва извне бронхлари билан фарқланади.

ДАВОЛАШ.

Астма хуружи дарҳол бронхларни кенгайтирувчи воситалар – бронходилаторларни (спазмолитиклар) қўллашни талаб этади.

– Энг самарали b-агонистлар: Қисқа таъсир кўрсатувчи Симпатомиметиклар:

– сальбутамол (вентолин) аэрозоль, Нейбулизер орқали ингаляция учун эритма 0.125% – 2.5 мл 3–4 марта кунига хуруж пайтида. Дозаланган аэро-

золь 0,1 мг/доза (200 ва 400 доза) – 1–2 доза 3–4 марта суткада хуруж пайтида ёки 1 доза жисмоний машклардан олдин. Ингаляция учун кукун 0.2 ва 0.4 мг/доза, 1–2 доза 3–4 марта суткада.

– антигистамин воситалар (хлоропирамин – инъекция 2%, табл. 25 мг; цетиризин – 5 мг, 10 мг табл).

ШИФОХОНАДАН ЧИҚИШДА ТАВСИЯЛАР.

Диспансер кузатуви остида.

Изоҳ:* – филиал шароитларида ва Республика марказида амалга оширилади.

ЎТКИР РЕСПИРАТОР ИНФЕКЦИЯЛАР

Шифри: КХТ - J 00-J 06

ТАЪРИФИ. Ўткир респиратор инфекцияларни (ЎРИ) турли қўзғатувчилар (кўпинча вирусли ва вирус-бактериал ассоциациялар, бактериал агентлар ва камдан-кам ҳолларда замбуруғли ва содда ҳужайрали) келтириб чиқарувчи, ривожланиши ва кўплаб умумий клиник белгиларига кўра ўхшаш механизмларга эга, респиратор тракти ва нафас олиш органлари юқумли касалликларининг этиологик жиҳатдан турлича гуруҳи бўлиб, кучли бошланади, тез ривожланади ва кўпинча бошқа касалликларнинг кўриниши ҳисобланади.

ПАТОГЕНЕЗ. Вирус организмга юқори нафас йўллари орқали кириб, бу ерда эпителий ҳужайралари қопламаси ичига киради. Вирусни ҳужайра ичида кўпайиши дегенератив-некротик ўзгаришларга олиб келади. Бунда эпителий ҳужайралари ҳалок бўлади ва озод бўлган вирус янги ҳужайралар ичига кириб, уларни шикастлайди. Патологик жараён юқоридан пастга қараб нафас олиш тракти бўйича таркалади. Қон оқимига вирусни ўзи (вирусемия), вирус ва ҳужайра парчаланиши билан боғлиқ токсик моддалар киради, улар умумий токсикоз, қон томири, марказий асаб тизимини шикастланишга олиб келади. Қон томири тизимининг зарарланиш даражасини органларнинг кескин тўлақонлиги, бурундан қон кетишлар, органлар тўкимасига (ўпка, бош мия, нафас йўллари шиллиқ қаватлари) қон қуйилишлар билан яккол ифодаланувчи циркулятор касалликларнинг оғирлиги билан белгиланади. Нафас йўлларининг фаоллашувчи бактериал микрофлораси турли органларда, айниқса ўпкадаги иккиламчи яллиғланиш жараёнларига сабаб бўлади.

ТАСНИФЛАШ:

(В.Ф.Учайкин, 2001 й.)

КЛИНИК КЎРИНИШИ:

Шикоятлар – ҳарорат кўтарилиши, бош оғриғи, ҳолсизлик, томоқ кичиши, бўғик овоз.

Этиологияси	Ташхис мезонлари	Оғирлик формаси	Оғирликни баҳолаш мезонлари	Кечиш характери
Грипп А, В, С	*Касалланишнинг эпидемик ўсиши.* Махсус гриппоз интоксикация (юқори ҳарорат, титраш, бош айланиши, бош ва мушак оғриқлари ва бошқалар) Асоратлар: сегментар ўпка шиши, болаларда круп синдроми, ўпканинг геморрагик шиши	1. *Енгил* (унча билинмайдиган ва клиник)	Тана ҳарорати нормал ёки 38,5°С чегарасида. Инфекцион токсикоз суст кўринишда ёки мавжуд эмас.	1. Силлиқ, асоратсиз.
Аденовирусли инфекция	*Ўткир катарал кўринишлар.* Халқум лимфоид ўсимталарининг гиперплазияси, лимфоаденопатия. Катарал-фолликуляр, айниқса пленкасимон, коньюнктивит.	*2. Ўртача оғир*	Тана ҳарорати 38,5–39,5°С чегарасида. Инфекцион токсикоз суст кўринишда: бемадорлик, бош оғриғи. Болаларда круп, ўпка сегментар шиши, абдоминал синдром ва бошқалар эҳтимоли мавжуд.	2. Вирусли-ассоциацияли асоратлар юзага келиши билан (энцефалит-серозли менингит, невритлар, полирадикулоневрит ва бошқалар.)
Парагрипп.	*Ларингит, круп синдроми* (болаларда), кўпол ит ҳуркишига ўхшаш йўтал, шовқинли стенотик нафас, овоз тембри ўзгариши.	*3. Оғир*	Тана ҳарорати 40–45,5 оС. Бош айланиши, алаҳсираш, талвасалар, галлюцинациялар, қусиш.	3. Бактериал асоратлар юзага келиши билан (пневмония, йирингли-некротик ларинготрахеит отит ва бошқ.).
РС-Инфекция	Бронхит ва обструктив синдромнинг клиник кўриниши	4. *Гипертоксик* (грипда)	Гипертермик синдром. Менингоэнцефалик синдром. Геморрагик синдром.	

Риновирусли инфекция	Нафас йўллари катарининг суст кўринишида тўхтовсиз риноррея			
Хламидийли, микоплазмали инфекциялар	Йўталли узоқ муддатли субфебрилитет, кейинчалик бронхиал тизим шикастланиши кичик симптомли (атипик) пневмонияларгача			
Бактериал инфекция (БГСА, пневмококк, гемофил таёқчалари, клебсиелла, стафилококк, менингококк)	Йирингли: фарингит, ринит, тонзиллит, бронхит, эпиглотит ва бош. (йўталда, ютинганда ўткир оғриқ синдроми, йирингли балғам ва бошқалар)			

Анамнез – касалликнинг ўткир бошланиши 24 соатдан юқори; бемор билан мулокот.

ЎРИ инкубацион даври (7 суткагача), ўткир бошланиши, катарал кўринишларнинг иситмали калтироқ ва умумий интоксикация билан бирга келиши.

ДИАГНОСТИКАСИ. ТЕКШИРИШ ПРОТОКОЛИ.

Ташхис клиник кўриниш, эпидемиологик анамнез маълумотлари (беморлар ёки вирус ташувчилар билан мулоқот), лаборатория текширувлар натижаси асосида аниқланади.

Лаборатория текширувлари:

Гемограмма, уринограмма, копрограмма

Мутахассислар маслаҳати: ЛОР – шифокори.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС. Дифференциал ташхисни қизамиқнинг продромал даври, вирусли гепатитнинг сариқликдан олдинги даври, пневмококк ринити, менингококк назофарингит билан бирга ўтказилади.

ДАВОЛАШ.

I. Вирусга қарши воситалар:

ацикловир 200–400 мг кунига 3–5 маҳал, даволаш курси 5–10 кун; кўрсаткичлар бўйича – вена ичига томчилатиб 30мг/кг кунига 3 марта юборилади;

II. Антибактериал терапия фақат бактериал асоратларда қўлланилади (фарингит, отит, синуситлар, трахеитлар, трахеобронхитлар):

Ичга:

1. Азитромицин 10 мг/кг 1 марта суткада курс 3 кун;
2. Амоксациллин клавулонат-табл. 500+125мг; ичишга – суспензия 312,5 мг/5мл;
3. Амоксациллин капс 250 мг; суспензия учун кукун 250 мг/5 мл;
4. Цефуроксим табл 250мг, 500мг.

Инъекция йўли билан:

1. Ампициллин вена ичига ёки мушак ичига 50–100 мг/кг/суткасига

ШИФОХОНАДАН ЧИҚИШДАГИ ТАВСИЯЛАР.

Амбулатория назорати.

НОРЕВМАТИК КАРДИТ

КХТ Шифри -10: I-40

ТАЪРИФИ: Норевматик кардит – юрак мушакларининг яллиғланиши бўлиб, инфекцион агентнинг бевосита ва билвосита (олдиндан аллергизация қилиш механизми ёки юрак мушакларининг аутоиммунизацияси) га қодир бўлган инфекцион ёки ноинфекцион агентлар томонидан чақирилади.

ПАТОГЕНЕЗ: 3 гуруҳ механизмлар аҳамиятга эга:

– қўзғатувчининг кардиомиоцитларга бевосита таъсири

– миокарднинг томирли зарарланиши, бу баъзи қўзғатувчиларнинг эндотелиотроплиги билан боғлиқ бўлиши мумкин, қайсики инфекцион ва ноинфекцион табиатли иммунокомплексли зарарланишлар билан.

– антитела ва фаоллашган лимфоцитланинг зарарлантирувчи таъсири билан боғлиқ, бир вақтнинг ўзида юрак тўқималарига таъсир кўрсатадиган миокард шикастланиши.

ТАСНИФЛАШ (Белоконь И.О., 1987 й.):

КЛИНИК КЎРИНИШИ:

ШИКОЯТЛАР – юрак соҳасида оғриқлар, нафас қисилиши, тахикардия, юракнинг тез уриши, пасайган иштаҳа, ҳолсизлик, рангсизлик, терлаш, чарчаш, аччиқланиш, кўнгил айниши, қусиш, баъзида вазнни ўсишининг тўхташи.

АНАМНЕЗ – касалликнинг кечирилган инфекциядан сўнг бошланиши (вирусли, вирусли-бактериал, бактериал, паразитар, замбуруғли, иерсиниозли), аллергик (дорили, зардобли, поствакцинал), идиопатик.

Касалликнинг пайдо бўлиш даври	Туғма (антенатал) – эрта ва кечки. Орттирилган.
Этиологик омили	Вирусли, вирусли-бактериал, бактериал, паразитар, замбуруғли, иерсиниозли, аллергик (дорили, зардобли, поствакцинал), идиопатик.
Шакли (жараённи локаллаштириш бўйича)	Кардит Юрак ўтказувчанлик тизимининг зарарланиши
Кечиши	Ўткир - 3 ойгача Ярим ўткир – 18 ойгача.
Кардит оғирлиги	Сурункали – 18 ойдан ортиқ (қайталанувчи, бирламчи-сурункали): димланган, гипертрофик, рестриктив вариантлари.
Юрак етишмовчилиги шакли ва даражаси	Енгил, ўртача оғир, оғир. Чап қоринча I, II А, IIБ, III даражалари Ўнг қоринча I, II А, IIБ, III даражалари Тотал
Окибати ва асоратлар	Кардиосклероз, миокард гипертрофияси, ритм ва ўтказувчанлик бузилиши, ўпка гипертензияси, клапан аппарат шикастланиши, конструктив миоперикардит, тромбоэмболик синдром

Кўп беморларда умумий (экстракардиал) белгилар устунлик қиладиган эрта аломатларни ажратиш мумкин: пасайган иштаҳа, сустлик, рангсизлик, терлаш, чарчоқ, асабийлашиш, кўнгил айниши, қусиш ва баъзан вазн ўсишининг тўхтатиши. Ўткир аппендицитни симуляция қилувчи оғриқлар одатда касалликнинг биринчи клиник белгиси ҳисобланади. Юракка боғлик бўлмаган азоб чекишлар ва ўсувчи рангпарлик фонида чап қоринча етишмовчилигининг биринчи белгилари: тахикардия, юрак уриб кетиши билан бирга келади. Бу пайтда ўнг қоринча етишмовчилигининг намоён бўлиши ҳали мавжуд эмас.

Юрак-кон томир тизимининг объектив текшируви қуйидаги маълумотларга эга: юрак соҳаси ўзгармайди, бўйин томирларининг пульсацияси аникланиши мумкин. Пульс тез-тез, заиф тўлдиришли, баъзида аритмик. Қон босими нормал ёки бироз камаяди. Юрак майдонини пальпация қилишда кучсиз каршиликка эга юрак турткиси сезилади. Перкутор тарзда

– юракнинг нисбий тўмтоқлик чегаралари ҳар икки йўналишда, чапга (олдинги ёки ўрта аксилляр линиясига) кенгаяди. Аскультацияда, бемор танаси жойлашишидан қатъи назар, беморда юракнинг тез уриши, уч қисмли ритми, бўғиклашган ёки I бўғиқ юрак учида, ўпка артерияси устида II тон акценти аникланади. Шовқин мавжуд эмас ёки юракнинг тепа қисмида систолик шовқин аникланади, чап аксилляр соҳага тарқалади (нисбатан митрал клапан етишмовчилиги), баъзан мезодиастолик шовқин эшитилади.

Кўпинча, ўткир миокардитлар билан, тахикардия ёки брадикардия, экстрасистолия, пароксизмал тахикардия шаклида ритм бузилишлари бирга келади, ва улар одатда ўтказилаётган даволаш фонида йўқолади.

Баъзи ҳолларда юрак декомпенсациясининг белгилари мавжуд: шишинкираш ёки оёк қўлларнинг шишиши, катталашган жигар ва талоқ, ўпкада хириллашлар ва ҳоказо.

ДИАГНОСТИКАСИ. ТЕКШИРУВ ПРОТОКОЛИ:

Болаларда ревматик бўлмаган кардитнинг диагностик мезонлари:

1) миокард ривожланишининг инфекцияга алоқаси, айниқса вирусли, клиник ёки лабораторияда исботланган ёки юқумли бўлмаган касалликлар омиллари (эмлаш, зардоб киритиш, дори-дармонлардан узоқ муддат фойдаланиш, ва ҳоказо) билан боғликлиги ҳақида аниқ маълумотлар;

2) миокард шикастланиш белгилари: юрак ҳажмининг ошиши (клиник ва рентгенологик), 1 тоннинг сустлашиши, юрак ритмининг бузилиши;

3) кўпинча томир кенгайтирувчи воситалар билан тўхтамайдиган доимий оғриқлар;

4) ЭКГда патологик ўзгаришлар бўлиб, юрак ҳаракатсизлиги, ўтказувчанлиги, юрак автоматизми ва барқарорлиги, мақсадли терапияга рефректорлиги кузатилади;

5) чап қоринча етишмовчилиги белгиларининг эрта намоён бўлиши, кейин эса ўнг қоринча кўшилиши ва умумий юрак етишмовчилигининг ривожланиши;

6) зардоб ферментлари фаоллигининг ошиши.

ЭхоКГ:

– ўткир миокардитда: чап қоринча бўшлиғи кенгайиши; чап қоринча орқа девори гипертрофияси; қоринча ора тўсиқ гиперкинезияси; чап қоринча миокарди қискариш қобилиятининг пасайиши;

– сурункали миокардитда: чап қоринча ва чап бўлмача бўшлиғининг катталашиши; чап қоринча орқа девори қалинлигининг катталашиши; қоринчалар орасидаги тўсикнинг изоляцияланган гипертрофияси; чап қоринча миокарди қискариш қобилияти кўрсаткичларининг пасайиши.

Лаборатория текширувлари:

Гемограмма, урограмма, копрограмма

Қоннинг биокимёвий таҳлили: (АСТ, АЛТ, калий, натрий, кальций, КФК, ЛДГ, СРБ, АСЛ-О сиал кислотаси).

Функционал текширув:

ЭКГ

ЭхоКГ*

Кўкрак қафаси R-графияси

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС:

ревматизм, кардиомиопатияда, миодистрофия билан ўтказилади.

ДАВОЛАШ:

1. Этиотроп терапия;

Вирусга қарши терапия: (ацикловир (зовиракс) 5–10 мг/кг)

Антибактериал терапия:(пенициллин, ампициллин, 50–100 мг/кг)

2. Ностероид яллиғланишга қарши препаратлар: ибупрофен 200 мг табл – 10мг/кг/суткасига; диклофенак 25 мг, 50 мг, 100 мг – 10мг/кг/суткасига

3. Юрак етишмовчилигида юрак гликозидлари: 3 кун давомида тўйинтирувчи доза- дигоксин 0,03–0,05 мг/кг м/и ёки per os;

Кейин қўллаб-кувватловчи 1/5 тўйинган дозада.

4. Кардиотроп препаратлар – тиотриозолин. Калий препаратлари - панангин, аспаркам.

5. Диуретиклар –ўртача оғирлик даражасида – спиронолактон табл 25 мг; оғир юрак етишмовчилиги ва шишиш синдроми мавжудлигида – фуросемид 1%–1,0мл, табл 40 мг.

6. Юрак ритми бузилганда:

– кордарон, 5% эритмаси вена ичига, секинлик билан, 5% глюкоза эритмасида, 5мг/кг дозада. 3 мл ампула 5% эритма (50 мг 1 мл га).

– новокаинамид 10% эритмаси, вена ичига, секинлик билан, натрий хлориднинг изотоник эритмасида 0,15–0,2 мл/кг дозада (10 мл кўп эмас), мушак ичига 1% мезатон эритмасини юбориш 0,1 мл/ 1 ёшгача дозада (1 млдан кўп эмас).

7. Гормонотерапия – преднизолон рег. os. 1,0–1,5 мг /кг 1 ой кейинчалик 1/3–1/4 табл 3–4 кунда дозасига камайтириш билан; қўллаб-кувватловчи дозада 0,5 мг/кг суткада бир неча ой давомида буюрилади.

ШИФОХОНАДАН ЧИҚИШДА ТАВСИЯЛАР: диспансер назорати остида.

Изох: * – филиал шароитларида ва Республика марказида амалга оширилади.

ЎТКИР ПИЕЛОНЕФРИТ

КХТ Шифри - N10

ТАЪРИФИ: Ўткир пиелонефрит – буйракларнинг жомча - косача тизими, интерстициал тўқимаси ва каналчаларнинг зарарланишига олиб келадиган бактериал яллиғланиш касаллигидир.

ПАТОГЕНЕЗ: Уродинамиканинг бузилиши, инфекцияланишни юқорига кўтарувчи (уриноген) йўли қўзғатувчини аввал жомга, кейин каналчаларга, буйрак интерстицияларига тушишида етакчи ҳисобланади.

ТАСНИФЛАШ (Студеникин М.Я., 1980 й):

Патогенез бўйича қуйидаги шакллар фарқланади:

1. Бирламчи;
2. Иккиламчи:

а – обструктив, ОМС анатомик аномалияларда (турини кўрсатинг);

б – буйрак дизэмбриогенезида;

в – дисметаболик нефропатияларда;

***кечиши бўйича*:**

1. Ўткир
2. Сурункали

а – манифестли қайталанувчи шакли;

б – латент форма;

даври бўйича:

1. Зўрайиши (фаол);
2. Симптомларнинг орқага ривожланиши (қисман ремиссия);
3. Ремиссиялар (клиник- лаборатор);

Буйраклар функцияси бўйича:

1. Буйраклар функцияси бузилишисиз;
2. Буйраклар функцияси бузилиши билан;
3. СБЕ.

КЛИНИК КЎРИНИШИ:

ШИКОЯТЛАР – тана ҳарорати кўтарилиши ва титраш, дизурик бузилишлар, қорин ва белдаги оғриқлар, кўнгил айниши, қусиш.

АНАМНЕЗ – Музлаб қолиш, инфекциядан кейин касалликнинг ўткир бошланиши.

Кичик ёшдаги болаларда клиник кўринишида умумий симптомлар, сустлик ёки безовталаниш, анорексия, вазн йўқотиш, қусиш, ич қотиш ёки диспепсия, баъзан сариқлик, тиришишлар, менингеал аломатлар устунлик қилади. Катта ёшдаги болаларда интоксикация белгилари билан бир қаторда қорин оғриғи, бел оғриғи ва кам ифодаланган дизурик касалликлар кузатилади. Обструктив жараёнда, баъзан сийдик тутиб туролмаслик ҳолатлари

намоён бўлади. Беморларнинг кўпчилиги инфекциянинг сурункали ўчоғига эга: сурункали тонзиллит, аденоит, тиш кариеслари, сурункали холецистит, вульвовагинит ва бошқалар.

ДИАГНОСТИКАСИ. ТЕКШИРУВ ПРОТОКОЛИ.

1) оғрикли синдром (бел ва қорин соҳасидаги оғриқлар);

2) дизурик касалликлар (поллакиурия, касалмандлик ёки ловуллашни ҳис этиш, пешоб чиқаришда кичиш, никтурия, энурез);

3) интоксикация симптомлари (титроқ билан тана ҳароратининг кўтарилиши, бош оғриғи, ланжлик, ҳолсизлик, иштаҳа йўқлиги, енгил сарғимтир рангдаги рангпарлик).

Лаборатория текширувлари:

Гемограмма, уриноғрамма.

Қоннинг биокимёвий таҳлили (мочевина, креатинин, қон электролитлари).

Нечипоренко бўйича пешоб. Пешобни экиш.

Асбоблар ёрдамида текшириш: буйраклар ва қовуқ УТТ, Зимницкий пробаси.

Махсус текширув: Экскретор урограмма* (кўрсатма бўйича)

Мутахассислар маслаҳати: ЛОР-шифокори, гинеколог (кўрсатма бўйича), уролог*.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС.

1) Диффузли гломерулонефрит

2) Буйрак сили

3) Қизларда вульвит ва вульвовагинит.

ДАВОЛАШ:

– Оғрикли синдромда спазмолитик терапия – ношпа, папаверин, баралгин.

– Антибактериал терапия 1 курс эмпирик ампициллин, цефалоспоринлар 50-100мг/кг суткада 3–4 марта суткада, кейин сийдик микрофлорасини антибиотикларга сезувчанлигини ҳисобга олган ҳолда.

– Уросептиклар – нитрофуран препаратлар (нитроксолин 8–10 мг/кг суткада 4 марта суткада).

– Дезинтоксикацион терапия (яққол ифодаланган интоксикацияда) – 5%–10% глюкоза эритмаси, Реополиглюкин 10 мл/кг томчилатиб.

– Антигистамин воситалар: (хлоропирамин 2% инъекция, табл. 25 мг; цетиризин – 5 мг, 10 мг табл.)

ШИФОХОДАН ЧИҚИШДАГИ ТАВСИЯЛАР:

Диспансер назорати.

Изоҳ:* – филиал шароитлари ва Республика марказида амалга оширилади.

ЎТКИР ДИФФУЗЛИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

КХТ Шифри - N00-N06

ТАЪРИФИ: Ўткир диффузли гломерулонефрит (ГН) – кўпинча калаваларнинг, каналчалар ва интерстициал тўқима зарарланиши билан бирга кечадиган буйраклар иммуноаллиғланиш касаллиги.

ПАТОГЕНЕЗ: ГН да етакчи иммунопатологик механизм сифатида қонда ёки буйракларда иммун комплекслар шаклланиши ҳисобланади, бу ерда нефритогенли А стрептококклар эндострептолизияси антиген ҳисобланади. Комплемент билан бирлашган иммун комплекслар калавали капиллярлар эндотелийси, гломеруляр базал мембраналар, мезангия соҳаларида тиндирилади ва бу уларни калавалар капиллярлари спазми, ўтказувчанлиги, калавалар капиллярларида фибрин йиғилишига, калава фильтрацияси пасайишига, гиперволемияга, гидремия, диспротеинемияга олиб келади.

ТАСНИФЛАШ (Винница ш., 1976 й.):

ГН шакли	Жараён фаоллиги	Буйраклар функцияси ҳолати
1. Ўткир гломерулонефрит: – нефритик синдром – нефротик синдром – гематурия ва гипертония билан нефротик синдром – изоляцияланган сийдик синдроми	1. Бошланғич кўринишлар даври 2. Қайта ривожланиш даври 3. Сурункали даврга ўтиш жараёни	1.Буйрак функциялари бузилишисиз 2. Буйрак функциялари бузилиши билан 3. Ўткир буйрак етишмовчилиги
2. Ярим ўткир ёмон сифатли нефрит		1. Буйрак функциялари бузилиши билан 2. СБЕ
3. Сурункали ГН – нефротик форма – гематурик форма – аралаш форма	1. Зўрайиш даври 2. Қисман ремиссия даври 3.Тўлиқ клиник-лаборатор ремиссия даври	1. Буйрак функциялари бузилишисиз 2.Буйрак функциялари бузилиши билан 3. СБЕ

КЛИНИК КЎРИНИШИ:

ШИКОЯТЛАР – шишлар, диурез бузилиши, сийдик ранги ўзгариши, тери қатламлари рангсизлиги, кўнгил айниши, қусиш, бош оғриғи, нафас қисилиши, нафас олишнинг қийинлашуви.

АНАМНЕЗ – Инфекциядан кейин касалликнинг бошланиши: вирусли, вирусли-бактериал, бактериал, паразитар, замбуруғли, иерсиниоз, аллергик (дорили, зардобли, поствакцинал, идиопатик).

Экстаренал симптомлар: ўзини ёмон ҳис қилиш, ёмон иштаҳа, сустлик, чанқаш, шиш синдроми (эрталаб юзнинг пастозлиги, нефротик синдромда умумий шишлар), бош оғриғи, гипертензион синдром.

Ренал симптомлар: олигурия, гематурия (гўшт ранги), протеинурия, гематурия, цилиндрурия, бел соҳасидаги оғриқлар (буйрак капсулалари шикастланиши), азотемия.

ДИАГНОСТИКАСИ. ТЕКШИРУВ ПРОТОКОЛИ. Сийдик синдроми – олигурия, протеинурия, гематурия, цилиндрурия. Мочевина, қон зардобида креатинин ошиши. АБ ошиши, шишлар.

Лаборатория текшируви:

1. Гемограмма, уриногramма.
2. Қоннинг биокимёвий таҳлили (умумий оқсил, оқсилли фракциялар, умумий липидлар*, холестерин, мочевина, креатинин, электролитлар, билирубин, қондаги АЛТ, АСТ).
3. Коагулограмма.
4. Нечипоренко бўйича пешоб. Пешобни бактериологик текшириш.

Функционал текширув: Зимницкий пробаси, аммиак экрецияси (кўрсаткичлар бўйича), сийдикдаги РН.

Махсус текширув: Кўкрак қафаси рентгенограммаси, буйраклар УТТ. ЭКГ (кўрсаткичлар бўйича). ЭхоКГ* (кўрсаткичлар бўйича).

Мутахассислар маслаҳати (кўрсаткичлар бўйи ча): ЛОР-шифокори, гинеколог, уролог*, фтизиатр*.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС.

1. Тизимли касалликлар – қизил тери сили ва бошқа ревматик касалликлар. ТҚС учун эритематоз «капалак»; артрит; полисерозит (плеврит, перикардит); дискоид тошма; фотодерматит; оғиз шиллиқ қавати яраси; МАТ шикастланиши; иситма; дистрофия, лимфоаденопатия характерлидир.

2. Гемолитик-уремик синдром. ГУС болаларда учрайдиган ЎБЕ сабаб бўлади. Гемолитик анемия, тромбоцитопеник пурпур ва буйраклар шикастланишининг ривожланган ўткир буйрак етишмовчилиги билан қўшилиши ўзига хосдир. Кўпинча болалардаги ГУСнинг этиологик омили ичак инфекциялари ҳисобланади.

3. Туберкулез – сил. Дифференциал диагностикада анамнез (тез-тез учраб турадиган шамоллаш касалликлари), ўпкадаги рентгенологик ўзгаришлар белгиларининг ўзига хос хусусиятлари, Манту ижобий реакцияси хисобга олинади.

4. Геморрагик диатезлар. Геморрагик васкулит билан касалланган 1/3–1/2 беморларда буйрак синдроми учрайди, қисқа муддатли микро ёки макрогематурия ва альбуминурия намоён бўлади.

5. Интерстициал нефрит. ИН диагностикасининг мураккаблиги кўпинча унинг яширин кечиши ва касалликнинг чизиқли симптоматикаси мавжуд эмаслиги билан ўзаро боғлиқдир. Ўткир ривожланувчи ИН клиник симптоматикаси асосий касаллик белгиларини (сепсис, гемолиз, шок, ўткир респираторли касаллик ва бошқалар) ўз ичига олади. Ўткир ривожланувчи ИН симптомлари орасида унинг этиологиясига боғлиқ бўлмаган ҳолда, кўпинча олигурия, гипостенурия, ўрта протеинурия ва микрогематурия учраб туради. ИН абактериал мононуклеар лейкоцитурия, кўпинча қўшилиб келадиган эритроцитурия бирга кечади.

6. Пиелонефрит.

Пиелонефрит ва гломерулонефритнинг дифференциал ташхиси

Белгилари	Пиелонефрит	Гломерулонефрит
1. Пайдо бўлиш вақти	ЎРВИдан 7-12 кундан кейин	ЎРВИдан 2-3 ҳафта кейин
2. Беморнинг ёши	Ҳар қандай	Кўпинча 5-12 ёш
3. Артериал гипертензия	Мавжуд эмас	60-80%
4. Шишлар	Мавжуд эмас	60-80%
5. Иситма	Мавжуд	Гоҳида
6. Дизурия	Тез- тез	Камдан кам
7. Белдаги оғриқ вақтида дардмандлик	Тез -тез	Камдан кам
8.Сийдик реакцияси	Кўпинча ишқорий	Нордон
9. Протеинурия	Микропротеинурия	1 г. гача суткада
10. Гематурия	Микрогематурия	Макрогематуриягача
11. Лейкоцитурия	Лейкоцитурия барча кўриш майдонларида (нейтрофилурия)	Бошида-микролейкоцитурия (лимфоцитлар, моноцитлар)
12. Бактериурия	Мавжуд	Мавжуд эмас
13. Земницкий пробаси	50% беморларда буйраклар концентрацион қобилиятининг пастга тушиши	Ўзгармаган
14.Қонда мочевина ва креатинин миқдорининг ошиши	Кузатилмайди	Бошида ошиши мумкин
15.Буйраклар УТТ	Палла жомли тизим деформацияси	Буйрак ҳажми каттала-шуви

ДАВОЛАШ:

– Пенициллин ва цефалоспорин қаторидаги антибиотиклар.

– Яккол ифодаланган шишларда сийдик ҳайдовчи препаратлар – фуросемид 1–2 мг/кг т-и ёки м-и, верошпирон 1–2 мг/кг ичга.

– Гормонотерапия (нефротик синдромда)- преднизолон 2–2,5 мг/кг 60 мг дан ошиқ эмас – 21 кундан 35-40 кунгача. Кейин ҳар 3 кунда ½ таб. дан камайтирилади, ярим дозагача, сўнгра 10 ёшдан катта беморларда – 15 мг.

Кейин преднизолон дозасини ½ таблеткадан хар 2 ҳафтада камайтирилади бутунлай кабулни тўхтатгунча. Гормонлар билан бир пайтда албатта калий препаратлари берилади.

– Томир кенгайтирувчилар: эуфиллин в/и 1 мл/1 ёшгача; в/и томчилатиб, трентал 5 мл 1% эритмаси реополиглюкин билан.

Гиперкоагуляция ва гематурик вариантда – гепарин 100–150 Бирликда/кг тери остига хар 4–6 соатда қон ивиш вақтида 12–16 сониядан оширмасдан. Дозани қабул қилиш вақти – 10–14 кун.

– Антиагрегантлар:

Курантил (дипиридамол) – 5 мг/кг 3 марта.

– Гематурик шаклда – нестероидли яллигланишга карши препаратлар: ибупрофен 10 мг/кг. Қарши кўрсатмалар: гипертензия ва азотемия.

– Гипотензив – папаверин 1%–0.1 мг/кг + дибазол 0,5%–0.1 мг/кг ва каптоприл, адельфан. Кучли гипертензияда – допегит (метилдофа) – 0,25 кунига ичга.

– Яққол ифодаланган гипопротеинемия ва асосий шишларда ўрнини босиш мақсадида – в/и альбумин томчилатиб.

ГН узоққа чўзиладиган гематурик шаклида – плаквенил ёки делагил 5–10 мг/кг кунига 1 марта 6–8 ҳафта, ярим дозадан 4 дан 6 ойгача.

ШИФОХОНАДАН ЧИҚИШДАГИ ТАВСИЯЛАР:

Диспансер назорати.

Изох:* – филиал шароитлари ва Республика марказида амалга оширилади.

ГИПЕРТЕРМИК СИНДРОМ

КХТ Шифри: - R 50.9

ТАЪРИФИ. Тана хароратининг тез ва ноадекват кўтарилиши билан кечувчи иситманинг патологик варианти ҳисобланади.

ПАТОГЕНЕЗ: Микроциркуляция бузилишлари, метаболик касалликлар ва ҳаётий муҳим органлар ва тизимларнинг прогрессив ўсувчи дисфункциялари.

ТАСНИФЛАШ: Иситмаси бор болани ташхис қилишда «қизил» ва «оқ» гипертермияни фарқлаш, ва унинг сабабини аниқлаш муҳимдир.

Қизил:

– инфекцион-токсик ҳолатлар;
– оғир метаболик бузилишлар;
– ҳаддан ташқари исиб кетиш
– аллергик реакциялар;
– посттрансфузион ҳолатлар;
– эндокрин касалликлар;
– мойиллиги бўлган болаларда миорелаксантлар қўллаш.

Оқ:

– инфекцион-токсик ҳолатлар;
– оғир метаболик бузилишлар
– ҳаддан ташқари исиб кетиш;
– аллергик реакциялар;
– посттрансфузион ҳолатлар;
– эндокрин бузилишлар;
– мойиллиги бўлган болаларда миорелаксантлар қўллаш.

КЛИНИК КЎРИНИШИ:

Шикоятлар – ҳарорат кўтарилиши, титроқ, қўл-оёқлар музлаши, бола хулқидаги ўзгаришлар.

Анамнез – касалликнинг ўткир бошланиши; бемор билан алоқа.

«Қизил» гипертермияда тери қатламлари ўртача гиперемияланади, оёқ-қўллар иссиқ, нам, илиқ, пульс тезлашиши ва нафас олиш тана ҳарорати кўтарилишига мос. «Оқ» гипертермияда тери туссиз, рангпар, тирноқ учлари ва лаблар «мармарсимон» цианотик рангда, «оқ доғ»нинг ижобий симптоми, оёқ-қўллар совуқ, кучли тахикардия, нафас сиқилиши, бола хулқининг бузилиши, безовталаниш, алаҳсираш, тиришишлар пайдо бўлиши мумкин.

ДИАГНОСТИКАСИ. ТЕКШИРУВ ПРОТОКОЛИ. Ташхис анамнестик ва клиник маълумотлар йиғиндисига асосланган.

Лаборатория усулида текшириш:

Гемограмма

ДАВОЛАШ.

1. «Қизил» гипертермияда кўп суюқлик ичиш, совутишнинг жисмоний усуллари, парацетамол ёки ибупрофен бир марталик дозада 10–15 мг/кг ичга ёки 15–20 мг/кг ректал усулда;

2. «Оқ» гипертермияда бир вактнинг ўзида юқорида қайд этилганларга қўшимча равишда спазмолитиклар қўшилади. 2% папаверин эритмаси 1 ёшгача бўлган болаларга 0,1–0,2 мл, 1 ёшдан катталарига – 0,1–0,2 мл/ёшига караб ёки дротаверин эритмаси – 0,1 мл/ёшига караб.

ТАВСИЯЛАР.

Поликлиникада диспансер назорати остида.

ТАЛВАСАЛАР

КХТ Шифри: -R 56.8

ТАЪРИФИ: Талвасалар – бехосдан ҳушни йўқотиш билан кечувчи скелет мушакларининг ғайриихтиёр холдаги тоник-клоник қисқариш хуружлари.

ТАСНИФЛАШ:

1. Юқумли:
– менингит ва менингоэнцефалит,
– ЎРВИ фонида нейротоксикоз,
– фебрил тиришишлар.
2. Метаболик:
– гипагликемик талвасалар,
– гипокальцемик талвасалар.
3. Гипоксик:
– аффектив-респиратор талвасалар,
– гипоксик-ишемик энцефалопатияда,
– ўткир нафас етишмовчилигида,
– ўткир кон айланиш етишмовчилигида,
- хар қандай этиологияли III даражали кома ва бошқалар.
4. Эпилептик:
– идиопатик эпилепсия.
5. Тузилишига кўра:
– МАТ турли органик ўзгаришлари фонида (ўсмалар, жарохатлар, ривожланиш аномалиялари ва бошкалар).

КЛИНИК КЎРИНИШИ:

Шикоятлар – талвасалар, англаш ва бола хулкининг бузилиши.

Анамнез – касалликнинг ўткир бошланиши.

Болаларда талвасалар одатда харорат кўтарилишида кузатилади ва харорат тушиши билан тўхтайди, узок давом этмайди – бир неча сониядан бир неча дакикагача; хушни йўкотиш билан кечувчи умумлашган тоник-клоник хуружлар характерли, бир томонлама ва парциал хуружлар кам ривожланади, ўчокли неврологик бузилишлар мавжуд бўлмайди;

ДИАГНОСТИКАСИ. ТЕКШИРУВ ПРОТОКОЛИ. Ташхис анамнестик ва клиник маълумотлар йиғиндисига асосланган.

Лаборатория усулида текшириш:

Гемограмма. Дифференциал диагностика учун – Қоннинг биокимёвий тахлили (қондаги қанд ва кальций) – кўрсаткичлар бўйича

Функционал текширув: ЭЭГ*, ЭхоЭГ* (кўрсаткичлар бўйича).

Бош мия суягининг 2 проекциядаги рентгенографияси (кўрсаткичлар бўйича).

Махсус текширув: Бош мия КТ* (кўрсаткичлар бўйича).

Мутахассислар маслахати: невропатолог, окулист.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКА: Болалардаги фебрил талвасаларнинг дифференциал ташхиси биринчи навбатда, менингит ва менингоэнцефалит, шунингдек, бош мия жароҳатидаги талваса синдромли беморларда ўтказилади.

ДАВОЛАШ.

1. Нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш.
2. Ҳўл кислород бериш.
3. Фебрил талвасаларда – диазепам (0,2–0,3 мг\кг) + иситма туширувчи воситалар (парацетамол 10 мг/кг, ичга, вена ичига ёки ректал шаклда).
4. Ўтказилган терапиянинг натижаси сезилмаганда – миорелаксация в ЎСВ га ўтказиш билан трахея интубацияси.

ШИФОХОНАДАН ЧИҚИШДАГИ ТАВСИЯЛАР.

Диспансер назорати.

Изох:* – филиал шароитлари ва Республика марказида бажарилади.

ПАРОКСИЗМАЛ ТАХИКАРДИЯ

Шифри: КХТ – I 47.9

ТАЪРИФИ – юрак ритмининг тўсатдан тезлашиш хуружи катталарда бир дақикада >150–160 зарб ва ёш болаларда бир дақикада >200 зарб, бир неча дақикадан бир неча соатгача (кам ҳолларда – кунлар) давом этувчи, ЮҚЧ ни тўсатдан тикланиши билан, ЭКГ да махсус ҳолатнинг намоён бўлиши.

ПАТОГЕНЕЗ: Патогенез асосида қуйидаги асосий сабаблар кўрсатилган:

1. Юрак ритми вегетатив регуляциясининг бузилиши.
2. Юракнинг органик шикастланишлари.
3. Дизэлектролит бузилишлар.
4. Психоэмоционал ва жисмоний кучланиш.

ТАСНИФЛАШ: Пароксизмал тахикардия қуйидагиларга бўлинади:
– қоринча устидаги тахикардия
– қоринчадаги тахикардия.

КЛИНИК КЎРИНИШИ:

Шикоятлар – боланинг ўзини тутиши бузилиши, юракнинг тез уриши, ўлимдан кўрқиш, бўйин томирлари шиши, ҳаво етишмаслиги хиссиёти.

Анамнез – касалликнинг тўсатдан бошланиши, психоэмоционал ва жисмоний кўзғалиш.

Қоринча устидаги тахикардия қуйидагилар билан тавсифланади: тўсатдан бўйин томирлари шиши бошланиши, ўлимдан кўрқиш, кўп тер ажралиши, полиурия, юрак уришининг тезлашиши, қон томири етишмовчилиги белгилари, юрак тонлари баланд, зарбали, ЭКГ – ригидли ритм бир дақикада ЮҚЧ 150–200, қоринча комплекси ўзгармаган, ўзгарган Р тишча мавжуд («синусли» эмас).

Қоринча тахикардияси – боланинг аҳволи доимо оғир ҳолатда (шок), бўйин томирлари тез пульсациял бўлиб, артериал пульс частотасидан анча кам, R–R интервал ўзгарувчан, ўзгарган коринча комплекси, Р тишчаси мавжуд эмас.

ДИАГНОСТИКАСИ. ТЕКШИРУВ ПРОТОКОЛИ.

ЭКГ – бир дақиқада 150–200 ЮҚЧ билан ригидли ритм, ўзгармаган коринча комплекси, ўзгарган Р тишчаси мавжуд («синусли» эмас) ёки мавжуд эмас.

Лаборатория усулида текшириш:

Гемограмма

Қоннинг биокимёвий таҳлили (АСТ, АЛТ, калий, натрий, кальций) (кўрсаткичлар бўйича)

Функционал текширув:

ЭКГ

ЭхоКГ* (кўрсаткичлар бўйича)

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС.

Шошилинч тез ёрдамнинг адекват – айнан бир хил ҳажмини танлаш учун коринча усти тахикардиясини коринча тахикардиясидан фарклаш муҳимдир.

ДАВОЛАШ.

ЭКГ натижалари бўйича;

Қоринча усти пароксизмал тахикардияда:

1. Венага кириш.

2. Кордарон, 5% эритмаси вена ичига, 5% глюкоза эритмасида секинлик билан, 5мг/кг дозада. 3 мл ампулада 3 мл 5% эритма (50 мг 1 мл).

3. Калий хлор 4% – 0,5 мл/кг 5–10% глюкоза эритмасида, вена ичига томчилатиб.

4. Сибазон 0,5%–0,2-0,4 мл/кг, вена ичига секинлик билан.

Қоринча пароксизмал тахикардиясида:

1. Венага кириш.

2. Новокаинамид 10% эритма, вена ичига 0,15–0,2 мл/кг дозалик натрий хлориднинг изотоник эритмасида (10 мл дан кўп эмас) секинлик билан,

3. Вена ичига 1% мезатон эритмасини 0,1 мл/1 ёшгача (1 мл дан кўп эмас). Натрий хлориднинг изотоник эритмасида, жуда секинлик билан А/Б назорати остида юборилади.

Кўрсатилган шошилинч ёрдам натижасиз бўлганда 2 Ж/кг кучли кардиоверсия ўтказилади.

ШИФОХОНАДАН ЧИҚИШДАГИ ТАВСИЯЛАР.

Кардиолог назорати

Изоҳ: * – филиал шароитларида ва Республика марказида бажарилади.

АНАФИЛАКТИК ШОК

Шифр: КХТ – Т 78.2

ТАЪРИФИ. Анафилактик шок – ўткир ривожланувчи, ҳаёт учун ўта хавфли патологик жараён. Организмга аллерген кирганида ривожланадиган тезкор аллерген реакция бўлиб, қон айланиши, нафас тизими, марказий асаб тизими фаолиятининг оғир бузилиши билан намоён бўлади.

ПАТОГЕНЕЗ. Бўлиқ ҳужайралар ва базофиллардан иборат аллерген ва антитаначаларнинг ўзаро таъсири остида, анафилаксиянинг асосий бирламчи медиаторлари кўп миқдорда чиқиши кейинчалик қоннинг протеолитик тизимларини фаоллаштиради. Патофизиологик реакция – микроциркуляция бузилиши, қон босимининг пасайиши, портал тизимда қон қуйилиши (қон айланиши децентрилизацияси), бронхоспазм, ҳиқилдоқ, ўпка, мия шиши ривожланишини ўз ичига олади. Ҳар қандай шокда бўлгани каби, ДВС ривожланади.

КЛИНИК КЎРИНИШИ:

ШИКОЯТЛАР – тўсатдан ҳолсизлик, кўкрак қафасидаги оғриқлар ҳисси, ҳаво етишмовчилиги, юрак соҳасидаги оғриқ, қўрқув, тери цианоз билан хиралашиши, оғиздан кўпикли суюқлик чиқиши, нафас чиқарганда қуруқ ҳуштаксимон хириллашлар.

АНАМНЕЗ – касалликнинг ўткир бошланиши; мусбат аллерго-анамнез;

Муҳим клиник синдромга боғлиқ бўлган тез кечувчи анафилактик шокнинг 2 та варианти мавжуд: ўткир нафас етишмовчилиги ва ўткир томирлар етишмовчилиги.

Нафас етишмовчилиги синдроми (анафилактик шокда) болада бирдан заифлик, кўкракда босим ҳисси, ҳаво етишмаслиги, оғриқли йўтал, бош оғриғи, юрак соҳасида оғриқ, қўркув ҳислари кучаяди. Цианоз билан терининг ўткир рангсизлиги, оғзидан кўпик, нафас чиқарганда қуруқ қийинлашган хуштаксимон хириллашлар юзага келади. Юз ва бошқа органларнинг ангионевротик шиши ривожланиши мумкин. Келажакда нафас олиш етишмовчилиги ва ўткир буйрак етишмовчилиги белгиларининг қўшилиши билан ўлим ҳолатига олиб келиши мумкин.Ўткир қон томир етишмовчилиги ривожланиши билан анафилактик шок ҳам ҳолсизлик, қулоқда шовқинлар ва кўп тер пайдо бўлиши билан тўсатдан бошланади. Терининг рангпарлиги тобора кучайиб бораётгани, акроцианоз, қон босимининг кескин пасайиши, ипсимон пульс, юрак тонлари сезиларли даражада заифлашган. Бир неча дақиқадан сўнг хушни йўқотиш, тиришишлар пайдо бўлиши мумкин. Юрак-қон томирлари етишмовчилиги ҳолати ортиши билан ўлимга олиб келиши мумкин.

ДИАГНОСТИКАСИ. ТЕКШИРУВ ПРОТОКОЛИ: ташхис анамнестик ва клиник маълумотлар йиғиндисига асосланган. Даволаш тадбирлари комплекси мутлақо шошилинч равишда бўлиши ва аниқ кетма-кетликда

ўтказилиши керак. Даволашнинг бошида шокка карши барча препаратларни мушак ичига юбориш максадга мувофиқ бўлади, терапия самарасиз бўлганда – вена пунктирланади.

Лаборатория текширувлари:

Гемограмма

Функционал текширув:

ЭКГ

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС: бошқа шок турлари билан ўтказилади: травматик, постгеморрагик, кардиоген, септик ва бошқалар, ҳамда вазовагал коллапс.

ДАВОЛАШ.

1. Организмга бундан кейин аллерген киришини тўхтатиш керак.
2. 0,1–0,5 мл 1% адреналин эритмасини тери остига ёки натижаси бўлмаганда вена ичига 0,05–0,1 мл/1 ёшгача (доза миқдори 5 мг гача).
3. Супрастин 2% дозада 0,1 мл/1 ёшгача
4. Преднизолон 5 мг/кг вена ичига.
5. Пульс ҳолати ва АБ ни назорат қилиш.
6. АҚҲ ни тиклаш (кристаллоид эритмалар: Рингер эритмаси, натрий хлориднинг изотоник эритмаси 20 мг/кг ли ҳажмда 20–30 дақиқа давомида).
7. Агар АБ пастлигича колса, α-адреномиметиклар т/и ҳар 10–15 дақиқада ҳолат яхшилангунга кадар киритилади: ёки 0,2% норадреналин эритмаси 0,1 мл/1 ёшгача (1,0 мл кўп эмас) ёки 1% мезатон эритмаси 0,1мл/1 ёшгача (1,0 мл дан кўп эмас).
8. Натижа бўлмаганда допаминнивена ичига титрланган ҳолда 8-10 мкг/кг дозада АБ ва ЮҚС назорати остида юборилади.
9. Бронхоспазм ва бошка нафас касалликларида:

– оксигенотерапия ўтказиш;

– трахея ва оғиз бўшлиғида тўпланиб қолган шилимшиқни олиб ташлаш;

– кўрсатилган шошилинч ёрдам самара бермаганида трахеяни интубация қилиш ва юрак-ўпка реанимацияси комплексини ўтказиш керак.

ШИФОХОНАДАН ЧИҚИШДА ТАВСИЯЛАР.

Аллерголог назорати.

Изоҳ:* – филиал шароитлари ва Республика марказида амалга оширилади.

ЛАЙЕЛЛА СИНДРОМИ

Шифр: КХТ – L51.2

ТАЪРИФИ. (токсик эпидермал некролиз) - аллергик буллезли дерматитнинг энг оғир варианти. Синдромни энг кўп учрайдиган сабаби бу дори воситаларидан аллергия, кам ҳолатларда – вирусли инфекция, инфекцион жараён, кон, плазма куйишга бўлган аллергик реакция.

ПАТОГЕНЕЗ. Ривожланиш механизмларини Артюс реакцияси тури бўйича кечувчи аллергик реакциялар билан боғлашади – терида иммун ва ноиммун генезли лизосомал ферментларни кўп миқдорда тўпланиши. Бунда ирсий мойиллик рол ўйнайди. Аллергик ва аутоаллергик реакциялар тромбоваскулит ва тромбокапилляритни келтириб чиқаради. Тахминан, барча ҳолатларнинг ярмида Лайелла синдроми этиологиясини аниклаб бўлмайди.

КЛИНИК КЎРИНИШИ.

ШИКОЯТЛАР – юқори даражадаги иситма, терида баъзи жойларда қўшилиб кетувчи япаски пуфакчали тошмалар.

АНАМНЕЗ – касалликнинг ўткир бошланиши; ижобий аллерго-анамнез; дори воситаларини қабул қилиш.

Боланинг ҳолати аста-секин ёмонлашиб боради. Интоксикация, юкори иситма, оғир стоматит ва конъюнктивит белгилари одатий ҳисобланади. Геморрагик конъюнктивит – бу бошланувчи Лайелла синдромининг энг эрта белгисидир. Бошланишида тери тошмаси скарлатина элементлар ёки «қизамиқ» ёки оз миқдорда пуфакли элементлар кўринишида бўлиши мумкин. Бир неча соатдан сўнг тошма жойида ва илгари ўзгармаган терида сероз ёки серозли геморрагик таркибли ясси қабариклар пайдо бўлади. Улар тез ёрилиб ёркин қизил рангли эрозия кўринишини олади. Никольский симптоми ижобий бўлиши характерли: соғлом терини енгил ишқалаганда, эпидермис десквамацияси ва ҳўл юзанинг очилиши рўй беради. Аник эпидермолиз натижасида, ташки кўринишдан бола 2-даражали куйган беморга ўхшайди. Юракда, жигарда, қорин бўшлиғи органларида, буйракларда токсик-аллергик шикастланишлар юзага келиши мумкин.

ДИАГНОСТИКАСИ. ТЕКШИРУВ ПРОТОКОЛИ: Ташхис анамнестик, лаборатор ва клиник маълумотлар йиғиндисига асосланган. Дори воситалари аллергияси оқибати жиддий бўлиб, септик асорат ҳатто ўткир жигар етишмовчилигига олиб келиши мумкин.

Лаборатория текширувлари:

Гемограмма, уринограмма.

Мутахассислар маслаҳати: аллерголог, комбустиолог.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС: геморрагик васкулит, Квинке шиши, эшак еми, нефритлар, септик, постгеморрагик ва кардиоген шок, буллезли пемфигоид, бириктирувчи тўқималарнинг диффуз касалликлари (коллагенозлар), кўп формали эритема вариантлари.

ДАВОЛАШ.

Аллерген киритишни дарҳол тўхтатиш.

– преднизолон 5 мг/кг м/и ёки т/и га киритиш.

– кучли оғрикларда наркотик анальгетиклар (промедол 1%–0,1 мг/кг, м/и ёки в/и),

– хлорпирамин 2% – 0,1–0,2 мл/ 1 ёшгача вена ичига;

– плазмаферез*.

Иситма туширувчи воситаларни қўллаш ман этилади, чунки булар қўшимча аллергияга олиб келиши мумкин (!).

ШИФОХОНАДАН ЧИҚИШДАГИ ТАВСИЯЛАР.

Аллерголог назорати.

Изоҳ:* – филиал шароитлари ва Республика марказида амалга оширилади.

ЭШАК ЕМИ

Шифр: КХТ – L50

ТАЪРИФИ: Аллергик реакция терида ва баъзида шиллиқ қаватларда тез пайдо бўладиган тошмалар билан тавсифланади.

ПАТОГЕНЕЗ: Бўлиқ ҳужайралар ва базофиллар ажралиб чиқувчи тезкор турдаги аллергиянинг бирламчи медиаторлари, иккиламчи медиаторлар фаоллашишига – кининлар, комплемент, серотинин, простагландинлар чиқарилишига олиб келади. Буларнинг ҳаммаси томирлар деворларининг ўтказувчанлигини оширишга ва маҳаллий шишнинг ривожланишига олиб келади.

КЛИНИК КЎРИНИШИ:

ШИКОЯТЛАР – бутун тана бўйлаб тўсатдан қичиш ва тошмалар.

АНАМНЕЗ – касалликнинг ўткир бошланиши; ижобий аллерго-анамнез;

Болада иссиқлик ҳисси, тери қичиши, «газанда ўт» билан куйгандек терида ўзгаришлар пайдо бўлади. Эшак еми элементлари – каварикдар ва папуллар – турли шакл ва ҳажмда бўлиши ва бир-бирига ёпишиб кетиши мумкин. Эшак еминиг ранг элементлари хира-пуштидан қизилгача бўлиши мумкин. Тошмалар тананинг ҳар қандай қисмлари ва шиллиқ қаватлари, кўпинча корин, орқа, кўкрак, сонларда локаллашади. Умумий симптомлар юзага келиши мумкин: иситмали қалтироқ, қўзғалиш, артралгия, коллапс.

ДИАГНОСТИКАСИ. ТЕКШИРУВ ПРОТОКОЛИ: ташхис анамнестик ва клиник маълумотлар, тестлар йиғиндисига асосланган: Совуқ (Дункан-тест), илиқ, жгут билан. Эшак еми билан оғриган барча болаларда анафилактик шок, ҳикилдоқ шиши (круп), бронхоспазм, неврологик касалликлар празитозлари ривожланишига йўл қўймаслик керак.

Лаборатория текширувлари:

Гемограмма, уриногрaмма.

Мутахассислар маслаҳати: реаниматолог, ЛОР – шифокори.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС: мастоцитоз, бириктирувчи тўқималар диффуз касалликлари (коллагенозалар), кўп формали эритема вариантлари, буллезли пемфигоид, герпес, герпетиформ дерматитлар билан ўтказилади.

ДАВОЛАШ:

Аллерген киришини зудлик билан тўхтатиш.

Антигистамин препаратлар м/и ёки т/и: дифенгидрамин инъекцияларнинг 1% эритмаси. 2% хлорпирамин эритмаси 0,1–0,15 мл/1 ёшгача.

– Тарқалган ёки иситмали гигант эшак емида – преднизолон 5–8 мг/кг т/и.

– Фаоллашган кўмир билан энтеросорбция 1 г/кг/сут.

ШИФОХОНАДАН ЧИҚИШДАГИ ТАВСИЯЛАР: Парҳез, антигистамин препаратлар 2–3 ҳафта давомида.

КВИНКЕ ШИШИ

Шифр: КХТ – Т 78.3

ТАЪРИФИ. Квинке шиши – тери, тери ости бириктирувчи тўқимаси, шиллиқ қатламларга тарқалувчи ангио-невротик шиш билан тавсифланувчи тезкор турдаги аллергик реакциядир.

ПАТОГЕНЕЗ: Тери қатламлари ва тери ости бириктирувчи тўқимасининг чуқур шикастланиши. У фақатгина терида ривожланиб қолмай, балки ички органларнинг (нафас йўллари, ичак) юмшоқ бириктирувчи тўқималарида ҳам ривожланади.

КЛИНИК КЎРИНИШИ:

ШИКОЯТЛАР – тери ва тери ости бириктирувчи тўқимасининг тўсатдан шиши, хириллаган йўтал, бўғиқ овоз, нафас олиш, бронхоспазм бирикиши ҳисобига нафас чиқаришнинг қийинлашиши.

АНАМНЕЗ – касалликнинг ўткир бошланиши; ижобий аллерго-анамнез;

Юмшоқ тери ости тўқимасида тўсатдан чекланган шишлар пайдо бўлиши характерлидир, кўпинча лаблар, қулоқлар, бўйин, кафтлар, оёқлар соҳасида. Шиш катта ҳажмли бўлиб, зарарланиш участкасини деформация қилиши мумкин.

ДИАГНОСТИКАСИ. ТЕКШИРУВ ПРОТОКОЛИ: анамнестик ва клиник маълумотлар.

Лаборатория текширувлари:

Гемограмма, уриногрaмма.

Мутахассислар маслаҳати: аллерголог.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС: бириктирувчи тўқиманинг диффуз касалликлари (коллагенозлар), буллезли пемфигоид, мастоцитоз.

ДАВОЛАШ:

Аллерген киришини дарҳол тўхтатиш.

– 2% хлоралпирамин эритмаси 0,1–0,2 мл/1 ёшгача , м/и.

– Преднизолон 5–8 мг/кг м/и.

– Шошилинч ёрдам самарасизлиги, нафас етишмовчилиги зўрайишида трахеяни интубация қилиш.

ШИФОХОНАДАН ЧИҚИШДАГИ ТАВСИЯЛАР:

Аллерголог назорати.

ИНФЕКЦИОН-ТОКСИК ШОК (ИТШ)

Шифр: КХТ - J20

ТАЪРИФИ. Инфекцион-токсик шок – (ИТШ) – бу шошилинч холат бўлиб, бактериялар ва уларнинг биологик актив моддалари (аввало токсинлар) фаолияти билан боғлиқ бактериемия туфайли юзага келади. Бу ҳаддан ташқари ортиқча ёки адекват бўлмаган, ўхшаш эмас компенсатор реакциялари ва организмнинг ҳаётий муҳим функциялари – тизимли қон айланиши, нафас олиш, марказий асаб тизими (МАТ) фаолияти, қон ивиш каби барча физиологик тизимлар фаолиятининг патологик ўзгаришларини каскадли комплексда намоён қилади.

ПАТОГЕНЕЗ – ҳар бир бактерияларнинг турига қараб зарар стказувчи таъсир механизми мутлақо индивидуал ва инсон организмига фаол таъсир этадиган патогеннинг ўзига хос патогенлик омиллари билан аниқланади. Ташқи ва ички омиллар ўртасидаги ўзаро боғлиқлик, асосан, микроциркулятор оқимда содир бўлади ва унинг ўзгаришлари кейинчалик ИТС ривожланишини аниқлаб беради. Бунда, конга катта миқдордаги бактериялар ва уларнинг токсинларининг кириши сабаб бўлади. Бактериал антигенларнинг энг муҳим туркуми грамнегатив бактерияларнинг липополисахаридлари (ЛПС) ҳисобланиб, улар эндотоксин деб номланувчи – ИТШ юзага келишида асосий омил таркибига киради. Эндотоксин бактериал ҳужайрадан ташқи муҳитга кам миқдорда ажралади ва фақатгина бактериал ҳужайра нобуд бўлгандагина чиқади. ЛПС соматик антигенлардир ва жуда кучли биологик таъсир кўрсатади. ЛПС нинг токсик таъсири лимфоретикуляр тизим ҳужайраларининг массив стимуллашига олиб келади, бу эса кўплаб цитокинлар ва медиаторлар ажралишига олиб келади. Улар иситма, гипотензия, ИТШда тўқималарнинг шикастланишида асосий аҳамиятга эга. Бундан ташқари, ЛПС тўғридан-тўғри цитотоксик ва кардиодепрессив таъсирга эга.

КЛИНИК КЎРИНИШИ:

Шикоятлар – нафас қисилиши, эс-ҳушнинг бузилиши, сийдик ажралишининг пасайиши, тана кўкариши ва оёқ-қўлларнинг совиши.

АНАМНЕЗ – касалликнинг ўткир бошланиши; асосий касалликнинг оғир кечиши;

Эндотоксин ва яллиғланишга қарши жавоб омилларининг таъсири остида гипердинамик ҳолат ва периферик вазодилатация ривожланади. Одатда бу боскич нутқ ва ҳаракатлантирувчи қўзғалиш, безовталик ва ўрта даражада чанқоқлик пайдо бўлиши билан намоён бўлади. Қон томирлари тонуси сақланган, кўпинча артериолоспазм кузатилади, бунинг натижасида тери ва кўзга кўринадиган шиллиқ пардалар оқариб кетади. Тери илик, баъзида бир оз нам, камдан кам ҳолатда пушти рангда бўлади. Пульс тезлашган, зўриққан, пульс частотаси тана ҳароратининг ошиши билан бирмунча ошади. Кўз қорачиқлари торайган, нафас жуда чуқур, ритмик, иситма фонида бироз тезлашган бўлади. Кўпинча ИТШнинг ушбу босқичида қон босими камаймайди ёки ҳатто бир оз ортади. Юрак тонлари баланд. АҚҲ (айланувчи қон ҳажми) танқислиги деподан қон чиқиши, тахикардия билан қопланади ва шунинг ҳисобига юракнинг қон ҳайдаши кўпаяди. Шок ҳолатида юракнинг қон ҳайдаш даражаси юқори бўлишига қарамасдан қоринчаларнинг систолик ва диастолик функциялари бузилган. Диурез камаяди, аммо сийдикнинг соатлик оқим тезлиги 40 мл / с дан кам эмас. Марказий веноз босими (МВБ) нормал кўрсаткичда ёки бироз камайган. Қонда метаболик ацидоз, гиперкоагуляция, гипергликемия кузатилади

Кейинчалик ИТШда аста-секинлик билан юракнинг қон ҳайдаш хусусияти пасаяди, периферик қон томирлар спазми ва артериовеноз шунтлар фаолияти ишга тушиши кузатилади. Қон босими аста-секин пасаяди ва тахикардия кузатилади. Систолик қон босимининг пасайиши (70-60 мм симоб устуни) муҳим аҳамият касб этади, буйрак фильтрацияси деярли тўхтайди ва буйрак гипоксияси сезиларли даражада ошади. Бу вақтдан бошлаб келажакда беморни шокдан чиқариб олиш имкониятини белгилаб берувчи вақтни ҳисоблаш жараёни бошланади. Юрак товушлари бўғиқлашади, пульс тез-тез ва заиф, бўйин томирлари аста-секин тушади. МВБ сезиларли даражада камаяди. Психомотор безовталаниш аста-секин эс-ҳуш бузилишига олиб боради. Терининг рангпарлиги ошиб боради, у мармар рангга киради, совуқ ва нам бўлади, периферик цианоз - яъни акроцианоз кузатилади, юзи кулранг-цианотик тусга киради. PaO_2 (50 мм симоб устуни) кескин пасайиши гипоксия / гиперкапнияга сабаб бўлади. Аниқ, секин-аста ўсувчи нафас қисилиши ривожланади, ўпкада дағал нафас аникланади. Ўпка вентиляцияси 20 л/дақиқадан ошиши мумкин. Бундай ўпка вентиляциясининг компенсацияси тўқима ацидозини бартараф этиш учун етарли эмас. Диурез пасаяди 20 мл/с дан паст бўлади.

ДВС синдромининг ривожланиши туфайли турли хил, кўпинча геморрагик тошма пайдо бўлиши мумкин. Тана ҳарорати субфебрил ёки нормал ҳолатга тушади, беморнинг аҳволи тобора ёмонлашиб бораверади. Тахикардия ошади, қон босими аникланмаслиги мумкин. Юрак тонлари юмшоқ

кескин сустлашган. Нафас олиш частотаси юқори, нафас юзаки. ИТШ терминал даврида, pH 7.25 ва ундан пастга тушганида, Чейн-Стокс тури бўйича нафас олиш кузатилиши мумкин. Ўпка шиши белгилари пайдо бўлади: ўпканинг пастки қисмларида дағал нафас олиш, нам хириллашлар эшитилади. Секин-аста, нам хириллашлар сони кўпаяди, улар ўпканинг қолган қисмига тарқалади. Цианоз тананинг барча қисмларига тарқалади, кўпинча умумий характерга эга бўлади. Мия гипоксиясининг белгилари чукурлашиб, беморда мия комасига ўтувчи сопороз ҳолати ривожланади.

ДИАГНОСТИКАСИ. ТЕКШИРУВ ПРОТОКОЛИ.

1. Қоннинг умумий таҳлили (лейкоцитоз, нейтрофилез, ЭЧТ – эритроцитларнинг чўкиш тезлиги кучайиши аниқланади).

Терминал боскичда лейкопения аниқланади.

2. Тромбоцит ва эритроцитларнинг агрегацион қобилияти кучаяди, гематокрит даражаси пасаяди.

3. Уринограммада цилиндрурия, эритроцитурия.

4. КАҲ – кислота-асосли ҳолатнинг бошланғич боскичида метаболик ацидозга алмашувчи респираторли алкалоз.

5. Коагулограмма – қоннинг ивиш вақти узаяди, этанол ва β-нафтол тестлари мусбат, ижобий.

6. Қоннинг биокимёвий кўрсаткичларида – калий даражаси пасаяди ва натрий кўпаяди, артериал қонда карбонат ангидрид ва плазма бикарбонатлари концентрацияси камаяди.

7. Бактериологик текширувлар турли биологик муҳитларда грам ижобий (мусбат) ва грам салбий (манфий) флоралар ўзига хослигини кўрсатади.

8. МВБ – Марказий вена босими пасайган.

Лаборатория усуллари:

ВСК ва тромбоцитлар, уринограмма билан гемограмма.

Коагулограмма

Қоннинг биокимёвий таҳлили: электролитлар, мочевина, креатинин, умумий оқсил, фракциялар, билирубин.

Креатинин ва натрийнинг кунлик сийдикдаги миқдори.

Қоннинг осмолярлиги (қўшимча равишда).

КАҲ – кислота-асосли ҳолат ва қондаги газлар (қўшимча равишда).

Қон, сийдик, нажас экмалари, бурун ва ҳалқумдан экмалар.

Мониторинг: АБ, ЮҚЧ, МТБ, Ht, ЭКГ, ПД.

Асбоблар ёрдамида текшириш усуллари:

АБ, МВБ – Марказий вена босимининг нафас олиши, сатурация,тана ҳарорати, соатлар бўйича диурезни назорат қилиш.

Буйраклар ва қовуқ УТТ

ЭКГ. Кўкрак қафаси рентгени.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС:

ИТШ ни шокнинг бошқа турларидан фарқлаш керак:

Дегидратацион шок қуйидагилар билан фарқланади:

- қусиш ва диарея бошланғич ва етакчи кўринишда намоён бўлади;
- сув ва тузни йўқотиш ривожланаётган ва устунлик қилаётган хусусиятга эга бўлади;
- тери қатламининг силлиқланиш тезлиги камайган, шиллиқ пардалар қуруқ ва фонация камайган;
- иситма характерли эмас;
- кўтарилувчи хусусиятга эга мушак тиришишлари тез ривожланади;
- бемор деярли ҳушини йўқотмайди;
- токсикоз белгилари мавжуд эмас (бош оғриғи, танадаги оғриқлар, миалгиялар);
- эритроцитлар, гемоглобин, гематокрит, плазма солиштирма оғирлигининг ривожланиши кўпаяди;
- юрак ритмининг эрта бузилиши пайдо бўлади;
- нейтрофилез характерли эмас.

Ички қон кетишида юзага келувчи геморрагик шок қуйидаги хусусиятларга эга:

- одатда дастлабки даврда иситма ва токсикоз мавжуд бўлмайди;
- кўпинча кафтларда намлик пайдо бўлади;
- тери рангсизлиги пайдо бўлади;
- ички қон кетишлар қорин бўшлиғининг ёпиқ жароҳатлари натижасида ривожланади;
- эритроцитлар, гемоглобин, гематокрит ривожланиши кўпаяди.

Анафилактик шок қуйидагилар билан тавсифланади:

- дори воситаларини юбориш ёки ҳашарот чақиши билан боғлиқ бўлган қон босими ва пульс кўрсаткичларининг ҳалокатга элтадиган даражада бузилиши;
- бошланғич даврида иситма ва токсикоз мавжуд бўлмайди;
- беморнинг нафаси қисилиши ва нафас қисқариши билан боғлиқ шикоятлари;
- ИТШ ривожланишига қараганда жараённинг тезроқ ривожланиши;
- яққол ифодаланган лейкоцитоз ва нейтрофилез мавжуд бўлмайди.

Кардиоген шокда қуйидагилар кузатилади:

- узоқ муддатли коронар артерия касалликлари фонида, кекса ёшда, миокард инфарктида тез-тез учрайди;
- жисмоний зўриқиш, психо-эмоционал юкламалар якин анамнезда;
- оғрик синдромининг етакчилик хусусияти, юрак фаолияти ишидаги узилишлар, юрак соҳасида ноқулайлик ҳисси;

• яққол ифодаланган цианознинг тез юзага келиши;

• иситма, токсикоз, яққол ифодаланган лейкоцитоз ва нейтрофилезнинг мавжуд эмаслиги;

• ЭКГда миокард ишемияси белгилари, турли ритм бузилишлари кузатилади.

ДАВОЛАШ.

1. А/Б, пульс, нафас, МВБ – Марказий вена босими ва диурез назорати остида ОЦК ўрнини тўлдириш – кристаллоид эритмалар (Рингер эритмалари) 20,0 мл/кг ҳисобида, томир ичига, томчилатиб. ОЦК ни тиклаш самарадорлиги мезонлари:

– оқ доғ симптоми камида 2 сония,
– илиқ қўл-оёқлар,
– яхши тўлдирилган ва кучланишли пульс,
– англашнинг яхшиланиши,
– тахикардиянинг пасайиши,
– нормал А/Б ни тиклаш,
– диурезнинг кўпайиши.

2. Англаш ва нафас олиш бузилганда ИВЛ тавсия этилади.

3. Кардиотоник ёрдам: допамин 5–10 мкг/кг/дақиқа вена ичига ёки мезатон 1% 0,1 дан 1,0 мкг/кг/дақиқа вена ичига инфузоматда.

4. Қон реологиясини коррекциялаш: гепарин 50–100 бирл/кг кунига 4 марта, тери остига ёки вена ичига.

5. ДВС-синдроми ривожланганда: янги музлатилган плазма гуруҳидагилар 10–15 мл/кг, вена ичига, томчилатиб.

6. Метаболик ўзгаришларни коррекциялаш: гипокалиемияда – калий хлор 4% – 1–2 ммоль/кг 5 % глюкоза эритмасида 10–15 мл/кг, вена ичига, томчилатиб. Метаболик ацидозда – биокарбонат натрий эритмаси 4% – 4,0 мл/кг, вена ичига, томчилатиб.

7. Этиотроп терапия – антибактериал терапия – ампициллиннинг бир марталик дозасида эмпирик комбинация 100 мг/кг амикацин билан 10–15 мг/кг вена ичига, бактериологик текширувлар натижасигача 2–3 давр цефалоспоринлари аминогликозидлар билан. Антибактериал терапияни таъсирчанлик бўйича давом эттириш.

8. Плазмафарез*.

ШИФОХОНАДАН ЧИҚИШДАГИ ТАВСИЯЛАР.

Диспансер назорати.

Изох: * – филиал шароитлари ва Республика марказида амалга оширилади.

ГЕМОЛИТИК-УРЕМИК СИНДРОМ (ГУС)

Шифр: КХТ – J20

ТАЪРИФИ. Гемолитик уремик синдром (ГУС) – ўткир ривожланган диарея – ич кетишида пайдо бўлади, унинг асосида микроангиопатик (иммунитетсиз) гемолитик анемия (Кумбс тести салбий); тромбоцитопения; ўткир буйрак етишмовчилиги (ЎБЕ) кузатилади. Соғломлаштириш даврида буйрак функциясини тиклаш фақатгина беморларнинг 70 фоизида кузатилади ва бу биринчи навбатда, уни қўзғатувчи омилларнинг турли-туманлиги сабабли буйрак тўқималарига, шикастланишнинг чуқурлигига боғлиқ бўлади. Шундай қилиб, ёмон прогноз ГУСнинг атипик оилавий (ирсий) ва диарея билан боғлиқ бўлмаган тасодифий ҳолатларида эга бўлиб, бу беморларнинг 25% касалликнинг ўткир босқичида нобуд бўлади, 50% да мия шиши ривожланади.

ПАТОГЕНЕЗ. ГУСда буйраклар зарарланиши асосида гломеруляр тромботик микроангиопатия ётади – яъни бир ёки бир неча зарарлантирувчи омиллар таъсири натижасида, субендотелиал қатламда эндотелий шиш ва оқсиллар ва ҳужайрали детритнинг тўпланиши билан томирлар деворларини қалинлашуви ётади. Бундан ташқари, ГУС гистопатологик вариантлари кейинчалик тромбоз билан биргаликда кўп ўчоқли ёки калавалар диффуз некрозига (қобиқ моддаси) олиб келувчи калавалар ишемияси, калаваларнинг фибринли тромблар билан окклюзиясини ўз ичига олади. Нормал эндотелий эукоагулант ҳолатини таъминлайди. Бу антитромбин III, простациклин, нитрат оксиди, эндотелийга боғлиқ омиллар ишлаб чиқариш ва бошқа моддалар ишлаб чиқариш билан қўллаб-қувватланади. Эндотелий шикастланишда унинг сирти прокоагулянт хусусиятларга эга бўлади, бу ўз навбатида, деворлар ва капиллярлар бўшлиғига фибрин йиғилиши, томир ички коагуляцияси билан қон ивиш тизимини маҳаллий фаоллаштиришга ёрдам беради. Бу эса калава капилляр бўшлиғи торайиши ва облитерацияси, калавали фильтрация тезлигининг камайиши ва уларнинг иккиламчи дисфункцияси ёки некрозига олиб келади.

КЛИНИК КЎРИНИШИ:

ШИКОЯТЛАР – умумий ҳолсизлик, кўнгил айниши, қусиш, тери қатламларининг рангпарлиги, сийдик ажралишининг бузилиши (камайиши ёки мавжуд эмаслиги), суюқ нажас, бутун тана бўйлаб шишлар.

АНАМНЕЗ – касалликнинг ўткир бошланиши; ўтказилган касалликлар (кўп ҳолатларда ЎИИ-ОКИ)

Асосий симптомлар: ўткир бошланиши, гастроэнтерит симптомлари ёки оғир кечувчи колит, кўпинча гемоколит (75% ҳолатларда); тери қатлами кескин рангпарлиги; теридаги геморрагик синдром (петехиялар ёки пурпу-

ра); дизурия олиго- ёки анурия ЎБЕ кўриниши сифатида. Уремия кучайиши оқибатида тиришишлар, мия шиши белгилари, нафас фаолияти ва гемодинамика гипергидратация ва ўпка шиши оқибатида юзага келади. Гепатоспленомегалия аниқланади.

ДИАГНОСТИКАСИ. ТЕКШИРУВ ПРОТОКОЛИ.

Ўткир бошланиши, олиго ёки анурия шаклидаги дизурия, гипертензия, сийдикнинг тўқ ранги (гемоглобинурия).

Лаборатория текширувлари:

Гемограмма, уринограмма, копрограмма;

Қон биокимёвий таҳлили (билирубин, ферментлар, мочевина,креатинин, умумий оқсил);

Коагулограмма;

КОС- КАҲ ва қон газлари*

Асбоблар ёрдамида текшириш усуллари:

Паренхиматоз органлар УТТ

Бош мия КТ* (кўрсатмалар бўйича).

Мутахассислар маслаҳати: невропатолог, инфекционист, окулист.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС:

1) ЎБЕ.

2) СБЕ.

ДАВОЛАШ.

1. ОЦК нинормаллаштириш, А/Б, МВБ – Марказий вена босими ва диурез назорати остида: кристаллоид эритмалар (Рингер эритмалари 5–10,0 мл/кг ҳисобида, томир ичига, томчилатиб;

2. Қон реологиясини коррекциялаш: гепарин 50–100 бирл/кг кунига 4 марта, тери остига ёки вена ичига;

3. ДВС-синдроми ривожланганда: янги музлатилган плазма гуруҳидагилар 10–15 мл/кг, вена ичига, томчилатиб;

4. Анемиянинг оғир шаклларида – бир гуруҳдаги эритроцитар массани қуйиш 10–15 мл/кг;

5. Метаболик ўзгаришларни коррекциялаш: гипокалиемияда – калий хлор 4% – 1–2 ммоль/кг 5% глюкоза эритмасида 10–15 мл/кг, вена ичига, томчилатиб. Метаболик ацидозда – биокарбонат натрий эритмаси 4% – 4,0 мл/кг, вена ичига, томчилатиб;

6. Плазмафарез*;

7. Перитонеал диализ*;

8. Барқарор оғир ЎБЕ да гемодиализ*.

ШИФОХОНАДАН ЧИҚИШДАГИ ТАВСИЯЛАР.

Диспансер назорати.

Изоҳ:* – филиал шароитлари ва Республика марказида амалга оширилади.

ДИССЕМИНИРЛАНГАН ТОМИР ИЧИ ҚОН ИВИШИ (ДТҚИ)

Шифр: КХТ – D 65

ТАЪРИФ. ДТҚИ синдроми – айланувчи қонга кўп миқдордаги қон ивиши активаторлари кириши ва тромбоцитлар агрегацияси билан боғлиқ оғир носпецифик патологик жараён синдромидир. Бу синдром кенг тарқалган (диссеминирланган) қон ивиш тизимини фаоллаштириши ва кўп сонли қон микроқуйқалари ва томир оқимида ҳужайралар агрегатлари шаклланиши ва кейинчалик фибринолиз фаоллашиши билан бирга кечади.

ДТҚИ синдроми (диссеминирланган томир ички қон ивиши, истеъмол коагулопатияси, тромбогеморрагик синдром) – тромбопластик моддалар тўқималардан катта миқдорда ажралиши туфайли қон ивишининг бузилиши.

Симптомларсиз кечиши мумкин ёки жуда тез ривожланаётган коагулопатия шаклида бўлиши мумкин. Кўпинча турли акушерлик патологияларида, турли хил шок турларида, оғир шикастланишларда, бактериал сепсис, фибринолизда кузатилади.

ПАТОГЕНЕЗ. ДТҚИ синдроми патогенезининг асосий йўналишлари:

1. Гемокаагуляция каскади ва тромбоцитларнинг эндоген омиллар билан дастлабки фаоллашуви: тўқималар тромбопластини, лейкоцитлар протеазалари, тўқималар ўлими маҳсулотлари, ўсимта прокоагулянтлари;

2. Қондаги доимий тромбинемия ((эрувчи фибрин мономер комплекслар (ЭФМК) ва Д-димерлар);

3. Плазмадаги антитромбин III, оқсил С, плазминоген ва қон плазмасида тромбомодулин даражасининг ортиши билан физиологик антикоагулянтлар тизимининг сусайиши;

4. Қон томир эндотелий қаватининг тизимли жароҳати ва унинг антитромботик салоҳиятининг пасайиши;

5. Қон микроқуйқалари шаклланиши ва нишон органларда микроциркуляция блокадаси (бош мия, буйрак усти безлари, буйраклар, жигар, ошқозон ва ичак) (полиорган етишмовчилиги субсиндроми) уларнинг дистрофик ва деструктив бузилиши ривожланиши билан)).

6. Микроциркуляция блокадаси ҳудудида фибринолизнинг фаоллашиши ва унинг заҳираларининг умумий циркуляцияда сусайиши;

7. Гемокоагуляция ва тромбоцитопенияси омиллари истеъмоли ва ивиш (ва - патияси), тизимли қон кетишига ва тўлиқ қон ивимаслигига (геморрагик фазаси синдроми) олиб келувчи терминал гипокоагуляция;

8. Асептик ДТҚИ синдромининг септик синдром трансформацияси билан ошқозон ва ичак шиллиқ қавати тўсиқ вазифасининг бузилиши;

9. Иккиламчи оғир эндоген интоксикация.

ТАСНИФЛАШ (Федорова З.Д. ва бошқалар 1979, Баришев Б.А. 1981):

I босқич – гиперкоагуляция.

II босқич – гипокоагуляция.

III босқич – фибринолизни умумий фаоллашуви билан кечувчи гипокоагуляция

IV босқич – қоннинг тўлиқ ивимаслиги.

КЛИНИК КЎРИНИШИ:

ШИКОЯТЛАР- инъекция жойларидан қон кетиши, ланжлик, уйқучанлик, тери қатламларининг рангпарлиги

АНАМНЕЗ- бошдан ўтказган касалликлар билан боғлиқлик: оғирлашган акушерлик анамнези, асосий касалликнинг оғир кечиши, катта ҳажмда қон йўқотиш.

Шиддатли кечувчи ДТҚИ синдроми. Бир неча ўн дақиқа ичида ривожланади. У акушерлик амалиётида кенг тарқалган, аммо шикастланиш билан боғлиқ жароҳат, ўткир томир ичи гемолизи ва бошқа турдаги потенциал патология турлари билан бирга кечиши мумкин. Шок ҳолатининг тезкор ривожланиши тромбопластик комплекс таркибий қисмларининг қон оқимига тез ва массив ўтиши билан характерлидир. Клиник кўринишда кучли геморрагик синдром - гастроинтестинал, оператив, ошқозон-ичакдан қон кетиши ва шок клиникаси кузатилади.

Ўткир ДТҚИ синдроми. Ривожланиш вақти бир неча соатдан бир кунгача. Жиддий жароҳатлар, оғир сепсис, паренхимал органларга кенг, узоқ ва шикастлантирувчи жароҳатлар билан бирга кечади.

ДТҚИнинг ушбу шаклидаги микроциркулятор бузилишлар биринчи ўринда туради, полиорган етишмовчиликнинг тез шаклланишига олиб келади. Биринчи куннинг охирида клиникада нафас олиш ва буйрак етишмовчилиги устунлик қилади. Геморрагик синдром ҳам юз беради, аммо у шиддатли ДТҚИ синдромига қараганда анча енгилроқ кечади.

Ярим ўткир ДТҚИ-синдроми. Кечиш давомийлиги кунлар, ҳафталарни ташкил қилади. Сепсис, оғир йирингли яллиғланиш касалликлари билан бирга кечади (деструктив пневмония, панкреонекроз, ўткир тарқалган перитонит ва бошқалар). Клиник кўриниши ўткир ДТҚИ синдромига ўхшаш, аммо бир мунча енгилроқ. Умуман олганда, у яхшироқ кечади, лекин у ҳам полиорган етишмовчиликнинг шаклланишига олиб келиши мумкин.

Сурункали ДТҚИ синдроми. Ҳафталаб, ойлаб давом этади. Қон ивишининг оқим активаторларининг доимий кичик оқимлар билан келиши сурункали касалликларга хосдир. Ички органлар функцияларининг аста-секин ўсиб бораётган бузилишларининг клиник кўринишлари.

ДИАГНОСТИКАСИ. ТЕКШИРУВ ПРОТОКОЛИ.

I босқич – гиперкоагуляция. Кўп қон кетиш жараёнида коагуляцион тизим омилларининг йўқолиши қуйқа пайдо бўлиш вақтини узайтириши ва унинг ретракцияси, капилляр қон кетиш вақти узайишига олиб келади. Лаборатория кўрсаткичлари: қон ивиш вақтини, тромбин вақти пасайиши, ижобий этанол тести.

II босқич – гипокоагуляция. Геморрагик шокда венула ва артериоллар спазмлари фазасида (клиник кўриниши: сувсизланиш, рангсиз ва совуқ тери қатламлари, ўткир буйрак етишмовчилиги белгилари) капиллярларда плазма ва элементларнинг ажратилиши – «сладж» – феномени ривожланади. Фибрин билан ёпишган элементларнинг тўпланиши коагуляцион омиллар ва фибринолизнинг фаоллашуви билан бирга келади. Лаборатория кўрсаткичлари: ўртача тромбоцитопения (120 × 109 / л гача), тромбин вақти 60 с ва ундан ортиқ, кескин ижобий этанол тести.

III босқич – маҳаллий фибринолизни фаоллаштирадиган истеъмол фазаси. Афибриногенемия фибринолизнинг сезиларли фаоллашуви билан биргаликда кечади. Ушбу босқичда қон кетиш жойида бўшашган қон қуйқалари тезда (15–20 дақиқа ичида) 50% лизисга учрайди. Лаборатория кўрсаткичлари: қон ивиш вақти ўсиши, тромбин вақти, тромбоцитлар сони 100 × 109 / л га камайиши, қуйқанинг тез лизиси.

IV босқич – умумий фибринолиз. Капилляр қон ивимайди, паренхиматоз қон кетиши, тери ва ички органларда петехиал тошмалар, гематурия, синовиал бўшлиққа оқиш ва органлар ва тизимларда терминал ўзгаришлар кузатилади.

Лаборатория текширувлари:

– Мукаммал гемограмма (ВСК, тромбоцитлар), уринограмма

– Коагулограмма

– Қоннинг биокимёвий таҳлили (билирубин, ферментлар)

Асбоблар ёрдамидаги текширувлар

– Паренхиматоз органлар УТТ

– Люмбал пункция, НСГ, ЭЭГ*, бош мия КТ* (кўрсатмалар бўйича)

Мутахассислар маслаҳати: Реаниматолог, невропатолог, инфекционист, окулист.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС.

Диссеминирланган томир ички қон ивиши (ДТҚИ)-синдромини маҳаллий фибринилоз ва бирламчи умумий фибринолизнинг бошланғич кенгайтирилган босқичларидан фарқлаш керак. Протамин сульфатли коррекция тестини ўтказишда гипергепаринемияни ДТҚИ-синдроми III босқичидан осонликча фарқлаш мумкин. Гемодилюцияли коагулопатия қоннинг нормал фибринолитик фаоллигидан фарқланади (қуйқанинг спонтан лизиси тести).

ДАВОЛАШ.

Оғир геморрагик диатез клиникали ДТҚИ-синдромида қуйидагилар кўрсатилган:

1. Ўрнини босувчи терапия. Янги музлатилган плазмани 10—15 мл/кг хисобида киритиш. – Криопреципитат самарасизлигида 1–4 ЕД/10 кг. Тромбоконцентрат фақат ўткир тромбоцитопенияли ДТҚИ да қўлланиши мумкин (20х10*9/л дан кам).

2. ДТҚИ ни гиперкоагуляцияли клиник кўринишида гепарин 50–100 ЕД\кг тана вазнига қараб тайинланади.

4. Қайд этилган тизимли таъсирга эга терапевтик муоалажаларни маҳаллий гемостатик даволаш билан бирга ўтказиш максадга мувофик (гемостатик губка, гемостатик коришма).

5. Гипокоагуляцияда натрий этамзилат 12,5% 0,1–0,2 мл\кг. Витамин К танқислиги омилларига боғлиқ – Викасол 1% 0,1–0,2 бир ёшгача.

ДТҚИ – синдромини муваффақиятли даволаш учун барча терапевтик воситаларни гемостаз кўрсаткичлар назорати остида ўтказиш ва кейинчалик терапияни коррекция қилиш зарур.

ШИФОХОНАДАН ЧИҚИШДАГИ ТАВСИЯЛАР.

Гематолог назорати.

Изох:* – филиал шароитлари ва Республика марказида амалга оширилади.

РЕЯ СИНДРОМИ

Шифр: КХТ – G93.7

ТАЪРИФИ. Рея синдроми (жигарнинг ёғли гепатози+энцефалопатия) — болалар ва ўсмирларда (кўпинча 4-12 ёшларда) кам учрайдиган, лекин жуда хавфли, кўпинча ҳаётга тажовуз солувчи ўткир ҳолатдир. У кўпинча ацетилсалицил кислотали препаратлар билан юқумли касалликларни даволаш фонида (грипп, қизамиқ, сувчечак) ва тез ривожланувчи энцефалопатия билан тавсифланади (бош мия шиши натижасида) ва жигарнинг ёғли инфильтрацияси ривожланиши кузатилади. Рея синдроми гипераммониемия, АСТ, АЛТ миқдорининг қон зардобида ошиши (3 мартадан кўп) ва бунда билирубин миқдорининг нормада қолиши билан кузатилади.

Рея синдроми асосида оксидловчи фосфорланиш ингибицияси ва ёғ кислоталарининг β-оксидланиши бузилиши туфайли умумий митохондриал зарарланиш ётади.

Ушбу синдром биринчи бўлиб 1963 йилда Австралиялик патолог Дуглас Рейе (инг. Ralph Douglas Kenneth Reye) томонидан тасвирланган.

ПАТОГЕНЕЗ. Аслида касалликнинг сабаби аниқ эмас, асосий бузилиш митохондриал фаолиятнинг бузилиши билан боғлиқ. Валпората юборилган даврида ривожланаётган метаболик вазият орган ацидемияси билан жуда ўхшаш. Шунга ўхшаш симптомларни чақирувчи токсинлар аниқланган. Рея синдромининг Ямайка қусиш касаллиги билан ўхшашлиги бор (Jamaican vomiting sickness). Ушбу касаллик машҳур Acul-CoA-Dehydrogenas ингибитори сифатида танилган акеянинг етилмаган мевасида топилган модда гипоглицинини олиш орқали юзага келади. Нюфаундлендда ишлатиладиган инсектицидлар ёки уларнинг таркибий қисмлари ҳам митохондриал заҳар бўлиб хизмат қилади. Margosa ёғи ва ари заҳри ҳам, Рея синдромига сабаби бўлувчи токсин хисобланади. Британия ороларида Рей синдроми билан оғриган беморларнинг 10% да моддалар алмашинувининг туғма бузилишлари аниқланди. Рея синдромига ўхшаш бир қатор моддалар алмашинувининг туғма бузилишлари аллақачон маълум. Рей синдроми билан Реяга ўхшаш синдромлар ўхшашлиги шунчалик каттаки, улар бир-биридан деярли фарқланмайди.

КЛИНИК КЎРИНИШИ:

ШИКОЯТЛАР – кўнгил айниши, қусиш, англашнинг бузилиши, тери қатламлари рангпарлиги, тиришишлар.

АНАМНЕЗ – касалликнинг ўткир бошланиши; неостероид яллиғланишга қарши воситалар (НЯҚВ) қабул қилиш.

Юқумли касаллик бошлангандан 5-6 кундан сўнг (сувчечакда – тошмалар пайдо бўлгандан 4-5 кундан кейин) тўсатдан кўнгил айниши ва тўхтамасдан қусиш бошланади, ва бу руҳий ҳолат ўзгариши билан бирга кечади (енгил тарзда тормозланишдан чуқур комагача ва ориентацияни йўқотиш ҳоллари, психомотор безовталаниш). Анамнезда – тана ҳароратини тушириш мақсадида ацетилсалицил кислотаси ёки АСК-таркибли препаратлар қабул қилинади.

3-ёшгача бўлган болаларда касалликнинг асосий белгилари нафас олишда бузилиш, уйқучанлик ва тиришишлар бўлиши мумкин, бир ёшгача бўлган болаларда эса бошдаги катта ликилдоқ кучланиши кузатилади.

Адекват терапия ўтказилмаганда, беморнинг ҳолати кескин ёмонлашади: тезда кома ривожланади, децеребрацион ва декортикацион позалар, тиришишлар ва нафас тўхташи мумкин.

40 % ҳолларда жигар катталашиши аниқланган, лекин сариқ касаллиги камдан-кам кузатилади. АСТ, АЛТ, бемор қонидаги зардобда аммиак кўрсаткичлари ошиши характерли ҳолатдир.

ДИАГНОСТИКАСИ. ТЕКШИРУВ ПРОТОКОЛИ.

Болалардаги Рея синдроми ташхиси анамнези (ЎРИ ва таркибида АСК бўлган дори воситаларини қабул қилиш), клиник (яллиғланиш мавжуд

бўлмаган энцефалопатия ва гепатопатия) ва лаборатория (АлАТ, АсАТ фаоллигининг ошиши, билирубиннинг нормал концентрациясида қон зардобидаги аммиак концентрациясининг ошиши, ПТВ узайиши, гипогликемия , метаболик ацидоз ва бошқалар) маълумотлар асосида қўйилади. Клиник ва лаборатория маълумотларининг аниқлиги билан дифференциал ташхис қўйиш имкони мавжуд бўлмаган ҳолларда, жигар биопсияси жуда муҳим аҳамият касб этади. Жигар биопсияси 1 ёшгача бўлган чақалоқларда, касалликнинг атипик намоёнланишида (продромал даврсиз, қайт қилмасдан), шунингдек, оилавий касалликларда ҳам тавсия этилади. Рея синдромида макроскопик равишда жигар катталашади, гистологик текширув гепатоцитларнинг диффуз майда томир дистрофияси, айниқса лобулларнинг атрофида, гликогеннинг йўқолиши, яъни гликогеннинг йўқ бўлиб кетишини кўрсатади, яъни стеатознинг мавжудлиги ва некроз ва яллиғланган ҳужайра инфильтратларининг мавжуд эмаслиги билан характерланади. Электрон микроскопияда эндоплазматик ретикулум кенгайиши ва гепатоцитлар митохондрияси шиши, жуда кўп пероксисомалар аниқланади.Марказий асаб тизимидаги морфологик ўзгаришлар актив энцефалопатияга (яллиғланиш ўзгаришлари бўлмаганида астроцитлар шиши ва нейронлар дегенерацияси) ўхшайди. Енгил даражадаги ёғ дистрофияси бошқа ички органларда (миокард, ошқозон ости бези, баъзан проксимал буйрак тубуласининг эпителиал ҳужайраларида) кузатилади.

Лаборатория текширувлари:

– Мукаммал гемограмма (ВСК, тромбоцитлар), уринограмма;

– Биокимёвий қон таҳлили (билирубин, ферментлар);

– Коагулограмма

Асбоблар ёрдамидаги текширувлар

Паренхиматоз органлар УТТ

Люмбал пункция, НСГ.

ЭЭГ*, бош мия КТ* (кўрсатмалар бўйича)

Мутахассислар маслаҳати: невропатолог, инфекционист, окулист, токсиколог*.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС.

Рея синдроми юзага келиши ноёб ҳодиса эмас, бошқа ҳолатларда ҳам кузатилиши мумкин, ушбу синдром учун тегишли бўлган махсус ўзига хос тестлар мавжуд эмас, шунинг учун, ташхис истисно сифатида ўтказилади. Дифференциал ташхис вирусли инфекциялар, нейромускул касалликлари, дори воситалари ва токсинларнинг исталмаган натижаларга олиб келувчи, гепатоцеллюляр зарарланиш ва энцефалопатияни (Реяга ўхшаш симптомлар) чақирувчи касалликлар билан ўтказилади.

ДАВОЛАШ.

1. Организмнинг физиологик эҳтиёжлари ва патологик йўқотишлари ҳисобидан инфузион-детоксикацион терапия:

a) Рингер эритмаси 10–20 мл/кг, вена ичига, томчилатиб.

b) Глюкоза эритмаси 5–10% 10–20 мл/кг, вена ичига, томчилатиб.

c) Натрий хлорид эритмаси 0,9% 10–20 мл/кг, вена ичига, томчилатиб.

2. Преднизолон 5 мл/кг, вена ичига.

3. Мия шишида маннитол эритмаси 15% 0,5–1 г/кг вена ичига, томчилатиб.

4. Кардиотроп ёрдам кераклигида – допамин 5–10 мкг/кг/дақиқада, вена ичига.

5. Англаш ва нафас олишнинг чуқур бузилишида – трахеяларни интубация қилиш ва ИВЛ.

6. Яққол ифодаланган геморрагик синдромда, ДТҚИ-синдроми ривожланишида – бир гуруҳдаги янги музлатилган плазма трансфузияси.

ШИФОХОНАДАН ЧИҚИШДАГИ ТАВСИЯЛАР.

12 ёшгача бўлган болалар юқори ҳарорат кузатилганда, ацетилсалицил кислотасини тайинлашда жуда эҳтиёткор бўлиш керак. Бундай ҳолатда ацетилсалицил кислотасини парацетамол ёки ибупрофен билан алмаштириш тавсия қилинади.

Изоҳ:* – филиал шароитлари ва Республика марказида амалга оширилади.

МУНДАРИЖА

IX БЎЛИМ. КУЙИШЛАРДА ШОШИЛИНЧ ТЕЗ ЁРДАМ 7
X БЎЛИМ. ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШЛАРДА ТЕЗ ТИББИЙ ЁРДАМ 50
XI БЎЛИМ. КАРДИОЛОГИЯ ВА ТЕРАПИЯ 130
XII БЎЛИМ. ШОШИЛИНЧ НЕВРОЛОГИЯ 179
XIII БЎЛИМ. БОЛАЛАР РЕАНИМАЦИЯСИ 227
XIV БЎЛИМ. БОЛАЛАР ЖАРРОҲЛИГИ 258
XV БЎЛИМ. ПЕДИАТРИЯ 331

Илмий нашр

ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ БЎЙИЧА ҚЎЛЛАНМА

(клиник протоколлар)

II жилд

Муҳаррир *А. Файзуллаев*
Рассом дизайнер *Х. Кутлуков*
Техник муҳаррир *Т. Харитонова*
Компьютерда саҳифаловчи *К. Хамидуллаева*