

ТИББИЁТ ОЛИЙ ЎҚУВ ЮРТЛАРИ ТАЛАБАЛАРИ УЧУН

Т.Х. ҚАЮМОВ

ЖАРРОҲЛИКДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ

Т.Х. ҚАЮМОВ

ЖАРРОҲЛИҚДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ

ТИББИЁТ ИНСТИТУТЛАРИ ОЛИЙ МАЪЛУМОТЛИ ҲАМШИРА
БЎЛИМИНИНГ ТАЛАБАЛАРИ УЧУН ЎҚУВ АДАБИЁТИ.

Ўзбекистон Республикасининг Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги
тиббиёт олий ўқув юрларининг «Олий маълумотли ҳамшира» бўлими
талабалари учун дарслик сифатида рухсат этган.

ТОШКЕНТ
АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ ТИББИЁТ НАШРИЁТИ
2003

Такризчилар:

1. Абу Али Ибн Сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт институтининг жарроҳлик касалликлари кафедраси мудир, т.ф.д., профессор Аҳмедов Р.М.

2. Тошкент педиатрия Давлат тиббиёт институти жарроҳлик касалликлари кафедраси мудир, т.ф.д., профессор Дадаев Ш.О.

Т.Х.Каюмов.

«Жарроҳликда ҳамширалик иши»: дарслиги тиббиёт институтлари «Олий маълумотли ҳамшира» бўлими талабалари учун мўлжалланган бўлиб, унда олий маълумотли ҳамширанинг жарроҳликдаги вазифалари ҳақида кенг ўрин ажратилган. – Т.: Абу Али Ибн Сино номидаги тиббиёт нашриёти - 2003.-б.-224 (Тиббиёт олий ўқув юртлари «Олий маълумотли ҳамшира» бўлими талабалари учун дарслик).

Қ 4103000000-
М354(04)-2003

ISBN5-638-02071-3



Т.Х.Каюмов 2003 йил

СЎЗ БОШИ

Мустақиллигимиз шарофати, Фан ва техниканинг шиддат билан ривожланиши, халқимизнинг ўз соғлиғига бўлган эътиборининг ортиб бориши, чет мамлакатлар билан муносабатларимизни кенгайтириб бориши «Олий маълумотли ҳамширалар» ни тайёрлаш учун кучли туртки бўлди. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 1998 йил 10 ноябрдаги VII-2107 сонли «Ўзбекистон Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш Давлат дастури тўғрисида»ги Фармонида асосан олий тиббий ўқув юртлири қошида биринчи мартаба «Олий маълумотли ҳамшира»ларни тайёрлаш бўлимлари ташкил этилди. Бу бўлимларда жаҳон андозаларига мос, рақобатбардош, ҳар томонлама етук, замонавий чуқур билимга эга бўлган, ҳамширалик иши бўйича илмий ишлар олиб борадиган, педагогик фаолият билан шуғулланадиган, ҳамширалар жамоасида раҳбарлик ишини амалга оширадиган ва аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзини тарғиб қила оладиган олий маълумотли ҳамширалар тайёрланади. Чуқур билимли ҳамшираларни тайёрлаш учун Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан қабул қилинган «ЛЕМОН» дастури асосида жарроҳлик йўналиши бўйича замонавий ўқув дарслиги тайёрлаш давр талабидир. Шунга асосан ўзбек тилида илк бор ёзилган ушбу ўқув дарслиги яратилди. Бу ўқув дарслигининг фарқ қилувчи ўзига хос хусусиятларидан бири жарроҳлик соҳасидаги энг охириги илмий ютуқлар даражасида материалларни аниқ, изчил, содда ва тушунарли баён қилинишидир.

Ҳар бир мавзу сўнгида келтирилган назорат саволлари, шунингдек, тест саволлари ва клиник мисоллар билан ифодаланган вазиятли масалалар талабалар билимини мукамал ўзлаштиришига хизмат қилади.

Жаҳон андозаси талабларига жавоб берадиган, юқори савияли ва кенг билимли, беморларга парвариш ва даволаш усулларини ҳамширалик жараёнига асосланган ҳолда режа бўйича ўтказадиган, реабилитация ва профилактика усулларини тўлиқ қўллайдиган олий маълумотли ҳамширалар тайёрлашга йўналтирилган ушбу дарслик талабалар учун жуда фойдали бўлади деб умид қиламан.

**ЎзР ФА академиги,
I ТошДавТИ ректори**

Т.О.Даминов

I. КИРИШ

ҲАМШИРАЛИК ИШИ ҲАКИДА ТУШУНЧА

Ҳамширалик иши ҳақида дастлаб 1859 йилда ҳамшира Флоренс Найтинген ўзининг «Парвариш ҳақида эслатмалар» китобида сўз юритган. Машҳур ҳамшира тили билан айтганда, ҳамширалик иши – бу беморни даволаб, соғайтириш жараёнида уни ўраб турган атроф-муҳитдан имконқадар туғри фойдаланишдир. Халқаро келишув ва битимлар асосида ҳамширалик иши таркибига: ҳамширалик иши, шахс, атроф-муҳитга бўлган муносабат ва соғлиқ киради. Ҳамширалик ишининг асосини замонавий тасаввурларга асосланган ҳолда ҳамширалик иши жараёни ташкил этади. Ҳамширалик иши жараёни тушунчасини илк бор 1955 йилда АҚШда Лидия Холл ёритган. 1966 йилда В.Хендерсон ҳамширалик иши жараёнини мустақил ҳаракат деб, илм-фан қайси босқичлардан иборат бўлса, ҳамширалик иши жараёни ҳам худди шу босқичлардан ўтади, деган хулосага келди.

Ҳозирги пайтда Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилотининг фикрига кўра: Ҳамширалик иши жараёни – бу ҳамширанинг айрим одамлар, оилалар, аҳоли гуруҳларининг соғлиқларини сақлаш жараёнига ўзига хос аралашувидир. Ҳамширалик иши жараёнининг мақсади: беморни даволаш уни оёққа турғазини ва анасининг барча эҳтиёжларини қондиришдан иборатдир.

ЖАРРОҲЛИК ҲАҚИДА ТУШУНЧА

Жарроҳлик –бу тиббиёт фанига мансуб мутахассислик бўлиб, касалликни даволашда тўқималарга механик таъсир этиб, уларнинг бутунлигини бузиш воситаси билан патологик ўчоқни топиш ва уни бартараф этишдан иборатдир.

Бу мутахассисликда ҳам бошқа тиббиёт соҳаларидаги каби ўз фаолияти давомидаги барча текширув услубларидан фойдаланилади. Булардан ташқари, «қонли ва қонсиз» операциялар деб аталмиш махсус текширув услублари ҳам қўлланилади. Жарроҳлик фанини кимё, физика, биология, анатомия, физиология, фармакология, микробиология ва бошқа шу каби фанлардан алоҳида ҳолда тасаввур қилиш қийин, айни

пайтда жарроҳликда улардан кенг миқёсда фойдаланилади. Шулардан келиб чиққан ҳолда, ҳозирги кунга келиб, инсон танасининг операция қилинмаган бирор-бир тўқима ёки аъзоси қолмади.

Замонавий жарроҳлик операцияси жуда мураккаб жараён бўлиб, бунда дастлаб операцияга кўрсатма аниқланади, шундан сўнг бемор розилиги олингандан бошлаб то операция амалга оширилганга қадар бўлган вақт ичида унинг барча аъзолари фаолияти ўрганилиб, улардаги бор нуқсонлар иложи борича бартараф этилади. Бу жараённи ҳамшира иштирокисиз тасаввур этиш қийин албатта. Ҳамшира жарроҳнинг ўнг қўли бўлиб, операция давомида барча жараёнларни амалга оширилишида асосий вазифани ўтайди.

Операция вақтида ҳамширадан жарроҳнинг талаб ва илтимосларини аниқ қабул қилиб, уларни ўз вақтида бажариш талаб этилади. Операциянинг қай натижа билан тугаши ҳамширага ҳам боғлиқ.

ЖАРРОҲЛИКДА ҲАМШИРАЛИК ИШИНИ ТАШКИЛ ЭТИШ

Ҳамширалик иши - бу беморни парвариш қилишни ташкил этиш, шу билан бирга инсон, оила ҳамда жамиятнинг физик, руҳий ва ижтимоий талабларини қондиришга йўналтирилган тадбир ҳисобланади. Ҳамширалик иши жараёнининг мақсади – бемор соғлиғини тиклаш, таъминлаш билан бир қаторда унинг асосий талабларини қондиришдан иборатдир.

Ҳамширалик иши жараёни олий маълумотли ҳамширадан мустаҳкам руҳий, жисмоний, маънавий ва техник тайёргарлик, беморни парвариш қилишда ижобий ёндашиш, бемор билан муолажа объекти сифатида эмас, балки шахс сифатида ишлаш ва илиқ муносабатда бўлишни талаб этади. Олий маълумотли ҳамшира бемор ва ташқи дунё ўртасидаги боғловчи ҳалқа вазифасини ҳам ўтайди.

Ҳамширалик иши атамаси соғлиқни сақлаш тизимига яқинда кириб келиб, ҳамшира фаолиятининг моҳиятини ҳозирги замон талабига кўра батамом очиқ беради. Ҳамширалик иши жараёни беморнинг барча муаммоларини бартараф этиш учун амалга

оширилиши зарур бўлган ҳамширалик ёрдамнинг маълум бир тизими асосида амалга оширилиши зарур. Жарроҳлик дардга чалинган беморларнинг асосий муаммолари: оғрик, кўрқув стресси, диспепсия, ичак тизими фаолиятининг бузилиши, ўзини мустақил равишда парвариш эта олмаслик, кўнглини бемалол ёзиб, одамлар билан одатдагидек гаплаша олмасликлардан иборат. Бемор билан доимо мулоқотда бўлиш, юқоридаги муаммоларни ҳал қилишда иштирок этиш ҳамширани бемор ва ташқи дунё билан боғлаб турувчи асосий бўғинга айлантиради.

Ҳамширанинг асосий вазифаси бемор муаммоларини ҳал этиб бериш экан, у оғриқни камайтириши, унинг азобларини енгиллаштириши учун кўлидан келган барча ёрдамни аямаслиги зарур. Ҳамширалик иши жараёни тўғри ташкил этилгандагина беморнинг барча муаммолари юқори савияда бартараф этилади.

Юқоридаги баён этилган масалаларни ҳал қилиш мақсадида ҳамширалик иши жараёнини қуйидаги босқичларга бўлинади:

1. Беморни кўриқдан ўтказиш
2. Бемор муаммоларини аниқлаш ва ҳамширалик ташхисини қўйиш
3. Тиббий ёрдам кўрсатиш режасини тузиш
4. Режалаштирилган ҳамширалик тиббий ёрдамни амалга ошириш
5. Кўрсатилган ҳамширалик ёрдамнинг натижасини баҳолаш

Қуйида ҳамширалик иши жараёнининг ҳар бир босқичига алоҳида тўхталиб ўтамыз.

1-босқич. Ҳамширалик текшируви. Объектив ва субъектив хусусиятларга эга бўлган бемор соғлиғи ҳақидаги маълумотларни йиғиш.

Субъектив услуб - бу беморнинг физиологик, психологик, социал белгиларидир. Бемор билан суҳбатлашиш, уни физикал текшириш, тиббий ҳужжатларини ўрганиш, унинг қариндошлари билан суҳбат ўтказиш - бу бемор ҳақидаги маълумот манбаи ҳисобланади.

Объектив услуб беморнинг физикал текширув натижалари, ташқи кўриниши, онги, тўшакдаги ҳолати, ташқи муҳит таъсирига берилувчанлиги, тери ранги ва намлиги ҳамда шишларнинг бор

ёки йўқлигига асосланиб аниқланади. Бу текширувларга бемор бўй - баста, вазни, тана ҳарорати, пульси, қон босимини ўлчаш ҳам киради. Ҳамширалик иши жараёнининг якуний натижаси бўлиб, барча олинган маълумотларни хужжатлаштириш ва ҳамширалик касаллик тарихини яратиш ҳисобланади. Ҳамширалик касаллик тарихи юридик хужжат ҳисобланади ва ҳамширанинг мустақил иш юритиш фаолиятдан далолат беради.

2-босқич. Бемор муаммоларини аниқлаш ва ҳамширалик ташхисини қўйиш.

Беморнинг муаммолари ҳозирги пайтда уни безовта қилиб турган ва келгусида безовта қилиши мумкин бўлган турларга бўлинади. Бу 2 хил муаммони аниқлаган «ОЛИЙ МАЪЛУМОТЛИ ҲАМШИРА», беморнинг ушбу муаммоларига қарши тура оладиган кучли омилларни топади. Беморда ҳар доим бир неча муаммо бўлади. Олий маълумотли ҳамшира биринчи навбатда шу муаммолар ичидан беморни энг кўп ташвишга солаётган муаммони аниқлайди ва уни бартараф этишга киришади.

Иккинчи босқич ҳамширалик ташхисини қўйиш билан якунланади. Врач ташхиси ҳамшира ташхисидан фарқли ўлароқ, патологик ҳолатни аниқлашга қаратилган бўлади. Ҳамшира ташхиси эса бемор соғлиғи билан боғлиқ бўлган барча муаммоларга реакциясини ёритишга асосланган бўлади. Америкалик ҳамширалар ассоциацияси (уюшмаси) соғлиқ билан боғлиқ муаммоларда қуйидагиларни алоҳида таъкидлайди: ўз - ўзига хизмат қилишнинг чегараланиши, организм ҳаётий аъзолар фаолиятининг бузилиши, психологик ва коммуникант бузилишлар, ҳаёт цикллари билан боғлиқ бўлган муаммолар. Ҳамширалик ташхиси қўйилганда улар қуйидаги ибораларни ишлатадилар: «гигиеник тажриба ва санитар шароитнинг етишмовчилиги», «стресс ҳолатларини енгилда шахсий қобилиятнинг пасайиши», «нотинчлик» ва ҳоказо.

3-босқич. Ҳамширалик парвариши ва ҳамширалик фаолияти режаларининг мақсадларини аниқлаш.

Ҳамширалик парвариши режаси оператив ва тактик мақсадларни кўзлаган бўлиб, қисқа ёки узоқ муддат ичида

эришиладиган натижаларга йўналтирилган бўлади. Мақсадни кўзлаб, уни бажариш куни, вақти, масофаси, кутилган натижаси, шароитлари ҳақида аниқ тасаввурга эга бўлиш талаб этилади. Масалан, мақсад: бемор 20 сентябрь куни ҳамшира ёрдамида каравотдан туриши керак. Бунда кўзланган мақсад – каравотдан туриш, вақти – 20 сентябрь, муддати – 3 кундан кейин, аҳволи – ҳамшира ёрдами.

Олий маълумотли ҳамшира беморни парвариш қилиш бўйича мақсад ва вазифаларни аниқлаб, ёзма равишда парвариш қилиш бўйича қўлланма тайёрлайди. Ушбу қўлланма асосида ҳамширанинг парвариши бўйича махсус қиладиган ишлари ҳамширалик касаллик тарихига ҳам кўчириб ёзиб қўйилиши керак.

4-босқич. Режалаштирилган мақсадларни амалга ошириш.

Бу босқич олий маълумотли ҳамшира даволаётган касалликларнинг олдини олиш, беморни текшириш ҳамда даволаш, реабилитация учун қилинадиган тадбирларни ўз ичига олади.

Ҳамширалик аралашувининг 3 хил тури тавофут қилинади ва бу турлар беморнинг эҳтиёжига қараб танлаб олинади. Улар: врачга боғлиқ бўлган ҳамширалик аралашуви, врач тавсиялари ва назорати остида бажараладиган муолажалардан иборат.

Мустақил ҳамширалик аралашуви эса ҳамширанинг ўзи зарур деб топган, врач томонидан талаб этилмаган муолажалар ҳисобланади. Масалан, беморни гигиеник кўникма, дам олиш, ҳордиқ чиқаришга ўргатиш ва хоказо.

Ўзаро боғлиқ бўлган ҳамширалик аралашуви деб, ҳамшира ва врач ёки бошқа мутахассисларнинг биргаликдаги фаолиятига айтилади. Барча турдаги ҳамширалик аралашувида ҳамшира катта масъулият ҳис этиши зарур.

5-босқич. Ҳамшира парвариши самарадорлигини баҳолаш.

Бу босқичда беморнинг ҳамшира аралашувида бўлган жавоб реакцияси ўрганилади. Ҳамшира парваришини баҳолаш манбаи бўлиб қуйидаги омиллар хизмат қиладди: ҳамшира аралашувида бўлган беморнинг жавоб реакцияси; ҳамшира парвариши эришган

мақсадларини баҳолаш даражаси; ҳамшира ёрдамнинг бемор аҳволига кўрсатган самарадорлигини баҳолаш; беморнинг янги пайдо бўлган муаммоларини баҳолаш ва фаол ҳолатда излаб топиш.

Ҳамширалик парваришини тўғри баҳолашда олинган натижаларни тўғри таҳлил қилиш муҳим аҳамиятга эга.

ЖАРРОҲЛИКДА ГОСПИТАЛ ИНФЕКЦИЯ ПРОФИЛАКТИКАСИ.

Замонавий жарроҳликда госпитал инфекция ханузгача асосий муаммолардан бири бўлиб келмоқда. Госпитал инфекцияга қарши кураш ҳозирги кунда ўзининг расмий йўналишларига эга. Патоген стафилококк - ҳаво-томчи ва контакт йўллари билан тарқаладиган энг кўп учрайдиган инфекция кўзғатувчиси бўлиб ҳисобланади. Операциядан кейинги йирингли жароҳатлардан экма олингандан сўнг, 80 - 90% ҳолларда стафилококк ўсиши аниқланган. Ундан кейинги ўринларни *E. Coli* ва *Pseudomonas aeruginosa* эгаллайди.

Инфекциянинг экзоген, эндоген, имплантацион турлари мавжуд бўлиб, экзоген инфекция энг кўп учрайди ва унинг профилактикаси ханузгача яхши ишлаб чиқилмаган. Экзоген инфекция ташувчилари бўлиб касалхона ходимлари ҳисобланади («стафилококк ташиб юрувчилар»).

В. И. Стручковнинг (1991) хабар беришича жарроҳлик бўлими ходимларининг 85,7% и стафилококк «ташиб юрувчилар» эканлиги аниқланган. Тадқиқотчиларнинг текшируви натижасига кўра жарроҳлик бўлимида 10 кундан кўп даволанган беморларнинг ярмидан кўпроғида патоген микроорганизмлар топилган. Шу сабабли жарроҳлик бўлимларидаги эпидемиологик тартиб асосан 3 йўналишда олиб борилади:

- 1) тиббий ходимларни диспансеризация қилиш
- 2) беморларни хоналарга рационал жойлаштириш
- 3) бўлимнинг тозаллигини ташкил этиш.

Жарроҳлик бўлими ходимларини диспансеризация кўригидан ўтказиб туриш терапевт зиммасида бўлиб, ҳар кварталда томоқ ва бурундан экма олиб турилиши (стоматолог, отоларинголог кўриги) госпитал инфекция профилактикасида муҳим ўрин тутди.

Агар текширув вақтида ҳодимларда тери, бурун-томоқ, қулоқ, кўз, тишларнинг сурункали касалликлари, яъни стафилококк инфекциясининг манбалари топилса, ушбу ҳодимлар вақтинчалик ишдан озод этиладилар ва даволанишга юборилдилар. Агар бурун-ҳалқум соҳаларидан патоген стафилококк топилса, 6 - 7 кун давомида фурацилиннинг 1:5000 эритмаси, ёки 1% борат кислота, ёки 3% водород пероксид эритмалари билан томоқни чайиш, 2 - 3 томчидан бурунга томизиш йўллари билан санация ўтказилади. Санация ўтказилгандан сўнг томоқ ва бурундан қайта экма олинади. Агар яна стафилококк ўсиб чиқса, дезинфекцияловчи модданинг бошқа тури қўлланади. Одатда санацияда антибиотиклар ишлатилмайди.

Рационал режалаштириш жарроҳлик бўлимига қарашли функционал бўлинмаларни (операция блоки, интенсив терапия палатаси, тоза боғлов хонаси, йирингли қайта боғлов хонаси ва палаталари, муолажа хонаси; администрация хўжалик хоналари ва ҳк.) алоҳида жойлаштиришни назарда тутади. Катта палаталарга қоникарли аҳволдаги, режали равишда госпитализация қилинган беморларни жойлаштириш зарур. Кичик палаталарга (бир-икки ўринли) эса операциядан кейин оғир аҳволдаги, критик ҳолатдаги беморлар ётқизилиши мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Кўпинча беморларни изоляция қилиш уларнинг руҳига қаттиқ таъсир ўтказади. Шу сабабли уларга ётиғи билан бу тадбирнинг вақтинчалик эканлигини тушунтириш зарур. Беморларни бир палатага жойлаштиришда уларнинг руҳий ҳолати ҳам эътиборга олиниши зарур.

Барча ҳолларда «тоза» ва «йирингли» беморларни алоҳида жойлаштириш зарур. Йирингли жараён билан асоратланган беморларни умумий палаталарда жойлаштириш эпидемиологик нуқтаи назардан қўпол хато бўлиб ҳисобланади. Палаталарда беморлар сонининг кўпайиши ҳам беморларни парвариш этиш сифатини пасайтириб, санитар-гигиеник шароитларни ёмонлаштиради ва госпитал инфекция ривожланиши учун қулай шароит яратади.

Госпитал инфекция профилактикасида стерилизацияни марказлаштириш муҳим аҳамиятга эга. Госпитал инфекцияни камайтириш ва унинг манбаларини изоляция қилишга қаратилган чора-тадбирларга қуйидагилар киради:

1. Инфекция ўчоғи ва унинг тарқалиш йўллари доимо бактериологик назорат қилиш ва текшириб туриш, яъни сурункали инфекцияли беморлар, ходимлар; палата, операция хонаси ҳавоси; асбоб-ускуналар, операция блокадаги тоғоралар, фартуклар; жарроҳ кўлидан олинадиган экмалар, операция майдони тери қоплами, операция ва анестезиолог столи, ниқоблар, нафас бериш қопчаси, ускуналар, найчалар, электросўрғич, ларингоскоп доимо бактериологик назорат қилиб турилиши зарур. Даволаш-профилактика муассасаларида санитар-гигиеник ҳолат ҳар ойда назорат қилиб турилади. Боғлов ва тикув материаллари, асбоб-ускуналар, операция кийимлари ва чойшабларни, жарроҳ кўли ва операция майдонини эса бактериологик назоратдан ҳар ҳафта ўтказиб туриш зарур.
2. Операциядан кейинги даврда беморларда ривожланган жарроҳлик инфекциясини ўз вақтида аниқлаш ва уларни изоляция қилиш керак. Ҳар бир йирингли асорат қатъий назорат қилиниши ва унинг сабаби аниқланиши зарур. Агар 10 кун давомида 5 ёки ундан кўп ҳолларда йирингли асорат ривожланса юқорида турган ташкилот ва санитар-эпидемиологик станцияларга хабар бериш зарур.
3. Йирингли-яллиғланиш касаллигига чалинган ходимларни тузалгунча ўз хизмат доирасидан четлаштирилади.
4. Беморнинг кийим-боши ва чойшабларини дезинфекция қилиб, йиринг билан ифлосланган боғлов материаллари батамом йўқотилиши зарур. Ҳар йили 1 марта жарроҳлик бўлимини таъмирлаш, тозалаш, дезинфекция қилиш учун ёпиш керак.

Жарроҳлик бўлимининг тозалигини ташкил қилиш.

Жарроҳлик бўлимини марказлашган сўриб олувчи вентиляция билан таъминлаш керак. Жарроҳлик бўлими хоналари нам усулда: 0,1 - 0,5% ли гипохлорид кальций, дезоксан, 3% ли водород пероксиди, 0,5% детергентлар («Миф», «Тайд», «Блеск»), 0,5 - 1% хлорамин ёки 0,2 - 3% оҳак суви эритмалари билан тозалаб турилиши мақсадга мувофиқ. Тозалаш ишлари кунига 2 маҳал: эрталаб беморлар ўрнидан тургач ва кечқурун беморлар уйқусидан олдин амалга оширилади. Ҳар 2 соатда палаталарни 15 - 20 минут давомида шамоллатиш зарур. Ҳар кун тумбочка, стол,

тортмаларни текшириб туриш ва эски овқат қолдиқлари, нон ушоқларидан тозалаб туриш зарур. Ойда 1 марта умумий тозалаш (ойна ва деворларни ювиш билан), мебелларни дезинфекция қилиш, кўрпа-тўшакларни дезинфекция камераларига топшириш тавсия этилади. Қайта боғлов хонаси, муолажа хонаси, йирингли палаталар бактерицид лампалар билан жиҳозланган бўлиши зарур.

Ҳар ойда жарроҳлик бўлими хоналаридаги ҳаводан бактериологик экма олинади. Жарроҳлик бўлимидаги мўътадил эпидемиологик тартиб асосий гигиеник талабларнинг бажарилишини назорат қилиш орқали бошқарилади.

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР

1. Жарроҳлик хизмати ва уни ташкил қилиш
2. Жарроҳлик муассасаларининг турлари, вазифалари
3. Аҳолига кечиктириб бўлмас ва режали жарроҳлик ёрдами кўрсатишнинг асослари
4. Жарроҳлик хизматида ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилиш ва унинг босқичлари
5. Бемор тўғрисида маълумот йиғиш ва ҳамширалик ташҳиси
6. Ҳамширалик иши жараёни самараси ва уни баҳолаш асослари
7. Касалхона ичи инфекцияси, унинг ўзига хос хусусиятлари, олдини олиш чора-тадбирлари
8. Жарроҳлик бўлими ва даволаш муассасалари бўлинмаларидаги тиббиёт ходимлари диспансеризацияси
9. Даволаш муассасаларидаги жарроҳлик бўлимларига беморларни қабул қилиш ва жойлаштириш хусусиятлари

II. АСЕПТИКА ВА АНТИСЕПТИКАНИНГ АСОСИЙ ТУРЛАРИ

Асептика - жароҳат ва у билан боғлиқ ҳаводаги, асбоб-ускуналардаги, боғламлардаги микроорганизмларни олдиндан йўқотиш учун қўлланиладиган чора-тадбирлар мажмуасидан иборат. Ушбу мақсадда микробларни йўқотиш учун физик усуллардан кенг фойдаланилади. Бу усулларга қайнатиш, автоклавда буғ ёрдамида босим остида стериллаш, куйдириш,

ультрабинафша нурлари ҳамда стерилланган ҳаводан фойдаланиш киради.

Антисептика - жароҳатга ва организмга турли йўллар билан тушган микробларни йўқотиш учун қўлланиладиган тадбирлардан иборат.

Антисептиканинг асосий - мақсади тери, шиллик қават, жароҳатлардаги микробларни йўқотиш, некрозга учраган тўқималарни кесиб олиб ташлаш, жароҳатни тушган ёт жисмлардан тозалаш ҳисобланади.

Антисептиканинг - физик, механик, кимёвий, биологик турлари мавжуд.

Физик антисептикага стерил, гигроскопик хусусиятга эга бўлган тампонларни қўллаш, қиздирувчи лампалар, дренажлар, резина чиқаргичлардан фойдаланиш каби тадбирлар киради. Ушбу усулларнинг қўлланилиши жароҳатда тўпланган йирингни, захарли моддаларни, некрозга учраган тўқима парчаларини ташқарига чиқариб ташлашда муҳим аҳамият касб этади.

Ғпиқ бўшлиқларни тўпланган йирингдан тозалаш учун манфий босим ҳосил қилувчи дренаж мосламалар: Редон, Бюлау типидagi сўрғичлардан кенг фойдаланилади. Некрозга учраган тўқималардан тозалаш учун ош тузининг 10% ли гипертоник эритмаси, сувда эрувчи полиэтиленгликоль асосга эга бўлган малҳамлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ. Куйган жароҳатлардаги микробларни бартараф этиш мақсадида аэротерапевтик мосламалардан (АТМ) фойдаланилади.

Механик антисептикага жароҳатга бирламчи жарроҳлик ишлови бериш киради. Жароҳатга бирламчи жарроҳлик ишлови беришнинг асосий тамойили бўлиб, бу жароҳатнинг чеккаларини тубигача кесиб олиб ташлаш ҳисобланади. Ушбу усулни биринчи бўлиб Фридрих тавсия этган. Чеккалари нотекис, тўқималари эзилиб-йиртилиб кетган жароҳатларнинг чеккалари соғлом тўқима чегараси бўйлаб кесиб олиб ташланиб, чеккаларини текис жароҳатга айлантириш, бирламчи чоклар қўйилгандан сўнг тез муддатда битиш ўрта асрларда яшаб ўтган Абу Али ибн Синога ҳам маълум бўлган. Жароҳатга бирламчи жарроҳлик ишлов бериш ҳақида махсус бўлимда батафсил тўхтаб ўтамиз.

Кимёвий антисептика - бу бактериостатик ва бактерицид хусусиятга эга бўлган турли хил кимёвий моддаларнинг қўлланилиши бўлиб, ушбу кимёвий моддаларга йод, йодоформ,

ксероформ, сульфаниламид препаратлар (стрептоцид ва б.) киради. Бу препаратларнинг фақат патоген микроорганизмларга эмас, балки жароҳат соҳасидаги соғлом тўқималарга ҳам биологик таъсир кўрсатишини эсдан чиқармаслик зарур. Шу сабабли кимёвий антисептикларни маълум бир дозада ишлатиш зарур.

Биологик антисептика - бу микроб ҳужайралари ва уларнинг токсинларига бевосита таъсир этувчи биологик препаратларнинг ишлатилишидир. Ушбу гуруҳ дориларига антибиотиклар, бактериофаглар, антитоксинлар, зардоблар киради. Бу дорилар билан бир қаторда микробларга билвосита, яъни макроорганизм кучлари остида таъсир этувчи биологик антисептиклар ҳам мавжуд. Вакциналар, анатоксинлар, қон, плазма, иммуноглобулинлар макроорганизм иммун кучларини кўтариб, микроорганизмларни бартараф этишда муҳим роль ўйнайди.

Йирингли - некротик жароҳатларни даволашда ишлатиладиган протеолитик ферментлар ҳақида тўхталиб ўтиш зарур. Бу ферментлар жонсизланган тўқималарни лизисга учратиб, микробларни озик моддалардан маҳрум қилади. Ундан ташқари протеолитик ферментлар микробларнинг ташқи қобиғига таъсир ўтказиб, уларнинг антибиотикларга сезувчанлигини оширади.

Юқорида кўрсатиб ўтилган антисептик усуллар бир вақтнинг ўзида ҳам қўлланилиши мумкин, бунга аралаш антисептика дейилади. Ҳозирги пайтда жарроҳлар бир неча гуруҳга кирувчи антисептик моддалардан бир вақтнинг ўзида комплекс усулда фойдаланишмоқда ва ижобий натижаларга эришмоқдалар.

Антисептик моддаларни қўллаш усулига кўра юза ва чуқур антисептика тафовут қилинади. Кукун ҳолдаги моддалар, малҳамлар, суюқ турдаги дорилар қўлланилган пайтда юза антисептика тушунилади, дориларнинг инъекция йўли билан тўқималар ичига киритилиши, блокадалар қилиниши эса чуқур антисептика дейилади. Маҳаллий антисептикада препарат ишлатилган жойда таъсир қилса, умумий антисептикада танага киритилган модда қон ва лимфа орқали тарқалиб, бактерия ўчоғини бартараф этади.

Антисептик моддаларнинг умумий тавсифи.

Антисептик моддалар кимёвий тузилиши ва физик-кимёвий ҳоссаларига асосланган ҳолда таъсир қилади. Антисептикларнинг

бактерияларга таъсир қилиш жараёни заминда оксидлаш, адсорбция, оксилларни ивитиш, дегидратация ва денатурация қилиш ётади. Бунинг натижасида бактерия ҳалок бўлади (бактерицид таъсир) ёки унинг ривожланиши ва кўпайиши тўхтайди (бактериостатик таъсир).

Галлоидлар гуруҳи.

1. Хлорамин. 25 - 29% ли фаол хлор тутувчи оқиш -сарғиш кристали кукун. Антисептик ва дезодорация ҳусусиятига эга. Жароҳликда 0,5-2% ли эритмалари (1-2% ли эритмаси жароҳатларни ювишда, 0,5% ли эритмаси эса кўлга ишлов беришда) ишлатилади. Нометалл асбобларни стерилизациялашда 2% ли эритмаси ишлатилади.
2. Йодонат. Натрий алкилсульфатнинг йод билан аралашмасининг сувли эритмаси бўлиб, ўзида 4,5% ли тоза йод тутайди. Препарат операция майдонига ишлов бериш учун 1% ли эритма сифатида ишлатилади. Бунинг учун стандарт эритмани 4,5 баробар дистилланган сув билан эритилади.
3. Йоднинг спиртли эритмаси. Операция майдонига, жароҳат чеккаларига, жароҳ қўлига ишлов бериш учун кенг қўлланади. 5% ли эритмаси кучли антисептик восита ҳисобланади. Операция майдонига ишлов бериш учун 1% ли эритмаси кифоя қилади. Айрим ҳолларда терининг таъсирланиши натижасида дерматитларга олиб келиши мумкин.

Оксидловчилар гуруҳи:

1. Водород пероксиднинг 3% ли сувли эритмаси рангсиз суюқлик бўлиб, парчаланганда атомар кислород ажралиб чиқади. Атомар кислород кучли оксидлаш ҳусусиятига эга бўлиб, микроорганизмларнинг ташқи қобиғини жиддий зарарлайди ва ҳалок қилади. Айниқса, анаэроб ва чирувчи инфекцияга қарши кўпроқ таъсирга эга. Жароҳат 3% ли водород пероксид ёрдамида ювилса, унда кўп миқдорда кўпик пайдо бўлиб, жароҳат майда ёт жисмлар, қон ҳамда йирингдан тозаланади.
2. Калий перманганат қизил-бинафша рангли кристаллардан иборат бўлиб, сувда 1:18 нисбатда эрийди. Жароҳатларни ювиш учун 0,1 - 0,05% ҳолдаги, оғиз бўшлиғини чайиш

учун 0,01 - 0,1% ҳолда, 2 - 5% ли эритмаси эса яра ва куйган жароҳатларга суриш учун ишлатилади. Тирик тўқима билан учрашганда калий перманганат фаол атомар кислородни чиқаради ва кучли оксидловчи бўлиб ҳисобланади.

Оғир металл тузлари.

1. Симоб дихлорид ёки сулема сувда яхши эрийдиган кристалл ҳамда кучли заҳар ҳисобланади, шунинг учун у пушти ёки кўк рангга бўяб, алоҳида қоғоз ёпиштирилган идишларда сақланади. Сулеманинг 1:1000 – 1:2000 нисбатдаги эритмалари кучли бактерицид хусусиятга эга. Сулема асосан ипак, қўлқоплар ва резинадан тайёрланган бошқа асбоб-анжомларни стериллашда ишлатилади.
2. Кумуш нитрат (ляпис) – кучли антисептик ҳисобланиб, 1 - 2% ли эритмалари яллиғланишга қарши, 5 - 10% ли эритмалари куйдирувчи таъсирга эга бўлганлиги сабабли, яралар, ёриқлар ва гипергрануляцияларни даволашда кенг қўлланилади.

Спиртлар.

1. Этил спирти 70 - 96% ли эритма ҳолида қўлланилади. 70% ли эритмаси дезинфекцияловчи, 96% ли эритмаси эса жароҳ қўл терисини ошлаш хусусиятига эга бўлганлиги учун операциядан олдин қўлга ишлов бериш учун ишлатилади. Ундан ташқари этил спирти операция майдонига ишлов беришда, игналар, асбоб-анжомларни стериллашда кенг ишлатилади.

Альдегидлар.

1. Формалин – формальдегиднинг 36,5 - 37,5% ли сувли эритмаси бўлиб, қўлқоп, асбоб-анжом, дренаж ҳамда урологик асбобларни стериллашда қўл келади. У эхинококкнинг қиз хужайраларига ҳам таъсир этади, шу сабабли у билан операция вақтида киста бўшлиғига ишлов берилади. Формалин буғи ёрдамида герметик идишларда оптик ускуналар стерилланади.
2. Лизоформ. Формальдегиднинг совунли эритмаси ҳисобланиб, 40% формалиндан, 40% калий совунидан, 20% спирtdан ташкил топган. Асосан операция хонаси ва қайта боғлов хонасини тозалашда ишлатилади. Айрим

ҳолларда 1 - 3% эритмасидан кўлни дезинфекция қилиш учун фойдаланилади.

Феноллар.

1. Фенол ёки карбол кислотаси. 2 - 3% ли эритмалари дренаж, кўлқоп ва асбобларни дезинфекция қилишда ишлатилади. Салбий хусусияти: кучли заҳарли модда ҳисобланиб, шиллиқ қаватларни куйдириши мумкин.

Бўёвчи моддалар:

1. Метилен кўки. 1 - 3% ли спиртли эритмалари куйиш касаллигида, пиодермияда антисептик ва терини ошловчи модда сифатида қўлланилади. 1:5000 нисбатдаги сувли эритмаси сийдик чиқарувчи йўллари ювишда ишлатилади.
2. Бриллиант яшили. 0,1-2% ли сувли эритмалари антисептик модда сифатида кенг қўлланилади.
3. Риванол (этокридин лактат). Турли хил жароҳатларни даволашда 1:500 - 1:2000 нисбатдаги эритмаларидан фойдаланилади. Коккли флорага яхши таъсир қилади, шу сабабли бўғим, плевра, қорин бўшлиқларини ювишда ишлатилади.

Биологик воситалар:

Антибиотиклар – биологик табиатга эга бўлган антисептик препаратларга киради. Антибиотиклар замонавий тиббиётда жуда кенг қўлланилади. Уларни эҳтиёткорлик билан, яъни микроблар сезувчанлигини аниқлаган ҳолда қўллаш зарур. Акс ҳолда жуда оғир асоратлар юзага келиши мумкин.

Ҳозирги пайтда антибиотикларнинг куйидаги гуруҳлари мавжуд:

1. Пенициллин гуруҳи
2. Стрептомицин гуруҳи
3. Тетрациклинлар
4. Левомецетинлар
5. Макролидлар
6. Аминогликозидлар
7. Рифампицинлар
8. Цефалоспоринлар
9. Замбуруғларга қарши препаратлар

Сульфаниламид препаратлар:

Ушбу гуруҳга кирган дорилар кучли антимиқроб таъсирга эга бўлиб, асосан бактерия ҳужайраси ичидаги моддалар

алмашинувини бузади ва бактериостатик таъсир кўрсатади. Жарроҳликда асосан стрептоцид, норсульфазол, сульфазин, сульфадимезин, сульфадиметоксин, этазол, уросульфан, фталазол, бисептол, триметоприм, сульфален кенг қўлланилади.

Нитрофуран ҳосилалари:

Фурацилин. 1:5000 нисбатдаги эритмаси жароҳатлар, бўшлиқлар, бўғимларни ювишда ишлатилади. Кокклар, анаэроб микроблар, ичак таёқчасига қарши юқори бактерицид таъсирга эга. Айниқса йирингли жароҳатлар, куйган юзаларни ювиш юқори даражада самара беради.

1. Фурагинни маҳаллий ва per os ҳолда қўлласа бўлади. 0,1% ли эритмаларини эса венага томчилаб, 300 - 500 мл миқдорда юборса ҳам бўлади. Стафилококк, ичак таёқчаси томонидан кўзғатилган оғир инфекцияларни даволашда юқори таъсир кучига эгаллиги билан ажралиб туради.

КАСАЛХОНАЛАРНИНГ ЖАРРОҲЛИК БЎЛИМИ ВА ПОЛИКЛИНИКАЛАР ЖАРРОҲЛИК ХОНАЛАРИНИНГ ТУЗИЛИШИ ВА ИШИНИНГ ТАШКИЛ ҚИЛИНИШИ

Беморларга жарроҳлик ёрдами кўрсатадиган муассасалар 2 турга бўлинади: амбулатор ва стационар. Амбулатор жарроҳлик ёрдам поликлиникалардаги жарроҳлик хоналарда, жарроҳлик бўлимларда ва тез, шошилиш ёрдам шохобчаларида кўрсатилади.

Бошланғич босқичда бемор амбулатор муассасалардаги врач-жарроҳлар томонидан қабул қилинади. Поликлиникада жарроҳлик касалликларининг баъзи бир турлари консерватив даволанади. Бу ерда кичик операциялар (юмшоқ тўқималардаги хавфсиз ўсмаларни олиб ташлаш, панариций, фурункул, кичик абсцессларни очиш ва ҳ.к), жароҳатларни қайта боғлаш каби муолажалар бажарилади. Кейинги пайтларда баъзи поликлиникаларда амбулатор жарроҳлик марказлари очилган. Ушбу марказларда баъзи бир мураккаб операциялар (чурра кесиш, мойк истисқосини бартараф этиш, флебэктомия ва ҳ.к) ҳам бажарилади. Махсус текширишлар талаб этиладиган ва мураккаб операцияларни бажариш зарур бўладиган, беморлар ушбу марказлар томонидан тегишли касалхоналарга юборилади.

Поликлиникадаги жарроҳ хонаси камида иккита, кўпи билан учта хонадан ташкил топган бўлиши зарур. Жарроҳ ўз хонасида беморларни қабул қилади, ташхис қўяди, керакли хужжатларни тўлдиради. 2-хона тоза боғлов хонаси бўлиб жарроҳ хонаси билан туташ ёки унга алоҳида эшикдан кириш мумкин бўлади. Тоза боғлов хонасида кичик операциялар ва операциядан кейинги жароҳатларни қайта боғлаш муолажалари ўтказилади. Бу хонада яна бўғимларни пункция қилиш, ҳар хил турдаги новокаин блокадаси ўтказиш, қонни лазер нури ёрдамида қон томири ичида нурлантириш учун шароитлар бўлиши керак. 3-хона йирингли боғлов хонаси бўлиб, унга алоҳида эшикдан кирилади ва бу хонада йирингли операциялар (панариций, фурункул, абсцесс ва ҳ.к) бажарилади. Жарроҳ қабулхонасида стол, стуллар, беморни ётқизиш кўриш учун махсус кушетка, диспансер назоратидаги беморларнинг амбулатор карталарни сақлаш учун жавон, дори - дармонларни сақлаш учун қулфли махсус шкаф, рентген суратларни ўқиш учун негатоскоп бўлиши зарур. Тоза ва йирингли боғлов хоналарида операция столи, махсус винтли (кўтарилувчи ва пастга тушувчи) курсилар, стерил стол (стерилланган жарроҳлик асбоб-ускуналар учун), бир неча бикслар (стерил чойшаблар, боғлов материаллари, стерилланган асбоб-ускуналар, шприцлар учун), стерилизатор, қуруқ иссиқ ҳаво билан стерилловчи шкаф, наркоз бериш учун зарур бўлган асбоб-ускуналар, дори-дармонлар учун махсус шкаф, гинекологик кресло мосламаси, операция столига маҳкамланган қўл тутгич, қайта боғлов ва кичик операцияларни ўтказиш учун махсус жарроҳлик асбоб ва ускуналар тўплами, ишлатилган боғлов материалларини ташлаш учун сирланган қопқоқли челақ, қўл ювгич бўлиши керак.

Қайта боғлов ҳамда кичик операцияларни олий маълумотли ҳамшира ўзи бажариши, ўртача операцияларда эса жарроҳга ассистентлик қилиши зарур.

Касалхоналардаги жарроҳлик бўлими умумий жарроҳлик беморларини даволашга мўлжалланган бўлса, врачлар хонаси, бўлим мудирини хонаси, катта ҳамшира хонаси, тиббиёт ҳодимлари ечиниш-кийиниш хонаси, муолажа хонаси, тоза ва йирингли боғлов хоналари, операция блоки, ошхона, овқат тарқатиш хонаси, холл, хўжалик бекаси хонаси, душ-ювиниш хонаси, хожатхона, палаталардан иборат бўлади. Клиник

касалхоналарнинг жарроҳлик бўлимларида кафедра, профессор-ўқитувчиларнинг ўқув хоналари ҳам жойлашиши мумкин. Палаталардаги ҳар бир бемор учун 6,5 - 7,5 м² майдон ажратилиши зарур. Палаталар ёруғ, қуеш нури яхши ёритадиган, ташқарига очилиши мумкин бўлган деразалардан иборат бўлиши зарур. Палаталарга линолеум ёки паркет тўшалган бўлиб, гилам, палосларни солиш ман этилади. Жарроҳлик бўлимидаги барча палаталарда, муолажа, боғлов, операция хоналарида кварц лампалари бўлиши зарур. Ушбу бактерицид лампалар ҳар куни режали равишда ёқиб қўйилади ва бу палатадаги микробларни 10 - 15 мартагача камайтиради.

Палаталар 2 тадан 4 тагача беморлар ётиши учун мўлжалланган бўлиб, каравотлар махсус-функционал ҳолатларга ўзгарувчан бўлиши керак. Ҳар бир палатада ҳар бемор учун алоҳида тумба, стол ва стуллар бўлади. Ўрнидан тура олмайдиган беморлар учун махсус каравот - усти столи бўлиши керак.

Операция блоки – жарроҳлик бўлимининг асосий қисми ҳисобланади. Операция блоки жарроҳлик бўлимининг бир бурчагида жойлашган бўлиб, реанимация бўлими билан махсус йўлак орқали уланса мақсадга мувофиқ бўлади. Агар жарроҳлик бўлими жойлашган бино бир неча қаватли бўлса, операция блоки юқори қаватда жойлашса, қулай ҳисобланади. Операция блоки операция хонасидан, хўжалик хоналаридан, боғлам материаллари тайёрлаш хонасидан иборат бўлади.

Операцион блок операция хонасида иложи борича микроблар кам бўлиши учун асептика зоналарига бўлинади. 1-зонага операция хонаси киради, 2-зонага операциядан олдинги хона киради, 3-зонага эса хўжалик хоналари киради. Асептикага қаттиқ риоя қилиш зарур бўлган зона бу 1-зонadır. Операция хонаси поли, деворлари кафель ёки мрамардан ишланган бўлиши керак, нам тозалаш ишлари олиб борилганда айнамаслиги ва осон тозаланиши зарур. Санитар-эпидемиология талабларига кўра, замонавий операция хонасининг майдони 35 - 40 м² дан кам, баландлиги эса 3,5м дан паст бўлмаслиги зарур. Операция лампалари 9 - 12 кўзли, 12 Вольт кучланишли, 50 - 55 Ватт қувватли, соясоз ёритгичлар билан жиҳозланган бўлиши керак. Операция хонасида операция столи, электрокоагулятор, шипга ўрнатилган 9 - 12 кўзли соясиз ёритгичлар, кўчма соясиз 3 - 5 кузли ёритгичлар, наркоз аппарати, жарроҳлик асбоб - ускуналар

учун катта стерил стол, операция вақтида ишлатиладиган кўчма, ғилдиракли стол, анестезиолог столи, қўшимча асбоб-ускуналар учун махсус ёрдамчи стол, дори-дармонлар учун жавонли стол, бикслар учун тагликлар ва бикслар, кардиомонитор, бактерицид кварц лампалари, кондиционер, электророзеткалари албатта ерга уланган бўлиши зарур, ишлатилган боғлов материалларини ташлаш учун тоғоралар ва тоғоралар учун тагликлар, дори - дармонлар сақланадиган шкаф, электр сўргич, дефибриллятор бўлиши зарур.

Операция хонасига киришдан олдин операция - олди хонасида жарроҳ ва ҳамшира қўлларини ювиб, антисептик эритмада чайиб, дезинфекция қилади. Операция хонаси асептик 1-зонага тўғри келади ва у ерда хизмат қиладиган барча тиббиёт ходимлари душда чўмилиб, операция кийимларини кийиб, бошларига қалпоқ, оғиз - бурунларига ниқоб, оёқларига махсус бахила кийиб юришлари шарт. Операция хонаси ортиқча ифлосланмаслиги сабабли, у ерга талабалар, курсантлар, врачлар қўйилмайди. Улар операцияни махсус монитор ёки операция хонаси устига қурилган махсус ойнали гумбаз орқали кузатишлари зарур.

ОПЕРАЦИЯ ХОНАСИНИ ТОЗАЛАШ УСУЛЛАРИ

Операция блокига олий маълумотли ҳамшира бошчилик қилади ва барча қилинаётган ишларни назорат қилади. Операция хонасига кириш ман этилади, фақат операция қилинаётган вақт бундан мустасно. Операция хонасини тозалаш учун 0,5% ли ювиш воситалари ва 1% хлорамин эритмаси ишлатилади. Операция хонаси қуйидаги усуллар ёрдамида тозаланади:

1. Операция вақтида тозалаш: операция давомида тасодифан тушиб кетган салфетка, қон, йиринг ва бошқа суюқликлардан полни операцион кичик тиббий ҳамшира тозалаб боради.

2. Операция тугагандан кейин тозалаш: ҳар бир операциядан кейин барча асбоб-ускуналар, пол, операция столи, ювиш воситалари ҳамда дезюкумли эритмалар билан ювиб, артилиб, тозаланади ва кейинги операциягача бактерицид кварц лампалари ёқиб қўйилади.

3. Операция куни тугагандан кейин тозалаш.

4. Кўп клиникаларда операция шанба кунига тўғри келади. Шу кун операция блокада энг катта тозалаш ишлари олиб борилади. Пол, деворлар, деразалар, шип, ювиш воситалари, 1% ли хлорамин эритмаси билан тозаланади. Кейин деворларга осилган бактерицид кварц лампалари ёқиб қўйилади. Ультрабинафша нурлар таъсирида ва операция хонасида кондиционер ишлатилса, хонадаги микроблар сони 10 - 15 мартагача камаяди. Операция хонасида ҳар доим мўътадил иқлим бўлиши зарур. Хона ҳарорати 20 – 24 °С, ҳаво намлиги 45 - 50% ва 1 м³ ҳавода микроорганизмларнинг сони 500 дан ошмаслиги зарур.

НАЗОРAT УЧУН САВОЛЛАР

1. Асептика ва антисептика асослари. Асептиканинг мохияти ва турлари
2. Антисептик моддалар, уларни ишлатиш усуллари
3. Амбулатор жарроҳлик ёрдами ва уни ташкил қилиш
4. Касалхоналарда жарроҳлик бўлимларини ташкил қилиш ва уларга қўйиладиган талаблар
5. Операцион блокни жойлаштириш тартиблари ва унинг ишини ташкил қилиш
6. Операцион блокнинг санитария – гигиеник ҳолати ва уни назорат қилиш асослари
7. Операция хонасини тозалаш усуллари ва уларни ташкил қилиш

III. ЖАРРОҲЛИКДА ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Илм - фаннинг тез тараққий этиши унинг ютуқларининг тиббиёт соҳасига ҳам кенг миқёсда кириб келишига туртки бўлди. Натижада замонавий жарроҳликда беморларни текшириш усуллариининг сифати сезиларли даражада ошди, ташхис қўйиш муаммоси ҳам анча енгиллашди. Текшириш асбоб-ускуналари ва усуллари қанчалик тараққий этган бўлмасин, қадимдан қабул қилинган жарроҳлик беморларининг клиник текширув усуллари ўрнини тўла боса олмайди. Жарроҳлик беморларини текшириш жараёнида олий маълумотли ҳамширалардан жарроҳлик касалликларининг асосий симптомларини билиши, бемор билан

суҳбат чоғида касаллик тарихини аниқ сўраб-суриштириши ва ҳамширалик ташхисини тўғри қўя билиши талаб қилинади. Бемор билан суҳбатлашганда биринчи навбатда унинг шикоятлари сўралади. Жарроҳлик беморларининг барчаси оғриқдан шикоят қиладилар. Олий маълумотли ҳамшира беморлардан оғриқнинг пайдо бўлган вақти, қаерда жойлашганлиги, қачон кучайиши ёки сусайиши, хусусияти, қайси соҳаларга иррадиация қилаётгани каби муҳим аҳамиятга эга бўлган омилларни сўраб аниқлаши зарур. Кейин беморнинг касаллиги тарихи (*anamnesis morbi*) обдон сўраб-суриштирилади. Беморнинг ҳаёт тарихи (*anamnesis vitae*) ҳам муҳим аҳамиятга эга. Бемор билан суҳбатлашиб, бўлгандан кейин уни ечинтириб кўздан кечириш зарур. Бундай пайтда иложи борича табиий ёруғликдан фойдаланиш зарур. Бунда беморнинг тана тузилишига, тери шиллик қаватлари рангига, юз ифодаси, қорачиқлари ҳолати, бошқа кўзга ташланувчи ўзгаришлар бўлса, барчасига эътибор бериш зарур.

Беморни пайпаслаб кўриш ҳам муҳим аҳамиятга эга; чунки пайпаслаб кўрилганда олий маълумотли ҳамшира зарур маълумотларга эга бўлади ва ҳамширалик ташхиси қўйиш учун имконият туғилади.

Перкуссия кўкрак қафаси аъзолари чегаралари, қорин бўшлиғидаги паренхиматоз ва ғовак аъзолар ҳолати, уларнинг ҳажми, агар суюқликлар, газлар йиғилган бўлса, уларни аниқлаш имконини беради.

Аускультация усулида ичак перистальтикаси, қорин аортаси аневризмалари, сурункали абдоминал ишемия синдромида систолик шовқин ёки плевра бўшлиғида суюқлик йиғилган бўлса, нафас шовқинларининг сустлашганини ёки йўқолганини аниқлаш мумкин.

Олий маълумотли ҳамшира жарроҳлик беморини физик усуллар билан текширганда қуйидагиларга эътибор бериши зарур:

- гемодинамика кўрсаткичлари: пульснинг ритмиклиги, сони, қон босимини турган ва ўтирган ҳолда ўлчаш натижаларига;
- термометрия натижасига;
- неврологик текшириш натижалари: беморнинг эс-хуши, вақт ва фазода ориентацияси, хотираси, нутқи, парез, паралич, гиперкинезлар бор - йўқлигига;

- қорин шакли, симметрияси, ўлчами, мушаклар таранглиги, ичак перистальтикасининг борлигига;
- чиқарув фаолиятини текшириш натижаларига;
- тери ранги, тургори, қалинлиги, намлигига;
- бемор вазнига (керакли дори-дармонларнинг юборилиш миқдорини аниқлаш учун ҳам зарур).

ТЕКШИРИШНИНГ АСБОБ-УСКУНАВИЙ УСУЛЛАРИ

1. Рентгенологик текширув суяк-бўғим тизимидаги синиш-чиқишлар, кўкрак қафаси аъзоларининг барча касалликлари, қорин бўшлиғи ғовак аъзоларини текширганда (диафрагма остида «эркин ҳаво»нинг пайдо бўлиши), контраст моддалар ишлатилганда оқма яралар, қон томир касалликлари ҳамда юрак нуқсонларига тўғри ташхис қўйиш учун имконияти беради.

2. Ультратовуш аппарати ёрдамида текшириш усули кейинги 25 - 30 йил давомида жарроҳлик беморларининг асосий диагностика усулларида бири бўлиб келди. Бу усул ёрдамида эхокардиография, қон томирлари доплерографияси, қорин бўшлиғи аъзоларидаги ўсмалар, ўт пуфаги, ўт йўлларидаги тош, паренхиматоз аъзоларда яллиғланиш белгилари, паразит кисталар, бош мияда яллиғланиш, ўсмалар борлигини аниқлаш мумкин.

3. Эндоскопик усул – меъда-ичак тизимидаги бир қатор жарроҳлик касалликларини аниқлашга имкон беради. Эзофагогастродуоденоскопия - қизилўнгач веналарининг варикоз кенгайиши, яллиғланиш касалликларидан - стенозловчи эзофагит, рефлюкс-эзофагит, қизилўнгач дивертикули, ўсмалари, яра касаллиги асоратлари, МеллориВейс синдроми ва 12 бармоқ ичакдаги яра, эрозияни аниқлаш имконини беради. Колоноскопия усули тўғри ва йўғон ичакдаги турли хил жарроҳлик патологияларини топишга ёрдам беради.

4. Бронхоскопия усули ёрдамидатрахея, бронхлардаги патологик жараёнларнинг нафақат диагностикаси, балки даволаш муолажаларини («бронхиал дарахт»ни санация қилиш, ёт жисмларни олиб ташлаш каби) ҳам бажариш мумкин.

5. Лапароскопия ва торакоскопия усуллари ҳам қорин бўшлиғи ва плеврал бўшлиқлардаги клиник манзараси ноаниқ бўлган жарроҳлик касалликларни аниқлашга имконият беради.

6. Цистоскопия усули билан нафақат сийдик пуфагидаги патологик жараёнлар, балки буйракдаги касалликларни ҳам иккиламчи белгиларга асосланган ҳолда топиш мумкин.

7. Радиоизотоп сканерлаш усули билан қалқонсимон без, буйрак, жигар, меъда ости бези, ўпка, бош миядаги ўсмалар, паразитар кисталар ва бошқа патологик жараёнларни аниқлаш мумкин.

8. Функционал усуллар билан текширганда спирография, электрокардиография, осциллография, реовазография, флуометрия, рН-метрия каби услублар қўлланилади. Ушбу усуллар қўлланилганда тегишли аъзолардаги функционал ўзгаришлар қайд этилади.

9. Компьютер томография жарроҳлик беморлари диагностикасига охириги 20 йил ичида дадил қадам билан кириб келди. Бу усул танадаги барча аъзоларнинг анатомик ҳолатини текширишга имкон беради. Компьютер томография зич йўналтирилган рентген нурларнинг фазода турли хил йўналишларда кесишиб, кўндаланг «кесим»лар ҳосил қилиб, текшириладиган аъзо ҳақида тўлиқ маълумотни эга бўлиш имконини беради. Компьютер томографияни контраст моддалар (юррак, йирик қон томирлари, оқма яралар) ёрдамида ва уларсиз (паренхиматоз аъзолар, бош, бўйин, кичик чанок аъзолари, қўл-оёқлар) ўтказиш мумкин. Текширувда олинган томограмма компьютер ёрдамида мутахассислар иштирокида ўқилади ҳамда тегишли ҳулоса чиқарилади.

10. Ядро-магнит резонансли компьютер томография бемор организмнинг ўрганиладиган соҳасига кучли оқимдаги электромагнит нурланишни бериб, ҳосил бўлган резонансли компьютер томонидан ёзиб олиб таҳлил қилингандан сўнг шаклнинг кўндаланг ва сагиттал «кесма»ларини акс эттириб беради. Ушбу усулнинг компьютер томографиясидан фарқи мутлақ зарарсиз бўлиб, аъзони фазодаги турли хил йўналишда «кесиб» тасвирлаб бера олади. Компьютер томография билан текшириладиган бемор маълум бир дозада рентген нурланишни олади, ядро магнит резонансли компьютер томографияда эса бемор ҳеч қандай нурланиш олмайди. Ядро - магнит резонансли

компьютер томографияда бош ҳамда орқа мия, умуртқа поғонаси касалликлари деярли барча ҳолларда аниқланади.

Олий маълумотли ҳамшира барча клиник, функционал, асбоб - ускунавий текшириш усуллари мукамал билиши зарур, чунки у беморни қабул қилиб олиб, ҳамширалик ташхисини қўйганидан кейин, беморга текширув ва даволаш режасини тўғри тушунтириб бериши зарур. Шу билан бирга жарроҳлик беморларини бўлажак операцияга руҳан ва жисмонан тайёрлашда ҳам олий маълумотли ҳамшира врачнинг энг яқин ёрдамчиси сифатида, врач билан биргаликда фаолият кўрсатади.

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР

1. Ҳамширалик иши жараёнида бемор ҳақида маълумот йиғиш манбалари
2. Замонавий диагностика усуллари ҳисобга олган ҳолда ҳамширалик текширув режасини тузиш асослари
3. Қорин бўшлиғи аъзолари ва меъда - ичак тизимини рентгенологик текширувга тайёрлаш усуллари, кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар
4. Эндоскопик текширув усуллари, беморларни тайёрлаш, кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар
5. Лапароскопия ва торакоскопия, беморларни тайёрлаш, кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар
6. Ультратовуш текшируви, беморларни тайёрлаш, кўрсатмалар
7. Функционал текшириш усуллари, радиоизотоп сканерлаш, кўрсатмалар
8. Компьютер ва ядромагнит -резонансли текширув усуллари, беморларни тайёрлаш ва унга кўрсатмалар.

IV. «ҚОН КЕТИШ ВА ҚОН ЙЎҚОТИШ» СИНДРОМИ ТАШХИСИ ВА ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ

Қоннинг қон томиридан ташқи муҳит, тўқималар ҳамда тана бўшлиқларига (плевра, қорин бўшлиғига) оқиб чиқишига қон кетиш дейилади. Ҳар қандай шикастланишда озми, кўпми қон кетиш кузатилади. Жуда кўп тиббиёт ходимлари қон кетиш

муаммоси билан тўқнаш келишади, лекин ҳеч бир соҳада қон кетишга жарроҳликдагидек эътибор берилмайди.

Жарроҳликнинг ривожланиш тарихини кўздан кечирсак, айти шу муаммо жуда узоқ давр мобайнида жарроҳлик усули билан даволашнинг имкониятларини чегаралаб келганлигини кўрамиз. Шу сабабли эътиборингизни қуйидаги ёритиладиган бўлимга қаратишингизни сўраймиз. Қон кетишнинг 2 та асосий сабаби мавжуд:

1. Қон томир девори бутунлигининг бузилиши (шикастланиш, йирингли яллиғланиш, қон босимининг кўтарилиши, атмосфера босимининг бирданига пасайиши ва ҳ.к)

2. Қон томир девори ўтказувчанлигининг бузилиши (қон кимёвий таркибининг ўзгариши, захарланиш таъсири, организмдаги витамин балансининг бузилиши).

Қон кетиши таснифи

Қон кетиш таснифи бир неча белгиларга асосланади:

Қон кетиш манбаига кўра, яъни қайси турдаги қон томиридан қон кетаётганлигига қараб артериал, веноз, артериовеноз (аралаш), капилляр ва паренхиматоз қон кетиш тафовут қилинади.

Артериал қон кетиш артерия қон томир деворининг жароҳатида кузатилади. Бу турдаги қон кетишда қон оч қизил рангида, қон оқими кучли босим остида, юрак уришига мос равишда тўлқинсимон бўлади. Артериал қон кетиш хавфи ва оғирлиги жароҳатланган қон томир ўлчамига боғлиқ. Агар танадаги энг йўғон артерия ҳисобланган аорта жароҳатланган булса, тез муддат ичида ўлим юз беради. Кичикроқ ҳисобланган бошқа артериялардан қон кетганда ҳам оғир, ўлимга олиб келувчи қон йўқотиш юзага келиши мумкин.

Веноз қон кетиш - вена қон томир девори жароҳатларида кузатилади. Бу турдаги қон кетишда қон тўқ қизил рангда тусда, қон оқими эса кичик босим остида, бир текисда бўлади. Йўғон веналар жароҳатида ҳам оз муддат ичида кўп миқдорда қон йўқотиш мумкин бу ҳолат гемодинамика бузилиши, ҳатто ўлимга олиб келиши мумкин. Марказий веналар жароҳатланганда қон томирлар ичига сўриб олинган ҳаво, ҳаво эмболияси ривожланишига олиб келиб, натижада юрак тўхташи ёки юрак қоринчалари фибрилляцияси билан тугаши мумкин. Ҳавонинг

вена қон томири ичига аста-секин кириши ўпка, мия ва қон томирларининг ҳаво эмболиясига олиб келиши мумкин.

Капилляр қон кетишида жароҳат юзасидан бирваракайига қон сизиб чиқа бошлайди. Капилляр қон кетиш одатда кучли бўлмайди ва ўз - ўзидан тўхтайдди.

Паренхиматоз қон кетиш ўпка, талоқ ҳамда буйрак жароҳатланганда кузатилади. Бунда қон аъзо жуда яхши васкуляризацияга эгаллиги сабабли кўп миқдорда йўқотилади.

Ташқи муҳитга нисбатан ташқи ва ички қон кетиш тафовут қилинади.

Ташқи қон кетишда қон ташқи муҳит ёки ташқи муҳит билан боғлиқ бўлган аъзо бўшлиғига қуйилади. Ички қон кетишда қон танадаги бирор - бир бўшлиққа (қорин, плевра, бўғим ва ҳ.к) қуйилади. Яширин қон кетишнинг аниқ ташқи белгилари бўлмайди ва бу турдаги қон кетиш махсус усуллар ёрдамида аниқланади. Яширин қон кетишда қонаётган томирни визуал кузатиб бўлмайди, у кам миқдорда, доимий бўлиб, унга ташхис қуйиш жуда қийин. Масалан, меъда ёки 12 бармоқ ичак ярасидан доимий кам миқдорда қон кетишни ички яширин қон кетиш деб таснифласа бўлади.

Қон кетиши бошланган вақтига қараб қуйидагича таснифланади:

1. Бирламчи қон кетиш – жароҳатланган вақтдан бошланган қон кетиш:

2. Иккиламчи қон кетиш – бирламчи қон кетиш тўхтатилгандан кейин юзага келади ва у 2 турга бўлинади:

а) Иккиламчи эрта қон кетиш – жароҳатлангандан сўнг дастлабки соат ва сутка давомида қон кетиш (жароҳатда инфекция ривожланишига қадар муддатда). Бу турдаги қон кетиш жароҳатланган қон томиридаги тромбнинг қон босими кўтарилиши ёки томирдаги спазмнинг йўқолиши сабабли қон зарби билан -чиқариб юборилганда кузатилади;

б) Иккиламчи кеч қон кетиш жароҳатда инфекция ривожлангандан сўнг исталган вақтда бошланиши мумкин. Бунинг сабаби тромбнинг йиринглаш натижасида эриши, қон томир девори эрозияси, йирингли емирилиш ёки яллиғланиш жараёни ҳисобланади.

Қон кетиш давомийлигига қараб унинг ўткир ҳамда сурункали турлари тафовут қилинади. Ўткир қон кетишда қисқа

муддат ичида кўп миқдорда қон йўқотилса, сурункали қон кетишда узоқ муддат давомида оз-оз миқдорда дам-бадам қон йўқотилиб турилади. Сурункали қон кетиш-кўпроқ геморрой, бачадон миомаси, меъда ичак тизимидаги хавфли ўсмаларда кузатилади.

Қон кетиш қон йўқотиш миқдorigа қараб ҳам таснифланади. Қон кетиш сабаби, оғирлик даражаси ва йўқотилган қон миқдори қон йўқотилиши тезлигига боғлиқ бўлади. Айланиб юрган қон ҳажми (АЮҚҲ) 40% миқдорининг қисқа муддат ичида йўқотилиши ўлимга олиб келиши мумкин. Сурункали қон йўқотиб юрган баъзи беморларда АЮҚҲ 60 - 70% етишмаса ҳам улар қоникарли аҳволда, мустақил юрганликларини кўрамыз. Демак, қон кетишда нафақат унинг миқдори, балки қуйидаги омиллар, яъни жарроҳлик шокнинг ривожланган ёки ривожланмаганлиги, беморнинг жароҳат олмасдан олдинги ҳолати, вазни етарлича бўлмаганлиги, юрак-қон томир тизими ҳолати, жинси ва ёши, қон кўрсаткичлари меъёрда бўлган ёки бўлмаганлиги ва ташқи муҳит муҳим аҳамиятга эга.

Қон кетишнинг оғирлигига кўра турли таснифлар мавжуд.

Кенг тарқалган таснифлардан бири 4 та даражали таснифдир:

1. Енгил даражали – АЮҚҲ 10 - 12% гача йўқотилган (500 - 700 мл)
2. Ўртача даражали – АЮҚҲ 12 - 20% гача йўқотилган (1000 - 1400 мл)
3. Оғир даражали – АЮҚҲ 20 - 30% гача йўқотилган (1500 - 2000 мл)
4. Ўта оғир даражали – АЮҚҲ 30% дан кўп миқдорда йўқотилган (2000 млдан кўп).

ҚОН КЕТИШ ТАШХИСИ ВА ҚОН ЙЎҚОТИШ ДАРАЖАСИНИ АНИҚЛАШ.

Ташқи қон кетиш диагностикаси ва турини аниқлаш одатда қийинчилик туғдирмайди. Қон ранги, зарби, жароҳатнинг жойланishi аниқ ташхис қўйишга ёрдам беради. Ички қон кетиш диагностикаси анча мушкул. Бу турдаги қон кетиш қон босими пасайиши, қондаги гемоглобин миқдори камайиши, бош

айланиши, хушдан кетиш, томир уриши тезлашиши ва тўлалигининг пасайиши каби белгилар билан намоён бўлиши мумкин. Ички қон кетишнинг маҳаллий симптомлари турли хил бўлади. Бош суяги бўшлиғига қон кетса миянинг босими белгилари юзага келса, плеврал бўшлиққа қон кетса, ўпка эзилиб, нафас олиш қийинлашади. Кўкрак қафаси экскурсияси чегараланади, перкуссияда бўғиқ товуш, аускультацияда эса сушт нафас эшитилади. Диагностика мақсадида қилинган плеврал бўшлиқ пункцияси масалани ҳал қилади. Қорин бўшлиғига қон (гемоперитонеум) паренхиматоз аъзолар (жигар, талоқ ва х.к), бачадон найи (бачадон найи ҳомиладорлигида) ёрилганда, қорин бўшлиғи аъзолари жароҳатланган (ўқ, сњярэд парчаси, санчилиб кесилган ва х.к) кетади. Бунда қоринда оғриқ, мускуллар таранглиги, кўнгил айниши, қусиш, яъни қорин парданинг яллиғланиш симптомлари кузатилади. Перикард бўшлиғига қон кетиш (гемоперикардיום) юрак фаолияти сустлашиши, цианоз, веноз босим кўтарилиши билан ҳарактерланади. Одатда ўткир анемия белгилари кузатилмайди. Перкуссия қилинганда учбурчак шаклда юрак чегараси кенгайганлигини аниқлаш мумкин. Бунда юрак тампонадаси вужудга келади.

Бўғимларга қон қуйилганда, қон миқдори кўп бўлмайди. Бу бўғимнинг анатомик хусусиятлари билан боғлиқ бўлиб, анемияга олиб келмайди. Маҳаллий симптомлардан бўғим ҳажмининг катталаниши, ҳаракат қилганда ёки пайпаслаганда кучли оғриқ, ҳаракатнинг чегараланиши, флюктуация симптомининг аниқланиши, агар тизза бўғимига қон кетган бўлса тизза усти суяги (patella)нинг лиқиллаш симптоми кузатилади. Якуний ташхис бўғим пункциясидан кейин қўйилади.

Тўқималараро гематоманинг клиник манзараси унинг жойлашган ўрни, қуйилган қон ҳолати (суюқ, ивиган) ва жароҳатланган қон томири билан алоқаси сақланиб қолганлигига боғлиқ бўлади. Тўқималараро қон кетганда (аралаш жарроҳат кўп учрайдиган қорин парда орти гематомасида) ҳам анемия ҳолати кузатилиши мумкин. Кўп ҳолларда тўқималараро гематома оёқ-қўл магистрал артерияларининг жароҳатларида қайд этилади. Ҳосил бўлган гематома веналарни эзиб, артерияларни қисиб, ишемик гангренага ҳам олиб келиши мумкин. Бундай ҳолатда ўз вақтида кўрсатилган жарроҳлик ёрдам аъзо ва бемор ҳаётини сақлаб қолади.

Қон кетиши ва қон йўқотиш асоратлари

3 - 4-даражали қон кетиши геморрагик шок ривожланишига олиб келиши мумкин. Геморрагик шок гиповолемик шокнинг бир тури ҳисобланиб, унинг ривожланиши беморнинг аввалги ҳолатига ҳам боғлиқ бўлади. Геморрагик шок учта босқичда кечади:

- 1) компенсацияланган;
- 2) декомпенсацияланган;
- 3) қайтмас жараёнли.

Биринчи босқичда йўқотилган қон ўрни организмдаги компенсатор механизмлар ёрдамида осон тўлдирилади.

Иккинчи босқичда қон айланишда чуқур ўзгаришлар юз бериб, артериялардаги спазм марказий гемодинамикани ушлаб туриш учун етарли бўлмай қолади ва натижада қон босими тушиб кета бошлайди. Бу ҳолат тўқималарда метаболитлар тўпланиши, капилляр қон айланиши бузилиши ҳамда қон оқими децентрализациясига (марказдан четлашишига) олиб келади.

Учинчи босқич – анча - 12 соатгача давом этади. Бу босқичда бошқариб бўлмас гипотония, полиорган етишмовчилиги ривожланади. Трансфузион даво одатда наф бермайди.

Ички қон кетиши асоратларидан бири - бу ҳаёт учун зарур бўлган аъзоларнинг қисилиб қолиши натижасида улар фаолиятининг кескин бузилишидир. Бу ҳолат беморнинг ҳаёти учун тўғридан-тўғри хавф туғдиради.

Тўқималараро қуйилган гематома артерия ва вена қон томирларини қисиб қўйиб, оёқ-қўллар гангренасига олиб келиши мумкин. Агар гематома бўшлиғи катта артерия қон томирига боғлиқ бўлса, сохта жарроҳлик аневризма ривожланиши мумкин. Бўйин соҳаси ёки чандикли тўқималарда жойлашган йирик вена қон томирлари жароҳатланганда, бу қон томирлар қисқара олмайди, натижада венага ҳаво сўриб олиниб, ҳаво эмболияси ривожланиши мумкин. Қон томирлар ичидаги қон бактерицид хусусиятга эга бўлса, тўқималар ҳамда бўшлиқларга қуйилган қон бактериялар учун озик модда ҳисобланади ва йиринглаш учун замин яратади.

ҚОН КЕТИШИНИ ТЎХТАТИШ УСУЛЛАРИ

Қон кетаётган пайтда тиббиёт ходимларидан зудлик билан чора-тадбирлар ўтказиш талаб қилинади. Қон кетиши оғир

оқибатлар билан тугамаслиги учун дастлаб уни вақтинчалик тўхтатиш зарур. Ундан ташқари йўқотилган қон ўрнини тўлдириш, издан чиккан аъзолар фаолиятини тиклаш ҳам зарур.

Қон кетишини вақтинчалик ва узил-кесил (доимий) тўхтатиш усуллари мавжуд. Бунинг учун физик (механик, термик), биологик, кимёвий воситалар қўлланилади. Қон тўхтатишнинг асосий усули бўлиб механик воситалар ҳисобланади, қолган воситалар ҳам фойдали бўлиб, асосий усулга қўшимча равишда ишлатилиши мумкин. Баъзида вақтинчалик қўлланилган қон тўхтатиш усуллари жароҳатланган қон томирида тромб ҳосил бўлишига олиб келиши ва қон кетишини бутунлай тўхтатиши ҳам мумкин.

Қон кетишини вақтинчалик тўхтатиш усуллари.

Қон кетишини тўхтатишнинг вақтинчалик усулларида бир неча турини ёритиб ўтишни зарур деб топдик:

1. Жароҳатланган қўл-оёқларни бўғимда иложи борица максимал букиш. Қўлтиқ ости, ўмров ости артерияларидан қон кетганда қўл юқорига кўтарилиб, кейин тананинг орқа соҳасига максимал босилади, шунда қафт иккала курак орасига жойлашади ва қон кетиши тўхтайдди, чунки артерия ўмров суяги ва I қовурға оралиғида қисилиб қолади. Қафт ва биладан қон кетишини тўхтатиш учун биладан тирсак бўғимида максимал букилади. Оёқ тизза бўғимида максимал равишда букилса, болдир ва товондан кетаётган қон тўхтайдди.

2. Бармоқ билан йирик томирларни суякка босиш ҳам баъзи бир йирик: уйқу, ўмров ости, елка, сон артерияларидан қон кетишини вақтинчалик тўхтатиш имконини беради. Бу усул одатда жгут қўйишга тайёргарлик ёки уни қайтадан қўйиш пайтида, айрим ҳолларда беморни бўлимгача олиб бориш даврида қўлланилади. Бармоқ билан босиб, қонни тўхтатиш усули ишончли усуллардан бири бўлиб ҳисоблансада, уни амалга ошираётган одамни анча толиқтириб қўяди. Қон томирини терига яқин ўтган жойдан ва суякка босиш учун шароити қулай бўлган соҳадан босиш мақсадга мувофиқ.

3. Жгут қўйиш. Одатда резина ёки матодан ясалган жгутлар ишлатилади. Жгут қўйилган пайтда қон томирлар билан бирга юмшоқ тўқималар ҳам қисилиб, эзилади. Бунда фақат қонни тўхтатмасдан, бошқа тўқималар, айниқса нерв толаларини шикастламаслик зарур. Жгут қўйилганда уни 2 соатдан кўп вақт

ушланмаслик зарур. Акс ҳолда жгутдан дистал соҳада жойлашган тўқималарда қайтмас ўзгаришлар юзага келиши ва «турникет шок» ҳолати ривожланиб, бемор ўлимига ҳам олиб келиши мумкин. Бу асорат гипоксияда пайдо бўлган тўқималардаги захарлар қонга тушиб, организмни захарлаши сабабли кузатилади. Жгутни одатда артериал қон кетишда ва иложи борича жароҳатга яқин жойга қўйиш тавсия этилади. Жгутнинг тўғри қўйилгани қон кетиши тўхтаганлигидан билинади. Агар жгут бўш қўйилган ва фақат веналар қисилган бўлса, қон кетиши давом этаверади, тери эса цианотик тус олади. Жгутни елканинг ўрта ҳамда соннинг пастки қисмига қўйиш мумкин эмас, чунки 1-ҳолда елка нерви шикастланса, 2-ҳолда артерияни қисиш учун жуда кўп тўқималарни эзишга тўғри келади.

Жгут қўйиш техникаси.

Эластик жгут резина найдан иборат бўлиб, узунлиги 1,5 метр атрофида, бир учи темир занжир, 2-учи эса қармоқдан ташкил топган. Жгут қўйишдан илгари терини юмшоқ мато билан ёпиш тавсия этилади. Жгут кийим устидан ҳам қўйса бўлади. Жгут қўйилаётганида уни иложи борича чўзиб, кейин оёқ-қўл атрофида қон кетиши тухтамагунча сиқиб ўралади. Дастлабки – асосийси ўраш қаттиқ куч остида, 2- си кам куч остида, 3-си ундан ҳам бўшроқ қилиб ўралади. Жгут ўрамлари иложи борича терида ёнма-ён жойлашиши керак. Ўрамлар орасида тери қисилиб қолишидан эҳтиёт бўлиш зарур. Оҳирги ўрамдан сўнг қармоқ занжирга тақилади. Елканинг юқори қисмига жгут 8-симон шаклда қўйилади: елкага 2 - 3 марта жгут ўралгандан кейин, унинг иккала учлари кўкрак қафасининг олд ва орқа соҳалари орқали қарши томон - елка усти соҳасида боғланади. Соннинг юқори қисмига ҳам 8-симон шаклда жгут қўйилади: сонга 2 - 3 ўрам ўралгандан кейин қорин ва тос юзаларини ҳам ўраб, жгут учлари ён - бош суяги қаноти устида бир-бирига боғланади.

Жгут қўйилган беморларни транспортировка вақтида назорат қилиб бориш зарур, чунки жгут бўшаб кетса, оғир оқибатларга олиб келиши мумкин. Жгутни ҳар соатда, қиш вақтида ҳар ярим соатда бўшатиб туриш зарур. Агар жгут қўйилган вақт 2 соатдан ошиб кетса, уни дарҳол бўшатиб, юқорироқдан қўйиш керак. Жгутни бўшатиб қўйиш вақтида артерияни бармоқ билан босиб турилади. Жгутга жгут қўйилган вақтни албатта ёзиб қўйиш

керак. Беморларни транспортировка қилиш даврида жгутни боғлаш ёки кийим билан ёпиб, бекитиб қўйиш мумкин эмас.

4. Босувчи боғлам қўйиш. Босувчи боғлам агар йирик артерия шикастланмаганлиги маълум бўлсагина қўйилади, чунки йирик артериядан кетаётган қонни босувчи боғлам билан тўхтатиб бўлмайди. Бу усул вақтинчалик қон тўхтатиш усуллари ичида энг самарали ва зарарсиз усуллардан ҳисобланади. Жароҳатга индивидуал пакет ичидаги стерил салфетка қўйилиб, устидан бинт билан маҳкам боғланади. Агар оёқ – қўл жароҳатланган бўлса, юқорига кўтарилиб қўйилади.

5. Жароҳатни тампонада қилиш. Бурундан, қиндан қон кетаётганда бундай усул, яъни узил-кесил қон тўхтатиш усули қўлланади. Одатда жароҳатга бир неча стерил салфеткалар қўйилади ва устидан босувчи боғлам ёки терига бир неча чоклар қўйиб тикилади. Тампонларни гемокоагулянтлар: тромбин, кальций хлорид билан шимдириб қўйса ҳам бўлади. Оёқ-қўл магистрал артериялари жароҳатланганда тампонада қилинмайди, чунки бу усул гангренага олиб келиши мумкин.

ҚОН КЕТИШНИ УЗИЛ-КЕСИЛ ДОИМИЙ ТЎХТАТИШ УСУЛЛАРИ

Қон кетиш вақтинчалик тўхтатилгандан сўнг беморга амбулатор ва стационар шароитда врач ёки олий маълумотли ҳамшира томонидан тиббий ёрдам кўрсатилиши шарт. Бундай тиббий ёрдамга қон кетишни узил-кесил батамом тўхтатиш, жароҳатга бирламчи жарроҳлик ишловини бериш, специфик инфекциянинг олдини олиш муолажалари киради. Биз бу бобда фақат қон кетишни узил-кесил батамом тўхтатиш усуллари кўриб чиқамиз. Улар бир неча турга бўлинади:

- 1) Механик;
- 2) Физик;
- 3) Кимёвий;
- 4) Биологик;

Механик усулларга:

- а) қон кетаётган томирга чок қўйиб, унинг бутунлигини тиклаш ;
- б) қон кетаётган томирнинг ҳар иккала учларини қисқич билан қисиб олиб, шойи, капрон иплари билан боғлаб ташлаш ;

в) агар қон кетаётган томирни жароҳатнинг ўзида топишнинг иложи бўлмаса, уни узоқроқ масофадан топиб боғлаш. Бу усул агар кесилиб кетган артерия қон томири қисқариб, жароҳатдан анча узоқ масофага тортилиб кетганда қўлланилади ;

г) қон кетаётган томирларга баъзи бир операциялар (меъда, ичак резекцияси) вақтида механик чок, яъни танталли чоклар қўйиб ҳам қони узил-кесил тўхтатиш мумкин.

д) Шошилиш операциялар тугалланаётган пайтда қорин деворидан оқаётган қонни (майда артериола, венулалардан, капиллярлардан) алоҳида-алоҳида қисқичга олиб ушлаб, боғлаб ёки коагулятор ёрдамида тўхтатмасдан, балки қорин девори қаватларига қўйилаётган зич чоклар билан ҳам тўхтатса бўлади;

е) Охириги 10 - 15 йил ичида тиббиёт амалиётига кириб келган лапароскопик техника, жарроҳлик операциялар ўтказиш техникаси ҳақидаги дунёқарашимизни бутунлай ўзгартириб юборди. Бу турдаги операциялар вақтида кетаётган қонни тўхтатиш учун махсус мосламалар – «клипс»лар ишлаб чиқилди ва қон томиридан кетаётган қонни узил-кесил тўхтатишда ушбу «клипс»лар ишлатила бошланади .

Физик усулларга:

а) электрокоагулятор ёрдамида қонни тўхтатиш усули жуда кенг тарқалган. Бу усул асосан операция қилиш жараёнида қўлланилади ва капиллярлар, майда ва ўртача артериола ҳамда венулалардан кетаётган қонни тўхтатиш имконини беради. Салбий томони: куйган тўқималар некрозига олиб келиши мумкинж;

б) юқори кучланишли лазер нури ёрдамида қонни узил-кесил тўхтатиш усули, махсус ускуна барча клиникаларда йўқлиги сабабли кенг тарқалмаган. Бу усул ҳам оператив муолажа вақтида қўлланилади. Лазерли скальпель тўқималарни бир пайтнинг ўзида ҳам кесади, ҳам лазер нури ёрдамида кесилган қон томирларни юқори ҳароратда коагуляция қилиб, қон оқишини узил-кесил батамом тўхтатади;

в) «иссиқ физиологик эритмага шимдирилган дока» билан қонни узил-кесил тўхтатиш усули ҳам операция вақтида қўлланилади. Бу усул ҳам юқори ҳарорат остида гемокоагуляцияни кучайтириш, қон томирларни қисқартириш ҳусусиятига эга эканлигига асосланган. Масалан: холецистэктомия бажарилгандан кейин унинг ўрнидан жуда кўп

миқдорда капилляр қон кетиши кузатилади. Агар электрокоагулятор ишлатилса, жигарда жуда кўплаб некрозлар, тўқима куйиши қайд этилади. Агар механик усул қўлланилса, жигар деворидаги барча капиллярларни тикишга имкон етарли бўлмайди. Шунинг учун жарроҳ ҳамширадан «иссиқ физиологик эритмага шимдирилган салфетка» сўрайди ва шу салфеткани ўт пуфаги ўрнига босиб, қонни осон тўхтатади;

г) муз солинган халтани маҳаллий қўйиш билан ҳам қон кетишини тўхтатиш мумкин.

Кимёвий усулларга:

а) водород пероксиднинг 3% ли эритмаси шимдирилган салфетка билан жароҳатга босилса, капилляр қон кетиш тезда тўхтайд;

б) кальций хлориднинг 1% ли эритмасини венага 100 - 200 мл миқдорда томчилаб қуйилса, меъда, 12 бармоқ ичак деворидаги эрозиялар, ёриқлар (Меллори – Вейс синдроми), яралардан кетаётган қон тромб ҳосил қилиб, узил-кесил тўхтайд;

в) Е-аминокапрон кислотанинг 5% ли 100 мл эритмаси, викасол, дицинон ҳам ташқи яширин қон кетишни узил-кесил тўхтатади;

г) махсус биологик елимлар ҳам эндоскопик усул билан қонаётган меъда, 12 бармоқ ичак ярасига пуркалса, қобик ҳосил қилиб ярани қоплаб олади ва қон кетиши тўхтайд.

Биологик усуллар:

а) Янги тайёрланган қон, плазма, криопреципитат, фибриноген, тромбоцитар масса ҳам ташқи яширин қон кетишини узил-кесил тўхтатишда муҳим аҳамиятга эга.

б) холецистэктомия операциясидан кейин ўт пуфаги ўрнидан кетаётган қонни шу соҳага гемостатик губкани босиб узил-кесил тўхтатиш мумкин.

Юқорида келтирилган қон кетишни узил-кесил батамом тўхтатиш усуллари ҳозирги пайтда алоҳида қўлланилмай, балки барча усуллар комплекс равишда қўлланилади, шунда қон тўхтатиш учун қилинган ҳатти-ҳаракатлар зое кетмайди, жарроҳ ва ёрдамчи ҳамширалар операция давомида биргаликда ижобий натижага эришадилар.

Қон кетишни тўхтатиш вақтида ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилиш.

Бемор касалхонага тушган вақтдан бошлаб, олий маълумотли ҳамшира қарамоғида бўлади. Ҳамшира дарҳол қаердан қон кетаётганини топишга ҳаракат қилади. Бемор билан суҳбатлашиб касаллик тарихини сўрайди. Жароҳатловчи восита ҳақида тасаввурга эга бўлиб, қандай ёрдам кўрсатилгани ёрдам ҳажми билан қизиқади. Агар жгут қўйилган бўлса, қанча вақт ўтганлигини аниқлайди. Жароҳатга қўйилган боғламни ечиб, жароҳатни кўради ва амширалик ташхисини кўяди ҳамда даволаш режасини белгилайди. Операция хонасини оператив муолажа учун тайёрлайди. Агар жароҳат юзаки, қўл-оёқларда бўлса, магистрал артерия ва вена, нервлар шикастланмаган бўлса, жарроҳ назорати остида ўзи жароҳатга бирламчи жарроҳлик ишловини бериши мумкин. Агар жароҳат беморнинг ҳаётига хавф соладиган даражада мураккаб бўлса, у ҳолда олий маълумотли ҳамшира жарроҳга операция давомида ассистентлик қилади.

ҚОН ВА ҚОН ЎРНИНИ БОСУВЧИ СУЮҚЛИКЛАРНИ ҚУЙИШ

Қон, унинг компонентлари ҳамда қон ўрнини босувчи суюқликларни қуйишни ўрганадиган фан – трансфузиология дейилади. Трансфузия учун асосий воситалардан:

қон, қоннинг алоҳида компонентлари (эритроцитар масса, лейкоцитар масса, тромбоцитар масса, қон плазмаси) ҳисобланади. Қон ва унинг компонентларини қуйиш гемотрансфузия деб аталади.

Қон ўрнини босувчи эритмалар – шифобахш суюқликлар ҳисобланиб, улар қоннинг бузилган ва йўқотилган фаолиятини тиклаш, меъерга солиш учун ишлатилади. Замонавий трансфузиология ҳозирги пайтда миелотрансплантацияни, яъни суяк кўмигини кўчириб ўтказишни ҳам ўрганади. Бу даволаш усули гемобластозларни (қон яратиш аъзоларининг хавфли ўсмаси) даволашда яхши натижаларга олиб келмоқда.

ҚОН ҚУЙИШ ТАРИХИ

Йўқотилган, эски, «қари» қон ўрнини ёш, кучли қон билан тўлдириш ғояси жуда қадим замонлардан маълум бўлган.

Қадимги юнон афсонаси ҳисобланмиш «Ясон ва аргонавтлар» асарида Колхида шоҳига афсўнгар қизи Медея томонидан ёш йигитнинг қони қуйилиб, натижада шоҳ анча ёшарганлиги таъкидланган. XV асрда Рим папаси бўлган Иннокентий VII қариб, дармонсизликдан силласи қуригач ўзига ёш йигитларнинг қонини қуйишга рухсат беради. Лекин ўша даврда қон қуйиш техникаси ривожланмаганлигидан Рим папаси ҳам, иккита ёш донор ҳам ўлади. 1666 йилда инглиз олими Лауэр жониворларга қон қуйиш бўйича ўтказган тажрибалари ҳақида баён қилиб, ижобий натижаларга эришганлигини қайд этади. Кўрсатиб ўтилган бу натижалар шунчалик ишонарли эдики, Франция қироли Людовик XIV шахсий врачлари ҳисобланмиш Дени ва жарроҳ Эмерец Лауэр тажрибаларини кучукларда ўтказишди ва 1667 йили оғир, қонсизланган беморга қўзичоқ қонини қуйишди. Натижада бемор соғайиб кетди. Бундан руҳланган Дени қўзичоқ қонини бошқа бир беморга қуйди, лекин бу сафар бемор ўлди.

1679 йили Мерклин, 1682 йилда Эттенмюллер ўз тажрибалари натижаларини эълон қилишди. Улар иккита индивиднинг қони бир-бирига қуйилганда, баъзи бир ҳолларда агглютинация бўлиши ва бу ҳол қоннинг бир-бирига мос келмаслигидан далолат беришини тушунтириб беришди. Бу феномен узоқ муддат давомида ўрганилмасдан қолди, шунга қарамай 1820 йилда инглиз олими Влендель одамдан одамга қон қуйишни амалга оширди. Қон қуйиш жараёнидаги катта тўсиқлардан бири унинг тез ивиб қолиши эди. Бу муаммони ҳал этиш учун 1835 йилда Бишоф фибриногенсиз қон қуйишни тавсия этди. Кейинги кузатувлар натижасида бундай қонни қуйиш кўплаб асоратларни юзага келтириши маълум бўлди. 1875 йилда қон ўрнига изотоник эритмани қуйиш таклифи билан чиқилди, лекин бу усул қон қуйиш ривожланишини орқага сурди ва изотоник эритма қон ўрнини боса олмаслиги маълум бўлди. 1880 йилда Гай қон йўқотишидан кейин юз берган ўлим ҳолларини таҳлил қилиб, ўз ишларини нашрдан чиқарди. У нисбий ва мутлақ камқонлик тушунчаларини киритди. Фақат мутлақ камқонликда қуйилган қон инсон ҳаётини сақлаб қолиши мумкин деган ғояни илгари сурди. Ушбу илмий ишдан сўнг қон қуйиш илмий асосланди ва бу тўғрида баҳс юритиш мақсадга мувофиқ эмас деб топилди.

Шунга қарамай қоннинг ивиб қолиши, агглютинациянинг рўй бериши қон қуйишда тўсиқ бўлиб турди, фақат қон гуруҳи Ландштейнер (1900) ва Янский (1907) томонидан очилганидан сўнг, Розенгардт ва Гюстен (1914) натрий цитратни қон ивиб қолмаслиги учун таклиф қилганидан сўнг, бу муаммолар ҳал этилди. XIX асрда дунёда 600 та беморга қон қуйилди, шулардан 59 таси соғайиб кетди .

Ўзбекистонда қон қуйиш хизматини ташкил қилиш, уни оёққа турғозиш 1920 йилда Тошкентга келган А.Крюков номи билан боғлиқ. 1930 йилда эса I ТошМИ клиникаси I жарроҳлик бўлимида профессор О.Н.Орлов томонидан қон қуйиш хонаси ташкил этилди ва бу хонага ассистент В.К.Ясевич раҳбарлик қила бошлади. 1934 йилга келиб эса шу қон қуйиш хонаси асосида республикада биринчи марта марказий қон қуйиш станцияси очилди.

ҚОН ҚУЙИШ ХИЗМАТИНИ ЎЗБЕКИСТОНДА ТАШКИЛ ҚИЛИШ

Ўзбекистон қон қуйиш хизматига: Соғлиқни сақлаш вазирлиги қошидаги гематология ва қон қуйиш илмий-текшириш институти, соғлиқни сақлаш вазирлиги ва фанлар академиясига қарашли илмий-текшириш институтлари, қон қуйиш станциялари, бўлимлари ва кабинетлари киради. Гематология ва қон қуйиш ИТИ маслаҳат берувчи етакчи ташкилот ҳисобланиб, қон қуйиш, уни тайёрлаш бўйича услубий қўлланмалар, тавсияномалар беради. Ундан ташқари тиббиёт ходимлари учун семинар ва конференциялар ўтказилади. Бу институтларда амалиётда янги трансфузия воситалари, препаратларни қўллаш бўйича илмий текшириш ишлари олиб борилади.

Қон қуйиш станциялари ва бўлимлари донорларни топиш, донорликка жалб этиш, донорларни текширувдан ўтказиш, уларни ҳисобга олиш, қон ва қон компонентларини тайёрлаш, сақлаш ишлари билан машғул бўлишади. Қон қуйиш станция ва бўлимларида керакли миқдорда қон захирада бўлади, бу баъзи бир табиий офатлар, авариялар, эпидемия, бошқа фавқулодда ҳолатларда асқотади. Ундан ташқари бу ташкилотлар врачларни трансфузиологияга ўргатади, даволаш муассасаларида трансфузиологик хизматни назорат қилади, посттрансфузион асоратларнинг олдини олади, донорлар, беморларнинг қон гуруҳи

ва резус омилини аниқлайди ва бўлиб ўтган трансфузион асоратларни муҳокама қилади.

ҚУЙИЛГАН ҚОННИНГ РЕЦИПИЕНТ ОРГАНИЗМИГА ТАЪСИРИ

Қуйилган қон реципиент организмига мураккаб механизмлар орқали таъсир кўрсатади. Қуйилган қон асаб, тўқима алмашинувининг фермент ва гормонал тизимига таъсир кўрсатиб, тўқималардан бошлаб молекулани сатхигача ўзгартириб юборади.

Қон қуйишдан кейинги эрта даврда қисқа вақт давом этувчи агрессив ҳолат кузатилади.

Кейинги босқичда эса ҳимоя аҳамиятига эга бўлган барча физиологик жараёнлар кучаяди.

Қуйилган қон :

1) Қон ўрнини босувчи, тўлдирувчи таъсирга эга.

Қуйилган қоннинг бу хусусияти айланиб юрган қон ҳажми ва газ алмашинуви тикланиши билан ҳарактерланади. Лейкоцитлар иммунитетни оширади. Тромбоцитлар қон ивиш тизимига таъсир кўрсатади. Иммуноглобулинлар пассив иммунитетни вужудга келтиради. Оксил, ёғ, углеводлар биокимёвий реакциялар занжирига кириб кетади. Қуйилган қондаги эритроцитлар 30 кун ва ундан кўпроқ ҳам яшайди. Оқ қон таначалари томир ичидан тез кунда чиқиб кетса, плазмадаги Оксил лар 18 - 36 кун айланиб юради.

2) Гемодинамик таъсир.

Қон қуйиш юрак-қон-томир тизимига ҳар томонлама таъсир кўрсатади. Жарроҳлик шок, ўткир қон йўқотган беморда қон қуйиш айланиб юрган қон ҳажми (АЮҚХ)нинг кўпайиши, юрак фаолиятининг кучайиши, қон минутлик ҳажмининг ошишига олиб келади. Микроциркуляция яхшиланади: артериола ва венулалар кенгайиб, капиллярлар тўри очилади, қон тезлиги ошади, артерио - веноз шунтлар қисқаради. Қон қуйилгандан кейин 24 - 48 соат ичида тўқималардан қонга лимфанинг оқиб келиши тезлашиб, АЮҚХ янада кўпаяди. Шу сабабли АЮҚХ миқдорининг кўпайиши қуйилган қон ҳажмидан кўп бўлади.

3) Иммунологик таъсир.

Қуйилган қон таркибидаги гранулоцитлар, макрофаглар, лимфоцитлар, комплементлар, иммуноглобулинлар, цитокинлар,

антибактериал ва антитоксик моддалар лейкоцитларнинг фагоцитар фаоллигини оширади, антителолар ҳосил бўлишига олиб келади. Айниқса иммунланган донорлардан тайёрланган плазмаларни қуйиш кучли иммунологик таъсир кўрсатади.

4) Гемостатик таъсир.

Қуйилган қон реципиентнинг гемостаз тизимини стимуллади, коагуляция жараёнини бир оз фаоллаштиради. Бу таъсир асосан тромбoplastик ҳусусият ошиши ва қон антикоагулянт ҳусусиятининг камайиши билан боғлиқ. Оз миқдорда (250 мл) қуйилган иссиқ, янги тайёрланган қон кучли гемостатик таъсирга эга, чунки тромбоцит ва коагулянтлар фаоллиги ҳам сусаймаган бўлади.

Плазманинг махсус турлари (антигемофилик, викасолли) ва гемостатик компонентлари (фибриноген, криопреципитат, протромбин комплекси, тромбоцитар масса, тромбоцит билан бойитилган плазма) ҳам кучли қон тўхтатиш таъсирига эгадир. Баъзи бир ҳолларда қуйилган кўп миқдордаги донор қони эса, аксинча гемостатик баланси бузиб, диссеминирлашган (тарқоқ) қон томирлари ичидаги қоннинг ивиш синдромига олиб келиши мумкин.

5) Стимулловчи таъсир.

Қон қуйиш жараёни танада стрессга ўхшаш ўз ҳолатларини ривожлантиради. Гипоталамо-гипофизар-адренал тизими стимуллашади, қонда ва сийдикда кортикостероидлар миқдори ошади. Реципиентларда асосий алмашинув, нафас олиш коэффициенти, газлар алмашинуви кучаяди. Ундан ташқари гранулоцитларнинг фагоцитар фаоллиги кучайиб, антителолар ишлаб чиқарилиши кўпаяди, яъни табиий иммунитет омиллари фаоллашади.

ГЕМОТРАНСФУЗИЯГА КЎРСАТМАЛАР

Гемотрансфузияга мутлақ ва нисбий кўрсатмалар мавжуд. Мутлақ кўрсатмаларга қуйидагилар киради: агар беморга қон қуйилмаса, унинг ахволи оғирлашиб, ўлим юз бериши мумкин (ўткир қон йўқотиш ҳолати (АҚХ 15% кўпроқ), жарроҳлик шок, оғир операциялар ва ҳоказо.)

Агар қон қуйиш бошқа даволаш муолажалари қаторидан ёрдамчи аҳамиятга эга бўлиб, амалга оширилса, бу нисбий

кўрсатма бўлиб ҳисоблананади. Бу касалликларга анемия, оғир интоксикация билан кечувчи яллиғланиш касалликлари, давомли қон кетиши, иммунитет сусайиши, регенерация ва реактивлик сустлашган узоқ давом этувчи сурункали яллиғланиш касалликлари, захарланишлар киради.

ГЕМОТРАНСФУЗИЯГА МУТЛАҚ ВА НИСБИЙ МОНЕЛИКЛАР (ҚАРШИЛИКЛАР)

Гемотрансфузияга мутлақ монеликларга ўткир ўпка етишмовчилиги, ўпка шиши, миокард инфаркти киради.

Лекин кўп қон йўқотилган, жарроҳлик шок ҳолатларида қон қуйишга мутлақ монелик қиладиган касалликлар йўқ. Нисбий монеликларга тромбоз, эмболиялар, миёда қон айланишининг ўткир бузилиши, септик эндокардит, юрак нуқсонлари, миокардитлар, қон айланиши бузилишининг II – III даражали тури билан асоратланган миокардиосклероз, III босқичдаги ҳафақон касаллиги, жигар ва буйракнинг оғир функционал касалликлари, поливалент аллергия, бронхиал астма, ўткир, тарқоқ туберкулёз, ревматизм киради. Агар беморда ушбу касалликлардан бирортаси бўлса, гемотрансфузияни ўта эҳтиёткорлик билан бажариш талаб этилади.

ҚОН ҚУЙИШ УСУЛЛАРИ

Замонавий жарроҳлик амалиётида қон қуйишнинг асосий усуллари бўлиб, вена ёки артерия қон томирига қон қуйиш ҳисобланади. Суяк ичига қон деярли қуйилмайди. Асосан қон венага томчилаб юборилади. Артерияга босим остида қон жуда кўп қон йўқотилганда, юрак фаолияти сустлашганда юборилади.

Қон олинган манбага кўра қон қуйиш усули иккига бўлинади

- Аутогемотрансфузия (ўз қонини қуйиш)
- Донор қонини қуйиш

Аутогемотрансфузия икки хил йўл билан амалга оширилиши мумкин:

- а) олдиндан тайёрлаб қўйилган қонни қуйиш;
- б) Қонни реинфузия қилиш.

Қон реинфузияси – бемор бўшлиқларига (қорин, плеврал) қуйилган ўз қони ҳамда операция жароҳатида тўпланган

қонни ўзига қайтариб қуйишдир. Бу усул билан қон қуйилганда асептик шароитларда қон йиғиб олинади, глюгицир, натрий цитрати, гепарин қўшилиб, 4 - 6 қаватли докадан филтрланади ва вена қон томирига томчилаб қуйилади. Қоннинг бўшлиқларда 12 соатдан кўп туриб қолиши, меъда, ичак каби бўш аъзолар ёрилиши натижасида йиғилган қоннинг ифлосланиши реинфузияга қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Реинфузия усули тухумдон кисталари, талок, жигар ёрилганда, бачадондан ташқари ҳомиладорликда, плевра ичига қон кетганда, тос, сон суяги, умуртқа поғонасининг жарроҳлик операцияларида кенг қўлланилади.

ТЎҒИДАН-ТЎҒРИ (БЕВОСИТА) ҚОН ҚУЙИШ

Тўғридан-тўғри қон қуйиш деганда, донордан реципиентга қонни стабилизатор ва консервантларсиз бевосита қуйиш тушунилади. Тўғридан-тўғри қон қуйиш бир неча усуллар ёрдамида амалга оширилиши мумкин:

а) донор ва реципиент қон томирларини пластик найча орқали улаб қуйиш;

б) донордан шприц ёрдамида 20 мл қон олиб, зудлик билан уни реципиентга қуйиш;

в) махсус асбоблардан фойдаланиб қон қуйиш.

Бу усулнинг устунлик томонлари: консервантсиз, янги, иссиқ қонни қуйишдир; салбий томонлари: реципиент қон томирида майда тромблар пайдо бўлиши, яхши текширилмаган донор қонининг қуйилиши, донор қонига инфекция тушиш хавфи борлигидир. Кўрсатиб ўтилган камчиликлар сабабли ҳозирги пайтда классик усулда тўғридан-тўғри қон қуйилмайди. Бунинг учун уйдан донор чақирилади, керакли миқдорда қон стабилизатори бўлган стерил пакетга, шишага олинади ва бошқа хонада ётган реципиентга қуйилади. Бу усул юқорида кўрсатилган камчиликлардан ҳолидир.

БИЛВОСИТА ҚОН ҚУЙИШ

Билвосита қон қуйиш гемотрансфузиянинг асосий усули ҳисобланади. Бу усул қўлланилганда инфекция тушиш хавфи йўқолади, у осон ва безарар бажарилади. Бу усул билан катта

миқдорда донор қонини йиғиб, режали ва шошилиш жарроҳликда истаганча қон қуйиш мумкин. Бу усулнинг салбий томонларига, камчиликларига қуйидагилар киради: узоқ вақт сақлаш давомида қон ва унинг компонентларининг шифобахш хусусиятлари камаяди, консервантлар реципиентда аллергия, ножўя таъсирлар ривожланишига олиб келиши мумкин.

АЛМАШТИРУВ ҚОН ҚУЙИШ

Алмаштирув қон янги туғилган чақалоқларнинг гемолитик сариқлигида (Rh – мос келмаслик, конфликт), қон томирлар ичидаги гемолизда, оғир заҳарланишда қўйилади. Бунда бир вақтнинг ўзида донор қони қуйилиши билан бирга реципиентнинг ўз қони эксфузия қилинади.

ҚОН ГУРУҲЛАРИ ҲАҚИДА ТУШУНЧА

Одам эритроцитларида иккита антиген бор, улар агглютиноген деб аталади ва шартли равишда лотин ҳарфлари билан А,В деб белгиланади, қон зардобда эса иккита антитело бор, улар агглютинин деб аталади ва шартли равишда юнон ҳарфлари билан α , β деб белгиланади. Одам қони агглютинин ва агглютиногенлар бор йўқлигига қараб тўртта гуруҳга бўлиниши мумкинлиги аниқланган. 1-гуруҳ қонда α , β антителолар бўлиб, антиген бўлмайди; 2-гуруҳ қонида эса А-антиген, β -антитело; 3-гуруҳ қонида В-антиген, α -антитело; 4-гуруҳ қонида А,В-антигенлар бўлиб антителолар бўлмайди (1- жадвал)

АВО тизими бўйича қон гуруҳлари.

Гуруҳлар	Эритроцитлардаг и антигенлар	Зардобдаги антителолар	Кенг тарқалганлиги
О(I)	-	$\alpha\beta$	33,5 %
А (II)	А	β	37,8 %
В (III)	В	α	20,6 %
АВ (IV)	А,В	-	8,1 %

ҚОН ГУРУҲИНИ АНИҚЛАШ УСУЛЛАРИ

АВО тизими бўйича қон гуруҳи агглютинация реакцияси асосида аниқланади. Ҳозирги пайтда қон гуруҳини аниқлашнинг 3 хил усули мавжуд:

- стандарт изоген агглютинация қилувчи зардоблар ёрдамида;
- стандарт изоген агглютинация қилувчи зардоблар ва стандарт эритроцитлар ёрдамида (чорраха усули);
- моноклонал антителолар ёрдамида.

Бемор қон гуруҳини аниқлашда умумий тартиб-қоидага амал қилинади. Режали текширишда бўлимдаги врач қон гуруҳини стандарт зардоблар ёрдамида аниқлайди ва қонни серологик лабораторияга жўнатади. Лабораторияда қон гуруҳи чорраха усули билан аниқланади тўғрилиги тасдиқлангандан кейин қон гуруҳи аниқланган ҳисобланади. Агар натижалар ҳар хил чиқса, текширув қайта ўтказилади. Шошилишч вазиятларда бўлимдаги врач қон гуруҳини ўзи аниқлаши мумкин.

ҚОН ГУРУҲИНИ СТАНДАРТ ЗАРДОБЛАР ЁРДАМИДА АНИҚЛАШ

Қон гуруҳини стандарт зардоблар ёрдамида аниқлаш усулининг мохияти аниқланувчи қон таркибида А ва В антигенлар борлигини текширишдан иборат. Бу мақсадда агглютинация реакциясидан фойдаланилади. Ушбу синама 15 - 20°C ҳарорат остида, яхши ёритилган хонада ўтказилади.

Бу синамани қўйиш учун: О(I), А(II), В(III) ва АВ(IV) гуруҳга тегишли бўлган иккита серияли стандарт зардоблар бўлиши зарур. Зардоблар 4 - 8°C ҳароратли музлатгичда сақланиши ва 1:16 – 1:32 нисбатдан суюқ бўлган ҳолда эритилган бўлиши зарур. Стандарт зардоблар тиник, ҳидсиз ҳамда керакли рангга бўялган бўлиши керак (О(I) – рангсиз, А(II) – кўк ранг, В(III) – қизил ранг, АВ(IV) – сариқ ранг). Синама учун:

- оқ фарфор ёки эмалланган маҳсус тарелкалар;
- натрий хлорнинг изотоник эритмаси;
- ниналар, пипеткалар, чинни (шиша) таёқчалар зарур.

СИНАМА ҚЎЙИШ ТЕХНИКАСИ

1. Ликопчанинг махсус, қон гурухлари ёзиб белгиланган катакчаларига тегишли зардоблардан 0.1 млдан қўйилади. Система иложи борича 2 та серияли зардоблар ёрдамида ўтказилади.

2. Текшириш учун қон бармоқ ёки венадан олинади ва 0,01 млдан ҳар бир катакчага томизилади. Зардоб миқдори қон миқдоридан 10 марта кўп бўлиши зарур. Кейин зардоб ва қон томчилари бир – бири билан аралаштирилади.

3. Томчиларни аралаштиргандан сўнг камида 5 минут давомида кузатилади.

4. Қайси катакчада агглютинация рўй берса, бир томчидан изотоник эритма томизилади ва реакция баҳоланади. (2-жадвал)

Агглютинация реакцияси мусбат ёки манфий бўлиши мумкин

Реакция натижаларини баҳолаш.

0 (I)	A (II)	B (III)	AB (IV)	Қон гуруҳи
-	-	-	-	0αβ(I)
+	-	+	-	Aβ (II)
+	+	-	-	Bα(III)
+	+	+	-	AB0 (IV)

«+» – агглютинация мусбат

«-» - агглютинация манфий.

Икки хил серияли зардоблар билан реакция натижалари бир хил бўлиши зарур.

Қон гуруҳини стандарт эритроцитлар ва моноклонал антителолар ёрдамида аниқлаш усули умумий жарроҳлик фанида, трансфузиология курсида алоҳида ёритилганлиги сабабли, уни мазкур дарсликка киритишни мақсадга мувофиқ деб топмадик.

РЕЗУС-ОМИЛ ҲАҚИДА ТУШУНЧА ВА УНИ АНИҚЛАШ УСУЛЛАРИ

1940 йилда одам эритроцитида яна битта антиген борлиги аниқланди ва у резус омил деб аталди. Кейинчалик

ўтказилган текширувлар ер юзидаги одамларнинг 85% ида ушбу омил бўлиб, 15% ида йўқлигини кўрсатади; одам қонида бу антигенга қарши агглютининлар бўлмас экан. Кейинчалик антирезус антителолар резус = манфий қонли одамга резус = мусбат қон қуйилганидан кейин ишлаб чиқарилиши маълум бўлди. Ундан ташқари агар Rh манфий қон гуруҳи бўлган ҳомиладор аёл ҳомила қонида Rh мусбат қон бўлса, бу аёлда ҳам резус антигенга қарши антителолар ишлаб чиқариш жараёни бошланар экан. Бундай одамларда сенсibiliзация ҳолати ривожланиб, қайта қон қуйилганда оғир постгемотрансфузион асоратлар, хатто ўлим ҳолати ҳам кузатилади. Шу сабабли резус омили манфий бўлган реципиентга фақат резус омили манфий бўлган қон қуйилиши зарур. Клиникада резус омилини экспресс усулда аниқлашнинг қуйидаги усуллари мавжуд:

- пробиркада иситилмасдан стандарт универсал реагент билан экспресс усулда аниқланади;

- ясси сатҳда иситмасдан экспресс усулда аниқланади
СИНАМАНИ БАЖАРИШ УСУЛИ:

1. ҳажми камида 10 мл бўлган центрифуга пробиркаси олинади. Пробирка тубига 33% полиглюкин эритмасида эритилган АВ(IV) гуруҳининг антирезус зардобидан бир томчи томизилади. Устига текширилаётган қондан бир томчи қўшилади. Пробиркани айланма ҳаракатга келтириб, аралашмани пробирка ички деворига ёйилади. Одатда агглютинация бир минутда рўй беради, лекин камида 3 минут давомида кутиб, турғун «антиген - антитело» комплекси ҳосил бўлишини аниқлаш зарур. Шундан сўнг 2 - 3 мл физиологик эритма қўшилади ва пробирка 2 - 3 марта ағдарилиб, аралаштирилади. Агглютинация бўлса, аниқланган қон резус = мусбат, агар агглютинация аниқланмаса, қон резус = манфий ҳисобланади.

2. Ясси сатҳли оқ пластинка олинади ва унга бемор исм, шарифи ёзилади. Ясси сатҳнинг чап бурчагига «антирезус-зардоб» ўнг бурчагига «назорат зардоб» деган сўзлар ёзилади. Назорат зардоб деганда АВ(IV) гуруҳининг альбумин билан эритилган зардоб тушунилади. ғзувлар остига 1 - 2 томчидан тегишли зардоблар томизилади. Ҳар иккала томчига аниқланиши зарур бўлган қондан бир томчидан қўшиб, шиша таёқчалар ёрдамида аралаштирилади. Шунда томчилар диаметри 1,5 см дан бўлади. Ясси сатҳ эҳтиётлик билан тебратиб турилади. 3 - 4

минутдан сўнг носпецифик агглютинацияни йўқотиш учун 5 - 6 томчидан физиологик эритма томизилади. Шундан сўнг ясси сатҳни 5 минут давомида аста тебратиб турилади.

Томчида пайдо бўлган агглютинация қоннинг резус = мусбатлигидан, агглютинациянинг йўқлиги эса қоннинг резус = манфийлигидан далолат беради.

ИНДИВИДУАЛ МОСЛИК СИНАМАСИНИ ҚЎЙИШ

Индивидуал мослик синамаси гемотрансфузияга тайёргарлик даврида қуйилади. Реципиент венасидан қон олиниб, ундан зардоби ажратилади. Махсус ликопчага ёки ясси сатҳли пластинкага 0,1 мл зардоб томизилади ва донор қонидан 0,01 мл миқдорда олиниб, зардоб билан аралаштирилади. Бу синама 15 - 25°C ҳарорат остида бажарилади ва натижаси 5 минутдан кейин ўқилади, бу давр ичида ликопча аста - секинлик билан тебратиб турилади. Донор қони билан реципиент зардоби агглютинация реакциясига киришмаса, бу қон индивидуал мос ҳисобланади ва уни қуйиш мумкин бўлади. Агар агглютинация пайдо бўлса, бу қон индивидуал мос эмас, деб топилади ва бу қонни қуйиш мумкин бўлмайди.

Шундан кейин резус омил бўйича индивидуал мослик синамаси ўтказилади. 10 мл пробирка тубига 2 томчи реципиент зардоби, 1 томчи донор қони ва 1 томчи 33% ли полиглюкин эритмаси томизилади ва пробиркани ўз ўқи атрофида айлантриб 5 минут давомида аралаштирилади. Шундан сўнг 3 - 4 мл физиологик эритма қўшилади ва пробирка ён томонга 2 - 3 марта ағдарилади. Агар эритроцитлар агглютинация бўлса, резус омил бўйича синама мос эмас, деб топилади ва бу қон қуйилмайди. Агглютинация реакцияси кузатилмаса, қон резус-омил бўйича мос, деб топилади ва қон қуйишга киришилади.

БИОЛОГИК СИНАМА

Донор қонининг АВО ва резус омили бўйича мослиги қоннинг батамом тўғри келишидан далолат бермайди. Қон таркибида мавжуд бўлган II даражали антигенлар тизими турли хил гемотрансфузион асоратларга олиб келиши мумкин. Шу асоратлар юзага келмаслиги учун биологик синама ўтказилади. Донор қони венага оқим билан 10 - 15 мл миқдорида юборилади

ва тўхтатилиб, 3 минут давомида бемор ахволи кузатилади. Реакция белгилари бўлмаса, пульс, нафас олиш тезлашмаса, юз гиперемияга учрамаса, яна 10 - 15 мл қон оқим билан венага юборилади ва 3 минут кузатилади. Бу усул 3 марта такрорланади, агар реакция белгилари кайталанмаса, 3 марталик биологик синама манфий деб топилади ва гемотрансфузия томчилаб давом эттирилади. Агар биологик синама ўтказилаётган вақтда беморда ўзгаришлар сезилса (тахикардия, безгак тутиши, нафас сиқилиши, юз гиперемияси, бел ва қоринда оғриқ, қон мос эмас, деб топилади ва қуйилмайди.

ҚОННИНГ ЯРОҚЛИЛИГИНИ МАКРОСКОПИК БАҲОЛАШ

Олий маълумотли ҳамшира қонни ташқи кўринишидан қуйиш учун яроқлими ёки йўқми, аниқлай олиши зарур. Бунинг учун қуйидагиларга аҳамият бериш керак:

- 1) қон паспортининг тўғри ёзилганлигига (тартиб рақами, тайёрланган куни, гуруҳи ва резус-омили, консервант номи, донорнинг исм-шарифи, қон тайёрлаган муассаса номи, врач имзоси);
- 2) яроқлилик муддатига. Агар консервант сифатида глюгицир ишлатилган бўлса, қон 21 кунгача яроқли ҳисобланади. Ҳозирги пайтда янги консервантларнинг ишлатилиши, қонни 35 кунгача сақлашга имкон беради;
- 3) идишнинг герметиклигига. Идиш қопқоқ томонидан парафин билан сўрғичланган бўлиши керак, агар сўрғич бузилган бўлса, қон қуйишга яроқсиз, деб топилади;
- 4) қон 3 қаватга бўлинган бўлади: остки қаватида — эритроцитлар аниқланиб, улар қизил рангда, ўрта қавати ингичка кулранг тусли лейкоцит ва тромбоцитлар қавати, усти сариқ тусли, тиниқ плазмадан иборат бўлади;
- 5) қон плазмаси тиниқ бўлиши, ҳеч қандай киритмалар, ивишлар бўлмаслиги зарур. Плазма таркибида кўп миқдорда нейтрал ёғлар бўлганда тиниқ ҳисобланмайди. Хиллёз қонни 37°C иситилса, плазма тиниқлашади, агар қонга инфекция тушган бўлса, плазма хиралигича қолаверади.

ҚОН ҚУЙИШ ҲУЖЖАТЛАРИНИ ТЎЛДИРИШ

Гемотрансфузиядан олдин врач олий маълумотли ҳамширага қон қуйиш учун кўрсатмани қисқа эпикриз шаклида касаллик тарихига ёздиради. Гемотрансфузиядан кейин касаллик тарихига қон қуйиш баённомаси ёзиб тўлдирилади. Баённома қуйидаги бўлимлардан иборат:

1. Гемотрансфузияга кўрсатма
2. Ҳар бир идишдаги қон паспорти: донорнинг фамилияси, қон гуруҳи, резус-омили, идишнинг тартиб рақами, қоннинг тайёрланган куни.
3. Реципиент ва донорнинг қон гуруҳи ва резус омили
4. АВО ва резус-омил бўйича мослик синамаларининг натижалари
5. Биологик синама натижаси
6. Реакция ва асоратларнинг кайд этилиши
7. Қон қуйилган кун, соат, қон қуйган врачнинг фамилияси ва имзоси.

Худди шу ёзувлар «қон қуйишни рўйхатдан ўтказиш китоби»га кўчириб ёзилади.

ҚОН ҚУЙИЛГАН БЕМОРНИ КУЗАТИШ

Қон қуйилгандан кейин бемор икки соат давомида даволовчи врач ёки олий маълумотли ҳамшира назорати остида тўшакда ётади. Бу вақт ичида бемор кузатилади.

Шикоятлар бор-йўқлиги, бемор умумий ахволининг ўзгариши, ҳар соатдаги тана ҳарорати, пульси, қон босими ёзиб борилади. Қон қуйилгандан кейинги сийдикнинг бошланғич қисми таҳлил қилинади. Эртаси куни қон ва сийдикнинг умумий таҳлили текширилади.

ҚОН ҚУЙИШ АСОРАТЛАРИ ВА УЛАРНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ

А.Н.Филатов (1973) таклиф этган тасниф бўйича қон қуйганда механик, реактив ва юқумли асоратлар келиб чиқиши мумкин. Механик асоратларга қон қуйиш техникасининг бузилиши сабабли ривожланадиган асоратлар киради (юракнинг

ўткир кенгайиши, ҳаво эмболияси, тромбозлар ва қон айланишининг бузилишлари).

1. Юракнинг ўткир кенгайиши – бу термин остида ўткир циркуляр бузилишлар, ўткир юрак - қон томир етишмовчилиги тушунилади. Бу бузилишларнинг сабаби - қоннинг кўп миқдорда тез қуйилганлигидир. Ковак веналарда ўнг бўлмачада турғунлик ривожланади ва умумий коронар қон оқими кескин бузилади. Бу ҳолат миокард қисқариши камайишига, унинг атонияси ва асистолиясига ҳам олиб келиши мумкин. Бу асоратнинг олдини олиш учун трансфузия тезлиги пасайтирилиб, қуйилаётган қон ҳажми камайтирилса, кифоя қилади.

2. Ҳаво эмболияси – жуда кам учрайдиган асорат бўлишига қарамасдан оғир оқибатларга олиб келиши мумкин. Ҳаво эмболияси инфузион муҳитга озми-кўпми миқдорда ҳаво кириб қолганда, вена қон томири орқали юракнинг ўнг бўлмачасига, ундан ўнг қоринчага ўтиб, ўпка артериясига чиқади ва ушбу артериянинг йирик ва майда шохларини беркитиб, қон айланиш учун механик тўсиққа айланади. Беморнинг ахволи бирдан оғирлашади, нафас олиш қийинлашади, юзи, лаби, бўйни кўкаради, пульс тезлашиб, қон босими тушиб кетади. Натижада ўлим ҳолати ҳам юз бериши мумкин. Бу асоратнинг сабаби бўлиб, қон қуйиш системасини нотўғри тўлдириш ёки унинг ногерметиклиги ҳисобланади. Ҳаво эмболияси ривожланган реципиентга зудлик билан юрак препаратлари қилинади. Каравот бош томонини пасайтириб, оёқ томони кўтарилади. Агар клиник ўлим хавфи туғилса, реанимацион муолажаларни бажарилади. Бу асоратнинг олдини олиш учун трансфузияда ишлатилган системани текшириб, қон қуйиш пайтида беморнинг ёнидан силжимасдан доимо уни назорат қилиб туриш зарур.

3. Тромбоз ва эмболиялар. Баъзан донор қонидаги майда қон ивиқлари реципиент венаси орқали юракнинг ўнг бўлмачасига келиб тушиши мумкин. Бундай пайтларда ҳам ўпка артерияси тромбоэмболияси кузатилади. Реципиент кўкрагида кучли оғриқ сезилади, нафаси қисади, йўтал пайдо бўлади, баъзида қон аралаш балғам кузатилади. Юзи, лаблари кўкариб кетиб, танасининг бошқа соҳаларидаги тери оқариб кетади. Ўз вақтида бошланган тромболитик терапия бемор ҳаётини сақлаб қолиши мумкин. Бу асоратнинг олдини олиш учун қон тайёрлашда инструкцияга мувофиқ ишлаш қонидани бузмасдан

сақлаш ва қон қуйиш пайтида фильтрли системалардан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир.

Реактив ҳарактердаги асоратлар гемотрансфузиянинг энг кўп учрайдиган ва оғир асоратлари турига киради. Бу асоратлар қоннинг мос келмаслиги ёки организмнинг трансфузия муҳитига бўлган таъсири асосида ривожланади. Гемотрансфузион реакциялар клиник кечиш оғирлигига қараб: енгил, ўртача ва оғир даражага бўлинади.

Ундан ташқари пироген, антиген, аллергик реакциялар тафовут қилинади. Пироген реакция трансфузион муҳитда пироген моддалар: оқсилнинг парчаланган қисмлари, микроорганизмлар сабабли ривожланади. Реципиент ҳарорати кўтарилади, боши оғрийди, пульси тезлашади, терисига тошмалар тошиши мумкин. Ўз вақтида қилинган наркотиклар, антигистамин препаратлар, қон қуйишни тўхтатиш яхши ёрдам беради.

Антиген реакциялар ривожланишига плазмадаги оқсилларга, лейкоцитларга, тромбоцитларга бўлган сенсбилизация сабаб бўлади. 50% ҳолларда бу реакция илгари гемотрансфузия қилинган беморларда ривожланади ва антилейкоцитар антителолар билан боғлиқ ҳисобланади. Ушбу реакция гемотрансфузия тугагандан сўнг 20 - 30 минутдан кейин бошланиб, безгак тутиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, бош оғриғи, брадикардия билан кечади. Ўз вақтида бошланган интенсив муолажалар (антигистамин, юрак препаратлари, наркотик аналгетиклар, детоксикация ва шокка қарши суюқликларни қуйиш) самарали ёрдам беради. Аллергик реакциялар организмнинг турли хил иммуноглобулинларга бўлган сенсбилизацияси туфайли ривожланади. Иммуноглобулинларга қарши антителолар қон, плазма, криопреципитат қуйилгандан кейин аста - секин ишлаб чиқарила бошлайди. Аллергик реакция енгил даражадан анафилактик шок даражасигача оғирлашиши мумкин. Баъзида эса Квинке шиши, бронхоспазм билан қўшилиб келади. Ўз вақтида бошланган десенсбилизация воситалари, кортикостероидлар, юрак препаратлари ва наркотиклар фойдалидир.

Гемотрансфузион шок қон қуйишда учрайдиган энг оғир асорат ҳисобланади. У трансфузия вақтида ёки ундан кейин ривожланиб, бир неча минутдан бир неча соатгача чўзилади, баъзан клиник симптомларсиз кечиб, бошқа ҳолларда ниҳоятда

оғир ўтади ва бемор ўлимига ҳам олиб келади. Бемор безовталана бошлайди, безгак тутаяди. Кўкрак, қорин, бел соҳаларида оғриқлар пайдо бўлади, нафаси қисиб юзида цианоз пайдо бўлади. Кейинчалик циркуляр бузилишлар (тахикардия, қон босими пасайиши, юрак ритми бузилиши, юрак етишмовчилиги белгилари) қайд этилади. Шок симптомлари билан биргалликда қон томирларида гемолиз ҳам кузатилади. Гемолизнинг асосий белгилари - гемоглобинэмия, гемоглобинурия, гипербилирубинэмия, сариклик, жигарнинг шишиб кетишидир. Гемолиз сийдикда бўлса, эритроцитлар пайдо бўлади, Оксил миқдори ошиб кетади, сийдик ранги қўнғир тусга киради. Ўз вақтида бошланган шокка қарши муолажалар циркуляр бузилишларни бартараф этиб, беморнинг шокдан чиқишига ёрдам беради. Кейинчалик эса ўткир буйрак етишмовчилиги ривожланиши мумкин. Бу асорат 3 босқичда кечиб, анурия, полиурия бўлади, ва буйрак фаолияти тикланиши босқичларидан иборат. Реконвалесценция даврида барча ички аъзолар фаолиятининг гомеостаз ва сув электролит баланси тикланади.

Юқумли ҳарактерга эга бўлган асоратлар 3 турга бўлинади: ўткир юқумли касалликларнинг ўтиши, зардоб йўли билан тарқаладиган касалликларнинг ўтиши, оддий жарроҳлик инфекциясининг ривожланиши.

Ўткир юқумли касалликлар кўзғатувчилари донор қонида инкубацион давр мобайнида бўлса, қон қуйилгандан кейин реципиентга ҳам юқади. Бу йўл орқали грипп, қизамиқ, тошмали ва қайталанувчи тиф, бруцеллез, токсоплазмоз, моноклеоз, табиий чечак юқиши мумкин.

Зардоб билан юқувчи касалликларга сифилис, В ва С гепатити, ОИТС, цитомегаловирус инфекцияси, Т-хужайрали лейкоз, малярия киради. Посттрансфузия билан боғлиқ юқумли касалликлар жуда оғир кечиб, беморни ноғиронликка ва ўлимга олиб келиши мумкин.

Трансфузия вақтида оддий жарроҳлик инфекцияси асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилмаслик натижасида келиб чиқади. Бу асоратлар жуда кам учрасада, тромбофлебит ва флегмоналарнинг венепункция қилинган жойда ривожланишига сабаб бўлади. Баъзан ангиоген сепсис ҳам ривожланиши мумкин.

ҚОН КОМПОНЕНТЛАРИ ВА ПРЕПАРАТЛАРИ

Баъзан қонни эмас, балки унинг компонентларини қуйиш реципиентга катта фойда келтиради. Чунки қон таркибида жуда кўп ҳужайра ва плазма антигенлари мавжуд. Бу антигенлар посттрансфузион реакция ва асоратларни келтириб чиқариши мумкин. Шу сабабли кейинпайтларда монокомпонент терапия ривожланмоқда Қуйидаги препаратлар. қоннинг асосий компонентлари бўлиб ҳисобланади:

- эритроцитар масса (ЭМ);

ЭМ қонни 24 соат давомида 4°Cда сақлагандан кейин ажралади ва анемиянинг барча турларида қуйилади.

- лейкоцитар масса (ЛМ);

ЛМнинг асосий функцияси микробларни фагоцитоз қилиш ва иммунодепрессия коррекциясидан иборат. ЛМ қоннинг плазмасини сўриб олгандан кейин ёки лейкоцитоз усулида ажратиб олинади ва бир сутка давомида реципиентга қуйилади.

- плазма – қоннинг суяқ қисми бўлиб, оқсил, липопротеинлар, ферментлар, гормонлар, витаминлардан, биологик фаол моддалардан, иборат. Замонавий жарроҳликда плазманинг 3 хили қўлланилади: янги музлатилган, суяқ, қуруқ турлари. Улардан янги музлатилган плазма (ЯМП) кенг қўлланилади, чунки унда плазманинг барча биологик хусусиятлари сақланиб қолган. ЯМП плазмафорез ёки қонни центрифугада айлантириб олинади ва дарҳол музлатилади. Уни 20°C ҳароратда 12 ойгача сақласа бўлади. ЯМП қуйишдан олдин 37 - 38°C сувда эритилади ва 1 соат ичида қуйилади. Уни қайта музлатиш мумкин эмас. ЯМП қуйиш учун ДВС-синдроми, куп қон йўқотиш, қуйиш касаллиги, йирингли септик ҳолат, коагулопатия, А ва В гемофилия, гипопропротеинэмия кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Плазма қуйиш пайтида донор қон гуруҳи реципиент қон гуруҳига АВО тизими бўйича тўғри келиши керак. Баъзи ҳолларда А(II), В(III) гуруҳли плазмани 0(I) гуруҳли реципиентга ва АВ(IV) плазмани барча реципиентларга қуйиш мумкин. Плазма қуйиш вақтида биологик синама ҳам ўтказилади.

Қон препаратлари, плазма оқсилларини фракциялаш усулида ажратиб олиб тайёрлаш мумкин.

Альбумин - соғлом одам оқсилининг 60% ни ташкил этади. У плазмада синтезланиб, транспорт ва дезинтоксикацион

функциясини бажаради. Унинг 5 – 10 %ли эритмалари мавжуд бўлиб, 4°C ҳароратда 5 йилгача сақланади. Қонда онкотик босимни ошириб, айланиб юрувчи қон ҳажмини кўпайтиради. Альбумин шок, ўткир қон йўқотиш, гипопроотеинэмия, гипоальбуминэмияда қўлланилади.

Протеин – плазма оқсилларининг 4.8% эритмаси ҳисобланиб, 80% альбумин ва 20% глобулиндан иборат. Унинг таркибида эритропоэтин фаол моддалар ҳам бўлиб, 250, 400, 500 мл ли идишларга солинган бўлади. Протеин биологик синама қўйиб, кейин қуйилади, хона ҳароратида 5 йилгача сақланади.

Фибриноген – плазмадан ажратиб олинади ва гипофибриногенемияда, қоннинг фибринолитик фаоллиги ошганда, қон кетишининг олдини олиш мақсадларида қўлланилади.

Тромбин – қон препарати ҳисобланиб, таркибида тромбин, тромбопластин, кальций хлорид каби моддалар мавжуд. Лиофилланган ҳолда махсус флаконларда чиқарилади. Капилляр қон кетишини тўхтатишда маҳаллий қўлланилади, ундан ташқари юзаки шикастларда, паренхиматоз аъзолардан операция вақтида қон кетганда ишлатилади.

Фибринолизин – фибринолитик таъсирга эга бўлган препарат ҳисобланиб, қоннинг ивиб қолган қисмини эритиб юборишда фибринни протеолитик парчалаш реакциясига асосланади. 250 - 500 мл ли флаконларда 10000 - 30000 ТБда, қуруқ кукун шаклида чиқарилади. Натрий хлориднинг изотоник эритмасида яхши эрийди.

ҚОН ЎРНИНИ БОСУВЧИ ДОРИЛАР

Қон ўрнини босувчи суюқликлар деб йўқотилган қон ўрнини тўлдириш ва қоннинг бузилган фаолиятини тиклаш учун қўлланиладиган шифобахш эритмаларга айтилади. Ҳозирги пайтда қон ўрнини босувчи суюқликларнинг бир неча минг тур мавжуд. Улар гомеостазни коррекция қилиш ва тиклаш мақсадида турли хил патологик ҳолатларда қўлланади. Қон ўрнини босувчи суюқликлар юқори даражада самарадорлиги, таъсирининг йўналтирилганлиги билан ажралиб туриб, реципиентнинг қон гуруҳи қандай бўлишидан қатъи назар ишлатилади. Бу суюқликлар узоқ муддат давомида сақланиши ва узоқ масофага олиб борилиши мумкин. Ушбу дорилар кўрсатадиган таъсирига

қараб бир неча гуруҳга бўлинади (гемодинамик таъсирга эга бўлган, дезинтоксикацион қилувчи суюқликлар, парентерал озиклантирувчи, туз алмашинуви ва кислота-асос мувозанатини тартибга солувчи эритмалар, кислород ташувчи суюқликлар).

1. Гемодинамик таъсирга эга бўлган шокка қарши ишлатиладиган суюқликлар марказий ва периферик гемодинамика кўрсаткичларини меъёрга солади. Бу суюқликлар ўткир қон йўқотишда, механик жароҳатларда, қуйиш шокида, ички аъзоларнинг турли хил касалликларида ишлатилади.

Полиглюкин – декстраннинг 6 %ли коллоид эритмаси бўлиб, молекуляр массаси 80000 ни ташкил қилади. Шок ва қон йўқотиш холлари бу суюқликни қуйиш учун кўрсатма ҳисобланади. Полиглюкин айланиб юрувчи қон ҳажмини кўпайтиради, 3 - 7 кун давомида организмда айланиб юради. Ножўя таъсири деярли кузатилмайди, шунга қарамай анафилактик реакциянинг олдини олиш мақсадида биологик синамани қўйиб, кейин томизилади.

Реополиглюкин - паст молекуляр декстраннинг (M=20000-40000) 10 %ли эритмаси ҳисобланиб, 0.9 %ли натрий хлоридда ёки 5 %ли глюкозада эритилган бўлади. Микроциркуляция бузилганда фойда беради, қоннинг қовушқоқлигини камайтиради, капиллярларда қон оқимини яхшилайдди, эритроцитлар агрегациясини бартараф этади. Реополиглюкин плазма миқдорини кўпайтириб, тўқималардаги суюқликни қон томирларига ҳайдайди. Шокнинг профилактикаси ва даволашда, артерия ва веналарда қон айланишини тиклашда, қон томирларида операциялар вақтида венага, томчилаб қуйилади. 200 ва 400 мл флаконларда ишлаб чиқарилади.

Желатиноль - парчаланган озик желатиннинг 8 %ли эритмаси бўлиб, молекуляр массаси 15000 - 25000 бўлади ва натрий хлориднинг изотоник эритмасида эритилади. Бу препарат декстран препаратларидан камроқ самара бериб, қон томирлари ичидан тез чиқиб кетади ва тўқималараро бўшлиқда жойлашади. Даволаш таъсири қон томирлари ичида вақтинчалик юқори осмотик босимни ҳосил қилиб, тўқималардаги суюқликларни сўриб олишдан иборат. Гиповолемия, шок, интоксикация холатларида кўрсатилган. Препарат нотоксик, апироген, антиген ҳусусиятга эга.

Оксиэтилкрахмал препаратларидан - оксимол ва волекам қўлланилади. Ушбу суюқликлар таркиби ҳайвон тўқималаридаги

гликогенга ўхшаш бўлиб, қондаги аминолитик ферментлар таъсирида парчаланadi. Оксимол ва волекам гемодинамик таъсирга эга бўлиб, қуйилганда ножўя реакциялар деярли кузатилмайди.

2. Дезинтоксикацион суюқликлари. Бу гуруҳдаги суюқликлар организмда токсинларни боғлаб,нейтрализация қилиб ташқарига чиқариб юборади. Уларнинг дезинтоксикацион таъсири таркибидаги полимернинг токсин билан комплекс ҳосил қилиш ҳусусияти юқори эканлигидадир.

Гемодез - паст молекуляр поливинилпиридоннинг 6 % ли эритмаси бўлиб, молекуляр массаси 12000 - 27000 атрофида бўлади. Препарат капиллярларда эритроцитлар стазини йўқотади, шокда, қон йўқотишда, куйиш касаллигида қўлланилиб, организмни кўпгина токсинларда халос қилади. Фақат дифтерия, қоқшол ва нур касаллигида ҳосил бўладиган токсинларни камайтира олмайди. 6 - 8 соат давомида буйрак орқали чиқариб юборилади.

Неогемодез - паст молекулярли поливинилпиридоннинг 6 %ли эритмаси бўлиб, молекуляр массаси 6000 - 10000 атрофида, натрий, калий, кальций ионларига бой препарат ҳисобланади. Гемодезга нисбатан кучли дезинтоксикацион препарати ҳисобланиб, нур касаллиги, тиреотоксикоз, жигар касалликларида ҳам юқори фойда беради. Венага томчилаб (20 томчи /минут) юборилади.

Парентерал озиклантириш учун белгиланган суюқликлар меъда ичак йўлидаги операциялардан кейинги даврда, йирингли-септик касалликларда, жарроҳлик, нур, термик шикастланишларда, глюкопротеинэмияда табиий йўл билан озиклана олмайдиган беморларга бюрилади. Парентерал озиклантиришда оқсил, ёғ эмульсиялари, углеводлардан тайёрланган препаратлардан фойдаланилади.

Оқсил препаратлари: организмга аминокислоталар тушишини таъминлайди. Ушбу препаратларни тайёрлашда казеин, қорамоллар қонидаги оқсиллар, эритроцитлар ва донор қонининг ивиқлари ишлатилади. Кенг қўлланиладиган препаратлардан: казеин, гидрализат, гидролизин, аминокровин, аминокептид, фибриносол, аминозол, аминон, амиген ҳисобланади. Оқсил препаратларни венага 10 - 30 томчидан минутига жуда секин ва эҳтиётлик билан юбориш зарур. Меъдага,

12 бармоқ ичакка қўйилган зонд орқали ҳам юборса бўлади. Сутка давомида 1.5 - 2 литргача қуйиш мумкин. Бу препаратларни гемодинамиканинг ўткир бузилишларида (шок, қон кетиши), юрак фаолияти декомпенсациясида, миёга қон қуюлганда, жигар, буйрак етишмовчилигида, тромбоемболик асоратларда қуймаган маъқулдир.

Полиамин, инфузамин, валеин, валин, инфезол, морамин, фриамин каби суюқликлар алоҳида гуруҳни ташкил этади, яъни улар аминокислоталар эритмасидан иборат. Бу препаратлар венага минутига 20 - 30 томчи тезликда қуйилади. Сутка давомида 800 - 1200 мл қуйилса бўлади. Уларни меъда ва ингичка ичакка ўрнатилган зонд орқали ҳам юборса бўлади.

Ғғ эмульсиялари – бемор организмидаги энергетикани яхшилайти, азотларни асрайти, плазмадаги липид тартибини коррекция қилади ва хужайралар мембранаси структурасини мустаҳкамлайди, организмни ёғ кислоталари (линолен, линоль, арахидон), ёғда эрувчи витаминлар (А,К,Д), фосфолипидлар билан тўйинтиради. Энг кўп қўлланиладиган ёғ эмульсиялари қаторидан интролипифизин, инфузилитол, липофундин, липомул жой олган. Ғғ эмульсияли препаратлар венага минутига 10 - 20 ёки зонд орқали ингичка ичакка юборилади. Шок ҳолати, бош миё жароҳати, жигар фаолиятининг бузилиши, атеросклероз бу препаратларни қўллашга қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Препаратларни албатта биологик синамадан сўнг қуйиш зарур.

Углеводлар оқсил гидролизатларини парчалаш ва шу аминокислоталардан ўз оқсилени яратиб, организмнинг энергетик эҳтиёжларини қондиришга хизмат қилади. Энг кенг тарқалган углеводлар суюқликларига глюкозанинг 5 %, 10 %, 40 %ли эритмалари киради. Қандли диабетда ушбу препаратларни қўллаш тавсия этилмайди. Фруктоза, ксилит, сорбит, маннит ҳам ушбу гуруҳ препаратлари қаторидан жой олган, лекин улар озиклантириш мақсадида қуйилмайди.

3. Сув-туз алмашинуви ва кислота-ишқор ҳолатини тартибга солувчи дорилар. Ушбу гуруҳга кирувчи препаратлар кристаллоид (полинон) ва осмотик диуретикларга бўлинади.

Кристаллоид эритмаларга:

- физиологик эритма (натрий хлориднинг 0,9%лик эритмаси);

- Рингер эритмаси:

Натрий хлорид – 8,0 г
Калий хлорид – 0,075 г
Кальций хлорид – 0,1 г
Натрий бикарбонат – 0,1 г
Дистилланган сув – 1 литргача;

- Рингер-Локк эритмаси:

Натрий хлорид – 9,0 г
Натрий бикарбонат – 0,2 г
Кальций хлорид – 0,2 г
Калий хлорид – 0,2 г
Глюкоза – 1,0 г
Бидистилланган сув – 1 литргача;

- лактосол:

Натрий хлорид – 6,2 г
Калий хлорид – 0,3 г
Кальций хлорид – 0,16 г
Магний хлорид – 0,1 г
Натрий лактат – 3,36 г
Натрий бикарбонат – 0,3 г
Дистилланган сув – 1 литргача киради.

Ушбу эритмалар клиник амалиётда сув-туз балансини коррекция қилиш учун ишлатилади. Улар қон учун адекват бўлган ионлар таркибига эга ва шокда, йирингли-септик касалликларда, катта ҳажмли операциялар вақтида ва операциядан кейинги даврда кенг қўлланилади. Ушбу препаратлар ҳужайралардан ташқаридаги суюқлик етишмовчилигини тўлдириб, метаболик ацидозни компенсация қилади, ижобий гемодинамик таъсир кўрсатиб, гиповолемияни коррекция қилади ва қон босимини стабил ушлаб туришга ёрдам беради.

Осмодиуретикларга сорбит ва маннит киради. Маннитол маннитнинг изотоник эритмадаги 15 %ли эритмаси ҳисобланади. Сорбитол эса сорбитнинг изотоник эритмадаги 20 %ли эритмаси ҳисобланади. Ушбу препаратларнинг диуретик таъсири плазманинг осмотик босимини ошириб, тўқималараро бўшлиқдаги суюқликларни қон томири ичига сўриб олиши ва буйракдаги қон оқимини кучайтиришидадир. Буйракда қон оқими кўпайса, натрий, хлор ва сувнинг экскрецияси кучаяди ва

натижада буйрак каналчаларида реабсорбция камаяди. Препаратларни венага томчилаб тана вазнининг 1 кг ига 1 - 2 мл ҳисобидан қуйилади. Осмодиуретиклар ўткир юрак етишмовчилигининг эрта даврида, гемолитик шокда, юрак етишмовчилигида, мия шишида, ичаклар парезида, жигар, ўт йўллари касалликларида қўлланилади. Осмодиуретикларга қарши кўрсатмалар: буйракда фильтрациянинг бузилиши, анасарка, бош суяги ичидаги гематомалар.

4. Кислород ташувчилар – Улар клиник амалиётда ҳозирча қўлланилмаяпти, чунки уларнинг токсиклиги, парчаланиши, организмдан чиқарилиши каби саволларга ўтказилаётган кўплаб тажрибалар аниқ жавоб олаётгани йўқ. Қоннинг асосий фаолиятини бошқарувчи, яъни кислородни тўқималарга етказиб беришни ўз зиммасига олувчи суюқликларни кашф этиш ва ишлаб чиқариш жуда мураккаб вазифадир. Ҳозирги пайтда жаҳоннинг етакчи олимлари томонидан кислород ташувчи препаратлардан перфторан, перфукол, эригем, конъюгацияланган гемоглобин каби суюқликлар ишлаб чиқарилган ва улар тажриба синовларини ўтаяпти. Агар уларнинг токсиклиги етарли даражагача камайтирилса, клиник амалиётда кенг қўлланилишига рухсат берилиши аниқ.

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР

1. Қон кетиши, унинг таснифи
2. Қон кетиши диагностикаси, қон кетиш даражасини баҳолаш асослари. Қон кетиш асоратлари
3. Қон кетганда организмнинг ҳимоя механизмлари
4. Қон кетишини вақтинчалик тўхтатиш усуллари, унинг самарадорлиги баҳолаш
5. Қон кетишини узил-кесил тўхтатиш усуллари, уларнинг моҳияти
6. Қон гуруҳлари ҳақидаги таълимотнинг замонавий тавсифи, Ўзбекистонда қон қуйиш хизматини ташкил қилиш
7. Қуйилган қоннинг организмга таъсири, қон қуйиш мақсадлари
8. Гемотрансфузияга кўрсатмалар, қарши кўрсатмалар
9. Қон гуруҳларини аниқлаш, қон қуйиш синамаларини бажариш ва уларни баҳолаш

10. Қон қуйиш усуллари ва техникаси. Қон қуйиш хужжатларини тўғри олиб бориш асослари
11. Қон қуйиш асоратлари, таснифи, диагностикаси
12. Қон қуйиш асоратларида ҳамширалик ёрдами ва уни ташкил қилиш
13. Қон компонентлари ва препаратлари, уларни тайёрлаш, сақлаш ва ишлатиш асослари
14. Қон ўрнини босувчи эритмалар, уларни қўллаш асослари

V. ДЕСМУРГИЯ

Десмургия - боғламлар қўйиш қоидалари тўғрисидаги фан бўлиб, юнонча - *desmos* - алоқа, боғлам, *urgia* - ҳаракат, иш қилиш сўзларининг йиғиндиси бўлиб ҳисобланади. Боғламларни қўйишдан асосий мақсад жароҳат ёки танадаги патологик ўзгарган соҳага ўрнатилган боғлов материалларининг ўз жойидан силжиб кетмаслигини таъминлашдан иборат. Боғламлар қуйидаги турларга бўлинади:

1. Ушлаб турувчи боғламлар
2. Босиб турувчи боғламлар (қон кетаётганда қўйиладиган боғламлар)
3. Тортиб турувчи боғламлар (суяк синиқлари жойидан силжиб кетмаслиги учун қўлланиладиган боғламлар)
4. Махсус боғламлар

Боғлам учун ишлатиладиган материалнинг турига кўра юмшоқ, қаттиқ, қотиб қолувчи боғламлар тафовут қилинади. Юмшоқ боғламларга: бинтли, контурли, қийиқчали ва ҳоказо боғламлар киради. Қаттиқ боғламларга иммобилизация қилиш учун ишлатиладиган транспорт, даволаш шиналари, протезлар, тугторлар, корсетлар, ортопедик аппаратлар киради. Қотиб қолувчи боғламларга гипс, крахмал, рух-желатиндан тайёрланган боғламлар киради.

Боғлам қўйишнинг асосий қоидалари:

1. Бемор қулай ҳолатда бўлиши, боғлам қўйилиши зарур бўлган тананинг қисми ҳаракатсиз ҳолда сақланишини таъминлаш зарур;
2. Боғлам қўйиладиган тананинг қисми энг қулай физиологик ҳолатда бўлиши ва боғлам қўйилгандан сўнг ушбу ҳолатни сақлаб қолиш керак;

3. Боғлам қўяётган ҳамшира беморни доимо кузатиб туриши ва боғлам оғриқни кучайтириб юбормаётганлигига ишонч ҳосил қилиши зарур
4. Боғлам доимо пастдан юқорига (перифериядан марказга) қараб қўйилади.

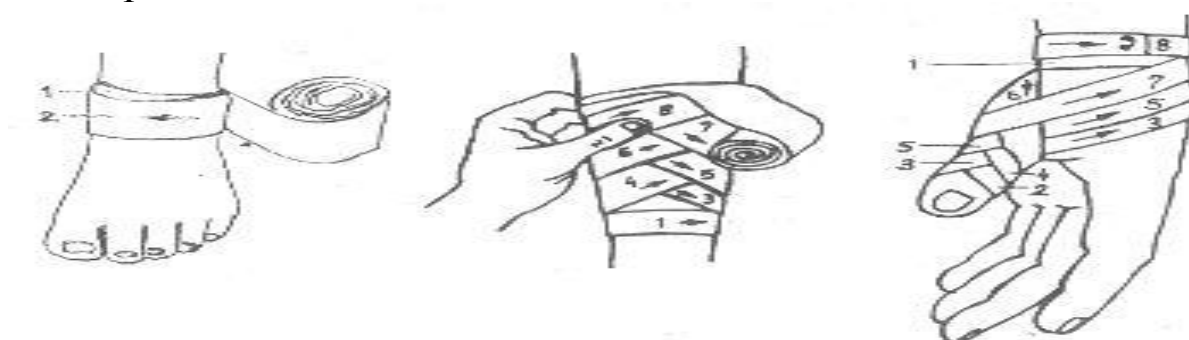
Боғлам қуйидаги талабларга жавоб бериши зарур:

1. Пишиқ, мустаҳкам бўлиши
2. Енгил бўлиши
3. Қулай ва ҳаракатни ортиқча чегараламаслиги зарур

Бинтли боғлам турлари

Циркуляр (айланма) боғлам кафтга, пешонага, болдирга қўйилади. Боғламнинг ҳар бир айланаси илгаригисини устидан тўлиқ ёпади (1-расм).

Спиралсимон боғлам дастлаб айланма боғламга ўхшаб ўралади, кейинчалик бинт йўналиши ўтмас бурчак остида букилиб, илгариги бинт қаватининг 1/2 ёки 2/3 қисмини ёпиб кетаверади.



1-2-расмлар. Айланма(циркуляр) ҳамда спирал боғламлар.

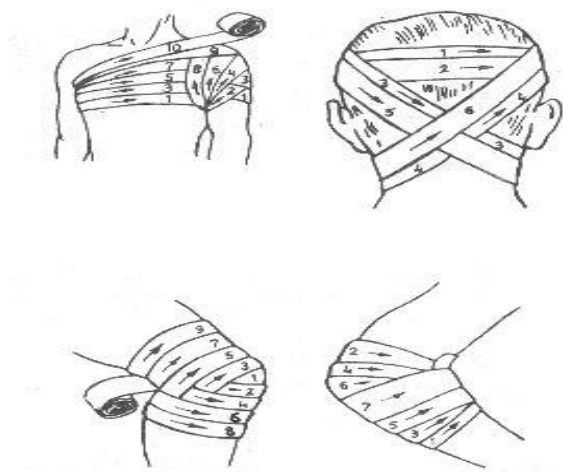


Асосан оёқ-қўл ва кўкрак қафасига қўйилади. (2-расм а, б). Ўрмаловчи боғлам қўл, оёқ, бармоқларни боғлаш учун ишлатилади. Дастлаб 2 - 3 марта циркуляр боғлам қўйилади, сўнгра бинт йўналиши қийшиқроқ қилиниб, олдинги ўрамага тегмасдан давом эттирилади.

3-расм.

Ушбу боғлам боғлов материалларини ушлаб туриш учун қўйилади, кейинчалик спирал боғлам сифатида давом эттирилади. Хочсимон (крестсимон) ва 8-симон боғламлар бўғимларга, бошга, кўкракка, бўйинга қўйилади. (3-расм а,б,в,г,д,е).

Бошоқсимон боғлам қисман 8-симон боғламни эслатади, ammo бинтнинг хар бир кейинги ўрами қисман бир-бирини беркитиб, бир чизикда кесишади.



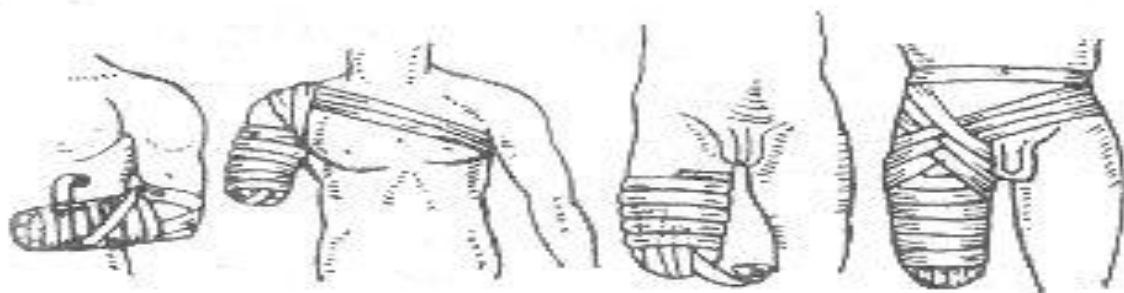
4-5-расмлар

батамом ёпилади. Боғлам айланма равишда бинт йўналиши билан қайтарилади (6-расм а,б,в,г).

Асосан қўлтиқ-елка соҳаларига қўйилади. (4-расм а,б). Тошбақасимон боғлам - бир оз букилган ҳолатдаги бўғимлар соҳасига қўйилади (5-расм а,б).

Қайтувчи боғлам бошга, қўл-оёқларнинг ампутацион чўлтоғи соҳасига қўйилади. Чўлтоқ оёқ юқори қисмида 3 - 4 циркуляр боғлам ўралади, сўнг боғламга перпендикуляр ҳолатдаги бинт йўналиши билан жароҳат

6-расм.

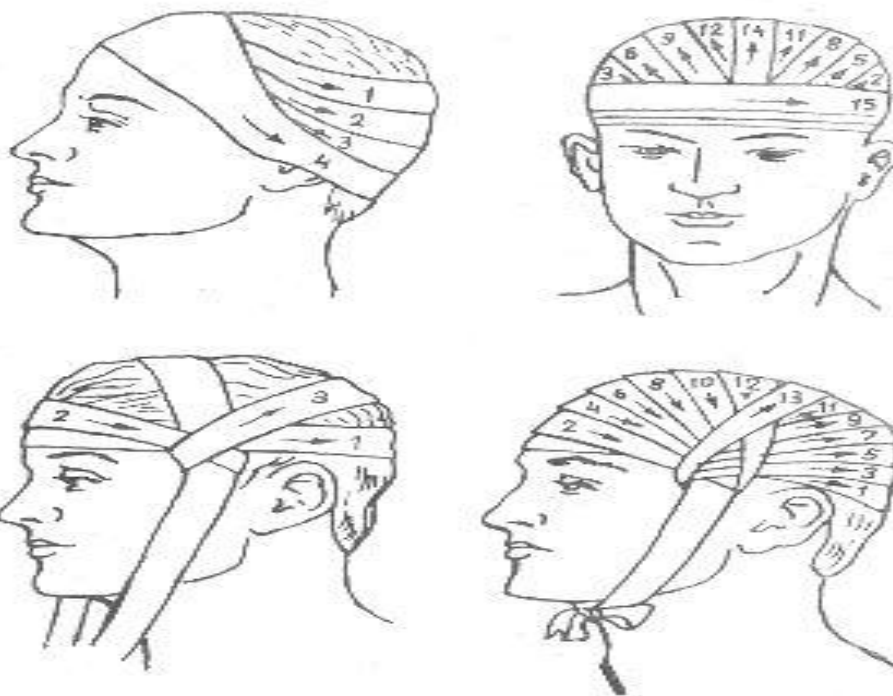


Бош ва бўйинга қўйиладиган боғламлар.

Пешона, чакка, энса соҳаларини боғлаш учун циркуляр боғламдан фойдаланилади. Бошнинг бошқа соҳаларида жойлашган жароҳатларни ёпиш учун неополитан, Гипократ, «чепец» қалпоқчалари туркумидаги боғламлар қўлланилади.

Неополитан қалпоқчаси ёрдамида битта кулоқ ва сўрғичсимон ўсимтани ёпиш мумкин (7-расм).

Бошнинг барча сочли қисмини беркитиш учун «Гиппократ қалпоқчаси» ёки «чепец» қўлланилади (8-расм). Гиппократ қалпоқчаси мураккаб боғлам туркумига кириб, ёрдамчи ҳамшира ёрдамида қўйилди. Дастлаб пешона атрофига циркуляр боғлам қўйилади. Шундан сўнг олдинги ва орқа соҳаларга қайтувчи боғлам қўйилиб, айланма боғлам ёрдамида қотириб борилади.



7-8-9 расмлар. Бошга қўйиладиган неополитан, Гиппократ ва чепец қалпоқчалари боғлами.

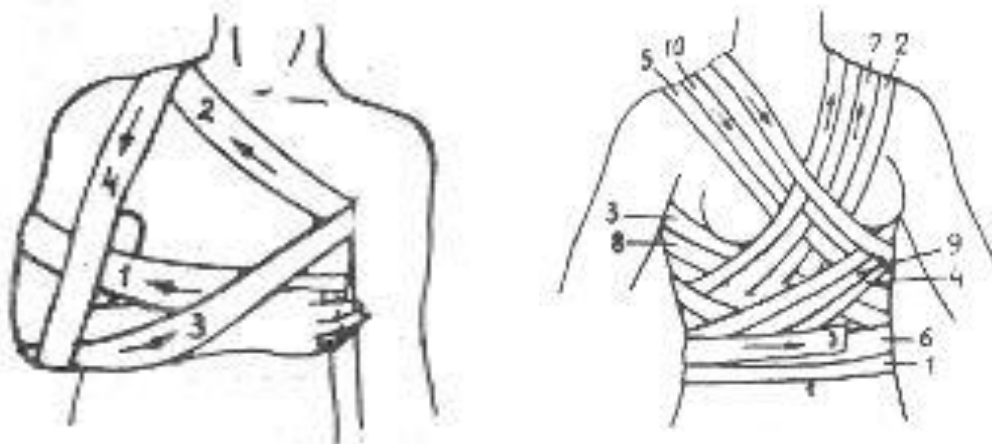
«Чепец» боғлами учун бита бинт тасмаси (40 см) ва битта бинт талаб этилади. 40 см узунликдаги бинт тасмасини беморнинг ўзи пастки жағ сатҳида пастга қараб тортиб туради. 2-бинт пешона соҳасида 2 - 3-марта циркуляр ўралиб, тепа-энса соҳасидаги бинт тасмасидан чапдан-ўнгга ва ўнгдан-чапга қараб боғланиб борилади шунда, бошнинг сочли қисми ёпилиб боради. Охирида бинт тасмасининг иккала учидан бирига қўшилиб ияк соҳасида бир-бирига боғлаб қўйилади (9-расм).

Бўйинга ва кўкрак қафасининг орқа юзасига хочсимон ёки 8-симон боғламлар қўйилади. Бошқа турдаги боғламлар ушбу соҳада бир-бирининг устига йигилиб қолиб, боғламни яхши ушлаб тура олмайди.

Дезо боғлами.

Шикастланган қўлни физиологик ушлаб туриш учун қўлтиқ остига пахтали ёстикча қўйилади. Тирсак бўғими тўғри бурчак остида буқилади ва қўл кўкрак қафасига олиб келиб теккизилади.

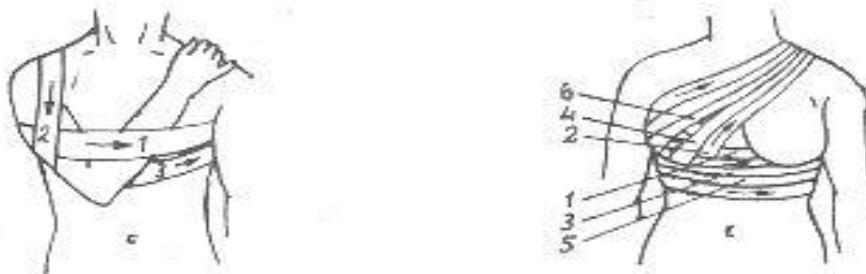
Дезо боғламида бинт 4 марта айлантриб боғланади ва ушбу йўналишни сақлаган ҳолда бинт ўрамлари бир неча марта такрорланиб, қўлни батамом фиксация қилишга эришилади. Боғлам зарарланган қўл томонда якунланади (10-расм а,б).



10-расм. Дезо боғлами ва иккала сут безига қўйиладиган боғлам.

Вельпо боғлами.

Шикастланган қўл бармоқлари билан соғ елкани ушлатиб қўйилади (11-расм а,б). Бинт асосан 2 йўналиш орқали айлантриб, ўралади. 1-тур- даги боғлам циркуляр бўлиб, шикастланган қўл кўкрак қафасига боғланади.



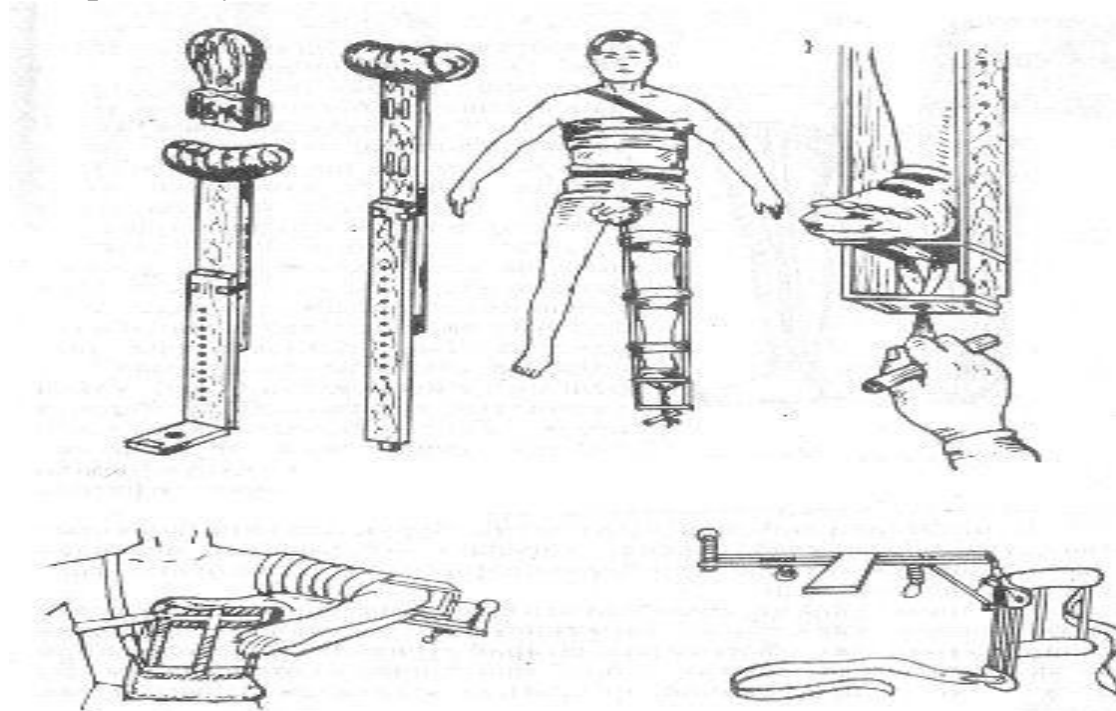
11-расм. Вельпо боғлами ҳамда битта сут беги боғлами.

2-турдаги боғлам шикастланган елка устидан ўтиб, тирсакни орқадан айланиб ўтади ва соғ қўлтиқ ости соҳасига қараб ўралади. Ушбу йўналишда бир неча марта ўралгач, қўл тўлиқ иммобилизация қилинади

Қаттиқ боғламлар.

Ушбу турдаги боғламлар бўғимлар шикастланганда, суяклар синганда, қўл-оёқдаги мушаклар, пайлар узилиб кетганда иммобилизация мақсадида қўлланилади. Асосан транспорт ва даволаш шиналаридан фойдаланилади. Шиналар енгил,

мустаҳкам, осон тозаланадиган бўлиши зарур. Уларни қалин картон, тахта бўлакларидан (12 расм а,б), полиэтилендан (хаво билан димланганда танага ўрнатилган соҳа конфигурациясини олади), пластик ёки металлдан (симли, нарвонсимон Крамер шинаси, Эсмарх шинаси, Беллер, Чаклиннинг стандарт шиналари) тайёрлаш мумкин.

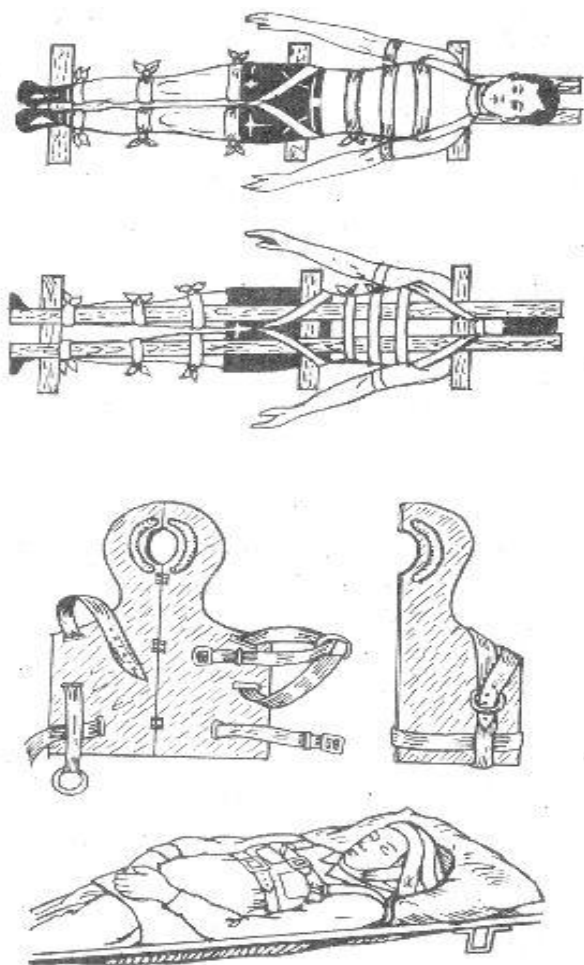


12-расм. Дитерихс шинаси ва уни қўллаш.

Транспорт иммобилизацияси мақсадида шошилиш шароитларда қўл остида бўлган турли предметлардан фойдаланса бўлади. Чунки суяклар синганда иммобилизация қилинмасдан касалхонага беморни транспортировка қилиш жиддий асоратлар яъни суяк синиқларининг силжиши, шокнинг оғир даражасини ривожланиши, йирик қон томирлар (артерия, вена) шикастланишига олиб келиши мумкин.

Суяклар ёпиқ синган транспорт шиналарини кийим устидан ўрнатса ҳам бўлади. Агар суяклар очик синган бўлса, аввал жароҳат стерил боғлов материаллари билан ёпилиши, сўнгра шиналаниши зарур. Симли шиналарни қўйишдан олдин улар пахта-дока билан ўралади.

Суяк ва бўғимларнинг бўртиб чиққан сатҳларига пахтали ёстикчалар қўйиш мақсадга мувофиқ. Қўл-оёқлар тахтакачланганда бармоқ ва панжалар иложи бўлса очик қолдирилади. Тахтакачлар асосан бинт ёрдамида қотирилади.



Ўмров суяги синганда пахта-докадан тайёрланган халқалардан фойдаланса бўлади. Умуртқа поғонаси, чаноқ суяклари синганда узун, кенг тахталардан фойдаланилади. (13-расм а,б).

Сон ва чаноқ-сон бўғими шикастланганда тортиб турувчи Дитерихс шинасини қўллаш мақсадга мувофиқ.

Бу шина иккита ясси тахтадан иборат бўлиб, узун оёқ ва тананинг ташқи томонига, кичиги эса оёқнинг ички томонига мослашган Энли бинтлар тахтакачлар тешиклари орқали ўтказилиб, оёқ фиксация қилинади.

13-расм. Умуртқалар синганда ишлатиладиган транспорт шинаси. Еланский шинаси.

Қотувчи боғламлар.

Қотиб қолувчи боғламлар ичида гипс боғлами энг кенг тарқалган. Гипсдан қилинган боғлам тез қотиши, танага мустаҳкам ёпишиши, турли шароитларда қулай қўйилиши билан ажралиб туради. Гипс боғлами қўйиш учун гипс, дока, пахта керак. Гипс боғламини қўйиш учун ходимлар фартук тақиб, резина қўлқоп кийиб оладилар. Тайёр гипс лонгеталари ва бинтлари илиқ сувга ботирилади ва хаво пуфакчалари тўлиқ чиқиб кетгунча кутиб турилади. Сувдан олингач, гипс лонгетаси аста қисилади, сўнг узунасига ёйиб, текисланади ва беморнинг мўлжалланган соҳасига қўйилади. Шикастланган аъзога физиологик ҳолат берилади ва бинт билан боғлаб қотирилади.

Гипс боғламининг турлари

1. Циркуляр гипс боғлами (қўл, оёқ суяклари синганда иммобилизация қилиш учун қўйилади).

2. Титор (гильза) бўғимга ёки маълум бир оёқ сегментига осойишталик бериш учун қўлланилади. Титорнинг олинувчи ва олинмайдиган турлари мавжуд.

3. Лонгета - қўл ёки оёққа қўйилиб, фақат бир юзасини ёпиб туради. Лонгета циркуляр боғлам. Олдин лонгета боғлами қўйилиб, устидан циркуляр боғлам билан қотирилади.

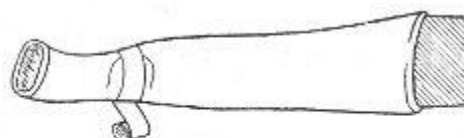
4. Дарчали ёки кўприксимон боғлам. Қўл - оёқ иммобилизация қилинган, махсус дарча орқали жароҳат кузатилиб, даволаниб турилади.



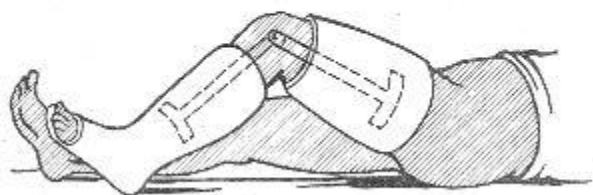
5. Шарнирли гипс боғлами бўғим ҳаракати учун ишлатилади.



6. Гипс корсетлари, оёқлари ва боғлам-каравотлар ортопедик ва суяк- бўғим сили касаллигини даволашда, умуртқа поғонаси сингандан кейинги даврларда ишлатилади. (14-расм а, б, в, г).



Гипс боғлами қўйилган, 2 сутка давомида шикастланган аъзо назорат қилинади. Оғриқ пайдо бўлиб, бармоқ учлари кўкарса, маҳаллий ҳарорати пасайса, шиш хосил бўлса, гипс боғламлари махсус қайчи ёрдамида кесиб олинади, чеккалари кенгайтирилади.



14-расм. Орқа гипсли лонгета, дарчали гипс боғлами, кўприксимон гипс боғлами, шарнирли гипс боғлами.

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР

1. Десмургия, боғламлар турлари ва уларнинг мақсади.
2. Боғламларга қўйиладиган талаблар, ва улар учун ишлатиладиган материаллар.

3. Юмшоқ боғламлар қўйиш техникаси ва қоидалари.
4. Тананинг турли соҳаларига қўйиладиган юмшоқ боғламларнинг ўзига ҳос хусусиятлари.
5. Қаттиқ боғламлар қўйишга кўрсатмалар ва уларнинг техникаси.
6. Гипс боғлами, унинг турлари, техникаси, афзаллиги.
7. Транспорт ва даволаш иммобилизацияси, усуллари, кўрсатмалар.

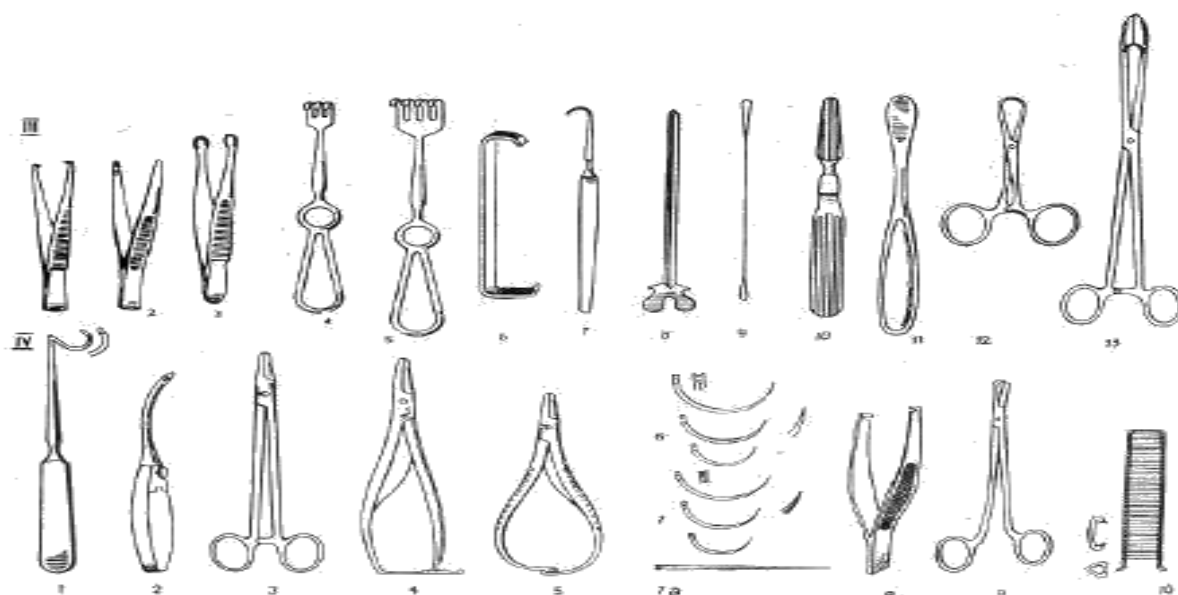
VI. ОПЕРАЦИЯ ТЕХНИКАСИ ХАҚИДА ТУШУНЧА. ОПЕРАЦИЯ ВАҚТИДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ ЖАРАЁНИНИ ТАШКИЛ ЭТИШ.

Деярли ҳар бир операцияда ишлатиладиган асбоблар, уларнинг бажарадиган ишига кўра 4 гуруҳга бўлинади.

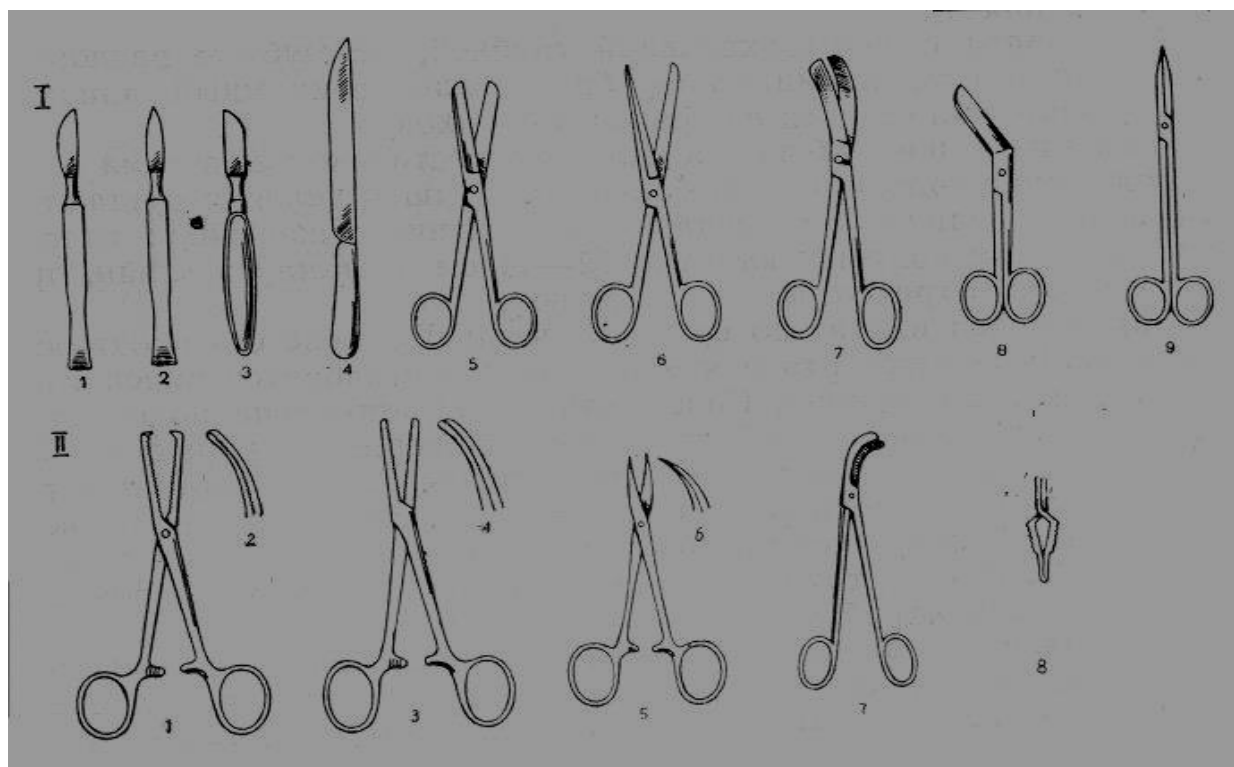
1. Тўқималарни кесишга мўлжалланган асбоблар (скальпель, қайчилар, арралар ва ҳоказо)
2. Қон тўхтатишга мўлжалланган асбоблар (турли хил қисқичлар, диатермокоагулятор ва ҳоказо)
3. ЁРДАМчи асбоблар (пинцетлар, жароҳатни очиб кўрсатувчи илмоқлар, ойналар, зондлар ва ҳоказо)
4. Тўқималарни бирлаштирувчи асбоблар (игна ушлагич, игналар, Мишель қисқичи ва ҳоказо)

Жарроҳлик асбоблари етарли даражада мустаҳкам ва пишиқ бўлиши зарур. Асбоб-анжомларни тўғри ишлатиш, очиб-ёпиш учун систематик равишда шуғулланиб туриш муҳим аҳамиятга эга. Жарроҳ, ҳамшира ҳар иккала қўли билан деярли бир хил ишлаши талаб этилади. Жарроҳлик асбоблари билан ишлаётганда қуйидагиларга амал қилиш зарур:

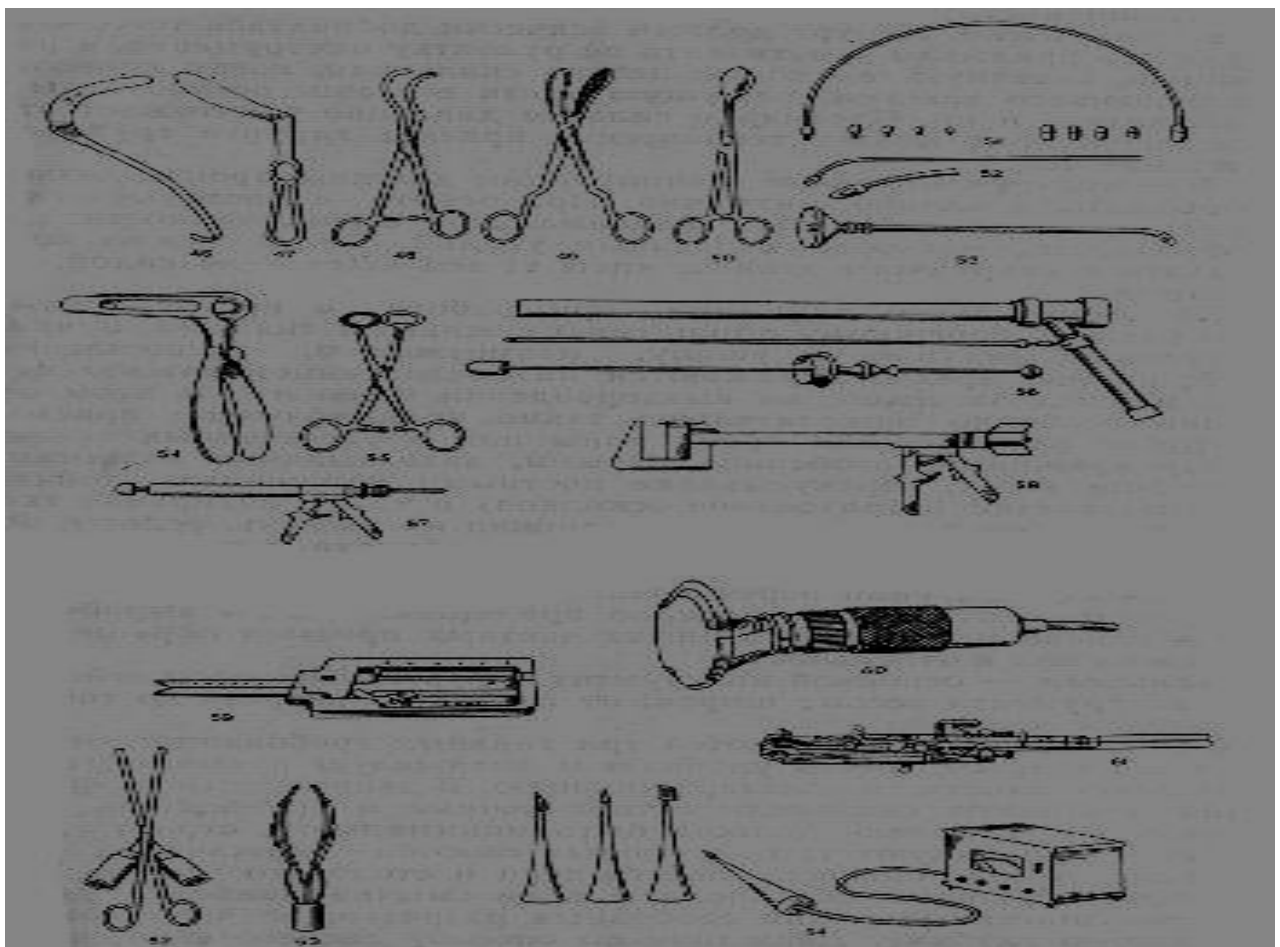
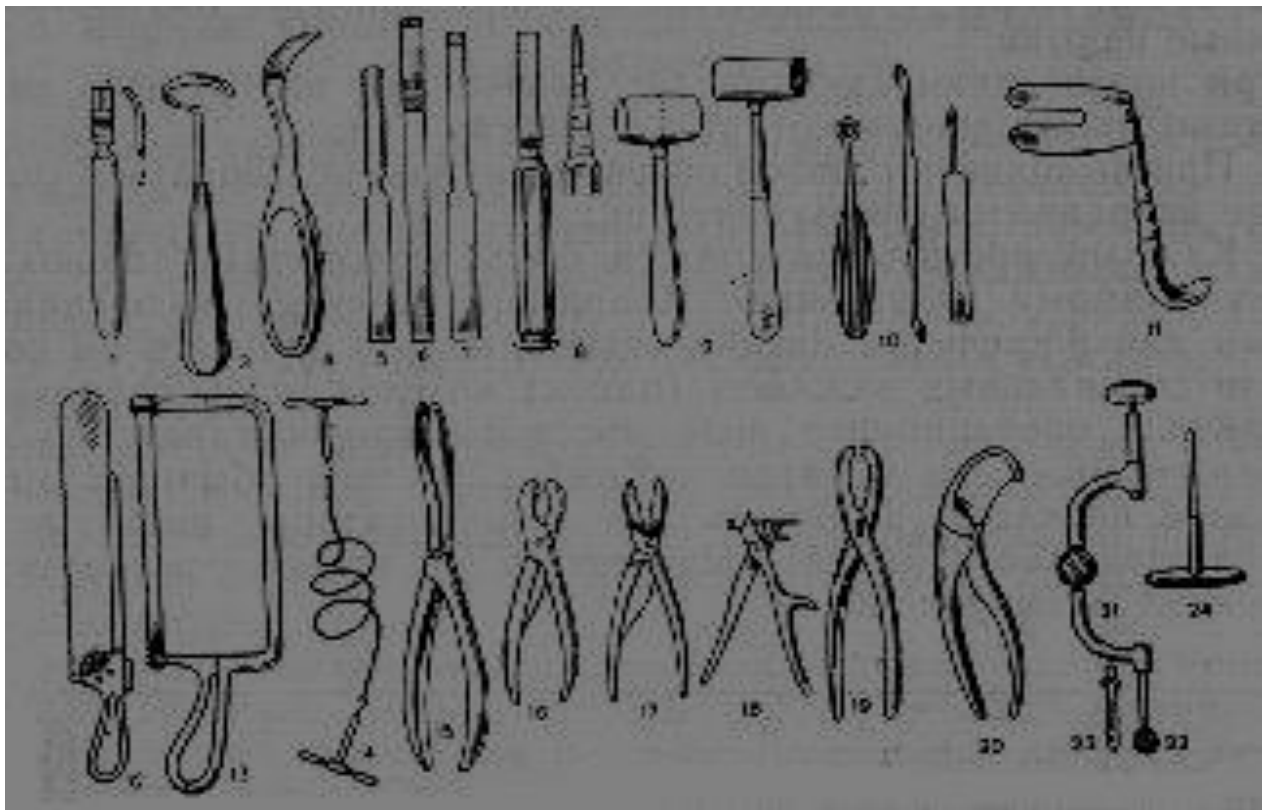
1. Ҳар қандай операцияни бажариш жараёнида яхши ишловчи асбобларни фойдаланиш зарур.
2. Ҳар қандай асбоб ўз кўрсатмасига биноан ишлатилиши зарур. Масалан: скальпель юмшоқ тўқималарни кесиш учун мўлжалланган, унда суякни кесиш ман этилади. Операция майдонини ёпиб турадиган чойшабларни махсус қисқичлар ёрдамида ушлаш керак, бунинг учун қон тўхтатадиган қисқичлардан фойдаланиш мумкин эмас. Бу ҳолда у нозик ишлар учун яроқсиз ҳолга келиб қолади (15-расм).



15-расм. Жарроҳлик асбоб-анжомлар тўплами.



15-расм. Жарроҳлик асбоб-анжомлар тўплами(давоми)



15-расм. Жарроҳлик асбоб-анжомлар тўплами (давоми)

I- кесувчи асбоблар:

1. Қориндор скальпель
2. Ўткир учли скальпель
3. Тўғри, резекция қилувчи пичоқ
4. Ампутация қилувчи пичоқ
5. Ўтмас учли қайчи
6. Ўткир учли қайчи
7. Купер қайчиси
8. Рихтер қайчиси
9. Қон томири қайчиси ва ҳоказо

Ҳар қандай асбобни енгил ва дадил ушлаш керак, асбоблар билан ўтказиладиган барча муолажаларни бир текисда, ритмик бажариш зарур. Қадимги мақолда айтилишича уларни : «non vi sed arte» - куч билан эмас, санъат билан ишлатиш зарур.

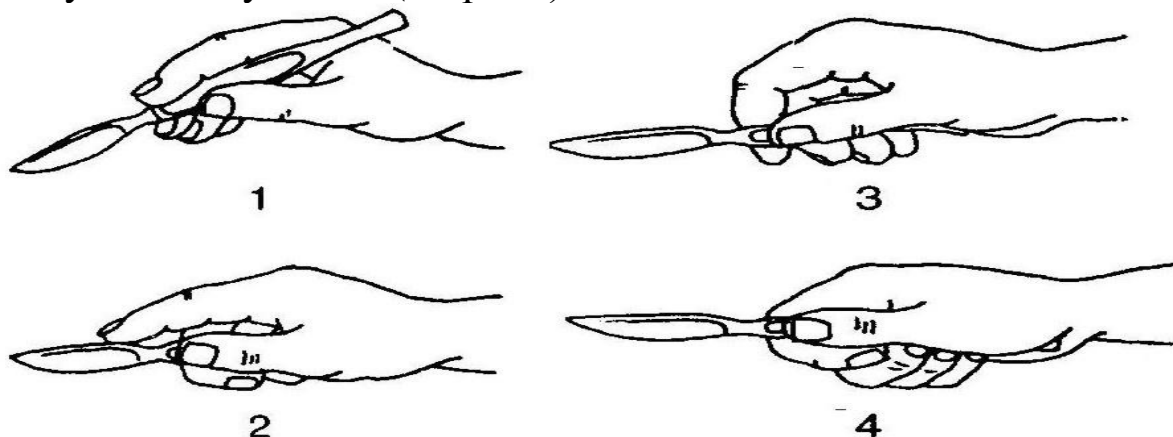
Энди ҳар бир асбобни алоҳида кўриб чиқамиз.

Скальпель - жарроҳнинг асосий асбоби ҳисобланади. Ушбу асбобнинг кўлланилиш чегараси жуда кенг: чуқур кесма қилишдан то жуда ингичка, юза тилишгача. Скальпельга 3 та асосий талаб қўйилади:

- Ўткир бўлиши
- Қулай ва енгил дастага эга бўлиши
- Осон тозаланиши ва стерилизация қилиниши зарур

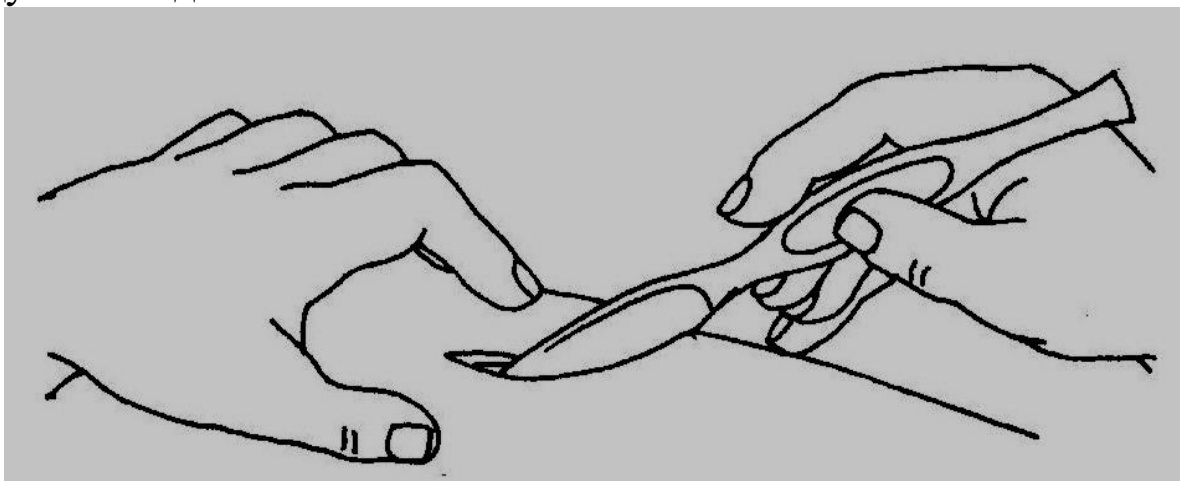
Скальпелни кўлда 4 та турли ҳолатда ушлаш мумкин :

- 1 Қаламни ушлагандек;
2. Ошхона пичоғини ушлагандек;
3. Скрипкачи таёқчасини ушлайдиган ҳолатда.
4. Мушт каби ушлаш. (16-расм)



16-расм. Скальпелни тўғри ушлаш усуллари: 1 – ёзув қалами каби, 2- скрипка таёғи каби, 3 – ошхона пичоғи каби, 4 – мушт каби ушлаш.

Турли ҳолатларда скальпелни ушлаш бажариладиган кесмани танлашга боғлиқ (17 расм). Скальпелни қаламни ушлаганга ўхшаб ушлаш нозик муолажаларни бажаришда (қорин пардадаги чандиқларни кесиш, ўсмаларни ажратиб олишда) қўл келади. Скальпелни ошхона пичоғини ушлаганга ўхшаб ушлаб ишлатиш чуқур кесишда қулай ҳисобланади. Ампутация пичоғи дастасини кафт билан маҳкам қилиб олиб ишлатиш мақсадга мувофиқ. Тўқималарни кесишда электропичоқ, лазер скальпели, ультратовушдан ҳам фойдаланса бўлади. Бу усул электротомия деб аталади. Юмшоқ тўқималар кесилганда қон кетмаслиги, ўсма ҳужайралари парчаланиши ушбу усулнинг афзалликларидан биридир. Электропичоқ нейрожарроҳлик ва онкологияда кенг қўлланилади.



17-расм. Терини кесиш усули.

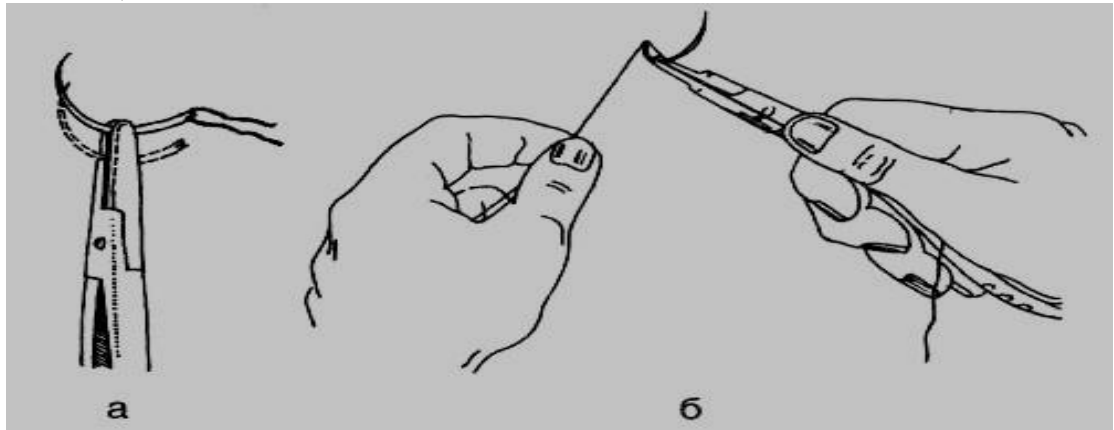
Жарроҳлик қайчилари

Қайчиларнинг бир неча тури мавжуд: тўғри ўтмас учли, тўғри ўткир учли, Купер қайчиси, Рихтер қайчиси. Жарроҳлик амалиётида тўғри ўтмас учли ва Купер қайчилари ишлатилади. Тўғри ўткир учли қайчилар чокларни олиш, апоневрозни кесиш учун ишлатилади. Қайчини ишлатганда скальпелга ўхшаб кесувчи ҳаракатларни тез ва аниқ бажариш зарур. Қайчининг ўнг ҳалқасига IV бармоқнинг тирноқ фалангаси киритилади, III бармоқ шу ҳалқани устидан босади, кўрсатгич бармоқ қулфни устидан ушлайди. Чап ҳалқага бош бармоқ киритилади ва шу бармоқнинг ҳаракати билан қайчининг учи назорат қилинади. Қайчи нафақат кесувчи асбоб, у тўқималарни бирмунча эзиб ташлаш хусусиятига ҳам эга. Шунинг учун қайчи билан тери, пайлар, паренхиматоз аъзоларни кесиш тавсия этилмайди.

Жарроҳлик игналари ва игнатутқичлар

Жарроҳлик игналари қисман кесувчи, асосан санчувчи асбоб ҳисобланади. Улар тўқималарни бирлаштириш учун хизмат қилишади. Жарроҳлик игналар турли шакл ва ўлчамга эга бўлади. Уч қиррали, кесувчи, ёйсимон шаклга эга бўлган, юмалоқ, тўғри ва эгри (ичак игнаси) шаклли игналар энг кўп қўлланилади. Тўқималарни тикиш жараёнида игналарни ушлаб турувчи махсус асбоблар - игнатутқичлар ишлатилади. Юрак ва қон томирларида бажариладиган операцияларда махсус ажарроҳлик игналар ишлатилади.

Игнатутқичларнинг бир неча тури мавжуд. Халқали дастага эга бўлган (Хегар) ва эгри дастага эга бўлган (Матъе) игнатутқичлар кенг тарқалган. Тумшуғидаги энг ингичка жойини энг учи билан ушлаш тавсия этилади. Игна учидан $\frac{2}{3}$ қисмининг, эркин туриши мақсадга мувофиқ ҳисобланади. (18-расм а,б).



18-расм. Игна ва ипни тайёрлаш.

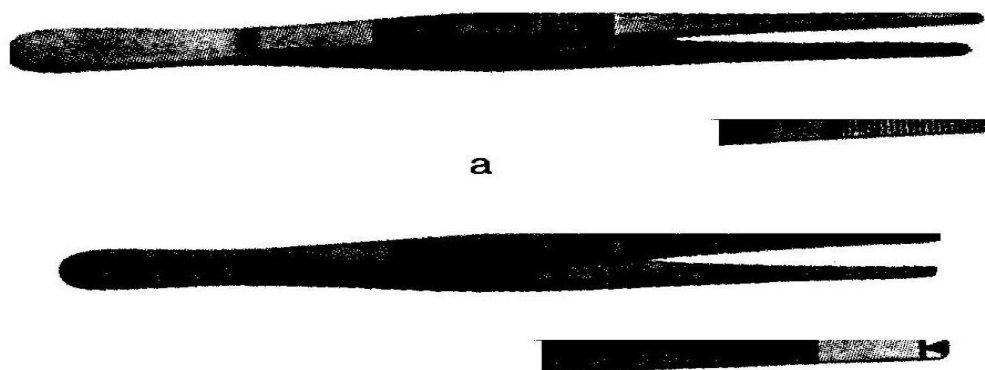
- а) игнани игнатутқичга туғри ва нотўғри (пунктир) ўрнатиш,
б) ипни игнага ўрнатиш.

Тўқималарни тикиш жараёнида яна бир асбоб - пинцет ишлатилади. Игнанинг учи тўқимадан чиққан захоти пинцет билан ушлаб олинади ва игнатутқич билан қайта ушланади. Бу муолажани бажаришда пинцет ўрнига бармоқларни ишлатиш мумкин эмас.

Пинцетлар

Пинцетларнинг анатомик, жарроҳлик ва панжали турлари тафовут қилинади (19-расм а,б). Улар бир-биридан ўзининг ушловчи қисмлари билан фарқ қилади. Анатомик пинцетларнинг ушловчи қисмлари ўтмас, кўндаланг йўналишли майда

арикчалардан иборат, жарроҳлик пинцетларнинг ўткир тишлари бўлиб, панжали пинцетларда ушбу қисм юмалоқ тишлардан иборат.



19-расм. Пинцетлар: а) анатомик ва б) жарроҳлик пинцетлари.

Анатомик пинцетлардан қорин пардани кўтариш, катта чарви ёки ингичка ичакни қорин бўшлиғидан ушлаб, ташқарига олиб чиқиш, қон ҳамда, нерв томирларини ажратишда фойдаланилади. Жарроҳлик пинцетларидан тери, апоневроз ҳамда, муқулларни ушлаб туриш учун ишлатилади. Панжали пинцетлар тўқималарни ушлаганда камроқ шикастлаши билан ажралиб туради, шу сабабли тўқималарни тикиш жараёнида кўп ишлатилади. Пинцетларнинг узунлиги одатда 15 см атрофида бўлади, лекин 20 см ва ундан узунроқ бўлган анатомик пинцетлар ҳам айрим жарроҳлик операциялари жараёнида ишлатилади. Узун пинцетлар чуқур жароҳатларда, қорин ва кўкрак бўшлиғидаги, гинекологик операцияларда айниқса, қўл келади. Пинцетнинг бир томони катта бармоқ, иккинчи томони эса кўрсатгич ва ўрта бармоқлар билан ушланади.

Қон тўхтатувчи қисқичлар

Тўғри, тишли (Кохер қисқичи), тўғри ёки эгри (Бильрот қисқичи), овал дарчага эга бўлган (Пеан қисқичи), қисқич эластик қон томирлари (Поттс, Блелок, Вишневский) қисқичлари қон тўхтатиш учун мўлжалланган жарроҳлик асбоблари туркумига киради. Тишли қисқичлар тўқималарни мустахам ушлайди, лекин ушланган тўқималар тешилиб зарарланади. Шу сабабли болалар жарроҳлигида, қон томирлари, қалқонсимон без жарроҳлигида, нейрожарроҳликда кичик ҳажмли «Москит» туридаги қисқичлар қўлланилади. Қисқичларни ҳам худди қайчини ушлагандек ушлаш зарур, яъни катта бармоқ қисқич

дастасининг биринчи ҳалқасига, III - IV бармоқлар иккинчи ҳалқасига киритилади. Қисқични объектга нисбатан перпендикуляр ушлаш зарур. Қон томирни ушлаш жараёнида атрофдаги тўқималарга камроқ зиён етказиш мақсадга мувофиқ.

Олий маълумотли ҳамшира операция жараёнида операцион ҳамшира ёки жарроҳ ёрдамчиси (ассистенти) сифатида ишлаши мумкин. Операция ҳамшираси сифатида ишлаётганда жарроҳга асбоб-ускуналарни узатиб туришни ўзига хос қонун-қоидаларига риоя қилиш зарур.

Жарроҳ операция хонасига кириб келганда ҳамшира унинг қўлига стерил сочикни узатади, сўнгра икки марта антисептик модда шимдирилган салфеткани қўлга ишлов бериш учун кетмакет беради. Жарроҳга операция халатини кийдиради ва енгидаги боғичларини боғлаб қўяди. Кейин стерилланган қўлқопларни галма-галдан олдин ўнг қўлига, сўнгра чап қўлига кийдиради. Жарроҳ қўлқопнинг стерил бўлишига қарамасдан, унга яна бир марта антисептик (спирт билан) ишлов беради. Операция майдонига кўпинча Гроссиг Филончиков усулида ишлов берилади. Бунинг учун ҳамшира антисептик шимдирилган салфеткани корнцанг ёрдамида қисиб, асбобнинг дастаси томони билан жарроҳга узатади. Операция майдонига ишлов берилгач, операция майдони атрофи стерил чойшаблар билан ўралади. Стерил чойшаблар махсус асбоблар: «цапкалар» ёрдамида фиксация қилинади. Ҳамширанинг кичик стерил операцион столида асбоб-анжомлар, боғлов материаллари, шприц, антисептик ва анестетик солинган идишлар тартибли жойлаштирилган бўлиши зарур. Одатда шиша идишларга солинган дорилар, анестетиклар ҳамшира столининг ўнг бурчагида, кесувчи асбоблар марказда, турли қисқичлар столнинг чап бурчагида, боғлов материаллари эса махсус тайёрланган «чўнтакларда» сақланади. Шиша идишга солинган спирт ва новокаинни бир-биридан ажратиш учун, спирт ичига 1 - 2 та докали «шарча» ташлаб ёки 3 - 4 томчи йод томизиб қўйилади. Салфеткаларни ишлатиш учун қулай ҳолга келтириб, корнцанг билан қистириб, катта ва кичик тупферлар ҳосил қилинади. Тикув материаллари махсус идишга ўрнатилган ғалтакларда ёки стерилланган кичкина чойшаблар орасига жойлаштиради, ипларнинг бир учи ҳамширага кўриниб туриши зарур. Ҳамшира ўзининг анатомик пинцети ва қайчисига эга бўлади. У

ишлатадиган қайчи ва пинцет жарроҳ ишлатадиган асбоблар билан аралашиб кетмаслиги керак. Чунки ҳамшира ўз асбоблари билан тикув материалларини чойшаб орасидан суғуриб олади, кесади. Жарроҳ ишлатадиган асбоблар эса операция давомида ўз стериллигини йўқотиши мумкин, чунки бу асбоблар патологик экссудат (йиринг, шиллик, ковак аъзолар ажратмаси ва ҳоказо) ифлосланган бўлиши мумкин. Жарроҳ операция давомида ҳамшира столидаги асбобларини мустақил равишда олиши мумкин эмас, унга зарур бўлган асбоб-анжомларни ҳамширанинг ўзи узатиб туради. Скальпель унинг ўткир қисми салфетка билан ўралган ҳолда узатилади. Жарроҳ ишлатиб бўлган асбобни ҳамширанинг қўлига бериши зарур. Агар асбоб қон, йиринг, экссудат билан ифлосланган бўлса, ҳамшира махсус антисептик (фурацилин, хлоргексидин, риванол) шимдирилган салфетка билан ифлосланган асбобларни артиб-тозалаб туриши, ўз ўрнига қўйиши зарур. Ушбу жараён операция давомида такрорланиб боради. Ҳамшира бажарилаётган операциянинг барча босқичлари билан танишиб олади. Бу унга операциянинг қайси босқичида қандай асбоб-анжомлар керак бўлишини билиб олишига ёрдам беради. Операция давомида ҳамшира операция жараёнини диққат билан кузатиб боради. Чуқур жароҳатларда ишланаётганда ундан асбобларнинг узунини узатиш, лигатураларни ҳам узун кесиб, қисқичларга қистириб бериш талаб этилади. Аксинча, агар юзаки жароҳатда ишланаётганда калта асбобларни, лигатурани ҳам калтароқ кесиб бериш мумкин. Ҳамшира тупфер ясаш учун қон тўхтатадиган қисқичлардан фойдаланмаслиги, фақат махсус корнцангларни ишлатиши зарур. Операциянинг ҳар бир «ифлос» босқичи (ковак аъзоларга қўйилган анастомознинг биринчи қатор чокларидан сўнг, перитонит ўчоғи бартараф этилгач ва ҳоказо) тугагач, жарроҳ қўлларига қайтадан ишлов бериши зарурлигини эслатиб туриш ҳам ҳамшира зиммасига юкланади. Ушбу ҳолларда жарроҳ қўлқопини фурацилиннинг 1:5000 эритмаси билан ювиб, стерил салфетка билан артади ва 96 °спирт эритмаси билан қўшимча равишда ишлов беради. Баъзан жарроҳ халати ҳамда қўлқопи жуда ифлосланиб кетса, уни қайтадан кийинтириш мақсадга мувофиқ бўлади. Чунки шундай қилинмаса, операциянинг тоза босқичларини (мушак, апоневроз, тери ости қавати, терини тикиш) бажаргандан сўнг операциядан кейинги даврда йирингли яллиғланиш асоратлари келиб чиқиши учун

замин яратилади. Операция учун зарур бўлган барча асбоб-анжомлар, боғлов материаллари, кичик операция стерил столи дастлаб тайёрланган пайтда ушбу столга тахланиши зарур. Чунки операция пайтида етишмай қолган асбобни катта стерил столдан олиш асептика қонунларига тўғри келмайди, чунки ҳамшира операция давомида жарроҳ билан узвий боғланганлиги сабабли, ўз қўлини тоза стерил ҳолда сақлай олмайди. Натижада катта стерил столдаги айрим асбобларининг стериллиги бузилади. Юқорида кўрсатиб ўтилган жарроҳликнинг асосий қонун-қоидалари операция ҳамшираси зиммасига катта масъулият юклайди.

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАРИ

1. Операция учун ишлатиладиган асбоблар, уларнинг турлари
2. Операция вақтида асбоб-ускуналардан тўғри фойдаланиш тамойиллари
3. Тўқималарни кесувчи асбобларга қўйиладиган талаблар ва улардан фойдаланиш қоидалари
4. Қон тўхтатувчи асбоблар, улардан фойдаланиш қоидалари
5. Тўқималарни бирлаштирувчи асбоблар, улардан фойдаланиш қоидалари

VII. ОЧИҚ ЖАРОҲАТЛАР ЖАРОҲАТГА БИРЛАМЧИ ЖАРРОҲЛИК ИШЛОВИНИ БЕРИШ, СПЕЦИФИК ИНФЕКЦИЯНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ.

Танани қоплаб турган тўқималарнинг механик таъсир натижасида унинг анатомик бутунлигининг бузилишига очик жароҳат дейилади.

Очик жароҳатлар келиб чиқиш сабаблари, шикаст етказган буюмнинг хусусиятига қараб қуйидагича таснифланади:

1. Санчилган жароҳат (найза, камон ўқи, кабоб сихи ва ўтқир тиғли буюмлар)
2. Кесилган жароҳат (пичоқ, ханжар, шиша бўлаги ва ҳоказо)
3. Чопилган жароҳат (болта, қилич, шамшир ва ҳоказо)
4. Урилган жароҳат (болға, тош, темир бўлаги ва ҳоказо)

5. Йиртилган жароҳат (тери кўзғалмас ёки ҳаракатдаги ўткир жисмга илиниб қолиб, ҳаракат инерцияси сабабли йиртилиб жароҳатланади)

6. Ўқ теккан жароҳат (ўқ отувчи қуроллар)

7. Эзилган жароҳат (оғир ёки катта босим остида шикастлайдиган нарсалар етказган жароҳат)

8. Тирналган жароҳат (майда шох-шаббалар, ҳаракатдаги одам асфальтга йиқилиб, судралса, ҳайвонлар тирноғи ва ҳоказо)

9. Тишланган жароҳат (одам, ҳайвон, қурт-қумурсқалар)

10. Заҳарланган жароҳат (жароҳатловчи нарсалар тиғига махсус заҳар суриб қўйилганда)

11. Аралаш жароҳат (бир неча турдаги жароҳатлар қўшилиб келса)

Ўқ теккан жароҳатлар оғир кесувчи ва оғир оқибатларга олиб келувчи жароҳатлар туркумига киради. Ўқ теккан жароҳат каналида қуйидаги қаватлар тафовут қилинади:

1. Бирламчи жароҳат канали

2. Тўқималарнинг жароҳатли некротли майдони.

Ўқ теккан жароҳатлар асосан иккиламчи йўл билан, яъни йиринглаб битади.

Бу яраланган пайтда бирламчи инфекция ёки беморни транспортировка қилиш пайтида тушган иккиламчи инфекция сабабли руй беради.

Жароҳат чуқурлигига қараб:

1. Ялаб ўтган жароҳат

2. Тешиб ўтган жароҳат

3. «Кўр» жароҳатларга бўлинади

Жароҳатлар бўшлиқларга нисбатан:

1. Тешиб кирган (агар плеврал парда, қорин парда жароҳатланган бўлса).

2. Тешиб кирмаган (плеврал бўшлиқ, қорин парда, миянинг қаттиқ пардаси бутун бўлса) турларга бўлинади.

Жароҳатга микроб аралашганлигига қараб:

1. Асептик (операция жароҳатлари, дастлабки 6 соат ичида жарроҳлик ишлови берилган жароҳатлар).

2. Инфекция тушган (қолган барча жароҳатлар) жароҳатларга бўлинади.

Жароҳат оғирлиги қуйидаги омилларга боғлиқ бўлади:

1. Қоннинг қанчалик кўп йўқотилганлигига

2. Шок борлигига
3. Жароҳатга инфекция тушганлигига
4. Ҳаёт учун муҳим бўлган аъзолар қай даражада шикастланганлигига.

Очиқ жароҳатларнинг клиник манзараси маҳаллий ва умумий симптомлардан иборат. Маҳаллий симптомларга оғриқ, тери бутунлигининг бузилиши, қон кетиш, жароҳат атрофида қонталаш, тери ости эмфиземаси (кўкрак қафаси жароҳатларида) киради. Умумий симптомларга ўткир қон йўқотиш, шок, инфекция киради.

Барча турдаги очиқ жароҳатлар асосан операция йўли билан даволанади. Жароҳат олинганидан кейин 24 соат ичида бажарилган операция жароҳатга бирламчи жарроҳлик ишловини бериш (БЖИ) дейилади.

Жароҳатга бирламчи жарроҳлик ишловини бериш операция хонасида ва қуйидаги тартибда бажарилади:

1. Жароҳат атрофида, яъни операция майдонига антисептик моддалар (спирт, йод, йодонат, хлоргексидин ва ҳк.) билан ишлов берилади.

2. Анестезия (кўп ҳолларда маҳаллий, ўтказувчан, регионар анестезия), катта ҳажмдаги жароҳатларга жарроҳлик ишловини беришда умумий анестезиядан фойдаланилади.

3. Жароҳат четларини тубигача кесиб олиб ташлаш жароҳатга БЖИ беришнинг асосий тамойили бўлиб ҳисобланади. Агар жароҳат тубини кесиб олиб ташлаш имкони бўлмаса, бундай жароҳатларга БЖИ берилмайди. Масалан, кўкрак қафасида жойлашган, тешиб кирган, санчилиб кесилган жароҳатларга БЖИ берилмайди, балки терига 2 - 3 чок қўйиб тикиб қўямиз. Чунки жароҳат тубига етиб бориши жароҳатни кесиш зарур. Жуда кўп ҳолларда плевра бўшлиғига тешиб кирган жароҳатларда гемопневмоторакс белгилари бўлмаса, бемор аҳволи қониқарли, гемодинамикаси стабил бўлса, БЖИ беришга ҳожат йўқ деб топилади. Ушбу усул кўп йиллар мобайнида ўзини оқлаб келяпти.

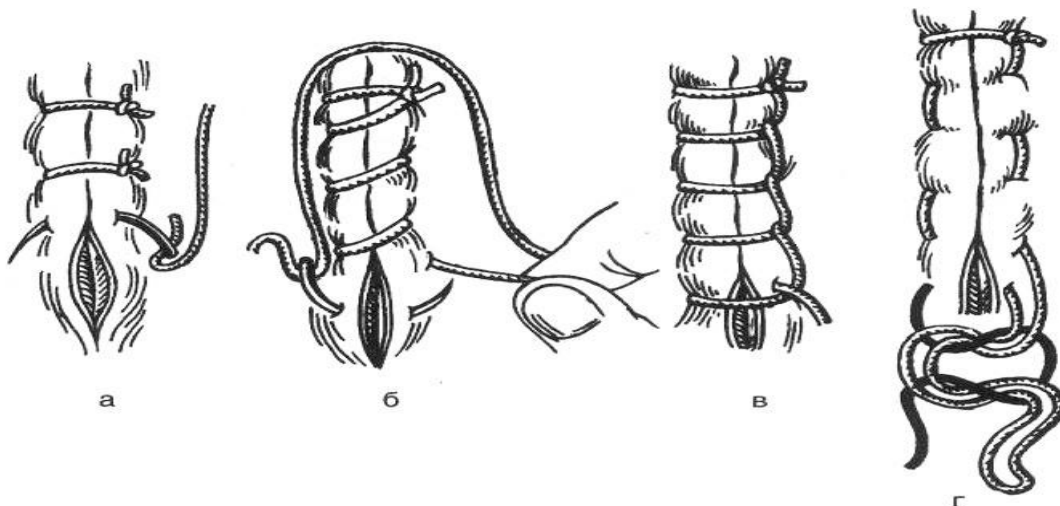
4. Гемостаз – жароҳатдан кетаётган қон электрокоагуляция қилиш, тикиб боғлаш йўллари билан тўхтатилади. Агар БЖИ бошлангунча қон кўп кетаётган бўлса, биринчи навбатда қон тўхтатилиб, кейин операция майдонига ишлов берилади.

5. Жароҳат антисептик эритмалар билан ювиб (H_2O_2 , фурацилин, натрий гипохлорид ва ҳоказо), қуритилади.

Жароҳат қаватма-қават тикилади (20-расм). Агар жароҳат жуда ифлосланган ва катта ҳажмда бўлса, БЖИ қилиш пайтида жарроҳ жароҳатда инфекция ривожланишини мустасно эта олмаса чоклар ўтказилиб, боғланмасдан қолдирилади. 2 - 4 кундан сўнг жароҳатда инфекция ривожланиш хавфи ўтиб кетгандан кейин ушбу чоклар боғланади. Бундай чоклар бирламчи кечиктирилган чоклар деб аталади.

Жароҳатлар жарроҳлик ишлови берилгандан сўнг бирламчи ёки иккиламчи бўлиб битиши мумкин. Бирламчи жароҳат деб 5 - 7 кун ичида йирингламасдан нозик чандиқ ҳосил қилиб битадиган жароҳатга аталади. Агар жароҳат йиринглаб, кейинчалик йирингли, йирингли-некротик тўқималардан тозаланиб, грануляцион тўқима билан тўлиб, дағал чандиқ ҳосил қилиб битса, иккиламчи битиш деб аталади.

Йиринглаш жараёни юзага келганда йиринг тўпланган соҳа атрофида тўқималарнинг лейкоцитар инфильтрацияси ривожланиб, бу пролифератив жараёнлар бошланишидан дарак беради.



20-расм. Жарроҳлик чоклар: а-тугунли, б-узлуксиз тўғри, в-узлуксиз айланма (Мультаовский), г-узлуксиз матрац.

Буни кўпчилик олимлар абсцесснинг биоген капсуласи деб аташади. Йиринг - микроб ва тўқималар парчаланишидан ҳосил бўлган токсик моддалардан иборат. Агар йиринг чиқариб юборилмаса, қонга сўрилиб, умумий захарланиш симптомлари юзага чиқади. Бу умумий аҳволнинг оғирлашиши, ҳароратнинг кўтарилиши, лейкоцитоз билан кечади. Шунинг учун жарроҳлик

йўл билан йирингни чиқариб ташлаш зарур. Баъзан йирингли ўчоқдан тўқимларни емириб, йиринг ташқарига мустақил равишда тешиб чиқиши мумкин. Бемор аҳволи бирданига яхшиланиб, интоксикация камаяди ва яранинг битиши учун яхши шароит туғилади.

Агар жараён ёмон тус олса, йиринг фасциялараро, апоневрозлар, қорин бўшлиғи, плевра орқали лимфоген, гематоген йўл билан тарқалиб сепсис, септицемияга олиб келади.

1977 йилда М. И. Кузин жароҳат кечиши жараёнининг таснифини ишлаб чиқди. Бунда 3 босқич тафовут қилинади:

I босқич– қон-томирлар ўзгаришлари; яранинг некротик тўқималардан тозаланиши

II босқич – регенерация – грануляцион тўқималар пайдо бўлиши

III босқич– чандиқ, эпителизация пайдо бўлиши.

Клиник манзараси.

Йирингли жароҳатларнинг клиник манзараси касалликка, унинг тарқалиш чегарасига, микроблар вирулентлигига, микроорганизмларнинг иммунобиологик кучларига, йўлдош касалликлар оғирлигига боғлиқ бўлади. Организм реакцияси маҳаллий (гиперемия, шиш, оғриқ, маҳаллий ҳарорат кўтарилиши, фаолият бузилиши) ва умумий симптомлар – интоксикация, уйқусизлик, бош оғриши, беҳоллик, ҳароратнинг 39°C кўтарилиши, безгак, терлаш билан кечади.

Диагностикаси.

Йирингли инфекция ривожланган беморлар диагностикаси умумий кўрик, жараённинг жойлашган ери, тарқалган кенглиги, бошқа аъзоларга тарқалганини аниқлашдан иборат. Инфильтрат, флюктуация пальпация қилиб аниқланади ва даволаш усули белгиланади.

Қонни текширган – лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга сурилиши, ЛИИ нинг 7- 10 гача кўпайиши (нормада 1,0–1,5) аниқланади. ЛИИ – лейкоцитларнинг интоксикацион индексини аниқлаш формуласини 1941 йилда Кальф Калиф тавсия этган ва уни 1983 йилда В. К. Островский модификация қилган:

$$\text{ЛИИ} = \frac{\text{М} + \text{МТЦ} + \text{Т/Я} + \text{С/Я} + \text{пл.хуж}}{\text{Эоз} + \text{Баз} + \text{МОН} + \text{Лимф}} = 1 - 1,5$$

Изоҳ: М - миелоцитлар, МТЦ - метамиелоцитлар, Т/Я - таёқча ядроли нейтрофиллар, С/Я - сегмент ядроли нейтрофиллар, пл.хуж. - плазматик ҳужайралар, Эоз - эозинофиллар, Баз - базофиллар, Лимф – лимфоцитлар.

Эритроцитларнинг чўкиш тезлиги 50 мм/соатгача ошиб кетади. Узоқ давом этган йирингли жараён интоксикацияга, анемияга, ички аъзолар дистрофиясига олиб келади. Қон ивиш тизимида гиперкоагуляция белгилари намоён бўлади. Йиринглаган жароҳатнинг замонавий даволаш усулларида бири – бу жароҳатга иккиламчи жарроҳлик ишловини беришдир. Иккиламчи жарроҳлик ишловининг мақсади қуйидагилардан иборат:

1. Жароҳат инфекцияси ва яранинг йиринглашини бартараф этиш
2. Некротик тўқималарни кесиб олиб ташлаш

Жароҳатга дастлабки кунлари бирламчи жарроҳлик ишлови беришга қарши кўрсатмалар: ҳаёт учун зарур бўлган аъзоларнинг жиддий шикастланиш хавфи бўлганда, нерв, йирик қон томирлар, бўғим ва пайлар шикастланиш эҳтимоли юқори бўлганда қилинмайди. Ушбу ҳолларда йиринглаган жароҳат кенг очилиб, адекват дренажланади, фақатгина некрозга учраган тўқималар олиб ташланади.

Тасодифий жароҳат олган барча беморларга специфик инфекция (қоқшол) профилактикасини ўтказиш зарур. Қоқшолга қарши анатоксин юбориб фаол иммунизацияга эришилади. Анатоксин 1,0 мл миқдорда тери остига юборилади. Қоқшолга қарши зардоб билан сусти иммунизацияга эришилади. Зардоб 3000 АБ да мушак орасига юборилади. Зардобни юборишдан олдин 0,1 мл миқдорда 1:100 нисбатдаги эритмаси билан соҳасида тери остига юборилади. Агар 30 минут ичида папула диаметри 10 ммдан ошмаса 0.1 мл эритилмаган доза тери остига юборилади. Реакция бўлмаса зардобнинг қолган миқдори мушак орасига 1 соатдан сўнг юборилади. Агар зардоб синамаси учун тайёрланган ампула бўлмаса тери остига 0,1 мл , 30 минутдан сўнг 0.2 мл, реакция бўлмаса 1 соатдан сўнг қолган 0.7 мл эритма мушак орасига юборилади.

Ҳайвон тишлашидан келиб чиққан жароҳатларда албатта қутуришга қарши антирабик вакцина юборилиши зарур. Антирабик вакцина 5.0 мл миқдорда киндик атрофи соҳасига,

тери остига юборилади. Бундан беморлар кейинчалик рабиолог хузурида диспансер назоратида бўладилар ва эмланиш ўша ерда давом эттирилади.

Катта ҳажмдаги ифлосланган жароҳатларда анаэроб инфекция (газак, гангрена) ривожланишига қарши специфик профилактик муолажани бошлаш зарур. Шу мақсадда анаэроб инфекция кўзғатувчиларига қарши мўлжалланган махсус зардоб мушак орасига юборилади. Ушбу зардоб 30000 АБ эга бўлиб, 10000 АБ *Cl.perfringens* га қарши, 10000 АБ - *Cl.septicum* га қарши, 10000 АБ *Cl.oedematiens* га қарши мўлжалланган бўлади. Анаэроб инфекцияга қарши зардоб ҳам дастлаб синама қилиниб, сўнг реакция бўлмагач беморга юборилади.

Юқорида кўрсатиб ўтилган зардоблар от қони зардобидан олинган бўлиб, айрим ҳолларда анафилактик реакция юзага келиш эҳтимоли бўлади. Шу сабабли ушбу зардоблар эҳтиётлик билан врач назорати остида қилинади. Муолажа хонасида шокка қарши препаратлар тайёр туриши, зарур бўлса дарҳол ишлатилиши зарур.

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР

1. Очиқ жароҳатларнинг жароҳатловчи буюм, бўшлиқлар учун чуқурлигига нисбатан таснифи
2. Асептик ва инфицирланган жароҳатларнинг ўзига ҳос хусусиятлари
3. Жароҳатларнинг клиник манзараси
4. Бирламчи жарроҳлик ишловини бериш, унинг муддати ва босқичлари
5. Тананинг турли сохаларида жойлашган жароҳатларда ҳамширалик ёрдамини ташкил қилиш
6. Бирламчи жарроҳлик ишловини тугатиш қоидалари, бирламчи ва иккиламчи чоклар қўйишга кўрсатмалар

VIII. ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРНИНГ «ЯЛЛИҒЛАНИШ» СИНДРОМИ

Жарроҳлик инфекциясининг клиник кечиши ва тўқималардаги патологоанатомик ўзгаришларга қараб қуйидагилар ажратилади:

1. Ўткир жарроҳлик инфекцияси

- ўткир йирингли (аэроб) инфекция
 - ўткир анаэроб инфекция
 - ўткир специфик инфекция (қоқшол, куйдирги)
 - ўткир чиритувчи инфекция
2. Сурункали жарроҳлик инфекцияси
- сурункали носпецифик инфекция
 - сурункали специфик инфекция (сил, захм, актиномикоз ва ҳ.к). Жарроҳлик инфекциясини кўзгатувчиларига қараб қуйидагича таснифлаш қабул қилинган:

1. Стафилококкли
2. Стрептококкли
3. Колибацилляр
4. Кўк йиринг таёкчали ва ҳоказо

Микроорганизмлар ҳаёт кечириш фаолиятига қараб аэроб ва анаэроб турларга бўлинади.

Йирингли жараён тананинг қайси соҳасида жойлашишига кўра қуйидагича таснифланади:

- юмшоқ тўқималар (тери, тери ости ёғ қавати)
- суяк ва бўғим
- бош мия ва унинг пардалари
- қорин бўшлиғи, кўкрак қафаси аъзолари,
- алоҳида аъзо ва тўқималар (кафт, сут беши ва ҳоказо)

Юмшоқ тўқималар яллиғланишининг клиник манзараси маҳаллий ва умумий симптомлардан ташкил топган.

Маҳаллий симптомларга:

- Гиперемия (қон томирлар кенгайиши ва қон оқими тўхташи сабабли юзага келади)

Бундай ўзгаришлар гистаминнинг қон томирларга таъсири ва яллиғланиш соҳасида ацидоз ривожланишидан келиб чиқади.

- Маҳаллий ҳароратнинг кўтарилиши катаболик реакциялар кучайишига боғлиқ.

- Тўқималарнинг шиши қон томирлари деворининг ўтказувчанлиги ошганлиги сабабли плазма ва қон шаклли элементлари сизиб чиқиши кўпайиши билан тушунтирилади

- Оғриқ - яллиғланиш ўчоғини пайпаслаганда оғриқ бўлиши йирингли касалликка ҳос белги бўлиб ҳисобланади

- Яллиғланган аъзо, тўқима фаолияти бузилиши шиш ва оғриқ синдроми ҳисобига ривожланади. Яллиғланиш ўчоғида йиринг

тўпланишини «флюктуация» ва «юмшаш» симптомлари пайдо бўлганлигига қараб аниқлаш мумкин.

«Яллиғланиш» синдромидаги умумий белгиларга интоксикация симптоми мавжудлиги киради. Беморлар тана ҳарорати кўтарилганлиги, безгак тутиши, бош оғриғи, чарчаш, умумий беҳоллик, иштаханинг бўғилганлигидан шикоят қиладилар. Тана ҳарорати ўлчаб кўрилганда 40°C гача кўтарилганлиги, томир уриши тезлашган, нафас етишмовчилиги, тери қатламлари доимо тер билан қопланганлиги кузатилади. Айрим беморларда талоқ ва жигарнинг катталашган, склеранинг сарғайган қайд этилади. Умумий қон таҳлилида лейкоцитоз ва эритроцитлар чўкиш тезлиги ошган бўлади.

«Яллиғланиш» синдроми туркумига кирувчи йирингли инфекциянинг алоҳида турлари

Фурункул - соч халтачаси ва ёғ безининг йирингли яллиғланишидир. Фурункул асосан бўйинда, думба, тананинг орқа соҳасида, белда, юзда учрайди. Касаллик кўзғатувчиси кўп ҳолларда тилла ранг стафилококкдир. Касалликни келтириб чиқарувчи омилларга қандли диабет, авитаминоз, оғир йўлдош касалликлар киради. Эркакларда фурункул аёлларга нисбатан 10 марта кўп учрайди. Аввал терида қизғиш тусли дўмбоқча пайдо бўлади, кейин дўмбоқча марказида йирингли ҳосила пайдо бўлади. Борган сари инфильтрат ва йирингли ҳосила катталашиб боради, оғриқ кучаяди ва инфильтрат марказида йирингли устун якқол билина бошлайди. Фурункул соҳасида тери кўчиб кетгандан сўнг йиринг ва некротик массалар аста секин эриб чиқа бошлайди. Маълум муддатдан ўтгач ҳосил бўлган тўқима етишмовчилиги бириктирувчи тўқима билан тўлади ва эпителизация кузатилади. Касаллик ўртача 2 ҳафта давом этади. Баъзида фурункуллар кетма-кет тананинг ҳар хил жойларида пайдо бўла бошлайди. Бундай ҳолларда фурункулёз ташхиси қўйилади. Даволаш асосан консерватив усулда олиб борилади (куруқ иссиқ, инфильтрат атрофини пенициллин билан инъекция қилиш, лазеротерапия ва ҳоказо). Оператив даво фурункулёзнинг асоратларида қўлланилади (абсцесс, флегмона). Маҳаллий анестезия ёки қисқа муддатли наркоз остида йирингли бўшлиқ кесиб очилади, йиринг олиб ташланади. Йирингли бўшлиқ антисептиклар билан ювилиб тозаланади ва йирингли жароҳатлар

даволанади. Фурункулёзда оператив даволаш олий маълумотли ҳамшира врач назорати остида ўтказилади. Юз соҳасида жойлашган фурункуларда, фурункулёзда, оғир ҳамроҳ касалликларда умумий даво ўтказилади. (антибиотикотерапия, яллиғланишга қарши дорилар, қонни ультрабинафша нурлари билан нурлантириш ва ҳоказо).

Абсцесс - тўқималар оралиғида қобик билан ўралган ҳолда йиринг тўпланиши билан ҳарактерланадиган чегараланган йирингли яллиғланишдир.

Абсцесслар тери ости ёғ қаватида, мушаклараро бўшлиқда, ўпкада, жигарда, талокда, эркин қорин бўшлиғида, буйракда, мияда, суякларда бўлиши мумкин. Абсцесс ривожланишида йиринг ҳосил қилувчи микроблар «кириш дарвозаси» орқали мазкур тўқималарга ўтади.

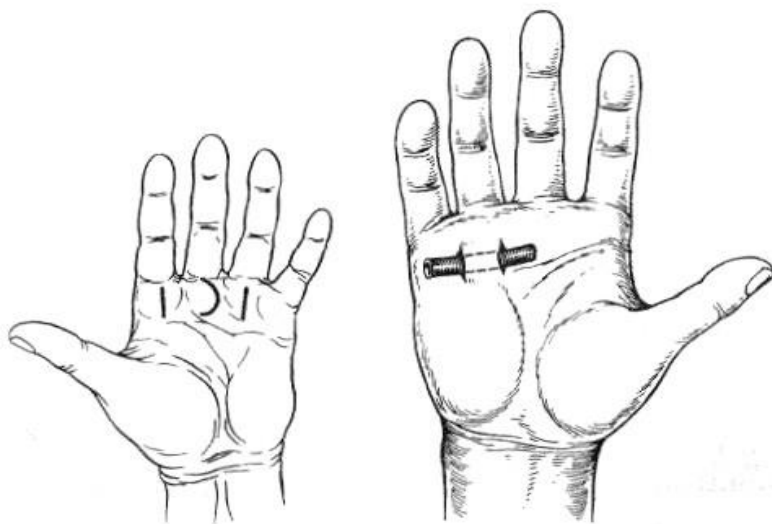
«Кириш дарвозаси» бўлиб, ҳар хил турдаги жароҳатлар, инъекция ўринлари, ички аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари (аппендицит, холецистит, пневмония ва ҳоказо) хизмат қилади. Айрим ҳолларда абсцесслар сепсисда гематоген метастазлар сабабли ҳам ривожланиши мумкин. Абсцесснинг асосий ҳусусиятларидан бири – унинг ички пиоген қобик билан ўралиб турилишидир. Атроф тўқималарни йирингли бўшлиқ устидан қобик билан ўраб олиш организмнинг ҳимоя функцияси сақланиб қолганлигидан далолат беради. Абсцесс бўшлиғидаги йиринг миқдори бир неча миллилитрдан бир литргача ёки ундан ҳам кўпроқ бўлиши мумкин.

Умумий симптомлардан тана ҳароратининг кўтарилиши, беҳоллик, иштаҳа бўғилиши, қон таркибида лейкоцитларнинг ошиши кузатилади.

Маҳаллий симптомлардан патологик жараён соҳасида оғриқ, гиперемия, терига яқин жойлашган бўлса «флюктуация» симптоми қайд этилади. Чуқурда жойлашган абсцессларни аниқлашда ультратовуш ва рентгенологик текширишлар муҳим аҳамиятга эга бўлади. Даво оператив йўл билан олиб борилади. Операция йирингли боғлов хонасида ёки операция хонасида ўтказилади.

Анестезия маҳаллий ёки умумий наркоз бериш билан бажарилади. Асептика ва антисептиканинг барча қонун-қоидаларига риоя қилган ҳолда операция майдони санация, дезинфекция қилинади ва абсцесс маркази, яъни энг юмшаган

жойи устидан етарли узунликда кесилиб, очилади. Кесма узунлиги абсцесс бўшлиғи кенглигидан кам бўлмаслиги керак. Йирингли бўшлиқдаги барча йиринг, некротик тўқималар олиб ташланади ва бўшлиқ антисептик эритмалар билан (водород пероксид, фурацилин, риванол, натрий гипохлорид ва хоказо) ювилиб курилади (21-расм а,б).



21-расм. Қадок абсцессини очиш кесмаси ва дренажлаш.

Шундан сўнг жароҳат йирингли жараённинг I босқич даволаш асосида даволанади (гипертоник эритма, салфетка, дренажлар, антибиотиклар, сувда эрувчи махсус малҳамлардан «Левомеколь», «Левосин»). Операциядан кейинги даврда бошланғич 3 - 4 кун ичида боғламларни кунига 2 - 3 мартадан алмаштириб туриш мақсадга мувофиқ. Жароҳат 2 - босқич ўтганда кунора ёки кунига бир марта малҳамли боғламлар билан қайта боғлаб туриш тавсия этилади. Абсцесс бўшлиғи адекват очилиб, йирингдан тўлиқ тозаланган бўлса, бемор аҳволи дарҳол ижобий томонга ўзгаради, ҳарорати тушади, иштахаси очилади, фаоллашади. Операция куни анальгетиклар буюрилади. Адекват очилган абсцессларда антибиотиклар қилиш шарт эмас деб ҳисобланади ва бунда маҳаллий даволашнинг ўзи кифоя қилади.

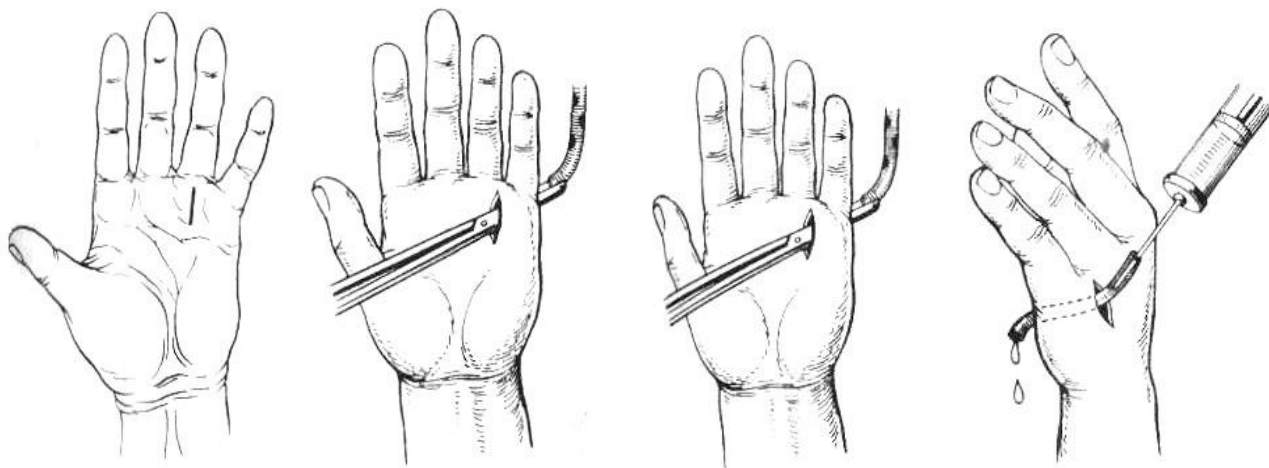
Флегмона - ғғ клеткачаси ва клетчатка бўшлиқларининг (тери ости, қўлтиқ ости, қорин парда ости ва ҳ.к) чегараланмаган йирингли яллиғланишидир.

Абсцесдан фарқли ўлароқ, флегмонада йирингли жараён чегараланмайди, қобиқ билан ўралмайди, ўз вақтида ёрдам кўрсатилмаса тарқалиб кетаверади. Флегмона қўзғатувчилари грам мусбат ва грам-манфий кокклар, ноклостридиал анаэроб

инфекция ёғ клетчаткасига теридаги, шиллик қаватдаги нуқсонлар орқали ёки гематоген йўл билан тушади. Айрим ҳолларда флегмона турли хил йирингли жараёнларнинг асорати сифатида ривожланади. Флегмонанинг тарқалиш тезлиги қўзғатувчининг вирулентлиги ва организмнинг иммунобиологик кучларига боғлиқ бўлади.

Клиник манзараси жараён бошланган соҳада шиш тез пайдо бўлиб, кўпайиб бориши, терининг қизариб кетиши, ҳароратнинг 40°C ва ундан юқорига кўтарилиши, интоксикация, белгиларининг пайдо бўлиш билан характерланади. Патологик жараён соҳаси пайпаслаб кўрилганда зич, оғриқли инфильтрат борлиги маълум бўлади, флюктуация, юмшоқланиш белгилари ҳар доим ҳам кузатилавермайди. Флегмона одатда тез тарқалиб боради ва жараён атрофида жойлашган аъзоларга ҳам ўтиб, ушбу аъзолар касаллиги ниқоби остида ҳам кечиши мумкин. Даволаш умумий наркоз остида операция йўли билан амалга оширилади.

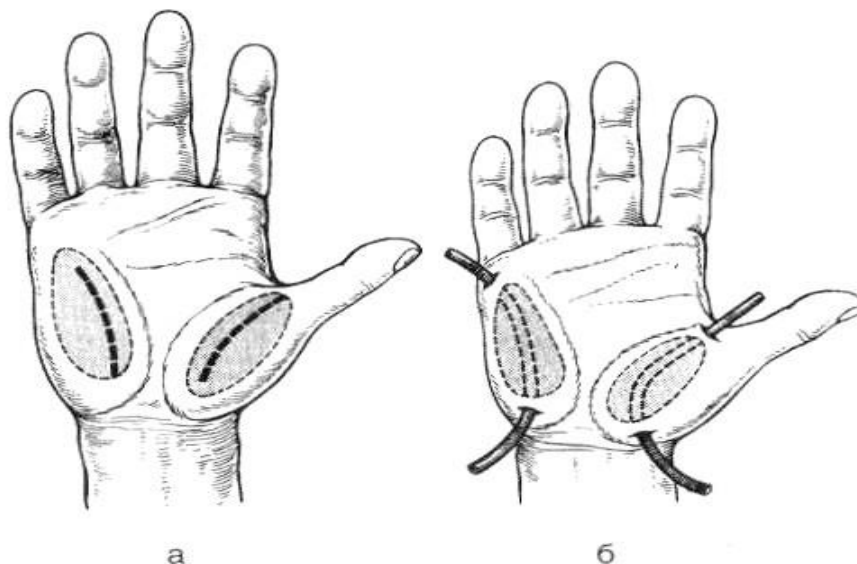
Операция вақтидаги кесмалар узунлиги патологик жараён чегарасидан узун, яъни соғ тўқималаргача, битта кесма билан чегараланиб қолмасдан, қўшимча 2 - 3 ёки ундан ҳам ортиқ кесмалар қилиш тавсия этилади. Кесмалар сони флегмона кенглиги ва унинг қанчалик чуқур жойлашганлигига ҳам боғлиқ бўлади (22-расм а,б).



22-расм. Кафт комиссурал флегмонасини очиш ва уни орқа юзасидан дренажлаш.

Кесмалар қилиниб йиғилган йиринг чиқарилиб юборилгач, иложи борича барча некротик тўқималар кесиб олиб ташланиши ва дренаж ўрнатилиши шарт (23-расм а,б).

Операция жароҳатини антисептиклар билан (водород пероксид, фурацилин, реванол, натрий гипохлорид, диоксид, антибиотикли эритмалар ва ҳ.к) билан обдон ювиб, қуритилиб, гипертоник эритмалар, антисептиклар билан шимдирилган дока билан зич бўлмаган боғлам қўйилиб яқунланади.



23-расм. I ва V бармоқ дўмбоқчалари флегмоналарини очиш кесмалари (а) ва уларни дренажлаш (б).

Операциядан кейинги эрта даврда йирингли жароҳат кунига 2 - 3 мартадан қайта боғланииб, босқичли некрэктомия қилиш зарур. Оғир ҳолларда қайта боғлов пайтларида ҳам қисқа муддатли венага наркоз бериш мақсадга мувофиқ. Агар флегмона қўл- оёқларда жойлашган бўлса, иммобилизация қилиш зарур.

Умумий даво кенг спектрли антибиотиклар, метронидазол, сульфаниламид препаратлар, дезинтоксикацион терапияси, анальгетиклар, витаминлар ёрдамида олиб борилади. Оғир ҳолларда қон, плазма, қон препаратлари қўйилади.

Мастит - Сут безининг йирингли яллиғланишидир. Мастит асосан эмизикли аёлларда, айниқса биринчи марта оналик бахтига эга булган аёлларда учрайди. Стафилококклар, стрептококклар, ичак ҳамда, кўк-йиринг таёқчаси ва ушбу микроблар ассоциацияси мастит қўзғатувчилари ҳисобланади. Сут без терисидаги, сўрғичдаги ёриқлар инфекция учун кириш дарвозаси бўлиб хизмат қилади. Айрим ҳолларда чақалоқ сўрғични сўраётган пайтда инфекциянинг интраканаликуляр йўл билан ҳам кириши исботланган. Мастит кўпинча бола

туғилгандан сўнг 1 - 2 хафта ичида ривожланади. Лактостаз мастит ривожланиши учун қулай шароит ҳисобланади.

Мастит босқичма-босқич ривожланади. Унинг бошланғич (сероз), ўткир инфилтратив, абсцесланган, флегмонали, гангренали босқичлари тафовут қилинади. Агар мастит тўлиқ даволанмаса сурункали инфилтратив босқич ҳам кузатилиши мумкин. Касаллик бошланишида сут без катталашиб, таранглашади ва оғирлик ҳисси пайдо бўлади. Яллиғланиш белгилари, интоксикация сезилмайди. Бола эмиб бўлгандан кейин ортиқча сутни соғиб ташлаш бемор аҳволини енгиллаштиради. Агар ортиқча сут доим соғиб борилса, касаллик ривожланмаслиги мумкин.

Касалликнинг сероз босқичи сут безда шиш ва оғриқ пайдо бўлиши билан бошланади. Без соҳасида гиперемия ва маҳаллий ҳарорат кўтарилиши қайд этилади. Пайпаслаганда сут безнинг қаттиқ консистенцияли, оғриқли эканлиги билиниб, ортиқча сутни соғиб ташлаш бемор аҳволини енгиллаштирамайди. Умумий интоксикация белгилари: беҳоллик, безгак тутиш, ҳароратнинг 39°C кўтарилиши кузатилади.

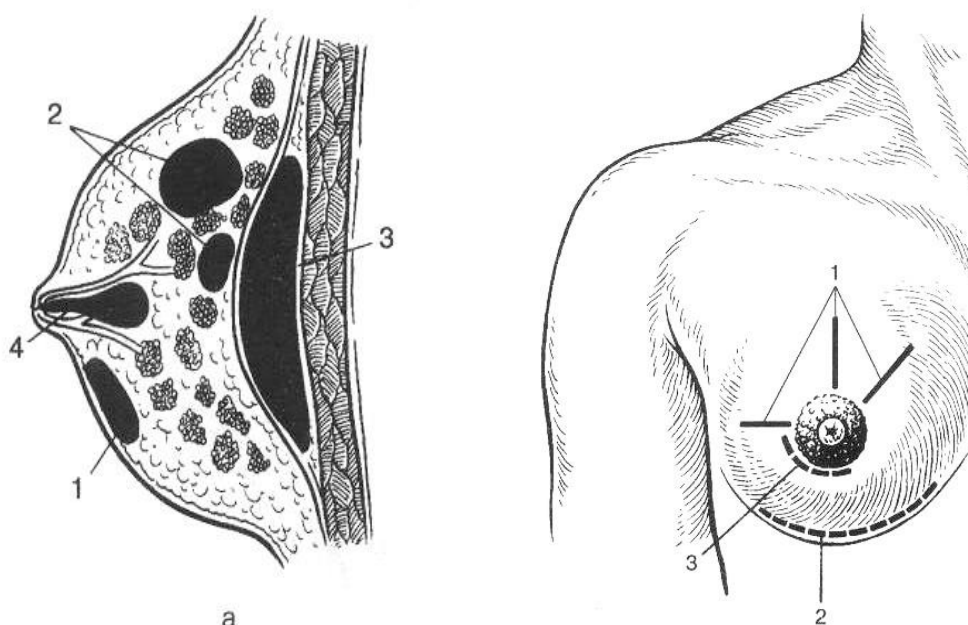
Касалликнинг инфилтратив ва абсцеслашув босқичларига ўтиши 3 - 4 кун ичида аниқланади ва маҳаллий, умумий симптомлар кучайиши билан характерланади. Без соҳасида гиперемия кучаяди, оғриқли инфилтрат ва унинг марказида флюктуация юзага чиқади.

Флегмонали босқичда сут без кескин катталашади, териси ялтироқ, гиперемияга учраган, четлари кўкимтир тусли бўлиб қолади. Умумий аҳвол оғирлашиб, тана ҳарорати $40 - 41^{\circ}\text{C}$ га кўтарилади, терлаш, кўнгил айниши, қайд қилиш, кучли безгак тутиш каби аломатлар пайдо бўлади. Касалликнинг гангреноз босқичга ўтиши бемор врачга кеч мурожаат қилганда ёки адекват даволанмаганда кузатилади. Бу босқичда бемор аҳволи жуда оғирлашади, ҳарорати доимо юқори, пульси минутага 110 - 120 марта, тўлиқсиз, тили, лаби қуруқ, териси қонсизлашган, бош оғриши, уйқу бузилиши, иштаҳанинг бўғилиши қайд этилади. Сут без катталашган, шишган, оғриқли; териси кўкимтир-қизғиш ёки оч-яшил тусда, баъзи жойлари пуфакчалар, баъзи жойларида некроз зоналари аниқланади. Сўрғичи ичкарига тортилиб кетган, сут ишлаб чиқариш тўхтаган, регионар лимфа тугунлари катталашган ва оғриқли бўлади.

Даволаш. Сероз ва инфилтрация босқичларида консерватив муолажалар фойда беради. Сут безни кўтариб боғлаш, ортиқча сутни доимо соғиб ташлаш, безни ультрабинафша нурлари билан нурлантириш, УВЧ-терапия, ретромаммар новокаин-антибиотикли блокада, камфора, «Парлодел» каби препаратлар буюрилади.

Касалликнинг бошқа босқичларида операция ўтказилади: Операция умумий наркоз остида бажарилади. Йирингли бўшлиқнинг жойлашишига кўра кесмалар ҳам турлича қилинади (24-расм а,б). Агар йирингли бўшлиқ интрамаммар жойлашган бўлса радиар кесма, субареолар жойлашган бўлса яримойсимон шаклдаги кесма, ретромаммар жойлашган бўлса Барденгейер бўйича без остидан яримойсимон шаклдаги кесмалар қилиниб очилади.

Йирингли бўшлиқ очилгач, бармоқ билан барча «чўнтаклар» бирлаштирилади, антисептиклар билан ювилиб, резина чиқаргич дренажлар қуйилиб операция якунланади (25-расм). Операциядан кейинги даврда антибиотиклар, дезонтикацион терапия, плазма, қон, оксил препаратлари, иммуномодуляторлар буюрилади. Оғир холларда экстракорпорал детоксикацияси ҳам қилиниши мумкин.



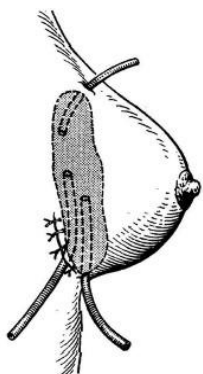
24-расм. Йирингли маститлар.

а) Абсцесслар: 1-субареолар, 2-интрамаммар, 3-ретроммаммар, галактофорит.

б) Кесмалар: 1-радиар, 2-Барденгейер кесмаси, 3-параареолар кесма.

Маститлар профилактикаси касалликни келтириб чиқарувчи омилларни бартараф этишга қаратилади ва бу иш олий маълумотли ҳамшира зиммасига юклатилади. Булар қуйидагилар:

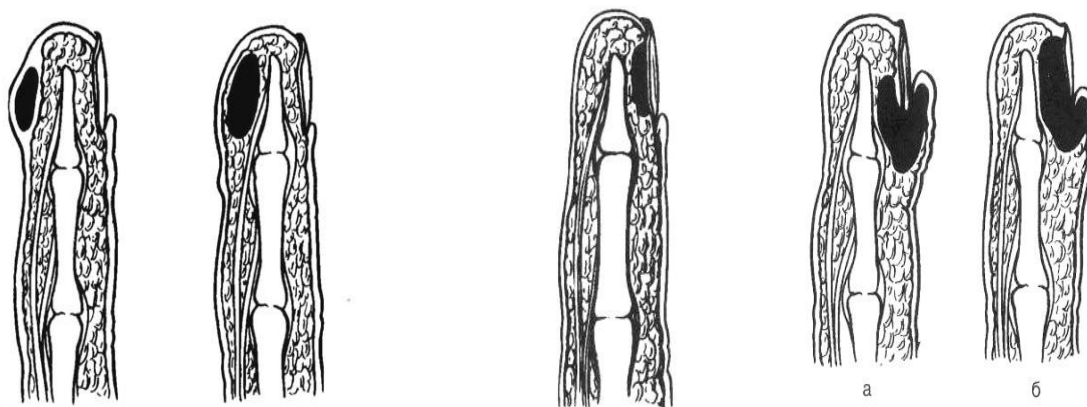
- сўрғични хомиладорлик пайтларидан бошлаб эмизишга тайёрлаб бориш;
- сут без гигиенасини (безни эмизидан олдин совун билан ювиш, сут бездаги ёриқларни антисептиклар билан артиш) ўтказиш;



25-расм. Ретромаммар абсцессда оқим билан аспирацион ювиш.

- эмизишни тартибга солиб, лактостаз ривожланишига йўл қўймаслик;
- туғишдан кейинги даврда организмни чиниқтириш, иммунобиологик кучларни оширишдан иборат.

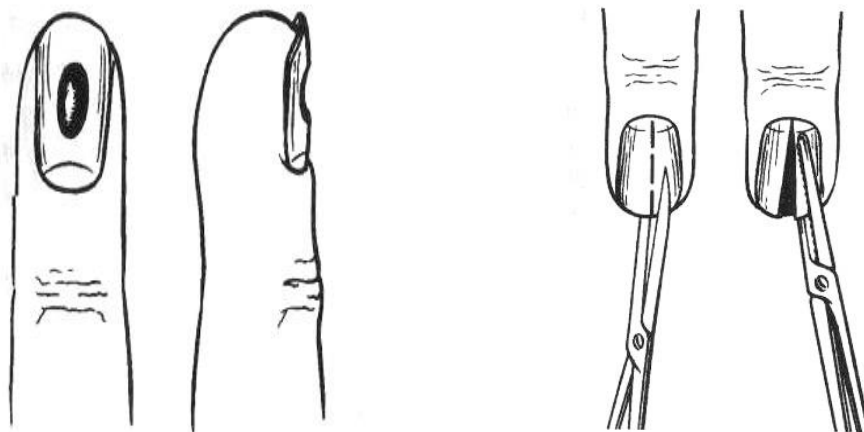
Панариций. Бармоқ тўқималарининг йирингли яллиғланиши панариций деб аталади. Йирингли-некротик жараённинг жойлашишига кўра панарицийнинг қуйидаги турлари тафовут қилинади: тери, тери ости, тирноқ олди, тирноқ ости, пай, суяк, бўғим панарицийси ва пандактилит (26 – расм I а, б, II а, б).



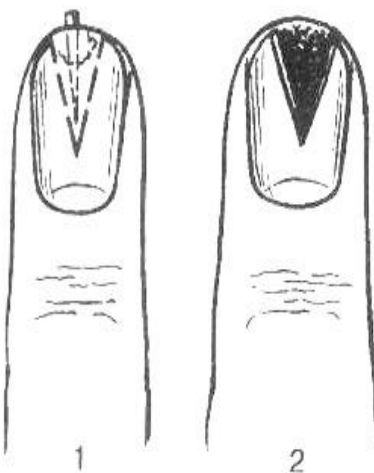
26-расм. Панариций турлари: тери, териости, тирноқ ости панарицийлари. Паронихийлар: а -тирноқ олди бурмаси яллиғланишида йирингнинг жойлашиши, б -йирингнинг тирноқ ости соҳасига тарқалиши.

Клиник манзараси. Панарицийда оғриқ интенсивлиги одатда кучли бўлади. Бу унинг доимий симптоми ҳисобланади.

Даволаш. Панариций барча ҳолларда операция йўли билан даволанади. Операция шошилиш равишда бажарилмаса йирингли жараён ичкарига тарқалиб кетиш эҳтимоли бўлади. Бемор учун ўтган биринчи уйқусиз тун операцияга кўрсатма бўлиб хизмат қилади (27 а,б ва 28 расмлар).



27-расм. Тирноқ ости панарицийсида тирноқ пластинкасини трепанация қилиш ва тирноқ пластинкасини олиб ташлаш.



28-расм. Тирноқ ости панарицийсида тирноқ пластинкасини понасимон резекция қилиш.

Панариций бўйича операция қилишда 3та қоидага таянилади:

- операцияни операция хонасида, кичик ўлчамли махсус жарроҳлик асбобларини ишлатиб, яхши ёритадиган манбадан фойдаланиб, беморни операция столига ётқизиб, қўлни махсус тагликка қўйган, жарроҳ ўтирган ҳолда бажариши зарур;

- панарицийни очишда Оберст - Лукашевич бўйича ўтказувчан анестезия, (суяк-бўғим панарицийсида), пандактилитда эса умумий наркоз бериш керак;
- бармоқни қонсизлантириш мақсадида асосига жгут қўйиш зарур.

Операциядан кейинги даврда йирингли жароҳатни маҳаллий даволаш (жароҳатни антисептиклар билан ювиб, гипертоник эритмага шимдирилган боғламлар қўйиш) муҳим аҳамият касб этади. Панарицийнинг чуқур турларида бармоқни иммобилизация қилиш, қўшимча физиотерапия муолажалари ва рентгенотерапияни қўллаш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Операция вақтида кесмаларни бармоқларнинг ён томонларидан бажариш талаб этилади. Бармоқнинг кафт ва орқа юзасидан қилинган кесмалар чандиқ ҳосил қилиб битгандан сўнг бармоқдаги сезувчанликни камайиб ҳаракатни чеклаб қўйиши мумкин.

Ўткир йирингли яллиғланиш белгилари йўқолгандан сўнг бармоқнинг ҳаракат фаолиятини тиклаш бўйича муолажаларни иложи борича тезроқ тиклашга ҳаракат қилиш зарур.

Сарамас. Тери, шиллик қаватларнинг ўткир яллиғланиши сарамас деб аталади. Касалликнинг кўзгатувчиси А-гуруҳига мансуб стрептококклардир. Оҳирги пайтдаги илмий изланишлар натижаси бошқа микроблар ҳам сарамаснинг ривожланишига олиб келишини кўрсатди. Микроорганизмлар одатда теридаги майда ёриқлар, тирналишлар орқали киради. Натижада терида, шиллик қаватларда аниқ чегараланган («географик ҳарита» шаклида) сероз яллиғланиш пайдо бўлади. Микроблар кўп миқдорда токсин ва ферментлар ишлаб чиқариши натижасида токсикоз, йирингли-резорбтив безгак белгилари намоён бўлади. Қон томирлари ичига кўп миқдорда биологик фаол моддалар ва гистаминнинг сўрилиши қон томирлари девори ўтказувчанлигининг бузилишига олиб келади, яллиғланиш экссудати сероз-геморрагик тус олади. Стрептококкларнинг лимфатик томирлар билан тарқалиши лимфа оқимининг бузилишига олиб келади. Стрептококклар танада L-турларига ҳам айланиши мумкин натижада узоқ вақт давомида уларнинг терида, шиллик қаватларда, лимфа томирлари ва тугунларида сақланиб

қолишига имконият яратилади. Ушбу ҳолат касалликнинг маълум муддатдан сўнг қайталанишига олиб келади.

Клиник кечишга қараб касалликнинг қуйидаги турлари мавжуд:

1. Эритематоз тури терининг айрим жойларининг яллиғланиши билан кечади.

2. Буллёз тури терининг яллиғланган гиперемия жойлари фонида сероз ёки геморрагик экссудат йиғилган пуфаклар пайдо бўлиши билан ҳарактерланади. Ушбу ҳол касалликнинг кечишини оғирлаштиради ва иккиламчи инфекция қўшилишига имконият яратади.

3. Флегмонали тури тери ва тери ости ёғ қавати яллиғланиши билан кечади.

4. Гангренали-некротик тури терининг некрозга учраши билан ҳарактерланади ва кўп ҳолларда сепсис ривожланиши билан асоратланади.

Сарамаснинг клиник манзараси оғир интоксикация белгилари пайдо бўлиши билан бошланади. Кейинчалик маҳаллий ўзгаришлар кузатилади. Юқори тана ҳарорати, безгак тутиш, бош оғриғи беҳоллик, кўнгил айнаши, қусиш касалликнинг оғир кечаётганлигидан далолат беради. Биринчи кун охирларига бориб регионар лимфа тугунлари соҳасида оғриқ пайдо бўлади ва сарамаснинг маҳаллий симптомлари юзага чиқа бошлайди. Тери қизариб, инфилтрацияланади, пайпаслаганда маҳаллий ҳарорат юқори эканлиги сезилади. Пуфакчалар пайдо бўлиши, буллёз турининг некрозга учраши касалликнинг гангреноз тури ривожланганлигидан далолат беради. Касаллик тромбофлебит, пневмония, гломерулонефрит, сепсис билан асоратланиши мумкин. Касалликнинг қайталаниши оёқларда “фил оёқлик” ривожланишига олиб келиши мумкин.

Асоратсиз кечган сарамас 10 кун давом этади. Тез-тез қайталаниб турувчи турлари оғир кечиб эс-ҳуш йўқотилиши, қон босимининг тушиши, алаҳсираш, сувсизланиш билан асоратланиши мумкин.

Сарамаснинг эритематоз тури юқумли эмас, енгил ҳолларда амбулатор даволаса ҳам бўлади. Ўртача ва оғир турларини стационар шароитда даволаш мумкин.

Сарамаснинг умумий давоси антибактериал, дезинтоксикацион, десенсибилизация терапиясидан иборат.

Касалликнинг эритематоз турида ультрабинафша нурлари субэритем миқдорда, стрептоцид мази ва оёқни юқорига кўтариб қўйиш билан чегараланади.

Касалликнинг буллёз турида пуфаклар кесиб очилади, антисептиклар (фурацилин, бор кислота) билан боғлам қўйиб даволанади.

Гангренали туридаги сарамас операция йўли билан даволанади. Касаллик қайталанмаслиги учун профилактик даво совуқ фаслларда ўтказилади.

ОЛИЙ МАЪЛУМОТЛИ ҲАМШИРАНИНГ ЖАРРОҲЛИК ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН ҲАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ ВА ПАРВАРИШИДАГИ РОЛИ

Олий маълумотли ҳамшира (ОМХ) «яллиғланиш» синдроми билан беморларни даволаш ва парваришда муҳим рол ўйнайди. ОМХ палаталарда идеал тозаллик, асептика қонун-қоидаларига риоя қилишни доимо назорат қилиши ва даволаш ишларида врачга фаол ёрдам бериши зарур. Агар жарроҳлик бўлимда битта қайта боғлов хонаси бўлса ОМХ олдин «тоза» жароҳатли, кун охирида эса «йирингли» беморлар жароҳатини қайта боғлашни ташкил қилиши ва ушбу муолажаларнинг асосий қисмини ўзи бажариши зарур. Эрталабки кўрик пайтида врач ОМХ билан бирга «йирингли» беморларни 2 гуруҳга ажратади. 1-гуруҳга йирингли жароҳатнинг 2-босқичи (дегидратация босқичи) давом этаётган беморлар, 2-гуруҳга эса операциядан кейинги эрта даврдаги (гидратация босқичи жароҳати бўлган) беморлар киради. 1-гуруҳ беморлари боғламини ОМХнинг ўзи алмаштириши мумкин. Иккинчи гуруҳ беморлари эса жароҳатлари энг ифлосланган бўлганлиги сабабли кечроқ қайта боғлов хонасига олинади ва ушбу боғламларни ОМХ врач назорати остида ёки врач билан бирга қўяди.

ОМХ беморлар кайфиятини доимо кўтариб туриши, улар билан ўзаро мулоқотда бўлганида касаллик ижобий яқунланаши ҳақида таъкидлаб туриши зарур. ОМХ томонидан ўз вақтида қўйилган ҳамширалик ташхиси натижасида кечиктирилмасдан бошланган муолажалар сабабли касаллик яхши натижа билан тугайди. Айрим холларда бемор юзидаги кичик фурункул сабабли ўлим юз бериши ёки жуда тўғри бошланган ва давом

этирилган даволаш муолажалари билан оғир кечаётган сепсисдан бемор тўлиқ ҳалос бўлиши мумкин. Шу сабабли, ОМХ нинг ушбу беморларни даволаш ва парваришдаги роли беқиёс, деб ҳисобланади.

Фурункул, панариций билан касалланган беморлар (юз фурункули бундан истисно) амбулатор, фурункулёз, абсцесс ва флегмона билан касалланган беморлар стационар шароитида даволанишлари зарур. Ушбу беморларни даволашда, парваришда асептика қоидаларига қатъий риоя қилиш, палаталарни ўз вақтида шамоллатиб туриш, бактерицид лампалар билан нурлантириш зарур. Организмнинг ҳимоя кучларини кўтариш мақсадида беморлар юқори калорияли, витаминли ҳар хил турдаги овқатларни истеъмол қилишлари керак. Сепсис билан даволанаётган беморларнинг кийимлари доимо тоза, озода бўлиши даркор. Бемор кунига бир неча мартадан ҳолатини ўзгартириб туриши зарур. Танасининг барча соҳаларини артиб, тозалаб туриш шарт. Нафас йўлларининг йирингли асоратларининг олдини олиш мақсадида беморга ярим ўтирган ҳолат берилади, нафас гимнастикаси ўтказилади, балғамни қандай қилиб чиқариб ташлаш ўргатилади. Бемор оғиз бўшлиғини доимо санация қилиб туриш зарур, чунки юқори тана ҳарорати организмнинг сувсизланиши, меъда-ичак фаолиятининг бузилишига олиб келади. Ҳар 2 кунда беморга тозаловчи хўқна қилиб, йўғон ичак бўшлиғини тозалаб туриш мақсадга мувофиқ. Диурез миқдорини ҳар куни ўлчаш, керак бўлса уни тартибга солиш зарур.

Беморни соғайиш даврида кучли овқатлантириш, даволаш гимнастикаси, мушакларини массаж қилиб туриб юриши учун имкониятларни ишга солиш зарур.

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР

1. Ўткир жарроҳлик инфекцияси, таснифлари
2. Тўқималарнинг жарроҳлик инфекциясига бўлган маҳаллий реакцияси ва клиник манзараси
3. Организмнинг ўткир йирингли инфекцияга бўлган умумий реакцияси ва клиник манзараси

4. Юмшок тўқималар йирингли яллиғланишининг айрим турлари фурункул, абсцесс, флегмона, клиник симптомлари ва даволаш асослари
5. Юмшок тўқималар йирингли яллиғланишининг айрим турлари панариций, мастит, сарамаснинг клиник симптомлари ва даволаш асослари
6. Яллиғланиш синдроми бўлган беморларга ҳамширалик ёрдамни ташкил қилиш

IX. СУЯК-БЎҒИМ ТИЗИМИНИНГ “ ЯЛЛИҒЛАНИШ ” СИНДРОМИ.

Остеомиелит. Суяк илигининг ўткир йирингли яллиғланишига остеомиелит дейилади. Йирингли жараён суяк илигида ривожлана бошласада, кейинчалик суякнинг барча қатламларини қоплаб олади ва унинг емирилишига олиб келади. Касаллик қўзғатувчиси тилларанг стафилококк, стрептококк, ичак таёқчаси ва кўп холларда микроблар ассоциациясидан ташкил топган бўлади. Кўпинча микроблар суяк илигига гематоген йўл билан тушади. Касалликнинг найсимон суякларнинг метафиз қисмидан бошланишига, шу соҳада капилляр тўрларининг яхши ривожланганлиги ва қон оқими тезлигининг пастлиги сабаб бўлади. Қон оқими билан келган микроблар қулай шароитда тез ривожлана бориб капилляр тўрларини ёпиб қўяди («микробли тромблар»).

Остеомиелит ривожланишига қуйдаги омиллар: бирламчи инфекция ўчоғи, ўткир юқумли касалликлар, гипо-, авитаминоз, сурункали ҳорғинлик сабаб бўлади.

Жароҳлик остеомиелитда касаллик патогенези бошқачароқ бўлади. Суяклар очик синганда, ўқ снаряд парчалари текканда суяк илигига инфекция экзоген йўл билан тушади. Остеомиелит ривожланишида организм иммунобиологик кучларининг ҳолати, микроблар вирулентлиги, суякдаги қон айланишининг ўзига хос хусусиятлари муҳим аҳамият касб этади.

ЎТКИР ГЕМАТОГЕН ОСТЕОМИЕЛИТ

Касалликнинг клиник манзараси ҳароратнинг бирданига 39 - 40°C га кўтарилиши, безгак тутиб ҳолсизланиш, бош оғриши

билан бошланади. Бемор иштаҳаси бўғилади, оғзи, тили курук бўлади, томир уриши тезлашади, қон тахлилида лейкоцитлар миқдори кескин ошганлиги маълум бўлади. Касалликнинг энг асосий симптоми - йирингли жараён ривожланаётган суяк соҳасидаги оғриқ ҳисобланади. Оғриқ интенсивлиги анча юқори бўлади ва баъзи-баъзида оғриқ ўз-ўзидан йўқолади. Оғриқ сабабли ва ўша соҳадаги юмшоқ тўқималар (тери, ёғ клетчаткаси, мушаклар) шиш қўшилгач, ҳаракат ҳам чегараланади. Жараён найсимон суякларда кўп учрайди, айниқса сон, катта болдир суяги (65%) кўпроқ зарарланади. Шу сабабли беморлар юра олмасдан тўшакка ётиб қоладилар. Тўшакдаги озгина ҳаракат ҳам оғриқнинг кескин кучайишига олиб келади. Агар суяк илигидаги йирингли жараён суяк устининг қобиғини емириб мушаклараро бўшлиққа тарқалса, мушаклараро флегмона ривожланади. Касалликнинг рентгенологик белгилари 3-ҳафтадан бошлаб намоён бўлади (суяк усти қобиғининг йўғонлашуви, секвестр пайдо бўлиши, остеопороз белгилари шулар жумласидандир). Ташхис қўйиш кўп ҳолларда қийинчилик туғдирмайди. Суякни махсус игна билан пункция қилиш ва йиринг борлигини аниқлаш тадбири ташхисни тасдиқлайди.

Даволаш. Ўткир гематоген остеомиелитни даволашнинг асосий тамойиллари қуйидагилардан иборат:

1. Касалланган кўл - оёқ иммобилизация қилинади (гипс боғлами, махсус шиналар ёрдамида).

2. Касалланган суяк махсус игна ёрдамида тешилади, йиринг эвакуация қилиниб ҳар кун ювиб туриш учун ингичка найчалар ўрнатилади.

3. Суяк каналига ўрнатилган найчалар орқали кун давомида томчилаб антибиотиклар: пенициллин 10 - 20 мл бирликда, линкомицин 30% - 10,0 мл 1000 мл физиологик эритмада, микроблар сезувчанлигини аниқлангач, зарур бўлган антибиотик, сульфаниламид препаратлар юборилади.

4. Парэнтерал йўл билан антибиотиклар, сульфаниламид препаратлар кенг қўлланилади.

5. Мушаклараро флегмона ривожланганда йирингли бўшлиқни очиш операцияси ўтказилади.

6. Секвестр пайдо бўлгач, секвестрэктомия, санация қилиш операцияси бажарилади.

7. Дезинтоксикацион терапия, витаминлар, оксил препаратлари буюрилади.

8. Қон ҳамда плазма қуйилади.

ЎТКИР ЖАРРОҲЛИК ОСТЕОМИЕЛИТ

Касаллик суякларнинг очик, ўқ снаряд парчаси тегиб синиши, суяк атрофидаги юмшоқ тўқималарнинг катта ҳажмдаги жароҳатларида кузатилади. Инфекция суякка экзоген йўл билан тушади. Касаллик аста-секин ривожланади. Суяк парчалари, ёт жисмлари касаллик ривожланишида асосий омиллардан ҳисобланади. Рентгенологик текширишда секвестрлар борлиги, периост қалинлашганлиги, синган суяк бўлаклари жуда суст битаётганлиги маълум бўлади. Ўткир жарроҳлик остеомиелитни даволаш усуллари ўткир гематоген остеомиелитни даволашдан деярли фарқ қилмайди. Иммуобилизация, антибиотиклар, сульфаниламид препаратлар, дезинтоксикацион терапия, қон, плазма, йирингли бўшлиқларни кенг очиш, некрэктомия, секвестрэктомия тавсия этилади.

ИККИЛАМЧИ СУРУНКАЛИ ОСТЕОМИЕЛИТ

Сурункали остеомиелит касалликнинг ўткир турларининг суст кечиши ва муолажанинг самарасизлиги оқибатида юзага келади. Оқма яралар борлиги, рентгенологик текширувда суяк секвестрларининг силлиқланиши сурункали остеомиелитга хос бўлган белгиларга киради. Оқма яралар вақти-вақти билан битиб, организм кучсизланиши, овқатни тўйиб емаслик, совуқда узоқ муддат қолиб кетиш каби шароитларда яна хуруж беради. Касаллик узоқ муддат давом этганлиги сабабли яллиғланиш соҳасидаги юмшоқ тўқималар атрофияга учрайди, яқин жойлашган бўғимларда анкилоз ривожланади, ички аъзолар амилоидози кузатилади. Оқма яралар йўли, йирингли бўшлиқ ҳажмини аниқлаш мақсадида фистулография қилинади.

Даволаш. Касаллик зўрайган пайтда ўткир остеомиелитга қарши даво муолажалари ўтказилади. Йирингли бўшлиқлар кенг очилиб, секвестрэктомия, некрэктомия бажарилади. Суякнинг ҳосил бўлган бўшлиғи суяк, тоғай, суяк тўқималари ёки синтетик моддалар (парафин, пластмасса ва

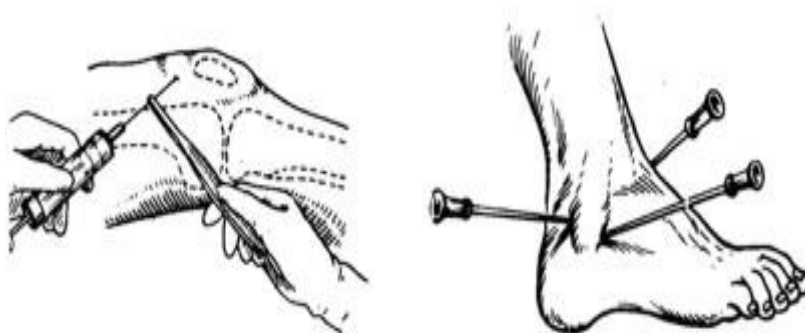
ҳоказо) билан тўлдирилади. Ушбу соҳа иммобилизация қилинади. Физиотерапевтик муолажалардан УВЧ- терапия, парафин, балчиқ билан даво жароҳатлар битиб кетгандан кейин буюрилади.

ЎТКИР ЙИРИНГЛИ АРТРИТ

Бўғимларнинг ўткир йирингли яллиғланиши артрит деб аталади. Касаллик келиб чиқишига бўғимга микроорганизмлар тушиши ва улар ривожланиши учун шароит борлиги сабаб бўлади. Жароҳатлар, эндокринологик касалликлар, моддалар алмашинувининг бузилиши касаллик ривожланишида муҳим омиллардан ҳисобланади. Касаллик кўзғатувчилари стафилококклар, стрептококклар, пневмококклар, ичак таёқчаси, баъзи холларда специфик инфекциялар ҳисобланади. Бўғим бўшлиғида йиғилган экссудат ҳарактерига кўра серозли, фибринли, йирингли артритлар тафовут қилинади.

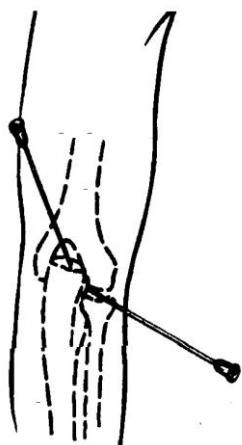
Клиник манзараси. Касаллик одатда оғир кечади. Оёқдаги бўғимлар: тизза, тос-сон бўғими, болдир-товон бўғимлари касалланганда беморлар юра олмайдилар. Кучли оғриқ, ҳаракатнинг чегараланиши, бўғимнинг шишиб, териси қизариши, айрим холларда флюктуация симптомининг аниқланиши ушбу касалликка хос белгилардир. Даво муолажалари ўз вақтида бошланмаса жараён кучайиб боради йиринг бўғим пўстлоғини емириб, бўғим атрофи соҳаси флегмонасига олиб келиши натижада йирингли оқма яралар ривожланиши мумкин. Оғир холларда сепсис билан ҳам асоратланади.

Даволаш. Дастлаб зарарланган кўл ёки оёқ иммобилизация қилинади. Бўғим пункция қилиниб, экссудат сўриб олинади ва бўғим бўшлиғига антибиотиклар юборилади (29 а,б ва 30 расмлар).



29-расм. Тизза ҳамда болдир-панжа бўғими пункциясида игналар йўналиши.

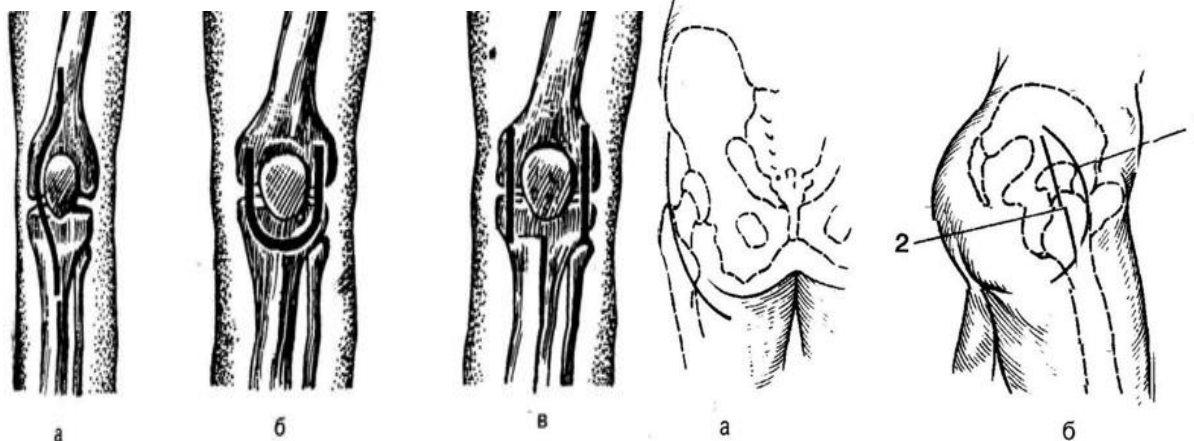
30-расм. Тирсак бўғимини пункция қилиш.



Ушбу муолажа бир неча марта такрорланиши мумкин. Агар жараён кучайса пункция усулида даволаш фойда бермаса артротомия, бўғим бўшлиғи санация ва дренажлаш операцияси ўтказилади (31 - расм I а, б, в, II а, б). Антибиотиклар, қон, плазма қуйиш, кучли овқатларни истеъмол қилиш ҳам даволаш муолажалари қаторига киради. Оғриқ ўтиб кетиши билан беморнинг касалланган оёқ ёки кўлини ҳаракатлантириш, даволаш гимнастикаси, массаж, физиотерапевтик муолажаларни бошлаш мақсадга мувофиқ.

I

II



31-расм. I тизза бўғимидаги операция қилиш кесмалари: а) олд – ташқи кесма (Лангенбек), б) Текстор бўйича U-симон кесма, в) Корневнинг парапателлар кесмаси.

II чанок-сон бўғимидаги операция кесмалари: а) Гаген-Торн кесмаси, б) 1-Кохер кесмаси, 2- Лангенбек кесмаси.

ЙИРИНГЛИ БУРСИТ

Бўғим халтаси шиллиқ пардасининг ўткир яллиғланиши бурсит деб аталади. Яллиғланиш асосан тирсак, елка, курак бўғим халталарида кузатилади. Касалликнинг келиб чиқишида касб билан боғлиқ бўлган сурункали жароҳатлар, инфекциянинг кириш дарвозалари (тирналган, шилинган жароҳатлар) ёки гематоген йўл асосий ўрин тутди. Касалликнинг кечишига қараб: ўткир ва сурункали бурситлар, экссудатнинг ҳарактерига кўра: сероз,

сероз-фибринли, йирингли ёки геморрагик бурситлар тафовут қилинади.

Клиник манзараси. Ўткир йирингли бурситда оғриқ, тана ҳароратининг кўтарилиши, бўғим халтаси шишиб, устидаги терининг қизариб кетиши кузатилади. Баъзи ҳолларда «флюктуация» белгиси аниқланади. Йиринглаш баъзида бўғим бўшлиғидан ҳам ўтиши мумкин, асосан эса бўғимдан ташқарида қайд этилади. Вақтида кўрсатилмаган тиббий ёрдам йирингнинг терини тешиб чиқиши ва оқма яралар пайдо бўлишига олиб келади.

Даволаш. Касалликнинг ўткир даврида зарарланган оёқ-қўлни иммобилизация қилиш зарур. Йирингли бўшлиққа айланган бўғим халтаси кунига пункция қилиниб, экссудати сўриб олинади ва антибиотиклар юборилади. Пункциядан кейин бўғим соҳаси қаттиқ қилиб боғлаб кўйилади. Агар пункция усули билан даволаш наф бермаса операция усулида йирингли бўшлиқ очилиб, санация қилинади. Антибиотиклар, сульфаниламид препаратлар ҳам муолажа режасига киритилади.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ВА ЙИРИНГЛИ ЖАРРОҲЛИК ИНФЕКЦИЯСИ

XXI асрга келиб қандли диабет ер юзида энг кўп тарқалган касалликлар қаторидан жой олди. Ҳозирги пайтда дунёда 200 млн га яқин, Ўзбекистонда эса 80 мингга яқин бемор қандли диабет ташхиси билан диспансер назоратида туради. Қандли диабет эндокрин касалликлар туркумига кириб, инсулин гормонининг етарлича ишлаб чиқарилмаслиги (1 - турдаги қандли диабет) ёки тўқималарнинг инсулинга бўлган сезувчанлигининг йўқолиши (2 - турдаги қандли диабет) натижасида қонда доимо қанд миқдорининг кўпайиши билан кечадиган сурункали касаллик ҳисобланади. Касалликнинг биринчи тури 40 - 45 ёшгача бўлган одамларда, иккинчи тури эса 45 - 50 ёшдан катта бўлган одамларда ривожланади. Касаллик келиб чиқишида генетик-ирсий мойилликлар, стресс, семириш, нотўғри овқатланиш, ўткир, сурункали юқумли касалликлар муҳим рол ўйнайди. Диабетологиянинг асосий муаммоларидан бири жарроҳлик инфекцияси ва қандли диабетнинг бир-бирига боғлиқлигидир. Қандли диабет билан касалланган беморларда йирингли

жараёнлар ўзига ҳос кечади. Бу ҳолат жигар, юрак қон томир тизимининг бузилганлиги, беморларнинг тромбоемболик ва атеросклероз каби асоратларга мойиллиги, асаб тизимида чуқур ўзгаришлар рўй берганлиги билан боғлиқ. Қандли диабетда углевод алмашинуви бузилибгина қолмай, оқсил, ёғ алмашинувида ҳам жиддий ўзгаришлар рўй беради. Синтез жараёни сустлашганлиги сабабли жароҳат регенерацияси сустлашади. Йирингли инфекция барча турдаги моддалар алмашинувида салбий таъсир кўрсатиб, ацидоз, маҳаллий жараён асоратланишига олиб келади. Инфекциянинг тарқалиб, секин ривожланиш эҳтимоли пайдо бўлади. Йирингли жараён сабабли кетон моддаларининг кўпайиши, протеолитик ферментлар, экзоген ва эндоген инсулинни парчалаганлиги сабабли, инсулин етишмовчилиги кучаяди. Йирингли ўчоқ касаллик декомпенсацияси, диабетик кома ривожланишига олиб келиши мумкин. Организм ҳимоя кучларининг камайиши қанднинг қондаги миқдори юқорилиги, гиповитаминоз, тўқима ва аъзоларда барча моддалар алмашинуви бузилишига, иммунобиологик хусусиятларнинг кескин сустлашишига боғлиқ бўлади. Қандли диабетда микроциркуляция, периферик асаб системаси издан чиқиши, қоннинг реологик хусусиятлари ва гемостаз бузилиши, умумий ва маҳаллий иммунитет сустлашиши «яллиғланиш» синдроми ривожланишида муҳим омиллардан ҳисобланади. Замонавий антидиабетик терапия беморларда микроангиопатия каби асоратларнинг олдини олишга имконбермайди. Микроангиопатия сабабли «диабетик товон» синдроми, ретинопатия, нефропатия, нейропатия каби асоратлар ривожланиб, беморни ноғиронликка, ўлимга олиб келади. Қандли диабетнинг энг оғир асоратларига «диабетик товон» синдроми киради. Жарроҳлик бўлимида ишлайдиган тиббиёт ходимлари «диабетик товон» синдромига учраган беморларни касалликнинг III босқичида, яъни товонда йирингли некротик жараёнлар бошланганда даволайди. «Диабетик товон»нинг I - II босқичларида беморлар эндокринологлар, невропатологлар, терапевтлар, ривожланган мамлакатларда эса подиатр деб аталмиш мутахассислар томонидан даволанадилар. Подиатрия - бу юнонча «pod»- товон, оёқ, «atria»- даволаш, парваришлаш сўзидан олинган бўлиб, «диабетик товон» синдроми билан касалланган беморлар товонидаги функционал, органик

Ўзгаришларни ўрганиб, келиб чиқиши мумкин бўлган асоратларнинг олдини олишга қаратилган фандир. Ривожланган мамлакатларда (АҚШ, Германия, Франция, Англия, Япония ва ҳ.к) ҳозирги пайтда подиатр деб аталадиган мутахассислар бўлиб, у қандли диабет билан касалланган барча беморларни ўз назоратига оладилар. Подиатр белгиланган муддатда (ҳар 1 - 2 ойда бир марта) «диабетик товон» билан беморларни қабул қилади. Текшириш пайтида подиатр оёқдаги тери ранги, тургори, тукларнинг қанчалик сақланиб қолганлиги, тирноқлар кўриниши, сезувчанлик камайиши, терида ёриқлар, яралар борлигига эътибор беради. Кейин периферик артериялардаги пульсацияни текширади, товон ва оёқ бармоқлари терисидаги ҳарорат ўлчанади. Қўшимча текшириш усуллари орқали товондаги нерв толаларининг сезувчанлик «чегараси» ҳам аниқланади. Подиатр объектив кўриш ва асбоб-ускунавий текширишлар натижаси ёрдамида «диабетик товон» қайси босқичда эканлиги, олдинги кўрик пайтида рўй берган ўзгаришлар ижобий ёки салбий томонга ўзгарганлиги ҳақида хулоса қилади ва буни тиббий ҳужжатга қайд қилиб, ёзиб қўяди. Шундан сўнг у беморга товонни парвариш қилиш учун зарур бўлган фойдали маслаҳатларни беради (товонни ҳар куни илиқ сувда чайиб, антисептик эритмалар билан артиб туриш, бармоқларни, уларнинг оралиғини йод, спирт эритмалари билан суртиш зарурлигини, қоннинг реологик ҳусусиятларини яхшилашни, микроциркуляцияни меъёрга келтирувчи дорилардан аспириин, пентоксифиллин, дипиродомол каби препаратларни тавсия этади ва ҳоказо).

«Диабетик товон» синдроми ривожланиши заминида майда қон томирлари зарарланиши ётади. Бу патология қон томир базал мембранасининг қалинлашиши, ўтказувчанлигининг бузилиши, кейинчалик рўй берадиган облитерация билан яқунланади. Гиперкоагуляция ўртача артериолалар тромбози, юмшоқ тўқималар некрозга учраши ва гангрена ривожланишига олиб келади. Диабетик гангрена одатда жуда оғир кечади ва кўпинча (20 - 80%) оёқни сон соҳасидан ампутация қилиш билан яқунланади. Ҳозирги пайтда қандли диабет асорати ҳисобланган товон гангренасида сон сатҳидан қилинаётган ампутациялар йилига дунё миқёсида 200000 та, Ўзбекистонда эса 1300 - 1400 та беморда ўтказиляпти.

Қандли диабетда ривожланадиган юмшоқ тўқималар йирингли жараёнлари ҳисобланган карбункул, абсцесс, флегмона ҳам оғир кечади. Йирингли жараёнлар оғирроқ кечишига юқорида кўрсатиб ўтилган омиллар сабаб бўлади.

Қандли диабетнинг йирингли асоратларини даволаш мушкул ва мураккаб вазифа бўлиб Комплекс даволаш режасига жарроҳлик операцияси ва замонавий даволаш муолажалари киради. Жарроҳлик даволаш йирингли бўшлиқларни кенг кесиб очиш, некротик тўқималарни олиб ташлаш, ҳосил бўлган бўшлиқ ва жароҳатларни антисептик эритмалар билан ювиб, антибиотик шимдирилган боғламлар кўйишдан иборат. Беморларга инсулин, антидиабетик таблеткалар, антибиотиклар, сульфаниламид препаратлар, витаминлар, антикоагулянтлар, қон, плазма, қон ўрнини босувчи препаратлар, дезинтоксикацион терапия, антиагрегантлар, қон реологиясини яхшиловчи дорилар қилинади. Қандли диабетда йирингли жараён кўпинча катта ҳажмда бўлади ва некрэктомия қилингандан сўнг, катта майдонда грануляцион жароҳатлар юзага келади. Катта соҳани эгаллаган жароҳатларда мустақил эпителизация бўлмайди ва бу ҳолатда тананинг бошқа соҳаларидан кўчириб ўтказилган тери (аутодермопластика), унинг битишига ёрдам беради.

ЖАРРОҲЛИК СЕПСИСИ

Сепсис - бу турли хил микробларнинг ва уларнинг токсинларининг қон орқали барча аъзо ва тизимларда кенг тарқалишидир. Сепсис жуда кўп касалликлар асорати сифатида қабул қилинади. Масалан, юқумли касалликлар туркумига кирувчи қорин тифи (ич терлама), бруцеллёз, туберкулёз, ва шунга ўхшаш касалликларда ҳам бактериемия қайд этилади, яъни бунда микроблар қонда айланиб юради. Лекин жарроҳлик сепсиси ўзининг келиб чиқиш сабаблари, клиник кечиши, оғир асоратларга олиб келиши билан ажралиб туради. Жарроҳлик сепсиси ривожланишига инфекциянинг кириш дарвозаси ва бирламчи септик ўчоқ бўлиши хосдир. Жарроҳлик сепсиси барча жарроҳлик касалликларининг 0,05 - 0,1%ини ташкил этади. Замонавий жарроҳлик, анестезиология ва реаниматологиянинг ютуқларига қарамай жарроҳлик сепсисида ўлим 22 - 25% ни ташкил этмоқда. Септик шок ривожланган ҳолларда ўлим

70 - 80% гача бўлган кўрсаткични ташкил қиляпти. Касаллик асосан эркакларда, 30 - 55 ёш орасида кўпроқ учрайди. Жарроҳлик сепсиси қўзғатувчиларига стафилококклар (50 - 60%), стрептококклар (5 - 8%), ичак таёқчаси (3 - 6%), кўк йиринг таёқчаси (2 - 3%), протей (1 - 2%), пневмококклар (2 - 4%) ва қолган ҳолларда микроблар ассоциацияси киради. Жарроҳлик сепсиси ривожланишида қуйидаги омиллар муҳим роль ўйнайди:

1. Сепсис қўзғатувчиси вирулентлигининг юқори бўлиши
2. Инфекциянинг кириш дарвозаси борлиги
3. Микроблар яшаши, ривожланиши ва қонга тарқалиши учун муҳим шарт-шароитлар мавжудлиги (юмшоқ тўқима, суяк, бўғимларнинг оғир жароҳати, некроз тўқималар, катта ҳажмдаги гематомалар мавжудлиги ва ҳк.)
4. Организм реактивлигининг сенсibiliзация томонга силжиши

Таснифи:

Кўп клиникаларда жарроҳлик сепсисининг қуйидаги таснифи қабул қилинган:

1. Касалликни қўзғатган микробнинг турига қараб:
 - а) стафилококкли
 - б) стрептококкли
 - в) анаэроб
 - г) бактериоид ва ҳк.
2. Ривожланиш сабабига кўра:
 - а) жароҳатдан кейинги
 - б) операциядан кейинги
 - в) ички касалликлардан кейинги (пневмония, ўткир эндокардит ва ҳк.)
 - г) криптоген
3. Бирламчи ўчоғи қайси касалликлар турига киришига қараб:
 - а) жарроҳлик
 - б) гинекологик
 - в) отоген
 - г) одонтоген
 - д) киндикдан (туғилган чақалоқларда)
4. Клиник кечиш тезлигига қараб:
 - а) яшин тезлигида кечувчи
 - б) ўткир
 - в) қайталаниб турувчи (рецидив)

- г) сурункали
- 5. Организмнинг инфекцияга қайтарадиган жавобига кўра:
 - а) гиперэргик
 - б) нормэргик
 - в) анэргик
- 6. Инфекция ўчоғининг мавжудлигига кўра:
 - а) криптоген
 - б) иккиламчи

Клиник манзараси.

Жарроҳлик сепсисининг қуйидаги клиник босқичлари тафовут қилинади:

- а) бошланғич даври
- б) септицемия даври
- в) септикопиемия даври

Жарроҳлик сепсисининг бошланғич даврида бирламчи касалликнинг клиник манзараси устунлик қилади. Касаллик кучли интоксикация билан давом этаётганлиги сабабли ҳар бир босқич чегарасини аниқлаб бўлмайди. Жарроҳлик сепсисининг умумий ва маҳаллий симптомлари тафовут қилинади.

Умумий симптомларга: бош оғриши, уйқу бузилиши, алахсираш, тана ҳароратининг $39 - 40^{\circ} \text{C}$ га кўтарилиши, терлаш, дармонсизлик киради. Юрак қон - томирлари тизими зарарланганда септик миокардит ривожланиб қон босими камайиб, томир уриши тезлашади. Жигар катталашиб кетиб, токсик гепатит ривожланса, терида сариқлик пайдо бўлиши мумкин. Талоқ катталашади, буйрак фаолияти ҳам бузилади, сийдик миқдори камайиб, унда оксил, цилиндрлар, эритроцитлар пайдо бўлади. Капиллярлар ўтказувчанлиги бузилганлиги сабабли, терида майда қонталашлар (токсиэххимозлар) пайдо бўлади.

Қон таҳлилида анемия, лейкоцитоз, лейкоформуланинг чапга сурилиши, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши қайд этилади. Биокимёвий таҳлиллар ёрдамида билирубинемия, азотемия, гипопротеинемия аниқланади.

Маҳаллий ўзгаришлар сепсиснинг клиник манзарасига мос келмайди. Жароҳат атрофи шишиб, тери оқариб кетиши, жароҳатнинг ўзидан кулранг-оқиш, суюқ консистенцияли экссудат ажралиб чиқиб туриши мумкин. Жароҳат атрофида вена

қон томирлари тромбози, лимфангит, лимфаденитлар кузатилиши мумкин.

Септикопиемия босқичида тананинг турли хил соҳаларида, ички аъзоларда йирингли метастатик ўчоқлар пайдо бўлади. Бемор аҳволи жуда оғирлашади. Дармонсизлик шу даражада ривожланадики, ҳатто бемор ётган жойида ёнбошига ағдарилиб ётишига ҳам кучи етмай қолади. Жигар, талоқ, буйрак, бош миёда пайдо бўлган йирингли ўчоқлар жуда қийин диагностика қилинади ва улар кўпинча аутопсия вақтида аниқланади. Септикопиемия босқичи ривожлангандан сўнг аниқланган септик ўчоқлар жарроҳлик йўли билан олиб ташланиб туришига қарамай, беморларда ареактивлик ҳолати ривожланади. Бунинг оқибатида 90 - 95% ҳолларда ўлим юз беради.

Диагностикаси. Бемор шикоятлари, анамнези, объектив аҳволи, инфекция кириш дарвозасининг борлиги, маҳаллий ўзгаришларнинг ўзига ҳос кечиши, асосий жарроҳлик касаллигининг йирингли яллиғланиш асорати билан давом этиши, қонни бактериологик экканда микроблар ўсишининг аниқланиши, септик ўчоқлар пайдо бўлиши жарроҳлик сепсиси ташхисини қўйишга асос бўла олади.

Даволаш.

Жарроҳлик сепсиси давоси икки босқичдан иборат бўлади:

1. Маҳаллий даво
2. Умумий даво

Маҳаллий даволаш оператив тадбирлар (некрэктомия, перитонитда бирламчи манбани йўқотиш, маҳаллий йирингли жараёнларда йирингли бўшлиқларни иложи борица кенгроқ кесиб, очиш, антисептиклар билан ювиш, дренажлаш, янги даволаш усулларида ультратовуш кавитацияси, ультрабинафша, инфрақизил нурлар билан нурлантириш, иммобилизация қилиш ва ҳк)дан иборат бўлади.

Умумий даволанишнинг асосий тамойилларидан бири бу антибактериал терапиядир. Бактериологик экма жавоби олингунча кенг спектрли антибиотиклар мушак орасига, вена, артерия, лимфа томирларига юборилади. Антибиотиклар миқдори юқори бўлиши зарур. Ноклостридиал анаэроб инфекциясида флагил, метрогил ҳам юборилади. Сульфаниламид препаратлар, стафилококка қарши гамма глобулин, антистафилококк плазма, иммуномодуляторлар ҳам қўлланилади.

Беморни парентерал озиқлантириш мақсадида гидролизатлар, альвезин, вавин, интралипид, липофундин, глюкозанинг 5, 10, 40% ли эритмалари инсулин билан бирга юборилади. Қон, плазма, қон препаратлари беморни даволашда кундалик эҳтиёж бўлиб ҳисобланади. В-гуруҳидаги витаминлар, иммуномодулятор (Т-фаолин, тимолин, иммуномодулин) бемор реактивлигини оширишга қаратилган. Анаболик гормонлар (реноболин, ретаболил) қуйилаётган озиқа моддаларни ўзлаштиришга ёрдам беради.

Беморнинг оғиз, бурун, ҳалқум бўшлиқлари, тилини ҳар куни санация қилиб туриш, баданини ярим спиртли эритма, намланган сочиқ билан артиб туриш зарур.

Бемор назогастрал зонд ёрдамида энтерал озиқлантирилади. Кундалик рацион камида 100 г оқсил, 80 г ёғ, 500 г углеводлар ва 2,5 - 3,5 л суюқликдан кам бўлмаслиги керак.

Дезинтоксикацион - инфузион терапия патогенетик даволашнинг асосий тамойилларидан ҳисобланади. Гемодез, реополиглюкин, турли хил тузли ҳамда изотоник эритмалар венага томчилаб 4 - 8 л миқдорда қуйилиши, диуретик ёрдамида кучайтирилган диурез ўтказилиши мақсадга мувофиқ.

Замонавий жарроҳликнинг ютуқларидан ҳисобланган гипербарик оксигенациянинг қўлланилиши тўқимларда гипоксияни камайтиришга имкониятади. Гемосорбция, чўчка талоғини ишлатиб ксеноталоқда биогемосорбциянинг ўтказилиши ҳам қонда микроблар концентрациясини камайтиришга ёрдам беради.

Антифермент дорилардан контрикал, гордокс, трасилол, стероид гормонлардан гидрокортизон, дексаметазон септик шок ривожланганда қўлланилади.

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАРИ

1. Суяк илигининг ўткир йирингли яллиғланиш сабаблари ва турлари
2. Ўткир гематоген остеомиелитнинг клиник манзараси, ҳамширалик ёрдамини ташкил этиш
3. Ўткир жарроҳлик остеомиелитнинг клиник белгилари, ҳамширалик иши жараёнини ташкил этиш

4. Ўткир йирингли артрит ва бурситнинг узига ҳос хусусиятлари, ҳамширалик ёрдами ташкил этиш
5. Қандли диабет билан касалланган беморларда ўткир йирингли яллиғланиш касалликларининг ўзига ҳос хусусиятлари
6. «Диабетик товон» синдроми, ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилиш
7. Жарроҳлик сепсиси, сабаблари ва турлари
8. Сепсиснинг клиник манзараси ва даволаш асослари
9. Жарроҳлик сепсисини даволашда ҳамширалик иши жараёни

Х. ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРНИНГ ЁПИҚ ШИКАСТЛАНИШ СИНДРОМИ

Юмшоқ тўқималарнинг ёпиқ шикастларига: лат ейиш, чўзилиш, узилиш ва чайқалиш киради.

Лат ейишлар – бу юмшоқ тўқима ва аъзолар бутунлиги бузилмаган ҳолда ёпиқ механик шикастланишлардир. Лат ейишлар энг кўп учрайдиган шикастлар турига киради. Лат ейиш алоҳида ёки бошқа турдаги оғирроқ шикастлар билан қўшилган ҳолда учраши мумкин. Ҳаракатланаётган қаттиқ буюмнинг тўғри йўналтирилган, қисқа, қаттиқ зарбаси ёки йиқилиш сабабли юмшоқ тўқималардаги майда қон ва лимфа томирлари ёрилади. Айрим ҳолларда тўқима элементлари мажақланади. Лат ейишнинг асосий белгилари бўлиб оғрик, шиш, гематома, шикастланган аъзо фаолиятининг бузилиши ҳисобланади. Оғрик шикаст вақтида пайдо бўлиб, жуда кучли бўлиши мумкин. Оғрик интенсивлиги қанчалик кўп рецепторлар шикастланганлигига боғлиқ бўлади. Одатда оғрик бир неча соатдан сўнг сўнади, унинг кейинчалик яна пайдо бўлиши гематоманинг катталашиши, қон қуйилишининг кўпайишига боғлиқ бўлади. Лат ейиш пайтида пайдо бўлган шиш бир суткагача аста-секин катталашиши мумкин. Теридаги қон талаш кўриниши гематома чуқурлигига боғлиқ бўлади. Агар қон тери ости ёғ қаватига қуйилган бўлса, қонталаш дарҳол кўринади, чуқурроқда жойлашган бўлса, 2 - 3 кундан кейин кўриниши мумкин. Қонталаш ранги гемоглобин парчаланиб бориши билан ўзгаради. Биринчи соатларда қизил, кейинчалик кўкимтир (3 - 4 кун), 5 - 6 кунга бориб яшил, сўнг сарғиш тус олиб, ундан кейин аста-секин йўқолиб боради. Лат

еган аъзо фаолиятининг бузилиши шиш ва гематоманинг катталашини тезлигига боғлиқ бўлади. Бу ҳолат лат ейишни суяк синиши ва чиқишидан ажратиб туради, чунки синиқ ва чиқиқда ҳаракат камайиши дарҳол юзага чиқади. Лат ейишни даволаш унча мураккаб эмас. Шикаст олингандан сўнг дарҳол тинчлик ҳолати яратилиб, шу соҳага ях кўйиш керак ва ҳар икки соатда 30 - 40 минутдан дам бериб (яхни олиб ташлаб) жами 12 - 24 соат ушлаш зарур. Спорт жароҳатларида ушбу мақсад билан хлорэтил сепиш мақсадга мувофиқ. Айрим ҳолларда лат еган кўл-оёқни совуқ сувга тушириб ҳўл бинт билан боғлаб кўйиш ҳам ёрдам беради. Лат еган бўғимда ҳаракатни чеклаш мақсадида босиб турувчи боғлам кўйилади. Лат еган оёқ-кўл шишиб кетмаслиги учун кўтариб кўйилган ҳолат берилади. Лат ейишдан кейинги 2 - 3 кундан бошлаб гематома тезроқ сўрилиб кетиши мақсадида иссиқ муолажалар (маҳаллий иссиқ, ультрабинафша нурлари, УВЧ-терапия) белгиланади. Баъзи ҳолларда гематома йиринглаб кетмаслиги учун пункция қилиниб, эски қон сўриб олинади ва шу соҳага босиб турувчи боғлам кўйилади.

Чўзилиш - бу тўқималарнинг анатомик бутунлиги сақланган ҳолда қисман йиртилишидир. Бирданига юз берган ноўрин ҳаракат чўзилишга олиб келувчи омил бўлиб хизмат қилади. Ушбу шикастнинг юзага келиш механизми асосида бир жойда турган аъзога йўналтирилган куч қарама-қарши йўналишда вужудга келиши ётади. Чўзилишнинг клиник манзараси бўғим соҳаси лат ейишига ўхшаб кетади (оғриқ, гематома, бўғимдаги ҳаракатнинг чекланиши).

Пай чўзилишини даволашда маҳаллий совуқ (ях кўйиш) ва босиб турувчи боғлам ишлатилади. Пай чўзилган бўғимда ҳаракатни чеклаш ва гематоманинг катталашиб кетишига йўл кўймаслик даволашнинг асосий қондаси бўлиб ҳисобланади. 3-кундан бошлаб иссиқ муолажалар ва ҳаракатни аста-секинлик билан бошлаш мумкин.

Йиртилиш - деб, тўқима ва аъзоларнинг анатомик бутунлиги бузилиши билан давом этувчи ёпиқ шикастланишга айтилади. Чўзилиш ва йиртилишнинг ривожланиш механизми ва сабаблари бир хил бўлади, лекин йиртилишда йўналтирилган қарама-қарши куч тўқиманинг эластиклик тўсиғидан устунлик қилади, натижада тўқиманинг анатомик бутунлиги бузилади. Ушбу турдаги шикастларда тизза ва болдир-товон бўғимлари

пайлари йиртилади. Деярли барча ҳолларда гемартроз кузатилади. Гемартроз тизза усти суягининг «лиқиллаш» симптоми ёки рентгенография усули ёрдамида текшириб, аниқланади. Пайлар узилганда биринчи кунлардан бошлаб маҳаллий совуқ ва тинчлик бериш мақсадга мувофиқ. Ушбу мақсадда қаттиқ боғлам ёки гипс лонгетасини қўйиш мумкин. Пай узилганидан сўнг икки-уч ҳафта ўтгач, аста-секин ҳаракат қилишга руҳсат берилади. Гемартроз бўлса, пункция қилиниб, қон сўриб олинади.

Пай узилишининг баъзи турларида шошилинич ёки режали равишда операция қилинади. Мушаклар қисман ёки тўлиқ узилади. Қисман узилган мушак соҳасида оғриқ ва гематома аниқланади. Биринчи кунларда маҳаллий совуқ ва икки ҳафта муддатга фиксация боғлами қўйиб, тинчлик ҳолати юзага келтирилади.

Мушак тўлиқ узилганда шикастланиш соҳасида гематома ва мушак ўрни «бўшлиги» аниқланади, чунки мушакнинг узилган учлари қарама-қарши томонга «қочиб кетади». Мушакларнинг тўлиқ узилиши операция йўли билан даволанади ва 2 - 3 ҳафта давомида гипс боғлами ёрдамида иммобилизация қилинади. Тўқималар чайқалишининг механик таъсири деганда улар функционал ҳолатининг бузилиши тушунилади. Ушбу шикастда тўқималарда яққол анатомик бузилишлар кузатилмайди. Клиник амалиётда энг кўп бош мия чайқалиши учрайди. Кейинги пайтларда нашр этилаётган адабиётларда кўкрак қафаси аъзоларининг чайқалиши ҳақида ҳам кўп гапириляпти. Мушаклар, суяклар, бўғимлар, асаб толаларининг чайқалиши билан боғлиқ бўлган патологик ўзгаришлар вибрация қилувчи асбоб-ускуналар билан ишлайдиган одамларда кузатилади ва «вибрация касаллиги» деб аталади. Чайқалиш билан боғлиқ касалликлар ОМХлар томонидан кейинги семестрларда ўтиладиган махсус курсларда ёритилган. Шу сабабли бу патология ҳақида ортиқча тўхталиб ўтирмаймиз. Жароҳатли токсикоз ёки юмшоқ тўқималарнинг узок муддат эзилиши синдроми оғир шикастлар туркумига киради. Ушбу шикастланиш қўл, оёқ юмшоқ тўқималари оғир жисм остида узок муддат давомида қолиб кетганда кузатилади. Жароҳатли токсикоз касаллиги табиий офатлар туфайли (ер қимирлаши, вайронагарчиликлар), уруш пайтидаги бомбардимон, темир йўл

ҳалокати, ўпирилишларда қайд этилади. 1885 йилда Н.И.Пирогов ушбу касалликни «Маҳаллий асфиксия», «Тўқималарнинг маҳаллий таранглиги» каби номлар билан атаган. Ушбу касалликнинг патогенези клиник манзарасини 1949 йилда Ашхободда ер қимирлаши рўй берганда М.И.Кузин кенг ёритиб берган. Ҳамюртимиз профессор М.А.Ашрапова ҳам ушбу касалликни ўрганишда ўзининг муносиб ҳиссаси қўшган. Касалликнинг клиник манзараси эзилган жойни босиб турган юкни олиб ташлагандан кейин намоён бўла бошлаган. Ўша заҳотиёқ шикастланган қўл ёки оёқ ҳажми катталашиб, шиша бошлайди, тўқималар пайпаслаб кўрилганда жуда таранг эканлиги маълум бўлади. Бир неча соатдан сўнг шикастланган қўл-оёқ периферик томирларида пульсация йўқолиб, тери ранги оқариб, кўнғир доғлар ва сероз геморрагик суюқликка тўла пуфаклар пайдо бўла бошлайди. 24 соат давомида юк остида қолиб кетган тўқималарнинг некрозга учраганлиги маълум бўлиб, организмнинг заҳарланиш белгилари намоён бўлади. Некроз тўқималардан сўрилаётган фосфор, калий, пептидлар, миоглобин буйракнинг Баумен - Шумлянский капсуласининг базал мембранадаги тешикларига тикилиб қолади, фильтрацияни тўхтатади, натижада буйрак каналчалари некрозга учрайди. Жигар ҳам қонга сўрилаётган токсик моддаларни детоксикация қилишга улгура олмайди, натижада жигар етишмовчилиги, мия заҳарланиши кузатилади. Беморлар буйрак-жигар етишмовчиги, умумий заҳарланиш сабабли ҳаётдан кўз юмадилар.

Касалликнинг клиник кечиши 3 босқич: эрта, оралик ва кечки босқичлардан иборат бўлади. Эрта босқич эзилган тўқимани юкдан ҳалос қилиб олгандан бошлаб 1 - 2 сутка давом этади. Бемор қониқарли аҳволда бўлганлиги сабабли, бу босқичда диагностика ва даволаш усулини танлашда кўплаб ҳатоликларга йўл қўйиш мумкин. Беморнинг аҳволи аста-секин оғирлашиб боради, шиш катталашади, сийдик камаяди, кўнгли айниб, қусади, пульси тезлашиб, қон босими пасаяди, яъни жароҳатли шок белгилари намоён бўлади. Бу ўзгаришлар заминида буйракнинг «тикилиб» қолиши, некрозга учраши, заҳарланишнинг кучайиб бориши ётади. Оралик давр 2 - 7 кун давом этиб, олигурия, сариклик, юрак-томир етишмовчилиги кучаяди. Шикастланган юмшоқ тўқималарда чириш жараёни бошланади.

Кечки давр 7 - 14 кундан сўнг бошланиб, жигар, буйрак, фаолиятининг тикланиши, тўқималарнинг некрозга учраган соҳасида йирингли-септик асоратлар ривожланиши билан кечади. Ўз вақтида тўғри кўрсатилмаган даво оғир оқибатларга олиб келади.

Даволаш усули юмшоқ тўқима қанча муддат давомида юк остида қолиб кетганлигига боғлиқ бўлади. Агар бу муддат 2 соатдан кўп бўлса, юкдан ҳалос қилингандан сўнг эзилган тўқима чегарасига жгут қўйилади ва бемор зудлик билан касалхонага олиб борилиб ампутация қилиб ташланади. Агар эзилиш муддати 2 соатдан кам бўлса, юкдан ҳалос қилинган қўл ёки оёқ соҳасига муз қўйилади ва иммобилизация қилинади, новокаин блокадаси ўтказилади. Бемор зудлик билан касалхонага олиб борилади. Агар шиш катталашиб, мушаклар таранглиги аниқланса, тўқималарни бўшатиш мақсадида кенг фасциотомия кесмалари қилинади ва бемор гипербарик оксигенация камерасига олиб кирилади. Бир вақтнинг ўзида наркотик аналгетиклар, антигистамин перапаратлар, дезинтоксикацион терапияси, натрий гидрокарбонатнинг 4%ли эритмаси, плазма, кўп миқдорда венага юборилиб, диуретиклар қилинади. Агар олигоанурия ҳолати ривожланса, гемодиализ қилинади, детоксикация мақсадида гемосорбция, ксеноталоқ орқали гемосорбция каби муолажалар бажарилади.

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР

1. Юмшоқ тўқималар лат ейганида биринчи ҳамширалик ёрдами ва даволаш усуллари
2. Тўқималар чўзилиши, йиртилиши ва узилиши, клиник манзараси, ҳамширалик ёрдамини ташкил қилиш
3. Юмшоқ тўқималарнинг узок муддат эзилиши, патогенетик асослари
4. Юмшоқ тўқималарнинг узок муддат эзилиши, босқичлари ва даволаш усули

XI. ТРОФИК, ҒТОҚ, ОҚМА ЯРАЛАРДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ ЖАРАҒНИ

Трофик яра деб, тери, шиллик қаватларда озиқланиш бузилиши сабабли пайдо бўлган нуқсонга айтилади. Трофик яра

ҳосил бўлишида маҳаллий қон айланишининг бузилиши асосий омил бўлиб ҳисобланади. Тўқималарда некроз ривожланиб, регенерация жараёни жуда суст кеча бошлайди. Ушбу ҳолат узок муддат давом этиб, айрим ҳолларда зўрайиб ёки сустлашиб туради.

Трофик яралар полиэтиологик касаллик ҳисобланиб, уни қуйидаги сабаблар келтириб чиқаради:

- артериал омиллар (тромбоз, эмболия, спазм);
- веноз омиллар (варикоз касаллиги, юза ва чуқур веналар тромбози, тромбофлебит);
- артерио-веноз фистулалар;
- лимфостаз;
- артерия касалликлари: атеросклероз, облитерацияловчи эндартериит, Рейно касаллиги;
- жароҳатли шикастлар (механик, термик, электро, кимёвий, нур ва ҳк.);
- юқумли омиллар (захм, сил, мохов, замбуруғлар, актиномикоз);
- модда алмашинувининг бузилиши (цинга, қандли диабет, анемия, қон касалликлари);
- трофик бузилишлар (нейрозахм, сириномиелия, нервлар узилиши);
- хавфли ва хавфсиз ўсмалар.

Трофик яралар ҳосил бўлаётганда тўқималар ҳолати катта аҳамият касб этади. Тўқималардаги иннервация, қон айланиши ва модда алмашинувининг бузилиши трофик яра ривожланиши учун зарур бўлган шароитни келтириб чиқаради. Ушбу шароитда арзимаган шикастлар ҳам тери қопламини некрозга учратиб, ярани келтириб чиқаради.

Яра ўлчамлари, қирралари, турли ҳажм ва шаклга эга бўлиши мумкин. Трофик яралар тубида кўпинча некротик тўқималар, қирғоқларида грануляциялар ривожланиб, у каллёз яра деб ҳам аталади. Трофик яралар сабабли қон кетиши, инфекция тушиб йиринглаши, қўпол чандиқлар ривожланиши, малигнизация жараёни юзага келиши мумкин.

Даволаш. Трофик яралар комплекс усулда даволанади. Дастлаб ярани келтириб чиқарган омил бартараф этилади. Сўнгра консерватив даво (умумий ва маҳаллий) ўтказилади. Трофик яра оёқда бўлса, оёқ иммобилизация қилинади, тўшакда ётиш тартиби

белгиланиб, оёқ юқорига кўтариб (Беллер шинасига) кўйилади. Шундай қилинганда лимфа ва қон оқими турғунлиги бартараф этилади. Яра атрофидаги терини обдон тозалаб туриш, ярага тўқима суюқлигини сўриб олувчи дориларни суртиш зарур (гипертоник эритма – ош тузининг 10%ли эритмаси).

Некротик тўқималарни тезроқ йўқотиш учун жароҳатга протеолитик ферментлар (трипсин, химопсин, «ируксол», 10% салицил малҳами ва ҳоказо) кўйилади. Яра некроз тўқималардан тозаланиб, грануляциялар билан қоплангач, индифферент малҳамлар кўйиш ва гипергрануляцияларни эҳтиётлик билан ляпис ёрдамида куйдириб туриш зарур. Ушбу даврда боғламни иложи борича 3 - 4 кунда бир марта қилган маъқул. Бир вақтнинг ўзида организмнинг умумий иммунобиологик кучлари ва регенерация қобилиятини стимуловчи терапия ўтказилади. Юқори калорияли озиқ-овқат, витаминларга бой бўлган мева-сабзавотлар истеъмол қилиш, даволовчи жисмоний тарбия, вақти-вақти билан қон ўрнини босувчи суюқликлар, қон компонентларини куйиш мақсадга мувофиқ.

Операция усулида даволаш икки хил мақсадда қўлланилади:

1. Ярадаги қон айланишини яхшилаш мақсадида патологик ўзгарган чандиқлар, грануляциялар кесиб олиб ташланади.
2. Тўқималардаги нуқсон пластика усулида ёпилади.

ётоқ яралар.

ётоқ яра (decubitis) деб мадори қуриган, ётиб қолган беморлар танасининг доимий босим остида бўлган қисмларида ривожланадиган яралар-некротик жараёнга айтилади. Некроз ҳосил бўлишига асосан – ишемия ва тўқималардаги нейротрофик ўзгаришлар сабаб бўлади.

ётоқ яралар клиник манзараси аста-секин бошланади. Дастлаб бу соҳада терининг локал оқариши, кейинчалик цианотик тус олиши кузатилади. Аста-секин терида шиш пайдо бўлиб, эпидермис қавати кўчиши, пуфакчалар ҳосил қилиб, уларнинг бўшлиғида суюқлик йиғилиши мумкин. Кейинчалик ушбу соҳада терининг некрозга учраганлиги ва бу майдоннинг кенгайганлиги аниқланади. Барча ётоқ яралар туби суякда тугайди. Думғаза соҳасида жойлашган ётоқ яра туби думғаза умуртқаларида, товон соҳасида бўлса, товон суягида, курак соҳасида бўлса, курак суягида аниқланади. Некрозга учраган юмшоқ тўқималар

кўчгандан сўнг ётоқ яра туби периост кулранг тусда эканлиги, бу эса суякда ҳам трофик ўзгаришлар юзага келганлиги кўринади. ётоқ яранинг энг хавфли асоратларидан бири - умумий йирингли инфекция – сепсис ривожланишидир.

Ётоқ яраларни даволаш ҳозирги пайтгача долзарб муаммолигича қолмоқда. Босқичма - босқич некрэктомия бажариб туриш некрозга учраган тўқималарга протеолитик ферментлар қўйиш, кенг спектрга эга бўлган антибиотиклар буюриш мақсадга мувофиқдир. Яра атрофига кенг майдонда бриллиант яшили билан ишлов бериб турилади. Физиотерапевтик муолажалардан ультрабинафша нурлари, УВЧ, соллюкс яхши самара беради.

Профилактикаси. Оғир ҳолдаги заифлашиб қолган беморлар ҳолатини тез-тез ўзгартириб туриш, эътибор билан беморларни парваришлаш олий маълумотли ҳамшира зиммасидаги энг асосий вазифалардан биридир. Тўшак ва чойшабларни текис қилиб солиш, улар доимо қуруқ бўлишини таъминлаш зарур. Сийдик, аҳлат, тер туфайли чойшаблар ҳўл бўлиб қолса, улар тез – тез алмаштириб туриш зарур. Беморлар ҳожатга чиққанларидан сўнг жинсий аъзолари, орқа тешик соҳасини илиқ сувда совунлаб ювиш, сўнгра қуруқ сочиқ билан артиш ва камфорли спирт билан ишлов бериш зарур. Думғаза, курак ости соҳаларига ҳаво тўлдирилган махсус резина чамбарлар қўйилса ҳам мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Оқма яралар. Оқма яра (fistula) - бу аъзолар, бўшлиқ ёки чуқурда жойлашган тўқималарни тана юзаси қопламлари орқали ташқи муҳит билан боғлаб турган, грануляция ёки эпителий тўқима билан қопланган ингичка каналдир.

Этиологияси. Оқма яра пайдо бўлишида яллиғланиш, ёт жисмлар, ўсмалар, шикастлар, аномал туғма нуқсонлар, тўқималар озикланишининг бузилиши каби жараёнлар муҳим роль ўйнайди. Оқма ярадан доимо йиринг, некротик тўқималар, сийдик, сафро, ичак суюқлиги ажралиб чиқиб туради. Баъзан оқма яралар сунбий равишда, яъни паллиатив операция жараёнида юзага келтирилади. Масалан, хавфли ўсманинг кеч босқичларида холецистостомия, колоностомия каби операциялар бажарилади.

Таснифи.

1. Келиб чиқишига кўра:

а) туғма оқма яралар, бўйиннинг ўрта ва ён оқма яралари, киндик оқма яраси ва ҳк.;

б) орттирилган оқма яралар:

- сурункали яллиғланиш жараёнида юзага келадиган (сурункали остеомиелит, суяк сили, бўғим сили, ёт жисмлар, чоклар ва ҳк.);

- тўқималарнинг хавфли ўсмалари сабабли емирилишидан келиб чиқадиган (сийдик пуфаги – бачадон ёки ичак сийдик пуфаги оқма яралари ва ҳк.);

- сунъий ёки операциялар жараёнида ҳосил қилинган оқма яралар мавжуд.

2. Ташқи муҳитга нисбатан:

а) ковак аъзолар, бўшлиқлар, тўқималарнинг ташқи оқма яралари:

- ичак;
- сийдик пуфаги;
- дуоденал;
- бронхоторакал;
- параректал;

б) ковак аъзолараро, аъзо ва бўшлиқлараро, ковак аъзо ва патологик бўшлиқ орасидаги оқма яралар:

- меъда-ичак;
- бачадон-сийдик пуфаги аро;
- бронхоплеврал;
- бронхқизилўнгач;
- ректопараректал;
- гепато-бронхиал;

в) юмшоқ тўқималар ва суякларнинг ташқи оқма яралари.

3. Тузилишига кўра:

а) грануляцияли оқма яралар (девори грануляция билан қопланган)

б) эпителиал оқма яралар (девори эпителий билан қопланган)

в) лабсимон оқма яралар (ковак аъзонинг шиллиқ қавати бевосита тери қопламига ўтиб, оқма яра канали бўлмайди).

4. Ажратманинг хусусиятига кўра:

а) сийдикли;

б) сўлакли;

в) аҳлатли (нажасли);

г) ликворли;

- д) йирингли;
- е) шиллиқли ва ҳк.

Патогенези.

Оқма яраларнинг узок вақт давомида мавжудлигига қўйидаги омиллар сабаб бўлади:

1. Оқма яра канали орқали доимо патологик суюқликларнинг (йиринг, шиллиқ ва ҳк.) оқиб чиқиб туриши.

2. Кимёвий фаол ажратмаларнинг доимо грануляция тўқимасини емириб, эпителизация жараёнини тўхтатиб қўйиши. (Масалан, дуоденал оқма, ингичка ичак оқма яраси ва ҳк.)

3. Ажратмаларда юқори вирулентли микроблар бўлса, уларнинг токсинлари таъсирида оқма яра грануляцион тўқимаси доимо емирилиб туради.

Оқма яраларда юқорида келтирилган битта омил эмас, балки бир неча омил бараварига таъсир қилиб, регенерация жараёнини сустлаштириб юборади, айрим ҳолларда эса батамом тўхтатиб қўяди.

Клиник манзараси.

Оқма яраларнинг клиник манзараси уларнинг турига кўра хилма-хил бўлади. Оқма яра диаметри ичакларда катта ҳажмга эга бўлса, бўйин соҳасида жойлашган оқма яраларда жуда ингичка бўлади. Меъда, ингичка ичак оқма яралари атрофидаги терида қизариш, эпидермис ва дерманинг емирилиши каби ўзгаришлар кузатилади. Оқма яра канали тор бўлса, йўналиш мураккаб тузилишга эга бўлса, ажратмалар (йиринг, шиллиқ ва ҳк.) йиғилиб қолиб, интоксикация белгилари: тана ҳароратининг кўтарилиши, безгак тутиши ва бошқалар пайдо бўлади.

Оқма яра ажратмаларида кўпинча ташхис қўйиш учун ёрдам берадиган элементлар аниқланади. Масалан, атипик ҳужайралар, сил микобактериялари, актиномикоз тўпланмалари шулар жумласидандир.

Оқма яра тешиги кичрайиб ёпилиб қолса, ретенцион кисталар ҳосил бўлиш хавфи туғилади.

Ташхис қўйиш деярли қийинчилик туғдирмайди. Ҳарактерли шикоятлар, кўрик, зонд билан текшириб кўриш, фистулография (контраст моддалар ёрдамида) ташхисни тўлиқ қўйиш учун етарлидир. Мураккаб йўналишга эга бўлган, чуқурда жойлашган оқма яраларни контраст моддалар юбориб, компьютер томография усулида текшириш, патологик жараён ҳақида тўлиқ

маълумот беради. Контраст модда сифатида сувда эрийдиган йод сақловчи препаратлар (уротраст, верографин, тромботраст, йодолипол) ишлатилади. Контраст моддалар оқма яра бўшлиғига шприц, дренаж найчалар, катетерлар ёрдамида юборилиб, контраст қайтиб чиқиб кетмаслиги учун керакли тадбирлар ўтказилади.

Даволаш. Оқма яралар комплекс тадбирлар асосида даволанади. Ичак оқмаларида турли диаметрдаги обтураторлардан фойдаланилади. Обтуратор қўйилгач, бемор аҳволи тезда яхшилана бошлайди, чунки оқсил моддалар, минераллар йўқотилиши бартараф этилади. Ундан ташқари оқма яра атрофидаги терининг қизариши, емирилиши каби асоратлар тезда йўқолади ва операция учун зарур шарт-шароитлар тез муддат ичида етилади. Параректал оқма яралар фақат операция йўли билан бартараф этилади. Ички оқма яралар (ректовагинал, ректовезикал) мураккаб тузилишга эгаллиги, консерватив даво наф бермаслиги сабабли операция қилиш, аъзонинг бир қисмини резекция қилиб олиб ташлаш талаб этилади.

Дуоденал, панкреатик оқма яраларда терининг таъсирланишини камайтириш мақсадида Лассар пастаси, рух малҳами, вазелин каби дорилар оқма яра атрофидаги терига суртиб турилади.

Оқмалар канали айрим ҳолларда Вишневский малҳами ёки сувда эрувчи антисептик моддаларга шимдирилган дока - салфеткалар билан тампонада қилинади. Умумий қувватни оширувчи дорилар (витаминлар), оқсил препаратлари, қон ва қон компонентларини қуйиш ҳам яхши самара беради.

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАРИ

1. Трофик яраларнинг келиб чиқиш сабаблари, уларни даволаш ва олдини олишда ҳамширанинг вазифалари
2. Ғтоқ яраларнинг келиб чиқиш сабаблари, унинг олдини олиш ва даволашда ҳамширалик ишини ташкил қилиш
3. Оқма яралар таснифи, беморларни парвариш қилишда ҳамширалик ёрдамини ташкил қилиш асослари

ХП. ЖАРРОҲЛИК БЕМОРЛАРИНИ ОПЕРАЦИЯГА ТАЙЁРЛАШ ВА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИН ДАВОЛАШНИНГ АСОСИЙ ҚОИДАЛАРИ

Операциядан олдинги давр деб беморнинг жарроҳлик бўлимга келганидан операция бошлангунгача бўлган вақтга айтилади. Беморни операциядан олдин тайёрлашдан мақсад – операция вақтида ва операциядан кейинги ривожланиши мумкин бўлган асоратларнинг олдини олиш ҳисобланади. Операциядан олдинги давр икки босқичга: диагностик ва тайёргарлик босқичига бўлинади. Якуний ташхисни қўйиш врач зиммасига тушади. Худди шу ташхис операциянинг қилиниш муддатини ҳам белгилайди. Лекин олий маълумотли ҳамшира беморни кузатиб, унинг аҳволидаги ўзгаришларни қайд қилиб бориши врач қарорини ўзгартиришга ҳам олиб келиши мумкин. Агар бемор клиникага келганда шошилиш операцияга мухтож бўлса, тайёргарлик босқичи ташхис қўйилган заҳоти бошланиб, бир неча минутдан икки соатгача давом этади.

Олий маълумотли ҳамшира операциядан олдинги муолажалар тўғрисида врач билан доимо маслаҳат қилиб боради ва муолажаларнинг тўлиқ бажарилиб бораётганлигига ишонч ҳосил қилади. ОМҲ касаллик тарихини кўздан кечириб, унга ёзилган қуйидаги маълумотлар:

- врач текширувлари натижаларини;
- ҳамшира ҳужжатларини;
- қон ва сийдик тахлили натижаларини;
- рентгенограмма ва ЭКГ натижаларини;
- зарур бўлган диагностик синамалар натижаларини;
- муолажа варақасини;
- аллергологик анамнезни текшириб боради.

ОМҲ беморнинг операция усулида даволаниши учун розилигини ёзма равишда қабул қилиб олади. Ушбу ҳужжат кейинчалик бемор, врач, тиббиёт муассасасини юридик ҳимоялашда муҳим аҳамиятга эга бўлади.

ОМҲ беморнинг барча ҳаётий фаолиятини ҳужжатлаштиради. Операциядан олдин беморга юз-лаб-кўзига сурилган бўёқларни тозалаб, тирноқларидаги лакни артиб

ташлашни тайинлайди, зарур бўлса, унга ёрдам беради. Чунки тери ва тирноқларнинг табиий ранги газ алмашинуви қандай бораётганлигидан далолат беради.

ОМХ беморга тоза кийимлар беради, унга барча қимматбаҳо тақинчоқларини қариндошларига бериб юборишни эслатади.

Шошилинич операциялардан олдин назогастрал зонд ўрнатилади ва меъда овқатдан, суюқликдан бўшатилади. Режали операцияга тайёргарлик вақтида эса тозаловчи хўқна қилиниб, йўғон ичак тозаланади. Операция майдонидаги соч ва туклар қириб тозаланиши шарт.

Премедикациядан олдин бемор сийдик пуфагини бўшатиб олиши, барча протезларини (кўзойнак, линза, тиш, кўл-оёқларидаги протезлар) ечиши зарур. Кейин ОМХ премедикацияни ўтказиб, беморни анестезияга тайёрлайди.

Кичик тиббий ҳамширалар ОМХ бошчилигида беморни каталкага ётқизиб операция хонасига олиб борадилар.

Операциядан кейинги давр деб, операция тугагандан беморнинг меҳнатга лаёқатлилиги тиклангунгача бўлган вақт оралиғига айтилади. Операциядан кейинги даврнинг асосий вазифалари: операциядан кейинги асоратларнинг олдини олиш ва даволаш, регенерация жараёнларини тезлаштириш, беморнинг меҳнатга лаёқатлилигини тиклашдан иборат.

Операциядан кейинги давр 3 босқичдан иборат бўлиб: эрта давр - операциядан кейинги 3 - 5 сутка, кечки давр – 2 - 3 ҳафта, узоқ давр – 3 ҳафтадан 2 - 3 ойгача чўзилади. Операциядан кейинги давр операция тугаши билан бошланади. Бемор мустақил нафас олишни бошласа, эндотрахеал найча олиб ташланади ва анестезиолог ОМХ назоратида палатага ўтказилади. Ҳамшира бемор ётадиган каравотни, унга ҳар томондан ҳам ташриф буюриш мумкин бўладиган қилиб тайёрлаб қўйиши зарур. Қорин бўшлиғидаги операциялардан кейин бемор функционал каравотда боши бир оз кўтарилган, оёқлари тизза бўғимида бир оз букилган ҳолатда ётади. Шу ҳолатда қорин девори мушаклари максимал бўшашади ва бемор чоклар ўрнидаги оғриқни қаттиқ сезмайди. 2 - 3 соатдан кейин бемор оёқларни букиб, ён бошига ағдарилиб ётса бўлади. Наркоздан кейин бемор ёстиқсиз, бошини ён томонга қилиб ётқизилади. Бундай ҳолатда мияда камқонлик вужудга келмайди. Нафас йўлларидаги шиллик ва меъда шираси кетиб

қолишининг олди олинади. Бемор наркоздан уйғонгунча, мустақил нафас олиб, рефлекслари пайдо бўлгунча доимий назоратда бўлиши шарт. ОМХ беморнинг умумий аҳволдан, нафас олиши қанчалик чуқурлигидан, катетер орқали сийдик ажратишидан хабардор бўлиб, кузатув варақасини тўлдириб боради. Оғриққа қарши наркотик анальгетиклар ҳар 4 - 5 соатда қилинади. Тромбоэмболик асоратлар ва тананинг қовжираб қолишининг олдини олиш мақсадида бемор ётган жойида ҳаракатлантирилади, даволаш гимнастикаси билан шуғулланади, антикоагулянтлар қабул қилади. Агар йўтал пайдо бўлса, бемор кафти билан жароҳат соҳасини бир оз босиб туриши зарур.

Агар беморга ейиш, ичиш мумкин бўлмаса, парентерал озиқлантириш йўлга қўйилади кўрсатмалар бўйича қон, плазма, қон ўрнини босувчи препаратлар қўйилади. Ҳамшира бемор оғзини кунига бир неча марта санация қилиб туриши зарур: (водород пероксиднинг 3%ли эритмаси, натрий гидрокарбонат, калий перманганатнинг кучсиз эритмалари шимдирилган дока шарчалар ёрдамида милк, тишлар, шиллик қават артиб турилади.) Тилда пайдо бўлган караш лимон пўстлоғи, глицерин, натрий гидрокарбонат эритмаси ёрдамида осон йўқолади. Паротит профилактикасига қотган нокни, апельсин ёки лимонни чайнаб (ютиш мумкин эмас) эришилади. Диспепсик ҳолат (кўнгил айниши, қусиш, хиқичоқ тутиши) юзага келса, назогастрал зонд ўрнатилади, атропин 0,1% - 1 мл, аминазин 2,5% - 2 мл қилинади. Ел чиқариш учун махсус найча тўғри ичакка ўрнатилади. Операциядан 2 кун ўтгач гипертоник ҳуқна қилса ҳам бўлади. Узоқ ётиб қолган беморларда микроциркуляция бузилиши оқибатида ётоқ яралар пайдо бўлиши мумкин. Бу асоратнинг олдини олиш учун терини ҳар кун совун билан ювиб, обдон қуритилади, зарур булса, намловчи кремлар суртилади. ётоқ яра пайдо бўладиган думғаза, курак, энса, тирсак бўғими, товон соҳалари камфора спирти ёрдамида артиб турилади, махсус резина доирасига жойлаштирилади. Беморни уқалаб туриб, тез-тез ҳолатини ўзгартириб туриш ҳам муҳим аҳамиятга эга. Энг асосийси уни иложи борича тезроқ турғазиб юргизиб юбориш ҳисобланади.

Жароҳатга қўйилган боғлам ва дренажлар ҳолатидан кун давомида бир неча марта хабар олиш зарур. Боғлам доимо қуруқ, тоза туриши, жароҳат очилиб қолмаслиги керак. Дренаж ва

тампонларни калталатиш, тортиш, олиб ташлаш врач зиммасига юклатилади. Агар тампон ва дренажлар ўз ўрнидан чиқиб кетса, дарҳол навбатчи ёки даволовчи врачга хабар берилади. Намланган, ифлосланган боғламларни ОМХ врач назорати остида алмаштиради. Агар боғлам кўп миқдорда қон билан намланган бўлса, ОМХ врачни чақиради, стерил материалларни тайёрлайди ва беморни қайта боғлов хонасига олиб боради. Агар боғлам сероз-қонли суюқлик билан намланса, унинг остида шиш ҳосила пайдо бўлса, чоклар ситилиб кетиб, эвентрация юз беради. Эвентрация асосан йўталдан, аксиришдан, тўсатдан ўгирилишдан кейин пайдо бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда ҳам зудлик билан врач чақирилади ва бемор операцияга тайёрланади. Эвентрация профилактикаси қоринни чойшаб, махсус бандажлар билан тортиб боғлашдан иборат.

ЖАРРОҲЛИКДА ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ УСУЛЛАРИ

Жарроҳлик беморларининг аксарият қисми операция усулида даволанади. Жарроҳлик операциялари диагностик ва даволаш операцияларига бўлинади. Диагностик операцияларга эксплоратив лапаротомия ва торакотомия, лапароскопия, торакоскопия, плеврал бўшлиғини пункция қилиш, юрак қон – томирлари патологияларида бажараладиган контраст ангиографиялар, орқа мия бўшлиғини пункция қилиш каби муолажалар киради. Даволаш операциялари радикал, паллиатив, симультант, кенгайтирилган каби турларга бўлинади. Радикал операциялар - бу патологик жараённи бутунлай бартараф этиш мақсадидаги жарроҳлик муолажаларидир.(масалан. чуррани бартараф этиш, холецистэктомия, йўғон ичак ўсмасини олиб ташлаш, тухумдон кистасини олиб ташлаш ва х.к.)

Паллиатив операция эса патологик жараённи бартараф этиш мумкин бўлмаганлиги сабабли, бемор аҳволини енгиллаштирувчи жарроҳлик муолажаларидир.(Масалан: қизилўнгачнинг III - IV даражали рак касалигида гастростома қўйиш, йўғон ичакнинг III - IV даражали раки ўткир обтурацион ичак тутилишини келтириб чиқарганда колостома қўйиш ва х.к.)

Симультант операция деганда, асосий патологик жараён жароҳат йўли билан бартараф этилгандан сўнг, қорин бўшлиғи

аъзоларида яна бир ёки бир нечта жарроҳлик касаллиги аниқланиб, шу касалликни бир пайтнинг ўзида жарроҳлик йўли билан бартараф этиш тушунилади. Масалан бемор меъдасининг 2/3 қисмини резекция қилиш учун лапаротомия қилинганда ўт пуфагида тошлар борлиги маълум бўлади. Бундай ҳолларда холецистэктомия ва меъда резекцияси амалга оширилади. Холецистэктомия симултант операция бўлиб ҳисобланади.

Кенгайтирилган операция вақтида меъда ўсмаси агар талокқа, жигарга ўсиб кетган бўлса, гастрэктомия қилиб, талок олиб ташланади ва жигар резекция қилинади.

Жарроҳлик операциялари бажарилиш муддатига қараб:

Шошилинч ҳамда режали операцияларга булинади.

Шошилинч операциялар бемор касалхонага тушгандан сўнг дастлабки 2 соат ичида қилиниши зарур. Бу касалликларга ўткир аппендицит, қисилган чурра, меъда ярасининг тешилиши, ўткир странгуляцион ичак тутулиши ва ҳоказолар киради. Баъзи бир жарроҳлик касалликларида операция бемор касалхонага олиб кетилгандан кейин 1 - 3 кунлари бажарилади, чунки патологик жараённинг тез ривожланиши беморнинг ҳаётига хавф солиши мумкин. Бу каби операцияларга кечиктирилган шошилинч операциялар мақоми берилади. Бу турдаги касалликларга ўткир холецистит, меъда, 12 - бармоқ ичак ярасидан қон кетиши, пилорик ҳалқанинг декомпенсацияланган стенози ва ҳоказолар киради.

Режали операциялар беморни операцияга тайёрлаш муддатига қараб, исталган пайтда қилиниши мумкин. Одатда ҳозирги пайтда режали операциялар касал клиникага тушган ёки эртаси кунга ўтказилади.

Операциялар учун мутлақ, нисбий ва ҳаётий муҳим кўрсатмалар бўлади. Мутлақ кўрсатмалар – бу хасталикни фақат операция йўли билан даволашдир. Нисбий кўрсатмалар деганда эса касалликни даволашнинг бошқа усуллари билан ҳам вақтинчалик даволаш мумкин бўладиган ҳоллар тушунилади. Масалан, режали операцияларга кўрсатмани нисбий, деб тушунса бўлади. Ҳаёт учун муҳим кўрсатма деб операция йўли билан шошилинч даволамаса, бемор учун ёмон оқибатларга олиб келиши мумкин бўлган ҳоллар тушунилади.

Жарроҳлик усулида даволашнинг ҳозирги замонда кенг тарқалган замонавий усуллари лапароскопик ва эндоваскуляр

аралашувлар клиник амалиётда кенг қўлланилмоқда. Республикамиздаги етакчи клиникаларнинг барчаси лапароскопик асбоб-анжомлар билан тўлиқ таъминланган. Лапароскопик усул билан операция қилишнинг бир қанча афзалликлари бор:

1. Қорин деворида қилинган кичкина кесмалар операциядан кейинги эрта даврда беморнинг фаол ҳаракат қилишига имконият беради.
2. Жароҳатлар барча ҳолларда бирламчи битади.
3. Беморнинг клиникада даволаниш муддати анъанавий усулда операция қилинган беморларга нисбатан 2 - 3 баробар қисқаради.
4. Бемор тез муддат ичида реабилитация даврини (10 - 14 кун) ўтказиб, меҳнат фаолиятига қайтади.
5. Ушбу усулда операцияларни бажариш соғлиқни сақлаш тизимида кўплаб миқдордаги маблағларни тежашга олиб келади.

Юқорида кўрсатиб ўтилган афзалликлар видеоторакоскопик ва эндоваскуляр жарроҳлик операциялари учун ҳам тегишлидир.

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР

1. Беморларни операцияга тайёрлашнинг асослари.
2. Беморларни умумий оғриқсизлантиришга тайёрлашда ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш.
3. Операциядан кейинги давр босқичлари, беморларни парвариш қилиш қоидалари.
4. Операциядан кейинги даврда беморларни овқатлантириш усуллари.
5. Операциядан кейинги давр асоратлари.
6. Боғлам ва дренажларни ҳамшира томонидан парваришlash.
7. Оператив даволашнинг турлари, радикал ва паллиатив операциялари.
8. Оператив даволашга кўрсатмалар.
9. Жарроҳлик даволашнинг замонавий усуллари.
10. Эндоскопик операцияларнинг афзалликлари, кўрсатмалар.

ХИ. ЖАРРОХЛИКДА ОҒРИҚ СИНДРОМИ. ОҒРИҚ СИНДРОМИДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ ЖАРАҒНИНИ ТАШКИЛ ЭТИШ.

Оғриқ синдроми - жарроҳлик касалликларида энг кўп учрайдиган шикоятлардан ҳисобланиб, беморларни врачга муружаат этишга мажбур этади. Оғриқ жарроҳлик касалликларида, операция ёки патологик жараёнлар билан боғлиқ бўлиши мумкин. У табиий химоя реакцияларининг бир қисми бўлиб ҳисобланади ва беморлар доимо ундан тезроқ қутулиш йўлини қидирадилар.

Оғриқ - бу специфик таъсирловчи қўзғатган ҳиссиёт бўлиб, жуда мураккаб кўринишга эга ва когнетив ҳамда аффектив компонентлардан ташкил топади. Фақатгина оғриқни бошидан кечираётган одамгина унга тўғри баҳо бера олади. Оғриқ физиологик химоя механизми ҳисобланиб, танага агент (стрессор) таъсири остида вужудга келади. Соғлом одам ўз танасида оғриқ сезмайди. Беморларга ўтказиладиган муолажалар асосан оғриқни қолдириши зарурлигини ёдда тутиш зарур. Айрим ҳолларда, марказий ҳамда периферик асаб тизимларида ўзгариш юзага келган беморларда оғриқни тўғри қабул қила олмаслик ёки уни батамом сезмаслик ҳолатлари кузатилади. Масалан, орқа мия жароҳати туфайли фалажланган бемор, шикаст сатҳидан пастда жойлашган аъзолардан келаётган оғриқ импульсларини сезмайди. Бу жуда катта кўнгилсизликларга олиб келиши мумкин. Узоқ муддат давом этувчи интенсив оғриқ танани жиддий шикастлаши мумкин. Жарроҳлик ҳарактерга эга бўлган кучли оғриқ эса шокка ҳам олиб келиши мумкин. Кўп ҳолларда оғриқ сезаётган беморлар оғриққа кўникиб борадилар ва маълум вақт ўтиши билан оғриқ ҳиссини сезмай ҳам қоладилар. Бу ходисани физиологлар «оғриқ сезиш остонаси» сатҳининг юқорига кўтарилиши билан тушунтирадилар.

Оғриқни бошидан кечираётган беморлар қуйидаги босқичлардан ўтадилар:

1. Кутиш босқичи
2. Сезиш босқичи
3. Асоратлар босқичи

Кутиш босқичида ҳар бир бемор оғриқ бўлишини олдиндан сезиб, уни кутиб ётади. Ушбу босқичда ҳамшира беморга

оғриқни енгиллаштириш усулларини тушунтириб қўйиши зарур. Психологик тайёргарлик беморни ортиқча безовтагарчиликдан қутқаради.

Сезиш босқичи оғриқ пайдо бўлиши билан бошланади. Оғриқ бошланганлигини беморнинг ҳаракатлари, юз ифодасининг ўзгариши орқали билиш мумкин. Бемор йиғлаши, инграши, ҳамширани ёрдамга чақириб ёлвориши бу босқич учун хосдир.

Асоратлар босқичи оғриқ батамом тўхташи билан бошланади. Оғриқ тўхтаганлигига қарамай, бемор ўзига эътибор бериб туришни ҳамширадан илтимос қилиши мумкин. Бу босқичда беморда безгак тутиш, кўнгли айниб, қусиш, рухан эзилиш ҳоллари кузатилади. Агар бемор оғриқни қайта-қайта сеза бошласа, ушбу асоратлар ҳам такрорланиб, аянчли ҳолат юзага келади. Ушбу ҳолат ҳамширалик иши жараёнида жиддий муаммоларни келтириб чиқариши мумкин.

Ўткир ҳамда сурункали оғриқ

Оғриқ ўткир ва сурункали бўлиши мумкин. Ўткир оғриқ шикастларда, тўсатдан касаллик бошланганда, операция муолажаларида пайдо бўлиб, бирданига бошланади. Унинг интенсивлиги ва давомийлиги турлича бўлиши мумкин.

Ўткир оғриқни сезаётган бемор қўрқув ва безовталиқ остида бўлиб, унинг тезроқ тўхташини кутиб ётади. Сурункали оғриқ одатда ўткир оғриқдан узок вақт давом этиши, интенсивлиги турлича бўлиши билан фарқ қилади. Онкологик касалликларда пайдо бўладиган сурункали оғриқ бартараф этиб бўлмайдиган оғриқ деб аталиб, бемор умрининг охиригача давом этади. (3-жадвал).

Оғриққа қарши физиологик реакциялар 3- жадвал

Реакция	Таъсир
Симпатик нерв тизимининг стимуляцияси	
Бронхиолаларнинг кенгайиши ва нафас олишнинг тезлашиши	Кислородга ошган талабни қондиради

Тахикардия	Кислород транспортини кўпайтиради
Периферик вазоконстрикция	Қоннинг асосий қисмини периферик ва висцерал аъзолардан скелет мушакларига, бош мияга оқиб келишини таъминлайди
Гипергликемия	Қўшимча энергия манбаи
Диафорез (гипергидроз)	Терморегуляция
Мушаклар таранглигининг ошиши	Мушакларнинг ҳаракатга тайёргарлиги
Қорачиқларнинг кенгайиши	Кўриш майдони ва ўткирлигининг ошиши
Меъда-ичак тизими секрециясининг камайиши	Зудлик билан бажариладиган ҳаракатлар учун энергиянинг тўпланиши
Парасимпатик нерв тизимининг стимуляцияси	
Терининг оқариши	Қон айланиши марказланганлиги оқибати
Мушаклар таранглиги	Чарчаш аломати
Брадикардия ва гипотония	Адашган нерв қўзғалиши белгиси
Бетартиб, тез-тез нафас олиш	Узоқ давом этган стресс ва оғриқ туфайли организм химоя механизмларининг сустлашганлигидан далолат беради
Кўнгил айнаши, қусиш	Меъда-ичак тизими фаолияти фаоллашганлигининг белгиси
Беҳоллик, танглик	Физик энергия тугашининг аломати

Оғриқни сезаётган беморларни парвариш қилиш, даволаш жуда қийин вазифа бўлиб, бунда ҳамшира зиммасига бемор сезаётган оғриқни камайтириш юкланади. Аммо ҳар доим ҳам бу вазифани осонлик билан бажариб бўлмайди. Айниқса, сурункали оғриқ сезаётган, онкологик касалликка чалинган беморларда физик ва руҳан чарчаш, организм захираларининг тугаши, кайфиятнинг йўқолиши, умидсизлик каби ҳиссиётлар ҳамширага қарши

негатив муносабатни кучайтириши мумкин. Кўпинча даволаш муассасаларида ҳамшира бемор ахволига тўғри баҳо бериб, унга алдамчи умид ҳисларини бериши керак эмас, деган хулоса тарғиб этилади.

Оғриқни индивидуал бартараф этишнинг асосий қоидалари қуйидагилардан иборат:

- Оғриқни камайтириш учун турли муолажаларни бажариш
- Оғриқнинг олдини олишга қаратилган муолажаларни қилиш
- Беморнинг ишончи комил бўлган тадбирларни ўтказиш
- Оғриқни камайтириш мақсадида иштирок этиш учун беморнинг истак-хошишини сўраб-суриштириш
- Оғриқ интенсивлигини беморнинг хулқ-атвориغا қараб баҳолаб, оғриқ қолдирувчи муолажани тўғри танлаш (кучсиз оғриққа кучли анальгетикни буюриш мақсадга мувофиқ эмас)
- Агар даволаш фойда бермаса, беморга яна бир марта ушбу муолажани такрорлаш
- Оғриқни бартараф этиш йўллари турлича бўлиши мумкин
- Доимо оғриқни қолдирувчи тадбирларни давом эттириш
- Беморни қўшимча руҳан, физик, эмоционал азобланишдан химоя қилиш
- Беморга оғриқни келтириб чиқараётган сабабларни тушунтириб бериш

Оғриқни бартараф этиш ва камайтириш учун йўналтирилган ҳамширалик аралашувларини режалаштириш

1. Оғриқни қолдириш мақсадида бажариладиган тадбирларга беморни жалб этиш даражасини белгилаш ва шароитни тўғри баҳолаш зарур.
2. Врач буюрган анальгетикларни қўллаш зарур.
3. Бемор томонидан қўлланилаётган оғриқни камайтиришга қаратилган усулларни қўллаб-қувватлаш:
 - а. Ташқи омиллардан: тебраниш, артиш, «ишга чопиш», ҳамсухбатларни топиш;
 - б. Ички омиллардан: хаёл суриш, диққатни жамлаш;
 - с. Ўзини мослаштириш стратегияси: маълум бир ҳолатни (поза) танлаш, ухлаш.
4. Беморнинг турли стратегияни танлашига ёрдам бериш керак.

5. Ноинвазив физиотерапевтик усулларни (уқалаш, вибрация, совуқ ёки иссиқни) қўллаш даркор.
6. Ташқи анальгезия ёки тери орқали нерв стимуляциясини қўллаш зарур.

Оғриқ синдромида ҳамширалик иши жараёнини ташкил этиш

I босқич. Беморни текшириш, субъектив ва объектив баҳолаш

- Ҳамшира бемордан оғриқ безовта қилаётганлигини, унинг локализацияси, бошланиш вақти, давомийлигини суриштириб аниқлайди
- Ҳамшира беморни кузатиб, оғриқни кучайтирувчи омилларни қидиради
- Ҳамшира илгари бажарилган оғриқсизлантирувчи терапиянинг самарасини текширади
- Ҳамшира қилинган анальгетик миқдориини касаллик тарихидан билиб олиб, унинг қилинган вақтини аниқлайди.

II босқич. Бемор муаммоларини аниқлаш ва ҳамширалик ташхисини қўйиш.

Агар бемор оғриққа шикоят қилса, ҳамшира унинг хатти-ҳаракатларидан: (юз ифодаси, мушаклар тонусидаги ўзгариш, терлаш, тахикардия, гипертония, тахипноэ борлигидан) унга **ОҒРИҚ** деб ҳамширалик ташхисини қўяди. Агар оғриқ беморни 6 ойдан кўп муддат ичида безовта қилаётган бўлса, унда ҳамширалик ташхиси: **СУРУНКАЛИ ОҒРИҚ** деб қўйилади.

III босқич. Ҳамширалик ёрдамани режалаштириш.

Ҳамшира касаллик тарихига режалаштирилган анальгетик (наркотик, нонаркотик) турини, миқдорини, бажарилиш вақтини врачнинг муолажа варақасидан кўчириб ёзиб олади. Қайд этилган ушбу муолажа ўтказилади.

IV босқич. Ҳамшира аралашувини амалга ошириш.

Беморда оғриқ бошлангунча ҳамшира анальгезия учун керакли дори-дармонларни тайёрлаб қўйган бўлиши зарур.

1. Ҳамшира жарроҳ буюрган дорининг номи, миқдори, танага киритиш йўли хақида муолажа варақасини кўздан кечириш орқали билиб олади. Бу муолажани тўғри бажариш ва бемор хавфсизлигини таъминлашга кафолат беради.

2. Агар ҳамшира буюрилган анальгетик ҳақида тўлиқ маълумотга эга бўлмаса, бу дорининг таъсири, самараси, ножўя таъсири ҳақида жарроҳдан сўраб, билиб олиши зарур.
3. Ҳамшира муолажанинг буюрилган вақти ва охириги марта қачон бажарилганини аниқлаб олади.
4. Муолажанинг бажариш вақтини аниқлаш учун ҳамшира беморнинг оғриққа нисбатан ҳаракатини текшириш асосида баҳолайди.
5. Ҳамшира анальгетикни қуйидаги пайтда юборади:
 - Бемор оғриқни қайта сеза бошлайди. Оғриқ ўзининг юқори чўққисига етмасдан бажарилган муолажанинг самараси анча юқори бўлади.
 - Оғриқ сатҳининг сезиларли даражадан юқори сатҳга эга бўлиши оғриқсизлантириш зарурлигини кўрсатади.
6. Ҳамшира дорининг таъсирини албатта кузатиб туриши зарур.
7. Ҳамшира ўтказилган муолажа ҳақида касаллик тарихи ва муолажа варақасига ёзиб, бемор хавфсизлигини таъминлайди.
8. Ҳамшира беморнинг нафас олиш сони, нафас фаолиятини соатига камида бир марта санаб, текшириб туради. Нафас олишнинг минутига камайиши, эс-хушнинг пасайиши қонда анальгетик миқдорнинг кўпайиб кетганлигидан далолат беради.

V босқич. Таъсир самарасини баҳолаш.

Ҳамшира қўшимча текширувлар асосида кутилган натижага эришганлик ҳақида баҳолайди. Бемор сўров пайтида оғриқ камайганлиги ёки йўқолганлигини тасдиқласа, объектив текширувлар натижасида ҳамшира оғриқ йўқлигига қайта ишонч ҳосил қилади.

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАР ВА УЛАРНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Операциядан кейинги асоратлар эрта ва кечки даврларда юзага чиқиши мумкин. Операциядан кейинги эрта даврда шок, коллапс, асаб тизимининг бузилиши, бронх-ўпка тизими асоратлари (димланиш пневмонияси, ателектаз, бронхопневмония, ўпка шиши), ўткир буйрак ва жигар етишмовчилиги, гипертермия синдроми, диспепсия кузатилиши мумкин. Бу даврда кузатиладиган шок ва коллапс токсик,

аллергик, анафилактик, кардиоген ва невроген омиллар туфайли юзага келиши мумкин.

Операциядан кейинги кечки даврда қон айланишининг маҳаллий бузилиши (тромбофлебит, флеботромбоз, ўпка артерияси тромбоэмболияси, ўпка инфаркти, миокард инфаркти), ичак парези, ўткир сийдик тутилиши, жароҳатнинг йиринглаши, эвентрация, сепсис, алиментар гипопропротеинемия, гиповитаминоз каби асоратлар ривожланиши мумкин.

Операциядан кейинги асоратларни ўз вақтида диагностика қилиш учун беморни клиник кузатиб бориш ва ҳар томонлама синчиклаб текшириш олий маълумотли ҳамширанинг асосий вазифаларидан бири бўлиб ҳисобланади. Операциядан кейинги даврда беморни безовта қиладиган шикоятлардан энг асосийси - бу оғриқдир. Оғриқ беморнинг уйқусизлигига, рухан чарчашига, юрак қон - томир тизимида жиддий ўзгаришлар юз беришига сабаб бўлиши мумкин. Оғриқнинг тури ва интенсивлиги, операциянинг ҳажми, кўлами, тўқималарнинг қанчалик зарарланганлиги ва беморнинг асаб тизимига боғлиқ бўлади. Оғриқ беморнинг тўшакда ётиш тартиби бузилишига, эркин ва бир маромда нафас олишда қийналишига олиб келади. Оғриқни қолдириш мақсадида анальгин, промедол, омнопон, морфин, фентанил каби дорилардан фойдаланилади. Бир вақтнинг ўзида нейролептиклардан: дроперидол, галоперидолнинг қўлланилиши ҳам яхши самара беради. Айрим ҳолларда кенг кўламли, жароҳатли, оғир операциялардан сўнг даволаш наркози қўлланилади. Бемор уйқуси бузилганда унга барбитуратлар, димедрол бериб бартараф этса бўлади. Ўз вақтида оғриқсизлантириш муолажалари ўтказилмаса, бемор шок ҳолатига тушиб қолиши мумкинлигини доимо ёдда тутиш зарур. Юрак қон - томири тизимидаги асоратлардан: тромбоз, эмболия, инфарктлар бирламчи юрак етишмовчилиги натижасида юз беради ёки улар шок, анемия, гиперкоагуляция ҳолатларида иккиламчи ҳам бўлиши мумкин.

Томирларнинг ўткир етишмовчилигида айланиб юрган қон миқдорининг кескин камайиши, капиллярлар фалажлиги муҳим роль ўйнайди. Юрак фаолиятини тиклаш мақсадида юрак гликозидларидан строфантин, корглюкон, дигоксин, целанид, вазопрессорлардан: эфедрин, допамин, допмин қўлланилади.

Коронаролептиклардан: нитроглицерин, диуретиклардан: лазикс, фуросемид, верошпирон, оксигенотерапиянинг комплекс равишда амалга оширилиши юрак қон-томирлари тизимидаги бузилишларнинг олдини олади.

Тромбозлар асосан варикоз касаллигига чалинган, семиз, кам ҳаракат беморларда, асосан оёқ ва думгаза веналарида ривожланади. Тромбозга олиб келувчи асосий омилларга қон ҳаракатининг секинлашуви, гиперкоагуляция, қон томири девори интима қаватининг шикастланиши киради.

Тромбозлар хосил бўлишининг олдини олиш учун даволаш жисмоний тарбияси, беморни эрта ўрнидан турғозиш, антикоагулянтлардан (гепарин, фраксипарин, пелентан, фенилин) фойдаланилади. Агар юқорига кўтарилувчи тромбофлебит ривожланса, Троянов операцияси бажарилади.

Ўпка артерияси тромбоемболиясида суткасига 30 - 50000 ТБ авелизин, фибринолизин, спазмолитиклар қўлланилади. Нафас олиш тизимида эса ўткир нафас етишмовчилиги, бронхит, трахеит, пневмония, плеврит, ателектаз, ўпка абсцесси каби асоратлар юзага келиши мумкин.

Булар орасида бронхит ва бронхопневмония энг кўп учрайди. Ўпка вентиляциясининг етарли ҳажмда бўлмаганлиги пневмониянинг асосий сабабларидан ҳисобланади.

Шунинг учун ОМХнинг асосий вазифаларига оғриқсизлантиришни ўз вақтида ўтказиб туриш, меъда моторикасини тиклаш, меъдага зонд қўйиб ювиш, кўкрак қафасини вибромассаж қилиш, беморни фаоллаштириш киради.

Операциядан кейинги плеврит, ателектаз каби асоратлар кўпроқ торакал операцияларидан сўнг ривожланади. Ўпка асоратларининг олдини олиш учун беморнинг операция хонасида, ювинтириш даврида совқотишига йўл қўймаслик, палатани ўз вақтида шамоллатиб туриш ва беморни астойдил парваришлаш зарур. Нафас олиш гимнастикаси ва даволаш жисмоний тарбияси ҳам яхши самара беради. Антибиотиклар, балғам кўчирувчи дорилар, юқори нафас йўлларида ингаляция йўли билан дорилар юбориш, физиотерапевтик муолажалар яллиғланиш жараёни ривожланганда қўлланилади. Юқорида қайд этилган даволаш ва профилактика муолажаларини бажаришда асосан олий маълумотли ҳамшираларнинг роли катта. Пневмония абсцесс билан асоратланганда плевра бўшлиғи пункция ҳамда

бронхоскопия билан бронхиал тизим санация қилинади. Оғир ҳолларда гипербарик оксигенотерапия ва хаттоки сунъий нафас олдириш усуллари ҳам қўлланилади.

Сийдик - таносил аъзолари асоратлари сийдикнинг тутилиб қолиши (ишурия), буйрак фаолиятининг сустлашиши (олигурия, анурия), буйрак жоми (пиелит) ҳамда қовуқнинг яллигланиши (цистит) каби жараёнлардан иборат. Ишурияда сийдик катетер (резина, металл) ердамида чиқарилади. Олигоанурияда кристаллоид эритмалар қўйилиб, диурез кучайтирилади (фуросемид, лазикс).

Жароҳатдан қон кетиши, гематомалар, инфилтратлар, жароҳатнинг йиринглаши, эвентерация каби асоратлар бевосита операция жароҳати билан боғлиқ бўлган маҳаллий асоратларга киради. Жароҳатдан қон кетганда, уни тафтиш қилиш ва қон кетаётган томирни албатта топиб, уни боғлаш ёки коагуляция қилиш тавсия этилади. Жароҳат соҳасида тўқималараро гематома ҳосил бўлса, ёки йиринглаш аломатлари (гипертермия, оғрик, шиш, флюктуация, гиперемия) сезилса, жароҳатда чоклар олиниб, патологик суюқликдан халос этиш, шу соҳага дренажлар қўйиш мақсадга мувофиқ. Жароҳат инфилтратида маҳаллий иссиқ, физиотерапевтик муолажалар (УВЧ-терапия) ҳар доим ҳам самара беравермайди. Кўпинча инфилтрат йиринглайди ва бу ҳолларда йирингли жароҳатни даволаш усуллари қўлланилади.

Операциядан кейинги даврда кислота- ишқор мувозанати бузилади. Қонда ишқорлар захираси камаяди ва ацидоз белгилари намоён бўлади. Қусиш, метеоризм, бош оғриши, безовталиқ, уйқусизлик ацидознинг компенсацияланган босқичида кузатилади. Операциядан кейинги эрта даврда инфузион терапияни адекват буюриш, энтерал озикланишни тўғри ташкил этиш ацидознинг олдини олишга ёрдам беради. Биокимёвий текширишларда аниқланадиган гипопро테인емия, азот қолдиғи ҳамда глобулин фракциясининг нисбатан кўпайиши оксиллар алмашинувида жиддий ўзгаришлар юз берганидан далолат беради. Операция вақтида қон йўқотилиши ҳам гипопро테인емия ривожланишига замин яратади. Оқсилга бой пархез овқатларни бериш, қон, плазма, альбумин, оқсил гидролизатларини қўйиш ушбу симптомни бартараф этишга ёрдам беради.

Сув-электролит алмашинувининг ўзгаришлари ҳам катта ҳажмли, узоқ давом этадиган, умумий интубацион наркоз остида

ўтадиган операция таъсирига хосдир. Операция вақтида ва ундан сўнг турли тузли эритмаларни (Рингер эритмаси, «Ацесоль», «Дисоль», «Лактосоль») венага юбориш қондаги камайган калий, натрий, хлоридлар ўрнини тўлдириш имконини беради. Соғлом одам бир суткада 2 - 2,5 литр суюқликни йўқотади. Шу жумладан буйрак орқали 1 - 1,5 литр, ўпка орқали 0,5 литр, тери орқали 0,3 литр суюқлик йўқотилади. Тана ҳарорати бир градусга кўтарилганда ажратиладиган суюқлик миқдори 500 млга ошади. Шу сабабли операциядан кейинги даврда суткасига камида 2,5 - 3 литр суюқликни вена орқали бемор танасига киритиш талаб этилади. Қайта - қайта қусиш, терлаш, ич кетиши танадаги сув ва тузлар дисбаланс ва етишмовчилигини келтириб чиқаради. Паренхиматоз аъзолар ва мияда сувсизланиш рўй беради, натижада бу аъзолар фаолияти кескин бузилади. Инфузион терапияни адекват ҳолда амалга ошириш натижасида юқорида қайд этилган асоратлар бартараф этилади.

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР

1. Жарроҳликда оғриқ синдромининг аҳамияти. Оғриқ турлари ва босқичлари
2. Оғриқ туфайли организмда юзага келадиган физиологик ва патологик ўзгаришлар
3. Оғриқни бартараф этишда учун ҳамширалик ёрдамини кўрсатиш.
4. Оғриқ синдромида ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилиш
5. Оғриқни бартараф этишга қаратилган муолажалар самарасини баҳолаш усуллари
6. Операциядан кейинги даврда кузатиладиган эрта асоратлар, уларнинг олдини олиш чора-тадбирлари
7. Операциядан кейинги даврда қон айланиши бузилиши асоратларини аниқлаш, ҳамширалик ёрдамини кўрсатиш усуллари
8. Операциядан кейинги даврда ўпка асоратларини диагностика қилиш ва даволаш асослари
9. Операциядан кейинги даврда қон кетиши, қон кетишини тўхтатиш, ҳамширалик ёрдамини ташкил қилиш

10. Операциядан кейинги даврда моддалар алмашинуви бузилишларини ўз вақтида аниқлаш ва коррекция қилишда ҳамширанинг вазифалари.

XIV. ЖАРРОҲЛИКДАГИ АСОСИЙ СИНДРОМЛАР ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

«Ўткир қорин» синдроми. - бу тиббиёт амалиётида кенг тарқалган умумлаштирилган клиник синдромлардан бўлиб, қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир жарроҳлик касалликлари ёки шикастланиши сабабли пайдо бўладиган қорин бўшлиғидаги фавқулоддаги ҳолатдир. «Ўткир қорин» синдроми атамасига тиббиёт шеvasи деб қараш мутлақо ноўрин бўларди. Бу атама ҳамширалик ташхиси, ишчи гипотезаси, беморнинг муаммоси сифатида қабул қилиниши зарур. Ушбу ҳамширалик ташхисини қўйган ОМХ дан беморни жарроҳлик стационарига зудлик билан етказиш ва шошилиш равишда ташхисни аниқлаш учун текширувни бошлаш талаб этилади. «Ўткир қорин» синдроми асосида шошилиш жарроҳлик операциясини талаб этадиган касаллик ётади (перитонит, ичак тутилиши, қорин бўшлиғига қон кетиши, ички аъзоларнинг қон билан таъминланишининг бузилиши шулар жумласидандир). Ушбу синдром клиник манзараси билан кечадиган жуда кўп касалликлар мавжудлигини тақозо этади. Жарроҳлик бўлимларида даволанаётган 50% дан кўп беморларни «ўткир қорин» синдроми билан касалланганлар ташкил этади. Операциядан кейинги асоратлардан ўлим ҳолларининг кузатилиши «ўткир қорин» синдроми диагностикаси, операцияни ўз вақтида бажарилганлигига узвий боғлиқлиги ҳеч кимга сир эмас.

Диагностикаси. «Ўткир қорин» синдроми диагностикасида анамнез муҳим роль ўйнайди. Кўпчилик беморларнинг анамнези суриштирилганда меъда-ичак йўл ва ҳазм қилиш безлари касалликлари борлиги маълум бўлади. Асосан қорин бўшлиғида ўтказилган операцияларда «ўткир қорин» синдроми билан асоратланиш мумкин бўлган сурункали касалликларга этибор бериш зарур. Қориннинг ёпиқ шикастларида жароҳат механизмига, аъзонинг жароҳат юз берган пайтдаги ҳолатига этибор берилади.

Клиник манзараси. «Ўткир қорин» синдроми клиник манзараси турли-туманлиги билан ажралиб туради. У касаллик ва жароҳатнинг ҳарактерига, беморнинг дастлабки ҳолати ва ёшига, организм реактивлиги ва бошқа кўп омилларга боғлиқ бўлади.

Оғриқ - доимий симптом ҳисобланиб, қорин бўшлиғининг барча ўткир жарроҳлик касалликлари ва шикастларида учрайди. Оғриқнинг қандай бошланиши ва жойлашган ўрнини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга, чунки вақт ўтиши билан у ўзгариб боради. Масалан: қорин бўшлиғидаги ғовак аъзонинг тешилишига бирданига пайдо бўладиган кучли оғриқ хос. Бу оғриқ вақт ўтиши билан доимий тус олиб, зўриққан ва бемор бир оз қимирласа ҳам кучайиб кетаверади. Бошқа бир мисолни олайлик: қорин бўшлиғи аъзоларининг яллиғланиш касалликларида оғриқ секин бошланиб, кейинчалик кучаяди, доимий ҳарактерга эга бўлиб, маълум бир соҳада сезилади. Интенсив тўлғоқсимон оғриқлар қорин бўшлиғидаги ғовак аъзоларнинг йўли бекилиб қолганда, аъзо деворидаги мушакларнинг кучли қисқариш натижасида вужудга келади. Бундай шароитда оғриқлар вақти-вақти билан кучайиб, кейин маълум бир муддатга тўхташи ҳам мумкин.

«Ўткир қорин» синдромида учрайдиган оғриқ иррадиацияси ҳам муҳим аҳамиятга эга. Оғриқ иррадиацияси ҳар бир касаллик учун ўзгача бўлиб ташхис қўйишга ёрдам берадиган омилларга киради. Иннервациянинг ўзига ҳос хусусиятлари сабабли баъзида «ўткир қорин» синдромига тегишли бўлган оғриқларни қорин бўшлиғидан ташқарида жойлашган аъзолар касалликларида ҳам кузатиш мумкин («псевдоабдоминал синдром»).

Қусиш - «ўткир қорин» синдромида учрайдиган симптомлардан ҳисобланади ва асосан оғриқдан кейин кузатилади. Қайт қилишнинг ўзигагина асосланиб бир хулосага келиш қийин, лекин «юқори ичак тутилиши» синдромида қусуқ моддаларнинг ичак шираси, ахлат моддаларидан ташкил топганлиги ташхис қўйишда муҳим аҳамиятга эга бўлади.

Ич ва ел чиқмаслиги - «ўткир қорин» синдромина асосий симптомларидан ҳисобланиб, бу механик ёки функционал (перитонитда ичак парези сабабли) ичак тутилишидан дарак беради. Шунини таъкидлаб ўтиш жоизки, ингичка ичак тутилишининг бошланғич даврида ич меъёрида келиши мумкин,

перитонитда эса ич ҳам суриши мумкин. Нажаснинг ранги - қора, қизғиш - малина тусли ёки унга тоза қон аралашган бўлса, бу меъда - ичак тизимидан қон кетаётганидан далолат беради.

ОБЪЕКТИВ ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ

Беморнинг умумий аҳволи, ҳолати, тўшакдаги жойлашиши (позаси) алоҳида аҳамиятга эга. Қорин бўшлиғининг ғовак аъзолари ёрилганда, висцерал артериялар эмболиясида, странгуляцияли ичак тутилишида, ўткир панкреатитда беморлар касалликнинг бошланғич босқичида оғриқли шок ҳолатида бўладилар. Перитонитда беморлар осмонга қараб ёки ёнбошлаб ётган ҳолда оёқларни тизза бўғимида букиб, қоринларига яқинлаштирган ҳолда бўладилар, ортиқча кимирламайдилар, чунки оғриқнинг кучайишидан қўрқадилар. Агар оғриқ жуда интенсив бўлса (ўткир панкреатит ичак тутилиши), беморлар аксинча жуда безовта бўлиб ҳолатларини тез-тез ўзгартирадилар (мажбурий ҳолат).

Қорин деворининг ҳолатига эътибор берилганда мушаклар таранглиги ёки қорин шишиб кетганлиги сабабли нафас олишда қорин иштирок этмаётганлиги кўринади. Қорин бир текисда (перитонит, ичаклар парезида) ёки асимметрик ҳолда (ичак тутилишининг айрим турларида) шишиб кетиши мумкин. Қорин бўшлиғида жуда кўп суюқлик бўлса қорин ҳар томонга ёйилиб кетгандай бўлиб «қурбақа қорин» шаклини олади.

Перкуссия қилинганда жигар тўмтоқлигининг йўқолиши ғовак аъзо тешилишига ҳос бўлса, ичак тутилишида кучли тимпанит товуш эшитилади.

Аускультация қилинганда касалликнинг бошланғич даврда перистальтиканинг йўқолиши мезентериал қон томирлари тромбози, эмболияси, перитонит, ичак парези учун ҳос белги ҳисобланади. Аксинча, перистальтиканинг кучайиши «сув чайқалиши» белгисининг борлиги ичак тутилишига ҳосдир.

Перитонитнинг асосий белгиларидан бири – бу қорин деворининг таранглигидир. *Defans musculorum* - агар қорин деворининг бир қисмида мушаклар таранглиги аниқланса,бу шу соҳада жойлашган аъзонинг патологиясидан далолат беради. Қорин деворидаги таранглик тарқалган перитонитдан дарак беради. Мушакларнинг таранглашиш даражаси қорин бўшлиғига

тушган суюқликнинг характериға боғлиқ бўлади. Энг кучли, кескин ифодаланган қорин девори таранглиги меъда ёки ўн икки бармоқ ичак яраси тешилганида кузатилади. Чунки қорин бўшлиғига тушган кислотали меъда шираси кўплаб нерв тугунларини кўзғатади.

Энг кучли оғриққа эға бўлган соҳани аниқлаш, шу жойда жойлашган абзонинг патологиясидан далолат беради.

Тўғри ичак ёки қинни бармоқ билан текшириш «ўткир қорин» синдроми билан касалланган беморлар диагностикасида учун ғоятда муҳимдир. Тўғри ичакни бармоқ билан текширганда анал сфинктерининг тонуси, тўғри ичакда қон ёки қора рангли ахлат борлиғига, тўғри ичакнинг олдинги деворида оғриқ борлиғига эътибор берилади. Тўғри ичак орқали ичак инвагинатлари, қорин бўшлиғи пастки соҳаларида жойлашган ўсмалар ва яллиғланиш инфилтратларини пайпасласа бўлади.

Қин орқали бармоқ билан текширганда бачадон ва унинг ортиқларининг ўлчамларини, кичик чаноқ бўшлиғидаги қон ёки суюқликни, перитонитда эса Дуглас бўшлиғида оғриқ борлигини аниқлаш орқали муҳим маълумот олиш мумкин. Қин орқали бармоқ билан текшириш усули кўпинча қорин бўшлиғининг ўткир жарроҳлик касалликларини ўткир гинекологик касалликлардан ажратиб олишга имкон беради.

ҚЎШИМЧА ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ

Қон, сийдик таҳлили, қон кислота-асос ҳолатини текшириш. «Ўткир қорин» синдромида қоннинг барча диагностик таҳлиллари нисбий, фақат ўткир панкреатитда эса қон ва сийдик таҳлиллари маълум бир аҳамиятга эға.

Беморни рентгенологик текшириш - «ўткир қорин» синдромига хос бўлган касалликларни аниқлашда аҳамиятга эға. Қорин бўшлиғи рентгеноскопияси ёки рентгенограммасида диафрагма остида аниқланган «эркин ҳаво» бўш абзо тешилганидан, «Клойбер косачалари» эса ичак тутилишидан дарак беради.

«Ўткир қорин» синдромида беморнинг шикоятлари, анамнези, объектив ҳолатини аниқлаш ва махсус текшириш усулларини қўллаш перитонит, ичак тутилиши, механик сарғайиш

(холедохолитиаз), қон кетиши каби касалликларни тўғри диагностика қилиш имконини беради.

Қорин бўшлиғи аъзолари шикастларида бир неча патология қўшилиб келади, (масалан, перитонит, қон кетиш, шок). Синдромнинг клиник турларига қараб дастлабки ўринга «ўткир қорин»нинг маҳаллий ёки умумий симптомлари чиқади. (4-жадвал).

«ЎТКИР ҚОРИННИНГ» УМУМИЙ ВА МАҲАЛЛИЙ АЛОМАТЛАРИ

Патология тури	Умумий симптомлар	Маҳаллий симптомлар
Жароҳат	Шок Қон кетиши	Қорин олд девори мушаклари таранглиги ва оғриқ
Перитонит	Интоксикация	Қорин олд девори мушаклари таранглашган, оғриқли
Қорин бўшлиғига қон кетиши	Қон кетиши	Қорин олд девори мушаклари таранглашмаган, юмшоқ, оғриқли, перкуссияда қориннинг пастки қисмида тўмтоқлик аниқланади
Ичак тутилиши	Дегидратация	Қорин юмшоқ, шишган, чегараланган соҳада оғриқ

ҚОРИН БЎШЛИҒИГА ТЕШИБ КИРГАН ЖАРОҲАТЛАР

Одатда ушбу жароҳатлар диагностикаси қийинчилик туғдирмайди. Жароҳатлаган қуролнинг тури, жароҳатнинг жойлашиши, қирралари, четларининг шакли, ҳарактери, айрим ҳолларда ички аъзоларнинг жароҳат орқали кўриниши ёки ташқарига чиқиб туриши (prolaps) ташхис қўйишни енгиллаштиради. Диагностика мақсадида жароҳатни зонд билан текшириш мумкин эмас. Жароҳатга бирламчи жарроҳлик ишловини бериш вақтида жароҳат тешиб кирганлиги маълум бўлса, якуний ташхис лапаротомияга асосан қўйилади.

Қориннинг ёпиқ шикастлари икки гуруҳга бўлинади: қорин бўшлиғи аъзоларининг жароҳатсиз (қорин олд деворининг лат ейиши, қорин парда орти гематомаси) ва қорин бўшлиғи

аъзоларининг жароҳати билан давом этувчи шикастлар (паренхиматоз ва бўш аъзолар ёрилиши). Қорин бўшлиғи аъзоларининг шикастланиши 50% дан кўп ҳолларда шок билан асоратланади, клиник манзараси ўзгариб, ташхис қўйиш қийинлашади. Аралаш жароҳатларда, мастлик ҳолатидаги беморларда ҳам ташхис қўйишда анча қийинчиликларга дуч келинади. Қориннинг ёпиқ шикастларида кўпинча талок, жигар, ингичка ичак, баъзида эса йўғон ичак жароҳатланади. Кам учрайдиган шикастларга меъда, меъда ости беzi, 12 бармоқ ичак ҳамда ўт пуфагининг жароҳатлари киради.

Қориннинг ёпиқ шикастларида касалликнинг клиник манзараси турлича бўлади, қайси аъзо жароҳатланганлигига қараб, симптомлар ҳам ҳар хил бўлади. Бундай ҳолларда асбоб-ускунавий диагностика усуллари, яъни ультратовуш текшируви, рентгенография, экскретор урография, ангиографиянинг аҳамияти катта. Бу усуллар ёрдамида гемопневмоперитонизм, қорин парда орти гематомаси каби ўзгаришларни аниқлаш мумкин.

ҚОРИН БЎШЛИҒИГА ҚОН КЕТИШИ

Қорин бўшлиғига спонтан қон кетиши (тухумдон кистасининг ёрилиши, бачадон найи ҳомиладорлиги) жароҳатли қон кетишга қараганда камроқ учрайди. Талокнинг спонтан ёрилиши, висцерал артериолалар (талок артерияси аневризмасининг ёрилиши) ёрилиши ҳам кам учрайдиган касалликлар туркумига киради.

Гемоперитонизмда асосий белгилардан қон йўқотишнинг умумий (терининг оқариши, тахикардия, қон босимининг пасайиши, анемия) ҳамда маҳаллий симптомлари кузатилади. Қорин пайпаслаб кўрилганда одатда юмшоқ, лекин оғриқли бўлади, қорин парданинг таъсирланиш симптоми мусбат бўлади. Перкуссия қилинганда қориннинг пастки қисмида тўмтоқлик аниқланади. Ичак парезининг белгиларига: қориннинг бир текисда шишиши, дам бўлиши, перистальтика сустлашиши ёки йўқолиши киради. Ташхис қорин бўшлиғи рентгеноскопияси, ультратовуш текшируви ва лапароцентез ёрдамида аниқланади.

Даволаш. «ўтқир қорин» ташхисига бир оз шубҳа бўлса беморни жарроҳлик бўлимига ётқизиш тавсия этилади. Беморга

оғриқни қолдирувчи дорилар буюрилмайди, чунки анальгетик инъекциясидан сўнг оғриқлар камайиб, беморнинг аҳволи енгилашган ҳолда қорин бўшлиғидаги жараён давом этаверади. Бу ҳолат тўғри ташхисни кечиктириши мумкин. Наркотик анальгетиклар шокни олдини олиш мақсадида ва беморни эвакуация қилиш олдидан тавсия этилади.

Жарроҳлик бўлимида беморга тўғри ташхис қўйиш мақсадида барча воситалар ва клиник текширув усуллари қўлланилади. Ушбу касалликларда тўғри, ўз вақтида қўйилган ташхис ва ўтказилган операция бемор ҳаётини сақлаб қолишга, касалликнинг ижобий натижа билан тугашига имконберади.

Агар ташхис қўйишда қийинчиликларга дуч келинса, дилеммани ечишга тўғри келади (ушбу касаллик жарроҳликми ёки йўқми?). Фақат барча диагностика усуллари қўлланиб, ташхис қўйишга имконтопилмаса, диагностик лапаротомия ўтказилади. Чунки беморни динамик кузатиш, яна бир оз муддат кутиш, беморнинг тақдири нуқтаи назаридан диагностик лапаротомиядан хавфлироқ бўлиши мумкин.

Одатда 6 соат давомида бемор қорнида кучли оғриқ давом этаверса, аниқ ташхис қўйишнинг иложи бўлмаса, диагностик лапаротомия қилинади. Операциядан олдин бемор албатта тайёрланади.

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР

1. «Ўткир қорин» синдроми бўлган беморларда асосий муаммоларни аниқлаш, ҳамширалик ташхисини қўйиш
2. «Ўткир қорин» синдроми бўлган беморларда ҳамширалик ёрдамини ташкил қилиш
3. «Ўткир қорин» синдромини аниқлаш учун беморни объектив текшириш усуллари
4. «Ўткир қорин» ташхиси қўйилган беморларга дастлабки тиббий ёрдам кўрсатиш
5. Қориннинг ёпиқ шикастлари ва қорин бўшлиғига тешиб кирувчи жароҳатларда ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилиш
6. Қорин бўшлиғига қон кетишини аниқлаш усуллари, ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилиш

XV. ЎТКИР АППЕНДИЦИТ

Чувалчангсимон ўсимтанинг ўткир носпецифик яллиғланиши «ўткир аппендицит» деб аталади.

Ўткир аппендицит - қорин бўшлиғи аъзоларининг энг кўп тарқалган касаллиги бўлиб ҳисобланади. Ҳозирги кунда жарроҳлик бўлимларида бажарилаётган 60 - 80% шошилиш операциялар аппендицит билан оғриган беморларга тўғри келади.

Таснифи (В.И.Колесов бўйича 1972 йил):

1. Аппендикуляр санчик (суст ривожланган аппендицит)
2. Катарал (оддий, юзаки) аппендицит
3. Деструктив аппендицит
 - а) флегмонали
 - б) гангренали
 - в) гангренали-тешилган
4. Асоратлари:
 - а) аппендикуляр инфилтрат
 - б) аппендикуляр абсцесс
 - в) тарқалган йирингли перитонит
 - г) бошқа турли хилдаги асоратлари (пилефлебит, сепсис ва ҳ.к).

Клиник манзараси.

Ўткир аппендицитнинг клиник манзараси турли хил кўринишга эга. Бу асосан чувалчангсимон ўсимтанинг жойлашган ўрнига боғлиқ бўлади. Одатда касаллик эпигастрал соҳадаги оғриқ билан бошланади ва маълум муддат ўтгач оғриқ ўнг ёнбош соҳасига кўчади (Кохер - Волкович симптоми). Айрим ҳолларда оғриқ киндик атрофида ёки қориннинг барча соҳаларида барабар бошланади ва кейинчалик ўнг ёнбош соҳасига кўчади. Оғриқнинг характери доимий, интенсивлиги ўртача бўлади. Беморда диспептик бузилишлар: кўнгил айнаши, қайт қилиш, оғиз қуриши кузатилади. Баъзан тана ҳарорати 37.5 - 38 гача кўтарилиши мумкин.

Қорин пайпаслаб кўрилганда ўнг ёнбош соҳасида оғриқ ва қорин девори мушакларининг бир оз таранглашганлиги сезилади. Ўткир аппендицитга хос симптомлардан ҳамширалар қуйидагиларни билишлари шарт:

1. Ровзинг симптоми - чап ён бош соҳасида йўғон ичак проекциясини босганда ўнг ён бош соҳасидаги оғриқ кучаяди.

2. Ситковский симптоми- бемор чап ёни билан ётганда ўнг ёнбош соҳасида оғриқ кучаяди ва бемор ноқулайлик сезади.

3. Бартомье - Михельсон симптоми - бемор чап ёни билан ётганда ўнг ён бош соҳасини пайпаслаш оғриқ кучаяди.

4. Шчеткин - Блюмберг симптоми - (қорин парданинг таъсирланиш симптоми) яллиғланиш жараёни қорин пардага ўтганда кузатилади. Ўткир аппендицитнинг деструктив - асоратланган турларида кузатилади. Қориннинг ўнг ён бош соҳасини пайпаслаганда мушаклар таранглиги аниқланади ва қўлни босиб туриб бехосдан олиш оғриқни кучайтиради.

5. Воскресенский симптоми - (сирпаниш симптоми) врач чап қўли билан беморнинг кўйлагини ўнг ён бош соҳаси устида таранг қилиб тортиб туради ва ўнг қўлининг 2 – 3 - 4 бармоқларини кўйлак устидан эпигастрал соҳасидан кўричак йўналишида тез сирпантиради. Сирпаниш тугаган пайтда оғриқнинг кучайганлиги қайд этилади.

6. Раздольский симптоми - ўнг ёнбош соҳасини перкуссия қилганда оғриқ кучаяди.

7. Иванов симптоми - киндикнинг ўнг томонга силжиши (киндик ва *spina iliaca anterior superior dextra* масофа чап томонга нисбатан 1.5 - 2см қисқа бўлади).

8. Образцов симптоми - бемор ўнг оёғини юқорига кўтараётган пайтда ўнг ёнбош соҳаси пайпасланса оғриқнинг кучаяди. (ретроцекал жойлашган аппендицитда намоён бўлади).

9. Яуре - Розанов симптоми - ҳам ретроцекал аппендицитга хос бўлиб, ўнг томондан Пти учбурчаги соҳаси босиб кўрилганда оғриқ пайдо бўлади.

10. Габай симптоми - Пти учбурчаги соҳасини бармоқ билан босиб туриб, қўйиб юборилса оғриқ зўрайиб кетади.

11. Варламов симптоми - ўнг XII қовурғага уриб кўрилганда ўнг ёнбош соҳасида оғриқ пайдо бўлади (ретроцекал аппендицитда).

12. Лунин симптоми - III бел умуртқасининг ўнг кўндаланг ўсимтаси соҳасида оғриқ пайдо бўлади (ретроцекал аппендицитда).

Чувалчангсимон ўсимта кичик чаноқ бўшлиғида жойлашган бўлса:

13. Войно - Ясенецкий симптоми - тенезм ва нажас шиллик келади.

14. Коупнинг I симптоми - чап ёнда ётган беморнинг тўғриланган ўнг оёғи орқага силжитилса ўнг ён бош соҳасида оғриқ ва мушаклар таранглиги пайдо бўлади.

15. Коупнинг II симптоми - осмонга қараб ётган беморнинг тизза ва чаноқ сон бўғимларида букилган оёғи ўз ўқи атрофида айлантирилганда ўнг ёнбош соҳасида оғриқ пайдо бўлади.

Ўткир аппендицитда ректал ва вагинал текшириш ҳам муҳим аҳамият касб этади. Бу усул ёрдамида бармоқ ёрдамида текширганда қорин парданинг яллиғланиши, таъсирланиш белгилари, агар Дуглас бўшлиғига экссудат йиғилган бўлса ҳарактерли бўлган “осилиб туриш” симптоми аниқланади. Ушбу текширувдан сўнг гумон бўлиб турган ўткир аппендицит ташхиси, аниқ қўйилиши мумкин.

Қонни тахлил қилиб текширганда лейкоцитлар сонининг ошиши, лейкоцитлар формуласининг чап томонга сурилиши, ЭЧТ кучайганлиги аниқланади. Ўткир аппендицит чувалчангсимон ўсимта ретроцекал, кичик чаноқ бўшлиғида, медиал, ретроперитонеал жойлашганда атипик кечади .

Ретроцекал ўсимта яллиғланганда клиник манзара яққол юзага чиқмайди, оғриқ қориннинг ўнг ярмида тарқалган, ўнг бел, ўнг сон соҳаларига иррадиация қилиши мумкин. Қорин пайпасланганда юмшоқ, мушаклари деярли таранглашмаган бўлади. Ҳарактерли белгилардан: ён бош суяги тож кирраси соҳасида оғриқ ва бу соҳадаги мушаклар бир оз таранглашган бўлади. Образцов, Яуре - Розанов, Габай, Варламов, Лунин симптомларидан бирортасининг ижобий аниқланиши, қондаги лейкоцитоз, бемор аҳволининг оғирлашиб бориши ташхис қўйишга ёрдам беради.

Ўсимта медиал жойлашганда касалликнинг клиник манзараси кескин ифодаланган бўлади: қориннинг барча соҳасида оғриқ, мушаклар таранглиги, Шёткин - Блюмберг белгисининг тез муддат ичида пайдо бўлиши эътиборни тортади. Ичак парези тез ривожланганлиги сабабли қорин шишиб, дам бўлади. Ушбу ҳолларда перитонит ривожланиши учун қулай шароит бўлади, қорин парданинг сўриш қобилияти шу соҳада бошқа жойларга қараганда кучли бўлганлиги сабабли, тезда интоксикация белгилари намоён бўлади. Юқорида кўрсатилган белгиларни

диққат билан ўрганиб, хулосага келган жарроҳ, олий маълумотли ҳамшира тўғри ташхис қўяди.

Чувалчангсимон ўсимта кичик чаноқ бўшлиғида жойлашган бўлса, ўткир аппендицит ўнг ёнбош соҳасининг пастки қисми, ўнг чов соҳасидаги оғриқ билан бошланади. Агар ўсимта жуда чуқурда жойлашган бўлса, қорин пайпасланганда юмшоқ, оғриқсиз бўлиши мумкин. Чаноқ қорин парданинг сўриб олиш қобилияти сустроқ бўлганлиги сабабли, интоксикация белгилари сезиларли даражада ривожланмайди. Б аъзан оғриқли, тез-тез сийиш кузатилади. Агар яллиғланиш қўшни аъзоларга (сийдик пуфаги, бачадон, тўғри ичак) ҳам тарқалса, қориннинг пастки қисмида оғриқ, дизурик ҳолатлар, ич кетиши (баъзида шиллиқ аралаш) кузатилади. Ректал, вагинал текширув, Войно - Ясенецкий, Коуп симптомларининг мусбатлиги ташхис қўйишга ёрдам беради. Нажас ва сийдикдаги ўзгаришлар врач ва ОМХни ўйлантириб, ташхисни нотўғри қўйишга сабаб бўлиши мумкин. Барча текширув натижаларини тўғри таҳлил қила билиш, диагностик хатоликка йўл қўймасликка имкониятади.

Болалар, қариялар ва ҳомиладорларда ўткир аппендицит кечишининг ўзига ҳос хусусиятлари

Болаларда ўткир аппендицит жуда тез ривожланади. Касаллик қусиш, безгак тутиши, эт увишиши, тана ҳароратининг 39 - 40°C гача кўтарилиши билан бошланади. Қориндаги оғриқ ўқтин-ўқтин бўлиб, касалликнинг кечиши ўткир гастроэнтерит, захарланишга ўхшаб кетади. Ўсимтадаги ўзгаришлар тезда деструктив ҳарактерга эга бўлиши сабабли 25 - 35% болаларда ташхис перитонит билан асоратланганда маълум бўлади. Болаларда анамнез ота-оналари билан суҳбат ёрдамида йиғилганлиги, уйда ота-оналар томонидан маълум бир муолажалар бажарилганлиги (антибиотиклар, анальгетиклар, спазмолитиклар, тозаловчи ҳўқна) касалликнинг ниқоб остида ўтиши ва ташхис қўйишни қийинлаштиришга олиб келади. Шу сабабли ёш болаларда ўткир аппендицитга гумон туғилган ҳолларда ҳам операция усулида даволаш тавсия этилади.

Ҳомиладорликнинг биринчи 16 - 18 хафтаси давомида ўткир аппендицит ривожланадиган бўлса, ташхис унга қийинчилик туғдирмайди. Ҳомиладорликнинг 2 - ярмида ўткир

аппендицитнинг клиник манзараси анча ўзгаради, чунки катталашган бачадон кўричак гумбазини чувалчангсимон ўсимта билан бирга юқорига суради ва айрим холларда бачадон орқасида жойлаштиради. Бунда оғриқ бачадоннинг ўнг ва юқори соҳаси ёки орқасида сезилиб, қориннинг орқа-ён юзасига иррадиация қилиши ҳам мумкин. Қорин деворининг таранглигини ҳомиладорликнинг охирида аниқлаш қийин бўлади. Қоринни пайпаслаганда беморни чап ёнбошига ётқизиб қўйилади. Бунда ҳолатда оғриқли кўричак гумбазини пайпасласа бўлади ва Щёткин-Блюмберг симптоми аниқланди. Бемор чалқанча ётганда бачадони ўнг томонга сурилса, оғриқ кучайиши мумкин (Брендо симптоми). Агар ўсимта бачадон орқасида жойлашган бўлса, бачадоннинг олдинги деворини босиши, оғриқни кучайтириши мумкин. Диагностиканинг қийинлиги, касалликнинг оғир кечиши, асоратлар юзага келиш хавфи борлиги (бола тушиб қолиши, муддатдан олдин туғиш ва ҳ.к.) ҳомиладорларда ўткир аппендицитни хавфли касаллик деб ҳисоблашга, шошилишча ўтказилмаган операция эса оғир асоратларга олиб келади деб хулоса чиқаришга асос бўлади.

Қарияларда ўткир аппендицитнинг клиник манзараси яққол кузатилмайди. Уларни қориндаги оғриқлар безовта қилмайди, диспепсик бузилишлар бўлмайди, тана ҳарорати меъёрда бўлади. Қорин пайпаслаб кўрилганда ўнг ёнбош соҳаси бироз оғриқли эканлиги, лекин қорин девори мушаклари таранглашмаганлиги аниқланади. Ўткир аппендицитга хос бўлган симптомлар ҳам яққол ифодаланган бўлмайди. Ушбу ўзгаришлар ўз вақтида ташхис қўйишга имкониятмайди, беморлар ҳам оғриқ бўлмаганлиги сабабли врачга ўз вақтида мурожаат этмайдилар. Шу сабабли қарияларда аксарият холларда операция вақтида деструктив ўзгарган, перитонит билан асоратланган ўткир аппендицитга дуч келинади.

Даволаш.

Ўткир аппендицит операция йўли билан даволанади. Операция умумий наркоз остида бажарилади. Операцияни жарроҳ ОМХ ассистентлигида бажарса бўлади. Аппендэктомия оддий ёки ретроград усул билан ўтказилади. Операциянинг босқичлари билан «Жарроҳлик блок ҳамшираси» мутахассислигини танлаган ОМХ кейинги курсларда батафсил танишади.

Ўткир аппендицитнинг асоратлари.

Ўткир аппендицитнинг қуйидаги асоратлари тафовут қилинади:

1. Аппендикуляр инфилтрат
2. Аппендикуляр абсцесс
3. Перитонит
4. Қорин парда орти флегмонаси
5. Пилефлебит, сепсис, жигар абсцесси
6. Операциядан кейинги асоратлари:
 - а) қорин бўшлиғига қон кетиш
 - б) қорин бўшлиғи инфилтрати
 - в) қорин бўшлиғи абсцесси (Дуглас бўшлиғи, ичаклараро, диафрагма ости)
 - г) давом этувчи перитонит
 - д) ичак оқма яраси
 - е) жароҳатнинг йиринглаши.

Аппендикуляр инфилтрат.

Аппендикуляр инфилтрат ўткир аппендицитда ривожланган маҳаллий чегараланган перитонитнинг бир тури бўлиб, касаллик бошлангандан сўнг 3 - 4 кун ичида пайдо бўлади. Инфилтрат детруктив ўзгарган чувалчангсимон ўсимта, кўричак гумбази, ингичка ичак халқалари, катта чарви ёрдамида пайдо бўлади. Ушбу аъзолар ўртасида фибрин ҳосил бўлиб, аъзолар девори бир-бирига ёпишади. Яллиғланиш жараёни париетал қорин пардага ўтади ва барча аъзолар ўнг ёнбош чуқурчасига келиб жойлашади, шу сабабли инфилтрат қаттиқ консистенцияли, қўзғалмас тус олади. Қоринни пайпаслаганда шу соҳада оғриқ, қаттиқ консистенцияли ҳосила аниқланади. Қонда лейкоцитоз аниқланиб, тана ҳарорати субфебрил бўлади. Аппендикуляр инфилтрат ўткир аппендицитнинг операцияга кўрсатма бўлмаган ягона асоратидир. Аппендикуляр инфилтрат 2 хил натижа, яъни билан: инфилтрат сўрилиб кетиши ёки йиринглаб, абсцесс ҳосил қилиши билан тугаши мумкин.

Даволаш.

Маҳаллий совуқ қўлланилади, антибиотиклар берилади, бемор парhez сақлайди. Инфилтрат сўрилиб кетгач, 3 - 4 ойдан сўнг беморни жарроҳлик бўлимга қайта ётқизиб, сурункали аппендицит ташхиси билан режали равишда операция қилинади.

Айрим ҳолларда (5 - 10%) ўтказилган консерватив муолажалар фойда бермайди ва инфилтрат йиринглаб, аппендикуляр абсцесс ривожланади. Абсцесснинг пайдо бўлиши оғриқларнинг кучайиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, инфилтрат ўлчамларининг катталаниши, инфилтрат марказида флюктуация белгиларининг юзага чиқиши, қонда лейкоцитлар миқдорининг ошиши билан ифодаланади. УТТ ёрдамида ўнг ён бош соҳасида суюқлик йиғилган ҳосила борлиги аниқлайди.

Даволаш. Операция йўли билан Пирогов кесмаси қилиниб аппендикуляр абсцессни қорин пардадан ташқаридан очилади, йирингдан тозаланади. Операция вақтида чувалчангсимон ўсимтани қидириб топиб, уни олиб ташлашга ҳаракат қилиш керак эмас. Йирингли бўшлиқни дренажлаш ва ҳар қандай йирингли жароҳатни даволаш каби муолажалар белгиланади.

Перитонит.

Деструктив аппендицит билан касалланган беморлар ўз вақтида касалхонага мурожаат қилмасалар, чувалчангсимон ўсимта тешилиб, перитонит келиб чиқади. Перитонит ривожланишининг клиник белгилари қуйидагилар:

- 1) оғриқнинг қориннинг бошқа соҳаларига ҳам тарқалиши;
- 2) ўсимта тешилса, бирданига оғриқлар кучайиб кетади;
- 3) қорин девори мушаклари таранглигининг қориннинг барча соҳаларида аниқланиши;
- 4) Щёткин - Блюмберг симптомининг ўнг ёнбош соҳаси атрофидаги барча соҳаларда аниқланиши;
- 5) перитонит ривожланиб боргани сари оғриқ кучининг камайиб, ичаклар ва қориннинг шишиб кетиши;
- 6) тана ҳароратининг 38 - 39°C гача кўтарилиши;
- 7) пульснинг тана ҳарорати кўтарилишига боғлиқ бўлмаган ҳолда тезлашиши;
- 8) умумий интоксикация кучайиб, беморнинг эйфория ҳолатига тушиб қолишидан иборат.

Даволаш. Перитонит операция усулида даволанади. Умумий интубацион наркоз остида қорин бўшлиғи очилиб, аппендэктомия бажарилади, қорин бўшлиғи санация қилиниб, дренажланади. Операциядан кейинги даврда антибиотикотерапия, дезинтоксикацион терапия, ичак парезини бартараф этиш, сув-электродит балансини тиклаш, симптоматик терапия ўтказилади.

Оғир ҳолларда режалаштирилган лапаростомия қилинади: ҳар куни ёки кун ора умумий наркоз остида мослаштирилган лапаростомия орқали қорин бўшлиғи очилиб, санация қилиб турилади.

Ўткир аппендицитнинг операциядан кейинги асоратлари.

Аппендэктомиядан кейин қорин бўшлиғида абсцесслар ривожланишига перитонитда ўтказилган санациянинг етарлимаслиги, перитонеал диализнинг нотўғри ўтказилганлиги, капилляр қон кетишини тўхтатилмаганлиги ва асептика ҳамда антисептика қоидаларига риоя қилмаслик сабаб бўлади. Ушбу асоратлар ривожланганда касалликнинг клиник манзарасида қуйидаги ўзгаришларни кўрамиз: бунда беморнинг тана ҳарорати доимо юқори бўлиб, қорин пайпасланганда юмшоқ, деярли оғриқсиз бўлади. Қонда лейкоцитоз, рентгенологик текширувда диафрагма остидаги абсцесс чегараланган, юмалоқ шаклдаги «соя» каби кўринади. Ичаклараро абсцесс, Дуглас бўшлиғи абсцесслари УТТда суяқлик тўпланган ҳосила шаклида кўринади. Дуглас бўшлиғидаги абсцессни тўғри ичак ёки қин орқали пункция қилиб, аниқласа ҳам бўлади. Рентгенологик ва ультратовуш текширишлар натижалари ноаниқ бўлса, компьютер томографияси ўтказилади. Бу усул билан текширилганда диаметри 2 см гача бўлган йирингли бўшлиқлар ҳам аниқланади.

Даволаш. Оперция усулида даволаш беморни тезда соғайишга олиб келади. Диафрагма ости абсцесслари қайси соҳада жойлашганлигига қараб, плеврал бўшлиқ орқали, Мельников бўйича қовурғаларни резекция қилиб, плеврадан ташқари ҳолатда ёки лапаротомия қилиш йўли билан амалга оширилади.

Ичаклараро абсцесс лапаротомия қилиниб, тозаланади ва дренажланади. Дуглас бўшлиғидаги абсцесс аёлларда қин орқали, қиз болалар ва эркакларда тўғри ичак орқали очилади. Операциядан кейинги даврда йирингли жароҳатлар умумий қоидалар асосида даволанади.

Қорин бўшлиғига қон кетиши.

Аппендэктомиядан кейин қорин бўшлиғига қон кетиши 0,03 - 0,2% беморларда учрайди. Қорин бўшлиғига қон кетиши ўсимта тутқичидаги инфекция тушган тромблар эриб кетганда,

қон томирлари аррозияга учраганда ёки боғланган ишлар бўшашиб, сирпаниб тушиб кетганда кузатилади. Айрим ҳолларда операция жароҳатидаги охиригача ўтказилмаган гемостаз, қорин бўшлиғига қон оқиб тушишига сабаб бўлади. Қорин бўшлиғига қон кетганда умумий ва маҳаллий белгилар намоён бўлади. Умумий симптомларга: беҳоллик, совуқ тер босиши, пульсинг тезлашиши, қон босимининг пасайиши, тери қопламлари рангининг оқариши, қондаги гемоглобин, эритроцитларнинг камайиши киради.

Маҳаллий симптомларга: ўрнатилган дренаж най орқали тоза қоннинг сизиб чиқиши, қоринни пайпаслаганда ўнг ёнбош, қов усти соҳаларида оғриқ, перитонеал белгиларнинг пайдо бўлиши, ректал, вагинал текширувларда олд ёки орқа деворининг осилиб туриши ва шу жойдаги оғриқ киради.

УТТ – Дуглас бўшлиғида суюқлик борлиги маълум бўлгач, ташхис тасдиқланади.

Даволаш. Реллапаротомия қилинади, қон кетиш манбаи топилиб, қон кетишини узил - кесил тўхтатиш усули билан гемостазга эришилади. Қорин бўшлиғи санация қилиниб, дренажланади. Операциядан кейинги даврда: антибиотиклар, қон, қон препаратлари қуйилади, бемор 2 - 3 кун динамик кузатилади.

ИЧАК ОҚМА ЯРАСИ

Аппендектомиядан кейин ичак оқма яраси 0,35 - 0,8% беморларда ривожланади ва 9,1 - 9,7% беморлар ўлимига сабаб бўлади. Ичак оқма ярасининг пайдо бўлиши илеоцекал бурчакдаги йирингли яллиғланиш жарёнига боғлиқ бўлади. Аъзоларнинг девори инфильтрацияланган, осон йиртилиувчан бўлган ҳолларда, айниқса аппендикуляр инфильтратда, абсцессда оператив техника нуқтаи назаридан тўқималарга нисбатан кўпол муолажалар, чувалчангсимон ўсимтани олиб ташлашга ҳаракат қилиш тўқималар йиртилиши ва ичак оқма яраси ривожланишига олиб келади. Ичак оқма яралари пайдо бўлишида қорин бўшлиғида қолдирилган тампон ва қаттиқ дренажларнинг ҳам ролини инкор этиб бўлмайди. Ўсимта чўлтоғига ишлов бериш усули ҳам оқма яра пайдо бўлишида муҳим аҳамиятга эга. Ўсимта чўлтоғининг инфильтрацияланган, яллиғланган кўричак гумбазига чўктириш жараёнида қўйиладиган айланма чоклар

ситилиб кетса, чўлтоқ етишмовчилиги ва ичак оқма яраси пайдо бўлади. Ушбу асоратни диагностика қилиш қийинчилик туғдирмайди. Жароҳатдан ичак ширасининг ажралиб чиқиши, фистулография усули билан текширилганда контраст модданинг ичак бўшлиғида аниқланиши ташхисни тўғри қўйишга ёрдам беради.

Даволаш. Оқма яранинг қайси турига мансублигига (найсимон, лабсимон ва ҳ.к) қараб ҳар хил турдаги даволаш усуллари қўлланилади. Операция одатда ичак оқма яраси батамом шаклланиб бўлганидан кейин бажарилади (3 - 6 ой). Найсимон оқма яраларга олдин обтуратор қўйиб сўнг консерватив усул қўлланилади. Фойда бермаса лабсимон оқма яралар каби операция усули билан ёпилади.

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАРИ

1. Ўткир аппендицитнинг келиб чиқиш сабаблари, кечиши, диагностикаси. Ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилиш
2. Қарияларда, болаларда ва хомиладорларда ўткир аппендицитнинг ўзига хос хусусиятлари, уларни парвариш қилишда ҳамширанинг вазифалари
3. Ўткир аппендицитни операция усулида даволашда олий маълумотли ҳамширанинг роли
4. Ўткир аппендицитнинг асоратлари: аппендикуляр инфилтрат, абсцесс, даволаш усули
5. Ўткир аппендицитнинг асоратлари: перитонит, пилефлебит, даволаш усули
6. Аппендэктомидан кейинги асоратлар: йирингли яллиғланиш асоратлари, қон кетиши, оқма яра. Уларни ўз вақтида аниқлаш ва даволашда ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилиш.

XVI. ЎТКИР ПАНКРЕАТИТ

Ўткир панкреатит - бу меъда ости безининг ташқи секретор фаолиятининг бузилишига боғлиқ бўлиб, ўз ферментларининг фаоллашуви натижасида, ўз тўқимасини ўзи емириши (autolis) билан ифодаланадиган яллиғланувчи касаллик ҳисобланади, бунинг оқибатида аъзонинг шиши, некрози (геморрагик, ёғли), абсцесси кузатилади.

Меъда ости безининг анатомияси ва физиологияси

Меъда ости беzi - аралаш секреция безлари туркумига кириб, ҳам ташқи, ҳам ички секреция безлари фаолиятини бажарадиган аъзодир. Унинг экскретор функцияси Грааф, инкретор функциясини ва тузилишини Лангерганс ўрганган.

Меъда ости беzi - I - II бел умурткалари соҳасида қорин парда ортида кўндаланг йўналишда 12 бармоқ ичакдан талоқ дарвозасигача бўлган жойни эгаллайди. Узунлиги 15 - 23 см қалинлиги 3 - 9 см, кенглиги 2 - 3 см, оғирлиги 70 - 90 граммни ташкил этади.

Меъда ости беzi бошчаси, танаси ва дум қисми тафовут қилинади.

Безнинг асосий йўли (Вирсўнг йўли)нинг узунлиги – 9 - 23 см, диаметри 0,5 дан 2 мм гача бўлади. Вирсўнг йўли безнинг бошча қисмида қўшимча йўл (Санторий йўли) билан қўшилади ва сўнгра умумий ўт йўли билан биргаликда 12 бармоқли ичакдаги катта сўргичга очилади (papilla Vateri). Айрим ҳолларда Санторий йўли 12 бармоқ ичакка алоҳида йўл билан кичик сўргичга очилади (катта сўргичдан 2 - 3 см юқорида – papilla duodeni minor).

Қон билан таъминланиши: бош қисмини - A.pancreatico-duodenalis; тана ва дум қисмини эса – A.lienalis қон билан таъминлайди. Веноз қон эса бир хил номдаги веналар орқали йиғилиб, жигарнинг дарвоза венасига қуйилади.

Иннервацияси: қуёш чигали, жигар, талоқ, юқори ичак тутқичи, нерв чигаллари билан иннервация қилинади. Бу чигаллардан безга қон томирлар билан биргаликда симпатик толалар киради. Лангерганс ороли эса алоҳида иннервация қилинади. Меъда ости безининг 12 бармоқ ичак, жигар, ўт йўллари, ўт пуфаги билан боғлиқлик томонлари борлиги сабабли бир аъзо функциясининг бузилиши иккинчи аъзога ҳам таъсир қилади. Меъда ости беzi паренхимаси бир қанча бўлақлардан ташкил топган бўлиб, бириктирувчи тўқималардан тузилган юпқа қатлам билан ажралиб туради. Ҳар бир бўлақча эпителиал хужайралардан ташкил топган бўлиб, бу эпителиал хужайралар ацинусларни ҳосил қилади. Секретор хужайраларнинг умумий майдони 10-12 м² ни ташкил қилади. Меъда ости беzi 1 суткада 1200-2200 мл шира ишлаб чиқаради.

Меъда ости беги паренхима хужайралари орасида махсус хужайралар бўлиб, улар оролчаларни ташкил қилади. Кўпинча улар думалоқ ёки овал шаклда бўлади. Бу эндокрин без хужайралари бўлиб, улар тўғридан - тўғри паренхимада жойлашади. Оролчаларда 4 хил хужайралар тафовут қилинади, (α -(альфа), β -(бета), γ -(гамма), δ -(дельта) хужайралар). Бу хужайралар гормонлар ишлаб чиқаради:(инсулин, глюкагон, калликреин, липокаин). Гормонлар углевод ва липид алмашинувида катта аҳамиятга эга.

Инсулин - β - хужайралар томонидан ишлаб чиқарилади, глюкагон эса α -хужайралар томонидан ишлаб чиқарилади. Бу гормонлар бир-бирига антогонист ҳисобланиб, қонда углевод алмашинувини идора этиб, қанд миқдорини меъёрида ушлаб туришда ёрдам беради (қонда қанд миқдори меъёрида 3,3-5,5 ммол/л). Инсулин таъсирида қондаги ортиқча қандни жигар хужайралари ва мушаклар гликоген ҳолатида сақлайди. Қонда қанд миқдори камайганда захирадаги гликоген глюкагон таъсирида парчаланиб, глюкозага айланади. Безнинг экскретор функцияси: трипсиноген, трипсин, химотрипсин, липаза, лактаза, амилаза (диастаза), мальтаза, инвертаза каби ферментларни ишлаб чиқаришдан иборат. Протеолитик ферментлардан трипсин, химотрипсин оқсилларни аминокислоталаргача парчалайди. Протеолитик ферментлар нофаол ҳолатда 12 бармоқ ичак бўшлиғига ажралади ва ичак шираси таркибидаги энтерокиназа таъсири остида фаол ҳолатга ўтади.

Липаза ферменти ҳам 12 бармоқ ичак бўшлиғига нофаол ҳолатда ажралади ва ўт кислоталари таъсирида фаол ҳолатга ўтиб, нейтрал ёғларни глицерин ва ёғ кислоталаригача парчалайди. Амилаза эса бошқа барча ферментлардан фарқли равишда меъда ости бегида фаол ҳолатда ажралади ва крахмални мальтозагача парчалайди. Мальтаза ферменти эса мальтозани глюкозагача парчалайди. Меъда ости беги секрецияси нерв ва гуморал йўл билан бошқарилади. Гуморал йўл секретин (панкреозимин) таъсири остида ва нерв орқали бошқаруви - адашган нерв (n.vagus) таъсири остида амалга оширилади.

Ўткир панкреатит таснифи

Ўткир панкреатитнинг ҳозирги пайтгача таклиф этилган 40 дан ортиқ таснифи ичида 1965 йилда Бутуниттифок жарроҳларининг XXVIII съездида қабул қилинган таснифи энг қулай деб топилган:

Ўткир панкреатит:

I. Меъда ости безининг ўткир шиши (ўткир интерстициал панкреатит).

II. Ўткир панкреонекроз.

1. Ўткир геморрагик некроз.

2. Ўткир ёғли некроз.

3. Ўткир йирингли панкреатит.

Сурункали панкреатит:

1. Рецидивли.

2. Рецидив булмайдиган.

Холецистопанкреатит.

1. Сурункали

2. Хуруж даври билан

Y.Howat (1978) таклиф этган тасниф юқорида келтирилган таснифни тўлдиради:

I. Ўткир босқичи

1. Ўткир панкреатит

а) Ўткир шишли панкреатит

б) Шишли бошланаётган маҳаллий некроз;

2. Ўткир геморрагик некроз

3. Ўткир ёғли некроз

4. Ўткир йирингли ёки гангреноз панкреатит;

II. Рецидив босқичи - ўткир ёки рецидивли панкреатит.

III. Якунловчи босқичи - сурункали панкреатит

1. Чегараланган

2. Сурункали панкреатит, безнинг оҳакка айланиши

Y.Howat таснифи ўткир панкреатитнинг клиник босқичларини ҳам эътиборга олади.

Ўткир панкреатит этиологияси - Ўткир панкреатитнинг ривожланиш сабаблари турли – туман бўлиб, у полиэтиологик

касаллик ҳисобланади. Энг кўп аҳамиятга эга бўлган омилларга қуйидагилар киради:

1. Вирсўнг йўлига ўт суюқлиғи рефлюкси ёки умумий канал назарияси (Ory B., 1901). Бу назарияга биноан Одди сфинктерига тош тикилиб қолганда, ўт Вирсўнг йўлига тушиб, унда босимни оширади ва ацинусларнинг парчаланишига олиб келади. Бунинг натижасида хужайралардан цитокиназа чиқиб кетиб, трипсиногенни трипсинга айлантиради ва ўз-ўзини емириш жараёни бошланади.

2. Баъзи беморларда Вирсўнг йўли эпителийси метаплазияга учраб, цитокиназанинг ҳалос бўлишига олиб келади (M.Peah, D.Diff, 1936).

3. M.Panum (1952) томонидан қон-томир, невроген омилнинг ўткир панкреатит ривожланишидаги роли исботлаб берилган.

4. Юқумли-токсик назария. Қорин тифи, скарлатина, сепсис, паротит каби касалликларда ўткир панкреатит ривожланганлиги маълум.

5. Кимевий моддалар, дорилар билан заҳарланиш (ишқор, кислота, фосфор, массив кортизонотерапия) ҳам ўткир панкреатитга олиб келиши мумкин.

6. Ҳомиладорлик пайтида ўткир панкреатит механик ва гормонлар таъсирида ривожланиши мумкин.

7. Меъда ости беши шикастланиши (безнинг ёрилиши, қорин бўшлиғидаги ўтказилган жарроҳлик жараёнлар) ҳам этиологик омилларга киради.

8. Аллергик ҳолатлар ҳам кейинги пайтларда олимлар томонидан тан олинапти. Бунга бронхиал астма, Квинке шиши, вазомотор ринитга мойил одамлар орасида ўткир панкреатит тез-тез учраши асос бўла олади.

9. Парҳезнинг бузилиши: кўп миқдорда, ёғли, аччиқ таомлар ейиш ҳам ўткир панкреатитга олиб келадиган омиллардан ҳисобланади.

Спиртли ичимликлар панкреатик ширани кўп миқдорда ишлаб чиқариб, 12 – бармоқ ичак шиллик қаватини шишириб, Фатер сўрғичини қисман ёпиб қўйади. Бу эса ширанинг оқиб чиқишига тўсқинлик қилиши, натижада баъзи ҳолларда ўткир панкреатит ривожланиши мумкин.

Ўткир панкреатит патогенези

Ҳозирги кунда меъда ости беши функциясининг физиологик жиҳатларини ҳар томонлама ўрганиш натижасида ўткир панкреатит патогенезига бўлган қарашлар бирмунча ўзгарди. Меъда ости беши ферментларининг "ўз-ўзини емириш" жараёнини батафсил ўрганиш бу жиҳатдан энг катта ютуқ бўлди. Бу жараёнда маҳаллий микроциркуляцияни жиддий равишда издан чиқарадиган, тўқималар гипоксияси ва уларнинг некрозини келтириб чиқарадиган вазофаол моддаларнинг фаоллашиши ва озод бўлиши катта аҳамият касб этади. Ўткир панкреатит патогенезини ўрганишда олинган қимматли маълумотлар уни даволашнинг янги усулларини назарий жиҳатдан асослаб бериш ва операция усулларини қайта кўриб чиқишни тақозо этади.

Ўткир панкреатит ривожланишида иккита асосий омил: безнинг Вирсўнг йўли ичидаги босимнинг ошиши (дуоденал шира рефлюкси) ҳамда панкреатик ферментларнинг безнинг ўзида фаоллашиши ҳал қилувчи роль ўйнайди. Меъда ости беши йўллари тизимида гидростатик босимнинг ошиши, одатда, унинг ташқарисида ва ичида тўсиқлар пайдо бўлишига боғлиқ. Без йўлининг ўртача сиғими 3-5 мл. Безнинг 1 минутда ишлаб чиқарадиган шираси 0,7-1.3 мл. ни ташкил қилади. Ўткир панкреатит пайдо бўлишида суюқликнинг оқиб чиқиб кетишига тўсиқ бўлиши билан бирга без ички секрециясининг кучайиши ҳам ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Меъда ости беши йўлларида босимнинг бирданига кўтарилиб кетиши безнинг "секретор шиши"га олиб келади, бу омил хужайралар орасидаги ёриқдан интерстициал тўқимага шира оқиб тушишига боғлиқ бўлиб, бунда босим ошиб кетишига қарамай, панкреатик йўллар бутунлиги бузилмайди. Безнинг майда томирларида қон айланишининг бузилиши, без шисининг кучайиши ва тўқималарнинг кислородга тўйинмаслиги (гипоксия)га олиб келади.

Меъда ости беши йўлларининг бирданига бекилиб қолиши кам учрайди ва у фақат 3% ҳолларда ўткир панкреатитга сабаб бўлиши мумкин. Меъда ости беши йўлларида шира оқишининг бузилишига кўпинча қуйидаги ташқи омиллар сабаб бўлади: булар 12 бармоқ ичакнинг функционал ёки моторикасининг механик бузилишлари, ўтказувчи

функциясининг издан чиқиши, Фатер сўрғичининг ўсма туфайли ёки функционал ёпилиб қолиш ҳолатларидир. Ўн икки бармоқ ичакдан овқат ўтишининг бузилиши, унда босимнинг ошиши ва ундаги суюқликларнинг панкреатик йўллар орқали тескари йўналишда оқиши дуоденостаз касаллигида, ичак тутилиб қолганда, Фатер сўрғичи ёнида жойлашган дивертикулда кузатилади. Ўткир панкреатит ривожланишида без ичидаги ферментлар фаоллигининг ошиб кетиши муҳим омиллардан ҳисобланади. Ўткир панкреатитда протеолитик ферментлар миқдорининг қорин бўшлиғига йиғилган суюқлигида, қон зардоби таркибида, панкреатик ширада ошиб кетиши юқоридаги фикрнинг далилидир. Бунда протеолитик ферментларнинг (трипсин, химотрипсин, карбоксипептидаза, коллагеназа) аҳамияти катта. Улар микроциркуляцияни бузадиган вазофаол моддаларнинг (каликреин, брадикинин, серотонин) ажралиб чиқишига олиб келади. Протеолитик ферментлар фақат вазофаол моддаларни фаоллаштирибгина қолмай, балки без тўқималарига ҳам таъсир қилиш хусусиятига эга.

Маълумки, протеолитик ферментлар, хусусан трипсин, капилляр қон томирлари ўтказувчанлигини оширади, қон ивишини тезлаштиради, капиллярларда тўсиқлар пайдо бўлишига имконият беради.

Шундай қилиб, фаол панкреатик ферментлар бевосита эпителий тўқималарга "агрессив" таъсир қилиб, панкреатит пайдо бўлишининг сабабларидан бири ҳисобланади.

Панкреатит келиб чиқишида Вирсунг йўли билан умумий ўт йўли ўртасида умумийликнинг борлиги ҳам сабаб бўлиши мумкин, чунки бу икки йўл бирлашиб, 12 бармоқ ичакка бирга очилади.

Дуоденал гипертензия мавжуд бўлганида (дуоденостаз), ўт суюқлиги Вирсунг йўли орқали меъда ости беги тўқималари томон йўналиб у ерга қуйилиши мумкин. Бундай шароитда инфекциянинг кўшилиши ҳам ўз таъсирини кўрсатиши мумкин. Бироқ, бунда дуоденал-панкреатик рефлюкс ҳолатини ҳам назарда тутиш муҳим аҳамиятга эга. Бундай ҳолат Одди сфинктери етишмовчилигида кузатилади ва кўпинча дуоденостаз касаллигида ҳам юзага чиқади. Меъда ости беги ширасининг оқиб кетишига қаршилик кўрсатувчи тўсиқ, инфекция тушиши каби омиллар ҳам панкреатит ривожланиши

учун кулай шароит туғдиради. Шундай қилиб, панкреатитни юзага чиқарадиган сабаблар жуда кўп.

Хозирги вақтда ўткир панкреатитда 4 та патологоанатомик ўзгариш босқичи ажратилади.

I-босқич. Интерстициал шиш.

Бунда меъда ости беши оқарган, шишган, қаттиқлашган ва шишасимон кўринишга эга бўлади. Гистологик текширганда интерстициал шиш ва лимфоид ҳужайралар инфильтрацияси аниқланади, безлар ва без йўллари эпителийси ҳам ўзгаради.

Геморрагик шиш интерстициал шишдан сўнг ривожланиб, капиллярларда спазм пайдо бўлганлиги билан ажралиб туради, безнинг кўриниши ўзгарган, эритроцитлар сизиб ўтган бўлади ва улар тўқима стромасида лимфоцит ҳужайралари билан аралаш ҳолда кузатилади. Без шишиб кетган бўлиб, қизғиш-кўкимтир рангда кўринади.

II- босқич . Геморрагик некроз.

Геморрагик жараён кучаяди, без ҳажми катталашади, бўшашади, айрим жойларида қора ранг пайдо бўлади. Бу ўзгаришдан кейин геморрагик некроз ривожланади. Қорин бўшлиғида геморрагик суюқлик пайдо бўлади. Қорин пардаорқасидаги клетчатка, ичак тутқичи, латерал томондан қорин девори териси ва баъзан киндик атрофидаги тери инфильтрацияланади.

III- босқич . ёғли некроз.

Безнинг геморрагик некрозга учраган (қорайган) жойларининг кўплиги ва кулранг жойларнинг сариқ-ёғсимон чарви рангига ўхшаган нуқталарини кўриш мумкин, холос. Безнинг асосий йўлидан эпителий қоплами метаплазияга учраган, некрозланган, без бўшлиқлари бекилган бўлади.

IV- босқич . Йиринглаш.

Гистологик текширишда некрозга учраган тўқималар, абсцесс ўчоқлари ҳамда, лейкоцитлар инфильтрациясини кўриш мумкин.

Ўткир панкреатит клиникаси ва симптоматикаси

Беморлар асосан оғриқ синдроми, динамик ичак тутилиши, нафас-юрак-қон томирлар ва буйрак-жигар тизимлари етишмовчилиги белгилари безовта қилади. Касалликнинг кечиккан босқичларида бу белгилар ҳаёт учун

муҳим бўлган аъзолар фаолиятининг бузилиши билан ҳарактерланади.

Ўткир панкреатит 96-98% ҳолларда оғриқ билан бошланади: оғриқ кучли бўлиб баъзан зўрайиб, баъзан эса сусайиб туриши мумкин. Оғриқ 85% ҳолларда эпигастрал соҳада, 3% ҳолларда фақат чап қовурға ёйи ости соҳасида, 12% ҳолларда фақат ўнг қовурға ёйи остида сезилади. Оғриқ асосан тўш орқасига, куракка, кўкрак қафасининг ўнг ва чап ярмига, бўйинга, ўнг ёки чап елкага берилиб, кўпинча камарсимон бўлади. Бундай ҳолат безнинг ўзига хос бўлган иннервациясига боғлиқ. Шиш ҳисобига нерв чигалларининг физик босилиши, уларнинг ферментлардан таъсирланиши, шунчалик кучли оғриқ бериши мумкинки, бунда беморга ҳатто оғриқ қолдирувчи дорилар ҳам ёрдам бермаслиги мумкин.

Кўнгил айланиши, қусиш, ич келмаслиги, ел чиқмаслиги 70-85% ҳолларда кузатилиб, бу классик-динамик ичак тутилишининг яққол белгиларидан ҳисобланади.

Тери қопламларини кўздан кечирганда куйидаги белгиларни топиш мумкин. Мондор симптоми - гавда, юз терисида бинафша рангли доғлар пайдо бўлади, бужмайган, баъзан оқарган тери билан алмашинади. Хольстед симптоми - қорин терисида кўкарган жойлар пайдо бўлади. Турнер симптоми - қорин ён девори терисида цианоз кузатилади. Грюнфельд симптомида эпигастрал соҳада қорин дам бўлади. Юқорида келтирилган симптомлар беморларда 35% ҳолларда кузатилади. Улар қорин девори терисидаги томирлар дистонияси натижаси ҳисобланади. Габье-Пчелина симптоми эса кўндаланг чамбар ичак фаолияти - динамик ичак тутилишининг кўриниши бўлиб, шиш ичак тутқичи ва уйқу-нерв чигалига тарқалишидан келиб чиқади. Қоринни пайпаслаганда юмшоқ бўлади. Эпигастрал соҳада пальпацияда оғриқ ва қорин олд девори таранглиги - Керте симптоми деб аталади ва у 72-87% ҳолларда аниқланади. Қориннинг чуқур пальпациясида қорин аортаси пульсацияси сезилмаса - бу Воскресенский симптоми деб аталади. Бунда яллиғланиб шишиб турган меъда ости беги аорта юзасини бекитади. Бу симптом 80-90% беморларда учрайди. Чап қовурға - диафрагма бурчаги соҳасини пайпаслаганда оғриқ пайдо бўлса, мушаклар таранглашса - бу Мейо-Робсон симптомидир. Бу симптом 35-47% ҳолларда

учрайди. Бу шишнинг буйрак атрофидаги тўқималарга тарқалгани, аксон-рефлекс сезувчанлиги ёки яллиғланиш қорин парда орқасидаги тўқималарга ўтганлигини билдиради. Камар кўринишидаги оғриқ симптоми одатда меъда ости безининг бутунлай (тотал) яллиғланганлигидан далолат беради. Шиш меъда ости бези чегарасидан чиқиб, қорин парда орқасидаги тўқималарга тарқалиб кетганда Боас-Ҳарбст симптоми аниқланади.

Панкреатитда рентгенологик текширишлар қуйидаги белгилар: диафрагма гумбазининг баланд туриши, чап плевра бўшлиғида суюқлик пайдо бўлиши, ўн икки бармоқ ичак шаклининг тақасимон кенгайиши, дуоденостаз белгилар ва паралитик ичак тугилиши белгиларининг пайдо бўлганини кўрсатади, ультратовуш текшируви ёрдамида эса меъда ости бези ўлчамларининг ўзгарганлигини аниқлаш мумкин.

Лаборатория текширувлари

Кўпинча қонда лейкоцитларнинг сони $12 - 18 \times 10^9$ г/л атрофида бўлади. Гиперлейкоцитоз ($20 - 25 \times 10^9$ г/л) касалликнинг оғир кечишидан далолат беради.

Ўткир панкреатитда амилаза (диастаза) миқдорини қон зардоби ҳамда сийдикда аниқлаш кенг тарқалган. Диастаза миқдори без тўқимаси структураси бузилиши билан параллель ҳолда ортиб бормади. Агар динамикада диастаза миқдори қонда камайса ва айни вақтда лейкоцитлар сони кўпайса (ва унга мувофиқ ҳолда сийдикда кўпайиб кетса), бу ҳолда панкреонекроз ҳақида ўйлаш зарур. Углевод алмашинувининг гипергликемия кўринишидаги ўзгариши, глюкозурия ва ацетонурия белгиларининг пайдо бўлиши, беморда панкреатитнинг оғир тури ўтаётганлигидан далолат беради.

Даволаш схемаси

1. Бемор 1 - 2 кун давомида оч қолдирилиб, унга фақат минерал ишқорли сувлар берилади. Сўнгра 5а-стол (сутли суюқ овқатлар, узоқ қайнатилган гушт, ёғсиз балиқ, шарбатлар, кисель) буюрилади.

2. 0,25% ли новокаин эритмасидан - 60 - 100 мл дан 2 томонлама паранефрал блокада қилинади.

3. Венага томчилаб 2 - 3 кун давомида қуйидаги суёқликлар юборилади:
 - а) глюкоза - новокаин аралашмаси (5% ли глюкоза 150 мл ва 0,25% ли новокаин эритмаси 150 мл);
 - б) Рингер - Локк эритмаси 500 мл (С ва В гуруҳи витаминлари).
 - в) 5% ли 500 мл глюкоза эритмаси 6 ТБ инсулин билан;
 - г) 1% ли 200 - 300 мл кальций хлорид эритмаси.
4. Оғрик қолдирувчилар: 2% ли промедол 1,0 мл дан , 50% ли анальгин суткасига 1 - 2 марта 2 мл дан, 4% ли амидопирин эритмаси суткасига 2 марта 5 мл дан.
5. Спазмга қарши ва секрецияни сусайтирувчи препаратлар: Папаверин, платифиллин, атропин, галидор буюрилади.
6. Антигистамин препаратлар: 1% ли димедрол суткасига 3 марта 1 мл дан, 2,5% ли пипольфен суткасига 3 марта 2 мл дан тайинланади.
7. Маҳаллий гипотермия: эпигастрал соҳага муз қўйилади, меъдани муздек сув билан ювилади.

Булардан ташқари ўткир панкреатитнинг ўртача оғирликда кечадиган турларида:
8. Оқсил препаратлари: суткасига 200 - 500 мл (плазма, альбумин, аминокислота, протеин, казеин гидролизати ва х.к) қўлланилади
9. Реополиглюкин, гемодез 500 мл дан, 4% ли натрий бикорбонат эритмаси 200 - 400 мл дан тайинланади.

1 суткасида венага 2 - 3 литр суёқлик қуйилади. Жадаллаштирувчи диурез усули белгиланади.
- Ўткир панкреатит оғир кечаётган беморларга эса**
10. Антиферментлар қуйидагича қўлланилади:
 - Трасилол бир йўла 100 000 ТБ дан венага томчилаб, сўнгра эса 200 000 ТБ сутка мобайнида юборилади.
 - Контрикал бир йўла 40 000 ТБ венага, сўнгра яна 80 000 ТБ дан суткасига томчилаб юборилади.
11. Таъсир доираси кенг бўлган антибиотиклар буюрилади.
12. Эпсилон-аминокапрон кислота 5% - 100 мл миқдорда венага томчилаб юборилса, ферментлар ишлаб чиқарилишини анча сусайтиради. 5% - 5.0 5-фторурацил эса меъда ости беши

хужайралари фаолиятига таъсир этиб, фермент ишлаб чиқаришини анча камайтиради.

Ўткир панкреатитни жарроҳлик усулида даволаш

Ўткир панкреатитни жарроҳлик усулида даволаш ўткир панкреатитни консерватив даво усули наф бермаганда, безда деструктив узгаришлар (геморрагик, ёғли - ўчоғли некроз ёки тотал панкреанекроз ҳолларида, парапанкреатик флегмона ривожланганда, перитонит ва интоксикация белгилари кучайганда) бўлганда жарроҳлик усулида даволанади. Операция усуллари: ўчоғли некрозларда - секвестрэктомия, чарв халтасини санация қилиш, парапанкреатик ёғ клетчаткасига новокаин-антифермент-антибиотик юбориш, дренажлаш, тотал панкреанекрозда – панкреэктомия, агар бунинг иложи бўлмаса чарв халтасини дренажлаш, меъда-ичак йўлини декомпрессия қилиш, холедохни ташқи дренажлаш операцияси қўлланилади. Сўнги пайтларда адабиётда тотал панкреанекрозларни программалаштирилган оментостомия усули билан даволаш ҳақида маълумотлар пайдо бўлаяпти.

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР

1. Меъда ости безининг анатомиофизиологик хусусиятлари.
2. Ўткир панкреатитнинг келиб чиқиш сабаблари таснифи.
3. Ўткир панкреатит патогенези ҳақида замонавий тушунчалар.
4. Ўткир панкреатитнинг клиник белгилари. Бемор муаммолари ҳақида маълумот йиғиш манбалари, қўшимча текширув усуллари. Ҳамширалик иши жараёнини амалга ошириш режаси.
5. Ўткир панкреатитни даволаш асослари, консерватив ва операция усулида даволашда ҳамширанинг роли.
6. Ўткир панкреатит билан оғриган беморларни парвариш қилишда ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилишнинг ўзига хос хусусиятлари.

XVI. МЕЪДА ВА ЁН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК ЯРАСИНИНГ ТЕШИЛИШИ

Меъда ва 12 бармоқ ичак ярасининг тешилиши «ўткир қорин» синдромига кирувчи жиддий касаллик бўлиб, яра касаллигининг энг хавфли асоратларидан ҳисобланади. Ушбу асорат яра касаллигига мубтало бўлганларнинг 3-30%ида учрайди. Ярагининг тешилишига яллиғланишнинг кучайиши, меъда шираси таркибидаги кислоталиликнинг ошиши, ярагининг авж олиши, қорин ичидаги босимнинг ортиши сабаб бўлади. 90- 95% ҳолларда меъда ва 12 бармоқ ичакнинг олд деворида жойлашган яралар тешилади. Агар меъда орқа деворида жойлашган яра чарви ҳалтасига, қорин парда орқасига, кўкс оралиғига тешилса, камдан-кам учрайдиган атипик клиник манзара юзага келади.

Клиник манзараси. Яра тешилганда клиник манзара яққол, ўзига хос бўлади. Эпигастрийда тўсатдан пайдо бўладиган кучли оғриқ (худди ханжар билан урилгандек), қорин мускуллари таранглашуви, беморнинг мажбурий ҳолатни қабул қилиши (чап ёки ўнг ёнда тиззаларни букиб, қоринга яқинлаштириб ётиши), терисининг ранги оқариб, совуқ тер босиши, оғриқ кучли бўлганлиги сабабли жуда безовта бўлиши яра тешилиши учун хос клиник манзара ҳисобланади. Оғриқ эпигастрийда бошланган бўлса, кейинчалик қориннинг барча соҳаларига тарқалади, елкага, куракка иррадиация қилади. Нафас олиш тезлашади, юзакилашади, чунки диафрагма нафас олишда деярли қатнашмайди. Томир уриши тезлашиб, қон босими бир оз пасайиши мумкин. Қорин нафас олишда иштирок этмайди, пайпаслаганда «тахта» мисоли қаттиқ, оғриқли, Шчёткин-Блюмберг симптоми мусбат бўлади. Юқорида кўрсатиб ўтилган клиник манзара биринчи босқичга, яъни бирламчи шок босқичига тааллуқлидир.

Агар бемор ўз вақтида касалхонага олиб келинмаса касалликнинг 2- босқичи - «сохта соғайиш даври» бошланади. Бу даврда қорин пардадаги нерв толаларининг сезувчанлик «остонаси» кўтарилиб, бузилади ва оғриқ аста-секин камайгандек бўлади. Беморнинг умумий аҳволи ижобий томонга ўзгаргандек туйилади, томир уриши, қон босими меъёрга келади. Бемор ҳаракат қилишга кўрқиб, кимирламай ётади, фақат оғзи куриб,

тили караш билан қопланади. Қорни пайпасланганда мушаклар таранглиги бир оз камайгандек бўлади.

Яра тешилганидан 6 соатдан кўп вақт ўтгач касалликнинг учинчи босқичи - перитонит даври бошланади. Бемор аҳволи яна оғирлашади, қорни шишиб, дам бўлади, ел чиқмайди, ичи келмайди, кўп марта қусади. Тили куруқ, тахикардия, интоксикация белгилари пайдо бўлади. Қорни пайпасланганда барча соҳаларда оғрикли, мушаклари таранглашган, Щёткин-Блюмберг белгиси барча соҳада мусбат, перкуссияда тимпаник товуш, аускультацияда «қабр сокинлиги» симптоми, яъни перистальтиканинг йўқлиги аниқланади. Қон таҳлилида лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши, рентгенографияда диафрагма остида «эркин ҳаво» аниқланади.

Айрим ҳолларда тешилган яра яқинида турган аъзолардан бири (жигар, ўт пуфаги, катта, кичик чарви) билан ёпишиб қолиши мумкин. Яра тешилганда пайдо бўладиган клиник манзара 1-2 соат ичида йўқолади. Оғриқлар тўхтайдди, қорин девори мушаклари бўшашади, пульс меъёрга келади ва беморлар ўзларини деярли соғлом ҳис эта бошлайдилар.

Даволаш. Тешилган меъда ва 12 бармоқ ичак яраси операция усулида даволанади. Операциядан бош тортган беморга Тейлор усули билан консерватив даво ўтказилади: меъдага зонд ўрнатиб, доимий аспирацияни ташкил этиш, антибиотиклар, дезинтоксикацион терапияси, ичак парезига қарши кураш, витаминлар, иммуномодуляторлар шулар жумласидандир.

Ташхис қўйишдан кейин ОМХ беморни операцияга тайёрлайди. Қон гуруҳи, Rh-омилни, аниқлайди, қонни биохимик таҳлил ўтказида, ЭКГ қилади. Меъдага зонд ўрнатиб, ширани шприц ёрдамида сўриб олади, премедикация қилиб, беморни операция хонасига замбилда киритади. Операцияни жарроҳ ОМХ ассистентлигида бажаради. Умумий интубацион наркоз берилгач, юқори ўрта лапаротомия қилинади. Яра тешиги тикилади. Қорин бўшлиғи санация қилинади, дренажланади. Агар яра атрофида инфилтрат катта бўлса, ярани Жадда усули билан кесиб олиб ташлаш операцияси ҳам ўтказилиши мумкин. Операциядан кейинги даврда антибиотиклар, дезинтоксикацион терапияси, витаминлар, анальгетиклар, Оқсил препаратлари тайинланади. 1-2 кун наркотик анальгетиклар билан оғриқсизлантирилади.

ПЕРИТОНЕАЛ СИНДРОМ

Ўткир йирингли перитонит қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир жарроҳлик касалликларида ривожланиши мумкин бўлган энг оғир асоратлардан биридир. Қорин пардадаги йирингли жараён организм барча аъзоларининг фаолиятига кескин таъсир кўрсатиб, интоксикация, ичак парези, нафас олиш, юрак-қон томирлари, жигар-буйрак тизими издан чиқиши билан кечади. Замонавий жарроҳлик ютуқлари, ҳамда фармакотерапия ривожланишига қарамай, ўткир йирингли перитонитда ўлим сира камаймаяпти ва илмий адабиётлардан олинган маълумотларга қараганда 10-50%ни ташкил қиляпти. XX асрнинг 2-ярмидан бошлаб ўткир йирингли перитонитда антибиотикларнинг қўлланила бошланиши ўлимни камайтирган бўлсада, охириги 10 йилликда микробларнинг антибиотикларга резистентлиги ошиши сабаби бу кўрсаткич юқорилаб боряпти. Юқорида келтирилган далиллар ўткир йирингли перитонит замонавий жарроҳликнинг долзарб муаммоларидан бири эканлигини тасдиқлайди.

ПЕРИТОНИТ ТАСНИФИ

Ҳозирги пайтда ватанимиздаги барча клиникаларда Б.Д. Савчук (1979) таклиф этган таснифга амал қилинади. Бу тасниф бўйича йирингли жараён қорин бўшлиғида тарқалишига кўра қуйидагиларга бўлинади:

1. маҳаллий перитонит - қорин бўшлиғининг 2 тадан кўп бўлмаган анатомик соҳасида экссудат йиғилади. Маҳаллий перитонит 2 турга бўлинади:

а) чегараланган перитонит - қорин бўшлиғида йиғилган экссудатнинг аниқ чегаралари бўлганлиги сабабли унинг тарқалиб кетишининг эҳтимоли кам бўлади;

б) чагараланмаган перитонит - қорин бўшлиғида 2 тадан кўп бўлмаган анатомик соҳада экссудат йиғилади. Бу ҳолда экссудат аниқ чегараланган майдонда тарқалган бўлиб, унинг бошқа соҳаларга ҳам ёйилиб кетиш хавфи сақланиб туради.

2. ёйилган перитонит - қорин бўшлиғининг 2 тадан кўп анатомик соҳасида экссудат чегараланган ҳолда ёйилади. Бу турдаги перитонит ҳам 2 турга бўлинади:

а) диффуз перитонит - қорин бўшлиғининг 2-5 анатомик соҳасида чегараланмаган ҳолда экссудат йиғилади;

б) тарқалган перитонит - қорин бўшлиғидаги 5 тадан кўп, айрим ҳолларда барча соҳаларини қамраб олган экссудат йиғилади. Баъзи адабиётларда тарқалган перитонит атамаси ўрнига умумий перитонит атамаси ҳам ишлатилади.

Қорин бўшлиғида йиғилган экссудат ҳарактерига кўра қуйидагича таснифланади:

1. Сероз
2. Йирингли
3. Фибриноз
4. Геморрагик
5. Ихороз
6. Анаэроб
7. Сийдикли
8. Сафроли
9. Қуруқ

Кўпинча қорин бўшлиғида икки ёки ундан ортиқ аралаш суюқлик бўлади ва шу сабабли ушбу суюқлик атамаси тире орқали ёзилади. Масалан: Сероз-йирингли, йирингли – фибринли, сийдикли – геморрагик ва ҳоказо.

Келиб чиқиш сабабига кўра перитонит қуйидагича бўлади:

1. Бирламчи перитонит – касалликнинг жуда кам учрайдиган тури бўлиб, сабабини аниқлаш қийин бўлади. Инфекция бирламчи перитонитда лимфоген ҳамда гематоген йўл билан тушиши мумкин. Сабаби аниқланмаса, криптоген перитонит деган атама ишлатилади.

2. Иккиламчи перитонит - қорин бўшлиғи аъзолари ўтқир жарроҳлик касалликларининг асорати сифатида ривожланади. Бунга кўра қуйидагича бўлинади:

- а) аппендикуляр
- б) холецистоген
- в) панкреатоген
- г) перфоратив (яра, ўсмаларнинг тешилиши)
- д) жароҳатли (ковак ва паренхиматоз аъзоларининг шикастларида)
- е) некротик (ичак тутилиб, некрозга учраганда, мезентериал лимфа тугунлари йирингли

яллиғланганда, Меккель дивертикули некрозга учраганда, Крон касаллигида некроз ривожланса ва ҳакоза.)

ж) операциядан кейинги (ковак аъзолардаги операциядан кейин чокларнинг ситилиши натижасида)

з) гинекологик (сальпингоофорит, бачадон найчаси, тухумдон кисталари ёрилганда, буралганда ва ҳакоза.)

Ташхис қуйидагича ёзилади:

1. Асосий касаллик

Асорати: маҳаллий чегараланмаган сероз перитонит ёки

1. Асосий касаллик

Асорати: тарқалган йирингли-фибринли перитонит ва ҳакоза

Перитонитнинг кечиш оғирлиги ва ривожланиш тезлиги қуйидаги омиллар:

1. микрофлора вирулентлигига

2. микрофлора қонга ўтиш тезлигига

3. перитонит манбасига

4. организм реактивлигига боғлиқ

Перитонит ривожланишига 55-65% ҳолларда ўткир аппендицит, 12-15% ҳолларда ўткир холецистит, 9-10% ҳолларда меъда ва 12 бармоқ ичак тешилиши, 3% ҳолларда панкреанекроз, 3% ҳолларда гинекологик касалликлар сабаб бўлади.

Перитонитнинг клиник манзараси ва ривожланиш босқичлари.

Перитонит ривожланишида 3 та босқич тафовут қилинади:

1. Реактив ёки бошланғич босқич касаллик бошлангандан сўнг дастлаб 12-24 соат давом этади. Бу босқичда қорин бўшлиғида яллиғланиш жараёни энди бошланаётганлиги сабабли касалликнинг маҳаллий кўриниши авжига чиқади. Бемор қорнидаги оғриқ, кўнгил айнаши, қусишдан шикоят қилади. Кўрик пайтида беморнинг оғир изтироб чекаётганлиги кўзга яққол ташланади, у совуқ тер босган, мажбурий ҳолатда ётади. Бемор чуқур нафас олиш қийин кечганлиги сабабли, юзаки ва

тез-тез нафас олади. Тана ҳарорати одатда бир оз кўтарилган, айрим ҳолларда меъёрда бўлади, пульс тезлашади, қон босими бир оз ошади. Тили қуруқ, қорин девори мушаклари таранглашган, Шчёткин-Блюмберг белгиси мусбат. Аускультацияда ичак перистальтикаси сақланган, лекин вақт ўтган сари сустлашиб бориб, қорин дам бўла бошлайди. Қон таҳлилида лейкоцитоз ва қон формуласининг чапга силжиши кузатилади.

2. Токсик босқич касаллик бошлангандан сўнг 24-72 соат давом этади ва маҳаллий белгилар камайиши, умумий белгиларнинг яққол устунлик қилиши билан кечади. Интоксикация белгилари юзага чиқади, беморнинг умумий аҳволи оғирлашади, уни беҳоллик, ташналик, қусиш (тўқ рангли, бадбўй хидли қусуқ массалари билан) безовта қила бошлайди. Териси нам, юзи оқариб, кўзлари киртайиб қолади, бармоқлари, лаблари, бурун ичи, қулоқлари цианотик тус олади. Пульси минутига 120 дан юқори бўлиб, қон босими аста секин пасайишга мойил бўлиб боради. Тили қуруқ, караш, қорни кўпчиган (шишган), пайпаслаганда оғриқли, таранглиги бирмунча камайган бўлсада, Шчёткин-Блюмберг белгиси мусбат бўлади. Перкуссияда тимпаник, қориннинг пастки соҳаларида эса бир оз тўмтоқлашган товуш эшитилади. Аускультацияда ичак тўлқинлари кескин камайган, айрим ҳолларда батамом тўхтаган. Ректал ва вагинал кўрикда чанок бўшлиғидаги қорин парданинг оғриқли эканлиги маълум бўлади. Қон таҳлилида лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга кескин силжиган, лейкоцитар интоксикация индекси юқорига кўтарилганлиги маълум бўлади. Бемор эс-хуши сақланган бўлсада, баъзида у алаҳсирайди. Перитонит ривожланиб бораверганлиги сабабли жигар, буйрак фаолияти бузилиши натижасида сариклик, олигурия ривожланади.

3. Терминал босқич касаллик 72 соатдан кўп вақт давом этганда кузатилади. Чуқур интоксикация белгилари юзага чиқади. Беморнинг умумий аҳволи бунда жуда оғирлашади, эс-хуши жойида бўлмайди, эйфория белгилари пайдо бўлади. Териси оқариб кетган ёки сарғиш, лаби, бармоқларида цианоз аниқланади. Нафас олиши тезлашган, юзаки, томир уриши базўр аниқланади, қон босими анча паст, қорни шишиб кетган, пайпаслаганда юмшоқ, оғриқ камайган. Аускультацияда

перистальтика эшитилмайди («қабр сукунати» симптоми). Тана ҳарорати тушиб кетади. Қон таҳлилида лейкоцитлар формуласи чапга силжиган, қон олиб кўрилганда бактеремия аниқланади.

Диагностикаси.

Беморни ҳар томонлама текшириш, анамнезни обдон сўраб-суриштириш, шикоятларга қулоқ солиш, объектив кўрик пайтида барча соҳаларга аҳамият бериш ташхис кўйишни енгиллаштирувчи омиллардан ҳисобланади. Анамнез пайтида касалликнинг қай тарзда бошланганлиги, бемор касалхонага келгунча қандай даволаш тадбирлари кўрилганлиги аниқланиб, касаллик тарихига ёзиб қўйилади. Қоринда оғриқ пайдо бўлиб, унинг кучайиб бориши, бемор аҳволининг борган сари оғирлашиши қорин бўшлиғида касаллик бошланганлигидан далолат беради. Беморда паралитик ичак тутилиши белгилари намоён бўлса, тиббиёт ходимлари перитонит ҳақида фикр юритишлари зарур. Объектив кўрик пайтида юз ифодасига, тери рангига, нафас олишга, томир уришига, қорин пайпаслаб кўрилганда мушаклар таранглигига, перкуссия пайтида тимпаник товуш, аускультацияда эса ичак шовқинлари бор-йўқлигига алоҳида аҳамият берилса, ташхисни тўғри қўйиш имкони янада ортади.

Асбоб-ускунавий текширув усулларида рентгенологик текширувда диафрагма остида «эркин ҳаво», ичак бўшлиқларида йиғилган суюқлик ва ҳаво («Клойбер косачалари» симптоми), ҳар хил ўлчамдаги «соялар» ни аниқлаш мумкин. Ретропневмоперитонеум, пневмоперитонеум ҳолатларида рентгенологик усулда текшириш ҳам қорин бўшлиғи аъзоларидаги яллиғланишни аниқлаш мумкин. Лапароскопия усули яллиғланиш ўчоғи ва қорин бўшлиғида экссудат борлигини аниқлашга ёрдам беради.

Лапароскопик асбоб-ускуналар билан таъминланмаган жарроҳлик бўлимларида лапароцентез, яъни ўрта чизик бўйлаб кичик кесма қилиб, қорин бўшлиғида ўзгаришлар борлигини аниқлаш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Бу операцияни маҳаллий анестезия остида ҳамда, беморнинг аҳволи жуда оғир бўлганда ҳам бажариш имконияти борлиги унинг афзаллик томонларига киради. Ультратовуш диагностикаси ҳам қорин бўшлиғида суюқлик, баъзи бир аъзоларида яллиғланиш ўчоғи

мавжудлиги ҳамда, чегараланган бўшлиқлар жойлашган соҳани аниқлашга ёрдам беради.

Даволаш.

Перитонеал синдром ташхисини қўйган олий маълумотли ҳамшира беморни зудлик билан замбилга ётқизиб касалхонанинг жарроҳлик бўлимига етказиши зарур. Беморни, касалхонага олиб бориш мақсадга мувофиқ. Ўткир йирингли перитонитни ҳар томонлама даволаш, унинг этиологияси ва патогенезидаги асосий звеноларига таъсир этадиган бўлиши зарур. Даволаш муолажалари 3 босқичдан иборат бўлади:

1. Операциядан олдинги тайёргарлик муолажалари
2. Операция
3. Операциядан кейинги даврда даволаш

Операциядан олдинги тайёргарлик қисқа ва интенсив бўлиб, 2-3 соатдан ошмаслиги зарур. Бу даврда қилинадиган муолажалар беморни оғир аҳволдан сал бўлса ҳам чиқаришга, гомеостазни ушлаб туришга, айланиб юрган қон ҳажмини тиклашга, электролит балансини дастлабки ҳолига келтиришга қаратилган бўлади. Меъдага зонд қўйиб тозалаш, намланган кислород бериш, ўмров ости венасига катетер қўйиш ҳам операциядан олдинги даврда бажарилади. Операция вақтида қуйидагиларга амал қилиш зарур:

1. Перитонит манбасини аниқлаб, бартараф этиш
2. қорин бўшлиғини санация қилиш (экссудат, фибрин толалари) ва антисептиклар билан ювиш
3. Ичак бўшлиғидаги суюқликни эвакуация қилиш, ичак бўшлиғини декомпрессия қилиш ва озиклантириш мақсадида икки каналли назоэнтерал зонд ўрнатиш
4. Ичак парези билан курашиш мақсадида ичак тутқичига новокаин юбориш ва операциядан кейинги даврда новокаин юбориш учун микроирригатор ўрнатиш
5. Экссудат таркибидаги микрофлорани аниқлаш ва антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш мақсадида экма олиш
6. қорин бўшлиғини дренажлаш

Операцияни умумий интубацион наркоз остида ўрта лапаротомия ёрдамида бошлаш мақсадга мувофиқ. Замонавий анестезиологиянинг ютуқлари, миорелаксантларнинг ишлатилиши қорин бўшлиғининг исталган соҳасида ўрта

лапаротомия кесмасидан муолажа бажаришга имконберади. Лапаротомия қилингандан сўнг экссудат электрон сўргич ёрдамида сўриб олинади, перитонитнинг қанчалик тарқалганлиги аниқланиб, унинг манбаи бартараф этилади.

Перитонитнинг операциядан кейинги давоси қуйидаги мақсадларни кўзлайди:

1. Инфекцияни йўқотиш. Бу мақсадни амалга ошириш учун кенг доирада таъсир этадиган антибиотиклар мушак орасига, вена, артерия, лимфа томирларига юборилади. Бактериологик экма натижасининг жавоби келгач (1-3 кун ичида) эса микроблар энг сезувчан бўлган антибиотик қўлланилади.

2. Интоксикацияни камайтириш. Беморга Фовлер ҳолати (каровотнинг бош томони 30° га кўтарилади) берилади. Шундай қилинганда экссудат кичик чанокқа тўпланади ва чанок соҳасида қорин парданинг сўриш қобиляти бошқа соҳаларга нисбатан камлиги сабабли организмнинг заҳарланиши камаяди. Перитонеал диализ ҳам қорин бўшлиғида йиғилаётган йирингли экссудатни ювиб ташлаб, заҳарланишни камайтиради. Венага томчилаб юбориладиган суюқликлардан: гемодез, реополиглюкин, 5%ли глюкоза эритмалари 3-4 литр ҳажмда қўлланилганда қондаги токсик моддалар концентрацияси камаяди ва буйрак орқали фильтрация йўли билан чиқарилади. Ҳар куни меъдани бир неча марта ювиб турғун суюқликларни чиқариш ҳам ушбу мақсадни амалга оширишда муҳим роль ўйнайди.

3. Гомеостазни ўз ҳолида ушлаб туриш учун айланиб юрган қон ҳажмини тиклаш зарур. Бунинг учун қон, плазма, полиглюкин, Рингер, 5%ли глюкоза, тузли эритмалар венага томчилаб юборилади. Калий, натрий, кальций ионлари концентрациясини тиклаш муҳим аҳамият касб этади. Айниқса ичак парези калий иони етишмовчилиги юзага келганда сақланиб қолаверади. Оксил етишмовчилиги қон, плазма, альбумин, протеин, оксил гидролизатларини қуйиб тўлдирилади. Метаболик алкалозда эса Дарроу эритмаси қуйилади.

4. Ичак перистальтикаси операция вақтида ичак тутқичига ўрнатилган микроирригатор орқали 0.25% новокаин эритмасини юбориб, ичак стимуляциясини ўтказиб (прозерин, убретид, гипертоник эритма, ацеклидин, гипертоник хуқна ва ҳоказо) тикланади.

5. Юрак-қон томир тизими фаолияти юрак гликозидлари, кокарбоксилаза каби препаратлар ёрдамида меъёрга келтирилади.

6. Ичакни декомпрессия қилиб туриш ва энтерал озиклантириш ҳам перитонитни комплекс даволашда муҳим роль ўйнайди. Операция вақтида ичакни интубацион найчалар орқали декомпрессияланади. Операциядан кейинги 2-кундан бошлаб бемор икки каналли назоэнтерал зонд орқали мономер эритмалари билан аста-секин энтерал озиклантирилади.

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР

1. Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яралари тешилганда беморларда юзага келадиган муаммолар, биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш
2. Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яралари тешилишида ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилиш асослари
3. Перитонеал синдром тушунчаси, беморларда юзага келадиган муаммолар, биринчи ҳамширалик ёрдамини ташкил қилиш
4. Ўткир перитонит таснифи, босқичлари бўйича клиник белгилари
5. Ўткир перитонитни асосий ва қўшимча текширув усуллари, қиёсий ташхиси, ҳамширалик ёрдамини ташкил қилиш
6. Ўткир перитонит билан хасталанган беморларни даволаш асослари, бунда ҳамширанинг вазифалари
7. Операциядан кейинги даврда моддалар алмашинуви бузилишларини бартараф этиш йўллари, ҳамширалик иши жараёни самарадорлигини баҳолаш
8. Операциядан сўнгги даврда кузатиладиган асоратлар, уларни ўз вақтида аниқлашда ҳамширанинг вазифалари

XVIII. ЯРА КАСАЛЛИГИНИНГ АСОРАТЛАРИ: СТЕНОЗ, ПЕНЕТРАЦИЯ, МАЛИГНИЗАЦИЯ

Меъда, 12 бармоқ ичак ярасининг қўшни аъзоларга «ўйиб кириши» – пенетрация деб аталади. Пенетрациянинг 3 босқичи тафовут қилинади: 1-босқичда яра ичак деворининг барча қаватларига «ўйиб киради» (препенетрация), 2-босқичи – қўшни аъзо деворига «ўйиб киришни» бошлайди (юзаки пенетрация), 3-

босқичда яра қўшни аъзога тўлиқ «ўйиб кириб», унинг таркибида бўшлиқ, «уя» ҳосил қилади (чуқур пенетрация). Одатда яра кичик чарвига, меъда ости безига, жигарга, кўндаланг йўғон ичакка, талокқа, диафрагмага пенетрация бериши мумкин. Масалан, меъда яраси жигарга пенетрация қилса, катта кратер ҳосил бўлади ёки меъда ости безига чуқур пенетрация қилса, склерозловчи панкреатитнинг клиник манзараси намоён бўлади. Яраларнинг қўшни аъзоларга чуқур пенетрацияси катта ҳажмдаги яллиғланиш ҳосилаларини пайдо қилади ва пайпаслаб кўрилганда ушбу ҳосилаларни хавфли ўсмалар деб ўйлаш ҳам мумкин. Агар яра қўшни бўш аъзоларга пенетрация қилса, ички оқма яралар, ўт йўлларига пенетрация қилса, билиодигестив оқма яралар ҳосил бўлади.

Яра касаллигининг пенетрацияси 40 - 50 ёшдаги эркакларда, касаллик узок муддат давомида кечганда ривожланиши мумкин.

Клиник манзараси. Қориндаги оғриқлар доимий, узок чўзиладиган характерга эга бўлиб, овқат ейиш ритмига боғлиқ эмас. Оғриқ ҳаракат қилганда, зўриққанда, тўшакда ҳолатни ўзгартирганда ҳам кучайиши мумкин. Оғриқлар хуружи бир неча ҳафтагача камаймасдан давом этади. Очлик ҳолатида оғриқлар бир оз камайиши мумкин, шу сабабли бемор иштаҳаси яхши бўлса ҳам овқат ёйишдан бош тортади ва вазнини йўқотиб боради.

Яра меъда ости безига пенетрация қилганда, камарга ўхшаб сиқувчи, кучли оғриқлар белга, куракка иррадиация қилади. Агар яра «қуёш чигалига» пенетрация қилса, оғриқ ниҳоятда кучли бўлиб, белга, орқага иррадиация қилади.

Эндоскопия усули билан текширганда яра туби чуқурлигига эътибор берилади. Рентгенологик текширувда яранинг катта ҳажмдаги, чуқур туби борлиги маълум бўлади.

Даволаш.

меъданинг 2/3 қисмини Бильротнинг I ёки II усули билан резекция қилиш, ярани олиб ташлаш беморнинг касалликдан соғалишига олиб келади. Операциядан қатъиян бош тортган беморларни H₂-блокаторлар (циметидин, ранитидин, гатросидин), протон насоси блокираторлари (омез, омепрозол, зероцид), антацидлар (альмагель, вентер, алюминий гидроксид) билан даволаш хуружнинг вақтинчалик тўхташига олиб келади.

ПИЛОРОДУОДЕНАЛ СТЕНОЗ

Пилородуоденал стеноз - 12 бармоқ ичак, меъда яраси асорати ҳисобланиб, унда пилорик ҳалқа ёки 12 бармоқ ичак бошланиш қисмининг яра битиши сабабли чандикли торайиши натижасида эвакуациянинг бузилишига олиб келадиган патология ҳисобланади. Пилорик ҳалқа стенози яра анамнези узоқ муддатга давом этган касалларда ривожланади.

Меъдадан эвакуациянинг қай даражада бузилганлигига қараб стенознинг 3 та босқичи тафовут қилинади.

Компенсация босқичида меъдадаги овқат перистальтика кучайиши ҳисобига стенозга учраган жойдан қийинчилик билан ўтади. Шу сабабли ушбу босқичда касалликнинг клиник манзараси асоратланмаган яра касаллигининг клиник манзарасига ўхшаб кетади. Фақат бемор овқатни кўп истеъмол қилиб қўйганда эпигастрийда оғирлик ҳиссини, меъданинг тўлиб кетганини сезади. Рентгенологик текширувда меъда ўлчами меъёрда ёки бир оз катталашган бўлиб, перистальтика кучайиши, барийнинг 2 - 3 соатгача тутилиб қолиши аниқланади.

Субкомпенсация босқичида касалликнинг клиник манзараси яққол ифодаланади. Овқатлангандан сўнг эпигастрийда оғирлик ҳисси, палағда тухум ҳиди билан кекириш, ўзини зўрлаб қусиш кузатилади. Бемор аҳволи оғирлашиб озиб кетади, териси қуриб, тургори бузилади. Қорин пайпасланганда катталашган меъда контурини, «сув чайқалиш» белгисини аниқлаш мумкин. Рентгенологик текширувда меъда катталашган, перистальтика суст, барий 6 - 12 соатгача меъдадан чиқиб кета олмайди.

Декомпенсация босқичида меъдадан эвакуация батамом бузилган бўлиб, меъда шираси ҳам ўз вақтида эвакуация қилинмайди. Пилорик ҳалқа жуда торайиб кетган. Бемор иштаҳаси бўлса ҳам овқатдан воз кеча бошлайди, доимо бадбўй ҳид билан кекиради, тез-тез қусиб кўп миқдорда суюқлик ва K^+ , Na^+ , Mg^{+2} , Cl^- ионларини йўқотади. Деярли барча беморлар кахексия ҳолатида озиб-тўзиб кетадилар. Қон таҳлилларида анемия, гипопропротеинемия, ацидоз, алкалоз, микроэлементлар камайиб кетганлиги аниқланади. Рентгенологик текширувда меъданинг пастки контури кичик чанокда бўлиб, меъда жуда катталашиб кетган, атоник ҳолатда, барий 24 соат ёки ундан ҳам кўпроқ меъдада туриб қолади. Декомпенсация босқичида беморда сувсизланиш, кахексия, буйракнинг қон билан таъминланишининг

сусайиши, олигурия кузатилади. Ривожланган ацидоз эса пайларнинг томир тортишига, тризмга, «акушер кўли» симптомининг ривожланишига олиб келади.

Даволаш.

Компенсация ва субкомпенсация босқичларида беморларни қисқа вақт ичида (2 - 3 кун) операцияга тайёрлаш ва операцияни ўтказиш зарур. Декомпенсация босқичидаги беморлар интенсив даволаш палатасида ёки реанимация бўлимига ўтказилиб операцияга астойдил тайёрланишлари зарур. Беморларга кўп миқдорда электролитли суюқликлар, витаминлар, оксил препаратлари, қон, плазма қуйиш ва лаборатор кўрсаткичларини иложи борича ижобий томонга ўзгартириб, беморларни операцияга олиш керак.

Ушбу беморларда 2 хил: радикал ва паллиатив операциялар ўтказилади. Радикал операцияларда меъданинг 2/3 қисми Бильротнинг I ёки II усули билан резекция қилинади. Паллиатив операциялар жудо оғир, кекса ёшдаги, жуда ҳолсизланган беморларда ўтказилади. Бу турдаги операцияларга гастроэнтероанастомоз, пилоропластика, гастродуоденоанастомоз киради.

ЯРА МАЛИГНИЗАЦИЯСИ.

Меъда ярасининг хавфли ўсмага айланиши малигнизация деб аталади. 12 бармоқ ичак яраси деярли малигнизацияга учрамайди. Малигнизация меъда ярасининг 15 - 20% ида учрайди. Малигнизацияга мойил бўлган меъда яраси катта эгриликда, пилорик соҳада жойлашади. Малигнизация ёши 40 дан ошган беморларда, яра диаметри 1 - 1.5 см дан катта бўлганда кузатилади. Меъда шираси таркибида кислота миқдорининг камайиши, яра анамнезининг кўп муддатли эканлиги малигнизация келиб чиқишида асосий омиллардан ҳисобланади.

Клиник манзараси. Оғриқ синдромининг циклик характери йўқолиб, у доимий характерга эга бўлади. Эпигастрий соҳасидаги доимий тўмтоқ оғриқлар овқат ейиш билан боғлиқ бўлмай қолади. Беморнинг иштаҳаси камаяди, гўшт ва бошқа оксилга бой маҳсклотларни истеъмол қилиш хоҳиши йўқолади. Умумий аҳволи оғирлашиб бориб, ўтказилаётган консерватив даво муолажалари наф бермайди.

Меъда шираси текширилганда кислота миқдори камайганлиги, сут кислотаси пайдо бўлганлиги, микроскопияда атипик ҳужайралар аниқланади. Эндоскопия усули билан текширилганда малигнизацияга ҳос белгилар пайдо бўлиб, биопсия учун олинган тўқима текширилганда атипик ҳужайраларнинг топилиши ташхисни тасдиқлайди. Рентгенологик текширувда меъда шиллиқ қавати рельефи ўзгарганлиги, яра атрофида инфльтрацияланган доира пайдо бўлганлиги ҳам малигнизация учун ҳарактерлидир.

Даволаш. Меъда яраси малигнизацияси асосан оператив усулида даволанади. Меъданинг субтотал резекцияси ёки гастрэктомиа асосий операция бўлиб ҳисобланади. Операция вақтида катта чарви, регионар лимфатик тугунлар катталашган бўлса – лимфаденомэктомиа ҳам бажарилади. Операциядан кейинги даврда бемор онколог назоратида бўлади. Онколог томонидан зарур топилса химиятерапия, нур терапияси буюрилади. 5 йил давомида касалликнинг қайталаниш белгилари аниқланмаса, бемор онколог назоратидан чиқарилади ва соғлом деб топилади.

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР

1. Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касалликлари билан хасталанган беморларда юзага келадиган асосий муаммолар
2. Диспепсия синдроми бўлган беморларни текшириш режаси. Ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилиш
3. Меъда ва 12 бармоқ ичак яралари диагностикасида ишлатиладиган инструментал текшириш усуллари
4. Пилородуоденал стеноз босқичлари, беморларни операцияга тайёрлаш ва оператив даволаш асослари
5. Яра малигнизацияси бўлган беморларни парвариш қилишда ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилишнинг ўзига ҳос хусусиятлари
6. Бошқа аъзоларга пенетрация берган яраларда беморларни парвариш қилишнинг ўзига ҳос хусусиятлари

ХИХ. « МЕЪДА-ИЧАКДАН ҚОН КЕТИШ » СИНДРОМИ

Меъда-ичак тизимидан қон кетиши жуда кўп касалликларда учрайдиган оғир асорат бўлиб ҳисобланади.

Сурункали қон кетиши - қон яратиш тизимининг фаоллиги сабабли вақтинча компенсация бўлиб туради, лекин маълум бир муддат ўтгач беморда анемия ривожланади. Қон кетаётганлиги нажасда бензидин синамаси ёрдамида аниқланади.

Ўткир қон кетиши ўзига хос белгилар билан ривожланади. Асосий симптомлардан қора рангли (melena) нажаснинг пайдо бўлиши ва қусиқ моддаси қон ёки «кофе қуйқаси» шаклида эканлиги кузатилади.

Қон кетиш белгиларининг яққол ифодаланганлиги ва давом этаётганлиги унинг манбаи қаерда жойлашганлигига, йўқотилаётган қон ҳажми ва тезлигига, унинг ичакка пассаж бўлаётганлиги тезлигига, меъдада хлорид кислота борлигига боғлиқ. 25 - 50 мл миқдорда қон кетса бензидин синамаси ўтказилади. 60 мл миқдорда қон кетса нажас қора тусли бўлади. Ҳақиқий мелена – суюқ кўмирсимон тусли нажас 500 мл ва ундан кўп қон йўқотилганда кузатилади.

Таснифи.

Қон кетиш тезлигига қараб:

- 1) ўткир
- 2) сурункали бўлади.

Йўқотилган қон миқдorigа қараб:

- 1) массив
- 2) номассив бўлади.

Ундан ташқари кетаётган қон тезлигига қараб: профуз қон кетиш атамаси ҳам ишлатилади. Профуз қон кетиш деб, бир вақтнинг ўзида, қисқа вақт ичида ҳазм қилиш тизимига 1 литр ва ундан кўпроқ миқдорда қон оқиб тушишига айтилади ва у ҳарактерли сиптомокомплекс: қон қусиш, мелена, коллапс билан давом этади. Аммо берилган тавсиф етарлича объектив эмас. Чунки коллапснинг ривожланиши кўп омилларга: бемор жинси, ёши, юрак қон томир касалликлари, қон кетишигача бўлган даврдаги гемоглобин миқдори, қон кетишнинг қанчалик узоқ давом этганлигига боғлиқ. 500 мл миқдордаги қон нисбатан узоқ муддат давомида йўқотилса юрак-қон томирлари тизимида ҳеч қандай ўзгариш кузатилмаслиги мумкин. Қарияларда, юрак-қон томирлари тизимида касаллик бўлса ва 500 мл қонни тез муддатда йўқотилса, геморрагик шок келиб чиқиши мумкин. Шу сабабли, даволаш усулини танлашда «ўткир», «массив», «профуз» қон

кетиш атамаларидан кўра қон йўқотиш оғирлигини адекват баҳолаш муҳим аҳамиятга эга.

ЙЎҚОТИЛГАН ҚОН ҲАЖМИНИ БАҲОЛАШ

Клиник, лаборатор синамаларга асосланган ҳолда қон кетиш оғирлигини баҳолашнинг ҳар хил усуллари бор. Узоқ муддат давом этган қон кетишда анемия манзараси йўқотилган қон миқдорига мос келади. Жарроҳлик амалиётида қон кетишнинг оғирлиги клиник белгилар ва айланиб юрган қон ҳажми (АЮҚХ) кўрсаткичларига асосланган ҳолда 3 та даражага бўлинади.

I даража - енгил қон йўқотиш: беморнинг умумий аҳволи қониқарли, тахикардия (минутига 100 мартагача), қон босими меъёрда, марказий вена босими (МВБ) 5-15 см. сув уст.га тенг, диурез камаймаган, гемоглобин миқдори 100,0 г/л дан кам эмас, АЮҚХ - 20 % гача камайган.

II даража - ўртача қон йўқотиш. Бунда беморнинг умумий аҳволи ўртача оғирликда, пульси минутига 110 мартагача, систолик қон босими 90 мм. симоб уст.дан паст эмас, МВБ - 5 см сув устунидан паст, сезиларли олигурия, гемоглобин 80,0 г/л дан кам эмас, АЮҚХ танқислиги 20 - 29% ни ташкил қилади.

III даража - оғир қон йўқотиш. беморнинг умумий аҳволи оғир, пульси минутига 110 мартадан кўп, систолик қон босими 90 мм. симоб устунидан паст, МВБ - 0 олигурия, метаболик ацидоз, гемоглобин 80 г/л дан кам, АЮҚХ танқислиги 30 % дан ҳам кўп.

Қон кетиш манбаи локализацияси ва сабабига кўра қуйидагича таснифланади:

1. Овқат ҳазм қилиш тизимининг юқори қисмларидан қон кетиш (қизилўнгач, меъда, 12 бармоқ ичак).
2. Овқат ҳазм қилиш тизимининг паст қисмидан қон кетиши (қон кетиш манбаи 12 бармоқ ичакнинг пастки горизонтал қисмидан пастда жойлашган).
Айрим ҳолларда овқат ҳазм қилиш тизимига қон қўшни аъзолар касалликларида кетади.
3. Қўшни аъзолар патологияси (ёпиқ шикастлар, ўсмалар, жигар абсцесси, гемобилия билан асоратланганда, панкреатит).
4. Қон ва қон томирлари касалликлари, бошқа тизимли касалликлар, метаболик бузилишлар.

Диагностикаси. Меъда-ичакдан ўткир қон кетганда ташхис қўйиш одатда қийинчилик туғдирмайди. Ташхис қон кетишининг яққол белгилари ҳисобланган қон қусиш, мелена пайдо бўлишига асосланиб осонгина қўйилади, чунки унинг клиник манзараси аниқ бўлади.

Бемор ўзини соғлом ҳис қилиб юрган пайтда беҳоллик, терлаш, бош айланиши, кўзининг жимирлаб хиралашиши, юрак уришини сезиши, кўнгил айнаши, чанқаш каби белгилар пайдо бўлади.

Геморрагиянинг оғир турларида, меъда - ичакдан қон кетиш бемор ҳушини йўқота бошлайди. Одатда бемор кўп миқдорда қора рангли суюқ нажас ажратганда ёки ундан кейин ҳушни йўқотади. Баъзи беморлар бир неча соатдан кейин, баъзилари эса қон кетиш бошлангандан кейин 2 - 3 кун ўтгач ҳушни йўқотади. Беҳушлик даврининг чўзилиши турлича бўлади. Мелена пайдо бўлишининг муддати, характери, қанчалик кўп келиши, қон ёки қон ивиқлари билан қусиш қон кетиш манбаининг жойлашиши ва геморрагиянинг тезлигига боғлиқ.

Даволаш усулини ҳал қилишда қон кетиш ташхисини қўйиш етарли эмас. Бунда камида 3 та масалани ҳал қилиш зарур бўлади: 1. Қон кетиш манбаи нимадан иборат? 2. Қон кетиш давом этаяптими? Агар давом этаётган бўлса унинг тезлиги қандай? 3. Қанча миқдорда қон йўқотилган? Бу саволларга жавоб бериш учун касалликнинг клиник манзараси ва қўшимча текширув усуллари натижаларини ўрганиб, таҳлил қилиб чиқиш зарур.

Анамнезни сўраб-суриштириш меъда-ичак тизимининг баъзи касалликларини аниқлашда муҳим аҳамиятга эга, лекин қарияларда, аҳволи жуда оғир бўлган беморларда бунинг деярли фарқи йўқ. Кўпчилик беморлар касаллик тарихидан яра касаллигига хос белгилар борлиги, (эпигастрий соҳасидаги овқатлангандан сўнг, оч қоринга, тунги оғриқлар борлиги, жиғилдон қайнаши, кўнгил айнаши, қусиш, баҳор-куздаги хуружлар, қон кетиш илгари ҳам кузатилганлиги, ўтказилган операциялар)ни билиб олса бўлади. Қон кўпинча яра хуружи авж олганда кетади. Эпигастрий соҳасидаги кучли оғриқлар тўсатдан тўхтаб қолади, чунки қон меъда шираси таркибидаги кислотани нейтраллаб, ишқорий муҳитни яратади. Эпигастрий соҳасидаги оғриқнинг қон кетиши бошланиши билан тўхташи Бергман симптоми деб аталади. Айрим ҳолларда анамнезида яра бўлган

беморда қон кетиш манбаи бошқа патология бўлиб чиқиши мумкин. Шу сабабли беморларнинг яра анамнезига критик нуқтаи назаридан ҳам қараш керак. Масалан, 12 бармоқ ичак яраси билан касалланган беморларда меъданинг шиллик қаватидан диффуз қон кетиш холлари (геморрагик гастрит) клиник амалиётда учраб туради. Бу билан анамнезнинг аҳамиятини инкор этмай, балки диагностиканинг бу усули кўп ҳолларда янглишмовчиликка олиб келиши мумкинлигини таъкидламоқчимиз, холос Шунини эслатиб ўтиш зарурки, 15 - 30% ҳолларда меъда-ичакдан қон кетиш касаллигининг илк белгиси бўлиб ҳисобланади. Қон йўқотишнинг оғирлик даражасини билиш учун эса анамнезни сўраб-суриштириш ҳам мақсадга мувофиқ эмас, чунки бемор ва унинг қариндошлари доимо йўқотилган қон миқдорини анчагина ошириб айтиб берадилар.

Беморни объектив текшириш йўқотилган қон миқдори ва меъда-ичакдан қон кетиш сабабини аниқлашда муҳим ҳисобланади. Тери, шиллик қаватлар ранги, склеранинг иктерик тусга кириши, акроцианоз, телеангиэктазиялар, томирли юлдузчалар, тери ва тери остига қон қуйилишлар, қорин олд девори веналарининг варикоз кенгайиши қон кетиш сабабини аниқлашда муҳим аҳамиятга эга. Беморни кўриқдан ўтказиш, пульси, қон босимини аниқлаш эса йўқотилган қоннинг оғирлик даражасини билиш учун зарур. Йўқотиш қон оғирлигини аниқлаб берадиган оддий объектив синама мавжуд. Тўшакда горизонтал ётган беморни жуда секинлик билан 3 минут давомида 75° га кўтариш натижасида компенсатор механизмлар бузилганлиги сабабли пульс тезлашиб, қон босими пасаяди. Пульснинг минутига 25 мартагача тезлашиши ўткир қон кетиш нисбатан компенсацияланган, ўртача оғирликда қон кетганлигини англатади. Агар пульс минутига 30 тадан кўпга тезлашса ёки ортостатик коллапс вужудга келса, оғир даражали қон кетган ҳисобланади.

Пальпация, перкуссия, аускультация меъда-ичакдан қон кетиш сабабини аниқлашда ёрдамчи текширув усулларига киради. Пальпация ва перкуссия ёрдамида меъда, ичакларда ўсма борлигини, жигар ва талоқнинг катталашганлигини, асцитни, катталашган лимфа тугунларини аниқлаш мумкин.

Ректал текширув меъда-ичакдан қон кетганда муҳим бўлган текширувга киради. Нажаснинг ҳарактерига қараб қон

қайси соҳадан кетаётгани, тўғри ичак патологиясини аниқласа бўлади.

Меъдага зонд қўйиш ва совуқ сув билан ювиш ҳам диагностиканинг муҳим таркибий қисмига киради. Аспирация қилинган меъда ичидаги суюқликка қараб манба локализацияси ва қон кетиш тезлигини аниқлаш мумкин. Меъдани совуқ сув билан ҳам ювиш қон кетишини тўхтатиши мумкин.

ДИАГНОСТИКАНИНГ ЛАБОРАТОРИЯ УСУЛЛАРИ

Қон кетишининг дастлабки соатларида қилинган қоннинг клиник таҳлилида, эритроцитлар сони, гемоглобин ва гематокрит кўрсаткичлари ўзгармаган бўлади. Кейинчалик айланиб юрган қон ҳажмининг тўқималараро суюқлик билан тўлиши сабабли бу кўрсаткичлар (Hb, H+) пасайиши мумкин. Йўқотилган қоннинг оғирлик даражасига қараб, қон кетиши тўхтаса ҳам, қон қуйилган бўлса ҳам бу кўрсаткичлар бир неча кун давомида пасайиб бориши мумкин. Ўткир қон йўқотиш ва ичак бўшлиғида эски қон туриб қолиши сабабли лейкоцитоз кузатилиши мумкин. Лейкоцитар формулани, тромбоцитларни текшириш айрим ҳолларда қон касалликларини аниқлаш ва қон кетиш сабабини билишга ёрдам беради. Айланиб юрган қон ҳажмини билишқон йўқотишнинг оғирлик даражасини объектив аниқлашга ёрдам беради. АЮҚҲни аниқлаш учун Эванснинг кўк бўёғидан фойдаланилади. Беморлар касалхонага келган заҳоти, 3 - 5 - 7 - 10 - кунлари текшириладилар. Қон йўқотилгандан сўнг қон компонентлари 3 давр давомида ўзгаради: I давр – дастлабки 2 суткада гиповолемия, глобуляр ҳажм ва плазма миқдорининг камайганлиги билан ифодаланади; II - давр - 3 - 5 кунлари гиповолемия олигоцитемик ҳарактерга эга бўлиб плазманинг миқдори тўла тикланган бўлади; III - давр - 6 - кундан бошланади ва глобуляр ҳажмнинг аста-секин тўлиб бориб, тикланиши билан ифодаланади.

Гемокоагуляция ҳолати коагулограмма ва тромбоэластограмма кўрсаткичларига таянган ҳолда баҳоланади. Гемокоагуляциянинг бузилиш даражаси йўқотилган қон миқдorigа боғлиқ бўлади. Енгил, ўртача даражали қон йўқотилганда нормокоагуляция ёки гиперкоагуляция ривожланиб,

бунда қон ивиш вақтининг 3 - 4 минутга қисқариши, протромбин, фибриноген, фибринолитик фаолликнинг бир оз ошиши кузатилади.

Оғир даражали қон йўқотишда протромбин, фибриноген миқдори камайиб, Б-фибриногенининг пайдо бўлиши, фибринолитик фаоллик кўтарилиши қайд этилади. Оғир даражали узок муддат давом этган қон йўқотишда гипокоагуляция, қон ивиш вақтининг 10 минутгача узайиши, протромбин ва фибриногеннинг жуда камайиб кетиши, ҳаттоки ДВС-синдроми ҳам кузатилиши мумкин. Гемокоагуляцияни текшириш ҳам қон кетиш сабабини аниқлашга ёрдам бериши мумкин. Масалан, гемофилияда қон ивиш вақти 25 минутгача чўзилади. Верльгоф касаллигида қон оқиш вақти 20 минутгача узаяди. Қоннинг биохимик кўрсаткичларини (оқсил, азот, қанд, билирубин, холестерин, электролитлар)ни аниқлаш беморларни даволашда оптимал режа тузишга ҳизмат қилади.

ДИАГНОСТИКАНИНГ ЭНДОСКОПИК УСУЛЛАРИ

Эндоскопик усул билан текширилганда энг кўп маълумот олинади ва меъда-ичакдан қон кетишининг сабаби 95 - 96% ҳолларда аниқланади. Меъда-ичак тизимидан қон кетаётган бемор зудлик билан эндоскопик усулда текширилиши зарур. Қон кетиш манбаининг топилиши, қон кетиш тезлигини аниқлаш, иложи бўлса эндоскоп ёрдамида қон кетишини тўхтатиш ушбу текширувнинг асосий мақсади бўлиб қолади. Эндоскопик текширувга миокард инфаркти, инсульт монелик. Бундай текширувга беморни тайёрлаш учун меъдага зонд қўйиб, совуқ сув билан ювилади. Бу муолажа меъдани қондан, қон ивиқларидан тозалайди, баъзида эса қонни тўхтатишга имкониятади. Текширувдан 20-30 минут олдин 0,1% - 1мл атропин ва 2% - 1мл промедол юборилади. Оғиз бўшлиғи, ҳалқум шиллик қаватларининг маҳаллий анестезияси учун 1%ли дикаин аэрозоли ишлатилади.

РЕНТГЕНОЛОГИК ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ

Меъда ва 12 бармоқ ичакни рентгеноскопия қилиб текшириш яқин кунларгача овқат ҳазм тизимидан қон кетганида қон кетиш сабабини аниқлашда асосий усул бўлиб хизмат қилган. Рентгеноскопия ёрдамида меъда ва ўн икки бармоқ ичакда жойлашган яралар, меъдада жойлашган ўсма, полиплар, қизилўнгачдаги варикоз кенгайган веналар аниқланади.

Даволаш. Меъда-ичакдан қон кетишни касалхонага келгунча бўлган даврдан бошлаб даволаш керак. Биринчи врачлик ёрдами беморни тўшакка ётқизиб эпигастрий соҳасига муз қўйишдан бошланади. Агар қўл остида бўлса 10% - 10 мл кальций хлорид венага ва 5 мл викасол мушак орасига юборилади. Беморни шошилиш равишида жарроҳлик бўлимига ётқизиш талаб этилади. Касалхонага етиб келгунча “тез ёрдам” машинасида венага плазма ўрнини босувчи суюқликлар (полиглюкин, 5% глюкоза, альбумин) қўйилади, оксигенотерапия, гемостатик препаратлардан аминокaproн кислотаси, викасол, кальций хлорид қўлланади. Диагностика ва даволаш усуллари жарроҳлик бўлимида биргаликда олиб борилади. Қон кетиш манбаи, сабаби аниқланиб, уни тўхтатишга ва йўқотилган қон ўрнини тўлдиришга киришилади. Қон кетиш сабаби аниқ бўлгач, даволаш усулининг асосий масаласи (жарроҳлик ёки консерватив йўл билан даволаш) ҳал этилади. Меъда-ичак тизимида яра топилмаган ҳолда қон кетган беморлар консерватив усулда даволанадилар. Истисно тариқасида портал гипертензия ва Верльгоф касаллиги бўлган беморлар операция йўли билан даволанадилар. Хавфсиз ва хавфли ўсмалардан қон кетган холларда медикаментоз усул билан қон тўхтатилиб, йўқотилган қон ўрнини тўлдирилгандан сўнг режали равишда операция ўтказилади. Шошилиш равишида қилинган операциялардан сўнг турли хил оғир асоратлар кузатилади, шу сабабли режали равишда операцияни бажаришга интилиш мақсадга мувофиқ деб топилади. Ҳозирги пайтда жуда кўп клиникаларда операция қилиш муддати эндоскопия текшируви натижасига қараб белгиланаяпти. Агар эндоскопик текширув пайтида меъда, 12 бармоқ ичакда яра топилса ва ундан кўп қон кетаётган бўлса, операция шошилиш равишида қилинади. Яра тромб билан қопланиб турган бўлса, операция 1 сутка давомида бажарилади.

Яра топилса, лекин қон кетиш белгилари аниқланмаса (меъда тоза, тромб йўқ, лекин анамнезидан нажаси қора келган, бир марта “кофе қуйқаси” шаклида қусган ва ҳк.), операция режали равишда бажарилади. Шу 3 та эндоскопик мезонга асосланиб, иш олиб бораётган клиникалар бошқалардан даволаш кўрсаткичларининг юқорилиги ва ўлим ҳолларининг камлиги билан ажралиб туради.

Инфузион-трансфузион терапиянинг асосий мақсади гемодинамикани меъёрга келтириш ва тўқималарнинг адекват перфузиясини таъминлашдан иборат. Инфузион терапия томир ичида айланиб юрган қон ҳажмини тўлдириш, «депода» тўхтаб турган қонни юргизиб юбориш, қоннинг физик-кимёвий хусусиятларига таъсир этиб, микроциркуляция яхшилаш, агрегация ва микротромбозларнинг олдини олиш, плазманинг онкотик босимини ушлаб туриш, қон томирлари тонуси ва миокард қисқаришини меъёрга келтириш ҳамда, сув - электролит балансини коррекция қилишга йўналтирилган. Бу ишларни амалга оширишда бошқариладиган сезиларли гемодилюцияга риоя қилинади ва гемоглобин 100 г/л, гематокрит - 30% атрофида ушлаб турилади. Барча ҳолларда инфузион терапияни қоннинг реологик хусусиятларини тиклаб, микроциркуляцияни яхшиловчи препаратлардан бошлаш керак.

Кичик ҳажмдаги қон йўқотилганда 400 - 600 мл миқдорда полиглюкин ва гемодез, сўнг кейин тузли ва глюкоза эритмалари юборилади.

Ўрта ҳажмдаги қон йўқотишда плазма ўрнини босувчи суюқликлар ва донор қонини қуйиш тавсия этилади. Инфузиянинг умумий ҳажми беморнинг 1 кг вазнига 30 - 40 мл суюқлик миқдоридан белгиланади. Суюқликлар ва қон 2:1 нисбатда бўлиши керак. Оғир даражали қон йўқотишда, геморрагик шок ривожланганда юборилаётган қон ва суюқликлар нисбати 1:1 ёки 1:2 бўлиши зарур. Умумий қуйилаётган инфузия миқдорининг йўқотилган қон ҳажмидан 30 - 50% кўп бўлиши мақсадга мувофиқ. Қоннинг онкотик босимини ошириш мақсадида альбумин, протеин, плазмадан фойдаланилади. Агар қуйиладиган қон миқдори 1 литрдан кўп бўлса, 3 кунгача сақланган донор қонни ёки тўғридан-тўғри қон қуйиш фойдали ҳисобланади. Қон қуйишнинг таъсири бир вақтнинг ўзида реополиглюкин ва гемодез қуйилганда янада кучаяди. Қон таркибидаги эркин

кислоталар 5% натрий гидрокарбонат эритмаси ёрдамида нейтралланади.

Меъда - ичакдан қон кетишни тўхтатишнинг турли-туман маҳаллий ва умумий усул мавжуд. Қон ивиш тизимининг фаоллигини оширадиган гемостатик препаратларга кальций хлорид, эпсилон-аминокапрон кислота, дицинон ва бошқалар киради. Шу мақсадда қон препаратларидан фибриноген, тромбоцитар масса, антигемофиль глобулин ҳам қўлланилади.

Сунъий бошқариладиган гипотония усули (пентамин, арфонад) ҳам клиник амалиётда қўлланила бошляпти. Ганглиоблокаторлар қон босимини пасайтириб, қон оқимини секинлаштиради, тромб ҳосил бўлишига имконият яратиб, гемостазга олиб келади.

Меъда - ичакдан қон кетишни маҳаллий тўхтатиш усулларига меъдага зонд қўйиб, уни совуқ сув билан ювиш, вазопрессорлар, тромбин, протеаза ингибиторларини интрагастрал йўл билан юбориш, эрта фаол овқатлантириш – Мейленграхт парҳезини қўллаш киради. Мейленграхт парҳези меъда ширасини нейтраллайди, меъда перистальтикасини сусайтиради, беморни калорияли озуқа, суюқлик ва витаминлар билан таъминлайди. Қон кетишнинг 1-қунидан беморга оқ нон, сарийёғ, қаймоқ, сут, омлет, буғда пишган котлет, қайнатилган балиқ, сули бўтқаси, пуддинг, компот берилади. Овқатланиш ишқорий суюқликлар (минерал сув) ва темир препаратлари ёрдамида тўлдирилади.

Қон кетишни эндоскопик усул билан тўхтатиш кейинги пайтларда кенг қўлланиляпти. Қизилўнгачнинг варикоз кенгайган веналаридан қон кетганда склерозловчи препаратларни (варикоцид, тромбовар) эндо-паравазал усулда юбориш, ярадан қон кетганда диатермокоагуляция ўтказиш шулар жумласидандир.

Меъданинг локал гипотермияси хлорид кислота ва пепсинни ишлаб чиқаришни камайтиради, перистальтикани сусайтиради, артериал томирларни спазм ҳолатига келтириб, меъданинг қон билан таъминланишини камайтиради. Меъда гипотермияси очик ва ёпиқ усулда амалга оширилиши мумкин. Очик усулдаги локал гипотермияда совитувчи суюқлик (Рингер эритмаси) меъдага зонд орқали юборилади. Лекин регургитация хавфи борлиги сабабли бу усул кам қўлланилади.

Ғпиқ усулдаги локал гипотермия учун меъдага 2 та тешикли зонд киритилади. Зонд охирига меъда шаклини олувчи латекс баллон махкамлаб ўрнатилади. Суюқлик ўрнида этил спиртининг махсус совутгичда 0 - 2°С ҳароратда доимо совитилиб турадиган эритмаси қўлланилади. Этил спирти меъда деворига тегмасдан латекс баллон ичида айланиб юриб, меъдани локал гипотермия ҳолатига олиб келади. Меъда деворидаги ҳарорат 10 - 15°С гача етганда гемостазга эришилади.

ҚИЗИЛЎНГАЧДАН ҚОН КЕТИШИ

Қизилўнгачдан қон кетиши портал гипертензия синдромида учрайди. Замонавий тавсифларга кўра портал гипертензия синдроми турли сабабларга кўра дарвоза венаси ҳавзасида қон оқими қийинлашганда пайдо бўладиган клиник ўзгаришлар йиғиндисидир. Портал гипертензия дарвоза венасида босим ошиши, спленомегалия, қизилўнгач ва меъда веналарининг варикоз кенгайиши, қорин олд девори ва геморроидал веналар кенгайиши билан ҳарактерланади. Қизилўнгач веналарининг варикоз кенгайишида қуйидаги омиллар муҳим роль ўйнайди:

- 1) портал гипертензия;
- 2) портал ва кавал тизимлар ўртасидаги анатомик боғлиқлик.

Қизилўнгачдан қон икки йўл билан оқиб кетади:

- 1) веноз қон қизилўнгачдан юқори ковак венага тоқ, ярим тоқ, қалқонсимон веналар орқали оқиб кетади;
- 2) қизилўнгач ва меъда веналари орасида анастомозлар орқали қопқа венасига меъданинг тож веналари орқали оқиб кетади.

Портал гипертензия юзага келганда қопқа венадан қон оқими тескари йўналишда, яъни қизилўнгач венасига қуйилади ва ундан юқори ковак венасига ўтиб кетади. Шу сабабли қизилўнгач веналари варикоз кенгайиб кетади. Борган сари қон оқимининг кўпайиши вена деворининг юпқалашишига олиб келади. Қизилўнгач веналаридан қон кетишига олиб келувчи қуйидаги омиллар сабаб бўлади:

1. Портал тизимда гипертоник кризнинг вужудга келиши. Портал босим меъёрда 60-140 мм сув уст. тенг. Агар портал тизимдаги босим 270 мм сув уст.га

тенглашса ва ундан ошиб кетса, қизилўнгач веналари варикоз кенгайди. Портал босим 500 мм сув уст. га тенглашганда 43% беморларда қон кетиши аниқланган. Қизилўнгачдан қон овқатни кўп егандан сўнг ёки ухлаб ётганда кетади. Чунки бу вақтда ҳазм қилиш аъзоларига қон оқади.

2. Варикоз кенгайган вена деворининг пептик емирилиши. Бундай ҳолат рефлюкс-эзофагитда кузатилади. Қизилўнгачдан қон кетишгандан ўлган беморлар аутопсия қилинганда 50% дан кўп ҳолларда ярали эзофагит борлиги маълум бўлган.

3. Қон ивиш тизимидаги бузилишлар сабаб бўлади.

Клиник манзараси.

Қизилўнгач варикоз кенгайган веналаридан одатда профуз қон кетади. Жуда қисқа вақт ичида кўп миқдорда қоннинг йўқотилиши организмга салбий таъсир кўрсатади. Беморларнинг умумий аҳволи ўта оғир бўлиб уларни совуқ тер босган, тери, шиллик қаватлари оқариб кетган, склера субиктерик тусда бўлади. Беморларда қон кетиш тезлиги шу даражада кучли бўладики, ҳатто улар врач кўраётган пайтда меъда қонга тўлиб кетганлиги сабабли, қон лахталари аралаш кўп миқдорда қон қусиб юборадилар. Пульс тезлашган (110 – 120) марта, қон босими 80 - 90 мм симоб уст.га тенг бўлади. Қорин олд деворида веналар кенгайганлигини кўриш мумкин («медуза» белгиси). Пайпаслаганда талоқнинг катталашганлиги сезилади. Қон тахлилида Нб, эритроцитларнинг кескин камайганлиги билинади.

Диагностикаси. Эндоскопик усул билан текшириш ташхис қўйишда бебаҳо усул ҳисобланади. Унда варикоз кенгайган веналар борми, қон оқими давом этаяптими ёки йўқми деган саволларга жавоб олинади.

Даволаш.

Даволаш консерватив ва оператив муолажалардан иборат. Консерватив муолажалар гемотрансфузия ўтказиш, гемостатик препаратларни юбориш, венага питуитрин юбориш, қизилўнгач ва меъдага Блэкмор зондини ўрнатиш, веналарни тампонада қилишдан иборат. Диурезни кучайтириб, жадал инфузион муолажалар, оксил ва жигар препаратлари тайинланади.

Аммо кўп ҳолларда бу муолажаларнинг самараси бўлмайди. Эндоскопик усулда варикоз кенгайган веналарни 3% тромбовар эритмаси билан тромбланиш муолажасини ҳаммада ҳам бажаришнинг иложи бўлмайди. Шу сабабли оператив даво усули қўлланилади. Операциянинг энг енгил, юқори самара берадиган усули танланади. Бу талабларга 1984 йилда М.Д.Пациора таклиф қилган операция жавоб беради. Унинг моҳияти гастротомия қилиб варикоз кенгайган веналарни тикиб, боғлашдан иборат. Операциянинг бошқа турлари ҳам мавжуд:

1. Крайль операцияси – эзофаготомия қилиб, варикоз кенгайган веналар тикиб ташланади.
2. Таннер операцияси – меъда кардиал қисмидан кўндаланг равишда кесилади, кейин эса қайта тикилиб, бутунлиги тикланади. Шундай қилинганда меъда ва қизилўнгач веноз тизимлари бир - биридан ажратилади.
3. Валькер операцияси – қизилўнгачнинг мушак қавати узунасига, шиллик қавати эса кўндалангига кесилади. Сўнг кетгут чоклар билан тикилиб, бутунлиги тикланади.

МЕЪДА ВА ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРАСИДАН ҚОН КЕТИШИ

Меъда ва 12 бармоқ ичакнинг асоратланган яралари ўткир гастродуоденал қон кетишнинг асосий сабаблари қаторига киради. Гастродуоденал қон кетиши эркакларда аёлларга нисбатан 6 - 7 марта кўп ва яра касаллигига мубтало бўлганларнинг 5 - 15%ида учрайди. Қон кетиш манбаи кўп ҳолларда яра соҳасида жойлашган артериялар, камроқ ҳолларда веналар, капиллярлардир. Айрим пайтларда артерия ва веналардан бир вақтнинг ўзида қон кетиши мумкин. Ярадан қон кетишига кетишига ичкилик ичиш, турли хил дори-дармонларни қабул қилиш (аспирин, глюкокортикоидлар, индометацин, резерпин ва ҳ.к.) сабаб бўлиши мумкин. Қон кетиш ҳоллари яра касаллиги хуружи даврида кўп учрайди.

Клиник манзараси.

Бемор қон, «кофе қуйқасига» ўхшаш қусиш, нажасининг қора рангда келаётганлиги, беҳоллик, бош айланиши каби шикоятлар билан врачга мурожаат қилади. Беморни қабул қилган врач ёки ҳамшира беҳол беморни ётқизиб, қатъий тўшак

тартибини белгилайди. Бемор касалхонага замбилда эвакуация қилинади. Анамнезидан эпигастрий соҳасида овқат егандан кейин ёки оч қоринга, тунги оғриқларнинг пайдо бўлиши, жиғилдон қайнаб туриши, баъзида эса ўтказилган операциялар (тешилган ярани тикиш) маълум бўлади.

Гастродуоденал қон кетишнинг клиник манзараси тўғридан-тўғри йўқотилган қон миқдorigа боғлиқ бўлади. Бунда умумий беҳоллик, бош айланиши, тери, шиллиқ қаватларнинг рангпар бўлиши, пульснинг тезлашиши, оғир ҳолларда эса коллапснинг ривожланиши қайд этилади. Коллапс, хушни қисқа вақтга йўқотиш, совуқ тер босиши, лаблар цианози, қорачиқларнинг вақтинчалик кенгайиб кетиши, ипсимон пульс пайдо бўлиши билан кечади. Гемоглобин миқдори ва эритроцитларнинг динамикада пасайиб бориши, қон хануз кетаётганлигидан дарак беради. Меъда яраси қонаганда бемор кўпроқ қон қусса, дуоденал қон кетганда эса кўпроқ мелена кузатилади.

А.А.Шалимов ва В.Ф.Саенколар (1972) таклиф этган таснифга кўра яра касаллигида қон йўқотиш оғирлигига қараб қуйидагича бўлинади:

I даражали енгил қон йўқотиш - бу томир ичида айланиб юрган қон миқдорининг 20% гача (1000 мл 70 кг вазнга эга бўлган эркаклар учун) қон томирларини тарк этишидир. Бунда пульс – минутига 100 мартагача тезлашади, қон босими 100-90/60 мм симоб уст. га тенг, гемоглобин миқдори 100,0 г/л дан пастга тушмайди.

II даражали ўртача оғирликдаги қон кетиши – бунда томир ичида айланиб юрган қон ҳажмининг 20 - 30% и йўқотилади (ўртача 1000 -1500 мл). Пульс минутига 120 мартагача тезлашади, қон босими 80/50 мм симоб устунигача камаяди. Қондаги гемоглобин миқдори 80,0 г/л дан камаймайди.

III даражали оғир қон кетганда томир ичида айланиб юрган қон ҳажмининг 30 - 50% и йўқотилади (1500 - 2500 мл). Пульс минутига 120 дан тезлашади, максимал қон босими 70/50 мм симоб устунидан юқори бўлмайди.

Диагностикаси.

Гастродуоденал яралардан қон кетиш ташхисини тўғри қўйишда анамнезни обдон сўраб-суриштириш, объектив кўрик натижалари ва шошилиш равишида бажариладиган

эзофагогастроуденоскопия муҳим аҳамиятга эга. Сўнги йилларда қоннинг қайси артериядан кетаётганлигини аниқ билиш мақсадида целиако-мезентерикоангиография усули ҳам қўлланилаяпти. Гастроуденал яралардан қон кетганда эндоскопик текширувда 3 хил натижа кўрилади ва шунга асосан даволаш усули танланади:

- 1) яра топилади ундан фаол қон кетаяпти
- 2) яра топилади, тромб билан қопланган
- 3) яра топилади, ундан қон кетиш белгилари мавжуд, тромб эса аниқланмайди.

Давоси.

Агар яра топилиб, ундан фаол қон кетаётган бўлса, бемор 1 - 2 соат ичида операцияга тайёрланиб (қон, қон ўрнини босувчи суюқликлар қуйилиб, гемодинамик кўрсаткичлар стабиллаштирилади) шошилиш операция қилинади.

Агар ЭГДФСда яра топилиб, у тромб билан қопланган бўлса йўқотилган қон компенсация қилинади, гемостатик терапия (қатгий тўшак тартиби белгиланиб, меъданинг маҳаллий гипотермия, викасол, дицинон, аминокапрон кислота, кальций хлорид эритмалари тайинлади) ўтказилади ва бемор 1 суткадан кейин операция қилинади.

Агар ЭГДСФСда яра топилиб, қон кетиш белгилари аниқланмаган бўлса бемор режали равишда операция қилинади.

Меъданинг 2/3 қисмини Бильротнинг I ёки II усули билан резекция қилиш гастроуденал яралардан қон кетганда ўтказиладиган асосий операциялардан ҳисобланади. Беморнинг аҳволи ўта оғир бўлган ҳолларда яра кесиб олиб ташланиб қон томири билан қўшиб тикилади.

МЕЪДА ВА ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАКНИНГ ЎТКИР ЯРАЛАРИ, ЭРОЗИЯЛАРДАН ҚОН КЕТИШИ

Ўткир гастроуденал яралар, эрозиялар ривожланиши қадимдан маълум. Ушбу касалликларга бўлган қизиқиш йил сайин ортиб бормоқда, чунки ўткир гастроуденал яралар, эрозиялар борган сари кўп учрамоқда, даволаш эса яхши натижа бермаяпти. Турли хил оғир касалликлар билан хасталанган беморларни эндоскопик текширишда уларда 80% гача ҳолларда ўткир гастроуденал яралар, эрозиялар топилган ва уларнинг

10%и да қон кетаётганлиги аниқланган. Ўткир гастродуоденал яралар шартли равишда 4 турга бўлинади:

1. Кушинг яралари (оғир жароҳатланган беморда ва марказий нерв тизими касалликларида учрайди).
2. Стресс яралари (оғир шикастлар, операциялардан кейинги сепсисда, оғир соматик касалликларда ривожланади)
3. Курлинг яралари (оғир даражали термик куйишларда пайдо бўлади)
4. Ўткир медикаментоз яралар (стероид гормонлар, аспирин, этанол ва ҳоказолар қабул қилингандан кейин пайдо бўлади).

Клиник манзараси.

Ўткир гастродуоденал яра ва эрозияларнинг клиник кўриниши асосий касаллик ва беморнинг оғир аҳволи сабабли ниқоб остида ўтади. Шу сабабли ташхис қўйиш анча қийин кечиб, кўпинча аутопсия пайтида аниқланади. Бошланғич симптомлардан кўнгил айниши, қусиш, бош айланиши, дармонсизлик, тахикардиянинг пайдо бўлиши асосий касалликнинг клиник кўриниши, деб нотўғри баҳоланади. Айрим ҳолларда гастродуоденал ўткир яралар, эрозиялардан қон кетиши коллапс билан бошланади ва врачлар буни юрак-қон томирлари етишмовчилиги, миокард инфаркти деб адашадилар. Айниқса, термик куйишларда кузатиладиган ўткир яраларидан қон кетишини аниқлаш қийин бўлади. Чунки бундай пайтда беморлар тўшакда мажбурий ҳолатда ётадилар, куйган жароҳатлар сабабли, ҳар доим ҳам қоринни пайпаслашнинг иложи бўлавермайди. Ташхис фақатгина бемор қон қусиб, нажаси мелена ҳолида келганда, ташхис маълум бўлиб қолади. Меъда-ичакдаги ўткир яралар, эрозиялардан қон кетганда Бергман симптоми кузатилмайди, яъни қон эпигастрийдаги оғриқ билан бирга кетаверади. Кўнгил айниши, «кофе қуйқаси» рангида қусиш, меъданинг ўткир кенгайиши, ичаклар атонияси, мелена тусли нажас қон кетишининг белгилари ҳисобланади. Миокард инфарктида ривожланадиган ўткир яра ва эрозиялардан қон кетиши 3 гуруҳга бўлинади:

1 - гуруҳ - беморларда қон кетиши кардиоген шок пайтида, касалликнинг дастлабки соатларида аниқланади.

2 - гуруҳ - беморларда меъда-ичак тизимида парез, меъданинг ўткир кенгайиши ривожланиб, қон кетади.

3 - гуруҳ - беморларда қон кетиши реконвалесценция даврида, беморнинг умумий аҳволи қониқарли бўлганда кузатилади.

Миокард инфаркти билан даволанаётган баъзи беморларда эпигастрий соҳасида бирданига кучли оғриқ пайдо бўлиши мумкин. Врачлар миокард инфарктининг қайталанишини назарда тутиб, оғриқсизлантирувчи, антиспазматик дориларни берсалар ҳам оғриқ камаймаслиги мумкин. Бундай пайтларда ЭКГда миокард инфаркти тасдиқланмаса, меъдада пайдо бўлган ўткир яра ҳақида фикр юритиш зарур.

Диагностикаси. Меъда-ичак ўткир яраси ҳамда, эрозияларидан қон кетганда эндоскопик усул билан текшириш 98% ҳолларда ташхис қўйишга ёрдам беради. Ушбу текширув усулини оғир ётган беморларнинг қорнида оғриқ пайдо бўлган захоти қўллаш зарур. Баъзи ҳолларда битта беморни бир неча марта эндоскопия усулида текшириш ҳам ўзини оқлайди, чунки эрта қўйилган ташхис бемор ҳаётини сақлаб қолишда асосий омиллардан ҳисобланади. Адабиётда (А.Сибирова, 1973) ёзилишича, бош мия жароҳати билан даволанаётган 62 та беморни ҳар куни эндоскопия усули билан текшириб борилганда, 61 та беморда касалликнинг 6-кунидан бошлаб меъдада, 12 бармоқ ичакда диаметри 2 см гача бўлган яра, эрозиялар пайдо бўлганлиги, 14, 16-кунлари эса шу яралардан қон кетганлиги маълум. Шу сабабли мутахассислар ўткир ярага гумон бўлганда беморнинг аҳволи қанчалик оғир бўлмасин, бу эндоскопик усул билан текшириш учун монелик қила олмайди деб таъкидлашади. Рентгенологик текширув меъда-ичакдаги ўткир яраларни аниқлашда деярли ёрдам бера олмайди, уни ўтказиш ҳам бемор учун анча қийинчиликларни туғдиради.

Селектив ангиография усули ҳам маълум диагностик аҳамиятга эга, лекин бу усулни барча клиникаларда бажариш учун шароит етарли эмас.

Меъда-ичак ўткир яра, эрозиялари ва улардан қон кетишини даволаш.

Оғир касалликларда, шикастларда, оператив муолажалардан сўнг меъда-ичакда ўткир яралар, эрозиялар пайдо бўлиши мумкинлигини ҳисобга олган ҳолда, уларни профилактик даволашни йўлга қўйиш муҳим аҳамият касб этади. Профилактик

даволашга холинолитик, адренолитик препаратлар, гиповолемия, сув-туз балансини коррекция қилиш, қон ивиш тизимини тартибга солиш, инфекция билан курашиш, антацид дорилар бериш, парентерал озиклантириш, септик ўчоқларни санация қилиш киради.

Оғир беморларга кортикостероид, антикоагулянт, аспирин каби дориларни эҳтиётлик билан буюриш зарур. Меъда шиллиқ қавати трофикасини яхшилаш мақсадида проперазин, сульпирид, герфенат каби дорилар бериледи.

Ўткир ярадан қон кета бошласа гемостатик терапия: 0,2% тромбин эритмаси, 0,25 – 0,5 % - 200.0 мл кумуш нитрат эритмаси, контрикал 20 - 40 минг ТБ венага томчи усулида юбориледи. Н₂-блокаторлардан гастроцепин 2,0 мл 2 - 3 марта буюрилади. 100 ТБ секретин, 500 мл Рингер эритмасида қуйилса ҳам қон тўхтатиши мумкин.

Замонавий қон тўхтатиш усулларига эндоскопик усул билан қонаётган яра, эрозияларни электрокоагуляция қилиш киради. Агар бу усул билан қон тўхтатилса, беморга қон, плазма, қон препаратларидан қуйиб, уни операцияга тайёрласа бўлади. Чунки ўткир яралар такрор ва такрор қонашга мойил бўлади.

Операция усулларида гастротомия қилиб, қонаётган яраларни тикиш кам самара беради. Одатда, ваготомия пилоропластика ҳамда, ваготомия антрумэктомия билан меъданинг 2/3 қисмининг резекцияси ўтказилади. Баъзи жарроҳлар эса гастрэктомия қилишни афзал кўрадилар. Шуни эсда тутиш зарурки, радикал операция беморнинг потенциал кучидан юқори бўлмаслиги зарур. Меъда, 12 бармоқ ичак ўткир яраларидан қон кетганда консерватив ва оператив муолажалар барча беморлар ҳаётини сақлаб қола олмайди. Олимларнинг ёзишича, бунда ўлим ҳолатлари юқори бўлиб, 12 - 72% ни ташкил қилади.

МЕЛЛОРИ - ВЕЙС СИНДРОМИ

G.Mallory ва S.Weissлар 1929 йилда меъда-ичак тизимидан қон кетиш натижасида ўлган 4та мурдани ёриб кўрганларида, қизилўнгач ва меъданинг кардиал қисмларида шиллиқ қаватнинг узунасига жойлашган ёриқлари борлиги ва шу ердан қон кетганлигини аниқладилар. Икки олим биринчи бўлиб, кардиал жом қисилиб турганида меъда ичидаги босимнинг ошиб

кетиши шиллик қаватларнинг ёрилишига олиб келади, деган ғояни илгари сурдилар. Авторлар томонидан ўтказилган тажриба бу ғояни тасдиқлади ва ушбу касаллик Меллори - Вейс синдроми номини олди. Шунини таъкидлаб ўтиш керакки, ушбу касалликнинг клиник манзарасини биринчи бўлиб, 1979 йилда Квинке таърифлаб берган эди. Касаллик асосан қусиш пайтида кардиал ҳалқа ёпилиб қолса, меъда ичидаги босимнинг бирданга ошиб кетиши натижасида ривожланади. Хасталик асосан 30 - 50 ёшдаги эркакларда (77%) учрайди.

Меллори - Вейс синдроми меъда-ичакдан қон кетишининг 1-6% ҳолларда асосий сабаби бўлиб ҳисобланади. Кардиоэзофагеал соҳадаги шиллик ва шиллик ости қаватининг ёриқлари 3 - 8 см, кенглиги 3 - 8 мм атрофида бўлади. ёриқларнинг чуқурлиги бўйича касалликнинг 3 босқичда кечиши аниқланган:

I босқичда ёриқлар шиллик қаватнинг ўзида бўлади ва бу ёриқ ўз-ўзидан битиши ёки субкардиал ярага айланиши мумкин.

II босқичда шиллик ва шиллик ости қаватида жойлашган ёриқлар қон томирларини зарарлаб, қон оқишига олиб келади.

III босқичда қизилўнгач ва меъданинг барча қаватлари ёрилади ва перитонит, медиастит, пневмоторакс билан асоратланади.

Диагностикаси. Меллори - Вейс синдромининг диагностикаси замонавий жарроҳликнинг ривожланишига қарамай, мураккаб вазифалигича қолмоқда. Касалликка бемор ҳаётлигида биринчи бўлиб E.Palmer 1952 йилда ташхис қўйган. Шундан бошлаб илгари аутопсияда текширилаётган касаллик, аста - секин операция муолажалари пайтида аниқлана бошланди. Рентгенологик текширувда Меллори - Вейс синдромига тааллуқли бўлмаган касалликлар аниқланди (қизилўнгачнинг варикоз кенгайиши, меъда, 12 бармоқ ичак яраси, диафрагма чурралари) ва бу текширув касалликни инкор этиш учун фойдали, деб топилди.

Эзофагогастроскопия - ушбу синдромда энг самарали текширув усули ҳисобланиб, 94 - 97% ҳолларда аниқ ташхис қўйишга имкон беради. Бу касалликнинг эндоскопик манзараси ўзига хос бўлиб, қизилўнгачнинг пастки 1/3 ва меъданинг кардиал

қисмида бир ёки бир неча ёриқлар борлиги, фаол қон кетаётганлиги ёки тромб билан қопланганлиги маълум бўлади.

Селектив ангиография усулини ҳам текширув ҳам даволаш муолажасига киритса бўлади. Ушбу текширувда қонаётган томирлар аниқланиб, уларни эмболлаш учун ҳам шароит етарли бўлади.

Даволаш.

Меллори - Вейс синдромини даволаш консерватив муолажалардан бошланади. Гемостатик терапия, 5%ли натрий гидрокарбонат, викасол, дицинон, кальций хлорид эритмаларини венага, меъданинг локал гипотермияси, парҳез, антацидлар шулар жумласидандир. Блэкмор зонди одатда фойда бермайди. Эндоскопик усул билан диатермокоагуляция қилиш, шиллиқ ости қаватига новокаин-адреналин аралашмасини юбориш, қобик ҳосил қилувчи дориларни пурқаш ҳам баъзи беморларга ёрдам беради.

Консерватив муолажалар наф бермаса (гемоплазмотрансфузия, гиповолемияни бартараф этиш, кислота-ишқор ҳолатини меъёрга келтириш), беморларни операцияга тайёрлаб, шошилини равишда гастротомия ўтказилиб, ёриқларни тикилади. Баъзи ҳолларда бу операция *a.gastrica sinistra* ни боғлаш билан тўлдирилади.

Ҳозирги пайтда 90% беморлар консерватив усулда даволанадилар (ўлим – 3% ташкил қилади), 10% беморларда эса жарроҳлик усули қўлланилади бунда (ўлим ҳоллари - 15%ни ташкил қилади).

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР

1. Меъда - ичак йўлларида қон кетган беморларда юзага келадиган асосий муаммолар
2. Йўқотилган қон ҳажми, уни баҳолаш усуллари.
3. Қон кетишида организмда юзага келадиган ҳимоя механизмлари, уларни баҳолаш усуллари
4. Овқат ҳазм қилиш тизимининг юқори қисмидан қон кетиш сабаблари (қизилунганчдан қон кетиши, Меллори - Вейс синдроми, меъдадан қон кетиши, 12 бармоқ ичакдан қон кетиши).

5. Овқат ҳазм қилиш тизимининг юқори қисмидан қон кетишининг клиник, инструментал текширув усуллари
ҳОвқат хазм қилиш тизимининг пастки қисмидан қон кетиш сабаблари, текширув усуллари
6. Меъда - ичак тизимидан қон кетганда беморларни даволаш асослари, қон кетишини тўхтатишнинг консерватив ва оператив йўллари
7. Меъда ичак йулларидан қон кетганда ҳамширалик ёрдамани ташкил қилиш
8. Меъда - ичак йўлларида қон кетганда ҳамширалик иши ёрдамани ташкил қилиш

XX. ДИСФАГИЯ СИНДРОМИ

Дисфагия (юнонча - dys - бузилиш, fagus - ютиш) - ютишнинг бузилиши ҳисобланиб, ютиш жараёнига турли хил омилларнинг таъсири натижасида юзага келади. Бу омиллар ҳалқумдан меъдагача бўлган жойларнинг касалликлари оқибатида пайдо бўлади. Дисфагия доимо ютиш билан боғлиқ бўлиб, ютиш қийинчилигидан шикоят қилиш, ҳалқум ёки қизилўнгачда патологик жараён борлигини кўрсатади.

Дисфагия касалликнинг ҳарактерига қараб турлича интенсивликда намоён бўлади. Қизилўнгач ўсмаларида бу симптомнинг пайдо бўлиши ўсманинг жойлашишига, унинг ўсиш хусусиятига (эндофит ёки экзофит ўсиш), қизилўнгач шиллик қаватидаги яллиғланиш ўзгаришларига боғлиқ бўлади.

КАРДИОСПАЗМ (КАРДИЯ АХАЛАЗИЯСИ)

Касалликда парадоксал дисфагия кузатилади, яъни қаттиқ, дағал овқат осонлик билан ютилиб ўтилса, суюқ овқат қизилўнгачда тўхтаб қолади. Айрим ҳолларда дисфагия қизилўнгачнинг ташқаридан эзилиши сабабли юзага келади.

Бемор анамнезидаги қизилўнгач касаллиги ҳамширага касалликка тўғри баҳо бериш ва патологик жараённинг жойлашган ўрнини аниқлашга имкон беради. Бемор билан суҳбат вақтида олий маълумотли ҳамшира бир ёки бир неча симптомни аниқлаб, касалликни дисфагиянинг икки туридан қайси бирига

тегишли эканлигини билиб олиши мумкин (овқатни ютиш қийинчилик туғдираяптими ёки ютилган овқатни эвакуация қилишми). Ташхиснинг эса ушбу касалликка тегишли бўлган симптомлар йиғиндиси асосида аниқ қўйилади.

ОВҚАТНИНГ ҚИЗИЛЎНГАЧГА ТУШИШИНИНГ БУЗИЛИШИГА ОИД СИМПТОМЛАР

Овқатнинг оғиз бўшилиғидан қизилўнгахча меъерда тушишининг бузилиши, озиқ модданинг бурун ёки оғиз бўшлиғига қайтиб чиқиши, кўп ҳолларда эса оғиздан босим остида ташқарига отилиб чиқишига олиб келади. Кўпинча озиқ модда аспирацияси трахеянинг юқори қисмида кузатилади. Бемор қалқиб кетади, сўлак сачратиб, йўтала бошлайди. Бунинг натижасида аспирацион пневмония ривожланиши мумкин. Дисфагиянинг ҳалқум турида эса қуюқ овқатларга нисбатан суюқ овқатлар аспирацияси кўпроқ қайд этилади. Овқат ўтмаслигининг яна бир симптоми - бу ютишнинг ҳеч қандай иложи йўқлиги ёки ютиш учун кетма-кет жуда кўп ҳаракат қилиш зарурлигидир.

Кескин ифодаланган ҳалқум дисфагиясида беморлар доимо ўзлари билан туфдон олиб юрадилар. Касаллик беморнинг кескин озиб кетишига олиб келади. Кўпчилик беморларда нейромускул ва мия патологияси ривожланади, лекин буни ҳар доим ҳам ўз вақтида аниқлашнинг иложи бўлавермайди. Миясида органик ўзгаришлар бўлган беморлар ҳамширанинг барча саволларига тўғри жавоб бера олмайдилар. Уларда дисфагия ривожланганда тиббий ёрдам олиш учун фақатгина озиб кетганликлари ёки аспирацион пневмония сабабли мурожаат қиладилар. Шуниси эътиборлики, на бемор ва на унинг қариндошлари ютиш қийинчилик туғдираётганлиги ҳақида шикоят қилмайдилар.

ОВҚАТНИНГ ҚИЗИЛЎНГАЧ БЎЙИЧА ЎТИШИНИНГ БУЗИЛИШИ СИМПТОМЛАРИ

Қизилўнгахча дисфагияси ютилган суюқ ёки қуюқ овқатнинг меъдага етиб бориши бузилганда намоён бўлади. Ютиш жараёни беморда қийинчилик туғдирмайди, лекин 2 - 5 секунд ўтгач ютилган овқат гўёки «тўхтаб қолгандек» ёки «тушиши зарур бўлган жойга тушмагандек» ҳисси туғилиб, «қозик» симптоми

юзага келади (гўёки қозик қоқиб қўйилгандек бўлади). Беморлар тўш суяги ортида бир нарса туриб қолганига ва бир оз оғриқдан (қизилўнгач диффуз спастик қисқарганда) шикоят қиладилар.

МОТОРИКАНИНГ БУЗИЛИШИ

Бу турдаги бузилишларда (ахалазия каби) қаттиқ ва суюқ овқат ейишдан қатъи назар, ютишнинг бузилиши - дисфагия кузатилади. Ахалазияда беморларда жиғилдон қайнаши сезилмайди. Склеродермияда эса жиғилдон қайнаши кескин ифодаланган ва узок давом этади. Моторика бузилганда кўпинча регургитация кузатилади. Беморлар кечаси уйқудан беҳосдан уйғониб кетганларида кийимлари ва чойшабларини бир неча соат илгари еган овқатлари билан ифлосланганлигини кўрадилар.

Ахалазияда дисфагия борган сари кучайиб, аспирация ва бемор вазнининг камайишига олиб келади. Қизилўнгач спазмида кузатиладиган санчикли оғриқ тўш суяги орти соҳасида кучли, босувчи оғриқ каби сезилиб, стенокардия хуружи ёки миокард инфаркти манзарасини эслатади. Жойлашган ўрни, иррадиация қилувчи соҳалари, узок давом этишга кўра, қизилўнгач санчиғи юрак-қон томирлари касалликларидаги оғриқларга ўхшайди. Қизилўнгачнинг диффуз спазми овқат ейиш билан боғлиқ бўлганлиги сабабли, беморлар овқат емасликка ҳаракат қиладилар. Айниқса, музлатилган коктейль, газли ичимликларни ичиш беморлар учун оғир синовга айланади. Стресс ҳам қизилўнгач санчиғига олиб келадиган омилларга киради.

МЕХАНИК ТОРАЙИШ

Қизилўнгач ўтказувчанлигининг бузилиши хавфли ўсма ёки стриктураларда кузатилиб, бунда борган сари кучайиб борувчи дисфагия юзага келади. Дастлаб бемор гўшт, қотган нон ва олмани ейишга қийналади, кейинчалик эса дисфагия ҳар қандай қаттиқ маҳсулотларни еганда юзага кела бошлайди. Хавфли ўсма учун симптомларнинг тез ривожланиб бориши (бир неча ҳафтадан бир неча ойгача) ҳарактерли бўлса, чандикдан стриктураларгача симптомлар аста-секинлик билан ривожланиб боради. Дифференциал диагностика мақсадида бемордан жиғилдон қайнаши ҳақида сўраш зарур, чунки қизилўнгач стриктуралари

кўпинча рефлюкс-эзофагитларда пектин таъсири остида ривожланади. Нордон таомлар, лимон ва бошқа цитрус мевалари, помидор шарбати рефлюкс-эзофагитли беморлар истеъмол қилмайдилар, қизилўнғач хавфли ўсмаси билан оғриган беморлар эса буларни бемалол истеъмол қиладилар. Ривожланиб бораётган дисфагия сабабли хавфли ўсма беморларда хавфсиз вазн ўсмаси бўлган беморларга нисбатан кучлироқ йўқотилади.

Қаттиқ маҳсулотларини егандан сўнг айрим ҳолларда пайдо бўладиган дисфагия қизилўнғач шиллиқ қаватида ҳалқа борлигидан далолат беради. Гўшт егандан сўнг дисфагия аломатлари кузатилади ва бу тиббиётда «бифштекс» симптоми деб аталади. Беморларни ютилган овқат ҳанжарсимон ўсимта ортида туриб қолгани безовта қилгани сабабли, ҳолатларини ўзгартирган ҳолда (гавдаларини тутиб, қийшайтирадилар, бошларини орқага ташлайдилар, сув ичадилар ва ҳк) тикилиб қолган луқмадан халос бўлишга интиладилар. Агар бу ёрдам бермаса, беморлар столдан нарироққа бориб ўзларини зўрлаб қусадилар ва овқатланишни тўхтатадилар. Кейинчалик ҳафта ёки ой давомида беморларни ҳеч нарса безовта қилмаслиги мумкин. Дисфагия аломатлари эса айрим ҳолларда безовта қилмаганлиги сабабли Schatzki халқаси бўлган беморларда деярли озиб кетмайдилар. Кейинчалик луқма тикилиб қолиш ҳолатлари тез-тез такрорланиб борган сари, беморнинг меъёردа ҳаёт кечириши издан чиқади ва у ҳамширага мурожаат қилади. Бундай беморларнинг ташқи кўриниши ёмон эмас, лекин улар билан суҳбатлашганда канцерофобия аломатлари кузатилади. Қизилўнғач шиллиқ қаватида парда борлиги туфайли юзага келадиган дисфагия қаттиқ овқатларни ютганда ва баъзи ҳолларда кузатилади.

Инфекцион эзофагитда шиллиқ қават зарарланиши сабабли ютганда оғриқ сезилади. Бу касаллик одатда тўсатдан бошланади, суюқ луқмага нисбатан қаттиқ луқмаларни ютиганда кучли оғриқпайдо бўлади. Ютиш шу даражада қийинчилик туғдирадики, бемор ҳатто овқат ейишдан бош торта бошлайди. Бу ҳолат қизилўнғач шиллиқ қаватининг нордон нарсаларга бўлган сезувчанлигини оширади. Кенг доирадаги антибиотикларни қабул қиладиган беморларда кандидамикозли эзофагит ривожланиши мумкин. Дисфагиянинг тўсатдан юзага келиши тетрациклин ичаётган беморлар қизилўнғачида эзофагит ҳисобига эмас, балки

яра пайдо бўлганлиги сабабли кузатилиши мумкин. Адабиётларда аскорбинат кислотанинг ҳам қизилўнгачни ярасини чақириши мумкинлиги ҳақида кўп ёзилган. Қизилўнгач яраси беморларнинг дориларни ётган ҳолатда сувсиз қабул қилганликлари сабабли келиб чиқиши маълумдир. Бунда дори шиллик қаватда кўп туриб қолади ва уни зарарлашга бемалол улгуради.

Уч хил белгилар, яъни дисфагияни қаттиқ, суяқ лукма ва касаллик баъзи ҳоллари ёки зўрайиб бориши асосида унинг ҳақиқий сабабини аниқлаш мумкин бўлади. Агар беморлар лукма тикилиб қолган жойни тўш суяги ортида аниқ кўрсатиб бера олсалар, патологик жараённинг локализациясини ҳам аниқласа бўлади. Лекин шуни эсда тутиш керакки, қизилўнгачдаги оғриқларнинг тўш усти соҳасига иррадиация қилиши айрим ҳолларда жараён локализациясини аниқлашни қийинлаштиради.

ҚИЗИЛЎНГАЧ КАСАЛЛИКЛАРИГА ХОС БЎЛМАГАН СИМПТОМЛАР

Ютишнинг қийинлиги билан кечадиган кўпгина симптомлар қизилўнгач касалликларига боғлиқ бўлмайди. Бу симптомлар ичида энг кўп учрайдигани ютиш жараёнида томоқда шишнинг катталашиб бориши бўлиб, у истерик лукма номи билан аталади. Бу нуқсон доимо беморни безовта қилганлиги сабабли уни ютиш пайтида юзага келадиган ҳақиқий дисфагиядан ажрата олиш осон кечади.

Кескин ифодаланган кекириш эзофагогастростаз билан деярли боғлиқ эмас. У эзофагитнинг бир кўриниши бўлиб ҳисобланади. Бошқа бир қанча симптомлар ҳам меъда-ичак йўлига мансуб эканлигига қарамай, уларнинг ҳеч қандай клиник аҳамияти йўқ. Бу симптомларга кўп миқдорда сўлак ажралиши, тил «куйиши», оғиздан бадбўй хид келиши, оғизга аччиқ таъм келиши киради.

Тўш суяги ортидаги оғриқ қизилўнгачнинг яллиғланиш касалликларида (рефлюкс-эзофагит), кардиоспазмда, I - IV босқичдаги хавфли ўсмаларда кузатилади. Гиперсаливация қизилўнгач раки, кардиоспазм, рефлюкс-эзофагитга хос.

Регургитация қизилўнгач ўтказувчанлигининг бузилиши билан кечадиган барча касалликлар ва кардия етишмовчилиги учун ҳос симптомдир.

Овознинг бўғилиши, озиб кетиш, дармонсизлик хавfli ўсмаларнинг кейинги босқичларида, қизилўнғачнинг тўлик бекилиб қолганда (куйишдан ёки рефлюкс-эзофагитдан кейинги стриктура) кузатилади.

БЕМОРНИ КЛИНИК ТЕКШИРИШ

Қизилўнғач касалликларини объектив клиник текшириш аъзонинг жойлашган ўрни сабабли анча қийинчиликларни келтириб чиқаради. Ташқи кўрик учун қизилўнғачнинг бўйин қисми бир неча хил касалликларда текшириш учун яроқли ҳисобланади.

Дисфагия синдроми бўлган бемор обдон кўздан кечирилади. Беморнинг умумий кўриниши, вазни муҳим аҳамият касб этади. Ҳамшира беморнинг бўйин, ўмров устки лимфатик тугунларини обдон пайпаслаб кўриб, қалқонсимон безнинг ташқи кўриниши, консистенцияси ва бўйин ҳаракатига алоҳида эътибор беради.

Аускультация бўйинда шовқинлар борлигини аниқлайди. Агар дисфагия нейромушак этиологияли эканлигига гумон бўлса, юз ҳамда бош суягидан чиққан нервларни текшириб кўриш зарур бўлади.

Кўкрак қафасига эътибор беришдан мақсад, ўпка томонидан асоратлар бор - йўқлигини аниқлашдир. Дисфагияга шикоят қилган беморнинг ютиш жараёнига алоҳида эътибор бериш керак. Ҳалқум дисфагиясини аниқлаш мақсадида беморга бир қултум сув беришнинг ўзи кифоя. Қизилўнғач дисфагиясини аниқлаш учун беморга қаттиқ луқмани юттириб кўриш зарур. Беморнинг нажаси яширин қон борлигига текширилиши зарур.

Фарингоэзофагеал дивертикул бўйиннинг чап ён соҳасида жойлашган ҳолларда юмшоқ консистенцияли ҳосилани пайпаслаб аниқласа бўлади. Пайпаслаш вақтида дивертикул ичида луқма қолдиқлари бўлса, ўзига ҳос товуш («билқиллаш», «шилқиллаш» симптомлари) эшитилади. Қизилўнғач хавfli ўсмаларида эса бўйинда катталашган лимфа тугунлари (Вирхов метастазлари) пайпасланади.

АСБОБ-УСКУНАЛАР БИЛАН ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Қизилўнғач касалликлари диагностикасида рентгенологик текширув асосий рол ўйнайди. Текширув вақтида контраст

модданинг қизилўнгачдан қай тарзда ўтишига, унинг бўшлиғидаги торайган ёки кенгайган қисмларга, шиллиқ қават контурининг текислигига, тўлиш нуксони ёки чуқурликларга, шиллиқ қават ҳолатига эътибор берилади. Қизилўнгач перистальтикаси ўрганилади, «соқов» соҳаларга, аъзо девори ригидлигига аҳамият берилади.

Эндоскопик текширув қизилўнгачнинг барча касалликларида қўлланилади. Текширув вақтида хавфли ўсма борлигига гумон қилинса, албатта биопсия учун тўқима олинади.

ДАВОЛАШНИНГ АСОСИЙ УСУЛЛАРИ

Қизилўнгачнинг кимёвий куйишдан кейинги чандиқли торайиши консерватив ёки жарроҳлик усулда даволанади. Консерватив даво бужлаш асосида амалга оширилади. Қизилўнгачни бужлаш 90% дан кўпроқ беморларда ижобий натижа беради ва асосий даволаш усули ҳисобланади. Бужлашдан олдин стриктура орқали меъдага махсус симли ўтказгич киритилади ва ўтказгичга кийгизилган буж аста-секинлик билан қизилўнгач бўшлиғига киритилади. Муолажа энг кичик диаметрли бужлардан (10, 12, 14, 16, 18, 20, 22 ва ҳк) бошланади. Бужлаш вақти борган сари кўпайтириб борилади (5, 6, 7, 8, 9, 10 мин ва ҳк). Қизилўнгачда оқма яранинг мавжудлиги бужлаш учун монелик ҳисобланади. Бужлашнинг қуйидаги усуллари мавжуд:

1. Оғиз орқали кўр-кўрона (сим-ўтказгичсиз)
2. Ип ишлатиб оғиз орқали ёки ретроград
3. Эзофагоскоп назорати остида
4. Ип ишлатиб
5. Металл сим-ўтказгич орқали

Металл сим-ўтказгич ёрдамида рентгеноконтраст моддани ковак бужлар билан бужлаш мақсадга мувофиқ. Бужлаш одатда рентген кабинетида ўтказилади. Биринчи марта бужлаш олдиан беморга бир қултум суюқ барий сульфат ичирилади ва стриктура конфигурацияси, йўналиши аниқланади. Рентгенологик назорат остида эҳтиётлик билан махсус металл сим-ўтказгич киритилади. Симли ўтказгич учида махсус пружина бўлганлиги сабабли, қизилўнгач шиллиқ қаватини зарарламасдан, стриктуранинг қинғир-қийшиқ йўлларидан ўтказиш мумкин бўлади. Шундан сўнг керакли диаметрдаги буж танланади ва ўтказгич ёрдамида

қизилўнғачга киритилади. Рентгенологик назорат турли хил асоратларни олдини олади. Эзофагоскоп назорати остида, умумий наркоз берилиб бужлаш стриктурага кириш йўли жуда мураккаб бўлган ҳолларда, ёки беморнинг руҳияти лабил бўлиб, симли ўтказгични ўрнатиш имкони бўлмаганда амалга оширилади.

Юқорида кўрсатиб ўтилган бужлашнинг бошқа усуллари ҳар доим ҳам қўллашнинг имкони бўлавермайди. Ундан фойдаланиш анча мураккаб бўлганлиги сабабли, турли хил асоратларни (қизилўнғач деворининг тешилиши) келтириб чиқариши мумкин.

Кардиоспазм (кардия ахалазияси)ни даволаш физиологик кардияни зўрлик билан кенгайтиришдан иборат. Штаркнинг метал дилататори билан кардиодилатация қилиш хавфли бўлиб, у оғир асоратларни келтириб чиқариши сабабли ҳозирги кунда деярли қўлланилмайди. Кардиодилатация қилиш пневматик дилататор ёрдамида энг хавфсиз усул бўлиб ҳисобланади. қизилўнғач кескин кенгайиб кетган ҳолларда албатта ювиб ташлаб, овқат қолдиқларидан халос қилинади. Кардиодилататор рентгентелевизор ускунаси назорати остида, томоқни маҳаллий анестезия қилгандан сўнг, эҳтиётлик билан киритилади. Агар кардиодилататорни кардия орқали ўтказишнинг иложи бўлмаса, ушбу муолажа махсус сим-ўтказгич ёрдамида (бужлаш пайтидагига ўхшаб) амалга оширилади. Дилататорнинг пуфланадиган «гантель» шаклидаги баллони шундай қилиб жойлаштириладики, бунда «гантель»нинг «бели» кардия соҳасида жойлашади. Кардиодилатациянинг бошланғич сеанслари 25 мм диаметрга эга бўлган баллон ёрдамида 180 – 240 мм симоб устунига тенг бўлган босим остида ўтказилади. Кейинги сеансларда дилататор алмаштирилади (баллон диаметри 35 ва 45 мм) ва босим 300 мм симоб устунига тенглаштирилди.

Қизилўнғач хавфли ўсмаларини даволаш ўсманинг жойлашган ўрни ва босқичига боғлиқ бўлади. Агар ўсма бўйин ёки юқори кўкрак соҳаларида жойлашган бўлса жарроҳлик даво касалликнинг бошланғич босқичларида ижобий натижа беради. Чунки бу соҳада жойлашган ўсмалар тезда метастаз беради ва атроф тўқималарга (трахея, аорта) ўсиб кириб кетади. Шу сабабли бу соҳада жойлашган ўсмаларда радикал дастур бўйича нур терапия (умумий миқдори 60 г) ўтказилади. Агар ўсма қизилўнғачнинг ўрта 1/3 соҳасида жойлашган бўлса, операциядан

олдин бетатроп ёки телегамматерапия (умумий миқдори 35 - 40 г) қўлланади ва шундан сўнг операция (қизилўнгач экстирпацияси) ўтказилади. Операция қилиб бўлмайдиган ўсмаларда (нооперабел ҳолат) гастростома қўйилади ёки лавсанли эндопротез ўрнатилиб, бемор овқатланиши учун шароит яратилади.

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР

1. Дисфагия синдромида беморларда кузатиладиган асосий муаммолар
2. Кардиоспазм тушунчаси, унинг босқичларига нисбатан бемор муаммоларининг ўзгариши
3. Қизилўнгачнинг механик торайиши билан кечадиган касалликлар, сабаблари, бемор муаммоларини аниқлаш манбалари
4. Қизилўнгач касалликларида ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилишнинг ўзига хос томонлари
5. Қизилўнгач касалликларини клиник-инструментал текшириш усуллари, беморларни операцияга тайёрлашда ҳамширанинг вазифалари
6. Қизилўнгач касалликларини консерватив ва операция усулида даволаш асослари
7. Қизилўнгач касалликларини даволаш, беморларни парвариш қилишда ҳамширанинг ўрни.

XXI. «ЖИГАР САНЧИҒИ» СИНДРОМИ

Жигар санчиғи синдроми ҳақида гап кетганда ўт пуфаги, ўт йўллари яллиғланиши натижасида келиб чиқадиган симптомлар йиғиндиси тушунилади. Ўт пуфагининг носпецифик ўткир яллиғланиши ўткир холецистит деб аталади. Ўткир холециститда 90% ҳолларда яллиғланиш жараёни конкрементлар силжиши, ўт йўллари (ўт пуфаги бўйинчаси, холедох) обструкциясига боғлиқ бўлади. Ҳозирги пайтда ўткир холецистит кенг тарқалган жарроҳлик касалликлари туркумига кириб, шошилини жарроҳлик касалликлари ичида кўп учрашига кўра ўткир аппендицитдан кейин иккинчи ўринда туради ва 8-10% ташкил қилади. Замонавий жарроҳлик ривожланиб кетганлигига қарамай, ўткир холециститда ўлим 6 - 10% ҳолларда

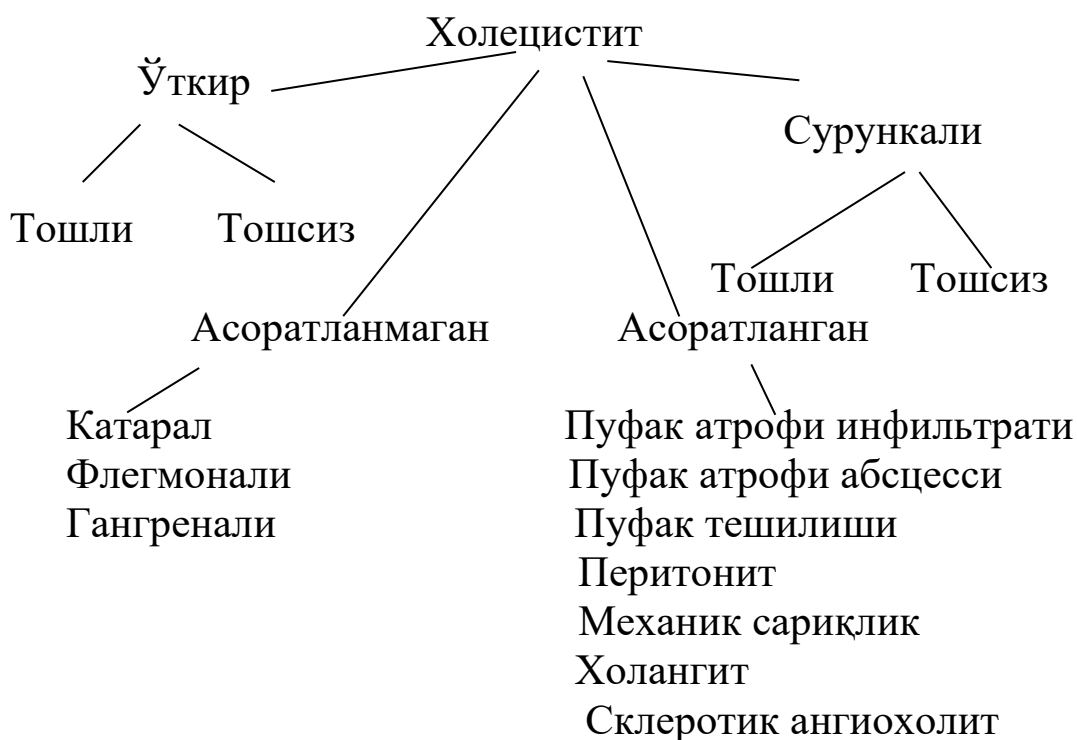
кузатилмоқда, айниқса қарияларда леталлик юқори фоизни ташкил қилмоқда.

Ўткир холецистит бир неча омиллар таъсири остида ривожланади. Бу омиллар ичида инфекция алоҳида ўрин тутди. Инфекциянинг гематоген, лимфоген, энтероген йўллари билан тушиши мумкинлиги исботланган. Сафронинг димланиб қолиши кейинги муҳим омилга кириб, унинг ривожланишига механик тўсиқлар (тош, стриктура, лямблиялар ва ҳк.) сабаб бўлади.

Таснифи. Ҳозирги пайтда холециститни клиник-морфологик таснифлаш қабул қилинган. Кечишига кўра холецистит ўткир ҳамда сурункали бўлиб, тошли ва тошсиз ҳам бўлиши мумкин. Ўт пуфагидаги морфологик ўзгаришларга кўра: катарал, флегмонали, гангренали турларга бўлинади.

Юзага келган асоратларига кўра: пуфак атрофи инфилтрати, пуфак атрофи абсцесси, пуфак тешилиши, перитонит, механик сариқлик, холангит, ташқи ёки ички сафро оқма яраси, ўткир панкреатит, склеротик ангиохолитга бўлинади. Клиник манзараси.

Ўткир холецистит ўнг қовурға ёйи остида тўсатдан пайдо бўладиган кучли оғриқ билан бошланади. Оғриқ ўнг елкага, куракка, белга иррадиация қилиши мумкин. Бемор кўнгли айниб, бир неча марта қусади, лекин қусиш енгиллик келтирмайди. Тана ҳарорати субфебриль бўлади. Қорин девори кузатилганда нафас



олиш жараёнида иштирок этиши чегараланганлиги кўзга ташланади. Айрим ҳолларда қорин деворидан катталашган ўт пуфагининг туби кўриниб туради. Тахикардия 100 - 120 мартагача бўлади. Тили қуруқ, сарғиш караш билан қопланган. Қорин пайпаслаб кўрилганда ўнг қовурға ёйи ости соҳасида оғриқ ва қорин девори мушакларининг таранглашганлиги сезилади. Қўлга катталашган ўт пуфагининг оғриқли туби ҳам илинади. Ўткир холециститда қуйидаги клиник симптомлар кузатилиши мумкин:

1. Захаръин симптоми - ўт пуфагининг ўрни босиб ёки уриб кўрилганда оғриқ кучаяди.

2. Ортнер симптоми - ўнг қовурға ёйи соҳасига кафт қирраси билан уриб кўрилганда кескин оғриқ кузатилади.

3. Мерфи симптоми - ўт пуфаги пайпасланаётган ҳолларда аниқланади. Ўт пуфагининг ўрни бемор чуқур нафас олаётганда 2 - 3 - 4 - бармоқлар билан пайпасланади. Агар бармоқлар учи яллиғланган ўт пуфаги тубига тегиб кетса, оғриқ кучаяди ва бемор нафас олишни тўхтатади.

4. Кер симптоми - нафас олиш вақтида ўнг қовурға ёйи ости соҳаси пайпасланса, оғриқ кучаяди.

5. Лохвицкий симптоми - ханжарсимон ўсимтанинг ўнг томонини босиб, юқорига сурилганда оғриқ кучаяди. Бунга ханжарсимон ўсимта орқасида жойлашган тоқ гуруҳга кирувчи лимфатик тугунларнинг яллиғланиши сабаб бўлади.

6. Рисман симптоми - ўнг қовурға ёйини кафт қирраси билан уриб кўрилганда оғриқ кучайганлиги сабабли бемор нафас олишни вақтинчалик тўхтатиб туради.

7. Сквирский симптоми - кафт қирраси билан IX - XI кўкрак умуртқаларидан ўнгрокда уриб кўрилганда ўнг қовурға ёйи остида оғриқ пайдо бўлади.

8. Березнеговский - Елагер симптоми - оғриқнинг ўнг елка камари соҳасига иррадиация қилиши.

9. Мюсси - Георгиевский симптоми - ўнг тўш-ўмров-сўрғич мушагининг олдинги оёқчалари ораси ўмров суяги устида бармоқ билан босиб кўрилганда оғриқ сезилади. Ушбу симптом «френикус симптоми» номи билан ҳам маълум. Ушбу симптом диафрагма нерви ўт пуфаги сероз қаватининг иннервациясида иштирок этиши сабабли юзага келади.

10. Боас симптоми - VIII - X кўкрак умуртқа поғоналарининг кўндаланг ўсимталарини ўнг томондан бармоқ билан босилганда оғриқ пайдо бўлади.

11. Заҳарьин-Гед - зоналарида, яъни VIII-X кўкрак умуртқаларидан ўнг томонда тери гиперестезияси аниқланади.

12. Виллер симптоми - ўнг қовурға ёйи остидаги оғриқ, тана ҳарорати кўтарилиши, сариклик пайдо бўлиши холедохолитиаз асорати ривожланганлигидан далолат беради.

Қорин пальпацияси юзаки пайпаслаш, яъни оғриқ бўлмаган соҳадан бошланади. Чап ёнбош, ўнг ёнбош, чап қовурға ёйи ости, эпигастрал ўнг ёнбош соҳаси юзаки пайпасланганда мушаклар таранглиги, катталашган ўт пуфаги туби аниқланади. Чуқур пайпаслашда баъзи бир симптомлар, қорин бўшлиғидаги бошқа ўзгаришлар қайд этилади. Перкуссия усулида яллиғланган париетал қорин парда чегараси оғриқ борлигига қараб аниқланади. Аускультацияда перистальтика шовқинларининг йўқлиги ичак парези ва перитонит ривожланганлигидан дарак беради.

Ўт пуфагидаги морфологик ўзгаришлар қанчалик кучли ўзгарган бўлса, касаллик шунчалик оғир кечади. Катарал холециститда оғриқлар ўртача интенсивликда бўлса, флегмонали холециститда анча кучайган бўлади. Флегмонали холециститда шчёткин - Блюмберг белгиси намоён бўлади. Гангренали холецистит флегмонали холециститнинг давом этиши туфайли юзага келади. У анча жадал ва кескин кечиб, беморнинг умумий аҳволи оғирлашади. Йирингга айланган сафро димланиб, шиллик қаватнинг некрозга учрашида муҳим роль ўйнаса, пуфак артериолалари тромбози натижасида мушак ва сероз қават ҳам некрозга учрайди. Бунда интоксикация белгилари кучаяди, маҳаллий ва тарқалган перитонит клиник манзараси пайдо бўлади. Пуфак ёрилиб кетганда тарқалган перитонитнинг симптомлари яққол кўзга ташланади. Беморларнинг аҳволи жуда оғир бўлиб, адинамия, мажбурий ҳолат кузатилади тил курук, қорин парез ҳисобига шишиб кетади. Қорин пайпасланганда барча соҳаларда оғриқ аниқланади ва мушаклар таранглашади. Шчёткин - Блюмберг синдроми ижобий бўлиб, қон таҳлилида лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга силжиганлиги, ЭЧТ ошганлиги кўрилади.

Текширув усуллари.

Ультратовуш ёрдамида ўт пуфаги ва ўт йўллариининг ҳолати ҳақида қимматли маълумотлар олинади. Ушбу текшириш усули мутлақ зарарсизлиги, ноинвазив бўлганлиги, кўп клиникалар ультратовуш аппаратлари билан таъминланганлиги сабабли бошқа текшириш усулларидадан афзалроқдир. УТТ ёрдамида ўт пуфагининг ўлчамлари, деворининг қалинлиги, холедох диаметри, ўт пуфаги ва ўт йўлларидаги тош ҳамда жигар ости соҳасида суюқлик йиғилганлигини аниқлаш мумкин.

Контраст холеграфия усули билан ўт йўллари ҳамда ўт пуфагини рентгенологик тасвирга тушириш имкони яратилади. Билигност, билитраст каби контраст моддалар венага юборилгандан сўнг 20-30 минут давомида жигардан ўт суюқлиги билан бирга ажралиб чиқа бошлайди ва ўт пуфаги ичида, холедохда йиғилади. Шу пайтда бир неча рентген-тасвирлар олинади ва ўзгаришларга қараб рентген-суратлар таҳлил қилинади.

Тери-жигар орқали холангиография қилиш – тери орқали жигар ва ўт йўллари пункция қилинади ва контраст модда юборилиб, рентген тасвирга туширилади. Бу усулни механик сариқликда қўллаш одат тусига кирган, чунки бунда қайси соҳада обтурация юзага келганлиги ҳақида батафсил маълумот олиш имкони туғилади.

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография усули бугунги кунда жуда кенг қўлланиляпти. Бу усул дуоденоскоп ёрдамида Фатер сўрғичини канюляция қилиб, ўт йўлига контраст модда юбориб, рентген-телевизион мосламада контраст модданинг юришини кузатиб, рентген тасвирни олишдан иборат. Бу усул ёрдамида жуда қимматли кўп маълумотлар олинади, (холедох диаметри, конкремент жойлашиши, ўт пуфагининг ҳолати ва ҳ.к). Бу усул фақатгина диагностика усули ҳисобланмасдан, у билан даволаш муолажаларини ҳам бажарса бўлади. Агар холедохда тош борлиги маълум бўлса, эндоскопик папиллотомия ёрдамида холедохдаги тошни ҳам олиб ташласа бўлади.

Операция вақтида бажариладиган холангиография – холецист-эктомия операцияси ўтказилаётган бир пайтда ўт пуфаги бўйинчаси чўлтоғи орқали холедох катетерланади ва

герметик боғланади. Катетер орқали контраст модда юборилади ва рентген тасвирга туширилади.

Ўт йўллари монометрияси – холедохга суюқлик юборилиб ундаги босимни аниқлашдан иборат. Бу текширув холедох ўтказувчанлиги ҳақида маълумот беради.

Ўткир холецистит асоратлари

1. Ўт пуфаги истисқоси – ўт пуфаги йўлининг тош билан бекилиб қолиши, чандиқли, стеноз ривожланиши, буралиб қолиши ёки шишиб кетгиши ҳамда лимфа тугуни билан босилиб қолиши сабабли ривожланиши мумкин. Ўт пуфагида микробларнинг бўлмаслиги ёки кучсиз вирулентли микроблар борлиги ҳам истисқо ривожланишидаги омиллардан ҳисобланади. Ўт пуфаги истисқосида пуфак ўт чиқариш йўллари билан алоқасини йўқотади, қорин пайпаслаб кўрилганда ўнг қовурға ёйи остида силлиқ, оғриқсиз, кўзғалувчан, бодринг шаклидаги шиш сезилади. Беморнинг аҳволи қоникарли бўлиб қолаверади. Ташхис анамнезда бўлиб ўтган оғриқ хуружи ва УТТ га асосан қўйилади.

2. Ўт пуфаги эмпиемаси пуфак йўлига тош тикилиб, ўт суюқлиги таркибида вирулентлиги баланд инфекция бўлганда ривожланади. Эпиемада ўт пуфаги ичида йирингга тўла бўшлиқ ҳосил бўлиб, беморнинг аҳволи оғирлашади. Оғриқлар кучаяди, тана ҳарорати кўтарилади, тахикардия, беҳоллик, тана ҳароратининг кўтарилиши, иштаҳа бўғилиши, терлаш кузатилади. Қорин пайпасланганда ўнг қовурға ёйи остида оғриқ, катталашган ўт пуфагининг туби аниқланиб, қорин девори мушаклари таранглашган, шу соҳада Шчёткин - Блюмберг белгиси мусбат бўлади. Қон таҳлилида лейкоцитоз, лейкоцитар формуласининг чапга силжигани кўринади. Бундай ҳолларда бемор шошилинич равишда операция холецистэктомия қилинади.

3. Ўт пуфаги атрофи инфилтрати ва абсцесси пуфак атрофидаги аъзолар, қорин парда билан биргаликда яллиғланган жараённи чегаралаб, дастлаб инфилтрат, кейинчалик эса абсцесс ривожланишига олиб келади. Бундай асорат ўт пуфагида деструктив жараён (флегмонали, гангренали холецистит) ривожланганда кузатилади.

4. Ўт пуфаги перфорацияси. Ўт пуфаги унинг девори некрозга учраб, бўшлиғидаги босим ошиб кетганда ёки бўшлиғидаги тош пуфак деворини узоқ вақт босиб ётиб некрозга учратган ҳолларда тешилади. Бундай асорат ривожланганда перитонит юзага келади. Қориндаги оғриқлар бирданига кучаяди, умумий аҳвол кескин оғирлашади, беморни совуқ тер босади, тахикардия, оғиз қуриши аниқланиб, тери оқиб тусга киради, бемор юзида кўрқув аломатлари пайдо бўлади. Шошилиш равишида бажарилган операция ҳаётини сақлаб қолади.

5. Панкреатит. Холедох ва вирсўнг йўллари узиб боғлиқлиги бу асоратни келтириб чиқаришда муҳим роль ўйнайди. Ўткир панкреатит асорати холедохолитиазда 20 - 30% ҳолларда юзага келиши мумкин. Холедохнинг терминал соҳасига тикилиб қолган тош вирсўнг йўлига сафро тушишига имкониятади ва натижада меъда ости безида яллиғланиш ривожланади. Оғриқлар эпигастрий соҳасига тарқалади, камар сингари сиқиб, белга иррадиация қила бошлайди. Тўхтовсиз қусиш беморни ҳолдан тойдиради, лекин енгилик келтирмайди. Перистальтика сустлашиб, қорин дам бўлади. Керте (эпигастрий соҳасида ретрога проекцияси бўйлаб оғриқ, мушаклар таранглиги, инфилтрат), Воскресенский (қорин аортаси пульсациясини пайпаслаб аниқлаб бўлмайди), Мейо-Робсон (чап қовурға-умуртқа бурчаги босилганда оғриқ аниқланади) симптомлари пайдо бўлади. Даволаш муолажалари комплекс тадбирлардан иборат (ўткир тошли холецистит, холедохолитиазни жарроҳлик даволаш ва панкреатитни консерватив даволаш: антифермент препаратлар, цитостатиклар, спазмолитиклар, дезинтоксикацион терапия).

6. Холангит (ангиохолит). Холедох ва жигар ички ўт йўллари узиб боғлиқлиги яллиғланиши ангиохолит ёки холангит деб аталади. Инфекция ўт йўлларида 12 бармоқ ичакдан дуоденал-билиар рефлюкс сабабли тушади. Бу асорат юқорига кўтарилиб холангит деб ҳам аталади. Холангит ўзига ҳос клиник манзарага эга. Бунда беморни кучли безгак тутади, ўнг қовурға ёни остидаги оғриқнинг интенсивлиги кучаяди. Қорин пайпасланганда оғриқли, катталашган жигар ва талоқ аниқланади. Беморнинг аҳволи оғирлашиб бориб, сариқлик борган сари кучайиб боради. Жарроҳлик сепсиси ҳам ривожланиши мумкин. Беморлар зудлик билан операция қилинишлари (холецистэктомия, холедохни ташқи

дренажлаш) ва узоқ муддат давомида антибактериал муолажалар олишлари зарур.

ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТНИ ДАВОЛАШ

Ўқтир холециститни даволашда фаол-кузатув усулига амал қилинади. Бу тактикага биноан қуйидагиларга риоя қилинади:

1. Гангренали, гангренали-тешилган холецистит, перитонит белгилари бўлган беморларни операцияга шошилиш равишида тайёрлаб, 2 - 3 соат ичида операция ўтказилади.

2. 24 - 48 соат давомида ўтказилган консерватив даволанинг фойдаси бўлмаганда интоксикация симптомлари сақланиб, перитонеал белгилар пайдо бўлса, зудлик билан операция қилинади.

3. Интоксикация симптомлари кузатилмаса, перитонеал белгилар аниқланмаса, ўтказилган консерватив терапиядан сўнг динамикада бемор аҳволи энгиллашса, режали равишида операция ўтказилади.

Консерватив терапия қуйидагилардан иборат: 1) 2 - 3 кун очлик; 2) ўнг қовурға ёйи остига ях қўйиш; 3) меъдани совуқ сув билан ювиш; 4) спазмолитиклар (но-шпа, атропин, папаверин)дан кунига 3 маҳал қилиш; 5) 0,25% ли 80 - 120 мл новокаин эритмаси билан паранефрал блокада юбориш; 6) кунига 1,5 - 2 л миқдорда инфузион терапия (5% глюкоза, физиологик эритма, гемодез, Рингер эритмаси ва ҳк.); 7) оқсил препаратларини (гидролизин, альвезин, аминокептид ва ҳк.) қуйиш; 8) антибиотиклар (гентамицин, левомицетин, цефалоспоринлар) юбориш.

Операция умумий интубацион наркоз остида бажарилади. Юқори ўрта лапоротомия ёки ўнг қовурға ёйи остидан Федоровнинг қийшиқ кесмаси билан холецистэктомия қилинади. Холецистэктомия 2 хил усул билан бажарилади (бўйиндан ёки тубидан). Интраоперацион холангиография қилиш шарт ҳисобланади. Холангиограммада тош борлиги маълум бўлса, холедохотомия қилиниб тош олиб ташланади. Шундан сўнг холедох ташқи ёки ички томондан дренажланади. Ташқи дренаж Вишневский, Пиковский, Кер усуллари ёрдамида амалга оширилади. Ички дренаж операцияларига холедоходуоденоанастомоз қўйиш ва трансдуоденал

папиллосфинктеропластика киради. Айрим ҳолларда кўшалок ички дренажлаш операцияси амалга оширилади.

ТОШСИЗ ХОЛЕЦИСТИТ

Ўткир тошсиз холецистит ўт пуфагига инфекция тушганда, панкреатик шира ўт йўллариغا тушиб фаоллашиши (ферментатив холецистит) ва а. cystica нинг ўткир тромбози сабабли ривожланади.

Клиник манзараси.

Ўткир тошсиз холециститнинг клиник манзараси тошли холециститдан деярли фарқ қилмайди. Касаллик айниқса а. cystica тромбозга учраганда оғир интоксикация белгилари, ўт пуфагининг тез муддатда некрозга учраши билан кечади. Ортнер, Мерфи, Шчёткин - Блюмберг аломатлари яққол аниқланади. Беморларда тахикардия, қусиш, тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади. Одатда ўтказилган консерватив муолажалар наф бермайди. УТТда - ўт пуфаги девори қалинлашган, бўшлиғида турғун суюқлик борлиги аниқланади. Ўз вақтида бажарилган операция бемор ҳаётини сақлаб қолади.

Сурункали тошсиз холециститнинг ўткир хуруж консерватив усулда даволанади. Ундан ташқари жарроҳликда «бўйинча холецистити» деган атама ҳам ишлатилади. Унинг сабаби ўт пуфаги бўйинчасида эгилиш, букилиш, қисман буралиш ҳисобига пуфакда сафронинг туриб қолиши ва кам вирулентлик инфекция тушганлиги сабабли шиллик қаватда сурункали яллиғланиш белгиларининг ривожланишидир.

Клиник манзараси.

Беморлар баъзи-баъзида ўнг қовурға ёйи остида пайдо бўладиган оғриқлар, кўнгил айниши, қусишдан шикоят қиладилар. Оғриқлар асосан ёғли овқатни суистеъмол қилганларида, спиртли ичимликлар ичганларида, жисмоний зўриқиш пайтида безовта қилади. Беморларнинг аҳволи нисбатан қониқарли бўлиб, интоксикация белгилари кузатилмайди. Қорин пайпаслаб кўрилганда ўт пуфаги пайпасланмайди, унинг проекциясида оғриқ сезилиб, перитонеал белгилар аниқланмайди. Қон тахлилида ҳам деярли ўзгаришлар бўлмайди.

УТТда - ўт пуфаги ўлчамлари бир оз катталашганлиги, баъзида деформация туфайли шакли ўзгарганлиги, бўшлиғида

димланган қуюқ сафро, бўйинча соҳасида букилиш белгилари аниқланади, пуфак девори бир оз қалинлашган бўлиши мумкин.

Даволаш. Пархез буюрилади, спазмолитиклар, глюкоза-новокаин эритмаси венага томчи усулида юборилади. Баъзи жарроҳлар сурункали «бўйинча холецистити»ни операция усулида даволашни тавсия қиладилар.

ЎТ-ТОШ КАСАЛЛИГИ

Ўт - тош касаллиги кенг тарқалган бўлиб, 40 ёшдан ошган аёлларда эркакларга нисбатан кўпроқ учрайди. 70 ёшдан ошган одамларнинг 40 - 50% ида ўт пуфагида тош борлиги кўпчилик олимлар томонидан эътироф этилади. Лекин уларнинг ҳаммасида ҳам ўткир холецистит ривожланавермайди. Ўт тошлари билирубин, холестерин ва кальций тузларидан ташкил топган бўлиб, асосан ўт пуфагида пайдо бўлади. Ўт тошлари пайдо бўлишининг асосий сабаблари: инфекция тушиши, ўт пуфаги шиллиқ қаватининг зарарланиши, ўт суюқлигининг димланиши, моддалар алмашинувининг бузилишидан иборат. Ўт тошларининг пайдо бўлиш сабабларини ўрганган олимлар бир қанча назариялар яратганлар.

1. Инфекция назарияси 1892 йилда Наунинг томонидан яратилган. Унинг фикрича, ўт пуфагида тош кучсиз вирулентли инфекция гематоген, лимфоген ёки энтероген йўл билан ўт пуфагига тушиб, кам ифодаланган яллиғланишга сабаб бўлиши туфайли пайдо бўлади. Яллиғланиш натижасида ўт суюқлигининг рНси бузилади. Ўтнинг коллоид-осмотик мувозанати бузилиб, холестерин ва пигментлар чўкмага тушади.

2. Ўт димланиши назариясини 1903 йилда Ашофф ва Бакмейстерлар ишлаб чиққанлар. Бу назарияга мувофиқ ўт йўлларидаги дискинезиялар, анатомик ўзгаришлар (чандиқлар, бўйинча соҳасидаги деформациялар, узун, тор, спиралсимон кўринишдаги ўт пуфаги) ўтнинг димланишига олиб келади. Бунинг натижасида пуфак шиллиқ қавати орқали сувнинг сўриб олиниши кучаяди, ва ўт қуюқлашиб, унинг компонентлари (холестерин, пигментлар) чўкмага тушиб, тош ҳосил қилади.

3. Шаденинг физик-кимёвий назарияси - ўт суюқлигининг таркиби ва коллоид-осмотик тенглиги бузилиши натижасида тош пайдо бўлади деб тушунтирилади. Бу назарияга кўра холестерин

ва ўт кислоталарининг меъёрдаги нисбати 1:20 дан 1:30 гача бўлиши керак. Агар бу нисбат 1:13 гача камайса холестерин чўкмага туша бошлаб чўкмага кальций тузларининг ўтириши натижасида тош ҳосил бўлади.

Ўт тошлари ҳарактерига кўра 3 турга бўлинади (холестерин, пигмент ва аралаш).

Клиник манзараси.

Ўт-тош касаллиги беморни бутун умри давомида безовта қилмаслиги мумкин. Ўт пуфагидги тош бошқа касалликлар сабабли текширилаётган беморларда бехосдан аниқланиб қолиши ёки қорин бўшлиғида операция ўтказилаётганда жарроҳ томонидан пайқаб қолиниши мумкин. Клиник жиҳатдан жигар санчиғи сифатида намоён бўлади. Оғриқ парҳез бузилганда, ёғли, қовурма овқатларни истеъмол қилганда, алкоголь ичилганда тўсатдан бошланиб қолиши мумкин. Оғриқ бошланишга тошнинг кўзғалиб, ўт пуфағи бўйинчасида қисилиб қолиши сабаб бўлади. Бундай ҳолларда ўткир тошли холециститнинг клиник манзараси намоён бўлади.

Текшириш усуллари.

Перорал ва венага контраст моддалар юбориб холеграфия қилиш, ультратовуш билан текшириш, ретроград панкреатохолангиография ташхис қўйишда қўл келади.

Даволаш.

Оғриқлар хуружи даврида даволаш муолажалари ўткир тошли холецистит муолажалари билан бир хил бўлади. “Совуқ” даврда, яъни оғриқ бўлмаган пайтда бажарилган операция – холецистэктомия беморнинг батамом соғайишига олиб келади.

СУРУНКАЛИ ТОШЛИ ХОЛЕЦИСТИТ

Бу касалликни ўт-тош касаллигининг бошқача атамаси деса ҳам бўлади. Жигар санчиғи синдроми ўтиб кетгач, беморларга сурункали тошли холецистит ташхиси қўйилади. Улар шикоят қилмайдилар, ўзларини мутлақ соғлом ҳис этадилар. Баъзан овқатлангандан сўнг ўнг қовурға ёйи остида оғирлик ҳисси, бир оз оғриқ, қориннинг дам бўлиши сезилади. Оғиз бемаза бўлиб, ич кетиши ҳам мумкин. Беморларнинг умумий аҳволи нисбатан қониқарли, тана ҳарорати, томир уриши меъёрда. Қорин

пайпаслаб кўрилганда деярли ўзгаришлар аниқланмайди. Қон таҳлилида ҳам ўзгаришлар деярли сезилмайди.

Диагностикаси.

Ташхис бемор шикоятлари, анамнезига асосланган ҳолда, УТТ, холеграфия натижаларига кўра қўйилади.

Даволаш.

Операция усулида даволаш (холецистэктомия) беморни касалликдан фориғ бўлишига олиб келади.

МЕХАНИК САРИҚЛИК СИНДРОМИ

Механик сариқлик синдроми ўт йўллари бекилиб қолганда юз берадиган асосий белги ҳисобланади. Одатда механик сариқлик 2 хил кўринишда кечиши мумкин (рецидивли (қайталанувчи) холедохолитиазда ҳамда фатер сўрғичи стенозида, холедох кисталарида кузатилади ва борган сари кучайиб боровчи сариқлик – ўт йўллари ўсмалари, меъда ости беши бошчаси ўсмаси, туғма атрезияларда қайд этилади).

Механик сариқликда лаборатория текширув усуллари қўлланилганда ўзига хос белгиларнинг пайдо бўлганлигини кўриш мумкин. Стеркобилининг нажасда йўқолиши ёки кескин камайиши, уробилининг сийдикда аниқланмаслиги, қонда билирубин миқдорининг боғланган билирубин ҳисобига кўпайиши, гиперхолестеринемия, қон зардобда ишқорий фосфатазининг кўпайиши, трансамилаза ферментларининг меъёردа сақланиши, чўктирувчи синамаларда деярли ўзгариш аниқланмаслиги механик сариқлик учун ҳос белгиларга киради. Радиоизотоп текширувда таркибида I-131(йод) бўлган қирмизи бенгал препаратнинг ичак бўшлиғида аниқланмаслиги ўт йўлларида тўлиқ обструкция бўлганлигидан дарак беради.

ОБЪЕКТИВ ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИ

Беморларни табиий ёруғлик шароитида текширилганда тери, шиллиқ қаватлар ва склеранинг сарғайганлигини кўриш мумкин. Айниқса, ўт йўлларида туғма атрезиясида, ўсмаларида, чандиқ туфайли ёпилиб қолганда тери интенсив сариқ тусга киради. Ўт йўлларида узок муддатли обструкцияси сабабли сариқ тусли тери аста-секин тўқ-яшил тусни ола бошлайди. Ўткир гепатитда эса тери апельсин пўсти рангини олади. Гемолитик

сарикликда тери зарчўва тусига киради. Тери рангига қараб ҳам сарикликнинг турини ажратиб олса бўлади. Механик сарикликда терига синчиклаб назар ташланса, терини қичиш натижасида унда ҳосил бўлган тирналган жароҳат изларини кўриш мумкин. Жигарнинг сурункали касалликларида тананинг юқори қисмларида томир юлдузчаларини, кафтларида симметрик гиперемияни («жигар кафтлари») ва тилнинг маймунжон рангида, ялтироқ эканлигини кўриш мумкин.

Агар беморда портал гипертензия бўлса, қорин олд девори веналарининг кенгайганлиги ва қориннинг асцит ҳисобига катталашганлигини кўриш мумкин. Портал гипертензия ва механик сарикликнинг биргаликда учраши ўт пуфаги ёки йўллари ўсмаларининг жигарга, жигар дарвозасига метастаз бериб, иккиламчи билиар цирроз чақирганлигининг гувоҳи бўламиз. Қорин пайпаслаб кўрилганда гепатикохолидохнинг туғма кисталари бўлган ҳолда 30% беморларда ўнг қовурға ёйи остида ҳосилани пайпасласа бўлади. Агар холелитиаз панкреатит билан асоратланган бўлса, без соҳасида катталашган, зичлашган, оғриқли инфилтрат аниқланади. Айрим ҳолларда қўлга меъда ости беши кисталари ҳам илиниб қолади. Кўпинча жигар катталашади. Холедохолитиаз, ўт йўллари ўсмаларининг бошланғич даврида жигар бир оз шишган, сезиларли зичлашган, юзаси силлиқ бўлади. Билиар цирроз ривожланганда жигарнинг ҳажми кескин катталашади, зич консистенцияли бўлиб қолади. Катталашган оғриқли ўт пуфаги унинг бўйинчасига ёки холедохга тош тикилиб қолганда кузатилади. 70 - 80% беморларда ўт йўллари ўсмасида эса катталашган, оғриқсиз ўт пуфагини кўриш мумкин (Курвуазье симптоми). Баъзан ўт пуфаги бўйинчасига тош тикилиб қолганда пайдо бўладиган истисқо ҳисобига ҳам катталашини мумкин.

Жигар-ўт йўллари ўсмасида ўт пуфагининг ҳажми ўзгармайди, шу сабабли уни пайпаслаб кўришнинг имкони бўлмайди. Флегмонали, гангренали холециститда, ўт пуфаги эмпиемасида катталашган, зич консистенцияли, кескин оғриқли ўт пуфаги ёки инфилтрат пайпасланади.

Инфилтрат одатда пуфакнинг катта қисми ёки бошқа аъзолари билан ўралиб қолганлиги сабабли пайдо бўлади. Ўт пуфагининг хавфли ўсмасида зич, ғадир-будур, қаттиқ консистенцияли ҳосила аниқланади.

ҚЎШИМЧА ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ

Қорин бўшлиғини рентгеноскопия ёки рентгенография усулида билан текширганда 5 - 18% беморларда ўт пуфагида тош борлигини пайқаш мумкин. Рентген тасвирда пигмент ва аралаш ҳарактерга эга бўлган тошлар кўринади. Холестерин тошлари одатда кўринмайди. Рентгенограммаларда ёт жисмлар (ўт йўллариغا қўйилган дренажлар) уларнинг контурлари, холангит ва ўт йўлларида паразитар инвазияси бўлган беморларда жигар абсцесси ва эхинококк кисталарини ҳам аниқлаш мумкин. Контраст холеграфия усули ўт йўлларида рентгенологик текширувида асосий усул ҳисобланади.

Ультратовуш текшируви.

Эхография усули билан текширганда ўт пуфаги, ўт йўллари, жигар, меъда ости беши ҳақида қимматли маълумотлар олинади. Механик сариқликнинг сабаби 80 - 90% ҳолларда аниқланиши мумкин. Бу усул ноинвазив усулларга кирганлиги сабабли, бемор учун мутлақо безарар, барчада қўллаш мумкин.

Ретроград панкреатикохолангиография (РПХГ) – дуоденоскоп ёрдамида Фатер сўрғичи орқали контраст модда юбориб, ўт йўлларида рентгенологик текширишдир. Бу усул ёрдамида Фатер сўрғичи ўсмаларини, ўт йўлларида тош тикилиб қолганлиги, холедох терминал қисмининг чандикли стриктуралари, холедох кисталари, ўт йўли ўсмаларини аниқлаш мумкин.

МЕХАНИК САРИҚЛИКНИНГ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Сариқлик синдроми бўлган беморларда унинг қайси тури ривожланганлиги ҳақида хулосага келиш баъзи ҳолларда қийинчилик туғдиради. Клиник амалиётда сариқликнинг 3 хил тури тафовут қилинади:

1. Гемолитик (жигар усти)
2. Паренхиматоз (жигар)
3. Механик (жигар ости)

Гемолитик сариқлик захарланганда, мос бўлмаган қон қўйилганда, янги туғилган чақалоқларда (онаси билан резус – номутаносиблик бўлганда) кузатилади. Беморлар ўт суюқлиги

билирубин билан тўйинганлиги сабабли ундаги қовушқоқлик ортиб кетади ва ўт суюқлиги оқими секинлашиб, билиар гипертензия қайд этилади. Қон биокимёвий таҳлил қилинганда эркин билирубин миқдори кескин кўтарилади. Стеркобилин миқдори кўпайганлиги сабабли беморларнинг нажаси тўқ тусга киради. Тери, шиллик пардалар, склера оч-сарик рангда бўлади, тери қичимайди. Паренхиматоз сарикликда бемор анамнезидан унинг вирусли гепатит билан касалланган бемор билан контаклда бўлганлиги, кейинги 2 - 3 ой ичида инъекциялар олганлиги, қон, плазма қуйилганлиги, тишини даволатганлиги маълум бўлади. Паренхиматоз сариклик спиртли ичимликларни суиистеъмол қиладиган, гепатотоксик захарлар билан ишлайдиган одамларда ҳам ривожланиши мумкин. Сариклик юзага келишидан олдин оғриқ бўлмайди. Тери апельсин пўсти ёки сарик тусда бўлади. Қон таҳлилида боғланган ва айниқса, эркин билирубин миқдори кескин ошганлиги маълум бўлади. Зардоб ферментларидан АлТ, АсТ ва альдолаза миқдори кўтарилганлиги аниқланади. Тери қичиши яққол ифодаланмаган бўлади.

Механик сарикликка ўт йўлларидаги тошлар сабаб бўлса, касаллик ўнг қовурға ёйи остидаги оғриқ билан бошланиб, кейинчалик тери сарғаяди. Тери тўқ-сарик, баъзан эса яшил-сарғиш рангда ҳам бўлиши мумкин. Қонда боғланган билирубин миқдори ошганлиги сабабли билирубинемия кузатилади, ферментлар деярли ўзгармайди. Ўт йўли тош билан батамом ёпилиб қолган бўлса, нажас рангсизланади (оқ), агар тош вентиль ҳарактерида бўлса, нажас дам-бадам оддий тусга кириб туради. Механик сарикликка ўсма сабаб бўлса, жараён аста-секин бошланади. Ўт пуфаги аста-секин катталашиб бориб, оғриқсиз бўлади, пайпаслаганда бемалол аниқланади, Курвуазье симптоми мусбат бўлади. Қонда боғланган билирубин ошиб кетади. Тери қичиши яққол ифодаланган бўлади.

Даволаш.

Механик сариклик холедохлитиаз туфайли келиб чиққан бўлса, эндоскопик папиллотомия ва холелитоэкстракция муолажаси ўтказилади. Агар бундай муолажа ёрдамида тошни олиб ташлашнинг имкони бўлмаса, операция қилинади (лапаротомия, холецистэктомия, холедохотомия, тошларни олиб ташлаш, ўт йўлини ташқи ёки ички дренажлаш). Ўз вақтида қилинган операция беморни тезда оёққа туришига имконберади.

Механик сариқлик ўт йўлларидаги ўсмалар, меъда ости беши бошчаси, Фатер сўрғичи ўсимтаси сабабли пайдо бўлса, касалликнинг I - II босқичларида радикал операциялар (панкреатодуоденал резекция, гемигепатэктомия) ўтказилади. Радикал операция бажаришга монеликлар бўлганида (ўсманинг IV босқичи, беморнинг оғир аҳволи, жигар етишмовчилигида), паллиатив операциялар (холецистостомия, холецистоеюноанастомоз, гепатикоеюноанастомоз, ўт йўллари ташқи дренажлаш) бажарилади. Ҳозирги вақтда лапароскопик холецистостомия, ўт йўллари назобилиар дренажлаш, эндоскопик папиллотомия, тери-жигар орқали холангиостомия каби операциялар сариқлик ва холангит каби асоратларни камайтириб, жигар етишмовчилиги ривожланишининг олдини олади. Касалликнинг II босқичида радикал операцияларни бажариш оммавий тус олапти. Операциядан кейинги даврда парҳезни сақлаш, спазмолитиклар, ўтнинг ҳайдовчи дорилар, антибиотиклар, дезинтоксикацион-инфузион терапия, диурезни кучайтириш, гепатопротекторларни қўллаш тавсия этилади. Ўсма сабабли операция қилинган беморга қўшимча кимёвий препаратлар, нур терапияси ҳам буюрилади.

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР

1. Жигар санчиғига олиб келувчи касалликлар, бунда беморда кузатиладиган асосий муаммолар
2. Ўт - тош касаллиги, ривожланиш сабаблари, клиник белгилари ва асоратлари, текшириш усуллари
3. Ўткир холангит, клиник манзараси ва симптоматикаси.
4. Ўткир холангитнинг инструментал текшириш усуллари, ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилиш
5. Ўткир холецистит, таснифи, клиник манзараси, асоратлари ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилишнинг ўзига хос хусусиятлари
6. Ўткир холециститнинг даволаш усули, бунда ҳамшира ёрдамининг тутган ўрни
7. Механик сариқлик синдромида беморларда кузатиладиган асосий муаммолар
8. Механик сариқликнинг текширув усуллари, қиёсий таснифи

9. Механик сариқликнинг асосий даволаш усуллари, беморларн парвариш қилишнинг ўзига хос хусусиятлари
10. Жигар ўт йўллари касалликларида ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилишнинг ўзига хос хусусиятлари

XXII. «ИЧАК ТУТИЛИШИ» СИНДРОМИ

«Ичак тутилиши» синдроми атамаси остида ичак бўшлиғидаги массанинг ичак бўйлаб ҳаракатининг бузилиши ёки батамом тўхташи тушунчаси ётади. «Ичак тутилиши» синдроми ўткир жарроҳлик касалликларнинг 9 - 10% ни ташкил этади.

Таснифи. «Ичак тутилиши» синдроми 2 турга бўлинади: механик ва динамик. Механик ичак тутилиши келиб чиқиш сабабига кўра 3 хил бўлиши мумкин (обтурацияли, странгуляцияли, аралаш). Динамик ичак тутилиши эса 2 хил бўлиши мумкин: спастик (гипермотор) ва паралитик (гипомотор). Динамик ичак тутилиши ичаклар ҳаракати фаолиятининг бузилиши натижасида вужудга келади. Бу турдаги ичак тутилиш синдромида ичаклар перистальтикаси сустлашиб бориб, кейинчалик батамом йўқолиши (паралитик тури) ёки перистальтика жуда зўрайиб кетганда ичаклар спазм ҳолатига келиб (спастик) қолиши мумкин.

Механик турга кирувчи странгуляцияли ичак тутилиши касалликнинг энг оғир, хавфли тури ҳисобланади. Странгуляцияли ичак тутилишида ичак тутқичидаги қон томирлар эзилиб, ичакнинг қон билан таъминланиши кескин бузилади ва бу некрозга ҳам олиб келиши мумкин. Бу турдаги ичак тутилиши қисилган чурраларда, ичак буралиб қолганида, ичак тугун ҳосил қилиб, айланиб қолганида учрайди.

Обтурацияли ичак тутилиши касалликнинг нисбатан енгил тури ҳисобланиб, ичак бўшлиғи ёпилиб тўсилиб қолиши билан кечади, бунда тутқичдаги қон томирлар эзилмайди. Ичакнинг ёт жисмлари, ўсмалари бу хилдаги ичак тутилишига сабаб бўлади.

Аралаш ичак тутилишига инвагинация киради. Инвагинацияда ингичка ичак ингичка ичакка ёки ингичка ичак йўғон ичакка тушиб қолиб, бир вақтнинг ўзида обтурацияли ва странгуляцияли ичак тутилишига сабаб бўлади. Инвагинацияга

сабаблари бўлиб, ичакларнинг ғайритабиий перистальтикаси ва унинг айрим касалликлари олиб келади.

Айрим ҳолларда ичак тутилиши мезентериал қон томирларининг ўткир тромбозида ҳам ривожланиши мумкин.

Клиник манзараси.

Барча турдаги ичак тутилиши учун бир қатор симптомлар умумий ҳисобланади. Булар - тўлғоқсимон оғриқлар, ич келиши ва ел чиқишининг тўхтаб қолиши, қориннинг дам бўлиши (метеоризм), кўнгил айланиши, қусиш, интоксикация белгиларининг пайдо бўлиши.

Оғриқ интенсивлиги ичак тутилишининг турига қараб турли хил бўлади. Йўғон ичак ўсмаси сабабли вужудга келувчи обтурацион ичак тутилишида оғриқ унчалик қаттиқ бўлмайди.

Странгуляцион ичак тутилишида, айниқса ичак буралиб қолиб, тугун ҳосил бўлганда оғриқ тўсатдан қаттиқ хуружлар билан бошланади ва қисқа муддат ичида тез-тез такрорланиб туради. Ичак некрозга учраб, парез ривожлангач, оғриқ доимий тус олади.

Паралитик ичак тутилишида оғриқ тарқалган, тўмтоқ, симиллаган характерда бўлади, қорин аста-секин шишиб бориб, дам бўла бошлайди. Спастик ичак тутилишида кескин, тўлғоқсимон оғриқ аниқланади. Баъзан оғриқ қориннинг барча соҳасига кенг, бир хилда тарқалиб, симиллаган характерда бўлиши мумкин.

Бемордаги оғриқ характерини синчиклаб таҳлил қилиш врач ва ҳамшира учун ичак тутилишининг механик ёки динамик турларини ажратиб олишга ёрдам беради. Оғриқ синдромининг хусусиятларини беморни кўздан кечириш вақтида ҳам аниқлаб олса бўлади. Беморнинг оғриқ пайтида юз-қиёфасининг ўзгариши, безовталаниб қолиши, перистальтик тўлқинларнинг эшитилиши тўлғоқсимон оғриқлар бошланганлигидан дарак беради. Озгин беморларда вақти-вақти билан қисқараётган ичаклар, қорин бўшлиғидаги тугунлар ва ҳосилаларни қорин олд девори орқали кўриш мумкин.

«Ичак тутилиши» синдромида кўнгил айланиши ва қусишнинг диагностик аҳамияти катта эмас, деб ҳисобланади. Фақат қусуқ массасининг ахлат кўринишида бўлиши патологик жараённинг оғир оқибатларига олиб келиши, анча ўтиб кетганлигидан далолат беради. Тўсиқ қанча юқорида жойлашган

бўлса, бемор шунча кўп қусади, тўсиқ йўғон ичакнинг пастки қисмларида (сигмасимон, тўғри ичакда) бўлса, бемор қайт қилмаслиги ҳам мумкин. Ич келиши, ел чиқишининг тўхтаб қолиши симптомларига ҳам врач ҳам ҳамшира тўғри баҳо бериши зарур. Механик тўсиқ йўғон ичакнинг терминал соҳасида бўлса, нажас тезда тўхташи ва ел чиқмаслиги мумкин. Патологик жараён ингичка ичакда бўлса, беморларда бу симптом кузатилмаслиги ҳам мумкин.

Қориннинг ташқи кўринишига эътибор бериш муҳим аҳамиятга эга. Паралитик ичак тутилишида қорин симметрик шишган ҳолда, странгуляцион, аралаш ичак тутилишида эса асимметрик шаклда эга бўлади (Валь симптоми).

Қоринни пайпаслаб кўриш муҳим аҳамиятга эга. Қорин пайпасланганда қорин девори мушаклари таранглигига, қорин парда таъсирланиш симптомларининг пайдо бўлганлигига, қорин бўшлиғидаги патологик ҳосилаларга (инвагинат, ўсмалар, буралиб қолган ичак қовузлоғи ва ҳк.)”сув чайқалиши”, «шўлқиллаш» симптоми (Склярлов симптоми) борлигига эътибор бериш зарур. Ташхис қўйиш учун ушбу белгиларнинг ўзи кифоя. Перкуссия қилинганда буралиб қолган ичак ҳалқаси чегараларида (Кивуль симптоми) ва шишиб ётган ичак қовузлоқлари устида тимпанит товушни эшитиш мумкин.

Аускультация қилинганда дам-бадам ичак шовқинларининг кучайиб сўниши, “томаётган томчи “ шовқини, касалликнинг охири босқичида эса ичак шовқинларининг батамом йўқолганлигини (“қабр сукунати” симптоми) аниқласа бўлади.

Бармоқ билан ректал текшириш усули ҳам ичак тутилишида муҳим маълумот олишда кўмак беради.

Ануснинг очилиб туриши, сфинктернинг бўшашганлиги, тўғри ичак ампуласи бўшлиғи ичак тутилиши учун хос белги (Обухов касалхонаси симптоми) ҳисобланади. Бармоқ билан текширилганда тўғри ичакда жойлашган ўсмаларни ҳам пайпасласа бўлади.

Паралитик ичак тутилишида қориннинг дам бўлиб, симметрик шишиб кетиши ва перистальтиканинг эшитилмаслиги ҳарактерли белгилардан ҳисобланади.

Спастик ичак тутилиши тўлғоқсимон кучли оғриқлар ва перистальтиканинг кучайиб кетганлиги билан ҳарактерланади.

Странгуляцияли ичак тутилишида қориндаги тўлғоқсимон оғриқларнинг баъзан кучлилигидан бемор шокка тушиб қолади. Оғриқлар тинимсиз қусиш билан бирга давом этади. Беморнинг умумий аҳволи оғир, пульси тезлашган, қон босими пасайган, уни совуқ тер босган, бармоқ учларида, лабларида цианоз, кўзи киртайиб қолган. Валь, Склярров, Кивуль, Обухов касалхонаси симптомлари мусбат бўлади.

Обтурацияли ичак тутилишида касалликнинг клиник манзараси аста-секин ривожланади. Ич келиши, ел чиқиши тўхтайди, беморни кучли бўлмаган доимий оғриқ безовта қилади, қорин дам бўлиб, шишиб кетади. Касалликнинг охирги босқичида нажас хидли, бадбўй қусиш кузатилади.

Инвагинацияда клиник манзара кескин тус олади: тўсатдан қоринда кучли оғриқ пайдо бўлади, кўнгил айниши, бир неча марта қусиш қайд этилади. Оғриқ интенсивлиги борган сари кучайиб бориб, бемор шок ҳолати билан асоратланиши мумкин. Бемор безовта бўлиб, оҳ-воҳ тортади, тезроқ ёрдам беришларини сўраб, бақира бошлайди. Қорин пайпаслаб кўрилганда цилиндр шаклдаги, қаттиқ консистенцияли, оғриқли ҳосила пайпасланади (инвагинат).

Диагностика усуллари.

“Ичак тутилиши” синдромида рентгенологик текширув асосий ҳисобланади. Қорин бўшлиғини рентгеноскопия қилганда ичак ҳалқаларининг шишиб кетганлиги, бўшлиқдаги суюқлик ва газ сатҳларининг тўнкарилган косача шаклини олганлигини (“Клойбер косачалари” симптоми) кўриш мумкин. Беморнинг аҳволи оғир бўлганда, у вертикал ҳолатда тура олмаса рентгенологик текширувни ўнг ёки чап ёнбошида ётган ҳолатда, (рентген нурларини орқа томондан йўналтириб) ўтказиш зарур.

Диагностика қийин бўлган ҳолларда беморга барий сульфат контрастини ичириб, динамикада рентгенологик текшириб бориш тавсия қилинади. Ушбу усул қўлланилганда кўпроқ маълумот олиш имконияти туғилади (ичак тутилган жойни кўриш, “Клойбер косачалари”ни аниқ кўздан кечириш).

Эндоскопик текшириш усулларида ректороманоскопия ва колоноскопия йўғон ичакда жойлашган ўсмалар, ёт жисмларни аниқлашга имкон беради.

Даволаш.

«Ичак тутилиши» синдромини даволаш муолажалари консерватив терапиядан бошланади. Бунда оғриқни қолдириш, гиперперистальтикани камайтириш мақсадида спазмолитиклар, дезинтоксикацион-инфузион терапия, сув-электролит балансини тиклаш, қон онкотик босимини ошириш, циркуляциядаги қон ҳажминини тиклаш муолажалари амалга оширилади. Ташхис хали аниқланмаган бўлса наркотик анальгетикларни қилмаслик керак. Бемор аҳволи оғир бўлса бошланган консерватив муолажаларни операцияга тайёргарлик сифатида қабул қилиш ва узоғи билан бир соат ичида уни операцияга олиш зарур.

Механик ва аралаш ичак тутилиши одатда операция усулида даволанади. Умумий интубацияон наркоз остида лапаротомия ўтказилади, қорин бўшлиғи аъзолари тафтиш қилиниб, ичак тутилиши сабаби аниқланади ва бартараф этилади (ичак қовузлоқлари буралиб қолган бўлса – *detorsio* қилинади, чандиқлар кесилади, инвагинат дезинвагинация қилинади, йўғон ичак ўсмалари олиб ташланади, колостома қўйилади, некрозга учраган ичак қовузлоқлари резекция қилинади ва ҳк.). Ичак бўшлиғи декомпрессия қилинади, қорин бўшлиғи санация қилиниб, дренажланади. Паралитик ичак тутилишида меъдага зонд қўйилиб, у 1 - 2% натрий гидрокарбонат эритмаси билан ювилади. Икки томонлама паранефрал блокада 0,5% 80 - 120 мл новокаин эритмаси ёрдамида бажарилади. Новокаин эритмасини 0,25% 50 - 100 мл венага томчи усулида юбориш ҳам фойда бериши мумкин. Прозерин, убретид, натрий хлориднинг гипертоник (10%) эритмасини 20 - 60 мл венага юбориш, сифон ҳуқналарни такрорлаш ҳам ичак перистальтиказини пайдо бўлишига олиб келади. Комплекс даволаш муолажалари таркибига калий хлорид қўшилади, чунки беморларда ривожланадиган гипокалиемия нерв импульсларининг ўтишига имконбермайди ва бунда ичак атонияси сақланиб қолаверади. Перидурал анестезия, электростимуляция ҳам ижобий натижалар беради.

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР

1. Ичак тутилиши синдромига олиб келувчи касалликлар, таснифи

2. Ичак тутилиши синдроми бўлган беморларда юзага келадиган асосий муаммолар
3. Ичак тутилиши синдроми бўлган беморларда ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилиш
4. Ичак тутилиши синдромининг диагностика асослари, лаборатор - инструментал текширув усуллари
5. Ичак тутилиши синдромини қиёсий ташхислаш
6. Беморларни операцияга тайёрлаш қоидалари, тайёргарликни баҳолаш мезонлари
7. Ичак тутилиши синдроми бўлган беморларни даволаш қоидалари
8. Ичак тутилиши синдроми бўлган беморларга ҳамширалик парваришининг ўзига хос хусусиятлари

XXIII. БУЙРАК САНЧИҒИ СИНДРОМИ

Буйрак санчиғи синдромига– юқори сийдик йўллариининг тош, қон ивиқлари, шиллик, йиринг, сийдик тузлари конгломерати, казеоз массалар, сийдик найи спазми ёки унинг буралиб қолиши, буйрак ликопчаси спазми туфайли сийдик оқиб кетишининг бузилиши натижасида пайдо бўладиган оғриқ синдромлари киради.

Буйрак санчиғи юқори сийдик йўллариининг функционал бузилишларида, буйрак ва сийдик найида қон айланишининг бузилишида, глюкокортикоидлар билан даволанганда, аллергия ва бошқа касалликларда кузатилиши мумкин.

Уролитиаз ва сийдик-тош диатезлари кўпинча буйрак санчиғига олиб келувчи сабаблардан ҳисобланади. Буйрак санчиғи буйракда тошлар бўлганда 50% сийдик найида тошлар бўлганда эса 95 - 98% ҳолларда кузатилади.

Юқори сийдик йўлларидан сийдикнинг оқиб кетиши ўткир бузилса, буйрак - ликопча тизимида босим ошиб кетиб, буйракда қон айланиши бузилади. Буйрак санчиғи буйрак ҳолати ва фаолиятини (уродинамика, гемодинамика ва сийдик фильтрациясини) издан чиқаради. Буйрак-ликопча босимининг кўтарилиши буйрак косачалари ёрилишига ва сийдик рефлюксига олиб келади. Бунинг натижасида сийдикнинг синус ёғ тўқимасига, ликопча, буйрак атрофидаги тўқималарга, қорин орти бўшлиғига тушиши (экстравазация) кузатилади. Ҳа тўқиманинг сийдик билан

инфильтрацияланиши буйрак синусида, буйрак атрофидаги тўқималарда фиброз-склеротик ўзгаришларга олиб келади ва шу сабабли буйрак-ликопча тизимининг қисқариш фаолияти бузилади.

Буйрак санчиғи - бу фақат оғриқ синдроми бўлмай, балки оғир асоратларга (ўткир йирингли пиелонефрит, бактериемия шоки, буйрак атрофи флегмонаси) олиб келувчи, бемор ҳаётига хавф солувчи буйрак фаолиятининг жиддий бузилишидир.

Буйрак санчиғи тўсатдан, ҳеч қандай сабабсиз, кун ёки тунлигига қарамай, бемор тинч ҳолатда ёки ҳаракатда эканлигидан қатъий назар, бошланиб қолиши мумкин. Оғриқлар хуружсимон бўлиб, дам-бадам кучайиб ва тўхтаб давом этади. Хуруж бир неча минутдан бир неча кунгача чўзилиши мумкин. Оғриқлар шунчалик кучли, ўткир, чидаб бўлмас даражали бўладики, беморлар ўзларини қўйгани жой топа олмай турли ҳолатларни эгаллашга ҳаракат қиладилар. Одатда улар энгашиб, қўлларини бел соҳасига (оғриқ бўлаётган соҳага) тираб оладилар. Буйрак хуружи учун оғриқнинг сийдик найи йўналиши бўйлаб қориннинг ёнбош соҳасига, сонга, жинсий аъзоларга иррадиация қилиши хосдир. Кўпинча буйрак хуружида оғриқ сийдик йўлида бўлиб тез-тез сийиш кузатилади. Буйрак хуружи ўтиб кетгач, бел соҳасида тўмтоқ оғриқ сақланиб қолади, лекин беморлар ўзларини қониқарли сезиб, одатдаги ишларига қайтадилар. Буйрак санчиғи бўлган беморлар бел соҳаси пайпасланганда ёки енгил туртиб кўрилганда оғриқ кучаяди.

Буйрак санчиғи - бу мураккаб симптомокомплекс бўлиб, организм барча тизимларининг реакциясидан иборат бўлади. Буйрак санчиғи симптомокомплексига сохта перитонеал белгиларнинг пайдо бўлиши буйрак ва қорин бўшлиғи аъзолари касалликларини бир - биридан ажратишда маълум қийинчиликларни келтириб чиқаради. Буйрак хуружида пайдо бўладиган кўнгил айниши, қусиш, ичаклар парези, қорин дам бўлиши, сийдикнинг буйрак атрофидаги тўқималарга сингишдан келиб чиқади ва ичак тутилиши белгиларига ўхшаб кетади. Сийдикининг перитонеал инфилтрацияси қоринпарданинг таъсирланишини реффлектор ҳолда чақиради. Бу эса қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир жарроҳлик касалликлари тўғрисида

ўйлашга ва натижада нотўғри ташхис қўйишга ва нотўғри даво усулини қўллашга олиб келиши мумкин.

Бундай ҳолларда дифференциал диагностикасини ўтказишда қуйидаги белгиларга эътиборни қаратиш зарур. Буйрак сачиғида оғриқ, кўнгил айланиши, қусиш бир вақтнинг ўзида юзага келади. Масалан, ўткир аппендицитда оғриқ маълум муддат давом этгандан сўнг бемор бошлайди.

Ўнг томонлама буйрак хуружи ингичка ичакнинг охириги қисми ва йўғон ичакнинг бошланғич қисмлари перистальтикасини кучайтириб, уларнинг спастик қисқаришини юзага келтиради ва шу сабабли рефлексор равишда ичак парези ривожланади. Бу ҳолат эса ўткир аппендицитнинг гипердиагностикасига сабаб бўлиши мумкин.

Буйрак санчиғида ичак парези ривожланган бўлса ҳам қорин девори нафас олишда иштирок этади, қон босими бир оз ошади баъзида тахикардия кузатилиши мумкин.

Қон тахлилида лейкоцитоз, эритроцитлар чўкиш тезлигининг (ЭЧТ) кўпайиши, мочевинанинг ошиши кузатилади. Баъзи беморларда тана ҳарорати кўтарилиб, безгак тутади. Ушбу ўзгаришлар доимий бўлмай «ўткир қорин» синдроми ташхисини адашиб қўйиб юборишга сабаб бўлиши мумкин.

Сийдикда пайдо бўладиган ўзгаришлар турғун ҳарактерда бўлиб, эритроцитлар, лейкоцитлар, оқсил, тузлар, шилликнинг пайдо бўлиши буйрак санчиғи синдроми учун хосдир. Айрим ҳолларда тош сийдик найини батамом ёпиб қўйганлиги сабабли, сийдикда ўзгаришлар аниқланмаслиги ҳам мумкин. Юқорида кўрсатилган ўзгаришлар эса хуруж тўхтагандан сўнг пайдо бўлади.

Буйрак санчиғи синдромибўлган беморларга шошилишч ёрдам кўрсатилиб, улар касалхонага ётқизилади. Оғриқ хуружининг сабаби аниқланмагунча уй шароитида кузатиш ва даволанишга руҳсат этилмайди.

Ўткир оғриқ ҳамширадан буйрак санчиғи ташхисини тез қўйиш ва шошилишч муолажаларни бошлашни талаб этади. Ўткир жарроҳлик касаллик касалхонада жарроҳ томонидан инкор этилади. Буйрак санчиғи синдромида касалхонага етиб келгунча бўлаган даволаш муолажалари фақатгина ташхис аниқ қўйилган ҳолдагина ўтказилади.

Даволаш оғриқ синдромини қолдиришдан бошланади. Бунда спазмолитиклар, оғриқсизлантирувчи препаратлар, маҳаллий иссиқ қилинади. Беморнинг бел соҳасига қиздирилган қум, ғишт босиш, ёки уни 40 - 50°Сли ваннага ўтқозиш мумкин. Одатда шу муолажаларнинг ўзи оғриқни қолдиради. Агар булар фойда бермаса, атропин – 0,1% - 1,0 мл ёки папаверин - 2% - 2,0 мл, платифиллин – 0,2% - 1,0 мл, но-шпа - 2% - 2,0 мл, магний сульфат - 25% - 10 мл, оғриқсизлантирувчи дорилардан анальгин - 50% - 2,0 мл, промедол - 1% - 1,0 мл, омнопон - 2% - 1,0 мл тайинланади. Наркотик анальгетиклар қорин бўшлиғи аъзолари ўткир патологияси инкор этилганда қилинади. Баралгинни 5,0 мл венага юборилса ижобий натижага эришилади. Касалхонада турли таркибли «литик аралашмалардан» фойдаланилади.

(Масалан: платифиллин+промедол+димедрол ёки но-шпа + пипольфен ва ҳ.к).

Даволаш ва дифференциал диагностика мақсадида уруғдон тизимчаси (эркакларда) ёки бачадон юмалоқ боғламининг (аёлларда) новокаин блокадаси қилинади. 1% новокаин эритмасидан 10 - 30 мл ишлатиб блокада қилинганда, 10 - 15 минут ичида оғриқ камайса буйрак санчиғи, агар оғриқ камаймаса қорин бўшлиғи аъзолари патологияси борлиги маълум бўлади. Айрим ҳолларда буйрак санчиғи паравертебрал соҳани хлорэтил билан музлатиш ёрдамида тўхтатилади.

Буйрак санчиғи бартараф этиб, бемор уролог хузурида обдон текширилганда, аниқ ташхис қўйилади.

ГЕМАТУРИЯ СИНДРОМИ

Гематурия - урологик касалликларда кузатиладиган асосий симптом бўлиб ҳисобланади. Одатда гематурия атамаси сийдикда қонни визуал кўриб аниқлаган пайтда ишлатилади. Унинг пайдо бўлишига сийдик йўллари билан боғлиқ бўлган қон томирлари шикастланиши сабаб бўлади. Бу турдаги шикастланиш сийдик ажратиш тизимининг бир қатор касалликларида, айниқса ўсма касаллигида кузатилиши мумкин. Микроскопик (микроскоп остида аниқланадиган) ва макроскопик (кўз билан илғаса бўладиган) гематурия тафовут қилинади. Гематурияни уретрорагиядан фарқлаш лозим. Уретрорагияда қон сийдик каналидан сийиш пайтида оқмай балки,ундан доимо томчилаб

тураверади. Бу симптом сийдик канали шикастларида, ўсмаларида, колликулитда учрайди.

Макрогематурия инициал (бошлангич), терминал (охирги), ва тотал бўлиши мумкин. Макрогематуриянинг тури ва манбаи 3 стаканли синама ёрдамида аниқланади.

Инициал макрогематурияда қон сийдикнинг 1 - порциясида аниқланади ва бунинг сабаби уретранинг бошлангич қисмидаги патологияси ҳисобланади.

Терминал гематурияда қон сийдикнинг охирги порциясида аниқланади ва бунинг сабаби уретранинг орқа қисми, сийдик пуфаги патологияси ҳисобланади.

Тотал гематурияда қон барча порцияларда кузатилади. Патологик жараён буйракда, сийдик найларида ёки сийдик пуфагида аниқланса тотал гематурия қайд этилади.

Макрогематурия пайдо бўлишига хавfli ўсмалар, сийдик йўллариининг носпецифик яллиғланиш касалликлари, сийдик-тош касаллиги, нефроптоз, шикастлар сабаб бўлади. Буйрак гематурияси гломерулонефритда, III даражали оғирликдаги юрак-қон томирлари етишмовчилигида, геморрагик синдром билан кечувчи умумий касалликларда, ҳар хил дори-дармонлар (антикоагулянтлар, метициллин, ампициллин, уротропин) қўлланилганда кузатилади.

Инициал ва терминал гематурия қон қайси жойдан кетаётганлиги ҳақида маълумот бериб, уролог аралашуви зарурлигини кўрсатади. Агар қон кетиш манбаи аниқланмаса, эссенциал гематурия деган атама ишлатилади (эссенциал – ноаниқ этиологияли деган маънони билдиради) .

Тотал гематурия бир ёки икки томонли бўлиши мумкин. Икки томонли гематурия гломеруляр зарарланишда кузатилади. У билан бирга цилиндрурия, протеинурия ҳам қайд этилади.бу турдаги гематурияда одатда қон ивиқлари учрамайди.

Буйракнинг хавfli ўсмаларида учрайдиган гематуриялар тўсатдан бошланиб, профуз қон кетиши, қон ивиқлари бўлиши, тўлқинсимон кечиши ва оғриқ кузатилмаслиги билан ҳарактерланади. Қон ивиқларининг чувалчангсимон шаклда эканлиги қон кетиш манбаининг юқори сийдик йўлларида эканлиги, қон ивиши эса сийдик найчасида рўй берганидан далолат беради. Аммо буйракдан кучли, профуз қон кетганда бу шаклдаги ивиқлар бўлмаслиги ҳам мумкин, чунки қон кўп

кетаётганлиги сабабли сийдик найчасида ивиб улгурмайди ва сийдик пуфагига тушгандан кейин ҳар хил шакл ҳосил қилиб ивийди. Сийдик пуфагидаги қон ивиқлари сийдикнинг қисман ёки тўлиқ тутилишига сабаб бўлиши мумкин, яъни сийдик пуфаги тампонадаси рўй беради. Қон йўқотиш даражасини сийдик рангига қараб айтиб бўлмайди, чунки 1 литр сийдик таркибига 1 мл қон қўшилса, сийдик қизариб кетади. Қон кетиш тезлиги қон ивиқларига, қон йўқотиш даражаси эса гемоглобин ва гематокрит кўрсаткичларига қараб баҳоланади.

Қирмизи тусли сийдик давомли қон кетишидан, қон ивиқлари эса тез ва давом этаётган қон кетишидан дарак беради. Сийдик тўқ-қизил тусга кирса, қон кетиши тўхтаган, деб ҳисобланади.

Шуни эсда тутиш керакки, сийдик ранги турли хил дорилар қабул қилганда (амидопирин, 5-НОК, фенолфталеин, бўёвчи марена) ва озиқ моддалар (шолғом, лавлаги, рангли зефир ва ҳк.) истеъмол қилганда ҳам ўзгариши мумкин.

Агар беморда кўп миқдорда қон йўқотилмайдиган қисқа муддатли макрогематурия кузатилса, бемор ҳаёти хавfli ҳисобланмайди. Аммо узоқ давом этувчи, кўп миқдорда қон йўқотилишига сабаб бўладиган, профуз характердаги макрогематурия қисқа вақт ичида беморни анемияга олиб келиб, унинг ҳаётига хавф солади. Макрогематурия рўй берганда гемостатик терапияни бошлашдан олдин қон кетишнинг сабаби ва манбаини топишга ҳаракат қилиш лозим.

Бемор касалхонага етиб келгунча бўлган даврда гемостатик терапия (дицинон, викасол), юрак препаратлари қилинади. Иложи бўлса, қон ўрнини босувчи суюқликлар қуйилади. Касалхонада беморни уролог томонидан кўради ва шошилишч цистоскопия қилинади. Бундан мақсад, қон кетиш манбаини аниқлашдир (сийдик пуфаги, ўнг ёки чап сийдик найчаси). Макрогематурия тасдиқланса, бемор касалхонага ётқизилиши шарт. Касалхона шароитида бемор обдон текширувдан ўтказилади, микро-, макрогематурия сабаби аниқланади ва тегишли даво тадбирлари кўрилади. Сийдик пуфагининг қон билан тампонадасида сийдик пуфаги ювилиб, тозаланади. Агар бунда муолажа фойда бермаса бемор операция қилинади.

СИЙДИК ТУТИЛИШИ ВА АНУРИЯ СИНДРОМИ

Тўлиб кетган сийдик пуфагини бўшата олмаслик сийдик тутилиши деб аталади. Сийдик тутилишини ануриядан фарқлаш зарур. Анурия – буйракда сийдик ажралишининг тўхташи ёки буйрак обструкцияси туфайли сийдикнинг сийдик пуфагига келиб йиғилмаслигидан юзага келадиган симптом ҳисобланади. Сийдик тутилишида бемор сийгиси келади, лекин сия олмайди. Анурияда эса сийдикни чиқариб ташлаш хоҳиши бўлмайди, чунки сийдик қопи доимо бўш бўлади.

Сийдик тутилиши кўпинча урологик беморларни шошилиш равишда касалхонага ётқизиш учун сабаб бўладиган симптомдир. Бу симптом 7-8% урологик беморларда аниқланади. Сийдик тутилиши жуда кўп касалликларда учрайди ва у қуйидаги 2 хил сабабларга кўра келиб чиқади:

1. сийдик ажратиш ва жинсий аъзо касалликлари (буйрак, простата бези, сийдик пуфаги, сийдик чиқариш канали патологияси);
2. бошқа аъзолар касалликлари (МНС касалликлари, медикамент интоксикацияси, рефлексор характерга эга функционал сабаблар).

Сийдик тутилишининг биринчи сабаби асосида механик омиллар ётади. Сийдик чиқариш каналининг, сийдик пуфагидан ичкаридан ёки ташқаридан эзилиши натижасида ёпилиб қолиши шулар жумласидандир. Буларга буйракдаги, сийдик найчасидаги, сийдик пуфагидаги тошлар, простата бези аденомаси ёки раки, уретра шикастлари, ўткир простатит, фимоз, тўғри ичак ва бачадон бўйинчаси раки каби касалликлар киради.

Сийдик тутилишининг иккинчи сабабига бош ва орқа мия ўсмалари ва шикастлари, *tabes dorsalis*, истерия, жарроҳлик операциялар, туғиш, операциядан кейинги давр, медикамент интоксикацияси, тўшакда узоқ вақт мажбурий ҳолатда ётиб қолиш каби касалликлар киради. Ушбу омиллар сийдик пуфаги детрузори тонусини пасайтиради ва натижада сийдик тутилиши юзага келади.

Тўлиқ ва қисман сийдик тутилиши тафовут қилинади. Қисман сийдик тутилишида бемор сийдигини мустақил равишда чиқаради, лекин сийдик пуфагини батамом бўшатишга қурби етмайди. Бемор сийиб бўлгандан кейин сийдик пуфагида қолиб

кетган сийдик қолдиқ сийдик дейилади. Агар қолдиқ сийдик миқдори 100 мл дан кўп бўлса, уни қов устида перкуссия қилиб, аниқласа бўлади, сийдик пуфагини катетеризация қилиш ташхисни аниқ қўйишга ёрдам беради. Шошилиш равишда бажарилган уретроцистография, радионуклид цистографияси ҳам ташхис қўйишда муҳим аҳамиятга эга. Тўлиқ сийдик тутилишида бемор сийдигини мустақил равишда чиқара олмайди.

Ўткир ёки сурункали сийдик тутилиши фарқланади. Ўткир сийдик тутилиши ўзини соғ деб юрган одамларда тўсатдан ёки сурункали сийдик тутилишига учраган касалларда пайдо бўлиши мумкин. Баъзан ўткир сийдик тутилиши физик ёки руҳий зўриқиб, толиққандан, кўп миқдорда алкоголь истеъмол қилингандан кейин ҳам кузатилиши мумкин. Ўткир сийдик тутилиши қовуқ соҳасидаги кучли оғриқлар, жинсий аъзоларга иррадиация билан кечади.

Сурункали сийдик тутилиши ўткир сийдик тутилишининг давом этиши туфа йли ёки аста секинлик билан ривожланиши мумкин. Агар ўткир сийдик тутилиши пайтида сийдик пуфагига катетер ўрнатилиб, сийдик чиқарилмаса, детрузор мушаклари аста-секин чўзилиб, парезга учраши ва сийдик пуфаги сфинктери бўшашиб кетиши сабабли сийдик томчилаб, сийдик чиқариш каналидан чиқа бошлайди. Бу турдаги патологик ҳолат парадоксал ишурия деб аталади. Сурункали сийдик тутилиши тез-тез сийиш учун даъват ва никтурия билан кечади. Сийиш пайтида сийдик оқими ингичка бўлиб, акт тугагандан сўнг сийдик пуфагининг батамом бўшатилмаганлиги ҳисси пайдо бўлади.

Айрим беморларда операциядан кейинги сийдик тутилиши кузатилади. Бу ҳолат кичик чаноқ бўшлиғи ва бошқа аъзоларда қилинган операциялардан кейин рўй беради. Бу турдаги сийдик тутилишининг ривожланиш механизми беморларнинг ётган ҳолда сийишга ўрганмаганликлари ва операциядан кейинги жароҳат соҳасида кучанган пайтда пайдо бўладиган оғриққа боғлиқ бўлади. Наркоз берилгандан сўнг детрузор тонусининг пасайиши, бу асорат ривожланишидаги орқа мия анестезиясининг ролини ҳам инкор этиб бўлмайди.

Диагностикаси.

Сийдик тутилишининг объектив белгиси - бу қов устини перкуссия қилганда тўмтоқ товушнинг эшитилиши ҳисобланади.

Тўлиб кетган сийдик пуфагининг девори чўзилиб кетган пайтларда тўмтоқ перкутор товуш айрим ҳолларда тўш суягининг ханжарсимон ўсимтаси остида ҳам аниқланиши мумкин. Бундай ҳолларда сийдик пуфаги юмалоқ шаклда қорин олд деворидан кўриниб туради. Пайпаслагандан эластик ёки зич эластик консистенцияли ҳарактерга эга бўлиб, қаттиқроқ босиб кўрилганда сийдик томчилаб чиқади.

Даволаш.

Ўткир сийдик тутилиши сийдик пуфагини шошилиш равишда бўшатишни ва бузилган сийдик чиқаришни тиклашни талаб этади. Сийдик пуфагини катетеризация ёки қов соҳасидан пункция қилиб бўшатиш зарур. Агар рефлектор сабабли сийдик тутилиши ривожланган бўлса, бемор дори-дармонлар ёрдамида мустақил сийиши мумкин.

Сийдик пуфаги резинали нелатон катетери билан бўшатилади. Катетер қўйиш пайтида маълум қоидаларга риоя қилмаслик натижасида қийинчиликлар келиб чиқади. Биринчи навбатда катетернинг ҳолатига эътибор бериш зарур. Катетер жуда кўп марта қайнатилиб, ишлатилаверилганлиги сабабли эластиклиги ва таранглигини йўқотади. Шу туфайли муолажа пайтида қийинчилик келиб чиқиши мумкин. Катетерни қўйишдан олдин сийдик канали ташқи тешигига фурацилиннинг 1:5000 нисбатдаги ёки 2% бор кислота ёки 3% водород пероксид эритмаларидан бири билан ишлов бериш зарур. Бунда эритмага ҳўлланган дока парчаси билан шу соҳани артиб, 1 - 2 марта уни босиб турилади. Катетер стерил вазелин ёки глицерин билан артиб олинади. Муолажани бажараётган ҳамшира стерил кўлқопда ишлаши зарур. У ўнг кўли билан пинцет ёрдамида катетерни аста - секинлик билан сийдик чиқариш каналига киритади. Катетерни киритиш тезлиги каналнинг проксимал қисмига яқинлашган сари ошириб борилади ва сийдик пуфаги сфинктери қаршилигини бир оз куч ишлатиб енгиб ўтилади. Сийдик чиқа бошлаши катетер қўйилганлигидан дарак беради. Резина катетер қўйишнинг иложи бўлмаса, врач томонидан металл катетер қўйилади. Металл катетер қўйиш пайтида турли хил асоратлар (уретрорагия - уретрадан қон кетиши, уретрал безгак тутиши, сийдик пуфагининг тешилиши) юзага келиши мумкин.

Агар ўткир сийдик тутилиши уретра жароҳати туфайли юзага келган бўлса, катетер қўйилмайди. Бундай ҳолларда сийдик пуфаги қов усти соҳасидан пункция қилинади. Қов усти соҳаси терисига 5% йоднинг спиртли эритмаси билан 3 марта ишлов берилгач, 15 - 20 см узунликдаги инъекцион игна билан қорин ўрта чизиғи бўйлаб симфиздан 2 см юқоридаги нуқтадан пункция қилинади. Игнанинг сийдик пуфагига тушганлиги сийдик ажралиб чиқишидан билинади. Сўнг игнага резина найча уланади ва сийдик пуфаги батамом бўшатилади.

Тос суяклари синиши натижасида уретра жароҳати аниқланган беморлар касалхонага замбилда чалқанча ётган тизза ва тос-сон бўғимларини бир оз буккан ҳолда, оёқларини бир оз очиб («қурбақа ҳолати») олиб борилади.

Анурия – урологик амалиётда бемор ҳаётини хавф остида қолдирувчи энг хавфли асоратлардан биридир. Анурия буйрак фаолияти оғир бузилганлиги, сийдик йўллари обструкцияси ҳақида маълумот берувчи клиник белги бўлиб ҳисобланади. 1 суткадан кўп вақт ичида сийдик пуфагида сийдик йўқлигининг катетер билан тасдиқланиши анурия ташхисини қўйишга асос бўлади.

Клиник амалиётда ануриянинг 3 тури тавофут этилади: (преренал, ренал, постренал). Преренал ва ренал анурияда сийдик ажралиши тўхтаб, бошқача қилибайтганда – бу секретор анурия дейилади. Постренал анурияда сийдик ажралиши давом этаверади, лекин сийдик йўллари обструкцияси сабабли сийдик пуфагига сийдик тушмайди ва бу бошқачасига экскретор анурия деб аталади.

Преренал анурия буйракка етарлича қон келмаганда (шок, юрак етишмовчилиги) ёки қон кетиши батамом тўхтаганда (аорта тромбози, пастки ковак вена тромбози, буйрак артерияси ёки венаси тромбози) ва гипогидратация натижасида (қон йўқотиш, диарея, тўхтовсиз қусиш) юзага келади.

Ренал анурия буйрак паренхимаси ишдан чиққанда (коптокча ва канал аппарати) кузатилади. Буйрак паренхимаси қон айланиши бузилганда (ишемия, гипоксия), мос келмайдиган қон қуйилганда, нефротоксик заҳарлар организмга тушганда, узоқ муддатли эзилиш синдромида жиддий зарарланади.

Постренал анурия икки томонлама буйрак - тош касаллигида, сийдик найчалари ўсмадан эзилганда, гинекологик

операциялар вақтида сийдик найлари боғлаб қўйилганда, сийдик найчаларига тош, қум тикилиб қолганда ривожланади.

Ануриянинг қайси тури ривожланганлигини касаллик симптомлари нима сабабдан келиб чиққанлигига қараб, аниқлаш мумкин.

Даволаш.

Агар беморда юрак етишмовчилиги, коллапс натижасида преренал анурия ривожланган бўлса, юрак препаратлари ва вазотоник дорилар тайинланади. Даволаш тадбирлари беморнинг тўшаққа ётган ҳолида ўтказилади.

Агар ануриянинг ренал тури заҳарланиш, мос келмайдиган қонни қуйгандан, анаероб сепсис, юмшоқ тўқималарнинг узок муддат эзилиш синдромидан кейин ривожланса, беморни дархол гемодиализ бўлимига ётқизиб даволаш мақсадга мувофиқ.

Постренал анурия ривожланганда бемор шошилиш равишида урология бўлимига ётқизилади. Унга спазмолитик, оғриқсизлантирувчи дорилар қилинади. Консерватив даво муолажалар ёрдам бермаса, перкутан нефротомия (тери орқали буйракка катетер ўрнатиш) операцияси ўтказилади.

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР

1. «Буйрак санчиғи» синдроми кузатиладиган касалликлар, уларнинг таснифи
2. «Буйрак санчиғи» да кузатиладиган беморларнинг асосий муаммолари
3. «Буйрак санчиғи» синдромида ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилишнинг ўзига хос хусусиятлари
4. «Буйрак санчиғи»га ҳамширалик ташхисини қўйишда қўшимча текширув усуллари
5. Гематурия синдроми, таснифи, клиник белгилари
6. Гематурия синдроми ҳамширалик ташхисини қўйишда текширув режаси ва усуллари
7. Сийдик тутилиши синдромида беморларда кузатиладиган асосий муаммолар
8. Сийдик тутилишида ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилиш, ҳамширалик ёрдамини баҳолаш

9. Анурия синдромига олиб келувчи касалликлар, беморларнинг асосий муаммолари
10. «Буйрак санчиғи», гематурия, сийдик тутилиши ва анурия синдромларини даволаш асослари, ҳамширалик ёрдами ташкил қилишнинг ўзига хос хусусиятлари

XXIV. «ЎСМА» СИНДРОМИ

Ўсмалар ҳақидаги фан онкология (юнонча *oncos* - ўсма, *logos*-фан) деб аталади. Онкология фани ҳақиқий ўсмаларни ўрганади (сохта ўсмаларга – тўқималар шиши, яллиғланиши, гипертрофия ҳисобига шишиб катталаниши киради).

Ўсма (неоплазма, бластома, рак) – патологик ҳосила бўлиб, тўқималарда автоном ўсиши, ҳужайралар полиморфизми ва атипияси билан кечиши билан фарқланади. Ўсмаларнинг тўқима ичида ўсиб, ривожланиши ўзига хос хусусиятларидан биридир. Ўсмаларнинг келиб чиқиш сабаблари тўлиқ ўрганилмаган, лекин гипотетик назариялар асосида қуйидаги омиллар ўсмалар келиб чиқишида муҳим роль ўйнайди:

1. Механик омиллар (тўқималарнинг тез-тез қайталануви жароҳаттизацияси натижасида регенерация жараёнининг мавжудлиги бўлиши ўсма ривожланишига олиб келади).

2. Кимёвий омиллар. Ўсмалар кимёвий моддаларнинг умумий ва маҳаллий таъсири (карнайчилар металл қумни ютишлари сабабли ёрғоқ ўсмасининг келиб чиқиши, кашандаларда ўпка ракиннинг келиб чиқиши, асбест билан ишловчиларда плевра мезотелиомасининг келиб чиқиши шулар жумласидандир) остида ривожланади.

3. Физик канцерогенлар. Ультрабинафша нурлар (тери ракига сабаб бўлади), ионизация нурланишининг (суяк, қалқонсимон без ўсмалари ва лебиозлар ривожланиши учун омил ҳисобланади) таъсири ҳам фан томонидан исботланган.

Онкоген вируслар: Барр - Эпштейн вируси (Бернет лимфомаси сабабчиси), Т-ҳужайрали лейкоз вируси ҳам ўсмалар ривожланишда муҳим роль ўйнайди. Ўсмалар пайдо бўлишнинг замонавий полиэтиологик назарияси ана шулардан иборат. Бу назарияга асосан канцероген омилларнинг таъсири натижасида албатта ўсма ўсади деган хулосага келинмайди. Бу жараён

ривожланиши учун генетик мойиллик, иммун тизимининг баъзи-бир нуқсонлари ҳам бўлиши зарур.

Ўсмалар иккига, яъни хавфсиз ва хавфли турларга бўлинади. Хавфсиз ўсмаларнинг қобиғи бўлиб, атроф тўқималардан ажратиб туради. Жуда секин ўсиши, даволаш яхши натижалар бериши билан ажралиб туради. Баъзи бир хавфсиз ўсмалар хавфли ўсмаларга айланиши мумкин. Масалан, теридаги оддий пигмент доғ (нор, хол) меланомага айланиши, меъда полипи эса ракка айланиши мумкин.

Хавфли ўсмаларнинг тўқималардан ажратувчи қобиғининг йўқлиги, уларнинг кўшни тўқима - аъзоларга ўсиб кириб кетиши, ўсиш жараёни чегараланмаганлиги, метастазлар бериши (лимфа, қон оқими билан узоқданги аъзоларнинг зарарлаши), қайталаниши (операция қилиб олинганининг ўрнидан қайтадан ўсиб чиқиши), кахексия ривожланиши билан характерланади.

Эпителий тўқимасидан ҳосил бўлган хавфли ўсмалар рак, бириктирувчи тўқимадан ҳосил бўладиганлари эса саркома деб аталади.

Ўсма жараёнини қуйидаги босқичларга бўлиш қабул қилинган.

I босқич – кичик ҳажмдаги ўсма ёки яра каби жойлашган, тўқималарга ўсиб кирмаган ва регионар лимфа тугунларини зарарламаган.

II босқич – ўсманинг ҳажми катталашмаган бўлса ҳам, атроф тўқималарга ўсиб кириш ва регионар лимфа тугунларига метастаз беришга улгурган.

III босқич – ўсманинг ўлчамлари анча катта, бўлиб чуқурда жойлашган тўқималарга ўсиб кирганлиги сабабли кўзгалмас, ўсма регионар лимфа тугунларда кўплаб метастазлар мавжуд.

IV босқич – ўсманинг умумий тарқалиши, атрофдаги тўқималарга ўсиб кириб, узоқда жойлашган лимфа тугунлари ва аъзоларга метастаз берганлиги, кахексия ривожланганлиги билан характерланади.

I ва II босқичларда бошланган даволаш муолажалари кўпинча ижобий натижаларга олиб келади. III босқичда даволашни аралаш усуллар, яъни жарроҳлик, кимё ва нур терапияси билан бирга ўтказиш ижобий натижага олиб келиши

мумкин. IV босқичда қўлланилган барча даво усуллари, бемор ҳаётини бир оз узайтириши мумкин, лекин унинг соғайиб кетишига имкон бермайди.

Ҳозирги тиббиёт атамалари орасида рак олди касалликлари ёки ҳолатлари деган тушунча ҳам мавжуд. Бундай касалликларга оғиз бўшлиғи, бачадон бўйинчаси эрозияси, сурункали бронхит, меъданинг каллёз яраси ва ҳақозалар киради. Ушбу ташхис билан даволанаётган беморларга касалликнинг асорати ҳисобланмиш хавфли ўсма ривожланиши мумкинлиги ва ўз вақтида даволаш муолажаларини бошлаш зарурлиги ҳақида тушунтирилади.

ОНКОЛОГИК БЕМОРЛАРНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Ўсмалар диагностикасида ҳаёт ва касаллик тарихини обдон сўраб-суриштириш муҳим аҳамиятга эга. Анамнез тўлиқ йиғилган ҳолларда касалликнинг дастлабки босқичи ёки рак олди касалликлари борлигини аниқлаб олишга имконпайдо бўлади. Бунда обдон ирсий мойиллик ҳам муҳим аҳамиятга эга. Объектив текширув беморни яхшилаб кўздан кечиришдан бошланади. Қўлга илинадиган барча лимфа тугунлари пайпаслаб кўрилади. Агар ўсмани пайпаслашнинг иложи бўлса, унинг чегаралари, кўзгалувчанлиги, оғриқлилиги, консистенцияси, атроф тўқима ва аъзолар билан боғлиқлигига эътибор берилади. Онкологик касаллик гумон қилинаётган барча беморларни гинекологик бимануал текширишдан ўтказиш зарур. Бу текширув жинсий аъзолар ўсма касаллигини ва кичик чаноқ аъзолари ўсма билан иккиламчи зарарланганлигини аниқлашга ёрдам беради.

Лаборатория текширувларидан сийдикда, нажасда, балғамда яшин қон, атипик ҳужайралар борлигини аниқлаш ҳам ўсма ташхисини қўйишда муҳим аҳамиятга эга.

Рентгенологик текширув усуллари: рентгенография, рентгеноскопия, томография усуллари аъзонинг ўсма билан зарарланганлигини аниқлашга ёрдам беради. Ҳозирги пайтда клиник амалиётда эзофагостродуоденоскопия, лапароскопия, бронхоскопия, ректоскопия, колоноскопия, цистоскопия, кольпоскопия каби текширув усуллари қўлланилаёпти. Бу усуллар ёрдамида ўсмани кўз билан кўриш ва ундан суртма, ювма биопсия олиш имкони бўлади. Биоптат гистологик текширув учун

юборилаётганда махсус йўлланма ёзилади. Йўлланмада бемор исм-шарифи, туғилган йили, касаллик тарихининг тартиб рақами, биоптат қайси аъзодан олинганлиги, тахминий ташхис ёзилган бўлиши керак. Йўлланмани нотўғри, тўлиқсиз ёзиб бериш беморнинг даволаш режасини тузишда хатоликларни келтириб чиқариши мумкин.

Юмшоқ тўқималар ва суяк ўсимталарига гумон бўлганда йўғон игна билан пункцияли биопсия олса бўлади. Ушбу биоптат ҳам гистологик текширувга юборилади ва олинган натижага қараб даволаш усули белгиланади.

ОНКОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРНИ ДАВОЛАШ

Ўсмаларни даволашда жарроҳлик, кимё ва нур терапияси қўлланилади. Кўпинча 2 ёки ундан ортиқ усуллардан аралаш ҳолда фойдаланилади. Масалан, жарроҳлик усул нур терапияси билан бирга қўлланилади. Комплекс даво деганда барча уч усулларнинг биргаликда ўтказилиши тушинилади.

Нур билан даволаганда тери қизаради (эритема). Кўпинча терида I даражали термик куйиш каби ўзгаришлар кузатилади. Катта кучланишли нур терапияси ўтказилганда терида I - II даражали куйишда кузатиладиган ўзгаришлар (терида пуфакчалар пайдо бўлиб, юза қавати некрози ҳам) аниқланиши мумкин. Беморларни парваришlash пайтида нур билан шикастланган теридаги яраларга инфекция туширмасликка ҳаракат қилиш керак. Терининг маҳаллий ўзгаришлари юзага келган жойларига таркибида алоэ, линол, цигерол, А, Е витаминлари бўлган малҳамлар, эмульсиялар, кремлар суртиш тавсия этилади. Агар ўзгаришлар тўғри ичак ёки қин шиллик қаватида юзага келган бўлса, юқорида кўрсатилган препаратларни микро ҳукна ёки тампонлар ёрдамида қўллаш керак. Шундай қилинганда нур терапияси асоратлари бир неча ҳафтада битиб кетади.

Рентгенотерапия билан даволанаётган беморларнинг қонида ҳам ўзгаришлар пайдо бўлади. Беморларда беҳоллик, қусиш, ичак фаолияти бузилиши, иштаҳа бўғилиши, бош оғриши, тана ҳарорати кўтарилиши, айрим ҳолларда эса нур касаллиги симптомлари пайдо бўлиши мумкин.

Кимё ва гормонал терапия касаллик жараёни организмнинг барча соҳаларига тарқалиб кетганда, операция қилиб бўлмайдиган ҳолатларда ягона даволаш усули бўлиб ҳисобланади. Нур ва кимё терапияси баъзи беморларни операцияга тайёрлаш даврида ҳам ўтказилиши мумкин.

Хавфсиз ўсмаларни жарроҳлик усулида даволашда уларни соғлом тўқималар чегарасида батамом олиб ташлашни назарда тутилади. Ўсма бутунлигича қобиғи билан бирга олиб ташланиши зарур. Хавфли ўсмаларни олиб ташлашда ҳосиланинг ўзини олиб ташлашнинг ўзи етарли эмас. Операция вақтида онкологиянинг тадбирларига: абластика, антибластика, зоналлик, фасцияликка риоя қилиш зарур.

Абластика – операция вақтида ўсма тарқалиб кетмаслиги учун қўлланиладиган тадбирларни ўз ичига олади. Асосий тадбирларга: барча кесмаларни соғлом тўқималарда ўтказиш, ўсма тўқимасини механик шикастдан сақлаш, ўсмани ажратиб олиш учун соғлом тўқималарни салфеткалар билан чегаралаш, ўсмани олиб ташлагандан кейин жарроҳлик асбоблари, қўлқоплар, боғлов материалларни алмаштириш киради.

Антибластика – операция вақтида ўсманинг асосий қисмидан ажралиб қолган бўлақларни йўқотиш учун бажариладиган тадбирлар мажмуасидир. Қуйидаги антибластика усуллари тафовут қилинади:

1. Кимёвий антибластика – бу ўсмани олиб ташлагандан кейин жароҳат юзасига 70% спирт эритмаси билан ишлов бериш, венага ўсмага қарши препаратларни операция столида юбориш, ўсмага қарши кимё препаратларини регионар перфузия қилиш.
2. Физик антибластика – бу электропичоқ, лазер ишлатиш, ўсмани операциядан олдинги ва операциядан кейинги эрта даврда нурлантириш киради.
3. Зоналлик - бу ўсмани кесиб ажратаётганда атроф тўқималардаги рақ хужайралари бўлиши мумкин соҳани ҳам қўшиб олиб ташлашдан иборат.
4. Фасциялик - бу фасциал ғилоф клетчаткасини ажратаётганда уни фасция билан бирга кесиб олиб ташлашдир.

Беморларни операцияга тайёрлаш бошқа мураккаб турдаги операцияга тайёргарлашдан фарқ қилмайди. Аммо ўсма билан касалланган беморларда кахексия ривожланаётганлиги

сабабли, уларни операцияга тайёрлаш вақти чегараланган бўлади. Шу сабабли уларга қон қуйиш, кучли овқатлар бериш, кўпроқ ухлаб, дам олишлари учун шараоит яратиш зарур.

ОНКОЛОГИК БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШЛАШ ВА КУЗАТИШДА ЭТИКА ВА ДЕОНТОЛОГИЯНИНГ ЎЗИГА ХОС ҲУСУСИЯТЛАРИ

Ўсма синдроми бўлган беморларни парваришлашда уларга ўзига ҳос психологик ёндашиш зарур. Беморларга иложи борича ташхисни билдириш керак эмас. «Рак», «саркома» атамалари ўрнига яра, торайиш, зичлашиш атамаларини ишлатиш зарур. Бемор қўлига бериладиган варақа ва кўчирмаларда «с-г», “cancer”, “tumor”, “neo”, деган сўзлар ёзилмаслиги зарур, чунки ҳозирги кунда деярли барча беморларга ушбу атамалар таниш бўлиб қолган.

Ўсманинг IV даражали босқичида беморларни бошқа беморлардан алоҳидалаш зарур. Айниқса, рентгенологик текширув хонаси ёнида бу беморлар навбат кутиб, тўпланиб ўтиришади ва текширув натижаларини таҳлил қила бошлашади. Битта палатага касалликнинг турли хил босқичларидаги беморларни жойлаштириш ҳам мақсадга мувофиқ эмас. Агар беморни бошқа мутахассис кўриб, маслаҳат бериши зарур бўлса, врач ёки ҳамшира, беморни касаллик тарихи билан бирга текширувга олиб бориши лозим. Агар бунинг иложи бўлмаса, бемор хужжатларини конвертга солиб, елимлаб, қариндошлари қўлига берилади. Касалликнинг ҳақиқий характери ва ташхисини фақат беморнинг яқин қариндошларига айтилади. Агар операция вақтида радикал операция қилишнинг иложи бўлмаган бўлса, бу ҳақда беморга айтиш керак эмас. Беморнинг қариндошларига ўсманинг юқумли эмаслиги, атрофдаги одамларга безарарлиги ҳақида тушинтирилади. Беморни халқ табобати йўллари билан табиблар ёрдамида даволанишдан эҳтиёт қилиш зарур, чунки бу айтиб бўлмайдиган асорат ривожланишига олиб келиши мумкин.

Онкологик беморларни кузатув жараёнида уларнинг вазнини тез-тез ўлчаб туриш керак, чунки бемор вазнининг камайиб бориши касалликнинг авж олаётганлигини билдирувчи белгилардандир. Беморлар вазни касалхонада, поликлиникада,

онколог кабинетида ўлчаб турилиши ва касаллик тарихига, амбулатор карточкаси ёзиб борилади.

Беморлар қариндошларини гигиеник тартибни сақлашга ўргатиш зарур. Масалан, ўпка ва ҳиқилдоқ ўсмаларида балғамни яхши ёпиладиган туфдонларга йиғиб, ҳар куни уларни иссиқ сув ва 10 - 12% оҳакли сув эритмаси билан дезинфекция қилиш зарурлиги айтилади. Туфдондан келадиган бадбўй ҳид 15 - 30 мл скипидар эритмаси ёрдамида йўқотилади. Нажас ва сийдикни ҳам махсус резина ёки чинни тувакларга йиғиш ва ҳар сафар бўшатгандан кейин уларни оҳакли сув эритмаси билан дезинфекция қилиш тавсия этилади. Сут без ўсмаси умуртқа поғонасига метастаз бериши натижасида, беморни тўшакка ётиб олганида, тўш остига махсус текис тахта ўрнатилади. Шундай қилинганда патологик синишларнинг олдини олса бўлади.

Ўпка ракиннинг охири босқичида беморлар кўпроқ тоза ҳавода бўлишлари, хонани тез - тез шамоллатиб туриш зарур.

ОНКОЛОГИК БЕМОРЛАРНИ АСОРАТЛАР ПАЙДО БЎЛГАНДА ПАРВАРИШЛАШ

Онкологик беморларни парваришlashда оғриққа қарши курашиш муҳим аҳамият касб этади. Ўсма нерв чигалларига ўсиб кириб кетганлиги сабабли оғриқ борган сари кучайиб боради. Оғриқсизлантириш мақсадида аввалига наркотик бўлмаган анальгетиклар (аспирин, анальгин, фенацетин ва ҳк) қўлланилади. Агар бу препаратлар оғриқни боса олмаса магний сульфатнинг 25 %ли эритмаси 5.0 мл мушак орасига ва морфиннинг 1 % ли эритмаси 1.0 мл миқдорда тери остига қилинганда оғриқ 10 – 12 соатгача тўхташи мумкин. Уйқусизликда уйқу дорилари берилади. Наркотик анальгетикларни врач буюради. Наркотик дорилар учун алоҳида журнал тутилади.

Наркотик анальгетикни ҳамшира беморга врач иштирокида қилади ва касаллик тарихига, журналга ёзиб қўйилади. Ишлатилган бўш ампулалар махсус комиссия вакиллари томонидан йўқотилади ва муассаса раҳбари томонидан тасдиқланади.

Онкологик беморларда кўпинча қабзият кузатилади. Уни бартараф этиш мақсадида сурги дорилар ва тозаловчи хуқналар (фенолфталеин, магний сульфат, вазелин мойи ва ҳк) буюрилади.

Агар йўғон ва тўғри ичак ўсмаси ҳисобига ичак тутилиши белгилари ривожланса бемор жарроҳлик бўлимига операция (колостома) учун ётқизилиши керак. Кучли интоксикация ривожланган беморларни парваришда алоҳида эътибор талаб қилинади. Агар ўсма ташқарида жойлашган бўлиб, яралар, йирингли-некротик тўқималар билан қопланган бўлса, тез-тез боғламлари алмаштириб туриши зарур. Бундай яраларни илиқ риванол эритмаси билан ювиб туриш мақсадга мувофиқ.

Айниқса, оғиз бўшлиғини санация қилиб туришга эътибор бериш зарур, чунки оғизда тўпланган некротик тўқималар, шиллиқ бадбўй хид тарқатади ва бемор иштаҳасини бўғиб, у овқатдан бош тортади. Интоксикацияни камайтириш мақсадида натрий хлорид, магний сульфат эритмалари ишлатилади. Оқ қайин қўзқорин дамламасидан бир ош қошиқда 4 - 5 маҳал, круцин, неоцид препаратлари инъекциясини қилиб туриш ҳам ижобий натижа беради. Агар бемор бетиним қусса, аминазин препарати инъекцияси, қаттиқ, тўхтамайдиган йўталда кодеин препарати фойда беради.

Ўсманинг парчаланиши қон кетиши билан асоратланиши мумкин. Қон кетиш белгилари пайдо бўлса, беморга тўшак тартиби ва гемостатик муолажалар буюрилади. Гемостатик дорилардан викасол, дицинон, кальций хлориднинг 1% ёки 10%ли, эпсилон, аминокапрон кислотанинг 5%ли эритмаси венага томчи усулида юборилади.

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР

1. Ўсмалар, уларнинг келиб чиқиш сабаблари, босқичлари
2. Ўсма синдроми бўлган беморларда юзага келадиган асосий муаммолар
3. Ўсма синдроми бўлган беморларга хизмат кўрсатишда ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилишнинг ўзига хос хусусиятлари
4. Ўсма синдромида беморларни текширишнинг асосий усуллари
5. Онкологик беморларни даволаш асослари, абластик муолажалар
6. Онкологик беморларни парвариш қилишда тиббий этика ва деонтология асослари.

7. Онкологик беморларда асоратлар пайдо булганда ҳамширалик ёрдамини ташкил қилишнинг ўзига хос хусусиятлари

XXV. ҚОРИН ЧУРРАЛАРИ

Қорин бўшлиғи аъзоларининг париетал қорин пардага ўралган ҳолда қорин деворининг орттирилган ёки табиий тешикларидан ташқарига чиқишига қорин чурралари дейилади.

Қорин бўшлиғи аъзолари ташқарига қуйидаги ҳолларда чиқиши мумкин:

1. Қорин девори жароҳатланганда, бутунлиги бузилганда ички аъзоларнинг ташқарига қорин нуқсони орқали чиқиши эвентерация дейилади.

2. Қорин парда билан ўралмаган аъзоларнинг шиллик қавати ағдарилган ҳолда ташқарига чиқиши пролапс дейилади (тўғри ичак, бачадон тушиши).

Чурралар лотин тилида *hernia* деб аталади. Биринчи бўлиб *hernia* атамасини тиббиётга Цельс киритган.

Қорин чурралари таснифи:

I. Анатомик таснифи

1. Жойлашишига кўра:

- а) ташқи
- б) ички
- в) бир ёки икки томонлама

Ташқи чурраларга чов, сон, киндик, бел, қорин оқ чизиғи, чот соҳаси чурралари киради. Ички чурраларга диафрагмал, винслоу тешиги чурралари киради.

2. Қорин пардага боғлиқлигига кўра:

- а) чин (чурра қопига эга)
- б) сохта (чурра қопига эга эмас, масалан қорин парда олд ёғ клетчаткаси)
- в) сирпанувчи (чурра қопи деворининг бир қисмини чурра аъзоси ташкил этади: кўричак, сийдик пуфаги ва ҳк)

3. Чурраларнинг сонига қараб:

- а) битта
- б) кўп

II. Чурра ҳосил бўлиш сабабига кўра:

1. Туғма чурралар
2. Орттирилган чурралар
 - а) «чурра нуқталаридан» ёки чурра чиқиши мумкин бўлган жойларидаги чурралар
 - б) жарроҳатли чурралар (операциялардан сўнг - атайлаб ўзига шикаст етказиб, чурра пайдо қилган).

III. Клиник таснифи.

1. Асоратланмаган чурралар:
 - а) эркин чурралар
 - б) туғриланадиган чурралар (қорин бўшлиғига бемалол киритиб бўлади)
 - в) қисилмаган чурралар
2. Асоратланган чурралар
 - а) яллиғланган (чурра қопи флегмонаси)
 - б) копростаз ривожланган
 - в) туғриланмайдиган (қорин бўшлиғига киритиб бўлмади)
 - г) қисилган чурралар

Чурранинг таркибий қисмлари:

1. Чурра дарвозаси
2. Чурра қопи
3. Чурра аъзоси

Чурра ҳосил бўлиш сабаблари.

Чурра ҳосил бўлишининг маҳаллий ва умумий сабаблари мавжуд. Маҳаллий сабабларга қорин деворидаги бўш, «нуқсонга эга бўлган жойлар» киради (киндик ҳалқаси, қорин орти чизиғи, спигель чизиғи, Пти ва Гринфельд учбурчаги чов ва сон каналлари). Умумий сабабларга ирсий омиллар (20 - 25%), бемор ёши (20-40 ёш орасида), жинси (80% - 90% эркаклар касалланади), спланхноптоз (ички аъзоларнинг паст жойлашиши), ориқлаб кетиш, қорин мушакларининг кучсизлиги, қорин бўшлиғи ичидаги босимнинг ошиши, сурункали йўтал, простата аденомаси, туғиш жараёни, қабзият, ич кетиши киради.

Чурраларнинг клиник манзараси.

Беморлар қорин деворида ҳосила пайдо бўлганлиги кучанганда, оғир юк кўтарганда ҳосиланинг катталаниши, баъзи пайтларда оғриқ)қа, кўнгил айнаиб, қусишдан шикоят қиладилар.

Объектив кўрик пайтида «чурра нукта»ларидан бирининг соҳасида шиш борлиги аниқланади. Шиш вертикал ҳолатда, кучанганда катталашади. Горизонтал ҳолатда қорин бўшлиғига кириб кетади. Чурра дарвозаси кенгайганлиги ва «йўтал турткиси» симптоми мусбат эканлиги кузатилади. «Йўтал турткиси» белгисини аниқлаш учун чурра қорин бўшлиғига батамом киритиб юборилади ва врач, ҳамшира кўрсаткич бармоғини чурра дарвозасининг ичига иложи борича киритади ва беморни йўталтиради. Бемор йўталган пайтда кўрсаткич бармоғига туртки сезилади. Бу симптом барча чурраларда аниқланади, истисно тариқасида қисилган ва қорин бўшлиғига кириб кетмайдиган чурраларда буни аниқлашнинг иложи бўлмайди.

Чов чурралари.

Чов чурралари барча чурраларнинг 80% ни ташкил этади. Қийшиқ ва тўғри чов чурралари тафовут қилинади. Қийшиқ чов чурралари туғма, орттирилган, тўғри чов чурраси эса фақат орттирилган бўлади. Қийшиқ ва тўғри чов чурраларини фарқ қилишда қуйидагиларга аҳамият берилади:

1. Қийшиқ чов чурраси овалсимон-узунчоқ шаклда, тўғри чов чурраси эса юмалоқ шаклда бўлади.

2. Қийшиқ чов чурраси ташқи чов каналидан ташқарига чиқади.

3. Тўғри чов чурраси *fovea inguinalis medialis* орқали, қийшиқ чов чурраси эса *fovea inguinalis lateralis* орқали чиқади.

4. Уруғдон тизимчаси қийшиқ чов чуррасига нисбатан медиал, тўғри чов чуррасига нисбатан эса латерал жойлашган бўлади.

5. Тўғри чурраларда чурра дарвозаси орқали қов орқа юзасини бармоқ билан сезиш мумкин.

6. Тўғри чурралар мушак-апоневротик пайларнинг бўшашиб-кучсизланганлиги, қийшиқ чов чурралари эса физик зўриқишдан юзага келади.

7. Тўғри чов чурраларида *a. epigastrica inferior* пульсацияси латерал, қийшиқ чов чурраларида эса медиал томондан пайпасланади.

8. Қийшиқ чов чурралари ёрғоққа тушиши мумкин, тўғри чов чурралари эса ёрғоққа тушмайди.

Даволаш.

Чов чурралари фақат операция усулида даволанади. Чов каналини пластика қилишнинг 100 дан ортиқ усули мавжуд. Операцияларнинг асосий босқичлари қуйидагилардан иборат:

1. Пупарт боғламига параллел бўлган, ундан 2 см юқорида қийшиқ чов кесмаси билан тери, тери ости ёғ қавати, ташқи қийшиқ мушак апоневрози кесилиб, чов канали очилади.

2. Чурра қопи атроф тўқималардан, уруғ йўли тизимчасидан ажратилади.

3. Чурра қопи очилиб, чурра аъзолари қорин бўшлиғига киритилади.

4. Чурра қопи бўйинчасидан тикиб боғланади, ажратилган қисми кесиб олиб ташланади.

5. Чов каналини пластика қилиш учун қийшиқ чов чурраларида чов каналининг олди девори мустаҳкамланади.

Бу турдаги пластика Мартинов, Жирар - Спасокукоцкий, Кимбаровский усуллари ёрдамида бажарилади. Болаларда чов каналини очмасдан Черни, Ру, Оппель усуллари билан пластика қилинади.

Катта ҳажмдаги қайталанган ва човнинг тўғри чурраларида чов каналининг орқа деворини мустаҳкамлайдиган операциялар ўтказилади. Бу турдаги пластика Бассини, Кукуджанов, Постемпский усуллари ёрдамида амалга оширилади.

Сирпанувчи чов чурраларида чурра қопи очилгандан сўнг қорин парданинг аъзо ўтадиган жойидан 1,5 - 2 см узоқликда чурра ҳам бўйинчасининг ички томонидан кесет чок қўйилиб, боғланади, ортиқча қорин парда кесиб олиб ташланади. Сўнгра чурра қопи чўлтоғи сирпанувчи аъзо билан биргаликда эҳтиётлик билан ичкарига киритилиб, чов канали олди деворининг пластикаси бажарилади.

СОН ЧУРРАЛАРИ

Сон чурралари аксарият аёлларда учрайди (1:5). Бунга аёллар тос суягининг ўзига хос анатомик хусусияти сабаб бўлади. Аёлларда сон канали кенглиги 1,8 см, эркакларда эса 1,2 см ташкил қилади. Сон чурралари сон каналининг *lacuna vasorum* қисмидан чиқади. Чурра қопининг латерал қисмида *v.femoralis*, юқори қисмида *a. epigastrica inferior* жойлашган. Айрим ҳолларда

a. obturatoria аномал жойлашган бўлиб, сон каналининг медиал соҳасидан ўтади. Бундай ҳолларда сон каналининг ички ҳалқаси ҳар томонлама қон томирлари билан ўралиб, “ажал тожи” (corona mortis) ни ҳосил қилади. Операция вақтида чурра ҳалқаси кесилганда қон томири шикастланиб, қонни тўхтатиш қийин кечади ва бемор операция столида ётган вақтида ўлиш юз бериши мумкин.

Диагностикаси.

Сон чурраси чов боғламидан пастда жойлашган, кичик ҳажмли, юмалоқ шаклдаги шиш каби пайпасланади. Сон чурралари беморни асосан қисилиб қолганда безовта қилади, унгача бемор чурраси борлигини сезмайди. Сон чуррасини чов соҳасида жойлашган Пирогов - Розенмюллер лимфаденити билан қиёслаш анча қийин кечади. Шу сабабли қисилган чов чурраси ташхиси билан операция қилинган беморларда лимфаденит чиқиб қолади ва аксарият чов лимфаденити ташхиси қўйилиб кузатилаётган беморларда ичак тутилиши белгилари, чурра қопи флегмонаси бошлангандан сўнг операция қилиб, сон чурраси ташхиси қўйилади.

Даволаш.

Сон чурралари фақат операция усулида билан даволанади. Операциялар икки турга бўлинади:

1. Чов канали орқали қилинадиган операциялар

2. Сон томонидан қилинадиган операциялар

1-гуруҳ операцияларга Руджи - Парлавеччо, Райхель, Праксин усуллари киради.

2-гуруҳга кирувчи операциялар Локвуд, Бассини, Прокунин, Уотсен - Чейнс усуллари ёрдамида бажарилади.

КИНДИК ЧУРРАЛАРИ

Киндик ҳалқаси орқали юзага келган чурраларга киндик чурралари дейилади. Киндик чурралари барча чурраларнинг 5 - 6% ни ташкил этади.

Киндик чурралари қуйидаги турларга бўлинади:

1. Туғма (эмбрионал) чурралар

2. Кичик ёшдаги болаларнинг орттирилган киндик чурраси

3. Катта ёшдаги одамларнинг орттирилган киндик чурраси

Туғма эмбрионал киндик чурралари она қорнида ривожланиб, қорин олд девори нуқсони сабабли пайдо бўлади. Бола туғилганда киндик ҳалқаси тўла шаклланмаган, ички аъзолари амнион билан ёпилган бўлади. Агар нуқсон диаметри 5 - 6 см гача бўлса, қорин девори қаватлаб тикиб, ёпилади, агар нуқсон диаметри 9 - 10 см ёки ундан катта бўлса, фақат терининг ўзи тикиб қўйилади.

Кичик ёшдаги болаларда киндик чурраси туғилгандан сўнг киндик ҳалқаси нотўлиқ чандиқ ҳосил қилганда ривожланади.

Чурралар пайдо бўлишида бетиним йўтал, қабзият, фимоз сабабли кучаниш, боқувнинг меъёрда бўлмаслиги каби омиллар рол ўйнайди. Болалардаги киндик чурраси одатда катта ҳажмга эга бўлмайди, осонгина тўғриланади. ғш болаларда (5 ёшгача) киндик чуррасини консерватив муолажалар (докапахтали валик билан танғиб боғлаш, устидан ёпишқоқ пластырь билан тортиб қўйиш) билан даволаш тавсия этилади. Агар киндик чурраси 5 ёшгача йўқолмаса, операция (киндик ҳалқасини Лексер усули билан пластика қилиш) ўтказилади. Катта ёшдаги одамларда киндик чурраси кўпинча тўғри мушаклар диастази билан бирга қўшилиб келади ва кўпинча кўп туққан семиз аёлларда учрайди. Бундай ҳолларда киндик чурраси катта ҳажмга эга бўлиб, копростаз, қисилиш, яллиғланиш билан асоратланади ва қорин бўшлиғига тўғриланмайдиган бўлиб қолади.

Даволаш.

Киндик чурраси операция усулида билан даволанади. Операция вақтида (айниқса ёш аёлларда) киндикни сақлаб қолишга ҳаракат қилинади.

Кичик ҳажмдаги киндик чурралари ва болаларда Лексер усулида операция қилиш кенг тарқалган бўлиб, бунда тери киндик усти ёки остидан яримойсимон шаклда кесилади. Чурра қопи бўйинчасигача ажратилади, кесиб олинади, тикилиб бутунлиги тикланади. Киндик ҳалқаси кесет чоки ёрдамида тикилиб ёпилади. Кейин оқ чизик бўйлаб киндикдан пастда ва юқорида тўғри мушак апоневрозидан ўтувчи иккитадан чок қўйиб боғланади ва киндик ҳалқаси нуқсони батамом бартараф этилади. Терига киндикни сақлаб қолган ҳолда чок қўйилади.

Сапешко усули оқ чизик бўйлаб киндикни айланиб ўтувчи узунасига кесма ўтказилади. Чурра қопи ажратилиб

кесилиб, олиб ташланади ва бутунлиги тикланади. Чурра дарвозаси икки қатор чоклар ёрдамида тикилиб, апоневрознинг ҳам икки қаватга эга бўлишига эришилади.

Мейо усули билан операция қилинганда тери киндик сатҳидан кўндалангига кесилади. Киндикни иложи борича сақлаб қолишга ҳаракат қилинади. Жуда катта ҳажмли ва қисилган чурраларда киндикни олиб ташлашга тўғри келади. Тери, тери ости ёғ қавати кесилгач, чурра қопи топилади ва атроф тўқималардан ажратилади. Чурра қопи кесиб олиб ташлангач, юқорида кўрсатилган Сапежко усулига ўхшаб, фақат кўндалангига апоневроз дубликатураси ҳосил қилинади. Дубликатура ҳосил қилишда П-симон шаклдаги чоклар қўйилади, 2-қаватдаги чоклар тугунли бўлади.

ҚОРИН ОҚ ЧИЗИҒИ ЧУРРАЛАРИ

Қорин оқ чизиғи (ўрта чизиғи) чурралари барча чурраларнинг 2 - 3%и ни ташкил қилади ва 25 - 45 ёшдаги эркакларда (95%) учрайди.

Бу турдаги чурралар анатомик жойлашувига кўра 3 гуруҳга бўлинади:

- 1) киндик усти
- 2) киндик атрофи
- 3) киндик ости

Клиник манзараси. Оқ чизик бўйлаб шиш пайдо бўлиши билан бошланади. Кўпинча катта ҳажмга эга бўлмайди, камдан-кам ҳолларда кузатилади. Қорин бўшлиғига бемалол киритиб юборгач, «йўтал турткиси» белгисини аниқласа бўлади.

Даволаш.

Операция усули даволаш беморни касалликдан халос қилади. Операция кесмаси узунасиги ёки кўндаланг равишда кесилади. Кўндаланг кесманинг афзаллик томонлари бўлиб, бунда операциядан кейинги даврда ҳосил бўлган чандиқ соҳасида тортилиш аломатлари кузатилмайди. Узунасига қилинган кесмадан сўнг чандиқ ҳосил бўлгач, тўғри ва кўндаланг мушаклар қисқарганда чоклар ўрни тортишиб, ситилиш мумкин. Бу Холда чурра қайталаниши учун шароит яратилади. Шу сабабли узунасига қилинадиган кесмалар фақатгина оқ чизик бўйича бир

нечта чурра бўлганда ўтказилади. Чурра дарвозаси апоневрози икки қават қилиб, тикилади (Мейо, Сапежко усулларига ўхшаб).

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ЧУРРАЛАР

Операциядан кейин чандиқ соҳасида чурра ривожланишининг асосий сабабларига жароҳатнинг йиринглаши, бемор томонидан белгиланган тартибнинг бузилиши, операция техникаси нуқсонлари киради. Чурра дарвозаси бир биридан ажралиб кетган мушак ва апоневроздан иборат бўлиб, турли хил шаклга ва жуда катта ҳажмга эга бўлиши мумкин. Чурралар кўпинча кўп камерали бўлади. Операциядан кейинги чурралар кўпинча ўрта лапаротомиялардан, ўт йўлларидаги операциялардан, аппендэктомиядан кейин юзага келади.

Диагностикаси.

Операциядан кейинги чурралар диагностикаси қийинчилик туғдирмайди. Чандиқ соҳасида юмшоқ эластик консистенцияли шиш аниқланади. Перкуссияда тимпаник товуш, аускультацияда перистальтикани аниқлаш мумкин. Чурра дарвозаси катта ҳажмда бўлганлиги сабабли, кўпинча уни бемалол қорин бўшлиғига киритиб юборилади.

Даволаш.

Даволаш операция усулида олиб борилади. Операция тадбирлари йиринглаган жароҳат битгандан сўнг 6 - 12 ойдан эрта қилинмаслиги зарур. Операцияни умумий интубацион наркоз остида бажарган маъқул. Кичикроқ ҳажмдаги чурраларда (аппендэктомиядан кейин) барча чандиқли тўқималар кесиб олиб ташланади ва жароҳат қаватма-қават тикилади. Катта ҳажмдаги чурраларда операция жарроҳатли ўтади. Барча чандиқли тўқималар, ўзгарган катта чарви кесиб олиб ташланади. Чурра дарвозасини тикишда барча тўқималардан тежамли фойдаланиш, иложи бўлса дубликатура ҳосил қилиш (Сапежко ёки Мейо услуги билан) зарур. Агар чок қўйилгандан кейин унинг тортилиб қолганлиги аниқланса, тўғри мушак апоневрозларида бўшатувчи кесмалар қилинади. Агар атроф тўқималардан пластика қилишнинг иложи бўлмаса (катта нуқсон, нафас етишмовчилиги ривожланиши эҳтимоли ва ҳоказо), аутопластика, яъни мушак-фасциал лахтак қон томирли оёқчада ёки эркин ҳолда кўчириб

ўтказилади. Айрим ҳолларда аллопластик материаллардан (нейлон, дакрон, капрон тўрлари ва б.) фойдаланилади.

КАМ УЧРАЙДИГАН ЧУРРАЛАР

Кам учрайдиган чурраларга интраабдоминал: диафрагма қорин чўнтаклари, Спигель чизиғи, Пти учбурчаги, Лестгафт - Грюнфельд тўртбурчагининг ёпқич, қуймич, оралик чурралари киради.

Клиник манзараси.

Беморни ички чурралар безовта қилмайди, шу сабабли кўпинча умрининг охиригача аниқланмайди. Улар фақат қисилиб ёки бошқа асоратлар берганда ичак тутилишининг клиник манзараси юзага келади. Ташхис ичак тутилиши сабабли операция қилинган пайтда аниқланади.

Бел чурралари кўпроқ аёлларда учрайди. Касаллик ривожланишида ҳолсизлик, озиб кетиш, мушакларнинг атрофияга учраши муҳим омиллардан ҳисобланади. Бел чурралари катта ҳажмга эга бўлиши мумкин. Чурра бел соҳасида белни тикловчи мушак, Х11-қовурға ва қорин қийшиқ мушаги апоневрози орасидаги соҳадан чиқади. Пайпаслаб кўрилганда юмшоқ, эластик, консистенцияли шиш, аниқланиб, уни бемалол ичкарига киритиб юбориб чурра дарвозасини аниқласа бўлади.

ёпқич чурра ёпқич канали орқали (foramen obturatoria) нерв ва томирлар ҳосил қилган тешиқдан ташқарига чиқади ва m. rectineus остига жойлашади. Объектив кўрик пайтида чурра кўринмайди. У 60 - 70 ёшдан катта бўлган аёлларда учрайди.

Клиник манзараси.

Кучли оғриқлар ёпқич нерв бўйлаб сон, тизза бўғими соҳасигача тарқалади, парестезия аломатлари кузатилади, бемор юра олмай қолади, оёғини букиб, ён томонга буриб ўтиришга мажбур бўлади. Чунки шу ҳолатда оғриқлар камроқ сезилади. Ректал ва вагинал текширганда бармоқ билан чанок олд соҳасида бўшлиқни пайпасласа бўлади.

Қуймич чурралари ноксимон мускул атрофига чиқади. Бу чурра ҳам 60 - 70 ёшдан ошган аёлларда учрайди. Максимал мускулнинг атрофияга учраши чурра чиқиши учун замин яратади. Чурра ўлчами катта бўлмайди. Унинг m. gluteus major остига чиқиши диагностикада қийинчиликни уйғотади. Баъзан қуймич

соҳасидаги оғриқ юрганда кучаяди ва оёққа беради. Шу сабабли беморлар невропатологга мурожаат қилишади. Чурра қисилиб, қаттиқ оғриқ бўлгандагина операция қилинади.

ОРАЛИҚ ЧУРРАСИ

Оралик чурраси чанок туби мускуллари (m. levator ani, m. coccygeus) бўшашиб қолганда, шу мускуллар толаларини ёриб ўтиб тери остига чиқади. Чурра чиқаётганда чанок фасцияси чўз ва аёлларда қин, катта уятли лаблар соҳасидаги тери остида, эркакларда тўғри ичакнинг олд деворидан ўтиб ораликда кўринади. Айрим беморларда оралик чурраси ва тўғри ичак тушиши бирга кечади. Чурра ҳаракатчанлиги, кучаниш, йўтал пайтида катталашуви билан характерланади. Бемор оёғини юқорига кўтарган ҳолда ичкарига осон киритиб юборилади. «Йўтал турткиси» белгиси мусбат бўлади.

Даволаш.

Бел чурраларида (Пти учбурчаги чурралари) чурра тешиги қорин ташқи қийшиқ мускулидан кесиб олинган апоневроз парчаси билан тикиб ёпилади.

Ичак тутилиши сабабли қилинган операцияда ёпқич чурралари маълум бўлади. Шунинг учун лапаротомия ва сон кесмаси билан аралаш усулда операция ўтказилади.

Қуймич чурраларида ҳам операция чурра қисилган пайтида шошилиш равишида лапаротомия кесмаси билан бирга бажарилади. Чурра дарвозаси фасция ёки мушак парчаси билан тўлдирилади.

Оралик чурраларида даво операция усулида (лапаротомия ва оралик кесмаларини ўтказиб. Жойига кириб кетмайдиган чурраларда операция муваффақиятсиз ўтиши сабабли, ундан воз кечишга тўғри келади.

ЧУРРАЛАРНИНГ АСОРАТЛАРИ

Чурра қисилиши чурра қопи ичидаги аъзоларнинг чурра дарвозасида кучанганда, қаттиқ йўталганда, оғир юк кўтарганда тўсатдан қисилиб қолишидан иборат. Чурра қисилганда шу соҳада тўсатдан кучли оғриқ туриб, беморни врачга мурожаат қилишга мажбур бўлади.

Чурранинг 4 хил қисилиши тафовут қилинади:

Эластик қисилиш – ички аъзолар қорин бўшлиғида босим кўтарилганда чурра дарвозаси кенгайганлиги сабабли ички аъзолар ташқарига чиқади ва босимнинг тўсатдан камайиши натижасида чурра дарвозаси тезда қисқаради . Ташқарига чиққан аъзолар ичкарига кириб улгурмасдан қисилиб қолади.

Бу турдаги қисилиш бемор оғир юкни кўтариб, бирданига ташлаб юборганда ёки ортиқча кучанганда кузатилади.

Чурра қопада жойлашган келтирувчи ичак халқасининг тўлиб кетганлиги сабабли чурра қопа ичидаги олиб кетувчи халқа қисилиб қолиши сабабли нажасли қисилиши юзага келади.

Ичак деворининг қисман қисилиши - «Рихтер бўйича қисилиш» кам учрайди ва кичик ҳажмли чурралар тор чурра дарвозасида ичак деворининг бир қисми қисилиши сабабли келиб чиқади. Бу турдаги қисилишда ичак ўтказувчанлиги бузилмайди, лекин ичак деворининг қисилган жойи тезда некрозга учрайди.

Ретроград қисилиш, бошқача айтганда тескари қисилиш деб аталади. Бу турдаги қисилиш энг хавфли қисилиш бўлиб, унда чурра қопа ичида бир неча ичак халқаси жойлашади. Чурра дарвозасидан ташқарида жойлашган ичаклардаги ўзгариш камроқ даражада, лекин қорин бўшлиғида жойлашган халқада эса қон айланиши бузилганлиги сабабли қисилган ичак некрози вужудга келади.

Баъзан аъзолар чурра дарвозасида эмас, балки кўплаб чандиқлар борлиги сабабли, бир неча чўнтақлардан иборат бўлганлиги учун чурра қопа ичида қисилиб қолади.

Чурра дарвозасида кўпинча ингичка ичак қисилади ва артериал қон айланиши бузилганлиги сабабли ишемик некроз ривожланади. Агар қисилган ичакда вена томирлари кўпроқ эзилиб қолган бўлса, веноз турғунлик юзага келади. Натижада ичак бўшлиғи ва чурра қопага плазманинг сизилиб чиқади. Ичак некрозга учрагандан сўнг ичак суюқлиги чурра қопага тушади ва чурра қопа флегмонаси ривожланади.

Клиник манзараси.

Чурра қисилганда: чурра соҳасида кучли оғриқ, чурра ҳосиласининг катталашиб таранглашиши (тошдек қаттиқ консистенцияли), чуррани қорин бўшлиғига киритиб юбориш имконининг йўқолиши кузатилади. Қисилиш бошлангандан сўнг маълум муддат ўтгач, беморда ўткир қорин синдромлари (ичак

тутилиши, ичак некрози, чурра қопи флегмонаси ва ҳк). қайд этилади.

Даволаш.

Қисилган чурра фақат шошилиш операция усулида даволанади. Бемор клиникага олиб келингандан сўнг, тез муддат ичида (бир соат ичида) операцияга тайёрланади. Операция майдонига санитар ишлови берилади, зарур бўлса ўмров ости венасига катетер қўйилади ва қисқа инфузион терапия, юрак препаратлари тайинланади, ЭКГ қилинади, беморни замбилда операция хонасига олиб борилади. Операцияни умумий наркоз остида бажарган маъқул. Бунда чуррани шиш устидан кесиб, чурра қопи атроф тўқималардан ажратилади. Шундан сўнг чурра қопи кесилиб, қисилган аъзо салфеткалар ёрдамида ушланади, қисувчи халқа кесилади ва қисилган аъзо озод қилинади. Шунда аъзонинг некрозга учраганлиги ёки ҳаётлиги аниқланади. Агар ичак пушти рангга кириб, перистальтика пайдо бўлса, тутқичдаги артериялар пульсацияси тикланса, странгуляция эгатчасида ўзгариш аниқланмаса, аъзо ҳаётга лаёқатли деб топилади. Агар ичак некрозга учраган бўлса, келтирувчи ҳалқадан 30 - 40 см, олиб кетувчи ҳалқадан эса 15 - 25 см узунликда резекция қилиб олиб ташланади. Сўнг ичак бутунлиги тикланиб, чурра дарвозаси оддий усул билан пластика қилинади.

Чурра қопи флегмонасида операция ўрта лапаротомиядан бошланади. Некрозга учраган ичак ҳалқаси резекция қилинади, қорин бўшлиғи дренажланади ва қаватлаб тикиб ёпилади. Сўнгра чурра соҳасидан кесилиб, сиқувчи ҳалқани кесиб, кенгайтирилади ва некрозга учраган ичак ҳалқаси олиб ташланади, қорин парда тикилади. Лекин чурра дарвозаси пластика қилинмайди, йирингли жароҳатни даволашгандек даволанади.

Одатда қисилган чурра операцияси вақтида катта чарви қисилиб қолган бўлса, уни резекция қилинади. Чурра дарвозаси эса пластика қилиниб, ёпилади.

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР

1. Чурра ҳосил бўлиш механизмлари, сабаблари ва таснифи
2. Чурра ҳосиласи синдроми бўлган беморларда кузатиладиган асосий муаммолар

3. Чурра ҳосиласи бўлган беморларга ҳамширалик ёрдамини ташкил қилишнинг ўзига хос хусусиятлари
4. Кўп учрайдиган чурралар: чов, сон ва киндик чурралари, таснифи, текширув усуллари ва даволаш асослари
5. Кўп учрайдиган чурралар: қорин оқ чизиғи чурраси ва операциядан кейинги чурраларнинг ривожланиш сабаблари, таснифи, текширув усуллари ва даволаш асослари
6. Асоратланган чурраларда ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилишнинг ўзига хос хусусиятлари
7. Чурра асоратларининг сабаблари, текширув усуллари, биринчи ҳамширалик ёрдамини кўрсатиш
8. Асоратланган ва асоратланмаган чурраларда бажариладиган операцияларнинг турлари ва босқичлари
9. Чурра ҳосиласи, асоратланган чуррали беморларни парваришлашнинг ўзига хос хусусиятлари

XXVI. ВЕНА ҚОН ТОМИРЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Варикоз касаллиги. Оёқ юза веналари ҳажмининг катталашиб, маълум бир соҳаларда халтасимон, илонсимон шаклда кенгайиб кетишига веналарнинг варикоз кенгайиши дейилади. Веналар варикоз кенгайганида улар девори ва клапанларининг конституционал, орттирилган анатомик нуқсонлари муҳим роль ўйнайди. Касаллик ривожланишида 3 та асосий омил тафовут қилинади:

1. Оёқ веналаридан қон оқиб кетишининг қийинлашуви
2. Чуқур веналардан юза веналарга қон оқиб ўтиши
3. Артериялардан юза веналарга қоннинг артериовеноз шунтлар орқали оқиб ўтиши.

Клиник манзараси.

Касалликнинг клиник манзараси унинг босқичига боғлиқ бўлади. Варикоз касаллиги компенсация ва декомпенсация босқичларидани иборат бўлади. Компенсация босқичида беморни ҳеч нарса безовта қилмайди, веналардаги қон оқими бир оз секинлашади. Объектив кўрик пайтида катта ва кичик тери ости веналари ҳавзасида бир ёки бир неча венанинг кенгайганлиги, пайпаслаганда юмшоқ консистенцияли эканлиги ва улар устидаги тери ўзгармаганлиги маълум бўлади. Функционал синамалар ёрдамида катта ва кичик тери ости веналаридаги клапанлар

етишмовчилиги аниқланиши мумкин. Чуқур ва перфорант веналар клапанлари ўз фаолиятини тўлиқ сақлаб қолган бўлади.

Декомпенсация босқичида веноз турғунлиги синдроми намоён бўла бошлайди. Беморлар оёқлардаги оғриқдан, шишдан, тез чарчашдан шикоят қилишади. Объектив текширувда юза веналарнинг ҳар хил шаклда (қопсимон, илонсимон, эгри-бугри йўллар ҳосил қилиб ва ҳк.) кескин кенгайиб кетганлиги, пайпаслаганда қаттиқ-эластик консистенцияда таранглашганлиги маълум бўлади. Айрим ҳолларда кенгайган веналар соҳасида тери гиперпигментацияси аниқланади. Веноз тизимидаги турғунлик, босимнинг ошиши, капилляр қон айланиши бузилишига олиб келади ва тери ингичкалашиб, кейинчалик эса трофик яра ҳосил бўлади.

Веналарнинг варикоз кенгайиши ташхисини қўйиш пайтида варикоз кенгайган веналарнинг аниқ жойлашган ўрни, юза ва чуқур, перфорант веналардаги клапанларнинг ҳолати, чуқур веналардан қон оқиб кетишининг хусусиятларига алоҳида аҳамият бериш лозим.

Кўрсатилган хусусиятларни аниқлаш мақсадида қуйидаги махсус текширув усуллари қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади:

1. Троянов-Тренделенбург синамаси - горизонтал ҳолатда ётган беморнинг касалланган оёғи 45° га кўтарилиб, кенгайган веналар силаб бўшатилади. Катта тери ости венасининг сон венасига қуйилиш соҳасига жгут қўйилади ва бемор ўрnidан турғазилади. Нормада 30 секунд ичида варикоз кенгайган веналар пастдан юқорига қараб тўлиб бориши зарур. Агар қисқа муддат ичида (5 - 7 секунд) веналар тикланиб қолса, перфорант веналар етишмовчилиги аниқланади. Агар варикоз кенгайган веналар бўш ҳолатида турганда жгут ечиб юборилса, қон юқоридан оқиб тушиб веналарни тўлдирса, синама ижобий деб топилади ва остиал клапан етишмовчилиги аниқланади.

2. Гаккенбрух синамаси - бемор турган ҳолатда қўл сон соҳасидаги варикоз кенгайган веналар соҳасига қўйилади ва бемордан йўталиш сўралади. Бемор йўталганда қўл туртки аломатини сезса, синама ижобий деб топилади ва дуостиал клапан етишмовчилиги қайд этилади.

3. Дельбе - Пертес синамаси - (марш синамаси) вертикал ҳолатда турган бемор сонининг ўрта 1/3 соҳасига жгут қўйилади ва 5 - 10 минут давомида унга тез-тез юриш зарурлиги айтилади.

Юриганда тери остидаги варикоз кенгайган веналар бўшаб қолса, чуқур веналар ўтказувчанлиги қониқарли деб топилади. Агар чуқур веналар ёпиқ, ўтказувчанлиги қониқарсиз бўлса, бемор оёғи шишиб кетиб оғриқ бошланади.

4. Уч жгутли Шейнис синамаси - бемор ётқизишиб, варикоз веналар бўшатилгач, соннинг юқори 1/3, ўрта 1/3 соҳалари ва тизза бўғимидан пастга учта жгут қўйилади. Бемор ўрнидан турғазилади. Агар жгутлар орасидаги соҳалардаги варикоз кенгайган веналар тез тўлиб кетса, шу соҳадаги перфорант веналар клапанларида етишмовчилик борлиги аён бўлади.

Асбоб-ускунавий текширув усулларида контрастли флебография, Гиппуран¹³¹ билан радиоиндикация, ультратовуш эхографияси, реовазография қўлланади.

Даволаш.

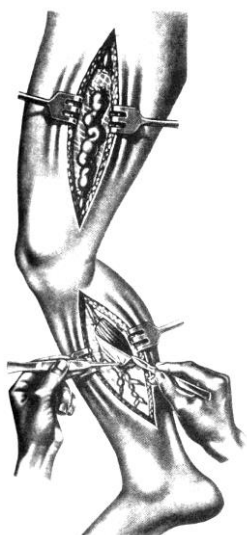
Оёқнинг варикоз кенгайган веналари консерватив, склеротик ҳамда операция усуллар ёрдамида даволанади.

Консерватив даво касалликнинг бошланғич босқичларида ўтказилади. Бунда касалликни келтириб чиқарувчи омиллар бартараф этилади, веналарда қон туриб қолмаслиги учун керакли маслаҳатлар берилади, оёқни эластик бинт ва махсус пайпоқлар кийдириб, эҳтиёт қилинади.

Склеротик даво асосида веналар ичида асептик тромбоз чақирилиб, варикоз вена бўшлиғини бўшатиш ётади. Шу мақсадда 15 - 20% ош тузи эритмаси, 50 - 60% глюкоза, 25 - 40% натрий салицилат эритмаси, варикоцид, тромбовар каби махсус препаратлар ишлатилади.

Операция қуйидаги усуллар ёрдамида амалга оширилади:

1. Троянов - Тренделенбург операцияси - катта тери ости венасини сон венасига қўйилиш жойидан боғлаш.



2. Моделунг операцияси - варикоз кенгайган веналар соҳасидан узунасига кесиб, флебэктомия қилиш (32-расм). Бунда катта тери ости венасининг проксимал қисми боғланиб кесилади, варикоз кенгайган тугунлар тери ости ёғ қаватидан ажратилади ва олиб ташланади.

32-расм Моделунг операцияси

3. Бебкокк операцияси - махсус флебэкстрактор ёрдамида катта тери ости венасини 2 та кесма орқали батамом олиб ташлаш.
4. Нарат операцияси - ҳар бир варикоз тугун соҳасида кесма қилиниб, веналарни олиб ташлаш
5. Шаде, Клапп усуллари билан варикоз кенгайган веналарни тери устидан тикиб боғланади ва 4 - 6 кун ичида веналар облитерацияга учрагач, лигатуралар олиб ташланади.

ТРОМБОФЛЕБИТ

Веналар деворининг яллиғланиб, тромб ҳосил бўлиши натижасида ёпишиб қолиши тромбофлебит деб аталади.

Тромбофлебит ривожланишида 3та омил муҳим роль ўйнайди:

- 1) қон оқимининг секинлашуви
- 2) қон ивишининг ортиши
- 3) вена ички девори ёки клапанининг шикастланиши.

Клиник манзараси.

Зарарланган вена соҳасида оғриқ, инфилтрат, гиперемия, терининг шишиши, маҳаллий ҳарорат кўтарилиши кузатилади. Пайпаслаб кўрилганда яллиғланиш жараёни соҳасида вена ичидаги тромбни бемалол аниқласа бўлади. Чуқур веналар тромбофлебители кўпинча юза веналар тромбофлебитининг асорати сифатида ривожланади. Касаллик тўсатдан бошлиб, оёқда, чуқур веналар проекциясида кучли оғриқ сезилади, болдир мушаклари шишиб, таранглашиб кетади, пайпаслаганда кучли оғриқ аниқланади. Шиш туфайли болдир, товон териси ялтираб кетади. Тери ости веналари кенгайиб кетади.

Даволаш консерватив ва оператив тадбирлардан иборат. Консерватив даволаш антикоагулянтлар қилиш, эластик бинтлаш, антибиотиклар бериш, яллиғланган соҳага мойли, малҳамли боғламлардан қўйиб, оёқни Беллер шинасига ўрнатишдан иборат. Агар юқорига кўтарилувчи тромбофлебит аниқланса, Троянов - Тренделенбург операцияси ўтказилади. Юза ва чуқур веналар тромбофлебителида бажарилган радикал операциялар (тромбэктомия) ижобий натижалар бермаганлиги сабабли, бу турдаги операциялар ҳозирги пайтда қўлланилмайди.

Посттромбофлебитик синдром - чуқур веналарнинг ўткир тромбофлебитидан кейин ривожланадиган, бир қанча симптомлар мажмуасидан иборат касаллик.

Таснифи. Турига кўра:

- 1) шиш -оғриқли тури
- 2) варикоз тури
- 3) ярали тури

Босқичига кўра:

- 1) компенсация босқичи
- 2) декомпенсация босқичи

Беморларни операция усулида даволашдан олдин функционал синамалар, динамик монометрия қон оқими тезлигини аниқланади флебографияни ўтказилади. Бу касалликни даволаш жуда оғир бўлиб, ўтказиладиган консерватив муолажалар вақтинчалик таъсир кўрсатади (трофик яралар вақтинчалик ёпилади, шиш бир оз камади, оғриқ тўхтади). Маълум муддат ўтгач эса касаллик яна кўзийди. тказиладиган операциялар ҳам камдан-кам ҳолларда ижобий натижа беради. Шу сабабли посттромбофлебитик синдром ташхиси қўйилган беморлар умрбод ноғирон бўлиб қоладилар.

АРТЕРИЯ ЎОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ ОБЛИТЕРАЦИЯЛОВЧИ АТЕРОСКЛЕРОЗ

Облитерацияловчи атеросклероз - периферик ва магистрал артериялар холестерин пиликчалари бўшлиғининг обструкцияси натижасида ишемик синдром келтириб чиқарувчи касаллик ҳисобланади. «Атеросклероз» атамаси тиббиётга 1904 йилда Мариан томонидан киритилган. Артериялар атеросклерозида қуйидаги омиллар муҳим роль ўйнайди:

- 1) гиперхолестеринемия
- 2) хафақон касаллиги (артериал гипертония)
- 3) гормонал (қандли диабет, гипер-гипо тиреоз)
- 4) социал (стресс, овқатланиш тарзи)
- 5) семириш, кам ҳаракатланиш
- 6) чекиш, ичиш
- 7) генетик
- 8) қон ивиш тизимидаги бузилишлар

Статистика маълумотларига кўра касаллик билан асосан эркаклар (90 - 92%) 40 - 50 ёшда касалланадилар.

Облитерацияловчи атеросклерознинг гемодинамик асоратларига тромбоз ва эмболиялар киради. Тромбоз ва эмболиялар асосан оёқлардаги йирик магистрал артерияларда тикилиб қолиб, ишемик синдромни келтириб чиқаради. Тромбозлар ўткир ва секин ривожланиши мумкин. Улар атеросклеротик пиликчанинг йиртилиб кетиши ёки интрамурал қон қуйилиши натижасида юзага келади. Тромбозлар кўпинчатаким ости артериясида, камроқ ҳолларда эса сон артериясида кузатилади. Умуман олганда тромбозларнинг «севимли» жойи қорин аортаси, умумий ёнбош артериялари, елка, тақим ости, аорта ёйининг тармоқларга бўлинадиган соҳалари ҳисобланади. Қисман тромбозда дастлабки соатларда қон томири тўлиқ обструкциясининг клиник манзараси ривожланади. Спазмолитиклар, артерияга новокаин юбориши, новокаин блокадаси оғриқни камайтириши, спазмни бартараф этиши мумкин. Ўткир тромбозда зараланган жойдан пастда оёқда тўсатдан жуда кучли оғриқ пайдо бўлади, оғриқ наркотик анальгетиклар ёрдамида ҳам тўхтамайди. Айрим ҳолларда шок ривожланади. Бир неча соат ичида тромбоздан периферияда сезувчанлик йўқолади. Коллатераллар ҳисобига ишемия сатҳи ҳар доим тромбоз сатҳидан пастда бўлади. Бир мунча муддат ўтгач эса ҳаракат парези ва паралич ривожланади. Тромбознинг оқибати ёмон, чунки бунда тромботик жараён бошқа соҳалардаги томирларни ҳам зарарлай бошлайди.

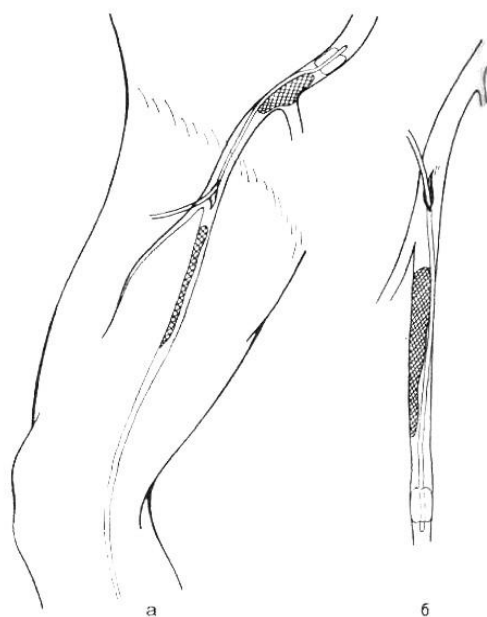
Даволаш.

Шошилиш равишида ўтказилган операция - тромбинтимиэктомия, шунтлаш, протезлаш, беморнинг қўл-оёқларини сақлаб қолишга имконберади. Операциядан кейинги даврдаги антибиотиклар, антикоагулянтлар, спазмолитиклар, қон реологиясини яхшиловчи дорилар қайта тромбозлар ҳосил бўлишининг олдини олади.

Эмболия. Қон томирнинг ёт моддалар (ҳаво, ёғ заррачалари), ивиган қон бўлақчалари (тромб) тикилиб қолиши туфайли ёпилиб қолишига сабаб бўлган паталогик жараёнга эмболия дейилади. Эмбол ҳаводан, ёғ заррачасидан, азот газидан (кессон касаллигида), тромбдан ёки бошқа ёт жисмлардан (игна, ўқ ва ҳоказо) иборат бўлиши мумкин. Ҳаво эмболияси бўйин,

ўмров ости веналари жароҳатланганда, қон томири ичида манфий босим борлиги ҳисобига атмосферадан ҳавонинг сўрилиб олиниши натижасида кузатилади. Ғғ эмболияси найсимон йўғон суяклар синганда сариқ илик таркибидаги ёғ заррачаларининг жароҳатланган веналар ичига сўрилиб кириши натижасида юзага келади. Газли эмболия кессон (декомпрессион) касаллигида чуқур сув хавзаларида ишлаётган ғоввосларда қайд этилади. Агар ғоввос сув остида қанчалик чуқурликда ишласа, бунда босим ҳамшунчалик юқори бўлганлиги сабабли қон таркибидаги азот, гелий, каби газлар эриб, қон таркибига ўтади ва ғоввос сув юзасига кўтарилаётганда қон томир ичида газ пуфакчалари ҳосил бўлиб, эмболияни юзага келтиради. Тромбоэмболия - энг кўп учрайдиган эмболия бўлиб, ўз жойидан кўчиб кетган тромбнинг оғир асорати ҳисобланади. Эмболиянинг клиник манзараси қайси қон томири обструкция бўлганлигига қараб ривожланади. Энг оғир кечадиган асорат ўпка артерияси тромбоэмболияси ҳисобланиб, бу беморнинг ўлимига сабаб бўлиши мумкин. Периферик артерияларга эмбол тикилса, ўткир ишемик оғриқлар пайдо бўлади. Периферияда сезги йўқолиб боради, томир уриши сезилмайди, тери аввалига оқаради, кейинчалик кўкимтир тус олади. Некроз юмшоқ тўқималарнинг гипоксиядан ўлиши ҳисобига, ривожланади.

Даволаш. Шошилиш равишида қилинган операция - эмболэктомия аъзо ва бемор ҳаётини сақлаб қолади (33-расм).



Айрим ҳолларда ўз вақтида ўтказилган тромболитик терапия (фибринолизин, стрептаза, авелизинни физиологик эритмада эритиб, венага юбориш тромбни эритиб юборишда фойда беради ва беморни операция қилишга ҳожат қолмайди.

33-расм. Фогарти катетери ёрдамида эмболэктомия

Газли, хаволи эмболия билан касалланган беморлар узоқ вақт давомида махсус барокамераларда

даволанадилар.

Сон ва тақим ости артерияларининг атеросклеротик окклюзияси

Сон ва тақим ости артериялари атеросклеротик окклюзиясининг сабаби холестерин асосида бўлган пиликчаларнинг артериялар интимасида ривожлана бориб, маълум муддат ўтгач, уни батамом ёпиб қўйиши ҳисобланади.

Клиник манзараси.

Беморлар асосан оқсоқланишдан шикоят қиладилар. Улар маълум бир масофа юрганларидан сўнг сон, болдир, товон мушакларида оғриқ пайдо бўлади ва шу сабабли бир оз муддат дам олганларидан сўнг йўлларида давом этадиган бўлиб қоладилар. Объектив кўрик пайтида оёқ териси оқарган, туклари тўкилиб кетганлиги аниқланади. Сон, болдир, товон мушаклари гипотрофияга учраганлиги сабабли, оёқлар гавда тузилишига нисбатан ингичкалашиб кетган бўлади. Периферик артерияларда пульсация сустлашган ёки батамом аниқланмайди. Оёқ бармоқларида пайдо бўлаётган қорайиш ёки трофик яралар гангрена ривожланишига оз муддат қолганлигини билдиради.

Ишемик синдром юзага чиққанлигига кўра касалликнинг 4 та босқичи тафовут қилинади:

I босқичда болдир мушакларида оғриқ 1 км дан кўп масофа юрилганда пайдо бўлади;

II босқичда 200 - 1000 метр масофа юрилганда оғриқ пайдо бўлса «А», 200 метр гача юрилганда оғриқ пайдо бўлса - «В» гуруҳига мансуб ҳисобланади;

III босқичда оғриқ тинч турилганда ёки 25 метргача масофа босиб ўтилганда пайдо бўлади.

IV босқичда оёқларда йирингли - некротик жараёнлар, трофик яралар пайдо бўлиши кузатилади.

Диагностикаси.

Сон, тақим ости артерияларининг окклюзияси ташхисини периферик томирлар проекциясини пайпаслаб кўриб, пульсация борлигини аниқлаш йўли билан ҳам қўйса бўлади. Сон учбурчаги соҳасида сон артерияси, тақим ости чуқурчасида тақим ости артерияси, ички тўпик орти соҳасида болдир орқа артерияси, пайнинг олдинги юзасида a.dorsalis pedis пульсациясини аниқлаш

мумкин. Аускультация ёрдамида окклюзия бўлган жойдан пастда систолик шовқин эшитилади.

Асбоб-ускунавий текширув усулларида ультратовуш доплерографияси энг зарарсиз ва кўп маълумот берадиган усуллар қаторига киради. Ультратовуш ёрдамида магистрал артериялар ўтказувчанлиги, қон оқими тезлиги, томирдаги кўндаланг кесим орқали 1 секунд мобайнида оқиб ўтган қон миқдори аниқланади. Реовазография, плетизмография, сфигмография усуллари ҳам бошқа текширув усуллари тўлдириб, муҳим маълумот (қон оқими пасайганлиги, пульс тўлқинининг кечикиб келиши ва ҳоказо) беради. Пункцион полерография тўқималарнинг кислородга қанчалик тўйинаётганлиги ҳақида маълумот беради. Капиллярлар ичидаги кислороднинг парциал босимини эса ноинвазив йўл, яъни транскутан (тери орқали) радиометрия усули билан ҳам аниқлаш мумкин («Radiometr» асбоби - Дания). Энг кўп маълумот берадиган, окклюзия сатҳини аниқ кўрсатадиган усул - контраст ангиография усулидир. Ангиографияни 2 хил усулда ўтказиш мумкин. Сельдингер усули бўйича сон артерияси пункция қилиниб, зарур бўлган сатҳгача махсус катетер киритилади ва контраст модда юборилган заҳоти рентген тасвирга туширилади.

Дос - Сантос усули бўйича эса II бел умуртқаси сатҳидан аорта транслюмбал пункция қилинади ва контраст модда юборилиб, рентген тасвирга туширилади.

Даволаш

Касалликнинг компенсация босқичида консерватив муолажалар белгиланади. Витамин комплекслари, холестерин миқдорини камайтирувчи дорилар (мисклерон, холестед ва ҳоказо), спазмолитиклар, қон томирини кенгайтирувчи, қоннинг реологик хусусиятини яхшиловчи препаратлар, антикоагулянтлар тайинланади.

Касалликни бартараф этиш мақсадида реконструктив операция қилинади. Бу операцияни бажариш учун артериянинг окклюзия сатҳидан дистал қисмининг ўтказувчанлиги қониқарли бўлиши керак. Сон, тақим ости артериялари атеросклеротик окклюзиясида эндоартерэктомия (очик, ярим ёпик усулда) ёки аутовеноз шунтлаш (сон-сон, сон-тақим ости, сон-болдир

артериялари орасида) операциялари ангиожарроҳлар томонидан ўтказилади.

Лериш синдроми (касаллиги)

Лериш синдроми дейилганда қорин аортаси бифуркацияси ва ён - бош артериялари окклюзияси ёки стенози асосида ривожланган патологик жараён (ишемия) назарда тутилади. Касалликнинг номи уни биринчи марта таърифлаб берган француз жарроҳи Р.Лериш шарафига қўйилган. Касаллик ривожланишига 75 - 85 % ҳолларда атеросклероз жараёни сабаб бўлади. Қолган ҳолларда туғма ва яллиғланиш касалликлари ҳисобига Лериш синдроми ривожланиши мумкин.

Клиник манзараси.

Беморлар асосан юрганларида болдир мушакларида пайдо бўладиган оғриқдан шикоят қиладилар. Оғриқ ўтиб кетиши учун тўхтаб, дам олиб туришга тўғри келади. Сўнгра беморлар яна йўлларида давом этадилар. Бу симптом оқсоқланиш деб аталади ва оёқ ишемиясидан дарак беради. Қорин аортаси окклюзияларида эса оғриқ думба, сон мушакларида ҳам пайдо бўлади. Мушаклар тортилиши, сезувчанликнинг бузилиши врачларнинг радикулит, ишиас деган ташхис қўйишларига ҳам сабаб бўлиши мумкин. Обьектив кўрик пайтида думба, сон, болдир мушакларининг гипотрофияга учраганлиги, териси оқариб, тукларнинг тўкилиб кетганлигини кўриш мумкин. Эркакларда импотенция ҳам ривожланиши мумкин. Оёқ бармоқлари учларида ҳароратнинг пасайганлиги ва тери рангининг кўкимтир тус олганлиги ҳарактерли белгилардан ҳисобланади. Сон артериясини пульсацияси текширилганда унинг кескин сусайганлиги ёки умуман аниқланмаслиги кузатилади.

Асбоб-ускунавий текширув усулларида реовазография, плетизмография, ҳажмли сфигмография, ультратовуш доплерографияси, контраст ангиография (Дос - Сантос усули бўйича аортография, Сельдингер усули бўйича артериография) усуллариининг қўлланилиши ташхисни аниқ қўйишда муҳим аҳамиятга эга.

Оёғида оғриқ борлигидан шикоят қилиб келган беморлар сон артериясининг локал бир томонда пульсациянинг аниқланмасалиги ва аускультация қилинганда қорин аортаси,

ёнбош артериялари проекцияларида систолик шовқин эшитилиши, Лериш, ёки оёқларнинг ишемик синдроми деган ҳамширалик ташхисини осонликча қўйишга имкон беради.

Ишемик синдромнинг юзага чиққанлигига қараб касалликнинг 4 босқичи тафовут қилинади. Бу ҳақда юқорида батафсил тўхталган эдик.

Даволаш

Касалликнинг I ва II А босқичларида консерватив муолажа ўтказилади. Витаминлар, никотин кислота, антикоагулянтлар, антиагрегантлар (аспирин, курантил, трентал, дипиридамол) спазмолитиклар, инфузион терапия буюрилади.

Касалликнинг II Б, III, IV босқичларидаги ишемик синдром операция усулида даволанади.

Қорин аортаси бифуркацияси, ёнбош артериялар ўтказувчанлигини тиклаш учун реконструктив операциялар: аорта-сонни протезлаш (зарарланган қон томирлари резекция қилиб олиб ташланади ва ўрнига протез ўрнатилади), аорта-сон артерияларини шунтлаш (зарарланган қон томирлари сақлаб қолинади ва окклюзияни айланиб ўтувчи, яъни қорин аортаси ва сон артериялари орасига алломатериалдан шунт ўрнатилиб, тикилади), эндоартерэктомия (зарарланган қон томирлари бўшлиғида атеросклеротик пиликчалар интима билан бирга олиб ташланади) бажарилади.

Облитерацияловчи эндоартериит

Облитерацияловчи эндоартериит периферик артерияларнинг носпецифик яллиғланувчи касаллиги ҳисобланиб, қон томир деворида склероз, сўнгра облитерация ривожланиши натижасида ишемик синдромни келтириб чиқарадиган касаллик ҳисобланади. Касалликнинг асосий сабабларини яллиғланиш (Винивартер), атеросклеротик (Цеге-Мантейфель) ва гипердреналинемия (В.А.Оппель) назарияси асосида тушунтирмоқчи бўлишган. Ҳозирги вақтда эса ОЭ полиэтиологик касаллик ҳисобланади. 70 - 75 % беморларда касалликнинг ривожланишида совуқ, 10 - 15 % ҳолларда совуқ, интоксикация, инфекциянинг қўшилиб келиши, 5 - нинг 10 % ҳолларда эса фақат инфекция омилининг роли борлиги

аниқланган. Олимлар томонидан келтирилган омиллар аллерген сифатида таъсир кўрсатиши ҳам тасдиқланган.

Клиник манзараси.

Касаллик кўпчилик беморларда дармонсизлик, безгак тутиши, иштаҳа бўғилиши, юрганда оёқларда оғирлик ҳисси сезилиши билан бошланади. Кейинчалик эса 6 - 12 ой мобайнида беморлар товон, оёқ бармоқларининг совуқ қотиши, сезувчанлигининг бузилишига, йирик нервлар проекциясида оғриқ бўлишидан шикоят қиладилар. Оқсоқланиш касалликнинг асосий симптоми бўлиб ҳисобланади. 25 метргача масофага юриб бормасдан болдир мушакларида пайдо бўладиган оғриқ ишемиянинг оғирлиги, қон айланишининг кескин бузилганлигидан дарак беради.

Объектив кўрик пайтида товон ва оёқ бармоқлари рангининг кўкимтир тус олганлиги, эластиклигининг камайганлиги, тери ҳароратининг пасайганлиги аниқланади. Касалликнинг сўнгги босқичларида терида ёриқлар аниқланиб, тирноқлар ўзгаради, туклар тўкилиб кетади, мушак, тери ости ёғ қавати атрофияга учрайди, суякларда остеопороз ривожланади, трофик яралар пайдо бўлади ва уни бемор тинч ўтирган пайтда ҳам жуда кучли оғриқлар безовта қилади. Касаллик циклик кечишининг учта босқичи тафовут қилинади:

I босқич (ангиоспастик) - оёқлардаги қон айланиши бузилишининг функционал ҳарактерда бўлиши ва бир оз ривожланган трофик ўзгаришлар билан ҳарактерланади.

II босқичи (ангиотромботик) - оёқ қон томирлари тромбози, облитерацияси ва яққол ифодаланган трофик ўзгаришлар билан ҳарактерланади.

III босқич - ангиосклеротик ёки гангреноз босқич деб аталиб оёқда йирингли-некротик жараёнлар ривожланиши билан ҳарактерланади.

Диагностикаси.

Касалга ташхис қўйиш мақсадида плетизмография, реовазография, осциллография, ҳажмли сфигмография, ультратовуш доплерографияси, контрастли ангиография усуллари қўлланади. Бу усуллар билан бирга бир қанча клиник диагностик синамалар ҳам ўтказилади:

1. Бурденко синамаси - вертикал ҳолатда яланг оёқ турган бемор оёғини тизза бўғимида 45° букиши натижасида товонда

оқимтир, мармарсимон рангнинг пайдо бўлиши ишемиядан дарак беради.

2. Оппель синамаси - чалқанча ётган бемор оёғини кўтариб, тизза бўғимида 45° 1 минут давомида букиб туриши натижасида товон оқиш тусга кирса, қон айланиши бузилган ҳисобланади.

3. Самуэльс синамаси - бемор чалқанча ётган ҳолда иккала оёғини кўтариб, болдир - товон бўғимини тез-тез букиб-ёзиб ҳаракат қилади. Агар қон айланиши бузилган бўлса, товон териси оқариб кетади.

4. Панченко синамаси - бемор оёқларини чалиштириб 3 - 5 минут ўтирганда, зарарланган оёқнинг увишиб қолиши, товон ва бармоқларда парестезиянинг пайдо бўлиши, болдир мушакларида оғриқнинг бошланиши қон айланиши бузилганлигидан далолат беради.

5. Гольдфлам синамаси - чалқанча ётган бемор иккала оёғини кўтарган ҳолда, тизза бўғимида бир оз букиб, болдир - товон бўғимида тез-тез ҳаракатлантиради. Қон айланиши бузилган оёқда чарчаш ҳисси пайдо бўлади.

Даволаш

Облитерацияловчи эндоартеритни комплекс даволаш яхши натижа беради. Касалликнинг бошланғич даврида консерватив муолажалар ўтказилади:

1. Десенсибилизация ва яллиғланишга қарши дорилар (димедрол, кальций хлорид, диклоберл, реопирин).

2. Спазмолитиклар (папаверин, но-шпа, платифиллин).

3. Симпатик нерв тугунларининг новокаин блокадаси қилинади.

4. Инфузион терапия (реополиглюкин пентоксифиллин билан бирга, физиологик эритма, протеинотерапия ва ҳоказо).

5. Гормонал терапия (аёллар ва эркаклар синтетик гормонлари моддалар алмашинувини ва коллатерал қон айланишини яхшилади).

6. Санаторий-курортларда даволаниш, физиотерапевтик муолажаларни қабул қилиш.

Жарроҳлик операциялари касалликнинг сўнгги босқичларида, консерватив муолажалар ижобий таъсир қилмаганда бажарилади. Бел-қуймиш симпатэктомиyasi, адреналэктомиya, буйрак усти безлари артерияларининг

эмболизацияси, периартериал симпатэктомия каби операциялар касалликнинг кечишини секинлаштиради. Оёқ бармоқларида йирингли - некротик жараён бошланганда ампутациялар қилинади.

Бюргер касаллиги

Бюргер касаллиги ёки облитерацияловчи тромбангиит клиник манзарасига кўра облитерацияловчи эндоартериитга ўхшаб кетса-да, патологик жараёнга веналарнинг ҳам қўшилиши билан ундан фарқ қилади. Бундай беморларнинг юза ва чуқур веналарида миграция қилувчи тромбофлебитнинг ривожланиши касалликнинг кечишини оғирлаштиради. Касалликнинг кечишида учта босқич тафовут қилинади

1. Функционал ўзгаришлар
2. Трофик бузилишлар
3. Некроз ривожланиши

Касалликнинг 3-босқичида одатда нам гангрена ривожланади.

Клиник манзараси.

Касалликнинг клиник кўриниши, симптомлари облитерацияловчи эндоартериитдан фарқ қилмайди. Дифференциал диагностика миграция қилиб юрадиган тромбофлебит орқали қўйилади.

Даволаш

Даволаш комплекс терапиядан иборат бўлиб, консерватив ва жарроҳлик даводан иборат. Облитерацияловчи эндоартериитда қўлланиладиган муолажалар веналар тромбофлебитини маҳаллий ва умумий даволаш билан бирга олиб борилади.

ҚОРИН АОРТАСИ АНЕВРИЗМАСИ

Қорин аортаси аневризмаси - томир деворининг локал шишиб чиқиши ёки аорта барча соҳасининг меъёрга нисбатан 2 баробардан кўпроқ диффуз катталаниши аутопсия пайтида 0,16 - 1,06 % гача ҳолларда аниқланади. Ушбу касаллик эркакларда аёлларга нисбатан 3 - 10 марта кўп учрайди. Қорин аортаси аневризмаси асосан атеросклерозда, сифилисда, камроқ ҳолларда ревматизм, силда, носпецифик орто-артериитда пайдо

бўлади. Касалликда қон томирининг мушак қавати зарарланади, липоидоз, атероматоз, эластик ва коллаген толаларнинг дистрофияси ривожланади. Деворнинг эластик каркаси батамом бузилади ва аневризма деворининг янги ҳосил бўлган бириктирувчи тўқима ҳосил қилади.

Таснифи.

Аневризма этиологиясига кўра қуйидагиларга бўлинади:

1. Орттирилган:

а) атеросклеротик

б) жарроҳлик

в) сифилитик

г) аорто-артериит сабабли

2. Туғма

Морфологик тузилишига кўра қуйидаги турлари тафовут қилинади:

1. Чин

2. Сохта

3. Қаватланаётган

Шаклига кўра эса:

1. Қонсимон

2. Диффуз турлари

Клиник манзараси.

Беморларни қориндаги симиллаган, санчувчи оғриқлар безовта қилади. Улар доимий ёки даврий бўлиши мумкин. Оғриқлар асосан киндик соҳасида ёки қориннинг чап ярмида сезилади. Айрим беморларда оғриқ бел, чов соҳаларига иррадиация қилиши мумкин. Лекин оғриқ барча беморларда кузатилавермайди. Баъзи беморлар қоринда кучайган пульсация ва оғирлик ҳиссини сезадилар. Агар аневризма 12 бармоқ ичакни босиб қўйса юқори ичак тутилишининг клиник манзараси (кўнгил айниши, қусиш, қориннинг дам бўлиши) кузатилади.

Объектив кўрик пайтида қорин деворидан беморларнинг чалқанча ҳолатида аневризманинг кучайган пульсациясини кўриш мумкин.

Пайпаслаб кўрилганда қориннинг юқори қаватида, чапроқда пульсация қилаётган ҳосилани аниқлаш мумкин. Ҳосила зич эластик консистенцияли, кам ҳаракатчан бўлиб, оғриқсиз бўлади. Аускультацияда аорта соҳасида систолик шовқин эшитилади. Бу симптом 75 - 80% беморларда аниқланади. Шундай қилиб, қорин

аортасининг асосий симптомларига қориндаги оғрик, қорин бўшлиғида пайпасланадиган пульсация қилувчи ҳосила ва систолик шовқин киради.

Диагностикаси.

Рентгенологик текширув ретропневмоперитонеум ёрдамида ўтказилган аневризматик халта контурларини, деворидаги кальцинозни кўриб аниқласа бўлади. Обзор рентгенографияда ҳам аневризма чегаралари аниқланади, айниқса ён томондан рентгенга туширилганда бел умуртқалари кўриниши намоён бўлади. Изотоп ангиографияда қорин аортаси аневризмаси яққол кўрилади. Ультратовуш текшируви ёрдамида аорта ўлчамлари, диаметри 3 см дан катта бўлган аневризмани, агар аневризма девори қаватланаётган бўлса, бу ўзгаришни ҳам аниқлаш мумкин.

Ташхис бошқа усуллар билан яққол аниқланганда контраст аортография ортиқча текширув усули ҳисобланиши мумкин. Лекин айрим жарроҳлар ташхисни тасдиқлаш мақсадида бу текширувни ҳам қўллайдилар.

Асоратлари.

Қорин аортасининг энг хавфли асорати - унинг ёрилиб кетишидир. Агар аневризма қорин бўшлиғига ёрилса, ўткир қон кетишнинг клиник манзараси юзага чиқади. Бемор қорнида кучли оғрик пайдо бўлади кўнгли айнийди, қусади. Обьектив кўрилганда, тери оқарган, қорин оғриқли, мушаклари таранглашган, перитонеал белгилар мавжуд, пульс тезлашган, қон босими пасайганлиги бўлади. Операция бошлангунча ўлим юз бериши мумкин.

Агар аневризма қорин парда орти бўшлиғига ёрилиб кетса, симптомлар триадаси юзага чиқади: оғрик, қоринда пульсация қилаётган ҳосила, гипотензия. Кўпинча беморларда коллапс кузатилади. Беморларда, 20-27 % ҳолларда аневризманинг борлиги унинг ёрилганидан кейин аниқланади.

Даволаш

Қорин аортаси аневризмаси фақат операция усулида билан даволанади Қорин аортаси аневризмасининг муваффақиятли операциясини биринчи марта 1951 йилда Dubost ўтказган. У аневризмани резекция қилиб, аорта нуксонини гомотрансплантат билан беркитган.

Ҳозирги пайтда қорин аортаси аневризмасида қуйидаги операциялар бажарилади: аневризмани резекция қилиб, аортани протезлаш; аневризмани батамом олиб ташлаб, аорта-сон артерияларини протезлаш. Бунда аневризматик қонни олиб ташламасликка ҳаракат қилиш керак.

Агар қорин аортаси аневризмаси ёрилиб кетса, операцияни шошилиш равишида бажариш зарур. Операциядан олдин қон қуйиб, йўқотилган қон ўрнини тўлдиришга ҳаракат қилиш керак эмас, чунки ҳар бир кечиктирилган соғиналар бемор ҳаётига хавф солиши мумкин. Наркоз бериш, интубация қилиш вақтида мушак релаксантларини ишлатиш ҳам мақсадга мувофиқ эмас, чунки қорин деворининг таранглиги йўқолгач, қон кетиши кучайиб бемор ўлиб қолиши мумкин.

Агар аневризма қорин бўшлиғига операциядан олдин ёрилиб кетган бўлса, дастлаб эпигастрий соҳасини мушт ёрдамида қаттиқ босиб, аортани умуртқа поғонасига эзиш йўли билан қонни вақтинча тўхтатилади. Сўнгра сон артерияси орқали кўкрак аортасига аортал баллонни киритиб, шишириб қўйиш орқали қон кетишини лапаротомия қилингунча тўхтатиш зарур. Лапаротомия қилингач, аорта-сон ёки аорта-ёнбош артерияларини протезлаш операцияси ёрдамида бемор ҳаётини сақлаб қолиш мумкин. Шошилиш равишида бажарилган операциялардан кейинги ўлим ҳоллари 50 - 60 % ни ташкил этади.

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР

1. Вена қон томирлари касалликлари уларнинг келиб чиқиш сабаблари, таснифи ва клиник манзараси.
2. Вена қон томир касаллиги бўлган беморлардаги муаммолар
3. Вена қон томири касалликларида ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилиш, асосий диагностик синамалар
4. Вена қон томири касалликларини даволаш асослари, ҳамширалик парваришининг хусусиятлари
5. Артериал қон томир касалликлари, уларнинг келиб чиқиш сабаблари ва таснифи
6. Артериал қон томири бўлган беморларнинг асосий муаммолари

7. Артериал қон томирлари касалликлари бўлган беморларга хизмат кўрсатишда ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилишнинг ўзига хос хусусиятлари
8. Ишемик синдром, унинг кўринишлари, текширув усуллари
9. Магистрал қон томирлари бекилиш касалликларини даволаш асослари, ҳамширалик парваришини ташкил қилиш.
10. Қорин аортаси аневризмасининг келиб чиқиш сабаблари, таснифи, клиник манзараси, асоратлари
11. Қорин аортаси аневризмасининг текшириш усуллари, даволаш асослари
12. Магистрал қон томир касалликлари бўлган беморларни ҳамширалик парваришининг ўзига хос хусусиятлари.

XXVII. ЭХИНОКОККОЗ

Эхинококкоз - паразитар касаллик ҳисобланиб замонавий жарроҳликнинг жиддий муаммоларидан бирига айланган. Эхинококкознинг: кистали (гидатидали) ва альвеолали турлари мавжуд. Ўзбекистонда эхинококкознинг гидатидали тури кўп учрайди. У тасмасимон гижжа томонидан кўзғатилиб, личинкали ва кистали босқичларни ўтиб, ривожланади. Паразитнинг асосий хўжайини ит, мушук, бўри ва бошқа йиртқич хайвонлар ҳисобланса, оралик хўжайини - одам, қўй, йирик шохли қорамол ҳисобланади. Одам эхинококк паразитини сув, ювилмаган сабзаёт, кўкатлар орқали юқтиради. Паразит меъда ингичка ичак шиллиқ қаватига кириб, лимфа ва капиллярлар орқали жигар ҳамда ўпкага етиб боради ва шу аъзоларда ривожлана бошлайди. Эхинококк кистаси жуда секинлик билан, яъни 6 - 12 ой давомида 10 - 24 мм диаметрга эга бўлган ҳолда катталашиб боради. Киста зарарланган аъзо томонидан фиброз қобиқ билан ўралса, ички томондан хитин пардаси билан ўралади. Фиброз қават пишиқ бириктирувчи тўқимадан ташкил топган бўлиб, жигар, ўпка ва бошқа аъзоларнинг паразитга бўлган жавоб реакцияси ҳисобланади.

Таснифи.

Касалликнинг клиник кечиши қуйидаги босқичлардан иборат бўлади:

1 - босқич - яширин, симптомсиз кечадиган давр

2 - босқич - симптомлар юзага чиқиб, касалликнинг авж олган даври

3 - босқич - асоратларнинг пайдо бўлиши даври

Паразитнинг турига кўра:

1. Гидатидали эхинококк
2. Альвеолали эхинококк

Эхинококк одам танасида энг кўп ҳолларда жигарни зарарлайди. Жигарнинг қайси соҳасини зарарлашига кўра:

- 1) ўнг бўлак эхинококки;
- 2) чап бўлак эхинококки;
- 3) жигар иккала бўлаги эхинококкози;
- 4) бошқа аъзолар билан бирга зарарланиш, яъни жигар, ўпка, мия ва ҳоказо эхинококкозлар тафовут қилинади.

Эхинококкоз жигарда жойлашган бўлса, бир неча йилгача касаллик симптомларсиз кечиши мумкин. Бу даврда ташхис тасодифан текширув пайтида (УТТ, рентгенография ва ҳоказо) аниқланиб қолади. Киста маълум бир ҳажмга етгач, ўнг қовурға ёйи остида симиллаган оғриқ, шу соҳада эпигастрийда, чап қовурға ёйи ости соҳаларида оғирлик ҳисси пайдо бўлади. Бемор тез юрганида, югурганида ушбу симптомлар кучайганлиги қайд қилинади. Айрим беморларда иштаҳа йўқолади, кўнгли доимо айниб юриб, қусиш, озиб кетиш кузатилади.

Объектив кўрик пайтида жигарнинг катталашганлиги, зичлиги ошганлиги аниқланади. Айрим ҳолларда эхинококк кистаси контурларини аниқлаш имкони ҳам пайдо бўлади. Терида эшакем каби тошмалар пайдо бўлиб туриши, организмнинг паразитларга нисбатан сенсibiliзация ҳолати ҳақида дарак беради. Агар киста ўт йўллари босиб, бекитиб қўйса, сариқлик белгилари ҳам пайдо бўлиши мумкин.

Касалликнинг учинчи босқичида ҳар ҳил асоратлар пайдо бўлади. Энг хавфли асорат, кистанинг ёрилиб кетиши ҳисобланади. Бунда ўлимга олиб келадиган анафилактик реакция кузатилиши мумкин. Бемор тирик қолган тақдирда эхинококкознинг барча ички аъзоларга диссеминацияси (уруғланиб, тарқалиб кетиши) қайд этилади. Киста ўт йўлларига ёрилиб кетса, паразитлар кистачалари ўт йўллари ёпиб қўйиб, механик сариқликка олиб келиши мумкин. Эхинококк кистаси йиринглаб кетса, оғир интоксикация белгилари: қоринда кучли оғриқ, тана ҳароратининг кўтарилиши, кўнгил айниши, қусиш,

сувсизланиш, дармонсизлик кузатилади йиринглаган киста девори юпқалашиб бориб, қорин бўшлиғига ёрилиб кетса, тарқалган йирингли перитонит ривожланади ва натижада касаллик оғир оқибатлар билан тугаши мумкин.

Диагностикаси.

Эхинококкозда қон таҳлилида эозинофилия кузатилади. Айрим ҳолларда эозинофиллар миқдорининг 70% гача етганлиги адабиётдан маълум. Бундай ҳолларда ташхисни тасдиқлаш мақсадида Кацони синамаси қўйилади. Бу синама анафилактик реакция бериши мумкинли сабабли, кейинги пайтларда деярли қўлланилмаяпти. Латекс-агглютинация ва билвосита гемагглютинация синамалари ўзининг безарарлиги, юқори даражада маълумот бериши, спецификлиги билан ташхисни тўғри қўйишда муҳим роль ўйнайди.

Рентгенологик текширувда жигар ўлчамларининг катталашганлиги, шаклининг ўзгарганлиги, диафрагма ҳаракатининг чегараланганлиги, диафрагма гумбазининг юқори туриши, агар киста оҳакланган бўлса, унинг яққол контурларини аниқлаш мумкин.

Ультратовуш текширувида киста жойлашган соҳасининг ўлчамлари, бўшлиғидаги модда характери (суёқликми, йирингми, оҳакми) ва деворининг қалинлигини аниқласа бўлади.

Бошқа усуллар ёрдамида ташхис анча қийинчиликлар билан қўйилганда компьютер томография ва селектив ангиография усулларини қўллаш мақсадга мувофиқ.

Лапароскопия усулининг ҳам имкониятлари чекланган ҳисобланади, чунки киста аъзонинг ичида ёки жигар орти юзасида жойлашган ҳолларда ташхис қўйиш қийинчилик туғдиради.

Даволаш

Жигар эхинококкозини даволашнинг бирдан - бир йўли операциядир. Операция кистанинг жойлашган ўрнига қараб турли ҳил кесмалар ёрдамида бажарилади. Агар киста жигарнинг чап бўлагида, олд соҳасида жойлашган бўлса, юқори-ўрта лапаротомия, ўнг бўлакда, латерал соҳаларда жойлашган кисталарни қовурға равоғи остидан қилинадиган қийшиқ кесма ва жигар орқасида, диафрагма остида жойлашган кисталарни эса торако-френолапаротомия кесмаси ёрдамида олиб ташланади.

Операция вақтида кистанинг фиброз капсуласи ўз жойида қолдирилиб, ичидаги хитин пардаси, суюқлиги, қиз ва неvara пуфакчалари, сколекслар батамом олиб ташланади. Агар киста жигарнинг қиррасида жойлашган бўлса, ўлчамлари катта бўлмаса, идеал эхинококкэктомия, яъни кистани фиброз қобиғи билан бирга олиб ташлаш мумкин. Жигарни эхинококк кистаси билан бирга резекция қилиш радикал операция ҳисоблансада, лекин мураккаблиги, ўлим юз бериш эҳтимоли юқорилиги сабабли кам қўлланилади.

Операциянинг ёпиқ, очик, ярим ёпиқ усуллари мавжуд. Операция даврида киста пункция қилиниб, суюқлиги сўриб олингач, хитин пардаси олиб ташланади ва бўшлиғи 2 % формалин билан ишлов берилгандан сўнг, капитонаж (ички деворлари тикиб қўйилади) қилинса - ёпиқ усулдаги эхинококкэктомия дейилади. Айрим ҳолларда (киста йириклашганда, жуда катта бўшлиқни капитонаж қилишнинг иложи бўлмаганда) киста бўшлиғида дренаж қолдирилади ва бу усул ярим ёпиқ усул деб аталади. Агар кистанинг ўпчамлари жуда катта ёки деворлари оҳакланиб қолган бўлса, очик эхинококкэктомия ўтказилади, яъни киста бўшатилгач, деворлари қорин олд деворига тикилади (марсупиализация).

НАЗОРAT УЧУН САВОЛЛАР

1. Эхинококк касаллиги, унинг юқиш манбаалари ва таснифи
2. Эхинококкоз касаллигида беморларда юзага келадиган асосий муаммолар
3. Эхинококкозда ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилишнинг ўзига хос хусусиятлари, текшириш усуллари
4. Жигар эхинококкини даволаш асослари, операция усуллари, ҳамширалик парваришини ташкил қилиш

XXVIII. ИНГИЧКА ВА ЙЎҒОН ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ

Крон касаллиги

Крон касаллиги дастлаб 1932 йилда ёнбош ичак терминал соҳасининг носпецифик яллиғланиши сифатида эътироф этилган. Кейинчалик эса олимлар томонидан бу жараён меъда - ичак тизимининг исталган соҳасини оғиз бўшлиғидан туғри ичак

сфинктеригача зарарлаши мумкинлиги тасдиқланган. Касалликнинг ривожланишини тушунтирувчи вирусли, аллергик, жароҳатли, юқумли назариялар мавжуд бўлсада, унинг сабаби ханузгача аниқланмаган.

Клиник манзараси.

Касаллик тўсатдан қоринда тўлғоқсимон, кучли интенсивликдаги оғриқлар, тана ҳароратининг кўтарилиши, дармонсизлик билан бошланади. Иштаҳа бўғилиб, ич кетилади, жараён узоқ давом этса, беморлар озиб кетиши ҳам мумкин. Айрим беморларда абдоминал симптоматика тизза ва болдиртовон бўғимларидаги оғриқ билан кечади. Бўғимлардаги оғриқлар қоринда оғриқ пайдо бўлмасдан ҳам бошланиши мумкин. Бўғимлар соҳасида маҳаллий яллиғланиш белгиларининг аниқланмаслиги ушбу касаллик учун хосдир. Патологик жараён ён-бош ичакнинг терминал соҳасида жойлашганда беморда ўткир деструктив аппендицитнинг клиник манзараси намоён бўлади. Объектив кўрик пайтида бемор аҳволи оғир, у пассив ҳолатда ётади.

Томир уриши тезлашган, тили қуруқ, караш билан қопланган. Қорин пайпаслаб кўрилганда патологик жараён жойлашган соҳада оғриқ ва мушаклар таранглиги аниқланади, кўпинча перитонеал симптом ижобий аниқланади.

Қон таҳлилида гиперлейкоцитоз, макроцитар анемия, гипокальциемия ва гипопропротеинемия қайд этилади. Кескин ифодаланган профуз ич кетиши, бемор аҳволининг оғирлашиши ички оқма яралар пайдо бўлганлигидан дарак беради. Яллиғланган ичаклар тешилган пайтда тарқалган перитонитнинг клиник манзараси юзага чиқади.

Диагностикаси.

Рентгенологик текширувда Крон касаллиги меъда ва 12 бармоқ ичакда аниқланса бўлса, антрал қисм деформацияси, инфильтрацияси, пилорик халқа торайганлиги, 12 бармоқ ичак атонияси, перистальтика сустлиги кузатилади.

Эзофагогастродуоденоскопияда атрофияга учраган шиллик қават фониде эрозиялар, қирмизи тусли дўнгликлар, полипга ўхшаш ўзгаришлар аниқланади. Биопсия натижалари атрофик гастрит ва эпителиод гранулемалар борлигини кўрсатади.

Жараён ингичка, йўғон ичакда жойлашган бўлса ташхис қўйиш қийин кечади ва кўпинча «ўткир қорин», перитонит, ўткир

аппендицит ташхиси остида қилинган операция вақтида аниқланади.

Даволаш

Крон касаллиги меъда, 12 бармоқ ичакни зарарлаганда асорат бермаса, консерватив даво ўтказилади.

Крон касаллигининг этиологияси ноаниқ бўлганлиги сабабли, даво тўқималардаги носпецифик реакцияни камайтириш ва химоя кучларини кўпайтиришга қаратилади. Бу мақсадда кортикостероидлар қўлланади. Стероид гормонлар билан салазосульфопиридинни (салкофальк, мукофальк) қўллаш фойда. Антибиотиклар, витаминлар комплекси, темир препаратлари, пепсин ҳам комплекс муолажалар таркибига киради. Меъдадан эвакуация қилиш бузилганда, профуз қон кетганда жарроҳлик усули қўлланади. Меъданинг 2/3 қисми резекция қилинади. Бемор оқсилга бой овқатларни ейиши, ёғ, тузни иложи борича емасликка ҳаракат қилиши лозим. Крон касаллиги ингичка, йўғон ичакни зарарлаганда ҳам консерватив терапия: стероид гормонлар, салазосульфопиридин, метрогил, антибиотикотерапия, витаминлар, оқсил препаратлари (альбумин, плазма) тайинланади. Хасталик операция вақтида тасодифан аниқланса ва асоратлар (перфорация, қон кетиш, оқма яра) бўлса, операция қорин бўшлиғини дренажлаш билан тугалланади. Операциядан кейинги даврда консерватив муолажа давом эттирилади. Агар шошилиш операция вақтида асоратлар (перфорация, перитонит, қон кетиши, кўплаб ички оқма яралар) борлиги маълум бўлса, зарарланган соҳа резекция қилиб, олиб ташланади, ичаклараро анастомоз қўйилади. Беморларда операциядан кейинги давр одатда оғир кечиш бунда турли ҳил асоратлар юзага келиши, бемор ҳаётига хавф солиши мумкин. Шу сабабли операциядан кейинги даврда беморларни эътибор билан парваришлаш ва режа бўйича қилинадиган муолажалар беморнинг тузалиб кетишига имкониятади.

Носпецифик ярали колит

Носпецифик ярали колит (НЯК) - йўғон ичакнинг оғир касаллиги ҳисобланиб, шиллик қаватда яралар ҳосил бўлиши, қон кетиши, тешилиш, ичак деворининг склерозга учраб, батамом бекилиб қолиши каби асоратлар юзага келиши билан ўтадиган

патология ҳисобланади. Касалликнинг сабаби ҳозирги пайтгача аниқ эмас. Адабиётда келтирилган этиологик омилларга кўра ичак деворининг антигенлик хусусиятга эга бўлиб қолиши, организм иммун реактивлигининг ўзгариши натижасида яллиғланиш юзага келади, деган тахминлар ҳақиқатга яқинроқ деб тан олинапти. Касаллик ривожланишида ичак микрофлораси, овқат ва турмуш тарзининг ҳам роли юқори, деб баҳоланади, чунки антибактериал терапия (метронидазол, сульфасалазин) ва парҳезнинг касалликни даволашдаги ижобий таъсири ҳаммага маълум.

Клиник манзараси.

Касалликнинг кечиши оғирлигига қараб 3 турга бўлинади: енгил, ўртача оғирликдаги, кескин ифодаланган оғир тури.

НЯК енгил даражали кечганда беморнинг ичи суткасига 4 мартадан кўп келмайди, ичакдан қон кетиши ва қориндаги санчикли оғриқлар унчалик ифодаланмаган бўлади. Беморлар ўзларини нисбатан яхши ҳис қиладилар. Колоноскопияда йўғон ичак шиллиқ қаватида бир оз қизариш ва мўртлик (аппарат билан енгил контакт қон кетишига сабаб бўлиши мумкин) аниқланади, айрим беморларда юзада жойлашган яралар ҳам борлиги маълум бўлади.

НЯК ўртача оғирликда кечганда беморнинг умумий аҳволи оғир бўлиб, у ўзини ёмон ҳис этади. Беморнинг ичи кунига 4 - 8 марта қон аралашиб келади, тана ҳарорати фебриль даражада (37,6 - 38°C). Беморларни қориндаги оғриқлар, анорексия безовта қилади. Тана вазни 10% гача камаяди. Қорин пайпаслаб кўрилганда йўғон ичакнинг зарарланган соҳасида оғриқ сезилади. Қон таҳлилида анемия, лейкоцитоз, ЭЧТ ошган, гипопропротеинемия кузатилади.

НЯК оғир кечганда кунига 8 мартадан кўп дефекация, қон кетиши, тахикардия, қоринда кучли оғриқ, анорексия, қоринни пайпаслаганда мушакларнинг таранглиги, йўғон ичакнинг кенгайиб кетганлиги аниқланади. Гавда вазни 10% дан кўпга йўқотилади.

Қон таҳлилида кескин ифодаланган анемия, лейкоцитоз, ЭЧТ нинг ошган бўлади. Рентгенологик текширувда йўғон ичакда ҳаво борлиги, девори чўзилиб кетганлиги маълум бўлади. Колоноскопияда йўғон ичак шиллиқ қавати қизариб шишиб

кетган, кўплаб яраларнинг тромб билан қонланганлиги ёки улардан қон кетаётганлиги аниқланади.

Даволаш

НЯК энгил кечганда сульфасалазинни кунига 3 - 6 гдан бериш уни ёки хукна ёрдамида юбориш тавсия этилади. Қўшимча диареяга қарши дорилар ҳам қўлланади. Сульфасалазинга аллергик реакция бўлган ҳолларда стероид гормонларни қўллаш мақсадга мувофиқ.

НЯК ўртача оғирликда кечганда беморларни албатта стационарда даволаш лозим. Парҳез оқсил моддаларга бой (1 г/кг) бўлиши зарур. Диареяга қарши препаратлар берилмайди, чунки токсик мегаколон ривожланиши мумкин. Стероид гормонлар, сульфасалазин 1 - 3 г билан хўкна ёрдамида юборилади ва кунига 1 - 2 г ичиш тавсия этилади. Инфузион, гемостатик терапия, дезинтоксикацион ва оқсил препаратлари, гемотрансфузия ҳам комплекс даволаш таркибига киради.

Касаллик оғир даражада кечганда кўпчилик беморларга консерватив даво наф бермайди. Беморларнинг аҳволи борган сари оғирлашиб боради, токсик мегаколон ривожланиб, ҳаётга хавф солади. Парентерал оқсил препаратлари (1,5 - 2 г/кг), венага гидрокортизон 300 мг/сутка, клиндамицин 600 мг/кгдан кунига, тобрамицин 1,7 мг/кгдан ҳар 8 соатда, метронидазол, ампициллин 6 г/кг кунига белгиланади. Йўғон ичак узун найчалар билан интубация қилинади. Кўп миқдорда суюқликлар билан инфузион-дезинтоксикацион терапияси ўтказилади. Агар ичакнинг кенгайиб кетиши, мушаклар таранглиги 24 - 72 соат ичида сақланиб турса ёки янада кўпроқ ифодаланса, колэктомия операциясини бажаришга тўғри келади. Радикал операция оғирлик қилинганда, илеостома қўйилиши ва ремиссия даврида колэктомия операциясини бажариш лозим.

ТЎҒРИ ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ

Геморрой

Геморрой (бавосил) - тўғри ичак ғоваксимон таначаларининг варикоз кенгайиб кетишидир. Касаллик 40 ёшдан катта бўлган аҳолининг қарийб 70%ида учрайди. Эркаклар аёлларга нисбатан

кўпроқ касалланадилар. Касаллик ривожланишида қуйидаги омиллар муҳим роль ўйнайди:

1. Геморроидал веналарда клапанлар йўқлиги
2. Сурункали қабзият
3. Кўп ўтириш
4. Спиртли ичимликлар ва аччиқ таомларни суистеъмол қилиш
5. Ҳомиладорлик ва туғиш
6. Жигар циррозида геморроидал веналардан қон оқиб кетишининг бузилиши.

Касалликни келтириб чиқарувчи омилларга оғир меҳнат, сурункали, тўхтовсиз йўтал, дефекация ва сийиш пайтида кучаниш киради.

Геморрой пайдо бўлишида тўғри ичак ғорсимон таначаларидан қон оқиб кетишининг бузилиши муҳим ҳисобланади. Ғоваксимон таначаларда кўплаб артериовеноз анастомозлар бўлиши сабабли, геморроидал тугунлардан қон кетганда, у артериал ҳарактерда бўлади. Ташқи, ички ва аралаш геморрой тафовут қилинади.

Клиник манзараси.

Касаллик аста-секинлик билан, беморга сезилмасдан бошланади. Дастлабки беморни тугунларнинг катталашиб бориши орқа чиқарув тешиги соҳасида ёқимсиз ҳис сезилиши, оғирлик ҳисси ва қичиш билан беморни безовта қила бошлайди. Бемор ҳожатхонада борган сари кўпроқ қоғоз ишлата бошлайди. Дефекация вақтида анус соҳасида тугунлар чиқиб келаётганлиги ва ёт жисм борга ўхшаш сезги пайдо бўлади. Кейинчалик геморроидал тугунлар катталашиб бориб, ғоваксимон таначаларнинг девори деструкцияга учрай боради. Бирмунча вақт ўтгач эса дефекация охирида қон томчилари пайдо бўлади. Қон кетиши борган сари кўпайиб бориб, кучли оқим даражасига ҳам етиши мумкин. Анал сфинктери бўшашиб бориши натижасида геморроидал тугунлар тушади.

Геморроидал тугунлар тушишининг 4 босқич тафовут қилинади:

I босқичда геморроидал тугунлар дефекация вақтида тушади ва кейин мустақил равишда кириб кетади.

II босқичда дефекация ёки кучанганда тушган геморроидал тугун мустақил равишда кириб кетмайди.

III босқичда геморроидал тугунлар юрганда, арзимаган жисмоний меҳнат қилганда ҳам тушади ва ўз жойига қайтиб кирмайди.

IV босқичда тушиб кетган геморроидал тугунлар қайта киритилгандан сўнг яна қайта тушаверади.

Тушиб кетган геморроидал тугунлар орқа чиқарув тешигини ёпиб қўиб, дефекацияни қийинлаштиради ва тез-тез яллиғланиб туради.

Диагностикаси.

Ташқи бавосил диагностикаси қийинчилик туғдирмайди. Беморни гинекологик креслога ётқизиб кўрганда анус соҳасида соат циферблати бўйича 3, 7, 11 ларда жойлашган ташқи тугунлар бемор кучанганида катталашади, пайпаслаганда юмшоқ консистенцияда бўлади. Per rectum кўрилганда ички тугунларни ҳам пайпасласа бўлади. Асбоб-ускунавий текшириш усулларидан аноскопия ва ректоскопия қўлланилганда ташхис қўйиш анча осон қўйилади.

Даволаш

Геморройнинг дастлабки босқичларида консерватив муолажалар билан даволаш мумкин. Парҳезга риоя қилиш (спиртли ичимликларни ичмаслик, аччиқ, нордон, шўр овқатларни истеъмол қилмаслик), маҳаллий анестезинли, махсус геморроидал шамчаларни қўллаш, қабзиятнинг олдини олиш (сурги дорилар), оғир меҳнат билан шуғулланмаслик тайинланади.

Геморроидал тугунларнинг II, III, IV босқичларида операция ўтказилади. Беморни операцияга олдин 2 - 3 кун давомида тайёрлаш зарур бўлади. Унга енгил ҳазм бўладиган суяқ овқатлар, антибиотиклар буюрилади, тозаловчи хуқналар ёрдамида йўғон, тўғри ичак тозаланади. Операция венага наркоз юбориш билан бошланади. Айрим клиникаларда операцияни маҳаллий анестезия остида бажариш қабул қилинган. Операцияни Миллиган-Морган усулида ўтказиш, яъни геморроидал тугунларни асосидан кесиб олиб ташлаш ва шиллиқ қаватни кетгут чоклари билан тикиб, тиклаш яхши натижа беради.

Геморройнинг асоратлари

Геморройнинг энг кўп учрайдиган асорати профуз қон кетиш ҳисобланади. Беморда анемиянинг клиник манзараси: дармонсизлик, бош айланиши, тахикардия, бош оғриши,

уйқусизлик, қон босимининг пасайиши, меҳнатга лаёқатсиз бўлиб қолиш кузатилади. Қон таҳлилида гемоглобин, эритроцитлар, гематокрит кўрсаткичларининг камайиб кетиши аниқланади. Беморлар касалхонага шошилиш равишида ётқизирилиши ва операция усулида даволаниши зарур. Қон кетиши операция усулида даволашда геморроидал тугунларни боғлаб қўйиш билан чегараланса ҳам бўлади.

Геморройнинг кўп учраши бўйича кейинги ўринда турадиган асорати - бу тугунларнинг ўткир тромбозидир. Бу асорат касалликнинг II, III, IV босқичларида кузатилади. Тушиб кетган тугунларда анал сфинктери сиқиб турганлиги сабабли қон оқиб кетиши бузилади ва қон тугун ичида ивиб қолади. Парҳезни бузиш, спиртли ичимлик ичиш, аччиқ таомлар истемол қилиш ҳам ушбу асоратни келтириб чиқарувчи омилларга киради.

Анал канали соҳасида кучли оғриқ пайдо бўлади, геморроидал тугунни тўғри ичак бўшлиғига киритиб юборишнинг иложи бўлмайди, гўёки тугун қисилиб қолади. Обьектив кўрилганда анал тешиги соҳасида шишиб кетган, кўкимтир тусли, қаттиқ консистенцияли таранглашган тугунлар борлиги аниқланади. Тана ҳарорати 38 - 39°C гача кўтарилиши мумкин. Агар вақтида ёрдам кўрсатилмаса, тугунлар яллиғланиб, некрозга учраши мумкин. Некроз ривожланса, профуз қон кетади.

Даволаш

Парҳезни сақлаш, яллиғланишга қарши препаратлардан аспирин, индометацин ичиш, антибиотикларни қўллаш тавсия этилади. Айрим клиникаларда перианал соҳага новокаин блокадаси қилинади ва қисилиб қолган тугун аста-секинлик билан тўғри ичак бўшлиғига киритиб юборилади. Бундай муолажа бемор аҳволини яхшилаб, оғриқни дарҳол тўхтатади. Маҳаллий мойли боғламлар, кўрғошин суви шимдирилган боғлам ҳамда, Вишневский малҳами ижобий натижа беради. Яллиғланиш белгилари камайгач, операция усули қўлланилади.

Анал ёриғи

Анал ёриғи орқа чиқарув йўлининг нуқсони ҳисобланиб, кўпроқ аёлларда учрайди. Анал ёриғи асосан каналнинг орқа деворида жойлашади. Касалликни келтириб чиқарувчи омилларга қабзият, сфинктер атрофидаги майда артерияларнинг спазмга

учраши, нерв толалари яллиғланиши киради. Қотиб қолган, катта диаметрга эга бўлган нажас массалари анал каналидан ўтаётганда шиллик қаватни шикастлайди. Шикастланган соҳалар (крипталар)га инфекция жойлашиб, анал безларини яллиғлантиради. Инфекция доимо тушиб турганлиги сабабли шикастланган крипта битиб кетмайди ва анал ёриғи пайдо бўлади.

Клиник манзараси.

Касалликнинг асосий симптоми кучли оғриқ ҳисобланади. Оғриқ дефекациядан кейин бошланади. У жуда қаттиқ интенсивликка эга бўлганлиги сабабли беморни қийин аҳволга солиб қўяди. Оғриқ бир неча дақиқадан бир неча соатгача чўзилиши мумкин. Оғриққа жавобан анал сфинктерининг тонуси ҳам ошади, рефлексор спазм пайдо бўлади. Дефекациядан кейин бир-икки томчи қон ҳам чиқади.

Диагностикаси.

Бармоқ билан текширганда ва ректоромоноскопия қилинганда анал канали орқа деворида узунасига жойлашган ёриқни аниқлаш мумкин. Текширув оғриқсиз ўтиши учун перианал соҳаси новокаинли блокада қилинади (0,5 % - 1 % - 20 - 40,0 мл).

Даволаш

Касаллик энди бошланган даврда консерватив даво ўтказилади. Спирт ва новокаин эритмалари аралашмаси блокада иссиқ калий перманганат эритмаси билан ванналар, иссиқ муолажалар, диатермия, қабзиятнинг олдини олиш (сурги дорилар, парҳез) ижобий натижа беради. Сфинктрни Рекамье бўйича чўзиб туриш ҳам фойда беради.

Касаллик бир неча йилдан бери давом этаётган, ёриқ деворлари «қадоқлашиб» кетган бўлса, консерватив муолажалар фойда бермаса операция қилинади. Операциядан олдин беморни тайёрлаш зарур (енгил ҳазм бўладиган суюқ овқатлар, микрохукналар қилинади, тўғри ичак бўшатилади). Операцияни маҳаллий ёки умумий венага бериладиган наркоз остида бажарса бўлади. Операциянинг моҳияти анал ёриғини тубигача кесиб, батамом олиб ташлаш, анал сфинктерини қисман кесиб қўйиб, шиллик қават бутунлигини тиклашдан иборат.

Тўғри ичак оқма яралари

Тўғри ичак оқма яралари ўткир парапроктит асорати сифатида ривожланади. Оқма яра пайдо бўлишида беморларнинг кечикиб врачга мурожаат қилишлари ёки ўткир йирингли парапроктитнинг мустақил равишда терини ёриб чиқиши муҳим роль ўйнайди.

Таснифи.

1. Тўлиқ оқма яра (оқма канали орқали ташқи муҳит тўғри ичак бўшлиғи билан алоқада бўлади).

2. Нотўлиқ оқма яра (оқма каналининг тўғри ичак томонидаги йўли ёпилиб қолган ҳолларда).

Нотўлиқ оқмада каналнинг иккала тешиги ҳам терида бўлиши мумкин.

3. Ички оқма яра (каналнинг бир учи тўғри ичакка очилган бўлиб, иккинчи учи параректал клетчаткада тугайди, терида тешик бўлмайди).

4. Ташқи оқма яра (анал тешиги атрофида тешик бўлади, иккинчи томони параректал клетчаткада тугайди).

Тўлиқ параректал оқма яра сфинктерига нисбатан жойлашишига кўра қуйидагиларга бўлинади:

1) Интрасфинктер (оқма канали тўлиқлигича анус сфинктери ичида жойлашади);

2) Транссфинктер (оқма каналининг бир қисми сфинктер ичида, бир қисми клетчаткада жойлашади);

3) Экстрасфинктер (оқма канали сфинктердан ташқарида жойлашади).

Клиник манзараси.

Перианал соҳада диаметри 0,1 - 0,5 см атрофида келадиган битмайдиган яранинг борлиги, ундан доимо сероз-йирингли суюқлик оқиб чиқиб туриши касаллик учун хос бўлган манзара ҳисобланади. Айрим ҳолларда оқма яра битиб қолса, йиринг йиғилиб қолиб ўткир парапроктит қайтланади. Оғриқ пайдо бўлиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, перианал соҳада шиш ва терининг қизариб кетиши ўткир парапроктит ривожланганлигидан дарак беради.

Диагностикаси.

Параректал оқма яранинг ташқи тешиги орқали контраст модда юбориб фистулография қилиш, ташхисни аниқ қўйишга ёрдам беради.

Зонд ёрдамида текшириш усули билан ҳам оқма яранинг тўлиқ ёки нотўлиқлигини аниқласа бўлади.

Даволаш

Консерватив муолажалар параректал оқманинг деярли битиб кетишига имкон бермайди. Шу сабабли бу касалликда операция усули қўлланилади. Операциядан олдин тайёргарлик (тозаловчи хукналар, оқма ярани антисептиклар билан ювиш, парҳез) кўрилади. Операция венага наркоз бериб ёки орқа мия анестезияси остида оқма ярани батамом кесиб олиб ташлаш йўли билан ўтказилади. Айрим беморларда лигатура усули ёрдамида ҳам параректал оқма ярани бартараф этиш мумкин.

Тўғри ичак раки

Тўғри ичак раки меъда - ичак тизимидаги хавфли ўсмаларнинг 20-24%и ни ташкил этади. Эркаклар аёлларга қараганда кўпроқ касалланадилар. Беморларнинг ёши 50 - 60 атрофида бўлади. Тўғри ичак раки ривожланишида полиплар, оқма яралар, геморрой, захм, сил каби касалликлар муҳим аҳамиятга эга. Хавфли ўсманинг кўпинча тўғри ичакнинг ампуляр қисмида, камроқ ҳолларда эса бошқа қисмларида ривожланади. Тўғри ичак хавфли ўсмаси секин ўсиши, кеч метастаз бериши билан ажралиб туради.

Клиник манзараси.

Ўсма тўғри ичакнинг юқори қисмида жойлашган бўлса, аста-секинлик билан ичак бўшлиғини торайтириб боради ва обтурацияли ичак тутилиши белгилари билан намоён бўлади. Беморларни қабзият безовта қилади, дефекация муддати борган сари узайиб боради, бемор кучаниб, зўр-базўр бўшаладиган бўлиб қолади. Сурги дорилар, тозаловчи хукналар таъсирида кўп миқдорда нажас чиқади. Бемор аҳволи борган сари оғирлашиб боради, иштаҳаси бўғилади, озиб кетади. Кўпинча бу даврда врачларга мурожаат қилган беморлар копростаз ташхиси билан тозаловчи хўкна қилдириб, уйларига қайтиб кетадилар.

Агар ўсма ампуляр соҳада жойлашган бўлса, яллиғланиш ва геморрагик симптомлар олдинги планга чиқади. Ўсма парчаланиб туриши сабабли нажас қон ва шиллик аралаш келади. Дефекация пайтида тўлиқ қоникмаганлик аломати юзага келади. Айрим ҳолларда оғриқ ва нажас билан йиринг ҳам кела бошлайди.

Ўсма анал соҳаси ёки орқа чиқарув каналида жойлашган бўлса касалликнинг дастлабки белгилари дефекациянинг бузилишидан бошланади. Орқа чиқарув тешигида ноқулайлик ҳисси, оғриқ сезилади. Нажасда қон ва йиринг ҳам пайдо бўлиши мумкин. Ўсма сфинктерига ўсиб кирган пайтда оғриқ бўлади, бемор ел ва нажасни ушлай олмайди.

Диагностикаси.

Тўғри ичакни бармоқ билан текшириш орқали анал тешигидаги ўсмани аниқласа бўлади. Текширувни беморнинг ҳар хил ҳолатда турганида бажариш зарур, шундай қилинганда 85 - 90% ҳолларда ўсмани аниқлаш мумкин.

Ректороманоскопия ва ректал ойна ёрдамида текширув ҳам тўғри ичак бўшлиғидаги ўсмани кўришга имкон беради. Ўсмага гумон бўлганда албатта биопсия учун тўқиманинг бир парчаси олинади.

Рентгенологик текширувни контраст модда ёрдамида (барий сульфат), анал тешиги орқали юбориб (ирригография) ўтказиш (ўсма бўлган ҳолларда), ичак девори ригидлиги, торайиши, тўлиш нуксони, ўсманинг аниқ жойлашган ўрнини аниқлашга ёрдам беради.

Колонофиброскопия усули ёрдамида ўсманинг ўлчамлари, жойлашган ўрнини аниқлаш, биопсия учун тўқима олиш мумкин.

Даволаш

Тўғри ичак ўсмаси операция усулида даволанади. Радикал ва паллиатив операциялар касалликнинг босқичига қараб бажарилади. Агар касаллик охириги босқичда бўлиб, ичак тутилиши билан намоён бўлса, колостомия операцияси ўтказилади. Тўғри ичак ўсмаси ичакнинг юқори қисмида жойлашган ҳолларда резекция қилиб, ичак чўлтоқларини учма-уч уласа бўлади. Касалликнинг бошланғич босқичларида ампуляр соҳада жойлашган ўсма батамом олиб ташланиб, ичак учлари учма-уч уланади. Анус соҳасида жойлашган ўсмаларда тўғри ичак экстирпация қилиб, колостома қўйиш операциялари амалга оширилади. Операцияни нур ҳамда кимё терапияси билан бирга ўтказиш ижобий натижалар бериши мумкин.

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР

1. Ингичка ва йўғон ичак учун касалликлари, уларнинг таснифи, келиб чиқиш сабаблари, беморларда юзага келадиган муаммолар
2. Крон касаллиги, клиник манзараси, текширув усуллари, ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилиш
3. Носпецифик ярали колит, клиник манзараси, текширув усуллари, ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилиш
4. Ингичка ва йўғон ичак касалликларини даволаш асослари, ҳамширалик парваришини ташкил қилишнинг ўзига хос хусусиятлари
5. Тўғри ичак касалликлари : геморрой, анал ёриқ, унинг келиб чиқиш сабаблари, клиник манзараси, асоратлари
6. Геморройни даволаш асослари, ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилишнинг ўзига хос хусусиятлари
7. Тўғри ичак оқма яралари ва хавфли ўсмалари, клиник манзараси, текширув усуллари, ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилиш
8. Тўғри ичак оқма яралари ва хавфли ўсмаларини даволаш асослари, ҳамширалик парваришининг ўзига хос хусусиятлари

XXIX. СУТ БЕЗИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Мастопатия - бу тухумдонлар фаолияти бузилиши (дисфункция) натижасида сут бези тўқимаси гиперплазияси, майда ва йирик ҳажмдаги кисталар пайдо бўлиши билан кечадиган касаллик ҳисобланади. Мастопатиянинг диффуз ва тугунли турлари фарқ қилинади.

Хасталикнинг диффуз тури касалликнинг дастлабки босқичи бўлиб ҳисобланади. Тугунли мастопатия 35 ёшдан катта аёлларда учрайди ва диффуз мастопатиянинг якуний босқичида ривожланади.

Клиник манзараси.

Диффуз мастопатияда сут безида оғриқ ҳайз кўришдан бир неча кун олдин бошланади. Оғриқ характери ва интенсивлиги турлича бўлади. Вақт ўтган сари оғриқлар кучайиб, давомийлиги ошади, кўлга, куракка иррадиация бериши мумкин. Объектив

кўрик пайтида сут безида деярли ўзгариш аниқланмайди. Пайпаслаб кўрилганда сут безида оғриқ, тарқоқ зичлик белгилари кузатилади. Ҳайз кўриш тугаши билан бу ўзгаришлар вақтинча йўқолади. Касаллик 35 ёшгача бўлган аёлларда учрайди. Вақт ўтиши билан диффуз мастопатиянинг клиник манзараси ўзгариб боради. Оғриқлар тарқоқ эмас, балки сут безининг алоҳида жойларида пайдо бўлади, интенсивлиги камайиб боради. Пайпаслаганда сут безининг айрим жойларида зичлашган, майда ёки йирик донали ҳосилалар аниқланади. Сўрғичдан ажратмалар чиқиши бирмунча кўпаяди. Касалликнинг тугунли турига ўтиши давом этади.

Тугунли мастопатияда сут безини пайпаслаганда зичлашган ҳосилалар аниқ чегарага эга бўлади ва ўсмани эслата бошлайди. Бемор вертикал ҳолатда турганида зичлашган ҳосилалар аниқ пайпасланади ва бемор горизонтал ҳолатда ётганда ушбу ҳосила гўёки атроф-тўқималарда йўқолиб, «эриб кетгандай» бўлади ва пайпасланмайди (Керниг симптоми). Сут безидаги тугунлар битта ёки бир нечта бўлиши мумкин. Сут безида тугунлардан ташқари бир вақтнинг ўзида диффуз мастопатия белгилари ҳам бўлиши мумкин.

Диагностикаси. Маммографияда тугунли ва диффуз ҳосилалар проекциясида соялар, кальций тузлари қатламларини аниқлаш мумкин. Контраст маммография усули мастопатия чегаралари, ўлчамлари, уларнинг қанчалик кенг тарқалганлигини билиб олишга имкон беради. Ультратовуш текшируви ёрдамида тугунларнинг жойлашган ўрни ва ўлчамларини аниқлаш мумкин. Сўрғичдан чиқаётган ажратмани морфологик тугунлар ҳамда тарқоқ зичлашмалардан олинган пунктатни гистологик текшириш ташхисни аниқ қўйишга ёрдам беради.

Даволаш.

Мастопатиянинг диффуз турида консерватив даво ўтказилади. Жинсий аъзоларда сурункали яллиғланишни бартараф этиш, жинсий ҳаётни меъёрга келтириш, ҳомиладор бўлиш, туғиш, чақалоқни кўкрак билан эмизиш боқиб тавсия этилади.

А, В, Е витаминлари билан даволаш жигар фаолиятини яхшилаб, эстрогенлар инфооляциясини кучайтиради. Калий йодид микродозалари тухумдонлар фаолиятини тартибга солади. Калий йодиднинг 0,25% эритмасини 1 - 2 чой қошиқдан кунига бир маҳалдан ичиш ҳайз кўриш даврлари оралиғида камида бир йил

муддатга буюрилади. Андроген гормонлар (тестостерон пропионат 5% - 0,5 мл мушак орасига, метилтестостерон таблеткаларини 0,25 г ҳар куни ичиш) эстрогенлар фаоллигини камайтириш мақсадида қўлланилади.

Тугунли мастопатияда сут беши секторал резекция қилинади. Чунки мастопатиянинг тугунли тури ўсма олди касаллиги ҳисобланади. Операция умумий наркоз остида бажарилади.

Сут беши раки.

Сут бешининг тугунли, диффуз ҳамда кам учрайдиган турлари мавжуд. Диффуз рак сарамасга маститга ўхшаш, инфильтратив - шишли, қалқонсимон каби турларга бўлинади. Раkning бу тури асосан ёш аёлларда учрайди ва жуда тез ривожланиши ҳамда хавфлилиги билан ажралиб туради. Кам учрайдиган сут беши ракига сўрғичнинг хавфли ўсмаси ёки Педжет касаллиги киради.

Клиник манзараси.

Касалликнинг дастлабки босқичларида қуйидаги клиник белгилар кузатилади:

- 1) сут бешида ўсма тугуни аниқланади;
- 2) ўсма зич консистенцияга эга бўлади;
- 3) ўсма сут беши ичида кам қўзғалувчан бўлади;
- 4) тери симптомларидан: сут беши терисининг ажин босиши, «лимон пўсти» шаклига кириши аниқланади;
- 5) сўрғич ва ареоланинг қалинлашади;
- 6) ўсманинг оғриқсизлиги аниқланади;
- 7) қўлтиқ ости соҳасида катталашган лимфа тугунлари кузатилади;

Касалликнинг II ва IV босқичида қуйидаги клиник симптомлар кузатилади:

1. Сут бешида анча катта бўлган ўсма тугуни ва инфильтрати пайпасланади.
2. Ўсма консистенцияси зич бўлсада, юмшаган қисмлари ҳам аниқланади.
3. Сўрғич ва ареола кескин йўғонлашиб кетади.
4. Ўсма қўзғалувчанлиги камаяди.
5. Умбиликация симптоми пайдо бўлади (сут беши териси тортилиб, ичкарига ботиб киради ва киндикка ўхшаб қолади).

6. Лимфостаз - лимон пўстлоғи симптоми кескин ифодаланади.
7. Ўсманинг терига ўсиб кириб, яра ҳосил қилади.
8. Лимфаденит ривожланади, сут бези терисида гиперемия пайдо бўлади.
9. Сўрғич сут бези ичига тортилади.
10. Сут бези деформацияланади.
11. Метастатик лимфа тугунлари аниқланади.
12. Сут безида оғриқ пайдо бўлади.
13. Ўўл шишиб кетиб, оғрийди.
14. Асбоб-ускунавий текширув усуллари билан узокда жойлашган аъзоларда метастазлар борлиги кузатилади.

Сут безини бемор вертикал ва горизонтал ҳолатларда пайпаслаб кўрилади. Ареола ва сўрғич ҳолатлари (зичлиги, қалинлиги, ажратмалар борлиги)га эътибор бериш зарур. Ўсма аниқлангач, сут безининг зарарланган соҳаси обдон пайпасланиб, ўсманинг ўлчамлари, шакли, консистенцияси, зичлиги, кўзгалувчанлигига аҳамият берилади.

Диагностикаси.

Сут безидаги ўсмага гумон қилинаётган соҳадан бир парча тўқимани кесиб олиб, гистологик текшириш ташхисни аниқ кўйишга ёрдам беради. Усма соҳасини тери орқали пункция қилиб, цитологик текшириш ўтказилади.

Маммографияда ўсма проекциясида аниқ чегарага эга бўлмаган, ўсма марказидан тарқалаётган (нур)га ўхшаш кўланка аниқланади.

Ўсманинг эрта даврларида сут безини секторал резекция қилиб, кейин биопсия олинади. Атипик ҳужайраларнинг топилиши хавфли ўсма ташхисини кўйиш учун асос бўлади.

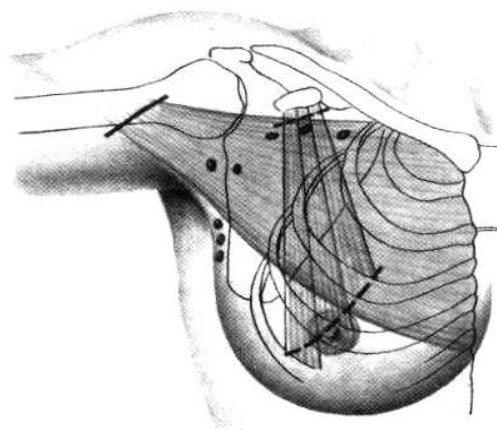
Даволаш.

Сут бези хавфли ўсмаларини даволашда бирин-кетин бажариладиган муолажалар муҳим аҳамиятга эга. Даволаш режасига жарроҳлик, нур, гормонал ва кимё-терапевтик усуллар киради. бир беморни даволашда индивидуал ёндошилади. Касалликнинг босқичи, маҳаллий жараённинг қанчалик тарқалганлиги, регионар ва узок метастазлар борлиги, беморнинг умумий аҳволи, ёши албатта назарда тутилади.

Касалликнинг I, II, III босқичларида жарроҳлик усули(радикал мастэктомия, 34-расм), нур, гормонал ва кимё терапияси қўлланилади.

Касалликнинг IV босқичида нур, гормонал ва кимё терапияси ўтказилади.

34-расм.Радикал мастэктомия кесиб олиниши керак бўлган тўқималар хажми.



Холстед-Мейер бўйича радикал мастэктомия операцияси умумий интубацион наркоз остида бажарилади.

Сут беги ягона блокда кўкрак мушуллари,кўлтиқ ости, ўмров ости ёғ клетчаткалари билан бирга олиб ташланади.

Гормонал терапия оварэктомия қилиниб ва андроген гормонлар ёрдамида амалага оширилади. Андроген гормонларни мушак орасига инъекция қилиб, тил остига ташлаб қўлланилади (тестостерон-пропионат, стенолон, метилтестостерон, метиландростендиол, сустанон ва ҳк.). Кортикостероид гормонлар ҳайз цикли сақланиб қолган беморларда оварэктомиядан кейин қўлланилади. Кортизон кунига 300 мг ёки преднизолон кунига 100 мг дан тайинланади. Кимё терапияси ТиоТЭФ, бензоТЭФ, циклофосфан, эндоксан, 5-фторурацил ва бошқа ўсмага қарши препаратлар ёрдамида ўтказилади.

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР

1. Сут беги касалликлари: мастопатия ва сут беги ракиннинг келиб чиқиш сабаблари, таснифи

2. Сут беги касалликларида кузатиладиган беморларнинг асосий муаммолари
3. Сут беги касалликларида ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилишнинг ўзига хос хусусиятлари
4. Сут безини текшириш усуллари, даволаш асослари, ҳамширалик парваришининг хусусиятлари

XXX. ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ КАСАЛЛИКЛАРИ

Бўқоқ.

Қалқонсимон без тўқимасининг диффуз ёки тугунли равишда ўсиб кетиши ва ўзгариши бўқоқ деб аталади. Бўқоқнинг 3 тури тафовут қилинади:

1. Диффуз (тарқоқ)
2. Тугунли
3. Аралаш.

Гистологик манзарасига кўра бўқоқ қуйидагиларга бўлинади:

1. Коллоид :
 - а) макрофолликуляр
 - б) микрофолликуляр
 - в) аралаш
2. Паренхиматоз/

Бўқоқнинг клиник-анатомик таснифлари ичида энг қулай деб танилган тасниф қуйидагилардан иборат:

1. Эндемик бўқоқ:
 - а) қалқонсимон безнинг катталашиш даражасига кўра
 - б) қалқонсимон безнинг катталашиш шаклига кўра (диффуз, тугунли, аралаш)
 - в) безнинг фаолиятига кўра (эутериоид, гипертериоид, гипотериоид кретинизм белгилари билан: тиреотоксик аденома)
2. Спорадик бўқоқ
3. Диффуз токсик бўқоқ.
 - а) кечиш оғирлигига кўра: енгил, ўртача, оғир турлари;
 - б) қалқонсимон безнинг катталашиш даражасига кўра.

Эндемик бўқоқ.

Фақат маълум бир белгиланган географик соҳаларида қалқонсимон без катталашиши билан кечадиган касаллик эндемик бўқоқ деб аталади.

Ҳозирги пайтда ер юзида эндемик бўқоқ билан касалланганлар сони 200 млн дан ошиб кетган. Эндемик бўқоқ ривожланишининг негизида организмга йод моддасининг етарлича тушмаслиги ётади. қалқонсимон без меъёрда фаолият кўрсатиши учун кунига организмга овқат, сув ва ҳаво орқали 200 - 250 мкг йод кириши зарур. Маълум бир географик кенгликларда, тупроқларда, сувда йод етарлича бўлмайди. Шу сабабли ушбу соҳаларда яшаётган одамларда эндемик бўқоқ ривожланиши учун шароит бўлади. Фарғона водийси, Қашқадарё, Сурхондарё, Бухоро вилоятлари ва Қорақалпоғистон республикаси бўқоқнинг эндемик ўчоқларидан саналади.

Қалқонсимон безнинг катталаниши 5та даражали тасниф ёрдамида белгиланади.

О даража – қалқонсимон без пайпасланмайди

I даража – қалқонсимон без бир оз катталашган, бўйинчаси пайпаслаганда қўлга илинади, ютинганда аниқ кўринади

II даража – қалқонсимон без фақат пайпаслаганда аниқланиб қолмай, балки ютинганда ҳам аниқ кўринади

III даража – қалқонсимон без фақат ютинганда кўринибгина қолмай, *mm. sternocleidomastoideus* ораликларини батамом тўлдириб, «йўғон бўйин» шаклини беради IV даража – бўйин шакли кескин ўзгарган, бўқоқ аниқ кўриниб туради

V даража – бўқоқ жуда катта ҳажмли, қизилўнгач, трахеяни босиб олиб турли хил асоратларни чақиради.

Жойлашувга кўра бўқоқлар қуйидагиларга бўлинади:

1. Бўйин
2. Тўш орти
3. Қисман бўйин, қисман тўш орти
4. Қизилўнгач орти
5. Тил илдизи ости

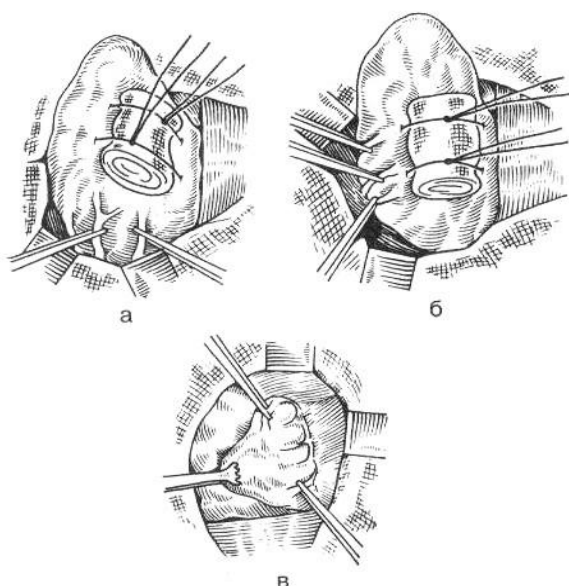
Клиник манзараси.

Кўпчилик беморларда эндемик бўқоқ касаллиги гипотиреоз аломатлари билан кечади. Беморларнинг ақлий жисмоний қобиляти сустлашган бўлади. Бемор рефлекслар пасайган, гапириш тезлиги секинлашган бўлади. Улар ланж, совуққа чидамсиз, юрак уриши, нафас олиши секинлашадиган. Агар гипотиреоз туғма бўлса кретинизм ривожланади.

Объектив кўрик пайтида бўйин соҳаси йўғонлашган бўлади. Пайпаслаб кўрилганда қалқонсимон безнинг диффуз катталашганлиги, юмшоқ эластик консистенцияга эга бўлганлиги маълум бўлади. Қалқонсимон без катталашиб борган сари беморларда қуруқ йўтал, товуш бўғилиши, нафас олиш қийинлашиши кузатилади. Бу аломатлар безнинг трахея деворини эзиб, юпқалаштириб қўйиши натижасида юзага келади. Агар бўқоқ тўш ортида жойлашган бўлса, беморлар энгашганларида бошларида оғриқ ҳиссини сезадилар, нафас олиш қийинлашади, объектив кўрик пайтида кўкрак қафасининг юқори қисмида тери ости веналарининг кенгайиб кетганлиги аниқланади. Рентгеноскопияда юрак чегараларининг кенгайганлиги («бўқоқ юраги» симптоми) аниқланади. Бўқоқ симпатик асаб чигалини эзиб қўйса, Горнер симптоми, яъни птоз, миоз, экзофтальм кузатилади.

Тил ўзаги ости бўқоғида, беморлар асосан нафас олишнинг қийинлашишига шикоят қиладилар. Бўқоқнинг ҳиқилдоқ усти қопқоғини суриб, овоз ёриғини қисман ёпиб қўйиши юқоридаги шикоятга сабаб бўлади. Барий ичириб, рентгенологик текшириш шу соҳада контраст тутилиб қолиши ва қизилўнгач сурилганлигини аниқлашга ёрдам беради.

Даволаш.



Эндемик бўқоқ консерватив ва операция усулида даволанади. Катта бўлмаган, асорат келтириб чиқармаган бўқоқларда тиреоидинни 0,025 г дан кун ора ичиш тавсия этилади. Ушбу препарат узоқ вақт давомида, яъни без ўз ҳолига келмагунча ичиб юрилади.

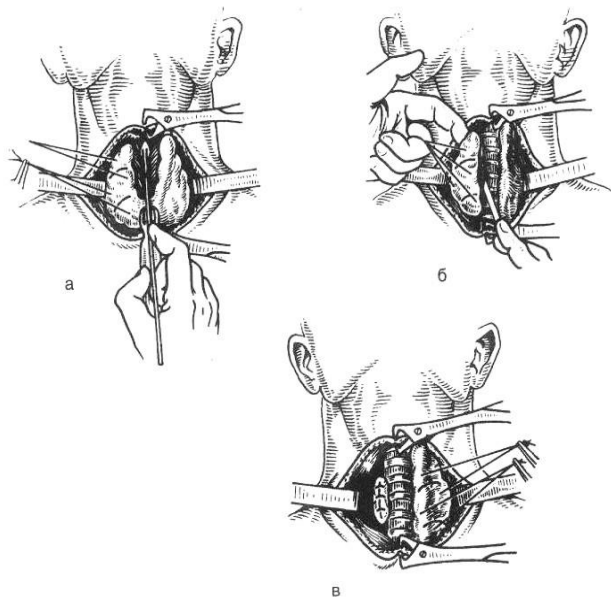
35-расм. Николаев усулида қалқонсимон безнинг субтотал субфасциал резекцияси: а-қалқонсимон безнинг пастки кутбини ажратиш; б-орқа-ташқи

юзасини ажратиш; в-безнинг орқа-ички юзасини ажратиш.

Айрим ҳолларда даво бир неча йилларга чўзилади.

Катта ҳажмли диффуз бўқоқларда, асорат юзага келганда, ёки тугунлар пайдо бўлганда операция тавсия этилади. Операция

махаллий анестезия остида бажарилади. Қалқонсимон безни Николаев бўйича субтотал резекция қилиш энг оптимал операция ҳисобланади (35-расм а,б,в).



36-расм. Николаев усулида қалқонсимон без субтотал субфасциал резекцияси: а-қалқонсимон безнинг бўйинчасини кесиш; б-ўнг бўлаги резекцияси; в-трахеядан ўнгда безнинг қолдирилган қисми.

Операциядан кейин нафас йўли бекилиб қолиши (трахеомалаяция сабабли) мумкин. Шу сабабли жарроҳ ва ҳамшира зарур бўлган

тадбирларни ўтказиши ва операцияни анестезиолог кузатувида (ларингоскоп, сунъий нафас аппарати тайёр ҳолда бўлиши зарур) бажарилиши.

Профилактикаси.

Эндемик ўчоқларда яшайдиган одамлар учун ош тузининг ҳар бир тоннасига 25 г калий йодид моддасининг қўшилиши бўқоқ ривожланишининг олдини олади.

Тиреотоксик бўқоқ

Тиреотоксик бўқоқ (тиреотоксикоз, Базедов касаллиги) қалқонсимон без хужайралари томонидан тиреоид гормонлар ишлаб чиқаришнинг кескин кўпайиб кетиши натижасида ривожланади. 1961 йилгача бу касалликни Германияда Базедов касаллиги, Англияда Перри ва Гревс касаллиги, Италияда Флойни касаллиги, Россияда тиреотоксикоз деб аташарди. Софияда бўлиб ўтган Халқаро Конгрессда олимлар томонидан ягона атама – токсик бўқоқ атамаси қабул қилинди. Касаллик билан асосан 20-50 ёшгача бўлган аёллар касалландилар. Касаллик ривожланишида рухий асаб шикасти (стресс)нинг аҳамияти катта. Аёллар жинсий ва гормонал тизимининг бузилиши ҳам токсик бўқоқ пайдо бўлишида муҳим ҳисобланади.

Токсик бўқоқ диффуз, тугунли, кўп тугунли ёки аралаш, бунда қалқонсимон без ўлчамлари эса турлича бўлиши мумкин. Айрим ҳолларда без каталашмаган бўлади.

Клиник манзараси.

Бемор асосан асаби тез-тез бузилиши, безовта бўлишига, сабрсиз бўлиб қолганлиги, уйқуси бузилишигани, кўп терлаш, юракнинг тез-тез уриши, бармоқлари титраши, танаси қизиб кетиши, озиб кетиш, дармонсизликдан шикоят қилади.

Объектив кўрик пайтида тери ости ёғ қавати камайганлиги, терини доимо тер билан қопланганлиги, қовоқ териси гиперпигментацияга учраганлигини кўриш мумкин. Баъзи беморларда болдир олд юзасида тери қалинлашиб кетади. Мушаклардаги ўзгаришлар натижасида экзофтальм, тиреотоксик миопатия ва миастения белгилари намоён бўлади. Суяк оқсиллари катаболизми ошиши натижасида остеопороз белгилари юзага келади. Асаб тизимидаги тез кўзгалувчанлик, безовталиқ, уятчанлик, ҳотира бузилиши, кўп терлаш каби белгилар бемор билан сухбатлашаётганда аниқланади.

Бемор пульси айрим ҳолларда минутига 120 - 150 марта уради. Юракни аускультация қилинганда юрак чўққиси ва ўпка артерияси соҳасида систолик шовқин эшитилади. Шовқинлар аввалига функционал ҳарактерда бўлса, кейинчалик юрак дилатацияси сабабли, органик тус олади. 10 - 20% токсик бўқоқ билан касалланган беморларда ЭКГда хилпилловчи аритмия пароксизмал ҳарактерда бўлади. Бора - бора тиреоид гормонларнинг миокардга таъсири остида аритмия турғун тус олади. Миокард фаолиятининг кескин ошиши нисбий коронар етишмовчилиги ва стенокардия хуружлари пайдо бўлишига олиб келади.

Овқат ҳазм қилиш тизими томонидан меъда ва ичаклар ҳаракат фаолиятининг тезлашиши, меъда шираси таркибида кислотанинг камайиши каби ўзгаришлар кузатилади. Оғир токсик бўқоқда ич кетиши, нажас таркибида ҳазм бўлмаган ёғ томчиларининг пайдо бўлиши ва тез-тез қусиш қайд этилади.

Қонни биокимёвий текширишда гипопропротеинемия, гипоальбуминемия, гипохолестеринемия, гипокалийемия аниқланади. Оғир ҳолларда қандли диабет ривожланиши мумкин.

Токсик бўқоқда кузатиладиган энг асосий клиник белгилар кўзга кўзга ташланади ва буни клиницистлар «кўз симптомлари» деб аташади:

1. Дельримпл симптоми – кўзни ёриғининг кенгайиши
2. Штельваг симптоми – кўзни аҳён-аҳёнда юмиш
3. Еллинек симптоми – қовоқ териси пигментацияси
4. Зенгер симптоми – юқори қовоқ шишиб кетиши
5. Грефе симптоми – бемор пастга қараганда юқори қовоқнинг қорачиқнинг юқори чеккасидан орқада қолиши ва склерада оқ чизиқнинг ҳосил бўлиши
6. Кохер симптоми – Грефе симптомига қарама-қарши симптом бўлиб, бемор юқорига қараганда юқори қовоқнинг қиска, турткисимон ҳаракати кўз соққаси ҳаракатидан тезроқ юзага келади, юқори қовоқ билан қорачиқнинг юқори чеккаси ўртасида склерада оқ чизиқ пайдо бўлади
7. Мебиус симптоми – конвергенциянинг бузилиши
8. Розенбах симптоми – қовоқлар юмилганда енгил тремор кузатилади
9. Браун симптоми – бемор кулганда кўз ёриғи қисқармайди
10. Яффе симптоми – пешонани тириштириб бўлмайди
11. Мелихов симптоми – бемор ғазаб билан қарайди
12. Дальмези симптоми – юз мимик ҳолатда бўлади (мимика юзага келмайди). Бу юз мускуллари тонуси ошиши натижасида юз беради
13. Экзофтальм – кўзнинг чакчайиб қолиши, кўз соққаси орти клетчаткасининг шишиб кетиши.

Таснифи.

I. Қалқонсимон бездаги ўзгаришларга кўра:

1. Диффуз
2. Тугунли
3. Аралаш

II. Безнинг катталашиш даражасига кўра:

1. 0 даражали
2. I даражали
3. II даражали
4. III даражали
5. IV даражали
6. V даражали

Ш. Токсик бўқоқнинг кечишининг оғирлигига кўра:

1. Енгил тури
2. Ўртача оғирликдаги тури
3. Оғир тури.

Токсик бўқоқнинг енгил тури – унчалик ифодаланмаган нейроген ва психоген симптомлар, тана вазнининг бир мунча камайганлиги, тахикардиянинг минутига 100 мартадан ошмаслиги, моддалар алмашинувининг +30% дан юқори бўлмаслиги билан кечади.

Ўртача оғирликдаги токсик бўқоқда симптомлар яққол ифодаланади, тана вазни анчага камайган, тахикардия минутига 100 - 120 марта, моддалар алмашинуви +30 - 60% бўлади.

Оғир турдаги токсик бўқоқ кескин рухий кўзғалиш, тана вазнининг борган сари камайиб бориши, тахикардиянинг минутига 120 мартадан ортиқ бўлиши, моддалар алмашинувининг +60% дан юқори бўлиши билан ифодаланади.

Даволаш.

Даволаш усули токсик бўқоқ тури ва касаллик босқичига асосланган ҳолда танланади. Ҳозирги кунда замонавий эндокринология ютуқлари ва фармакотерапия ривожланганлигига қарамай токсик бўқоқни даволаш тиббиётнинг долзарб муаммоларидан ҳисобланади.

Токсик бўқоқнинг тугуни ва аралаш турлари фақат операция усулида даволанади.

Диффуз токсик бўқоқ даволашда 3 та усул мавжуд: операция усулида даволаш, консерватив усулда, радиофаол йод (I^{131}) билан даволаш.

Токсик диффуз бўқоқни консерватив даволаш операцияга тайёргарлик кўриш мақсадида ёки касалликнинг енгил турларида даволанади. Йод препаратлари, антитиреоид дорилар, калий перхлорат консерватив давонинг асосини ташкил этади.

Гормонлар синтезини кескин камайтириш мақсадида беморга аноорганик йод берилади.. Берилаётган йоднинг миқдори кунига 10 - 20 мг бўлса, у тиреостатик таъсир кўрсатади. Люголь эритмаси 5 - 6 томчидан кунига 3 маҳал 10 - 14 кун давомида берилади.

Антитиреоид препаратлардан мерказолин, калий перхлорат, тироурацил қўлланади. Мерказолин касалликнинг оғирлигига қараб кунига 30 - 100 мг миқдорда тайинланади (ўртача 40 - 60

мг). Метилурацил оғир токсик бўқоқларда кунига 300-800 мг миқдорда белгиланади.

Бета-адреноблокаторлар (анаприлин) артериал қон босимини, юракдан қон отилиб чиқишининг минутлик ҳажмини камайтиради ва миокардни зўриқиб ишлашдан ҳалос этади.

Диуретиклар (лазикс, фуросемид, верошпирон) сийдик ажралиб чиқишини кучайтиради ва қонда йиғилиб қолган токсик моддаларни чиқаришга имконберади. Диуретиклар билан бирга калий препаратлари (панангин, калий хлорид, калий оротат) қўлланади, чунки сийдик билан бирга калий ионлари йўқотилиши йўқолади.

Гемоплазмотрансфузия, оксил препаратлари, 20 - 40%ли глюкоза эритмаларини инфузия қилиш организмнинг издан чиққан фаолиятини тиклашга ёрдам беради.

Темир препаратлари, витаминлар, анаболик дорилар ҳам фойдалидир.

Физиотерапевтик муолажалардан электр уйқу, гальваник ёқа, гипербарик оксигенация камераси ҳам операцияга тайёргарлик босқичида яхши натижа беради.

Операциянинг асосий мақсади безнинг асосий қисмини олиб ташлаб, тиронд гормонлар ишлаб чиқариш миқдорини камайтиришдир. Бунинг учун қалқонсимон без О.В.Николаев бўйича субфасциал субтотал резекция қилинади ва безнинг ҳар бир бўлагидан 4 - 6 г дан қолдирилади.(3б-расм а,б,в)

Операция вақтида профуз қон кетишининг олдини олиш мақсадида қалқонсимон безнинг тўртта магистрал артериялари боғланади. Тугунли токсик бўқоқларда тугуннинг без тўқимасини қисман резекция қилиб олиб ташлаш ёки у тугуннинг ўзини энуклеация (тугуннинг ўзини ажратиб олиш) қилиш йўли билан операция қилинади.

Операция вақтида қуйидаги асоратлар кузатилиши мумкин:

а) қон кетиши;

б) товуш боғламлари парези ёки параличи (п. recurrens жароҳатланганда);

в) трахеянинг ёпилиб қолиши (трахеомалация билан асоратланган ҳолларда);

г) қалқонсимон олд безларни билмаган ҳолда олиб ташлаши ва тетания ривожланиши;

д) тиреотоксик криз.

Операциядан кейинги даврда ривожланиши мумкин бўлган қалқонсимон без гипофункциясини терапевтик муолажалар билан осон бартараф этса бўлади.

Радиофаол йод (I^{131}) билан даволаш ҳар бир бемор учун индивидуал ҳолда танланади. Чунки радиотерапия ўтказилганда без фолликулларининг эпителий хужайралари нобуд бўлади ва уларнинг ўрни бириктирувчи тўқима билан тўлади. Бироқ бу усулнинг бир талай салбий томонлари мавжуд. Тиреотоксикознинг экзофтальм кучайиши, хавфли ўсма ривожланиши, жинсий безлар фаолияти бузилиши, микседема (гипотиреоз) ривожланиши шулар жумласидандир.

Қалқонсимон безнинг текшириш усуллари.

Қалқонсимон без ўлчамлари, шакли, консистенцияси ва ҳаракатчанлигини уни кўздан кечириб, пайпаслаб аниқлаш мумкин. Бўйин соҳасини кўздан кечириб безнинг қанчалик катталашганлигини, жойлашган ўрнини, ютинганда кўринишини, тугунлар бўлса, уларнинг қанчалик бўртиб чиққанлигини кўриш мумкин. Безни одатда икки хил усулда пайпаслаш мумкин. Биринчи усулда бемор ва врач бир-бирларига юзма-юз тик ҳолда туришади ва врач иккала бош бармоғи билан безни пайпаслаб кўради. Иккинчи усулда бемор бошини пастга бироз эгиб, врачга орқаси билан ўтиради. Бўйин мушакларининг бўшашиши безни пайпаслаб, унда ўзгаришлар борлигини аниқлашга имконберади.

Моддалар алмашинуви калориметрия усулида аниқланади. Унда ютилган кислород ва чиқарилган карбонат ангидрид миқдори ҳисобланиб, билвосита усул қўлланади. Моддалар алмашинуви соғлом одамларда қ10% ни ташкил этади.

Оқсил билан боғланган йод миқдори қалқонсимон без фаолияти ҳақида керакли маълумот беради. Бу кўрсаткич меъёрда 3,5 - 7,5 мингни ташкил қилади.

Радиоизотоп усули билан текширилганда бездаги йод ва гормонал алмашинув ҳақида маълумот олинади. Меъёрда безда I^{131} 2 соат ичида 5 - 10 %, 24 соатда эса 20 - 30% ни ташкил этади. Токсик бўқоқда эса I^{131} нинг безда йиғилиш тезлиги анча ошади. Тугунли бўқоқда эса “иссиқ ўчоқ” , хавфли ўсма, кисталарда эса “совуқ ўчоқ” аломати юзага келади.

Қалқонсимон безни ультратовуш билан текширганда унинг чегаралари, таркибида ҳосилалар борлиги ва зичлигини аниқлаш

мумкин. Қалқонсимон безнинг хавфли ўсмасига гумон қилинганда пункцион биопсия қилинади.

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР

1. Қалқонсимон без касалликлари, таснифи, беморларда аниқланиши мумкин бўлган асосий муаммолар
2. Қалқонсимон без касалликларида ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилишнинг ўзига хос хусусиятлари, энг самарали текширув усуллари
3. Тарқоқ, тугунли ва тиреотоксик бўқоқларнинг клиник манзараси, асосий белгилари
4. Қалқонсимон без касалликларини операция усулида даволаш йўллари, асоратлари ва ҳамширалик парваришини ташкил қилишнинг ўзига хос хусусиятлари

XXXI. ЖАРРОҲЛИК БЕМОРЛАРНИ ДИСПАНСЕР КУЗАТУВИДА ҲАМШИРАНИНГ РОЛИ

Тиббиёт ходимларидан врач ва ҳамширанинг биргаликда олиб борадиган профилактика ва даволаш ишлари жарроҳлик касалликка чалинган беморларга кўрсатилади тиббиёт ёрдамнинг асосини ташкил этади. Бу иш айниқса беморларни диспансеризация қилишда аниқ намоён бўлади. Республикамизда диспансеризация қилинувчи беморлар икки йўналиш яъни ижтимоий ва тиббиёт муаммоларини хал этиш асосида танлаб олиш олинади. Буни асосан, ҳозирги пайтда ёши, физиологик хусусиятлари умумлаштирилган (болалар, ўсмирлар, хомиладор аёллар) ёки меҳнат шароитлари ўхшаш (баъзи - бир касб эгалари, ўқувчи-талабалар, спортчилар ва хоказо) ва маълум бир жарроҳлик касаллик, жароҳатни бошидан ўтказган, оғир сурункали касалликка чалинган аҳоли гуруҳларининг диспансер кузатуви ташкил этади.

Ҳамшира томонидан олиб бориладиган диспансеризациянинг мақсади ягона бўлиб, у қуйидагиларни кўзлайди:

- соғлом одамлар учун – улар соғлиғини сақлаш ва мустаҳкамлаш; тўғри физик ва руҳий ривожланишни таъминлаш; иш ва турмуш шароитларини оптимал ҳолатга келтириш; касалликларнинг пайдо бўлиши ва

- ривожланишининг олдини олиш, меҳнатга лаёқатлилигини сақлаш;
- бемор одамлар учун – касалликни эрта даврда аниқлаш; касаллик хуружи ва оғир кетишининг олдини олиш, беморнинг меҳнатга лаёқатлилигини сақлаш.

Касаллик ва ноғиронликни камайтириш, одамларнинг ўртача умр кўриши ва фаол ишлаш даврини узайтириш диспансеризациянинг асосий пировард мақсади ҳисобланади.

Диспансеризациянинг асосий вазифалари қуйидагилардан иборат:

1. Ҳар бир инсон ва ҳар бир туман, вилоят, мамлакатимиздаги аҳоли соғлиғини ҳар доим ўрганиб бориш
2. Одамларнинг ишлаш шароити, турмуш тарзи ва дам олишини ўрганиш уларни, соғломлаштириш
3. Мунтазам, комплекс профилактик кўрикларни ташкил этиш, беморлар ва соғлом одамлар соғлиғини динамик кузатиб бориш
4. Шахсий ва умумий (ишчи жамоалари ва аҳоли гуруҳлари даволаш-профилактика ва ижтимоий-соғломлаштириш ишларини ривожлаштириш ва амалга ошириш
5. Турли хил касалликлар (ўтқир ва сурункали) ва жароҳатларни бошидан ўтказган беморларнинг тиббий ва ижтимоий меҳнат реабилитациясини амалга ошириш
6. Соғлом турмуш тарзини тарғиб этиш
7. Махсус диспансер назоратини ташкил этиш, беморлар ва соғлом одамлар ҳақида тиббиёт маълумотини йиғиш
8. Соғлиқни сақлаш ва яхшилаш учун ўтказилаётган тиббий ижтимоий тадбирлар самарадорлигини таҳлил этиш

Диспансеризацияда барча даволаш профилактика ва санитар-оқартув муассасалари, турли мутахассисликка эга врач ва олий маълумотли ҳамширалар иштирок этадилар. Бунда айниқса, олий маълумотли ҳамшираларнинг роли катта бўлади.

Соғлом одамларни (мактаб ўқувчилари, енгил саноат корхоналари ишчилари, фермерлар, банк ишчилари ва ҳ.к.) диспансеризация қилишнинг бошланғич ташкилий турига профилактика тиббий кўрикларини вақти-вақти билан ўтказиб туриш киради.

Олий маълумотли ҳамшира диспансер кузатувида муҳтож беморларни нафақат профилактик кўриклар вақтида, балки амбулатор қабулда, беморларни уйда кўриш вақтида, касалхонада ётганда, ишга кириш вақтидаги кўрикда, жисмоний тарбия ва спорт билан шуғулланаётганларни тиббий кўриқдан ўтказиш вақтида аниқлайди.

Беморлар вақти-вақти билан поликлиникага диспансер кузатувида чақирилади. Бундай пайтда беморларни юқори малакага эга бўлган олий маълумотли ҳамшира кўриб, уларга зарур бўлган лаборатория ва асбоб ускунавий текширув усулларини буюради. Агар зарур бўлса, беморларни тор мутахассислар (эндокринолог, ЛОР, гастроэнтеролог, ортопед, қон-томири жарроҳи ва х.к) қабулига юборади.

Бир неча йиллардан бери мамлакатимизда жарроҳлик беморларни махсус текшириш усуллари ҳажми ва кўрикни ташкил этиш ишлари ташкил этилган. Икки-уч босқичли тиббий кўриклардан дастлаб бирор-бир касалликка гумон шахслар ўтказилади, кейинги босқичларда эса бу беморлар обдон текширилади.

Ҳамшира махсус сўровнома асосида бемор анамнезини йиғади, антропометрик кўрсаткичларни аниқлайди, қон босимини ўлчайди, турмушга чиққан аёллардан цитологик текшириш учун суртмалар олади, кўз ўткирлигини текширади, қирқ ёшдан катта шахсларнинг кўз ичи босимини ўлчайди, эшитиш қобилиятини текширади, 15 - 17 ёшли ўсмирларда туберкулин синамасини ўтказилади.

Ҳамшира қўшимча текширувларни ташкил этиб, унинг бажарилишини назорат қилади. Бундай кўриклар пайтида қуйидаги текширувлар ўтказилади:

- қоннинг умумий таҳлили
- сийдикнинг умумий таҳлили
- ЭКГ (40 ёшдан катта шахсларга)
- кўкрак қафаси аъзолари флюорографияси
- тўғри ичакни бармоқ билан текшириш (35 ёшдан катта шахсларда)

Аёлларда қўшимча равишда қуйидаги текширувлар ўтказилади:

- маммография (35 ёшдан катта аёлларга икки йилда бир марта);

- кольпоскопия;
- қиндан олинган суртмаларни цитологик текшириш.

Клиник ва асбоб ускунавий текширув усуллари қўлланилгандан сўнг, бемор учта диспансер гуруҳидан биттасига киритилади:

Д1 - биринчи гуруҳ. Бу гуруҳга соғлиғидан шикоятти йўқ соғлом одамлар киритилади. Бу одамларда сурункали касалликлар, айрим аъзо ва тизимлар фаолиятида ўзгаришлар аниқланмайди.

Д2 - иккинчи гуруҳ. Бу гуруҳга анамнезида ўткир ёки сурункали касалликларни ўтказган, лекин охириги бир неча йил ичида бу касалликлар хуружи такрорланмаган, деярли соғлом одамлар киритилади. Бу шахслар меҳнатга лаёқатлилигини сақлаб қолишган ва ижтимоий мослашиб кетишган.

Д3 - учинчи гуруҳ. Бу гуруҳга кузатув ва даволашга муҳтож беморлар киритилади. Касалликнинг компенсацияланган ҳолда кечиши, вақти-вақти билан хуруж тутиши, қисқа вақтга меҳнатга лаёқатини йўқотиб турадиган беморлар Д3 гуруҳининг "а" бўлимига киритилади.

Сурункали касалликнинг субкомпенсацияли туридаги, меҳнатга лаёқатини тез-тез узоқ муддатга йўқотиб турадиган беморлар Д3 гуруҳининг "б" бўлимига киритилади. Касалликнинг декомпенсациялашган туридаги, ҳаёт учун зарур аъзоларнинг турғун бузилиши юзага келган, меҳнатга лаёқати батамом йўқолган беморлар Д3 гуруҳининг "в" бўлимига киритилади.

Ҳар бир кўрилган шахс учун "диспансеризацияни ҳисобга олиш картаси" ва "диспансер кузатувининг назорат картаси" тўлдирилади. Бу ҳужжатларга беморнинг исм - шарифи, ёши, жинси, турар жойи, меҳнатга лаёқати йўқотилишининг муддати ва оғирлиги ёзилади. Даволаш муассасасига келган ва келадиган вақтда, даволаш - профилактика режаси, уларнинг самараси ҳам ёзиб борилади.

Режада меҳнат ва дам олишнинг хусусиятлари кўрсатилади. Ҳужжатга буюрилган парҳез ва дори - дармонлар ва санаторий-курорт шароитида даволаниш ҳақидаги кўрсатмалар ҳам ёзиб борилади. Ундан ташқари беморнинг турмуш тарзи ва дам олиши, ишга яроқлилиги ва бошқа ижтимоий ёрдам бериш ҳақидаги кўрсатмалар ҳам бу ҳужжатларга ёзилади.

"Касаллик тарихи" ва " беморнинг тиббий амбулатор картаси" ҳам диспансеризациянинг асосий ҳужжатларидан ҳисобланади. Ҳозирги пайтда диспансеризация ишлари билан асосан врачлар шуғулланишларига қарамай, ҳамширалар ҳам уни сифатли ўтказишга ўз ҳиссаларини қўшмоқдалар.

Ҳамшира тиббиёт ҳужжатларига қараб, беморларни қўшимча текшириш учун ажратади. У тиббиёт муассасалари ва беморлардан диспансеризациядан ўтишларини талаб этади. Агар бирор - бир шахс тиббиёт кўригидан охириги 6 ой давомида ўтган бўлса, унинг натижалари бу йилги ҳисоботда ўз аксини топиши керак. Қўшимча текширув диспансеризация қилиш даврида 10 - 12 кундан ошмаслиги керак. Аҳоли ўртасида санитар - оқартув ишларини олиб бориш диспансеризациянинг асосий таркибий қисмларидан бири бўлиб, ҳисобланади. Бу ишда ҳам ҳамширанинг роли катта бўлади. Бу ишдаги ҳамширанинг асосий вазифалари қуйидагилардан иборат:

- аҳолига диспансеризациянинг мақсадини тушунтириш;
- одамларни касалликларнинг эрта белгилари, оқибати, касалликнинг олдини олишга қаратилган бирламчи ва иккиламчи тадбирлар билан таништириш; меҳнатни, дам олишни, овқатланишни тўғри ташкил этиш;
- врач кўрикларига ўз вақтида келишни тарғиб қилиш;
- диспансер кузатувидаги бемор ва унинг оила аъзоларида врач ва ҳамширага бўлган ишончини ҳосил қилиш.

Бундай руҳий мослаш кўпгина жарроҳлик касалликларнинг кечиши ва даволаш жараёнига ижобий таъсир кўрсатади. Ҳамшира беморларни уйларига бориб кўрганда, уларнинг қариндошларига бу касалликни қандай қилиб парваришlash зарурлигини ўргатади. У беморда қандай ўзгариш рўй берганлиги ҳақида дарҳол врачга хабар беради. Агар бемор аҳволи шошилинич тадбирларни ўтказишга муҳтож бўлса, ҳамшира дарҳол бу ёрдамни кўрсатишга киришиши, врачга хабар бериши, лозим бўлса, беморни касалхона ёки поликлиникага олиб бориши зарур бўлади.

Ҳозирги пайтда диспансеризация самарадорлигини баҳолаш критерийлари ишлаб чиқилган. Улардан энг асосийлари қуйидагилардан иборат:

Д1 - олиб борилган ишларнинг юқори даражада самара берганлиги, касалликнинг юзага келмаганлиги, меҳнатга

лаёқатликнинг сақланиб қолганлиги ва шахслар бошқа гуруҳга ўтказилмаганлиги ҳақида дарак беради. Ишлаб чиқаришда зарарли омиллар билан контактда бўладиган ишчи-хизматчилар учун эса касб касалликларининг юзага келмаслиги яхши натижага эришилганликнинг исботи ҳисобланади.

Ўткир жарроҳлик касалликларда диспансеризациянинг самарадорлиги беморларнинг тўлиқ тузалиб кетиб, бир гуруҳга ўтказилишдан баҳоланади.

Сурункали касалликлар билан хасталанган беморлар учун диспансеризация самараси қуйидаги кўрсаткичлар асосида баҳоланади:

- диспансер назоратида турган беморнинг ушбу касаллик бўйича шикоят қилмаслиги ва касаллик хуружининг йўқлиги;
- касаллик натижасида вақтинча меҳнатга лаёқатини йўқотиш;
- меҳнатга лаёқатини турғун йўқотиш ва кузатув жараёнида унинг ўзгариши;
- соғлиқ ҳақида хулоса (яхшиланиш, ёмонлашиш, ўзгаришсиз, ўлим).

Ҳозирги пайтда жарроҳлик беморларни диспансеризация қилиш 3 гуруҳга бўлиб ташкил этилган:

- 1) Ўткир касалликларни ўтказган беморлар;
- 2) Сурункали касалликка чалинган беморлар;
- 3) Туғма, генетик касалликларга чалинган ва ривожланишда нуқсони бўлган беморлар.

Ўткир жарроҳлик касалликларни ўтказган беморларни динамик кузатишдан мақсад, ривожланиши мумкин бўлган асоратларнинг олдини олишдир. Кузатув муддати касаллик тури ва оқибатига қараб икки ҳафтадан 12 ойгача чўзилиши мумкин.

Ўткир касалликнинг "қолдиқ белгилари" йўқолса ёки маълум муддат ичида улар кўзга ташланмаса, бу шахслар Д1 гуруҳига ўтказилади.

Агар ўткир жарроҳлик касалликлар сурункали тус олса, беморларни сурункали касалликка эга, деб динамик кузатиш зарур.

Ҳамшира учун диспансеризация ишларини енгиллаштириш мақсадида, аҳолининг барча гуруҳларига ягона шаклдаги кузатув варақалари ишлаб чиқилган. Бу варақаларда кўрикнинг неча

марта ўтказилиши, мутахассисликларнинг таркиби (маслаҳат қилиш учун), лаборатория, асбоб - ускунавий текширувлар ҳажми ва даврийлиги, асосий даволаш-соғломлаштириш тадбирларини ўтказиш, уларнинг самарадорлигини белгилаш кўрсатилган.

Қуйидаги сурункали жарроҳлик касалликлари аниқланган беморлар 100% ҳолларда диспансер назоратида бўлишлари шарт: меъда ва 12 бармоқ ичак яра хасталиги, ўт - тош касаллиги, оёқ артерия қон томирларининг облитерацияловчи касалликлари, қорин бўшлиғининг чандикли касаллиги, меъда - ичак йўли полипоз, қалқонсимон ва сут безларининг дисгормонал касалликлари ва ҳоказо

Ҳамшира "узоқ ва тез-тез касалланиб турувчи" ва оғир касалликларга чалиниш эҳтимоли бор одамларни ҳам диспансер назоратига олиши зарур. Бу турдаги беморлар таркибига қуйидагилар киради: йил давомида 3 - 4 мартадан кўп касалланганлар, битта касаллик бўйича йил давомида 30 - 40 кундан кўп муддатга меҳнатга лаёқатсиз бўлганлар.

НАЗОРАТ УЧУН САВОЛЛАР

1. Ҳамшира томонидан олиб бориладиган диспансеризациянинг мақсади ва вазифалари
2. Диспансеризациянинг ижтимоий ва тиббий асослари
3. Соғлом аҳолини диспансерлаш тартиби
4. Беморларни диспансерлаш тартиби, мақсади, профилактик тиббий кўриклар ва уларнинг даврийлиги
5. Комплексли тиббий кўриклар
6. Беморларни диспансер гуруҳларига бўлиш асослари
7. Диспансеризация тиббий хужжатлари, уларни тўғри олиб бориш қоидалари
8. Диспансеризация ўтказиш самарадорлигини баҳолаш мезонлари
9. Диспансеризация ўтказишда ҳамширанинг асосий вазифалари

ТЕСТ САВОЛЛАРИ

Асептика ва антисептика

1. Оксидлаш хусусиятига эга бўлган антисептик:
 - А. Бор кислота
 - Б. Карбол кислота
 - В. Хлорамин
 - Г. Симоб оксицианид
 - Д. Водород пероксид, калий перманганат
2. Йирингли жароҳат NaCl нинг гипертоник эритмаси шимдирилган тампон ёрдамида дренаж қўйилган. Антисептиканинг қандай туридан фойдаланилган?
 - А. Кимёвий
 - Б. Биологик
 - В. Механик
 - Г. Физик
 - Д. Аралаш
3. Қуйидагилардан қайси бири физик антисептикага мисол бўлади?
 - А. Жароҳатга бирламчи жарроҳлик ишловни бериш.
 - Б. Некрозга учраган тўқимани олиб ташлаш
 - В. Шикастланган жойни тампон ёрдамида дренажлаш.
 - Г. Шикастни антисептик билан ювиш
 - Д. Фермент сақловчи малҳам билан боғлаш
4. Механик антисептикага нима киради?
 - А. Жароҳатга водород пероксид билан ишлов бериш
 - Б. Докали тампон билан дренаж қўйиш
 - В. Ўлган тўқимани олиб ташлаш
 - Г. Гипс боғлами ёрдамида иммобилизация қилиш
5. Водород пероксиднинг қайси хоссаси кучсизроқ?
 - А. Микробга қарши
 - Б. Кўпириш
 - В. Дезодорантлик
 - Г. Жароҳатнинг механик тозаланиши
 - Д. Органолептиклик
6. Қуйидагилардан қайси бири антисептикага мос келмайди?
 - А. Антисептикни организм бўшлиқларига юбориш
 - Б. Мушак орасига антибиотик юбориш
 - В. Антисептикни жароҳат атрофидаги тўқималарга юбориш

- Г. Венага 1% ли фурацилин эритмасини юбориш
Д. Жароҳатни фурацилин эритмаси билан ювиш
7. Санаб ўтилган даволаш турларидан қайси бири биологик антисептикага тааллуқли?
- А. Бирламчи жарроҳлик ишловни бериш
Б. H_2O_2 билан ювиш
В. Мушак орасига стрептомицин юбориш
Г. Сульфадиметоксин қабул қилиш
Д. Оқсилли парҳез
8. Биологик антисептикага тааллуқли эмас:
- А. Вакцина
Б. Специфик зардоб
В. Антибиотиклар
Г. Сульфаниламидлар
Д. H_2O_2 билан ювиш
9. Физик антисептиканинг мазмуни:
- А. Бемор иммунитетини ошириш
Б. Микробларнинг патогенлик хусусиятини сусайтириш
В. Шикастланган соҳадаги микробларни ўлдириш
Г. Шикастланган соҳадаги микроблар ривожланиши учун ноқулай шароит яратиш
Д. Микробларни йўқ қилиш
10. Йирингли жароҳат антисептик эритмаси оқими билан ювилган ва дренажланган. Бу қандай антисептика?
- А. Кимёвий
Б. Физик
В. Механик
Г. Биологик
Д. Аралаш
11. 2 атм босимидаги t^0 132 0 С да, автоклавда асбоб-ускуналарни минимал стериллаш вақти:
- А. 20 минут
Б. 35 минут
В. 45 минут
Г. 1 соат
Д. 1 соат 30 минут
12. Қуйидагилардан қайси бири биксларда сақланаётган материаллар стериллигини текширишнинг энг қафолатлиси ҳисобланади?

- А. Микулич усули
 - Б. Олтингугурт эриши
 - В. Антипирин эриши
 - Г. Бактериологик
 - Д. Бензой кислотаси эриши
13. Формалин буғлари билан стерилланади:
- А. Кесувчи асбоблар
 - Б. Резина қўлқоплар
 - В. Оптик системали асбоблар
 - Г. Докали салфеткалар
 - Д. Шприцлар
14. Спасокукоцкий–Кочергин усулида қўлга ишлов беришда новшадил спиртининг қайси асосий хусусиятидан фойдаланилади?
- А. Антисептик хусусияти
 - Б. ғғларни эриган ҳолатга ўтказиш хусусияти
 - В. Қуритувчи
 - Г. Тери тешикларини кенгайтириш
 - Д. Кўпирувчи эритмалар ҳосил қилиш хоссасига эгаллиги
15. Хаво инфекцияси профилактикасига кирмайди?
- А. Ультрабинафша нурлари
 - Б. Операция майдонига ишлов бериш
 - В. Хаво алмаштириш
 - Г. Операция хонаси вентиляцияси
 - Д. Ниқоб тақиш
16. Биксинг алоҳида секторларида халатлар, ниқоблар, шарчалар жойлаштирилган. Бундай жойлаштириш қандай номланади ?
- А. Махсуслашган
 - Б. Сегментли
 - В. Мақсадга мувофиқ
 - Г. Профиллашган
 - Д. Секторал
17. Операциядан олдин қўлга ишлов бериш усулларида қайбири ёрдамида қўлнинг тўлиқ стериллигига эришиш мумкин?
- А. Хлоргексидин билан
 - Б. Спасокукоцкий - Кочергин усули билан
 - В. Новосепт билан
 - Г. Первомур билан
 - Д. Юқоридагиларнинг ҳеч бири тўғри келмайди

18. Келтирилган муолажаларнинг қайси бири жароҳатларни даволашда асептика талабларига тааллуқли:

- А. Боғлов материаллари ва асбоб-ускуналарни стериллаш
- Б. Операция майдонига ишлов бериш
- В. Тасодифий жароҳатларга жарроҳлик ишловини бериш
- Г. Жарроҳлик қўлқопларини ишлатиш

19. Жароҳатга бирламчи ва иккиламчи ишлов бериш фарқлари:

- А. Бирламчи ишлов жароҳатдан кейин биринчи бўлиб берилади, Иккинчиси эса биринчи ишлов берилгандан кейин қайтадан берилади
- Б. Биринчи ишлов жароҳатнинг бирламчи ва бевосита оқибатлари учун берилади.
- В. Жароҳатда йиринг ёки бошқа инфекция бўлса, иккиламчи жарроҳлик ишлови берилади
- Г. Жароҳатларга бирламчи ва иккиламчи ишлов беришда деярли фарқ йўқ

20. Жароҳатга қўйиладиган бирламчи ва иккиламчи чоклар фарқлари:

- А. Бирламчи чок – бу жароҳатга бирламчи ишлов бериш билан тугатиладиган чок
- Б. Иккиламчи чок - бу жароҳатга иккиламчи ишлов бериш билан тугатиладиган чок
- В. Жароҳат пайдо бўлгандан кейин 48 соат ичида қўйиладиган чокни бирламчи чок, деб ҳисоблаш керак
- Г. Келтирилганларнинг ҳаммаси аниқ эмас

21. Жароҳатнинг эрта ва кечки иккиламчи чокларининг фарқлари:

- А. Эрта иккиламчи чок деганда, 10 - 14 кунда қўйиладиган чоклар тушунилади, кечки иккиламчи чоклар эса 15 - 30 кунда қўйиладиган чоклардир
- Б. Эрта иккиламчи чок пролиферация босқичида қўйилади, Кечкиси эса жароҳатнинг регенерация ва репарация босқичида қўйилади
- В. Эрта иккиламчи чок ҳар доим жароҳат девори кесилмасдан кечкиси эса охиргилари кесилиши билан қўйилади.
- Г. Юқорида келтирилганларнинг ҳаммаси аниқ эмас.

Десмургия

22. Циркуляр боғлам қандай тарзда қўйилади?

- А. Ҳар бир тур олдингисининг 1/2 қисмини ёпади
 Б. Ҳар бир тур олдингисининг 2/3 қисмини ёпади
 В. Ҳар бир тур олдингисини бутунлай ёпади
 Г. Ўзидан олдингиларидан бир бинт кенглигида қўйилади
 Д. Бир - бири билан кесишиб учрашиши тарзида
23. Боғлам қўяётган шахс қандай қоидаларга риоя қилиши керак?
- А. Беморнинг юзига нафас олмаслик учун бемор орқасида туриш керак
 Б. Бемор юзига қараб турган ҳолда боғлам қўйиш зарур
 В. Фақат тананинг боғланаётган соҳасига қараш керак
 Г. ЁРДАМчининг ҳаракатларини кузатиб, боғлаш лозим
 Д. Бемор юзига ва тананинг боғланаётган соҳасига қараш керак
24. Боғлов материали қуйидаги талабларга риоя қилиши керак (нотўғри жавобни кўрсатинг):
- А. Сув ўтказмаслиги
 Б. Эластик бўлиши
 В. Сифатини йўқотмаган ҳолда стерилланиши
 Г. Тўқималарга зарар етказмаслиги
 Д. Капиллярлик хусусиятига эга бўлиши
25. Терига ёпишқоқ пластир ёмон ёпишса, у қуйидагилардан қайси бири шимдирилган пахта ёрдамида артилади?
- А. Первомур
 Б. Хлоргексидан биглюканат
 В. Изотоник эритма
 Г. Эфир
 Д. Глюкоза эритмаси
26. Энса ва бўйиннинг орқа соҳасидаги боғлам материаллари қуйидаги боғлам билан мустаҳкамланади:
- А. Ўайтиб келувчи
 Б. Саккизсимон
 В. Буғдойсимон
 Г. Тошбақасимон
 Д. Судралувчи
27. Елка бўғимини боғлаётганда қуйидагилардан қайси бири қўлланилади?

- А. Айлана
- Б. Спиралсимон
- В. Қайтиб келувчи
- Г. Илонсимон
- Д. Буғдойсимон

28. Бўйин соҳасини боғлаганда содир этиладиган энг кўпол хато?

- А. Меъёридан жуда бўш
- Б. Мустаҳкамланмаган
- В. Меъёридан кўп сиқиб қўйилган
- Г. Кенг бинтдан фойдаланилган
- Д. Жуда кўп айланма боғламлар билан мустаҳкамланган

Қон йўқотиш.

29. Қон кетишининг энг тўлиқ таърифини беринг:

Бу қоннинг оқиб кетишидир.

- А. Ташқи муҳитга
- Б. Организм бўшлиқларига
- В. Организм тўқималарига
- Г. Организм тўқималарига, бўшлиғига ва ташқи муҳитга
- Д. Ташқи муҳит ва организм бўшлиқларига

30. Қон кетишининг сабаблари: энг тўлиқ тўғри жавобни кўрсатинг

- А. Шикастланиш натижасида томирлар деворининг жароҳати
- Б. Қон томири ўтказувчанлигининг ошиши
- В. Сепсис
- Г. Томирлар шикасти, нейротрофик жараён
- Д. Цинга

31. Қон кетишининг анатомик таснифи бўйича фарқланади :

- А. Бирламчи, иккиламчи
- Б. Яширин ички, яширин ташқи
- В. Артериал, веноз, капилляр, паренхиматоз
- Г. Эрта, кечки
- Д. Яккаланган ва кўплаб

32. Қон кетишини тўхтатишнинг усуллари фарқланади:

- А. Вақтинча ва узил-кесил
- Б. Физик, кимёвий
- В. Механик, биологик

- Г. Ишончли, ишончсиз
- Д. Шифокордан олдинги ва шифокор томонидан
33. Вақтинчалик гемостазга эришилади:
- А. Жароҳатда томирни боғлаш билан
- Б. Томирга чок қўйиш билан
- В. Томир протезини қўйиш
- Г. Босувчи боғлам, жгут қўйиш, бармоқ билан босиш
- Д. Диатермокоагуляция
34. Қон йўқотишда компенсация босқичларини кўрсатинг:
- А. Ҳимоя, компенсатор
- Б. Тўлиқ ва қисман
- В. Бирламчи, иккиламчи
- Г. Табиий, сунъий
- Д. Субкомпенсация, декомпенсация
35. Қон кетишини узил-кесил тўхтатиш усуллари:
- А. Механик, биологик, этиологик
- Б. Физик, кимёвий, биологик, аралаш
- В. Механик, физик, кимёвий, биологик
- Г. Механик, физик, патогенетик
- Д. Кимёвий, термик, аралаш
36. Талоқ чуқур ёрилган холларда қон кетишини узил - кесил тўхтатиш:
- А. ғрикни тикиш
- Б. Талоқ артериясини боғлаш
- В. Спленэктомия
- Г. Талоқнинг ёрилган жойини пломбалаш
- Д. Қон кетаётган томирларни тикиш
37. Қон кетишини узил-кесил тўхтатишнинг кимёвий усулида қўлланиладиган препаратлар:
- А. Корглюкон, строфантин
- Б. Тромбин, биологик асептик тампон
- В. Гемостатик губка, фибринли пленка
- Г. Фибринолизин, плазминоген
- Д. Адреналин, CaCl_2 , кумуш нитрат
38. Қон кетишини узил-кесил тўхтатишнинг биологик усулига киради:
- А. Жароҳатни тўқималар билан тампонада қилиш
- Б. Гемостатик губка
- В. Гемотрансфузия

- Г. Тромбин
- Д. Юқоридагиларнинг барчаси

Қон, унинг компонентлари ва қон ўрнини босувчи эритмаларни қуйиш.

39. Қон гуруҳи нима?

- А. Лейкоцитар антигенлар тўплами
- Б. Зардоб оксиллари
- В. Эритроцитар антигенлар тўплами
- Г. Орттирилган антителолар йиғиндиси
- Д. Иммун антителолар тўплами

40. Гемотрансфузион тажрибада АВО системаси антиген ва антителоларининг аҳамияти?

- А. Организм ҳолатини белгилайди
- Б. Қуйилаётган қон мослигини кўрсатади
- В. Юқоридагиларнинг барчаси тўғри

41. Қон гуруҳини аниқлашдаги хатоликларнинг сабаблари:

- А. Реакция ҳарорат шароитининг бузилиши
- Б. Стандарт реактивлар ва қоннинг нотўғри нисбати
- В. Стандарт реактивлар муддатининг ўтганлиги
- Г. Техник хатоликлар ва реакция вақтини ҳисобга олмаслик
- Д. Юқоридагиларнинг ҳаммаси

42. Қон қуйишда қон гуруҳи:

- А. Биринчи гемотрансфузиядан олдин текширилади
- Б. Ҳар бир гемотрансфузиядан олдин текширилади
- В. Текширилмайди, паспортдаги маълумот етарли
- Г. Текширилмайди, касаллик тарихидаги маълумот етарли
- Д. Текширилмайди, анамнездан маълум

43. Қорин бўшлиғига тушган қонни реинфузия қилиш мумкин:

- А. Қорин бўшлиғига тешиб кировчи, ичак жароҳати билан
- Б. Қориннинг ёпиқ шикасти, сийдик пуфагининг ёрилиши билан
- В. Паренхиматоз аъзолар шикасти билан
- Г. Ўқ тегиши натижасида меъда шикастланиши
- Д. Юқоридаги барча ҳолатларда

44. Қуйидагилардан қайси бири қон қуйиш учун кўрсатма эмас:

- А. Ўткир қон йўқотиш
- Б. Йирингли интоксикация, сурункали камқонлик

- В. Қон йўқотиш билан ўтадиган оғир операция
 Г. Буйрак ва жигар фаолиятларининг оғир бузилиши
 Д. Жарроҳлик шок
45. Гемотрансфузиядан сўнг қанча вақт мобайнида беморни динамик кузатиб бориш керак?
 А. Беморни кузатиш шарт эмас.
 Б. 1 соат
 В. 2 соат
 Г. 3 соат
 Д. 5 соат
46. Қуйилган донор қони организмга қандай таъсир этади?
 А. Ўрнини босувчи, қон кетишини тўхтатувчи
 Б. Дезинтоксикацион
 В. Стимуллаштирувчи, озиклантирувчи
 Г. Иммунобиологик
 Д. Юқоридагиларнинг барчаси
47. Плазманинг зардобдан фарқи:
 А. Зардобда лейкоцит ва тромбоцитлар бўлмайди
 Б. Зардобда фибриноген бўлмайди
 В. Зардобда агглютиногенлар бўлмайди
 Г. Зардобда гамма- глобулинлар бўлмайди
 Д. Зардобда консервантлар бўлади
48. Техник жиҳатдан тўғри ўтказилган гемотрансфузиядан кейинги биринчи кунларда кузатилиши мумкин бўлган асоратлар:
 А. Пироген реакциялар
 Б. Тромбоэмболия
 В. Юракнинг ўткир кенгайиши
 Г. Ўткир буйрак етишмовчилиги
 Д. Бош миёда қон айланишининг ўткир бузилиши
49. Гуруҳи мос келмайдиган қон қуйишда кузатиладиган эрта симптомларни белгиланг:
 А. Гипотермия, апатия
 Б. Анурия, гемоглобинурия
 В. Анизокория, брадикардия
 Г. Брадипноэ
 Д. Иситма, бел, қорин, тўш орқасида кучли оғриқлар
50. Қон препаратлари ва компонентларини белгиланг:
 А. Полиглюкин, полифер, альвезин

Б. Плазма, альбумин, лейкоцитар масса

В. Аминокровин, аминокептид

Г. Глюгицир, цитроглюкофосфат

Д. Аминокапрон кислота

51. Қон ўрнини босувчи гемодинамик эритмаларнинг даволовчи таъсир механизми қандай?

А. Артериал босимни пасайтиради

Б. Қонда оксил миқдорини оширади

В. Томирда суюқликни сақлайди

Г. Буйрак фаолиятини стимуллади

Д. Ретикулоэндотелиал системани стимуллади

52. Қон ўрнини босувчи дезинтоксикацион эритмаларнинг таъсир қилиш механизми қандай?

А. Осмотик босимни оширади

Б. Қондаги токсинларни боғлайди

В. Артериал босимни пасайтиради

Г. Гемопозни стимуллади

Д. Қонда оксилни оширади

53. Қандай воситалар осмодиуретик таъсирга эга?

А. Полиглюкин, желатиноль, реополиглюкин

Б. Ацесоль, лактосоль, дисоль

В. Полифер, реоглюман

Г. Маннитол, сорбитол

Д. Аминопептид, аминазол, полиамин

54. Қўп миқдорда қон қуйганда кузатиладиган гомологик қон синдромининг сабаблари:

А. Цитратдан захарланиш

Б. Калийдан захарланиш

В. Аммиакдан захарланиш

Г. Қонни секин қуйиш

Д. Тўқималарнинг мос келмаслик феномени

Юмшок тўқималар шикасти. Очик жароҳатлар.

55. Шокнинг босқичлари:

А. Хушдан кетиш, коллапс

Б. Бошланғич, оралик, терминал

В. Яшин тезлигидаги, ўткир

Г. Эректил, терминал

- Д. Эректил, торпид
56. Шокнинг торпид босқичига хос:
- А. Қон босими пасайиши
 - Б. Юз цианози
 - В. Қўл-оёқлар музлаши
 - Г. Томир уриши сусайиши
 - Д. Юза нафас олиш
57. Янги олинган жароҳат учун хос эмас:
- А. Оғрик
 - Б. Қон кетиши
 - В. Мускуллар қисқариши
 - Г. Жароҳат қирраларининг очилиб туриши
58. Инфицирланиш даражаси бўйича яралар бўлинади :
- А. Йирингли, асептик, заҳарланган
 - Б. Асептик, скальпирланган, йирингли
 - В. Тишланган, янги инфицирланган, асептик
 - Г. Тоза, янги инфицирланган, юқумли
 - Д. Йирингли, янги инфицирланган, асептик
59. Қорин бўшлиғига тешиб кирган жароҳат дейилиши учун қайси тўқима зарарланиши керак:
- А. Тери
 - Б. Мускул
 - В. Париетал қорин парда
 - Г. Висцерал қорин парда
 - Д. Ички аъзолар
60. Жароҳат иккиламчи битганда қуйидагилар бўлмайди:
- А. Ўлган ҳужайралар ва тўпланган қон қуйқаларининг эриши
 - Б. Бирламчи битиш (фибрин билан)
 - В. Грануляциялар ривожланиши
 - Г. Чандиқланиш ва эпителизация
61. Жароҳат қирраларининг очилиб туриш даражаси нимага боғлиқ?
- А. Жароҳатнинг чуқурлигига
 - Б. Нерв толалари шикастланишига
 - В. Фасциялар шикастланишига
 - Г. Мушак ва пайлар шикастланишига
 - Д. Тери эластик толаларининг йўналишига
62. Яллиғланишнинг маҳаллий белгиларига кирмайди:
- А. Шиш

- Б. Цианоз
В. Ҳароратнинг кўтарилиши
Г. Функциянинг бузилиши
Д. Оғрик
63. Жароҳатга бирламчи жарроҳлик ишловини бериш - бу:
А. Жароҳат чеккалари ва тубини кесиб олиш
Б. Чўнтаклар ва бўшлиқларни очиш
В. Йирингли ажратмани чиқариш
Г. Жароҳат чеккалари, деворлари ва тубини кесиб олиш
Д. Жароҳатни антисептик билан ювиш ва гемостаз
64. Жароҳат тубини суяк ташкил қилса, бирламчи жарроҳлик ишловини қай тарзда ўтказиш керак?
А. Суяк уст пардасини кесиб олиш
Б. Ўткир қошиқ ёрдамида суякни қириб олиш
В. Суяк уст пардасини юпқа қилиб олиб ташлаш
Г. Суякни трепанация қилиш
Д. Жароҳат чеккалари ва деворларини кесиб олиш
65. Терининг чегараланган некрози бўлганда қандай ёрдам берилади?
А. Жароҳат соҳасига УВЧ
Б. Гипертоник эритмали боғлам
В. Вишневский малҳамли боғлам
Г. Жароҳатни дренажлаш
Д. Терининг ўлган соҳаларини кесиб олиш
66. Бирламчи кечиктирилган чок қўйилиш муддати:
А. 3 - 4 кун
Б. 5 - 6 кун
В. 8 - 15 кун
Г. Бирламчи жарроҳлик ишловидан сўнг
Д. 20 - 30 кун
67. Кечки бирламчи ишлов иккиламчи жарроҳлик ишловидан нима билан фарқ қилади?
А. Операция техникаси
Б. Операция муддати
В. Боғлам алмаштиришлар сони
Г. Бирламчи жарроҳлик ишлови берилмаганлиги
Д. Дренаж қўйиш ёки қўймаслик билан
68. Бирламчи жарроҳлик ишловидан 8 кун ўтгандан сўнг қандай чок қўйилади?

- А. Бирламчи
 - Б. Провизор
 - В. Бирламчи кечиктирилган
 - Г. Эрта иккиламчи
 - Д. Кечки иккиламчи
69. Бирламчи жарроҳлик ишловини беришга қарши кўрсатмани кўрсатинг:
- А. Қон кетиши
 - Б. Шок
 - В. Жароҳат олгандан сўнг дастлабки соатларда
 - Г. Жароҳат ифлосланганда
 - Д. ОИТС да
70. Жароҳат олгандан сўнг бирламчи жарроҳлик ишлови беришнинг максимал муддати:
- А. 12 соатгача
 - Б. 24 соатгача
 - В. 48 соатгача
 - Г. инфекция ривожланиш белгилари пайдо бўлгунча
 - Д. 8 кунгача
71. Организмнинг шикастланишга бўлган умумий реакциясини ташхисда қандай баҳолаш мумкин:
- А. Жарроҳлик шок
 - Б. Жарроҳлик кома
 - В. Жарроҳлик асфиксия
 - Г. Ўткир қон йўқотиш
72. Кўкрак қафасининг шикастланиши диагностикасида қандай усул кўпроқ қўлланилади?
- А. Рентгенологик текширув
 - Б. УТТ
 - В. Иккинчи қовурғалараро сохадан пункция
 - Г. Ўрта қўлтиқ ости чизиғи бўйича еттинчи қовурғалараро сохадан ўнг томондан торакоцентез
73. Лапаротомияда талоқнинг диафрагма юзасидан 2 см ли ёрилиши VIII қовурғанинг синиши ҳисобига бўлганда қандай операция тавсия этилади:
- А. Талоқ жароҳати тикилади
 - Б. Спленэктомия
 - В. Талоқ тўқимасининг катта чарвига имплантацияси билан спленэктомия

Г. Талоқ жароҳати электрокоагуляцияси

74. Шикастланиш туфайли териси кўчган жароҳатда операцияни қандай тугатиш мумкин?

А. Кўчган тўқима кесиб ташланади

Б. Кесилган тўқима тегишли тўқимага тикилади

В. Красовитов бўйича пластика қилинади

Г. Жароҳатни бекитиш учун кесилган тўқимадан қисман фойдаланилади

75. Инфекция тушиш хавфи бўлган ҳолатларда жарроҳлик аралашувини тугатишнинг оптимал йўли:

А. Найсимон пассив дренаж қолдириб, жароҳатни тикиш

Б. Оқим билан ювиш учун дренаж қолдириб, жароҳатни тикиш

В. Провизор чоклар билан боғлам қўйиш

Г. Натрий хлор гипертоник эритмаси билан боғлам қўйиб, жароҳатни очик қолдириш

76. Меъда жароҳатланганда қандай жарроҳлик усули қўлланади?

А. Жароҳат тикилади

Б. Жароҳат тикилади ва кичик чарви бўшлиғини очиб, меъда орқа девори тафтиш қилинади

В. Кичик чарви бўшлиғини очиб, меъда орқа девори тафтиш қилинади

Г. Меъда жароҳатини кенгайтириб, унинг орқа девори тафтиш қилиш

ЎСМАЛАР

77. Қуйидагиларнинг қайси бири хавфсиз ўсмалар ҳисобланади?

А. Меланома

Б. Фиброаденома

В. Аденокарцинома

Г. Лимфасаркома

Д. Фибросаркома.

78. Қуйидаги келтирилган меъда касалликларидан қайси бири рак олди ҳолатига мансуб?

А. Меъда полипоз

Б. Сурункали атрофик гастрит

- В. Меъданинг сурункали яраси
 Г. Менетрие касаллиги
 Д. Эпителий дисплазияси
 Е. Меъда чўлтоғи гастрити
79. Рак қайси тўқимадан ривожланади?
 А. Етилмаган бириктирувчи тўқимадан
 Б. Безли ёки қопловчи эпителийдан
 В. Қон томирдан
 Г. Лимфа тугунлардан
 Д. Силлиқ ва кўндаланг-тарғил мушаклардан
80. Хавфли ўсмаларга хос эмас:
 А. Капсула бўлиши
 Б. Атипия
 В. Метастаз бериши
 Г. Полиморфизм
 Д. Автоном ўсиши
81. Ўсмани аниқлашда текширув усулларига кирмайди?
 А. Бемор анамнези
 Б. Эндоскопик текшириш
 В. Лаборатор текширув натижалари
 Г. Биопсия
 Д. Бактериологик эзма
82. Ўсма қайси йўл билан тарқалмайди ва метастаз бермайди?
 А. Лимфатик
 Б. Қон томир орқали
 В. Контакт
 Г. Имплантицион, бир бемордан иккинчисига
83. Ўсма дигностикасида қандай усуллар қўлланилади?
 А. Клиник, лаборатор, эндоскопик
 Б. Диагностик операциялар
 В. Рентгено-радиологик
 Г. Цитоморфологик
 Д. Юқоридагиларнинг барчаси
84. Абластик - бу қуйидаги мақсадларга йўналтирилган чора - тадбирлар тизими:
 А. Операция вақтида рак хужайралари тарқалишининг олдини олиш
 Б. Жароҳатда рак хужайраларини бартараф этиш
 В. Беморни бошқалардан ажратиш

- Г. Тиббий ходимлар ўртасида касалликларнинг олдини олиш
Д. Юқоридагиларнинг барчаси
85. Антибластика – бу қуйидаги мақсадларга йўналтирилган чоралар тизими?
А. Операция вақтида рак хужайралари тарқалишининг олдини олиш
Б. Жароҳатда рак хужайраларини бартараф этиш
В. Беморни бошқалардан ажратиш
Г. Тиббий ходимлар ўртасида касалликларнинг олдини олиш
Д. Юқоридагиларнинг барчаси
86. Эпителийдан ривожланган хавфсиз ўсмаларга кирмайди:
А. Папилломалар
Б. Полиплар
В. Атеромалар
Г. Аденомалар
Д. Дермоидлар
87. Гепатопанкреатодуоденал зона ўсмаларини диагностика қилишда қайси диагностик текширув асосий аҳамиятга эга?
А. ФГДС
Б. Рентгенологик дуоденоскопия
В. УТТ
Г. Тери ҳамда жигар орқали холангиография
Д. Ретроград панкреатохолангиография
88. Ингичка ичак ракида қандай асоратлар кўпроқ учрайди
А. Ичак тутилиши
Б. Ўсмадан қон кетиши
В. Ўсма перфорацияси
Г. Юқорида санаб ўтилганларнинг барчаси бир хил даражада
89. Ингичка ичак ўсмасида ичак тутилиши келиб чиқишининг энг кўп учрайдиган механизми қандай ?
А. Ичакнинг ўсма билан обтурацияси
Б. Ичак ҳалқаларининг ўсма атрофида айланган странгуляцияси
В. Инвагинация
Г. Ўсма жойлашган соҳада перистальтика бўлмаслиги натижасида динамик ичак тутилиши
90. Сут беши ракиннинг узоқ аъзоларга метастази кўпроқ кузатилади:
А. Умуртқага
Б. Терига

- В. Ўпкага
- Г. Жигарга
- Д. Буйрак усти безларига

ЖАРРОҲЛИК ИНФЕКЦИЯСИ

91. Жароҳатнинг дастлабки босқичида томирлар кенгайиши ва улар ўтказувчанлигининг бузилиши қайси моддалар ажралишига билан боғлиқ?

- А. Лактатдегидрогеназа
- Б. Ишқорий ва кислотали фосфатаза
- В. Гистамин
- Г. Кислотали РНКаза
- Д. Серотонин

92. Пролиферация даврида қайси хужайралар катта аҳамиятга эга ?

- А. Лейкоцитлар
- Б. Моноцитлар
- В. Капиллярлар эндотелийси
- Г. Макрофаглар
- Д. Фибробластлар

93. Жароҳатда йирингли яллиғланиш ривожланиши учун 1 г тўкимада микроблар умумий сонининг “критик даражаси” қандай бўлиши керак?

- А. $10^5 - 10^7$
- Б. $10^4 - 10^6$
- В. 10^5

Г. $10^5 - 10^6$

Д. $10^3 - 10^4$

94. Госпитал инфекция қўзғатувчиларининг асосийлари ҳисобланади:

- А. Стрептококк, протей, стафилококк
- Б. Кўк йиринг таёқчаси, пневмококк
- В. Протей, стафилококк , кўк йиринг таёқчаси
- Г. Кўк йиринг таёқчаси, клебсиелла, протей, ичак таёқчаси
- Д. Клостридийлар

95. Жароҳатнинг дастлабки босқичида йирингли жароҳатни даволаш учун қандай воситалар қўлланади?

- А. Антисептик, сувда эрувчи асосли кўп таркибли малҳамлар

Б. Протеолитик ферментлар, дегидратация қилувчи препаратлар, сорбентлар

В. Альгипор, эктерицид, метилурацил

Г. ҒҒ асосли малҳамлар

Д. Шостаковский бальзами (винилин)

96. Жароҳатнинг иккинчи босқичида йирингли жароҳатни даволаш учун қандай воситалар қўлланади:

А. Антисептиклар

Б. Некролитиклар

В. Дегидратация қилувчи воситалар

Г. Сувда ва ёғда эрувчи асосли кўп компонентли малҳамлар

Д. Сорбентлар

97. Н.Н.Каншин қачон жароҳатни икки бўшлиқли дренаж найча ва программалаштирилган ювиш билан бир вақтда унинг вакуум-аспирациясини таклиф этган?

А. 1957

Б. 1968

В. 1982

Г. 1974

Д. 1990

98. Қандай жароҳатларда кўпроқ юқумли асоратлар кузатилади ?

А. Кесилган

Б. Эзилиб-йиртилган

В. Санчилган

Г. Ўқ теккан

Д. Санчилиб - кесилган

99. Жароҳатнинг микроблар билан бирламчи ифлосланишининг сабаби:

А. Жароҳатга ёт жисмлар ва чанг тушиши

Б. Боғламни нотўғри қўйиш

В. Боғламни кеч қўйиш

Г. Боғламни ностерил ҳолда қўйиш

Д. Операциянинг кечикиши

100. Жароҳатнинг микроблар билан иккиламчи ифлосланишининг асосий сабаби:

А. Жароҳатга ёт жисмлар ва чанг тушиши

Б. Боғламни нотўғри қўйиш

В. Боғламни кеч қўйиш

Г. Боғламни ностерил ҳолда қўйиш

Д. Операциянинг кечикиши

101. Жароҳатнинг биологик тозаланиш даврида даволаш муолажалари нимага йўналтирилган бўлиши керак?

А. Азот балансини тиклашга

Б. Эпителизацияни тезлаштиришга

В. Ўлган тўқимани тезроқ кўчиришга

Г. Сув-электродит балансини тиклашга

Д. Жароҳат нуқсонининг тирик тўқима билан тўлишини фаоллаштиришга

102. Жароҳатда кўк йиринг таёқчаси ўсишини тўхтатувчи энг эффектив антисептик восита:

А. Йод воситалари

Б. 3% ли борат кислота эритмаси

В. Кумуш воситалари

Г. Фурацилиннинг 1:5000 нисбатдаги эритмаси

Д. Левомеколь малҳами

103. Жароҳат инфекциясининг олдини олишнинг энг самарали усули:

А. Асептик боғлам кўйиш

Б. Антибиотикларни венага юбориш

В. Жароҳатни бирламчи жарроҳлик ишловини бериш

Г. Жароҳатга протеолитик ферментлар юбориш

Д. Жароҳат атрофига антибиотикларни юбориш

104. Жароҳат инфекциясининг олдини олиш учун ишлатиладиган энг самарали дренажлаш усули:

А. Докали турундалар киритиш

Б. Резинали чиқаргич

В. Редон усулида дренажлаш

Г. Оқим билан ювиладиган дренажлаш усули

Д. Ярим найлар

105. Жароҳатда протеолиз кучайиши қайси жараёнга ноўя таъсир қилади?

А. Макрофаглар миграциясига

Б. Жароҳат битишига

В. Протеазалар фаоллиги ошишига

Г. Лейкоцитларнинг бактерия ва тўқима парчаланиш маҳсулотларини фагоцитоз қилишига

Д. Пролиннинг гидроксилланиш жараёнига

106. Янги олинган жароҳатда қандай микроблар кўпроқ учрайди ?

- А. Кўк - йиринг таёқчалари
- Б. Ацинетобактер
- В. Энтеробактер
- Г. Тилларанг стафилококк
- Д. Стрептококк

107. Йирингли ўчоққа тўлиқ жарроҳлик ишловини беришга қарши кўрсатмалар:

- А. Қонда қанд микдорининг ошиши
- Б. Ҳаётий муҳим тузилмалар - нервлар, йирик томирлар, пайлар, бўғим халталарининг шикастланиш хавфи
- В. Нафас етишмовчилиги
- Г. Йирингли жараённинг кенг тарқалганлиги

108. Клостридиал инфекция қўзғатувчиси ҳисобланади :

- А. Cl.perfringens, Cl.Oedematiens, Cl.histolyticum, Cl.septicum
- Б. Cl.oedematiens, Cl.histolyticum, Cl. septicum
- В. Cl.perfringens, Cl.tetani
- Г. Cl.perfringens, Cl.histolyticum, Cl.septicum, Cl.difficile
- Д. Cl.septicum

109. Клостридиал инфекцияли жароҳатда даастлабки белгилар кузатилади:

- А. 5 - 7 суткада
- Б. 3 - 4 суткада
- В. 1 - 2 суткада
- Г. 7 - 10 суткада
- Д. 2 - 3 ҳафтада

110. Клостридиал анаэроб инфекцияни даволашда қандай антибиотикдан фойдаланилади?

- А. Пенициллин
- Б. Метациклин, неомицин
- В. Тетрациклин, метициллин
- Г. Гентамицин, хлорамфеникол
- Д. Амикацин

111. Клостридиал анаэроб инфекция қўзғатувчилари қандай токсик моддаларни ишлаб чиқаради ?

- А. Экзотоксинлар
- Б. Эндотоксинлар
- В. Липополисахаридлар

Г. Альфа - токсин, бета - токсин, ню - токсин, фибринолизин

Д. Нейротоксин

112. Клостридиал инфекция билан касалланганлар кўпроқ нимага шикоят қиладилар ?

А. Тана ҳарорати кўтарилиши, қалтираш

Б. Шикастланган соҳада тери рангининг ўзгариши

В. Шикастланган соҳада кучлироқ босим ва эзилиш ҳиссиёти

Г. Шикастланган соҳада лўққилловчи оғрик

Д. Юрак уришининг тезлашиши

113. Жароҳатда анаэроб инфекция ривожланишининг олдини олишда энг самарали восита:

А. Антибиотиклар

Б. Эрта жарроҳлик ишлови

В. Гангренага қарши зардоблар

Г. Гипербарик оксигенация

114. Жароҳатда ноклостридиал анаэроб инфекцияни чакирувчи микроорганизмлар:

А. Бактериоидлар, фузобактериялар

Б. Протей

В. Пептострептококклар

Г. Стрептококклар

Д. Бифидобактериялар, эубактериялар

115. Жароҳатда ноклостридиал инфекция бўлганда қуйидаги ўзгаришлар кузатилади:

А. Тўқималар қизғиш–кулрангда, кам миқдорда ажралма ажралади

Б. Суюқ тўқ рангли экссудат қурумсимон лахталар аралашмаси билан

В. Тўқималар қонашининг кучайиши

Г. Тўқималар қонашининг камайиши

Д. Тўқималар тўқ - кулрангда, ёғ - томчили тўқ рангли ажралма

116. Юмшоқ тўқималар ноклостридиал инфекцияси қайси клиник шаклда намоён бўлади:

А. Мионекроз

Б. Абсцесс

В. Фасциит

Г. Целлюлит

Д. Лимфаденит, лимфангит

117. Қондаги қайси ўзгаришлар ноклостридиал анаэроб инфекция учун ҳисобланади?

- А. Анемия, гипопропротеинемия
- Б. Лейкоцитоз, моноцитоз
- В. Лейкоцитоз, лимфопения
- Г. Лейкоцитоз, лимфоцитоз
- Д. Анемия, гипербилирубинемия

118. Ноклостридиал анаэроб инфекциянинг экспресс–диагностика усуллари:

- А. Люминесцент микроскопия
- Б. Оқсиллар электрофорези
- В. Газ - суюқлик хроматография
- Г. Иммерсион микроскопия
- Д. Серологик реакция

119. Қайси восита ноклостридиал анаэроб инфекцияни даволаш воситаси ҳисобланади?

- А. Гентамицин
- Б. Метронидазол
- В. Цефамезин
- Г. Оксациллин
- Д. Рифампицин

120. Қайси микроорганизмлар чиритувчи инфекцияни чақиради?

- А. *Cl. oedematiens*.
- Б. *Cl. putrificus*
- В. *Bacteroides fragilis*
- Г. *Proteus vulgaris*
- Д. *Cl. sporogenes*

121. Жароҳатда ҳиднинг бўлиши чиритувчи микроорганизмларнинг қайси маҳсулотларни ишлаб чиқариши билан боғлиқ:

- А. H_2S (сероводород)
- Б. Меркаптан
- В. Метилланган аминлар
- Г. Феноллар
- Д. Аммиак

122. Чиритувчи инфекциянинг маҳаллий белгилари:

- А. Қаймоқсимон, оқиш рангли, қуюқ ажралма бўлиши
- Б. Жароҳат юзаси қизғиш - кулранг, кўп қонайди
- В. Жароҳат ифлос, хира, қизғиш - кулрангда бўлади

- Г. Тўқималар қонашининг кучайиши
Д. Суюқ, тўқ рангли ажралма қурумсимон лахталар аралашмаси билан

КАФТ ВА БАРМОҚ ЙИРИНГЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ

123. Бармоқ дистал фалангаси тери ости панарицийсида қандай кесма бажарилади?

- А. ғнидан
Б. Хочсимон
В. Радиар
Г. Ярим овал
Д. Қирғоғидан

124. Пай панарицийси учун хос:

- А. Бармоқда суст ҳаракатлар йўқлиги
Б. Бармоқнинг тўлиқ, бир текис шишиши
В. Асосий фаланганинг шишиши
Г. Бармоқларни ёзганда уларнинг ҳаракатсизланиши
Д. Бармоқларни ёзганда оғриқнинг кучайиши

125. Суяк панарицийсида касаллик бошлангандан қанча муддат ўтгандан сўнг рентгенологик ўзгаришлар пайдо бўлади ?

- А. 7 кун
Б. 14 кун
В. 3 кун
Г. 1 ой
Д. 3 ой

126. Йирингли лактацион маститнинг асосий сабаблари ҳисобланади :

- А. Сурункали синусит
Б. Тишлар кариеси
В. Сўрғич ёриқлари
Г. Сутнинг димланиши
Д. Сурункали тонзиллит

127. Ўткир гематоген остеомелитни кўпинча чақиради:

- А. Стафилококк
Б. Протей
В. Кук - йирингли таекча
Г. Бактериоидлар
Д. Клостридиялар

128. Организм иммунологик етишмовчилигининг асосий клиник белгилари:

- А. Патологик синишлар
- Б. Аллергик реакциялар
- В. Тўқималардан қон кетишининг кучайиши
- Г. Кўпинча қайтариладиган, тўхтовсиз ёки рецидив инфекция
- Д. Алиментар дистрофия

129. Организмнинг специфик резистентлик омиллари:

- А. Лимфоцитлар, лейкотриенлар, цитокинлар
- Б. Моноцитлар, комплимент системаси, лизоцим
- В. Нейтрофиллар, пропердин, бета–лизинлар
- Г. Базофиллар, лейкокинлар, интерферонлар
- Д. Эозинофиллар, монокинлар, лимфокинлар

130. Организм носпецифик резистентлигининг омиллари :

- А. Комплемент системаси, лизоцим, интерферон
- Б. Нейтрофиллар, моноцитлар, лейкокинлар
- В. Лимфоцитлар, лимфокинлар, монокинлар
- Г. Базофиллар, интерферонлар, бета–лизинлар
- Д. Эозинофиллар, цитокинлар

131. Хужайравий иммунитетни баҳолаш учун қонда ниманинг миқдорини аниқлаш керак?

- А. Лейкоцитлар ва моноцитлар
- Б. Лейкоцитлар ва лимфоцитлар
- В. Лейкоцитлар ва нейтрофиллар
- Г. Т- ва В - лимфоцитлар
- Д. Моноцитлар ва базофиллар

132. Операциядан кейинги даврда йирингли асоратларнинг олдини олиш учун фойдаланилади:

- А. Вакциналар, зардоблар, иммуноглобулинлар
- Б. Гемотранфузиялар
- В. Интерлейкинлар, тималин
- Г. Левамизол, тинидазол
- Д. Пентоксил, метилурацил

133. Йирингли инфекцияда иммунокоррекция учун фойдаланилади:

- А. Левамизол
- Б. Интерлейкинлар
- В. Тималин
- Г. Мецилурацил

Д. Тинидазол

Жарроҳлик Сепсис

134. Ангиоген сепсиснинг қўзғатувчиси:

- А. Стафилококк
- Б. Стрептококк
- В. Ичак таёқчаси
- Г. Кўк - йиринг таёқчаси
- Д. Протей

135. Граммусбат сепсисни кўпинча қайси микроблар келтириб чиқаради?

- А. Стафилококк
- Б. Стрептококк
- В. Ичак таёқчаси
- Г. Кўк - йиринг таёқчаси
- Д. Протей

136. Грамманфий сепсисни чақирувчи микроб :

- А. Стрептококк
- Б. Пневмококк
- В. Ичак таёқчаси
- Г. Менингококк
- Д. Протей

137. Сепсиснинг носпецифик сушт имунотерапиясида қандай дори воситалари қўлланади?

- А. Антистафилококк плазмаси
- Б. Антистафилококкли гаммаглобулини
- В. Полиглобулин
- Г. Лейкоконцентрат
- Д. Анти кўк - йиринг плазмаси

138. Сепсиснинг специфик сушт имунотерапиясида қандай дори воситалари қўлланади?

- А. Антистафилококк плазмаси
- Б. Антистафилококк гаммаглобулини
- В. Полиглобулин
- Г. Лейкоконцентрат
- Д. Анти кўк - йиринг плазмаси

139. Қонда ниманинг камайиши талоқда микроблар кўпайиши ва талоқ катталашишига олиб келади:

- А. Иммуноглобулинлар

- Б. Гаммаглобулинлар
- В. Опсонинлар
- Г. Нейтрофиллар
- Д. Фибронектинлар

Жарроҳлик операциялар. Операциядан олдинги ва кейинги даврлар.

140. Диагностик операцияларга киради:

- А. Аппендэктомия
- Б. Чуррани бартараф қилиш
- В. Лимфа тугунидан биопсия олиш
- Г. Елка бўғими чиқишини тўғрилаш
- Д. Панарицийни очиш

141. Операциялар муддатига қараб фарқланади:

- А. Шошилинч, тезкор, паллиатив
- Б. Режали, шишилинч, кўп босқичли
- В. Шошилинч, тезкор, режали
- Г. Радикал, режали, паллиатив
- Д. Диагностик, шошилинч бўлмаган, бир босқичли

142. Шошилинч операцияларга кўрсатма бўла олади:

- А. Оёқлар веналарининг варикоз кенгайиши
- Б. Липома
- В. Меъданинг перфоратив яраси
- Г. Трофик яра
- Д. Жигар раки

143. Режали операция ўтказилади:

- А. Ўткир аппендицитда
- Б. Чурра қисилганида
- В. Жароҳатланган томирдан қон кетганида
- Г. Асфиксияда
- Д. Ўт пуфагида тош бўлганда

144. Операциядан сўнгги тромбоземболик асоратларнинг олдини олиш учун:

- А. Эластик бинт билан оёқларга боғлам қўйиш
- Б. Антикоагулянтларни қўллаш
- В. Дезагрегантларни қўллаш
- Г. Эрта фаоллаштириш
- Д. Юқоридагиларнинг барчаси

145. Радикал операция ҳисобланади:

- А. Холецистэктомия
- Б. Қизилўнгач жароҳати бўлганда гастростомия
- В. Ичак ракида айланиб ўтувчи анастомоз
- Г. Биопсия
- Д. Плевра бўшлиғи пункцияси

146. Ўпка артерияси тромбоэмболиясини аниқлашда ёрдам берувчи текшириш усули:

- А. Қоннинг кимёвий таҳлили
- Б. ЭКГ
- В. Сийдикнинг умумий таҳлили
- Г. Фибробронхоскопия
- Д. Реовазография

147. Операция жароҳати йиринглашининг олдини олиш учун бажарилади:

- А. Жароҳатга кўплаб, яқин жойлашган чоклар қўйиш
- Б. Жароҳатга ўзи сўрилувчи чоклар қўйиш
- В. Жароҳатни дренажлаш
- Г. Даволаш жисмоний тарбияси
- Д. Герметик боғлам қўйиш

АБДОМИНАЛ ЖАРРОҲЛИК

148. Жигарнинг нормал секретор босими:

- А. 150 мм сув уст
- Б. 200 мм сув уст
- В. 250 мм сув уст
- Г. 300 мм сув уст
- Д. 350 мм сув уст

149. Тинч ҳолатда портал босимнинг меъёрдаги ўлчами бўлиши керак:

- А. 50 - 159 мм сув уст (4 - 11мм сим.уст)
- Б. 250 - 350 мм сув уст(18 - 26 мм сим.уст)
- В. 450 - 550 мм сув уст(33 - 41 сим.уст)
- Г. 650 - 750 мм сув уст(48 - 56 сим.уст)

150. Жигар функцияси бузилган беморларда қандай гуруҳ антибиотикларини қўллаш мумкин эмас:

- А. Пенициллин
- Б. Стрептомицин
- В. Тетрациклин

Г. Цефалоспорин

Д. Аминогликозид

151. 50 ёшли беморда 1,5 ой давомида сарикликнинг турғун ошиши, камқонлик ва вақти-вақти билан тана ҳарорати ошиши аниқланган. Пальпацияда оғриқсиз, катталашган ўт қопи аниқланади. Беморда қайси касалликни тахмин қилиш мумкин ?

А. Ўт қопи ракини

Б. Меъда ости беи бошчаси ўсмаси

В. Ўт - тош касаллиги

Г. Катта дуоденал сўрғич ўсмаси

Д. Жигар эхинококкини

152. Ўткир обтурацион калькулез холецистит реактив шишли панкреатит билан асоратланганда операция қандай ўтказилиши керак ?

А. Холецистостома қўйиш

Б. Холецистэктомия ва чарви халтасини дренажлаш

В. Холецистэктомия, ўт қопи чўлтоғи орқали холедохни дренажлаш, қорин бўшлиғини дренажлаш

Г. Холецистэктомия ва холедохни Т–симон дренаж билан дренажлаш

Д. Холецистэктомия ва қорин бўшлиғини дренажлаш

153. Ташқи сафроли окма яраси бўлган беморда ўт чиқарув йўллари ҳолатини баҳолашнинг энг оддий усулини кўрсатинг:

А. УТТ

Б. РХПГ

В. Тери ҳамда жигар орқали холангиография

Г. Фистулохолангиография

Д. Жигар сцинтиграфияси

154. Холангит ривожланишининг асосий сабаби ҳисобланади :

А. Гепатопанкреатодуоденал зона ўсмаси

Б. Холедохолитиаз

В. Ўткир холецистит

Г. Гепатикохоледохнинг чандиқли стриктуралари

Д. Билиодигестив анастомозларнинг чандиқли стриктуралари

155. Сариклик сабабини аниқлаш учун аҳамиятсиз текширув усули:

А. РХПГ

Б. Лапароскопия

В. Инфузион холангиография

Г. УТТ

Д. Жигар ферментларини текшириш

156. Катта дуоденал сўрғичнинг инфилтратив турдаги ўсмасида дастлаб пайдо бўладиган асоратни кўрсатинг:

А. Қон кетиши

Б. Ўн икки бармоқ ичак стенози

В. Сариклик

Г. Ўн икки бармоқ ичак деформацияси

Д. Ўсманинг меъда ости беши бошчасига ўсиб ўтиши

157. Ўткир панкреатитда эрта операция учун асосий кўрсатмаларни кўрсатинг :

А. Интоксикация кўпайиши

Б. Кучли эндоген интоксикация белгилари билан намоён бўлувчи тарқалган ферментатив перитонит

В. Қориннинг юқори қисмида инфилтрат аниқланиши

Г. Ўткир, кўпинча калькулез, холецистит

Д. 3 - 4 кун давомида камайишга мойиллиги бўлмаган гипербилирубинэмия билан кечадиган сариклик.

158. Меъда ости бешида ўткир яллиғланиш жараёни пасайганда бажариладиган кечки (кечиктирилган) операцияларга асосий кўрсатмаларни белгиланг:

А. Постнекротик кисталар

Б. Панкреатик йўлнинг чандикли стриктуралари

В. ЎТ - тош касаллиги

Г. Дуоденостаз

Д. Панкреатик оқма яра

Е. Барчаси тўғри

159. Ўткир панкреатитнинг эрта йирингли яллиғланиш асоратларининг қайси бири кам ривожланади?

А. Оментобурсит

Б. Панкреатоген паранефрит

В. Меъда ости беши абсцесси

Г. Парапанкреатит

Д. Панкреатоген орқа медиастинит

160. Меъда ости беши кистасининг қандай асоратларида кечиктирилмайдиган аралашувни ўтказиш зарур?

А. Тарқалган перитонитга олиб келувчи кистанинг йиринглаши ва ёрилиши

Б. Холедох эзилиши

В. Кистанинг плевра бўшлиғига ёрилиши туфайли геморрагик ёки йирингли плеврит

Г. Киста бўшлиғига қон кетиши

Д. Ўн икки бармоқ ичакнинг тутилиши

161. Ташқи панкреатик оқма яранинг якуний ташхисини қўйиш учун қайси текширув усули энг осон ва қулай ҳисобланади?

А. Меъда ости беги компьютер томографияси

Б. Меъда ости безини УТТ қилиш

В. Фистулография

Г. Жароҳат ёки оқма яра ажралмасидаги ферментлар фаоллигини аниқлаш

Д. РХПГ

162. Меъда ости безининг қайси касаллиги портал гипертензиянинг жигарга тааллуқли бўлмаган шаклининг ривожланишига олиб келади?

А. Хавфсиз ўсмалар

Б. Рак

В. Псевдотумороз панкреатит

Г. Кисталар

Д. Панкреатолитиаз

163. Меъда ости безининг дум қисми ёрилганда адекват оператив аралашуви нималардан иборат?

А. Чарви халтасини дренажлаш

Б. Ўн икки бармоқ ичакни беркитиб қўйиш

В. Дистал панкреатэктомия

Г. Меъда ости безининг ёрилган жойларини тикиш

Д. Холецистостомия

164. Торакоабдоминал жароҳатда эндоскопик текширувга зарурият туғилганда, диагностик муолажалар қандай кетма-кетликда бажарилади?

А. Торакоскопия - лапароскопия

Б. Лапароскопия - торакоскопия

В. Аҳамияти йук

Г. Индивидуал ёндашув

165. Ўткир миокард инфаркти билан хасталанган 81 ёшли беморда икки соат давомида тўсатдан қориннинг ҳамма соҳасида оғриқ пайдо бўлди. Ковак аъзо перфорацияси билан мезентериал тромбозни дифференциал диагностика қилиш учун жарроҳ қандай усулни қўллаш керак?

- А. Жарроҳ томонидан қайта-қайта кўриб, кузатиш
- Б. Шошилинич лапароскопия
- В. Шошилинич лапаротомия
- Г. Операция қилиш мумкин эмас

166. 36 ёшли бемор қалтираш ва ўнг қовурға равоғи остидаги оғриқларга шикоят қилиб келди. УТТ қилинганда ўт қопада 0,5 см гача диаметрда конкрементлар ва ўт қопа атрофида инфилтрация аниқланди. Жарроҳнинг усули қандай бўлиши керак?

- А. Спазмолитик терапия фонида кузатиш
- Б. Тезкор лапаротомия, холецистэктомия
- В. Лапаротомия, холецистэктомия, ўт чиқарув йўлини дренажлаш
- Г. Тезкор лапароскопик холецистэктомия
- Д. Лапароскопия, холецистэктомия, ўт чиқарув йўллари дренажлаш

167. Ўткир ичак тутилишида гиповолемиянинг асосий сабаби:

- А. Қорин ва ичак бўшлиқларига плазманинг йўқотилиши
- Б. Буйракда электролитлар экскрециясининг бузилиши
- В. Қоннинг томирдан ташқарига чиқиши
- Г. Эндотоксикоз натижасида миокард қисқариш қобилиятининг бузилиши
- Д. Суюқликнинг йўқотилиши ва киришининг камайиши.

168. Перитонит билан оғриган беморни инфузион даволашда айланиб юрган қон ҳажми танқислигининг даражаси ва унинг динамикасини яққол кўрсатади:

- А. Артериал қон босимини
- Б. Марказий веноз босимни
- В. Ҳар соатдаги сийдик миқдорини
- Г. Кислота - ишқор кўрсаткичларини
- Д. Гематокритни

169. Лапароскопик холецистэктомиядан 2 кун сўнг беморда сарғайиш пайдо бўлди. Операциядан кейин қандай асорат юзага келди?

- А. Ўт пуфаги йўли чўлтоғининг етишмовчилиги
- Б. Операция вақтида гепатикохоledохнинг шикастланиши
- В. Операциядан кейинги панкреатит
- Г. Гепатит
- Д. Хоledохнинг клемма - қисқич билан эзилиши

170. Сурункали аппендицитда лапароскопик аппендэктомия бажарилганда чувалчангсимон ўсимта қорин бўшлиғидан қандай йўл билан олиб ташланади?

- А. Киндик остидаги минилапаротом кесма орқали
- Б. 10 мм ли троакар орқали
- В. Ханжарсимон ўсимта остидаги минилапаротом орқали
- Г. 18 мм ли эвакуатор орқали

171. Лапароскопик операцияда инсуффляция ўтказиш учун қандай газдан фойдаланилади?

- А. N₂O
- Б. O₂
- В. CO₂
- Г. Ҳаводан

172. Беморда қорин бўшлиғининг чандиқли жараёни гумон қилинганда, режали лапароскопик операция вақтида тавсия этилади:

- А. Пневмоперитонеумни қўйишда Вереш игнасидадан фойдаланади
- Б. Химояланган троакардан фойдаланади
- В. Хассон бўйича очик лапароскопия
- Г. Лапароцентезнинг атипик жойлари
- Д. «Visiport» видеотроакардан фойдаланиш
- Е. Лапароскопиядан бош тортиш

173. Қийшиқ чов чурраси юзасидан лапароскопик герниопластикада албатта бажарилади:

- А. Инплантатни латерал томондан олиш
- Б. Протезни Купер боғламига мустаҳкамлаш
- В. Чов ҳалқасини тикиш
- Г. Чурра қопини резекция қилиш

174. Лапароскопик герниопластикани ўтказган беморларга жисмоний зўриқишни чеклаш қанча муддатгача тавсия этилади:

- А. 11 ой
- Б. 5 - 7 кун
- В. 7 - 10 кун
- Г. 3 ой
- Д. 6 ой

175. Ўткир аппендицитда лапароскопик операциянинг асосий қулайлиги:

- А. Яхши косметик самара
- Б. Операция давомийлигининг кам бўлиши

- В. Жараённинг табиати ва тарқалганлигига баҳо бериш имкони
- Г. Жароҳат йирингли-септик асоратларининг олдини олиш
- Д. Операциянинг кам ҳаражатли бўлиши

176. Бемор лапароскопик холецистэктомиядан 48 соат кейин қориндаги оғриққа, унинг дам бўлиши ва кўнгил айнишига шикоят қиляпти. Қандай даволаш-диагностик ишлар мақсадга мувофиқ?

- А. Динамик кузатув, қон таҳлили билан бирга
- Б. Релапароскопия
- В. Ичак перистальтикасини комплекс стимуляция қилиш
- Г. Антибактериал терапия
- Д. Лапаротомия, қорин бўшлиғи аъзолари тафтиши

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР.

1. Беморда абсцессни очгандан сўнг жарроҳлик асбоб - ускуналар ювувчи эритмага солинди.

Қандай хатога йўл қўйилди? Асбоб - ускуналарни стерилизацияга тайёрлаш босқичларини кўрсатинг.

2. 12 ёшли қиз велосипедга урилиб кетиб, чап қовурға равоғи соҳасидан кучли зарба олди. Бемор қориндаги оғриқларга шикоят қилади. Тери қопламлари ва шиллиқ қаватлар оқарган. Қорин олд девори пальпациясида чап қовурға равоғи остида оғриқ бор, ён каналларда перкутор тўмтоқлик аниқланади.

Қайси орган шикастланган? Қандай қон кетиши ҳақида ўйлаш мумкин? Ҳамширалик ёрдамини кўрсатиш тартиби.

3. Эркак киши ишхонада чап соннинг ўрта 1/3 қисмига оғир тахта тушиб кетиши натижасида очиқ суяк синиш жароҳатини олди. Ҳамшира жароҳатда алвон рангли, пульсацияли қон кетишини аниқлади.

Қон кетишнинг қайси тури ва уни қандай тўхтатишни кўрсатинг. Тиббий ёрдам кўрсатиш тартиби.

4. 25 ёшли киши суиқасд мақсадида иккала биллак олд юзалари пастки 1/3 қисмига кесилган жароҳатлар етказди. Бемор ранги оқарган, хуши сустлашган, жароҳатлардан тўқ қизил рангли қон оқиб чиқмоқда.

Бу қандай қон кетиши ва уни қандай қилиб тўхташиш мумкин?
Боғлам қўйиш босқичларини кўрсатинг.

5. Конькида учаётган қиз ўнг тиззаси билан музга йиқилди. Тизза соҳасида 3,5 - 2 см ли жароҳати бор, бир оз қон кетмоқда.
Қандай боғлам қўйиш керак? Боғлам қўйиш тартибини кўрсатинг.

6. Беморда бўйин орқа юзаси карбункули аниқланди. Вена ички наркози остида карбункул очилди, некротик тўқималар кесиб олинди.

Қандай боғлам қўйиш керак?

7. Автотранспорт ҳалокатида 45 ёшли эркак киши чап болдирининг ўрта соҳасида очик жароҳат олди. Кейинчалик бу жароҳат йиринглади. Рентгенография қилинганда болдир суякларининг тўлиқ битмаганлиги аниқланди. Шунинг учун гипс боғламини қўйиш керак.

Қандай гипс боғлами қўйилади.

8. Ҳамширага 32 ёшли аёл киши ўнг билагининг пастки 1/3 қисмидаги кучли оғриқлардан билан шикоят қилиб келди. У 3 кун олдин кўчада ўнг қули ёзилган ҳолда йиқилган. Умумий кўрикда билак-панжа бўғими соҳасида деформация, шиш ва пальпацияда кучли оғриқ аниқланган. Фаол ва суст ҳаракатлар чегараланган, оғриқли. Травмедпунктда ўнг тирсак суягининг типик соҳасида силжиб синиши аниқланган. Синган суякларнинг ёпиқ репозицияси бажарилган ва гипс лонгета қўйилган.

Гипс лонгетани тайёрлаш тартиби ва қўйиш техникасини кўрсатинг.

9. Уйини таъмирлаш вақтида бемор оёғи сирпаниб кетиб томдан йиқилди, йиқганда боши билан ерга куч билан урилган. Бемор эс-хуши сустлашган, бошида қон кетаётган жароҳат кўриниб турибди.

Қандай боғлам қўйиш керак?

10. Бемор фельдшерга чап елка бўғими соҳаси лат ейишига шикояти билан мурожаат қилди. Бўғимдаги ҳаракат оғриқ туфайли кескин чегараланган.

Қандай боғлам қўйиш керак?

11. Велосипедда учиш вақтида бола йиқилган ва боши билан асфальтга урилган. Чап ёноқ, энгак ва энса соҳаларида 1,5x2,5 см ли қон кетаётган жароҳатлар кўриниб турибди.

Қандай боғлам қўйиш керак?

12. 60 ёшли бемор киндик чурраси туфайли режали равишда операция қилинган.

Операциядан сўнгги жароҳат боғламининг алмаштириш муддатларини кўрсатинг.

13. 22 ёшли бемор қийшиқ-чов чурраси туфайли операция ўтказгандан 7 кун ўтди, операциядан кейинги давр силлиқ ўтди, жароҳат бирламчи битди.

Чокларнинг олиш тартибини кўрсатинг.

14. Бемор поликлиникага чап қафтада 2 та кесилган жароҳат борлиги шикоят билан мурожаат қилди. Жароҳатлар 3 соат олдин олинган, бироз қон кетган.

Тиббий ёрдам тактикаси, ҳамширалик ёрдами тартибини кўрсатинг.

15. Ўнг буйракдан тош олиш операциясидан 12 соат ўтиб бемор сийдик қопи тўлиб кетганлиги ва ўзи мустақил сийдик ажрата олмаслигига шикоят қилмоқда. Перкуссия ва пальпацияда катталашган сийдик қопи аниқланган.

Ҳамширалик ташхиси, қандай ёрдам кўрсатилиши ва тартибини кўрсатинг.

16. Ҳамширага 2 соат олдин кўчада оёғи қайрилиб йиқилган аёл киши шу соҳадаги кучли оғриқлардан шикоят қилиб келди. Кўздан кечирганда болдирнинг ўрта 1/3 қисмида деформация, шу соҳада маҳаллий оғриқ ва крепитация аниқланган.

Ҳамширалик ташхиси ва ёрдам кўрсатиш тартибини кўрсатинг.

17. Меъда ярасидан қон кетиши сабабли унинг $\frac{3}{4}$ қисми резекция қилингандан сўнг интенсив инфузион терапия қилиш мақсадида

беморга реанимация бўлимида ўнг ўмров ости венаси катетеризацияси амалга оширилган. Интенсив инфузион терапия ўтказилмоқда.

Инфузия пайтида ҳамширанинг вазифалари, катетерни парвариш қилиш тартибини кўрсатинг.

18. Бемор ҳамширага ўнг қўл панжаси кафт орқа соҳасидаги оғриқ, қизариш ва шишдан шикоят қилди. Бу ўзгаришлар 3 кун олдин пайдо бўлган. Умумий кўрикда ўнг қўл, панжа, кафт орқа соҳасида 1,5 x 1,0 см катталиқда шиш ва қизариш аниқланган. Қизаришнинг ўртасида соч ва атрофида инфилтрат бор. Унинг атрофидаги юпкалашиб кетган тери остида 0,2 - 0,3 см ли йиринг йиғилган. Пальпация оғриқли.

Ҳамширалик ташхиси, ёрдамни кўрсатиш.

19. 3 соат олдин кўчада номаълум шахслар билан муштлашиш пайтида бемор темир парчаси билан ўнг елка соҳасидан жароҳат олди, кучли оғриқлар ва ўнг қўл ҳаракатларининг кескин чегараланишидан шикоят қилди. Ўнг қўли мажбурий ҳолатда, ўнг елка соҳасида шиш ва деформация аниқланган. Пальпацияда кучли оғриқ, суяк крепитацияси ва ўнг қўл ҳаракатлари чегараланганлиги кузатилган.

Ҳамширалик ташхиси ва ёрдам бериш тартиби.

20. Номаълум шахс беморнинг қорин соҳасига пичоқ билан жароҳат етказган. Кўрикда қорин олд деворида диаметри 5 см бўлган, бироз қонаб турган, ичак халқаси кўриниб турган жароҳат аниқланган.

Ҳамширалик ташхиси ва ёрдам кўрсатиш тартибини айтинг.

21. 20 ёшли эркак кишида бир неча соатдан бери қоринда оғриқлар, бир неча марта қусиш ва тана ҳароратининг 37,5⁰ С гача кўтарилиши қайд этилган. Ўнг ёнбош соҳасида оғриқ бор, ичи келмаган. Қорин кескин таранглашган, пайпаслаганда оғриқли.

Қайси касалликни гумон қилиш мумкин? Қорин бўшлиғининг ўткир жарроҳлик касалликларида ҳамширанинг тиббий ёрдам кўрсатиш тартиби.

22. Юк машинасидан ёғоч тушириш вақтида бемор устига ёғоч тушиб қисилиб қолган. Бемор чаноқ соҳасидаги кучли оғриқларга, оёқлари билан ҳаракат қила олмаслигига шикоят қилади. Тери қопламлари оқарган, совиган ва ёпишқоқ тер билан қопланган. Томир уриши тезлашган, тўлалиги пасайган.

Олинган жароҳат ҳарактери, бемор аҳволи оғирлигининг сабаби нимага боғлиқ? Ҳамширалик ёрдами кўрсатиш тартиби.

23. Ҳожатга чиққан пайтда беморнинг боши айланиб, ҳушини йўқотган. Кўрик вақтида тери қопламлари оқарган, совиган, ёпишқоқ тер билан қопланган. Томир уриши минутига 130 маротаба, тўлалиги сустлашган. Артериал қон босими 100/70 мм сим уст гача пасайган. Беморнинг кўп миқдорда суюқ, қора рангда ичи келган.

Ҳушдан кетиш ва бемор аҳволи оғирлигининг сабаби нимада? Ҳамширалик ёрдами кўрсатиш тартиби.

24. Ишхонага кетаётган вақтда беморни автомашина уриб кетган. Кўрикда: беҳуш, кўз қорачиқларининг ёруғликка реакцияси йўқ, тери қопламлари оқарган, нафас олиш юзаки ва камайган, томир уришлар сони тезлашган, тўлалиги сусайган, артериал қон босими 90/50 мм сим уст га тенг. Оғзидан, бурнидан ва қулоқларидан қон кетмоқда.

Ҳамширалик ташхиси ва ҳамширалик ёрдами тартибини кўрсатинг.

25. Бемор қорнида тўсатдан пайдо бўлган «ханжарсимон», кучли оғриқдан, кўнгли айнишидан шикоят қилган. Ҳолати мажбурий: оёқлари букилган ва қорнига тортилган. Юзи оқарган, пешонасини совуқ тер босган. Нафас олиши юза, тезлашган. Томир тўлиши сустлашган, тезлашган. Тана ҳарорати кўтарилмаган. Қорни бир оз ичига тортилган, қорин олд девори таранглашган, Щёткин - Блюмберг симптоми мусбат. Перкуссияда жигар тўмтоқлиги аниқланмайди.

Ҳамширалик ташхиси ва ҳамширалик ёрдами кўрсатиш тартибини кўрсатинг.

26. Операцион ҳамшира операцияга тайёрланмоқда. Операция олди хонасида стерил қалпоқ ва никоб такди, қўлларини первомур

(С - 4) эритмаси билан ювди, уларни стерил салфетка билан курук қилиб артди ва операция хонасига кирди.

Операцион ҳамширанинг кейинги ҳаракатлари тартибини келтиринг.

27. Жарроҳ ва ассистент операцияга тайёрланмоқдалар. Қўлларига қабул қилинган усуллардан бири бўйича ишлов бергандан, қуритгандан ва қафтларини 96% ли спирт билан артгандан сўнг операцион ҳамшира ёрдамида стерил халатларни кийишмоқда.

Стерил операцион халатларни кийишда операцион ҳамширанинг ҳаракатлар тартибини келтиринг.

28. 68 ёшли бемор аёл ўнг болдири ички юзасининг пастки 1\3 қисмида 1,5 х 2 см ўлчамли, туби некрозга учраган, атроф териси қизарган ва оғриқли трофик яра мавжуд. Ярага антисептик эритма ёрдамида ишлов берилди, қуритилди ва «Ируксол» малҳами суртилган дока билан ёпилди. Ушбу ҳолатда қандай мустаҳкамловчи боғлам қўйиш мумкин?

29. Бемор К., 20 ёшда, умуртқа поғонасининг бўйин қисми лат еганлиги ва орқа мия шикастланганлиги сабабли декомпрессия қилиш мақсадида, тез холда ламинэктомия қилинди. Бўйиннинг орқа юзасидаги жароҳат салфетка ёрдамида ёпиб қўйилди. Боғлам материални мустаҳкамлаш мақсадида, қандай бинт боғламини ишлатасиз?

30. Бемор С. нинг ёши 28 да, тирсак бурсити жарроҳлик йўл билан очилди. Антисептик эритмалар билан бўғим чўнтаги ювилди, гипертоник эритмага бўктирилган турунда ёрдамида дренаж қилинди, дока-салфетка билан ёпиб қўйилди боғлам материални мустаҳкамлаш учун қандай бинт боғламини ишлатасиз?

31. Ўнг елка чиққанлиги сабабли, ўнг қўл 1 - 1,5 ҳафтага иммобилизация қилиниши керак. Иммобилизация учун қандай бинт боғламини ишлатасиз?

32. Бемор тунги соат 2 да ўткир гангреноз аппендицит туфайли операция қилинган. Эрталаб ҳамшира термометрия қилаётган

пайтда бемор териси оқарганлиги, совук тер билан қопланганлиги, бемор чанқаётганлиги, томирини ушлаб кўрса томир уриши ипсимон эканлигини пайқаган.

Сизнинг ташхисингиз ва қиладиган ишларингиз нималардан иборат?

33. Бемор ёғли овқатларни истеъмол қилганидан сўнг ўнг қовурға ости соҳасида оғриқ пайдо бўлди, кўнгли айниб, қусди, оғриқлар эса ўнг курак остига соҳасига берилмоқда. Беморнинг умумий аҳволи ўрта оғирликда, томир уриши аритмия билан минутига 100 марта. А/Б 110/60 мм сим уст, қорни юмшоқ, ўнг қовурға ости соҳаси оғрикли, ўт пуфагининг туби пайпасланади.

Сизнинг ташхисингиз ва қиладиган ишларингиз нималардан иборат?

34. Бемор «кофе қуйқаси» рангида қусган, ахлати «қора рангда», ярим суюқ ҳолда. Бемор аҳволи оғир .PS-100 АБ 90/60 мм.сим.уст. га тенг. Тери қопламлари оқиш, қорни юмшоқ, оғриқсиз.

Сизнинг ташхисингиз ва қиладиган ишларингиз нималардан иборат?

35. Бемор қорнида тўлғоқсимон оғриқлар пайдо бўлиб, кўнгли айниб, бир неча марта қусди. 2 кундан бери ел чиқмайди ва ичи келмайди. Анамнезидан 3 йил олдин қорни шикастланиши сабабли операцияни бошидан кечирган. Беморнинг умумий аҳволи оғир. Териси оқиш рангда. Томир уриши 1 дақиқада 100 марта, А/Б 110/70 мм. сим. уст. га тенг. Тили қуруқ, қорни асимметрик, ичаклар перистальтикаси кучайган, тимпаник товуш аниқланади.

Сизнинг ташхисингиз ва қиладиган ишларингиз нимадан иборат?

36. Ўткир аппендицит ташхиси билан бемор бўлимга ётқизилди. Операцияга тайёргарлик кўринг. Асбоб-ускуналарни тайёрланг.

37. Бемор ўткир холецистит билан касалхонага ётқизилди. Операцияга тайёргарлик кўринг (керакли ашёларни тайёрланг).

Тест саволларининг жавоблари

1-Д; 2-Г; 3-В; 4-В; 5-А; 6-Г; 7-Г; 8-Д; 9-Г; 10-Д; 11-А; 12-Г; 13-В; 14-Б; 15-Б; 16-Д; 17-Д; 18-А, Г; 19-Б; 20-А; 21-АБ; 22-В; 23-Д; 24-Г; 25-Г; 26-Б; 27-Д; 28-В; 29-Г; 30-Г; 31-В; 32-А; 33-Г; 34-А; 35-В; 36-В; 37-Д; 38-Д; 39-В; 40-Б; 41-Д; 42-Б; 43-В; 44-Г; 45-Г; 46-Д; 47-Б; 48-А; 49-Д; 50-Б; 51-В; 52-Б; 53-Г; 54-Д; 55-Д; 56-Б; 57-В; 58-Д; 59-В; 60-Б; 61-Д; 62-Б; 63-Г; 64-Д; 65-Д; 66-Б; 67-Б; 68-Г; 69-Б; 70-Б; 71-АГ; 72-А; 73-Б; 74-В; 75-В; 76-Б; 77-Б; 78-А; 79-Б; 80-А; 81-Д; 82-Г; 83-Д; 84-А; 85-Б; 86-В; 87-Г; 88-А; 89-В; 90-В; 91-ВД; 92-ВД; 93-Г; 94-Г; 95-АБ; 96-Г; 97-Г; 98-Г; 99-А; 100-В; 101-В; 102-Б; 103-В; 104-Г; 105-Б; 106-ГД; 107-Б; 108-А; 109-Б; 110-АВ; 111-АГ; 112-ВГ; 113-Б; 114-АВД; 115-ГД; 116-АВГ; 117-ВД; 118-В; 119-Б; 120-БГ; 121-В; 122-ВД; 123-Г; 124-БД; 125-Б; 126-ВГ; 127-А; 128-Г; 129-А; 130-АБ; 131-БГ; 132-АД; 133-АБ; 134-А; 135-А; 136-В; 137-АД; 138-Б; 139-В; 140-В; 141-В; 142-В; 143-Д; 144-Д; 145-А; 146-Б; 147-В; 148-Г; 149-А; 150-В; 151-БГ; 152-В; 153-Г; 154-АБ; 155-В; 156-В; 157-БГД; 158-Е; 159-Д; 160-АВГ; 161-Г; 162-В; 163-АВ; 164-Г; 165-В; 166-Д; 167-АВД; 168-БВД; 169-Д; 170-БГ; 171-АВГ; 172-АВД; 173-А; 174-В; 175-В; 176-Б;

Вазиятли масалаларнинг жавоблари

1. 3% ли хлорамин эритмасида дезинфекция қилинмади. Асбоб-ускуналарнинг стерилизация олди ишловини такрор ўтказиш керак. Стерилизация олди ишловининг босқичлари:

3% ли хлорамин эритмасида 60 минут ушлаш, оқар сувда ювиш, ювувчи эритмада 50^0 да 15 мин ушлаш, ҳар бир асбобни обдон ювиш, оқар сувда ювиш, дистилланган сув билан чайиш, қуритиш шкафида 85^0 да қуритиш.

2. Беморда талоқ жароҳатланган ва қорин бўшлиғига ички паренхиматоз қон кетган. ЁРДАМ бериш тартиби: беморни ётқизиш, қорнига музли халтача қўйиш, овқатланиш ва суюқликлар ичишни ман этиш, венага коагулянтлар юбориш, зарур бўлса юрак-қон томир воситаларини юбориш, шокка қарши полиглюкин, желатиноль, реополиглюкин юбориш, беморни

зудлик билан даволаш муассасига тез ёрдам машинаси билан олиб бориш.

3. Артериал қон кетиши. Жгут қўйиш керак. ЁРДАМ бериш тартиби: қон кетишини тўхтатиш, оғриқни қолдириш, жароҳатга асептик боғлам қўйиш, Дитерихс, Крамер ёки бошқа шиналар билан транспорт иммобилизациясини амалга ошириш, зарур бўлганда венага юрак-томир препаратларини юбориш ва инфузион терапия, бемор стационарга тез ёрдам машинасида зудлик билан жўнатилиши лозим.

4. Веноз қон кетиши. Босиб турувчи боғлам қўйиш керак. ёрдам бериш тартиби: жароҳат атрофидаги териға 5% ли йоднинг спиртли эритмаси билан ишлов берилади, қон кетаётган жароҳатга стерилланган докаға ўралган пахта қўйилади ва қаттиқ боғлаб қўйилади, бемор тиббиёт ходими билан стационарга юборилади.

5. Бирлашадиган ёки тарқаладиган (тошбақасимон) боғлам. ЁРДАМ бериш тартиби: тизза бўғими 160⁰ га букилади ва тизза бўғими атрофида циркуляр боғлам қўйилади, бинт ўрамларини навбатма-навбат тиззадан юқоридан ва пастдан ўтказилади, боғлам соннинг пастки 1/3 қисмида мустаҳкамланади.

6. Энсаға ва бўйинға хочсимон боғлам қўйилади.

7. Дарчали гипсли боғлам, у суяк синиқлари ҳаракатсизлигини таъминлайди ва жарроҳлик муолажаларини ўтказишға тўсқинлик қилмайди.

8. Ҳамшира соғлом қўлда бинт ёрдамида лонгетанинг зарур бўлган узунлиги ва кенглигини ўлчайди, шу узунликда гипс - бинтни 5 - 6 қават қилиб тахлайди, шунда иккала чеккалари ўртасига йўналишда ўралади, илиқ сувға ботирилади, гипс боғлам очилади, шикастланган соға шакли ва рельефиға мослаб қўйилади, сўнг устидан циркуляр бинт боғлами билан мустаҳкамланади, бармоқ учлари гипс остида қолмаслиги керак.

9. «Чепец» боғлами.

10. Бошоқсимон боғлам қўйиш керак.

11. «Узанги» боғламини қўйиш зарур.

12. Операциядан сўнгги жароҳат 1 суткадан кейин албатта алмаштирилиши керак, кейин эса зарур бўлса ва чокларини олиш учун алмаштирилади.

13. Чокларни олиш тартиби: чок чизиғига йодонат эритмаси билан ишлов берилади, пинцет билан чок тугуни кўтарилиб, чокнинг тери ости қисми тортилади, чокнинг оқ рангдаги кўринган қисми қайчи ёрдамида кесилади ва чок олиб ташланади, жароҳатга йодонат билан ишлов бериб, боғлам қўйилади.

14. ЁРДАМ кўрсатиш тартиби: қон кетиши тўхтатилади, оғриқсизлантирилади, жароҳат атрофидаги терига антисептик эритма билан ишлов берилади, асептик боғлам қўйилади, зарур бўлса, иммобилизация қилинади, шок ҳолати ва кўп қон кетганда шокка қарши инфузион муолажалар ўтказилади, бемор зудлик билан даволаш муассасасига кузатув остида олиб борилади.

15. Беморда операциядан кейинги рефлексор ўткир сийдик тутилиши. ёрдам кўрсатиш тартиби: сийдик қопи соҳасига илиқ иситгич қўйилади, сув тармоғи очиб қўйилади (оқаётган сув шовқини ҳосил қилинади), спазмолитиклар, оғриқ қолдирувчи дорилар юборилади, агар бу ҳам ёрдам бермаса, юмшоқ резина катетер ёрдамида сийдик қопи катетеризация қилинади.

16. Беморда чап болдир суякларининг ёпик синиши. ЁРДАМ бериш тартиби: Бемор оёғи крамер ёки бошқа шиналар ёрдамида иммобилизация қилинади, наркотик анальгетиклар юборилади, бемор зудлик билан даволаш муассасасига кузатув остида олиб борилади.

17. Стерил қўлқоплар ёрдамида боғлам ечилади, катетер қоққоғига 96% ли спирт эритмаси билан ишлов берилади, қоққоқ орқали игна тиқилиб тортилади, шприцда қон пайдо бўлгандан сўнг дори воситаси юборилади, катетер 1 - 2 мл физиологик

эритма билан ювилади ва 0,2 мл гепарин юборилади, катетер ўрнига ишлов берилади ва боғлам қўйилади, бу ишлар ҳар инфузиядан сўнг такрорланади.

18. Беморда ўнг қўл кафт орқа соҳаси фурункули, уни маҳаллий оғриқсизлантириш остида очиш зарур.

19. Беморда ўнг елка суягининг ёпиқ синиши. ЁРДАМ бериш тартиби: Елка крамер ёки бошқа шиналар ёрдамида иммобилизация қилинади, наркотик анальгетиклар юборилади, бемор зудлик билан даволаш муассасасига кузатув остида олиб борилади.

20. Беморни ётқизиш, овқатланиш ва суюқликлар ичишни ман этиш, жароҳат чеккаларига антисептиклар билан ишлов бериб, асептик боғлам қўйиш, коагулянтлар, зарур бўлса юрак-қон томир воситаларини юбориш, шокка қарши полиглюкин, желатиноль, реополиглюкин юбориш, беморни зудлик билан даволаш муассасасига тез ёрдам машинаси билан олиб бориш.

21. Ўткир аппендицит. Беморни ётқизиш, қорнига музли халтача қўйиш, овқатланиш ва суюқликларни ман этиш, беморни зудлик билан даволаш муассасасига тез ёрдам машинаси билан олиб бориш, наркотик анальгетиклар ва ич сурги воситалар юбориш, ҳуқналар қилиш мумкин эмас.

22. Беморда кўплаб чаноқ суяқларининг синиши. Бемор аҳволининг оғирлиги кўп қон йўқотганлигига боғлиқ. ЁРДАМ бериш тартиби: беморга ётиш ҳолати – «бақа» ҳолати берилади, тиззалари остига валик ўрнатилади, наркотик анальгетиклар қилинади, қон томир ва нафас аналептиклари юборилади, иссиқ ўралади, иссиқ чой ва кофе берилади.

23. Беморда меъда-ичак йўлларида қон кетиши. ЁРДАМ бериш тартиби: беморни горизонтал ҳолатда ётқизиш, қорнига музли халтача қўйиш, овқатланиш ва суюқликларни ман этиш, венага коагулянтлар, зарур бўлса юрак-қон томир воситаларини юбориш, шокка қарши полиглюкин, желатиноль, реополиглюкин

юбориш, меъдага зонд киритиш, беморни зудлик билан даволаш муассасига тез ёрдам машинаси билан олиб бориш.

24. Беморда калла суяги асосининг синиши. Беморни тинч ҳолатда ётқизиш, боши тагига юмшоқ ёстикча ва музли халтача қўйиш, бурун ва қулоқ йўлларида тампонада қилиш, венага коагулянтлар, зарур бўлса юрак-қон томир воситаларини юбориш, беморни зудлик билан даволаш муассасига тез ёрдам машинаси билан олиб бориш.

25. Беморда яра тешилиши. Беморни ётқизиш, қорнига музли халтача қўйиш, овқатланиш ва суюқликларни ман этиш, беморни зудлик билан даволаш муассасига тез ёрдам машинаси билан олиб бориш, наркотик анальгетиклар, сурги воситалар юбориш, ҳуқналар қилиш мумкин эмас.

26. Операцион ҳамшира кичик тиббий ходим ёрдамида стерил халат кияди. Стерил халат кийиш тартиби: педални босиб бикс очилади, эҳтиётлик билан ўралган халат олиниб очилади (бунда стерил халат бошқа кийимларга тегмаслиги керак), халатни аввал ўнг қўлига, сўнг чап қўлига кийилади, кичик тиббий ходим орқа томондан халатни тортиб, ипларини боғлаб қўяди, халат енгидаги иплар 2 - 3 марта айлантрилиб боғланади, белбоғ 30 - 40 см масофада ушланади, кичик тиббий ходим белбоғ учларини олиб орқа томондан боғлаб қўяди.

27. Операцион ҳамшира жарроҳга стерил халат кийдиради. Стерил халат кийиш тартиби: педални босиб бикс очилади, эҳтиётлик билан ўралган халат олиниб очилади (бунда стерил халат бошқа кийимларга тегмаслиги керак), ҳамшира халатни елка соҳаларидан ушлаб, жарроҳнинг иккала қўлига кийдиради, халатнинг юқори қисмини жарроҳ елкасига ташлайди, кичик тиббий ходим орқа томондан халатни тортиб, ипларини боғлаб қўяди, халат енгидаги иплар 2 -3 марта айлантрилиб боғланади, белбоғ 30 - 40 см масофада ушланади, кичик тиббий ходим белбоғ учларини олиб орқа томондан боғлаб қўяди, стерил қўлқоплар кийилгандан сўнг жарроҳ операцияга тайёр ҳисобланади.

28. Бу ҳолда болдирнинг пастки 1/3 қисмига айланма (циркуляр) боғлам қўйилади.

29. Боғлам материални мустаҳкамлаш учун бўйиннинг орқа юзасига хочсимон боғлам қўйилади. Бинтлашдан олдин бўйин сиқилишининг олдини олиш мақсадида пахта қатлами қўйиш.

30. Тирсак бўғимини ярим буккан ҳолда тошбақасимон боғлам қўйилади.

31. Дезо ёки Вельпо боғламлари.

32. Беморда ички қон чувалчангсимон ўсимта артерияси чўлтоғи сабабли ҳам кетиши мумкин. Бунда беморнинг А/Б ини ўлчаб, бемор ҳолати ҳақида жарроҳга хабар бериб, операция хонасини релапаротомия қилиб, қонни тўхтатишга тайёрлаш зарур.

33. Беморда ўткир калькулёз холецистит аломатлари аниқланди. Ташхисни тасдиқлаш учун УТТ қилиниши керак, билирубинни аниқлаш (боғланган ва боғланмаган фракциялари), АЛТ ва АСТ ферментлар, умумий қон таҳлили, лейкоцитоз. Оғриқлар хуружини бартараф этиш мақсадида глюкозо - новокаин аралашмаси, атропин сульфат 0,1% - 1,0 т\о, баральгин 5,0 венага. Агар хуруж бартараф этилмаса, ўт қопи қисқармаса, паранефрал блокада қилинади. Агар 24 соат давомида ҳам хуруж йўқолмаса, унда операция ўтказилади.

34. Беморда меъда - ичак йўлларида қон кетишининг клиник манзараси. Ташхисни аниқлаш учун қуйдагилар зарур: шошилинич гастродуоденоскопия, бунда қон кетиши билан асоратланган меъда ёки 12 бармоқ ичак яра касаллигини, ўсма, қизилўнгач варикоз кенгайган қон томирларидан қон кетишини аниқлаш мумкин. Меъдага зонд қўйиб, уни совуқ сув билан тоза сув чиққунча ювиш керак. Гемостатик терапия муолажаларини бошлаш зарур. Эпигастрал соҳага музли халтача қўйиш лозим ва динамикада томир уриши, А/Б, Нв, Нt ва эритроцитлар миқдорини текшириб туриш даркор.

35. Беморда қорин бўшлиғининг чандиқли касаллиги заминида ичак тутилишининг клиник манзараси. Ташхисга аниқлик киритиш учун Кивуль, Склярров, Валь симптомларини аниқлаш лозим. Бунда қорин бўшлиғини рентгеноскопия қилганда «Клойбер косачалари» аниқланади. Декомпрессия мақсадида назогастрал зонд қўйиш зарур. Сифон хуқнасини қилиш керак. Агар шулардан кейин беморнинг ичи келиб, ел чиқса, қорнидаги оғриқлар йўқолса, унда гомеостазни коррекция қилиб, беморни кузатувда қолдириш керак. Агар юқоридаги муолажалар фойда бермаса, паранефрал блокада, спазмолитиклар қилиш зарур. Булар ҳам самара бермаса беморни операция қилиш лозим.

36. Шприцлар, новокаин эритмаси, йод, спирт, скальпель, диатермакоагуляция, пинцет, Бильрот қисқичи- 6 дона, Фарабеф илмоқлари, Кохер зонди, Гегарнинг игна ушлагичи, иплар.

37. Йод, спирт, скальпель, қон тўхтатувчи қисқичлар - 6 дона, Микулич қисқичлари - 8 дона, шприцлар - 2 дона, метрли 3 та катта салфетка, жигар илмоқлари - 3 та, қайчи, диссектор, иплар, игна ушлагичлар.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

Альбицкий В.Б. Хирургические болезни: клинические лекции для субординаторов. Часть 1-2. – Иваново: Талька, 1993. – 614 с.

Баиров Г.А., Рошаль Л.М. Гнойная хирургия детей: руководство для врачей. – Л., Ленингр. отделение, 1991. - 267 (1) с.: илл.

Брукман М.С. Руководство для операционных сестер. - Л.: Медицина, 1981.

Буянов В.М. Первая медицинская помощь. – М.: Медицина, 1994.

Буянов В.М., Нестеренко Ю.А. Хирургия: учебник для учащихся мед. училищ. - 2-е изд. - стереотип. - М.: Медицина, 1993. - 264 с.

Галкин Р.А., Двойников С.И. Сестринское дело в хирургии. – М.: 2000.- 350 с.

Гаркави А.В., Калашник А.Д., Елизаров М.Н. Иммобилизация при повреждениях конечностей// Мед. помощь. – 1999. - №2. - с. 14-21.

Гостищев В.К. Общая хирургия: учебник для студентов мед. вузов. - М.: Медицина. - 1993. - 575 с.

Граков Б.С. и др. Методы диагностики и интенсивной терапии в неотложной абдоминальной хирургии. – Красноярск: Изд-во Красноярск. Ун-та. 1992. - 236 с.

Грицук И.Р., Ванькович И.К. Сестринское дело в хирургии. – Минск: Вышэйшая школа. - 2000.

Каримов Ш.И., Шамирзаев Н. Хирургические болезни: учебник для студентов мед. институтов. - Ташкент. Изд. Полигр. Объединение им. Ибн Сина. - 1994. - 463 с.

Котельников В.П. Раны и их лечение. - М.: Знание, 1991. - 64 с.

Краснов А.Ф. и др. Сестринское дело. М.: Изд-во «Перспектива», 1999. - 504 с.

Краснов А.Ф. и др. Амбулаторная ортопедия: учебное пособие для студентов старших курсов и интернов. - МЗ России, СамГМУ. - Самара, 1993. - 160 с.

Кузин М.И., Костюченко Б.М. и др. Раны и раневая инфекция: рук-во для врачей. - 2-е изд. Переп. и доп. - М.: Медицина, 1990. - 591 с.

Кузнецова В. Сестринское дело в хирургии. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2000. - 415 с.

Мусалатов Х.А. Медицинская помощь при катастрофах: учебник для студентов мед. вузов. - М.: Медицина, 1994. - 446 с.

Мусалатов Х.А., Силин Л.Л., Гаркави А.В., Костин В.А. Кровотечение, кровопотеря. Компенсация кровопотери при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций. //Мед. помощь. - 1998. - №5-6. - с. 3-8.

Мухина С.А., Тарновская И.И. Атлас по манипуляционной технике сестринского ухода. - М.: АНМИ. 1995.

Мухина С.А., Тарновская И.И. Практическое руководство к предмету «основы сестринского дела». - М., 1998.

Островская И.В., Стецюк В.Г., Цвешко Р.В., Артемова Л.Ф. Сборник карточек тестов, ситуационных задач, программированного обучения и контроля по сестринскому делу, терапии, хирургии, педиатрии, инфекционным болезням. - М.: АНМИ. - 1999.

Попова Т.С. и др. Синдром кишечной недостаточности в хирургии. - М.: Медицина, 1991. - 240 с.

Рябочкин В.М., Назаренко Г.И. Медицина катастроф. - М.: ИНИ, 1996.

Рычагов Г.П., Нехаев А.Н. Методы наложения повязок при травмах и некоторых заболеваниях: уч. пос. для студентов мед. инст. - Минск: вышэйшая школа, 1996. -124 с.

Серебрянцев В.К. Некоторые частные вопросы общей хирургии. - М.: Кругъ, 1994. - 99 с.

Стецюк В.Г. Сестринское дело в хирургии. - М.: АНМИ. - 1999.

Стецюк В.Г. Сестринское дело в хирургии. - М.: АНМИ. - 2001.

Торяник Е.Н. Роль среднего медперсонала в лечении инфицированных ран. //Мед.помощь. - 1999, №2.- с. 21-22.

Хэгглин Юрг. Хирургическое обследование. Перевод с нем. Г.В.Говорунова. - (2-е изд., пер. и доп.). -М.: Медицина, 1991.- 462 (1) с.: илл.

Чеботова Т.И. Новые методы проведения дезинфекции и стерилизации, их использование в практической медицине. //Мед.колледж. - 1996. №2.

Черенько М.П. Брюшные грыжи. - Киев: Здоровья, 1995. - 261 с.

Шапошников А.В. Послеоперационный период. Принципы и схемы.- Ростов-на-Дону: Изд-во Рост. Пед. Инст-та, 1993. - 211 с.

Brunner LS, Suddarth DS. Medical-Surgical Nursing. Sixth edition. Philadelphia, 1988. 1800 p.

Rebecca G. Hathaway. Nursing care of the Critically Ill Surgical Patient. Rockville, Maryland, 1988. 322 p.

МУНДАРИЖА

I БОБ КИРИШ. ҲАМШИРАЛИК ИШИНИНГ МАЗМУНИ	3
ЖАРРОҲЛИК ҲАҚИДА ТУШУНЧА	3
ЖАРРОҲЛИКДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ ЖАРАЁНИНИ ТАШКИЛ ЭТИШ	4
ЖАРРОҲЛИК ГОСПИТАЛ ИНФЕКЦИЯНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ ...	8
II БОБ АСЕПТИКА ВА АНТИСЕПТИКАНИНГ АСОСИЙ ТУРЛАРИ	11
Касалхоналарнинг жарроҳлик бўлими. Поликлиникаларнинг Жарроҳлик хоналарининг тузилиши ва ишининг ташкил қилиниши	17
Операция хонасини тозалаш усуллари	20
III БОБ ЖАРРОҲЛИКДА ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ.....	21
IV БОБ ҚОН КЕТИШИ ВА ҚОН ЙЎҚОТИШ СИНДРОМИ, ТАШХИСИ ВА ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ	25
Қон кетиш ташхиси. Қон йўқотиш даражасини аниқлаш	28
Қон кетишини тўхтатиш усуллари	30
Қон ва қон ўрнини босувчи суюқликларни қуйиш	36
Қон қуйиш тарихи	36
Ўзбекистонда қон қуйиш хизматини ташкил қилиш	38
Қуйилган қоннинг реципиент организмга таъсири	39
Гемотрансфузияга кўрсатмалар.....	40
Мутлақ ва нисбий монеликлар	41
Қон қуйиш усуллари	41
Қон гуруҳлари ҳақида тушунча	43
Қон қуйишнинг асоратлари ва уларнинг профилактикаси	49
Қон компонентлари ва препаратлари	53
Қон ўрнини босувчи дорилар	54
V БОБ ДЕСМУРГИЯ	60
Бинтли боғлам турлари	61
Қотувчи боғламлар	66
VI БОБ ОПЕРАТИВ ТЕХНИКА ҲАҚИДА ТУШУНЧА. ОПЕРАЦИЯ ВАҚТИДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ ЖАРАЁНИНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ	68
VII БОБ ОЧИҚ ЖАРОҲАТЛАР. ЖАРОҲАТГА БИРЛАМЧИ ЖАРРОҲЛИК ИШЛОВИ БЕРИШ. СПЕЦИФИК ИНФЕКЦИЯНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ.....	77
VIII БОБ ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШ СИНДРОМИ	83
Яллиғланиш синдроми туркумига кирувчи йирингли инфекциянинг алоҳида турлари	85
Олий маълумотли ҳамширанинг жарроҳлик инфекция билан хасталанган беморларни даволаш ва парваришидаги роли	96
XI БОБ СУЯК-БЎҒИМ ТИЗИМИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШ СИНДРОМИ ...	98
Ўткир гематоген остеомиелит	98

Ўткир жарроҳлик остеомиелит	100
Ўткир йирингли артрит	101
Йирингли бурсит	102
ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ВА ЙИРИНГЛИ ЖАРРОҲЛИК ИНФЕКЦИЯ	103
ЖАРРОҲЛИК СЕПСИС	106
Х БОБ ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРНИНГ ЁПИҚ ШИКАСТЛАНИШ СИНДРОМИ.....	111
ХI БОБ ТРОФИК, ЁТОҚ, ОҚМА ЯРАЛАРДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ ЖАРАҒНИ	115
ХII БОБ ЖАРРОҲЛИК БЕМОРЛАРНИ ОПЕРАЦИЯГА ТАЙЁРЛАШ ВА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВОЛАШНИНГ АСОСИЙ ЎЩИДАЛАРИ	122
ЖАРРОҲЛИКДА ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ УСУЛЛАРИ	125
ХIII БОБ ЖАРРОҲЛИКДА ОҒРИҚ СИНДРОМИ. ОҒРИҚ СИНДРОМИДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ ЖАРАЁНИНИ ТАШКИЛ ЭТИШ	128
ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАР ВА УЛАРНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ	133
ХIV БОБ ЖАРРОҲЛИКДАГИ АСОСИЙ СИНДРОМЛАР. ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ	138
ХV БОБ ЎТКИР АППЕНДИЦИТ	145
Болалар, қариялар, хомиладорларда ўткир аппендицит кечишининг ўзига хос хусусиятлари	148
Аппендикуляр инфилтрат	150
Перитонит	151
Ўткир аппендицитнинг операциядан кейинги асоратлари	152
ХVI БОБ ЎТКИР ПАНКРЕАТИТ	154
Ўткир панкреатит таснифи	157
Ўткир панкреатит этиологияси	157
Ўткир панкреатит патогенези	159
Ўткир панкреатитнинг клиникаси ва симптоматикаси	161
Ўткир панкреатитни даволаш схемаси	163
ХVII БОБ МЕЪДА ВА ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРАСИНИНГ ТЕШИЛИШИ	166
ПЕРИТОНЕАЛ СИНДРОМ, ПЕРИТОНИТНИНГ ТАСНИФИ	168
Перитонитнинг клиник манзараси ва ривожланиш босқичлари .	170
ХVIII БОБ ЯРА КАСАЛЛИГИНИНГ АСОРАТЛАРИ: СТЕНОЗ, ПЕНЕТРАЦИЯ, МАЛИГНИЗАЦИЯ	175
Пилородуоденал стеноз	177
Яраинг малигнизацияси.....	178
ХIX БОБ МЕЪДА-ИЧАКДАН ҚОН КЕТИШИ СИНДРОМИ	179
Йўқотилган қон ҳажмини баҳолаш	181
Диагностиканинг лаборатория усуллари	184
Диагностиканинг эндоскопик усуллари	185
Рентгенологик текширув усуллари	186
ҚИЗИЛЎНГАЧДАН ҚОН КЕТИШИ	189

МЕЪДА ВА ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРАСИДАН ҚОН КЕТИШИ	191
МЕЪДА ВА ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЎТКИР ЯРАЛАРИ, ЭРОЗИЯЛАРДАН ҚОН КЕТИШИ	193
МЕЛЛОРИ-ВЕЙС СИНДРОМИ	196
XX БОБ ДИСФАГИЯ СИНДРОМИ	199
Кардиоспазм (кардия ахалазияси)	199
Механик торайиш	201
Қизилўнғач касалликларига хос бўлмаган симптомлар	203
Беморни текшириш усуллари	204
Даволашнинг асосий усуллари	205
XXI БОБ ЖИГАР САНЧИҒИ СИНДРОМИ ..	207
Текширув усуллари	211
Ўткир холециститнинг асоратлари	212
Ўткир холециститни даволаш	214
Тошсиз холецистит	215
Ўт-тош касаллиги	216
Сурункали тошли холецистит	217
Механик сариқлик синдроми	218
Механик сариқликнинг дифференциал диагностикаси	220
XXII БОБ ИЧАК ТУТИЛИШИ СИНДРОМИ	223
XXIII БОБ БУЙРАК САНЧИҒИ СИНДРОМИ.....	228
ГЕМАТУРИЯ СИНДРОМИ	231
СИЙДИК ТУТИЛИШИ ВА АНУРИЯ СИНДРОМИ	234
XXIV БОБ ЎСМА СИНДРОМИ	239
Онкологик беморларни текшириш усуллари	241
Онкологик касалликларни даволаш	242
Онкологик беморларни парваришlash ва кузатишда этика ва деонтологиянинг ўзига хос хусусиятлари	244
Онкологик беморларни асоратлар пайдо бўлганда парваришlash	245
XXV БОБ ҚОРИН ЧУРРАЛАРИ	247
Сон чурраси	250
Киндик чурралари	251
Қорин оқ чизиғи чурралари	253
Операциядан кейинги чурралар	254
Кам учрайдиган чурралар	255
Оралик чурраси	256
Чурраларнинг асоратлари	256
XXVI БОБ ВЕНА ҚОН ТОМИРЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ	259
Тромбофлебит	262
АРТЕРИЯ ҚОН ТОМИРЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ	263
Облитерацияловчи атеросклероз	263
Эмболия	264
Сон ва тақим ости артерияларининг атеросклеротик окклюзияси	266
Лериш синдроми	268

Облитерацияловчи эндартериит	269
Қорин аортасининг аневризмаси	272
XXVII БОБ ЭХИНОКОККОЗ	276
XXVIII БОБ ИНГИЧКА ВА ЙЎФОН ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ	279
Крон касаллиги	279
Носпецифик ярали колит	281
Тўғри ичак касалликлари. Геморрой	283
Анал ёриғи	286
Тўғри ичак оқма яралари	288
Тўғри ичак раки	289
XXIX БОБ СУТ БЕЗИ КАСАЛЛИКЛАРИ	291
Мастопатия	291
Сут беzi раки	293
XXX БОБ ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ КАСАЛЛИКЛАРИ	296
Бўқоқ	296
Тиреотоксик бўқоқ	299
XXXI БОБ ЖАРРОҲЛИК БЕМОРЛАРНИ ДИСПАНСЕР КУЗАТИШДА ҲАМШИРАНИНГ РОЛИ	305
ТЕСТ НАЗОРАТИ САВОЛЛАРИ	312
ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР	344
ТЕСТ САВОЛЛАРИНИНГ ЖАВОБЛАРИ	351
ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАРНИНГ ЖАВОБЛАРИ	351
ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР	358
МУНДАРИЖА	361