

3.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ
ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ

«103»

**БРИГАДАЛАРИ
ТОМОНИДАН ТЕЗ ТИББИЙ
ЁРДАМ КЎРСАТИШ
СТАНДАРТЛАРИ**



УЎК 614.88(575.1)
КБК 51.1(5Ў)2
С 76



ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLİKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIG'ING

ВУРУСҶІ

2017 йил 31 декабрь

№ 131

Toshkent sh.

**Шошилинч tibбий ёрдам хизматини янада такомиллаштириш
ва моддий-техника базасини мустахкамлаш борасида белгиланган
чора-тадбирларнинг ижросини таъкидлаш эътибори билан**

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 16 мартдаги
“Шошилинч tibбий ёрдани янада такомиллаштириш тўғрисида”ги
ПФ-4985-сонли Фармони ва “Шошилинч tibбий ёрдам хизматининг
фаолиятини таъкидлаш эътибори билан янада такомиллаштириш ва моддий-техника
базасини мустахкамлаш чора-тадбирлари тўғрисидаги ПҚ-2838-сонли қарори
ижросини таъминлаш мақсадида **бўйораман:**

1. Қуйидагилар:

илгор хорижий таърибани ҳисобга олган ҳолда ишлаб чиқилган
“Тез tibбий ёрдам кўрсатиш ягона стандартлари” 1 - иловача мувофиқ;
тез tibбий ёрдам чакирувларини кабул қилишнинг диспетчерлик -
саралаш баённомалари 2 - иловача мувофиқ;

шошилинч tibбий ёрдам хизматини янада такомиллаштириш
ва моддий-техника базасини мустахкамлаш борасида белгиланган
чора-тадбирлар ижросини таъминлаш юзасидан таъкидлаш эътибори билан
вазирликнинг ҳамда Қорақалпоғистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ва худудий
соғлиқни сақлаш бошқармаларининг ишчи гуруҳи тарқибий 3 - иловача мувофиқ
таъкидлансин.

2. Даволаш-профилактика ёрданини таъкидлаштириш Бош бош-
қармаси (Ф.Шарипов), Фан ва ўқув юрталари Бош бошқармаси (Ў.Исмаилов)
Республика шошилинч tibбий ёрдам илмий марказининг мутахассисларини
жалб этиган ҳолда мазкур бўйорам билан таъкидланган стандарт ва баённомаларни
амалиётда таъкидлаш эътибори билан худудларда семинарлар таъкидлаш эътибори билан
таъкидлаш эътибори билан кўрсатилин.

006912 ✻

ISBN 978-9943-25-407-7

© «O'ZBEKISTON» НМИУ, 2017

3. Фан ва ўқув юртлиари Бош бошкармаси (Ў.Исмаилов):

мазкур буйрук билан тасдиқланган стандарт ва баённомаларни олий ўқув юртлиаридаги шошилинч тиббий ёрдам йўналишлари бўйича қайта тайёрлаш ва малака ошириш ўқув дастурларига киритсин;

Ўрта тиббиёт ва доришунос ходимларини малакасини ошириш ва ихтисослаштириш Республика маркази (Л.Мусажанова) билан биргаликда тез тиббий ёрдам чакирувларини қабул қилиш бўйича диспетчерларнинг малакасини ошириш бўйича ўқув дастурларини илгор хорижий тажрибани ҳисобга олган ҳолда қайта ишлаб чиқсин ва тегишли ўқув курсларини ташкил этсин.

4. Шошилинч ва тез тиббий ёрдам тизимида Мувофиқлаштириш-диспетчерлик хизматлари фаолиятини ташкил этиш бўйича идорагадарао ишчи гуруҳи Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси томонидан тасдиқланганлиги ҳамда ишчи гуруҳига 2017 йил 1 июлга қадар шошилинч ва тез тиббий ёрдам тизимида Мувофиқлаштириш-диспетчерлик хизматлари фаолиятини ташкил этиш бўйича Хужумат қарори лойиҳасини ишлаб чиқиб, Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасига ўрнатилган тартибда киритиш вазифаси юклатилганлиги инобатга олинсин.

5. Қорақалпоғистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазири, Тошкент шаҳар Соғлиқни сақлаш бош бошкармаси ва вилоятлар Соғлиқни сақлаш бошкармалари бошлиқлари:

соҳа бўйича ҳудудий бош мутахассислар томонидан мазкур буйрук билан тасдиқланган стандарт ва баённомаларни туман (шаҳар) тиббиёт бирлашмалари мурасасалари амалиётга тўлиқ таъбиқ этиш, диагностика ва тез тиббий ёрдам кўрсатишни стандарт ва баённомаларга асосан ташкиллаштириш ҳамда тизимли мониторингини олиб борсин;

жорий йилнинг 1 апрелидан бошлаб тез тиббий ёрдам хизматининг ихтисослаштирилган автотранспорт воситаларига техник ва сервис ёрдам хизмати кўрсатиш ҳудудий ихтисослаштирилган автобадалар зиммасига юқланиши муносабати билан уларнинг 2017 молия йили учун харажатлар сметалари ва штат жадваллари кўйилгаётган вазифаларга мос равишда қайта кўриб чиқилишини таъминласин;

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази (А.Худайров) ва унинг ҳудудий филиаллари раҳбарлари билан биргаликда тез тиббий ёрдам бригадалари учун мулжалланган дори воситалари ва тиббий буюмларнинг берча туман (шаҳар) суьбилгалларда қамда бир ойлик захираси мавжуд бўлишини

таъминласин ва тез тиббий ёрдам хизматининг дори-дармон ва тиббий буюмлар билан ўз вақтида ҳамда тўлиқ таъминланишини устидан доимий назорат ўрнатсин;

2017 йил учун режалаштирилган 60 та тез тиббий ёрдам хизмати биноларини муқаммаг ва 77 та бинони жорий таъмирлаш мақсадида Молия ва Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2017 йил 28 мартдаги қўшма хатига мувофиқ назили рўйхатлари шакллантирсин ва тасдиқлаш учун Қорақалпоғистон Республикаси Вазирлар кенгаши, вилоятлар ва Тошкент шаҳар ҳокимлиқларига тақдим этсин.

6. Тез тиббий ёрдам хизмати станция ва подстанцияларида дори воситалари ва тиббий буюмларнинг тасдиқланган нормативларга мувофиқ мавжудлигини таъминлаш, бригадалар ўртасида тўғри тақсимлаш ва сақлаш учун зарур шарт-шароитларни яратилишига туман (шаҳар) тиббиёт бирлашмалари бошлигининг даволаш ишлари бўйича ўринбосари – дори воситалари бўйича Доимий фаолият юритувчи комиссия раислари шахсан жавобгарлиги белгилансин.

7. Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази (А.Худайров) ва унинг ҳудудий филиаллари раҳбарлари билан биргаликда тез тиббий ёрдам бригадалари учун мулжалланган дори воситалари ва тиббий буюмлар сотиб олиш ва берча туман (шаҳар) суьбилгалларини уэлжқисъ таъминлаш мақсадида филиалларда алоҳида провизор, материал бухгалтер ва экспедитор давозимларини (штат нормативларига тегишли ўзарттиришлар киритилгунга қадар) белгиланган тартибда жорий қилиш масаласини ҳал этсин.

8. Ихтисодиёт, молиялаштириш ва истиқболни аниқлаш Бош бошкармаси (Ё.Файзуллаев) вазирлиқнинг боджетдан ташқари маблаглари ҳисобидан ўрнатилган тартибда:

мазкур буйрук билан тасдиқланган стандарт ва баённомаларни 2,0 минг нусхада электрон кўринишда (СД диск);

тез тиббий ёрдам мобил бригадалари учун вазирлиқнинг 2017 йил 17 февралдаги 58-сонли буйруғи билан тасдиқланган Тез тиббий ёрдам автотранспортларининг ихтисослаштирилган ва умумтармок бригадаларини, тез тиббий ёрдам хизмати чакирқларида кўрсатиладиган тиббий хизматлар учун зарур бўладиган дори-дармонлар нормативларини китобча шаклида 3,0 минг нусхада кўпайтирилдишини таъминласин.

9. Назорат инспекцияси (А.Аъзамов) мазкур буйрук билан берча туман (шаҳар) тиббиёт бирлашмалари бошлиқлари ва уларнинг даволаш ишлари бўйича ўринбосарлари шахсан таништирилишини таъминласин.

10. Республика шонлигич тиббий ёрдам илмий маркази (А.Худайров) мазкур буйрук билан белгиланган чора-тадбирлар ижроси юзасидан амалга оширилган ишлар тўғрисидаги Қорақалпоғистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, Тошкент шаҳар Соғлиқни сақлаш бош бошқармаси ва вилоятлар Соғлиқни сақлаш бошқармаларининг ахборотларини жамласин ва ҳар ой якуни бўйича умумлаштирилган маълумотни вазирликка тақдим этиб бориш.

11. Мазкур буйрук ижросининг назорати вазирнинг биринчи ўринбосари А. Халжибаев зиммасига юклатилсин.

Вазир


А. Шадманов

Соғлиқни сақлаш вазирининг
2017 йил “31” мартдаги
131-сонли буйруғига
1-илова

**«103» БРИГАДАЛАРИ ТОМОНИДАН ТЕЗ ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ
СТАНДАРТЛАРИ**

Нозология	Аниқлаш мезонлари	Ёрдам ҳажми	Тактика
1. Критик ҳолатлар			
ҚОН АЙЛАНИШИ ВА НАФАС ОЛИШНИНГ ТЎСАТДАН ТЎХТАБ ҚОЛИШИ (ҚОРИНЧАЛАР АСИСТОЛИЯСИ, ФИБРИЛЛЯЦИЯСИ, ЭЛЕКТРОМЕХАНИК ДИССОЦИАЦИЯ)*	<p>Юрак ва нафас олиш тўхтаб қолишининг ташқи белгилари:</p> <ul style="list-style-type: none"> – беҳушлик ва ҳаракатларнинг йўқлиги; – кўз қорачиғининг максимал кенгайиши ва ёруғликка таъсирланмаслиги; – йирик артерияларда пульснинг йўқлиги; – цианоз, рангпарлик. <p>Юракнинг тўхтаганини инструментал усулларда (ЭКГ ва бошқ.) тасдиқлаш мумкин, аммо энди ЮЎР олиб бориш жараёнида</p>	<ul style="list-style-type: none"> – нафас йўллари ўтказувчанлигини тиклаш; – СЎВ ва оксигенация; – юракни билвосита уқалаш; – периферик вена катетеризацияси; – эпинефрин (адреналин) (1 та ампула = 1 мл 0,1%ли эритма = 1 мг) в/ичига тез ёки трахея ичига 10 мл физиологик эритмага 2 мг (2 та ампула). – амиодарон (2 та ампула = 6 мл 5%ли эритма = 300 мг) – ёки лидокаин 1 кг вазнга 1–1,5 мг тез в/ичига (2–3 та ампула = 4–6 мл 2%ли эритма = 80 мг вазнга 80–120 мг) 	Реанимация бўлимига госпитализация.

		<ul style="list-style-type: none"> – электрокардиография, коринчалар фибрилляцияси тасдиқланганда; – дефибрилляция (360 Дж, зарур холларда разряд такрорланади)*; – трахея интубацияси*. – реанимация тадбирлари 30-35 дақиқа давом эттирилади. <i>*ихтисослаштирилган реанимация бригадаси учун ёрдам ҳажми.</i> 		
8	ШОК (ТРАВМАТИК, ГЕМОРРАГИК)	<ul style="list-style-type: none"> – терининг рангпарлиги; – акроцианоз; – совук ёпишқоқ тер; – тахипноз; – тахикардия; – артериал гипотензия; – хушнинг сустлашиши. 	<ul style="list-style-type: none"> – нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш; – қон айланиши ҳолатини баҳолаш; – юрак тўхтаб қолганда юрак-ўпка реанимациясини бошлаш (стандартга қаралсин). – периферик венани катетеризациялаш; – эпинефрин (адреналин) инъекцияси 1 мл +10 мл 0,9%ли натрий хлорид в/ичига (А/Б, ЮУСни назорат қилиб титрлаш). Венага тушиб бўлмаганда эпинефрин (адреналин)ни тил остига қўйиш мумкин (0,5 мл–0,1%ли эритма). 	Реанимация бўлимига госпитализация.

		<ul style="list-style-type: none"> – преднизолон 90 мг; – хлороперамин (супрастин) 1–2 мл мушаклар орасига. 		
6	АНАФИЛАКТИК ШОК	<ul style="list-style-type: none"> – тери қичимаси; – эшак еми; – ангионевротик шиш; – нафас олишнинг бузилиши (юкори нафас йўллари шиши ва/ёки бронхоспазм); – артериалгипотония. 	<ul style="list-style-type: none"> – нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш; – қон айланиши ҳолатини баҳолаш; – юрак тўхтаб қолганда юрак-ўпка реанимациясини бошлаш (Стандартга қаралсин); – периферик венани катетеризациялаш; – эпинефрин (адреналин) инъекцияси 1 мл +10 мл 0,9%ли натрий хлорид в/ичига (А/Б, ЮУСни назорат қилиб титрлаш). Венага тушиб бўлмаганда эпинефрин (адреналин)ни тил остига қўйиш мумкин (0,5 мл–0,1%ли эритма); – преднизолон 90 мг хлороперамин (супрастин) 1–2 мл мушаклар орасига 	Реанимация бўлимига госпитализация.

<p>ХУШДАН КЕТИШ (СИНКОПЕ) ВА КОЛЛАПС</p>	<ul style="list-style-type: none"> - бехушлик; - артериал гипотензия; - тахикардия ёки брадикардия; - рангпар тери қопламалари. 	<ul style="list-style-type: none"> - беморни оёғини бироз кўтариб тепага қараб ётқизиш; - эркин нафас олишни таъминлаш; - ЮУС, АБни назорат қилиш; - АД хавфи пасайганда – эпинефрин (адреналин) в/ичига секин 0,1–0,5 мл 0,1%ли, 10 мл 0,9%ли натрий хлорид эритмаси билан суюлтирилган ҳолда; - брадикардияда атропин 0,5–1 мг вена ичига тизиллатиб, зарур ҳолларда 5 дақиқадан кейин такрорланади ва умумий доза 3 мг га етказилади. 	<ul style="list-style-type: none"> - тўлик хушига келганда ва гемодинамика тикланганда госпитализация қилинмайди; - олиб борилган даволанишдан самара бўлмаганда – стационарга госпитализация қилиш.
<p>НОАНИҚ ЭТИОЛОГИЯЛИ КОМА</p>	<ul style="list-style-type: none"> - бехушлик; - артериал гипотензия; - тахикардия ёки брадикардия; - рангпар тери қопламалари; - муздек ёпишқок тер; - нафас олишнинг бузилиши. 	<ul style="list-style-type: none"> - адекват нафас олишни тиклаш ва сақлаб туриш; - периферик венани катетеризациялаш; - 20–40 мл 40%ли глюкоза эритмасини болусли юбориш; - АБ пасайганда – эпинефрин (адреналин) 1 мл 0,1%ли, 10 мл физиологик эритма билан суюлтирилган ҳолда в/ичига; - артериал гипертензияда, 5–10 мл 25%ли магний сульфат 	<p>Реанимация бўлимига госпитализация.</p>

<p>ДОРИ ВОСИТАЛАРИ, ДОРИ-ДАРМОНЛАР ВА БИОЛОГИК МОДДАЛАРДАН ЗАҲАРЛАНИШ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - заҳар қабул қилинганлиги; - онгнинг бузилиши, хаттоки кома ёки психоз юзага келгунча; - тери қопламаларининг рангпарлиги ёки цианози, кўп терлаш; - тана ҳароратининг пасайиши; - тахи– ёки брадипноэ; - артериал гипотензия; - тахикардия; - оғиздан кимёвий модда хиди келиши; - оғиз-халқумда кимёвий куйиш белгилари. 	<p>эритмасини вена ичига юбориш;</p> <ul style="list-style-type: none"> - талваса рўй берганда: диазепам в/ичига 10 мг дозада. - адекват нафас олишни тиклаш ва сақлаб туриш; - периферик венани катетеризациялаш; - зонд орқали меъдани ювиш; - 1 кг тана массасига 0,5 гр ҳисобидаги дозада фаоллаштирилган кўмир; - оғриқ синдроми яққол ифодаланганда: 2 мл 2%ли папаверин эритмаси мушаклар орасига ёки 2,0 мл дротаверин мушаклар орасига, метамизол (анальгин) 50%–2,0 мл мушаклар орасига ёки в/ичига; - алкоғолдан, ис газидан ўтқир заҳарланганда – кислородли терапия, в/ичига 40%ли глюкоза эритмаси 5,0 мл 25%ли магний сульфат билан бирга юборилади; - талваса синдромида вена ичига секин тизиллатиб, 10 мл 0,9%ли натрий хлорид эритмаси билан суюлтирилиб, 10 мг диазепам юборилади. 	<p>Зудлик билан РШТЁИМ ёки унинг филиалларининг токсикология бўлимига ёки РШТЁИМ-субфилиалларига госпитализация қилиш.</p>
--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> – гормонли терапия: преднизолон 90–180 мг гача; – чаён чакқанда – чакиш жойини блокада қилиш –2%ли лидокаин эритмаси билан; – илон, асалари, ари, қовоғари чакқанда – антигистамин препаратлар ва гормонлар – хлороперамин (супрастин) 1%–1,0 мл мушаклар орасига; – димедрол 1%–2,0 мушаклар орасига, преднизолон 30–60 мг мушаклар орасига ёки в/ичига. 	
АСФИКСИЯ (ЧЎКИШ, ОСИЛИШ)	<ul style="list-style-type: none"> – бехушлик; – қорачиқларнинг кенгайиши; – нафас олмаслик ёки брадикапноз; – гипотензия; – тахи- ва брадикардия; – тери қопламларининг цианози; – странгуляция эгат. 	<ul style="list-style-type: none"> – нафас йўллари ўтказувчанлигини тиклаш; – гемодинамикани баҳолаш, асистолияда юрак-ўпка реанимациясини бошлаш (юқорига қаранг). 	Реанимация бўлимига госпитализация.

2. Юрак-томир тизими фаолиятининг ўткир бузилишлари

<p>ҚЎЛ/ОЁҚЛАР МАГИСТРАЛ АРТЕРИЯЛАРИНИНГ ЎТКИР ОККЛЮЗИЯСИ (қўл/оёқлар магистрал артериялари тромбози ва эмболияси)</p> <p>– оғриқ бўлганда</p>	<ul style="list-style-type: none"> – қўл/оёқларда оғриқлар; – қўл/оёқлар увишиши; – қўл/оёқларнинг музлаб қолиши ҳисси; – оёқ/қўлларда фаол ҳаракатларнинг чекланиши; – қўл/оёқлар тери қопламларининг оқариши (ранги ўзгариши). <p>Таъҳис:</p> <ul style="list-style-type: none"> – қўл/оёқлар магистрал артериялар проекциясида пульсни аниқлаш. 	<ul style="list-style-type: none"> – венани катетеризация қилиш; – натрий гепарин 5000 МЕ вена ичига ёки натрий эноксапарин 1 мг/кг тери остига <p>– наркотик бўлмаган оғриқсизлангирувчи препаратлар.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Госпитализация. Замбилда (ўтирадиган аравачада) транспортировка қилиш. 2. Госпитализациядан бош торгганда – икки соатдан кейин «03» томонидан фаол кузатув. 3. Госпитализациядан такроран бош торгганда – ДПМ томонидан фаол кузатув.
<p>ҚЎЛ/ОЁҚЛАРНИНГ ЎТКИР ТРОМБОФЛЕБИТИ</p>	<ul style="list-style-type: none"> – қўл/оёқлардаги оғриқ; – қўл/оёқлар тери қопламсининг ўзгариши; – қўл/оёқлар веналари йўли бўйича оғриқлар; – қўл/оёқлар веналари йўли бўйича кизариши ва зичлашиши; – зарарланган қўл/оёқлар диаметри ўзгариши (шиш пайдо бўлиши). 	<ul style="list-style-type: none"> – қўл/оёқни бироз кўтариб кўйиш – қўл/оёқни эластик бинт билан ўраш – натрий метамизол + натрий гепарин 4000 МЕ вена ичига ёки натрий эноксапарин 1 мг/кг тери остига. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Госпитализация. З а м б и л д а транспортировка қилиш. 2. Госпитализациядан бош торгганда – ДПМ томонидан фаол кузатув.

<p>ОЁҚДА ВЕНАЛАР ВАРИКОЗ КЕНГАЙИШИНИНГ АСОРАТЛАНИШИ, ШУ ЖУМЛАДАН ҚОН КЕТИШИ</p>	<p>– варикоз кенгайган вена- лардан қон кетиши.</p>	<p>– Оёқларни баландроқ ҳолатда ушлаш; – қаттиқ сиқиб асептик боғлаб қўйиш.</p>	<p>1. ДПМ томонидан фаол кузатув. 2. Терапиядан са- мара бўлмаганда (давомли қон кети- ши) госпитализа- ция. 3. Госпитализация- дан бош тортганда – ДПМ томонидан фаол кузатув.</p>
<p>V. САВА ИНФ. ТИЗИМИНИНГ ЎПКА АРТЕРИЯСИ ТРОМБОЭМБОЛИЯСИ (ЎАТЭ) БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЎТКИР ТРОМБОЗЛАРИ</p>	<p>– оёқларда варикоз вена- ларнинг бўлиши; – яққол ифодаланган нафас қисилиши; – тана юқори қисми цианоз. нози.</p>	<p>– оёқларни баланд қўйиш; – тана юқори қисмининг ба- ланд ҳолати (нафас етиш- маслигида); – оксигенотерапия, – тўғри таъсир кўрсатувчи антикоагулянтлар (натрий гепарин 4000 МЕ вена ичига ёки натрий эноксапарин 1 мг/ кг тери остига); – нонаркотик анальгетиклар; – седатив препаратлар; – физиологик эритмадаги спазмолитиклар; – физиологик эритмадаги микроциркуляцияни яхшила- диган препаратлар, вена ичига.</p>	<p>1. ДПМ томонидан фаол кузатув. 2. И х т и с о с л а ш - тирилган муасса- сага госпитализа- ция. 3. Госпитализация- дан бош тортганда – ДПМ томонидан фаол кузатув.</p>

<p>КЎКРАК АОРТАСИНИНГ АСОРАТЛАНГАН АНЕВРИЗМАСИ (анамнестик)</p>	<p>– кўкрак қафасидаги оғрик; – нафас етишмаслиги; – қувватсизлик; – қон аралаш балғам кў- чиши.</p>	<p>– артериал босимни доимий назорат қилиш; – гипотензив терапия; – седатив терапия; – симптоматик терапия.</p>	<p>1. ДПМ томонидан фаол кузатув. 2. И х т и с о с л а ш - тирилган муасса- сага госпитализа- ция, 3. Госпитализа- циядан бош торт- ганда – ДПМ томо- нидан фаол кузатув.</p>
<p>ҚОРИН АОРТАСИ АНЕВРИЗМАСИНИНГ ЁРИЛИБ КЕТИШИ</p>	<p>– қориндаги оғрик; – умуртка бўйлаб пайпас- ланадиган пульсация бе- рувчи ҳосилалар; – умумий қувватсизлик.</p>	<p>– артериал босимни доимий назорат қилиш; – гипотензив терапия; – седатив терапия; – симптоматик терапия; – нонаркотик анальгетиклар; – симптоматик терапия.</p>	<p>1. ДПМ томонидан фаол кузатув. 2. И х т и с о с л а ш - тирилган муасса- сага госпитализа- ция, 3. Госпитализа- циядан бош торт- ганда – ДПМ томо- нидан фаол кузатув.</p>

<p>ЎТКИР КОРОНАР СИНДРОМ</p>	<p>– кўкрак ортида ёки юрак соҳасида босувчи ёки кисувчи интенсив оғрик; – чап кўлга, бўйинга, пастки жағга, чап курак остига, эпигастрал соҳага иррадиация; – АБ, ЮУСни текшириш (тахикардия, брадикардия); – Тери қопламаларининг рангпарлиги, гипергидроз (баъзан пешонанинг “совук тер”га ботиши), кескин умумий қувватсизлик, ҳаво етишмаслиги ҳисси; – миокард инфарктининг ЭКГ мезонлари: – ўткир зарарланиш: ST сегментининг юқорига қаварикли равоксимон кўтарилиши ва ижобий Т тишча билан туташиб кетиши ёки салбий Т тишчага ўтиши (ST сегментнинг пастга қаварадиган равоксимон депрессияси ҳам бўлиши мумкин); – Гис тутами оёқчаларининг ўткир юзага келган блокадаси</p>	<p>– бош баланд турадиган тана ҳолати; – никоб орқали кислород бериш; – кардиомонитор ва пульсоксиметрни улаш; – ЭКГ олиш – венага катетер ўрнатиш. 1 та нитроглицерин таблеткасини тил остига, ҳар 5 дақиқада такрорлаш мумкин. 1 та таблетка ацетил салицил кислотаси (аспирин 0,5 г)ни ичиш ёки чайнаш); – вена ичига морфин 1–2 мл 1%ли эритмасини ёки промедол 1–2 мл 2%ли эритмасини юбориш; – антикоагулянт терапия: эноксапарин натрий 0,4 ЕД. тери остига.</p>	<p>Эҳтиёткорлик билан транспортировка қилиш. Кардиология стационарининг реанимация бўлимига замбилда госпитализация қилиш, тромболитик терапия ёки шошилич трансдермал амалиёт ўтказиш эҳтимоли билан.</p>
-------------------------------------	---	---	--

<p>ЎПКА АРТЕРИЯСИ ТРОМБОЭМБОЛИЯСИ</p>	<p>– тўсатдан нафас қисиши, кўкрак ортидаги оғрик билан бирга; – юракнинг тез уриши; – шдим ваҳимаси; – йўтал; – ҳушдан кетиш; – бош айланиши. Хавф омиллари: – анамнезда ўтказилган операциялар (айниқса тос, корин органларида ва оёқларда), оёқ синиши; – варикоз касаллиги; – юрак етишмовчилиги, клапанли юрак нуқсони; – хилшировчи аритмия; – сепсис; ЭКГ белгилар: – юрак электр ўқининг ўнгга оғиши; – S тишча I стандарт йўналишда, Q тишча (<0,03 с) ва салбий Т тишча III йўналишда; – Гис тутами ўнг оёқчасининг блокадаси; – P-pulmonale (ўнг бўлмачанинг зўриқиши);</p>	<p>– ЭКГ; – яққол ифодаланган оғрикли синдромда морфин 1%ли – 1 морфин натрий хлориднинг 0,9%ли эритмаси билан 20 мл гача суюлтирилади, оғрик синдроми ва нафас қисиши йўқолгунча; – метамизол (анальгин) вена ичига 1000 мг (2 мл), доза камида 15 секунд давомида юборилиши керак; – антикоагулянт терапия: эноксапарин натрий 0,4 ЕД. тери остига.</p>	<p>Эҳтиёткорлик билан транспортировка қилиш; Кардиология стационарининг реанимация бўлимига замбилда госпитализация қилиш, тромболитик терапия ўтказиш эҳтимоли билан.</p>
--	---	---	--

КАРДИОГЕН ШОК	<ul style="list-style-type: none"> – безовталик, онг туманлашиши, кўкрак қафасидаги оғриклар; – артериал гипотензия; – систолик АБнинг <90 мм с.у. гача пасайиши; – Ипсимон пульс; – ҳаво етишмаслиги; – «Мармар» расмли тери. – ёпишқоқ тер билан қопланган совуқ тери пардалари; – кўзғалиш ёки хушининг бузилиши; – кўпинча ўпка шиши билан бирга келади. 	<ul style="list-style-type: none"> – қаралсин ўКС; – кислородли терапия; – кардиомонитор ва пульсоксиметрни улаш; – ўпка шиши рўй берганда АБ 100 мм с.у. дан юқоригача барқарорлаштирилгандан кейин нитратлар ваворфин кўшиш; – 100% кислородни Амбукопчаси билан нафас олдириш; – Эндотрахеал интубация ўтказиш имкониятини кўриб чиқиш; – АБ, ЮУС, диурезни доимий назорат қилиш. 	Р е а н и м а ц и я бўлимига госпитализация.
МИОКАРД ИНФАРКТИДА ЎПКА ШИШИ	<ul style="list-style-type: none"> – ҳаво етишмасликнинг ҳар хил ифодаланганлик даражасида ортиб бориши, ҳаттоки бўғилишгача; – ортопноэ ҳолати; – ўлим ваҳимаси; – тахикардия (бир дақиқада 120–150 гача); – альвеоляр шишда жарангли турли пуфакчали нам хириллашлар аниқланади, уларни масофадан ҳам эшитиш мумкин (шакиллаб нафас олиш). 	<ul style="list-style-type: none"> – бош томон баланд бўлган тана ҳолати; – намланган кислород билан ингальция; – нафас қисилини наркотикли анальгетиклар билан камайтириш: морфин 1 мл 1%ли эритмаси вена ичига; – нитроглицерин сублингвал таблеткада; – фуросемид 80–120 мг вена ичига (шок, гиповолемия, анурия – қарши кўрсатмалар); – АБ, ЮУСни доимий назорат қилиш, СЎВ га тайёр туриш. 	Р е а н и м а ц и я бўлимига госпитализация.

ПАРОКСИЗМАЛ СУПРАВЕНТРИКУЛЯР ТАХИКАРДИЯ	<ul style="list-style-type: none"> – тўсатдан юрак тез уриши хуружи; – юрак соҳасидаги нохуш ҳиссиёт; – ҳаво етишмаслиги; – ЮУС 1 дақиқада >140. АБ пасайган. – ЭКГ – R-R интерваллари қисқа, мунтазам, QRS≤0,1 с; – ЮУС – 1 дақиқада 140–220, юрак ритми тўғри. 	<ul style="list-style-type: none"> – вагусли синамалар; – нафасни ушлаб туриш; – чуқур нафас олгандан кейин кескин кучаниш (Вальсальва синамаси); – верапамил вена ичига болосли 2,5–5 мг дозада юборилади; – амиодарон (кордарон) 5% 3,0–6,0 мл вена ичига секин. 	Хуруж бартараф этилгандан сўнг даволаш амбулатор олиб борилади. Хуруж биринчи марта бўлганда ва босилмаганда кардиология бўлимига госпитализация қилинади.
ҚОРИНЧА ТАХИКАРДИЯСИ	<ul style="list-style-type: none"> – юрак соҳасидаги оғрик; – юрак тез уриши; – ҳаво етишмаслиги; – бош айланиши, хушдан кетиш ҳолатлари; – совуқ терга ботиш; – юрак уриш маромининг нотекислиги. 	<ul style="list-style-type: none"> – лидокаин вена ичига болосли 1–1,5 мг/кг дозада; – амиодарон – вена ичига инфузия 150 мг (3 мл); – ЭКГ. 	Реанимация бўлимига госпитализация.
ҲИЛПИРАШ АРИТМИЯСИ (БЎЛМАЧАЛАРНИНГ ҲИЛПИРАШИ ВА ТИТРАШИ)	<ul style="list-style-type: none"> – юрак тез уриши; – ҳаво етишмаслиги; – юрак уришмаромининг нотекислиги; – периферик артерияларда ЮУС ва ТУС тенг эмаслиги; – ЭКГда Р тишчалар ўрнида f-тўлқинлар. 	<ul style="list-style-type: none"> – ЭКГ. – кордарон (амиодарон) – инфузия 150 мг (3 мл) в/ичига; – дигоксин 0,25% 1,0 мл в/ичига 10–20 мл 0,9%ли натрий хлорид эритмасида. 	Хуруж биринчи марта бўлганда ва босилмаганда кардиология бўлимига госпитализация.

<p>ЎТКАЗУВЧАН-ЛИКНИНГ БУЗИЛИШИ (АТРИОВЕНТРИКУЛЯР БЛОКАДА)</p>	<p>– тўсатдан бош айланиши, кўз қоронғулашиши, хушдан кетиш; – ЮУС 1 дақиқада 60дан кам, кувватсизлик, юрак соҳасидаги узилишлар; – бош айланиши; – хушдан кетиш (Морганьи-Эдамс-Стокс синдроми). ЭКГ белгилар: – 1, 2, 3-даражалардаги АВ блокада: ЭКГ да P-Q интервалларининг ўзайиши. P-P ва R-R интерваллар – мунтазам, аммо R-R интерваллар P-P интерваллардан узунроқ.</p>	<p>– ЭКГ; – нафас олашни яхшилаш, венага катетер ўрнатиш; – кислород бериш; – атропин в/ичига тизиллатиб 0,5–1 мг (0,1% 0,5–1,0 мл), зарур ҳолларда 5 дақиқадан кейин такрорланади; – ҳаётий кўрсатмаларга кўра вена ичига томчилатиб адреналин (0,1 мг/кг) юбориш мумкин; – асистолия, Морганьи-Эдамс-Стокс хуружлари ривожланганда реанимацион тадбирларни бажариш лозим; – СЎВ ва реанимация тадбирларини бажаришга тайёр туриш.</p>	<p>Кардиология стационарининг реанимация бўлимига замбилда госпитализация қилиш, тромболитик терапия ёки шошилишч транс-дермал амалиёт ўтказиш эҳтимоли билан.</p>
--	---	---	--

<p>АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ</p>	<p>– интенсив бош оғриғи, кўнгил айнаши, кўкракдаги оғрик, кувватсизлик, бош айланиши; – тўсатдан бошланиши (бир неча дақиқадан бир неча соатгача); – юкори АБ: САБ > 180 мм с.у. ва/ёки диастолик АБ > 120 мм с.у.</p>	<p>– ҳар 15 дақиқада ЮУС, АБни назорат қилиш; – АБни аста-секин, дастлабгидан 15–25% га пасайтириш. – фармадипин 5–7 томчи тил остига ёки – нифедипин – тил остига 10 мг; – дибазол 1%–5,0 ёки бензогексоний 2,5% – 0,5 – 1,0 10 мл 0,9%ли натрий хлорид эритмасида в/ичига секин, АБни назорат қилган ҳолда.</p>	<p>Гипертоник криз бартаф этилмаганда кардиология бўлимига госпитализация.</p>
<p>3. Респиратор шошилишч ҳолатлар</p>			
<p>БЎҒИЗ СТЕНОЗИ</p>	<p>– жарангли ёки хириллаган йўтал; – овоз бўғилиши; – стридор; – инспиратор хансираш; – лаблар атрофи цианотик (даханни ҳам камраб олган ҳолда); – ёрдамчи мушаклар нафас олишда иштирок этиши.</p>	<p>– кислород ингаляцияси; – ярим ўтирганлик ҳолати; – димедрол 1%ли эритма – 1–2 мл мушаклар орасига; – преднизолон 30–60 мг мушаклар орасига.</p>	<p>Госпитализация.</p>

<p>БРОНХИАЛ АСТМА</p>	<p>– хансираш, бўғилиш, хаво етишмаслиги, кўзғалиш, беҳаловатлик, кўрқув хисси;</p> <p>– ўпка аускультацияси: дағал нафас, курук хуштакли хириллашлар, экспиратор хансираш;</p> <p>– астматик статусда ўпканинг асосан пастки қисмларида нафас олишнинг кескин заифлашиши кузатилади, оғирроқ ҳолларда – бронхлар ўтказувчанлиги ва хириллашлар умуман кузатилмайди (“соқов ўпка”).</p> <p>– кўп терлаш;</p> <p>– тез кучайиб борувчи хансираш (1 дақиқада >25);</p> <p>– ортопноэ ҳолати;</p> <p>– тахикардия (ЮУС>110,1 дақ.);</p> <p>– цианоз</p> <p>– онгнинг туманлашиши ёки кома;</p> <p>– заиф нафас олиш, 1 дақиқада ЮУС>30 ёки<12, артериал гипотензия.</p>	<p>– НОС, ЮУС, АБни назорат қилиш, оғир хуружда ва астматик статусда юрак томондан асоратлар эҳтимоллиги туфайли – ЭКГ;</p> <p>– бўғилиш хуружини бартараф этиш;</p> <p>– эуфиллин 2,4%ли в/ичига – 10–20 мл;</p> <p>– преднизолон в/ичига 90–150 мг (300 мг гача);</p> <p>– адреналин 0,1% – 0,3–0,5 мл мушаклар орасига ёки тери остига, зарур ҳолларда 20 дақиқадан кейин уч мартагача такрорлаш. СЎВ ва реанимация тадбирларини ўтказишга тайёр туриш.</p>	<p>Бронхиал астма хуружи камайганда ва астматик статусда госпитализация.</p>
------------------------------	--	--	--

<p>ПНЕВМОНИЯ</p>	<p>– тана ҳароратининг кўтарилиши, йўтал, бўғилиш, кўкрак қафасидаги оғрик, қалтираш, кувватсизлик, тез толиқиш;</p> <p>– акроцианоз; герпетик тошмалар;</p> <p>– ўпканинг зарарланган қисми устида перкутор товушнинг қисқариши (тўмтоқлашиши);</p> <p>– аускультатив – чекланган участкада нафаснинг су-сайиши,</p>	<p>– гипоксияда бурун катетери орқали 4–6 л/дақ. тезликда нам кислород ингаляцияси кўрсатилган;</p> <p>– иситма туширувчи препаратлар: 2 мл 50%ли аналгин эритмаси м/орасига;</p> <p>– оғир пневмонияда ва артериал гипотензияда (АБ<90/60 мм с.у.) йўкотилган суюқликни тўлдириш – 0,9%ли натрий хлорид эритмаси – 500 мл в/ичига ёки 5%ли глюкоза эритмаси – 500 мл в/ичига.</p>	<p>Госпитализация.</p>
<p>ЎТКИР НАФАС ЕТИШМАСЛИГИ</p>	<p>– бундай ҳолатда шикоятлар ва клиник белгилар но-специфик бўлиб, кўп даражада бўғилиш ёки нафас қисишига сабаб бўлган касалликка боғлиқ;</p> <p>– нафас олишда ёрдамчи мушакларнинг иштироки;</p> <p>– нафас олиш частотасининг тўсатдан бир дақиқада 12 тага ва ундан ҳам камайиб кетиши ва бунда нафас етишмовчилигининг бошқа симптомлари сакланиши.</p>	<p>– умумий тадбирлар (беморнинг тана ҳолати, нафас олиш йўллари санацияси, венага йўл очиш)</p> <p>– симптоматик терапия (гипоксемияни тузатиш учун кислород ингаляцияси, ўткир нафас етишмаслигини келтириб чиқарган касалликнинг клиник белгиларига боғлиқ ҳолда СЎВва бошқа тадбирлар.</p>	<p>Госпитализация.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> – артериал гипертензия ва тахикардия (одатда); – артериал гипотензия ва тахикардия. 		
4. Кўкрак қафасининг ўткир касалликлари ва жароҳатлари			
ПНЕВМОТОРАКС	<ul style="list-style-type: none"> – кўкракдаги оғриқ ва нафас қисиши; – тахипноз; – нафас экскурсияларининг чекланганлиги; – зарарланган тарафнинг нафас олиш ҳаракатида орқада қолиши; – перкуссияда тўмтоқ ёки қутичасимон товуш; – зарарланган тарафда нафас олишнинг сусайиши ёки бўлмаслиги; – тахикардия; – гипотензия; – парадоксал пульс, бўйин веналарининг бўртиб кетиши ва цианоз; – тери ости эмфиземаси кузатилиши мумкин. 	<ul style="list-style-type: none"> – беморни ярим ўтирган тана ҳолатига ўтказиш; – кислородли терапия; – метамизолнатрий (анальгин) 50%–2 мл м/орасига – промедол 2%ли – 2мл м/орасига, оғриқ синдромини камайтиришда; – бронхоспазм клиник белгилари бўлганда амиофиллин (эуфиллин) 2,4%ли – 10 мл в/ичига секин. Бронхоспазм камаймаганда – преднизолон 30 мг в/ичига; – зўриқишли (клапанли) пневмотораксда (юрак-ўпка етишмовчилигининг кучайиши) зарарланган тарафда ҳаво аспирацияси билан бирга, ўртаумров чизиги бўйича 2-ковурға орасидаги плеврал бўшлиқни шошилич пункция қилиш ва ҳавони аспирация қилиш. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Госпитализация (ярим ўтирган ҳолда транспортировка қилиш) 2. Госпитализациядан бош тортганда – икки соатдан кейин «103» томонидан фаол кузатув. 3. Такроран бош тортганда – оилавий поликлиника томонидан фаол кузатув.

		<ul style="list-style-type: none"> – АБ пасайганда: (АБ_{сис} < 90 мм с.у.) преднизолон 30 мг/ичига, натрий хлорид 0,9%ли – 250 мл, зарур ҳолларда вазопрессорларни қўллаш. 	
КЎКРАК ҚАФАСИНИНГ ЖАРОҲАТЛАНИШИ	<ul style="list-style-type: none"> – кўкрак қафаси жароҳати излари (тилинган жойлар, юмшок тўқима жароҳатлари, конталаш жойлар); – кўкрак қафасидаги нафас олганда кучаядиган оғриқ, нафас олишнинг қийинлашиши, хансираш, юрак тез уриши, қонли балғам кўчиши (ўпка шикастланганда ёки яраланганда); – тери ости эмфиземаси; – қорин пардаси кўзгатилишининг ижобий симптомлари, жигар тўмтоқлиги йўқлиги, қориннинг ён ва пастги қисмларида перкутор товушнинг тўмтоқлашиши (торако-абдоминал яраланишда); 	<ul style="list-style-type: none"> – оғиз ва ҳалқумни бўшатиш йўли билан нафас йўллари очиш, зарур ҳолларда ҳаво узатгич ўрнатиш. – кислородли терапия, зарур ҳолларда трахея интубациясини бажариш ва кислород узатиш. – беморни ярим ўтирган тана ҳолатига келтириш – метамизолнатрий (анальгин) 50%ли – 2 мл м/орасига – промедол 2%ли – 2мл м/орасига оғриқли синдром камаймаганда. Нафас етишмовчилигида амиофиллин 2,4% ли – 10 мл в/ичига секин; – нафас қисиши камаймаганда – преднизолон 30 мг/мл – очиқ пневмотораксда окклюзион боғлама (ҳавонинг яра орқали кириши ва чиқиши). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Госпитализация. 2. Госпитализациядан бош тортганда – икки соатдан кейин «103» томонидан фаол кузатув. 3. Такроран бош тортганда – оилавий поликлиника томонидан фаол кузатув.

	<p>– кўкрак қафасининг шикастланган томонининг нафас олишда чекланиши ёки орқада қолиши;</p> <p>– кўкрак қафасининг оғрикчилиги;</p> <p>– ковурга, кўкрак суяги, ўмров суяги ёки курак синганда суякнинг карсиллаши, тахикардия;</p> <p>– кўкрак қафасининг пастки бўлимларида ўпка товушининг тўмтоклашиши ёки ўтмас товуш, сусайган везикуляр нафас олиш ёки ўпка устида нафас шовкинларининг йўқлиги (гемоторакс);</p> <p>– қутчасимон ёки тўмтоқ товуш, сусайган везикуляр нафас ёки ўпка устида нафас олиш шовкинларининг йўқлиги (пневмоторакс);</p> <p>– гипотензия, парадоксал пульс, бўйин веналарининг бўртиб чиқиши ва цианоз, тўмтоқ товуш, сусайган везикуляр нафас ёки ўпка устида</p>	<p>Таранглашган пневмотораксда зарарланган тарафда ҳаво аспирацияси билан бирга, ўрта ўмров линияси бўйича 2-ковурга орасидаги плеврал бўшлиқни шошилич пункция қилиш;</p> <p>– ярадан қон кетишини тўхтатиш;</p> <p>– ўпкadan қон кетишида этамзилат 12,5%ли – 4 мл/ичига;</p> <p>– жарроҳлик стационарига транспортировка қилиш;</p> <p>– адекват АБни сақлаб туриш (ўргача систолик босим $\geq 90-100$ мм с.у.): глюкокортикоидлар преднизолон 30 мг/мл, натрий хлорид 0,9%ли – 250 мл, зарур ҳолларда вазопрессорларни қўллаш.</p>	
--	--	---	--

	<p>нафас олиш шовкинларининг йўқлиги (таранглашган пневмоторакс);</p> <p>– юкори бўлимларда қутчасимон ёки тўмтоқ товуш, пастки бўлимларда тўмтоқ товуш, сусайган везикуляр нафас ёки ўпка устида нафас шовкинларининг йўқлиги (гемопневмоторакс);</p> <p>– юрак чегараларининг кенгайиши, юрак тонлари ва чўкки зарбанин г сустлашиши ёки йўқолиши, тахикардия, АБ пасайиши, бўйин веналарининг бўртиб чиқиши, юрак тонларининг сусайиши, ЭКГ: паст вольтаж, аритмия ёки коронар етишмовчилик белгилари (гемоперикард);</p> <p>– тахикардия, АБ пасайиши, бўйин веналарининг бўртиб чиқиши, ЭКГ: аритмия ёки коронар етишмовчилик белгилари (юракнинг лат ейиши).</p>		
--	--	--	--

<p>ХАЛҚУМ, ХИҚИЛДОҚ, ТРАХЕЯ ВА БРОНХЛАРДАГИ ЎТ ЖИСМЛАР</p>	<p>– ёт жисмлар халқумнинг оғиз қисмида бўлганда: оғрикли ютиниш, ўртача саливация ва кучли шилимшик ажралиши; – ёт жисм халқумда бўлганда: кучли ифодаланган йўтал хуружлари, стенодик шовкинли нафас, нафас олишнинг оғирлиги (стридор); – ёт жисмлар трахея ёки бронхларда бўлганда: интенсив йўтал хуружлари, хиқилдоқ ёки трахея проекциясидаги оғриқлар, цианоз, нафас олишнинг оғирлиги.</p>	<p>– оғиз ва халқумни бўшатиш йўли билан нафас йўларини очиш, зарур ҳолларда ҳаво узатгич ўрнатиш; – беморни ярим ўтирган ҳолатда ўтқозиш; – кислородли терапия; – оғриқ қолдирувчи терапия; – метамизол натрий (анальгин) 50%ли – 2 мл м/орасига; – наркотик анальгетиклар промедол 2%ли – 2мл м/орасига оғриқ камаймаганда; – нафас етишмовчилигида аминофиллин 2,4%ли – 10 мл в/ичига аста. Нафас қисиши камаймаганда – преднизолон 30 мг/мл; – АБ_{сисс} 90-100 мм с.у.: преднизолон 30 мг/мл, натрий хлорид 0,9%ли – 250 мл, зарур ҳолларда вазопрессорларни қўллаш.</p>	<p>1. Госпитализация Беморни ярим ўтирган ҳолда замбилда транспортировка қилиш. 2. Госпитализациядан бош тортганда – икки соатдан кейин «103» томонидан фаол кузатув. 3. Такроран бош тортганда – оилавий поликлиника томонидан фаол кузатув.</p>
---	--	---	---

<p>ЎПКАДАН ҚОН КЕТИШИ</p>	<p>– қон аралаш балғам ажралиши ёки йўталганда тоза тўқ қизил кўпикли қон ажралиши, нафас қисиши, ўлим ваҳимаси. – нафас сусланиши, ўпканинг пастки бўлимларида нам хириллашлар</p>	<p>– беморни ярим ўтирган ҳолатда ўтқозиш; – кислородли терапия, зарур ҳолларда трахея-бронхиал дарахтдан қон аспирацияси билан трахея интубациясини бажариш; – гемостатик терапия (этамзилат 12,5%ли – 4 мл м/орасига); – АБ ошганда: бензогексоний 1%ли – 10 мл+ натрий хлорид 0,9%ли – 250 мл в/ичига секин; – кичик қон айланиши доирасига юкланиши камайтириш (венадан қон қайтишини тўсиш учун ҳар иккала сонни эластик тасма билан боғлаш (40 мм с.у.); – нафас етишмовчилигида аминофиллин 2,4%ли – 10 мл в/ичига секин. Нафас қисиши камаймаганда – преднизолон 30 мг/мл; – жабрланган шахсни тез ёрдам машинасида – реанимобилда ярим ўтирган ҳолатда транспортировка қилиш;</p>	<p>1. Госпитализация. Беморни ярим ўтирган ҳолда замбилда транспортировка қилиш. 2. Госпитализациядан бош тортганда – икки соатдан кейин «103» томонидан фаол кузатув. 3. Такроран бош тортганда – оилавий поликлиника томонидан фаол кузатув.</p>
--------------------------------------	---	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> – транспортировка пайтида реанимация ёрдами кўрсатиш; – периферик ва/ёки марказий веналар катетеризацияси; – АБ хавфли пасайганда: преднизолон 30 мг/мл, натрий хлорид 0,9%ли – 250 мл, зарур ҳолларда вазопрессорларни қўллаш. 	
ТРАХЕЯ СТЕНОЗИ	<ul style="list-style-type: none"> – йўтал, баъзан хуружсимон, оғрикли, энгиллик келтирмайди ҳамда нотўғри бронхиал астмани ташхислашга сабаб бўлади, стенодик шовкинли оғир нафас олиш (стридор); – яллиғланиш жараёни ривожланганда ва зўрайишларида: иситма чиқиши, йирингли балғам миқдорининг кўпайиши. 	<ul style="list-style-type: none"> – нафас олиш бузилиши даражасини ва гемодинамикани баҳолаш; – беморни ярим ўтирган ҳолатда ўтказиш; – кислородли терапия; – нафас етишмовчилигида аминофиллин 2,4%ли – 10 мл в/ичига аста. Нафас қишиши камаймаганда – глюкокортикоидлар преднизолон 30 мг/мл; – трахеостомия бор бўлса – трахеобронхиал дарахт санацияси; – жабрланган шахсни тез ёрдам машинасида – реанимобилда ярим ўтирган ҳолатда транспортировка қилиш; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Госпитализация Беморни ярим ўтирган ҳолда замбида транспортировка қилиш. 2. Госпитализациядан бош тортганда – икки соатдан кейин «103» томонидан фаол кузатув. 3. Такроран бош тортганда – оилавий поликлиника томонидан фаол кузатув.

		<ul style="list-style-type: none"> – транспортировка пайтида реанимация ёрдами кўрсатиш; – периферик ва/ёки марказий веналар катетеризациялаш; – АБ хавфли пасайганда: адекват АБни сақлаб туриш (ўртача систолик босим \approx 90-100 мм с.у.) глюкокортикоидлар преднизолон 30 мг/мл, инфузион терапия натрий хлорид 0,9%ли – 250 мл, зарур ҳолларда вазопрессорларни қўллаш. 	
5. Ўткир корин синдроми			
ЎТКИР АППЕНДИЦИТ	<ul style="list-style-type: none"> – кориннинг ўнг ярми пастки қисмидаги оғрик; – шу соҳада мушаклар таранглашиши; – оғрик одатда эпигастрал соҳаси ёки киндик атрофида бошланади; – кўнгил айнаши, қайт қилиш, иситма чиқиши мумкин. 	<ul style="list-style-type: none"> – касалхонагача босқичда даволашни талаб қилмайди. 	ШТЁБга госпитализация.

<p>ҚОРИН ДЕВОРИ ЧУРРАСИ: – қисилмаган</p>	<p>– чурра дўмбоқчасининг борлиги, унинг қорин бўшлиғига бемалол киритиш мумкинлиги.</p>	<p>– касалхонагача босқичда даволашни талаб қилмайди</p>	<p>ДПМга мурожаат қилиш.</p>
<p>– қисилган, ўзи тўғриланиб қолган (чурра қисилишидан кейинги ҳолат)</p>	<p>– чурра дўмбоқчасини қорин бўшлиғига киритиб бўлмайди; – чурра туртиб чиққан жойдаги оғрик; – кўнгил айланиши, қайт қилиш кузатилиши мумкин.</p>	<p>Чуррани мустақил тўғри-лашга уриниш қатъий манъ этилади.</p>	<p>ШТЁБга госпитализация. Замбилда транспортровка қилиш.</p>
<p>ПЕРФОРАТИВ МЕЪДА ВА 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРАСИ</p>	<p>– «ханжар»симон оғриқлар; – Шчеткин-Блюмберг симптоми қориннинг ҳамма соҳаларида ижобий</p>	<p>– қоринга совук (криопакетлар) кўйиш; – кислород ингаляцияси; – вена катетеризацияси; – натрий хлорид 0,9%ли – 250 мл в/ичига томчилатиб; – оғриқли шокда: промедол 2%ли – 2,0 м/орасига.</p>	<p>ШТЁБга госпитализация. Замбилда транспортровка қилиш.</p>

32

<p>ИЧАК ЎТКАЗУВЧАНЛИГИНИНГ ЎТКИР БУЗИЛИШИ</p>	<p>– кўнгил айланиши, қайт қилиш; – қориннинг дам бўлиши; – нажас ва газларнинг ушланиб қолиши; – қориндаги оғриқлар; – анамнезда операциялар бўлганлиги.</p>	<p>– вена катетеризацияси; – калий хлорид + натрий хлорид 250 мл в/ичига томчилатиб; – дропераверин 40 мг м/орасига. Спазмолитиклар қорин бўшлиғида қисилган чурра бўлганда мумкин эмас.</p>	<p>ШТЁБга госпитализация. Замбилда транспортровка қилиш.</p>
<p>КОПРОСТАЗ</p>	<p>– нажас ва газларнинг ушланиб қолиши; – қоринда вақти-вақти билан доимий бўлмаган оғриқлар.</p>	<p>– касалхонагача босқичда даволашни талаб қилмайди.</p>	<p>ДПМга мурожаат қилиш.</p>
<p>МЕЪДА-ИЧАК ТРАКТИДА ЁТ ЖИСМ</p>	<p>– анамнезда ёт жисмни организмга тушганлиги; – бўйин соҳасида, кўкрак оғрасида ёки қоринда оғриқлар; – бўйин ва кўкрак қасми соҳасида эмфизема; – дисфагия.</p>	<p>– касалхонагача босқичда даволаш талаб қилинмайди.</p>	<p>ШТЁБга госпитализация.</p>

33

ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ	– ўнг қовурғаости соҳасидаги оғриқлар; – кўнгил айниши, қайт қилиш; – анамнезда ёғли овқат истеъмол қилинганлиги.	– ўнг қовурға ости соҳага совуқ (криопакетлар) қўйиш; – дротаверин 40 мг ёки платифиллин 2 мг м/орасига.	ШТЁБга госпитализация. Замбилда транспортировка қилиш.
Постхолецистэктомик синдром	– ўнг қовурғаости соҳасидаги оғриқлар; – анамнезда холецистэктомия; – тери ва склераларнинг сарғимтирлиги; – сийдик рангининг тўқлашиб кетиши; – ахолик нажас; – изтиробли қалтирок; – иситма кўтарилиши.	– дротаверин 40 мг ёки платифиллин 2 мг м/орасига; – вена катетеризацияси; – натрий хлорид 0,9%ли – 250–500 мл в/ичига томчилатиб.	ШТЁБга госпитализация. Замбилда транспортировка қилиш.
ЎТКИР ПАНКРЕАТИТ	– Эпигастрияда, чап қовурғаостида камарсимон оғриқлар; – корин шишиб кетиши; – энгиллик бермайдиган қайт қилиш; – ёғли овқат истеъмол қилиш.	– коринга совуқ (криопакетлар) қўйиш; – атропин 1 мг тери остига; – дротаверин 40 мг м/орасига; – кислород ингаляцияси (ЎНЕда); – вена катетеризацияси; – калий хлорид + натрий хлорид 400 мл в/ичига томчилатиб.	ШТЁБга госпитализация. Замбилда транспортировка қилиш.

ЎТКИР МЕЪДА-ИЧАК ҚОН КЕТИШИ	– “қахва қуйқаси” каби ёки алвонранг қон билан қайт қилиш; – қора рангли нажас; – “малинали желе” каби нажас; – кучайиб борувчи умумий қувватсизлик; – бош айланиши; – хушдан кетиш; – АБнинг пасайиши; – ярали ёки гастритли анамнез; – анамнезда жигар циррози ёки гепатит.	– Бармоқ билан ректал текшириш; – коринга совуқ (криопакетлар) қўйиш; – кислород ингаляцияси; – вена катетеризацияси; – натрий хлорид 0,9%ли – 500 мл в/ичига томчилатиб; – ГЭК 6%ли – 500 мл в/ичига томчилатиб; – этамзилат 12,5%–2,0 мг в/ичига ёки м/орасига.	ШТЁБга госпитализация. Замбилда транспортировка қилиш.
ҚИЗИЛЎНГАЧНИНГ ВАРИКОЗЛИ КЕНГАЙГАН ВЕНАЛАРИДАН ҚОН КЕТИШИ	– “қахва қуйқаси” каби ёки алвонранг қон билан қайт қилиш; – қора рангли нажас; – кучайиб борувчи умумий қувватсизлик; – бош айланиши; – хушдан кетиш; – АБнинг пасайиши; – анамнезда жигар циррози ёки гепатит; – кориннинг қатталашиши (асцит).	– вена катетеризацияси; – Натрий хлорид 0,9%ли – 500 мл в/ичига томчилатиб; – этамзилат 12,5%–2,0 мг в/ичига ёки м/орасига; – ГЭК 6%ли – 500 мл в/ичига томчилатиб.	ШТЁБга госпитализация. Замбилда транспортировка қилиш.

МЕЗЕНТЕРИАЛ ҚОН АЙЛАНИШИНИНГ УМУМИЙ БУЗИЛИШИ	– қориндаги оғриқлар; – қориннинг шишиб кетиши; – қон аралаш нажас; – юрак ритми ва пульснинг бузилиши.	– бармоқ билан ректал текшириш; – кислород ингаляцияси; – вена катетеризацияси; – ГЭК 6%ли – 250 мл в/ичига томчилатиб.	Ш Т Ё Б г а госпитализация З ам бил да транспортировка килиш
ПЕРИТОНИТ	– қориндаги оғриқлар; – қорин девори мушакларининг таранглашиши; – Шчеткин-Блюмберг симптоми қориннинг барча бўлимларида ижобий.	– қоринга совуқ (криопакетлар) қўйиш; – кислород ингаляцияси; – вена катетеризацияси; – калий хлорид + натрий хлорид 400 мл в/ичига томчилатиб; – натрий хлорид 250 мл в/ичига томчилатиб	ШТЁБга госпита- лизация. Замбилда транспор- тировка килиш.
ҚИЗИЛҮНГАЧНИНГ СПОНТАН ЁРИЛИБ КЕТИШИ	– кўкрак орқасидаги оғриқлар; – бўйин ва кўкрак қафаси соҳасида тери ости эмфиземаси; – дисфагия; – кўп қайт қилгандан кейин оғриқ пайдо бўлиши.	– кислород ингаляцияси; – каттик оғриқларда морфин 1%ли – 1,0 мл м/орасига ёки промедол 2%ли – 2,0 м/орасига.	ШТЁБга госпита- лизация. Замбилда транспор- тировка килиш.

БАВОСИЛ (ГЕМОРОЙ) (асоратланмаган) – қон кетганда	– бавосил тугунларининг мавжудлиги; – алвон рангли нажас; – АБнинг пасайиши (<80 мм. с.у.).	– касалхонагача босқичда даволаш талаб қилинмайди; – анал соҳага совуқ (криопакетлар) қўйиш; – Этамзилат 12,5%ли – 2,0 в/ичига; – натрий хлорид 0,9%ли – 250 мл в/ичига томчилатиб; – ГЭК 6%ли – 250 мл в/ичига томчилатиб.	ДПМга мурожаат килиш. Ихтисослаштирилган муассасага госпитализация (бўл-маса – ШТЁБга госпитализация).
– чиқиб қолган бавосил тугунларининг қисилишида	– бавосил тугунлари соҳасидаги оғриқлар.	– анал соҳага совуқ (криопакетлар) қўйиш – метамизол натрий 50%ли – 2,0 м/орасига	Ихтисослаштирилган муассасага госпитализация (бўл-маса – ШТЁБга госпитализация).
6. Урологиядаги ўткир ҳолатлар			
Ўткир пиелонефрит	– иситма 38–40 °С гача; – бел соҳасидаги оғриқлар; – қалтираш; – умумий ҳолсизлик; – иштаҳа йўқлиги; – кўнгил айнаши, баъзан қайт қилиш. Дизурик ҳолатлар – суткалик диурезнинг камайиши.	– дротаверин 40 мг м/орасига; – метамизол натрий 50%ли – 2.0 мл м/орасига	Госпитализация.

БУЙРАК ВА СИЙДИК НАЙЧАСИДАГИ ТОШЛАР (БУЙРАК КОЛИКАСИ)	– хуружсимон оғриқлар; – сийдик найчаси йўли бўйлаб оғриқлар, оғрик- нинг қовурға билан қорин орасига, човга ва қов супачасига берилиши (иррадиация) – тез-тез пешоб ажралиши.	– метамизол натрий 50%ли – 2,0 мл м/орасига; – дротаверин 40 мг м/орасига.	ДПМ томонидан фаол кузатув.
БУЙРАК ВА СИЙДИК НАЙЧАСИДАГИ ТОШЛАР (асоратланган шакли)	– гематурияда; – тана ҳарорати $\geq 37,0^{\circ}\text{C}$ бўлганда; – анурияда.	– метамизол натрий 50%ли – 2,0 мл м/орасига; – дротаверин 40 мг м/орасига.	Госпитализация.
ЎТКИР ЦИСТИТ	– кучли ва тез-тез, буралиб оғриқли пешоб ажралиши.	– метамизол натрий 50%ли – 2,0 мл м/орасига; – дротаверин 40 мг м/орасига.	ДПМ томонидан фаол кузатув.
ЎТКИР ЦИСТИТ (асоратланган шакли)	– иситма кўтарилиши; – гематурия.	– метамизол натрий 50%ли – 2,0 мл м/орасига; – Дротаверин 40 мг м/орасига.	Госпитализация.

Ўткир сийдик тутилиши, бирламчи, асоратланмаган	– қов супачасидаги кучли оғриқлар жинсий аъзога тарқалади, сийдик ажра- лишига чакириқлар бўл- ганда унинг мустақил аж- ралмаслиги.	– сийдик пуфагини катетери- зация қилиш.	ДПМ томонидан фаол кузатув.
Ўткир сийдик тутилиши, унинг такрорланиши, асоратланган шакли	– тана ҳарорати $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$.	– метамизол натрий 50%ли – 2,0 мл м/орасига; – дротаверин 40 мг м/орасига; – сийдик пуфагини катетер билан катетеризация қилиш.	Госпитализация.
МАКРОГЕМАТУРИЯ (ноаниқ этиологияли)	– сийдикни қон рангига кириши, сийдик пуфаги тампонадаси.		1. Госпитализация. 2. Госпитализация- дан бош тортганда – ДПМ томонидан фаол кузатув.
ЎТКИР ОРХОЭПИДИДИМИТ	– спермада қон бўлиши; – мойқ халтасининг оғриқли шишиб кетиши; – иситмали ҳолат; – қориннинг пастки қис- ми ёки тос соҳасида ёқим- сизлик; – човдаги оғриқлар; – пешоб ажралишида оғриқ ва ачишиш.	– метамизол натрий 50%ли – 2,0 мл м/орасига; – дротаверин 40 мг м/орасига.	Госпитализация.

БУЙРАКНИНГ ЁПИК ЖАРОҲАТИ	– бел соҳасидаги оғриклар; – бел соҳасининг бироз шишиб қолиши; – гематурия (қон аралаш сийдик).	– морфин 10 мг/мл.	Госпитализация.
СИЙДИК ПУФАГИНИНГ ЁПИК ЖАРОҲАТИ	– қов устидаги оғрик; – гематурия (қон аралаш сийдик); – мустақил пешоб ажратолмаслик; – корин соҳасидаги оғрик.	– морфин 10 мг/мл.	Госпитализация.
МОЯК ХАЛТАСИ АЪЗОЛАРИНИНГ ЁПИК ЖАРОҲАТИ	– мойк соҳасидаги оғрик; – гематома ва мойк халтасига қон қуйилиши; – мойк халтаси тўқ қизилкўк, баъзан кўкимтир қора ранга қиради, жароҳатланган жой анча қатталашади.	– морфин 10 мг/мл.	Госпитализация.
УРЕТРАНИНГ ЁПИК ЖАРОҲАТИ	– уретроррагия; – ўткир сийдик тутилиши; – дизурия; – гематома ва чот орасига қон қуйилиши.	– морфин 10 мг/мл.	Госпитализация.

Номувофик ишлаётган дренажлар (цистостома, нефростома)	– иситма; – қалтираш; – дренаж соҳасидаги оғриклар; – ўткир сийдик тутилиши; – кўнгил айниши; – қайт қилиш.	– метамизол натрий 50%ли – 2,0 мл м/орасига – дрогаверин 40 мг м/орасига.	1. Госпитализация. 2. Госпитализациядан бош тортганда – ДПМ томонидан фаол кузатув.
---	--	--	--

7. Акушерлик-гинекологиядаги ўткир ҳолатлар

<p>22 ҲАФТАГАЧА МУДДАТДА ХОМИЛАДОРЛИКНИ ТЎХТАТИШ: а) Хавф солувчи ғайриихтиёрий ҳомила тушиши;</p>	<p>– ҳомиладорлик белгилари; – чов устидаги, бел соҳасидаги пастга тортувчи оғриқлар; – қон аралаш ажралмалар.</p>	<p>– касалхонагача бўлган босқичда даволаш талаб этилмайди.</p>	<p>1. Госпитализация. 2. Госпитализациядан бош тортганда – Аёллар консултацияси томонидан фаол кузатув.</p>
<p>б) ғайриихтиёрий ҳомила тушиши; – қонли ажратмалар бўлганда; – САБ < 90 мм с.у.;</p>	<p>– чов устидаги, бел соҳасидаги пастга тортувчи оғриқлар. – қон аралаш ажратмалар.</p>	<p>– Этамзилат 250 – 500 мг/ичигаёки м/орасига – вена катетеризацияси; – натрий хлорид 0,9%ли – 500 мл в/ичига томчилатиб; – ГЭК 6%ли – 500 мл в/ичига томчилатиб; – кислород ингаляцияси.</p>	<p>Госпитализация. Госпитализация.</p>
<p>ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА ҚОН КЕТИШИ</p>	<p>– жинсий аъзолардан қон кетганда.</p>	<p>– этамзилат 250 – 500 мг в/ичига ёки м/орасига.</p>	<p>Госпитализация.</p>

42

<p>БАЧАДОНДАН ТАШҚАРИ ХОМИЛАДОРЛИК: а) ривожланиб борувчи б) бузилган</p>	<p>– ҳайз кўрмаслик, чов супачасининг зирқираб оғриши. – ҳайз циклининг қон аралаш ажратмалар кўринишида бузилиши; – мусбат ҳомиладорлик тести. – ҳайз кўрмаслик, чов супачасидаги оғриқнинг анал соҳага тарқалиши, беҳузурлик, бош айланиши, хушдан кетиш ҳолати.</p>	<p>– касалхонагача босқичда даволаш талаб қилинмайди. – касалхонагача босқичда даволаш талаб қилинмайди.</p>	<p>Госпитализация. Госпитализация.</p>
<p>– САБ < 80 мм с.у.</p>	<p>– ҳайз келмаганда ҳайз циклининг қон аралаш ажратмалар кўринишида бузилиши; – мусбат ҳомиладорлик тести.</p>	<p>– вена катетеризацияси; – натрий хлорид 0,9%ли – 500 мл в/ичига томчилатиб; – кислород ингаляцияси.</p>	<p>Госпитализация.</p>

43

<p>ТУХУМДОН АПОПЛЕКСИЯСИ</p> <p>– САБ < 90 мм с.у.</p>	<p>– чов супачасидаги кескин оғрик, унинг орқа тешикка берилиши, беҳузурлик, бош айланиши, хушдан кетиш ҳолати;</p> <p>– ҳайз циклининг ўртаси.</p> <p>– Кўпинча оғрикли синдром жисмоний фаолликдан кейин бошланади.</p>	<p>– кориннинг пастки қисмига совуқ қўйиш.</p> <p>– вена катетеризацияси;</p> <p>– натрий хлорид 0,9% – 500 мл в/ичига томчилатиб;</p> <p>– кислород ингаляцияси.</p>	<p>Госпитализация.</p> <p>Госпитализация.</p>
<p>БАЧАДОНДАН ДИСФУНКЦИОНАЛ ҚОН КЕТИШИ</p> <p>– САБ < 90 мм с.у.</p>	<p>– қонли ажратмалар</p> <p>– ҳайз циклининг давомли ҳайзсимон ажратмалар кўринишида бузилиши (навбатдаги ҳайздан кейин);</p> <p>– қов супачасидаги тортувчи оғриқлар.</p>	<p>– этамзилат 250 – 500 мг в/ичига ёки м/орасига</p> <p>– вена катетеризацияси;</p> <p>– натрий хлорид 0,9%ли – 500 мл в/ичига томчилатиб;</p> <p>– кислород ингаляцияси.</p>	<p>Госпитализация.</p> <p>Госпитализация.</p>

<p>АЁЛЛАР ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРИ САРАТОНИ:</p> <p>– оғрик бўлганда</p> <p>– қонли ажратмалар бўлганда</p> <p>– САБ < 90 мм с.у.</p>	<p>– қориннинг пастки қисмида ҳар хил тусдаги оғриқлар.</p> <p>– ориклар кетиш, саратонли интоксикация белгилари, тери қопламаларининг кўкимтир кулранглиги.</p> <p>– жинсий йўллардан қонли ажратмалар.</p> <p>– ориклар кетиш, саратонли интоксикация белгилари, тери қопламаларининг кўкимтир кулранглиги.</p>	<p>– нонаркотик аналгетиклар (анальгин 50%–2.0 м/орасига).</p> <p>– этамзилат 250–500 мг в/ичига ёки м/орасига.</p> <p>– вена катетеризацияси;</p> <p>– натрий хлорид 0,9%ли – 500 мл в/ичига томчилатиб;</p> <p>– қинни қаттиқ сиқиб тампонада қилиш (бачадон бўйни саратонида).</p>	<p>Госпитализация.</p> <p>Госпитализация.</p>
<p>АЁЛЛАР ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ:</p> <p>– ўткир (эндометрит, сальпингофорит, пельвиоперитонит)</p>	<p>– қориннинг пастки қисмидаги оғриқлар, иррадиациясиз;</p> <p>– тана ҳароратининг кўтарилиши ва қалтираш;</p> <p>– жинсий йўллардан йирингли ажратмалар ажралиши.</p>		<p>1. Госпитализация.</p> <p>2. Госпитализациядан бош торганда – Аёллар консултацияси томонидан фаол кузатув</p>

	<ul style="list-style-type: none"> – кўпинча касаллик хайз тамом бўлганда ёки бачадон ичига муолажалар ўтказилгандан кейин бошланади; – кўнгил айнаши, оғизнинг қуриши. 		
<p>ЙЎЛДОШ (ПЛАЦЕНТА)НИНГ ОЛДИНДА КЕЛИШИ</p> <p>– қон аралаш ажратмалар бўлмаганда</p> <p>– қонли ажратмалар бўлганда</p>	<ul style="list-style-type: none"> – ҳомиланинг пастда жойлашган қисмининг кичик тосга кириш устидан юқори жойлашуви. – жинсий йўллардан қон аралаш ажратмалар; – ҳомиладор бачадон проекциясида оғриқнинг бўлмаслиги; – ҳомиланинг пастда жойлашган қисмининг кичик тосга кириш устидан юқори жойлашуви. 	<ul style="list-style-type: none"> – касалхонагача босқичда даволаш талаб қилинмайди. – вена катетеризацияси; – натрий хлорид 0,9%ли – 250 мл в/ичига томчилатиб; – Дротаверин 40 мг в/ичига. <p>Қинни текшириш қатъиян тақиқланади!</p>	<p>1. Госпитализация</p> <p>2. Госпитализациядан бош тортганда – Аёллар консултацияси томонидан фаол кузатув.</p> <p>1. Госпитализация.</p> <p>2. Замбилда транспортровка қилиш.</p>
<p>– САБ < 80 мм с.у.</p>		<ul style="list-style-type: none"> – вена катетеризацияси; – натрий хлорид 0,9%ли – 500 мл в/ичига томчилатиб; – Кислород ингаляцияси. 	<p>1. Госпитализация.</p> <p>2. Замбилда транспортровка қилиш.</p>

<p>НОРМАЛ ЖОЙЛАШГАН ЙЎЛДОШНИНГ ВАҚТИДАН ИЛГАРИ КЎЧИШИ</p> <p>– САБ < 80 мм с.у.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – жинсий йўллардан қон аралаш ажратмалар; – ҳомиладор бачадон проекциясида хуружсимон оғриқлар, бачадоннинг тўлиқ бўшашмаслиги; – ҳомиладор бачадон проекциясида локал оғриқлар; – хомила юрак уриши тезлашиши ёки секинлашиши мумкин. 	<ul style="list-style-type: none"> – Вена катетеризацияси; – натрий хлорид 0,9%ли – 250 мл в/ичига томчилатиб. <p>Қинни текшириш қатъиян тақиқланади!</p> <ul style="list-style-type: none"> – натрий хлорид 0,9%ли – 500 мл в/ичига томчилатиб; – кислород ингаляцияси. 	<p>1. Госпитализация.</p> <p>2. Замбилда транспортровка қилиш.</p>
<p>ҲОМИЛАДОРЛИК БИРИНЧИ ЯРМИСИДАГИ ТОКСИКОЗ (хомиладорларнинг қайт қилиши)</p> <p>– енгил даража (бир кунда беш мартагача қайт қилиш)</p> <p>– ўрта даража (бир кунда 5 – 10 марта қайт қилиш)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – ҳомиладорлик белгилари. – овқат истеъмол қилишга боғлиқ бўлмаган қайт қилиш, таъм ва сезгиларнинг бузилиши, гипертонусация. – кўпинча ҳомиладорликка хавф солувчи белгилар билан бирга келади. 	<ul style="list-style-type: none"> – даволаш талаб қилинмайди. – метоклопрамид 10 мг м/орасига ёки в/ичига. 	<p>Аёллар консултацияси томонидан фаол кузатув.</p> <p>Госпитализация.</p>

– оғир даража (бир кунда 10 мартадан кўп қайт қилиш)		– вена катетеризацияси; – натрий хлорид 0,9%ли – 500 мл ёки калий хлорид + натрий ацетат + натрий хлорид – 400 мл в/ичига томчилатиб.	Госпитализация.
ПРЕЭКЛАМПСИЯ – ўрта даражада	– АБнинг кўтарилиши – диастолик босим 90 мм.с.у. дан юқори; – сийдикда оксил бўлиши (агар кон таҳлили бўлса); – периферик шишлар.	– нифедипин 10 мг ичга қабул қилинади.	Госпитализация.
– оғир даражада	– АБнинг кўтарилиши – диастолик босим 110 мм.с.у. дан юқори; – бош оғриқлари, эпигастрия, ўнг қовурға остидаги оғриқлар, сийдикда оксил бўлиши (агар кон таҳлили бўлса); – периферик шишлар.	– нифедипин 10 мг ичишга; – диазепам 10 мг в/ичига; – магний сульфат 2500 мг в/ичига; – вена катетеризацияси; – диазепам 10 мг в/ичига; – магний сульфат 2500–5000 мг в/ичига, сўнг 5000 мг 0,9%ли натрий хлорид билан суюлтириб – 250 мл в/ичига томчилатиб 1 дақиқада 20 томчидан; – кислород ингаляцияси.	1. Госпитализация. 2. Замбилда транспортровка қилиш.

ЭКЛАМПСИЯ – талваса синдромида	– тоникоклоник талваса, хуши туманлашганлиги, энцефалопатия белгилари билан; – АБнинг кўтарилиши; – генерализацияланган шишлар.	– нифедипин 10 мг ичишга; – диазепам 10 мг в/ичига; – магний сульфат 2500–5000 мг в/ичига, сўнг 20 мл натрий хлорид 0,9%ли билан суюлтириб – 250 мл в/ичига томчилатиб 1 дақиқада 20 томчидан; – Кислород ингаляцияси; – Пульсоксиметрия.	1. Госпитализация. 2. Замбилда транспортровка қилиш
8. Оёқ-қўл жароҳатлари ва қуйиш			
ҚўЛЛАР (курак суяги, ўмров, елка ва биллак суяклари, панжа) СИНИШИ ВА ЧИҚИШИ	– синган жойдаги оғрик ва шиш; – қўл ҳаракатларининг чекланганлиги; – Патологик ҳаракатчанлик, синган жойда суяк крепитацияси; – Қўлнинг мажбурий ҳолати.	– қўлнинг транспорт иммобилизацияси; – оғрикни қолдириш учун – метамизол натрий (анальгин) 50% – 2,0 м/орасига, кучли оғриқда наркотик анальгетиклар морфин 1%ли – 1,0 м/орасига.	1. Стационарга етказиш. 2. Госпитализациядан бош тортганда – ДПМ томонидан фаол кузатув.

<p>ОЁҚЛАР (бел, болдир, товон) СИНИШИ ВА ЧИҚИШИ</p>	<p>– синган жойдаги оғриқ ва шиш; – ҳаракатларнинг чекланганлиги, оёқ деформацияси; – суяк крепитацияси, синган соҳадаги патологик ҳаракатчанлик; – мажбурий ҳолат.</p>	<p>– оёқнинг транспорт иммо-билизацияси; – оғриқни қолдириш учун – метамизол натрий (анальгин) 50%ли – 2,0 м/орасига, наркотик анальгетиклар морфин 1%ли – 1,0 м/орасига; – А/Б пасайганда, инфузион терапия – натрий хлорид 0,9%ли – 400,0 в/ичига, ГЭК 500,0 в/ичига, симптоматик терапия; – ҳаётга хавф солувчи критик ҳолатлар юзага келганда (травматик шок), реаниматологлар стандартида белгиланган ҳажмда интенсив тадбирлар ўтказиш; – транспортировка қилишда спинал тахтачадан фойдаланилиши шарт</p>	<p>1. Стационарга етказиш. 2. Госпитализациядан бош тортганда – ДПМ томонидан фаол кузатув.</p>
--	---	--	---

<p>ОЧИҚ СИНИШЛАР</p>	<p>– синган жойдаги оғриқ ва шиш; – патологик ҳаракатчанлик; – суяк крепитацияси ва жароҳат жойида ҳаракатларнинг чекланганлиги; – деформация, мажбурий тана ҳолати; – синган жойда жароҳат борлиги ва жароҳатдан қон кетиши.</p>	<p>– жароҳатланган жойни шина билан иммобилизация қилиш, қаттиқ асептик боғлама; – ташқи қон кетиши бўлганда, қон тўхтатувчи жгут билан боғлаш; – оғриқни қолдириш учун – метамизол натрий (анальгин) 50%ли – 2,0 м/орасига, наркотик анальгетиклар морфин 1%ли – 1,0 м/орасига; – А/Б пасайганда, инфузион терапия – натрий хлорид 0,9%ли – 400–800,0 в/ичига, ГЭК 500,0 в/ичига, инфузия ҳажми – бемор аҳолининг оғирлигига қараб.</p>	<p>1. Стационарга етказиш. 2. Госпитализациядан бош тортганда – ДПМ томонидан фаол кузатув.</p>
-----------------------------	---	--	---

<p>ТОС СУЯКЛАРИ СИНИШИ</p>	<p>– тос суяги синган жойлар проекциясида оғриклар; – мусбат Вернейл, Ларрей симптомлари (тос суяклари қанотларига ва чов бўғимларига босганда оғриқнинг кучайиши); – жароҳатланган томонда мусбат “ёпишган товон” симптоми; – “Очик китоб” симптоми (симфиз тарқалганда тос суякларининг патологик ҳаракатчанлиги ва суяклар крепитацияси).</p>	<p>– тўлиқ тинчлик ҳолати, бемор тепага қараб Волкович ҳолатида тизза тагига болиш қўйиб ётади; – оғриқни қолдириш учун – метамизол натрий (анальгин) 50% – 2,0 м/орасига, наркотик анальгетиклар морфин 1%–1,0 м/орасига; – А/Б хавfli пасайганда, инфузион терапия – натрий хлорид 0,9%ли – 400–800,0 в/ичига, ГЭК – 500,0 в/ичига, симптоматик терапия; – ҳаётга хавф солувчи критик ҳолатлар юзага келганда (травматик шок), реаниматологлар стандартида белгиланган ҳажмда интенсив тадбирлар ўтказиш; – транспортировка қилишда спинал тахтачадан фойдаланилиши шарт</p>	<p>1. Стационарга етказиш. 2. Госпитализациядан бош торгганда – ДПМ томонидан фаол кузатув.</p>
-----------------------------------	--	--	---

<p>КЎП СОНЛИ ЖАРОҲАТ (икки ёки ундан ортик анатомик соҳанинг жароҳатланиши ва ҳаётга хавф солиши)</p>	<p>– синган жойларда оғрик, шиш; – ҳаракатларнинг чекланганлиги, суяк бўлакчалари силжиб синганда деформация ва суяк крепитацияси, оёқ-қўлларнинг мажбурий ҳолати; – бош чанок-мия жароҳатларида – объектив маълумотлар (нейрожарроҳлик бўйича тегишли стандартга қаралсин); – қорин ва кўкрак бўшлиқлари аъзолари жароҳатланганда – объектив маълумотлар (жарроҳлик бўйича тегишли стандартга қаралсин); – гемодинамик кўрсаткичларнинг пасайиши, 2–4 даража травматик шок клиникаси.</p>	<p>– чақирувга ТПЁнинг ихтисослаштирилган бригадаси чиқиши зарур; – нафас олиш ва гемодинамик кўрсаткичларни назорат қилиш юқори нафас йўлларини бўшатиш, нафас олишни меъёрга келтириш, намлаштирилган кислород, зарур ҳолларда СЎВга ўтказиш ҳақидаги масала ҳал этилади; – периферик (махсус бригада бўлганда магистрал) веналар катетеризацияси ва шокка қарши тадбирлар ўтказилиши, наркотик (нафас олиш бузилмаганда) морфин 1%ли – 1,0 ва наркотик анальгетиклар метамизол натрий (анальгина) 50%ли – 2,0 в/ичига юбориш, инфузион терапия – натрий хлориднинг 0,9%ли эритмаси – 400–800мл, ГЭК эритмаси 500,0 в/ичига, реаниматологлар стандартида белгиланган ҳажмда интенсив тадбирлар ўтказиш.</p>	<p>Стационарнинг реанимация бўлимига госпитализация қилиш.</p>
--	--	---	--

		Тахтага тепага қараб ётқизиб тўлиқ тинчликни таъминлаш, қайси суяк синганига қараб оёқ-қўлларнинг синган сегментлари иммобилизацияси.	
ЮЗ ВА БҲЙИН ЖАРОҲАТЛАРИ (бош ва бҲйин томирлари проекциясида)	– жароҳат борлиги; – жароҳатдан қон кетиши; – жароҳатдаги оғриқ.	– қон кетишини тўхтатиш; – жароҳат четларига антисептик билан ишлов бериш; – асептик боғлама; – нонаркотик аналгетиклар м/орасига.	Госпитализация.
ЮРАКНИНГ ЖАРОҲАТЛАНИШИ	– юрак проекциясида жароҳат борлиги; – жароҳатдан қон кетиши.	– асептик боғлама; – пульсоксиметрия; – кислород ингаляцияси.	1. Госпитализация. 2. Госпитализациядан бош торганда – 2 соатдан кейин «103» томонидан фаол кузатув.
ОЁҚ-ҚўЛЛАРНИНГ ТУРЛИ ЖОЙЛАРИДАГИ ОЧИҚ ЖАРОҲАТЛАР (ўк-доридан, тиг яраси, кесилган яра ва ҳ.к.)	– жароҳатнинг борлиги; – жароҳатдан қон кетиши; – жароҳатдаги оғриқ.	– қон кетишини тўхтатиш (қон артериядан кетаётгани аниқланганда – қонни тўхтатувчи жгут боғлаш); – жароҳат четларига антисептик билан ишлов бериш; – асептик боғлама; – нонаркотик аналгетиклар; – кўрсатмалар бҲйича иммобилизация (жароҳат жойига қараб).	1. Госпитализация ёки травматология пунктига етказиш. 2. Госпитализациядан бош торганда – ДПМ томонидан фаол кузатув.

ОЁҚ ЁКИ ҚўЛ (сегменти)НИ ТРАВМАТИК АМПУТАЦИЯ ҚИЛИШ, Қўл ёки оёқда қон айланиши бузилган мураккаб очик жароҳат.	– оёқ-қўлда жароҳат борлиги, – оқ ёки қўл ёхуд унинг сегментининг узилиб кетганлиги, – жароҳатдан қон кетиши, – жароҳат (жароҳатлар)ги оғриқлар, – оёқ ёки қўл (сегменти) рангининг ўзгариши,	– қон кетишини тўхтатиш (қон артериядан кетаётгани аниқланганда – қонни тўхтатувчи жгут боғлаш); – жароҳат четларига антисептик билан ишлов бериш; – асептик боғлама; – пульсоксиметрия; – кислород ингаляцияси; – нонаркотик аналгетиклар (оғриқ кучли ифодаланган бўлганда – наркотикли аналгетиклар); – иммобилизация (жароҳат жойига қараб кўрсатмалар бҲйича); – жароҳат соҳасига совуқ (криопакетлар) қўйиш; – оёқ ёки қўл (сегменти)нинг ампутация қилинган қисми полиэтилен халтага жойлаштирилади, халта совуққа қўйилади ҳамда стационарга етказиб берилади (учта целлофан халтали контейнер).	1. Госпитализация.
---	---	--	--------------------

<p>ТЕРМИК КУЙИШ (майdonи бўйича чекланган)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - куйиш жароҳатлари соҳасидаги оғриқлар; - шиш; - гиперемия; - тиниқ сарғиш суюқлик билан тўлган пуфаклар; - эпидермиснинг кўчиши. 	<ul style="list-style-type: none"> - термик агент таъсирини тўхтатиш; - жароҳатни совуқ оқар сув билан совутиш; - куруқ асептик боғлама; - наркотиксиз анальгетиклар – метамизол натрий (анальгин– 50%ли – 2,0). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Травматология пунктига етказиш. 2. Болаларда тана юзасининг 3%дан ортиғи куйганда ва катталарда тана юзасининг 5%дан ортиғи куйганда госпитализация қилиш. 3. Госпитализациядан бош тортганда – “103” томонидан фаол кузатув.
---	--	--	--

<p>ТЕРМИК КУЙИШЛАР (куйиш шоки клиникаси кузатиладиган катта кўламдаги куйишлар)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - куйиш жароҳатлари соҳасидаги кучли оғриқлар; - қалтироқ; - акроцианоз; - оёқ-қўлларнинг совиб кетиши; - ҳолсизлик; - шиш; - гиперемия; - тиниқ сарғиш суюқлик билан тўлган пуфаклар; - эпидермиснинг кўчиши. <p>Термоингалияцион жароҳатда:</p> <ul style="list-style-type: none"> - бехаловатлик; - цианотиклик; - бурун йўллари тукларининг куйганлиги; - балғамда қурум борлиги; - товушнинг бўғилганлиги ёки афония; - кийин нафас олиш. 	<ul style="list-style-type: none"> - термик агент таъсирини тўхтатиш; - жабрланган шахсни тутун ва токсик ёниш маҳсулотларининг таъсири зонасидан олиб чиқиш; - нонаркотик анальгетиклар – метамизол натрий (анальгин – 50%ли – 2,0) ёки наркотикли анальгетиклар (морфин – 1%– 1,0); - куруқ асептик боғлама. <p>Термоингалияцион жароҳатда:</p> <ul style="list-style-type: none"> - юкори нафас йўллари санацияси; - ҳаво узатгични ўрнатиш; - преднизолон – 60–90 мг вена ичига; - кислород узатиш; - периферик вена катетеризацияси; - вена ичига кристаллоидлар инфузияси (натрий хлорид 0,9%ли – 500,0) ва ГЭК; - ортиб борувчи асфиксияда трахея интубацияси ва СЎВ. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Травматология пунктига етказиш; 2. Госпитализация.
---	--	---	--

КИМЁВИЙ КУЙИШ (чекланган майдонда)	<ul style="list-style-type: none"> – куйиш жароҳатлари соҳаларидаги оғриқлар; – кислота билан куйишда куруқ коагуляцион некроз; – ишқорлар билан куйганда колликвацион некроз. 	<ul style="list-style-type: none"> – кимёвий агент таъсирини тўхтатиш; – зарарланган жойни оқар сув билан ювиш; – куруқ асептик боғлама; – нонаркотик аналъгетиклар – метамизол натрий (анальгин–50%ли – 2,0). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Травматология пунктига етказиш. 2. Госпитализация. 3. Госпитализациядан бош торгганда – “103” томонидан фаол кузатув.
КИМЁВИЙ КУЙИШ (куйиш шоки клиникаси кузатиладиган катта кўламдаги куйишлар)	<ul style="list-style-type: none"> – куйиш жароҳати соҳаларида кучли оғриқлар; – қалтироқ; – акроцианоз; – оёқ-қўлларнинг совиб кетиши; – ҳолсизлик; – кислоталар билан куйганда – куруқ коагуляцион некроз; – ишқорлар билан куйганда; – колликвацион некроз. 	<ul style="list-style-type: none"> – кимёвий агент таъсирини тўхтатиш; – зарарланган жойни оқар сув билан ювиш; – куруқ асептик боғлама; – нонаркотик аналъгетиклар – метамизол натрий (анальгин–50%ли – 2,0) ёки наркотик аналъгетиклар (морфин – 1%ли – 1,0); – кислород бериш; – периферик вена катетеризацияси; – кристаллоидлар инфузияси (натрий хлорид 0,9%ли – 500,0) ва ГЭК. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Травматология пунктига етказиш. 2. Госпитализация.

ЭЛЕКТРОТЕРМИК КУЙИШ (чекланган майдонда)	<ul style="list-style-type: none"> – оғриқ; – ҳолсизлик – юракнинг тез уриши; – куруқ некроз участкалари, ток «белгилари»дан то чекланган майдондаги куйишли жароҳатларгача, эпидермиснинг кўчиши билан; – юрак фаолияти ритмининг бузилиши; – нафас олишнинг бузилиши. 	<ul style="list-style-type: none"> – электр қуввати таъсирини тўхтатиш; – кийимдан озод қилиш; – ЭКГ олиш; – нонаркотик аналъгетиклар – метамизол натрий (анальгин – 50%ли – 2,0) ёки наркотик аналъгетиклар (морфин – 1% – 1,0); – куруқ асептик боғлама; – нафас олиш бузилганда: трахеяинтубацияси ва СЎВ, имкони бўлмаганда ҳаво узатгич ўрнатиш; – юрак фаолияти бузилганда: атропин (0,1%ли – 1,0 – вена ичига), гормонлар (преднизолон 30–60 мг – вена ичига); – юрак ва нафас олиш фаолияти тўхтаганда: эпинефрин (адреналин 0,1%-1,0 – юрак ичига), юракни ёпик уқалаш ва СЎВ; – кристаллоидлар инфузияси (натрий хлорид 0,9%ли – 500,0) ва ГЭК. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Травматология пунктига етказиш. 2. Госпитализация. 3. Госпитализациядан бош торгганда – “103” томонидан фаол кузатув.
---	---	--	--

<p>ЭЛЕКТРОТЕРМИК КУЙИШ (куйиш шоки клиникаси кузатиладиган катта кўламдаги куйишлар)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - куйиш жароҳати соҳаларида кучли оғриқлар; - қалтироқ; - акроцианоз; - оёқ-қўлларнинг совиб кетиши; - ҳолсизлик; - катта майдондаги қуруқ некроз участкалари; - оёқ-қўллар периферик сегментлари мумификацияси; - мушакларнинг узилиб кетган участкалари; - юрак фаолияти ритми бузилиши; - нафас олишнинг бузилиши. 	<ul style="list-style-type: none"> - электр куввати таъсирини тўхтатиш; - кийимдан озод қилиш; - ЭКГ олиш; - наркотиксиз анальгетиклар - метамизол натрий (анальгин – 50%ли – 2,0) ёки наркотик анальгетиклар (морфин – 1% – 1,0); - қуруқ асептик боғлама; - нафас олиш бузилганда: трахея интубацияси ва СЎВ, имкони бўлмаганда ҳаво узатгич ўрнатиш; - юрак фаолияти бузилганда: атропин (0,1%ли – 1,0 – вена ичига), гормонлар (преднизолон 30–60 мг – вена ичига); - юрак ва нафас олиш фаолияти тўхтаганда: эпинефрин (адреналин 0,1%-1,0 – юрак ичига), юракни ёпик уқалаш ва СЎВ; - кристаллоидлар инфузияси (натрий хлорид 0,9%ли – 500,0) ва ГЭК. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Травматология пунктига етказиш. 2. Госпитализация.
---	--	---	--

<p>СОВУҚДАН ЖАРОҲАТЛАНИШ (совуқ уриш) (чекланган)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - совуқ урган жойдаги оғриқлар ва шиш; - ҳаракатнинг чекланганлиги; - кичима - сезгирликнинг бузилиши; - зарарланган участканинг рангпарлиги ёки цианоз. 	<ul style="list-style-type: none"> - қуруқ асептик боғлама. - ненаркотик анальгетиклар – метамизол натрий (анальгин– 50%ли – 2,0). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Травматология пунктига етказиш. 2. Госпитализация. 3. Госпитализациядан бош тортиганда – “103” томонидан фаол кузатув.
<p>СОВУҚДАН ЖАРОҲАТЛАНИШ (совуқ уриши) (кенг кўламли)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - асабий кўзгалганлик; - қалтироқ; - нафас олишнинг тезлашиши; - пульснинг тезлашиши; - артериал босимнинг ошиши; - «ғоз териси» симптоми; - лоҳаслик; - апатия; - уйқусираб юриш; - адинамия; - ҳаракатлар координациясининг бузилиши; - кўриш қобилиятининг пасайиши; - галлюцинациялар; - совуқ урган жойда оғриқлар ва шиш. 	<ul style="list-style-type: none"> - қуруқ асептик боғлама; - иссиқ суюқлик ичиш; - ненаркотик анальгетиклар – метамизол натрий (анальгин– 50%ли – 2,0); - кислород бериш; - юрак фаолияти бузилганда: атропин (0,1% – 1,0 – вена ичига), гормонлар (преднизолон 30–60 мг – вена ичига); - юрак ва нафас олиш фаолияти тўхтаб қолганда: эпинефрин (адреналин 0,1%-1,0 – юрак ичига), юракни ёпик уқалаш ва СЎВ; - кристаллоидлар инфузияси (натрий хлорид 0,9%ли – 500,0) ва ГЭК. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Травматология пунктига етказиш. 2. Госпитализация.

9. Умуртқа жароҳатлари ва калла-бош мия жароҳатлари

<p>КАЛЛА – БОШ МИЯ ЖАРОҲАТЛАРИ</p>	<ul style="list-style-type: none"> – бошнинг соч билан қопланган қисми ва юзда жароҳат излари; – оғиздан алкоголь хиди келиб туриши, бош жароҳати излари билан бирга; – бош оғриғи; – бош айланиши; – кўнгил айнаши; – қайт қилиш; – умумий қувватсизлик – юмшоқ тўқималарнинг лат ешиши; – конталаш жойлар; – тери ости гематомаси; – шилинган жойлар; – кон кетиши белгилари мавжуд жароҳатлар. – бурун йўлларида кон кетиши ва/ёки ликворея; – оғиз-ҳалқумдан; – кулок йўлларида; 	<ul style="list-style-type: none"> – умуртқанинг бўйин қисми иммобилизацияси Шанс ёқаси билан; – жароҳатлар бўлганда жароҳатни қаттиқ боғлаб қўйиш; – кон кетаётган йирик томирларни қисиб қўйиш; – бош чаноқ асоси синиши белгилари бўлганда аспирацион синдром профилактикаси (Назо-, ото- ва/ёки орогемо-ликвореялар); – беҳушликда ҳаво узатгич ёки трахея интубацияси ёрдамида; – бемор тўлиқ ҳушида бўлганда умуртқанинг бўйин бўлими иммобилизациясидан кейин ўнг ёнбошлатиб транспортировка қилиш; – дори-дармонли ёрдам: сульфат магний эритмаси 25%ли 5мл м/орасига; – фуросемид эритмаси 20 мг м/орасига (бош мия шишига гумон қилинганда); – метамизол эритмаси 50%ли 2 мл м/орасига; 	<p>КБМЖга мос келадиган неврологик симптоматика пайдо бўлганда беморни қабул бўлимига транспортировка қилиш</p> <p>Алкоголдан мастликда ҳамда бош жароҳати излари бўлганда, неврологик симптоматика йўқлигига қарамадан, беморни нейрожароҳ маслаҳатини олиш учун транспортировка қилиш.</p>
---	---	--	--

<p>АСОРАТЛАНГАН ВА АСОРАТЛАНМАГАН УМУРТҚА ЖАРОҲАТИ</p>	<ul style="list-style-type: none"> – жароҳат излари ва умуртқа бўйлаб оғриқ синдроми кузатилиши – умуртқа устун деформациялари. – қувватсизлик ёки оёқ-қўлларда фаол ҳаракатларнинг йўқлиги кўринишида ҳаракатларнинг бузилиши; – беихтиёр пешоб ажратиш белгиларининг йўқлиги ёки қийинлиги ёки пешоб ушлаб туrolмаслик; 	<ul style="list-style-type: none"> – умуртқанинг бўйин бўлими шикастланганда шанс ёқаси билан иммобилизация қилиш; – умуртқанинг кўкрак ва/ёки бел бўлимлари шикастланганда беморни қаттиқ юза (тахта)да ҳаракатсизлантириб қўйиш; – жароҳатлар бўлганда жароҳатни қаттиқ боғлаб қўйиш; – кон кетаётган йирик томирларни қисиб қўйиш; – ҳаво узатгич ёки трахея интубацияси ёрдамида аспирацион синдром профилактикаси; – кислородли ингаляция; – дори-дармонли терапия: метамизол эритмаси (анальгин) 50%ли 2 мл м/орасига; – спинал шок яккол ифодаланганда (бўйин бўлимининг шикастланиши) преднизолон эритмаси 60 мг м/орасига. 	<p>Умуртқа устунининг травматик шикастланишига гумон қилинганда, локал оғриқ бўлганда беморни қабул бўлимига транспортировка қилиш.</p> <p>Алкоголдан мастлик ҳолатида ҳамда умуртқа сингани гумон қилинганда беморни нейрожароҳ маслаҳатини олиш учун транспортировка қилиш.</p>
---	---	---	---

10. Ўткир мия қон айланиши бузилишлари

<p>ИНСУЛЬТ (мия қон айланишининг ўткир бузилиши)</p>	<p>– ҳаракатнинг бузилиши: оёқ-қўллар ҳаракатларининг бир тарафлама чекланганлиги (умуман йўқлиги), (спинал инсультда – пастки параплегия ҳамда пешоб ва нажас ажралмаслиги);</p> <p>– нуткнинг бузилиши (дизартрия, афазия, дисфония);</p> <p>– калла иннервациясининг бузилиши: юз асимметрияси («кийшайиш»), тил асимметрияси (бир тарафга оғиб кетиш), дисфагия (ютинишининг бузилиши);</p> <p>– сезгирликнинг бузилишлари: оғрик сезгирлигининг бир тарафлама пасайиши.</p> <p>– беҳушлик ёки чалахушлик.</p>	<p>Ёрдам:</p> <p>– артериал гипертензияда (систолик АБ>200 мм с.у.) АБни 1 соат давомида секин пасайтириш (дастлабки даражасидан 15–20%га):</p> <p>фармадипин 5–7 томчи ёки нифедипин таб.10 мг тил остига;</p> <p>– артериал гипотензияда (САБ<100 мм с.у.) в/ичига томчилатиб 30–60 мг преднизолон эритмаси юборилади;</p> <p>– аспирацион синдром профилактикаси (қайт қилишга чақириқлар бўлганда бош ва танани ёнбошлатиш).</p>	<p>1. Зудлик билан неврологик диспансернинг реанимация ёки интенсив терапия бўлимига госпитализация қилиш.</p> <p>2. Замбилда ётган ҳолда транспортировка қилиш.</p>
---	--	--	--

64

<p>МАРКАЗИЙ НЕРВ ТИЗИМИНИНГ ЎТКИР ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ: менингит, энцефалит, миелит, уларнинг бирикуви</p>	<p>– иситма, кучли бош оғриғи, кўнгил айниши ва қайт қилиш; онгнинг хиралашиши; гардан мушакларининг ригидлиги, мусбат Керниг ва Брудзинский симптомлари;</p> <p>– ўчоқли неврологик бузилишлар: бошмия нервлари дисфункцияси, оёқ-қўлларнинг шол бўлиб қолиши, талваса, нуткнинг бузилиши, сезгирликнинг бузилиши, атаксиялар, гиперкинезлар, тос функцияларининг бузилиши.</p>	<p>Ёрдам:</p> <p>– яққол ифодаланган бош оғриғи ва гипертермияда – метамизол натрий (аналгин) 50%ли 2 мл м/орасига Талвасада ёки психомотор кўзгалганликда – диазепам в/ичига 10 мг, 10 мл 0,9%ли натрий хлорид эритмаси билан суюлтириб, 3мл/дакика тезликдан опирмасдан;</p> <p>– аспирацион синдром профилактикаси (қайт қилишга чақириқлар бўлганда бош ва танани ёнбошлатиш)</p>	<p>1. Зудлик билан инфекцион диспансернинг (менингококкли инфекция гумон қилинганда) ёки неврологик стационарнинг реанимация ёки интенсив терапия бўлимига госпитализация қилиш.</p> <p>2. Замбилда ётган ҳолатда бош томон бироз кўтарилган ҳолда транспортировка қилинади.</p>
--	--	---	--

65

<p>ТАЛВАСА СИНДРОМИ, ЭПИЛЕПТИК СТАТУС</p>	<p>– 10–30 секунд давомидаги тоник талвасалар, нафас олишнинг тўхтаб қолиши билан, сўнг клоник талваса (1–5 дақиқа) қўл ва оёқларнинг вақти-вақти билан ритмик тортилиши, «оғиздан кўпик келиши», қисқа ва узок вақтли хушдан кетиш, тилни тишлаб олиш, баъзи ҳолларда беихтиёрий пешоб ажралиши.</p>	<p>– талвасада – диазепам в/ичига 10 мг, 10 мл 0,9%ли натрий хлорид эритмасида суюлтирилган ҳолда, 3мл/дақиқа тезликдан оширмасдан; – серияли талвасада, самара йўқ бўлганда ёки етарли бўлмаганда – 15 дақиқадан кейин худди шу дозада такрорлашга йўл қўйилади (умумий доза 40 мг дан ошмаслиги керак!). (Талваса 5 дақиқадан кам давом этса тантконвульсантларни юборишга зарурат бўлмайди); – юқори нафас йўллари санацияси, аспирацион синдром ватилнинг оркага кетиб қолиши ва асфиксия профилактикаси; – механик ва термик жароҳатланишни олдини олиш.</p>	<p>1. Госпитализацияга кўрсатмалар. 2. Эпилептик хуруж биринчи марта юзага келганда ва эпилептик статус кам аймага нда – госпитализация. 3. Бошқа ҳолларда – турар жой бўйича режали кузатув ва невропатологда даволаниш.</p>
--	---	---	---

<p>Периферик нерв тизими ва умуртқа ораси дисклари касалликларида ўткир оғрик синдроми (вертеброген рефлектор ва радикуляр неврологик синдромлар, калла ва периферик нервларнинг ўткир невралгияси). Ўткир полирадикуло-нейропатия (Гийен-Барре-Ландри)</p>	<p>Ўткир оғрик ва унинг турли соҳаларга (бош, елка, кўкрак, оёқ ва қўлларга) таркалиши (иррадиацияси), жисмоний юкламалардан кейин – оғирлик кўтариш ёки совуқ уришида – умуртқа харакатларининг чекланиши, мушаклар дефанси. Паравертебрал нуқталар ва периферик нервлар бўйлаб пальпация қилинганда оғрик, юзда – уч шохли нерв чикиш жойида оғрик пайдо бўлиши, орка мия корешоклари ва нервлари тортилишининг мусбат симптомлари: Ласег, Вассерман, Нери. Гийен-Барре-Ландри синдромида ортиб борувчи пара- ёки тетрапарез (плегия).</p>	<p>Оғриксизлантириш: метамизол натрий (анальгин) 50% 2 мл + дифенилгидрамин (димедрол) 1% 1мл в/м + лидокаин 2% мл.</p>	<p>1. Оғрик синдроми яққол ифодаланган, орка мия корешоклари компрессияси симптомлари ва тос функцияларининг бузилиши белгилари, Гийен-Барре-Ландри синдроми кузатиладиган беморлар госпитализация қилинади. 2. Транспортировка – замбилда ётган ҳолатда. 3. Бошқа беморларгавертикал юкламаларни чеклаш, турар жой бўйича невролог маслаҳати ва унда даволаниш тавсия этилади.</p>
--	--	---	---

11. Педиатрия

КЛИНИК ҶОЛИМ	<ul style="list-style-type: none"> – бехушлик; – нафас йўқлиги; – марказий артерияларда пульс йўқлиги. 	<ul style="list-style-type: none"> – базавий реанимация қилиш тадбирлари; – бирламчи ABCD баҳолаш; – пульс бўлмаса ёки брадикардия бир дақиқада <60 бўлганда билвосита уқалаш (янги туғилган чақалоқларда ЮУС бир дақиқада <80 бўлганда); – компрессияларнинг пуфлашга нисбати 15:2 (икки киши), 30:2 (бир киши), 3:1 янги туғилган чақалоқларда – компрессиялар частотаси бир дақиқада 100 – 120 ёшидан қатъи назар – дефибрилляция. <p>Кенгайтирилган ЮУР (*ихтисослаштирилган ТТЁ бригадаси учун):</p> <p>1. Қоринчалар фибрилляциясида:</p> <ul style="list-style-type: none"> – дефибрилляция 4 Дж/кг (1-разряд); – ЮУР 2 дақиқа давомида; – вена катетеризацияси; 	РваТБга госпитализация қилиш.
---------------------	---	--	-------------------------------

88

		<ul style="list-style-type: none"> – трахея интубацияси; – ЮУС, НОС, назорати; – ЭКГ. <p>Бузилишлар сақланиб қолганда:</p> <ul style="list-style-type: none"> – дефибрилляция 4 Дж/кг (2-разряд); – ЮУР 2 дақиқа давомида; – ЮУС, НОС, ЭКГ назорати; – ЭКГ. <p>Бузилишлар сақланиб қолганда:</p> <ul style="list-style-type: none"> – дефибрилляция 4 Дж/кг (3-разряд); – ЮУР 2 дақиқа давомида; – ЮУС, НОС, ЭКГ назорати; – ЭКГ. <p>Самара бўлмаганда:</p> <ul style="list-style-type: none"> – эпинефрин (адреналин) 0,01 мг/кг 1:10000 в/ичига. <p>Бузилишлар сақланиб қолганда:</p> <ul style="list-style-type: none"> – дефибрилляция 4 Дж/кг (4-разряд); – ЮУР 2 дақиқа давомида; – ЮУС, НОС, ЭКГ назорати; – ЭКГ. <p>Тадбирлар юрак ритми тиклангунча ўтказилади.</p>	
--	--	--	--

69

		<p>2. Асистолияда:</p> <ul style="list-style-type: none"> – базавий реанимация тадбирлари; – вена катетеризацияси; – эпинефрин (адреналин) 0,01 мг/кг 1:10000 ёки 0,1 мг/кг 1:1000 ҳар 3–5 дақиқада. <p>3. Қоринчалар тахикардияси, периферик томирларда пульс бўлмаганда:</p> <ul style="list-style-type: none"> – дефибрилляция 4 Дж/кг тана вазнига. <p>Синус ритми тикланганда:</p> <ul style="list-style-type: none"> – НОС, ЮУС, АБни назорат қилиш; – Пульсоксиметрия; – ЭКГ. <p>Рецидивда:</p> <ul style="list-style-type: none"> – дефибрилляция 4 Дж/кг тана вазнига; – вена катетеризацияси. <p>Синус ритми тикланганда:</p> <ul style="list-style-type: none"> – НОС, ЮУС, АБни назорат қилиш; – Пульсоксиметрия; – ЭКГ. 	
--	--	--	--

		<p>– Амидарон 5 мг/кг в/ичига томчилатиб 0,9%ли натрий хлорид – 10 билан суюлтирилганда – 15 мл/кг/соат.</p>	
ГЕМОМРАГИК ШОК	<ul style="list-style-type: none"> – ҳушдан кетиш; – барқарор гипотензия; – тахикардия. 	<ul style="list-style-type: none"> – НОС, ЮУС, АБни баҳолаш; – пульсоксиметрия; – тепага қараб горизонтал ётқизиб, оёқларни 30–40° бурчакка кўтариш; – оксигено терапия FiO_2 1.0; – вена катетеризацияси; – натрий хлорид 0,9% – 20 – 30 мл/кг. – трахея интубацияси. <p>Интубациядан олдин:</p> <ul style="list-style-type: none"> – атропин 0,01 – 0,02 мг/кг в/ичига; – диазепам 0,3 – 0,5 мг/кг в/ичига. 	<p>1. Госпитализация.</p> <p>2.Замбилда транспортировка қилиш, интенсив терапия тадбирларини давом эттирган ҳолда.</p>
ЦЕНТРАЛ ШОК			

ТРАВМАТИК ШОК			
I даражали шок (САБ ёшга доир меъёрдан 20–30%га тушиб кетганда)	– тормозланганлик; – гипертермия; – тахикардия; – нафас қисиши.	– пульсоксиметрия; – иммобилизация; – оксигено терапия FiO_2 1,0; – промедол 1%ли – 0,1 мл/умр йили, в/ичига.	1. Госпитализация. 2. Замбилда транс- портировка қилиш, интенсив терапия тадбирларини да- вом эттирган ҳолда.
II даражали шок (САБ ёшга доир меъёрдан 35–50%га тушиб кетганда)	– адинамия; – акроцианоз; – тахикардия; – гипотония.	– пульсоксиметрия; – иммобилизация; – оксигенотерапия FiO_2 1,0; – ГЭК – 30– 40 мл/кг в/ичига томчилатиб.	
шок III ст. (САБ ёшга доир меъёрдан > 50% га тушиб кетганда)	– онг бузилиши; – брадикардия билан алма- шинадиган тахикардия; – барқарор гипотония.	– пульсоксиметрия; – иммобилизация; – оксигенотерапия FiO_2 1,0; – ГЭК – 30–40 мл/кг в/и томчилатиб; – эпинефрин 0,5 – 1 мкг/кг/дак. в/ичига; – трахея интубацияси Интубациядан олдин: – атропин 0,01 – 0,02 мг/кг в/ ичига; – диазепам 0,3– 0,5 мг/кг в/ ичига.	

ГИПОВОЛЕМИК ШОК	– онг бузилиши; – барқарор гипотензия; – тахикардия; – диурезнинг камайиши.	– пульсоксиметрия; – оксигенотерапия FiO_2 1,0; – вена катетеризацияси; – натрий хлорид 0,9%ли – 20–30 мл/кг ёки гемодина- мика кўрсаткичлари барқарор- лашгунча.	1. Госпитализация 2. Замбилда транс- портировка қилиш, интенсив терапия тадбирларини да- вом эттирган ҳолда.
ИНФЕКЦИОН- ТОКСИК ШОК	– хуши хиралашган (сопор); – акроцианоз; – тахикардия; – гипотония; – тахипноэ; – олигурия.	– пульсоксиметрия; – оксигенотерапия FiO_2 1,0; – вена катетеризацияси; – преднизолон 5–10 мг/кг ёки 0,6 мг/кг в/ичига; – натрий хлорид 0,9%ли – 15– 20 мл/кг в/ичига, кейин 40 мл/ кг.	1. Госпитализация 2. Замбилда транс- портировка на қи- лиш, интенсив терапия тадбир- ларини давом эт- тирган ҳолда.

<p>АНАФИЛАКТИК ШОК</p>	<ul style="list-style-type: none"> - тахикардия; - гипотензия; - нафас қисиши; - изтиробли йўтал; - юз ва бошқа тана қисмларининг шишиб кетиши. 	<ul style="list-style-type: none"> - алерген билан контактни тўхтатиш; - горизонтал ҳолатга ўтказиб, оёқ томонни бироз кўтариш; - НЧ, ЮУС, АБни баҳолаш; - пульсоксиметрия; - оксигенотерапия FiO_2 1,0; - вена катетеризацияси; - эпинефрин (адреналин) 10 мкг/кг м/орасига, зарур бўлганда 10-15 дақиқадан кейин такроран юбориш (энг юқори доза 0,3 мг); - преднизолон 2-5 мг/кг в/ичига. <p>Анафилактик реакцияни келтириб чиқарган мушаклар ораси инъекцияси ўрнига – Эпинефрин юборилмасин!</p> <p>Зарур ҳолларда – трахея интубацияси.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Госпитализация 2. Замбилда транспортровка қилиш, интенсив терапия тадбирларини давом эттирган ҳолда.
-------------------------------	--	---	--

<p>ЎТКИР ҚОН ТОМИР ЕТИШМОВЧИЛИГИ:</p> <p>хушдан кетиш, коллапс</p>	<ul style="list-style-type: none"> - онг бузилиши; - мушаклар тонусининг пасайиши; - оёқ-қўлларнинг совиши; - гипотензия. 	<ul style="list-style-type: none"> - оксигенотерапия FiO_2 1,0; - бемор горизонтал ҳолатда ётқизилади ва оёқ томон бироз кўтариб қўйилади; - ЭКГ; - НОС, ЮУС, АБни назорат қилиш; - глюкометрия; - натрий хлорид 0,9%ли – 10 – 20 мл/кг/соат в/ичига; - Преднизолон 2 – 5 мг/кг в/ичига. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Госпитализация. 2. Госпитализациядан бош тортганда – ДПМ ёки ШТЁБ томонидан фаол кузатув.
<p>НАФАС ЙЎЛЛАРИДАГИ ЁТ ЖИСМ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - бурундан нафас олишнинг тўсатдан бузилиши (ёт жисм нафас йўлларига тушса); - тўсатдан бўғилиш юзага келиши; - тўсатдан йўтал келиши; - нафас чиқаришнинг бузилиши, овознинг хириллаб қолиши (ёт жисм товуш пайларидан пастда туриб қолса). 	<ul style="list-style-type: none"> - ёт жисм бурун йўлларидан олинмаяпти. <p>Ёт жисмни олишга уриниш касалхонагача босқичда ба- жарилмайди, шошилинч госпитализация кўрсатилади.</p> <p>Геймлих усулини қўллаш:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ўтирган ёки турган боланинг орқасидан туриб, унинг танасини олдинга эгиб 5 мартагача магистрал сохага бурчак остида кўкрак қафаси йўналишида иккита қўл билан уриш. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Госпитализация.

– тиришишда		– диазепам 0,3–0,5 мг/кг в/ичига; – оксигенотерапия FiO ₂ 1,0.	
ТОКСИК ЭПИДЕРМАЛ НЕКРОЛИЗ	– эритематоз тошмалар кўшилиб буллалар ҳосил қилади; – тарқалиб кетган шишлар; – Мусбат Никольский симптоми.	– оксигенотерапия FiO ₂ 0,5–1,0; – ЮУС, НЧни назорат қилиш; – преднизолон 5 мг/кг в/ичига; – хлоропирамин 0,1 мл/умр йили, в/ичига. Тана ҳарорати кўтарилганда иситма туширувчи препаратлар юборилмайди! Ностероид яллиғланишга қарши препаратлар қўлланилмасин!	1. Реанимация бўлимига госпитализация
ПНЕВМОНИЯ	– тахипноз; – йўтал; – гипертермия.	– оксигенотерапия FiO ₂ 0,5–1,0; – ЮУС, НОСни назорат қилиш	1. Госпитализация 2. Госпитализациядан бош тортганда – О К М П (?) томонидан фаол кузатув.
– тана ҳарорати > 38°C бўлганда		– метамизол натрий 10 мг/кг м/орасига.	

76

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ: – гипогликемик ҳолат	– қалтирок; – умумий ҳолсизлик; – оёқ-қўллар тремори.	– оксигенотерапия FiO ₂ 0,5 – 1,0; – глюкометрия; – глюкоза в/ичига тизиллатиб секин: 1 ёшгача – 10%ли – 2 мл/кг, 1 – 6 ёш – 20%ли – 2 мл/кг; – такрорий глюкометрия.	1. Гипогликемия биринчи марта кузатилганда госпитализация. 2. Госпитализациядан бош тортганда 2 соатдан кейин “103” томонидан, фаол кузатув, яна қайта бош тортганда – ДПМ ёки ОКМП (?) томонидан фаол кузатув.
– гипогликемик кома	– онг бузилиши; – тери қопламаларининг рангпарлиги; – АБ тушиб кетиши; – профуз совуқ тер; – қалтирок.	– глюкометрия; – глюкоза в/ичига тизиллатиб секин: 1 ёшгача – 10% – 2 мл/кг, 1 – 6 ёш – 20%ли – 2 мл/кг. Такрорий глюкометрия Сама ра бўлмаганда: – такрорий глюкометрия.	

77

– гипергликемик кома	– онг бузилиши; – полиурия, олиго- ва анурия билан алмашинган холда; – оғиздан ацетон хиди келиши; – токсик нафас олиш.	– глюкометрия; – оксигенотерапия FiO_2 0,5; – вена катетеризацияси; – натрий хлорид 0,9%ли – 20 мл/кг в/ичига томчилатиб.	1. Госпитализация 2. Госпитализациядан бош тортганда 2 соатдан кейин “103” томонидан, фаол кузатув, яна қайта бош тортганда – ДПМ ёки ОКМП (?) томонидан фаол кузатув
ПАРОКСИЗМАЛ ТАХИКАРДИЯ	– юрак ритмининг тўсатдан тезлашиши хуружи; – катта ёшдаги болаларда бир дақиқада 150–160дан ортиқ зарба; – эрта ёшдаги болаларда бир дақиқада 200дан ортиқ зарба.	– пульсоксиметрия; – оксигенотерапия FiO_2 0,5; – ЭКГ; – вагус синамалар; Самара бўлмаганда, 5 дақиқадан сўнгра: – вена катетеризацияси; – верапамил 0,1 мг/кг в/ичига секин.	1. Госпитализация. Замбилда транспортировка килиш. 2. Госпитализациядан бош тортганда 2 соатдан кейин “103” томонидан, фаол кузатув.

ҚОРИНЧА ТАХИКАРДИЯСИ	– онг бузилиши; – нафас қисиши; – юракдаги оғрик; – акроцианоз, оёқ-қўлларнинг совиб кетиши.	– оксигенотерапия FiO_2 0,5; – вена катетеризацияси; – магний сульфат 25%ли эритмаси 0,9%ли Натрий хлорид билан суюлтирилиб – в/ичига томчилатиб (50 мг/кг); – қатъий 30 дақиқа.	1. Госпитализация. Замбилда транспортировка килиш. 2. Госпитализациядан бош тортганда 2 соатдан кейин “103” томонидан, фаол кузатув.
БРАДИКАРДИЯ	– ҳолсизлик; – тез толиқиш; – қиска муддатли хушдан кетиш; – ЮУС бир дақиқада 30–60 та зарбадан кам.	– оксигенотерапия FiO_2 0,5–1,0; – пульсоксиметрия; – ЭКГ; – эпинефрин (адреналин) 0,1% – 1/10000 0,1 мг/кг в/ичига; – атропин 0,1% – 0,1мг/кг 1 ёшдан катта болаларга.	1. Госпитализация. Замбилда транспортировка килиш. 2. Госпитализациядан бош тортганда 2 соатдан кейин “103” томонидан, фаол кузатув.

<p>ЎРВИ – тана ҳарорати 38,0°Сдан юқори бўлганда</p>	<p>– тери қопламаларининг оқариб кетиши, мармарга ўхшаши; – оёқ-қўллар совук; – “Оқ доғлар” ижобий симптоми; – тахикардия; – ланжлик.</p>	<p>– совутишнинг физик усуллари. – парацетамол – 15 мг/кг ичга ёки ректал шамдорилар;</p>	<p>1. Госпитализация кўрсатмалар бўйича. 2. Госпитализациядан бош тортганда – ДПМ ёки ОКМП томонидан фаол кузатув.</p>
<p>– хира гипертермияда</p>	<p>– онг бузилиши; – Мушакларнинг тоник тортишиши; – Нигоҳнинг қадалиб қолиши</p>	<p>ёки Метамизол натрий 10 мг/кг м/орасига; хлоропирамин 0,1 мл/умр йили, м/орасига</p>	
<p>– қалтирокда</p>		<p>– диазепам 0,3–0,5 мг/кг м/орасига ёки 0,2 мг/кг в/ичига</p>	

<p>Ўтқир обструктив ларингит (круп)</p> <p>I даража</p> <p>II – III даража</p> <p>IV даража</p>	<p>– беҳаловатлик; – овоз бўғилиши.</p> <p>– тинчлик ҳолатида НЕ белгилари; – нафас олганда бурун қанотлари кенгайди, қовурғалар ичга тортилади; – кийин нафас чиқариш; – овоз бўғилиши; – кўпол йўтал.</p> <p>Тез-тез юзаки нафас олиш. Апноэ. Брадикардия. Қалтирок.</p>	<p>Шошилиш тадбирлар кўрсатилмаган, осойишталик, кўп илик суюқлик ичиш.</p> <p>– оксигенотерапия FiO₂ 1,0; – пульсоксиметрия; – преднизолон 3 – 5 мг/кг ёки 0,6 мг/кг м/орасига ёки в/ичига; – дротаверин 2% 0,1 мл/умр йилим/орасига.</p> <p>– оксигенотерапия FiO₂ 1,0; – пульсоксиметрия; – преднизолон 3–5 мг/кг ёки 0,6 мг/кг в/ичига; – дротаверин 2% 0,1 мл/умр йили м/орасига.</p> <p>– зарур ҳолларда – трахея интубацияси. Интубация қилишга бир марта уриниш керак</p>	<p>1. Госпитализация 2. Госпитализациядан бош тортганда – ДПМ ёки ОКМП томонидан фаол кузатув.</p> <p>1. Госпитализация. 2. Госпитализациядан бош тортганда 2 соатдан кейин “103” томонидан, фаол кузатув, яна қайта бош тортганда – ДПМ ёки ОКМП томонидан фаол кузатув.</p>
---	--	---	---

<p>ЭПИЛОТТИТ</p>	<p>– ўткир ҳаво етишмаслиги; – фебрил ҳароратдан ўткир бошланиши – стеноз белгилари; – яккол ифодаланган дисфагия; – сўлак оқиши; – томоқдаги кучли оғриқ; – тананинг мажбурий ҳолати; – ҳушдан кетиш мумкин.</p>	<p>– баданни олдинга эгиб ўтириш; – пульсоксиметрия; – оксигенотерапия FiO_2 1,0; – зарур ҳолларда трахея интубацияси (трубка диаметри ёшга доир меъёрдагидан битта ўлчамга кичик олинади). Интубациядан олдин: – вена катетеризацияси; – атропин 0,01 – 0,02 мг/кг в/ичига – Диазепам 0,3 – 0,5 мг/кг в/ичига Интубация қилишга бир марта уриниш керак</p>	<p>1. Госпитализация Қатъий ўтирган ҳолда транспортировка қилинади</p>
-------------------------	---	--	--

Соғлиқни сақлаш вазирининг
2017 йил “31” мартдаги
131-сонли буйруғига
2-илова

Тез тиббий ёрдам хизмати диспетчерининг хатти-ҳаракатлари

БАЁННОМАСИ

1. УМУМИЙ ҲОЛАТЛАР

1.1. “Тез тиббий ёрдам (ТТЁ) кўрсатиш учун чакирувни қабул қилиш ва узатиш бўйича Диспетчерлик Баённомаси” (кейинги ўринларда Баённома деб аталади) тез тиббий ёрдам (кейинги ўринларда ТТЁ деб аталади) хизматига мурожаат қилинганда ва ТТЁ томонидан тиббий ёрдам кўрсатилганда ТТЁнинг фаолияти тартиби, босқичлари ва кетма-кетлигини, шунингдек ТТЁ хизматида бошқариш тизimini белгилайди.

1.2. Мазкур Баённома мақсадлари учун қуйидаги атамалар ва уларнинг таърифларидан фойдаланилади:

– ТТЁ автомобили – тегишли танитувчи белгиларга эга бўлган, тиббий техника, алоқа воситалари, тиббий буюмлар ва Соғлиқни сақлаш вазирлигининг... Рўйхатида назарда тутилган бошқа зарур ускуналар билан жиҳозланган, беморларга ТТЁ кўрсатиш ва (ёки) уларни транспортировка қилишга мўлжалланган махсус энгил автомобили;

– ТТЁ бригадасини чакириш манзили – ТТЁ кўрсатилишига мухтож бемор турган манзил;

– ТТЁ бригадасини амбулатор чакириш – бемор ТТЁ станцияси ёки подстанциясига келганда унга тиббий ёрдам кўрсатилиши учун ТТЁ хизматига мурожаат қилиши;

– ТТЁ бригадасини чакириш – бемор (беморлар)ни кўриш ва ТТЁ кўрсатиш билан якунланадиган ТТЁ хизматига мурожаат;

– ТТЁ бригадасининг йўлга чиқиши – ТТЁ бригадасининг беморга ТТЁ кўрсатиш учун ТТЁ бригадасини чакириш манзили бўйича йўлга чиқиши, шу жумладан ТТЁ бригадасининг натижасиз ва ёлғон чакирув бўйича, шунингдек беморларни транспортировка қилиш учун йўлга чиқиши;

– ТТЁ хизматига мурожаат қилиш – бемор ёки бошқа шахсларнинг беморга ТТЁ кўрсатишни илтимос қилиб мурожаати;

– ТТЁ бригадасини чакириш сабаби – ТТЁ учун мурожаат килганда бемор соғлиги ҳолатининг кискача таърифи;

– ТТЁ бригадасини чакириш услуворлиги – ТТЁ бригадасини чакириш сабабининг тавсифи, у ТТЁ бригадаларини ТТЁ бригадасини чакириш манзили бўйича йўллаш кетма-кетлигини(навбатини) белгилайди;

– ТТЁ бригадасини йўл-йўлаккай чакириш – ТТЁ бригадасини бошқа чакирувни бажараётганга унга бевосита мурожаат килиш;

– ТТЁ бригадасининг натижасиз йўлга чиқиши – ТТЁ бригадасини чакириш манзили ногўри кўрсатилганлиги ёки беморнинг ТТЁ бригадасини чакириш манзилида йўқлиги, ёхуд ТТЁ бригадасининг ёлгон чакирилгани муносабати билан беморга ТТЁ кўрсатилмаганлиги билан яқунланган ТТЁ бригадасининг йўлга чиқиши;

– ТТЁ бригадасини алдаб чакириш – ТТЁ бригадасининг ТТЁ хизматида мурожаат килган шахсининг ТТЁ бригадасини чакириш манзили ёки бемор хақида касалдан ногўри ахборот бериши туфайли беморга ТТЁ томонидан ёрдам кўрсатилмаслиги билан яқунланган чиқиши;

– ТТЁ бригадасини кечиктирмасдан чакириш – ТТЁ бригадасининг беморга мурожаат пайтида унинг хаёти ва соғлиғи учун хавф тўғдирмайдиган, ammo сутка давомида унинг соғлиғи ёмонлашишига олиб келиши мумкин бўлган касалликлар муносабати билан чакирилиши;

– ТТЁ бригадасини тезкор чакириш – ТТЁ бригадасининг беморга мурожаат пайтида унинг хаёти ва соғлиғи учун хавф тўғдирмайдиган, ammo бир соат давомида унга тиббий ёрдам кўрсатилмаса унинг хаёти ва соғлиғи учун хавф солиши мумкин бўлган касалликлар муносабати билан чакирилиши;

– ТТЁ бригадасини шопилгич чакириш – ТТЁ бригадасининг беморга мурожаат пайтидаёқ унинг хаёти ва соғлиғи учун хавф соладиган касалликлар муносабати билан чакирилиши;

– Беморларни транспортировка килиш – беморларнинг ТТЁ бригадалари томонидан ТТЁ бригадасини чакириш манзилидан касалхона муассасалари қабул бўлимларига етказиб берилиши ва стационар ёки амбулатория шароитида кейинги тиббий ёрдам кўрсатиш масаласининг ҳал этилиши.

1.3. ТТЁ хизмати:

– ТТЁ бригадаларини чакиришларни қабул килиш ва уларни ТТЁ бригадаларига етказишни;

– ТТЁ бригадаларининг ТТЁ бригадаларини чакириш манзилига уларга чакирув етказилгандан пайтдан кейин шахарда 20 дақиқа ва бошқа аҳоли пунктларида 40 дақиқада етиб боришини таъминлашни;

– ТТЁ ташкил этилиши ва кўрсатилишини, шу жумладан ТТЁ бригадасини амбулатор чакиришда ва йўл-йўлаккай чакиришда;

– Беморларнинг ўз вақтида транспортировка килинишини амалга оширади.

1.4. ТТЁ хизмати куйидагиларни амалга оширмайди:

– беморларга кейинги даволанишни (ТТЁ кўрсатилганидан кейин) тайинлаш;

– беморларга бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларининг шифокор-мутахассислари томонидан тайинланган тиббий ёрдамни кўрсатиш, онкологик касалликларга чалинган беморларга соғлиқни сақлашнинг амбулатория-поликлиника ташкилотлари ишидан ташқари вақтда отриксизлантирувчи воситаларни юбориш бундан мустасно;

– беморларга меҳнатга лаёқатсизлик варакалари ва (ёки) вақтинча меҳнатга лаёқатсизлик хақида маълумотнома бериш;

– дори ва наркотик воситаларга, психотроп воситаларга рецептлар ёзиб бериш;

– алкогол, гиёҳванд моддалар, психотроп, токсик ёки бошқа маст қилувчи моддалар истеъмол қилинганини ёки масглик ҳолатини аниқлаш учун тиббий текшириш;

– беморларни шифокор маслаҳатига, қабулгига ёки текширувга олиб бориш, касалхонадан уйига олиб бориш;

– маслаҳатчиларни, касалхоналарнинг хизмат кўрсатувчи ходимларини, тиббий препаратларни ташиниш ва етказиб бериш;

– мурдаларни транспортировка килиш, ТТЁ автотомобилида ўлиб қолганлардан ташқари.

2. ЧАКИРУВЛАРНИ КАБУЛ КИЛИШ, РҶЙХАТГА ОЛИШ ВА ТҶЁ БРИГАДАЛАРИГА БЕРИШ ТАРТИБИ

2.1. Республика аҳолисига шопилинч, тезкор ва кечиктириб бўлмайдиган тиббий ёрдам бепул ва туну кун кўрсатилади.

2.2. ТҶЁ бригадасини чакириш:

— «103» телефони орқали;

— Бемор ёки бошқа шахс ТҶЁ станциясига келганда ёки ТҶЁ бригадасига мурожаат қилганда;

— Фавкуллолда вазиятлар вазирлиги ва ИИБ тезкор хизматлари билан тўғридан тўғри алоқа линиялари бўйича амалга оширилади.

2.3. ТҶЁ бригадаси чакирувчини чакирувларни қабул қилиш ва уларни ТҶЁ бригадаларига етказиш бўйича ҳамшира (фельдшер) қабул қилади. ТҶЁ бригадаси чакирувчини ТҶЁ хизматининг чакирувларни қабул қилиш бўйича фельдшери телефон орқали қабул қилганда, бир вақтнинг ўзида телефондаги сўзлашув автоматик тарзда ёзиб олинади ва ТҶЁ хизматида 60 кун сакланади.

2.4. Тез ёрдам бригадасини чакирувчи диспетчерга қуйидагиларни маълум қилиши лозим:

— чакирув сабабини;

— беморнинг фамилияси, исми, отаси исмини, ёшینی;

— аниқ манзилни (кўча номи, уй, подьезд, кават, уй телефони рақами, подьезд эшиги коди) ва мўлжални.

Хар бир ҳолатда диспетчернинг саволларига мумкин қадар аниқ жавоб бериш керак — бурро ва лўнда сўзлашув чакирувни қабул қилиш ва компьютерда ишлов беришни тезлаштиради, касаллик ихтисосига мос бригаданинг келишини таъминлайди.

2.5. Имкон қадар, тез ёрдамни чакирган фуқаролар тез тиббий ёрдам бригадасини кўчада, ховлида, подьедда ёки телефон орқали суҳбатлаганда тайинланган бошқа жойда кутиб олиши керак. Хавфли уй хайвонлари алоҳида ажратиб қўйилган бўлиши лозим.

2.6. ТҶЁ хизмати чакирувларини қабул қилиш бўйича ҳамшира (фельдшер) ТҶЁ бригадасига чакирувни қабул қилганда:

— ТҶЁ бригадаси чакирувчини дарҳол электрон ва (ёки) қоғоз ташувчида белгиланган тартибда рўйхатга олади (кейинги ўринларда — рўйхатга олиш деб аталади);

— ТҶЁ бригадаси чакируви устуворлигини аниқлайди;

— Чакирувни ТҶЁ бригадаларига чакирув устуворлигига қараб белгиланган вақт давомида етказди.

2.7. ТҶЁ бригадаси чакируви устуворликлар: шопилинч; тезкор; кечиктириб бўлмайдиган чакирувларга ажратилади.

2.7.1. ТҶЁ бригадасини шопилинч чакиришга: авария; беморнинг хушдан кетиши; болаларда иситма кўтариллиши билан кузатилмаган тошма; беморнинг кимёвий моддалар ёки дори воситалари билан захарланиши; осити, чўкиши; катта жой куйиши; чуқур ва кўламли жароҳатлар; талваса; ўтқир нафас олиш бузиллишлари; фавкуллолда вазиятлар; жабрланганлар бўлган йўл-транспорт ҳодисаси; электрдан жароҳатланиш; ўз бўйидан юқори бандликдан тушиб кетиш; ёнгин ҳоллари қиради. ТҶЁ бригадасининг шопилинч чакируви ТҶЁ хизматининг чакирувларни қабул қилиш фельдшери томонидан бўш ТҶЁ бригадасига унинг ихтисослашувида мувофиқ ҳолда, у рўйхатга олинган пайтдан эътиборан 4 дақиқадан кечиктирмасдан берилади.

2.7.2. ТҶЁ бригадасини тезкор чакиришга: юрак ритмининг бузилиши (аритмия); юрак хуружи; астма хуружи; жароҳатланиш; ёт жисм; кон кетиши (меъда-ичак, бачадон, бурундан); совук уриши; туғруқ; ҳаракат фаоллигининг тўсатдан бузилиши; мурожаат сабабларини аниқлаш имкони бўлмаган тарзда, бемор соғлиғи ҳолатининг кескин ёмонлашиши билан боғлиқ ТҶЁ бригадасини чакириш ҳоллари қиради. ТҶЁ бригадасининг тезкор чакируви ТҶЁ хизматининг чакирувларни қабул қилиш фельдшери томонидан бўш ТҶЁ бригадасига унинг ихтисослашувида мувофиқ ҳолда, у рўйхатга олинган пайтдан эътиборан 10 дақиқадан кечиктирмасдан берилади.

2.7.3. ТҶЁ бригадасининг кечиктириб бўлмайдиган чакирувларига: артериал босимнинг жиддий ўзгариши; аллергия; бош оғриғи; корин, елка, кўкрак кафасидаги оғиқлар; гемофилия; ноадкват хулқ-атвор; бўйрак хуружлари; кусиш; тошма; юқори

иситма (агар иситма перорал дори воситалари билан тушмаса); ўткир пешоб ажралмаслиги; овқатдан захарланиш; 1 ёшгача болада хулк-атворнинг тўсатдан ўзгариши; орфиксизлангитриш; беморни тиббиёт ходимидан олинган чакирув бўйича транспортировка қилишхоллари кирлади. ТТЁ бригадасининг кечиктириб бўлмайдиган чакируви ТТЁ хизматининг чакирув-ларни қабул қилиш фелдшери томонидан бўш ТТЁ бригадасига унинг ихтисослашувиغا мувофиқ ёки соғлиқни сақлашнинг амбулатория-поликлиника хизматига унинг иш вақтида чакирув рўйхатга олинган пайтдан эътиборан 20 дақикадан кечиктир-масдан берилади.

2.8. Чакирув устуворлиги, ТТЁ бригадасини ТТЁ бригадасини чакириш манзилига юбориш ёки чакирувни амбулатория-поликлиника хизматига бериш ҳақида мустақил қарор қабул қилиш имкони бўлганда, ТТЁ хизматининг чакирувларни қабул қилиш фелдшери бу ҳақда ТТЁ станциясининг мудирига, у жойида бўлмаганда эса, қатта диспетчерга хабар бериши керак. Улар қуйидаги ҳақидаги қарорлардан биттасини қабул қилдилар:

– ТТЁ бригадаси чакируви устуворлиги ҳақида;

– ТТЁ бригадасини ТТЁ бригадасини чакириш манзилига юбориш ҳақида;

– Келиб тушган чакирувни соғлиқни сақлашнинг амбулатория-поликлиника хизмати ТТЁ хизматига бериш ҳақида.

2.9. ТТЁ бригадасини чакириш учун мурожаат юқориди санаб ўтилган “ТТЁ бригадасини чакириш сабаблари”дан бирортасига тўғри келмаса, ТТЁ хизматининг чакирувларни қабул қилиш фелдшери беморга қайси давлат соғлиқни сақлаш ташкилотига тиббий ёрдам олдиш учун мурожаат қилиш кераклиги юзасидан тавсиялар беради.

2.10. Барча низоли вазиятларда чакирувни ёзиб олиш ва бригадани юбориш масаласини ТТЁ станцияси мудирини, у жойида бўлмаганда – қатта диспетчер ҳал қилди. ТТЁ станцияси мудирини ҳамда тез тиббий ёрдам станциясининг кўчма бригадаси шифокори бемор олдига бормасдан – телефон орқали масла-ҳатлар бериш ҳуқуқига эга.

2.11. Тиббий кўрсатмалар бўлганда, ТТЁ бригадаси беморнинг транспортировкасини ташминлайди. Тез ёрдам бригадалари туғруқхонага шопилинч ётқизишга муҳтож туға-ётган аёлларни, шунингдек шопилинч ётқизишга беморларни ҳамда амбулатория-поликлиника муассасалари йўлланмалари бўйича замбилда кўчиришни талаб қилдиган режадаги беморларни транспортировкасини амалга оширади. Тиббий транспортировкаларни амалга ошириш учун чакирувлар фақат беморга тиббиёт ходимлари ҳамроҳлик қилиши зарурлигини белгиллаган тиббиёт ходимларидан қабул қилинади. Бригада келгунга қадар шопилинч патологияли беморлар тиббиёт ходими кузатувида бўлади.

Бундан ташқари, қуйидагилартранспортировка қилиниши керак:

– ҳаётга хавф солувчи ҳолатлар белгилари ёки ҳаёт учун хавфли асоратлар ривожланиши таҳдиди бўлган барча беморлар;

– стационар шароитларда туну кун тиббий кузатув ва интенсив даволашни, ташхислаш ва даволаш тадбирлари ўтказилишини талаб қилдиган патологик жараёнлар ва асо-раглари истисно этиш мумкин бўлмаганда;

– инфекцион-эпидемик ва психиатрик кўрсатмалар бўйича атрофдагилар учун хавф туғдирадиган беморлар;

– жамоат жойларида бўлганда тўсатдан касал бўлиб қолган ва (ёки) жабрланган шахслар;

– бир сутка давомида тез (кечиктириб бўлмайдиган) тиббий ёрдамга қайта мурожаат қилган шахслар;

– критик, ҳаётга хавф солувчи кечиктириб бўлмайдиган ҳолатлардаги беморлар ТТЁ бригадалари томонидан, стационар шароитда тиббий ёрдам кўрсатаётган муассасанинг қабул бўлимини чеглаб бевосята анестезиология-реанимация бўли-мига транспортировка қилинади.

Ҳисда сақланаётган шахсларга ТТЁ қонунчилиқда белги-ланган тартибга мувофиқ кўрсатилади.

Беморнинг ТТЁ бригадаси томонидан стационар шароитда тиббий ёрдам кўрсатаётган муассасата топширилгани қабул бўлимидаги навбатчи шифокорнинг (хамширанинг) тегшли

соғлиқни сақлаш муассасаси қабул бўлими штампни кўйилган, беморни қабул қилиш санаси ва вақти кўрсатилган ТТЁ бригадасини чақириб харитасидати имзоси билан тасдиқланади.

Бемор тиббий аралашувдан ва керакли соғлиқни сақлаш муассасасига транспортировка қилишдан бош торгган тақдирда, унга ёки унга ҳамроҳлик қилувчи бошқа шахсларга (турмуш ўртоғи, у бўлмаганда – яқин қариндошлари, агар бемор бола бўлса, унинг ота-онаси, васийлари) ТТЁ хизматининг тиббиёт ходими тушунарли тарзда бундай бош тортишнинг оқибатлари қандай бўлиши мумкинлиги хақида тушунтириш берилиши керак.

Беморнинг тиббий аралашувдан ва керакли соғлиқни сақлаш муассасасига транспортировка қилишдан бош торгани чақирув харитасида эҳтимол қилинадиغان оқибатларни кўрсатиб расмийлаштирилади ҳамда бемор ёки юқорида кўрсатилган шахслар ва тиббиёт ходими томонидан имзоланади.

Агар беморни уни стационар шароитларда даволаш учун тегишли соғлиқни сақлаш муассасасига транспортировка қилиш зарурлигига ишонтириб бўлмаса, ТТЁ бригадаси шифокори (фельдшери):

беморнинг кўл қон кетишига олиб келган оғир жароҳатланиш, заҳарланиш, ўткир психоз билан боғлиқ ҳаётга хавф солувчи критик ҳолатларда, касаллик билан боғлиқ бошқа критик ҳолатларда, транспортировка амалга оширишда ёки бемор олдиға яна қайта бориш зарурлиги хақида қарор қабул қилишда ички ишлар органлари ходимларини жалб қилиш учун ТТЁ станцияси мудирини ёки тез тиббий ёрдам станциясининг катта диспетчерига хабар бериши;

кечиктирмасдан, иш вақти давомида беморнинг турар жойи (турган жойи) бўйича амбулатория шароитида тиббий ёрдам кўрсатаётган соғлиқни сақлаш ташкилотига ундан шифокор-терапевт (зарур ҳолатларда, шифокор-мутахассис) фаол тарзда хабар олиб туриши зарурлиги тўғрисида ахборот бериши лозим.

2.12. Тез ёрдам бригадалари поликлинника комиссиясининг хулосаси асосида иш кунлари ва шанба кунлари соат 20.00дан 08.00гача, шунингдек яқшанба кунлари куну тун онкологик

беморларга наркотикли препаратлар билан оғриксийанттиришни амалга оширадиглар.

2.13. Тез тиббий ёрдам бригадалари томонидан олиб келинган беморлар ва жабрланганлар касалхонанинг қабул бўлимида мажбурий тиббий кўрикдан ўтказилишлари шарт. Имкон борича, уларда пасторт ва кўл остидаги тиббий хужжатлар бўлиши керак. Госпитализация қилиш хақидаги масалани ҳал қилиш учун кўшимча маслаҳатлашувлар ва текширувлар талаб этилган тақдирда, бундай маслаҳатлашув ва текширувлар даволаш муассасасининг ўзида ташкил қилинади ва ўтказилади.

2.14. ТТЁ бригадасига йўл-йўлакай чақирув келиб тушганда ТТЁ бригадаси шифокори (фельдшери):

– ТТЁ хизмати чақирувларини қабул қилиш бўйича фельдшерга мазкур чақирув хақида хабар беради;

– ТТЁ бригадаси чақирувларининг устуворлигини белгилайди; – ТТЁ хизмати чақирувларини қабул қилиш бўйича фельдшерга бошқа ТТЁ бригадасини чақириб кераклиги хақида хабар беради;

– ТТЁ бригадасининг устувор чақирувдаги беморга зарур ТТЁни кўрсатади;

– Бошқа ТТЁ бригадаси келгунига қадар ТТЁ бригадасининг устувор чақирувдаги беморга зарур ТТЁ кўрсатилгандан кейин муружаат пайтида хайитга ва соғлиғига хавф туғдирмайдиган касалликка чалинган беморга зарур ТТЁни кўрсатади;

– ТТЁ бригадасининг устувор чақирувдаги беморнинг аҳолига қараб, уни транспортировка қилади ёки бошқа чақирилган ТТЁ бригадасининг етиб келишини кутлади.

3. МАХСУС ҲОЛАТЛАР

3.1. Беморга тиббий ёрдам кўрсатилганидан кейин унинг соғлиғи холатини кейинчалик ҳам тиббий кузатиш зарур бўлганда ТТЁ бригадаси чақирув бўйича ахборот иш кунлари сўтқа давомида амбулатория-поликлинникамуассасаларига юборилади.

3.2. Тез тиббий ёрдамнинг атайин асоссиз чақирилишида айбдор бўлган, безорилик ёки шўхлик қилиб ёнгон маълумотларни берган, шунингдек кўчма бригадалар ходимларига нисбатан

ижтимоий эид (безорилик, хавфли) хатги-харакатларга йўл кўйган шахслар хакида уларни маъмурий ёки жиноий жавоб-гарликка тортиш учун тегишли органларга ахборот юборилади.

3.3. Тиббий ходимларнинг ҳаёти ва соғлиғига хавф солувчи вазиятларда (хонада хавфли уй хайвонларнинг бўлиши, чакирув килган ёки жабранган шахслар, гиехванд моддалар, алкоголдан масллик ҳолатидаги шахслар турухи, безорилик килаётган шахслар ва х.к. томонидан тахдид мавжуд бўлиши) тез тиббий ёрдам бригадаси чакирувда бирга ишлаш учун ИИБ органларига мурожаат килишга хақли. Бундай ҳолларда шахсий хавф-сизликни таъминлаш имкони бўлмаганда, кўчма бригада чакирув бўйича хизмат кўрсатмаслиги мумкин.

3.4. Жабранувчинни кўриш имкони бўлмаган ҳолларда (у сув хавзасида, катта баландликда, чуқурликда бўлса, автомобиль парчалари, курилиш конструкциялари орасида кисилиб қолган бўлса ва х.к.) тез ёрдам бригадаси чакирувда бирга ишлаш учун ФВВ бўлинмаларига мурожаат килишга хақли.

3.5. ТТЁ бригадалари томонидан хизмат кўрсатилган ва касалхонага етказилган беморлар ва жабранувчилар хакида отзаки маълумотларни аҳоли куну тун 103 телефони бўйича ҳамда касалхоналар қабул бўлимлари телефонлари бўйича олиши мумкин.

3.6. Тез тиббий ёрдам бригадалари чакирувлари бўйича ёзма маълумотлар ташкилотлар ва муассасаларнинг ёзма сўрови асосида ТТЁ станцияси статистиги томонидан берилиши мумкин.

Соғлиқни сақлаш вазирлигининг
 № 131-сонли буйруғига
 2017 йилдаги
 3-илова

**Шошлинч тиббий ёрдам хизматини янада такомиллаштириш ва
 моддий-техника базасини мустаҳкамлаш борасида белгиланган
 чора-тадбирлар ижросини таъминлаш юзасидан ташкил
 этилган вазирлиқнинг ишчи гуруҳи
 ТАРКИБИ**

№	Ф.И.Ш	Иш жойи ва лавозими
1.	Лавозимига кўра	Соғлиқни сақлаш вазирлигининг ўринбосари, РШТЭИМ Бош директори, ишчи гуруҳи раҳбари
2.	Худайров А.А	РШТЭИМ директори, ишчи гуруҳи раҳбари ўринбосари
3.	Хусанов А.М	Соғлиқни сақлаш вазирлиги ДПЭТББ Бош бошқармаси бошлигининг ўринбосари
4.	Исмаилов ў.С	Соғлиқни сақлаш вазирлиги ФауўЮББ бошлиғи
5.	Эргашов Б.Т	Соғлиқни сақлаш вазирлиги МТБРББ бошлиғи
6.	Файзуллаев Е.Р	Соғлиқни сақлаш вазирлиги ИМвайАВБ бошлиғи
7.	Усмонов Д.Н	Соғлиқни сақлаш вазирлиги УзМедИнфо директори
8.	Гулямов Б.Т	Соғлиқни сақлаш вазирлиги ДПЭТББ бош мутахассиси
9.	Ишмухаммедов У.А	Соғлиқни сақлаш вазирлиги МТБРББ бош мутахассиси
10.	Мансуров Ш.Х	Соғлиқни сақлаш вазирлиги ХваЦХТЭС маркази етказчи мутахассиси
11.	Қарабаев Д.Х	Соғлиқни сақлаш вазирлиги ТИФМД бош мутахассиси
12.	Ҳамзев Б.А	Саломатлик-3 лойиҳаси директори в.в.б
13.	Султанов Д.Т	Тошкент шаҳар тез тиббий ёрдам станцияси бош шифокори
14.	Махмадалиева А	ТошВМОИ Шошлинч тиббий ёрдам кафедраси доценти
15.	Шарипов А.М	ТошПТТИ Шошлинч тиббий ёрдам кафедраси муdiri
16.	Ҳамзев К.А	ТошПТТИ Шошлинч тиббий ёрдам кафедраси доценти

Шошлинч тиббий ёрдам хизматини янада такомиллаштириш ва
 Моддий-техника базасини мустахкамлаш борасида белгиланган
 чора-тадбирлар ижросини таъминлаш юзасидан Қорақалпоғистон
 Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ва Худудий соғлиқни
 сақлаш бошқармаларида ташкил этиладиган ишчи гуруҳи
ТАРКИБИ

№	Ф.И.Ш	Иш жойи ва лавозими
1.	Лавозимита кўра	Худудий Соғлиқни сақлаш бошқармаси бошлигининг биринчи ўринбосари
2.	Лавозимита кўра	РШТЕИМ Худудий филиали директори
3.	Лавозимита кўра	Назорат инспекцияси худудий Соғлиқни сақлаш бошқармаси бўлим бошлиғи
4.	Лавозимита кўра	Худудий соғлиқни сақлаш бошқармаси бошлигининг иқтисодий ва умумий масалалар бўйича ўринбосари
5.	Лавозимита кўра	РШТЕИМ худудий филиали директорининг тез тиббий ёрдами ташкил этиш ва фаваққулда вазиятлар бўйича ўринбосари
6.	Лавозимита кўра	Худудий соғлиқни сақлаш бошқармасининг автохўжалиги раҳбари
7.	Лавозимита кўра	Худудий соғлиқни сақлаш бошқармасининг иқтисодчиси
8.	Лавозимита кўра	Худудий соғлиқни сақлаш бошқармасининг кадрлар бўлими бош мутахассиси



ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIG'INING

BUYURGI

20.12.2014 й. № 57

Toshkent sh.

Тез тиббий ёрдам автотранспортларининг ихтисослаштирилган ва умумтармоқ бригадаларини, тез тиббий ёрдам хизмати чакирликларда кўрсатилмаган тиббий хизматлар учун зарур бўладиган дори-дармонлар ва тиббиёт буюмлари билан таъминлаш нормативларини таслиқлаш ҳақида

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Хайъатининг 2016 йил 28 декабрати 12-сонли видео-селектор йиғилиши баёни 11-бандида лозим бўлган вазифалар ижросини таъминлаш мақсадида буюраман:

1. Қуйидагилар:

Тез тиббий ёрдам хизматининг битта кўча бригадаси учун мўлжалланган дори воситалари рўйхати 1-иловага;

тез тиббий ёрдам хизматининг битта кўча бригадаси учун мўлжалланган тиббий асбоб-ускуналар ва тиббий буюмлар рўйхати 2-иловага мувофиқ таслиқланган.

2. Қорақалпоғистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, Тошкент шижир Соғлиқни сақлаш бош бошқармаси ва вилоятлар Соғлиқни сақлаш бошқармалари бошлиқлари тез тиббий ёрдам кўча бригадаларини 1 ва 2 иловаларга мувофиқ дори воситалари, тиббий асбоб-ускуналари ҳамда тиббий буюмлар билан тўлиқ таъминланишини назоратга олин.

3. Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Иқтисодий-т, молиялаштириш ва иштирокини амалга ошириш бош бошқармаси бошлиғи в.в.б Ё.Р.Файзуллаев ҳамда Қорақалпоғистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, Тошкент шаҳар Соғлиқни сақлаш бош бошқармаси ва вилоятлар Соғлиқни сақлаш бошқармалари бошлиқлари тез тиббий ёрдам кўча бригадаларини дори воситалари, тиббий асбоб-ускуналар ҳамда тиббий буюмлар билан таъминлаш учун керакли миқдорда маблағ ажратилиш чорадарини кўрсин.

4. Мазкур буйруқ ижросининг назорати вазирнинг биринчи ўринбосари А.М.Халдйбаев зиммасига юклатилсин.

Вазир

А.И. Икрамов

006848

Созилкни саклаш вазирлигини
2017 йил "13" февралдаги
S 8-сонли буйруғига
1-илова

**Тез тиббий ёрдам хизматининг битта кўчма бригадаси учун
мўлжалланган дори воситалари рўйхати**

№	Халқаро номламини МАРКАЗИЙ АСАБ ТИЗИМИГА ТАЪСИР ЭТУВЧИ ДОРИ ВОСИТАЛАРИ	Дори воситаси шакли		Мингдори Умум тармоқ бригада учун	Мингдори Умум тармоқ бригада учун
		Максус бригада учун	Умум тармоқ бригада учун		
1	Дроперидол <i>Нейролептик дори воситалари</i> 2,5 мг/мл инъекция учун эритма 2 мл дан ампулада	5	2		
2	Диазепам <i>Транквилизаторлар</i> 5мг/мл. инъекция учун эритма 2 мл дан ампулада	5	2		
3	Кофеин-бензоатнатрия <i>Психостимуляторлар</i> 20% инъекция учун эритма 1 мл дан ампулада	5	3		
4	Корвалол <i>Седативе дори воситалари</i> 25 мл. Ҳаққа қабул қилиш учун эритма флаконда.	1	1		
5	Морфин <i>Наркотиқ анальгетиклар</i> 10 мг/мл. инъекция учун эритма 1 мл дан ампулада	2	1		
6	Промекол <i>Нейролептик анальгетиклар</i> 2% ли инъекция учун эритма 2 мл дан ампулада	2	1		
7	Метамизоларий (аналгетн) 50% ли инъекция учун эритма 2 мл дан ампулада	20	10		
ПЕРЕФЕРИК НЕЙРОМЕДИАТОР ЖАРАҒИНИГА ТАЪСИР ЭТУВЧИ ДОРИ ВОСИТАЛАРИ					
<i>Симпатомиметик воситалар (адреналин ва адреналиннинг таъсирчан блокаторлари)</i>					
8	Адронин сульфат 0,1% ли инъекция учун эритма 2 мл дан ампулада	10	5		
9	Патаверин 2% ли инъекция учун эритма 2 мл дан ампулада	10	10		
АНТИПСТАМИН ДОРИ ВОСИТАЛАРИ					
10	Дифенгидрамин (Диамедон) 1% ли инъекция учун эритма 1 мл дан ампулада	10	10		
11	Хлоропирамин (Супрастин) 20 мг/1 мл ли инъекция учун эритма ампулада	5	5		
СЕЗУВЧИ НЕВЪ ОХИРЛАРИ СОҲАСИГА (АФФЕРЕНТ) ТАЪСИР ЭТУВЧИ ДОРИ ВОСИТАЛАРИ					
<i>Маҳаллий оваркаланилинувчи дори воситалари</i>					
12	Лидокаин 2% ли инъекция учун эритма 2 мл дан ампулада	10	2		

13	Дипокон (стропантин, корлжон) <i>Антиаритмик дори воситалари</i> 0,025% ли инъекция учун эритма 1 мл дан ампулада	10	5		
14	Амиодарон <i>Антиаритмик дори воситалари</i> 3 мл. ли инъекция учун эритма ампулада	6	2		
15	Верапамил <i>Антиаритмик дори воситалари</i> 0,25% ли инъекция учун эритма 2 мл дан ампулада	5	2		
16	Нитроглицерин <i>Антиангинали воситалар</i> таблетка 0,5 мг. Таблетка 40 лова қонбағчаларда	2	1		
Антиагрегантлар					
17	Ацетилсалициловая кислота <i>Антиагрегантлар</i> таблетка.500 мг.	10	10		
КАЛЬЦИЙ КАНАЛЛАРИ БЛОКАТОРЛАРИ					
<i>Антиагрегант воситалари</i>					
18	Нифедипин 10 мг таблетка шаклида	10	10		
19	Дилiazол 2%-25 мг флаконда	1	1		
20	Бемолоксонил 1%-1,0 мл. ли инъекция учун эритма 1%-1,0 мл. ли инъекция учун эритма	10	10		
21	Этинифрин (Фурдрил) <i>Антиагрегант воситалари</i> 0,1%-1мл ли инъекция учун эритма	10	5		
22	Кислород <i>АНТИОКСИДАНТ ВА АНГИИПОКСАНТЛАР</i> Восия остидаги 10 литрли темирдин балонда	1	-		
ПЕРЕФЕРИК ВАЗОДИЛАТАТЛАР ВА СПАЗМОЛИТИК (МИОТРОП) ДОРИ ВОСИТАЛАРИ					
<i>Қон томирлари, бронхлар ва ички аъзоларнинг силлиқ мушакларига спазмолитик, бронхитилувчи воситалар</i>					
23	Дропаверин (нол-ин) 2% до ли инъекция учун эритма 2 мл дан ампулада	5	5		
24	Аминофиллин (суффиллин) 2,4% ли инъекция учун эритма 10 мл дан ампулада	10	10		
ПРОМОПИТЛАР АГРЕГАЦИЯ ВА ҚОН ИВИШИГА ТАЪСИР ЭТУВЧИ ДОРИ ВОСИТАЛАРИ					
25	Стропантинда 1500000 таъсир барилкада.мл.	1	-		
<i>Антикоагулянтлар ва уларнинг агонистлари</i>					
26	Эноксапарин натрий 0,3 мл ли инъекция учун эритма; 0,4 мл шприцда	1	1		
<i>Гемостатиклар</i>					
27	Этамзилат 12,5% ли инъекция учун эритма; 2 мл дан ампулада	10	3		
ДИУРЕТИК ВА АНТИДИУРЕТИК ДОРИ ВОСИТАЛАРИ					
28	Фуросемид 1% ли инъекция учун эритма 2 мл дан ампулада	10	5		
ЭНДОКРИН ТИЗИМ ПАТОЛОГИЯСИДА ҚўЛЛАНИЛАДИГАН ДОРИ ВОСИТАЛАРИ					
<i>Вулфрак усти бэли гормонлари, глюкокортикоидлар</i>					
29	Преднизолон 5 мл дан ампулада 30 мг/5мл. ли инъекция учун эритма	5	5		
Паренхимал омицитилувчи дори воситалари, витамин воситалари					
30	Глюкоза 40% ли инъекция учун эритма 10 мл дан ампулада	10	5		
31	ПЛАЗМА УРНИНИ БОСУВЧИ ВОСИТАЛАР ВА ТУЪЛИ ЭРИТМАЛАР 250 мл. ли флаконда	4	-		

Соғлиқни сақлаш вазирлигининг
2017 йил "12" февралдаги
58-сонли буйруғига
2-илова

**1-3-ТИББИЙ ЎРДАМ ХИЗАМАТИНИНГ БИТТА КЎЧМА БРИГАДАСИ УЧУН
МўЛЖАЛЛАНГАН ТИББИЙ АСОБО-УСКУНАЛАР ВА ТИББИЙ БЎЮМЛАР
РУЙХАТИ**

№	Номи	Миқдори	
		Маҳорат бригада учун	Умумий тармоқ бригада учун
1	Портатив ЭКГ	1	1
2	Портатив Дефибрилятор	1	1
3	Амбу койи	1	1
4	Кислород балони (резерватор билан)	1	-
5	Механик портатив инспиратор (отсос)	1	1
Иммобилизация воситалари			
6	Спинал шит	1	1
7	Катгетер ва болалар учун транспорт иммобилизация воситалари (кўл меротобида ишлатилган)	2	1
8	Замбурдулар	1	1
Тиббий жамғарма			
9	Тиббий сумка	1	1
10	Дирингоскоп	1	1
11	Толномер/фондоскоп	1	1
12	Тиббий термометр	1	1
13	Кол туштурувчи ягул	1	1
14	Диагностика чирокчи (фондрик)	1	1
15	Пульсоксиметр	1	-
16	Неврологик болтача	1	1
17	Очк кенайтиргич	1	1
18	Тка ушлгич	1	1
19	Пинсет	1	1
20	Кайфи	1	1
21	Акушерлик стетоскоп	1	1
22	Скальпель	1	1
23	Жане шприци	2	1
24	Олкотон зонди	2	1
25	Катетер (суйдик пуфати)	2	1
26	Стерил Бинт 5 м. x 10 см., 7 м. x 14 см.	3	2
27	Настурни бинт 7м. x1.5м.	2	2
28	Бир маргалик стерил шприц 2 мл, 5 мл, 10 мл.	10 донадан	10 донадан
29	Бир маргалик шприц	4	2
30	Лейкоцитацтарь	1	1
31	Инуубагон наъчалар от 3 – 8,5	4	2
32	Бир маргалик кўлгошлар	20 дона	20 дона

32	Натрий гуэи (хлорид)	0,9% ли инъекция учун эритма 250 мл. ли флаконда	4	-
33	ГЭК	инъекция учун эритма 250 мл. ли флаконда	2	-
КИСЛОТА ВА ИШКОР ХОЛДАТИ ҲАМДА ИОН МУВОЗАНАТНИИ КОРРЕКЦИЯ КИЛУВЧИ ДОРИ ВОСИТАЛАРИ				
34	Капельлар гуэлари (глюкозат,	10% ли инъекция учун эритма	10	5
35	Матния сульфат	25% ли инъекция учун эритма 5 флак 10 мл. ли	10	10
НИТОКСИКАЦИЯ ВА ЗАҲАРЛАНИШЛАРДА КЎЛДАНИЛАДИГАН ДОРИ ВОСИТАЛАРИ				
36	Активлаштирилган кўлар	250 мг. Таблетка 10 дона	10	5
37	Натрий тиосульфат	3 г/10 мл. ли инъекция учун эритма ампулача	10	5
ДЕЗИНФЕКЦИЯЛОВЧИ ВА АНТИСЕПТИК ВОСИТАЛАР				
38	Йод	5% ли эритма флаконда	1	1
39	Аммиак эритмаси	10% ли суюқлик флаконда	1	1
40	Этил спирт	70% ли эритма флаконда	1	1
ТАРКИБИДА ЭФИР МОЙИ САКЛОВЧИ ДОРИ ВОСИТАЛАРИ				
41	Валполат	60 мг. таблетка	10	10

МУНДАРИЖА

33	Матриц	1	1
34	Ростик	1	1
35	Чойшаб	1	1
36	Пелёнка	1	1
37	Сочка	1	1
Махсус кийим			
38	Ок тиббий ҳалат	2	2
39	Тиббий ҳодим бейликки	1	1

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг
2017 йил 31 мартдаги 131-сонли буйруғи
2017 йил 31 март 131-сонли буйруғига 1-илова. "103" бригадалари
томонидан тез тиббий ёрдам кўрсатиш стандартлари

1. Кўриш ҳолатлар

Кон айланиши ва нафас олишнинг тўсатдан тўхтаб қолиши
Шок (травматик, геморагик), Анафилактик шок
Хушдан кетиш (синкопе) ва қоллап
Ноаник этиологияли кома
Дори воситалари, дори-дармонлар ва биологик моддалардан
захарланиш
Асфиксия (чўкиш, осит)

**2. Юрак-томир тизими фаолиятининг ўткир бузи-
лишлари**

Кўл-оёқларнинг ўткир ишемияси (магистрал артериялар
тромбози ва эмболияси)
Кўл-оёқларнинг ўткир тромбофлебити
Ўткир коронар синдром
Ўлка артерияси тромбоземболияси
Кардиоген шок
Пароксизмал суправентрикуляр тахикардия
Коринча тахикардияси
Хилтираш аритмияси (булмачаларнинг хилтираши ва титраши)
Ўтказувчанликнинг бузилиши (агбриовентрикуляр блокада)
Артериал гипертензия

3. Респиратор шовилинч ҳолатлар

Халқум стенози
Бронхиал астма
Пневмония
Ўткир нафас етишмовчилиги

**4. Кўкрак кафасининг ўткир касалликлари ва шикаст-
ланиши**

Пневмоторакс
Кўкрак кафаси шикастланиши
Халқум, ютқун, трахея ва бронхларда ёт жисм
Ўпкалардан кон кетиши
Трахея стенози

5. Ўткир қорин синдроми	31
Ўткир аппендицит	31
Қорин девори чурраси	32
Перфоратив меъда ва ўн икки бармоқли ичак яраси	32
Ичак ўтказувчанлигининг ўткир бузилиши	33
Колпостаз	33
Меъда-ичак трактида ёт жисм	33
Ўткир холецистит	34
Постхолецистэктомик синдром	34
Ўткир панкреатит	34
Меъда-ичакдан ўткир қон кетиши	35
Қизилўнганчининг варикозли кенгайган веналаридан қон кетиши	35
Мезентериял қон айланishiининг ўткир бузилиши	36
Перитонит	36
Қизилўнганчининг спонтан ёрилиб кетиши	36
Бавосил (геморрой — асоратланмаган)	37
6. Урологиядаги ўткир ҳолатлар	37
Ўткир пиелонефрит	37
Бўйрак ва сийдик найчасидаги тошлар	38
Ўткир цистит	38
Ўткир сийдик тутилмиши	38
Макротемагурия (ноаник этиологияли)	39
Ўткир орхозпидидимит	39
Бўйрак, сийдик пуфағи, мояк ҳалтаси авзолари, уретранинг ёлик жароҳати	40
Номувофик ишлаётган дренажлар (цистостома, нефростома)	41
7. Акушерлик-гинекологиядаги ўткир ҳолатлар	42
22 ҳафтагача мулдатдаги хомилалдорликнинг тўхташи	42
Тутруқдан кейинги даврда қон кетиши, бачадондан ташқари хомилалдорлик	42
Тухумдон апоплексияси	44
Бачадондан дисфункционал қон кетиши	44
Аёллар жинсий авзолари саратони	45
Аёллар жинсий авзоларининг яллиғланишли касалликлари	45
Йўлдош (плацента)нинг олдинда келиши	46
Нормал жойлашган йўлдошнинг вақтидан илгари кўчиши	47
Хомилалдорлик биринчи ярмисидати токсикоз (хомилалдорларнинг қайт килиши)	47
Презкламппсия, эклампсия	48

8. Қўл-оёқ жароҳатлари ва куйиши	49
Қўшлар синиши ва чиқиши (қурак суяги, ўмров, елка ва бйлак суяклари, панжа)	49
Оёқлар синиши ва чиқиши (сон, болдир, оёқ панжа)	50
Очик синишлар	51
Тос суяклари синиши	51
Қўл сонли жароҳат	52
Қўз ва бўйин жароҳатлари (бош ва бўйин томirlари проекциясида)	53
Юракнинг жароҳатланиши	54
Очик жароҳатлар	54
Қўл ёки оёқни травмастик ампутацияси, қўл ёки оёқлар мураккаб очик жароҳатлари	55
Термик, кимёвий, электротермик куйишлар	56
9. Умуртқа поғонаси жароҳатлари ва қалла-бош миЯ жароҳатлари	62
10. Ўткир неврологик касалликлар	64
Инсульт (миЯ қон айланishiининг ўткир бузилиши)	64
Марказий нерв тизимининг ўткир яллиғланишли касалликлари	65
Талавса синдроми, эпилептик статус	66
Периферик асаб тизими касалликларида ўткир отрик синдроми	67
11. Педиатрия	68
Клиник ўлим	68
ШОК	71
Ўткир қон томир етишмовчанлиги: ҳушдан кетиш, қоллапс	75
Нафас йўлларидаги ёт жисм	75
Токсик эпидермал некролиз	76
Пневмония	76
Кандли диабет	77
Гипергликемик кома	77
Пароксизмал тахикардия	78
Қоринчалар тахикардияси	78
Брадикардия	79
ЎРВИ	79
Ўткир обструктив ларингит (круп)	80
Эпилептият	81
2017 йил 31 март 131-сонли бўйруққа 2-илова. “Тез тиббий ёрдам хизмати диспетчерининг хатти-харақатлари баённомаси”	82
	83

2017 йил 31 март 131-сонли буйрукка 3-илова.

«Шошилинч тиббий ёрдам хизматини янада такомиллаштириш ва моддий-техника базасини мустаҳкамлаш борасида белгиланган чора-тадбирлар ижросини таъминлаш юзасидан таъкид этилган вазириликнинг ишчи гуруҳи»

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг 2017 йил 03 февраль 58-сонли буйруғи	93
2017 йил 03 февраль 58-сонли буйруғига 1-илова	95
2017 йил 03 февраль 58-сонли буйруғига 2-илова	96
	99

«103» бригадалари томонидан тез тиббий ёрдам кўрсатиш СТАНДАРТЛАРИ

Расом-дизайнер **Б. Зуфаров**
Мухаррир **Г. Азизова**
Техник муҳаррир **Б. Қаримов**
Кичик муҳаррир **Г. Бралицева**
Компьютерда саҳифаловчи **А. Сулайманов**

Нашриёт лицензияси А1 № 158. 14.08.2009.
Босилга 2017 йил 28 апрелда рухсат этилди.
Бичими 60×84 1/6. «Times New Roman» гарнитурасида.
Оффсет усулида босилди. Шартли босма табоғи 6,0.
Нашр табоғи 5,86. Нусхаси 5 600. Буюртма № 17-425.

Ўзбекистон Мабуот ва ахборот агентлигининг
«O'zbekiston» нашриёт-матбаа ижодий уйи.
100011, Тошкент, Навоий кўчаси, 30.
Телефон: (371) 244-87-55, 244-87-20.
Факс: (371) 244-37-81, 244-38-10.
e-mail: uzbekistan@iprd-uzbekistan.uz
www.iprd-uzbekistan.uz

«O'ZBEKISTON»

ISBN 978-9943-25-407-7



9 789943 254077