

У.Ж. Эргашев

ХИРУРГИК КАСАМЛИКЛАР



**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА
ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

У.Ю. ЭРГАШЕВ

ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАР

60910400 – тиббий профилактика ва
60910600 – тиббий биология таълим йўналиши
талабалари учун дарслик

Тошкент - 2023

УМУМИЙ ҚИСМ

ИРУРГИЯ РИВОЖЛАНИШ ТАРИХИ

Тарихий манбаларга кўра қадимги одамлар ҳақида нотўғри тахминлар қилишган, яъни уларнинг фактларига кўра одам жуда соғлом бўлган, барча нарсани табиатдан осонликча олган ва "олтин давр" да яшаган. Лекин изланишлар шунни кўрсатдики, қадимги одамларга табиатнинг зарарли омиллар таъсир қилган (иссиқ ва совуқ ҳаво). Қадимги одамлар очлик ва яхши овқатланмаслик, ёввойи хайвонлар ҳужуми, илон ва захарли хашоратлар чақиши оқибатида ҳаёт ва ўлим чегарасида бўлишган. Шунингдек, тана жароҳатлари, табиий офатлар (яшин уриши, тоғ кўчиши, сел) каби омиллар ҳам уларнинг ҳаётини қисқаришига сабаб бўлган.

Қадимги одам кийим етишмаслигидан, ёмон яшаш жойи, хайвонлар ҳужуми ва эпидемиядан озор чекган. Аёллар туғруқдаги инфекциядан азоб чекишган.

Қадимги Хитойда даволашда барча табиат жараёнлар кучларини инобатга олишган (дарахт, ер, сув, олов, металл). Уларда организм ҳақида анатомик ва физиологик тасаввурлар бўлган. Император қасридагилар учун даволаш муассаси бўлган. У ердаги шифокорларни эпидемия маҳалидагина жамият ишларига жалб қилинганлар. Даволашнинг асосий усули бу чженцзютерапия (игна саншиш ва куйдириш) бўлган. Қадимги Хитойда мандрагора, опий, гашишадан наркоз ушун фойдаланилган. Бунинг натижасида қорин ва кўкрак соҳасидаги операцияларга имконият берилди, лекин феодализм даврида бу ҳолатлар тўхтатилди.

Эрамининг 1000-500 йил аввалги Хиндистон жарроҳлиги ҳақидаги маълумотлар бизгача Ману ва Веда қонунлари китобида етиб келган. Бу китобда 120дан ортиқ жарроҳлик жихозлари ҳақида ёзилган. Хиндистон жарроҳлари қон чиқариш, ампутация, лапаротомия, катарактани олиш, юздаги дефектларни тўғирлаш

учун бурун, лаб, қулоқларни пластик операциясини қила олганлар. Улар краниотомия, эмбриотомия каби акушерлик муолажаларини ўтқизиш йўлларини билишлари билан ажралиб турганлар. Улар томонидан клиник яллиғланиш белгилари ёзилган. Хиндистон жаррохлари яраларни даволашда ёғли боғламлар, қайнаётган суюқликлар, игна саншиш усулларидан фойдаланганлар.

Ассир-Вавилон жаррохлиги касалликни иблислар таъсирида келиб чиқиши ҳақидаги тасаввурларга эга бўлганлар. Шунинг учун улар тумор, яшаш жойини эшигига тахтага ёзилган илтижолар осиган. Улар ички органларга хусусан жигарга фол очишган. Бу ўз навбатида органотопияни ўрганишга тўртки берди.

Қадимги Миср жаррохлиги ўзига хосликка эга. Маълумки уларда ўлганларни балзамлаш кенг қўлланилган. Бу эса ўз навбатида анатомияни ривожланишига сабаб бўлган. Храмлардаги 1-тиббийёт мактаблари яратилишига қарамай жаррохлик сирлари бой одамлар қўлида қолаверган.

Қадимги Греция, Александрия ва Римдаги жаррохлик ҳозирги замонавий жаррохликнинг асоси деб характерланади. Ўша даврни намоёндаси Гиппократ илмий тасдиқлар йўли билан жаррохликка асос солди. Бирламчи ва иккиламчи яра битишларига тушунарли характеристика берган. Биринчи бўлиб йирингли яраларга принципиал ёндашишни ва операциясини ишлаб чиққан. Гиппократ шифокорлар обрўсини ошириб, мактаб яратди ва шифокорлик қасамёдини қўллади.

Қадимги Рим жаррохлиги намоёндаси Гален гладиаторлар шифокори бўлиб, операция техникасини ишлаб чиққан, мурдаларни ўрганган. Гален биринчи бўлиб юрак уриш холатларини, хайвонларда нафас олишни ва агониядаги гладиаторларда ўрганган.

Ўрта Осиёдаги жаррохлик ривожланиши Абу Али ибн Сино (980-1037йил) исми билан боғлиқ. У 100дан ортиқ илмий тиббийёт ишлари муаллифи ҳисобланади. Унинг "Тиб қонунлари" номли 5

томлик асари XVII асрларгача Европадаги кўпгина тиббий мактаблар учун ўқув қўлланма бўлиб келди. У опий, белена, мандрагорани наркоз сифатида қўлларди. Онкологик жаррохлик принципларини ишлаб чиқди, яъни ўсмани соғ тўқимадан кенг кўламда олиб ташлаш, бўйрақдан тош олиб ташлаш операцияларини биринчи бўлиб қилади.

Туғилиш (уйғониш) даври (XV-XVII) черков хизматчиларини рўли камайиши билан характерланади. Бу илмни, санъатни, маданиятни, тиббиётни, шунингдек жаррохликни ривожланишига сабаб бўлди. Уша давр намоёндаси Андрей Везалий (1514-1564) анатомик атлас асосчиси ҳисобланади. У Галендан кейин одам тузилиши - анатомик жаррохликни янги саҳифасини очди. Везалий амалий машғулот пайтида ўлик ёриб ўрганарди. " Одам танаси тузилиши" китоби муаллифидир. А. Везалий мушаклар, бўғимлар, ички органлар, сезги органлар тузилишини системалаштирди.

Амбруаз Паре (1510-1590)- ҳарбий жаррох. Хусусан у ўқотар қуролдан жаррохатланишни, лат еган жаррохатлар турига киришини исботлади. У томонидан жароҳатдаги томир гемостази, ампутация техникаси мукамаллаштирилди.

Уйғониш даврида физиологиянинг ривожланиши Гарвей (1578-1657) ишлари билан боғлиқ. У қон айланиш қонунлари, юрак рўлини, қон айланиш доирасини, капиллярлар, артерия ва веналар бир-бирига боғлиқлигини кашф этди.

Левенгук(1632-1723) линзалардан 720марта катталаштириш имконига эга микроскоп яратди ва гистология фани вужудга келди.

Хирургияни медицина ва шифокорликнинг илмий тан олинishi XVIII асрга тўғри келади. 1724 йил француз жаррохи Лафранш 1-марта Париж унверситетида (Сарбонна) хирургиядан лекция ўқишни йўлга қўйди. 1731 йили Француз жаррохлик академияси ташкил этилди. Гентер университети қошида жаррохлик мактаблар (факултетлар) ташкил этилганди (Лондон, Англия). Жаррохлик интизомларни публикация қилиш, илмий журналлар чиқариш,

жарохатни даволашдаги ишлаш муомиласи, ўтказилган касалликлар натижасида организмдаги ўзгаришларни ўрганиш юзига келди.

Шунга қарамай, ғарбда XVIII-XIX асрларда жаррохликни ривожланиш йўлида қўйидаги камчиликлар мавжуд эди.

1. Операция пайтида оғрик бўлишини огоҳлантирмаслик.

2. Операция жарохатининг йирингли асоратини билмаслик ва уларни профилактикасини йўқлиги.

3. Касалликларни малакали диагностикаси йўқлиги.

4. Қон кетишга қарши курашишни билмаслик ва ўткир анемияни даволаш усулларини юқлиги.

Бу масалаларни хал этиш замонавий жаррохликни йўналишини аниқлаб берди.

Замонавий жаррохлик ўзининг факат йил ва ойига эмас, балки туғилган кунига эгадир; 16-октябр 1846-йил. Бу кун Массачусетсанинг Бош шифохонаси тиш шифокори Виллиам П.Морион ўспиринни олтингугурт эфири билан хушсизлантирди, жаррох Жон С. Варрен субмандибуляр томир ўсмаси операцияси ўтказган. Операция давомида бемор хушсиз бўлган, оғриқни сезмаган, муолажа тамом бўлгандан сўнг, бемор уйғонишни бошлаган. Шунда Варрен ўзининг машхур иборасини келтирди; "Gentlemen, this is a joke!" (Жаноблар бу сахна эмас!).

Замонавий жаррохликни ривожланишида 1-босқисни тўлик "наркоз даври" деса бўлади, у операцияни тиншгина ўтказилишига имконият ошиб беришдан ташқари, хатто хушсиз холатга, тулиқ жаррохга боғлиқ бўлган бемор қаршилиқ курсата олмаслик холатига келтирган.

Замонавий хирургиянинг иккинчи даври ривожланиши - бу асептика ва антисептика эрасидир, инсоният бунинг учун авваламбор Земмелвейс, Пастер ва Листер каби олимларнинг ҳиссаларини билишлари лозим. Ўша даврда, яъни Земмелвейс яшаган даврда бактериялар ҳақида ҳеч қандай маълумот аниқ эмас

эди. Жаррох қанча кўп операция қилса, унинг кийими шунча кўп ифлосланган, шунга қараб унинг катта жаррохлиги аниқланган. Қўллар фақат операция тугагач ювилган.

Земмелвейснинг ажойиб ички туйғуси унга шу нарсани топишга ёрдамлашдики, айнан шу айниётган органик модданинг юқиш манбаи туғилиши ҳалокатли касалликларни келтириб чиқаришини билдирди ва бунини олдини олишни оддий юли қўлни оҳак сувли эритмада ювиш кераклигини таъкидлади. Земмелвейс Вена акушерлик клиникасида кузатишча билим олаётган врачлар бўлимида оналар ўлими, бўлажак акушерлар таҳсил олаётган бўлимга қараганда 4 марта кўп экан. Вахоланки бу бўлимларни кичкина каридор ажратиб турган. Бўлажак врачлар бўлимга анатомик театрдан келишган ва туғайётган аёлларни ифлосланган қўллари билан куришган. Земмелвейс тушиндики айнан шулар ўз қўллари билан ўйга ўлим олиб келишарди. Айнан шу ерда эса кундан-кун янги ҳаёт туғиларди. У исботладикки агар врачлар ва студентлар қўллари хлорли сувда ювишса, ўлим суръати шунча тез пасаяди: ҳақиқатдан ҳам шундан сўнг бу ерда ўлим суръати жуда тез пасайди, ҳаттоки ҳамширалар таҳсил олаётган бўлимдан ҳам. Земмелвейс ўзини 1861 йил Печти шахрида чиқарган китобида буларни хаммасини аниқ ёзди ва асослади. Бутун ҳаёти давомида у ўзини ихтироси учун курашди. Аммо лекин дунё унга ишонишни хоҳламади.

Шу аснода Францияда Пастер доктор эмас, лекин химик ўз ихтиролари изланишлари натижасини ёзма тақдим этди, бижғиш жараёни химик процессга боғлиқлиги - ҳаводаги кислород билан бирга чиришини айтиб ўтди. Пастер изланишлари хулосаси тиббий илм фикрларини илдизларигача ўзгартириб юборди. Айнан шу изланишлари Земмелвейс илмини асослашга хизмат қилди. Тажриба учун Листер бошлаган изланиш асос бўлиб ҳисобланган. Пастер врач бўлмаса ҳам Француз илмий тиббиёт академияси, уни ўзини аъзоси қилиб сайлади. Листер Пастер ишлари билан

Англияда танишди. Улар унга қаттиқ таъсир қилди. Очиқ ва ёпиқ синиш жарохатларини битиши жараёнини қузатиш даврида Листер сездики очиқ синиш пайтида 24 соат мобайнида йиринглаш бошланади, иситма кўтарилади, ёпиқ синишда эса булар бўлмаган. Чунки тери хаводаги ифлосликни киришини химоялайди. Листер буюк фикр эгасидир. Чунки хирургларни вазифаси йиринг тушишини олдини олишдир. Бу аср руҳига қарши эди. 2000 йил давомида яраларни битишида йиринг фойдалидир, кераклидир деб таъкидлашарди *Pus bonum et laudabile*". Бу нарса Листер фаолиятига карбон кислотани синаб кўриш, уни бактерияларга қарши курашувчи дезинфекция восита сифатида операция майдонига тушаётган микробларга қарши қўллаб кўришни ҳаёлига келтирди. Карбол кислота шимдирилган бойламни очиқ синиқ жарохатга қўйди ва у яна бактерияларни жарохатга хаво орқали киришига ишонардик, шунинг учун операция ҳавосига карбол кислотани сачратиб чиқди. Тез орада антисептик давр асептик давр билан алмашинди. Бу билан дунё ҳудди Тренделенбург, В.Бергманн, Шиммельбуш, Климмет ва Фюрбрингер каби наворотларга таъзим қилиши керак эди. Улар тушиндиларки яралардаги бактерияларни йўқотишдан кўра бактерия ярага тушишини олдини олиш муҳим. Тирик тўқималарни иссиқлик йўли билан стерилизациялаш мумкин эмас, лекин ярага тегиб турадиган нарсаларни стерилизациялаш мумкин. 1882 йилда бу билан стерилизациялаш мумкинлиги аниқланди ва шу йили Бонне томонидан дунёда биринчи бўлиб стерилизатор ихтиро қилинди. Кўп йиллар давомида ишлаб чиқилган қоида операцион асептика қоидаларига тўғри келди, қайси биз бунини хозиргача қўллаймиз: стерил халат, стерил изолятор, стерил асбоблар, стерил тикиш материллари. 1890 йилда Америкалик Ҳолстед (Листер шогирди) бу усулни стерил резина қўлқоп билан тўлдирди, 1900 йилда эса Англиялик Генте стерил юз маскасини қўшимча қилди. Жаррохлик операцияларини тарқалишига нисбатан аниқландики асептика

қоидаларига риоя қилишига қарамасдан йиринглаш сони хали юқори. Бунинг сабаби қон кетишини ўз вақтида тўхтата олмаслик, катта гематома пайдо бўлиши, бундан ташқари қўпол асбоблар тўқималарни эзиши, йўғон кетгут ишлатиш ва бошқалар. Швейцариялик биринчи жаррох, Нобел мукофоти совриндори Треодор Кошер таъкидлашича яхшилаб ярани тозалашда шокларни роли: ингичка ипак ва кетгут билан тикиш катта ахамиятга эга. Шикастсиз жаррохликни Европада Кошер, Америкада Ҳолстед яратганлар.

Ҳозирда хирургия – юқори маҳорат, санъат ва шу билан бирга амалий фандир. Ҳозирги кунимизда хирургия бу хирург-операторнинг қила олиши ва унинг хар хил интизомларга бой бўлишдир. Бундай хирургия медицина илмида энг кучли соҳа бўлиб кўринади. Медицинани бошқа хоҳлаган соҳаси специалитини тайёрлашдан кўра, синчков хирургни тайёрлаш кўп вақт талаб қилади. Гиппократ айтиб ўтганидек «Бизнинг ҳунаримизни ўзлаштириш учун кўп вақт талаб қилинади».

Ўзбекистон республикасида хирургия фанининг ривожланиши

Қадимий бой маданияти ва тараққий топган тиббиёти бўлган Ўзбекистонда хирургия фани ўзининг кўп асрлик тарихига эга. Бухоролик улўғ ҳаким, буюк қомусчи олим, йирик файласуф ва истеъдотли шоир, “Тиб қонунлари”, “Китоб аш-шифо” сингари оламшумул асарлар муаллифи Абу Али ибн Синонинг (Оврўпада Авиценна номи билан машхур, 980-1037 йй.) бой илмий мероси фикримизнинг ёрқин далилидир. Бироқ, Чингизхон босқини даврида маданият ва фаннинг инқирозга юз тутиши, Ўрта осие халқларининг ўз озодлиги йўлида араб ва бошқа босқинчиларга



Абу Али Ибн Сино

қарши кўп асрлик кураши, ўзаро келишмовчиликлар, дин ва жаҳолатпарастликнинг ҳуқумронлиги тиббиётнинг ривожини секинлаштирди. Лекин шуни ҳам унитмаслик керакки, бизнинг давримизгача сақланиб келган биринчи манбалар билан ишлашни билмаслик ва улар билан ишлаш имкониятининг йўқлиги (Ўрта осий олимларининг кўпгина биринчи манбалар — қўлёзмалар Лондон, Берлин шунингдек Санкт-Петербург кутубхоналарида сақланди) ҳақиқатни билишга доир билимларимизни чеклаб қўйган. Шунга қарамай, юқорида эслатиб ўтганимиздек, Шарқ табобатининг илмий асосчиларидан бўлган Ибн Сино ўзининг “Тиб қонунлари” китобида оғриқ ва оғриқсизлантириш, шикастланишлар, йирингли-яллиғланиш жараёнлари ва жароҳатлар соҳасида ўзининг чуқур билимларини намойиш эта олган. Тиббиётга оид асарларида (уларнинг сони 40дан ошади), хусусан “Тиб қонунлари”да Ибн Сино бутун Ўрта асрлардаги Оврўпа ва Шарқ табобатининг ўзигача бўлган асосий ютуқларини умумлаштириб ва тизимга солибгина қолмай, балки ўзининг сермашаққат шахсий тадқиқотлари натижалари билан бойитиб, уларни кўп жихатдан ривожлантиришга ҳам муваффақ бўлди. Тиббиёт тарихи билимдони, олим В. Д. Петровнинг эътирофи бўйича, “Тиб қонунлари” ўз даврида одамнинг соғлиғига ва касалликларига тааллуқли билимларни тўла-тўқис ўзига қамраб олган бутун бир тиббий қомусдир (1954).

Туркистон ўлкасини истило қилганидан кейин чор Россияси соғлиқни сақлашни ривожлантиришга жуда кам эътибор берди, чор ҳукумати шу мақсадлар учун ниҳоятда кам маблағ ажратар эди (1913 йилда жон бошига атиги 14 тийин сарфланган).

Туркистонда биринчи даволаш муассасаси 1861 йилда Тошкентда очилган ҳарбий лазарет (1870 йилда у харбий госпиталга айлантирилган) эди. 1872 йилда Самарқандда 20 ўринли шаҳар касалхонаси очилган. Кейинги йилларда Каттақўргон,

Фаргона, Марғилон, Қўқонда (1883), Петро-Александровскда (Тўрткул-1886) шифохоналар очилган.

1903 йилнинг 15 апрелида Тошкентда Қизил Крестнинг хирургик касалхонаси, 1906 йилда эса Тошкент шаҳар касалхонаси қошида хирургик бўлим ташкил этилган эди.

1913 йилдан бошлаб Тошкент вилоятининг Пискент туманида ишлаган Ўзбекистоннинг кекса врачларидан бири А. П. Спиридонов ўша даврдаги хирургик ёрдам ахволи тўғрисида шундай ёзади: “Қизил Крестда П. Ф. Боровский ишлаган эди, у Тошкентда ва хатто бутун Сирдарё вилоятида (хозирги Тошкент ва Сирдарё вилоятларининг ҳудуди) ягона хирург бўлган. Хамма жойдан уни сўраб келишар эди, чунки бошқа вилоятларда хирург йўқ эди...”

1917 йил 7 сентябр ҳукумат декрети бўйиша Туркистон (хозирги Тошкент давлат) дорилфунуни таркибида ташкил қилинган тиббиёт факултети Ўрта осиеда олий тиббий таълимнинг вужудга келишига замин хозирлади. 1930-1940 йилларда Самарқанд, Душанбе, Бишкек, Ашғабот, кейинчалик эса Андижон, Бухоро ва Нукусда тиббиёт олий ўқув юртлари ташкил этилди.

Ўз-ўзидан маълумки, тиббиёт олий ўқув юртларининг хирургик кафедралари аста-секин хирургик мактаблар шаклланадиган марказларга айланди. Улар ихтисослашган жаррохлик ёрдамани ривожлантиришга имкон берди.

Чунончи, П. Ф. Боровский (1863-1932) йирик олим ва Туркистонда илмий хирургиянинг ташкилотчилардан бири бўлган. У ўзининг кўп йиллик умрини хавфли ўсмалар (“Туркистонда хавфли ўсмалар”, 1924; “Хавфли ўсмалар этиологиясига замонавий қарашлар”, 1930), ўт йўллари, меъда ва ўн икки бармоқ ичак ярасининг хирургиясини ўрганишга бағишлаган. Олим тери лешманиози кўзғатувчисини биринчи бўлиб топган. П. Ф. Боровский Тошкент тиббиёт институти госпитал хирургия кафедрасининг ташкилотчиси ҳисобланади. Ўзбекистон Республикасининг хирургияси ривожига катта хисса қўшган

профессорлар: М. С. Астров, И. И. Орлов, С. А. Маъсумов, Л. Д. Василенко ва бошқалар унинг шогирдлари қаторига киради.

П. Ф. Ситковский (1883 – 1933) — Туркистон университети тиббиёт факултетининг ташкилотчиларидан бири, даволаш факултетининг биринчи декани, факултет хирургияси кафедрасининг ташкилотчиси (1920 – 1931йй.) ҳисобланади. У сариқ касаллигида операциядан кейинги қон оқишларни ўрганишга (кон ивишига) катта хисса қўшган, қон ивишини ўрганиш учун коагулометр ихтиро қилган. Олим ўткир аппендицитнинг клиник белгиси – “Ситковский белгиси”ни тасвирлаган (1922), кетгутга ёд буғлари билан ишлов бериш усулини таклиф қилган (1926). П.Ф.Ситковский шунингдек Ўзбекистонда юз-жағ ва пластик жаррохликнинг ташкилотчиси, Тошкент илмий хирургия жамияти ва “Туркистоннинг тиббий тафаккури” деган биринчи тиббий ойнама ташкилотчиси саналади. Унинг клиникасидан профессорлар Г.А. Илин, П.П. Саренко, доцентлар В. М. Парадоксов, Ф.Я. Соколов, Л.М. Обухова ва бошқалар етишиб чиқди.

Тошкент давлат тиббиёт институти умумий хирургия кафедрасини Н. С.Перешивкин ташкил қилган (1920-1933 йилларда) кафедрага мудирлик қилган, у “Пластик цистоскопия атласи”нинг муаллифидир, Ўрта Осиёда эндемик бўғоқни ўрганишни бошлаб берган, Туркистонда урология ёрдамига асос солган ва ташкилотчилик қилган. Унинг шогирдлари Д.Л.Введенский, Г.А.Ротенберг, Е.А.Фракман ва бошқалардир.

Атоқли олим профессор В.Ф.Войно-Ясенецкий (1877-1961) 1917 йилдан бошлаб Тошкент шаҳар касалхонасининг бош врач ва хирурги бўлган, топографик анатомия билан оператив хирургия кафедрасини ташкил қилган (1920-1923 йй.), унинг “Йирингли жаррохлик очерклари” (1934) номли илмий асари Давлат мукофотига сазовор бўлган, у регионар анестезияни, уч шохли

нервни этил спирти билан оғриқсизлантириш методикасини ишлаб чиққан.

Ўзбекистонда қон қуйиш хизматининг ташкилотчиси проф. В. К. Ясевиш (1894—1965) ҳисобланади, унинг “Ўрта Осиё халқларида қон группасини ўрганишга доир материаллар” (1938) номли докторлик диссертацияси республикадаги ҳамма гематологлар учун дастурул амал қўлланма ҳисобланади.

1933 йил 1 сентябрда Тошкентда Марказий қон қуйиш станцияси ташкил этилган бўлиб, у Москвадаги Марказий қон қуйиш институтининг филиали бўлиб қолган. 1940 йилда Марказий қон қуйиш станцияси Ўзбекистон гематология ва қон қуйиш илмгоҳига айлантирилган.

Туркистонда онкология хизматининг ривожланиши проф. П. Ф. Боровскийнинг номи билан боғлиқ, бироқ мунтазам даволаш ва онкологияга қарши профилактик ишлар, онкология, рентгенология ва радиология соҳасидаги илмнинг тараққий этиши 1931 йилда Ўзбекистон рентген-радиологик ва рақ илмгоҳининг диспансер билан бирга очилиши билан бошланди. 1946 йилда Тошкент врачлар малакасини ошириш институти қошида, сўнгра тиббиёт институтларининг қошида ҳам онкология ва рентген-радиология кафедралари ташкил топди.

Ўзбекистонда нейрохирургия айниқса Улуғ Ватан уруши даврида ривожлана бошлади ва Туркистон соғлиқни сақлашининг биринчи халқ комиссари проф. И. И. Орлов номи билан боғлиқ. Катта госпиталларда нейрохирургик бўлимлар ташкил қилиниб, уларда нейрохирургиядан юқори малакали ихтисослашган ёрдам кўрсатила бошланди.

Ўзбекистонда хирургиянинг ривожланиш тарихида республика хирургларининг I съезди (Тошкент, 1965 йил, декабр), сўнгра Ўрта Осиё республикалари ва Қозоғистон хирургларининг I съезди (Тошкент, 1979 йил, 16—17 январ) йирик воқеалардан бўлиб қолди. Бу иккала съезднинг ташкилотчиси Ўзбекистон Республикаси

Фанлар академиясининг академиги, профессор Ўктам Орипович Орипов ҳисобланади. 1986 йилда Тошкентда хирургларнинг 31 съезди ўтди. Хирургларнинг бу катта анжуманлари дастлабки олимлар ўрнига ҳозирги вақтда кўп қиррали ихтисослашган хирургик ёрдамни ва хирургия фанини ривожлантираётган истеъдодли ёшлар, шу жумладан миллий қадрлар етишиб чиққанлигини кўрсатди. 1974 йилда Бутун иттифоқ хирургия илмий маркази Тошкент филиали (ҳозирги Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлигининг Тошкент хирургия илмий маркази) нинг очилиши республикамиз хирургияси тарихида муҳим воқеа бўлиб қолди. Бу марказга Ўзбекистон Республикаси Фанлар академиясининг академиги Восит Воҳидович Воҳидов узоқ йиллардан буён мохирлик билан раҳбарлик қилиб келди ва намунали мактаб яратиб кетди.

Ўзбекистоннинг жарроҳлик бўйича кўзга кўринган олимлари (И. И. Орлов, С. А. Маъсумов, М. П. Постолов, М. А. Ашрапова, С. М. Аъзамхўжаев, Ш. И. Каримов, Ф.Ф.Назирова ва б.) жигар сиррозлари ва портал гипертензия муаммоларини ишлаб чиқишга баракали ҳисса қўшдилар.

Туркистонда эндемик буқоқ муаммоларини ўрганишга проф. Н. С. Перешивкин ташкилотчилик қилган эди. Бу масалани ишлаб чиқишда С. А. Маъсумов, Ўзбекистон Республикаси ФА академиги Ё. Х. Тўрақулов, проф. Р.К. Ислombeков, Р.Й. Омиров, А. Саидхонов ва бошқалар катта ҳисса қўшдилар.

Томирлар хирургиясида қўлга киритилган ютуқлар туфайли академик Ў. О. Орипов, проф. Д.Л. Арустамов, Ш.И. Каримов, Н.П. Пак бўйрақни биринчи марта муваффақиятли кўчириб ўтказишган (1972 йил 12 сентябр) ва бунинг учун Давлат тамонидан мукофот билан тақдирланган. Унинг давоми сифатида, ҳозирда бўйрақни кўшириб ўтказиш ва гемодиализ республика маркази очилган.

Республикада трансплантацион иммунология соҳаси кенг ривожланди (У.О. Орипов ва ходимлари), Россия иммунология

илмгохининг директори, Россия МФА академиги проф. Рахим Мўсаевич Хайитовнинг (Самарқанд тиббиёт институтини тамомлаган) катта ёрдами ва иштирокида Республика иммунология илмгохи ташкил этилди.

Янги йўналиш — эндобилиар хирургияни проф. Ш.И. Каримов ва унинг шогирдлари ишлаб чиқаяптилар. Ушбу кафедрада илмий лаборатория билан бирга таркалган йирингли перитонитни патогенетик даволашнинг экспериментал ва клиник жихатлари муваффақиятли урганиляпти.

Мустақил Ўзбекистон Республикасида жаррохлик фани ва амалиёти тобора жадаллик билан ривожланиб бораёпти.

НТИСЕПТИКА ВА АСЕПТИКА ВА УЛАРНИНГ ТАРИХИ

Хирургик операциялар ҳаттоки, мукамал даражада бажарилган тақдирда ҳам инфекциян асоратлар кўплаб учраши ва ўлимга олиб бориши мумкин. Бу асоратларнинг олдини олиш хирургиянинг асосий мақсади бўлиб, у асептика ва антисептикага асосланади.

Антисептика ва асептика грекча сўз бўлиб, “анти” - қарши ва “сепсис”- чириш сўз бирикмаларидан иборатдир. “А”- инкор этиш ибораси. Бошқача қилиб айтганда, бу йиринглашга қарши ва йирингсиз терапия усуллари дидир.

1867-йил антисептика даврининг бошланиши ҳисобланади: шу йили инглиз хирурги Дж. Листер яраларни даволашда карбол кислотасини қўллай бошлади. Бу ҳақда ўзининг “Суюк синишининг ва йирингли яраларни янги усуллар билан даволаш ва йиринглаш сабаблари тўғрисида мулоҳазалар” деб номланган илмий ишида батафсил кўрсатган.

И.Земмелвейс 1847-йилда туғруқхоналарда туғишдан кейинги сепсиснинг олдини олиш учун хлорли охак сувидан қўлни ювишда фойдаланишни таклиф қилган эди.

Юқорида келтирилган маълумотлар, ҳарбий дала хирургиясини ривожланишига катта ҳисса кўшган. Уларни рационал жамланишини Н.И. Пироговни ҳаётий ва илмий ишларида кўришимиз мумкин. Масалан, Н.И. Пирогов XVIII асрнинг уруш йилларида шифокор бўлиб қатнашган ва ХДХ қонунларини, ишлаш принципларини, қоидаларини амалиётга тадбиқ қилиб, кўрсатиб, илмий асослаб берган.



Дж. Листер



И.Земмелвейс



Н. И. Пирогов



Э.Бергман



Пироговнинг шогирди Э.Бергман ва К.Шиммельбуш асбобларни юқори температурада қайнатиш ва юқори буғ босими остида стерилизация қилишни таклиф этган эди. 1940-йилдан бошлаб антибиотикларнинг ишлаб чиқарилиши йиринглаш ва аллиғланишни даволашда янги даврни очиб берди.

Антисептика – жароҳатда ва бутун организмда жойлашган ва ривожланаётган инфекцияга қарши кураш чора-тадбирлар комплекси.

Асептика – жароҳатга, ярага инфекция тушишининг олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар маҳсулидир. Яра билан контактда бўладиган ҳар бир нарса-объект инфекциядан ҳоли бўлиши, яъни стерилланган бўлиши шарт.

Замонавий антисептика асептика билан узвий боғлиқ бўлиб, бутун бир умумий тизимига бирлашади.

АНТИСЕПТИКА

Антисептика таъсир қилиш усулларига қараб қуйидагиларга бўлинади: механик, физикавий, кимёвий ва биологик антисептика.

Бу усуллар амалда бир-бирини тўлдириб кўпинча биргаликда қўлланилади.

Механик антисептика - бу хирургик усул бўлиб, яралардаги ёт жисмларни ва ўлган тўқималарни олиб ташлашга асосланган. Бунинг асосида яраларни хирургик зарарсизлантириш ётади, бу эса антисептика ва асептика қоидаларига тўла риоя қилинган ҳолда операция хонасида бажарилади. Яраларнинг атрофи, ён девори ва туби кесилиб ўлган тўқима ва микроблардан тозаланади. Зарур бўлганда остки қават тўқималарини текшириш учун яра канали бўйича кенгайтириб кесилади (1-расм). Яранинг атрофини кесиш терининг атрофидан бошлаб ичкарига борилади ва бунда некротик ва ўлган тўқималар йўқотилади. Бу усул 1898-йили П.Фридрих томонидан таклиф этилган.



1-расм. Жароҳат каналини кенгайтириш

Йиринглаган, тикилган яра ва операция яраларининг чокларини заруратга қараб, уларнинг бирон қисми ёки барчаси олиб ташланади.

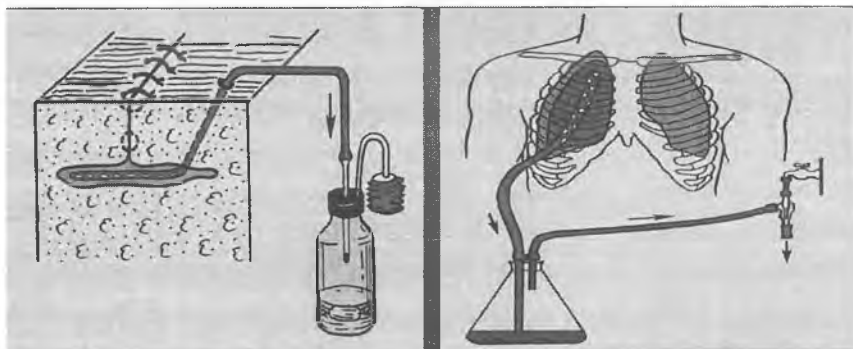
Ярадан йиринг, қон ва бошқа ажралиб чиқувчи зардобларнинг бемалол оқиб чиқишини таъминлаш учун дренаж ва алоҳида боғлаш материалларидан фойдаланилади. Механик антисептикага яра ва бўшлиқларни суюқлик пуркаб ювиш ҳам киради.

Физикавий антисептика – боғлов материалларининг физикавий хоссаларига ва бошқа физикавий омилларга асослангандир. Яра ва бўшлиқларнинг инфекциясини ёпиқ ва очиқ усулда даволаш стерилланган ламинар ҳаво оқими каркас остида даволаш ультрабинафша нурлари (УБН), ультра юқори частоталар (УЮЧ), рентген, лазер нурлари ва муз билан даволаш ҳам физикавий антисептика усулларига киради. Физикавий антисептиканинг асоси ифлосланган ярадан ажралиб чиқаётган суюқликларни дренаж орқали ташқарига чиқаришдир (2-расм). Физикавий антисептикада дренаж ва тампонлар кенг миқёсда қўлланилади.

Ҳозир яраларга дренаж қўйишга турли хил резинали полихлорвинил трубкалар, қўлқоп резинасидан тайёрланган пиликсимон чиқарувчилар ҳамда докали тампонлар қўлланилади. Бу рус олими М.Я.Преображенский томонидан қўлланилган ва у 1894-йилда “Боғлов материалларининг физикавий хусусиятлари” тўғрисида диссертация ёқланган.

Дренаж қўлланишдан мақсад яра ва унинг антибиотиклар ҳамда бошқа антисептик моддаларни юбориш ва уларни ювишдан

иборат. Бу физикавий, кимёвий, механик ва биологик антисептика усулларини биргаликда қўлланишидир.

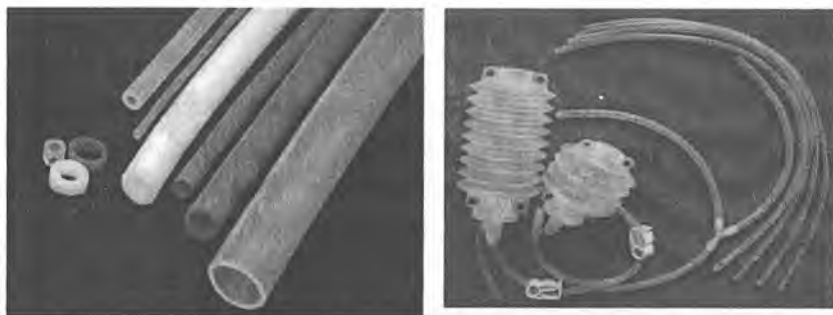


2-расм. Жароҳат бўшлиғи ва плевра бўшлиғини дренажлаш

Докали тампонлар орқали ярадаги суюқлик ташқарига оқади. Яраларга тампон ва дренаж қўйиш уларни гигроскопик дока билан боғлаш, унинг физикавий хоссаларига – капиллярлигига ва сўрувчанлигига асосланган. Гигроскопик дока тампоннинг таъсири дренаж функцияси узоқ муддатга чўзилмайди, яъни у 4-6 соат ичида йирингга тўлади. Бундай тампон ярадан йиринг оқиб чиқишига қаршилик қилади, шунинг учун тампонларни алмаштириш зарурати туғилади. 5% ли глюкоза, гипертоник тузли эритмалар бактерицид таъсир қилиб, ярадаги йирингларни сўриб олувчи тампонга қараб ҳайдайди.

Бактериялар учун озиқлик моддаси бўлган суюқликлар сўрилиб, тўқималарнинг емирилиши бактерияларнинг ривожланиши ва уларнинг организмни заҳарлаш қобилияти камаяди. Шунинг учун тампоннинг дренаж вазифасини кучайтириш учун у 10% ли глюкоза, магnezия сульфати эритмасига бўктирилади. Кўп ҳолларда, дренаж ва тампонлар бирга қўлланилади. Резинали пиликсимон дренаж (чиқарувчи) сўриш қобилиятига эга эмас, лекин у суюқ экссудатни тоза ярадан оқиб чиқишига хизмат қилади.

Бу хилдаги дренаж операциядан кейинги биринчи соатларда қўлланилади. Кўпинча бир ва кўп каналли дренажлардан фойдаланилади, уларда 2, 3 ва учтадан кўпроқ мураккаб тешиклар бўлади. Кўпчилик ҳолларда поливинилхлорли трубкalar ишлатиш мақсадга мувофиқ. Чунки улар яллиғланиш келтириб чиқармайди. Резина трубкalar учун яллиғлантириш ҳарактерлидир. Дренажларнинг ўлчами яра бўшлиғи ҳажмига қараб аниқланади. Кичик яраларда бармоқда ва қўлда 2-5 мм размердан, катта чуқурларда эса 10 ва 20 мм размердаги дренаж найчалар ишлатилади (3-расм).



3-расм. Турли ўлчамдаги дренаж найчалар

Дренаж найначалар ёнидаги тешиги яра бўшлиғининг жойлашувига қараб қўйилади. Дренаж қилиш техникаси алоҳида аҳамиятга эга. Жароҳатни дренаж қилишнинг ҳар қандай усулида ҳам яра ёки бўшлиқнинг тубига қўйилиши керак ва трубканинг чиқиш томонини манбанинг энг пастки томонидан чиқарилади. Бу ҳолда яранинг ичидаги бор нарсалар оғирлик кучи қонун-қондаси асосида ташқарига оқади. Дренажлар ярага, бўшлиқларга (бўғимга – йирингли артритда, плевра бўшлиғига – йирингли плевритда, қорин бўшлиғига – перитонитларда) тўпланган йирингли экссудатларни ташқарига чиқаради. Ҳосил бўлган йиринг тўқималар оширилишининг маҳсуллари ва булар билан бирга микроорганизмлар ҳам бир ёки бир неча дренаж орқали боғламга

келиб сўрилади. Дренаж трубка орқали антисептик солинган идиш билан туташган бўлиши мумкин, бу ҳолда ярадаги ажралмалар идишга келиб тушади ва боғичнинг ифлосланишини камайтиради. Ярани даволашда дренажни тўғри қўллаш катта аҳамиятга эга. Дренаж қўллаш вақти турличадир. Агарда дренаж ярадан қон ва яра эксудатини чиқариш учун қўйилган бўлса, уни 48 соатдан сўнг олиш мумкин. Операция ярасининг йиринглаш хавфи бўлса, у ҳолда дренаж трубкаси 6-7 кундан сўнг олинади. Абсцесс ва йирингли бўшлиқларни дренаж қилиш муддати тузалиш жараёни билан белгиланади. Ярани дренажлаш асептика қоидаларига қаттиқ амал қилишни талаб этади. Шунинг билан чиқармаслик керакки, дренаж инфекция учун кириш дарвозаси ҳам бўлиши мумкин.

Дренажнинг таъсир кучи ўч кўриниш билан ажралиб туради:

Биринчиси: йиринг ва яранинг ажралмалари дренаж трубкалари орқали оғирлик кучи туфайли оқиб чиқади (агарда дренаж трубкаси яранинг энг пастки қисмидан чиқарилган бўлса ва касал ўзига қўлай вазиятда бўлса).

Иккинчиси: дренажнинг капиллярлик – сўриб олиш хоссасига асосланган. Бу керосин чироқдаги пиликни сўриш хоссасига асосланган. Бундай дренаж пассив ҳисобланади. У яра ичидаги ажралмаларни пассив оқиб чиқишга мўлжалланган.

Учинчи таъсир механизми – бу ярани актив дренаж қилиш. Актив антибактериал принципи ярани узоқ муддат антибактериал эритмалар билан ювиб туришга асосланган бўлиб, бу йирингли экссудатни, детритни механик равишда ташқарига чиқаради ва антибактериал эритмаларнинг бевосита таъсир этишига шароит яратиб беради.

Актив дренажнинг яна бир тури – бу аспирацион ёки сифонли дренаж бўлиб, шундай мосламалар қўлланиладигани, дренаж системасида паст босим ҳосил қилиб, бу яранинг ичидаги бор нарсаларни ташқарига чиқаришга ёрдам беради.

Актив дренаж қилиш (ҳар қандай кўринишда): шприц, резина, груша актив дренаж учун бир маротаба фойдаланиладиган мосламалар электр-сурғич Редоннинг вакуум дренажи, Бюлау дренажи, Субботин-Пертес усули билан дренаж қилиш, Бобров аппарати актив дренажнинг Н.Н.Каншин бўйича маълум миқдордаги вакуум ҳосил қилиш – аспирация усули зарур ҳолларда қилиниши керак.

Пассив дренаж кўп ҳолларда: катта жароҳатларда йирингли яраларда фойда бермайди. Актив дренаж эса ярани механик равишда тозаланишини, ярадаги микрофлорага бевосита антибактериал таъсирини таъминлайди. Бу ҳозирги даврда М.Я.Преображенский ғояларининг амалга ошаётганлигининг яққол намунасидир.

Узоқ муддатли антибактериал дренаждан очиқ ва ёпиқ дренаж система ҳолида фойдаланиш мумкин. Ёпиқ дренаж системаси герметик ёпиқ йирингли бўшлиқни дренаж қилишда қўлланилади. Бу “найча” характерида бўлиб, ҳар-хил сўриб олувчи системалар билан боғланган бўлиши мумкин. Амалда даволашда кўпинча Редоннинг вакуум дренажи қўлланилади.

Дозаланган аспирацион дренаж қандайдир сўриб олувчи қурилмалар ёрдамида амалга оширилади, бу қурилмалар дренаждаги системада кераклигича босимлар фарқини ҳосил қилади (электроотсос).

Клиникада актив дренажнинг Н. Н. Каншин тавсия қилган усулини қўллаш мақсадга мувофиқдир. Бунда 2 каналли дренаждан фойдаланилади. Бир канал орқали жароҳат ювиб турилса, иккинчи томон орқали дозаланган вакуум аспирация қилинади. Икки каналли дренажнинг 1-каналининг диаметри 0,6-0,8 см бўлиб, унинг деворига диаметри 1,0-1,5 мм ли микроирригатор ўрнатилган. Катта канал жароҳатдаги ажралмаларни сўриб олиши, микроирригатор эса жароҳатни доимо қуруқлаб туриши лозим. Ажралмаларни сўриб олиш виброаспиратор ёрдамида амалга

оширилади, бу аквариум виброкомпрессори ВК-1 асосида ишланган.

Кимёвий антисептика – кимёвий қонунларни қўллашга асосланган бўлиб, бир қанча кимёвий моддаларнинг жароҳатга бактерицид ва бактериостатик таъсири шу қонунларга асосланади. Бу жароҳатдаги инфекция ва кимёвий антисептиклар билан курашиш усулидир. Антисептиклар маҳаллий ва умумий равишда оғиз орқали ва парентерал қўлланилади.

Кимёвий антисептиклар табиатан иккита катта гуруҳга бўлинади. Айрим антисептик воситаларнинг таъсири қуйидаги кимёвий қонун-қоидаларга риоя қилади: осмотик босимнинг ўзгариши, дегидратация, адсорбция, оксидланиш, оқсилларнинг сузмасимон массага айланиши, коллоид ҳолатининг ўзгариши, протоплазма билан кимёвий рёакциялар ва бошқалар. Антисептика воситаларининг бундай кимёвий сифатлари бактерияларнинг яшаши ва кўпайиши учун ноқўлай шарт-шароитларни яратиб, организмнинг барьер (тўсиқ химоя), ҳужайра ва регенерация жараёнларининг тикланишида ижобий таъсир қилади. Антисептик дори-дармонлар бактерицид ва бактериостатик хоссаларга эга бўлиб, организмнинг ҳужайра ва тўқималарига салбий таъсир қилмаслиги, улар билан тўқнашганда ўз кучини йўқотмаслиги, буғга айланиб учиб кетмаслиги, қўлланиши содда ва нархининг арзон бўлиши шарт. Шунда, бу антисептиклардан кенг фойдаланиш мумкин. Энди юқорида кўриб ўтилган аорганик антисептик препаратлар билан батафсил танишиб чиқамиз.

НООРГАНИК БИРИКМАЛАР

1. Галоидлар - **йод** ва **хлор** препаратлари барча галоидларга хос антисептик таъсирга эга бўлиб, уларнинг механизми битта умумий хусусиятга боғлиқ. Улар водород атомлари билан бириккан ҳолда органик тўқималарнинг, микробларнинг молекуляр тузилишини бузади. Уларнинг салбий хусусияти: микроорганизмнинг тирик

тўқимасига зарар етказишидир. Тоза ҳолда улар зарарланмаган терини ҳам куйдиради, шунинг учун улар бирикмалар ҳолида қўлланилади, бунда галоид I, Cl аста-секин чиқиб антисептик таъсир кўрсатади. Таркибида йод бор препаратлар микробга қарши таъсирга эгадир. Унинг эритмалари жароҳатни, жарроҳ қўлини, операция майдонини тозалашда, тикув материалларини ва ҳоказоларни стерилизация қилишда ишлатилади.

А) Йод препаратлари.

1. *Йоднинг спиртли эритмаси 5-10% ли*, йод настойкаси - қўл, операция майдони жароҳат атрофини дезинфекция қилишда қўлланилади ва кучли антисептик воситадир. У бактерицид ва бактериостатик таъсиридан бошқа куйдириш (ошлаш) хусусиятига ҳам эга, бу терини қалинлашишига олиб келади. Йодни 5% спиртли эритмаси ҳарбий дала шароитида кўп қўлланилади. Уруш вақтида ҳарбий тиббий таъминотда йоднинг аҳамияти жуда катта. Масалан, йод индивидуал аптечкада, қўшин аптечкасида, санитар тиббий ва қўшин тиббий сумкаларида ҳам бор.

2. *Сувли Люголь эритмаси* – таркиби: тоза йод 10г, калий йод 20г, дистилланган сув 1000 мл. Таъсирлаш хоссаси кам бўлганлиги учун ўсмагарни, оқма яра, йирингли бўшлиқларни ювиш, кетгутни зарарлантириш учун қўлланилади.

3. *Спиртли Люголь эритмаси* – таркиби: йод 10г, калий йод 10г. 96% спирт 1000 мл гача. Яра атрофидаги терини, операция соҳасини ва кетгутни стерилизация қилиш учун ишлатилади (Клаудиус ва Губарев усули).

4. *Йодоформ* – майда пластинкасимон ялтироқ кристаллар ёки майда кристалли лимон-сарик рангли кукун, ўткир барқарор ҳидли сепки (присыпка) ёки малҳам дори (мазь) сифатида ифлосланган жароҳатларни, яъни ярани даволашда маҳаллий равишда қўлланилади. Бактериостатик модда бўлиб, бадбўй ҳидларни йўқотиш хусусиятларига ҳам эга.

5. *Йодопирон – йодофор*. Амалий тиббиётда йодопирон 0,1%, 0,5% ва 1% актив йодли эритма шаклида қўлланилади. Йодопирон бактерицид активликка эга бўлиб, операция майдонини, жарроҳ қўлини, резина буюмларни тозалаш, стериллаш ва йиринглаган яраларни даволаш учун қўлланилади.

Б. Хлор препаратлари. Хлор ҳар-хил бирикма, аралашмалар, препаратлар шаклида биринчи бўлиб қўлланилган антисептик моддадир. Илгаридан хлор бирикмалари дезинфекция ва стерилизация учун қўлланиб келинади. Хлор препаратларининг бактерицид ва спороцид хусусиятлари уларнинг таркибидаги актив хлорнинг миқдорига боғлиқ. Масалан, хлорамин актив хлордан иборат. Таркибида хлор бор бирикмаларнинг эритмаларига аммоний тузлари қўшилса, уларнинг бактерицид хусусиятлари ортади. Бу моддаларнинг камчилиги, улар металлларни коррозияга учратиб, матоларни рангсизлантириб чидамсиз қилади.

Бу препаратларнинг эритмалари шиша, сопол ва сирланган идишларда тайёрланиб, қоронғу жойда сақланади, акс ҳолда хлорнинг активлиги камайиб кетади.

1. *Хлорланган охак* – асосан дезинфекция учун ишлатилади, жарроҳликда бу препарат қўлланилмайди. У ванна ва хожатхона (санузел) ларни дезинфекция қилиш учун ишлатилади.

2. *Хлорли сув* - ярага малҳам (примочка) ҳолда қўлланилади. 0,2% эритмаси куйдирги (сибир яраси) спорасини 15 сонияда ўлдиради. Таъсир механизми озод ва органик хлорамин борлиги билан таъминланади.

3. *Хлорамин* – 40-йиллар бошидан оммавий равишда резина қўлқоплар, металл асбобларни стерилизация қилиш ва қўлни тозалаш учун ишлатилади. Хлорамин «Б» таркибида 26-30% ли актив хлор бор. 0,2-0,5% эритмалар йирингли яраларни ювиш учун, 5-10% ли хлорамин эса асбоб ва қўлқопларни дезинфекция (стерилизация) қилиш учун ишлатилади. Бу қонцентрацияларда хлорамин спороцид хоссаларга эгадир. Препаратларнинг таъсири

қиздирилганда ошиб боради. Хлорамин ҳарбий дала шароитида ҳам қўлланиши мумкин, уни санитарлар, инструкторлар ўзи билан флягаларда олиб юриши мумкин, чунки дала шароитида ярадорларга биринчи ёрдам кўрсатадиган тиббий ходимларнинг қўллари ифлосланади, инфицирланади, шунинг учун улар жароҳатга боғлам қўйиш олдидан қўллари хлорли антисептиклар билан тозалаш, қиш шароитида қўллари қор билан поклашлари мумкин.

4. *Натрий гипохлориди* – таркибида 95% актив хлор бўлган 4-5% ли эритмаси эътиборга лойиқдир. Бу препарат 1914-1918-йилларда I жаҳон уруш майдонларида шифокорлар томонидан ҳарбий дала шароитида ишлатилинган. Ҳарбий дала шароитида антисептикларни қўллаш тўғрисида Оппель ўз илмий ишларида ёзиб қолдирган.

II. Анорганик кислота ва ишқорлар.

а) *Новшадил спирти 10% ли* (Sol. Ammonii caustici) – буғланувчи суюқлик. Амалда жарроҳликда қўл ва операция майдонини тозалаш учун ишлатилади. Спасокукоцкий ва Кочергин усули бўйича 0,5% - 25мл га 5 литр илиқ қайнаган сув керак бўлади. У қўлланилганда, янги тайёрланган эритмалардан фойдаланилади. Чунки у микробга қарши таъсирга эга бўлиб, терини яхши тозалайди.

б) *Бор кислотаси* – (H_3BO_3 , Acidum boricum) 2-3% ли эритмаси чайиш, ювиш, боғични намлаш учун ишлатилади. Кислота микроб ҳужайраси протоплазмасидаги оксилларни денатурацияга учратади. Тўқимани кам таъсирлантиради. Йиринг тайёқчалари билан ифлосланган ярани даволашда қўлланилади.

III. Оғир металл тузлари.

1. **Симоблар:** илгаридан тиббиётда қўлланилган кучли ҳужайра заҳари бўлиб, микроорганизм ва тўқималарга бир хил таъсир қилади. Кўп қўлланиладиганларига қуйидагилар киради:

а) Сулема-симоб хлорид кучли антисептик воситадир. Бактериялар 1:200000 эритмасида нобуд бўлади. Сулема эритмалари жуда заҳарлидир. У қўлланиладиган ярада (тўқимада некроз, чириш) бошланиши мумкин. Ундан умумий заҳарланиш ҳам мумкин ва ошқозон-ичак йўли таъсирланиши билан ифодаланиши мумкин (оғизда металл мазаси, оғриқ, кунгил айнаш, ич кетиш-айрим ҳолда қон аралаш). Сулема зарарланмаган тери орқали ҳам таъсир қилиши мумкин. Шунинг учун сулема компрессларидан фойдаланмаслик керак. Сулема эритмалари доимо бўяб қўйилади (ундан фойдаланилганда адашмаслик учун). Бошқа эритмалардан ўларок уни кўк ва пушти рангга бўяб ўзгача ёрлиқ ёпиштирилади. Сулеманинг 1:1000, 1:2000 эритмаси юқори бактерицид таъсирига эга бўлиб, оқсилли суюқликларда (экссудат, қон, яра ажралмалари ва бошқалар) оқсил билан бириккан альбуминатлар ҳосил қилади ва ўз хоссаларини (таъсир кучини) жуда пасайтириб юборади. Металл асбоблар сулемага теккизилса қораяди ва яроқсиз ҳолга келади.

б) *Асосли цион симоби* 1:1000-1:5000 эритмалари қовуқ ва сийдик йўллари ювиш учун қўлланилади. Унинг афзаллиги шуки, у асбобларни яроқсиз ҳолга келтирмайди. Ундан цистоскопларни ва бошқа оптик асбобларни дезинфекция қилиш, катетерларни стерилизация қилиш учун фойдаланилади.

в) *Диоцид-симоб* оммавий бирикма, 35 йилдан бери жарроҳликда антисептик ва ювиш воситаси сифатида қўлланиб келмоқда. Аралашма қўлланиш олдидан тайёрланади (2:1 нисбатда). Уни олдин озгина спирт ёки қайноқ сувда эритиб, сўнг водород суви билан аралаштирилиб 1:1000, 1:5000 қонцентрация ҳосил қилинади. Асбоб-ускуналарни зарарсизлантириш учун диоциднинг 1:1000 эритмаси, қўлқопни зарарсизлантириш ва операция олдидан қўлни ювиш учун 1:5000 эритмаси (6 дақиқа давомида) қўлланилади. Камчилиги шуки, диоцид фақат

микробларнинг ўсuvчи формаларига таъсир қилиб, спораларига таъсир қилмайди.

2. Кумуш препаратлари – микроб тўқималарини буриштиради, куйдиради ва антисептик таъсир кўрсатади. Кўп ва қадимдан қўлланиладигани:

а) *Кумуш нитрат* (ляпис AgNO_3 , *Argentum nitricum*).

Унинг эритмаси 1:80000 нисбатда микроорганизмларнинг ўсишини тўхтатади. Стафилококклар 0,09% эритмада уч минут ичида нобуд бўлади. Жарроҳликда 2-5-10% ли эритмалари яранинг ортиқча донадор (гипергрануляция) бўлиб битаётган юзасига суриш учун қўлланилади. Ювиш учун 1:500 ва 1:1000 ли эритмалардан фойдаланилади. Унинг салбий томони шундаки, эритмалардан оқсилни чўктиради ва ўзи ҳам бор ерда ўз ҳолида чўкмага тушади.

б) *Колларгол* (*Collargolum*). Бу препаратни 0,2-2% концентрациядаги эритмалари йирингли яраларни ва сийдик қопини ювиш учун ишлатилади.

в) *Протаргол* (*Protargolum*) – оқсил бирикмаси, жарроҳликда 1-5% эритмаси, сийдик қопи ва сийдик чиқариш қаналини ювиш учун ишлатилади.

г) *Нордон азотли кумуш*. Микулич малҳамининг таркибига киради: *Argentum nitrici* 0,3; *Balsami peruviani* 3,0; *Vaselinii* 30,0 ва бошқаси *Arg. nitrici* 1,0; *Balsami* 5,0; *Vaselinii* 30,0. Жароҳат ва яраларни даволашда яллиғланиш реакциясини кучайтириш учун қўлланилади. Ляписнинг кучли эритмаси грануляцияларни ярани куйдириш учун грануляция тўқималари ортиқча ўсиб кетганда ишлатилади.

3. Висмут препарати – ксероформ – трибромбфинолет билан висмут оксиди асослари ҳисобланади. У сариқ рангли майда аморф кукун кучсиз ўзига хос ҳиди бор. Унинг тўқималарини (микроб протеоплазмасини) буриштирувчи, қуритувчи ва антисептик хусусиятлари бўлиб, кукун сепки, 3-10% малҳам кўринишида

маҳаллий равишда ишлатилади. У ҳам бадбўй ҳидни йўқотиш хусусиятига эга.

Оксидловчилар:

1. *Водород пероксиднинг 3% ли эритмаси* ярани ювишда, механик тозалайди, жароҳатдаги боғлам алмаштирганда қуриб қолган боғлам, дока намланганда, унинг тўқимадан оғриқсиз, эҳтиёт қилиб кўчишини таъминлайди. У билан ювганда ҳосил бўладиган кўп миқдордаги кўпик жароҳатдан йиринг, фибрин, ўлган тўқима, бегона жисмларнинг чиқиб кетишини таъминлайди. Водород пероксиди ҳидни йўқотиш хусусиятига ҳам эга. Ундан ташқари, анаэроб инфекция чақирган яллиғланишни бартараф этишда фойдаланилади.

2. *Калий перманганат эритмаси* – қора кристаллاردан иборат бўлиб, сувда яхши эрийди. Кучсиз эритмалари оч қизил, кучлиси эса тўқ бинафша рангда бўлади. Ёруғлик таъсирида қўнғир рангга киради. Нордон марганецли калий жароҳат ажралмалари билан таъсирлашиб парчаланади ва бунда ҳосил бўлган кислород ажралиш пайтида кучли оксидловчи бўлиб таъсир қилади. Бадбўй ҳидни йўқотиш хусусиятига эга, лекин унча кучли бўлмаган 0,1-0,5% ли эритмалари йиринг ва чириётган жароҳатларни ювиш учун қўлланилади.

ОРГАНИК БИРИКМАЛАР

Бу гуруҳга қуйидаги препаратлар киради:

1. **Спиртлар** – *96 градус ва 70 градус этил ёки вино спирти (Spiritus aethylicus 96°, 70°)*. Этил спиртининг антисептик хоссалари жуда кўп у оқсилларни сувсизлантиради ва денатурация қилади. Кўпгина даволаш муассасаларида спиртда кесувчи инструментлар, айниқса скальпель, полиэтилен найчалар, резина буюмлар стерилизация қилинади, чок солиш материали сақланади, хирург қўллари ва операция майдони (соҳасига) ишлов берилади.

Спиртга солиб қўйишдан, аксарият юқорида санаб ўтилган буюмларни бошқа усуллар билан стерилизация қилингандан кейин тахт қилиб қўйилган ҳолда узоқ вақт сақлаш учун фойдаланилади. Яра боғлашда фойдаланиладиган пинцет ва қайчиларни спирт билан актив «стерилизация қилиш» қатъиян ман этилади, чунки бунда «стерилизация» мақсадга мувофиқ бўлмай, балки, ўз-ўзини алдашдан бошқа нарса эмас.

II. Альдегидлар.

1) *Формалин-формальдегидлар* (НСОН) 40% ли эритмаси, чумоли кислота альдегидидир. Хирургия амалиётида қўлқоплар, катетерлар, хирургик ашёларни дезинфекция қилиш учун йод ўрнига формалиннинг спиртдаги 5% ли эритмаси қўлланилиши мумкин.

2. *Лизоформ-формальдегиднинг* совунли эритмаси. Таркиби: формалин – 40 улуш, калийли совун – 40 улуш, спирт – 20 улуш. Қўлланиши формалинникига ўхшаш: дезинфекциядан ташқари ёмон, қўланса ҳидларни йўқотади, қўл ва хоналарни дезинфекция қилиш учун ҳам фойдаланилади (1-3% ли эритмалари).

3. *Уротропин* – яллиғланиш жараёнларида (цистит, пиелит, холецистит, сепсис) порошок ёки таблетка ҳолида ва венага қўйиш учун қўлланилади. Уротропин дозаси ҳар гал ичишга 0,1-1,0 кунига 4 г гача. Венага қўйиш учун 5-10 мл 40% ли сувдаги эритмалари ишлатилади.

III. Феноллар.

1. *Карбол кислота* – хирургларнинг жароҳат инфекциясини профилактика қилиш учун онгли равишда ишлатган биринчи кимёвий моддасидир. Сувда, спиртда яхши эрийди. Ўзининг заҳарли хоссасига кўра, ҳозирги вақтда сулема каби нарсаларни дезинфекция қилиш, баъзан дренажларни зарарсизлантириш, катетерларни ювиш, резина қўлқопларни сақлаш ва шу каби мақсадда қўлланилади.

Уч таркибли (Крупинин) эритмаси таркиби: карбол кислота – 3 г, натрий карбонат - 15 г, формалин - 20 г ва дистилланган сув - 1000 мл.

Бу аралашмага Фельдер Синицин таклиф этган борат кислотадан 20 г қўшилса, эритма яроқлилиги муддатини оширади. Уч таркибли эритма кесадиған инструмент ва пласмассалардан ясалған нарсаларни стерилизация қилиш, аксарият эса унда қайнатиб стерилланған игналар, скальпеллар, корнцанглар, полиэтилен найчаларни сақлаш учун мўлжалланған. Уч таркибли эритмадан микробларнинг вегетатив формалари 30 дақиқалик, споралари 60-90 дақиқалик экспозициядан ҳалок бўлади. Скальпелларнинг стерилизация қилиш муддати (янги ёки ичак бўшлиғини очмай ўтказилған асептик операцияларда) 30-40 дақиқа. Полиэтилен найчаларники 1-2 соат. Крупинин эритмасидан олинған нарсалар дистилланған сув ёки физиологик натрий хлорид эритмаси билан, скальпеллар дока-салфетка билан қуруқ қилиб артилади.

3. Лизол – XX аср бошланишида фенол қаторининг турли хил бирикмалари ичида кенг қўлланилған.

Ҳозирги вақтда кенг қўлланиладиган соф крезол (камида 42%) ва калийли кўк совундан тайёрланадиган лизолнинг ўзи амалий аҳамиятини сақлаб қолған 40-45°C гача иситилған 2% ли лизол эритмаси (иситиш унинг бактерияларини қириш хоссасини оширади). Хоналарни, операцион боғлов блокинн дезинфекция қилиш (пол, деворлари, мебелни ювиш), шунингдек, операция вақтида йиринг ёки ичакдаги моддалар теккан инструментлар резина қўлқоплар ва бошқа нарсаларни тоза сақлаш учун қўлланилади. Бу ҳолда кўрсатиб ўтилған нарсалар илиқ сув билан совунлаб ювилгандан кейин, 3-5% лизол эритмасига 1 соатга солиб қўйилади. Сўнгра, сув билан чайилади, қуритилади ва илгари ифлосланмаған бошқа инструментлар билан бир қаторда яна стерилизация қилиниши мумкин.

4. *Нафталин* – нафталин нефтидан (Озарбайжондаги Нафтадан курорти) олинадиган тўқ-қўнғир рангли суртма. Соф ҳолда малҳамлар, пасталар, сепмалар кўринишида қўлланилади. Хирургияда куйиш (айниқса, ипритдан куйиш), яраланиш ва яра тошиб кетишини даволашда муваффақиятли қўлланилади. Нафталанда-нафталан кислоталар миқдори кўплигидан (3%) клиник жиҳатдан, айрим йиринг ҳосил қиладиган микроблар ўсишини тўхтатишга доир маълумотлар бўлсада, унинг бактерицидлиги тўғрисида масала ҳозирча ҳал қилинмаган.

IV. Нитрофуранлар:

1. *Фурацилин* – нитрофуранлар гуруҳидаги ватанимизда чиқарилган синтетик препаратлардан бўлиб, стафилококклар, газ инфекциясини қўзғатувчилари, ичак таёқчаси ва бошқаларга қарши бактерицид, химиотерапевтик аҳамиятга эга. Жароҳат карбункул ва бошқа йирингли ўчоқларга бирламчи ишлов беришга ҳамда перитонит, плевритларда ишлатилади. Спиртга – йирингли яралар юзасида ишлатиш учун сувли эритмасидан (1:5000) ёки малҳамларидан (1:500) фойдаланилади. Ўсимлик мойи, балиқ мойи кабилар ёғ асоси сифатида ишлатишга тавсия қилинади. 70% ли спиртдаги махсус эритмалари (1:1500) ҳам қўлланилади.

2. *Эрувчан фурагин* – ёки фурагин К ёки солуфар - 0,1% қонцентрацияда фурациллин каби қўлланилади. Препаратни 300 мл дозада венага қўллаш ҳам мумкин. Фуразолидон таблеткалари 50 мг дан ичишга берилади.

3. *Лифузоль* аэрозоль кўринишида чиқариладиган, парда ҳосил қиладиган лифузоль, нитрофуран препарати таркибига киради ва у юза жароҳат, куйишда даво учун қўлланилади. У жароҳат юзасида антимикроб таъсирга эга бўлган (рангли) ҳимоя пардасини ҳосил қилади. Парда 5-7 кунгача сақланади.

Ү. Бўёқли органик антисептиклар:

1. *Бриллиант яшили* – 1-2% ли спиртли эритма ҳолида юза яра, ўраб олинган жойларга суртиш учун, терининг йирингли касалликларини даволаш учун ишлатилади.

2. *Метилен кўки* – 3% ли спиртли эритма ҳолида юза жароҳатлар ва ўраб олинган жойларга суртиш учун 1-2% ли эритмасини кўйган юзани даволашда ва 0,02% ли сувли эритмасини йирингли бўшлиқларни ювиш учун қўлланилади.

3. *Риванол* майда кристалли сариқ порошок – акридин қаторидаги антисептик восита. Ҳайвонларда тажриба учун 1:2000 эритмаси тери ости тўқимасига юборилганда (юқтиришдан кейин дастлабки 24 соат ичида), уларни ўлимдан сақлаб қолган. 1:1000-1:5000 эритмалари тўқималарни шикастламайди, бундай кучли қонцентрациялардан секин сўрилиб кетадиган инфилтратлар пайдо бўлади. Коронфу жойда сақланадиган янги эритмаларни ишлатиш керак.

4. *Хлоргексидин* – хлоргексидин биглюконатнинг 20% ли эритмаси. Жароҳатларни ювиш учун 1:100 сувли эритмаси, яллиғланишда (йирингли) тана бўшлиқларини ювиш учун 1:1000 эритмаси тайёрланади. 400-1000 мл дистилланган сувга 1 мл 20% ли хлоргексидин эритмаси олинади. Эритмалар автоклавда 115° С да 30 дақиқа ичида стерилизация қилинади.

5. *Сульфаниламид* препаратлари ҳам кимёвий антисептикларга киради. Энг кўп ишлатиладиган препаратлар қўйдагилар: стрептоцид, эрувчан стрептоцид, норсульфазол, сульфадимезин, этазол, уросульфан, сульфаноетоксин, сульфодиметоксин, сульфален, бактрим, сульгин, фталазол ва бошқалар.

БИОЛОГИК АНТИСЕПТИКА

1. *Энзимотерапия* (даволаш энзимлари ёки ферментлари). Ферментатив препаратларнинг хирургик клиникада қўллаш, уларнинг айримлари нейролитик таъсир хоссасига асосланган ва шу

туфайли улар инфекция тушган жароҳат, йирингли бўшлиқларнинг йиринг, фибрин ивиндиси, яшашга лаёқатсиз тўқималардан тезроқ тозалашга имкон беради. Айни вақтда, улар яллиғланишга қарши таъсир кўрсатади ва антибиотиклар фаоллигини оширади. Ҳозирга вақтда, қуйидаги ферментлар клиник жиҳатдан қўлланилапти:

а) *Хайвон ферментлари* – трипсин, химотрипсин, химопсин, рибонуклеаза, дезоксирибонуклеаза.

б) *Бактериал ферментлар* – терилитин стрептокиназа, коллагеназа, аспераза, ируксол.

в) *Ўсимлик ферментлари* – папаин, бромелиан.

Протеолитик ферментлар йирингли жароҳатлар, трофик лраларни даволашда маҳаллий қўлланилади. Жароҳат ёки ярани водород пероксиди ёки фурациллин билан тозалашдан сўнг уларга ферментлар эритмаси билан ҳўлланган салфётка босилади. Жароҳатдан сўнг суюқлик кўп ажралаётган бўлса, унга ферментлар кукуни сепилади. Айрим ферментлар жароҳат ёки қўйиладиган малҳамлар (ируксол, аспераза) некрозга учраган тўқималар ва йиринглардан батамом тозалангунча қўлланилади. Препарат дозалари ҳар- хил ва улар қўлланишга доир йўриқномаларда кўрсатилган.

Актив иммунизация учун анатоксинлар қўлланилади:

1. *Стафилококкли анатоксин* – тери остига 0,1 мл дан курак остига юборилади, кейин ҳар 2-3 кунда инъекция такрорланиб, дозаси 0,1 мл га ошириб борилади ва 1,0 мл га етказилади. Шошилинч ҳолларда операциядан олдин 0,5 мл стаифлококк анатоксини юборилади.

2. *Қоқшол анатоксини* – қоқшолни планли ва шошилинч профилактика қилиш учун қўлланилади. Шошилинч ҳолларда препарат инъекцияси қоқшолга қарши зардобнинг профилактик дозасини юбориш билан қўшиб олиб борилади. Пассив иммунизация учун хирургик инфекциянинг у ёки бу

қўзғатувчиларига нисбатан антителалар сақланган препаратлар қўлланилади.

3. *Стафилококка қарши гипериммун плазманинг адсорбцияланган стафилококк анатоксини* билан иммунланган эмланган донор қонининг соф (суюқ ёки музлатилган) плазмасидан иборат. Стафилококка қарши плазманинг титри 6 ХБ дан кам бўлмаслиги керак. Плазmani 1 кг тана оғирлигига 4-6 мл ҳисобидан қўлланилади. Стафилококклар қўзғатган оғир юқумли касалликларда (сепсис, йирингли перитонит, остеомиелит ва бошқалар) венага юборилади. Препарат беморнинг аҳволига кўра, бир марта ёки такроран юборилади.

4. *Стафилококкга қарши гамма-глобулин адсорбцияланган стафилококк анатоксини* билан иммунланган донорлар қонида тайёрланади. 1,0 препаратда 20²-50 ХБ (халқаро бирлик) ка тенг стафилококклар келтириб чиқарадиган касалликлар анатоксинлар бўлади. Препаратнинг бир даволаш дозаси 100 ХБ антитоксинни сақлайди. Стафилококкга қарши гамма-глобулин стафилококклар келтириб чиқарадиган касалликлар, сепсис, перитонит, плеврит, остеомиелит кабиларни даволаш ва профилактика қилиш учун қўлланилади.

5. *Қоқшолга қарши гамма-глобулин* – қоқшол анатоксини билан эмланган донорлар қонидан тайёрланади. Стерил ҳолда кавширланган ампулаларда чиқарилади. 1,0 мл эритмаси 150 ХБ қоқшолга қарши антителалар бўлади. Қоқшолнинг олдини олиш ва даволаш учун қўлланилади. Препарат мушак орасига юборилади ва иммунитет бир ойгача сақланади.

6. *Қоқшолга қарши зардоб* – қоқшол анатоксини билан эмланган ҳайвонлар (отлар) қонидан олинган иммун зардоб. Бир ампула зардоб 1500-3000 ХБ ни сақлайди. Зардобнинг профилактик дозаси 3000 ХБ ни ташкил қилади. Зардоб профилактик дозасини бир марта юбориш 5 кун муддатга қоқшолдан сақлайди. Зардобнинг даволаш дозаси профилактик дозадан 10 баробар

ошади. Ҳамма ҳолларда анафилактик реакциялар юз бериш хавфи борлигидан зардобни эҳтиётлик билан юборилади.

7. Гангренага қарши зардоб – газли гангренанинг 4 та асосий қўзғатувчиларига қарши антителалар сақлайдиган ҳайвонлар (отлар) иммун зардоби бўлиб, профилактика ва даволаш мақсадида қўлланилади. Зардобни профилактик мақсадда мушак орасига, даволаш мақсадида эса венага эҳтиётлик билан юборилади. Уруш вақтида анаэроб инфекцияларни кескин кўпайишига, ривожланишига шароит туғилади. Натижада гангреналар фоизи ортиб боради. Шунинг учун ҳарбий дала шароитида тиббий таъминотда гангренага қарши зардобларни тўртта тури ҳам бўлиши керак.

АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ

«Антибиотиклар» термини 1942-йилда С.А.Ваксман томонидан микроорганизмлардан ҳосил бўладиган ва антимиқроб таъсири бўлган моддаларни ифодалаш учун тадбиқ қилинган.

Бироқ пенициллин препаратлари ихтиро қилиниши ва амалиётга жорий этилиши А.Флеминг номи билан боғлиқ. Ватанимизда эса бу препаратни З. В. Ермольева топган (1940 й).

Антибиотикларнинг антимиқроб хоссалари ва кимёвий тузилишига асосланган классификацияси тавсия этилади:

Пенициллин – бензилпенициллин (табиий антибиотик) ларнинг энг активларидан бири саналади. Ярим синтетик пенициллинлар 2 гуруҳга бўлинади:

1. Пенициллин - барқарор препаратлар (оксациллин, метициллин, диклосациллин) грамм мусбат микрофлора жиҳатидан активлиги билан ажралиб туради. Улар турли соҳаларда жойлашадиган стафилококк инфекциясида, зотилжам, ўпка абсцесси, плевра эмпиемаси, остеомиелит, юмшоқ тўқималар абсцесси ва флегмонаси жароҳатларида қўлланилади.

2. Таъсир спектри кенг ярим синтетик пенициллинлар (эмпициллин, ампиокс, ампициллин, оксациллинларнинг комплекс препарати, карбенициллин). Бу препаратлар куйиш, перитонит, кўк-яшил йиринг таёқчаси ва протеинлар кўзғатган инфекцияни даволашда яхши натижалар беради.

Цефалоспоринлар – бу гуруҳга цепорин (цефалоридин), кефзол (цефазолин), цефалолитин, биринчи ва иккинчи авлод цефалексин – цефалоспоринлар киради. Ярим синтетик цефалоспоринлар – цефамизин моксалактам, цефатаксим (клофоран ва бошқалар).

Макролидлар – грамм мусбат микроорганизмларга таъсир қилади, актив макролидлар (эритромицин, олеандомицин ва бошқалар), линкомицин, ристомицин, фузидин, далацин «С».

Аминогликозидлар – улар гентамицин, канамицин, сизомицин, тобрамицин, ярим синтетик аминогликозидлар – аминакацин.

Тетрациклинлар – бу гуруҳга тетрациклин, окситетрациклин, ярим синтетик тетрациклинлар – метациклин (рондомицин), доксициклин киради.

Доксициклин ҳарбий дала шароитида кўп қўлланилади. Уруш вақтида ҳарбий тиббий таъминотда тетрациклиннинг аҳамияти жуда катта. Микрофлорага кенг спектрда таъсир қилгани учун доксициклин индивидуал аптечкада, қўшин аптекасида, санитар тиббий ва қўшин тиббий сумкаларида ҳам бор.

Левомецетин (хлорамфеникол) – таъсир спектри кенг антибиотик ҳисобланади, кўпгина грамм мусбат ва ярим манфий бактериялар хусусида таъсирчан препарат органларга ва организм суюқликларига яхши киради, гематоэнцефалик тўсиқ орқали киради, организмдан сийдик билан чиқарилади.

Полимиксинлар – спора ҳосил қиладиган тупроқ бактериялари ишлаб чиқарадиган қардош антибиотиклар гуруҳига ҳисобланади. Тўрли полимиксинлар кўшимча ҳарфлар билан ифодаланилади, полимиксин М, В ва ҳакозо.

Силга қарши антибиотиклар – стрептомицин ва унинг унумлари – рифамицин, флормицин, циклосерин ва бошқалар.

Замбуруғларга қарши антибиотиклар – нистатин, гризеофульвин, амфотерицин В, леворин.

Ҳамма антибиотикларнинг дозалари, хоссалари, қўлланиш усуллари фармакология фанида бир мунча батафсил ўрганилади.

III. АСЕПТИКА, ЭНДОГЕН ВА ЭКЗОГЕН ИНФЕКЦИЯ, СТЕРИЛИЗАЦИЯ УСУЛИ, ҲАВО-ТОМЧИ ИНФЕКЦИЯСИ

Хирургияда инфицирланган асоратлар энг кўп учрайди ва самарали бажарилган операцияга қарамай, бу асоратлар ногиронликга ёки ўлим ҳолларига олиб келиши мумкин. Бу асоратларнинг олдини олиш хирургиянинг асосий қонун-қоидалари ҳисобланади ва у асептика ва антисептикага асосланади.

Жароҳатга тегадиган ҳамма нарса стерил, яъни микроорганизмлардан ҳоли бўлишни талаб қилади. Асептика жароҳатга инфекция тушишининг олдини олишга қаратилган тадбирлар йиғиндисиدير.

Жароҳатларнинг микроблар билан ифлосланишини олдини олиш учун аввал инфекция тушиши манбаларини билиш ва уларнинг хусусиятларига биноан тегишли усулларни қўллаш керак. Инфекция тушунчаси остида микроорганизмларнинг ривожланиши, кўпайиши тушунилади. Беморга улар ташқаридан (экзоген) ёки унинг ичидаги (эндоген) манбалардан тушиши мумкин.

Экзоген инфекциянинг 4 тури бир-биридан фарқ қилади: контакт, имплантацион, ҳаво-томчи турлари.

1. Контакт инфекция бевосита ташқи омиллар билан алоқада бўлиш натижасида юзага келади. Кўчада ёки даладаги бўлган жароҳат контакт инфекцияга типик мисол бўлиб хизмат қилади. Бундай ҳолларда жароҳатни келтириб чиқарувчи ёки жароҳат билан алоқада бўлувчи жисмлар (автомашина ғилдираги, белкурак, түпроқ, тош ва бошқ.) кўп миқдорда микроорганизмлар, жумладан, қоқшол таёқчаси ёки газли гангрена бактериялари сингари хавfli микроорганизмларни сақлайди. Жароҳатга тушган микроблар унинг энг чуқур қисmlарига киради ва жароҳатнинг йиринглашига сабаб бўлади. Микроблар операцион жароҳатларга хирург қўлидан, стерилланмаган инструментлардан ва боғлов материалларидан тушиши мумкин. Ҳозирги вақтда контакт

инфекция профилактикаси операциян ҳамширалар ва хирургларнинг асосий вазифаси ҳисобланади. Бу турдаги инфекциянинг олдини олиш усуллари яхши ишлаб чиқилган ва улар тўғрисида тўхталиб ўтамиз.

2. Имплантацион инфекция тўқималар ичкарасига инфекциялардан ёки ёт жисмлар (парчалар, чўплар, кийимбош бўлақлар каби) билан бирга тушади. Тинчлик даврида имплантацион инфекция аксарият чоклар, протезлар, сунъий органни кўчириб ўтказишда (имплантатлар), дренажлар қўйишда ёки тасодифан, масалан, инструментлар учиб чиққан металл парчалари, операциядан кейин қолиб кетган тампонлар, салфеткалар, шарчалар ва хирургик инструментлар билан боғлиқ. Имплантацион инфекция операциядан кейин узоқ вақт ўтгач, организмнинг иммун тизими заифлашиши ёки организмдаги бошқа инфекциянинг қўзғалиши натижасида юзага чиқиши мумкин.

3. Ҳаво-томчи инфекцияси – операция хонаси ҳавосидан, ташқаридан ёки сўзлашиш, йўталиш вақтида микроорганизмларнинг жароҳатга тушиб зарарланишидир. Унинг олдини олишга қуйидаги пухта ўйланган тадбир системасидан иборат операция блок режимига қаттиқ риоя қилиш йўли билан муваффақ бўлинади. Аъзо ва тўқималарни кўчириб ўтказиш операциялари (буйрак, юрак)кабиларни асептикага бўлган талабларни оширади, бундай ҳолларда хирурглар операция хонаси ҳавосини тамоман стерил бўлишини таъминлашга ҳаракат қиладилар.

ОПЕРАЦИЯ БЛОКИДА ҲАВО-ТОМЧИ ИНФЕКЦИЯСИГА ҚАРШИ КУРАШ

Замонавий операция блоки қатор функционал бўлимлардан, бир нечта зоналардан иборат бўлиб, у даволаш муассасасининг иш ҳажми ва бинонинг тузилишига кўра, қисман қўшилган бўлиши ёки алоҳида хоналарда жойлашиши мумкин.

I зона - стерил зонага бевосита операциялар ўтказиш ва уларга тайёргарлик кўришда мўлжалланган хоналар киритилади:

1. Операция хоналари.

2. Операциядан олдинги хона – бу ерда хирург қўлини тозалаб ювади.

3. Стерилизация хонаси – бу ерда такроран ишлатиладиган ёки операция вақтида керагида ишлатиладиган, фақат операция хонаси ходимлари фойдаланадиган инструментлар ювилади, қайнатилади ёки буғ қуруқ иссиқлик берадиган шкафта стерилланади.

II зона – қаттиқ режим зонасига операция блоки жиҳозларини сақлаш учун мўлжалланган хоналар киради. Улар операция вақтида тўсатдан ва операция блоки ходимларини жойлаштириш учун керак бўлиб қолиши мумкин.

Булар қуйидагилар:

1. **Операция иштирокчилари ечиб-кийиниши учун хона.** У хирургнинг одатдаги «касалхона» кийими ва кўйлаklarини олдиндан стерилизация қилиш, операцияда қатнашиш учун кийиладиган кийим билан алмаштириш учун бир неча хонадан иборат бўлади.

2. **Аппарат ва асбоблар хонаси.** Бу хонада инструментлар, аппаратлар ва айрим ҳоллардагина фойдаланадиган бошқа буюм сақланади.

3. **Моддий материаллар хонаси.** Бу хонада боғлов материаллари, тоза операцион халат, чойшаб, сочиқлар ва шу кабилар сақланади. Дока қирқиш ва стерилизация қилиш учун биксларга жойлаш ҳам шу ерда бажарилади.

4. **Омборхона ва бошқалар.** Бу хоналарга махсус кийим-бош, шиппак, халат, қалпоқча кийган фақат операцион блок ходимларининг киришига рўхсат этилади.

III зона - умумий режим зонасига ишлаб чиқариш хоналари киради. Булар қуйидагилар:

1. Ҳавони алмаштириш учун аппаратлар бўлган хона.

2. Авария бўлганда ёритиш учун аккумулятор хонаси.

3. Фотолаборатория ва бошқалар.

Операция блоки хоналарини йиғиштириб тозалаш ва дезинфекция қилиш. Операция блоки хоналари, хусусан, биринчи зонаси озодалик ва тартиб сақлашни имкон борича осонлаштирадиган қилиб қўйилади, деворлари шифтгача плиткалар билан қопланган ёки мойли бўёқ билан бўялган бўлиши керак.

Операция блоки 1 - зонасининг хоналарини йиғиштириб тозалашнинг 5 тури тавофут қилинади: дастлабки тозалаш, кундалик ёки жорий операциядан кейинги, якунловчи ва мукамал тозалаш аниқроғи дезинфекция.

1. Дастлабки тозалаш – мебель юзасида деразалар остида операция хонасининг асбоб-анжомлари ва полида стерилизация ва операция олди хоналарида туни билан йиғилган чангни тозалаш мақсад қилиб қўйилади. Аввалига қуруқ латта билан никелланган ва пардозланган юзалар, сўнгра эса нам латта билан мебель, деразалар, пол кабилар артиб чиқилади.

2. Жорий (кундалик) тозалаш – операция вақтида бажарилади. Полга тасодифан тушиб кетган дока-шарчалар, салфеткалар ва бошқа буюмлар йиғиштириб олинади. Тўкилган суюқлик шу захотиёк артилади.

3. Операциядан кейинги тозалаш (аниқроғи операциялар орасидаги вақтида йиғиштириб тозалаш). Полдан салфетка шарчалар, операцияда ишлатилган материаллар йиғиштириб олингандан кейин полни нам латта билан артиш.

4. Якунловчи тозалаш. Шу куни операция ўтказиладими ёки йўқми бундан катъий назар шу куннинг охирида бажарилади. У пол, деворлар, деразалар олди, мебел ва бошқа нарсаларни ювиш ва нам усулда артишдан иборат. Бундай тозалаш вақтида ишлатиладиган эритмалар ҳам ювадиган, ҳам дезинфекция қиладиган хоссаларга эга бўлиши керак. Йиғиштириш жараёнида

муайян изчилликка амал қилиш лозим: аввал шифт ва деворлар, сўнгра ойна ва деразалар олди, иситгич системаси қувурлари ва аппаратлар артилади, пол ювиш билан тугалланади.

5. Бутун операция блокини мукамал (тўлиқ) тозалаш – ҳафтада бир мартаба ўтказилади. Бунда пол, девор, шифт, ёриткичлар ва аппаратлар тўлиқ тозаланади. Бу мақсадда муваффақиятли қўлланиладиган – первомур, роккал яхши дезинфекция қиладиган таъсирга эга. Ҳавони тозалаш учун кварц лампаларидан фойдаланамиз, улар 2 соат давомида 30м² ҳавони тозалайди. Бу лампалар нафақат операция блокида, операциядан кейинги ва реанимация палаталарида, йирингли касалликлари бор беморлар ётадиган палаталарда, муолажа ва боғлов хоналарида ҳам бўлиши керак. Ушбу лампалар ишлатилганда, тиббиёт ходимлари ва беморлар палаталарда ёки операция хонасида бўлмасликлари керак, агарда қаттиқ ётоқ тартибида даволанаётган беморлар бўлса, улар ёқилганда беморлар устига простила ёпиб қўйиш керак бўлади.

Операцион блокларда ҳавони тозалаш йўлларида ҳам катта аҳамият берилади. Ҳозирги кунда янгидан-янги аппаратура чиқмоқда. Масалан, фильтр-вентляцион қурилмалар (ФВҚ-1, ФВҚ - 2). Натижада, ҳаво доимий равишда тоза бўлиб туради ва асептикага жавоб беради. Бу механизмлар жуда ихчамлашиб, портатив кўринишга эга бўлиб бормоқда.

ЖАРРОҲ ҚЎЛИ ВА ОПЕРАЦИЯ МАЙДОННИ ТОЗАЛАШ УСУЛЛАРИ

Операциядан олдин қўлга ишлов бериш – бу тиббиёт муассасаларида ходимлардан ва беморлардан микроорганизмларнинг тарқалишини олдини олишга қаратилган усулдир. Оддий совун ёрдамида қўлни ювишимиз орқали биз қўл терисидаги кўплаб микроорганизмларни йўқотишга эришамиз. Бундай қўлни ювиш овқат ейишдан, беморни овқатлантиришдан, овқат махсулотлари билан ишлашдан олдин, хожатхонага

боргандан кейин, беморни парваришладан олдин ва кейин, ҳар қандай қўл териси ифлосланганида ва хирургик муолажалардан олдин амалга оширилиши шарт. Қўлни тўлиқ антисептик эритмалар ёрдамида дезинфекция қилиш орқали биз қўл терисини микроорганизмлардан самарали (тўлиқ) халос бўлишига эришишимиз мумкин. Қўлга хирургик ишлов бериш – ҳар қандай хирургик муолажадан олдин амалга оширилиши шарт, шундагина биз транзитор (қўлқопнинг муолажа пайтида тешилиши ёки йиртилишида инфекцияни жароҳатга тушишини) инфекция ўтишини олдини оламиз. Қўлни операцияга тайёрлашнинг айрим усулларини кўриб чиқамиз:

1. Фюрбрингер усули (1888 й) – қўл ювиш учун таклиф этилган эски усуллардан биридир. Бу бир неча айрим босқичлардан иборат:

I босқич – бунда қўллар икки чўтка ва совун билан кран остида 10 дақиқа ювилади (ҳар бири чўтка билан 5 дақиқа).

II босқич – қўллар стерилланган сочиқ ёки салфетка билан артилади.

III босқич – қўллар қуруқ 70°C спирт билан яхшилаб, 3 дақиқа давомида артилади.

IV босқич – 3 дақиқа давомида 1:1000 сулема эритмасида артилади.

V босқич – тирноқ таги, тери бурмалари 1:1000 сулема эритмасида артилади.

2. Альфелд усули (1895 й) – бу ҳам эски усуллардан биридир:

I ва II босқичларда олдинги усулга ўхшайди.

III босқич – қуруқ қўллар 5 дақиқа давомида 96°C спирт билан ҳўлланган салфеткада яхшилаб артилади.

IV босқич – тирноқ таги, тирноқ бурмалари 5-10% ли йод эритмасида артилади.

3. Спассокуоцкый-Кочергин усули (1928 й) - бугунги кунда ҳам қўлланилади, чунки бу усул билан тозаланган тери

таъсирланишини, қўл терисининг бузилмаслиги ва ўз эластиклигини сақлаб қолишида яхшидир.

I босқич – аввалига, қўл кран остида илиқ сувда ювилади «трамвай кири» ювиб ташланади (Спасокуоцкий сўзи).

II босқич – 2 та тоғорада 3 дақиқадан 0,5% ли новшадил спиртида ювилади. Нашатир спирти ёғларни эритиб, тери тешикларига чуқур кириб боради ва бу билан микроорганизмларнинг чиқишига эришилади. Тоғораларга эритма қуйилишидан олдин у спирт билан куйдирилади. Қўлқоп кийгандан сўнг қўллар операция қилишга тайёр бўлади.

III босқич – қўллар стерил сочиқ билан қуруқ артилади.

IV босқич – 96 °C ли спирт билан яхшилаб ҳўлланган дока ёки салфетка билан артилади.

Юқорида санаб ўтган Фюрбрингер, Альфелд ва Спасокуоцкий-Кочергин усуллари тарихий аҳамиятга эга бўлиб, ҳозирда қўлланилмайди.

Қўл ювишнинг замонавий усулларини кўриб чиқамиз:

А) Қўлни первомурда (С-4 рецептураси) ювиш усули. Первомур – бу чумоли кислотаси, водород пероксиди ва сувдан ҳосил бўлган эритмадир. Бу эритма кучли антисептик бўлиб, қўл териси юзасида ҳимоя пленкасини ҳосил қилади. Қўлга первомурнинг 2,4% ли эритмаси солинган тоғорада ишлов берилади.

Ювиш қуйидагича амалга оширилади:

1 – қўл 1 дақиқа давомида жўмракдан оқиб турган сув тагида совунлаб ювилади.

2 – кафт ва билакнинг пастки 1/3 қисми тоғорада салфеткасиз первомур эритмасида 1 дақиқа давомида ювилади.

3 – стерил салфеткаларда артилиб қуригилади. Бир тоғорадан бирин-кетин 5 киши қўлини ювиши мумкин.

Б) Хлоргексидин эритмаси билан қўл ювиш усули. Бунда хлоргексидиннинг 0,5% спиртли эритмасидан фойдаланилади.

Қўлга ушбу эритма шимдирилган тампон билан икки маротаба 3 дақиқа давомида ишлов берилади.

В) Дегмин ва дегмицид ёрдамида ишлов бериш. Бу эритмада тоғорада салфеткасиз 5-7 дақиқа давомида ювилади ва стерил салфеткаларда артилиб қўритилади.

Г) Церигел билан ювиш усули. Пленка ҳосил қилувчи антисептик ҳисобланади. Қўл терисига 3 дақиқа давомида тўлиқ ишлов берилади.

Д) АХД, АХД махсус, евросепт ёрдамида ишлов бериш. Булар комбинирланган антисептиклар бўлиб, таркибига этанол, эфир полиол ёғ кислотали, хлоргексидин киради. Қўлга икки маротаба 2-3 дақиқа давомида ишлов берамиз. Ушбу усул ҳозирда кўп давлатларда самарали қўланиладиган усуллардан бири ҳисобланади.

Операция майдонини тозалаш тўртта босқичдан иборат:

1. Операция майдони антисептик эритмалар (йод, йоданат, хлоргексидин, 70⁰ спирт, первомур, АХД, брильянт кўки) билан марказдан периферияга қараб артилади.

2. Стерил чойшаблар ёзилиб бўлгандан кейин яна антисептик эритмалар билан артилади.

3. Операция тугагач, операцион жароҳатни тикмасдан олдин яна антисептик эритмалар билан артилади.

4. Операцион жароҳат тикиб бўлингандан кейин яна антисептик эритмалар билан артилади ва операция яраси боғланади.

Асептика ва антисептикага риоя қилиш ҳарбий дала шароитида ҳам катта роль ўйнайди. Ҳозирги кунда ҳарбий шароитда қўллаш учун кўп асбоб- ускуналар махсус қутилларда, чехолланган, стерилланган ҳолатларда ҳарбий таъминотда қонунлар асосида ишлатилинмоқда.

СТЕРИЛЛИКНИ НАЗОРАТ ҚИЛИШ УСУЛЛАРИ.

Тиббий анжом, материал ва асбоб ускуналарни стериллигини назорат қилиш албатта амалга оширилиб борилиши шарт!. Бундан ташқари, асбоб- ускуналарга стерилизация олди ишлов бериш ҳам назорат қилиб борилади. Стерилликни бактериологик текшириш (4-расм) аниқ усуллардан бири ҳисобланади. Суртма олингандан кейин бактериологик лабораторияда олинган суртмалар турли хил муҳитларда ўстирилади ва 3-5 кундан кейин бактериологик зарарланганлик натижаси кўрилади. Стерилликни бактериологик назорат қилиш ҳар 7-10 кунда бир марта олиб борилади.



4-расм. Стерилликни бактериологик текшириш

Термик усулларда стерилизация қилишда стерилликни физикавий, кимёвий ва биологик усул (5-расм) орқали бевосита ҳароратни назорат қилиш орқали амалга ошириш мумкин. Автоклавга биксни жойлаштиришдан олдин 110-120⁰С ҳароратда эрийдиган кукунсимон модда сақлаган ампула жойлаштирилади.



Физикавий усул



Кимёвий усул



Биологик усул

5-расм.

Агарда, стерилизациядан кейин ампуладаги модда эриган бўлса, биксдаги нарсаларни стерил деб ҳисобласак бўлади. Бу усул учун бензой кислота (120°C эрийди), резорцин (119°C эрийди), антипирин (110°C эрийди), термоиндикатордан фойдаланилади. Қуруқ бугли шкафларда стерилизация учун юқори ҳароратда эрийдиган эритмалар аскорбин кислотаси (190°C эрийди), тиомочевина (180°C эрийди), термоиндикаторлардан фойдаланилади.

Стерилизация олди ишловидан кейинги назорат асбоб ускуналарга ишлов берилиб қуритилганидан кейин амалга оширилади. Бунда асбобларда қон, ювувчи эритмалар, оксидловчилар, хлор эритмаси, занг борлиги аниқланади. Қон борлигини текшириш учун амидопирин ва азопирин синамаси ўтказилади. Ювишда фойдаланадиган эритмалар борлигини аниқлаш учун фенолфталин ва азипирам синамаси ўтказилади. Оксидловчилар, хлор эритмаси, занг борлигини аниқлаш учун ҳам азипирам синамаси ўтказилади.

. ОПЕРАЦИЯЛАР

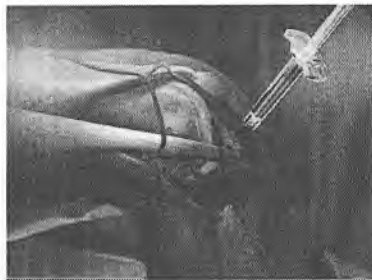
Операция деб, шифокор томонидан даволаш, диагностик ёки организмнинг фаолиятини қайта тиклаш мақсадда бемор тўқималари ва аъзоларига механик таъсир кўрсатилишига (касалланган тўқима, ўсма ва бошқаларни кесиб олиб ташлашга) айтилади. «Операция» сўзи узоқ йиллар давомида азоб берадиган оғриқ ва ўлим хавфининг синоними бўлиб келди. Антисептик даврга қадар хирургия учун анатомик йўналиш хос бўлган эди. Талабга тўла жавоб берадиган анестезия ва қон қуйишнинг, шунингдек, жароҳат инфекциясининг олдини олиш имконияти йўқлиги сабабли ўша замон хирурглари юксак маҳорат эгаси бўлишга мажбур бўлганлар, операцияни мумкин қадар тез ва қисқа муддатда бажаришга ҳаракат қилганлар. Цельс (Греция, I-II аср) «Cito, tuto et jecunde!» деган шиор остида операция қилишга ундайди. Шу билан бирга у жарроҳ операциясидан сўнг ярага тегмаслик керак: «Optimum medicamentum quia est» (энг яхши малҳам – «тинчлик») деган. Бунинг учун эса, анатомияни яхши билиш талаб қилинган. Бизнинг замонамизда операция билан боғлиқ хавф-хатарлар сезиларли равишда камайди ва хирургияда физиологик йўналишлар қабул қилди. Унга операциядан олдинги даврда беморни ҳар томонлама синчиклаб текшириш, шунингдек, операция пайтида ва операциядан кейинги даврда ундаги ўзгаришларни кузатиб туриш билан эришилади. Ҳозирги замон хирургиясида операция йўли билан даволашни нормал ҳолда амалга ошириш, биринчи навбатда, оғриқни тегишлича камайтириш билан таъминланади, бу эса ўз навбатида хаддан ташқари шошилмасликка имкон беради. Операция вақтида бемор организмидаги аъзо ва тизимлардаги ўзгаришларни пайқаб қолган хирург доимо жарроҳлик йўли билан даволашнинг самарадорлигини таъминлаш учун уларни ўз вақтида ва узил-кесил бартараф этиш имконига эга.

Тўғри амалга оширилган хирургик операцияда кўп ёки камроқ қон кетиши бу хирург тажрибаси ёки ёшига боғлиқ эмас, бу операциянинг қайси аъзо ёки тизимда бажарилишига боғлиқ. Масалан, хирургик муолажа тўқималарни кесмасдан ва қонсиз амалга оширилиши мумкин, чиққан суюқларни жойига солишда ёки суюқлар ёпиқ синганда суюк репозициясида шундай бўлади.

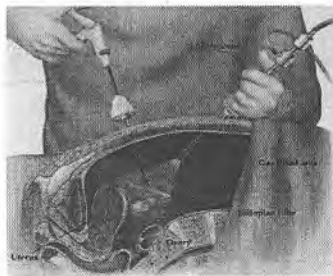
Хирургик операциялар, одатда, даволаш мақсадида ўтказилади, бироқ диагностик операциялар ҳам қилинади. **Диагностик операцияларга** биопсия, пункция қилиш (6-расм) (қорин бўшлиғи, плеврал бўшлиқ, орқа мия пункциялари ва бошқалар), эндоскопик текширишлар (7-расм) (цистоскопия, бронхоскопия, эзофагоскопия, гастроскопия, торакоскопия, лапароскопия ва бошқалар), ангиография ва юракни катетеризация қилиш, диагностик торакотомия ва лапаротомия киради.



6-расм. Пункция қилиш (буйрак ва тизза бугими)

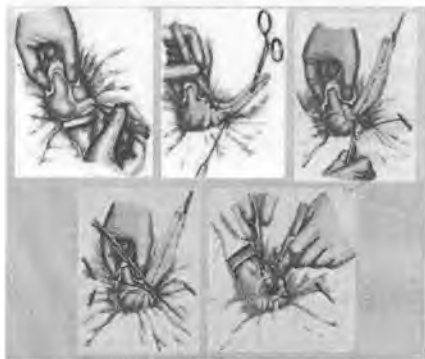


7-расм. Эндоскопик текшириш (лапороскопия)

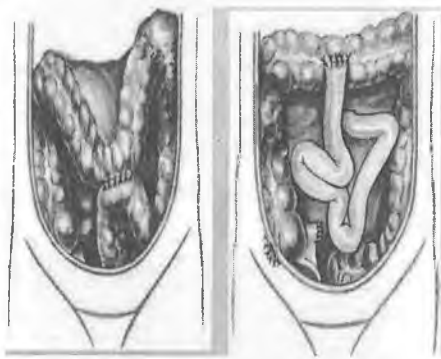


Диагностик операцияларнинг бир ҳар ҳолда хавфлидир, шунинг учун ҳам текширишнинг бошқа барча имкониятлари тугагандан сўнггина уларни қўллаш лозим.

Даволаш операциялари радикал (8-расм) ва паллиатив (9-расм) бўлиши мумкин. Радикал операциялар деб, патологик ўчоқ жойлашган аъзолар ёки тўқималарни тўлиқ олиб ташланишига (меъда ўсмасида резекция, гангренада оёқ ампутацияси) айтилади. Бундай операциялар натижасида, касалликнинг қайталаниши ёки яна пайдо бўлиши бартараф этилади. Радикал операциялар кенгайтирилган ва комбинация қилинган бўлиши мумкин. Масалан, агар меъда ўсмаси атрофидаги тўқималарга тарқалган бўлса, бир пайтнинг ўзида меъда билан бирга талоқ олиб ташланади, жигарнинг ўсма тарқалган бўлаги, кўндаланг-йўғон ичакнинг кўричакдан тўғри ичаккача бўлган қисмининг бир бўлаги резекция қилинади ва ён-атрофдаги лимфа тугунлари ҳам олиб ташланади, яъни ўсма тарқалган ҳамма тўқималар олиб ташланади.



8-расм. Радикал операция (аппендэктомия)



9-расм. Поллиатив операция (трансверзо ва леотрансверзостомия)

Паллиатив операциялар беморнинг аҳволини энгиллаштирадиган ва ҳаёт учун хавф солувчи симптомларни

йўқотишга қаратилган операциялар бўлиб, касалликни келтириб чиқарган омилни олиб ташлашни имконияти йўқлигида бажарилади. Масалан, ўсма йўғон ичак йўлини (бўшлиғини) тўсиб қўйган ва уни радикал операция йўли билан олиб ташлашнинг иложи бўлмаса, ичак сиртмоғи қориннинг олд деворига келтириладида, кейин йўғон ичак йўли очилади (стома). Бу ҳолда, ўсма ўз жойида қолаверади, лекин ичакдан овқат ўтмай қолишига барҳам берилади ва ичакдаги ортиқча нарсалар стомадан бемалол чиқа олади.

Хирургик операциялар муддатига қараб, қуйидагича тафовут қилинади: 1) Кечиктириб бўлмайдиган (жуда шошилиш) ёки навбатдан ташқари операция; 2) Зудлик билан қилинадиган (ургент) операция; 3) Режали операция.

Кечиктириб бўлмайдиган операциялар бемор касалхонага ётқизилган ва ташхис (ўткир аппендицит, ўткир холецистит, меъда ярасининг тешилиши, сиқилган чурралар, ичак тутилиши) аниқлангандан сўнг дарҳол, дастлабки икки соат ичида қилинади. Айрим ҳолларда қон жуда кўп кетаётганда ёки ҳиқилдоққа ёт жисм тикилиб қолганда операцияни (қон кетишини тўхтатиш, трахеостомия) ҳаётий, муҳим кўрсаткичлар бўйича яқин бир неча дақиқа ичида амалга оширилади.

Зудлик билан қилинадиган операциялар беморлар касалхонага келтирилгандан сўнг дастлабки 1-2 кун ичида амалга оширилади, чунки жараённинг тез ривожланиши муносабати билан улар иноперабел (хавfli ўсмалар, ичакнинг ташқи оқма яралари, оғир туғма юрак касаллиги) бўлиб қолишлари мумкин.

Режали операциялар исталган пайтда қилиниши мумкин, шу билан бирга беморни жарроҳлик йўли билан даволашга тайёрлаш бир-икки кунга, зарурият туғилиб қолса, бир неча ҳафтага чўзилиши мумкин.

Операциялар бир босқичли, икки босқичли ва кўп босқичли бўлиши мумкин. Кўп ҳолларда, улар бир босқичда амалга

оширилади (аппендэктомия, меъда резекцияси, ўпканинг қисман резекцияси). Агар беморнинг умумий аҳволи оғир деб топилса ва операция кўлами жуда катта, айти пайтда бемор ҳаёти учун хавф-хатар етарли даражада бўлса, ундаги операция икки ва ундан кўпроқ босқичларга бўлинади. Масалан, кўричакнинг чувалчангсимон ўсимтасининг чекланган яллиғланишида катта қўламдаги инфилтрат мавжуд бўлса, биринчи босқичда умумий перитонит пайдо бўлмаслиги учун қоринни очиб, периаппендикуляр абсцесс дренаж қилинади, аппендэктомия эса бир неча ой ўтгач, яллиғланиш жараёни тўхтагандан сўнг амалга оширилади. Тери пластинкасини амалга ошираётганда, Филатов бўйича кўчиб юрувчи поянинг вужудга келтирилиши, шунингдек, қизилўнғачнинг ингичка ичак билан кўкрак олди пластинкаси ёки кенг қўламдаги гемангиомаларни босқичма-босқич олиб ташлаш кўп босқичли операцияларга мисол бўла олади.

Потенциал контаминация даражаси бўйича операциялар 4 гуруҳга ажратилади: 1) тоза; 2) шартли-тоза (меъда-ичак йўли аъзолари ва кўкс оралиғи); 3) ифлосланган (ковак органлар ичидаги массанинг жароҳатга муқаррар тушиши); 4) ифлос ёки бирламчи касаллик юқтирувчи операциялар.

Хирургик операциялар фақат аниқ ташхис асосида амалга оширилади. Ҳар қандай, ҳатто жуда оддий туюлган операциялар ҳам мутлақо хавф-хатарсиз бўлмайди.

Операция учун кўрсатмалар абсолют, нисбий ва ҳаётий муҳим бўлади. Ҳаётий муҳим кўрсатмалар дейилганда, беморнинг ҳаёти учун тўғридан-тўғри хавф солиниб турган ҳолларда жарроҳлик йўли билан даво қилиш кўзда тутилади. Абсолют кўрсатмаларда ушбу касалликни фақат операция қилиш йўли билан даволаш мумкинлиги аниқланади. Гарчи самарадорлиги кам бўлсада, терапиянинг бошқа усуллари қўллаш мумкин бўлган ҳолларда нисбий кўрсатмалар ҳисобланади. Шошилинчлигига кўра, айнан бир касалликнинг операцияси учун кўрсатмалари ҳам ҳаётий

муҳим, ҳам абсолют, ҳам нисбий бўлиши мумкин. Масалан, ўн икки бармоқ ичак яраси оғирлашганда, операция қилиш учун кўрсатмалар ҳаётий (актив қон кетишни тўхтатиб бўлмайдиган) ёки абсолют (стеноз ривожланаётганда) ёки нисбий (янги ярага ҳали дори-дармонлар билан даво қилишнинг барча усуллари қўлланмаган ҳолларда) бўлиши мумкин.

Ҳар бир аниқ ҳолда операция қилиш учун кўрсатмаларни аниқлашда, нафақат касаллик натижасини (прогнозини), балки операция қилувчи жарроҳнинг имкониятларини, операциянинг муваффақиятли ўтишини таъминловчи операция хонасидаги асбоб-ускуналар ва аппаратларни ҳам назарда тутиш лозим. Хирург қўлидан келмайдиган операцияни қилмаслиги керак, чунки хирургия - бу спорт эмас, инсон эса тажрибалар объекти эмас. Агар хирург диққат-эътибор билан ассистентлик қилиб ёки ўзидан тажрибалироқ касбдошлари бажараётган операция қандай бораётганлигини кузатиб, ўз билимини, тажрибасини оширмас экан, ўтказилган операциялар миқдори қанча бўлмасин операция қилувчининг жарроҳлик билими ўз-ўзидан ортишига ҳеч ким кафолат бера олмайди. Асоссиз операцияларни ўтказмаслик учун бемор билан яхшилаб танишиш, операция режасини ўйлаб кўриш ва операциядан олдинги эпикризни тузиш лозим: 1) ташхисни асослангани; 2) операция учун кўрсатмалар; 3) операция режаси; 4) оғриқсизлантиришнинг тури.

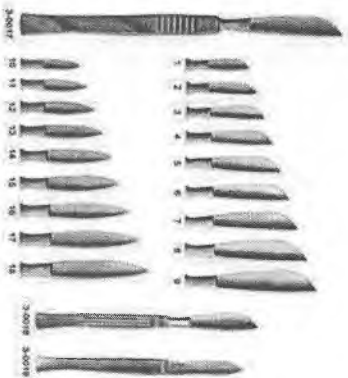
Хирургик операция мураккаб иш бўлиб, унда уч асосий босқич тафовут қилинади; 1) операцияга тайёргарлик даври ва беморни операцияга тайёрлаш; 2) хирургик операциянинг ўзи; 3) операциядан кейинги даврда беморни интенсив кузатиш ва парваришлаш. Мазкур босқичларнинг ҳаммасига амал қилинса, улар жарроҳлик йўли билан даво қилишнинг яхши натижа билан тугашига кафолат беради.

**ХИРУРГИК АСБОБ УСКУНАЛАР ИШЛАТИЛИШ ЖОЙИГА ҚАРАБ
5 ГУРУҲГА (жадвал № 3) БЎЛИНАДИ:**

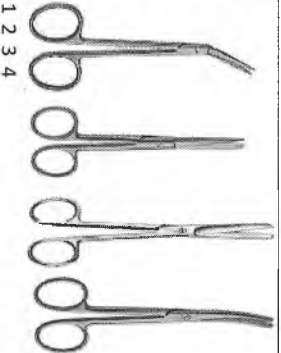
I гуруҳ Тўқималарни ажратадиган асбоб - ускуналар	II гуруҳ Қисадиган асбоб -ускуналар	III гуруҳ Жароҳатни ва табиий тешикларни кенгайтирувчи асбоб - ускуналар	IV гуруҳ Тўқималарни тасодифан зарарланишидан химояловчи асбоб - ускуналар	V гуруҳ Тўқималарни бирлаштирувчи асбоб -ускуналар
Скальпеллар (оддий, диатермик, плазмали, лазерли) пичоқ, арралар, тиббий долото, тиббий қисқичлар, суяк троакарлари, тиббий қайчилар, тиббий респаторлар, суяк учун қошиқчалар, парма ва фрезалар, кюретка, дрель	Қон тўхтатиш учун қисқичлар, ошқозон-ичак учун қисқичлар, цапкалар, Микулич қисқичи, Корнцанг, пинцетлар, ичак қисқичлари, эластик жомлар, ўқ учун қисқичлар, гемorroидал қисқичлар, Люэр, ўпкани ушлаш учун қисқич, Тил ушлагич	Фолькман тишли илмоғи, Фарабеф пластинкали илмоғи, Дуайен қорин кўзгуси, жигарни ушлаб турувчи пластинкасимон кўзгу, Фёдоров буйрак кўзгуси, Субботин ректал кўзгуси, Куско қин кўзгуси, Микулич, Глоссе, Сигал, яра кенгайтиргичлари, кўп тишчали яра кенгайтирувчи “механик қўл”	Тарновсимон зонд, тугмасимон зонд, Кохер зонди, Буяльский куракчаси, Реверден пластинкаси, ретрактор	Гегар игнатутқичи, Матъе игнатутқичи, микро-хирургик игнатутқичи, кўз хирургияси учун, хирургик игналар, тивувчи аппаратлар

1. ГРУҲ. Тўқималарни ажратадиган асбоб-ўсқуналар. Тўқималар скальпел ёрдамида бир текис ҳаракатлар натжиасида кесиш орқали ажратилади. Скальпель — (от лат. *Scalpellum* — ножичек) — катта бўлмаган хирургик пинчоқ. Ҳаёми 12-15 сантиметр, юмшоқ тўқималарни кесишга мўлжалланган. 1. Скальпеллар- ўткир тигли. 6у ёрдамида чуқур, ammo кенг бўлмаган кесмалар учун; қовинчади, узун ва кенг бўлган, ammo чуқур бўлмаган кесмалар учун, бир маротабалик — алмаштирилувчи лезвияли (пискалли),

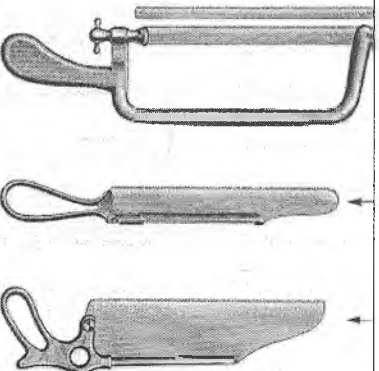
2. Бўшлиқлар учун скальпел — узун ушлагичли ярим айлана шаклидаги тигли бўлиб, чуқур бўшлиқлар (қорин бўшлиғи) ишлагга мўлжалланган.



3. Қайчилар — организмдаги юмшоқ тўқималарни ва боғлов материалларини кесиш учун ишлатилади. Қайчилар қўйидагича бўлади: ўткир тигли ва тўмтоқ, бир учи ўткир, асоси букилган Купер, қовурғасидан букилган Рихтер, тирноқ учун, қон томирлар учун қайчи. Қайчилар тўлаими: 1 — қовурғасидан букилган Рихтер қайчиси; 2 — тўғри бир томони ўткир тигли; 3 — тўғри тўмтоқ учли; 4 — асоси букилган Купер.



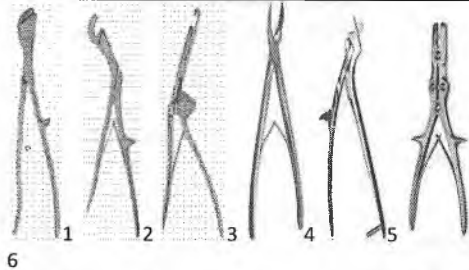
4. Арралар — қаттиқ тўқималарни (суяк, тоғай) кесиш учун ишлатилади. 3. ТУРДАГИ АРРА: ёйсимон арра, баргсимон арра, сиссимон арра (Джитгил). Хирургик арра турлари 1 — ёйли арра; 2 — баргсимон арра.



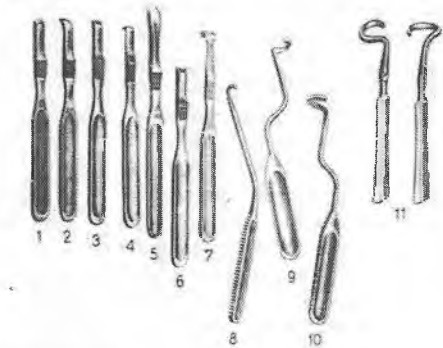
5. Долото – суюк трепанацияси учун ишлатилади. Икки турда бўлади: ясси ва тарновсимон, бир ёки томонлама кесувчан. Бир неча хил ўлчамда бўлади.



6. Ўткир жағли омбур (Кусачки) – катта бўлмаган туртиб чиққан суюк бўлаklarини кесиб олиш учун ишлатилади. Ўткир жағли омбурларни (Кусачки) қуйидаги турлари бор: 1 – Штил; 2 – Штил-Гирц; 3 Сауэрбрух-Фрея; 4 - Листон; 5 - Дальгрэн; 6 - Люээр.



7. Распаторлар – суюк пардасини ажратиш учун ишлатилади, суюк билан боғлиқ операцияларда ишлатилади. Қуйидаги турлари бор 1,7 –Фарабеф (тўғри ва бүкилган); 8 – бурчакли; 9,10 – бүкилган; 11 –Дуайен распаторлари.



II гуруҳ. Қисадиган асбоб – усқуналар. Бу асбоб - усқуналар вақтинча операция вақтида тўқималарни қисиб туриш, ковак аъзолар бўшлиғини ёпиб туриш, қон кетишини тўхтатиш, турли хил хирургик материалларни ушлаб туриш ва узатиш учун ишлатилади. Бу асбобларга қўйилган асосий талаб атравматиклик ва ушлаб турилган тўқимага шикаст етказмаслик.



1. Корнцанг – боғлов материалларини узатиш, жароҳатга тампон, дренаж найчалар қўйиш, жароҳатдан ёт нарсаларни чиқариб олиш ва ҳ.к. учун ишлатилади. Дастаги – узунлиги 26-28см. Корнцанглар тўғри ва ярим букилган шаклда бўлади.

2. Қон тўхтатувчи қисқичлар – қон кетишини тўхтатишда ишлатилади. Кўпинча Бильрот, Кохер ва Москит қисқичлари ишлатилади

А). Бильрот қисқичи ўшловчи юзасида майда кертиклари бўлади, шу сабабли тўқималарга кам зарар етказилади, аммо мустаҳкам ўшлай олмайди.

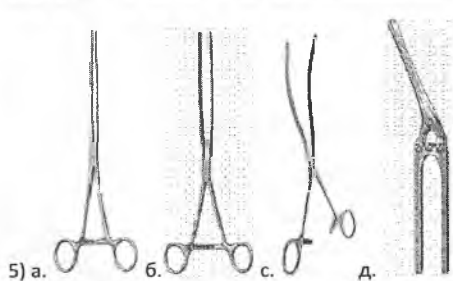
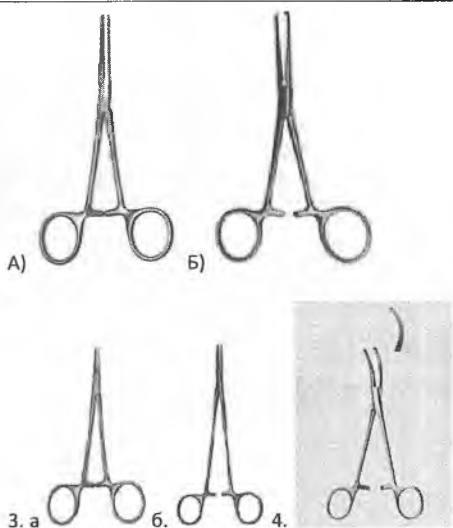
Б). Кохер қисқичи ўшловчи юзасида кертиклардан ташқари тишчаси бўлади, тўқималарга шикаст етказилади, аммо мустаҳкам ўшлайди.

3. «Москит» (а) - Холстед қисқичи (б). Булар нозик юзали бўлади. Улар бош мия, юз қон томирлари, паренхиматоз аъзолар ва болалар хирургиясида кўп ишлатилади.

4. Микулич қисқичи – кўпинча қорин пардани операцион чойшабга фиксация қилиш учун ишлатилади. Дастаги узун бўлиб, тўғри ва эгри шаклда бўлади.

5. Ичак қисқичлари:

А) Қаттиқ ичак қисқичи; Б) Эластик ичак қисқичи; С) Эластик ярим букилган ичак қисқичи; Д) Пайр ошқозон қисқичи.

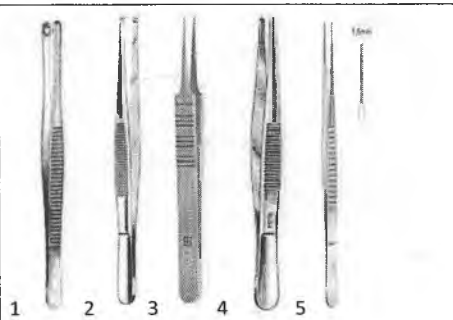


Пинцетлар – ҳар қандай операция ёки боғлов пайтида ёрдамчи асбоб ҳисобланади.

Пинцет турлари:

Анатомик – нозик тўқималар (ошқозон, ичак, қон томир) операциясида кўпроқ ишлатилади.

Хирургик, тишчалари бор. Қаттиқ тўқималарни фасции, апоневроз, терини яхши ва мустаҳкам ўшлайди, аммо юмшоқ тўқималарни шикастлайди.



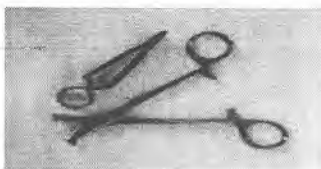
Панжасимон – унда олинган тўқималарни ушлаш ва боғлов материалларини бериш қулай.

Қон томир – қон томирларни ва тикув ипларини шикаст етказмасдан (атравматик) ушлайди .

Микрохирургик – кичик, атравматик микроскоп остида ишлашга мўлжалланган

Пинцет турлари: 1 – панжасимон пинцет; 2 – хирургик пинцет; 3 – анатомик пинцет. 4 – қон томирлар учун пинцет. 5 – микрохирургик пинцет. 6 - чойшаблар учун цапка – операция майдони атрофи чойшабларини бирлаштириб ушлаб туриш учун ишлатилади.

6.



III гуруҳ. Жароҳатни ва табиий тешикларни кенгайтирувчи асбоб - усқуналар. Бу асбоблар деярли барча операцияларда ишлатилади.

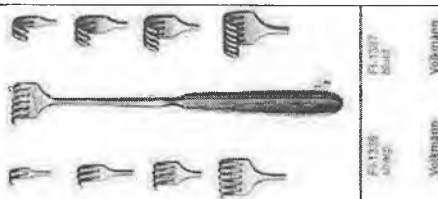
Хирургик илмоқлар (Фолькман илмоғи)

Унинг турлари:

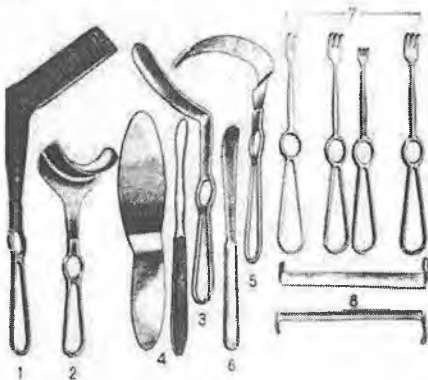
- икки тишли
- уч тишли
- тўрт тишли
- ўткир
- тўмтоқ

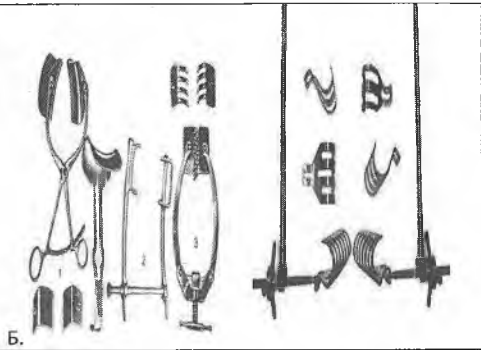
А) Яра кенгайтиргичлар тўплами 1 – жигар кўзгуси, 2 – эгарсимон кўзгу, 3 – бурак кўзгуси, 4 – Реверден куракчаси, 5 – Микулич-Радецко кўзгуси, 6 – Кохер кўзгуси, 7 – икки тишли, уч тишли, ўткир учли яра кенгайтиргич, 8 – Фарабеф яра кенгайтиргичи.

Б) Жароҳатни кенгайтирувчи тўплам: 1 – Коллин яра кенгайтирувчи; 2 – Госсе яра кенгайтирувчи; 3 – Янсен яра кенгайтирувчи. 4 – Сигал яра кенгайтирувчи



А.

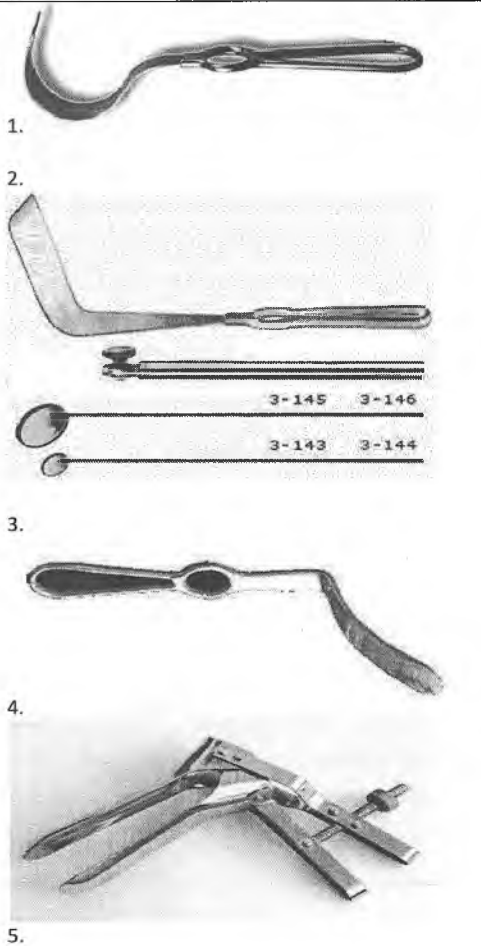




Б.

С) Кўзгулар:

1. Дуайн - қорин кўзгуси.
2. Жигарни ажратиш учун локаткасимон шаклдаги кўзгу.
3. Федоров - буйрак кўзгуси.
4. Куско - икки томонлама қин кўзгуси.
5. Субботин - икки томонлама ректал кўзгуси.



1.

2.

3.

4.

5.

3-145 3-146

3-143 3-144

	
<p>IV гуруҳ. Тўқималарни тасодифан зарарланишидан ҳимояловчи асбоб - ускуналар.</p> <p>Тарновсимон зонд, тугмасимон зонд, Кохер зонди, Буяльский куракчаси, Реверден пластинкаси, ретрактор.</p>	
<p>V гуруҳ. Тўқималарни бирлаштирувчи асбоб - ускуналар</p> <p>Гегар игнатутқичи, Матъе игнатутқичи, микро-хирургик игнатутқичи, кўз хирургияси учун, хирургик игналар, тикувчи аппаратлар.</p>	

Операция жараёнида иштирок этадиган ҳар қандай хирург ва операция ҳамшираси операцияда ишлатиладиган асбоб - ускуналарнинг номини ва ҳар бир операцияда қайси асбоб - ускуналар керак бўлишини тўлиқ билиши керак. Бундан ташқари ушбу асбоб - ускуналар операция турига ва ҳажмига қараб биксларга заҳира билан жойлаштирилади.

Жарроҳлик ҳамшираси лавозимига махсус курсларда малакасини оширган ўрта тиббий маълумотга эга ҳамшира тайинланади.

Асосий вазифалари:

- операциядан олдин операция бўладиган беморлар рўйхатини тузиш;
- операция учун зарур асбоб-ускуналарни тайёрлаш;
- жарроҳлик асбоб-ускуналарини ва боғлов материалларини операциядан камида 1,5-2 соат олдин стериллаб, тайёрлаб қўйиш;
- тикиш ва боғлаш анжомларини тайёрлаш техникасини мукаммал билиш ва вақтида тайёрлаб қўйиш;
- гемотрансфузия техникасини мукаммал билиш;
- шахсий гигиенага қатъий риоя қилиш;
- иш жойини ташлаб кетмаслик;
- кийимлари 100% пахта толасидан бўлиши шарт.

V. ОПЕРАЦИЯГА ТАЙЁРГАРЛИК ДАВРИ ВА БЕМОРНИ ОПЕРАЦИЯГА ТАЙЁРЛАШ

Операцияга тайёргарлик кўриш даври (операциядан олдинги давр) бемор стационарга келган ёки поликлиникага мурожаат қилган пайтидан бошлаб, то операция бошлангунча ўтадиган вақтни ўз ичига олади. Операцияга тайёргарлик даврини икки босқичга ажратиш мумкин: диагнозни аниқлаш ва беморни жарроҳлик йўли билан даволашга тайёрлаш. Биринчи босқичда диагноз аниқланади, турли орган ва системаларнинг аҳволи текшириб кўрилади ва операция қилиш учун маълумотлар аниқланади, иккинчи босқичда эса бемор операцияга тайёрланади.

Операцияга тайёргарлик кўриш даврининг қанча давом этиши касалликнинг хусусиятига, беморнинг умумий аҳволига, операциянинг шошиличилиги даражасига ва жарроҳлик йўли билан даволашнинг кўламига боғлиқ равишда ўзгариб туради. Кечиктириб бўлмайдиган операцияларда (қон кетишни тўхтатиш, чувалчангсимон ўсимта, ўткир яллиғланган, меъда яраси тешилиши, бачадондан ташқари ҳомила бўлган ҳолларда) операцияга тайёргарлик кўриш даври қисқа бўлади. Бу фурсат ичида фақат оддий тадбирлар (ювиниш, сочни олиш), шунингдек, текширишлар (қон ва сийдикни текшириш, кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғини рентгенологик текшириш) амалга оширилади. Оғир беморлар учун, шунингдек, операция зудлик билан қилинадиган бўлса, сув муолажалари қўлланилмайди. Шу билан бирга юрак ва томирлар, трансплантология хирургиясида, меъда ва ўт чиқариш йўллари тиклаш хирургиясида операцияга тайёргарлик даври баъзан бир неча ҳафтага чўзилиб кетади.

Беморни операцияга тайёрлашнинг аҳамиятини баҳолаш мушкул, чунки қилинадиган операциянинг муваффақиятли ўтиши кўпинча ана шу тайёрлашга боғлиқ бўлиб қолади. Хирург операцияга тайёргарлик кўриш давридаёқ жарроҳлик йўли билан

даво қилинаётган пайтда эҳтимол туғилган қийинчиликларни олдиндан кўра билиши керак. Бу қийинчиликлар шартли равишда оғриқсизлантиришнинг тури, қон кетиши эҳтимоли, операция шоки ёки ҳаётий муҳим аъзоларнинг шикастланиш эҳтимоли билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Беморни операцияга тайёрлаш даврида ўзгаришга учраган аъзолар фаолияти коррекция қилинади. Кенг қўламдаги радикал операция, кўп босқичли ва бир босқичли операцияларда бўлгани каби, паллиатив операцияга нисбатан катта резервларни талаб қилади.

Операцияга тайёргарлик даврида режали операциялар куйидагича ажратилади: 1) олис; 2) яқин орадаги; 3) бевосита операцияга тайёргарлик кўриш даври. Масалан, олис операцияга тайёргарлик кўриш даврида, агар беморда бўқоқ ёки туғма юрак касали бўлса, санаторий давоси қўлланилади, бодомсимон без ва чириган тишлар санация қилинади. Яқин орадаги операцияга тайёргарлик кўриш даврида (7-15 кун давомида) соматик тизимнинг умумий ҳолати ўз вақтида яхшиланади, бевосита операцияга тайёргарлик кўриш даврида эса, санитария ишлови ўтказилади, қовуқ ва тўғри ичак бўшатилади.

Бевосита операцияга тайёргарлик даври тадбирлари ва белгиланган турдаги (стенозда меъдани тозалаш, йўғон ичакни резекция қилишдан аввал уни сифонли хуқна қилиш, йирингли ўпка касалликларида нафас йўлларини санация қилиш) операцияга тайёрлаш учун ўзига хос тадбирлар тафовут қилинади: ҳар қандай операция олдиндан беморни тайёрлаш даври учун бир хил ва мажбурий бўлган тадбирлар (гигиеник сувли ванна, сочни олиш, хуқна қилиб тозалаш, қовуқни бўшатиш) бевосита операцияга тайёргарлик кўриш даври учун тегишлидир.

Беморнинг руҳий ҳолатини, умумий соматик ҳолатини, маҳаллий жараённи нормага соладиган ёки яхшилайдиган

тадбирлар ҳам операцияга тайёргарлик даври тадбирларига киради.

Беморни руҳан тайёрлаш. Хирургик операция руҳий жиҳатдан соғлом кишиларда у ёки бу даражада руҳан эзилишга сабаб бўлади. Бунини бартараф этиш ёки камайтиришнинг уддасидан чиқилса, бу беморни операцияга тайёрлашга ҳам, операциядан кейинги натижаларга ҳам яхши таъсир кўрсатади. Тиббиёт ходими беморнинг асаб системасини бутун даволаниш даврида, айниқса, яқин орада бўладиган операцияга тайёргарлик кўриш даврида авайлаб-асраши зарур. Бу даврда беморда бўлажак операция билан боғлиқ кўрқув ва ишончсизлик пайдо бўлади, салбий кечинмалар юзага келади, кўпдан-кўп саволлар туғилади. Буларнинг барчаси организм реактивлигини пасайтиради. Операцияга тайёргарлик кўриш даврида бемор билан шифокор ўртасидаги алоқа кучаяди. Шифокорнинг беморни операция яхши тугашига ишонтира олиш қобилияти ҳамда даволаш беморга янгидан-янги куч бағишлайди. Оғир, тузатиб бўлмайдиган касалликларда (масалан, хавфли ўсма касалликларида) шифокор онгли равишда ҳақиқатни бемордан яширади, акс ҳолда, бемор соғайиб кетишига бўлган сўнгги умидини ҳам йўқотади ва касаллик янада тезлашиб авж ола бошлайди.

Операцияга тайёргарлик кўриш даврида уйқусизликка ва оғриққа қарши курашиш муҳим аҳамиятга эга. Шу мақсадда уйқу, асабни тинчлантирувчи (транквилизаторлар) ва оғриқсизлан-тирувчи дори-дармонлар (анальгин, промедол, омнопон, морфин) қўлланилади.

Ҳар бир ҳолда ҳам операцияга беморнинг ўз розилигини олиш зарурдир. Агар бемор хушини йўқотган ёки руҳий касаллик туфайли муайян жавобни бера олмаса, у ҳолда жарроҳлик йўли билан даволаш масаласи шифокорлар консилиуми йўли билан ҳал этилади. Бемор болани операция қилиш учун унинг ота-онасининг розилигини олиш зарур. Жуда шошилиш операцияларда, агар

бемор боланинг ота-онаси бўлмаса, у ҳолда бу масала ҳам консилиум йўли билан ҳал этилади.

Беморни умумий, жисмоний (соматик) жиҳатдан тайёрлаш.

Операцияга тайёргарлик кўриш даврида беморнинг соматик ҳолатини баҳолаш учун қон айланиш тармоғидаги, нафас олиш йўлларидаги ўзгаришларга, шунингдек, паренхиматоз аъзолар фаолиятига алоҳида эътибор бериш лозим.

Операция пайтида юрак-томирлар системаси зўриқади. Юрак-томирлар фаолиятида етишмовчилик бўлган бемор ўрндан турмай ётиши, суюқликларни кам ичиши зарур; унга юрак фаолиятини яхшиловчи гликозидлар (строфантин, дигоксин, изоланид, целанид), сийдик хайдайдиган (диуретик) дорилар (новурит, верошпирон, триампур) ва бошқа дори-дармонлар (кокарбоксилаза, АТФ) тайин қилинади.

Операцияга тайёргарлик кўриш даврида камқонликни бартараф этиш ҳам анчагина аҳамиятга эга.

Тромбоз ва эмболиянинг олдини олиш учун организми заифлашган беморларда томирларда қоннинг ивиб қолиш индекси аниқланади, зарурат бўлса, антикоагулянтлар (фенилин, омефин, гепарин) тайин қилинади.

Режали операциялар амалга оширилишидан аввал бурун, қўшимча бўшлиқларидаги яллиғланишни, ўткир ва сурункали бронхит, плеврит ва пневмонияни бартараф этиш зарур. Шу мақсадда балғам кўчирадиган дорилар, антибиотиклар, сульфаниламидлар ва даволашнинг махсус усуллари (ингаляция, физиотерапевтик муолажалар, даволаш физқультураси) қўлланилади. Оғриқлар ва беморнинг мажбурий ҳолати нафас олиш кўламининг камайишига сабаб бўлади. Операцияга тайёргарлик кўриш даврида бемор нафас олиш гимнастикаси комплексини ўзлаштириши, балғамни тўғри ташлашни ўрганиб олиши керак. Ўткир ринит, трахеит, бронхит, шунингдек, ўпка эмфиземаси (ҳаётий маълумотлар бўйича амалга ошириладиган

операциялар бундан мустасно) операцияга йўл қўймайдиган монелик ҳисобланади.

Меъда-ичак йўлини операцияга тайёрлаётганда беморнинг узоқ вақт оч қолиши, сурги дорилар ичиши ва йўғон ичакни қайта ювиш мақсадга мувофик эмас. Ҳатто бу зарарли ҳамдир, чунки у ацидозни ва кислота-ишқор ҳолатининг ўзгаришини келтириб чиқаради, ичак тонусини пасайтиради, томирларда қон ҳаракатининг сусайишига (ёки тўхтаб қолишига) сабаб бўлади. Натижада, оғир интоксикация ривожланиши, қайт қилиш, метеоризм ва олигурия кучайиши мумкин.

Оғиз бўшлиғини санация қилиш, кариоз тишларни олиб ташлаш муҳим аҳамиятга эга. Операциядан кейинги даврда юз бериши мумкин бўлган паротит, гингивит ва глосситнинг олдини олиш учун тишларни тозалаш ва оғиз бўшлиғини антисептик эритмалар билан чайиш мақсадга мувофик. Агар меъдани операция қилиш кўзда тутилган бўлса, у ҳолда операция арафасида меъда ювилади. Меъдадан қон кетаётган бўлса, уни ювиш тавсия этилмайди. Агар меъда яна тўлиб қолган бўлса, бундай ҳолларда бевосита операция олдидан уни яна бўшатиш зарур.

Агар ич ўз-ўзидан келмаса, ана шундагина тозалаш ҳуқнаси қўллаш мумкин. Йўғон ичак ва чот ораси операцияси бундан мустасно; операция бошланиши олдидан ичак сифон ҳуқна ёрдамида нажасдан бутунлай тозаланади.

Жигар паренхимасининг шикастланиши операциянинг хатарлилигини сезиларли даражада оширади. Операцияга тайёргарлик даврида беморга овқат истеъмол қилишни чеклаш жигарда гликогенни ва қонда қанд моддаси даражасини камайтиради, бу эса, ўз навбатида репаратив жараёнларни тўхтатиб қолади. Шунинг учун ҳам жигардаги гликоген захирасини кўпайтириш жуда муҳим. Бунга тўйимли овқатлар истеъмол қилиш, глюкоза ва витамин С ни инъекция қилиш йўли билан эришиш

мумкин. Жигар функциясини яхшилаш учун метионин, липокаин, витамин В12 юборилади.

Режали операциядан олдин сийдик ажралиш системасини тайёрлаш учун буйракларнинг функционал ҳолатини текшириш, буйрак синамаларини ўтказиш муҳим. Бу қон ва қон ўрнини босувчи препаратларни қўйиш ва дори-дармонларни юбориш билан кечувчи хирургик операция (бунда буйрак зўриқиб қолади) билан боғлиқ бўлгани учун ҳам зарурдир. Бевосита операция олдидан бемор қовуғини бўшатиши лозим. Айниқса, қорин бўшлиғида қилинадиган операциялар олдидан албатта, шундай қилиниши шарт. Агар беморнинг ўзи ёзила олмаса, у ҳолда қовуқ катетеризация қилинади.

Бадан терисини тайёрлаш. Операцияга тайёргарлик даврида бадан терисини яхшилаб кўриш зарур. Операция қилинадиган жойда ёки унга яқинроқда яллиғланиш (йирингли) касалликлари бўлса, у ҳолда жарроҳлик йўли билан даволашни (агар у ҳаётий маълумотлар бўйича амалга оширилмаса) қолдириш лозим. Маълумки, яллиғланиш касалликлари бошдан кечирилгач, инфекция лимфа тугунларида ҳали сақланиб қолган бўлади; операциядан кейинги даврда у операция кейинги жароҳат соҳасида асорат ёки сепсис келтириб чиқариши мумкин. Бундай ҳолларда шошинч операциялар антибиотиклар ёрдамида амалга оширилади. Режали операцияларни эса, ҳатто ўткир яллиғланиш тўғрисида аниқ далил бўлмаган, бироқ беморнинг ҳарорати кўтарилгач (37 градусдан юқори) ва эритроцитларнинг чўкиш тезлиги (ЭЧТ) органи аниқланган ҳолларда қолдирилади.

Операциядан бир кун аввал бемор ванна қабул қилиши, ич кийимларни алмаштириши керак. Оғир касалларга ванна қабул қилишга рухсат этилмайди, шу сабабли бундай касаллар бадани ҳўл сочиқ билан артилади. Ҳаётий кўрсатмалар (ўткир қон кетиши, асфиксия) бўйича операция қилиш зарурияти туғилган ҳолларда ҳам ванна қабул қилинмайди.

Операция куни эрталаб операция қилинадиган жой операцияга тайёрланади – қайтадан совунлаб ювилади, тери ўткир устарада қирилиб, жундан тозаланади. Кесилиши мўлжалланаётган жойдаги туклар иложи борича кенгрок жойдан олиб ташланади, чунки операция чойшабининг (ички кийимнинг) у ёқдан бу ёққа сурилиши натижасида бошқа жунлардаги микроблар жароҳатга тушиши мумкин. Бемор операцияга боришидан 30 дақиқа олдин примедикация қилинади ва каталка (ғилдаракли стул) да операция хонасига олиб борилади. Ҳамшира бемор билан операция вақтида зарур бўлиши мумкин бўлган барча ҳужжатларни (касаллик тарихи, рентген плёнка ва бошқ.) ва операция ҳажмидан келиб чиққан ҳолда катта операцияларда беморга операция вақтида қон қуйиш зарур бўлиб қолса, беморга мос донор қони борлигини назорат қилиши керак.

ХИРУРГИК ОПЕРАЦИЯНИ ЎТКАЗИШ

Хирургик операция бир неча босқичдан иборат: 1) беморни операция столига ётқизиш; 2) операция майдонини тайёрлаш; 3) оғриқсизлантириш; 4) операция қилишга киришиш; 5) операцияни амалга ошириш (оператив усул); 6) операцияни тугатиш.

Беморни операция столига ётқизиш. Ҳамма нарса операцияга тайёрланган, операция столи устига клёнка ва тоза чойшаб ёзилгандан сўнгина беморни операция хонасига олиб кирилади. Бемордан ички кийимлари ечиб олиниб, уни операция учун қулай ҳолатда (бу патологик ўчоққа қулайлик билан яқинлашиш ва операцияни амалга оширишга имкон туғдиради) операция столига ётқизилади, оёқлари боғлаб қўйилади ва устига чойшаб ёпилади.

Беморнинг операция столидаги ҳолати операциянинг қайси соҳада бажарилишига қараб танланади. (10-расм).



10-расм

Юз, қорин, кўкрак ва қорин соҳаси (олд соҳадаги), сийдик қопи, эркаклар жинсий аъзолари, оёқ ампутацияларида бемор **горизонтал ҳолатда** бели билан ётган бўлади. Бел билан ётишда ҳам турли хил вазиятлар бор: орқага эгилган (қалқонсимон без операциялари), бел қисмига валик қўйилган (ўт қопи, талоқ операцияларида), буйрак соҳасига валик қўйиб (қорин ўрта қисми операцияларида), оёқ тизза бўғимидан букиб ётган ҳолда (гинекологик операцияларда). **Тренделенбург ҳолати** кичик чаноқ органларида (гинекологик операцияларида) амалга оширилади. Бемор пастга сирпаниб тушиб кетмаслиги учун унинг оёқлари тиззасидан букилиб, муайян ҳолатда маҳкамлаб боғлаб қўйилади.

Ёнбошлаб ётиш ҳолати буйрак ёки кўкрак қафасида операция амалга оширилганда қўлланилади. Гинекологик ҳолатдан тўғри ичак, простата бези, ташқи жинсий аъзолари ва қин операция қилинганда фойдаланади (бемор чалқанчасига ётади, операция столининг оёқ томони пастга туширилган, беморнинг оёқлари тиззадан букилиб, юқорига кўтарилган ва махсус тагликларга қўйилган бўлади). **Юз тубан ётилган ҳолат** умуртқа, думғаза, ўпка, агар зарурият туғилса, орқа тешик операция қилинади. Бош

суягининг орқа чуқурчаси бажариладиган операцияларда бемор **ярим ўтирган ҳолат** амалга оширилади.

Операция майдонини тайёрлаш. Операция майдони деб, баданнинг операция қилинадиган қисмига айтилади.

Операция майдони териси тозалангач, беморнинг устига стерилланган операция чойшаби ёпиб қўйилади, фақат кесиш ўтказиладиган жойи очиқ қолдирилади. Операция майдонини чегаралаш учун катта-кичик чойшаблар, сочиқлар ва салфеткалар ишлатилади. Чойшаблар махсус тутқичлар билан маҳкамланади ёки тикиб қўйилади.

Оғриқсизлантириш. Операцияларда, шу жумладан, амбулаторияларда ҳам кўпинча кам ҳажмли маҳаллий анестезия қўлланилади ва унинг ёрдамида жарроҳлик йўли билан даво қилинадиган жойдаги тегишли асаб рецепторларининг сезувчанлигини йўқотишга эришилади. Бунинг учун кўпинча новокаин, лидокаиндан ва бошқа препаратлардан фойдаланилади. Ҳозирги пайтда умумий оғриқсизлантирувчи наркоз кенг қўлланилади.

Операцияни амалга ошириш асосий босқич ҳисобланади: операция вақтида патологик ўчоққа ёки зарарланган аъзога жарроҳлик йўли билан даво қилинади, масалан, абсцесс ёриб кўрилади, очиқ артериал томир боғланади, ўт пуфаги олиб ташланади. Операция пайтида бирон-бир аъзо ёки унинг бир қисми (аппендикуляр ўсимта, ўт пуфаги, меъда, ўпка) олиб ташланади, зарурият туғилса бўшлиқ дренажланади, сунъий стома вужудга келтирилади (трахеостома, гастростома). Операция тўқималарни босқичма - босқич тикиш билан тугайди. Операция тугагандан сўнг жароҳат стерил боғлам билан боғлаб қўйилади.

Операция вақтида ишларни ташкил этиш. Хирургнинг ўз ассистентларига кетма-кет берадиган танбехлари, сифатли асбоб-ускуналарни тайёрламагани ёки уларнинг йўқлиги туфайли операция ҳамширасига қиладиган таъналари беморнинг руҳиятига

жуда ёмон таъсир кўрсатади, унинг ҳаёти ва соғлиги хавф остида қолгандек туюлади.

Операция вақтида мураккаб аҳвол юз берганда ҳам хирург ўзини вазмин тутиши керак. Агар у мўлжалланган операцияни қила олмайдиган бўлса ёки юз берган мураккаб аҳволни бартараф этишнинг уйдасидан чиқа олмаса, бундай ҳолларда дарҳол малакали шифокорларни чақириши ва маслаҳатлашиши лозим.

Операция ҳамшираси хирургнинг масъул ёрдамчиси ҳисобланади. У операция залидаги ишларни ташкил қилади, асептикага жавоб беради ва ўз қўл остидагиларга раҳбарлик қилади. У асептикага риоя қилинишини синчковлик билан кузатиб туради. Операция қилувчи хирург, ассистентлар ва талабалар асептика талабларини бузмаслиги, қолаверса, операция ҳамширасининг кўрсатмаларини сўзсиз бажаришлари шарт. Операция тугагандан сўнг операция ҳамшираси катта тампонларни, салфеткаларни санаб чиқади, асбобларни ҳисоблаб кўради (бўшлиқларда ва тўқималарда ёт жисмларнинг қолишининг олдини олиш учун) ва уларни ювиб асбоб-ускуналар жавонига қўяди, кейин операция залини навбатдаги ёки эртаси куни бўладиган операцияга тайёрлайди.

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВР

Бу давр операция тугаганидан, то беморнинг меҳнат қобилияти тиклангунча ёки аҳволи барқарорлашгунча (касалликнинг оператив даволаш натижаси аниқланади) ўтган вақтни ўз ичига олади (11-расм). Соғайиш даври хирургик операциянинг ўзи каби муҳимдир. Операциядан кейинги даврда йўл қўйилган хатолар оғир асоратларни келтириб чиқаради.

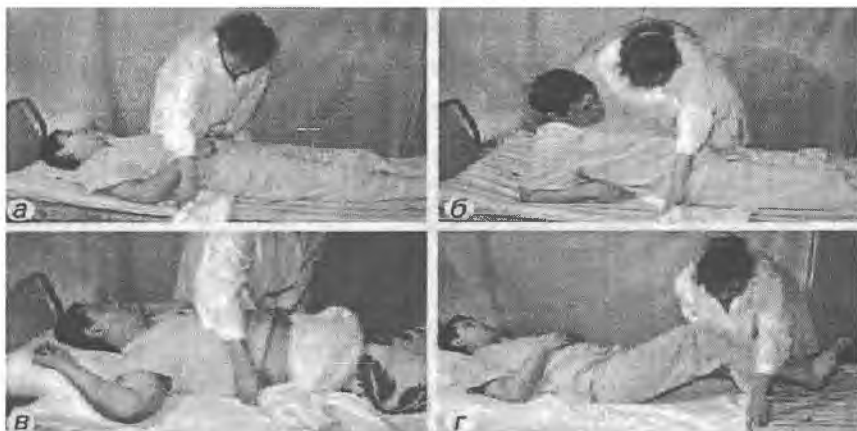


11-расм

Операциядан кейинги даврда қўйидаги босқичлар кузатилади: дастлабки босқич - операциядан кейинги дастлабки 3-5 суткани ўз ичига олади; кечки босқич - операциядан кейинги 2-3 ҳафтадан иборат, кўпинча у бемор касалхонадан чиқиб кетгунга қадар давом этади.

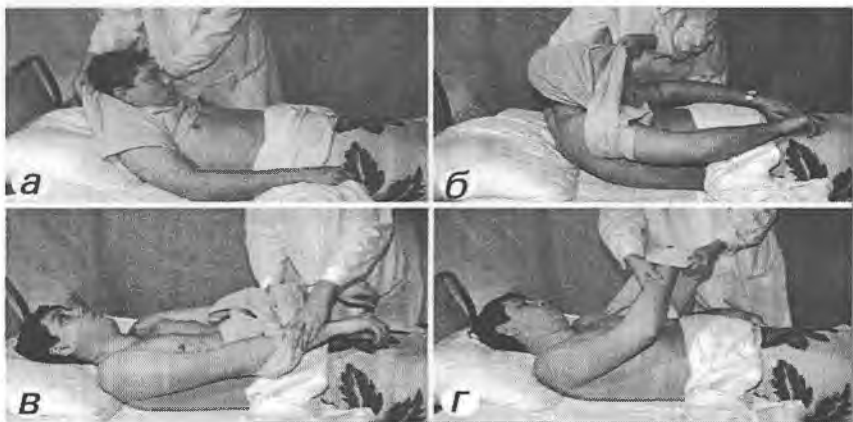
Операциядан кейинги даврларда беморларни кузатиб бориш. Беморни операция столидан аравачада олиб кетилиб каравотга ётқизилади. Палатада ўрин бемор келтирилгунча тайёрлаб қўйилади: унга тоза оқликлар тўшалди (12-расм), грелка ёки бошқа иситгич жиҳозлари билан иситилади, чунки операция столида ётган беморнинг қон йўқотиши ва бошқа омиллар туфайли тана ҳарорати пасаяди (гипотермия). Беморни кийими алмаштирилади (13-расм) иссиқ тутувчи ёпинғичларга ўраб қўйилади, кейин ёпинғич устидан оёғига ва ёнларига грелка қўйилади.

Агар бемор наркоз билан операция қилинган бўлса, бир жойдан иккинчи жойга кўчириб олиб бориб ётқизилиши вақтида ва ўзига келган дастлабки соатларда қайт қилиши мумкин.



12-расм

Шунинг учун унинг ёнида махсус тоғора, қоғоз дастрўмоллар ва оғиз бўшлиғини тозалаш учун асбоблар бўлиши керак. Бемор қайт килаётган бўтқасини ташлай олмай нафаси қайтиб ўлиб қолиши мумкин, тили осилиб, нафас олишини қийинлаштириши мумкин, шунингдек, юрак фаолиятининг тўсатдан ёмонлашиш хавфи ҳам бор.



13-расм

Реанимация ва интенсив терапия бўлимларида томир уриши, нафас олиш ритми, бадан ҳарорати кузатилади, веноз ва артериал босим аниқланади, қон ва сийдик анализлари, сув-электролит баланси аниқланади, юрак фаолияти назорат қилинади, зарурият туғилиб қолса мия ЭЭГ қилинади, қон оқими тезлиги ва юракнинг бир дақиқада қанча ураётганлиги текширилади. Беморнинг аҳволини баҳолаш учун ҳозирги вақтда ахборот-коммуникацион технологияларидан фойдаланган ҳолда кузатиш усули йўлга қўйилган, бунда бемор тўғрисидаги маълумотларни врач компьютер орқали назорат қилиб боради ва бу ўз навбатида интенсив терапия бўлими ходимининг ишини енгиллаштиради.

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА ОРГАНИЗМДА ЮЗ БЕРАДИГАН ЎЗГАРИШЛАР

Операциядан кейинги даврда, одатда, бир неча кундан сўнг ўз ҳолига келиб қоладиган ўзгаришларни кузатиш мумкин. 90% ҳолларда углевод алмашинуви сўрилгани кузатилади – бу гиперликемия ва глюкозурия бўлиши мумкин, улар оғриқсизлантиришнинг турига боғлиқ бўлмаган ҳолда пайдо бўлиб, 3-4 кун давомида йўқ бўлиб кетади. Углевод алмашинувининг ўзгаришлари марказий асаб тизимининг (МАС) таъсирланиши натижасида қанд моддаларининг етарлича оксидланмаслиги ва эндокрин тизимининг бузилиши билан боғлиқ ҳолда келиб чиқади.

Шунингдек, операциядан кейинги даврда кислота-ишқор мувазанатининг бузилиши ҳам кузатилади – қонда ишқор захираси камаяди ва ацидоз белгилари пайдо бўлади. Дастлаб, ацидоз компенсацияланган хусусиятга эга бўлади, ишқор захираларининг камайишига мувофик қайт қилиш, метеоризм, бош оғриши, безовталик, уйқусизлик пайдо бўлиши мумкин. Операциядан кейинги даврда пайдо бўладиган ацидознинг олдини олиш учун операциядан олдинги тайёрлашни тўғри ташкил қилиш, илгарироқ

овқатлантириш, операциядан кейинги даврда организмга глюкоза ва инсулин юбориш зарур.

Оқсиллар алмашинувининг ўзгаришлари қонда азот қолдиғининг кўпайиши, гипопротеинемия, глобулин фракцияларининг кучайиши кабилар билан бирга кечади. Операция вақтида қон кетиши гипопротеинемиянинг ривожланишига имкон яратади. Гипопротеинемия операциядан 5-6 кун ўтгач жуда авжига чиқади. Бунинг ўрнини оқсил моддаларга бой тўйимли парҳез таомлар билан, шунингдек, организмга қон, плазма ва оқсил гидролизатларини венадан юбориш йўли билан тўлдириш мумкин.

Сув-электролит алмашинувининг ўзгаришлари ҳам операциядан кейинги даврда муҳимдир. Қон хлоридларининг камайиши, айниқса, ичаклардан овқат ўтмай қолиши синдроми бор беморларда кузатилади. операциядан кейинги даврнинг биринчи кунларида организмга Рингер эритмасини, натрий ва калий хлориднинг гипертоник эритмасини юбориш йўли билан етишмайдиган хлоридлар ўрни тўлдирилади.

Хлоридлар ўзгариши билан бир вақтда организмнинг сувсизланганидан дарак берувчи суюқлик баланси бузилгани ҳам кузатилади. Соғлом одам бир суткада тахминан 2-2,5 литр суюқликни: буйрак (1-1,5 л), ўпка (0,5л), тери (0,3 л) орқали ажратиб чиқаради. Бадан нормал ҳароратда (36,6-37°C) ўпка ва тери орқали бир.кеча-кундузда тахминан 800 мл суюқлик ажратиб чиқаради. Тери ҳарорати кўтарилганда йўқотиладиган суюқлик, ҳар бир градус учун 500 млга ортади. Шундай қилиб, операциядан кейинги даврда сувни, асосан буйракдан бошқа йўллар билан (сийдик ажралиб чиқиши нисбати 3:1) йўқотади. Тана ҳароратининг кўтарилиши, нафас олишнинг тезлашуви, терлаш, қайт қилиш, ич кетиш бунга сабабдир. Беморни операциядан олдин яхши тайёрламаслик ҳам (оч қолиши, тез-тез хўқна қилиниши) организмнинг сувсизланишига имкон яратади.

Сув-электролит алмашинувининг бузилиши ўзига хос равишда изга солиниши керак. Операциядан кейинги биринчи кунларда организмга бир кеча-кундузда камида 2,5-3 литр суюқлик киритиш (венадан, тери остидан, ректал, перорал) йўли билан йўқотилган сув ўрни тўлдирилади. Тез-тез қайт қилиш, ҳаддан ташқари терлаш, ич кетиши натижасида сув ва тузларни тез йўқотиш тўқималарини, айниқса, паренхиматоз органлар ва миянинг сувсизланишини осонлаштиради. Айни пайтда, ҳужайралараро бўшлиқда натрий камаяди ва ҳужайраларнинг ўзида кўпаяди. Калий ионларининг ҳужайраларда ва ҳужайрадан ташқаридаги бўшлиқда қонцентрацияланиши натрий ионлари таркибини тесқари пропорционал равишда ўзгартиради. Натижада, иссиқлик қайтариш ҳолати бузилади, ортиқча исиб кетиш ва гипертермия ривожланади. Организмга суюқлик юбориш ҳар бир беморнинг ўзига хос бўлиши керак.

Операциядан кейинги даврда беморни, айниқса, кекса беморларни фаоллаштиришга катта эътибор берилади. Операциядан сўнг беморга ўрнида ётган жойида ҳаракат қилиш ёки майда ва ўрта бўғимларини ҳаракатлантириш (операция қўлами ва унинг характеридан келиб чиқиб), кўп ўтмай ўрнидан туриш таклиф қилинади. Нафас олиш машқлари ва даволаш машқлари тайин қилинади, буларни беморларни имкониятларига кўра, операцияга тайёргарлик давридаёқ ўргатилади. Булар қон айланишини яхшилашга имконият туғдиради, асаб системасининг мустаҳкамлайди, умумий аҳвол ва кайфиятни яхшилади, репаратив жараёнлар муваффақиятли кечишига имкон яратади ва операциядан сўнг асорат пайдо бўлишини чеклайди. Шок, юрак фаолиятида етишмовчилик бўлганда ва ўткир яллиғланиш жараёнларида беморни фаоллаштиришга йўл қўйиб бўлмайди.

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАР, УЛАРНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА ДАВОЛАШ

Операциядан кейинги асоратлар дастлабки, шунингдек, кечки босқичда юз бериши мумкин. Беморни синчиклаб текшириш, операцияга тайёргарлик кўриш даврида уни тўғри тайёрлаш, айнан операция вақтида тўқималарни эҳтиётлаш ва беморни операциядан кейинги даврда фаоллаштириш билан асоратлар сонини чеклаш мумкин.

Операциядан кейинги дастлабки даврда, кўпинча шок ёки коллапс (токсик, аллергик, анафилактик, кардиоген ва невроген), асаб системасининг бузилиши, ўпка асоратлари (ателектаз, ўпка шиши, бронхопневмония), ўткир жигар ва буйрак етишмовчилиги (сарик касаллиги, олигурия, оғир интоксикация), юрак ва ўпка етишмовчилиги билан боғлиқ ҳолда аноксиянинг пайдо бўлиши, операциядан кейинги гипертермия синдроми (кўпроқ болаларда, бу тана ҳароратининг 41°C ва ундан юқорига кўтарилиши, қайт қилиш, безовталиқ, гемодинамиканинг бузилиши ва томир тортилиши) кузатилади.

Операциядан кейинги асабий бузилишлар, кўпинча оғриқ, уйқусизлик, руҳий касалликлар, парестизиялар, фалажликлар туфайли пайдо бўлади.

У ёки бу даражадаги оғриқ ҳар қандай операциядан кейин ҳам кузатилади. Оғриқнинг тури ва интенсивлиги операция кўламига, шунингдек, тўқималарнинг шикастланиш даражасига ва беморнинг асаблари қай даражада кўзғалишига боғлиқ. Оғриқ ҳиссиёти – беморнинг тўғри ҳолатда ётиши, эркин ва бир маромда нафас олиши билан пасаяди. Оғриқсизлантирувчи восита сифатида 50% анальгин, 1-2% промедол, омнопон ёки морфин, 0,005% фентанил 1-2 мл дан, шунингдек, нейролептиклар – 0,25% дроперидол, 0,5% галоперидол (суткада 2 ёки 3 марта 1 мл дан) қўлланилади. Кўпинча оғир ва травматик операциялардан сўнг даво наркози қўлланилади.

Операциядан кейинги руҳий касалликлар кўпинча интоксикация босқичида заифлашган беморларда ривожланади. Кўпинча улар сурункали руҳий касалликлар туфайли келиб чиқади. Шунингдек, реактив ҳолатлар ҳам учраб туради, бундай беморлар диққат-эътибор билан кузатишни ва шахсий хавфсизлигини таъминлашни талаб этади. Уларни даволаш психиатр вазифасига киради, бундай ҳолатлар юз берганда у шошилиш равишида маслаҳатга (қонсултацияга) чақирилиши керак.

Юрак-қон томирлар системасининг асоратлари - юрак-қон томирларнинг ўткир етишмовчилиги, тромбозлар, эмболиялар, инфарктлар – бирламчи юрак етишмовчилиги натижасида юз беради ёки шок ва анемия ҳолатларида иккиламчи бўлиши ҳам мумкин.

Томир ўткир етишмовчилиги патогенезида капиллярлар атониясини ва АҚХнинг камайишини келтириб чиқарадиган фалажлигига катта роль ўйнайди. Натижада, қон оқими сусаяди, тўқима гипоксияси кучаяди, бу эса ўз навбатида, капилляр атонияни келтириб чиқаради.

Юрак ўткир етишмовчилигини даволаш учун юрак гликозидлари (строфантин, дигоксин, целанид), перифик қон айланишини кучайтирувчи воситалар (стрихнин, кофеин, эфедрин, допамин) қўлланилади, коронаролитик (нитроглицерин) воситалар, диуретиклар (лазикс, вершпирон), оксигенотерапиядан фойдаланилади.

Тромбозлар одатда оёқ ва думғаза веналарида, кўпроқ семиз ва кам ҳаракат беморларда ривожланади. Тромбозга қон юришининг секинлашуви, қон қўйилишининг ошиши ва томир деворларининг шикастланиши сабаб бўлади. Тромбозлар натижасида, асосий артериялар эмболияси, шу жумладан, ўта хавфли бўлган ўпка артерияси эмболияси юзага келиши мумкин. Бундай ҳолларда катта дозаларда (30-50 минг ТБ) гепарин тайин қилинади, ўпка артериясига ёки венага стрептаза (500 минг - 1 млн

ТБ), авезилин (250 минг – 1,5 млн ТБ бир суткада) юборилади. Қўлоёқларнинг перифик ва асосий артерияларида тромбоз юз берганда қўшимча равишда спазмолитиклар ва томир кенгайтирувчи воситалар юборилади, кўрсатмалар бўйича қонтомир жарроҳи томонидан эмболэктомия ўтказилади.

Нафас олиш системаси асоратлари нафас олишнинг ўткир етишмовчилиги, бронхит, трахеит, пневмония, плеврит, ателектаз, ўпка абсцессидан иборат. Кўпроқ бронхитлар ва бронхопневмониялар учрайди. Ўпка асоратларининг олдини олиш учун беморнинг операция залида ёки ваннада ва бошқа қўшимча хоналарда қаттиқ совуқ қотишига йўл қўймаслик керак, хонани шамоллатиш, операциядан кейинги фаол тактика ва беморни астойдил парваришlash зарур. Шунингдек, нафас олиш гимнастикаси ва даволаш машқлари ҳам фойдали. Даволаш учун антибиотиклар, балғам кўчирадиган дорилар ишлатилади, аэрозол, ингаляция, физиотерапия қилинади. Септик пневмония ва ўпка абсцесси рўй берганда кўкрак қафаси (торакал) жарроҳи томонидан плеврал пункциялар ва абсцесс бўшлиғи пункциялари ўтказилади, бронхларни комплекс санация қилиш зарур (бронхоскопия билан бир вақтда аэрозоллар, антибиотиклар ва протеолитик ферментлар эндотрахеал юборилади). Нафас етишмаслиги беморнинг қиёфасидан яққол сезилиб турган оғир ҳолатларда аппаратда сунъий нафас олдириш, баротерапия қўлланилади.

Ҳазм органлари системасида учрайдиган асоратлар кўпроқ қоринни хирургик операция учун ёрилгандан кейин аниқланади. Улардан анчагина оғриқлари – кичик чаноқнинг чекланган абсцесслари, маҳаллий ва диффуз натижасида ҳосил бўлган перитонитлар, ичак тутилиши ва меъда-ичак оқма ярасидир.

Ичакнинг ўтказиш қобилияти бузилиши операциядан кейинги дастлабки кунларда кўпроқ намоён бўлади. Ичак тутилиши механик (яллиғланган шиш, инфильтрат ёки анастомоз соҳасидаги

чандиқ жараёни; анастомоз бурчагининг қаттиқ қисилиши ёки ичакнинг буралиб қолиши) ва динамик (меъда атонияси, ичакнинг рефлексор спазми) бўлади. Ичак тутилишининг моҳияти ҳозирча аниқланмаган, меъда ва ичак тонуси фаоллаштирилади ва инфекцияга қарши кураш олиб боради.

Меъда ва ичак девори тонусини тиклаш учун зонд солинади ва меъда ичидаги суюқлик вақтинча ёки доимий сўриб туриш усули билан олиб ташланади, меъда зонд орқали авайлаб ювилади. Гипертоник ҳуқналар қўлланилади (100-150 мл натрий хлориднинг 10% эритмаси юборилади), перистальтикани кучайтирадиган препаратлардан (прозерин, питуитрин, убретид 1 мл дан венага ёки тери остига юборилади) фойдаланилади. Парентерал овқатлантириш мақсадида натрий хлориднинг изотоник эритмаси, глюкозанинг 5-10% ли эритмаси, лактосол юборилади, плазма оқсил гидролизатлари қўйилади. Антибиотиклар инфекцияни йўқотишда ва анастомоз соҳасида яллиғланган инфилтратнинг сўрилишига имкон яратади. Дори-дармонлар билан даволаш натижа бермаган ҳолларда релапаротомия амалга оширилади.

Операциядан кейинги яқин даврда кўпинча ичак девори трофикаси бузилиши, чокларнинг ишонарли бўлмаганлиги ёки жароҳат инфекцияси натижасида ичак оқма яралари (фистулалар) пайдо бўлади. Ингичка ичак оқма яраларида беморлар тезда озиб кетадилар. Жароҳатни ювиб туриш ва йирингни бетўхтов аспирация қилиш, оқма яраларнинг вақтинча обтурациясини ўтказиш, энтерал ва парентерал овқатлантириш, қон ўрнини босувчи суюқликларни қуйиш зарур. Оқма яраларни дастлабки босқичда консерватив йўл билан даволаш самара бермаса, операция йўли билан даволаш мақсадга мувофиқ.

Операциядан кейинги олигурия ёки анурия асаб реффлектори туфайли келиб чиқади ёки буйрак паренхимасининг шикастланиши билан боғлиқ бўлади. Интоксикация ортади (үремия), бу ҳолда физиотерапевтик муолажалар қўлланилади, кристаллоид

эритмалар юборилади, диурез кучайтирилади (аминофиллин, диафиллин, лазикс, маннитол), перитонеал ёки экстракопорал гемодиализ, гемосорбция билан биргаликда амалга оширилади.

Ишурия кўпроқ кичик чаноқ органларида операциядан кейин кузатилади. Бу ҳолда қовуқ суюқликка тўла бўлади. Боеморга ўтириб ёки тик туриб пешоб қилиш тавсия этилади, қовуққа ва чок орасига грелка қўйилади. Зарурият туғилса қовуққа катетер солинади. Қовуққа катетер солиш асептикага риоя қилинган ҳолда амалга оширилади. Катетеризация юмшоқ резина ёки қаттиқ темир катетер билан амалга оширилади. Агар катетер қовуқда узоқ вақт туриб қолса, уни вақти-вақти билан антисептик эритмалар - кумуш нитрат, фурациллин билан ювиб турилади.

Жароҳатдан қон кетиши, гематомалар, инфилтратлар, жароҳатнинг йиринг боғлаши, жароҳат орасининг очилиб қолиши ва эвентрация операция жароҳатлари асоратларига тегишлидир. Операциядан кейинги даврда операция жароҳатига боғланган боғичини қунт билан кузатиб туриш лозим.

Операция жароҳатидан қон кетганда, уни боғлов хонасида ёки операция залида тўхтатилади. Қон кетишига одатда, солинган лигатураларнинг сирғалиб чиқиб кетиши ёки томир деворининг шикастланиши сабаб бўлади. Боғланмаган майда қон томирларидан диффуз қон кетишини (паренхиматоз қон кетиши) – бу ҳол қоннинг куюлишидаги ўзгаришлар ёки паренхимасининг (жигар, буйрак) шикастланиши билан боғлиқ ҳолда юз беради.

Кучли қон кетиш ҳолларида қонсерватив терапия (қон қуйиш, кальций препаратларини, витамин К, эпсилон-аминокапрон кислота, фибриноген юбориш) самара бермайди, шу сабабли жароҳатни қайта кўриб чиқиш (ревизия қилиш) ўтказилади. Қайта кўриб чиқиш пайтида қон томирлари боғланади ва коагуляция қилинади, жароҳатга тампон қўйилади.

Жароҳат инфилтрати энг кўп учрайди. У жароҳат майдонида оғриқ берадиган қаттиқлик кўринишида қўлга сезилади, унинг

атрофидаги тери қизарган бўлади. Жароҳат инфилтрати тўқимага инфекция тушиши сабабли келиб чиқади. Баъзан инфилтрат вақти келиб сўрилиб кетади, бироқ у кўпинча йиринг боғлайди. Операциядан кейинги йирингли асорат, айниқса, асептик операциялардан кейин 2-5% ошмайди. Жароҳат инфекциясини олдини олиш учун операция вақтида асептика ва антисептика қоидаларига қатъий риоя қилиш, тўқималарни эҳтиёткорлик билан муолажа қилиш, бўшлиқлар ва жароҳат ярасини антисептик ва антибиотик эритмалар билан операция вақтида парваришlash зарур. Агар операция жароҳати йирингласа, уни каттароқ очиб, йирингли яраларни даволашнинг барча тамойилларини назарда тутган ҳолда дренаж қилинади.

Регенерация имкониятлари кескин пасайиб кетган беморларда (хавфли ўсмалар, анемия, гиповитаминоз, интоксикация) кўпинча, операциядан кейинги 6-12- суткада чоклар ечишиб кетиши кузатилади, бундай асорат юз берган ҳолларда ички органлар эвентрацияси (ички органлар, кўпинча, ингичка ичакнинг жароҳат орқали ташқарига чиқиб кетиши) кузатилади. Чокларнинг тутиб туролмаслиги, бундан ташқари, жароҳат гематомаси, йиринглаши, апоневроз чоклари нуқсонлар, қаттиқ йўталиш ва қорин ички босимининг ошиши билан боғлиқ ҳолда келиб чиқади. Эвентрация юз берганда, беморни шошинч операция қилиш лозим. Эвентрацияга учраган органларни натрий хлориднинг илиқ изотоник эритмаси, фурациллин эритмаси 1:5000, антибиотиклар ва хлоргексидиннинг 0,02% эритмаси билан ювилади, шундан сўнг бу органлар қорин бўшлиғидаги ўрнига солиб қўйилади. Қорин деворига (жароҳат четларига) барча қатламлар орқали чок солинади, операциядан кейинги даврда қоринга махсус бандаж қўйилади.

Юзда ва бўқоқ туфайли бўйинда ёки бош суягида қилинган операциядан сўнг чоклар 5-6 суткада, аппендэктомия ёки чурра операциясидан сўнг 7-8 кунда, ампутациядан сўнг 11-12 кунда.

Қорин ёки кўкрак бўшлиғидаги органлар операция қилинган бўлса, 8-10 кунда олиб ташланади, лекин шуни ҳам унутмаслик керакки, заифлашиб қолган беморларда чоклар жароҳат битишига қараб кеч олинади. Чоклар олингандан сўнг жароҳатга йодпироннинг 0,1% эритмаси, бриллиант кўки, хлоргексидиннинг 0,5% спиртли эритмаси суркалади ва стерил боғлов билан боғлаб қўйилади.

Операция жароҳатларининг кечки асоратлари тери атрофиясига ёки жароҳатнинг келиод чандиқ билан битишига олиб келади. Операциядан кейинги чурралар кейинчалик қорин бўшлиғидаги органларнинг чандиқли қўшилиши билан боғлиқ бўлган ичак тутилишининг ривожланиши юзага келиши мумкин.

ДЕСМУРГИЯ

Десмургия – бу ҳар-хил жароҳатларда боғламлар қўйиш тўғрисидаги таълимот. Эни 5 см, 10 см, 20 см гача бўлган лента шаклидаги дока-бинт деб аталади. Бинтнинг эни тананинг қайси қисми боғланишига қараб танланади.

Боғламлар ҳақида тушунча

Даволаш мақсадида жароҳатланган ёки зарарланган юзага (қўйганда, очиқ жароҳатларда, суяклар очиқ синганда ва бошқа шикастланишларда) қўйиладиган боғлов материаллари боғлам дейилади. Боғлам икки қисмдан иборат бўлади: 1) Боғламни ўзи – бу жароҳатга қўйиладиган боғлов материали. Бу стерил дока бўлиб, у қуруқ ёки нам антисептиклар шимдирилган (малҳам, дори моддалари) бўлади. 2) Ушлаб турувчи (фиксацияловчи) қисим боғламни тананинг турли қисмларида ушлаб туради.

Боғлов материали антисептик эритмалар ёки малҳамлар билан шимдирилиб, жароҳат юзасига қўйилади ва рўмол, бинт, клеол, лейкопластир ёрдамида жароҳат устида мустаҳкамланади. Очиқ жароҳатларда қўлланиладиган боғлов материаллари стерилланган бўлиши шарт. Бунга **асептик боғлам** дейилади.

Боғлам қўйиш - бу даволовчи муолажа ҳисобланади ва қўйидагича амалга оширилади:

1) Олдин қўйилган боғламни очиш.

2) Жароҳат атрофи терисига антисептиклар билан ишлов бериш.

3) Жароҳатдаги турли хил даволовчи муолажалар (жароҳатни ювиш, дренаж найчаларни алмаштириш, чокларни олиш ва ҳ.к.).

4) Янги боғламни қўйиш.

Боғлов материаллари

Операция ёки боғлов алмаштиришда ишлатиладиган боғлов материалларига қўйидаги талаблар қўйилади: улар гигроскопик (яъни суюқликни ўзига шимувчи), эластик, тўқималарни

таъсирламайдиган ва стерилизация жараёнида ўз хусусиятларини йўқотмайдиган бўлиши керак. **Дока ва пахта** ҳозиргача боғлов материаллари сифатида ишлатилиб келинмоқда. Гигроскопик дока – бу пахта толасидан тайёрланган, майда тўрсимон тўқилган материал бўлиб, суюқликни шимиб олиш хусусиятига эга. Ундан шарик, салфетка, трунда, тампон ва бинтлар тайёрланади. Кам гигроскопик хусусиятли докалардан жароҳатни ушлаб турувчи бинтлар тайёрланади.

Боғлам турлари

Қайси боғлам материаллари қўлланилишига қараб, боғламлар икки турга бўлинади:

1) Юмшоқ боғламлар, бунда боғлаш учун бинт, рўмол, клеол ва лейкопластир ишлатилади.

2) Қаттиқ боғламлар, бунда шиналар, гипс ёки ёрдамчи воситалар ишлатилади.

Боғламни қайси материал ёрдамида боғлашимизга, мустақамлашимизга қараб: рўмолли, бинтли, лейкопластирли, гипсли, шинали, ИБПли боғламлар мавжуд.

Боғлам қўйиш мақсадига қараб, боғламлар қўйидаги турларга бўлинади:

1) Ушлаб турувчи боғлам – бу боғлов материални жароҳат юзасида туриш учун ишлатилади.

2) Босувчи боғлам – қон оқишини вақтинча тўхтатиш учун ишлатилади.

3) Имобилизация қилувчи боғлам - бу синган ёки чиққан суюқларни ҳаракатсиз ҳолга келтиради. Бундай боғлам жароҳатни битиши учун қулай шароит яратади ва беморни касалхонага олиб бориш вақтида оғриқни камайтиради.

4) Узайтирувчи боғламлар – булар касалхона шароитида қўлланиб, синган суюқлар калталашган вақтда тенглаштириш учун қўлланилади.

Юмшоқ боғламлар

Қўлланиш мақсадига қараб, юмшоқ боғламлар қуйидагиларга бўлинади:

I. Ҳимояловчи: а) Клейли; б) Лейкопластирли; в) Пленка ҳосил қилувчи.

II. Мустаҳкамловчи: а) Клейли; б) Лейкопластирли; в) Рўмолли; г) Сопқонсимон; д) Т-симон; е) Бинтли; ж) Найсимон тўрли бинт.

III. Махсус: 1) Стандарт (боғлов пакети, стерил салфетка, стерил пахта-докали ёстиқчалар, пахта-докали тасмалар); 2) Ностандарт (руҳ-елимли, бандаж, лейкопластирли, зич ёпилувчи).

IV. Босиб турувчи.

V. Гемостатик (қон кетишини тўхтатувчи – гемостатик дока, фибринли-пленка, кукун, губка)

VI. Тўғирловчи боғламлар тананинг қайсидир қисмини тўғирлаш мақсадида ишлатилади (масалан, маймоқликда).

Энди кундалик ҳаётда кўпроқ ишлатиладиган боғламлар тўғрисида қисқача тўхталиб ўтамиз.

Рўмолли боғлам. Рўмол ёки у бўлмаса, тенг томонли учбурчак шаклидаги тўғри бурчакли бир парча газлама ёки бошқа материаллар бўлиши мумкин. Рўмолда асоси, тепа учи ва иккита пастки учи тафовут этилади. Рўмолли боғлам кўпинча қўлга, заруриятли бўлса, бошга, кўкрак қафасига, оёқга, тизза ва товон бўғимларига қўйилади.

Қўлга рўмолли боғлам қўйиш (13-расм) учун билакни букиб тирсак бўғимида 90° ҳосил қиламиз. Рўмол асосининг ўртаси билаккафт бўғим соҳасига, тепа учи эса тирсак соҳасига қўйилиб, билак рўмолнинг орасида жойлашади ва рўмолни икки пастки учи елкани чап ва ўнг томонидан ўтказилиб бўйинни орқа қисмида боғланади, тепа учини бир оз букиб, тирсак соҳаси устига тўғноғич билан мустаҳкамланади. Шиналар қўйилган вақтда рўмолни очмасдан рўмол асоси ва тепа учини бир-бирига параллел ҳолда букиб, елканинг чап ва ўнг томонидан ўтказилиб, бўйинга боғланади.

Елка-билак соҳаси шикастланганда ёки куйганда бинт бўлмаган вақтда рўмол қўлланилади.



13-расм. Қўлга рўмолли
боғлам қўйиш



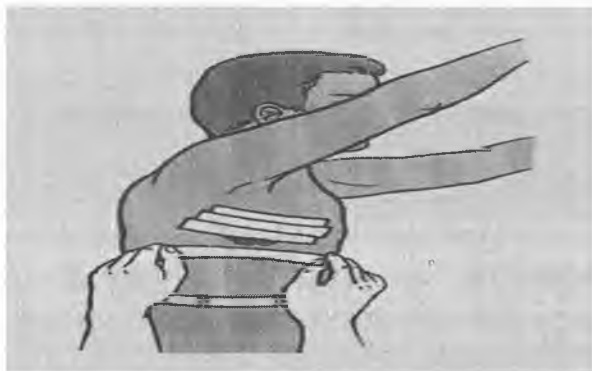
14-расм. Бошга рўмолли
боғлам қўйиш

Рўмолни тепа учи елка соҳаси устида жойлашиб, бир учи елкадан пастга осилиб туради, иккинчи учи билак соҳаси устига қўйилади, осилиб турган учини ўнгдан чапга ўраймиз, билак устидаги учини қарама-қарши тарафга ўраймиз ва иккита учини тўғноғич билан маҳкамлаб қўямиз ёки рўмол учларини қистириб қўямиз.

Рўмолни бошга боғлаш (14-расм). Бунинг учун рўмолни асоси энса соҳасига, тепа учи пешона устига туширилади, иккала учи пешона тепасида бир марта боғланади, сўнгра бу учлар қарама-қарши тарафга ўтказилиб, энса соҳасида икки марта боғланади. Пешонадаги юқори учини тортиб, текислаб, тўғноғич билан тугмалаб қўйиш мумкин, ёки тўғноғич бўлмаган вақтда, боғлам ичига тикиб қўйилади. Бу кўпинча жароҳат содир бўлган жойда, бинт бўлмаган вақтда қўлланилади.

Лейкопластирли боғлам (15-расм). Лейкопластир 1-4 см кенликдаги клей шимдирилган лента. Ёпишувчи лейкопластирли боғламни ҳамма соҳаларда қўллаш мумкин. Жароҳат устига

салфетка ёпиб, лейкопластирни клейли тарафи 1-1,5 см терига ёпиштирилади, сўнгра салфетка устидан ўтиб, яна 1-1,5 см ёпиштирилади. Лейкопластирлар бир-бирига параллел, юлдуз ёки икс ҳолатида ёпиштирилиши мумкин. Лейкопластирли боғлам сочли соҳаларда қўлланилмайди, бу боғламни камчилиги суюқлик кўп ажралган вақтда кўчиши мумкин.

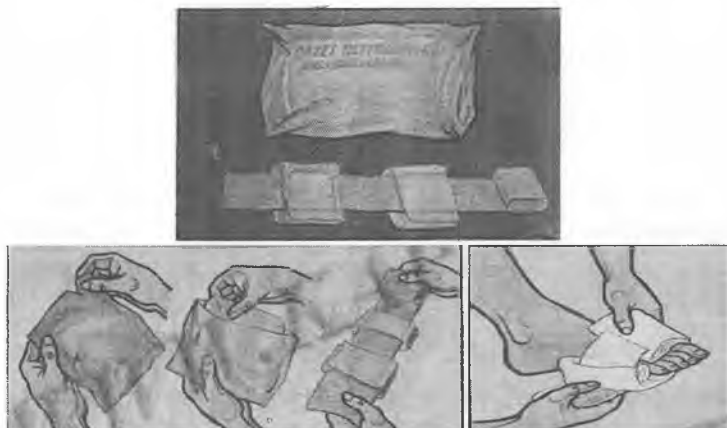


15-расм. Лейкопластирли боғлам

Индивидуал боғлам пакети (ИБП) нинг тузилиши ва ишлатилиши

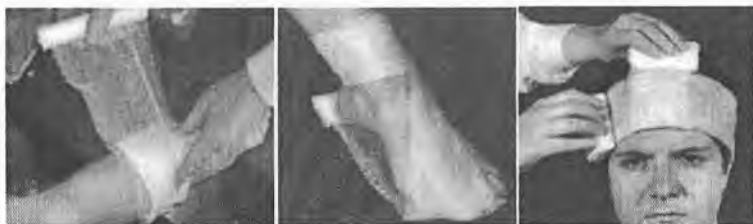
ИБП (ИПП-1, ИПП-8) биринчи тиббий ёрдами кўрсатишда очиқ жароҳатларда, куйганда асептик боғлам қўйиш учун энг қулай боғлам материалидир. ИБП да бинт калаваси учидан 5-7 см наридан пахтали салфетка мустаҳкам қилиб тикилган, иккинчи пахтали салфетка эса ҳаракатчан қилиб бинт бўйлаб суриладиган қилиб тикилган бўлади. Салфетканинг устки қисми рангли иплар билан тикилган бўлиб, ости оқ ип билан тикилган. Бинт ўрамаи ва пахтали салфеткаларни тахлаб пергаментли қоғозга унинг устидан клёнка билан ўралгандир, устки қисмида қандай фойдаланиш техникаси ёзилган. Клёнкани ички қавати пергамент қоғоз, салфетка ва бинт стерилланган бўлади. ИБП очмасдан сақланади. ИБПнинг бутунлиги бузилганда стериллиги ҳам йўқолади. Жароҳат устига боғлам қўйилганда, пахтали салфеткаларни устки рангли ип

билан тикилган тарафидан ушланади, стериллик ҳолатини сақлаш учун пастки тарафидан қўл билан ушлаш мумкин эмас (16-расм).



16-расм. Индивидуал пакетни қўллаш техникаси

Бинтли боғламлар (17-расм). Бинт узун лента бўлиб, кўпинча докадан қилинади. Бинтли боғламлар юмшоқ боғламларни, шиналарни қўл ва оёқларга мустаҳкамлаш учун қўлланилади. Докали бинтларнинг кенглиги 5 – 16 см, узунлиги 5 - 7 метргача бўлади. Бинтлар энсиз, ўртача, энли турларга бўлинади. Боғлам қўйиш соҳасига қараб, айрим кенгликдаги бинтлар олинади, масалан: энсиз бинтлар кўз ва бармоқларга, энли бинтлар кўкрак қафаси, қорин, тос соҳаларига, ўртача кенгликдаги бинтлар эса билак, елка, болдир соҳаларига боғлам қўйишда ишлатилади.



17-расм. Бинтли боғлам турлари

Бинтли боғламларни қўйишдаги талаблар:

- Осон бажариладиган, бемор учун қулай, кўриниши ҳам чиройли бўлиши керак.

- Жароҳат юзасини, куйган ва яллиғланган соҳани ёпиши зарур.

- Боғлам материалларини жароҳат соҳасида мустаҳкам ва узок вақт ушлаб туриши керак.

- Боғланган соҳани сиқмаслиги, вена қон оқимини қийинлаштирмаслиги ва оёқда шиш ҳосил бўлмаслигини таъминлаш зарур.

- Тўқималарга ором бериши, оғриқни камайтириши керак.

Бинтни ўраш қоидаси (18-расм).

1. Бинтни боғлаш вақтида бемор қулай ҳолатда бўлиши (бу беморнинг умумий аҳволдан келиб чиқиб белгиланади, ўтирган, ётган ёки турган ҳолда).

2. Ҳамшира боғлаётганда, беморга қарама-қарши туриш керак, аҳволини кузатиб бориш мақсадида.

3. Бинтлаш перифериядан марказга (пастдан юқорига) ва чапдан ўнгга (айрим боғламларда ўзгариши мумкин) қараб ўралади.

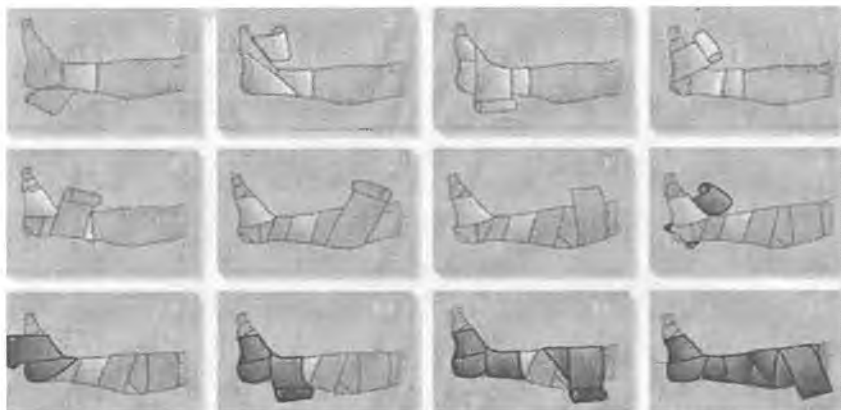
4. Бинт ўрашда ҳар икки қўл иштирок этади ва биринчи ҳаракатлангандаги боғламни $1/2$ ёки $2/3$ қисмини ёпиб кетиши керак.

5. Боғлашда бинтни бир маромда ўраш (айлантириш) ва танада очик жой қолмаслигини, бинтлар юқоридаги қоида бўйича бир-бирини ёпиб кетишини таъминлаш керак.

6. Боғлам қўйиладиган соҳа ҳолати олдиндан боғлам қўйгандан кейинги ҳолат билан бир хил бўлиши керак.

7. Тананинг конуссимон (болдир, сон, елка) шаклдаги жойларига боғлам қўяётганда ҳар 2-3 айланма ҳаракатдан кейин бинтни бураб олиш керак, ўшанда боғлам ечилиб кетмайди ва мустаҳкам бўлади.

8. Боғлам ечилаётганда бинт ечиб олинади ёки кесиб олинади.



18-расм. Бинтли боғлам қўйиш техникаси

Бинтли боғламларни тури боғлайдиган соҳанинг шаклига, мускулларнинг тараққий этганлигига, бўғимларнинг бор ёки йўғига қараб аниқланади. Организмнинг анатомик тузилишига қараб, бинтли боғламларнинг қуйидаги турлари тафовут қилинади: циркуляр ёки доирасимон, спиралсимон, бошоқсимон, саккизсимон ва ёйилувчи ёки йиғилувчи тошбақасимон боғламлар.

Асосий боғлам турларини билгандан кейин, бир неча боғлам турларини комбинация қилиб баданнинг ҳар қайси соҳасига боғлам қўйиш мумкин.

1. *Мустаҳкамловчи, циркуляр ёки доирасимон* боғлам. Бинт ўрамаи ҳар доим бир жойда айланиб, бир - бирининг устига тушади. Кўп боғламлар шу боғламдан бошланиб, шу боғлам билан тугайди. Биринчи бинт ўрамаи сурилиб кетмаслиги учун бинт учи бир оз қийшиқ жойлаштирилади. Бинтнинг учи 2 – 3 см ташқарига чиқиб, иккинчи бинт ўрамаи устига қайилтириб қўйилади. Бундай боғламлар оёқ, қўл, пешона бўйин ва қорин соҳаларига қўйилади.

2. *Спиралсимон боғлам* (19-расм). Бу боғламлар қўл, оёқ соҳасига, узунроқ соҳани ёпиш керак бўлганда спиралсимон боғлам қўйилади. Циркуляр боғлам билан бошланиб, сўнгра бинт ўрамининг ярми юқорига кўтарилади, ярми аввал бинтнинг устига

тушади. Боғламлар тор жойдан бошланиб, кенг соҳага қараб боради, елка олди ва болдир соҳасини боғлашда бинтни бүкиб спирал боғлам қўйилади. Бунда шу соҳа шаклини яхши эгаллайди. Бинтни букиш жароҳатни қарама-қарши томонида бўлиши керак.

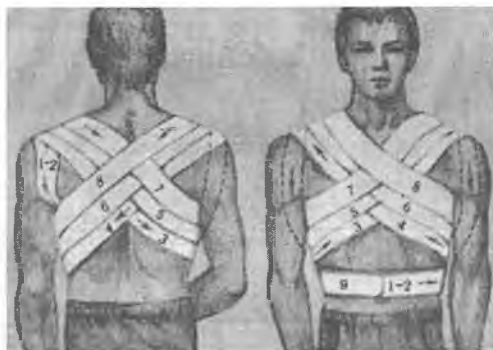


19-расм. Спиралсимон боғлам қўйиш техникаси

3. *Саккизсимон боғлам* (20-расм). Бу кўпинча бош-энса ва бўйин соҳасини, кафтни, товонни боғлаш учун қўлланилади. Мустаҳкамловчи боғлам билан бошланиб, сўнг бинт саккизга ўхшаб ўралади, аста-секин пастга ёки юқорига кўтарилиши мумкин. Боғлам саккизга ўхшаганлиги учун саккизсимон боғлам номини олган (21-расм).

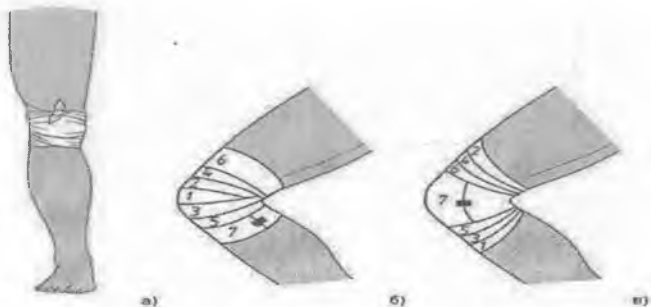


20-расм. Бош, қўл ва оёқга саккизсимон боғлам қўйиш техникаси.



21-расм. Кўрак қафасига саккизсимон боғлам қўйиш техникаси
А-олд томондан. Б-орқа томондан.

4. Тошбақасимон боғлам (22-расм). Бўғимларини букиб боғлаш учун қулай. Бу боғлам қўйилиши жиҳатидан тарқалувчи ва йиғилувчи турларга бўлинади. Тарқалувчи турида боғлам бўғимини ўрта қисмдан бошланиб, бир гал пастга ва бир гал юқорига ҳаракат қилади. Шундай қилиб, бўғимни ҳамма юзи бекилади. Йиғилувчи турида бинт ўрама бўғимнинг юқори ва пастки томонидан бошланиб, бўғимнинг ўрта қисмига йўналади ва саккизсимон боғламдагидан бўғим соҳаси бекилади. Боғлам бўғимнинг юқори томонида тугайди. Бу боғлам тирсақ, тизза, товон бўғимларида қўлланилади.



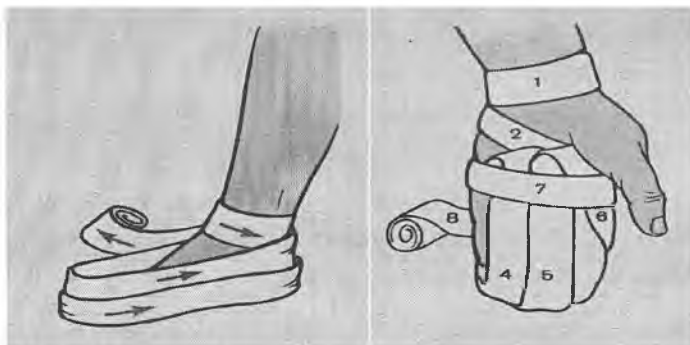
22-расм. Тарқалувчи ва йиғилувчи тошбақасимон боғлам

5. *Бошоқсимон боғлам* (23-расм). Елка ва бармоқ соҳаларига боғланади. Саккизсимон боғламнинг бир оз бошқача тури. Боғлам кўриниши бошоқни эслатгани учун шундай ном берилган. Бинт ўрами ярмига сурилиб бориб узун соҳаларни ёпиш учун қўлланилади.



23-расм. Елка бўғимига бошоқсимон боғлам қўйиш

6. *Қайтувчи боғлам* (24-расм). Боғлам мустаҳкамловчи боғламдан бошланади. Сўнгра бош, панжа, ампутация устидан бинт ўрамларини кўндаланг юргизиб, шу соҳа усти ёпилади ва яна мустаҳкамловчи боғланади.

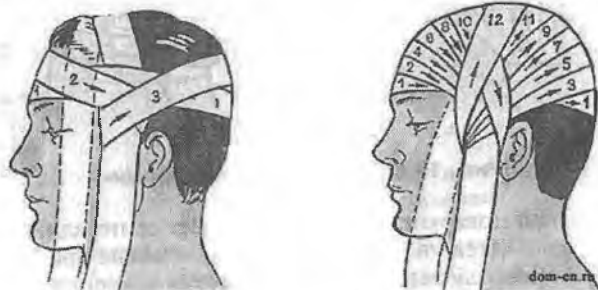


24-расм. Қайтувчи боғлам қўйиш техникаси

Бош соҳасидаги боғламлар:

- «Қалпоқча» (чепец) боғлам;
- «Саккизсимон» боғлам;
- «Югансимон» боғлам;
- Бир кўзга (монокуляр) қўйиладиган боғлам;
- Иккала кўзга (бинокуляр) қўйиладиган боғлам;
- «Қулоқни» боғлаш
- Сапқонсимон боғлам

«Қалпоқча»—чепец боғлам (25-расм). Бу боғлам бошни сочли қисми шикастланганда қўлланилади. Бошнинг тепа қисмига 1 м узунликда ва 8-10 см кенгликдаги бинтдан қирқиб олинган лента ташланади. Бинт учи қулоқ олдидан пастга осилиб туради. Бинт учини иккинчи киши ёки беморнинг ўзи ушлаб туради. «Чепец» боғлам мустаҳкамловчи боғламдан бошланади. Бунинг учун пешона, чакка, энса ва қарама-қарши чакка тарафидан ўтиб икки марта бош атрофига бинт ўралади. Пешонадан кетаётган бинт лентани устидан ўтиб, остидан айланиб юқорига чиқиб, орқага – энса соҳасига йўналади, орқадан келаётган бинт иккинчи тарафдаги лента устидан ўтиб, остидан айланиб чиқиб, олдинга – пешонага йўналади. Ҳар гал шу турда бинт ўрама юқорига кўтарилиб, бинтни ярми эски бинт устига, ярми юқорига кўтарилади. Бинт бир гал пешона, бир гал энса соҳасидан ўтиб, бошни тепа қисмига келганда бинт учини олдидаги лентага боғлаб қўйилади, ленталар пастки жағнинг остки қисмига боғланади.



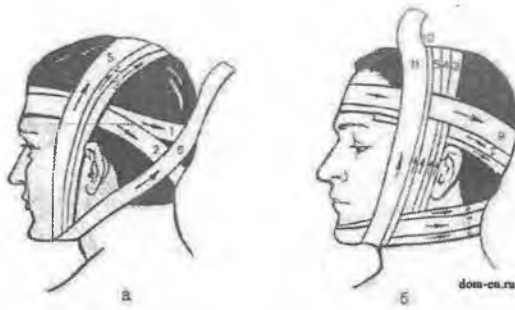
25-расм. Чепец боғлам қўйиш техникаси

«Саккизсимон» боғлам. Бу боғлам энса (26-расм) ва бўйин соҳасига қўйилади. Бинт ўрамаи бош атрофида икки марта ўралиб, мустаҳкамловчи боғламдан сўнг энса соҳаси орқали бўйинни олдинги қисмига ўтади, иккинчи тарафдан энса соҳаси орқали юқорига кўтарилади. Ҳар гал шу боғлам қайтарилади, бир оз юқорига ёки пастга сурилиши мумкин. Боғлам бош атрофида тугайди.



26-расм. Энса соҳасига саккизсимон боғлам қўйиш

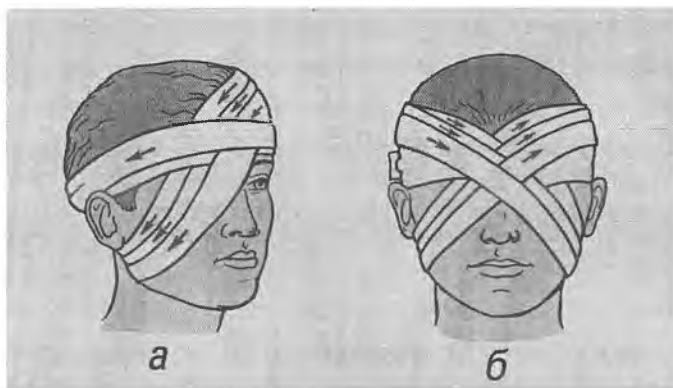
«Югансимон» боғлам (27-расм). «Югансимон» боғлам юз, пастки жағ жароҳатларида қўлланилади. Бош атрофида икки марта мустаҳкамловчи боғлам қилингандан сўнг энса соҳаси орқали бўйинни олдинги қисмига ўтиб, бўйин айланиб ўтади ва пастки жағни тагига келиб, пастки жағни ён тарафидан юқорига кўтарилиб, чакка соҳасидан ўтиб пешонанинг устки қисмидан иккинчи томондаги чакка, юз ва пастки жағни остига қайтиб тушиб, бўйинни айланиб орқа қисмига ўтади ва бош, бўйин соҳасида доирасимон боғлам ҳосил қилади. Бу боғлам бош соҳаси бутунлай бекилгунгача қайтарилади. Юз атрофидан ўтувчи боғлам ҳар гал юқорига ярим бинтга сурилади. Бу боғламда ўн марта мустаҳкамловчи боғлам кетма-кет қайтарилади (бош, бўйин, юз соҳасида). Боғлам бошда мустаҳкамловчи боғлам билан тугатилади. Мустаҳкам боғлам ҳосил бўлади.



27-расм. Юганча боғлам қўйиш

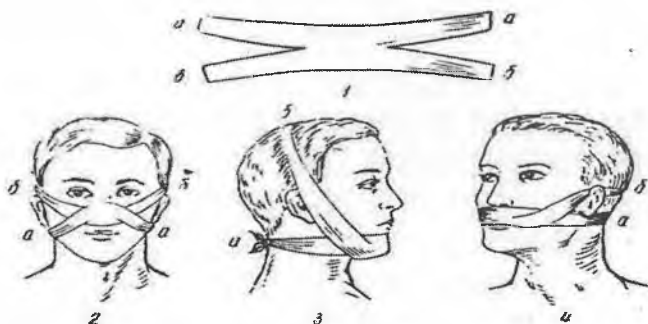
Бир кўзни (монокуляр) боғлаш. Ўнг кўзни боғлаш учун, бинт ўрами чапдан ўралади. Чап кўзни боғлаш учун, бинт ўрами ўнгдан чапга йўналади. Бинт бош атрофида мустаҳкамловчи боғлам қилиб, орқадан пастга энса соҳасига туширилади ва жароҳат томондаги қулоқ остидан қийшиқ ҳолда лунж орқали юқорига ўтказилади, кўзни устидан ўтиб, сўнгра бир марта бош атрофида доирасимон боғлам қилинади. Бинтни қийшиқ, ўрамини доира ўрами билан мустаҳкамланади, сўнгра яна бинтни қийшиқ юргизиб кўз устидан ўтади. Шу тариқа боғлам кўз устидан 3-4 марта ўтиб, бошда тугайди (28^а-расм).

Иккала кўзни (бинокуляр) боғлаш. Кўз олмаси жароҳатланганда, жароҳатланган кўз билан бир вақтда кўзга тинчлик бериш мақсадида соғ кўз ҳам қўшиб боғланади. Бинтларни бошда мустаҳкамловчи боғлам билан бошлаб, кейин чап кўзга бинт ўрами пастдан юқорига чиқади ва чакка, пешона ва энса соҳаларидан ўтиб, бош атрофида бир марта айланади, кейин чап чакка соҳаси устидан ўтиб, бинт ўнг кўзга юқоридан пастга тушади, лунж, пастки жағ орқали энса соҳасига бориб юқорига кўтарилади ва устидан мустаҳкамлаш учун доирасимон боғлам қилинади. Ҳар доим икки кўз устидан бинт ўрами ўтгач, доирасимон боғлам қайтарилади. Боғлам 3-4 марта қайтарилиб, бошда тугатилади (28^б-расм).



28-расм. Кўзга боғлам қўйиш: а-бир кўзга, б-иккала кўзга

Сапқонсимон боғлам (29-расм). Бу боғлам бурун, пастки жағ, лаб жароҳатларида қўлланилади. Бунинг учун бир метр бинт қирқиб олиниб, иккала учи бирлаштирилади ва қайчи билан иккига бўлинади. Ўртасида 2-3 см яхлит жой қолади, бинтни очганда юқори ва пастки ленталар ҳосил бўлади. Жароҳатланган соҳага салфетка қўйиб, бинтнинг яхлит қисми шу соҳага (пастки жағ, бурун) қўйилади. Юқоридаги ленталар пастга энса соҳасига, пастдаги ленталар эса бошни гүмбоз қисмига боғланади. Пастки жағ учун 8-10 см кенгликда бинт қирқилади, бурун учун 4-5 см ли бинт қирқилади.



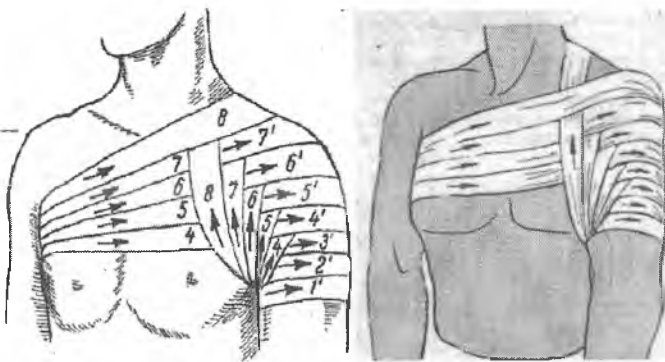
29-расм. Сапқонсимон боғлам турлари

Қўл соҳасига қўйиладиган боғламлар

1. «Бошоқсимон» боғлам.
2. «Тошбақасимон» боғлам.
3. Ампутацион чўлтоқни боғлаш.
4. Елка ва билак соҳасига ва бармоқларга қўйиладиган спиралсимон боғлам.
5. ИБП ёрдамида елка соҳасига боғлам қўйиш.
6. Бош бармоқни «бошоқсимон» боғлаш.
7. Қайтувчи боғлам.
8. Саккизсимон боғлам.

«Бошоқсимон» боғлам. Елка бўғими шикастланганда, куйганда, очиқ жароҳатларда, ўмров суюги синганда, ўмров ости соҳасига герметик боғлам қўйилганда шу боғламни қўллаш мумкин. Бунинг учун елка соҳасини $1/3$ юқори қисмидан бинт икки марта ўраб мустаҳкамланади. Бинт ўрами ҳар доим чапдан ўнгга йўналади. Ўнг елка бўғимини боғлаган вақтда, бинт елка соҳасидан кўкракни олди, кейин қарама-қарши тарафдаги қўлтиқ остидан кўкракни орқа қисмига ўтиб, ўнг елка соҳасини юқори қисмидан пастга, қўлтиқ остига ўтади. Сўнгра юқори елка соҳасига ўтиб, олдинги бинт ярмини ёпиб, ярми юқорига кўтарилади, елка бўғими ёпилгунча ушбу кетма-кетлик қайтарилади (30-расм).

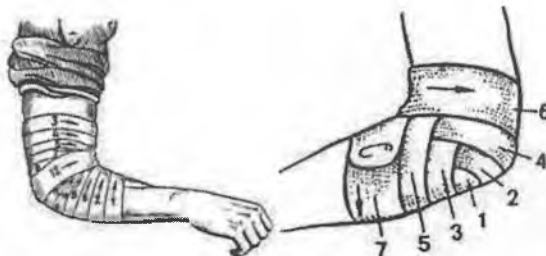
Чап елкага боғлам қўйишда бинт ўрами ўнг елка каби боғланиб, бинт биринчи марта кўкракнинг орқа қисмидан ва ўнг қўлтиқ остидан ўтиб, кўкракни олдинги соҳасидан елка бўғимини устки қисмига ўтади. Ундан кейин қўлтиқ остини айланиб ўтиб, яна кўкракнинг олдинги соҳасига йўналади. Бинтни юқорига кўтариб борилади. Ўнг елка каби тугатилади. Бинтлар елка бўғими устига ҳар доим ўрта чизикда кесишади, шу соҳада бошоққа ўхшаш кўриниш содир бўлади.



30-расм. Елка бўғимига бошоқсимон боғлам қўйиш

«Тошбақасимон» боғлам. Бу боғлам бўғимларга тинчлик бериш учун қўлланилади. Тошбақасимон боғлам икки турга бўлинади: ёйилувчи ва йиғилувчи боғлам.

Ёйилувчи боғлам қўйилганда, бинт ўрама тирсак бўғими соҳасида 2 марта ўраб маҳкамловчи боғлам қилинади. Сўнгра ҳар гал бинтни 1/2 қисми спиралсимон боғлам каби юқорига ва пастга сурилади. Бинт калаваси саккизсимон боғлам каби бир гал елкага ва бир гал билакка ўралади. Боғлам бир неча марта қайтарилиб, елка соҳасида тугатилади. Кўпинча ёпиқ шикастланганда бу боғлам қўлланилади (31-расм).

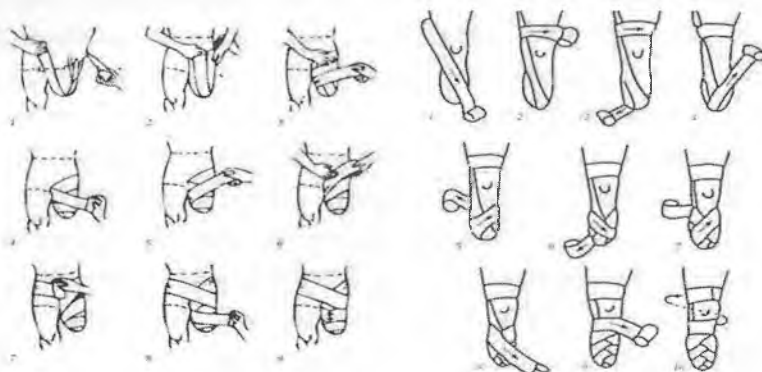


31-расм. Тирсак соҳасига тошбақасимон боғлам қўйиш

Йиғилувчи боғлам, кўпинча тирсак бўғимида очиқ жароҳатлар бўлган вақтда қўлланилади. Билак соҳасини 1/2 қисмида икки

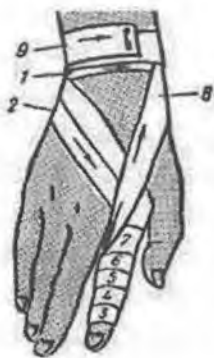
марта бинтни ўраб мустаҳкамлаб оламиз. Сўнгра тирсак бўғимини 90° С га букиб, елка соҳасининг 1/2 қисмида ҳам бинтни мустаҳкамлаймиз. Сўнгра бинт ўрама бир гал билак соҳасидан, иккинчи гал елка соҳасидан тирсак бўғимига қараб тўпланиб боради. Боғлам охирги гал бўғимнинг ўрта қисмида тугайди, сўнгра бинтни елка соҳасига юқорига олиб доирасимон боғлам билан тугатамиз.

Ампутацион чўлтоқни боғлаш (32-расм). Қўл кесиб ташлангандан кейин қолган чўлтоқ қайтарувчи боғлам билан беркитилади. Аввал қон оқишини тўхтатиш учун вақтинча жгут боғланади. Сўнгра ИБП ёрдамида боғлам қўйилади. Боғлам қўйганда, бинт учини чўлтоқ асосида бир - икки марта айлантириб ўраб, кейин индивидуал боғлам пакетининг пахтали салфеткалари очилиб чўлтоқ устига қўйилади. Устидан бинт ёрдамида доирасимон боғлам қўйиб, сўнгра бинт бошчасини ёнидан ушлаб туриб қайтарилади ва доирасимон ўрамча тўғри бурчак остига бинтни узунасига юргизиб, бутун чўлтоқ орқали қарама-қарши томонга ўтказилиб, ўша доирасимон боғламга ётқизилади. Бу бир неча марта қайтарилади. Сўнгра доирасимон боғлам қилиб, бинт ўрамлари пастга туширилади. Яна юқорига қайтиб, боғлам бошланган жойда тугатилади.



32-расм. Оёқ соҳасидаги ампутацион чўлтоқни боғлаш

Билак ва елка соҳасига, бармоқларга «спиралсимон» боғлам қўйиш. Бу боғлам билак соҳасидан бошланади. Икки марта бинт чапдан ўнга ўралиб, мустақамланади, сўнгра спираль шаклида бинт ўрама юқорига кўтарилиб боради. Бу боғлам куйганда, совуқ урганда қўлланилади. Боғлам бир оз бўш боғланиши зарур. Билак, елка соҳалари конус шаклида бўлгани учун ҳар гал бинтни жароҳатнинг қарама-қарши томонида бир чизиқда букиб ўтамыз. Бунда бошоқсимон боғлам ҳосил бўлади. Бу боғлам очиқ жароҳатларда қўлланилади.



33-расм. Қўл бармоқларига спиралсимон боғлам қўйиш

Спиралсимон боғламларни бармоқларга қўйиш учун (33-расм) энсиз 4-5 см ли бинт олиб, билак соҳасида икки марта ўраб олинади. Сўнгра кафтнинг ва бармоқнинг устки қисмидан тирноқ фалангасига борамиз. Спирал боғлам бармоқ учида қайтарилиб, бармоқ асосигача 3-4 марта айланиб чиқади. Кафтнинг устки қисмидан қайтиб, билак соҳасида циркуляр боғлам билан тугатилади. Бинт учи доирасимон боғламдан бошланиб, кириш ва чиқиш тешиги индивидуал боғлам пакетидаги пахтали салфетка қўйилиб, устидан спиралсимон боғлам қилинади. Жароҳатдан юқорида доирасимон боғлам билан тугатилади.

Бош бармоқни бошоқсимон боғлаш (34-расм). Бинт ўрама билакка 2-3 марта айлантриб ўралади, сўнгра бинт бармоқнинг орқа юзаси бўйлаб бармоқ учига келтирилади ва шу бармоқ кафт томондаги юзасини айланиб, бош бармоқни устки қисмидан кафт устига юргизилади ва яна худди шу боғлам қайтарилади. Ҳар бир ўрам бош бармоқнинг асосига туша боради. Бинт билак соҳасида доирасимон боғлам билан тугатилади. Бош бармоқнинг устки қисмида бинт учрашганлиги учун бошоқсимон боғлам дейилади.



34-расм. Бош бармоқни бошоқсимон боғлаш

«Қайтувчи» боғлам. Бу кўпинча кафт ва бармоқлар куйганда ва совуқ урганда қўлланилади. Шикастланган соҳага бармоқлар орасига салфетка ёпилади. Бинт ўрама билакда 2-3 марта ўраб мустаҳкамлаб олинади. Сўнгра кафт ички томонидан панжаларга тушиб, бармоқ учларидан чиқарилади. Биринчи марта бинтни қайтариб билак соҳасида доирасимон боғлам билан мустаҳкамланади. Кафт ва панжаларнинг устига спиралсимон боғлам қўйилади. Куйганда, совуқ урганда боғлам бир оз бўшроқ қўйилиши керак. Бош бармоқ айри боғланади.

Саккизсимон боғлам. Бу боғлам кафт соҳаси шикастланганда, ўртача кенгликда бинт ёрдамида қўйилади. Бунда боғлам билак соҳасидан боғланади. Кафтнинг устки қисми шикастланган бўлса, салфетка ёпиб кафт устки қисмидан қарама-қарши томонга

йўналади. Кафтнинг ички қисмини айланиб ўтиб, кафт устки қисмидан юқорига қарама-қарши томонга билак соҳасига йўналади. Билакни айланиб ўтиб, яна бинт шу соҳага қайтиб келади. Боғлам 3-4 марта бир соҳага қайтарилиб, билак соҳасида тугатилади. Кафт ички қисми шикастланган пайтда «крест» кафт ичида ҳосил бўлади.

Кўкрак қафаси, қорин ва оёқларга қўйиладиган боғламлар

- «Спиралсимон» боғлам.
- «Герметик» боғлам.
- «Саккизсимон» боғлам.
- Қорин соҳасига «спиралсимон» боғлам.
- Тизза бўғимига «спиралсимон» боғлам.
- Болдир соҳаси куйганда, совуқ урганда «спиралсимон» боғлам қўйиш.

- Товон бўғимига қўйиладиган «тошбақасимон ва саккизсимон» боғламлар.

- Оёқ панжалари ва товон соҳаси куйганда ва совуқ урганда қўлланиладиган боғлам.

«Спиралсимон» боғлам. Бу боғлам қовурғалар ва кўкрак суяги синганда қўлланилади. Боғлам қаттиқ қисиб боғланиши керак. Бунинг учун 2 -2,5 метр узунликдаги бинт қирқиб олиб, лента шаклида елкага ташлаймиз, кейин энли бинт олиб кўкракни пастки қисмида лента устидан доирасимон боғлам қилиб, сўнгра спиралсимон боғлам ёрдамида кўкракни юқори қисмигача боғлаймиз ва доирасимон боғлам билан тугатилади. Осилган ленталар иккинчи елка устида боғланади.

«Герметик» боғлам. Бу боғлам пневмоторакс бўлган вақтда қўлланилади. Плевра бўшлиғига ҳаво кирганда, кираётган ҳавони тўхтатиш учун, очиқ пневмотораксни ёпиқ пневмотораксга айлантириш мақсадида индивидуал боғлам пакети ёрдамида герметик боғлам қўйилади. ИБП бўлмаган вақтда резинка қўлқоп, клёнка, целофан, полиэтилен клёнкасидан фойдаланиш мумкин. Бу

боғламни қўйиш учун елкага 2-2,5 метрли бинтдан лента ташлаймиз, сўнгра ИБПнинг иккала ёстиқчасини бир жойга ёки жароҳат юзаси иккита бўлса, икки жойга биттадан ёстиқча қўйиб, устидан ҳаво ўтказмайдиган ИБПнинг клёнкасини қора тарафи билан ёпиб устидан озроқ пахта қўйиб, шу соҳада бинтни доирасимон боғлаймиз. Сўнгра пастки қисмидан юқорига қараб спиралсимон боғлам қўямиз. ИБП бўлмаганда, лейкопластирни тоза салфетка устидан бирини устига иккинчисини яқин қилиб ёпиштириш натижасида ҳам жароҳат юзасини ёпиш мумкин. Ҳаво ўтказмайдиган материал бўлмаган вақтда 4-5 та салфеткага вазелин ёки синтомицин эмульсиясини сўриб жароҳат юзасини ёпиш мумкин. Жароҳат 1-3 қовурғалар орасида ёки курак соҳасида бўлса, бунда елка соҳасини бошоқсимон боғлам билан мустаҳкамлаш керак.

Қорин соҳасига спиралсимон боғлам. Қорин соҳасига боғлам қўйиш энг қийин соҳалардан ҳисобланади ва касалхона шароитида, кўпинча лейкопластир, ёрдамида қўйилади. Қоринга 15-16 смли энли бинт олиб, қоринни юқори қисмида доирасимон боғлам қўйилади. Жароҳат устига стерилланган салфетка ёпилади, ичаклар қорин соҳаси устига чиққан бўлса, салфетка атрофига доирасимон ёстиқча қўйилади. Сўнгра спиралсимон боғлам қилиниб, қоринни пастки қисмида доирасимон боғлам билан тугатилади.

Оёқ панжалари, товон соҳаси куйганда, совуқ урганда боғлам қўйиш. Куйган ёки совуқ урган соҳага салфетка қўйилади. Энли бинт олиб товонни юқори қисмида бинтни икки марта ўраб, мустаҳкамлаб оламиз, сўнгра товон соҳасига бинтни суриб, панжаларга йўналамиз. Панжаларни айланиб ўтиб, иккинчи тарафдан товон соҳасига қайтамыз. Бинт ўрами шу соҳада 2-3 марта қайтарилади. Сўнгра товонни юқори қисмидан бошлаб спиралсимон боғлам қўйиб, панжа учларигача келамиз ва шу соҳадан қайтиб спиралсимон боғлам билан товонни юқори

қисмига ўтамиз. Шу соҳада боғлам тугатилади. Куйганда, совуқ урганда боғлам бир оз бўшроқ бўлмоғи керак.

Товон бўғимига «тошбақасимон» боғлам қўйиш. Бу боғлам товон бўғимига тинчлик бериш учун қўлланилади. Боғлам икки турга бўлинади.

А) «Ёйилувчи» боғлам. Бу боғламда бинт товон бўғимини ўрта қисмидан, мустаҳкамловчи боғлам билан бошланади. Сўнгра бинт ўрама бир гал товон соҳасидан юқорига, бир гал товон соҳасидан пастга йўналади. Ҳар гал бинтни ярми аввалги бинт устига тушиб, ярми янги соҳасига сурилади. Товон бўғими тўлиқ ёпилгандан сўнг боғлам болдирда тугатилади.

Б) «Йиғилувчи» боғлам. Бу боғлам товон соҳасида очиқ жароҳат бўлган вақтда кўпроқ қўлланилади. Бунинг учун боғлам болдир соҳасида икки марта доирасимон боғлам қилингандан сўнг товонни олдинги қисми орқали товонни пастки қисмига ўтилади. Бинт бу соҳада ҳам икки марта мустаҳкамлаб олинади. Сўнгра оёқни пастки томонини кесиб ўтиб, иккинчи тарафдан товонни юза қисми орқали болдир соҳасига кўтарилади. Ҳар гал бу боғлам товон бўғимига қараб тўпланиб боради. Бинт юқорига болдир соҳасига олиниб, доирасимон боғлам билан тугатилади.

Товон бўғимига «саккизсимон» боғлам қўйиш. Бу боғлам оёқни панжа қисми қирқилган, юлинган жароҳатларда қўлланилади. Шу соҳа устига стерилланган салфетка ёпилади. Товон бўғимида икки марта бинтни доирасимон боғлам қилинади, сўнгра бинт товонни олдинги қисми орқали панжа соҳасининг устки қисмидан қийшиқ ўтиб, панжани остки қисмидан айланиб ўтади. Панжани юза қисмига кўтарилади, товон соҳасига келади. Шу боғламни бир неча марта қайтарилади, боғлам товонни юқори қисмида тугатилади.

Тизза бўғимига «тошбақасимон» боғлам қўйиш. Бу боғлам бўғимга тинчлик бериш учун ишлатилади. Тизза бўғими бир оз 160 – 170° да букилиб, тарқалувчи ёки тўпланувчи боғлам қўйилади. Тарқалувчи боғлам тизза бўғимидан бошланади. Бинтни икки

марта ўраб, мустаҳкамлаб оламиз. Сўнгра бинт ўрама тиззани орқа қисмидан ўтади, бир гал пастга, бир гал юқорига. Ҳар гал бинт ўрама ярим бинтга сурилади. Тизза бўғими боғлаб, ўраб бўлинган вақтда боғлам сон соҳасини пастки қисмида, мустаҳкамловчи доирасимон боғлам билан тугатилади.

Йиғилувчи боғлам. Бинт ўрама болдирни юқори қисмида, доирасимон боғлам билан бошланади. Сўнгра тиззани орқа қисмидан айланиб ўтиб, сонни пастки қисмида доирасимон боғлам қилиб, бинтни мустаҳкамлаб оламиз. Сўнгра бир гал пастдан, иккинчи гал юқоридан бинт ўрамлари ўтади. Ҳар гал бинт ўрама тизза бўғимига сурилиб, ярим бинт олдинги бинтни устига тушади. Тизза бўғимини ўрта қисмида бинтлар бирлашади. Бинтни тизза бўғимини орқаси бўйлаб ўтиб, сон соҳасида боғлам тугатилади.

Болдир соҳаси кўйган вақтда ёки совуқ урган вақтда спиралсимон боғлам қўйиш. Болдир соҳаси конус шаклига эга бўлгани учун кўйган, совуқ урган вақтларда спиралсимон боғлам қилинади. Шў соҳа устига стерилланган салфетка ёпамиз. Ўрта кенгликдаги бинтни оламиз. Боғлам болдирни пастки қисмидан доирасимон боғлам билан бошланади. Сўнгра бинт ўрама ярми юқорига кўтарилиб, ярми эски бинт устига тушади. Шикастланган соҳа тугагандан сўнг болдирни юқори қисмида доирасимон боғлам қилиниб, боғлам тугатилади. Кўйганда, совуқ урганда боғлам бир оз бўшроқ боғланиши зарур.

Очиқ жароҳатларда спиралсимон боғламда жароҳатни қарама-қарши тарафда бинт калавасини 180° С га букиб оламиз. Бунда боғлам ихчамроқ, мустаҳкамроқ бўлиб чиқади. Боғлам жароҳатдан пастда бошланиб, юқори қисмида тугатилади.

Гипсли боғлам қўйиш усули

Гипсли боғламлар қимирламайдиган боғламларга киради. Шунинг учун гипсли боғламлар, асосан, суяклар ўз капсуласидан чиққан ёки сингандан узоқ вақт оёқ ёки қўлларни қимирламайдиган қилиб қўйиш учун ишлатилади (35-расм). Гипс –

бу кальций сульфати бўлиб, оқ кукунсимон шаклда бўлади, у табиий гипс тошларини 70-140° С ҳароратда қиздириш орқали олинади. Сифатли гипс консистенцияси буғдой унига ўхшаш, оқ рангда, қуруқ, таркибида тошларсиз бўлиб, кафтга олиб сиқганда бири-бирига ёпишмаслиги керак.



35-расм

Тиббиётда ушбу гипсдан даволаш мақсадида фойдаланилади. Кўпинча бўғим ва суякларни операция қилгандан кейин, суякларнинг баъзи касалликларида ва бошқа патологик жараёнларда ҳам баданнинг оғриқ қисми гипслаш йўли билан қимирламайдиган қилиб қўйилади. Гипсни албатта, қуруқ жойда сақлаш лозим. Гипсли боғламлар тўлиқ (циркуляр, гипсли корсет ва ҳ.к.) ва тўлиқ бўлмаган (гипсли лангета) бўлиши мумкин.

Гипсли боғлам қўйиш қоидалари

Гипсли боғлам қўйишдан олдин боғланаётган оёқ ёки қўл қулай ҳолда тутилиши керак. Қўйиладиган боғлам камида бир – бирига яқин турган бўғимни, сонни боғлаганда эса 2 ёки 3 та бўғимни ўз ичига олиши шарт, суякларнинг ташқарига чиққан жойларига боғлам ботмаслиги учун юмшоқ пахта қават-қават қилиб қўйилади. Боғлам қўйишдан олдин мушаклар таранглашишини

пасайтириш мақсадида бемор ётқизилади ёки ўтирган ҳолатда гипсли боғлам қўйилади. Боғламни ҳаддан ташқари қаттиқ ёки бўш боғламаслик керак. Боғламларни кўздан кечириб туриш шарт, қон айланиш бузилган бўлса, ўша соҳа кўкаради. Шишиб кетиши, оёқ-қўллар музлагандек, чумоли юргандек бўлиши ёки анемия пайдо бўлиши мумкин. Боғлам қўйилган оёқ ёки қўлнинг ҳолатини билиш учун унинг ҳолатини очиқ қолдириш тавсия этилади.

Гипсни синаб кўриш. Гипсни ишлатишдан олдин унинг сифатини кўриш керак. Гипсларда парчалар ёки йирик доналар бўлмаслиги лозим. Энг муҳими гипсни қотишини синаб кўриш зарур.

Бунинг учун 2 қисм гипс кукунига 1 қисм сув қўшилиб, қуюқ ҳолга келгунча аралаштирилади ва эмалли тоғарага 1-2 см қалинликда қўйилади. Бу мўдда 5-10 дақиқа ичида қотиши шарт. Уни уриб кўрганда, қаттиқ нарсани ургандек овоз чиқиши, босиб кўрганда ўзгармаслиги керак. Яна бир усули 1:1 нисбатда гипс кукунни билан сувни аралаштирамик ва ҳосил бўлган аралашмадан 2-3 см диаметрдаги шариклар тайёрлаймик ва қуриганидан кейин уни олиб полга ташлаганимикда катта бўлақларга парчаланиб кетмаса, гипс сифатли ҳисобланади. Гипс сув билан аралаштирилганда, айниган тухум ҳиди (водород сульфид) келмаслиги керак. Гипс қуруқ хонада ёпиқ идишларда сақланиши керак.

Гипс бинтларни тайёрлаш: гипсли бинтларни тайёрлаш учун ҳар-хил кенгликда 10-20 см гача бўлган оқ дока бинтларидан фойдаланилади. Сарик дока сувни яхши ўтказмайди ва боғлам яхши бўлмайди. Гипсли бинтларни тайёрлаш учун клёнка солинган столга ёки ясси идишга гипс солинади. Бинтнинг учига бир оз гипс солиб қўл билан ёйилади. Гипсланган, ўраб қўйилган бинтлар махсус банкаларда ётқизилган ҳолда сақланади.

ГИПСЛИ БОҒЛАМЛАРНИНГ ҚУЙИДАГИ ТУРЛАРИ БОР:

Циркуляр боғлам: масалан, қўл соҳасига қўйиладиган гипс боғлам олдин соғлом қўл ўлчами олинади ва тайёрланади. Тайёрланган гипсли бинтлар сув қўйилган тоғарага солинади, сув бинтни кўмиб туриши керак. Шундан кейин бинтлар пуфакчалар ажрата бошлайди. Пуфакчалар тўхташи гипсни ҳўлланганини билдиради. Кейин бинтни олиб, бир оз сиқилади, гипсли бинт билан боғланади, унинг ўрами аввалги ўралган бинтнинг 1/3 қисмини қоплаши керак (36-расм). Бинт одатда, четдан марказга қараб ўралади.

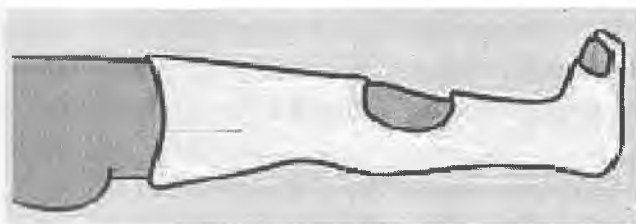


36-расм

Биринчиси тамом бўлмасдан (агар керак бўлса) ҳамшира гипсни иккинчисини тахлаб туради. Одатда, қўлларга 3-5 қават, болдирга, сонга ва гавдага 5-7 қават гипсли боғлам қўйилади.

Гипсли боғлам одатда, 5-10-15 дақиқа қотади. У вақт ўтгунча шикастланган жой қимирламаслиги керак.

Дарчасимон боғлам. Бунда қўйиладиган боғламнинг I қисми кесилади (37-расм). Шу дарча орқали ҳар-хил тиббиёт чоралари бажарилади. Қўпинча лонгетли циркуляр боғламлар ишлатилади.



37-расм

Лонгетсимон боғлам кўп ишлатилади. Бунинг учун оёқ ёки жароҳатланган соҳа бинт билан ўлчанади. Ўлчанган бинтнинг ҳар қаватига гипс солиб ёзилади. Бинт қаватларининг сони етарли бўлганда, улар ўралади ҳамда сувга солинади. Пуфакчалар чиқиб бўлгандан кейин бинт олиб сиқилади ва жароҳатланган соҳага қўйилади. Устидан оддий бинт ўраб боғланади.

Лонгетсимон, циркуляр боғлам кўп ишлатилади. Бунда таглик қўйилмайди. Бинтларга қараганда, бу боғлам кўпроқ ишлатилади лонгет кўринишдаги гипсли боғламлар оёқ ва қўлнинг ҳамма жойига қўйилгандан қон айланишга таъсир кўрсатмайди. Боғламларни қўйиш учун олдиндан гипсли қисқа ва узун 3-5 қават дока бўлаклари ва суюқ нўқталарини ҳимоя қилиш учун пахта ёки дока ёстиқлар тайёрлаб қўйилади. Боғлам қўйишдан олдин оёқ ёки қўлни кўтариб қўйиб шишини камайтириш керак.

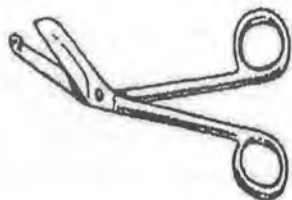
Парвариш қилиш: беморга гипсли боғлам қўйилгандан кейин биринчи 24-48 соат давомида оёқ ва қўлларнинг ҳолатини текшириб туриш керак (3-4 соатда). Агар боғлам тўғри қўйилган бўлса, оёқ ва қўллар нормал рангда, қуриганда илиқ сезувчан ва ҳаракатчан бўлади. Кучли оғриқ бўлиши бармоқлар оқариб ёки кўкариб кетиши, совуқ бўлиши, сезгини пасайиши ва бошқа ҳолатлар, оёқ ва қўллар сиқилганлигини, боғлам нотўғри қўйилганлигини билдиради. Бундай ҳолда гипс тезда очилади ва қайта қўйилади.

Гипсли боғлам узоқ вақт сиқиб туриши ётоқ яраларига олиб келиши, оёқ ва қўллар тўқимасининг ўлишига олиб келиши

мумкин. Юқорида кўрсатилган белгилар бўлса, махсус Штил қайчиси (38-расм) ёки Купер қайчиси (39-расм) билан гипсли боғламларни узунасига кесиш ва четларини 1-2 см га камайтириш шарт.



38-расм. Штил қайчиси



39-расм. Купер қайчиси

Оёқ қўллар сиқилишидан озод бўлганда ишонч ҳосил қилинганч, қўшимча айланма гипсли бинт қўйиб боғламнинг узоқлашган четларини бир оз яқинлаштириш мумкин.

Гипсли боғламларнинг камчиликлари: қўйилган боғламнинг оғирлиги, намлиги, айниқса, қўллар учун оғир бўлиши ва узоқ вақтгача турганда, оёқ ёки қўлда функционал бузилишларни келтириб чиқарилиши унинг камчилиги ҳисобланади.

Болалар шикастланганида, гипсли боғламлар қўйиш айрим хусусиятларга эга. Уларнинг териси нозик бўлиши сабабли тўқималар эзилмаслиги учун шикастланган соҳага дока, пахтадан таглик ўралади ва устидан гипсли лонгетлар қўйилади. Лонгетлар шикастланган соҳага бинт билан боғланади.

Маълумки, шикастланишнинг оқибати яъни хотимаси, даволаш муддати ва беморнинг меҳнат қилиш фаолиятига қайтиши, албатта унга вақтида тўғри кўрсатилган бирламчи ёрдам тўғри кўрсатилганига боғлиқ бўлади.

Суюқларнинг очиқ ва ёпиқ синишларида энг асосий талаблардан бири, бу албатта, пухта ва аниқ равишда бажарилган транспорт иммобилизацияси ҳисобланади, акс ҳолда пухта ва аниқ

бажарилмаган иммоблизация беморни троанспортировка қилишда қўшни аъзоларни (артерия, вена, сийдик қопи, ўпка, жигар ва ҳ.к.) шикастлаб қўйиши мумкин. Бу ўз навбатида, кўп қон йўқотишга сабаб бўлиши, ёпиқ синишни очиқ синишга айланиши, дарз кетган суюқни синишига сабаб бўлиши мумкин ва охир-оқибат травматик шокга олиб келиши мумкин, бу каби хатоликлар ятрогения дейилади.

Вақтинча иммоблизация қилиш қоидаларини ва воситаларини барча тиббиёт ходимлари билиши шарт, бу қоидаларни билмаган ҳар қандай тиббиёт ходими жабрланувчини умрига зомин бўлиши мумкин, шунинг учун ҳам иммоблизация маҳоратини барча тиббиёт ходимлари йўналишидан қатъий назар, билишлари шарт, чунки табиий офатлар, турли транспорт ҳалокатлари, оммавий тартибсизликлар натижасида жароҳатланганларга мутахассис ёрдами келгунча, биринчи ёрдам кўрсатиш албатта, бошқалар зиммасида бўлади.

Иммоблизация вақтига қараб икки хил бўлади: **вақтинча ва якуний-батамом.**

ВАҚТИНЧА ИММОБЛИЗАЦИЯ – кўпинча шикастлангандан сўнги биринчи соатларда жабрланувчиларга биринчи тиббий ёрдам кўрсатиб, яқин атрофдаги тиббий муассасага (шифохонага) транспортировка қилиш, шунинг учун транспорт иммоблизацияси дейилади.

ЯКУНИЙ-БАТАМОМ ИММОБЛИЗАЦИЯ – бу даволашнинг охиригача синган суюқда қадоқ ҳосил бўлгунча, яллиғланиш жараёни тузалгунча, жароҳатлар битгунча, бир сўз билан айтганда, транспорт иммоблизацияси эмас, даволаш иммоблизацияси десак бўлади.

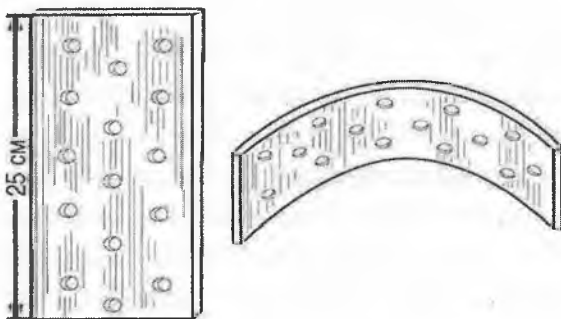
Иммоблизация қилувчи воситалар: стандарт, ностандарт, ва импровизацияланган бўлади.

Стандарт транспорт шиналари – бу иммоблизация воситалари махсус завод фабрикаларда чиқарилади ва тиббий профилактика

муассасаларига етказиб берилади. Стандарт шиналар туркуми: нарвонсимон Крамер шинаси (44-расм), фанерли тахтакачлар, пластмасса шиналар (40-расм), пневмотик (41-расм) ва Дитерихс шиналари (45-расм).

Ностандарт воситалар – бу шина ва аппаратлар махсус йўналишдаги шифохона ёки тиббий бўлимларда ишлатилади, булар Еланский шинаси (42-расм), Петрухов шинаси ва Гончаров шинаси.

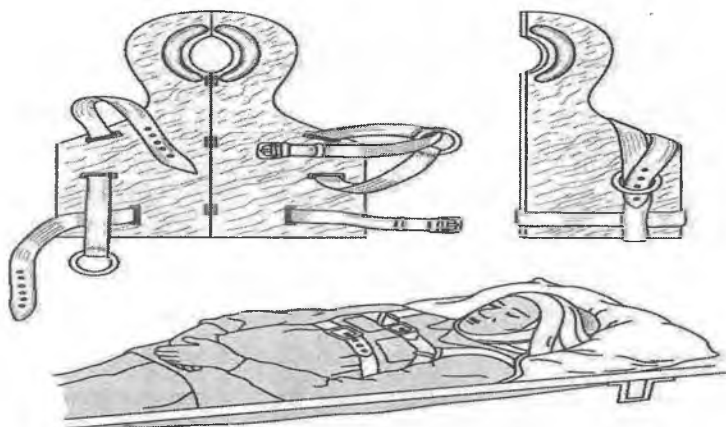
Импровизацияланган воситлар (43-расм) – бу шикастланган бемор атрофидаги нарсалардан (супурги, чанғи, белкурак дастаси ва ҳ.к.) фойдаланиш. Агарда нарса бўлмаса, масалан, альпинист тоғдан йиқилиб, бир оёғини синдириб олди, унда соғлом оёқга синган оёқ иммоблизация қилинади.



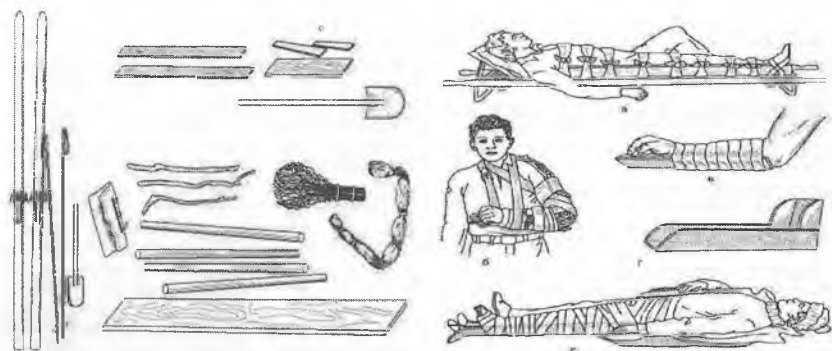
40-расм. Пластмассали шина



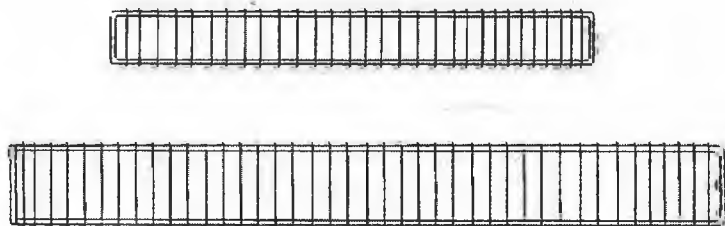
41-расм. Пневмотик шина



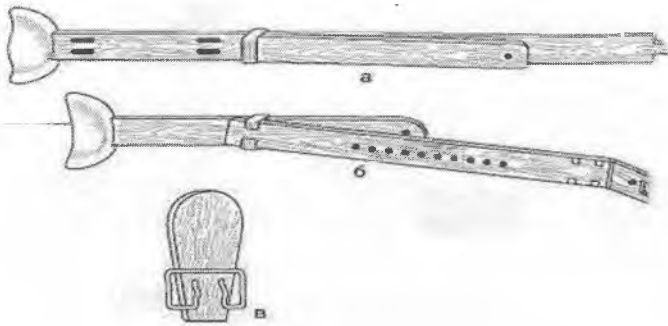
42-расм. Еланский шинаси



43-расм. Импровизацияланган воситалар ва ундан фойдаланиш



44-расм. Крамер шинаси



45-расм. Дитерихс шинаси.

а) Ташқи юзаси; б) Ички юзаси; в) Тавон юзаси.

Траспорт иммобилизациясидаги хатоликлар ва ятрогения.

Энг. кўп учрайдиган хатоликлар асосланмаган калта шина қўйиш, қўлга тушган текис бўлмаган юзали нарсалардан фойдаланиш, икки ва ундан ортиқ бўғимни фиксация қилмасдан шина ёки қўлбола воситаларни қўйиш орқали иммобилизация қилинганда иккиламчи асоратлар, яъни атроф тўқималар, томирлар, асаб толалари ва пайларни шикастланишига сабаб бўлади ва охир- оқибат оғриқ ёки геморрагик шок келиб чиқишига сабаб бўлиши мумкин. Кийимсиз танага пахта ёки юмшоқ материал қўймасдан ва шинани ушбу материалларга ўрамасдан қўйиш, бундан ташқари, синган соҳа анатомик жойлашишини инобатга олмаслик терини шикастланишига, ётоқ яралар, некроз ва тери перфорациясига сабаб бўлиши мумкин. Шинани боғлашда, уни қаттиқ сиқиб боғлаб қўйиш қон ва асаб тизимини сиқилишига ва қон айланишини бузилишига (некроз, гангрена) олиб келиши натижасида, турли хил асоратлар келиб чиқиши мумкин, бу ятрогения дейилади. Бундан ташқари, иммобилизация қилинган соҳани иссиқ ёки совуқдан ҳимояламаслик ҳам ятрогенияга киради.

. ҚОН КЕТИШИ ВА ҚОН ҚҮЙИШ

Қон кетиши ҳаёт давомида жуда кўп учрайдиган ҳодисалардан бири. Шунинг учун бўлажак тиббиёт ходимлари бу жараённи, қон кетиш синдромини сабабларини, патогенетик процессларини, клиник манзараларини кечишини, биринчи ёрдам кўрсатиш ва даволаш принципларини ва шу билан бирга қон қуйиш жараёнларини ҳам яхши билиши ва ўрганишлари керак.

Қон кетиши деганда, яъни грекча номи *haemorrhagia*, қон томир (артерия, вена, капилляр) деворларининг шикастланиши, емирилиши (бирор касаллик оқибатида) ёки ўтказувчанлигининг ошиб кетиши сабабли улардан қоннинг ўз-ўзидан, яъни қон томири ичидан тўқималарга ёки турли бўшлиқларга (плевра, қорин, бош суяги ичига) қуйилишига ёки ташқи муҳитга оқиб чиқиши тушунилади.

Қон кетишда ишлатиладиган атамалар: *Petechia* – терига чегараланган қон қуйилиши; *purpura* – шиллиқ қаватга чегараланган қон қуйилиши; *ecchymosis* – терига ёки шиллиқ қаватга катта ҳажмдаги қон қуйилиши; *sugillatio, suffusion* – тери ости ёғ қаватига юза, чегараланган қон қуйилиши; *vibices* – терига момоталоқ қонталаш; *haematoma* – катта ҳажмдаги, чегараланган қон тўпланиши; *epistaxis* – бурундан қон кетиш; *gastrorragia* – меъдадан қон кетиш; *enterorragia* – ичакдан қон кетиш; *haemoptoe, haemoptysis* – йўталганда қон тупуриш; *haematomesis* – қон қусиш; *haemoturia* – қон аралаш сийдик; *menorragia, nupermenorroea* – ҳайз даврида меъёрдан ортиқ шариллаб оқиш – шаршара; *metrorragia* – бачадондан қон кетиш; *encephalorragia* – мияга қон қуйилиши; *haemopericardium* – перикард бўшлиғига қон кетиш; *haemothorax* – плевра бўшлиғига қон қуйилиши; *haemoperitoneum* – қорин бўшлиғига қон қуйилиши; *haemotometra* – бачадонга қон қуйилиши; *haemotocele* – тухумдоннинг бўшлиғига қон қуйилиши; *haemophthalmia* – кўз олмасига қон қуйилиши; *melaena* – меъда

ичак тизимидан нажас аралаш қон кетиш; *haemorrhoe* – орқа чиқарув тешигидан қон кетиш.

Қон тана массасининг 1/13 қисмини ташкил қилиб, унинг шундан 4/5 қисми циркуляцияда қатнашади. Циркуляциядаги қоннинг умумий ҳажми артериал қон босимини сақлаб туришда муҳим аҳамиятга эгадир. Маълумки, қон шаклли элементлар ва плазмадан ташкил топган бўлиб, эритроцитларнинг умумий ҳажми, яъни гематокрит кўрсаткичи эркакларда ўрта ҳисоб билан 47%, аёлларда 42% ташкил қилади.

Қон кетиши механик шикастларнинг кўп учрайдиган асоратларидан ва фавқулотдаги вазият ўчоқларида ўлимнинг асосий сабабларидан бири бўлади. Ҳарбий дала шароитида қон кетишини эрта ташхислаш ва вақтида кўрсатилган биринчи ёрдам орқали жабрланувчиларнинг ҳаёти сақланиб қолиши мумкин.

Қон кетишнинг сабаблари 3 та: *hemorrhagia per rexis* – томирларнинг ёрилиши; *hemorrhagia per diapedesis* – томирлар девори ўтказувчанлигининг ошиши, эритроцитларнинг чиқиши; лейкоцитлар чиқса – лейкодиapedез дейилади (яллиғланишда); посткапилляр, венулаларда миграцияланиш амалга ошади. Организмда бор лейкоцитлар оғирлиги 1300г ташкил қилади; *hemorrhagia per diabrosis* – томирларнинг эрозияланиши, ёмирилиши.

Қон кетишида қон томирлари деворларининг шикастланиши, ёки бирор патологик жараён оқибатида ёмирилиши, ёки ўтказувчанлигининг ошиб кетиши сабабига кўра улардан қон оқишини тушунамиз.

Қон кетиши, келиб чиқишига қараб, икки турга бўлинади: 1) шикастланиш (травматик) тури, у ташқи кучнинг таъсирида (операцияда ҳам) кузатилади; 2) томир деворларининг зарарланиши (патологик жараён ҳисобига кўра) – хавфли ўсмалар, нурланиш, деворлар ўтказувчанлигининг ошиши, яллиғланиш, қон босимининг кўтарилиб кетиши ва қон биотаркибининг

(гипокоагуляция, томир ичида диссеминирланган ивиш синдроми). Қон оқишининг сабаби полиэтиологик ҳам бўлиши мумкин. Масалан, заҳм касаллигида томир деворининг кенгайиши (аневризма), қон босимининг кўтарилиши натижасида уни ёрилиб кетишига сабаб бўлиши мумкин. Сепсис ва холемия ҳолатларида қон кетиши мураккаб жараёни келтириб чиқаради. Геморрагиянинг механизмига қараб қуйидаги турлари кузатилади: эрозия, ёрилиш таъсирида, томир девори емирилиши. Қоннинг экстравазациясига, тўқималарга тарқалишига, миқдорига қараб қуйидаги гуруҳлар бўлади: гематома (тўқималарда қоннинг тўпланиши), қон кетиши (томир деворларидан ташқарига қон чиқишига ёки бирор тўқимага, тана аъзосига, унинг ичига тўпланиши), қон қуйилиши (тўқималарга қон шакли элементларининг йиғилиши, сингиши). Геморрагия хирургиядан ташқари бошқа соҳаларда ҳам учрайди. Терапия ва неврологияда – гипертензия натижасида мияга қон қуйилиб, фалаж (плегия) кузатилиши, гинекологияда – бачадондан қон оқиши, офтальмологияда – кўзга қон қуйилиши ва ҳ. к. Бу вазиятни ҳарбий дала шароитида ҳам ҳамширалар унутмаслиги лозим.

Қон кетиш синдромида томирларни ёрилиши тўлиқ ёки қисман бўлиши мумкин. Қон кетганда организм жуда кўп керакли ҳужайраларни (қон шакли элементлари, эритроцитлар, тромбоцитлар, лейкоцитлар), биологик суюқликларни (плазма, лимфа ва ҳ. к.), биохимик моддалаларни йўқотади: оқсиллар, углеводлар, витаминлар, микроэлементлар. Натижада, инсон организмида термодинамик қонунларга асосланган ҳолда энергетик жараён кескин камайиши мумкин. Агар инсон айланаётган қон ҳажмини $1/3$ қисмини йўқотса ёки кетган қон ҳажми бундан ҳам камроқ бўлиб қисқа вақт ичида геморрагия кузатилса ва организмга ҳеч қандай тиббий муолажалар билан

ёрдам кўрсатилмаса, жараён охирида шифокор беморни ўлимга маҳқум этади.

Ҳозирги кунда қон кетишда ҳамширалик иши жуда катта аҳамиятга эга. Бу замон талаби. XX аср охирлари ва XXI аср бошларида инсоният иқтисодий ва сиёсий, экологик, маънавий инқирозларга, энергетик кризисга, глобализацияга, локал урушларга, ядровий қурол кўпайиши ва уни сиёсий жараёнларда қўлланиш хавфи борлигига, айрим касалликлар кўпайишига, бактериологик ва вирусологик қурол давлатлараро муносабатларда қўлланиш хавфи мумкинлигига, сув ва озик-овқат танқислигига, очарчиликга, терроризм ва экстримизмларга, табиий офатларга учрамоқда. Бу шароитда айрим хасталикларни этиопатогенезини, клиник манзарасини, диагностикасини, ёрдам кўрсатиш ва даволаш принципларини ҳамширалик жараёнидаги ўрнини талабалар жуда яхши билмоғи керак. Қон кетиши бундан мустасно эмас. Айниқса, ҳарбий дала шароитида, даволаш-эвакуацион этапларда қон кетишида ўтказиладиган муолажалар, чоралар ҳамширалардаги билим ва кўникмаларига жуда боғлиқ.

Урушда қон кетиш ярадорлар ўлимига сабаб бўлади. М.Ф. Глазнов (1953 й.) бўйича иккинчи жаҳон урушида жанг майдонида қон кетишдан ўлганлар ҳамма ўлган ярадорларнинг ярмини ташкил қилган. Жанг майдонида қон кетишдан ўлганларнинг 1/3 қисми қўл-оёқларнинг, 3/5 - қорин ва кўкрак бўшлиғи, 1/33 - бошқа соҳа томирлари жароҳатига тўғри келади (В.И. Стручков).

Шундай қилиб, қон кетишнинг муаммоси жуда актуал. Ҳамшира жароҳат асоратидан ўлим оқибатларини пасайишини, жанг ёки табиий офатлар кузатилган майдонларда ярадорга ўз вақтида биринчи тиббий ёрдам, ҳамда врачлик, малакали ёрдамни тиббий кўчириш босқичларини ташкил қилинишини жуда яхши билиши керак.

ҚОН КЕТИШ ТАСНИФИ

Қон кетиш таснифининг бир нечта вариантлари бор: унинг сабабига, вақтига, шикастланган томир түрига кўра. Қабул қилинган таснифни ҳамширалар яхши билмоғи керак. Қуйидаги суратда бу тасниф яхши ифодаланган (48-расм).

Бирламчи қон кетиш жароҳат тўфайли бироз вақт ўтгандан сўнг турли қон томирларнинг шикастланиши натижасида юзага келади.



Иккиламчи қон кетиш –

бирламчи қон кетишда қон томир бевосита зарарланиб, у ўзи ёки даволаш усуллари оқибатида тўхтатилгандан кейин ривожланади. У асосан, бир марта бўлади, лекин рецидивни кузатилиши ҳам мумкин – қайталанувчи ёки рецидивли қон кетиши. Сабаблари: яқин 2-3 кун ичида жароҳатланган қон томирдан тромбнинг кўчиши, қон томир деворидаги бляшкаларни кўчиши, қўйилган лигатурани силжиб кетиши. Эрта иккиламчи қон кетиш ҳоллари камдан-кам кузатилади (шикастланган қўл ёки оёқни яхши иммобилизация қилмай транспортировка қилганда кузатилади). Кечки иккиламчи қон кетиш жароҳатда инфекция таъсирида йирингли жараён авж олишига тўғри келиб, одатда, 2 кундан сўнг пайдо бўлади. Ҳарбий дала хирургиясида бу ҳолат жуда кўп кузатилиши мумкин, чунки даволаш-эвакуацион тадбирлар катта тезликни, рационал қарорни, аниқ тиббий чораларни ёмон санитар-гигиеник, эпидемиологик шароитларда бажаришни талаб қилсада, ярадорлар сони кўплиги, ҳарбий, тиббий шароит оғирлиги, тиббий штатлар етмаслиги, тиббий ресурслар чекланганлиги ҳар бир ярадорга керакли ҳажмда ёрдам бериб бўлмасликни ҳам унутмаслигимиз керак.

Иккиламчи қон кетишнинг сабаблари:

1. Дори воситаларини қабул қилганда, артериал босим ошганда қон томирда шаклланиб улгурмаган тромбни кўчириб юборади.

2. Қон томирга қўйилган дренажни қаттиқ босиши ёт металл (ўқ, парча), синган суяк парчасининг сурилиб қолиши қон томирда ётоқ ярани пайдо қилади ва натижада иккиламчи қон кетиш бўлади.

3. Қон кетишда техник усулларни нотўғри қўллаш – қон томирга қўйилган лигатурани сурилиб, ечилиб кетиши. Жароҳатдаги йирингли-яллиғланиш жараёни, сепсис ҳолатлари тромбни юмшаши ва эришига олиб келади ва натижада бу ҳам иккиламчи қон кетишига сабаб бўлади. Шунингдек, қон томирларда умумий ва қисман репарацияларни бузилишига олиб келувчи ҳолатлар ҳам бор: оқсил етишмовчилиги, травматик шок, қон йўқотиш ва бошқалар. Кечки қон кетиш одатда 10-15 кундан кейин, баъзан жароҳатланишдан бир неча соатдан кейин бўлади.

Қон кетиш сабабларининг учта гуруҳи мавжуд. Биринчи гуруҳга қон томир деворларининг механик шикастланишлари киради. Улар икки турга бўлинади: 1. Очиқ шикастланишлар. 2. Ёпиқ шикастланишлар.

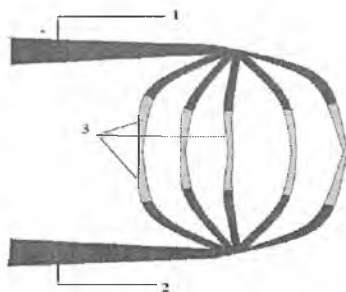
Очиқ шикастланишларда жароҳат канали теридан ўтиб, ташқи қон кетишини келтириб чиқаради. Ёпиқ ҳолларда (ёпиқ синган ҳолатларда томирларни суяк бўлаклари билан жароҳати, ички аъзо ва мушакларнинг травматик ёрилиши) ички қон кетиши кузатилади. Айрим ҳолларда клиникасиз яширин қон кетиш ҳам учраб туради. Бу ҳолатлар шифокорлардан, ҳамширалардан кучли билим, кўникмаларни, юқори малакани талаб қилади.

Қон томирларини очиқ шикастларини аниқлаш ҳатто тиббиёт ходими бўлмаган шахсларда ҳам қийинчилик туғдирмайди. Ҳарбий дала шароитида ҳамширалар ташхислашда буни бемалол аниқлашлари мумкин. Чунки жароҳатдан қон кетиш яққол кўзга

ташланиб туради. Баъзида йирик қон томирларнинг катта бўлмаган жароҳатларида ёки ўрта ва кичик калибрли томирларнинг жароҳатларида қон кетиши ўз-ўзидан тўхташи мумкин. Томирларни рефлектор спазми (жароҳатга реакцияси), қон ивиш системасини активацияси, интимани кесилгин томир ичига буралиши жароҳат тешигининг ёпиб геморрагияни спонтан тўхташига олиб келади.

Қон томирларини ёпиқ шикастлари жуда катта хавф туғдиради. Бунда диагностик хатолар натижасида жабрланганларга вақтида ёрдам кўрсатмаслик қузатилиши мумкин. Бу ҳолларда бадан бўшлиқларида, мушаклар ораси ва ичида катта ҳажмдаги гематомалар пайдо бўлиб, яққол гиповолемиа ва геморрагик шок ҳолатига олиб келади.

Ҳарбий дала хирургиясида ҳамширалар қон кетиш синдромини бу ҳолати билан кўп учрашадилар. Қаердан қон кетаётганига кўра қон кетишлар қуйидагича бўлади (49-расм): 1) **артериал** – артериядан, чиқаётган қон миқдори қон томир калибрлари ва қон томирдаги жароҳат катталигига боғлиқ. Қон ранги оч қизил, қон оқим билан, фавворасимон кетади (4-жадвал); 2) **артерио-веноз** – артерия ва веноз қон томир бирга шикастланганда; 3) **веноз** – веналардан; 4) **капилляр** – капилляр қон томирлардан; 5) **паренхиматоз** – турли хилдаги паренхима аъзолардан (жигар, буйрак, ўпка, талок).



49-расм. Қон кетиши:

1 – артериядан, 2 – венадан, 3 – капиллярлардан

Артериал ва веноз қон кетишининг фарқлари

Белгилар	АРТЕРИАЛ	ВЕНОЗ
РАНГ	алвон	тўқ қизил
ОҚИМИ	пульсацияловчи	пульсациясиз
АҲВОЛИ	тез оғирлашади	секин оғирлашади
ЎТКИР АНЕМИЯ	тез ривожланади	секин ривожланади
ҲАВО ЭМБОЛИЯСИ	бўлмайд	бўлиши мумкин
ҚОН МИҚДОРИ	кўп	нисбатан камроқ

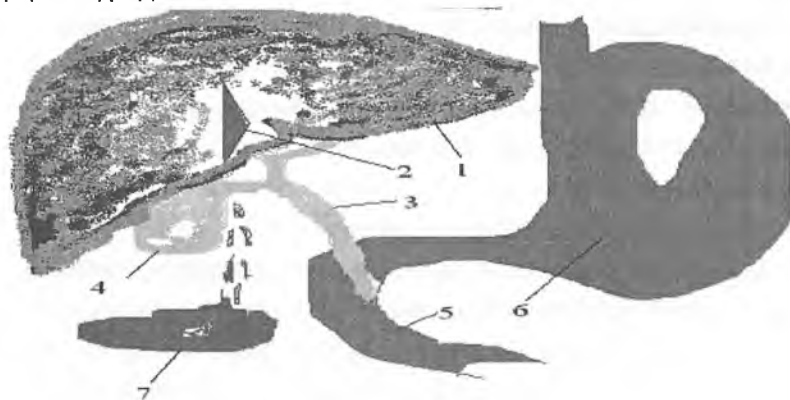
Турли хилдаги қон кетиш белгилари

Артериал қон кетишда: қон фавворасимон шаклида оқади, катта гидравлик босим натижасида тезда жуда кўп миқдорда бемор қон йўқотиши мумкин. **Артериал-веноз қон кетиш** – қон қизил рангда бўлиб, қисқа вақт давомида жароҳатни тўлдиради. Жароҳатга нисбатан марказий, проксимал соҳада қон томир босилганда қон кетиш тўхтамайди, лекин қон ранги ҳам ўзгармайди. Жароҳатдан пастки қон томирлар босилганда ҳам қон кетиш тўхтамайди, лекин қон ранги эса оч қизил бўлади. **Веноз** – қон бир хилда секин уриб турмайдиган оқим билан кетади. Оқим ранги тўқ (қизил) рангда. Жароҳатдан юқоридаги томирлар босилса қон кетиш кучаяди.

Паренхиматоз - паренхиматоз аъзоларда (50-расм) қон томирлари бириктирувчи тўқима стромаси билан узвий алоқада, шунинг учун кесилганда улар очилиб қолади ва қон кетиши кўп ва тўхтатиш жуда қийин бўлади.

Қон ва атмосфера босимлари геморрагияга таъсир қиладилар. Масалан, гипертония ҳолатлари, гипертоник криз, қаттиқ йўталиш, зўриқиш, кўкрак қафаси бирданига қисилганда. Унинг белгилари кўз ва бошқа шиллиқ қаватларда қон қўйилиши билан вужудга келади. Вена қон томирларда босимнинг кўтарилиши геморроидал вена томирларида (бавосилда) ёки кенгайган оёқ вена томирларида геморрагияни кучайтириши мумкин. Атмосфера босимининг пасайиб кетиши бурун, қулоқ, бронх ва

бўғимларда қон оқишига олиб келади. Ҳарбий дала шароитида ҳам баротравмалар ҳисобига қон кетиш синдроми жуда кўп учраб туради.



50-расм. Паренхиматоз геморрагия: 1–жигар, 2–жигар жараҳати, 3 – холедох, 4 – ўт пуфаги, 5 – ўн икки бармоқли ичак, 6 – меъда, 7 – паренхимадан кетаётган қон.

Қон кетишини тўхтатишда қон ивиш хусусиятининг аҳамияти

Қон ўз фаолиятини бажариши учун оқувчанликка эга. Бу хусусият автоматик тарзда қоннинг агрегат ҳолатини бошқариш механизмлари орқали амалга оширилади. Соғлом одамларда қоннинг оқувчанлиги максимал ҳолда. Бу эса қон айланишини оптимал ҳолатда бўлишига ёрдам беради. Турли хил жараҳатларда қон йўқотишни олдини олиш учун қон ивиши ва шу билан оқувчанлиги камайиши зарур. Бу ҳолат гемостаз тушунчаси билан ифодаланади (қон ҳаракатининг тўхташи). Гемостаз – бу организмнинг ҳимоя-мослашув реакцияси бўлиб, гомеостазнинг таркибий қисми ҳисобланади. У ўта мураккаб жараён бўлиб, унда қон ивиш ва ивишига қарши тизим, ҳамда фибринолитик тизимларнинг бир қатор физик, кимёвий, биологик омиллари иштирок этади. Гемостаз 3 та биологик тизимларнинг ўзаро

таъсирларига боғлиқ: томир ташқари, томир ичи ва томир тизимлари. Гемостазнинг томирдан ташқари механизми тўқима эластиклигига (тери, мушак, бириктирувчи тўқима) асосланган бўлиб, у томир диаметрининг торайишига олиб келади. Клиникада бу гемостаз сиқувчи боғлам орқали келтириб чиқарилади. Гемостазнинг томир механизми томирларнинг рефлектор қисқариши ва унинг хусусиятларига, таъсир қилувчи кимёвий моддаларга боғлиқ.

Томир интимаси фибрин парда билан, простациклин, антитромбин-3, фибринолиз активатори секрецияси, гепарин секреция қилиб, ҳамда зарядланган шаклли элементларнинг зарядланган интимадан қочиши орқали қон ивишига йўл қўймайди. Томирлар жароҳатланганида улар серотонин, катехоламин, холинэстеразани ишлаб чиқаришади, бунинг натижасида томирларнинг торайиши кузатилади (вазоконстрикция). Шу билан бирга жароҳатланган томирларда тромбоцитар тромб ҳосил бўлади (томирларни беркитувчи тўсиқ). Бу жараён қуйидаги кетма-кетликда боради: жароҳатланган томирнинг «+» зарядланиши, «-» зарядланган тромбоцитлар адгезияси ва уларнинг агрегацияси, фибриннинг ҳосил бўлиши, тромбоцитар тўсиқ, қон лахтаси ҳосил бўлиши. Қон ивиш жараёнида тўқима ва шаклли элементларнинг алоҳида моддалари (омиллар) иштирок этади. Қон ивишининг асоси фибрин ҳосил бўлишидан иборат. Қон ивиши тизими мураккаб ферментатив жараён бўлиб, тўртта фазадан иборат: 1) протромбиназа, 2) тромбин, 3) фибрин ҳосил бўлишлари; 4) лахта ретракцияси.

Шунингдек, қон ивиши жараёни қуйидагиларга бўлинади: профаза (томирдан ташқари) – томир-тромбоцитар гемостаз; постфаза - фибринолиз – қон лахтасининг антифибринолитик тизим иштирокида парчаланиши.

Соғлом инсонда антикоагулянтлар қон ивишини олдини олади (антитромбин-3). Тиббиётда бевосита таъсир қилувчи (натрий

цитрат) ва воситали таъсирга эга (антикоагулянтларнинг активлигини сўндирувчи) антикоагулянтлар қўлланилади. Қоннинг суюқ ҳолати, ивиш тизими, фибринолиз ва антифибринолиз жараёнлари локал ва нейрогуморал механизмлар билан бошқарилади. Улар ҳали тўлиқ ва мукамал ўрганилмаган. Гемостаз – физиологик, биокимёвий, биофизик жараёнларнинг йиғиндиси бўлиб, организмнинг қон йўқотишга тўсқинлик қиладиган мураккаб биологик ҳимоя реакциясидир. Қоннинг ивиш тизими - қонни ивишини таъминловчи омилларни синтезловчи, утилизация қилувчи аъзо ва тўқималарнинг йиғиндиси.

Қон ивиши омиллари: ҳужайра, плазма, тўқима.

Плазма омиллари:

I. Фибриноген

II. Протромбин

III. Тўқима тромбопластина

IV. Ca^{2+}

V. Глобулин-акцелератор

VI. Омил

VII. Проконвертин

VIII. Антигемофил глобулин (АГГ- А)

IX. Кристмас омили (АГГ-В)

X. Стюарт-Прауэр омили

XI. Плазма тромбопластинининг ўтмишдоши (АГГ-С)

XII. Хагеман омили ёки контактловчи омил

XIII. Фибрин-стабилловчи омил ёки фибриназа

XIV. Флетчер омили (прокалликреин)

XV. Фитцжеральд омили (кининоген)

Организмда қон ивиши билан қон ивишига қарши тизим бўлади. Бу қон ивишини олдини олувчи моддалар (антикоагулянтлар) ишлаб чиқарувчи, синтезловчи ва утилизация қилувчи аъзолар ва тўқималар тизими.

У 2 системага бўлинади. Қон ивишига қарши тизим (Кудряшов бўйича):

1. Гуморал табиатли, доимий фаолиятда;
2. Нерв механизмлари асосида ишга тушади.

ГЕМОРРАГИЯ СИНДРОМИНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ ВА КЛИНИКАСИ.

Ўткир қон йўқотиш белгилари қон кетиш тезлиги ва йўқотилган қон кетиши қанча кучли бўлса, ўткир қон йўқотиш клиник манзараси шунча оғир кечади. Қон ҳажмининг 1/3 қисмини тез йўқотилиши ҳаёт учун хавф солади; умумий қон ҳажмининг ярмини йўқотиш эса тез ўлимга олиб келади. Ўртача ҳисоблаганда, 65 кг оғирлиқдаги инсонни қон ҳажми 5 литрни ташкил қилади. Шундай қилиб, 1,5-1,7 литр қон йўқотиш жуда хавфли, 2,5 литр эса ўлимга олиб келади. Бу ҳолларда қоннинг тез оқиб кетиши, узоқ қон кетишда мослашувчи механизмлар ишга тушишга улгурмайди. Аммо, геморрагияда индивидуал сезувчанлик билан боғлиқ факторлар ҳам бўлади. Масалан, ёш болалар ва қариялар қон йўқотишни ёмон ўтказадилар. Организмнинг умумий ҳолати – озғин, ҳолсиз, жисмоний чарчаган, касаллик ва операция ўтказган, семиз шахслар қон кетишни ёмон ўтказадилар. Аёллар эса қон йўқотишга чидамли. Сурункали қон кетишда мослаштирувчи механизмлар қон кетишни мувофиқлаштиради.

Ўткир қон йўқотиш белгилари. Тери қопламлари, шиллиқ қаватларни қуруқлиги, юзни оқариб кетиши, кўз олди қоронғилашиши, қулоқда шовқин, бош айланиш, кўнгил айниш, қайт қилиш кузатилиши мумкин. Пульс тезлашган, кучсиз, ипсимон бўлади. Артериал ва марказий веноз босимининг пасайиши аниқланади. А/Б 60-50 мм сим уст ва ундан пасайганда олий нерв фаолияти бузилади: дастлаб безовталик, кейин қўрқув, ҳалок бўлиш ҳисси, юзнинг тушкунлик кўринишда бўлиши, дезориентация, депрессия, ҳушни чалкашлиги ва йўқотиш бўлади.

Ҳушни йўқотгандан кейин талваса, сийдик, ахлатни ихтиёрсиз ажралиши ва ўлим кузатилиши мумкин.

Геморрагияни аниқлаш учун қон кетиш жойини, сабаблари ва махсус белгиларини аниқлаш керак. Ўткир қон кетишининг диагностикаси қийин эмас. Ҳамширалик жараёни биринчидан қон кетиш синдромини тезкор аниқлашдан бошланиши керак. Беморнинг кескин ранги ўчиб, оқариб, қон босими тушиб кетади, нафас олиши тезлашади, тахикардия кузатилади. Йўқотилган қон ҳажмини аниқлаш кийин. Бунинг учун қоннинг таркибий қисмларини аниқлаш зарур.

Ташқи геморрагияда катта магистрал қон томирлар деворининг бутунлигини, қоннинг рангини, оқиш тезлигини текшириш керак. Юракка яқин веналардан қон оқаётганда гемга қараб юрак ва нафас фазаларини сезиш мумкин. Нафас олишда торакснинг сўриш фаолияти ҳисобига веналардан қон оқиши камаяди, нафас чиқарганда у кўпаяди. Геморрагия ўпка вентиляцияси тезлиги билан синхрон бўлади. Цервикал веналарнинг шикастланиши жуда катта хавф туғдиради. Бунда аэрация ҳисобига бўлган салбий босим ташқи муҳитдан ҳаво киришига олиб келади. Бош мия, юрак томирларида ҳаво эмболияси кузатилиши мумкин.

Капилляр қон кетиши майда артериал ва вена томирлари шикастланганда вужудга келади. Унинг ранги, тезлиги, миқдори артериал ва веноз геморрагиялардан фарқланади ва нисбатан жуда кўп бўлмайди. Аммо шикастланган майдон катта бўлса, йўқотилган қоннинг миқдори клиник аҳамиятга эга. Капилляр қон кетишда бутун тўқимадан қон кетади.

Геморрагияда марказий вена босимини (МВБ) аниқлаш керак, нормада бу босим 35-100 мм сув уст тенг. МВБ камайиши юрак камераларига кам қон оқиб келишидан далолат беради.

Ички қон кетишининг клиник белгилари ҳар-хил бўлади. Бу ҳолатлар шикастланган орган ва бўшлиқларга боғлиқ. Баъзи

ҳолларда кетаётган қоннинг миқдори кўп бўлмаса ҳам хавф-хатар катта бўлиши мумкин. Масалан, мияга оз қон қўйилганда ҳаёт фаолиятини бошқарувчи марказлар қисилиб қолиб, ўлим кузатилиши мумкин. Перикардга қўйилган қон юракни қисиб қўйиб, унинг ҳаракатини камайтиради. Натижада, юрак тампонадаси ривожланади. Меъда ости безига қон қўйилиши трипсинни активлаштириб, геморрагик панкреатит келтириб чиқаради. Ички қон кетишнинг клиник белгилари умумий ва маҳаллий симптомлардан иборат. Умумий симптомларга: рангпарлик, бош айланиши, ҳушдан кетиш, тахикардия, қон босимининг пасайиши киради. Маҳаллий симптомлар қўйидагилардан иборат: паренхиматоз аъзоларнинг ёрилишида гемоперитонеум, гемоторакс, қоринда оғриқ, қорин парданинг таъсирланиш симптомлари, қорин олди деворининг таранглашуви, қорин ён соҳаларида перкутор тўмтоқлиги, гемотораксда – нафас сиқиши, перкутор товушнинг тўмтоқлиги, овоз қалтирашининг сусайиши, нафас шовқинларининг пасайиши. Ички қон кетиш сабабини локализациясини доим аниқлаб бўлавермайди. Масалан, нажасда қон аралашганда, меъда-ичак йўллариининг барча қисмидан қон кетиши мумкин. Урнада қон пайдо бўлса, хасталик белгилари буйракда, сийдик пуфаги ва йўлларида бўлиши мумкин. Оғиздан қон кетганда ўпка ва нафас олиш аъзоларининг юқори қисмлари, ҳалқум, қизилўнғач, меъда, ўн икки бармоқ ичак касалликлари бўлиши мумкин. Геморрагияни диагностикасида қоннинг ранги, оқиш тезлиги ҳам аҳамиятлидир. Ўпкадан қон кетаётганда, унинг ранги қип-қизил, кўпирган ҳаво заррачалари бўлади. Қайт қилгандаги «кофе қуйқаси»га ўхшаш суюқлик (гемоглобин билан хлорид кислота қўнғир рангдаги гематин сульфат ҳосил қилади) меъдадан қон кетишини эслатади, меъда ва ўн икки бармоқли ичак хасталигидан далолат беради. Қоп-қора рангли (темир сульфиди қонга қорамтир ранг беради) нажосат келиши меъда-ичак йўллариининг юқори қисмида патологик ўчоқ

борлигини эслатади. Бу ҳолларда патологияни аниқлаш учун эндоскопик текширув ўтказилиши керак. Перитонеал бўшлиққа қон кетганда бемор оқаради, чанқайди, эснайди, кўз олди қоронғилашади, ҳушидан кетиши мумкин, пульси тезлашади. Бу ҳолатларда перкуссия қилинганда, товушнинг бузилиш белгиси пайдо бўлади, шу жойда мушаклар таранглашади, маҳаллий Шчёткин-Блюмберг симптоми пайдо бўлади. Гемоперитонеум миқдори кўпайса, ичак қулдираши, қорин бўшлиғида товушнинг бузилиши пайдо бўлади. Қон оқиши қорин бўшлиғи органларининг ёрилиши (ичак, ўт пуфағи) ва унга ўт суюқлиги, ахлат чиқиши билан бирга ўтиши мумкин. Қисқа вақт ичида қорин пардасининг яллиғланиш (перитонит) ҳолати, шок симптомлари бошланиши, қон кетишининг умумий белгилари билинмаслиги ҳам мумкин. Бунда оқаятган қоннинг ҳажмини (ОҚХ), гемоглобин миқдорини, эритроцитлар сонини, гематокритни аниқлаш керак. Уларнинг тез камайиб кетиши геморрагияни давом этаётганини исботлайди. Лейкоформулада нейтрофил лейкоцитоз пайдо бўлиши лейкоцитар реакциянинг вужудга келганидан маълумот беради.

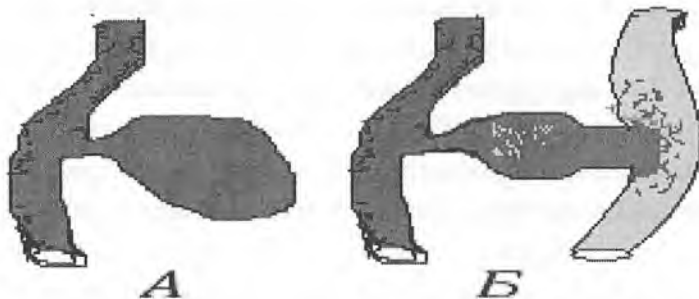
Плевра бўшлиғига қон оққанда ўткир қон йўқотиш белгилари кузатилади. Гемотораксни аниқлаш учун рентгенологик текширув, перкуссия, пальпация, аускультация ўтказиш керак. Қон борлиги кўкрак қафасини тешиб кўриш (пункция) билан аниқланади.

Бош қобиғи ичига, орқа мия каналига қон қуйилганда, гемартрозда, гемоперикардийумда тўқимага кетган қон миқдори кўп бўлмайди. Аммо шу органларнинг функцияси бузилиши кузатилади. Мия, орқа мия фаолияти бузилиши ва маҳаллий неврологик симптомлар бўлади, бўғимнинг ҳаракати бузилади, юрак фаолияти секинлашади. Бу ҳолларда юрак тампонадаси, бош мия тўқималарининг гематомаси, мия тўқимасини эзилиши ва ҳ. к. белгилар кузатилади.

Геморрагия асоратларидан бири томирга ҳаво кириб қолишидир (эмболия). Йирик вена томирлари шикастланганда

вужудга келади ва беморни оғир аҳволга солиб қўяди. Кўпинча бўйин туруқ, умров ва кўлтиқ ости, номсиз веналарда кузатилади. Оз миқдордаги ҳаво томирлар орқали ўнг юрак бўлмачасидан ўпкага ўтади ва зарар етказмайди. Агар ҳаво кўп бўлса, унда ўнг юрак бўлмачаси катталашиб, уч табақали клапанлар етишмовчилиги пайдо бўлади, бу юракнинг фалажланиши билан рўёбга чиқади. Бемор рангсизланади, кўкаради, нафас олиши тўхтайдди, тиришиш, гипотония бўлади, пульс секинлашади. Ҳаво эмболияси аста-секин бошланса, бемор совуқ терга ботади, қўрқади, ҳуши йўқолади, кўз қорачиқлари катталашади, пульс секинлашади. Юракка яқин веналар шикастида томирга кираётган ҳаво хуштаксимон товуш чиқаради. Ва нафас чиқарилаётган пайтда қон ҳаво билан аралашиб чиқади. Геморрагиянинг асоратларига пульсацияловчи гематома, гематома ва тўқималарни йирингли жараёнлари ҳам киради. Кейинчалик артериал ёки артериовеноз аневризмалар ҳам пайдо бўлиши мумкин (51-расм).

Ўткир геморрагияда аутогемодилюция (қонни ўз қони билан суюлиши) реакцияси вужудга келади. Бу патофизиологик жараён организмни янги ҳолатга адаптациялашига ёрдам беради. Бу жараён компенсатор-мослашув механизмларга боғлиқ. Юрак тез ишлайди, вақт ўтган сари қон босими камаяверади. Геморрагия давом этадиган бўлса, симпатико-адреналин системасини адаптация механизмлари кучсизланади.



51-расм. Артериал (а) артериовеноз (б) аневризмалар

Барча қон томирларнинг торайиши, қоннинг табиий деполардан томирларга чиқиши, тахикардия, қоннинг ҳаётий органларга тақсимланиши ва бошқа компенсация механизмлари маълум вақтгача марказий гемодинамикани субкритик ҳолатда ушлаб туради. Бу жараён қоннинг айланиш ҳажми 40-45% гача давом этади. Агар беморга ёрдам кўрсатилмаса кейинчалик гиповолемия фазаси кузатилади. Бундан кейин ҳам бемор ёлғизланиб қолса учинчи фаза — геморрагик шок босқичи кузатилади. Шунинг учун беморга маиший ёки кўча шароитида, жанг майдонида, эвакуацион пунктларда биринчи ёрдам бериш, даволаш-эвакуацион тадбирларни аниқ, сифатли ва тез бажариш керак. Бу ҳолатларда тиббий ёрдам кўрсатилмаса, оқибати икки хил бўлиши мумкин: қон ўз-ўзидан тўхтайти ёки мия қонсизланиб, юрак-томирлар функцияси бузилишидан бемор ўлади.

ГЕМОРРАГИК ШОК

Геморрагик шокда (караҳтлик) йўқотилган қоннинг миқдори ва вақт катта аҳамиятга эга. Масалан, 1-1,5л қон аста-секин йўқотилса, организмнинг компенсатор-мослашув механизмлари ҳаётни сақлаб қолиши мумкин. Аммо тез йўқотилса, летал ҳолат кузатилиши мумкин.

Геморрагик шок III босқичдан иборат:

I. компенсация,

II. субкомпенсация (қайтариш иложи бўлган)

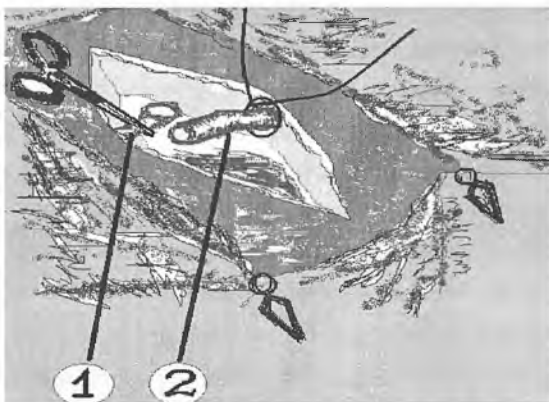
III. декомпенсация (қайтариб бўлмайдиган шок).

Компенсация босқичида марказий гемодинамика узоқ вақт ўзгармайди. Субкомпенсацияда беморга керакли ёрдам кўрсатилганда компенсатор реакциялар кузатилади. Аммо даволаш-эвакуацион тадбирлар тўлиқ бажарилмаса периферик томирларининг қисқариши ҳам фойда бермайди, беморда қон босими камайиб кетади. Артериал гипотония кузатилади ва кейин декомпенсация фазаси бошланади. Декомпенсацияда

органларда етишмовчилик рўёбга чиқади. Артериал, тўқималар гипотонияси ривожланади. Микроциркуляциянинг бузилиши акроцианозга олиб келади. Рефлектор бўлган олигурия (сийдикнинг кам ажралиши) анурия (бутунлай сийдик ажралмаслиги) га ўтади, у буйракда гемоциркуляция бузулганлигини ифодалайди. Ҳаво эмболиясини даволаш мураккаб бўлиб, томирга ҳаво келишини тўхтатиш керак, яъни вена томирининг марказий ва периферик учлари боғланади, ўнг юрак бўлмачаси нина билан пункция қилинади.

ҚОН КЕТИШНИ ТЎХТАТИШ

Қон кетишини тўхтатишга оид саволлар асрлар давомида шифокорларни, умуман одамзодни ўйлантириб келган. Масалан, Гиппократ даврдан маълум бўлган. Кичик веналардан кетаётган қон, кўпинча, ўз-ўзидан тўхтайдди. Баъзан оёқ ёки қўл кўтарилса, вена томирдан оқаётган қон секинлашиб, тўхташи мумкин. Агар қоннинг ивиши бузилмаган бўлса, капилляр қон кетишини оддий ёки босиб турувчи боғлам билан тўхтатиш мумкин.



52-расм. Геморрагияни тўхтатиш:
1- қисқич қўйиш, 2 - лигатура қўйиш

Демак, геморрагияни тўхташи ўз-ўзидан бўлиши ёки сунъий тўхтатилиши мумкин. Тиббий кўчириш босқичларида қон кетишни тўхтатиш усуллари икки турга бўлинади: 1) вақтинча, 2) батамом.

ҚОН КЕТИШНИ ВАҚТИНЧА ТЎХТАТИШ УСУЛЛАРИ

Бу усуллар бемор касалхонага тушмасдан олдин тез ёрдам сифатида бажарилади. У шифокор, бошқа тиббий ходим томонидан ижро этилади, баъзида эса табобат илми бўлмаган кишилар ёки шикастланган бемор томонидан ҳам бажарилиши мумкин, асептика қодаларига риоя қилган ҳолда. Геморрагия баъзида томирда тромб ҳосил бўлгани учун бутунлай тўхтаб қолиши ҳам мумкин. Вақтинча қон тўхтатишнинг қуйидаги усуллари бор:

1. Босиб турувчи боғлам қўйиш.
2. Оёқ ёки қўлни баланд кўтариш.
3. Оёқ ёки қўл бўғимларини максимал букиш ва боғлаш.
4. Бармоқ билан қон томирни суякка босиб туриш.
5. Резина тасма (Эсмарх ва бошқа тасмаларни қўллаш).
6. Жароҳатдан қон оқиб турган томирга қисқич қўйиш.

Вақтинча тўхтатиш усуллари. Ташқи қон кетишда биринчи тиббий ёрдам қўл остидаги бор нарсалар билан тез қон кетишни вақтинча тўхтатишдан иборат. Биринчи тиббий ёрдамни (БТЁ) ҳамширалик ишида аҳамияти жуда катта. Уруш майдонида ёки фавқулоддаги вазиятлар ҳолатида қон кетишни (артерия ёки вена шикастланишига кўра) вақтинча тўхтатиш усуллари қўлланилади. Артерияни бармоқ билан босиш, жароҳатдан юқори жой босилади. Бу усул кам ҳолларда қўлланади. Бу усул эрта қўйилган жгутни текшириш ёки алмаштирилишида ярадор, бемор кўп қон йўқотмаслиги учун қўлланилади. Масалан: қон кетаётган томирга қон тўхтатувчи қисқич қўйилади.

Бармоқ билан босиш усули артерия босиладиган нуқталарда қўлланилади, бу ерда артерия суяк устидан ўтади. Чакка артерияси

чакка суюгига, ташқи юқори жағ артерияси – пастки жағ бурчагига, уйқу артерияси тўш-ўмров сўрғичсимон мушакнинг ички юзаси бўйлаб, ўрта ёки пастки 1/3 қисмидан бўйин умуртқалари томонга босилади (53-расм).



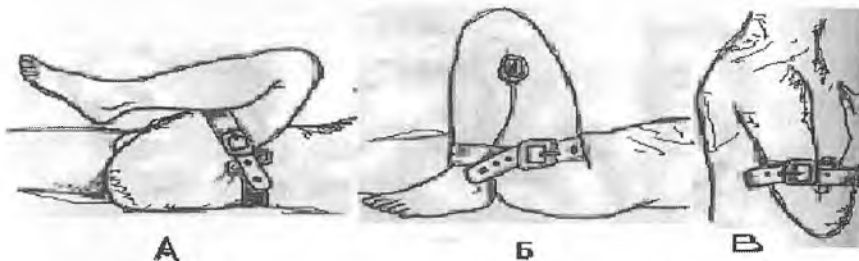
53-расм. Уйқу артериясидан қон кетганда биринчи ёрдам

Умров ости артериясини умровнинг ўртасининг орқасидан қовурғага бармоқ билан босилди; қўлтиқ ости артериялари эса қўлтиқ ости чуқурчаси томондан елка суюгининг проксимал учига босилади. Елка артерияси елканинг икки бошли мушагини ички юзаси томонидан елка суюгига босилади. Сон артерияси чов бойлами остидан сон суюгининг проксимал охирига босилади. Бармоқ билан босиш асосан қисқа вақт (30-расм) ичида, масалан, жгут боғлашда қўлланилади.

Бармоқ билан қон тўхтатишни врачгача ва биринчи врачлик ёрдам кўрсатишда аҳамияти жуда катта. Тиббий-эвакуацион жараёнида, ҳарбий дала шароитида беморларни, ярадорларни даволаш-эвакуацион гуруҳларга ажратиб (сортировка) олишда, ҳамширалик жараёнида катта аҳамиятга эга.

Оёқ ёки қўлни баланд кўтариш физиологик механизмни ишга солган ҳолда яъни гемодинамик жиҳатдан томирларда тонус камаяди, қон босими пасаяди ва геморрагия вақтинча тўхтайтиди.

Қўл-оёқни максимал букиш (54-расм). Қўлтиқ ости чуқурчаси, ва уларга яқин томирлардан қон кетишни тўхтатиш учун бўғимнинг букилувчи юзасига пахта бўлаги қўйилади ва устидан бўғим букилади. Кейин қўл ёки оёқ бинт билан боғланади. Бу усул кенг тарқалмаган, лекин уни ёрдамида қийин аҳволдан чиқиш мумкин. Қўл-оёқларга ўқ тегиши натижасида суюқлари синса бу усул қўлланилмайди, бошқа усуллардан фойдаланилади. Бундай ҳолатда бинтланган ярадорларни жанг майдонидан олиб чиқиш ва эвакуация қилиш қийин бўлади.



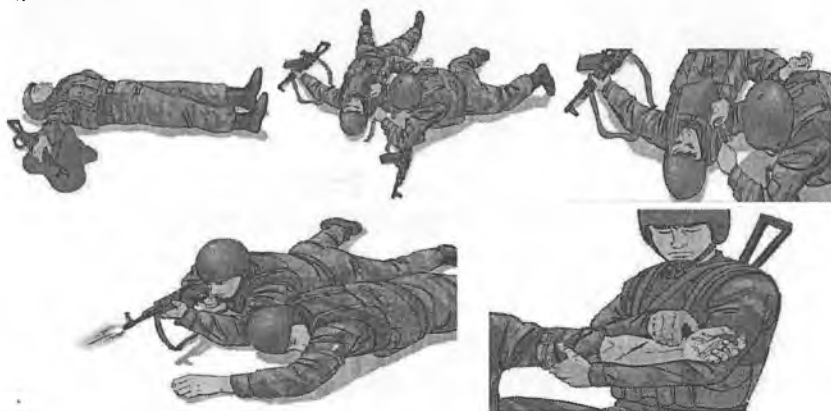
54-расм. Қўл-оёқни максимал букиб қонни тўхтатиш:
а – сон; б – тизза ости; в – елка ва тирсак артерияларидан

Босувчи боғлам (55-расм) иккинчи жаҳон уруши даврида жанг майдонида майда калибрли артериал ва веноз томирлардан, капиллярдан қон кетаётган ярадорларни 1/3 да қўлланилган. Босувчи боғлам қўйиш учун одатда 1 та ёки 2 та индивидуал боғлам пакети қўлланилади.



55-расм. Босувчи боғлам

Жгут қўйиш. Жанг майдонида ёки кўча, ҳарбий дала шароитида қон кетишни вақтинча тўхтатиш усули ҳисобланади (56-расм). II жаҳон уруши даврида шу мақсадда уни 2/3 ярадорларда қўлланган.



56-расм. Армиячилар жгутини қўйиш техникаси

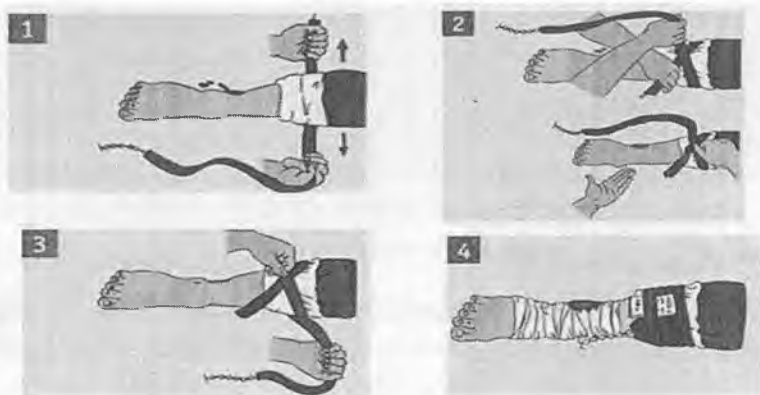
Жгут қўл – оёқларни дистал қисмини ишемиясини чақиради. Мускул кам бўлган ва нерв суякка яқин жойлашган жойда нерв компрессия натижасида кучли шикастланади (қўлда – билак нерви, болдирда – кичик болдир нерви) узоқ вақт (икки соат ва ундан ортиқ) қўйилган жгут оёқ-қўлни гангрена сизига олиб келади, шунинг учун совуқсиз вақтда 2 соатгача, совуқ даврда 1 соатдан кейин

шикастланган қўл-оёқда коллатераллар бўйлаб оқимини вақтинча тиклаш учун жгут ечилади ва жароҳатланганни транспортировка қилиш мақсадида яна қайта қўйилади. Қуролли кучлар шахсий таркиби жгут қўйиш қондасини билиши ва жгут қўйиш қондасини бажара олиши керак. У йирик артериялар шикастланганда қўйилади (57-расм.).



57-расм. Эсмарх жгути ёрдамида тизза ости артериясидан қон оқишини тўхтатиш

Жгут қўйиш қондаси. Терини эзмаслик ва некрозни чақирмаслик учун уни бинтдан ёки бошқа бир матодан (сочиқ, йиртилган кўйлак ва ҳ. к.) оралиқ билан ҳимоя қилиналди (58-расм).



58-расм. Жгут қўйиш кетма кетлиги

Жгут қўйишдан олдин оёқ ёки қўл кўтарилади. Жгут жароҳатдан проксималроқ, иложи борича унга яқинроқ, ортиқча тортмасдан-жароҳатдан қон оқиши тўхтагунча ва перфериқ артерияларда пульс йўқолгунча сиқиб қўйилади. Жгут босими қўйилган жойда артериал босимдан 15-20мм. симоб уст. юқори бўлиши керак. Жгут ярадорда кўриниши керак. Қўйилган вақти ҳақида қоғозга белгилаб қўйилади ва уни жгут оёқ-қўлда 2 соатдан кўп турмаслиги керак, қишда эса 1 соат. Жгут қўяётган шахс ярадорнинг қўл-оёғидан ташқарида бўлиши керак, бир қўли ташқи томонда, иккинчиси оёқ-қўлнинг ички томонида бўлиши керак. Жгут чўзилади ва чўзилган қисми билан асосий шикастланган томир соҳасига қўйилади. 1-тур бўшашиб кетмаслиги учун кесишма қилинди. Ҳамма вақт жгут тортилдиб турилади, уни қўл-оёқ атрофида бир неча марта жгут йўллари ёнма-ён қилиб, бир-бирини устига туширмасдан ўралади.

Жароҳатни зич тампонадалаш. Агар босувчи боғлам натижа бермаса, жгут қўйишга эса жароҳат соҳанинг анатомик хусусиятлари йўл қўймас (думба соҳасининг чуқур жароҳати, соннинг юқори 1/3 қисмидаги чуқур жароҳати), узун стерил салфетка билан жароҳатга зич босиб тампон қўйилади (59-расм).



59-расм. Узун стерил салфетка билан жароҳатга зич босиб тампон қўйиш

Ички қон кетганда, масалан, қизилўнгачдан Блэкмор зонди ишлатилади (60-расм).



60-расм. Блэкмор зонди ва уни жойлашиши.

ҚОН КЕТИШНИ БАТАМОМ ТЎХТАТИШ УСУЛЛАРИ

Бу усулларга қуйидагилар киради: механик, термик (физик омиллар ёрдамида), кимёвий, биологик усуллар. Қон кетишни тўхтатишнинг механик усуллари (61-расм): қон томирини жароҳатда боғлаш, томирни масофадан боғлаш, қон томирига чок қўйиш, босувчи боғлам қўйиш, тампонада. Боғламлар қўйиш десмургия бўлимида аниқ ва сифатли ёритилиб берилган. Бу усуллар жуда кўп қўлланилади. Буларни ичида энг мустақамлари томирларга чок қўйиш, протезлаш.

Протезлар турлари жуда кўп, улар полимерли моддалардан тайёрланади ва тўқималарга зарари жуда кам бўлади. Ҳатто бу усуллар собиқ Совет Иттифоқи даврида Афғонистондаги урушда ўз ҳаётийлигини ва кераклигини исботлаб берган.

Геморрагияни тўхтатишнинг физик усуллари: 1) музли халта; 2) қайноқ антисептик шимдирилган тампон; 3) электрокоагуляция;



А Б В Г Д

61-расм. Қон кетишни батамом тўхтатиш усуллари: а – лигатура қўйиш, б – электрокоагуляция, в – масофада томирни кесиш ва боғлаш, г – томирни узунасига боғлаш, д – томирни тўқималар билан тиқиш. 4) лазер

Гипотермия қонни тўхтатиш учун фойдаланилиши кадимдан маълум; кўпинча резина идишга совуқ сув, қор ёки муз тўлатиб шикастланган соҳага қўйилади. Гипотермия томирлар деворини торайтиради, тромб ҳосил қилишни тезлаштиради, шунинг учун қон тўхтатишда ижобий роль ўйнайди.

Ҳозирги вақтда қон кетишини тўхтатиш учун хирургик диатермия (электр пичоқ, пинцет) қўлланилади. Электрод теккан тўқимада иссиқлик пайдо бўлади, оқсил коагуляцияга учрайди ва томир қотади. Меъдадан, қовуқдан қон оққанда 60°-70°С бўлган сув ёки иссиқ тампонлардан фойдаланиш мумкин. Қонни батамом тўхтатишда ҳозирги кунда лазерлардан кенг фойдаланилмоқда.

Қон кетишни тўхтатишнинг кимёвий усуллари: кальций хлориднинг 1%, 10% эритмаларини вена ичига юбориш, капиллярлардан қон кетганда, уларнинг деворини мустаҳкамловчи моддалардан 12,5% дицинон, натрий этамзилати эритмаларини вена ичига, мушак орасига юбориш, яна 0,025% адроксон қўлланилади, аминокепрон кислотасининг 5% эритмасидан 100-200 мл миқдорда вена ичига юбориш. Кимёвий усуллар қоннинг ивишини оширади. Қўшимча: лагохилус (крапива — қичитқи ўт), бўймодарон (тысячелистник), сув гармдориси, қалина пўстлоғи эритмалари ишлатилади.

Қон кетишини тўхтатишнинг биологик усуллари: қон кетаётган жароҳатга ўз тўқималарини тампонада қилиш: чарви, мускул, ёғ клетчаткаси, фасция ёрдамида.

Жанг майдонида ва врачгача бўлган ёрдам.

Жанг майдонида қон кетишни вақтинча тўхтатиш учун қўлланиладиган барча усуллар тиббий эвакуацион бўлинмаларда бажарилади. Лекин ўрта тиббий ходимнинг малакасига қараб қон кетишни вақтинча тўхтатиш анча сифатлироқ бўлади ва эрта қўйилаган боғлам ва жгутлар бу босқичларда тўғриланади.

Врач ёрдами. Тиббий пункт боғлов хонасида барча ярадорларни эрта қўйилган жгутлари кўздан кечирилади ва улар кўрсатмага биноан қўйилганлиги аниқланади.

Эрта қўйилган жгутни назорат қилиш техникаси. Жароҳатдан боғлам, жгутни ечиш, жароҳатни кўздан кечириш. Жгут ечилганда ҳатто катта артериал қон томирлар ҳам қонамайди. 2-3 дақиқадан сўнг реактив гиперемия бошланади. Агар артериал қон кетиш бўлса, яъни оч қизил рангли қон ўриб туриб, фонтанга ўхшаб оқса, магистрал қон томир бармоқ билан босилади (жгутни ечишдан аввал қон кетишни олдини олиш учун томирни босиб туриш ҳам мумкин) ва яна 2-3 дақиқа кутиб турилади. Бу қўл-оёқ дистал қисмларига артериал қонни коллатерал артериал қон томирлар бўйлаб оқишини таъминлайди. Жгут ечилгандан сўнг қон кетиш давом этса, қуйидагилар қилинади: 1) Эвакуацион тиббий пунктда катта қон томирдан кучли қон кетса, яна жгут қўйилади ва биринчи ўринда беморни хирургия бўлимига қон кетишни доимий тўхтатиш учун юбориш керак.

2) Жароҳатда артерияга қон тўхтатувчи қисқич (зажим) қўйишга ва қон томирни жароҳатда боғлашга ҳаракат қилинади. Шубҳали ҳолларда қисқич олинмайди: шу ҳолда ярадор хирургия бўлимига юборилади. 3) Қон томирни жароҳатда тикиш. 4) Жароҳат тубидан кучли қон кетганда жароҳатга стерил докадан зич тампонада қилинади ва тампон устидан тери, тери ости ёғ клетчаткаси ва мушакларни бирга қўшиб, 2-3 чўқур чок қўйилади. 5) Кўрсатилган ҳолларда қон томирни шикастланган жойдан юқорироқдан боғлаш (тикиш).

Бундай ҳолларда 1-тиббий карточка тутилиб, унга керакли маълумотлар ёзилади ва ярадор хирургия бўлимига юборилади.

Агар жгут ечилгандан сўнг жароҳатдан артериал қон кетмаса, керакли асосларсиз қўйилган бўлиши мумкин. Қон кетишни тўхтатишда босувчи боғлам қўйиш мақсадга мувофиқ. Ҳар қандай усул билан вақтинча қон тўхтатишдан сўнг асептик боғлам

қўйилади (кўрсатмага биноан) қўл-оёқни транспорт иммобилизацияси, қишда қўл-оёқ иситилади. Жанг майдонида қисқа муддатга жгут қўйилган ярадорлар (4 соатдан кеч бўлмаган), қон кетишини доимий тўхтатишга тушишлари керак. Ҳамширалик ишида мутахассислар амалий кўникмаларни яхши бажара олиши керак.

Қон қўйиш тарихи

Қон қўйиш — тирик тўқимани кўчириб ўтказиш бўлиб, бемор организмга кўп томонлама таъсир қилади. Гемотрансфузиология тарихи жуда қизиқарли. 1492й. Рим Папаси Иннокентий VIII биринчи марта одам қони қўйилган. 1628 йилда У.Гарвей қон айланиш тизимини кашф этди. 1666 йилда инглиз олими Р.Лоуэр ҳайвонларга қон қўйиш натижаларини эълон қилди. 1667 йилда француз врачлари Ж.Б.Дени ва Эмерец кўзичоқ қонини беморга қўйишди. 1820 йилда инглиз гинекологи Дж.Бландель яқинда кўзи ёриган аёлга бошқа одамдан олинган қонни қўйди. 1832 йилда Г.С.Вольф биринчи марта Россияда қон қўйишни амалга оширди. 1901 йилда К.Ландштейнер қоннинг учта гуруҳини кашф этди. Кейинчалик В.Л. Мосс ва Я.Янский қоннинг тўртинчи гуруҳини кашф этдилар. 1914 йилда В.А.Юревич ва М.М.Розенгарт қонни қўйилишини олдини олиш учун натрий цитрат эритмасини таклиф этишди. 1919 йилда В.Н.Шамов қон гуруҳини тўғри аниқлаб Россияда биринчи марта қон қўйди. 1929 йилда В.Н.Шамов ва 1930 йилда С.С.Юдин фибринолизга учраган мурда қонини қўйишни ишлаб чиқдилар. 1934 йилда М.С.Малиновский плацента қонини қўйишни ишлаб чиқди. 1935 йилда С.И.Спасокукоцкий утилизация қилинган қонни қўйишни таклиф этди. 1932 ва 1934 йилларда Н.Г.Карташевский ва А.Н.Филатов эритроцитар масса ва қурутилган плазма қўйишни ишлаб чиқдилар. 1930 йилда И.И.Орлов томонидан қон қўйиш хонаси очилди. 1934 йилда проф. В.К.Ясевич томонидан Марказий қон қўйиш станцияси очилди.

Москпадаги Марказий қон қуйиш институти 1926 йилда очилиб, мамлакатимиздаги қон қуйиш хизмати ишларига раҳбарлик қилди. Тошкентда марказий қон қуйиш станцияси 1933 йилда ташкил этилди. 1940 йилда бу станция Республика гематология ва қон қуйиш институтига айланди. Қон қуйиш хизмати ўз бурчини ва вазифаларини Улуғ Ватан уришида исботлаб берган. Қон қуйиш тизимини вазифалари қуйидагича:

1. Қон қуйиш бўйича врачлар малакасини ошириш, амалиётда кузатиладиган асоратларни таҳлил қилиш.

2. Даволаш муассасаларини консервация қилинган қон ва қон препаратлари билан таъминлаш.

3. Қон препаратларини тайёрлаш, консервация қилиш ва тайёрлаш.

4. Донорлар сафини кенгайтириш.

Ҳозирги кунда Ўзбекистон Республикасида бу институт бошчилигида вилоят, шаҳар қон станциялари ва бўлимлари самарали ишламоқда. Донорлар бу марказларда қон топшириб қонга муҳтож бўлган беморлар соғлигига катта ҳисса қўшмоқдалар. Мамлакатимиздаги оммавий донорлик ҳаракатига Қизил Хож ва Қизил Ярим ой жамиятлари уюшмаси раҳбарлик қилиб келмоқда. Ўзбекистон донорлик ҳаракати ўз фаолиятини самарадорлигини 1980-90-йилларда Афғонистондаги урушда, XX аср охирида Бисландаги террористик воқеяда, Чернобълдаги АЭС портлашида ва бошқа фавқулоддаги вазиятларда аниқ кўрсатиб берган.

5-жадвал.

ABO системали қон гуруҳлар

Қон гуруҳини аниқлаш формуласи	Эритроцитлардаги агглютиноген	Зардобдаги агглютинин
O _{αβ} (I)	O	α ва β
Aβ(II)	A	β
Bα(III)	B	α
AB(IV)	AB	-

Ҳозирги кунда қон группасини аниқлашда асосан 4 гуруҳга нисбатан АВО – системаси бўйича иш олиб борилади (5-жадвал). Фундаментал назарий қисми гемагглютинация реакциясига асосланган. Бунда иккита асосий фактор аниқланади: агглютиноген ва агглютинин. Муҳим принциплари юқоридаги схемада ифодаланган. Охириги вақтда янги изланишлар қон гуруҳлари тўғрисида олиб борилмоқда. Айрим маълумотларга кўра қонда А – агглютиногенни иккита тури топилган. Шу туфайли А β (II) ва АВ(III) гуруҳларида иккитадан субгруппа кузатилган. Ундан ташқари Rh (+), Rh (-) ва Hг факторлар борлиги аниқланган. Германия, Япония, АҚШ олимлари томонидан олиб борилган изланишлар натижасида қонда 200 дан кўпроқ омиллар борлиги аниқланган. Натижада қон таълимотида XXI асрда кескин ўзгаришлар кузатилиши мумкин.

Қон қуйиш учун кўрсатмалар ва қуйилган қоннинг таъсири

Қон қуйишга кўрсатмалар икки хил бўлади: мутлоқ ва нисбий. Қон қуйишни бошқа даволаш усуллари билан алмаштириш иложи бўлмаса ва у бажарилмаганда бемор аҳволи оғирлашиб, ўлимга олиб келишига мутлоқ кўрсатма дейилади. Қон қуйилмасада бошқа даволаш усуллари қўлланилганда бемор аҳволи яхшиланиши мумкин бўлган вазият нисбий кўрсатмага киради. Мутлоқ ва нисбий кўрсатмалардан ташқари, бу даволаш усули умумий кўрсатмаларни ҳам ўз ичига олади.

Қуйилган қоннинг таъсири: 1. Йўқотилган қон ўрнини тўлдириш (субституция). 2. Организм ҳимоя кучларини ошириш (стимуляция). 3. Қон кетаётганда қон ивишини ошириш (гемостатик). 4. Иммунобиологик таъсир. 5. Интоксикацияни камайтириш (дезинтоксикация).

Қон қуйишга қарши кўрсатмалар:

■ Жигар ва буйракнинг ўткир етишмовчилиги (ўткир гепатит ва ўткир нефрит).

■ Юрак-қон томирлар фаолиятининг декомпенсацияси.

■ Кичик қон айланиш доирасида турғунликка сабабчи бўлган ўпка касалликларида.

■ Аллергик ҳолатлар ва касалликлар (экзема, бронхиал астма ва ҳ. к.).

■ Актив сил, жараённинг инфильтрат босқичига ўтиши.

Қон қуйишдан олдин бажариладиган чора тадбирлар:

■ Бемор ва донор қон гуруҳларини аниқлаш.

■ Резус-омилни аниқлаш.

■ Беморнинг зардоби ва донорнинг эритроцитлари ўртасидаги индивидуал мосликни аниқлаш.

■ Резус мосликни сув ҳаммомида аниқлаш.

■ Биологик мосликни аниқлаш.

Резус омилни экспресс усулда аниқлаш

■ Қуруқ пробиркага 2 томчи эритроцитлардан томизилади.

■ Ушбу пробиркага 2-3 томчи антирезус-зардобидан томизилади.

■ Эҳтиётлик билан аралаштирилади.

■ Сўнгра 10,0 мл физиологик эритма қўшилиб, аралаштирилади.

■ Натижада ёруғликда оқ фонда кўрилади.

■ Агар аралашмада қумсимон нарса пайдо бўлса, қон Rh+.

■ Агар аралашма лойқасимон тус олса, қон Rh-.

Қон қуйиш усуллари: бевосита қон қуйиш, билвосита қон қуйиш, қонни қайта қуйиш, қонни алмаштириш мақсадида қуйиш.

Қон қуйишда кузатилиши мумкин бўлган асоратлар

■ Мос бўлмаган қонни адашган ҳолда қуйиш (АВ0 система ва Rh-омил бўйича).

■ Сифатли тайёрланмаган ёки талабга риоя қилинмаган шароитда сақланган қонни қуйиш натижасида (гемолизга учраган, ифлосланган, денатурацияга учраган).

■ Қон қўйиш техникасидаги хатоликлар (ҳаво эмболияси, тромбоземболия, юракнинг ўткир кенгайиши, оёқ қон томирларида қон айланишининг бузилиши (артерия ичига қон қўйганда).

■ Реципиент ҳолатига тўғри баҳо берилмаганлик (қон қўйишга кўрсатма ва қарши кўрсатмаларга эътибор берилмаганлик).

Юқумли касалликларни орттириш (гепатит, малярия, сифилис, сепсис, СПИД ва ҳ. к.). Қоннинг зардобидан ўтадиган хасталиклар

гепатит В, заҳм, СПИД. Бу асоратлар юз бермаслиги учун донорлар

махсус текширишлари керак, HbS антигенига, СПИД га, гепатит В, С, D ва ҳ. к.

- Пироген реакция.
- Аллергик реакция.
- Гемотрансфузион шок.

ГЕМОТРАНСФУЗИОН ШОКНИНГ КЛИНИКАСИ

■ Бездовалик ва қўрқув белгилари.

■ Кўкрак қафасини қисиши, нафас етишмовчилиги.

■ Безгак тутиши.

■ Буйрак соҳаларида, қориннинг пастки қисмларида оғриқ пайдо бўлиши.

■ Қўнгил айниши, қусиш.

■ Тахикардия, қон босимининг тушиши, юрак фаолиятининг сусайиши.

■ Бош айланиши, цианоз.

■ Ҳушини йўқотиш, сфинктерларнинг параличи.

Қон қўйишдаги асоратларнинг сабаблари

■ Серологик синамаларни ўтказишдаги хатоликлар.

■ Қон қўйиш техникасидаги хатоликлар, асептиканинг бузилиши.

■ Текширувлар натижаси ва қарши кўрсатмаларни назарда тутмаслик.

■ Қонни яроқлилигини нотўғри аниқлаш.

■ Реципиент сенсибизациялашганлигини ҳисобга олмаслик.

Қон манбалари: донор, киндик-плацента (йўлдош), мурда қони, аутоқон (паренхиматоз аъзолар шикастида), гипертония касаллигини даволаш мақсадида чиқариб юборилган қон, аутогемотрансфузия учун мўлжалланган қон.

Донорларнинг О. К. Гаврилов бўйича таснифи

■ Қон донорлари.

■ Кам учрайдиган қон гуруҳлари донорлари.

■ Стандарт эритроцитлар донорлари.

■ Плазма донорлари.

■ Иммун плазма донорлари.

■ Қон ҳужайралари (лейкоцитлар, тромбоцитлар) донорлари.

■ Суяк кўмиги донорлари.

■ Навбатчи донорлар (лозим бўлган вақтда уйдан чақириладилар).

■ Бевосита қон қуйиш учун донорлар (қариндошлар, ота, она, фарзандлар, актив донорлар).

Қон компонентлари ва препаратлари:

1. Қон зардоби: табиий зардоб, қуруқ, антигеофил, антистафилококк, яшил таёқчага қарши зардоблар.

2. Эритроцитар масса: ювилган эритроцитлар, музлатилган эритроцитлар, эритроцитлар суспензияси.

3. Лейкоцитар масса

4. Тромбоцитар масса

5. Қон ивишини корректорлари: фибриноген, криопреципитат, антигеофил глобулин, фибринолизин, тромбин, фибрин плёнкаси, биологик антисептик тампон (БАТ), гемостатик губка.

Қон ўрнини босувчи суюқликлар

1. Кристаллоид (тузли) эритмалар: натрий хлориднинг изотоник эритмаси, Рингер-Лок эритмаси, лактосол.
2. Гемодинамик таъсирга эга суюқликлар: полиглюкин, реополиглюкин, желатиноль, поливинол.
3. Дезинтоксикация таъсирига эга суюқликлар: гемодез, полидез, неокомпенсан, перистон.
4. Парентерал озиклантириш учун мўлжалланган суюқликлар: гидролизин, аминокептид, аминоксол, инфезол, селепид, селемин.

Қон қўйиш

Консервация қилинган қон ва қон ўрнини босувчиларни сақлаш, транспортировкаси, тақсимлаш, ҳисоблаш ва назорат қилиш.

Транспортировка қилиш, тайёрлаш ва сақлаш учун қонни тайёрлаш ва қайта ишлаш отряди (ҚТҚО) ва қон қўйиш станцияси (ҚҚС) (расм-62) экспедицион бўлимлар шакилланади.



62-расм

Шартлари – қоннинг биологик хусусиятини узоқ сақлаб қолишдир: а) генга механик таъсирнинг олдини олиш (чайқаш, аралаштириш ва ҳ. к.); б) доимий паст ҳароратда ($-4 -16^{\circ}\text{C}$) сақлаш керак.

Махсус сақлаш жойлар, совутиш қурилмалари ёки музлатгичлар бўлиши керак. Қисқа вақт сақлаш учун термоизоляцияловчи контейнерлар (ТК-1М) ва ҳаракатчан рефрижератор қурилмалари (РМ-П) бўлади.



63-расм

Дала шароитида қон махсус жиҳозланган ертўлаларда (63-расм) ёки термоизоляцияловчи контейнерларда сақланади. Ертўла қуруқлиги ва 1,5 - 2м дан кўп эмас, девори юпқа ўралган, томи термоизоляцияловчи материалдан қилинган бўлади. Ҳарорат кунига 2 марта назорат ва ҳужжатларда қайд қилинади. Флаконлардаги қон токчаларда тик ҳолда тахлаб қўйилиши керак. Бунда қоннинг шаклли элементлари чўкади ва ёритилганда қон плазмасига қараб қоннинг қўллаш учун тайёрлигига баҳо берилади. Кўп миқдорда қон жойлаштириладиган сақлов хоналарда 4 та

точка бўлиши мақсадга мувофиқ: 1) тинаётган; 2) тинган қон – қуйишга яроқли; 3) шубҳали қон; 4) қуйишга яроқсиз қон учун.

Стандарт консервация қилинган эритмаларда тайёрланган ва қуйишга яроқли бўлган қонни сақлаш муддати 20 кундан ошмаслиги керак, назорат қилиниши қонни паспортизациясига маъсул бўлган врачга топширилади.

2. Транспорт қилишда ҚҚСда қонни сақланиш шароитларига эътибор бериш; оптимал ҳароратни сақлаш (-4 -16°C) ва шакли элементларни травматизациясини олдини олиш зарур.

Транспортировкада оптимал ҳарорат тартиби билан ҳаракатчан рефрижатор қурилмаси (РМ-П нусхадаги) ва термоизоляцияловчи мосламалар бўлади. Энг авайловчи транспорт турлари авиация, сув, йўловчи поездлари ҳисобланади. Йўл орқали ташилганда махсус қўпламалар билан ҳимоя қилинади.

Флаконлар контейнер ва қутиларга тик ҳолда таҳланади, қутилар белгиланади. Контейнер тез бузиладиган юк сифатида ҳужжатлаштирилади. Уларда қуйидаги белги бўлиши керак: “Ойна”, “Юқори”, “Ағдарманг”.

3. Тиббий эвакуацион этапларини қон билан таъминлаш кўчирув йўналишли фронт ёки фронт орти госпиталларини қон хизмати таъминлайди. Кўчириш босқичларида оммавий йўқотишлар бўлганда консервация қилинган қонга бўлган талаб А.Н.Беркутов томонидан таклиф қилинган формулага асосан ҳар 100 ярадорга нисбатан ҳисоблаб топилади.

Қон ва қон ўрнини босувчиларни ҳисоблаш ва назорат қилиш. Эвакопунктларга тушганлар учун қон тезда, махсус ҳар бир ампулани қайд қилинган ҳолда олиб келтирилади. Бунда қонни қабул қилиш санаси, гуруҳи ва Rh-фактори, тайёрланган санаси, донорнинг фамилияси ва ампула номери, қабул қилинган қон миқдори қайд қилинади. Қон ўрнини босувчиларни ҳисоблаш: ҳар бир алоҳида модда турининг миқдори, серияси ва тайёрланган сана ва жойи белгиланади.

Қонни қўйишдан аввал ҳар бир флаконни герметиклиги, паспорт қисми тўғрилиги, макроскопик кўздан кечириш маълумотлари текширилади. Агар резина пробка ва қопқоплар бузилса, шишада ёриқлар бўлса, ўрамдан қон сизиб чиққан бўлса, ампулада (флакон) қон тайёрланган сана, гуруҳ, донор фамилияси ва шифокор фамилияси, муассаса номи кўрсатилган ёрлиғи бўлмаса, бундай қон қуйилмайди. Консервацияланган қон тиниқ, плазма тилла сариқ рангда, чўкмаларсиз ва лойқасиз, чўккан глобуляр масса ва плазма ўртасида аниқ чегарага эга бўлиши керак. Глобуляр масса ва плазма нисбати 1:1 ёки 1:2 бўлиб, бу эритмани суюлтириш даражаси ва унинг индивидуал биологик хусусиятига боғлиқ.

Консервацияланган қон сифатининг, қуйишга яроқлигининг унда гемолиз белгиси йўқлиги кўрсатади. Транспортировка вақтида қоннинг чайқалиши ундаги эритроцитлар тўла чўкишини уч кунга кечиктиради ва қон гемолизланишини тезлаштиради.

Эритроцитлар парчаланишига шубҳа бўлганда гемолизга синамалар ўтказилади.

1. Центрифугали синама: 5мл донор қонидан олиб центрифугаланади, кейин плазманинг қизил рангда бўлиши – гемолиз бўлгандан, сариқ бўлиши – гемолиз йўқлигидан дарак беради.

2. И.С.Комеников синамаси: 2 та пробиркага 10 мл дан физиологик эритма қуйилади. Биттасига текшириладиган қондан 3 томчи солинади. Эритроцитлар чўккандан сўнг назорат пробирка билан солиштирилади. Агар рангсиз бўлса – гемолиз йўқлигини кўрсатади.

Инфекцияланган қон плазмаси хира, ифлос, лойқасимон рангда, унда сүспензия чўкма, донадорлик, газ пуфакчаларининг бўлиши, унинг юзасида оқ лойқа ва парда бўлиши, плазмани пушти ёки қизил рангдалиги (гемолиз) ёки плазмада массив қўйқалар бўлиши характерлидир.

Инфицирланган қонни хилездан қуйидаги белгиларидан ажратиш мумкин. 1-усул: ампуладаги хилез (ёғли) қон хона ҳароратида турса, плазма устидаги лойқасимон парда йўқолади. Бу инфицирланган қонда кузатилмайди.

2-усул: флакондаги қон чайқатилмаган ҳолда иссиқ сувга (38°C дан юқори бўлмаслиги керак) 30 дақиқага солиб қўйилади. Ёғли парда йўқолиб кетиши керак, плазма юзасидаги микробли парда бўлса, ўзгаришсиз туради.

Агар кузатилаётган қон кўринишини аниқлаб бўлмаса, хилез қонни қуймаслик керак. Консервацияланган қонда кичик, алоҳида қуйқалар бўлса уни қуйиш мумкин, лекин қуйиш вақтида капрон филтрдан сузиш керак. Катта ва кўп қуйқали қон яроқсиз. Вақти-вақти билан қонни кўздан кечириб туриш керак. Бу ундаги ўзгаришларни, гемолиз инфицирланиш белгилари, жойлашининг бузилишини ўз вақтида билишга ёрдам беради. Яроқсиз қон сақлов хонасидан олиб ташланади.

Дала шароитида қон йўқотиш даражасини аниқлаш.

Қон йўқотиш миқдори - трансфузион терапия учун муҳимдир. Аниқлаш учун 3 усулдан фойдаланилади:

1. Гемодинамик кўрсаткичлар баҳосига кўра (АБ даражаси, <<шок индекси>>);

2. Қонни концентрацион кўрсаткичининг баҳосига кўра (гематокрит, Нв, қоннинг нисбий зичлиги);

3. Айланаётган қон ҳажмига (АҚХ) кўра.

Қон камлиги клиник белгиларга асосланган ҳолда аниқланади: ярадорнинг ташқи кўриниши, терини оқлиги ва совуқлиги, тахикардия, АБ нинг пастлиги жароҳат каналининг тузилиши ва характери. Ҳамширалик жараёнда жанг майдонидаги анамнестик маълумотлар катта аҳамиятга эга: ҳужумчини жароҳат олганидаги ҳолати (турган, эгилган, чопиб кетаётган, ётган, ўтирган), жароҳатдан қон кетиши ва ҳ.к.

Кўп қон йўқотиш бўлганида бемордаги характерли белгилар:

Чанқаш, уйқучанлик ёки қўзғалувчанлик, қўрқув ҳисси. Одатда умумий қон айланишни 1/10 қисми йўқотилса, хусусий резервлар орқали тўлдирилади. Клиник белгилари бундай қон йўқотишда бўлмаслиги мумкин.

Қон йўқотиш ҳажми ва АБ ўртасида узвий боғлиқлик бор. Улар орасидаги корреляция коэффиенти жуда муҳим бўлади. Биринчи врачлик ёрдами учун пульс ва артериал босим – биринчи объектив кўрсаткич, бу ярадорнинг оғирлигини баҳолаб, йўқотилган қон ҳажмини кўрсатади.

6-жадвал

АБ боғлиқ ҳолда йўқотилган қонни аниқлаш

А/Б (систолик) мм.сим.уст.	Йўқотилган қон ҳажми, л
100 дан ортиқ	0,5 гача
90-100	1,0 гача
80-90	1,5 гача
70-80	2,0 гача
70 дан паст	2,0 дан ортиқ

Йўқотилган қонни миқдорини Л.Н.Губар ва Н.И.Егурнов бўйича травма олинган вақтга яқин АБ ҳажмига боғлиқ ҳолда ўтказиш мумкин (6-жадвал). Жадвал бўйича қон миқдори аниқлиги етарли; бунда травмадан 6-8 соат ўтгандан кейин фойдаланиш мумкин. Кейинроқ артериал босим пасайишига олиб келадиган травманинг асоратлари ривожланиши мумкин. Бунда <<шок индекси>> (7-жадвал) бўйича геморрагияни тезкор аниқлаш нормограммаси бор. П.Г.Бирюков бўйича (1986 й.) қон йўқотиш даражасини ишончлигини қонни концентрацион кўрсаткичини баҳолашда олинган маълумотлар асосида муҳокама қилинади.

<<Шок индекси>> бўйича қон йўқотишни тезкор аниқлаш

<<Шок индекси>> кўрсаткичи	АҚХ, %	Тана массаси, кг		
		60	70	80
0,75	9	0,5	0,6	0,7
1,0	18	0,8	0,9	1,0
1,5	30	1,3	1,5	1,7
2,0	38	1,6	1,9	2,1
2,5	45	1,9	2,2	2,5
3,0	50	2,1	2,5	2,8

Йўқотилган қон ҳажми қон зичлиги, гемоглобин ва гематокрит бўйича аниқлаш усули 8-жадвалда кўрсатилган. Қон зичлигини аниқлаш учун зичлиги 1040 дан 1060 гача бўлган мис купороси эритмаси шиша идишларида бўлиши керак. Турли зичликдаги мис сульфатли пробиркага натрий нитрат билан стабилизацияланган бемор қони томчилаб қуйилади.

8-жадвал

Қон йўқотишни қон зичлиги, гемоглобин ва гематокрит бўйича баҳолаш

Қон зичлиги	Гемоглобин	Гематокрит	Йўқотилган қон ҳажми, мл.
1057-1054	65-62	0,44-0,40	500 гача
1053-1054	61-50	0,38-0,32	1000
1049-1044	53-38	0,30-0,22	1500
1044 дан кам	38 дан паст	0,22дан кам	1500 дан юқори

Эритма зичлиги билан қон томчиси аниқланиб, йўқотилган қон ҳажми жадвал бўйича аниқланади. Ихтисослашган хирургик госпиталларда қон йўқотиш даражасини лаборатория йўли билан аниқланади: радиоизотоп ёки бўёвчи индикатор.

Трансфузион терапия. Кўп қон йўқотганлар, оғир шок ҳолатидаги ярадорлар ҳарбий зонада даволаш-кўчирув чоралар тизими ишлашига асос бўлади. Бу босқичда трансфузион терапияга муҳтож ярадорлар ва шикастланганлар сони 0,1-6%ни ташкил

қилиши мумкин. Инфузион терапия қон ўрнини босувчиларни қуйиш орқали гемодинамикани стабилизацияланишига олиб келади. Эвакопунктларда гемотрансфузияга кўрсатма 0,5л I қон гуруҳини қуйиш бўлиб, массив қон йўқотиш (1,5л дан кўп) бўлади. Геотрансфузияга қарши кўрсатма – ички қон кетиш. Қорин, кўкрак қафаси, мия яраларида қон қуймаслик керак.

Қон қуйиш техникаси: биринчи врачлик ёрдам кўрсатишда тезкор ҳолларда фақат 0(I) гуруҳ қонини 500мл. Донор ва реципиент (қабул қилувчи) қонини гуруҳ мослиги, Rh мослиги аниқланмасдан ҳам қуйилаверади. Ҳаётий кўрсатма бўлса 0(I) (Rh-) эритроцитлар массасини қуйиш ҳам мумкин. Индивидуал ва биологик мосликни аниқлаш керак. Флакондаги донор қонининг гуруҳи ва Rh-фактори аниқланган бўлиши керак.

Индивидуал мосликни аниқлаш учун синама ўтказиш дастури.

1. Реципиент венасидан 3-5мл қон олиб, стабилизаторлар қўшмаган ҳолда пробиркага солинади. 2. Қон центрифугаланади. 3. Пипетка ёрдамида реципиент қон зардобидан 2-3 томчи олинади ва тарелкага солинади.

реципиент қон зардобига 1 томчи (10 марта кам) донор қони солиниб, шиша таёқча билан яхшилаб аралаштирилади. 4. Реакцияга 5-10 дақиқадан сўнг баҳо берилади: агглютинация бўлмаслиги донор ва реципиент қонини индивидуал мослигини кўрсатади.

Биологик синов ўтказиш дастури.

1. Донор қонини микроскопик баҳолаш (флакон, пластик халтадаги)

2. Флакондаги қон қуйишга яроқли бўлганда яхшилаб аралаштирилади.

3. Қон қуйиш учун система йиғилади

4. Венепункция.

5. Биринчи 75мл қон реципиентга 25мл дан оқим билан 3-5 мин оралиқ билан юборилади.

6. Биологик синамада реципиентнинг пульси, нафаси, ташқи кўриниши кузатиб турилади.

Мос келмаганда пульс, нафас тезлашади, тери ранги ўзгаради. Дастлаб тери оқаради, кейин қизаради, лаблар цианози кузатилади. Бемор кўкрак ва белдаги оғриқларга шикоят қилади. Лаб ва қовоқ титраши, кўнгил айниши ва қайт қилиш пайдо бўлади. Гемотрансфузия бунда тезда тўхтатилади.

75мл қондан кейин мос келмаслик кузатилмаса, қон танафуссиз оқим билан ёки томчилаб қўйилади.

Қон ўрнини босувчи эритмалар ўткир қон йўқотишда (1,5л дан кам) ва шокни III-IV даражасида қўйилади: венага 0,5-1,0л полиглюкин, реополиглюкин ва бошқа плазма ўрнини босувчи суюқликлар оқим билан юборилади.

Эвакопунктларда трансфузион воситаларни қўллашдан мақсад-кейинги тиббий кўчириш босқичида транспортировка даврида ярадорни гемодинамикасини стабиллаштириш. Ярадорни кўчиришга имкон бўлмаса, қон ўрнини босувчилар юборилади. Уни кейинги босқичга ўтказишда ҳам трансфузион терапия фойдалидир.

2. Трансфузион ва инфузион терапия. Трансфузион терапия аниқ шароитларга боғлиқ. Ярадорлар массив ҳолда келиб тушганда эвакопунктда асосий трансфузион воситалар қон ўрнини босувчилар хизмат қилади. Қон қўйишга кўрсатмалар кўрилади. Турли этиологияли шокда, интоксикацияда, сувсизланишда қон ва қон ўрнини босувчилар қўлланилади (9-жадвал).

Қон йўқотишни терапияси жароҳатнинг характери ва жойлаши, клиник ва лаборатор маълумотларига асосланади. Малакали тиббий ёрдам кўрсатишда ҳар бир беморга бир гуруҳли қондан 750мл (юқори доза) миқдорда қўйилади. Шунга кўра эвакопунктда:

1. консервация қилинган қон яроқлилиги микроскопик баҳоланади;
2. донор ва реципиент қонининг гуруҳ мослиги аниқланади;
3. индивидуал мосликка синама ўтказилади;

4. Сув ҳаммомида индивидуал Rh мослик синамаси; 5. биологик мослик синамаси ўтказилади.

9-жадвал

Суюқликка эҳтиёж бўлганда қон ва унинг воситаларининг ҳажми

Операциягача ва ундан кейинги керак бўладиган суюқликнинг умумий ҳажми, мл.	Терапия
1500 1500-4000	Мақсадли қонга эҳтиёж йўқ Қон: эритроцит ва эркин коллоидлар 1:1
4000 ва ундан ортиқ	Қон: эритроцит ва эркин коллоидлар 2:1

. ҚОН ГУРУҲЛАРИ

Қон гуруҳлари 1901й. Ландштейнер томонидан кашф этилди, у 1930й. Нобель мукофоти олди. Бугунгача эритроцит, лейкоцит ва тромбоцитларда 250га яқин антигенлар аниқланган. Гуруҳ антигенлари туғма хусусият бўлиб, умр бўйи ўзгармайди. Антигенлар антитана ҳосил бўлишига олиб келади. Туғма антитаналар - альфа, бета, орттирилган - антирезус. Тиббий амалиётда АВО системаси кенг қўлланилиб, у орқали гуруҳларни қон қуйишдаги мутаносиблиги аниқланади. Бу тизимда 3 антиген (АВО агглютиноген) ва 2 антитана (α , β агглютинин) бор. АВО тизими бўйича 4 қон гуруҳи мавжуд:

I. Агглютиноген йўқ, лекин α , β агглютининлар бор (35 % инсонларда учрайди).[°]

II. «А» агглютиноген ва β агглютинин бор (47%)

III. «В» агглютиноген ва α агглютинин бор (20 %)

IV. «АВ» агглютиноген бор, агглютининлар йўқ (8 %)

Ҳамширалик иши давомида қон қуйишда икки қоидага риоя қилинади :

1. А ни α билан, В ни β билан бирга учрашишига. Бу ҳолат агглютинацияга олиб келади

2. 500 мл гача миқдорда қон қуйилганда донорнинг α , β омили ҳисобга олинмайди, чунки улар реципиент қонида ёйилиб кетади.

Шунинг учун гемотрансфузияда Оттенберг қонунига амал қилинади.

Агглютинация реакцияси учун эритроцитлардаги агглютиногенлар, зардобда агглютининлар бўлиши зарур. Агглютинация - А ни α билан, В ни β билан учрашганда эритроцитларнинг бир-бирига ёпишиб қолиши натижасида ёрилиши, токсинлар ҳосил қилиши ва гемотрансфузион шокнинг ривожланиши кузатилади. Ҳозирги кунда тиббиётда фақат бир хил гуруҳдаги қон бир-бирига қуйилиши қабул қилинган. Чунки ҳамма

антиген тизимлари бўйича бир хил бўлган индивидлар йўқ. Ландштейнер томонидан қон гуруҳларининг текширилиши 85% одамнинг эритроцитларида Rh+ антигенлар борлигини аниқлади, уларда туғма антитаналар йўқ. Бундай номланиши макака резус турли маймунлар фанга ҳисса қўшгани билан боғлиқ. Бу антитаналар Rh+ антигенли қон қуйилганда баъзи одамларда (15%) ҳосил бўлади. Бу антигенларнинг турлари жуда кўп. Улардан бири D фаол ва антитана ҳосил қила олади.

Бир турга мансуб ҳайвонлар эритроцитларининг ёпишишига олиб келувчи қизил қон таначалари билан зардоби ўртасидаги реакция изоагглютинация деб номланади. Монголоидлар - 100% Rh+, аборигенлар (Австралия) 100% - Rh-. Қон қуйишда қон гуруҳларидан ташқари Rh омилнинг аҳамияти ҳам катта. Rh+ одамнинг қони Rh- одамга қуйилганда, Rh- одам қонида анти Rh антитаналар ҳосил бўлади. Улар кейинги шундай қон қуйишда эритроцитлар агглютинациясига, гемолизига ва организмнинг ўлимига олиб келади. Rh- одамларга фақат Rh- қон қуйилиши керак. Rh+ эркак ва Rh- аёл оиласида Rh+ фанзанд туғилиши эҳтимоли кўп. Бунда унинг эритроцитлари Rh- онанинг қонига ўтиб антиRh антитана ҳосил қилиши мумкин. АнтиRh антитана плацента орқали ҳомила қонига осон ўтиб гемагглютинация, гемолиз ва ҳомиланинг нобуд бўлишигача олиб келиши мумкин (4 ҳафтадан кейин). Бу жараён биринчи ҳомиладорликда кучсиз ривожланади ва кейинги ҳомиладорликда кучаяди.

ABO системаси бўйича қон гуруҳини аниқлаш учун керакли воситалар:

1. Уч гуруҳни стандарт изогемагглютинацияловчи қон зардобидан (ABO) 2 та серияда, 1:32 дан паст бўлган титрда олинади. Қон зардоблари махсус штативга 2 қатор қилиб қўйилади. Ҳар бир қон зардобда белги қўйилган пипетка бўлади. Янада аниқ маълумот учун алоҳида стаканга АВ (IV) қон зардоби ампуладан солинади.

2. Ясси тарелкалар ёки фарфорланган планшетлар. Тарелканинг чап томонига O(I), ўртасига A(II), ўнг томонига B(III) ёзилган бўлади.

3. Физиологик эритмали флакон.

4. Бармоқ учи тешиш учун стерил игна, буюм ойначаси, шиша таёқча, спирт, стерил пахта.

Донор ва реципиент қон гуруҳини аниқлаш қоидалари.

1. Реципиент бармоқ учи спиртли пахта билан артилади.

2. Бармоқ игна билан тешилади, пипетка билан бир неча томчи қон олинади.

3. Тарелкага қон томчисидан 2 қатор қилиб тўғнағич бошчаси размерида O(I), A(II), B(III) ёзувларига сурилади.

4. Ҳар бир томчига 2 серияли стандарт зардоб (O(I), A(II), B(III) гуруҳларига мансуб) қон томчиси ҳажмидан 8-10 марта юқори ҳажмида қўшилади.

5. Шиша таёқча ёрдамида ёки тарелкани силкитиб ҳар бир қон зардоб билан аралаштирилади.

6. 5-8 дақиқа ичида агглютинация кўзатилади.

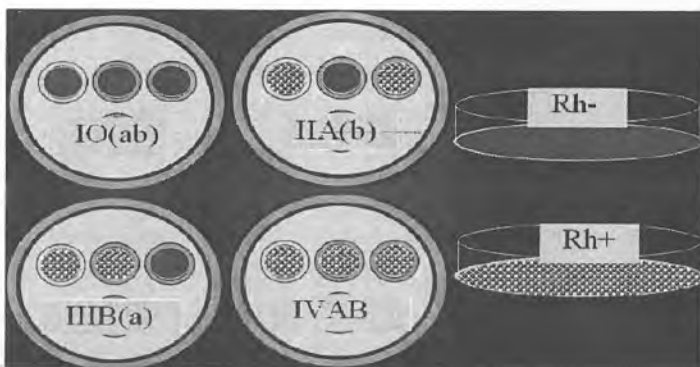
Реакция натижалари (64-расм):

1. Ҳамма 3 томчида агглютинация йўқлиги, текширилаётган қонда агглютиноген йўқлигини билдиради. Қон O(I) гуруҳга киради.

2. O(I) ва B(III) группалари зардоб томчисида агглютинация бўлиши, қонда агглютиноген A борлигини билдиради. Қон A(II) гуруҳга киради.

3. O(I) ва A(II) гуруҳли зардоб томчисида агглютинация бўлиши, қонда агглютиноген B борлигини билдиради. Қон B(III) гуруҳга киради.

4. Ҳамма учта томчида агглютинация бўлиши текширилаётган қонда иккала агглютиноген A ва B борлигини билдиради. Қон AB(IV) гуруҳга киради.



64-расм. Агглютинация натижалари

Носпецефик реакция ҳисобига ҳамма зардоблар билан ҳам агглютинация бўлишини ҳисобга олиш керак. Шунинг учун тарелкага 2-3 томчи АВ (IV) гуруҳ стандарт изогемагглютинацияловчи зардоб солинади ва унга 1 томчи текширилувчи қон қўшилади. Қон ва зардоб аралаштирилади ва реакция натижаси 5 дақиқадан кейин кўрилади.

Вариантлар: 1. Агглютинация йўқ – қон АВ(IV) гуруҳга киради.

2. Агглютинация бўлса – реакция носпецефик. Донор қон гуруҳини аниқлаш учун флакондан қон томчиси олинади.

Сув ҳаммомида индивидуал резус-мослик синамасини ўтказиш қоидаси.

Керакли анжомлар: сув ҳаммоми, Petri пиёлачаси, сув ҳароратини ўлчаш учун термометр, центрифуга.

1. Реципиент венасидан пробиркага 3-5мл қон стабилизатор қўшмасдан олинади.

2. Қон центрифугаланади.

3. Пипетка билан реципиентдан 2 томчи зардоб сўриб олинади ва уни Petri пиёласига солинади.

4. Зардобга 5-10 марта кам қон томчиси қўшилади ва томчилар аралаштирилади.

5. Petri пиёлачаси сув ҳаммомига қўйилади (сув 42-46°C) 10дақиқага.

6. Натижани ўқиш: агар агглютинация бўлса, қон мос келмайди ва уни қўйиш мумкин эмас.

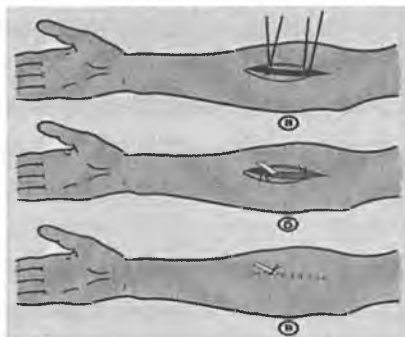
Алоҳидаги Тиббий отрядда (АТО) қон қуйиш усуллари:

1) Қонни венага қуйиш – АТОда кўп қўлланилади. Қон қуйишда ҳар қандай юза венадан фойдаланилади. Тирсак бўкилмаси, кафтнинг ташқи юзаси, билак, оёқ кафти веналари. Венага қон қуйишда венепункция ўтказилади (расм-65), бунинг иложи йўқ бўлса, венесекция (расм-66) қилинади. Қон ва қон ўрнини босувчиларни узоқ вақт қуйиш керак бўлса, вена пластик материалли трубка билан катетеризация қилиб қўйилади.

Венесекция учун юза веналаридан фойдаланилади. Операция асептика ва терини кесишдан аввал тўқимани оғриқсизлантириш қоидаларига амал қилинган ҳолда ўтказилади. Венесекция учун қуйидаги жарроҳлик асбоблари керак бўлади: тери жарроҳлик игналар, ип, кетгут анестезия ва венепункцияси учун шприц ва игналар, жарроҳлик пинцет, анатомик пинцет, скальпель, қайчилар, 4-та қон тўхтатувчи қисқич, игна ушлагич, 25-50 мл 0,25-0,5% новокаин эритмаси.



65 -расм. Венепункция



66-расм. Венесекция

Венесекция ўтказиш қоидалари:

1. Операцион майдонга йодонат эритмаси билан ишлов бериш ва стерил чойшаб қўйиш.

2. Вена учун тайёрланган тери, тери ости ёғ тўқимаси оғриқсизлантирилади.

3. Вена бўйлаб тери кесилади.

4. Ўтмас йўл билан вена тери ёғ клетчаткасидан ажратилади.

5. Вена остидан 2-та лигатура қўйилади, дистал лигатура ушловчи бўлиб хизмат қилади.

6. “Ушлагич” вена фиксацияланиб, у игна билан тешилади.

7. Қон пайдо бўлгач игнага система канюласи ўланади ва қон қўйиш бошланади.

8. Игна венага марказий лигатура билан фиксацияланади.

9. Яра тикилади

10. Ярага асептик боғлам қўйилади.

2) Магистрал венани катетеризациялаш – йўқотилган қон миқдорини тезда тўлдириш ёки ўзоқ трансфузион терапия учун ўтказилади.

Бу мақсадда ўмров ости венасини пункцион катетеризацияси ҳам қилинади.

3) Артерия ичи трансфузияси – қонни артерия ичига қўйишга кўрсатма: 1. Массив қон йўқотиш натижасида, қон ўрни тўлмай юрак тўхтаб клиник ўлим бўлганда терминал ҳолат, агар у қон йўқотиш натижасида ўзоқ вақтли гипотензия (АБ - 60 мм. сим. уст.), травматик шок, ички трансфузия эффе́кtsiz бўлганда.

Тезкор вазиятда оёқ ёки қўлнинг дистал қисмида исталган юза жойлашган артерия операция йўли билан очилади (билак, орқа, катта болдир), у пункцияланади ва флакондан қон босим билан трансфузияси амалга оширилади. Флакондаги босим резина балон ёрдамида ҳосил қилинади ва артериал босимни ўлчаш учун аппаратлардан манометр билан назорат қилинади.

4) Суяк ичига қон қуйиш. Ҳозиги вақтда кам қўлланилади. Бу оддий усул альтернатив ҳисобланади, агар вена ичига қон ёки қон ўрнини босувчиларни юборишнинг иложи бўлмаса. Унда кенг бўшлиқли игна билан ғовак модда сақловчи суяк пункция қилинади. Сон ва катта болдир суягини эпи- метафизар қисми, сон суягини катта думбоғи, ёнбош суякни қаноти қулайроқ. Оғриқсизлантириш учун 1% новокаин, кейин мандренли махсус игна билан суяк пункция қилинади. Мандрен чиқарилгандан кейин, игна суякнинг ғовак моддасида жойлашганига ишонч ҳосил қилиниб, 10-15 мл 0,5-1% ли новокаин эритмаси юборилади. 5 дақиқадан кейин игнага система бириктирилади ва томчилаб қон қуйилади. Суяк ичига тез қон қуйиш зарар бўлганда, бу жуда оғриқли жараён бўлгани учун умумий оғриқсизлантириш қўлланилади.

5) Қонни реинфузияси – томирлар ва паренхиматоз органлар шикастланганда кўкрак ёки қорин бўшлиғига чиққан қонни қайта қуйиш. Реинфузияга қарши кўрсатмалар:

1. Қорин бўшлиғи органларини шикастланишида уларни ичидаги нарсалар билан ифлосланиши. 2. Оқиб чиққан қонни сероз бўшлиқларда 24 соат турганда.

Қон реинфузияси усули:

1. Плевра ёки қорин бўшлиғига қуйилган қон қошиқ ёки шиша банкача билан Бобров банкасига ёки флаконга йиғилади.

2. Қонга стабилизатор ёки гепарин 1000 ЕД 500 мл қонга ёки 10 мл 100 мл қонга 4% натрий цитрат қўшилади.

3. Қон ампулага филтрланади. Ампулага катта воронка киритилади, унда 8 қават стерил марли бўлиши керак. Стабиллаштирилган ва филтрланган қонни беморга ҳеч қандай синамалар ва текширишларсиз қуйиш мумкин.

Трансфузион терапия мезони бўлиб, қон йўқотиш ҳисобланади. Енгил даражада фақат плазмани тўлдирувчи суюқликлар қуйса бўлади. Ўрта ва оғир даражада қон тез оқма кўринишда қуйилади.

Юборилаётган консервация қилинган донор қонидан йўқотилган қон ҳажмининг 50-70% гача юборилади, қолган 50-30% эса плазмани тўлдирувчилар орқали тўлдирилади. Лекин яраланганлар, шикастланганлар ва ўткир қон йўқотишлар билан бўлганлар массив тушганда эса қон ва плазма тўлдирувчилар нисбати 1:1, 1:2 дан 1:5 ва 1 гача нисбатда ҳам қўйилади.

Ихтисослаштирилган ёрдам босқичида трансфузион (инфузион) терапия. Бу босқичда бевосита ўчоқда шикастланиб, массив тушганларга кўрсатма ва трансфузион терапия ҳажми, худди малакали ёрдам босқичида бўлади.

Бундан ташқари, госпитал-даволаш муассасаларига операция амалиётига тайёрлаш ва уни ўтказиш, операциядан кейинги қон қуйиш ва нур касаллигининг комплекс терапияси, ярани йирингли-септик асоратлари, сувсизланиш ва турли этиологияли интоксикацияга қарши кураш учун заҳирида қон бўлиши керак.

Трансфузион воситаларнинг турлари ва уларни қўллашга кўрсатма. Қон ва қон ўрнини босувчи эритмаларни биргаликда қуйиш

Республика Қуролли Кучлар тизими тиббий хизмати трансфузион терапия ўтказиш учун қуйидаги табелли воситалардан фойдаланилади.

Қонни таркибий қисмларига: эритроцитар масса, лейкоцитар, тромбоцитар масса, плазма (қуруқ, натив, антигемофилли, иммун) киради;

Плазма препаратлари: альбумин, протеин, фибриноген, тромбин, гемостатик губка. Йўналтирилган таъсирли глобулинлар, қоқшолга қарши, антистафилакоккли, гриппга қарши;

Плазма тўлдирувчи эритмалар: а) тўлдирувчи таъсирли; б) дезинтоксикацион таъсирли; в) парентерал овқатлантириш учун; г) бошқалар.

Қон ва плазма ўрнини босувчиларни қуйишга асосий кўрсатма:

Ўткир қон йўқотиш, травматик шок, куйиш, йирингли инфекция, регенерацияни пастлиги, нур касаллиги, анемия, лейкопения, тромбоцитопения, турли интоксикациялар, гипопропротеинемия. Трансфузион терапия ўткир геморрагияни оқибатини йўқотишнинг асосий усули бўлади. Терапияни вазифалари: 1. Гемодинамикани тиклаш: полиглюкин, консервация қилинган натив ва қуруқ плазма.

2. Қонни реологик хусусиятини нормаллаштириш йўли билан микроциркуляцияни тиклаш (реополиглюкин). Альбумин юқори реологик активликка эга, лекин уни қўллашдан олдин кристаллоидлар қуйилиши керак.

3. Аутогемодилюция жараёнида ўрин эгаллаган интерстициал суюқликни тиклаш, транскапилляр метаболизмни нормаллаштириш: физиологик эритма, электролитларнинг яхши тенглаштирилган эритмаси, буфер қўшилмалар сақловчилар, Рингер, лактат эритмаси юборилади.

4. Қоннинг кислород ташиш функциясини тиклаш: консервация қилинган қон, кам муддатли сақланган (4 кунгача) эритроцитар масса қуйилади.

Шундай қилиб, ўткир қон йўқотишда қонсервация қилинган қон ва плазма ўрнини босувчиларни бирга қўллаб самарали даволаш таъминланади. Плазма ўрнини босувчилар АҚХ оширади, қонни реологик хусусиятини ва микроциркуляциясини нормаллаштирилади, қонни коллоид-осмотик босимини тиклайди.

Қуйишдаги асоратлар, уларни профилактикаси ва даволаш. Қон қуйишда реакция ва асоратлар ривожланиши мумкин. Посттрансфузион реакцияни: пироген (40%), аллергик (45%), анафилактик (15%). Клиник кечишини оғирлиги бўйича 3 даражаси фарқланади: энгил реакция – температура 1°С атрофида кўтарилади, мускулларда оғриқ, бош оғриғи, ланжлик; ўртача реакция – температура 1,5-2°С кўтарилади, изтироб, пульс, нафас тезлашиши; оғир реакция - температура 2°С дан ортиқ кўтарилади,

изтиробли титраш, лаблар цианози, қайд қилиш, кучли бош оғриғи, бел суюқларда оғриқ, ҳансараш кузатилади.

Даволаш: _____ юрак-қонтомир, седатив воситалар, десенсибилизация терапия (новокаин, кальций хлор, димедрол, кортикостероидлар).

Қон қўйишдан кейинги асоратлар.

1. Механик характердаги асоратлар, қон қўйиш техникаси нотўғрилиги билан боғлиқ: юракни ўткир кенгайиши, ҳаво эмболияси, эмболия ва тромбозлар, оёқ-қўлда қон айланиши бузилиши. Булар артерия ичи трансфузиясида кузатилиши мумкин.

2. Реактив характердаги асоратлар.

1) Мос бўлмаган қон қўйилиши натижасида посттрансфузион шок: Rh-мос бўлмаган қон қўйилганда, гуруҳларни мос бўлмаган қон қўйилганда, қоннинг бошқа факторларининг мос бўлмаслиги;

2) Изосерологик хусусиятлари мос бўлган қон қўйилгандан кейинги посттрансфузион шок: инфекцияланган қон қўйилганда, ўзгарган қон қўйилганда.

3) Анафилактик шок;

4) Цитратли шок;

5) Посттрансфузион пироген реакция;

6) Массив қон қўйиш синдроми.

3) Касал донор қони қўйилганда инфекцион касалликнинг юқиши (вирусли гепатит, безгак, захм билан зарарланиш).

Механик асоратларни ичида биринчи ўринда гуруҳ (40-50%) ва Rh-мос келмаслиги (30-40%) бўлади. Қолган асоратлар тахминан 10% ни ташкил қилади. Гемотрансфузион шок белгилари биринчи 25-50 мл гуруҳи мос келмаган қон қўйилганда кузатилади: титраш, бош оғриғи, бел ва оёқ-қўл мушакларида оғриқ, кўнгил айниши, қайт қилиш, гипотония, тахикадия, оқариш билан алмашинади, цианозга ўтади, безовталик, қўрқув пайдо бўлиши. Rh-мос келмаган қон қўйилганда карахтлик белгилари 2-3 соатдан кейин юзага келади. Гуруҳи мос бўлган, аммо сифатсиз қон қўйилганда

трансфузион шок белгилари қўйишда 20 дақиқадан бир неча соат ўтгандан сўнг бошланади. Қон қўйишда афибриногенемия, атромбоцитопения, гомологик қон синдроми ва бошқа асоратлар ҳам бўлади.

Посттрансфузион асоратни даволаш, шок белгилари бошланганда: 1. Қон қўйишни тезда тўхтатиш. 2. Вена ичига 50-100 мл 40% глюкозага 1 мл адреналин эритмаси (1:1000), 250-500 мл 5% натрий бикарбонат ёки лактасоль, 60-120 мг преднизолон, 2 мл 1% димедрол эритмаси, 200 мл 15% маннитол, 1 мл 0,06% корглюкон 10-20 мл 40% глюкозада. 4. Кейин I гуруҳли қонни қисман ёки тўлиқ алмашинув-ўринбосарларни қўйишга ўтиш мумкин, ҳар бир 500 мл қўйилган консервация қилинган қонга, бошқа вена орқали 5 мл 10% кальций хлор эритмаси юборилади.

Кўрсатма бўйича қайта 50 мл 40% глюкоза эритмаси, юрак-томир воситалари ва антигистами препаратлари киритилади. Мос келмаган қон қўйилганда юзага келадиган асоратларда эффектив даволаш чора-тадбирлари гемодиализ ҳиобланади. Шунинг учун бемор шокдан чиқарилгандан кейин гемодиализ ўтказиш учун махсус аппаратларга эга даволаш муассасига кўчирилади.

Посттрансфузион асоратларни олдини олиш учун қон қўйишни тўғри бажариш ётади. Қон қўйиш учун аппаратларни тайёрлаш, қўйиш техникаси, майда тешикли фильтрли системалар қўллаш катта аҳамиятга эга. Сенсбилизациялашган беморларда аллергик реакциянинг олдини олиш учун қўйишдан олдин десенсибилизацияловчи воситалар қўйилади.

Постгеморрагик анемия

Постгеморрагик анемия ўткир ва сурункали бўлиши мумкин. Ўткир постгеморрагик анемия турли сабабларга кўра (травма – шикастланиш, операциялардан сўнг, патологик кўз ёришларда, гемофилия ва ҳ. к.) бир йўла кўп қон йўқотиш оқибатида рўй беради. Қон йўқотилгандан сўнг 24-48 соат давомида гемограммада деярли кўзга ташланувчи ўзгаришлар кузатилмайди.

Бунда қоннинг фақат умумий ҳажми камайиб, унинг ўлчов бирлигида эритроцитлар сони, гемоглобин миқдори кўрсаткичи ва гематокрит кўрсаткичи нормада бўлиши мумкин. Қон суртмасида нормоцитоз, нормохромия кузатилади. Кейинчалик (1-2 кун ўтгач) йўқотилган қон ҳажми ўрни тўқималардан ўтувчи суюқлик ҳисобига тўлдирилиб қон суюлади, унинг ўлчов бирлигида эритроцитлар ва гемоглобин миқдори камаяди, лекин қоннинг ранг кўрсаткичи ўзгармайди. 3-4 кундан сўнг ретикулоцитлар кўпаяди, ядроли эритроцитлар ҳам кўриниши мумкин. Қоннинг ранг кўрсаткичи бироз камайиши мумкин. Ўткир постгеморрагик анемия гиперрегенератор ҳисобланиди, эритропоэз билан бирга лейкопоэз (нейтрофилия), тромбопоэз ҳам кучайиши мумкин.

Сурункали постгеморрагик анемия турли сурункали (масалан ўн икки бармоқли ичак яралари, аёлларда қон кетиши билан кечадиган касалликлар, геморрагик диатезлар) геморрагия бўладиган касалликларда кўзатилади. Ўткир анемиядан фарқи, биринчи навбатда бунда қоннинг ранг кўрсаткичининг паст бўлишидир, чунки сурункали қон кетиши организмда аста секин темир етишмовчилигига олиб келади. Қон таҳлилида гипохромия, пойкилоцитоз, анизоцитоз, микроцитоз бўлади. Тромбоцитлар нормада ёки бироз кам бўлади. Лейкоцитлар кам, нисбий лейкоцитоз кузатилади. Қон йўқотиш вақтларида бироз ретикулоцитоз, лейкоцитоз кўзатилиши мумкин.

ШИКАСТЛАНИШ СИНДРОМИ

Шикастланиш деб – маълум бир муҳитда маълум бир вақтда, маълум бир аҳоли гурӯҳида (қишлоқ хўжалиги, ишлаб чиқаришда, спортда ва ҳ.к.), инсон организмига ташқи муҳит омилларининг таъсири натижасида аъзо ва тўқималарда кузатилувчи анатомик ва физиологик ўзгаришлар йиғиндисига айтилади. Шикастланиш синдроми ҳаётда жуда кўп кузатилади. Тинчлик ва уруш давриларида ҳам бу синдром долзарблигини йўқотмаган. Шикастланишни аниқлаш учун шикастларни учрашини, сабабини ва содир бўлган атроф муҳитини ўрганиб чиқиш лозим. Бу жараёни шикастланиш хирургияси тинчлик вақтида, уруш пайтида эса ҳарбий дала хирургияси ўрганади. Сабабларни ўрганиш, шикастланиш профилактикаси учун катта аҳамиятга эга. Шикастланишларда маҳаллий ўзгаришлар билан бир қаторда оғир умумий асоратлар ҳам мавжуд бўлади. Очиқ ва ёпиқ шикастланишларнинг мавжудлиги, бемор организмида ҳар-хил оғир ҳолатларни юзага келтиради. Бу ҳолат ҳамширалардан жараёни тўғри режалаштиришни талаб қилади. Шикастланиш фанининг мустақил ва муҳим қисмларидан бири ортопедиядир, у таянч-ҳаракат аъзоларининг касалликларини, шикасти ва уларнинг асоратларини, профилактикаси ва даволанишини амалга оширади. Шикастланишни келтириб чиқарувчи факторга кўра: механик, термик, кимёвий, электрик, нурли, руҳий, операцион, туғруқ ва бошқалар.

Шикастларнинг таснифи:

1. Ишлаб чиқариш билан боғлиқ бўлмаган:

- транспорт: темир йўл, автомобил ва трамвай,
- пиёдаларда,
- маиший – спорт,
- табиий ҳодисалар (фалокатлар) вақтида.

2. Ишлаб чиқариш билан боғлиқ бўлган шикастлар: саноат, қишлоқ хўжалиги.

3. Атайлаб қилинган: ҳарбий, қасддан қилинган шикастлар, ўз-ўзига қилинган суиқасдлар.

Ташқи кўринишига кўра: очиқ (тери ва шиллиқ қаватларни очилиши) ва ёпиқ, юзаки ва тешиб кирувчи.

Шикастланган: – *тана қисмига кўра:* бош мия, кўкрак қафаси, корин, тана, оёқ ва қўллар.

– *тўқимага кўра:* тери, шиллиқ қават, пайлар, мушак, суяк, бўғим, аъзолар. – *мураккаблигига кўра:* оддий шикастланиш – бир хил тўқималар шикастланишида; мураккаб – ҳар-хил тўқималар шикастланишида кузатилади. *Бир хил травма* – шикастланиш сабаби битта бўлган шикастланиш. *Комбинациялашган* – шикастланиш сабаблари бир неча хил бўлса (масалан, механик ва термик шикастланиш бир вақтда бўлса).

Қўшма шикастланиш – бир вақтни ўзида бир неча тизимларни шикастланиши (масалан, бош мия чайқалиши, суякларни синиши ва бўғимларни чиқиши). *Бевосита (тўғридан тўғри)* шикастланиш – шикастловчи агентнинг таъсир қилган жойида ҳосил бўлади. *Билвосита шикастланиш* – шикастловчи агент таъсир қилиш жойидан маълум бир масофада шикаст ҳосил бўлади. Шунингдек *алоҳидалашган ва қўшма шикастланишлар (политравма)* бўлиши мумкин. Шикастланишлар ривожланаётган патологик жараёнга нисбатан *ўткир ва сурункали* бўлади.

Шикастланишнинг хавфи ва асоратлари

Шикастланишнинг хавфлари қуйидаги гуруҳларга бўлинади – шикастланган вақтда рўй берадиган хавф: а) қон кетиш; б) коллапс; в) ҳушдан кетиш; г) травматик шок; д) ҳаёт учун муҳим аъзоларни шикасти.

Яқин вақт ичида рўй берадиган хавф (бир неча соатдан ва hafta ичида рўй беради): а) махаллий йирингли инфекция; б)

умумий йирингли инфекция; в) травматик токсикоз. *Кеч рўй берадиган хавф ва асоратлар:*

а) сурункали остеомиелит; б) трофик яралар; в) контрактура; г) тўқима ва аъзоларнинг ҳар- хил анатомик ва функционал етишовчилиги.

Шикастланишни оғирлик даражаси ва асоратларини қуйидаги шарт шароитларга кўра аниқланади: шикастланишга олиб келган омил ва унинг таъсир механизми, шикастланиш вақтида аъзо ва тўқималарнинг анатомио-физиологик ҳолати, шикастланувчи аъзо ёки тўқимада патологик ҳолатларни бор ёки йўқлиги, шикастланиш содир бўлган вақтда атроф муҳитнинг ҳолати.

Шикастланган беморлар умумий хирургик беморларнинг 1/3 ташкил қилади. Ўлим даражасига кўра шикастланиш қон-томир касалликларидан кейин, ўсма касалликлари билан бир каторда II-III ўринни эгаллайди. Шикастланиш меҳнат қобилятини йўқотиш сабабларининг ичида учинчи ўринни эгаллайди. Эркакларда травматизм аёлларга нисбатан икки марта кўпроқ учрайди. Умумий касалланиш структураси ичида шикастланиш 40 ёшгача бўлган одамлар ичида I ўринни эгаллайди. Шикастланган беморларнинг 1/10 қисми госпитализация қилинишга муҳтож бўладилар. Ҳар-хил шикастланишлардан ўлим даражаси Ўзбекистонда 0,23%, АҚШ да – 0,08%, Оврупо мамлакатларида эса – 0,04%. Ўзбекистонда барча ҳолатларнинг тахминан 1/2 маиший, 2/5 қисмини транспорт, 1/16 қисмини ишлаб чиқариш билан боғлиқ бўлган шикастланишлар ташкил қилади. Алкоголизмда шикастланишлар кўп учрайди.

Шикастланишни кўпайиши сабаблари: 1) саноатни ривожланиши, 2) қишлоқ хўжалиги индустриализацияланиши, 3) транспорт йўл ҳаракатини ошиши.

Шикастланишни ҳисобга олиш ва профилактикаси учун қуйидаги кўрсаткичлар аҳамиятга эга: 1) травма вақтидаги ҳолат, 2) шикастланиш жойи, вақти, 3) тури.

Шикастланишни профилактика ишларида қатнашадилар:

ишлаб чиқариш корхонасининг раҳбарлари, техника хавфсизлиги инженерлари, давлат автоинспекцияси ходимлари, яшаш учун қурилган биноларни эксплуатация қилиш ходимлари, мактаб, боғча хизматчилари, соғлиқни сақлаш тизими ходимлари, маҳалла раҳбарлари, аҳолиси.

Травматизм профилактикаси учун қилиниши керак тадбирлар: ўқув ишларини ўтказиш, техника хавфсизлиги қонун, қоидалари билан таништириш, машиналардаги турли химоя воситалари билан таъминланиш, ишчилар ҳимоя кийимлари, қўлқоп, кўзойнаклари билан таъминланиши.

Йўл ҳаракати хавфсизлиги учун профилактик ишлар: чорраҳаларда светофорлар ўрнатилиши; пиёда юрувчи аҳоли учун ўтар жойлар ва туннеллар қурилиши; транспорт воситаларини доимий равишда техник назоратдан ўтказилиши; мактабда йўл қоидалари ўргатилиши.

Шикастлари бўлган беморларни текширишни ўзига хослиги

1. Шикастланган соҳанинг ташқи кўриниши – шикастланиш оғирлик даражасига ҳар доим ҳам тўғри келмайди. Масалан, кўкрак қафасидаги кичик тешиб кирувчи жароҳат, ички аъзоларнинг шикастланиши билан кечади.

2. Симптомлари яққол бўлган шикастланиш, ҳар доим ҳам инсон ҳаётига хавф солавермайди. Қўшма шикастланишларда аҳамиятли бўлган шикастланишлар тананинг бошқа қисмларида бўлиши мумкин. Масалан, қўл ва оёқлардаги катта яққол жароҳатда, бош мия шикасти ёки жигар ёрилиши ҳам учраши мумкин.

3. Шикастланишларда умумий ўзгаришлар (шок, ўткир анемия, травматик токсикоз) бўлади. Уларни ўз вақтида аниқлаб, баҳолаш, даволаш керак.

Травма олган беморларни анамнезини йиғиш, уларни текширишга эътибор бериш зарур. Ўпка, юрак-томир ва бошқа

ҳаётий системаларни текшириш, шикастланган соҳани кўздан кечириш, ушлаб кўриш, перкуссия, аусқўльтация усулларидан фойдаланиш керак. Қўшимча лаборатор-инструментал текшириш усулларини ишлатиш.

Травмаланган соҳадаги терининг ранги, қўл-оёқнинг калта-узунлиги, конфигурацияси, шакли, жароҳатнинг катта-кичиклиги, чуқурлиги, характерига (кесилган, йиртилган, ўриб олинган) аҳамият берилади; бўғимларда патологик ҳолат, қўл-оёқ ўқини ўзгариши, бўғимларни ташкил қилувчи соҳаларни бир-бирига муносиблиги ва ҳ.к. Зарарланган соҳани икки хил вазиятда рентген килиш ташхисини аниқлашга имкон беради.

Қўл-оёқ травмаларида сантиметрли лента билан соғ қўл-оёқни (бўғимларни бурчак ўлчагич (ўгломер) ёрдамида ўлчаш лозим, антропометрия қилиш зарур. Шикастланиш оқибатларида эрта ва кечки, маҳаллий ва умумий ўзгаришлар кузатилади. Умумий оқибатлар, жароҳатнинг таъсирига боғлиқ.

Ҳушдан кетиш

Ҳушдан кетиш, шикастланишларнинг асорати бўлиб, қисқа вақт ичида миянинг тўсатдан камқонлиги гипоксияси сабабчи бўлади. Олдин беморда кучсизлик, қулоқларда шовқин, кўз тиниши, юрагида нотинчлик, кайғу пайдо бўлади. Чарчаш, озиб-тўзиш, юрак касалликлари, асаб бўзилиши, ҳаво етишмаслиги кучли оғриқ, қон йўқотиш, узоқ оёқда туриб қолиш, ётган беморларни тўсатдан турғизиш тўртки бўлади. Тери оқаради, тахипноэ, юрак фаолияти кучсизланиши ва тўхташи ҳам мумкин. Ҳушдан кетиш чуқурлашса организм ташқи таъсиротларга риоя қилмайди, кўз қорачиғи катталашади, ёруғликка бефарқ бўлади.

Ҳарбий далада ёки тинчлик даврида беморга биринчи ёрдам кўрсатиш: бузилган қон айланишини тезкор бартараф этиш, мияга қон келишини тўла таъминлаш ва ҳушдан кетишини олдини олиш.



67-расм. Ҳарбий далада ёки тинчлик даврида беморга биринчи ёрдам кўрсатиш (Тренделенбург ҳолати)

Беморни ётқизиш зарур, бош томонини пасайтирилиб оёқ томони кўтарилади (Тренделенбург ҳолати) нафас олиш ва қон айланишига салбий таъсир этувчи вазиятлар бартараф этилади (кийимларини бўшатиш керак, кўйнак бўйни ечилади, камар бўшаштирилади ва ҳ.к), тоза ҳавога аҳамият берилади, бемор чаккалари 70% спирт билан уқаланади, юзига совуқ сув сепилади, нашатир спирти хидлатилади (67 расм). Оғир ҳолатларда эса сунъий нафас олдириш, юрак-томир воситалари қилинади.

Коллапс

Коллапс – юрак-томир фаолиятини кескин пасайиб кетиши, кўпинча юрак фаолияти бузилади. Коллапс заҳарланишларда (наркотиклардан), кучли қон кетишда, юракни ўта чарчашида, ўпка томирлари эмболиясида, кучли оғриқ ва ички касалликларда кузатилади. Клиник кўринишида ҳароратни пасайиши, цианоз, совуқ тер, қорачиқни кенгайиши, нафас олиниши тезлашиши, кучсиз, тез томир уриши билан кечади.

ҲДХ ва шикастланиш хирургиясида ҳамширалик жараёнида (расм-68) даволаш биринчи ёрдамни ташкиллаштиришдан иборат: бемор ётқизилиши керак.



68-расм. ҲДХ ва шикастланиш хирургиясида
ҳамширалик жраёни

Тоза ҳаво вентиляцияси. Юрак фаолиятини яхшилаш учун кордиамин, кофеин, строфантин, аччиқ чой, кофе ва бошқа воситалар қилинади.

Шикастланиш касаллиги

Шикастланиш касаллиги – бу шикастланиш натижасида организмнинг ҳаёт фаолиятини бузилишидир, асосида гомеостазопатия ётади, комплекс ўзгаришлар билан кечади, марказий регуляция бузилганда ҳаётга хавф туғдирувчи асоратларни келтириб чиқаради (И. И. Дерябин).

Шикастланиш касаллигининг турлари

1. Асоратланмаган. 2. Асоратланган ижобий тугайдиган. 3. Асоратланган салбий оқибатга олиб борувчи шикастланиш касаллиги.

Шикастланиш касаллигини даврлари:

Биринчи давр – *травматик шок (ўтқир давр)* – бир неча соат давом этиб, АҚҲ камайиши, юрак қон томир тизимининг етишмовчилиги, микроциркуляцияни бузилиши, гипоксияни ривожланиши билан характерланади. Аденогипофиз ва буйрак усти безларининг пўстлоғ қисми гормонларини ортиши кузатилади. Бу даврда беморга шошининч даволаш чоралари кўрсатилади.

Иккинчи давр – нисбий адаптация ва эртанги асоратлар бўлиш даври –7 кунгача давом этади, гипоксиянинг камайиши ва беморнинг аҳволи яхшиланиши билан характерланади. Бу даврда асоратлар профилактикаси олиб борилади.

Учинчи давр – кечки асоратлар даври (кечки посттравматик) – фақатгина асоратлар ривожланган беморларда бўлади. Бу даврда асоратларни даволаш ишлари олиб борилади.

Тўртинчи давр – соғайиш даври. Шикастланганларнинг тўлиқ соғайиши бир неча ойдан кейин бўлади. Бу даврда беморда реабилитация ишлари олиб борилади.

Тери ости ёғ қавати, мушак, фасция, пай, бойлам, қон ва нерв томирларини тери ва шиллиқ қаватлар бутунлиги сақланган ҳолда шикастланиши ёпиқ шикастланиш дейилади.

Тинч даврда ва ХДХ да бу шикастланишлар кўп учрайди ва ҳамширалик ишида катта роль ўйнайди.

Ёпиқ шикастланишларга: лат ейиш, чайқалиш, пайлар чўзилиш, йиртилишлар киради.

Лат ейиш – тўқима ёки аъзоларни бутун бўлган ҳолда шикастланиши. Симптомлар шикастланган тана қисмига, шикастловчи факторнинг оғирлиги ва таъсир тезлигига боғлиқ. Клиник манзараси – оғриқ, шиш, қон қўйилишлар, терининг қизариши ёки кўкариши ва шу тўқима ёки аъзонинг функциясини бузилиши.

Даволаш-эвакуацион тадбирларда – оғриқсизлантириш, 2-3 кун давомида совуқ ва сиқувчи боғлам қўйилади. Гематома ҳосил бўлган ҳолда пункция қилиш, бўшлиқни бўшатиш ва у ерга антибиотиклар юбориш лозим. Гематомалар сўрилиши ёки йиринглаши мумкин.

Чўзилиш – мушак ва пайларни ёпиқ шикастланиши ҳисобланади (69 расм). Чўзилишлар асосан икки қарама қарши куч ёки тана фиксация вақтида тортувчи куч таъсирида рўй беради. Чўзилишлар клиник манзараси ва даволаниши лат ейишга ўхшаш.



69-расм. Ахил пайи чузилиши

Чайқалиш – юмшоқ тўқиманинг ёпиқ механик шикастланиши бўлиб, тўқималар функциясининг бузилиши ва морфологик ўзгаришларнинг бўлмаслиги билан характерланади. Чайқалиш оғирлиги шикастловчи сабабнинг кучига, таъсир вақтига, консистенциясига боғлиқ (расм-70). *Патологоанатомик кўриниши* – маҳаллий қон қўйилишлар, ҳужайра органелларининг деструкцияси, майда қон томирларда қон қотишлари аниқланади. Клиник манзараси – тўқимадаги микроскопик ўзгаришларга боғлиқ. Маҳаллий симптомлари: оғриқ, сезувчанликни сусайиши ва тери рангини ўзгариши. Шикастловчи сабабни таъсири узоқ вақт давом этади (айниқса вибрацион ускуналарнинг) тўқимадаги морфологик ўзгаришлар яққолроқ, шунга кўра тўқима функцияси ҳам бузилади. Шу вақтда вибрацион касаллик бошланади.



70-расм. Бош мия чайқалиши

Юмшоқ тўқималарнинг чайқалиши жуда кам учрайди. Шикастловчи сабаби кучли бўлганида бош мия чайқалиши ва кўкрак қафаси аъзоларининг чайқалиши кузатилади.

Узилиш – тўқималарни анатомик бутунлиги бузилиб кечадиган шикастланишга айтилади (71-расм).



71-расм. Ахил пайи узилиши

Тўқима эластиклигидан ортиқ куч таъсирида узилиш рўй беради. Терининг эластиклиги кучли бўлганлиги учун тери узилиши кам учрайди. Тери ости ёғ тўқимаси, мушак, фасция, пайлар ва бойламлар узилиши кўпроқ учрайди. Узилиш соҳасида оғриқ, шиш ва қон қуйилишлар кузатилади. Узилишлар тўлиқ ёки тўлиқ бўлмаган бўлади. Ҳамширалик жараёнида даволаш режасини тузишда тўлиқ узилишларни оператив (шошилиш) даволашнинг ҳисобга олиш керак.

ШОК ТАСНИФИ:

1. Келиб чиқишига кўра: гиповолемик (травматик, куйиш, операцион, геморрагик); анафилактик, кардиоген, инфекция-токсик, септик.

2. Оғирлик даражасига кўра: компенсирлашган, декомпенсирлашган, паралитик.

3. Ривожланиш вақтига кўра: бирламчи, эрта; иккиламчи, кечки ёки токсик.

4. Даврларига кўра: эректил ва торпид.

ТРАВМАТИК ШОК

Травматик шок – айланувчи қон ҳажмини ва капилляр қон айланишини кескин сусайиши билан кечувчи шок. Микроциркуляциянинг кескин камайиши натижасида ҳаётий зарур тўқима ва аъзолардаги гипоксия ҳолатидан ўлим ҳолати вужудга келади (Fine таърифига кўра учта «Г» – гиповолемия, гипотензия, гипоксия).

Эректил давр – шокнинг бошланиш вақтида бўлиб, кучли оғриқ ва беморнинг психик безовталаниши билан кечади. Бу давр қисқа муддатли бир неча сониялардан ярим соатгача давом этиши мумкин. Н. И. Пирогов бу даврни қуйдагича тарифлаган: «агарда шикастланган, беморда қийқириқ эшитилса, юзлари чўзинчоқ, ўткир, оқарган бўлиб қолса ва тортишишлар кузатилса, пульсини тезлашиши ва таранглашиши кузатилса, нафас олиши қисқа ва юзаки бўлса, шикастланишнинг қандай бўлишига қарамай даволашга шошилиш керак».

Торпид даврни – Н.И.Пирогов қуйдагича тасвирлайди: «боғлов пунктида қўл ёки оёғи узилган қотиб қолган бемор қимирламай ётибди: у бақирмайди ва товуш чиқармайди, шикоят қилмайди, ҳеч қандай ҳаракат қилмайди ва ҳаракатни талаб қилмайди; танаси совуқ, юзи ўликниқидек оқарган; қараши узоққа тақалган, пульси ипдек бўлиб зўрға пайпасланади. Берилган саволларга жавоб бермайди ёки шивирлаш билан жавоб беради, нафас олиши ҳам жуда суст эшитилади. Жароҳат ва тери сезувчанликни йўқотган, агарда осилиб турган катта нерв томири бирор нарса билан таъсирланса бемор юзидаги мимик мушакларни қисқариши билан жавоб беради. Базиларида бундай ҳолат ўлимгача давом этади».

Шокнинг клиник кўринишига кўра қуйидаги даражалари мавжуд:

I даража – умумий аҳволи ўртача оғирликда, пульс 80-100 марта, юқори АБ 90 мм сим уст.

II даража – беморнинг аҳволи оғир, пульсни тезлашиши 100-140 мартагача дақиқага, АБ пасайиши 90-70 мм сим. уст.

III даража – беморнинг аҳволи жуда оғир, пульс 120-160 марта дақиқага, АБ 70-50 мм сим уст.

IV даража (агония олди) беморнинг аҳволи жуда оғир, пульс фақатгина магистрал қон томирларда пайпасланади, максимал АБ 50 мм сим уст. ёки аниқланмайди.

Травматик шокни даволаниши патогенетик ва комплекс равишда олиб борилиши керак. Даволаш шокнинг хусусиятига боғлиқ бўлади. *Шокни даволашнинг асосий босқичлари:* 1) МНС қўзғалувчанлигини пасайтириш лозим (наркотиклар, антигистамин дори воситалари, новокаин блокадалари, даволовчи наркоз); 2) гемодинамикани нормаллаштириш ва қон ҳажмини тўлдириш (полиглюкин, реополиглюкин, макродекс, альбумин, желатиноль, гелафузол, физиологик аралашмалар); 3) кислород ингаляцияси, СУВ, гипербарик оксигенация.

Қуйишдан кейинги шокда эректел фаза ўзоқ бўлади, беморда кучли кўзғалиш кузатилади, гемоконцентрация, токсемия, буйрак фаолиятининг бузилиши билан кечади.

Электрдан шикастланишдан кейинги шок рефлексларнинг умумий чуқур пасайиши, ҳушдан кетиш, гемодинамиканинг бузилиши кузатилади. Электр токи таъсирида юрак қоринчаларида фибрилляция бўлади. Бунда марказий нерв, томир системалари зарарланади.

Совуқ уришдан кейинги шокда фақат торпид фаза бўлади, ҳарорат 30-25⁰С гача пасайиб кетади, юрак фаолиятининг бузилиши, гипотония, гемоконцентрация, плазма, йўқотилиши ва АҚҲ камайиши кузатилади.

АЪЗОЛАР ТРАВМАТИЗМИ

Клиник кўриниши туфайли бош, кўкрак қафаси, қориннинг шикастлари ва узоқ муддат эзилиш синдроми алоҳида гуруҳга бўлиб ўрганилади. Касаллик белгилари эса шикастланишнинг тури ва оғирлиги, шикастланган аъзоларнинг физиологик хусусиятларига боғлиқ бўлади.

Бошнинг ёпиқ шикастлари

Бошнинг ёпиқ ўткир шикастлари замонавий таснифида қуйидагича клиник шакллар тафовут қилинади (Коновалов А. Н., 1992 й.):

- 1) Бош мия чайқалиши;
- 2) Енгил даражадаги бош мия лат ейиши;
- 3) Ўрта даражадаги бош мия лат ейиши;
- 4) Оғир даражадаги бош мия лат ейиши;
- 5) Бош миянинг диффуз аксонал шикастланиши;
- 6) Бош миянинг қисилиши;
- 7) Бошнинг эзилиши;

Клиникада оғирлик даражасига кўра бош мия шикастлари қуйидагича учта даражага ажратилади:

1. Енгил даража.
2. Ўрта оғирлик даражаси.
3. Оғир даража.

Енгил даражадаги шикастланишга бош мия чайқалиши ва енгил даражадаги бош мия лат ейиши киритилади.

Ўрта оғирликдаги бош мия шикастланишига бош мия лат ейишининг ўрта оғирликдаги даражаси ва бош миянинг ним ўткир ёки сурункали қисилиши киритилади.

Оғир даражадаги бош мия шикастланишига эса оғир даражадаги бош мия лат ейиши, бош миянинг диффуз аксонал шикастланиши ва бош миянинг ўткир эзилиши киритилади.

Бош мия шикаст касаллигининг кечишида учта асосий давр тафовут қилинади: 1) ўткир даври, 2) оралиқ даври, 3) кеч даври.

Ўткир давр — бош мияга шикастловчи механик таъсирнинг бошланишидан, бош мияда бошқарув ва ўчоқли фаолиятнинг бузилишидан шу ўзгаришларнинг маълум бир маромда стабиллишувигача ёки беморнинг ўлимигача бўлган вақтни ўз ичига олади.

Оралиқ давр — шакстланиш билан боғлиқ бўлган умумий, ўчоқли ва организмдаги барча ўзгаришларнинг стабиллашувидан - уларнинг қисман ёки тўлиқ тикланиши ёки турғун бўлган вақтни ўз ичига олади.

Кеч давр — клиник жиҳатдан беморларнинг тузалиш, бузилган функцияларнинг максимал реабилитациясига эришиш, янги патологик ўзгаришлар пайдо бўлиш, уларнинг зўрайиб бориш даври.

Бош мия чайқалишида ўткир даврнинг давомийлиги — 1-2 ҳафта, оралиқ даврнинг давомийлиги энгил даражадаги шикастланишда (бош мия чайқалиши ёки энгил даражадаги бош мия лат ейишида) — 2 ойгача чўзилиши мумкин. Кеч даврнинг давомийлиги эса ҳар-хил даражадаги шикастланишларда тузалувчи кечишида — 2 йилгача, зўрайиб борувчи кечишида эса бу даврнинг давомийлиги чекланмаган, яъни беморлар умрининг охиригача давом қилиши ҳам мумкин.

Бош мия чайқалиши

Бош мия чайқалиши – мия шикастларининг ичида энг энгили бўлиб, миянинг функционал қайтар ўзгаришлар шакли ҳисобланади, бош миядаги ўзгаришлар тарқоқ (диффуз) бўлиб, клиник жиҳатдан *оғирлик даражаларига бўлинмайди*.

Механик энергия таъсири остида бош мия тўқимасида нейронлараро, ҳужайра, молекуляр даражада микроструктур ўзгаришлар бўлади. Бош мия чайқалиши маҳаллий жараён бўлмасдан, мия асоси ретикуляр формацияси, гипоталамус, лимбик тўзилма, гематоэнцефалик барьердаги (тўсиқдаги) микроструктур механик шикастланиш ҳисобланади. Мия чайқалишида

макроструктур ўзгаришлар кузатилмайди. Микроскопда ҳужайра, ҳужайра ости даражасидаги ўзгаришлар перинуклеар тигролиз, нейронлар ядроларининг эксцентрик жойлашуви, хроматолиз элементлари, нейрофибриллаларнинг шиши кўринади.

Клиникаси. Клиник жиҳатдан ўткир даври синдроми умуммия симптомлари, енгил ва тез қайтар ўчоқли неврологик симптоматика, вегетатив симптомлар билан кечади.

Диагностикаси. Ҳушнинг бузилиши, амнезия, беморнинг шикоятлари – бош оғриши, айланиши, кўнгил айниши, қайт қилиши, Гуревичнинг окулостатик феномени, юз қон томирлари тонусининг лабиллиги, гипергидроз, ўзига хос клиник иммунологик кўрсаткичлар, неврологик статус, вестибуляр синдром, кўз тўр пардаси ангиопатияси, вегетатив синамалар. Орқа мия суюқлиги босимини аниқлаш, компьютер томография диагностикага ёрдам беради.

Ҳушнинг бузилиши (карахтланишдан сопор ҳолатигача) секундлардан бир неча дақиқагача давом этади. *Карахтланишда* — ҳушнинг сўниши, сўзли мулоқот сақланиб қолади, ташқи таъсиротлар қабул қилиш бўсағаси ортади, руҳий фаоллик сусаяди, руҳий фаолиятнинг қийинлашуви, секинлашуви ва сийраклашуви кузатилди. Диққат камаяди, нутқли мулоқот сақланган, берилган саволарга жавоб маълум бир вақт-паузадан кейин бўлади. *Амнезия* — маълум бир вақтнинг ичида ҳозирги ёки бўлиб ўтган воқеаларни хотирадан йўқолиши. Амнезия қисқа вақтни ўз ичига олади ва ретроград (бевосита шикастланишга олиб келган ҳодисани хотирадан йўқолиши), *конград* (ҳушнинг йўқолиши давридаги хотиранинг йўқолиши) ёки *антероград* (шикастланишдан кейинги вақтни хотирадан ўчиши). Кўпинча улар биргаликда келиб, *антероретроград* амнезия кузатилади. Гескилл С., Мерлин А. 1996 й. маълумотларига кўра амнезия беморлар ҳушини йўқотганлигидан далолат беради.

Ҳуш тикланганидан кейин тарқоқ бош оғриши (баъзан зарб теккан соҳада) оғриқлар, бош айланиши, умумий ҳолсизлик, қулоқ шанғиллаши, терлаш, уйқу ёмонлиги, хотира, диққат камайганлиги, апатия ва кайфиятнинг ёмонлиги бўлади. Баъзан полиурия кузатилади, беморларнинг кўнгли айниши бўлиб, қусиш кузатилмаслиги ҳам мумкин. Кўпинча беморларни кўнгил айниши, қусиш безовта қилиб, одатда қусиш бир икки маротаба ва бевосита шикастланишдан кейин кузатилади. Беморларда бош оғриши кучайиб, кўз ҳаракатларида ва кўзини очиб-юмганида кўз олмасида оғриқлар сезиши мумкин, ёруғлик нуридан пешона соҳасида ва кўз олмасида оғриқлар кучайиши (*Гуревич ва Манна симптомлари*) кузатилади.

Гуревичнинг окулостатик феномени — кўз олмасини ҳаракатланишида мувозанат бузилади. Кўз юқорига ҳаракатланганда орқага йиқилиб кетиш ва пастга ҳаракатланганда олдинга йиқилиб кетиш бўлади. Қулоқларда шанғиллаш, бош айланиш ва кўнгил айниш кузатилади.

Тўр парда ангиопатияси – ўткир даврда аниқланади. Бунда парда веналари кенгайиб қовузлоқсимон кўриниш олади, қонга тўлишади. Артериялар торайиб, парда томирлар бўйлаб шишади. Кўрув нерв диски чегараларининг аниқлиги йўқолади. Тўр парда томирларидаги ўзгаришлар одатда икки томонлама бўлади, бироз ассимметрия кузатилиши ҳам мумкин.

Юз қон томирлари тонусининг лабиллиги (юзнинг қизариши ёки оқариши), вазомотор “ўйин”. *Гипергидроз*, асосан дистал — қўл кафтида ва оёқ панжаси пастки юзаларида кузатилади. Неврологик микросимптомлар аниқланиши мумкин — юз нерви пастки шохининг қайтар парези (бўрун-лаб бўрмасининг текисланиши ҳисобига оғиз бурчагининг бироз ассимметрияси); пай, тери рефлексларининг лабил, енгилгина ассимметрияси, қорин ёки кремастер рефлексларининг пасайиши; енгил бир неча кунда (3-7 кун) ўтиб кетувчи мия пардаси белгилари. Ижобий бармоқ-бўрун

синамаси, Ромберг ҳолатида чайқалиш, кўз қовоқлари ва чўзилган қўлларнинг қалтираши. Тез ўтиб кетувчи қорачиқларнинг миози ва мидриази, фотореакция сақланиб 0,5 - 0,6 с гача сусаяди (нормада 0,2 с).

Вестибуляр синдром. Бошнинг енгил шикастланишларининг ўткир даврида беморлар хушини йўқотмаган ҳолларда ҳам спонтан вестибуляр бош айланишлари, доимий бўлмаган 1 даражали горизонтал (клоник) нистагм кузатилиши мумкин. Нистагм яққол, бир текис ритм ва клоник характерли.

Даволаш. 2-3 ҳафта давомида ётоқ ҳолат. Калла ичи босимини ва мия шишини камайтириш учун ҳар куни вена ичига гипертоник эритмалар (30-50 мл – 40% глюкоза, 20-50 мл 10% натрий хлорид, 10 мл 40% уротропин, 5-10 мл 25% магний сульфат), диуретиклар (лазикс, фуросемид 2-6 мл) юборилади. Бу даволаш принциплари ҳамширалик жараёнини ҳарбий дала шароитида ҳам асосий бўғинларидан ҳисобланади, чунки урушда бош соҳасидаги жароҳатлар кўп учрайди.

Кўкрак қафасининг лат ейиши ва қисилиши

Кўкрак қафасининг лат ейиши ва қисилиши кўпинча қовурғаларнинг синиши, томирларнинг ёрилиши, ўпканинг йиртилиши, плевранинг шикастланиши билан кечиши мумкин; натижада – пневмоторакс, гемоторакс ва тери ости эмфиземаси асоратлари авж олиши мумкин. **Даволаш:**

Кўкрак қафаси лат ейиши бўлган беморлар кўпинча консерватив йўл билан даволанади: 1. Анальгетиклар. 2. Бўйин вагосимпатик ва қовурғалараро блокадалар. 3. Нафас гимнастикаси. 4. Антибиотикотерапия. 5. Динамик кузатув.

Пневмоторакс – плевра бўшлиғида ҳаво тўпланиши. Сабаблари:

- 1) Қовурға синиши.
- 2) Ўпка ва плевранинг ёрилиши.
- 3) Спонтан пневмоторакс.

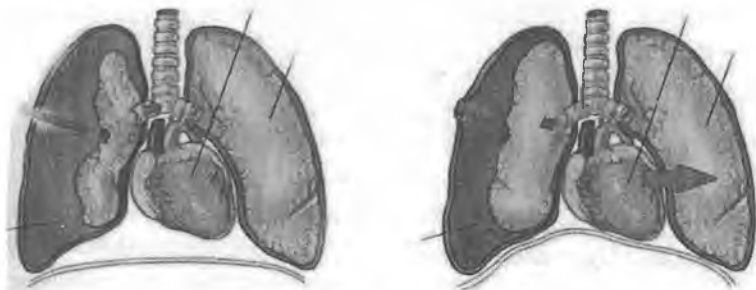
Пневмотораксинг турлари (расм-72):

1. Очиқ пневмоторакс.
2. Ёпиқ пневмоторакс.
3. Клапанли пневмоторакс.

Пневмотораксинг клиникаси

Кўкрак қафасидага ҳаво миқдорига қараб, беморларнинг шикоятлари кўп бўлади. Ҳаво миқдори кўп бўлса ҳансираш, цианоз, тахикардия безовта қилади ва ҳатто плевропульмонал шок ривожланиши ҳам мумкин. Қовурғаларнинг оралиғи текисланади, кўкрак қафаси бочкасимон кўриниш олади ва нафас ҳаракатлари чегараланади. Перкуссияда қутисимон товуш, аускультацияда – везикуляр нафаснинг сусайиши кузатилади.

Даволаш. Ёпиқ пневмотораксда плеврал бўшлиққа дренаж қўйилади. Очиқ пневмотораксда герметик чок қўйилади, плевра бўшлиғига дренаж ўрнатилиб, ҳаво сўриб олинади. Клапанли пневмоторакс олдин очиқ пневмотораксга айлантиради ва очиқ пневмоторакс каби даволанади. Вагосимпатик, қовурғаларо блокада, антибиотиклар ва нафас гимнастикаси бажарилади.

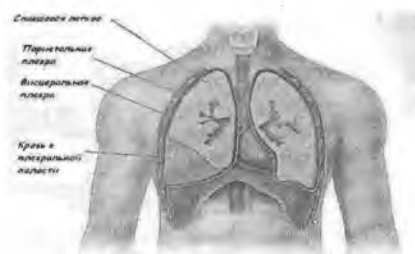


72-расм. Очиқ ва ёпиқ пневмоторакс

Гемоторакс

Плевра бўшлиғида қон тўпланишига гемоторакс дейилади. Плевра бўшлиғида тўпланган қоннинг миқдорига кўра кичик, ўрта ва катта гемоторакслар бўлади.

Клиникаси. Клиник манзараси турига боғлиқ бўлиб, хансираш, цианоз, тахикардия кўринишида намоён бўлиб, плевропӯльмонал шок ҳам бўлиши мумкин. Гемоторакс учун шикастланган томонда қовурға оралиғининг текисланиши, кўкрак қафасининг бочкасимон бўлиши, нафас ҳаракатларининг чегараланиши, перкутор товушнинг тўмтоқланиши, аускультацияда – кескин сусайган везикуляр нафас эшитилади.



73-расм. Гемотораксда пункция

Диагностикаси: обзор рентгеноскопия, икки проекцияда рентгенография, томография, плевра бўшлиғини ультратовуш билан текшириш, плевра бўшлиғини диагностик пункцияси.

Даволаш. Гемотораксда пункция ёки плевра бўшлиғига дренаж ўрнатиш йўли билан плевра бўшлиғидаги қонни эвакуация қилиш зарур (73-расм). Давом этувчи гемотораксда оператив даво – торакотомия ва қон кетиш манбасини бартараф қилиш керак.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ шикастлари

Ёпиқ шикастланишлар тўмтоқ шикастларнинг натижаси бўлиб, қорин деворига зарба, йиқилиш, йўл транспорт ҳодисаси, портлашларда сув ёки ҳаво тўлқини ва бошқалар таъсиридан келиб чиқади (74-расм).

Шикастланишнинг характериға таъсир қилувчи омиллар: шикастловчи агентнинг тури ва кучи, қорин деворининг

эластиклиги, қорин деворининг мускулларининг тонуси, ёғ клетчаткасининг кўплиги, бўшлиқли аъзоларнинг тўлиш даражаси.

Клиникаси. Бўшлиқли аъзоларнинг тери ости шикастланишида –перитонит белгилари: қоринда оғриқлар, қорин мускулларининг ҳимоя таранглашуви – «тахтасимон қорин», Шеткин-Блюмберг симптомининг мусбатлиги, жигар тўмтоқлигининг йўқолиши, қорин бўшлиғи қуйи ён каналларида тўмтоқ товуш эшитилиши, бўшлиқда эркин ҳаво аниқланиши.

Паренхиматоз аъзолар шикастланганда: ички қон кетиши ва ўткир анемия белгилари, қорин бўшлиғи ён каналларида тўмтоқ товуш эшитилиши, перитонеал белгилар пайдо бўлиши.



74-расм. Қорин бўшлиғи аъзолари ёпиқ шикасти

Даволаш. Бемор ва ярадорларни (уруш вақтида ҳарбий дала шароитидан келиб чиққан ҳолда) шошинч равишда оператив (шошинч) даволаш зарур. Аъзолар шикастланганида чоклар қўйилади ёки резекция қилиниб, қорин бўшлиғи санацияланади, дренаж найчалар ўрнатилади. Жигарга чоклар қўйилади ёки катта чарви билан тампонада қилинади. Талоқ шикастланиб ички қон кетиши кузатилганида спленэктомия бажарилади. Буйраклардан қон кетишда буйрак жароҳатига чоклар қўйилади, самарасиз

ҳолатларда нефрэктомия қилинади. Сийдик пуфагига чоклар қўйилиб, катетер ўрнатилади ёки эпицистостома қўйилади.

Қориннинг ўқ теккан жароҳатларидаги тиббий ёрдам хажми.

Жанг майдони биринчи тиббий ёрдам (зарарланиш ўчоғида) жароҳатланган аскарни топиш, қорин жароҳатига катта (айниқса, жароҳатдан ичак тери қисми ва чарвининг тўлиб қолиши) ва кенг асептик боғлам қўйиш. Ҳар бир аскар жароҳатдан чиқиб турган ички органларни ичкарига тиқиш мумкин эмаслигини билиши шарт. Қўшилиб келган жароҳатларда шунга мос (хос) тиббий ёрдам кўрсатилади. Масалан, қориннинг жароҳатида ва тизза қопқоғи жароҳатланганида транспорт иммобилизация қилинади. Жанг майдонидан носилкаларда кўчирилади. Кўп қон юқотилаётганда бош томони пастга туширилган ҳолда кўчирилади.

1. Шифокоргача бўлган ёрдам – биринчи тиббий ёрдам кенгроқ ҳолда ўтказилади. Олдинроқ қўйилган боғлам тўғриланади. Боғлам бирламчи тиббий пунктда қўйилади, боғлам кенг бўлиши қорин деворининг ҳамма томонларига етиши керак. Анагетиклар юборилади; бундан ташқари, юрак воситалари берилади ва носилкаларда бирламчи тиббий пунктга ўтирган ҳолда олиб борилади.

2. Шифокор ёрдами (Бирламчи тиббий пунктда). Кечиктириб бўлмайдиган чоралардан бири бу жароҳатланганларни кейинги босқичга қисқа вақт ичида кўчиришга қаратилган. Тиббий саралаш вақтида қорин жароҳати олганлар 3 гуруҳга бўлинган:

I гуруҳ – ўрта оғирликда жароҳатланганлар. Боғламлар тўғриланади ёки янгиси қўйилади, антибиотиклар юборилади; яна қоқшол анатоксини ва морфин гидрохлориди ҳам юборилади. Чиқиб турган ички органлар ичкарига киритилмайди. Стерил пинцет билан стерил марли салфеткалар ичак тугунлари орасига ва терига қўйилиб, устидан катта қуруқ марли компресслар қўйилади, бу ичаклар тугунларини ичак йўллари совишдан сақлаш учун. Компресслар кенг бинт билан фиксация қилинади. Совуқ вақтларда

жароҳатланганларни одёл билан ёпилади, грелкалар қўйилади, чунки совуқ қотиш шокни кучайтиради. Бундай беморлар иложи борича ҳаво йўллари орқали, тиззалари букланган (тагига одёллар ёки валик қўйилган), орқага ётган ҳолда биринчи навбатда транспортировка қилинади.

II гуруҳ – оғир ҳолдаги жароҳатланганлар киради. Кўчиришга тайёрлаш билан бир қаторда шокка қарши тадбирлар ўтказилади. Паранефрал ёки вагосимпатик блокадалар, полиглюкин ва оғриқ қолдирувчи воситаларни вена ичига юбориш, бундан ташқари нафас олувчи ва юрак аналептикларини ва бошқаларни юбориш. Аҳволи яхшиланиши биланоқ аскарларни тезда санитар транспорти билан кейинги босқичга кўчириш керак, унга бу босқичда ихтисослашган жарроҳлик ёрдами кўрсатилади. Шахсий таркиб – жароҳатланган аскар суюқлик ичиши ва овқатланиши қатъийан ман қилинишини билиш шарт.

III гуруҳ – Бирламчи тиббий пунктда парваришлаш учун ва симптоматик даволаниш учун терминал ҳолдаги ярадорлар қолади.

3. Малакали тиббий ёрдам. Ҳарбий госпиталда малакали жарроҳлик ёрдами ҳамма қорин жароҳати олган ярадорларга кўрсатилган. Бу ерда асосий ўринни саралаш тутади. Операцияга асосий кўрсатма бўлиб яраланиш (жароҳат олиш) вақти эмас, балки ярадорнинг умумий аҳволи ва клиник белгилари асосий кўрсатма бўла олади. Асосий урғу қорин ярадорларини қанча қисқа вақт ичида операция қилса, шунча тез, яхши тузалишига имкониятлар кўпаяди. Лекин яна бир жиҳатни эсда тутиш керак: ярадорни аҳволи қанча оғир бўлса, операцион асорат (травма) шунчалик хавfli бўлиши мумкин. Буларни ажратиш учун эса тиббий саралаш олиб борилади, бунда ярадор қуйидаги гуруҳларга бўлинади.

I гуруҳ – давом этувчи массив қорин бўшлиғига ёки плевра ичига қон кетиш симптоми ярадорларни тезкор операция хонасига юборилади (торакоабдаминал жароҳатида).

II гуруҳ – аниқ белгиларсиз бўлган ички қон кетишлари бўлган ярадорлар, аммо II- III даража шокдагилар шокка қарши терапия олиб борилади шокни даволаш жараёнида ярадорлар 2 категорияга бўлинади.

A) Ҳаёт зарур бўлган операцияларнинг артериал босими турфун кўтарилиши (А/Б 80-90 мм сим.уст.) билан ярадорлар аҳволи яхшиланади. Бундай беморлар операция хонасига юборилади.

B) Ички қон кетишнинг аниқ белгиларисиз бўлган ярадорлар. Улар тезкор жарроҳлик даволашни талаб қилади, лекин органик функциялари тикланмаган аммо артериал босими 9,3 кПа(70 мм.сим.уст) паст турмоқда. Бундай беморлар операция қилинмайдиганлар сафига кириб, консерватив даво учун юборилади.

III гуруҳ – қониқарли аҳволдаги кечиктириб олиб келинган ярадорлар, лекин перитонит белгиларини кузатиш ва консерватив даволаш учун стационарга юборилади.

IV гуруҳ – терминал ҳолатдаги беморлар реанимация бўлимига юборилади.

V гуруҳ – қоринга тешиб кирмайдиган жароҳатли ярадорлар (ички органлар шикастланишларсиз). Бундай ярадорларга тактика асосан тиббий тактик ҳолатга боғлиқ бўлади. Таъкидланишича, қорин деворини ҳар бир жароҳати потенциал хавfli деб борилади.

Шу сабабдан ҳарбий шарт-шароитлар йўл қўйса (жароҳатланувчилар сони оз), операция хонасининг ўзидаёқ ҳар бир беморнинг жароҳати жиддий равишда кўздан кечирилиши лозим. Бундан кўзланган асосий мақсад жароҳатнинг хусусиятини аниқлаб олишдан иборат. Жароҳат ўткир (ёки ўтмас) тигли предмет билан етказилган бўлса, жарроҳ даставвал жароҳатга бирламчи ишлов бериши, сўнгра қорин бўшлиғининг ўртасидан ўртача ҳажмдаги лапаротомияни амалга ошириб, ички органларнинг аҳволини кузатиши шарт.

Жароҳатланувчилар билан шўғулланиш учун қўлай шарт-шароит мавжуд бўлмаса, дастлабки тиббий ёрдам берилиб, (антибиотиклар, оғриқни қолдирувчи воситалар қўлланилиши) зудлик билан жароҳатланувчини кўчирмоқ керак.

Краш синдром

Тўқималарнинг узоқ вақт эзилиш синдроми ёки краш синдром (75-расм) – ўзига хос травматик ҳолат бўлиб, асосан юмшоқ тўқималарнинг ҳар-хил интенсивликда ва узоқ вақт (2-3 соатдан ортиқ) давомида эзилишидан кейин ривожланади. Патологиянинг бу тури ер қимирлашларида, шахталарнинг ўпирилишида ва бошқа ҳолатларда кузатилади. Бу симптомокомплекснинг клиникаси жараённинг жойлашган жойига, шикастланишнинг кенглигига боғлиқ. Қанчалик мушак тўқимаси кўп бўлса, касалликнинг кечиши шунчалик оғир ва оқибати ёмон бўлади. Маҳаллий белгилари тана шикастланган қисми озод қилинганидан кейин бошланади ва оёқ-қўллар шиша бошлайди, пайпаслаганда тўқималар дағаллашган бўлиб бу ўзгаришлар бир кундан кейин максимал кузатилади. Кейинчалик оёқ-қўллар совийди, тери оқариб, кўкимтир доғлар пайдо бўлади.



75-расм. Тўқималарнинг узоқ вақт эзилиш синдроми

Тери сезувчанлиги, томир уриши йўқолади. Терида сероз, гемorragик суюқлик билан тўлган пуфакчалар пайдо бўлади.

Шишларнинг ортиб бориши билан қон қуюла боради, эзилган тўқималардан ва интерстициал бўшлиқдан плазма йўқотиш, травматик шок белгилари пайдо бўлишига сабаб бўлади. Оёқ-қўлларда тезда қайтмас ўзгаришлар ривожланади, бу эса миоцитларда кенг ишемик некроз ривожланишига, узоқ вақт эзилиш синдроми, травматик токсикоз, краш синдроми деб номланувчи оғир дистрофик ўзгаришларига олиб келади.

Травматик токсикознинг босқичлари

Патологик жараён учта босқичдан иборат: 1) эрта (бошланғич), 2) оралиқ, 3) кеч босқич.

Бошланғич босқичида шикастланган соҳада оғриқлар, ҳаракатнинг қийинлашганлиги, умумий ҳолсизлик, кўнгил айниши кузатилади. Томир уриши тезлашади, АБ бирмунча пасаяди ва эйфория бўлади. Кейинчалик беморларда апатия бўлиб, уйқучанлик ривожланади ва умумий манзара травматик шокни эслатади. Фарқи травматик токсикозда гематокрит, эритроцитлар сони ва гемоглобин миқдори ошган бўлади. Сийдик миқдори эса борган сайин камайиб бориб, тўқ рангга киради, 0,6—1,2 г/л гача протеинурия, цилиндрурия, гематурия бўлади. Травматик шок белгилар бўлган бошланғич босқичи 1-2 кун давом этади. Бир неча кун давомида ўткир жигар-буйрак етишмовчилиги, уремия ва сариқлик келиб чиқади. Оралиқ босқичи 1-2 ҳафта давом этади. Буйраклар, жигар функциялари тикланганида тўқималарда некроз кечки босқичда ривожланади.

Травматик токсикозни даволаш.

Оёқ-қўлларни эзилишдан озод қилишдан сўнг, уруш вақтида ҳарбий дала шароитидан келиб чиққан ҳолда эластик бинт билан ўраш, иммобилизация қилиш, шикастланган соҳаларни совитиш, циркуляр новокаинли блокада қилиш керак. Оёқ-қўллар шиши орта бориб, тўқималар ишемияси ва эзилиш белгилари камаймайдиган бўлса бўйлама йўналишда фасцияларни кесиш билан узун-узун, кенг (лампас) кесмалари қилинади. Тинчлик даврида ва уруш

вақтида эвакуацион этапларни таъминоти, вазияти, функцияларидан келиб чиққан ҳолда гипербарик оксигенация, некрэктомия, ёки оёқ-қўлларнинг ампутацияси амалга оширилади. Ярадорга, шикастланувчига наркотик анеальгетиклар, антигистамин воситалар буюрилади, гемодез, полиглюкин, реополиглюкин, перистон вена ичига қуйилади. Гемодинамика бузилганда норадреналин, мезатон, допамин юборилади, қон, плазма қуйилади. Интоксикация ва буйракларнинг шикастланиш белгилари ортиб борса инфузион терапиянинг ҳажми кунига 3-4 л гача ошади, витаминлар, антибиотиклар, томирларни кенгайтирувчи воситалар юборилади. Диурезнинг 40-50 мл/с дан камаймаслиги таъминланади. Анурияда гемодиализ, гемосорбция қилинади.

. ЖАРОҲАТЛАР

Жароҳат деб тери ёки шиллик қаватлар, баъзан эса чуқур жойлашган тўқималар ёки ички органлар бутунлигининг механик бузилишига айтилади. Жароҳатнинг хавфи қуйидагиларга боғлиқ: йўқотилган қоннинг миқдорига, травматик шокнинг ривожланиш даражасига, маҳаллий ёки умумий инфекция ривожланганлигига, ҳаёт учун зарур органларнинг шикастланганлигига.

Клиникаси: умумий ўзгаришлар: ўткир анемия, шок, инфекция, аъзолар ҳаёт фаолиятининг бузилиши; маҳаллий ўзгаришлар: оғриқ, қон кетиши, жароҳат чеккаларининг очилиб туриши. Жароҳатдан қон кетиши: тўқималарнинг ажратувчи асбоблар қанчалик ўткир бўлса, жароҳатдан қон кетиши шунчалик кучли бўлади, шикастланишларда ҳар доим ҳам қон кетиши ташқи бўлавермайди.

Оғриқнинг кучи қуйидаги омилларга боғлиқ: шикастланган рецептор ва нерв тутамларининг сонига, шикастланган организмнинг реактивлигига, жароҳат етказувчи қуролнинг характерига ва жароҳатнинг етказилиш тезлигига.

Жароҳатлар таснифи:

Тўқималар шикастланишининг характерига қараб: 1. Ўқ отувчи қурол билан етказилган жароҳат, санчилган, кесилган, чопилган, лат еган, эзилган, йиртилган, шилинган, тирналган, тишланган, заҳарланган ва аралаш жароҳатлар (76-расм).



Кесилган

Чопилган

Тишланган

Йиртилган



Аралаш

Тирналган

Заҳарланган

Ўқ теккан

Лат еган

76-расм.

Чуқурлигига қараб: юзаки, ички аъзоларнинг шикастланиши бўлмаган, бўшлиқларга тешиб кирувчи жароҳат, ички аъзоларнинг шикастланиши бўлган, бўшлиқларга тешиб кирувчи жароҳат.

Сабабига кўра: операцион, тасодифий.

Жойлашишига кўра: юз соҳасининг, бошнинг, бўйиннинг, кўкрак қафасининг, қориннинг, оёқ ёки қўлларнинг жароҳатлари.

Инфицирланганлик даражасига қараб: инфицирланган, асептик.

Вақтига қараб: янги, кечиккан.

Битиш усулига қараб: бирламчи тортилиш билан битувчи ва иккиламчи тортилиш билан битувчи жароҳатлар.

Жароҳат каналининг харатерига кўра: тешиб ўтувчи, тегиб ўтувчи, кўр.

Жароҳатнинг битиш фазалари: гидратация (оғриқ, температура, шиш, инфильтрация), регенерация ёки дегидратация.

Жароҳатнинг ёмон битиши сабаблари:

Умумий: иммун системасининг етарли ривожланмаганлиги, гиповитаминоз, сурункали яллиғланиш касалликлари, қандли диабет, юрак ва буйрак етишмовчилиги.

Маҳаллий: йирик қон-томирларнинг шикастланиши, жароҳатда ёт жисмларнинг бўлиши, жароҳатда некротик тўқималарнинг бўлиши, суюқ бўлаклари, вирулент микроорганизмлар.

Жароҳатлар битишининг 2 тури тафовут қилинади: жароҳатнинг биламчи битиши (5-6 кун), жароҳатнинг иккиламчи битиши.

Жароҳатлар битиш жараёнига таъсир қилувчи омиллар: бириктирувчи тўқима ҳужайралари (фибробластлар, фиброцитлар), сув ва электролит баланси билан боғлиқ асосий оралиқ субстанция, коллаген толалар.

3-9 кунларда жароҳат чеккаларининг очилиб кетиши хирургик инфекция билан боғлиқ бўлмай, балки қуйидагиларга боғлиқ: гипопротеинемия, гиповитаминоз, сув-электролит балансининг бузилиши, қон фибринолитик системасидаги бузилишлар, организм иммунобиологик кучларининг ҳолати.

Жароҳатларнинг иккиламчи битиши сабаблари:

Маҳаллий: жароҳат чеккалари ҳаётга лаёқатлигининг йўқолиши, жароҳат чеккаларининг бир-бирига тўғри келмаслиги, катта бўшлиқ, қонталаш мавжудлиги, вирулент инфекция мавжудлиги.

Умумий: кахексия, гипо- ёки авитаминоз, модда алмашинувчини бузулиши, инфекция касалликлар.

Грануляциян тўқима қаватлари: лейкоцитар-некротик (лейкоцитлар), қон томирлар (полибластлар ва коллаген толалар), вертикал қон томирлар қавати (фибробластлар, ҳужайралараро моддалар).

Келлоид чандиқларнинг сабаблари: нерв, эндокрин системаларидаги бузилишлар, маҳаллий қон айланиш етишмовчилиги.

Жароҳатлар бўлиниди: асептик, бактериал – ифлосланган, инфицирланган – яллиғланишнинг клиник манзараси пайдо бўлади, йирингли.

Иккиламчи инфицирланиш: бу шикастланувчига биринчи ёрдам кўрсатишда ва даволаш жараёнида асептика қоидалари бузилишининг натижасидир! Ҳарбий дала шароитида ёки кўчадаги травматизмда ҳамширалик жараёнини режалаштиришда бу ҳолатни эътиборга олиш лозим.

Жароҳатни даволашдан мақсад: шикастланган аъзо ва тўқималарнинг бирламчи ҳолатини, фаолиятини тиклаш, ривожланиши мумкин бўлган асоратларни олдини олиш.

Асептик, инфицирланган ва йирингли жароҳатларни даволаш усуллари турлича: шикастланувчининг мурожат қилиш вақтига, жароҳат турига, жароҳатга тушган микроорганизмларнинг вирулентлигига.

Жароҳатларни даволашда қўлланилади: операция ва қайта боғлаш усуллари, маҳаллий ва умумий медикаментоз, физиотерапевтик муолажалар, даволовчи бадан тарбия.

Турли хил жароҳатларни даволаш: операцион жароҳатларни (дренажлаш, Редон дренажи), тасодифий жароҳатларни (жароҳатга бирламчи хирургик ишлови, жароҳат инфекцияси бўлганда иккиламчи хирургик ишлов бериш, бирламчи – кечиктирилган чоклар), инфицирланган ва йирингли жароҳатларни даволаш.

Жароҳатларга бирламчи хирургик ишлов беришнинг қадам-бақадам босқичлари: антисептик билан жароҳат атрофига ишлов бериш, анестезия, антисептиклар билан ювиш, гемостаз, ревизия, ёт жисмларни олиб ташлаш, жароҳатни кесиб кенгайтириш, чеккалари ва тубини кесиб олиб ташлаш, антисептик моддалар билан ювиб тозалаш, қаватма-қават чоклар қўйиш, асептик боғлам қўйиш.

Йирингли ва инфицирланган жароҳатларни даволашда қуйидаги чок турлари тафовут қилинади:

- Бирламчи – кечиктирилган чоклар жароҳатга бирламчи ишлов беришдан 2-4 кундан кейин қўйилади.
- Иккиламчи – эрта чоклар грануляцион тўқима пайдо бўлган жароҳатга 2 ҳафтадан кейин қўйилади.
- Иккиламчи – кечки чоклар 3-4 ҳафта ёки ундан кечроқ қўйилади.

Жароҳатларни даволашда қўлланилади: кимёотерапия – антибиотиклар, сульфаниламидлар, лазеротерапия гелий-неон

лазер, CO₂, лазер, оксигенобаротерапия, аэротерапевтик қурилмадаги абактериал муҳитларда, иммунологик кўрсаткичлардаги ўзгаришларга асосан иммунотерапия, диетотерапия – юқори калорияли озиқлантириш, баъзи токсинларни танлаб чиқариш – гемосорбция, плазмоферез.

КЎП СОНЛИ ЖАРОҲАТЛАР

XX аср охирларига келиб саноат ва қишлоқ хўжалигининг жадал ривожланиши, транспортнинг тараққиёти, катта тезликка эга бўлган автомобилларнинг яратилиши, кўп қаватли баланд турар жойлар қурилиши, табиий офатларнинг тез-тез юз бериши, темир йўл халокатлари туфайли одамларда кўп сонли оғир жароҳатлар учраши кескин кўпайди. Бу жароҳатлар 15-40% ҳолларда ўлим билан тугайди. Кўпчиликда эса жароҳат асоратлари туфайли ногиронлик кузатилади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотлари бўйича, кўп сонли жароҳатлар оқибатида юз берадиган ўлим юрак-қон томир касалликлари ва ўсмалардан кейинги учинчи ўринни эгаллайди. Политравма – икки ёки ундан кўп анатомик соҳага эга жароҳат бўлиб, улардан биттаси ёки биргаликда бемор ҳаётига хавф солиши мумкин. Бу эса тез ва самарали тиббий ёрдамга муҳтож ҳолатга айтилади. Ҳар-хил халокатлар, уруш, бу жароҳатлар эпидемиясидир. Халокатларни 1/5 қисми бош мия жароҳати, 1/10 - кўкрак ва қорин бўшлиқлари аъзолари, 1/3 - қўл ва оёқлар жароҳати, 1/4 - 4/5 - аралаш жароҳатлар, 1/50 - 1/20 - комбинациялашган жароҳатлар, эзилиш синдроми (Краш синдроми) – то 1/2 - учраши мумкин. Ушбу беморларнинг 1/5 қисми - реанимацион ёрдамга муҳтож, яна 1/5 қисми - жарроҳлик амалиётига муҳтож, 2/5 қисми - нейрохирургик ёрдамга муҳтож, 1/25 қисми - агония ҳолатидаги беморлардир. Политравмада ўлим – беморларни 2/3 қисмида кузатилади, биринчи ёрдам вақтида кўрсатилганда – 1/2 қисмида, малакали ёрдам кўрсатилганда ўлим – 1/6 қисмини ташкил этади. Кўп сонли

жароҳатларни классификациялаш ва терминологиясини яратиш учун кўп олимлар ва мактаблар томонидан таклифлар берилган. Классификация бўйича жароҳатларнинг монотравма (якка жароҳат) ва политравма (кўп сонли жароҳат) турлари ажратилади (А. В. Каплан, 1975 й.):

I. Монотравма (якка жароҳат), таянч-ҳаракат аъзоларидаги бир анатомик сегментнинг, ёки бир бўшлиқдаги бир аъзонинг шикастланишидир. Монотравманинг монофокал ва полифокал турлари қайд этилади.

II. Политравма, таянч-ҳаракат аъзоларидаги икки ва ундан ортиқ сегментларнинг синиши, бир ёки ундан ортиқ анатомик-функционал соҳадаги бир неча аъзоларнинг жароҳатланишидир. Қон томир ва нервларнинг турли анатомик соҳалардаги жароҳатлари ҳам шулар жумласига киради. Политравманинг қуйидаги турлари фарқланади:

1) Кўп сонли синишлар (полифрактуралар) - бир бўшлиқда икки ёки ундан ортиқ аъзоларнинг шикастланиши, таянч-ҳаракат системасида икки ва ундан ортиқ сегментларнинг синиши.

2) Аралаш жароҳатлар – бир неча бўшлиқлардаги аъзоларнинг, ёки икки ва ундан ортиқ аъзолар системасининг турли анатомик-функционал соҳалардаги жароҳатларидир.

3) Омухта (комбинациялашган, бир неча хил) жароҳатлар - бир неча хилдаги ташқи жароҳатловчи омилларнинг таъсир этиши тўғрисида рўй беради. Масалан: механик ва термик, электр ва механик, нурланиш ва кимёвий таъсир, бир вақтда суякнинг синиши ва куйиш; ўткир нур касаллиги ва бош миёна жароҳати ва ҳ. к.

Беморда политравма ҳолати рўй берганида, жароҳатларнинг бири доминант ҳисобланади ва бемор аҳволининг оғирлигини аниқлайди ҳамда унинг ҳаёти учун энг кўп хавф тўғдиради. Бошқа оғирроқ бўлмаган жароҳатлар йўлдош жароҳат деб юритилади ва инсон ҳаёти учун унчалик хавф тўғдирмайди. Травматик касалликнинг патогенези ва клиник белгилари жуда мураккаб

бўлиб, бемор организмида кетма-кет келувчи ва бир-бири билан узвий боғлиқ бўлган қўйидаги даврлар ажратилади:

1. Шок – бир неча соатдан бир неча кунгача давом этади.

2. Нисбий стабиллашиш ва асоратларнинг юзага келиш хавфи бор давр бир ҳафтагача давом қилади.

3. Кечки асоратларнинг юзага келиши – бир неча ҳафта давом этади.

4. Соғайиш – жароҳатланган аъзолар ва системалар анатомик бутунлиги ва фаолиятининг қайта тикланиши бир неча ойлар ва узоқ вақт давом этади.

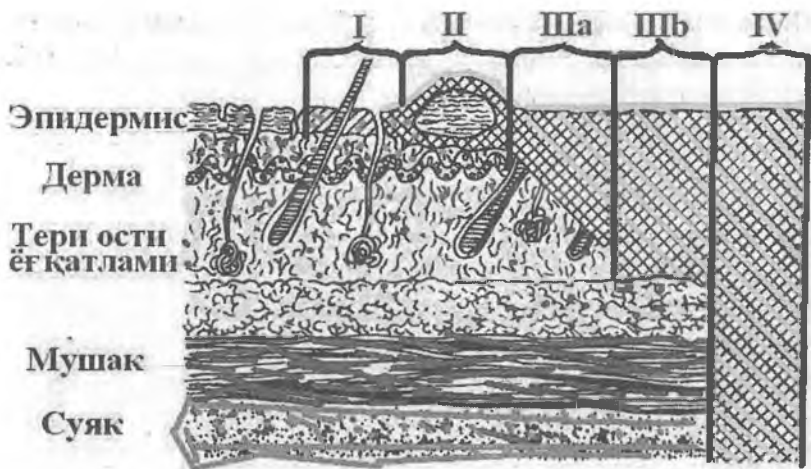
Кўп сонли, аралаш ва омукта жароҳатлар клиник белгиларининг ўта оғирлиги, бутун организмнинг ҳаёт учун зарур фаолиятининг издан чиқиши, тўлиқ ва аниқ диагностиканинг қийинлиги, даволашнинг мураккаблиги, ногиронлик, ҳамда ўлимнинг юқорилиги билан характерланади ва монотравмадан фарқ қилади. Ушбу жароҳатлар кўп ҳолларда травматик шок, кўп қон йўқотиш, қон айланиши ва нафас олишнинг бузилиши билан кечади.

Демак политравма оғир кечиши билан клиник манзарани ифодалайди ва ҳамширалик диагностикаси, даволаш муолажалари тинчлик даврида ва уруш пайтида тезкор ҳаракатлар билан фарқланади. Ҳозирги кунда замонавий қуроолларни технологиялари ривожланган бир даврда ҲДХ муаммолари ҳам кўпайиб бормоқда. Бу ҳолат албатта политравмаларни ҳам ўз ичига олади.

Кўйиш

Кўйиш (combustio) – термик, химик, нур энергияси, электр токи таъсирида келиб чиқувчи шикастланиш (77-расм).

Турлари: термик (иссиқлик), Кимёвий, электр токи, нурлар таъсирида кўйиш. Кўйишдан кўпинча оёқлар зарарланади (1/2 қисми), бош, қўллар ва тана соҳаларининг бошқа қисмларини кўйиш нисбати тахминан бир хил.



77-расм. Куйишда тўқиманинг чуқур шикастланиши

КУЙИШЛАР КЛАССИФИКАЦИЯСИ:

Чуқурлигини аниқлаш учун улар IV даражага бўлинади:

I даража – юзаки эпидермал.

II даража – тери юзаки қавати.

III а даража – терининг сўрғичсимон қисмигача куйиши.

III б даража – куйиш терининг сўрғичсимон қисмидан ҳам чуқургача тарқалиб, тери ости ёғ қаватигача.

IV даража – теридан чуқурдаги тўқималарнинг яъни пай, суяк, мушакларини куйиши (тўқималарнинг кўмирланиши ва некрози)

Куйиш майдонини умумий тана териси сатҳига фоиз нисбатини аниқлаш учун турли хил усуллардан фойдаланилади: А. Уоллес томонидан таклиф этилган «Тўққизлар қоидаси» (78-расм), Ю.Ю.Джанилидзе, Г.Д.Вилявин, Б. Н.Постниковлар томонидан таклиф этилган схема. Б.Н.Постников томонидан таклиф этилган махсус жадвал. Вилявин схемасида босқичлар ранглар билан белгиланади: I босқич – сариқ ранг, II босқич – қизил,

III босқич - кўк, IV босқич - қора; трансплантат – яшил.



78-расм. Куйиш сатҳини (тўққиз қоидаси) катталарда (а) ва болаларда (б) ва Виявин усулида (с) аниқлаш

Клиник манзараси. Умумий ўзгаришлар: кичик куйишларда аҳамияти кам, катта куйишларда аҳамиятли умумий ўзгаришлар ҳисобига (куйиш касаллиги вужудга келади). **Маҳаллий ўзгаришлар:** куйиш симптомлари куйиш даражасига боғлиқ бўлган ҳолда турлича бўлади (79-расм):

I даражали куйишда терини асептик яллиғланиши билан кечади капиллярлар кенгаяди, деворидан плазма чиқади, тери шишади. Куйган тери сатҳи қизаради, бир оз шишади, оғриқли. Бир неча кундан сўнг эпидермис қуриydi, қораяди, ғадир будирлашади, сўнг кўчади.

II даражали куйишда яллиғланиш белгилари кучаяди. Капиллярлар янада кенгаяди, деворлар ўтказувчанлиги ошади, шиш ортиб боради. Юзаки эпидермал қават шикастланган, лекин терининг сўрғичсимон қавати сақланган. Эпидермал қаватнинг тагида сероз суюқлик йиғилиши ҳисобига эпидермис кўчиши кузатилади. Иккинчи даражали куйишга хос пуфакчалар пайдо бўлади.

III а даражали күйишда терини юз қисмларини, баъзи жойларда бутун қаватигача, сўрғичсимон қават некрози бўлади, пуфакчалар, оқ ёки қора рангдаги доғлар билан қопланган, гиперестезия кузатилади. Ўлган тўқималар пўстлоқ ҳосил қилади, тририк тўқималардан демаркацион чизиқ ҳосил қилиб ажралади.



I даражали күйиш



II даражали күйиш



III даражали күйиш



IV даражали күйиш

79-расм.

III б даражали күйишда сўрғич қаватидан ташқари, тери ости қавати ҳам шикастланган. Тери оч кулрангда бўлиб, доғсимон кўринишда. Гиперестезия ёки тўлиқ анестезия. Битишида дағал, камэластик оқ рангли келлоид чандиқлар ҳосил бўлади.

IV даражали күйиш клиник манзараси. Бу даражада чуқур тўқималарнинг шикасланиши кўмирланиш кўринишида бўлади, суюклар ҳам шикастланиши мумкин. Тўқималар қора рангдаги синувчан ҳолатга келади. Күйиш ўз ўзидан битиши кузатилмайди. Некрэктомия ва ампутациялар қилинади.

Күйишлар тинчлик даврида ҳам, айниқса уруш даврида ҳам кўп учрашини ҳисобга олиб ҳамширалик жараёни режалаштирилади. Ҳарбий вазиятда ҳам бу чораларни аҳамияти катта. Эвакуация

билан биргаликда фавқулоддаги вазиятларда ҳам қуйидаги ёрдам турларини бажариш керак.

Куйишда биринчи ёрдам: жабрланган беморни оловдан озод этиш, устидаги ёнаётган кийимларини ўчириш ёки ечиб олиш, куйган соҳани совуқ сув оқимида оғриқлар тўхтагунича совитиш, асептик ёки махсус боғлам қўйиш, оғриқсизлантирувчи тадбирларни қўллаш.

Биринчи шифокорлик ёрдамини кўрсатиш. Куйган жароҳатларни даволаш бирламчи хирургик ишлов беришдан бошланади. Куйган жароҳат фурациллин оқими билан ювилади, пуфакчалар асосидан тешилади ва суюқликни чиқариб ташланади. Ажралган эпидермис қавати олиб ташланмайди.

Биринчи шифокорлик ёрдам кўрсатиш. Жароҳатга ёғли-фурациллинли ёки 0,5% йодопиронли боғлам қўйилади. Оғриқ қолдирувчилар инъекциялари: анальгин, баралгин, наркотик анальгетиклар. Бемор зудлик билан ихтисослаштирилган куйиш марказларига юборилади.

Даволаш. I даражада – 5% синтомицинли боғламлар қўйилади. Юз соҳасидаги куйишлар «очиқ» йўли билан даволанади (балиқ ёғи, облепиха ёғи). II-IIIА даражада – майда пуфакчалар кўчирилмайди, катта пуфакчалар асосида тешилади ва суюқлик чиқариб ташланади. Синтомицин ва левомеколь малҳамлари, ёғли-фурациллинли аралашмалар билан боғланади. II-даражали куйишлар 2 ҳафта давомида тузалади.

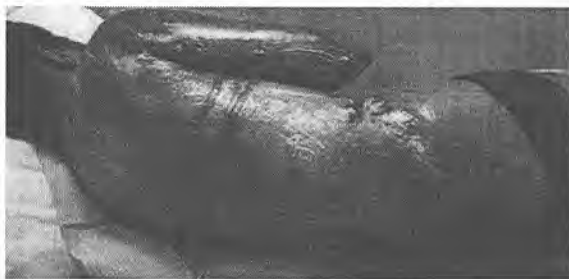
III А даражада куйишлар 3-4- ҳафта давомида тузалади. Қўл ва оёқлар куйишида «ёпиқ» усулда даволанади. Тананинг кенг қисмлари куйганда: юз, бадан «очиқ» усулда махсус аэротерапевтик ускуналарда даволаш ишлари олиб борилади. III Б-4 - даражадаги чуқур куйишларда некрэктомия қилинади. Некрэктомиядан кейинги ҳосил бўлган грануляцион тўқимани тери аутотрансплантати билан ёпилади, яни аутодермопластика қилинади. Тери 2 мм қалинликда соғ соҳалардан: сон, елка, қорин

олд девори, белдан махсус асбоб – «Дерматом» ёрдамида олинади. Олинган тери махсус ускуна «Перфоратор» ёрдамида тешилиб, грануляциялашган жароҳатга ўтказилади.

Куйишдаги асоратлар: бўғимларда контрактуралар, келлоид чандиқлар, трофик яралар ҳосил бўлиши, IV даражада кўмирланиш натижасида беморлар ногирон бўлиб қолишади.

Куйиш касаллиги

Касалликнинг белгилари тана сатҳининг 15% куйганда намоён бўлади. Болаларда тана сатҳининг 8-10% куйганда куйиш касаллиги ривожланади. Куйиш касаллиги 1-2 кун давом этган куйиш шокидан кейин ривожланади. Шокнинг эректил фазаси эркин кечади. Кўп миқдордаги рецепторларни куйиши натижасида ўлим ҳолати бўлади.



80-расм.

Куйиш токсемияси. Куйишнинг 2-3-кунига кучаяди ва 1-2 ҳафта давом этади (80-расм). Тўқима ва аъзоларнинг (жигар, буйрак) гипоаноксияси ривожланади. АҚҲ ва организмда сув миқдорини камайиши анурия ва уремияга олиб келади. Геморрагик ва эрозив гастрит, ошқозон ичак трактининг ўткир яралари ва улардан қон кетиш кузатилади.

Септик (септикотоксемик) босқич. Куйиш касаллигининг 2-3-ҳафтасида ривожланади. Жигар-буйрак етишмовчилиги, сувсизланиш, ацидоз, гипопро테인емия кучаяди. Оксидланиш процесслари бузилади. Бемор қонида микроблар пайдо бўлади.

Реконвалесценция босқичи. Куйиш касаллигини яхши кечиши билан реконвалесценция босқичи бошланади. Бошланиш муддати куйиш чуқурлиги ва майдонига боғлиқ. Беморларнинг аҳволи яхшиланади, иштахаси пайдо бўлади, эпителизация бошланади.

Куйиш касаллигини даволаш. Шокни даволаш учун кунига 2-3 соат ичида 1 литргача плазма, қон қуйиш лозим. Ундан ташқари 3-5 литргача тузли эритмалар, глюкоза, желатинол, реополюгликин қуйиш керак. Адекват оғриқсизлантириш учун: наркотик ва нонаркотик анальгетиклар, антигистамин дори воситалари юборилади.

Куйиш токсемиясини даволаш. Биринчи икки кунда тана оғирлигининг ҳар бир килограммига 3 мл тўғри келадиган ва куйган майдон ҳажмига кўпайтирилган инфузион даволаш олиб борилади. Инфузион терапия тана оғирлигининг 10% ошмаслиги керак. Масалан, бемор оғирлиги 70 кг бўлса, кун давомидаги инфузион суюқлик миқдори 7 литрдан ошмаслиги лозим (R.Moore, A.Wallace).

Токсемияни даволаш. Маҳаллий даво – некрэктомия, қон, қон ўрнини босувчи суюқликлар, оқсил препаратлари, аминокислоталар аралашмаси, антибиотиклар, витаминлар гемосорбция, биогемосорбция қилиш керак бўлади.

Септикотоксемияни даволаш. Юқори калорияга эга, оқсил, витаминли озиқ-овқат махсулотларини қабул қилиш, плазма, қон, витаминлар, антибиотиклар, ўз вақтида бажарилган некрэктомия ва тери қайта ўтказиш операциялари бажарилади.

Реконвалесценция босқичида даволаш. Дори-дармон билан даволашни камайтириб, тери ўтказиш бажарилади. Қон ўрнини босувчи воситаларни куйиш давом эттирилади. Даволовчи машқлар, реабилитация чоралари кўрилади.

Кимиёвий куйишлар: кислоталар, ишқорлар, оғир металл тузлари, фосфор.

Кимёвий воситаларнинг таъсири. Кислота ва оғир металл тузлари теридан сувни сўриб олади ва оқсилларни коагуляция қилади. Натижада коагуляцион некроз пайдо бўлади. Пустлоқ ҳосил бўлиши тезлашади. Ишқорлар тўқимадан сувни сўриб олиши ва оқсилларни парчалаши билан колликвацион некроз келтириб чиқаради. Натижада кўп миқдорда токсик маҳсулотлар ҳосил бўлади ва интоксикация ривожланади.

Фосфор ва порох билан куйиш. Куйиш жароҳатлари чуқур бўлади, чунки терига тушиши билан ёниши давом этади. Чуқур куйишлар ва некрозлар. 2-3 кундан кейин оғир интоксикация ривожланади. Сариклик ва анурия билан биргаликда ўткир жигар-бўйрак етишмовчилиги келиб чиқиши мумкин.

Кимёвий куйишларда биринчи ёрдам. Сув билан ювиш 5-10 дақиқа давомида. Кислота таъсир этган жойга 2% натрий бикорбонат аралашмаси билан ишлов бериш. Ишқорлар билан куйганда 1-2% уксус, лимон кислоталари билан ишлов бериш. Фосфор билан куйганда 5% мис купороси, 0,1-0,2% калий перманганат аралашмаси билан ишлов бериш.

Электротравма

Организмни электр токи ёки чақмоқ билан шикастланиши электротравма дейилади. Таъсир оғирлигини ток кучи, кучланиш ва таъсир этиш вақти ҳал этади. Электр токи таъсирида тўқима термик, химик, механик ўзгаришларга учрайди (81-расм).



81-расм. Электр токи таъсирида шикастланиш

Саноат қишлоқ хўжалигида ва кундалик ҳаётда электрлаштиришни кўп қўллаш электр токидан шикастланишлар сонини кўпайтириб юборди. Электр симларининг иккала қутубини ушлаганда тоқдан шикастланиш рўёбга келади, бу бошқа куйишлардан фарқ қилади. Электр токининг таъсир қилиши унинг кучига, кучланиши ва таъсир давомлигига боғлиқ бўлади. Электр токининг тури (доимий, ўзгариб турувчи, уч фазали) унчалик аҳамиятга эга эмас. Маҳаллий ток (220 В, 40-60 Гц/с) доимий тоқдан хавфлироқ. У ток билан контактда бўлганда организмда қаршилик пайдо қилдиради. Терининг қаршилиги қанча кам бўлса, ток таъсири шунчалик чуқур ва хавфли бўлади.

Электротравма клиник манзараси маҳаллий ва умумий белгилардан иборат. Маҳаллий белгилари: ўлчамлари 2-3 мм келадиган жигарранг сарғиш ва кулранг жароҳатларни аниқланади. Умумий белгилари: мушакларни тоник қисқариши, тоник фалажлик. *Енгил даражаларда* беморлар қўрқувни ҳис этадилар, қисқа муддатга ҳушдан кетадилар. Сўнгра бош айланиш, ҳолсизлик бўлади. *Ўртача оғирликда шок* клиник манзараси, нафас олишни тўхташи, ҳушни йўқотиш, юрак қоринчалари фибрилляцияси. *Оғир шикастланиш* ўлим билан тугайди.

Электротравмада биринчи ёрдам. Биринчи навбатда беморни таъсир этаётган тоқдан ажратиш керак (шахсий техник хавфсизлик қоидаларига риоя қилган ҳолда). Эркин нафас олиш йўқлигида ўпкани суний вентиляциясини қилиш (оғиздан оғизга ёки оғиздан бурунга). Юрак фаолияти тўхтаганда юракни билвосита уқалаш, дори дармонларни юбориш ва кислород бериш. Қоринчалар фибрилляциясида – **Дефибрилляция**. Бутун танани уқалаш.

Электротравмани маҳаллий даволаш. Шикастланган соҳани спирт билан ишлов бериш ва асептик боғлам қўйиш, некрэтомия ва терини қайта ўтказиш операцияси (тўқимани кўмирланиши юз берган бўлса – ампутация).

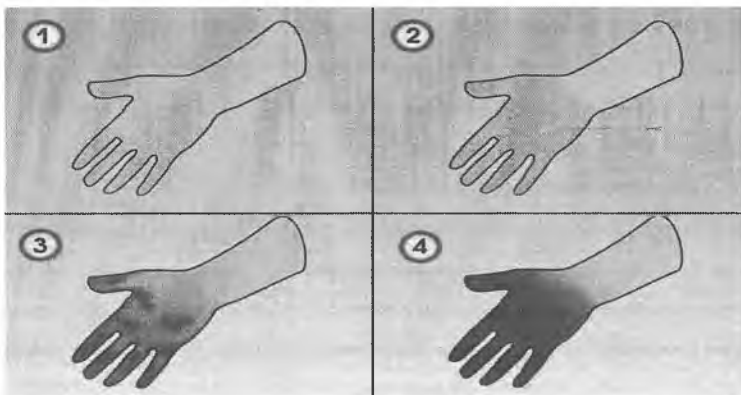
Илгари электр травмалар табиатдаги электр манбаи-чақмоқдан рўёбга келар эди. Биринчи ёрдам юқорида қайд қилингандай бажарилади. Чақмоқ уриши оғир ўтиши ҳам мўмкин: қўл-оёқ қоракўмирга айланиши, танадан ажралиб кетиши ҳам мўмкин. Оғир чақмоқ уришлар хирургик, травматологик бўлимларда, баъзан реанимация ва интенсив терапия бўлимларида даволанади.

Совуқ уриши

Совуқ уриши деб, паст ҳароратнинг таъсир қилиши натижасида тўқималар некрози ва реактив яллиғланишга айтилади. Ортиқча намлик, микроклимнинг бузилиши, тор кийим ва пойабзал, қон айланиши бузилиши, гиповитаминоз ва шу кабилар совуқ уриши учун қулай шароит яратади. Унинг асосий сабаби тўқималар ишемияси бўлиб, қон айланиши секинлашади, 20% ҳолларда қўл-оёқ шикастланади.

Совуқ уришлар таснифи: совуқ уришининг тўрт даражаси фарқ қилинади (82-расм).

I даражали совуқ уриши. Тўқиманинг 40 дақиқадан 60 дақиқагача совуқ уриши фақатгина терига таъсир қилади, вақтинча қон айланиши бузилади. Совуқ таъсирида тери рангсизланади, қонсизланади ва қотади («нуқсонли» ёки «кўринмас» давр). Соҳа иситилиши билан томирлар спазми камаяди, гиперемия фазаси бошланади. Плазма атрофдаги тўқималарга чиқади, шикастланган тўқимада шиш пайдо бўлади. 1-2 ҳафта ичида қон айланиши нормал бўлади, совуқ уриш белгилари йўқолади. Тери иссиқ, қизарган, баъзан қўнғир—кўк рангга эга бўлади, шиш вужудга келади. «Совуқ уриш беши» кўк-қизил рангни эслатиб, оғрийди, қичишади.



82-расм. Совуқ уришларнинг тўрт даражаси фарқланади:

Агар терини юзаки совуқ уриши тез-тез такрорланса, эпидермис қорамтир-кўк рангда шишади, бунини совуқ тегиши дейилади. Бу ҳол кўпроқ қўл-оёқ бармоқларида, товоңда, қулоқ, бурунда учрайди.

II даражали совуқ уришда терининг мальпиги қаватигача юзаки некроз бўлади. Совуқ таъсирида томирлар спазми кучли ва узоқ давом этади, сўнгра тўқималарнинг иситилиши уларни кислород очлигига – етишмовчилигига олиб келади. Зарарланган тўқималарда плазманинг тез ва кучли чиқиши терининг эпидермис қаватини кўтариб, қизғимтир – сероз суюқлиги бўлган пуфакчалар ҳосил қилади. Кўк-қизил тери сатҳи оғрийди, шишади.

III даражали совуқ уришда терининг чуқур қаватлари ва тери ости ёғ қавати зарарланади. Ўлган тўқималарда қайтариб бўлмайдиган ўзгариш рўёбга келиб, кўкимтир тус олади. Кўпинча томирлар тромбози бўлади, маълум вақт ўтгач демаркацион чизиқга эга бўлган тотал некроз кузатилади. Агар унга инфекция тушса, хўл гангрена бошланади.

IV даражали совуқ уришда терининг чуқур қаватлари, хатто суюқлар ҳам некрозга учрайди. 4-6 кун ўтгач аниқ ўлган тўқималар белгиланади, некроз чуқурлаша боради. 7-10 кун давомида бемор

ҳарорати кўтарилиб, юқори лейкоцитоз, сийдикда оқсил аниқланади. 1,5-2 ой орасида ўлган тўқималар ўз-ўзидан кўчиб ампутацияга учраши мумкин, апарат субфебрил бўлади.

Совуқ урган товон панжалари 4 ҳафталар ичида, товон эса 1-2 ой орасида узилиб тушади.

Совуқ уришда тўқималар ўлишининг асосий сабабларидан бири қон айланишининг бузилиши бўлиб, дистал томирлар қисқаргани ҳолда терминал қон айланиши ундан фарқли ўлароқ атоник кенгаяди. Бунда капиллярнинг веноз қисмида қоннинг секинлашиши ва тўхтаб қолиши кузатилади. Тўқималарда кислород етишмовчилиги микроциркуляциянинг пастлигидан далолат беради. Шу билан бирга гемолизланган эритроцитлар плазмага аралашиб, зарарланган қон томирлар девори орқали совуқ урган тўқималарга чиқади. Бу ҳол шиш ва терининг кучли цианозини ҳосил қилади. Кислороднинг етишмаслиги ҳамма қават тўқималарни, хатто суюқларни ҳам некрозга учратади.

Клиник манзарасида икки давр фарқланади: реактив давргача бўлган давр ва реактив давр.

Реактив давргача шикоятлар кам. Шикастланган соҳа рангсизланган, сезгирлик бузилган бўлади. Шиш кузатилмайди.

Реактив давр эса совуқ таъсири тўхтатилгач рўёбга келади. Бемор иситилгандан кейин қон айланиши бошлангач, совуқ уриш даражасини аниқлаш мумкин бўлади. Унинг белгилари совуқ уришнинг кучлилиги, давомлилигига боғлиқ тезкор контакт совуқ уришлар қаттиқ музлаган металллар, ашёлар, карбонат ангидрид (-110°C) ёки эриган ҳаво (-140°C) таъсирида рўёбга чиқади. Кўпинча контакт совуқ уриш бурун, қўл-оёқ, юз, лаб, тил ва қулоқда кузатилиб, одатда III ва IV даражали бўлади.

Биринчи ёрдам ва даволаш. Реактив даврда даволаш томирлар спазмини йўқотишга қаратилган бўлиб, бунда кислородга бўлган эhtiёжни қондириш зарур. Бунинг учун вазоконстриктор ҳолатни йўқотиш керак, томир ичига киши ҳароратидан юқорироқ

иситилган суюқлилар юборилади ва бемор иситилади. Совуқ урган жойни қор билан ишқалаш инфекция тушириш имкони бўлгани учун зарарлидир. Маҳаллий соҳа спирт, гибитан суюқлиги ёки тери рангига таъсир қилмайдиган антисептик моддалар билан дезинфекция қилинади ва иситувчи стерил доқа, пахта боғлаб қўйилади. Совуқ урган соҳани тез иситиш маҳаллий некрозга олиб келиши мумкин, айниқса иссик сувли ваннага тушириш мумкин эмас.

Реактив даврда даволаш совуқ уришининг даражасига боғлиқ.

Биринчи даражали совуқ уришда қуруқ боғлам ва кейинчалик физиотерапия (УВЧ, ультрабинафша нурлантириш) тавсия қилинади.

Иккинчи даражали совуқ уришда бирламчи хирургик ишлаш бажарилиб, тери юқорида қайд қилинганидек тайёрланади. Соҳага салбий таъсир қилмайдиган суртма дорилар, физиотерапия қўлланилади.

Учинчи ва тўртинчи даражали совуқ уришида соҳа 70⁰С спирт билан тозаланиб, қуруқ стерил боғлам қўйилади, қуруқ гангренада дезинфекцияловчи тез қурийдиган эритмалар боғланади. III-IV даражали шикастларда 3-5 кунда эрта некрэктомия қилинади. Бу қўл-оёқда узунасига капилляр қон пайдо бўлгунча бажарилади. Нам гарнгренада протеолитик ферментлар, гипертоник суюқлиги билан боғланади.

Демаркацион чизиқ пайдо бўлганда некрэктомия, кўрсатма бўйича ампутация ёки экзартикуляция бажарилади.

Хирургик ишлов бериш оғриқсизлантириш билан олиб бориш зарур.

Умумий совқотиш кам ҳаракат қилганда совуқ таъсирида пайдо бўлади. Тинчлик замонда кам учрайди (кема ҳалокати, альпинистларда кўнгилсиз воқеалар, алкогольдан чуқур заҳарланиш, ҳушдан кетиш, кома ҳолати.

Уруш даврида умумий совқотиш кўп учрайди, унда қон кетади, шок таъсирида тана ҳарорати пасайиб кетади ва совуқ уришга организм мойил бўлади. Совуқ аввало тана ҳароратини пасайтиради, периферик томирлар қисқариб тери оқаради, у эластиклигини йўқотиб, қуриб, ғадир-будур бўлади («ГОЗ» териси), мушаклар қисқариши натижасида, тук ва сочлар тикланади, тана ҳарорати 35С да юз оқаради. Цианоз, тизза, товон ва жинсий органларда оғриқ бўлади, сийдик келиши тезлашади-полиурия («совуқ диурези»). Кайфият бузилиб бепарқлик, апатия пайдо бўлади, чарчаш уйқуга тортади. Беморда галлюцинация юзага келиб, бемор ўзини иссиқ уйда деб ҳис қилади.

Умумий совқотиш тўрт фазадан иборат.

Совишнинг биринчи фазасида чекка вазоконстрикция туфайли иссиқлик ҳосил бўлишининг кўпайиши натижасида бемор ҳарорати +37⁰С атрофида туради.

Иккинчи фазасида максимал иссиқлик бўлишидан ташқари (актив ҳаракат, мускул тремори) бемор тана ҳарорти 1-2⁰С тушади. Оқарган, совиган терида оғриқ пайдо бўлади. Бемор ўз ҳушида бўлиб рефлекслар сақланиб қолиб, енгил психик қўзғалиш сезилади.

Учинчи фазасида ҳарорат 34-27⁰С гача пасаяди. Мушак тремори қотишга ўтади. 30⁰С ҳароратгача юрак уриши бир меъёردа бўлади, 30⁰С дан паст бўлганда дастлаб юрак етишмовчилиги вужудга келади, аритмия, брадикардия кузатилади.

Тўртинчи фазасида бемор танаси ҳарорати 27⁰С гача пасайиб, тана аъзолари функцияси тўхтайдди, сохта ўлим белгилари пайдо бўлади. Нафас олиш, томир уриши зўрға аниқланади, рефлекслар бўлмайди. Кейинчалик ўлимга олиб келади.

Даволаш. Агар совуқ таъсири ўз вақтида тўхтатилса, беморни ўлимдан сақлаб қолса бўлади. Аввал уни иситмоқ зарур, агар бемор ҳушидан кетмаган бўлса, қайноқ ичимликлар (чай, кофе) берилади. Сунъий нафас олдирилади ва билвосита юрак массаж

қилинади. 4 соатлик интервал билан гидрокарбонат натрий артерия ёки вена томирига юборилади. Агар совуқ олиш ўз вақтида тўхтатилган бўлса, организм аъзолари функцияси тезда ўз ҳолига келади.

Совуқ уришининг классификацияси

I даража. Терининг юзаки қаватлари шикастланиб, қон айланишни қайтувчи бузилишлари кузатилади. Қон томирларни спастик қисқариш туфайли шикастланган аъзода қотиши, оқариши ва оғриқ бўлади. Шикастланган аъзонинг капиллярлари фалажи натижасида гиперемия, шиш ва сезувчанликни йўқолиши кузатилади.

II даража. Терининг юзаки қаватини некрози кузатилади. Тери ва тери ости ёғ қаватининг инфильтрацияси кучаяди, сезувчанлик йўқолади. Сероз-геморагик суюқликни сақловчи пуфакчалар ҳосил бўлади.

III даража. Терининг чуқур тўқималарнинг шикастланади. Қон айланишни тўлиқ бузилиши, шикастланган аъзони некрози ва демаркацион чизиқ ҳосил бўлади.

IV даража. Суюқларни шикастланиши кузатилади. «Ўз ўзидан ампутация» ҳолатларига олиб келади.

Совуқ уришининг клиник манзараси. Реактив олди даври. Паст ҳароратни таъсир этиш вақтидан бошланади. Терининг оқариш, совиш ва сезувчанликни пасайиши бўлади. Реактив даври. Паст ҳароратни таъсир этишини тўхташиши билан бошланади. Совуқ урган соҳа шишган, қаттиқ, кўкимтир қизғиш рангда бўлиб оғрий бошлайди. Пуфакчалар ҳосил бўлиши мумкин.

Даволаш. Реактив олди даврида даволаш беморни иситишга қаратилган. Беморни 20⁰ дан 37⁰С гача бўлган иссиқ ваннага солинади. Шикастланган аъзодан ташқари. Вена ичига иситилган инфузион суюқликлар қўйилади. Қон томирларни кенгайтирувчи дори дормонлар буюрилади. Совуқ урган соҳага қуруқ асептик боғлам қўйилади. Реактив даврида даволаш совуқ уришининг

даражасига боғлиқ бўлади. I даражада: қуруқ асептик боғламлар ва физиотерапия. II даражада: бирламчи хирургик ишлов бериш, пуфакчаларни очиш ва олиб ташлаш, териға спирт билан ишлов бериш, асептик боғламлар ва физиотерапия. III-IV даражаларда: йирингли инфекция бошланган бўлса, Кимёвий некрэктомия, жароҳатлар йиринглаган ҳолларда эса некрэктомия, ампутация ёки экзартикуляция қилинади.

ХИРУРГИК ИНФЕКЦИЯ

Хирургик инфекция яллиғланиш синдромини ривожлантиради. Ташқи муҳитнинг организм ҳимоя реакцияларини чақирувчи омилларидан биттаси бу патоген микроорганизмлардир. Хирургик касалликларнинг жуда кўпчилик қисми инсон организми ва микроорганизмлар ўзаро таъсирининг натижасидир. Организмга тушган микробларнинг миқдори ва вирулентлиги қанчалик кўп бўлса, организм ҳимоя кучлари қанчалик суст бўлса, касалликнинг ривожланиш эҳтимоли шунчалик ортаверади ёки аксинча.

Микробларнинг организмга тушиши учун «кириш дарвозалари» мавжуд бўлиши керак, яъни тери ёки шиллиқ қаватларнинг бутунлиги бузилган бўлиши зарур. Йирингли яллиғланиш касалликлари ва жароҳат инфекцияси неча-неча асрлардан буён умумий жарроҳликнинг асосий муаммоларидан бири бўлиб келади ва шундай бўлиб қолмоқда. Муаммонинг муҳимлиги фақат йирингли касалликлар бўйича яратилган асосий қўлланмалардагина (В.Ф. Война-Ясенецкий, 1956; В.И.Стручков ва бошқа муаллифлар, 1984) эмас, балки йирингли жарроҳликнинг алоҳида мустақил бўлим қилиб ажратилиши (шу жумладан, хирургик касалликлардан махсус бўлимларнинг ташкил этилиши) билан ҳам таъкидланади. Шунини унитмаслик керакки, хирургик инфекция кенг тарқалган бўлиб, у хирургик касалликлар умумий миқдорининг 1/3 дан кўпроғини ташкил этади. Хирургик инфекцияни олдини олишнинг асосида қуйидагилар ётади: организм ҳимоя кучларини ошириш, терининг микрофлора билан ифлосланишини камайтириш, ҳар-хил шикастланишларни олдини олиш, жароҳатларга ўз вақтида хирургик ишлов бериш.

ХИРУРГИК ИНФЕКЦИЯ ТАСНИФЛАШ

Хирургик инфекция: 1) касалликни келтириб чиқарадиган микробларнинг турига боғлиқ ҳолда этиология (микроб флораси);

2) касалликнинг клиник ҳолати; 3) касаллик жараёнининг чекланиб олиши бўйича тавофут қилинади.

Этиология бўйича стафилококк, стрептококк, пневмококк, колибацилляр аралаш ёки кўп турли (полимикроб) инфекция ва бошқалар тавофут қилинади.

Жараённинг чекланиб олиниши бўйича хирургик инфекция тери ва шиллиқ пардаларнинг йирингли инфекциясига, кўкрак қафаси ва ўпканинг йирингли инфекциясига, бош ва бош миянинг юмшоқ тўқималари инфекциясига, қорин пардаси ва қорин бўшлиғи органларининг йирингли инфекциясига, суяк ва бўғимлар инфекциясига ва хоказоларга ажратилади.

Тўқималардаги ўзига хос патологоанатомик ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда касалликни клиник кўриниши бўйича таснифлаш жуда муҳимдир. Бунда қуйидаги турлар тавофут қилинади.

1. Ўткир хирургик инфекция.

1.1. Маҳаллий ўткир хирургик инфекция:

- а) ўткир нопецифик йирингли инфекция;
- б) ўткир чирик (путрид) инфекция;
- в) ўткир носпецифик анаэроб инфекция ёки Газли гангрена (қорасон);
- г) ўткир специфик анаэроб инфекция (қоқшол, куйдирган, жароҳат дифтерияси).

1.2. Умумий хирургик инфекция:

- а) ўткир носпецифик инфекция;
- б) ўтиб кетган (сурункали) умумий хирургик инфекция.

2. Сурункали хирургик инфекция:

- а) сурункали носпецифик инфекция;
- б) сурункали специфик инфекция (сил, актиномикоз, заҳм).

Ўткир хирургик инфекция маҳаллий ва умумий характерининг ўзгариши заминида келиб чиқади ёки касалликнинг септик кечиши (умумий хирургик инфекция) билан ажралиб туради. Ўткир жараён

учун касалликнинг тез бошланиб, оғир кечиши хосдир. Сурункали хирургик инфекция секин кечади, узоқ, баъзан йиллаб давом этиши мумкин, у босилиб қолиб, яна авж олиши мумкин. Гарчи касаллик бошлангандаёқ сурункали хусусиятга эга бўлса ҳам, кўпинча сурункали инфекция ўткир инфекциянинг давоми бўлади (суяк-бўғимлар сили, Брод абцесси).

Йирингли инфекцияга организмнинг реакцияси ва патогенези

Йирингли инфекциянинг ривожланишида тери ва шиллиқ қават *барьер* ларининг аҳамияти жуда катта. Микроблар учун бутунлиги бузилмаган тери ва шиллиқ қаватлари енгилмас тўсиқ бўлиб хизмат қилади. Механик ёки бошқа омилларнинг таъсири эпидермис ва шиллиқ қаватлар бутунлигини бузилишига олиб келади ва инфекция учун «*кириш дарвозалари*» очилади. Микроблар организмга арзимаган микротравмалар натижасида осонгина кириб олади ва тўқималараро бўшлиққа ўтиб, лимфа системаси орқали лимфа оқими билан тўқималарнинг чуқурроқ қатламларигача етиб боради.

Хирургик инфекциянинг кейинги ривожланиши ва йирингли жараённинг тарқалиши қўйидагиларга боғлиқ: организмнинг иммунологик ҳолатига, микробларнинг вирулентлигига.

Хирургик инфекциянинг ривожланишида тўқималарнинг иммунобиологик, анатомио-физиологик хусусиятлари катта аҳамиятга эга.

Ўткир йирингли инфекциянинг ривожланишига кириш дарвозалари соҳаси терисидаги трофик ўзгаришлар (қон қўйилиши, некроз), полиинфекция (бир неча хил микрофлораларнинг синергик), суперинфекция (вирулентлиги ҳар-хил бўлган янги тур микробларнинг кириши) олиб келади.

Хирургик инфекциянинг маҳаллий белгилари: қизариш, шиш, оғрик, температура, зарарланган аъзо ва тўқималар функциясининг бузилиши.

Бу симптомларнинг намоён бўлиш даражаси организмнинг реактивлигига боғлиқ. Яллиғланишга жавобан организмнинг қуйидаги раекциялари тафовут қилинади: гиперергик, нормергик, анергик.

Гиперергик реакция. Бу тур реакция учун яллиғланиш ўчоғида йирингли жараён, шишнинг кескин ривожланиши, кескин ифодаланган лимфаденит ва томирлар тромбози характерли. Бу жараёнлар кўпинча беморлар умумий аҳволининг бирданига ёмонлашуви билан кечади ва ўлим билан тугаши мумкин.

Нормергик реакция. Бу хил реакцияда жараён бироз секинроқ кечади, тўқималар реакцияси суст ифодаланган (бироз шиш), унча баланд бўлмаган температура ва бироз лейкоцитоз. Агарда даволаш вақтида ва тўғри бошланса, нормергик реакция осонгина даволанади.

Анергик реакция. Реакциянинг бу тури суст ифодаланган умумий ва маҳаллий симптомлар билан характерланиб, яллиғланиш чегараланган ва салгина ифодаланган шиш, нормаль ёки субфебриль температура билан кечади. Организмнинг иммунитети етарли даражада бўлса касаллик осонгина шифо топади ва ўтиб кетади. Агарда иммунитет паст бўлса унда жараён кескин тус олади.

Ҳар бир яллиғланиш жараёни организмнинг умумий реакцияси билан кечади ва қуйидагиларга боғлиқ бўлади: микрофлоранинг вирулентлигига, парчаланган тўқималарнинг сўрилиш интенсивлигига, макроорганизмнинг реактивлигига.

Организмнинг умумий реакцияси намоён бўлади: гектик температура, титроқ, бош оғриши, ҳолсизлик, ҳушнинг бузилиши, тахикардия, жигар ва буйрак фаолиятларининг бузилиши.

Даволаш принциплари. Ривожланган хирургик инфекцияни даволаш организм иммунобиологик кучларини максимал ошириш билан, микрофлора ривожланиши учун ноқулай шароитлар яратиш орқали олиб борилади:

Аҳолининг маиший санитар-гигиеник аҳволини яхшилаш, шу жумладан антибиотикларни кенг қўламда қўллаш хирургик инфекция ривожланиш сонини камайтиради. Вақт ўтиши билан микробларнинг антибиотикларга чидамли бўлган янги штаммлари пайдо бўлиши натижасида, хирургик муолажаларни талаб қилувчи йирингли касалликлар кўпаяди. Охириги йилларда хирургик инфекция билан курашнинг янги усулларини излаш – организм химоя кучларини ўрганишга, уларни кучайтириш ва мақсадга мувофиқ равишда қўллашга ундайди ва булар билан эса клиник иммунология шуғулланади. Инфилтратив яллиғланиш босқичида консерватив даволанилади. Даволашда маҳаллий ва умумий таъсир қилиш принциплари қўлланилади.

Маҳаллий даво: тинчлик, антисептик воситаларни маҳаллий қўллаш, физиотерапевтик муолажалар, новокаинли блокадалар.

Умумий даволаш: йирингли интоксикация билан курашиш, организм химоя кучларини фаоллаштириш, микроорганизмлар вирулентлиги пасайтириш, ҳаёт учун муҳим аъзолар фаолиятини яхшилаш, тўқималар регенератив хусусиятларини стимуллаш.

Йирингли интоксикация билан кураш қуйидагиларни ўз ичига олади: йирингни эвакуация қилиш, антитоксик хусусиятга эга бўлган воситаларни ишлатиш – физиологик эритма, 5% ли глюкоза, лактосоль, гемодез, поливинол, желатиноль, оксигено ва витаминотерапия, жигар ва буйрак фаолиятини яхшилаш.

Организм химоя кучларини фаоллаштириш: янги концентрациялашган қон ва эритроцитар масса қуйиш, фаол иммунизация: анатоксин, махсус вакциналар ишлатиш, пассив иммунизация: стафилококк анатоксини, антистафилококк плазмаси ёки гамма-глобулини, специфик бактериофаглар ишлатиш.

Антибиотиклар кенг ишлатилади: маҳаллий ишлатиш, суюқ ичига юбориш, вена ичига юбориш, артерия ичига юбориш, аортага юбориш, трахея ичига юбориш, юқорида кўрсатилган усулларни комбинацияси.

Энзимотерапия – маҳаллий, ингаляция ёрдамида, парентерал ишлатиш.

Оператив даво принциплари:

Операция олди тайёргарлиги: гигиеник ванна, хуқна, операция майдонини тозалаш. *Оғриқсизлантириш:* маҳаллий инфилтрацион, ўтказувчи анестезия; умумий анестезия – вена ичига, ингаляцион.

Операцион кесим кенг бўлиши керак, зарурият бўлганда қўшимча контрапертуралар қилиниши лозим, йирингли бўшлиқни икки бўшлиқли дренаж найчалар билан дренажлаш керак.

Маҳаллий йирингли касалликлар

Фолликулит – соч халтачаларининг йирингли яллиғланиши фолликулит дейилади (83-расм). Фолликулитда соч қопчаси атрофида оғриқсиз йирингли пуфакча пайдо бўлади. Давоси – консерватив муолажалардан иборат.

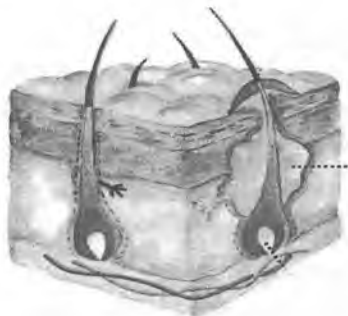


83-расм. Фолликулит

Фурункул – тери соч қопчаси ва ёғ безларининг йирингли яллиғланиши фурункул дейилади (84-расм). Фурункул кўпинча кийимлар билан шикастланувчи жойларда — бўйин, бел, сон ва елка соҳаларида учрайди.

Фурункул клиник манзараси: тери қичиши, санчилувчи оғриқлар, тери қизариши, терида шиш, субфебрил температура.

Фурункул асоратлари: лимфаденит, флегмона, юз веналарининг ва мия синусларининг тромбофлебитлари, йирингли артрит, сепсис.



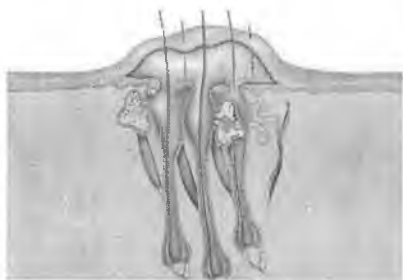
84-расм. **Фурункул**

Фурункул давоси. Умумий ва маҳаллий даво қилинади. Маҳаллий даво қилишда тўқималар ўчоғи атрофии 70% спирт ёки гибитан, гексахлоран билан яхшилаб артиб тозаланadi. Яллиғланиш ўчоғи бор жойдаги сочлар яхшилаб қириб ташланади. Дастлабки босқичда тери касаллигини йодпирон билан даво қилиш, кварц, соллюкс, УВЧ билан нурлантириш мумкин. Кейинги даврда эса антисептик малҳам дорилар (левосин, диоксидин, йодипорин мазлари) ва гипертоник эритмалари боғлов қўлланилади. Агар жараён яқин атрофдаги тўқималарни ҳам қамраб олса, у ҳолда йиринг ўчоғи кесилади. Шунингдек, ўраб олган юмшоқ тўқималарни новакаин ва таъсир доираси кенг антибоитиклар билан инфилтратив блок қилиш ҳам қўлланилади. Иссиқ компреслар тўғри келмайди, улар терининг мацерациясига ва инфекциянинг тарқалишига имкон туғдиради.

Агар жараён юқори ҳарорат ва заҳарланиш билан давом этса, ётиб даволаниш, жароҳатланган қўл-оёқларни иммобилизация қилиш зарур. Антибиотиклар, сульфаниламидлар ва бошқа антисептик дори-дармон бошланади.

Карбункул. Бир жойда жойлашган бир неча соч қопчаси ва ёғ безларининг умумий инфилтрат ҳосил қилиб, тери ва тери ости ёғ қаватининг некрози билан кечувчи йирингли некротик яллиғланиши карбункул дейилади (85-расм).

Патологоанатомик манзараси. Тери ва тери ости клетчаткасида бир жойда жойлашган бир нечта соч халтачаларни ҳамда ёғ безларини ўраб олган инфилтрат пайдо бўлади. Қон айланишининг бузилиши юз беради, тўқима кенг кўламда некрозга учрайди ва бу фурункулдан фарқ қилиб, барча тери ости тўқималарини қамраб олади. Некроз зонасида йиринг пайдо бўлиб, бир нечта соч халтачалари тешиги орқали ташқарига ажралиб чиқади. Кейин некрозга учраган тўқималар бир-бири билан бирикиб, катта вулқон оғзига ўхшаш ёриқ ҳосил қилади, бу ёриқ аста-секин грануляцион тўқима билан тўлиб боради.



85-расм. Карбункул

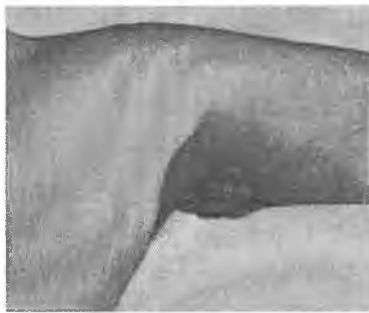
Клиникаси: тана ҳароратининг кўтарилиб титроқ тутиши, дағал, оғриқли яллиғланиш инфилтрати пайдо бўлиши, терининг шишиб таранглашиши, тери рангининг кўкимтир- қизғиш рангга кириши, элакка ўхшаш некротик соҳа пайдо бўлиши, кўнгил айниб, қусиш, бош оғриғи, уйқусизлик.

Асоратлари: тромбофлебит ва лимфангит, галвирсимон бўшлиқнинг тромбози, сепсис, йирингли менингит.

Даволаш. Карбункулни даволаш стационар шароитларида ўтказилади ва қуйидагиларни ўз ичига олади: ётоқ тартиби, бошланғич босқичларида антибиотиклар билан новокаинли блокадалар, иммобилизация, оғриқсизлантириш, антибиотикотерапия ва сульфаниламидлар, умумий анестезия остида шошинч даво. Умумий оғриқсизлантириш билан карбункул то мушак устидаги пардасигача гир айлантрииб ёки хожсимон қилиб яра кесилади. Некротик тери ва юмшоқ тўқималарнинг ҳаммаси то соғлом жойгача қирқиб олинади. Гипертоник эритма, фурацилин билан йирингдан тозалангач антбактериал маз суртилган тампонлар кунига 2 маҳал алмаштириб турилиши лозим. Протеолитик ферментлардан фойдаланилади. Некротик тўқималар шунингдек, 25% салицил кислота кристаллари таъсири остида ҳам яхшигина тушиб кетади. Диабет билан оғриган беморларга нисбатан бу даврда жадал инсулин билан даволаш қўлланилади.

Гидраденит бу апокрин тер безларининг йирингли яллиғланиши гидраденит дейилади (86-расм).

Клиникаси: локализацияси: қўлтиқ ости соҳаси, жинсий ва перианал соҳа, сут безлари соҳаси, тери остида тери билан ёпишган оғриқли тугун пайдо бўлиши, терининг кўкимтир-қизғиш тусга кириши.



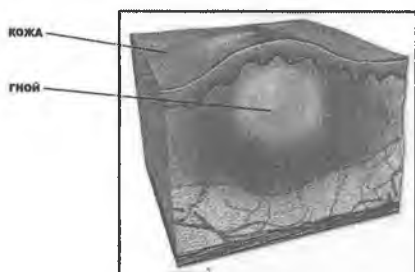
86-расм. Гидраденит

Даволаш: ультрабинафша нурлари билан нурлаш, УВЧ қўллаш, новокаинли-антибиотикли инфильтрацион блокадалар, паст дозада рентгенотерапия, антибиотиклар, сульфаниламидлар, аутогемотерапия, инфильтрат абсцессланганда оператив даво қўлланилади.

Абсцесс (Хўппоз). Чегараланган йирингли бўшлиқ абсцесс дейилади. Абсцесс тери ости ёғ клетчаткасида, мушакларда, суяк ва ички аъзолар (ўпка, жигар, буйрак, бош мия) да учрайди.

Клиникаси: пульсацияланувчи оғриқ, шиш ва тери қизариши, флюктуация (тўлқинланиш) белгиси мусбат, тана ҳароратининг кўтарилиши, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, лейкоцитоз. Абсцессни диагностикасида флюктуацияни фарқлаш аниқлик киритади.

Агар хўппоз чуқур жойлашган бўлса, флюктуацияни аниқлаш мушкул. Бу ҳолларда компьютер томографиясини, ультратовуш билан синов пункцияси ёрдамида аниқланади (87-расм).



87-расм. Думба соҳаси абсцесси

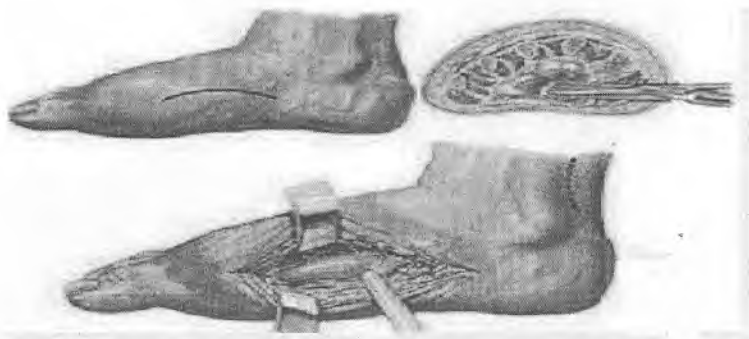
Дифференциал диагнози. Абсцесси флегмонадан, гидраденитдан, гематомадан, чурра тушишидан, аневризмадан, хавфли ўсмадан, шунингдек, совуқ абсцесс деб аталувчидан фарқлай билиш керак. Совуқ абсцесс суяклар ва бўғимлар сил билан зарарланган ҳолларда пайдо бўлади. Совуқ абсцессда

флюктуация бўлади, аммо ўткир йирингли яллиғланишнинг ҳамма белгилари сезилмайди.

Абсцессни даволаш: бошланғич инфильтрация босқичида консерватив муолажалар, флюктуация пайдо бўлганида оператив даво – йирингли бўшлиқни (абсцессни) очиш.

Флегмона. Тўқималарнинг тарқоқ йирингли яллиғланиш жараёни флегмона дейилади (88-расм) ва у кўпинча сийрак бириктирувчи тўқималарда учрайди. *Экссудатнинг турига* қараб сероз йирингли, йирингли–геморрагик, чириндили флегмоналар фарқланади. *Локализацияси бўйича:* эпифасциал, субфасциал, организмдаги ёғ қаватларини инobatга олганда флегмоналар махсус номланади: паранефрит, параколит, парапроктит. Инъекциядан сўнг пайдо бўлувчи флегмоналар фарқланади. Улар дори воситалар (10% NaCl, 25% аналгин, 25% кордиамин, реопирин) юборилганда инфекция тушганда пайдо бўлади.

Флегмонанинг клиник манзараси: оғриқ, титроқ, тана ҳароратининг баланд бўлиши (40°C), умумий ҳолсизлик.



88-расм. Панжа флегмонаси

Дифференциал диагнози. Флегмонани абсцессдан, гидраденитдан, кучайиб борувчи тромбофлебит ва лимфангитдан, шунингдек, гемотаген остеомиелит ва актиномикоздан фарқлаш лозим.

Флегмонани даволаш: фақат бошланғич босқичларидагина консерватив муолажалар буюриш мумкин. Жараён яна ривожланадиган бўлса шошилич равишда шошилич даво қўлланиши зарур.

САРАМАС (РОЖА)

Сарамас терининг, баъзан эса шиллиқ қаватларининг ривож олувчи ўткир яллиғланиш касаллиги бўлиб, унинг кўзғатувчиси А гуруҳ бета-гемолитик стрептококк ҳисобланади. *Сарамаснинг клиник манзараси.* Бирданига бошланиши, тана ҳароратининг кўтарилиб, титроқ тутиши, бош оғриши, «олов тилчалари» кўринишида тери қизариши, терининг шишиши ва оғриқлилиги.

Сарамаснинг клиник шакллари: эритематоз (89-расм), буллёз, флегмоноз ёки гангреноз.

Эритематоз сарамас шаклида тери шиши ва қизариши кузатилиб, улар жараённинг сусайиши билан йўқолади. *Сарамаснинг буллёз* шакли терида сарғиш, лойқали ёки геморрагик суюқлик (экссудат) сақловчи пуфакчалар пайдо бўлиши билан характерланади. *Сарамаснинг флегмоноз ёки гангреноз* шакллари яллиғланиш жараёнига йирингли инфекция ва тери некрози қўшилса ривожланади.



89-расм. Иккала болдир соҳаси сарамаси

Сарамасни даволаш: сульфаниламидлар (стрептоцид) маҳаллий – кукун кўринишида сепилади, зарарланган соҳаларга бриллиант яшили билан ишлов бериш, сульфаниламид воситаларини (стрептоцид, этазол, сулфодиметоксин ва бошқалар) қабул қилиш, антибиотиклар буюриш, иложи бўлганида эса эндолимфатик йўл билан юбориш, пассив иммунизация – антистрептококк вакцинасини (10-20 мл қўллаш), витаминотерапия, десенсибилизацияловчи воситалар – димедрол ва бошқалар, флегмоноз шаклида йирингли ўчоқни очиш.

ЭРИЗИПЕЛОИД (ЧЎЧҚА САРАМАСИ)

Бу судралма эритема юқумли касаллик бўлади, қўзғатувчиси чўчқалар сарамаси таёқчасидир. Касаллик контакт орқали юқади. Касалликнинг яширин даври 3-7 кунга чўзилади. Уй бекалари, гўш ва балиқ саноати билан боғлиқ ишчилар касалланадилар.

Бунда тери қатламлари зардобли яллиғланади ва у катталашиб борувчи шиш, лимфостаз ва лимфангонт билан бирга кечади.

Клиник манзараси. Бошланганда бармоқларнинг орқа томони устида қичишиш, ҳарорати норма атрофида бўлади. 10-12 кундан сўнг ўткир яллиғланиш белгилари йўқолади, лекин бошқа панжа ва бармоқларга яллиғланиш ўтиши мумкин. Касаллик қўзиб туриши мумкин.

Дифференциал диагнози: дерматит, хасмол, бармоқнинг бир бўғимаро, артрити, сарамасдан фарқлаш керак.

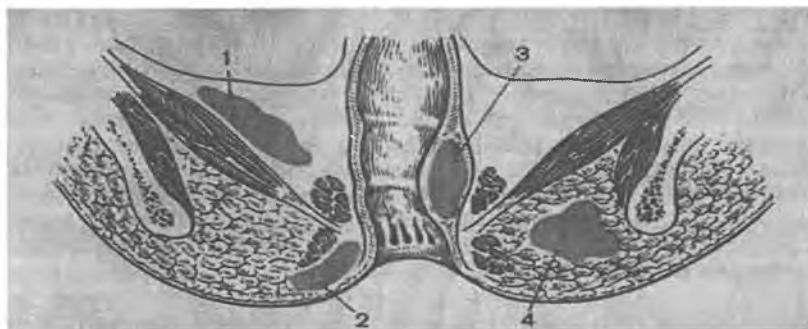
Даволаниши. Бармоқ иммобилизация қилинади, пенициллин-новокаин блокадалари, кварц нурлар билан экспозициялаш, рентгенотерапия, специфик зардоблар қўлланилади.

Ўткир парапроктит

Тўғри ичак атрофидаги ёғ клетчаткасининг йирингли яллиғланиши ўткир парапроктит дейилади. Ўткир парапроктитнинг

тери ости, шиллиқ қават ости, қуймич-тўғри ичак, чаноқ-тўғри ичак ва тўғри ичак орқаси парапроктитлари тавофут қилинади.

Патологик-анатомик манзараси: тўқималар шишининг йирингли инфильтрацияси кузатилади. Йиринг тўғри ичак ва орқа чиқарув тешиги атрофидаги бириктирувчи юмшоқ тўқималарга тарқалади. Некротик тўқималар ёқимсиз хид чиқаради. Яллиғланиш чаноқ диафрагмаси устида тарқалиб, кичик чаноқда тўғри ичак орқаси абсцесслари пайдо бўлиши билан кечади (90-расм).



90-расм. Ўткир парапроктитда йирингни жойлашиши. Абсцесс фазасида. 1-чаноқ-тўғри ичак. 2-тери ости. 3-шиллик ости. 4-ишиоректал.

Ўткир парапроктитнинг клиник манзараси: анал соҳада пульсацияланувчи, кескин оғриқлар, дефекациянинг қийинлашиши, титраш билан намоён бўлувчи гектик тана ҳарорати, думба соҳасигача тарқалувчи, оғриқли инфильтрат пайдо бўлиши, флюктуация, инфильтрат устидаги терининг кўкимтир тусга кириши.

Дифференциал диагнози: орқа чиқарув тешигининг ёрилишидан, тўғри ичакнинг вена томирлари яллиғланишидан, ичак атрофидаги сурункали фистула (оқма яра) дан, ичак ўсмаларидан, ўткир кулунждан фарқлаш керак.

Ўткир парапроктитнинг давоси шошилиш равишида наркоз остида операция қилишдан иборат. Кесмалар тўғри ичакнинг ташқи

сфинктеридан 1,5-2 см узоқликда ўтказилади. Кесмалар радиал, ёйсимон, ёки бурчак шаклида бажарилади. Улар параректал бўшлиқни дренажлаши лозим. Йирингли бўшлиқ водород пероксиди, 0,02% ли хлоргексидин эритмаси билан ювилади. Анаэроб парапроктитда некротик тўқималарнинг кесиб ташлаш билан кенг ёришлар ўтказилади.

Операциядан кейинги даврда нажасни тўхтатиб туриш учун 3-4 кун парҳез қилинади. Антибиотиклар, интрофуран препаратлар, протеолитик ферментлар, оғриқни қолдирувчи дорилар, калий перманганат эритмали ванналар қўлланилади.

МАСТИТ

Сут безининг яллиғланиши мастит дейилади ва у кўпинча эмизикли аёлларда (90%), аксарият ҳолларда эса биринчи туғуруқдан кейин учрайди ва лактацион мастит деб аталади. Мастит чақалоқларда ва балоғатга етиш даврида ўсмирликларда ҳам учраши мумкин.

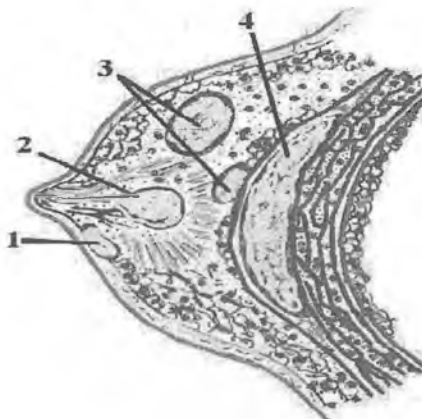
Маститнинг одатда қўзғатувчилари: стафилококклар, энтеробактериялар.

Сут безига инфекция тушиш йўллари: лимфоген, сут йўллари орқали, гематоген. Маститда инфекциянинг кириш дарвозалари: ареола ва сўрғичнинг ёрилишлари, сут бези шикастлари.

Мастит ривожланишига олиб келувчи *омиллар*: сут безида сутнинг туриб қолиши, яшаш шароитларининг антисанитар ҳолати, чақалоқ эмизиш даврида сут безига парваришнинг етарли бўлмаслиги.

Маститнинг клиник шакллари (91-расм):

1. Тери ости мастити. 2. Субареоляр мастит. 3. Интрамаммар мастит. 4. Ретромаммар мастит. 5. Панмастит



91-расм. Мастит абсцессларининг хиллари. 1-субареоляр. 2-сут йўллари ретенцияси, 3-интрагландуляр, 4- ретромаммар.

Маститда яллиғланиш жараёнининг ривожланиш босқичлари: сероз (бошланғич), ўткир инфилтратив яллиғланиш, флегмоноз яллиғланиш, гангреноз, сурункали инфилтратив яллиғланиш босқичлари.

Сероз яллиғланиш босқичида мастит клиник манзараси: тез бошланиши, титраш, сут бези ўлчамларининг катталашуви, шиши ва дағаллашиши, пайпаслаганда оғриқ.

Ўткир инфилтратив яллиғланиш босқичида мастит клиник манзараси: катталашган сут безида дағаллашган ўчоқ ва унинг устида тери гиперемияси аниқланиши, тунги оғриқларнинг пайдо бўлиши, уйқусизлик, умумий ҳолсизлик, тана ҳароратининг 40°C гача кўтарилиши, лейкоцитознинг ортиши, ЭЧТ нинг ошиши.

Флегмоноз яллиғланиш босқичида мастит клиник манзараси: бемор умумий аҳволининг кескин ёмонлашуви, тана ҳароратининг $39-40^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилиши, титроқ, септик ҳолат, тил ва лабларнинг қуруқлашуви, уйқусизлик, бош оғриши, иштаҳаси йўқолиши, сут безида пастозлик, сут бези терисининг цианотик тус олиши, тери ости веналарининг кескин кенгайиши ва лимфангит ривожланиши, сўргичнинг ботиб кириши, лейкоцитознинг баланд бўлиши ва

лейкоцитар формуланинг чапга силжиши ва ЭЧТ нинг 60-70 мм/соат гача ошиши.

Сурункали инфилтратив яллиғланиш босқичининг клиник манзараси.

Бу босқич унча кўп учрамайди ва узоқ вақт давомида антибиотиклар билан маҳаллий даволаш натижасида жараён сурункали тус олиши тўфайли келиб чиқади. Бунда беморларнинг умумий аҳволи нисбатан қониқарли, тана ҳарорати субфебрил. Сут безида жуда дағал, бироз оғриқли тери билан ёпишмаган инфилтрат аниқланади.

Даволаш

Маститни сероз босқичида даволаш: сут безида сутнинг туриб қолишини олдини олиш (соғиш ёки сут сўрғич билан сўриб олиш), сут безини иммобилизация қилиш, антибиотиклар ва сульфанильамидлар буюриш, ретромаммар антибиотик-новокаинли блокада.

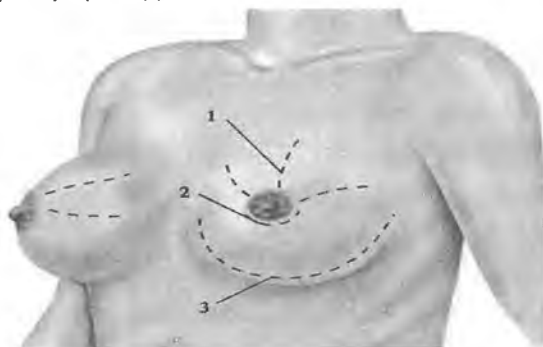
Маститни ўтқир инфилтратив босқичида даволаш: кенг таъсир доирали антибиотиклар буюриш, физиотерапевтик муолажалар (УФО, соллюкс, УВЧ-терапия), ретромаммар антибиотикли-новокаинли блокада, қон қўйиш, лактостазнинг олдини олиш.

Флегмоноз ва гангреноз босқичларда даволаш: беморларни стационарга келиши биланоқ оператив даволашдан иборат, йирингли бўшлиқ бир ёки икки, кенг радиар кесим билан очилиши зарур, кенг таъсир доирали антибиотиклар буюриш, қайта-қайта қон қўйиш, дезинтоксикацион терапия, умумий қувватлантирувчи терапия.

Маститнинг сурункали инфилтратив босқичида даволаш:

Йирингли бўшлиқ атрофида тоғайдек дағал капсула борлиги сабабли маститнинг сурункали инфилтратив босқичида консерватив даво муолажалари айтарли самара бермайди. Шу сабабли бу босқичда инфилтратни бутунлигича кесиб олиб

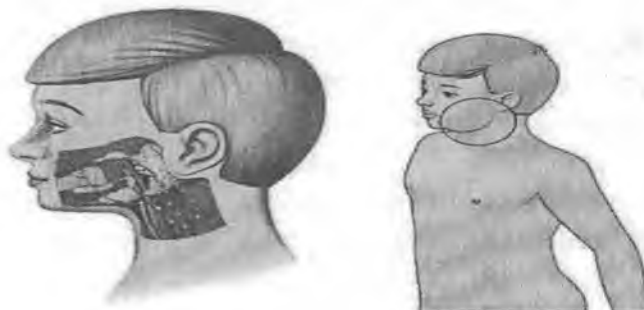
ташлаш ёки унинг марказидан радиар кесим қилиш зарур (92-расм). Капсула кесилганида унча кўп йиринг чиқмайди. Капсуладан гистологик текширув учун бир бўлак олиш зарур. Операциядан кейинги даврда физиотерапевтик ва антибактериал терапия муолажалари буюрилади.



92-расм. Йирингли маститда кесиш усуллари: 1,2-радиар, 3-ретромаммар абсцессда ёйсимон (Барденхайер услуби).

ЙИРИНГЛИ ПАРОТИТ (ТЕПКИ)

Parotitis purulenta (тепки) этиологиясида стафилококклар ва аралаш флора аҳамиятга эгадир. Инфекция перорал қулоқ олди сўлак безининг чиқарув найчаси орқали ёки гематоген, ёки лимфоген йўллар билан ўтади (93-расм). Саливация пасайиб кетади.



93-расм. Паротит

Сўлак безида маҳаллий шиш пайдо бўлади. Сўлак йўли яллиғланиши натижасида йўл тораяди ва сўлак ажралиб чиқиши тутилади. Яллиғланиш сўлак бўлакларига ўтади (сероз, кейин йирингли экссудация). Йирингли ўчоқчалар қўшилиб кетади, некротик ўзгаришалар кузатилади. Бўйинда, ташқи эшитув соҳасида, чакка қисмида йирингли оқмалар пайдо бўлиши мумкин.

Клиник манзараси. Сўлак бези соҳасида оғриқ, шиш пайдо бўлади. Беморнинг аҳволи ёмонлашади, ҳарорати 38-39° С гача кўтарилади. Бемор овқат ейишга, оғзини очишга қийналади. Кейинчалик инфильтрация кучаяди ва флюктуация пайдо бўлади. Шиш бўйинга, лунжга, юмшоқ танглайга, халқум деворига тарқалади. Баъзида еттинчи юз нерви чала фалажи юз беради. Даволанмаган ҳолда инфекция тарқалиши ўлимга олиб келиши мумкин. Паротитни юз флегмонасидан, чипқондан, пастки жағ остеомиелитидан, тишларнинг яллиғланиш касалликларидан фарқлаш лозим.

Даволашда оғиз бўшлиғи гигиенаси аҳамиятлидир. Уни антисептик суюқликлар билан чайиш, шиллиқ қисми массаж қилиниши керак. Бошида иситувчи компресслар ва физиотерапевтик тадбирлар (соллюкс, УВЧ), антибиотиклар қўлланилади.

Авж олган ҳолларда жарроҳлик даво тавсия этилади. Умумий анестезия билан пастки жағ орқа томони бўйлаб кесилади, юз нервларини шикастлантирмаслик ҳисобга олинади. Қулоқ олди бези капсуласи очилади, йирингли ўчоқ водород пероксид, хлоргексидиннинг 0,02% ли эритмаси билан ювилади, дренаж қилинади. Протеологик ферментлар, натрий хлориднинг гипертоник эритмаси, синтомицин эмульсияси, левомеколь, левосин, Вишневский малҳами қўлланилади. Организмнинг сувсизланишига қарши тадбирлар белгиланади, пархез тавсия қилинади, умумий куч-қувватга киритувчи даво, витаминлар буюрилади.

ЛИМФА ТОМИРЛАРИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШИ

Қўзғатувчи микроблар тўқималар ва тўқималараро бўшлиқларнинг лимфа томирлари бўйлаб тарқалади. Лимфа томирларида (lymphangitis) ва тугунларида (lymphadenitis) турли даражада яллиғланишга оид ўзгаришлар кузатилади.

Этиопатогенези. Яллиғланишга стафилококклар, кам ҳолларда бошқа микроблар сабаб бўлади. Микроб ва уларнинг токсинлари патогенетик аҳамиятга эга. Лимфангит кам ҳолларда бирламчи бўлади. Кўпинча у оқма яралар ёки маҳаллий йирингли жараён натижасида иккиламчи бўлади.

Морфологик ўзгаришларга тўқималар шиши, майда лимфа томирлари атрофида тарқалувчи инфильтрат авж олиши хосдир. Тўқималар инфильтрацияси, микроабсцесслар ва тромб пайдо бўлади. Атрофдаги тўқималарда иккиламчи паралимфангит кузатилади. сурункали жараёнда кўпинча лимфа оқшининг бузилиши. Баъзида фил оёғи касаллиги кузатилиши мумкин (elephantiasis).

Клиник манзараси жараённинг олдини олишга, инфекциянинг вирулентлигига, маҳаллий тўқима реакциясига боғлиқ. Юза майда лимфа томирлари (lymphangitis simplex) яллиғланганда сарамасга ўхшаб терининг қизариши бошланади. Тери қичишади, гоҳида ачишади, кучсиз иситма чиқади.

Йирикроқ лимфа томирларида (lymphangitis truncularis) ингичка қизил йўллари бўлади. Улар ўчоқдан регионал лимфа тугунларига чўзилиб боради. Шиш катталашади, оғриқ кучаяди. Чўқур лимфа тугунлари шикастланганда лохаслик пайдо бўлади, ҳарорат кўтарилади, шиш катталашади. Тўқима флегмоналари, сарамас, абсцесслар, кўчиб юривчи тромбофлебит ва сепсис рўй берганда иккиламчи асоратлар ривожланади.

Дифференциал диагностикаси тўқима флегмонаси, сарамас, ўткир ёки кўчиб юривчи лимфаденит, қорасон, анаэроб инфекциялар билан қилинади.

Давоси. Қўл ёки оёқни юқорига кўтариб кўйилади, тинч ҳолатда. Иситувчи компресслар ва бошқа физиотерапевтик тадбирлар бажарилади. Антибиотиклар ва сульфаниламидлар тавсия қилинади. Оқма яра, флегмона, абсцесс бартараф қилинади. Йиринг бўлган ҳолларда ўчоқ ёрилади, яраларга дренаж қўйилади. Сурункали босқичда бальнеологик даво ва кам дозаларда рентгенотерапия қўлланилади.

ЛИМФА ТУГУНЛАРИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШИ (ЛИМФАДЕНИТ)

Кўзғатувчилари йиринглатувчи микроблар. Лимфаденит такроран ривожланади. Инфекция яқиндаги лимфа тугунларигача бўлган лимфа томирларига ўтади (94-расм), сўнг йирик лимфа тугунларига ўтади. Гематоген йўл билан тарқалиши кам учрайди. Айрим ҳолларда инфекциянинг контакт орқали тарқалиши кузатилади.



94-расм. Жағ ости лимфаденити

Яллиғланишнинг зардобли, йирингли ва тикланувчи формалари (фазалари) кузатилади. Периаденит ривожланади. Зардобли яллиғланиш фазасида шиш, лимфа тугуни гепермияси бўлади. Сўнг фибриноз экссудация бўлади, йирингли шиш катталашади. Тугунлар капсуласини ва атрофдаги тўқималарнинг ўраб олган абсцесслар пайдо бўлади. Йиринг ёрилган ҳолларда узоқ битмайдиган оқмалар кузатилади. Ўткир лимфаплазия, фиброз индурация вужудга келади.

Клиник манзараси. Тугунда оғриқ ва шиш пайдо бўлади. Дастлабки босқичда тугунларни пайпаслаб кўриш мумкин, кейинчалик улар қўшилиб, ягона конгломерат ҳосил қилишади. Вирулентлик кучсизроқ бўлса, яллиғланиш пасаяди, экссудат шимилиб кетади, лимфа тугунлар аста-секин нормал ҳолатни эгаллаб олишади. Жараён йиринглаш ва парчаланиш (lumphadenitis purulenta) оқибатида мураккаблашиши мумкин. Бунда юқори ҳарорат, эт увишиши, аҳволнинг ёмонлашуви бўлади. Лейкоцитоз, лейкоцитар формулада чапга силжиш аниқланади.

Дифференциал диагнози. Лимфаденитни тер безлари яллиғланишида, абсцесс ёки флегмонада, сил, хавfli ўсма, лимфогранулематоз ва баъзи бир юқумли касалликлар (қизилча, ўлат, дифтерия-бўғма) да кузатиладиган лимфа тугунларининг катталашидан фарқлаш керак.

Давоси. Бирламчи ўчоқни бартараф қилиш керак. Инфилтратли босқичда беморга тинч ҳолат, иссиқ муолажалар, спиртли компресслар, сульфаниламидлар ва антибиотиклар қўлланилади. Антибиотик-новокаинли блокадалар ҳам қилинади. Йиринглаганда ўчоқ ёриб очилади ва дренаж қўйилади.

ОСТЕОМИЕЛИТ

Остеомиелит деб суяк кўмигининг яллиғланишига айтилади. Аммо ҳозирги вақтда бу термин суяк тўқимаси барча қаватларнинг яллиғланишига нисбатан ишлатилади: компакт қисмининг яллиғланиши – остит, суяк кўмиги – остеомиелит ва суяк усти пардаси – периостит. Остеомиелит инфекциянинг эндоген (гематоген) ёки экзоген йўл билан суяк тўқимасига тушиши натижасида ривожланади.

Остеомиелитнинг қуйидаги турлари тафовут қилинади: 1) гематоген остеомиелит, микробларнинг суякка қон орқали тушиши натижасида келиб чиқувчи тури ҳисобланади; 2) жароҳат ёки травматик остеомиелити, иккиламчи касаллик бўлиб, жароҳат инфекциясининг асорати сифатида ривожланади.

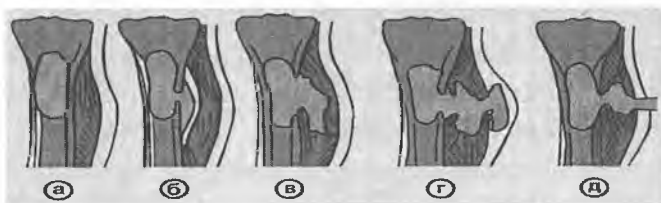
Гематоген остеомиелит – кўпинча ўғил болалар ва ўспиринларда учрайди. Жараён одатда сон ва катта болдир суяклари баъзан эса бошқа суякларда ҳам жойлашган бўлади.

Остеомиелитнинг кўзғатувчилари кўпинча қуйидагилар: стафилококклар - 60-80%, стрептококклар - 5-30%, пневмококклар, таёқчалар ва аралаш флора - 10-15%.

Остеомиелитда бирламчи ўчоқлар: фурункуллар, хасмоллар, флегмоналар, сарамас, инфицирланган жароҳат, кариоз тишлар, тонзиллитлар, бурун ёндош бўшлиқларидаги яллиғланиш жараёнлар.

Остеомиелит ривожланишига таъсир қилувчи омиллар: анатомио-физиологик, биологик ва иммунобиологик омиллар, олиб келувчи омиллар (суякларнинг шикасти, маҳаллий совуқ қотиш, авитаминозлар, умумий ҳолдан тойиш).

Анатомио-физиологик омиллар. Суяклар диафизи учун магистраль қон айланиш тури характерли, эпифизларда эса қон томирлар қовузлоқлар ҳосил қилганлиги сабабли микроблар суякда чўкиб қолади (эмболия назарияси), микробларни кириб олишига чиқиб кетувчи қон томирларнинг кенгайган қовузлоқлари ҳам ёрдам беради. Суяк эпифизлари бўғимлар капсуласи билан чамбарчас боғлиқ бўлганлиги учун яллиғланиш жараёни бўғимлардан метафизга осонгина ўтиши мумкин ёки аксинча.



95-расм. **Ўткир гематоген остеомиелитда инфекциянинг тарқалиши, а-суяк илиги абсцесси, б-суяк усти қавати ости абсцесси, в-г суяк тўқимасининг тотал йиринглаб кенг мушаклараро флегмонага ўтиши, д-флегмона ўзи ёрилиб, оқма ҳосил бўлиши.**

Ўткир гематоген остеомиелитда йирингли жараённинг тарқалиши: суяк кўмигининг яллиғланиши, суяк усти парда ости абсцесси, мушаклараро флегмона, тери ости флегмонаси.

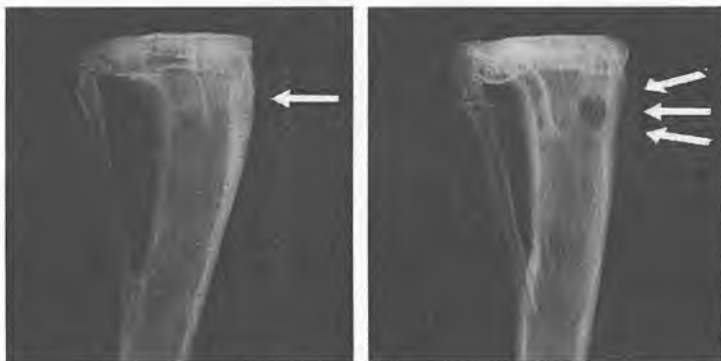
Патологоанатомик манзараси. Суяк кўмигига инфекция тушганида сероз яллиғланиш жараёни ривожланиб суяк кўмиги шиши ва гиперемияси билан кечади (95-расм). Сероз яллиғланиши тўқималар некрози ва флегмона ривожланиши билан асоратланиши мумкин. Йирингли инфекция гаверс каналлари орқали суякнинг компакт қатламига кириб суяк усти пардасининг йирингли яллиғланишини чақиради. Баъзан эса суяк усти пардаси ости абсцесслари ривожланиб суяк кортикал қатламининг емирилиши кузатилади. Гаверс каналлари соҳасидаги томирларнинг тромбози туфайли суяк компакт қатламининг қон билан таъминланиши бузилади, некроз ўчоқлари ривожланади. Суяк ва грануляцион тўқима билан ўралган бўлиб, бўшлиқда жойлашган, у эса кўп миқдорда йиринг ва аутолизга учраган суяк қолдиқларидан иборат бўлади. Вақти келиб йиринг юмшоқ тўқималарнинг ҳам яллиғлантиради ва ташқарига ёрилади. Бунинг оқибатда эса битмайдиган оқма яралар пайдо бўлиб жараён сурункали тус олади. Баъзан улар сўрилади, ёки фрагментлар кўринишида оқма яралар тешиги орқали ташқарига оқиб чиқади. Касалликнинг сурункали кечиши даврий равишда хуружлар бўлиши, мудровчи инфекциянинг узоқ вақт сақланиши ва вақти-вақти билан яллиғланиш хуружларини келтириб чиқариши билан характерланади. Суяқдаги қайта қурилиш жараёнлари зарарланган суяк компакт қатламининг склерозига олиб келиши мумкин. Узоқ давом этувчи йирингли жараён паренхиматоз аъзоларда дегенерация чақиради, жигар ва буйракда амилоидоз ривожланади.

Остеомиелитларнинг таснифи: 1) Ўткир остеомиелит: а) ўткир гематоген остеомиелит; б) ўткир травматик остеомиелит;

2) Сурункали остеомиелит: А). Бирламчи сурункали остеомиелит: а) Броди абсцесси, б) Олье альбуминозли остеомиелити, в) Гарре склерозловчи остеомиелити; Б). Иккиламчи сурункали остеомиелит.

Ўткир гематоген остеомиелитнинг клиник манзараси: ўткир бошланиши, тана ҳароратининг баланд бўлиб (39-40°C) титроқ тутиши, умумий ҳолсизлик, бош оғриши, кўнгил айнаши ва қусиш, тилнинг қуриши ва караш билан қопланган бўлиши, тахикардия, лейкоцитоз ва қон формуласининг чапга силжиши, кўпинча болалик ва ўсмирлик ёшида бўлиши, арзимаган ҳаракатларнинг оғриқли бўлиши, тери рангининг кўкимтир рангга кириши.

Гематоген остеомиелитнинг яшинсимон шакллари кескин интоксикация ва септик ҳолат билан, беморлар аҳволининг оғир бўлиши билан характерланади. Жигар ва талоқ катталашади, сариқлик пайдо бўлади, лейкоцитоз ва ЭЧТ ортади. Суякларда кўплаб инфекция ўчоқлари борлиги билан характерланади. Беморлар маҳаллий симптоматика бўлмаганида ҳам бир неча кун давомида нобуд бўлиши мумкин. Ўткир гематоген остеомиелитнинг (96-расм) диагностикасида суякларни рентген, пункция қилиш, суяк ичи босимини аниқлаш денситонометрия ва остеомиелитграфия усуллари ёрдам беради.



96-расм. Ўткир гематоген остеомиелитнинг рентген манзараси

Ўткир гематоген остеомиелитнинг асоратлари: умумий йирингли инфекция, анемия ва ички аъзоларнинг амилоид дегенерацияси, иккиламчи йирингли артритлар, патологик синишлар, анкилозлар, оёқ ва қўлларнинг деформация ва контрактуралари.

Ўткир гематоген остеомиелитни даволаш. Беморларга тинчлик зарур. Зарарланган оёқ-қўлларни иммобилизация қилинади (гипсли лонгеталар, баъзан эса скелет чўзиш усуллари). Дорилардан антибиотик, сульфаниламид ва нитрофуранлар ишлатилади. Суякларни микроперфорация қилиб йирингни чиқариш керак. Антибиотиклар юбориш учун нина ёки микроирригаторлар ўрнатиш, юмшоқ тўқималарда флегмоналар ривожланганда йирингли бўшлиқларни очиш, суяк каналини трепанация қилиб, дреңажлаш ва фаол аспирацияни йўлга қўйиш керак. Улар чегараланиб, остеомиелит сурункали шаклга ўтган ҳолатларда радикал тактика амалга оширилади.

Ўткир травматик остеомиелитнинг клиник манзараси. Суякларнинг синиши билан кечувчи катта шикастланишлардан кейин келиб чиқади. Бошланғич босқичларида жараённинг яширин кечиши. Жароҳатда суст грануляциялар, оқма яралар, шиш, кўчиб юрувчи флебит ва лимфангитнинг бўлиши кузатилади. Беморларни умумий аҳволи секин ёмонлашади, анемия ривожланади, тана ҳарорати ошади.

Инфекция бевосита найсимон суяклар териости тагига тушиб, кортикал қатлам гаверс каналларини зарарлайди, лекин чуқур қатламларига кирмайди. Натижада суяклар зарарланган соҳасида қон айланиши бузилиб, некроз ва демаркацион чизиқ пайдо бўлади, шу чизиқ бўйлаб ҳаётга лаёқатини йўқотган тўқималар кўчиб тушади. Рентген текширувида, суяк бўшлиқлари, суяк ичи склерози ва қалинлашган суяк усти пардаси аниқланади. Синган суяклар синишининг кескин сустлиги кўзга ташланади.

Ўткир травматик остеомиелитнинг асоратлари: сохта бўғимлар пайдо бўлиши, бўғимларда анкилоз ва контрактура ривожланиши, оёқ ёки қўлларнинг гангренага учраши, сепсис ривожланиши, ички аъзоларнинг амилоид дегенерацияси.

Ўткир травматик остеомиелитни даволаш. Тинчлик тартибига риоя қилиш керак, оёқ-қўлларни иммобилизация қилиш, антибиотик, сульфаниламид ва нитрофуран воситалари буюриш, қон ва қон ўрнини босувчи воситалар қуйиш, йирингли бўшлиқ чўнтақларини очиб ташлаш (97-расм), некрэктомия қилиш ва суяк қолдиқларини олиб ташлаш, йирингли яраларни ҳар куни санация қилиш, тўқималарнинг кўплаб зарарланиши ва сепсисда оёқ-қўлларни ампутация қилиш.



97-расм. Остеомиелитда йирингли бўшлиқ чўнтақларини очиб ташлаш

Бирламчи сурункали остеомиелит

Броди абцесси суякнинг ғоваксимон қатламида ривожланиб, ўткир гематоген остеомиелитнинг бир тури сифатида намоён бўлади. Бу касалликда бўғим атрофида суст вирулентли микроб сақловчи думалоқ шаклли бўшлиқ пайдо бўлади. Абсцесс ташқи томонидан дағал капсула билан ўралган бўлади. Беморларнинг шикоятлари ўнчалик кўп бўлмайди, оёқ ёки қўлларда кечалари кучаявчи бироз оғриқларга шикоят қилишади. Рентгенограммада суякларда думалоқ шаклли бўшлиқ борлиги аниқланади.

Броди абсцессининг давоси – оператив бўлиб, суякни трепанация қилинади, йиринг эвакуация қилинганидан кейин бўшлиқ плomba қилинади. Операциядан кейинги даврда антибиотик ва сульфанильамидлар буюрилади.

Олье альбуминоз остеомиелити суякнинг кортикал қатламида жойлашади. Касалликни вирулентлиги кучсиз инфекция чақиради. Қўймоқсимон йиринг пайдо бўлади, у суяк усти пардасини кўчиради. Касаллик оёқ қўлларда оғриқлар, субфебрил температура ва маҳаллий шиш билан характерланади. Яллиғланиш давомида унча катта бўлмаган суяк лари пайдо бўлади. Олье альбуминоз остеомиелитини даволаш ҳам оператив усулда. Бунда йирингли ўчоқ очилади, грануляцион тўқималар қириб олинади.

Гарре склерозловчи остеомиелити суякларнинг кескин склерози ва периостал қаватланиши билан кечиб, сифилитик остеопериоститни эслатади. Жараённинг кечиши бир мунча яхши бўлиб, бу касалликни даволашда асосан физиотерапевтик муолажалар, айниқса балчиқли аппликациялар ва ванналардан фойдаланилади.

Иккиламчи сурункали остеомиелитнинг клиник манзараси оқма яралардан йиринг аралаш парчаланган суяк парчалари чиқиши кузатилади. Жараённинг рецидивланувчи характердалиги уни “соат механизми ўрнатилган секинлаштирилган бомба” дейишга асос бўлди. Касаллик хуруж қилганида ўткир маҳаллий оғриқ пайдо бўлади, тана ҳарорати кўтарилади, юмшоқ тўқималар флегмонаси ривожланади, оқма яралар пайдо бўлади. Йиринг оқиб чиққанидан кейин беморнинг аҳволи яхшиланади. Жараён такрорланадиган бўлса яллиғланиш соҳасида тери ва мушаклар атрофияга учрайди, тери тагидаги суяк билан ёпишиб, битмайдиган яра ва оқмалар пайдо бўлади, бўғимларда контрактура ривожланади, ички аъзоларда амилоид дегенерация келиб чиқади.

Иккиламчи остеомиелитнинг диагностикасида рентгенограммаларда ҳар- хил ўлчамдаги ва шаклдаги, сақловчи

бўшлиқлар, периостал реакция ва компакт қатламида склероз аниқланади.

Иккиламчи остеомиелитни даволаш касалликнинг босқичига боғлиқ. Хуруж даврида ўткир остеомиелитни давоси буюрилади. Антибиотиклар камроқ дозаларда белгиланади. Суяк усти парда ости абсцесслари ва юмшоқ тўқималар абсцесслари кесиб очилади. Суяк трепанация қилиниб йирингли бўшлиқ очилади ва олиб ташланади. Шу билан олиб ташланганидан кейин унинг ўрнида суюқлик ёки йиринг тўпланишининг олди олинади. Ҳосил қилинган бўшлиқ парафин, пластмасса, консервацияланган тоғай тўқимаси, суяк аутотрансплантати ёки аллотрансплантат билан тўлдирилади.

Жароҳатдан кейинги остеомиелит

Жароҳатдан кейинги остеомиелит деб ҳар-хил жароҳатлардан кейинги асоратлар оқибатида суяк кортикал қисми, суяк устки пардаси, суяк илиги қисми ва суяк атрофии тўқималарнинг яллиғланиш ҳолатига айтилади. А.В.Каплан, С.С.Ткаченко (1975) фикрларига кўра посттравматик остеомиелит 1,4 то 2,4% учрайди, И.П.Карташова (1982) фикрича – 54,5% болдирда ва 32,4% оёқда учрайди. Ярада йиринглаш жараёни бошлангандан кейин ўртача бир ой ўтса сурункали остеомиелит пайдо бўлади. Унинг патанатомиясида асосий элемент – эркин ётган суяк қисмлари ёки суяк учлари йирингли жараённи ушлаб туради. Некрозга учраган суяк қисмларини некробиоз ҳолатида бўлади. Кейинчалик агар суякда йирингли жараён тугаб организм кучлилик қилса суяк қадоққа айланади ва қайта тикланиши мумкин. Агар жараён тугатилмаса бу суяк қисмлари ажралиб секвестр ҳолатига учраб ажралиб қолади ва кейинчалик уни олиб ташлаш зарур.

Остеомиелитга олиб келувчи факторлар: юмшоқ тўқималарнинг ва суякнинг қаттиқ эзилиши, суякни қопловчи тўқималарнинг жароҳат оқибатида арчилиб қолиб суякнинг очиқ ҳолатда қолиши, суяк ва атроф тўқималарнинг қон билан таъминланишининг бузилиши, суяк синишларида транспорт ва

умумий имоблизациянинг бузилиши, бирламчи жарроҳлик ишловининг нотўғри ва етарли ҳажмда ўтказилмаганлиги, суяк силжишларининг репозиция қилинмаганлиги, силжиган суякларнинг яра юзида очиқ қолиши, катта ҳажмдаги йирингли жараён ва унинг суяк илиги йўли билан тарқалиши кабилардир.

Шикастланишларни кўпайиши жароҳатлардан кейинги ва операциялардан кейинги остеомиелитнинг ҳам кўпайишига олиб келади. Жароҳатдан кейинги остеомиелитлар очиқ синишларнинг ва суяк синишларидаги операцияларнинг оғир асоратидир. Посттравматик остеомиелитлар жароҳатдан кейин 15- 50 % гача, операциялардан кейин эса у 3% ни ташкил этади. Йирингли асоратлардан кейин бу остеомиелитлар пайдо бўлиши кўпаяди, бу биринчи жарроҳлик ишловининг қандай ўтказилганига, яранинг ювилиши, тикилиши каби элементларга боғлиқ.

Суяк тўқимасининг яллиғланиши кўпчилик ҳолларда фақат суяк қирралари ёки *четининг яъни синган соҳанинг ўрни* билан чегараланиши ҳам мумкин. *Майдаланиб синишларда* суяк илигининг кўп жойи очиқ ҳолда бўлади шу сабабли суяк йиринглаши ва остеомиелити кўп учрайди. *Металлоостеосинтез* қилинган беморларда ҳам суяқда йирингли жараёнининг тарқалиши ҳолати кўп учрайди, металл тагидаги жойдан йирингни озод қилиш жуда мушкул. қўйилган шуруплар орқали йиринг суяк илиги йўлига тушиб тарқалади.

Жароҳатдан кейинги остеомиелит асосан сурункали кечади, беморлар кучли иситмага, оғриққа шикоят қилади, улар қонида лейкоцитоз пайдо бўлиб, лейкоформула чап томонга сурилади, ЭЧТ кўтарилади. Яра дрениллангандан кейин температура камаяди ва жараён чегараланиб қолади кейинчалик эса оқма яра пайдо бўлиб кўп ҳолларда ўзи ёпилиб кетади. Рентген суратларида суяк остеопорози, синиқ атрофида деструкция ҳолати пайдо бўлади, кейинчалик ация бошланади. Жароҳатдан кейинги, операциядан кейинги остеомиелитнинг асорати бўлиб сохта бўғимлар, суяк

дефектлари ҳосил бўлиши, кўп вақтлар ёпилмайдиган сурункали яралар бўлиши мумкин. Сениқ соҳасидаги суюк ностабиллиги ярадаги инфекциянинг кўпайиши, тарқалишига сабаб бўлиб суюк синишини кечиктиради ёки бутунлай суюк усишини тўхтатиб қўяди.

Иккиламчи ўзгарган суюк қисмлари олиб ташлангандан кейин суюк дефектлари ҳосил бўлади. Кейинчалик бемор умумий аҳволи яхшилашгандан кейин суюк пластикасининг сизларга маълум тури танланади ва пластик операция ўтказилади. Бу операция билан сегмент деформацияси, калталиги тикланади.

Операциялардан кейинги остеомиелит классификацияси: А/ Ўтказилган операция табиатига қараб: 1) суюклар синиши юзасидан; 2) юмшоқ тўқималар ўтказилган операциядан кейин; 3) ортопедик операциядан кейин.

Б/ Операциялардан кейин: 1) даволашга техник нарсалар ишлатилмаган ҳолларда; 2) техник материаллар ишлатилгандан кейин – металллар (винтлар, стерженлар, эндопротезлар, спицалар), ёт нарсалар ишлатилиши оқибатида (ауто-, алло-, ксенотрансплантатлар), интра- ва экстрамедулляр остеосинтез (ташқи ва ички), ёт жисмлар (салфеткалар, шариклар, қум- шағал). *В/ Пайдо бўлиш сабаблари бўйича:* 1) организацион хатоликлардан кейин; 2) тактик; 3) техник; 4) санитар-эпидемиологик; 5) соматик.

Г/ Клиник кўриниши бўйича: 1) ўткир; 2) ўткир ости; 3) сурункали.

Д/ Йирингли ўчоқлар сони бўйича: 1) монолокал; 2) билокал; 3) полифокал. *Е/ Асоратлар табиатига қараб:* 1) маҳаллий: кенг чандиқлар, терининг ярали дефектлари, йирингли артритлар, битмаган синишлар ва сохта бўғимлар; 2) умумий: анемия, паренхиматоз аъзолар амилоидози, оқсил алмашинувининг бузилиши, сепсис. *Ж/ Инфекция турлари ва унинг тарқалиши бўйича:* 1) аэроб флора (грамм+ ва грамм-, аралаш), 2) анаэроб (кlostридиал ва нокlostридиал), 3) эндоген йўли орқали, 4) экзоген йўли орқали. *З/ Тўқималар патологик ўзгаришларига*

қараб: 1) суюқлар ўчоқли ўзгариши (остит, чегараланган остеомиелит), 2) суюқ илиги орқали тарқалган чегараланмаган остеомиелит, 3) остеомиелитнинг маҳаллий тўқималар асоратлари билан кечиши (сохта бўғим ва битмайдиған яралар), 4) спицали остеомиелит (юзаки, чегараланган, чегараланмаган).

Даволаш. Жароҳатдан ва операциядан кейинги остеомиелитни даволашнинг асосини жарроҳлик усуллари ташкил қилади. Қўшимча усулларига эса кучли оптимал антибиотика терапияни амалга ошириш ва физиотерапевтик усулларни қўллаш лозим бўлади. Бу даврда ярадаги чоклар олиб ташланади, яра очилади, ҳамма қисми яхшилаб тозаланади, яра юзига антибиотиклар билан ишлов берилиб чиқарувчи мазлар ёки йирингни сўрувчи моддалар билан тўлдирилиб ёпилади. Қўйилган металл фиксаторларни олиш масаласи ҳар-хил хал қилинйши мумкин, яъни агар бошқа фиксация қилиш усули бўлса ўшани қўллаб металллар олиб ташланади ёки улар яна бир муддатга қолдириб турилади, лекин металлларнинг йиринглаб қолиш олдини олиш чоралари кўрилади.

АРТРИТ

Бўғимларнинг яллиғланиши артрит дейилади (98-расм) ва унинг сабаблари ҳар-хил бўлади – дистрофик, эндокрин, анафилактик, травматик. Кечишига қараб ўткир ва сурункали бўлади. Кўпинча бўғимларга иккиламчи инфекция тушиши натижасида яллиғланиши учрайди ва унга йирингли артрит ҳам киради. Йирингли артритнинг кўпинча қўзғатувчилари қуйидагилардан иборат: стафилококклар, стрептококклар, пневмококклар, энтеробактериялар, гонококклар, қорин тифи таёқчалари. Инфекция бўғимга ён атрофдаги йирингли ўчоқдан туғридан тўғри ўтиши мумкин, ёки сепсис ёки тромбофлебитда гематоген йўл билан ҳам ўтиши мумкин.

Клиникси. Йирингли артрит оғир клиник кўриниш билан намоён бўлади. Зарарланиш энг кўп учрайдиған бўғимлар бу: тизза

бўғимининг зарарланиши – гонит, чаноқ бўғимининг зарарланиши – коксит, елка бўғимининг зарарланиши – омаритрит деб юритилади.



98-расм. Тизза бўғими йирингли артрити

Йирингли артритда беморларнинг шикоятлари: бўғимларда оғриқ, ҳаракатларнинг чекланганлиги ва оғриқлилиги, оёқ қўлларнинг ярим букилган ҳолати, бўғимларда шиш ва ҳажмининг катталашганлиги, тана ҳароратининг баланд бўлиши, бўғим контурларининг текисланганлиги, бўғим соҳасида флюктуация аниқланиши, бўғим бойламлари ва тоғайи зарарланганида патологик ҳаракатларнинг пайдо бўлиши, бўғим юзаларининг крепитацияси.

Йирингли артритларнинг асоратлари: бўғимларнинг чала ёки тўла чиқишлари, деформацияловчи артрозлар, экзостозлар, бўғимлар анкилозлари.

Артритларни даволаш: бўғимларни иммобилизация қилиш, иситувчи муолажалар қилиш, оғриқ қолдирувчи воситалар буюриш, бўғимларни пункция қилиш ва сероз яллиғланишда бўғим бўшлиғига антибиотиклар юбориш, йирингли артритда артротомия қилиш, йирингли бўшлиқни санация қилиб, лаваж қилиш учун дренаж найчалар ўрнатиш, антибактериал терапия, қон ва қон

ўрнини босувчи суюқликлар кўйиш, операциядан кейинги даврда даво гимнастикаси, массаж, балчиқ ва сув муолажалари.

БУРСИТ

Бўғим шиллиқ халтачаларининг яллиғланиши бурсит дейилади (99-расм), ва у кўпинча препателляр ва тирсак халтачасида, баъзан эса елка ости, курак, ёнбош, дельтасимон бўғим халтачаларида учрайди.

Этиопатогенези. Инфекция шиллиқ халтачаларга тўғридан тўғри гематоген йўл билан тушиши мумкин, ёки жараённинг яқин атроф тўқималаридаги йирингли ўчоқлардан ўтишидан ривожланиши мумкин. Баъзан специфик сил ёки заҳм бурситлари кузатилади. Узоқ вақт механик таъсир бўлиш натижасида ривожланувчи касбий сурунқали бурситлари кузатилади (тош ўювчилар, руда кавловчилар, асфальт ётқизувчилар).



99-расм. Бўғим шиллиқ халтачаларининг яллиғланиши яъни бурсит ўткир ва сурунқали бурситлар тафовут қилинади.

Ўткир бурситнинг клиник манзараси. Жараённинг тез кечиши характерли. Зарарланган шиллиқ халтача соҳасида оғриқ, шиш,

қизариш ва баъзан флюктуация, тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади.

Сурункали бурситнинг клиник манзараси: шиш ва бироз маҳаллий оғриқ, зарарланган шиллиқ халтача деворларининг қалинлашганлиги, шиллиқ халтачанинг фибринга бой сероз суюқлик билан тўлиши.

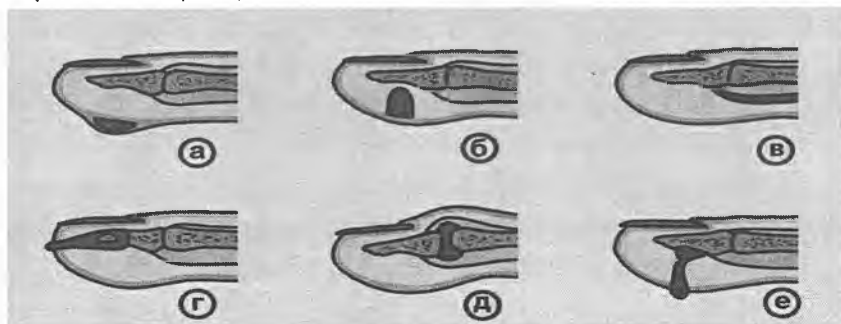
Ўткир бурситни даволаш. Тинчлик тартиби тавсия қилинади, оёқ қўллар иммобилизация қилинади, иситувчи муолажалар, шиллиқ халтачани пункция қилиб, экссудатни эвакуация қилиш ва бўшлиғига антибиотиклар юборилади, йирингли бурсит кузатилган ҳолларда эса йирингли бўшлиқ очилиб санация қилинади.

Сурункали бурситни даволашда радикал операция – шиллиқ халтачани экстирпация – қилиш амалга оширилади.

ХАСМОЛ (ПАНАРИЦИЙ)

Бармоқ тўқималарининг йирингли яллиғланиши хасмол дейилади. Унинг қўзғатувчилари кўпинча стафилококк, базан стрептококк, кам ҳолларда эса аралаш флора бўлиши мумкин. Бу патологик жараёнда маҳаллий анатомик структура катта рол ўйнайди (100-расм).

Хасмолнинг таснифи: тери, тери ости, пай, суяк, бўғим, паронихия, тирноқ ости хасмоли, пандактилит.



100-расм. Хасмол жойлашиши бўйича турлари: а). тери, б). тери ости, в). пай, г). суяк, д). бўғим, е). паронихия

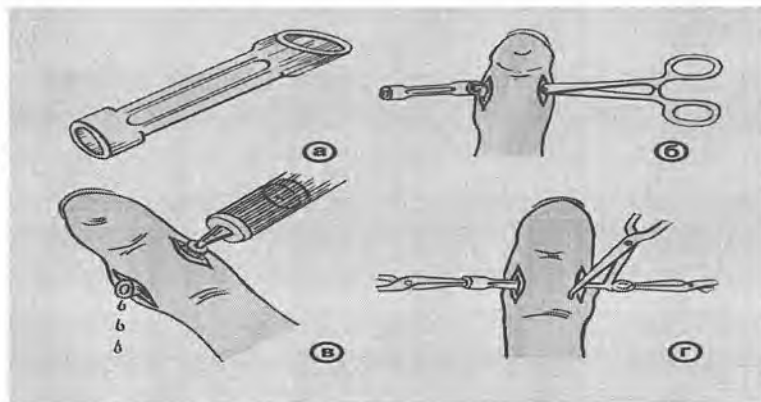
Клиник кўриниши: кучли оғриқ, тери гиперемияси, бармоқ функциясининг бузилиши: бармоқнинг ярим букилган ҳолати ва уни тўғирлашга интилиш кескин оғриққа сабаб бўлиши.

Тери хасмоли. Бунда яллиғланиш жараёни терининг ўзида жойлашган экссудат эпидермисни кўчиради.

Тери ости хасмоли. Бу хасмолларнинг ичида энг кўп учрайдиган тури бўлиб, кўпинча жараён тирноқ фалангасида кузатилади.

Тери ости хасмолининг клиник манзараси: пульсациялануви оғриқ, бармоқнинг шишиши, бармоқда ҳаракатларнинг чекланганлиги, тана ҳароратининг ошганлиги

Тери хасмоли оператив даволанади. Операция ажралган эпидермисни тўла олиб ташлаш ва гипертоник боғламлар қўйишдан иборат. Тери ости хасмолини асосий даволаш усули эрта операция ва антибиотикларни кенг қўламда ишлатишдан иборат. Энг кўп тарқалган кесиш усули бу бармоқнинг иккала томонидан қилинадиган ярим овал (101-расм) кесимдир. Жараён ўрта ёки асосий фалангаларда бўлса бўйлама йўналишда кесим қилинади.



101-расм. Хасмолда кўп тарқалган кесиш усули

Суяк хасмоли. Бирламчи ёки иккиламчи суяк хасмоллари тафовут қилинади. Бирламчи суяк хасмоли суяк ёки суяк усти пардасининг шикастланишидан кейин ривожланувчи жароҳат инфекциясида кузатилади. Иккиламчи суяк хасмоли эса юзаки хасмолларни етарлича даволамаслик оқибатида ривожланади.

Суяк хасмолининг клиник манзараси: суяк хасмолининг бошланғич босқичларида клиник белгилари тери ости хасмолини эслатади, бироқ бироз кескинроқ бўлиши мумкин, тирноқ фалангасининг колбасимон шиши, пайпаслаб кўрганда кескин оғриқ аниқланиши, тугунли зонд билан текширганда тарқоқ оғриқлилик аниқланиши, тана ҳароратининг 39-40° С гача ошиши.

Рентгенологик суяк деструкцияси касалликнинг 10-14 кунни аниқланади.

Суяк хасмолини даволаш. Эрта муддатларида бармоқни иммобилизация қилиш ва антибиотикларни кенг кўламда буюриш зарур. Агарда 2 кун давомида ўтказилган консерватив терапия муолажалари самара бермаса жарроҳлик амалиёти қилиш зарур. Касалликнинг эрта муддатларида жарроҳлик амалиёти йирингли бўшлиқни очиш ва некротик тўқималарнинг олиб ташлашдан иборат бўлади.

Бўғим хасмоли. Фалангалараро ёки кафт-фаланга бўғимларининг йирингли яллиғланиши бўғим хасмоли дейилади.

Бўғим хасмолининг клиник манзараси: доимий оғриқлар, бармоқнинг урчүқсимон шаклга кириши, тери гиперемияси, бармоқда одатий бўлмаган ҳаракатлар пайдо бўлиши, крепитация.

Бўғим хасмолини даволаш. Иккита параллель кесим билан артротомия қилиш, фалангалараро бўғимни резекция қилиш, кечиккан, оғир ҳолатларда эса бармоқни ампутация қилиш.

Пай хасмоли. Хасмолнинг бу тури узоқ вақт давомида бармоқлар фаолиятини бузилшига олиб келувчи оғир тури бўлиб, у пай қинларига микробларнинг бевосита түшиши натижасида ёки

юзаки хасмолларда яллиғланиш жараёнининг чуқурга давом этиши натижасида ривожланадиган йирингли яллиғланиш жараёнидир.

Пай хасмолининг клиник манзараси: бармоқнинг шишиши, бармоқнинг букилиб қолиши, фаол ҳаракатларнинг чекланганлиги, ҳаракатда айниқса бармоқни ёзиш вақтида кескин оғриқлар пайдо бўлиши, умумий ҳолсизлик, бош оғриши, тана ҳароратининг кўтарилиши.

Пай хасмолини даволаш. Пай хасмолини операция қилишда бармоқ асосий фалангасининг олд-ён юзаларидан иккита параллель ва пай қинларини очиш учун кафтда битта кесим қилиш етарли бўлади. Бўшлиққа резина пиликчалар ўрнатилади, кафт ва бармоқларга гипсли лонгета қўйилади.

Паронихия. Тирноқ асоси атроф тўқималарининг яллиғланиш жараёни бўлиб, бунда тирноқ валиги шишиб, териси қизаради ва оғриқли бўлади.

Паронихияни даволаш: дастлабки кунларда консерватив терапия муолажалари: ванночкалар, спиртли компресслар, тўқималарнинг антибиотиклар билан тўйинтириш самарали бўлади. Ўтказилган консерватив терапия муолажаларидан самара бўлмаганида эса жарроҳлик амалиёти қилинади.

Тирноқ ости хасмоли. Бу санчилган жароҳатлар, зирапчалардан кейин, тирноқ ости гематомаларининг йиринглашидан кейин тирноқ остида ривожланувчи яллиғланиш жараёни ҳисобланади ва кучли оғриқлар билан намоён бўлади. Тирноқнинг остида тўпланган йиринг яққол кўриниб туради. Тирноққа босиб кўриш кескин оғриққа сабаб бўлади.

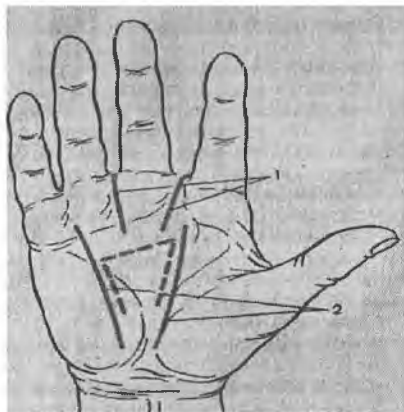
Тирноқ ости хасмолини даволаш. Тирноқ ости хасмоли фақат оператив йўл билан даволанади. Баъзан зирапчани олиб ташлашнинг ўзи кифоя бўлади. Зирапча чеккаларини топиш учун тирноқ пластинкаси понасимон кесилади. Агарда тирноқ пластинкаси деярли тўлиқ ажралган бўлса у олиб ташланади.

Пандактилит. Бармоқ барча тўқималарининг йирингли яллиғланиши пандактилит дейилади. У кўпинча хасмол юза формаларининг нотўғри даволаниши натижасида келиб чиқади. Бунда йирингли яллиғланиш жараёнига суюк, бўғим, пай ва бармоқнинг юмшоқ тўқималарда бир нечта оқма яралар пайдо бўлиб, улардан некротик тўқималар, суюк лари чиқиб туради. Бармоқ шишиб, катталашиб, цианотик тусга, хунук кўринишга киради ва ҳаракатлар йўқолади.

Даволаш. Пандактилитнинг давоси фақат оператив бўлиб, бармоқни олиб ташлашдан иборат бўлади.

Кафт флегмоналари

Кафтда қуйидаги флегмона турлари тафовут қилинади: I бармоқ дўнглиги – тенар флегмонаси, V бармоқ дўнглиги – гипотенар флегмонаси, U-симон флегмона, комиссурал, кафт орқа юзасининг тери ости, кафт орқа юзасининг апоневроз ости, кафт ўрта юзаси бўшлиғининг флегмоналари (102-расм).



102-расм. **Кафт флегмонаси ва уни хирургик кесиб очиш нуқталари**

Тенар флегмонаси. Тенар ва кафт тирсак қиррасининг кескин шишиши билан кечади. Пайпаслаганда кескин оғриқ, тўқималарнинг таранглашуви, шишган тўқималар

ҳаракатчанлигининг чекланганлиги, кафт бурмаларининг текисланганлиги кузатилади.

Гипотенар флегмонасида кескин интоксикация кузатилмаса ҳам, тўқималарда кескин шиш, гиперемия, таранглашув, пайпаслаганда кучли оғриқ ва оғриқнинг V бармоқни ҳаракатлантирганда кучайиши характерли.

U-симон флегмона. Бу флегмона бошқаларига қараганда оғирроғи бўлиб, I ёки V бармоқ пай хасмолининг асорати сифатида жараённинг синовиал қопчалар орқали тарқалишидан келиб чиқади.

U-симон флегмона клиник манзараси кескин интоксикация, тана ҳароратининг ошиши, бош оғриши ва умумий ҳолсизлик билан кечади. Бунда кафт шишган, кўкимтир-қизғиш рангда, пайпаслаганда кескин оғриқли. Бармоқлар бироз букилган бўлиб, фаол ҳаракатлар йўқ, пассив ҳаракатлар кескин оғриққа сабаб бўлади.

Комиссурал флегмона. Кафтнинг дистал қисми кафт юзасида ривожланади. Бунда инфекциянинг кириш дарвозалари бўлиб, қадоқланган, дағал терининг II-IV кафт фаланган бўғим проекцияларидеги ёрилган соҳалари хизмат қилади. Шунинг учун ҳам баъзан бу касаллик қадоқ абсцесси деб ҳам аталади. У кескин оғриқлар, кафт иккала юзаларининг ҳам кескин шишлари билан намоён бўлади. Атрофдаги бармоқлар бир-биридан узоқлашган, фалангалараро бўғимлардан букилган бўлиб, улар ёзилганда кескин оғриқ аниқланади.

Комиссурал флегмонани даволаш. Йирингли бўшлиқни очиб, ажралган эпидермисни олиб ташлашдан иборат.

Кафт орқа юзасининг тери ости флегмонасида тўқималар шиши ва гиперемияси тарқоқ характерда бўлади ва уларнинг чигарасини аниқлашнинг иложи бўлмайди.

Кафт орқа юзасининг апоневроз ости флегмонаси инфекциянинг санчилган жароҳатларда чуқур апоневроз остигача

кириб боришидан келиб чиқади. Флегмонанинг бу турида дагал инфильтрат кафтнинг орқа юзасида шиш ва тери гиперемияси билан намоён бўлади. Бу иккала флегмоналарнинг давоси фақатгина оператив йўл билан амалга оширилади ва йирингли бўшлиқ кенг қилиб очилиб, дренажланади.

Кафт ўрта бўшлиғининг флегмонасида йирингли экссудат кафт апоневрози ва букувчи бармоқларни ёпиб турувчи юпқа фасциал пластинка орасида тўпланади. Касаллик кескин интоксикация, тана ҳароратининг ортиши, бош оғриғи, баланд лейкоцитоз билан кечади. Кўрганда кафтнинг марказий қисми шишган, таранглашган, бурмалари текисланган, лекин флюктуация белгиси аниқланмайди.

СЕРОЗ ПАРДАЛАРНИНГ ЙИРИНГЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Касаллик оғир клиник кечади ва бемор ҳаётига катта хавф солади. Перикарднинг яллиғланиши (pericarditis), қорин парданинг яллиғланиши (peritonitis), мия пардаларининг яллиғланиши (meningitis), кўкрак бўшлиғи пардаси плевранинг яллиғланиши (pleuritis) тафовут қилинади.

Этиологиясида асосан, стафилококklar ва энтеробактериялар муҳим рол ўйнайдилар. Баъзи ҳолларда аралаш ёки микст инфекция кузатилади.

Инфекция тўғридан-тўғри контакт йўли билан ёки қўшни соҳадаги патологик жараённинг кечиши йўли билан тарқалади. Йиринглатувчи микроблар лимфоген ва гематоген йўллар билан ҳам тарқалиб, муайян ҳолларда сероз, сероз-фибриноз ёки йирингли яллиғланишни келтириб чиқариши мумкин. Клиник кечиши, диагностикаси ва даволаши барча хирургик инфекцияга қарши курашиш принципларидан иборат.

СЕПСИС

Сепсис диагностикаси ва давоси мураккаб ва ечими ҳалигача тўлиқ ечилмаган оғир инфекцион касаллик бўлиб, қон ва

тўқималарга чиритувчи микроорганизмлар ва уларнинг токсинлари тушишидан келиб чиқади. Бунда патологик жараён организмнинг ўзига хос реакцияси ва клиник кўриниши билан намоён бўлади.

Хирургик сепсис бу касаллик инфекция-токсик касаллик бўлиб, касаллик қўзғатувчиси ва бирламчи ўчоқдаги иммунологик ҳимоя омиллари ўртасидаги мувозанатни бузилишидан келиб чиқади. Бу эса ўз навбатида иккиламчи иммунодефицит ва гомеостазнинг бузилишига олиб келади. Бошқача қилиб айтганда сепсис бу токсинлар миқдори ва сифати билан организм зарарсизлантирувчи тизими ўртасидаги муносабатнинг бузилишидан келиб чиқади. В.Г.Боришвили (1990 й.) маълумотларига кўра АҚШ да сепсис касаллигидан кўриладиган йиллик зарар миқдори 2,4 миллиард долларни ташкил қилар экан. ДСТ (ВОЗ) маълумотларига кўра септицемиядан нобуд бўлаётган беморлар сони қорин тифи, дизентерия, полиомиелит, дифтерия, скарлатина, кўкйўтал ва менингококк инфекциясидан нобуд бўлаётган барча беморлар сонининг йиғиндисидан ҳам кўп экан. Шу муносабат билан бу касалликни диагностикаси ва даволашнинг янги ва замонавий приципиал тамойилларини ишлаб чиқиш зарурияти туғилмоқда. Антибактериал терапия сепсисни даволашда асосий звено бўлмасдан, у комплекс давонинг битта тўлдирувиси бўлиб хизмат қилади холос. Ҳозирги пайтда хирургик сепсис нисбатан кам учрайди – барча хирургик касалликларнинг 0,05-0,1% ни ташкил қилади. (10-20 минг та хирургик беморга битта сепсис билан бемор тўғри келади), лекин ўлим даражаси 50% гача етади, септик шок ҳолатларида эса 60-82% гача етиши мумкин. Касаллик кўпинча 30-50-ёшда учрайди, эркаклар аёларга нисбатан икки баравар кўпроқ касалланади. Касаллик айниқса чақалоқ ва 60 ёшдан ошган, кучсизланган беморларда жуда оғир кечади.

Сепсис учун қуйидагилар хос: 1) Патоген микробларнинг қон орқали тарқалиши; 2) Микроблар биологик хусусиятларининг ҳар-

хил бўлишига қарамасдан касалликнинг бир хил клиник кўринишда намоён бўлиши,

3) Организм реактивлигининг ўзгариши; 4) Бирламчи септик ўчоқнинг мавжудлиги; 5) Махсус (специфик) патологоанатомик ўзгаришларнинг бўлмаслиги.

Сепсиснинг қуйидаги қўзғатувчилари мавжуд: стафилококklar, стрептококklar, энтеробактериялар, ичак таёқчалари, кўк йиринг таёқчалари, псевдомонадалар, замбуруғлар. Кўпинча бир неча хил микробларнинг ассоциацияси кузатилади.

Касаллик этиологик таркибининг муҳим муаммоларидан бири бу ишлатилаётган антибиотикларга сезгир бўлмаган штаммларнинг пайдо бўлиши, амалиётга янги антибактериал воситалар тадбиқ қилиш зарурияти ва улар тан нархининг ошиб кетаётганлигидир.

Сепсис *патогенезининг* асосий компонентлари: микробиологик омил (сепсиснинг қўзғатувчиси), инфекциянинг кириш дарвозалари (бирламчи яллиғланиш ўчоғи), организмнинг реактивлиги, унинг аллергизацияси ва сенсibiliзацияси.

Сепсис ривожланишида муҳим аҳамият касб этувчи омиллар: сепсис қўзғатувчисининг тури, сепсис қўзғатувчисининг вирулентлиги, организмга тушган микробларнинг миқдори, микробларнинг токсинлари, тўқималарнинг парчаланиш махсулотлари.

Сепсисда *инфекциянинг кириш дарвозалари:* юмшоқ тўқималар, суяклар, бўғимлар ва бўшлиқларнинг очиқ шикастлари, маҳаллий йирингли жараёнлар: фурункулар, абсцесслар, хасмоллар, тромбoфлебитлар, остеомиелитлар ва бошқалар, операцион жароҳатлар, сурункали яллиғланиш ўчоқларидаги **хуружлар** – сурункали тонзиллит, гайморит, кариес тишлар, ўт ва нафас йўллари сурункали яллиғланиш касалликлар, криптоген сепсисда эса инфекциянинг кириш дарвозалари номаълум бўлади.

Сепсисда бирламчи ўчоқнинг яллиғланиш жараёнига таъсири. Юз соҳасидаги, ички аъзолар ва бўшлиқлардаги жараёнлар айниқса хавfli ҳисобланади. Йирингли ўчоқнинг дренажланиш даражаси ва бўшлиқ атрофидаги барьер тўқималарнинг ҳимоя даражаси ҳал қилувчи омиллардандир. Инфекция гематоген йўл билан тарқалган ҳолатларда йирингли тромбофлебитлар ёки перифлебитлар ривожланади, инфицирланган эмболлар эса иккиламчи йирингли метастазларга сабаб бўлади (стафилококкли инфекцияда улар асосан ўпкаларда, суяк кўмигида, буйрақларда; стрептококкли инфекцияда бўғимларда ва ўпкаларда; пневмококкли инфекцияда эса бош мия пардаларида жойлашади).

Лимфоген йўл билан тарқалишида эса инфекция лимфатик тўсиқни енгиб ўтиши зарурлиги сабабли сепсис секин кечади. Сепсис ривожланиш жараёнида бирламчи жараён баъзан камайиши, баъзан эса йўқолиши ҳам мумкин. Лекин бу ҳолат жараённинг кейинги ривожланишига умуман таъсир қилмайди деган гап эмас. Бундай ҳолатларда клиник жиҳатдан йирингли метастатик ўчоқлар асосий ўринни эгаллайди. Шундай бўлишига қарамасдан бирламчи яллиғланиш ўчоғига иккиламчи назар билан қараш нотўғри бўлади, чунки организмни сенсibilловчи патологик импульсларнинг сабаби бирламчи яллиғланиш ўчоғи бўлади.

Организм реактивлигига таъсир қилувчи омиллар: марказий нерв тизимининг ҳолати, эндокрин тизими, беморларнинг ёши, қон айланишининг бузилишлари, ретикулоэндотелиал тизимнинг фагоцитар фаолияти.

Охирги йиллардаги изланишларнинг кўрсатишича қонда бактерияларни топилиши ҳали бу сепсис дегани эмас. Қон бир пасда микроблардан тозаланиши мумкин (фагоцитоз, жигар ва буйрақларнинг зарарсизлантириш фаолияти), ammo сепсиснинг клиник манзараси йўқолмайди. Кескин ифодаланган сепсис ҳолатларида ҳар доим ҳам қонда микроблар топилавермайди. Баъзи бир юқумли касалликларда (қорин тифи, қайталама тиф,

грипп) ёки маҳаллий яллиғланиш касалликларида қонда микроблар топилиши мумкин, аммо сепсиснинг клиник манзараси йўқ бўлади. Бу ҳолда қонда микроблар кўпаймайди, лекин бутун организм бўйлаб айланиб юради.

Микроблар яллиғланиш ўчоқларида кўпаяди. Вақти келиб эса улар қон оқимига тушиб, септик эмболлар ҳолида лимфатик тўсиқлардан ўтади. Яллиғланиш ўчоғидаги микробларнинг эндо- ва экзотоксинлари организмга тўхтовсиз таъсир қилиб туради. Токсинлар ўз навбатида аъзо ва тўқималарда ўзгаришларга сабаб бўлади, улар эса жигар, ўпка, талоқ, бош мия, буйраклар, тери ости ва суюқларда иккиламчи яллиғланиш ўчоқларини ривожланишига олиб келади.

Бактериологик жиҳатдан сепсисни, жараёни тарқалиш вақтида, тана ҳароратининг баланд кўтарилиб, титроқ тутган пайтда тасдиқлаш мумкин. Тўқималарнинг парчаланиш маҳсулотлари жараённинг тарқалиш жараёнида биологик фаол моддалар (гистамин, серотонин) миқдорининг қонда баланд бўлишини таъминлайди ва сепсиснинг авж олишига олиб келади. Тўқималарда гипоксия ва аноксия ҳолати ривожланади, натижада эса септик шок ҳолати ривожланиши мумкин. Шокнинг ривожланишида буйрак усти безига таъсир этиб, катехоламинларнинг кўп миқдорда ажралишига, кескин капилляроспазмга ва микроциркуляциянинг бузилиб тўқималар гипоксияси ва қоннинг деполанишига олиб келувчи эндотоксинлар катта аҳамиятга эга.

Сепсисда организмнинг сенсibiliзацияга реакцияси уч хил бўлади:

- 1) Нормергик реакция учун яллиғланишнинг яққол ифодаланган манзараси хос бўлиб, сепсис одатда йирингли метастазлар билан кечади;

2) Гиперергик реакция учун тез, кескин авж олиш хос бўлиб, деструктив ва дегенератив ўзгаришлар, йирингли метастазлар одатда бўлмайди;

3) Анергик реакция учун суст ифодаланган яллиғланиш жараёнлари хос, иммунитет кучли бўлган ҳолатларда кузатилади. Бунда сепсис йирингли метастазларсиз кечади.

Патологоанатомик манзараси. Сепсиснинг специфик морфологик ўзгаришлари бўлмасдан, иккиламчи носпецифик ўзгаришлар кузатилади; Аутопсия пайтида олинган бактериологик экмаларда доим ҳам сепсис тасдиқланавермайди. Одатда йирингли тромбофлебитлар ва перифлебитлар, тўқималарнинг йирингли емирилиши, аъзо ва тўқималарга қон қуйилишлар, ички аъзоларда дегенератив ўзгаришлар, сепсис иккиламчи метастазлар билан кечган ҳолларда эса тери ости клетчаткасида, аъзо ва бўшлиқларда кўп сонли абсцесслар аниқланади. Талоқ қонга тўлишган, катталашган, кесиб кўрганда септик қиринди аниқланади. Микроскопик текширувда талоқ пульпасининг пролиферацияси, гемолизга учраган эритроцитларнинг қобиқлари, ва ҳужайралар некрози кўринади. Лимфа тугунларининг катталашуви, некротик йирингли ўзак сақловчи танглай муртаklarининг шишганлиги характерли. Жигарда строманинг яллиғланиши кўринишида септик гепатит манзараси, буйракларда некротик нефроз ва септик нефрит аниқланади. Мияда шиш, мия пардаларига қон қуйилиши, иккиламчи менингит ва энцефалит топилади. Ўпкаларда геморрагик яллиғланиш белгилари, ички аъзоларда эса кўп сонли абсцесслар топилади.

Сепсиснинг таснифи:

Этиологиясига кўра: 1. **Аэроб:** а)граммусбат: стафилококкли, стрептококкли, пневмококкли; б) грамманфий: протейли, кўк йиринг таёқчали, сальмонеллезли, эшерихияли, клебсиеллали; 2.

Анаэроб:

а) спора ҳосил қилмайдиган микроорганизмлар (ноклостридиал), б) спора ҳосил қилувчи микроорганизмлар (клостридиал), кандидозли, полимикроб.

Келиб чиқишига кўра: жароҳатдан кейинги, операциядан кейинги, ички (пневмониядан, ангинадан кейин), криптоген.

Клиник кечишига кўра: 1) Яшин тезлигида кечувчи, кескин инфекция-токсик шок билан кечиб 1-2 кунни ичида ўлимга олиб келувчи тури; 2) Ўткир 5-7 кунгача; 3) Ўткир ости, кечикувчи (подострый, затяжной) 7-30 кунгача; 4) Септик шок 12-24 соатгача; 5) Сурункали сепсис (хроносепсис) ярим йилдан 2 йилгача.

Ривожланиш вақтига кўра: 1) Эрта; 2) Кечки асосий касаллик бошланишидан 3 ҳафтадан кейин ривожланувчи тури.

Бирламчи ўчоқ ёки кириш дарвозаларининг жойлашган жойига кўра: хирургик, гинекологик, отоген, одонтоген, киндикдан ривожланувчи.

Организмнинг реактивлигига кўра: гиперергик, нормергик, анергик.

Инфекция ўчоғи бор ёки йўқлигига кўра: бирламчи ёки криптоген (сепсиснинг манбаи аниқ эмас), иккиламчи (аниқ яққол ифодаланган бирламчи ўчоқ заминида кечувчи).

Ривожланиш босқичларига кўра: бошланғич ёки йирингли-резорбтив иситмалари – йирингли ўчоқ ва интоксикация белгилари хос, септицемия (метастазларсиз сепсис), септикопиемия (метастазлари мавжуд сепсис).

Сепсиснинг клиник манзараси. Сепсиснинг фақат шу касаллик учун хос бўлган симптомлари йўқ. Баъзан бу касалликни бошқа йирингли касалликлардаги ёки юқумли касалликларнинг бошланғич босқичларидаги интоксикациялардан фарқлаш қийин бўлади. Сепсиснинг умумий ва маҳаллий симптомлари тафовут қилинади. Умумий симптомлари ҳар-хил аъзо ва уларнинг тизимларидаги ўзгаришлар билан боғлиқ, маҳаллий симптомлари

эса бошланишида бирламчи ўчоқ, кейинчалик эса йирингли метастазларнинг клиник кўриниши билан боғлиқ бўлади.

Сепсиснинг асосий симптомлари: бирламчи ўчоқ – 100%, 38°C дан ошиқ бўлган иситма – 88%, 100 зарб/мин дан юқори бўлган тахикардия – 82%, хансираш – 76%, титроқ тутиши – 26%, талоқнинг катталашуви – 15%, периферик шишлар – 23%, токсик гепатит – 81%, токсик нефрит – 72%, септик пневмония – 37%, ўпкаларнинг септик абсцесслари – 14,7%.

Кўпинча сепсис аста секинлик билан бошланади. Лекин яшин тезлигида кечувчи шакли бундан мустасно ва бунда беморлар касаллик бошланганидан кейин айтарли касалликнинг бирон бир маҳаллий белгиларисиз ҳалок бўлишади. Касалликнинг продромал даврида беморлар бироз ҳаяжонланган, кўзлари сўнган, лунжлари пушти ранг бўлади. Териси намланган, герпетик тошмалар пайдо бўлиши мумкин. Касалликнинг авж олиши билан беморларнинг ташқи кўриниши ўзгаради: кўзлари хиралашади, юзлари оқиш кулранг тусга киради ва сариқлик пайдо бўлади. Майда петехиал тошмалар билан қопланган катта-катта соҳалар пайдо бўлади. Янги метастазлар пайдо бўганида тана ҳарорати кескин ошади ва титроқ тутиши билан кечади; ҳароратнинг тушишида эса кўп миқдорда тер ажралиши кузатилади. Беморларнинг тана оғирлиги тезда камайиб, умумий ҳолсизлик орта боради ва септик ич кетиши билан кечади. Лунжлари сўлиб, бурни ўткирлашади ва афония ривожланади. Қон томир тизими тана ҳароратининг ошишига юрак қисқаришларининг тезлашуви билан жавоб беради.

Прогноз яхши бўлмаган ҳолатларда ҳарорат ва пульс чизиқлари орасида ажралиш («қайчи») кузатилади – ҳарорат пасаяди, тахикардия эса оша боради. Юрак фаолияти ёмонлаша боради, пульс тўлалиги сусаяди, артериал босим туша боради. Баъзан эса юқорида айтилганларга септик миокардит манзараси кўшилади. Танада шишлар пайдо бўлиб, тромбофлебитлар ва ётоқ яралар келиб чиқади. Қонда эса зўрайиб борувчи анемия, ЭЧТ нинг баланд

(30-60 мм/соат) бўлиши, лейкоцитознинг ошиб, ($15-40 \cdot 10^9$ /л) қон формуласининг чапга силжиши ва токсик донатор нейтрофиллар пайдо бўлиши кузатилади. Ҳар-хил ўзгаришлар паренхиматоз азоларда ҳам кузатилади. Жигар ўлчамлари катталашади, унинг функционал имкониятлари 15-20% га камаяди. Кўпинча токсик гепатит ривожланиб, сариқлик билан кечади. Талоқ катталашади, буйрак фаолияти бузилиб, гипостенурия ва олигурия пайдо бўлади. Сийдикда оқсил ва токсик цилиндрлар пайдо бўлади. Қонда қолдиқ азот ва мочевина миқдори орта боради. Гипопротеинемия кучаяди, протромбин индекси 45-50% гача пасаяди. Баъзи ҳолларда терида капиллярларнинг токсик ўтказувчанлиги ошиши туфайли скарлатинага ўхшаш эритема пайдо бўлади. Баъзан маҳаллий ўзгаришлар суст ифодаланган бўлади ва сепсиснинг клиник манзарасига тўғри келмайди. Септик жароҳат бўлган ҳолатларда беморлар кўриниши анемик тусга кириб шишлар пайдо бўлади. Жароҳатлардан ажралма кўп бўлмайди ва унинг характери хира, лойқали бўлади. Жароҳат атрофида қон томирлар тромбози, лимфангит, лимфаденитлар кузатилади. Метастазлари бўлган сепсисга ҳар-хил аъзо ва тўқималарда йирингли ўчоқлар ривожланиши хос бўлиб, йирингли бўшлиқлар очилганида тана ҳарорати пасаяди, аммо янги ўчоқлар пайдо бўлиб, симптоматика яна такрорланади. Септицемия учун ремиссияларсиз, оғир клиник кечиш ва организмнинг кескин сусайиб, аъзолар фаолиятининг декомпенсацияси хос бўлади.

Сурункали сепсис учун атипик кечиш хос бўлиб, бир неча ойлардан кейин ҳам ривожланавериши мумкин. Умумий белгилари суст ифодаланган бўлади. Вақти-вақти билан тана ҳарорати ошиб иккиламчи йирингли ўчоқлар пайдо бўлади. Қонда биров анемия ва лейкоцитоз ривожланади, ЭҲТ ошади.

Сепсиснинг диагностикаси. Йирингли метастазлари бўлиб, касаллик типик кечган ҳолатларда ташхис қўйиш қийинчилик туғдирмайди. Бироқ бошланғич босқичларида ва касаллик атипик

кечган ҳолатларда ташхис қўйиш қийинлашади. Диагноз бактериологик текширувлар билан тасдиқланади. Лекин касалликнинг клиник манзараси яққол ифодаланган бўлиб, бактериологик текширувларда микробларнинг ўсмаслиги ҳали сепсис йўқ деган гап эмас.

Сепсиснинг асоратлари: инфекция-токсик шок, аррозияланган томирлардан септик қон кетиши, оёқ-қўллар магистрал артерияларининг тромбоэмболияси, ички аъзолар артерияларининг тромбоэмболияси, септик эндокардит, септик пневмония, ётоқ яралар.

Дифференциал диагностика. Сепсисни қуйидаги касалликлардан фарқлаб олиш зарур: маҳаллий йирингли жараёнлардаги интоксикациядан, қорин тифидан, бруцеллёздан, маляриядан, диссеминацияланган силдан, ўткир гематоген остеомиелитдан, томирлар деворининг токсик зарарланиб ўтказувчанлиги ошиб кетиши мумкин бўлган ва қон ивиш тизими касалликларидан.

Сепсисни даволаш принциплари: йирингли ўчоқни санация қилиш, антибактериал, иммунологик, антикоагулянт, антифермент терапия, экстракорпорал детоксикация. *Даволаш* этиологик йўналтирилган ва патогенетик асосланган бўлиши лозим. Сепсисда этиологик тадбирларни икки гуруҳга бўлиш мумкин – бирламчи ва иккиламчи яллиғланиш ўчоқларини даволашга қаратилган маҳаллий, бутун бир организмга таъсир қилишга қаратилган умумий. Маҳаллий этиологик тадбирлар қуйидагиларни ўз ичига олади: ўз вақтида ва радикал хирургик даво –некротик тўқималар ва ёт жисмларни олиб ташлаб, йиринли ўчоқни дренажлаш; яллиғланиш ўчоғида биологик ёки кимёвий дезинфекция (антибиотиклар, сульфаниламидлар, антисептик воситалар, протеолитик ферментлар, бактериофаглар ва бошқалар); физиотерапевтик муолажалар (УФО, УВЧ, неонли лазер ва

бошқалар); патологик ўчоқ соҳасида тинчлик, химиявий ҳолатини таъминлаш ва иммобилизация қилиш.

Умумий этиологик давонинг асосий мақсади инфекция билан кураш ҳисобланади. Антибиотиклар ишлатиш муҳим аҳамиятга эга. Антибактериал терапиянинг самараси қониқарли бўлиши учун микрофлоранинг турини ва антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш лозим. Антибиотиклар маҳаллий ва парентераль йўллар билан ишлатилади. Зарурият бўлган ҳолатларда эса эндолюмбал, артерия ичига ёки аортага юбориш мумкин. Антибиотиклар ишлатишда танлов имкониятлари катта бўлишига қарамасдан кўпинча комбинация цефалоспоринларнинг учинчи авлоди (цефтриаксон, цефотаксим, цефтазидим) ва аминогликозидлар (гентамицин, амикацин) нинг комбинацияси ишлатилмоқда. Бу комбинациялар сепсис бўлган беморларда самарадорлиги юқори эканлигини кўрсатмоқда. Кўпчилик ҳолатларда цефтриаксон эътиборни ўзига жалб қилмоқда чунки унинг ярим ажралиш вақти ўзоқ ва кунига бир марта ишлатишнинг ўзи кифоя бўлади. Бошқа препаратларнинг ярим ажралиш вақти қисқа бўлганлиги сабабли уларни бир неча мартадан қайта ишлатиш зарурияти туғилади (Белобродов В.Б. 2006). Бактериоидлар ва бошқа анаэроблар томонидан чақирилган сепсисни даволаш учун хлорамфеникол, клиндамицин ва метронидазолларнинг тетрациклинлар билан комбинацияси ишлатилади. Параллель равишда сульфаниламидлар (этазол ва диприм), нитрофуран гуруҳи препаратлари ҳам ишлатилади.

Специфик таъсир қилиш мақсадида антистафилококкли плазма, 3 кунда бир мартадан тана оғирлигига 5 мл/кгдан (3-6-марта) ва антистафилококкли гамма-глобулинлар ишлатилади. Сурункали сепсисда стафилококк анатоксини ва аутовакцинаси билан фаол иммунизация қўлланилади.

Патогенетик давонинг асосий принциплари:

1) Организм иммунобиологик реактивлигини ошириш (оптималь санитар-гигиеник тартиб, юқори калорияли овқатлар, парентерал

озиқлантириш – аминокислота аралашмаларининг комплекси, витаминотерапия, янги консервланган қон қуйиш, анаболик гормонлар ишлатиш.

2) Тўқималарда гипоксияни камайтириш – гипербарик оксигенация.

3) Организмни десенсибилизация қилиш – димедрол, супрастин, пипольфен, кальций хлориди.

4) Организмни дезинтоксикация қилиш (микроблар, токсинларини ва тўқималар парчаланиш маҳсулотларини чиқариб олиш) ва паренхиматоз аъзолар фаолиятини стимуляция қилиш. Маҳсус, токсинларни абсорбция қилувчи дезинтоксикацион воситалар ишлатилади (гемодез, неокомпенсан, реополиглюкин, желатиноль). Бўйрак етишмовчилиги ривожланган ҳолатларда экстракорпорал ёки перитонеал гемодиализ, гемосорбция қилинади; жигар етишмовчилиги ривожланган ҳолатларда эса гемо- лимфосорбция, ва жигарни экстракорпорал перфузия қилиш (бузоқ, чўчка жигари) зарур.

5) Сепсисда ажралиб чиқувчи протеолитик ферментларнинг ножўя таъсирларини камайтириш учун протеаза ингибиторлари (контрикал, трасилол, тзалол) ишлатилади.

6) Септик шокни комплекс даволашда стероид гормонлар – гидрокортизон, дексаметазон, преднизолонлар қўлланилади.

Шундай қилиб: сепсисга гумон бўлган барча ҳолатларда қонни стериллиги, антибактериал терапия бошланишидан олдин текширилиши лозим. Эмприк антимикроб терапия учинчи авлоддаги цефалоспоринлар ва аминокликозидлар комбинациясида кўринишида бўлиши керак. Нафас ва қон айланиш тизими аъзолари фаолиятининг бузилиши кўринишида полиорган патология ривожланган ҳолатларда беморлар патогенетик даво ўтказиш мақсадида органлар ҳаёт фаолиятини мониторинг қилиш имконияти бўлган интенсив терапия бўлимларида жойлаштирилиши лозим.

Патогенетик давонинг ҳажми ҳар битта ҳолат учун индивидуал, полиорган патологиянинг ривожланиш характерига ва хусусиятларига қараб белгиланади. Касалликнинг қўзғатувчиси ва антибиотикограмма аниқланган ҳолатларда эса яллиғланиш ўчоғи учун спектри ва дозаси адекват бўлган монотерапияга ўтиш мумкин.

Профилактикаси. Жароҳатларни ўз вақтида даволаш, биринчи навбатда бирламчи хирургик ишлов бериш, маҳаллий яллиғланиш жараёнларини кечиктирмасдан даволаш ва организм химоя кучларини оширишдан иборат.

Диспансеризация: ўткир сепсисда 1 йил, сурункали сепсисда 5 йил, септик эндокардитда бутун умр.

АНАЭРОБ ИНФЕКЦИЯ

Анаэроб инфекция – жароҳатларнинг оғир токсик асорати бўлиб, асосан бириктирувчи ва мушак тўқималарини зарарланиши билан кечади. Н.И.Пирогов анаэроб инфекцияни ифодали қилиб «мефитик» ёки «шайтон» инфекцияси ва у урушларнинг доимий йўлдоши деб номлаган. Биринчи жаҳон ўриши даврида (1914-1918 й) 5 дан 15% гача ярадорлар газли гангрена билан оғриб 60-80% гача ҳолатларда ўлим билан тугаган. Урушнинг айрим даврларида бу кўрсаткичлар баландроқ ҳам бўлган. Немис армиясида ампутациялар ва ўлим кўрсаткичи шу даражада юқори бўлганки, ҳарбий цензура анаэроб инфекция ҳақидаги маълумотларни нашр қилишни тақиқлаб қўйишгача етган.

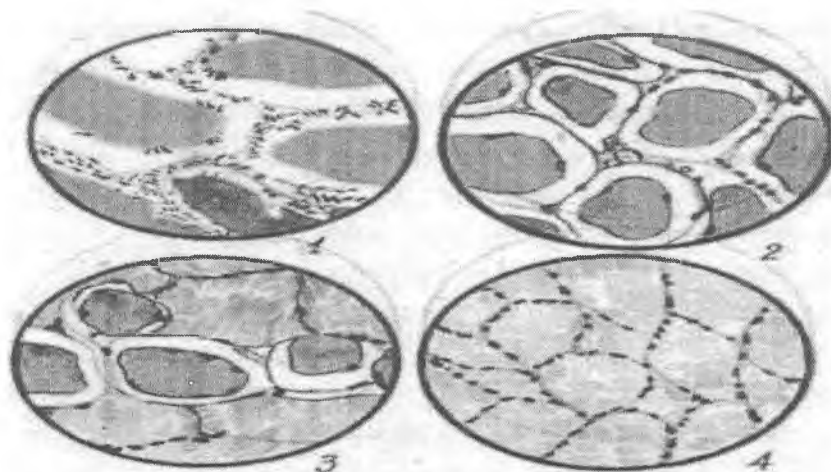
Анаэроб инфекцияни чақирувчи сабабларига кўра ҳар-хил муаллифлар уни турлича номлашган. Анаэроб инфекцияни қадимда Антонов олови деб ҳам номлашган. Амбруаз Паре эса уни госпитал гангрена, травматик гангрена, яшин тезлигидаги гангрена, маҳаллий ступор, травматик эпидемия, ўткир йирингли шиш деб номлаган; Н.И.Пирогов «мифитик гангрена», яшин тезлигидаги гангрена, газли гангрена деб атаган. Кўпчилик

шифокорлар «газли гангрена» ёки жароҳатларнинг анаэроб инфекцияси терминидан фойдаланишади.

Анаэроб инфекциянинг кўзғатувчиси қуйидаги тўртта махсус микроблардир, клостридийлар: *Cl. perfringens* (44-90%), *Cl. Oedematiens* (15-50%), *Cl. histolyticus* (2-6%), *Vibrio septicus* (10-30%). Бу бактериялар жуда кўп тарқалган бўлиб, барча жойларда: гўнг аралашган тупроқда, одам ва ҳайвонлар чиқиндилари билан ифлосланган тупроқда учрайди. Чанг билан одамлар териси, шиллиқ қаватлари, кийимларига ўтириб қолади ва шикастланишларда юмшоқ тўқималар дефеклари орқали организмга тушади. Қулай шароитларга тушганида микроблар бириктирувчи ва мушак тўқималарни некрозини чақирувчи гемотоксин ажратади (Кузин М.И. 2006). Токсинлар эритроцитлар гемолизи, томирлар тромбоз, миокард, жигар ва буйрак зарарланишини чақиради. Барча анаэроб микроблар учун озми кўпми газ ҳосил қилиш ва тўқималар шиши хос. Уруш даврларида кийим кечакларнинг анаэроб микроблар билан ифлосланиши 83-90%, жароҳатларнинг ифлосланиши эса – 80-90% гача етишига қарамай анаэроб инфекция билан асоратланиш нисбатан кам учрайди. Бу ҳолат кийимларнинг анаэроб инфекция билан ифлосланиш даражасига, об-ҳавога, кўп миқдордаги тўқималарнинг айниқса мушакларнинг шикастланишига, (мушакларнинг имбибицияланиши, йирик қон томирларининг шикастланиши, ўлик бўшлиқлар бор ёки йўқлиги); кислород кириши чегараланганлигига; ярадорларнинг кўп қон йўқотганлиги сабабли айланаётган қонда эркин кислород йўқлигига; ярадорларни суяклар синган, тўқималарнинг кўп миқдорда шикастланиши ҳолатларда яхши иммобилизация қилмасдан узоқ муддат транспортировка қилиш; беморларнинг руҳий ва асабий ҳолатларига боғлиқ.

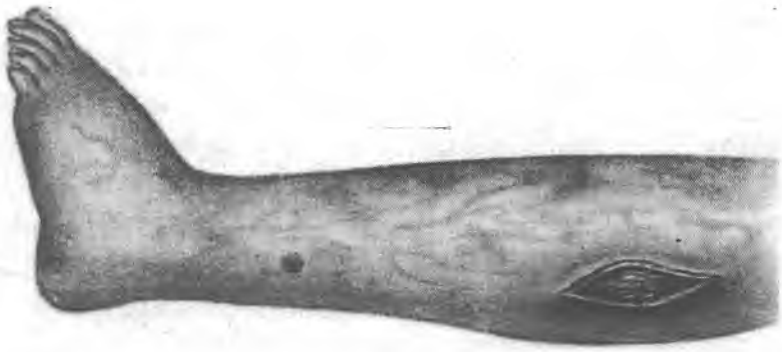
Анаэроб ёки клостридиал микроблар организмга контакт, лимфо- ва гематоген йўллар билан тушиб қулай шароитлар

бўлганда кўпая бошлайди ва токсинлар ажратади (103-расм). Улар эса ҳужайралар мембранаси орқали ўтиб, тўқималарни некрозга учратади.



103-расм. Анаэроб инфекцияда мушакларнинг микроскопик ўзгариши. 1-анаэроб шикастланиш чегарасидаги мушаклар ўзгариши, 2-мушак толалари некрози, 3-мушакларнинг тотал шикастланиши, 4-тўқималараро соҳада шикастланган тўқималарда клостридиялар.

Некроз ўчоқларида эса бактериялар тез кўпаяди ва шу билан “айланма ҳолат” ривожланади, яни токсинлар ҳужайралар некрози билан микробларга йўл очса, микроблар токсин ишлаб чиқариб тўқималар некрозига сабаб бўлади. Бунинг оқибатида мушак тўқимаси некрозга учрайди (104-расм) ва нервларда дегенератив ўзгаришлар ривожланади. Токсинларнинг протеолитик ва гликогенолитик таъсири натижасида оқсиллар, аминокислоталар парчаланиб аммиак, карбонат ангидрид, водород сульфидлар ҳосил бўлади ва жараён чиритувчи тус олади.



104-расм. Болдир ва панжа соҳаси анаэроб инфекцияси

Бошланғич босқичларида патологоанатомик ўзгаришлар жароҳат атрофида шиш пайдо бўлиши билан кечади, кейинчалик эса газ ҳосил бўла бошлайди. Терида дастлаб оқишлик, ялтироқлик бўлиб, кейин эса у қўқимтир қизғиш, қорамтир, яшил, жигарранг тус олиб, ҳар -хил ўлчамли доғлар кўринишида намоён бўлади ва мрамарга ўхшаб қолади. Тери ости клетчаткасида кўп миқдорда шиш суюқлиги бўлиши ёки қуруқ бўлиши мумкин, лекин газ пуфакчалари билан буркалган бўлади. Газ пуфакчалари эса товуш чиқариш билан ташқарига ажралади, шу сабабли Павловский ифодали қилиб “тўқималар пичоқ остида гирдобга ўхшаб кайнайди” деб таъриф берган. Мушаклар ўзининг одатий тусини йўқотиб хира, оқиш кул ранг кўринишга киради ва қайнатилган гўшти эслатади. Бириктирувчи тўқимада шиш, қон қуйилиши, томирлар тромбози ривожланиб, нервлар некрозга учрайди, бош мияга қон қуйилади ва мия шиши ривожланади. Жигар бўккан, буйрақлар паренхимаси шишган, сийдик каналчалари кенгайган ва уларнинг бўшлиғи оқсил моддалари билан тўлган бўлади.

Таснифи: *Анатомик:* эпифасциал ва субфасциал турлари.

Патологоанатомик: эмфизематоз, токсик (шиш), аралаш, некротик (чиритувчи), флегмоноз, тўқималарни парчаловчи турлари.

Клиник кечишига кўра: яшин тезлигида кечувчи, ўткир кечувчи, секин кечувчи турлари.

Бу ҳолат эса микроорганизмнинг ҳолатига ва кўзғатувчи анаэробларнинг турли туманлигига, уларнинг аэроблар билан ассоциациясига боғлиқ.

Клиник манзараси: клиник манзараси 50% беморларда 2 кундан 4 кунгача бўлган инкубацион даврдан кейин бошланади. Яшин тезлигидаги турида эса 24 соатдан кейин бошланиши ҳам мумкин, баъзан эса 10 кун ва ундан кейин бошланади. Инкубацион даврнинг бундай ўзгарувчанлиги беморларнинг умумий аҳволига ва жароҳатларнинг жойлашган жойига, йўқотилган қоннинг миқдорига, ўтказилган бирламчи жарроҳлик ишловининг сифатига боғлиқ бўлади. Оёқлар шикастланганида, айниқса шикастланиш суюқлар синиши ва кўп миқдорда қон йўқотиш билан кечадиган бўлса инкубацион даври қисқа бўлади.

Инкубацион даврдан кейин клиник манзараси шаклланади, бунда патологик жараённинг кечишига қараб тўртта босқич фарқланади: газли флегмона билан чегараланадиган эрта босқич; жараённинг авж олиш ёки тарқалган газли флегмона; газли гангрена; сепсис босқичлари.

I босқичда беморлар оёқларидаги оғриққа ва боғламнинг торлигига шикоят қилади. Бундай ҳолатларда тезлик билан боғламни ечиб ташлаш зарур. Бунда қуруқ, ҳаёт белгиларини йўқотган, усти кулранг, ифлос караш билан қопланган жароҳат кўзга ташланади. Беморларда енгилгина токсемия бегилари пайдо бўлади: бироз кўзғалиш, тана ҳароратининг пульс билан тўғри келмайдиган 37,5-38°C гача ошиши кузатилади.

II босқичда анаэроб флегмона жараёни тарқалишга интилади. Бунда оғриқлар жароҳат соҳасидан оёқнинг юқори сегментларига тарқалади. Агар жараён болдир соҳасида бўлса жароҳатдаги оғриқлар камаяди, лекин невротоксинларнинг нерв охирларига таъсири натижасида сон соҳасида кучли оғриқлар пайдо бўлади.

Токсемия кучаяди: уйқусизлик пайдо бўлади, тери қопламлари сарғайиб, оғзи қурий бошлайди ва тилида караш пайдо бўлади. Тана ҳарорати 38-39°C гача ошиб, томир уриши 1 дақиқада 120-130 гача етади. Артериал қон босими пасаяди. Маҳаллий: жароҳатда ҳаёт белгилари кўринмайди, унинг чеккалари ташқарига буралган бўлади. Жароҳат тубидан қонли ифлос “гўшт суви” кўринишида, сассиқ айниган тухум, аммиак ҳидли ажралма ва газ пуфакчалари ажралиши кузатилади.

Агарда оёқлар музлаб, периферик томирларда (a. dorsalis pedis, a. tibialis posterior), томир уриши аниқланмаса газли флегмонани III босқич газли гангренага ўтди деб ҳисоблаш керак. Бунда жароҳат яққол ҳаёт белгиларини йўқотган бўлади, шишган мушаклар яна ҳам ташқарига буралган бўлади ва кул ранг тус олади. Шишлар ҳисобига оёқлар ҳажми катталашиб кетади. Терида геморрагик тусли суюқлик сақловчи пуфакчалар пайдо бўлади. Жароҳат тубидан ўткир ҳидли газ ажралиши давом этаверади. Пайпаслаганда крепитация аниқланади, аускультацияда газли пуфакчаларнинг ёрилиши эшитилади. Шишлар кучайиб бораверса ип симптоми ва Мелниковнинг устара симптоми мусбат бўлади. Кўпинча шишган тери бронза тусига киради (шу сабабли касалликка бронзали шиш ҳам дейилади). Газ ҳосил бўлиши давом этаверади ва тезда танага тарқалиши мумкин (яшин тезликда кечганида).

Сепсис босқичида оғир токсемия манзараси кузатилади. Тери қопламларининг ранги ер ранг тус олади. Тана ҳарорати – 38-40 °C гача етади. Томир уриши 1 дақиқада 140-150 мартагача етади ва ҳароратга тўғри келмайди, тўлалиги ва таранглиги сусаяди, кўпинча ипсимон бўлади. Юрак тонлари бўғиқлашади, қусиш, хиққичоқ тутиши, олигурия пайдо бўлиб, кўп миқдорда тер ажралиши кузатилади.

Касалликнинг бошланғич босқичларидаги беморларнинг эйфорик ҳолати депрессия ва уйқусизлик билан алмашинади. Беморлар овқатдан қолади, суюқлик ичганидан кейин қусади.

Бундай беморлар одатда кучайиб борувчи юрак етишмовчилигидан нобуд бўлишади. Маҳаллий ўзгаришлар деярли сепсиссиз газли гангренага ўхшаган бўлади, лекин жароҳатдан ўта сассиқ чириш ҳиди чиқади. Кўпинча ёғларнинг парчаланиши кузатилади.

Лаборатор анализлар томонидан гемоглобиннинг камайиши, эритроцитлар миқдорининг камайиши (1,5 млн гача), ЭЧТ нинг тезлашуви кузатилади. Баланд лейкоцитоз лейкоцитар формуланинг кескин чапга силжиши ва анэозинофилия кузатилади.

Яшин тезлигида кечиши кўпинча жараённинг фасция остида жойлашганида кузатилади. Фасция усти шаклида эса нисбатан энгилроқ кечади.

Анаэроб инфекцияли жароҳатларнинг жойлашуви ва учраши қуйидагича: оёқлар – 69,90%, қўллар – 21,80%, чаноқ – 3,50%, кўкрак – 1,90%, бўйин – 0,70%, юз, бош ва қорин девори ҳар бири 0,30% дан.

Бу касалликда прогноз халигача ҳам оғир қолмоқда. У беморларнинг умумий ҳолатига, ёшига, жароҳатнинг жойлашган жойи ва характериға, ўтказилган бирламчи жарроҳлик ишловининг мукамаллигига, касалликнинг тури ва босқичига, қўзғатувчининг туриға, микробларнинг ассоциациясига, ўз вақтида ва тезликда қилинган давоға боғлиқ. Консерватив даволаганда ўлим даражаси 100% ни ташкил қилса, оператив даволаганда– 5,5% ни ташкил қилади. Анаэроб инфекциянинг кечишида ҳар-хил асоратлар кузатилиши мумкин: иккиламчи аррозив қон кетишлари, пневмония, невритлар, организмнинг ҳолдан тойиши, иккиламчи анемия. Сон, елка, қўлтиқ ости, тақим ости ва катта болдир артерияларининг иккиламчи аррозив қон кетиши жароҳатнинг жойлашган жойига боғлиқ ҳолда, кўпинча 2-3 ва 4 та микробларнинг ассоциацияси бўлган ҳолларда кузатилади. Касалликнинг рецидиви эрта ва кеч бўлиши мумкин. Эрта рецидивлар жараён тугагандан 10-15 кундан кейин кейин

ривожланиши мумкин ва у қайта травма ёки операциялар (ёт жисмларни олиб ташлаш, реампутация ва бошқалар билан боғлиқ бўлади).

Профилактикаси. Асосий профилактик тадбирлар бу жароҳатларга эрта муддатларда ихтисослашган ишлов бериш: жароҳат чеккаларини кесиб олиш, ёт жисмларни олиб ташлаш, жароҳат чўнтаklarини кесиб очиш. Жароҳатга кислород етиб боришини жароҳат орқали, қон орқали ҳам таъминлаб бериш зарур ва бундай профилактика усули носпецифик дейилади. Бу усулга оқаётган қонни тўхтатиб, оёқ қўлларни яхшилаб иммобилизация қилиш ва тўғри трнспортировка қилиш ҳам киради. Специфик профилактика айниқса суяклар синиши ва томирлар шикастланиши билан эзилган ифлосланган кўр жароҳатлар бўлган барча ҳолатларда вена ичига ёки мушак орасига гангренага қарши зардоблар юборишдан иборат. Специфик профилактикани айниқса кўп миқдорда мушаклар шикастланган ҳолатларда, оёқларни совуқ урган ҳолатларда ўтказиш зарур. Бундай ҳолатларда гангренага қарши учта компонентдан: anti Perfringens – 10 000 МЕ, anti Oedematiens – 10 000 МЕ и anti Vibriion septicus – 10 000 МЕ иборат зардоб 30 000 АЕ дозада юборилади.

Histolyticus мустақил равишда газли гангрени чақирмаслиги туфайли унга қарши профилактик мақсадда зардоб юборилмайди.

Ҳозирги вақтда инструментларни стериллаш учун ишлатилганидан кейин махсус 6% ли водород пероксида ва 0,9% ли ювувчи восита (кукун) дан ташкил топган эритмага 1 соат мобайнида солиб қўйилади, кейинчалик эса шу эритмада шётка билан ювилади ва 90 дақиқа давомида қайнатилади. Кейинги стерилизация эса одатдаги усулда давом эттирилади.

Даволаш. Даволаш тадбирларини уч гуруҳга бўлиш мумкин. Хирургик даво: тери, фасция, мушакларни суяккача кесишни (лампас кесимлар) ўз ичига олади, бунда лимфа йўлларини

кўндаланг кесиш, жароҳат бўйлаб зарарланган мушакларни ва некротик тўқималарни кесиб олиб ташлаш, оёқ қўлларни соғлом тўқима чегарасидан Гильотин усулида чоклар қўймасдан ампутация қилиш тавсия қилинади. Специфик даво жуда зарур аҳамиятга эга. Вена ичига гангренага қарши зардобдан кунига 320-480 АЕ дан 3-4 кун давомида юбориш тавсия этилади. Махсус зардобларни вена ичига бемор аҳволининг оғирлигига ва патологик жараённинг тарқалганлигига қараб ҳар 6-8 соатда юбориб турилади. Шу билан бир қаторда бактериофагни ичишга бериш ҳам мумкин. Гангренага қарши зардобни юборишдан олдин десенсибилизацияловчи терапия ўтказилади: вена ичига ёки перорал 40°C ли алкоголь эритмаси берилади, антигистамин воситалар ва наркотик воситалар тери остига ёки вена ичига юборилади. Акс ҳолларда беморларда анафилактик шок ривожланиши мумкин. Носпецифик даво организмнинг интоксикациясига қарши йуналтирилган бўлиши, жароҳатда анаэроб микробларнинг ўсиши ва ривожланишига қарши, юрак қон томир системаси аъзолари, қон ҳосил қилувчи аъзолар ва паренхиматоз аъзолар фаолиятини яхшилашга қаратилган бўлиши лозим. Шу мақсадда пенициллиннинг натрийли тузи кунига 80 млн ЕД гача 250 000 олиморфоциклин билан биргаликда 2-3 марта, ристомицин билан биргаликда 50 000 ЕД дан кунига 2 марта ёки бошқа антибиотиклар билан биргаликда юборилади. Ҳар куни 250 мл дан қон қуйиш, вена ичига физиологик ва глюкоза эритмаларини, қон ўрнини босувчи суюқликларни қуйиш зарур. Бемор кун давомида 3 дан 4 литргача суюқлик олиши керак. Буларнинг ҳаммаси организмга кардиотониклар, витаминлар (В₁, В₆, В₁₂, С) билан биргаликда юборилиши керак. Овқатлар юқори калорияли ва витаминларга бой бўлиши керак.

ҚОҚШОЛ

Қоқшол – ўткир специфик инфекциян касаллик бўлиб, организмга қоқшол таёқчаси экзотоксинининг таъсири натижасида нерв системасининг зарарланиши билан кечади, кўндаланг тарғил мушакларнинг тоник ва клоник қисқариши билан намоён бўлади. Бу касаллик Гиппократ замонасидан маълум бўлиб, унинг ўғли ҳам шу касаллик қурбони бўлган.

Этиологияси ва патогенези. Одам ва ҳайвонларда қоқшолнинг қўзғатувчиси экзотоксин ишлаб чиқарадиган, граммусбат, спороген таёқча *Clostridium tetani* ҳисобланади. Қоқшол таёқчаси ҳайвонлар (қўйлар, сигирлар ва бошқалар) ва одам ичагида сапрофит сифатида яшайди (парентерал йўл билан тушганида патоген ҳисобланади). Ҳайвонларнинг чиқиндилари билан ерга тушганида қоқшол таёқчаси узоқ вақтгача шу муҳитда сақланиши мумкин. Чанг билан клостридийлар одам терисига, кийимлари ва атроф буюмларига тушиши мумкин. Шу сабабли инфицирланиш нуқтаи назаридан майда тирналишлар ва шилинган жароҳатлар хавfli саналади. Қоқшол асосан ҳарбий уруш даврларида, айниқса ўқ отар қурол билан жароҳатланишда кўпроқ учрайди. Улуғ ватан уруши даврида қоқшол 10 000 ярадорларга 6-7 касаллик кузатилган. Тинчлик даврларида қоқшол кўпинча (80% ҳолларда) қишлоқ жойларида –10 000 аҳолига 0,1 қоқшол билан бемор тўғри келади. Айниқса 50% ҳолатларда қоқшол 14 ёшгача бўлган болаларда учрайди. 80% ҳолатларда касаллик арзимаган маиший шикастланишлардан кейин кузатилади, чунки бундан беморлар тиббий ёрдам учун шифокорга мурожат қилишни лозим кўришмайди. Инкубацион даври 4 кундан 14 кунгача. Қоқшолнинг кечки турлари ҳам учрайди (жуда кам ҳолларда 1-5 ойдан кейин ҳам учрайвериши мумкин). Инкубацион даври қанчалик қисқа бўлса, касаллик шунча хавfli, клиник кечиши ва оқибати оғир бўлади. Кечки қоқшолда касаллик нисбатан енгилроқ кечади. Қоқшол таёқчаси организмга парентерал йўл билан тушганида

кириш дарвозалари соҳасида сақланиб қолади ва шу ерда зўр бериб кўпаяверади. *Cl. tetani* нинг экзотоксини ўзида тетаноспазмин ва тетаногемолизин сақлайди ва улар сўрилганида касалликнинг манзараси ривожланади. Тетаноспазмин нерв тизимига таъсир қилиб ўзига хос бўлган мушакларнинг тоник ва клоник қисқаришига сабаб бўлади. Тетаногемолизин эса эритроцитларни парчалайди. Токсинлар периневрал ва эндоневрал йўллар билан, лимфатик йўллар орқали марказий йўналишда, перифериядан орқа ва узунчоқ миянинг ҳаракатлантирувчи марказлари томон ҳаракатланади. Бир вақтнинг ўзида ҳам марказий, ҳам периферик нерв тизимига заҳарли таъсир кўрсатади ва уларнинг рефлектор қўзғалишига олиб келади. Баъзан эса заҳарлар гематоген йўл билан тарқалади. Касалликнинг ривожланишига кириш дарвозалари соҳасидаги некротик тўқималар, ёт жисмлар ва йирингли чўнтакчалар туртки бўлади.

Қоқшолнинг таснифи. Кириш дарвозаларига кўра: жароҳатдан кейинги, куйишдан кейинги, инъекциядан кейинги, операциядан кейинги, туғуриқдан кейинги, чақалоқлар қоқшоли.

Тарқалиши ва жойлашувига кўра: умумий ёки генерализациялашган, оёқ қўллар, тана қоқшоли, аралаш жойлашган қоқшол

Маҳаллий қоқшол энгил кечиши билан ажралиб туради ва жароҳатлар соҳасида кўпроқ намоён бўлади. Тетаноспазминнинг орқа мия ҳаракат марказларига бир текис таъсир қилмаслиги натижасида маҳаллий тутқаноқлар пайдо бўлади.

Клиник кечишига кўра: кескин кечувчи ўткир, сурункали, кескин ифодаланган ва яширин қоқшол.

Оғирлик даражасига кўра: энгил, ўрта оғирликдаги, ўта оғир турлари.

Клиник манзараси. Продромал даврда бош оғриши, умумий ҳолсизлик, кўп терлаш, ноаниқ оғриқлар ва жароҳат атрофидаги мушакларнинг энгилгина тортишишлари, чайнов мушакларининг

тезда чарчаб қолиши кузатилади. Касалликнинг асосий симптоми скелет мушакларининг тоник ва клоник қисқаришлари ҳисобланади. Тоник қисқаришлар узоқ вақт қисқаришлар билан намоён бўлса, клоник қисқаришлар эса мушаклар қисқариш ва бўшашишларининг алмашилиб туриши билан намоён бўлади. Касаллик бирданига бошланади. Чайнов ва юз мушакларининг тиришиши билан бошланиб, энса мушакларида ригидлик пайдо бўлади. Жағ мушакларининг тоник қисқариши – тризм туфайли бемор оғзини оча олмайди. Мимика мушакларининг спастик қисқариши натижасида ўзига хос сўлғин кулгу – сардоник кулгу пайдо бўлади. Пешона ва лунжларида чуқур ажинлар – facies tetanica пайдо бўлади. Сардоник кулгудаги беморнинг кўриниши (105-расм): пешона, бурун қирраси ва оғиз бурчаги мушаклари таранглашган, юзи сўлғин азобланган кўринишда. Бўйиннинг тўш-ўмров-сўрғич ва тери ости мушаклари ҳам таранглашган. Бу қоқшолнинг оғир тури эканлигидан далолат беради.



105-расм. Истехзоли
(сардоник) кулиш



106-расм. Қоқшолда рўй
берадиган опистотонус

Мушаклар қисқаришлари тезда бўйин, тана ва оёқ қўлларга ҳам тарқалади. Тутқаноқ хуружлари бирин кетин такрорланади ва қасқарган мушакларда кескин оғриқлар билан намоён бўлади. Мушакларнинг кескин қўзғалувчанлиги ошган бўлиб, арзимаган

таъсиротлардан ҳам (овоз, ёруғлик нури, тегиниш) қисқариши мумкин. Скелет мушакларининг тоник қисқаришларидан беморнинг ўзига хос ҳолати ривожланади: бемор чойшабга фақат товон ва энса соҳалари билан тегиб туради, танаси эса ёйсимон кўринишда юқорига кўтарилган бўлади. Беморнинг бу ҳолати опистотонус дейилади (106-расм). Мушакларнинг қисқаришлари беморларнинг тезда ҳолдан тойишига олиб келади. Мушаклар қисқаришларнинг оралиғида ҳам мушакларнинг бўшашиши кузатилмасдан, балки уларнинг таранглашуви кўзга ташланади. Бошланишида мушакларнинг қисқаришлари қисқача, бўлиб бир неча дақиқагача давом этади, лекин вақт ўтиши билан бу қасқаришларнинг давомийлиги узайиб бораверади. Баъзан мушакларнинг қисқаришлари шу даражада кескин бўлиши мумкинки бунда мушаклар узилиб, суюқлар синиб, умуртқа суюқлари танасининг компрессион синишигача бориб етади. Агар қисқаришлар нафас мушакларигача тарқалса, беморнинг нафаси бузилиб асфиксия рўй беради ва беморнинг ўлимига сабаб бўлиши мумкин. Кўрсатиб ўтилган асоратлардан (асфиксия, мушакларнинг узилиши, суюқларнинг синиши) ташқари ўпка ателектази ва аспирацион пневмония, йирингли трахеит ва трахеобронхитлар ривожланиши мумкин. Одатда беморларнинг ҳуши сақланган бўлиб, тезда тана ҳарорати кўтарила бошлайди, тахикардия кучаяди. Кескин терлаш, ичак ва сийдик тутилиши кузатилади. Касалликнинг яшин тезлигидаги турларида 1-2 кунларда мушаклар қисқаришининг чўққисида ўлим содир бўлади.

Баъзи ҳолларда қоқшолнинг кечки турлари рецидив кузатилади. Бу ҳолатлар мудраб ётган инфекциянинг фаоллашуви тўғрисида юз беради. Бунда секин асталик билан ҳолсизлик ривожланади ва мушаклар таранглаша боради. Беморларнинг тана ҳарорати субфебрил ёки меъёрида бўлиши мумкин. Одатда касаллик бир неча ҳафта ёки ойлаб давом этиши мумкин ва соғайиш билан тугайди.

Дифференциал ташхиси. Типик ҳолатларда диагноз қўйиш қийинчиликлар туғдирмайди, шунга қарамасдан 15% ҳолатларда диагностик хатолар кузатилади. Биринчи навбатда малярия, менингит, энцефалитга ўхшаган касалликларни инкор қилиш зарур. Касалликни бош мия шикастларидан, калла суюги асосининг синишидан, қутуришдан истериядан ва стрихниндан заҳарланишдан фарқлаб олиш зарур.

Қоқшолни даволаш: қоқшол экзотоксинини нейтраллаш ва жароҳатни тафтиш қилиш, мушакларнинг тоник ва клоник қисқаришлар билан кураш, ўпканинг самарали вентилизациясини таъминлаш, умумий қувватлантирувчи ва симптоматик даво, иккиламчи инфекцияни ва асоратларни олдини олиш. Даволашни шикастланишнинг муддатига қарамасдан жароҳатни тафтиш қилишдан бошлаш зарур. Бўшлиғида ёт жисмлар (кийим бўлаклари, металл парчалари, зирапчалар) сақловчи жароҳатлар айниқса хафли ҳисобланади. Жароҳатларни кенг қилиб очиш, ёт жисмларни олиб ташлаш ва йиринг оқиб чиқишини таъминлаш зарур. Операциядан кейин эса гипертоник эритмалар билан боғламлар қўйиш керак. Ташхис қўйилиши биланоқ катта дозада қоқшолга қарши зардоб (катталарга кунига 100000-150000 АЕ, болаларга 20000-80000 АЕ, чақалоқларга эса 10000 - 20000 АЕ) юборилади. Зардобни мушак орасига Безредка усулида юборилади. Оғир ҳолатларда эса қоқшолга қарши зардобни томир ичига натрий хлориднинг изотоник эритмасида 1:5 нисбатда эритилган ҳолда юборилади. Қоқшолга қарши зардобни 2-3 кун давомида, ҳар юборганда 50000 АЕ га аста секинлик билан камайтириб борилади. Қоқшолга қарши зардобнинг умумий дозаси катталар учун 200000-350000 АЕ гача етади. Бу доза эса организмни антитоксин билан етарли даражада тўйинтиради ва даволаш жараёнида узоқ вақт давомида қонда эркин айланиб юрвчи токсинларни нейтраллаш учун зарур ҳимоя бўлиб хизмат қилади; кеч муддатларда эса зардоб юборишга ҳеч қандай

зарурият қолмайди. Қоқшолни даволашда касалликни қўзғатувчисига бактериостатик таъсир кўрсатувчи гипербарик оксигенация (ГБО) алоҳида аҳамият касб этади. Жароҳатга хирургик ишлов беришдан олдин ва кейин р₀₂ 3 ат (294,2 кПа) режимда ГБО ўтказиш мақсадга мувофиқ бўлади. Мушакларнинг кучайиб борувчи клоник ва тоник қисқаришлари билан кураш мақсадида наркотик ва нейролептик воситалар ишлатилади, шу жумладан мушакларни бўшаштирувчи кураресимон миорелаксант воситалар ҳам буюрилади. Наркотик анальгетиклар (морфин, паромедол 1-2% 1 мл дан), барбитуратлар (гексенал, тиопентал) ишлатилади. Мушаклар қисқаришларини (тутқаноқ) бартараф қилиш учун 25% магний сульфат эритмаси мушак орасига 20-30 мл дан барбитуратлар билан комбинацияда инъекция қилинади. Вена ичига сибазон (диазепам, седуксен, реланиум) катталарга 10-30 мг дозада, болаларга эса 2-10 мг қилинади ва кейинчалик мушак орасига юборишга ўтилади. Охириги йилларда мушаклар қисқаришлари билан курашда нейролептик воситалар асосий ўринларни эгалламоқда. Кўпинча тинчлантирувчи, анальгетик, смазмолитик, антигистамин ва ганглиоблокатор самаралардан фойдаланилмоқда ва 3 мл 1% ли димедрол (эритмада 4-5 мл дан кунига 4-6 марта юборилади). Шу жумладан нейролептик аралашмалар: 1-2 мл 2,5% ли аминазина эритмаси, 3 мл 1% ли димедрол ёки 5-10 мл 0,5% ли пипольфен ва 2 мл 1% ли промедол эритмалари кунига 5-6 мартадан ишлатилади). Кураресимон воситаларда тутқаноққа қарши таъсир кучли ифодаланган. Мушаклар қисқариши нафас мушакларига тарқалган ва асфиксия хавфи туғилган ҳолатларда қисқа таъсир вақтига эга бўлган релаксантлар (1% дитилин эритмаси, 2% листенон эритмаси, миорелаксин 3-5 мл дозада ишлатилади) ёки узоқ таъсир қилувчи (2% диплацин эритмаси, тубокурарин, пиролаксон, павулон, диоксоний, ардуанлар 3-5 мл дозада) ишлатилади. Санаб ўтилган воситалар фақатгина сунъий нафас олдириш аппаратлари бўлган

ҳолатлардагина ишлатилади. Сунъий нафас олдиришда миорелаксантлар фракцион усулда 10-14 кун давомида фойдаланилади.

Сунъий нафас олдириш (СНО) – қоқшол билан касалланган беморларнинг асосий даволаш усулларида бири ҳисобланади. Оғир қоқшол ҳолатларида трахеотомия қилиб трахеостома қўйилади (шишириладиган резина обтураторли трахеостомик канюла ишлатилади, чунки интубацион найчанинг узоқ вақт туриши шиш чақиради ва некротик трахеобронхит ривожланишига сабаб бўлиб, нафас йўллари санация қилишни қийинлаштиради). СНО автоматик респираторлар ёрдамида амалга оширилади. Организм реактивлигини ошириш учун юқори калорияли овқатлар, витаминлар, кўп миқдорда суюқликлар қўйиш лозим. Тризма ва тутқаноқ ҳолатларида беморлар ҳатто суюқ овқатларини ҳам юта олмайдиган даражага етган бўлса бурун орқали ошқозонга зонд қўйиб энтерал овқатлантириш йўлга қўйилади. Заруриятга қараб юрак қон томир ва симптоматик даво қўлланилади. Иккиламчи асоратлари билан курашиш мақсадида антибиотиклар ва антисептик воситалар, жароҳатга иккиламчи хирургик ишлов бериш ва ГБО қўлланилади.

Профилактикаси. Қоқшолни энг самарали профилактикаси қоқшолга қарши анатоксин билан фаол эмлашдан иборат. Қоқшолнинг олдини олишга қаратилган чора тадбирлар инструкцияси Ўзбекистон Республикаси ССВ нинг махсус буйруғида кўрсатилган. Бу инструкцияга кўра қоқшолдан ҳимоя қилиш болалиқдан бошланиб, АКДС (адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная) ва АДС-М (адсорбированная дифтерийно-столбнячная) вакциналари ва катталарни қоқшол анатоксини (АС-анатоксин) билан эмланади. Эмлашнинг тўла курси ўтилганидан кейин организм анатоксинни қайта юборилишига тезда антителолар ишлаб чиқариш хусусиятига эга бўлади. Фаол эмлашнинг тўла курси бирламчи вакцинация ва ревакцинацияни ўз

ичига олади. Қоқшолга қарши иммунитетни етарли даражада сақлаб туриш учун катталарда 10 йил оралатиб даврий равишда қоқшол анатоксинини бир марталик инъекция қилиш билан ревакцинация ўтказилади.

Шошилинч профилактикаси: тўқималарнинг шикастланишларида (жароҳатларда, куйишларда, совуқ уришларида), касалхонадан ташқаридаги (внебольничный) абортларда, тўқималар гангреналарида ва ошқозон ичак трактининг тешиб кирувчи шикастларида амалга оширилади. Шошилинч профилактикани жароҳатга бирламчи жарроҳлик ишлови беришдан бошланади ва у носпецифик профилактика дейилади, бу эса маҳсус (специфик) профилактика билан тўлдирилади.

Қоқшол шошилинч профилактикасининг шарт шароитлари ва техникаси: 1 мл қоқшол анатоксин мушак орасига юборилади ва бошқа шприц билан мушак орасига 250 МЕ қоқшолга қарши одам иммуноглобулини (противостолбнячный человеческий иммуноглобулин ПСЧИ) юборилади. ПСЧИ йўқ бўлган ҳолатларда гиперииммунизациялаштирилган отлар қонидан тайёрланган 3000 МЕ қоқшолга қарши зардоб ҚҚЗ (ПСС) юборилади.

ҚҚЗ юборилиши олдидан албатта 1:100 нисбатда суюлтирилган от зардоб билан тери ичи синамаси қўйилади. Суюлтирилган зардобдан 0,1 тери ичига юборилади ва реакция ҳолати 20 дақиқадан кейин баҳоланади. Агарда зардоб юборилган жойда шиш ёки тери гиперемиясининг диаметри 1 см дан кам бўлса синама салбий ҳисобланади.

Асоратларини (анафилактик шок, зардоб касаллиги) олдини олиш мақсадида синама манфий бўлган ҳолатларда ҚҚЗ 0,1 мл миқдорда тери остига юборилади ва 30 дақиқадан кейин қолган дозаси юборилади.

Қуйидаги шахсларга қоқшол анатоксини фақатгина 0,5 мл миқдорда юборилади: 1) эмлашни тўлиқ ўтганлигини тасдиқловчи хужжати бўлсаю, охириги эмлашдан кейин 10 йилдан кам вақт ўтган

бўлса, 2) охириги 5 йил давомида анатоксиннинг иккита инъекциясини олган бўлса ёки охириги 2 йил давомида битта инъекция олган бўлса, фаол пассив профилактикасини ўтган барча шахслар кейинчалик яна 6 ойдан 2 йилгача бўлган муддатда 0,5 мл қоқшол анатоксини билан ревакцинация ўтишлари шарт. Тўла курсни ўтганлик ҳақида ҳужжати бўлган шахслар агарда охириги эмлашдан кейин 10 йилдан камроқ вақт ўтган бўлса профилактик мақсадда эмланмайди. Ревакцинациясиз фаол пассив профилактика ўтган беморларга эмлашдан кейин 20 кундан 2 йилгача вақт ўтган бўлса фақатгина 0,5 мл АС юборилади халос. Қоқшолда ҳалиям ўлим даражаси юқориликча қолмоқда ва баъзи муаллифларнинг маълумотларига кўра 20-30% гача етади, яқин ўтмишларда эса бу кўрсаткич 40-60% ни ташкил қилар эди.

ЎТКИР ЧИРИК ИНФЕКЦИЯ

Чирик (путрид) инфекцияда некроз ва тўқималар емирилиши тез ривожланади. Бунда ихороз экссудат, бадбўй хидли йиринг-қонли экссудация пайдо бўлади.

Этиологиясида турли анаэроб микроблар (*B. proteus*, *B. putrificus*, *Bacteroidis*, *Fusobacterium* туркуми) ва *Escherichie Coli*, *Pseudomonas aeruginosa* муҳим рол ўйнайди. Стафилококк ёки стрептококкли инфекциялар газ (водород сульфиди, метилмеркаптан) ажралиб чиқиши ва қўланса хид билан фарқланадилар. Экссудат лойқасимон, тўқ кулранг рангда, қон аралаш бўлади.

Инфекция оғиз бўшлиғи, ичак, сийдик йўлари орқали экзоген, камдан-кам ҳолларда эндоген йўл билан организмга киради. Тўқималар некрози, анаэроб ҳолатлар инфекциянинг тарқалишига имкон беради.

Путрид инфекция тери ости клетчаткасига тарқалади, кейин мушак пардалари орасидаги бўшлиққа ўтиб, мушак ва пай некрозига сабаб бўлади. Суюк емирилиб, чирик остеомиелит

ривожланади. Венада септик эмболлар шаклланиб, улар бошқа аъзоларга ўтиб, метастатик абсцесслар, чирик септикопиемияни пайдо қилади: иккиламчи қон кетиши аниқланади.

Клиник манзараси. Умумий интоксикация ривожланади, гипертермия, бадан увишиши, қон босимининг пасайиб кетиши, юрак уришининг тезлашуви (тахикардия) ва ҳ.к. Ўткир ихорозда ҳидли қорамтир геморрагик суюқлик ва газлар аралашмаси ажралади. Жароҳат атрофида кенг инфильтрация кузатилади. Жароҳат специфик кулранг тусда бўлади, мускул тўқимаси қайнатиб пиширилган гўшти эслатади. Газларнинг борлиги тўқималар крепитациясини белгилаб беради. Лимфангит ва лимфаденит кузатилади.

Давоси. Некротик тўқималарнинг жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш зарур. Тўқималар кенг очилади, йиринг чиқариб юборилади, антисептиклар билан ювилади. Жароҳатга полихлорвинилли дренажлар, антисептик эритмаларга шимдирилган (водород пероксид, калий перманганат эритмаси) тампонлар қўйилади. Акс ҳолда касаллик ривожланиши қўл ёки оёқларни кесиб ташлашга олиб келади. Протеазалар, антибиотиклар, сульфаниламидлар, ва специфик плазма қўлланилади. Тўйимли овқатлар, витаминлар тайинлаш, қон ва унинг ўрнини босувчи суюқликларни қуйишдан иборат.

КУЙДИРГИ

Куйдирги ўткир инфекцион касаллик бўлиб, қўзғатувчиси терига тушган жойида ярали некротик зарарланиш чақириси билан ва баъзан эса жигар ва ичакларнинг зарарланиши ва сепсис ривожланиши билан намоён бўлади. Қўзғатувчиси – куйдирги таёқчаси бўлиб, ҳайвонлар ёки одам организмда вегетатив шаклда, ташқи муҳитда эса бир неча ўн йиллар давомида тупроқда спора ҳолатида сақланади. Одатда куйдирги билан қўйлар ва қорамоллар касалланади. Одамга ҳайвонларнинг териси, юнги ва

гўшти орқали юқади. Шу сабабли кўйдиргидан ўлган ҳайвонлар мукамал равишда зарарсизлантирилади ва йўқотилади.

Клиник кўриниши. Инкубацион даври қисқа, 2-7 кун, лекин 12 кундан ортмайди. Клиник жиҳатдан кўйдиргининг уч тури тафовут қилинади: тери, ўпка ва ичак. Тери тури алоҳида аҳамиятга эга бўлиб кўйдирги карбункули пайдо бўлиши билан кечади (107-расм). Кўпинча у инфенкцияга мойил бўлган жойларда қўлларда, бўйинда ва бош соҳасида пайдо бўлади. Кўзғатувчи тушган жойда кўкимтир қизғиш рангда пуфакча пайдо бўлиб, унинг атрофида тўқималар шишади.



107- расм. Кўйдирги тери формаси

Пуфакча ёрилганидан кейин яра қора рангли қаттиқ, қалин пўстлоқ (струп) билан қопланади. Бирламчи пуфакчанинг атрофида янги пустикулалар пайдо бўлиб, шиш кучаяди, регионар лимфа туғунлар катталашади. Пўстлоқ кўчиб тушади ва унинг ўрнида яра қолади. Бир вақтнинг ўзида бироз йирингли ажралмали бир неча яралар пайдо бўлиши мумкин. Беморларнинг умумий аҳволи нисбатан қониқарли. Бактериологик текширишлар натижасида кўйдиргининг кўзғатувчиси аниқланади. Ичак тури билан зарарланган гўшт истеъмол қилинганда, ўпка тури билан эса кўйдирги таёқчаси спораларининг нафас (тери, мўйна махсулотлари корхоналарида) орқали тушишидан ривожланади. Ичак ва ўпка турлари кескин умумий бузилишлар билан кечиб,

одатда ўлим билан тугайди. Куйдирги карбункулини фурункулдан, ўлат бубонидан ва каламуш тишлаган жароҳатидан (содоку) фарқлай олиш зарур.

Диагностикаси. Ташхис қўйиш учун беморнинг касбини билиш зарур. Ташхисни тасдиқлаш учун зарарланиш ўчоғидан, септик ҳолатларда эса – қондан, балғамдан, ва ахлатдан касалликнинг қўзғатувчиси ажратиб олинади. Қишлоқ хўжалик махсулотларида споралар бор ёки йўқлигини аниқлаш учун термопреципитация реакцияси (Асколи реакцияси) ўтказилади. Диагностикада антраксин билан тери аллергияк синамасини қўйиш муҳим рол ўйнайди.

Даволаш. Рухли, ксероформли ёки антибиотикли малҳам буюриш билан консерватив даво ўтказилади. Кимёвий грануляцияон вал бузилиб, касаллик тарқалиб кетиши мумкинлиги учун оператив даво тақиқланади. Кенг таъсир доирали антибиотиклар, 50-150 мл махсус зардоблар сальварсан билан комбинацияда (0,6-1 вена ичига ишлатилади).

ЯРАЛАР ДИФТЕРИЯСИ

Яралар дифтериясининг (*Difteria vulnaris*) этиологиясида Леффлер таёқчаси (*Corynebacterium difleria*) аҳамиятлидир.

Клиник манзараси. Майда-майда яралар ҳолида намоён бўлади (108-расм). Яра атрофида тўқималар шишиб, қизаради. Ўртача лохаслик кузатилади, клиник жараён анча вақтгача чўзилади. Яллиғланиш белгилари суст ифодаланади.

Диагносикаси бактериологик текшириш билан ифодаланади. Сапрофит дифтерия қўзғатувчиси респиратор йўллариининг шиллиқ пардаларига ўрнашади. Дифтерия гуруҳининг тахминан 40% микроорганизмлари совуқ олдиргандан сўнг касал юқтирган яраларда рўёбга чиқади.

Дифференциал диагностика: ярагинг носпецифик инфекцияси, сил, эризипелойд, қутуриш пайтидаги яралардан фарқлаш керак.



108-расм. Тери дифтерияси.

Давоси. Беморларни изоляторларга жойлаш керак. Специфик ҳалқум дифтериясини даволашдаги каби дифтерияга қарши зардоб (25000-50000 АЕ) мушкул орасига юборилади. Жароҳатланган қўл ёки оёқни иммобилизацияланади. Антибиотиклар, антисептиклар ва дифтерияга қарши зардоблар қўлланилади.

СУРУНКАЛИ ХИРУРГИК ИНФЕКЦИЯ

Сурункали йирингли специфик хирургик инфекция (сурункали остеомиелит, узоқ вақтгача битмайдиган яралар, оқма яралар) ўткир жараёнлар бўлиб ўтгач, қайтадан ривожланади. Камдан-кам ҳолларда бирламчи характерга эга бўлади. Бу инфекция организмнинг қаршилик кўрсатиш қобилияти пасайганда, регенератив жараёнлар суст ифодаланганда, ярада инфекцияга шароит яратувчи омиллар (ёт жисмлар, суюқ бўлакчалари, йиринг оқиши) бўлган ҳолларда ривожланади. Бу жараённинг клиник манзараси ва давоси ўткир хирургик инфекцияга ўхшаб кетади.

Сурункали специфик хирургик инфекция кўпинча бирламчи бўлади. Уни специфик қўзғатувчилар келтириб чиқаради. У суст

кечади. Бу жараёнларда хирургик сил, актиномикоз, суюк-бўғим захми киради. Туляремия, лейшманиоз, лепра, бруцеллезнинг хирургик турлари кам учрайди. Буларнинг ҳар бири ўз қўзғатувчилари тўфайли ривожланади. Уларнинг ҳаммаси суст, бошланишлари билинар-билинемас кечиши билан ифодаланади. Тўқималарда специфик гранулемалар пайдо бўлади.

Профилактикаси умумий, тиббий, ижтимоий чоралардан иборат. Ташхис қўйиш бошида кўпинча қийин бўлади. Шунинг учун бактериологик текширувлар, тўқималар биопсияси ва специфик серологик реакциялар диагностикада қўлланилади.

ХИРУРГИК СИЛ

Хирургик сил гурӯҳига суюк-бўғим сили, лимфа тугунлар сили, сероз бўшлиқлар, ичак буйрак, жинсий аъзолар ва ўпка силининг баъзи турлари киради. Силнинг бундай турларин даволашда хирургик муолажалар қилинади. Организмнинг қаршилиги юқори бўлган ҳолатларда кўпинча кўкрак қафаси лимфа тугунларида жойлашувчи бирламчи сил ўчоғи охакланади ва инфекция вирулентлигини йўқотади: шунинг учун сил тахминан 80-90% одамларга юқади, лекин 1% дан кам одамгина касалланади. Силнинг қўзғатувчиси сил таёқчаси, кўпинча Р.Кох (1882) томонидан топилган *tyrus humanus* ҳисобланади. Ташқи муҳитда кенг тарқалган бўлиб, қуришга, физик ва кимёвий омилларга бардошлидир. Қорамол сил таёқчаси (*tyr. bovinus*) ҳам патоген аҳамиятга эга; элиментар йўл билан юқади. Умуман юқиш йўллари қуйидагича: 1) Нафас йўллар орқали (барча ҳолатларнинг 85-90% ни ташкил қилади) ҳаво-томчи йўл билан (кўпинча ўпка сили ривожланади); 2) Ошқозон ичак тракти орқали – зарарланган гўшт сут махсулотлари орқали юқади. Ўз-ўзига юқтириш йўли ҳам мавжуд (инфицирланган балғамни ютганида); 3) Шикастланган тери, шиллиқ қаватлари, яра ва ётоқ яралар орқали; 4) Инфицирланган плацента орқали (туғма сил).

Тўқималарга сил таёқчаси тушганида маҳаллий сурункали яллиғланиш реакциясини чақиради. Бунда специфик гранулема ривожланади ва у сил дўмбоқчаси (tuberculum) деб аталади. Уни микроскопик текширганда орасида сил микобактериялари ва эпителиоид хужайралар тутган Пирогов-Лангханнинг гигант хужайралари топилади. Сил дўмбоқчасининг атрофида лимфоцитлар тўпланади. Кейинчалик эса марказида казеоз (сузмали) некроз деб аталувчи специфик некроз содир бўлади. Бир нечта микроскопик дўмбоқчалар ўзаро қўшилганида оддий, кўзга кўринувчи тариқ уруғи ўлчамида тугунча пайдо бўлади. Бир нечта шундай тугунларнинг ўзаро қўшилишидан эса сил ўчоғи шаклланади. Ўз навбатида бундай ўчоқларда ёки тўқималар некрози ёки казеоз парчаланиши содир бўлади, ёки бўлмаса унга кальций тузлари ўтириб бириктиручи тўқима ўсиб киради. (некрозга протеолитик ферментлар сабаб бўлади). Ҳимоя кучлари етарли даражада бўлганида сил ўчоғининг охакланиши ва инкапсуляцияланиши кузатилади. Бироқ, кейинчалик ноқулай ҳаёт шароитлари (очлик, гипо- ва авитаминозлар, юқумли касалликлар, сурункали алкоголизм, наркомания) натижасида сил жараёни қайта ривожланиши, сил таёқчаси кейинчалик контакт, лимфоген ва гематоген йўллар билан тарқалиши мумкин. Инфекциянинг тарқалиш йўлларидаги асосий тўсиқлардан биттаси бу лимфатик тугунлар бўлиб, қўзғатувчи лимфа тугунларда туриб қолади. Натижада сил жараёнининг гематоген тарқалиши учун хос бўлган олис аъзо ва тўқималарда лимфа тугунларнинг каттагина йиғиндилари – иккиламчи ўчоқлар шаклланади. Бундай тарқалиш усули суяк-бўғим сили учун ҳам хос.

Суяк-бўғим сили

Суяк-бўғим силининг эпидемиологияси охириги пайтларда анча ўзгаришларга учради. Олдинги даврларда суяк-бўғим сили билан кўпинча болалар оғриган бўлса, ҳозирги вақтга келиб бу касаллик кекса ёшли одамларда кўпроқ учрамоқда. Қария ёшли беморларда

суяк-бўғим сили бошқа сил касалликларининг 72-75% ташкил қилмоқда. Суяк-бўғим сили асосан кўкрак ва бел умуртқаларини зарарлайди. Суяк-бўғим сили ичида сил спондилити 40% ташкил қилади. 20 % ҳолларда чаноқ сон бўғими сили, 15% ҳолларда эса тизза бўғими сили учрайди. Ясси суяклар (қорвурғалар, тўш суяги, калла суяги) сили, кафт ва бармоқ суяклари сили, елка ва болдир панжа бўғими сили эса нисбатан кам учрайди. Суяк-бўғим сили ҳархил турларининг ривожланишига шикастланишлар ва инфекциянинг вирулентлиги таъсир кўрсатади, аммо организмнинг ҳимоя кучлари асосий ўринни эгаллайди. Агарда ҳимоя кучлари бирданига сусайса (масалан юқумли касалликлардан кейин), унда жараён фаоллашиши мумкин. Суяк-бўғим сили специфик остеомиелит ривожланиши билан кечади ва беморларнинг юқори даражада сенсибилизацияланиши ва аллергияцияланиши билан боғлиқ бўлади. Жараён дастлаб найсимон суякларнинг метафизи ва эпифизини қамраб олиб тўқималарнинг казеоз парчаланиши кузатилади. Суякларда эриётган қандни эслатувчи, сақловчи унча катта бўлмаган бўшлиқлар пайдо бўлади. Атроф тўқималарда эса реактив яллиғланиш ривожланади.

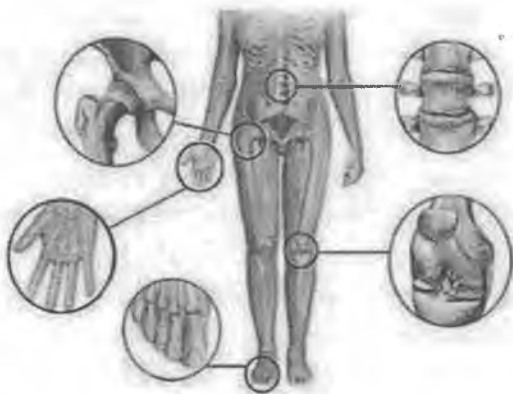
Сил остеомиелитида умуртқа суякларининг ғоваксимон моддаси некрозга учрайди ва тўқималарнинг казеоз парчаланиши кузатилади. Некроз соҳасида совуқ абсцесс келиб чиқади. Патологик жараёнга кўпинча умуртқа таналарининг олдинги қисми жалб бўлади ва суякнинг зарарланган қисми пастки умуртқа томон эзилиб бориши натижасида умуртқа поғонаси деформацияга учраб – букр пайдо бўлади. Умуртқа поғонасининг деформацияси понасимон кўринишда бўлади.

Совуқ абсцесс бирламчи ўчоқдан анча узоққача тарқалиши, бел ва ёнбош мушаклар бўйлаб, ҳатто чов соҳасидан ўтиб, сон соҳасигача тушиши мумкин. Қопсимон гранулема дейилувчи совуқ абсцессда – бир вақтнинг ўзида бириктирувчи тўқима ва унинг бўшлиқларида ҳам яллиғланиш жараёни кузатилади.

Суюк-бўғим силининг қуйидаги шакллари тафовут қилинади (109-расм): бирламчи остит преартритик, иккиламчи артрит артритик шакли (бунда жараён бўғим бўшлиғига ўтиши мумкин). Бўғим сили бирламчи оститга ўхшаб бошланади, аммо бунда жараёнга бўғим атрофидаги суюкнинг ғоваксимон қатлами ҳам жалб бўлади.

Бўғим силининг қуйидаги шакллари тафовут қилинади: синовиал, фунгоз, суюк.

Синовиал тури. Касалликнинг бу тури бўғим синовиал пардаларидан экссудатнинг кўп ажралиши билан кечади. Экссудат тўла тўқис сўрилиб кетиши ёки оёқларда ҳаракатнинг чекланишига сабаб бўлиши мумкин.



109-расм. Суюк ва бўғим сили жойлашадиган соҳалар

Фунгоз тури. Продуктив яллиғланиш жараёнлари устун бўлганида келиб чиқади. Грануляцион тўқима бўғим бўшлиғини тўла тўлдиради ва бўғим капсуласи ва атроф тўқамаларга ўсиб киради. Натижада бўғим ўлчамлари яққол катталашади, тери эса юпқалашиб, оқиш тусга киради ва “оқ ўсма” келиб чиқади. Грануляцион тўқима суюкка ҳам ўсиши мумкин; суюклар

чеккаларининг бир бирига яқинлашуви натижасида бўғим бўшлиғи тораяди.

Суяк тури. Бўғим силининг бу тури бўғимнинг реактив яллиғланиши заминида бирламчи остит кўринишида намоён бўлади. Яллиғланиш жараёни кўпинча инфильтратив тус олади бўғимлар контрактураси, патологик чиқишлар (вывихи) чақиради ва иккиламчи инфекция ривожланиши мумкин.

Клиник манзараси. Суяк-бўғим сили аста секинлик билан бошланади. Узоқ вақт ўтганидан кейин маҳаллий белгилар пайдо бўлиши мумкин: оғриқлар, оёқ қўлларда ҳаракатларнинг чекланганлиги ва деформация, гавда кўринишининг бузилиши, мушакларнинг атрофияси.

Жараённинг тарқалиши қуйидаги омилларга боғлиқ: жараённинг локализациясига, организмнинг реактивлигига, беморларнинг ёшига. Оғриқлар нерв томирларини токсик таъсирланишидан ёки уларнинг яллиғланиш инфильтрати босими таъсиридан келиб чиқади. Оғриқлар доимий ёки кўчиб юривчи тусда бўлиб, оёқ қўлларга жисмоний зўриқишнинг ортишидан кучаяди. Баъзан оғриқларнинг йирик нерв толалари бўйлаб рефлектор тарқалиши кузатилади. Бунда оғриқлар патологик ўчоқдан анча узоқда бўлиши мумкин. Масалан, патологик жараён чаноқ сон бўғимида бўлса, сон ва ёпқич нервларининг таъсирланишидан оғриқлар тизза бўғими соҳасида кузатилиши мумкин. Пастки умуртқаларнинг оститида қориннинг олдинги юзаси ва сон соҳасида аниқ бўлмаган оғриқлар кузатилади. Тунги оғриқлар кузатилиши мумкин. Оёқ қўллар ҳаракатининг чегараланиши бўғим силининг бошланғич босқичидаёқ кузатилади. Беморлар оёқ қўлларини оғриқ чақирмайдиган ҳолатида ушлаб, авайлашга ҳаракат қилишади. Масалан, кўкрак ёки бел спондилити бўлган бемор полда ётган предметни олиш учун олдинига ўтиради ва ундан кейингина предметни олади. Оёқ қўлларнинг мажбурий ҳолати бўғимларнинг турғун контрактураларига сабаб бўлади.

Оёқ қўллар ҳаракатининг узоқ вақт чегараланиши натижасида нерв трофикаси бузилиши ва авж олиб борувчи мушаклар атрофияси келиб чиқади. Мушаклар атрофияси билан бирга тери ва тери ости тўқималари склерози ва оёқ қўллар шиши келиб чиқади. Тери ва тери ости ёғ клетчаткаси соғлом томонга нисбатан ҳар доим қалинлашган бўлади – Александров симптоми. Тери бурмаларининг қалинлашуви патологик жараённинг қаерда жойлашганлигига қарамасдан оёқ қўлларнинг барча узунлиги бўйлаб тарқалади. Бўғимлар контурларининг ўзгариши, оёқ қўлларнинг деформацияга учраши эса кеч босқичларида пайдо бўлади. Юзаки жойлашган бўғимларда суюқликлар тўпланишини осонгина пайқаш мумкин, флюктуация аниқланади, тизза бўғими соҳасида эса тизза қопқоғи йиринглаши аниқланади. Ноаниқ бўлган ҳолатларда бўғим бўшлиғи пункция қилиб кўрилади. Кўпинча бўғимлар урчүқсимон қалинлашган бўлиб, устидаги териси юпқалашган ва оқиш ранг бўлади. Суюқ йиринг, казеоз парчаланиш маҳсулотлари, баъзан эса суюқлари ажралиб турадиган оқма яралар пайдо бўлади. Оқма яра тешиги оқиш суст грануляция билан қопланган бўлади. Баъзан кўплаб оқмалар иккиламчи инфекция ривожланиши мумкинлиги туфайли муайян бир хавф туғдиради. Совуқ абсцесслар чов соҳасида, баъзан эса сон соҳасида шиш ва бўртиш пайдо бўлиши билан намоён бўлади, флюктуация ривожланади. Ҳосила устида тери одатдаги рангда ва ҳарорати ўзгармаган. Пункция қилинганида йиринг чиқади. Бактериологик текширувда сил таёқчалари топилади; биологик усул эса денгиз чўчқаларига йиринг суспензиясини инъекцион усулда киртишдан иборат бўлиб, 6 ҳафтадан кейин сил диссеминацияси кузатилади. Вақт ўтиши билан ҳосила устидаги тери яллиғланади, кўп миқдорда йиринг ажралувчи оқма яралар пайдо бўлади.

Касалликнинг бошланғич боқичида умумий симптоматика суст ифодаланган бўлади. Тана ҳарорати субфебрил, секинлик билан кучаявчи ҳолсизлик, анемия кузатилади. Йирингли асоратлар ёки

иккиламчи инфекциянинг қўшилиши беморлар аҳволининг ёмонлашувига, тана ҳароратининг кескин ошишига, кучли оғриқлар пайдо бўлишига, лейкоцитоз ва ЭЧТ нинг ошишига олиб келади.

Суяк-бўғим силининг асоратлари: паренхиматоз аъзолар амилоидози, силнинг миллиар турлари ривожланиши.

Кеч постартритич босқичида: умуртқа поғонаси бўғимларининг деформацияси (110-расм), оёқ қўлларнинг калталаниши, гавданинг ўзгариши, патологик синишлар, чиқишлар.

Сил спондилитида жараён орқа мияга ўтиб парез ва параличлар ривожланиши мумкин.

Диагностикаси. Ташхис қўйиш учун рентгенологик текширув усули асосий ўринни эгаллайди. Суякларнинг қайта томограммалари ва йўналтирилган рентген суратлари қилинади.



110-расм. Сил спондилитидаги умуртқалар деструкцияси

Дифференциал диагноз. Суяк-бўғим силини қуйидаги касалликлардан фарқлаб олиш зарур: ўткир ости ва бирламчи носпецифик сурункали остеомиелитлардан, суяк ва бўғимлар захмидан, суяк ўсмаларидан, инфекцион артритлардан (гонорейли, тифли, скарлатинали, постгриппоз), посттравматик, ревматик ва эндокрин артритларидан.

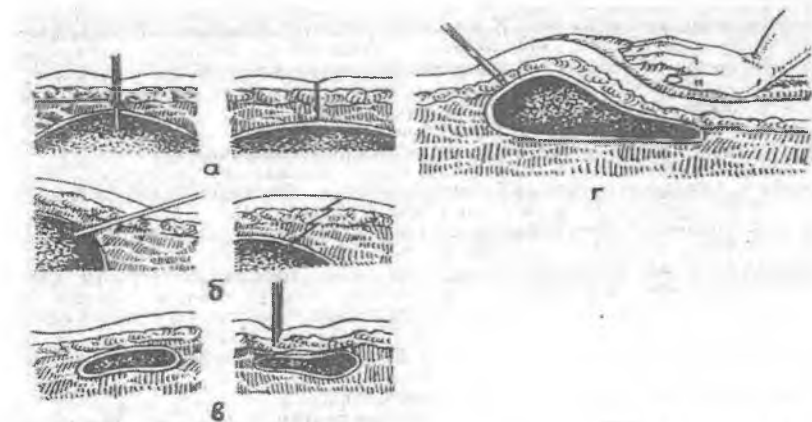
Даволаш. Даво муолажалари маҳаллий ва умумий турларга бўлинади. Суяк-бўғим сили ихтисослашган силга қарши касалхоналарда, санатория ва диспансерларда даволанади.

Умумий даво: организмнинг ҳимоя ва иммунобиологик хусусиятларини кўтариш, регенератив жараёнларни фаоллаштириш, етарлича овқатлантириш, даво бадан тарбияси, климатотерапия (тоза ҳаво ва қуёш радиацияси), антибактериал терапия.

Суюк-бўғим силини даволашда ишлатиладиган антибактериал воситалар: канамицин, ПАСК (парааминобензой кислотаси), фтивазид, рифадин, этамбутол, стрептомицин, тубазид, изониазид.

Маҳаллий консерватив даво: суюк ва бўғимларни энгиллаштириш, оёқ қўлларни иммобилизацияси (гипсли боғламлар ва кроватлар), физиотерапевтик муолажалар.

Маҳаллий оператив даво: абсцессни пункциялаш (111-расм), очиш, бўғимларни резекция, суюк ва бўғимларни ампутация, пластика қилиш, корригирловчи остеотомия, умуртқа поғонасини фиксациялаш, бўғимдан ташқари артродез қилиш.



111-расм. Совуқ абсцессни пункция қилиш. а,б-нутўғри, в,г-тўғри

АКТИНОМИКОЗ

Актиномикоз (actinomycosis) хроник специфик юқумли касаллик. Специфик друзлар аниқланади, кучли инфильтрат ривожланади.

Этиологиясида айрим замбуруғлар *Actinomyces igralli*, *Funqi imperfecti* гуруҳига оид граммусбат микроорганизмлар, *Actinomyces naestundit* ва *Afachuie propinici* муҳим рол ўйнайди. Арпа поясида ва бошқа ўсимликларда учрайди, ареали кенг тарқалган. Замбуруғлар чангли ҳаводан нафас олинганда ўпкага тушиши мумкин. Ўсимлик пояси чайналганда инфекция ичакларга ўтиши мумкин.

Тўқималарида замбуруғлар донсимон друзлар пайдо қилишади. Замбуруғлар сапрофитлар сифатида оғиз бўшлиғида, чириган тишларда, катталашган бодомча без қаватларида топилади. Шиллиқ пардаларда замбуруғлар тўқималарга ўтади. Уларда ёғочга ўхшаган қаттиқ инфилтрат пайдо қилишади.

Клиник манзараси. Инкубацион даври бир неча ҳафтага, ёки ойларга чўзилиши мумкин. Касаллик 50% пастки жағ ва бўйин соҳасида ривожланади. Кейин қаттиқ инфилтрат парчланади, кўп миқдорда оқма яралар пайдо бўлади. Йиринг чиқиб туради. Уларда сарғиш доначалар кўринишидаги замбуруғ друзларини кўриш мумкин. Оқма яра атрофидаги тери кўкимтир ёки қизил рангда бўлади.

Ўпканинг пастки қисмида перифокал пневмония, абсцесслар ва иккиламчи бронхоэктазлар ривожланади. Ўчоқ кўкрак қафаси деворига, диафрагмага тарқалади, қовурғалараро оқмалар пайдо бўлади.

Қоринда кўпроқ кўричак зарарланади. Аппендикуляр инфилтратни эслатувчи қаттиқлик пайдо бўлади ва у қориннинг олд деворида оқма яра бўлиб тешилади.

Дифференциал диагнози. Хавfli ва хавфсиз ўсмалардан, сил лимфаденитидан фарқлаш керак. Тери ости синамаси, актинолизат билан серологик реакция ўтказилади, друзлар бўлган йиринг текширилади.

Давоси. Узоқ вақт комплекс терапия қўлланилади. Йодли препаратлар, антибиотиклар, рентген нурлари, қон

компонентлари қўйиш, махсус актинолизаторлар қўлланилади. Актинолизатлар тери остига ёки мушак орасига ҳафтада икки марта 0,5 мл дан юборилади. Доза 2,0 мл гача етказилади.

Даво курсига 20-25 инъекция қилинади. Даволаш курси 2-3 ойдан сўнг такрорланиши мумкин. Имкониятларга қараб қаттиқ инфилтрат оператив йўли билан олиб ташланади, йиринг ўчоғи дренажланади.

СУЯК ВА БЎҒИМЛАРНИНГ ЗАХМ КАСАЛЛИГИ

Захм (syphilis, syn. lues, morbus gallicus) хроник касаллик, контакт инфекцияси туфайли пайдо бўлади. Қўзғатувчиси оқиш трепонема (*treponema pallidum*). У теридаги ёки шиллиқ пардалардаги шикастланиш орқали организмга киради ва маҳаллий ҳамда умумий реакцияларни келтириб чиқаради. Захм камдан-кам ҳолларда трансфузия орқали юқади.

Бирламчи захм аффекти – қаттиқ яра ташқи жинсий органларда анча енгил кечади. У тил ва юмшоқ танглайда, бодомча безлар, юз, лаб, ияк соҳасида, сут безларида, думба бурмаларида, қўлтиқ ости чүқүрчаси, орқа тешиқда бармоқларда пайдо бўлади.

Суяк ва бўғимлар иккиламчи захм ёки патологиянинг охириги даврларида зарарланади. Суяклар асосан шу даврда шикастланади.

Клиник манзараси. Иккиламчи захмда люэтик (захмли) периостит кўпроқ калла суягида, катта болдир (илик) суягида ва қовурғаларда пайдо бўлади. Тунги оғриқлар кузатилади. Бу ўзгаришлар туғма захмда ҳам кузатилади. Айниқса катта болдир суягидаги ўзгаришлар: у деформацияга учрайди ва қиличсимон кўринишда бўлади.

Шу даврда суякларда гуммалар пайдо бўлади. Процесс суякнинг ўзига (ostitis) ва илик соҳаларига (osteomyelitis) тарқалади. Суяк ва унинг емирилиши юз беради. Гуммалар билан, болдир, қовурғаларда, кўкрак суякларида бўлади. Бурун, юмшоқ танглай суяклари бутунлай парчаланиб кетади. Қаттиқ тери билан

қопланган яралар ривожланади. Яра битиши билан ўрнида юлдузсимон катта чандиқ ҳосил бўлади. Чандиқ суякка ёпишиб туради. Тизза, тирсак бўғимларида, болдир ва товон суягини бириктирувчи бўғимда моноартрит ва полиартритлар ривожланади.

Дифференциал диагнози. Касалликни хроник остеомиелитдан, хавfli ўсма (саркома)дан, суяк силидан ажратиш лозим. Серо ва ликворологик диагностика (Вассерман ва Каннинг такомиллашган реакциялари) қилинади. Захмга қарши сецифик даво яхши натижалар кўрсатади.

Давоси. Суяк ва бўғимларнинг захм касаллигини даволаш специфик хусусиятга эга. Иккиламчи инфекция пайдо бўлган ҳолларда жарроҳлик йўли қўлланилади.

ҚУТУРИШ

Қутуриш – ўткир вирусли касаллик бўлиб, марказий нерв системаси қўзғалувчанлигининг ортиши, кейинчалик эса параличи ва ўлим юз бериши билан характерланади. Касаллик бутун ер шари бўйлаб тарқалган. Касалликнинг асосий манбалари кучуклар (одамларда 95% ҳолатларда қутуриш кучук тишлаши билан боғлиқ). Қутуриш деярли барча ҳолларда ўлим билан тугайди ва одам учун жуда хавfli ҳисобланади. Статистика маълумотларига кўра (Россия, 2006) дунёда ҳар йили 50.000 одам қутуриш касаллигидан ўлар экан. Ҳайвонларнинг қутуриши қадимдан маълум бўлиб, Демокрит, Аристотель ва бошқалар ўз қўл ёзмаларида бу ҳақда тўхталиб ўтишган. Л.Пастер ўз тадқиқотлари натижасида касалликнинг қўзғатувчиси марказий нерв системасига интилишини асослаб берган. 1887 йили румин олими В.Бабеш, 1903 йили эса итальян врачлари А.Негри қутуришдан ўлганларнинг миясидан ўлчамлари 1 дан 27 мкм гача бўлган киритмаларни (включения) топишган. Бу Бабеш-Негри таначаларининг табиати

аниқ эмас, лекин уларнинг аниқланиши муҳим диагностик аҳамиятга эга.

Этиопатогенези. Касалликнинг қўзғатувчиси рабдовируслар гуруҳига мансуб. У кўпчилик иссиққонли ҳайвонлар учун патоген бўлиб, бемор касаллик клиник белгилари бошланишидан 7-8 кун олдин сўлаги билан вирус чиқара бошлайди. Шикастланган тери орқали киргандан кейин вирус нерв стволлари орқали бош мияга етиб боради ва унда шиш, қон қуйилиши ва нерв ҳужайраларининг дегенерациясини чақиради (112-расм).



112-расм. Қутириш вируси кириш йўли

Вирус сўлак безларига тушади ва сўлак орқали ташқи муҳитга ажралади. Қутириш махсус (специфик) энцефалитга ўхшаб кечади. Бир неча ойдан бир йилгача чўзилувчи инкубацион даврдан (кўпинча 20-90 кун) кейин бошланади. Инкубацион даврнинг давомийлиги инфицирланиш дозасига ва жароҳатнинг жойлашувига (мияга узоқ ёки яқинлигига) боғлиқ.

Клиник кўриниши: инкубацион даврдан кейин касалликнинг продромал даври (давомийлиги 1-3 кун), бу вақтда эса кузатилади: тишланган жой шишади, тишланган жойга яқин жойлашган

нервларда невралгия, умумий мадорсизлик, тана ҳароратининг ошганлиги, уйқунинг бузилиши. Кейин эса касалликнинг авж олиш босқичи бошланади: сувдан қўрқиш, тамоқ ва ҳиқилдоқ мушакларининг оғриқли қисқаришлари, баъзан сув ичишга ҳаракат қилганида нафаснинг тўхташи, кейинчалик эса оқаётган сувни кўрганда ёки овозини эшитганда, ёки сув ҳақида гапирганда мушаклар қисқариши. Хуружлар бир неча сония давом этади ва сўнади. Шу жумладан психомотор қўзғалиш хуружлари кузатилади: беморлар агрессив бўлиб қоладилар, бақиради, мебелларни синдириб одамга хос бўлмаган кучлар ишлатади.

Диагностикаси. Тишланган жароҳатнинг топилиши ёки ҳайвон сўлагининг шикастланган терига тушиши катта аҳамиятга эга. Одамда муҳим белгилардан бири бу сувдан қўрқиш, сув ёки овқатларни кўрганда ютиш мушакларининг спазми юз бериши туфайли беморлар ҳатто бир стакан сув ҳам ича олмайдилар. Ҳавонинг бир озгина ҳаракати ҳам мушаклар қисқаришига сабаб бўлади – аэрофобия. Сўлак оқишининг кучайиши бундай беморларга хос белгилардан бўлиб, сўлаги оғиз бурчагидан доим оқиб туради. Диагнозни лабораторияда тасдиқлаш талаб қилинмайди.

Даволаш. Касалликнинг белгилари бошланганидан кейин беморларни қутқариб бўлмайди. Даволашнинг самарали усуллари йўқлиги беморлар ҳаётини қутқариш муаммосини туғдиради. Беморлар аҳволини енгиллаштириш учун симптоматик муолажалардан фойдаланилади. Беморларни қоронғи ва тинч палаталарга жойлаштирилади. Ҳаракат қўзғалишларини тўхтатиш учун седатив воситалар буюрилади, тутқаноқ хуружлари кураресимон воситалар ёрдамида бартараф қилинади. Нафас бузилишларини трехеотомия ва сунъий нафас олиш аппаратига улаш билан бартараф қилинади.

Профилактикаси. Кучукларда қутуришни йўқотиш мақсадида дайди кучуклар йўқотилади. Касал ёки гумонли кучук тишлаган

одамлар жароҳати тезлик билан қайнатилган илиқ 20% ли совунли сувда ювилади, кейинчалик эса 70% спирт ёки йоднинг спиртли дамламаси билан ишлов берилади. Иложи борича тезроқ вакцинация ўтказилиши зарур. Бунда антирабик зардоб ёки антирабик иммуноглобулин жароҳат деворларига ва атроф тўқималарга юборилади. Шуни билиш керакки эмлаш кучук тишлаганидан кейин 14 кун ичида ва қатъийан эмлаш қоидалари билан қилинсагина самарали бўлади, бу муддатдан кейин эса эмлашнинг хожати қолмайди.

НЕКРОЗЛАР ВА ГАНГРЕНАЛАР

Тўқималарнинг маҳаллий ўлиши некроз дейилади. Гангрена – бу некрознинг бир тури бўлиб, тўқималарнинг йирингли парчаланиши, қон пигментлари билан тўйиниши ва шунинг натижасида тўқималар рангининг қорайиши билан кечади.

Некрознинг қуйидаги сабаблари мавжуд: тўқималарнинг бевосита парчаланиши, қон айланишининг камайиши натижасида тўқималар озиқланишининг бузилиши, модда алмашинуви касалликлари, нерв тизимининг зарарланиши.

Тўқималарнинг бевосита парчаланиш сабаблари: механик (эзилиш, йиртилиш, жароҳатлар), термик (қуйишлар ва совуқ уришлари), электрик, кимёвий (концентрациялашган кислоталар, ишқорлар ва бошқа моддалар, аъзоларнинг секретлари), токсик, айниқса микроблар токсинлари (газли гангрена), нур энергияси (рентген нурлари билан қуйишлар ва радиоактив қуйишлар).

Тўқималар озиқланиши бузилишининг сабаблари: ўткир юрак етишмовчилиги, моддалар бўлакчалари билан (кўпинча) ва газлар билан (баъзан) эмболия, қон томирларнинг узоқ вақт торайиши ёки облитерацияси (Рейно касаллиги, облитерацияловчи эндартериитлар), томирларнинг узилиши ёки сиқилиб қолиши, магистрал қон томирларнинг шикастланиши, ичакларнинг сиқилиши, қон ивиши ва реологик хусусиятларининг бузилиши, қон

томир интимаси структурасининг бузилиши (артерия ва веналар тромбози), некроз ва гангреналар модда алмашинув касалликларида (қандли диабет, цинга), марказий нерв тизими касалликлари (ўсмалар, нейросифилис, сирингомиелия ва бошқалар), марказий нерв тизими ва периферик нервлар (узилиш ва сиқилишлари) шикастларида ҳам кузатилади.

Некроз ва гангреналарнинг (113-расм) *ривожланиши ва кечишига таъсир қилувчи омиллар*: шикастланган аъзоларнинг анатомо-физиологик хусусиятлари, инфекциялар ва интоксикациялар – чекиш, алкоголь, ташқи муҳитнинг ноқулай омиллари (узоқ вақт совуқ қотиш).

Организмнинг анатомо-физиологик хусусиятлари умумий ёки маҳаллий бўлиши мумкин. Организмнинг умумий анатомо-физиологик хусусиятлари: организмнинг реактивлиги, нерв тизимининг тури, анемия, юрак етишмовчилиги, модда алмашинуви касалликлари, гиповитаминозлар.



113-расм. Некроз ва гангреналар

Организмнинг маҳаллий анатомио-физиологик хусусиятлари: қон томир тизими тузилишининг магистрал ёки тарқоқ турдалиги, коллатералларнинг ҳолати, қон айланиши бузилишининг ривожланиш даражаси, томирларида патологик ўзгаришлар бор ёки йўқлиги (атеросклероз, эндартериит).

Таснифи: *Этиологиясига кўра:* 1. Специфик. 2. Носпецифик.

Тўқималарнинг зарарланиш даражасига кўра: юзаки, чуқур, бутунлай.

Клиник кечишига кўра: қуруқ, хўл.

Жараённинг жойлашишига кўра: терида, тери ости клетчаткасида, мушакларда, ингичка ичақда, ўт пуфагида, бачадонда.

*Носпецифик гангрена*лар шикастланишлар ёки қон томирлар ва тўқималарнинг узоқ вақт сиқилиши, қуйишлар, хирургик инфекциялар, трофик ўзгаришлар (ётоқ жаралар, жаралар), тромбоз ва эмболияларнинг натижасида ривожланади.

*Специфик гангрена*лар специфик гангреналар атеросклероз, облитерацияловчи эндартерит, захм, эндокринологик касалликлар – қандли диабет натижасида ривожланади.

Клиник манзарасининг хусусиятларига кўра специфик гангреналарнинг таркибига яна қуйидагилар ҳам киритилади: атеросклеротик ёки кексалик гангрена, ўспиринлик (ювенил) ёки спонтан гангрена, симметрик гангрена.

Қуруқ гангрена кўпинча оёқ қўлларда кузатилади. У асосан қон айланиши бузилиши секин аста ривожланиб бораётган ожизланган, айниқса оёқ ёки қўлларга ташқи муҳитнинг ноқулай омиллари таъсир қилаётган беморларда кузатилади. Қуруқ гангренада тўқималар сувсизланади, қурийди ва мумиёланади, дағаллашиб бўжмаяди, жигарранг ёки кўкимтир қора рангга киради. Жараён чегараланган бўлади ва зўраймайди. Гистологик нуқтаи назардан тўқималарда ҳужайра ядроларнинг парчаланиши билан, эритроцитлар ва лейкоцитларнинг парчаланиши, плазма

оқсилларининг ивиши кўринишида коагуляцион некроз ривожланади.

Клиник манзараси. Касалликнинг бошланғич босқичларида қўл оёқларнинг шикастланган жойидан дистал қисмларида кучли ишемик оғриқлар кузатилади. Қўл оёқлар оқиш бўлиб, совийди, териси мармар рангга кира бошлайди. Юзаки ва чуқур сезги йўқолиб, оёқ қўлларнинг фаолияти бузилади. Периферик артерияларда томир уриши аниқланмайди. Агарда магистрал томирларнинг шикастланиши билан бир вақтнинг ўзида коллатерал томирларнинг спазми кузатилса гангрена каттагина соҳаларни эгаллайди. Бунда тирик тўқималарни соғ тўқималардан ажратиб турувчи демаркацион вал ривожланади. Ўлик тўқималарнинг кўчишида демаркацион чизикда бириктирувчи тўқима ҳужайралари ривожланади, лейкоцитлар тўпланиб, грануляция шаклланади. Тирик ва ўлик тўқималар орасидаги чегара токи ўлик тўқималар кўчиб тушмагунича янаям чуқурлашаверади. Кўчиб тушганидан кейин эса узоқ вақтда тортилувчи грануляцияланувчи жароҳат қолади. Қуруқ гангренада тўқималарнинг мумиёланиши кузатилади. Токсик моддаларнинг сўрилиши жуда ҳам кам бўлганлиги учун организмнинг интоксикацияси кузатилмайди. Одатда беморларнинг умумий аҳволи қониқарли бўлади. Агарда қуруқ гангренанинг сабаби тўқималарнинг маҳаллий шикастланиши (лат ейиш, совуқ уриши) бўлса, оёқ қўлларнинг бошқа жойларида қон айланишнинг бузилиши, тери рангги ва ҳароратининг ўзгариши кузатилмайди.

Даволаш: оёқ қўлларни иммобилизация қилиш, қуруқ боғламлар қўйиш, физиотерапевтик муолажалар (УВЧ, кварц билан нурлантириш), некрэктомия, оёқ қўлларни ампутация қилиш.

Ҳўл гангрена асосан тўла беморларда қон айланишининг ўткир бузилиши (йирик қон томирларининг шикастланиши, эмболия) натижасида учрайди. Кўпинча жараёнга йирингли ёки чиритувчи инфекция кўшилади. Ҳўл гангренанинг ривожланишига тўқималар

шиши (юррак етишмовчилигида, буйрак касалликларида ва бошқаларда) дан ташқари қандли диабет ҳам сабаб бўлади.

Қуришга улгурмаган ўлик тўқималар микроблар учун яхшигина озик муҳити бўлиб хизмат қилади. Тўқималарнинг чириб (пүтрид) парчаланиши кузатилади. Кўпинча жараён анаэроб инфекция (газли гангрена) билан бирга кечади, парчаланаятган тўқималар кулранг яшил рангли, ифлос, сассиқ ҳидли массага айланади. Тўқималар парчаланиш маҳсулотларининг қонга сўрилиши натижасида организмнинг оғир интоксикациясига сабаб бўлади. Демаркацион чизиқ ҳосил бўлмайди, фақат баъзангина чегараланган жараёнларда грануляциян вал шаклланади халос.

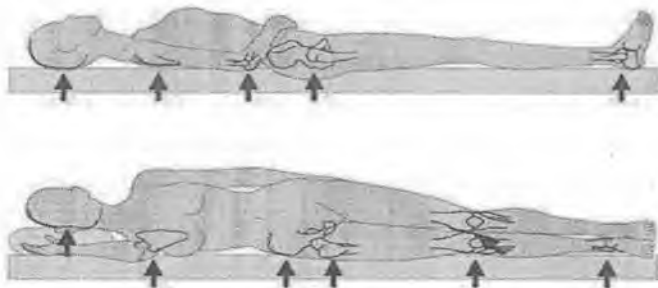
Клиник манзараси. Касаллик авж олиб бориш билан кечади. Оёқ қўллар бошида оқиш рангга кириб совий бошлайди, кейинчалик эса кўкимтир қизил доғлар пайдо бўлади, эпидермис кўчиши натижасида ўткир ҳидли қонли экссудат билан тўлган пуфакчалар пайдо бўлади. Тўқималар шиши кескин орта боради. Зарарланган оёқ қўлларда кучли оғриқлар пайдо бўлади. Маҳаллий жараёнлар оғир умумий интоксикация билан кечади. Бемор юзининг рангги кулранг тусга кириб, тили қурийди, пульс тўлиши сусаяди, артериал босими пасаяди, тўла апатия ривожланади. Тана ҳарорати баланд бўлиб, гектик тус олади. Буларнинг натижасида беморларнинг ҳаёти хавф остида қолади. Диабетик гангрена айниқса оғир кечади. Қандли диабетни бўлган беморлар организмнинг қаршилиқ кучлари ва тўқималар регенератив хусусиятлари сусайган, йирингли яллиғланиш жараёнларининг қўзғатувчиларига берилувчанлиги эса ошган бўлади. Шу сабабли иккиламчи яллиғланиш ривожланиши осон ва жароҳатларнинг регенерацияси эса қийин бўлади. Ҳўл гангрена ҳар-хил аъзоларда бўлиши мумкинлиги туфайли, клиник манзараси турлича бўлади ва у тўқималарнинг турига, зарарланган аъзоларнинг жойлашган жойига ва характериға боғлиқ. Ички аъзоларнинг ўлиши ҳам ҳўл гангрена кўринишида кечади. Қорин бўшлиғи аъзолари учун қорин

парда таъсирланиш симптомлари ва перитонит ривожланиши хос бўлади. Ўпка гангренази ҳам ўзига хос белгилар билан кечади.

Даволаш. Интоксикация билан кураш, модда алмашинуви бузилишини (диабет) бартараф қилиш, антибактериал терапия, инфузион терапия, юрак воситалари, беморлар ҳаётини сақлаб қолиш мақсадида жараённи чегараланишини кутмасдан оёқ қўлларни ампутация қилиш.

ЁТОҚ ЯРАЛАР

Ётоқ яралар (decubitus) ёки юмшоқ тўқималар гангренази нерв-трофик ўзгаришлар, қон айланишининг бузилишида намоён бўлади. Улар кўпроқ заифлашиб қолган инсонларда, тананинг узоқ вақт эзилган жойларида кузатилади. Ётоқ яралар бел, товон ва гавда териси, тери ости тўқималарнинг эзилган жойларда вужудга келади (114-расм).



114-расм. Ётоқ яралар вужудга келадиган нуқталар

Клиник манзараси. Бу яралар билинмасдан бошланади. Бемор белининг қотганлигини, оғриқ бўлганини айтади. Бошланишида тери қизаради, кейин унга цианоз қўшилади. Тери шишади, эпидермис кўчади, тери некрозланади. Некротик тўқималар ажралиб чиқади, чуқур ва йирингли яра пайдо бўлади. Очилиб қолган думғаза суюги кўриниб туради. «Ётоқ» яралар товонда, сон

суяги устида, курак соҳасида пайдо бўлади. (115-расм). Яра микроблар туфайли сепсисга ўтиши мумкин.

Даволаш анча қийинчилик туғдиради. Некротик тўқималар кесиб ташланади, гипертоник эритмали боғламлар, протеазалар (трипсин, химотрипсин, ируксол), антибиотиклар қўлланилади. Ксероформ ёки руҳли малҳам суртилади. Физиотерапия (УВЧ, ультрабинафша нурлар, соллюкс) кенг қўлланилади. Мумкин қадар яралар жой босилмаслиги чорасини кўриш зарур.



115-расм. Думғаза ва сон суяги устида ётоқ яра

Профилактикаси. Олдини олиш учун бемор парвариш қилиниши лозим. Тўшакка солинган чойшаб текис, қуруқ бўлиши керак, чунки сийдик, ажралмалар терини тез зарарлантиради, янги яралар ҳосил бўлишини тезлаштиради. Дефекациядан сўнг оралиқ гигиенасига риоя қилиш керак. Бадан териси ҳар куни камфора ёки салицил спирт билан артилиб турилади. Оғир беморлар паролон, сув ёки ҳаво билан тўлдирилган тўшакка ётқизилади. Бел тагига ҳаво билан тўлдирилган резина чамбар қўйилади.

ОҚМА ЯРАЛАР

Оқма яра (fistula) деб одатда кўзатилмайдиган, бўшлиқли аъзолар, бўшлиқлар ёки чуқур жойлашган тўқималарни ташқи муҳит билан ёки ўзаро боғлаб турувчи ингичка каналга айтилади.

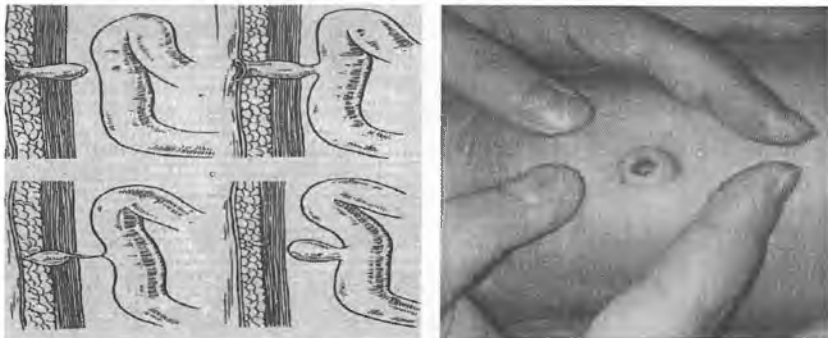
Оқма яралар грануляцион тўқима ёки эпителий билан қопланган бўлади. *Оқма яраларнинг сабаблари:*

яллиғланиш жараёнлари (инфекция), ёт жисмлар, тўқималарнинг шикастланиши ёки озикланишининг бузилиши, ўсмалар, туғма аномалиялар.

Оқма яраларнинг таснифи.

Келиб чиқишига кўра қуйидаги оқма яралар тафовут қилинади:

1. Туғма оқма яралар-бўйиннинг кисталари ва оқма яралари, киндик оқма яралари – урахус (116-расм).



116-расм. Киндик оқма яралари - урахус

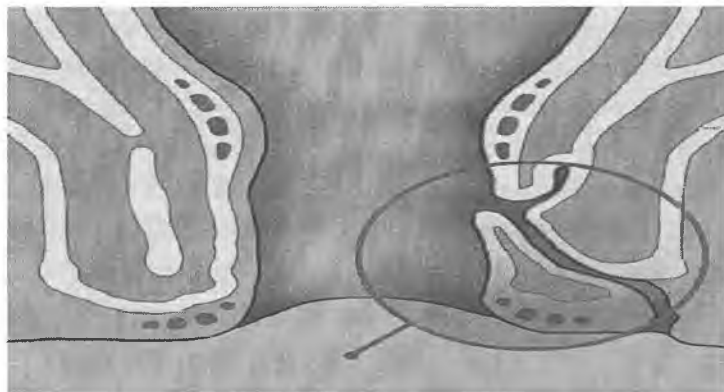
2. Орттирилган оқма яралар:

а) патологик: яллиғланиш натижасидаги оқма яралар – остеомиелитдаги, суюк-бўғим силидаги, лигатураларда; посттравматик – бронхиал; онкологик касалликларда ривожланувчи – ошқозон-чамбаричак оқма яралари;

б) сунъий: хирургик усулда қилинган оқма яралар.

Жойлашган жойига кўра: 1. Ташқи. 2. Ички.

Ташқи оқма яралар ички яъзоларни, бўшлиқларни ва чуқур жойлашган тўқималарни тана юзаси билан боғлайди. (параректал (117-расм), бронхоторакал оқма яралар).



117-расм. Тўғри ичак оқма яраси

Ички оқма яралар иккала қўшни аъзолар ёки чуқур жойлашган патологик бўшлиқ ва аъзолар (ошқозон-ичак, бронхоплеврал, бронхоэзофагеал) ўртасида ривожланади.

Характерига кўра: йирингли, сийдикли, нажасли, шиллиқ, сўлаккли, панкреатик, сафроли.

Тузилишига кўра: грануляцияланувчи, эпителизацияланувчи, лабсимон, найсимон, тўлиқ, қисман оқма яра.

Грануляцияланувчи оқма яралар, каналнинг бутун узунлиги бўйлаб грануляцион тўқима билан қопланган бўлиб, мустақил равишда ёпилиш эҳтимоли бор. Бунга эса йирингнинг туриб қолиши, оқма яра йўли бўйлаб доимий равишда ажралма ажралиб туриши, микробларнинг токсинлари халақит бериши мумкин. Оқма яралар атроф тўқималарида кимёвий фаол ажралмалар таъсирланиш чиқириши, баъзан эса тўқималарнинг парчаланиб яралар пайдо бўлишига сабаб бўлиши мумкин. Оқма яра йўли атрофида дағал чандиқли тўқима қатлами ривожланиб мудровчи инфекциянинг сақланишига сабаб бўлиши мумкин. Эпителизацияланувчи ва лабсимон оқма яраларда эпителий бевосита атроф тери эпидермисига ўтади. Бундай оқма яралар эса ҳеч қачон мустақил равишда ёпилмайди ва ички аъзоларнинг битта

йўлагини эсалатади. Грануляцияланувчи оқма яралар кўпинча орттирилган, эпителизацияланувчи оқма яралар – туғма, лабсимон оқма яралар эса – сунъий бўлади.

Клиник манзараси. Оқма яраларнинг клиник манзараси турли туман бўлади. Оқма яраларнинг ажралмаси атроф терини мацерация қилиб таъсирлантиради, ҳаттоки (ошқозон ёки ичак ширалари) ҳазм қилиши ҳам мумкин. Ажралманинг характери оқма ярани келтириб чиқарган патологик жараёнга ва оқма яра канали уланган аъзога боғлиқ. Оқма яра ажралмаларида кўпинча патологик элементлар: сил микобактериялари, актиномикоз друзалари, суяклари ва хавfli ҳужайралар) топилиши мумкин ва улар ташхис қўйишни осонлаштиради. Агарда ажралма миқдори камайса оқма яра ёпилади ва бунда тўқималар орасида экссудат тўпаланиши (ретенцион кисталар ривожланиш) хавфи пайдо бўлади. Суперинфекция ривожланиш эҳтимоли хавфни янада оширади.

Диагностикаси. Оқма яранинг йўналиши ва чуқурлигини аниқлаш учун уни зонд ёрдамида текшириш, фистулоскопия ёки фистулография қилиш лозим. Фистулография учун йодолипол ва йоднинг сувда эрувчи воситалари (уротраст, верографин, триамбраст) ишлатилади. Уларни оқма яра йўли орқали махсус зонд ёки шприц ёрдамида рентгенконтраст модда юбориб рентгенологик текширилади ва оқма яра йўлининг йўналиши ва контрастнинг тўпланиш депоси кўрилади.

Даволаш. Ташқи оқма яраларда: асептик боғламлар қўйиш, грануляцияларни куйдириш, физиотерапевтик муолажалар, тери мацерациясининг олдини олиш, руҳли малҳамлар (цинк малҳами), Лассар пастасини қўйиш, махсус нажасни қабул қиладиган идишларни қўллаш, ёт жисмларни, лигатураларни олиб ташлаш.

Бўшлиқли аъзолар, оқма яраларни хирургик йўл билан даволаш: оқма яра шиллиқ қаватини қириб олиш, оқма ярани

кесиб олиш, аъзоларни қисман резекция қилиш, оқма яра йўли эпителиал қопламани тўла олиб ташлаш, йирингли чўнтакларни санация қилиш, оқма яраларни ажратиб олиш аъзолардаги дефектларни тикиш.

Ичак оқмаларида консерватив даво тактикаси

1. Оқма яраларнинг шаклланишига оптимал шароитлар яратиш: ичак сақламаларини қорин бўшлиғига тарқалишини олдини олиш ва жараённинг чегараланишига шароит яратиш, ичак сақламаларини бемалол оқиб чиқишига шароит яратиш, олиб келувчи ҳалқани декомпрессия қилиш, фаол аспирация, дренаж найчалар ўрнатиш ва бошқалар.

2. Йўқотилган моддаларни ўрнини тўлдириш ва модда алмашинуви бузилишини олдини олиш: оқма орқали йўқотилган ичак ширасини қайтариш, инфузиялар (электролит эритмалари, углеводлар, аминокислоталар, қон, плазма, витаминлар ва бошқалар), парентерал озиқлантириш (инфезол, селемин, селепид), энтерал зонд орқали озиқлантириш.

Оқма яра қанчалик юқори жойлашган бўлса – фойдали моддаларни йўқотиш шунчалик кўп бўлади.

Сунъий оқмалар беморларни умумий аҳволини яхшилаш, озиқлантиришни йўлга қўйиш ёки аъзолар сақламаси ёки секретини ташқарига чиқариб юбориш учун қўйилади. Сунъий оқмалар вақтинчалик ёки доимий бўлиши мумкин. Сунъий равишда лабсимон ташқи оқмалар узоқ муддатга қўйилади (гастростома, холецистостома, колостома). Аъзолараро ва бошқа ички оқмалар (энтероэнтеро, гастроэнтеро, холедоходуоденоанастомоз) ҳам шулар жумласига киради. Ташқи сунъий оқмалар одатда оператив йўл билан бартараф қилинади.

ҚОРИН ЧУРРАЛАРИ

Анатомик-физиологик маълумотлар. Қорин чурраси (hernia) деб, қорин бўшлиғидан ички органларнинг қорин деворидаги табиий ёки сунъий тешик орқали унинг ташқарисига, қорин пардасининг уларни қоплаб турадиган девор олди варағи билан бирга чиқишига айтилади.

Қорин пардаси билан қопланмаган ички органларнинг табиий тешиклар орқали чиқишига тушиш (пролапсус) дейилади.

Қорин шурраларидан фарқли равишда эвентерацияда ички органларнинг периетал қорин пардасиз шикастланган қорин девори орқали тери остига (тери ости эвентерацияси) ёки ташқарига (ташқи эвентерация) шиқиши содир бўлади.

Қорин шурралари ташқи ва ишки бўлади.

Ташқи шурраларда ишки органлар қориннинг олдинги деворидаги, шаноқ, бел ёки думба соҳасидаги тешик орқали ташқарига шиқади.

Қориннинг ишки шурраси қориндаги ишки органларнинг қорин пардаларига ва қорин бўшлиғидаги ишак халталарига (бурса оменталс, форамен Винслоу, флехура дуоденале жуналис, ресессус субсолесалис илиеосолис, интерсигмоидсус), шунингдек диафрагманинг табиий ёки орттирилган тешикларига шиқишидан иборат (Рас. 1).

Қориннинг ташқи шурралари — кўп ушрайдиган хасталик, шурра билан ҳамма аҳолининг 3-4 фоизи оғрийди. Енг кўп шов шурралари (75%), сўнгра сон (8%), киндик (4%), операциядан кейинги шурралар (14%) кузатилади, шурраларнинг қолган формалари 1 фоизни ташқил қилади. Еркакларда кўпроқ шов шурралари, аёлларда сон ва киндик шурралари бўлади.

Қорин ташқи шурралариклассификацияси

А. Келиб шиқишига кўра:

И. Туғма шурралар.

ИИ. Орттирилган шурралар.

1. Зўриқишдан бўладиган шурралар.

2. Дармонсизликдан бўладиган шурралар.

3. Операциядан кейинги шурралар.

4. Травматик шурралар.

5. Патологик шурралар.

Б. Анатомик жойлашувига кўра: шов, сон, киндик, эпигастрал, ханжарсимон ўсиқ шурралари, қориннинг ён шурралари, бел, қуймиш, ёпқиш тешик, оралиқ шурралари.

В. Клиник кешишига кўра:

1. Асоратланмаган (тўғриланадиган) шурралар.

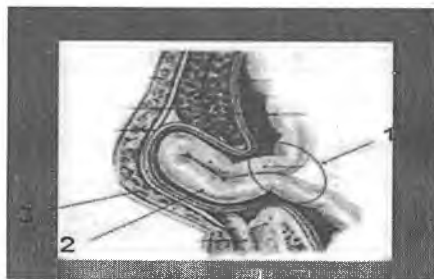
2. Асоратланган шурралар (тўғриланмайдиган, қисилган, копростаз, шурра яллиғланиши).

Г. Ривожланиш босқишлари бўйиша:

1. Нотўлиқ (бошланғиш, канал, уруғ тизимшаси шурраси).

2. Тўлиқ.

Шурранинг таркибий элементлари — шурра дарвозаси, шурра қопшаси, шурра ишидаги нарса, шурра пардаларидир (118-расм).



118-расм. Шурра элементлари: 1-шурра дарвозаси,
2-шурра таркиби, 3-шурра қопи

Шурра дарвозалари — қорин деворининг шурра шикадиган кушсиз жойларидир (шов шуқуршаси, киндик ҳалқаси, қориннинг оқ шизифи, диафрагмадаги тешик). Нормада бу тешиклар орқали у ёки бу анатомик тузилмалар ўтади (уруғ тизимшаси, башадоннинг юмалоқ, бойлами, томир-нерв дасталари ва х, к.). Травматик ва операциядан кейинги шурраларда қорин шикастланганда мускуллар ва апоневрозларда ёки хирургик операцияда ҳосил бўлган тешиклар шурра дарвозалари бўлиб хизмат қилиши мумкин. Шурра дарвозалари операциядан кейинги вертикал шурраларда ёриқ кўринишида ёки катта ўлшамли бўлиши мумкин. Дарвозаларининг ўлшамларига кўра шурра дарвозаси кишик (диаметрда 2 см гаша), дарвозаси ўрташа (2 дан 4 см гаша) ва шурра дарвозаси катта шурралар (4 см дан кўп) фарқ қилинади.

Шурра дарвозаси — қорин пардасининг шурра дарвозалари орқали шикадиган ишки органларни қоплаб турадиган парийетал варағидир. Туғма шов шурраларида қорин пардасининг ўсиб йетилмаган қин ўсимтаси (просессус вагиналис перитонеи) шурра қопшаси бўлиб ҳисобланади.

Шурра қопшасида: оғзи, бўйиншаси, танаси ва туби фарқ қилинади. Шурра халташаси турли ўлшамда ва шаклда бўлиши мумкин.

Халташа қорин бўшлиғи билан туташадиган жой оғзи дейилади. Бўйиншаси — шурра халташасининг оғзи билан туташадиган енг тор ушасткадир. Бўйиншада аксарият шурра қисилиши рўй беради.

Асоратланмаган шурраларда халташа девори қорин пардасининг силлиқ юпқа варағидан иборат бўлади, унинг юзасида ёғ қатламлари бўлиши еҳтимол. Асоратланган шуррада халташа девори доимо шикастланиб туриши натижасида у қалин тартади, бириктирувчи тўқима ривожланиши ва халташа ишида битишмалар борлиги ҳисобига дағал бўлиб қолади. Шурра қопшаси ишки юзаси халташа ишидаги нарса билан ёки

деворларининг бир-бири билан битиб қолиши оқибатида шурра тўғриланмайдиган бўлиб қолади.

Шурра халташасининг тўлиқ облитерацияси деярли бўлмайди. Аксарият халташа икки ёки уш бўшлиқли тузилмага айланади, ёки «қум соат» кўринишини олади, унинг деворида кисталар пайдо бўлмайди.

Шурра халташаси эмбрионал киндик шурраларида бўлмаслиги мумкин, улардаги тушган ишки органлар амнион билан қопланган. «Сирпанувши» шурраларда ҳам халташаси қисман бўлмайди. Бу қорин бўшлиғидан ташқарида жойлашган орган (кўришак, қовуқ) шиққанда ва қорин пардаси ёрилган сохта травматик шурраларда кузатилади. Н. В. Антелева маълумотларига кўра сирпанувшан шурралар 4,6% холларда ушрайди.

Парда шурралари шурра билан бирга шиқадиган ва шурра халташасини қоплаб оладиган қорин деворининг ҳамма катламларини ҳосил қилади. Уларга қорин пардаси олдидаги клетчатка, фассия пластинкалари, мускул толалари (масалан, м. сремастер), уруғ тизимшаси элементлари киради.

Шурра халташасида қорин бўшлиғидаги органлардан хар қайсиси бўлиши мумкин. Ишки органлардан айримлари қуйидаги тартибда ушрайди:

а) ингишка ишак қовузлоғи; б) шарви; в) ишак тутқиш билан та’минланган йўғон ишак бўлимлари; г) шувалшангсимон ўсимта ва йўғон ишакнинг ёғ қўшимшалари; д) башадон найшалари ва тухумдон, ба’зан башадон; ёе) ишак тутқиш; ж) қорин пардаси билан қопланган органлар (сийдик пуфаги, шамбар ишакнинг юқорига кўтарилувчи ва пастга тушувчи бўлими, кўришак); з) қорин пардаси ортида жойлашган органлар (буйрак, сийдик йўли, ме’да ости беши, простата беши фиксацияси бузилганда); и) ме’да, талоқ, ўт пуфаги, Меккел’ дивертикули.

Бўртиб шиқадиган халташа шурра ишидаги орган ва шурра дарвозалари вазияти ўртасидаги нисбатни ҳисобга олиш амалий

жиҳатдан аҳамиятлидир. Халташа қорин деворининг юқорисига кирган, бироқ унинг қатламлари орасига сурилиб улгурмаган бошланғиш шурра; канал шурраси ва тери остига ўтган тўлиқ шурра фарқ қилинади.

Ба'зан шурра халташаси айрим мускул ва фассиал қатламлар орасидан оралиқ ёки интерстициал шурра кўринишида йўл солади, тери остидан емас, балки мускул ёки апоневроз остидан шақади.

Қорин шурралари етиологияси ва патогенези. Шурралар маҳаллий ва умумий характердаги сабаблардан ҳосил бўлиши мумкин, мойил қиладиган ва келтириб шақарадиган турларга бўлинади.

Шурралар ҳосил бўлишининг мойиллик қиладиган сабабларига шурра энг кўп ҳосил бўладиган жойларда қорин девори тузилишининг маҳаллий анатомик хусусиятлари киради. Бу кушсиз жойлар ёки «шурра нуқталари» қуйидагилардир: а) шов канали зонаси; б) сондаги овал шуқурша зонаси; в) қорин оқ шизифиапоневрозининг киндик устидаги ва киндик олдидаги бўлими; г) Спигели шизифизонаси; д) Пти ушбуршаги зонаси; ёе) Грюнфел'д — Лесгафт тўртбуршаги зонаси; ж) ёпқиш тешик зонаси.

Қорин девори тузилишининг анатомик хусусиятлари аёлларда ва еркакларда турли хил шурраларнинг тақсимланишига ҳам та'сир кўрсатади. Сон шурраларининг кўп ушраши аёлларда шаноқ ҳалқаси енининг сербарлиги билан боғлиқ. Еркакларда сон шурраларининг кўп ушраши уларда шов ҳалқасининг бирмунша кенглиги билан изоҳланади. Ембрион даврида у орқали тухум ёрфоққа тушади ва уруғ каналшаси (тизимшаси)дан ўтади, шунингдек шов ёриғи тузилишининг ҳам ўзига хос хусусияти (ушбуршак) бор. Аёлларда шов оралири ёриқсимон шаклга ега.

Умумий мойиллик қиладиган омилларга: ирсият, ёш (умрининг биринши ёшидаги болаларда кўкрак девори кушсиз, кексаларда қорин девори тўқималари атрофияга ушраган бўлади), жинс (аёлларда шаноқ ва сон ҳалқасининг тузилиш хусусиятлари,

еркакларда шовнинг кушсизлиги), гавда тузилишининг хусусиятлари, семиз-ориқлик, тез-тез туғиш, қорин девори шикастлари, операциядан кейинги шандиқлар, қорин девори нервлари фалажини киритадилар.

Бу умумий омиллар қорин деворининг маҳаллий заифланиб қолишига олиб келади.

Келтириб шиқарадиган омиллар. Бу қорин ишида босимни оширадиган омиллардир, шунонши: оғир жисмоний меҳнат, туғруқнинг қийин ўтиши, жуда оғир юкларни кўтариш ёки оғир нарсани тутиб туриш ушун кўп куш сарфлаб зўриқиш шулар жумласига киради. Шурранинг шу тахлитда ҳосил бўлишига «зўриқишдан бўладиган шурра» дейилади.

Қорин девори мускуллари сустлашганда ва йетишмовшилигида шурралар аста-секин ва бемор ушун сезиларсиз, бирор жисмоний куш ишлатмай ва зўриқмай ҳосил бўлиши ҳам мумкин. Уларни «ҳолсизликдан пайдо бўладиган шурра» дейилади (масалан, умуртқа поғонаси, орқа мия ва нервлар шикастлангандан кейин тўқималар трофикаси пасайганда, тез ориқлаб кетишда).

Шурралар келиб шиқишида аҳамиятли бўлган бошқа омиллардан мусиқа асбобларини шалгандаги зўриқиш, емфизема ва ўпка сили, кўкйўталдаги йўталиш, қабзият ва уретра стриктурасидаги, простата беши аденомасида бузилишлар, такрорий ва қийин туғруқлар, ассит ва бошқаларни еслатиб ўтиш мумкин.

Шурраларнинг ҳосил бўлиш механизми уларнинг келиб шиқишига боғлиқ холда (туғма ёки орттирилган) хар хил бўлади.

Туғма шуррада шурра дарвозалари ва шурра халташаси аввал шаклланади, сўнгра жисмоний зўриқиш натижасида ишки органлар шурра халташасига киради. Орттирилган шурраларда еса қорин ишидаги босим ошганда ишки опранлар қорин девори қатламларини суриб, парийетал қорин пардасини шўзиб юборади ва шурра халташаси шаклланади.

ҚОРИН ШУРРАЛАРИНИ АНИҚЛАШ СИМПТОМЛАРИ.

Симптомлари бўйиша асоратланмаган шурралар (тўғриланадиган, жойига солинадиган), хроник асоратланган (тўғриланмайдиган) ва ўткир асоратланган шурраларни фарқ қилиш лозим.

Асоратланмаган ташқи шурралар суб'йектив турли-туман намоён бўлади. Ба'зан улар умуман бўлмайдди. Аксарият беморлар шурра соҳасида жойлашган симиллаган қаттиқ, оғриқдан нолийдилар, оғриқ, масалан, тўш ости соҳасини бошланғиш шов шуррасида — моякка, жинсий лабга ва бошқа соҳаларга берилади. Оғриқ жисмоний зўриқишда, оғир юк кўтаришда, вертикал вазиятда кушаяди. Диспептик шикоятлар: кекириш, жиғилдонқайнаши, кўнгил айниши, ба'зан қусиш, дизурия, қабзиятлар ҳам бўлиб туради.

Беморларни тик турганда ва ётганда (горизонтал ҳолатда) текширилади.

Асоратланмаган ташқи шурраларнинг асосий об'йектив белгилари:

- а) шурра жойлашуви ушун хос зонадаги бир оз шиш
- б) шурра ишидагини қорин бўшлиғига киритишга боғлиқ бўлган шиш кўриниши ва хажмининг тез ва осон ўзгарувчанлиги;
- в) қорин бўшлиғига киритилган жойда қорин деворининг бўртиб шиқиш нуқсони — «шурра дарвозаси» борлиги
- г) «йўтал турткиси» феномени борлиги.

Тўғрилашдан кейин, еҳтимол, пайпаслаш ёрдамида шурра дарвозаси ва каналининг кўринишини, ўлшамларини уларнинг атрофидаги тўқималар сифатини, шурра дарвозасининг шурра пардаси ва шурра халташаси билан ўзаро муносабатини, сурилувчанлигини, битишмаларини аниқлаш мумкин:

— шуррада ишак қовузлоғи борлиги бўртма юзасининг силлиқлиги ва эластик юмшоқ консистенциясидан,

перистал'тиканинг тери орқали билинишидан, перкуссияда тимпанит пайдо бўлишидан аниқланади;

— шуррада кўп ишак қисми борлиги (айниқса сирпанувшан шурра кўринишида) пайпаслашдан ташқари, йўғон ишакни рентгенография қилишда аниқланади;

— шуррадаги қовуқ, деворини (сирпанувшан шурра) дизурия борлигидан ва қовуқни систоскопия ёки рентгенография қилиш ёрдамида (сергозин) аниқлашга муваффақ, бўлинади;

— шуррада аёл ишки органлари борлигини ба'зан ҳайз кўриш даврида бўртманинг шишиб шиқишидан билса бўлади.

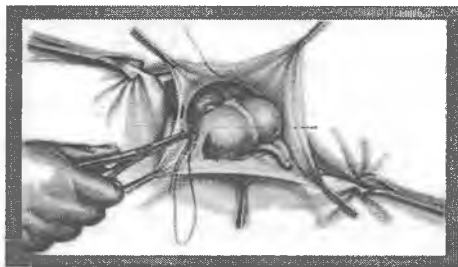
Сирпанувшан шурралар. Бу шурра халтшасининг деворларидан бири қорин пардаси билан қисман қопланган (масалан, қовуқ, юқорига кўтариладиган ва пастга тушадиган ишак) шурралардир. Шурра халташаси камдан-кам холларда батамом бўлмайди.

Йўғон ишакнинг сирпанувшан шурралари аксарият қийшиқ шов шурраларида, қовуқники еса — тўғри шов шурраларида бўлади. Сирпанувшан шурралар ҳамма шов шурраларининг 1—1,5 фоизини ташқил қилади. Улар туғма ва орттирилган бўлиши мумкин (119-расм).

Йўғон ишакнинг сирпанувшан шуррасининг патогномоник симптомлари бўлмайди. Одатда бу ёши улғайган ва кекса одамлардаги шурра дарвозаси кенг катта шуррадир.

Диагностикасига йўғон ишакни рентгенда текшириш ёрдам беради.

Қовуқнинг сирпанувшан шурраларида сийдик шиқариш бузилади ёки сийдик икки бўлиб шиқарилади (аввалига бемор ковуғини бўшатади, кейин шурра бўртмасини босганидан кейин қайтадан сийдик шиқариш майли пайдо бўлади ва бемор яна сия бошлайди). Қовуқнинг сирпанувшан шуррасига шубха қилинганда қовуқни катетерлаш ва систография қилиш зарур.



119-расм. Сирпанувши шурра

Асоратланмаган шурраларни даволаш. Шурраларни фақат операция усули билан радикал даволаш мумкин. Шурраларнинг ҳамма турларида операция қилиш принципи бир хил. Унинг вазифаси:

- а) шурра халташасини шурра пардаларидан ажратиш;
- б) халташани ошиш, битишмадан шурра ишидаги а'зони озод қилиш ва қорин бўшлиғига киритиш;
- в) шурра халташасини тортиб олиш, уни оғзисатхида — бўйнида тикиш ва қирқиб ташлаш;
- г) шурра дарвозаларини шоклар билан ёпишдан иборат.

Шурра деворларини маҳаллий бир хил турдаги тўқималар тикиш йўли билан ёпиш усуллари лозим бўлган.

Операциядан кейинги даврда йўтал, бронхит, зотилжам, қорин дам бўлишининг олдини олиш муҳим аҳамиятга ега — нафас гимнастикаси, ерта ўриндан туриш (2—4 кун), 2—3 hafta мобайнида дам олиш, 2—3 hafta мобайнида профилактик дам олиш мақсадга мувофиқ.

Операцияга монелик қиладиган холлар: юрак ва нафас йетишмовшилиги бўлган жуда кексалик, кон айланиши декомпенсация бўлган юрак нуқсони, ИИИ боскишдаги ўпка сили, жигар ва буйракнинг оғир касалликлари ва бошқа тузалмайдиган касалликлар.

Асоратланмаган шурраларни консерватив даволаш бандаж тақишни тайинлашдан иборат. Бандаж корсет ва белбоғлар шаклида бўлади ёки қоринга маҳкам қилиб тасма боғланади.

Бандаж тақиш шурра ишида шандиқлар, битишмалар ҳосил бўлишига сабаб бўлади, ба'зан терини та'сирлантиради ва ишки органларни шиқиб колишдан ва шуррани қисилишдан ҳамиша ҳам сақлаб қола олмайди.

Қорин шурралари профилактикаси қўйидагиша ўтказилади:

1) қорин девори мускуллари мустаҳкамланади, бунинг ушун гимнастика машғулоти, жисмоний тарбия ва спорт билан шуғулланиш тавсия етилади;

2) ишда шуррага сабаб бўладиган ортиқша жисмоний зўриқишлардан сақланиш лозим, шу мақсадда меҳнатни механизациялаш, уни муҳофаза қилиш, ишшиларни жисмоний ишларга тўғри танлаш лозим;

3) хомиладор аёллар хомиладорликнинг охири ойларида белбоғ-бандаж тақиб юришлари керак, туғруқдан кейин ёса қоринни массаж қилиш ва қорин мускулларини мустаҳкамлаш ушун махсус машқлар тавсия етилади;

4) болаларнинг гигиена, овқатланиш қоидаларига риоя қилиши, уларда ишак фаолияти, нафас органлари ва сийдик шиқаришнинг нормал ўтишини кузатиб бориш, қорин деворидаги нуқсонларни аниқлаш мақсадида уларни қўнт билан синшиклаб текшириш, борди-ю, шурра аниқланса, болаликда операция ўсулида олиб ташлаш;

5) ёғ босишга ва айниқса ундан кейин қаттиқ ориқлаб кетишга қарши курашиш;

6). операциядан кейин шурраларнинг профилактикаси жарохат йирингланишининг профилактикасидан иборат, бунинг ушун қорин жарохати тампонада қилинади, лапаротомияни бошдан кеширган шахсларга 2—4 hafta муддатга дам олиш берилади.

Жисмоний ишга қайтишда аста-секинлик принципига амал қилиш ва қорин девори мускулларини шиниқтириш зарур.

ЎТКИР АППЕНДИЦИТ

Шувалшангсимон ўсимтанинг ўткир яллиғланиши - жарроҳлик амалиётида кенг тарқалган касалликлардан бири ҳисобланади. МДХда йил мобайнида ўткир аппендицит туфайли 1 млн дан ортиқ операциялар қилинади. Юртимизда 1 йил мобайнида 500 мингдан дан ортиқ бемор бу касаллик бўйиша шифохоналарга ётқизилган ва улардан 89% бемор аппендектомия операциясини бошидан ўтказган.

Операциядан кейинги ўлим даражаси Россиянинг ривожланган клиникаларида 0,2-0,3% ни, бизда еса ўрта ҳисобда 0,2% ни ташкил қилади. Ўлим кўрсаткишининг асосий сабаблари: беморларнинг шифохонага ётқизилишидан олдинги даврдаги қўйилган диагностик хатолар, баъзида шифохонага кеш ётқизиш сабабли йўл қўйилган асоратлардир.

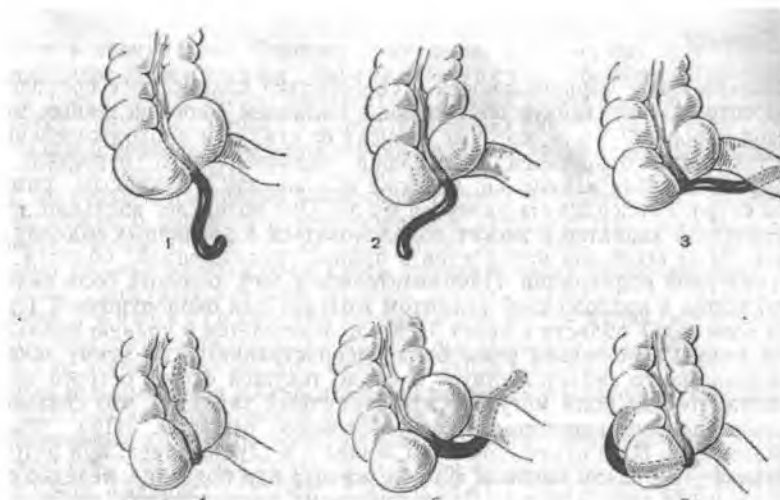
Ўткир аппендицит асосан ёшларда (14-20) ва 30-40 ёшда кўпроқ ушрайди - бунда аёллар еркакларга нисбатан 2 марта кўп касалланадилар. Улуғ рус жарроҳларидан бири И.И. Греков: “Шувалшангсимон ўсимта яллиғланиши хамелеонсимон касаллик, у кутган жойда бўлмайд кутилмаган ҳолларда кузатилади”, - деб таъриф беради. Аппендектомия, жарроҳлик амалиётида енг осон бажарилади-ган ва шунинг билан бирга енг мураккаб амалиётларидан бири ҳисобланади.

Анатомик-физиологик маълумотлар

Шувалшангсимон ўсимта кўришакнинг орқа-медиал деворидан узунасига кетган ушта мушаклар ушрашган жойдан шикади. У турли ҳолатни егаллаб, узунлиги 6-16 см, диаметри еса 5-9 мм бўлган ёпиқ цилиндр шаклига ега бўлади. Ёши ўтган организмда ўсимта кишраяди, деворлари склеротик ўзгаришларга ушрайди, натижада унинг бўшлиғи торайиб, ҳатто йўқолиб кетиши кузатилади.

Шувалшангсимон ўсимта одатда ўнг ёнбош соҳасида жойлашиб, қорин бўшлиғида пастга ва медиал томонга йўналади, ба'зан еса кишик шаноқ соҳасигаша тушиши мумкин.

Ўсимта кўришакдан медиал ва латерал йўналишда юқорига ҳам кўтарилиши мумкин, ба'зан еса ўт пуфагигаша йетади. Аксарият ҳолларда, Шувалшангсимон ўсимта кўришак орқасида ва ҳатто ретроперитонеал жойлашган бўлади. Ба'зида, ўсимтани юқорида – жигар остида, ёки пастда – кишик шаноқ бўшлиғида – жойлашиши кузатилиши мумкин. Кўпшилиқ ҳолларда кўришак парийетал қорин парда билан ҳар томонлама ўралган бўлади, лекин ба'зи ҳолатларда мезоперитонеал жойлашган бўлиб, кам ҳаракатшанг ёки умуман ҳараказиз ҳолда бўлади. Ба'зида Шувалшангсимон ўсимтанинг туғма бўлмаслик ҳоллари ҳам ушрайди, лекин бу турдаги ҳодисалар камдан кам ҳолларда бўлади (120-расм).



120-расм. Шувалшангсимон ўсимтанинг турли хил кўринишда жойлашиши

Шувалшангсимон ўсимтанинг ретроцекал жойлашиши, 9-25 % ҳолатларда кузатилади. Ретроцекал ўсимта жойлашишининг 3 тури фарқланади:

- Қорин парда ишида жойлашиши;
- Қорин девори ишида жойлашиши;
- Қорин орти бўшлиғида жойлашиши.

Бугунги кунгаша, Шувалшангсимон ўсимтанинг функционал хусусиятлари охиригаша тўлиқ ўрганилмаган. Бу рудиментар, ҳеш қандай вазифани бажармайдиган а'зо, деган ба'зи олимларни тушуншаси ҳозирги кунда асоссиз ҳисобланади.

Шувалшангсимон ўсимта фаолияти:

- Шиллиқ қаватида ишлаб чиқариладиган суюқлик таркибида амилаза ва липаза бўлиб, овқат ҳазм қилиш жараёнида иштирок этади.

- Таркибида кўп миқдорда лимфатик фолликулалар бўлиб, ҳимоя вазифасини бажаради.

- Таркибида перистал'тикани кушайтирадиган гормон бўлиб, шувал-шангсимон ўсимта ҳолати рефлектор равишда ме'да, 12 бармоқли ишак ва бошқа а'золарга та'сир қилади.

Демак, юқоридагиларга асосланган ҳолда қуйидаги ҳулоса келиб чиқади: Шувалшангсимон ўсимта инсон организмда ма'лум вазифани бажарувши зарур а'золардан бири бўлиб, фақатгина патологик ўзгаришлар мавжуд бўлгандагина уни олиб ташлаш тўғри бўлади.

Етиологияси ва патогенези

Ўткир аппендицит – Шувалшангсимон ўсимтанинг носпецифик яллиғла-ниши бўлиб, инсон организми ва бактериялар орасидаги бўлган биологик мулоқотни бузилиши натижасида келиб чиқади. Ўткир аппендицитда инфекция кўзғатувшиси бўлиб одатда стафилококklar, ишак таёқшаси, аралаш ва анаэроб флора ҳисобланади.

Ўткир аппендицит келиб чиқишида турли-туман назариялар мавжуд: димланиш, аскаридалар инвазияси, ангионевротик, инфекцион, кортико-виссерал, аллергик, нейроген ва қон томир назариялари. Қатор ҳолларда организмда бошқа локализацияли яллиғланиш ўшоқлари мавжуд ҳолда, Шувалшангсимон ўсимтанинг ўткир яллиғланиши пайдо бўлади, бу ҳол унинг лимфоид тўқимага бойлиги билан боғлиқ бўлади. Ўткир аппендицитнинг ривожланишида кўпроқ овқат йеиш, овқатлар таркибида ишак атофиясига ва бижғиш жароёнларига таъсир кўрсатувши оқсилли маҳсулотларнинг устунлик қилиши маълум аҳамиятга эга бўлади.

Кўпилик олимларнинг фикриша, ёш улғайганда ва кексаларда ўткир аппендицитга кўпроқ а. аппендисуларис тромбози сабаб бўлади. Гўдаклик ёшида еса, ўткир аппендицит гижжа инвазияси (острицалар) сабабли вужудга келиши еҳтимоли бор.

Замонавий тушуншаларга кўра, Шувалшангсимон ўсимта соҳасидаги патологик жараён силлиқ мушаклар ва қон томирлар спазми ҳодисаларидан бошланиб, шиллиқ парда озиқланишининг локал бузилишига ва яллиғланишга олиб келади. Айни вақтда, Шувалшангсимон ўсимтадаги димланиш, ундаги микрофлора вирулентлигининг ортишига олиб келади, бу еса микрофлорани Шувалшангсимон ўсимта бўшлиғига осонликша киришини таъминлайди. Шу вақтдан бошлаб йиринглаш жараёни бошланади.

Классификацияси. Мураккаб ва турлиша клиник ва патологоанатомик кўринишга эга бўлган касалликни маълум бир тизимга солиш аншагина мушкул ҳисобланади. Шунинг ушун турли хил классификациялар таклиф етилган бўлиб, ҳозирги кунда қўлланиладиган классификациялар ишида В.И. Колесов таклиф етган классификация бюирмунша қулай ҳисобланади. Қуйида шу турлашни келтирамиз:

1. Аппендикуляр саншиқ (қолика).
2. Оддий (юзаки, катарал) аппендицит.
3. Деструктив аппендицит:

а) флегмоноз;

б) гангреноз;

в) гангреноз-перфоратив;

4. Асоратланган аппендицит:

а) аппендикуляр инфил'трат;

б) аппендикуляр абссесс;

в) тарқалган йирингли перитонит;

г) пилефлебит (ишак тутқиш веналари септик тромбофлебити);

д) сепсис.

Клиник манзараси ва диагностикаси

Ўткир аппендицитнинг клиник манзараси турли-туманлиги билан ажралиб туради, бу ҳол касалликнинг туригагина эмас, балки Шувалшангси-мон ўсимтанинг жойланиш хусусиятларига ҳам боғлиқ бўлади.

Одатдаги ҳолларда, касаллик ўнг ёнбош соҳасидаги ўрташа оғриқ билан бошланади, бу оғриқ секин-аста кушая боради. Оғриқлар бутун қорин бўйлаб ёки киндик атрофида бошланиб, кейин ўнг ёнбош соҳасига ўтиши мумкин. Тахминан 30-35% беморларда оғриқ эпигастрал соҳасида бошланиб, 4-6 соат ўтгаш, ўнг ёнбош соҳасига ўтади (Кохер - Волковиш симптоми). Ўткир аппендицитда одатда оғриқ доимий, ба'зан еса тутиб-тутиб оғрийди, оғриқ уншалик қаттиқ бўлмайди. Оғриқлар интенсивлиги яллиғланиш жараёнининг тарқалганлигига боғлиқ бўлмайди. Оғриқ, бирданига ўнг ёнбош соҳасида бошланиб, сўнг қориннинг турли соҳаларига тарқалиши мумкин. Бу ҳолат кўпинша, Шувалшангсимон ўсимтанинг қайерга жойлашганлигига боғлиқ бўлади. Шувалшангсимон ўсимтанинг ретроцекал жойлашишида оғриқлар бел, ташқи жинсий а'золар соҳасига узатилиб, буйрак саншиғи клиникасини беради. Шувалшангсимон ўсимта юқори жойлашишида, холецистит ёки панкреатит белгиларининг ба'зилари кузатилади.

Кўпшилик беморларда, оғриқ ўнг ёнбош соҳасидан ўнг оёққа узатилади. Оғриқ кўнгил айнаши ёки 1 - 2 марта қайт қилиш, тана ҳароратининг 38-39°C гаша кўтарилиши билан ўтади. Бемор қайт қилганида, ба'зи хирургик касалликларидаги каби қусгандан сўнг йенгиллик сезмайди ва бу белги ўткир аппендицитга хос бўлган белгилардан ҳисобланади.

Қоринни пайпаслаб кўрилганда, ўнг ёнбош соҳасида мушакларнинг таранглашиши ёки ригидлиги ва оғриқ белгиси аниқланади. Пайпаслашни соғ тараф - шап ёнбош соҳасидан бошлаб, аста-секин ўнг ёнбошга ўтиш мақсадга мувофиқ бўлади.

Қоринни умумий текширувидан сўнг махсус текширувга ўтилади, ўткир аппендицит ушун хос бўлган белгиларни аниқлаш лозим бўлади. Бугунги кунда, ўткир аппендицитда ушраши мумкин бўлган 100 дан ортиқ белгиларга та'риф берилган. Бироқ, ўларнинг қўйидаги йеттитасини аниқлаш, кўпинша тўлиқ ташхис қўйиш ушун йетарли ҳисобланади:

1. Шеткин–Блюмберг белгиси;
2. Воскресенский (“кўйлак сирпаниши”) белгиси;
3. Образсов белгиси;
4. Ситковский белгиси;
5. Бартом'ёе-Михел'сон белгиси;
6. Ровзинг белгиси;
7. Иванов белгиси.

Ўткир аппендицитнинг деструктив турларида мушаклар таранглашуви-дан ташқари қорин пардасининг та'сирланиш симптоми, Шеткин-Блюмберг симптомини аниқлаш мумкин: ўнг қўл бармоқлари билан қорин девори босиб туриб, бирдан кескин равишда қўл тортиб олинганда оғриқ кушаяди. Оғриқ яллиғланган қорин пардаларнинг бир-бирига тегиши ёки силкиниши натижасида пайдо бўлади.

Кўйлак сирпаниши белгиси фақат ўткир аппендицит ушун хос бўлган белги ҳисобланади. Бу белги 1940 йил, В.М. Воскресенский

томонидан таклиф етилган. Бемор кўйлаги билан қорин девори ёпилади, сўнг ўнг қўл бармоқлари уши билан ўнг ёнбош соҳасидан шапга юзаки ва кескин ўтказилса, оғриқ кушаяди (Воскресенский симптоми, “кўйлак сирпаниши”).

Ўткир аппендицитда қорин олд девори, ўнг томони соҳаси мушаклари-нинг таранглашиши кузатилади. Бунда, киндик ва ёнбош суюгининг олдинги юқори ўсимтаси орасидаги масофа кишрайиши кузатилади. Бу белги, Иванов белгисидеяйлади.

Образсов белгиси – бемор юқорига қараб ётган ҳолатда, ўнг ёнбош соҳасида енг оғриқли нуқта топилади. Шу соҳада қўл бармоқлари ушлаб турган ҳолатда, беморни ўнг оёғини, букмаган ҳолатда 90° га кўтариш илтимос қилинади. Бунда, оғриқнинг кушайиши кузатилади. Оёқ туширил-ганда оғриқ камаяди. Айниқса, Шувалшангсимон ўсимта ретроцекал жойлашганида Образсов белгиси хос белги ҳисобланади.

Бемор шалқанша (юқорига қараб) ётган ҳолатдан шап ёнбош соҳасига ўтганда, ўнг ёнбош соҳасида оғриқларнинг пайдо бўлиши ёки кушайиши кузатилади, бундай ҳолат Ситковский белгисига хос. Қуйидаги белги, қўришак ва Шувалшангсимон ўсимта тутқишини шўзилиши натижасида оғриқ пайдо бўлиши ёки кушайишига асосланган.

Бартом'йе-Михел'сон белгиси. Кўпшилиқ беморларда, шап ёнбош соҳасида ётган ҳолатда, ўнг ёнбош соҳасини пал'пация қилганда оғриқларнинг кушайиши кузатилади.

Ровзинг белгиси - шап ёнбош соҳасини бир қўл билан босиб туриб, иккинчи қўл билан йенгил юқорига қараб тўлқинсимон ҳаракат қилинганда, ўнг ёнбош соҳасида оғриқ (йўғон ишак ишидаги газ ҳаракати натижасида) пайдо бўлиши, бу белгининг мусбатлигидан дарак беради.

Ўткир аппендицит касаллиги бўлган беморни физикал текширишда ректал ва вагинал текширишнинг катта аҳамияти бор, бунда аксарият тўғри ишак-башадон шуқуршаси (Дуглас кенглиги)

соҳасида оғриқ аниқланиб, бу яллиғланган Шувалшангсимон ўсимтанинг яқин жойлашганидан ёки у ёрда экссудат йиғилгандан далолат беради. Бу текширув усуллари қўйидаги ҳолатлардан дарак беради:

- Шувалшангсимон ўсимта кишик шаноқда жойлашувини аниқлаш ушун;
- кишик шаноқ инфил'тратларини аниқлаш ушун;
- ўткир аппендицитни, аёллар жинсий а'золари патологиясидан дифференциал диагностика қилиш ушун.

Ўткир аппендицит диагностикасида сийдик ва қон таҳлиллари муҳим ҳисобланади. Диагноз қўйишда қон таркиби лаборатория текшируви – юқори лейкоцитоз: $10 \times 10^9 - 18 \times 10^9$ л (10 000 – 18 000) гаша ортиши, лейкоцитар формуланинг шапга сурилиши, ЕШТ нинг ошиши каби ўзгаришлар пайдо бўлади ва ташхис қўйишда ёрдам бериши мумкин. Касалликнинг айниқса деструктив турларида ИЛИ (интоксикациянинг лейкоцитар индекси) ошишига аҳамият берилади.

Ба'зан еса (ареактив ҳолатларда), ўткир аппендицитнинг деструктив турларида ҳам лаборатор таҳлиллarda ўзгаришлар минимал бўлиши мумкин. Шунинг ушун, ташхис қўйишда ва амалиётга кўрсатма бўлиб, фақатгина қон ва сийдик таҳлилларидаги ўзгаришлар асос бўла олмайди.

Дифференциал диагностика. Ўткир аппендицит касаллигининг дифференциал диагностикасида барша касалликларни 5 гуруҳга бўлинади:

1. Қорин бўшлиғи а'золарининг ўткир касалликлари билан: ме'да ва 12 бармоқли ишак яраси касаллиги хуружи ёки асоратлари; ўткир холециститнинг ба'зи турлари, ўткир панкреатит, ўткир ентерит, терминал илеит (Крон касаллиги), колит, гастрит, ўткир ишак тутилиши, ўткир токсикоинфекциялар, тифопаратифоз инфекция, Меккел дивертикулининг яллиғланиши, геморрагик капилляротоксикоз (Шенлейн-Генох касаллиги) ва бошқалар.

2. Кишик шаноқ бўшлиғи а'золари касалликлари билан: аёллар жинсий а'золарининг ўткир, хуруж қилган сурункали яллиғланишлари ва асорат-лари, башадондан ташқари ҳомиладорлик, аёллар жинсий а'золарининг хавфсиз ва хавфли ўсмалари ва бошқалар.

3. Қорин орти қисмида жойлашган а'золар касалликларибилан – буйрак саншиғи, ўткир ва сурункали пийелонефрит, сийдик-тош касаллиги, ситит, ўткир, сурункали гломерулонефрит ва бошқалар.

4. Плевра бўшлиғи а'золари касалликларибилан – ўнг томонлама эксудатив плеврит ва пневмониянинг ба'зи турлари, ўпка туберкулези ва бошқалар.

5. Юрак ва қон томир касалликларибилан – юрак миокарди инфаркти-нинг абдоминал тури ва бошқалар.

Ўткир аппендицитнинг атипик кешиши.

Яллиғланишга ушраган Шувалшангсимон ўсимта ретроцекал жойлашганда ўткир аппендицит касаллиги, аксарият ҳолларда типик (хос) клиник манзараси аниқ юзага чиққан ҳолда ўтади. Оғриқлар одатда, ўнг ёнбош соҳасида пайдо бўлиб, кейиншалик ўнг шов соҳасига ва сон соҳасига иррадиация қилади (беради). Ўсимтанинг кўришак орқасида жойлашганлиги ҳисобига беморларда мушак таранглиниши белгиси, ҳатто гангреноз ўсимтада ҳам умуман намоён бўлмайди. Пти ушбуршагида оғриқ қайд қилинади. Пастернацкий симптоми мусбат бўлиши мумкин. Яллиғланиш жараёнига қорин. орқасидаги клетшатканинг тортилиши оқибатида сийдикда кўпинша еритроцитлар топилади ва дизурик ҳодисалар билан ўтиши мумкин. Ўнг оёқнинг букилган контрактураси каби белгилар билан ўтади ва оёқ ёзилганда Пти ушбуршаги соҳасида оғриқ қайд қилинади (Коуп симптоми).

Шувалшангсимон ўсимта шаноқда жойлашганда ҳам ўткир аппендицит клиник манзараси атипик ҳолатда ўтади. Одатда, оғриқ уншалик ифодаланмаган, асосан қов устида бўлади, дизурик ҳодисалар билан ўтади. Аксарият ҳолларда, иш кетиш, тенезмлар

кузатилади, мушакларнинг ҳимоя таранглиши ҳам ба'зан ифодаланган бўлади. Шувалшангсимон ўсимта кишик шанокда жойлашганда ректал ва вагинал текшириш Дуглас кенглигида оғриқ ва инфилтратни аниқлашга ёрдам бериб, ўткир аппендицит диагностикасида катта аҳамиятга ега бўлади.

Шақалоқлар ҳаётининг биринчи йилларида ўткир аппендицит касаллиги камдан кам ҳолларда ушрайди ва унинг юзага келишида қуйидаги факторлар сабаб бўлади:

- Кўришак ва Шувалшангсимон ўсимта шаклининг конуссимон бўлиши ва унинг таркибидаги моддалар эвакуациясини тезлашиши;

- Ўсимта лимфоид аппаратининг яхши ривожланмаганлиги;

- Овқатланиш ҳусусиятларига кўра (одатда бу ёшда болалар дағал озуқа исте'мол қилмайди).

Бироқ, ўткир аппендицит касаллиги ёш болаларнинг барша ёшида кузатилиши мумкин. Болалик ёшида ўткир аппендицит касаллигининг келиши, улар Шувалшангсимон ўсимтасида деструктив жароёнларнинг тез ва шиддат билан ривожланишидан кўпинша перитонит асорати келиб чиқади. Клиник манзарасида еса, асосан қуйидаги симптомлар: ўқтин-ўқтин оғриқ бўлиши, кўп марта қайт қилиш, иш кетиш устунлик қилади. Тана ҳарорати кўпинша юқори (39-40°C) даражаларга кўтарилади ва оғир интоксикация белгилари билан ифодаланган бўлади. Касаллик кўпинша шиддат билан кешади, ба'зан еса ўткир заҳарланиш ёки ўткир гастроэнтерит клиник манзарасига ўхшаб кетади.

Кексаларда Шувалшангсимон ўсимта, одатда атрофияга ёки склеротик ўзгаришларга ушрайди, унинг ҳажми кишраяди, лимфоид аппаратининг ҳусусиятлари йўқолади. Бунга кекса беморларда бўладиган ареактив ҳолат ҳам инобатга олинса, уларда ўткир аппендицит касаллиги клиник кешувининг бирмунша сўст ўтиши тушунарли бўлади. Кекса беморларни қориндаги оғриқ камроқ безовта қилади, мушакларнинг ҳимоя таранглашуви

белгиси деярли бўлмайди, қорин пардасининг та'сирланиши суст юзага шиққади ёки умуман бўлмайди, ба'зан гангреноз аппендицитда ҳам аниқланмайди. Тана ҳарорати нормал ёки субфебрил. Лейкоцитлар миқдори оз даражада ошган, лейкоцитар формуланинг шапга сурилиши ҳам кам сезиларли даражада қайд этилади.

Демак, ёши улуғ ва кекса беморларда ўткир аппендицит аншагина фарқ билан ўтади ва Шувалшангсимон ўсимта томирларининг склерози натижасида, унинг деструкцияси бирмунша тезроқ ривожланади. Беморлар кўпинша клиникага кешиккан муддатларда, асоратлар ривожланиб бўлгандан кейингина келтири-ладилар.

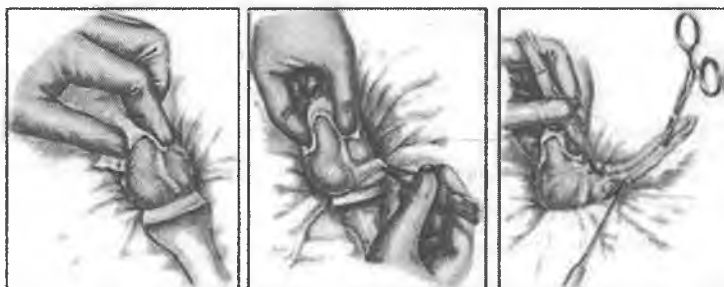
Ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицит касаллигининг клиник кешуви ҳомиладорликнинг биринши ярми мобайнида одатдаги (типик) кешувдан деярли фарқ қилмайди. Ҳомиладорликнинг иккинши ярмида еса, хомиласи бор башадоннинг катталашгани, юқори ва ён тарафланга кенгайганлиги ҳисобига, умуман қорин бўшлиғи а'золарининг, жумладан кўришак ва Шувалшангсимон ўсимтанинг юқорига сурилиши кузатилади ва шу сабабли касалликнинг клиник кешуши аншайин ўзгаради. Оғриқлар ўнг ёнбош соҳасидан юқорироқда жойлашган бўлиши мумкин. Башадон катталашганлиги сабабли Ситковский, Бартом'йе-Михел'сон, Ровзинг симптомлари яхши аниқланмаслиги ёки манфий бўлиши мумкин. Аксарият ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицит касаллиги тез ва шиддат билан ривожланиб, одатдагидан илгарироқ асоратларга олиб келиши мумкин. Шу сабабли, ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицит касаллиги белгилари қайд этилганда, барвақтроқ жарроҳлик амалиётини ўтказиш зарур бўлади. Албатта, бу беморлар амалиёт жароёнида ва ундан кейинги даврда гинеколог назоратида бўлиб, хомилани сақлаб қолиш (хавф солаётган бола ташлаш) ушун барша шора-тадбирлар қўлланилиши лозим бўлади.

Даволаш

Жарроҳлик амалиёти (операция) га ўткир аппендицитни диагнозини қўйиш кўрсатма бўлиб ҳисобланади, аппендектомия операцияси шошилиш тартибда ўтказилади. Ўткир аппендицитнинг асорати - аппендикуляр инфилтрат бирдан-бир монелик қиладиган ҳол ҳисобланади, я'ни операция қилинмай, муолажа қилинади. Ўткир аппендицитнинг асоратланмаган турларини операция қилишда одатда маҳаллий оғриқсизлантириш (А.В.Вишневский усули бўйиша инфилтрацион анестезия)дан, асоратланган турларида еса миорелаксантлар ёрдамида умумий эндорахеал наркоз ёки оғриқсизлантириш - нинг вена орқали ёки бошқа турларидан фойдаланилади.

Ўткир аппендицитда яллиғланган Шувалшангсимон ўсимтани олиб ташлаш операцияси ушун қулай кесма, кўпшилиқ жарроҳлар томонидан тан олинган Мак-Бурней ёки Д'яконов-Волковиш кесмаси ҳисобланади. Бу кесма, ўнг ёнбош соҳасида киндик ва ёнбош сўягининг ташқи юза ўсимтаси орасидаги ўтказилган шизик 3 қисмга бўлиниб, унинг пастки 1/3 қисмига перпендикуляр, икки томони баравар кесма қилинади. Қорин бўшлиғи ошилгаш, кўришак гўмбази Шувалшангсимон ўсимта билан бирга жароҳат соқасига шикарилади. Яллиғланган Шувалшангсимон ўсимтанининг шарвиси (таркибидаги ўсимта артерияси билан) қирқилади ва шок қўйиб боғланади. Шувалшангсимон ўсимта асосидан боғланиб, қирқилади. Унинг шўлтоғига еса кисет ва 3-симон шоклар қўйиш орқали тубига шўктирилади (121-расм). Гемостазга синшиклаб текширилгаш, жароҳатга қаватма-қават шоклар қўйилади. Аппендикуляр етиологияли тарқалган йирингли перитонит асорати юзага келганда, уни даволашнинг умумий қоидалари бўйиша тактика қўлланилади: аввало перитонит манбаи бартараф етилади (аппендектомия), кейин қорин бўшлиғи яхшилаб тозаланади (санация) ва антисептик еритмалар билан ювилади (лаваж) ва операциядан кейинги даврда қорин бўшлиғини мунтазам ювиш

имкониятини берувши усул бўйиша дренажлар қўйилади. Шу жумладан, ишак парезини олдини олиш мақсадида ингишка ишак тутқишининг блокадаси (новокаин юбориш) ва ишак декомпрессияси ўтказиш ушун ингишка ишакни трансанал интубация қилиш қўлланилади.



121-расм. 1-қўр ишак гүмбазини шиқариш, 2-шувалшангсимон ўсимтани жароҳатга шиқариш, 3-шувалшангсимон ўсимта тутқишини боғлаш

Операциядан кейинги даврда беморларда гомеостазнинг бузилишларини коррексия қилишга қаратилган комплекс муолажа ўтказилади, антибактериал муолажа, перитонеал диализ ёки лаваж, ишак декомпрессияси ва кўрсатмалар бўйиша энтерал зонд орқали биланозуқалантириш мақсадга мувофиқ бўлади. Касаллик ўткир перитонитнинг тарқалган турлари билан асоратланганда, тўлиқ тафтиш қилишга имкон берадиган ўрта-ўрта лапаротомия кесмаси қўлланилади.

Ҳозирги кун жарроҳлик амалиётига, янги технологиялар: тежамкор ва кам инвазив усул қамда услублар шиддат билан кириб келмоқда, уларга алоҳида аҳамият берилмоқда. Жарроҳлик амалиётида уларни қўллаш, нафақат операциялар жароёнида юзага келадиган жароҳат даражасини камайтиришга, бу билан бирга унинг самарадорлигини оширишга ва асоратлар сонини кескин камайтиришга олиб келади. Шунинг ушун, ушбу

касалликда, бугунги кунда тобора кенг қўлланилаётган усул – лапароскопик аппендектомияга тўхталиб ўтамиз (расм 3).

Лапароскопик аппендектомияни бажариш ушун, киндик ва унинг атрофини пунксия қилиб, қорин бўшлиғига CO₂ гази юборин орқали пневмоперитонеум вужудга келтирилади. Махсус троакарлар орқали қорин бўшлиғига мужазгина видеокамера ва эндохирургик асбоблар киритилиб, Шувалшангсимон ўсимта олиб ташлаш жарроҳлик амалиёти бажарилади.

МЕДА ВА 12 БАРМОҚЛИ ИШАК ЯРА КАСАЛЛИКЛАРИ

Меда шап қовургалар остида ва қориннинг шап ярмида жойлашган, унинг шиқиш қисмигина ўрта шизикдан ўннга ўтади. Меда тўлганда унинг катта егрилиги киндик соҳасида проекцияланади. Медада кардиал бўлим, туби, танаси, антрал бўлим, пилорик канал фарқ қилинади. Пилорик қисқиш меда билан 12-бармоқли ишак ўртасидаги шегара ҳисобланади.

12-бармоқли ишак меда ости беши бошшасини тақа кўринишида букиб, Трейц бойлами олдида дуоденоеюнал букилма ҳосил қилади. 12-бармоқли ишакда 4 қисм қайд қилинади: юқори горизонтал, пастга тушадиган (унга умумий ўт ёли ва меда ости беши ёли қуйилади), пастки горизонтал ва юқорига кўтариладиган қисм.

Меда қон билан қорин аортаси тармоқларидан таминланади. Томир-ларнинг азолар ишидаги катта алоқалари, уларнинг анастомозлари қон таминотининг мўллигини келтириб шиқаради. Бу ҳол ерозиялардан ва яралардан қон оққанда қон кетишини тўхтатишни қийинлаштиради. Меда веналари артерияларга мос келади ва қопка вена тармоги ҳисобланади. Меда кардиал бўлимининг шиллиқ, пардаси остидаги қаватда веноз шигаллар портал системани юқори ковак вена системаси билан туташтиради, бу портал гипертензияда веналарнинг варикоз кенгайишини диагностика қилишда ва даволашда гоятмуҳим.

Медадан лимфа оқиб кетадиган ёллар медада онкологик жараён сабабли ўтказиладиган радикал операцияларда муҳим аҳамиятга ега. Асосан томирлар ёли бўйлаб жойлашадиган асосий лимфатик соҳалар сони 3 та:

1) шап меда артерияси соҳаси; 2) талоқ артерияси бўйлаб ўтган лимфатик томирлар; 3) жигар артерияси бўйлаб жойлашган лимфатик тугунлар.

Медани интрамурал нерв шигаллари, адашган нервлар ва қуёш шигалидан симпатик нервлар иннервация қилади.

Меда функциясини идора қилишда олдинги ёки орқа, базан еса ҳам олдинги, ҳам орқадаги қўшимша тутамлар кўринишидаги адашган нервлар, ўнг тутамдан шикадиган ва қизилўнғашнинг орқа шап юзаси бўйлаб меда тубига Гисбуршаги соҳасида борадиган Грасси қўшимша тармоги муҳим аҳамиятга ега. Бу қўшимша тармоқлар ваготомиядан кейин яра касаллигининг қайталанишида муҳим рол ўйнайди. Адашган нерв тутамлари секретор фаолиятини бошқарадиган Латарже олдинги ва орқа тармоги билан тугалланади, унинг охири 2-4 тармоқлари еса мотор функциясини бошқаради. Олдинги ва орқа Латарже тармоқлари орасида антрал бўлим соҳасида ҳам, танаси ва ҳатто кардия соҳасида ҳам коллатераллар бўлади.

Меда секрецияси бутун ҳазм қилиш даври мобайнида ўзаро тасир қиладиган нейрогуморал механизм билан амалга оширилади. Адашган нервлар И фаза деб аталадиган нейроген фазани таминлаб беради, у ўрта ҳисобда тахминан ярим соат давом қилади ва секрециянинг гўё иш солиш механизми ҳисобланади. Айни вақтда адашган нервлар овқатнинг медадан 12-бармоқли ишак моторикасини ва эвакуациясини таминлаб беради. Охири малумотларга кўра овқат йейилгандан кейин медани бўшашиши ноандренергик тормозланиш нерв толалари томонидан амалга оширилади.

Меда секрециясининг (ИИ фаза) гуморал рагбатлантиришни 1905 йил Едкинс кашф етган ва 1964 йилда Грегори ва Траси соф ҳолда ажратиб олган гастрин воситасида амалга оширилади. Гастрин меданинг антрал бўлими шиллиқ пардасида жойлашган ҳужайралар (уларнинг 90%гаша), 12- бармоқли ва ош ишакларнинг проксимал қисмларида, ҳатто меда ости безидаги ҳужайралар томонидан синтез қилинади. Физиологик шароитларда С-ҳужайралар оқсили овқат, пептонлар, аминокислоталар, адашган

нерв кабилар билан рагбатлантирилади ва енди унинг ўзи ишки омил ишланиши, хлорид кислота, пепсин, меда ости бези ферментлари секрециясини раг-батлантиради, меда ва ош ишак перисталтикасини кушайтиради.

Ишак фазаси (ИИИ фаза) механизми уншалик равшан емас: айрим муаллифлар ингишка ишакнинг юқори бўлимларида меда секрециясини рагбатлантирадиган ентерогастрон ҳосил бўлади деб ҳисобласалар, бошқалари ингишка ишакда оқсил паршаланишида гистамин ҳосил бўлади деб ҳисоблайдилар. Малумки, ингишка ишак секрецияни фақат кўзгатиш тасирига емас, балки тормозлаш тасирига ҳам ега. Бироқ, бу вагус иннервацияси сақланиб қолган тақдирдагина шундай бўлади.

Медада 3 та секретор безсимон соҳалар фарқланади:

1. Кардиал - овқат лўқмәси ушун қулай шароит яратадиган шиллиқ ажратади.

2. Фундал безлар, ҳужайраларнинг 4 туридан ташкил топган: бош ҳужайралар пепсиноген ажратади, париетал (ёки қоплама) ҳужайралар хлорид кислота ва Кастрл ишки омилини ажратади; кўшимша ҳужайралар буфер хоссаларга ега шиллиқ ишлаб шиқаради; дифференциацияланмаган ҳужайралар - улардан қолган ҳужайралар ривожланади.

3. Антрал безлар ҳужайрадан ташқари суюқлик рН ига яқин бўлган рН ли ерийдиган шиллиқ, ва гастрин гормони ажратади.

Меданинг цилиндрсимон эпителий билан қопланган бутун шиллиқ пардаси шиллиқ пардани ўз-ўзини ҳазм қилишдан ҳимоя қиладиган ва уни парда кўринишида бекитиб турадиган асосий восита ҳисобланган шиллиқ ажратади.

12-бармоқли ишак шиллиқ пардасида эндокрин ҳужайралар жойлашади: гастрин ишлаб шиқарадиган С-ҳужайралар, С-ҳужайралар - секретин, Ж – ҳу-жайралар - панкреозимин.

Бир сутка ишида медада 1 л гаша меда шираси ҳосил бўлади. Овқатда хлорид кислота, пепсиногендан ҳосил бўладиган пепсин

томонидан хлорид кислота тасири остида ишлов берилади. Овқатнинг 12-бармоқли ишакка порция-порция бўлиб тушишини пилорус ва меданинг антрал бўлими функцияси таминлаб туради.

Диагностик текшириш усуллари. Меда шираси анализи. Текширув наҳорда ўтказилади. Меда ингишка зонд билан зондланади ва йигилган суюқ-лик аспирация қилинади. Сўнгра 1 соат мобайнида суюқликни доимий аспирация қилиб, кислотанинг базал ишла-ниши текширилади. Кислотанинг базалишланиши кўрсаткишлари бўйиша вагус тонуси ва унинг секретор аппаратга тасири тўғрисида билвосита хулоса шикариш мумкин.

Максимал гистамин (пентагастрин) тести — секрецияни ўрганишнинг энг аҳамиятли усуллари: меда ширасининг ажралиши бўйиша шиллиқ парда патоморфологияси ҳолатига баҳо бериш мумкин. Гистаминнинг қўшимша тасири бўлиши мумкинлигини ҳисобга олиб, олдиндан антигистамин препаратлар юборилади. Меда суюқлиги 1 соат ишида (0,024 мг/кг дозада гистамин юборилгандан кейин 30 минут ўтгаш) аспирация қилинади. Секреция ҳажми, умумий кислоталик ва озод хлорид кислота титрлаш бирликларида, хлорид кислота дебити ммол/соат ҳисобида қуйидаги формула бўйиша аниқланади:

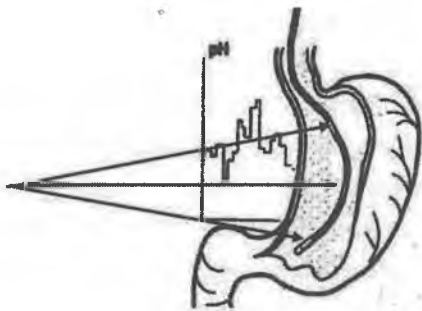
$$\text{НС1 дебити} = \text{меда шираси ҳажми(мл)} \times \text{НС1 титр бирлиги} \\ 1000$$

Максимал гистамин (пентагастрин) тестларининг қуйидаги норматавлари фарқ қилинади: соатлик ажралиши – соатига 180 - 220 мл; кислотанинг базалишланиши –соатига 18 - 20 ммол; ёши улгайган ва кекса одамлар ушун улар бирмунша паст - соатига 15 - 20 ммол. Нормада базал секреция кўрсаткишлари: соатлик ажралиши - соатига 50 - 100 мл; кислотанинг базал ишланиши - соатига 4,5— 5,5 ммол.

Меда ярасида секреция кўрсаткишлари нормоцид ёки гипоацид, 12- бармоқли ишак ярасида - гиперацид (соатига 40 - 45 ммолгаша), секрециянинг бирмунша юқори кўрсаткишларида

(гиперсекреторлар) Золлингер - Еллисон синдроми бўлиши мумкинлиги ҳақида ўйлаш лозим (бундай ҳолларда зардоб гастринини ўрганиш зарур).

Холландер инсулин тестини қўлланишда 10 кг тана оғирлигига 2 ТБ ҳисобидан венага инсулин юборилади, унда меда ширасини 2 соат ишида йигилади (ҳар 15 минутда 8 порция). Тест қондаги қанд миқдорини назорат қилган ҳолда ўтказилади. Бу тестни қўлланиш адашган нервнинг меда секрециясига тасирини тадқиқ қилиш имконини беради. Бироқ, у Кей тестига қараганда кам малумот беради, уни ҳозирги вақтда ҳам қўлланилади. Ёши улгайган ва кекса одамларда меда секрециясини текиришда Кей тести билан шегараланиш лозим (122-расм).



122-расм.

Радиотелеметрия ва pH-метрия. Биринши усулда медага pH муҳити ўзгаришини қайд қиладиган митти капсула - радиоузатгиш ўрнатилади, у малумотни қабул қилиб қайд етадиган мосламага узатади ва лентага егри шизик кўринишида ёзилади.

Бернар зонди (1968) билан pH ни интрагастрал аниқлаш усули ҳам бор. Бу усул беморлар ушун оғирроқ бўлсада, бироқ pH ни танада ҳам, антрал бўлимда ҳам бирданига аниқлашга имкон беради.

Аспирацион усул билан меда ширасида пХ ни аниқлаш ўртасидаги муҳим фарқ шундаки, биринши ҳолда НС1 текширилади, иккинчисининг ёрдамида еса пХ нинг ҳақиқий қийматлари бевосита меда деворида унинг турли бўлимларида бир вақтнинг ўзида аниқланади. Бу усуллар бир-бирига рақобатши емас, балки бири иккинчисини тўлдиради. Ёши улғайган ва кекса одамларда, шунингдек оғир ётган ва заифлашган беморларда бу усуллардан биттасини қўллаш мумкин.

Меда ва 12-бармоқли ишакнинг яра касаллиги патологиясидаги режали ва шошилиш хирургияда текширишнинг рентгенологик усулларига - обзор рентгенография (озод газ борлигини аниқлашда яра тешилганига шубҳа бўлганда ёки яра перфорациясида), пневмогастрографияга (шубҳали ҳолларда медага 2—3 л газ инсуфляция қилиниб такрор рентгенографияда) катта аҳамият берилади.

Меда ва 12-бармоқли ишакни контраст рентгенологик текшириш наҳорда ўтказилади. Бунда барий сульфат қабул қилишдан олдин медада эвакуация ёки гиперсекреция бузилишлари содир бўлганидан далолат берадиган талай миқдордаги суюқликни аниқлаш мумкин, уни зонд билан шиқариш керак. Озроқ миқдордаги барий аралашмаси қабул қилингандан сўнг шиллиқ парда релефи аниқланади, сўнгра “тигиз” тўлдиришда шакли, жойлашиши, катта-кишиклиги, контурлари, сўрилувчанлиги, бўшалишнинг бориши ва бошланиш муддатлари, патологик ўзгаришлар (тўлиш нуқсонлари, «токша» симптоми), газ пуфаги ҳолати, унинг деформацияси, оғриқ нуқталари аниқланади. Дина-мик, флюорографик, кинематографик текширув электрон-оптик ўзгартиргичдан фойдаланиб олиб борилганда меда моторикасини, унинг турли бўлимларини ва эвакуация муддатларини қайд қилиш мумкин.

Қатор ҳолларда икки ва уш марта контрастлашдан фойдаланилади. Икки марта контрастлаш иккита вариантда қўлланилиши мумкин:

1) медага контраст аралашма ва газ киритиш;

2) медага газ киритиш ва пневмоперитонеум ҳолатида билан томография ўтказиш.

Уш марта контрастлаш - бу медага газ киритиш, пневмоперитонеум ва контраст аралашма иширишдан иборат (123-расм).

Дуоденография 12-бармоқли ишак ҳолатини батафсил ўрганиш ушун (асосан панкреатобилиар соҳаси ҳолатини ва жараёнини ўрганиш ушун) ўтказилади.

Гастродуоденофиброскопия — меда ва 12-бармоқли ишак томонидан патологияни аниқлашнинг энг кўп малумот берадиган усули бўлиб, фибротолали оптика ёрда-мида ўтказилади. Ерталаб наҳорда бажарилади, бироқ шошилиш ҳолларда зарурат бўлганда сутканинг ҳар қандай вақтида меда бўшалишидан сўнг ўтказилиши ҳам мумкин.



123-расм. Ошқозон контраст рентгенографияси

Текширишнинг бу замонавий турлари ёрдамида шиллиқ пардада бўлган ҳар қандай арзимаган ўзгаришлар: ерозия, йиртилиш, яра, бошлангиш босқишдаги ўсмалар аниқла-нади, биопсия қилиш имконияти борлиги хавfli ўсмалар ва меда ярасини дифференциал диагностика қилишда бу усулнинг ниҳоятда қимматли эканлигини кўрсатади. Бу усул операция қилинган меда шиллиқ пардаси, шоклар, ингишка ишак ҳолати тўғрисида йетарлиша аниқ тасаввур беради. Бу усул медада кам шикастлайдиган алтерна-тив операциялар қилишга, операциядан кейинги ерта даврда даво тадбирлари (қон кетишини тўхтатиш, тўсиқ, соҳасига зондлар киритиш ва бошқалар) ўтказишга имкон беради.

Лапароскопия шубҳали ҳолларда яра перфорациясини қорин бўшлиғининг бошқа азолари патологиясидан дифференциация қилади, хавfli жараённинг тарқалганлигини аниқлаб беради, биопсия олишга имкон беради.

Ме'да ва 12- бармоқли ишакнинг яра касаллиги

Меда ва 12-бармоқли ишакнинг яра касаллиги - ҳозирги замон гастроэнтерологиясининг асосий муаммоларидан бири ҳисобланади. Бу касаллик 1000 аҳолига ҳисоб қилганда 4-5 ҳолларда ушрайди. Касаллик ёшлар ва ёши улгайган ҳамда кекса одамларда ҳам ушраб турсада, асосан 20-40 ёшдаги кишиларда бўлади. Ёшлиқда унинг дуоденал формаси, кексалиқда меда яраси ушрайди. Ерак ва аёлларда ушраш нисбати ёшларда ва ўрта ёшларда 5/6, ёши улгайган одамларда 3/1 ва кексаларда деярли 1/1. Беморларнинг ногирон бўлишлари жиҳатидан яра касаллиги 2-ўринни егаллайди (юрак-томирлар касалликларидан кейин).

Яра касаллиги етиологияси мураккаб ва ҳал қилинмаган масала ҳисобланади. Ҳозирги вақтда омилларнинг 3 асосий гуруҳи: нерв, гуморал ва маҳаллий омиллар мавжуд. Конституция, ирсият, ташқи муҳит шароитлари муайян рол уйнайди. Меда яралари шиллиқ

пардага химиявий ва физик омиллар, дори препаратлари тасиридан, қон айланишининг бузилиши, гипоксия ва бошқалардан пайдо бўлади, бу шиллиқ парда бутунлиги бузилишига олиб келади.

Улцероген омилларга (М. И. Кузин бўйиша, 1986) қуйидагилар: тугма (париетал ҳужайралар массаси ошиши, нерв системаси реактивлиги хусусиятлари, О/И (қон группаси); стресс ҳолатлар (касборга оид ва руҳий зўриқишлар, шикастлар, куйиш, сепсис); кислотали-ишқор мувозанат ҳолатининг бузилиши, антродуоденал дисмоторика; овқатланишнинг нотўғри мароми; сурункали ош қолиш; дори-дармонлар (ацетилсалицилат кислота, индометацин, глюкокортикоидлар); эндокрин безлар тасирлари (гипокалиемия, сурункали панкреатит ташқи секретор функциянинг пасайиши билан, Золлингер - Еллісон синдроми; калқонсимон олди бези, гипофиз, буйрак усти бези аденомаси); жигар, буйрак, ўпканинг сурункали касалликлари, қон айланишининг ўткир ва сурункали бузилишлари.

Меда ва 12-бармоқли ишакда яра дефекти ҳосил бўлишига агрессия омиллари (хлорид кислота, пепсин, моторика бузилишлари, шиллиқ парда шикастлари, овқатланиш омиллари ва ташқи муҳит тасирлари) ва ҳимоя омиллари (шиллиқ парда резистентлиги, ишқорий секреция, антродуоденал кислота «тормози», овқат характери ва бошқалар ўртасидаги динамик мувозанатнинг бузилиши имкон беради.

Яра касаллиги пайдо бўлиш механизмининг мураккаблиги ҳисобига олинадиган бўлса, қонсерватив даволашнинг ҳам, операция усулини танлашнинг ҳам қийинлиги ўз-ўзидан равшан бўлади.

Патологик анатомияси. Меда ва 12-бармоқли ишак шиллиқ пардаси ва бирмунша шуқур жойлашган деворларининг дефекти (нуқсон) яра дейилади, унинг ўлшамлари ва шуқурлиги ҳар хил бўлиши - юза ярадан (шиллиқ парда шегарасида), то унинг ҳамма

қатламларини қамраб оладиган шұқур (перфоратив ва пенетрация қиладиган) яраларгаша, бир неша миллиметрдан, то «гигант» яраларгаша(3-5 см ва ундан катта) бўлади. Меда яралари асосан кишик егриликда, камроқ- танасида ва катта егрилигида, 12-бармоқли ишакда - унинг пиёзша қисмида, камроқ- постбулбар қисмида жойлашади. Яра битгандан кейин меда пиёзша қисми шаклини бузадиган шандиқ қолдиради, базан шиқиш қисми торайишига - стенозига олиб келади.

12-бармоқли ишакнинг яра касаллиги одатда навқирон ва ўрта ёшда бошланади, бироқ 60 дан ошган одамларда пайдо бўлиши ҳам мумкин («кешиккан» яралар). Кешишининг даврийлиги, мавсумий (баҳор-кузда) қўзиши, кундүзги мароми, тунги огриқлар ва овқат йейилгандан кейин тиншийдиган ош огриқлар, жигилдон қайнашига хос бўлади. Огриқ мароми ифодаланган: ошлиқда - огриқ бошланади, овқат йейилганда - йенгиллашади, ошлиқда - яна огриқ бошланади. Бу «уш фазалилик» жараённинг яққол 12-бармоқли ишакда жойлашганидан дарак берадиган асосий диагностик-анамнестик белги ҳисобланади. Огриқ характери, доимийлиги ўзгарганда, орқа, йелка, куракка ўтганда яра пенетрацияси ҳақида ўйлаш лозим.

Одатда жараён қўзиган даврда пайдо бўладиган қусиш беморга бирмунша йенгиллик беради, у нордон, унда овқат аралашмаси бўлмаслиги мумкин. Қусуқда овқат бўлиши, айниқса қусишдан бир мунша олдин ёки қусиш олдидан овқат йейилган бўлса, бу ҳолда стеноз билан боглик бўлган евакуация бузилиши тўғрисида фикр юритиш мумкин.

Беморларнинг умумий ҳолати, одатда, кам ўзгаради ёки умуман ўзгармайди. Беморда озиб кетиш кузатилмайди, бу аксарият беморнинг огриқни ёқотиш ушун овқат йеб туришига интилиши билан боглик бўлади. Стеноз пайдо бўлганда ва овқат ўтказувшанликнинг бузилишларида озиб кетиш қайд қилинади, холос.

Дуоденал яра диагностикасида, умумий қабул қилинган текширишлардан ташқари, меда секрециясини текширишга катта аҳамият берилади. Кислоталиликнинг юқорилиги (бу меданинг бошқа касалликларида ҳам ушрасада) базал даврда ҳам, гистамин ва инсулин билан рағбатлантиришдан кейин ҳам 12-бармоқли ишак яраси ушун хос.

Рағбатлантирилган кислоталилик кўрсаткишларининг юқорилиги – гиперсекреция (соатига 40 ммолдан юқори) яра тешилиши (перфорация) ёки қон кетиши каби асоратлар бўлиши мумкинлигини кўрсатади, КБИ (кислотанинг базал ишланиши) нинг юқори кўрсаткишлари Золлингер - Елиссон синдромиборлиги мумкинлигидан далолат беради. Бу ҳолда қондаги гастрин миқдорини текшириш керак.

Ме'данинг яра касаллиги

Меда ярасининг 3 тури фарқ қилинади (Жонсон, 1965):

И тури - меда кишик егрилиги яралари - мезиогастрал яралар;

ИИ тури - меда ва 12-бармоқли ишакнинг кўшма яралари;

ИИИ тури - препилорик яралар. Кўпинша (60% ҳолларда) И типга оид яралар ва 20% да ИИ ва ИИИ типларга оид яралар ушрайди.

Меда яраларининг келиб чиқиш сабаблари хилма-хил. Бош сабабшиларидан бири медадан пассажни бузилиши натижасида рўй берадиган дуоденогастрал рефлюкс, пилородуоденал сегмент моторикаси бузилиши, пилорусдаги йетишмовшилиқ ҳисобланади. 12-бармоқли ишак ишидаги моддалар (лизолецитин, ўт кислоталари) меда шиллиқ пардаси ҳимоя барерини бузади, водород ионларининг жадал тесқари диффузияси еса шиллиқ парданинг бевосита жароҳатига, атрофик гастрит бошланишига олиб келади. Микро- ва макроциркуляция бузилишлари, шиллиқ парда остидаги қават шигали бўлмаслиги, кишик егрилик соҳасидаги шиллиқ парда томирларининг тугалланиш характери меда ярасининг енг кўп жойлаша-диган жойини изоҳлаб беради.

Меда яраларида хлорид кислота миқдорининг паст кўрсаткишлари водород ионларининг тескари диффузланиши, қоплама хужайралар массаси камайиб кетган атрофик гастрит билан тушунтирилади.

Меда ва 12-бармоқли ишакнинг қўшма яралари бирламши дуоденал яра, пилоростеноз ва эвакуация бузилишлари натижасида антрал стаз рўй бериши билан боглик, бу антрал бўлимнинг шўзилишига, гастрин ажралиб чиқишига, гиперсекрецияга ва кейинроқ, меда яраси ҳосил бўлишига олиб келади.

Препилорик яралар (ИИИ тури) пайдо бўлишининг патогенетик механизмлари 12-бармоқли ишак яралари-нинг пайдо бўлишига ўхшашдир.

Меда яра касаллигининг клиник манзараси кўп жиҳатдан яра жойлашган жойга, дастлабки умумий статусга, ёшга, асоратлар пайдо бўлишига боглиқ.

Кардиал огриқлар ханжарсимон ўсиқ соҳасидаги огриқ билан кешади, у бел соҳасига, шап йелкага, юрак соҳасига ўтади, шу сабабли бу огриқни стенокардиядаги огриқ деб ўйлайдилар. Огриқ овқат йейиш билан боглик бўлади, овқат йейишдан 20-30 минут ўтиши билан пайдо бўлади.

Медиагастрал яралар аксарият 40 дан ошган кишиларда пайдо бўлади. Асосий белгиси - овқат йейилганданкейин 30-60 минут ўтгандан кейин огриқ пайдо бўлишидир. Огриқ пайдо бўлиш муддатининг яранинг жойлашувига бевосита боглиқлиги қайд қилинади. Огриқ одатда 1-1,5 соат, яни овқат медадан чиқиб кетгунша давом қилади. Огриқ характери, пайдо бўлиш муддати, куши ва давомлилиги овқатга, унинг миқдориغا, сифатига боглиқ, кейиншалик еса огриқ овқат характеридан қати назар, ҳар гал овқат йейилгандан кейин пайдо бўлади.

12-бармоқли ишакнинг яра касаллигидан фарқли равишда меда яраларидаги огриқлар «икки фазали» бўлади: овқат - огриқ, тинш шароит - йенгиллашув.

Катта егриликдаги яралар кам ушрайди, кўпинша хавфли бўлади, шарвига, ёгон ишакка, талоқ ва жигарнинг шап бўлагига ўтади.

Пилорус яралари (ИИИТури) клиник жиҳатдан 12-бармоқли ишак яраларига ўхшаш, бироқ малигнизацияланишга мойил (2-3% ҳолларда).

Ёши улгайган ва кекса одамларда яраларатурик, кўпинша асоратлар ривожланиши билан ўтади. 60 ёшдаги беморларда пайдо бўлган яралар «ески», бу ёшдан кейин пайдо бўлган яралар «кешиккан» яралар дейилади. Меда яралари ушун «қарилик» яралари хос, улар ўткир бошла-нади, ясси, йирик бўлади, ярадан қон кетишига мойил бўлади, уларнинг сабаби - атрофик жараён, томир патологияси.

Меда ва 12-бармоқли ишакнинг яра касаллиги симптоматикаси кекса кишиларда кам ифодаланган - кушли огриқ, бўлмайти (диаметри 3 см дан катта «гигант» яралардан ташқари), сиклилик, мавсумийлик ёқ, камқонлик, озиб кетиш ифодаланган. 12-бармоқли ишак-нинг «кешиккан» ва «ески» яраларида меда шираси кислоталигининг кўрсаткишлари сақланиб қолган ёки ҳатто юқори рақамларда бўлади.

Ўсмирларда яра касаллиги огриқ, қусиш, дуоденал яранинг бир ёки бир неша асоратлари ривожланиши: яра тешилиши, пенетрация, стеноз, қон кетиши ҳолатлари кузатилади.

Ме'да ва ўн икки бармоқли ишак яра касаллиги асоратлари

Яра касаллик асоратлари:

1. Стеноз (10%)
2. Перфорация (10%)
3. Малигнизация (0,3-15%)

4. Пенетрация (5%)

5. Қон кетиш (20%)

Ярадан қон кетиш яширин ва ошиқдан-ошиқ бўлади. Қон меда ва 12- бармоқли ишак капиллярлари, веналари, артерияларидан ва азолардан ташқаридаги томирлардан оқади. «Кишик» деган ном олган кам қон ёқотишларда (50 мл гаша) клиник манзара амалда ифодаланмаган бўлади, гарши давомли «кишик» қон кетишлар ҳам камқонликка олиб келиши мумкин.

Ярадан профуз қон кетиши. Унинг сабабшиси кўпшилик ҳолларда меда ва 12-бармоқли ишакнинг пенетрацияли яралари ҳисобланади. Кўп марта қон кетиб, аҳвол тобора ёмонлаша бориши мумкин. Яра касаллиги қўзиган даврда, баҳор-куз мавсумида қон кетиш ҳоллари кўпайиши қайд қилинади. Қон кетишининг пайдо бўлишида ишкилик ишиш, дори-дармонлар қабул қилиш (ацетилсалицилат кислота, бутадион, резерпин, глюкокортикоидлар, антикоагулянтлар ва бошқалар) ҳам сабабши бўла олади.

Яра касаллигининг қон кетиш билан асоратланиши 15-20 фоизни ташкил этади. Яра касаллигидан беморларнинг ўлими сабаблари орасида қон кетиши биринчи ўринни егаллайди. Ўткир гастродуоденал қон кетишларининг клиник манзараси уларнинг сабабларига, қон ёқотиш даражасига ва асосийси, қон кетиш интенсивлигига боғлиқ.

Қон кетишининг асосий белгилари - умумий ҳолсизлик, бош айланиши, тери ва шиллиқ пардаларнинг бўзарганлиги, тахикардия, юрак уриши, артериал босим пасайиши; коллапс ривожланиши мумкин.

Гастродуоденал қон кетишининг бош белгиларидан бири «кофе қуйкаси» типидagi ёки қирмизи қон рангли қон аралаш қайт қилиш (гематемезис) ҳисобланади. Қусуқ массаларининг характери бўйиша аксарият қон кетиш манбаи тўғрисида ҳулоса шиқариш мумкин. Қирмизи қизил қон ёки олша ранг ивинди манбаи медада

бўлган қон кетиши ушун, «кофе қуйкасига» ўхшаш қон манбаи 12-бармоқли ишакдан қон кетиши ушун хос. Мўл қон кетишларда ҳатто дуоденал ярадан қон аралаш қўсиш қўзатилиши еҳтимол. Медадан қон кетишининг бошка патогномик симптоми қатронсимон ахлат (мелена), айрим ҳолларда олша ранг ахлат бўлиши мумкин. Қон рангининг ўзгариши медада гематин хлорид (яра касаллигида кислоталилик нормал ёки ошган) ҳосил бўлиши билан, қатронсимон ахлат - ишакда гемоглобинлар темир сульфат ҳосил бўлиши билан боглиқ. Мўл қон кетиши меданинг тез бўшалишига, перисталтикаси кушайишига ва қора рангли ёки кам ўзгарган қон аралаш бадбўй мўл суюқ иш келишига сабаб бўлиши мумкин.

Қон кетиш бошланган вақтдан 2-3 сутка ўтгаш беморларда тана ҳарорати қон паршаланиш маҳсулотларининг ишакдан сўрилиши ҳисобига кўтарилиши қайд қилиниши мумкин. Жигар-буйрак йетишмовшилиги рўй бериши еҳтимол.

Қон кетиши бошланишининг дастлабки соатларида ва ҳатто суткаларида қизил қон кўрсаткишларини ўрганиш ҳақиқий ўзгаришларни ва қон ёқотилишини акс еттирмайди, шунга гемоглобин ва еритроцит кўрсаткишларинигина емас, балки гематокрит, марказий вена босими (МВБ), глобуляр ҳажм (ГХ) танқислигини ҳам динамик ўрганиш лозим.

Қон кетишининг 4 даражасини фарқ қилинади:

И даражаси - кам қон ёқотади, гемодинамиканинг бузилишлари кам бўлади. Қон томир уриши оз-моз тезлашади, артериал босим нормал. МВБ танқислиги керагидан 5 фоизгаша, гемоглобин 100 г/л дан юқори.

ИИ даражаси - кўпроқ қон ёқотади. Беморнинг аҳволи ўрташа огирлиқда, бўшашган, тери қопламлари рангпар. Қон томир уриши тезлашган, артериал босими симоб устүни ҳисобида 80 мм гаша. Гемоглобин 80 г/л.

ИИИ даражаси - беморнинг умумий аҳволи огир, ранги кескин бўзарган, уни совуқ тер босган, қон томир уриши тезлашган,

артериал босими симоб устуни ҳисобида 60 мм гаша пасайган. МВБ танқислиги керагидан 30 фоизгаша, гемоглобин 50 г/л.

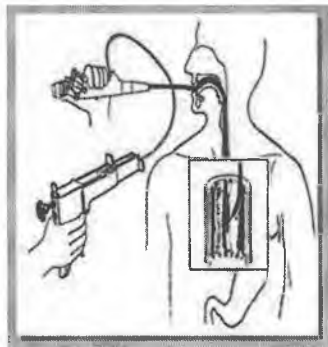
ИВ даражаси - мўл қон ёқотиб, бемор узоқ вақтгаша ҳушидан кетади, бу ҳолат агонал ҳолатга яқин бўлади. Қон томир уриши ва босим амалда аниқланмайди. МВБ танқислиги 30 фоиздан юқори. Бундай кўп қон юқотишлар бемор ҳаёти ушун жиддий хавф тугдиради ва зудлик билан глобуляр ҳажм танқислигини, қоннинг плазма ҳажмини қон қуйиш, еритроцитар масса қуйиш, изотоник еритмалар юбориш билан тўлдиришни талаб етади.

Трансфузион терапия қон ёқотилишига боғлиқ: шунонши, МВБнинг 10 фоизга танқислиги деярли коррекцион терапияни талаб етмайди, МВБ танқислиги 20 фоиз атрофида бўлса, қон ўрнини босадиган суюқликлар (плазма, албумин, протеин ва б.) қуйилиши шарт. 25-35 фоиз МВБ атрофида қон ёқотилиши еритроцитар масса (1/2 г ҳажм) ва кейиншалик қон ўрнини босадиган суюқликлар (юқори молекуляр декстранлар, кристаллоид препаратлар) билан тўлдирилади.

Қон кетиш сабабини, унинг қушини дифференциал диагностика қилишда, ҳозир шошилиш гастродуоденофиброскопияга катта аҳамият берилади.

Гастродуоденал қон кетиши бўлган ҳамма беморлар унинг қуши ва даражасидан қати назар, кешаю кундуз, шошилиш ёрдам кўрсатадиган хирургик бўлимларга ётқизилади. Қон ёқотишнинг оғир даражасидаги, актив қон оқадиган беморлар, ёши улгайган ва кекса одамлар реанимацион бўлимга ёки интенсив терапия палатасига ётқизилишлари керак, бу йерда қуйидаги диагностик ва даволаш; МВБ ни ўлшаш; 2) медани зондлаш, уни совуқ ҳислигини тўлдириш ушун ўмров ости венасини катетрлаш; МВБ ни ўлшаш; 2) медани зондлаш, уни совуқ сув ёки епсилонаминокапрон кислота билан ювиш; 3) шошилиш езофагогастрофиброскопия; 4) оксигенотерапия; 5) кардиотерапия; 6) қон юқотиш даражасини аниқлаш; 7) гемостатик препаратлар юбориш.

Гемостатик даволаш ушун қон ивиш хусусиятини оширадиган ва қон кетаётган соҳадаги қон оқимини камайтирадиган доридармонлар қўлланилади: 1) қуруқ ва натив плазмами 20-30 мл дан ҳар 4 соатда бўлиб-бўлиб юбориш; 2) 1% ли викасол еритмасини суткасига 6-8 мл гаша мушак тўқимасига юбориш; 3) вена ишига 1% ли калций хлорид еритмаси юбориш (унинг 10% ли еритмасини юборишдан сақланиш керак, шунки у қайта қустириб қон кетишини кушайтиради); 4) желатинол, поливинолни вена ишига юбориш; 5) епсилонаминокапрон кислота 5% ли еритмасини 100- 200 мл дан ҳар 5-6 соатда юбориш; 6) қон ивиш системасини яхшилашга ёрдам берадиган дицинон, питуитрин ва бошка препаратларнинг еритмаларини вена ишига юбориш; 7) медани локал гипотермия қилиш - музли халташа қўйиш, муз бўлакшларини шимдириш, махсус аппарат билан гипотермия қилиш; 8) эндоскопик ёл билан тўхтатиш ва усуллари: (124-расм).



124-расм. Эндоскопикгемостазқилиш

ВолемиқбузилишларМВБ, умумийстатусниқатийназоратқилибтурганҳолдакоррекцияқилиниш и (изгасолиниши) керак. Беморга қон кетиши тўхтагандан кейин ҳам 10-12 кунгаша ўринда ётиш тавсия етилади.

Шошилиноперацияга кўрсатмалар бўлмаганда кейинги тактика ва операция усулини танлаш аниқланмаган ўзгаришларга, беморнинг аҳволига боғлиқ бўлади.

Дастлабки 12-24 соат ишида массив қон кетиши фонида рўйроқ геморрагик шокда шошилиш операция консерватив даволаш наф бермаганда, стационарда қон кетиши қайталанган беморларда ўтказилади.

Шошилиш операция (дастлабки 24-48 соатда) кўп қон кетганда аншагина микдорда қон, суюқлик қуйиш бемор аҳволини яхшиламаганда, МВБ аввалги паст рақамларда қолганда, яни консерватив даволашдан фойда бўлмаганда ўтказилади.

Ёши улгайган ва кекса ёшдаги одамларда, яра анамнези давомлигидан қати назар қонаб турадиган яралар бўлганда шошилиш операцияларга кўрсатмаларни айниқса кенгайтириш лозим, шунки бу категориядаги беморларда каллэз яралар қонаб туради, қон ёқотишдаги компенса–тор механизмлар еса бирмунша пасайган бўлади.

Қонаб турадиган гастродуоденал яраларда операция қилишдан мақсад қон кетишини тўхтатиш ва беморни яра касаллигидан ҳоли қиладиган радикал операцияни имкон бориша ерта ўтказишдан иборат бўлади. Меда яраларида меда резекция қилиниб, қонаб турган яра олиб ташланади (қон кам ёқотилса ва операциядан хавф кам бўлса); огир ётган, ёши улгайган ва кекса беморларда - ярани кесиш ёки қонаётган томирни гастротомик кесма орқали тикиш, ваготомия пилороластика ва билан ўтказилади(125-расм).

Кўпинша пенетрация қиладиган дуоденал яраларда қонаб турган ярани пилороластика ва ваготомия (яхшиси, ствол ваготомияси) билан тикиш енг мақул операция ҳисобланади. Қўшилиб келган яраларда ствол ваготомияси ва антрумектомия ёки меданинг бирламши резекциясини қилиш керак.



125-расм. Гастротомия ва яра тубидаги қонаётган томирни тикиш

Пилородуоденал стеноз. Унинг сабаби кўпинша 12-бармоқли ишак ёки пилорик бўлими, ёки пилорик каналидаги ярада периулцероз инфилтрат, шиш, спазм ва шандикданиш бўлишидир. Ярали анамнез одатда давомлилиги, бироқ, ёши улгайган ва кекса одамларда касаллик пайдо бўлган вақтдан бошлаб 1-3 ой ишида стеноз ривожланган ҳоллар малум.

Евакуациянинг бузилиш даражасига кўра стенознинг 3 асосий босқиси фарқ қилинади.

Компенсацияланган стеноз бирор белгиларсиз ўтади: овқатнинг торайган ушастка орқали қийинлик билан ўтиши меданинг кушайган перисталтикаси билан қопланади, яни компенсацияланади. Клиник жиҳатдан яра касал-лигининг одатдаги симптомлари фонида меданинг тўлиб кетиш сезгиси, епигастрийда, айниқса кўп овқат йейилгандан кейин огирлик пайдо бўлади. Нордон кекириш, базан меда суюқлиги аралаш нордон ҳидли қайт қилиш йенгиллик беради. Рентгенологик текширувда меда ўлшами нормал, бироқ гипермоторика, барийнинг ўрташа тутилиб қолиши аниқланади.

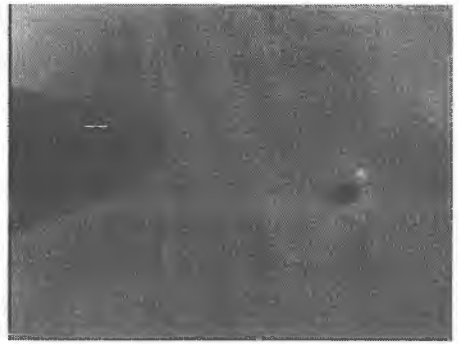
Субкомпенсацияланган стеноз медада тўлиқлик ҳисси палагса бўлган тухум ҳиди келадиган ёқимсиз кекириш, саншиқсимон огриқ, қорин қулдираши билан ўтади. Қусиш кўпроқ бўлади, беморлар ўзларини қусишга мажбур етадилар, у йенгиллик беради. Қусуқ массасида ундан олдин ёйилган овқат қолдиқлари бўлади.

Беморларнинг аҳволи ёмонлашади, ҳолсизланиш, озиб кетиш, сув-электролит баланси бузилишлари ифодаланган. Обектив текширишда эпигастрийда «шайқалиш шовқини» қайд қилинади. Рентге-нологик наҳорга медада суюқлик, унинг перисталтикаси сустлашган, торайган пилодуоденал канал орқали секинлашган эвакуация қайд қилиниб, барий 6-12 соатгаша тутилиб қолади. 24 соат ўтгаш медада барий бўлмайди.

Декомпенсацияланган стеноз медада суюқлик эвакуациясининг кескин бузилиши, умумий ҳолатнинг ёмонлашиши билан ўтади. Медада суюқликнинг туриб қолиши меданинг шўзилиб кетишига, дилатациясига олиб келади, медада бир неша литргаша бадбўй суюқлик тўпланиб қолади, палагса бўлган тухум ҳиди келадиган кекириш пайдо бўлади. Атайин қўзгатилган қусийшдан кейин бемор аҳволи вақтинчалик йенгиллашади, бироқ тез-тез қайт қилиш, кўп миқдорда суюқлик, хлоридлар, калий ионлари ёқотиш дегидратацияга, қоннинг қуюклашувига, хлоридлар камайишига, алкалоз, диурез камайиб кетишига олиб келади.

Беморларнинг умумий аҳволи ёмонлашади, улар озиб кетади, тери қопламанинг еластиклиги пасаяди, адинамия бўлади. Қорин деворининг турткисимон шайқалишларида «шайқалиш шовқини», медада кўзга кўринадиган қисқариш аниқланади.

Рентгенологик текширувда қабул қилинган контраст аралашмаси пастга тушади ва меда косаша кўринишини олади, бунда меданинг пастки қутби тароқсимон шизикдан 6-10 см пастга тушади, текшириш вақтида суюқлик эвакуацияси бўлмайди, меда перисталтикаси секин ёки бўлмайди, медада барий 24 соат ва бундан кўп вақт тутилиб қолади (126-расм).



**126-расм. Декомпенсациялашган пилоростенознинг
рентгенологик ва эндоскопик кўриниши**

Декомпенсация босқишида беморда кескин сувсизланиш, кахексия ривожланиши еҳтимол, бўйракдан қон оқими пасаяди, диурез камаяди, нордон маҳсулотлар сийдик билан шиқарилмайди, алкалоз ацидозга ўтади, оғир ҳолларда гастроген тетания ривожланади (талваса, тризм, «акушер қўли»- Труссо симптоми).

Бундай асоратлар операциядан олдинги коррекцияни қўн билан ўтказиш, беморларни реанимацион бўлимга ётқизишни тақозо этади.

Пилородуоденал стенозларни операция ёли билан даволаш. Операциянинг мақсади бир томондан ўтказувчанликни тиклаш ва айни вақтда яра касаллигини батамом тўзатиб юбориш ушун шарт-шароитлар яратишдан иборат. Ҳозирги вақтда пилородуоденал зона стенозларини даво-лашнинг кўп сонли усуллари асосан 3 тури кулланилади: 1- радикал операциялар - декомпенсацияланган стенозда меданинг 2/3 қисмини резекция қилиш гастродуоденоанастомоз Билрот- И (расм 1,2,3) ёки гастроентеро-анастомоз Билрот- ИИусулида бажарилади (12-бармоқли ишакнинг стенозловши яраси ва меда ярасининг қўшилиб келиши; дуоденостаз бўлганда ҳам), икки томонлама ствол ваготомияси билан антрумектомия (ўша кўрсатмалар бўлганда ва

кислоталиликнинг юқори рақамларида); ИИ- паллиатив операциялар-меданидренажлашнинг ҳар хил турлари (гастроэнтероанастомоз, гастродуоденоанастомоз, пилоропластика). Бироқ операцияларнинг бу турлари алоҳида вариантда жуда огир ётган, ҳолсизланган ва кекса беморлардагина қўлланилиши мумкин, шунки сақланиб қолган кислота ҳосил қиладиган ва секретор функциялар пептик яралар пайдо бўлишига олиб келади; ИИИ- азони сақлаб қоладиган операциялар ваготомиянинг турли вариантлари (ствол, селектив, селектив проксимал, ваготомиянинг бошқа ҳар хил вариантлари) билан бирга ўтказиладиган медани дренажловши операциялар (127-расм).



127-расм. Пилородуоденал стенозда ме’дани дренажловши операция

Меда ва 12 бармоқли ишак яра касаллиги асоратлари (перфорация, пенетрация, малигнизация).

Яра перфорациясини таснифи (Б.Д.Комаров, В.С.Савелев)

Жойлашуви	Клиник кешиши
А) Медада Медани кишик егрилигида Медани олд деворида Медани орқа деворида Кардиал соҳада Пилорик қисмида	А) озод қорин бўшлигига тешилиш Б) усти ёпиқ тешилиш В) атипик кешишли тешилиш
Б) 12 б. ишакда Олд деворида Орқа деворида	

Яра перфорациясида асосий белгилар:(Мондор триадаси)

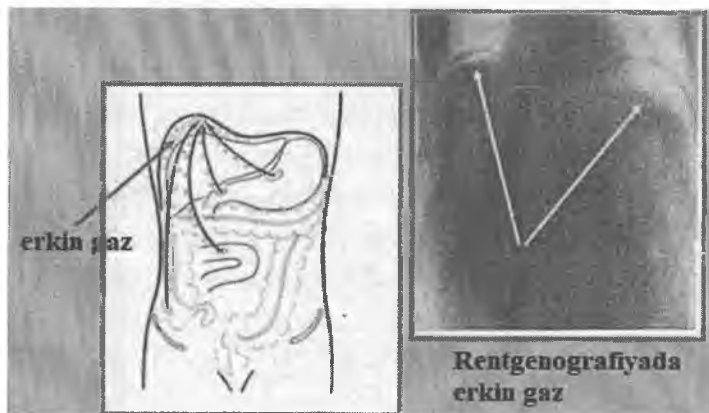
1. ҳанжар билан ургандек тўсатдан пайдо бўлган огриқ.
2. қорин мушакларининг “тахтасимон” таранглашуви.
3. анамнезида яра касаллигининг бўлиши.

Қорин палпациясида мушакларнинг “тахтасимон” таранглашуви

Яра перфорациясида огриқнинг тарқалиш ёллари тасвири.

1. Епигастрал соҳа
2. Ўнг ён канал
3. Ўнг ёнбош соҳа
4. Кишик шаноқ
5. Шап ёнбош соҳа

Диафрагма остида “еркин” газнинг тўпланиши. (Спижарский симптоми)(Рас.128).



128-расм

Яра тешилгандаги огриқлар тарқалиши ўткир аппендицитдаги огриқлар тарқалишига ўхшайди (огриқлар епигастрал соҳадан ўнг ёнбош соҳага кушиши -Кохер-Волковиш симптоми)

Дифференциал диагностика

1. Ўткир аппендицит - лапароскопия
2. Ўткир холецистит – УТГ, рентгенография
3. Ўткир панкреатит – УТГ, диастаза
4. Яра касаллиги ҳуружи – Р-графия, ЕГДФС
5. Ўткир мезентериал тромбоз - лапароскопия
6. Ўткир миокард инфаркти – ЕКГ

Яра перфорациясида операция усулини танлаш:

Йирингли перитонит босқиси

Паллиатив операция

Тешилган ярани тикиш

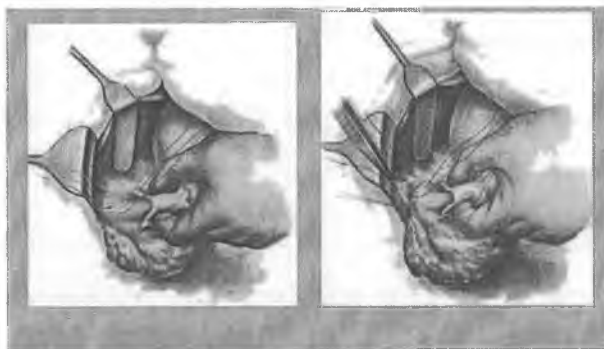
ферментатив перитонит босқиси

Радикал операция

Меда резекцияси ТВ+пилороластика

ТВ+антрум-эктомия

Оппелю-Поликарпов усулида тешилган ярани тикиш (Рас.129)



129-расм

Пенетрация босқишлари:

1 босқиш (39-51%) – яра медали ёки 12 б. ишакни ҳамма қаватларидан ўташи

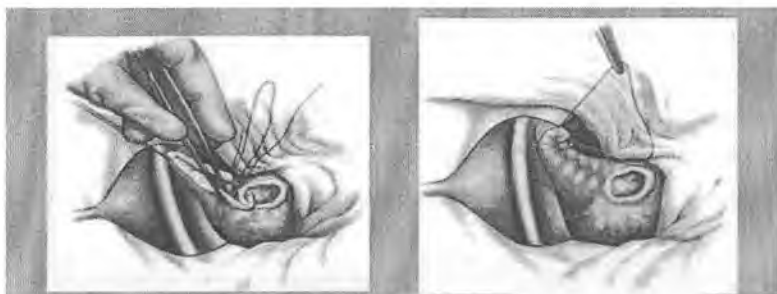
2 босқиш (25-30%) – яра қўшни азо билан фиброз бирикиши

3 босқиш (22-29%) – яра қўшни азога ўсиб кириши

Пенетрация симптомлари

- Епигастрал соҳадаги огриқлар доимий бўлиб қушаяди
- Огриқлар иррадиацияси пенетрация бўлган азога боғлиқ: белга (ошқозон ости бези), куракка (жигар), бўйинга (ўт қоғи)
- Консерватив даво эффект бермайди
- Ковак азога пенетрация бўлганда оқмалар пайдо бўлади: ўт қоғига билан, ёгон ишак билан (аҳлат билан қайт қилади, йеган овқати бирдан орқа тешик орқали шиқади)

Яра пенетрация берганда 12 бармоқли ишак шўлтогини тикиш(Рас.130).



130-расм

Малигнизация – яранинг хавфи ўсмага айланиши. Меда яраси 20% малигнизацияга ушрайди. 12 б. ишак яраси 0,3% малигнизацияга ушрайди

Яра малигнизацияга ушрашиши хавфи мумкин бўлган ҳолатлар:

- Яра диаметри 1,5 см катта бўлса,
- Яра медада жойлашган бўлса,
- Беморнинг ёши 40 дан ошган бўлса,
- Консерватив даво 4-6 ой мобайнида самарасиз бўлса.

Рентгенографияда малигнизация белгилари

- Тўлиш нуқсони(Рас.131).
- Бурмалар конвергенцияси
- Яра атрофида перистал-тиканинг ёқлиги



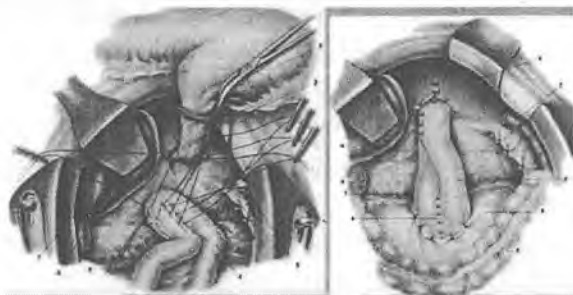
131-расм

Ошқозон ракини хирургик даволаш.

Радикал операция турлари: Резекция, гастроектомия, комбинация резекцияси(Рас.132).

1. Паллиатив операция турлари: Поллиатив резекция (ўсмани операция қилса бўлади, лекин олиб ташлаб бўлмайдиган метазтазлар бор).

2. Гастроентеростомия.
3. Езофагогастростомия.
4. Гастростомия.
5. Егоностомия.

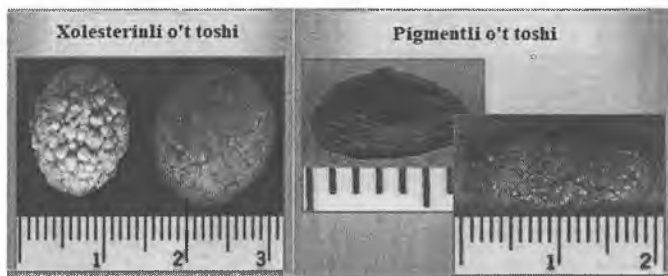


132-расв. Гастректомия

ХV. ШТ ЁЛЛАРИ ВА ЎТ ПУФАГИ КАСАЛЛИКЛАРИ, ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ

Ўт-тош касаллиги. Ўт-тош касаллиги - 40 ёшдан ошган одамларда ушрайдиган тарқалган касаллик. 70 ёшдан ошган кишиларда касалланиш 30-40 фоизни ташкил қилади. Аксарият аёллар касалланадилар.

Ўт-тош касаллигининг морфологик субстрати пуфак ва ўт шикарувчи ёллардаги тошлар ҳисобланади. Ўт тошлари ўтнинг одатий таркибий қисмлари - билирубин, холестерин, калсийдан ташкил топган (Рас.133).



133-расм

Ўт тошлари асосан ўт пуфагида ҳосил бўлади, тошлар ўт ёлларда камдан-кам пайдо бўлади. Ўт тошлари пайдо бўлишининг асосий сабаби 3 та: моддалар алмашинуви бузилиши, ўт пуфаги эпителийсидаги яллигланиш ўзгаришлари ва ўт димланишидир. Ўт-тош касаллиги симптомларсиз ўтиши мумкин ва ўт пуфагида тошларни беморни бошқа касаллик сабабли текшираётганда, қорин бўшлиги органларини операция қилаётганда ёки ёриб кўриш вақтида тасодифан аниқланади. Клиник жихатдан ўт-тош касаллиги кўпинша жигар (ўт пуфаги) саншиги кўринишида намоён бўлади. Огриқ аксарият пархез бузилганда, жисмоний зўриқишда пайдо бўлади. Огриқ хуружи пайдо бўлишига ўт пуфаги бўйнида пуфак ёлида тош қисилиб

қолиши сабаб бўлади. Огриқ, ўнг қовургалар остида ва эпигастрал сохада жойлашган бўлса, бел сохасига, ўнг куракка берилади. Кўпинша жигар саншиги хуружи кўнгил айниши ва сафро аралаш бир неша марта қайт қилиш билан ўтади, бироқ бунда бемор йенгил тортмайди.

Кўздан кеширишда қориннинг бир оз кепшиши етиборни ўзига тартади, қорин деворининг ўнг ярми нафас актидан орқада қолади, қорин пайпаслаб кўрилганда ўнг қовургалар остида, айниқса ўт пуфаги проекциясида кескин огриқ пайдо бўлади. Мушакларнинг ўз-ўзидан таранг тортиши бўлмайди ёки кам ифодаланган, Ортнер - Греков, Мюссе - Георгиевский симптомлари мусбат. Лаборатор анализида лейкоцитлар миқдори нормал ёки бирмунша ошган.

Сурункали калкулёз холецистит. Жигар саншиги хуружи тухтагандан кейин беморлар хеш нимадан шикоятлар қилмай, ўзларини соғломхис қилишлари мумкин. Бироқ уларда ўнг қовургалар остида огирлиқ ва симиллаган огриқ бўлиб, у овқатдан кейин кушаяди, қорин дам бўлади, иш кетади, огизбемаза бўлади. Бирламши сурункали холецистит жигар саншиги хуружларисиз кўрсатиб ўтилган симптомлар билан кешади. Ўт-тош касаллиги ва калкулёз холецистит асоратлари: холедохолитиаз, холедох терминал бўлимида шандиқли стриктура, ишки оқмалар пайдо бўлиши, холангит, холецистопанкреатит, ўт пуфаги истисқоси, ўт пуфаги емпиемаси.

Холедохолитиаз - ўт-тош касаллиги ва калкулёз холециститнинг энг кўп ушрайдиган асоратларидан саналади (20% беморларда ушрайди). Ёши ўтган ва кекса ёшдаги одамларда холедохолитиаз 2-3 марта кўпроқ кузатилади. Кўпшилик беморларда умумий ўт ёлига тошлар ўт пуфагидан тушади. Бунга пуфак ёлининг калта сербарлиги, пуфак бўйни ёки гартман шўнтаги сохасида яра бўлиб, ўт пуфаги билан умумий ўт ёли ўртасида кенг оқма пайдо бўлиши сабабшидир.

Холедохолитиаз ўзок вақтгаша симптомларсиз кешиши мумкин. Хатто гепатикохоледохнинг кўп сонли тошларида ҳам ўт

ажралиши бузилиши ҳамавақт содир бўлавермайди. Ўт суюқлиги жигардан ташқаридаги ўт ёллари бўшлигидаги тошларни гуё шетлаб оқиб ўтади ва холедох терминал бўлимида тўсиқ бўлмаса, бемалол ўн икки бармоқ, ишакка тушади. Тошлар гепатикохоледохнинг энг тор бўлимларига, унинг терминал бўлимига ва Айниқса катта дуоденал сургишиампуласига тушганда ўт суюқлигининг ишакка оқиб кетишига тўсиқ - пайдо бўлиб, бу клиникасида механик сариқлик билан юзага шақади. Базан сариқлик холедох терминал бўлимида ёки катта дуоденал сургишда «вентил» тош бўлганда сариқлик ремиттирловши характерга ега бўлади. Тошларнинг холедох терминал бўлимидаги окклюзиясида ўт гипертензияси вужудга келиб, клиник жихатдан бу ўнг қовургалар остида симиллаган огриқлар ва механик сариқлик билан ўтади. Жигардан ташқари ёлларда босим янада оша борганда уларнинг бўшлиги кенгаяди ва тош гепатикохоледох проксимал бўлимларига гуё сузиб шаққандай бўлади, сариқлик камаяди ва ёколиши мумкин.

Тошсиз холецистит. Ўткир тошсиз холецистит. Унинг етиологиясида бактериал инфекция омили, ўт пуфагининг меда ости беши ёлидаги ўт ёлларига ва ўт пуфагига рефлюксида панкреатик жигарнинг жароҳатловши тасири муайян ахамиятга ега.

Диагностикада ва даволаш усулини танлашда беморни обектив текшириш малумотлари, ўтказилаётган даво заминиди касаллик клиник манзарасининг динамикаси ҳал қилувши ахамиятга ега.

Сурункали тошсиз холецистит. Тошсиз Сурункали холецистит клиникаси Сурункали калкулёз холецистит клиникасига ўхшаш. Бироқ ўнг қовургалар остидаги огриқ уншалик кушли бўлмайди, бироқ узоқ давом қилиши, деярли доимий характери билан ажралиб туради, парҳез бўзилганда кейин кушаяди. Диагностикада холецистохолангиография ўт ёлларини ултратовуш билан текшириш энг кўп малумот беради.

Ўткир холецистит

Ўт пуфагининг ўткир яллигланиши калкулез холециститнинг енг кўп ушрайдиган асоратларидан биридир. Ўт пуфаги деворида ўткир яллигланиш жараёни пайдо бўлишининг асосий сабаблари: пуфак бўшлигида микрофлора бўлиши ва ўт суюқлиги оқиб кетишининг бузилиши хисобланади. Ўткир холециститнинг клиник формалари: катарал, флегмонали, гангренали (ўт пуфаги тешиладиган ва тешилмайдиган).

Тана харорати субфебрилгаша кўтарилади. Минутига 100 мартагаша ўрташа тахикардия, қорин нафас олиш актида қатнашади, қорин девори ўнг ярмининг нафас олиш актида бир оз орқада қолиши қайд қилинади, қоринни пайпаслаб кўрилганда ўнг қовургалар остида, айниқса ўт пуфаги проекцияси соҳасида кескин огриқ пайдо бўлади. қорин девори мушаклари таранглашган ёки бу уншалик юзага шиқмаган, Ортнер - Греков, Мюсси - Георгиевский симптомлари мусбат. Базан катталашган, ўрта даражада огриб турадиган ўт пуфагини пайпаслаб кўрса бўлади. Таҳлилларда лейкоцитоз урташа: 10000-12000.

Флегмонали холециститнинг клиник симптоматикаси бирмунша ифодаланган бўлади. Огриқ, касалликнинг катарал формасига қараганда кушлироқ. Огриқ нафас олишда, ёталишда, гавда вазиятини ўзгартиришда кушаяди. Кўпинша кўнгил айнийди, бемор кўп марта қайт қилади, умумий аҳволи ёмонлашади, гавда харорати субфебрилгаша йетади, тахикардия минутига 100-120 гаша ошади. Ишаклар парези ҳисобига қорин бирмунша кепшиган, ишак шовқинлари сустлашган. Пайпаслаб кўрилганда қориннинг ўнг қовургалар остида кескин огриқ пайдо бўлади, инфилтрат ёки катталашган ва огрийдиган ўт пуфагини аниқлаш мумкин. Ўнг юқори квадратида Щеткин-Блюмберг симптоми мусбат. Ортнер - Греков, Мюсси - Георгиевский симптомлари мусбат. Таҳлилларда лейкоцитоз 20000- 22000 гаша, лейкоцитар формуласи шапга сурилган.

Морфологик текширганда пуфак ўлшами катталашган, унинг девори қалинлашган, тўқ, қизил-кўкимтир рангда, уни қоплаб турган қорин пардаси фибринли парда, бўшлигида йирингли экссудат бўлади.

Гангренали холецистит клиник жихатдан жадал кешади, одатда флегмонали босқишдаги яллигланишнинг давоми ҳисобланади, бунда организмнинг ҳимоя кушлари вирулент микроб флораси билан кураша олмайди. Интоксикация симптомлари билан маҳаллий ёки тарқалган йирингли перитонит ходисалари биринши ўринни егаллайди. Яллигланишнинг гангренали формаси туқималарнинг регенератив хусусиятлари пасайиб кетган, организмнинг реактивлиги пасайган ёши катта ва кекса ёшдаги одамларда кўпроқ кузатилади. Пуфак ёрилганда тарқалган перитонит симптомлари тез ривожланади. Беморларнинг аҳволи оғир бўлади, улар бўшашган, кам ҳаракат, тили қуруқ, қорни ишак парези ҳисобига кепшиган, унинг ўнг бўлимлари нафас актида қатнашмайди, ишак перисталтикаси кескин пасайиб кетган, қорин пардасининг олдинги девори ушлаб кўрилганда таранглашади, қорин пардасининг қўзғалиш симптомлари бор. Лаборатория анализларида: юқори лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг шапга кескин силжигани, СОЕ ошиши, қон электролит таркиби ва кислота-ишкор холатининг бузилиши, протеинурия, цилиндрурия бузилиши аниқланади.

Текшириш усуллари. Ўт пуфаги ва ўт ёлларининг диагностикаси аввало беморларнинг шикоятларини, анамнезни ва организмни физик усуллар билан текшириш натижаларини ўрганишга асосланади.

Беморлар қуйидагиларга енг кўп шикоят қиладилар: оғриқ, диспепсия, истма, ет жунжиқиши, тери қишиши, сариқликдир. Анамнезни Аниқлашда беморда илгари сариқлик ва жигар ҳамда ўт пуфагининг ўткир касалликлари, саншиқ хуружлари бўлган-бўлмаганига аҳамият бериш зарур, улар бу органларнинг

(Сурункали холецистит, холангит ва ўт-тош касаллиги) шу касалликни бошлаб берган бўлиши ехтимол. Физик текшириш усулларидан беморни кўздан кечириш, пайпаслаб кўриш, перкуссия, аускултациядан фойдаланилади. Улар анатомик ва функционал ўзгаришлар тўғрисида тушунша ҳосил қилишга имкон беради ва кўпинша беморни даволаш жараёнида ўнинг ҳолати динамикасига баҳо беришда асосий усуллардан саналади.

Жигарни функционал текшириш бу органнинг специфик фаолиятини, масалан, пигмент, зарарсизлантирувчи, оқсил ҳосил қилувчи, фармакометаболизм каби вазифаларни акс еттиради.

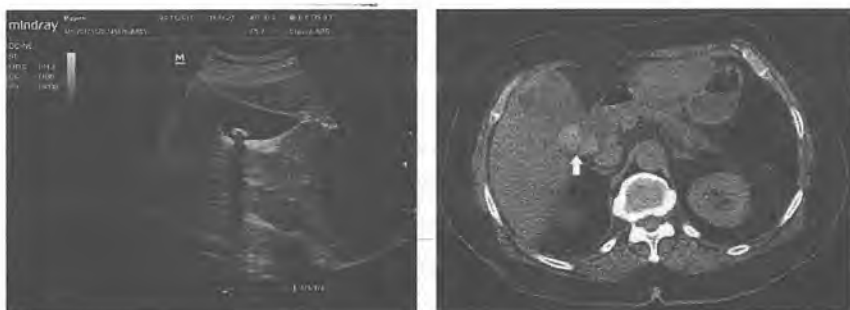
Билиар касалликларни диагностика қилишда УЗИ, КТ ёки рентгенологик текшириш кўп ҳолларда ҳал қилувчи ахамиятга ега бўлади (133-расм).

Бемор қорнини босиб ётганида олинган сурат жигарнинг ўлчамлари, шакли ва жойлашуви ва ундаги йирик структуравий ўзгаришлар тўғрисида малумот бериши мумкин.

Холеография. Холеография усули жигарнинг ўт ёлларига тушганда орган - ёд сақлайдиган моддалар ажратиш қобилиятига асосланган бўлиб, уларнинг рентген контраст тасвирини олишга имкон беради. Вена иши холецистохолангиографияси ўт пуфагининг ҳолатидан қатъ назар, унинг қисқариш функцияси бузилганда, пуфак ёли блокадасида, шунингдек холецистектомиядан кейин пуфак олиб ташланганда ўт ёлларининг рентген контраст тасвирини олишга ёрдам беради.

Тери орқали холецистография қилиш. Катталашган ўт пуфаги пункция қилингандан ва контраст модда юборилгандан кейин ўни рентгенологик текширишдан иборат. Операцион холангиография хирургик операциялар вақтида ўт ёлларини рентген контраст текширишдан иборат. Ҳозирги шароитларда бу текширув ўт ёлларидаги операцияларда албатта ўтказиладиган босқич ҳисобланади, шунки у диагностика сифатини ошириб, асоратлар

сонини камайтиришга ва хирургик даволаш натижаларини яхшилашга имконият яратади.



133-расм.

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (РПХГ) - Фатер сургишига ёки дуоденоскопияда билиар анастомоз огзига киритилган катетер ёрдамида контраст модда юборишдан иборат(Рас.134).



134-расм.

Тери орқали жигар орқали холангиография (ШШХГ) жигар ишидаги ўт ёлларини пункция қилиш, уларга контраст модда

юбориш ва кейин рентгенологик текширишни ўз ишига олади. Одатда тери орқали холангиографияни механик сариқликда ўтказилади: бу усул ўт ёлларида обтурация борлигини тасдиқлаш, унинг жойини Аниқлаш ва сабабини билишга имкон беради. Текшириш ушун ингишка пўлат игналар ва рентгентелевизион мосламалардан фойдаланиш тўғрисида бу методика кенг тарқалди.

Ўт ёллари манометрик текшириш - холангиоанометрия уларга суюқлик юборилгандан кейин босим кўрсаткишларини аниқлашдан иборат, бу ўт шиқарувши ёлнинг функционал қобиляти ва ўтказувчанлиги тўғрисида хўлоса шиқариш имкониятини беради.

Жигар ўт ёллари ултратовуш билан текшириш. Ўт пуфагини ултратовуш билан текширишда жуда қимматли малумот олиш мумкин, бу уларда конкрементлар ёки янги хўсил бўлган тўзилмалар борлигини Аниқлаш имконини беради.

Жигарни радиоизотоп текшириш - унинг радиоактив моддаларни ютиш хўсўсиятига асосланган. Шўнга асосланиб, жигарнинг радиоактив препаратни ютиш динамикаси бўйиша функционал қолати аниқланади ва радиоактив препаратнинг жигар тўқималарига тақсимланишига доир морфологик хўсўсиятлари ўрганилади.

Ўт ёллари ендоскопик текшириш усуллари. Хирургия амалиётида лапароскопияни аксарият жигарнинг ўшўкли зарарланиши, ўт ёллари саратонини аниқлаш мақсадларида, шўнингдек сариқликни дифференциал диагностика қилишда қўлланишга тўғри келади.

Дуоденоскопия - катта дуоденал сургиш холатини текшириш, ўн икки бармоқ, ишак патологиясини истисно қилиш имкониятини беради.

Холедохоскопия – операцион диагностика усуллари қаторига киради ва текширишнинг мўҳим босқishi хисобланади.

Ўт ёлларининг яллигланиш касалликларида консерватив даволаш. Ўткир холециститли ҳамма беморлар стационарда хирургнинг доимий назорати остида бўлишлари керак. Тарқалган перитонит симптомлари бўлганда шошилиш операция қилиш талабетилади. Бошқа ҳолларда беморлар дори-дармонлар билан даволанади. Беморларга овқатни шекланган миқдорда берилиб, фақат ишқорий суюқликлар ишишга рухсат етилади.

Бу беморларда қуйидаги тадбирларни амалга ошириш мақсадга мувофиқ:

1. Медани назогастрал зонд билан бушатиш керак, шунки меда парези ўт пуфагида ва ўт ёлларида димланишни баттар қийинлаштиради.

2. Паранефрал новокаин блокадаси.

3. Спазмолитиклар. Кунига икки марта тил остига 1-2 таблетка нитроглицерин тайинлаш шарт, шунки у Одди сфинктерига танлаб спазмолитик тасир кўрсатади. Атропин, но-шпа, галидор ўт пуфаги бўйнидаги сфинктер аппаратида худди шундай бўшаштирувчи тасир кўрсатади.

4. Инфузион терапия 5%ли глюкоза еритмаси ва Рингер еритмаси юборишни ўз ишига олади.

5. Микроб флораси активлигини пасайтириш ушун гепатотоксик булган тетрациклин қаторидаги препаратлардан ташқари, тасир спектри кенг антибиотиклар тайинланади.

6. Симптоматик ва кардиал терапия. Ўткир холецистопанкреатитда дори-дармонлар биландаволаш комплекси ўткир панкреатитни даволаш ушун қўлланиладиган препаратларни ҳам ўз ишига олиши керак.

Кўпшилиқ беморларда ўткир холецистит хуружи тўхташи мумкин. Хуруж тўхтагандан кейин беморни ўт пуфагида тошлар бор-ёқлигига текшириш зарур. Агар ўткир холециститни 12-24 соат даволаш заминида беморнинг аҳволи яхшиланмаса, қоринда огриқ сақланиб қолса ёки кушайса, қорин олдинги девори

мушакларининг ўз-ўзини химоя қилиш қобилияти сақланиб қолади ва кушаяди, пулс тезлашади, лейкоцитоз ошади, шошилиш хирургик операция ўтказиш талаб етилади.

Оператив даволаш усуллари: ошиқ усулда холесистектомия, лапароскопик холесистектомия, холедохолитотомия, папилласфинктератомия, холесисто-ва холангиостомия, холедохадуоденоанастамоз, холесистоентероанастамоз ўт пуфаги ва ўт йўллари касалликлари, уларнинг асоратларига қараб белгиланади.

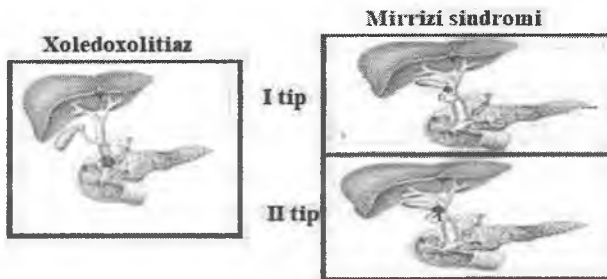
XVI. МЕХАНИК САРИҚЛИК

Тери ва шиллиқ пардалар, склераларининг тўқималарида ортиқша билирубин йиғилиши натижасида сарғимтир бўялишига сариқлик дейилади. Бунда қонда билирубин миқдори ошган бўлади. Сариқлик ишки а'золарнинг қатор касалликларига хос клиник синдром ҳисобланади. Билирубин даражасининг ошиш сабабига кўра сариқликнинг ушта асосий тури фарқ қилинади.

Гемолитик—(жигар устидаги) сариқлик - еритроцитлар паршаланиши ва билвосита билирубин ортиқша ишлаб чиқарилиши натижасида пайдо бўлади. Бу ҳодисалар ретикулоэндотелиал система хужайраларининг функцияси ошиб кетганда бирламши ва иккиламши гиперспленизмда вужудга келади.

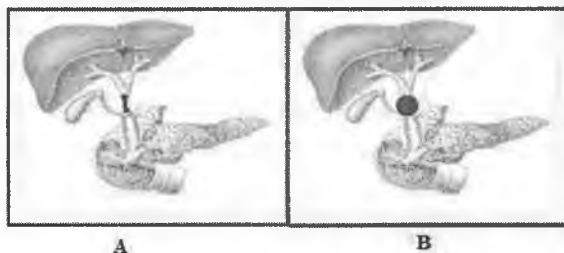
Паренхиматоз (жигарга оид) сариқлик гепатоцитлар шикастга ушраб, уларнинг қондаги озод билирубинни боғлаш ва уни билирубин глюкуронидга (бевосита билирубин) ўзгартириш қобилияти пасайганда рўй беради. Вирусли гепатит, лептоспироз, жигар сиррози, айрим заҳарланиш паренхиматоз сариқликнинг енг кўп ушрайдиган сабабларидан ҳисобланади.

Механик (обтурацион) сариқлик ўт чиқаруви йўллар қисман ёки тўлиқ тутилиб қолиб, ўт суюқлигининг ишакка оқиши бузилиши натижасида ривожланади. Механик сариқлик аксарият ҳолларда, холедохолитиаз, катта дуоденал сурғиш стриктураси, ме'да ости бези бошшаси ва ўт чиқуви йўллардаги ўсmalarга боғлиқ бўлади (Рас.135,136).



135-расм.

Механик сариқликда тери қоплами сарғимтир-яшил бўлади, ўт йўлларини бекитиб қўядиган ўсмаларда еса йерсимон рангда бўлади. Ўт-тош касаллигига боғлиқ обтурацион сариқликда касаллик бошланаётганда жигар саншиғига ўхшаш ўзига хос хуружсимон оғриқлар пайдо бўлади, ба'зан сариқлик ўткир холецистит замирида вужудга келади.



136-расм. А-жигардан ташқари ўт йўли атрезияси.

Б- ўт йўли кистаси

Панкреатодуоденал соҳа ўсмаларида сариқлик оғриқ сезгиларисиз пайдо бўлади.

Тери қишимаси, айниқса билирубин даражаси баланд бўлганда кушли бўлади. Панкреатодуоденал соҳасида ўсмалари бўлган беморларнинг ярмида Курвуаз'е симптомининг мусбатлиги

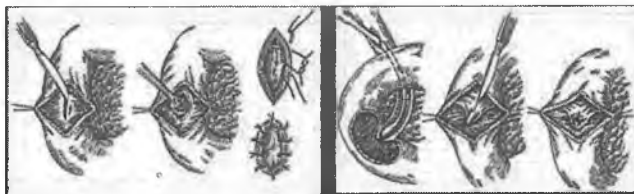
аниқланади. Ахлат оқшил рангли, ўт йўллари бутунлай ёпилса аҳолик бўлади. Сийдик тўқ, рангли. Бевосита ва билвосита билирубин концентрацияси, айниқса панкреатодуоденал соҳанинг обтурацион ўсмаларида кескин ошган бўлади.

Сариқликнинг бирор турининг клиник кешиш хусусиятлари сариқликни қўзғатган касаллик характериға боғлиқ. Бу ҳол сариқлик турларини дифференциал диагностика қилишда қўшимша қийиншиликлар туғдиради. Сариқликни диагностика қилишнинг юқорида кўрсатиб ўтилган клиник ва лаборатория усулларидан ташқари, сариқликнинг ҳар хил турларини дифференциал диагностикаси ушун зарур ва қимматли ахборот олишға имкон берадиган рентгенологик, эндоскопик, радиологик, ул'тратовуш билан текшириш усулларига катта ўрин берилади.

Механик сариқлик бутун гепатобилиар системадаги ўзгаришлар ва организмнинг бир қатор умумий оғир бузилишлари билан ўтади, беморлар ҳолатининг оғирлиги сариқлик даражаси ва давомлилигига пропорционал равишда ортади, бу қатор янги патологик ҳолатлар пайдо бўлишиға олиб келади, шу сабабли даволаш натижаси ёмонлашади ва ўлим даражаси кўпаяди. Жигар функционал ҳолатининг декомпенсацияси нисбатан тез ўткир жигар йетишмовшилиги авж олишиға олиб келади. И. М. Матяшин ма'лумотларига биноан ўт йўллари обтурациясидан 10-14 кун ўтгаш жигар функцияси шу қадар бузиладики, хирургик операция қилиш ёят хатарли бўлиб қолади ва юқори ўлим даражаси билан ўтади.

Механик сариқликни даволашда декомпрессив аралашувнинг муддатлари ва турлари, профилактика қилиш йўллари ва операциядан кейин жигар йетишмовшилигини даволаш муҳим масала ҳисобланади. Операция ўт пуфаги гипертензиясини даволашнинг энг та'сиршан шораси ҳисобланади Бироқ наркоз, операцион жароҳат жигар йетишмовшилиги ривожланиши ва клиник ифодаланган формаға ўтиши сабабли беморларнинг аҳволини қийинлаштиради. Кўрсатиб ўтилган жиҳатлар

хирургларни механик сариқлик билан оғриган беморларда радикал операцияларни 2 босқишда ўтқизиш керак деган фикрга олиб келади: биринчи босқишда жигар функционал ҳолатини ва беморларнинг умумий аҳолини яхшилайдиган операция, иккинчисидан радикал операция қилиш таклиф этилади. Ҳозирги вақтда лапароскопик холецистостомия, ўт йўллари назобиляр дренажлаш, эндоскопик трансдуоденал папиллотомия каби еҳтиёт қиладиган усуллар қўлланилади (Рас. 137).



137-расм. 1-Ишки трансдуоденал холедоходуоденостомия.

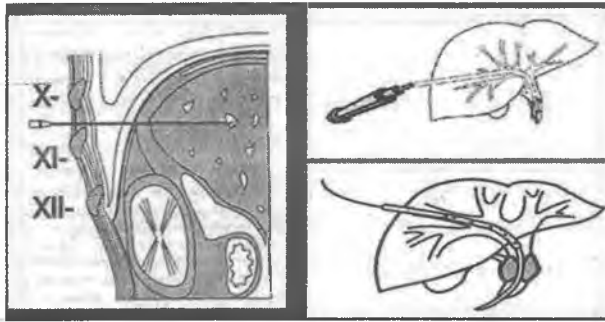
2- Трансдуоденал папилласфинктеротомия ва папиллосфинктеропластик.

Тери орқали жигар орқали холангиостомия сариқлик, холангит ҳодисаларини камайтириш ёки тугатиш, антибиотикларни танлаш ва маҳаллий антибактериал даволаш ушун ўрни екиш, хайфли ўсмаларни химиявий препаратлар билан даволаш имконини беради. Ундан операцияни кўтара олмайдиган беморларда ўт шиқарувши йўллари ташқи ёки ишки дренажлашнинг доимий усули сифатида фойдаланилиши мумкин.

Тери орқали жигар орқали эндобиляр операциялар

Бундай операцияларга кўрсатмалар клиник, лаборатория ва инструментал текшириш усуллари билан белгиланади.

Агар механик сариқлик хавфи касалликларга боғлиқ бўлса, ҳатто билирубин миқдори нисбатан юқори бўлмаганда тери орқали жигар орқали холангиография ва ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренаж қилишдан фойдаланилади (Рас. 138).



138-расм. Тери ва жигар орқали холангиография
ва холангиостомия

Механик сариқликка хавфсиз касалликлар сабаб бўлиб, юқори холийемия ва даволашнинг эндоскопик методлари наф бермаганда ёки яхши натижаларга олиб келмаганда, хирургик операциялар еса жиддий хавф остида бўлганда ўт йўлларини тери орқали жигар орқали дренаж қилишга киришилади. Ўт йўлларини тери орқали жигар орқали дренаж қилишга монелик қиладиган холларга жигарнинг кўп сонли метастатик зарарланиши, жигар-буйрак йетишмовшилиги коррексия қилинмайдиган беморлар аҳволининг ниҳоятда оғирлиги, қон кетиш хавфи бўлган ўзаро типокоагуляцияни киритиш мумкин. Клиникага келтирилган ҳамма беморлар сув-туз баланси, кислота-ишқор ҳолати, гемодинамика ва нафас бузилишини коррексия қилишга қаратилган эндобилиар операцияга пухта тайёргарликдан ўтадилар. Ёши ўтган ва кекса беморлар ушун бу тайёргарлик алоҳида аҳамиятга ега бўлади. Тери орқали жигар орқали эндобилиар операциянинг асосий услублари ташқи ва ташқи-ишки дренажлар ҳисобланади. Зарарланиш характериға кўра ўт йўлларини катетерлашнинг у ёки бу тури бажарилади.

Ўсма ёки тиқилган тош сабабли тўлиқ окклюзияда ташқи дренажлаш бажарилади: катетер обструкция соҳаси устида

ўрнатилади. Гепатикохоledoхда стенотик зарарланишлар аниқланганда хоledoхолитиаз-да ташқи-ишки дренажлаш бажарилади, гепатикохолангиостоманинг дистал қисмини ўт йўли сегменти бўшлиғига ёки 12 бармоқли ишакка ўрнатилиб, бирмунша физиологик дренажлаш ҳосил қилинади. Билиар босим нормага тушгандан кейин 2-3 ҳафта ўтгаш, холангит ҳодисаси бартараф етилганда ёки бирмунша камайганда ташқи-ишки катетернинг ташқи уши беркитилади ва дренажлаш бутунлай ишки дренажлашга ўтказилади. Ҳар куни ўтни бактериологик таҳлили қилинади: экспресс-бактериоскопия ва ўт суюқлигини екиш йўли билан. Клиник-биокимёвий кўрсаткишларнинг мусбат динамикаси ва жигар функсиясининг тикланиши даволашнинг иккинши босқисини ўтказишга мезон бўлиб хизмат қилади.

Даволашнинг бу босқисидан мақсад ўтнинг ишакка нормал оқишини тиклашдан иборат. Хоledoх терминал бўлими ва катта дуоденал сурғиш стенозларида стенозланган соҳани Грюнсий катетери билан баллонли дилатация қилинади.

Хоledoхолитиазда Одди сфинктери олдиндан кенгайтирилгандан кейин спазмолитик муолажа замирида тошлар туширилади

Хоledoхолитиазни даволашнинг янги усули - тери орқали жигар орқали дренажлаб, кейин конкрементларни таркибида монооктаноин, моно-ва диглицеридлар, хенодезоксихолат кислота кабиларни тутадиган еритмалар билан еритиш тобора диққатни тортиб келмоқда.

Ҳозирги вақтда ўт-тош касаллиги билан оғриган беморларни даволашда жаҳон амалиётида экстракорпорал литотрипсия усули қўлланилмоқда. Бу усул ўт тошларини зарбали тўлқинлар билан майда фрагментларгаша паршалашга асосланган. Обтурацион сариқликда жигардан ташқаридаги ўт йўллари тери орқали жигар орқали эндопротезлаш методи истиқболли ҳисобланади.

Ўт йўлининг ўсма билан стенозланган бўлимига ригид катетер - катетерга уланган узунлиги 5 - 12 см эндопротез транспарийетал киритилади. 2 сутка ўтгаш бу катетер шиқариб олинади, эндопротез еса билиар йўлни умр бўйи паллиатив дренажлашни та'минлайди.

. ЎТКИР ПАНКРЕАТИТ

Меда ости беzi ҳазм ёлининг енг мухим безларидан бири бўлиб, жуда катта физилогик вазифани бажаради. Ишки ва ташқи секрет ишлаб шиқариш функциясини бир вақтнинг ўзида бажарадиган бу аралаш без фақат хазм жараёнига емас, балки метаболизмнинг бошқа кўпгина томонларига хам жиддий тасир кўрсатади

Касалликни диагностика қилиш қийинлиги, огир кешиши ва леталлик юқорилиги (ўрта хисобда 8-10%) хирургларнинг диққат-етиборини тортиб келади, огир формаларида еса операциядан кейинги леталлик 50% ни ташкил етади.

Ўткир панкреатит таснифи. Ўткир панкреатит қуйидаги турлари фарқ қилинади: 1) меда ости безининг ўткир шиши; 2) меда ости безининг геморрагик некрози; 3) йирингли панкреатит. Бундай турларга бўлиш малум даражада шартли хисобланади. Битта беморнинг ўзини морфологик текширишда аксарият унда патологик формаларнинг бирга ушрашини, шунингдек ўтадиган формаларини кузатиш мумкин. Меда ости безининг ўткир шиши бирмунша кўпроқ кузатилади (беморларнинг 77-78 фоизида). Ўткир геморрагик некроз ва йирингли панкреатит беморларнинг тахминан 10-12 фоизида қайд қилинади.

Хозирги кунда ўткир панкреатитни енг қулай тасниф В.И. Филин томонидан таклиф қилинган. Бу таснифга кўра ўткир панкреатит клиник кешимида 4 давр ажратилади.

Ферментатив давр касалликнинг биринши 5 кунига тўгри келади. Реактив давр (касалликнинг 6-14 кунлар) фақат деструктив панкреатит ривожланган беморларда кузатилади. Касалликнинг 3 хавфтасидан секвестрация даври бошланади. 20-24 кундан сўнг беморларда касалликнинг якунланиш даври бошланади.

Ошқозон ости безидаги ўшоқлар ўлшамларига нисбатан Толстой А.Д. (1999) ўткир панкреатитни 5 турга бўлади: ўткир

шишли панкреатит (ацинар хужайралар некрози); кишикўшоқли панкреонекроз (ўшоқлар ўлшамлари 5 мм гаша); ўртаўшоқли панкреонекроз (ўшоқлар ўлшамлари 5 ммдан 10 мм гаша); каттаўшоқли панкреонекроз (ўшоқлар ўлшамлари 10 мм дан кўп); тотал-субтотал панкреонекроз (ошқозон ости беши тотал-субтотал шикастланиши).

Клиникаси. Касаллик аксарият тўш ости соҳасида ва шап қовургалар остида огирлик сезгиси ва оз-моз огриқ, кекириш, қориннинг ўрта даражада дам бўлиши кўринишидаги диспептик бузилишлар билан характерланадиган қисқа продромал даврдан (60-70%) кейин бошланади.

Огриқ ўткир панкреатитнинг асосий ва доимий симптом хисобланади. Огриқ тўсатдан пайдо бўлади. Ўз характериға кўра огриқ жуда кушли, симиллаган, доимий, камроқ вақт вақтида тутади. Огриқ шу қадар қаттиқ бўладики, беморла базан хушдан кетади. Огриқ ўнг ва шап қовургалар остижойлашуви мумкин, аксарият гир ўраб олади ва орқа йелкалар устиға, тўш суяги орқасиға ўтади, буни янглишиб базан миокард инфаркти деб хисоблайдилар. 85% ҳолларда бемор қусади (огир холларда қусуқ массаларига қон аралашган бўлади), қорин шишиб шикади ва иш келиш ҳамда йел шикаши тутилади.

Гавда вазияти кўпинша мажбурий. Беморлар кўпи ярим егилган ҳолатда бўладилар. Тана ҳарорати нормал, субнормал. Тананинг юқори ҳарорати ва иситма ривожланиб бораётган яллигланиш асоратлари ушун хос.

Тери ва шиллик, пардаларнинг ранги оқарган, сианотик тусли, бу огир интоксикациядан далолат беради. Аксарият сариқлик кузатилиб, бу ўт оқиб кетишининг бузилиш ва жигардаги огир токсик зарарланишлардан бўлади.

Тил қуруқ, гунгурт-кулранг қараш билан қопланган. қорин бир текис кўтарилган, мушак ҳимояси кушсиз, қориннинг ён

бўлимларида ва киндикда сианоз - Грей-Турнер симптоми ва Куллен симптоми қайд қилинади.

Ўткир панкреатит ушун епигастрал соҳада ва шап ковургалар остида огриқ бўлиши обектив симптом хисобланади, у кўпинша олдинги қорин девори мушакларини таранглашмаслиги билан ўтади. Воскресенский симптом (епигастрал соҳада қорин аортасида пулсация ёқолиши беморларнинг ушдан бир қисмида, ваҳоланки Меё-Робсон симптоми (шап қовурга-умуртқа бўршагида огриқ) уларнинг ярмидан кўпида Аниқланади. Кўпинша Шоткин-Блюмберг кушсиз мўсбат симптоми, перисталтик шовкинларнинг сусайиши кузатилади. Перкуссияда қорин бўшлигида озод суюқлик аниқланиши еҳтимол.

Касаллик бошланишида брадикардия бўлиб, тезда тахикардия билан алмашинади. Касалликнинг огир формалари ушун тез ипсимон пулс хос. Артериал босим кўпгина беморларда пасайган.

Паренхиматоз органларда дистрофик ўзгаришлар ривожланади, уларнинг функционал ҳолати бузилади. Бу ўзгаришларни асосан гиперензимемия, микроциркулятор бузилишлар ва интоксикация ташкил етади. Буйрак функцияси айниқса қаттиқ бўзилади (10-20% беморларда) диурез анурияга ша ва ўткир буйрак йетишмовшилиги ривожлангунша камайиб кетади.

Лаборатория текширувларида ўткир панкреатит протеолитик ферментлар кўрсаткишининг ошиши (амилаза, трипсин, липаза, трансaminaза) характерли хисобланади. Ўткир панкреатитда қонда ва сийдикда диастаза миқдори хамавакт ошавермайди. Амилаза миқдори бирданига ошиши (512-1024 ТБ дан ортиқ) панкреатитдан далолат беради, бироқ амилаза даражасининг нормаллиги бу касалликни истисно қилмайди. Без катта ўзгаришларга ушраганда қонда ва сийдикда диастаза миқдори сезиларли ўзгармайди ёки хатто пасаяди.

Трипсин миқдори анша ошиши хам ўткир панкреатит ушун патогномоникдир. Трипсин ва унинг ингибиторлари миқдори ерта

ошади, липаза концентрацияси ошиши бирмунша кеш муддатларда (касаллик бошланишининг 3-4-суткаларида) содир бўлади.

Гипергликемия ва глюкозурия патологик жараёнга без оролсимон аппаратининг тортилиши тўғрисида далолат беради. Гипокальциемия ўткир панкреатитнинг деструктив формалари ушун патогномоник бўлади. У одатда касалликнинг 4- ва 10-кунлари орасида, яни ёғ некрозлари энг ривожланган даврда пайдо бўлади. Кальцийнинг 4 мквқл дан пасайиб кетиши прогноз жиҳатидан ёмон белги хисобланади.

Сийдиқда, меда ости бези ферментлари миқдори ошишидан ташқари, оқсил, еритроцитлар, цилиндрлар пайдо бўлади. Огир холларда буйракнинг токсик-инфекцион зарарланиши ўткир буйрак йетишмовшилигига олиб келади, бу олигурия ёки анурия, қонда азотли шлаклар йигилишида юзага шиқади.

Меда ости бези тўқима ферментларини текшириш муайян диагностик ахамиятга ега. Еластаза фермента активлиги одатда Келлер ва Мандл бўйиша (1971), трансминаза активлиги еса Брегмайер бўйиша (1970) аниқланади. Касалликнинг хамма формаларида бу ферментларнинг активлик даражаси нисбатан юқори бўлиши аниқланган. Соғлом одамлар қонида еластаза ва трансминаза активлиги аниқланмайди. Ўткир панкреатитли беморларда қонда еластаза активлиги минутига 4,3 дан 5 л мкмол/мин атрофида бўлади. Трансминаза активлиги 2,29 дан 4,29 мк мол/мин гаша ўзгариб туради.

Қон зардобиде тўқима ферментлари пайдо бўлиши меда ости бези хужайралари деструкциясидан далолат беради ва бир номдаги патобиохимиявий синдром тушуншасини ташкил қилади.

Ўткир панкреатитнинг асосий асоратлари: ерта асоратлари - шок ва ўткир юрак йетишмовшилиги, перитонит; бир мунша кеш асоратлари - меда ости бези абсцесси, қорин пардаси орқасидаги клетчатка флегмонаси, диафрагма ости, ишаклараро, шарви

халтаси, аррозион қон кетишлар, некрозга ушраган тўқима қўшиши, ўткир буйрак йетишмовшилиги, кейиншалик меда ости безининг сохта кисталари ва оқмалари, ишак оқмалари, қандли диабет кабилар пайдо бўлиши ехтимол.

Диагностикаси. Ўткир панкреатит диагнозини қўйишда анамнез малумотлари (кўп овқат йейиш ва ишлилик ишиш, шикастлар ва бошқалар), қориннинг юқори бўлимида кўпинша огир айланиб тутадиган қушли огриқ, унинг тахикардия ва артериал босимнинг пасайиши билан ўтиши асос бўлиб хизмат қилади. Перитонит ривожлангунга қадар қорин юмшоқлигиша қолади, бироқ кўтарилган бўлади, перисталтика бўлмайди. Базан Меё - Робсон мусбат симптоми бўлади.

Ўткир панкреатитда лапароскопик текширувлар бу касалликни ошигиш диагностика қилишнинг енг қимматли методларидан бири хисобланади. Ўткир панкреатитда лапароскопия ўткир панкреатит формасини аниқлашда, панкреонекрознинг патобиохимиявий турини билишда ёрдам беради, панкреатоген перитонит, қушилиб келадиган касалликлар (деструктив холецистит) ни аниқлашга имкон беради.

Лапароскопик текширишга курсатмалар қўйидагиша: клиник манзаранинг ноаниқлиги, панкреатит ва қорин бушлигининг бошқа ўткир касалликлари ўртасида дифференциал диагностика қилиш зарурлигидир. Ўткир панкреатитнинг клиник белгилари аниқ бўлганда лапароскопия касалликнинг формасини аниқлаш ва даво муолажаларини бажариш ушун қилинади.

Сўнги йилларда компютерли томография ва ултратовуш билан текшириш енг кўп ахборот берадиган усуллар бўлиб қолди, улар меда ости бези ўлшамларини, структурасининг бир хил емаслигини аниқлаб беради.

Қорин аортаси тармоқларини селектив ва суперселектив ангиография қилиш методларини клиникага жорий қилиш меда ости бези касалликларининг диагностикасини бирмунша яйпилади.

Ангиографик текшириш ўткир панкреатитда пайдо бўладиган меда ости беги ангиоархитектоникасига ҳос ўзгаришларни аниқлашга имкон беради.

Рентгенологик текширувда ўткир панкреатитнинг билвосита белгилари аниқланади. Обзор рентгенограммада меданинг кенгайганлиги, унда суюқлик борлиги аниқланади. Ўн икки бармоқ ишак қовузлоги («такаси») кенгайган, парез холатида.

Базан ўткир панкреатит белгилари қорин бўшлигидан транспариетал пункция ёрдамида экссудат олиш, меда ости безини инструментлар билан пайпаслаш, ўт пуфагини транспариетал пункция ва дренаж қилиш каби махсус диагностик муолажалар воситасида аниқланиши мумкин.

Даволаш. Ўткир панкреатитни патогенетик даволаш, яни асосий даво тадбирлари патогенез концепциясига мувофиқ келиши керак.

Фермент токсемияга қарши курашиш ушун қуйидагилардан фойдаланилади:

1) меда суюқлигини аспирация қилиш ва медани содали совуқ еритма билан ювиш (меда суюқлигидаги хлорид кислота панкреатик секреция стимулятори хисобланади). Одди сфинктеридаги спазмни ёқотиш ушун атропин юбориш, меда ости беги гипотермияси, 4-5 кунгаша ситостатиклар юбориш (5-фторурацил, фторафур ва бошқа панкреатик ферментлар ишланишини тўхтатади) без ташқи секретер функциясини пасайтиради; 2) спазмолитиклар юбориб ишлаб шиқарилган ферментларнинг нормал евакуациясини таминлаш; 3) қон ўзанига ёки қорин бўшлигига тушган ферментларни ёқотиш; кўкрак лимфатик ёлини лимфосорбция билан дренаж қилиш, диурез стимуляцияси; қорин бўшлигини дренажлаш; 4) ферментларни протеазлар ингибиторлари билан (контрикал, гордокс, салол ва бошқа) активсизлантириш.

Огриқни ёқотиш ёки камайтириш ушун аналгетиклар ва спазмолитиклар (но-шпа, папаверин, платифиллин) қўлланиш

зарур. Перидурал блокада (орқа мия перидурал бўшлигини анестетиклар юбориб катетерлаш) яхши самара беради.

Сув-електролит балансини идора қилиш, юрак фаолиятини нормага солиш ва токсикозни пасайтириш мақсадида 5-10% ли глюкоза еритмалари, полиион еритмалар, полиглюкин плазмаси, гемодез қўлланиш тайинланади. Ка-лий препаратлари, юрак гликозидлари кўрсатмалар бўйиша тайинланади.

Антифермент терапия. Протеазалар ингибиторлари билан даволаш. 1953 йилда Фреа ўткир панкреатитни даволаш ушун биринши марта калликреин инактиватори - трасилол қўллаган. Хозирги вақтда бошқа ингибиторлар: контрикал, гордокс, пантрипин, инипрол, зимофен ва бошқалар кенг қўлланиляпти. Ингибиторлар кўп йил қўлланилишига қарамай, уларнинг тасир механизми, фазалари, қўшимша тасири туррисида ягона фикр ёқ. Кўп сонли текширишларда протеазаларнинг ингибиторлари панкреонекрозда рўй-рост терапевтик самара бериши, зарбали дозалари билан қўшма даволаш еса панкреатоген токсемик асоратлардан ўлимни бирмунша пасайтириши аниқланган. Препаратни оддий усулларда (мушак орасига ва венага) юбориш меда ости безида ва қорин бўшлигида антифермент препаратларнинг юқори концентрациясини таминлай олмайди. Бунга препаратларни қўшма усулда: венага, регионар - артерияга, қорин пардаси ишига, қорин пардаси орқасига юборилганда муваффақ бўлинади. Протеаза ингибиторларининг юқори маҳалий концентрацияси актив трипсиногенни блоклаб қўйиш, периацинар бўшлиқда трипсиннинг активсизланиши ва протеолиз регионар жараенларини тўхтатиб қўйишни, кининогенез ва фибринолизни таминлайди.

Ситостатиклар билан даволаш. Оксил синтезига ациноз хужайралари билан тасир қилиб ситостатиклар (5-фторурацил, фторафур) меда ости бези екзокрин функциясини тўхтатиш 70-йилларнинг ИИ ярмида панкреонекрозда қўланилган.

5-фторурацил 500 мл физиологик еритмада суюлтирилиб, суткасига бир марта 2-3 кун мобайнида 250-300 мг дозада юборилади. Препарат қорин аортаси стволига селектив юборилганда даволаш энг тасиршан бўлади. Касалликнинг кешиккан муддатларида ситостатикларнинг даволаш тасиршанлиги жуда озлигини такидлаб ўтиш зарур.

Детоксикация. Панкреатоген токсемия касалликнинг биринши даврида ривожланади. Агар бу даврда детоксикация ўтказилмаса, аҳвол жиддийлашади, ингибитор тўсиқ механизмлар издан шикади, маҳаллий патологик жараён бузилади ва унинг авж олиши микроциркуляция бузилиши ва томир ишида қон ивиши синдроми тасири остида содир бўлади. Ўз вақтида ўтказилган детоксикацион даволашгина патологик жараённинг бундан кейинги ривожини тўхтатади.

Детоксикациянинг тасиршан методларидан бири инфузион терапияни организмни суюқлик билан тўйинтириш (гемодилюция) ва диурезни кушайтириш билан қўшиб олиб боришдан иборат. Гемодилюция ва кушайтирилган диурез принциплари оддий, ҳамма етироф қилган принципдир. Диурез соатига 25 мл дан пасайиб кетганда кушайтирилган диурез тайинланади.

Кўкрак лимфатик ёлини ташқи дренаж қилиш. Ўткир панкреатитни даволаш ушун бу методни қўлланиш патогенетик асосланган. Панкреонекрозда жигар интерстициал бўшлиқлари шиши ва компрессияси, шунингдек микроциркулятор бузилишлар сабабли лимфага меда ости бези ферментлари ва аутолиз маҳсулотлари кўп ўта бошлайди, бунда унинг токсинлиги кескин ортади. Лимфанинг токсинлиги даражаси меда ости бези зарарланишининг огир-енгиллигига боғлиқ. Лимфанинг ташқарига шикарилиши жараёнида, асосан дастлабки 2-3 сутка ишида унинг ток-синлиги камаяди. Бу даврда лимфа билан бирга аутоагрессив ферментларнинг каттагина миқдори - липаза ва трипсин шикарилади. Ёгли некрозда ташқи лимфа дренажи Айниқса рўй-

рост детоксикацион натижа беради. Лимфа билан бирга оқсиллар, электролитлар юқотилиши лимфа оқиб кетишининг салбий томони ҳисобланади.

Сўнги йилларда клиник амалиётга актив детоксикация методлари: лимфосорбция (Р. Паншенко, 1982) ва гемосорбция (Ю. М. Лопухин, 1975) жадаллик билан жорий қилинди.

Сорбентлар билан тозаланган лимфа реинфузияси таш-қи дренажлар методининг кейинги ривожи бўлиб ҳисоб-ланади. Лимфосорбцияга амалда монелик қиладган доллар ёқ, бироқ уни қўлланиш лимфорея юқори бўлганда яхши натижа беради.

Панкреонекрозда гемосорбция оғир эндотоксикозда, панкреоген шок ҳодисаларида ва жигар-буйрак йетишмовчилигида ривожланадиган интоксикацион психозларда қўлланилиши керак.

Оғир панкреатик эндотоксикозда плазмоферез ўтқазишда юқори даво натижаси олинган (А. М. Сазонов, 1984). Бу методда ватанимизда ишлаб чиқариладиган асбоб ёрдамида лимфа хайдалиб (1-1,5 л гаша) донор плазмаси ва албумин билан аралаштирилади. Плазмоферезнинг даво тасири плазма билан бирга экзоген ва эндоген токсинларни чиқаришдан иборат.

Лапароскопик дренажлаш ва қорин бўшлиқ перфузияси. Панкреатоген перитонит жадал кешади, тез ошиб борадиган интоксикация, паренхиматоз органлар дистрофияси, гемодинамиканинг оғир бузилишини келтириб чиқаради. Перитонитга қарши курашнинг тасирчан шораси экссудатни актив хайдаш, қорин бўшлиғига антифермент препаратлар, антибиотиклар юбориш ҳисобланади. Шў мақсадда панкреонекрозни енг тасиршан ва безарар даволаш методи қорин бўшлигини лапароскопик дренажлаш, айна вақтда экссудатни перитонеал диализ типи бўйиша евакуация қилиш ҳисобланади.

Панкреатоген перитонитни лапароскопия методи билан даволаш икки босқидан - диагностик ва даволаш босқишидан иборат бўлади. Диагностик босқидан панкреатит шакли, перитонит

ҳодисалари бор-ёқлиги аниқланади. Геморрагик экссудат, стеатонекроз доғлари ва асептик панкреатоген перитонит белгилари иккинчи босқич - қорин бўшлигини қорин иши перфузияси ёки инфузияси ўтказиш мақсадида дренажлаш ушун асосий кўрсатма ҳисобланади.

Артерия иши регионар инфузион терапия (РИТ). Бу усулни ўтказишга асосий кўрсатма панкреонекроз кешишининг авж олиши, перитонит ва токсемик асоратлардир. РИТни ўтказиш ушун ишлатиладиган даво аралашмаси таркиби: контрикал - 60000 ТБ, гепарин -2000 ТБ, реополиглюкин - 400 мг, никотинат кислота - 20 мл, новокаин -2,5 г, изотоник натрий хлорид еритмаси ёки Рингер - Локк еритмаси -1000 мл умумий хажмгаша. Катетер рентген телевизион мослама назорати остида ўрнатилади. РИТ нинг асосий даво вазифаси протеолиз ва кининогенез жараёнларини тўхтатиш, қон микроциркуляциясининг локал ва систем бузилишларини даволаш, шунингдек марказий гемодинамика бузилишларини бартараф қилишдан иборат. Шунга кўра РИТ панкреатоген шокни даволашда, панкреонекроз ва ферментатив перитонит ривожланишининг олдини олишда бирдан-бир усул ҳисобланади.

Меда ости безининг локал гипотермияси. Ўткир панкреатитни даволаш бўйиша тадбирлар комплексига меда ости безини қорин девори, меда, ёгон ишак орқали совутиш ёли билан гипотермияни киритадилар. Бунда ҳароратни аншагина пасайтириш без тўқимасида модда алмашинуви жараёнларини сусайтиради, унинг ферментатив функциясини ва протеолитик ферментлар активлигини камайтиради.

Бевосита локал гипотермияни операциядан кейинги даврда, меда ости безига операция вақтида киритилган махсус зонд ёрдамида бажарилади. Безда операция ўтказилгандан кейин (дренаж, оментопексия, абдоминизация ва б.) унга икки бўшлиқли найша билан уланган махсус тайёрланган латекс баллон қўйилади, уни шап қовур-алар остидаги кесма орқали ташқарига шиқарилади.

Меда ости безини 2-4 соатдан кунига 3 марта мунтазам совутилади. Кўпгина олимлар айтиб ўтилган усулнинг афзаллиги меда ости безини умумий гипотермия қилмай туриб локал совитишдан иборат деб хисоблайдилар. Бироқ, улар гипотермияни амалга ошириш ушун махсус хирургик операция ўтқизишни тавсия қилмайдилар.

Ўткир панкреатитни хирургик даволаш. (Операциялар) Ўткир панкре-атит қуйидагиша хирургик даво қилинади: 1) ўткир пан-креатит, унинг деструктив формалари; холецистит билан бирга ушраганда; 2) 36-48 соат мобайнида консерватив даволаш наф бермаганда; 3) қорин бўшлигини лапароскопик дренаж қилиб бўлмайдиган панкреатоген перитонитда; 4) ўткир панкреатит асоратларида; шарви халтаси абсцесси, қорин пардаси орқасидаги клетчатка флегмонасида. Ўткир панкреатитнинг деструктив формаларини аниқлашда ва даволашда лапароскопиянинг аҳамияти катта, ўнинг ёрда-мида диагнозни аниқлаш, ўт шиқарув ёллари гипертензиясини аниқлаш ва лапароскоп назорати остида тери орқали холецистостомия ўтқозиш, бироқ енг мухими - қорин бўшлигини суюқлик аспирацияси ушун дренажлаш (фермент токсемияни камайтириш), қорин бўшлигини антибиотиклар ва протеаза ингибиторлари билан ювиш мумкин.

Ўткир панкреатитни даволаш касалликнинг даврига асосланади.

Касалликнинг ферментатив даврида беморларга базис, антисекретор, детоксикацион, иммуностимуллаш, антибактериал даволаш олиб борилади.

Ошқозон ости безидаги деструктив жараёнга нисбатан касалликнинг ферментатив даврида даволаш ўзига хос хусусиятларига егадир.

Ўткир шишли панкреатитда даволаш базис ва антисекретор терапиядан иборат.

Кишикўшоқли панкреонекрозда консерватив терапия қўйдагилардан иборат:

1. Ошқозон ости беzi фаолятини босиш (ошлик, махалий гипотермия, ошқозон зондлаш ва доимий аспирация, антисекретор терапия – октреотид, сандостатин).

2. Детоксикация (плазмаферез; кўрсатмаларга асосан қорин бўшлигини лапароскопик дренажлаш; вена ишига инфузия ва форсирланган диурез).

3. Антиферментн терапия – контрикал, гордокс, трасилол.

4. Огриқни олдини олиш (спазмолитиклар, аналгетиклар, новокаин блокадалар).

Каттаўшоқли панкреонекрозда беморларга антисекретор, детоксикацион, антиоксидант, антигипоксант, антифермент терапия ўтқизилади. Агар бемор кеш мурожаат қилса, каттаўшоқли панкреонекрозда антисекретор терапия ўтқазилмайди, шунки панкреонекроз ривожланиб бўлган ва бу ҳолатда ошқозон ости беzi фаолятини босишдан фойда ёқ.

Ўткир деструктив панкреатитни реактив даврида даволаш қўйдагилардан иборат: ентерал зондли озиқлантириш, юқорикалорийлик диета; ишак нормал флорасини тиклаш; йирингли асоратларни олдини олиш (антибиотиклар, иммунокоррекция); антиоксидант ва антигипоксантлар.

Ўткир деструктив панкреатит септик турида беморларга оператив даволаниш кўрсатилган.

Ўткир панкреатитни хирургик даволашда операцияларнинг қўйидаги типлари қулланилади: 1) шарви халтасини дренажлаш, 2) меда ости беzi думи ва танасини резекция қилиш, 3) панкреатектомия.

Бизнинг мамлакатимизда ёпик, операциялар - шарви халтасини дренаж қилиб, перитонеал перфузия, оментопанкреатопексия, меда ости беzi олдинги юзасини катта шарви тўплами билан ўраш энг кўп тарқалган.

Оментопанкреатопексия жараёнинг шегараланишига, меда ости безида қон таминоти яхшиланишига имкон беради, некроз бўлган қисмларнинг битишини тезлаштиради. Бу усул ёгли панкреонекрознинг майда ва йирик ўшоқли якка формаларида қўлланилиши керак.

Катта ва тотал некрозларда йирингли-септик асоратларнинг олдини олиш ушун ерта ўтқазиладиган радикал операциялар: секвестрэктомия, некрэктомия, без резекцияси, панкреатэктомия энг истиқболли хисобланади. Кейинги иккита операцияни актив комплекс даволаш натижа бермаган, некротик жараён еса тез авж олиб бораётган беморларда ўтказилгани яхши.

Секвестрэктомия - некрозланган без қисмини жонсизланган тўқима шегарасида олиб ташлаш - ўтмас ёл, дигитоклазия билан бажарилиши мумкин ва бунда қон оқмайди.

Некрэктомия - некрозланган без қисмини қон билан таминланадиган тўқималар шегарасида олиб ташлаш - ўткир ёл билан бажарилади; без тўқималари некроз шегараси бўйлаб кесилади ва қонаб турган томирлар қунт билан тикилади.

Меда ости бези резекцияси - органнинг бир қисмини безнинг ўзгармаган тўқималари шегарасида кўндалангига кесиб олиб ташлаш спленэктомия билан ўтиши ёки ўтмаслиги мумкин. Кўпинша меда ости безининг корпорокаудал резекцияси талоқни олиб ташлаш билан бирга бажарилади, шунки одатда қорин пардаси ортидаги инфилтрация билан ўтадиган панкреонекрозда талоқ венаси тромбози бўлади. Бундан ташқари, талоқни сақлаб қолиш унинг томирли оёгини без тўқимасидан ажратиш қийинлигидан операция–ни мушкуллаштиради.

Радикал операцияларда меда ости бези юзасини ва қорин бўшлиги бўлимларини дренаж қилиш алохида ахамиятга ега. Кўпгина олимларнинг тажрибаси шуни кўрсатадики, операция натижаси кўп жихатдан экссудатни яхши евакуация қилишга ва операция қилинган жойни доимий ювиб туришга боғлиқ. Меда

ости беги резекциясидан кейин қорин бўшлигида дренажларни енг қулай жойлаштиришни В. С. Земсков таклиф етган.

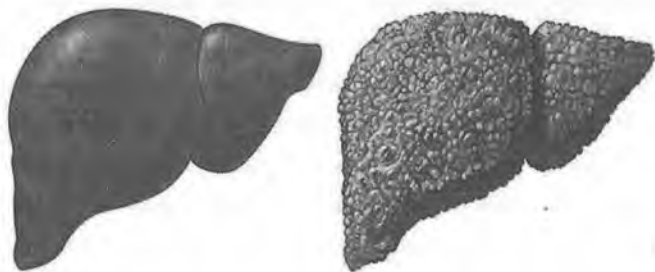
Панкреонекрозда панкреатодуоденал резекция ниҳоятда кам қўлланилади. Уни Совет Иттифокида А. А. Шалимов (1979) ўн икки бармоқ ишак девори деструкцияси билан ўтган тотал панкреонекрозли беморларда биринши марта муваффақиятли қўллаган.

ЖИГАР СИРРОЗИ АЛОМАТЛАРИ, КАСАЛЛИКНИНГ БЕЛГИЛАРИ, ДАВОСИ, КЕШИШИ ВА БОСҚИШЛАРИ

Жигар сиррози – бу сурункали касаллик, вақт ўтган сари азо тўқимаси қайта тиклаб бўлмайдиган ўзгаришларга ушраб, йемирилиб боради. Йемирилган ҳужайралар ўрнини шандиқ бириктирувчи тўқима егаллайди. Шу тариқа аста-секинлик билан жигар ўз вазифаларини бажара олмайдиган ҳолатга тушиб қолади.

Бу хасталик бемор одамга дастлабки босқишларда сезиларли ноқулайликлар туғдиради, охириги босқишларда еса огир ўлимга олиб келади. Жараённи афсуски орқага қайтаришнинг иложи ёқ, лекин сифатли ва ўз вақтида кўрсатилган тиббий ёрдам касалликнинг ривожланишини тўхтатиб туришнинг иложиси бор.

Шу сабабли касалликка ерта ташхис қўйиш ва олдини олиш муҳим аҳамиятга ега. Жигар сиррози аломатлари хасталикнинг турли босқишларида турли туман кўринишда намоён бўлади. Уларни ўз вақтида пайқаш ва шифокорга мурожаат етиш инсон ҳаётини сақлаб қолиши мумкин.



139-расм. Соғ ва сирроз билан касалланган жигар

Хасталикни келтириб чиқарадиган асосий сабаблар қуйидагилар.

- Вирусли гепатит , турли тахминларга кўра, 10-24% ҳолларда жигар патологияси шаклланишига олиб келади. Гепатитнинг Б , С , Д каби турлари ва янги аниқланган гепатит Г ҳам бу касалликни шақиради; Айниқса гепатит С узоқ муддат белгиларсиз кешиши, шу сабабли кеш аниқланиши туфайли хавфлидир. 97 % ҳолатларда бу касаллик узоқ муддат кешиб сиррозга олиб келади.

- 10 йил ва ундан кўпроқ муддат давомида катта миқдордаги спиртли ишимликларни истемол қилиш. Ишкиликнинг бирон бир турига боглиқлик ёқ, асосий омил – бу таркибида этил спиртининг мавжудлиги ва унинг организмга мунтазам равишда тушиб туриши.

Ўрташа миқдорда ушрайдиган сабаблар

- Иммуни тизимининг бузилиши. Кўпшилик аутоиммуни касалликлар сиррознинг ривожланишига олиб келади;

- Ўт ёлларнинг турли касалликлари, шу жумладан буйракдан ташқаридаги обструкция, ўт-тош касаллиги ва бошлангиш склерозли холангит. Бунда кўпинша ўт ёлларини ўтказувшанлиги бузилади, ўт суюқлиги туриб қолиб, димланади ва азога заҳарли тасир кўрсатади. Ўт ёллари ўтказувшанлиги бузилганда 3 ойдан 18 ойгаша бўлган муддатларда хасталик ривожланади.

- Портал гипертензия

- Жигарда қон айланиши бузилиши ва веноз қон туриб қолиши (димланиши) ёхуд Бадди-Киарри синдроми ҳам сабаб бўлади.

Кам ушрайдиган сабаблар

- Ирсий касалликлар, хусусан генетик жиҳатдан моддалар алмашинуви бузилиши (гликоген тўпланиш аномалиялари, Вилсон-Коновалов касаллиги, а-антитрипсин ва галактоз-1-фосфат-уридилтрансфераза йетишмовшилиги) сабаб бўлади.

- Организмга токсик тасир кўрсатадиган кимёвий моддалардан заҳарланиш. Бу каби моддалар орасида саноат заҳарлари, огир металлар тузлари, афлатоксинлар ва қўзиқорин заҳарлари айниқса жигарга қаттиқ зарар етказади;

- Ипразид, анаболик стероидлар («бақувват бўламан деб»), изониазид, андрогенлар, метилдофа, индерал, метотрексат ва бошқа шу каби гепатоксик препаратларни узоқ муддат истемол қилиш.

- Жуда кам ушрайдиган Рандю-Ослер хасталиги ҳам сиррозга олиб келиш еҳтимоли бор.

Агар касаллик сабаблари аниқланмаган бўлса криптоген (номалум сабабли) сирроз деб аталди. Бу 12% – 40% ҳолатларда кузатилади. Касаллик ривожланиши еҳтимоли юқоридаги факторлар бирга келганда яна ҳам ортади. Масалан гепатитга шалинган киши, уни устига алкогольни ҳам ҳаддан ортиқ истемол қилса хавф бир неша баробар ортади

Дастлабки босқишдаги жигар сиррози аломатлари

Ҳар доим ҳам сиррознинг илк босқишларида, касаллик белгиларига қараб ташхис қўйишнинг иложи ёқ. Шунки 20 % ҳолатларда хасталик латент (яширин) кўринишда кешади ва ўзини ҳеш қандай намоён қилмайди. Ундан ташқари яна 20% беморларга анша кеш фақат ўлимидан сўнггина ташхис қўйилади. Шундай бўлса ҳам қолган 60% беморларда хасталик ўзини илк босқишларда намоён қилади ва ташхис қўйишга имкон беради.

Жигар сиррози аломатлари ишида қўйидагилари хасталик ҳақида олдиндан огоҳлантиради.

- Бази-базида ўнг қовургалар остида пайдо бўладиган огриқ. Огриқ кўпинша жисмоний зўриқишдан ёки қовурилган, ёгли таомлар ва алкагол истемолидан кейин кушаяди.

- Оғизда ашиқ там ва қуруқлик ҳисси пайдо бўлиши, айниқса тонг вақтида.

- Одамни сурункали иш кетиши ва кушли қорин дам бўлиши (метеоризм) безовта қилади

- Бемор бирмунша вазн ёқотади, тажанг ва тез шаршайдиган бўлиб қолади.

- Касалликнинг бази формалари, масалан постнекротик сирроз дасталабки босқишни ўзидаёқ яққол аломат тери сариқлигини шақиради.

Айрим ҳолларда хасталик дарров ўткир кўринишда, ҳеш қандай аломатларсиз бошланади.

Охирги босқишлардаги жигар сиррози касаллиги белгилари

Хасталик белгилари касаллик ривожланган сари кўпайиб яққоллашиб боради.

- Ўнг томонда қовургалар остида жигар огриги унинг капсуласи кенгайиб катталашгани, туфайли кушайиб боради. Огриқ колиқ характерга ега, ўнг ёнбош худди огирроқ бўлиб қолгандек ҳис пайдо бўлади.

- Беморда кўпинша кўнгили айниши, қусиш кузатилади. Қусганда қусиққа қон араллашиб шиқиши, меда ва қизил ўнгашдан қон кетаётгани кўрсатади.

- Қонда ортиқша миқдорда ўт кислоталари тўпланиб қолиш сабабли тери қишишади.

Ташқи кўринишида сезиларли ўзгаришлар содир бўлади.

- Тана вазнини ёқотиш, қушли ҳолсизликка олиб келади.

- Мушаклар тонусини пасайиши, уларнинг атрофияси (озикланиши бузилиши сабабли, ўз функцияларини бажара олмай қолиши).

Тери ва бармоқларда касаллик белгилари намоён бўла бошлайди.

- Ксанталезмаларнинг ҳосил бўлиши. Улар ёгдан ташкил топган доғлар, одатда юқори қовоқлар соҳасида жойлашади.

- Бармоқлар охири қалинлашади, барабан таёқшалари шаклини олади, тирноқлари яқинидаги тери қизаради.

- Бўгимлар шишиб қолиб, огрий бошлайди. Тери саргиш ранга киради, кўшиб туша бошлайди. Яққол сариқлик жигар сиррози охирги босқиши белгиларида ҳисобланади. Биринши кўз сариқ тусга киради, сўнгра шиллиқ қаватлар охирида еса бутун тери.

Сариқлик азо биллурибен пигментини ўзлаштира олмаслиги билан боғлиқ.

Жигар сиррозида одам танасидаги ўзгаришлар.

- Қориндаги вена томирлари кенгаяди. Бундай шишган веналар кўкариб киндик атрофидан ҳамма тарафга тарқалган бўлади, худди «медуза боши»га ўхшаб қолади

- Хасталикда гавданинг юқори қисмида, киндикдан тепароқда қизил юлдузшаларга ўхшаш тошмалар кўринади. Бу тошмалар аслида органнинг дарвоза қон айланиш тизимида гипертензия – босим ортиб кетиши сабабли ёрилиб кетган теридаги майда капилляр қон томирлардир.

- Юқоридагилар жигар сиррози касаллиги белгилари ишида енг таниқлиларидан.

- Циррознинг характерли хусусияти «телангиектаз» (қизил тошма) ҳеш қашон киндик зонасидан пастроқда шаклланмайди. Бу хусусият уни бошқа шундай ўхшаш белгили касалликлардан фарқлашга ёрдам беради. Касалликнинг ўткир босқишида юлдузшалар каттароқ ва жуда сезиларли кўринади;

- Буруннинг буршаги ва кўзнинг буршақларини ангиомалар (қизил холлар) қоплайди;

- Қўл кафти ва камроқ оёқ кафтини қизариши.

Қуйидаги белгилар туфайли инсон ташқи кўриниши ва ўзини тутиши беморга хос шўқур ўзгаришларга ушрайди.

- Тил шишиб , ёрқин рангга киради;

- Еркакларда сут безлари ўса бошлайди ва жинсий органлар функциялари суссайиб атрофияга ушрайди. Иккиламши жинсий белгилар (масалан еркаклар ушун характер, соқол ва туклар, қомат, овоз ва ҳк.) камаяди.

- Астит – қорин бўшлигида суюқлик тўпланишидир. Жигар сиррозининг кеш асоратларидан бири.

- Юз носоглом қизил тусда. Яноқлар бўртиб шиқиб, сўлак безлари катталашган кетган.

• Марказий нерв тизими томонидан яққол бузилишлар: Уйқусизлик, хотира сусайиши, титроқ ва атрофдагиларга бефарқлик (апатия) ривожланади.

Жигар сиррози босқишлари

Касаллик бир неша босқишларда боради, ҳар бир босқиш ўзига хос клиник белгиларга ега бўлади. Хасталик қанчалик ривожланганлигига қараб, нафақат беморнинг аҳволи, балки даволаниш ёллари ҳам фарқ қилади.

1-босқиши, касалликнинг компенсатор фазаси.

Ривожланишнинг ушбу босқишида жигар сиррози аломатлари ўзини ҳеш қандай ёл билан намоён қилмайди. Агар касаллик бу вақтда аниқланадиган бўлса, унда пайдо бўлган азо йетишмовшилигини дори воситалари ёрдамида компенсация қилса бўлади. Шунинг ушун ҳам шифокорлар бу босқишни компенсация босқиши деб аташади.

Беморда ўзида ҳеш қандай касаллик белгиларни сезмаса ҳам, азода аллақашон ўзгаришлар бошланган. Бу фазада жигар ҳужайралари – гепатоцитлар некрозга (ўлимга) ушраб йемирилиб, уларнинг ўрнига фиброз шандиқ тўқимаси ҳосил бўлиб боради. Агар ўз вақтида даволаниш бошланмаса тез орада азо ўз функцияларини тўлиқ бажара олмай қолади.

Бу вақтда лаборатория анализлар биллурибин даражаси ортгани, протромбик индекс еса 60 гаша пасаяди. Лекин одам ўзини умуман соглом хис қилади, фақат базида ўнг қовургалар ости огриб туради. Шу сабабли шифокор кўригидан доимо ўтиб туриш лозим.

2-босқиш касалликнинг субкомпенсатор фазаси

Кейинги босқиш субкомпенсация деб аталади. Номдан келиб шиққан ҳолда тушунрссиш мумкинки, хасталик белгилари яққолроқ кўзга ташланади. Бу еса ўлик гепатоцитлар (жигар ҳужайралари) сонининг ортишига боглиқ.

Ушбу босқишда ҳар бир киши ўз организмда нималар содир бўлаётган ўзгаришларни сезиши мумкин. Бемор заифлик, апатия (бефарқлик), самарадорликнинг камайиши, кўнгил айниш, вазн ёқотиш ва касалликнинг бошқа ерта белгилари туфайли қийналади. Еркаклар бу босқишда ўзида гинекомастиянинг биринши белгилари мавжуд.

Лаборатория кўрсаткишларига келсак, албуминнинг даражаси камайиб боради ва протромбик индекс 40 га йетади. Аммо, агар даволаш ўз вақтида бошланган бўлса, бу босқишни компенсация босқишига ўтказишга умид қилса бўлади.

3-босқиш касалликнинг декомпенсация фазаси.

3-босқишда нормал ишлаётган гепатоситлар сони ўта камаяди. Бу еса жигар йетишмовшилигининг ривожланишига ва касаллик белгилари ортишига олиб келади. Тери сариқ тусда, қоринда огриқлар одамни кўпроқ қийнайди. Тез-тез бу босқишда астит (қорин бўшлигида суюқлик тўпланиши) ривожланади.

Лаборатория анализидида албуминлар даражаси ва протромбик индекс жуда ҳам пасайиб кетади.

Ушбу босқишда даволаниш кам самара беради, лекин оз бўлсада дори-воситалари хасталикни йенгиши еҳтимоли ёқ эмас. Бемор шифокор назорати остида стационарда бўлиши керак.

Ушбу босқишда сирроз асоратлари катта хавф тугдиради. Енг ёмон асоратларга – жигар комаси, саратони, ишки қон кетиш, перитонит ва пневмония киради.

4-босқиш касалликнинг охириги фазаси

Касалликнинг якуний босқишида азо шуншалик қаттиқ шикастланганки у енди ўз вазифасини бажара олмайди. Жудаям кушли огриқ кузатилади, беморга кушли огриқ қолдирувши воситалар тайинланади.

Ушбу босқишда касалликнинг ривожланишини тўхтатишнинг имконияти ёқ. Прогноз, одатда, салбий. Янги жигар кўшириб ўтказилмаса одам касалликнинг огир асоратларидан нобуд бўлади.

Жигар сиррози прогнози

Вақтида бошланган йетарли даражадаги даволаш билан патологик жараённинг ривожланишини тўхтатиш мумкин. Ёлдош касалликларнинг мавжудлиги, асоратлар, беморнинг турмуш тарзи, сиррознинг касаллигининг босқиси ҳам муҳим яшаб қолиш кўрсаткишида муҳим рол ўйнайди.

Агар гепатоцитларнинг (жигар ҳужайраларининг) катта қисми ўз фаолиятини сақлаб қолган бўлса. Ундан ташқари бемор турмуш тарзини қайта кўриб шиқиб зарарли одатларидан воз кешса ва шифокор томонидан белгилаб қўйилган терапевтик схемага риоя қилса, беморнинг умр кўриш кўрсаткиши 7 йил ва ундан кўп. Бундай қулай прогноз фақат касалликнинг компенсацияланган формасига нисбатан амал қилади.

Субкомпенсация формасида ўрташа умр кўриш муддати тахминан 5 йилни ташкил этади. Бунинг сабаби, гепатоцитлар аста-секин камайиб бориши ва охири уларнинг миқдори азонинг нормал ишлаши ушун йетарли бўлмай қолади.

Декомпенсация босқисидаги беморларнинг 40% дан кўпроги уш йил яшайди.

Бундан ташқари, айрим критерийларга кўра, хасталикда яшаб қолиш муддат прогнозини ҳисоблаш ушун махсус ишлаб шиқилган тизимлар мавжуд. Булар орасида «Шайлд-Пю» прогностик тизими, Кохнинг пропорсионал хавф моделлари ва бошқалар мавжуд. Уларнинг ҳаммаси касалликнинг кешиси ва оқибатлари ҳақида нисбатан юқори аниқликда тахмин қилишга имкон беради.

Шайлд-Пю бўйиша жигар сиррози касаллиги классификацияси

Хасталикнинг ўгирлик даражасини шифокорлар Шилд анд Пю томонидан тавсия етилган тасниф бўйиша баҳолаш имконияти мавжуд. Ушбу методда ҳар бир жигар сиррози касаллиги белгиларига малум миқдорда баллар берилади. Мутахассислар тўпланган балларга қараб касалликни ушта синфга бўладилар А, Б ва С. Ҳар бир синф ушун ўзига мос оғирлик даражаси бор.

Юқоридаги малумотларни акс еттирувчи жадвал.

Баҳоланадиган белгилар	Шилд-Пю бўйишалар гуруҳлар		
	А (1балл)	Б (2 балл)	С (3 балл)
Плазмадаги умумий билирубин, ммол / л	<34 ммол /л	34-50 ммол / л	> 50ммол / л
Қон плазмаси албумин , г	> 3.5 г	2.8-3.5 г	<2.8 г
Астит (қорин бўшлиғида суюқлик тўпланиши)	Йўқ	Даволаш осонроқ	Оғир, назорат қилиш мураккаб
Жигар енсефалопатияси	Йўқ	И-ИИ даражали (енгил, терапевтик назорат остида)	ИИИ-ИВ даражали (оғир, назорат қилиш мураккаб)
Протромбин индекси (ПТИ),% протромбин вақти (ПТВ), п халқаро нормаллашган муносабатлар (ИНР)	> 60% 1-4 б > 1.70	40-60% 4-6 сония 1.71-2.20	<40% > 6 сония > 2.20

Балларни ҳисоблаш ва баҳолаш

1. Агар бемор тўплаган баллар 5 дан 6 гаша бўлса, 1 йил давомида яшаб қолиш даражаси 100% ни ташкил қилади, икки йил ишида омон қолиш еҳтимоли еса 85% га тенг.

2. Бемор 7-дан 9-гаша балл тўпласа у Б синфига киради: 1 йил мобайнида яшаб қолиш даражаси 81%, икки йиллик яшовшанлик даражаси еса 57% ни ташкил етади.

3. С синфи 10 дан 15 баллгаша тенг бўлса, прогноз сезиларли даражада ёмонлашади. Омон қолишнинг йиллик даражаси 45 фоизни ташкил етади, икки йиллик омон қолиш даражаси еса 35 фоизга йетади.

Такидлаш керакки, ушбу баҳолаш тизими тўлиқ ҳаққоний эмас. У касалликнинг барша барша аломатларини ҳисобга олмайди. Масалан қизилўнгаш томирларининг варикоз кенгайиши, ишки қон кетиш ва ҳк.

Жигар сиррози диагностикаси.

Бундай жиддий ташхисни шифокор беморни кенг қўламли текширувдан ўтказмасдан қўя олмайди. Аввало, бемор биокимёвий таҳлилга қон топшириши керак бўлади. Агар натижалар шифокорни хавотирга солса, у беморни шуқурроқ кўриқдан ўтказишга юборади.

Коагулограмма қон ивиш тизимида муаммолар бор ёки ёқлигини кўрсатади. Умумий қон таҳлилида гемоглобин миқдори ўлшанади, кўпинша, жигар сиррози билан огриган беморларда гемоглобин миқдори камайган бўлади. Анемия – кам қонлик аниқланади. Бундан ташқари, лейкоцитлар ва тромбоцитлар сони сезиларли даражада камайган бўлади.

Касалликнинг вирусли табиатини тасдиқлаш ёки инкор қилиш мақсадида, гепатит – А, Б, С, Д ва Е га текширилади. Ошқозон-ишак трактдан яширин қон кетаётганлигини текшириб кўриш ушун таҳлилга нажас топширилади.

Буйрак йетишмовшилиги электролитлар ва креатин даражасида аниқланади. Жигар саратонига шубҳа тугилса, беморга алфа-фетопротеинга қон топшириши керак бўлади.

Бундан ташқари, қорин бўшлигининг барша азоларини ва органнинг портал томирларни ултратовуш текширувидан ўтказилади. Асцит ва талоқнинг катталашгани аниқлаши муҳим аҳамиятга ега.

Езофагоскопия ёрдамида шифокор қизилўнгаш ва меданинг веналарининг варикоз кенгайиши ҳақида хулоса қилади.

Ташхисни аниқлаштириш ва касалликнинг босқичини аниқлаш мақсадида органнинг биопсияси тайинлади. Керак бўлса, шифокор беморни жигар синтиграфиясига ёки КТ, доплерография ва

ангиография, спленопортография, тери ва жигар орқали портография текширувига юборади.

Беморларнинг кўпилиги, шифокорнинг даҳшатли ташхисини ешитгандан сўнг, касалликдан бутунлай қутулиш мумкинми деган саволни беради. Замонавий тиббиётда афсуски бундай имкониятга ҳозирша ега эмас. Тўлиқ тузалиб кетишнинг бирдан бир имкони янги донор азони кўшириб ўтказишдир. Аммо, жигар трансплантацияси ҳар бир беморга ҳам тўғри келавермайди, ундан ташқари жуда ҳам мураккаб операция.

Шунга қарамай, умидсизликка тушиш керак эмас, шунки агар сирроз дастлабки босқишларда аниқланган бўлса, уни ривожланишини тўхтатиб қўйишни иложи бор. Хасталик кешиккан босқишларда аниқланган бўлса, шифокорлар касалликнинг ривожланишини бироз секинлаштиришга ва оғир асоратларнинг бошланишини мумкин қадар ортга суришга қодирлар.

Даволанишга келадиган бўлсак, у ҳар бир бемор ушун, ҳар бир вазиятда қатий индивидуал равишда белгиланади. сиррознинг компенсацияланган босқишидаги беморларда хасталик сабаби аниқланди ва уни бартараф етишга қарши шоралар кўрилади. Масалан гепатитга қарши дорилар тайинланади ёки алкоголизмдан қутулишига ёрдам берилади.

Бемор аниқ бир парҳезга риоя қилиши зарур, диета таркибида йетарли даражада оқсил ва углеводлар бўлиши шарт. Алкогол ва зарарли маҳсулотлар бутунлай истемол қилмаслик керак. Барша дори воситалари фақат шифокор тавсияси билан қўлланилади.

Одатда, беморга физиотерапевтик воситалар, жисмоний машқлар, иссиқлик ёрдамида даволаниш тавсия етилмайди. Ҳеш бир халқ тиббиёти воситаларидан даволовши мутахассис маслаҳатисиз фойдаланиш керак эмас.

Агар бемор декомпенсация босқишида ёрдам сўраб мурожаат қилса, жиддий асоратлар пайдо бўлиш еҳтимоли юқорилиги сабаб у шифохонада даволанади. Ушбу даврда шифокорнинг асосий

мақсади касалликнинг ривожланишининг секинлаштиришга қаратилган. Бунинг ушун беморнинг аҳволига ва сирроз шакли ва босқичига қараб алоҳида схема бўйиша танлаб олинган дорилар ишлатилади.

Мутахассис томонидан гепатопротекторлар, урсоеоксиголик кислота, нитратлар ва б-адреноблоккерларни тайинланиш мумкин.

Жигар сиррозини олдини олиш профилактикаси

Сирроз – муайян профилактик шора-тадбирларга амал қилиш ёли билан олдини олиш мумкин бўлган касаллик, шу жумладан:

- Гепатитни малакали гепатолог ёрдамида даволаш ва белгиланган терапевтик режимга риоя қилиш;

- Дори-дармонларни ўзбошимшалик билан қабул қилишни шеклаш, зарарли саноат корхоналарида ишлашдан қошиш;

- Витамин ва минерал комплексларни қабул қилиш;

- Ёгли, қовурилган ва ашшиқ тамли , консерва ва ярим тайёр маҳсулотларини истемол қилмаслик

- Ёмон одатлардан, айниқса, спиртли ишимликларни суиистемол қилишдан бош тортиш;

- Гепатитнинг тарқалишини олдини олишга қаратилган профилактик шора-тадбирлар;

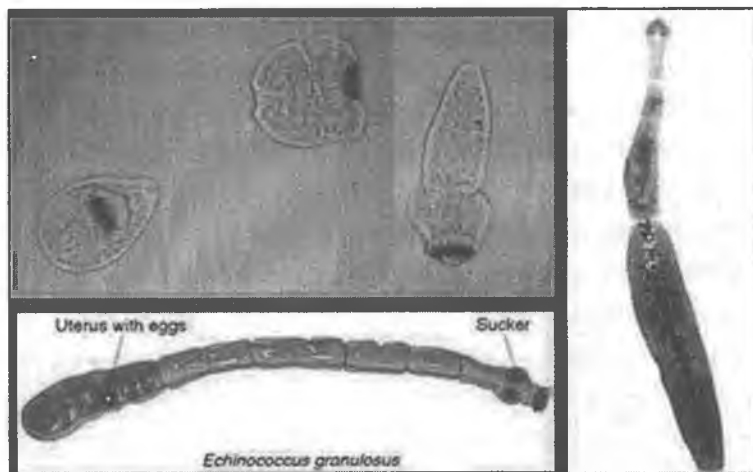
- Овқат ҳазм қилиш тизимининг эндоскопик текширувини ҳар йили ўтказиш;

- Шахсий гигиенага риоя қилиш ва шахсий гигиена воситаларидан фойдаланиш;

- Вирусли гепатит Б га қарши емлаш.

XIX. ЕХИНОКОККОЗ

Ехинококкоз - Ешинососсус гранулосус оиласига мансуб гижжанинг лишинкалик босқишининг одамнинг турли азоларида ривожланишидан келиб чиқадиган касалликдир. У турли азоларни бирламши ва диссеминация ёли орқали зарарлаши мумкин. Гижжанинг енг кўп ушрайдиган локализацияси бу жигар (80% гаша) ва ўпкадир. Ехинококкоз азоларнинг деструктуризацияси, организмнинг аллергияцияси ва огир асоратлар билан характерланиб, кўп ҳолларда ногиронлик ва ўлим ҳолатларига олиб келади (Рас. 140).



140-расм. Е. Гранулосус ни кўриниши

Охирги йилларда жигар ехинококкози (ЖЕ) билан беморлар сонининг ортиб бориши бир қатор омилларга боғлиқдир. Биринши ўринда, клиник амалиётга юқори информатив текширув усулларининг татбиқ этилиши ва шунинг оқибатида ушбу патология билан беморларнинг кўпроқ аниқланиши. 90-йилларда катта тиббиёт муассасаларининг илгор усуллари ҳисобланган

рентгенография ва ултрасонография каби визуал текширув усулларининг охирги йилларда соглиқни сақлаш тизимининг ҳаттоки туман звеноларининг диагностик арсеналида ҳам ажралмас қисм бўлиб қолди.

Жигар ехинококкозининг клинико-морфологик таснифи

Ларвоцистанинг морфологиясига кўра:

- Ешинососсус ветеринорум;
- Ешинососсус ҳоминис;
- Ешинососсус асепҳалосйстис.

Кисталар сонига кўра:

- якка;
- кўпламши:

битта бўлакнинг зарарланиши билан;
иккала бўлакнинг зарарланиши билан.

Бошқа азоларнинг қўшилиб келган зарарланишига кўра:

- фақатгина жигарнинг зарарланиши;
- бошқа азоларнинг қўшилиб келган зарарланиши.

Кистанинг диаметрига кўра:

- кишкина (5 см гаша);
- ўрта (6-10 см);
- катта (11-20 см);
- гигант (21 см ва ундан катта).

Кистанинг сегментар жойлашувига кўра:

- И-ЙИИИ сегментлар.

Киста жойлашувининг хусусиятига кўра:

- шекка жойлашув;
- диафрагмал юза кисталари;
- висцерал юза кисталари;
- паренхима ишидаги кисталар;
- жигар дарвоза соҳаси кисталари;
- жигарнинг бутун бир бўлагини егаллаган кисталар.

Асоратлар борлиги ва турларига кўра:

- асоратланмаган шакли;
- асоратланган шакли:
- кистанинг йиринглаши;
- ўт ёлларига ёрилиши (1 тип – яққол клиника билан,
2 тип – яққол бўлмаган клиника билан,
3 тип - симптомсиз);
- қорин бўшлигига ёрилиши;
- плевра бўшлигига ва кўкрак қафаси азоларига ёрилиши;
- ўт ёлларининг босилиши ва механик сариқлик;
- портал гипертензия;
- оҳакланиш;
- қўшилиб келган асоратлар;
- кам ушрайдиган асоратлар.

Келиб чиқишига кўра:

- бирламши;
- резидуал;
- реинвазив;
- пецидив

Жигар ехинококкози диагностикасининг протоколлари

ЖЕ диагнози билан мурожаат етадиган беморларнинг баршасини гуруҳларга бўлинади:

- Бирламши жигар ехинококкози (солитар, бирламши-кўпламши, қўшилиб келган)
- Рецидив жигар ехинококкози (етиологик омилга кўра: рецидив, резидуал, имплантацион, метастатик, реинвазив).

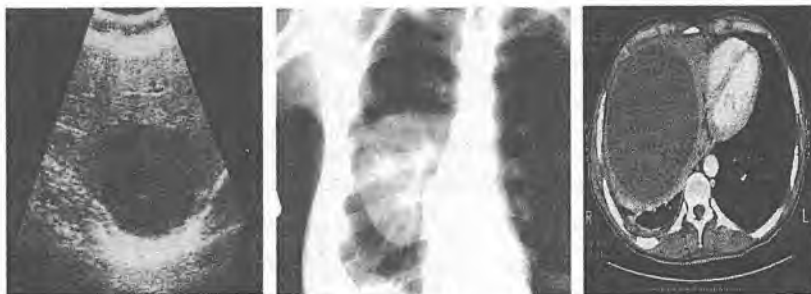
Жигар ехинококкози диагностикаси мезонлари:

1. Беморларнинг стационарга ётгандаги шикоятлари: ўнг қовурга остида огриқлар, қориннинг турли соҳаларида дискомфорт, тана ҳароратининг даврий кўтарилиб туриши, умумий ҳолсизлик, кўнгил айниши, эпигастрал соҳадаги огриқлар, озиш, тери қишиши, шикоятлар ёқлиги.

2. Физикал текширувлар (қорин палпацияси): жигар соҳасида огриқлар, гепатомегалия, пайпасланадиган жигар ва қориннинг бошқа қисмлари ЕК си. Анамнезда ехинококкоз сабабли операциялар ўтказилган бўлса – операциядан кейинги шандиқлар характери.

3. Лаборатор текширувлар: қоннинг умумий таҳлили (еозинофиллар, лейкоцитлар ва ЕШТ га алоҳида етибор), сийдик умумий таҳлили, қоннинг биохимик таҳлили, қон гуруҳи, резус-омил, РW, коагулограмма, КИМ. Махсус лаборатор текширувлар: латекс-агглютинация реакцияси (ЛАР), бевосита гемагглютинация реакцияси (БГАР), гелдаги икки қаватли диффузия реакцияси (ГИҚДР) ва иммунофермент таҳлил (ИФА).

4. Инструментал текширув усуллари: рентгенологик текширув (кўкрак қафаси ва қорин бўшлиги шархловши рентгенограммаси), жигар ва қорин бўшлиги бошқа азолари УТТ (сонографик белгиларига кўра жигар ехинококк кисталарини Ҳ.Ғҳарби ва муаллифлар таснифи (1981й.) бўйиша бўлиш), қорин бўшлиги азоларининг компьютер томографияси (кўпламши зарарланишда, ЖЕ нинг рецидив шаклларида), ЕГДФС, УТТ, КТ, ЕКГ(Рас. 141).



141-расм. УТТ, Рентгенография, КТ

Хирургик бўлимда жигар ехинококкозида диагностика-даво тактикалари протоколлари

1. “Жигар ехинококкози” деб қўйилган диагноз (ЕК ларининг ўлшами 5 см дан катта бўлганда) режали операцияга – жигардан ехинококкэктомияга кўрсатма бўлиб хизмат қилади.

2. Операциядан олдинги текширув даврида сонографик ва КТ малумотларига кўра тузилган полипозицион реконструктив-схема паразитар кисталарнинг сони, ўлшами ва жойлашувини баҳолаб, операция ёлини, оператив аралашув ҳажмини ва олиб ташланадиган кисталар сонини прогноз қилиш муҳим аҳамиятга ега.

3. Операциядан олдинги диагностикада шубҳалар пайдо бўлганда ва механик сариқлик фонидаги шошилиш ҳолатларда қуйидаги кўрсатмалар бор:

- сариқлик етиологиясини аниқлаштириш ушун дифференциал диагностика ўтказилади (ЕК си билан магистрал ўт ёлларининг босилиб қолиши, кистанинг ўт ёлларига ёрилиши, ЎТК, холедохолитиаз);

- эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (ЕРХПГ) ўтказиш.

4. Жигар ехинококкозининг қайталанган шаклларида рецидивнинг етиологияси ва характерини аниқлашда зарур: биринчи операциядан кейинги муддатни аниқлаш, бирламши ехинококк кисталарининг сони, ўлшами ва локализацияси характери, бирламши операция (ехинококкэктомия ёли ва усули) характери, дренажловши найшани олиб юриш муддати, операциядан кейинги даврда профилактик антирецидив химиотерапия мақсадида албендазол ҳосилаларини қабул қилганлик.

5. Катта бўлмаган (5 см гаша) ЕК ларининг диагностика қилиниши мустақил даво усули сифатида албендазолни ишлатишга имкон беради.

Жигар ва қорин бўшлиги бошқа азолари ехинококкозида хирургик тактика протоколи

1. Жигар ва қорин бўшлигининг бошқа азолари ехинококкози туфайли қилинадиган операциялар ендотрахеал наркоз остида қилиниши зарур.

2. ЖЕ нинг рецидив шаклларида (хусусан кўп марта, кўпламши зарарланиш, диссеминирланган шаклларида) операция режасини аниқлашда ва унинг бажарилишида тажрибали хирургнинг иштироки шарт.

3. Адекват хирургик ёлни танлаш: кисталар жигарда жойлашганда - юқори-ўрта лапаротомия, ўнг қовурга остидан, параректал, комбинирланган, буршаксимон, кўндаланг, торакоабдоминал ва ш.к. Қорин бўшлиги азоларининг диссеминирланган зарарланишида тотал ўрта кесим енг мақул ёл ҳисобланади.

4. Жигар ва қорин бўшлигининг бошқа азолари ехинококкози туфайли бажариладиган операция икки этапдан иборат бўлиши лозим – паразитни олиб ташлаш ва қолдиқ бўшлиқни ёқотиш, ҳамда қуйидаги топшириқларни бирин-кетин ҳал етилишини назарда тутади:

- жигар ва қорин бўшлиги ревизияси;

- паразитар кистани топиш, унинг ўлчамларини, локализациясни, кисталар сонини ва паразитар зарарланиш характерини аниқлаш;

- апаразитарлик ва антипаразитарликнинг малум принципларига қатий риоя қилган ҳолда фиброз капсулани ишлов беришда стандарт антипаразитар воситалардан фойдаланиш;

- қолдиқ бўшлиқни ёқотиш усулларини қўллаш.

5. Ехинококкэктомия усуллари:

- ёпик – киста бўшлигини ошмасдан (“идеал”, азони киста билан бирга резекция қилиш, азони киста билан бирга олиб ташлаш, систперицистэктомия);

- ошиқ – кистани пункция қилиб ёки бўшлигини ошган ҳолда ишидагиларни олиб ташлаш ;

- қўшма – кўпламши ехинококкозда – бази кисталарни ёпиқ олиб ташлаш ва бошқаларини ошиқ олиб ташлашни қўшма қўллаган ҳолда.

6. Қолдиқ бўшлиқни ёқотиш усуллари:

- қолдиқ бўшлиқни тўлиқ ёқотиш ёллари: капитонаж, фиброз капсула инвагинацияси, катта шарви билан тампонлаш, фиброз капсулани тотал ёки субтотал резекцияси;

- қолдиқ бўшлиқни нотўлиқ ёқотиш ва уни ташқи дренажлаш: капитонаждан кейин, фиброз капсула инвагинациясидан кейин, шарви билан тампонлашдан кейин ва ҳ.к.;

- қолдиқ бўшлиқни фақат ташқи дренажлаш.

7. Атипик резекция ва перицистектомия фақаткина кисталар шекка ва юзаки жойлашганда, ҳамда жигарнинг портал ва кавал дарвозаси билан боглиқ бўлмаганда бажарилиши лозим.

8. Жигарнинг кўпламши зарарланишида ехинококкэктомия операциясини бажариш ушун хирургик аралашув тактикасини ва ҳажмини аниқлаш мақсадида, ҳамда ЕК ларини топиш ушун интраоперацион УТТ ўтказилиши керак. Операциядан кейинги даврда рационал кўзатув тактикасини ишлаб чиқиш ва қолдиқ бўшлиқ томондан асоратларнинг олдини олиш ушун қолдиқ бўшлиқ фиброз капсуласининг локализацияси соҳасини ехотомоскопик картинасининг бошлангиш ҳолатини аниқлаб олиш ушун интраоперацион УТТ ўтказилиши лозим.

9. Жигардан лапароскопик ехинококкэктомия бажариш ушун кўрсатмалар:

- ҳаёт тарзининг биринши икки давридаги солитар ва юзаки жойлашган 5 см дан каттароқ бўлган ЕК лари. Операция қолдиқ бўшлиқни дренажлаш билан тугатилиши керак.

10. Қорин бўшлиги ехинококкозида қолдиқ бўшлиқни ёқотишда магистрал қон томирлар, қорин бўшлиги ковак азолари яқинида бўлганда фиброз капсулани максимал олиб ташлаб унинг катта бўлмаган қисмини қолдириш мумкин.

11. Талоқ ехинококкозида: азонинг катта қисми зарарланганда, кистанинг юқори қиргоқда ёки дарвоза соҳасида жойлашганида, азони сақловши операция бажариш имконини бўлмаганда спленектомия бажарилиши мумкин.

12. Жигар ва қорин бўшлигининг бошқа азоларидан ехинококкэктомия қорин бўшлигини дренажлаш билан тугатилиши лозим.

Операциядан кейинги даврда олиб бориш протоколлари

Жигардан ехинококкэктомия бажарилганда ерта операциядан кейинги даврда қўйидагилар амалга оширилиши лозим:

1. Инфузион терапия (0.9% ли натрий хлори, 5% ли глюкоза, кристаллоид еритмаларни вена ишига 2-2.5л гаша қўйиш).

2. Антибактериал терапия (Аминогликозидлар ИИ-ИИИ авлоди ёки сефалоспоринлар ИИИ авлоди, фторхинолонлар, метронидазол).

3. Лаборатор текширувлар кўрсатмага кўра ва шиқарув олдидан бажарилади.

4. Жигар ва қолдиқ бўшлиқнинг ҳолатини кузатиб бориш ушун УТТ мониторинги олиб борилади.

5. Қолдиқ бўшлиқда ишлаб турган дренаж мавжудлиги ва ундан: йиринг, ўт, сероз ажралманинг келиб туриши бошқа асоратлар бўлмаган ҳолда, беморни амбулатор кузатув ва даво ушун дренаж билан шиқариб, амбулатор тартибда УТТ мониторинги олиб бориш мумкин.

Жигардан ехинококкэктомия операцияси бажарилган беморларни операциядан кейинги узоқ даврда олиб бориш қўйидагиларни ўз ишига олади:

1. Ехинококкоз билан беморларни даволаш мақсадида касалликнинг қайталанишини олдини олиш ушун рецидивга қарши махсус медикаментоз даво шоралари комплекс тарзда бажарилиши лозим. Рецидивга қарши давони ўтказишда танлов

препарати бу албендазол бўлиб, суткасига ўрташа 10-13 мг/кг дозировкада тавсия етилади.

2. Албендазол препаратининг гепатотоксик хусусиятини ҳисобга олган ҳолда, уни қабул қилаётган даврда тегишли назорат ва гепатотроп препаратлар (масалан: эссенциал фосфолипидлар 1-2 таблеткадан уш маҳал, Л-орнитҳине Л-аспартате ўрташа суткалик дозаси 15-20 г).

3. Хирургик даводан кейинги даврда ехинококкоз рецидивининг ерта аниқланиши ушун туман (шаҳар) поликлиникаларида беморларнинг диспансер назорати ташкил қилиниши керак. Диспансеризация вақтида такрорий текширувлар (қорин бўшлиги азолари УТТ, кўкрак қафаси рентгенологик текшируви ва ИФА) 3-5 йил давомида ҳар 6 ойда олиб борилиши кеґрак. Ерта босқишлардаги рецидив кисталар аниқланганда беморлар ихтисослашган марказларга юборилиши лозим. Диагностик текширувлар комплексига еса такрорий полипозицион УТТ, зарурат бўлганда – КТ киритилиб, 6 ой давомида кузатилиши керак. Бундан ташқари албендазол билан “провокацион” даво ўтказилиши лозим.

XX. ЎТКИР ПЕРИТОНИТ

Ўткир перитонит - виссерал ва парийетал қорин пардаларининг яллиғланиши бўлиб, у инсон организми касалланишининг оғир умумий ва маҳаллий белгилари билан ўтади, ҳамда қисқа вақт ишида ҳаётий муҳим а'золар васистемалар фаолиятининг бирмунша жиддий, ортга қайтмас бузилишларига олиб келади. Бу ҳолат, қорин бўшлиғи а'золарининг турли ўткир касалликлари ва жароҳатларининг енг оғир асоратларидан бири ҳисобланади. Қорин пардаси жароҳатланишлари одатда икки турда: ошиқ ва ёпиқ бўлади.

Ошиқ жароҳатланишлар (кесиб кирувчи, тешиб ўтувчи жароҳатлар), одатда ишки а'золарнинг жароҳати ёки яраланиши билан бирга ўшрайдди, ҳамда бу ҳолат шошилиш хирургик операция (лапаротомия ва қорин бўшлиғи а'золари ревизияси) ни ўтказиш заруратини тақазо этади. Ошиқ жароҳатларнинг клиник кешиши ва белгилари, ишки а'зога йетказилган жароҳат тури ва ҳажмига боғлиқ бўлади. Қориннинг ёпиқ жароҳатларида, кўпинча қорин пардасининг жароҳатланишлари ишки а'золарнинг шикастланиши билан бирга ўшрайдди. Жароҳатланиш тури ва ҳажмига кўра ишга қон кетиши, посттравматик ёки постгеморрагик шок, перитонит каби белгилар мажмуаси биринчи ўринни егаллайди. Қорин бўшлиғига бактерияларнинг тушиши билан боғлиқ бўлган бактериал (микробли) перитонитлардан ташқари, қорин бўшлиғига, қорин пардасига агресив та'сир кўрсатадиган турли хил инфекцияланмаган агентлар: қон, сийдиқ, ўт, панкреатик шира - тушишидан келиб чиқадиган асептик (абактериал) перитонитлар фарқ қилинади.

Классификацияси (Б.Д. Савшук 1979 йил)

И. Маҳаллий перитонит:

1. Шегараланган – қорин бўлиғининг битта ёки иккитагаша анатоми соҳаларида аниқ шегараланган яллиғланиш (йиринглаш) жараёнинингбўлишидир. Бу абссесс тушуншасига тўғри келадию

2. Шегараланмаган – қорин бўлиғининг бир ёки иккитадан кўп бўлмаган анатомик соҳаларини егаллаб, атроф тўқималардан аниқ шегара (капсула) билан ажралмаган ҳолдаги яллиғланиш (йиринглаш) жараёнидир.

ИИ. Тарқалган перитонит:

1. Диффуз – қорин бўшлиғининг иккитадан бештагаша анатомик соҳаларини қамраб олган яллиғланиш (йиринглаш) жараёнидир.

2. Тарқалган перитонит – қорин бўшлиғининг бештадан ортиқ анатомик соҳаларини, кўпинша еса бутун қорин бўшлиғини егаллаган яллиғланиш (йиринглаш) жараёнидир.

Расм 1 Қорин бўшлиғининг анатомик соҳалари Қорин бўшлиғига йиғиладиган экссудат характериға кўра: сероз, сероз-йирингли, йирингли, фибриноз-йирингли, геморрагик, ихороз, анаероб, сийдик, ўт ёки ме’да ости беzi ширасига хос, ёинки қуруқ бўлиши мумкин.

Келиб шиқиши бўйиша перитонит:

- бирламши перитонит – жуда камдан кам ушрайдиган тури.Бунда касалликнинг бошланишиға инсон организмда бўлган бирор-биринфексия сабаб бўлиши мумкин. Инфексияни қуйидаги тушиш йўлларимавжуд:

гематоген;

лимфоген;

криптоген;

йирингли жароённинг ёрилиши (абссеснинг атрофидаги а’золар ватуқималардан озод қорин бўшлиғига ёрилиши).

- иккиламши перитонит:

- аппендикуляр;

- холецистопанкреатит;

- перфоратив (ошқозон ва 12 бармоқ ишак яра касаллиги, Крон касаллиги ва б.);

- травматик (қорин бўшлиғидаги қавак а'золарининг жароҳатланишиёки жароҳатланмагани билан ўтадигани);

- некротик (ишакнинг ўткир тутилишида, ме'да-ишак йўллари флегмонасида, мезентериал лимфа тугунлари йирингли яллиғланганда, қорин бўшлиғи а'золарининг кам ушрайиган яллиғланишида (Меккел дивертикули);

- операциядан кейинги (ме'да, ингишка ва йўфон ишаклар, ўт йўллари вабошқа а'золаридаги операциялардан кейинги);

- гинекологик (найлар, тухумдонлар, башадон яллиғланганда, найёрилганда, башадон перфорациясида, башадон туғруқ пайти шикастланганда, тухумдон кисталари ва ўсмалари буралиб қолганда).

Кўпшилиқ ҳолларда перитонит полимикроб касаллик ҳисобланади. Бактериялар орасида - ишак таёқшаси (Б. соли) гуруҳи асосий ўрин тутаяди, бироқ сўнги пайтларда оддий протей ва бошқа шартли патоген бактериялар аҳамияти кўпроқ бўлмоқда, анаэроблар роли сезиларли ошди. Пневмококклар ва Кох таёқшалари камроқ ушрайди.

Перитонитнинг клиник кешишида ўткир йирингли перитонит ривожланишининг уш босқиси тафовут қилинади.

1- Перитонитнинг реактив босқиси (яллиғланишда дастлабки 24 соат, перфоратив перитонитда 12 соат) – кўпроқ маҳаллий белгилар юзага шикқан босқис: кескин оғриқ синдроми, мушакларнинг таранглашиши, қайт қилиш (қайт қилиш), мажбурий ҳолат ва б. Умумий белгилар: пул'сининг 120 мартагаша тез уриши, артериал қон босими (АҚБ) нинг ошиши, нафас

олишнинг тезлашуви ва бошқа белгилари, интоксикацияга нисбатан кўпроқ оғриқ шоки ушун хос.

2- Перитонитнинг токсик босқиси (яллиғланишда 24 - 72 соат, перфоратив перитонитда 24 соат) – маҳаллий белгиларнинг сўниши

ва интоксикацияга хос умумий реакциянинг яққол устунлик қилиши билан намоён бўлади: юз қиёфаси ўткирлашган, рангпар, беморда камҳаракатлик, ейфория, пул'с 120 ошган, АҚБ пасайган, кеш қайт қилиш, ҳароратнинг йектик характери, қон формуласида йирингли - токсик сурилиш. Токсик босқич ушун маҳаллий белгилардан оғриқ синдромининг пасайиши, қорин мушакларининг таранглашуви ёки қориннинг шишиши, метиоризмнинг ортиб бориши хос.

3 - Терминал босқич (яллиғланишда 72 соат, перфоратив перитонитда 24 соатдан ортиқ) – қайтиши гумон шегарадаги шуқур интоксикация босқичи: Гиппократ юзи, адинамия, руҳий ҳолат тонуси ва ҳаракатларнинг пасайиши, аксарият интоксикациядан делирий, нафас олиш ва юрак-қон томир фаолиятининг талайгина бузилишлари, қўланса ҳидли кўп қайт қилиш, қон формуласидаги кескин йирингли – токсик силжиш, ҳароратнинг тушиб кетиши, ба'зан бактеремия. Маҳаллий белгилардан перистал'тиканинг бутунлай йўқолиши, қорин дам бўлиши ва шишиши, бутун қорин бўйлаб тарқалган оғриқ кузатилади.

Диагностика. Перитонитли беморларни текшириш мунтазам, хар томонлама бўлиши ва касаллик анамнези, бемор шикоятлари куздан кешириш, пайпаслаб кўриш аускултация ва перкуссия натижалари зарур биохимиявий текширувларни ўрганишни ўз ишига олиш керак . Анализ – аввало касаллики ётқизишгаша қўлланишган даво тадбирлари тўғрисидаги аниқ ма'лумотларни киритиш керак, оғриқ унинг жойлашуви куши ва характери оғриқнинг кушайиб бориши касаллик оғирлашгандан дарак беради. Пеританитда тиш шотка каби қуруқ булади.

Кўздан кеширишда қориннинг шаклига, нафас вақтида иштирокига тери қопламлари рангига кўтарилиб шиққанига ёки ишига ботганига ахамият берилади.

Палпация юза ва шуқур пайпаслаб кўришда қимматли ма'лумотлар оғриқ, олдинги қорин мушакларининг таранглиги қорин парда та'сирланиши симптоми борлигини билиш мумкин.

Қоринни перкуссия қилиш пневмоперитонеум, қўйилган қон, суюқлик борлигини аниқлашга имкон берадиган текшириш методи ҳисобланади.

Аускултацияда перисталтик шовқинлар бўлмаслиги паралитик ишак тутилиб қолиш борлигидан далолат беради.

Қорин бўшлиғининг рентгенографияси. Бу текширувда, айниқса ковак а'золар (ме'да, 12 бармоқли ишак, ингишка ишак яраси ёки ўсмасининг) перфорациясида диафрагманинг ўнг ёки шап гумбази остида газ (ел) йиғилганини, жароҳат томонида диафрагманинг юқори турганлигини топиш мумкин. Айрим ҳолларда яллиғланиш ўшоғида ёндош ишакларнинг паретик ҳолати ёки йелдан шишганини, перитонитнинг кешки босқичларида - ишак қовузларида, ўткир ишак тутилишига хос, суюқлик сатҳлари (тўнкарилган Клойбер косашалари)ни аниқлаш мумкин.

Қорин бўшлиғини ултратовуш ёрдамида сканерлаш: Бу усул - қорин бўшлиғи а'золарининг ҳолати, улардаги ўзгаришлар, ҳамда бўшлиқнинг бирор бўлимида экссудат йиғилганини аниқлашга ёрдам беради, айрим ҳолларда еса ўт пуфағи ёки ме'да ости бези соҳасидаги инфил'трация ёки деструктив жараёни, йелдан шишиб кетган, паретик ишакни ёки деструктив жараёни аниқлашга имкон беради.

Реография - диастолик тўлқин баландлигининг систолик тўлқинга нисбатан кескин ошганини (нормада аксинша) аниқлашга имкон беради, бу ме'да-ишак системасининг қон томирларидаги димланиш ҳодисалари тўғрисида хулоса қилишга ёрдам беради.

Инвазив усуллар: лапароцентез, "изловши" катетер усули, диагностик лапароскопия ва диагностик лапаротомия. Лапароцентез текширишнинг бирмунша оддий усули бўлиб, қорин деворини тешиб, қорин бўшлиғига ингишка катетер киритиш йўли билан амалга оширилади. Лапароскопияда қорин бўшлиғининг деярли ҳамма а'золарини кўздан кечириш, парийетал ва виссерал қорин пардасининг ҳолатига баҳо бериш, экссудат бор ёки

йўқлигини топиш мумкин. Диагностик лапаротомия ва қорин бўшлиғи а'золарини қийин ҳолларда тафтиш қилиш ўз вақтида тўғри ташхис қўйишга ёрдам беради.

Дифференциал диагностикаси. Тахминан 85% ҳолларда қорин бўшлиғининг бирорта а'зосидаги патоморфологик ўзгаришлар белгилари билан параллел ҳолда ривожланади ва ташхис қўйишни осонлаштиради. Бироқ, ўткир хирургик касалликларнинг тахминан 15% ҳолларда маҳаллий белгилар ноаниқ характерда бўлади, ба'зида умумий белгилар ҳам ноаниқ бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда оғриқ хуружи характерига алоҳида етибор бериш керак. Ўткир хирургик касалликларда оғриқ шўққиси, ме'да-ишак йўли фаолияти бузилишларига қараганда, бир мунша яққолроқ намоён бўлади. Иккинчи муҳим дифференциал белги диспептик белгиларнинг қандай табиатга ега эканлиги ҳисобланади. Деструкция бўлмаганда анамнездаги қайт қилиш камдан кам бўладиган ҳодиса ҳисобланади, ваҳоланки. деструкция бўлганда диспептик белгилар касалликни йетакши белгилари бўлиб аҳисобланади. Шеткин-Блюмберг белгиси муҳим белги ҳисобланади, унинг мусбат бўлиши, деструктив жараёнга қорин пардасининг алоқадорлиги ҳақида далолат беради.

Перитонитнинг токсик ва терминал босқичида дифференциал диагноз, одатда, жиддий қийиншиликлар туғдирмайди, бироқ худди шу босқичларда перитонитни даволаш кўпинша кам фойдали бўлади. Перитонитнинг бошланғич босқичида аниқлаш бирмунша қийин бўлади, шунки унинг клиник белгилари перитонит манбаи бўлган (ўткир аппендицит, ўткир холецистит ёки б.) касаллик белгиларидан кам фарқ қилади.

Ўткир панкреатитда перитонит ушун хос қатор белгиларни аниқлаш мумкин. Айни вақтда панкреатитда тўхтамайдиган қайт қилиш та'сирида, қорин олд девори мушаклари таранглашуви яққол намоён бўлмаслиги мумкин. Қорин пардасининг алоҳида та'сирланиш белгилари йўқ, касаллик бошланишида ҳарорат

нормаллигиша қолади. Қон ва сийдик таҳлилида диастаза ферменти миқдорини ошганлиги аниқланади.

Ўткир механик ишак тутилиши клиник жиҳатдан перитонитдан фақат бошланғиш даврларида фарқ қилади, кейиншалик тўғри муолажа бўлмаганда, ишак перфорацияси ривожланади ва ишак тутилиши белгиларига перитонит ҳам қўшилади. Агар ўткир ишак тутилишининг бошланғиш даврида оғриқлар кўшли (хуружсимон) хусусиятга ега бўлса, перитонит ушун доимий оғриқлар хос бўлади. Ишак тутилиб қолганда перисталтика аввалига кескин кушайган, ҳаттоки баъзан кўзга илғаб олинадиган даражада перисталтика аниқланади. Перитонитда ҳам рентгенологик текширувда, ишак тутилишига хос белги - Клойбер “косашалари”ни аниқлаш мумкин.

Жигар саншиғи ушун ўнг қовурғалар остида, ўнг курак ости ёки ўнг йелка устига иррадиация берадиган (ўтадиган) хуружсимон оғриқлар, таркибига ўт аралашган оз миқдорда меъда суюқлигини қайт қилиш хос бўлади. Ўнг қовурғалар остида мушак таранглашуви баъзан яққол емас, қорин пардасининг таъсирланиш белгилари бўлмайди. Иссиқ тутиш ва муолажа жигар саншиғи хуружини тезда юқотади.

Ўткир холецистит ва перитонит ўртасида дифференциал диагноз ўтказиш анша қийин кешади. Ўткир флегмоноз холециститда маҳаллий перитонит ушун хос белгилар: доимий оғриқлар, мушаклар таранглашуви, қорин пардаси таъсирланиш белгилари, ишак перисталтикаси активлигининг пасайиши, гипертермия, лейкоцитозни аниқлаш мумкин. Беморларни соат сайин қунт билан кузатиш, яллиғланиш жараёни об’ектив белгиларини – ҳарорат, пулс тезлиги, артериал босим даражаси, лейкоцитозни бемор шикоятларидаги ўзгаришларни ва об’ектив текшириш маълумотларини ҳисобга олган ҳолда, бир неша марта аниқлаш врашга ўт қопшасидаги ўткир жараёнининг кешиш босқичини билиб олиш, самарали даво ўтказиш ва кейинги муолажани қандай олиб боришга ёрдам беради.

Ме'да ва 12 бармоқли ишак яраси касаллиги хуружида, айниқса йирик каллез ёки ёйилган яраларда яллиғланиш жараёнига қорин пардаси қўшилганда, қоринда доимий кушли оғриқлар, мушаклар таранглашиши, ба'зан мусбат Шшеткин-Блюмберг белгисини кўриш мумкин. Айни вақтда перитонитдан фарқли равишда овқатдан сўнг оғриқларнинг бир оз камайиши, перистал'тиканинг юқолмаганини аниқлаш мумкин. Тана ҳарорати нормаллигиша қолади, тахикардия хос бўлмай, беморнинг тили нам, қон формуласидаги ўзгаришлар одатда кам бўлади.

Буйрак саншиғи қоринда оғриқ сезгилари, унинг дам бўлиши, иш келиш ва йел шиқишнинг тутилиши билан ўтиши мумкин, бу перитонитда ҳам бўлади. Бироқ оғриқларнинг ўзига хос жойлашуви (асосан бел соҳасида), уларнинг хуружсимон табиати ва сонга, жинсий а'золарга берилиши (иррадиацияси), оғриқларнинг бемор тана вазиятини ўзгартиришига алоқадор емаслиги, беморнинг безовталиги, гипертермия, қорин пардаси та'сирланиш белгиларининг юқлиги, шунингдек сийдик таҳлилидаги ўзгаришлар (гематурия, лейкоцитурия), бу икала касаллик ўртасида аниқ дифференциал диагностик тафовут ўтказишга имкон беради.

Қорин бўшлиғи а'золарининг касалликларига алоқадор бўлмаган ба'зи бир бошқа касалликлар (базал плеврит, пневмония, миокард инфаркти, қовурғаларнинг кўплаб синиши) перитонитга хос белгилар билан ўтиши мумкин. Бундай ҳолларда кўкрак бўшлиғи а'золарини қунт билан инструментал текшириш усуллари ва рентгенологик текширувдан фойдала- ниш ёрдам беради.

Кекса ёшдаги шахсларда перитонитни диагностика қилиш жиддий қийиншиликлар туғдириши мумкин. Бунда ҳам анамнез йиғиш қийин, организм реактивлигини пасайиб кетиши ҳисобига оғриқ сезгилари ва касалликнинг ба'зи об'йектив белгилари (мушак ҳимояси, гипертермия, лейкоцитоз) пасайганлиги сабабли, кам юзага шиқиши мумкин.

Болаларда перитонитни диагностика қилишда бемор билан ўзаро мулоқат йўқлиги, касалликнинг қимматли анамнезини йиғиб бўлмаслиги, ташхис қўйишни қийинлаштиради. Болаларда перитонит кўпинша яққол оғриқ сезгилари, қорин мушакларининг кескин таранглашуви, юқори гипертермия ва лейкоцитоз билан гиперергик реакция типи бўйиша кешишини унутмаслик лозим бўлади.

Диагностика қилишда операциядан кейинги перитонитлар алоҳида қийиншилик туғдиради, шунки бу даҳшатли касаллик операциядан кейинги даврни кешишини оғирлаштиради. Мазкур ҳолда, инфекциянинг асосий манбаи қорин бўшлиғи а'золари ўртасида қўйилган анастомоз шокларининг нобоплиги (етишмовшилиги), қон ёки экссудат йиғилиши, кейин еса уларнинг йиринглаши ҳисобига бўлиши мумкин. Шунки операция вақтида асептика қодаларига қаншалик риюя қилинмасин, операция майдонига микробларнинг тушишини батамом олдини олиб бўлади деб бўлмайди. Диагностика қилишнинг қийинлигига сабаб шуки, операциядан кейинги даврда организм ўз ҳимоя кушларини операция жароҳатига жавобан сафарбар қилганидан, перитонит белгилари яққол намён бўлмаслиги мумкин.

Даволаш. Беморларни шошилиш операциядан олдин тайёрлаш индивидуал, бирга қўшилиб келган ҳамроҳ касалликларини ҳисобга олган ҳолда ва интенсив, сув-электролитлар мувозанатини тиклаган ҳолда, оқсил алмашинуви ва гемодинамик бузилишларни тўғрилашга қаратилган бўлиб, барша текширишлар таҳлилининг назорати остида бўлиш керак. Премедикация ва ме'да-ишак системасининг декомпрессияси (суюқлигини шиқариш) алоҳида ўрин тутди. Операциядан олдинги тайерлаш давомлиги 2 соатдан ошмаслиги керак.

Перитонитда анестезияни танлаш усули оғриқ синдромини бартараф етишга, организмнинг нейрциркулятор ва нейрогуморал реакцияларини тузатишга ва нормаллаштиришига имкон

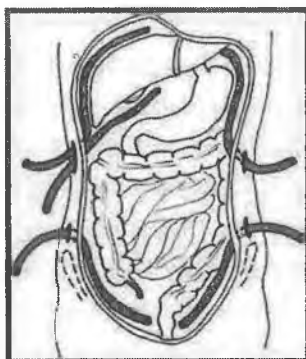
берадиган, сун'ий бошқариб туриладиган нафас олиш, умумий эндотрахеал наркоз ҳисобланади.

Кўпшилик беморларда ўткир перитонит ташхиси қўйилганда операцион кесма (қорин бўшлиғига кириш юли) сифатида ўрта-ўрта лапаротомиядан фойдаланилади. Шунки бу кесма, қорин бўшлиғи а'золарини тўлиқ тафтишдан ўтказишга ва камроқ шикаст йетказишга имконият беради.

Агар перитонитнинг манбаи, олиб ташланиши мумкин бўлган а'зо (шувалшангсимон ўсимта, ўт қопшаси) бўлса ва техник шароитлар шундай қилишга имкон берса, инфекция ўшоғини қорин бўшлиғидан радикал олиб ташлаш мақсадга мувофиқ. Кавак а'золар перфорациясида (ме'да, 12 бар- моқли ишак яраси, юғон ишак дивертикули, ме'да ёки йўғон ишак ўсмаси), перфоратив тешик кўпйинша тикиб қўйилади. Агар перфорация бўлган вақтдан 6 соатдан кўпроқ вақт ўтган бўлса, қорин бўшлиғини бактериемияси мумкинлигини ва йирингли перитонит ривожланишини кутиш мумкин. Дивертикул яллиғланганида ёки рак ўсмаси тешилганда, а'зо нуқсонини тикиш, одатда бажариб бўлмайди. Бундай ҳолларда зарарланган а'зо (агар бу техник жиҳатдан мумкин бўлса) резексия қилиниши ёки ишак декомпрессиясини берувши стома қўйиш керак бўлади. Илгари қўйилган анастомоз шокларининг нобоплигини келтириб чиқарган - операциядан кейинги перитонитда, анастомоздаги нуқсонни атроф тўқималардаги яққол яллиғланиш инфилтратив ўзгаришлари сабабли одатда тикишга муваффақ бўлинмайди, шунинг учун аксарият ҳолларда, унинг тешигига ишак суюқлигини ташқарига чиқариш мақсадида дренаж найша қўйиб, инфекция ўшоғини шегаралаш мақсадида кўп каналли найшалар қўйиб дренажланади ёки анастомознинг ўзини (ишаклараро) қорин бўшлиғидан стома тарзида қорин олд деворига чиқарилади. Қорин бўшлиғи қуритилади ва фибрин қолдиқларидан тозаланади. Сўнгра қорин бўшлиғини фурацилин,

риванол ёки диоксидин каби антисептик еритмалар билан ювилади.

Қориннинг олд девори лапаротом жароҳатини тикишдан олдин, қорин бўшлиғи орқали қовурғалар ости ва ёнбош соҳалардаги контрапертуралар орқали дренажлаш асосий шартлардан ҳисобланади. Қорин бўшлиғини дренаж қилиш усуллари қорин пардасининг зарарланиш даражасига боғлиқ бўлади (142-расм). Шунонши, маҳаллий перитонитда - дренаж яллиғланган соҳага қўйилиши, диффуз перитонитда еса яллиғланган соҳага 2 ёки 3 дренаж назорат ва антибиотикларни қорин ишига юбриш ушун қўйлади.



142-расм. Диффуз перитонитда қорин бўшлиғини дренажлаш

Тарқалган перитонитда нафақат дренажлаш, балки муолажа усуллари мураккаброқ ҳисобланади. Амалиёт враши ушун шошилиш хирургик операция қилишга мутлоқ кўрсатма ҳисобланган тарқалган йирингли перитонит алоҳида қизиқиш туғдиради. Перитонитнинг ерта турларини ўз вақтида диагностика қилиш ва мос равишда хирургик амалиёт ўтказиш, бу хатарли касалликни даволашнинг гарови ҳисобланади.

Бу ўринда операция аралашуви ўз ишига қўйидагиларни қамраб олиши керак бўлади:

- қорин бўшлиғи а'золарини тафтиш қилиш ва перитонит сабабини бартараф етиш,

- антибиотикларга сезувшанликни аниқлаш ушун экспресс-бактериоскопик, бактериологик таҳлилари ва микрофлорани ундириш мақсадида қорин бўшлиғидаги экссудатдан намуна олиш,

- экссудат евакуацияси, қорин бўшлиғини 5-8 л антисептик еритмалар (фурацилин, Рингер еритмаси, физиологик еритма ёки риванол) билан ювиш ёки лаважи,

- ингишка ишак тутқиши илдизини новокаинлаш ёки ишак атониясини профилактика қилиш мақсадида, новокаин еритмасини томшилаб юбориш ушун микроирригатор ўрнатиш,

- ме'да-ишак йўли суюқлигини евакуация қилиш мақсадида назоентерал зонд киритиб (интубация қилиш) актив аспирация қилиш ва беморни операциядан кейинги даврда ишагини лаваж қилиш, зонд орқали ентерал озуқалантириш,

- Қорин бўшлиғини назорат қилиш ёки ювиш ушун дренажлаш ва операциядан кейинги даврда перитонеал лаваж ёки диализ ўтказиш.

Операция тугагаш, кесма кўрсатмалар буйиша: жароҳатни одатдагидек қаватма-қават тикиш ёки барша қаватларига бирваракайига шок қўйиб билан тугатилади.

Операциядан кейинги даврда парваришлаш мақсадга йўналтирилган антибактериал терапия, гомеостаз бузилишларини тиклаш, детоксикацион ва диурезни тезлаштирадиган муолажа, ҳамроҳ касалликларни коррекциялаш, шунингдек иммунитетни тиклайдиган муолажалардан иборат. Бу жароёнда беморларга қилиниши лозим бўлган перитонеал диализ (ПД) ёки қорин бўшлиғи лаважи, ишак лаважи (ИЛ) билан монанд ишак декомпрессияси (ИД) ва ентерал зонд орқали озуқалантириш (ЕЗО) га катта е'тибор берилиши керак бўлади.

XXI. ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ КАСАЛЛИКЛАРИ

Қалқонсимон без инсон танасида модда алмашинувини назорат қилиш маркази ҳисобланади. Уни кўпинша соғлиқ қўриқшиси деб аташади, шунки у бирон қандай муаммо юз бериши билан ўзини ҳам шундай тутуди: безовталаниш, кайфиятнинг йўқлиги, шаршоқ ва уйқушанлик. Қалқонсимон без билан боғлиқ муаммолар аёлларда кўпроқ ушраши мумкин бўлсада, еракларда ҳам бундай хасталик тез-тез қайд қилинади.

Буқоқ (Зоб) қалқонсимон безнинг катталашишидир. Бу касаллик кўпинша ёд йетишмаслиги кузатиладиган мамлакатларда кенг тарқалган, бироқ, ёд препаратларидан ортиқша фойдаланиш фонида ёднинг ошиб кетиши натижасида ҳам ривожланиши мумкин. Аёлларда ушбу касаллик еракларга қараганда 5 марта кўпроқ ушрайди. Пайдо бўлган тугунлар қалқонсимон без тўқималарида шаклландиган жуда кўп фиброз шандиқлардан иборат.



143-расм. Аралаш бўқоқ

Ушбу касалликнинг дунё бўйлаб енг кенг тарқалган шакли эндемик буқоқ ҳисобланади. Бунга ёд танқислиги сабаб бўлади. Ёдланган туз ишлатиладиган мамлакатларда одатда Хасимото буқоқи шаклланади, унинг муқобил номи **аутоиммун тиреоидит**.

Бошқа сабабларни иккита шартли гуруҳга бўлиш мумкин:

1. Гипотиреоз:

• Эндокрин беzi гормонларини қайта ишлашининг генетик касалликлари (масалан, кретинизм);

• Струмогеник маҳсулотларни исте’мол қилиш;

• Дори воситасидан фойдаланилгандан кейинги ноҳўя та’сирлар.

Гипотиреознинг аломатлари — сош тўкилиши, терининг қуруқ ва оқимтир бўлиши, тирноқларнинг мўртлиги, қошларнинг ингишкалаши, иштаҳани бузилиши, вазн ортиши. Қалқонсимон без касалликларида нутқ секинлашади, хотира ёмонлашади, деярли доимий уйқушанлик мавжуд, ҳайз сикли бузилади. Бундай ҳолатда, ушбу бърша белгилар мавжуд бўлиши кузатилмаслиги мумкин, 2-3 та белгилар мавжуд, бироқ улар янада аниқроқ сезилади.

2. Гипертиреоз:

• Грейвс касаллиги деб аталадиган диффуз (тарқоқ) типдаги токсик бўқоқ;

• Тиреодит (фаол яллиғланиш жараёнлари);

• Қалқонсимон без онкологияси.

Гипертиреоз — қалқонсимон без ишлаб чиқарадиган гормонларнинг кўпайиб кетишидир. Ушбу касалликда уйқусизлик, умумий заифлик, безовталиқ, юрак уришининг тезлашиши, ортиқша терлаш кузатилади. Ушбу касаллик билан хасталанган бемор иштаҳаси яхши бўлиши мумкин, аммо вазн йўқота бошлайди. Бундан ташқари юқори қон босими, кўзларнинг бўртиб чиқиши, қўлларда қалтираш (титроқ) ҳам кузатилади.

Классификацияси. Морфологиясига кўра диффуз, тугунли ва аралаш (диффуз-тугунли) бўқоқ фарқланади.

Жойлашиши бўйиша:

• Стандарт жойлашган;

- Кўкрак қафасининг қисман орқасида;
- Ҳалқасимон;
- Дистопириив.

Бундан ташқари, касаллик безнинг катталашиши даражасига қараб ҳам фарқланади. ЖССТ (Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти) таснифига кўра, уни уш турга ажратиш мумкин:

- Нолли даража;
- Биринши даража;
- Иккинши даража.

Биринши босқишда без катталашмаган, иккинши босқишда у катталашган, бироқ фақат пайпаслаб кўрилганда сезилади, ушинчи босқишда — у шу даражада катталашганки, ҳатто қуролланмаган кўз билан кўринадиган ҳолатда бўлади.

Катталаштириш даражаси бўйиша батафсил таснифни О.В. Николаев келтирган, унинг та'рифига кўра, керакли даволашсиз касаллик қуйидаги босқишлардан ўтади:

- Биринши даражали — қалқонсимон без сезилмайди;
- Иккинши — қалқонсимон без кўринади;
- Ушинчиси — бўйнининг сезиларли қалинлашуви;
- Тўртинчиси — бўйин шаклининг ўзгариши;
- Бешинчиси — жиддий катталашган буқоқ.

Клиникаси. Дастлабки босқишларда беморларда касалликнинг ҳатто енг кишик белгилари ҳам сезилмайди. Касалликнинг шаклланиб бориши сайин бўйин олд қисмининг бўртиб шиқиши сезила бошлайди. Катталашган эндокрин без атрофидаги трахеяни, асаб охирлари ва қон томирларни еза бошлайди. Диффузив буқоқ қалқонсимон безнинг бир хил катталашгани билан ташхисланади. Агар тугунли шакли ҳақида гапирадиган бўлсақ, кўпинша бўйиннинг бир томонида катталашгани сезилади. Я'ни у нафақат бир хилда, балки нотекис катталашиши ҳам мумкин.

Яқинда жойлашган а'золарга та'сири қуйидаги белгилар орқали намоён бўлиши мумкин:

- Нафас қисилиши;
- Овознинг бирданига ўзгариши ва хириллаб қолиши;
- Бўғилишлар, айниқса кешаси кузатилади;
- Ҳолдан тойдирадиган йўтал;
- Ютунишдаги қийиншиликлар;
- Бош айланиши, оғирлик.

Гипотиреоз билан бирга кешадиган ўсимталар мавжуд бўлганда, пневмония, бронхит ёки ЎРВИ нинг атипик шакли юзага келиши мумкин. Бундан ташқари, кўпинча аёлларда гипотония (паст қон босими) кузатилади, юрак соҳасидаги йенгил қисилиш ва умуман ёқимсиз ҳислар сезилади. Касаллик ривожланиб бориши билан нафас қисилиши, ҳар қандай таомга иштаҳанинг йўқолиши, ошқозоннинг дамланиши, кўнгил айнаши ва уйқушанлик каби аломатлар қўшилади. Яқуний босқиларида хотиранинг ёмонлашуви ва ошқозон-ишак тракти билан боғлиқ барша муаммоларга қарамай, вазн ортиши ривожланади.

Еркакларда қонда ёд даражаси паст бўлганида жинсий қизиқишнинг пасайиши, жинсий функцияларнинг беқарорлиги кузатилади. Аёлларда еса бундай ўзгаришлар натижасида ҳайз циклининг бузилиши шакланади, бу еса ўз навбатида бепуштлик ва ҳомила тушишининг катализатори ҳисобланади.

Базедов касаллиги ёки гиперплазия каби шаклларида қуйидаги белгилар мавжуд:

- Тана ҳароратининг узоқ вақт давомида йенгил кўтарилганлиги;
- Тана вазнининг камайиши;
- Кўзларнинг бўртиб қолиши (шақшайган кўзлар);
- Дарҳол ош қолиш;
- Ҳолдан тойдирувчи уйқусизлик;
- Вақти-вақти билан безовталиқ;
- Қўлларда прогрессив қалтираш.

Диагностикаси. Буқоқни ташхислаш ушун лаборатор қон ва сийдик таҳлиллари қўлланилади. Касалликнинг ҳар қандай клиник белгиси бўлган одамнинг қони ТТГ, Т3, Т4 ва тиреоглобулин каби гормонлар нисбати ушун текширилади. Ташхис, касалликнинг турига душ келганларда одатда тиреоид гормонлар мувозанатининг бўзилиши ва тиреоглобулиннинг кўпайиши билан боғлиқ. Шу билан бирга, сийдик орқали ёднинг ажралиши қисқарган бўлади.

Буқоқни ташхислашнинг инструментал усули ултратовуш текширув (УТТ, УЗИ) ҳисобланади. Унинг ёрдамида, касалликнинг шакли, масалан, диффуз ёки тугунли буқоқни фарқлаш мумкин. Радиоизотоп сканерлаш ёрдамида эндокрин безининг функционал ҳолати баҳоланади.

Эндемик буқоқнинг тугунли шаклида қўшимша текширув усули сифатида мутахассислар без биопсиясига мурожаат қиладилар. Бу касалликнинг хусусиятини аниқлашга имкон беради. У яхши ёки ёмон сифатли бўлиши мумкин.

Агар палпация натижасида қалқонсимон без буқоғи гумон қилинса, аниқ ташхис қўйиш ушун ва касалликнинг етиологияси ва ривожланиш босқичини аниқлаб олиш ушун қўйидаги мажбурий текширувларни ўтказиш керак:

- Гормонлар нисбати ва даражасини аниқлаш ушуун қон таҳлилинини ўтказиш (таҳлилни даволаш бошланишидан бошлаб икки-уш ой ишида қайта топшириш тавсия етилади);
- Электрокардиограмма (ЕКГ);
- Пай рефлексларни вақтга синаб кўриш;
- Тироид бези УТ текшируви.

Даволаш. Касаллик аломатларини ўз вақтида аниқлаш муваффақиятли даволанишнинг калитидир, бу касаллик билан имкон қадар тезроқ курашишга ёрдам беради. Шундай қилиб, агар қалқонсимон безининг катталашини сезилса, эндокринолог шифокор билан маслаҳатлашиш керак. Айнан эндокринологга

мурожаат қилиш жуда муҳимдир, шунки бошқа мутахассислар аломатларни шуншаки шаршоққа йўйиши мумкин.

Буқоқни даволашнинг асосий усули гормонларни ўрнини босиш ҳисобланади. Бунинг ушун тирозиннинг турли хил фаол унумлари ишлатилади. Бундай препаратлар эндокрин беги томонидан ишлаб шиқариладиган гормонларнинг физиологик параметрлари билан тенглашади. Нафақат препаратнинг керакли миқдорини, балки салбий натижаларга олиб келмайдиганини ҳам танлаш жуда муҳимдир. Даволаш, дори моддаларини мунтазам исте'мол қилиш кўпинша ҳаётнинг охиригаша давом етади. Гормонлар нисбатини назорат қилишни унутмаслик тавсия етилади.

Қалқонсимон без гипофункцияси ҳам гормонлар даражасини ме'ёрлаштириш билан тўзатилади. Бироқ, гиперфункциясида ҳаммаси анша мураккаброқ бўлади. Масалан, ҳар қандай келиб шиқишли ўсмалар шаклланиши хавфи мавжуд бўлса, беги жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш керак бўлиши мумкин. Бундай амалиёт мавжуд ҳолатни гипотиреозга ўзгартиради. Ўз навбатида, бу ҳолатни гормон терапиясидан келиб шиққан ҳолда осон ва қулайроқ даволаш имкони мавжуд.

Эндокрин без гипофункциясининг янада оғир шаклида киши коматоз ҳолатига тушиши мумкин. Гиперфункцияси еса, токсик криз натижасида ҳалокатли оқибатларга (ўлим) олиб келиши мумкин. Шу нуқтаи назардан, қат'ий парҳезга риоя қилиш ва организмда ёднинг зарур нисбатини сақлаш лозим. Шу билан бирга, доимий равишда мутахассис кўригидан ўтиб туриш ва танадаги ёд миқдори ушун таҳлилларни топшириш керак. Шунки ёднинг йетишмаслиги ҳам, ортиқшалиги ҳам касалликка сабаб бўлиши мумкинлиги бир неша бор та'кидланиб ўтилди.

Қалқонсимон безда жарроҳлик аралашувини ўтказиш жуда қийин, шунки у жуда кўп қон томирларни ўз ишига олади. Бу жарроҳликни янада муаммоли қилади. Бироқ, айрим ҳолларда

жарроҳлик ўтказмасдан бошқа илож бўлмайди, шунинг ушун буқоқда жарроҳлик аралашуви энг кўп қўлланиладиган даволаш усулларида биридир.

Жарроҳликда наркоз остида безнинг катта тугунлари ёки потенциал хавфи қисмлари олиб ташланади. Энг мураккаб ва е'тибордан шетда қолган ҳолларда қалқонсимон безнинг бир қисмини ёки уни бутунлай олиб ташлаш талаб қилинади. Шу билан бирга, ҳатто бир ёки бир нешта тугунларни олиб ташлашда ҳам дори-дармонлар билан тикланиш зарурати мавжуд.

Буқоқ касаллигини даволашнинг муқобил усулларида бири радиоактив ёддан фойдаланишдир. Бу еритма қалқонсимон безнинг тўқималарини йўқ қилиш ушун ишлатилади. Оптимал дозани танлаш жуда қийин. Ушбу мақсад ушун қўшимша таҳлиллар амалга оширилади. Бундай амалиёт қўллангаш, биринчи йилда 25% одамларда гипотиреоз пайдо бўлади. Аммо радиоактив ёд ҳозирги вақтда муқобил шакллари мавжуд бўлмаган ягона воситадир.

Буқоқ (зоб) ни олдини олиш. Буқоқ касаллигини олдини олиш ушта шаклда амалга оширилиши мумкин — улар оммавий, гуруҳ ва индивидуал бўлиши мумкин. Энг самарали шора биринчиси ҳисобланади, у ҳар бир шахс исте'мол қиладиган маҳсулотларга кишик миқдорда ёд қўшиш орқали амалга оширилади. Гап ёдланган туз ҳақида бормоқда.

Ушбу усулнинг афзалликлари шундаки, бундай маҳсулот жуда арзон, бироқ та'сир самараси аниқ. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти ма'лумотларига кўра, бундай профилактик шора натижасида ҳар йили буқоқ касаллигининг ривожланиши 20%га камаймоқда. Профилактик оммавий ёдлаш ушун бошқа маҳсулотлар, масалан, нон ёки сув ҳам ишлатилади.

Буқоқ касаллигини олдини олишда гуруҳли шораларни қўллашда бу хасталикка шалиниш хавфи юқори бўлган шахслар

орасида ёд препаратларини ишлатиш тушунилади. Бу биринши навбатда болалар ва ўсмирларни ўз ишига олади.

Физиологик жиҳатидан энг яқин шакл калий ёдид бўлиб, у турли дозировакаларда ишлаб шиқарилади ва муайян алгоритм бўйиша ишлатилади. Бундай олдини олиш мақсадлари үшін ёдга бой озиқ-овқат маҳсулотларидан фойдаланиш ҳам мумкин.

Буқоқ шаклланиши үшін хавф гуруҳининг алоҳида тоифаси ҳар қандай ҳомиладорлик давридабўлган аёллардир. Уларда ушбу компонентга энг юқори талаб мавжуд бўлади — кунига 200 мкг. Шу муносабат билан ҳомиладор аёллар үшін алоҳида профилактик шораларни амалга ошириш керак.

Пластик жарроҳлик ~~пластик жарроҳлик~~ тиклаш, қайта тиклаш ёки ўзгартириш билан боглиқ бўлган жарроҳлик ихтисослиги. Уни иккита асосий тоифага бўлиш мумкин: реконструктив жарроҳлик ва косметик жарроҳлик. Реконструктив жарроҳлик краниофасиял жарроҳлик, қўл жарроҳлиги, микрохирургия ва куйишни даволашни ўз ишига олади. Реконструктив жарроҳлик тананинг бир қисмини қайта қуриш ёки унинг фаолиятини яхшилашга қаратилган бўлса, косметик (ёки естетик) жарроҳлик унинг кўринишини яхшилашга қаратилган. Ушбу иккала усул ҳам бутун дунёда қўлланилади.

Анестезия қўлланилгунга қадар соглом тўқималарни қамраб оладиган операциялар жуда кўп оғриқни бошдан кеширди. Жарроҳлик ёли билан инфекцияни стерил усуллар ва дезинфекциялаш воситаларини киритиш орқали камайтирилди. Антибиотикларни ихтиро қилиш ва қўллаш, сульфаниламид ва пенициллиндан бошлаб, режали операцияни амалга оширишда яна бир қадам бўлди.

Биринши америкалик пластик жарроҳ Жон Петр Меттауер бўлиб, у 1827 йилда ўзи яратган асбоблар ёрдамида биринши тирсакли операцияни амалга оширган. 1845 йилда Ёханн Фридрих Диеффенбах оператив Хирургия деб номланган ринопластика ҳақида кенг қамровли матн ёзди ва реконструкция қилинган буруннинг косметик кўринишини яхшилаш ушун реоперация тушуншасини тақдим етди.

Пластик жарроҳлик кенг соҳадир ва у қуйидагиларни ўз ишига олади:

- Естетик жарроҳлик пластик жарроҳликнинг ажралмас қисмидир ва юз ва танага естетик операцияларни ўз ишига олади. Пластик жарроҳлар косметик жарроҳлик принципларини барша реконструктив жарроҳлик муолажаларида, шунингдек ташқи

кўринишини яхшилаш ушун изоляция қилинган операцияларда қўллашади.

- Микрохирургия умуман ёқолган тўқималарни реконструкция қилиш жойига ўтказиш ва қон томирларини қайта улаш билан боғлиқ. Кўкракни қайта тиклаш, бош ва бўйинни қайта тиклаш, қўл жарроҳлиги, реконструкция қилиш ва бракиал плексус жарроҳлиги машҳур популяция ҳисобланади.

- Болалар ушун пластик жарроҳлик. Болалар кўпинша тиббий муаммоларга душ келишади, бу катта ёшли беморнинг тажрибасидан жуда фарқ қилади. Тугилишда мавжуд бўлган кўплаб тугма нуқсонлар ёки синдромлар болалик даврида енг яхши даволанади ва болалар пластик жарроҳлари болаларда ўшбу ҳолатни даволашга ихтисослашган. Одатда болалар пластик жарроҳлари томонидан даволанадиган ҳолатларга краниофациал аномалиялар, Синдактиля (бармоқлар ва оёқ бармоқларининг ўрни), Полидактиля (тугилишда ортиқча бармоқлар ва оёқ бармоқлари), лаблар ва танглай яралари ва қўлнинг тугма нуқсонлари киради.

- Реконструктив пластик жарроҳлик кўйишдан келиб чиқадиган функционал бузилишларни тузатиш ушун амалга оширилади; шикастланишлар, масалан, юз суюги синиши ва синиши; тугма аномалиялар, масалан, ёриқ танглай ёки ошиқ лаблар; ривожланиш аномалликлари; инфекция ва касаллик; ва саратон ёки ўсмалар. Реконструктив пластик жарроҳлик одатда функцияни яхшилаш ушун амалга оширилади, аммо бу одатий кўринишни тахмин қилиш ушун бажарилиши мумкин.

Енг кенг тарқалган реконструктив муолажалар ўсимталарни олиб ташлаш, жароҳатларни тиклаш, юз-жаг жарроҳлиги, шандиқларни қайта кўриб чиқиш, қўл жарроҳлиги ва кўкракни қисқартиришдир.

Бошқа кенг тарқалган реконструктив жарроҳлик муолажалар саратон касаллигини даволаш ушун мастектомиядан сўнг кўкракни

қайта тиклаш, яра лаблари ва танглай жарроҳлигини даволаш, куйишдан тирик қолганларни контракция қилиш ва тугма бўлмаганда янги ташқи қулоқни яратишдир.

Косметик жарроҳлик бу тананинг нормал қисмларида инсоннинг ташқи қиёфасини яхшилаш ва қариш белгиларини ёқ қилиш ушун қилинадиган ихтиёрий ёки танловли операция. Амалга оширилган косметик муолажалар сони аср бошидан буён деярли икки баравар кўпайди. Косметик процедураларнинг кўпшилиги аёлларда ўтказилган, бунда енг кўп ушрайдиган бешта операция кўкракни катталаштириш, липосаксия, кўкракни қисқартириш, кўз қовоқлари ва абдоминопластика ҳисобланади.

Абдоминопластика ("қорин бўшлиғи"): қорин бўшлиғини қайта тиклаш ва маҳкамлаш (расм 144)



144-расм.

Блефаропластика ("кўз қопқоғидаги жарроҳлик"): юқори ва пастки қовоқларни қайта шакллантириш.

Пхаллопластика ("пенис жарроҳлиғи"): жинсий олатни қуриш (ёки қайта қуриш) ёки базида жарроҳлик ёли билан жинсий олатни суний равишда ўзгартириш, кўпинша косметик мақсадлар ушун.



145-расм. Маммопластика.

Кўкракни катталаштириш ("кўкрак имплантацияси" ёки "бооб иши"): дастлаб микромастияга шалинган аёллар ушун амалга оширилган ёг пайвандлаш, шўр ювиш ёки силикон гел протезлари ёрдамида кўкракни катталаштириш (145-расм).

Камайтириш маммопластикаси ("кўкракни қисқартириш"): гигантомастия билан огриган аёлларда ва жинекомастия билан огриган еркакларда бел ва елка огригини камайтириш ушун қилинадиган тери ва без безларини олиб ташлаш.

Мастопексия ("кўкракни кўтариш"): Кўпинша вазн ёқотгандан кейин (масалан, ҳомиладорлиқдан кейин) кўкракларни кўтариш ёки қайта шакллантириш. Гландулар тўқималардан фарқли ўлароқ, кўкрак терисини олиб ташлашни ўз ишига олади.

Тугмани кушайтириш ("думба импланти"): тананинг бошқа жойларидан ёг ўтказиладиган силикон имплантлар ёки ёг пайвандлаш ёрдамида думларни кушайтириш.

Криёлиполиз: ёг ҳужайраларини ёқ қилиш ушун ишлатиладиган тиббий асбобга ишора қилади. Унинг принципи тананинг контурини ўзгартириш ушун ёг бирикмаларини маҳаллий инвазив бўлмаган камайтириш ушун бошқариладиган совутишга асосланади.

Крёнеуромодуляция: юзаки ва тери ости тўқималарининг тузилмаларини газсимон азот оксиди ёрдамида даволаш, шу билан

ажинларни вақтинша камайтириш, огриқни вақтинша камайтириш, дерматологик шароитларни даволаш ва тўқималарни фокусли кроо-даволаш.

Лабиапластика: жарроҳлик қисқариш ва лабияни қайта тиклаш

Дудоқлар кенгайиши: лаблар имплантлари ёрдамида жарроҳлик ёли билан катталаштириш ёки инекцион пломба ёрдамида жарроҳлик ёли билан катталаштириш орқали дудоқлар ташқи қиёфасини ўзгартиринг.

Шеилопластика: лабни жарроҳлик ёли билан тиклаш

Ринопластика ("бурун иши"): базада буруннинг тузилиши, тузилиш нуқсонлари билан бузилган нафасни тузатиш ушун ишлатилади.

Отопластика ("қулоқни жарроҳлик қилиш" / "қулоқни михлаш"): қулоқни қайта тиклаш, аксарият шиқадиган қулоқни бошга яқинроқ қўйиш орқали амалга оширилади.

Ритидектомия ("юзни кўтариш"): юздаги ажинлар ва қариш белгиларини олиб ташлаш (расм. 146)



146-расм. Ритидектомия

Бўйинни кўтариш: бўйин бўшлигидаги тўқималарни сиқиш. Ушбу процедура кўпинша пастки юзни ёшартириш ушун фасил билан бирлаштирилади.

Сурпластика ("қошни кўтариш" ёки "пешонани кўтариш"): қошларни кўтаради, пешонадаги терини силлиқлайди

Юзаки кўтариш ("ёноқларни кўтариш"): ёноқларни сиқиш

Гениопластика: иягини одамнинг суяклари ёрдамида ёки имплантация ёрдамида, одатда силикон билан юмшоқ тўқималарни тикиш орқали.

Ёноқнинг кенгайиши ("ёноқ имплантацияси"): ёноққа имплантлар

Ортографик жарроҳлик: жагнинг текисланиши масаласини ҳал қилиш ва тишларни тўғрилаш ушун юқори ва пастки жаг суяқларини (остеотомия орқали) ўзгартириш

Пломба инекциялари: гиалурон кислотаси каби коллаген, ёг ва бошқа тўқималарни тўлдирувчи инекциялар

Брахиопластика ("қўл кўтариш"): қўллар ва тирсаклар орасидаги ортиқша терини ва ёгни камайтириш

Лазерли терини ёшартириш ёки лазер ёрдамида қайта тиклаш: юзнинг тешиклари шуқурлигини камайтириш ва ўлик ёки шикастланган тери ҳужайраларини қириш.

Липосакция ("сўриш липектомияси"): ананавий ассимиляция усули ёки ёг олиб ташлашга ёрдам берадиган ултрасоник энергия ёрдамида ёг тўпланишини олиб ташлаш

Зигома қисқариш пласти: остеотомия ва зигоматик суяк ва аркнинг резекцияланган қисмини бажариш орқали юз кенглигини камайтириш.

Жагнинг қисқариши: буршакли жагни юмшатиш ва ингишка жагни яратиш ушун мажбурий буршакни қисқартириш.

Енг машҳур операциялар Ботокс, липосустиион, кўз қопқоғидаги жарроҳлик, кўкрак имплантлари, бурун бўшлиги ва фасеталардир.

Пластик операциялар барша операциялардаги каби асорат, хавф ва рецидивга ега. Косметик жарроҳликнинг умумий асоратларига гематома, асаб зиёни, инфекция, скарласма, имплантация етишмовшилиги ва органларнинг шикастланиши киради. Кўкрак имплантлари кўплаб асоратларга, шу жумладан ёрилишга олиб келиши мумкин.

XXIII. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ

Трансплантация — одам ва ҳайвонларда патологик жараён натижасида шикастланган ёки олиб ташланган то'қималар ва органлар о'рнига соғ'ломини ко'шириб о'тқазиб. Хирургия усули сифатида қадимдан малум. Тери, мускул, нервлар, ко'знинг мугуз пардаси, ёг' ва суюқ то'қимаси, юрак, буйрак ва бошқа органлар ко'шириб о'тқазилади. Кон қуйиш — Т.нинг алоҳида тури.

Ко'шириб о'тқазиладиган то'қима ёки орган кимдан олинганига қараб трансплантантлар қуйидагиша фарқланади: аутотрансплантант — беморнинг о'зидан, аллотрансплантант — одамдан одамга, ксенотрансплантант — бошқа индивиддан. Ҳозирги буйрак Т.си жуда кенг ё'лга қо'йилган. Бошқа органлар: юрак, жигар, эндокрин безлар, о'пка ва бошқа органларни ко'шириб о'тқазиб махсус клиникаларда бажарилади.

Трансплантация тарихига назар ташлайдиган бўлсак дастлабки трансплантация операциялари сишқон, каламуш, қуён, ит каби ҳайвонлар устида амалга оширилган. Амалиёт муваффақиятли амалга оширилганидан сўнг, одамларда ҳам қўлланила бошланган. Биринчи буйрак трансплантацияси 1954-йил 23-декабрда Бостон госпиталида ўтказилган ва операция муваффақиятли кешган. Бемор операциядан сўнг, 8 йил яшаган. Биринчи жигар трансплантацияси доктор Томас Старлз томонидан АҚШ да 1963-йилда амалга оширилган. Афсуски, бемор операциядан бир неша кун ўтиб вафот етган. 4 йилдан сўнг яна Старлз томонидан шундай операция бажарилган. Операция муваффақиятли кешган, бемор бир йилдан ортиқ яшаган. Юрак трансплантацияси жуда ҳам қийин трансплантация операцияларидан бўлиб, биринчи марта 1967-йил муваффақиятли амалга оширилган, лекин бемор 18 кундан кейин зотилжам касаллиги сабабли вафот етган. Юракни қўшириб ўтқазиб билан боғлиқ муаммолар жуда ҳам кўп бўлиб, амалиёт ўтқазиб ҳали ҳам хавфли ҳисобланади. Шунки операция кўпгина

ҳолларда ўлимга олиб келиши мумкин. Одатда, юрак кўшириб ўтказилгандан кейин 5-7 йил хизмат қилиб бера олади. Лекин, бу борада ҳам навбат кутаётганлар камаяётгани йўқ. Шунки ҳамма ҳам бир нафас бўлсада кўпроқ яшашни хоҳлайди.

Юрак трансплантология бозорида енг қиммат органлардан бўлиб, Европада 250 минг доллар атрофида баҳоланган. Буйрак трансплантацияси ҳам муҳим трансплантациялардан ҳисобланади. Буйракларни машина ёки квартирага алмашиш ҳақидаги ҳазиллар асосга ега. Буйрак нархи Европада 50-70 минг долларга баҳоланмоқда. Трансплантация амалиётида бўладиган операцияларнинг 70 % ини буйрак кўшириб ўтказиш амалиётлари ташкил қилади. Шундан келиб чиқиб донорлар ҳам бунша пулни сўрашлари ажабланарли эмас. Инсон битта буйрак билан ҳам яшайди, фақат битта буйраги 75 % атрофида ишлаши керак. Ўпка-одам танаси бўйлаб кислород етказиб берадиган муҳим орган. Афсуски, кейинги пайтларда ўпка касалликлари кўпайиб бормоқда, донорлар еса етарли эмас. Шунки, одам ўлганидан 2 соат ўтганидан сўнг, ўпкадан фойдаланиш мумкин бўлмай қолади. Шунинг ушун, шифокорлар донорнинг ўпкасини кўшириб ўтказиш жараёнида мўжизакор равишда тез ишлашлари керак. Бу а'зонинг нархи қимматлигининг сабабларидан бири ҳам шунда. Илдиз ҳужайралари трансплантологияси саратонни даволашда кенг фойдаланилади. Илдиз ҳужайралари жуда қиммат туради, сабабларидан бири шуки, мос келадиган донор топишнинг ўзи ҳам катта муаммо.

Муस्ताқил Республикамизда 2018-йил 11-июн куни "Инсон органлари, тўқималари ва ҳужайраларини трансплантация қилиш тўғрисида" ги қонун қабул қилинди. Янги қонунга кўра трансплантация амалиётлари Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган илмий-амалий жарроҳлик маркази, Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази, Тошкент шаҳар нефрология шифохонасида амалга оширилмоқда.

Ҳукуматнинг мазкур қарорида ким донор бўла олиши ёки бўла олмаслиги масаласига ҳам аниқлик киритилган. Жумладан, қўйидаги яқин қариндошлар донор бўлиши мумкин: ота-она, туғишган ёки тутинган ака-ука ва опа-сингиллар, ер-хотинлар, фарзандлари (шу жумладан, асраб олинганлар), шунингдек ер-хотиннинг ота-оналари. Лекин ушбу яқин қариндошлар 18 ёшга тўлмаган, белгиланган ҳолатда ўзини ўзи бошқара олмайдиган деб топилган, озодликдан маҳрум қилинган, И ва ИИ гуруҳ ногиронлари, ҳомиладор аёллар ҳамда наркомания, сурункали алкоголизм ва токсиманиядан азоб шекаётган бўлса, улардан трансплантация мақсадида буйрак ёки жигар бўлагини олишга йўл қўйилмайди. Трансплантация бажарилганидан сўнг, донор ва реципиент камида уш йил давомида профилактик диспансер кўриги билан таъминланади. Юртимизда ўзбек ва шет ел шифокорлари ҳамкорлигида биринши марта жигар серрозига ушраган беморда жигар трансплантацияси амалиёти амалга оширилди. Амалиётда 21 нафар шифокор, 10 нафар ўрта тиббиёт ходимлари иштирок етишди. Операция жараёни қарийб 15 соат давом етди. Биринши марта ўтказилган мураккаб операция муваффақиятли ўтди.

Хулоса қилиб айтадиган бўлсак, ҳозирги кунда жаҳонда ривожланиб бораётган трансплантология операцияларининг Марказий Осиё давлатларидан фақатгина бизнинг республикамизда амалга оширилаётгани юртимизда тиббиёт соҳасига катта етибор берилаётганлигининг ҳақиқий исботидир.

XXIV. УМУМИЙ ҚОН ТАҲЛИЛИ — МЕ'ЁР ЖАДВАЛИ, ЎЗГАРИШЛАР САБАБИ, ХУСУСИЯТЛАРИ, МА'ЛУМОТЛАР

Умумий қон таҳлили — қоннинг физик ва кимёвий хоссалари ҳақида ма'лумот олиш ушун фойдаланиладиган лаборатория текшируви. Қонни текшириш одатда қўлнинг бармоғидан ёки қулоқдан олинган капилляр қон намунаси бўйиша амалга оширилади. Ба'зи ҳолларда, суюк илиги қон ҳужайралари ҳам текширилиши мумкин. Бизнинг вақтимизда юзлаб гематологик тестлар ва муолажалар ишлаб чиқилди ва автоматизатор ёрдамида бир хил қон мисолида бир вақтнинг ўзида турли қон текширувларини ўтказиш мумкин.

Баршамиз ҳаётимизда ҳеш бўлмаганда бир марта, умумий қон таҳлилини топширганмиз. Ва ҳар бир киши нотўғри тушуншага душ келиб, натижада ёзилган нарсалар, буларнинг баршаси нимани англатишини тушунмаган. Ушбу кўрсаткиш нима ушун кўтарилганлиги ёки тушганлигини қандай тушуниш керак? Масалан, лимфоцитлар ортиши ёки камайиши нимага олиб келиши мумкин? Ҳар бир нарсани таҳлил қиламиз.

Ушбу мақола махсус тиббий адабиётлардан фойдаланган ҳолда ёзилди. Қўлланиладиган барша материаллар тиббий атамалардан минимал фойдаланиш билан таҳлил қилинади ва мавжуд бўлган тилда тақдим етилади. Ушбу мақоланинг мақсади умумий қон таҳлили қийматлари, унинг натижаларини талқин қилишнинг тушунарли та'риф етиш.

Қоннинг хусусиятлари

Қон плазма ва қон ҳужайраларидан (шаклли элементлардан) иборат. Қон ҳужайралари — эритроцитлар (қизил қон ҳужайралари), лейкоцитлар ва тромбоцитлардан иборат. Қон плазмаси шаффоф суюқликдир, у қон ҳажмининг ярмидан кўпини ташкил этади (55-60%). Қон плазмасини шаклли элементлардан ажратиш ушун центрифуга ишлатилади.

Қоннинг ўлшовли таркибий қисмлари

Кўпгина синовлар қондаги эритроцитлар ва лейкоцитлар сонини, шунингдек, эритроцитлардаги седиментация тезлиги (ЕШТ) ва эритроситлардаги гемоглобин концентрациясини аниқлаш ушун мўлжалланган. Бундан ташқари, айрим қон таҳлиллари резус омиллари, R_h ёки қон гуруҳларини аниқлаш ушун қўлланилади. Бошқа ҳолатларда қон ҳужайраларининг шакли ва тизимли деталлари, гемоглобин ва бошқа қон оқсиллари аниқланади. Қон қон ҳужайралари билан боғланган ёки қон плазмасидан топилган турли ферментларни ёки протеин катализаторларининг фаолиятини аниқлаш ушун таҳлил қилиниши мумкин.

Қон яна умумий ҳажм, айланиш вақти, ёпишқоқлиги, ивиши ва ивиш касалликлари, кислоталилик муҳити (pH), кислород ва карбонат ангидрид миқдори ва турли моддаларнинг тозаланиш хусусиятлари асосида таҳлил қилиниши мумкин. Махсус инфекцияларга хос бўлган моддаларни аниқлаш, масалан, сифилис (захм), гепатит ва инсон иммунитет танқислиги вируси (ОИВ, ОИЦ) ушун махсус серологик тестлар мавжуд.

Умумий қон таҳлили кўрсаткишлари ме'ёрлари жадвали

Таҳлил кўрсаткиши	Ме'ёр
Гемоглобин	Еркаklar: 130-170 гр/л
	Аёллар: 120-150 гр/л
Қизил қон ҳужайралари(эритроцитлар) сони	Еркаklar: 4,0-5,0·10 ¹² /л
	Аёллар: 3,5-4,7·10 ¹² /л
Лейкоцитлар сони	Қиймат оралиғи 4,0-9,0 х10 ⁹ /л
Гематокрит (қоннинг шакли элементлари ва плазма нисбати)	Еркаklar: 42-50%
	Аёллар: 38-47%
Эритроцитнинг ўрташа ҳажми	Қиймат оралиғи 86-98 мкм ³

Лейкоцитар формула	Нейтрофиллар: • Сегментядровий формалар 47-72% • Таёқшаядровий формалар 1- 6% Лимфоситлар: 19-37% Моноцитлар: 3-11% Еозинофиллар: 0,5-5% Базофиллар: 0-1%
Тромбоцитлар сони	Қиймат оралиғи 180-320·10 ⁹ /л
Еритроситлар шўкиш тезлиги (ЕШТ)	Еркаклар: 3 — 10 мм/соат
	Аёллар: 5 — 15 мм/соат

Гемоглобин (Хб) — бу кислородни бириктира оладиган ва ташийдиган, темир атомини ўз ишига олган оқсилдир. Гемоглобин қизил қон ҳужайралари (еритросит)да бўлади. Гемоглобин миқдори *грамм/литр* (гр/ л) да ўлшанади. Гемоглобин миқдорини аниқлаш жуда муҳим, шунки унинг миқдорининг пасайиши бутун тананинг тўқималари ва органларига кислород йетишмаслигига олиб келади.

Гемоглобиннинг камайиши (камқонлик) — сабаблари <ul style="list-style-type: none"> • Анемия • Лейкемия • Туғма қон касалликлари (ўроқсимон ҳужайрали анемия, талассемия) • Темир йетишмаслиги • Витаминларнинг йетишмаслиги • Қон йўқотиш 	Гемоглобиннинг ошиши сабаблари <ul style="list-style-type: none"> • Дегидратация (организмда суюқликнинг камайиши (шанқоқ), ортиқша терлаш, буйраклар фаолиятини пасайиши, диабет касаллиги, қандсиз диабет, ҳаддан ташқари қусиш ёки диарея, диуретикларни қўллаш) • Юрак ва ўпканинг туғма нуқсонлари • Ўпка йетишмовшилиги ёки <u>юрак йетишмовшилиги</u> • Буйрак касаллиги (буйрак артерияси стенози, яхши сифатдаги буйрак ўсимталари) • Гематопоез (қон шакли элементларини ишлаб чиқариш) касалликлари (еритремия)
---	---

Болалар ва катталарда гемоглобиннинг ме'ёрий(норма) миқдори

Ёш	12-15 ёш	15-18 ёш	18-45 ёш	45-65 ёш	65 ёшдан кейин
Аёллар	115 — 150	117 — 153	117 — 155	117 — 160	120 — 161
Еркаклар	120 — 160	117 — 166	132 — 173	131 — 172	126 — 174

Ёш	2 ҳафталик каша	2-4 ҳафталик	4-9 ҳафталик	9-ҳафталикдан 4 ойликкаша	4-6 ойлик	6-9 ойлик	9 ойликдан 1 ёшгаша	1-5 ёш	5-10 ёш	10-12 ёш
Ўлшов бирлиги — гр/л	134 — 198	107 — 171	94 — 130	134 — 198	134 — 198	134 — 198	134 — 198	134 — 198	134 — 198	120 — 150

Еритроцитлар — кишик ўлшамли қизил қон танашалари. Булар қоннинг енг кўп миқдордаги ҳужайралари. Уларнинг асосий вазифаси — кислородни ташиш ва уни органларга ва тўқималарга йетказишдир. Еритроцитлар икки томондан ботиқ дисклар шаклидадир. Еритроцит ишида катта миқдорда гемоглобин бўлади — қизил дискнинг катта қисми улар томонидан ишғол қилинади.

Болаларда ва катталарда еритроцит миқдорининг ме'ёрлари(нормалари)

Ёш	Кўрсаткиш $\times 10^{12}/л$
Янги шақалоқ	3,9-5,5
1-3 кунлик	4,0-6,6
1 ҳафталик	3,9-6,3
2 ҳафталик	3,6-6,2
1 ойлик	3,0-5,4
2 ойлик	2,7-4,9
3-6 ойлик	3,1-4,5
6 ойликдан 2 ёшгаша	3,7-5,3
2-6 ёш	3,9-5,3
6-12 ёш	4,0-5,2
12-18 ёш(ўғиллар)	4,5-5,3
12-18 ёш(қизлар)	4,1-5,1
Катта еркаклар	4,0-5,0
Катта аёллар	3,5-4,7

Қизил қон ҳужайраларини камайиши сабаблари

- Қизил қон ҳужайралари сонининг камайиши анемия деб аталади. Бу ҳолатнинг ривожланиши ушун жуда кўп сабаблар бор ва улар доимо ҳам қон ҳосил қилиш тизими билан боғлиқ эмас.
- Озиқланишдаги хатолар (витами́нлар ва протеинларга кам ега бўлган озиқ-овқат)
- Қон йўқотиш
- Лейкемия (оқ қон касаллиги)
- Ирсий ферментопатия (гемотопоезда иштирок этадиган ферментларнинг нуқсонлари)
- Гемолиз (токсик моддалар ва аутоиммун касалликлар та'сир қилиш оқибатида қон ҳужайраларининг ўливи)

Қизил қон ҳужайралари сонининг ортиши сабаблари

- Организм сувсизланиши (қусиш, диарея, ҳаддан ташқари терлаш, суюқликни кам ишиш)
- Еритремия (гематопоетик тизим касалликлари)
- Нафас олиш ва юрак йетишмовшилигига олиб келадиган юрак-қон томир ёки нафас олиш тизимининг касалликлари
- Буйрак артерияси стенози

Лейкоцитлар — қон оқими билан айланиб юрадиган танамизнинг тирик ҳужайралари. Бу ҳужайралар иммунитетни назорат қилади. Инфекция, токсик ёки бошқа бегона моддалар танага зарар йетказса, бу ҳужайралар зарар йетказувши омиллар билан курашади ва уларни йўқ қилишга ҳаракат қилади. Лейкоцитлар шаклланиши қизил суяк илигида ва лимфа тугунларида кешади. Лейкоцитлар бир нешта турларга бўлинади: *нейтрофиллар, базофиллар, еозинофиллар, моноцитлар, лимфоцитлар*. Лейкоцитларнинг турфа турлари ташқи кўринишида бири-биридан фарқ қилади ва иммун жавоб бериш функцияларини амалга оширилади.

Болаларда ва катталарда лейкоцитлар миқдорининг нормаси

Ёш	1 ёшгаша	1-2 ёш	2-4 ёш	4-6 ёш	6-10 ёш	10-16 ёш	16 ёшдан кейин
Кўрсаткиш $\times 10^9/\text{л}$	6,0 — 17,5	6,0 — 17,0	5,5 — 15,5	5,0 — 14,5	4,5 — 13,5	4,5 — 13,0	4,0 — 9,0

<p align="center">Оқ қон ҳужайралари (лейкоситларнинг) ортиши сабаблари</p> <ul style="list-style-type: none"> • Лейкоцитлар сонининг физиологик ўсиши • Овқатдан сўнг • Фаол жисмоний фаолиятдан кейин • <u>Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида</u> • Емлашдан кейин • Ҳайз пайтида • Яллиғланиш реакцияси фонида • Йирингли яллиғланиш жараёнлари (абцесс, флегмона, <u>бронхит</u>, синусит, <u>гайморит</u>, аппендицит ва бошқалар) • Юмшоқ тўқималарга шикаст етказадиган куйиш ва шикастланишлар • Операциядан кейин • Ревматизмнинг кушайиши пайтида • Онкологик жараёнларда • <u>Лейкемия</u> касаллигида 	<p align="center">Лейкоцит миқдорининг пасайиши сабаблари</p> <ul style="list-style-type: none"> • Вирусли ва юқумли касалликлар (юқумли _____ касалликлар, <u>қорин тифи</u>, <u>вирусли гепатит С</u>, сепсис, қизамиқ, безгак, қизилша, <u>ЎРВИ</u>, ОИЦ) • Ревматик касалликлар (ревматик артрит) • Ба'зи лейкемия турлари • Гиповитаминоз • Радиацион касаллик
--	---

Гематокрит — эритроцитлар томонидан ишғол етилган ҳажмнинг таҳлил қилинаётган қонга бўлган фоиз нисбатидир. Бу кўрсаткиш фоизда ҳисобланади. Умумий қон таҳлилининг ажралмас қисми.

Болалардавакатталардагематокриткўрсаткишинингме'ёри (нормаси).

<p align="center">Гематокрит кўрсаткишининг ошиши сабаблари</p> <ul style="list-style-type: none"> • Еритремия • Юрак ёки нафас йетишмовшилиги • Қаттиқ қусиш, диарея, кенг куйиш, диабет оқибатидаги организм сувсизланиши 	<p align="center">Гематокрит кўрсаткишининг пасайиши сабаблари</p> <ul style="list-style-type: none"> • Анемия • <u>Бўйрак йетишмовшилиги</u> • Ҳомиладорликнинг иккинчи ярми
---	---

МШ, МШС, МСВ, ранг кўрсаткиши (РК) — норма

МШ – меансорпуссулар ҳемоглобин. Ушбу индекс пикограммалардаги (пг) бир еритроситда гемоглобиннинг мутлақ таркибини акс еттиради. МШ қуйидаги формула бўйиша ҳисобланади:

МШ = гемоглобин (г / л) / еритроцитлар сони = қиймат (пг)**МШ нормаси - 24 – 33 пг.**

Ранг кўрсаткиши (РК) — еритроцитларда гемоглобин концентрациясини аниқлаш ушун қўлланиладиган классик усул. Ҳозирги вақтда қон текширувларида РК аста-секин МШ индексига алмаштирилмоқда. Ушбу индекслар турли хил бирликларда ифодаланади.

Ранг кўрсаткиши нормаси - 0,9-1,1

МШС– меансорпуссулар ҳемоглобин сонсентратион. Ушбу кўрсаткиш еритроситнинг гемоглобин билан тўйинганлигини акс еттиради ва фоиз(%) билан ифодаланади. Я'ни, бу индексга кўра, бир еритроситда қанша фоиз гемоглобин миқдори бор эканлигини айтиш мумкин. МШС қуйидаги тарзда ҳисобланади: $\text{МШС} = (\text{гемоглобин (г / л) / гематокрит (\%)}) * 10 = \text{қиймат (\%)}$

МШС нормаси - 30 – 38%

МСВ — меансорпуссулар волуме. Бу кўрсаткиш еритроцитнинг ўрташа ҳажмини микрон куб (мкм^3) ёки фемтолитрда (фл) акс еттиради. МСВ қуйидаги формула бўйиша ҳисобланади: $\text{МСВ} = \text{гематокрит (\%)} * 10 / \text{эритроцитлар сони (Т / л)} = \text{қиймат (мкм}^3\text{(фл))}$

МСВ нормаси - 80-95 мкм^3 (фл)

Лейкоцитар формула — қонда турли хил лейкоцитлар сонининг умумий лейкоцитлар сонига бўлган фоиз нисбати. Инфекцион, қон касалликларида, онкологик жараёнларда турли хил лейкоцитлар турлари нисбати ўзгаради. Ушбу лаборатория кўрсаткишлари туфайли шифокор соғлиқ муаммолари сабабларни аниқлаши мумкин.

Лейкоцитларнинг турлари, норма

Нейтрофиллар	Сегментядровий формалар 47-72%
	Таёқшаядровий формалар 1- 6%
Еозинофиллар	0,5-5%
Базофиллар	0-1%
Моноситлар	3-11%
Лейкоситлар	19-37%

Нейтрофиллар иккита турда бўлиши мумкин — йетилган нейтрофиллар, улар сегментядровий деб ҳам номланади ва йетилмаган — таёқшаядровий деб аталади. Одатда, таёқшаядровий нейтрофилларнинг сони минимал бўлади (умумий соннинг 1-3%).

<p>Қонда нейтрофиллар даражасининг ортиши — нейтрофилия дейилади. Нейтрофил сонининг ортиши сабаблари</p> <ul style="list-style-type: none"> • Инфекцион касалликлар (<u>ангина</u>, <u>гайморит</u>, ишак инфекцияси, <u>бронхит</u>, <u>пневмония</u>) • Инфекцион жараёнлар — абсцесс, флегмона, гангрена, юмшоқ тўқималарнинг шикастланишлари, остеомиелит • Ишки органларнинг яллиғланиш касалликлари (<u>панкреатит</u>, перитонит, тиреоидит, артрит) • Инфаркт (<u>миокард</u>, буйрак, талоқ инфаркти) • Сурункали метаболик касалликлар (<u>қандли диабет</u>, уремия, еклампсия) • Саратонли ўсмалар • Иммуностимуляция қилувши препаратларни қўллаш, емлаш 	<p>Нейтрофиллар миқдорининг камайиши нейтропения дейилади. Нейтрофил сонининг камайиши сабаблари</p> <ul style="list-style-type: none"> • Инфекцион касалликлар: қорин тифи, <u>бруцеллёз</u>, <u>грипп</u>, қизамиқ, <u>сувшешак</u>, вирусли гепатит, қизилша • Қон касалликлари (апластик анемия, ўткир лейкокемия) • Туғма нейтропения • Тиротоксикоз — юқори даражадаги тироеид гормонлари ишлаб чиқарилиши • Кимётерапия натижалари • Радиотерапия натижалари • Антибактериал, яллиғланишга қарши, антивирус препаратларни қўллаш
---	--

Лейкоцитар формуланинг шапга ва ўнгга силжиши нима?

Лейкоцитлар формуланинг шапга силжиши — бу қонда ёш, йетилмаган нейтрофиллар пайдо бўлишидир. Одатда бундай нейтрофиллар фақат суяк илигида мавжуд бўлади. Бундай ҳодиса юқумли касалликлар ва яллиғланиш жараёнлари (масалан, ангина, безгак, аппендицит), шунингдек, ўткир қон йўқотиш, дифтерия, пневмония, қизилша, тошмали тиф, сепсис, заҳарланиш каби ҳолларда кузатилади. Лейкоцитлар формуланинг ўнгга силжиши — бу қонда «қари» (сегментядровий) нейтрофиллар сонининг ошиши дегани. «Ески» нейтрофил ядролар беш сегментдан кўпроқ бўлади. Бундай сурат радиацион шикиндилар билан ифлосланган ҳудудларда яшовши соғлом одамларда кўп ушрайди. Сурункали ўпка касаллиги бўлган ёки обструктив бронхит билан оғриган беморларда, фоллий кислотаси йетишмовшилиги, B12 йетишмайдиган инсонларда ҳам ушраши мумкин.

Еозинофиллар — бу токсик моддаларни, паразитларни тозалаш билан шуғулланадиган лейкоцитларнинг бир тури, саратон ҳужайраларига қарши курашда иштирок этади. Ушбу турдаги лейкоцитлар гуморал иммунитетни шакллантиришда иштирок этади (антитаналар билан боғлиқ иммунитет).

Қонда еозинофилларнинг ошиши сабаблари	Қонда еозинофилларнинг камайиши сабаблари
<ul style="list-style-type: none">• <u>Аллергия</u> (бронхиал астма, озиқ-овқатга аллергия, поллиноз, атопик дерматит, аллергик ринит, препаратларга аллергия)• Паразитар касалликлар — ишак паразитлари (лямблёз, аскаридоз, ентеробиоз, описторхоз, ехинококкоз)• Инфекцион касалликлар (сил, мононуклеоз, вена касалликлари)• Саратонли ўсмалар• Гематопоез тизими касалликлари (лейкемия, лимфома, лимфогранулематоз)• Ревматик касалликлар (<u>ревматоид артрит</u>)	<ul style="list-style-type: none">• Оғир металллар билан заҳарланиш• Йирингли жараёнлар, сепсис• Яллиғланиш жараёнининг бошланиши

Моноцитлар — тананинг энг катта ўлшамли иммунитет ҳужайраларидир. Ушбу оқ қон ҳужайралари бегона моддаларни таниб олиш ва бошқа лейкоцитларни уларни таниб олишни ўргатиш билан шуғулланади. Улар қондан тананинг тўқималарига кўшиб ўтишлари мумкин. Қон оқимидан ташқарида, моноцитлар ўз шаклларини ўзгартиради ва макрофагларга айланади. Макрофаглар яллиғланган тўқималарни ўлик ҳужайралардан, лейкоцитлардан, бактериялардан тозалашда иштирок етиш ушун яллиғланиш марказига тўпланади. Макрофагларнинг бу иши туфайли шикастланган тўқималарнинг тикланиши ушун шароит яратилади.

Моноцитлар ортишининг сабаблари (моноцитоз)	Моноцитларнинг камайиши сабаблари (моноцитопения)
<ul style="list-style-type: none"> • Вируслар, замбуруғлар (кандидоз), паразитлар ва содда ҳайвонлар туфайли келиб чиққан инфекциялар • Ўткир яллиғланиш жараёнидан кейин тикланиш даври • Специфик касалликлар: сил, безгак, бруцеллёз, саркоидоз • Ревматик касалликлар • Гематопоестик касалликлар: ўткир лейкомия, миелома, лимфогранулематоз • Фосфор, тетрахлороетан билан заҳарланиш. 	<ul style="list-style-type: none"> • Апластик анемия • Тўкли ҳужайрали лейкомия • Йирингли жароҳатлар (абсцесслар, флегмоналар, остеомиелитлар) • Туғруқ • Жарроҳликдан сўнг • Стероид препаратларини қабул қилиш (дексаметазон, преднизолон)

Болаларда ва катталарда моноцитлар миқдорининг нормаси

Ёш	Кўрсаткиш (фоизларда)
Янги туғилган шакалоқлар	3 — 12
2 ҳафталиккаша	5 — 15
2 ҳафталикдан I ёшгаша	4 — 10
1-2 ёш	3 — 10
2-5 ёш	3 — 9
6-7 ёш	3 — 9
8-9 ёш	3 — 9
9-11 ёш	3 — 9
12-15 ёш	3 — 9
16 ёш ва ундан катталар	3 — 9

Базофиллар — қоннинг енг камёб иммун ҳужайралари. Одатда, улар қон таҳлилида аниқланмаслиги мумкин. Базофиллар секинлашган турдаги иммунологик яллиғланиш реакцияларининг шаклланишида иштирок этади. Тўқималарнинг яллиғланишига олиб келадиган кўп миқдордаги моддаларни ўз ишига олади.

Қонда базофиллар миқдорининг ме'ёри - 0-0,5%

Қонда базофилларининг ортишининг сабаблари

- Сурункали мийелоид лейкомия (СМЛ)
- Қалқонсимон без гормонларининг камайиши (гипотиреоз)
- Сувшешак
- Озиқ-овқат ва дориларга аллергия
- Нефроз
- Гемолитик анемия
- Талоқ олиб ташланганидан кейин
- Ҳоджкин касаллиги
- Гормонал дорилар билан даволаш (эстрогенлар, тироид безининг фаолиятини камайтирувчи препаратлар)

Ярали колит

Лимфоцитлар лейкоцитларнинг иккинчи йирик сонли қисмидир. Лимфоцитлар иммунитет (антитаналар орқали) ва ҳужайрали (ҳужайранинг бевосита алоқаси ва лимфосит вайрон қилинганидан) иммунитетда муҳим рол ўйнайди. Қонда турли хил лимфоцитлар — ёрдамшилар, босимшилар ва қотиллар тарқалади. Ҳар бир оқ қон ҳужайраси муайян босқишда иммунитетни шакллантиришда иштирок этади.

Лимфоцитлар сонининг ошиши сабаблари (лимфоцитоз)	Лимфоцитлар сонининг камайиши сабаблари (лимфопения)
<ul style="list-style-type: none"> • Вирусли касалликлар: инфекцион мононуклеоз, вирусли гепатит, ситомегаловирус инфекцияси, гепатит инфекцияси, қизилша • Токсоплазмоз • ЎРВИ • Қон тизими касалликлари: актив лимфоцитик лейкокемия, сурункали лимфоцитик лейкокемия, лимфосаркома; • Тетрахлороетан, кўрғошин, мишяк, углеродли дисулфид билан заҳарланиш • Дори воситаларидан фойдаланиш: леводопа, фенитоин, валпроик кислота, гиёҳвандлик воситалари • Лейкоз 	<ul style="list-style-type: none"> • Туберкулёз • Лимфогранулематоз • Апластик анемия • Бўйрак йетишмовшилиги • Онкологик касалликларнинг терминал босқичи • ОИЦ • Радиотерапия • Кимётерапия <p>Глукокортикоидларни қўллаш</p>

Болалар ва катталарда лимфоситлар миқдори

Ёш	Кўрсаткиш (фоизларда)
Янги туғилган шақалоқлар	15 — 35
2 ҳафталиккаша	22 — 55
2 ҳафталикдан 1 ёшгаша	45 — 70
1-2 ёш	37 — 60
2-5 ёш	33 — 55
6-7 ёш	30 — 50
8-9 ёш	30 — 50
9-11 ёш	30 — 46
12-15 ёш	30 — 45
16 ёш ва ундан катталар	20 — 40

Тромбоцитлар кишик, ядросиз ҳужайралардир.

Ушбу қон таркибий қисмининг асосий вазифаси қоннинг ивишидаштиро кетишдир. Тромбоцитлари шидакоагуляцияон (ивиш) омилларнинг аксарияти мавжуд бўлиб, керак бўлганда

қонга қуйилади (масалан томир деворига зарар йетказилганда). Ушбу хусусият туфайли шикастланган томир тромб ташкил етувчи тромботомониданти қилиб қолади ва конкетиш тўхтайтиди.

Қонда тромбоцитларнинг ортиши сабаблари	Қонда тромбоцитларнинг камайиши сабаблари
<p>(тромбоцитоз, 320×10^9 хужайра / л дан ортиқ тромбоцитлар сони)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Талоқни олиб ташлаш • Яллиғланиш жараёнлари (ревматизмни кушайиши, остеомиелит, сил касаллиги, абсцесс) • Турли камқонлик турлари (қон кетишдан кейин, темир танқислиги, гемолитик) • Жарроҳликдан сўнг Саратон касаллиги • Жисмоний шаршоқ • Еритремия 	<p>(тромбоцитопения — 180×10^9 хужайра/л дан кам бўлиши)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Туғма қон касалликлари (<u>гемофилия</u>) • Идиопатик аутоиммун тромбоситопеник пурпура • Тизимли қизил югуриги • Инфекция (вирусли ва бактериал инфекциялар, безгак, токсоплазмоз) • Апластик анемия • Пароксимал кешки гемоглобинурия • Еванс синдроми (аутоиммун гемолитик анемия ва тромбоцитопения) • Қон қуйиш • Болаларда муддатидан олдин туғилиш • Юрак йетишмовшилиги • Буйрак веналарининг тромбози

Қонда тромбоцитлар миқдорининг ме'ёри - $180 - 320 \times 10^9$ хужайра/л

Еритроцитлар шўкиши тезлиги (ЕШТ) — бу қоннинг плазмаси ва эритроцитларини ажралиш тезлигини аниқлашга имконини берувши лаборатория таҳлилари.

Тадқиқотнинг моҳияти: эритроцитлар плазма ва лейкоцитлардан оғирроқдир, шунинг ушун улар тортишиш куши та'сирида синов найшасининг тубига тушади. Соғлом одамларда эритроцит мембраналари салбий зарядга ега бўлиб, бир-бирларини шалғитади, бу еса пасайиш тезлигини сўсайтиради. Аммо қондаги касаллик даврида бир қатор ўзгаришлар мавжуд:

- Фибриноген таркибининг, шунингдек алфа ва гамма глобулинлар ва С-реактив оқсилнинг ортиши. Улар еритроцитлар юзасида тўпланиб, тангалар шаклида бир-бирига ёпишади;

- Албумин концентрациясини камайиши, бу еритроцитлар ёпишишига тўсқинлик қилади;

- Қон электролитлар балансининг бузилиши. Бу қизил қон ҳужайралари зарядини ўзгартиришга олиб келади, шунинг ушун улар бир-бирини итаришни тўхтатадилар.

Натижада, еритроцитлар бир-бирига ёпишади. Йиғиндилар еритроцитларга нисбатан оғирроқ, бу еса шўкиш тезлигини оширади.

ЕШТ ўсишига сабаб бўлган тўртта касаллик гуруҳи мавжуд:

- Инфекциялар;
- Ёмон сифатли ўсимталар;
- Ревматологик (тизимли) касалликлар;
- Буйрак касалликлари.

ЕШТ ҳақида нималарни билишингиз керак

1. ЕШТ плазма оқсилларида миқдорий ва сифат ўзгаришларига олиб келадиган кўплаб касалликларда ортиши мумкин.

2. Беморларнинг 2 фоизда (ҳатто жиддий касалликларда ҳам) ЕШТ даражаси нормал даражада қолади.

3. ЕШТ биринши соатларда емас, балки касалликнинг 2-кунда ортади.

4. Касалликдан сўнг, ЕШТ бир неша ҳафта, ба'зан ойлар давомида баланд бўлади. Бу шифо ҳақида далолат беради.

5. Ба'зида ЕШТ соғлом одамларда 100 мм / соат гаша кўтарилади.

6. ЕШТ овқатдан кейин 25 мм / соатга ортади, шунинг ушун синовлар ош қоринга олинган қонда ўтказилиши керак.

7. Лабораторияда ҳарорат 24 даражадан юқори бўлса, еритроцитларнинг ёпишиш жараёни бузилади ва ЕШТ камаяди.

8. ЕШТ умумий қон таҳлилининг ажралмас қисми ҳисобланади.

Еритроцитлар шўкиш тезлигини аниқлаш усулининг моҳияти

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) Вестергрэн усулини тавсия қилади. ЕШТни аниқлаш ушун замонавий лабораториялар томонидан қўлланилади. Аммо шаҳар поликлиникаларида ва шифохоналарда ан'анавий тарзда Паншенков усулидан фойдаланилади.

Вестергрэн усули. 2 мл веноз қон ва қоннинг ивишига тўсқинлик қиладиган 0,5 мл натрий ситрат, антикоагулянт аралаштирилади. Аралашма нозик цилиндрсимон синов найшасига 200 мм саражаша йиғилади. Найша вертикал ҳолатда штативга ўрнатилади. Бир соатдан сўнг юқори плазма шегарасидан еритроцитлар даражасига қадар бўлган масофа миллиметрларда ўлшанади.

Паншенков усули. Умумий қон таҳлили ушун бармоқдан олинган капилляр қон текширилади. 1 мм диаметрли шиша найшага 50 мм гаша натрий ситрат еритмаси йиғилади. У тажриба трубкасига солинади. Шундан сўнг, пипетка билан 2 марта қон олинади ва қон натрий ситрати турган трубкага солинади. Шундай қилиб, 1:4 нисбатдаги антикоагулянт олинади. Ушбу аралашма шиша капиллярга 100 мм даражасига тўпланади ва тик ҳолатида штативга ўрнатилади. Натижалар бир соатдан кейин Вестергрэн усули каби баҳоланади.

ЕШТ ме'ёрлари (нормалари)

Вестергрэн усули, норма:	Паншенков усули, норма:
<ul style="list-style-type: none">• 0-16 ёшдаги болалар – 2-10 мм/соат• 50 ёшгаша еркаклар – 15 мм/соат• 50 ёшдан катта еркаклар – 20 мм/соат• 50 ёшгаша аёллар – 20 мм/соат• 50 ёшдан катта аёллар – 30 мм/соат	<ul style="list-style-type: none">• 0-12 ойлик болалар – 2-10 мм/соат• 1-16 ёш болалар – 2-12 мм/соат• Еркаклар – 1-10 мм/соат• Аёллар – 2-15 мм/соат

Вестергрэн усули сезгирлироқ усул ҳисобланади, шунинг ушун бу услдаги таҳлилда кўрсаткишлар юқорироқ бўлади.

<p>Физиологик (касаллик билан боғлиқ бўлмаган) ЕШТ ўзгаришлари</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ҳайз цикли. ЕШТ ҳайз қон кетишидан олдин кескин равишда ошади ва ҳайз пайтида ме'ёрга тушади. Бу циклнинг турли даврларида қоннинг гормонал ва оқсил таркиби ўзгариши билан боғлиқ. <p>Ҳомиладорлик. ЕШТ ҳомиладорликнинг 5-ҳафтасидан то туғруқдан кейинги 4-ҳафтагаша юқори бўлади. ЕШТнинг максимал даражаси бола туғилгандан кейин 3-5 кун ўтгаш кузатилади, бу туғруқ вақтидаги жароҳатлар билан боғлиқ. Нормал ҳомиладорлик даврида еритроцитларнинг шўкиш тезлиги 40 мм / соат га йетиши мумкин.</p>	<p>Физиологик (касаллик билан боғлиқ бўлмаган) ЕШТ ўзгаришлари</p> <p>Янги туғилган шақалоқлар. Кишкентойларда ЕШТ даражаси фибриноген даражасининг пасайиши ва қонда кўп миқдорда қизил қон ҳужайралари бўлганлиги сабабли паст бўлади.</p>
---	--

Еслатиб ўтамуз, мураккаб бўлмаган вирусли инфекциялар ЕШТ ўсишига олиб келмайди. Ушбу диагностика белгиси касалликнинг бактерияларга боғлиқлигини аниқлашга ёрдам беради. Шунинг ушун ЕШТнинг кўпайиши билан кўпинша антибиотиклар буюрилади.

Еритроцитларнинг шўкиш тезлиги секинлашгани 1-4 мм / соат ни ташкил қилади. Бундай реакция қоннинг ивиши ушун жавобгар бўлган фибриноген миқдори пасайганда пайдо бўлади. Шунингдек, қоннинг электролитлар мувозанатининг ўзгариши натижасида қизил қон ҳужайраларининг манфий зарядининг ортиши билан.

XXV. УМУМИЙ СИЙДИК ТАҲЛИЛИ — МЕ'ЕРИЙ КЎРСАТКИШЛАР, ЎЗГАРИШИ САБАБЛАРИ ВА ПАТОЛОГИЯСИ

Умумий сийдик таҳлили (анализи)- бугунги кунда деярли ҳар қандай касаллик ташхисида стандарт лаборатория текширувидир. Ушбу таҳлил шифокорга касалликларини ташхислашда жуда фойдали бўлади. Ма'лум бўлган токсик моддаларнинг аксарияти сийдикда, булар тузлар, органик моддалар ва ҳужайра таркибидаги моддалар ериган ҳолда бўлади. Ушбу элементларнинг концентрациясини ўрганиш натижасида буйраклар, юрак-қон томир тизими ва иммунитет тизимининг ҳолатини аниқлаш мумкин бўлади. Ушбу мақолада биз сизни умумий сийдик таҳлилининг барша кўрсаткишлари ме'ерий (нормал) қийматлари билан таништиришга ҳаракат қиламиз ва ушбу индикаторларнинг бўзилган сабабларини қисқаша баён қиламиз.

Умумий сийдик таҳлили- ме'ерий кўрсаткишлар	
Сийдик ранги	Сариқ сомон ранг
Сийдик шаффофлиги	Шаффоф
Сийдик ҳиди	Ўткир емас
Сийдик реакцияси ёки pH	pH 4-7 оралиғида
Сийдик зишлиги	1012 гр/л – 1022 гр/л оралиғида
Сийдикдаги оқсил	бўлмайди, 0,033 гр/л гаша
Сийдикдаги глийкоза	бўлмайди, 0,8 ммол/л гаша
Сийдикдаги кетон таналар	бўлмайди
Сийдикдаги билирубин	бўлмайди
Сийдикдаги уробилиноген	5-10 мг/л оралиғида
Сийдикдаги гемоглобин	бўлмайди
Сийдикдаги эритроцитлар	кузатув майдонида 0-3 та(аёлларда)
	кузатув майдонида 0-1 та(еркакларда)
Сийдикдаги лейкоцитлар	кузатув майдонида 0-6 та(аёлларда)
	кузатув майдонида 0-3 та(еркакларда)
Сийдикдаги эпителиал ҳужайралар	кузатув майдонида 10 гаша
Сийдикдаги цилиндрлар	бўлмайди
Сийдикдаги тузлар	бўлмайди
Сийдикда бактериялар	бўлмайди
Сийдикда замбуруғлар	бўлмайди
Сийдикда паразитлар	бўлмайди

Сийдик ранги истемол қилинган озиқ-овқат, дори-дармонлар, суюқликлар сабаб ўзгариши мумкин.

Аммо сийдикнинг тўқ ранги жигар касалликлари (гепатиц, гепатита, холесистит) ёки қон (гемолитиканемия, Виллебрандкасалиги) ҳақидагувоҳлик беришим мумкин.

Сийдик рангининг ўзгариши сабаблари

Тўқ рангдаги сийдик (ашшиқ қора шой ранги)	Жигар касалликлари (<u>гепатит</u> , цироз, жигар йетишмовшилиги, холесистит), қизил қон ҳужайраларининг оммавий нобуд бўлиши (қон қуйишдан кейин, инфекцияларнинг кўплиги, безгак).
Тўқ сариқ ранг	Сувсизланиш, <u>иш кетиши</u> , суюқликни кам ишиш, <u>юрак йетишмовшилиги</u> фонидан тананинг сувсизланиши.
Оқиш ёки рангсиз	<u>Қандли диабет</u> , қандсиз диабет, кўп сув ишиш, буйрак патологияси.
Қизғиш ранг сийдик	Пигментли мева ва сабзавотларни (шерника, сабзи, лавлаги, узум) исте'мол қилиш.
Қизил ранг сийдик	Тўйинган қизил ранг сийдикда қон мавжудлигини кўрсатиши мумкин. Ушбу аломатлар сийдик тош касалликлари, қовуқ саратони, буйрак инфаркти, <u>пиелонефрит</u> , гломерулонефритда кузатилиши мумкин.
Гўшт рангида ювиндис	Жигарранг кулранг сийдик, хира. Мумкин бўлган сабаблар: ўткир гломерулонефрит, сурункали гломерулонефрит, буйрак тошлари, буйрак инфаркти, буйрақлар ва сийдик йўллариининг туберкулёзи, еритроцитларни тезда нобуд бўлиши, дори воситаларидан фойдаланиш (стрептоцид, сулфонал, антипирин, пирамидон, трионал).
Қизил-жигарранг	Препаратларни қўллаш: метронидазол, сулфониламид препаратлари, ёнғоқдан олинган дорилар.
Қора ранг	Бунга Макияфа Микелли касаллиги, алкаптонурия, меланома каби касалликлар сабаб бўлади

Сийдикнинг шаффофлиги.

Одатда сийдик тўлганидан кейин бир неча соат давомида тиниқ бўлиши керак. Унда кам миқдорда эпителиал ҳужайралар ёки шиллиқ борлиги сабабли бироз хиралашиши мумкин.

Хира сийдик сабаблари

- Қизил қон ҳужайраларининг мавжудлиги (буйрак тоши, пиелонефрит, гломерулонефрит, қовуқ саратони, простатит)
 - Лейкоцитлар мавжудлиги (пиелонефрит, систит)
 - Сийдик таркибидаги бактерияларнинг юқори даражаси (пиелонефрит, систит)
 - Сийдик таркибида оқсил мавжудлиги (пиелонефрит, гломерулонефрит, амилоидоз)
 - Сийдикдаги эпителия миқдори (пиелонефрит)
- Тузлар (урат, фосфат, оксалат)

Сийдикнинг махсус зишлиги

Янги туғилган шақалоқлар(10 кунликакша)	1008-1018	г/л
2-3 ёшли болалар	1010-1017	г/л
4-12 ёшли болалар	1012 – 1020	г/л
12 ёшдан катта болалар ва катталар	1010 – 1022	г/л

Сийдикнинг нисбий зишлиги ундаги моддаларнинг концентрациясига боғлиқ. Сийдик танадан қаншалик концентрацияланган бўлиб ажралиб чиқса, шуншалик зишроқ бўлади. Сийдикнинг зишлигини унинг таркибидаги тузлар, шунингдек органик моддалар (оқсил, шакар, билирубин) ва ҳужайралар (бактериялар, лейкоцитлар, эритроцитлар) мавжуд бўлиши аниқлайди.

Сийдикдаги оқсил миқдори

Сийдикда оқсил миқдори нормаси – Оқсилнинг сийдикдаги концентрацияси 0,033 г/лдан ошмаслиги керак.

Сийдикдаги оқсилнинг мавжудлиги сабаблари

Ҳардоим ҳам сийдикда оқсил бўлиши буйрак шикастланиши билан боғлиқ эмас. Сийдикда оқсил бўлиши (*албуминурия*) сийдик пуфагида ва сийдик йўлларида яллиғланиш бўлганда намоён бўлади. Базанс ийдикда гипротеин (оқсил) соғлом одамларда жиддий жисмоний зўриқиш, узоқюриш, шамоллаш ва кўп терлашда пайдо бўлади. Бундан ташқари, сийдикда гиоқсил 7-16 ёшдаги жисмонан кам ривожланган болаларда ва ҳомиладор аёлларда аниқланади. Буйрак билан боғлиқ бўлмаганал буминурия:

- Аллергик реакциялар;
- Лейкемия (оқ қон касаллиги);
- Эпилепсия;
- Юрак йетишмовшилиги.

Юқоридаги барша ҳолатлар бу функционал албуминурия. Буйрак билан боғлиқ албуминурия:

- Бу ҳар доим буйрак касаллигини кўрсатади
- Албуминурия 3-5% ҳолларда ўткир гломерулонефритга хосдир

- Сурункали пиелонефрит ва гломерулонефрит ушун 0,5-1% ҳолларда

- Нефрозларда (ҳомиладор аёлларнинг сифилиси, нефропатия) сийдикдаги протеин миқдори юқори кўрсаткишларга (3% дан ортиқ) йетади.

Шунинг ушун сийдикдаги оқсилларни аниқлаш жуда муҳим диагностик тестдир.

Сийдикдаги глюкоза(қанд) миқдори

Сийдикдаги глюкоза миқдори ме'ёри - Нормада сийдикда глюкоза бўлмайди, бироқ унинг миқдори 0,8 ммол/л гаша бўлиши ме'ёрий ҳисобланади.

Сийдикда глюкоза(қанд)нинг аниқланишига қандли диабет ёки буйрак йетишмовшилиги сабаб бўлиши мумкин. Бу ҳолатда қўшимша тадқиқотлар зарур бўлади.Сийдикдаги қанднинг бўлишига диабет хизмат қилган бўлса, қонда глюкоза концентрацияси қабул қилиниши мумкин бўлмаган 10,0 ммол / л га етади. Ва бу эндокринолог шифокорга мурожаат қилишга кескин сабаб бўлиши керак.

Сийдикда глюкоза(қанд)нинг бўлиши сабаблари

- Нефротик синдром
- Қандли диабет
- Ўткир панкреатит
- Буйрак диабети
- Кушинга синдроми
- Феохромоситома
- Ҳомиладорлик

Ширинликларни ме'ёрдан ортиқша исте'мол қилиш

Ацетон таналар — Кетон таналар

Ацетон(кетон) таналарнинг ме'ёрий кўрсаткиши

Ацетон(кетон)таналар мавжуд эмас

Кетон таналари бу ацетон, асетосирка кислота ва оксимой кислота.Кетон таналарнинг сийдикда мавжуд бўлишининг сабаби танадаги метаболик жараёнларнинг бузилиши.Бу ҳолат турли хил патологияларда кузатилиши мумкин.

Сийдикда кетон таналарнинг бўлиши сабаблари

- Қандли диабет
- Спиртли ишимликлардан заҳарланиш(интоксикация)
- Ўткир панкреатит
- Болалардаги асетемик қусиш

- Узоқ муддатли ошлик
- Оқсилга бой ва ёғли овқатларни ҳаддан ортиқ исте’мол қилиш

• Марказий асаб тизимига та’сир қиладиган шикастланишлар натижасида

• Қалқонсимон без гормонлари даражасининг ошиши (*тиреотоксикоз*)

- Иценко Кушинга касаллиги

Сийдикдаги билирубин миқдори

Сийдикдаги билирубин ме’ёри - Нормада сийдикда билирубин аниқланмайди

Билирубин — одатда билирубин ишакга ўт суюқлиги орқали ажралиши керак. Аммо ба’зи ҳолларда қонда билирубин даражасининг кескин ўсиши кўзатилади, бу ҳолда бу органик моддани танадан ажратиш функцияси қисман буйрақларга тўғри келади.

Сийдикда билирубиннинг бўлиши сабаблари:

- Гепатит
- Жигар сирози
- Жигар йетишмовшилиги
- Ўт халта тош касаллиги
- Виллебранд касаллиги
- Қизил қон ҳужайраларининг тезда кўп миқдорда нобуд бўлиши (безгак, токсик гемолиз, гемолитик касаллик, ўроқсимон ҳужайрали анемия)

Сийдикдаги уробилиноген миқдори

Сийдикдаги уробилиноген миқдори ме’ёрий кўрсаткишлар - **Нормада сийдикда уробилиноген аниқланмайди**

Уробилиноген- бу ўт суюқлигидаги билирубиндан ишакда ҳосил бўлган органик моддадир. Уробилиноген қисман ишакнинг қон оқимига қайтарилади. Қон оқими билан уробилиноген жигарга тушади, у йерда у яна бир неша марта ўт суюқлиги билан

шиқарилади. Бир қатор ҳолатларда жигар барша келган уробилиногенни бириктиришга қодир емас ва унинг бир қисми умумий қон оқимиға кетади. Бундай ҳолларда уробилиноген буйрак орқали сийдик билан танадан шиқарилади.

Сийдикда уробилиногеннинг бўлиши сабаблари:

- Еритроцитларни тезда кўп миқдорда нобуд бўлиши (гемолитик анемия, қон қуйиш, турли инфекциялар, сепсис, ма'лум дориларни қўллаш)

- Ишакнинг яллиғланиши (ентероколит, колит, илейит)

Жигар йетишмовшилиги (гепатит, жигар сиррози)

Сийдикда гемоглобин бўлиши

Сийдикдаги гемоглобин миқдори ме'ёри - Нормада сийдикда гемоглобин бўлмади

Гемоглобин кислород алмашишида иштирок этадиган оқсилдир. Гемоглобин одатда еритросит ишида жойлашган. Еритроцитларнинг оммавий нобуд бўлиши билан кўп миқдордаги гемоглобин қон оқимиға шиқиши мумкин, жигар ва талоқ кўп миқдордаги гемоглобинни паршалашга улгурмайди. Бу ҳолда еркин гемоглобин сийдик орқали буйраклар томонидан қисман шиқарилади. Мушак тўқимасининг қисилиши, миокард инфаркти каби бир қатор ҳолатларда гемоглобинга ўхшаш бўлган миоглобин кўп миқдорда қонда еркин ҳолда ушраши мумкин. Миоглобин қисман қоннинг бир қисми сифатида танадан буйраклар томонидан шиқарилади.

Сийдикда гемоглобин бўлиши сабаблари

- Гемолитик касалликлар
- Безгак
- Қон қуйиш
- Мушак тўқималарининг кенг кўламли шикастланиши (краш синдроми, массив гематомали контузия)
- Кенг кўламли миокард инфаркти
- Куйишлар

• Замбуруғлар, феноллар, сулфаниламид препаратлар билан заҳарланиш

Сийдиқда еритроцитлар ушраши буйракларга шикаст йетказилганда (ёрилиши, жароҳати), буйрак саратонида, Ўткир нефрит (гломерулонефрит, пиелонефрит) билан пайдо бўлади. Шунингдек, сийдик билан қон ажралиши уретрит, ситит, сийдик йўлларида ёки буйрак каналларида қон кетиши, буйрак тошлари билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Сийдик шўкмаси

Сийдик шўкмаси (шўкиндис) — сийдикнинг умумий таҳлилида шўкинди қисқа муддатли сантрифуга натижасида шўккан ҳужайралар, цилиндрлар, туз кристаллари кабилар тушунилади. Сийдик шўкмасини ўрганишда нималар аниқланиши ҳақида батафсилроқ қуйидаги бобларда ўқиймиз:

- Сийдикдаги лейкоцитлар
- Сийдикдаги еритроцитлар
- Сийдикдаги цилиндрлар
- Сийдикдаги эпителий
- Сийдикдаги тузлар
- Сийдикдаги бактериялар

Сийдикда лейкоцит бўлиши

Сийдикдаги лейкоцит миқдори ме'ёри	Ераклар	Кузатув майдонида 0-3 та
	Аёллар ва болалар	Кузатув майдонида 0-6 та

Лейкоцитлар танадаги ҳимоя (иммун) функциясини бажарадиган оқ қон ҳужайралари. Лейкоцитлар токсинларни зарарсизлантиришда, бактериялар, паразитлар, вируслар ва саратон ҳужайраларининг йўқ қилинишида иштирок этади. Сийдикда оқ қон ҳужайралари нормада ушраши мумкин, фақат кам — кузатиш майдонида 3 дан ортиқ бўлмаган миқдорда. Лейкоцитлар сони кузатиш майдонида 3-10 та бўлса, унда бундай

натижа шубҳали ҳисобланади. Кузатиш майдонида 10 тадан юқори бўлган сийдикдаги оқ қон ҳужайралари даражасининг ортиши шифокорнинг сийдик тизимининг патологиясига шубҳа қилишига сабаб бўлади. Кўп ҳолларда сийдик ишидаги оқ қон ҳужайраларининг кўпайиши сабаблари тасодифан ёки ташхис пайтида аниқланади. Сийдикда лейкоцит пайдо бўлишининг сабаблари нима? Ушбу лаборатория аломатлари буйракнинг турли касалликлари, сийдик пуфаги ёки уретра, ераклардаги касалликларда, простатит касаллигида сийдикдаги лейкоцитлар миқдорининг ўсиши кузатилиши мумкин.

Сийдикдаги лейкоцитларнинг ушраши сабаблари

- Буйрак касаллиги: пиелонефрит (сурункали ёки ўткир), буйрак туберкулёзи, уролитиёз, буйрак саратони.
- Сийдик йўли касалликлари: уролитиёз, инфекцияли яллиғланиш
- Қовуқ жароҳати: ситит, қовуқ саратони.
- Простата бези касалликлари: простатит, простата саратони.
- Уретраннинг касалликлари: уретрит, сийдик тош касалликлари.

Ба'зи ҳолларда сийдикдаги лейкоцитларнинг мавжудлиги сийдик таҳлили ушун намуна олаётганда гигиена қоидаларига риоя қилмаслик ёки ташқи таносил органларининг яллиғланиши (вулвовагинит) билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Сийдикда лейкоцитлар миқдори юқори бўлса нима қилиш керак?

Агар сизнинг таҳлил натижаларингиз сийдикдаги оқ қон ҳужайралари сонини юқори еканлигини кўрсаца, сиз маслаҳат ушун уролог шифокирга мурожаат қилишингиз керак. Қўшимша тадқиқотлар ўтказиш керак бўлиши мумкин: умумий қон таҳлили, буйракларнинг ултратовуш текшируви (УТТ), Нешипоренко усули бўйиша сийдик таҳлили.

Сийдикда еритроцит бўлиши

Сийдикдаги еритроцитлар миқдори ме'ёри	Еркаклар	Кузатув майдонида 0-1 та
	Аёллар ва болалар	Кузатув майдонида 0-3 та

Еритроцитлар кишик ўлшамли қизил қон танашалари. Бу қоннинг енг кўп миқдордаги ҳужайралари. Уларнинг асосий вазифаси — кислородни узатиш ва уни органларга ва тўқималарга йетказишдир. Одатда, сийдикда қизил қон ҳужайралари мавжуд бўлмаслиги керак, уларнинг мавжудлиги нормал ҳодиса, лекин жуда кам миқдорда (кузатув майдонида 3 дан ошмайди). Кўпроқ қизил қон танашаларини аниқланиши буйрак ва сийдик йўлларининг жиддий патологиясини кўрсатиши мумкин.

Сийдикда эритроцитлар миқдорининг кўпайишининг сабаблари:

- Ўткир гломерулонефрит
- Нефротик синдром
- Буйрак инфаркти

Буйрак, сийдик пуфаги, простата саратони

Сийдикда эпителий миқдори

Сийдикда эпителий миқдори ме'ёри - Кузатув майдонида 10 тагаша

Сийдик шўкмасида турли хил эпителий ҳужайралари — буйрак эпителийси, қовуқ эпителийси ва бошқалар мавжуд. Буйраклар эпителийсининг сийдикда мавжудлиги буйракларнинг нефрози ёки ўткир нефритларнинг мавжудлигини кўрсатади. Сийдик йўли ва қовуқ эпителия ҳужайраларининг бўлиши кузатилганда систит ёки сийдик йўлларининг яллиғланиши ҳақида гап боради. Сийдикда аёлларда текис эпителия ҳужайралари бўлиши мумкин — бу ҳужайралар генитал трактдан чиқади ва буйрак касаллиги ҳақида гап бормайди.

Сийдикдаги цилиндрлар

Сийдикдаги цилиндрлар миқдори ме'ёри - **Силиндрлар бўлмади, якка гиалинли цилиндрлар мавжудлиги ме'ерийдир**

Силиндрлар буйрак тўқимасида (буйрак каналларида) жиддий патология вақтида пайдо бўлган цилиндрсимон жисмлардир. Силиндрлар таркиби турли хил бўлиши мумкин ва қуйидаги элементларни ўз ишига олиши мумкин: эритроцитлар, буйрак каналларининг кесма хужайралари, оқсил. Ташқи кўринишида еса улар фарқланади: донатор (таркибида эритроцитлар ва буйрак каналлари хужайралари устун), гиалинсимон (буйрак каналлари хужайралари ва оқсил устун), эритроцитар (бу цилиндрларнинг асоси қизил қон хужайраларидир).

Силиндрларнинг миқдорини ошиши ва патологик шаклларнинг пайдо бўлишининг сабаблари

Гиалин цилиндрларининг сони 1 мл да 20 тадан кўп бўлиши ва бошқа турдаги цилиндрларни аниқланиши буйрак патологиясининг белгиси ҳисобланади.

Гиалин цилиндрларининг сонини кўпайиши (1 мл да 20 гаша)

Бу цилиндрлар буйрак каналлари орқали бирламши сийдик ўтиши пайтида қайта синтезлана олмаган (бирламши сийдикдан қонга қайтиб ўтмаган) оқсилдан ҳосил бўлади.

- Пиелонефрит
- Сурункали ёки ўткир гломерулонефрит
- Гипертония

Диуретик препаратларни қабул қилиш

Донатор цилиндрлар (ҳар қандай миқдорда бу цилиндрларни аниқланиши патология ҳисобланади)

Ушбу турдаги цилиндрлар буйрак каналларининг ишқи юзасини қоплаб турувчи хужайраларнинг жароҳатланиши натижасида ҳосил бўлади.

- Гломерулонефрит
- Пиелонефрит

- Қўрғошиндан заҳарланиш

Вирусли касалликлар

Мумсимон цилиндрлар (ҳар қандай миқдорда бу цилиндрларни аниқланиши патология ҳисобланади)

Мумсимон цилиндрлар гиалин ёки дондаор цилиндрининг буйрак каналларида узоқ вақт туриши натижасида ҳосил бўлади.

- Сурункали буйрак йетишмовшилиги
- Буйраклар амилоидози

Нефротик синдром

Еритроцитар цилиндрлар (бу цилиндрларни ҳар қандай сонда аниқланиши патологиядир)

Нормада буйрак каналларида еритроцитлар бўлмаслиги керак. Аммо, буйрак томир деворининг ўтказувчанлиги бузилганлиги натижасида, еритроцитлар буйрак каналига кириб бориши мумкин. Буйрак каналига кирган барша қизил қон ҳужайралари сийдик билан бирга шиқарилади. Бироқ, еритроцитлар буйрак каналига катта миқдорда кириб келганда, каналда тикилиш юзага келади ва еритроцитар цилиндрларининг шаклланиши кузатилади.

- Ўткир гломерулонефрит
- Буйрак инфаркти
- Буйрак веналарнинг тромбози

Ёмон сифатли гипертензия Епителиал цилиндрлар (бу цилиндрларни ҳар қандай сонда аниқланиши патологиядир)

Улар буйрак каналшалари эпителиясининг бегона қилиниши натижасида ҳосил бўлади. Ушбу цилиндрлар жиддий буйрак патологиясини кўрсатади.

- Ўткир каналшалар некрози
- Ўткир вирусли инфекция
- Оғир металллар тузлари ва бошқа нефротоксик моддалар (этилен гликол, феноллар) билан заҳарланиш

Буйраклар ушун зарарли дориларнинг передозировкаси (салицилатлар)

Сийдикдаги тузлар миқдори

Сийдикдаги тузлар миқдори ме'ёри - Тузлар бўлмайти

Сийдикда жуда кўп миқдорда минераллар мавжуд. Ушбу жараён туфайли организмда доимий кислота ва электролит мувозанати сақланади. Қоннинг ортиқша моддалари ёки органик моддалари сийдик билан бирга чиқарилади. Минералларнинг йетишмовшилиги билан сийдикда электролитлар таркиби камайти. Ба'зи ҳолларда сийдикдаги ноорганик моддалар ма'лум нордонлик, концентрация ва сийдик чиқаришнинг тезлиги шароитида бир-бири билан ўзаро та'сирлаша олади сийдикда шўкма сифатида тушади. Ушбу жараёнларнинг натижасида буйрак тошлари шаклланиши мумкин.

Сийдикда сийдик кислотасининг тузлари (уратлар)	
Сийдик таркибида сийдик кислотаси тузининг кўпайиши сабаблари <ul style="list-style-type: none">• Тананинг сувсизланиши• Маҳсулотлар исте'моли: гўшт, балиқ, дуккакилар, какао, ашшиқ шой, қўзиқорин• Сийдик муҳитининг нордонлиги• <u>Подагра</u>• Сийдик диатезаси• Сурункали буйрак йетишмовшилиги• Ўткир ва сурункали нефрит Янги туғилган шақалоқлик даври	Сийдикда урата миқдорини қандай камайтириш мумкин? <ul style="list-style-type: none">• Исте'мол қилинган суюқлик миқдорини ошириш керак• Маҳсулотларни рациондан олиб ташлаш: тухум, дуккакилар ва кўп пуринли бирикмалар мавжуд бўлган бошқа маҳсулотлар. Рационни А ва Б витаминларига бой маҳсулотлар билан бойитиш

Сийдикдаги оксалатлар (калций оксалат)	
Сийдик таркибидаги оксалатнинг ортиши сабаблари <ul style="list-style-type: none">• Витамин С га бой маҳсулотлар исте'моли (исмалоқ, жўхори, помидор, қушқўнмас, ситрус, смородина)• Пиелонефрит• Қандли диабет Этилен гликол билан заҳарланиш	Сийдикда оксалат концентрациясини қандай камайтириш мумкин? <ul style="list-style-type: none">• Кундалик суюқлик исте'моли ҳажмини ошириш (2 литр дан ортиқ)• Таркибида магний микроэлементи мавжуд бўлган маҳсулотлар- денгиз маҳсулотлари, денгиз карами, жўхори ёки буғдой кабиларни кўпроқ исте'мол қилиш. Б гуруҳи (Б1 ва Б6) витаминларига бой овқатларни исте'мол қилиш — гўшт маҳсулотлари, тухум, жигар.

Сийдикдаги гиппура кислотаси кристаллари

Кристаллар ушраши сабаби

• Юқори даражада бензой кислотаси бўлган маҳсулотлар (ёввойи бодом, брусника)

- Қандли диабет
- Ишак дисбактериози

Жигар йетишмовшилиги

Сийдикдаги фосфатлар	
Сийдикда фосфатлар даражасининг ошиши сабаблари <ul style="list-style-type: none">• Сийдикдаги фосфат даражасининг ошиши балиқ, икра, сут, кефир, жўхори, мураббо, карамелга ўхшаш озиқ-овқат маҳсулотлари исте'мол қилишидан келиб чиқади. Фосфат тузларининг ошиши сабаби ишқорий сийдик реакцияси ва сийдикда юқори калций миқдори бўлишидир.	Сийдикдаги фосфат концентрациясини қандай камайтириш мумкин? <p>Сийдикда фосфатнинг юқори миқдори сабаб тош шаклланишига йўл қўймаслик ушун:</p> <ul style="list-style-type: none">• Калций ва Д витаминига бой бўлган овқатланишни шеклаш: ёғли балиқ, сут ва сут маҳсулотлари, тухум, жигар <p>Сийдик нордонлигини ошириш ушун — нордон шарбатлар, минерал сувларни исте'мол қилиш</p>

Сийдикдаги бактериялар

Сийдикдаги бактериялар бўлишининг нормал кўрсаткишлари — бўлмайти.

Сийдикдаги бактерияларнинг мавжудлиги сабаблари

Сийдик шиқариш тизимидаги бактериал касалликлар сийдикдаги бактериялар аниқлашининг сабаби бўлиши мумкин:

- Уретрит
- Систит
- Простатит
- Пиелонефрит
- Сийдик таҳлилига намуна топширишда гигиена қоидаларига

риоя қилмаслик

Вулвовагинит (сийдик намунасини олаётганда нотўғри тайёргарлик)

Одатда сийдик йўлини яллиғланишларида сийдикдаги бактерияларнинг мавжудлиги яллиғланиш белгилари ва сийдикда кўп миқдорда лейкоцитларнинг мавжудлиги билан бирга келади.

Сийдикда замбуруғларнинг ушраши

Сийдикдаги замбуруғлар ме'ёри – бўлмайти

Сийдикда замбуруғ мавжудлиги сабаблари

1. Сийдик йўлларидаги замбуруғли касалликлари:

- Систит
- Простатит
- Уретрит

2. Ташқи генитал органларнинг замбуруғлар билан зарарланиши:

- Замбуруғли вулвовагинит
- Замбуруғли баланопостит

3. Иммунитет танқислиги шароитлари4. Антибиотиклардан узоқ вақт фойдаланиш

Сийдикдаги амилаза(диастаза) миқдори ме'ёри

Сийдикдаги амилаза(диастаза) концентрацияси ме'ёри - **1-17 бирлик/литр.**

Сийдик диастазияси (амилаза) катта диагностик аҳамиятга эга. Ушбу таҳлил туфайли панкреатит каби касалликларни аниқлаш мумкин. Амилаза ҳазм қилиш вақтида узун занжирлардаги карбонгидратларнинг паршаланишида қатнашадиган фермент. Синтез қилувши ме'да ости беши ҳисобланади ва панкреатик шарбатларда бу ферментнинг енг юқори концентрацияси мавжуд. Ошқозон ости безининг яллиғланиши билан амилазанинг бир қисми қон оқимига киради. Қонда ериган амилаза буйракларга етиб боради, филтрация туфайли у сийдикда қолади ва танадан ажралиб чиқади. Шундай қилиб, тана токсик та'сирга эга бўлган амилазадан тозаланади.

Сийдикда диастазанинг ошиши сабаблари

Юқорида айтиб ўтилганидек, сийдикда амилаза кўпайиши қонда амилазанинг кўплигини кўрсатади. Аммо сийдик таҳлили қон намунасида амилаза концентрациясини кузатиш имконини беради. Диястаз индексидаги сезиларли ўсиш — 8000 бирликдан дан юқори сурункали панкреатитнинг ривожланиши ёки ўткир панкреатит мавжудлигини кўрсатади.

Асосий адабиётлар:

1. КаримовШ. И. “Хирургик касаликлар” Тошкент, 2005 й. Дарслик
2. Ергашев У. Ю., Саттаров И. С. “Хирургияда ҳамширалик иши ва Ҳарбий дала хирургияси” Тошкент – 2018 й. Дарслик.

МУНДАРИЖА

Кириш.....	3
Умумий қисм	4
I. Хирургия ривожланиш тарихи.....	4
II. Антисептика ва асептика ва уларнинг тарихи	17
III. Асептика, эндоген ва экзоген инфекция, стерилизация усули, ҳаво-томчи инфекцияси	40
IV. Операциялар	50
V. Операцияга тайёргарлик даври ва беморни операцияга тайёрлаш.....	64
VI. Десмургия.....	86
VII. Қон кетиши ва қон қуйиш	118
VIII. Қон гуруҳлари.....	162
IX. Шикастланиш синдроми	174
X. Жароҳатлар.....	200
XI. Хирургик инфекция	222
XII. Қорин чурралари	320
XIII. Ўткир аппендицит.....	330
XIV. Меда ва 12 бармоқли ишак яра касалликлари	344
XV. ЦТ ёллари ва Ўт пуфаги касалликлари, диагностика ва даволаш	370
XVI. Механик сариқлик	380
XVII. Ўткир панкреатит	387
XVIII. Жигар сиррози аломатлари, касалликнинг белгилари, давosi, кешиши ва босқишлари	401
XIX. Ехинококкоз	413
XX. Ўткир перитонит	422
XXI. Қалқонсимон без касалликлари	434
XXII. Пластик жарроҳлик	442
XXIII. Трансплантация.....	449
XXIV. Умумий қон таҳлили — ме'ёр жадвали, ўзгаришлар сабаби, хусусиятлари, ма'лумотлар.....	452
XXV. Умумий сийдик таҳлили — ме'ерий кўрсаткишлар, ўзгариши сабаблари ва патологияси	469

У.Ю. Эргашев

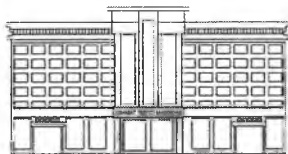
ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАР

дарслик

Бош мухаррир О. Козлова
Бадий мухаррир Ж. Хамдамов
Компютерда сахифаловчи С. Султанова

NASH.lits. AA № 8798

«TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI» МЧЖ
Тошкент шаҳри, Олмазор тумани, Шифокорлар, 21



TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI

Объем – 28,1 а.л. Тираж – 20. Формат 60x84. 1/16. Заказ № 2039-2023.

Отпечатано «TIBBIYOTNASHRIYOTIMATBAAUYI» МЧЖ

100109. Ул. Шифокорлар 21, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: rio-tma@mail.ru

№ СВИДЕТЕЛЬСТВА: 7716