



ERGASHEV U.Y.

XIRURGIK KASALLIKLAR



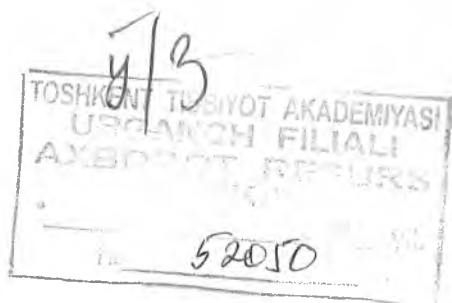
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
OLIY VA O'RTA MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

ERGASHEV U.Y.

XIRURGIK KASALLIKLAR

5510300 – tibbiy profilaktika va 5510900 – tibbiy biologiya
ta'lim yo'nalishi talabalari uchun darslik



TOSHKENT
«O'ZKITOBSAVDONASHRIYOTI»
2021

UO‘K 616-089(075.8)

KBK 54.5ya73

E 74

Ergashev U.

Xirurgik kasalliklar [Matn]: darslik / U. Ergashev. – Toshkent: «O‘zkitobsavdonashriyoti», 2021. - 412 b.

Taqrizchilar:

M.M. Usmonov – Tibbiyot fanlari doktori, dotsent;

S.R. Baymakov – Tibbiyot fanlari doktori, dotsent.

Ushbu darslik tibbiy profilaktika va tibbiy biologiya yo‘nalishining “Xirurgik kasalliklar” fanining o‘quv dasturiga muvofiq yaratilgan. Unda xirurgiya fani asoslari va eng ko‘p uchraydigan xirurgik kasalliklar tushunchasi, etiologiyasi va patogenezi, tekshirish va davolash usullari qisqacha va mazmunli qilib yoritib berilgan.

Darslik ilk bor o‘zbek tilida, lotin alifbosida, juda oson va tushunarli yozilgan bulib, 2 ta (umumiy va xususiy) qismdan iborat. Umumiy qismida xirurgiya tarixi, aseptika va antiseptika asoslari, desmurgiya, qon ketish va qon quyish, shikastlanishlar, xirurgik infeksiyalar mavzulari yaxshi yoritib berilgan. Xususiy qismida appenditsit, xoletsistit, peritonit, oshqozon va 12 barmoq ichak yara kasalligi, exinokokk kasalligi, transplantalogiya, irsiy va kosmetik xirurgiya asoslari va zamonaviy laborator diagnostika usullari mavzulari talabalar uchun tushunarli qilib yozilgan. Mavzular jadval va rasmlar yordamida yanada yoritib berilgan.

*5510300 – tibbiy profilaktika va 5510900 – tibbiy
biologiya ta’lim yo‘nalishlari*

ISBN 978-9943-6857-0-3

® U. Ergashev, 2021

® «O‘zkitobsavdonashriyoti», 2021.

KIRISH

Xirurgiya klinik tibbiyotning yetakchi sohalaridan biri bo'lib, insonlarga sog'liqni tiklash uchun, asosan jarrohlik usuli bilan yordam beradi. Hozirgi vaqtda xirurgik yordamining ko'lami anchagina oshdi. Ilgari faqat ichki kasalliklar mutaxassislari davolagan ko'pgina patologiyalarni endilikda jarrohlik usuli bilan davolash natijasida katta yutuqlarga erishilmoqda. Masalan, yurak, qon tomirlar, o'pka, jigar, buyrak kasalliklarida jarrohlik usullarining axamiyati anchagina oshdi. Hozirgi kunda jarrohlardan katta bilim, tajriba va yuqori malaka talab qilinadi. Fan va texnika XXI asrga kelib jadal rivojlanmoqda. Bu yutuqlar xirurgiyani ham chetlab o'tmagan. Shuning uchun o'sib kelayotgan kadrlarni tayorlashga Prezidentimiz Sh.M. Mirziyoev o'z dasturlarida katta e'tibor qiladilar. Ayniqsa, mustaqillik yilarida Sog'liqni saqlash tizimida ham katta islohatlar, o'zgarishlar va yutuqlar kuzatilmoqda. Shu nuqtai nazardan malakali tibbiyot xodimlari tayorlashda sifatli va yangi o'quv adabiyotlari juda kerak bo'lib qolmoqda. Muallif tomonidan tayyorlangan mazkur aktual va zamon talabiga mos kitob tibbiyot yo'nalishidagi talabalar uchun yaratilgan. Darslik tibbiy profilaktika va tibbiy biologiya fakulteti "xirurgik kasalliklar" fan dasturining xamma bo'limlarini qamrab olgan. Kitobga muallif zamonaviy xirurgiyani oxirgi yutuqlarini kiritgan. Mazkur adabiyot o'rganuvchilarda katta qiziqish bilan o'qishga va o'zlashtirilayotgan bilimlarini ijodiy va tanqidiy taxlil qilishga chorlaydi.

UMUMIY QISM

I. XIRURGIYA RIVOJLANISH TARIXI

Tarixiy manbalarga ko'ra qadimgi odamlar xaqida noto'g'ri taxminlar qilishgan, ya'ni ularning faktlariga ko'ra odam juda sog'lom bo'lgan, barcha narsani tabiatdan osonlikcha olgan va "oltin davr" da yashagan. Lekin izlanishlar shuni ko'rsatdiki, qadimgi odamlarga tabiatning zararli omillar ta'sir qilgan (issiq va sovuq xavo). Qadimgi odamlar ochlik va yaxshi ovqatlanmaslik, yovvoyi xayvonlar xujumi, ilon va zaxarli xashoratlar chaqishi oqibatida xayot va o'lim chegarasida bo'lishgan. Shuningdek, tana jaroxatlari, tabiiy ofatlar (yashin urishi, tog' ko'chishi, sel) kabi omillar xam ularning xayotini qisqarishiga sabab bo'lgan.

Qadimgi odam kiyim yetishmasligidan, yomon yashash joyi, xayvonlar xujumi va epidemiyadan ozor chekkan. Ayollar tug'ruqdagi infeksiyadan azob chekishgan.

Qadimgi Xitoyda davolashda barcha tabiat jarayonlar kuchlarini inobatga olishgan (daraxt, yer, suv, olov, metall). Ularda organizm xaqida anotomik va fiziologik tasavvurlar bo'lgan. Imperator qasridagilar uchun davolash muassasi bo'lgan. U yerdagi shifokorlarni epidemiya maxalidagina jamiyat ishlariga jalb qilinganlar. Davolashning asosiy usuli bu chjentszyuterapiya (igna sanchish va kuydirish) bulgan. Qadimgi Xitoyda mandragora, opiy, gashishadan narkoz uchun foydalanilgan. Buning natijasida qorin va ko'krak soxasidagi operatsiyalarga imkoniyat berildi, lekin feodalizm davrida bu xolatlar to'xtatildi.

Eramizning 1000-500 yil avvalgi Xindiston jarroxligi xaqidagi ma'lumotlar bizgacha Manu va Veda qonunlari kitobida yetib kelgan. Bu kitobda 120dan ortiq jarroxlik jixozlari xaqida yozilgan. Xindiston jarroxlari qon chiqarish, amputatsiya, laparotomiya, kataraktani olish, yuzdagi defektlarni to'g'irlash uchun burun, lab, quloqlarni plastik operatsiyasini qila olganlar. Ular kraniotomiya, embriotomiya kabi akusherlik muolajalarini o'tkizish yo'llarini

bilishlari bilan ajralib turganlar. Ular tomonidan klinik yallig‘lanish belgilari yozilgan. Xindiston jarroxlari yaralarni davolashda yog‘li bog‘lamlar, qaynayotgan suyukliklar, igna sanchish usullaridan foydalanganlar.

Assir-Vavilon jarroxligi kasallikni iblislar ta’sirida kelib chiqishi xaqidagi tasavvurlarga ega bulganlar. Shuning uchun ular tumor, yashash joyini eshigiga taxtaga yozilgan iltijolar osishgan. Ular ichki organlarga xususan jigarga fol ochishgan. Bu o‘z navbatida organotopiyani o‘rganishga turtki berdi.

Qadimgi Misr jarroxligi o‘ziga xoslikka ega. Ma’lumki ularda o‘lganlarni balzamlash keng qo‘llanilgan. Bu esa o‘z navbatida anatomiyani rivojlanishiga sabab bo‘lgan. Xramlardagi 1-tibbiyot maktablari yaratilishiga qaramay jarroxlik sirlari boy odamlar qo‘lida qolavergan.

Qadimgi Gretsiya, Aleksandriya va Rimdagi jarroxlik xozirgi zamonaviy jarroxlikning asosi deb xarakterlanadi. O‘sha davrni namoyondasi Gippokrat ilmiy tasdiqlar yo‘li bilan jarroxlikka asos soldi. Birlamchi va ikkilamchi yara bitishlariga tushunarli xarakteristika bergan. Birinchi bo‘lib yiringli yaralarga printsipial yondashishni va operatsiyasini ishlab chiqqan. Gippokrat shifokorlar obro‘cini oshirib, maktab yaratdi va shifokorlik qasamyodini qo‘lladi.

Qadimgi Rim jarroxligi namoyondasi Galen gladiatorlar shifokori bo‘lib, operatsiya texnikasini ishlab chiqqan, murdalarni o‘rgangan. Galen birinchi bo‘lib yurak urish xolatlarini, xayvonlarda nafas olishni va agoniya-dagi gladiatorlarda o‘rgangan.

O‘rta Osiyodagi jarroxlik rivojlanishi Abu Ali ibn Sino (980-1037yil) ismi bilan bog‘liq. U 100dan ortiq ilmiy tibbiyot ishlari muallifi xisoblanadi. Uning “Tib qonunlari” nomli 5 tomlik asari XVII asrlargacha Yevropadagi ko‘pgina tibbiy maktablar uchun o‘quv qo‘llanma bo‘lib keldi. U opiy, belena, mandragorani narkoz sifatida qo‘llardi. Onkologik jarroxlik printsiplarini ishlab chiqdi, ya’ni o‘smanni sog‘ to‘qimadan keng ko‘lamda olib tashlash, buyrakdan tosh olib tashlash operatsiyalarini birinchi bo‘lib qiladi.

Tug‘ilish (uyg‘onish) davri (XV-XVII) cherkov xizmatchilarini ro‘li kamayishi bilan xarakterlanadi. Bu ilmni, san’atni, madaniyatni, tibbiyotni, shuningdek jarroxlikni rivojlanishiga sabab bo‘ldi. Usha

davr namoyondasi Andrey Vezaliy (1514-1564) anatomik atlas asoschisi xisoblanadi. U Galendan keyin odam tuzilishi - anatomik jarroxlikni yangi saxifasini ochdi. Vezaliy amaliy mashg'ulot paytida o'lik yorib o'rganardi. "Odam tanasi tuzilishi" kitobi muallifidir. A. Vezaliy mushaklar, bug'imlar, ichki organlar, sezgi organlar tuzilishini sistemalashtirdi.

Ambruaz Pare (1510-1590)- xarbiy jarrox. Xususan u o'qotar quroldan jarroxatlanishni, lat yegan jarroxatlar turiga kirishini isbotladi. U tomonidan jaroxatdagi tomir gemostazi, amputatsiya texnikasi mukamallashtirildi.

Uyg'onish davrida fiziologiyaning rivojlanishi Garvey (1578-1657) ishlari bilan bog'lik. U qon aylanish qonunlari, yurak ro'lini, qon aylanish doirasini, kapillyarlar, arteriya va venalar bir-biriga bog'likligini kashf etdi.

Levenguk(1632-1723) linzalardan 720 marta kattalashtirish imkoniga ega mikroskop yaratdi va gistologiya fani vujudga keldi.

Xirurgiyani meditsina va shifokorlikning ilmiy tan olinishi XVIII asrga to'g'ri keladi. 1724 yil frantsuz jarroxi Lafransh 1- marta Parij universitetida (Sarbonna) xirurgiyadan lektsiya o'qishni yo'lga qo'ydi. 1731 yili Frantsuz jarroxlik akademiyasi tashkil etildi. Genter universiteti qoshida jarroxlik maktablar (fakultetlar) tashkil etilgandi (London, Angliya). Jarroxlik intizomlarni publikatsiya qilish, ilmiy jurnallar chiqarish, jaroxatni davolashdagi ishlash muomilasi, o'tkazilgan kasalliklar natijasida organizmdagi o'zgarishlarni o'rganish yuzaga keldi.

Shunga qaramay, g'arbda XVIII-XIX asrlarda jarroxlikni rivojlanish yo'lida quyidagi kamchiliklar mavjud edi.

1. Operatsiya paytida og'rik bo'lishini ogoxlantirmaslik.
2. Operatsiya jaroxatining yiringli asoratini bilmaslik va ularni profilaktikasini yo'qligi.
3. Kasalliklarni malakali diagnostikasi yo'qligi.
4. Qon ketishga qarshi kurashishni bilmaslik va o'tkir anemiyaning davolash usullarini yuqligi.

Bu masalalarni xal etish zamonaviy jarroxlikni yo'nalishini aniqlab berdi.

Zamonaviy jarroxlik o'zining fakat yil va oyiga emas, balki

tug'ilgan kuniga egadir; 16-oktyabr 1846-yil. Bu kun Massachusettsning Bosh shifoxonasi tish shifokori William P. Morion o'spirinni oltingugurt efiri bilan xushsizlantirdi, jarrox John C. Warren submandibulyar tomir usmasi operatsiyasi o'tkazgan. Operatsiya davomida bemor xushsiz bo'lgan, og'riqni sezmagani, muolaja tamom bo'lgandan so'ng, bemor uyg'onishni boshlagan. Shunda Warren o'zining mashxur iborasini keltirdi; "Gentelmen, thisisnohumbug!" (Janoblar bu saxna emas!).

Zamonaviy jarroxlikni rivojlanishida 1-bosqichni to'lik "narkoz davri" desa bo'ladi, u operatsiyani tinchgina o'tkazilishiga imkoniyat ochib berishdan tashqari, xatto xushsiz xolatga, tuliq jarroxga bog'lik bo'lgan bemor qarshilik kursata olmaslik xolatiga keltirgan.

Zamonaviy xirurgiyaning ikkinchi davri rivojlanishi - bu aseptika va antiseptika erasidir, insoniyat buning uchun avvalambor Semmelweis, Paster va Lister kabi olimlarning xissalarini bilishlari lozim. Usha davrda, ya'ni Semmelweis yashagan davrda bakteriyalar xakida xech kanday ma'lumot anik emas edi. Jarrox qancha ko'p operatsiya qilsa, uning kiyimi shuncha ko'p ifloslangan, shunga qarab uning katta jarroxligi aniqlangan. Qo'llar faqat operatsiya tugagach yuvilgan.

Semmelweisning ajoyib ichki tuyg'usi unga shu narsani topishga yordamlashdiki, aynan shu ayniyotgan organik moddaning yukish manbai tugilishi xalokatli kasalliklarni keltirib chikarishini bildirdi va buni oldini olishni oddiy yuli kulni oxak suvli eritmada yuvish kerakligini ta'kidladi. Semmelweis Vena akkusherlik klinikasida kuzatishicha bilim olayotgan vrachlar bo'limida onalar o'limi, bo'lajak akkusherlar taxsil olayotgan bo'limga qaraganda 4 marta ko'p ekan. Vaxolanki bu bo'limlarni kichkina karidor ajratib turgan. Bulajak vrachlar bo'limga anatomik teatrdan kelishgan va tug'ayotgan ayollarni ifloslangan qo'llari bilan kurishgan. Semmelweis tushindiki aynan shular o'z qo'llari bilan uyga o'lim olib kelishardi. Aynan shu yerda esa kundan-kun yangi xayot tug'ilardi. U isbotladiki agar vrachlar va studentlar qo'llarini xlorli suvda yuvishsa, o'lim sur'ati shuncha tez pasayadi: xaqiqatdan xam shundan so'ng bu yerda o'lim sur'ati juda tez pasaydi, xattoki xamshiralar taxsil olayotgan bo'limdan xam. Semmelweis o'zini

1861 yil Peshti shaxrida chiqargan kitobida bularni xammasini aniq yozdi va asosladi. Butun xayoti davomida u uzini ixtirosi uchun kurashdi. Ammo lekin dunyo unga ishonishni xoxlamadi.

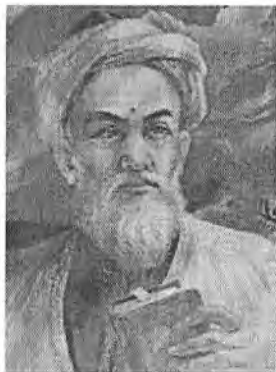
Shu asnoda Frantsiyada Pasteur doktor emas, lekin ximik o'z ixtirolari izlanishlari natijasini yozma taqdim etdi, bijg'ish jarayoni ximik protsessga bog'liqligi - xavodagi kislorod bilan birga chirishini aytib utdi. Paster izlanishlari xulosasi tibbiy ilm fikrlarini ildizlarigacha o'zgartirib yubordi. Aynan shu izlanishlari Semmelweis ilmini asoslashga xizmat qildi. Tajriba uchun Lister boshlagan izlanish asos bo'lib xisoblangan. Paster vrach bo'lmasa xam Frantsuz ilmiy tibbiyot akademiyasi, uni o'zini a'zosi qilib sayladi. Lister Paster ishlari bilan Angliyada tanishdi. Ular unga qattiq ta'sir qildi. Ochiq va yopiq sinish jaroxatlarini bitishi jarayonini kuzatish davrida Lister sezdiiki ochiq sinish paytida 24 soat mobaynida yiringlash boshlanadi, isitma ko'tariladi, yopiq sinishda esa bular bo'lmagan. Chunki teri xavodagi ifloslikni kirishini ximoyalaydi. Lister buyuk fikr egasidir. Chunki xirurglarni vazifasi yiring tushishini oldini olishdir. Bu asr ruxiga qarshi edi. 2000 yil davomida yaralarni bitishida yiring foydalidir, keraklidir deb ta'kidlashardi pus bonurn et laudabile". Bu narsa Lister faoliyatiga karbon kislotani sinab ko'rish, uni bakterialarga qarshi kurashuvchi disenfektsiya vosita sifatida operatsiya maydoniga tushayotgan mikroblarga qarshi qo'llab ko'rishni xayoliga keltirdi. Karbol kislota shimdirilgan boylamni ochiq siniq jaroxatga qo'ydi va u yana bakteriyalarni jaroxatga xavo orqali kirishiga ishonardiki, shuning uchun operatsiya xavosiga karbol kislotani sachratib chiqdi. Tez orada antiseptik davr asseptik davr bilan almashindi. Bu bilan dunyo xuddi Trendelenburg, V.Bergmann, Schimmelbusch, Klimmet va Furbringer kabi navotorlarga ta'zim qilishi kerak edi. Ular tushindilarki yaralardagi bakteriyalarni yukotishdan kura bakteriya yaraga tushishini oldini olish muxim. Tirik tukimalarni issiklik yuli bilan sterilizatsiyalash mumkin emas, lekin yaraga tegib turadigan narsalarni sterilizatsiyalash mumkin. 1882 yilda bug bilan sterilizatsiyalash mumkinligi aniklandi va shu yili Bonne tomonidan dunyoda birinchi bulib sterilizator ixtiro kilindi. Kup yillar davomida ishlab chiqilgan koida operatsion asseptika koidalariga tugri keldi,

kaysi biz buni xozirgacha qo‘llaymiz: steril xalat, steril izolyator, steril asboblar, steril tikish materillari. 1890 yilda Amerikalik Halsted (Lister shogirdi) bu usulni steril rezina qo‘lko‘p bilan to‘ldirdi, 1900 yilda esa Angliyalik Gente steril yuz maskasini qo‘shimcha qildi. Jarroxlik operatsiyalarini tarqalishiga nisbatan aniqlandiki asseptika qoidalariga rioya qilishiga qaramasdan yiringlash soni xali yuqori. Buning sababi qon ketishini uz vaktida tuxtata olmaslik, katta gematoma paydo bo‘lishi, bundan tashqari qo‘pol asboblar to‘qimalarni ezishi, yo‘g‘on ketgut ishlatish va boshqalar. Shveysariyalik birinchi jarrox, Nobel mukofoti sovrindori Treodor Kocher ta’kidlashicha yaxshilab yarani tozalashda choklarni roli: ingichka ipak va ketkut bilan tikish katta ahamiyatga ega. shikastsiz jarroxlikni Yevropada Kocher, Amerikada Halsted yaratganlar.

Xozirda xirurgiya – yuqori maxorat, san’at va shu bilan birga amaliy fandir. Xozirgi kunimizda xirurgiya bu xirurg-operatorning qila olishi va uning xar xil intizomlarga boy bo‘lishdir. Bunday xirurgiya meditsina ilmida eng kuchli soxa bo‘lib ko‘rinadi. Meditsinani boshqa xoxlagan soxasi spetsialistini tayyorlashdan ko‘ra, sinchkov xirurgni tayyorlash ko‘p vakt talab qiladi. Gippokrat aytib o‘tganidek «Bizning xunarimizni o‘zlashtirish uchun ko‘p vaqt talab qilinadi».

O‘zbekiston respublikasida xirurgiya fanining rivojlanishi

Qadimiy boy madaniyati va taraqqiy topgan tibbiyoti bo‘lgan O‘zbekistonda xirurgiya fani o‘zining ko‘p asrlik tarixiga ega. Buxorolik ulug‘ xakim, buyuk komuschi olim, yirik faylasuf va iste’dotli shoir, “Tib qonunlari”, “Kitob ash-shifo” singari olamshumul asarlar muallifi Abu Ali ibn Sinoning (Ovrupada Avitsenna nomi bilan mashxur, 980-1037 yy.) boy ilmiy merosi fikrimizning yorqin dalilidir. Biroq, Chingizxon boskini davrida madaniyat va



fanning inqirozga yuz tutishi, O'rta osiyo xalqlarining o'z ozodligi yo'lida arab va boshqa bosqinchilarga qarshi ko'p asrlik kurashi, o'zaro kelishmovchiliklar, din va jaxolatparastlikning xukumronligi tibbiyotning rivojini sekinlashtirdi. Lekin shuni xam unitmaslik kerakki, bizning davrimizgacha saqlanib kelgan birinchi manbalar bilan ishlashni bilmaslik va ular bilan ishlash imkoniyatining yo'qligi (O'rta osiyo olimlarining ko'pgina birinchi manbalar — qo'lyozmalar London, Berlin shuningdek Sankt-Peterburg kutubxonalarida saqlandi) xaqiqatni bilishga doir bilimlarimizni cheklab ko'rgan. Shunga qaramay, yuqorida eslatib o'tganimizdek, Sharq tabobatining ilmiy asoschilaridan bo'lgan Ibn Sino o'zining "Tib qonunlari" kitobida og'riq va og'riqsizlantirish, shikastlanishlar, yiringliyallig'lanish jarayonlari va jaroxatlar soxasida o'zining chuqur bilimlarini namoyish eta olgan. Tibbiyotga oid asarlarida (ularning soni 40dan oshadi), xususan "Tib qonunlari" da Ibn Sino butun O'rta asirlardagi Ovrupa va Sharq tabobatining o'zigacha bo'lgan asosiy yutuqlarini umumlashtirib va tizimga solibgina qolmay, balki o'zining sermashaqqat shaxsiy tadqiqotlari natijalari bilan boyitib, ularni ko'p jixatdan rivojlantirishga xam muvaffaq bo'ldi. Tibbiyot tarixi bilimdoni, olim V. D. Petrovning e'tirofi bo'yicha, "Tib qonunlari" o'z davrida odamning sog'lig'iga va kasalliklariga taalluqli bilimlarni to'la-to'kis o'ziga qamrab olgan butun bir tibbiy qomusdir (1954).

Turkiston o'lkasini istilo qilganidan keyin chor Rossiyasi sog'liqni saqlashni rivojlantirishga juda kam e'tibor berdi, chor xukumati shu maksadlar uchun nixoyatda kam mablag' ajratardi (1913 yilda jon boshiga atigi 14 tiyin sarflangan).

Turkistonda birinchi davolash muassasasi 1861 yilda Toshkentda ochilgan xarbiy lazaret (1870 yilda u xarbiy gospitalga aylantirilgan) edi. 1872 yilda Samarqandda 20 o'rinli shaxar kasalxonasi ochilgan. Keyingi yillarda Kattaqo'rgon, Fargona, Marg'ilon, Qo'qonda (1883), Petro-Aleksandrovska (Turtkul-1886) shifoxonalar ochilgan.

1903 yilning 15 aprelida Toshkentda Qizil Krestning xirurgik kasalxonasi, 1906 yilda esa Toshkent shaxar kasalxonasi qoshida xirurgik bo'lim tashkil etilgan edi.

1913 yildan boshlab Toshkent viloyatining Pskent tumanida ishlagan O'zbekistonning keksa vrachlaridan biri A. P. Spiridonov

usha davrdagi xirurgik yordam axvoli tug'risida shunday yozadi: "Qizil Krestda P. F. Borovskiy ishlagan edi, u Toshkentda va xatto butun Sirdaryo viloyatida (hozirgi Toshkent va Sirdaryo viloyatlarining xududi) yagona xirurg bo'lgan. Xamma joydan uni surab kelishar edi, chunki boshqa viloyatlarda xirurg yo'q edi..."

1917 yil 7 sentyabr xukumat dekreti bo'yicha Turkiston (hozirgi Toshkent davlat) dorilfununi tarkibida tashkil qilingan tibbiyot fakulteti O'rta osiyoda oliy tibbiy ta'limning vujudga kelishiga zamin xozirladi. 1930-1940 yillarda Samarqand, Dushanbe, Bishkek, Ashgabat, keyinchalik esa Andijon, Buxoro va Nukusda tibbiyot oliy o'quv yurtlari tashkil etildi.

O'z-o'zidan ma'lumki, tibbiyot oliy o'quv yurtlarining xirurgik kafedralari asta-sekin xirurgik maktablar shakllanadigan markazlarga aylandi. Ular ixtisoslashgan jarroxlik yordamini rivojlantirishga imkon berdi.

Chunonchi, P. F. Borovskiy (1863-1932) yirik olim va Turkistonda ilmiy xirurgiyaning tashkilotchilardan biri bo'lgan. U o'zining ko'p yillik umrini xavfli o'smalar ("Turkistonda xavfli o'smalar", 1924; "Xavfli o'smalar etiologiyasiga zamonaviy qarashlar", 1930), o't yo'llari, me'da va o'n ikki barmoq ichak yarasining xirurgiyasini o'rganishga bag'ishlagan. Olim teri leshmaniozi ko'zg'atuvchisini birinchi bo'lib topgan. P. F. Borovskiy Toshkent tibbiyot instituti gospital xirurgiya kafedrasining tashkilotchisi xisoblanadi. O'zbekiston Respublikasining xirurgiyasi rivojiga katta xissa qo'shgan professorlar: M. S. Astrov, I. I. Orlov, S. A. Ma'sumov, L. D. Vasilenko va boshqalar uning shogirtlari qatoriga kiradi.

P. F. Sitkovskiy (1883 – 1933) — Turkiston universiteti tibbiyot fakultetining tashkilotchilaridan biri, davolash fakultetining birinchi dekani, fakultet xirurgiyasi kafedrasining tashkilotchisi (1920 – 1931yy.) xisoblanadi. U sariq kasalligida operatsiyadan keyingi qon oqishlarni o'rganishga (kon ivishiga) katta xissa qo'shgan, qon ivishini o'rganish uchun koagulometr ixtiro qilgan. Olim o'tkir appenditsitning klinik belgisi – "Sitkovskiy belgisi"ni tasvirlagan (1922), ketgutga yod bug'lari bilan ishlov berish usulini taklif qilgan (1926). P.F.Sitkovskiy shuningdek O'zbekistonda yuz-jag' va plastik jarroxlikning tashkilotchisi, Toshkent ilmiy xirurgiya

jamiyati va “Turkistonning tibbiy tafakkuri” degan birinchi tibbiy oynoma tashkilotchisi sanaladi. Uning klinikasidan professorlar G.A. Ilin, P.P. Sarenko, dotsentlar V. M. Paradoksov, F.Y. Sokolov, L.M. Obuxova va boshqalar yetishib chiqdi.

Toshkent davlat tibbiyot instituti umumiy xirurgiya kafedrasini N. S.Pereshivkin tashkil qilgan (1920-1933 yillarda) kafedraga mudirlik qilgan, u “Plastik sistoskopiya atlası”ning muallifidir, O‘rta Osiyoda endemik bo‘qoqni o‘rganishni boshlab bergan, Turkistonda urologiya yordamiga asos solgan va tashkilotchilik qilgan. Uning shogirdlari D.L.Vvedenskiy, G.A.Rotenberg, E.A.Frakman va boshqalardir.

Atoqli olim professor V.F.Voyno-Yasenetskiy (1877-1961) 1917 yildan boshlab Toshkent shaxar kasalxonasining bosh vrachi va xirurgi bo‘lgan, topografik anatomiya bilan operativ xirurgiya kafedrasini tashkil qilgan (1920-1923 yy.), uning “Yiringli jarroxlik ocherklari” (1934) nomli ilmiy asari Davlat mukofotiga sazovor bo‘lgan, u regional anesteziyani, uch shoxli nervni etil spirti bilan ogriqsizlantirish metodikasini ishlab chiqqan.

O‘zbekistonda qon quyish xizmatining tashkilotchisi prof. V. K. Yasevich (1894—1965) xisoblanadi, uning “O‘rta Osiyo xalqlarida kon gruppasini o‘rganishga doir materiallar” (1938) nomli doktorlik dissertatsiyasi respublikadagi xamma gematologlar uchun dasturul amal qullanma xisoblanadi.

1933 yil 1 sentyabrda Toshkentda Markaziy qon quyish stantsiyasi tashkil etilgan bo‘lib, u Moskvadagi Markaziy qon quyish institutining filiali bo‘lib qolgan. 1940 yilda Markaziy qon quyish stantsiyasi O‘zbekiston gematologiya va qon quyish ilmgoxiga aylantirilgan.

Turkistonda onkologiya xizmatining rivojlanishi prof. P. F. Borovskiyning nomi bilan bog‘lik, biroq muntazam davolash va onkologiyaga qarshi profilaktik ishlar, onkologiya, rentgenologiya va radiologiya soxasidagi ilmning taraqqiy etishi 1931 yilda O‘zbekiston rentgen-radiologik va rak ilmgoxining dispanser bilan birga ochilishi bilan boshlandi. 1946 yilda Toshkent vrachlar malakasini oshirish instituti qoshida, so‘ngra tibbiyot institutlarining qoshida xam onkologiya va rentgen-radiologiya kafedralari tashkil topdi.

O'zbekistonda neyroxirurgiya ayniqsa Ulug' Vatan urushi davrida rivojlana boshladi va Turkiston sog'liqni saqlashining birinchi xalq komissari prof. I. I. Orlov nomi bilan bog'liq. Katta evakogospitallarda neyroxirurgik bo'limlar tashkil qilinib, ularda neyroxirurgiyadan yuqori malakali ixtisoslashgan yordam ko'rsatila boshlandi.

O'zbekistonda xirurgiyaning rivojlanish tarixida respublika xirurglarining I s'ezdi (Toshkent, 1965 yil, dekabr), so'ngra O'rta Osiyo respublikalari va Kozog'iston xirurglarining I s'ezdi (Toshkent, 1979 yil, 16—17 yanvar) yirik voqealardan bo'lib qoldi. Bu ikkala s'ezdning tashkilotchisi O'zbekiston Respublikasi Fanlar akademiyasining akademigi, professor O'ktam Oripovich Oripov xisoblanadi. 1986 yilda Toshkentda xirurglarning 31 s'ezdi o'tdi. Xirurglarning bu katta anjumanlari dastlabki olimlar urniga xozirgi vaqtda ko'p qirrali ixtisoslashgan xirurgik yordamni va xirurgiya fanini rivojlantirayotgan iste'dodli yoshlar, shu jumladan milliy qadrlar yetishib chiqqanligini ko'rsatdi. 1974 yilda Butun ittifoq xirurgiya ilmiy markazi Toshkent filiali (hozirgi O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash vazirligining Toshkent xirurgiya ilmiy markazi) ning ochilishi respublikamiz xirurgiyasi tarixida muxim vokea bo'lib qoldi. Bu markazga O'zbekiston Respublikasi Fanlar akademiyasining akademigi Vosit Voxidovich Voxidov uzoq yillardan buyon moxirlik bilan raxbarlik kilib keldi va namunalı maktab yaratib ketdi.

O'zbekmstonning jarroxlik buyicha kuzga ko'ringan olimlari (I. I. Orlov, S. A. Ma'sumov, M. P. Postolov, M. A. Ashrapova, S. M. A'zamxujaev, Sh. I. Karimov, F.F. Nazirov va b.) jigar sirrozlari va portal gipertenziya muammolarini ishlab chiqishga barakali xissa qo'shdilar.

Turkistonda endemik buqoq muammolarini o'rganishga prof. N. S. Pereshivkin tashkilotchilik qilgan edi. Bu masalani ishlab chiqishda S. A. Ma'sumov, O'zbekiston Respublikasi FA akademigi Y. X. Turakulov, prof. R.K. Islombekov, R.Y. Omirov, A. Saidxonov va boshqalar katta xissa qo'shdilar.

Tomirlar xirurgiyasida qo'lga kiritilgan yutuklar tufayli akademik U. O. Oripov, prof. D.L. Arustamov, Sh.I. Karimov, N.P. Pak

buyrakni birinchi marta muvaffaqiyatli ko'chirib o'tkazishgan (1972 yil 12 sentyabr) va buning uchun Davlat tamonidan mukofat bilan taqdirlangan. Uning davomi sifatida, hozirda buyrakni ko'chirib o'tkazish va gemodializ respublika markazi ochilgan.

Respublikada transplantatsion immunologiya soxasi keng rivojlandi (U.O. Oripov va xodimlari), Rossiya immunologiya ilmgoxining direktori, Rossiya MFA akademigi prof. Raxim Musaevich Xayitovning (Samarqand tibbiyot institutini tamomlagan) katta yordami va ishtirokida Respublika immunologiya ilmgoxi tashkil etildi.

Yangi yo'nalish — endobiliar xirurgiyani Rossiya MFA akademigi va O'zbekiston Respublikasi Fanlar akademiyasi akademigi prof. Sh.I. Karimov va uning shogirdlari ishlab chiqayaptilar. Ushbu kafedrada ilmiy laboratoriya bilan birga tarkalgan yiringli peritonitni patogenetik davolashning eksperimental va klinik jixatlari muvaffaqiyatli urganilyapti.

Mustaqil O'zbekiston Respublikasida jarroxlik fani va amaliyoti tobora jadallik bilan rivojlanib borayapti.

II. ANTISEPTIKA VA ASEPTIKA VA ULARNING TARIXI

Xirurgik operatsiyalar hattoki, mukammal darajada bajarilgan taqdirda ham infeksiyon asoratlari ko'plab uchrashi va o'limga olib borishi mumkin. Bu asoratlarning oldini olish xirurgiyaning asosiy maqsadi bo'lib, u aseptika va antiseptikaga asoslanadi.

Antiseptika va aseptika grekcha so'z bo'lib, "anti" - qarshi va "sepsis"- chirish so'z birikmalaridan iboratdir. "A"- inkor etish iborasi. Boshqacha qilib aytganda, bu yiringlashga qarshi va yiringsiz terapiya usullaridir.

1867-yil antiseptika davrining boshlanishi hisoblanadi: shu yili ingliz xirurgi Dj. Lister yaralarni davolashda karbol kislotasini qo'llay boshladi. Bu haqda o'zining "Suyak sinishining va yiringli yaralarni yangi usullar bilan davolash va yiringlash sabablari to'g'risida mulohazalar" deb nomlangan ilmiy ishida batafsil ko'rsatgan.

I.Zemmelveys 1847-yilda tug‘ruqxonalarda tug‘ishdan keyingi sepsisning oldini olish uchun xorli oxak suvidan qo‘l ni yuvishda foydalanishni taklif qilgan edi.

yuqorida keltirilgan ma‘lumotlar, harbiy dala xirurgiyasini rivojlanishiga katta hissa ko‘shgan. Ularni ratsional jamlanishini N.I. Pirogovni hayotiy va ilmiy ishlarida ko‘rishimiz mumkin. Masalan, N.I. Pirogov XVIII asrning urush yillarida shifokor bo‘lib qatnashgan va HDX qonunlarini, ishlash prinsiplarini, qoidalarini amaliyotga tadbiiq qilib, ko‘rsatib, ilmiy asoslab bergan.



Dj. Lister

I.Zemmelveys

N. I. Pirogov

E.Bergman

Pirogovning shogirdi E.Bergman va K.Shimmelbush asboblarni yuqori temperaturada qaynatish va yuqori bug‘ bosimi ostida sterilizatsiya qilishni taklif etgan edi. 1940-yildan boshlab antibiotiklarning ishlab chiqarilishi yiringlash va yallig‘lanishni davolashda yangi davrni ochib berdi.

Antiseptika – jarohatda va butun organizmda joylashgan va rivojlanayotgan infeksiyaga qarshi kurash chora-tadbirlar kompleksidir.

Aseptika – jarohatga, yaraga infeksiya tushishining oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlar mahsulidir. Yara bilan kontakt bo‘ladigan har bir narsa-ob‘ekt infeksiyadan holi bo‘lishi, ya‘ni sterilangan bo‘lishi shart.

Zamonaviy antiseptika aseptika bilan uzviy bog‘liq bo‘lib, butun bir umumiy tizimiga birlashadi.

ANTISEPTIKA

Antiseptika ta'sir qilish usullariga qarab quyidagilarga bo'linadi: mexanik, fizikaviy, kimyoviy va biologik antiseptika.

Bu usullar amalda bir-birini to'ldirib ko'pincha birgalikda qo'llaniladi.

Mexanik antiseptika - bu xirurgik usul bo'lib, yaralardagi yot jismlarni va o'lgan to'qimalarni olib tashlashga asoslangan. Buning asosida yaralarni xirurgik zararsizlantirish yotadi, bu esa antiseptika va aseptika qoidalariga to'la rioya qilingan holda operatsiya xonasida bajariladi. Yaralarning atrofi, yon devori va tubi kesilib o'lgan to'qima va mikroblardan tozalanadi. Zarur bo'lganda ostki qavat to'qimalarini tekshirish uchun yara kanali bo'yicha kengaytirib kesiladi (1-rasm). Yaraning atrofini kesish terining atrofidan boshlab ichkariga boriladi va bunda nekrotik va o'lgan to'qimalar yo'qotiladi. Bu usul 1898-yili P.Fridrix tomonidan taklif etilgan.



1-rasm. Jarohat kanalini kengaytirish.

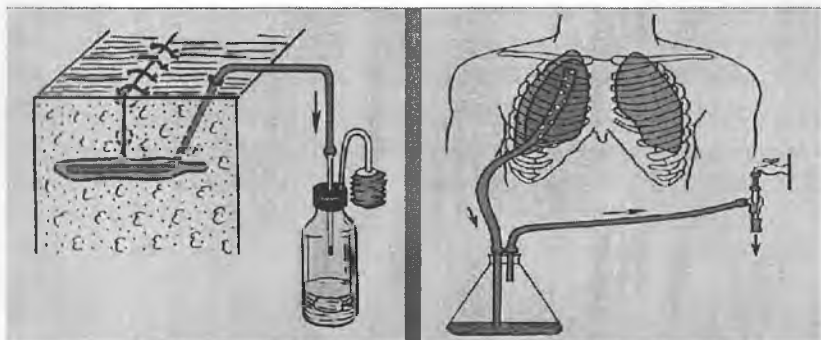
Yiringlagan, tiqilgan yara va operatsiya yaralarining choklarini zaruratga qarab, ularning biron qismi yoki barchasi olib tashlanadi.

Yaradan yiring, qon va boshqa ajralib chiquvchi zardoblarning bemalol oqib chiqishini ta'minlash uchun drenaj va alohida bog'lash materiallaridan foydalaniladi. Mexanik antiseptikaga yara va bo'shliqlarni suyuqlik purkab yuvish ham kiradi.

Fizikaviy antiseptika - bog'lov materiallarining fizikaviy xossalriga va boshqa fizikaviy omillarga asoslangandir. Yara va bo'shliqlarning infeksiyasini yopiq va ochiq usulda davolash sterillangan laminar havo oqimi karkas ostida davolash ultrabinafsha nurlari (UBN), ultra yuqori chastotalar (UYUCH), rentgen, lazer

nurlari va muz bilan davolash ham fizikaviy antiseptika usullariga kiradi. Fizikaviy antiseptikaning asosi ifloslangan yaradan ajralib chiqayotgan suyuqliklarni drenaj orqali tashqariga chiqarishdir (2-rasm). Fizikaviy antiseptikada drenaj va tamponlar keng miqyosda qoʻllaniladi.

Hozir yaralarga drenaj qoʻyishga turli xil rezinali polixlorvinil trubkalar, qoʻlqop rezinasidan tayyorlangan piliksimon chiqaruvchilar hamda dokali tamponlar qoʻllaniladi. Bu rus olimi M.Y.Preobrajenskiy tomonidan qoʻllanilgan va u 1894-yilda “Bogʻlov materiallarining fizikaviy xususiyatlari” toʻgʻrisida dissertatsiya yoqlangan.



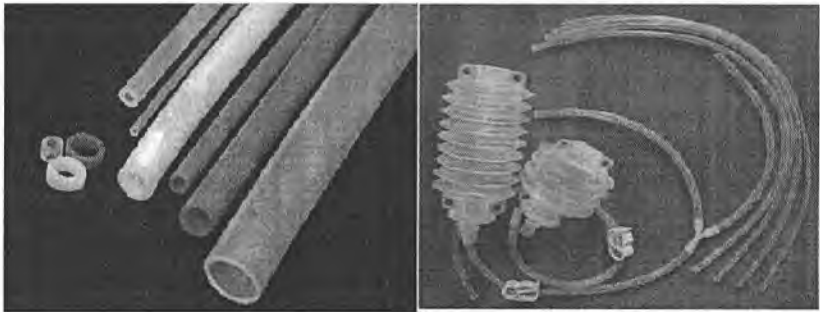
2-rasm. Jarohat boʻshligʻi va plevra boʻshligʻini drenajlash.

Drenaj qoʻllanishdan maqsad yara va uning antibiotiklar hamda boshqa antiseptik moddalarni yuborish va ularni yuvishdan iborat. Bu fizikaviy, kimyoviy, mexanik va biologik antiseptika usullarini birgalikda qoʻllanishidir.

Dokali tamponlar orqali yaradagi suyuqlik tashqariga oqadi. Yaralarga tampon va drenaj qoʻyish ularni gigroskopik doka bilan bogʻlash, uning fizikaviy xossalriga – kapillyarligiga va soʻruvchanligiga asoslangan. Gigroskopik doka tamponning taʼsiri drenaj funksiyasi uzoq muddatga choʻzilmaydi, yaʼni u 4-6 soat ichida yiringga toʻladi. Bunday tampon yaradan yiring oqib chiqishiga qarshilik qiladi, shuning uchun tamponlarni almashtirish zarurati tugʻiladi. 5% li glyukoza, gipertonik tuzli eritmalar bakteritsid taʼsir qilib, yaradagi yiringlarni soʻrib oluvchi tamponga qarab haydaydi.

Handwritten text and signature at the bottom right of the page, including the name "YASHI" and a signature.

Bakteriyalar uchun oziqlik moddasi bo‘lgan suyuqliklar so‘rib, to‘qimalarning emirilishi bakteriyalarning rivojlanishi va ularning organizmni zaharlash qobiliyati kamayadi. Shuning uchun tamponning drenaj vazifasini kuchaytirish uchun u 10% li glyukoza, magneziya sulfati eritmasiga bo‘ktiriladi. Ko‘p hollarda, drenaj va tamponlar birga qo‘llaniladi. Rezinali piliksimon drenaj (chiqaruvchi) so‘rish qobiliyatiga ega emas, lekin u suyuq eksudatni toza yaradan oqib chiqishiga xizmat qiladi. Bu xildagi drenaj operatsiyadan keyingi birinchi soatlarda qo‘llaniladi. Ko‘pincha bir va ko‘p kanalli drenajlardan foydalaniladi, ularda 2, 3 va uchtadan ko‘proq murakkab teshiklar bo‘ladi. Ko‘pchilik hollarda polivinilxlorli trubkalar ishlatish maqsadga muvofik. Chunki ular yallig‘lanish keltirib chiqarmaydi. Rezina trubkalar uchun yallig‘lantirish harakterlidir. Drenajlarning o‘lchami yara bo‘shlig‘i hajmiga qarab aniqlanadi. Kichik yaralarda barmoqda va qo‘lda 2-5 mm razmerdan, katta chuqurlarda esa 10 va 20 mm razmerdagi drenaj naychalar ishlatiladi (3-rasm).



3-rasm. Turli o‘lchamdagi drenaj naychalar

Drenaj naynachalar yonidagi teshigi yara bo‘shlig‘ining joylashuviga qarab qo‘yiladi. Drenaj qilish texnikasi alohida ahamiyatga ega. Jarohatni drenaj qilishning har qanday usulida ham yara yoki bo‘shliqning tubiga qo‘yilishi kerak va trubkaning chiqish tomonini manbaning eng pastki tomonidan chiqariladi. Bu holda yaraning ichidagi bor narsalar og‘irlik kuchi qonun-qoidasi asosida tashqariga oqadi. Drenajlar yaraga, bo‘shliqlarga (bo‘g‘imga – yiringli artritda,

plevra bo'shlig'iga – yiringli plevritda, qorin bo'shlig'iga – peritonitlarda) to'plangan yiringli ekssudatlarni tashqariga chiqaradi. Hosil bo'lgan yiring to'qimalar oshirilishining mahsullari va bular bilan birga mikroorganizmlar ham bir yoki bir necha drenaj orqali bog'lamga kelib so'riladi. Drenaj trubka orqali antiseptik solingan idish bilan tutashgan bo'lishi mumkin, bu holda yaradagi ajralmalar idishga kelib tushadi va bog'ichning ifloslanishini kamaytiradi. Yarani davolashda drenajni to'g'ri qo'llash katta ahamiyatga ega. Drenaj qo'llash vaqti turlichadir. Agarda drenaj yaranan qon va yara eksudatini chiqarish uchun qo'yilgan bo'lsa, uni 48 soatdan so'ng olish mumkin. Operatsiya yarasining yiringlash xavfi bo'lsa, u holda drenaj trubkasi 6-7 kundan so'ng olinadi. Abscess va yiringli bo'shliqlarni drenaj qilish muddati tuzalish jarayoni bilan belgilanadi. Yarani drenajlash aseptika qoidalariga qattiq amal qilishni talab etadi. Shuni yoddan chiqarmaslik kerakki, drenaj infeksiya uchun kirish darvozasi ham bo'lishi mumkin.

Drenajning ta'sir kuchi uch ko'rinish bilan ajralib turadi:

Birinchisi: yiring va yaraning ajralmalari drenaj trubkalari orqali og'irlik kuchi tufayli oqib chiqadi (agarda drenaj trubkasi yaraning eng pastki qismidan chiqarilgan bo'lsa va kasal o'ziga qo'lay vaziyatda bo'lsa).

Ikkinchisi: drenajning kapillyarlik – so'rib olish xossasiga asoslangan. Bu kerosin chiroqdagi pilikni so'rish xossasiga asoslangan. Bunday drenaj passiv hisoblanadi. U yara ichidagi ajralmalarni passiv oqib chiqishga mo'ljallangan.

Uchinchi ta'sir mexanizmi – bu yarani aktiv drenaj qilish. Aktiv antibakterial prinsipi yarani uzoq muddat antibakterial eritmalar bilan yuvib turishga asoslangan bo'lib, bu yiringli ekssudatni, detritni mexanik ravishda tashqariga chiqaradi va antibakterial eritmalarining bevosita ta'sir etishiga sharoit yaratib beradi.

Aktiv drenajning yana bir turi – bu aspiratsion yoki sifonli drenaj bo'lib, shunday moslamalar qo'llaniladiki, drenaj sistemasida past bosim hosil qilib, bu yaraning ichidagi bor narsalarni tashqariga chiqarishga yordam beradi.

Aktiv drenaj qilish (har qanday ko'rinishda): shprits, rezina, grusha aktiv drenaj uchun bir marotaba foydalaniladigan moslamalar

elektr-surgich Redonning vakuum drenaji, Byulau drenaji, Subbotin-Pertes usuli bilan drenaj qilish, Bobrov apparati aktiv drenajning N.N.Kanshin bo'yicha ma'lum miqdordagi vakuum hosil qilish – aspiratsiya usuli zarur hollarda qilinishi kerak.

Passiv drenaj ko'p hollarda: katta jarohatlarda yiringli yaralarda foyda bermaydi. Aktiv drenaj esa yarani mexanik ravishda tozalanishini, yaradagi mikrofloraga bevosita antibakterial ta'sirini ta'minlaydi. Bu hozirgi davrda M.Y.Preobrajenskiy g'oyalarining amalga oshayotganligining yaqqol namunasidir.

Uzoq muddatli antibakterial drenajdan ochiq va yopiq drenaj sistema holidan foydalanish mumkin. Yopiq drenaj sistemasi germetik yopiq yiringli bo'shliqni drenaj qilishda qo'llaniladi. Bu "naycha" xarakterida bo'lib, har-xil so'rib oluvchi sistemalar bilan bog'langan bo'lishi mumkin. Amalda davolashda ko'pincha Redonning vakuum drenaji qo'llaniladi.

Dozalangan aspiratsion drenaj qandaydir so'rib oluvchi qurilmalar yordamida amalga oshiriladi, bu qurilmalar drenajdagi sistemada kerakligicha bosimlar farqini hosil qiladi (elektrootsos).

Klinikada aktiv drenajning N. N. Kanshin tavsiya qilgan usulini qo'llash maqsadga muvofikdir. Bunda 2 kanalli drenajdan foydalaniladi. Bir kanal orqali jarohat yuvib turilsa, ikkinchi tomon orqali dozalangan vakuum aspiratsiya qilinadi. Ikki kanalli drenajning 1-kanalining diametri 0,6-0,8 sm bo'lib, uning devoriga diametri 1,0-1,5 mm li mikroirrigator o'rnatilgan. Katta kanal jarohatdagi ajralmalarni so'rib olishi, mikroirrigator esa jarohatni doimo quruqlab turishi lozim. Ajralmalarni so'rib olish vibroaspirator yordamida amalga oshiriladi, bu akvarium vibrokompresori VK-1 asosida ishlangan.

Kimyoviy antiseptika – kimyoviy qonunlarni qo'llashga asoslangan bo'lib, bir qancha kimyoviy moddalarning jarohatga bakteritsid va bakteriostatik ta'siri shu qonunlarga asoslanadi. Bu jarohatdagi infeksiya va kimyoviy antiseptiklar bilan kurashish usulidir. Antiseptiklar mahalliy va umumiy ravishda og'iz orqali va parenteral qo'llaniladi.

Kimyoviy antiseptiklar tabiatan ikkita katta guruhga bo'linadi. Ayrim antiseptik vositalarning ta'siri quyidagi kimyoviy qonun-

qoidalarga rioya qiladi: osmotik bosimning o'zgarishi, degidratatsiya, adsorbsiya, oksidlanish, oqsillarning suzmasimon massaga aylanishi, kolloid holatining o'zgarishi, protoplazma bilan kimyoviy reaksiyalar va boshqalar. Antiseptika vositalarining bunday kimyoviy sifatlari bakteriyalarning yashashi va ko'payishi uchun noqo'lay shart-sharoitlarni yaratib, organizmning barer (to'siq ximoya), hujayra va regeneratsiya jarayonlarining tiklanishida ijobiy ta'sir qiladi. Antiseptik dori-darmonlar bakteritsid va bakteriostatik xossalarga ega bo'lib, organizmning hujayra va to'qimalariga salbiy ta'sir qilmasligi, ular bilan to'qnashganda o'z kuchini yo'qotmasligi, bug'ga aylanib uchib ketmasligi, qo'llanishi sodda va narxining arzon bo'lishi shart. Shunda, bu antiseptiklardan keng foydalanish mumkin. Endi yuqorida ko'rib o'tilgan anorganik antiseptik preparatlar bilan batafsil tanishib chiqamiz.

NOORGANIK BIRIKMALAR

I. Galoidlar - yod va xlor preparatlari barcha galoidlarga xos antiseptik ta'sirga ega bo'lib, ularning mexanizmi bitta umumiy xususiyatga bog'liq. Ular vodorod atomlari bilan birikkan holda organik to'qimalarning, mikroblarning molekulyar tuzilishini buzadi. Ularning salbiy xususiyati: mikroorganizmning tirik to'qimasiga zarar etkazishidir. Toza holda ular zararlanmagan terini ham kuydiradi, shuning uchun ular birikmalar holida qo'llaniladi, bunda galoid I, Cl asta-sekin chiqib antiseptik ta'sir ko'rsatadi. Tarkibida yod bor preparatlar mikrobgga qarshi ta'sirga egadir. Uning eritmalari jarohatni, jarroh qo'lini, operatsiya maydonini tozalashda, tikuv materiallarini va hokazolarni sterilizatsiya qilishda ishlatiladi.

A) Yod preparatlari.

1. *Yodning spirtli eritmasi 5-10% li*, yod nastoykasi - qo'l, operatsiya maydoni jarohat atrofini dezinfeksiya qilishda qo'llaniladi va kuchli antiseptik vositadir. U bakteritsid va bakteriostatik ta'siridan boshqa kuydirish (oshlash) xususiyatiga ham ega, bu terini qalinlashishiga olib keladi. Yodni 5% spirtli eritmasi harbiy dala sharoitida ko'p qo'llaniladi. Urush vaqtida harbiy tibbiy ta'minotda

yodning ahamiyati juda katta. Masalan, yod individual aptechkada, qo'shin aptechkasida, sanitar tibbiy va qo'shin tibbiy sumkalarida ham bor.

2. *Suvli Lyugol eritmasi* – tarkibi: toza yod 10g, kaliy yod 20g, distillangan suv 1000 ml. Ta'sirlash xossasi kam bo'lganligi uchun o'smalarni, oqma yara, yiringli bo'shliqlarni yuvish, ketgutni zararlantirish uchun qo'llaniladi.

3. *Spirтли Lyugol eritmasi* – tarkibi: yod 10g, kaliy yod 10g. 96% spirt 1000 ml gacha. Yara atrofidagi terini, operatsiya sohasini va ketgutni sterilizatsiya qilish uchun ishlatiladi (Klaudius va Gubarev usuli).

4. *Yodofor* – mayda plastinkasimon yaltiroq krisstallar yoki mayda kristalli limon-sariq rangli kukun, o'tkir barqaror hidli sepki (prisypka) yoki malham dori (maz) sifatida ifloslangan jarohatlarni, ya'ni yarani davolashda mahalliy ravishda qo'llaniladi. Bakteriostatik modda bo'lib, badbo'y hidlarni yo'qotish xususiyatlariga ham ega.

5. *Yodopiron* – *yodofor*. Amaliy tibbiyotda yodopiron 0,1%, 0,5% va 1% aktiv yodli eritma shaklida qo'llaniladi. Yodopiron bakteritsid aktivlikka ega bo'lib, operatsiya maydonini, jarroh qo'lini, rezina buyumlarni tozalash, sterillash va yiringlagan yaralarni davolash uchun qo'llaniladi.

B. Xlor preparatlari. Xlor har-xil birikma, aralashmalar, preparatlar shaklida birinchi bo'lib qo'llanilgan antiseptik moddadir. Ilgaridan xlor birikmalari dezinfeksiya va sterilizatsiya uchun qo'llanib kelinadi. Xlor preparatlarining bakteritsid va sporotsid xususiyatlari ularning tarkibidagi aktiv xlorning miqdoriga bog'liq. Masalan, xloramin aktiv xlordan iborat. Tarkibida xlor bor birikmalarning eritmalariga ammoniy tuzlari qo'shilsa, ularning bakteritsid xususiyatlari ortadi. Bu moddalarning kamchiligi, ular metallarni korroziyaga uchratib, matolarni rangsizlantirib chidamsiz qiladi.

Bu preparatlarning eritmaları shisha, sopol va sirlangan idishlarda tayyorlanib, qorong'u joyda saqlanadi, aks holda xlorning aktivligi kamayib ketadi.

1. *Xlorlangan oxak* – asosan dezinfeksiya uchun ishlatiladi, jarrohlikda bu preparat qo'llanilmaydi. U vanna va xojatxona (sanuzel) larni dezinfeksiya qilish uchun ishlatiladi.

2. *Xlorli suv* - yaraga malham (primochka) holda qo'llaniladi. 0,2% eritmasi kuydirgi (sibir yarasi) sporasini 15 soniyada o'ldiradi. Ta'sir mexanizmi ozod va organik xloramin borligi bilan ta'minlanadi.

3. *Xloramin* – 40-yillar boshidan ommaviy ravishda rezina qo'lqoplar, metall asboblarni sterilizatsiya qilish va qo'lni tozalash uchun ishlatiladi. Xloramin «B» tarkibida 26-30% li aktiv xlor bor. 0,2-0,5% eritmalar yiringli yaralarni yuvish uchun, 5-10% li xloramin esa asbob va qo'lqoplarni dezinfeksiya (sterilizatsiya) qilish uchun ishlatiladi. Bu qonsentratsiyalarda xloramin sporotsid xossalarga egadir. Preparatlarning ta'siri qizdirilganda oshib boradi. Xloramin harbiy dala sharoitida ham qo'llanishi mumkin, uni sanitarlar, instruktorlar o'zi bilan flyagalarda olib yurishi mumkin, chunki dala sharoitida yaradorlarga birinchi yordam ko'rsatadigan tibbiy xodimlarning qo'llari ifloslanadi, infitsirlanadi, shuning uchun ular jarohatga bog'lam qo'yish oldidan qo'llarini xlorli antiseptiklar bilan tozalashi, qish sharoitida qo'llarini qor bilan poklashlari mumkin.

4. *Natriy gipoxloridi* – tarkibida 95% aktiv xlor bo'lgan 4-5% li eritmasi e'tiborga loyiqdir. Bu preparat 1914-1918-yillarda I jahon urush maydonlarida shifokorlar tomonidan harbiy dala sharoitida ishlatilingan. Harbiy dala sharoitida antiseptiklarni qo'llash to'g'risida Oppel o'z ilmiy ishlarida yozib qoldirgan.

II. Anorganik kislota va ishqorlar.

a) *Novshadil spirti 10%* li (Sol. Ammonii caustisi) – bug'lanuvchi suyuqlik. Amalda jarrohlikda qo'l va operatsiya maydonini tozalash uchun ishlatiladi. Spasokukotskiy va Kochergin usuli bo'yicha 0,5% - 25ml ga 5 litr iliq qaynagan suv kerak bo'ladi. U qo'llanilganda, yangi tayyorlangan eritmalaridan foydalaniladi. Chunki u mikrobg qarshi ta'sirga ega bo'lib, terini yaxshi tozalaydi.

b) *Bor kislotasi* – (H_3BO_3 , Acidum boricum) 2-3% li eritmasi chayish, yuvish, bog'ichni namlash uchun ishlatiladi. Kislota mikrobg hujayrasi protoplazmasidagi oqsillarni denaturatsiyaga uchratadi. To'qimani kam ta'sirlantiradi. Yiring tayyoqchalari bilan ifloslangan yarani davolashda qo'llaniladi.

III. Og'ir metall tuzlari.

1. *Simoblar*: ilgaridan tibbiyotda qo'llanilgan kuchli hujayra zahari bo'lib, mikroorganizm va to'qimalarga bir xil ta'sir qiladi.

Ko'p qo'llaniladiganlariga quyidagilar kiradi:

a) *Sulema*-simob xlorid kuchli antiseptik vositadir. Bakteriyalar 1:200000 eritmasida nobud bo'ladi. Sulema eritmalari juda zaharlidir. U qo'llaniladigan yarada (to'qimada nekroz, chirish) boshlanishi mumkin. Undan umumiy zaharlanish ham mumkin va oshqozon-ichak yo'li ta'sirlanishi bilan ifodalanishi mumkin (og'izda metall mazasi, og'riq, kungil aynish, ich ketish-ayrim holda qon aralash). Sulema zararlanmagan teri orqali ham ta'sir qilishi mumkin. Shuning uchun sulema kompresslaridan foydalanmaslik kerak. Sulema eritmalari doimo bo'yab qo'yiladi (undan foydalanilganda adashmaslik uchun). Boshqa eritmalaridan o'larok uni ko'k va pushti rangga bo'yab o'zgacha yorliq yopishtiriladi. Sulemaning 1:1000, 1:2000 eritmasi yuqori bakteritsid ta'siriga ega bo'lib, oqsilli suyuqliklarda (ekssudat, qon, yara ajralmalari va boshqalar) oqsil bilan birikkan albuminatlar hosil qiladi va o'z xossalarini (ta'sir kuchini) juda pasaytirib yuboradi. Metall asboblari sulemaga tekkizilsa qorayadi va yaroqsiz holga keladi.

b) *Asosli sion simobi* 1:1000-1:5000 eritmalari qovuq va siydik yo'llarini yuvish uchun qo'llaniladi. Uning afzalligi shuki, u asboblarni yaroqsiz holga keltirmaydi. Undan sistoskoplarni va boshqa optik asboblarni dezinfeksiya qilish, kateterlarni sterilizatsiya qilish uchun foydalaniladi.

v) *Diotsid*-simob ommaviy birikma, 35 yildan beri jarrohlikda antiseptik va yuvish vositasi sifatida qo'llanib kelmokda. Aralashma qo'llanish oldidan tayyorlanadi (2:1 nisbatda). Uni oldin ozgina spirt yoki qaynoq suvda eritib, so'ng vodorod suvi bilan aralastirilib 1:1000, 1:5000 qonsentratsiya hosil qilinadi. Asbob-uskunalarni zararsizlantirish uchun diotsidning 1:1000 eritmasi, qo'lqopni zararsizlantirish va operatsiya oldidan qo'lni yuvish uchun 1:5000 eritmasi (6 daqiqa davomida) qo'llaniladi. Kamchiligi shuki, diotsid faqat mikroblarning o'suvchi formalariga ta'sir qilib, sporalariga ta'sir kilmaydi.

2. *Kumush preparatlari* – mikroblarni to'qimalarini burishtiradi, kuydiradi va antiseptik ta'sir ko'rsatadi. Ko'p va qadimdan qo'llaniladigan:

a) *Kumush nitrat* (lyapis AgNO_3 , *Argentum nitricum*).

Uning eritmasi 1:80000 nisbatda mikroorganizmlarning o'sishini to'xtatadi. Stafilokokklar 0,09% eritmada uch minut ichida nobud bo'ladi. Jarrohlikda 2-5-10% li eritmaları yaraning ortiqcha donador (gipergranulyasiya) bo'lib bitayotgan yuzasiga surish uchun qo'llaniladi. Yuvish uchun 1:500 va 1:1000 li eritmalaridan foydalaniladi. Uning salbiy tomoni shundaki, eritmalaridan oqsilni cho'ktiradi va o'zi ham bor erda o'z holidan cho'kmaga tushadi.

b) *Kollargol* (Collargolum). Bu preparatni 0,2-2% konsentratsiyadagi eritmaları yiringli yaralarni va siydik qopini yuvish uchun ishlatiladi.

v) *Protargol* (Protargolum) – oqsil birikmasi, jarrohlikda 1-5% eritmasi, siydik qopi va siydik chiqarish qanalini yuvish uchun ishlatiladi.

g) *Nordon azotli kumush*. Mikulich malhamining tarkibiga kiradi: Argentum nitrici 0,3; Balsami peruviani 3,0; Vaselini 30,0 va boshqasi Arg. nitrici 1,0; Balsami 5,0; Vaselini 30,0. Jarohat va yaralarni davolashda yallig'lanish reaksiyasini kuchaytirish uchun qo'llaniladi. Lyapisning kuchli eritmasi granulyasiyalarni yarani kuydirish uchun granulatsiya to'qimalari ortiqcha o'sib ketganda ishlatiladi.

3. *Vismut preparati* – kseroform – tribrombinolet bilan vismut oksidi asoslari hisoblanadi. U sariq rangli mayda amorf kukun kuchsiz o'ziga xos hidi bor. Uning to'qimalarini (mikrob proteoplazmasini) burishtiruvchi, qurituvchi va antiseptik xususiyatlari bo'lib, kukun sepki, 3-10% malham ko'rinishida mahalliy ravishda ishlatiladi. U ham badbuy hidni yo'qotish xususiyatiga ega.

Oksidlovchilar:

1. *Vodorod peroksidning 3% li eritmasi* yarani yuvishda, mexanik tozalaydi, jarohatdagi bog'lam almashtirganda qurib qolgan bog'lam, doka namlanganda, uning to'qimadan og'riqsiz, ehtiyot qilib ko'chishini ta'minlaydi. U bilan yuvganda hosil bo'ladigan ko'p miqdordagi ko'pik jarohatdan yiring, fibrin, o'lgan to'qima, begona jismlarning chiqib ketishini ta'minlaydi. Vodorod peroksidi hidni yo'qotish xususiyatiga ham ega. Undan tashqari, anaerob infeksiya chaqirgan yallig'lanishni bartaraf etishda foydalaniladi.

2. *Kaliy permanganat eritmasi* – qora kristallardan iborat bo'lib,

suvda yaxshi eriydi. Kuchsiz eritmalari och qizil, kuchlisi esa to'q binafsha rangda bo'ladi. Yorug'lik ta'sirida qo'ng'ir rangga kiradi. Nordon marganetsli kaliy jarohat ajralmalari bilan ta'sirlashib parchalanadi va bunda hosil bo'lgan kislorod ajralish paytida kuchli oksidlovchi bo'lib ta'sir qiladi. Badbo'y hidni yo'qotish xususiyatiga ega, lekin uncha kuchli bo'lmagan 0,1-0,5% li eritmalari yiring va chiriyotgan jarohatlarni yuvish uchun qo'llaniladi.

ORGANIK BIRIKMALAR

Bu guruhga quyidagi preparatlar kiradi:

1. **Spirtlar** – 96 gradus va 70 gradus etil yoki vino spirti (Spiritus aethylicus 96°,70°). Etil spirtining antiseptik xossalari juda ko'p u oqsillarni suvsizlantiradi va denaturatsiya qiladi. Ko'pgina davolash muassasalarida spirtida kesuvchi instrumentlar, ayniqsa skalpel, polietilen naychalar, rezina buyumlar sterilizatsiya qilinadi, chok solish materiali saqlanadi, xirurg qo'llari va operatsiya maydoniga (sohasiga) ishlov beriladi.

Spirtgga solib qo'yishdan, aksariyat yuqorida sanab o'tilgan buyumlarni boshqa usullar bilan sterilizatsiya qilingandan keyin taxt qilib qo'yilgan holda uzoq vaqt saqlash uchun foydalaniladi. Yara bog'lashda foydalaniladigan pinset va qaychilarni spirt bilan aktiv «sterilizatsiya qilish» qat'iy man etiladi, chunki bunda «sterilizatsiya» maqsadga muvofiq bo'lmay, balki, o'z-o'zini aldashdan boshqa narsa emas.

II. Aldegidlar.

1) *Formalin*-formaldegidlar (NSON) 40% li eritmasi, chumoli kislota aldegididir. Xirurgiya amaliyotida qo'lqoplar, kateterlar, xirurgik ashyolarni dezinfeksiya qilish uchun yod o'rniga formalinning spirtidagi 5% li eritmasi qo'llanilishi mumkin.

2. *Lizoforn*-formaldegidning sovunli eritmasi. Tarkibi: formalin – 40 ulush, kaliyli sovun – 40 ulush, spirt – 20 ulush. Qo'llanishi formalinnikiga o'xshash: dezinfeksiyadan tashqari yomon, qo'lansa hidlarni yo'qotadi, qo'l va xonalarni dezinfeksiya qilish uchun ham foydalaniladi (1-3% li eritmalari).

3. *Urotropin* – yallig‘lanish jarayonlarida (sistit, pielit, xoletsistit, sepsis) poroshok yoki tabletka holida va venaga quyish uchun qo‘llaniladi. Urotropin dozasi har gal ichishga 0,1-1,0 kuniga 4 g gacha. Venaga quyish uchun 5-10 ml 40% li suvdagi eritmalari ishlatiladi.

III. Fenollar.

1. *Karbol kislot*a – xirurglarning jarohat infeksiyasini profilaktika qilish uchun ongli ravishda ishlatgan birinchi kimyoviy moddasidir. Suvda, spirtida yaxshi eriydi. O‘zining zaharli xossasiga ko‘ra, hozirgi vaqtda sulema kabi narsalarni dezinfeksiya qilish, ba‘zan drenajlarni zararsizlantirish, kateterlarni yuvish, rezina qo‘lqoplarni saqlash va shu kabi maqsadda qo‘llaniladi.

2. *Uch tarkibli (Krupinin)* eritmasi tarkibi: karbol kislot

a – 3 g, natriy karbonat - 15 g, formalin - 20 g va distillangan suv - 1000 ml.

Bu aralashmaga Felder Sinitsin taklif etgan borat kislotadan 20 g qo‘shilsa, eritma yaroqliligi muddatini oshiradi. Uch tarkibli eritma kesadigan instrument va plasmassalardan yasalgan narsalarni sterilizatsiya qilish, aksariyat esa unda qaynatib sterillangan ignalar, skalpellar, kornsanglar, polietilen naychalarni saqlash uchun mo‘ljallangan. Uch tarkibli eritmadan mikroblarning vegetativ formalari 30 daqiqalik, sporalari 60-90 daqiqalik ekspozitsiyadan halok bo‘ladi. Skalpellarning sterilizatsiya qilish muddati (yangi yoki ichak bo‘shlig‘ini ochmay o‘tkazilgan aseptik operatsiyalarda) 30-40 daqiqa. Polietilen naychalarniki 1-2 soat. Krupinin eritmasidan olingan narsalar distillangan suv yoki fiziologik natriy xlorid eritmasi bilan, skalpellar doka-salfetka bilan quruq qilib artiladi.

3. *Lizol* – XX asr boshlanishida fenol qatorining turli xil birikmalari ichida keng qo‘llanilgan.

Hozirgi vaqtda keng qo‘llaniladigan sof krezol (kamida 42%) va kaliyli ko‘k sovundan tayyorlanadigan lizolning o‘zi amaliy ahamiyatini saqlab qolgan 40-45°S gacha isitilgan 2% li lizol eritmasi (isitish uning bakteriyalarini qirish xossasini oshiradi). Xonalarni, operatsion bog‘lov blokini dezinfeksiya qilish (pol, devorlari, mebelni yuvish), shuningdek, operatsiya vaqtida yiring yoki ichakdagi moddalar tekkan instrumentlar rezina qo‘lqoplar va boshqa narsalarni toza saqlash uchun qo‘llaniladi. Bu holda

ko'rsatib o'tilgan narsalar iliq suv bilan sovunlab yuvilgandan keyin, 3-5% lizol eritmasiga 1 soatga solib qo'yiladi. So'ngra, suv bilan chayiladi, quritiladi va ilgari ifloslanmagan boshqa instrumentlar bilan bir qatorda yana sterilizatsiya qilinishi mumkin.

4. *Naftalin* – naftalin neftidan (Ozarbayjondagi Naftadan kurorti) olinadigan to'q-qo'ng'ir rangli surtma. Sof holda malhamlar, pastalar, sepmalar ko'rinishida qo'llaniladi. Xirurgiyada kuyish (ayniqsa, ipritdan kuyish), yaralanish va yara toshib ketishini davolashda muvaffaqiyatli qo'llaniladi. Naftalanda-naftalan kislotalar miqdori ko'pligidan (3%) klinik jihatdan, ayrim yiring hosil qiladigan mikroblar o'sishini to'xtatishga doir ma'lumotlar bo'lsada, uning bakteritsidligi to'g'risida masala hozircha hal qilinmagan.

IY. Nitrofuranlar:

1. *Furatsilin* – nitrofuranlar guruhidagi vatanimizda chiqarilgan sintetik preparatlardan bo'lib, stafilokokklar, gaz infeksiyasini qo'zg'atuvchilari, ichak tayoqchasi va boshqalarga qarshi bakteritsid, ximioterapevtik ahamiyatga ega. Jarohat karbunkul va boshqa yiringli o'choqlarga birlamchi ishlov berishga hamda peritonit, plevritlarda ishlatiladi. Spirtga – yiringli yaralar yuzasida ishlatish uchun suvli eritmasidan (1:5000) yoki malhamlaridan (1:500) foydalaniladi. O'simlik moyi, baliq moyi kabilar yog' asosi sifatida ishlatishga tavsiya qilinadi. 70% li spirtidagi maxsus eritmaları (1:1500) ham qo'llaniladi.

2. *Eruvchan furagin* – yoki furagin K yoki solufar - 0,1% qonsentratsiyada furatsillin kabi qo'llaniladi. Preparatni 300 ml dozada venaga qo'llash ham mumkin. Furazolidon tabletkalari 50 mg dan ichishga beriladi.

3. *Lifuzol* aerosol ko'rinishida chiqariladigan, parda hosil qiladigan lifuzol, nitrofuran preparati tarkibiga kiradi va u yuza jarohat, kuyishda davo uchun qo'llaniladi. U jarohat yuzasida antimikrob ta'sirga ega bo'lgan (rangli) himoya pardasini hosil qiladi. Parda 5-7 kungacha saqlanadi.

Y. Bo'yoqli organik antiseptiklar:

1. *Brilliant yashili* – 1-2% li spirtli eritma hoida yuza yara, o'rab olingan joylarga surtish uchun, terining yiringli kasalliklarini davolash uchun ishlatiladi.

2. *Metilen ko'ki* – 3% li spirtli eritma hoida yuza jarohatlar va o'rab olingan joylarga surtish uchun 1-2% li eritmasini kuygan yuzani davolashda va 0,02% li suvli eritmasini yiringli bo'shliqlarni yuvish uchun qo'llaniladi.

3. *Rivanol* mayda krisstalli sariq poroshok – akridin qatoridagi antiseptik vosita. Hayvonlarda tajriba uchun 1:2000 eritmasi teri osti to'qimasiga yuborilganda (yuqtirishdan keyin dastlabki 24 soat ichida), ularni o'limdan saqlab qolgan. 1:1000-1:5000 eritmalari to'qimalarni shikastlamaydi, bunday kuchli qonsentratsiyalardan sekin so'rilib ketadigan infiltratlar paydo bo'ladi. Korong'u joyda saqlanadigan yangi eritmalarni ishlatish kerak.

4. *Xlorgeksidin* – xlorgeksidin biglyukonatning 20% li eritmasi. Jarohatlarni yuvish uchun 1:100 suvli eritmasi, yallig'lanishda (yiringli) tana bo'shliqlarini yuvish uchun 1:1000 eritmasi tayyorlanadi. 400-1000 ml distillangan suvga 1 ml 20% li xlorgeksidin eritmasi olinadi. Eritmalar avtoklavda 115 °S da 30 minut ichida sterilizatsiya qilinadi.

5. *Sulfanilamid* preparatlari ham kimyoviy antiseptiklarga kiradi. Eng ko'p ishlatiladigan preparatlar quyidagilar: streptotsid, eruvchan streptotsid, norsulfazol, sulfadimezin, etazol, urosulfan, sulfanometoksin, sulfodimetoksin, sulfalen, baktrim, sulgin, ftalazol va boshqalar.

BIOLOGIK ANTISEPTIKA

1. *Enzimoterapiya* (davolash enzimlari yoki fermentlari). Fermentativ preparatlarning xirurgik klinikada qo'llash, ularning ayrimlari neyrolitik ta'sir xossasiga asoslangan va shu tufayli ular infeksiya tushgan jarohat, yiringli bo'shliqlarning yiring, fibrin ivindisi, yashashga layoqatsiz to'qimalardan tezroq tozalashga imkon beradi. Ayni vaqtda, ular yallig'lanishga qarshi ta'sir ko'rsatadi va antibiotiklar faolligini oshiradi. Hozirga vaqtda, quyidagi fermentlar klinik jihatdan qo'llanilayapti:

a) *Xayvon fermentlari* – tripsin, ximotripsin, ximopsin, ribonukleaza, dezoksiribunukleaza.

b) *Bakterial fermentlar* – terilitin streptokinaza, kollagenaza, asperaza, iruksol.

v) *O'simlik fermentlari* – papain, bromelian.

Proteolitik fermentlar yiringli jarohatlar, trofik yaralarni davolashda mahalliy qo'llaniladi. Jarohat yoki yarani vodorod peroksidi yoki furatsillin bilan tozalashdan so'ng ularga fermentlar eritmasi bilan ho'llangan salftetka bosiladi. Jarohatdan so'ng suyuqlik ko'p ajralayotgan bo'lsa, unga fermentlar kukuni sepiladi. Ayrim fermentlar jarohat yoki qo'yiladigan malhamlar (iruksol, asperaza) nekrozga uchragan to'qimalar va yiringlardan batamom tozalanguncha qo'llaniladi. Preparat dozalari har xil va ular qo'llanishga doir yo'riqnomalarda ko'rsatilgan.

Aktiv immunizatsiya uchun **anatoksinlar** qo'llaniladi:

1. *Stafilokokkli anatoksin* – teri ostiga 0,1 ml dan kurak ostiga yuboriladi, keyin har 2-3 kunda in'eksiya takrorlanib, dozasi 0,1 ml ga oshirib boriladi va 1,0 ml ga etkaziladi. Shoshilinch hollarda operatsiyadan oldin 0,5 ml staiflokokk anatoksini yuboriladi.

2. *Qoqshol anatoksini* – qoqsholni planli va shoshilinch profilaktika qilish uchun qo'llaniladi. Shoshilinch hollarda preparat in'eksiyasi qoqsholga qarshi zardobning profilaktik dozasini yuborish bilan qo'shib olib boriladi. Passiv immunizatsiya uchun xirurgik infeksiyaning u yoki bu qo'zg'atuvchilariga nisbatan antitelalar saqlangan preparatlar qo'llaniladi.

3. *Stafilokokka qarshi giperimmun plazmaning adsorbsiyalangan stafilokokk anatoksini* bilan immunlangan-emlangan donor qonining sof (suyuq yoki muzlatilgan) plazmasidan iborat. Stafilokokka qarshi plazmaning titri 6 XB dan kam bo'lmasligi kerak. Plazmani 1 kg tana og'irligiga 4-6 ml hisobidan qo'llaniladi. Stafilokokklar ko'zg'atgan og'ir yuqumli kasalliklarda (sepsis, yiringli peritonit, osteomielit va boshqalar) venaga yuboriladi. Preparat bemorning ahvoriga ko'ra, bir marta yoki takroran yuboriladi.

4. *Stafilokokkga qarshi gamma-globulin adsorbsiyalangan stafilokokk anatoksini* bilan immunlangan donorlar qonida tayyorlanadi. 1,0 preparatda 20-50 XB (xalqaro birlik) ka teng stafilokokklar keltirib chiqaradigan kasalliklar anatoksinlar bo'ladi. Preparatning bir davolash dozasi 100 XB antitoksinni saqlaydi. Stafilokokkga qarshi

gamma-globulin stafilokokklar keltirib chiqaradigan kasalliklar, sepsis, peritonit, plevrit, osteomielit kabilarni davolash va profilaktika qilish uchun qo'llaniladi.

5. *Qoqsholga qarshi gamma-globulin* – qoqshol anatoksini bilan emlangan donorlar qonidan tayyorlanadi. Steril holda kavshirlangan ampulalarda chiqariladi. 1,0 ml eritmasi 150 XB qoqsholga qarshi antitelalar bo'ladi. Qoqsholning oldini olish va davolash uchun qo'llaniladi. Preparat mushak orasiga yuboriladi va immunitet bir oygacha saqlanadi.

6. *Qoqsholga qarshi zardob* – qoqshol anatoksini bilan emlangan hayvonlar (otlar) qonidan olingan immun zardob. Bir ampula zardob 1500-3000 XB ni saqlaydi. Zardobning profilaktik dozasi 3000 XB ni tashkil qiladi. Zardob profilaktik dozasini bir marta yuborish 5 kun muddatga qoqsholdan saqlaydi. Zardobning davolash dozasi profilaktik dozadan 10 barobar oshadi. Hamma hollarda anafilaktik reaksiyalar yuz berish xavfi borligidan zardobni ehtiyotlik bilan yuboriladi.

7. *Gangrenaga qarshi zardob* – gazli gangrenaning 4 ta asosiy qo'zg'atuvchilariga qarshi antitelalar saqlaydigan hayvonlar (otlar) immun zardobi bo'lib, profilaktika va davolash maqsadida qo'llaniladi. Zardobni profilaktik maqsadda mushak orasiga, davolash maqsadida esa venaga ehtiyotlik bilan yuboriladi. Urush vaqtida anaerob infeksiyalarni keskin ko'payishiga, rivojlanishiga sharoit tug'iladi. Natijada gangrenalar foizi ortib boradi. Shuning uchun harbiy dala sharoitida tibbiy ta'minotda gangrenaga qarshi zardoblarni to'rtta turi ham bo'lishi kerak.

ANTIBIOTIKOTERAPIYA

«Antibiotiklar» termini 1942-yilda S.A.Vaksman tomonidan mikroorganizmlardan hosil bo'ladigan va antimikrob ta'siri bo'lgan moddalarni ifodalash uchun tadbiiq qilingan.

Biroq penitsillin preparatlari ixtiro qilinishi va amaliyotga joriy etilishi A.Fleming nomi bilan bog'liq. Vatanimizda esa bu preparatni Z. V. Ermoleva topgan (1940 y).

Antibiotiklarning antimikrob xossalari va kimyoviy tuzilishiga asoslangan klassifikatsiyasi tavsiya etiladi:

Penitsillin – benzilpenitsillin (tabiiy antibiotik) larning eng aktivlaridan biri sanaladi. Yarim sintetik penitsillinlar 2 guruhga bo‘linadi:

1. **Penitsillin** - barqaror preparatlar (oksatsillin, metitsillin, diklo-satsillin) gramm musbat mikroflora jihatidan aktivligi bilan ajralib turadi. Ular turli sohalarda joylashadigan stafilokokk infeksiyasida, zotiljam, o‘pka abssessi, plevra empiemasi, osteomieliit, yumshok to‘qimalar abssessi va flegmonasi jarohatlarida qo‘llaniladi.

2. Ta’sir spektri keng yarim sintetik penitsillinlar (empitsillin, ampioks, ampitsillin, oksatsillinlarning kompleks preparati, karbenit-sillin). Bu preparatlar kuyish, peritonit, ko‘k-yashil yiring tayoqchasi va proteinlar ko‘zg‘atgan infeksiyani davolashda yaxshi natijalar beradi.

Sefalosporinlar – bu guruhga seporin (sefaloridin), kefzol (sefazolin), sefalolitin, birinchi va ikkinchi avlod sefaleksin – sefalosporinlar kiradi. Yarim sintetik sefalosporinlar – sefamizin moksalaktam, sefataksim (kloforan va boshqalar).

Makrolidlar – gramm musbat mikroorganizmlarga ta’sir qiladi, aktiv makrolidlar (eritromitsin, oleandomitsin va boshqalar), linkomitsin, ristomitsin, fuzidin, dalatsin «S».

Aminoglikozidlar – ular gentamitsin, kanamitsin, sizomitsin, tobramitsin, yarim sintetik aminoglikozidlar – aminakatsin.

Tetratsiklinlar – bu guruhga tetratsiklin, oksitetratsiklin, yarim sintetik tetratsiklinlar – metatsiklin (rondomitsin), doksitsiklin kiradi.

Doksitsiklin harbiy dala sharoitida ko‘p qo‘llaniladi. Urush vaqtida harbiy tibbiy ta’minotda tetratsiklinning ahamiyati juda katta. Mikrofloraga keng spektrda ta’sir qilgani uchun doksitsiklin individual aptechkada, qo‘shin aptechkasida, sanitar tibbiy va qo‘shin tibbiy sumkalarida ham bor.

Levomitsetin (xloramfenikol) – ta’sir spektri keng antibiotik hisoblanadi, ko‘pgina gramm musbat va yarim manfiy bakteriyalar xususida ta’sirchan preparat organlarga va organizm suyuqliklariga yaxshi kiradi, gematoensefalik to‘siq orqali kiradi, organizmdan siydik bilan chiqariladi.

Polimiksinlar – spora hosil qiladigan tuproq bakteriyalari ishlab chiqaradigan qardosh antibiotiklar guruhiga hisoblanadi. Turli polimiksinlar ko‘shimcha harflar bilan ifodalaniladi, polimiksin M, V va hakoza.

Silga qarshi antibiotiklar – streptomitsin va uning unumlari – rifamitsin, flormitsin, sikloserin va boshqalar.

Zamburug‘larga qarshi antibiotiklar – nistatin, grizeofulvin, amfoteritsin V, levorin.

Hamma antibiotiklarning dozalari, xossalari, qo‘llanish usullari farmakologiya fanida bir muncha batafsil o‘rganiladi.

III. ASEPTIKA, ENDOGEN VA EKZOGEN INFEKSIYA, STERILIZATSIYA USULI, HAVO-TOMCHI INFEKSIYASI

Xirurgiyada infitsirlangan asoratlar eng ko‘p uchraydi va samarali bajarilgan operatsiyaga qaramay, bu asoratlar nogironlikga yoki o‘lim hollariga olib kelishi mumkin. Bu asoratlarning oldini olish xirurgiyaning asosiy qonun-qoidalari hisoblanadi va u aseptika va antiseptikaga asoslanadi.

Jarohatga tegadigan hamma narsa steril, ya‘ni mikroorganizmlardan holi bo‘lishni talab qiladi. Aseptika jarohatga infeksiya tushishining oldini olishga karatilgan tadbirlar yig‘indisidir.

Jarohatlarning mikroblar bilan ifloslanishini oldini olish uchun avval infeksiya tushishi manbalarini bilish va ularning xususiyatlariga binoan tegishli usullarni qo‘llash kerak. Infeksiya tushunchasi ostida mikroorganizmlarning rivojlanishi, ko‘payishi tushuniladi. Bemorga ular tashqaridan (ekzogen) yoki uning ichidagi (endogen) manbalardan tushishi mumkin.

Ekzogen infeksiyaning 4 turi bir-biridan farq qiladi: qontakt, implantatsion, havo-tomchi turlari.

1. Kontakt infeksiya bevosita tashqi omillar bilan aloqada bo‘lish natijasida yuzaga keladi. Ko‘chada yoki daladagi bo‘lgan jarohat kontakt infeksiyaga tipik misol bo‘lib xizmat qiladi. Bunday hollarda jarohatni keltirib chiqaruvchi yoki jarohat bilan aloqada bo‘luvchi jismlar (avtomashina g‘ildiragi, belkurak, tuproq,

tosh va boshq.) ko'p miqdorda mikroorganizmlar, jumladan, qoqshol tayoqchasi yoki gazli gangrena bakteriyalari singari xavfli mikroorganizmlarni saqlaydi. Jarohatga tushgan mikroblar uning eng chuqur qismlariga kiradi va jarohatning yiringlashiga sabab bo'ladi. Mikroblar operatsion jarohatlarga xirurg qo'lidan, sterillanmagan instrumentlardan va bog'lov materiallaridan tushishi mumkin. Hozirgi vaqtda kontakt infeksiya profilaktikasi operatsion hamshiralar va xirurglarning asosiy vazifasi hisoblanadi. Bu turdagi infeksiyaning oldini olish usullari yaxshi ishlab chiqilgan va ular to'g'risida to'xtalib o'tamiz.

2. Implantatsion infeksiya to'qimalar ichkarisiga infeksiyalardan yoki yot jismlar (parchalar, cho'plar, kiyimbosh bo'laklar kabi) bilan birga tushadi. Tinchlik davrida implantatsion infeksiya aksariyat choklar, protezlar, sun'iy organni ko'chirib o'tkazishda (implantatlar), drenajlar qo'yishda yoki tasodifan, masalan, instrumentlar uchib chiqqan metall parchalari, operatsiyadan keyin qolib ketgan tamponlar, salfetkalar, sharchalar va xirurgik instrumentlar bilan bog'liq. Implantatsion infeksiya operatsiyadan keyin uzoq vaqt o'tgach, organizmning immun tizimi zaiflashishi yoki organizmdagi boshqa infeksiyaning qo'zg'alishi natijasida yuzaga chiqishi mumkin.

3. Havo-tomchi infeksiyasi – operatsiya xonasi havosidan, tashqaridan yoki so'zlashish, yo'talish vaqtida mikroorganizmlarning jarohatga tushib zararlanishidir. Uning oldini olishga quyidagi puxta o'ylangan tadbir sistemasidan iborat operatsion blok rejimiga qattiq rioya qilish yo'li bilan muvaffaq bo'linadi. A'zo va to'qimalarni ko'chirib o'tkazish operatsiyalari (buyrak, yurak)kabilarni aseptikaga bo'lgan talablarni oshiradi, bunday hollarda xirurglar operatsiya xonasi havosini tamoman steril bo'lishini ta'minlashga harakat qiladilar.

OPERATSIYA BLOKIDA HAVO-TOMCHI INFEKSIYASIGA QARSHI KURASH

Zamonaviy operatsiya bloki qator funksional bo'limlardan, bir nechta zonalaridan iborat bo'lib, u davolash muassasasining ish hajmi va binoning tuzilishiga ko'ra, qisman qo'shilgan bo'lishi yoki alohida xonalarda joylashishi mumkin.

I zona - steril zonaga bevosita operatsiyalar o'tkazish va ularga tayyorgarlik ko'rishda mo'ljallangan xonalar kiritiladi:

1. Operatsiya xonalari.
2. Operatsiyadan oldingi xona – bu erda xirurg qo'lini tozalab yuvadi.

3. Sterilizatsiya xonasi – bu erda takroran ishlatiladigan yoki operatsiya vaqtida keragida ishlatiladigan, faqat operatsiya xonasi xodimlari foydalanadigan instrumentlar yuviladi, qaynatiladi yoki bug' quruq issiklik beradigan shkafda sterillanadi.

II zona – qattiq rejim zonasiga operatsiya bloki jihozlarini saqlash uchun mo'ljallangan xonalar kiradi. Ular operatsiya vaqtida to'satdan va operatsiya bloki xodimlarini joylashtirish uchun kerak bo'lib qolishi mumkin.

Bular quyidagilar:

1. **Operatsiya ishtirokchilari echib-kiyinishi uchun xona.** U xirurgning odatdagi «kasalxona» kiyimi va ko'ylaklarini oldindan sterilizatsiya qilish, operatsiyada qatnashish uchun kiyiladigan kiyim bilan almashtirish uchun bir necha xonadan iborat bo'ladi.

2. **Apparat va asboblarning xonasi.** Bu xonada instrumentlar, apparatlar va ayrim hollardagina foydalanadigan boshqa buyum saqlanadi.

3. **Moddiy materiallar xonasi.** Bu xonada bog'lov materiallari, toza operatsion xalat, choyshab, sochiqlar va shu kabilar saqlanadi. Doka qirqish va sterilizatsiya qilish uchun bikslarga joylash ham shu erda bajariladi.

4. **Omborxonalar va boshqalar.** Bu xonalarga maxsus kiyimbosh, shippak, xalat, qalpoqcha kiygan faqat operatsion blok xodimlarining kirishiga ruxsat etiladi.

III zona - umumiy rejim zonasiga ishlab chiqarish xonalari kiradi. Bular quyidagilar:

1. Havoni almashtirish uchun apparatlar bo'lgan xona.
2. Avariya bo'lganda yoritish uchun akkumlyator xonasi.
3. Fotolaboratoriya va boshqalar.

Operatsiya bloki xonalarini yig'ishtirib tozalash va dezinfeksiya qilish. Operatsiya bloki xonalari, xususan, birinchi zonasi ozodalik va tartib saqlashni imkon boricha osonlashtiradigan qilib ko'yiladi, devorlari shiftgacha plitkalar bilan qoplangan yoki moyli bo'yoq bilan bo'yalgan bo'lishi kerak.

Operatsiya bloki 1 - zonasining xonalarini yig'ishtirib tozalashning 5 turi tavofut qilinadi: dastlabki tozalash, kundalik yoki joriy operatsiyadan keyingi, yakunlovchi va mukammal tozalash aniqrog'i dezinfeksiya.

1. Dastlabki tozalash – mebel yuzasida derazalar ostida operatsiya xonasining asbob-anjomlari va polida sterilizatsiya va operatsiya oldi xonalarida tuni bilan yig'ilgan changni tozalash maqsad qilib qo'yiladi. Avvaliga quruq latta bilan nikellangan va pardozlangan yuzalar, so'ngra esa nam latta bilan mebel, derazalar, pol kabilar artib chiqiladi.

2. Joriy (kundalik) tozalash – operatsiya vaqtida bajariladi. Polga tasodifan tushib ketgan doka-sharchalar, salfetkalar va boshqa buyumlar yig'ishtirib olinadi. To'qilgan suyuqlik shu zaxotiyok artiladi.

3. Operatsiyadan keyingi tozalash (aniqrog'i operatsiyalar orasidagi vaqtida yig'ishtirib tozalash). Poldan salfetka sharchalar, operatsiyada ishlatilgan materiallar yig'ishtirib olingandan keyin polni nam latta bilan artish.

4. Yakunlovchi tozalash. Shu kuni operatsiya o'tkaziladimi yoki yo'qmi bundan kat'iy nazar shu kunning oxirida bajariladi. U pol, devorlar, derazalar oldi, mebel va boshqa narsalarni yuvish va nam usulda artishdan iborat. Bunday tozalash vaqtida ishlatiladigan eritmalar ham yuvadigan, ham dezinfeksiya qiladigan xossalarga ega bo'lishi kerak. Yig'ishtirish jarayonida muayyan izchillikka amal qilish lozim: avval shift va devorlar, so'ngra oyna va derazalar oldi, isitgich sistemasi quvurlari va apparatlar artiladi, pol yuvish

bilan tugallanadi.

5. Butun operatsiya blokini mukammal (to'liq) tozalash – haftada bir marotaba o'tkaziladi. Bunda pol, devor, shift, yoritkichlar va apparatlar to'liq tozalanadi. Bu maqsadda muvaffaqiyatli qo'llaniladigan – pervomur, rokkal yaxshi dezinfeksiya qiladigan ta'sirga ega. Havoni tozalash uchun kvars lampalaridan foydalanamiz, ular 2 soat davomida 30m² havoni tozalaydi. Bu lampalar nafaqat operatsiya blokida, operatsiyadan keyingi va reanimatsiya palatalarida, yiringli kasalliklari bor bemorlar yotadigan palatalarda, muolaja va bog'lov xonalarida ham bo'lishi kerak. Ushbu lampalar ishlatilganda, tibbiyot xodimlari va bemorlar palatalarda yoki operatsiya xonasida bo'lmasliklari kerak, agarda qattiq yotoq tartibida davolanayotgan bemorlar bo'lsa, ular yoqilganda bemorlar ustiga prostina yopib qo'yish kerak bo'ladi.

Operatsion bloklarda havoni tozalash yo'llariga ham katta ahamiyat beriladi. Hozirgi kunda yangidan-yangi apparatura chiqmokda. Masalan, filtr-ventlyasion qurilmalar (FVQ-1, FVQ -2). Natijada, havo doimiy ravishda toza bo'lib turadi va aseptikaga javob beradi. Bu mexanizmlar juda ixchamlashib, portativ ko'rinishga ega bo'lib bormoqda.

JARROH QO'LI VA OPERATSIYA MAYDONINI TOZALASH USULLARI

Operatsiyadan oldin qo'lga ishlov berish – bu tibbiyot muas-salarida xodimlardan va bemorlardan mikroorganizmlarning tarqalishini oldini olishga qaratilgan usuldir. Oddiy sovun yordamida qo'lni yuvishimiz orqali biz qo'l terisidagi ko'plab mikro-organizmlarni yo'qotishga erishamiz. Bunday qo'lni yuvish ovqat eyishdan, bemorni ovqatlanitirishdan, ovqat maxsulotlari bilan ish-lashdan oldin, xojatxonaga borgandan keyin, bemorni parvarish-lashdan oldin va keyin, har qanday qo'l terisi ifloslanganida va xirurgik muolajalardan oldin amalga oshirilishi shart. Qo'lni to'liq antiseptik eritmalar yordamida dezinfeksiya qilish orqali biz qo'l terisini mikroorganizmlardan samarali (to'liq) xalos bo'lishiga

erishishimiz mumkin. Qo'lga xirurgik ishlov berish – har qanday xirurgik muolajadan oldin amalga oshirilishi shart, shundagina biz tranzitor (qo'lqopning muolaja paytida teshilishi yoki yirtilishida infeksiyani jarohatga tushishini) infeksiya o'tishini oldini olamiz. Qo'lni operatsiyaga tayyorlashning ayrim usullarini ko'rib chiqamiz:

1. Fyurbringer usuli (1888 y) – qo'l yuvish uchun taklif etilgan eski usullardan biridir. Bu bir necha ayrim bosqichlardan iborat:

I bosqich – bunda qo'llar ikki cho'tka va sovun bilan kran ostida 10 daqiqa yuviladi (har biri cho'tka bilan 5 daqiqa).

II bosqich – qo'llar sterillangan sochiq yoki salfetka bilan artiladi.

III bosqich – qo'llar quruq 70°S spirt bilan yaxshilab, 3 daqiqa davomida artiladi.

IV bosqich – 3 daqiqa davomida 1:1000 sulema eritmasida artiladi.

V bosqich – tirnoq tagi, teri burmalari 1:1000 sulema eritmasida artiladi.

2. Alfeld usuli (1895 y) – bu ham eski usullardan biridir:

I va II bosqichlarda oldingi usulga o'xshaydi.

III bosqich – quruq qo'llar 5 daqiqa davomida 96°S spirt bilan ho'llangan salfetkada yaxshilab artiladi.

IV bosqich – tirnoq tagi, tirnoq burmalari 5-10% li yod eritmasida artiladi.

3. Spassokukotskiy-Kochergin usuli (1928 y) - bugungi kunda ham qo'llaniladi, chunki bu usul bilan tozalangan teri ta'sirlanishini, qo'l terisining buzilmasligi va o'z elastikligini saqlab qolishida yaxshidir.

I bosqich – avvaliga, qo'l kran ostida iliq suvda yuviladi «tramvay kiri» yuvib tashlanadi (Spasokukotskiy so'zi).

II bosqich – 2 ta tog'orada 3 daqiqadan 0,5% li novshadil spirtida yuviladi. Nashatir spirti yog'larni eritib, teri teshiklariga chuqur kirib boradi va bu bilan mikroorganizmlarning chiqishiga erishiladi. Tog'oralarga eritma quyilishidan oldin u spirt bilan kuydiriladi. Qo'lqop kiygandan so'ng qo'llar operatsiya qilishga tayyor bo'ladi.

III bosqich – qo'llar steril sochiq bilan quruq artiladi.

IV bosqich – 96 °S li spirt bilan yaxshilab ho'llangan doka yoki salfetka bilan artiladi.

yuqorida sanab o'tgan Fyurbringer, Alfeld va Spassokukotskiy-Kochergin usullari tarixiy ahamiyatga ega bo'lib, hozirda qo'llanilmaydi.

Qo'l yuvishning zamonaviy usullarini ko'rib chiqamiz:

A) Qo'lni pervomurda (S-4 retsepturasi) yuvish usuli. Pervomur – bu chumoli kislotasi, vodorod peroksidi va suvdan hosil bo'lgan eritmadir. Bu eritma kuchli antiseptik bo'lib, qo'l terisi yuzasida himoya plenkasini hosil qiladi. Qo'lga pervomurning 2,4% li eritmasi solingan tog'arada ishlov beriladi.

Yuvish quyidagicha amalga oshiriladi:

1 – qo'l 1 daqiqa davomida jo'mrakdan oqib turgan suv tagida sovunlab yuviladi.

2 – kaft va bilakning pastki 1/3 qismi tog'orada salftkasiz pervomur eritmasida 1 daqiqa davomida yuviladi.

3 – steril salftkalarda artilib quritiladi. Bir tog'oradan birin-ketin 5 kishi qo'lini yuvishi mumkin.

B) Xlorgeksidin eritmasi bilan qo'l yuvish usuli. Bunda xlorgeksidinning 0,5% spirtli eritmasidan foydalaniladi. Qo'lga ushbu eritma shimdirilgan tampon bilan ikki marotaba 3 daqiqa davomida ishlov beriladi.

V) Degmin va degmitsid yordamida ishlov berish. Bu eritmada tog'orada salftkasiz 5-7 daqiqa davomida yuviladi va steril salftkalarda artilib quritiladi.

G) Serigel bilan yuvish usuli. Plenka hosil qiluvchi antiseptik hisoblanadi. Qo'l terisiga 3 daqiqa davomida to'liq ishlov beriladi.

D) AXD, AXD maxsus, evrosept yordamida ishlov berish. Bular kombinirlangan antiseptiklar bo'lib, tarkibiga etanol, efir poliol yog' kislotali, xlorgeksidin kiradi. Qo'lga ikki marotaba 2-3 daqiqa davomida ishlov beramiz. Ushbu usul hozirda ko'p davlatlarda samarali qo'llaniladigan usullardan biri hisoblanadi.

Operatsiya maydonini tozalash to'rtta bosqichdan iborat:

1. Operatsiya maydoni antiseptik eritmalar (yod, yodanat, xlorgeksidin, 70° spirt, pervomur, AXD, brilyant ko'ki) bilan markazdan periferiyaga qarab artiladi.

2. Steril choyshablar yozilib bo'lgandan keyin yana antiseptik eritmalar bilan artiladi.

3. Operatsiya tugagach, operatsion jarohatni tikmasdan oldin yana antiseptik eritmalar bilan artiladi.

4. Operatsion jarohat tikib bo'lingandan keyin yana antiseptik eritmalar bilan artiladi va operatsiya yarasi bog'lanadi.

Aseptika va antiseptikaga rioya qilish harbiy dala sharoitida ham katta rol o'ynaydi. Hozirgi kunda harbiy sharoitda qo'llash uchun ko'p asbob- uskunalar maxsus qutilarda, chexollangan, sterillangan holatlarda harbiy ta'minotda qonunlar asosida ishlatilimoqda.

STERILLIKNI NAZORAT QILISH USULLARI

Tibbiy anjom, material va asbob uskunalarini sterilligini nazorat qilish albatta amalga oshirilib borilishi shart!. Bundan tashqari, asbob- uskunalariga sterilizatsiya oldi ishlov berish ham nazorat qilib boriladi. Sterillikni bakteriologik tekshirish (4-rasm) aniq usullardan biri hisoblanadi. Surtma olingandan keyin bakteriologik laboratoriyada olingan surtmalar turli xil muhitlarda o'stiriladi va 3-5 kundan keyin bakteriologik zararlanganlik natijasi ko'riladi. Sterillikni bakteriologik nazorat qilish har 7-10 kunda bir marta olib boriladi.



4-rasm. Sterillikni bakteriologik tekshirish

Termik usullarda sterilizatsiya qilishda sterillikni fizikaviy, kimyoviy va biologik usul (5-rasm) orqali bevosita haroratni

nazorat qilish orqali amalga oshirish mumkin. Avtoklavga biksni joylashtirishdan oldin 110-120°S xaroratda eriydigan kukunsimon modda saqlagan ampula joylashtiriladi.



5-rasm. Fizikaviy usul

Kimyoviy usul

Biologik usul

Agarda, sterilizatsiyadan keyin ampuladagi modda erigan bo'lsa, biksdagi narsalarni steril deb hisoblasak bo'ladi. Bu usul uchun benzoy kislota (120°S eriydi), rezorsin (119°S eriydi), antipirin (110°S eriydi), termoindikatoridan foydalaniladi. Quruq bug'li shkafalarda sterilizatsiya uchun yuqori haroratda eriydigan eritmalar askorbin kislotasi (190°S eriydi), tiomochevina (180°S eriydi), termoindikatorlardan foydalaniladi.

Sterilizatsiya oldi ishlovidan keyingi nazorat asbob uskunalarga ishlov berilib quritilganidan keyin amalga oshiriladi. Bunda asboblarda qon, yuvuvchi eritmalar, oksidlovchilar, xlor eritmasi, zang borligi aniqlanadi. Qon borligini tekshirish uchun amidopirin va azopirin sinamasi o'tkaziladi. Yuqoridagi foydalanadigan eritmalar borligini aniqlash uchun fenolftalin va azipiram sinamasi o'tkaziladi. Oksidlovchilar, xlor eritmasi, zang borligini aniqlash uchun ham azipiram sinamasi o'tkaziladi.

IV. OPERATSIYALAR

Operatsiya deb, shifokor tomonidan davolash, diagnostik yoki organizmning faoliyatini qayta tiklash maqsadda bemor to'qimalari va a'zolariga mexanik ta'sir ko'rsatilishiga (kasallangan to'qima,

o'sma va boshqalarni kesib olib tashlashga) aytiladi. «Operatsiya» so'zi uzoq yillar davomida azob beradigan og'riq va o'lim xavfining sinonimi bo'lib keldi. Antiseptik davrga qadar xirurgiya uchun anatomik yo'nalish xos bo'lgan edi. Talabga to'la javob beradigan anesteziya va qon quyishning, shuningdek, jarohat infeksiyasining oldini olish imkoniyati yo'qligi sababli o'sha zamon xirurglari yuksak mahorat egasi bo'lishga majbur bo'lganlar, operatsiyani mumkin qadar tez va qisqa muddatda bajarishga harakat qilganlar. Sels (Gretsiya, I-II asr) «Sito, tuto et jecunde!» degan shior ostida operatsiya qilishga undaydi. Shu bilan birga u jarroh operatsiyasidan so'ng yaraga tegmaslik kerak: «Optimum medicamentum quias est» (eng yaxshi malham – «tinchlik») degan. Buning uchun esa, anatomiyani yaxshi bilish talab qilingan. Bizning zamonamizda operatsiya bilan bog'liq xavf-xatarlar sezilarli ravishda kamaydi va xirurgiyada fiziologik yo'nalishlar qabul qildi. Unga operatsiyadan oldingi davrda bemorni har tomonlama sinchiklab tekshirish, shuningdek, operatsiya paytida va operatsiyadan keyingi davrda undagi o'zgarishlarni kuzatib turish bilan erishiladi. Hozirgi zamon xirurgiyasida operatsiya yo'li bilan davolashni normal holda amalga oshirish, birinchi navbatda, og'riqni tegishli kamaytirish bilan ta'minlanadi, bu esa o'z navbatida xaddan tashqari shoshilmaslikka imkon beradi. Operatsiya vaqtida bemor organizimidagi a'zo va tizimlardagi o'zgarishlarni payqab qolgan xirurg doimo jarrohlik yo'li bilan davolashning samaradorligini ta'minlash uchun ularni o'z vaqtida va uzil-kesil bartaraf etish imkoniga ega.

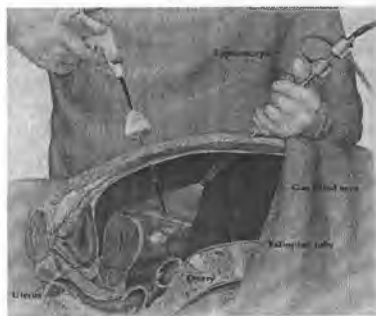
To'g'ri amalga oshirilgan xirurgik operatsiyada ko'p yoki kamroq qon ketishi bu xirurg tajribasi yoki yoshiga bog'liq emas, bu operatsiyaning qaysi a'zo yoki tizimda bajarilishiga bog'liq. Masalan, xirurgik muolaja to'qimalarni kesmasdan va qonsiz amalga oshirilishi mumkin, chiqkan suyaklarni joyiga solishda yoki suyaklar yopiq singanda suyak repozitsiyasida shunday bo'ladi.

Xirurgik operatsiyalar, odatda, davolash maqsadida o'tkaziladi, biroq diagnostik operatsiyalar ham qilinadi. **Diagnostik operatsiyalarga** biopsiya, punksiya qilish (6-rasm) (qorin bo'shlig'i, plevral bo'shliq, orqa miya punksiyalari va boshqalar), endoskopik tekshirishlar (7-rasm) (sistoskopiya, bronxoskopiya, ezofagosko-

piya, gastroskopiya, torakoskopiya, laparoskopiya va boshqalar), angiografiya va yurakni kateterizatsiya qilish, diagnostik torakotomiya va laparotomiya kiradi.



6-rasm. Punksiya qilish (buyrak va tizza bug‘imi)

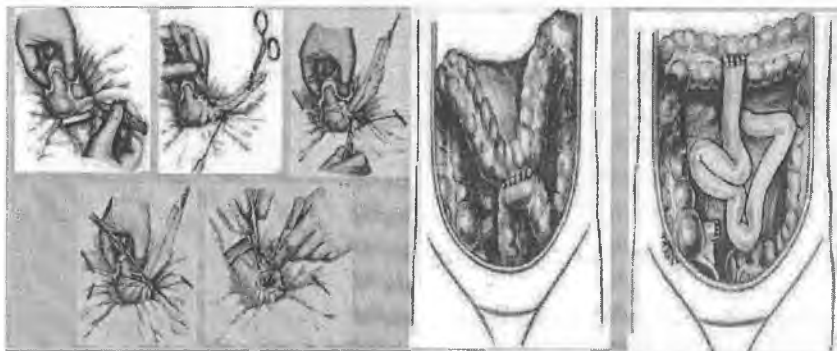


7-rasm. Endoskopik tekshirish (laparoskopiya)

Diagnostik operatsiyalarning bir har holda xavflidir, shuning uchun ham tekshirishning boshqa barcha imkoniyatlari tugagandan so‘nggina ularni qo‘llash lozim.

Davolash operatsiyalari radikal (8-rasm) va palliativ (9-rasm) bo‘lishi mumkin. Radikal operatsiyalar deb, patologik o‘choq joylashgan a‘zolar yoki to‘qimalarni to‘liq olib tashlanishiga (me‘da o‘smasida rezeksiya, gangrenada oyoq amputatsiyasi) aytiladi. Bunday operatsiyalar natijasida, kasallikning qaytalanishi yoki yana paydo bo‘lishi bartaraf etiladi. Radikal operatsiyalar kengaytirilgan va kombinatsiya qilingan bo‘lishi mumkin. Masalan, agar me‘da

o'smasi atrofidagi to'qimalarga tarqalgan bo'lsa, bir paytning o'zida me'da bilan birga taloq olib tashlanadi, jigarning o'sma tarqalgan bo'lagi, ko'ndalang-yo'g'on ichakning ko'richakdan to'g'ri ichakkacha bo'lgan qismining bir bo'lagi rezeksiya qilinadi va yon-atrofdagi limfa tugunlari ham olib tashlanadi, ya'ni o'sma tarqalgan hamma to'qimalar olib tashlanadi.



*8-rasm. Radikal operatsiya
(appendektomi)*

*9-rasm. Palliativ operatsiya
(transverzo va ileotransverzostomiya)*

Palliativ operatsiyalar bemorning ahvolini engillashtiradigan va hayot uchun xavf soluvchi simptomlarni yo'qotishga qaratilgan operatsiyalar bo'lib, kasallikni keltirib chiqargan omillni olib tashlashni imkoniyati yo'qligida bajariladi. Masalan, o'sma yo'g'on ichak yo'lini (bo'shlig'ini) to'sib qo'ygan va uni radikal operatsiya yo'li bilan olib tashlashning iloji bo'lmasa, ichak sirtmog'i qorinning old devoriga keltiriladida, keyin yo'g'on ichak yo'li ochiladi (stoma). Bu holda, o'sma o'z joyida qolaveradi, lekin ichakdan ovqat o'tmay qolishiga barham beriladi va ichakdagi ortiqcha narsalar stomadan bemalol chiqa oladi.

Xirurgik operatsiyalar muddatiga qarab, quyidagicha tafovut qilinadi: 1) Kechiktirib bo'lmaydigan (juda shoshilinch) yoki navbatdan tashqari operatsiya; 2) Zudlik bilan qilinadigan (urgent) operatsiya; 3) Rejali operatsiya.

Kechiktirib bo'lmaydigan operatsiyalar bemor kasalxonaga yotqizilgan va tashxis (o'tkir appenditsit, o'tkir xoletsistit, me'da yarasinig teshilishi, siqilgan churralar, ichak tutilishi) aniqlangandan

so'ng darhol, dastlabki ikki soat ichida qilinadi. Ayrim hollarda qon juda ko'p ketayotganda yoki hiqildoqqa yot jism tiqilib qolganda operatsiyani (qon ketishini to'xtatish, traxeostomiya) hayotiy, muhim ko'rsatkichlar bo'yicha yaqin bir necha daqiqa ichida amalga oshiriladi.

Zudlik bilan qilinadigan operatsiyalar bemorlar kasalxonaga keltirilgandan so'ng dastlabki 1-2 kun ichida amalga oshiriladi, chunki jarayonning tez rivojlanishi munosabati bilan ular inoperabel (xavfli o'smalar, ichakning tashqi oqma yaralari, og'ir tug'ma yurak kasalligi) bo'lib qolishlari mumkin.

Rejali operatsiyalar istalgan paytda qilinishi mumkin, shu bilan birga bemorni jarrohlik yo'li bilan davolashga tayyorlash bir-ikki kunga, zaruriyat tug'ilib qolsa, bir necha haftaga cho'zilishi mumkin.

Operatsiyalar bir bosqichli, ikki bosqichli va ko'p bosqichli bo'lishi mumkin. Ko'p hollarda, ular bir bosqichda amalga oshiriladi (appendektomiya, me'da rezeksiyasi, o'pkaning qisman rezeksiyasi). Agar bemorning umumiy ahvoli og'ir deb topilsa va operatsiya ko'lami juda katta, ayni paytda bemor hayoti uchun xavf-xatar etarli darajada bo'lsa, undagi operatsiya ikki va undan ko'prok bosqichlarga bo'linadi. Masalan, ko'richakning chuvalchangsimon o'simtasining cheklangan yallig'lanishida katta qo'lamdagi infiltrat mavjud bo'lsa, birinchi bosqichda umumiy peritonit paydo bo'lmasligi uchun qorinni ochib, periappendikulyar abscess drenaj qilinadi, appendektomiya esa bir necha oy o'tgach, yallig'lanish jarayoni to'xtagandan so'ng amalga oshiriladi. Teri plastinkasini amalga oshirayotganda, Filatov bo'yicha ko'chib yuruvchi poyaning vujudga keltirilishi, shuningdek, qizilo'ngachning ingichka ichak bilan ko'krak oldi plastinkasi yoki keng qo'lamdagi gemangiomalarni bosqichma-bosqich olib tashlash ko'p bosqichli operatsiyalarga misol bo'la oladi.

Potensial kontaminatsiya darajasi bo'yicha operatsiyalar 4 guruhga ajratiladi: 1) toza; 2) shartli-toza (me'da-ichak yo'li a'zolari va ko'ks oralig'i); 3) ifloslangan (kovak organlar ichidagi massaning jarohatga muqarrar tushishi); 4) iflos yoki birlamchi kasallik yuqtiruvchi operatsiyalar.

Xirurgik operatsiyalar faqat aniq tashxis asosida amalga oshiriladi.

Har qanday, hatto juda oddiy tuyulgan operatsiyalar ham mutlaqo xavf-xatarsiz bo'lmaydi.

Operatsiya uchun ko'rsatmalar absolyut, nisbiy va hayotiy muhim bo'ladi. Hayotiy muhim ko'rsatmalar deyilganda, bemorning hayoti uchun to'g'ridan-to'g'ri xavf solinib turgan hollarda jarrohlik yo'li bilan davo qilish ko'zda tutiladi. Absolyut ko'rsatmalarda ushbu kasallikni faqat operatsiya qilish yo'li bilan davolash mumkinligi aniqlanadi. Garchi samaradorligi kam bo'lsada, terapiyaning boshqa usullarini qo'llash mumkin bo'lgan hollarda nisbiy ko'rsatmalar hisoblanadi. Shoshilinchligiga ko'ra, aynan bir kasallikning operatsiyasi uchun ko'rsatmalari ham hayotiy muhim, ham absolyut, ham nisbiy bo'lishi mumkin. Masalan, o'n ikki barmoq ichak yarasi og'irlashganda, operatsiya qilish uchun ko'rsatmalar hayotiy (aktiv qon ketishni to'xtatib bo'lmaydigan) yoki absolyut (stenoz rivojlanayotganda) yoki nisbiy (yangi yaraga hali dori-darmonlar bilan davo qilishning barcha usullari qo'llanmagan hollarda) bo'lishi mumkin.

Har bir aniq holda operatsiya qilish uchun ko'rsatmalarni aniqlashda, nafaqat kasallik natijasini (prognozini), balki operatsiya qiluvchi jarrohning imkoniyatlarini, operatsiyaning muvaffaqiyatli o'tishini ta'minlovchi operatsiya xonasidagi asbob-uskunalar va apparatlarni ham nazarda tutish lozim. Xirurg qo'lidan kelmaydigan operatsiyani qilmasligi kerak, chunki xirurgiya - bu sport emas, inson esa tajribalar ob'ekti emas. Agar xirurg diqqat-e'tibor bilan assistentlik qilib yoki o'zidan tajribaliroq kasbdoshlari bajarayotgan operatsiya qanday borayotganligini kuzatib, o'z bilimini, tajribasini oshirmas ekan, o'tkazilgan operatsiyalar miqdori qancha bo'lmasin operatsiya qiluvchining jarrohlik bilimi o'z-o'zidan ortishiga hech kim kafolat bera olmaydi. Asossiz operatsiyalarni o'tkazmaslik uchun bemor bilan yaxshilab tanishish, operatsiya rejasini o'ylab ko'rish va operatsiyadan oldingi epikrizni tuzish lozim: 1) tashxisni asoslangani; 2) operatsiya uchun ko'rsatmalar; 3) operatsiya rejasi; 4) og'riqsizlantirishning turi.

Xirurgik operatsiya murakkab ish bo'lib, unda uch asosiy bosqich tafovut qilinadi; 1) operatsiyaga tayyorgarlik davri va bemorni operatsiyaga tayyorlash; 2) xirurgik operatsiyaning o'zi;

3) operatsiyadan keyingi davrda bemorni intensiv kuzatish va parvarishlash. Mazkur bosqichlarning hammasiga amal qilinsa, ular jarrohlik yo‘li bilan davo qilishning yaxshi natija bilan tugashiga kafolat beradi.

1-jadval

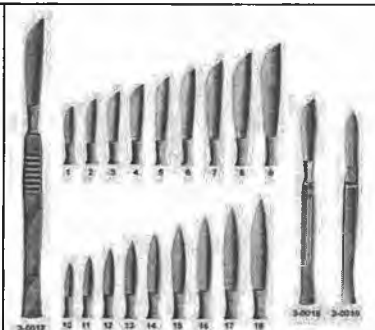
XIRURGIK ASBOB USKUNALAR ISHLATILISH JOYIGA QARAB 5 GURUHGA (jadval № 1) BO‘LINADI:

| I guruh To‘qimalarni ajratadigan asbob - uskunalar | II guruh Qisadigan asbob -uskunalar | III guruh Jarohatni va tabiiy teshiklarni kengaytiruvchi asbob - uskunalar | IV guruh To‘qimalarni tasodifan zararlani- shidan himoyalovchi asbob - uskunalar | V guruh To‘qima- larni birlash- tiruvchi asbob -uskunalar |
|--|---|--|---|---|
| Skalpellar (oddiy, diatermik, plazmali, lazerli) pichoq, arralar, tibbiy doloto, tibbiy qisqichlar, suyak troakarlari, tibbiy qaychilar, tibbiy respatorlar, suyak uchun qoshiqchalar, parma va frezalar, kyuretka, drel | Qon to‘xtatish uchun qisqichlar, oshqozon-ichak uchun qisqichlar, sapkalar, Mikulich qisqichi, Kornsang, pinsetlar, ichak qichsqichlari, elastik jomlar, o‘q uchun qisqichlar, gemorroidal qisqichlar, Lyuer, o‘pkani ushlab uchun qisqich, Til ushlagich | Folkman tishli ilmog‘i, Farabef plastinkali ilmog‘i, Duayen qorin ko‘zgusi, jigarni ushlab turuvchi plastinkasimon ko‘zgu, Fyodorov buyrak ko‘zgusi, Subbotin rektal ko‘zgusi, Kuskokin ko‘zgusi, Mikulich, Glosse, Sigal, yara kengaytirgichlari, ko‘p tishchali yara kengaytiruvchi “mexanik qo‘l” | Tarnovsimon zond, tugmasimon zond, Koxer zondi, Buyalskiy kurakchasi, Reverden plastinkasi, retraktor | Gegar ignatutqichi, Mate ignatutqichi, mikro-xirurgik ignatutqichi, ko‘z xirurgiyasi uchun, xirurgik ignalar, tikuvchi apparatlar |

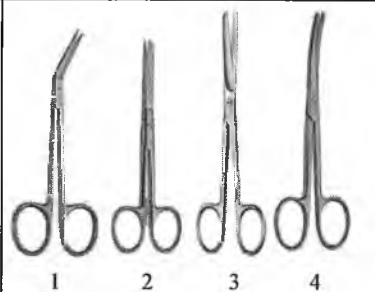
I guruh. To'qimalarni ajratadigan asbob-uskunalar. To'qimalar skalpel yordamida bir tekis harakatlar natijasida kesish orqali ajratiladi. Skalpel - (ot lat. *Scalpellum* — nojichek) — katta bo'lmagan xirurgik pichoq, o'lchami 12-15 santimetr, yumshoq to'qimalarni kesishga mo'ljallangan. 1.

Skalpellar- o'tkir tig'li. bu yordamida chuqur, ammo keng bo'lmagan kesmalar uchun; qorinchali, uzun va keng bo'lgan, ammo chuqur bo'lmagan kesmalar uchun, bir marotabalik – almashtiriluvchi lezviyali (piskali),

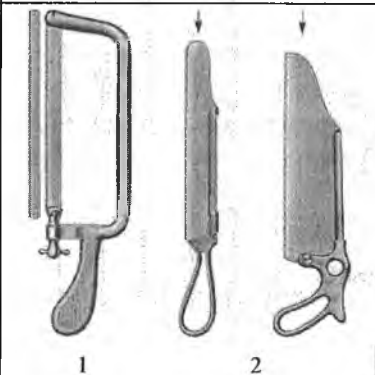
2.Bo'shliqlar uchun skalpel – uzun ushlagichli yarim aylana shaklidagi tig'li bo'lib, chuqur bo'shliqlar (qorin bo'shlig'i) ishlashga mo'ljallangan.



3. Qaychilar – organizmdagi yumshoq to'qimalarni va bog'lov materiallarini kesish uchun ishlatiladi. Qaychilar quyidagicha bo'ladi: o'tqir tig'li va to'mtoq, bir uchi o'tkir, asosi buqilgan Kuper, qovurg'asidan buqilgan Rixter, tirnoq uchun, qon tomirlar uchun qaychi. Qaychilar to'plami: 1 – qovurg'asidan buqilgan Rixter qaychisi; 2 – to'g'ri bir tomoni o'tkir tig'li; 3 – to'g'ri to'mtoq uchli; 4 – asosi buqilgan Kuper.



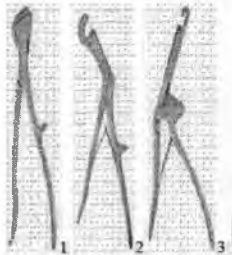
4. Arralar – qattiq to'qimalarni (suyak, tog'ay) kesish uchun ishlatiladi. 3 turdagi arra: yoysimon arra, bargsimon arra, sirmsimon arra (Djigly). Xirurgik arra turlari 1 – yoyli arra; 2 – bargsimon arra.



5. Doloto – suyak trepanatsiyasi uchun ishlatiladi. Ikki turda bo‘ladi: yassi va tarnovsimon, bir yoki tomonlama kesuvchan. Bir necha xil o‘lchamda bo‘ladi.



6. O‘tkir jag‘li ombur (Kusachki) – katta bo‘lmagan turtib chiqqan suyak bo‘laklarini kesib olish uchun ishlatiladi. O‘tkir jag‘li omburlarni (Kusachki) quyidagi turlari bor: 1 –Shtil; 2 –Shtil-Girsg; 3 Sauerbrux-Freya; 4 - Liston; 5 - Dalgren; 6 - Lyuer.



7. Raspatorlar – suyak pardasini ajratish uchun ishlatiladi, suyak bilan bog‘liq operatsiyalarda ishlatiladi. Quyidagi turlari bor 1,7 –Farabef (to‘g‘ri va buqilgan); 8 – burchakli; 9,10 – buqilgan; 11 –Duayen raspatorlari.



II guruh. Qisadigan asbob – uskunalar. Bu asbob - uskunalar vaqtincha operatsiya vaqtida to‘qimalarni qisib turish, kovak a‘zolar bo‘shlig‘ini yopib turish, qon ketishini to‘xtatish, turli xil xirurgik materiallarni ushlab turish va uzatish uchun ishlatiladi. Bu asboblarga qo‘yilgan asosiy talab atravmatiklik va ushlab turilgan to‘qimaga shikast etkazmaslik.

1. Kornsang – bog‘lov materiallarini uzatish, jarohatga tampon, drenaj naychalar qo‘yish, jarohatdan yot narsalarni chiqarib olish va h.k. uchun ishlatiladi. Dastagi uzunligi 26-28sm. Korsanglar to‘g‘ri va yarim buqilgan shaklda bo‘ladi.

2. Qon to‘xtatuvchi qisqichlar – qon ketishini to‘xtatishda ishlatiladi. Ko‘pincha Bilrot, Koxer va Moskit qisqichlari ishlatiladi
A). Bilrot qisqichi ushlovchi yuzasida mayda kertiklari bo‘ladi. shu sababli to‘qimalarga kam zarar etkazadi, ammo mustahkam ushlay olmaydi.

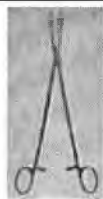
B). Koxer qisqichi ushlovchi yuzasida kertiklardan tashqari tishchasi bo‘ladi. to‘qimalarga shikast etkazadi, ammo mustahkam ushlaydi.

3. «Moskit» (a) - Xolsted qisqichi (b). Bular nozik yuzali bo‘ladi. Ular bosh miya, yuz qon tomirlari, parenximatoz a‘zolar va bolalar xirurgiyasida ko‘p ishlatiladi.

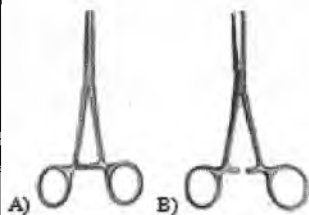
4. Mikulich qisqichi – ko‘pincha qorin pardani operatsion choyshabga fiksatsiya qilish uchun ishlatiladi. Dastagi uzun bo‘lib, to‘g‘ri va egri shaklda bo‘ladi.

5. Ichak qisqichlari:

A) Qattiq ichak qisqichi; B) Elastik ichak qisqichi; S) Elastik yarim buqilgan ichak qisqichi; D) Payr oshqozon qisqichi.

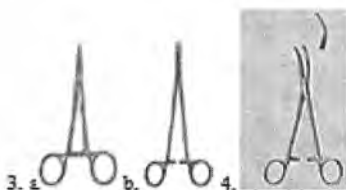


1



A)

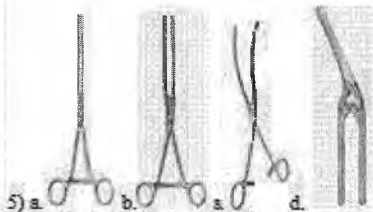
B)



3. a

3. b

4.



5) a

5) b

5) s

5) d

Pinsetlar – har qanday operatsiya yoki bog‘lov paytida yordamchi asbob hisoblanadi.

Pinset turlari:

Anatomik – nozik to‘qimalar (oshqozon, ichak, qon tomir) operatsiyasida ko‘proq ishlatiladi.

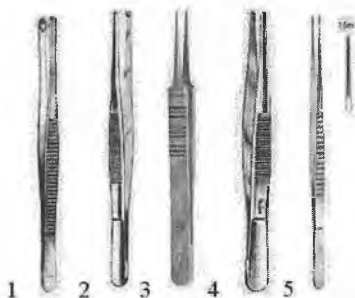
Xirurgik, tishchalari bor. Qattiq to‘qimalarni fassii, aponevroz, terini yaxshi va mustahkam ushlaydi, ammo yumshoq to‘qimalarni shikastlaydi.

Panjasimon – unda olingan to‘qimalarni ushlab va bog‘lov materiallrini berish qulay.

Qon tomir – qon tomirlarni va tikuv iplarini shikast etkazmasdan (atravmatik) ushlaydi .

Mikroxirurgik – kichik, atravmatik mikroskop ostida ishlashga mo‘ljallangan

Pinset turlari: 1 – panjasimon pinset; 2 – xirurgik pinset; 3 –anatomik pinset. 4 – qon tomirlar uchun pinset.5 – mikroxirurgik pinset. 6 - choyshablar uchun sapka – operatsiya maydoni atrofi choyshablarini birlashtirib ushlab turish uchun ishlatiladi.



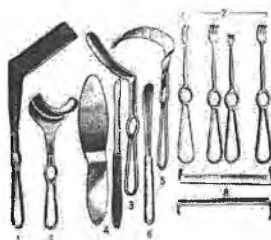
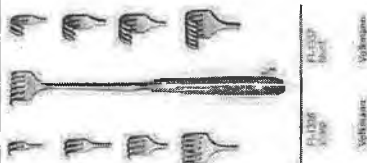
III guruh. Jarohatni va tabiiy teshiklarni kengaytiruvchi asbob - uskunalar. Bu asboblar deyarli barcha operatsiyalarda ishlatiladi.

Xirurgik ilmoqlar (Folkman ilmog‘i)

Uning turlari:

- ikki tishli
- uch tishli
- to‘rt tishli
- o‘tkir
- to‘mtoq

A) Yara kengaytirgichlar to‘plami 1 – jigar ko‘zgusi, 2 – egarsimon ko‘zgu, 3 – burak ko‘zgusi, 4 – Reverden kurakchasi, 5 – Mikulich-Radetsko ko‘zgusi, 6 – Koxer ko‘zgusi, 7 – ikki tishli, uch tishli, o‘tkir uchli yara kengaytirgich, 8 –Farabef yara kengaytirgiyachi.



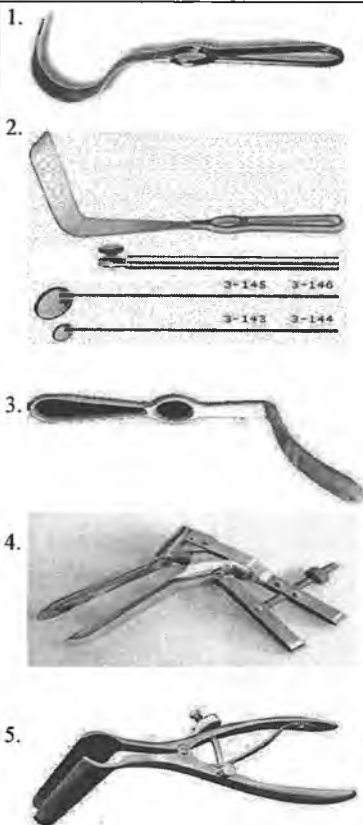
B.

B) Jarohatni kengaytiruvchi to'plam:
 1 –Kollin yara kengaytiruvchi; 2 –Gosse
 yara kengaytiruvchi; 3 – Yansen yara
 kengaytiruvchi. 4 –Sigal yara kengaytiruvchi

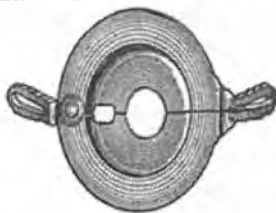


S) Ko'zgular:

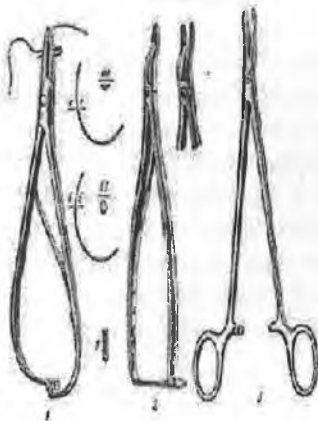
1. Duayn - qorin ko'zgusi.
2. Jigarni ajratish uchun -loatkasimon shakldagi ko'zgu.
3. Fedorov - buyrak ko'zgusi.
4. Kusko - ikki tomonlama qin ko'zgusi.
5. Subbotin - ikki tomonlama rektal ko'zgusi.



IV guruh. To'qimalarni tasodifan zararlanishidan himoyalovchi asbob - uskunalar.
Tarnovsimon zond, tugmasimon zond, Koxer zondi, Buyalskiy kurakchasi, Reverden plastinkasi, retraktor.



V guruh. To'qimalarni birlashtiruvchi asbob - uskunalar
Gegar ignatutqichi, Mate ignatutqichi, mikro-xirurgik ignatutqichi, ko'z xirurgiyasi uchun, xirurgik ignalar, tikuvchi apparatlar.



Operatsiya jarayonida ishtirok etadigan har qanday xirurg va operatsiya hamshirasi operatsiyada ishlatiladigan asbob - uskunalar nomini va har bir operatsiyada qaysi asbob - uskunalar

kerak bo'lishini to'liq bilishi kerak. Bundan tashqari ushbu asbob - uskunalar operatsiya turiga va hajmiga qarab bikslarga zahira bilan joylashtiriladi.

Jarrohlik hamshirasi lavozimiga maxsus kurslarda malakasini oshirgan o'rta tibbiy ma'lumotga ega hamshira tayinlanadi.

Asosiy vazifalari:

- operatsiyadan oldin operatsiya bo'ladigan bemorlar ro'yxatini tuzish;
- operatsiya uchun zarur asbob-uskunalarni tayyorlash;
- jarrohlik asbob-uskunalarini va bog'lov materiallarini operatsiyadan kamida 1,5-2 soat oldin sterilab, tayyorlab qo'yish;
- tikish va bog'lash anjomlarini tayyorlash texnikasini mukammal bilish va vaqtida tayyorlab qo'yish;
- gemotransfuziya texnikasini mukammal bilish;
- shaxsiy gigienaga qat'iy rioya qilish;
- ish joyini tashlab ketmaslik;
- kiyimlari 100% paxta tolasidan bo'lishi shart.

V. OPERATSIYAGA TAYYORGARLIK DAVRI VA BEMORNI OPERATSIYAGA TAYYORLASH

Operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davri (operatsiyadan oldingi davr) bemor stasionarga kelgan yoki poliklinikaga murojaat qilgan paytidan boshlab, to operatsiya boshlanguncha o'tadigan vaqtni o'z ichiga oladi. Operatsiyaga tayyorgarlik davrini ikki bosqichga ajratish mumkin: diagnozni aniqlash va bemorni jarrohlik yo'li bilan davolashga tayyorlash. Birinchi bosqichda diagnoz aniqlanadi, turli organ va sistemalarning ahvoli tekshirib ko'riladi va operatsiya qilish uchun ma'lumotlar aniqlanadi, ikkinchi bosqichda esa bemor operatsiyaga tayyorlanadi.

Operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davrining qancha davom etishi kasallikning xususiyatiga, bemorning umumiy ahvoriga, operatsiyaning shoshilinchligi darajasiga va jarrohlik yo'li bilan davolashning ko'lamiga bog'liq ravishda o'zgarib turadi. Kechiktirib bo'lmaydigan operatsiyalarda (qon ketishni to'xtatish,

chualchangsimon o'simta, o'tkir yallig'langan, me'da yarasi teshilishi, bachadondan tashqari homila bo'lgan hollarda) operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davri qisqa bo'ladi. Bu fursat ichida faqat oddiy tadbirlar (yuvinish, sochni olish), shuningdek, tekshirishlar (qon va siydikni tekshirish, ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'ini rentgenologik tekshirish) amalga oshiriladi. Og'ir bemorlar uchun, shuningdek, operatsiya zudlik bilan qilinadigan bo'lsa, suv muolajalari qo'llanilmaydi. Shu bilan birga yurak va tomirlar, transplantologiya xirurgiyasida, me'da va o't chiqarish yo'llarini tiklash xirurgiyasida operatsiyaga tayyorgarlik davri ba'zan bir necha haftaga cho'zilib ketadi.

Bemorni operatsiyaga tayyorlashning ahamiyatini baholash mushkul, chunki qilinadigan operatsiyaning muvaffaqiyatli o'tishi ko'pincha ana shu tayyorlashga bog'liq bo'lib qoladi. Xirurg operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davridayok jarrohlik yo'li bilan davo qilinayotgan paytda ehtimol tug'ilgan qiyinchiliklarni oldindan ko'ra bilishi kerak. Bu qiyinchiliklar shartli ravishda og'riqsizlantirishning turi, qon ketishi ehtimoli, operatsiya shoki yoki hayotiy muhim a'zolarining shikastlanish ehtimoli bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Bemorni operatsiyaga tayyorlash davrida o'zgarishga uchragan a'zolar faoliyati korreksiya qilinadi. Keng qo'lamdagi radikal operatsiya, ko'p bosqichli va bir bosqichli operatsiyalarda bo'lgani kabi, palliativ operatsiyaga nisbatan katta rezervlarni talab qiladi.

Operatsiyaga tayyorgarlik davrida rejali operatsiyalar quyidagicha ajratiladi: 1) olis; 2) yaqin oradagi; 3) bevosita operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davri. Masalan, olis operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davrida, agar bemorda bo'qoq yoki tug'ma yurak kasali bo'lsa, sanatoriy davosi qo'llaniladi, bodomsimon bez va chirigan tishlar sanatsiya qilinadi. Yaqin oradagi operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davrida (7-15 kun davomida) somatik tizimning umumiy holati o'z vaqtida yaxshilanadi, bevosita operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davrida esa, sanitariya ishlovi o'tkaziladi, qovuq va to'g'ri ichak bo'shatiladi.

Bevosita operatsiyaga tayyorgarlik davri tadbirlari va belgilangan turdagi (stenozda me'dani tozalash, yo'g'on ichakni rezeksiya

qilishdan avval uni sifonli xuqna qilish, yiringli o'pka kasalliklarida nafas yo'llarini sanatsiya qilish) operatsiyaga tayyorlash uchun o'ziga xos tadbirlar tafovut qilinadi: har qanday operatsiya oldidan bemorni tayyorlash davri uchun bir xil va majburiy bo'lgan tadbirlar (gigienik suvli vanna, sochni olish, xuqna qilib tozalash, qovuqni bo'shatish) bevosita operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davri uchun tegishlidir.

Bemorning ruhiy holatini, umumiy somatik holatini, mahalliy jarayonni normaga soladigan yoki yaxshilaydigan tadbirlar ham operatsiyaga tayyorgarlik davri tadbirlariga kiradi.

Bemorni ruhan tayyorlash. Xirurgik operatsiya ruhiy jihatdan sog'lom kishilarda u yoki bu darajada ruhan ezilishga sabab bo'ladi. Buni bartaraf etish yoki kamaytirishning uddasidan chiqilsa, bu bemorni operatsiyaga tayyorlashga ham, operatsiyadan keyingi natijalarga ham yaxshi ta'sir ko'rsatadi. Tibbiyot xodimi bemorning asab sistemasini butun davolanish davrida, ayniqsa, yaqin orada bo'ladigan operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davrida avaylab-asrashi zarur. Bu davrda bemorda bo'lajak operatsiya bilan bog'liq qo'rquv va ishonchsizlik paydo bo'ladi, salbiy kechinmalar yuzaga keladi, ko'pdan-ko'p savollar tug'iladi. Bularning barchasi organizm reaktivligini pasaytiradi. Operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davrida bemor bilan shifokor o'rtasidagi aloqa kuchayadi. Shifokorning bemorni operatsiya yaxshi tugashiga ishontira olish qobiliyati hamda davolash bemorga yangidan-yangi kuch bag'ishlaydi. Og'ir, tuzatib bo'lmaydigan kasalliklarda (masalan, xavfli o'sma kasalliklarida) shifokor ongli ravishda haqiqatni bemordan yashiradi, aks holda, bemor sog'ayib ketishiga bo'lgan so'nggi umidini ham yo'qotadi va kasallik yanada tezlashib avj ola boshlaydi.

Operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davrida uyqusizlikka va og'riqqa qarshi kurashish muhim ahamiyatga ega. Shu maqsadda uyqu, asabni tinchlantiruvchi (trankvilizatorlar) va og'riqsizlantiruvchi dori-darmonlar (analgin, promedol, omnopon, morfin) qo'llaniladi.

Har bir holda ham operatsiyaga bemorning o'z roziligini olish zarurdir. Agar bemor xushini yo'qotgan yoki ruhiy kasallik tufayli muayyan javobni bera olmasa, u holda jarrohlik yo'li bilan davolash masalasi shifokorlar konsiliumi yo'li bilan hal etiladi. Bemor bolani

operatsiya qilish uchun uning ota-onasining roziligini olish zarur. Juda shoshilinch operatsiyalarda, agar bemor bolaning ota-onasi bo'lmasa, u holda bu masala ham konsilium yo'li bilan hal etiladi.

Bemorni umumiy, jismoniy (somatik) jihatdan tayyorlash. Operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davrida bemorning somatik holatini baholash uchun qon aylanish tarmog'idagi, nafas olish yo'llaridagi o'zgarishlarga, shuningdek, parenximatov a'zolar faoliyatiga alohida e'tibor berish lozim.

Operatsiya paytida yurak-tomirlar sistemasi zo'riqadi. Yurak-tomirlar faoliyatida etishmovchilik bo'lgan bemor o'rnidan turmay yotishi, suyuqliklarni kam ichishi zarur; unga yurak faoliyatini yaxshilovchi glikozidlar (strofantin, digoksin, izolanid, selanid), siydik xaydaydigan (diuretik) dorilar (novurit, veroshpiron, triampur) va boshqa dori-darmonlar (kokarboksilaza, ATF) tayin qilinadi.

Operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davrida kamqonlikni bartaraf etish ham anchagina ahamiyatga ega.

Tromboz va emboliyaning oldini olish uchun organizmi zaiflashgan bemorlarda tomirlarda qonning ivib qolish indeksi aniqlanadi, zarurat bo'lsa, antikoagulyantlar (fenilin, omefin, geparin) tayin qilinadi.

Rejali operatsiyalar amalga oshirilishidan avval burun, qo'shimcha bo'shliqlaridagi yallig'lanishni, o'tkir va surunkali bronxit, plevrit va pnevmoniyani bartaraf etish zarur. Shu maqsadda balg'am ko'chiradigan dorilar, antibiotiklar, sulfanilamidlar va davolashning maxsus usullari (ingalyasiya, fizioterapevtik muolajalar, davolash fizkulturasini) qo'llaniladi. Og'riqlar va bemorning majburiy holati nafas olish ko'lamining kamayishiga sabab bo'ladi. Operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davrida bemor nafas olish gimnastikasi kompleksini o'zlashtirishi, balg'amni to'g'ri tashlashni o'rganib olishi kerak. O'tkir rinit, traxeit, bronxit, shuningdek, o'pka emfizemasi (hayotiy ma'lumotlar bo'yicha amalga oshiriladigan operatsiyalar bundan mustasno) operatsiyaga yo'l qo'ymaydigan monelik hisoblanadi.

Me'da-ichak yo'lini operatsiyaga tayyorlayotganda bemorning uzoq vaqt och qolishi, surgi dorilar ichishi va yo'g'on ichakni qayta yuvish maqsadga muvofiq emas. Hatto bu zararli hamdir,

chunki u atsidozni va kislota-ishqor holatining o'zgarishini keltirib chiqaradi, ichak tonusini pasaytiradi, tomirlarda qon harakatining susayishiga (yoki to'xtab qolishiga) sabab bo'ladi. Natijada, og'ir intoksikatsiya rivojlanishi, qayt qilish, meteorizm va oliguriya kuchayishi mumkin.

Og'iz bo'shlig'ini sanatsiya qilish, karioz tishlarni olib tashlash muhim ahamiyatga ega. Operatsiyadan keyingi davrda yuz berishi mumkin bo'lgan parotit, gingivit va glossitning oldini olish uchun tishlarni tozalash va og'iz bo'shlig'ini antiseptik eritmalar bilan chayish maqsadga muvofik. Agar me'dani operatsiya qilish ko'zda tutilgan bo'lsa, u holda operatsiya arafasida me'da yuviladi. Me'dadan qon ketayotgan bo'lsa, uni yuvish tavsiya etilmaydi. Agar me'da yana to'lib qolgan bo'lsa, bunday hollarda bevosita operatsiya oldidan uni yana bo'shatish zarur.

Agar ich o'z-o'zidan kelmasa, ana shundagina tozalash xuqnasi qo'llash mumkin. Yo'g'on ichak va chot orasi operatsiyasi bundan mustasno; operatsiya boshlanishi oldidan ichak sifon xuqna yordamida najasdan butunlay tozalanadi.

Jigar parenximasining shikastlanishi operatsiyaning xatarliligini sezilarli darajada oshiradi. Operatsiyaga tayyorgarlik davrida bemorga ovqat iste'mol qilishni cheklash jigarda glikogenni va qonda qand moddasi darajasini kamaytiradi, bu esa, o'z navbatida reparativ jarayonlarni to'xtatib qoladi. Shuning uchun ham jigardagi glikogen zaxirasini ko'paytirish juda muhim. Bunga to'yimli ovqatlar iste'mol qilish, glyukoza va vitamin S ni in'eksiya qilish yo'li bilan erishish mumkin. Jigar funksiyasini yaxshilash uchun metionin, lipokain, vitamin V12 yuboriladi.

Rejali operatsiyadan oldin siydik ajralish sistemasini tayyorlash uchun buyraklarning funksional holatini tekshirish, buyrak sinamalarini o'tkazish muhim. Bu qon va qon o'rnini bosuvchi preparatlarni quyish va dori-darmonlarni yuborish bilan kechuvchi xirurgik operatsiya (bunda buyrak zo'riqib qoladi) bilan bog'liq bo'lgani uchun ham zarurdir. Bevosita operatsiya oldidan bemor qovug'ini bo'shatishi lozim. Ayniqsa, qorin bo'shlig'ida qilinadigan operatsiyalar oldidan albatta, shunday qilinishi shart. Agar bemorning o'zi yozila olmasa, u holda qovuq kateterizatsiya qilinadi.

Badan terisini tayyorlash. Operatsiyaga tayyorgarlik davrida badan terisini yaxshilab ko'rish zarur. Operatsiya qilinadigan joyda yoki unga yaqinroqda yallig'lanish (yiringli) kasalliklari bo'lsa, u holda jarrohlik yo'li bilan davolashni (agar u hayotiy ma'lumotlar bo'yicha amalga oshirilmasa) qoldirish lozim. Ma'lumki, yallig'lanish kasalliklari boshdan kechirilgach, infeksiya lifma tugunlarida hali saqlanib qolgan bo'ladi; operatsiyadan keyingi davrda u operatsiya keyingi jarohat sohasida asorat yoki sepsis keltirib chiqarishi mumkin. Bunday hollarda shoshilinch operatsiyalar antibiotiklar yordamida amalga oshiriladi. Rejali operatsiyalarni esa, hatto o'tkir yallig'lanish to'g'risida aniq dalil bo'lmagan, biroq bemorning harorati ko'tarilgach (37 gradusdan yuqori) va eritrotsitlarning cho'kish tezligi (ECHT) organi aniqlangan hollarda qoldiriladi.

Operatsiyadan bir kun avval bemor vanna qabul qilishi, ich kiyimlarni almashtirishi kerak. Og'ir kasallarga vanna qabul qilishga ruxsat etilmaydi, shu sababli bunday kasallar badani ho'l sochiq bilan ariladi. Hayotiy ko'rsatmalar (o'tkir qon ketishi, asfiksiya) bo'yicha operatsiya qilish zaruriyati tug'ilgan hollarda ham vanna qabul qilinmaydi.

Operatsiya kuni ertalab operatsiya qilinadigan joy operatsiyaga tayyorlanadi – qaytadan sovunlab yuviladi, teri o'tkir ustarada qirilib, jundan tozalanadi. Kesilishi mo'ljallanayotgan joydagi tuklar iloji boricha kengrok joydan olib tashlanadi, chunki operatsiya choyshabining (ichki kiyimning) u yoqdan bu yoqqa surilishi natijasida boshqa junlardagi mikroblar jarohatga tushishi mumkin. Bemor operatsiyaga borishidan 30 daqiqa oldin primedikatsiya qilinadi va katalka (g'ildarakli stul) da operatsiya xonasiga olib boriladi. Hamshira bemor bilan operatsiya vaqtida zarur bo'lishi mumkin bo'lgan barcha xujjatlarni (kasallik tarixi, rentgen plyonka va boshq.) va operatsiya hajmidan kelib chiqqan holda katta operatsiyalarda bemorga operatsiya vaqtida qon quyish zarur bo'lib qolsa, bemorga mos donor qoni borligini nazorat qilishi kerak.

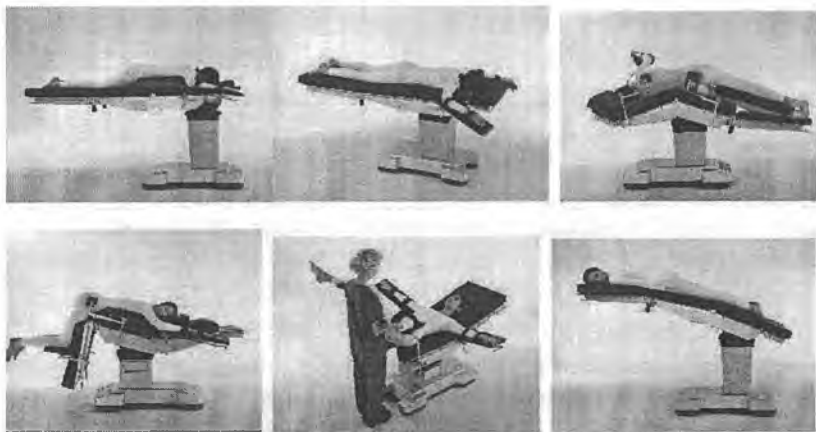
XIRURGIK OPERATSIYANI O‘TKAZISH

Xirurgik operatsiya bir necha bosqichdan iborat: 1) bemorni operatsiya stoliga yotqizish; 2) operatsiya maydonini tayyorlash; 3) og‘riqsizlantirish; 4) operatsiya qilishga kirishish; 5) operatsiyani amalga oshirish (operativ usul); 6) operatsiyani tugatish.

Bemorni operatsiya stoliga yotqizish. Hamma narsa operatsiyaga tayyorlangan, operatsiya stoli ustiga klyonka va toza choyshab yozilgandan so‘nggina bemorni operatsiya xonasiga olib kiriladi. Bemordan ichki kiyimlari echib olinib, uni operatsiya uchun qulay holatda (bu patologik o‘choqqa qulaylik bilan yaqinlashish va operatsiyani amalga oshirishga imkon tug‘diradi) operatsiya stoliga yotqiziladi, oyoqlari bog‘lab qo‘yiladi va ustiga choyshab yopiladi.

Bemorning operatsiya stolidagi holati operatsiyaning qaysi sohada bajarilishiga qarab tanlanadi. (10-rasm).

10-rasm



yuza, qorin, ko‘krak va qorin sohasi (old sohadagi), siydik qopi, erkaklar jinsiy a‘zolari, oyoq amputatsiyalarida bemor **gorizontal holatda** beli bilan yotgan bo‘ladi. Bel bilan yotishda ham turli xil vaziyatlar bor: orqaga egilgan (qalqonsimon bez operatsiyalari), bel qismiga valik qo‘yilgan (o‘t qopi, taloq operatsiyalarida), buyrak sohasiga valik qo‘yib (qorin o‘rta qismi operatsiyalarida), oyoq

tizza bo'g'imidan bukib yotgan holda (ginekologik operatsiyalarda). **Trendelenburg holati** kichik chanoq organlarida (ginekologik operatsiyalarida) amalga oshiriladi. Bemor pastga sirpanib tushib ketmasligi uchun uning oyoqlari tizzasidan bukilib, muayyan holatda mahkamlab bog'lab qo'yiladi.

Yonboshlab yotish holati buyrak yoki ko'krak qafasida operatsiya amalga oshirilganda qo'llaniladi. Ginekologik holatdan to'g'ri ichak, prostata bezi, tashqi jinsiy a'zolari va qin operatsiya qilinganda foydalanadi (bemor chalqanchasiga yotadi, operatsiya stolining oyoq tomoni pastga tushirilgan, bemorning oyoqlari tizzadan bukilib, yuqoriga ko'tarilgan va maxsus tagliklarga qo'yilgan bo'ladi). **yuz tuban yotilgan holat** umurtqa, dumg'aza, o'pka, agar zaruriyat tug'ilsa, orqa teshik operatsiya qilinadi. Bosh suyagining orqa chuqurchasi bajariladigan operatsiyalarda bemor **yarim o'tirgan holat** amalga oshiriladi.

Operatsiya maydonini tayyorlash. Operatsiya maydoni deb, badanning operatsiya qilinadigan qismiga aytiladi.

Operatsiya maydoni terisi tozalangach, bemorning ustiga sterillangan operatsiya choyshabi yopib qo'yiladi, faqat kesish o'tkaziladigan joyi ochiq qoldiriladi. Operatsiya maydonini chegaralash uchun katta-kichik choyshablar, sochiqlar va salfetkalar ishlatiladi. Choyshablar maxsus tutqichlar bilan mahkamlanadi yoki tikib qo'yiladi.

Og'riqsizlantirish. Operatsiyalarda, shu jumladan, ambulato-riyalarda ham ko'pincha kam hajmli mahalliy anesteziya qo'llaniladi va uning yordamida jarrohlik yo'li bilan davo qilinadigan joydagi tegishli asab retseptorlarining sezuvchanligini yo'qotishga erishiladi. Buning uchun ko'pincha novokain, lidokaindan va boshqa preparatlardan foydalaniladi. Hozirgi paytda umumiy og'riqsizlantiruvchi narkoz keng qo'llaniladi.

Operatsiyani amalga oshirish asosiy bosqich hisoblanadi: operatsiya vaqtida patologik o'choqqa yoki zararlangan a'zoga jarrohlik yo'li bilan davo qilinadi, masalan, abscess yorib ko'riladi, ochiq arterial tomir bog'lanadi, o't pufagi olib tashlanadi. Operatsiya paytida biron-bir a'zo yoki uning bir qismi (appendikulyar o'simta, o't pufagi, me'da, o'pka) olib tashlanadi, zaruriyat tug'ilsa bo'shliq

drenajlanadi, sun'iy stoma vujudga keltiriladi (traxeostoma, gastrostoma). Operatsiya to'qimalarni bosqichma - bosqich tikish bilan tugaydi. Operatsiya tugagandan so'ng jarohat steril bog'lam bilan bog'lab qo'yiladi.

Operatsiya vaqtida ishlarni tashkil etish. Xirurgning o'z assistentlariga ketma-ket beradigan tanbexlari, sifatli asbob-uskunalarni tayyorlamagani yoki ularning yo'qligi tufayli operatsiya hamshirasiga qiladigan ta'nalari bemorning ruhiyatiga juda yomon ta'sir ko'rsatadi, uning hayoti va sog'ligi xavf ostida qolgandek tuyuladi.

Operatsiya vaqtida murakkab ahvol yuz berganda ham xirurg o'zini vazmin tutishi kerak. Agar u mo'ljallangan operatsiyani qila olmaydigan bo'lsa yoki yuz bergan murakkab ahvolni bartaraf etishning uddasidan chiqa olmasa, bunday hollarda darhol malakali shifokorlarni chaqirishi va maslahatlashishi lozim.

Operatsiya hamshirasi xirurgning mas'ul yordamchisi hisoblanadi. U operatsiya zalidagi ishlarni tashkil qiladi, aseptikaga javob beradi va o'z qo'l ostidagilarga rahbarlik qiladi. U aseptikaga rioya qilinishini sinchkovlik bilan kuzatib turadi. Operatsiya qiluvchi xirurg, assistentlar va talabalar aseptika talablarini buzmasligi, qolaversa, operatsiya hamshirasining ko'rsatmalarini so'zsiz bajarishlari shart. Operatsiya tugagandan so'ng operatsiya hamshirasi katta tamponlarni, salfetkalarini sanab chiqadi, asboblarni hisoblab ko'radi (bo'shliqlarda va to'qimalarda yot jismlarning qolishining oldini olish uchun) va ularni yuvib asbob-uskunalar javoniga qo'yadi, keyin operatsiya zalini navbatdagi yoki ertasi kuni bo'ladigan operatsiyaga tayyorlaydi.

OPERATSIYADAN KEYINGI DAVR

Bu davr operatsiya tugaganidan, to bemorning mehnat qobiliyati tiklanguncha yoki ahvoli barqarorlashguncha (kasallikning operativ davolash natijasi aniqlanadi) o'tgan vaqtni o'z ichiga oladi (11-rasm). Sog'ayish davri xirurgik operatsiyaning o'zi kabi muhimdir. Operatsiyadan keyingi davrda yo'l qo'yilgan xatolar og'ir asoratlarni keltirib chiqaradi.

Operatsiyadan keyingi davrda quyidagi bosqichlar kuzatiladi: dastlabki bosqich - operatsiyadan keyingi dastlabki 3-5 sutkani o'z ichiga oladi; kechki bosqich - operatsiyadan keyingi 2-3 haftadan iborat, ko'pincha u bemor kasalxonadan chiqib ketgunga qadar davom etadi.

11-rasm



Operatsiyadan keyingi davrlarda bemorlarni kuzatib borish. Bemorni operatsiya stolidan aravachada olib ketilib karavotga yotqiziladi. Palatada o'rin bemor keltirilguncha tayyorlab qo'yiladi: unga toza oqliklar to'shaladi (12-rasm), grelka yoki boshqa isitgich jihozlari bilan isitiladi, chunki operatsiya stolida yotgan bemorning qon yo'qotishi va boshqa omillar tufayli tana harorati pasayadi (gipotermiya). Bemorni kiyimi almashtiriladi (13-rasm) issiq tutuvchi yoping'ichlarga o'rab qo'yiladi, keyin yoping'ich ustidan oyog'iga va yonlariga grelka qo'yiladi.

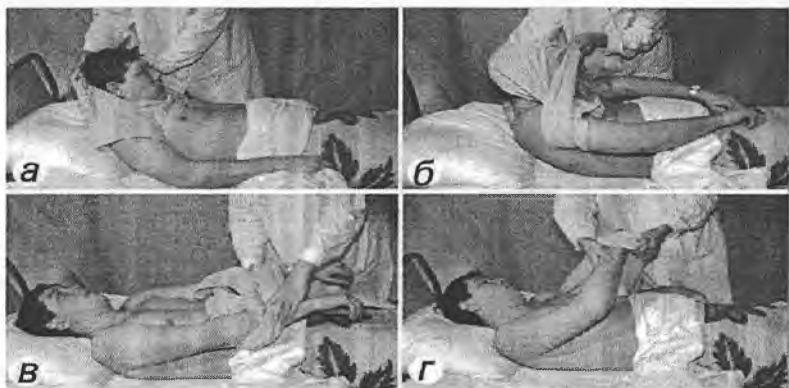
Agar bemor narkoz bilan operatsiya qilingan bo'lsa, bir joydan ikkinchi joyga ko'chirib olib borib yotqizilishi vaqtida va o'ziga kelgan dastlabki soatlarda qayt qilishi mumkin.

Shuning uchun uning yonida maxsus tog'ora, qog'oz dastro'mollar va og'iz bo'shlig'ini tozalash uchun asboblari bo'lishi kerak. Bemor qayt kilayotgan bo'tqasini tashlay olmay nafasi qaytib o'lib qolishi mumkin, tili osilib, nafas olishini qiyinlashtirishi mumkin, shuningdek, yurak faoliyatining to'satdan yomonlashish xavfi ham bor.

12-rasm



13-rasm



Reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limlarida tomir urishi, nafas olish ritmi, badan harorati kuzatiladi, venoz va arterial bosim aniqlanadi, qon va siydik analizlari, suv-elektrolit balansi aniqlanadi, yurak faoliyati nazorat qilinadi, zaruriyat tug'ilib qolsa miya EEG qilinadi, qon oqimi tezligi va yurakning bir daqiqada qancha urayotganligi tekshiriladi. Bemorning ahvolini baholash uchun hozirgi vaqtda axborot-kommunikatsion texnologiyalaridan foydalangan holda kuzatish usuli yo'lga qo'yilgan, bunda bemor

to'g'risidagi ma'lumotlarni vrach kompyuter orqali nazorat qilib boradi va bu o'z navbatida intensiv terapiya bo'limi xodimining ishini engillashtiradi.

OPERATSIYADAN KEYINGI DAVRDA ORGANIZMDA YUZ BERADIGAN O'ZGARISHLAR

Operatsiyadan keyingi davrda, odatda, bir necha kundan so'ng o'z holiga kelib qoladigan o'zgarishlarni kuzatish mumkin. 90% hollarda uglevod almashinuvi so'rilgani kuzatiladi – bu giperlikemiya va glyukozuriya bo'lishi mumkin, ular og'riqsizlantirishning turiga bog'liq bo'lmagan holda paydo bo'lib, 3-4 kun davomida yo'q bo'lib ketadi. Uglevod almashinuvining o'zgarishlari markaziy asab tizimining (MAS) ta'sirlanishi natijasida qand moddalarining etarlicha oksidlanmasligi va endokrin tizimining buzilishi bilan bog'liq holda kelib chiqadi.

Shuningdek, operatsiyadan keyingi davrda kislotashqor muvazanatining buzilishi ham kuzatiladi – qonda ishqor zaxirasi kamayadi va atsidoz belgilari paydo bo'ladi. Dastlab, atsidoz kompensatsiyalangan xususiyatga ega bo'ladi, ishqor zaxiralarining kamayishiga muvofiq qayt qilish, meteorizm, bosh og'rishi, bezovtalik, uyqusizlik paydo bo'lishi mumkin. Operatsiyadan keyingi davrda paydo bo'ladigan atsidozning oldini olish uchun operatsiyadan oldingi tayyorlashni to'g'ri tashkil qilish, ilgariroq ovqatlantirish, operatsiyadan keyingi davrda organizmga glyukoza va insulin yuborish zarur.

Oqsillar almashinuvining o'zgarishlari qonda azot qoldig'ining ko'payishi, gipoproteinemiya, globulin fraksiyalarining kuchayishi kabilar bilan birga kechadi. Operatsiya vaqtida qon ketishi gipoproteimienyaning rivojlanishiga imkon yaratadi. Gipoproteimieniya operatsiyadan 5-6 kun o'tgach juda avjiga chiqadi. Buning o'rmini oqsil moddalarga boy to'yimli parhez taomlar bilan, shuningdek, organizmga qon, plazma va oqsil gidrolizatlarini venadan yuborish yo'li bilan to'ldirish mumkin.

Suv-elektrolit almashinuvining o'zgarishlari ham operatsiyadan

keyingi davrda muhimdir. Qon xloridlarining kamayishi, ayniqsa, ichaklardan ovqat o'tmay qolishi sindromi bor bemorlarda kuzatiladi. operatsiyadan keyingi davrning birinchi kunlarida organizmga Ringer eritmasini, natriy va kaliy xloridning gipertonik eritmasini yuborish yo'li bilan etishmaydigan xloridlar o'rni to'ldiriladi.

Xloridlar o'zgarishi bilan bir vaqtda organizmning suvsizlan-ganidan darak beruvchi suyuqlik balansi buzilgani ham kuzatiladi. Sog'lom odam bir sutkada taxminan 2-2,5 litr suyuqlikni: buyrak (1-1,5 l), o'pka (0,5l), teri (0,3 l) orqali ajratib chiqaradi. Badan normal haroratda (36,6-37°S) o'pka va teri orqali bir kecha-kunduzda taxminan 800 ml suyuqlik ajratib chiqaradi. Teri harorati ko'tarilganda yo'qotiladigan suyuqlik, har bir gradus uchun 500 mlga ortadi. Shunday qilib, operatsiyadan keyingi davrda suvni, asosan buyrakdan boshqa yo'llar bilan (siydik ajralib chiqishi nisbati 3:1) yo'qotadi. Tana haroratining ko'tarilishi, nafas olishning tezlashuvi, terlash, qayt qilish, ich ketish bunga sababdir. Bemorni operatsiyadan oldin yaxshi tayyorlamaslik ham (och qolishi, tez-tez xuqna qilinishi) organizmning suvsizlanishiga imkon yaratadi.

Suv-elektrolit almashinuvining buzilishi o'ziga xos ravishda izga solinishi kerak. Operatsiyadan keyingi birinchi kunlarda organizmga bir kecha-kunduzda kamida 2,5-3 litr suyuqlik kiritish (venadan, teri ostidan, rektal, peroral) yo'li bilan yo'qotilgan suv o'rni to'ldiriladi. Tez-tez qayt qilish, haddan tashqari terlash, ich ketishi natijasida suv va tuzlarni tez yo'qotish to'qimalarini, ayniqsa, parenximatoz organlar va miyaning suvsizlanishini osonlashtiradi. Ayni paytda, hujayralararo bo'shliqda natriy kamayadi va hujayralarning o'zida ko'payadi. Kaliy ionlarining hujayralarda va hujayradan tashqaridagi bo'shliqda qonsentratsiyalanishi natriy ionlari tarkibini teskari proporsional ravishda o'zgartiradi. Natijada, issiqlik qaytarish holati buziladi, ortiqcha isib ketish va gipertermiya rivojlanadi. Organizmga suyuqlik yuborish har bir bemorning o'ziga xos bo'lishi kerak.

Operatsiyadan keyingi davrda bemorni, ayniqsa, keksa bemor-larni faollashtirishga katta e'tibor beriladi. Operatsiyadan so'ng bemorga o'rnida yotgan joyida harakat qilish yoki mayda va o'rta bo'g'imlarini harakatlantirish (operatsiya qo'lami va uning

xarakteridan kelib chiqib), ko'p o'tmay o'rnidan turish taklif qilinadi. Nafas olish mashqlari va davolash mashqlari tayin qilinadi, bularni bemorlarni imkoniyatlariga ko'ra, operatsiyaga tayyorgarlik davridayok o'rgatiladi. Bular qon aylanishini yaxshilashga imkoniyat tug'diradi, asab sistemasining mustahkamlaydi, umumiy ahvol va kayfiyatni yaxshilaydi, reparativ jarayonlar muvaffaqiyatli kechishiga imkon yaratadi va operatsiyadan so'ng asorat paydo bo'lishini cheklaydi. Shok, yurak faoliyatida etishmovchilik bo'lganda va o'tkir yallig'lanish jarayonlarida bemorni faollashtirishga yo'l qo'yib bo'lmaydi.

OPERATSIYADAN KEYINGI ASORATLAR, ULARNING OLDINI OLISH VA DAVOLASH

Operatsiyadan keyingi asoratlar dastlabki, shuningdek, kechki bosqichda yuz berishi mumkin. Bemorni sinchiklab tekshirish, operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davrida uni to'g'ri tayyorlash, aynan operatsiya vaqtida to'qimalarni ehtiyotlash va bemorni operatsiyadan keyingi davrda faollashtirish bilan asoratlar sonini cheklash mumkin.

Operatsiyadan keyingi dastlabki davrda, ko'pincha shok yoki kollaps (toksik, allergik, anafilaktik, kardiogen va nevrogen), asab sistemasining buzilishi, o'pka asoratlari (atelektaz, o'pka shishi, bronxopnevmoniya), o'tkir jigar va buyrak etishmovchiligi (sariq kasalligi, oliguriya, og'ir intoksikatsiya), yurak va o'pka etishmovchiligi bilan bog'liq holda anoksiyaning paydo bo'lishi, operatsiyadan keyingi gipertermiya sindromi (ko'prok bolalarda, bu tana haroratining 41°S va undan yuqoriga ko'tarilishi, qayt qilish, bezovtalik, gemodinamikaning buzilishi va tomir tortishishi) kuzatiladi.

Operatsiyadan keyingi asabiy buzilishlar, ko'pincha og'riq, uyqusizlik, ruhiy kasalliklar, parestiziyalar, falajliklar tufayli paydo bo'ladi.

U yoki bu darajadagi og'riq har qanday operatsiyadan keyin ham kuzatiladi. Og'riqning turi va intensivligi operatsiya ko'lamiga,

shuningdek, to'qimalarning shikastlanish darajasiga va bemorning asablari qay darajada ko'zg'alishiga bog'liq. Og'riq hissiyoti – bemorning to'g'ri holatda yotishi, erkin va bir maromda nafas olishi bilan pasayadi. Og'riqsizlantiruvchi vosita sifatida 50% analgin, 1-2% promedol, omnopon yoki morfin, 0,005% fentanil 1-2 ml dan, shuningdek, neyroleptiklar – 0,25% droperidol, 0,5% galoperidol (sutkada 2 yoki 3 marta 1 ml dan) qo'llaniladi. Ko'pincha og'ir va travmatik operatsiyalardan so'ng davo narkozi qo'llaniladi.

Operatsiyadan keyingi ruhiy kasalliklar ko'pincha intoksikasiya bosqichida zaiflashgan bemorlarda rivojlanadi. Ko'pincha ular surunkali ruhiy kasalliklar tufayli kelib chiqadi. Shuningdek, reaktiv holatlar ham uchrab turadi, bunday bemorlar diqqat-e'tibor bilan kuzatishni va shaxsiy xavfsizligini ta'minlashni talab etadi. Ularni davolash psixiatr vazifasiga kiradi, bunday holatlar yuz berganda u shoshilinch ravishda maslahatga (qonsultatsiyaga) chaqirilishi kerak.

Yurak-qon tomirlar sistemasining asoratlari - yurak-qon tomirlarning o'tkir etishmovchiligi, trombozlar, emboliyalar, infarktlar – birlamchi yurak etishmovchiligi natijasida yuz beradi yoki shok va anemiya holatlarida ikkilamchi bo'lishi ham mumkin.

Tomir o'tkir etishmovchiligi patogenezida kapillyarlar atoniyasini va AQHning kamayishini keltirib chiqaradigan falajligiga katta rol o'ynaydi. Natijada, qon oqimi susayadi, to'qima gipoksiyasi kuchayadi, bu esa o'z navbatida, kapillyar atoniyani keltirib chiqaradi.

Yurak o'tkir etishmovchiligini davolash uchun Yurak glikozidlari (strofantin, digoksin, selanid), perifik qon aylanishini kuchaytiruvchi vositalar (striksin, kofein, efedrin, dopamin) qo'llaniladi, koronarolitik (nitroglitserin) vositalar, diuretiklar (laziks, vershipron), oksigenoterapiyadan foydalaniladi.

Trombozlar odatda oyoq va dumg'aza venalarida, ko'prok semiz va kam harakat bemorlarda rivojlanadi. Trombozga qon yurishining sekinlashuvi, qon quyilishining oshishi va tomir devorlarining shikastlanishi sabab bo'ladi. Trombozlar natijasida, asosiy arteriyalar emboliyasi, shu jumladan, o'ta xavfli bo'lgan o'pka arteriyasi emboliyasi yuzaga kelishi mumkin. Bunday hollarda katta dozalarda (30-50 ming TB) geparin tayin qilinadi, o'pka arteriyasiga yoki

venaga streptaza (500 ming - 1 mln TB), avezilin (250 ming – 1,5 mln TB bir sutkada) yuboriladi. Qo‘l-oyoqlarning perifik va asosiy arteriyalarida tromboz yuz berganda qo‘shimcha ravishda spazmolitiklar va tomir kengaytiruvchi vositalar yuboriladi, ko‘rsatmalar bo‘yicha qon-tomir jarrohi tomonidan embolektomiya o‘tkaziladi.

Nafas olish sistemasi asoratlari nafas olishning o‘tkir etishmovchiligi, bronxit, traxeit, pnevmoniya, plevrit, atelektaz, o‘pka absssidan iborat. Ko‘proq bronxitlar va bronxopnevmoniyalar uchraydi. O‘pka asoratlarining oldini olish uchun bemorning operatsiya zalida yoki vannada va boshqa qo‘shimcha xonalarda qattiq sovuq qotishiga yo‘l qo‘ymaslik kerak, xonani shamollatish, operatsiyadan keyingi faol taktika va bemorni astoydil parvarishlash zarur. Shuningdek, nafas olish gimnastikasi va davolash mashqlari ham foydali. Davolash uchun antibiotiklar, balg‘am ko‘chiradigan dorilar ishlatiladi, aerosol, ingalyasiya, fizioterapiya qilinadi. Septik pnevmoniya va o‘pka absessi ro‘y berganda ko‘krak qafasi (torakal) jarrohi tomonidan plevral punksiyalar va abscess bo‘shlig‘i punksiyalari o‘tkaziladi, bronxlarni kompleks sanatsiya qilish zarur (bronxoskopiya bilan bir vaqtda aerosollar, antibiotiklar va proteolitik fermentlar endotraxeal yuboriladi). Nafas etishmasligi bemorning qiyofasidan yaqqol sezilib turgan og‘ir holatlarda apparatda sun‘iy nafas oldirish, baroterapiya qo‘llaniladi.

Hazm organlari sistemasida uchraydigan asoratlar ko‘proq qorinni xirurgik operatsiya uchun yorilgandan keyin aniqlanadi. Ulardan anchagina og‘riqlari – kichik chanoqning cheklangan abscesslari, mahalliy va diffuz natijasida hosil bo‘lgan peritonitlar, ichak tutilishi va me‘da-ichak oqma yarasidir.

Ichakning o‘tkazish qobiliyati buzilishi operatsiyadan keyingi dastlabki kunlarda ko‘proq namoyon bo‘ladi. Ichak tutilishi mexanik (yallig‘langan shish, infiltrat yoki anastomoz sohasidagi chandiq jarayoni; anastomoz burchagining qattiq qisilishi yoki ichakning buralib qolishi) va dinamik (me‘da atoniyasi, ichakning reflektor spazmi) bo‘ladi. Ichak tutilishining mohiyati hozircha aniqlanmagan, me‘da va ichak tonusi faollashtiriladi va infeksiyaga qarshi kurash olib boradi.

Me'da va ichak devori tonusini tiklash uchun zond solinadi va me'da ichidagi suYuqlik vaqtincha yoki doimiy so'rib turish usuli bilan olib tashlanadi, me'da zond orqali avaylab yuviladi. Gipertonik xuqnalar qo'llaniladi (100-150 ml natriy xloridning 10% eritmasi yuboriladi), peristaltikani kuchaytiradigan preparatlardan (prozerin, pituitrin, ubretid 1 ml dan venaga yoki teri ostiga yuboriladi) foydalaniladi. Parenteral ovqatlantirish maqsadida natriy xloridning izotonik eritmasi, glyukozaning 5-10% li eritmasi, laktosol yuboriladi, plazma oqsil gidrolizatlari qo'yiladi. Antibiotiklar infeksiyani yo'qotishda va anastomoz sohasida yallig'langan infiltratning so'rilishiga imkon yaratadi. Dori-darmonlar bilan davolash natija bermagan hollarda relaparotomiya amalga oshiriladi.

Operatsiyadan keyingi yaqin davrda ko'pincha ichak devori trofikasi buzilishi, choklarning ishonarli bo'lmaganligi yoki jarohat infeksiyasi natijasida ichak oqma yaralari (fistulalar) paydo bo'ladi. Ingichka ichak oqma yaralarida bemorlar tezda ozib ketadilar. Jarohatni Yuvib turish va yiringni beto'xtov aspiratsiya qilish, oqma yaralarning vaqtincha obturatsiyasini o'tkazish, enteral va parenteral ovqatlantirish, qon o'rnini bosuvchi suYuqliklarni quyish zarur. Oqma yaralarni dastlabki bosqichda konservativ yo'l bilan davolash samara bermasa, operatsiya yo'li bilan davolash maqsadga muvofiq.

Operatsiyadan keyingi oliguriya yoki anuriya asab reflektori tufayli kelib chiqadi yoki buyrak parenximasining shikastlanishi bilan bog'liq bo'ladi. Intoksikatsiya ortadi (uremiya), bu holda fizioterapevtik muolajalar qo'llaniladi, kristalloid eritmalar Yuboriladi, diurez kuchaytiriladi (aminofillin, diafillin, laziks, mannitol), peritoneal yoki ekstrakoporal gemodializ, gemosorbsiya bilan birgalikda amalga oshiriladi.

Ishuriya ko'proq kichik chanoq organlarida operatsiyadan keyin kuzatiladi. Bu holda qovuq suYuqlikka to'la bo'ladi. Boemorga o'tirib yoki tik turib peshob qilish tavsiya etiladi, qovuqqa va chok orasiga grelka qo'yiladi. Zaruriyat tug'ilsa qovuqqa kateter solinadi. Qovuqqa kateter solish aseptikaga rioya qilingan holda amalga oshiriladi. Kateterizatsiya yumshoq rezina yoki qattiq temir kateter bilan amalga oshiriladi. Agar kateter qovuqda uzoq vaqt turib qolsa,

uni vaqti-vaqti bilan antiseptik eritmalar - kumush nitrat, furatsillin bilan yuvib turiladi.

Jarohatdan qon ketishi, gematomalar, infiltratlar, jarohatning yiring bog'lashi, jarohat orasining ochilib qolishi va eventratsiya operatsiya jarohatlari asoratlariga tegishlidir. Operatsiyadan keyingi davrda operatsiya jarohatiga bog'langan bog'ichini qunt bilan kuzatib turish lozim.

Operatsiya jarohatidan qon ketganda, uni bog'lov xonasida yoki operatsiya zalida to'xtatiladi. Qon ketishiga odatda, solingan ligaturalarning sirg'alib chiqib ketishi yoki tomir devorining shikastlanishi sabab bo'ladi. Bog'lanmagan mayda qon tomirlaridan diffuz qon ketishini (parenximatoz qon ketishi) – bu hol qonning kuYulishidagi o'zgarishlar yoki parenximasining (jigar, buyrak) shikastlanishi bilan bog'liq holda yuz beradi.

Kuchli qon ketish hollarida qonservativ terapiya (qon quyish, kalsiy preparatlarini, vitamin K, epsilon-aminokapron kislota, fibrinogen yuborish) samara bermaydi, shu sababli jarohatni qayta ko'rib chiqish (reviziya qilish) o'tkaziladi. Qayta ko'rib chiqish paytida qon tomirlari bog'lanadi va koagulyasiya qilinadi, jarohatga tampon qo'yiladi.

Jarohat infiltrati eng ko'p uchraydi. U jarohat maydonida og'riq beradigan qattiqlik ko'rinishida qo'lga seziladi, uning atrofidagi teri qizargan bo'ladi. Jarohat infiltrati to'qimaga infeksiya tushishi sababli kelib chiqadi. Ba'zan infiltrat vaqti kelib so'rilib ketadi, biroq u ko'pincha yiring bog'laydi. Operatsiyadan keyingi yiringli asorat, ayniqsa, aseptik operatsiyalardan keyin 2-5% oshmaydi. Jarohat infeksiyasini oldini olish uchun operatsiya vaqtida aseptika va antiseptika qoidalariga qat'iy rioya qilish, to'qimalarni ehtiyotkorlik bilan muolaja qilish, bo'shliqlar va jarohat yarasini antiseptik va antibiotik eritmalar bilan operatsiya vaqtida parvarishlash zarur. Agar operatsiya jarohati yiringlasa, uni kattaroq ochib, yiringli yaralarni davolashning barcha tamoyillarini nazarda tutgan holda drenaj qilinadi.

Regeneratsiya imkoniyatlari keskin pasayib ketgan bemorlarda (xavfli o'smalar, anemiya, gipovitaminoz, intoksikatsiya) ko'pincha, operatsiyadan keyingi 6-12- sutkada choklar echilib ketishi kuzatiladi,

bunday asorat yuz bergan hollarda ichki organlar eventratsiyasi (ichki organlar, ko'pincha, ingichka ichakning jarohat orqali tashqariga chiqib ketishi) kuzatiladi. Choklarning tutib turolmasligi, bundan tashqari, jarohat gematomasi, yiringlashi, aponevroz choklari nuqsonlar, qattiq yo'talish va qorin ichki bosimining oshishi bilan bog'liq holda kelib chiqadi. Eventratsiya yuz berganda, bemorni shoshilinch operatsiya qilish lozim. Eventratsiyaga uchragan organlarni natriy xloridning iliq izotonik eritmasi, furatsillin eritmasi 1:5000, antibiotiklar va xlorgeksidinning 0,02% eritmasi bilan Yuviladi, shundan so'ng bu organlar qorin bo'shlig'idagi o'rniga solib qo'yiladi. Qorin devoriga (jarohat chetlariga) barcha qatlamlar orqali chok solinadi, operatsiyadan keyingi davrda qoringa maxsus bandaj qo'yiladi.

yuzda va bo'qoq tufayli bo'yinda yoki bosh suyagida qilingan operatsiyadan so'ng choklar 5-6 sutkada, appendektomiya yoki churra operatsiyasidan so'ng 7-8 kunda, amputatsiyadan so'ng 11-12 kunda. Qorin yoki ko'krak bo'shlig'idagi organlar operatsiya qilingan bo'lsa, 8-10 kunda olib tashlanadi, lekin shuni ham unutmaslik kerakki, zaiflashib qolgan bemorlarda choklar jarohat bitishiga qarab kech olinadi. Choklar olingandan so'ng jarohatga yodpironning 0,1% eritmasi, brilliant ko'ki, xlorgeksidinning 0,5% spirtli eritmasi surkaladi va steril bog'lov bilan bog'lab qo'yiladi.

Operatsiya jarohatlarining kechki asoratlari teri atrofiyasiga yoki jarohatning keliod chandiq bilan bitishiga olib keladi. Operatsiyadan keyingi churralar keyinchalik qorin bo'shlig'idagi organlarning chandiqli qo'shilishi bilan bog'liq bo'lgan ichak tutilishining rivojlanishi yuzaga kelishi mumkin.

VI. DESMURGIYA

Desmurgiya – bu har-xil jarohatlarda bog'lamlar qo'yish to'g'risidagi ta'limot. Eni 5 sm, 10 sm, 20 sm gacha bo'lgan lenta shaklidagi doka-bint deb ataladi. Bintning eni tananing qaysi qismi bog'lanishiga qarab tanlanadi.

Bog'lamlar haqida tushuncha

Davolash maqsadida jarohatlangan yoki zararlangan yuzaga (qo'yganda, ochiq jarohatlarda, suyaklar ochiq singanda va boshqa shikastlanishlarda) qo'yiladigan bog'lov materiallari bog'lam deyiladi. Bog'lam ikki qismdan iborat bo'ladi: 1) Bog'lamni o'zi – bu jarohatga qo'yiladigan bog'lov materiali. Bu steril doka bo'lib, u quruq yoki nam antiseptiklar shimdirilgan (malham, dori moddalari) bo'ladi. 2) Ushlab turuvchi (fiksatsiyalovchi) qisim bog'lamni tananing turli qismlarida ushlab turadi.

Bog'lov materiali antiseptik eritmalar yoki malhamlar bilan shimdirilib, jarohat yuzasiga qo'yiladi va ro'mol, bint, kleol, leykoplastir yordamida jarohat ustida mustahkamlanadi. Ochiq jarohatlarda qo'llanadigan bog'lov materiallari sterilangan bo'lishi shart. Bunga **aseptik bog'lam** deyiladi.

Bog'lam qo'yish - bu davolovchi muolaja hisoblanadi va quyidagicha amalga oshiriladi:

- 1) Oldin qo'yilgan bog'lamni ochish.
- 2) Jarohat atrofi terisiga antiseptiklar bilan ishlov berish.
- 3) Jarohatdagi turli xil davolovchi muolajalar (jarohatni yuvish, drenaj naychalarni almashtirish, choklarni olish va h.k.).
- 4) Yangi bog'lamni qo'yish.

Bog'lov materiallari

Operatsiya yoki bog'lov almashtirishda ishlatiladigan bog'lov materiallariga quyidagi talablar qo'yiladi: ular gigroskopik (ya'ni suyuqlikni o'ziga shimuvchi), elastik, to'qimalarni ta'sirlamaydigan va sterilizatsiya jarayonida o'z xususiyatlarini yo'qotmaydigan bo'lishi kerak. **Doka va paxta** hozirgacha bog'lov materiallari sifatida ishlatilib kelinmoqda. Gigroskopik doka – bu paxta tolasidan tayyorlangan, mayda to'rsimon to'qilgan material bo'lib, suyuqlikni shimib olish xususiyatiga ega. Undan sharik, salfetka, trunda, tampon va bintlar tayyorlanadi. Kam gigroskopik xususiyatli dokalardan jarohatni ushlab turuvchi bintlar tayyorlanadi.

Bog‘lam turlari

Qaysi bog‘lam materiallari qo‘llanilishiga qarab, bog‘lamlar ikki turga bo‘linadi:

1) Yumshoq bog‘lamlar, bunda bog‘lash uchun bint, ro‘mol, kleol va leykoplastir ishlatiladi.

2) Qattiq bog‘lamlar, bunda shinalar, gips yoki yordamchi vositalar ishlatiladi.

Bog‘lamni qaysi material yordamida bog‘lashimizga, mustahkamlashimizga qarab: ro‘molli, bintli, leykoplastirli, gipsli, shinali, IBPLi bog‘lamlar mavjud.

Bog‘lam qo‘yish maqsadiga qarab, bog‘lamlar quyidagi turlarga bo‘linadi:

1) Ushlab turuvchi bog‘lam – bu bog‘lov materialini jarohat yuzasida turish uchun ishlatiladi.

2) Bosuvchi bog‘lam – qon oqishini vaqtincha to‘xtatish uchun ishlatiladi.

3) Immobilizatsiya qiluvchi bog‘lam - bu singan yoki chiqqan suyaklarni harakatsiz holga keltiradi. Bunday bog‘lam jarohatni bitishi uchun qulay sharoit yaratadi va bemorni kasalxonaga olib borish vaqtida og‘riqni kamaytiradi.

4) Uzaytiruvchi bog‘lamlar – bular kasalxona sharoitida qo‘llanib, singan suyaklar kaltalashgan vaqtda tenglashtirish uchun qo‘llaniladi.

Yumshoq bog‘lamlar

Qo‘llanish maqsadiga qarab, yumshoq bog‘lamlar quyidagilarga bo‘linadi:

I. Himoyalovchi: a) Kleyli; b) Leykoplastirli; v) Plenka hosil qiluvchi.

II. Mustahkamlovchi: a) Kleyli; b) Leykoplastirli; v) Ro‘molli; g) Sopqonsimon; d) T-simon; e) Bintli; j) Naysimon to‘rli bint.

III. Maxsus: 1) Standart (bog‘lov paketi, steril salfetka, steril paxta-dokali yostiqlar, paxta-dokali tasmalar); 2) Nostandart (ruh-elimli, bandaj, leykoplastirli, zich yopiluvchi).

IV. Bosib turuvchi.

V. **Gemostatik** (qon ketishini to'xtatuvchi – gemostatik doka, fibrinli-plenka, kukun, gubka)

VI. **To'g'irlovchi bog'lamlar** tananing qaysidir qismini to'g'irlash maqsadida ishlatiladi (masalan, maymoqlikda).

Endi kundalik hayotda ko'proq ishlatiladigan bog'lamlar to'g'risida qisqacha to'xtalib o'tamiz.

Ro'molli bog'lam. Ro'mol yoki u bo'lmasa, teng tomonli uchburchak shaklidagi to'g'ri burchakli bir parcha gazlama yoki boshqa materiallar bo'lishi mumkin. Ro'molda asosi, tepa uchi va ikkita pastki uchi tafovut etiladi. Ro'molli bog'lam ko'pincha qo'lga, zaruriyatli bo'lsa, boshga, ko'krak qafasiga, oyoqqa, tizza va tovon bo'g'imlariga qo'yiladi.

Qo'lga ro'molli bog'lam qo'yish (13-rasm) uchun bilakni bukib tirsak bo'g'imida 90° hosil qilamiz. Ro'mol asosining o'rtasi bilakkaft bo'g'im sohasiga, tepa uchi esa tirsak sohasiga qo'yilib, bilak ro'molning orasida joylashadi va ro'molni ikki pastki uchi elkani chap va o'ng tomonidan o'tkazilib bo'yinni orqa qismida bog'lanadi, tepa uchini bir oz bukib, tirsak sohasi ustiga to'g'nog'ich bilan mustahkamlanadi. Shinalar qo'yilgan vaqtda ro'molni ochmasdan ro'mol asosi va tepa uchini bir-biriga parallel holda bukib, elkaning chap va o'ng tomonidan o'tkazilib, bo'yinga bog'lanadi. Elka-bilak sohasi shikastlanganda yoki kuyganda bint bo'lmagan vaqtda ro'mol qo'llaniladi.



13-rasm. Qo'lga ro'molli bog'lam qo'yish.

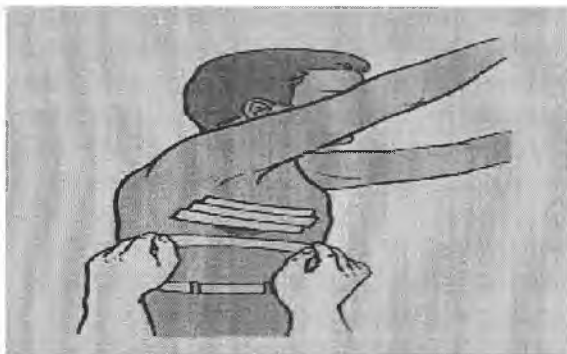


14-rasm. Boshga ro'molli bog'lam qo'yish.

Ro‘molni tepa uchi elka sohasi ustida joylashib, bir uchi elkadan pastga osilib turadi, ikkinchi uchi bilak sohasi ustiga qo‘yiladi, osilib turgan uchini o‘ngdan chapga o‘raymiz, bilak ustidagi uchini qarama-qarshi tarafga o‘raymiz va ikkita uchini to‘g‘nog‘ich bilan mahkamlab qo‘yamiz yoki ro‘mol uchlarini qistirib qo‘yamiz.

Ro‘molni boshga bog‘lash (14-rasm). Buning uchun ro‘molni asosi ensa sohasiga, tepa uchi peshona ustiga tushiriladi, ikkala uchi peshona tepasida bir marta bog‘lanadi, so‘ngra bu uchlar qarama-qarshi tarafga o‘tkazilib, ensa sohasida ikki marta bog‘lanadi. Peshonadagi yuqori uchini tortib, tekislab, to‘g‘nog‘ich bilan tugmalab qo‘yish mumkin, yoki to‘g‘nog‘ich bo‘lmagan vaqtda, bog‘lam ichiga tikib qo‘yiladi. Bu ko‘pincha jarohat sodir bo‘lgan joyda, bint bo‘lmagan vaqtda qo‘llaniladi.

Leykoplastirli bog‘lam (15-rasm). Leykoplastir 1-4 sm kenglikdagi kley shimdirilgan lenta. Yopishuvchi leykoplastirli bog‘lamni hamma sohalarda qo‘llash mumkin. Jarohat ustiga salfetka yopib, leykoplastirni kleyli tarafi 1-1,5 sm teriga yopishtiriladi, so‘ngra salfetka ustidan o‘tib, yana 1-1,5 sm yopishtiriladi. Leykoplastirlar bir-biriga parallel, yulduz yoki iks holatida yopishtirilishi mumkin. Leykoplastirli bog‘lam sochli sohalarda qo‘llanilmaydi, bu bog‘lamni kamchiligi suyuqlik ko‘p ajralgan vaqtda ko‘chishi mumkin.



15-rasm. Leykoplastirli bog‘lam.

Individual bog‘lam paketi (IBP) ning tuzilishi va ishlatilishi

IBP (IPP-1, IPP-8) birinchi tibbiy yordami ko‘rsatishda ochiq jarohatlarda, kuyganda aseptik bog‘lam qo‘yish uchun eng qulay

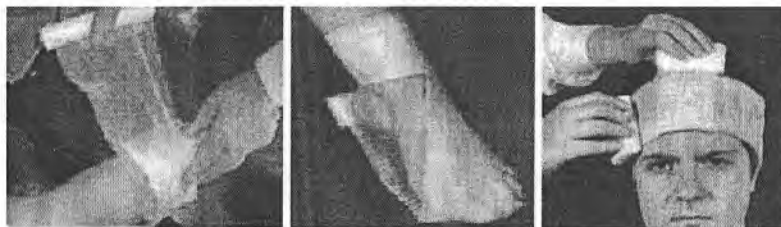
bog‘lam materialidir. IBP da bint kalavasi uchidan 5-7 sm naridan paxtali salfetka mustahkam qilib tiqilgan, ikkinchi paxtali salfetka esa harakatchan qilib bint bo‘ylab suriladigan qilib tiqilgan bo‘ladi. Salfetkaning ustki qismi rangli iplar bilan tiqilgan bo‘lib, osti oq ip bilan tiqilgan. Bint o‘rami va paxtali salfetkalarini taxlab pergamentli qog‘ozga uning ustidan klyonka bilan o‘ralgandir, ustki qismida qanday foydalanish texnikasi yozilgan. Klyonkani ichki qavati pergament qog‘oz, salfetka va bint sterillangan bo‘ladi. IBP ochmasdan saqlanadi. IBPning butunligi buzilganda sterilligi ham yo‘qoladi. Jarohat ustiga bog‘lam qo‘yilganda, paxtali salfetkalarini ustki rangli ip bilan tiqilgan tarafidan ushlanadi, sterillik holatini saqlash uchun pastki tarafidan qo‘l bilan ushlab mumkin emas (16-rasm).



16-rasm. Individual paketni qo‘llash texnikasi.

Bintli bog‘lamlar (17-rasm). Bint uzun lenta bo‘lib, ko‘pincha dokadan qilinadi. Bintli bog‘lamlar Yumshoq bog‘lamlarni, shinalarni qo‘l va oyoqlarga mustahkamlash uchun qo‘llaniladi.

Dokali bintlarning kengligi 5 – 16 sm, uzunligi 5 - 7 metrgacha bo‘ladi. Bintlar ensiz, o‘rtacha, enli turlarga bo‘linadi. Bog‘lam qo‘yish sohasiga qarab, ayrim kenglikdagi bintlar olinadi, masalan: ensiz bintlar ko‘z va barmoqlarga, enli bintlar ko‘krak qafasi, qorin, tos sohaslariga, o‘rtacha kenglikdagi bintlar esa bilak, elka, boldir sohaslariga bog‘lam qo‘yishda ishlatiladi.



17-rasm. Bintli bog‘lam turlari.

Bintli bog‘lamlarni qo‘yishdagi talablar:

- Oson bajariladigan, bemor uchun qulay, ko‘rinishi ham chiroyli bo‘lishi kerak.

- Jarohat yuzasini, kuygan va yallig‘langan sohani yopishi zarur.

- Bog‘lam materiallarini jarohat sohasida mustahkam va uzoq vaqt ushlab turishi kerak.

- Bog‘langan sohani siqmasligi, vena qon oqimini qiyinlashtirmasligi va oyoqda shish hosil bo‘lmasligini ta‘minlash zarur.

- To‘qimalarga orom berishi, og‘riqni kamaytirishi kerak.

Bintni o‘rash qoidasi (18-rasm).

1. Bintni bog‘lash vaqtida bemor qulay holatda bo‘lishi (bu bemorning umumiy ahvolidan kelib chiqib belgilanadi, o‘tirgan, yotgan yoki turgan holda).

2. Hamshira bog‘layotganda, bemorga qarama-qarshi turish kerak, ahvolini kuzatib borish maqsadida.

3. Bintlash periferiyadan markazga (pastdan yuqoriga) va chapdan o‘ngga (ayrim bog‘lamlarda o‘zgarishi mumkin) qarab o‘raladi.

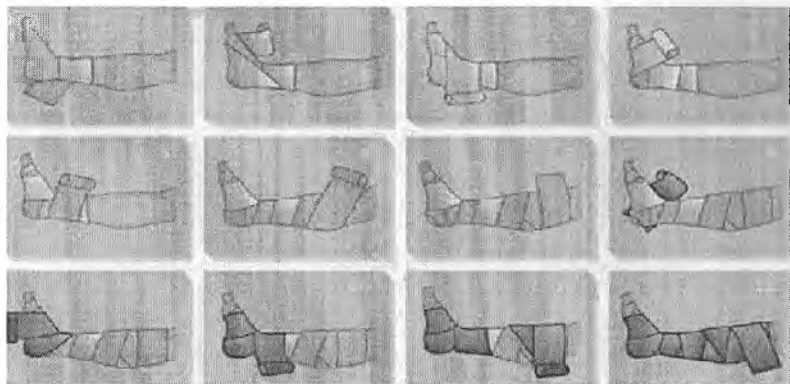
4. Bint o‘rashda har ikki qo‘l ishtirok etadi va birinchi harakatlengandagi bog‘lamni 1/2 yoki 2/3 qismini yopib ketishi kerak.

5. Bog‘lashda bintni bir maromda o‘rash (aylantirish) va tanada ochiq joy qolmasligini, bintlar yuqoridagi qoida bo‘yicha bir-birini yopib ketishini ta‘minlash kerak.

6. Bog‘lam qo‘yiladigan soha holati oldindan bog‘lam qo‘ygandan keyingi holat bilan bir xil bo‘lishi kerak.

7. Tananing konussimon (boldir,son, elka) shakldagi joylariga bog‘lam qo‘yayotganda har 2-3 aylanma harakatdan keyin bintni burab olish kerak, o‘shanda bog‘lam echilib ketmaydi va mustahkam bo‘ladi.

8. Bog‘lam echilayotganda bint echib olinadi yoki kesib olinadi.



18-rasm. Bintli bog‘lam qo‘yish texnikasi.

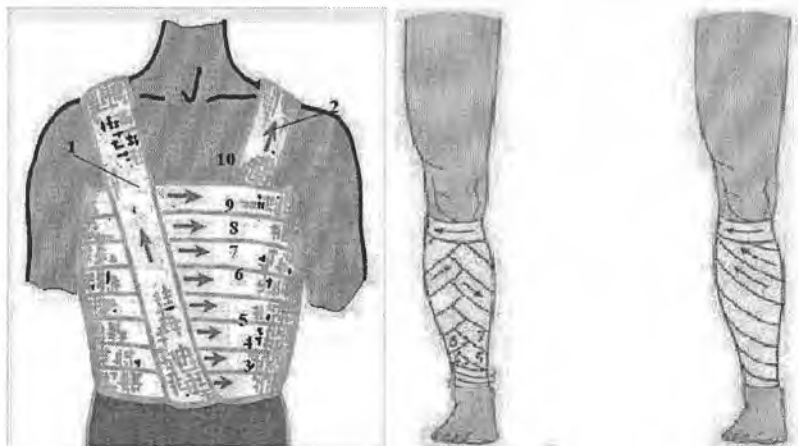
Bintli bog‘lamlarni turi bog‘laydigan sohaning shakliga, muskul-larning taraqqiy etganligiga, bo‘g‘imlarning bor yoki yo‘g‘iga qarab aniqlanadi. Organizmning anatomik tuzilishiga qarab, bintli bog‘lamlarning quyidagi turlari tafovut qilinadi: sirkulyar yoki doirasimon, spiralsimon, boshoqsimon, sakkizsimon va yoyiluvchi yoki yig‘iluvchi toshbaqasimon bog‘lamlar.

Asosiy bog‘lam turlarini bilgandan keyin, bir necha bog‘lam turlarini kombinatsiya qilib badanning har qaysi sohasiga bog‘lam qo‘yish mumkin.

1. *Mustahkamlovchi, sirkulyar yoki doirasimon* bog‘lam. Bint o‘rami har doim bir joyda aylanib, bir - birining ustiga tushadi. Ko‘p bog‘lamlar shu bog‘lamdan boshlanib, shu bog‘lam bilan tugaydi.

Birinchi bint o‘rami surilib ketmasligi uchun bint uchi bir oz qiyshiq joylashtiriladi. Bintning uchi 2 – 3 sm tashqariga chiqib, ikkinchi bint o‘rami ustiga qayiltirib qo‘yiladi. Bunday bog‘lamlar oyoq, qo‘l, peshona bo‘yin va qorin sohaslariga qo‘yiladi.

2. *Spiralsimon bog‘lam* (19-rasm). Bu bog‘lamlar qo‘l, oyoq sohasiga, uzunroq sohani yopish kerak bo‘lganda spiralsimon bog‘lam qo‘yiladi. Sirkulyar bog‘lam bilan boshlanib, so‘ngra bint o‘ramining yarmi yuqoriga ko‘tariladi, yarmi avval bintning ustiga tushadi. Bog‘lamlar tor joydan boshlanib, keng sohaga qarab boradi, elka oldi va boldir sohasini bog‘lashda bintni bukib spiral bog‘lam qo‘yiladi. Bunda shu soha shaklini yaxshi egallaydi. Bintni bukish jarohatni qarama-qarshi tomonida bo‘lishi kerak.

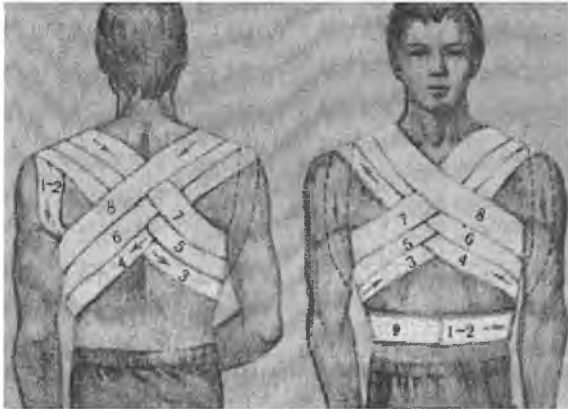


19-rasm. *Spiralsimon bog‘lam qo‘yish texnikasi.*

3. *Sakkizsimon bog‘lam* (20-rasm). Bu ko‘pincha bosh-ensa va bo‘yin sohasini, kaftni, tovonni bog‘lash uchun qo‘llaniladi. Mustahkamlovchi bog‘lam bilan boshlanib, so‘ng bint sakkizga o‘xshab o‘raladi, asta-sekin pastga yoki yuqoriga ko‘tarilishi mumkin. Bog‘lam sakkizga o‘xshaganligi uchun sakkizsimon bog‘lam nomini olgan (21-rasm).

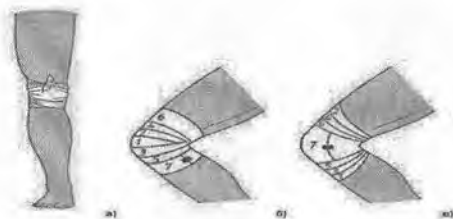


20-rasm. Bosh, qo'l va oyoqqa sakkizsimon bog'lam qo'yish texnikasi.



21-rasm. Ko'krak qafasiga sakkizsimon bog'lam qo'yish texnikasi.
A-old tomondan. B-orqa tomondan.

4. Toshbaqasimon bog'lam (22-rasm). Bo'g'imlarini bukib bog'lash uchun qulay. Bu bog'lam qo'yilishi jihatidan tarqaluvchi va yig'iluvchi turlarga bo'linadi. Tarqaluvchi turida bog'lam bo'g'imini o'rta qismdan boshlanib, bir gal pastga va bir gal yuqoriga harakat qiladi. Shunday qilib, bo'g'imni hamma yuzi bekiladi. Yig'iluvchi turida bint o'rami bo'g'imning yuqori va pastki tomonidan boshlanib, bo'g'imning o'rta qismiga yo'naladi va sakkizsimon bog'lamdagidan bo'g'im sohasi bekiladi. Bog'lam bo'g'imning yuqori tomonida tugaydi. Bu bog'lam tirsak, tizza, tovon bo'g'imlarida qo'llaniladi.



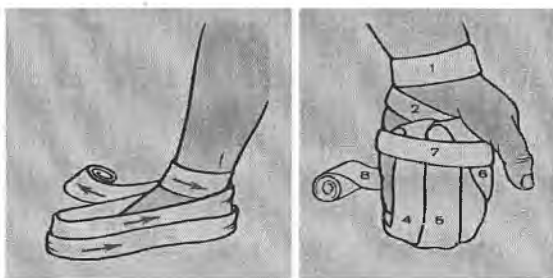
22-rasm. Tarqaluvchi va yig'iluvchi toshbaqasimon bog'lam.

5. Boshqosimon bog'lam (23-rasm). Yelka va barmoq sohalariga bog'lanadi. Sakkizsimon bog'lamning bir oz boshqacha turi. Bog'lam ko'rinishi boshqni eslatgani uchun shunday nom berilgan. Bint o'rami yarmiga surilib borib uzun sohalarni yopish uchun qo'llaniladi.



23-rasm. Barmoq bo'g'imiga boshqosimon bog'lam qo'yish.

6. Qaytuvchi bog'lam (24-rasm). Bog'lam mustahkamlovchi bog'lamdan boshlanadi. So'ngra bosh, panja, amputatsiya ustidan bint o'ramlarini ko'ndalang yurgizib, shu soha usti yopiladi va yana mustahkamlovchi bog'lanadi.

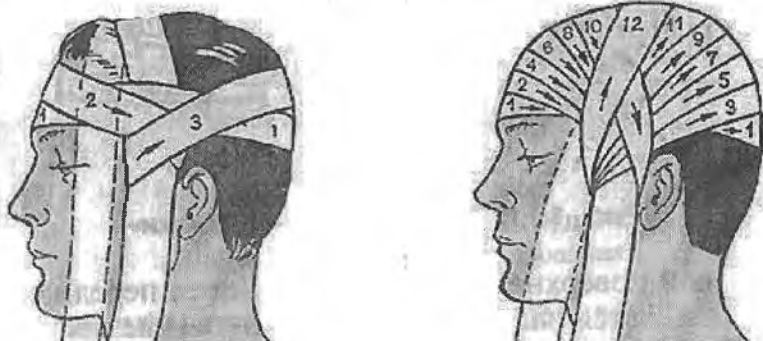


24-rasm. Qaytuvchi bog'lam qo'yish texnikasi.

Bosh sohasidagi bog‘lamlar:

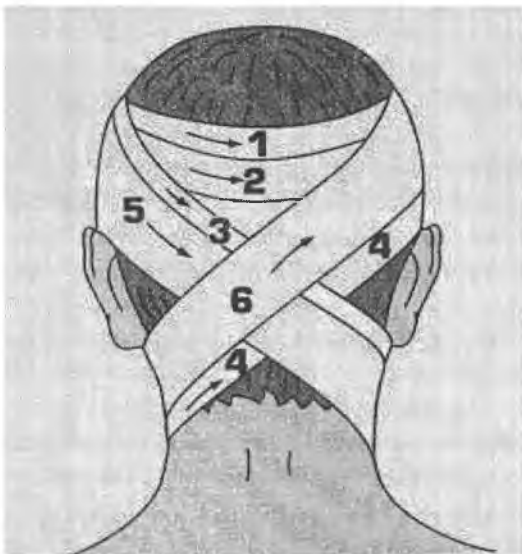
- «Qalpoqcha» (chepets) bog‘lam;
- «Sakkizsimon» bog‘lam;
- «Yugansimon» bog‘lam;
- Bir ko‘zga (monokulyar) qo‘yiladigan bog‘lam;
- Ikkala ko‘zga (binokulya) qo‘yiladigan bog‘lam;
- «Quloqni» bog‘lash
- Sapqonsimon bog‘lam

«Qalpoqcha»—chepets bog‘lam (25-rasm). Bu bog‘lam boshni sochli qismi shikastlanganda qo‘llaniladi. Boshning tepa qismiga 1 m uzunlikda va 8-10 sm kenglikdagi bintdan qirqib olingan lenta tashlanadi. Bint uchi quloq oldidan pastga osilib turadi. Bint uchini ikkinchi kishi yoki bemorning o‘zi ushlab turadi. «Chepets» bog‘lam mustahkamlovchi bog‘lamdan boshlanadi. Buning uchun peshona, chakka, ensa va qarama-qarshi chakka tarafidan o‘tib ikki marta bosh atrofiga bint o‘raladi. Peshonadan ketayotgan bint lentani ustidan o‘tib, ostidan aylanib yuqoriga chiqib, orqaga – ensa sohasiga yo‘naladi, orqadan kelayotgan bint ikkinchi tarafdagi lenta ustidan o‘tib, ostidan aylanib chiqib, oldinga – peshonaga yo‘naladi. Har gal shu turda bint o‘rami yuqoriga ko‘tarilib, bintni yarmi eski bint ustiga, yarmi yuqoriga ko‘tariladi. Bint bir gal peshona, bir gal ensa sohasidan o‘tib, boshni tepa qismiga kelganda bint uchini oldidagi lentaga bog‘lab qo‘yiladi, lentalar pastki jag‘ning ostki qismiga bog‘lanadi.



25-rasm. Chepets bog‘lam qo‘yish texnikasi.

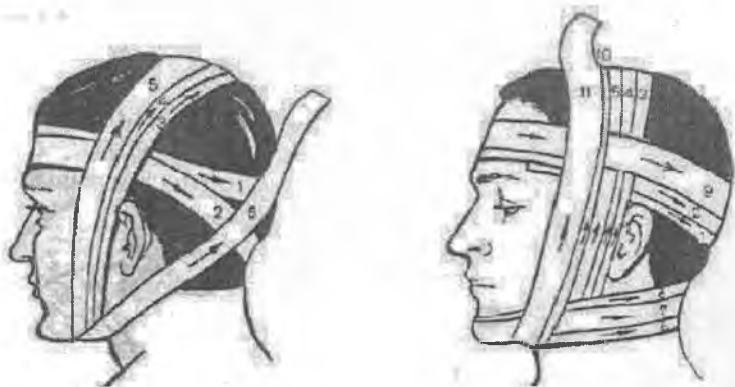
«Sakkizsimon» bog‘lam. Bu bog‘lam ensa (26-rasm) va bo‘yin sohasiga qo‘yiladi. Bint o‘rami bosh atrofida ikki marta o‘ralib, mustahkamlovchi bog‘lamdan so‘ng ensa sohasi orqali bo‘yinni oldingi qismiga o‘tadi, ikkinchi tarafdin ensa sohasi orqali yuqoriga ko‘tariladi. Har gal shu bog‘lam qaytariladi, bir oz yuqoriga yoki pastga surilishi mumkin. Bog‘lam bosh atrofida tugaydi.



26-rasm. Ensa sohasiga sakkizsimon bog‘lam qo‘yish.

«Yugansimon» bog‘lam (27-rasm). «Yugansimon» bog‘lam yuz, pastki jag‘ jarohatlarida qo‘llaniladi. Bosh atrofida ikki marta mustahkamlovchi bog‘lam qilingandan so‘ng ensa sohasi orqali bo‘yinni oldingi qismiga o‘tib, bo‘yin aylanib o‘tadi va pastki jag‘ni tagiga kelib, pastki jag‘ni yon tarafidan yuqoriga ko‘tarilib, chakka sohasidan o‘tib peshonaning ustki qismidan ikkinchi tomondagi chakka, yuz va pastki jag‘ni ostiga qaytib tushib, bo‘yinni aylanib orqa qismiga o‘tadi va bosh, bo‘yin sohasida doirasimon bog‘lam hosil qiladi. Bu bog‘lam bosh sohasi butunlay beklungacha qaytariladi. yuz atrofidan o‘tuvchi bog‘lam har gal yuqoriga yarim bintga suriladi. Bu bog‘lamda o‘n marta mustahkamlovchi bog‘lam

ketma-ket qaytariladi (bosh, bo'yin, yuz sohasida). Bog'lam boshda mustahkamlovchi bog'lam bilan tugatiladi. Mustahkam bog'lam hosil bo'ladi.

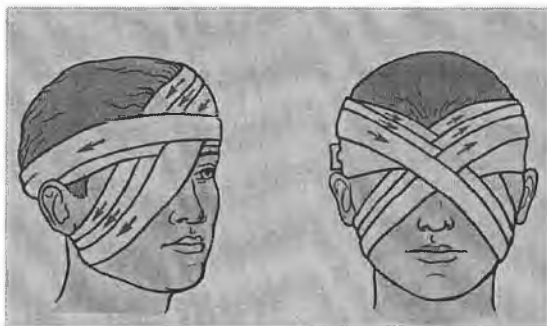


27-rasm. Yugancha bog'lam qo'yish.

Bir ko'zni (monokulyar) bog'lash. O'ng ko'zni bog'lash uchun, bint o'rami chapdan o'raladi. Chap ko'zni bog'lash uchun, bint o'rami o'ngdan chapga yo'naladi. Bint bosh atrofida mustahkamlovchi bog'lam qilib, orqadan pastga ensa sohasiga tushiriladi va jarohat tomondagi quloq ostidan qiyshiq holda lunj orqali yuqoriga o'tkaziladi, ko'zni ustidan o'tib, so'ngra bir marta bosh atrofida doirasimon bog'lam qilinadi. Bintni qiyshiq, o'ramini doira o'rami bilan mustahkamlanadi, so'ngra yana bintni qiyshiq yurgizib ko'z ustidan o'tadi. Shu tariqa bog'lam ko'z ustidan 3-4 marta o'tib, boshda tugaydi (28^a-rasm).

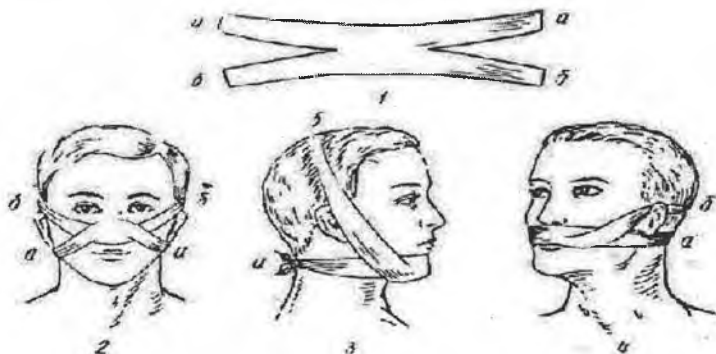
Ikkala ko'zni (bionokulyar) bog'lash. Ko'z olmasi jarohatlanganda, jarohatlangan ko'z bilan bir vaqtda ko'zga tinchlik berish maqsadida sog' ko'z ham qo'shib bog'lanadi. Bintlarni boshda mustahkamlovchi bog'lam bilan boshlab, keyin chap ko'zga bint o'rami pastdan yuqoriga chiqadi va chakka, peshona va ensa sohalaridan o'tib, bosh atrofida bir marta aylanadi, keyin chap chakka sohasi ustidan o'tib, bint o'ng ko'zga yuqoridan pastga tushadi, lunj, pastki jag' orqali ensa sohasiga borib yuqoriga ko'tariladi va ustidan mustahkamlash uchun doirasimon bog'lam qilinadi. Har doim ikki ko'z ustidan bint

o‘rami o‘tgach, doirasimon bog‘lam qaytariladi. Bog‘lam 3-4 marta qaytarilib, boshda tugatiladi (28^b-rasm).



28-rasm. Ko‘zga bog‘lam qo‘yish: a-bir ko‘zga, b-ikkala ko‘zga.

Sapqonsimon bog‘lam (29-rasm). Bu bog‘lam burun, pastki jag‘, lab jarohatlarida qo‘llaniladi. Buning uchun bir metr bint qirqib olinib, ikkala uchi birlashtiriladi va qaychi bilan ikkiga bo‘linadi. O‘rtasida 2-3 sm yaxlit joy qoladi, bintni ochganda yuqori va pastki lentalar hosil bo‘ladi. Jarohatlangan sohaga salfetka qo‘yib, bintning yaxlit qismi shu sohaga (pastki jag‘, burun) qo‘yiladi. Yuqoridagi lentalar pastga ensa sohasiga, pastdagi lentalar esa boshni gumboz qismiga bog‘lanadi. Pastki jag‘ uchun 8–10 sm kenglikda bint qirqiladi, burun uchun 4-5 sm li bint qirqiladi.



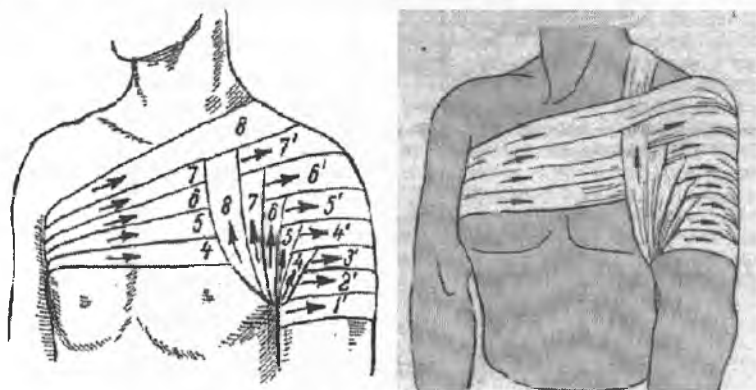
29-rasm. Sapqonsimon bog‘lam turlari.

Qo'l sohasiga qo'yiladigan bog'lamlar

1. «Boshhoqsimon» bog'lam.
2. «Toshbaqasimon» bog'lam.
3. Amputatsion cho'ltoqni bog'lash.
4. Elka va bilak sohasiga va barmoqlarga qo'yiladigan spiral-simon bog'lam.
5. IBP yordamida elka sohasiga bog'lam qo'yish.
6. Bosh barmoqni «boshhoqsimon» bog'lash.
7. Qaytuvchi bog'lam.
8. Sakkizsimon bog'lam.

«*Boshhoqsimon*» bog'lam. Elka bo'g'imi shikastlanganda, kuyganda, ochiq jarohatlarda, o'mrov suyagi singanda, o'mrov osti sohasiga germetik bog'lam qo'yilganda shu bog'lamni qo'llash mumkin. Buning uchun elka sohasini 1/3 yuqori qismidan bint ikki marta o'rab mustahkamlanadi. Bint o'rami har doim chapdan o'ngga yo'naladi. O'ng elka bo'g'imini bog'lagan vaqtda, bint elka sohasidan ko'krakni oldi, keyin qarama-qarshi tarafdagi qo'ltiq ostidan ko'krakni orqa qismiga o'tib, o'ng elka sohasini yuqori qismidan pastga, qo'ltiq ostiga o'tadi. So'ngra yuqori elka sohasiga o'tib, oldingi bint yarmini yopib, yarmi yuqoriga ko'tariladi, elka bo'g'imi yopilguncha ushbu ketma-ketlik qaytariladi (30-rasm).

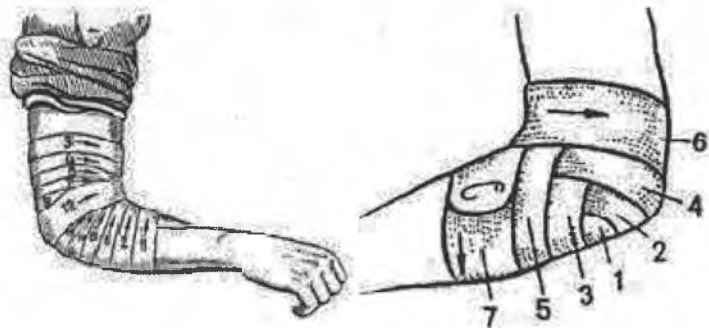
Chap elkaga bog'lam qo'yishda bint o'rami o'ng elka kabi bog'lanib, bint birinchi marta ko'krakning orqa qismidan va o'ng qo'ltiq ostidan o'tib, ko'krakni oldingi sohasidan elka bo'g'imini ustki qismiga o'tadi. Undan keyin qo'ltiq ostini aylanib o'tib, yana ko'krakning oldingi sohasiga yo'naladi. Bintni yuqoriga ko'tarib boriladi. O'ng elka kabi tugatiladi. Bintlar elka bo'g'imi ustiga har doim o'rta chiziqda kesishadi, shu sohada boshhoqqa o'xshash ko'rinish sodir bo'ladi.



30-rasm. Elka bo'g'imiga boshqasimon bog'lam qo'yish.

«Toshbaqasimon» bog'lam. Bu bog'lam bo'g'imlarga tinchlik berish uchun qo'llaniladi. Toshbaqasimon bog'lam ikki turga bo'linadi: yoyiluvchi va yig'iluvchi bog'lam.

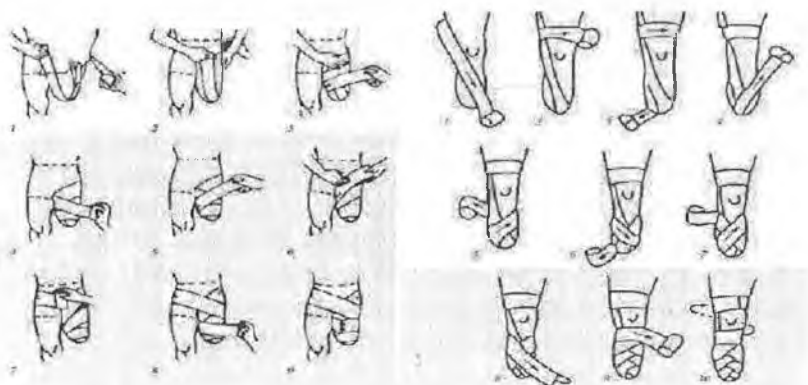
Yoyiluvchi bog'lam qo'yilganda, bint o'rami tirsak bo'g'imi sohasida 2 marta o'rab mahkamlovchi bog'lam qilinadi. So'ngra har gal bintni 1/2 qismi spiralsimon bog'lam kabi yuqoriga va pastga suriladi. Bint kalavasi sakkizsimon bog'lam kabi bir gal elkaga va bir gal bilakka o'raladi. Bog'lam bir necha marta qaytarilib, elka sohasida tugatiladi. Ko'pincha yopiq shikastlanganda bu bog'lam qo'llaniladi (31-rasm).



31-rasm. Tirsak sohasiga toshbaqasimon bog'lam qo'yish.

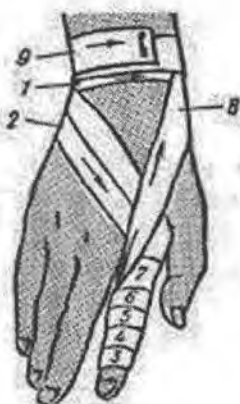
Yig'iluvchi bog'lam, ko'pincha tirsak bo'g'imida ochiq jarohatlar bo'lgan vaqtda qo'llaniladi. Bilak sohasini 1/2 qismida ikki marta bintni o'rab mustahkamlab olamiz. So'ngra tirsak bo'g'imini 90° ga bukib, elka sohasining 1/2 qismida ham bintni mustahkamlaymiz. So'ngra bint o'rami bir gal bilak sohasidan, ikkinchi gal elka sohasidan tirsak bo'g'imiga qarab to'planib boradi. Bog'lam oxirgi gal bo'g'imning o'rta qismida tugaydi, so'ngra bintni elka sohasiga yuqoriga olib doirasimon bog'lam bilan tugatamiz.

Amputatsion cho'ltoqni bog'lash (32-rasm). Qo'l kesib tashlangandan keyin qolgan cho'ltoq qaytaruvchi bog'lam bilan berkitiladi. Avval qon oqishini to'xtatish uchun vaqtincha jgut bog'lanadi. So'ngra IBP yordamida bog'lam qo'yiladi. Bog'lam qo'yganda, bint uchini cho'ltoq asosida bir - ikki marta aylantirib o'rab, keyin individual bog'lam paketining paxtali salfetkalari ochilib cho'ltoq ustiga qo'yiladi. Ustidan bint yordamida doirasimon bog'lam qo'yib, so'ngra bint boshchasini yonidan ushlab turib qaytariladi va doirasimon o'ramcha to'g'ri burchak ostiga bintni uzunasiga yurgizib, butun cho'ltoq orqali qarama-qarshi tomonga o'tkazilib, o'sha doirasimon bog'lamga yotqiziladi. Bu bir necha marta qaytariladi. So'ngra doirasimon bog'lam qilib, bint o'ramlari pastga tushiriladi. Yana yuqoriga qaytib, bog'lam boshlangan joyda tugatiladi.



32-rasm. Oyoq sohasidagi amputatsion cho'ltoqni bog'lash.

Bilak va elka sohasiga, barmoqlarga «spiralsimon» bog‘lam qo‘yish. Bu bog‘lam bilak sohasidan boshlanadi. Ikki marta bint chapdan o‘ngga o‘ralib, mustahkamlanadi, so‘ngra spiral shaklida bint o‘rami yuqoriga ko‘tarilib boradi. Bu bog‘lam kuyganda, sovuq urganda qo‘llaniladi. Bog‘lam bir oz bo‘sh bog‘lanishi zarur. Bilak, elka sohalari konus shaklida bo‘lgani uchun har gal bintni jarohatning qarama-qarshi tomonida bir chiziqda bukib o‘tamiz. Bunda boshhoqsimon bog‘lam hosil bo‘ladi. Bu bog‘lam ochiq jarohatlarda qo‘llaniladi.

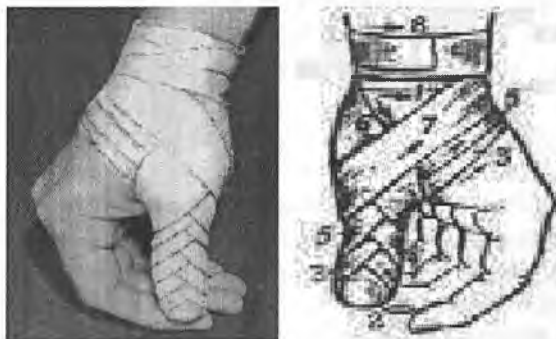


33-rasm. Qo‘l barmoqlariga spiralsimon bog‘lam qo‘yish.

Spiralsimon bog‘lamlarni barmoqlarga qo‘yish uchun (33-rasm) ensiz 4-5 sm li bint olib, bilak sohasida ikki marta o‘rab olinadi. So‘ngra kaftning va barmoqning ustki qismidan tirnoq falangasiga boramiz. Spiral bog‘lam barmoq uchida qaytarilib, barmoq asosigacha 3–4 marta aylanib chiqadi. Kaftning ustki qismidan qaytib, bilak sohasida sirkulyar bog‘lam bilan tugatiladi. Bint uchi doirasimon bog‘lamdan boshlanib, kirish va chiqish teshigi individual bog‘lam paketidagi paxtali salfetka qo‘yilib, ustidan spiralsimon bog‘lam qilinadi. Jarohatdan yuqorida doirasimon bog‘lam bilan tugatiladi.

Bosh barmoqni boshhoqsimon bog‘lash (34-rasm). Bint o‘rami bilakka 2-3 marta aylantirib o‘raladi, so‘ngra bint barmoqning orqa yuzasi bo‘ylab barmoq uchiga keltiriladi va shu barmoq kaft

tomondagi yuzasini aylanib, bosh barmoqni ustki qismidan kaft ustiga yurgiziladi va yana xuddi shu bog‘lam qaytariladi. Har bir o‘ram bosh barmoqning asosiga tusha boradi. Bint bilak sohasida doirasimon bog‘lam bilan tugatiladi. Bosh barmoqning ustki qismida bint uchrashganligi uchun boshhoqsimon bog‘lam deyiladi.



34-rasm. Bosh barmoqni boshhoqsimon bog‘lash.

«*Qaytuvchi*» bog‘lam. Bu ko‘pincha kaft va barmoqlar kuyganda va sovuq urganda ko‘llaniladi. Shikastlangan sohaga barmoqlar orasiga salfetka yopiladi. Bint o‘rami bilakda 2-3 marta o‘rab mustahkamlab olinadi. So‘ngra kaft ichki tomonidan panjalarga tushib, barmoq uchlaridan chiqariladi. Birinchi marta bintni qaytarib bilak sohasida doirasimon bog‘lam bilan mustahkamlanadi. Kaft va panjalarning ustiga spiralsimon bog‘lam qo‘yiladi. Kuyganda, sovuq urganda bog‘lam bir oz bo‘shroq qo‘yilishi kerak. Bosh barmoq ayri bog‘lanadi.

Sakkizsimon bog‘lam. Bu bog‘lam kaft sohasi shikastlanganda, o‘rtacha kenglikda bint yordamida qo‘yiladi. Bunda bog‘lam bilak sohasidan bog‘lanadi. Kaftning ustki qismi shikastlangan bo‘lsa, salfetka yopib kaft ustki qismidan qarama-qarshi tomonga yo‘naladi. Kaftning ichki qismini aylanib o‘tib, kaft ustki qismidan yuqoriga qarama-qarshi tomonga bilak sohasiga yo‘naladi. Bilakni aylanib o‘tib, yana bint shu sohaga qaytib keladi. Bog‘lam 3-4 marta bir sohaga qaytarilib, bilak sohasida tugatiladi. Kaft ichki qismi shikastlangan paytda «krest» kaft ichida hosil bo‘ladi.

Ko'krak qafasi, qorin va oyoqlarga qo'yiladigan bog'lamlar

- «Spiralsimon» bog'lam.
- «Germetik» bog'lam.
- «Sakkizsimon» bog'lam.
- Qorin sohasiga «spiralsimon» bog'lam.
- Tizza bo'g'imiga «spiralsimon» bog'lam.
- Boldir sohasi kuyganda, sovuq urganda «spiralsimon» bog'lam qo'yish.

- Tovon bo'g'imiga qo'yiladigan «toshbaqasimon va sakkizsimon» bog'lamlar.

- Oyoq panjalari va tovon sohasi kuyganda va sovuq urganda qo'llaniladigan bog'lam.

«*Spiralsimon*» bog'lam. Bu bog'lam qovurg'alar va ko'krak suyagi singanda qo'llaniladi. Bog'lam qattiq qisib bog'lanishi kerak. Buning uchun 2 -2,5 metr uzunlikdagi bint qirqib olib, lenta shaklida elkaga tashlaymiz, keyin enli bint olib ko'krakni pastki qismida lenta ustidan doirasimon bog'lam qilib, so'ngra spiralsimon bog'lam yordamida ko'krakni yuqori qismigacha bog'laymiz va doirasimon bog'lam bilan tugatiladi. Osilgan lentalar ikkinchi elka ustida bog'lanadi.

«*Germetik*» bog'lam. Bu bog'lam pnevmotoraks bo'lgan vaqtda qo'llaniladi. Plevra bo'shlig'iga havo kirganda, kirayotgan havoni to'xtatish uchun, ochiq pnevmotoraksni yopiq pnevmotoraksga aylantirish maqsadida individual bog'lam paketi yordamida germetik bog'lam qo'yiladi. IBP bo'lmagan vaqtda rezinka qo'lqop, klyonka, selofan, polietilen klyonkasidan foydalanish mumkin. Bu bog'lamni qo'yish uchun elkaga 2-2,5 metrli bintdan lenta tashlaymiz, so'ngra IBPning ikkala yostiqtchasini bir joyga yoki jarohat yuzasi ikkita bo'lsa, ikki joyga bittadan yostiqtcha qo'yib, ustidan havo o'tkazmaydigan IBPning klyonkasini qora tarafi bilan yopib ustidan ozroq paxta qo'yib, shu sohada bintni doirasimon bog'laymiz. So'ngra pastki qismidan yuqoriga qarab spiralsimon bog'lam qo'yamiz. IBP bo'lmaganda, leykoplastirni toza salftka ustidan birini ustiga ikkinchisini yaqin qilib yopishtirish natijasida ham jarohat yuzasini yopish mumkin. Havo o'tkazmaydigan

material bo‘lmagan vaqtda 4-5 ta salftkaga vazelin yoki sintomitsin emulsiyasini so‘rib jarohat yuzasini yopish mumkin. Jarohat 1-3 qovurg‘alar orasida yoki kurak sohasida bo‘lsa, bunda elka sohasini boshhoqsimon bog‘lam bilan mustahkamlash kerak.

Qorin sohasiga spiralsimon bog‘lam. Qorin sohasiga bog‘lam qo‘yish eng qiyin sohalardan hisoblanadi va kasalxona sharoitida, ko‘pincha leykoplastir, yordamida qo‘yiladi. Qoringa 15-16 smli enli bint olib, qorinni yuqori qismida doirasimon bog‘lam qo‘yiladi. Jarohat ustiga sterillangan salftka yopiladi, ichaklar qorin sohasi ustiga chiqqan bo‘lsa, salftka atrofiga doirasimon yostiqla qo‘yiladi. So‘ngra spiralsimon bog‘lam qilinib, qorinni pastki qismida doirasimon bog‘lam bilan tugatiladi.

Oyoq panjalari, tovon sohasi kuyganda, sovuq urganda bog‘lam qo‘yish. Kuygan yoki sovuq urgan sohaga salftka qo‘yiladi. Enli bint olib tovonni yuqori qismida bintni ikki marta o‘rab, mustahkamlab olamiz, so‘ngra tovon sohasiga bintni surib, panjalarga yo‘nalamiz. Panjalarni aylanib o‘tib, ikkinchi tarafdin tovon sohasiga qaytamiz. Bint o‘rami shu sohada 2-3 marta qaytariladi. So‘ngra tovonni yuqori qismidan boshlab spiralsimon bog‘lam qo‘yib, panja uchlarigacha kelamiz va shu sohadan qaytib spiralsimon bog‘lam bilan tovonni yuqori qismiga o‘tamiz. Shu sohada bog‘lam tugatiladi. Kuyganda, sovuq urganda bog‘lam bir oz bo‘shroq bo‘lmog‘i kerak.

Tovon bo‘g‘imiga «toshbaqasimon» bog‘lam qo‘yish. Bu bog‘lam tovon bo‘g‘imiga tinchlik berish uchun qo‘llaniladi. Bog‘lam ikki turga bo‘linadi.

A) «Yoyiluvchi» bog‘lam. Bu bog‘lamda bint tovon bo‘g‘imini o‘rta qismidan, mustahkamlovchi bog‘lam bilan boshlanadi. So‘ngra bint o‘rami bir gal tovon sohasidan yuqoriga, bir gal tovon sohasidan pastga yo‘naladi. Har gal bintni yarmi avvalgi bint ustiga tushib, yarmi yangi sohasiga suriladi. Tovon bo‘g‘imi to‘liq yopilgandan so‘ng bog‘lam boldirda tugatiladi.

B) «Yig‘iluvchi» bog‘lam. Bu bog‘lam tovon sohasida ochiq jarohat bo‘lgan vaqtda ko‘proq qo‘llaniladi. Buning uchun bog‘lam boldir sohasida ikki marta doirasimon bog‘lam qilingandan so‘ng tovonni oldingi qismi orqali tovonni pastki qismiga o‘tiladi. Bint bu sohada ham ikki marta mustahkamlab olinadi. So‘ngra oyoqni

pastki tomonini kesib o'tib, ikkinchi tarafdin tovonni yuza qismi orqali boldir sohasiga ko'tariladi. Har gal bu bog'lam tovon bo'g'imiga qarab to'planib boradi. Bint yuqoriga boldir sohasiga olinib, doirasimon bog'lam bilan tugatiladi.

Tovon bo'g'imiga «sakkizsimon» bog'lam qo'yish. Bu bog'lam oyoqni panja qismi qirqilgan, yulingan jarohlarda qo'llaniladi. Shu soha ustiga sterillangan salftka yopiladi. Tovon bo'g'imida ikki marta bintni doirasimon bog'lam qilinadi, so'ngra bint tovonni oldingi qismi orqali panja sohasining ustki qismidan qiyshiq o'tib, panjani ostki qismidan aylanib o'tadi. Panjani yuza qismiga ko'tariladi, tovon sohasiga keladi. Shu bog'lamni bir necha marta qaytariladi, bog'lam tovonni yuqori qismida tugatiladi.

Tizza bo'g'imiga «toshbaqasimon» bog'lam qo'yish. Bu bog'lam bo'g'imga tinchlik berish uchun ishlatiladi. Tizza bo'g'imi bir oz 160 – 170° da bukilib, tarqaluvchi yoki to'planuvchi bog'lam qo'yiladi. Tarqaluvchi bog'lam tizza bo'g'imidan boshlanadi. Bintni ikki marta o'rab, mustahkamlab olamiz. So'ngra bint o'rami tizzani orqa qismidan o'tadi, bir gal pastga, bir gal yuqoriga. Har gal bint o'rami yarim bintga suriladi. Tizza bo'g'imi bog'lab, o'rab bo'lingan vaqtda bog'lam son sohasini pastki qismida, mustahkamlovchi doirasimon bog'lam bilan tugatiladi.

Yig'iluvchi bog'lam. Bint o'rami boldirni yuqori qismida, doirasimon bog'lam bilan boshlanadi. So'ngra tizzani orqa qismidan aylanib o'tib, sonni pastki qismida doirasimon bog'lam qilib, bintni mustahkamlab olamiz. So'ngra bir gal pastdan, ikkinchi gal yuqoridan bint o'ramlari o'tadi. Har gal bint o'rami tizza bo'g'imiga surilib, yarim bint oldingi bintni ustiga tushadi. Tizza bo'g'imini o'rta qismida bintlar birlashadi. Bintni tizza bo'g'imini orqasi bo'ylab o'tib, son sohasida bog'lam tugatiladi.

Boldir sohasi kuygan vaqtda yoki sovuq urgan vaqtda spiralsimon bog'lam qo'yish. Boldir sohasi konus shakliga ega bo'lgani uchun kuygan, sovuq urgan vaqtlarda spiralsimon bog'lam qilinadi. Shu soha ustiga sterillangan salftka yopamiz. O'rta kenglikdagi bintni olamiz. Bog'lam boldirni pastki qismidan doirasimon bog'lam bilan boshlanadi. So'ngra bint o'rami yarmi yuqoriga ko'tarilib, yarmi eski bint ustiga tushadi. Shikastlangan soha

tugagandan so‘ng boldirni yuqori qismida doirasimon bog‘lam qilinib, bog‘lam tugatiladi. Kuyganda, sovuq urganda bog‘lam bir oz bo‘shroq bog‘lanishi zarur.

Ochiq jarohatlarda spiralsimon bog‘lamda jarohatni qaramaqarshi tarafda bint kalavasini 180° ga bukib olamiz. Bunda bog‘lam ixchamroq, mustahkamroq bo‘lib chiqadi. Bog‘lam jarohatdan pastda boshlanib, yuqori qismida tugatiladi.

Gipsli bog‘lam qo‘yish usuli

Gipsli bog‘lamlar qimirlamaydigan bog‘lamlarga kiradi. Shuning uchun gipsli bog‘lamlar, asosan, suyaklar o‘z kapsulasidan chiqqan yoki singandan uzoq vaqt oyoq yoki qo‘llarni qimirlamaydigan qilib qo‘yish uchun ishlatiladi (35-rasm). Gips – bu kalsiy sulfati bo‘lib, oq kukunsimon shaklda bo‘ladi, u tabiiy gips toshlarini $70-140^{\circ}\text{S}$ haroratda qizdirish orqali olinadi. Sifatli gips konsistensiyasi bug‘doy uniga o‘xshash, oq rangda, quruq, tarkibida toshlarsiz bo‘lib, kaftga olib siqganda bir-biriga yopishmasligi kerak.

35-rasm



Tibbiyotda ushbu gipsdan davolash maqsadida foydalaniladi. Ko‘pincha bo‘g‘im va suyaklarni operatsiya qilgandan keyin, suyaklarning ba‘zi kasalliklarida va boshqa patologik jarayonlarda ham badanning og‘riq qismi gipslash yo‘li bilan qimirlamaydigan qilib qo‘yiladi. Gipsni albatta, quruq joyda saqlash lozim. Gipsli

bog‘lamlar to‘liq (sirkulyar, gipsli korset va h.k.) va to‘liq bo‘lmagan (gipsli langeta) bo‘lishi mumkin.

Gipsli bog‘lam qo‘yish qoidalari

Gipsli bog‘lam qo‘yishdan oldin bog‘lanayotgan oyoq yoki qo‘l qulay holda tutilishi kerak. Qo‘yiladigan bog‘lam kamida bir – biriga yaqin turgan bo‘g‘imni, sonni bog‘laganda esa 2 yoki 3 ta bo‘g‘inni o‘z ichiga olishi shart, suyaklarning tashqariga chiqqan joylariga bog‘lam botmasligi uchun yumshoq paxta qavat-qavat qilib qo‘yiladi. Bog‘lam qo‘yishdan oldin mushaklar taranglashishini pasaytirish maqsadida bemor yotqiziladi yoki o‘tirgan holatda gipsli bog‘lam qo‘yiladi. Bog‘lamni haddan tashqari qattiq yoki bo‘sh bog‘lamaslik kerak. Bog‘lamlarni ko‘zdan kechirib turish shart, qon aylanish buzilgan bo‘lsa, o‘sha soha ko‘karadi. Shishib ketishi, oyoq-qo‘llar muzlagandek, chumoli yurgandek bo‘lishi yoki anemiya paydo bo‘lishi mumkin. Bog‘lam qo‘yilgan oyoq yoki qo‘lning holatini bilish uchun uning holatini ochiq qoldirish tavsiya etiladi.

Gipsni sinab ko‘rish. Gipsni ishlatishdan oldin uning sifatini ko‘rish kerak. Gipslarda parchalar yoki yirik donalar bo‘lmasligi lozim. Eng muhimi gipsni qotishini sinab ko‘rish zarur.

Buning uchun 2 qism gips kukuniga 1 qism suv qo‘shilib, quYuq holga kelguncha aralashtiriladi va emalli tog‘araga 1-2 sm qalinlikda qo‘yiladi. Bu modda 5-10 daqiqa ichida qotishi shart. Uni urib ko‘rganda, qattiq narsani urgandek ovoz chiqishi, bosib ko‘rganda o‘zgarmasligi kerak. Yana bir usuli 1:1 nisbatda gips kukuni bilan suvni aralashiramiz va hosil bo‘lgan aralashmadan 2-3 sm diametrdagi shariklar tayyorlaymiz va quriganidan keyin uni olib polga tashlaganimizda katta bo‘laklarga parchalanib ketmasa, gips sifatli hisoblanadi. Gips suv bilan aralastirilganda, aynigan tuxum hidi (vodorod sulfid) kelmasligi kerak. Gips quruq xonada yopiq idishlarda saqlanishi kerak.

Gips bintlarni tayyorlash: gipsli bintlarni tayyorlash uchun har-xil kenglikda 10-20 sm gacha bo‘lgan oq doka bintlaridan foydalaniladi. Sariq doka suvni yaxshi o‘tkazmaydi va bog‘lam yaxshi bo‘lmaydi. Gipsli bintlarni tayyorlash uchun klyonka

solingan stolga yoki yassi idishga gips solinadi. Bintning uchiga bir oz gips solib qo‘l bilan yoyiladi. Gipslangan, o‘rab qo‘yilgan bintlar maxsus bankalarda yotqizilgan holda saqlanadi.

GIPSLI BOG‘LAMLARNING QUYIDAGI TURLARI BOR

Sirkulyar bog‘lam: masalan, qo‘l soxasiga qo‘yiladigan gips bog‘lam oldin sog‘lom qo‘l o‘lchami olinadi va tayyorlanadi. Tayyorlangan gipsli bintlar suv quyilgan tog‘araga solinadi, suv bintni ko‘mib turishi kerak. Shundan keyin bintlar pufakchalar ajrata boshlaydi. Pufakchalar to‘xtashi gipsni ho‘llanganini bildiradi. Keyin bintni olib, bir oz siqiladi, gipsli bint bilan bog‘lanadi, uning o‘rami avvalgi o‘ralgan bintning 1/3 qismini qoplashi kerak (36-rasm). Bint odatda, chetdan markazga qarab o‘raladi.

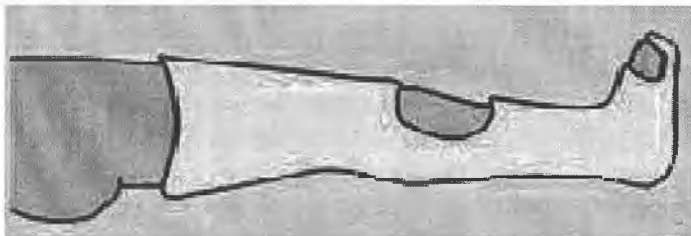
36-rasm



Birinchisi tamom bo‘lmasdan (agar kerak bo‘lsa) hamshira gipsni ikkinchisini taxlab turadi. Odatda, qo‘llarga 3-5 qavat, boldirga, songa va gavdaga 5-7 qavat gipsli bog‘lam qo‘yiladi.

Gipsli bog‘lam odatda, 5-10-15 daqiqa qotadi. U vaqt o‘tguncha shikastlangan joy qimirlamasligi kerak.

Darchasimon bog‘lam. Bunda qo‘yiladigan bog‘lamning I qismi kesiladi (37-rasm). Shu darcha orqali har-xil tibbiyot choralari bajariladi. Ko‘pincha longetli sirkulyar bog‘lamlar ishlatiladi.



Longetsimon bog‘lam ko‘p ishlatiladi. Buning uchun oyoq yoki jarohatlangan soha bint bilan o‘lchanadi. O‘lchangan bintning har qavatiga gips solib yoziladi. Bint qavatlarining soni etarli bo‘lganda, ular o‘raladi hamda suvga solinadi. Pufakchalar chiqib bo‘lgandan keyin bint olib siqiladi va jarohatlangan sohaga qo‘yiladi. Ustidan oddiy bint o‘rab bog‘lanadi.

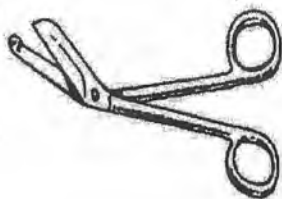
Longetsimon, sirkulyar bog‘lam ko‘p ishlatiladi. Bunda taglik qo‘yilmaydi. Bintlarga qaraganda, bu bog‘lam ko‘proq ishlatiladi longet ko‘rinishdagi gipsli bog‘lamlar oyoq va qo‘lning hamma joyiga qo‘yilgandan qon aylanishga ta’sir ko‘rsatmaydi. Bog‘lamlarni qo‘yish uchun oldindan gipsli qisqa va uzun 3-5 qavat doka bo‘laklari va suyak nuqtalarini himoya qilish uchun paxta yoki doka yostiqlar tayyorlab qo‘yiladi. Bog‘lam qo‘yishdan oldin oyoq yoki qo‘lni ko‘tarib qo‘yib shishini kamaytirish kerak.

Parvarish qilish: bemorga gipsli bog‘lam qo‘yilgandan keyin birinchi 24-48 soat davomida oyoq va qo‘llarning holatini tekshirib turish kerak (3-4 soatda). Agar bog‘lam to‘g‘ri qo‘yilgan bo‘lsa, oyoq va qo‘llar normal rangda, quriganda iliq sezuvchan va harakatchan bo‘ladi. Kuchli og‘riq bo‘lishi barmoqlar oqarib yoki ko‘karib ketishi, sovuq bo‘lishi, sezgini pasayishi va boshqa holatlar, oyoq va qo‘llar siqilganligini, bog‘lam noto‘g‘ri qo‘yilganligini bildiradi. Bunday holda gips tezda ochiladi va qayta qo‘yiladi.

Gipsli bog‘lam uzoq vaqt siqib turishi yotoq yaralariga olib kelishi, oyoq va qo‘llar to‘qimasining o‘lishiga olib kelishi mumkin. yuqorida ko‘rsatilgan belgilar bo‘lsa, maxsus Shtil qaychisi (38-rasm) yoki Kuper qaychisi (39-rasm) bilan gipsli bog‘lamlarni uzunasiga kesish va chetlarini 1-2 sm ga kamaytirish shart.



38-rasm. Shtil qaychisi



39-rasm. Kuper qaychisi

Oyoq qo‘llar siqilishidan ozod bo‘lganda ishonch hosil qilingach, qo‘shimcha aylanma gipsli bint qo‘yib bog‘lamning uzoqlashgan chetlarini bir oz yaqinlashtirish mumkin.

Gipsli bog‘lamlarning kamchiliklari: qo‘yilgan bog‘lamning og‘irligi, namligi, ayniqsa, qo‘llar uchun og‘ir bo‘lishi va uzoq vaqt-gacha turganda, oyoq yoki qo‘lda funksional buzilishlarni keltirib chiqarilishi uning kamchiligi hisoblanadi.

Bolalar shikastlanganida, gipsli bog‘lamlar qo‘yish ayrim xususiyatlarga ega. Ularning terisi nozik bo‘lishi sababli to‘qimalar ezilmasligi uchun shikastlangan sohaga doka, paxtadan taglik o‘raladi va ustidan gipsli longetlar qo‘yiladi. Longetlar shikastlangan sohaga bint bilan bog‘lanadi.

Ma‘lumki, shikastlanishning oqibati ya‘ni xotimasi, davolash muddati va bemorning mehnat qilish faoliyatiga qaytishi, albatta unga vaqtida to‘g‘ri ko‘rsatilgan birlamchi yordam to‘g‘ri ko‘rsatilganiga bog‘liq bo‘ladi.

Suyaklarning ochiq va yopiq sinishlarida eng asosiy talablardan biri, bu albatta, puxta va aniq ravishda bajarilgan transport immobilizatsiyasi hisoblanadi, aks holda puxta va aniq bajarilmagan immobilizatsiya bemorni troansportirovka qilishda qo‘shni a‘zolari (arteriya, vena, siydik qopi, o‘pka, jigar va h.k.) shikastlab qo‘yishi mumkin. Bu o‘z navbatida, ko‘p qon yo‘qotishga sabab bo‘lishi, yopiq sinishni ochiq sinishga aylanishi, darz ketgan suyakni sinishiga sabab bo‘lishi mumkin va oxir-oqibat travmatik shokga olib kelishi mumkin, bu kabi xatoliklar yatrogeniya deyiladi.

Vaqtincha immobilizatsiya qilish qoidalarini va vositalarini barcha tibbiyot xodimlari bilishi shart, bu qoidalarni bilmagan har qanday

tibbiyot xodimi jabrlanuvchini umriga zomin bo'lishi mumkin, shuning uchun ham immoblizatsiya mahoratini barcha tibbiyot xodimlari yo'nalishidan qat'iy nazar, bilishlari shart, chunki tabiiy ofatlar, turli transport halokatlari, ommaviy tartibsizliklar natijasida jaroxatlanganlarga mutaxassis yordami kelguncha, birinchi yordam ko'rsatish albatta, boshqalar zimmasida bo'ladi.

Immoblizatsiya vaqtiga qarab ikki xil bo'ladi: **vaqtincha va yakuniy-batamom.**

VAQTINCHA IMMOBLIZATSIYA – ko'pincha shikastlangandan so'nggi birinchi soatlarda jabrlanuvchilarga birinchi tibbiy yordam ko'rsatib, yaqin atrofdagi tibbiy muassasaga (shifoxonaga) transportirovka qilish, shuning uchun transport immoblizatsiyasi deyiladi.

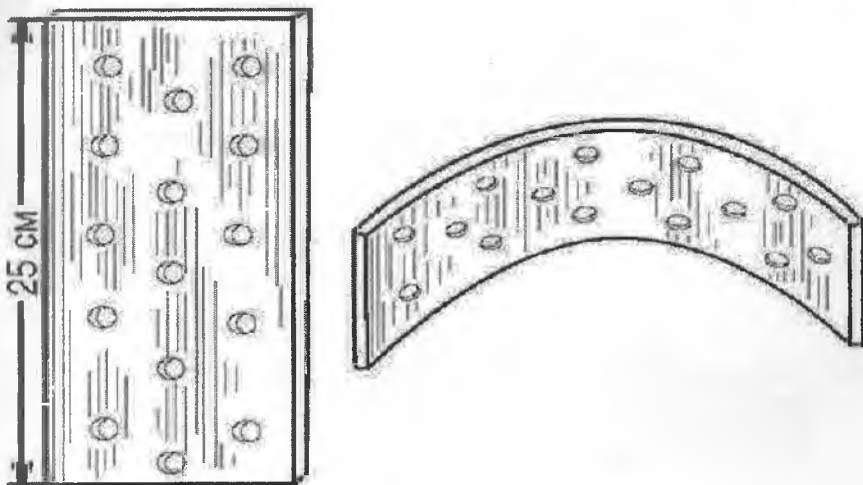
YAKUNIY-BATAMOM IMMOBLIZATSIYA – bu davolashning oxirigacha singan suyakda qadoq hosil bo'lguncha, yallig'lanish jarayoni tuzalguncha, jarohatlar bitguncha, bir so'z bilan aytganda, transport immoblizatsiyasi emas, davolash immoblizatsiyasi desak bo'ladi.

Immoblizatsiya qiluvchi vositalar: standart, nostandart, va improvizatsiyalangan bo'ladi.

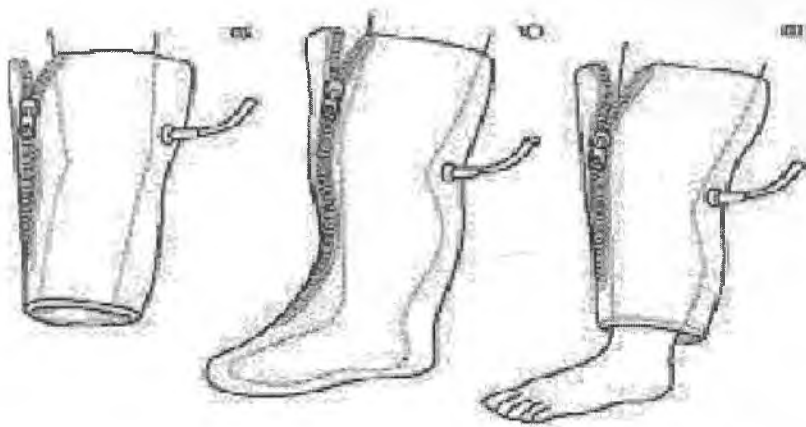
Standart transport shinalari – bu immoblizatsiya vositalari maxsus zavod fabrikalarda chiqariladi va tibbiy profilaktika muassasalariga etkazib beriladi. Standart shinalar turkumi: narvonsimon Kramer shinasi (44-rasm), fanerli taxtakachlar, plastmassa shinalar (40-rasm), pnevmotik (41-rasm) va Diterixs shinalari (45-rasm).

Nostandart vositalar – bu shina va apparatlar maxsus yo'nalishdagi shifoxona yoki tibbiy bo'limlarda ishlatiladi, bular Elanskiy shinasi (42-rasm), Petruhov shinasi va Goncharov shinasi.

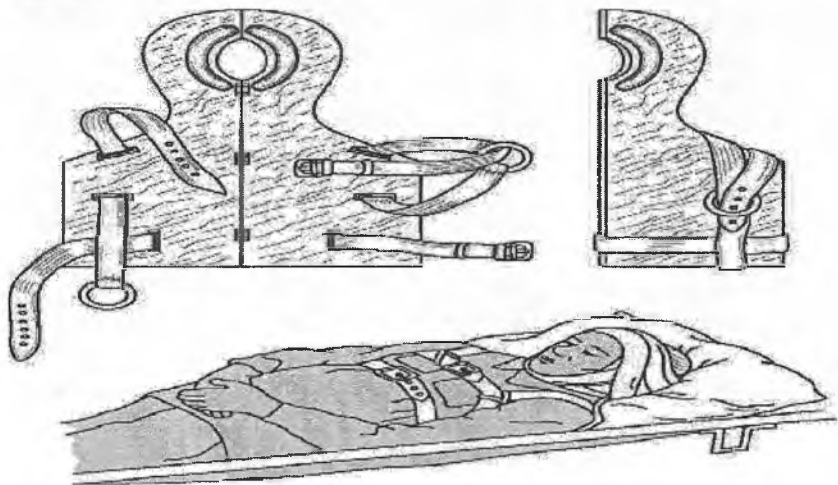
Improvizatsiyalangan vositlar (43-rasm) – bu shikastlangan bemor atrofidagi narsalardan (supurgi, chang'i, belkurak dastasi va h.k.) foydalanish. Agarda narsa bo'lmasa, masalan, alpinist tog'dan yiqilib, bir oyog'ini sindirib oldi, unda sog'lom oyoqqa singan oyoq immoblizatsiya qilinadi.



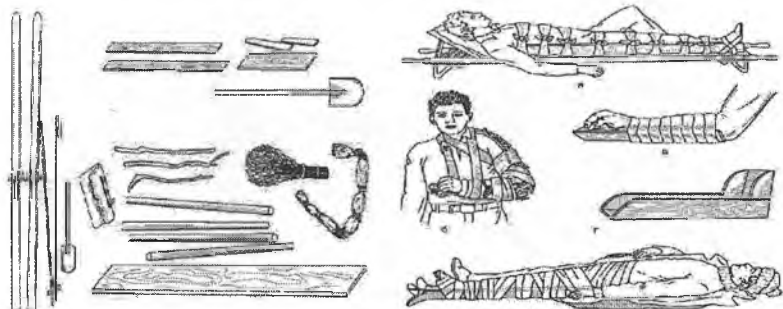
40-rasm. Plastmassali shina



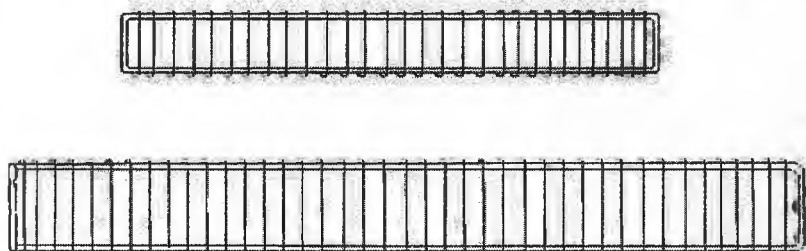
41-rasm. Pnevmatik shina



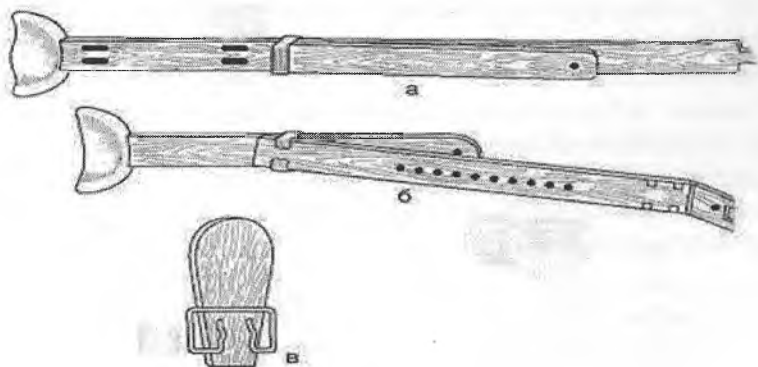
42-rasm. Elanskiy shynasi



43-rasm. Improvizatsiyalangan vositalar va undan foydalanish.



44-rasm. Kramer shinasi



45-rasm. Diterixs shinasi. a) Tashqi yuzasi; b) Ichki yuzasi; v) Tavon yuzasi.

Transport immobilizatsiyasidagi xatoliklar va yatrogeniya

Eng ko'p uchraydigan xatoliklar asoslanmagan kalta shina qo'yish, qo'lga tushgan tekis bo'lmagan yuzali narsalardan foydalanish, ikki va undan ortiq bo'g'imni fiksatsiya qilmasdan shina yoki qo'lbola vositalarni qo'yish orqali immobilizatsiya qilinganda ikkilamchi asoratlar, ya'ni atrof to'qimalar, tomirlar, asab tolalari va paylarni shikastlanishiga sabab bo'ladi va oxir- oqibat og'riq yoki gemorragik shok kelib chiqishiga sabab bo'lishi mumkin. Kiyimsiz tanaga paxta yoki yumshoq material qo'ymasdan va shinani ushbu materiallarga o'ramasdan qo'yish, bundan tashqari, singan soha

anatomik joylashishini inobatga olmaslik terini shikastlanishiga, yotoq yaralar, nekroz va teri perforatsiyasiga sabab bo'lishi mumkin. Shinani bog'lashda, uni qattiq siqib bog'lab qo'yish qon va asab tizimini siqilishiga va qon aylanishini buzilishiga (nekroz, gangrena) olib kelishi natijasida, turli xil asoratlar kelib chiqishi mumkin, bu yatrogeniya deyiladi. Bundan tashqari, immoblizatsiya qilingan sohani issiq yoki sovuqdan himoyalamaslik ham yatrogeniyaga kiradi.

VII. QON KETISHI VA QON QUYISH

Qon ketishi hayot davomida juda ko'p uchraydigan hodisalardan biri. Shuning uchun bo'lajak tibbiyot xodimlari bu jarayonni, qon ketish sindromini sabablarini, patogenetik protsesslarini, klinik manzaralarini kechishini, birinchi yordam ko'rsatish va davolash prinsiplarini va shu bilan birga qon quyish jarayonlarini ham yaxshi bilishi va o'rganishalari kerak.

Qon ketishi deganda, ya'ni grekcha nomi haemorrhagia, qon tomir (arteriya, vena, kapillyar) devorlarining shikastlanishi, emirilishi (biror kasallik oqibatida) yoki o'tkazuvchanligining oshib ketishi sababli ulardan qonning o'z-o'zidan, ya'ni qon tomiri ichidan to'qimalarga yoki turli bo'shliqlarga (plevra, qorin, bosh suyagi ichiga) quyilishiga yoki tashqi muhitga oqib chiqishi tushuniladi.

Qon ketishda ishlatiladigan atamalar: *Petechia* – teriga chegaralangan qon quyilishi; *purpura* – shilliq qavatga chegaralangan qon quyilishi; *ecchymosis* – teriga yoki shilliq qavatga katta hajmdagi qon quyilishi; *sugillatio, suffusion* – teri osti yog' qavatiga yuza, chegaralangan qon quyilishi; *vibices* – teriga momotaloq qontalash; *haematoma* – katta hajmdagi, chegaralangan qon to'planishi; *epistaxis* – burundan qon ketish; *gastrorragia* – me'dadan qon ketish; *enterorragia* – ichakdan qon ketish; *haemoptoe, haemoptysis* – yo'talganda qon tupurish; *haematomesis* – qon quqish; *haematuria* – qon aralash siydik; *menorragia, nypermenorroea* – hayz davrida me'yordan ortiq sharillab oqish - sharshara; *metrorragia* – bachadondan qon ketish; *encephalorragia* – miyaga qon quyilishi;

haemopericardium – perikard bo‘shlig‘iga qon ketish; *haemothorax* – plevra bo‘shlig‘iga qon quyilishi; *haemoperitoneum* – qorin bo‘shlig‘iga qon quyilishi; *haemotometra* – bachadonga qon quyilishi; *haemotocele* – tuxumdonning bo‘shlig‘iga qon quyilishi; *haemophthalmia* – ko‘z olmasiga qon quyilishi; *melaena* – me‘da ichak tizimidan najas aralash qon ketish; *haemorroe* – orqa chiqaruv teshigidan qon ketish.

Qon tana massasining 1/13 qismini tashkil qilib, uning shundan 4/5 qismi sirkulyasiyada qatnashadi. Sirkulyasiyadagi qonning umumiy hajmi arterial qon bosimini saqlab turishda muhim ahamiyatga egadir. Ma‘lumki, qon shaklli elementlar va plazmadan tashkil topgan bo‘lib, eritrotsitlarning umumiy hajmi, ya‘ni gematokrit ko‘rsatkichi erkaklarda o‘rta hisob bilan 47%, ayollarda 42% tashkil qiladi.

Qon ketishi mexanik shikastlarning ko‘p uchraydigan asoratlaridan va favqulotdagi vaziyat o‘choqlarida o‘limning asosiy sabablaridan biri bo‘ladi. Harbiy dala sharoitida qon ketishini erta tashxislash va vaqtida ko‘rsatilgan birinchi yordam orqali jabrlanuvchilarning hayoti saqlanib qolishi mumkin.

Qon ketishning sabablari 3 ta: hemorragia per rexis – tomirlarning yorilishi; hemorragia per diapedesis – tomirlar devori o‘tkazuvchanligining oshishi, eritrotsitlarning chiqishi; leykotsitlar chiqsa – leykodiapedez deyiladi (yallig‘lanishda); postkapillyar, venulalarda migratsiyalanish amalga oshadi. Organizmda bor leykotsitlar og‘irligi 1300g tashkil qiladi; hemorragia per diabrosis – tomirlarning erroziyalanishi, emirilishi.

Qon ketishida qon tomirlari devorlarining shikastlanishi, yoki biror patologik jarayon oqibatida emirilishi, yoki o‘tkazuvchanligining oshib ketishi sababiga ko‘ra ulardan qon oqishini tushunamiz.

Qon ketishi, kelib chiqishiga qarab, ikki turga bo‘linadi: 1) shikastlanish (travmatik) turi, u tashqi kuchning ta‘sirida (operatsiyada ham) kuzatiladi; 2) tomir devorlarining zararlanishi (patologik jarayon hisobiga ko‘ra) – xavfli o‘smalar, nurlanish, devorlar o‘tkazuvchanligining oshishi, yallig‘lanish, qon bosimining ko‘tarilib ketishi va qon biotarkibining (gipokoagulyasiya, tomir ichida disseminirlangan ivish sindromi). Qon oqishining sababi

polietnologik ham bo'lishi mumkin. Masalan, zahm kasalligida tomir devorining kengayishi (anevrizma), qon bosimining ko'tarilishi natijasida uni yorilib ketishiga sabab bo'lishi mumkin. Sepsis va xolemiya holatlarida qon ketishi murakkab jarayonni keltirib chiqaradi. Gemorragiyaning mexanizmiga qarab quyidagi turlari kuzatiladi: eroziya, yorilish ta'sirida, tomir devori emirilishi. Qonning ekstravazatsiyasiga, to'qimalarga tarqalishiga, miqdoriga qarab quyidagi guruhlar bo'ladi: gematoma (to'qimalarda qonning to'planishi), qon ketishi (tomir devorlaridan tashqariga qon chiqishiga yoki biror to'qimaga, tana a'zosiga, uning ichiga to'planishi), qon quyilishi (to'qimalarga qon shaklli elementlarining yig'ilishi, singishi). Gemorragiya xirurgiyadan tashqari boshqa sohalarda ham uchraydi. Terapiya va nevrologiyada – gipertenziya natijasida miyaga qon quyilib, falaj (plegiya) kuzatilishi, ginekologiyada – bachadondan qon oqishi, oftalmologiyada – ko'zga qon quyilishi va h. k. Bu vaziyatni harbiy dala sharoitida ham hamshiralalar unutmazligi lozim.

Qon ketish sindromida tomirlarni yorilishi to'liq yoki qisman bo'lishi mumkin. Qon ketganda organizm juda ko'p kerakli hujayralarni (qon shaklli elementlari, eritrotsitlar, trombotsitlar, leykotsitlar), biologik suyuqliklarni (plazma, limfa va h. k.), bioximik moddalalarni yo'qotadi: oqsillar, uglevodlar, vitaminlar, mikroelementlar. Natijada, inson organizmida termodinamik qonunlarga asoslangan holda energetik jarayon keskin kamayishi mumkin. Agar inson aylanayotgan qon hajmini $1/3$ qismini yo'qotsa yoki ketgan qon hajmi bundan ham kamroq bo'lib qisqa vaqt ichida gemorragiya kuzatilsa va organizmga hech kanday tibbiy muolajalar bilan yordam ko'rsatilmasa, jarayon oxirida shifokor bemorni o'limga mahkum etadi.

Hozirgi kunda qon ketishda hamshiralik ishi juda katta ahamiyatga ega. Bu zamon talabi. XX asr oxirlari va XXI asr boshlarida insoniyat iqtisodiy va siyosiy, ekologik, ma'naviy inqirozlarga, energetik krizisga, globalizatsiyaga, lokal urushlarga, yadroviy qurol ko'payishi va uni siyosiy jarayonlarda qo'llanish xavfi borligiga, ayrim kasalliklar ko'payishiga, bakteriologik va virusologik qurol davlatlararo munosabatlarda qo'llanish xavfi mumkinligiga, suv va oziq-ovqat tanqisligiga, ocharchilikga, terrorizm va ekstrimizmlarga,

tabiiy ofatlarga uchramoqda. Bu sharoitda ayrim xastaliklarni etiopatogenezini, klinik manzarasini, diagnostikasini, yordam ko'rsatish va davolash prinsiplarini hamshiralik jarayonidagi o'rnini talabalar juda yaxshi bilmog'i kerak. Qon ketishi bundan mustasno emas. Ayniqsa, harbiy dala sharoitida, davolash-evakuatsion etaplarda qon ketishida o'tkaziladigan muolajalar, choralar hamshiralardagi bilim va ko'nikmalariga juda bog'liq.

Urushda qon ketish yaradorlar o'limiga sabab bo'ladi. M.F. Glaznov (1953 y.) bo'yicha ikkinchi jahon urushida jang maydonida qon ketishdan o'lganlar hamma o'lgan yaradorlarning yarmini tashkil qilgan. Jang maydonida qon ketishdan o'lganlarning 1/3 qismi qo'l-oyoqlarning, 3/5 - qorin va ko'krak bo'shlig'i, 1/33 - boshqa soha tomirlari jarohatiga to'g'ri keladi (V.I. Struchkov).

Shunday qilib, qon ketishning muammosi juda aktual. Hamshira jarohat asoratidan o'lim oqibatlarini pasayishini, jang yoki tabiiy ofatlar kuzatilgan maydonlarda yaradorga o'z vaqtida birinchi tibbiy yordam, hamda vrachlik, malakali yordamni tibbiy ko'chirish bosqichlarini tashkil qilinishini juda yaxshi bilishi kerak.

QON KETISH TASNIFI

Qon ketish tasnifining bir nechta variantlari bor: uning sababiga, vaqtiga, shikastlangan tomir turiga ko'ra. Qabul qilingan tasnifni hamshiralar yaxshi bilmog'i kerak. Quyidagi suratda bu tasnif yaxshi ifodalangan (46-rasm).

Birlamchi qon ketish jarohat tufayli biroz vaqt o'tgandan so'ng turli qon tomirlarning shikastlanishi natijasida yuzaga keladi.

Ikkilamchi qon ketish – birlamchi qon ketishda qon tomir bevosita zararlanib, u o'zi yoki davolash usullari oqibatida to'xtatilgandan keyin rivojlanadi. U asosan, bir marta bo'ladi, lekin retsidivi kuzatilishi ham mumkin – *qaytalanuvchi* yoki *retsidivli* qon ketishi. Sabablari: yaqin 2-3 kun ichida jarohatlangan qon tomirdan trombnig ko'chishi, qon tomir devoridagi blyashkalarini ko'chishi, qo'yilgan ligaturani siljib ketishi. Erta ikkilamchi qon ketish hollari kamdan-kam kuzatiladi (shikastlangan qo'l yoki oyoqni yaxshi

immobilizatsiya qilmay transportirovka qilganda kuzatiladi). Kechki ikkilamchi qon ketish jarohatda infeksiya ta'zirida yiringli jarayon avj olishiga to'g'ri kelib, odatda, 2 kundan so'ng paydo bo'ladi. Harbiy dala xirurgiyasida bu holat juda ko'p kuzatilishi mumkin, chunki davolash-evakuatsion tadbirlar katta tezlikni, ratsional qarorni, aniq tibbiy choralarini yomon sanitar-gigienik, epidemiologik sharoitlarda bajarishni talab qilsada, yaradorlar soni ko'pligi, harbiy, tibbiy sharoit og'irligi, tibbiy shtatlar etmasligi, tibbiy resurslar cheklanganligi har bir yaradorga kerakli hajmda yordam berib bo'lmaslikni ham unutmashimiz kerak.

46-rasm.



Ikkilamchi qon ketishning sabablari:

1. Dori vositalarini qabul qilganda, arterial bosim oshganda qon tomirda shakllanib ulgurmagan trombnini ko'chirib yuboradi.

2. Qon tomirga qo'yilgan drenajni qattiq bosishi yot metall (o'q, parcha), singan suyak parchasining surilib qolishi qon tomirda yotoq yarani paydo qiladi va natijada ikkilamchi qon ketish bo'ladi.

3. Qon ketishda texnik usullarni noto'g'ri qo'llash – qon tomirga qo'yilgan ligaturani surilib, echilib ketishi. Jarohatdagi yiringli-

yallig'lanish jarayoni, sepsis holatlari trombni yumshashi va erishiga olib keladi va natijada bu ham ikkilamchi qon ketishiga sabab bo'ladi. Shuningdek, qon tomirlarda umumiy va qisman reparatsiyalarni buzilishiga olib keluvchi holatlar ham bor: oqsil etishmovchiligi, travmatik shok, qon yo'qotish va boshqalar. Kechki qon ketish odatda 10-15 kundan keyin, ba'zan jarohatlanishdan bir necha soatdan keyin bo'ladi.

Qon ketish sabablarining uchta guruhi mavjud. Birinchi guruhga qon tomir devorlarining mexanik shikastlanishlari kiradi. Ular ikki turga bo'linadi: 1. Ochiq shikastlanishlar. 2. Yopiq shikastlanishlar.

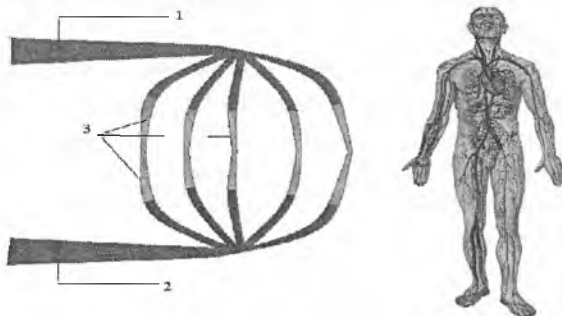
Ochiq shikastlanishlarda jarohat kanali teridan o'tib, tashqi qon ketishini keltirib chiqaradi. Yopiq hollarda (yopiq singan holatlarda tomirlarni suyak bo'laklari bilan jarohati, ichki a'zo va mushaklarning travmatik yorilishi) ichki qon ketishi kuzatiladi. Ayrim hollarda klinikasiz yashirin qon ketish ham uchrab turadi. Bu holatlar shifokorlardan, hamshiralardan kuchli bilim, ko'nikmalarni, yuqori malakani talab qiladi.

Qon tomirlarini ochiq shikastlarini aniqlash hatto tibbiyot xodimi bo'lmagan shaxslarda ham qiyinchilik tug'dirmaydi. Harbiy dala sharoitida hamshiralar tashxislashda buni bemalol aniqlashlari mumkin. Chunki jarohatdan qon ketish yaqqol ko'zga tashlanib turadi. Ba'zida yirik qon tomirlarning katta bo'lmagan jarohatlarida yoki o'rta va kichik kalibrli tomirlarning jarohatlarida qon ketishi o'z-o'zidan to'xtashi mumkin. Tomirlarni reflektor spazmi (jarohatga reaksiyasi), qon ivish sistemasini aktivatsiyasi, intimani kesilgin tomir ichiga buralishi jarohat teshigining yopib gemorragiyani spontan to'xtashiga olib keladi.

Qon tomirlarini yopiq shikastlari juda katta xavf tug'diradi. Bunda diagnostik xatolar natijasida jabrlanganlarga vaqtida yordam ko'rsatmaslik kuzatilishi mumkin. Bu hollarda badan bo'shliqlarida, mushaklar orasi va ichida katta hajmdagi gematomalar paydo bo'lib, yaqqol gipovolemiya va gemorragik shok holatiga olib keladi.

Harbiy dala xirurgiyasida hamshiralar qon ketish sindromini bu holati bilan ko'p uchrashadilar. Qaerdan qon ketayotganiga ko'ra qon ketishlar quyidagicha bo'ladi (47,48-rasm): 1) **arterial** – arteriyadan, chiqayotgan qon miqdori qon tomir kalibrlari va qon

tomirdagi jarohat kattaligiga bog'liq. Qon rangi och qizil, qon oqim bilan, favvorasimon ketadi (2-jadval); 2) **arterio-venoz** – arteriya va venoz qon tomir birga shikastlanganda; 3) **venoz** - venalardan; 4) **kapillyar** – kapillyar qon tomirlardan; 5) **parenximatoz** – turli xildagi parenxima a'zolaridan (jigar, buyrak, o'pka, taloq).



47-rasm. Qon ketishi: 1 – arteriyadan, 2 – venadan, 3 – kapillyarlardan



48-rasm

2-jadval.

Arterial va venoz qon ketishning farqlari (2-jadval).

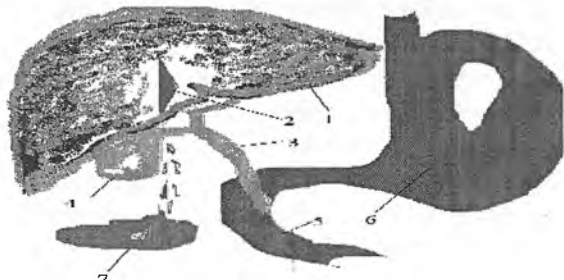
| Belgilar | ARTERIAL | VENOZ |
|-----------------|------------------|--------------------|
| RANG | alvon | to'q qizil |
| OQIMI | Pulsatsiyalovchi | Pulsatsiyasiz |
| AHVOLI | tez og'irlashadi | sekin og'irlashadi |
| O'TKIR ANEMIYA | tez rivojlanadi | sekin rivojlanadi |
| HAVO EMBOLIYASI | bo'lmaydi | bo'lishi mumkin |
| QON MIQDORI | ko'p | nisbatan kamroq |

Turli xildagi qon ketish belgilari.

Arterial qon ketishda: qon favvorasimon shaklida oqadi, katta gidravlik bosim natijasida tezda juda ko'p miqdorda bemor qon yo'qotishi mumkin. **Arterial-venoz qon ketish** – qon qizil rangda bo'lib, qisqa vaqt davomida jarohatni to'ldiradi. Jarohatga nisbatan markaziy, proksimal sohada qon tomir bosilganda qon ketish to'xtamaydi, lekin qon rangi ham o'zgarmaydi. Jarohatdan pastki qon tomirlar bosilganda ham qon ketish to'xtamaydi, lekin qon rangi esa och qizil bo'ladi. **Venoz** – qon bir xilda sekin urib turmaydigan oqim bilan ketadi. Oqim rangi to'q (qizil) rangda. Jarohatdan yuqoridagi tomirlar bosilsa qon ketish kuchayadi.

Parenximatoz - parenximatoz a'zolarida (49,50-rasm) qon tomirlari biriktiruvchi to'qima stromasi bilan uzviy aloqada, shuning uchun kesilganda ular ochilib qoladi va qon ketishi ko'p va to'xtatish juda qiyin bo'ladi.

Qon va atmosfera bosimlari gemorragiyaga ta'sir qiladilar. Masalan, gipertoniya holatlari, gipertonik kriz, qattiq yo'talish, zo'riqish, ko'krak qafasi birdaniga qisilganda. Uning belgilari ko'z va boshqa shilliq qavatlarda qon quyilishi bilan vujudga keladi. Vena qon tomirlarda bosimning ko'tarilishi gemorroidal vena tomirlarida (bavosilda) yoki kengaygan oyoq vena tomirlarida gemorragiyani kuchaytirishi mumkin. Atmosfera bosimining pasayib ketishi burun, quloq, bronx va bo'g'imlarda qon oqishiga olib keladi. Harbiy dala sharoitida ham barotravmalar hisobiga qon ketish sindromi juda ko'p uchrab turadi.



49-rasm. Parenximatoz gemorragiya: 1-jigar, 2-jigar jarohati, 3 – xoledox, 4 – o't pufagi, 5 – o'n ikki barmoqli ichak, 6 – me'da, 7 – parenximadan ketayotgan qon.



50-rasm. Kovak a'zodan qon ketish.

Qon ketishini to'xtatishda qon ivish xususiyatining ahamiyati

Qon o'z faoliyatini bajarishi uchun oquvchanlikka ega. Bu xususiyat avtomatik tarzda qonning agregat holatini boshqarish mexanizmlari orqali amalga oshiriladi. Sog'lom odamlarda qonning oquvchanligi maksimal holda. Bu esa qon aylanishini optimal holatda bo'lishiga yordam beradi. Turli xil jarohatlarda qon yo'qotishni oldini olish uchun qon ivishi va shu bilan oquvchanligi kamayishi zarur. Bu holat gemostaz tushunchasi bilan ifodalanadi (qon harakatining to'xtashi). Gemostaz – bu organizmning himoya-moslashuv reaksiyasi bo'lib, gomeostazning tarkibiy qismi hisoblanadi. U o'ta murakkab jarayon bo'lib, unda qon ivish va ivishiga qarshi tizim, hamda fibrinolitik tizimlarning bir qator fizik, kimyoviy, biologik omillari ishtirok etadi. Gemostaz 3 ta biologik tizimlarning o'zaro ta'sirlariga bog'liq: tomir tashqari, tomir ichi va tomir tizimlari. Gemostazning tomirdan tashqari mexanizmi to'qima elastikligiga (teri, mushak, biriktiruvchi to'qima) asoslangan bo'lib, u tomir diametrining torayishiga olib keladi. Klinikada bu gemostaz siquvchi bog'lam orqali keltirib chiqariladi. Gemostazning tomir mexanizmi tomirlarning reflektor qisqarishi va uning xususiyatlariga, ta'sir qiluvchi kimyoviy moddalarga bog'liq.

Tomir intimasi fibrin parda bilan, prostatsiklin, antitrombin-3, fibrinoliz aktivatori sekretsiyasi, geparin sekretsiya qilib, hamda

zaryadlangan shaklli elementlarning zaryadlangan intimadan qochishi orqali qon ivishiga yo‘l qo‘ymaydi. Tomirlar jarohatlanganida ular serotonin, katexolamin, xolinesterazani ishlab chiqarishadi, buning natijasida tomirlarning torayishi kuzatiladi (vazokonstriksiya). Shu bilan birga jarohatlangan tomirlarda trombotsitar tromb hosil bo‘ladi (tomirlarni berkituvchi to‘siq). Bu jarayon quyidagi ketma-ketlikda boradi: jarohatlangan tomirning «+» zaryadlanishi, «-» zaryadlangan trombotsitlar adgeziyasi va ularning agregatsiyasi, fibrinning hosil bo‘lishi, trombotsitar to‘siq, qon laxtasi hosil bo‘lishi. Qon ivish jarayonida to‘qima va shaklli elementlarning alohida moddalari (omillar) ishtirok etadi. Qon ivishining asosi fibrin hosil bo‘lishidan iborat. Qon ivishi tizimi murakkab fermentativ jarayon bo‘lib, to‘rtta fazadan iborat: 1) protrombinaza, 2) trombin, 3) fibrin hosil bo‘lishlari; 4) laxta retraksiyasi.

Shuningdek, qon ivishi jarayoni quyidagilarga bo‘linadi: profaza (tomirdan tashqari) – tomir-trombotsitar gemostaz; postfaza - fibrinoliz – qon laxtasining antifibrinolitik tizim ishtirokida parchalanishi.

Sog‘lom insonda antikoagulyantlar qon ivishini oldini oladi (antitrombin-3). Tibbiyotda bevosita ta’sir qiluvchi (natriy sitrat) va vositali ta’sirga ega (antikoagulyantlarning aktivligini so‘ndiruvchi) antikoagulyantlar qo‘llaniladi. Qonning suyuq holati, ivish tizimi, fibrinoliz va antifibrinoliz jarayonlari lokal va neyrohumoral mexanizmlar bilan boshqariladi. Ular hali to‘liq va mukammal o‘rganilmagan. Gemostaz – fiziologik, biokimyoviy, biofizik jarayonlarning yig‘indisi bo‘lib, organizmning qon yo‘qotishga to‘sqinlik qiladigan murakkab biologik himoya reaksiyasidir. Qonning ivish tizimi - qonni ivishini ta‘minlovchi omillarni sintezlovchi, utilizatsiya qiluvchi a‘zo va to‘qimalarning yig‘indisi.

Qon ivishi omillari: hujayra, plazma, to‘qima.

Plazma omillari:

I. Fibrinogen

II. Protrombin

III. To‘qima tromboplastini

IV. Sa²⁺

V. Globulin-akselerator

- VI. Omil
- VII. Prokonvertin
- VIII. Antigemofil globulin (AGG- A)
- IX. Kristmas omili (AGG-V)
- X. Styuart-Prauer omili
- XI. Plazma tromboplastinining o'tmishdoshi (AGG-S)
- XII. Xage-man omili yoki kontaktlovchi omil
- XIII. Fibrin-stabillovchi omil yoki fibrinaza
- XIV. Fletcher omili (prokallikrein)
- XV. Fitsjerald omili (kininogen)

Organizmدا qon ivishi bilan qon ivishiga qarshi tizim bo'ladi. Bu qon ivishini oldini oluvchi moddalar (antikoagulyantlar) ishlab chiqaruvchi, sintezlovchi va utilizatsiya qiluvchi a'zolar va to'qimalar tizimi.

U 2 sistemaga bo'linadi. Qon ivishiga qarshi tizim (Kudryashov bo'yicha):

1. Gumoral tabiatli, doimiy faoliyatda;
2. Nerv mexanizmlari asosida ishga tushadi.

GEMORRAGIYA SINDROMINING DIAGNOSTIKASI VA KLINIKASI

O'tkir qon yo'qotish belgilari qon ketish tezligi va yo'qotilgan qon ketishi qancha kuchli bo'lsa, o'tkir qon yo'qotish klinik manzarasi shuncha og'ir kechadi. Qon hajmining 1/3 qismini tez yo'qotilishi hayot uchun xavf soladi; umumiy qon hajmining yarmini yo'qotish esa tez o'limga olib keladi. O'rtacha hisoblaganda, 65 kg og'irlikdagi insonni qon hajmi 5 litrni tashkil qiladi. Shunday qilib, 1,5-1,7 litr qon yo'qotish juda xavfli, 2,5 litr esa o'limga olib keladi. Bu hollarda qonning tez oqib ketishi, uzoq qon ketishda moslashuvchi mexanizmlar ishga tushishga ulgurmaydi. Ammo, gemorragiyada individual sezuvchanlik bilan bog'liq faktorlar ham bo'ladi. Masalan, yosh bolalar va qariyalar qon yo'qotishni yomon o'tkazadilar. Organizmning umumiy holati – ozg'in, holsiz, jismoniy charchagan, kasallik va operatsiya o'tkazgan, semiz shaxslar qon

ketishni yomon o'tkazadilar. Ayollar esa qon yo'qotishga chidamli. Surunkali qon ketishda moslashtiruvchi mexanizmlar qon ketishni muvofiqlashtiradi.

O'tkir qon yo'qotish belgilari. Teri qoplamlari, shilliq qavatlarni quruqligi, yuzni oqarib ketishi, ko'z oldi qorong'ilashishi, quloqda shovqin, bosh aylanish, ko'ngil aynish, qayt qilish kuzatilishi mumkin. Puls tezlashgan, kuchsiz, ipsimon bo'ladi. Arterial va markaziy venoz bosimining pasayishi aniqlanadi. A/B 60-50 mm sim ust va undan pasayganda oliy nerv faoliyati buziladi: dastlab bezovtalik, keyin qo'rquv, halok bo'lish hissi, yuzning tushkunlik ko'rinishda bo'lishi, dezorientatsiya, depressiya, hushni chalkashligi va yo'qotish bo'ladi. Hushni yo'qotgandan keyin talvasa, siydik, axlatni ixtiyorsiz ajralishi va o'lim kuzatilishi mumkin.

Gemorragiyani aniqlash uchun qon ketish joyini, sabablari va maxsus belgilarini aniqlash kerak. O'tkir qon ketishining diagnostikasi qiyin emas. Hamshiralik jarayoni birinchidan qon ketish sindromini tezkor aniqlashdan boshlanishi kerak. Bemorning keskin rangi o'chib, oqarib, qon bosimi tushib ketadi, nafas olishi tezlashadi, taxikardiya kuzatiladi. Yo'qotilgan qon hajmini aniqlash kiyin. Buning uchun qonning tarkibiy qismlarini aniqlash zarur.

Tashqi gemorragiyada katta magistral qon tomirlar devorining butunligini, qonning rangini, oqish tezligini tekshirish kerak. Yurakka yaqin venalardan qon oqayotganda gemga qarab yurak va nafas fazalarini sezish mumkin. Nafas olishda toraksning so'rish faoliyati hisobiga venalardan qon oqishi kamayadi, nafas chiqarganda u ko'payadi. Gemorragiya o'pka ventilyasiyasi tezligi bilan sinxron bo'ladi. Servikal venalarning shikastlanishi juda katta xavf tug'diradi. Bunda aeratsiya hisobiga bo'lgan salbiy bosim tashqi muhitdan havo kirishiga olib keladi. Bosh miya, yurak tomirlarida havo emboliyasi kuzatilishi mumkin.

Kapillyar qon ketishi mayda arterial va vena tomirlari shikastlanganda vujudga keladi. Uning rangi, tezligi, miqdori arterial va venoz gemorragiyalardan farqlanadi va nisbatan juda ko'p bo'lmaydi. Ammo shikastlangan maydon katta bo'lsa, yo'qotilgan qonning miqdori klinik ahamiyatga ega. Kapillyar qon ketishda butun to'qimadan qon ketadi.

Gemorragiyada markaziy vena bosimini (MVB) aniqlash kerak, normada bu bosim 35-100 mm suv ust teng. MVB kamayishi yurak kameralariga kam qon oqib kelishidan dalolat beradi.

Ichki qon ketishining klinik belgilari har-xil bo'ladi. Bu holatlar shikastlangan organ va bo'shliqlarga bog'liq. Ba'zi hollarda ketayotgan qonning miqdori ko'p bo'lmasa ham xavf-xatar katta bo'lishi mumkin. Masalan, miyaga oz qon quyilganda hayot faoliyatini boshqaruvchi markazlar qisilib qolib, o'lim kuzatilishi mumkin. Perikardga quyilgan qon yurakni kisib qo'yib, uning harakatini kamaytiradi. Natijada, yurak tamponadasi rivojlanadi. Me'da osti beziga qon quyilishi tripsinni aktivlashtirib, gemorragik pankreatit keltirib chiqaradi. Ichki qon ketishning klinik belgilari umumiy va mahalliy simptomlardan iborat. Umumiy simptomlarga: rangparlik, bosh aylanishi, hushdan ketish, taxikardiya, qon bosimining pasayishi kiradi. Mahalliy simptomlar quyidagilardan iborat: parenximatoz a'zolarining yorilishida gemoperitoneum, gemotoraks, qorinda og'riq, qorin pardaning ta'sirlanish simptomlari, qorin oldi devorining taranglashuvi, qorin yon sohalarida perkutor to'mtoqligi, gemotoraksda – nafas siqishi, perkutor tovushning to'mtoqligi, ovoz qaltirashining susayishi, nafas shovqinlarining pasayishi. Ichki qon ketish sababini lokalizatsiyasini doim aniqlab bo'lavermaydi. Masalan, najasda qon aralashganda, me'da-ichak yo'llarining barcha qismidan qon ketishi mumkin. Urnada qon paydo bo'lsa, xastalik belgilari buyrakda, siydik pufagi va yo'llarida bo'lishi mumkin. Og'izdan qon ketganda o'pka va nafas olish a'zolarining yuqori qismlari, halqum, qizilo'ngach, me'da, o'n ikki barmoq ichak kasalliklari bo'lishi mumkin. Gemorragiyani diagnostikasida qonning rangi, oqish tezligi ham ahamiyatlidir. O'pkadan qon ketayotganda, uning rangi qip-qizil, ko'pirgan havo zarrachalari bo'ladi. Qayt qilgandagi «kofe quyqasi»ga o'xshash suyuqlik (gemoglobin bilan xlorid kislota qo'ng'ir rangdagi gematin sulfat hosil qiladi) me'dadan qon ketishini eslatadi, me'da va o'n ikki barmoqli ichak xastaligidan dalolat beradi. Qop-qora rangli (temir sulfidi qonga qoramtir rang beradi) najosat kelishi me'da-ichak yo'llarining yuqori qismida patologik o'choq borligini eslatadi. Bu hollarda patologiyani aniqlash uchun endoskopik tekshiruv o'tkazilishi kerak. Peritoneal

bo'shliqqa qon ketganda bemor oqaradi, chanqaydi, esnaydi, ko'z oldi qorong'ilashadi, hushidan ketishi mumkin, pulsi tezlashadi. Bu holatlarda perkussiya qilinganda, tovushning buzilish belgisi paydo bo'ladi, shu joyda mushaklar taranglashadi, mahalliy Shchyotkin-Blyumberg simptomi paydo bo'ladi. Gemoperitoneum miqdori ko'paysa, ichak quldirashi, qorin bo'shlig'ida tovushning buzilishi paydo bo'ladi. Qon oqishi qorin bo'shlig'i organlarining yorilishi (ichak, o't pufagi) va unga o't suyuqligi, axlat chiqishi bilan birga o'tishi mumkin. Qisqa vaqt ichida qorin pardasining yallig'lanish (peritonit) holati, shok simptomlari boshlanishi, qon ketishining umumiy belgilari bilinmasligi ham mumkin. Bunda oqayotgan qonning hajmini (OQX), gemoglobin miqdorini, eritrotsitlar sonini, gematokritni aniqlash kerak. Ularning tez kamayib ketishi gemorragiyani davom etayotganini isbotlaydi. Leykoformulada neytrofil leykotsitoz paydo bo'lishi leykotsitar reaksiyaning vujudga kelganidan ma'lumot beradi.

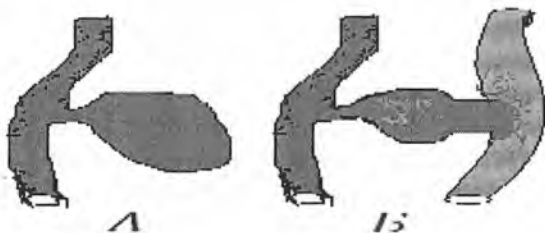
Plevra bo'shlig'iga qon oqqanda o'tkir qon yo'qotish belgilari kuzatiladi. Gemotoraksni aniqlash uchun rentgenologik tekshiruv, perkussiya, palpatsiya, auskultatsiya o'tkazish kerak. Qon borligi ko'krak qafasini teshib ko'rish (punksiya) bilan aniqlanadi.

Bosh qobig'i ichiga, orqa miya kanaliga qon quyilganda, gemartrozda, gemoperikardiumda to'qimaga ketgan qon miqdori ko'p bo'lmaydi. Ammo shu organlarning funksiyasi buzilishi kuzatiladi. Miya, orqa miya faoliyati buzilishi va mahalliy nevrologik simptomlar bo'ladi, bo'g'imning harakati buziladi, yurak faoliyati sekinlashadi. Bu hollarda yurak tamponadasi, bosh miya to'qimalarining gematomasi, miya to'qimasini ezilishi va h. k. belgilar kuzatiladi.

Gemorragiya asoratlaridan biri tomirga havo kirib qolishidir (emboliya). Yirik vena tomirlari shikastlanganda vujudga keladi va bemorni og'ir ahvolga solib qo'yadi. Ko'pincha bo'yin turuq, umrov va ko'ltiq osti, nomsiz venalarda kuzatiladi. Oz miqdordagi havo tomirlar orqali o'ng yurak bo'lmachasidan o'pkaga o'tadi va zarar etkazmaydi. Agar havo ko'p bo'lsa, unda o'ng yurak bo'lmachasi kattalashib, uch tabaqali klapanlar etishmovchiligi paydo bo'ladi, bu yurakning falajlanishi bilan ro'yobga chiqadi. Bemor rangsizlanadi, ko'karadi, nafas olishi to'xtaydi, tirishish,

gipotoniya bo'ladi, puls sekinlashadi. Havo emboliyasi asta-sekin boshlansa, bemor sovuq terga botadi, qo'rqadi, hushi yo'qoladi, ko'z qorachiq-lari kattalashadi, puls sekinlashadi. Yurakka yaqin venalar shikastida tomirga kirayotgan havo xushtaksimon tovush chiqaradi. Va nafas chiqarilayotgan paytda qon havo bilan aralashib chiqadi. Gemorragiyaning asoratlariga pulsatsiyalovchi gematoma, gematoma va to'qimalarni yiringli jarayonlari ham kiradi. Keyinchalik arterial yoki arteriovenoz anevrizmalar ham paydo bo'lishi mumkin (51-rasm).

O'tkir gemorragiyada autogemodilyusiya (qonni o'z qoni bilan suyulishi) reaksiyasi vujudga keladi. Bu patofiziologik jarayon organizmni yangi holatga adaptatsiyalashiga yordam beradi. Bu jarayon kompensator-moslashuv mexanizmlarga bog'liq. Yurak tez ishlaydi, vaqt o'tgan sari qon bosimi kamayaveradi. Gemorragiya davom etadigan bo'lsa, simpatiko-adrenalin sistemasini adaptatsiya mexanizmlari kuchsizlanadi.



51-rasm. Arterial (a) arteriovenoz (b) anevrizmalar

Barcha qon tomirlarning torayishi, qonning tabiiy depolardan tomirlarga chiqishi, taxikardiya, qonning hayotiy organlarga taq-simlanishi va boshqa kompensatsiya mexanizmlari ma'lum vaqt-gacha markaziy gemodinamikani subkritik holatda ushlab turadi. Bu jarayon qonning aylanish hajmi 40-45% gacha davom etadi. Agar bemorga yordam ko'rsatilmasa keyinchalik gipovolemiya fazasi kuzatiladi. Bundan keyin ham bemor yolg'izlanib qolsa uchinchi faza — gemorragik shok bosqichi kuzatiladi. Shuning uchun bemorga maishiy yoki ko'cha sharoitida, jang maydonida,

evakuatsion punktlarda birinchi yordam berish, davolash-evakuatsion tadbirlarni aniq, sifatli va tez bajarish kerak. Bu holatlarda tibbiy yordam ko'rsatilmasa, oqibati ikki xil bo'lishi mumkin: qon o'z-o'zidan to'xtaydi yoki miya qonsizlanib, yurak-tomirlar funksiyasi buzilishidan bemor o'ladi.

GEMORRAGIK SHOK

Gemorragik shokda (karaxtlik) yo'qotilgan qonning miqdori va vaqt katta ahamiyatga ega. Masalan, 1-1,5l qon asta-sekin yo'qotilsa, organizmning kompensator-moslashuv mexanizmlari hayotni saqlab qolishi mumkin. Ammo tez yo'qotilsa, letal holat kuzatilishi mumkin.

Gemorragik shok III bosqichdan iborat:

I. kompensatsiya,

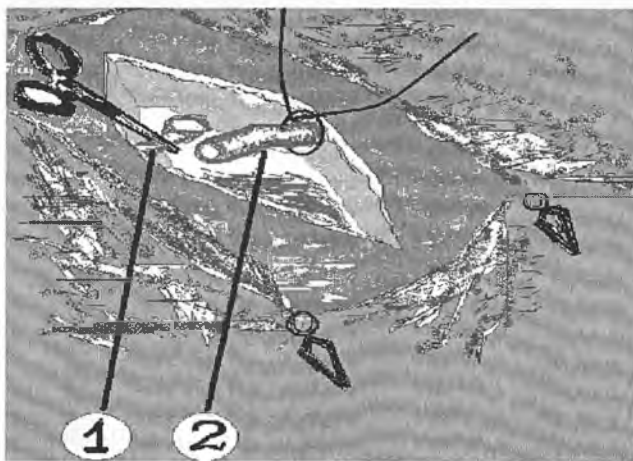
II. subkompensatsiya (qaytarish iloji bo'lgan)

III. dekompensatsiya (qaytarib bo'lmaydigan shok).

Kompensatsiya bosqichida markaziy gemodinamika uzoq vaqt o'zgarmaydi. Subkompensatsiyada bemorga kerakli yordam ko'rsatilganda kompensator reaksiyalar kuzatiladi. Ammo davolash-evakuatsion tadbirlar to'liq bajarilmasa periferik tomirlarining qisqarishi ham foyda bermaydi, bemorda qon bosimi kamayib ketadi. Arterial gipotoniya kuzatiladi va keyin dekompensatsiya fazasi boshlanadi. Dekompensatsiyada organlarda etishmovchilik ro'yobga chiqadi. Arterial, to'qimalar gipotoniyasi rivojlanadi. Mikrotsirkulyasiyaning buzilishi akrotsianozga olib keladi. Reflektor bo'lgan oliguriya (siydikning kam ajralishi) anuriya (butunlay siydik ajralmasligi) ga o'tadi, u buyrakda gemotsirkulyasiya buzulganligini ifodalaydi. Havo emboliasini davolash murakkab bo'lib, tomirga havo kelishini to'xtatish kerak, ya'ni vena tomirining markaziy va periferik uchlari bog'lanadi, o'ng yurak bo'lmachasi nina bilan punksiya qilinadi.

QON KETISHINI TO‘XTATISH

Qon ketishini to‘xtatishga oid savollar asrlar davomida shifokorlarni, umuman odamzodni o‘ylantirib kelgan. Masalan, Gippokrat davridan ma‘lum bo‘lgan. Kichik venalardan ketayotgan qon, ko‘pincha, o‘z-o‘zidan to‘xtaydi. Ba‘zan oyoq yoki qo‘l ko‘tarilsa, vena tomiridan oqayotgan qon sekinlashib, to‘xtashi mumkin. Agar qonning ivishi buzilmagan bo‘lsa, kapillyar qon ketishini oddiy yoki bosib turuvchi bog‘lam bilan to‘xtatish mumkin.



52-rasm. Gemorragiyani to‘xtatish: 1- qisqich qo‘yish, 2 - ligatura qo‘yish

Demak, gemorragiyani to‘xtashi o‘z-o‘zidan bo‘lishi yoki sun‘iy to‘xtatilishi mumkin. Tibbiy ko‘chirish bosqichlarida qon ketishni to‘xtatish usullari ikki turga bo‘linadi: 1) vaqtincha, 2) batamom (52-rasm).

QON KETISHINI VAQTINCHA TO‘XTATISH USULLARI

Bu usullar bemor kasalxonaga tushmasdan oldin tez yordam sifatida bajariladi. U shifokor, boshqa tibbiy xodim tomonidan ijro etiladi, ba‘zida esa tabobat ilmi bo‘lmagan kishilar yoki shikastlangan

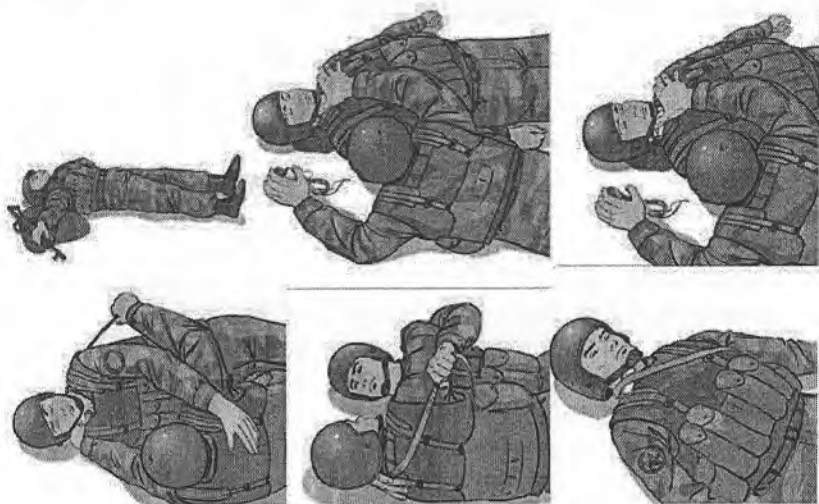
bemor tomonidan ham bajarilishi mumkin, aseptika qoidalariga rioya qilgan holda. Gemorragiya ba'zida tomirda tromb hosil bo'lgani uchun butunlay to'xtab qolishi ham mumkin. Vaqtincha qon to'xtatishning quyidagi usullari bor:

1. Bosib turuvchi bog'lam qo'yish.
2. Oyoq yoki qo'lni baland ko'tarish.
3. Oyoq yoki qo'l bo'g'imlarini maksimal bukish va bog'lash.
4. Barmoq bilan qon tomirni suyakka bosib turish.
5. Rezina tasma (Esmarx va boshqa tasmalarni qo'llash).
6. Jarohatdan qon oqib turgan tomirga qisqich qo'yish.

Vaqtincha to'xtatish usullari. Tashqi qon ketishda birinchi tibbiy yordam qo'l ostidagi bor narsalar bilan tez qon ketishni vaqtincha to'xtatishdan iborat. Birinchi tibbiy yordamni (BTYo) hamshiralik ishida ahamiyati juda katta. Urush maydonida yoki favquloddagi vaziyatlar holatida qon ketishni (arteriya yoki vena shikastlanishiga ko'ra) vaqtincha to'xtatish usullari qo'llaniladi. Arteriyani barmoq bilan bosish, jarohatdan yuqori joy bosiladi. Bu usul kam hollarda qo'llanadi. Bu usul erta qo'yilgan jgutni

tekshirish yoki almashtirilishida yarador, bemor ko'p qon yo'qotmasligi uchun qo'llaniladi. Masalan: qon ketayotgan tomirga qon to'xtatuvchi qisqich qo'yiladi.

Barmoq bilan bosish usuli arteriya bosiladigan nuqtalarda qo'llaniladi, bu erda arteriya suyak ustidan o'tadi. Chakka arteriyasi chakka suyagiga, tashqi yuqori jag' arteriyasi – pastki jag' burchagiga, uyqu arteriyasi to'sh-o'mrov so'rg'ichsimon mushakning ichki yuzasi bo'ylab, o'rta yoki pastki 1/3 qismidan bo'yin umurtqalari tomonga bosiladi (53-rasm).



53-rasm. Uyqu arteriyasidan qon ketganda birinchi yordam.

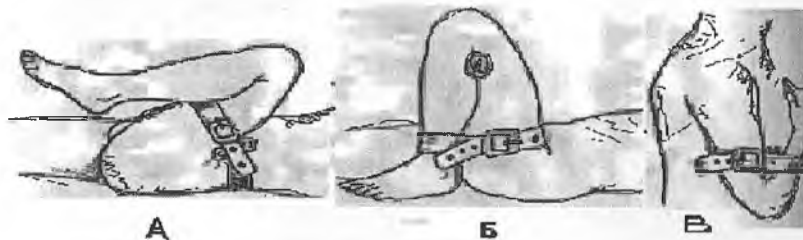
Umrov osti arteriyasini umrovning oʻrtasining orqasidan qovurgʻaga barmoq bilan bosildi; qoʻltiq osti arteriyalari esa qoʻltiq osti chuqurchasi tomondan elka suyagining proksimal uchiga bosiladi. Elka arteriyasi elkaning ikki boshli mushagini ichki yuzasi tomonidan elka suyagiga bosiladi. Son arteriyasi chov boylami ostidan son suyagining proksimal oxiriga bosiladi. Barmoq bilan bosish asosan qisqa vaqt ichida, masalan, jgut bogʻlashda qoʻllaniladi.

Barmoq bilan qon toʻxtatishni vrachgacha va birinchi vrachlik yordam koʻrsatishda ahamiyati juda katta. Tibbiy-evakuatsion jarayonida, harbiy dala sharoitida bemorlarni, yaradorlarni davolash-evakuatsion guruhlarga ajratib (sortirovka) olishda, hamshiralik jarayonida katta ahamiyatga ega.

Oyoq yoki qoʻlni baland koʻtarish fiziologik mexanizmni ishga solgan holda yaʼni gemodinamik jihatdan tomirlarda tonus kamayadi, qon bosimi pasayadi va gemorragiya vaqtincha toʻxtaydi.

Qoʻl-oyoqni maksimal bukish (54-rasm). Qoʻltiq osti chuqurchasi, va ularga yaqin tomirlardan qon ketishni toʻxtatish uchun boʻgʻimning bukiluvchi yuzasiga paxta boʻlagi qoʻyiladi va

ustidan bo'g'im bukiladi. Keyin qo'l yoki oyoq bint bilan bog'lanadi. Bu usul keng tarqalmagan, lekin uni yordamida qiyin ahvoldan chiqish mumkin. Qo'l-oyoqlarga o'q tegishi natijasida suyaklari sinsa bu usul qo'llanilmaydi, boshqa usullardan foydalaniladi. Bunday holatda bintlangan yaradorlarni jang maydonidan olib chiqish va evakuatsiya qilish qiyin bo'ladi.



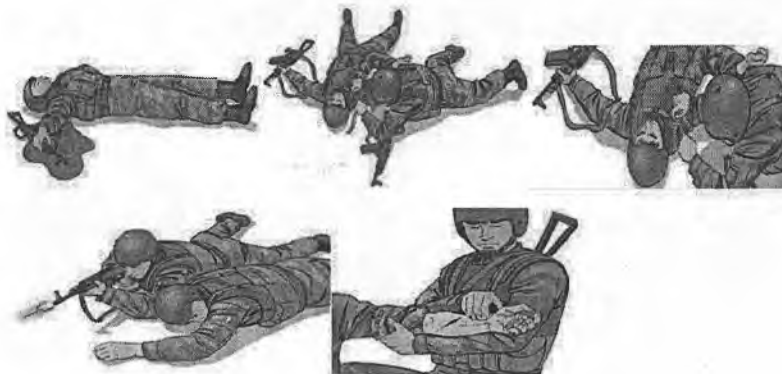
54-rasm. Qo'l-oyoqni maksimal bukib qonni to'xtatish: a –son; b – tizza osti; v – elka va tirsak arteriyalaridan

Bosuvchi bog'lam (55-rasm) ikkinchi jahon urushi davrida jang maydonida mayda kalibrli arterial va venoz tomirlardan, kapillyardan qon ketayotgan yaradorlarni 1/3 da qo'llanilgan. Bosuvchi bog'lam qo'yish uchun odatda 1 ta yoki 2 ta individual bog'lam paketi qo'llaniladi.



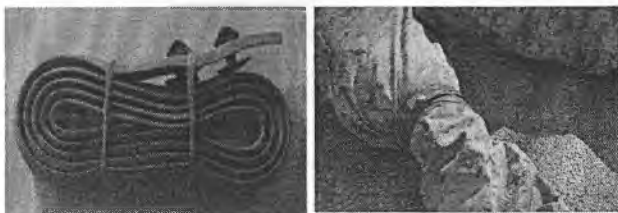
55-rasm. Bosuvchi bog'lam

Jgut qo'yish. Jang maydonida yoki ko'cha, harbiy dala sharoitida qon ketishni vaqtincha to'xtatish usuli hisoblanadi (56-rasm). II jahon urushi davrida shu maqsadda uni 2/3 yaradorlarda qo'llashgan.



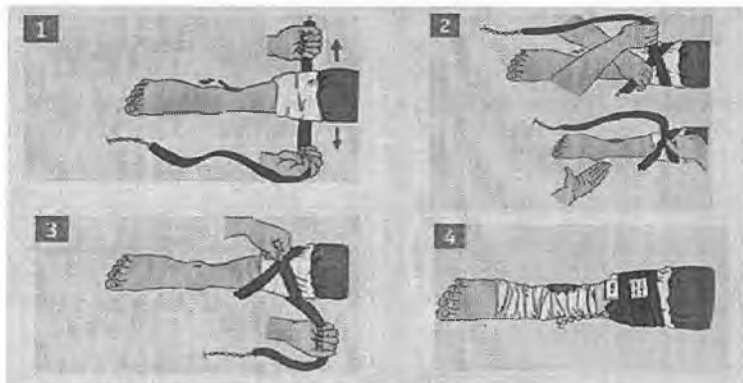
56-rasm. Armiyachilar jgutini qo'yish texnikasi

Jgut qo'l – oyoqlarni distal qismini ishemiyasini chaqiradi. Muskul kam bo'lgan va nerv suyakka yaqin joylashgan joyda nerv kompressiya natijasida kuchli shikastlanadi (qo'lda – bilak nervi, boldirda – kichik boldir nervi) uzoq vaqt (ikki soat va undan ortiq) qo'yilgan jgut oyoq-qo'lni gangrenasiga olib keladi, shuning uchun sovuqsiz vaqtda 2 soatgacha, sovuq davrda 1 soatdan keyin shikastlangan qo'l-oyoqda kollaterallar bo'ylab oqimini vaqtincha tiklash uchun jgut echiladi va jarohatlanganni transportirovka qilish maqsadida yana qayta qo'yiladi. Qurolli kuchlar shaxsiy tarkibi jgut qo'yish qoidasini bilishi va jgut qo'yish qoidasini bajara olishi kerak. U yirik arteriyalar shikastlanganda qo'yiladi (57-rasm.).



57-rasm. Esmarx jguti yordamida tizza osti arteriyasidan qon oqishini to'xtatish.

Jgut qo'yish qoidasi. Terini ezmaslik va nekrozni chaqirmaslik uchun uni bintdan yoki boshqa bir matodan (sochiq, yirtilgan ko'ylak va h. k.) oraliq bilan himoya qilinaldi (58-rasm).



58-rasm. Jgut qo'yish ketma ketligi.

Jgut qo'yishdan oldin oyoq yoki qo'l ko'tariladi. Jgut jarohatdan proksimalroq, iloji boricha unga yaqinroq, ortiqcha tortmasdan-jarohatdan qon oqishi to'xtaguncha va perferik arteriyalarda puls yo'qolguncha siqib qo'yiladi. Jgut bosimi qo'yilgan joyda arterial bosimdan 15-20mm. simob ust. yuqori bo'lishi kerak. Jgut yaradorda ko'rinishi kerak. Qo'yilgan vaqti haqida qog'ozga belgilab qo'yiladi va uni jgut oyoq-qo'lda 2 soatdan ko'p turmasligi kerak, qishda esa 1 soat. Jgut qo'yayotgan shaxs yaradorning qo'l-oyoq'idan tashqarida bo'lishi kerak, bir qo'li tashqi tomonda, ikkinchisi oyoq-qo'lning ichki tomonida bo'lishi kerak. Jgut cho'ziladi va cho'zilgan qismi bilan asosiy shikastlangan tomir sohasiga qo'yiladi. 1-tur bo'shshib ketmasligi uchun kesishma qilindi. Hamma vaqt jgut tortilib turiladi, uni qo'l-oyoq atrofida bir necha marta jgut yo'llari yonmayon qilib, bir-birini ustiga tushirmasdan o'raladi.

Jarohatni zich tamponadalash. Agar bosuvchi bog'lam natija bermasa, jgut qo'yishga esa jarohat sohaning anatomik xususiyatlari yo'l qo'ymasa (dumba sohasining chuqur jarohati, sonning yuqori 1/3 qismidagi chuqur jarohati), uzun steril salftka bilan jarohatga zich bosib tampon qo'yiladi (59-rasm).



59-rasm. Uzun steril salfetka bilan jarohatga zich bosib tampon qo'yish.

Ichki qon ketganda, masalan, qizilo'ngachdan Blekmor zondi ishlatiladi (60-rasm).



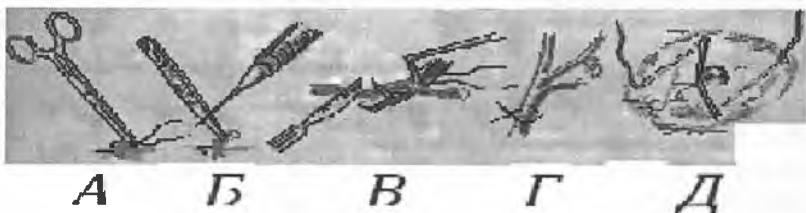
60-rasm. Blekmor zondi va uni joylashishi.

QON KETISHINI BATAMOM TO'XTATISH USULLARI

Bu usullarga quyidagilar kiradi: mexanik, termik (fizik omillar yordamida), kimyoviy, biologik usullar. Qon ketishni to'xtatishning mexanik usullari (61-rasm): qon tomirini jarohatda bog'lash, tomirni masofadan bog'lash, qon tomiriga chok qo'yish, bosuvchi bog'lam qo'yish, tamponada. Bog'lamlar qo'yish desmurgiya bo'limida aniq va sifatli yoritilib berilgan. Bu usullar juda ko'p qo'llaniladi. Bularni ichida eng mustahkamlari tomirlarga chok qo'yish, protezlash.

Protezlar turlari juda ko'p, ular polimerli moddalardan tayyorlanadi va to'qimalarga zarari juda kam bo'ladi. Hatto bu usullar sobiq Sovet Ittifoqi davrida Afg'onistondagi urushda o'z hayotiyiligini va kerakligini isbotlab bergan.

Gemorragiyani to'xtatishning fizik usullari: 1) muzli xalta; 2) qaynoq antiseptik shimdirilgan tampon; 3) elektrokoagulyasiya;



61-rasm. Qon ketishni batamom to'xtatish usullari: a – ligatura qo'yish, b – elektrokoagulyasiya, v – masofada tomirni kesish va bog'lash, g – tomirni uzunasiga bog'lash, d – tomirni to'qimalar bilan tikish. 4) lazer.

Gipotermiya qonni to'xtatish uchun foydalanilishi kadimdan ma'lum; ko'pincha rezina idishga sovuq suv, qor yoki muz to'latib shikastlangan sohaga quyiladi. Gipotermiya tomirlar devorini toraytiradi, tromb hosil qilishni tezlashtiradi, shuning uchun qon to'xtatishda ijobiy rol o'ynaydi.

Hozirgi vaqtda qon ketishini to'xtatish uchun xirurgik diatermiya (elektr pichoq, pinset) qo'llaniladi. Elektrod tekkan to'qimada issiqlik paydo bo'ladi, oqsil koagulyasiyaga uchraydi va tomir qotadi. Me'dadan, qovuqdan qon oqqanda 60° - 70° C bo'lgan suv yoki issiq tamponlardan foydalanish mumkin. Qonni batamom to'xtatishda hozirgi kunda lazerlardan keng foydalanilmoqda.

Qon ketishni to'xtatishning kimyoviy usullari: kalsiy xloridning 1%, 10% eritmalarini vena ichiga yuborish, kapillyarlardan qon ketganda, ularning devorini mustahkamlovchi moddalardan 12,5% ditsinon, natriy etamzilati eritmalarini vena ichiga, mushak orasiga yuborish, yana 0,025% adrokson qo'llaniladi, aminokapron kislotasining 5% eritmasidan 100-200 ml miqdorda vena ichiga yuborish. Kimyoviy usullar qonning ivishini oshiradi. Qo'shimcha: lagoxilus (krapiva — qichitqi o't), bo'ymodaron (tyssyachelistnik), suv garmdorisi, qalina po'stlog'i eritmaları ishlatiladi.

Qon ketishini to'xtatishning biologik usullari: qon ketayotgan jarohatga o'z to'qimalarini tamponada qilish: charvi, muskul, yog' kletchatkasi, fassiya yordamida.

Jang maydonida va vrachgacha bo'lgan yordam.

Jang maydonida qon ketishni vaqtincha to'xtatish uchun qo'llaniladigan barcha usullar tibbiy evakuatsion bo'linmalarda bajariladi. Lekin o'rta tibbiy xodimning malakasiga qarab qon ketishni vaqtincha to'xtatish ancha sifatiroq bo'ladi va erta qo'yilgan bog'lam va jgutlar bu bosqichlarda to'g'rilanadi.

Vrach yordami. Tibbiy punkt bog'lov xonasida barcha yaradorlarni erta qo'yilgan jgutlari ko'zdan kechiriladi va ular ko'rsatmaga binoan qo'yilganligi aniqlanadi.

Erta qo'yilgan jgutni nazorat qilish texnikasi. Jarohatdan bog'lam, jgutni echish, jarohatni ko'zdan kechirish. Jgut echilganda hatto katta arterial qon tomirlar ham qonamaydi. 2-3 daqiqadan so'ng reaktiv giperemiya boshlanadi. Agar arterial qon ketish bo'lsa, ya'ni och qizil rangli qon urib turib, fontanga o'xshab oqsa, magistral qon tomir barmoq bilan bosiladi (jgutni echishdan avval qon ketishni oldini olish uchun tomirni bosib turish ham mumkin) va yana 2-3 daqiqa kutib turiladi. Bu qo'l-oyoq distal qismlariga arterial qonni kollateral arterial qon tomirlar bo'ylab oqishini ta'minlaydi. Jgut echilgandan so'ng qon ketish davom etsa, quyidagilar qilinadi: 1) Evakuatsion tibbiy punktda katta qon tomirdan kuchli qon ketsa, yana jgut qo'yiladi va birinchi o'rinda bemorni xirurgiya bo'limiga qon ketishni doimiy to'xtatish uchun yuborish kerak.

2) Jarohatda arteriyaga qon to'xtatuvchi qisqich (zajim) qo'yishga va qon tomirni jarohatda bog'lashga harakat qilinadi. Shubhali hollarda qisqich olinmaydi: shu holda yarador xirurgiya bo'limiga yuboriladi. 3) Qon tomirni jarohatda tikish. 4) Jarohat tubidan kuchli qon ketganda jarohatga steril dokadan zich tamponada qilinadi va tampon ustidan teri, teri osti yog' kletchatkasi va mushaklarni birga qo'shib, 2-3 chuqur chok qo'yiladi. 5) Ko'rsatilgan hollarda qon tomirni shikastlangan joydan yuqoriroqdan bog'lash (tikish).

Bunday hollarda 1-tibbiy kartochka tutilib, unga kerakli ma'lumotlar yoziladi va yarador xirurgiya bo'limiga yuboriladi.

Agar jgut echilgandan so'ng jarohatdan arterial qon ketmasa, kerakli asoslarsiz qo'yilgan bo'lishi mumkin. Qon ketishni to'xtatishda bosuvchi bog'lam qo'yish maqsadga muvofiq. Har

qanday usul bilan vaqtincha qon to'xtatishdan so'ng aseptik bog'lam qo'yiladi (ko'rsatmaga binoan) qo'l-oyoqni transport immobilizatsiyasi, qishda qo'l-oyoq isitiladi. Jang maydonida qisqa muddatga jgut qo'yilgan yaradorlar (4 soatdan kech bo'lmagan), qon ketishini doimiy to'xtatishga tushishlari kerak. Hamshiralik ishida mutaxassislar amaliy ko'nikmalarni yaxshi bajara olishi kerak.

Qon quyish tarixi

Qon quyish — tirik to'qimani ko'chirib o'tkazish bo'lib, bemor organizmiga ko'p tomonlama ta'sir qiladi. Gemotransfuziologiya tarixi juda qiziqarli. 1492y. Rim Papasi Innokentiy VIII birinchi marta odam qoni quyilgan. 1628 yilda U.Garvey qon aylanish tizimini kashf etdi. 1666 yilda ingliz olimi R.Louer hayvonlarga qon quyish natijalarini e'lon qildi. 1667 yilda fransuz vrachlari J.B.Deni va Emerets qo'zichoq qonini bemorga quyishdi. 1820 yilda ingliz ginekologi Dj.Blandel yaqinda ko'zi yorigan ayolga boshqa odamdan olingan qonni quydi. 1832 yilda G.S.Volf birinchi marta Rossiyada qon quyishni amalga oshirdi. 1901 yilda K.Landshteyner qonning uchta guruhini kashf etdi. Keyinchalik V.L. Moss va Y.Yanskiy qonning to'rtinchi guruhini kashf etdilar. 1914 yilda V.A.Yurevich va M.M.Rozengart qonni quyilishini oldini olish uchun natriy sitrat eritmasini taklif etishdi. 1919 yilda V.N.Shamov qon guruhini to'g'ri aniqlab Rossiyada birinchi marta qon quydi. 1929 yilda V.N.Shamov va 1930 yilda S.S.Yudin fibrinolizga uchragan murda qonini quyishni ishlab chiqdilar. 1934 yilda M.S.Malinovskiy platsenta qonini quyishni ishlab chiqdi. 1935 yilda S.I.Spasokukotskiy utilizatsiya qilingan qonni quyishni taklif etdi. 1932 va 1934 yillarda N.G.Kartashevskiy va A.N.Filatov eritrotsitar massa va qurutilgan plazma quyishni ishlab chiqdilar. 1930 yilda I.I.Orlov tomonidan qon quyish xonasi ochildi. 1934 yilda prof. V.K.Yasevich tomonidan Markaziy qon quyish stansiyasi ochildi.

Moskvadagi Markaziy qon quyish instituti 1926 yilda ochilib, mamlakatimizdagi qon quyish xizmati ishlariga rahbarlik qildi. Toshkentda markaziy qon quyish stansiyasi 1933 yilda tashkil etildi. 1940 yilda bu stansiya Respublika gematologiya va qon quyish

institutiga aylandi. Qon quyish xizmati o'z burchini va vazifalarini Ulug' Vatan urishida isbotlab bergan. Qon quyish tizimini vazifalari quyidagicha:

1. Qon quyish bo'yicha vrachlar malakasini oshirish, amaliyotda kuzatiladigan asoratlarni tahlil qilish.

2. Davolash muassasalarini konservatsiya qilingan qon va qon preparatlari bilan ta'minlash.

3. Qon preparatlarini tayyorlash, konservatsiya qilish va tayyorlash.

4. Donorlar safini kengaytirish.

Hozirgi kunda O'zbekiston Respublikasida bu institut boshchiligida viloyat, shahar qon stansiyalari va bo'limlari samarali ishlamoqda. Donorlar bu markazlarda qon topshirib qonga muhtoj bo'lgan bemorlar sog'ligiga katta hissa qo'shmoqdalar. Mamlakatimizdagi ommaviy donorlik harakatiga Qizil Xoj va Qizil Yarim oy jamiyatlari uyushmasi rahbarlik qilib kelmoqda. O'zbekiston donorlik harakati o'z faoliyatini samaradorligini 1980-90-yillarda Afgonistondagi urushda, XX asr oxirida Bislandagi terroristik voqeyada, Chernobldagi AES portlashida va boshqa favquloddagi vaziyatlarda aniq ko'rsatib bergan.

3-jadval .AVO sistemali qon guruhlar

| Qon guruhini aniqlash formulasi | Eritrotsitlardagi agglyutinogen | Zardobdagi agglyutinini |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| O ₀ (I) | O | α va β |
| A β (II) | A | β |
| B α (III) | B | α |
| AB(IV) | AB | - |

Hozirgi kunda qon gruppasini aniqlashda asosan 4 guruhga nisbatan AVO – sistemasi bo'yicha ish olib boriladi (3-jadval). Fundamental nazariy qismi gemagglyutinatsiya reaksiyasiga asoslangan. Bunda ikkita asosiy faktor aniqlanadi: agglyutinogen va agglyutinini. Muhim prinsiplari yuqoridagi sxemada ifodalangan. Oxirgi vaqtda yangi izlanishlar qon guruhlari to'g'risida olib borilmoqda. Ayrim ma'lumotlarga ko'ra qonda A – agglyutinogenni ikkita turi topilgan. Shu tufayli A β (II) va AB(III) guruhlari ikkita subgruppaga kuzatilgan. Undan tashqari Rh (+), Rh (-)

va Hr faktorlar borligi aniqlangan. Germaniya, Yaponiya, AQSH olimlari tomonidan olib borilgan izlanishlar natijasida qonda 200 dan ko'proq omillar borligi aniqlangan. Natijada qon ta'limotida XXI asrda keskin o'zgarishlar kuzatilishi mumkin.

Qon quyish uchun ko'rsatmalar va quyilgan qonning ta'siri

Qon quyishga ko'rsatmalar ikki xil bo'ladi: mutloq va nisbiy. Qon quyishni boshqa davolash usullari bilan almashtirish iloji bo'lmasa va u bajarilmaganda bemor ahvoli og'irlashib, o'limga olib kelishiga mutloq ko'rsatma deyiladi. Qon quyilmasada boshqa davolash usullari qo'llanilganda bemor ahvoli yaxshilanishi mumkin bo'lgan vaziyat nisbiy ko'rsatmaga kiradi. Mutloq va nisbiy ko'rsatmalardan tashqari, bu davolash usuli umumiy ko'rsatmalarni ham o'z ichiga oladi.

Quyilgan qonning ta'siri: 1. Yo'qotilgan qon o'rnini to'ldirish (substitutsiya). 2. Organizm himoya kuchlarini oshirish (stimulyatsiya). 3. Qon ketayotganda qon ivishini oshirish (gemostatik). 4. Immunobiologik ta'sir. 5. Intoksikatsiyani kamaytirish (dezintoksikatsiya).

Qon quyishga qarshi ko'rsatmalar:

Jigar va buyrakning o'tkir etishmovchiligi (o'tkir gepatit va o'tkir nefrit).

Yurak-qon tomirlar faoliyatining dekompensatsiyasi.

Kichik qon aylanish doirasida turg'unlikka sababchi bo'lgan o'pka kasalliklarida.

Allergik holatlar va kasalliklar (ekzema, bronxial astma va h. k.).

Aktiv sil, jarayonning infiltrat bosqichiga o'tishi.

Qon quyishdan oldin bajariladigan chora tadbirlar:

Bemor va donor qon guruhlarini aniqlash.

Rezus-omilni aniqlash.

Bemorning zardobi va donorning eritrotsitlari o'rtasidagi individual moslikni aniqlash.

Rezus moslikni suv hammomida aniqlash.

Biologik moslikni aniqlash.

Rezus omilni ekspress usulda aniqlash

Quruq probirkaga 2 tomchi eritrotsitlardan tomiziladi.

Ushbu probirkaga 2-3 tomchi antirezus-zardobidan tomiziladi.

Ehtiyotlik bilan aralashtiriladi.

So'ngra 10,0 ml fiziologik eritma qo'shib, aralastiriladi.

Natijada yorug'likda oq fonda ko'riladi.

Agar aralashmada qumsimon narsa paydo bo'lsa, qon Rh+.

Agar aralashma loyqasimon tus olsa, qon Rh-.

Qon quyish usullari: bevosita qon quyish, bilvosita qon quyish, qonni qayta quyish, qonni almashtirish maqsadida quyish.

Qon quyishda kuzatilishi mumkin bo'lgan asoratlar

Mos bo'lmagan qonni adashgan holda quyish (AVO sistema va Rh-omil bo'yicha).

Sifatli tayyorlanmagan yoki talabga rioya qilinmagan sharoitda saqlangan qonni quyish natijasida (gemolizga uchragan, ifloslangan, denaturatsiyaga uchragan).

Qon quyish texnikasidagi xatoliklar (havo emboliyasi, tromboemboliya, yurakning o'tkir kengayishi, oyoq qon tomirlarida qon aylanishining buzilishi (arteriya ichiga qon quyganda).

Retsipient holatiga to'g'ri baho berilmaganlik (qon quyishga ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalarga e'tibor berilmaganlik).

Yuqumli kasalliklarni orttirish (gepatit, malyariya, sifilis, sepsis, SPID va h. k.). Qonning zardobidan o'tadigan xastaliklar gepatit V, zahm, SPID. Bu asoratlar yuz bermasligi uchun donorlar maxsus tekshirishlari kerak, HbS antigeniga, SPID ga, gepatit V,

S, D va h. k.

Pirogen reaksiya.

Allergik reaksiya.

Gemotransfuzion shok.

GEMOTRANSFUZION SHOKNING KLINIKASI

Bezovtalik va qo'rquv belgilari.

Ko'krak qafasini qisishi, nafas etishmovchiligi.

Bezgak tutishi.

Buyrak sohalarida, qorinning pastki qismlarida og'riq paydo bo'lishi.

Ko'ngil aynishi, qusish.

Taxikardiya, qon bosimining tushishi, yurak faoliyatining susayishi.

Bosh aylanishi, sianoz.

Hushini yo'qotish, sfinkterlarning paralichi.

Qon quyishdagi asoratlarning sabablari

Serologik sinamalarni o'tkazishdagi xatoliklar.

Qon quyish texnikasidagi xatoliklar, aseptikaning buzilishi.

Tekshiruvlar natijasi va qarshi ko'rsatmalarni nazarda tutmaslik.

Qonni yaroqliligini noto'g'ri aniqlash.

Retsipient sensibizatsiyalashganligini hisobga olmaslik.

Qon manbalari: donor, kindik-platsenta (yo'ldosh), murda qoni, autoqon (parenximatoz a'zolar shikastida), gipertoniya kasalligini davolash maqsadida chiqarib yuborilgan qon, autogemotransfuziya uchun mo'ljallangan qon.

Donorlarning O. K. Gavrilov bo'yicha tasnifi

Qon donorlari.

Kam uchraydigan qon guruhlari donorlari.

Standart eritrotsitlar donorlari.

Plazma donorlari.

Immun plazma donorlari.

Qon hujayralari (leykotsitlar, trombotsitlar) donorlari.

Suyak ko'migi donorlari.

Navbatchi donorlar (lozim bo'lgan vaqtda uydan chaqiriladilar).

Bevosita qon quyish uchun donorlar (qarindoshlar, ota, ona, farzandlar, aktiv donorlar).

Qon komponentlari va preparatlari:

1. Qon zardobi: tabiiy zardob, quruq, antigemofil, antistafilokokk, yashil tayoqchaga qarshi zardoblar.

2. Eritrotsitar massa: yuvilgan eritrotsitlar, muzlatilgan eritrotsitlar, eritrotsitlar suspenziyasi.

3. Leykotsitar massa

4. Trombotsitar massa

5. Qon ivishini korrektorlari: fibrinogen, kriopretsipitat, antigemofil globulin, fibrinolizin, trombin, fibrin plyonkasi, biologik antiseptik tampon (BAT), gemostatik gubka.

Qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar

1. Kristalloid (tuzli) eritmalar: natriy xloridining izotonik eritmasi, Ringer-Lok eritmasi, laktosol.

2. Gemodinamik ta'sirga ega suyuqliklar: poliglyukin, reopoliglyukin,

jelatinol, polivinol.

3. Dezintoksikatsiya ta'siriga ega suyuqliklar: gemodez, polidez, neokompensan, periston.

4. Parenteral oziqlantirish uchun mo'ljallangan suyuqliklar: gidrolizin, aminopeptid, aminozol, infezol, selepid, selemin.

Qon quyish.

Konservatsiya qilingan qon va qon o'rnini bosuvchilarni saqlash, transportirovkasi, taqsimlash, hisoblash va nazorat qilish.

Transportirovka qilish, tayyorlash va saqlash uchun qonni tayyorlash va qayta ishlash otryadi (QTQO) va qon quyish stansiyasi (QQS) (rasm-62) ekspeditsion bo'limlar shakillanadi.

62-rasm.



Shartlari – qonning biologik xususiyatini uzoq saqlab qolishdir: a) genga mexanik ta'sirning oldini olish (chayqash, aralashtirish va h. k.); b) doimiy past haroratda (-4 - -16°S) saqlash kerak.

Maxsus saqlash joylar, sovutish qurilmalari yoki muzlatgichlar bo'lishi kerak. Qisqa vaqt saqlash uchun termoizolyasiyalovchi konteynerlar (TK-1M) va harakatchan refrijerator qurilmalari (RM-P) bo'ladi.

63-rasm.



Dala sharoitida qon maxsus jihozlangan erto'lalarda (63-rasm) yoki termoizolyasiyalovchi konteynerlarda saqlanadi. Erto'la quruqligi va 1,5 - 2m dan ko'p emas, devori yupqa o'ralgan, tomi termoizolyasiyalovchi materialdan qilingan bo'ladi. Harorat kuniga 2 marta nazorat va hujjatlarda qayd qilinadi. Flakonlardagi qon tokchalarda tik holda taxlab qo'yilishi kerak. Bunda qonning shaklli elementlari cho'kadi va yoritilganda qon plazmasiga qarab qonning qo'llash uchun tayyorligiga baho beriladi. Ko'p miqdorda qon joylashtiriladigan saqlov xonalarda 4 ta tokcha bo'lishi maqsadga muvofiq: 1) tinayotgan; 2) tingan qon – quyishga yaroqli; 3) shubhali qon; 4) quyishga yaroqsiz qon uchun.

Standart konservatsiya qilingan eritmalarda tayyorlangan va quyishga yaroqli bo'lgan qonni saqlash muddati 20 kundan oshmasligi kerak, nazorat qilinishi qonni pasportizatsiyasiga ma'sul bo'lgan vrachga topshiriladi.

2. Transport qilishda QQSda qonni saqlanish sharoitlariga e'tibor berish; optimal haroratni saqlash ($-4 -16^{\circ}\text{S}$) va shaklli elementlarni travmatizatsiyasini oldini olish zarur.

Transportirovkada optimal harorat tartibi bilan harakatchan refrijator qurilmasi (RM-P nusxadagi) va termoizolyasiyalovchi moslamalar bo'ladi. Eng avaylovchi transport turlari aviatsiya, suv,

yo'lovchi poezdlari hisoblanadi. Yo'l orqali tashilganda maxsus qoplamalar bilan himoya qilinadi.

Flakonlar konteyner va qutilarga tik holda tahlanadi, qutilar belgilanadi. Konteyner tez buziladigan yuk sifatida hujjatlashtiriladi. Ularda quyidagi belgi bo'lishi kerak: "Oyna", "yuqori", "Ag'darmang".

3. Tibbiy evakuatsion etaplarini qon bilan ta'minlash ko'chiruv yo'nalishli front yoki front orti gosptallarini qon xizmati ta'minlaydi. Ko'chirish bosqichlarida ommaviy yo'qotishlar bo'lganda konservatsiya qilingan qonga bo'lgan talab A.N.Berkutov tomonidan taklif qilingan formulaga asosan har 100 yaradorga nisbatan hisoblab topiladi.

Qon va qon o'rnini bosuvchilarni hisoblash va nazorat qilish. Evakopunktlarga tushganlar uchun qon tezda, maxsus har bir ampulani qayd qilingan holda olib keltiriladi. Bunda qonni qabul qilish sanasi, guruhi va Rh-faktori, tayyorlangan sanasi, donorning familiyasi va ampula nomeri, qabul qilingan qon miqdori qayd qilinadi. Qon o'rnini bosuvchilarni hisoblash: har bir alohida modda turining miqdori, seriyasi va tayyorlangan sana va joyi belgilanadi.

Qonni qo'yishdan avval har bir flakonni germetikligi, pasport qismi to'g'riligi, makroskopik ko'zdan kechirish ma'lumotlari tekshiriladi. Agar rezina probka va qopqoplar buzilsa, shishada yoriqlar bo'lsa, o'ramdan qon sizib chiqqan bo'lsa, ampulada (flakon) qon tayyorlangan sana, guruh, donor familiyasi va shifokor familiyasi, muassasa nomi ko'rsatilgan yorlig'i bo'lmasa, bunday qon quyilmaydi. Konservatsiyalangan qon tiniq, plazma tilla sariq rangda, cho'kmalarsiz va loyqasiz, cho'kkan globulyar massa va plazma o'rtasida aniq chegaraga ega bo'lishi kerak. Globulyar massa va plazma nisbati 1:1 yoki 1:2 bo'lib, bu eritmani suyultirish darajasi va uning individual biologik xususiyatiga bog'liq.

Konservatsiyalangan qon sifatining, quyishga yaroqligining unda gemoliz belgisi yo'qligi ko'rsatadi. Transportirovka vaqtida qonning chayqalishi undagi eritrotsitlar to'la cho'kishini uch kunga kechiktiradi va qon gemolizlanishini tezlashtiradi.

Eritrotsitlar parchalanishiga shubha bo'lganda gemolizga sinamalar o'tkaziladi.

1. Sentrifugali sinama: 5ml donor qonidan olib sentrifugalanadi, keyin plazmaning qizil rangda bo'lishi – gemoliz bo'lgandan, sariq bo'lishi – gemoliz yo'qligidan darak beradi.

2. I.S.Komenikov sinamasi: 2 ta probirkaga 10 ml dan fiziologik eritma quyiladi. Bittasiga tekshirilayotgan qondan 3 tomchi solinadi. Eritrotsitlar cho'kkandan so'ng nazorat probirka bilan solishtiriladi. Agar rangsiz bo'lsa – gemoliz yo'qligini ko'rsatadi.

Infeksiyalangan qon plazmasi xira, iflos, loyqasimon rangda, unda suspenziya cho'kma, donadorlik, gaz pufakchalarining bo'lishi, uning yuzasida oq loyqa va parda bo'lishi, plazmani pushti yoki qizil rangdaligi (gemoliz) yoki plazmada massiv quyqalar bo'lishi xarakterlidir.

Infitsirlangan qonni xilezdan quyidagi belgilaridan ajratish mumkin. 1-usul: ampuladagi xilez (yog'li) qon xona haroratida tursa, plazma ustidagi loyqasimon parda yo'qoladi. Bu infitsirlangan qonda kuzatilmaydi.

2-usul: flakondagi qon chayqatilmagan holda issiq suvga (38°S dan yuqori bo'lmasligi kerak) 30 daqiqaga solib qo'yiladi. Yog'li parda yo'qolib ketishi kerak, plazma yuzasidagi mikroblar parda bo'lsa, o'zgarishsiz turadi.

Agar kuzatilayotgan qon ko'rinishini aniqlab bo'lmasa, xilez qonni quymaslik kerak. Konservatsiyalangan qonda kichik, alohida quyqalar bo'lsa uni quyish mumkin, lekin quyish vaqtida kapron filtdan suzish kerak. Katta va ko'p quyqali qon yaroqsiz. Vaqti-vaqti bilan qonni ko'zdan kechirib turish kerak. Bu undagi o'zgarishlarni, gemoliz infitsirlanish belgilari, joylashining buzilishini o'z vaqtida bilishga yordam beradi. Yaroqsiz qon saqlov xonasidan olib tashlanadi.

Dala sharoitida qon yo'qotish darajasini aniqlash.

Qon yo'qotish miqdori - transfuzion terapiya uchun muhimdir. Aniqlash uchun 3 usuldan foydalaniladi:

1. Gemodinamik ko'rsatkichlar bahosiga ko'ra (AB darajasi, <<shok indeksi>>):

2. Qonni konsentratsion ko'rsatkichining bahosiga ko'ra (gematokrit, Nv, qonning nisbiy zichligi);

3. Aylanayotgan qon hajmiga (AQH) ko'ra.

Qon kamligi klinik belgilarga asoslangan holda aniqlanadi: yaradorning tashqi ko'inishi, terini oqligi va sovuqligi, taxikardiya, AB ning pastligi jarohat kanalining tuzilishi va xarakteri. Hamshiralik jarayonda jang maydonidagi anamnestik ma'lumotlar katta ahamiyatga ega: hujumchini jarohat olganidagi holati (turgan, egilgan, chopib ketayotgan, yotgan, o'tirgan), jrohatsdan qon ketishi va h.k.

Ko'p qon yo'qotish bo'lganida bemordagi xarakterli belgilar:

Chanqash, uyquchanlik yoki qo'zg'aluvchanlik, qo'rquv hissi. Odatda umumiy qon aylanishni 1/10 qismi yo'qotilsa, xususiy rezervlar orqali to'ldiriladi. Klinik belgilari bunday qon yo'qotishda bo'lmasligi mumkin.

Qon yo'qotish hajmi va AB o'rtasida uzviy bog'liqlik bor. Ular orasidagi korrelyasiya koefitsienti juda muhim bo'ladi. Birinchi vrachlik yordami uchun puls va arterial bosim – birinchi ob'ektiv ko'rsatgich, bu yaradorning og'irligini baholab, yo'qotilgan qon hajmini ko'rsatadi.

4- jadval. AB bog'liq holda yo'qotilgan qonni aniqlash

| A/B (sistolik) mm.sim.ust. | Yo'qotilgan qon hajmi, l |
|----------------------------|--------------------------|
| 100 dan ortiq | 0,5 gacha |
| 90-100 | 1,0 gacha |
| 80-90 | 1,5 gacha |
| 70-80 | 2,0 gacha |
| 70 dan past | 2,0 dan ortiq |

Yo'qotilgan qonni miqdorini L.N.Gubar va N.I.Egurnov bo'yicha travma olingan vaqtga yaqin AB hajmiga bog'liq holda o'tkazish mumkin (4-jadval). Jadval bo'yicha qon miqdori aniqligi etarli; bunda travmadan 6-8 soat o'tgandan keyin foydalanish mumkin. Keyinroq arterial bosim pasayishiga olib keladigan travmaning asoratlari rivojlanishi mumkin. Bunda <<shok indeksi>> (5-jadval) bo'yicha gemorragiyani tezkor aniqlash normogrammasi bor. P.G.Biryukov bo'yicha (1986 y.) qon yo'qotish darajasini ishonchligini qonni konsentratsion ko'rsatkichini baholashda olingan ma'lumotlar asosida muhokama qilinadi.

5-jadval. <<Shok indeksi>> bo'yicha qon yo'qotishni tezkor aniqlash

| <<Shok indeksi>> ko'rsatgichi | AQH, % | Tana massasi, kg | | |
|----------------------------------|--------|------------------|-----|-----|
| | | 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 |

Yo'qotilgan qon hajmi qon zichligi, gemoglobin va gematokrit bo'yicha aniqlash usuli 6-jadvalda ko'rsatilgan. Qon zichligini aniqlash uchun zichligi 1040 dan 1060 gacha bo'lgan mis kuporosi eritmasi shisha idishlarida bo'lishi kerak. Turli zichlikdagi mis sulfatli probirkaga natriy nitrat bilan stabilizatsiyalangan bemor qoni tomchilab quyiladi.

6-jadval. Qon yo'qotishni qon zichligi, gemoglobin va gematokrit bo'yicha baholash

| Qon zichligi | Gemoglobin | Gematokrit | Yo'qotilgan qon hajmi, ml. |
|--------------|-------------|-------------|----------------------------|
| 1057-1054 | 65-62 | 0,44-0,40 | 500 gacha |
| 1053-1054 | 61-50 | 0,38-0,32 | 1000 |
| 1049-1044 | 53-38 | 0,30-0,22 | 1500 |
| 1044 dan kam | 38 dan past | 0,22dan kam | 1500 dan yuqori |

Eritma zichligi bilan qon tomchisi aniqlanib, yo'qotilgan qon hajmi jadval bo'yicha aniqlanadi. Ixtisoslashgan xirurgik gospitallarda qon yo'qotish darajasini laboratoriya yo'li bilan aniqlanadi: radioizotop yoki bo'yovchi indikator.

Transfuzion terapiya. Ko'p qon yo'qotganlar, og'ir shok holatidagi yaradorlar harbiy zonada davolash-ko'chiruv choralar tizimi ishlashiga asos bo'ladi. Bu bosqichda transfuzion terapiyaga muhtoj yaradorlar va shikastlanganlar soni 0,1-6%ni tashkil qilishi mumkin. Infuzion terapiya qon o'rnini bosuvchilarni quyish orqali gemodinamikani stabilizatsiyalanishiga olib keladi. Evakopunktlarda

gemotransfuziyaga ko'rsatma 0,5l I qon guruhini quyish bo'lib, massiv qon yo'qotish (1,5l dan ko'p) bo'ladi. Geotransfuziyaga qarshi ko'rsatma – ichki qon ketish. Qorin, ko'krak qafasi, miya yaralarida qon quyimaslik kerak.

Qon quyish texnikasi: birinchi vrachlik yordam ko'rsatishda tezkor hollarda faqat 0(I) guruh qonini 500ml. Donor va retsipient (qabul qiluvchi) qonini guruh mosligi, Rh mosligi aniqlanmasdan ham quyilaveradi. Hayotiy ko'rsatma bo'lsa 0(I) (Rh-) eritrotsitlar massasini quyish ham mumkin. Individual va biologik moslikni aniqlash kerak. Flakondagi donor qonining guruhi va Rh-faktori aniqlangan bo'lishi kerak.

Individual moslikni aniqlash uchun sinama o'tkazish dasturi.

1. Retsipient venasidan 3-5ml qon olib, stabilizatorlar qo'shmagan holda probirkaga solinadi. 2. Qon sentrifugalanadi. 3. Pipetka yordamida retsipient qon zardobidan 2-3 tomchi olinadi va tarelkaga solinadi.

retsipient qon zardobiga 1 tomchi (10 marta kam) donor qoni solinib, shisha tayoqcha bilan yaxshilab aralashtiriladi. 4. Reaksiyaga 5-10 daqiqadan so'ng baho beriladi: agglyutinatsiya bo'lmasligi donor va retsipient qonini individual mosligini ko'rsatadi.

Biologik sinov o'tkazish dasturi.

1. Donor qonini mikroskopik baholash (flakon, plastik xaltadagi)
2. Flakondagi qon quyishga yaroqli bo'lganda yaxshilab aralashtiriladi.

3. Qon quyish uchun sistema yig'iladi

4. Venepunksiya.

5. Birinchi 75ml qon retsipientga 25ml dan oqim bilan 3-5 min oraliq bilan yuboriladi.

6. Biologik sinamada retsipientning pulsi, nafasi, tashqi ko'rinishi kuzatib turiladi.

Mos kelmaganda puls, nafas tezlashadi, teri rangi o'zgaradi. Dastlab teri oqaradi, keyin qizaradi, lablar sianozi kuzatiladi. Bemor ko'krak va beldagi og'riqlarga shikoyat qiladi. Lab va qovoq titrashi, ko'ngil aynishi va qayt qilish paydo bo'ladi. Gemotransfuziya bunda tezda to'xtatiladi.

75ml qondan keyin mos kelmaslik kuzatilmasa, qon tanafussiz

oqim bilan yoki tomchilab quyiladi.

Qon o'rnini bosuvchi eritmalar o'tkir qon yo'qotishda (1,5l dan kam) va shokni III-IV darajasida quyiladi: venaga 0,5-1,0l poliglyukin, reopoliglyukin va boshqa plazma o'rnini bosuvchi suyuqliklar oqim bilan yuboriladi.

Evakopunktlarda transfuzion vositalarni qo'llashdan maqsad-keyingi tibbiy ko'chirish bosqichida transportirovka davrida yaradorni gemodinamikasini stabillashtirish. Yaradorni ko'chirishga imkon bo'lmasa, qon o'rnini bosuvchilar yuboriladi. Uni keyingi bosqichga o'tkazishda ham transfuzion terapiya foydalidir.

2. Transfuzion va infuzion terapiya. Transfuzion terapiya aniq sharoitlarga bog'liq. Yaradorlar massiv holda kelib tushganda evakopunktida asosiy transfuzion vositalar qon o'rnini bosuvchilar xizmat qiladi. Qon quyishga ko'rsatmalar ko'riladi. Turli etiologiyali shokda, intoksikatsiyada, suvsizlanishda qon va qon o'rnini bosuvchilar qo'llaniladi (7-jadval).

Qon yo'qotishni terapiyasi jarohatning xarakteri va joylashi, klinik va laborator ma'lumotlariga asoslanadi. Malakali tibbiy yordam ko'rsatishda har bir bemorga bir guruhli qondan 750ml (yuqori doza) miqdorda quyiladi. Shunga ko'ra evakopunktida: 1. konservatsiya qilingan qon yaroqliligi mikroskopik baholanadi; 2. donor va retsipient qonining guruh mosligi aniqlanadi; 3. individual moslikka sinama o'tkaziladi;

4. Suv hammomida individual Rh moslik sinamasi; 5. biologik moslik sinamasi o'tkaziladi.

7-jadval. Suyuqlikka ehtiyoj bo'lganda qon va uning vositalarining hajmi

| Operatsiyagacha va undan keyingi kerak bo'ladigan suyuqlikning umumiy hajmi, ml. | Terapiya |
|--|---|
| 1500 1500-4000 | Maqsadli qonga ehtiyoj yo'q Qon: eritrotsit va erkin kolloidlar 1:1 Qon: eritrotsit va erkin kolloidlar 2:1 |
| 4000 va undan ortiq | |

VIII. QON GURUHLARI

Qon guruhlari 1901y. Landshteyner tomonidan kashf etildi, u 1930y. Nobel mukofoti oldi. Bugungacha eritrotsit, leykotsit va trombositlarda 250ga yaqin antigenlar aniqlangan. Guruh antigenlari tug'ma xususiyat bo'lib, umr bo'yi o'zgarmaydi. Antigenlar antitana hosil bo'lishiga olib keladi. Tug'ma antitanalar - alfa, beta, orttirilgan - antirezus. Tibbiy amaliyotda AVO sistemasi keng qo'llanilib, u orqali guruhlarini qon quyishdagi mutanosibligi aniqlanadi. Bu tizimda 3 antigen (AVO agglyutinogen) va 2 antitana (α , β agglyutinini) bor. AVO tizimi bo'yicha 4 qon guruhi mavjud:

I. Agglyutinogen yo'q, lekin α , β agglyutininlar bor (35 % insonlarda uchraydi).

II. «A» agglyutinogen va β agglyutinini bor (47%)

III. «V» agglyutinogen va α agglyutinini bor (20 %)

IV. «AV» agglyutinogen bor, agglyutininlar yo'q (8 %)

Hamshiralik ishi davomida qon quyishda ikki qoidaga rioya qilinadi :

1. A ni α bilan, V ni β bilan birga uchrashishiga. Bu holat agglyutinatsiyaga olib keladi

2. 500 ml gacha miqdorda qon quyilganda donorning α , β omili hisobga olinmaydi, chunki ular retsipient qonida yoyilib ketadi.

Shuning uchun gemotransfuziyada Ottenberg qonuniga amal qilinadi.

Agglyutinatsiya reaksiyasi uchun eritrotsitlardagi agglyutinogenlar, zardobda agglyutininlar bo'lishi zarur. Agglyutinatsiya - A ni α bilan, V ni β bilan uchrashganda eritrotsitlarning bir-biriga yopishib qolishi natijasida yorilishi, toksinlar hosil qilishi va gemotransfuzion shokning rivojlanishi kuzatiladi. Hozirgi kunda tibbiyotda faqat bir xil guruhdagi qon bir-biriga quyilishi qabul qilingan. Chunki hamma antigen tizimlari bo'yicha bir xil bo'lgan individlar yo'q. Landshteyner tomonidan qon guruhlarining tekshirilishi 85% odamning eritrotsitlarida Rh⁺ antigenlar borligini aniqladi, ularda tug'ma antitanalar yo'q. Bunday nomlanishi makaka rezus turli maymunlar fanga hissa qo'shgani bilan bog'liq. Bu antitanalar Rh⁺ antigenli qon quyilganda ba'zi odamlarda (15%) hosil bo'ladi. Bu

antigenlarning turlari juda ko'p. Ulardan biri D faol va antitana hosil qila oladi.

Bir turga mansub hayvonlar eritrotsitlarining yopishishiga olib keluvchi qizil qon tanachalari bilan zardobi o'rtasidagi reaksiya izoagglyutinatsiya deb nomlanadi. Mongoloidlar - 100% Rh+, aborigenlar (Avstraliya) 100% - Rh-. Qon quyishda qon guruhlaridan tashqari Rh omilning ahamiyati ham katta. Rh+ odamning qoni Rh- odamga quyilganda, Rh- odam qonida anti Rh antitanalar hosil bo'ladi. Ular keyingi shunday qon quyishda eritrotsitlar agglyutinatsiyasiga, gemoliziga va organizmning o'limiga olib keladi. Rh- odamlarga faqat Rh- qon quyilishi kerak. Rh+ erkak va Rh- ayol oilasida Rh+ fanzand tug'ilishi ehtimoli ko'p. Bunda uning eritrotsitlari Rh- onaning qoniga o'tib antiRh antitana hosil qilishi mumkin. AntiRh antitana platsenta orqali homila qoniga oson o'tib gemagglyutinatsiya, gemoliz va homilaning nobud bo'lishigacha olib kelishi mumkin (4 haftadan keyin). Bu jarayon birinchi homiladorlikda kuchsiz rivojlanadi va keyingi homiladorlikda kuchayadi.

AVO sistemasi bo'yicha qon guruhini aniqlash uchun kerakli vositalar:

1. Uch guruhni standart izogemagglyutinatsiyalovchi qon zardobidan (AVO) 2 ta seriyada, 1:32 dan past bo'lgan titrda olinadi. Qon zardoblari maxsus shtativga 2 qator qilib qo'yiladi. Har bir qon zardobda belgi qo'yilgan pipetka bo'ladi. Yanada aniq ma'lumot uchun alohida stakanga AV (IV) qon zardobi ampuladan solinadi.

2. Yassi tarelkalar yoki farforlangan planshetlar. Tarelkaning chap tomoniga O(I), o'rtasiga A(II), o'ng tomoniga V(III) yozilgan bo'ladi.

3. Fiziologik eritmali flakon.

4. Barmoq uchi teshish uchun steril igna, buyum oynachasi, shisha tayyoqcha, spirt, steril paxta.

Donor va retsipient qon guruhini aniqlash qoidalari.

1. Retsipient barmoq uchi spirtli paxta bilan artiladi.

2. Barmoq igna bilan teshiladi, pipetka bilan bir necha tomchi qon olinadi.

3. Tarelkaga qon tomchisidan 2 qator qilib to‘g‘nag‘ich boshchasi razmerida O(I), A(II), B(III) yozuvlariga suriladi.

4. Har bir tomchiga 2 seriyali standart zardob (O(I), A(II), B(III) guruhlariga mansub) qon tomchisi hajmidan 8-10 marta yuqori hajmida qo‘shiladi.

5. Shisha tayoqcha yordamida yoki tarelkani silkitib har bir qon zardob bilan aralashtiriladi.

6. 5-8 daqiqa ichida agglyutinatsiya ko‘zatiladi.

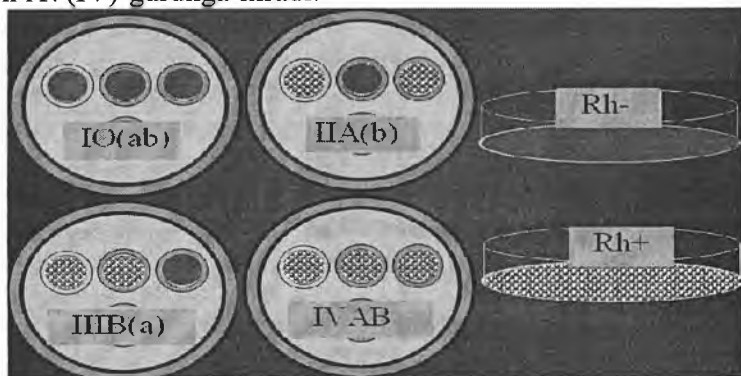
Reaksiya natijalari (64-rasm):

1. Hamma 3 tomchida agglyutinatsiya yo‘qligi, tekshirilayotgan qonda agglyutinogen yo‘qligini bildiradi. Qon O(I) guruhga kiradi.

2. O(I) va V(III) gruppalari zardob tomchisida agglyutinatsiya bo‘lishi, qonda agglyutinogen A borligini bildiradi. Qon A(II) guruhga kiradi.

3. O(I) va A(II) guruhli zardob tomchisida agglyutinatsiya bo‘lishi, qonda agglyutinogen V borligini bildiradi. Qon V(III) guruhga kiradi.

4. Hamma uchta tomchida agglyutinatsiya bo‘lishi tekshirilayotgan qonda ikkala agglyutinogen A va V borligini bildiradi. Qon AV(IV) guruhga kiradi.



64-rasm. Agglyutinatsiya natijalari.

Nospetsefik reaksiya hisobiga hamma zardoblar bilan ham agglyutinatsiya bo‘lishini hisobga olish kerak. Shuning uchun tarelkaga 2-3 tomchi AV (IV) guruh standart izogemagglyutinatsiyalovchi zar-

dob solinadi va unga 1 tomchi tekshiriluvchi qon qo'shiladi. Qon va zardob aralashiriladi va reaksiya natijasi 5 daqiqadan keyin ko'riladi.

Variantlar: 1. Agglyutinatsiya yo'q – qon AV(IV) guruhga kiradi.

2. Agglyutinatsiya bo'lsa – reaksiya nospetsefik. Donor qon guruhini aniqlash uchun flakondan qon tomchisi olinadi.

Suv hammomida individual rezus-moslik sinamasini o'tkazish qoidasi.

Kerakli anjomlar: suv hammomi, Petri piyolachasi, suv haroratini o'lchash uchun termometr, sentrifuga.

1. Retsipient venasidan probirkaga 3-5ml qon stabilizator qo'shmasdan olinadi.

2. Qon sentrifugalanadi.

3. Pipetka bilan retsipientdan 2 tomchi zardob so'rib olinadi va uni Petri piyolasiga solinadi.

4. Zardobga 5-10 marta kam qon tomchisi qo'shiladi va tomchilar aralashiriladi.

5. Petri piyolachasi suv hammomiga qo'yiladi (suv 42-46°S) 10daqiqaga.

6. Natijani o'qish: agar agglyutinatsiya bo'lsa, qon mos kelmaydi va uni qo'yish mumkin emas.

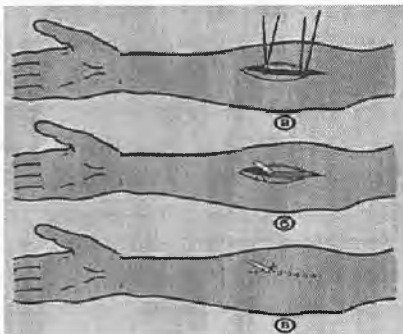
Alohidagi Tibbiy otryadda (ATO) qon quyish usullari:

1) Qonni venaga quyish – ATOda ko'p qo'llaniladi. Qon quyishda har qanday yuza venadan foydalaniladi. Tirsak bukilmasi, kaftning tashqi yuzasi, bilak, oyoq kafti venalari. Venaga qon quyishda venepunksiya o'tkaziladi (rasm-65), buning iloji yo'q bo'lsa, veneseksiya (rasm-66) qilinadi. Qon va qon o'rnini bosuvchilarni uzoq vaqt quyish kerak bo'lsa, vena plastik materialli trubka bilan kateterizatsiya qilib qo'yiladi.

Veneseksiya uchun yuza venalaridan foydalaniladi. Operatsiya aseptika va terini kesishdan avval to'qimani og'riqsizlantirish qoidalariga amal qilingan holda o'tkaziladi. Veneseksiya uchun quyidagi jarrohlik asboblari kerak bo'ladi: teri jarrohlik ignalar, ip, ketgut anesteziya va venepunksiyasi uchun shprints va ignalar, jarrohlik pinset, anatomik pinset, skalpel, qaychilar, 4-ta qon to'xtatuvchi qisqich, igna ushlagich, 25-50 ml 0,25-0,5% novokain eritmasi.



65 -rasm. Venepunksiya



66-rasm. Veneseksiya

Veneseksiya o'tkazish qoidalari:

1. Operatsion maydonga yodonat eritmasi bilan ishlov berish va steril choyshab qo'yish.

2. Vena uchun tayyorlangan teri, teri osti yog' to'qimasi og'riqsizlantiriladi.

3. Vena bo'ylab teri kesiladi.

4. O'tmas yo'l bilan vena teri yog' kletchatkasidan ajratiladi.

5. Vena ostidan 2-ta ligatura qo'yiladi, distal ligatura ushlovchi bo'lib xizmat qiladi.

6. "Ushlagich" vena fiksatsiyalanib, u igna bilan teshiladi.

7. Qon paydo bo'lgach ignaga sistema kanyulasi ulanadi va qon quyish boshlanadi.

8. Igna venaga markaziy ligatura bilan fiksatsiyalanadi.

9. Yara tikiladi

10. Yaraga aseptik bog'lam qo'yiladi.

2) Magistral venani kateterizatsiyalash – yo'qotilgan qon miqdorini tezda to'ldirish yoki uzoq transfuzion terapiya uchun o'tkaziladi.

Bu maqsadda o'mrov osti venasini punktsion kateterizatsiyasi ham qilinadi.

3) Arteriya ichi transfuziyasi – qonni arteriya ichiga quyishga ko'rsatma: 1. Massiv qon yo'qotish natijasida, qon o'rni to'lmay yurak to'xtab klinik o'lim bo'lganda terminal holat, agar u qon yo'qotish natijasida uzoq vaqtli gipotenziya (AB - 60 mm. sim.

ust.), travmatik shok, ichki transfuziya effektsiz bo'lganda.

Tezkor vaziyatda oyoq yoki qo'lining distal qismida istalgan yuza joylashgan arteriya operatsiya yo'li bilan ochiladi (bilak, orqa, katta boldir), u punksiyalanadi va flakondan qon bosim bilan transfuziyasi amalga oshiriladi. Flakondagi bosim rezina balon yordamida hosil qilinadi va arterial bosimni o'lchash uchun apparatlardan manometr bilan nazorat qilinadi.

4) Suyak ichiga qon quyish. Hozigi vaqtda kam qo'llaniladi. Bu oddiy usul alternativ hisoblanadi, agar vena ichiga qon yoki qon o'rnini bosuvchilarni yuborishning iloji bo'lmasa. Unda keng bo'shliqli igna bilan g'ovak modda saqlovchi suyak punksiya qilinadi. Son va katta boldir suyagini epi- metafizar qismi, son suyagini katta dumbog'i, yonbosh suyakni qanoti qulayroq. Og'riqsizlantirish uchun 1% novokain, keyin mandrenli maxsus igna bilan suyak punksiya qilinadi. Mandren chiqarilgandan keyin, igna suyakning g'ovak moddasida joylashganiga ishonch hosil qilinib, 10-15 ml 0,5-1% li novokain eritmasi yuboriladi. 5 daqiqadan keyin ignaga sistema biriktiriladi va tomchilab qon quyiladi. Suyak ichiga tez qon quyish zarar bo'lganda, bu juda og'riqli jarayon bo'lgani uchun umumiy og'riqsizlantirish qo'llaniladi.

5) Qonni reinfuziyasi – tomirlar va parenximatov organlar shikastlanganda ko'krak yoki qorin bo'shlig'iga chiqqan qonni qayta quyish. Reinfuziyaga qarshi ko'rsatmalar:

1. Qorin bo'shlig'i organlarini shikastlanishida ularni ichidagi narsalar bilan ifloslanishi. 2. Oqib chiqqan qonni seroz bo'shliqlarda 24 soat turganda.

Qon reinfuziyasi usuli:

1. Plevra yoki qorin bo'shlig'iga quyilgan qon qoshiq yoki shisha bankacha bilan Bobrov bankasiga yoki flakonga yig'iladi.

2. Qonga stabilizator yoki geparin 1000 ED 500 ml qonga yoki 10 ml 100 ml qonga 4% natriy sitrat qo'shiladi.

3. Qon ampulaga filtrlanadi. Ampulaga katta voronka kiritiladi, unda 8 qavat steril marli bo'lishi kerak. Stabillashtirilgan va filtrlangan qonni bemorga hech qanday sinamalar va tekshirishlarsiz quyish mumkin.

Transfuzion terapiya mezoni bo'lib, qon yo'qotish hisoblanadi.

Engil darajada faqat plazmani to'ldiruvchi suyuqliklar quysa bo'ladi. O'rta va og'ir darajada qon tez oqma ko'rinishda quyiladi. Yuborilayotgan konservatsiya qilingan donor qonidan yo'qotilgan qon hajmining 50-70% gacha yuboriladi, qolgan 50-30% esa plazmani to'ldiruvchilar orqali to'ldiriladi. Lekin yaralanganlar, shikastlanganlar va o'tkir qon yo'qotishlar bilan bo'lganlar massiv tushganda esa qon va plazma to'ldiruvchilar nisbati 1:1, 1:2 dan 1:5 va 1 gacha nisbatda ham quyiladi.

Ixtisoslashtirilgan yordam bosqichida transfuzion (infuzion) terapiya. Bu bosqichda bevosita o'choqda shikastlanib, massiv tushganlarga ko'rsatma va transfuzion terapiya hajmi, xuddi malakali yordam bosqichida bo'ladi.

Bundan tashqari, gospital-davolash muassasalariga operatsiya amaliyotiga tayyorlash va uni o'tkazish, operatsiyadan keyingi qon quyish va nur kasalligining kompleks terapiyasi, yarani yiringli-septik asoratlari, suvsizlanish va turli etiologiyali intoksikatsiyaga qarshi kurash uchun zahirida qon bo'lishi kerak.

Transfuzion vositalarning turlari va ularni qo'llashga ko'rsatma. Qon va qon o'rnini bosuvchi eritmalarni birgalikda quyish.

Respublika Qurolli Kuchlar tizimi tibbiy xizmati transfuzion terapiya o'tkazish uchun quyidagi tabelli vositalardan foydalaniladi.

Qonni tarkibiy qismlariga: eritrotsitar massa, leykotsitar, trombotsitar massa, plazma (quruq, nativ, antigemofilli, immun) kiradi;

Plazma preparatlari: albumin, protein, fibrinogen, trombin, gemostatik gubka. Yo'naltirilgan ta'sirli globulinlar, qoqsholga qarshi, antistafilakokkli, grippga qarshi;

Plazma to'ldiruvchi eritmalar: a) to'ldiruvchi ta'sirli; b) dezintoksikatsion ta'sirli; v) parenteral ovqatlantirish uchun;

g) boshqalar.

Qon va plazma o'rnini bosuvchilarni quyishga asosiy ko'rsatma:

O'tkir qon yo'qotish, travmatik shok, kuyish, yiringli infeksiya, regeneratsiyani pastligi, nur kasalligi, anemiya, leykopeniya, trombositopeniya, turli intoksikatsiyalar, gipoproteinemiya. Transfuzion terapiya o'tkir gemorragiyani oqibatini yo'qotishning asosiy usuli bo'ladi. Terapiyani vazifalari: 1. Gemodinamikani tiklash:

poliglyukin, konservatsiya qilingan nativ va quruq plazma.

2. Qonni reologik xususiyatini normallashtirish yo'li bilan mikrotsirkulyasiyani tiklash (reopoliglyukin). Albumin yuqori reologik aktivlikka ega, lekin uni qo'llashdan oldin kristalloidlar quyilishi kerak.

3. Autogemodilyusiya jarayonida o'rin egallagan interstitsial suyuqlikni tiklash, transkapilyar metabolizmni normallashtirish: fiziologik eritma, elektrolitlarning yaxshi tenglashtirilgan eritmasi, bufer qo'shilmalar saqlovchilar, Ringer, laktat eritmasi yuboriladi.

4. Qonning kislorod tashish funksiyasini tiklash: konservatsiya qilingan qon, kam muddatli saqlangan (4 kungacha) eritrotsitar massa quyiladi.

Shunday qilib, o'tkir qon yo'qotishda qonservatsiya qilingan qon va plazma o'rnini bosuvchilarni birga qo'llab samarali davolash ta'minlanadi. Plazma o'rnini bosuvchilar AQH oshiradi, qonni reologik xususiyatini va mikrotsirkulyasiyasini normallashtiriladi, qonni kolloid-osmotik bosimini tiklaydi.

Quyishdagi asoratlar, ularni profilaktikasi va davolash. Qon quyishda reaksiya va asoratlar rivojlanishi mumkin. Posttransfuzion reaksiyani: pirogen (40%), allergik (45%), anafilaktik (15%). Klinik kechishini og'irligi bo'yicha 3 darajasi farqlanadi: engil reaksiya – temperatura 1°S atrofida ko'tariladi, muskullarda og'riq, bosh og'rig'i, lanjlik; o'rtacha reaksiya – temperatura 1,5-2°S ko'tariladi, iztirob, puls, nafas tezlashishi; og'ir reaksiya - temperatura 2°S dan ortiq ko'tariladi, iztirobli titrash, lablar sianozi, qayd qilish, kuchli bosh og'rig'i, bel suyaklarda og'riq, hansarash kuzatiladi.

Davolash: yurak-qontomir, sedativ vositalar, desensibilizatsion terapiya (novokain, kalsiy xlor, dimedrol, kortikosteroidlar).

Qon quyishdan keyingi asoratlar.

1. Mexanik xarakterdagi asoratlar, qon quyish texnikasi noto'g'riligi bilan bog'liq: yurakni o'tkir kengayishi, havo emboliyasi, emboliya va trombozlar, oyoq-qo'lda qon aylanishi buzilishi. Bular arteriya ichi transfuziyasida kuzatilishi mumkin.

2. Reaktiv xarakterdagi asoratlar.

1) Mos bo'lmagan qon quyilishi natijasida posttransfuzion shok: Rh-mos bo'lmagan qon quyilganda, guruhlarini mos bo'lmagan qon

quyilganda, qonning boshqa faktorlarining mos bo'lmashligi;

2) Izoserologik xususiyatlari mos bo'lgan qon quyilgandan keyingi posttransfuzion shok: infeksiyalangan qon quyilganda, o'zgargan qon quyilganda.

3) Anafilaktik shok;

4) Sitratli shok;

5) Posttransfuzion pirogen reaksiya;

6) Massiv qon quyish sindromi.

3) Kasal donor qoni quyilganda infeksiyon kasallikning yuqishi (virusli gepatit, bezgak, zahm bilan zararlanish).

Mexanik asoratlarni ichida birinchi o'rinda guruh (40-50%) va Rh-mos kelmasligi (30-40%) bo'ladi. Qolgan asoratlarni tahminan 10% ni tashkil qiladi. Gemotransfuzion shok belgilari birinchi 25-50 ml guruhi mos kelmagan qon quyilganda kuzatiladi: titrash, bosh og'rig'i, bel va oyoq-qo'l mushaklarida og'riq, ko'ngil aynishi, qayt qilish, gipotoniya, taxikadiya, oqarish bilan almashinadi, sianozga o'tadi, bezovtalik, qo'rquv paydo bo'lishi. Rh-mos kelmagan qon quyilganda karaxtlik belgilari 2-3 soatdan keyin yuzaga keladi. Guruhi mos bo'lgan, ammo sifatsiz qon quyilganda transfuzion shok belgilari quyishda 20 daqiqadan bir necha soat o'tgandan so'ng boshlanadi. Qon quyishda afibrinogenemiya, atrombotsitopeniya, gomologik qon sindromi va boshqa asoratlarni ham bo'ladi.

Posttransfuzion asoratni davolash, shok belgilari boshlanganda:

1. Qon quyishni tezda to'xtatish. 2. Vena ichiga 50-100 ml 40% glyukozaga 1 ml adrenalin eritmasi (1:1000), 250-500 ml 5% natriy bikarbonat yoki laktasol, 60-120 mg prednizolon, 2 ml 1% dimedrol eritmasi, 200 ml 15% mannitol, 1 ml 0,06% korglyukon 10-20 ml 40% glyukozada. 4. Keyin I guruhli qonni qisman yoki to'liq almashinuv-o'rinbosarlarni quyishga o'tish mumkin, har bir 500 ml quyilgan konservatsiya qilingan qonga, boshqa vena orqali 5 ml 10% kalsiy xlor eritmasi yuboriladi.

Ko'rsatma bo'yicha qayta 50 ml 40% glyukoza eritmasi, yurak-tomir vositalari va antigistami preparatlari kiritiladi. Mos kelmagan qon quyilganda yuzaga keladigan asoratlarda effektiv davolash chora-tadbirlari gemodializ hioblanadi. Shuning uchun bemor

shokdan chiqarilgandan keyin gemodializ o'tkazish uchun maxsus apparatlarga ega davolash muassasiga ko'chiriladi.

Posttransfuzion asoratlarni oldini olish uchun qon quyishni to'g'ri bajarish yotadi. Qon quyish uchun apparatlarni tayyorlash, quyish texnikasi, mayda teshikli filtrli sistemalar qo'llash katta ahamiyatga ega. Sensibilizatsiyalashgan bemorlarda allergik reaksiyaning oldini olish uchun quyishdan oldin desensibilizatsiyalovchi vositalar quyiladi.

Postgemorragik anemiya

Postgemorragik anemiya o'tkir va surunkali bo'lishi mumkin. O'tkir postgemorragik anemiya turli sabablarga ko'ra (travma – shikastlanish, operatsiyalardan so'ng, patologik ko'z yorishlarda, gemofiliya va h. k.) bir yo'la ko'p qon yo'qotish oqibatida ro'y beradi. Qon yo'qotilgandan so'ng 24-48 soat davomida gemogrammada deyarli ko'zga tashlanuvchi o'zgarishlar kuzatilmaydi. Bunda qonning faqat umumiy hajmi kamayib, uning o'lchov birligida eritrotsitlar soni, gemoglobin miqdori ko'rsatgichi va gemotokrit ko'rsatkichi normada bo'lishi mumkin. Qon surtmasida normotsitoz, normoxromiya kuzatiladi. Keyinchalik (1-2 kun o'tgach) yo'qotilgan qon hajmi o'rni to'qimalardan o'tuvchi suyuqlik hisobiga to'ldirilib qon suyuladi, uning o'lchov birligida eritrotsitlar va gemoglobin miqdori kamayadi, lekin qonning rang ko'rsatgichi o'zgarmaydi. 3-4 kundan so'ng retikulotsitlar ko'payadi, yadroli eritrotsitlar ham ko'rinishi mumkin. Konning rang ko'rstkichi biroz kamayishi mumkin. O'tkir postgemorragik anemiya giperregenerator hisoblanadi, eritropoez bilan birga leykopoez (neytrofiliya), trombopoez ham kuchayishi mumkin.

Surunkali postgemorragik anemiya turli surunkali (masalan o'n ikki barmoqli ichak yaralari, ayollarda qon ketishi bilan kechadigan kasalliklar, gemorragik diatezlar) gemorragiya bo'ladigan kasalliklarda ko'zatiladi. O'tkir anemiyadan farqi, birinchi navbatda bunda qonning rang ko'rsatgichining past bo'lishidir, chunki surunkali qon ketishi organizmda asta sekin temir etishmovchiligiga olib keladi. Qon tahlilida gipoxromiya,

poykilotsitoz, anizotsitoz, mikrotsitoz bo‘ladi. Trombotsitlar normada yoki biroz kam bo‘ladi. Leykotsitlar kam, nisbiy leykotsitoz kuzatiladi. Qon yo‘qotish vaqtlarida biroz retikulotsitoz, leykotsitoz ko‘zatilishi mumkin.

IX. SHIKASTLANISH SINDROMI

Shikastlanish deb – ma’lum bir muhitda ma’lum bir vaqtda, ma’lum bir aholi guruhida (qishloq xo‘jaligi, ishlab chiqarishda, sportda va h.k.), inson organizmiga tashqi muhit omillarining ta’siri natijasida a’zo va to‘qimalarda kuzatiluvchi anatomik va fiziologik o‘zgarishlar yig‘indisiga aytiladi. Shikastlanish sindromi hayotda juda ko‘p kuzatiladi. Tinchlik va urush davrlarida ham bu sindrom dolzarbligini yo‘qotmagan. Shikastlanishni aniqlash uchun shikastlarni uchrashini, sababini va sodir bo‘lgan atrof muhitini o‘rganib chiqish lozim. Bu jarayonni shikastlanish xirurgiyasi tinchlik vaqtida, urush paytida esa harbiy dala xirurgiyasi o‘rganadi. Sabablarni o‘rganish, shikastlanish profilaktikasi uchun katta ahamiyatga ega. Shikastlanishlarda mahalliy o‘zgarishlar bilan bir qatorda og‘ir umumiy asoratlar ham mavjud bo‘ladi. Ochiq va yopiq shikastlanishlarning mavjudligi, bemor organizmida har-xil og‘ir holatlarni yuzaga keltiradi. Bu xolat hamshiralardan jarayonni to‘g‘ri rejalashtirishni talab qiladi. Shikastlanish fa-ning mustaqil va muhim qismlaridan biri ortopediyadir, u tayanch-harakat a’zolarining kasalliklarini, shikasti va ularning asoratlarini, profilaktikasi va davolanishini amalga oshiradi. Shikastlanishni keltirib chiqaruvchi faktorga ko‘ra: mexanik, termik, kimyoviy, elektrik, nurli, ruhiy, operatsion, tug‘ruq va boshqalar.

SHIKASTLARNING TASNIFI:

1. Ishlab chiqarish bilan bog‘lik bo‘lmagan:

- transport: temir yo‘l, avtomobil va tramvay,
- piyodalarda,
- maishiy – sport,
- tabiiy hodisalar (falokatlar) vaqtida.

2. Ishlab chiqarish bilan bog'lik bo'lgan shikastlar: sanoat, qishloq xo'jaligi.

3. Ataylab qilingan: harbiy, qasddan qilingan shikastlar, o'z-o'ziga qilingan suiqasdlar.

Tashqi ko'rinishiga ko'ra: ochiq (teri va shilliq qavatlarini ochilishi) va yopiq, yuzaki va teshib kiruvchi.

Shikastlangan: – *tana qismiga ko'ra:* bosh miya, ko'krak qafasi, korin, tana, oyoq va qo'llar.

– *to'qimaga ko'ra:* teri, shilliq qavat, paylar, mushak, suyak, bo'g'im, a'zolar. – *murakkabligiga ko'ra:* oddiy shikastlanish – bir xil to'qimalar shikastlanishida; murakkab – har-xil to'qimalar shikastlanishida kuzatiladi. *Bir xil travma* – shikastlanish sababi bitta bo'lgan shikastlanish. *Kombinatsiyalashgan* – shikastlanish sabablari bir necha xil bo'lsa (masalan, mexanik va termik shikastlanish bir vaqtda bo'lsa).

Qo'shma shikastlanish – bir vaqtning o'zida bir necha tizimlarni shikastlanishi (masalan, bosh miya chayqalishi, suyaklarni sinishi va bo'g'imlarni chiqishi). *Bevosita (to'g'ridan to'g'ri)* shikastlanish – shikastlovchi agentning ta'sir qilgan joyida hosil bo'ladi. *Bilvosita shikastlanish* – shikastlovchi agent ta'sir qilish joyidan ma'lum bir masofada shikast hosil bo'ladi. Shuningdek *alohidalashgan va qo'shma shikastlanishlar (politravma)* bo'lishi mumkin. Shikastlanishlar rivojlanayotgan patologik jarayonga nisbatan *o'tkir va surunkali* bo'ladi.

Shikastlanishning xavfi va asoratlari

Shikastlanishning xavflari quyidagi guruhlariga bo'linadi – shikastlangan vaqtda ro'y beradigan xavf: a) qon ketish; b) kollaps;

v) hushdan ketish; g) travmatik shok; d) hayot uchun muhim a'zolarini shikasti.

Yaqin vaqt ichida ro'y beradigan xavf (bir necha soatdan va hafta ichida ro'y beradi): a) maxalliy yiringli infeksiya; b) umumiy yiringli infeksiya; v) travmatik toksikoz. *Kech ro'y beradigan xavf va asoratlari:*

a) surunkali osteomieliit; b) trofik yaralar; v) kontraktura; g) to'qima va a'zolarining har-xil anatomik va funksional etishovchiligi.

Shikastlanishni og'irlik darajasi va asoratlarini quyidagi shart sharoitlarga ko'ra aniqlanadi: shikastlanishga olib kelgan omil va uning ta'sir mexanizmi, shikastlanish vaqtida a'zo va to'qimalarning anatomo-fiziologik holati, shikastlanuvchi a'zo yoki to'qimada patologik holatlarni bor yoki yo'qligi, shikastlanish sodir bo'lgan vaqtda atrof muhitning holati.

Shikastlangan bemorlar umumiy xirurgik bemorlarning 1/3 tashkil qiladi. O'lim darajasiga ko'ra shikastlanish qon-tomir kasalliklaridan keyin, o'sma kasalliklari bilan bir katorda II-III o'rinni egallaydi. Shikastlanish mehnat kobiliyatini yo'qotish sabablarining ichida uchinchi o'rinni egallaydi. Erkaklarda travmatizm ayollarga nisbatan ikki marta ko'proq uchraydi. Umumiy kasallanish strukturasi ichida shikastlanish 40 yoshgacha bo'lgan odamlar ichida I o'rinni egallaydi. Shikastlangan bemorlarning 1/10 qismi gospitalizatsiya qilinishga muxtoj bo'ladilar. Har-xil shikastlanishlardan o'lim darajasi O'zbekistonda 0,23%, AQSH da – 0,08%, Ovrupo mamlakatlarida esa – 0,04%. O'zbekistonda barcha holatlarning taxminan 1/2 maishiy, 2/5 qismini transport, 1/16 qismini ishlab chiqarish bilan bog'lik bo'lgan shikastlanishlar tashkil qiladi. Alkogolizm da shikastlanishlar ko'p uchraydi.

Shikastlanishni ko'payishi sabablari: 1) sanoatni rivojlanishi, 2) qishloq xo'jaligi industrializatsiyalanishi, 3) transport yo'l harakatini oshishi.

Shikastlanishni hisobga olish va profilaktikasi uchun quyidagi ko'rsatkichlar ahamiyatga ega: 1) travma vaqtidagi holat, 2) shikastlanish joyi, vaqti, 3) turi.

Shikastlanishni profilaktika ishlarida qatnashadilar: ishlab chiqarish korxonasi rahbarlari, texnika xavfsizligi injenerlari, davlat avtoinspeksiyasi xodimlari, yashash uchun qurilgan binolarni ekspluatatsiya qilish xodimlari, maktab, bog'cha xizmatchilari, sog'liqni saqlash tizimi xodimlari, mahalla rahbarlari, aholisi.

Travmatizm profilaktikasi uchun qilinishi kerak tadbirlar: o'quv ishlarini o'tkazish, texnika xavfsizligi qonun, qoidalari bilan tanishtirish, mashinalardagi turli ximoya vositalari bilan ta'min-

lanish, ishchilar himoya kiyimlari, qo‘lqop, ko‘zoynaklari bilan ta‘minlanishi.

Yo‘l harakati xavfsizligi uchun profilaktik ishlar: chorrahalarda svetoforlar o‘rnatilishi; piyoda yuruvchi aholi uchun o‘tar joylar va tunnellar qurilishi; transport vositalarini doimiy ravishda texnik nazoratdan o‘tkazilishi; maktabda yo‘l qoidalari o‘rgatilishi.

Shikastlari bo‘lgan bemorlarni tekshirishni o‘ziga xosligi

1. Shikastlangan sohaning tashqi ko‘rinishi – shikastlanish og‘irlik darajasiga har doim ham to‘g‘ri kelmaydi. Masalan, ko‘krak qafasidagi kichik teshib kiruvchi jarohat, ichki a‘zolarining shikastlanishi bilan kechadi.

2. Simptomlari yaqqol bo‘lgan shikastlanish, har doim ham inson hayotiga xavf solavermaydi. Qo‘shma shikastlanishlarda ahamiyatli bo‘lgan shikastlanishlar tananing boshqa qismlarida bo‘lishi mumkin. Masalan, qo‘l va oyoqlardagi katta yaqqol jarohatda, bosh miya shikasti yoki jigar yorilishi ham uchrashi mumkin.

3. Shikastlanishlarda umumiy o‘zgarishlar (shok, o‘tkir anemiya, travmatik toksikoz) bo‘ladi. Ularni o‘z vaqtida aniqlab, baholash, davolash kerak.

Travma olgan bemorlarni anamnezini yig‘ish, ularni tekshirishga e‘tibor berish zarur. O‘pka, yurak-tomir va boshqa hayotiy sistemalarni tekshirish, shikastlangan sohani ko‘zdan kechirish, ushlab ko‘rish, perkussiya, auskultatsiya usullaridan foydalanish kerak. Qo‘shimcha laborator-instrumental tekshirish usullarini ishlatish.

Travmalangan sohadagi terining rangi, qo‘l-oyoqning kalta-uzunligi, konfiguratsiyasi, shakli, jarohatning katta-kichikligi, chuqurligi, xarakteriga (kesilgan, yirtilgan, urib olingan) ahamiyat beriladi; bo‘g‘imlarda patologik holat, qo‘l-oyoq o‘qini o‘zgarishi, bo‘g‘imlarni tashkil qiluvchi sohalarni bir-biriga munosibligi va h.k. Zararlangan sohani ikki xil vaziyatda rentgen kilish tashxisini aniqlashga imkon beradi.

Qo‘l-oyoq travmalarida santimetrli lenta bilan sog‘ qo‘l-oyoqni (bo‘g‘imlarni burchak o‘lchagich (uglomer) yordamida o‘lchash lozim, antropometriya qilish zarur. Shikastlanish oqibatlarida erta va kechki, mahalliy va umumiy o‘zgarishlar kuzatiladi. Umumiy oqibatlar, jarohatning ta‘siriga bog‘lik.

Hushdan ketish

Hushdan ketish, shikastlanishlarning asorati bo'lib, qisqa vaqt ichida miyaning to'satdan kamqonligi gipoksiyasi sababchi bo'ladi. Oldin bemorda kuchsizlik, quloqlarda shovqin, ko'z tinishi, yuragida notinchlik, kayg'u paydo bo'ladi. Charchash, ozib-to'zish, yurak kasalliklari, asab buzilishi, havo etishmasligi kuchli og'riq, qon yo'qotish, uzoq oyoqda turib qolish, yotgan bemorlarni to'satdan turg'izish turtki bo'ladi. Teri oqaradi, taxipnoe, yurak faoliyati kuchsizlanishi va to'xtashi ham mumkin. Hushdan ketish chuqurlashsa organizm tashqi ta'sirotlarga rioya qilmaydi, ko'z qorachig'i kattalashadi, yorug'likka befarq bo'ladi.

Harbiy dalada yoki tinchlik davrida bemorga birinchi yordam ko'rsatish: buzilgan qon aylanishini tezkor bartaraf etish, miyaga qon kelishini to'la ta'minlash va hushdan ketishini oldini olish.



67-rasm. Harbiy dalada yoki tinchlik davrida bemorga birinchi yordam ko'rsatish (Trendelenburg holati)

Bemorni yotqizish zarur, bosh tomonini pasaytirilib oyoq tomoni ko'tariladi (Trendelenburg holati) nafas olish va qon aylanishiga salbiy ta'sir etuvchi vaziyatlar bartaraf etiladi (kiyimlarini bo'shatish kerak, ko'ynak bo'yni echiladi, kamar bo'shashtiriladi va h.k),

toza havoga ahamiyat beriladi, bemor chakkalari 70% spirt bilan uqalanadi, yuziga sovuq suv sepiladi, nashatir spirti xidlatiladi (67 rasm). Og‘ir holatlarda esa sun‘iy nafas oldirish, yurak-tomir vositalari qilinadi.

Kollaps

Kollaps – yurak-tomir faoliyatini keskin pasayib ketishi, ko‘pincha yurak faoliyati buziladi. Kollaps zaharlanishlarda (narkotiklardan), kuchli qon ketishda, yurakni o‘ta charchashida, o‘pka tomirlari emboliyasida, kuchli og‘riq va ichki kasalliklarda kuzatiladi. Klinik ko‘rinishida haroratni pasayishi, sianoz, sovuq ter, qorachiqni kengayishi, nafas olinishi tezlashishi, kuchsiz, tez tomir urishi bilan kechadi.

HDX va shikastlanish xirurgiyasida hamshiralik jarayonida (rasm-68) davolash birinchi yordamni tashkillashtirishdan iborat: bemor yotqizilishi kerak.



68-rasm. HDX va shikastlanish xirurgiyasida hamshiralik jrayoni

Toza havo ventilyasiyasi. Yurak faoliyatini yaxshilash uchun kordiamin, kofein, strofantin, achchiq choy, kofe va boshqa vositalar qilinadi.

Shikastlanish kasalligi

Shikastlanish kasalligi – bu shikastlanish natijasida organizmning hayot faoliyatini buzilishidir, asosida gomeostazopatiya yotadi, kompleks o‘zgarishlar bilan kechadi, markaziy regulyasiya buzilganda hayotga xavf tug‘diruvchi asoratlarni keltirib chiqaradi (I. I. Deryabin).

Shikastlanish kasalligining turlari

1. Asoratlanmagan. 2. Asoratlangan ijobiy tugaydigan. 3. Asoratlangan salbiy oqibatga olib boruvchi shikastlanish kasalligi.

Shikastlanish kasalligini davrlari:

Birinchi davr – *travmatik shok (o‘tkir davr)* – bir necha soat davom etib, AQH kamayishi, yurak qon tomir tizimining etishmovchiligi, mikrotsirkulyasiyani buzilishi, gipoksiyani rivojlanishi bilan xarakterlanadi. Adenogipofiz va buyrak usti bezlarining po‘stlog‘ qismi gormonlarini ortishi kuzatiladi. Bu davrda bemorga shoshilinch davolash choralarini ko‘rsatiladi.

Ikkinchi davr – nisbiy adaptatsiya va ertangi asoratlar bo‘lish davri – 7 kungacha davom etadi, gipoksiyaning kamayishi va bemorning ahvoli yaxshilanishi bilan xarakterlanadi. Bu davrda asoratlar profilaktikasi olib boriladi.

Uchinchi davr – *kechki asoratlar davri (kechki postravmatik)* – faqatgina asoratlar rivojlangan bemorlarda bo‘ladi. Bu davrda asoratlarni davolash ishlari olib boriladi.

To‘rtinchi davr – *sog‘ayish davri*. Shikastlanganlarning to‘liq sog‘ayishi bir necha oydan keyin bo‘ladi. Bu davrda bemorda reabilitatsiya ishlari olib boriladi.

Teri osti yog‘ qavati, mushak, fassiya, pay, boylam, qon va nerv tomirlarini teri va shilliq qavatlar butunligi saqlangan holda shikastlanishi yopiq shikastlanish deyiladi.

Tinch davrda va HDX da bu shikastlanishlar ko‘p uchraydi va hamshiralik ishida katta rol o‘ynaydi.

Yopiq shikastlanishlarga: *lat eyish, chayqalish, paylar cho‘zilish, yirtilishlar kiradi.*

Lat eyish – to‘qima yoki a‘zolari butun bo‘lgan holda shikastlanishi. Simptomlar shikastlangan tana qismiga, shikastlovchi faktorning og‘irligi va ta‘sir tezligiga bog‘lik. Klinik manzarasi – og‘riq, shish, qon quyilishlar, terining qizarishi yoki ko‘karishi va shu to‘qima yoki a‘zoning funksiyasini buzilishi.

Davolash-evakuatsion tadbirlarda – og‘riqsizlantirish, 2-3 kun davomida sovuq va siquvchi bog‘lam qo‘yiladi. Gematoma hosil bo‘lgan holda punksiya qilish, bo‘shliqni bo‘shatish va u erga antibiotiklar yuborish lozim. Gematomalar so‘rilishi yoki yiringlashi mumkin.

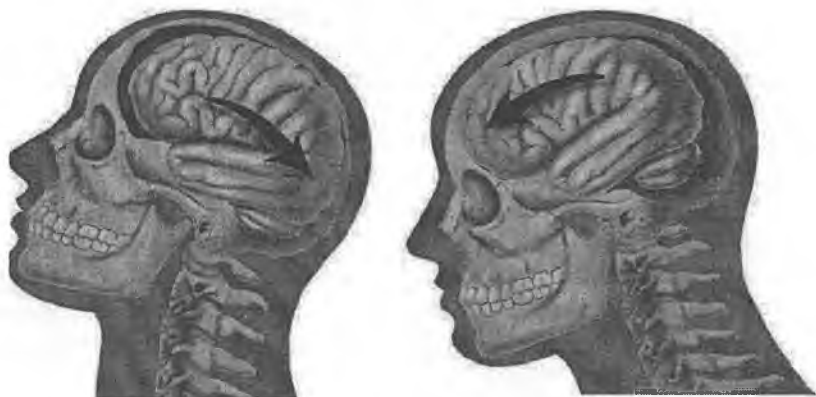
Cho‘zilish – mushak va paylarni yopiq shikastlanishi hisoblanadi (69 rasm). Cho‘zilishlar asosan ikki qarama qarshi kuch yoki tana fiksatsiya vaqtida tortuvchi kuch ta‘sirida ro‘y beradi. Cho‘zilishlar klinik manzarasi va davolanishi lat eyishga o‘xshash.



69-rasm. Axil payi chuzilishi

Chayqalish – yumshoq to‘qimaning yopiq mexanik shikastlanishi bo‘lib, to‘qimalar funksiyasining buzilishi va morfologik o‘zgarishlarning bo‘lmasligi bilan xarakterlanadi. Chayqalish og‘irligi shikastlovchi sababning kuchiga, ta‘sir vaqtiga, konsistensiyasiga bog‘liq (rasm-70). *Patologoanatomik ko‘rinishi* – mahalliy qon quyilishlar, hujayra organellarining destruksiyasi, mayda qon tomirlarda qon kotishlari aniqlanadi. Klinik manzarasi

– to‘qimadagi mikroskopik o‘zgarishlarga bog‘liq. Mahalliy simptomlari: og‘riq, sezuvchanlikni susayishi va teri rangini o‘zgarishi. Shikastlovchi sababni ta’siri uzoq vaqt davom etadi (ayniqsa vibratsion uskunalarining) to‘qimadagi morfologik o‘zgarishlar yaqqolroq, shunga ko‘ra to‘qima funksiyasi ham buziladi. Shu vaqtda vibratsion kasallik boshlanadi.



70-rasm . Bosh miya chayqalishi

Yumshoq to‘qimalarning chayqalishi juda kam uchraydi. Shikastlovchi sababi kuchli bo‘lganida bosh miya chayqalishi va ko‘krak qafasi a‘zolarining chayqalishi kuzatiladi.

Uzilish – to‘qimalarni anatomik butunligi buzilib kechadigan shikastlanishga aytiladi (71-rasm).



71-rasm. Axil payi uzilishi

To'qima elastikligidan ortiq kuch ta'sirida uzilish ro'y beradi. Terining elastikligi kuchli bo'lganligi uchun teri uzilishi kam uchraydi. Teri osti yog' to'qimasi, mushak, fassiya, paylar va boylamlar uzilishi ko'proq uchraydi. Uzilish sohasida og'riq, shish va qon quyilishlar kuzatiladi. Uzilishlar to'liq yoki to'liq bo'lmagan bo'ladi. Hamshiralik jarayonida davolash rejasini tuzishda to'liq uzilishlarni operativ (shoshilinch) davolanishini hisobga olish kerak.

Shok tasnifi:

1. Kelib chiqishiga ko'ra: gipovolemik (travmatik, kuyish, operatsion, gemorragik); anafilaktik, kardiogen, infeksiyon-toksik, septik.

2. Og'irlik darajasiga ko'ra: kompensirlashgan, dekompen-sirlashgan, paralitik.

3. Rivojlanish vaqtiga ko'ra: birlamchi, erta; ikkilamchi, kechki yoki toksik.

4. Davrlariga ko'ra: erektil va torpid.

Travmatik shok

Travmatik shok – aylanuvchi qon hajmini va kapillyar qon aylanishini keskin susayishi bilan kechuvchi shok. Mikrotsirkulyasiyaning keskin kamayishi natijasida hayotiy zarur to'qima va a'zoldagi gipoksiya holatidan o'lim holati vujudga keladi (Fine ta'rifiga ko'ra uchta «G» – gipovolemiya, gipotenziya, gipoksiya).

Eretil davr – shokning boshlanish vaqtida bo'lib, kuchli og'riq va bemorning psixik bezovtalanishi bilan kechadi. Bu davr qisqa muddatli bir necha soniyalardan yarim soatgacha davom etishi mumkin. N. I. Pirogov bu davrni quidagicha tariflagan: «agarda shikastlangan, bemorda qiyqiriq eshitilsa, yuzlari cho'zinchoq, o'tkir, oqargan bo'lib qolsa va tortishishlar kuzatilsa, pulsini tezlashishi va taranglashishi kuzatilsa, nafas olishi qisqa va yuzaki bo'lsa, shikastlanishning qanday bo'lishiga qaramay davolashga shoshilish kerak».

Torpid davrni – N.I.Pirogov quidagicha tasvirlaydi: «bog'lov punktida qo'l yoki oyog'i uzilgan qotib qolgan bemor qimirlamay yotibdi: u baqirmaydi va tovush chiqarmaydi, shikoyat qilmaydi, hech qanday harakat qilmaydi va harakatni talab qilmaydi; tanasi sovuq, yuzi o'liknikidek oqargan; qarashi uzoqqa taqalgan, pulsi

ipdek bo'lib zo'rg'a paypaslanadi. Berilgan savollarga javob bermaydi yoki shivirlash bilan javob beradi, nafas olishi ham juda sust eshitaladi. Jarohat va teri sezuvchanlikni yo'qotgan, agarda osilib turgan katta nerv tomiri biror narsa bilan ta'sirlansa bemor yuzidagi mimik mushaklarni qisqarishi bilan javob beradi. Bazilarida bunday holat o'limgacha davom etadi».

Shokning klinik ko'rinishiga ko'ra quyidagi darajalari mavjud:

I daraja – umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda, puls 80-100 marta, yuqori AB 90 mm sim ust.

II daraja – bemorning ahvoli og'ir, pulsni tezlashishi 100-140 martagacha daqiqaga, AB pasayishi 90-70 mm sim. ust.

III daraja – bemorning ahvoli juda og'ir, puls 120-160 marta daqiqaga, AB 70-50 mm sim ust.

IV daraja (agoniya oldi) bemorning ahvoli juda og'ir, puls faqatgina magistral qon tomirlarda paypaslanadi, maksimal AB 50 mm sim ust. yoki aniqlanmaydi.

Travmatik shokni davolanishi patogenetik va kompleks ravishda olib borilishi kerak. Davolash shokning xususiyatiga bog'lik bo'ladi. *Shokni davolashning asosiy bosqichlari:* 1) MNS ko'zg'aluvchanligini pasaytirish lozim (narkotiklar, antigistamin dori vositalari, novokain blokadalari, davolovchi narkoz); 2) gemodinamikani normallashtirish va qon hajmini to'ldirish (poliglyukin, reopoliglyukin, makrodeks, albumin, jelatinol, gelafuzol, fiziologik aralashmalar); 3) kislorod ingalyasiyasi, SUV, giperbarik oksigenatsiya.

Kuyishdan keyingi shokda erektil faza uzoq bo'ladi, bemorda kuchli ko'zg'alish kuzatiladi, gemokonsentratsiya, toksemiya, buyrak faoliyatining buzilishi bilan kechadi.

Elektrdan shikastlanishdan keyingi shok reflekslarning umumiy chuqur pasayishi, hushdan ketish, gemodinamikaning buzilishi kuzatiladi. Elektr toki ta'sirida yurak qorinchalarida fibrillyasiya bo'ladi. Bunda markaziy nerv, tomir sistemalari zararlanadi.

Sovuq urishdan keyingi shokda faqat torpid faza bo'ladi, harorat 30-25°S gacha pasayib ketadi, yurak faoliyatining buzilishi, gipotoniya, gemokonsentratsiya, plazma, yo'qotilishi va AQH kamayishi kuzatiladi.

A'ZOLAR TRAVMATIZMI

Klinik ko'rinishi tufayli bosh, ko'krak qafasi, qorinning shikastlari va uzoq muddat ezilish sindromi alohida guruhga bo'lib o'rganiladi. Kasallik belgilari esa shikastlanishning turi va og'irligi, shikastlangan a'zolarning fiziologik xususiyatlariga bog'lik bo'ladi.

Boshning yopiq shikastlari

Boshning yopiq o'tkir shikastlari zamonaviy tasnifida quyidagicha klinik shakllar tafovut qilinadi (Konovalov A. N., 1992 y.):

- 1) Bosh miya chayqalishi;
- 2) Engil darajadagi bosh miya lat eyishi;
- 3) O'rta darajadagi bosh miya lat eyishi;
- 4) Og'ir darajadagi bosh miya lat eyishi;
- 5) Bosh miyaning diffuz aksonal shikastlanishi;
- 6) Bosh miyaning qisilishi;
- 7) Boshning ezilishi;

Klinikada og'irlik darajasiga ko'ra bosh miya shikastlari quyidagicha uchta darajaga ajratiladi:

1. Engil daraja.
2. O'rta og'irlik darajasi.
3. Og'ir daraja.

Engil darajadagi shikastlanishga bosh miya chayqalishi va engil darajadagi bosh miya lat eyishi kiritiladi.

O'rta og'irlikdagi bosh miya shikastlanishiga bosh miya lat eyishining o'rta og'irlikdagi darajasi va bosh miyaning nim o'tkir yoki surunkali qisilishi kiritiladi.

Og'ir darajadagi bosh miya shikastlanishiga esa og'ir darajadagi bosh miya lat eyishi, bosh miyaning diffuz aksonal shikastlanishi va bosh miyaning o'tkir ezilishi kiritiladi.

Bosh miya shikast kasalligining kechishida uchta asosiy davr tafovut qilinadi: 1) o'tkir davri, 2) oraliq davri, 3) kech davri.

O'tkir davr — bosh miyaga shikastlovchi mexanik ta'sirning boshlanishidan, bosh miyada boshqaruv va o'choqli faoliyatning buzilishidan shu o'zgarishlarning ma'lum bir maromda stabillovigacha yoki bemorning o'limigacha bo'lgan vaqtni o'z ichiga oladi.

Oraliq davr — shakstlanish bilan bog'lik bo'lgan umumiy, o'choqli va organizmdagi barcha o'zgarishlarning stabilashuvidan - ularning qisman yoki to'liq tiklanishi yoki turg'un bo'lgan vaqtni o'z ichiga oladi.

Kech davr — klinik jihatdan bemorlarning tuzalish, buzilgan funksiyalarning maksimal rehabilitatsiyasiga erishish, yangi patologik o'zgarishlar paydo bo'lish, ularning zo'rayib borish davri.

Bosh miya chayqalishida o'tkir davrning davomiyligi — 1-2 hafta, oraliq davrning davomiyligi engil darajadagi shikastlanishda (bosh miya chayqalishi yoki engil darajadagi bosh miya lat eyishida) — 2 oygacha cho'zilishi mumkin. Kech davrning davomiyligi esa har-xil darajadagi shikastlanishlarda tuzaluvchi kechishida — 2 yilgacha, zo'rayib boruvchi kechishida esa bu davrning davomiyligi cheklanmagan, ya'ni bemorlar umrining oxirigacha davom qilishi ham mumkin.

Bosh miya chayqalishi

Bosh miya chayqalishi – miya shikastlarining ichida eng engili bo'lib, miyaning funksional qaytar o'zgarishlar shakli hisoblanadi, bosh miyadagi o'zgarishlar tarqoq (diffuz) bo'lib, klinik jihatdan *og'irlik darajalariga bo'linmaydi*.

Mexanik energiya ta'siri ostida bosh miya to'qimasida neyronlararo, hujayra, molekulyar darajada mikrostruktur o'zgarishlar bo'ladi. Bosh miya chayqalishi mahalliy jarayon bo'lmasdan, miya asosi retikulyar formatsiyasi, gipotalamus, limbik tuzilma, gematoensefalik barerdagi (to'siqdagi) mikrostruktur mexanik shikastlanish hisoblanadi. Miya chayqalishida makrostruktur o'zgarishlar kuzatilmaydi. Mikroskopda hujayra, hujayra osti darajasidagi o'zgarishlar perinuklear tigroliz, neyronlar yadrolarining eksentrik joylashuvi, xromatoliz elementlari, neyrofibrillalarning shishi ko'rinadi.

Klinikasi. Klinik jihatdan o'tkir davri sindromi umummiya simptomlari, engil va tez qaytar o'choqli nevrologik simptomatika, vegetativ simptomlar bilan kechadi.

Diagnostikasi. Hushning buzilishi, amneziya, bemorning shikoyatlari – bosh og'rishi, aylanishi, ko'ngil aynishi, qayt qilishi, Gurevichning okulostatik fenomeni, yuz qon tomirlari tonusining

labilligi, gipergidroz, o'ziga xos klinik immunologik ko'rsatkichlar, nevrologik status, vestibulyar sindrom, ko'z to'r pardasi angiopatiyasi, vegetativ sinamalar. Orqa miya suyuqligi bosimini aniqlash, kompyuter tomografiya diagnostikaga yordam beradi.

Xushning buzilishi (karaxtlanishdan sopor holatigacha) sekundlardan bir necha daqiqagacha davom etadi. *Karaxtlanishda* — xushning so'nishi, so'zli muloqot saqlanib qoladi, tashqi ta'sirotlar qabul qilish bo'sag'asi ortadi, ruhiy faollik susayadi, ruhiy faoliyatning qiyinlashuvi, sekinlashuvi va siyraklashuvi kuzatildi. Diqqat kamayadi, nutqli muloqot saqlangan, berilgan savolarga javob ma'lum bir vaqt-pauzadan keyin bo'ladi. *Amneziya* — ma'lum bir vaqtning ichida hozirgi yoki bo'lib o'tgan voqealarni xotiradan yo'qolishi. Amneziya qisqa vaqtni o'z ichiga oladi va retrograd (bevosita shikastlanishga olib kelgan hodisani xotiradan yo'qolishi), *kongrad* (xushning yo'qolishi davridagi xotiraning yo'qolishi) yoki *anterograd* (shikastlanishdan keyingi vaqtni xotiradan o'chishi). Ko'pincha ular birgalikda kelib, *anteroretrograd* amneziya kuzatiladi. Geskill S., Merlin A. 1996 y. ma'lumotlariga ko'ra amneziya bemorlar xushini yo'qotganligidan dalolat beradi.

Hush tiklanganidan keyin tarqoq bosh og'rishi (ba'zan zarb tekkan sohada) og'riqlar, bosh aylanishi, umumiy holsizlik, quloq shang'illashi, terlash, uyqu yomonligi, xotira, diqqat kamayganligi, apatiya va kayfiyatning yomonligi bo'ladi. Ba'zan poliuriya kuzatiladi, bemorlarning ko'ngli aynishi bo'lib, qusish kuzatilmasligi ham mumkin. Ko'pincha bemorlarni ko'ngil aynishi, qusish bezovta qilib, odatda qusish bir ikki marotaba va bevosita shikastlanishdan keyin kuzatiladi. Bemorlarda bosh og'rishi kuchayib, ko'z harakatlarida va ko'zini ochib-yumganida ko'z olmasida og'riqlar sezishi mumkin, yorug'lik nuridan peshona sohasida va ko'z olmasida og'riqlar kuchayishi (*Gurevich va Manna simptomlari*) kuzatiladi.

Gurevichning okulostatik fenomeni — ko'z olmasini harakatlanashida muvozanat buziladi. Ko'z yuqoriga harakatlanganda orqaga yiqilib ketish va pastga harakatlanganda oldinga yiqilib ketish bo'ladi. Quloqlarda shang'illash, bosh aylanish va ko'ngil aynish kuzatiladi.

To‘r parda angiopatiyasi – o‘tkir davrda aniqlanadi. Bunda parda venalari kengayib qovuzloqsimon ko‘rinish oladi, qonga to‘lishadi. Arteriyalar torayib, parda tomirlar bo‘ylab shishadi. Ko‘ruv nerv diski chegaralarining aniqligi yo‘qoladi. To‘r parda tomirlaridagi o‘zgarishlar odatda ikki tomonlama bo‘ladi, biroz assimetriya kuzatilishi ham mumkin.

Yuz qon tomirlari tonusining labilligi (yuzning qizarishi yoki oqarishi), vazomotor “o‘yin”. *Gipergidroz*, asosan distal — qo‘l kaftida va oyoq panjasi pastki yuzalarida kuzatiladi. Nevrologik mikrosimptomlar aniqlanishi mumkin — yuz nervi pastki shoxining qaytar parezi (burun-lab burmasining tekislanishi hisobiga og‘iz burchagining biroz asimetriyasi); pay, teri reflekslarining labil, engilgina asimetriyasi, qorin yoki kremaster reflekslarining pasayishi; engil bir necha kunda (3-7 kun) o‘tib ketuvchi miya pardasi belgilari. Ijobiy barmoq-burun sinamasi, Romberg holatida chayqalish, ko‘z qovoqlari va cho‘zilgan qo‘llarning qaltirashi. Tez o‘tib ketuvchi qorachiqlarning miozi va midriazi, fotoreaksiya saqlanib 0,5 - 0,6 s gacha susayadi (normada 0,2 s).

Vestibulyar sindrom. Boshning engil shikastlanishlarining o‘tkir davrida bemorlar xushini yo‘qotmagan hollarda ham spontan vestibulyar bosh aylanishlari, doimiy bo‘lmagan I darajali gorizontal (klonik) nistagm kuzatilishi mumkin. Nistagm yaqqol, bir tekis ritm va klonik xarakterli.

Davolash. 2-3 hafta davomida yotoq holat. Kalla ichi bosimini va miya shishini kamaytirish uchun har kuni vena ichiga gipertonik eritmalar (30-50 ml – 40% glyukoza, 20-50 ml 10% natriy xlorid, 10 ml 40% urotropin, 5-10 ml 25% magniy sulfat), diuretiklar (laziks, furosemid 2-6 ml) yuboriladi. Bu davolash prinsiplari hamshiralik jarayonini harbiy dala sharoitida ham asosiy bo‘g‘inlaridan hisoblanadi, chunki urushda bosh sohasidagi jarohatlar ko‘p uchraydi.

Ko‘krak qafasining lat eyishi va qisilishi

Ko‘krak qafasining lat eyishi va qisilishi ko‘pincha qovurg‘alarning sinishi, tomirlarning yorilishi, o‘pkaning yirtilishi, plevranning

shikastlanishi bilan kechishi mumkin; natijada – pnevmotoraks, gemotoraks va teri osti emfizemasi asoratlari avj olishi mumkin.

Davolash:

Ko'krak qafasi lat eyishi bo'lgan bemorlar ko'pincha konservativ yo'l bilan davolanadi: 1. Analgetiklar. 2. Bo'yin vagosimpatik va qovurg'alararo blokadalar. 3. Nafas gimnastikasi. 4. Antibiotikoterapiya. 5. Dinamik kuzatuv.

Pnevmtoraks – plevra bo'shlig'ida havo to'planishi. Sabablari:

- 1) Qovurg'a sinishi.
- 2) O'pka va plevraning yorilishi.
- 3) Spontan pnevmotoraks.

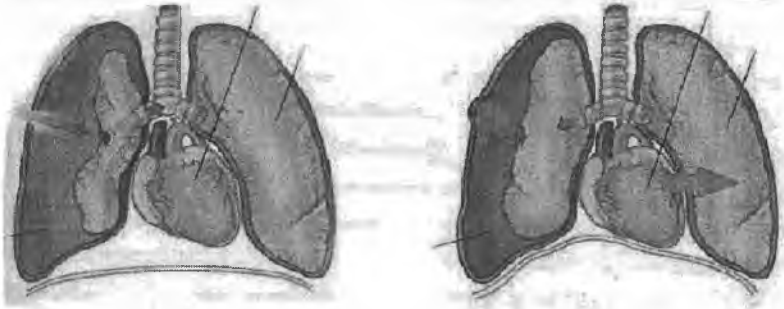
Pnevmtoraksning turlari (rasm-72):

1. Ochiq pnevmotoraks.
2. Yopiq pnevmotoraks.
3. Klapanli pnevmotoraks.

Pnevmtoraksning klinikasi

Ko'krak qafasidaga havo miqdoriga qarab, bemorlarning shikoyatlari ko'p bo'ladi. Havo miqdori ko'p bo'lsa hansirash, sianoz, taxikardiya bezovta qiladi va hatto plevropulmonal shok rivojlanishi ham mumkin. Kovurg'alarining oralig'i tekislanadi, ko'krak qafasi bochkasimon ko'rinish oladi va nafas harakatlari chegaralanadi. Perkussiyada qutisimon tovush, auskultatsiyada – vezikulyar nafasning susayishi kuatiladi.

Davolash. Yopiq pnevmotoraksda plevral bo'shliqqa drenaj qo'yiladi. Ochiq pnevmotoraksda germetik chok qo'yiladi, plevra bo'shlig'iga drenaj o'rnatilib, havo so'rib olinadi. Klapanli pnevmotoraks oldin ochiq pnevmotoraksqa aylantiriladi va ochiq pnevmotraks kabi davolanadi. Vagosimpatik, qovurg'alararo blokada, antibiotiklar va nafas gimnastikasi bajariladi.

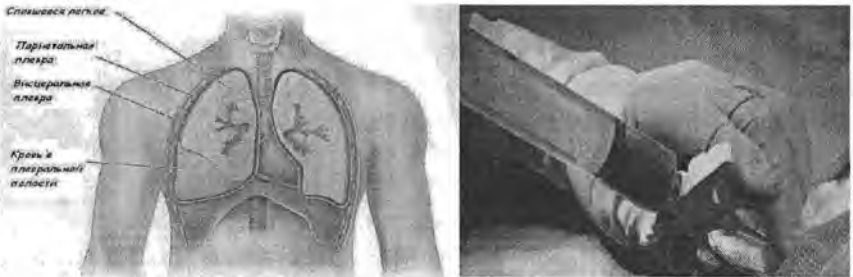


72-rasm. Ochiq va yopiq pnevmotoroks

Gemotoraks

Plevra bo'shlig'ida qon to'planishiga gemotoraks deyiladi. Plevra bo'shlig'ida to'plangan qonning miqdoriga ko'ra kichik, o'rta va katta gemotorakslar bo'ladi.

Klinikasi. Klinik manzarasi turiga bog'lik bo'lib, xansirash, sianoz, taxikardiya ko'rinishida namoyon bo'lib, plevropulmonal shok ham bo'lishi mumkin. Gemotoraks uchun shikastlangan tomonda qovurg'a oralig'ining tekislanishi, ko'krak qafasining bochkasimon bo'lishi, nafas harakatlarning chegaralanishi, perkutor tovushning to'ntoqlanishi, auskultatsiyada – keskin susaygan vezikulyar nafas eshitiladi.



73-rasm. Gemotoraksda punksiya

Diagnostikasi: obzor rentgenoskopiya, ikki proeksiyada rentgenografiya, tomografiya, plevra bo'shlig'ini ultratovush bilan tekshirish, plevra bo'shlig'ini diagnostik punksiyasi.

Davolash. Gemotoraksda punksiya yoki plevra bo'shlig'iga drenaj o'rnatish yo'li bilan plevra bo'shlig'idagi qonni evakuatsiya qilish zarur (73-rasm). Davom etuvchi gemotoraksda operativ davo – torakotomiya va qon ketish manbasini bartaraf qilish kerak.

Qorin bo'shlig'i a'zolarining yopiq shikastlari

Yopiq shikastlanishlar to'mtoq shikastlarning natijasi bo'lib, qorin devoriga zarba, yiqilish, yo'l transport hodisasi, portlashlarda suv yoki havo to'lqini va boshqalar ta'siridan kelib chiqadi (74-rasm).

Shikastlanishning xarakteriga ta'sir qiluvchi omillar: shikastlovchi agentning turi va kuchi, qorin devorining elastikligi, qorin devorining muskullarining tonusi, yog' kletchatkasining ko'pligi, bo'shliqli a'zolarining to'lish darajasi.

Klinikasi. Bo'shliqli a'zolarining teri osti shikastlanishida –peritonit belgilari: qorinda og'riqlar, qorin muskullarining himoya taranglashuvi – «taxtasimon qorin», Shetkin-Blyumberg simptomining musbatligi, jigar to'mtoqligining yo'qolishi, qorin bo'shlig'i quyi yon kanallarida to'mtoq tovush eshitilishi, bo'shliqda erkin havo aniqlanishi.

Parenximatoz a'zolar shikastlanganda: ichki qon ketishi va o'tkir anemiya belgilari, qorin bo'shlig'i yon kanallarida to'mtoq tovush eshitilishi, peritoneal belgilar paydo bo'lishi.



74-rasm. Qorin bo'shlig'i a'zolari yopiq shikasti

Davolash. Bemor va yaradorlarni (urush vaqtida harbiy dala sharoitidan kelib chiqqan holda) shoshilinch ravishda operativ (shoshilinch) davolash zarur. A'zolar shikastlanganida choklar qo'yiladi yoki rezeksiya qilinib, qorin bo'shlig'i sanatsiyalanadi, drenaj naychalar o'rnatiladi. Jigarga choklar qo'yiladi yoki katta charvi bilan tamponada qilinadi. Taloq shikastlanib ichki qon ketishi kuzatilganida splenektomiya bajariladi. Buyraklardan qon ketishda buyrak jarohatiga choklar qo'yiladi, samarasiz holatlarda nefrektomiya qilinadi. Siydik pufagiga choklar qo'yilib, kateter o'rnatiladi yoki epitsistostoma qo'yiladi.

Qorinning o'q tekkan jarohatlaridagi tibbiy yordam xajmi.

Jang maydoni birinchi tibbiy yordam (zararlanish o'chog'ida) jarohatlangan askarni topish, qorin jarohatiga katta (ayniqsa, jarohatdan ichak teri qismi va charvining to'lib qolishi) va keng aseptik bog'lam quyish. Har bir askar jarohatdan chiqib turgan ichki organlarni ichkariga tiqish mumkin emasligini bilishi shart. Qo'shilib kelgan jarohatlarda shunga mos (xos) tibbiy yordam ko'rsatiladi. Masalan, qorinning jarohatida va tizza qopqog'i jarohatlanganida transport immobilizatsiya qilinadi. Jang maydonidan nosilkalarda ko'chiriladi. Ko'p qon yuqotilayotganda bosh tomoni pastga tushirilgan holda kuchiriladi.

1.Shifokorgacha bo'lgan yordam – birinchi tibbiy yordam kengroq holda o'tkaziladi. Oldinroq qo'yilgan bog'lam to'g'rilanadi. Bog'lam birlamchi tibbiy punktda qo'yiladi, bog'lam keng bo'lishi qorin devorining hamma tomonlariga etishi kerak. Anagetiklar yuboriladi; bundan tashqari, yurak vositalari beriladi va nosilkalarda birlamchi tibbiy punktga o'tirgan holda olib boriladi.

2.Shifokor yordami (Birlamchi tibbiy punktda). Kechiktirib bo'lmaydigan choralardan biri bu jarohatlanganlarni keyingi bosqichga qisqa vaqt ichida ko'chirishga qaratilgan. Tibbiy saralash vaqtida qorin jarohati olganlar 3 guruhga bo'lingan:

I guruh – o'rta og'irlikda jarohatlanganlar. Bog'lamlar to'g'rilanadi yoki yangisi qo'yiladi, antibiotiklar yuboriladi; yana qoqshol anatoksini va morfin gidrokloridi ham yuboriladi. Chiqib

turgan ichki organlar ichkariga kiritilmaydi. Steril pinset bilan steril marli salftetkalar ichak tugunlari orasiga va teriga qo'yilib, ustidan katta quruq marli kompresslar qo'yiladi, bu ichaklar tugunlarini ichak yo'llarini sovishdan saqlash uchun. Kompresslar keng bint bilan fiksatsiya qilinadi. Sovuq vaqtlarda jarohatlanganlarni odyol bilan yopiladi, grelkalar qo'yiladi, chunki sovuq qotish shokni kuchaytiradi. Bunday bemorlar iloji boricha havo yullari orqali, tizzalari buklangan (tagiga odyollar yoki valik qo'yilgan), orqaga yotgan holda birinchi navbatda transportirovka qilinadi.

II guruh –og'ir holdagi jarohatlanganlar kiradi. Ko'chirishga tayyorlash bilan bir qatorda shokka qarshi tadbirlar o'tkaziladi. Paranebral yoki vagosimpatik blokadalar, poliglyukin va og'riq qoldiruvchi vositalarni vena ichiga yuborish, bundan tashqari nafas oluvchi va yurak analeptiklarini va boshqalarni yuborish. Ahvoli yaxshilanishi bilanoq askarlarni tezda sanitar transporti bilan keyingi bosqichga ko'chirish kerak, unga bu bosqichda ixtisoslashgan jarrohlik yordami ko'rsatiladi. Shaxsiy tarkib – jarohatlangan askar suyuqlik ichishi va ovqatlanishi qat'iy man qilinishini bilish shart.

III guruh – Birlamchi tibbiy punktda parvarishlash uchun va simptomatik davolanish uchun terminal holdagi yaradorlar qoladi.

3. Malakali tibbiy yordam. Harbiy gospitalda malakali jarrohlik yordami hamma qorin jarohati olgan yaradorlarga ko'rsatilgan. Bu erda asosiy o'rinni saralash tutadi. Operatsiyaga asosiy ko'rsatma bo'lib yaralanish (jarohat olish) vaqti emas, balki yaradorning umumiy ahvoli va klinik belgilari asosiy ko'rsatma bo'la oladi. Asosiy urg'u qorin yaradorlarini qancha qisqa vaqt ichida operatsiya qilsa, shuncha tez, yaxshi tuzalishiga imkoniyatlar ko'payadi. Lekin yana bir jihatni esda tutish kerak: yaradorni ahvoli qancha og'ir bulsa, operatsion asorat (travma) shunchalik xavfli bulishi mumkun. Bularni ajratish uchun esa tibbiy saralash olib boriladi, bunda yarador quyidagi guruhlariga bulinadi.

I guruh – davom etuvchi massiv qorin bushlig'iga yoki plevra ichiga qon ketish simptomli yaradorlarni tezkor operatsiya xonasiga yuboriladi (torakoabdominal jarohatida).

II guruh – aniq belgilersiz bo'lgan ichki qon ketishlari bo'lgan yaradorlar, ammo II- III daraja shokdagilar shokka qarshi terapiya

olib boriladi shokni davolash jarayonida yaradorlar 2 kategoriyaga bo'linadi.

A) Hayot zarur bo'lgan operatsiyalarning arterial bosimi turg'un ko'tarilishi (A/B 80-90 mm sim.ust.) bilan yaradorlar ahvoli yaxshilanadi. Bunday bemorlar operatsiya xonasiga yuboriladi.

B) Ichki qon ketishning aniq belgilarisiz bo'lgan yaradorlar. Ular tezkor jarrohlik davolashni talab qiladi, lekin organik funksiyalari tiklanmagan ammo arterial bosimi 9,3 kPa(70 mm.sim.ust) past turmoqda. Bunday bemorlar operatsiya qilinmaydiganlar safiga kirib, konservativ davo uchun yuboriladi.

III guruh – qoniqarli ahvoldagi kechiktirib olib kelingan yaradorlar, lekin peritonit belgilarini kuzatish va konservativ davolash uchun stasionarga yuboriladi.

IV guruh – terminal holatdagi bemorlar reanimatsiya bo'limiga yuboriladi.

V guruh – qoringa teshib kirmaydigan jarohatli yaradorlar (ichki organlar shikastlanishlarsiz). Bunday yaradorlarga taktika asosan tibbiy taktik holatga bog'liq bo'ladi. Ta'kidlanishicha, qorin devorini har bir jarohati potensial xavfli deb boriladi.

Shu sababdan harbiy shart-sharoitlar yo'l qo'ysa (jarohatlanuvchilar soni oz), operatsiya xonasining o'zidayoq har bir bemorning jarohati jiddiy ravishda ko'zdan kechirilishi lozim. Bundan ko'zlangan asosiy maqsad jarohatning xususiyatini aniqlab olishdan iborat. Jarohat o'tkir (yoki o'tmas) tig'li predmet bilan etkazilgan bo'lsa, jarroh dastavval jarohatga birlamchi ishlov berishi, so'ngra qorin bo'shlig'ining o'rtasidan o'rtacha hajmdagi laparotomiyani amalga oshirib, ichki organlarning ahvolini kuzatishi shart.

Jarohatlanuvchilar bilan shug'ullanish uchun qulay shart-sharoit mavjud bo'lmasa, dastlabki tibbiy yordam berilib, (antibiotiklar, og'riqni qoldiruvchi vositalar qo'llanilishi) zudlik bilan jarohatlanuvchini ko'chirmoq kerak.

Krash sindrom

To'qimalarning uzoq vaqt ezilish sindromi yoki krash sindrom (75-rasm) – o'ziga xos travmatik holat bo'lib, asosan yumshoq

to'qimalarning har-xil intensivlikda va uzoq vaqt (2-3 soatdan ortiq) davomida ezilishidan keyin rivojlanadi. Patologiyaning bu turi er qimirlashlarida, shaxtalarning o'pirlilishida va boshqa holatlarda kuzatiladi. Bu simptomokompleksning klinikasi jarayonning joylashgan joyiga, shikastlanishning kengligiga bog'liq. Qanchalik mushak to'qimasi ko'p bo'lsa, kasallikning kechishi shunchalik og'ir va oqibati yomon bo'ladi. Mahalliy belgilari tana shikastlangan qismi ozod qilinganidan keyin boshlanadi va oyoq-qo'llar shisha boshlaydi, paypaslaganda to'qimalar dag'allashgan bo'lib bu o'zgarishlar bir kundan keyin maksimal kuzatiladi. Keyinchalik oyoq-qo'llar soviydi, teri oqarib, ko'kimtir dog'lar paydo bo'ladi.



75-rasm. To'qimalarning uzoq vaqt ezilish sindromi

Teri sezuvchanligi, tomir urishi yo'qoladi. Terida seroz, gemorragik suyuqlik bilan to'lgan pufakchalar paydo bo'ladi. Shishlarning ortib borishi bilan qon quyula boradi, ezilgan to'qimalardan va interstitsial bo'shliqdan plazma yo'qotish, travmatik shok belgilari paydo bo'lishiga sabab bo'ladi. Oyoq-qo'llarda tezda qaytmas o'zgarishlar rivojlanadi, bu esa miotsitlarda keng ishemik nekroz rivojlanishiga, uzoq vaqt ezilish sindromi, travmatik toksikoz, krash sindromi deb nomlanuvchi og'ir distrofik o'zgarishlariga olib keladi.

Travmatik toksikozning bosqichlari

Patologik jarayon uchta bosqichdan iborat: 1) erta (boshlang'ich), 2) oraliq, 3) kech bosqich.

Boshlang'ich bosqichida shikastlangan sohada og'riqlar, harakatning qiyinlashganligi, umumiy holsizlik, ko'ngil aynishi kuzatiladi. Tomir urishi tezlashadi, AB birmuncha pasayadi va eyforiya bo'ladi. Keyinchalik bemorlarda apatiya bo'lib, uyquchanlik rivojlanadi va umumiy manzara travmatik shokni eslatadi. Farqi travmatik toksikozda gematokrit, eritrotsitlar soni va gemoglobin miqdori oshgan bo'ladi. Siydik miqdori esa borgan sayin kamayib borib, to'q rangga kiradi, 0,6—1,2 g/l gacha proteinuriya, silindruriya, gematuriya bo'ladi. Travmatik shok belgilar bo'lgan boshlang'ich bosqichi 1-2 kun davom etadi. Bir necha kun davomida o'tkir jigar-buyrak etishmovchiligi, uremiya va sariqlik kelib chiqadi. Oraliq bosqichi 1-2 hafta davom etadi. Buyraklar, jigar funksiyalari tiklanganida to'qimalarda nekroz kechki bosqichda rivojlanadi.

Travmatik toksikozni davolash

Oyoq-qo'llarni ezilishdan ozod qilishdan so'ng, urush vaqtida harbiy dala sharoitidan kelib chiqqan holda elastik bint bilan o'rash, immobilizatsiya qilish, shikastlangan sohalarni sovitish, sirkulyar novokainli blokada qilish kerak. Oyoq-qo'llar shishi orta borib, to'qimalar ishemiyasi va ezilish belgilari kamaymaydigan bo'lsa bo'ylama yunalishda fassiyalarni kesish bilan uzun-uzun, keng (lampas) kesmalari qilinadi. Tinchlik davrida va urush vaqtida evakuatsion etaplarini ta'minoti, vaziyati, funksiyalaridan kelib chiqqan holda giperbarik oksigenatsiya, nekrektomiya, yoki oyoq-qo'llarning amputatsiyasi amalga oshiriladi. Yaradorga, shikastlanuvchiga narkotik anealgetiklar, antigistamin vositalar buyuriladi, gemodez, poliglyukin, reopoliglyukin, periston vena ichiga quyiladi. Gemodinamika buzilganda noradrenalin, mezaton, dopamin yuboriladi, qon, plazma quyiladi. Intoksikatsiya va buyraklarning shikastlanish belgilari ortib borsa infuzion terapiyaning hajmi kuniga 3-4 l gacha oshadi, vitaminlar, antibiotiklar, tomirlarni kengaytiruvchi vositalar yuboriladi. Diurezning 40-50 ml/s dan kamaymasligi ta'minlanadi. Anuriyada gemodializ, gemosorbsiya qilinadi.

X. JAROHATLAR

Jarohat deb teri yoki shilliq qavatlar, ba'zan esa chuqur joylashgan to'qimalar yoki ichki organlar butunligining mexanik buzilishiga aytiladi. Jarohatning xavfi quyidagilarga bog'liq: yo'qotilgan qonning miqdoriga, travmatik shokning rivojlanish darajasiga, mahalliy yoki umumiy infeksiya rivojlanganligiga, hayot uchun zarur organlarning shikastlanganligiga.

Klinikasi: umumiy o'zgarishlar: o'tkir anemiya, shok, infeksiya, a'zolar hayot faoliyatining buzilishi; mahalliy o'zgarishlar: og'riq, qon ketishi, jarohat chekkalarining ochilib turishi. Jarohatdan qon ketishi: to'qimalarning ajratuvchi asboblari kanchalik o'tkir bo'lsa, jarohatdan qon ketishi shunchalik kuchli bo'ladi, shikastlanishlarda har doim ham qon ketishi tashqi bo'lavermaydi.

Og'riqning kuchi quidagi omillarga bog'liq: shikastlangan retseptor va nerv tutamlarining soniga, shikastlangan organizmning reaktivligiga, jarohat etkazuvchi qurolning xarakteriga va jarohatning etkazilish tezligiga.

Jarohatlar tasnifi:

To'qimalar shikastlanishining xarakteriga qarab: 1. o'q otuvchi qurol bilan etkazilgan jarohat, sanchilgan, kesilgan, chopilgan, latigan, ezilgan, yirtilgan, shilingan, tirlangan, tishlangan, zaharlangan va aralash jarohatlar (76-rasm).

76-rasm.



Kesilgan

Chopilgan

Tishlangan

yirtilgan

*Aralash**Tirnalgan**Zaharlangan**O'q tekkan**Lat egan*

Chuqurligiga qarab: yuzaki, ichki a'zolarning shikastlanishi bo'lmagan, bo'shliqlarga teshib kiruvi jarohat, ichki a'zolarning shikastlanishi bo'lgan, bo'shliqlarga teshib kiruvi jarohat.

Sababiga ko'ra: operatsion, tasodifiy.

Joylashishiga ko'ra: yuz sohasining, boshning, bo'yinning, ko'krak qafasining, qorinning, oyoq yoki qullarning jarohatlari.

Infitsirlanganlik darajasiga qarab: infitsirlangan, aseptik.

Vaqtiga qarab: yangi, kechikkan.

Bitish usuliga qarab: birlamchi tortilish bilan bituvchi va ikkilamchi tortilish bilan bituvchi jarohatlar.

Jarohat kanalining xarakteriga ko'ra: teshib o'tuvchi, tegib o'tuvchi, ko'r.

Jarohatning bitish fazalari: gidratatsiya (og'riq, temperatura, shish, infiltratsiya), regeneratsiya yoki degidratatsiya.

Jarohatning yomon bitishi sabablari:

Umumiy: immun sistemasining etarli rivojlanmaganligi, gipovitaminoz, surunkali yallig'lanish kasalliklari, qandli diabet, yurak va buyrak etishmovchiligi.

Mahalliy: yirik qon-tomirlarning shikastlanishi, jarohatda yot jismlarning bo'lishi, jarohatda nekrotik to'qimalarning bo'lishi, suyak bo'laklari, virulent mikroorganizmlar.

Jarohatlar bitishining 2 turi tafovut qilinadi: jarohatning birlamchi bitishi (5-6 kun), jarohatning ikkilamchi bitishi.

Jarohatlar bitish jarayoniga ta'sir qiluvchi omillar: biriktiruvchi to'qima hujayralari (fibroblastlar, fibrotsitlar), suv va elektrolit balansi bilan bog'liq asosiy oraliq substansiya, kollagen tolalar.

3-9 kunlarda jarohat chekkalarining ochilib ketishi xirurgik infeksiya bilan bog'liq bo'lmay, balki quyidagilarga bog'liq:

gipoproteinemiya, gipovitaminoz, suv-elektroli balansining buzilishi, qon fibrinolitik sistemasidagi buzilishlar, organizm immunobiologik kuchlarining holati.

Jarohatlarning ikkilamchi bitishi sabablari:

Mahaliy: jarohat chekkalari hayotga layoqatligining yo'qolishi, jarohat chekkalarining bir-biriga to'g'ri kelmasligi, katta bo'shliq, qontalash mavjudligi, virulent infeksiya mavjudligi.

Umumiy: kaxeksiya, gipo- yoki avitaminoz, modda almashinuvini buzulishi, infeksiyon kasalliklar.

Granulyasion to'qima qavatlari: leykotsitar-nekrotik (leykotsitlar), qon tomirlar (poliblastlar va kollagen tolalar), vertikal qon tomirlar qavati (fibroblastlar, hujayralararo moddalar).

Kelloid chandiqlarning sabablari: nerv, endokrin sistemalaridagi buzilishlar, mahalliy qon aylanish etishmovchiligi.

Jarohatlar bo'linadi: aseptik, bakterial – ifloslangan, infitsirlangan – yallig'lanishning klinik manzarasi paydo bo'ladi, yiringli.

Ikkilamchi infitsirlanish: bu shikastlanuvchiga birinchi yordam ko'rsatishda va davolash jarayonida aseptika qoidalari buzilishining natijasidir! Harbiy dala sharoitida yoki ko'chadagi travmatizmida hamshiralik jarayonini rejalashtirishda bu holatni e'tiborga olish lozim.

Jarohatni davolashdan maqsad: shikastlangan a'zo va to'qimalarning birlamchi holatini, faoliyatini tiklash, rivojlanishi mumkin bo'lgan asoratlarni oldini olish.

Aseptik, infitsirlangan va yiringli jarohatlarni davolash usullari turlicha: shikastlanuvchining murojat qilish vaqtiga, jarohat turiga, jarohatga tushgan mikroorganizmlarning virulentligiga.

Jarohatlarni davolashda qo'llaniladi: operatsiya va qayta bog'lash usullari, mahalliy va umumiy medikamentoz, fizioterapevtik muolajalar, davolovchi badan tarbiya.

Turli xil jarohatlarni davolash: operatsion jarohatlarni (drenajlash, Redon drenaji), tasodifiy jarohatlarni (jarohatga birlamchi xirurgik ishlovi, jarohat infeksiyasi bo'lganda ikkilamchi xirurgik ishlov berish, birlamchi – kechiktirilgan choklar), infitsirlangan va yiringli jarohatlarni davolash.

Jarohatlarga birlamchi xirurgik ishlov berishning qadam-baqadam bosqichlari: antiseptik bilan jarohat atrofiga ishlov berish,

anesteziya, antiseptiklar bilan yuvish, gemostaz, reviziya, yot jismlarni olib tashlash, jarohatni kesib kengaytirish, chekkalari va tubini kesib olib tashlash, antiseptik moddalar bilan yuvib tozalash, qavatma-qavat choklar qo'yish, aseptik bog'lam qo'yish.

Yiringli va infitsirlangan jarohatlarni davolashda quyidagi chok turlari tafovut qilinadi:

- Birlamchi – kechiktirilgan choklar jarohatga birlamchi ishlov berishdan

2-4 kundan keyin qo'yiladi.

- Ikkilamchi – erta choklar granulyasion to'qima paydo bo'lgan jarohatga 2

haftadan keyin qo'yiladi.

- Ikkilamchi – kechki choklar 3-4 hafta yoki undan kechroq qo'yiladi.

Jarohatlarni davolashda qo'llaniladi: kimyoterapiya – antibiotiklar, sulfanilamidlar, lazeroterapiya geliy-neon lazer, SO_2 lazer, oksigenobaroterapiya, aeroterapevtik qurilmadagi abakterial muhitlarda, immunologik ko'rsatgichlardagi o'zgarishlarga asosan immunoterapiya, dietoterapiya – yuqori kaloriyalı oziqlantirish, ba'zi toksinlarni tanlab chiqarish – gemosorbsiya, plazmoferez.

KO'P SONLI JAROHATLAR

XX asr oxirlariga kelib sanoat va qishloq xo'jaligining jadal rivojlanishi, transportning taraqqiyoti, katta tezlikka ega bo'lgan avtomobillarning yaratilishi, ko'p qavatli baland turar joylar qurilishi, tabiiy ofatlarning tez-tez yuz berishi, temir yo'l xalokatlari tufayli odamlarda ko'p sonli og'ir jarohatlar uchrashi keskin ko'paydi. Bu jarohatlar 15-40% hollarda o'lim bilan tugaydi. Ko'pchilikda esa jarohat asoratlari tufayli nogironlik kuzatiladi. Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining ma'lumotlari bo'yicha, ko'p sonli jarohatlar oqibatida yuz beradigan o'lim yurak-qon tomir kasalliklari va o'smalardan keyingi uchinchi o'rinni egallaydi. Politravma – ikki yoki undan ko'p anatomik sohaga ega jarohat bo'lib, ulardan bittasi yoki birgalikda bemor hayotiga xavf solishi mumkin. Bu

esa tez va samarali tibbiy yordamga muhtoj holatga aytiladi. Harxil xalokatlar, urush, bu jarohatlar epidemiyasidir. Xalokatlarni 1/5 qismi bosh miya jarohati, 1/10 - ko'krak va qorin bo'shliqlari a'zolari, 1/3 - qo'l va oyoqlar jarohati, 1/4 - 4/5 - aralash jarohatlar, 1/50 - 1/20 - kombinatsiyalashgan jarohatlar, ezilish sindromi (Krash sindromi) – to 1/2 - uchrashi mumkin. Ushbu bemorlarning 1/5 qismi - reanimatsion yordamga muhtoj, yana 1/5 qismi - jarrohlik amaliyotiga muhtoj, 2/5 qismi - neyroxirurgik yordamga muhtoj, 1/25 qismi - agoniya holatidagi bemorlardir. Politravmada o'lim – bemorlarni 2/3 qismida kuzatiladi, birinchi yordam vaqtida ko'rsatilganda – 1/2 qismida, malakali yordam ko'rsatilganda o'lim – 1/6 qismini tashkil etadi. Ko'p sonli jarohatlarni klassifikatsiyalash va terminologiyasini yaratish uchun ko'p olimlar va maktablar tomonidan takliflar berilgan. Klassifikatsiya bo'yicha jarohatlarning monotravma (yakka jarohat) va politravma (ko'p sonli jarohat) turlari ajratiladi (A. V. Kaplan, 1975 y.):

I. Monotravma (yakka jarohat), tayanch-harakat a'zolaridagi bir anatomik sigmentning, yoki bir bo'shliqdagi bir a'zoning shikastlanishidir. Monotravmaning monofokal va polifokal turlari qayd etiladi.

II. Politravma, tayanch-harakat a'zolaridagi ikki va undan ortiq segmentlarning sinishi, bir yoki undan ortiq anatomik-funksional sohadagi bir necha a'zolarining jarohatlanishidir. Qon tomir va nervlarning turli anatomik sohalardagi jarohatlari ham shular jumlasiga kiradi. Politravmaning quyidagi turlari farqlanadi:

1) Ko'p sonli sinishlar (polifrakturalar) - bir bo'shliqda ikki yoki undan ortiq a'zolarining shikastlanishi, tayanch-harakat sistemasida ikki va undan ortiq segmentlarning sinishi.

2) Aralash jarohatlar – bir necha bo'shliqlardagi a'zolarining, yoki ikki va undan ortiq a'zolar sistemasining turli anatomik-funksional sohalardagi jarohatlaridir.

3) Omuxta (kombinatsiyalashgan, bir necha xil) jarohatlar - bir necha xildagi tashqi jarohatlovchi omillarning ta'sir etishi tufayli ro'y beradi. Masalan: mexanik va termik, elektr va mexanik, nurlanish va kimyoviy ta'sir, bir vaqtda suyakning sinishi va kuyish; o'tkir nur kasalligi va bosh miya jarohati va h. k.

Bemorda politravma holati ro‘y berganida, jarohatlarning biri dominant hisoblanadi va bemor ahvolidning og‘irligini aniqlaydi hamda uning hayoti uchun eng ko‘p xavf tug‘diradi. Boshqa og‘irroq bo‘lmagan jarohatlar yo‘ldosh jarohat deb yuritiladi va inson hayoti uchun unchalik xavf tug‘dirmaydi. Travmatik kasallikning patogenezi va klinik belgilari juda murakkab bo‘lib, bemor organizmida ketma-ket keluvchi va bir-biri bilan uzviy bog‘liq bo‘lgan quyidagi davrlar ajratiladi:

1. Shok – bir necha soatdan bir necha kungacha davom etadi.
2. Nisbiy stabillashish va asoratlarning yuzaga kelish xavfi bor davr bir haftagacha davom qiladi.
3. Kechki asoratlarning yuzaga kelishi – bir necha hafta davom etadi.
4. Sog‘ayish – jarohatlangan a‘zolar va sistemalar anatomik butunligi va faoliyatining qayta tiklanishi bir necha oylar va uzoq vaqt davom etadi.

Ko‘p sonli, aralash va omuxta jarohatlar klinik belgilarining o‘ta og‘irligi, butun organizmning hayot uchun zarur faoliyatining izdan chiqishi, to‘liq va aniq diagnostikaning qiyinligi, davolashning murakkabligi, nogironlik, hamda o‘limning yuqoriligi bilan xarakterlanadi va monotravmadan farq qiladi. Ushbu jarohatlar ko‘p hollarda travmatik shok, ko‘p qon yo‘qotish, qon aylanishi va nafas olishning buzilishi bilan kechadi.

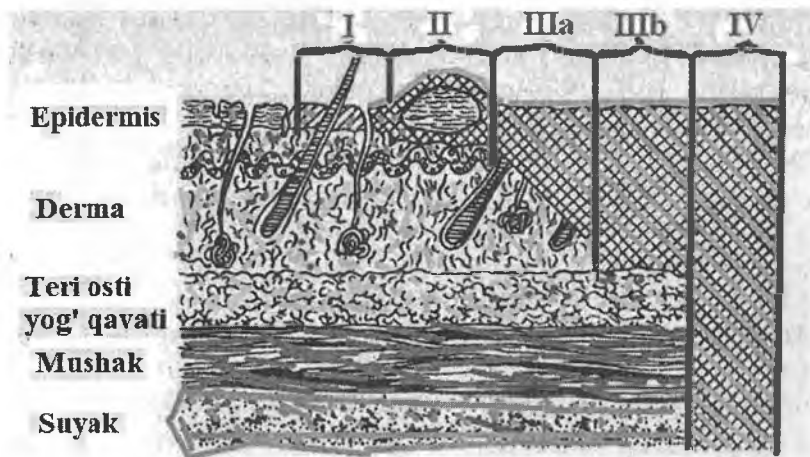
Demak politravma og‘ir kechishi bilan klinik manzarani ifodalaydi va hamshiralik diagnostikasi, davolash muolajalari tinchlik davrida va urush paytida tezkor harakatlar bilan farqlanadi. Hozirgi kunda zamonaviy qurollarni texnologiyalari rivojlangan bir davrda HDX muammolari ham ko‘payib bormoqda. Bu holat albatta politravmalarni ham o‘z ichiga oladi.

Kuyish

Kuyish (combustio) – termik, ximik, nur energiyasi, elektr toki ta‘sirida kelib chiquvchi shikastlanish (77-rasm).

Turlari: termik (issiqlik), Kimyoviy, elektr toki, nurlar ta‘sirida kuyish. Kuyishdan ko‘pincha oyoqlar zararlanadi (1/2 qismi),

bosh, qo‘llar va tana sohalarining boshqa qismlarini kuyish nisbati tahminan bir xil.



77-rasm. Kuyishda to‘qimaning chuqur shikastlanishi

KUYISHLAR KLASSIFIKATSIYASI:

Chuqurligini aniqlash uchun ular IV darajaga bo‘linadi:

I daraja – yuzaki epidermal.

II daraja – teri yuzaki qavati.

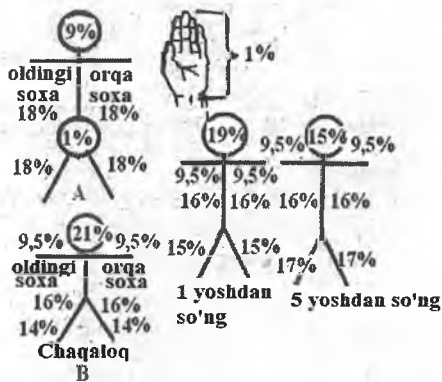
III a daraja – terining so‘rg‘ichsimon qismigacha kuyishi.

III b daraja – kuyish terining so‘rg‘ichsimon qismidan ham chuqurgacha tarqalib, teri osti yog‘ qavatigacha.

IV daraja – teridan chuqurdagi to‘qimalarning ya‘ni pay, suyak, mushaklarini kuyishi (to‘qimalarning ko‘mirlanishi va nekrozi)

Kuyish maydonini umumiy tana terisi sathiga foiz nisbatini aniqlash uchun turli xil usullardan foydalaniladi: A. Uolles tomonidan taklif etilgan «To‘qqizlar qoidasi» (78-rasm), Yu.Yu.Djanilidze, G.D.Vilyavin, B. N.Postnikovlar tomonidan taklif etilgan sxema. B.N.Postnikov tomonidan taklif etilgan maxsus jadval. Vilyavin sxemasida bosqichlar ranglar bilan belgilanadi: I bosqich – sariq rang, II bosqich – qizil,

III bosqich - ko‘k, IV bosqich - qora; transplantat – yashil.



78-rasm. Kuyish sathini (to'qqiz qoidasi) kattalarda (a) va bolalarda (b) va Vilyavin usulida (s) aniqlash

Klinik manzarasi. Umumiy o'zgarishlar: kichik kuyishlarda ahamiyati kam, katta kuyishlarda ahamiyatli umumiy o'zgarishlar hisobiga (kuyish kasalligi vujudga keladi). Mahalliy o'zgarishlar: kuyish simptomlari kuyish darajasiga bog'liq bo'lgan holda turlicha bo'ladi (79-rasm):

I darajali kuyishda terini aseptik yallig'lanishi bilan kechadi kapillyarlar kengayadi, devoridan plazma chiqadi, teri shishadi. Kuygan teri sathi qizaradi, bir oz shishadi, og'riqli. Bir necha kundan so'ng epidermis quriydi, qorayadi, g'adir budirlashadi, so'ng ko'chadi.

II darajali kuyishda yallig'lanish belgilari kuchayadi. Kapillyarlar yanada kengayadi, devorlar o'tkazuvchanligi oshadi, shish ortib boradi. yuzaki epidermal qavat shikastlangan, lekin terining so'rg'ichsimon qavati saqlangan. Epidermal qavatning tagida seroz suyuqlik yig'ilishi hisobiga epidermis ko'chishi kuzatiladi. Ikkinchi darajali kuyishga xos pufakchalar paydo bo'ladi.

III a darajali kuyishda terini yuz qismlarini, ba'zi joylarda butun qavatigacha, so'rg'ichsimon qavat nekrozi bo'ladi, pufakchalar, oq yoki qora rangdagi dog'lar bilan qoplangan, giperesteziya kuzatiladi.

O'lgan to'qimalar po'stloq hosil qiladi, tirik to'qimalardan demarkatsion chiziq hosil qilib ajraladi.

79-rasm.



I darajali kuyish



II darajali kuyish



III darajali kuyish



IV darajali kuyish

III b darajali kuyishda so'rg'ich qavatidan tashqari, teri osti qavati ham shikastlangan. Teri och kulrangda bo'lib, dog'simon ko'rinishda. Gipersteziya yoki to'liq anesteziya. Bitishida dag'al, kamelastik oq rangli kelloid chandiqlar hosil bo'ladi.

IV darajali kuyish klinik manzarasi. Bu darajada chuqur to'qimalarning shikaslanishi ko'mirlanish ko'rinishida bo'ladi, suyaklar ham shikastlanishi mumkin. To'qimalar qora rangdagi sinuvchan holatga keladi. Kuyish o'z o'zidan bitishi kuzatilmaydi. Nekrektomiya va amputatsiyalar qilinadi.

Kuyishlar tinchlik davrida ham, ayniqsa urush davrida ham ko'p uchrashini hisobga olib hamshiralik jarayoni rejalashtiriladi. Harbiy vaziyatda ham bu choralarni ahamiyati katta. Evakuatsiya bilan birgalikda favquloddagi vaziyatlarda ham quyidagi yordam turlarini bajarish kerak.

Kuyishda birinchi yordam: jabrlangan bemorni olovdan ozod etish, ustidagi yonayotgan kiyimlarini o'chirish yoki echib olish, kuygan sohani sovuq suv oqimida og'riqlar to'xtagunicha sovitish, aseptik yoki maxsus bog'lam qo'yish, og'riqsizlantiruvchi tadbirlarni qo'llash.

Birinchi shifokorlik yordamini ko'rsatish. Kuygan jarohatlarni davolash birlamchi xirurgik ishlov berishdan boshlanadi. Kuygan jarohat furatsillin oqimi bilan yuviladi, pufakchalar asosidan teshiladi va suyuqlikni chiqarib tashlanadi. Ajralgan epidermis qavati olib tashlanmaydi.

Birinchi shifokorlik yordam ko'rsatish. Jarohatga yog'li-furatsillinli yoki 0,5% yodopironli bog'lam qo'yiladi. Og'riq qoldiruvchilar in'eksionalari: analgin, baralgin, narkotik analgetiklar. Bemor zudlik bilan ixtisoslashtirilgan kuyish markazlariga yuboriladi.

Davolash. I darajada – 5% sintomitsinli bog'lamlar qo'yiladi. yuz sohasidagi kuyishlar «ochiq» yo'li bilan davolanadi (baliq yog'i, oblepixa yog'i). II-III darajada – mayda pufakchalar ko'chirilmaydi, katta pufakchalar asosida teshiladi va suyuqlik chiqarib tashlanadi. Sintomitsin va levomekol malhamlari, yog'li-furatsillinli aralashmalar bilan bog'lanadi. II-darajali kuyishlar 2 hafta davomida tuzaladi.

III A darajada kuyishlar 3-4- hafta davomida tuzaladi. Qo'l va oyoqlar kuyishida «yopiq» usulda davolanadi. Tananing keng qismlari kuyganda: yuz, badan «ochiq» usulda maxsus aeroterapevtik uskunalarda davolash ishlari olib boriladi. III B-4 - darajadagi chuqur kuyishlarda nekroktomiya qilinadi. Nekroektomiyadan keyingi hosil bo'lgan granulyasion to'qimani teri autotransplantati bilan yopiladi, yani autodermoplastika qilinadi. Teri 2 mm qalinlikda sog' sohalardan: son, elka, qorin old devori, beldan maxsus asbob – «Dermatom» yordamida olinadi. Olingan teri maxsus uskuna «Perforator» yordamida teshilib, granulyasiyalashgan jarohatga o'tkaziladi.

Kuyishdagi asoratlar: bo'g'imlarda kontrakturalar, kelloid chandiqlar, trofik yaralar hosil bo'lishi, IV darajada ko'mirlanish natijasida bemorlar nogiron bo'lib qolishadi.

Kuyish kasalligi

Kasallikning belgilari tana sathining 15% kuyganda namoyon bo'ladi. Bolalarda tana sathining 8-10% kuyganda kuyish kasalligi rivojlanadi. Kuyish kasalligi 1-2 kun davom etgan kuyish shokidan

keyin rivojlanadi. Shokning erektil fazasi erkin kechadi. Ko'p miqdordagi retseptorlarni kuyishi natijasida o'lim holati bo'ladi.

80-rasm.



Kuyish toksemiyasi. Kuyishning 2-3-kuniga kuchayadi va 1-2 hafta davom etadi (80-rasm). To'qima va a'zolarining (jigar, buyrak) gipoanoksiyasi rivojlanadi. AQH va organizmda suv miqdorini kamayishi anuriya va uremiyaga olib keladi. Gemorragik va eroziv gastrit, oshqozon ichak traktining o'tkir yaralari va ulardan qon ketish kuzatiladi.

Septik (septikotoksemik) bosqich. Kuyish kasalligining 2-3-haftasida rivojlanadi. Jigar-buyrak etishmovchiligi, suvsizlanish, atsidoz, gipoproteinemiya kuchayadi. Oksidlanish protsesslari buziladi. Bemor qonida mikroblar paydo bo'ladi.

Rekonvalessensiya bosqichi. Kuyish kasalligini yaxshi kechishi bilan rekonvalessensiya bosqichi boshlanadi. Boshlanish muddati kuyish chuqurligi va maydoniga bog'liq. Bemorlarning ahvoli yaxshilanadi, ishtaxasi paydo bo'ladi, epitelizatsiya boshlanadi.

Kuyish kasalligini davolash. Shokni davolash uchun kuniga 2-3 soat ichida 1 litrgacha plazma, qon quyish lozim. Undan tashqari 3-5 litrgacha tuzli eritmalar, glyukoza, jelatinol, reopolyuglikin quyish kerak. Adekvat og'riqsizlantirish uchun: narkotik va nonarkotik analgetiklar, antigistamin dori vositalari yuboriladi.

Kuyish toksemiyasini davolash. Birinchi ikki kunda tana og'irliğining har bir kilogrammiga 3 ml to'g'ri keladigan va kuygan

maydon hajmiga ko'paytirilgan infuzion davolash olib boriladi. Infuzion terapiya tana og'irligining 10% oshmasligi kerak. Masalan, bemor og'irligi 70 kg bo'lsa, kun davomidagi infuzion suyuqlik miqdori 7 litrdan oshmasligi lozim (R.Moore, A.Wallace).

Toksemiyani davolash. Mahalliy davo – nekrektomiya, qon, qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar, oqsil preparatlari, aminokislotalar aralashmasi, antibiotiklar, vitaminlar gemosorbsiya, biogemosorbsiya qilish kerak bo'ladi.

Septikotoksemiyani davolash. yuqori kaloriyaga ega, oqsil, vitaminli oziq-ovqat maxsulotlarini qabul qilish, plazma, qon, vitaminlar, antibiotiklar, o'z vaqtida bajarilgan nekrektomiya va teri qayta o'tkazish operatsiyalari bajariladi.

Rekonvalessensiya bosqichida davolash. Dori-darmon bilan davolashni kamaytirib, teri o'tkazish bajariladi. Qon o'rnini bosuvchi vositalarni kuyish davom ettiriladi. Davolovchi mashqlar, reabilitatsiya choralari ko'riladi.

Kimyoviy kuyishlar: kislotalar, ishqorlar, og'ir metall tuzlari, fosfor.

Kimyoviy vositalarning ta'siri. Kislotalar va og'ir metall tuzlari teridan suvni so'rib oladi va oqsillarni koagulyatsiya qiladi. Natijada koagulyatsion nekroz paydo bo'ladi. Pustloq hosil bo'lishi tezlashadi. Ishqorlar to'qimadan suvni so'rib olishi va oqsillarni parchalashi bilan kollikvatsion nekroz keltirib chiqaradi. Natijada ko'p miqdorda toksik mahsulotlar hosil bo'ladi va intoksikatsiya rivojlanadi.

Fosfor va porox bilan kuyish. Kuyish jarohatlari chuqur bo'ladi, chunki teriga tushishi bilan yonishi davom etadi. Chuqur kuyishlar va nekrozlar. 2-3 kundan keyin og'ir intoksikatsiya rivojlanadi. Sariqlik va anuriya bilan birgalikda o'tkir jigar-buyrak etishmovchiligi kelib chiqishi mumkin.

Kimyoviy kuyishlarda birinchi yordam. Suv bilan yuvish 5-10 daqiqa davomida. Kislotalar ta'sir etgan joyga 2% natriy bikarbonat aralashmasi bilan ishlov berish. Ishqorlar bilan kuyganda 1-2% uksus, limon kislotalari bilan ishlov berish. Fosfor bilan kuyganda 5% mis kuporosi, 0,1-0,2% kaliy permanganat aralashmasi bilan ishlov berish.

Elektrotravma

Organizmni elektr toki yoki chaqmoq bilan shikastlanishi elektrotravma deyiladi. Ta'sir og'irligini tok kuchi, kuchlanish va ta'sir etish vaqti hal etadi. Elektr toki ta'sirida to'qima termik, ximik, mexanik o'zgarishlarga uchraydi (81-rasm).



81-rasm. Elektr toki ta'sirida shikastlanish

Sanoat qishloq xo'jaligida va kundalik hayotda elektrlashtirishni ko'p qo'llash elektr tokidan shikastlanishlar sonini ko'paytirib yubordi. Elektr simlarining ikkala qutubini ushlaganda tokdan shikastlanish ro'yobga keladi, bu boshqa kuyishlardan farq qiladi. Elektr tokining ta'sir qilishi uning kuchiga, kuchlanishi va ta'sir davomlilikiga bog'liq bo'ladi. Elektr tokining turi (doimiy, o'zgarib turuvchi, uch fazali) unchalik ahamiyatga ega emas. Mahalliy tok (220 V, 40-60 Gs/s) doimiy tokdan xavfliroq. U tok bilan kontaktda bo'lganda organizmda qarshilik paydo qildiradi. Terining qarshiligi qancha kam bo'lsa, tok ta'siri shunchalik chuqur va xavfli bo'ladi.

Elektrotravma klinik manzarasi mahalliy va umumiy belgilardan iborat. Mahalliy belgilari: o'lchamlari 2-3 mm keladigan jigarrang sarg'ish va kulrang jarohatlarni aniqlanadi. Umumiy belgilari: mushaklarni tonik qisqarishi, tonik falajlik. *Engil darajalarda* bemorlar qo'rquvni his etadilar, qisqa muddatga hushdan ketadilar. So'ngra bosh aylanish, holsizlik bo'ladi. *O'rtacha og'irlikda shok* klinik manzarasi, nafas olishni to'xtashi, hushni yo'qotish, yurak qorinchalari fibrillyasiyasi. *Og'ir shikastlanish* o'lim bilan tugaydi.

Elektrotravmada birinchi yordam. Birinchi navbatda bemorni ta'sir etayotgan tokdan ajratish kerak (shaxsiy texnik xavfsizlik qoidalariga rioya qilgan holda). Erkin nafas olish yo'qligida o'pkani suniy ventilyasiyasini qilish (og'izdan og'izga yoki og'izdan burunga). Yurak faoliyati to'xtaganda yurakni bilvosita uqalash, dori darmonlarni yuborish va kislorod berish. Qorinchalar fibrillyasiyasida – **Defibrillyasiya**. Butun tanani uqalash.

Elektrotravmani mahalliy davolash. Shikastlangan sohani spirt bilan ishlov berish va aseptik bog'lam qo'yish, nekrektomiya va terini qayta o'tkazish operatsiyasi (to'qimani ko'mirlanishi yuz bergan bo'lsa – amputatsiya).

Ilgari elektr travmalar tabiatdagi elektr manbai-chaqmoqdan ro'yobga kelar edi. Birinchi yordam yuqorida qayd qilinganday bajariladi. Chaqmoq urishi og'ir o'tishi ham mumkin: qo'l-oyoq qorako'mirga aylanishi, tanadan ajralib ketishi ham mumkin. Og'ir chaqmoq urishlar xirurgik, travmatologik bo'limlarda, ba'zan reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limlarida davolanadi.

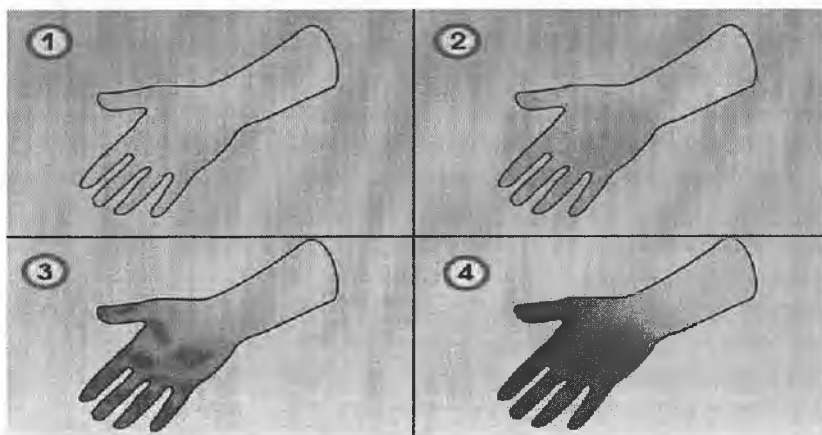
Sovuq urishi

Sovuq urishi deb, past haroratning ta'sir qilishi natijasida to'qimalar nekrozi va reaktiv yallig'lanishga aytiladi. Ortiqcha namlik, mikroiqlimning buzilishi, tor kiyim va poyabzal, qon aylanishi buzilishi, gipovitaminoz va shu kabilar sovuq urishi uchun qulay sharoit yaratadi. Uning asosiy sababi to'qimalar ishemiyasi bo'lib, qon aylanishi sekinlashadi, 20% hollarda qo'l-oyoq shikastlanadi.

Sovuq urishlar tasnifi: sovuq urishining to'rt darajasi farq qilinadi (82-rasm).

I darajali sovuq urishi. To'qimaning 40 daqiqadan 60 daqiqagacha sovuq urishi faqatgina teriga ta'sir qiladi, vaqtincha qon aylanishi buziladi. Sovuq ta'sirida teri rangsizlanadi, qonsizlanadi va qotadi («nuqsonli» yoki «ko'rinmas» davr). Soha isitilishi bilan tomirlar spazmi kamayadi, giperemiya fazasi boshlanadi. Plazma atrofdagi to'qimalarga chiqadi, shikastlangan to'qimada shish paydo bo'ladi. 1-2 hafta ichida qon aylanishi normal bo'ladi, sovuq urish belgilari yo'qoladi. Teri issiq, qizargan, ba'zan qo'ng'ir—ko'k rangga ega

bo'ladi, shish vujudga keladi. «Sovuq urish bezi» ko'k-qizil rangni eslatib, og'riydi, qichishadi.



82-rasm. Sovuq urishlarning to'rt darajasi farqlanadi:

Agar terini yuzaki sovuq urishi tez-tez takrorlansa, epidermis qoramtir-ko'k rangda shishadi, buni sovuq tegishi deyiladi. Bu hol ko'proq qo'l-oyoq barmoqlarida, tovonda, quloq, burunda uchraydi.

II darajali sovuq urishda terining malpigi qavatigacha yuzaki nekroz bo'ladi. Sovuq ta'sirida tomirlar spazmi kuchli va uzoq davom etadi, so'ngra to'qimalarning isitilishi ularni kislorod ochligiga – etishmovchiligiga olib keladi. Zararlangan to'qimalarda plazmaning tez va kuchli chiqishi terining epidermis qavatini ko'tarib, qizg'imgir – seroz suyuqligi bo'lgan pufakchalar hosil qiladi. Ko'k-qizil teri sathi og'riydi, shishadi.

III darajali sovuq urishda terining chuqur qavatlari va teri osti yog' qavati zararlanadi. O'lgan to'qimalarda qaytarib bo'lmaydigan o'zgarish ro'yobga kelib, ko'kimtir tus oladi. Ko'pincha tomirlar trombozi bo'ladi, ma'lum vaqt o'tgach demarkatsion chiziqqa ega bo'lgan total nekroz kuzatiladi. Agar unga infeksiya tushsa, xo'l gangrena boshlanadi.

IV darajali sovuq urishda terining chuqur qavatlari, xatto suyaklar ham nekrozga uchraydi. 4-6 kun o'tgach aniq o'lgan to'qimalar

belgilanadi, nekroz chuqurlasha boradi. 7-10 kun davomida bemor harorati ko'tarilib, yuqori leykotsitoz, siydikda oqsil aniqlanadi. 1,5-2 oy orasida o'lgan to'qimalar o'z-o'zidan ko'chib amputatsiyaga uchrashi mumkin, arorat subfebril bo'ladi.

Sovuq urgan tovon panjalari 4 haftalar ichida, tovon esa 1-2 oy orasida uzilib tushadi.

Sovuq urishda to'qimalar o'lishining asosiy sabablaridan biri qon aylanishining buzilishi bo'lib, distal tomirlar qisqargani holda terminal qon aylanishi undan farqli o'laroq atonik kengayadi. Bunda kapillyarning venoz qismida qonning sekinlashishi va to'xtab qolishi kuzatiladi. To'qimalarda kislorod etishmovchiligi mikrotsirkulyasiyaning pastligidan dalolat beradi. Shu bilan birga gemolizlangan eritrotsitlar plazmaga aralashib, zararlangan qon tomirlar devori orqali sovuq urgan to'qimalarga chiqadi. Bu hol shish va terining kuchli sianozini hosil qiladi. Kislorodning etishmasligi hamma qavat to'qimalarni, xatto suyaklarni ham nekrozga uchratadi.

Klinik manzarasida ikki davr farqlanadi: reaktiv davrgacha bo'lgan davr va reaktiv davr.

Reaktiv davrigacha shikoyatlar kam. Shikastlangan soha rangsizlangan, sezgirlik buzilgan bo'ladi. Shish kuzatilmaydi.

Reaktiv davr esa sovuq ta'siri to'xtatilgach ro'yobga keladi. Bemor isitilgandan keyin qon aylanishi boshlangach, sovuq urish darajasini aniqlash mumkin bo'ladi. Uning belgilari sovuq urishning kuchliligi, davomliligiga bog'liq tezkor kontakt sovuq urishlar qattiq muzlagan metallar, ashyolar, karbonat angidrid (-110°S) yoki erigan havo (-140°S) ta'sirida ro'yobga chiqadi. Ko'pincha kontakt sovuq urish burun, qo'l-oyoq, yuz, lab, til va quloqda kuzatilib, odatda III va IV darajali bo'ladi.

Birinchi yordam va davolash. Reaktiv davrda davolash tomirlar spazmini yo'qotishga qaratilgan bo'lib, bunda kislorodga bo'lgan extiyojni qondirish zarur. Buning uchun vazokonstriktor holatni yo'qotish kerak, tomir ichiga kishi haroratidan yuqoriroq isitilgan suyuqlilar yuboriladi va bemor isitiladi. Sovuq urgan joyni qor bilan ishqalash infeksiya tushirish imkoni bo'lgani uchun zararlidir. Mahalliy soha spirt, gibitan suyuqligi yoki teri rangiga ta'sir qilmaydigan antiseptik moddalar bilan dizinfeksiya qilinadi va

isituvchi steril doka, paxta bog‘lab qo‘yiladi. Sovuq urgan sohani tez isitish mahalliy nekrozga olib kelishi mumkin, ayniqsa issik suvli vannaga tushirish mumkin emas.

Reaktiv davrda davolash sovuq urishining darajasiga bog‘liq.

Birinchi darajali sovuq urishda quruq bog‘lam va keyinchalik fizioterapiya (UVCh, ultrabinafsha nurlantirish) tavsiya qilinadi.

Ikkinchi darajali sovuq urishda birlamchi xirurgik ishlash bajarilib, teri yuqorida qayd qilinganidek tayyorlanadi. Sohaga salbiy ta‘sir qilmaydigan surtma dorilar, fizioterapiya qo‘llaniladi.

Uchinchi va to‘rtinchi darajali sovuq urishida soha 70°S spirt bilan tozalanib, quruq steril bog‘lam qo‘yiladi, quruq gangrenada dezinfeksiyalovchi tez quriydigan eritmalar bog‘lanadi. III-IV darajali shikastlarda 3-5 kunda erta nekrektomiya qilinadi. Bu qo‘l-oyoqda uzunasiga kapillyar qon paydo bo‘lguncha bajariladi. Nam gangrenada proteolitik fermentlar, gipertonik suyuqligi bilan bog‘lanadi.

Demarkatsion chiziq paydo bo‘lganda nekrektomiya, ko‘rsatma bo‘yicha amputatsiya yoki ekzartikulyasiya bajariladi.

Xirurgik ishlov berish og‘riqsizlantirish bilan olib borish zarur.

Umumiy sovqotish kam harakat qilganda sovuq ta‘sirida paydo bo‘ladi. Tinchlik zamonda kam uchraydi (kema halokati, alpinistlarda ko‘ngilsiz voqealar, alkogoldan chuqur zaharlanish, hushdan ketish, koma holati).

Urush davrida umumiy sovqotish ko‘p uchraydi, unda qon ketadi, shok ta‘sirida tana harorati pasayib ketadi va sovuq urishga organizm moyil bo‘ladi. Sovuq avvalo tana haroratini pasaytiradi, periferik tomirlar qisqarib teri oqaradi, u elastikligini yo‘qotib, qurib, g‘adirbudur bo‘ladi («GOZ» terisi), mushaklar qisqarishi natijasida, tuk va sochlar tiklanadi, tana harorati 35S da yuz oqaradi. Sianoz, tizza, tovon va jinsiy organlarda og‘riq bo‘ladi, siydik kelishi tezlashadi-poliuriya («sovuq diurezi»). Kayfiyat buzilib befarqlik, apatiya paydo bo‘ladi, charchash uyquga tortadi. Bemorda gallyusinatsiya yuzaga kelib, bemor o‘zini issiq uyda deb his qiladi.

Umumiy sovqotish to‘rt fazadan iborat.

Sovishning birinchi fazasida chekka vazokonstriksiya tufayli issiqlik hosil bo‘lishining ko‘payishi natijasida bemor harorati +37°S atrofida turadi.

Ikkinchi fazasida maksimal issiqlik bo'lishidan tashqari (aktiv harakat, muskul tremori) bemor tana harorti 1-2^oS tushadi. Oqargan, sovigan terida og'riq paydo bo'ladi. Bemor o'z hushida bo'lib reflekslar saqlanib qolib, engil psixik qo'zg'alish seziladi.

Uchinchi fazasida harorat 34-27^oS gacha pasayadi. Mushak tremori qotishga o'tadi. 30^oS haroratgacha yurak urishi bir me'yorda bo'ladi, 30^oS dan past bo'lganda dastlab yurak etishmovchiligi vujudga keladi, aritmiya, bradikardiya kuzatiladi.

To'rtinchi fazasida bemor tanasi harorati 27^oS gacha pasayib, tana a'zolari funksiyasi to'xtaydi, soxta o'lim belgilari paydo bo'ladi. Nafas olish, tomir urishi zo'rg'a aniqlanadi, reflekslar bo'lmaydi. Keyinchalik o'limga olib keladi.

Davolash. Agar sovuq ta'siri o'z vaqtida to'xtatilsa, bemorni o'limdan saqlab qolsa bo'ladi. Avval uni isitmoq zarur, agar bemor hushidan ketmagan bo'lsa, qaynoq ichimliklar (choy, kofe) beriladi. Sun'iy nafas oldiriladi va bilvosita yurak massaj qilinadi. 4 soatlik interval bilan gidrokarbonat natriy arteriya yoki vena tomiriga yuboriladi. Agar sovuq olish o'z vaqtida to'xtatilgan bo'lsa, organizm a'zolari funksiyasi tezda o'z holiga keladi.

Sovuq urishining klassifikatsiyasi

I daraja. Terining yuzaki qavatlarini shikastlanib, qon aylanishni qaytuvchi buzilishlari kuzatiladi. Qon tomirlarni spastik qisqarish tufayli shikastlangan a'zoda qotishi, oqarishi va og'riq bo'ladi. Shikastlangan a'zoning kapillyarlari falaji natijasida giperemiya, shish va sezuvchanlikni yo'qolishi kuzatiladi.

II daraja. Terining yuzaki qavatini nekrozi kuzatiladi. Teri va teri osti yog' qavatining infiltratsiyasi kuchayadi, sezuvchanlik yo'qoladi. Seroz-gemoragik suyuqlikni saqlovchi pufakchalar hosil bo'ladi.

III daraja. Terining chuqur to'qimalarning shikastlanadi. Qon aylanishni to'liq buzilishi, shikastlangan a'zoni nekrozi va demarkatsion chiziq hosil bo'ladi.

IV daraja. Suyaklarni shikastlanishi kuzatiladi. «O'z o'zidan amputatsiya» holatlariga olib keladi.

Sovuq urishining klinik manzarasi. Reaktiv oldi davri. Past haroratni ta'sir etish vaqtidan boshlanadi. Terining oqarish, sovish

va sezuvchanlikni pasayishi bo'lad. Reaktiv davri. Past haroratni ta'sir etishini to'xtashishi bilan boshlanadi. Sovuq urgan soha shishgan, qattiq, ko'kimtir qizg'ish rangda bo'lib og'riy boshlaydi. Pufakchalar hosil bo'lishi mumkin.

Davolash. Reaktiv oldi davrida davolash bemorni isitishga qaratilgan. Bemorni 20° dan 37°S gacha bo'lgan issiq vannaga solinadi. Shikastlangan a'zodan tashqari. Vena ichiga isitilgan infuzion suyuqliklar quyiladi. Qon tomirlarni kengaytiruvchi dori dormonlar buyuriladi. Sovuq urgan sohaga quruq aseptik bog'lama qo'yiladi. Reaktiv davrida davolash sovuq urishining darajasiga bog'liq bo'lad. I darajada: quruq aseptik bog'lamlar va fizioterapiya. II darajada: birlamchi xirurgik ishlov berish, pufakchalarni ochish va olib tashlash, teriga spirt bilan ishlov berish, aseptik bog'lamlar va fizioterapiya. III-IV darajalarda: yiringli infeksiya boshlangan bo'lsa, Kimyoviy nekrektomiya, jarohatlar yiringlagan hollarda esa nekrektomiya, amputatsiya yoki ekzartikulyasiya qilinadi.

XI. XIRURGIK INFEKSIYA

Xirurgik infeksiya yallig'lanish sindromini rivojlantiradi. Tashqi muhitning organizm himoya reaksiyalarini chaqiruvchi omillaridan bittasi bu patogen mikroorganizmlardir. Xirurgik kasalliklarning juda ko'pchilik qismi inson organizmi va mikroorganizmlar o'zaro ta'sirining natijasidir. Organizmga tushgan mikroblarning miqdori va virulentligi qanchalik ko'p bo'lsa, organizm himoya kuchlari qanchalik sust bo'lsa, kasallikning rivojlanish ehtimoli shunchalik ortaveradi yoki aksincha.

Mikroblarning organizmga tushishi uchun «kirish darvozalari» mavjud bo'lishi kerak, ya'ni teri yoki shilliq qavatlarning butunligi buzilgan bo'lishi zarur. Yiringli yallig'lanish kasalliklari va jarohat infeksiyasi necha-necha asrlardan buyon umumiy jarrohlikning asosiy muammolaridan biri bo'lib keladi va shunday bo'lib qolmoqda. Muammoning muhimligi faqat yiringli kasalliklar bo'yicha yaratilgan asosiy qo'llanmalardagina (V.F. Voyna-Yasenetskiy, 1956; V.I.Struchkov va boshqa mualliflar, 1984) emas, balki yiringli

jarrohlikning alohida mustaqil bo'lim qilib ajratilishi (shu jumladan, xirurgik kasalliklardan maxsus bo'limlarning tashkil etilishi) bilan ham ta'kidlanadi. Shuni unitmaslik kerakki, xirurgik infeksiya keng tarqalgan bo'lib, u xirurgik kasalliklar umumiy miqdorining 1/3 dan ko'prog'ini tashkil etadi. Xirurgik infeksiyani oldini olishning asosida quyidagilar yotadi: organizm himoya kuchlarini oshirish, terining mikroflora bilan ifloslanishini kamaytirish, har-xil shikastlanishlarni oldini olish, jarohatlarga o'z vaqtida xirurgik ishlov berish.

XIRURGIK INFEKSIYA TASNIFLASH.

Xirurgik infeksiya: 1) kasallikni keltirib chiqaradigan mikroblarning turiga bog'lik holda etiologiya (mikrob florasi); 2) kasallikning klinik holati; 3) kasallik jarayonining cheklanib olishi bo'yicha tavofut qilinadi.

Etiologiya bo'yicha stafilokokk, streptokokk, pnevmokokk, kolibatsillyar aralash yoki ko'p turli (polimikrob) infeksiya va boshqalar tavofut qilinadi.

Jarayonning cheklanib olinishi bo'yicha xirurgik infeksiya teri va shilliq pardalarning yiringli infeksiyasiga, ko'krak qafasi va o'pkaning yiringli infeksiyasiga, bosh va bosh miyaning yumshoq to'qimalari infeksiyasiga, qorin pardasi va qorin bo'shlig'i organlarining yiringli infeksiyasiga, suyak va bo'g'imlar infeksiyasiga va xokazolarga ajratiladi.

To'qimalardagi o'ziga xos patologoanatomik o'zgarishlarni hisobga olgan holda kasallikni klinik ko'rinishi bo'yicha tasniflash juda muhimdir. Bunda quyidagi turlar tavofut qilinadi.

1. O'tkir xirurgik infeksiya.

1.1. Mahalliy o'tkir xirurgik infeksiya:

a) o'tkir nopetsifik yiringli infeksiya;

b) o'tkir chirik (putrid) infeksiya;

v) o'tkir nospetsifik anaerob infeksiya yoki Gazli gangrena (qorason);

g) o'tkir spetsifik anaerob infeksiya (qoqshol, kuydirgan, jarohat difteriyasi).

1.2. Umumiy xirurgik infeksiya:

- a) o'tkir nospetsifik infeksiya;
- b) o'tib ketgan (surunkali) umumiy xirurgik infeksiya.

2. Surunkali xirurgik infeksiya:

- a) surunkali nospetsifik infeksiya;
- b) surunkali spetsifik infeksiya (sil, aktinomikoz, zahm).

O'tkir xirurgik infeksiya mahalliy va umumiy xarakterining o'zgarishi zaminida kelib chiqadi yoki kasallikning septik kechishi (umumiy xirurgik infeksiya) bilan ajralib turadi. O'tkir jarayon uchun kasallikning tez boshlanib, og'ir kechishi xosdir. Surunkali xirurgik infeksiya sekin kechadi, uzoq, ba'zan yillab davom etishi mumkin, u bosilib qolib, yana avj olishi mumkin. Garchi kasallik boshlangandayoq surunkali xususiyatga ega bo'lsa ham, ko'pincha surunkali infeksiya o'tkir infeksiyaning davomi bo'ladi (suyak-bo'g'imlar sili, Brod absessi).

Yiringli infeksiyaga organizmning reaksiyasi va patogenezi

Yiringli infeksiyaning rivojlanishida teri va shilliq qavat *barer* larining ahamiyati juda katta. Mikroblar uchun butunligi buzilmagan teri va shilliq qavatlari engilmas to'siq bo'lib xizmat qiladi. Mexanik yoki boshqa omillarning ta'siri epidermis va shilliq qavatlari butunligini buzilishiga olib keladi va infeksiya uchun «*kirish darvozalari*» ochiladi. Mikroblar organizmga arzimagan mikrot-ravmalar natijasida osongina kirib oladi va to'qimalararo bo'shliqqa o'tib, limfa sistemasi orqali limfa oqimi bilan to'qimalarning chuqurroq qatlamlarigacha etib boradi.

Xirurgik infeksiyaning keyingi rivojlanishi va yiringli jarayonning tarqalishi quyidagilarga bog'liq: organizmning immunologik holatiga, mikroblarning virulentligiga.

Xirurgik infeksiyaning rivojlanishida to'qimalarning immunobiologik, anatomo-fiziologik xususiyatlari katta ahamiyatga ega.

O'tkir yiringli infeksiyaning rivojlanishiga kirish darvozalari sohasi terisidagi trofik o'zgarishlar (qon quyilishi, nekroz), poliinfeksiya (bir necha xil mikrofloralarning sinergik), superinfeksiya (virulentligi har-xil bo'lgan yangi tur mikroblarning kirishi) olib keladi.

Xirurgik infeksiyaning mahalliy belgilari: qizarish, shish, og'riq,

temperatura, zararlangan a'zo va to'qimalar funksiyasining buzilishi.

Bu simptomlarning namoyon bo'lish darajasi organizmning reaktivligiga bog'liq. Yallig'lanishga javoban organizmning quyidagi reaksiyalari tafovut qilinadi: giperergik, normergik, anergik.

Giperergik reaksiya. Bu tur reaksiya uchun yallig'lanish o'chog'ida yiringli jarayon, shishning keskin rivojlanishi, keskin ifodalangan limfadenit va tomirlar trombozi xarakterli. Bu jarayonlar ko'pincha bemorlar umumiy ahvoning birdaniga yomonlashuvi bilan kechadi va o'lim bilan tugashi mumkin.

Normergik reaksiya. Bu xil reaksiyada jarayon biroz sekinroq kechadi, to'qimalar reaksiyasi sust ifodalangan (biroz shish), uncha baland bo'lmagan temperatura va biroz leykotsitoz. Agarda davolash vaqtida va to'g'ri boshlansa, normergik reaksiya osongina davolanadi.

Anergik reaksiya. Reaksiyaning bu turi sust ifodalangan umumiy va mahalliy simptomlar bilan xarakterlanib, yallig'lanish chagalangan va salgina ifodalangan shish, normal yoki subfebril temperatura bilan kechadi. Organizmning immuniteti etarli darajada bo'lsa kasallik osongina shifo topadi va o'tib ketadi. Agarda immunitet past bo'lsa unda jarayon keskin tus oladi.

Har bir yallig'lanish jarayoni organizmning umumiy reaksiyasi bilan kechadi va quyidagilarga bog'liq bo'ladi: mikrofloraning virulentligiga, parchalangan to'qimalarning so'rilish intensivligiga, makroorganizmning reaktivligiga.

Organizmning umumiy reaksiyasi namoyon bo'ladi: gektik temperatura, titroq, bosh og'rishi, holsizlik, hushning buzilishi, taxikardiya, jigar va buyrak faoliyatlarining buzilishi.

Davolash prinsiplari. Rivojlangan xirurgik infeksiyani davolash organizm immunobiologik kuchlarini maksimal oshirish bilan, mikroflora rivojlanishi uchun noqulay sharoitlar yaratish orqali olib boriladi:

Aholining maishiy sanitar-gigienik ahvolini yaxshilash, shu juladan antibiotiklarni keng ko'lamda qo'llash xirurgik infeksiya rivojlanish sonini kamaytiradi. Vaqt o'tishi bilan mikroblarning antibiotiklarga chidamli bo'lgan yangi shtammlari paydo bo'lishi natijasida, xirurgik muolajalarni talab qiluvchi yiringli kasalliklar

ko'payadi. Oxirgi yillarda xirurgik infeksiya bilan kurashning yangi usullarini izlash –organizm ximoya kuchlarini o'rganishga, ularni kuchaytirish va maqsadga muvofiq ravishda qo'llashga undaydi va bular bilan esa klinik immunologiya shug'ullanadi. Infiltrativ yallig'lanish bosqichida konservativ davolaniladi. Davolashda mahalliy va umumiy ta'sir qilish prinsiplari qo'llaniladi.

Mahalliy davo: tinchlik, antiseptik vositalarni mahalliy qo'llash, fizioterapevtik muolajalar, novokainli blokadalar.

Umumiy davolash: yiringnli intoksikatsiya bilan kurashish, organizm himoya kuchlarini faollashtirish, mikroorganizmlar virulentligi pasaytirish, hayot uchun muhim a'zolar faoliyatini yaxshilash, to'qimalar regenerativ xususiyatlarini stimullash.

Yiringli intoksikatsiya bilan kurash quyidagilarni o'z ichiga oladi: yiringni evakuatsiya qilish, antitoksik xususiyatga ega bo'lgan vositalarni ishlatish – fiziologik eritma, 5% li glyukoza, laktosol, gemodez, polivinol, jelatinol, oksigeno va vitaminoterapiya, jigar va buyrak faoliyatini yaxshilash.

Organizm himoya kuchlarini faollashtirish: yangi konsentrat-siyalashgan qon va eritrotsitar massa quyish, faol immunizatsiya: anatoksin, maxsus vaksinalar ishlatish, passiv immunizatsiya: stafilo-kokk anatoksini, antistafilokokk plazmasi yoki gamma-globulini, spetsifik bakteriofaglar ishlatish.

Antibiotiklar keng ishlatiladi: mahalliy ishlatish, suyak ichiga yuborish, vena ichiga yuborish, arteriya ichiga yuborish , aortaga yuborish, traxeya ichiga yuborish, yuqorida ko'rsatilgan usullarni kombinatsiyasi.

Enzimoterapiya – mahalliy, ingalyasiya yordamida, parenteral ishlatish.

Operativ davo prinsiplari:

Operatsiya oldi tayyorgarligi: gigenik vanna, xuqna, operatsiya maydonini tozalash. *Og'riqsizlantirish:* mahalliy infiltratsion, o'tkazuvchi anesteziya; umumiy anesteziya – vena ichiga, ingalyasion.

Operatsion kesim keng bo'lishi kerak, zaruriyat bo'lganda qo'shimcha kontrapturalar qilinishi lozim, yiringli bo'shliqni ikki bo'shliqli drenaj naychalar bilan drenajlash kerak.

Mahalliy yiringli kasalliklar

Follikulit – soch xaltachalarining yiringli yallig‘lanishi follikulit deyiladi (83-rasm). Follikulitda soch qopchasi atrofida og‘riqsiz yiringli pufakcha paydo bo‘ladi. Davosi – konservativ muolajalardan iborat.

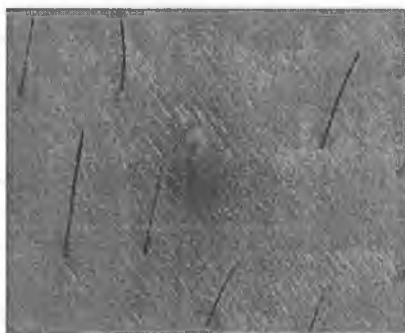
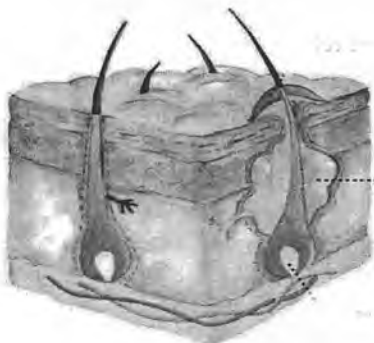


83-rasm. Follikulit

Furunkul – teri soch qopchasi va yog‘ bezlarining yiringli yallig‘lanishi furunkul deyiladi (84-rasm). Furunkul ko‘pincha kiyimlar bilan shikastlanuvchi joylarda — bo‘yin, bel, son va elka sohalarida uchraydi.

Furunkul klinik manzarasi: teri kichishi, sanchiluvchi og‘riqlar, teri qizarishi, terida shish, subfebril temperatura.

Furunkul asoratlari: limfadenit, flegmona, yuz venalarining va miya sinuslarining tromboflebitlari, yiringli artrit, sepsis.



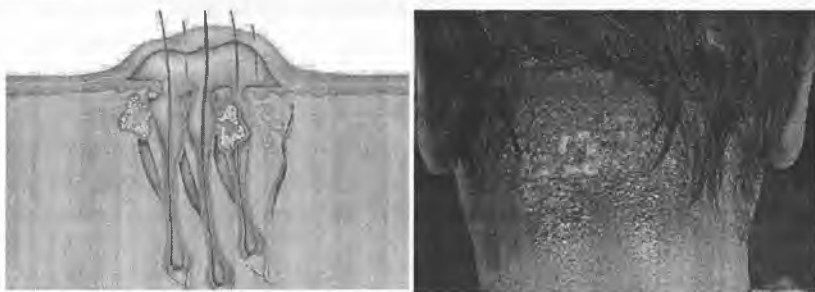
84-rasm. Furunkul

Furunkul davosi. Umumiy va mahalliy davo kilinadi. Mahalliy davo kilishda to'qimalar o'chog'i atrofi 70% spirt yoki gibitan, geksaxloran bilan yaxshilab artib tozalanadi. Yallig'lanish o'chog'i bor joydagi sochlar yaxshilab qirib tashlanadi. Dastlabki bosqichda teri kasalligini yodpiron bilan davo qilish, kvars, sollyuks, UVCh bilan nurlantirish mumkin. Keyingi davrda esa antiseptik malham dorilar (levosin, dioksidin, yodiporin mazlari) va gipertonik eritmaları bog'lov qo'llaniladi. Agar jarayon yaqin atrofdagi to'qimalarni ham qamrab olsa, u holda yiring o'chog'i kesiladi. Shuningdek, o'rab olgan yumshoq to'qimalarni novakain va ta'sir doirasi keng antiboitiklar bilan infiltrativ blok qilish ham qo'llaniladi. Issiq kompreslar to'g'ri kelmaydi, ular terining matsratsiyasiga va infeksiyaning tarqalishiga imkon tug'diradi.

Agar jarayon yuqori harorat va zaharlanish bilan davom etsa, yotib davolanish, jarohatlangan qo'l-oyoqlarni immobilizatsiya qilish zarur. Antibiotiklar, sulfanilamidlar va boshqa antiseptik dori-darmon boshlanadi.

Karbunkul. Bir joyda joylashgan bir necha soch qopchasi va yog' bezlarining umumiy infiltrat hosil qilib, teri va teri osti yog' qavatining nekrozi bilan kechuvchi yiringli nekrotik yallig'lanishi karbunkul deyiladi (85-rasm).

Patologoanatomik manzarasi. Teri va teri osti kletchatkasida bir joyda joylashgan bir nechta soch xaltachalarni hamda yog' bezlarini o'rab olgan infiltrat paydo bo'ladi. Qon aylanishining buzilishi yuz beradi, to'qima keng ko'lamda nekrozga uchraydi va bu furunkuldan farq qilib, barcha teri osti to'qimalarini qamrab oladi. Nekroz zonasida yiring paydo bo'lib, bir nechta soch xaltachalari teshigi orqali tashqariga ajralib chiqadi. Keyin nekrozga uchragan to'qimalar bir-biri bilan birikib, katta vulqon og'ziga o'xshash yoriq hosil qiladi, bu yoriq asta-sekin granulyasion to'qima bilan to'lib boradi.



85-rasm. Karbunkul

Klinikasi: tana haroratining ko'tarilib titroq tutishi, dag'al, og'riqli yallig'lanish infiltrati paydo bo'lishi, terining shishib taranglashishi, teri rangining ko'kintir-qizg'ish rangga kirishi, elakka o'xshash nekrotik soha paydo bo'lishi, ko'ngil aynib, qusish, bosh og'rig'i, uyqusizlik.

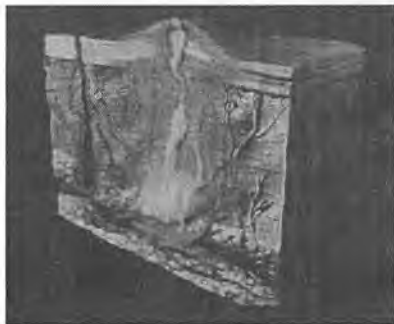
Asoratlari: tromboflebit va limfangit, galvirsimon bo'shliqning trombozi, sepsis, yiringli meningit.

Davolash. Karbunkulni davolash statsionar sharoitlarida o'tkaziladi va quyidagilarni o'z ichiga oladi: yotoq tartibi, boshlang'ich bosqichlarida antibiotiklar bilan novokainli blokadalar, immobilizatsiya, og'riqsizlantirish, antibiotikoterapiya va sulfanilamidlar, umumiy anesteziya ostida shoshilinch davo. Umumiy og'riqsizlantirish bilan karbunkul to mushak ustidagi pardasigacha gir aylantirib yoki xojsimon qilib yara kesiladi. Nekrotik teri va yumshoq to'qimalarning hammasi to sog'lom joygacha qirqib olinadi. Gipertonik eritma, furatsilin bilan yiringdan tozalangach antibakterial maz surtilgan tamponlar kuniga 2 mahal almashtirib turilishi lozim. Proteolitik fermentlardan foydalaniladi. Nekrotik to'qimalar shuningdek, 25% salitsil kislota kristallari ta'siri ostida ham yaxshigina tushib ketadi. Diabet bilan og'rigan bemorlarga nisbatan bu davrda jadal insulin bilan davolash qo'llaniladi.

Gidradenit bu apokrin ter bezlarining yiringli yallig'lanishi gidradenit deyiladi (86-rasm).

Klinikasi: lokalizatsiyasi: qo'ltiq osti sohasi, jinsiy va perianal soha, sut bezlari sohasi, teri ostida teri bilan yopishgan og'riqli

tugun paydo bo'lishi, terining ko'kimtir-qizg'ish tusga kirishi.



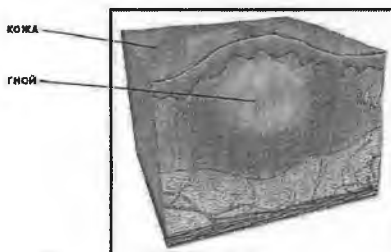
86-rasm. Hidradenit

Davolash: ultrabinafsha nurlari bilan nurlash, UVCh qo'llash, novokainli-antibiotikli infiltratsion blokadalar, past dozada rentgenoterapiya, antibiotiklar, sulfanilamidlar, autogemoterapiya, infiltrat absesslanganda operativ davo qo'llaniladi.

Absess (Xo'ppoz). Chegaralangan yiringli bo'shliq absess deyiladi. Absess teri osti yog' kletchatkasida, mushaklarda, suyak va ichki a'zolar (o'pka, jigar, buyrak, bosh miya) da uchraydi.

Klinikasi: pulsatsiyalanuvchi og'riq, shish va teri qizarishi, flyuktuatsiya (to'lqinlanish) belgisi musbat, tana haroratining ko'tarilishi, leykotsitar formulaning chapga siljishi, leykotsitoz. Absessni diagnostikasida flyuktuatsiyani farqlash aniqlik kiritadi.

Agar xo'ppoz chuqur joylashgan bo'lsa, flyuktuatsiyani aniqlash mushkul. Bu hollarda kompyuter tomografiyasini, ultratovush bilan sinov punksiyasi yordamida aniqlanadi (87-rasm).



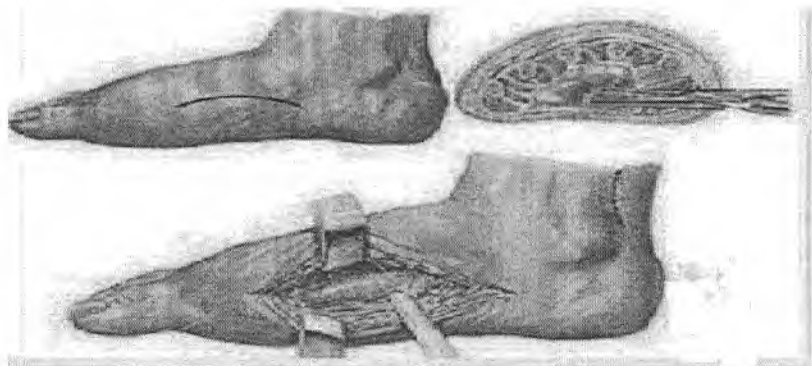
87-rasm. Dumba sohasi absessi

Differensial diagnozi. Abssessi flegmonadan, gidradenitdan, gematomadan, churra tushishidan, anevrizmadan, xavfli o'smadan, shuningdek, sovuq abscess deb ataluvchidan farqlay bilish kerak. Sovuq abscess suyaklar va bo'g'imlar sil bilan zararlangan hollarda paydo bo'ladi. Sovuq abscessda flyuktuatsiya bo'ladi, ammo o'tkir yiringli yallig'lanishning hamma belgilari sezilmaydi.

Abssessni davolash: boshlang'ich infiltratsiya bosqichida konservativ muolajalar, flyuktuatsiya paydo bo'lganida operativ davo – yiringli bo'shliqni (abssessni) ochish.

Flegmona. To'qimalarning tarqoq yiringli yallig'lanish jarayoni flegmona deyiladi (88-rasm) va u ko'pincha siyrak biriktiruvchi to'qimalarda uchraydi. *Ekssudatning turiga* qarab seroz yiringli, yiringli–gemorragik, chirindili flegmonalar farqlanadi. *Lokalizatsiyasi bo'yicha:* epifassial, subfassial, organizmdagi yog' qavatlarini inobatga olganda flegmonalar maxsus nomlanadi: paranefrit, parakolit, paraproktit. In'eksiyadan so'ng paydo bo'luvchi flegmonalar farqlanadi. Ular dori vositalar (10% NaCl, 25% analgin, 25% kordiamin, reopirin) yuborilganda infeksiya tushganda paydo bo'ladi.

Flegmonaning klinik manzarasi: og'riq, titroq, tana haroratining baland bo'lishi (40°S), umumiy holsizlik.



88-rasm. Panja flegmonasi.

Differensial diagnozi. Flegmonani abssessdan, gidradenitdan, kuchayib boruvchi tromboflebit va limfangitdan, shuningdek, gemotagen osteomieliit va aktinomikozdan farqlash lozim.

Flegmonani davolash: faqat boshlang'ich bosqichlaridagina konservativ muolajalar buyurish mumkin. Jarayon yana rivojlanadigan bo'lsa shoshilinch ravishda shoshilinch davo qo'llanishi zarur.

SARAMAS (ROJA)

Saramas terining, ba'zan esa shilliq qavatlarining rivoj oluvchi o'tkir yallig'lanish kasalligi bo'lib, uning ko'zg'atuvchisi A guruh beta-gemolitik streptokokk hisoblanadi. *Saramasning klinik manzarasi.* Birdaniga boshlanishi, tana haroratining ko'tarilib, titroq tutishi, bosh og'rishi, «olov tilchalari» ko'rinishida teri qizarishi, terining shishishi va og'riqliligi.

Saramasning klinik shakllari: eritematoz (89-rasm), bullyoz, flegmonoz yoki gangrenoz.

Eritematoz saramas shaklida teri shishi va qizarishi kuzatilib, ular jarayonning susayishi bilan yo'qoladi. *Saramasning bullyoz* shakli terida sarg'ish, loyqali yoki gemorragik suyuqlik (ekssudat) saqlovchi pufakchalar paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. *Saramasning flegmonoz yoki gangrenoz* shakllari yallig'lanish jarayoniga yiringli infeksiya va teri nekrozi qo'shilsa rivojlanadi.



89-rasm. Ikkala boldir sohasi saramasi.

Saramasni davolash: sulfanilamidlar (streptotsid) mahalliy – kukun ko‘rinishida sepiladi, zararlangan sohalarga brilliant yashili bilan ishlov berish, sulfanilamid vositalarini (streptotsid, etazol, sulfodimetoksin va boshqalar) qabul qilish, antibiotiklar buyurish, iloji bo‘lganida esa endolimfatik yo‘l bilan yuborish, passiv immunizatsiya – antistreptokokk vaksinasini (10-20 ml qo‘llash), vitaminoterapiya, desensibilizatsiyalovchi vositalar – dimedrol va boshqalar, flegmonoz shaklida yiringli o‘choqni ochish.

ERIZIPELOID (CHO‘CHQA SARAMASI)

Bu sudralma eritema yuqumli kasallik bo‘ladi, qo‘zg‘atuvchisi cho‘chqalar saramasi tayoqchasidir. Kasallik kontakt orqali yuqadi. Kasallikning yashirin davri 3-7 kunga cho‘ziladi. Uy bekalari, go‘sht va baliq sanoati bilan bog‘liq ishchilar kasallanadilar.

Bunda teri qatlamlari zardobli yallig‘lanadi va u kattalashib boruvchi shish, limfostaz va limfangont bilan birga kechadi.

Klinik manzarasi. boshlanganda barmoqlarning orqa tomoni ustida qichishish, harorati norma atrofida bo‘ladi. 10-12 kundan so‘ng o‘tkir yallig‘lanish belgilari yo‘qoladi, lekin boshqa panja va barmoqlarga yallig‘lanish o‘tishi mumkin. Kasallik qo‘zib turishi mumkin.

Differensial diagnozi: dermatit, xasmol, barmoqning bir bo‘g‘imaro, artriti, saramasdan farqlash kerak.

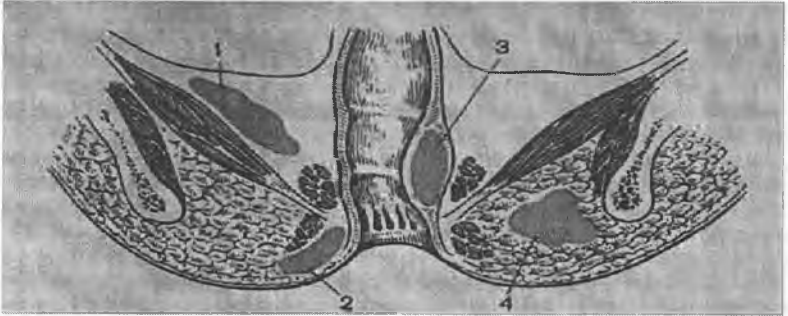
Davolanishi. Barmoq immobilizatsiya qilinadi, penitsillinovokain blokadalari, kvarts nurlar bilan ekspozitsiyalash, rentgenoterapiya, spetsifik zardoblar qo‘llaniladi.

O‘tkir paraproktit

To‘g‘ri ichak atrofidagi yog‘ kletchatkasining yiringli yallig‘lanishi o‘tkir paraproktit deyiladi. O‘tkir paraproktitning teri osti, shilliq qavat osti, quymich-to‘g‘ri ichak, chanoq-to‘g‘ri ichak va to‘g‘ri ichak orqasi paraproktitlari tavofut qilinadi.

Patologik-anatomik manzarasi: to‘qimalar shishining yiringli infiltratsiyasi kuzatiladi. Yiring to‘g‘ri ichak va orqa chiqaruv teshigi atrofidagi biriktiruvchi yumshoq to‘qimalarga tarqaladi.

Nekrotik to‘qimalar yoqimsiz xid chiqaradi. Yallig‘lanish chanoq diafragmasi ustida tarqalib, kichik chanoqda to‘g‘ri ichak orqasi abscesslari paydo bo‘lishi bilan kechadi (90-rasm).



90-rasm. O‘tkir paraproktitda yiringni joylashishi. Abssess fazasida. 1- chanoq-to‘g‘ri ichak. 2-teri osti. 3-shilliq osti. 4- ishiorektal.

O‘tkir paraproktitning klinik manzarasi: anal sohada pulsatsiyalanuvchi, keskin og‘riqlar, defekatsiyaning qiyinlashishi, titrash bilan namoyon bo‘luvchi gektik tana harorati, dumba sohasigacha tarqaluvchi, og‘riqli infiltrat paydo bo‘lishi, flyuktuatsiya, infiltrat ustidagi terining ko‘kimsir tusga kirishi.

Differensial diagnozi: orqa chiqaruv teshigining yorilishidan, to‘g‘ri ichakning vena tomirlari yallig‘lanishidan, ichak atrofidagi surunkali fistula (oqma yara) dan, ichak o‘smalaridan, o‘tkir kulunjdandan farqlash kerak.

O‘tkir paraproktitning davosi shoshilinch ravishda narkoz ostida operatsiya qilishdan iborat. Kesmalar to‘g‘ri ichakning tashqi sfinkteridan 1,5-2 sm uzoqlikda o‘tkaziladi. Kesmalar radial, yoysimon, yoki burchak shaklida bajariladi. Ular pararektal bo‘shliqni drenajlashi lozim. Yiringli bo‘shliq vodorod peroksidi, 0,02% li xlorgeksidin eritmasi bilan yuviladi. Anaerob paraproktitda nekrotik to‘qimalarning kesib tashlash bilan keng yorishlar o‘tkaziladi.

Operatsiyadan keyingi davrda najasni to‘xtatib turish uchun 3-4 kun parhez qilinadi. Antibiotiklar, introfuran preparatlar, proteolitik fermentlar, og‘riqni qoldiruvchi dorilar, kaliy permanganat eritmali vannalar qo‘llaniladi.

MASTIT

Sut bezining yallig‘lanishi mastit deyiladi va u ko‘pincha emizikli ayollarda (90%), aksariyat hollarda esa birinchi tug‘uruqdan keyin uchraydi va laktatsion mastit deb ataladi. Mastit chaqaloqlarda va balog‘atga etish davrida o‘smirliklarda ham uchrashi mumkin.

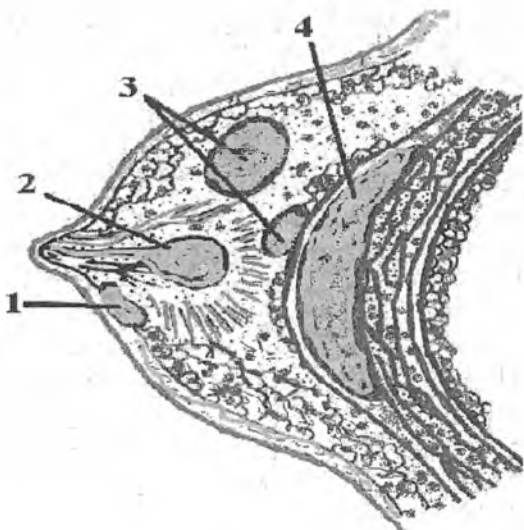
Mastitning odatda qo‘zg‘atuvchilari: stafilokokklar, enterobakteriyalar.

Sut beziga infeksiya tushish yo‘llari: limfogen, sut yo‘llari orqali, gematogen. Mastitda infeksiyaning kirish darvozalari: areola va so‘rg‘ichning yorilishlari, sut bezi shikastlari.

Mastit rivojlanishiga olib keluvchi *omillar*: sut bezida sutning turib qolishi, yashash sharoitlarining antisaniatar holati, chaqaloq emizish davrida sut beziga parvarishning etarli bo‘lmasligi.

Mastitning klinik shakllari (91-rasm):

1. Teri osti mastiti.
2. Subareolyar mastit.
3. Intramammar mastit.
4. Retromammar mastit.
5. Panmastit



91-rasm. Mastit absesslarining xillari. 1-subareolyar. 2-sut yo‘llari retensiyasi, 3-intraglandulyar, 4- retromammar.

Mastitda yallig'lanish jarayonining rivojlanish bosqichlari: seroz (boshlang'ich), o'tkir infiltrativ yallig'lanish, flegmonoz yallig'lanish, gangrenoz, surunkali infiltrativ yallig'lanish bosqichlari.

Seroz yallig'lanish bosqichida mastit klinik manzarasi: tez boshlanishi, titrash, sut bezi o'lchamlarining kattalashuvi, shishi va dag'allashishi, paypaslaganda og'riq.

O'tkir infiltrativ yallig'lanish bosqichida mastit klinik manzarasi: kattalashgan sut bezida dag'allashgan o'choq va uning ustida teri giperemiyasi aniqlanishi, tungi og'riqlarning paydo bo'lishi, uyqusizlik, umumiy holsizlik, tana haroratining 40°S gacha ko'tarilishi, leykotsitozning ortishi, EChT ning oshishi.

Flegmonoz yallig'lanish bosqichida mastit klinik manzarasi: bemor umumiy ahvoning keskin yomonlashuvi, tana haroratining 39-40°S gacha ko'tarilishi, titroq, septik holat, til va lablarning quruqlashuvi, uyqusizlik, bosh og'rishi, ishtahasi yo'qolishi, sut bezida pastozlik, sut bezi terisining sianotik tus olishi, teri osti venalarining keskin kengayishi va limfangit rivojlanishi, so'rg'ichning botib kirishi, leykotsitozning baland bo'lishi va leykotsitar formulaning chappa siljishi va EChT ning 60-70 mm/soat gacha oshishi.

Surunkali infiltrativ yallig'lanish bosqichining klinik manzarasi.

Bu bosqich uncha ko'p uchramaydi va uzoq vaqt davomida antibiotiklar bilan mahalliy davolash natijasida jarayon surunkali tus olishi tufayli kelib chiqadi. Bunda bemorlarning umumiy ahvoli nisbatan qoniqarli, tana harorati subfebril. Sut bezida juda dag'al, biroz og'riqli teri bilan yopishmagan infiltrat aniqlanadi.

Davolash

Mastitni seroz bosqichida davolash: sut bezida sutning turib qolishini oldini olish (sog'ish yoki sut so'rg'ich bilan so'rib olish), sut bezini immobilizatsiya qilish, antibiotiklar va sulfanilamidlar buyurish, retromammar antibiotik-novokainli blokada.

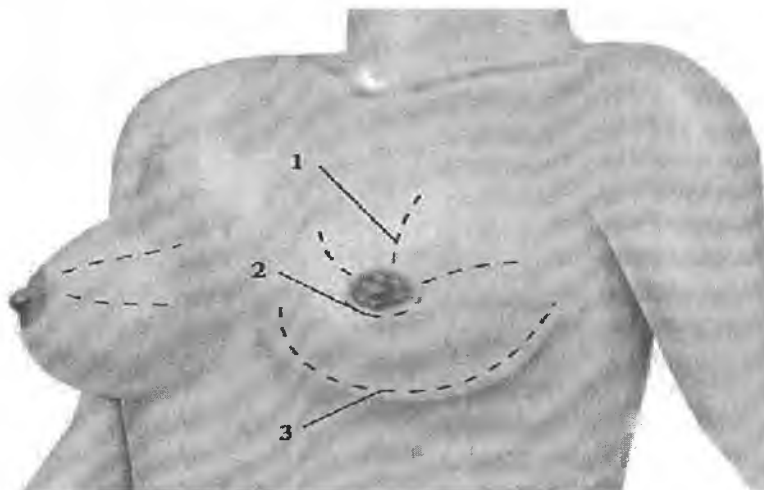
Mastitni o'tkir infiltrativ bosqichida davolash: keng ta'sir doirali antibiotiklar buyurish, fizioterapevtik muolajalar (UFO, sollyuks, UVCh-terapiya), retromammar antibiotikli-novokainli blokada, qon quyish, laktostazning oldini olish.

Flegmonoz va gangrenoz bosqichlarda davolash: bemorlarni

statsionarga kelishi bilanoq operativ davolashdan iborat, yiringli bo'shliq bir yoki ikki, keng radiar kesim bilan ochilishi zarur, keng ta'sir doirali antibiotiklar buyurish, qayta-qayta qon quyish, dezintoksikatsion terapiya, umumiy quvvatlantiruvchi terapiya.

Mastitning surunkali infiltrativ bosqichida davolash:

Yiringli bo'shliq atrofida tog'aydek dag'al kapsula borligi sababli mastitning surunkali infiltrativ bosqichida konservativ davolash muolajalari aytarli samara bermaydi. Shu sababli bu bosqichda infiltratni butunligicha kesib olib tashlash yoki uning markazidan radiar kesim qilish zarur (92-rasm). Kapsula kesilganida uncha ko'p yiring chiqmaydi. Kapsuladan gistologik tekshiruv uchun bir bo'lak olish zarur. Operatsiyadan keyingi davrda fizioterapevtik va antibakterial terapiya muolajalari buyuriladi.

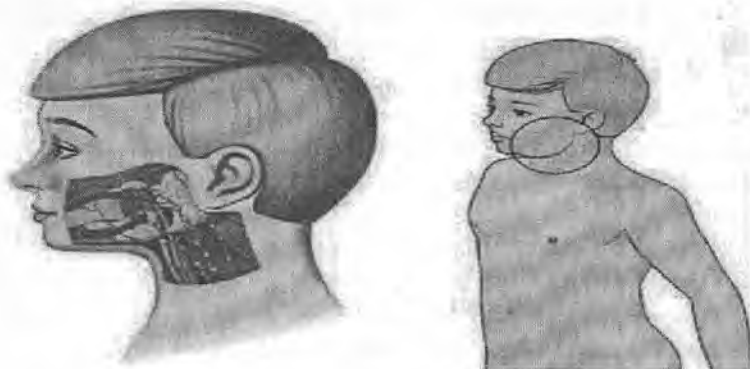


92-rasm. Yiringli mastitda kesish usullari: 1,2-radiar, 3-retromammar absessida yoysimon (Bardenxayer uslubi).

YIRINGLI PAROTIT (TEPKI)

Parotitis purulenta (teпки) etiologiyasida stafilokokklar va aralash flora ahamiyatga egadir. Infeksiya peroral quloq oldi so'lak

bezining chiqaruv naychasi orqali yoki gematogen, yoki limfogen yo'llar bilan o'tadi (93-rasm). Salivatsiya pasayib ketadi.



93-rasm. Parotit

So'lak bezida mahalliy shish paydo bo'ladi. So'lak yo'li yallig'lanishi natijasida yo'l torayadi va so'lak ajralib chiqishi tutiladi. Yallig'lanish so'lak bo'laklariga o'tadi (seroz, keyin yiringli eksudatsiya). Yiringli o'choqchalar qo'shilib ketadi, nekrotik o'zgarishlar kuzatiladi. Bo'yinda, tashqi eshituv sohasida, chakka qismida yiringli oqmalar paydo bo'lishi mumkin.

Klinik manzarasi. So'lak bezi sohasida og'riq, shish paydo bo'ladi. Bemorning ahvoli yomonlashadi, harorati 38-39° S gacha ko'tariladi. Bemor ovqat eyishga, og'zini ochishga qiynaladi. Keyinchalik infiltratsiya kuchayadi va flyuktuatsiya paydo bo'ladi. Shish bo'yinga, lunjga, yumshoq tanglayga, xalqum devoriga tarqaladi. Ba'zida ettinchi yuz nervi chala falaji yuz beradi. Davolanmagan holda infeksiya tarqalishi o'limga olib kelishi mumkin. Parotitni yuz flegmonasidan, chipqondan, pastki jag' osteomielitidan, tishlarning yallig'lanish kasalliklaridan farqlash lozim.

Davolashda og'iz bo'shlig'i gigienasi ahamiyatlidir. Uni anti-septik suyuqliklar bilan chayish, shilliq qismi massaj qilinishi kerak. Boshida isituvchi kompresslar va fizioterapevtik tadbirlar (sollyuks, UVCh), antibiotiklar qo'llaniladi.

Avj olgan hollarda jarrohlik davo tavsiya etiladi. Umumiy anesteziya bilan pastki jag' orqa tomoni bo'ylab kesiladi, yuz

nervlarini shikastlantirmaslik hisobga olinadi. Quloq oldi bezi kapsulasi ochiladi, yiringli o'choq vodorod peroksid, xlorgeksidinning 0,02% li eritmasi bilan yuviladi, drenaj qilinadi. Proteologik fermentlar, natriy xloridning gipertonik eritmasi, sintomitsin emulsiyasi, levomekol, levosin, Vishnevskiy malhami qo'llaniladi. Organizmning suvsizlanishiga qarshi tadbirlar belgilanadi, parhez tavsiya qilinadi, umumiy kuch-kuvvatga kirituvchi davo, vitaminlar buyuriladi.

LIMFA TOMIRLARINING YALLIG'LANISHI

Qo'zg'atuvchi mikroblar to'qimalar va to'qimalararo bo'shliqlarning limfa tomirlari bo'ylab tarqaladi. Limfa tomirlarida (lymphangitis) va tugunlarida (lymphadenitis) turli darajada yallig'lanishga oid o'zgarishlar kuzatiladi.

Etiopatogenezi. Yallig'lanishga stafilokokklar, kam hollarda boshqa mikroblar sabab bo'ladi. Mikroblar va ularning toksinlari patogenetik ahamiyatga ega. Limfangit kam hollarda birlamchi bo'ladi. Ko'pincha u oqma yaralar yoki mahalliy yiringli jarayon natijasida ikkilamchi bo'ladi.

Morfologik o'zgarishlarga to'qimalar shishi, mayda limfa tomirlari atrofida tarqaluvchi infiltrat avj olishi xosdir. To'qimalar infiltratsiyasi, mikroabscesslar va tromb paydo bo'ladi. Atrofdagi to'qimalarda ikkilamchi paralimfangit kuzatiladi. surunkali jarayonda ko'pincha limfa oqishining buzilishi. Ba'zida fil oyog'i kasalligi kuzatilishi mumkin (elephantiasis).

Klinik manzarasi jarayonning oldini olishga, infeksiyaning virulentligiga, mahalliy to'qima reaksiyasiga bog'liq. Yuza mayda limfa tomirlari (lymphangitis simplex) yallig'langanda saramasga o'xshab terining qizarishi boshlanadi. Teri qichishadi, gohida achishadi, kuchsiz isitma chiqadi.

Yirikroq limfa tomirlarida (lymphangitis truncularis) ingichka qizil yo'llar bo'ladi. Ular o'choqdan regional limfa tugunlariga cho'zilib boradi. Shish kattalashadi, og'riq kuchayadi. Chuqur limfa tugunlari shikastlanganda loxaslik paydo bo'ladi, harorat ko'tariladi, shish kattalashadi. To'qima flegmonalari, saramas, abscesslar,

ko'chib yuruvchi tromboflebit va sepsis ro'y berganda ikkilamchi asoratlari rivojlanadi.

Differensial diagnostikasi to'qima flegmonasi, saramas, o'tkir yoki ko'chib yuruvchi limfadenit, qorason, anaerob infeksiyalar bilan qilinadi.

Davosi. Qo'l yoki oyoqni yuqoriga ko'tarib ko'yiladi, tinch holda. Isituvchi kompresslar va boshqa fizioterapevtik tadbirlar bajariladi. Antibiotiklar va sulfanilamidlar tavsiya qilinadi. Oqma yara, flegmona, abscess bartaraf qilinadi. Yiring bo'lgan hollarda o'choq yoriladi, yaralarga drenaj qo'yiladi. Surunkali bosqichda balneologik davo va kam dozalarda rentgenoterapiya qo'llaniladi.

LIMFA TUGUNLARINING YALLIG'LANISHI (LIMFADENIT)

Qo'zg'atuvchilari yiringlatuvchi mikroblar. Limfadenit takroran rivojlanadi. Infeksiya yaqindagi limfa tugunlarigacha bo'lgan limfa tomirlariga o'tadi (94-rasm), so'ng yirik limfa tugunlariga o'tadi. Gematogen yo'l bilan tarqalishi kam uchraydi. Ayrim hollarda infeksiyaning kontakt orqali tarqalishi kuzatiladi.



94-rasm. Jag' osti limfadeniti

Yallig'lanishning zardobli, yiringli va tiklanuvchi formalari (fazalari) kuzatiladi. Periadentit rivojlanadi. Zardobli yallig'lanish fazasida shish, limfa tuguni gepermiyasi bo'ladi. So'ng fibrinoz eksudatsiya bo'ladi, yiringli shish kattalashadi. Tugunlar kapsulasini va atrofdagi to'qimalarning o'rab olgan abscesslar paydo bo'ladi. Yiring yorilgan hollarda uzoq bitmaydigan oqmalar kuzatiladi.

O'tkir limfaplaziya, fibroz induratsiya vujudga keladi.

Klinik manzarasi. Tugunda og'riq va shish paydo bo'ladi. Dastlabki bosqichda tugunlarni paypaslab ko'rish mumkin, keyinchalik ular qo'shilib, yagona konglomerat hosil qilishadi. Virulentlik kuchsizroq bo'lsa, yallig'lanish pasayadi, eksudat shimilib ketadi, limfa tugunlar asta-sekin normal holatni egallab olishadi. Jarayon yiringlash va parchalanish (lumphadenitis purulenta) oqibatida murakkablashishi mumkin. Bunda yuqori harorat, et uvishishi, ahvolning yomonlashuvi bo'ladi. Leykotsitoz, leykotsitar formulada chapga siljish aniqlanadi.

Differensial diagnozi. Limfadenitni ter bezlari yallig'lanishida, abscess yoki flegmonada, sil, xavfli o'sma, limfogradulematoz va ba'zi bir yuqumli kasalliklar (qizilcha, o'lat, difteriya-bo'g'ma) da kuzatiladigan limfa tugunlarining kattalashishidan farqlash kerak.

Davosi. Birlamchi o'choqni bartaraf qilish kerak. Infiltratli bosqichda bemorga tinch holat, issiq muolajalar, spirtli kompresslar, sulfanilamidlar va antibiotiklar qo'llaniladi. Antibiotik-novokainli blokadalar ham qilinadi. Yiringlaganda o'choq yorib ochiladi va drenaj qo'yiladi.

OSTEOMIELIT

Osteomielit deb suyak ko'migining yallig'lanishiga aytiladi. Ammo hozirgi vaqtda bu termin suyak to'qimasi barcha qavatlarining yallig'lanishiga nisbatan ishlatiladi: kompakt qismining yallig'lanishi – ostit, suyak ko'migi – osteomielit va suyak usti pardasi – periostit. Osteomielit infeksiyaning endogen (gematogen) yoki ekzogen yo'l bilan suyak to'qimasiga tushishi natijasida rivojlanadi.

Osteomielitning quyidagi turlari tafovut qilinadi: 1) gematogen osteomielit, mikroblarning suyakka qon orqali tushishi natijasida kelib chiquvchi turi hisoblanadi; 2) jarohat yoki travmatik osteomieliti, ikkilamchi kasallik bo'lib, jarohat infeksiyasining asorati sifatida rivojlanadi.

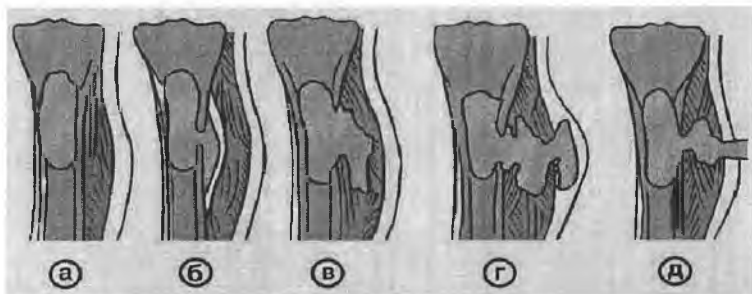
Gematogen osteomielit – ko'pincha o'g'il bolalar va o'spirinlarda uchraydi. Jarayon odatda son va katta boldir suyaklari ba'zan esa boshqa suyaklarda ham joylashgan bo'ladi.

Osteomielitning ko'zg'atuvchilari ko'pincha quyidagilar: stafilokokklar - 60-80%, streptokokklar - 5-30%, pnevmokokklar, tayoqchalar va aralash flora - 10-15%.

Osteomielitda birlamchi o'choqlar: furunkullar, xasmollar, flegmonalar, saramas, infitsirlangan jarohat, karioz tishlar, tonzillitlar, burun yondosh bo'shliqlaridagi yallig'lanish jarayonlar.

Osteomielit rivojlanishiga ta'sir qiluvchi omillar: anatomo-fiziologik, biologik va immunobiologik omillar, olib keluvchi omillar (suyaklarning shikasti, mahalliy sovuq qotish, avitaminozlar, umumiy holdan toyish).

Anatomo-fiziologik omillar: Suyaklar diafizi uchun magistral qon aylanish turi xarakterli, epifizlarda esa qon tomirlar qovuzloqlar hosil qilganligi sababli mikroblar suyakda cho'kib qoladi (emboliya nazariyasi), mikroblarni kirib olishiga chiqib ketuvchi qon tomirlarning kengaygan qovuzloqlari ham yordam beradi. Suyak epifizlari bo'g'imlar kapsulasi bilan chambarchas bog'liq bo'lganligi uchun yallig'lanish jarayoni bo'g'imlardan metafizga osongina o'tishi mumkin yoki aksincha.



95-rasm. O'tkir gematogen osteomielitda infeksiyaning tarqalishi, a-suyak iligi absessi, b-suyak usti qavati osti absessi, v-g suyak to'qimasining total yiringlab keng mushaklararo flegmonaga o'tishi, d-flegmona o'zi yorilib, oqma hosil bo'lishi.

O'tkir gematogen osteomielitda yiringli jarayonning tarqalishi: suyak ko'migining yallig'lanishi, suyak usti parda osti absessi, mushaklararo flegmona, teri osti flegmonasi.

Patologoanatomik manzarasi. Suyak ko'migiga infeksiya tushganida seroz yallig'lanish jarayoni rivojlanib suyak ko'migi shishi va

giperemiyasi bilan kechadi (95-rasm). Seroz yallig'lanishi to'qimalar nekrozi va flegmona rivojlanishi bilan asoratlanishi mumkin. Yiringli infeksiya gavers kanallari orqali suyakning kompakt qatlamiga kirib suyak usti pardasining yiringli yallig'lanishini chaqiradi. Ba'zan esa suyak usti pardasi osti absesslari rivojlanib suyak kortikal qatlamining emirilishi kuzatiladi. Gavers kanallari sohasidagi tomirlarning trombozi tufayli suyak kompakt qatlamining qon bilan ta'minlanishi buziladi, nekroz o'choqlari rivojlanadi. Suyak va granulyasion to'qima bilan o'ralgan bo'lib, bo'shliqda joylashgan, u esa ko'p miqdorda yiring va autolizga uchragan suyak qoldiqlaridan iborat bo'ladi. Vaqti kelib yiring yumshoq to'qimalarning ham yallig'lantiradi va tashqariga yoriladi. Buning oqibatda esa bitmaydigan oqma yaralar paydo bo'lib jarayon surunkali tus oladi. Ba'zan ular so'riladi, yoki fragmentlar ko'rinishida oqma yaralar teshigi orqali tashqariga oqib chiqadi. Kasallikning surunkali kechishi davriy ravishda xurujlar bo'lishi, mudrovchi infeksiyaning uzoq vaqt saqlanishi va vaqti-vaqti bilan yallig'lanish xurujlarini keltirib chiqarishi bilan xarakterlanadi. Suyakdagi qayta qurilish jarayonlari zararlangan suyak kompakt qatlamining skleroziga olib kelishi mumkin. Uzoq davom etuvchi yiringli jarayon parenximatov a'zolarida degeneratsiya chaqiradi, jigar va buyrakda amiloidoz rivojlanadi.

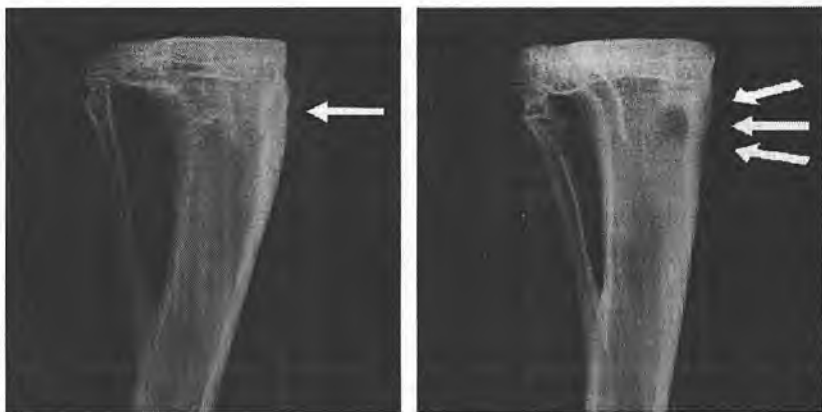
Osteomiellitlarning tasnifi: 1) O'tkir osteomielit: a) o'tkir gematogen osteomielit; b) o'tkir travmatik osteomielit;

2) Surunkali osteomielit: A). Birlamchi surunkali osteomielit: a) Brodi absessi, b) Olle albuminozli osteomieliti, v) Garre sklerozlovchi osteomieliti; B). Ikkilamchi surunkali osteomielit.

O'tkir gematogen osteomielitning klinik manzarasi: o'tkir boshlanishi, tana haroratining baland bo'lib (39-40°S) titroq tutishi, umumiy holsizlik, bosh og'rishi, ko'ngil aynishi va qusish, tilning qurishi va karash bilan qoplangan bo'lishi, taxikardiya, leykotsitov va qon formulasining chapga siljishi, ko'pincha bolalik va o'smirlik yoshida bo'lishi, arzimagan harakatlarning og'riqli bo'lishi, teri rangining ko'kimtir rangga kirishi.

Gematogen osteomielitning yashinsimon shakllari keskin intoksikatsiya va septik holat bilan, bemorlar ahvolidan og'ir

bo'lishi bilan xarakterlanadi. Jigar va taloq kattalashadi, sariqlik paydo bo'ladi, leykotsitoz va EChT ortadi. Suyaklarda ko'plab infeksiya o'choqlari borligi bilan xarakterlanadi. Bemorlar mahalliy simptomatika bo'lmaganida ham bir necha kun davomida nobud bo'lishi mumkin. O'tkir gematogen osteomielitning (96-rasm) diagnostikasida suyaklarni rentgen, punksiya qilish, suyak ichi bosimini aniqlash densitometriya va osteomedullografiya usullari yordam beradi.



96-rasm. O'tkir gematogen osteomielitning rentgen manzarasi

O'tkir gematogen osteomielitning asoratlari: umumiy yiringli infeksiya, anemiya va ichki a'zolarining amiloid degeneratsiyasi, ikkilamchi yiringli artritlar, patologik sinishlar, ankilozlar, oyoq va qo'llarning deformatsiya va kontrakturalari.

O'tkir gematogen osteomielitni davolash. Bemorlarga tinchlik zarur. Zararlangan oyoq-qo'llarni immobilizatsiya qilinadi (gipsli longetalar, ba'zan esa skelet cho'zish usullari). Dorilardan antibiotik, sulfanilamid va nitrofurantar ishlatiladi. Suyaklarni mikroperforatsiya qilib yiringni chiqarish kerak. Antibiotiklar yuborish uchun nina yoki mikroirrigatorlar o'rnatish, yumshoq to'qimalarda flegmonalar rivojlanganda yiringli bo'shliqlarni ochish, suyak kanalini trepanatsiya qilib, drenajlash va faol aspiratsiyani yo'lga qo'yish kerak. Ular chegaralanib, osteomielit surunkali shaklga o'tgan holatlarda radikal taktika amalga oshiriladi.

O'tkir travmatik osteomielitning klinik manzarasi. Suyaklarning sinishi bilan kechuvchi katta shikastlanishlardan keyin kelib chiqadi. Boshlang'ich bosqichlarida jarayonning yashirin kechishi. Jarohatda sust granulyasiyalar, oqma yaralar, shish, ko'chib yuruvchi flebit va limfangitning bo'lishi kuzatiladi. Bemorlarni umumiy ahvoli sekin yomonlashadi, anemiya rivojlanadi, tana harorati oshadi.

Infeksiya bevosita naysimon suyaklar teriosti tagiga tushib, kortikal qatlam gavers kanallarini zararlaydi, lekin chuqur qatlamlariga kirmaydi. Natijada suyaklar zararlangan sohasida qon aylanishi buzilib, nekroz va demarkatsion chiziq paydo bo'ladi, shu chiziq bo'ylab hayotga layoqatini yo'qotgan to'qimalar ko'chib tushadi. Rentgen tekshiruvida, suyak bo'shliqlari, suyak ichi sklerozi va qalinlashgan suyak usti pardasi aniqlanadi. Singan suyaklar sinishining keskin sustligi ko'zga tashlanadi.

O'tkir travmatik osteomielitning asoratlari: soxta bo'g'imlar paydo bo'lishi, bo'g'imlarda ankiloz va kontraktura rivojlanishi, oyoq yoki qo'llarning gangrenaga uchrashi, sepsis rivojlanishi, ichki a'zolarining amiloid degeneratsiyasi.

O'tkir travmatik osteomielitni davolash. Tinchlik tartibiga rioya qilish kerak, oyoq-qo'llarni immobilizatsiya qilish, antibiotik, sulfanilamid va nitrofuran vositalari buyurish, qon va qon o'rnini bosuvchi vositalar quyish, yiringli bo'shliq cho'ntaklarini ochib tashlash (97-rasm), nekrektomiya qilish va suyak qoldiqlarini olib tashlash, yiringli yaralarni har kuni sanatsiya qilish, to'qimalarning ko'plab zararlanishi va sepsisda oyoq-qo'llarni amputatsiya qilish.



97-rasm. Osteomielitda yiringli bo'shliq cho'ntaklarini ochib tashlash

Birlamchi surunkali osteomielit

Brodi absessi suyakning g'ovaksimon qatlamida rivojlanib, o'tkir gematogen osteomielitning bir turi sifatida namoyon bo'ladi. Bu kasallikda bo'g'im atrofida sust virulentli mikroob saqlovchi dumaloq shaklli bo'shliq paydo bo'ladi. Abssess tashqi tomonidan dag'al kapsula bilan o'ralgan bo'ladi. Bemorlarning shikoyatlari unchalik ko'p bo'lmaydi, oyoq yoki qo'llarda kechalari kuchayuvchi biroz og'riqlarga shikoyat qilishadi. Rentgenogrammada suyaklarda dumaloq shaklli bo'shliq borligi aniqlanadi.

Brodi absessining davosi – operativ bo'lib, suyakni trepanatsiya qilinadi, yiring evakuatsiya qilinganidan keyin bo'shliq plomba qilinadi. Operatsiyadan keyingi davrda antibiotik va sulfanilamidlar buyuriladi.

Olle albuminoz osteomieliti suyakning kortikal qatlamida joylashadi. Kasallikni virulentligi kuchsiz infeksiya chaqiradi. Quymoqsimon yiring paydo bo'ladi, u suyak usti pardasini ko'chiradi. Kasallik oyoq qo'llarda og'riqlar, subfebril temperatura va mahalliy shish bilan xarakterlanadi. Yallig'lanish davomida uncha katta bo'lmagan suyak lari paydo bo'ladi. Olle albuminoz osteomielitini davolash ham operativ usulda. Bunda yiringli o'choq ochiladi, granulyasion to'qimalar qirib olinadi.

Garre sklerozlovchi osteomieliti suyaklarning keskin sklerozi va periostal qavatlanishi bilan kechib, sifilitik osteoperiostitni eslatadi. Jarayonning kechishi bir muncha yaxshi bo'lib, bu kasallikni davolashda asosan fizioterapevtik muolajalar, ayniqsa balchiqli applikatsiyalar va vannalardan foydalaniladi.

Ikkilamchi surunkali osteomielitning klinik manzarasi oqma yaralardan yiring aralash parchalangan suyak parchalari chiqishi kuzatiladi. Jarayonning retsidivlanuvchi xarakterdaligi uni "soat mexanizmi o'rnatilgan sekinlashtirilgan bomba" deyishga asos bo'ldi. Kasallik xuruj qilganida o'tkir mahalliy og'riq paydo bo'ladi, tana harorati ko'tariladi, yumshoq to'qimalar flegmonasi rivojlanadi, oqma yaralar paydo bo'ladi. Yiring oqib chiqqanidan keyin bemorning ahvoli yaxshilanadi. Jarayon takrorlanadigan bo'lsa yallig'lanish sohasida teri va mushaklar atrofiyaga uchraydi,

teri tagidagi suyak bilan yopishib, bitmaydigan yara va oqmalar paydo bo'ladi, bo'g'imlarda kontraktura rivojlanadi, ichki a'zolarida amiloid degeneratsiya kelib chiqadi.

Ikkilamchi osteomielitning diagnostikasida rentgenogrammalarda har-xil o'lchamdagi va shakldagi, saqllovchi bo'shliqlar, periostal reaksiya va kompakt qatlamida skleroz aniqlanadi.

Ikkilamchi osteomielitni davolash kasallikning bosqichiga bog'liq. Xuruj davrida o'tkir osteomielitni davosi buyuriladi. Antibiotiklar kamroq dozalarda belgilanadi. Suyak usti parda osti abscesslari va yumshoq to'qimalar abscesslari kesib ochiladi. Suyak trepanatsiya qilinib yiringli bo'shliq ochiladi va olib tashlanadi. Shu bilan olib tashlanganidan keyin uning o'rnida suyuqlik yoki yiring to'planishining oldi olinadi. Hosil qilingan bo'shliq parafin, plastmassa, konservatsiyalangan tog'ay to'qimasi, suyak autotransplantati yoki allotransplantat bilan to'ldiriladi.

Jarohatdan keyingi osteomielit

Jarohatdan keyingi osteomielit deb har-xil jarohatlardan keyingi asoratlar oqibatida suyak kortikal qismi, suyak ustki pardasi, suyak iligi qismi va suyak atrofi to'qimalarning yallig'lanish holatiga aytiladi. A.V.Kaplan, S.S.Tkachenko (1975) fikrlariga ko'ra posttravmatik osteomielit 1,4 to 2,4% uchraydi, I.P.Kartashova (1982) fikricha – 54,5% boldirda va 32,4% oyoqda uchraydi. Yarada yiringlash protsessi boshlangandan keyin o'rtacha bir oy o'tsa surunkali osteomielit paydo bo'ladi. Uning patanatomiyasida asosiy element – erkin yotgan suyak qismlari yoki suyak uchlari yiringli protsessni ushlab turadi. Nekrozga uchragan suyak qismlarini nekrobioz holatida bo'ladi. Keyinchalik agar suyakda yiringli protsess tugab organizm kuchlilik qilsa suyak qadoqqa aylanadi va qayta tiklanishi mumkin. Agar protsess tugatilmasa bu suyak qismlari ajralib sekvestr holatiga uchrab ajralib qoladi va keyinchalik uni olib tashlash zarur.

Osteomielitga olib keluvchi faktorlar: yumshoq to'qimalarning va suyakning qattiq ezilishi, suyakni qoplovchi to'qimalarning jarohat oqibatida archilib qolib suyakning ochiq holatda qolishi,

suyak va atrof to'qimalarning qon bilan ta'minlanishining buzilishi, suyak sinishlarida transport va umumiy immoblizatsiyaning buzilishi, birlamchi jarrohlik ishlovining noto'g'ri va etarli hajmda o'tkazilmaganligi, suyak siljishlarining repozitsiya qilinmaganligi, siljigan suyaklarning yara yuzida ochiq qolishi, katta hajmdagi yiringli protsess va uning suyak iligi yo'li bilan tarqalishi kabilardir.

Shikastlanishlarni ko'payishi jarohatlardan keyingi va operatsiyalardan keyingi osteomielitning ham ko'payishiga olib keladi. Jarohatdan keyingi osteomielitlar ochiq sinishlarning va suyak sinishlaridagi operatsiyalarning og'ir asoratidir. Posttravmatik osteomielitlar jarohatdan keyin 15- 50 % gacha, operatsiyalardan keyin esa u 3% ni tashkil etadi. Yiringli asoratlardan keyin bu osteomielitlar paydo bo'lishi ko'payadi, bu birinchi jarrohlik ishlovining kanday o'tkazilganiga, yaraning yuvilishi, tikilishi kabi elementlarga bog'liq.

Suyak to'qimasining yallig'lanishi ko'pchilik hollarda faqat suyak qirralari yoki *chetining ya'ni singan sohaning* o'rni bilan chegaralanishi ham mumkin. *Maydalanib sinishlarda* suyak iligining ko'p joyi ochiq holda bo'ladi shu sababli suyak yiringlashi va osteomieliti ko'p uchraydi. *Metallosteosintez* qilingan bemorlarda ham suyakda yiringli protsessning tarqalishi holati ko'p uchraydi, metall tagidagi joydan yiringni ozod qilish juda mushkul. qo'yilgan shuruplar orqali yiring suyak iligi yo'lga tushib tarqaladi.

Jarohatdan keyingi osteomielit asosan surunkali kechadi, bemorlar kuchli isitmaga, og'riqqa shikoyat qiladi, ular qonida leykotsitoz paydo bo'lib, leykoformula chap tomonga suriladi, EChT ko'tariladi. Yara drenillangandan keyin temperatura kamayadi va protsess chegaralanib qoladi keyinchalik esa oqma yara paydo bo'lib ko'p hollarda o'zi yopilib ketadi. Rentgen suratlarida suyak osteoporozi, siniq atrofida destruksiya holati paydo bo'ladi, keyinchalik atsiya boshlanadi. Jarohatdan keyingi, operatsiyadan keyingi osteomielitning asorati bo'lib soxta bo'g'imlar, suyak defektlari hosil bo'lishi, ko'p vaqtlar yopilmaydigan surunkali yaralar bo'lishi mumkin. Siniq sohasidagi suyak nostabilligi yaradagi infeksiyaning ko'payishi, tarqalishiga sabab bo'lib suyak sinishini kechiktiradi yoki butunlay suyak usishini to'xtatib qo'yadi.

Ikkilamchi o'zgargan suyak qismlari olib tashlangandan keyin suyak defektlari hosil bo'ladi. Keyinchalik bemor umumiy ahvoli yaxshilashgandan keyin suyak plastikasining sizlarga ma'lum turi tanlanadi va plastik operatsiya o'tkaziladi. Bu operatsiya bilan segment deformatsiyasi, kaltaligi tiklanadi.

Operatsiyalardan keyingi osteomieliit klassifikatsiyasi: A/ O'tkazilgan operatsiya tabiatiga qarab: 1) suyaklar sinishi yuzasidan; 2) yumshoq to'qimalar o'tkazilgan operatsiyadan keyin; 3) ortopedik operatsiyadan keyin.

B/ Operatsiyalardan keyin: 1) davolashga texnik narsalar ishlatilmagan hollarda; 2) texnik materiallar ishlatilgandan keyin – metallar (vintlar, sterjenlar, endoprotezlar, spitsalar), yot narsalar ishlatilishi oqibatida (auto-, allo-, ksenotransplantatlar), intra- va ekstramedullyar osteosintez (tashqi va ichki), yot jismlar (salfetkalar, shariklar, qum- shag'al). *V/ Paydo bo'lish sabablari bo'yicha:* 1) organizatsion xatoliklardan keyin; 2) taktik; 3) texnik; 4) sanitar-epidemiologik; 5) somatik.

G/ Klinik ko'rinishi bo'yicha: 1) o'tkir; 2) o'tkir osti; 3) surunkali.

D/ Yiringli o'choqlar soni bo'yicha: 1) monolokal; 2) bilokal; 3) polifokal. *E/ Asoratlar tabiatiga qarab:* 1) mahalliy: keng chandiqlar, terining yarali defektlari, yiringli artritlar, bitmagan sinishlar va soxta bo'g'imlar; 2) umumiy: anemiya, parenximatoz a'zolar amiloidozi, oqsil almashinuvining buzilishi, sepsis. *J/ Infeksiya turlari va uning tarqalishi bo'yicha:* 1) aerob flora (gramm+ va gramm-, aralash), 2) anaerob (klostridial va noklostridial), 3) endogen yo'li orqali, 4) ekzogen yo'li orqali. *Z/ To'qimalar patologik o'zgarishlariga qarab:* 1) suyaklar o'choqli o'zgarishi (ostit, chegaralangan osteomieliit), 2) suyak iligi orqali tarqalgan chegaralanmagan osteomieliit, 3) osteomieliitning mahalliy to'qimalar asoratlari bilan kechishi (soxta bo'g'im va bitmaydigan yaralar), 4) spitsali osteomieliit (yuzaki, chegaralangan, chegaralanmagan).

Davolash. Jarohatdan va operatsiyadan keyingi osteomieliitni davolashning asosini jarrohlik usullari tashkil qiladi. Qo'shimcha usullariga esa kuchli optimal antibiotika terapiyani amalga oshirish va fizioterapevtik usullarni qo'llash lozim bo'ladi. Bu davrda yaradagi choklar olib tashlanadi, yara ochiladi, hamma qismi

yaxshilab tozalanadi, yara yuziga antibiotiklar bilan ishlov berilib chiqaruvchi mazlar yoki yiringni soʻruvchi moddalar bilan toʻldirilib yopiladi. Qoʻyilgan metall fiksatorlarni olish masalasi har-xil xal qilinishi mumkin, yaʼni agar boshqa fiksatsiya qilish usuli boʻlsa oʻshani qoʻllab metallar olib tashlanadi yoki ular yana bir muddatga qoldirib turiladi, lekin metallarning yiringlab qolish oldini olish choralari koʻriladi.

ARTRIT

Boʻgʻimlarning yalligʻlanishi artrit deyiladi (98-rasm) va uning sabablari har-xil boʻladi – distrofik, endokrin, anafilaktik, travmatik. Kechishiga qarab oʻtkir va surunkali boʻladi. Koʻpincha boʻgʻimlarga ikkilamchi infeksiya tushishi natijasida yalligʻlanishi uchraydi va unga yiringli artrit ham kiradi. Yiringli artritning koʻpincha qoʻzgʻatuvchilari quyidagilardan iborat: stafilokokklar, streptokokklar, pnevmokokklar, enterobakteriyalar, gonokokklar, qorin tifi tayoqchalari. Infeksiya boʻgʻimga yon atrofdagi yiringli oʻchoqdan tugʻridan toʻgʻri oʻtishi mumkin, yoki sepsis yoki tromboflebitda gematogen yoʻl bilan ham oʻtishi mumkin.

Kliniksi. Yiringli artrit ogʻir klinik koʻrinish bilan namoyon boʻladi. Zararlanish eng koʻp uchraydigan boʻgʻimlar bu: tizza boʻgʻimining zararlanishi – gonit, chanoq boʻgʻimining zararlanishi – koksit, elka boʻgʻimining zararlanishi – omartrit deb yuritiladi.



98-rasm. Tizza bo'g'imi yiringli artriti.

Yiringli artritda bemorlarning shikoyatlari: bo'g'imlarda og'riq, harakatlarning cheklanganligi va og'riqliligi, oyoq qo'llarning yarim bukilgan holati, bo'g'imlarda shish va hajmining kattalashganligi, tana haroratining baland bo'lishi, bo'g'im konturlarining tekislanganligi, bo'g'im sohasida flyuktuatsiya aniqlanishi, bo'g'im boylamlari va tog'ayi zararlanganida patologik harakatlarning paydo bo'lishi, bo'g'im yuzalarining krepitatsiyasi.

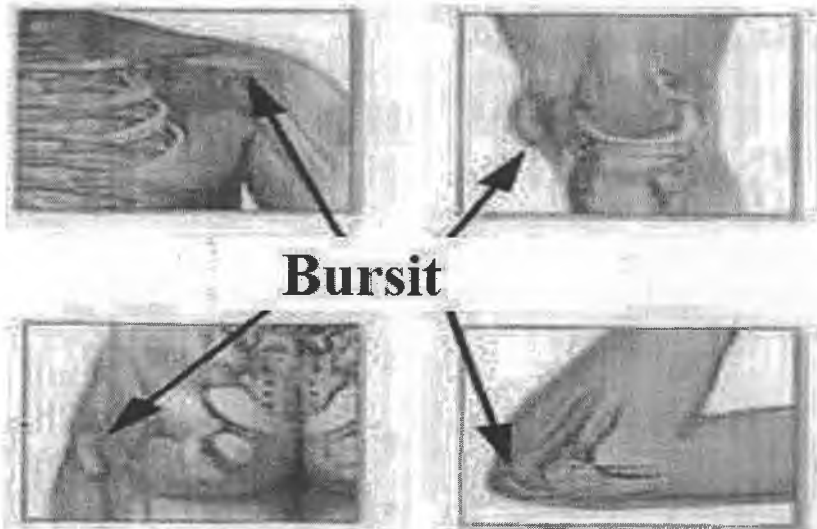
Yiringli artritlarning asoratlari: bo'g'imlarning chala yoki to'la chiqishlari, deformatsiyalovchi artrozlar, ekzostozlar, bo'g'imlar ankilozlari.

Artritlarni davolash: bo'g'imlarni immobilizatsiya qilish, isituvchi muolajalar qilish, og'riq qoldiruvchi vositalar buyurish, bo'g'imlarni punksiya qilish va seroz yallig'lanishda bo'g'im bo'shlig'iga antibiotiklar yuborish, yiringli artritda artrotomiya qilish, yiringli bo'shliqni sanatsiya qilib, lavaj qilish uchun drenaj naychalar o'rnatish, antibakterial terapiya, qon va qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar ko'yish, operatsiyadan keyingi davrda davo gimnastikasi, massaj, balchiq va suv muolajalari.

BURSIT

Bo'g'im shilliq xaltachalarining yallig'lanishi bursit deyiladi (99-rasm), va u ko'pincha prepatellyar va tirsak xaltachasida, ba'zan esa elka osti, kurak, yonbosh, deltasimon bo'g'im xaltachalarida uchraydi.

Etiopatogenezi. Infeksiya shilliq xaltachalarga to'g'ridan to'g'ri gematogen yo'l bilan tushishi mumkin, yoki jarayonning yaqin atrof to'qimalaridagi yiringli o'choqlardan o'tishidan rivojlanii mumkin. Ba'zan spetsifik sil yoki zahm bursitlari kuzatiladi. Uzoq vaqt mexanik ta'sir bo'lish natijasida rivojlanuvchi kasbiy surunkali bursitlari kuzatiladi (tosh o'yuvchilar, ruda kavlovchilar, asfalt yotqizuvchilar). O'tkir va surunkali bursitlar tafovut qilinadi.



Bursit

99-rasm. Bo'g'im shilliq xaltachalarining yallig'lanishi ya'ni bursit

O'tkir bursitning klinik manzarasi. Jarayonning tez kechishi xarakterli. Zararlangan shilliq xaltacha sohasida og'riq, shish, qizarish va ba'zan flyuktuatsiya, tana haroratining ko'tarilishi kuzatiladi.

Surunkali bursitning klinik manzarasi: shish va biroz mahalliy

og'riq, zararlangan shilliq xaltacha devorlarining qalinlashganligi, shilliq xaltachaning fibringa boy seroz suyuqlik bilan to'lishi.

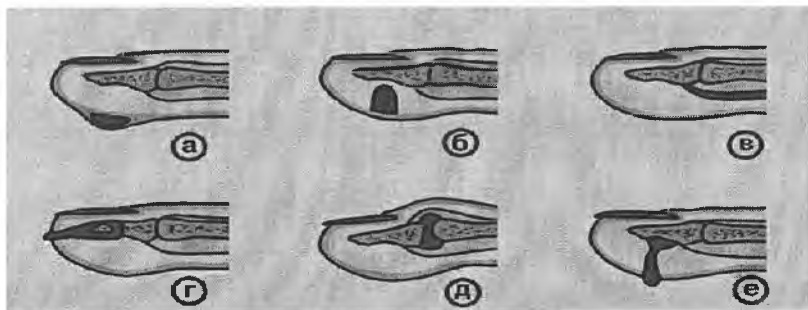
O'tkir bursitni davolash. Tinchlik tartibi tavsiya qilinadi, oyoq qo'llar immobilizatsiya qilinadi, isituvchi muolajalar, shilliq xaltachani punksiya qilib, ekssudatni evakuatsiya qilish va bo'shlig'iga antibiotiklar yuboriladi, yiringli bursit kuzatilgan hollarda esa yiringli bo'shliq ochilib sanatsiya qilinadi.

Surunkali bursitni davolashda radikal operatsiya – shilliq xaltachani ekstirpatsiya – qilish amalga oshiriladi.

XASMOL (PANARITSIY)

Barmoq to'qimalarining yiringli yallig'lanishi xasmol deyiladi. Uning qo'zg'atuvchilari ko'pincha stafilokokk, bazan streptokokk, kam hollarda esa aralash flora bo'lishi mumkin. Bu patologik jarayonda mahalliy anatomik struktura katta rol o'ynaydi (100-rasm).

Xasmolning tasnifi: teri, teri osti, pay, suyak, bo'g'im, paronixiya, tirnoq osti xasmoli, pandaktilit.



100-rasm. Xasmol joylashishi bo'yicha turlari: a).teri, b).teri osti, v).pay, g).suyak, d).bo'g'im, e).paronixiya

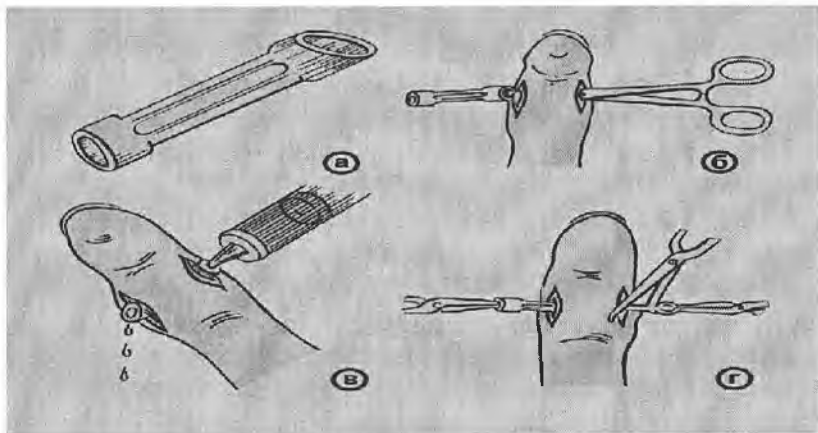
Klinik ko'rinishi: kuchli og'riq, teri giperemiyasi, barmoq funksiyasining buzilishi: barmoqning yarim bukilgan holati va uni to'g'irlashga intilish keskin og'riqqa sabab bo'lishi.

Teri xasmoli. Bunda yallig'lanish jarayoni terining o'zida joylashgan ekssudat epidermisni ko'chiradi.

Teri osti xasmoli. Bu xasmollarning ichida eng ko'p uchraydigan turi bo'lib, ko'pincha jarayon tirnoq falangasida kuzatiladi.

Teri osti xasmolining klinik manzarasi: pulsatsiyalanuvi og'riq, barmoqning shishishi, barmoqda harakatlarning cheklanganligi, tana haroratining oshganligi

Teri xasmoli operativ davolanadi. Operatsiya ajralgan epidermisni to'la olib tashlash va gipertonik bog'lamlar qo'yishdan iborat. Teri osti xasmolini asosiy davolash usuli erta operatsiya va antibiotiklarni keng ko'lamda ishlatishdan iborat. Eng ko'p tarqalgan kesish usuli bu barmoqning ikkala tomonidan qilinadigan yarim oval (101-rasm) kesimdir. Jarayon o'rta yoki asosiy falangalarda bo'lsa bo'yлама yo'nalishda kesim qilinadi.



101-rasm. Xasmolda ko'p tarqalgan kesish usuli

Suyak xasmoli. Birlamchi yoki ikkilamchi suyak xasmollari tafovut qilinadi. Birlamchi suyak xasmoli suyak yoki suyak usti pardasining shikastlanishidan keyin rivojlanuvchi jarohat infeksiyasida kuzatiladi. Ikkilamchi suyak xasmoli esa yuzaki xasmollarni etarlicha davolamaslik oqibatida rivojlanadi.

Suyak xasmolining klinik manzarasi: suyak xasmolining boshlang'ich bosqichlarida klinik belgilari teri osti xasmolini eslatadi, biroq biroz keskinroq bo'lishi mumkin, tirnoq falangasining kolbasimon shishi, paypaslab ko'rganda keskin og'riq aniqlanishi,

tugunli zond bilan tekshirganda tarqoq og'riqlilik aniqlanishi, tana haroratining 39-40° S gacha oshishi.

Rentgenologik suyak destruksiyasi kasallikning 10-14 kuni aniqlanadi.

Suyak xasmolini davolash. Erta muddatlarida barmoqni immobilizatsiya qilish va antibiotiklarni keng ko'lamda buyurish zarur. Agarda 2 kun davomida o'tkazilgan konservativ terapiya muolajalari samara bermasa jarrohlik amaliyoti qilish zarur. Kasallikning erta muddatlarida jarrohlik amaliyoti yiringli bo'shliqni ochish va nekrotik to'qimalarning olib tashlashdan iborat bo'ladi.

Bo'g'im xasmoli. Falangalararo yoki kaft-falanga bo'g'imlarining yiringli yallig'lanishi bo'g'im xasmoli deyiladi.

Bo'g'im xasmolining klinik manzarasi: doimiy og'riqlar, barmoqning urchuqsimon shaklga kirishi, teri giperemiyasi, barmoqda odatiy bo'lmagan harakatlar paydo bo'lishi, krepitatsiya.

Bo'g'im xasmolini davolash. Ikkita parallel kesim bilan artrotomiya qilish, falangalararo bo'g'imni rezeksiya qilish, kechikkan, og'ir holatlarda esa barmoqni amputatsiya qilish.

Pay xasmoli. Xasmolning bu turi uzoq vaqt davomida barmoqlar faoliyatini buzilshiga olib keluvchi og'ir turi bo'lib, u pay qinlariga mikroblarning bevosita tushishi natijasida yoki yuzaki xasmollarda yallig'lanish jarayonining chuqurga davom etishi natijasida rivojlanadigan yiringli yallig'lanish jarayonidir.

Pay xasmolining klinik manzarasi: barmoqning shishishi, barmoqning bukilib qolishi, faol harakatlarning cheklanganligi, harakatda ayniqsa barmoqni yozish vaqtida keskin og'riqlar paydo bo'lishi, umumiy holsizlik, bosh og'rishi, tana haroratining ko'tarilishi.

Pay xasmolini davolash. Pay xasmolini operatsiya qilishda barmoq asosiy falangasining old-yon yuzalaridan ikkita parallel va pay qinlarini ochish uchun kaftda bitta kesim qilish etarli bo'ladi. Bo'shliqqa rezina pilikchalar o'rnatiladi, kaft va barmoqlarga gipsli longeta qo'yiladi.

Paronixiya. Tirnoq asosi atrof to'qimalarining yallig'lanish jarayoni bo'lib, bunda tirnoq valigi shishib, terisi qizaradi va og'riqli bo'ladi.

Paronixiyani davolash: dastlabki kunlarda konservativ terapiya

muolajalari: vannochkalar, spirtli kompresslar, to‘qimalarning antibiotiklar bilan to‘yintirish samarali bo‘ladi. O‘tkazilgan konservativ terapiya muolajalaridan samara bo‘lmaganida esa jarrohlik amaliyoti qilinadi.

Tirnoq osti xasmoli. Bu sanchilgan jarohatlar, zirapchalardan keyin, tirnoq osti gematomalarining yiringlashidan keyin tirnoq ostida rivojlanuvchi yallig‘lanish jarayoni hisoblanadi va kuchli og‘riqlar bilan namoyon bo‘ladi. Tirnoqning ostida to‘plangan yiring yaqqol ko‘rinib turadi. Tirnoqqa bosib ko‘rish keskin og‘riqqa sabab bo‘ladi.

Tirnoq osti xasmolini davolash. Tirnoq osti xasmoli faqat operativ yo‘l bilan davolanadi. Ba‘zan zirapchani olib tashlashning o‘zi kifoya bo‘ladi. Zirapcha chekkalarini topish uchun tirnoq plastinkasi ponasimon kesiladi. Agarda tirnoq plastinkasi deyarli to‘liq ajralgan bo‘lsa u olib tashlanadi.

Pandaktilit. Barmoq barcha to‘qimalarining yiringli yallig‘lanishi pandaktilit deyiladi. U ko‘pincha xasmol yuza formalarining noto‘g‘ri davolanishi natijasida kelib chiqadi. Bunda yiringli yallig‘lanish jarayoniga suyak, bo‘g‘im, pay va barmoqning yumshoq to‘qimalarning jalb bo‘ladi va bir nechta oqma yaralar paydo bo‘lib, ulardan nekrotik to‘qimalar, suyak lari chiqib turadi. Barmoq shishib, kattalashib, sianotik tusga, xunuk ko‘rinishga kiradi va harakatlar yo‘qoladi.

Davolash. Pandaktilitning davosi faqat operativ bo‘lib, barmoqni olib tashlashdan iborat bo‘ladi.

Kaft flegmonalari

Kaftda quyidagi flegmona turlari tafovut qilinadi: I barmoq do‘ngligi – tenar flegmonasi, V barmoq do‘ngligi – gipotenar flegmonasi, U-simon flegmona, komissural, kaft orqa yuzasining teri osti, kaft orqa yuzasining aponevroz osti, kaft o‘rta yuzasi bo‘shlig‘ining flegmonalari (102-rasm).



102-rasm. Kaft flegmonasi va uni xirurgik kesib ochish nuqtalari.

Tenar flegmonasi. Tenar va kaft tirsak qirrasining keskin shishishi bilan kechadi. Paypaslaganda keskin og‘riq, to‘qimalarning taranglashuvi, shishgan to‘qimalar harakatchanligining cheklanganligi, kaft burmalarining tekislanganligi kuzatiladi.

Gipotenar flegmonasida keskin intoksikatsiya kuzatilmasa ham, to‘qimalarda keskin shish, giperemiya, taranglashuv, paypaslaganda kuchli og‘riq va og‘riqning V barmoqni harakatlantirganda kuchayishi xarakterli.

U-simon flegmona. Bu flegmona boshqalariga qaraganda og‘irroq‘i bo‘lib, I yoki V barmoq pay xasmolining asorati sifatida jarayonning sinovial qopchalar orqali tarqalishidan kelib chiqadi.

U-simon flegmona klinik manzarasi keskin intoksikatsiya, tana haroratining oshishi, bosh og‘rishi va umumiy holsizlik bilan kechadi. Bunda kaft shishgan, ko‘kimitir-qizg‘ish rangda, paypaslaganda keskin og‘riqli. Barmoqlar biroz bukilgan bo‘lib, faol harakatlar yo‘q, passiv harakatlar keskin og‘riqqa sabab bo‘ladi.

Komissural flegmona. Kaftning distal qismi kaft yuzasida rivojlanadi. Bunda infeksiyaning kirish darvozalari bo‘lib, qadoqlangan, dag‘al terining II-IV kaft falangan bo‘g‘im proeksiyaldaridagi yorilgan sohalari xizmat qiladi. Shuning uchun ham ba‘zan bu kasallik qadoq absessi deb ham ataladi. U keskin og‘riqlar, kaft ikkala yuzalarining ham keskin shishlari bilan namoyon bo‘ladi. Atrofdagi barmoqlar bir-biridan uzoqlashgan, falangalararo

bo'g'implardan bukilgan bo'lib, ular yozilganda keskin og'riq aniqlanadi.

Komissural flegmonani davolash. Yiringli bo'shliqni ochib, ajralgan epidermisni olib tashlashdan iborat.

Kaft orqa yuzasining teri osti flegmonasida to'qimalar shishi va giperemiyasi tarqoq xarakterda bo'ladi va ularning chigarasini aniqlashning iloji bo'lmaydi.

Kaft orqa yuzasining aponevroz osti flegmonasi infeksiyaning sanchilgan jarohlarda chuqur aponevroz ostigacha kirib borishidan kelib chiqadi. Flegmonaning bu turida dagal infiltrat kaftning orqa yuzasida shish va teri giperemiyasi bilan namoyon bo'ladi. Bu ikkala flegmonalarning davosi faqatgina operativ yo'l bilan amalga oshiriladi va yiringli bo'shliq keng qilib ochilib, drenajlanadi.

Kaft o'rta bo'shlig'ining flegmonasida yiringli ekssudat kaft aponevrozi va bukuvchi barmoqlarni yopib turuvchi yupka fassial plastinka orasida to'planadi. Kasallik keskin intoksikatsiya, tana haroratining ortishi, bosh og'rig'i, baland leykotsitoz bilan kechadi. Ko'rganda kaftning markaziy qismi shishgan, taranglashgan, burmalari tekislangan, lekin flyuktuatsiya belgisi aniqlanmaydi.

SEROZ PARDALARNING YIRINGLI KASALLIKLARI

Kasallik og'ir klinik kechadi va bemor hayotiga katta xavf soladi. Perikardning yallig'lanishi (pericarditis), qorin pardaning yallig'lanishi (peritonitis), miya pardalarining yallig'lanishi (meningitis), ko'krak bo'shlig'i pardasi plevraning yallig'lanishi (pleuritis) tafavut qilinadi.

Etiologiyasida asosan, staflokokklar va enterobakteriyalar muhim rol o'ynaydilar. Ba'zi hollarda aralash yoki mikst infeksiya kuzatiladi.

Infeksiya to'g'ridan-to'g'ri kontakt yo'li bilan yoki qo'shni sohadagi patologik jarayonning kechishi yo'li bilan tarqaladi. Yiringlatuvchi mikroblar limfogen va gematogen yo'llar bilan ham tarqalib, muayyan hollarda seroz, seroz-fibrinoz yoki yiringli yallig'lanishni keltirib chiqarishi mumkin. Klinik kechishi, diagnostikasi va davolashi barcha xirurgik infeksiyaga qarshi kurashish prinsiplaridan iborat.

SEPSIS

Sepsis diagnostikasi va davosi murakkab va echimi haligacha to'liq echilmagan og'ir infeksiyon kasallik bo'lib, qon va to'qimalarga chirituvchi mikroorganizmlar va ularning toksinlari tushishidan kelib chiqadi. Bunda patologik jarayon organizmning o'ziga xos reaksiyasi va klinik ko'rinishi bilan namoyon bo'ladi.

Xirurgik sepsis bu kasallik infeksiyon-toksik kasallik bo'lib, kasallik qo'zg'atuvchisi va birlamchi o'choqdagi immunologik himoya omillari o'rtasidagi muvozanatni buzilishidan kelib chiqadi. Bu esa o'z navbatida ikkilamchi immunodefitsit va gomeostazning buzilishiga olib keladi. Boshqacha qilib aytganda sepsis bu toksinlar miqdori va sifati bilan organizm zararsizlantiruvchi tizimi o'rtasidagi munosabatning buzilishidan kelib chiqadi. V.G.Borishvili (1990 y.) ma'lumotlariga ko'ra AQSH da sepsis kasalligidan ko'riladigan yillik zarar miqdori 2,4 milliard dollarni tashkil qilar ekan. DST (VOZ) ma'lumotlariga ko'ra septitsemiyadan nobud bo'layotgan bemorlar soni qorin tifi, dizenteriya, poliomielit, difteriya, skarlatina, ko'kyo'tal va meningokokk infeksiyasidan nobud bo'layotgan barcha bemorlar sonining yig'indisidan ham ko'p ekan. Shu munosabat bilan bu kasallikni diagnostikasi va davolashning yangi va zamonaviy priptsiyal tamoyillarini ishlab chiqish zaruriyati tug'ilmoqda. Antibakterial terapiya sepsisni davolashda asosiy zveno bo'lmasdan, u kompleks davoning bitta to'ldiruvisi bo'lib xizmat qiladi xolos. Hozirgi paytda xirurgik sepsis nisbatan kam uchraydi – barcha xirurgik kasalliklarning 0,05-0,1% ni tashkil qiladi (10-20 ming ta xirurgik bemorga bitta sepsis bilan bemor to'g'ri keladi), lekin o'lim darajasi 50% gacha etadi, septik shok holatlarida esa 60-82% gacha etishi mumkin. Kasallik ko'pincha 30-50-yoshda uchraydi, erkaklar ayolarga nisbatan ikki baravar ko'proq kasallanadi. Kasallik ayniqsa chaqaloq va 60 yoshdan oshgan, kuchsizlangan bemorlarda juda og'ir kechadi.

Sepsis uchun quyidagilar xos: 1) Patogen mikroblarning qon orqali tarqalishi; 2) Mikroblar biologik xususiyatlarining har-xil bo'lishiga qaramasdan kasallikning bir xil klinik ko'rinishda namoyon bo'lishi,

3) Organizm reaktivligining o'zgarishi; 4) Birlamchi septik o'choqning mavjudligi; 5) Maxsus (spetsifik) patologoanatomik o'zgarishlarning bo'lmashligi.

Sepsisning quyidagi *qo'zg'atuvchilari* mavjud: stafilokokklar, streptokokklar, enterobakteriyalar, ichak tayoqchalari, ko'k yiring tayoqchalari, psevdomonadalar, zamburug'lar. Ko'pincha bir necha xil mikroblarning assotsiatsiyasi kuzatiladi.

Kasallik etiologik tarkibining muhim muammolaridan biri bu ishlatilayotgan antibiotiklarga sezgir bo'lmagan shtammlarning paydo bo'lishi, amaliyotga yangi antibakterial vositalar tadbiiq qilish zaruriyati va ular tan narxining oshib ketayotganligidir.

Sepsis *patogenezing* asosiy komponentlari: mikrobiologik omil (sepsisning qo'zg'atuvchisi), infeksiyaning kirish darvozalari (birlamchi yallig'lanish o'chog'i), organizmning reaktivligi, uning allergizatsiyasi va sensibilizatsiyasi.

Sepsis rivojlanishida muhim ahamiyat kasb etuvchi omillar: sepsis qo'zg'atuvchisining turi, sepsis qo'zg'atuvchisining virulentligi, organizmga tushgan mikroblarning miqdori, mikroblarning toksinlari, to'qimalarning parchalanish maxsulotlari.

Sepsisda *infeksiyaning kirish darvozalari*: yumshoq to'qimalar, suyaklar, bo'g'imlar va bo'shliqlarning ochiq shikastlari, mahalliy yiringli jarayonlar: furunkullar, abscesslar, xasmollar, tromboflebitlar, osteomielitlar va boshqalar, operatsion jarohatlar, surunkali yallig'lanish o'choqlaridagi xurujlar – surunkali tonzillit, gaymorit, karies tishlar, o't va nafas yo'llari surunkali yallig'lanish kasalliklar, kriptogen sepsisda esa infeksiyaning kirish darvozalari noma'lum bo'ladi.

Sepsisda *birlamchi o'choqning yallig'lanish jarayoniga ta'siri*. yuz sohasidagi, ichki a'zolar va bo'shliqlardagi jarayonlar ayniqsa xavfli hisoblanadi. Yiringli o'choqning drenajlanish darajasi va bo'shliq atrofidagi barer to'qimalarning himoya darajasi hal qiluvchi omillardandir. Infeksiya gematogen yo'l bilan tarqalgan holatlarda yiringli tromboflebitlar yoki periflebitlar rivojlanadi, infitsirlangan embollar esa ikkilamchi yiringli metastazlarga sabab bo'ladi (stafilokokkli infeksiyada ular asosan o'pkalarda, suyak ko'migida, buyraklarda; streptokokkli infeksiyada bo'g'imlarda va

o'pkalarda; pnevmokokkli infeksiyada esa bosh miya pardalarida joylashadi).

Limfogen yo'l bilan tarqalishida esa infeksiya limfatik to'siqni engib o'tishi zarurligi sababli sepsis sekin kechadi. Sepsis rivojlanish jarayonida birlamchi jarayon ba'zan kamayishi, ba'zan esa yo'qolishi ham mumkin. Lekin bu holat jarayonning keyingi rivojlanishiga umuman ta'sir qilmaydi degan gap emas. Bunday holatlarda klinik jihatdan yiringli metastatik o'choqlar asosiy o'rinni egallaydi. Shunday bo'lishiga qaramasdan birlamchi yallig'lanish o'chog'iga ikkilamchi nazar bilan qarash noto'g'ri bo'ladi, chunki organizmni sensibillovchi patologik impulslarning sababi birlamchi yallig'lanish o'chog'i bo'ladi.

Organizm reaktivligiga ta'sir qiluvchi omillar: markaziy nerv tizimining holati, endokrin tizimi, bemorlarning yoshi, qon aylanishining buzilishlari, retikuloendotelial tizimning fagotsitar faoliyati.

Oxirgi yillardagi izlanishlarning ko'rsatishicha qonda bakteriyalarni topilishi hali bu sepsis degani emas. Qon bir pasda mikroblardan tozalanishi mumkin (fagotsitoz, jigar va buyraklarning zararsizlantirish faoliyati), ammo sepsisning klinik manzarasi yo'qolmaydi. Keskin ifodalangan sepsis holatlarida har doim ham qonda mikroblar topilavermaydi. Ba'zi bir yuqumli kasalliklarda (qorin tifi, qaytalama tif, gripp) yoki mahalliy yallig'lanish kasalliklarida qonda mikroblar topilishi mumkin, ammo sepsisning klinik manzarasi yo'q bo'ladi. Bu holda qonda mikroblar ko'paymaydi, lekin butun organizm bo'ylab aylanib yuradi.

Mikroblar yallig'lanish o'choqlarida ko'payadi. Vaqti kelib esa ular qon oqimiga tushib, septik embollar holida limfatik to'siqlardan o'tadi. Yallig'lanish o'chog'idagi mikroblarning endo-va ekzotoksinlari organizmga to'xtovsiz ta'sir qilib turadi. Toksinlar o'z navbatida a'zo va to'qimalarda o'zgarishlarga sabab bo'ladi, ular esa jigar, o'pka, taloq, bosh miya, buyraklar, teri osti va suyaklarda ikkilamchi yallig'lanish o'choqlarini rivojlanishiga olib keladi.

Bakteriologik jihatdan sepsisni, jarayonni tarqalish vaqtida, tana haroratining baland ko'tarilib, titroq tutgan paytda tasdiqlash mumkin. To'qimalarning parchalanish mahsulotlari jarayonning tarqalish jarayonida biologik faol moddalar (gistamin, serotonin) miqdorining

qonda baland bo'lishini ta'minlaydi va sepsisning avj olishiga olib keladi. To'qimalarda gipoksiya va anoksiya holati rivojlanadi, natijada esa septik shok holati rivojlanishi mumkin. Shokning rivojlanishida buyrak usti beziga ta'sir etib, katexolaminlarning ko'p miqdorda ajralishiga, keskin kapillyarospazmga va mikrotsirkulyasiyaning buzilib to'qimalar gipoksiyasi va qonning depolanishiga olib keluvchi endotoksinlar katta ahamiyatga ega.

Sepsisda organizmning sensibilizatsiyaga reaksiyasi uch xil bo'ladi:

1) Normergik reaksiya uchun yallig'lanishning yaqqol ifodalangan manzarasi xos bo'lib, sepsis odatda yiringli metastazlar bilan kechadi;

2) Giperergik reaksiya uchun tez, keskin avj olish xos bo'lib, destruktiv va degenerativ o'zgarishlar, yiringli metastazlar odatda bo'lmaydi;

3) Anergik reaksiya uchun sust ifodalangan yallig'lanish jarayonlari xos, immunitet kuchli bo'lgan holatlarda kuzatiladi. Bunda sepsis yiringli metastazsiz kechadi.

Patologoanatomik manzarasi. Sepsisning spetsifik morfologik o'zgarishlari bo'lmasdan, ikkilamchi nospetsifik o'zgarishlar kuzatiladi; Autopsiya paytida olingan bakteriologik ekmalarda doim ham sepsis tasdiqlanavermaydi. Odatda yiringli tromboflebitlar va periflebitlar, to'qimalarning yiringli emirilishi, a'zo va to'qimalarga qon quyilishlar, ichki a'zolarida degenerativ o'zgarishlar, sepsis ikkilamchi metastazlar bilan kechgan hollarda esa teri osti kletchatkasida, a'zo va bo'shliqlarda ko'p sonli absesslar aniqlanadi. Taloq qonga to'lishgan, kattalashgan, kesib ko'rganda septik qirindi aniqlanadi. Mikroskopik tekshiruvda taloq pulpasining proliferatsiyasi, gemolizga uchragan eritrotsitlarning qobiqlari, va hujayralar nekrozi ko'rinadi. Limfa tugunlarining kattalashuvi, nekrotik yiringli o'zak saqlovchi tanglay murtaklarining shishganligi xarakterli. Jigarda stromaning yallig'lanishi ko'rinishida septik gepatit manzarasi, buyraklarda nekrotik nefroz va septik nefrit aniqlanadi. Miyada shish, miya pardalariga qon quyilishi, ikkilamchi meningit va ensefalit topiladi. O'pkalarda gemorragik yallig'lanish belgilari, ichki a'zolarida esa ko'p sonli absesslar topiladi.

Sepsisning tasnifi:

Etiologiyasiga ko'ra: 1. **Aerob:** a) grammusbat: stafilokokkli, streptokokkli, pnevmokokkli; b) grammanfiy: proteyli, ko'k yiring tayoqchali, salmonellezli, esherixiyali, klebsiellali; 2. **Anaerob:**

a) spora hosil qilmaydigan mikroorganizmlar (noklostridial), b) spora hosil qiluvchi mikroorganizmlar (klostridial), kandidozli, polimikrob.

Kelib chiqishiga ko'ra: jarohatdan keyingi, operatsiyadan keyingi, ichki (pnevmoniyadan, anginadan keyin), kriptogen.

Klinik kechishiga ko'ra: 1) Yashin tezligida kechuvchi, keskin infeksion-toksik shok bilan kechib 1-2 kunni ichida o'linga olib keluvchi turi; 2) O'tkir 5-7 kungacha; 3) O'tkir osti, kechikuvchi (podostroy, zatyajnoy) 7-30 kungacha; 4) Septik shok 12-24 soatgacha; 5) Surunkali sepsis (xronosepsis) yarim yildan 2 yilgacha.

Rivojlanish vaqtiga ko'ra: 1) Erta; 2) Kechki asosiy kasallik boshlanishidan 3 haftadan keyin rivojlanuvchi turi.

Birlamchi o'choq yoki kirish darvozalarining joylashgan joyiga ko'ra: xirurgik, ginekologik, otogen, odontogen, kindikdan rivojlanuvchi.

Organizmning reaktivligiga ko'ra: giperergik, normergik, anergik.

Infeksiya o'chog'i bor yoki yo'qligiga ko'ra: birlamchi yoki kriptogen (sepsisning manbai aniq emas), ikkilamchi (aniq yaqqol ifodalangan birlamchi o'choq zaminida kechuvchi).

Rivojlanish bosqichlariga ko'ra: boshlang'ich yoki yiringli-rezortiv isitmali – yiringli o'choq va intoksikatsiya belgilari xos, septitsemiya (metastazlarsiz sepsis), septikopiemiya (metastazlari mavjud sepsis).

Sepsisning klinik manzarasi. Sepsisning faqat shu kasallik uchun xos bo'lgan simptomlari yo'q. Ba'zan bu kasallikni boshqa yiringli kasalliklardagi yoki yuqumli kasalliklarning boshlang'ich bosqichlaridagi intoksikatsiyalardan farqlash qiyin bo'ladi. Sepsisning umumiy va mahalliy simptomlari tafovut qilinadi. Umumiy simptomlari har-xil a'zo va ularning tizimlaridagi o'zgarishlar bilan bog'liq, mahalliy simptomlari esa boshlanishida birlamchi o'choq, keyinchalik esa yiringli metastazlarning klinik

ko'rinishi bilan bog'liq bo'ladi.

Sepsisning asosiy simptomlari: birlamchi o'choq – 100%, 38°S dan oshiq bo'lgan isitma – 88%, 100 zarb/min dan yuqori bo'lgan taxikardiya – 82%, xansirash – 76%, titroq tutishi – 26%, taloqning kattalashuvi – 15%, periferik shishlar – 23%, toksik gepatit – 81%, toksik nefrit – 72%, septik pnevmoniya – 37%, o'pkalarning septik absesslari – 14,7%.

Ko'pincha sepsis asta sekinlik bilan boshlanadi. Lekin yashin tezligida kechuvchi shakli bundan mustasno va bunda bemorlar kasallik boshlanganidan keyin aytarli kasallikning biron bir mahalliy belgilarisiz halok bo'lishadi. Kasallikning prodromal davrida bemorlar biroz hayajonlangan, ko'zlari so'ngan, lunjlari pushti rang bo'ladi. Terisi namlangan, gerpetik toshmalar paydo bo'lishi mumkin. Kasallikning avj olishi bilan bemorlarning tashqi ko'rinishi o'zgaradi: ko'zlari xiralashadi, yuzlari oqish kulrang tusga kiradi va sariqlik paydo bo'ladi. Mayda petexial toshmalar bilan qoplangan katta-katta sohalar paydo bo'ladi. Yangi metastazlar paydo bo'ganida tana harorati keskin oshadi va titroq tutishi bilan kechadi; haroratning tushishida esa ko'p miqdorda ter ajralishi kuzatiladi. Bemorlarning tana og'irligi tezda kamayib, umumiy holsizlik orta boradi va septik ich ketishi bilan kechadi. Lunjlari so'lib, burni o'tkirlashadi va afoniya rivojlanadi. Qon tomir tizimi tana haroratining oshishiga yurak qisqarishlarining tezlashuvi bilan javob beradi.

Prognoz yaxshi bo'lmagan holatlarda harorat va puls chiziqlari orasida ajralish («qaychi») kuzatiladi – harorat pasayadi, taxikardiya esa osha boradi. Yurak faoliyati yomonlasha boradi, puls to'laligi susayadi, arterial bosim tusha boradi. Ba'zan esa yuqorida aytilganlarga septik miokardit manzarasi ko'shiladi. Tanada shishlar paydo bo'lib, tromboflebitlar va yotoq yaralar kelib chiqadi. Qonda esa zo'rayib boruvchi anemiya, EChT ning baland (30-60 mm/soat) bo'lishi, leykotsitozning oshib, ($15-40 \cdot 10^9/l$) qon formulasining chapga siljishi va toksik donador neytrofillar paydo bo'lishi kuzatiladi. Har-xil o'zgarishlar parenximatoz azolarda ham kuzatiladi. Jigar o'lchamlari kattalashadiyu, uning funksional imkoniyatlari 15-20% ga kamayadi. Ko'pincha toksik

gepatit rivojlanib, sariqlik bilan kechadi. Taloq kattalashadi, buyrak faoliyati buzilib, gipostenuriya va oliguriya paydo bo'ladi. Siydikda oqsil va toksik silindrlar paydo bo'ladi. Qonda qoldiq azot va mochevina miqdori orta boradi. Gipoproteinemiya kuchayadi, protrombin indeksi 45-50% gacha pasayadi. Ba'zi hollarda terida kapillyarlarning toksik o'tkazuvchanligi oshishi tufayli skarlatinaga o'xshash eritema paydo bo'ladi. Ba'zan mahalliy o'zgarishlar sust ifodalangan bo'ladi va sepsisning klinik manzarasiga to'g'ri kelmaydi. Septik jarohat bo'lgan holatlarda bemorlar ko'rinishi anemik tusga kirib shishlar paydo bo'ladi. Jarohatlardan ajralma ko'p bo'lmaydi va uning xarakteri xira, loyqali bo'ladi. Jarohat atrofida qon tomirlar trombozi, limfangit, limfadenitlar kuzatiladi. Metastazlari bo'lgan sepsisga har-xil a'zo va to'qimalarda yiringli o'choqlar rivojlanishi xos bo'lib, yiringli bo'shliqlar ochilganida tana harorati pasayadi, ammo yangi o'choqlar paydo bo'lib, simptomatika yana takrorlanadi. Septitsemiya uchun remissiyalarsiz, og'ir klinik kechish va organizmning keskin susayib, a'zolar faoliyatining dekompensatsiyasi xos bo'ladi.

Surunkali sepsis uchun atipik kechish xos bo'lib, bir necha oylardan keyin ham rivojlanaverishi mumkin. Umumiy belgilari sust ifodalangan bo'ladi. Vaqti-vaqti bilan tana harorati oshib ikkilamchi yiringli o'choqlar paydo bo'ladi. Qonda biroz anemiya va leykotsitoz rivojlanadi, EChT oshadi.

Sepsisning diagnostikasi. Yiringli metastazlari bo'lib, kasallik tipik kechgan holatlarda tashxis qo'yish qiyinchilik tug'dirmaydi. Biroq boshlang'ich bosqichlarida va kasallik atipik kechgan holatlarda tashxis qo'yish qiyinlashadi. Diaqnoz bakteriologik tekshiruvlar bilan tasdiklanadi. Lekin kasallikning klinik manzarasi yaqqol ifodalangan bo'lib, bakteriologik tekshiruvlarda mikroblarning o'smasligi hali sepsis yo'q degan gap emas.

Sepsisning asoratlari: infeksiya-toksik shok, arrosiyalangan tomirlardan septik qon ketishi, oyoq ko'llar magistral arteriyalarining tromboemboliyasi, ichki a'zolar arteriyalarining tromboemboliyasi, septik endokardit, septik pnevmoniya, yotoq yaralar.

Differensial diagnostika. Sepsisni quyidagi kasalliklardan farqlab olish zarur: mahalliy yiringli jarayonlardagi intoksikatsiyadan,

qorin tifidan, brutsellyozdan, malyariyadan, disseminatsiyalangan sildan, o'tkir gematogen osteomielitdan, tomirlar devorining toksik zararlanib o'tkazuvchanligi oshib ketishi mumkin bo'lgan va qon ivish tizimi kasalliklaridan.

Sepsisni davolash prinsiplari: yiringli o'choqni sanatsiya qilish, antibakterial, immunologik, antikoagulyant, antiferment terapiya, ekstrakorporal detoksikatsiya. *Davolash* etiologik yo'naltirilgan va patogenetik asoslangan bo'lishi lozim. Sepsisda etiologik tadbirlarni ikki guruhga bo'lish mumkin – birlamchi va ikkilamchi yallig'lanish o'choqlarini davolashga qaratilgan mahalliy, butun bir organizmga ta'sir qilishga qaratilgan umumiy. Mahalliy etiologik tadbirlar quyidagilarni o'z ichiga oladi: o'z vaqtida va radikal xirurgik davo – nekrotik to'qimalar va yot jismlarni olib tashlab, yirinli o'choqni drenajlash; yallig'lanish o'chog'ida biologik yoki kimyoviy dezinfeksiya (antibiotiklar, sulfanilamidlar, antiseptik vositalar, proteolitik fermentlar, bakteriofaglar va boshqalar); fizioterapevtik muolajalar (UFO, UVCh, neonli lazer va boshqalar); patologik o'choq sohasida tinchlik, ximiyaviy holatini ta'minlash va immobilizatsiya qilish.

Umumiy etiologik davoning asosiy maqsadi infeksiya bilan kurash hisoblanadi. Antibiotiklar ishlatish muhim ahamiyatga ega. Antibakterial terapiyaning samarasi qoniqarli bo'lishi uchun mikrofloraning turini va antibiotiklarga sezgirligini aniqlash lozim. Antibiotiklar mahalliy va parenteral yo'llar bilan ishlatiladi. Zaruriyat bo'lgan holatlarda esa endolyumbal, arteriya ichiga yoki aortaga yuborish mumkin. Antibiotiklar ishlatishda tanlov imkoniyatlari katta bo'lishiga qaramasdan ko'pincha kombinatsiya sefalosporinlarning uchinchi avlodi (seftriakson, sefotaksim, seftazidim) va aminoglikozidlar (gentamitsin, amikatsin) ning kombinatsiyasi ishlatilmoqda. Bu kombinatsiyalar sepsis bo'lgan bemorlarda samaradorligi yuqori ekanligini ko'rsatmoqda. Ko'pchilik holatlarda seftriakson e'tiborni o'ziga jalb qilmoqda chunki uning yarim ajralish vaqti uzoq va kuniga bir marta ishlatishning o'zi kifoya bo'ladi. Boshqa preparatlarning yarim ajralish vaqti qisqa bo'lganligi sababli ularni bir necha martadan qayta ishlatish zaruriyati tug'iladi (Belobrodov V.B. 2006). Bakteroidlar va

boshqa anaeroblar tomonidan chaqirilgan sepsisni davolash uchun xloramfenikol, klindamitsin va metronidazolning tetratsiklinlar bilan kombinatsiyasi ishlatiladi. Parallel ravishda sulfanilamidlar (etazol va diprim), nitrofuran guruhi preparatlari ham ishlatiladi.

Spetsifik ta'sir qilish maqsadida antistafilokokkli plazma, 3 kunda bir martadan tana og'irligiga 5 ml/kgdan (3-6-marta) va antistafilokokkli gamma-globulinlar ishlatiladi. Surunkali sepsisda stafilokokk anatoksini va autovaksinasi bilan faol immunizatsiya qo'llaniladi.

Patogenetik davoning asosiy prinsiplari:

1) Organizm immunobiologik reaktivligini oshirish (optimal sanitar-gigienik tartib, yuqori kaloriyali ovqatlar, parenteral oziqlantirish – aminokislota aralashmalarining kompleksi, vitaminoterapiya, yangi konservlangan qon quyish, anabolik gormonlar ishlatish.

2) To'qimalarda gipoksiyani kamaytirish – giperbarik oksigenatsiya.

3) Organizmni desensibilizatsiya qilish – dimedrol, suprastin, pipolfen, kalsiy xloridi.

4) Organizmni dezintoksikatsiya qilish (mikroblar, toksinlarini va to'qimalar parchalanish maxsulotlarini chiqarib olish) va parenximatoz a'zolar faoliyatini stimulyasiya qilish. Maxsus, toksinlarni absorbsiya qiluvchi dezintoksikatsion vositalar ishlatiladi (gemodez, neokompensan, reopoliglyukin, jelatinol). Buyrak etishmovchiligi rivojlangan holatlarda ekstrakorporal yoki peritoneal gemodializ, gemosorbsiya qilinadi; jigar etishmovchiligi rivojlangan holatlarda esa gemo- limfosorbsiya, va jigarni ekstrakorporal perfuziya qilish (buzoq, cho'chqa jigari) zarur.

5) Sepsisda ajralib chiquvchi proteolitik fermentlarning nojo'ya ta'sirlarini kamaytirish uchun proteaza ingibitorlari (kontrikal, trasilol, tzalol) ishlatiladi.

6) Septik shokni kompleks davolashda steroid gormonlar – gidrokortizon, deksametazon, prednizolonlar ko'llaniladi.

Shunday qilib: sepsisga gumon bo'lgan barcha holatlarda qonni sterilligi, antibakterial terapiya boshlanishidan oldin tekshirilishi lozim. Emprik antimikrob terapiya uchinchi avloddagi sefalosporinlar

va aminoglikozidlar kombinatsiyasida ko‘rinishida bo‘lishi kerak. Nafas va qon aylanish tizimi a‘zolari faoliyatining buzilishi ko‘rinishida poliorgan patologiya rivojlangan holatlarda bemorlar patogenetik davvo o‘tkazish maqsadida organlar hayot faoliyatini monitoring qilish imkoniyati bo‘lgan intensiv terapiya bo‘limlarida joylashtirilishi lozim.

Patogenetik davoning hajmi har bitta holat uchun individual, poliorgan patologiyaning rivojlanish xarakteriga va xususiyatlariga qarab belgilanadi. Kasallikning qo‘zg‘atuvchisi va antibiotikogramma aniqlangan holatlarda esa yallig‘lanish o‘chog‘i uchun spektri va dozasi adekvat bo‘lgan monoterapiyaga o‘tish mumkin.

Profilaktikasi. Jarohatlarni o‘z vaqtida davolash, birinchi navbatda birlamchi xirurgik ishlov berish, mahalliy yallig‘lanish jarayonlarini kechiktirmasdan davolash va organizm ximoya kuchlarini oshirishdan iborat.

Dispanserizatsiya: o‘tkir sepsisda 1 yil, surunkali sepsisda 5 yil, septik endokarditda butun umr.

ANAEROB INFEKSIYA

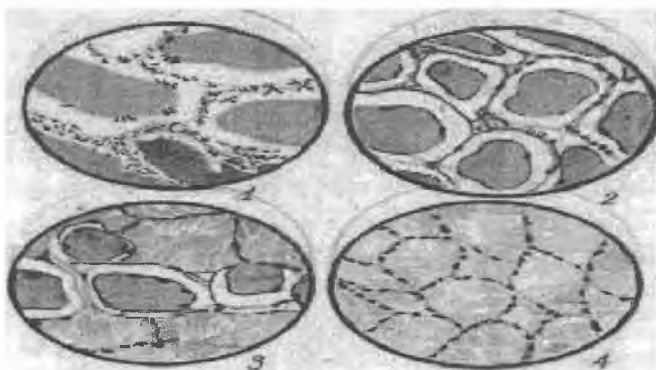
Anaerob infeksiya – jarohatlarning og‘ir toksik asorati bo‘lib, asosan biriktiruvchi va mushak to‘qimalarini zararlanishi bilan kechadi. N.I.Pirogov anaerob infeksiyani ifodali qilib «mefitik» yoki «shayton» infeksiyasi va u urushlarning doimiy yo‘ldoshi deb nomlagan. Birinchi jahon urishi davrida (1914-1918 y) 5 dan 15% gacha yaradorlar gazli gangrena bilan og‘rib 60-80% gacha holatlarda o‘lim bilan tugagan. Urushning ayrim davrlarida bu ko‘rsatkichlar balandroq ham bo‘lgan. Nemis armiyasida amputatsiyalar va o‘lim ko‘rsatkichi shu darajada yuqori bo‘lganki, harbiy senzura anaerob infeksiya haqidagi ma‘lumotlarni nashr qilishni taqiqlab ko‘yishgacha etgan.

Anaerob infeksiyani chaqiruvchi sabablariga ko‘ra har-xil mualliflar uni turlicha nomlashgan. Anaerob infeksiyani qadimda Antonov olovi deb ham nomlashgan. Ambruaz Pare esa uni gospital gangrenasi travmatik gangrena, yashin tezligidagi gangrena, mahalliy stupor, travmatik epidemiya, o‘tkir yiringli shish deb nomlagan;

N.I.Pirogov «mifitik gangrena», yashin tezligidagi gangrena, gazli gangrena deb atagan. Ko'pchilik shifokorlar «gazli gangrena» yoki jarohatlarning anaerob infeksiyasi terminidan foydalanishadi.

Anaerob infeksiyaning ko'zg'atuvchisi quyidagi to'rtta maxsus mikroblardir, klostridiylar: *Cl. perfringens* (44-90%), *Cl. Oedematiens* (15-50%), *Cl. histoluticus* (2-6%), *Vibrion septicus* (10-30%). Bu bakteriyalar juda ko'p tarqalgan bo'lib, barcha joylarda: go'ng aralashgan tuproqda, odam va hayvonlar chiqindilari bilan ifloslangan tuproqda uchraydi. Chang bilan odamlar terisi, shilliq qavatlari, kiyimlariga o'tirib qoladi va shikastlanishlarda yumshoq to'qimalar defektlari orqali organizmga tushadi. Qulay sharoitlarga tushganida mikroblar biriktiruvchi va mushak to'qimalarni nekrozini chaqiruvchi gemotoksin ajratadi (Kuzin M.I. 2006). Toksinlar eritrotsitlar gemolizi, tomirlar trombozi, miokard, jigar va buyrak zararlanishini chaqiradi. Barcha anaerob mikroblar uchun ozmi ko'pmi gaz hosil qilish va to'qimalar shishi xos. Urush davrlarida kiyim kechaklarning anaerob mikroblar bilan ifloslanishi 83-90%, jarohatlarning ifloslanishi esa – 80-90% gacha etishiga qaramay anaerob infeksiya bilan asoratlanish nisbatan kam uchraydi. Bu holat kiyimlarning anaerob infeksiya bilan ifloslanish darajasiga, ob-havoga, ko'p miqdordagi to'qimalarning ayniqsa mushaklarning shikastlanishiga, (mushaklarning imbibitsiyalanishi, yirik qon tomirlarining shikastlanishi, o'lik bo'shliqlar bor yoki yo'qligi); kislorod kirishi chegaralanganligiga; yaradorlarning ko'p qon yo'qotganligi sababli aylanayotgan qonda erkin kislorod yo'qligiga; yaradorlarni suyaklar singan, to'qimalarning ko'p miqdorda shikastlanishi holatlarda yaxshi immobilizatsiya qilmasdan uzoq muddat transportirovka qilish; bemorlarning ruhiy va asabiy holatlariga bog'liq.

Anaerob yoki klostridial mikroblar organizmga kontakt, limfo- va gematogen yo'llar bilan tushib qulay sharoitlar bo'lganda ko'paya boshlaydi va toksinlar ajratadi (103-rasm). Ular esa hujayralar membranasi orqali o'tib, to'qimalarni nekrozga uchratadi.



103-rasm. Anaerob infeksiyada mushaklarning mikroskopik o'zgarishi. 1-anaerob shikastlanish chegarasidagi mushaklar o'zgarishi, 2-mushak tolalari nekrozi, 3-mushaklarning total shikastlanishi, 4-to'qimalararo sohada shikastlangan to'qimalarda klostridiyalar.

Nekroz o'choqlarida esa bakteriyalar tez ko'payadi va shu bilan "aylanma holat" rivojlanadi, yani toksinlar hujayralar nekrozi bilan mikroblarga yo'l ochsa, mikroblar toksin ishlab chiqarib to'qimalar nekroziga sabab bo'ladi. Buning oqibatida mushak to'qimasi nekrozga uchraydi (104-rasm) va nervlarda degenerativ o'zgarishlar rivojlanadi. Toksinlarning proteolitik va glikogenolitik ta'siri natijasida oqsillar, aminokislotalar parchalanib ammiak, karbonat anhidrid, vodorod sulfidlar hosil bo'ladi va jarayon chirituvchi tus oladi.



104-rasm. Boldir va panja sohasi anaerob infeksiyasi.

Boshlang'ich bosqichlarida patologoanatomik o'zgarishlar jarohat atrofida shish paydo bo'lishi bilan kechadi, keyinchalik esa gaz hosil bo'la boshlaydi. Terida dastlab oqishlik, yaltiroqlik bo'lib, keyin esa u ko'kimtir qizg'ish, qoramtir, yashil, jigarrang tus olib, har -xil o'lchamli dog'lar ko'rinishida namoyon bo'ladi va marmarga o'xshab qoladi. Teri osti kletchatkasida ko'p miqdorda shish suyugligi bo'lishi yoki quruq bo'lishi mumkin, lekin gaz pufakchalari bilan burkalgan bo'ladi. Gaz pufakchalari esa tovush chiqarish bilan tashqariga ajraladi, shu sababli Pavlovskiy ifodali qilib "to'qimalar pichoq ostida girdobga o'xshab kaynaydi" deb ta'rif bergan. Mushaklar o'zining odatiy tusini yo'qotib xira, oqish kul rang ko'rinishga kiradi va qaynatilgan go'shtni eslatadi. Biriktiruvchi to'qimada shish, qon quyilishi, tomirlar trombozi rivojlanib, nervlar nekrozga uchraydi, bosh miyaga qon quyiladi va miya shishi rivojlanadi. Jigar bo'kkan, buyraklar parenximasi shishgan, siydik kanalchalari kengaygan va ularning bo'shlig'i oqsil moddalari bilan to'lgan bo'ladi.

Tasnifi: *Anatomik:* epifassial va subfassial turlari.

Patologoanatomik: emfizematoz, toksik (shish), aralash, nekrotik (chirituvchi), flegmonoz, to'qimalarni parchalovchi turlari.

Klinik kechishiga ko'ra: yashin tezligida kechuvchi, o'tkir kechuvchi, sekin kechuvchi turlari.

Bu holat esa mikroorganizmning holatiga va qo'zg'atuvchi anaeroblarning turli tumanligiga, ularning aeroblar bilan assotsiat-siyasiga bog'liq.

Klinik manzarasi: klinik manzarasi 50% bemorlarda 2 kundan 4 kungacha bo'lgan inkubatsion davrdan keyin boshlanadi. Yashin tezligidagi turida esa 24 soatdan keyin boshlanishi ham mumkin, ba'zan esa 10 kun va undan keyin boshlanadi. Inkubatsion davrning bunday o'zgaruvchanligi bemorlarning umumiy ahvoliga va jarohatlarning joylashgan joyiga, yo'qotilgan qonning miqdoriga, o'tkazilgan birlamchi jarrohlik ishlovining sifatiga bog'liq bo'ladi. Oyoqlar shikastlanganida, ayniqsa shikastlanish suyaklar sinishi va ko'p miqdorda qon yuqotish bilan kechadigan bo'lsa inkubatsion davri qisqa bo'ladi.

Inkubatsion davrdan keyin klinik manzarasi shakllanadi, bunda

patologik jarayonning kechishiga qarab to'rtta bosqich farqlanadi: gazli flegmona bilan chegaralanadigan erda bosqich; jarayonning avj olish yoki tarqalgan gazli flegmona; gazli gangrena; sepsis bosqichlari.

I bosqichda bemorlar oyoqlaridagi og'riqqa va bog'lamning torligiga shikoyat qiladi. Bunday holatlarda tezlik bilan bog'lamni echib tashlash zarur. Bunda quruq, hayot belgilarini yo'qotgan, usti kulrang, iflos karash bilan qoplangan jarohat ko'zga tashlanadi. Bemorlarda engilgina toksemiya begilari paydo bo'ladi: biroz qo'zg'alish, tana haroratining puls bilan to'g'ri kelmaydigan 37,5-38°S gacha oshishi kuzatiladi.

II bosqichda anaerob flegmona jarayoni tarqalishga intiladi. Bunda og'riqlar jarohat sohasidan oyoqning yuqori segmentlariga tarqaladi. Agar jarayon boldir sohasida bo'lsa jarohatdagi og'riqlar kamayadi, lekin nevtoksinlarning nerv oxirlariga ta'siri natijasida son sohasida kuchli og'riqlar paydo bo'ladi. Toksemiya kuchayadi: uyqusizlik paydo bo'ladi, teri qoplamlari sarg'ayib, og'zi quriy boshlaydi va tilida karash paydo bo'ladi. Tana harorati 38-39°S gacha oshib, tomir urishi 1 daqiqada 120-130 gacha etadi. Arterial qon bosimi pasayadi. Mahalliy: jarohatda hayot belgilari ko'rinmaydi, uning chekkalari tashqariga buralgan bo'ladi. Jarohat tubidan qonli iflos "go'sht suvi" ko'rinishida, sassiq aynigan tuxum, ammiak hidli ajralma va gaz pufakchalari ajralishi kuzatiladi.

Agarda oyoqlar muzlab, periferik tomirlarda (a. dorsalis pedis, a. tibialis posterior), tomir urishi aniqlanmasa gazli flegmonani III bosqich gazli gangrenaga o'tdi deb hisoblash kerak. Bunda jarohat yaqqol hayot belgilarini yo'qotgan bo'ladi, shishgan mushaklar yana ham tashqariga buralgan bo'ladi va kul rang tus oladi. Shishlar hisobiga oyoqlar hajmi kattalashib ketadi. Terida gemorragik tusli suyuqlik saqlovchi pufakchalar paydo bo'ladi. Jarohat tubidan o'tkir hidli gaz ajralishi davom etaveradi. Paypaslaganda krepitatsiya aniqlanadi, auskultatsiyada gazli pufakchalarning yorilishi eshitiladi. Shishlar kuchayib boraversa ip simptomi va Melnikovning ustara simptomi musbat bo'ladi. Ko'pincha shishgan teri bronza tusiga kiradi (shu sababli kasallikka bronzali shish ham deyiladi). Gaz

hosil bo'lishi davom etaveradi va tezda tanaga tarqalishi mumkin (yashin tezlikda kechgani).

Sepsis bosqichida og'ir toksemiya manzarasi kuzatiladi. Teri qoplamlarining rangi er rang tus oladi. Tana harorati – 38-40 °S gacha etadi. Tomir urishi 1 daqiqada 140-150 martagacha etadi va haroratga to'g'ri kelmaydi, to'laligi va tarangligi susayadi, ko'pincha ipsimon bo'ladi. Yurak tonlari bo'g'iqlashadi, qusish, xiqqichoq tutishi, oliguriya paydo bo'lib, ko'p miqdorda ter ajralishi kuzatiladi.

Kasallikning boshlang'ich bosqichlaridagi bemorlarning eyforik holati depressiya va uyqusizlik bilan almashinadi. Bemorlar ovqatdan qoladi, suyuqlik ichganidan keyin qusadi. Bunday bemorlar odatda kuchayib boruvchi yurak etishmovchiligidan nobud bo'lishadi. Mahalliy o'zgarishlar deyarli sepsissiz gazli gangrenaga o'xshagan bo'ladi, lekin jarohatdan o'ta sassiqlik chirish hidi chiqadi. Ko'pincha yog'larning parchalanishi kuzatiladi.

Laborator analizlar tomonidan gemoglobinning kamayishi, eritrotsitlar miqdorining kamayishi (1,5 mln gacha), EChT ning tezlashuvi kuzatiladi. Baland leykotsitoz leykotsitar formulaning keskin chapga siljishi va aneozinofiliya kuzatiladi.

Yashin tezligida kechishi ko'pincha jarayonning fassiya ostida joylashganida kuzatiladi. Fassiya usti shaklida esa nisbatan engilroq kechadi.

Anaerob infeksiyali jarohatlarning joylashuvi va uchrashi quyidagicha: oyoqlar – 69,90%, qo'llar – 21,80%, chanoq – 3,50%, ko'krak – 1,90%, bo'yin – 0,70%, yuz, bosh va qorin devori har biri 0,30% dan.

Bu kasallikda prognoz xaligacha ham og'ir qolmoqda. U bemorlarning umumiy holatiga, yoshiga, jarohatning joylashgan joyi va xarakteriga, o'tkazilgan birlamchi jarrohlik ishlovining mukammaligiga, kasallikning turi va bosqichiga, qo'zg'atuvchining turiga, mikroblarning assotsiatsiyasiga, o'z vaqtida va tezlikda qilingan davoga bog'liq. Konservativ davolaganda o'lim darajasi 100% ni tashkil qilsa, operativ davolaganda – 5,5% ni tashkil qiladi. Anaerob infeksiyaning kechishida har-xil asoratlar kuzatilishi mumkin: ikkilamchi arroviz qon ketishlari, pnevmoniya, nevritlar, organizmning holdan toyishi, ikkilamchi anemiya. Son, elka, qo'ltiq

osti, taqim osti va katta boldir arteriyalarining ikkilamchi arroviz qon ketishi jarohatning joylashgan joyiga bog'liq holda, ko'pincha 2-3 va 4 ta mikroblarning assotsiatsiyasi bo'lgan hollarda kuzatiladi. Kasallikning retsidivi erta va kech bo'lishi mumkin. Erta retsidivlar jarayon tugagandan 10-15 kundan keyin keyin rivojlanadi, kechki retsidivlar esa – bir necha oylardan keyin rivojlanishi mumkin va u qayta travma yoki operatsiyalar (yot jismlarni olib tashlash, reamputatsiya va boshqalar bilan bog'liq bo'ladi).

Profilaktikasi. Asosiy profilaktik tadbirlar bu jarohatlarga erta muddatlarda ixtisoslashgan ishlov berish: jarohat chekkalarini kesib olish, yot jismlarni olib tashlash, jarohat cho'ntaklarini kesib ochish. Jarohatga kislorod etib borishini jarohat orqali, qon orqali ham ta'minlab berish zarur va bunday profilaktika usuli nospetsifik deyiladi. Bu usulga oqayotgan qonni to'xtatib, oyoq qo'llarni yaxshilab immobilizatsiya qilish va to'g'ri transportirovka qilish ham kiradi. Spetsifik profilaktika ayniqsa suyaklar sinishi va tomirlar shikastlanishi bilan ezilgan ifloslangan ko'r jarohatlar bo'lgan barcha holatlarda vena ichiga yoki mushak orasiga gangrenaga qarshi zardoblar yuborishdan iborat. Spetsifik profilaktikani ayniqsa ko'p miqdorda mushaklar shikastlangan holatlarda, oyoqlarni sovuq urgan holatlarda o'tkazish zarur. Bunday holatlarda gangrenaga qarshi uchta komponentdan: anti Perfringens – 10 000 ME, anti Oedematiens – 10 000 ME i anti Vibrion septicus – 10 000 ME iborat zardob 30 000 AE dozada yuboriladi.

Histoluticus mustaqil ravishda gazli gangrenani chaqirmasligi tufayli unga qarshi profilaktik maqsadda zardob yuborilmaydi.

Hozirgi vaqtda instrumentlarni sterillash uchun ishlatilganidan keyin maxsus 6% li vodorod peroksidi va 0,9% li yuvuvchi vosita (kukun) dan tashkil topgan eritmaga 1 soat mobaynida solib qo'yiladi, keyinchalik esa shu eritmada shyotka bilan yuviladi va 90 daqiqa davomida qaynatiladi. Keyingi sterilizatsiya esa odatdagi usulda davom ettiriladi.

Davolash. Davolash tadbirlarini uch guruhga bo'lish mumkin. Xirurgik davo: teri, fassiya, mushaklarni suyakkacha kesishni (lampas kesimlar) o'z ichiga oladi, bunda limfa yo'llarini ko'ndalang kesish, jarohat bo'ylab zararlangan mushaklarni va nekrotik

to'qimalarni kesib olib tashlash, oyoq qo'llarni sog'lom to'qima chegarasidan Gilotin usulida choklar qo'ymasdan amputatsiya qilish tavsiya qilinadi. Spetsifik davo juda zarur ahamiyatga ega. Vena ichiga gangrenaga qarshi zardobdan kuniga 320-480 AE dan 3-4 kun davomida yuborish tavsiya etiladi. Maxsus zardoblarni vena ichiga bemor ahvolining og'irligiga va patologik jarayonning tarqalganligiga qarab har 6-8 soatda yuborib turiladi. Shu bilan bir qatorda bakteriofagni ichishga berish ham mumkin. Gangrenaga qarshi zardobni yuborishdan oldin desensibilizatsiyalovchi terapiya o'tkaziladi: vena ichiga yoki peroral 40°S li alkogol eritmasi beriladi, antigistamin vositalar va narkotik vositalar teri ostiga yoki vena ichiga yuboriladi. Aks hollarda bemorlarda anafilaktik shok rivojlanishi mumkin. Nospetsifik davo organizmning intoksikatsiyasiga qarshi yunaltirilgan bo'lishi, jarohatda anaerob mikroblarning o'sishi va rivojlanishiga qarshi, yurak qon tomir sistemasi a'zolari, qon hosil qiluvchi a'zolar va parenximatuz a'zolar faoliyatini yaxshilashga qaratilgan bo'lishi lozim. Shu maqsadda penitsillinning natriyli tuzi kuniga 80 mln ED gacha 250 000 olimorfotsiklin bilan birgalikda 2-3 marta, ristomitsin bilan birgalikda 50 000 ED dan kuniga 2 marta yoki boshqa antibiotiklar bilan birgalikda yuboriladi. Har kuni 250 ml dan qon quyish, vena ichiga fiziologik va glyukoza eritmalarini, qon o'rnini bosuvchi suyuqliklarni quyish zarur. Bemor kun davomida 3 dan 4 litrgacha suyuqlik olishi kerak. Bularning hammasi organizmga kardiotoniklar, vitaminlar (V_1 , V_6 , V_{12} , S) bilan birgalikda yuborilishi kerak. Ovqatlar yuqori kaloriyalii va vitaminlarga boy bo'lishi kerak.

QOQSHOL

Qoqshol – o'tkir spetsifik infeksiyon kasallik bo'lib, organizmga qoqshol tayoqchasi ekzotoksinining ta'siri natijasida nerv sistemasining zararlanishi bilan kechadi, ko'ndalang targ'il mushaklarning tonik va klonik qisqarishi bilan namoyon bo'ladi. Bu kasallik Gippokrat zamonasidan ma'lum bo'lib, uning o'g'li ham shu kasallik qurboni bo'lgan.

Etiologiyasi va patogenezini. Odam va hayvonlarda qoqsholning qo'zg'atuvchisi ekzotoksin ishlab chiqaradigan, grammusbat, sporo-

gen tayoqcha Clostridium tetani hisoblanadi. Qoqshol tayoqchasi hayvonlar (qo‘ylar, sigirlar va boshqalar) va odam ichagida saprofit sifatida yashaydi (parenteral yo‘l bilan tushganida patogen hisoblanadi). Hayvonlarning chiqindilari bilan erga tushganida qoqshol tayoqchasi uzoq vaqtgacha shu muhitda saqlanishi mumkin. Chang bilan klostridiylar odam terisiga, kiyimlari va atrof buyumlariga tushishi mumkin. Shu sababli infitsirlanish nuqtai nazaridan mayda tiralishlar va shilingan jarohatlar xavfli sanaladi. Qoqshol asosan harbiy urush davrlarida, ayniqsa o‘q otar qurol bilan jarohatlanishda ko‘proq uchraydi. Ulug‘ vatan urushi davrida qoqshol 10 000 yaradorlarga 6-7 kasallik kuzatilgan. Tinchlik davrlarida qoqshol ko‘pincha (80% hollarda) qishloq joylarida –10 000 aholiga 0,1 qoqshol bilan bemor to‘g‘ri keladi. Ayniqsa 50% holatlarda qoqshol 14 yoshgacha bo‘lgan bolalarda uchraydi. 80% holatlarda kasallik arzimagan maishiy shikastlanishlardan keyin kuzatiladi, chunki bundan bemorlar tibbiy yordam uchun shifokorga murojat qilishni lozim ko‘rishmaydi. Inkubatsion davri 4 kundan 14 kungacha. Qoqsholning kechki turlari ham uchraydi (juda kam hollarda 1-5 oydan keyin ham uchrayverishi mumkin). Inkubatsion davri qanchalik qisqa bo‘lsa, kasallik shuncha xavfli, klinik kechishi va oqibati og‘ir bo‘ladi. Kechki qoqsholda kasallik nisbatan engilroq kechadi. Qoqshol tayoqchasi organizmga parenteral yo‘l bilan tushganida kirish darvozalari sohasida saqlanib qoladi va shu erda zo‘r berib ko‘payaveradi. Cl. tetani ning ekzotoksini o‘zida tetanospazmin va tetanogemolizin saqlaydi va ular so‘rilganida kasallikning manzarasi rivojlanadi. Tetanospazmin nerv tizimiga ta‘sir qilib o‘ziga xos bo‘lgan mushaklarning tonik va klonik qisqarishiga sabab bo‘ladi. Tetanogemolizin esa eritrotsitlarni parchalaydi. Toksinlar perinevral va endonevral yo‘llar bilan, limfatik yo‘llar orqali markaziy yo‘nalishda, periferiyadan orqa va uzunchoq miyaning harakatlantiruvchi markazlari tomon harakatlanadi. Bir vaqtning o‘zida ham markaziy, ham periferik nerv tizimiga zaharli ta‘sir ko‘rsatadi va ularning reflektor qo‘zg‘alishiga olib keladi. Ba‘zan esa zaharlar gematogen yo‘l bilan tarqaladi. Kasallikning rivojlanishiga kirish darvozalari sohasidagi nekrotik to‘qimalar, yot jismlar va yiringli cho‘ntakchalar turtki bo‘ladi.

Qoqsholning tasnifi. *Kirish darvozalariga ko'ra:* jarohatdan keyingi, kuyishdan keyingi, in'eksiyadan keyingi, operatsiyadan keyingi, tug'uriqdan keyingi, chaqaloqlar qoqsholi.

Tarqalishi va joylashuviga ko'ra: umumiy yoki generalizatsiyalashgan, oyoq qo'llar, tana qoqsholi, aralash joylashgan qoqshol

Mahalliy qoqshol engil kechishi bilan ajralib turadi va jarohatlar sohasida ko'proq namoyon bo'ladi. Tetanospazminning orqa miya harakat markazlariga bir tekis ta'sir qilmasligi natijasida mahalliy tutqanoqlar paydo bo'ladi.

Klinik kechishiga ko'ra: keskin kechuvchi o'tkir, surunkali, keskin ifodalangan va yashirin qoqshol.

Og'irlik darajasiga ko'ra: engil, o'rta og'irlikdagi, o'ta og'ir turlari.

Klinik manzarasi. Prodromal davrda bosh og'rishi, umumiy holsizlik, ko'p terlash, noaniq og'riqlar va jarohat atrofidagi mushaklarning engilgina tortishishlari, chaynov mushaklarining tezda charchab qolishi kuzatiladi. Kasallikning asosiy simptomi skelet mushaklarining tonik va klonik qisqarishlari hisoblanadi. Tonik qisqarishlar uzoq vaqt qisqarishlar bilan namoyon bo'lsa, klonik qisqarishlar esa mushaklar qisqarish va bo'shashishlarining almashinib turishi bilan namoyon bo'ladi. Kasallik birdaniga boshlanadi. Chaynov va yuz mushaklarining tirishishi bilan boshlanib, ensa mushaklarida rigidlik paydo bo'ladi. Jag' mushaklarining tonik qisqarishi – trizm tufayli bemor og'zini ocha olmaydi. Mimika mushaklarining spastik qisqarishi natijasida o'ziga xos so'lg'in kulgu – sardonik kulgu paydo bo'ladi. Peshona va lunjlarida chuqur ajinlar – facies tetanica paydo bo'ladi. Sardonik kulgudagi bemorning ko'rinishi (105-rasm): peshona, burun qirradi va og'iz burchagi mushaklari taranglashgan, yuzi so'lg'in azoblangan ko'rinishda. Bo'yinning to'sh-o'mrov-so'rg'ich va teri osti mushaklari ham taranglashgan. Bu qoqsholning og'ir turi ekanligidan dalolat beradi.



105-rasm. *Istexzoli (sardonik) kulish.*



106-rasm. *Qoqsholda ro'y beradigan opistotonus.*

Mushaklar qisqarishlari tezda bo'yin, tana va oyoq qo'llarga ham tarqaladi. Tutqanoq xurujlari birin ketin takrorlanadi va qasqargan mushaklarda keskin og'riqlar bilan namoyon bo'ladi. Mushaklarning keskin ko'zg'aluvchanligi oshgan bo'lib, arzimagan ta'sirotlardan ham (ovoz, yorug'lik nuri, teginish) qisqarishi mumkin. Skelet mushaklarining tonik qisqarishlaridan bemorning o'ziga xos holati rivojlanadi: bemor choyshabga faqat tovon va ensa sohalari bilan tegib turadi, tanasi esa yoysimon ko'rinishda yuqoriga ko'tarilgan bo'ladi. Bemorning bu holati opistotonus deyiladi (106-rasm). Mushaklarning qisqarishlari bemorlarning tezda holdan toyishiga olib keladi. Mushaklar qisqarishlarning oralig'ida ham mushaklarning bo'shashishi kuzatilmasdan, balki ularning taranglashuvi ko'zga tashlanadi. Boshlanishida mushaklarning qisqarishlari qisqacha, bo'lib bir necha daqiqagacha davom etadi, lekin vaqt o'tishi bilan bu qasqarishlarning davomiyligi uzayib boraveradi. Ba'zan mushaklarning qisqarishlari shu darajada keskin bo'lishi mumkinki bunda mushaklar uzilib, suyaklar sinib, umurtqa suyaklari tanasining kompression sinishigacha borib etadi. Agar qisqarishlar nafas mushaklarigacha tarqalsa, bemorning nafasi buzilib asfiksiya ro'y beradi va bemorning o'limiga sabab bo'lishi mumkin. Ko'rsatib o'tilgan asoratlardan (asfiksiya, mushaklarning uzilishi, suyaklarning sinishi) tashqari o'pka atelektazi va aspiratsion pnevmoniya, yiringli traxeit va traxeobronxitlar rivojlanishi mumkin. Odatda bemorlarning hushi saqlangan bo'lib, tezda tana

harorati ko'tarila boshlaydi, taxikardiya kuchayadi. Keskin terlash, ichak va siydik tutilishi kuzatiladi. Kasallikning yashin tezligidagi turlarida 1-2 kunlarda mushaklar qisqarishining cho'qqisida o'lim sodir bo'ladi.

Ba'zi hollarda qoqsholning kechki turlari retsidiv kuzatiladi. Bu holatlar mudrab yotgan infeksiyaning faollashuvi tufayli yuz beradi. Bunda sekin astalik bilan holsizlik rivojlanadi va mushaklar taranglasha boradi. Bemorlarning tana harorati subfebril yoki ma'yorida bo'lishi mumkin. Odatda kasallik bir necha hafta yoki oylab davom etishi mumkin va sog'ayish bilan tugaydi.

Differensial tashxisi. Tipik holatlarda diagnoz qo'yish qiyinchiliklar tug'dirmaydi, shunga qaramasdan 15% holatlarda diagnostik xatolar kuzatiladi. Birinchi navbatda malyariya, meningit, ensefalitga o'xshagan kasalliklarni inkor qilish zarur. Kasallikni bosh miya shikastlaridan, kalla suyagi asosining sinishidan, quturishdan isteriyadan va strixnindan zaharlanishdan farqlab olish zarur.

Qoqsholni davolash: qoqshol ekzotoksinini neytrallash va jarohatni taftish qilish, mushaklarning tonik va klonik qisqarishlar bilan kurash, o'pkaning samarali ventilyasiyasini ta'minlash, umumiy quvvatlantiruvchi va simptomatik davo, ikkilamchi infeksiyani va asoratlarni oldini olish. Davolashni shikastlanishning muddatiga qaramasdan jarohatni taftish qilishdan boshlash zarur. Bo'shlig'ida yot jismlar (kiyim bo'laklari, metall parchalari, zirapchalar) saqlovchi jarohatlar ayniqsa xafli hisoblanadi. Jarohatlarni keng qilib ochish, yot jismlarni olib tashlash va yiring oqib chiqishini ta'minlash zarur. Operatsiyadan keyin esa gipertonik eritmalar bilan bog'lamlar qo'yish kerak. Tashxis qo'yilishi bilanoq katta dozada qoqsholga qarshi zardob (kattalarga kuniga 100000-150000 AE, bolalarga 20000-80000 AE, chaqaloqlarga esa 10000 - 20000 AE) yuboriladi. Zardobni mushak orasiga Bezredka usulida yuboriladi. Og'ir holatlarda esa qoqsholga qarshi zardobni tomir ichiga natriy xloridning izotonik eritmasida 1:5 nisbatda eritilgan holda yuboriladi. Qoqsholga qarshi zardobni 2-3 kun davomida, har yuborganda 50000 AE ga asta sekinlik bilan kamaytirib boriladi. Qoqsholga qarshi zardobning umumiy dozasi kattalar uchun 200000-350000 AE gacha etadi. Bu doza esa organizmni antitoksin bilan etarli darajada to'yintiradi va davolash

jarayonida uzoq vaqt davomida qonda erkin aylanib yuruvchi toksinlarni neytrallash uchun zarur himoya bo'lib xizmat qiladi; kech muddatlarda esa zardob yuborishga hech qanday zaruriyat qolmaydi. Qoqsholni davolashda kasallikni qo'zg'atuvchisiga bakteriostatik ta'sir ko'rsatuvchi giperbarik oksigenatsiya (GBO) alohida ahamiyat kasb etadi. Jarohatga xirurgik ishlov berishdan oldin va keyin $r_{0,3}$ at (294,2 kPa) rejimda GBO o'tkazish maqsadga muvofiq bo'ladi. Mushaklarning kuchayib boruvchi klonik va tonik qisqarishlari bilan kurash maqsadida narkotik va neyroleptik vositalar ishlatiladi, shu jumladan mushaklarni bo'shashtiruvchi kuraresimon miorelaksant vositalar ham buyuriladi. Narkotik analgetiklar (morfin, paromedol 1-2% 1 ml dan), barbituratlar (geksenal, tiopental) ishlatiladi. Mushaklar qisqarishlarini (tutqanoq) bartaraf qilish uchun 25% magniy sulfat eritmasi mushak orasiga 20-30 ml dan barbituratlar bilan kombinatsiyada in'eksiya qilinadi. Vena ichiga sibazon (diazepam, seduksen, relanium) kattalarga 10-30 mg dozada, bolalarga esa 2-10 mg qilinadi va keyinchalik mushak orasiga yuborishga o'tiladi. Oxirgi yillarda mushaklar qasqarishlari bilan kurashda neyroleptik vositalar asosiy o'rnlarni egallamoqda. Ko'pincha tinchlantiruvchi, analgetik, smazmolitik, antigistamin va ganglioblokator samaralardan foydalanilmoqda va 3 ml 1% li dimedrol (eritmada 4-5 ml dan kuniga 4-6 marta yuboriladi). Shu jumladan neyroleptik aralashmalar: 1-2 ml 2,5% li aminazina eritmasi, 3 ml 1% li dimedrol yoki 5-10 ml 0,5% li pipolfen va 2 ml 1% li promedol eritmalari kuniga 5-6 martadan ishlatiladi). Kuraresimon vositalarda tutkanoqqa qarshi ta'sir kuchli ifodalangan. Mushaklar qisqarishi nafas mushaklariga tarqalgan va asfiksiya xavfi tug'ilgan holatlarda qisqa ta'sir vaqtiga ega bo'lgan relaksantlar (1% ditilin eritmasi, 2% listenon eritmasi, miorelaksin 3-5 ml dozada ishlatiladi) yoki uzoq ta'sir qiluvchi (2% diplatsin eritmasi, tubokurarin, pirolakson, pavulon, dioksoniy, arduanlar 3-5 ml dozada) ishlatiladi. Sanab o'tilgan vositalar faqatgina sun'iy nafas oldirish apparatlari bo'lgan holatlardagina ishlatiladi. Sun'iy nafas oldirishda miorelaksantlar fraksion usulda 10-14 kun davomida foydalaniladi.

Sun'iy nafas oldirish (SNO) – qoqshol bilan kasallangan bemorlarning asosiy davolash usullaridan biri hisoblanadi. Og'ir

qoqshol holatlarida traxeotomiya qilib traxeostoma qo'yiladi (shishiriladigan rezina obturatorli traxeostomik kanyula ishlatiladi, chunki intubatsion naychanning uzoq vaqt turishi shish chaqiradi va nekrotik traxeobronxit rivojlanishiga sabab bo'lib, nafas yo'llarini sanatsiya qilishni qiyinlashtiradi). SNO avtomatik respiratorlar yordamida amalga oshiriladi. Organizm reaktivligini oshirish uchun yuqori kaloriyali ovqatlar, vitaminlar, ko'p miqdorda suyuqliklar quyish lozim. Trizma va tutqanoq holatlarida bemorlar hatto suyuq ovqatlarini ham yuta olmaydigan darajaga etgan bo'lsa burun orqali oshqozonga zond qo'yib enteral ovqatlantirish yo'lga qo'yiladi. Zaruriyatga qarab yurak qon tomir va simptomatik davo qo'llaniladi. Ikkilamchi asoratlari bilan kurashish maqsadida antibiotiklar va antiseptik vositalar, jarohatga ikkilamchi xirurgik ishlov berish va GBO qo'llaniladi.

Profilaktikasi. Qoqsholni eng samarali profilaktikasi qoqsholga qarshi anatoksin bilan faol emlashdan iborat. Qoqsholning oldini olishga qaratilgan chora tadbirlar instruksiyasi O'zbekiston Respublikasi SSV ning maxsus buyrug'ida ko'rsatilgan. Bu instruksiyaga ko'ra qoqsholdan himoya qilish bolalikdan boshlanib, AKDS (adsorbirovannaya koklyushno-difteriyno-stolbnyachnaya) va ADS-M (adsorbirovannaya difteriyno-stolbnyachnaya) vaksinalari va kattalarni qoqshol anatoksini (AS-anatoksin) bilan emlanadi. Emlashning to'la kursi o'tilganidan keyin organizm anatoksinni qayta yuborilishiga tezda antitelolar ishlab chiqarish xususiyatiga ega bo'ladi. Faol emlashning to'la kursi birlamchi vaksinatsiya va revaksinatsiyani o'z ichiga oladi. Qoqsholga qarshi immunitetni etarli darajada saqlab turish uchun kattalarda 10 yil oralatib davriy ravishda qoqshol anatoksini bir martalik in'eksiya qilish bilan revaksinatsiya o'tkaziladi.

Shoshilinch profilaktikasi: to'qimalarning shikastlanishlarida (jarohatlarda, kuyishlarda, sovuq urishlarida), kasalxonadan tashqaridagi (vnebolnichnyy) abortlarda, to'qimalar gangrenalarida va oshqozon ichak traktining teshib kiruvchi shikastlarida amalga oshiriladi. Shoshilinch profilaktikani jarohatga birlamchi jarrohlik ishlovi berishdan boshlanadi va u nospetsifik profilaktika deyiladi, bu esa mahsus (spetsifik) profilaktika bilan to'ldiriladi.

Qoqshol shoshilinch profilaktikasining shart sharoitlari va texnikasi: 1 ml qoqshol anatoksin mushak orasiga yuboriladi va boshqa shprits bilan mushak orasiga 250 ME qoqsholga qarshi odam immunoglobulini (protivostolbnyachnyy chelovecheskiy immunoglobulin PSChI) yuboriladi. PSChI yo'q bo'lgan holatlarda giperimmunizatsiyalashtirilgan otlar qonidan tayyorlangan 3000 ME qoqsholga qarshi zardob QQZ (PSS) yuboriladi.

QQZ yuborilishi oldidan albatta 1:100 nisbatda suyultirilgan ot zardob bilan teri ichi sinamasi qo'yiladi. Suyultirilgan zardobdan 0,1 teri ichiga yuboriladi va reaksiya holati 20 daqiqadan keyin baholanadi. Agarda zardob yuborilgan joyda shish yoki teri gipermiyasining diametri 1 sm dan kam bo'lsa sinama salbiy hisoblanadi.

Asoratlarini (anafilaktik shok, zardob kasalligi) oldini olish maqsadida sinama manfiy bo'lgan holatlarda QQZ 0,1 ml miqdorda teri ostiga yuboriladi va 30 daqiqadan keyin qolgan dozasi yuboriladi.

Quyidagi shaxslarga qoqshol anatoksini faqatgina 0,5 ml miqdorda yuboriladi: 1) emlashni to'liq o'tganligini tasdiqlovchi hujjati bo'lsayu, oxirgi emlashdan keyin 10 yildan kam vaqt o'tgan bo'lsa, 2) oxirgi 5 yil davomida anatoksinning ikkita in'eksiyasini olgan bo'lsa yoki oxirgi 2 yil davomida bitta in'eksiya olgan bo'lsa, faol passiv profilaktikasini o'tgan barcha shaxslar keyinchalik yana 6 oydan 2 yilgacha bo'lgan muddatda 0,5 ml qoqshol anatoksini bilan revaksinatsiya o'tishlari shart. To'la kursni o'tganlik haqida hujjati bo'lgan shaxslar agarda oxirgi emlashdan keyin 10 yildan kamroq vaqt o'tgan bo'lsa profilaktik maqsadda emlanmaydi. Revaksinatsiyasiz faol passiv profilaktika o'tgan bemorlarga emlashdan keyin 20 kundan 2 yilgacha vaqt o'tgan bo'lsa faqatgina 0,5 ml AS yuboriladi xalos. Qoqsholda haliyam o'lim darajasi yuqoriligicha qolmoqda va ba'zi mualliflarning ma'lumotlariga ko'ra 20-30% gacha etadi, yaqin o'tmishlarda esa bu ko'rsatkich 40-60% ni tashkil qiladi.

O'TKIR CHIRIK INFEKSIYA

Chirik (putrid) infeksiyada nekroz va to'qimalar emirilishi tez rivojlanadi. Bunda ixoroz ekssudat, badbo'y xidli yiring-qonli ekssudatsiya paydo bo'ladi.

Etiologiyasida turli anaerob mikroblar (*B. proteus*, *B. putrificus*, *Bacteroidis*, *Fusobacterium* turkumi) va *Escherichie Coli*, *Pseudomonas aeruginosa* muhim rol o'ynaydi. Stafilokokk yoki streptokokkli infeksiyalar gaz (vodorod sulfidi, metilmerkaptan) ajralib chiqishi va qo'lansa hid bilan farqlanadilar. Ekssudat loyqasimon, to'q kulrang rangda, qon aralash bo'ladi.

Infeksiya og'iz bo'shlig'i, ichak, siydik yo'lari orqali ekzogen, kamdan-kam hollarda endogen yo'l bilan organizmga kiradi. To'qimalar nekrozi, anaerob holatlar infeksiyaning tarqalishiga imkon beradi.

Putrid infeksiya teri osti kletchatkasiga tarqaladi, keyin mushak pardalari orasidagi bo'shliqqa o'tib, mushak va pay nekroziga sabab bo'ladi. Suyak emirilib, chirik osteomieliit rivojlanadi. Venada septik embollar shakllanib, ular boshqa a'zolarga o'tib, metastatik abscesslar, chirik septikopiemiyaning paydo qiladi: ikkilamchi qon ketishi aniqlanadi.

Klinik manzarasi. Umumiy intoksikatsiya rivojlanadi, gipertermiya, badan uvishishi, qon bosimining pasayib ketishi, yurak urishining tezlashuvi (taxikardiya) va h.k. O'tkir ixorozda hidli qoramtir gemorragik suyuqlik va gazlar aralashmasi ajraladi. Jarohat atrofida keng infiltratsiya kuzatiladi. Jarohat spetsifik kulrang tusda bo'ladi, muskul to'qimasi kaynatib pishirilgan go'shtni eslatadi. Gazlarning borligi to'qimalar krepitatsiyasini belgilab beradi. Limfangit va limfadenit kuzatiladi.

Davosi. Nekrotik to'qimalarning jarrohlik yo'li bilan olib tashlash zarur. To'qimalar keng ochiladi, yiring chiqarib yuboriladi, antiseptiklar bilan yuviladi. Jarohatga polixlorvinnilli drenajlar, antiseptik eritmalarga shimdirilgan (vodorod peroksid, kaliy permanganat eritmasi) tamponlar qo'yiladi. Aks holda kasallik rivojlanishi qo'l yoki oyoqlarni kesib tashlashga olib keladi. Proteazalar, antibiotiklar, sulfanilamidlar, va spetsifik plazma

qo‘llaniladi. To‘yimli ovqatlar, vitaminlar tayinlash, qon va uning o‘rnini bosuvchi suyuqliklarni quyishdan iborat.

KUYDIRGI

Kuydirgi o‘tkir infeksiyon kasallik bo‘lib, qo‘zg‘atuvchisi teriga tushgan joyida yarali nekrotik zararlanish chaqirishi bilan va ba‘zan esa jigar va ichaklarning zararlanishi va sepsis rivojlanishi bilan namoyon bo‘ladi. Qo‘zg‘atuvchisi – kuydirgi tayoqchasi bo‘lib, hayvonlar yoki odam organizmida vegetativ shaklda, tashqi muhitda esa bir necha o‘n yillar davomida tuproqda spora holatida saqlanadi. Odatda kuydirgi bilan qo‘ylar va qoramollar kasallanadi. Odamga hayvonlarning terisi, yungi va go‘shti orqali yuqadi. Shu sababli kuydirgidan o‘lgan hayvonlar mukammal ravishda zararsizlantiriladi va yo‘qotiladi.

Klinik ko‘rinishi. Inkubatsion davri qisqa, 2-7 kun, lekin 12 kundan ortmaydi. Klinik jihatdan kuydirgining uch turi tafovut qilinadi: teri, o‘pka va ichak. Teri turi alohida ahamiyatga ega bo‘lib kuydirgi karbunkuli paydo bo‘lishi bilan kechadi (107-rasm). Ko‘pincha u infenksiyaga moyil bo‘lgan joylarda qo‘llarda, bo‘yinda va bosh sohasida paydo bo‘ladi. Ko‘zg‘atuvchi tushgan joyda ko‘kintir qizg‘ish rangda pufakcha paydo bo‘lib, uning atrofida to‘qimalar shishadi.



107- rasm. Kuydirgi teri formasi

Pufakcha yorilganidan keyin yara qora rangli qattiq, qalin po'stloq (strup) bilan qoplanadi. Birlamchi pufakchanning atrofida yangi pustulalar paydo bo'lib, shish kuchayadi, regional limfa tugunlar kattalashadi. Po'stloq ko'chib tushadi va uning o'rnida yara qoladi. Bir vaqtning o'zida biroz yiringli ajralmali bir necha yaralar paydo bo'lishi mumkin. Bemorlarning umumiy ahvoli nisbatan qoniqarli. Bakteriologik tekshirishlar natijasida kuydirgining qo'zg'atuvchisi aniqlanadi. Ichak turi bilan zararlangan go'sht iste'mol qilinganida, o'pka turi bilan esa kuydirgi tayoqchasi sporalarining nafas (teri, mo'yna maxsulotlari korxonalarida) orqali tushishidan rivojlanadi. Ichak va o'pka turlari keskin umumiy buzilishlar bilan kechib, odatda o'lim bilan tugaydi. Kuydirgi karbunkulini furunkuldan, o'lat bubonidan va kalamush tishlagan jarohatidan (sodoku) farqlay olish zarur.

Diagnostikasi. Tashxis qo'yish uchun bemorning kasbini bilish zarur. Tashxisni tasdiqlash uchun zararlanish o'chog'idan, septik holatlarda esa – qondan, balg'andan, va axlatdan kasallikning qo'zg'atuvchisi ajratib olinadi. Qishloq xo'jalik maxsulotlarida sporalar bor yoki yo'qligini aniqlash uchun termopretsipitatsiya reaksiyasi (Askoli reaksiyasi) o'tkaziladi. Diagnostikada antraksin bilan teri allergik sinamasini qo'yish muhim rol o'ynaydi.

Davolash. Ruxli, kseroformli yoki antibiotikli malham buyurish bilan konservativ davo o'tkaziladi. Kimyoviy granulyasion val buzilib, kasallik tarqalib ketishi mumkinligi uchun operativ davo taqiqlanadi. Keng ta'sir doirali antibiotiklar, 50-150 ml maxsus zardoblar salvarsan bilan kombinatsiyada (0,6-1 vena ichiga ishlatiladi).

YARALAR DIFTERIYASI

Yaralar difteriyasining (*Difteria vulnaris*) etiologiyasida Leffler tayoqchasi (*Corynebacterium difleria*) ahamiyatlidir.

Klinik manzarasi. Mayda-mayda yaralar holida namoyon bo'ladi (108-rasm). Yara atrofida to'qimalar shishib, qizaradi. O'rtacha loxaslik kuzatiladi, klinik jarayon ancha vaqtgacha cho'ziladi. Yallig'lanish belgilari sust ifodalanadi.

Diagnosikasi bakteriologik tekshirish bilan ifodalanadi. Saprofit difteriya qo'zg'atuvchisi respirator yo'llarining shilliq pardalariga o'rtnashadi. Difteriya guruhining taxminan 40% mikroorganizmlari sovuq oldirgandan so'ng kasal yuktirgan yaralarda ro'yobga chiqadi.

Differensial diagnosikasi: yaraning nospetsifik infeksiyasi, sil, erizipeloid, quturish paytidagi yaralardan farqlash kerak.



108-rasm. Teri difteriyasi.

Davosi. Bemorlarni izolyatorlarga joylash kerak. Spetsifik halqum difteriyasini davolashdagi kabi difteriyaga qarshi zardob (25000-50000 AE) muskul orasiga yuboriladi. Jarohatlangan qo'l yoki oyoqni immobilizatsiyalanadi. Antibiotiklar, antiseptiklar va difteriyaga qarshi zardoblar qo'llaniladi.

SURUNKALI XIRURGIK INFEKSIYA

Yiringli xronik spetsifik xirurgik infeksiya (xronik osteomieliit, uzoq vaqtgacha bitmaydigan yaralar, oqma yaralar) o'tkir jarayonlar bo'lib o'tgach, qaytadan rivojlanadi. Kamdan-kam hollarda birlamchi xarakterga ega bo'ladi. Bu infeksiya organizmning qarshilik ko'rsatish kobiliyati pasayganda, regenerativ jarayonlar sust ifodlanganda, yarada infeksiyaga sharoit yaratuvchi omillar (yot jismlar,

suyak bo‘lakchalari, yiring oqishi) bo‘lgan hollarda rivojlanadi. Bu jarayonning klinik manzarasi va davosi o‘tkir xirurgik infeksiyaga o‘xshab ketadi.

Xronik spetsifik xirurgik infeksiya ko‘pincha birlamchi bo‘ladi. Uni spetsifik qo‘zg‘atuvchilar keltirib chiqaradi. U sust kechadi. Bu protsesslarga xirurgik sil, aktinomikoz, suyak-bo‘g‘im zaxmi kiradi. Tulyaremiya, leyshmanioz, lepra, brutsellezning xirurgik turlari kam uchraydi. Bularning har biri o‘z qo‘zg‘atuvchilari tufayli rivojlanadi. Ularning hammasi sust, boshlanishlari bilinar-bilinmas kechishi bilan ifodalanadi. To‘qimalarda spetsifik granulemalar paydo bo‘ladi.

Profilaktikasi umumiy, tibbiy, ijtimoiy choralardan iborat. Tashxis qo‘yish boshida ko‘pincha qiyin bo‘ladi. Shuning uchun bakteriologik tekshiruvlar, to‘qimalar biopsiyasi va spetsifik serologik reaksiyalar diagnostikada qo‘llaniladi.

XIRURGIK SIL

Xirurgik sil guruhiga suyak-bo‘g‘im sili, limfa tugunlar sili, seroz bo‘shliqlar, ichak buyrak, jinsiy a‘zolar va o‘pka silining ba‘zi turlari kiradi. Silning bunday turlarin davolashda xirurgik muolajalar qilinadi. Organizmning qarshiligi yuqori bo‘lgan holatlarda ko‘pincha ko‘krak qafasi limfa tugunlarida joylashuvchi birlamchi sil o‘chog‘i oxaklanadi va infeksiya virulentligini yo‘qotadi: shuning uchun sil taxminan 80-90% odamlarga yuqadi, lekin 1% dan kam odamgina kasallanadi. Silning qo‘zg‘atuvchisi sil tayoqchasi, ko‘pincha R.Kox (1882) tomonidan topilgan *typus humanus* hisoblanadi. Tashqi muhitda keng tarqalgan bo‘lib, qurishga, fizik va kimyoviy omillarga bardoshlidir. Qoramol sil tayoqchasi (*typ. bovinus*) ham patogen ahamiyatga ega; elimentar yo‘l bilan yuqadi. Umuman yuqish yo‘llari quyidagicha: 1) Nafas yo‘llar orqali (barcha holatlarning 85-90% ni tashkil qiladi) havо-tomchi yo‘l bilan (ko‘pincha o‘pka sili rivojlanadi); 2) Oshqozon ichak trakti orqali – zararlangan go‘sht sut maxsulotlari orqali yuqadi. O‘z-o‘ziga yuqtirish yo‘li ham mavjud (infitsirlangan balg‘amni yutganida); 3) Shikastlangan teri, shilliq qavatlari, yara va yotoq yaralar orqali; 4) Infitsirlangan platsenta orqali (tug‘ma sil).

To'qimalarga sil tayoqchasi tushganida mahalliy surunkali yallig'lanish reaksiyasini chaqiradi. Bunda spetsifik granulema rivojlanadi va u sil do'mboqchasi (tuberculum) deb ataladi. Uni mikroskopik tekshirganda orasida sil mikobakteriyalari va epitelioid hujayralar tutgan Pirogov-Langxansning gigant hujayralari topiladi. Sil do'mboqchasining atrofida limfotsitlar to'planadi. Keyinchalik esa markazida kazeoz (suzmali) nekroz deb ataluvchi spetsifik nekroz sodir bo'ladi. Bir nechta mikroskopik do'mboqchalar o'zaro qo'shilganida oddiy, ko'zga ko'rinuvchi tariq urug'i o'lchamida tuguncha paydo bo'ladi. Bir nechta shunday tugunlarning o'zaro qo'shilishidan esa sil o'chog'i shakllanadi. O'z navbatida bunday o'choqlarda yoki to'qimalar nekrozi yoki kazeoz parchalanishi sodir bo'ladi, yoki bo'lmasa unga kalsiy tuzlari o'tirib biriktiruchi to'qima o'sib kiradi. (nekrozga proteolitik fermentlar sabab bo'ladi). Himoya kuchlari etarli darajada bo'lganida sil o'chog'ining oxaklanishi va inkapsulyasiyalanishi kuzatiladi. Biroq, keyinchalik noqulay hayot sharoitlari (ochlik, gipo- va avitaminozlar, yuqumli kasalliklar, surunkali alkogolizm, narkomaniya) natijasida sil jarayoni qayta rivojlanishi, sil tayoqchasi keyinchalik kontakt, limfogen va gematogen yo'llar bilan tarqalishi mumkin. Infeksiyaning tarqalish yo'llaridagi asosiy to'siqlardan bittasi bu limfatik tugunlar bo'lib, qo'zg'atuvchi limfa tugunlarda turib qoladi. Natijada sil jarayonining gematogen tarqalishi uchun xos bo'lgan olis a'zo va to'qimalarda limfa tugunlarning kattagina yig'indilari – ikkilamchi o'choqlar shakllanadi. Bunday tarqalish usuli suyak-bo'g'im sili uchun ham xos.

SUYAK-BO'G'IM SILI

Suyak-bo'g'im silining epidemiologiyasi oxirgi paytlarda ancha o'zgarishlarga uchradi. Oldingi davrlarda suyak-bo'g'im sili bilan ko'pincha bolalar og'rigan bo'lsa, hozirgi vaqtga kelib bu kasallik keksa yoshli odamlarda ko'proq uchramoqda. Qariya yoshli bemorlarda suyak-bo'g'im sili boshqa sil kasalliklarining 72-75% tashkil qilmoqda. Suyak-bo'g'im sili asosan ko'krak va bel umurtqalarini zararlaydi. Suyak-bo'g'im sili ichida sil

spondiliti 40% tashkil qiladi. 20 % hollarda chanoq son bo'g'imi sili, 15% hollarda esa tizza bo'g'imi sili uchraydi. Yassi suyaklar (qorvurg'alar, to'sh suyagi, kalla suyagi) sili, kaft va barmoq suyaklari sili, elka va boldir panja bo'g'imi sili esa nisbatan kam uchraydi. Suyak-bo'g'im sili har-xil turlarining rivojlanishiga shikastlanishlar va infeksiyaning virulentligi ta'sir ko'rsatadi, ammo organizmning himoya kuchlari asosiy o'rinni egallaydi. Agarda himoya kuchlari birdaniga susaysa (masalan yuqumli kasalliklardan keyin), unda jarayon faollashishi mumkin. Suyak-bo'g'im sili spetsifik osteomieliit rivojlanishi bilan kechadi va bemorlarning yuqori darajada sensibilizatsiyalanishi va allergizatsiyalanishi bilan bog'liq bo'ladi. Jarayon dastlab naysimon suyaklarning metafizi va epifizini qamrab olib to'qimalarning kazeoz parchalanishi kuzatiladi. Suyaklarda eriyotgan qandni eslatuvchi, saqllovchi uncha katta bo'lmagan bo'shliqlar paydo bo'ladi. Atrof to'qimalarda esa reaktiv yallig'lanish rivojlanadi.

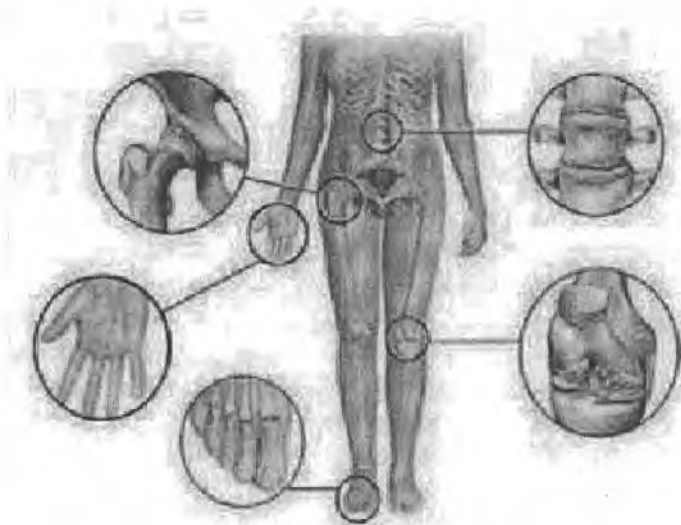
Sil osteomieliitida umurtqa suyaklarining g'ovaksimon moddasi nekrozga uchraydi va to'qimalarning kazeoz parchalanishi kuzatiladi. Nekroz sohasida sovuq abscess kelib chiqadi. Patologik jarayonga ko'pincha umurtqa tanalarining oldingi qismi jalb bo'ladi va suyakning zararlangan qismi pastki umurtqa tomon ezilib borishi natijasida umurtqa pog'onasi deformatsiyaga uchrab – bukr paydo bo'ladi. Umurtqa pog'onasining deformatsiyasi ponasimon ko'rinishda bo'ladi.

Sovuq abscess birlamchi o'choqdan ancha uzoqqacha tarqalishi, bel va yonbosh mushaklar bo'ylab, hatto chov sohasidan o'tib, son sohasigacha tushishi mumkin. Qopsimon granulema deyiluvchi sovuq abscessda – bir vaqtning o'zida biriktiruvchi to'qima va uning bo'shliqlarida ham yallig'lanish jarayoni kuzatiladi.

Suyak-bo'g'im silining quyidagi shakllari tafovut qilinadi (109-rasm): birlamchi ostit preartritik, ikkilamchi artrit artritik shakli (bunda jarayon bo'g'im bo'shlig'iga o'tishi mumkin). Bo'g'im sili birlamchi ostitga o'xshab boshlanadi, ammo bunda jarayonga bo'g'im atrofidagi suyakning g'ovaksimon qatlami ham jalb bo'ladi.

Bo'g'im silining quyidagi shakllari tafovut qilinadi: sinovial, fungoz, suyak.

Sinovial turi. Kasallikning bu turi bo‘g‘im sinovial pardalaridan ekssudatning ko‘p ajralishi bilan kechadi. Ekssudat to‘la to‘kis so‘rilib ketishi yoki oyoqlarda harakatning cheklanishiga sabab bo‘lishi mumkin.



109-rasm. Suyak va bo‘g‘im sili joylashadigan sohalar.

Fungoz turi. Produktiv yallig‘lanish jarayonlari ustun bo‘lganida kelib chiqadi. Granulyasion to‘qima bo‘g‘im bo‘shlig‘ini to‘la to‘ldiradi va bo‘g‘im kapsulasi va atrof to‘qamalarga o‘sib kiradi. Natijada bo‘g‘im o‘lchamlari yaqqol kattalashadi, teri esa yupqalashib, oqish tusga kiradi va “oq o‘sma” kelib chiqadi. Granulyasion to‘qima suyakka ham o‘sishi mumkin; suyaklar chekkalarining bir biriga yaqinlashuvi natijasida bo‘g‘im bo‘shlig‘i torayadi.

Suyak turi. Bo‘g‘im silining bu turi bo‘g‘imning reaktiv yallig‘lanishi zaminida birlamchi ostit ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Yallig‘lanish jarayoni ko‘pincha infiltrativ tus oladi bo‘g‘imlar kontrakturasi, patologik chiqishlar (vɤvixi) chaqiradi va ikkilamchi infeksiya rivojlanishi mumkin.

Klinik manzarasi. Suyak-bo'g'im sili asta sekinlik bilan boshlanadi. Uzoq vaqt o'tganidan keyin mahalliy belgilar paydo bo'lishi mumkin: og'riqlar, oyoq qo'llarda harakatlarning cheklanganligi va deformatsiya, gavda ko'rinishining buzilishi, mushaklarning atrofiyasi.

Jarayonning tarqalishi quyidagi omillarga bog'liq: jarayonning lokalizatsiyasiga, organizmning reaktivligiga, bemorlarning yoshiga. Og'riqlar nerv tomirlarini toksik ta'sirlanishidan yoki ularning yallig'lanish infiltrati bosimi ta'siridan kelib chiqadi. Og'riqlar doimiy yoki ko'chib yuruvchi tusda bo'lib, oyoq qo'llarga jismoniy zo'riqishning ortishidan kuchayadi. Ba'zan og'riqlarning yirik nerv tolalari bo'ylab reflektor tarqalishi kuzatiladi. Bunda og'riqlar patologik o'choqdan ancha uzoqda bo'lishi mumkin. Masalan, patologik jarayon chanoq son bo'g'imida bo'lsa, son va yopqich nervlarining ta'sirlanishidan og'riqlar tizza bo'g'imi sohasida kuzatilishi mumkin. Pastki umurtqalarning ostitida qorinning oldingi yuzasi va son sohasida aniq bo'lmagan og'riqlar kuzatiladi. Tungi og'riqlar kuzatilishi mumkin. Oyoq qo'llar harakatining chegaralanishi bo'g'im silining boshlang'ich bosqichidayoq kuzatiladi. Bemorlar oyoq qo'llarini og'riq chaqirmaydigan holatida ushlab, avaylashga harakat qilishadi. Masalan, ko'krak yoki bel spondiliti bo'lgan bemor polda yotgan predmetni olish uchun oldiniga o'tiradi va undan keyingina predmetni oladi. Oyoq qo'llarning majburiy holati bo'g'imlarning turg'un kontrakturalariga sabab bo'ladi.

Oyoq qo'llar harakatining uzoq vaqt chegaralanishi natijasida nerv trofikasi buzilishi va avj olib boruvchi mushaklar atrofiyasi kelib chiqadi. Mushaklar atrofiyasi bilan birga teri va teri osti to'qimalari sklerozi va oyoq qo'llar shishi kelib chiqadi. Teri va teri osti yog' kletchatkasi sog'lom tomonga nisbatan har doim qalinlashgan bo'ladi – Aleksadrov simptomi. Teri burmalarining qalinlashuvi patologik jarayonning qaerda joylashganligiga qaramasdan oyoq qo'llarning barcha uzunligi bo'ylab tarqaladi. Bo'g'imlar konturlarining o'zgarishi, oyoq qo'llarning deformatsiyaga uchrashi esa kech bosqichlarida paydo bo'ladi. yuzaki joylashgan bo'g'imlarda suyuqliklar to'planishini osongina payqash mumkin, flyuktuatsiya aniqlanadi, tizza bo'g'imi sohasida esa tizza qopqog'i yirinlashi

aniqlanadi. Noaniq bo'lgan holatlarda bo'g'im bo'shlig'i punksiya qilib ko'riladi. Ko'pincha bo'g'imlar urchuqsimon qalinlashgan bo'lib, ustidagi terisi yupqalashgan va oqish rang bo'ladi. Suyuq yiring, kazeoz parchalanish maxsulotlari, ba'zan esa suyaklari ajralib turadigan oqma yaralar paydo bo'ladi. Oqma yara teshigi oqish sust granulyasiya bilan qoplangan bo'ladi. Ba'zan ko'plab oqmalar ikkilamchi infeksiya rivojlanishi mukinligi tufayli muayyan bir xavf tug'diradi. Sovuq absesslar chov sohasida, ba'zan esa son sohasida shish va bo'rtish paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi, flyuktuatsiya rivojlanadi. Hosila ustida teri odatdagi rangda va harorati o'zgarmagan. Punksiya qilinganida yiring chiqadi. Bakteriologik tekshiruvda sil tayoqchalari topiladi; biologik usul esa dengiz cho'chqalariga yiring suspenziyasini in'eksion usulda kirtishdan iborat bo'lib, 6 haftadan keyin sil disseminatsiyasi kuzatiladi. Vaqt o'tishi bilan hosila ustidagi teri yallig'lanadi, ko'p miqdorda yiring ajraluvchi oqma yaralar paydo bo'ladi.

Kasallikning boshlang'ich boqichida umumiy simptomatika sust ifodalangan bo'ladi. Tana harorati subfebril, sekinlik bilan kuchayuvchi holsizlik, anemiya kuzatiladi. Yiringli asoratlari yoki ikkilamchi infeksiyaning qo'shilishi bemorlar ahvolidan yomonlashuviga, tana haroratining keskin oshishiga, kuchli og'riqlar paydo bo'lishiga, leykotsitoz va EChT ning oshishiga olib keladi.

Suyak-bo'g'im silining asoratlari: parenximatov a'zolar amiloidoz, silning miliar turlari rivojlanishi.

Kech postartritich bosqichida: umurtqa pog'onasi bo'g'imlarining deformatsiyasi (110-rasm), oyoq qo'llarning kaltalanishi, gavdaning o'zgarishi, patologik sinishlar, chiqishlar.

Sil spondilitida jarayon orqa miyaga o'tib parez va paralizlar rivojlanishi mumkin.

Diagnostikasi. Tashxis qo'yish uchun rentgenologik tekshiruv usuli asosiy o'rinni egallaydi. Suyaklarning qayta tomogrammalari va yo'naltirilgan rentgen suratlari qilinadi.



110-rasm. Sil spondilitidagi umurtqalar destruksiyasi.

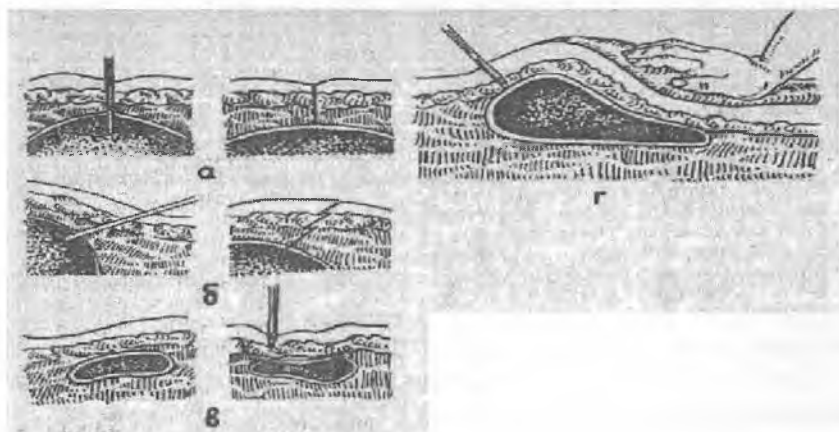
Differensial diagnoz. Suyak-bo'g'im silini quyidagi kasalliklardan farqlab olish zarur: o'tkir osti va birlamchi nospetsifik surunkali osteomielitlardan, suyak va bo'g'imlar zaxmidan, suyak o'smalaridan, infeksiyon artritlardan (gonoreyali, tifli, skarlatinali, postgrippoz), posttravmatik, revmatik va endokrin artritlaridan.

Davolash. Davo muolajalari mahalliy va umumiy turlarga bo'linadi. Suyak-bo'g'im sili ixtisoslashgan silga qarshi kasalxonalarda, sanatoriya va dispanserlarda davolanadi. *Umumiy davo:* organizmning himoya va immunobiologik xususiyatlarini ko'tarish, regenerativ jarayonlarni faollashtirish, etarlicha ovqatlantirish, davo badan tarbiyasi, klimatoterapiya (toza havo va quyosh radiatsiyasi), antibakterial terapiya.

Suyak-bo'g'im silini davolashda ishlatiladigan antibakterial vositalar: kanamitsin, PASK (paraaminobenzoy kislotasi), ftivazid, rifadin, etambutol, streptomitsin, tubazid, izoniazid.

Mahalliy konservativ davo: suyak va bo'g'imlarni engillashtirish, oyoq qo'llarni immobilizatsiyasi (gipsli bog'lamlar va krovatlar), fizioterapevtik muolajalar.

Mahalliy operativ davo: abscessni punktsiyalash (111-rasm), ochish, bo'g'imlarni rezeksiya, suyak va bo'g'imlarni amputatsiya, plastika qilish, korrigirlovchi osteotomiya, umurtqa pog'onasini fiksatsiyalash, bo'g'imdan tashqari artrodez qilish.



111-rasm. Sovuq abscessni punksiya qilish. a,b-noto'g'ri, v,g-to'g'ri

AKTINOMIKOZ

Aktinomikoz (actinomycosis) xronik spetsifik yuqumli kasallik. Spetsifik druzlar aniqlanadi, kuchli infiltrat rivojlanadi.

Etiologiyasida ayrim zamburug'lar *Actinomyces* igralli, *Funqi imperfecti* guruhiga oid grammusbat mikroorganizmlar, *Actinomyces naestundit* va *Afachuie propinici* muhim rol o'ynaydi. Arpa poyasida va boshqa o'simliklarda uchraydi, areali keng tarqalgan. Zamburug'lar changli havodan nafas olinganda o'pkaga tushishi mumkin. O'simlik poyasi chaynalganda infeksiya ichaklarga o'tishi mumkin.

To'qimalarida zamburug'lar donsimon druzlar paydo qilishadi. Zamburug'lar saprofitlar sifatida og'iz bo'shlig'ida, chirigan tishlarda, kattalashgan bodomcha bez qavatlarida topiladi. Shilliq pardalarda zamburug'lar to'qimalarga o'tadi. Ularda yog'ochga o'xshagan qattiq infiltrat paydo qilishadi.

Klinik manzarasi. Inkubatsion davri bir necha haftaga, yoki oylarga cho'zilishi mumkin. Kasallik 50% pastki jag' va bo'yin sohasida rivojlanadi. Keyin qattiq infiltrat parchalanadi, ko'p miqdorda oqma yaralar paydo bo'ladi. Yiring chiqib turadi. Ularda sarg'ish donachalar ko'rinishidagi zamburug' druzlarini ko'rish

mumkin. Oqma yara atrofidagi teri ko'kimtir yoki qizil rangda bo'ladi.

O'pkaning pastki qismida perifokal pnevmoniya, abscesslar va ikkilamchi bronxoektazlar rivojlanadi. O'choq ko'krak qafasi devoriga, diafragmaga tarqaladi, qovurg'alararo oqmalar paydo bo'ladi.

Qorinda ko'proq ko'richak zararlanadi. Appendikulyar infiltratni eslatuvchi qattqlik paydo bo'ladi va u qorinning old devorida oqma yara bo'lib teshiladi.

Differensial diagnozi. Xavfli va xavfsiz o'smalardan, sil limfadenitidan farqlash kerak. Teri osti sinamasi, aktinolizat bilan serologik reaksiya o'tkaziladi, druzlar bo'lgan yiring tekshiriladi.

Davosi. Uzoq vaqt kompleks terapiya qo'llaniladi. Yodli preparatlar, antibiotiklar, rentgen nurlari, qon komponentlari quyish, maxsus aktinolizatorlar qo'llaniladi. Aktinolizatlar teri ostiga yoki mushak orasiga haftada ikki marta 0,5 ml dan yuboriladi. Doza 2,0 ml gacha etkaziladi.

Davo kursiga 20-25 in'eksiya qilinadi. Davolash kursi 2-3 oydan so'ng takrorlanishi mumkin. Imkoniyatlarga qarab qattiq infiltrat operativ yo'li bilan olib tashlanadi, yiring o'chog'i drenajlanadi.

SUYAK VA BO'G'IMLARNING ZAXM KASALLIGI

Zaxm (syphilis, syn. lues, morbus qallicus) xronik kasallik, kontakt infeksiyasi tufayli paydo bo'ladi. Qo'zg'atuvchisi oqish treponema (treponema pallidum). U teridagi yoki shilliq pardalardagi shikastlanish orqali organizmga kiradi va mahalliy hamda umumiy reaksiyalarni keltirib chiqaradi. Zaxm kamdan-kam hollarda transfuziya orqali yuqadi.

Birlamchi zaxm affekti – qattiq yara tashqi jinsiy organlarda ancha engil kechadi. U til va yumshoq tanglayda, bodomcha bezlar, yuz, lab, iyak sohasida, sut bezlarida, dumba burmalarida, qo'ltiq osti chuqurchasi, orqa teshikda barmoqlarda paydo bo'ladi.

Suyak va bo'g'imlar ikkilamchi zaxm yoki patologiyaning oxirgi davrlarida zararlanadi. Suyaklar asosan shu davrda shikastlanadi.

Klinik manzarasi. Ikkilamchi zaxmda lyuetik (zaxmli) periostit ko'proq kalla suyagida, katta boldir (ilik) suyagida va qovurg'alarda

paydo bo'ladi. Tungi og'riqlar kuzatiladi. Bu o'zgarishlar tug'ma zaxmda ham kuzatiladi. Ayniqsa katta boldir suyagidagi o'zgarishlar: u deformatsiyaga uchraydi va qilichsimon ko'rinishda bo'ladi.

Shu davrda suyaklarda gummalar paydo bo'ladi. Protsess suyakning o'ziga (ostitis) va ilik sohalariga (osteomyelitis) tarqaladi. Suyak va uning emirilishi yuz beradi. Gummalar bilak, boldir, qovurg'alarda, ko'krak suyaklarida bo'ladi. Burun, yumshoq tanglay suyaklari butunlay parchalanib ketadi. Qattiq teri bilan qoplangan yaralar rivojlanadi. Yara bitishi bilan o'rnida yulduzsimon katta chandiq hosil bo'ladi. Chandiq suyakka yopishib turadi. Tizza, tirsak bo'g'imlarida, boldir va tovon suyagini biriktiruvchi bo'g'imda monoartrit va poliartritlar rivojlanadi.

Diffrensial diagnozi. Kasallikni xronik osteomielitdan, xavfli o'sma (sarkoma)dan, suyak silidan ajratish lozim. Sero va likvorologik diagnostika (Vasserman va Kanning takomillashgan reaksiyalari) qilinadi. Zaxmga qarshi setsifik davo yaxshi natijalar ko'rsatadi.

Davosi. Suyak va bo'g'imlarning zaxm kasalligini davolash spetsifik xususiyatga ega. Ikkilamchi infeksiya paydo bo'lgan hollarda jarrohlik yo'li qo'llaniladi.

QUTURISH

Quturish – o'tkir virusli kasallik bo'lib, markaziy nerv sistemasi qo'zg'aluvchanligining ortishi, keyinchalik esa paralichi va o'lim yuz berishi bilan xarakterlanadi. Kasallik butun er shari bo'ylab tarqalgan. Kasallikning asosiy manbalari kuchuklar (odamlarda 95% holatlarda quturish kuchuk tishlashi bilan bog'liq). Quturish deyarli barcha hollarda o'lim bilan tugaydi va odam uchun juda xavfli hisoblanadi. Statistika ma'lumotlariga ko'ra (Rossiya, 2006) dunyoda har yili 50.000 odam quturish kasalligidan o'lar ekan. Hayvonlarning quturishi qadimdan ma'lum bo'lib, Demokrit, Aristotel va boshqalar o'z qo'l yozmalarida bu haqda to'xtalib o'tishgan. L.Paster o'z tadqiqotlari natijasida kasallikning qo'zg'atuvchisi markaziy nerv sistemasiga intilishini asoslab bergan. 1887 yili rumin olimi V.Babesh, 1903 yili esa italyan vrachi A.Negri quturishdan o'lganlarning miyasidan o'lchamlari 1 dan 27 mkm

gacha bo'lgan kiritmalarni (vklyucheniya) topishgan. Bu Babesh-Negri tanachalarining tabiati aniq emas, lekin ularning aniqlanishi muhim diagnostik ahamiyatga ega.

Etiopatogenezi. Kasallikning qo'zg'atuvchisi rabdoviruslar guruhiga mansub. U ko'pchilik issiqqonli hayvonlar uchun patogen bo'lib, bemor kasallik klinik belgilari boshlanishidan 7-8 kun oldin so'lagi bilan virus chiqara boshlaydi. Shikastlangan teri orqali kirgandan keyin virus nerv stvollari orqali bosh miyaga etib boradi va unda shish, qon quyilishi va nerv hujayralarining degeneratsiyasini chaqiradi (112-rasm).



112-rasm. Qutirish virusi kirish yo'li.

Virus so'lak bezlariga tushadi va so'lak orqali tashqi muhitga ajraladi. Quturish maxsus (spetsifik) ensefalitga o'xshab kechadi. Bir necha oydan bir yilgacha cho'ziluvchi inkubatsion davrdan (ko'pincha 20-90 kun) keyin boshlanadi. Inkubatsion davrning davomiyligi infitsirlanish dozasi va jarohatning joylashuviga (miyaga uzoq yoki yaqinligiga) bog'liq.

Klinik ko'rinishi: inkubatsion davrdan keyin kasallikning prodromal davri (davomiyligi 1-3 kun), bu vaqtda esa kuzatiladi: tishlangan joy shishadi, tishlangan joyga yaqin joylashgan nervlarda nevrالgiya, umumiy madorsizlik, tana haroratining oshganligi, uyquning buzilishi. Keyin esa kasallikning avj olish bosqichi bosh-

lanadi: suvdan qo‘rqish, tamoq va hiqildoq mushaklarining og‘riqli qisqarishlari, ba‘zan suv ichishga harakat qilganida nafasning to‘xtashi, keyinchalik esa oqayotgan suvni ko‘rganda yoki ovozi eshitganda, yoki suv haqida gapirganda mushaklar qisqarishi. Xurujlar bir necha soniya davom etadi va so‘nadi. Shu jumladan psixomotor qo‘zg‘alish xurujlari kuzatiladi: bemorlar agressiv bo‘lib qoladilar, baqiradi, mebellarni sindirib odamga xos bo‘lmagan kuchlar ishlatadi.

Diagnostikasi. Tishlangan jarohatning topilishi yoki hayvon so‘lagining shikastlangan teriga tushishi katta ahamiyatga ega. Odamda muhim belgilardan biri bu suvdan qo‘rqish, suv yoki ovqatlarni ko‘rganda yutish mushaklarining spazmi yuz berishi tufayli bemorlar hatto bir stakan suv ham icha olmaydilar. Havoning bir ozgina harakati ham mushaklar qisqarishiga sabab bo‘ladi – aerofobiya. So‘lak oqishining kuchayishi bunday bemorlarga xos belgilardan bo‘lib, so‘lagi og‘iz burchagidan doim oqib turadi. Diagnostika laboratoriyada tasdiqlash talab qilinmaydi.

Davolash. Kasallikning belgilari boshlanganidan keyin bemorlarni qutqarib bo‘lmaydi. Davolashning samarali usullari yo‘qligi bemorlar hayotini qutqarish muammosini tug‘diradi. Bemorlar ahvolini engillashtirish uchun simptomatik muolajalardan foydalaniladi. Bemorlarni qorong‘i va tinch palatalarga joylashtiriladi. Harakat qo‘zg‘alishlarini to‘xtatish uchun sedativ vositalar buyuriladi, tutqanoq xurujlari kuraresimon vositalar yordamida bartaraf qilinadi. Nafas buzilishlarini trexeotomiya va sun‘iy nafas olish apparatiga ulash bilan bartaraf qilinadi.

Proflaktikasi. Kuchuklarda quturishni yo‘qotish maqsadida daydi kuchuklar yo‘qotiladi. Kasal yoki gumonli kuchuk tishlangan odamlar jarohati tezlik bilan qaynatilgan iliq 20% li sovunli suvda yuviladi, keyinchalik esa 70% spirt yoki yodning spirtli damlamasi bilan ishlov beriladi. Iloji boricha tezroq vaksinatsiya o‘tkazilishi zarur. Bunda antirabik zardob yoki antirabik immunoglobulin jarohat devorlariga va atrof to‘qimalarga yuboriladi. Shuni bilish kerakki emlash kuchuk tishlaganidan keyin 14 kun ichida va qat‘iyan emlash qoidalari bilan qilinsagina samarali bo‘ladi, bu muddatdan keyin esa emlashning xojati qolmaydi.

NEKROZLAR VA GANGRENALAR

To'qimalarning mahalliy o'lishi nekroz deyiladi. Gangrena – bu nekrozning bir turi bo'lib, to'qimalarning yiringli parchalanishi, qon pigmentlari bilan tuyinishi va shuning natijasida to'qimalar rangining qorayishi bilan kechadi.

Nekrozning quyidagi sabablari mavjud: to'qimalarning bevosita parchalanishi, qon aylanishining kamayishi natijasida to'qimalar oziqlanishining buzilishi, modda almashinuvi kasalliklari, nerv tizimining zararlanishi.

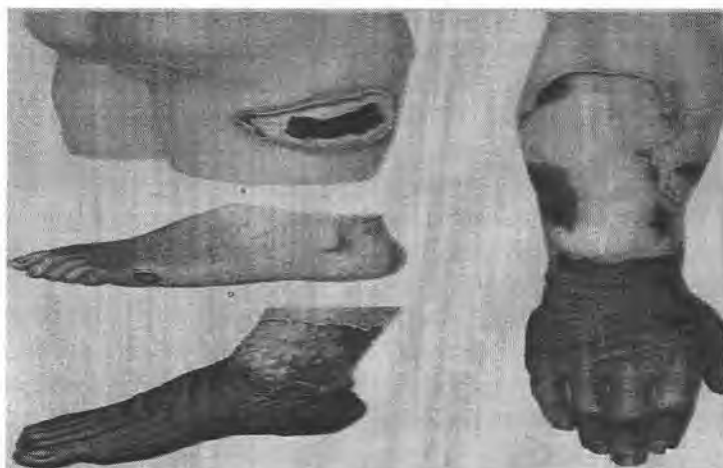
To'qimalarning bevosita parchalanish sabablari: mexanik (ezilish, yirtilish, jarohatlar), termik (kuyishlar va sovuq urishlari), elektrik, kimyoviy (konsentratsiyalashgan kislotalar, ishqorlar va boshqa moddalar, a'zolarning sekretlari), toksik, ayniqsa mikroblar toksinlari (gazli gangrena), nur energiyasi (rentgen nurlari bilan kuyishlar va radioaktiv kuyishlar).

To'qimalar oziqlanishi buzilishining sabablari: o'tkir yurak etishmovchiligi, moddalar bo'lakchalari bilan (ko'pincha) va gazlar bilan (ba'zan) emboliya, qon tomirlarning uzoq vaqt torayishi yoki obliteratsiyasi (Reyno kasalligi, obliteratsiyalovchi endarteriitlar), tomirlarning uzilishi yoki siqilib qolishi, magistral qon tomirlarning shikastlanishi, ichaklarning siqilishi, qon ivishi va reologik xususiyatlarining buzilishi, qon tomir intimasi strukturasi buzilishi (arteriya va venalar trombozi), nekroz va gangrenalar modda almashinuv kasalliklarida (qandli diabet, singa), markaziy nerv tizimi kasalliklari (o'smalar, neyrosifilis, siringomieliya va boshqalar), markaziy nerv tizimi va periferik nervlar (uzilish va siqilishlari) shikastlarida ham kuzatiladi.

Nekroz va gangrenalarning (113-rasm) *rivojlanishi va kechishiga ta'sir qiluvchi omillar:* shikastlangan a'zolarning anatomo-fiziologik xususiyatlari, infeksiyalar va intoksikatsiyalar – chekish, alkohol, tashqi muhitning noqulay omillari (uzoq vaqt sovuq qotish).

Organizmning anatomo-fiziologik xususiyatlari umumiy yoki mahalliy bo'lishi mumkin. Organizmning umumiy anatomo-fiziologik xususiyatlari: organizmning reaktivligi, nerv tizimining turi,

anemiya, yurak etishmovchiligi, modda almashinuvi kasalliklari, gipovitaminozlar.



113-rasm. Nekroz va gangrenalar.

Organizmning mahalliy anatomo-fiziologik xususiyatlari: qon tomir tizimi tuzilishining magistral yoki tarqoq turdaligi, kollateralarning holati, qon aylanishi buzilishining rivojlanish darajasi, tomirlarida patologik o'zgarishlar bor yoki yo'qligi (ateroskleroz, endarteriit).

Tasnifi: *Etiologiyasiga ko'ra:* 1. Spetsifik. 2. Nospetsifik.

To'qimalarning zararlanish darajasiga ko'ra: yuzaki, chuqur, butunlay.

Klinik kechishiga ko'ra: quruq, xo'l.

Jarayonning joylashishiga ko'ra: terida, teri osti kletchatkasida, mushaklarda, ingichka ichakda, o't pufagida, bachadonda.

Nospetsifik gangrenalar shikastlanishlar yoki qon tomirlar va to'qimalarning uzoq vaqt siqilishi, kuyishlar, xirurgik infeksiyalar, trofik o'zgarishlar (yotoq yaralar, yaralar), tromboz va emboliyalarning natijasida rivojlanadi.

Spetsifik gangrenalar spetsifik gangrenalar ateroskleroz, obliteratsiyalovchi endarterit, zaxm, endokrinologik kasalliklar – qandli diabet natijasida rivojlanadi.

Klinik manzarasining xususiyatlariga ko'ra spetsifik gangrenalarning tarkibiga yana quyidagilar ham kiritiladi: aterosklerotik yoki keksalik gangrenasi, o'spirinlik (yuvenil) yoki spontan gangrenasi, simmetrik gangrena.

Quruq gangrena ko'pincha oyoq qo'llarda kuzatiladi. U asosan qon aylanishi buzilishi sekin asta rivojlanib borayotgan oqizlangan, ayniqsa oyoq yoki qo'llarga tashqi muhitning noqulay omillari ta'sir qilayotgan bemorlarda kuzatiladi. Quruq gangrenada to'qimalar suvsizlanadi, quriydi va mumiyolanadi, dag'allashib bujmayadi, jigarrang yoki ko'kimtir qora rangga kiradi. Jarayon chegaralangan bo'ladi va zo'raymaydi. Gistologik nuqtai nazardan to'qimalarda hujayra yadrolarning parchalanishi bilan, eritrotsitlar va leykotsitlarning parchalanishi, plazma oqsillarining ivishi ko'rinishida koagulyasion nekroz rivojlanadi.

Klinik manzarasi. Kasallikning boshlang'ich bosqichlarida qo'l oyoqlarning shikastlangan joyidan distal qismlarida kuchli ishemik og'riqlar kuzatiladi. Qo'l oyoqlar oqish bo'lib, soviydi, terisi marmar rangga kira boshlaydi. yuzaki va chuqur sezgi yo'qolib, oyoq qo'llarning faoliyati buziladi. Periferik arteriyalarda tomir urishi aniqlanmaydi. Agarda magistral tomirlarning shikastlanishi bilan bir vaqtning o'zida kollateral tomirlarning spazmi kuzatilsa gangrena kattagina sohalarni egallaydi. Bunda tirik to'qimalarni sog' to'qimalardan ajratib turuvchi demarkatsion val rivojlanadi. O'lik to'qimalarning ko'chishida demarkatsion chiziqda biriktiruvchi to'qima hujayralari rivojlanadi, leykotsitlar to'planib, granulyasiya shakllanadi. Tirik va o'lik to'qimalar orasidagi chegara toki o'lik to'qimalar ko'chib tushmagunicha yanayam chuqurlashaveradi. Ko'chib tushganidan keyin esa uzoq vaqtda tortiluvchi granulyasiyalanuvchi jarohat qoladi. Quruq gangrenada to'qimalarning mumiyolanishi kuzatiladi. Toksik moddalarning so'rilishi juda ham kam bo'lganligi uchun organizmning intoksikatsiyasi kuzatilmaydi. Odatda bemorlarning umumiy ahvoli qoniqarli bo'ladi. Agarda quruq gangrenaning sababi to'qimalarning mahalliy shikastlanishi (lat eyish, sovuq urishi) bo'lsa, oyoq qo'llarning boshqa joylarida qon aylanishning buzilishi, teri ranggi va haroratining o'zgarishi kuzatilmaydi.

Davolash: oyoq qo‘llarni immobilizatsiya qilish, quruq bog‘lamlar qo‘yish, fizioterapevtik muolajalar (UVCh, kvars bilan nurlantirish), nekrektomiya, oyoq qo‘llarni amputatsiya qilish.

Ho‘l gangrena asosan to‘la bemorlarda qon aylanishining o‘tkir buzilishi (yirik qon tomirlarining shikastlanishi, emboliya) natijasida uchraydi. Ko‘pincha jarayonga yiringli yoki chirituvchi infeksiya ko‘shiladi. Ho‘l gangrenaning rivojlanishiga to‘qimalar shishi (yurak etishmovchiligida, buyrak kasalliklarida va boshqalarda) dan tashqari qandli diabet ham sabab bo‘ladi.

Qurishga ulgurmagan o‘lik to‘qimalar mikroblar uchun yaxshigina oziq muhiti bo‘lib xizmat qiladi. To‘qimalarning chirib (putrid) parchalanishi kuzatiladi. Ko‘pincha jarayon anaerob infeksiya (gazli gangrena) bilan birga kechadi, parchalanayotgan to‘qimalar kulrang yashil rangli, iflos, sassiq hidli massaga aylanadi. To‘qimalar parchalanish mahsulotlarining qonga so‘rilishi natijasida organizmning og‘ir intoksikatsiyasiga sabab bo‘ladi. Demarkatsion chiziq hosil bo‘lmaydi, faqat ba‘zangina chegaralangan jarayonlarda granulyasion val shakllanadi xalos.

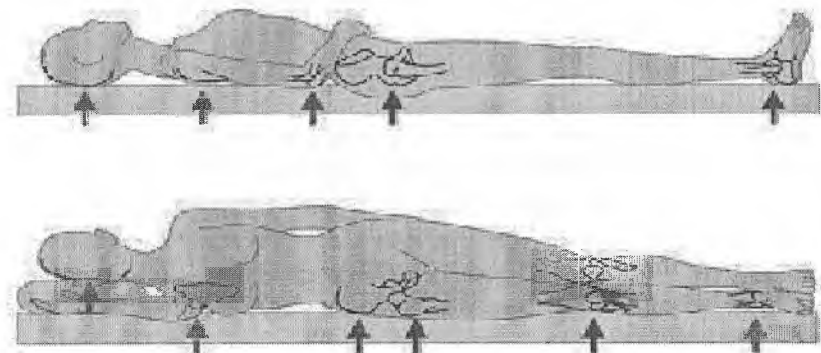
Klinik manzarasi. Kasallik avj olib borish bilan kechadi. Oyoq qo‘llar boshida oqish rangga kirib soviy boshlaydi, keyinchalik esa ko‘kintir qizil dog‘lar paydo bo‘ladi, epidermis ko‘chishi natijasida o‘tkir hidli qonli ekssudat bilan to‘lgan pufakchalar paydo bo‘ladi. To‘qimalar shishi keskin orta boradi. Zararlangan oyoq qo‘llarda kuchli og‘riqlar paydo bo‘ladi. Mahalliy jarayonlar og‘ir umumiy intoksikatsiya bilan kechadi. Bemor yuzining ranggi kulrang tusga kirib, tili quriydi, puls to‘lishi susayadi, arterial bosimi pasayadi, to‘la apatiya rivojlanadi. Tana harorati baland bo‘lib, gektik tus oladi. Bularning natijasida bemorlarning hayoti xavf ostida qoladi. Diabetik gangrena ayniqsa og‘ir kechadi. Qandli diabeti bo‘lgan bemorlar organizmining qarshilik kuchlari va to‘qimalar regenerativ xususiyatlari susaygan, yiringli yallig‘lanish jarayonlarining qo‘zg‘atuvchilariga beriluvchanligi esa oshgan bo‘ladi. Shu sababli ikkilamchi yallig‘lanish rivojlanishi oson va jarohatlarning regeneratsiyasi esa qiyin bo‘ladi. Ho‘l gangrena har-xil a‘zolarida bo‘lishi mumkinligi tufayli, klinik manzarasi turlicha bo‘ladi va u to‘qimalarning turiga, zararlangan a‘zolarining joylashgan joyiga

va xarakteriga bog‘liq. Ichki a‘zolarining o‘lishi ham ho‘l gangrena ko‘rinishida kechadi. Qorin bo‘shlig‘i a‘zolari uchun qorin parda ta’sirlanish simptomlari va peritonit rivojlanishi xos bo‘ladi. O‘pka gangrenasi ham o‘ziga xos belgilar bilan kechadi.

Davolash. Intoksikatsiya bilan kurash, modda almashinuvi buzilishini (diabet) bartaraf qilish, antibakterial terapiya, infuzion terapiya, yurak vositalari, bemorlar hayotini saqlab qolish maqsadida jarayonni chegaralanishini kutmasdan oyoq qo‘llarni amputatsiya qilish.

YOTOQ YARALAR

Yotoq yaralar (decubitus) yoki yumshoq to‘qimalar gangrenasi nerv-trofik o‘zgarishlar, qon aylanishining buzilishida namoyon bo‘ladi. Ular ko‘proq zaiflashib qolgan insonlarda, tananing uzoq vaqt ezilgan joylarida kuzatiladi. Yotoq yaralar bel, tovon va gavda terisi, teri osti to‘qimalarning ezilgan joylarda vujudga keladi (114-rasm).

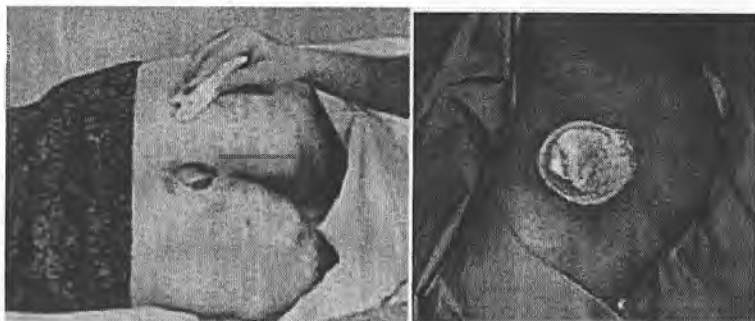


114-rasm. Yotoq yaralar vujudga keladigan nuqtalar.

Klinik manzarasi. Bu yaralar bilinmasdan boshlanadi. Bemor belining qotganligini, og‘riq bo‘lganini aytadi. Boshlanishida teri qizaradi, keyin unga sianoz qo‘shiladi. Teri shishadi, epidermis ko‘chadi, teri nekrozlanadi. Nekrotik to‘qimalar ajralib chiqadi,

chuqur va yiringli yara paydo bo'ladi. Ochilib qolgan dumg'aza suyagi ko'rinib turadi. «Yotoq» yaralar tovonda, son suyagi ustida, kurak sohasida paydo bo'ladi. (115-rasm). Yara mikroblar tufayli sepsisga o'tishi mumkin.

Davolash ancha kiyinchilik tug'diradi. Nekrotik to'qimalar kesib tashlanadi, gipertonik eritmali bog'lamlar, proteazalar (tripsin, ximotripsin, iruksol), antibiotiklar qo'llaniladi. Kseroform yoki ruhli malham surtiladi. Fizioterapiya (UVCh, ultrabinafsha nurlar, sollyuks) keng qo'llaniladi. Mumkin qadar yarali joy bosilmasligi chorasini ko'rish zarur.



115-rasm. Dumg'aza va son suyagi ustida yotoq yara.

Profilaktikasi. Oldini olish uchun bemor parvarish qilinishi lozim. To'shakka solingan choyshab tekis, quruq bo'lishi kerak, chunki siydik, ajralmalar terini tez zararlantiradi, yangi yaralar hosil bo'lishini tezlashtiradi. Defekatsiyadan so'ng oraliq gigienasiga rioya qilish kerak. Badan terisi har kuni kamfora yoki salitsil spirt bilan artilib turiladi. Og'ir bemorlar parolon, suv yoki havo bilan to'ldirilgan to'shakka yotqiziladi. Bel tagiga havo bilan to'ldirilgan rezina chambar qo'yiladi.

OQMA YARALAR

Oqma yara (fistula) deb odatda kuzatilmaydigan, bo'shliqli a'zolar, bo'shliqlar yoki chuqur joylashgan to'qimalarni tashqi muhit bilan yoki o'zaro bog'lab turuvchi ingichka kanalga aytiladi.

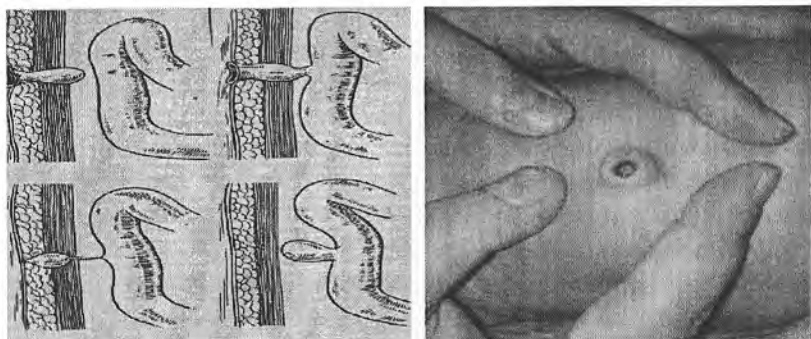
Oqma yaralar granulyasion to‘qima yoki epiteliy bilan qoplangan bo‘ladi. *Oqma yaralarning sabablari:*

yallig‘lanish jarayonlari (infeksiya), yot jismlar, to‘qimalarning shikastlanishi yoki oziqlanishining buzilishi, o‘smalar, tug‘ma anomaliyalar.

Oqma yaralarning tasnifi.

Kelib chiqishiga ko‘ra quyidagi oqma yaralar tafovut qilinadi:

1. Tug‘ma oqma yaralar-bo‘yinning kistalari va oqma yaralari, kindik oqma yaralari – uraxus (116-rasm).



116-rasm. Kindik oqma yaralari - uraxus

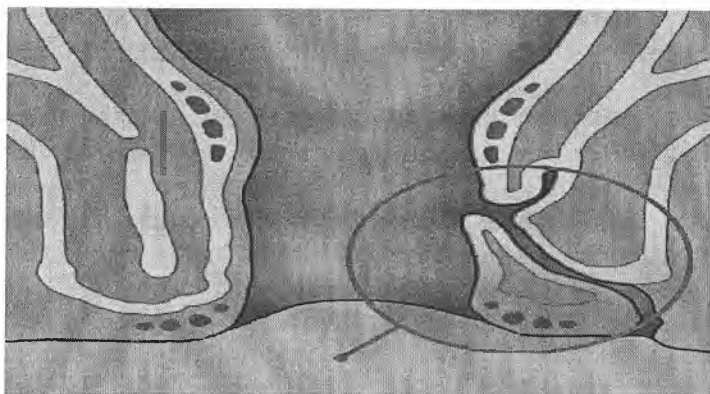
2. Orttirilgan oqma yaralar:

a) patologik: yallig‘lanish natijasidagi oqma yaralar – osteomyelitdagi, suyak-bo‘g‘im silidagi, ligaturalarda; posttravmatik – bronxial; onkologik kasalliklarda rivojlanuvchi – oshqozon-chambarichak oqma yaralari;

b) sun‘iy: xirurgik usulda qilingan oqma yaralar.

Joylashgan joyiga ko‘ra: 1. Tashqi. 2. Ichki.

Tashqi oqma yaralar ichki ya‘zolari, bo‘shliqlarni va chuqur joylashgan to‘qimalarni tana yuzasi bilan bog‘laydi. (pararektal (117-rasm), bronxotorakal oqma yaralar).



117-rasm. To'g'ri ichak oqma yarasi

Ichki oqma yaralar ikkala qo'shni a'zolar yoki chuqur joylashgan patologik bo'shliq va a'zolar (oshqozon-ichak, bronxoplevral, bronxoezofageal) o'rtasida rivojlanadi.

Xarakteriga ko'ra: yiringli, siydikli, najasli, shilliq, so'lakli, pankreatik, safroli.

Tuzilishiga ko'ra: granulyasiyalanuvchi, epitelizatsiyalanuvchi, labsimon, naysimon, to'liq, qisman oqma yara.

Granulyasiyalanuvchi oqma yaralar, kanalning butun uzunligi bo'ylab granulyasion to'qima bilan qoplangan bo'lib, mustaqil ravishda yopilish ehtimoli bor. Bunga esa yiringning turib qolishi, oqma yara yo'li bo'ylab doimiy ravishda ajralma ajralib turishi, mikroblarning toksinlari xalaqit berishi mumkin. Oqma yaralar atrof to'qimalarida kimyoviy faol ajralmalar ta'sirlanish chiqirishi, ba'zan esa to'qimalarning parchalanib yaralar paydo bo'lishiga sabab bo'lishi mumkin. Oqma yara yo'li atrofida dag'al chandiqli to'qima qatlami rivojlanib mudrovchi infeksiyaning saqlanishiga sabab bo'lishi mumkin. Epitelizatsiyalanuvchi va labsimon oqma yaralarda epiteliy bevosita atrof teri epidermisiga o'tadi. Bunday oqma yaralar esa hech qachon mustaqil ravishda yopilmaydi va ichki a'zolarning bitta yo'lagini esalatadi. Granulyasiyalanuvchi oqma yaralar ko'pincha orttirilgan, epitelizatsiyalanuvchi oqma yaralar – tug'ma, labsimon oqma yaralar esa – sun'iy bo'ladi.

Klinik manzarasi. Oqma yaralarning klinik manzarasi turli tuman bo'ladi. Oqma yaralarning ajralmasi atrof terini matseratsiya qilib ta'sirlantiradi, hattoki (oshqozon yoki ichak shiralari) hazm qilishi ham mumkin. Ajralmaning xarakteri oqma yarani keltirib chiqargan patologik jarayonga va oqma yara kanali ulangan a'zoga bog'liq. Oqma yara ajralmalarida ko'pincha patologik elementlar: sil mikobakteriyalari, aktinomikoz druzalari, suyaklari va xavfli hujayralar) topilishi mumkin va ular tashxis qo'yishni osonlashtiradi. Agarda ajralma miqdori kamaysa oqma yara yopiladi va bunda to'qimalar orasida ekssudat to'planishi (retension kistalar rivojlanish) xavfi paydo bo'ladi. Superinfeksiya rivojlanish ehtimoli xavfni yanada oshiradi.

Diagnostikasi. Oqma yaraning yo'nalishi va chuqurligini aniqlash uchun uni zond yordamida tekshirish, fistuloskopiya yoki fistulografiya qilish lozim. Fistulografiya uchun yodolipol va yodning suvda eruvchi vositalari (urotrast, verografina, triambrast) ishlatiladi. Ularni oqma yara yo'li orqali maxsus zond yoki shprints yordamida rentgenkontrast modda yuborib rentgenologik tekshiriladi va oqma yara yo'lining yo'nalishi va kontrastning to'planish deposi ko'riladi.

Davolash. Tashqi oqma yaralarda: aseptik bog'lamlar qo'yish, granulyasiyalarni kuydirish, fizioterapevtik muolajalar, teri matseratsiyasining oldini olish, ruhli malhamlar (sink malhami), Lassar pastasini quyish, maxsus najasni qabul qiladigan idishlarni qo'llash, yot jismlarni, ligaturalarni olib tashlash.

Bo'shliqlik a'zolar, oqma yaralarni xirurgik yo'l bilan davolash: oqma yara shilliq qavatini qirib olish, oqma yarani kesib olish, a'zolarini qisman rezeksiya qilish, oqma yara yo'li epitelial qoplamini to'la olib tashlash, yiringli cho'ntaklarni sanatsiya qilish, oqma yaralarni ajratib olish a'zolaridagi defektlarni tikish.

Ichak oqmalarida konservativ davo taktikasi

1. Oqma yaralarning shakllanishiga optimal sharoitlar yaratish: ichak saqlamalarini qorin bo'shlig'iga tarqalishini oldini olish va jarayonning chegaralanishiga sharoit yaratish, ichak saqlamalarini bemalol oqib chiqishiga sharoit yaratish, olib keluvchi halqani dekompressiya qilish, faol aspiratsiya, drenaj naychalar o'rnatish va boshqalar.

2. Yo'qotilgan moddalarni o'rnini to'ldirish va modda almashinuvi buzilishini oldini olish: oqma orqali yo'qotilgan ichak shirasini qaytarish, infuziyalar (elektrolit eritmalari, uglevodlar, aminokislotalar, qon, plazma, vitaminlar va boshqalar), parenteral oziqlantirish (infezol, selemin, selepid), enteral zond orqali oziqlantirish.

Oqma yara qanchalik yuqori joylashgan bo'lsa – foydali moddalarni yo'qotish shunchalik ko'p bo'ladi.

Sun'iy oqmalar bemorlarni umumiy ahvolini yaxshilash, oziqlantirishni yo'lga qo'yish yoki a'zolar saqlamasi yoki sekretini tashqariga chiqarib yuborish uchun qo'yiladi. Sun'iy oqmalar vaqtinchalik yoki doimiy bo'lishi mumkin. Sun'iy ravishda labsimon tashqi oqmalar uzoq muddatga qo'yiladi (gastrostoma, xoletsistostoma, kolostoma). A'zolararo va boshqa ichki oqmalar (enteroentero, gastroentero, xoledoxoduodenoanastomoz) ham shular jumlasiga kiradi. Tashqi sun'iy oqmalar odatda operativ yo'l bilan bartaraf qilinadi.

XUSUSIY QISM

XII. QORIN CHURRALARI

Anatomik-fiziologik ma'lumotlar. Qorin churraasi (hernia) - qorin bo'shlig'idan ichki organlar yoki ular bir qismining qorin devoridagi tabiiy yoki yangi paydo bo'lgan teshikdan churra darvozasi orqali tashqarisiga qorin pardasiga o'ralgan xolda chiqishi.

Miya, ko'krak, qorin churrallari, Shmorl churraasi (umurtqalararo disk churraasi) va boshqa churralar farqlanadi. Qorin churrasiga kiradigan chov, son, kindik, korinning oldingi devori churraasi, chovyorg'oq churraasi (dabba), operatsiyadan keyin paydo bo'ladigan churra ko'p uchraydi. Qorin churralarida ichki a'zolar — aksari ingichka ichak, charvi, ba'zan bachadon nayi, tuxumdon, yo'g'on ichak, taloq va boshqa bo'lishi mumkin.

Qorin churrallari chiqadigan joyiga qarab tashqi va ichki bo'ladi.

Tashqi churralarda ichki organlar qorinning oldingi devoridagi, chanoq, bel yoki dumba sohasidagi teshik orqali tashqariga chiqadi.

Qorinning ichki churraasi qorindagi ichki organlarning qorin pardalariga va qorin bo'shlig'idagi ichak xaltalariga (bursa omentalis, foramen Winslou, flexura duodenale junalis, recessus subcolecalis ilieocolis, intersigmoidcus), shuningdek diafragmaning tabiiy yoki orttirilgan teshiklariga chiqishidan iborat.

Qorinning tashqi churrallari — ko'p uchraydigan xastalik, churra bilan hamma aholining 3-4 foizi og'riydi. Eng ko'p chov churrallari (75%), so'ngra son (8%), kindik (4%), operatsiyadan keyingi churralar (14%) kuzatiladi, churralarning qolgan formallari 1 foizni tashqil qiladi. Erkaklarda ko'proq chov churrallari, ayollarda son va kindik churrallari bo'ladi.

Qorin tashqi churrallari klassifikatsiyasi.

A. Kelib chiqishiga ko'ra:

I. Tug'ma churralar.

II. Orttirilgan churralar.

1. Zo'riqishdan bo'ladigan churralar.

2. Darmonsizlikdan bo'ladigan churralar.
3. Operatsiyadan keyingi churralar.
4. Travmatik churralar.
5. Patologik churralar.

B. Anatomik joylashuviga ko'ra: chov, son, kindik, epigastral, xanjarsimon o'siq churralari, qorinning yon churralari, bel, quymich, yopqich teshik, oraliq churralari.

V. Klinik kechishiga ko'ra:

1. Asoratlanmagan (to'g'rilanadigan) churralar.
2. Asoratlangan churralar (to'g'rilanmaydigan, qisilgan, koprostaz, churra yallig'lanishi).

G. Rivojlanish bosqichlari bo'yicha:

1. Noto'liq (boshlang'ich, kanal, urug' tizimchasi churraasi).
2. To'liq.

Qorin churralari etiologiyasi va patogenezi. Churralar mahalliy va umumiy xarakterdagi sabablardan hosil bo'lishi mumkin, moyil qiladigan va keltirib chiqaradigan turlarga bo'linadi.

Churralar hosil bo'lishining moyillik kiladigan sabablariga churra eng ko'p hosil bo'ladigan joylarda qorin devori tuzilishining mahalliy anatomik xususiyatlari kiradi. Bu kuchsiz joylar yoki «churra nuqtalari» quyidagilardir: a) chov kanali zonasi; b) sondagi oval chuqurcha zonasi; v) qorin oq chizig'i aponevrozining kindik ustidagi va kindik oldidagi bo'limi; g) Spigeli chizig'i zonasi; d) Pti uchburchagi zonasi; ye) Gryunfel'd — Lesgaft to'rtburchagi zonasi; j) yopqich teshik zonasi.

Qorin devori tuzilishining anatomik xususiyatlari ayollarda va erkaklarda turli xil churralarning taqsimlanishiga ham ta'sir ko'rsatadi. Son churralarining ko'p uchrashi ayollarda chanoq halqasi enining serbarligi bilan bog'liq. Erkaklarda son churralarining ko'p uchrashi ularda chov halqasining birmuncha kengligi bilan izohlanadi. Embrion davrida u orqali tuxum yorg'oqqa tushadi va urug' kanalchasi (tizimchasi)dan o'tadi, shuningdek chov yorig'i tuzilishining ham o'ziga xos xususiyati (uchburchak) bor. Ayollarda chov oraliri yoriqsimon shaklga ega.

Umumiy moyillik qiladigan omillarga: irsiyat, yosh (umrining birinchi yoshidagi bolalarda ko'krak devori kuchsiz, keksalarda

qorin devori to'qimalari atrofiyaga uchragan bo'ladi), jins (ayollarda chanoq va son halqasining tuzilish xususiyatlari, erkaklarda chovning kuchsizligi), gavda tuzilishining xususiyatlari, semiz-oriqlik, tez-tez tug'ish, qorin devori shikastlari, operatsiyadan keyingi chandiqlar, qorin devori nervlari falajini kiritadilar.

Bu umumiy omillar qorin devorining mahalliy zaiflanib qolishiga olib keladi.

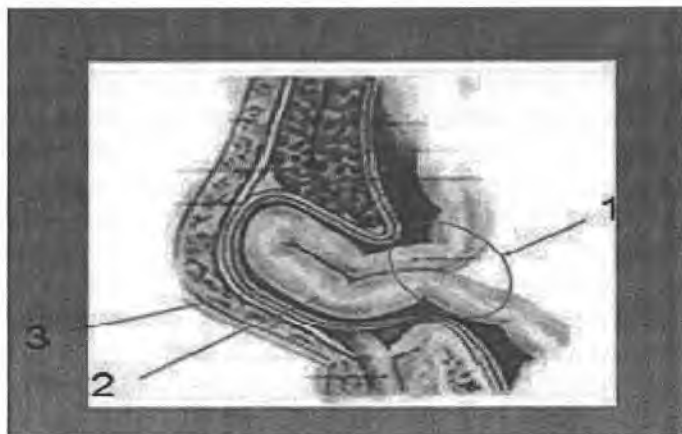
Keltirib chiqaradigan omillar. Bu qorin ichida bosimni oshiradigan omillardir, chunonchi: og'ir jismoniy mehnat, tug'ruqning qiyin o'tishi, juda og'ir yuklarni ko'tarish yoki og'ir narsani tutib turish uchun ko'p kuch sarflab zo'riqish shular jumlasiga kiradi. Churraning shu taxlitda hosil bo'lishiga «zo'riqishdan bo'ladigan churra» deyiladi.

Qorin devori muskullari sustlashganda va yetishmovchiligida churralar asta-sekin va bemor uchun sezilarsiz, biror jismoniy kuch ishlatmay va zo'riqmay hosil bo'lishi ham mumkin. Ularni «holsizlikdan paydo bo'ladigan churra» deyiladi (masalan, umurtqa pog'onasi, orqa miya va nervlar shikastlangandan keyin to'qimalar trofikasi pasayganda, tez oriqlab ketishda).

Churralar kelib chiqishida ahamiyatli bo'lgan boshqa omillardan musiqa asboblarini chalgandagi zo'riqish, emfizema va o'pka sili, ko'kyo'taldagi yo'talish, qabziyat va uretra strikturasidagi, prostata bezi adenomasida buzilishlar, takroriy va qiyin tug'ruqlar, assit va boshqalarni eslatib o'tish mumkin.

Churralarning hosil bo'lish mexanizmi ularning kelib chiqishiga bog'liq xolda (tug'ma yoki orttirilgan) xar xil bo'ladi.

Tug'ma churrada churra darvozalari va churra xaltachasi avval shakllanadi, so'ngra jismoniy zo'riqish natijasida ichki organlar churra xaltachasiga kiradi. Orttilgan churralarda esa qorin ichidagi bosim oshganda ichki opranlar qorin devori qatlamlarini surib, pariyetal qorin pardasini cho'zib yuboradi va churra xaltachasi shakllanadi.



118-rasm. Churra elementlari: 1-churra darvozasi, 2-churra tarkibi, 3-churra qopi

Churraning tarkibiy elementlari — churra darvozasi, churra qopchasi, churra ichidagi narsa, churra pardalaridir (118-rasm).

Churra darvozalari — qorin devorining churra chiqadigan kuchsiz joylaridir (chov chuqurchasi, kindik halqasi, qorinning oq chizig‘i, diafragmadagi teshik). Normada bu teshiklar orqali u yoki bu anatomik tuzilmalar o‘tadi (urug‘ tizimchasi, bachadonning yumaloq, boylami, tomir-nerv dastalari va x, k.). Travmatik va operatsiyadan keyingi churralarda qorin shikastlanganda muskullar va aponevrozlarda yoki xirurgik operatsiyada hosil bo‘lgan teshiklar churra darvozalari bo‘lib xizmat qilishi mumkin. Churra darvozalari operatsiyadan keyingi vertikal churralarda yoriq ko‘rinishida yoki katta o‘lchamli bo‘lishi mumkin. Darvozalarining o‘lchamlariga ko‘ra churra darvozasi kichik (diametrdan 2 sm gacha), darvozasi o‘rtacha (2 dan 4 sm gacha) va churra darvozasi katta churralar (4 sm dan ko‘p) farq qilinadi.

Churra darvozasi — qorin pardasining churra darvozalari orqali chiqadigan ichki organlarni qoplab turadigan pariyetal varag‘idir. Tug‘ma chov churralarida qorin pardasining o‘sib yetilmagan qin o‘simtasi (processus vaginalis peritonei) churra qopchasi bo‘lib hisoblanadi.

Churra qopchasi: og‘zi, bo‘yinchasi, tanasi va tubi farq qilinadi. Churra xaltachasi turli o‘lchamda va shaklda bo‘lishi mumkin.

Xaltacha qorin bo‘shlig‘i bilan tutashadigan joy og‘zi deyiladi. Bo‘yinchasi — churra xaltachasining og‘zi bilan tutashadigan eng tor uchastkadir. Bo‘yinchada aksariyat churra qisilishi ro‘y beradi.

Asoratlanmagan churralarda xaltacha devori qorin pardasining silliq yupqa varag‘idan iborat bo‘ladi, uning yuzasida yog‘ qatlamlari bo‘lishi ehtimol. Asoratlangan churrada xaltacha devori doimo shikastlanib turishi natijasida u qalin tortadi, birlashtiruvchi to‘qima rivojlanishi va xaltacha ichida bitishmalar borligi hisobiga dag‘al bo‘lib qoladi. Churra qopchasi ichki yuzasi xaltacha ichidagi narsa bilan yoki devorlarining bir-biri bilan bitib qolishi oqibatida churra to‘g‘rilanmaydigan bo‘lib qoladi.

Churra xaltachasining to‘liq obliteratsiyasi deyarli bo‘lmaydi. Aksariyat xaltacha ikki yoki uch bo‘shliqli tuzilmaga aylanadi, yoki «qum soat» ko‘rinishini oladi, uning devorida kistalar paydo bo‘lmaydi.

Churra xaltachasi embrional kindik churralarida bo‘lmasligi mumkin, ulardagi tushgan ichki organlar amnion bilan qoplangan. «Sirpanuvchi» churralarda ham xaltachasi qisman bo‘lmaydi. Bu qorin bo‘shlig‘idan tashqarida joylashgan organ (ko‘richak, qovuq) chiqqanda va qorin pardasi yorilgan soxta travmatik churralarda kuzatiladi. N. V. Antelava ma‘lumotlariga ko‘ra sirpanuvchan churralar 4,6% xollarda uchraydi.

Parda churralari churra bilan birga chiqadigan va churra xaltachasini qoplab oladigan qorin devorining hamma katlamlarini hosil qiladi. Ularga qorin pardasi oldidagi kletchatka, fassiya plastinkalari, muskul tolalari (masalan, m. cremaster), urug‘ tizimchasi elementlari kiradi.

Churra xaltachasida qorin bo‘shlig‘idagi organlardan xar qaysisi bo‘lishi mumkin. Ichki organlardan ayrimlari quyidagi tartibda uchraydi:

a) ingichka ichak qovuzlog‘i; b) charvi; v) ichak tutqich bilan ta‘minlangan yo‘g‘on ichak bo‘limlari; g) chuvalchangsimon o‘simta va yo‘g‘on ichakning yog‘ qo‘shimchalari; d) bachadon naychalari va tuxumdon, ba‘zan bachadon; ye) ichak tutqich; j) qorin

pardasi bilan qoplangan organlar (siydik pufagi, chambar ichakning yuqoriga ko'tariluvchi va pastga tushuvchi bo'limi, ko'richak); z) qorin pardasi ortida joylashgan organlar (buyrak, siydik yo'li, me'da osti bezi, prostata bezi fiksatsiyasi buzilganda); i) me'da, taloq, o't pufagi, Mekkel' divertikuli.

Bo'rtib chiqadigan xaltacha churra ichidagi organ va churra darvozalari vaziyati o'rtasidagi nisbatni hisobga olish amaliy jihatdan ahamiyatlidir. Xaltacha qorin devorining yuqorisiga kirgan, biroq uning qatlamlari orasiga surilib ulgurmagan boshlang'ich churra; kanal churra va teri ostiga o'tgan to'liq churra farq qilinadi.

Ba'zan churra xaltachasi ayrim muskul va fassial qatlamlar orasidan oraliq yoki interstitsial churra ko'rinishida yo'l soladi, teri ostidan emas, balki muskul yoki aponevroz ostidan chiqadi.

Qorin churralarini aniqlash simptomlari. Simptomlari bo'yicha asoratlanmagan churralar (to'g'rilanadigan, joyiga solinadigan), xronik asoratlangan (to'g'rilanmaydigan) va o'tkir asoratlangan churralarni farq qilish lozim.

Asoratlanmagan tashqi churralar sub'yektiv turli-tuman namoyon bo'ladi. Ba'zan ular umuman bo'lmaydi. Aksariyat bemorlar churra sohasida joylashgan simillagan qattiq, og'riqdan noliydilar, og'riq, masalan, to'sh osti soxasini boshlang'ich chov churrasida — moyakka, jinsiy labga va boshqa sohalarga beriladi. Og'riq jismoniy zo'riqishda, og'ir yuk ko'tarishda, vertikal vaziyatda kuchayadi. Dispeptik shikoyatlar: kekirish, jig'ildon qaynashi, ko'ngil aynishi, ba'zan qusish, dizuriya, qabziyatlar ham bo'lib turadi.

Bemorlarni tik turganda va yotganda (gorizontal xolatda) tekshiriladi.

Asoratlanmagan tashqi churralarning asosiy ob'yektiv belgilari:

- a) churra joylashuvi uchun xos zonadagi bir oz shish
- b) churra ichidagini qorin bo'shlig'iga kiritishga bog'liq bo'lgan shish ko'rinishi va xajmining tez va ocon o'zgaruvchanligi;
- v) qorin bo'shlig'iga kiritilgan joyda qorin devorining bo'rtib chiqish nuqsoni — «churra darvozasi» borligi
- g) «yo'tal turtkisi» fenomeni borligi.

To'g'rilashdan keyin, ehtimol, paypaslash yordamida churra darvozasi va kanalining ko'rinishini, o'lchamlarini ularning atrofi-

dagi to'qimalar sifatini, churra darvozasining churra pardasi va churra xaltachasi bilan o'zaro munosabatini, suriluvchanligini, bitishmalarini aniqlash mumkin:

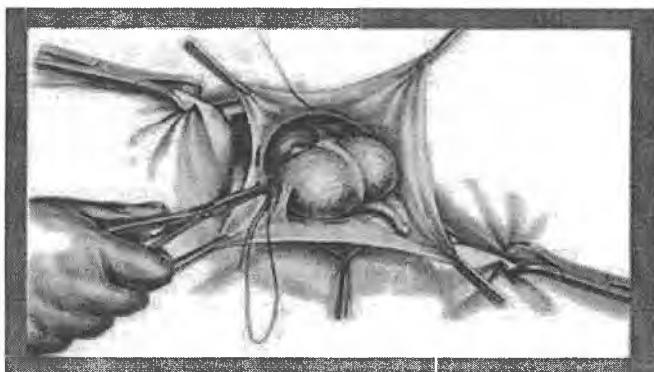
— churrada ichak qovuzlog'i borligi bo'rtma yuzasining silliqligi va elastik yumshoq konsistensiyasidan, peristal'tikaning teri orqali bilinishidan, perkussiyada timpanit paydo bo'lishidan aniqlanadi;

— churrada ko'p ichak qismi borligi (ayniqsa sirpanuvchan churra ko'rinishida) paypaslashdan tashqari, yo'g'on ichakni rentgenografiya qilishda aniqlanadi;

— churradagi qovuq, devorini (sirpanuvchan churra) dizuriya borligidan va qovuqni sistoskopiya yoki rentgenografiya qilish yordamida (sergozin) aniqlashga muvaffaq, bo'linadi;

— churrada ayol ichki organlari borligini ba'zan hayz ko'rish davrida bo'rtmaning shishib chiqishidan bilsa bo'ladi.

Churra xaltchasining devorlaridan biri qorin pardasi bilan qisman qoplangan (masalan, qovuq, yuqoriga ko'tariladigan va pastga tushadigan ichak) bo'lsa sirpanuvchi churra deyiladi. Churra xaltachasi kamdan-kam xollarda batamom bo'lmaydi(119-rasm).



119-rasm. Sirpanuvchi churra.

Churralarni davolash. Churralarni faqat operatsiya usuli bilan radikal davolash mumkin. Churralarning hamma turlarida operatsiya qilish prinsipi bir xil. Uning vazifasi:

- a) churra xaltachasini churra pardalaridan ajratish;
- b) xaltachani ochish, bitishmadan churra ichidagi a'zoni ozod qilish va qorin bo'shlig'iga kiritish;
- v) churra xaltachasini tortib olish, uni og'zi satxida — bo'ynida tikish va qirqib tashlash;
- g) churra darvozalarini choklar bilan yopishdan iborat.

Churra devorlarini mahalliy bir xil turdagi to'qimalar tikish yo'li bilan yopish usullari lozim bo'lgan.

Operatsiyadan keyingi davrda yo'tal, bronxit, zotiljam, qorin dam bo'lishining oldini olish muxim ahamiyatga ega — nafas gimnastikasi, erta o'rindan turish (2—4- kuni), 2—3 hafta mobaynida dam olish, 2—3 hafta mobaynida profilaktik dam olish maqsadga muvofiq.

Operatsiyaga monelik qiladigan xollar: yurak va nafas yetish-movchiligi bo'lgan juda keksalik, kon aylanishi dekompensatsiya bo'lgan yurak nuqsoni, III boskichdagi o'pka sili, jigar va buyrakning og'ir kasalliklari va boshqa tuzalmaydigan kasalliklar.

Asoratlanmagan churralarni konservativ davolash bandaj taqishni tayinlashdan iborat. Bandaj korset va belbog'lar shaklida bo'ladi yoki qoringa mahkam qilib tasma bog'lanadi.

Bandaj taqish churra ichida chandiqlar, bitishmalar hosil bo'lishiga sabab bo'ladi, ba'zan terini ta'sirlantiradi va ichki organlarni chiqib kolishdan va churrani qisilishdan hamisha ham saqlab qola olmaydi.

Qorin churralari profilaktikasi quyidagicha o'tkaziladi:

1) qorin devori muskullari mustahkamlanadi, buning uchun gimnastika mashg'ulotlari, jismoniy tarbiya va sport bilan shug'ullanish tavsiya etiladi;

2) ishda churraga sabab bo'ladigan ortiqcha jismoniy zo'riqishlardan saqlanish lozim, shu maqsadda mehnatni mexanizatsiyalash, uni muxofaza qilish, ishchilarni jismoniy ishlarga to'g'ri tanlash lozim;

3) xomilador ayollar xomiladorlikning oxirgi oylarida belbog'-bandaj taqib yurishlari kerak, tug'ruqdan keyin esa qorinni massaj qilish va qorin muskullarini mustaxkamlash uchun maxsus mashqlar tavsiya etiladi;

4) bolalarning gigiyena, ovqatlanish qoidalariga rioya qilishi, ularda ichak faoliyati, nafas organlari va siydik chiqarishning normal

o'tishini kuzatib borish, qorin devoridagi nuqsonlarni aniqlash maqsadida ularni qunt bilan sinchiklab tekshirish, bordi-yu, churra aniqlansa, bolalikda operatsiya usulida olib tashlash;

5) yog' bosishga va ayniqsa undan keyin qattiq oriqlab ketishga qarshi kurashish;

6) operatsiyadan keyin churralarning profilaktikasi jaroxat yiringlanishining profilaktikasidan iborat, buning uchun qorin jaroxati tamponada qilinadi, laparotomiyani boshdan kechirgan shaxslarga 2—4 hafta muddatga dam olish beriladi.

Jismoniy ishga qaytishda asta-sekinlik prinsipiga amal qilish va qorin devori muskullarini chiniqtirish zarur.

XIII. O'TKIR APPENDITSIT

Chuvalchangsimon o'simtaning o'tkir yallig'lanishi - jarrohlik amaliyotida keng tarqalgan kasalliklardan biri hisoblanadi. MDHda yil mobaynida o'tkir appenditsit tufayli 1 mln dan ortiq operatsiyalar qilinadi. Yurtimizda 1 yil mobaynida 500 mingdan dan ortiq bemor bu kasallik bo'yicha shifoxonalarga yotqizilgan va ulardan 89% bemor appendektomiya operatsiyasini boshidan o'tkazgan.

Operatsiyadan keyingi o'lim darajasi Rossiyaning rivojlangan klinikalarida 0,2-0,3% ni, bizda esa o'rta hisobda 0,2% ni tashkil qiladi. O'lim ko'rsatkichining asosiy sabablari: bemorlarning shifoxonaga yotqizilishidan oldingi davrdagi qo'yilgan diagnostik xatolar, ba'zida shifoxonaga kech yotqizish sababli yo'l qo'yilgan asoratlardir.

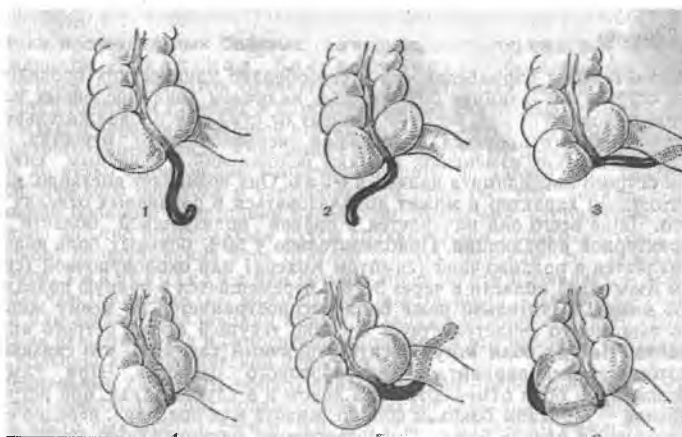
O'tkir appenditsit asosan yoshlarda (14-20) va 30-40 yoshda ko'proq uchraydi - bunda ayollar erkaklarga nisbatan 2 marta ko'p kasallanadilar. Ulug' rus jarrohlaridan biri I.I. Grekov: "Chuvalchangsimon o'simta yallig'lanishi xameleonsimon kasallik, u kutgan joyda bo'lmay kutilmagan hollarda kuzatiladi",- deb ta'rif beradi. Appendektomiya, jarrohlik amaliyotida eng oson bajariladigan va shuning bilan birga eng murakkab amaliyotlaridan biri hisoblanadi.

Anatomik-fiziologik ma'lumotlar

Chuvalchangsimon o'simta ko'richakning orqa-medial devoridan uzunasiga ketgan uchta mushaklar uchrashgan joydan chiqadi. U turli holatni egallab, uzunligi 6-16 sm, diametri esa 5-9 mm bo'lgan yopiq silindr shakliga ega bo'ladi. Yoshi o'tgan organizmda o'simta kichrayadi, devorlari sklerotik o'zgarishlarga uchraydi, natijada uning bo'shlig'i torayib, hatto yo'qolib ketishi kuzatiladi.

Chuvalchangsimon o'simta odatda o'ng yonbosh sohasida joylashib, qorin bo'shlig'ida pastga va medial tomonga yo'naladi, ba'zan esa kichik chanoq sohasigacha tushishi mumkin.

O'simta ko'richakdan medial va lateral yo'nalishda yuqoriga ham ko'tarilishi mumkin, ba'zan esa o't pufagigacha yetadi. Aksariyat hollarda, Chuvalchangsimon o'simta ko'richak orqasida va hatto retroperitoneal joylashgan bo'ladi. Ba'zida, o'simtani yuqorida – jigar ostida, yoki pastda – kichik chanoq bo'shlig'ida – joylashishi kuzatilishi mumkin. Ko'pchilik hollarda ko'richak pariyetal qorin parda bilan har tomonlama o'ralgan bo'ladi, lekin ba'zi holatlarda mezoperitoneal joylashgan bo'lib, kam harakatchang yoki umuman harakatsiz holda bo'ladi. Ba'zida Chuvalchangsimon o'simtaning tug'ma bo'lmaslik hollari ham uchraydi, lekin bu turdagi hodisalar kamdan kam hollarda bo'ladi (120-rasm).



120-rasm. Chuvalchangsimon o'simtaning turli xil ko'rinishda joylashishi.

Chuvalchangsimon o'simtaning retrotsekal joylashishi, 9-25 % holatlarda kuzatiladi. Retrotsekal o'simta joylashishining 3 turi farqlanadi:

- Qorin parda ichida joylashishi;
- Qorin devori ichida joylashishi;
- Qorin orti bo'shlig'ida joylashishi.

Bugungi kungacha, Chuvalchangsimon o'simtaning funksional xususiyatlari oxirigacha to'liq o'rganilmagan. Bu rudimentar, hech kanday vazifani bajarmaydigan a'zo, degan ba'zi olimlarni tushunchasi hozirgi kunda asossiz hisoblanadi.

Chuvalchangsimon o'simta faoliyati:

- Shilliq qavatida ishlab chiqariladigan suyuqlik tarkibida amilaza va lipaza bo'lib, ovqat hazm qilish jarayonida ishtirok etadi.
- Tarkibida ko'p miqdorda limfatik follikulalar bo'lib, himoya vazifasini bajaradi.

- Tarkibida peristal'tikani kuchaytiradigan gormon bo'lib, chuval-changsimon o'simta holati reflektor ravishda me'da, 12 barmoqli ichak va boshqa a'zolarga ta'sir qiladi.

Demak, yuqoridagilarga asoslangan holda quyidagi hulosa kelib chiqadi: Chuvalchangsimon o'simta inson organizmida ma'lum vazifani bajaruvchi zarur a'zolardan biri bo'lib, faqatgina patologik o'zgarishlar mavjud bo'lgandagina uni olib tashlash to'g'ri bo'ladi.

Etiologiyasi va patogenezini.

O'tkir appenditsit – Chuvalchangsimon o'simtaning nospetsifik yallig'la-nishi bo'lib, inson organizmi va bakteriyalar orasidagi bo'lgan biologik muloqotni buzilishi natijasida kelib chiqadi. O'tkir appenditsitda infeksiya ko'zg'atuvchisi bo'lib odatda stafilokokklar, ichak tayoqchasi, aralash va anaerob flora hisoblanadi.

O'tkir appenditsit kelib chiqishida turli-tuman nazariyalar mavjud: dimlanish, askaridalar invaziyasi, angionevrotik, infeksiyon, kortiko-visseral, allergik, neyrogen va qon tomir nazariyalari. Qator hollarda organizmda boshqa lokalizatsiyali yallig'lanish o'choqlari mavjud holda, Chuvalchangsimon o'simtaning o'tkir yallig'lanishi paydo bo'ladi, bu hol uning limfoid to'qimaga boyligi bilan bog'liq bo'ladi. O'tkir appenditsitning rivojlanishida ko'proq ovqat yeyish, ovqatlar tarkibida ichak atoniyasiga va bijg'ish jarayonlariga

ta'sir ko'rsatuvchi oqsilli mahsulotlarning ustunlik qilishi ma'lum ahamiyatga ega bo'ladi.

Ko'pchilik olimlarning fikricha, yosh ulg'ayganda va keksalarda o'tkir appenditsitga ko'proq a. appendicularis trombozi sabab bo'ladi. Go'daklik yoshida esa, o'tkir appenditsit gijja invaziyasi (ostritsalar) sababli vujudga kelishi ehtimoli bor.

Zamonaviy tushunchalarga ko'ra, Chuvalchangsimon o'simta sohasidagi patologik jarayon silliq mushaklar va qon tomirlar spazmi hodisalaridan boshlanib, shilliq parda oziqlanishining lokal buzilishiga va yallig'lanishga olib keladi. Ayni vaqtda, Chuvalchangsimon o'simtdagi dimlanish, undagi mikroflora virulentligining ortishiga olib keladi, bu esa mikroflorani Chuvalchangsimon o'simta bo'shlig'iga osonlikcha kirishini ta'minlaydi. Shu vaqtdan boshlab yiringlash jarayoni boshlanadi.

Klassifikatsiyasi. Murakkab va turlicha klinik va patologoanatomik ko'rinishga ega bo'lgan kasallikni ma'lum bir tizimga solish anchagina mushkul hisoblanadi. Shuning uchun turli xil klassifikatsiyalar taklif etilgan bo'lib, hozirgi kunda qo'llaniladigan klassifikatsiyalar ichida V.I. Kolesov taklif etgan klassifikatsiya byuirmuncha qulay hisoblanadi. Quyida shu turlashni keltiramiz:

1. Appendikulyar sanchiq (kolika).
2. Oddiy (yuzaki, kataral) appenditsit.
3. Destruktiv appenditsit:
 - a) flegmonoz;
 - b) gangrenoz;
 - v) gangrenoz-perforativ;
4. Asoratlangan appenditsit:
 - a) appendikulyar infil'trat;
 - b) appendikulyar abscess;
 - v) tarqalgan yiringli peritonit;
 - g) pileflebit (ichak tutqich venalari septik tromboflebiti);
 - d) sepsis.

Klinik manzarasi va diagnostikasi.

O'tkir appenditsitning klinik manzarasi turli-tumanligi bilan ajralib turadi, bu hol kasallikning turigagina emas, balki Chuvalchangsimon o'simtaning joylanish xususiyatlariga ham bog'liq bo'ladi.

Odatdagi hollarda, kasallik o'ng yonbosh sohasidagi o'rtacha og'riq bilan boshlanadi, bu og'riq sekin-asta kuchaya boradi. Og'riqlar butun qorin bo'ylab yoki kindik atrofida boshlanib, keyin o'ng yonbosh sohasiga o'tishi mumkin. Taxminan 30-35% bemorlarda og'riq epigastral sohasida boshlanib, 4-6 soat o'tgach, o'ng yonbosh sohasiga o'tadi (Koxer - Volkovich simptomi). O'tkir appenditsitda odatda og'riq doimiy, ba'zan esa tutib-tutib og'riydi, og'riq unchalik qattiq bo'lmaydi. Og'riqlar intensivligi yallig'lanish jarayonining tarqalganligiga bog'liq bo'lmaydi. Og'riq, birdaniga o'ng yonbosh sohasida boshlanib, so'ng qorinning turli sohalariga tarqalishi mumkin. Bu holat ko'pincha, Chuvalchangsimon o'simtaning qayerga joylashganligiga bog'liq bo'ladi. Chuvalchangsimon o'simtaning retrotsekal joylashishida og'riqlar bel, tashqi jinsiy a'zolar sohasiga uzatilib, buyrak sanchig'i klinikasini beradi. Chuvalchangsimon o'simta yuqori joylashishida, xoletsistit yoki pankreatit belgilarining ba'zilar kuzatiladi.

Ko'pchilik bemorlarda, og'riq o'ng yonbosh sohasidan o'ng oyoqqa uzatiladi. Og'riq ko'ngil aynishi yoki 1 - 2 marta qayt qilish, tana haroratining 38-39°S gacha ko'tarilishi bilan o'tadi. Bemor qayt qilganida, ba'zi xirurgik kasalliklaridagi kabi qusgandan so'ng yengillik sezmaydi va bu belgi o'tkir appenditsitga xos bo'lgan belgilardan hisoblanadi.

Qorinni paypaslab ko'rilganda, o'ng yonbosh sohasida mu-shaklarning taranglashishi yoki rigidligi va og'riq belgisi aniqlanadi. Paypaslashni sog' taraf - chap yonbosh sohasidan boshlab, asta-sekin o'ng yonboshga o'tish maqsadga muvofiq bo'ladi.

Qorinni umumiy tekshiruvdan so'ng maxsus tekshiruvga o'tiladi, o'tkir appenditsit uchun xos bo'lgan belgilarni aniqlash lozim bo'ladi. Bugungi kunda, o'tkir appenditsitda uchrashi mumkin bo'lgan 100 dan ortiq belgilarga ta'rif berilgan. Biroq, ularning quyidagi yettitasini aniqlash, ko'pincha to'liq tashxis qo'yish uchun yetarli hisoblanadi:

1. Shchetkin – Blyumberg belgisi;
2. Voskresenskiy (“ko'ylak sirpanishi”) belgisi;
3. Obrazsov belgisi;
4. Sitkovskiy belgisi;

5. Bartom'ye-Mixel'son belgisi;
6. Rovzing belgisi;
7. Ivanov belgisi.

O'tkir appenditsitning destruktiv turlarida mushaklar taranglashuvi-dan tashqari qorin pardasining ta'sirlanish simptomi, Shchetkin-Blyumberg simptomini aniqlash mumkin: o'ng qo'l barmoqlari bilan qorin devori bosib turib, birdan keskin ravishda qo'l tortib olinganda og'riq kuchayadi. Og'riq yallig'langan qorin pardalarning bir-biriga tegishi yoki silkinishi natijasida paydo bo'ladi.

Ko'ylak sirpanishi belgisi faqat o'tkir appenditsit uchun xos bo'lgan belgi hisoblanadi. Bu belgi 1940 yil, V.M. Voskresenskiy tomonidan taklif etilgan. Bemor ko'ylagi bilan qorin devori yopiladi, so'ng o'ng qo'l barmoqlari uchi bilan o'ng yonbosh sohasidan chappa yuzaki va keskin o'tkazilsa, og'riq kuchayadi (Voskresenskiy simptomi, "ko'ylak sirpanishi").

O'tkir appenditsitda qorin old devori, o'ng tomoni sohasi mushaklari-ning taranglashishi kuzatiladi. Bunda, kindik va yonbosh suyagining oldingi yuqori o'simtasi orasidagi masofa kichrayishi kuzatiladi. Bu belgi, Ivanov belgisi deyiladi.

Obrazsov belgisi – bemor yuqoriga qarab yotgan holatda, o'ng yonbosh sohasida eng og'riqli nuqta topiladi. Shu sohada qo'l barmoqlari ushlab turgan holatda, bemorni o'ng oyog'ini, bukmagan holatda 90° ga ko'tarish iltimos qilinadi. Bunda, og'riqning kuchayishi kuzatiladi. Oyoq tushiril-ganda og'riq kamayadi. Ayniqsa, Chuvalchangsimon o'simta retrotsekal joylashganida Obrazsov belgisi xos belgi hisoblanadi.

Bemor chalqancha (yuqoriga qarab) yotgan holatdan chap yonbosh sohasiga o'tganda, o'ng yonbosh sohasida og'riqlarning paydo bo'lishi yoki kuchayishi kuzatiladi, bunday holat Sitkovskiy belgisiga xos. Quyidagi belgi, qo'richak va Chuvalchangsimon o'simta tutqichini cho'zilishi natijasida og'riq paydo bo'lishi yoki kuchayishiga asoslangan.

Bartom'ye-Mixel'son belgisi. Ko'pchilik bemorlarda, chap yonbosh sohasida yotgan holatda, o'ng yonbosh sohasini pal'patsiya qilganda og'riqlarning kuchayishi kuzatiladi.

Rovzing belgisi - chap yonbosh sohasini bir qo'l bilan bosib

turib, ikkinchi qo‘l bilan yengil yuqoriga qarab to‘lqinsimon harakat qilinganda, o‘ng yonbosh sohasida og‘riq (yo‘g‘on ichak ichidagi gaz harakati natijasida) paydo bo‘lishi, bu belgining musbatligidan darak beradi.

O‘tkir appenditsit kasalligi bo‘lgan bemorni fizikal tekshirishda rektal va vaginal tekshirishning katta ahamiyati bor, bunda aksariyat to‘g‘ri ichak-bachadon chuqurchasi (Duglas kengligi) sohasida og‘riq aniqlanib, bu yallig‘langan Chuvalchangsimon o‘simtaning yaqin joylashganidan yoki u yerda ekssudat yig‘ilgandan dalolat beradi. Bu tekshiruv usullari quyidagi holatlardan darak beradi:

- Chuvalchangsimon o‘simta kichik chanoqda joylashuvini aniqlash uchun;
- kichik chanoq infil‘tratlarini aniqlash uchun;
- o‘tkir appenditsitni, ayollar jinsiy a‘zolari patologiyasidan differensial diagnostika qilish uchun.

O‘tkir appenditsit diagnostikasida siydik va qon tahlillari muhim hisoblanadi. Diagnostik qo‘yishda qon tarkibi laboratoriya tekshiruvi – yuqori leykotsitoz: $10 \times 10^9 - 18 \times 10^9$ l ($10\ 000 - 18\ 000$) gacha ortishi, leykotsitar formulaning chapga surilishi, EChT ning oshishi kabi o‘zgarishlar paydo bo‘ladi va tashxis qo‘yishda yordam berishi mumkin. Kasallikning ayniqsa destruktiv turlarida ILI (intoksikatsiyaning leykotsitar indeksi) oshishiga ahamiyat beriladi.

Ba‘zan esa (areaktiv holatlarda), o‘tkir appenditsitning destruktiv turlarida ham laborator tahlillarda o‘zgarishlar minimal bo‘lishi mumkin. Shuning uchun, tashxis qo‘yishda va amaliyotga ko‘rsatma bo‘lib, faqatgina qon va siydik tahlillaridagi o‘zgarishlar asos bo‘la olmaydi.

Differensial diagnostika. O‘tkir appenditsit kasalligining differensial diagnostikasida barcha kasalliklarni 5 guruhga bo‘linadi:

1. Qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining o‘tkir kasalliklari bilan: me‘da va 12 barmoqli ichak yarasi kasalligi xuruji yoki asoratlari; o‘tkir xoletsistitning ba‘zi turlari, o‘tkir pankreatit, o‘tkir enterit, terminal ileit (Kron kasalligi), kolit, gastrit, o‘tkir ichak tutilishi, o‘tkir toksikoinfeksiyalar, tifoparatifoz infeksiya, Mekkel divertikulining yallig‘lanishi, gemorragik kapillyarotoksikoz (Shenleyn-Genox kasalligi) va boshqalar.

2. Kichik chanoq bo'shlig'i a'zolari kasalliklari bilan: ayollar jinsiy a'zolarining o'tkir, xuruj qilgan surunkali yallig'lanishlari va asorat-lari, bachadondan tashqari homiladorlik, ayollar jinsiy a'zolarining xavfsiz va xavfli o'smalari va boshqalar.

3. Qorin orti qismida joylashgan a'zolar kasalliklari bilan – buyrak sanchig'i, o'tkir va surunkali piyelonefrit, siydik-tosh kasalligi, sistit, o'tkir, surunkali glomerulonefrit va boshqalar.

4. Plevra bo'shlig'i a'zolari kasalliklari bilan – o'ng tomonlama eksudativ pleurit va pnevmoniyaning ba'zi turlari, o'pka tuberkulezi va boshqalar.

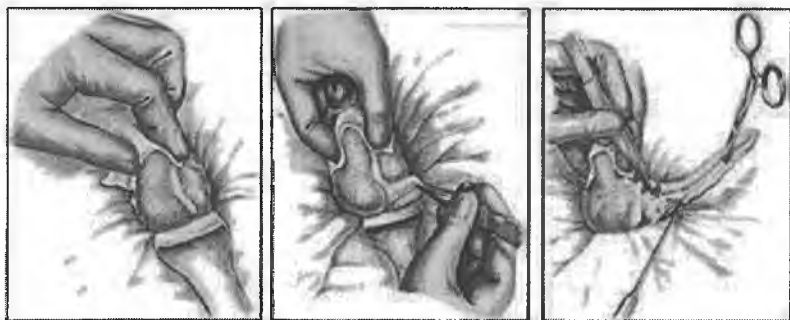
5. Yurak va qon tomir kasalliklari bilan – yurak miokardi infarkti-ning abdominal turi va boshqalar.

Davolash

Jarrohlik amaliyoti (operatsiya) ga o'tkir appenditsit diagnostini qo'yish ko'rsatma bo'lib hisoblanadi, appendektomiya operatsiyasi shoshilinch tartibda o'tkaziladi. O'tkir appenditsitning asorati - appendikulyar infil'trat birdan-bir monelik qiladigan hol hisoblanadi, ya'ni operatsiya qilinmay, muolaja qilinadi. O'tkir appenditsitning asoratlanmagan turlarini operatsiya qilishda odatda mahalliy og'riqsizlantirish (A.V.Vishnevskiy usuli bo'yicha infil'tratsion anesteziya)dan, asoratlangan turlarida esa miorelaksantlar yordamida umumiy endoraxial narkoz yoki og'riqsizlantirish - ning vena orqali yoki boshqa turlaridan foydalaniladi.

O'tkir appenditsitda yallig'langan chuvalchangsimon o'simtani olib tashlash operatsiyasi uchun qulay kesma, ko'pchilik jarrohlarning tomonidan tan olingan Mak-Burney yoki D'yakonov-Volkovich kesmasi hisoblanadi. Bu kesma, o'ng yonbosh sohasida kindik va yonbosh suyagining tashqi yuza o'simtasi orasidagi o'tkazilgan chiziq 3 qismga bo'linib, uning pastki 1/3 qismiga perpendikulyar, ikki tomoni baravar kesma qilinadi. Qorin bo'shlig'i ochilgach, ko'richak gumbazi chuvalchangsimon o'simta bilan birga jarohat soqasiga chiqariladi. Yallig'langan chuvalchangsimon o'simtanining charvisi (tarkibidagi o'simta arteriyasi bilan) qirqiladi va chok qo'yib bog'lanadi. Chuvalchangsimon o'simta asosidan bog'lanib, qirqiladi.

Uning cho‘ltog‘iga esa kiset va Z-simon choklar qo‘yish orqali tubiga cho‘ktiriladi (121-rasm). Gemostazga sinchiklab tekshirilgach, jarohatga qavatma-qavat choklar qo‘yiladi. Appendikulyar etiologiyali tarqalgan yiringli peritonit asorati yuzaga kelganda, uni davolashning umumiy qoidalari bo‘yicha taktika qo‘llaniladi: avvalo peritonit manbai bartaraf etiladi (appendektomiya), keyin qorin bo‘shlig‘i yaxshilab tozalanadi (sanatsiya) va antiseptik eritmalar bilan yuviladi (lavaj) va operatsiyadan keyingi davrda qorin bo‘shlig‘ini muntazam yuvish imkoniyatini beruvchi usul bo‘yicha drenajlar qo‘yiladi. Shu jumladan, ichak perezini oldini olish maqsadida ingichka ichak tutqichining blokadasi (novokain yuborish) va ichak dekompressiyasi o‘tkazish uchun ingichka ichakni transnazal intubatsiya qilish qo‘llaniladi.



121-rasm. 1-ko‘r ichak gumbazini chiqarish, 2-chuvalchangsimon o‘simtani jaroxatga chiqarish, 3-chuvalchangsimon o‘simta tutqichini bog‘lash.

Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarda gomeostazning buzilishlarini korreksiya qilishga qaratilgan kompleks muolaja o‘tkaziladi, antibakterial muolaja, peritoneal dializ yoki lavaj, ichak dekompressiyasi va ko‘rsatmalar bo‘yicha enteral zond orqali bilan ozuqalantirish maqsadga muvofiq bo‘ladi. Kasallik o‘tkir peritonitning tarqalgan turlari bilan asoratlanganda, to‘liq taftish qilishga imkon beradigan o‘rta-o‘rta laparotomiya kesmasi qo‘llaniladi.

Hozirgi kun jarrohlik amaliyotiga, yangi texnologiyalar: tejamkor va kam invaziv usul qamda uslublar shiddat bilan kirib kelmoqda, ularga

alohida ahamiyat berilmoqda. Jarrohlik amaliyotida ularni qo'llash, nafaqat operatsiyalar jaroyonida yuzaga keladigan jarohat darajasini kamaytirishga, bu bilan birga uning samaradorligini oshirishga va asoratlarni keskin kamaytirishga olib keladi. Shuning uchun, ushbu kasallikda, bugungi kunda tobora keng qo'llanilayotgan usul – laparoskopik appendektomiyaga to'xtalib o'tamiz.

Laparoskopik appendektomiyani bajarish uchun, kindik va uning atrofini punksiya qilib, qorin bo'shlig'iga CO2 gazi yuborin orqali pnevmoperitoneum vujudga keltiriladi. Maxsus troakarlarni orqali qorin bo'shlig'iga mujazgina videokamera va endoxirurgik asboblarni kiritilib, chuvalchangsimon o'simta olib tashlash jarrohlik amaliyoti bajariladi.

Appenditsit profilartikasi. O'tkir appenditsit kelib chiqishini e'tiborga olgan holda, kasallik profilaktikasida ratsional ovqatlanish, organizmning immun tizimi faoliyatini pasaytirmaslik muhim ahamiyatga ega. O'tkir appenditsit klinik belgilari kuzatilganda erta muddatda shifoxonaga olib borish va shoshilinch operativ davolash o'tkazish orqali kasallik asoratlarni oldi olinadi.

XIV. ME'DA VA 12 BARMOQLI ICHAK YARA KASALLIKLARI

Me'da va 12 barmoqli ichak anatomiyasi. Meda (ventriculus, gaster) hazm kanalining eng kengaygan qismi bo'lib, qorin bo'shlig'ining yuqori sohasida joylashgan. Uning ko'p qismi chap tomondagi qovurg'a osti sohasida, oz qismi esa qorin bo'shlig'i tepa bo'lagining o'rta qismida joylashgan.

Me'daning shakli nokka yoki laboratoriyadagi retorta (idish)ga o'xshaydi. O'rta yoshdagi odamlarda hajmi taxminan 1–3 litr (ba'zida undan ko'proq) bo'ladi. Me'daning old va orqa devorlari bo'lib, yuqorida kichik, pastda katta egriliklarni hosil qiladi. Me'daning kirish va chiqish qismlari tafovut qilinadi. Uning kirish – kardiya (pars cardiaca) qismidagi teshik XI Ko'krak umurtqasi qarshisida bo'lib, Yurakka yaqin joylashgan. Me'daning chiqish (pars pylorica) qismi I bel umurtqasining ro'parasida, o'ng tomonda o'n ikki barmoq ichakka qo'shilib ketadi. Me'daning chiqish qismi ikkiga ajralgan:

kengaygan qismi antrum deyilsa, uning torayib davom etgan joyi kanal – *canalis pyloricus* bo‘lagi deyiladi. Ovqat bilan o‘rtacha to‘lgan me‘da yuqoridan jigar chap bo‘lagining pastki yuzasiga va diafragmaning chap gumbaziga, pastki tomondan ko‘ndalang chambar ichak va uning tutqichiga tegib turadi. Me‘daning oldingi devori qorinning oldingi devoriga, orqa devori me‘da osti bezi, chap buyrak va uning ustki beziga hamda taloqqa tegib turadi. Me‘da atrof dan qorin parda bilan o‘ralgan. Me‘da devori quyidagi 3 pardadan iborat: 1) *tunica mucosa* – shilliq parda bo‘lib, uning shilliq osti qavati – *tela submucosa* juda yaxshi rivojlangan; 2) *tunica muscularis* – muskul parda; 3) *tunica serosa* – seroz parda. *Tunica mucosa* ning asosiy vazifasi ovqatni kislotali muhitda parchalashga moslashgan bo‘lib, bir qavatli prizmatik shilliq ishlab chiqaruvchi epiteliy bilan qoplangan. Shilliq pardada juda ko‘p katta-kichik burmalar – *plicae gastricae* mavjud, ularning yo‘nalishi va miqdori katta amaliy ahamiyatga ega. Ushbu burmalardan ikkitasi kichik egrilikka parallel holda joylashib, turli tomonga yo‘nalgan bo‘ladi, qolgan burmalar me‘daning qolgan qismlarida o‘ziga xos shaklni tashkil qiladi. Odatda, me‘dada uzoq saqlanmaydigan moddalar (suv, choy, mineral suv) mana shu kichik egrilik bo‘ylab joylashgan burmalardan to‘g‘ridan-to‘g‘ri o‘n ikki barmoq ichakka o‘tadi. Shilliq pardada burmalardan tashqari me‘da maydonchalari – *areae gastricae* mavjud. Tepachalar orasida me‘da chuqurchalari – *foveolae gastricae* bo‘lib, ularga me‘da bezlari ochiladi.

Me‘da bezlari joylashishiga qarab quyidagi uch turga bo‘linadi va birgalikda me‘da shirasini ishlab chiqaradi: 1) kardial bezlar – *glandulae cardiae*; 2) me‘daning xususiy bezlari – *glandulae gastricae propriae*, ular me‘daning tubi va tanasida juda ko‘p miqdorda bosh hujayralar – *pepsinogen fermenti*, qoplovchi hujayralar esa xlorid kislotasi ishlab chiqaradi; 3) pilorik bezlar – *glandulae pyloricae*, asosan, shilliq modda ishlab chiqaradi. Bundan tashqari, shilliq pardada tarqoq joylashgan limfatik follikulalar uchraydi. Me‘daning chiqish qismida shilliq parda halqasimon burma hosil qiladi, u o‘ziga xos qopqoq (klapan) bo‘lib kislotali muhitga ega bo‘lgan me‘dani, ishqoriy muhitli o‘n ikki barmoq ichakdan ajratib turish vazifasini bajaradi. Shilliq osti qavati biriktiruvchi to‘qimadan tuzilgan bo‘lib,

shilliq pardani muskul parda bilan bog'laydi, uning tarkibida bir qancha qon tomir, nerv tolalari o'tadi va ular chigallar hosil qiladi. Tunica muscularis – muskul pardasi ancha baquvvat bo'lib, uch yo'nalishda joylashgan. Uning tashqi qismi uzunasiga yo'nalgan, o'rta qavati halqasimon joylashgan, ichki qismidagi muskul tolalari esa qiyshiq yo'nalgan. Uzunasiga yo'nalgan muskul tolalari, odatda, kichik va katta egrilikda yaxshi rivojlangan bo'ladi. Halqasimon yo'nalgan muskul tolalari esa me'daning hamma qismlarida yaxshi takomil etgan bo'lib, chiqish (pilorik) joyida zichlashadi va qisuvchi (sfinkter) muskul – m. sphincter pylori ga aylanadi. Qiyshiq yo'nalgan muskul tolalari me'daning tanasi va tubida yaxshi takomil etgan. Qiyshiq yo'nalgan muskul qisqarganda suyuq ovqatlar kichik egrilik orqali me'dadan o'n ikki barmoq ichakka o'tadi. Me'da muskul qavati, kirish qismidan chiqish qismi tomon to'liqlanib qisqaradi. Tunica serosa – seroz parda ichki a'zolari o'raydigan qism bo'lib, me'dani hamma tomondan o'rab turadi. Seroz pardani me'daning muskul pardasiga seroz parda osti qavati qo'shib turadi. Me'da past bo'yilalarda hayvon shoxiga o'xshash shaklda bo'lsa, o'rta bo'yilalarda baliq ovlashda ishlatiladigan ilmoqqa o'xshash bo'ladi. Baland bo'yilarda esa ayollar paypog'iga o'xshab ketadi.

Me'da qon bilan qorin aortasi tarmoqlaridan ta'minlanadi. Tomirlarning a'zolar ichidagi katta aloqalari, ularning anastomozlari qon ta'minotining mo'ligini keltirib chiqaradi. Bu hol eroziyalardan va yaralardan qon oqqanda qon ketishini to'xtatishni qiyinlashtiradi. Me'da venalari arteriyalarga mos keladi va qopka vena tarmog'i hisoblanadi. Me'da kardial bo'limining shilliq, pardasi ostidagi qavatda venoz chigallar portal sistemani yuqori kovak vena sistemasi bilan tutashtiradi, bu portal gipertenziyada venalarning varikoz kengayishini diagnostika qilishda va davolashda g'oyat muhim.

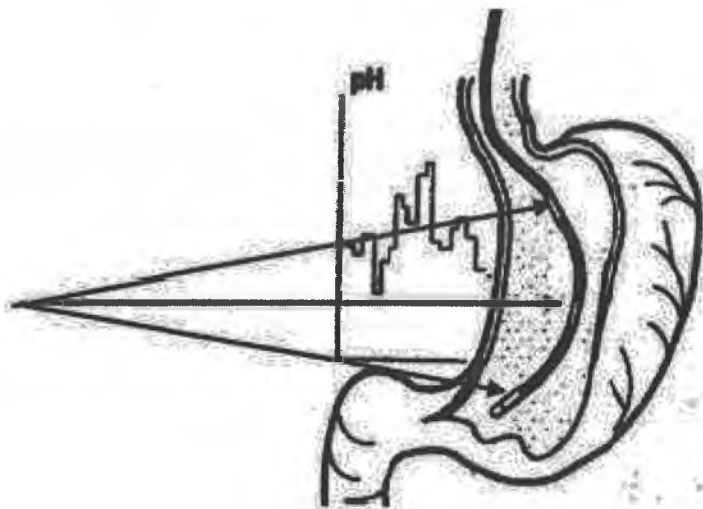
Me'dadan limfa oqib ketadigan yo'llar me'dada onkologik jarayon sababli o'tkaziladigan radikal operatsiyalarda muhim ahamiyatga ega. Asosan tomirlar yo'li bo'ylab joylashadigan asosiy limfatik sohalar soni 3 ta:

- 1) chap me'da arteriyasi sohasi; 2) taloq arteriyasi bo'ylab o'tgan limfatik tomirlar; 3) jigar arteriyasi bo'ylab joylashgan limfatik tugunlar.

Me'dani intramural nerv chigallari, adashgan nervlar va quyosh chigalidan simpatik nervlar innervatsiya qiladi.

Me'da funksiyasini idora qilishda oldingi yoki orqa, ba'zan esa ham oldingi, ham orqadagi qo'shimcha tutamlar ko'rinishidagi adashgan nervlar, o'ng tutamdan chiqadigan va qizilo'ngachning orqa chap yuzasi bo'ylab me'da tubiga Gisburchagi sohasida boradigan Grassi qo'shimcha tarmog'i muhim ahamiyatga ega. Bu qo'shimcha tarmoqlar vagotomiyadan keyin yara kasalligining qaytalanishida muhim rol o'ynaydi. Adashgan nerv tutamlari sekretor faoliyatini boshqaradigan Latarje oldingi va orqa tarmog'i bilan tugallanadi, uning oxirgi 2-4 tarmoqlari esa motor funksiyasini boshqaradi. Oldingi va opqa Latarje tarmoqlari orasida antral bo'lim sohasida ham, tanasi va hatto kardiya sohasida ham kollateralalar bo'ladi.

Bir sutka ichida me'dada 1 l gacha me'da shirasi hosil bo'ladi. Ovqatda xlorid kislota, pepsinogendan hosil bo'ladigan pepsin tomonidan xlorid kislota ta'siri ostida ishlov beriladi. Ovqatning 12-barmoqli ichakka portsiya-portsiya bo'lib tushishini pilorus va me'daning antral bo'limi funksiyasi ta'minlab turadi (122-rasm).



122-rasm.

O'n ikki barmoq ichak –intestinum duodenum, ingichka ichakning boshlang'ich qismi bo'lib, uzunligi 25–30 sm yoki o'n ikkita barmoqning ko'ndalangiga teng. O'n ikki barmoq ichak qorin devorining orqa qismida I–III bel umurtqalari ro'parasida taqa shaklida joylashgan. Ichak me'daning chiqish joyidan boshlanib, ingichka ichakka qo'shilib ketadi. Uning halqasiga me'da osti bezining bosh qismi kirib turadi. O'n ikki barmoq ichak to'rt qismga bo'linadi: 1. Ustki ko'ndalang – pars superior me'daning pilorik qismidan boshlanadi, I bel umurtqasi ro'parasida (o'ng tomonda) tepa burilish (flexura duodeni superior) hosil qilib (uzunligi 3–5 sm) ikkinchi qismga o'tadi. Pars superior orqasida darvoza venasi, umumiy o't yo'li va jigarning kvadrat bo'lagi joylashgan. 2. Quyi tushuvchi qismi – pars descendens II–IV bel umurtqalari tanasining o'ng yonboshidan pastga yo'nalib, pastki burilish (flexura duodeni inferior) ni hosil qilib uchinchi qismga o'tadi. Pars descendens qismining uzunligi 8–10 sm bo'lib, orqasidan o'ng buyrak va umumiy o't yo'li o'tsa, old tomonidan ko'ndalang-chambar ichak charvisi kesib o'tadi. 3. Pastdagi ko'ndalang qismi – pars horizontalis III–IV umurtqalar tanasining old tomonidan chap tomonga o'tadi. 4. Ko'tariluvchi qismi – pars ascendens uchinchi qismdan boshlanib, bel umurtqalarining chap yonboshidan yuqoriga, II bel umurtqasi ro'parasiga borganda o'n ikki barmoq ichak-och ichak bukilmagini – flexura duodenojejunalis ni hosil qilib, och ichakka o'tadi. Ko'tariluvchi qismning orqa tomonida qorin aortasi, uning gorizontal qismi bilan birikuvchi qismida esa yuqori ichak tutqich arteriyasi va venasi joylashgan. O'n ikki barmoq ichakning quyi tushuvchi qismiga me'da osti bezi yo'li hamda umumiy o't yo'li qo'shiladi va shilliq pardada so'rg'ich (papilla duodeni major) hosil qiladi.

Diagnostik tekshirish usullari.

Me'da va 12-barmoqli ichakning yara kasalligi patologiyasidagi rejali va shoshilinch xirurgiyada tekshirishning rentgenologik usullariga - obzor rentgenografiya (ozod gaz borligini aniqlashda yara teshilganiga shubha bo'lganda yoki yara perforatsiyasida), pnevmogastrografiya (shubhali hollarda me'daga 2–3 l gaz insulyatsiya qilinib takror rentgenografiyada) katta ahamiyat beriladi.

Me'da va 12-barmoqli ichakni kontrast rentgenologik tekshirish nahorda o'tkaziladi. Bunda bariy sulfat qabul qilishdan oldin me'dada evakuatsiya yoki gipersekretsiya buzilishlari sodir bo'lganidan dalolat beradigan talay mikdordagi suyuqlikni aniqlash mumkin, uni zond bilan chiqarish kerak. Ozroq mikdordagi bariy aralashmasi qabul qilingandan so'ng shilliq parda relefi aniqlanadi, so'ngra "tig'iz" to'ldirishda shakli, joylashishi, katta-kichikligi, konturlari, so'riluvchanligi, bo'shalishning borishi va boshlanish muddatlari, patologik o'zgarishlar (to'lish nuqsonlari, «tokcha» simptomi), gaz pufagi holati, uning deformatsiyasi, og'riq nuqtalari aniqlanadi. Dina-mik, flyuorografik, kinematografik tekshiruv elektron-optik o'zgartirgichdan foydalanib olib borilganda me'da motorikasini, uning turli bo'limlarini va evakuatsiya muddatlarini qayd qilish mumkin.

Qator hollarda ikki va uch marta kontrastlashdan foydalaniladi. Ikki marta kontrastlash ikkita variantda qo'llanilishi mumkin:

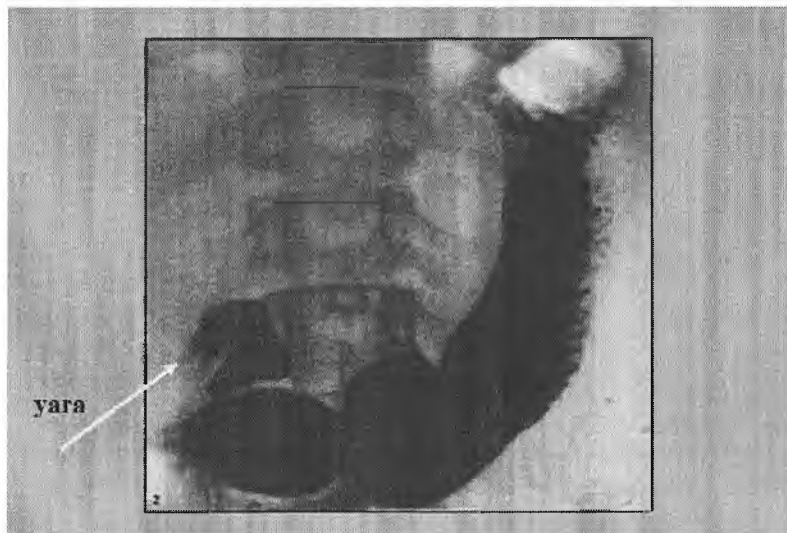
1) me'daga kontrast aralashma va gaz kiritish;

2) me'daga gaz kiritish va pnevmoperitoneum holatida bilan tomografiya o'tkazish.

Uchmarta kontrastlash - bume'daga gaz kiritish, pnevmoperitoneum va kontrast aralashma ichirishdan iborat (123-rasm).

Duodenografiya 12-barmoqli ichak holatini batafsil o'rganish uchun (asosan pankreatobiliar sohasi holatini va jarayonini o'rganish uchun) o'tkaziladi.

Gastroduodenofibroskopiya — me'da va 12-barmoqli ichak tomonidan patologiyani aniqlashning eng ko'p ma'lumot beradigan usuli bo'lib, fibrotolali optika yordamida o'tkaziladi. Ertalab nahorda bajariladi, biroq shoshilinch hollarda zarurat bo'lganda sutkaning har kanday vaqtida me'da bo'shalishidan so'ng o'tkazilishi ham mumkin.



123-rasm. Oshqozon kontrast rentgenografiyasi.

Tekshirishning bu zamonaviy turlari yordamida shilliq pardada bo'lgan har qanday arzimagan o'zgarishlar: eroziya, yirtilish, yara, boshlang'ich bosqichdagi o'smalar aniqlanadi, biopsiya qilish imkoniyati borligi xavfli o'smalar va me'da yarasini differentsial diagnostika qilishda bu usulning nihoyatda qimmatli ekanligini ko'rsatadi. Bu usul operatsiya qilingan me'da shilliq pardasi, choklar, ingichka ichak holati to'g'risida yetarlicha aniq tasavvur beradi. Bu usul me'dada kam shikastlaydigan alternativ operatsiyalar qilishga, operatsiyadan keyingi erta davrda davo tadbirlari (qon ketishini to'xtatish, to'siq, sohasiga zondlar kiritish va boshqalar) o'tkazishga imkon beradi.

Laparoskopiya shubhali hollarda yara perforatsiyasini qorin bo'shlig'ining boshqa a'zolari patologiyasidan differentsiatsiya qiladi, xavfli jarayonning tarqalganligini aniqlab beradi, biopsiya olishga imkon beradi.

Me'da va 12- barmoqli ichakning yara kasalligi

Yara kasalligi - turli-tuman klinik manzara bilan va me'da yoki o'n ikki barmoq ichak shilliq pardasida gastroduodenal zonadagi sekretor-trofik jarayonlarni tartibga solib turadigan nerv va gumoral mexanizmlarning buzilishi natijasida yara xosil qilish bilan sikli kechadigan kasallikdir.

Me'da va 12-barmoqli ichakning yara kasalligi - hozirgi zamon gastroenterologiyasining asosiy muammolaridan biri hisoblanadi. Bu kasallik 1000 aholiga hisob qilganda 4-5 hollarda uchraydi. Kasallik yoshlar va yoshi ulg'aygan hamda keksa odamlarda ham uchrab tursada, asosan 20-40 yoshdagi kishilarda bo'ladi. Yoshlikda uning duodenal formasi, keksalikda me'da yarasi uchraydi. Erkak va ayollarda uchrash nisbati yoshlarda va o'rta yoshlarda 5/6, yoshi ulg'aygan odamlarda 3/1 va keksalarda deyarli 1/1.

Etiologiyasi va patogenezi. Me'da va o'n ikki barmoq ichak yara kasalligi rivojlanishida quyidagilar ahamiyatli:

- alimentar va boshqa ekzogen omillar: ovqatlanish rejimi va xarakteri buzilishi-dag'al, o'tkir, juda issiq (yoki, aksincha, doimo sovuq) ovqatlarni nomuntazam yeyish, shoshilib yeyish, ko'p ovqat yeyish, chekish, spirtli ichimliklarni suiste'mol qilish;

- ximiyaviy va fizik omillar ta'siri;

- yara kasalligi paydo bo'lishiga doir mexanik, yallig'li, peptik, tomir va boshqa nazariyalar;

- ruhiy-emotsional omillar (kuchli nerv-psixik kechinmalar, stress holatlar va boshqalar).

- gipofizar-buyrak usti bezlari sistemasi, jinsiy va boshqa endokrin bezlar faoliyatidagi buzilishlar;

- irsiy va qon stitutsional omillar;

- tashqi muhit sharoitlari o'zgarishi;

- xazm gormonlari (gastrin, sekretin) va biogen aminlar (gistamin, serotonin);

- me'da va o'n ikki barmoq ichak shilliq pardasidagi morfologik o'zgarishlar va boshqa ekzogen omillar.

12-barmoqli ichakning yara kasalligi odatda navqiron va o'rta yoshda boshlanadi, biroq 60 dan oshgan odamlarda paydo bo'lishi

ham mumkin («kechikkan» yaralar). Kechishining davriyligi, mavsumiy (bahor-kuzda) qo'zishi, kunduzgi maromi, tungi og'riqlar va ovqat yeyilgandan keyin tinchiydigan och og'riqlar, jig'ildon qaynashiga xos bo'ladi. Og'riq maromi ifodalangan: ochlikda - og'riq boshlanadi, ovqat yeyilganda - yengillashadi, ochlikda - yana og'riq boshlanadi. Bu «uch fazalilik» jarayonning yaqqol 12- barmoqli ichakda joylashganidan darak beradigan asosiy diagnostik-anamnestik belgi hisoblanadi. Og'rik xarakteri, doimiyliги o'zgarganda, orqa, yelka, kurakka o'tganda yara penetratsiyasihaqida o'ylash lozim.

Odatda jarayon qo'zigan davrda paydo bo'ladigan qusish bemorga birmuncha yengillik beradi, u nordon, unda ovqat aralashmasi bo'lmasligi mumkin. Qusuqda ovqat bo'lishi, ayniqsa qusishdan bir muncha oldin yoki qusish oldidan ovqat yeyilgan bo'lsa, bu holda stenoz bilan bog'lik bo'lgan evakuatsiya buzilishi to'g'risida fikr yuritish mumkin.

Bemorlarning umumiy holati, odatda, kam o'zgaradi yoki umuman o'zgarmaydi. Bemorda ozib ketish kuzatilmaydi, bu aksariyat bemorning og'riqni yo'qotish uchun ovqat yeb turishiga intilishi bilan bog'lik bo'ladi. Stenoz paydo bo'lganda va ovqat o'tkazuvchanlikning buzilishlarida ozib ketish qayd qilinadi, xolos.

Duodenal yara diagnostikasida, umumiy qabul qilingan tekshirishlardan tashqari, me'da sekretsiasini tekshirishga katta ahamiyat beriladi. Kislotalilikning yuqoriligi (bu me'daning boshqa kasalliklarida ham uchrasada) bazal davrda ham, gistamin va insulin bilan rag'batlantirishdan keyin ham 12-barmoqli ichak yarasi uchun xos.

Rag'batlantirilgan kislotalilik ko'rsatkichlarining yuqoriligi – gipersekretsiya (soatiga 40 mmoldan yuqori) yara teshilishi (perforatsiya) yoki qon ketishi kabi asoratlar bo'lishi mumkinligini ko'rsatadi, KBI (kislotaning bazal ishlanishi) ning yuqori ko'rsatkichlari Zollinger - Elisson sindromiborligi mumkinligidan dalolat beradi. Bu holda qondagi gastrin mikdorini tekshirish kerak.

Me'daning yara kasalligi

Me'da yarasining 3 turi farq qilinadi (Jonson, 1965):

I turi - me'da kichik egriligi yaralari - meziogastral yaralar;

II turi - me'da va 12-barmoqli ichakning ko'shma yaralari;

III turi - prepilorik yaralar. Ko'pincha (60% hollarda) I tipga oid yaralar va 20% da II va III tiplarga oid yaralar uchraydi.

Me'da yaralarining kelib chiqish sabablari xilma-xil. Bosh sababchilaridan biri me'dadan passajni buzilishi natijasida ro'y beradigan duodenogastral reflyuks, piloroduodenal segment motorikasi buzilishi, pilorusdagi yetishmovchilik hisoblanadi. 12-barmoqli ichak ichidagi moddalar (lizoletsitin, o't kislotalari) me'da shilliq pardasi himoya barerini buzadi, vodorod ionlarining jadal teskari diffuziyasi esa shilliq pardaning bevosita jarohatiga, atrofik gastrit boshlanishiga olib keladi. Mikro- va makrotsirkulyatsiya buzilishlari, shilliq parda ostidagi qavat chigali bo'lmasligi, kichik egrilik sohasidagi shilliq parda tomirlarining tugallanish xarakteri me'da yarasining eng ko'p joylasha-digan joyini izohlab beradi. Me'da yaralarida xlorid kislota miqdorining past ko'rsatkichlari vodorod ionlarining teskari diffuzlani-shi, qoplama hujayralar massasi kamayib ketgan atrofik gastrit bilan tushuntiriladi.

Me'da va 12-barmoqli ichakning qo'shma yaralari birlamchi duodenal yara, pilorostenoz va evakuatsiya buzilishlari natijasida antral staz ro'y berishi bilan bog'lik, bu antral bo'limning cho'zilishiga, gastrin ajralib chiqishiga, gipersekretsiyaga va keyinroq, me'da yarasi hosil bo'lishiga olib keladi.

Prepilorik yaralar (III turi) paydo bo'lishining patogenetik mexanizmlari 12-barmoqli ichak yaralarining paydo bo'lishiga o'xshashdir.

Pilorus yaralari (III turi) klinik jihatdan 12-barmoqli ichak yaralariga o'xshash, biroq malignizatsiyalanishga moyil (2-3% hollarda).

Yoshi ulg'aygan va keksa odamlarda yaralaraturik, ko'pincha asoratlar rivojlanishi bilan o'tadi. 60 yoshdagi bemorlarda paydo bo'lgan yaralar «eski», bu yoshdan keyin paydo bo'lgan yaralar «kechikkan» yaralar deyiladi. Me'da yaralari uchun «qarilik» yaralari xos, ular o'tkir boshlanadi, yassi, yirik bo'ladi, yaradan qon ketishiga moyil bo'ladi, ularning sababi - atrofik jarayon, tomir patologiyasi.

Me'da va 12-barmoqli ichakning yara kasalligi simptomatikasi keksa kishilarda kam ifodalangan - kuchli og'riq, bo'lmaydi

(diametri 3 sm dan katta «gigant» yaralardan tashqari), sikllilik, mavsumiylik yo'q, kamqonlik, ozib ketish ifodalangan. 12- barmoqli ichakning «kechikkan» va «eski» yaralarida me'da shirasi kislotaliligining ko'rsatkichlari saqlanib qolgan yoki hatto yuqori raqamlarda bo'ladi.

O'smirlarda yara kasalligi og'riq, qusish, duodenal yaraning bir yoki bir necha asoratlari rivojlanishi: yara teshilishi, penetratsiya, stenoz, qon ketishi holatlari kuzatiladi.

Me'da va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi asoratlari

Yara kasallik asoratlari:

1. Stenoz (10%)
2. Perforatsiya (10%)
3. Malignizatsiya (0,3-15%)
4. Penetratsiya (5%)
5. Qon ketish (20%)

Yaradan qon ketish yashirin va ochiqdan-ochiq bo'ladi. Qon me'da va 12- barmoqli ichak kapillyarlari, venalari, arteriyalaridan va a'zoldan tashqaridagi tomirlardan oqadi. «Kichik» degan nom olgan kam qon yo'kotishlarda (50 ml gacha) klinik manzara amalda ifodalanmagan bo'ladi, garchi davomli «kichik» qon ketishlar xam kamqonlikka olib kelishi mumkin.

Yaradan profuz qon ketishi. Uning sababchisi ko'pchilik hollarda me'da va 12-barmoqli ichakning penetratsiyali yaralari hisoblanadi. Ko'p marta qon ketib, ahvol tobora yomonlasha borishi mumkin. Yara kasalligi qo'zigan davrda, bahor-kuz mavsumida qon ketish hollari ko'payishi qayd qilinadi. Qon ketishining paydo bo'lishida ichkilik ichish, dori-darmonlar qabul qilish (atsetilsalitsilat kislota, butadion, rezerpin, glyukokortikoidlar, antikoagulyantlar va boshqalar) ham sababchi bo'la oladi.

Yara kasalligining qon ketish bilan asoratlanishi 15-20 foizni tashkil etadi. Yara kasalligidan bemorlarning o'limi sabablari orasida qon ketishi birinchi o'rinni egallaydi. O'tkir gastroduodenal qon ketishlarining klinik manzarasi ularning sabablariga, qon yo'qotish darajasiga va asosiysi, qon ketish intensivligiga bog'liq.

Qon ketishining asosiy belgilari - umumiy holsizlik, bosh aylanishi, teri va shilliq pardalarning bo'zarganligi, taxikardiya, yurak urishi, arterial bosim pasayishi; kollaps rivojlanishi mumkin.

Gastroduodenal qon ketishining bosh belgilaridan biri «kofe quykasi» tipidagi yoki qirmizi qon rangli qon aralash qayt qilish (gematemezis) hisoblanadi. Qusuq massalarining xarakteri bo'yicha aksariyat qon ketish manbai to'g'risida xulosa chiqarish mumkin. Qirmizi qizil qon yoki olcha rang ivindi manbai me'dada bo'lgan qon ketishi uchun, «kofe quykasiga» o'xshash qon manbai 12-barmoqli ichakdan qon ketishi uchun xos. Mo'l qon ketishlarda hatto duodenal yaradan qon aralash qusish kuzatilishi ehtimol. Me'dadan qon ketishining boshka patognomik simptomi qatronsimon axlat (melena), ayrim hollarda olcha rang axlat bo'lishi mumkin. Qon rangining o'zgarishi me'dada gematin xlorid (yara kasalligida kislotalilik normal yoki oshgan) hosil bo'lishi bilan, qatronsimon axlat - ichakda gemoglobinlar temir sulfat hosil bo'lishi bilan bog'liq. Mo'l qon ketishi me'daning tez bo'shalishiga, peristaltikasi kuchayishiga va qora rangli yoki kam o'zgargan qon aralash badbo'y mo'l suyuq ich kelishiga sabab bo'lishi mumkin.

Qon ketish boshlangan vaqtdan 2-3 sutka o'tgach bemorlarda tana harorati qon parchalanish maxsulotlarining ichakdan so'rilishi hisobiga ko'tarilishi qayd qilinishi mumkin. Jigar-buyrak yetishmovchiligi ro'y berishi ehtimol.

Qon ketishi boshlanishining dastlabki soatlarida va hatto sutkalarida qizil qon ko'rsatkichlarini o'rganish haqiqiy o'zgarishlarni va qon yo'qotilishini aks ettirmaydi, shunga gemoglobin va eritrotsit ko'rsat-kichlarinigina emas, balki gematokrit, markaziy vena bosimi (MVB), globulyar hajm (GH) tanqisligini ham dinamik o'rganish lozim.

Qon ketishining 4 darajasini farq qilinadi:

I darajasi - kam qon yo'qotadi, gemodinamikaning buzilishlari kam bo'ladi. Qon tomir urishi oz-moz tezlashadi, arterial bosim normal. MVB tanqisligi keragidan 5 foizgacha, gemoglobin 100 g/l dan yuqori.

II darajasi - ko'proq qon yo'qotadi. Bemorning ahvoli o'rtacha og'irlikda, bo'shashgan, teri qoplamlari rangpar. Qon tomir urishii

tezlashgan, arterial bosimi simob ustuni hisobida 80 mm gacha. Gemoglobin 80 g/l.

III darajasi - bemorning umumiy ahvoli og'ir, rangi keskin bo'zargan, uni sovuq ter bosgan, qon tomir urishii tezlashgan, arterial bosimi simob ustuni hisobida 60 mm gacha pasaygan. MVB tanqisligi keragidan 30 foizgacha, gemoglobin 50 g/l.

IV darajasi - mo'l qon yo'qotib, bemor uzoq vaqtgacha hushidan ketadi, bu holat agonal holatga yaqin bo'ladi. Qon tomir urishi va bosim amalda aniqlanmaydi. MVB tanqisligi 30 foizdan yuqori. Bunday ko'p qon yukotishlar bemor hayoti uchun jiddiy xavf tug'diradi va zudlik bilan globulyar hajm tanqisligini, qonning plazma hajmini qon quyish, eritrotsitar massa quyish, izotonik eritmalar yuborish bilan to'ldirishni talab etadi.

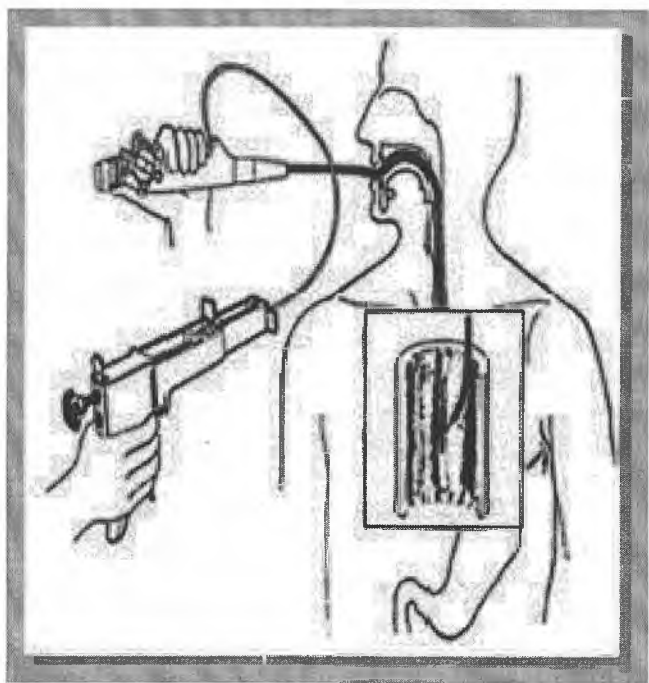
Transfuzion terapiya qon yo'qotilishiga bog'liq: chunonchi, MVBning 10 foizga tanqisligi deyarli korreksion terapiyani talab etmaydi, MVB tanqisligi 20 foiz atrofida bo'lsa, qon o'rnini bosadigan suyuqliklar (plazma, albumin, protein va b.) quyilishi shart. 25-35 foiz MVB atrofida qon yo'qotilishi eritrotsitar massa (1/2 g hajm) va keyinchalik qon o'rnini bosadigan suyuqliklar (yuqori molekulyar dekstranlar, kristalloid preparatlar) bilan to'ldiriladi.

Qon ketish sababini, uning kuchini differentsial diagnostika qilishda, hozir shoshilinch gastroduodenofibroskopiya katta ahamiyat beriladi.

Gastroduodenal qon ketishi bo'lgan hamma bemorlar uning kuchi va darajasidan qat'i nazar, kechayu kunduz, shoshilinch yordam ko'rsatadigan xirurgik bo'limlarga yotqiziladi. Qon yo'kotishning og'ir darajasidagi, aktiv qon oqadigan bemorlar, yoshi ulg'aygan va keksa odamlar reanimatsion bo'limga yoki intensiv terapiya palatasiga yotqizilishlari kerak, bu yerda quyidagi diagnostik va davolash; MVB ni o'lchash; 2) me'dani zondlash, uni sovuq hisligini to'ldirish uchun o'mrov osti venasini katetrlash; MVB ni o'lchash; 2) me'dani zondlash, uni sovuq suv yoki epsilonaminokapron kislota bilan yuvish; 3) shoshilinch ezofagogastrobroskopiya; 4) oksigenoterapiya; 5) kardioterapiya; 6) qon yuqotish darajasini aniqlash; 7) gemostatik preparatlar yuborish.

Gemostatik davolash uchun qon ivish xususiyatini oshiradigan

va qon ketayotgan sohadagi qon oqimini kamaytiradigan dori-darmonlar qo'llaniladi: 1) quruq va nativ plazmami 20-30 ml dan har 4 soatda bo'lib-bo'lib yuborish; 2) 1% li vikasol eritmasini sutkasiga 6-8 ml gacha mushak to'qimasiga yuborish; 3) vena ichiga 1 % li kaltsiy xlorid eritmasi yuborish (uning 10% li eritmasini yuborishdan saqlanish kerak, chunki u qayta qustirib qon ketishini kuchaytiradi); 4) jelatinol, polivinolni vena ichiga yuborish; 5) epsilonaminokapron kislota 5% li eritmasini 100- 200 ml dan har 5-6 soatda yuborish; 6) qon ivish sistemasini yaxshilashga yordam beradigan ditsinon, pituitrin va boshka preparatlarning eritmalarini vena ichiga yuborish; 7) me'dani lokal gipotermiya qilish - muzli xaltacha qo'yish, muz bo'lakchalarini shimdirish, maxsus apparat bilan gipotermiya qilish; 8) endoskopik yo'l bilan to'xtatish va usullari: (124-rasm).



124-rasm. Endoskopik gemostaz qilish.

Volemik buzilishlar MVB, umumiy statusni qat'iy nazorat qilib turgan holda korreksiya qilinishi (izga solinishi) kerak. Bemorga qon ketishi to'xtagandan keyin ham 10-12 kungacha o'rinda yotish tavsiya etiladi.

Shoshilinchoperatsiyaga ko'rsatmalar bo'lmaganda keyingi taktika va operatsiya usulini tanlash aniqlanmagan o'zgarishlarga, bemorning ahvoliga bog'liq bo'ladi.

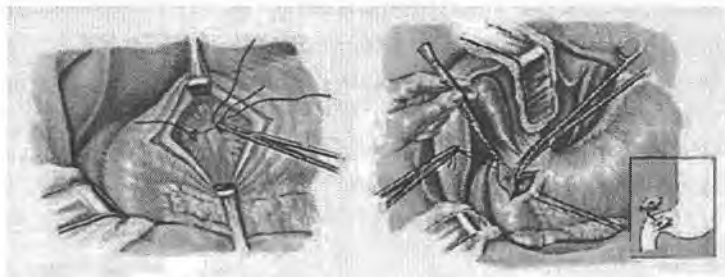
Dastlabki 12-24 soat ichida massiv qon ketishi fonida ro'yrost gemorragik shokda shoshilinch operatsiya konservativ davolash naf bermaganda, stasionarda qon ketishi qaytalangan bemorlarda o'tkaziladi.

Shoshilinch operatsiya (dastlabki 24-48 soatda) ko'p qon ketganda anchagina mikdorda qon, suyuqlik quyish bemor ahvolini yaxshilamaganda, MVB avvalgi past raqamlarda qolganda, ya'ni konservativ davolashdan foyda bo'lmaganda o'tkaziladi.

Yoshi ulg'aygan va keksa yoshdagi odamlarda, yara anamnezi davomliligidan qat'i nazar qonab turadigan yaralar bo'lganda shoshilinch operatsiyalarga ko'rsatmalarni ayniqsa kengaytirish lozim, chunki bu kategoriyadagi bemorlarda kallyoz yaralar qonab turadi, qon yo'kotishdagi kompensator mexanizmlar esa birmuncha pasaygan bo'ladi.

Qonab turadigan gastroduodenal yaralarda operatsiya qilishdan maqsad qon ketishini to'xtatish va bemorni yara kasalligidan holi qiladigan radikal operatsiyani imkon boricha erta o'tkazishdan iborat bo'ladi. Me'da yaralarida me'da rezektsiya qilinib, qonab turgan yara olib tashlanadi (qon kam yo'qotilsa va operatsiyadan xavf kam bo'lsa); og'ir yotgan, yoshi ulg'aygan va keksa bemorlarda - yarani kesish yoki qonayotgan tomirni gastrotomik kesma orqali tikish, vagotomiya piloroplastika va bilan o'tkaziladi(125-rasm).

Ko'pincha penetratsiya qiladigan duodenal yaralarda qonab turgan yarani piloroplastika va vagotomiya (yaxshisi, stvol vagotomiyasi) bilan tikish eng ma'qul operatsiya hisoblanadi. Qo'shilib kelgan yaralarda stvol vagotomiyasi va antrumektomiya yoki me'daning birlamchi rezektsiyasini qilish kerak.



125-rasm. Gastrotomiya va yara tubidagi qonayotgan tomirni tikish.

Piloroduodenal stenoz. Uning sababi ko‘pincha 12-barmoqli ichak yoki pilorik bo‘limi, yoki pilorik kanalidagi yarada periultseroz infiltrat, shish, spazm va chandiqdanish bo‘lishidir. Yarali anamnez odatda davomlilik, biroq, yoshi ulg‘aygan va keksa odamlarda kasallik paydo bo‘lgan vaqtdan boshlab 1-3 oy ichida stenoz rivojlangan hollar ma‘lum.

Evakuatsiyaning buzilish darajasiga ko‘ra stenozning 3 asosiy bosqichi farq qilinadi.

Kompensatsiyalangan stenoz biror belgilarisiz o‘tadi: ovqatning toraygan uchastka orqali qiyinlik bilan o‘tishi me‘daning kuchaygan peristaltikasi bilan qoplanadi, ya‘ni kompensatsiyalanadi. Klinik jihatdan yara kasal-ligining odatdagi simptomlari fonida me‘daning to‘lib ketish sezgisi, epigastriyda, ayniqsa ko‘p ovqat yeyilgandan keyin og‘irlik paydo bo‘ladi. Nordon kekirish, ba‘zan me‘da suyuqligi aralash nordon hidli qayt qilish yengillik beradi. Rentgenologik tekshiruvda me‘da o‘lchami normal, biroq gipermotorika, bariyning o‘rtacha tutilib qolishi aniqlanadi.

Subkompensatsiyalangan stenoz me‘dada to‘liqlik hissi palag‘sa bo‘lgan tuxum hidi keladigan yoqimsiz kekirish, sanchiqsimon og‘riq, qorin quldirashi bilan o‘tadi. Qusish ko‘prok bo‘ladi, bemorlar o‘zlarini qusishga majbur etadilar, u yengillik beradi. Qusuq massasida undan oldin yoyilgan ovqat qoldiqlari bo‘ladi. Bemorlarning ahvoli yomonlashadi, holsizlanish, ozib ketish, suv-elektrolit balansi buzilishlari ifodalangan. Ob‘ektiv tekshirishda epigastriyda «chayqalish shovqini» qayd qilinadi. Rentgenologik

nahorga me'dada suyuqlik, uning peristaltikasi sustlashgan, toraygan piloduodenal kanal orqali sekinlashgan evakuatsiya qayd qilinib, bariy 6-12 soatgacha tutilib qoladi. 24 soat o'tgach me'dada bariy bo'lmaydi.

Dekompensatsiyalangan stenoz me'dada suyuqlik evakuatsiyasining keskin buzilishi, umumiy holatning yomonlashishi bilan o'tadi. Me'dada suyuqlikning turib qolishi me'daning cho'zilib ketishiga, dilatatsiyasiga olib keladi, me'dada bir necha litrgacha badbo'y suyuqlik to'planib qoladi, palag'sa bo'lgan tuxum hidi keladigan kekirish paydo bo'ladi. Atayin qo'zg'atilgan qusishdan keyin bemor ahvoli vaqtinchalik yengillashadi, biroq tez-tez qayt qilish, ko'p mikdorda suyuqlik, xloridlar, kaliy ionlari yo'qotish degidratatsiyaga, qonning quyuklashuviga, xloridlar kamayishiga, alkaloz, diurez kamayib ketishiga olib keladi.

Bemorlarning umumiy ahvoli yomonlashadi, ular ozib ketadi, teri qoplaminig elastikligi pasayadi, adinamiya bo'ladi. Qorin devorining turtkisimon chayqalishlarida «chayqalish shovqini», me'dada ko'zga ko'rinadigan qisqarish aniqlanadi.

Rentgenologik tekshiruvda qabul qilingan kontrast aralashmasi pastga tushadi va me'da kosacha ko'rinishini oladi, bunda me'daning pastki qutbi taroqsimon chiziqdan 6-10 sm pastga tushadi, tekshirish vaqtida suyuqlik evakuatsiyasi bo'lmaydi, me'da peristaltikasi sekin yoki bo'lmaydi, me'dada bariy 24 soat va bundan ko'p vaqt tutilib qoladi (126-rasm).

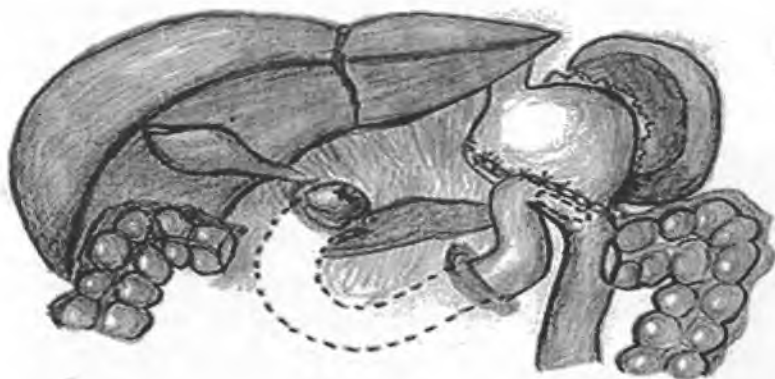


126-rasm. Dekompensatsiyalashgan pilorostenozning rentgenologik va endoskopik ko'rinishi.

Dekompensatsiya bosqichida bemorda keskin suvsizlanish, kaxeziya rivojlanishi ehtimol, buyrakdan qon oqimi pasayadi, diurez kamayadi, nordon mahsulotlar siydik bilan chiqarilmaydi, alkaloz atsidozga o'tadi, og'ir hollarda gastrogen tetaniya rivojlanadi (talvasa, trizm, «akusher qo'li»- Trusso simptomi).

Bunday asoratlardan operatsiyadan oldingi korrektsiyani qunt bilan o'tkazish, bemorlarni reanimatsion bo'limga yotqizishni taqozo etadi.

Piloroduodenal stenozlarni operatsiya yo'li bilan davolash. Operatsiyaning maqsadi bir tomondan o'tkazuvchanlikni tiklash va ayni vaqtda yara kasalligini batamom tuzatib yuborish uchun shart-sharoitlar yaratishdan iborat. Hozirgi vaqtda piloroduodenal zona stenozlarini davolashning ko'p sonli usullaridan asosan 3 turi kullaniladi: I- radikal operatsiyalar - dekompenatsiyalangan stenozda me'daning 2/3 qismini rezektsiya qilish gastroduenoanastomoz Bilrot- I (rasm 1,2,3) yoki gastroentero- anastomoz Bilrot- II usulida bajariladi (12-barmoqli ichak- ning stenozlovchi yarasi va me'da yarasining qo'shilib kelishi; duodenostaz bo'lganda ham), ikki tomonlama stvol vagotomiyasi bilan antrumektomiya (o'sha ko'rsatmalar bo'lganda va kislotalilikning yuqori raqamlarida); II- palliativ operatsiyalar- me'danidrenajlashning har xil turlari (gastroenteroanastomoz, gastroduenoanastomoz, piloroplastika). Biroq operatsiyalarning bu turlari alohida variantda juda og'ir yotgan, holsizlangan va keksa bemorlardagina qo'llanilishi mumkin, chunki saqlanib qolgan kislota hosil qiladigan va sekretor funksiyalar peptik yaralar paydo bo'lishiga olib keladi; III-a'zoni saqlab qoladigan operatsiyalar vagotomiyaning turli variantlari (stvol, selektiv, selektiv proksimal, vagotomiyaning boshqa har xil variantlari) bilan birga o'tkaziladigan me'dani drenajlovchi operatsiyalar (127-rasm).



127-rasm. Piloroduodenal stenozda me'dani drenajlovchi operatsiya.

Me'da va 12 barmoqli ichak yara kasalligi asoratlari (perforatsiya, penetratsiya, malignizatsiya).

Yara perforatsiyasini tasnifi (B.D.Komarov, V.S.Savelev)

| Joylashuvi | Klinik kechishi |
|--|--|
| A) Me'dada Me'dani kichik egriligida Me'dani old devorida Me'dani orqa devorida Kardial sohada Pilorik qismida B) 12 b. ichakda Old devorida Orqa devorida | A) ozod qorin bo'shlig'iga teshilish B) usti yopiq teshilish V) atipik kechishli teshilish |

Yara perforatsiyasida asosiy belgilar:(Mondor triadasi)

1. hanjar bilan urgandek to'satdan paydo bo'lgan og'riq.
2. qorin mushaklarining "taxtasimon" taranglashuvi.
3. anamnezida yara kasalligining bo'lishi.

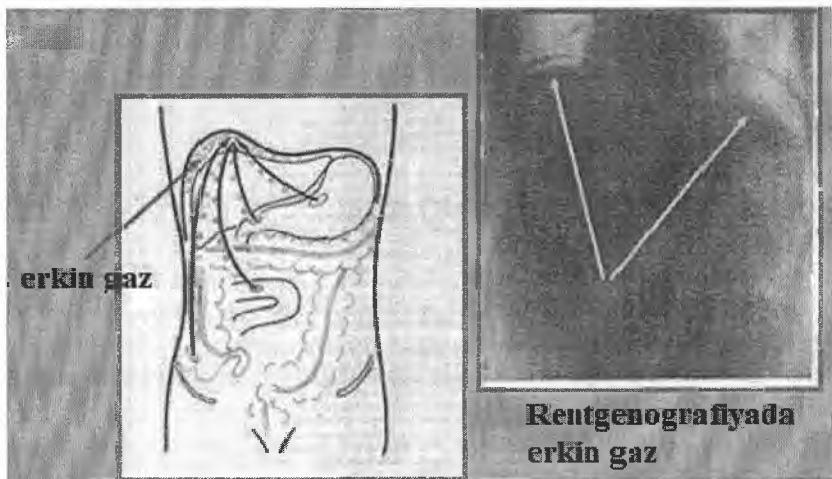
Qorin palpatsiyasida mushaklarning "taxtasimon" taranglashuvi

Yara perforatsiyasida og'riqning tarqalish yo'llari tasviri.

1. Epigastral soha
2. O'ng yon kanal

3. O'ng yonbosh soha
4. Kichik chanoq
5. Chap yonbosh soha

Diafragma ostida "erkin" gazning to'planishi. (Spijarskiy simptomi)(Ras.128).



128-rasm

Yara teshilgandagi og'riqlar tarqalishi o'tkir appenditsidagi og'riqlar tarqalishiga o'xshaydi (og'riqlar epigastral sohadan o'ng yonbosh sohaga kuchishi -Koxer-Volkovich simptomi)

Differentsial diagnostika

1. O'tkir appenditsit - laparoskopiya
2. O'tkir xoletsistit – UTT, rentgenografiya
3. O'tkir pankreatit – UTT, diastaza
4. Yara kasalligi huruji – R-grafiya, EGDFS
5. O'tkir mezenterial tromboz - laparoskopiya
6. O'tkir miokard infarkti – EKG

Yara perforatsiyasida operatsiya usulini tanlash:

Yiringli peritonit bosqichi

Palliativ operatsiya

Teshilgan yarani tikish

fermentativ peritonit bosqichi

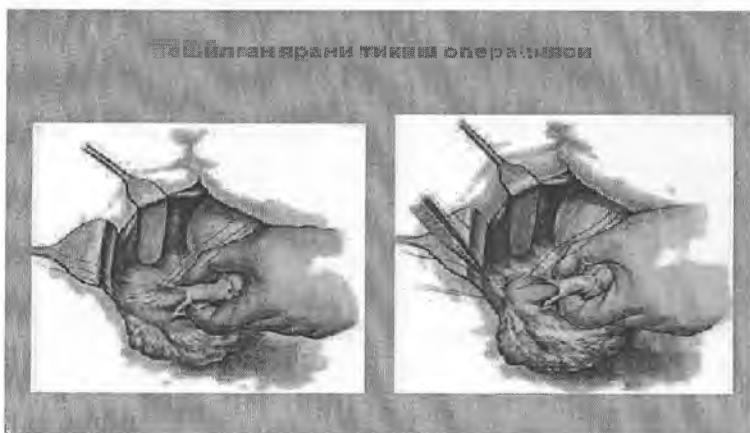
Radikal operatsiya

Me'da rezektsiyasi TV+piloroplastika

TV+antrum-ektomiya

Oppelyu-Polikarpov usulida teshilgan yarani tikish (Ras.129)

129-rasm



Penetratsiya bosqichlari:

1 bosqich (39-51%) – yara me'dani yoki 12 b. ichakni hamma qavatlaridan o'tashi

2 bosqich (25-30%) – yara qo'shni a'zo bilan fibroz birikishi

3 bosqich (22-29%) – yara qo'shni a'zoga o'sib kirishi

Penetratsiya simptomlari

- Epigastral sohadagi og'riqlar doimiy bo'lib kuchayadi
- Og'riqlar irradiatsiyasi penetratsiya bo'lgan a'zoga bog'liq: belga (oshqozon osti bezi), kurakka (jigar), bo'yinga (o't qopi)
- Konservativ davo effekt bermaydi
- Kovak a'zoga penetratsiya bo'lganda oqmalar paydo bo'ladi: o't qopiga bilan, yo'g'on ichak bilan (ahlat bilan qayt qiladi, yegan ovqati birdan orqa teshik orqali chiqadi)

Yara penetratsiya berganda 12 barmoqli ichak cho'ltog'ini tikish(Ras.130).

130-rasm



Malignizatsiya – yaraning xavfli o‘smaga aylanishi. Me‘da yarasi 20% malignizatsiyaga uchraydi. 12 b. ichak yarasi 0,3% malignizatsiyaga uchraydi

Yara malignizatsiyaga uchrashishi xavfi mumkin bo‘lgan holatlar:

Yara diametri 1,5 sm katta bo‘lsa,

Yara me‘dada joylashgan bo‘lsa,

Bemorning yoshi 40 dan oshgan bo‘lsa,

Konservativ davu 4-6 oy mobaynida samarasiz bo‘lsa.

Rentgenografiyada malignizatsiya belgilari

-To‘lish nuqsoni(Ras.131).

-Burmalar konvergentsiyasi

-Yara atrofida peristal-tikaning yo‘qligi

131-rasm

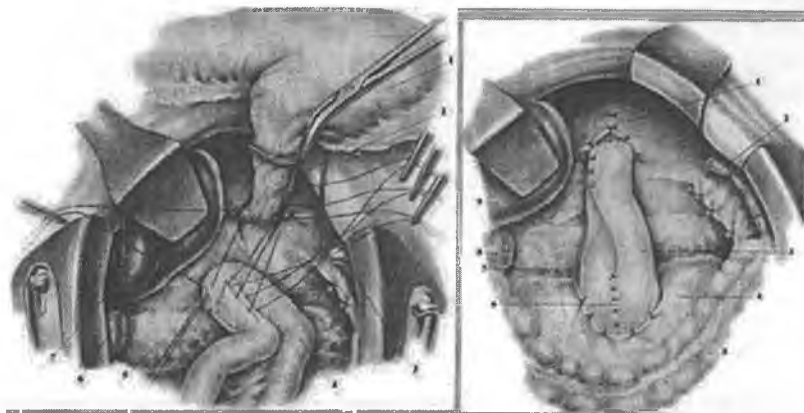


Oshqozon rakini xirurgik davolash.

Radikal operatsiya turlari: Rezektsiya, gastroektomiya, kombi-natsiya rezektsiyasi(Ras.132).

1. Palliativ operatsiya turlari: Polliativ rezektsiya (o'smani operatsiya qilsa bo'ladi, lekin olib tashlab bo'lmaydigan metaztazlar bor).

2. Gastroenterostomiya.
3. Ezofagogastrostomiya.
4. Gastrostomiya.
5. Egonostomiya.



132-rasm. Gastrektomiya

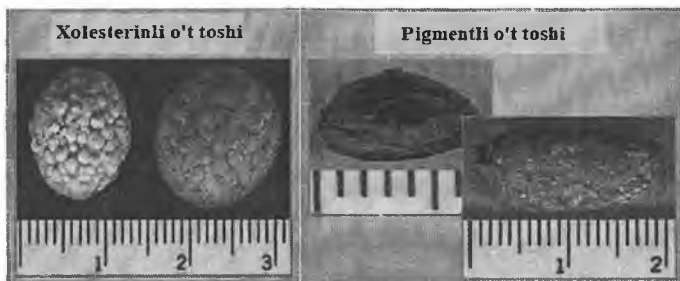
Oshqozon va 12 barmoq ichak yara kasalligi profilaktikasi: mehnat, turmush va ovqatlanishda gigiyenik normalarga rioya qilish, chekish va ichkilikka qarshi kurash; yuqorida ko'rsatib o'tilgan etiologik omillarning oldini olish; gastritlarni o'z vaqtida davolash; gastrit qaytalanishiga qarshi mavsumiy (bahor va kuz) profilaktika.

XV. O‘T YO‘LLARI VA O‘T PUFAGI KASALLIKLARI, DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH

O‘t-tosh kasalligi. O‘t-tosh kasalligi - 40 yoshdan oshgan odamlarda uchraydigan tarqalgan kasallik. 70 yoshdan oshgan kishilarda kasallanish 30-40 foizni tashkil qiladi. Aksariyat ayollar kasallanadilar.

O‘t-tosh kasalligining morfologik substrati pufak va o‘t chikaruvchi yo‘llardagi toshlar xisoblanadi. O‘t toshlari o‘tning odatiy tarkibiy qismlari - bilirubin, xolesterin, kalsiydan tashkil topgan (Ras.133).

133-rasm



O‘t toshlari asosan o‘t pufagida xosil bo‘ladi, toshlar o‘t yo‘llarida kamdan-kam paydo bo‘ladi. O‘t toshlari paydo bo‘lishining asosiy sababi 3 ta: moddalar almashinuvi buzilishi, o‘t pufagi epite-liysidagi yallig‘lanish o‘zgarishlari va o‘t dimlanishidir. O‘t-tosh kasalligi simptomlarsiz o‘tishi mumkin va o‘t pufagida toshlarni bemorni boshqa kasallik sababli tekshirayotganda, qorin bo‘shlig‘i organlarini operatsiya qilayotganda yoki yorib ko‘rish vaqtida tasodifan aniqlanadi. Klinik jixatdan o‘t-tosh kasalligi ko‘pincha jigar (o‘t pufagi) sanchig‘i ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Og‘riq aksariyat parhez buzilganda, jismoniy zo‘riqishda paydo bo‘ladi. Og‘riq xuruji paydo bo‘lishiga o‘t po‘fagi bo‘ynida pufak yo‘lida tosh qisilib qolishi sabab bo‘ladi. Og‘riq, o‘ng qovurg‘alar ostida va epigastral soxada joylashgan bo‘lsa, bel soxasiga, o‘ng kurakka beriladi. Ko‘pincha jigar sanchig‘i xuruji ko‘ngil aynishi va safro

aralash bir necha marta qayt qilish bilan o'tadi, biroq bunda bemor yengil tortmaydi.

Ko'zdan kechirishda qorinning bir oz kepchishi e'tiborni o'ziga tortadi, qorin devorining o'ng yarmi nafas aktidan orqada qoladi, qorin paypaslab ko'rilganda o'ng qovurg'alar ostida, ayniqsa o't pufagi proektsiyasida keskin og'riq paydo bo'ladi. Mushaklarning o'z-o'zidan tarang tortishi bo'lmaydi yoki kam ifodalangan, Ortner - Grekov, Myusse - Georgievskiy simptomlari musbat. Laborator analizida leykotsitlar miqdori normal yoki birmuncha oshgan.

Surunkali toshli xoletsistit. Jigar sanchig'i xuruji tuxtagandan keyin bemorlar xech nimadan shikoyatlar qilmay, o'zlarini sog'lomxis qilishlari mumkin. Biroq ularda o'ng qovurg'alar ostida og'irliq va simillagan og'riq bo'lib, u ovqatdan keyin kuchayadi, qorin dam bo'ladi, ich ketadi, og'izbemaza bo'ladi. Birlamchi surunkali xoletsistit jigar sanchig'i xurujlarisiz ko'rsatib o'tilgan simptomlar bilan kechadi. O't-tosh kasalligi va kalkulyoz xoletsistit asoratlari: xoledoxolitiaz, xoledox terminal bo'limida chandiqli striktura, ichki oqmalar paydo bo'lishi, xolangit, xoletsistopankreatit, o't pufagi istisqosi, o't pufagi empiemasi.

Xoledoxolitiaz - o't-tosh kasalligi va kalkulyoz xoletsistitning eng ko'p uchraydigan asoratlaridan sanaladi (20% bemorlarda uchraydi). Yoshi o'tgan va keksa yoshdagi odamlarda xoledoxolitiaz 2-3 marta ko'proq kuzatiladi. Ko'pchilik bemorlarda umumiy o't yo'liga toshlar o't pufagidan tushadi. Bunga pufak yo'lining kalta serbarligi, pufak bo'yni yoki gartman cho'ntagagi soxasida yara bo'lib, o't pufagi bilan umumiy o't yo'li o'rtasida keng oqma paydo bo'lishi sababchidir.

Xoledoxolitiaz o'zok vaqtgacha simptomlarsiz kechishi mumkin. Xatto gepotikoxoledoxning ko'p sonli toshlarida xam o't ajralishi buzilishi hamavaqt sodir bo'lavermaydi. O't suyuqligi jigardan tashqaridagi o't yo'llari bo'shlig'idagi toshlarni guyo chetlab oqib o'tadi va xoledox terminal bo'limida to'siq bo'lmasa, bemalol o'n ikki barmoq, ichakka tushadi. Toshlar gepatikoxoledoxning eng tor bo'limlariga, uning terminal bo'limiga va Ayniqsa katta duodenal surg'ichiampulasiga tushganda o't suyuqligining ichakka oqib ketishiga to'siq - paydo bo'lib, bu klinikasida mexanik sariqlik

bilan yuzaga chiqadi. Ba'zan sariqlik xoledox terminal bo'limida yoki katta duodenal surg'ichda «ventil» tosh bo'lganda sariqlik remittirlovchi xarakterga ega bo'ladi. Toshlarining xoledox terminal bo'limidagi okklyuziyasida o't gipertenziyasi vujudga kelib, klinik jixatdan bu o'ng qovurg'alar ostida simillagan og'riqlar va mexanik sariqlik bilan o'tadi. Jigardan tashqari yo'llarda bosim yanada osha borganda ularning bo'shlig'i kengayadi va tosh gepatikoxoledox proksimal bo'limlariga guyo suzib chiqqanday bo'ladi, sariqlik kamayadi va yo'kolishi mumkin.

Toshsiz xoletsistit. O'tkir toshsiz xoletsistit. Uning etiologiyasida bakterial infektsiya omili, o't pufagining me'da osti bezi yo'lidagi o't yo'llariga va o't pufagiga reflyuksida pankreatik jigarning jarohatlovchi ta'siri muayyan axamiyatga ega.

Diagnostikada va davolash usulini tanlashda bemorni ob'ektiv tekshirish ma'lumotlari, o'tkazilayotgan davo zaminida kasallik klinik manzarasining dinamikasi hal qiluvchi axamiyatga ega.

Surunkali toshsiz xoletsistit. Toshsiz Surunkali xoletsistit klinikasi Surunkali kalkulyoz xoletsistit klinikasiga o'xshash. Biroq o'ng qovurg'alar ostidagi og'riq unchalik kuchli bo'lmaydi, biroq uzoq davom qilishi, deyarli doimiy xarakteri bilan ajralib turadi, parhez bo'zilgandakeyinkuchayadi. Diagnostikada xoletsistoxolangiografiya o't yo'llarini ultratovush bilan tekshirish eng ko'p ma'lumot beradi.

Tekshirish usullari. O't yo'llari kasalliklarni diagnostika qilishda UZI, KT yoki rentgenologik tekshirish ko'p xollarda hal qiluvchi axamiyatga ega bo'ladi (Ras.134).

134-rasm



Endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya (RPXG) - Fater surg'ichiga yoki duodenoskopiyada biliar anastomoz og'ziga kiritilgan kateter yordamida kontrast modda yuborishdan iborat (Ras.135).



135-rasm

Jigar o't yo'llarini ultratovush bilan tekshirish. O't pufagini ultratovush bilan tekshirishda juda qimmatli ma'lumot olish mumkin, bu ularda konkrementlar yoki yangi xosil bo'lgan tuzilmalar borligini Aniqlash imkonini beradi.

O't yo'llarining yallig'lanish kasalliklarida konservativ davolash. O'tkir xoletsistitli hamma bemorlar statsionarda xirurgning doimiy nazorati ostida bo'lishlari kerak. Tarqalgan peritonit simptomlari bo'lganda shoshilinch operatsiya qilish talabetiladi. Boshqa hollarda bemorlar dori-darmonlar bilan davolanadi. Bemorlarga ovqatni cheklangan miqdorda berilib, faqat ishqoriy suyuqliklar ichishga ruxsat etiladi.

Bu bemorlarda quyidagi tadbirlarni amalga oshirish maqsadga muvofiq:

1. Me'dani nazogastral zond bilan bushatish kerak, chunki me'da parezi o't pufagida va o't yo'llarida dimlanishni battar qiyinlashtiradi.
2. Paranebral novokain blokadasi.

3. Spazmolitiklar. Kuniga ikki marta til ostiga 1-2 tabletka nitroglytserin tayinlash shart, chunki u Oddi sfinkteriga tanlab spazmolitik ta'sir ko'rsatadi. Atropin, no-shpa, galidor o't pufagi bo'ynidagi sfinkter apparatiga xuddi shunday bo'shashtiruvchi ta'sir ko'rsatadi.

4. Infuzion terapiya 5%li glyukoza eritmasi va Ringer eritmasi yuborishni o'z ichiga oladi.

5. Mikroob florasi aktivligini pasaytirish uchun gepatotoksik bulgan tetratsiklin qatoridagi preparatlardan tashqari, ta'sir spektri keng antibiotiklar tayinlanadi.

6. Simptomatik va kardial terapiya. O'tkir xoletsistopankreatitda dori-darmonlar bilandavolash kompleksi o'tkir pankreatitni davolash uchun qo'llaniladigan preparatlarni ham o'z ichiga olishi kerak.

Ko'pchilik bemorlarda o'tkir xoletsistit xuruji to'xtashi mumkin. Xuruj to'xtagandan keyin bemorni o't pufagida toshlar bor-yo'qligiga tekshirish zarur. Agar o'tkir xoletsistitni 12-24 soat davolash zaminida bemorning ahvoli yaxshilanmasa, qorinda og'riq saqlanib qolsa yoki kuchaysa, qorin oldingi devori mushaklarining o'z-o'zini ximoya qilish qobiliyati saqlanib qoladi va kuchayadi, puls tezlashadi, leykotsitoz oshadi, shoshilinch xirurgik operatsiya o'tkazish talab etiladi.

Operativ davolash usullari: ochiq usulda xolesistektomiya, laparoskopik xolesistektomiya, xoledoxolitotomiya, papillasfinkteratomiya, xolesisto- va xolangiostomiya, xoledoxoduodenoanastamoz, xolesistoenteroanastamoz o't pufagi va o't yo'llari kasalliklari, ularning asoratlariga qarab belgilanadi.

Profilaktikasi. O't-tosh xastaligining oldini olish maqsadida avvalo jigar holatini yaxshilashga erishish va o't (safro) ajralishini jadallashtiruvchi chora-tadbirlar ko'rish lozim. Buning uchun to'g'ri ovqatlanishni tashkil etish, muhimi yog'li va kuchli qovurilgan taomlarni cheklangan miqdorda iste'mol qilish lozim. Chunki qattiq qovurilgan mahsulotlarda jigar to'qimalariga salbiy ta'sir qiluvchi aldegidlar, ketonlar va akreloin moddalar mavjud bo'ladi.

Demak, taomlarni asosan o'simlik yog'ida qaynatib yoki dimlab pishirish kerak. Kuniga to'rt-besh marta oz-ozdan ovqatlanish foyda beradi. Agar kishi ilgari xoletsistit bilan og'rib o'tgan bo'lsa, to'g'ri

ovqatlanish orqali bu xastalikning asoratlari bartaraf etiladi va o't-tosh xastaligi yuzaga kelishining oldi olinadi.

Bundan tashqari, taomlarni qaynoq yoki muzdek holda iste'mol qilmaslik kerak. Chunki qaynoq taomlar halqum va ichaklar uchun zararli bo'lsa, muzdek ichimliklar me'da yo'llarida spazmni (siqilishni) yuzaga keltirib, og'riq qo'zg'atishi mumkin.

Yumshoq va qaynatib pishirilgan ovqatlar o't-tosh xastaligi profilaktikasida muhim o'rin tutadi. Masalan, qovoq, kartoshka, lavlagi, qizil karam solib tayyorlangan sho'rvalar, eziltirib pishirilgan guruchli yoki yormali bo'tqalar yeyish foydali. Go'sht yog'siz bo'lishi kerak. Shuningdek, nordon bo'lmagan ho'l mevalar va ulardan tayyorlangan kompot hamda kisellar jigar ishiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

Bordiyu, bemor o't-tosh xastaligi tufayli jarrohlikni boshdan o'tkazib, endilikda o't pufagisiz yashayotgan bo'lsa, kun davomida oz-ozdan ovqatlanishi zarur. Chunki og'ir ovqatlar qiyin hazm bo'ladi va bu narsa o't pufagi vazifasini bajarayotgan a'zolari zo'riqtiradi. Shuni unutmaslik kerakki, yengil ovqatlanish va badhazm taomlarni cheklash orqali kishi o'z tanasidagi boshqa xastaliklardan ham forig' bo'lishi mumkin.

XVI. MEXANIK SARIQLIK

Sariqlik deb - teri va shilliq pardalar, skleralarining to'qimalarida ortiqcha bilirubin yig'ilishi natijasida sarg'imir bo'yalishiga aytiladi. Bunda qonda bilirubin miqdori oshgan bo'ladi. Sariqlik ichki a'zolarining qator kasalliklariga xos klinik sindrom hisoblanadi. Bilirubin darajasining oshish sababiga ko'ra sariqlikning uchta asosiy turi farq qilinadi.

Gemolitik (jigar ustidagi) sariqlik - eritrotsitlar parchalanishi va bilvosita bilirubin ortiqcha ishlab chiqarilishi natijasida paydo bo'ladi. Bu hodisalar retikuloendotelial sistema xujayralarining funksiyasi oshib ketganda birlamchi va ikkilamchi gipersplenizmda vujudga keladi.

Parenximatoz (jigarga oid) sariqlik gepatotsitlar shikastga uchrab, ularning qondagi ozod bilirubinni bog'lash va uni bili-

rubin glyukuronidga (bevosita bilirubin) o'zgartirish qobiliyati pasayganda ro'y beradi. Virusli hepatit, leptospiroz, jigar sirrozi, ayrim zaharlanish parenximatoz sariqlikning eng ko'p uchraydigan sabablaridan hisoblanadi.

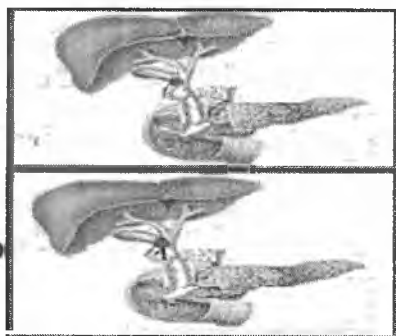
Mexanik (obturatsion) sariqlik o't chiqaruvchi yo'llar qisman yoki to'liq tutilib qolib, o't suyuqligining ichakka oqishi buzilishi natijasida rivojlanadi. Mexanik sariqlik aksariyat hollarda, xoledoxolitiaz, katta duodenal surg'ich strikturasi, me'da osti bezi boshchasi va o't chiquvchi yo'llardagi o'smalarga bog'liq bo'ladi (Ras.136-137).

Mirrizi sindromi

Xoledoxolitiaz



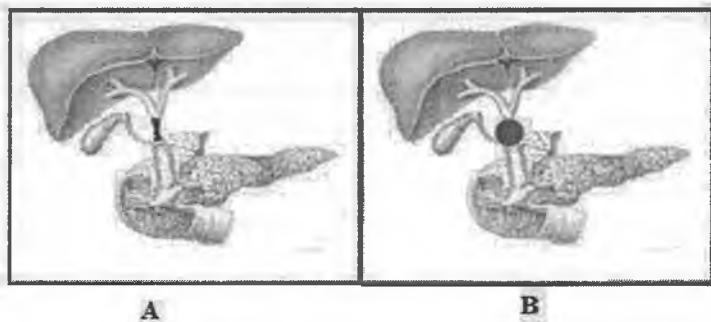
I tip



II tip

136-rasm.

Mexanik sariqlikda teri qoplami sarg'imir-yashil bo'ladi, o't yo'llarini bekitib qo'yadigan o'smalarda esa yersimon rangda bo'ladi. O't-tosh kasalligiga bog'liq obturatsion sariqlikda kasallik boshlanayotganda jigar sanchig'iga o'xshash o'ziga xos xurujsimon og'riqlar paydo bo'ladi, ba'zan sariqlik o'tkir xoletsistit zamirida vujudga keladi.



137-rasm. A- jigardan tashqari o't yo'li atreziyasi. B- o't yo'li kistasi

Pankreatoduodenal soha o'smalarida sariqlik og'riq sezgilarisiz paydo bo'ladi.

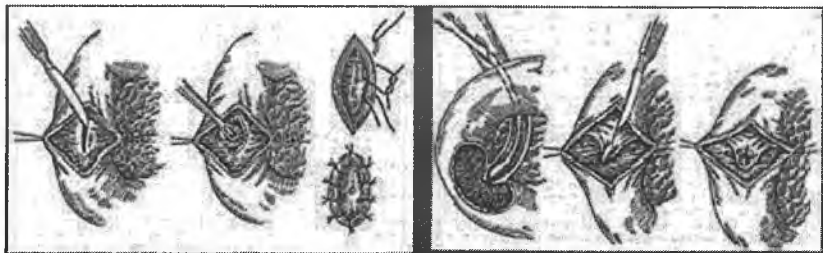
Teri qichimasi, ayniqsa bilirubin darajasi baland bo'lganda kuchli bo'ladi. Pankreatoduodenal sohasida o'smalari bo'lgan bemorlarning yarmida Kurvuaz'ye simptomining musbatligi aniqlanadi. Axlat oqchil rangli, o't yo'llari butunlay yopilsa axolik bo'ladi. Siydik to'q, rangli. Bevosita va bilvosita bilirubin konsentratsiyasi, ayniqsa pankreatoduodenal sohaning obturatsion o'smalarida keskin oshgan bo'ladi.

Sariqlikning biror turining klinik kechish xususiyatlari sariqlikni qo'zg'atgan kasallik xarakteriga bog'liq. Bu hol sariqlik turlarini differensial diagnostika qilishda qo'shimcha qiyinchiliklar tug'diradi. Sariqlikni diagnostika qilishning yuqorida ko'rsatib o'tilgan klinik va laboratoriya usullaridan tashqari, sariqlikning har xil turlarini differensial diagnostikasi uchun zarur va qimmatli axborot olishga imkon beradigan rentgenologik, endoskopik, radiologik, ul'tratovush bilan tekshirish usullariga katta o'rin beriladi.

Mexanik sariqlik butun hepatobiliar sistemadagi o'zgarishlar va organizmning bir qator umumiy og'ir buzilishlari bilan o'tadi, bemorlar holatining og'irligi sariqlik darajasi va davomlilikiga proporsional ravishda ortadi, bu qator yangi patologik holatlar paydo bo'lishiga olib keladi, shu sababli davolash natijasi yomonlashadi va o'lim darajasi ko'payadi. Jigar funksional holatining dekompensatsiyasi

nisbatan tez o'tkir jigar yetishmovchiligi avj olishiga olib keladi. I. M. Matyashin ma'lumotlariga binoan o't yo'llari obturatsiyasidan 10-14 kun o'tgach jigar funksiyasi shu qadar buziladiki, xirurgik operatsiya qilish g'oyat xatarli bo'lib qoladi va yuqori o'lim darajasi bilan o'tadi.

Mexanik sariqlikni davolashda dekompressiv aralashuvning muddatlari va turlari, profilaktika qilish yo'llari va operatsiyadan keyin jigar yetishmovchiligini davolash muhim masala hisoblanadi. Operatsiya o't pufagi gipertenziyasini davolashning eng ta'sirchan chorasi hisoblanadi Biroq narkoz, operatsion jarohat jigar yetishmovchiligi rivojlanishi va klinik ifodalangan formaga o'tishi sababli bemorlarning ahvolini qiyinlashtiradi. Ko'rsatib o'tilgan jihatlar xirurglarni mexanik sariqlik bilan og'rigan bemorlarda radikal operatsiyalarni 2 bosqichda o'tqazish kerak degan fikrga olib keladi: birinchi bosqichda jigar funksional holatini va bemorlarning umumiy ahvolini yaxshilaydigan operatsiya, ikkinchisida radikal operatsiya qilish taklif etiladi. Hozirgi vaqtda laparoskopik xoletsistostomiya, o't yo'llarini nazobiliar drenajlash, endoskopik transduodenal papillotomiya kabi ehtiyot qiladigan usullar qo'llaniladi (Ras. 138).



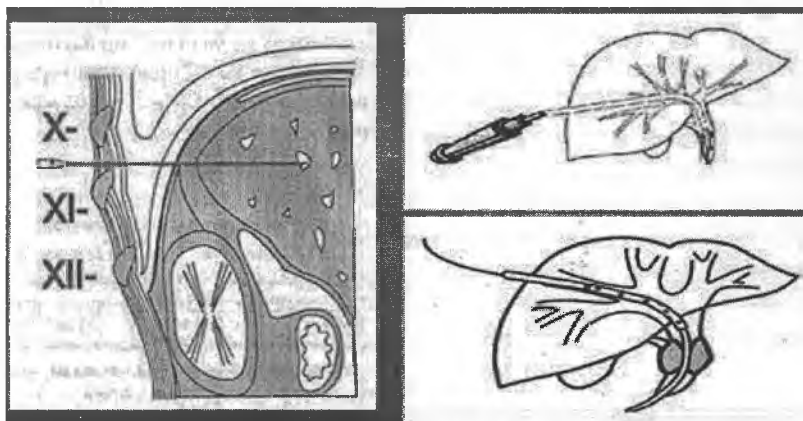
138-rasm. 1-Ichki transduodenal xoledoxaduodenostomiya. 2- Transduodenal papillasfinkterotomiya va papillosfinkteroplasyika.

Teri orqali jigar orqali xolangiostomiya sariqlik, xolangit hodisalarini kamaytirish yoki tugatish, antibiotiklarni tanlash va maxalliy antibakterial davolash uchun o'tni ekish, xayfli o'smalarni ximiyaviy preparatlar bilan davolash imkonini beradi. Undan operatsiyani ko'tara olmaydigan bemorlarda o't chiqaruvchi yo'llarni

tashqi yoki ichki drenajlashning doimiy usuli sifatida foydalanilishi mumkin.

Teri orqali jigar orqali endobiliar operatsiyalarga ko'rsatmalar klinik, laboratoriya va instrumental tekshirish usullari bilan belgilanadi.

Agar mexanik sariqlik xavfli kasalliklarga bog'liq bo'lsa, hatto bilirubin miqdori nisbatan yuqori bo'lmaganda teri orqali jigar orqali xolangiografiya va o't yo'llarini teri orqali jigar orqali drenaj qilishdan foydalaniladi (Ras. 139).



139-rasm. Teri va jigar orqali xolangiografiya va xolangiostomiya.

Mexanik sariqlikka xavfsiz kasalliklar sabab bo'lib, yuqori xoliyemiya va davolashning endoskopik metodlari naf bermaganda yoki yaxshi natijalarga olib kelmaganda, xirurgik operatsiyalar esa jiddiy xavf ostida bo'lganda o't yo'llarini teri orqali jigar orqali drenaj qilishga kirishiladi. O't yo'llarini teri orqali jigar orqali drenaj qilishga monelik qiladigan xollarga jigarning ko'p sonli metastatik zararlanishi, jigar-buyrak yetishmovchiligi korreksiya qilinmaydigan bemorlar ahvolidan nihoyatda og'irligi, qon ketish xavfi bo'lgan o'zaro gipokoagulyatsiyani kiritish mumkin. Klinikaga keltirilgan hamma bemorlar suv-tuz balansi, kislota-ishqor holati, gemodinamika va nafas buzilishini korreksiya qilishga qaratilgan

endobiliar operatsiyaga puxta tayyorgarlikdan o'tadilar. Yoshi o'tgan va keksa bemorlar uchun bu tayyorgarlik alohida ahamiyatga ega bo'ladi. Teri orqali jigar orqali endobiliar operatsiyaning asosiy uslublari tashqi va tashqi-ichki drenajlar hisoblanadi. Zararlanish xarakteriga ko'ra o't yo'llarini kateterlashning u yoki bu turi bajariladi.

Xoledoxolitiyani davolashning yangi usuli - teri orqali jigar orqali drenajlab, keyin konkrementlarni tarkibida monooktanoin, mono-va diglitseridlar, xenodezoksixolat kislotasi kabilarni tutadigan eritmalar bilan eritish tobora diqqatni tortib kelmoqda.

Hozirgi vaqtda o't-tosh kasalligi bilan og'rikan bemorlarni davolashda jahon amaliyotida ekstrakorporal litotripsiya usuli qo'llanilmoqda. Bu usul o't toshlarini zarbali to'liqlar bilan mayda fragmentlargacha parchalashga asoslangan. Obturatsion sariqlikda jigardan tashqaridagi o't yo'llarini teri orqali jigar orqali endoprotezlash metodi istiqbolli hisoblanadi.

O't yo'lining o'sma bilan stenozlangan bo'limiga rigid kateter - kateterga ulangan uzunligi 5 - 12 sm endoprotez transpariyetal kiritiladi. 2 sutka o'tgach bu kateter chiqarib olinadi, endoprotez esa biliar yo'lni umr bo'yi palliativ drenajlashni ta'minlaydi.

XVII. O'TKIR PANKREATIT

O'tkir pankreatit — oshqozon osti bezi to'qimalarining o'z fermentlari tasiri ostida «o'z-o'zini yemirishi» oqibatida yuzaga keladigan o'tkir yallig'lanish jarayonidir. Surunkali pankreatit esa mustaqil kasallik bo'lmay, balki o'tkir pankreatitning davomi va natijasi bo'lgan bosqichi hisoblanadi.

O'tkir pankreatit bilan kasallanganlarning deyarli 70 % ini ayollar tashkil qiladi. Kasallik, ayniqsa, 50-70 yosh ayollarda ko'proq kuzatiladi. So'nggi o'n yilliklarda surunkali pankreatit bilan og'rikan bemorlar soni ham ortib bormoqda.

O'tkir pankreatit rivojlanish sabablari turli-tuman bo'lib, barcha etiologik omillar zahirida bezning normal faoliyatining buzilishi yotadi. Bunda oshqozon osti bezi ishlab chiqarayotgan, ovqat

hazmlanishi uchun zarur bo'lgan fermentlar o'n ikki barmoqli ichakka tushmay qoladi va o'z-o'zini yemira boshlaydi. Shuningdek, ajralayotgan ferment va zaharli moddalar qonga tushib, boshqa a'zolariga ham zarar yetqazishi mumkin. Shuni ham unutmaslik kerakki, oshqozon osti bezi qondagi qand moddasi miqdori oshib ketmasligi uchun mas'ul bo'lgan gormon — insulinni ishlab chiqaradi.

O'tkir pankreatit sabablari:

O't pufagi va o't yo'llari kasalliklari;

Surunkali alkogolizm va politoksikomaniya

Oshqozon osti bezining jarohatlari;

Infektsion kasalliklarning bir qancha turlari (gepatit, parotit)

Bez yo'lining toshlar yoki o'sma hujayralari bilan bekilib qolishi;

Me'da osti bezida qon aylanishining buzilishi (tromboz, emboliya, qon tomirlar bog'lanishi);

Uzoq muddat gormonal preparatlarni qabul qilish;

Sistemali qizil yugurigi, revmatoid artrit kasalliklari oqibati;

Ovqatlanish tartibini buzish;

Kasallik xuruj qilishiga esa yog'li, qovurma ovqatlar eyish, to'yib ovqatlanish, gripp, ruhiy siqilish va asabiylashishlar ham sabab bo'lishi mumkin.

Kuz va qish mavsumlarida inson tanasi harorat ko'tarilib-tushishi oqibatida zaiflashadi. Shu sababli ko'pchilik surunkali kasalliklar qatori pankreatit ham qayta xuruj qilishi mumkin.

O'tkir pankreatit tasnifi. O'tkir pankreatit quyidagi turlari farq qilinadi: 1) me'da osti bezining o'tkir shishi; 2) me'da osti bezining gemorragik nekrozi; 3) yiringli pankreatit. Bunday turlarga bo'lish ma'lum darajada shartli xisoblanadi. Bitta bemorning o'zini morfologik tekshirishda aksariyat unda patologik formalarning birga uchrashini, shuningdek o'tadigan formalarini kuzatish mumkin. Me'da osti bezining o'tkir shishi birmuncha ko'proq kuzatiladi (bemorlarning 77-78 foizida). O'tkir gemorragik nekroz va yiringli pankreatit bemorlarning taxminan 10-12 foizida qayd qilinadi.

Xozirgi kunda o'tkir pankreatitni eng qulay tasnif V.I. Filin tomonidan taklif qilingan. Bu tasnifga ko'ra o'tkir pankreatit klinik kechimida 4 davr ajratiladi.

Fermentativ davr kasallikning birinchi 5 kuniga to'g'ri keladi. Reaktiv davr (kasallikning 6-14 kunlar) faqat destruktiv pankreatit rivojlangan bemorlarda kuzatiladi. Kasallikning 3 xavftasidan sekvestratsiya davri boshlanadi. 20-24 kundan so'ng bemorlarda kasallikning yakunlanish davri boshlanadi.

Oshqozon osti bezidagi o'choqlar o'lchamlariga nisbatan Tolstoy A.D. (1999) o'tkir pankreatitni 5 turga bo'ladi: o'tkir shishli pankreatit (atsinar xujayralar nekrozi); kichiko'choqli pankreonekroz (o'choqlar o'lchamlari 5 mm gacha); o'rta o'choqli pankreonekroz (o'choqlar o'lchamlari 5 mmdan 10 mm gacha); kattao'choqli pankreonekroz (o'choqlar o'lchamlari 10 mm dan ko'p); total-subtotal pankreonekroz (oshqozon osti bezi total-subtotal shikastlanishi).

Klinikasi. Kasallik to'sh osti soxasida va chap qovurg'alar ostida og'irlik sezgisi va oz-moz og'riq, kekirish, qorinning o'rta darajada dam bo'lishi ko'rinishidagi dispeptik buzilishlar bilan xarakterlanadigan qisqa prodromal davrdan (60-70%) keyin boshlanadi.

Og'riq o'tkir pankreatitning asosiy va doimiy simptom xisoblanadi. Og'riq to'satdan paydo bo'ladi. O'z xarakteriga ko'ra og'riq juda kuchli, simillagan, doimiy, kamroq vaqt vaqtida tutadi. Og'riq shu qadar qattik bo'ladiki, bemorlar ba'zan xushdan ketadi. Og'riq o'ng va chap qovurg'alar ostijoylashuvi mumkin, aksariyat g'ir o'rab oladi va orqa yelkalar ustiga, to'sh suyagi orqasiga o'tadi, buni yanglishib ba'zan miokard infarkti deb xisoblaydilar. 85% hollarda bemor qusadi (og'ir xollarda qusuq massalariga qon aralashgan bo'ladi), qorin shishib chiqadi va ich kelish xamda yel chiqishi tutiladi.

Gavda vaziyati ko'pincha majburiy. Bemorlar ko'pi yarim egilgan holatda bo'ladilar. Tana harorati normal, subnormal. Tananing yuqori harorati va isitma rivojlanib borayotgan yallig'lanish asoratlari uchun xos.

Teri va shillik, pardalarning ranggi oqargan, sianotik tusli, bu og'ir intoksikatsiyadan dalolat beradi. Aksariyat sariqlik kuzatilib, bu o't oqib ketishining buzilish va jigardagi og'ir toksik zararlanishlardan bo'ladi.

Til quruq, gungurt-kulrang qarash bilan qoplangan. qorin bir tekis

ko'tarilgan, mushak himoyasi kuchsiz, qorinning yon bo'limlarida va kindikda sianoz - Grey-Turner simptomi va Kullen simptomi qayd qilinadi.

O'tkir pankreatit uchun epigastral sohada va chap kovurg'alar ostida og'riq bo'lishi ob'ektiv simptom xisoblanadi, u ko'pincha oldingi qorin devori mushaklarinii taranglashmasligi bilan o'tadi. Voskresenskiy simptom (epigastral soxada qorin aortasida pulsatsiya yo'qolishi bemorlarning uchdan bir qismida, vaholanki Mayo-Robson simptomi (chap qovurg'a-umurtqa bo'rchagida og'riq) ularning yarmidan ko'pida Aniqlanadi. Ko'pincha Shotkin-Blyumberg kuchsiz musbat simptomi, peristaltik shovkinlarning susayishi kuzatiladi. Perkussiyada qorin bo'shlig'ida ozod suyuqlik aniqlanishi ehtimol.

Kasallik boshlanishida bradikardiya bo'lib, tezda taxikardiya bilan almashinadi. Kasallikning og'ir formalari uchun tez ipsimon puls xos. Arterial bosim ko'pgina bemorlarda pasaygan.

Parenximatoz organlarda distrofik o'zgarishlar rivojlanadi, ularning funktsional holati buziladi. Bu uzgarishlarni asosan giperenzimemiya, mikrotsirkulyator buzilishlar va intoksikatsiya tashkil etadi. Buyrak funksiyasi ayniqsa qattik bo'ziladi (10-20% bemorlarda) diurez anuriyagacha va o'tkir buyrak yetishmovchiligi rivojlanguncha kamayib ketadi.

Laboratoriya tekshiruvlarida o'tkir pankreatit proteolitik fermentlar ko'rsatkichining oshishi (amilaza, tripsin, lipaza, transaminaza) xarakterli xisoblanadi. O'tkir pankreatitda qonda va siydikda diastaza miqdori xamavakt oshavermaydi. Amilaza miqdori birdaniga oshishi (512-1024 TB dan ortiq) pankreatitdan dalolat beradi, biroq amilaza darajasining normalligi bu kasallikni istisno qilmaydi. Bez katta o'zgarishlarga uchraganda qonda va siydikda diastaza miqdori sezilarli o'zgarmaydi yoki xatto pasayadi.

O'tkir pankreatitning asosiy asoratlari: erta asoratlari - shok va o'tkir yurak yetishmovchiligi, peritonit; bir muncha kech asoratlari - me'da osti bezi abstsessi, qorin pardasi orqasidagi kletchatka flegmonasi, diafragma osti, ichaklararo, charvi xaltasi, arrozion qon ketishlar, nekrozga uchragan to'qima ko'chishi, o'tkir buyrak yetishmovchiligi, keyinchalik me'da osti bezining soxta kistalari

va oqmalari, ichak oqmalari, qandli diabet kabilar paydo bo'lishi extimol.

Diagnostikasi. O'tkir pankreatit diagnozini qo'yishda anamnez ma'lumotlari (ko'p ovqat yeyish va ichkilik ichish, shikastlar va boshqalar), qorinning yuqori bo'limida ko'pincha og'ir aylanib tutadigan kuchli og'riq, uning taxikardiya va arterial bosimning pasayishi bilan o'tishi asos bo'lib xizmat qiladi. Peritonit rivojlangunga qadar qorin yumshoqligicha qoladi, biroq ko'tarilgan bo'ladi, peristaltika bo'lmaydi. Ba'zan Mayo - Robson musbat simptomi bo'ladi.

O'tkir pankreatitda laparoskopik tekshiruvlar bu kasallikni oshig'ich diagnostika qilishning eng qimmatli metodlaridan biri xisoblanadi. O'tkir pankreatitda laparoskopiya o'tkir pankreatit formasini aniqlashda, pankreonekrozning patobioximiyaviy turini bilishda yordam beradi, pankreatogen peritonit, qushilib keladigan kasalliklar (destruktiv xoletsistit) ni aniqlashga imkon beradi.

Xozirgi kunda kompyuterli tomografiya va ultratovush bilan tekshirish eng ko'p axborot beradigan usullar bo'lib qoldi, ular me'da osti bezi o'lchamlarini, strukturasiyning bir xil emasligini aniqlab beradi.

Davolash. O'kir pankreatitni patogenetik davolash, ya'ni asosiy davo tadbirlari patogenez kontseptsiyasiga muvofiq kelishi kerak.

Ferment toksemiyaga qarshi kurashish uchun quyidagilardan foydalaniladi:

1) me'daga zond qo'yib me'da suyuqligini aspiratsiya qilish va me'dani sodali sovuq eritma bilan yuvish (me'da suyuqligidagi xlorid kislota pankreatik sekretiya stimulyatori xisoblanadi). Oddi sfinkteridagi spazmni yo'qotish uchun atropin yuborish, me'da osti bezi gipotermiyasi, 4-5 kungacha sitostatiklar yuborish (5-floruratsil, ftorafur va boshqa pankreatik fermentlar ishlanishini to'xtatadi) bez tashqi sekreter funksiyasini pasaytiradi; 2) spazmolitiklar yuborib ishlab chiqarilgan fermentlarning normal evakuatsiyasini ta'minlash; 3) qon o'zaniga yoki qorin bo'shlig'iga tushgan fermentlarni yo'qotish; ko'krak limfatik yo'lini limfosorbtsiya bilan drenaj qilish, diurez stimulyatsiyasi; qorin bo'shlig'ini drenajlash; 4) fermentlarni proteazlar ingibitorlari bilan (kontrikal, gordoks, salol va boshqa) aktivsizlantirish.

Og'riqni yo'qotish yoki kamaytirish uchun analgetiklar va spazmolitiklar (no-shpa, papaverin, platifillin) qo'llanish zarur. Suv-elektrolit balansini idora qilish, yurak faoliyatini normaga solish va toksikozni pasaytirish maqsadida 5-10% li glyukoza eritmali, poliion eritmalar, poliglyukin plazmasi, gemodez qo'llanish tayinlanadi. Kaliy preparatlari, yurak glikozidlari ko'rsatmalar bo'yicha tayinlanadi.

Antiferment terapiya. Proteazalar ingibitorlari bilan davolash. 1953 yilda Frea o'tkir pankreatitni davolash uchun birinchi marta kallikrein inaktivatori - trasilol qo'llagan. Xozirgi vaqtda boshqa ingibitorlar: kontrikal, gordoks, pantripin, iniprol, zimofen va boshqalar keng qo'llanilyapti. Ingibitorlar ko'p yil qo'llanilishiga qaramay, ularning ta'sir mexanizmi, fazalari, qo'shimcha ta'siri turrisida yagona fikr yo'q. Ko'p sonli tekshirishlarda proteazalarning ingibitorlari pankreonekrozda ro'y-rost terapevtik samara berishi, zarbali dozalari bilan qo'shma davolash esa pankreatogen toksemik asoratlardan o'limni birmuncha pasaytirishi aniqlangan. Preparatni oddiy usullarda (mushak orasiga va venaga) yuborish me'da osti bezida va qorin bo'shlig'ida antiferment preparatlarning yuqori kontsentratsiyasini ta'minlay olmaydi. Bunga preparatlarni qo'shma usulda: venaga, regionar - arteriyaga, qorin pardasi ichiga, qorin pardasi orqasiga yuborilganda muvaffak bo'linadi. Proteaza ingibitorlarining yuqori mahaliy kontsentratsiyasi aktiv tripsinogenni bloklab qo'yish, periatsinar bo'shliqda tripsinning aktivsizlanishi va proteoliz regionar jaraenlarini to'xtatib qo'yishni, kininogenez va fibrinolizni ta'minlaydi.

Sitostatiklar bilan davolash. Oqsil sinteziga atsinoz xujayralari bilan ta'sir qilib sitostatiklar (5-ftoruratsil, ftorafur) me'da osti bezi ekzokrin funksiyasini to'xtatish 70-yillarning II yarmida pankreonekrozda qo'lanilgan. 5-ftoruratsil 500 ml fiziologik eritmada suyultirilib, sutkasiga bir marta 2-3 kun mobaynida 250-300 mg dozada yuboriladi. Preparat qorin aortasi stvoliga selektiv yuborilganda davolash eng ta'sirchan bo'ladi. Kasallikning kechikkan muddatlarida sitostatiklarning davolash ta'sirchanligi juda ozligini ta'kidlab o'tish zarur.

Pankreonekrozda gemosorbtsiya og'ir endotoksikozda, pankreogen shok hodisalarida va jigar-buyrak yetishmovchiligida rivojla-

nadigan intoksikatsion psixozlarda qo'llanilishi kerak.

Plazmoferez og'ir pankreatik endotoksikozni o'tqazishda yuqori davo natijasi olingan (A. M. Sazonov, 1984). Bu metodda vatanimizda ishlab chiqariladigan asbob yordamida limfa xaydalib (1-1,5 l gacha) donor plazmasi va albumin bilan aralashtiriladi. Plazmoferezning davo ta'siri plazma bilan birga ekzogen va endogen toksinlarni chiqarishdan iborat.

Laparoskopik drenajlash va qorin bo'shliq perfuziyasi. Pankreatogen peritonit jadal kechadi, tez oshib boradigan intoksikatsiya, parenximatoz organlar distrofiyasi, gemodinamikaning og'ir buzilishini keltirib chiqaradi. Peritonitga qarshi kurashning ta'sirchan chorasi eksudatni aktiv xaydash, qorin bo'shlig'iga antiferment preparatlar, antibiotiklar yuborish xisoblanadi. Shu maqsadda pankreonekrozni eng ta'sirchan va bezarar davolash metodi qorin bo'shlig'ini laparoskopik drenajlash, ayni vaqtda eksudatni peritoneal dializ tipi bo'yicha evakuatsiya qilish hisoblanadi.

Pankreatogen peritonitni laparoskopiya metodi bilan davolash ikki bosqichdan - diagnostik va davolash bosqichidan iborat bo'ladi. Diagnostik bosqichda pankreatit shakli, peritonit hodisalari bor-yoqligi aniqlanadi. Gemorragik eksudat, steatonekroz dog'lari va aseptik pankreatogen peritonit belgilari ikkinchi bosqich - qorin bo'shlig'ini qorin ichi perfuziyasi yoki infuziyasi o'tqazish maqsadida drenajlash uchun asosiy ko'rsatma hisoblanadi.

Me'da osti bezining lokal gipotermiyasi. O'tkir pankreatitni davolash bo'yicha tadbirlar kompleksiga me'da osti bezini qorin devori, me'da, yo'g'on ichak orqali sovutish yo'li bilan gipotermiyani kiritadilar. Bunda haroratni anchagina pasaytirish bez to'qimasida modda almashinuvi jarayonlarini susaytiradi, uning fermentativ funksiyasini va proteolitik fermentlar aktivligini kamaytiradi.

O'tkir pankreatitni xirurgik davolash. (Operatsiyalar) O'tkir pankreatit quyidagicha xirurgik davo qilinadi: 1) o'tkir pankreatit, uning destruktiv formalari; xoletsistit bilan birga uchraganda; 2) 36-48 soat mobaynida konservativ davolash naf bermaganda; 3) qorin bo'shlig'ini laparoskopik drenaj qilib bo'lmaydigan pankreatogen peritonitda; 4) o'tkir pankreatit asoratlarida; charvi xaltasi abstsessi, qorin pardasi orqasidagi kletchatka flegmonasida. O'tkir

pankreatitning destruktiv formalarini aniqlashda va davolashda laparoskopiyaning ahamiyati katta, o'ning yordamida diagnostika aniqlash, o't chiqaruv yo'llari gipertenziyasini aniqlash va laparoskop nazorati ostida teri orqali xoletsistostomiya o'tqazish, biroq eng muximi - qorin bo'shlig'ini suyuqlik aspiratsiyasi uchun drenajlash (ferment toksemiyani kamaytirish), qorin bo'shlig'ini antibiotiklar va proteaza ingibitorlari bilan yuvish mumkin.

O'tkir pankreatitni davolash kasallikning davriga asoslanadi.

Kasallikning fermentativ davrida bemorlarga bazis, antisekretor, detoksikatsion, immunostimullash, antibakterial davolash olib boriladi.

Oshqozon osti bezidagi destruktiv jarayonga nisbatan kasallikning fermentativ davrida davolash o'ziga xos xususiyatlariga egadir.

O'tkir shishli pankreatitda davolash bazis va antisekretor terapiyadan iborat.

Kichiko'choqli pankreonekrozda konservativ terapiya quyidagilardan iborat:

1. Oshqozon osti bezi faoliyatini bosish (ochlik, maxaliy gipotermiya, oshqozon zondlash va doimiy aspiratsiya, antisekretor terapiya – oktreotid, sandostatin).

2. Detoksikatsiya (plazmaferoz; ko'rsatmalarga asosan qorin bo'shlig'ini laparoskopik drenajlash; vena ichiga infuziya va forsirlangan diurez).

3. Antiferment terapiya – kontrikal, gordoks, trasilol.

4. Og'riqni oldini olish (spazmolitiklar, analgetiklar, novokain blokadalar).

Kattao'choqli pankreonekrozda bemorlarga antisekretor, detoksikatsion, antioksidant, antigipoksant, antiferment terapiya o'tqiziladi. Agar bemor kech murojaat qilsa, kattao'choqli pankreonekrozda antisekretor terapiya o'tqazilmaydi, chunki pankreonekroz rivojlanib bo'lgan va bu xolatda oshqozon osti bezi faoliyatini bosishdan foyda yo'q.

O'tkir destruktiv pankreatitni reaktiv davrida davolash quyidagilardan iborat: enteral zondli oziqlantirish, yuqorikaloriylik dieta; ichak normal florasi tiklash; yiringli asoratlarni oldini olish (antibiotiklar, immunokorreksiya); antioksidant va antigipoksantlar.

O'tkir destruktiv pankreatit septik turida bemorlarga operativ davolanish ko'rsatilgan.

O'tkir pankreatitni xirurgik davolashda operatsiyalarning quyidagi tiplari qullaniladi: 1) charvi xaltasini drenajlash, 2) me'da osti bezi dumi va tanasini rezektsiya qilish, 3) pankreatektomiya.

Bizning mamlakatimizda yopik, operatsiyalar - charvi xaltasini drenaj qilib, peritoneal perfuziya, omentopankreatopeksiya, me'da osti bezi oldingi yuzasini katta charvi to'plami bilan o'rash eng ko'p tarqalgan. Omentopankreatopeksiya jarayoning chegaralanishiga, me'da osti bezida qon ta'minoti yaxshilanishiga imkon beradi, nekroz bo'lgan qismlarning bitishini tezlashtiradi. Bu usul yog'li pankreonekrozning mayda va yirik o'choqli yakka formalarida qo'llanilishi kerak.

Katta va total nekrozlarda yiringli-septik asoratlarning oldini olish uchun erta o'tqaziladigan radikal operatsiyalar: sekvestrektomiya, nekrektomiya, bez rezektsiyasi, pankreatektomiya eng istiqbolli xisoblanadi. Keyingi ikkita operatsiyani aktiv kompleks davolash natija bermagan, nekrotik jarayon esa tez avj olib borayotgan bemorlarda o'tkazilgani yaxshi.

Sekvestrektomiya - nekrozlangan bez qismini jonsizlangan to'qima chegarasida olib tashlash - o'tmas yo'l, digitoklaziya bilan bajarilishi mumkin va bunda qon oqmaydi.

Nekrektomiya - nekrozlangan bez qismini qon bilan ta'minlanadigan to'qimalar chegarasida olib tashlash - o'tkir yo'l bilan bajariladi; bez to'qimalari nekroz chegarasi bo'ylab kesiladi va qonab turgan tomirlar qunt bilan tikiladi.

Me'da osti bezi rezektsiyasi - organning bir qismini bezning o'zgarmagan to'qimalari chegarasida ko'ndalangiga kesib olib tashlash splenektomiya bilan o'tishi yoki o'tmasligi mumkin. Ko'pincha me'da osti bezining korporokaudal rezektsiyasi taloqni olib tashlash bilan birga bajariladi, chunki odatda qorin pardasi ortidagi infiltratsiya bilan o'tadigan pankreonekrozda taloq venasi trombozi bo'ladi. Bundan tashqari, taloqni saqlab qolish uning tomirli oyog'ini bez to'qimasidan ajratish qiyinligidan operatsiyani mushkullashtiradi.

Radikal operatsiyalarda me'da osti bezi yuzasini va qorin

bo'shlig'i bo'limlarini drenaj qilish aloxida ahamiyatga ega. Ko'pgina olimlarning tajribasi shuni ko'rsatadiki, operatsiya natijasi ko'p jixatdan eksudatni yaxshi evakuatsiya qilishga va operatsiya qilingan joyni doimiy yuvib turishga bog'liq. Me'da osti bezi rezektsiyasidan keyin qorin bo'shlig'ida drenajlarni eng qulay joylashtirishni V. S. Zemskov taklif etgan.

Pankreonekrozda pankreatoduodenal rezektsiya nixoyatda kam qo'llaniladi. Uni Sovet Ittifokida A. A. Shalimov (1979) o'n ikki barmoq ichak devori destruktiviyasi bilan o'tgan total pankreonekrozli bemorlarda birinchi marta muvaffaqiyatli qo'llagan.

O'tkir pankreatit profilaktikasi

- Spirtli ichimliklar ichmaslik;
- To'g'ri ovqatlanish;
- Ruhiy zo'riqlashlardan chetlashish zarur.

Oshqozon osti bezi yallig'langanda ovqatlanish borasida nafsga berilmaslik kerak. Bir qarashda mazali, ammo oshqozon-ichak tizimini zo'riqtiradigan og'ir taomlar o'rnini hazmi yengil bo'lgan mahsulotlar bilan to'ldirishga o'rganish zarur.

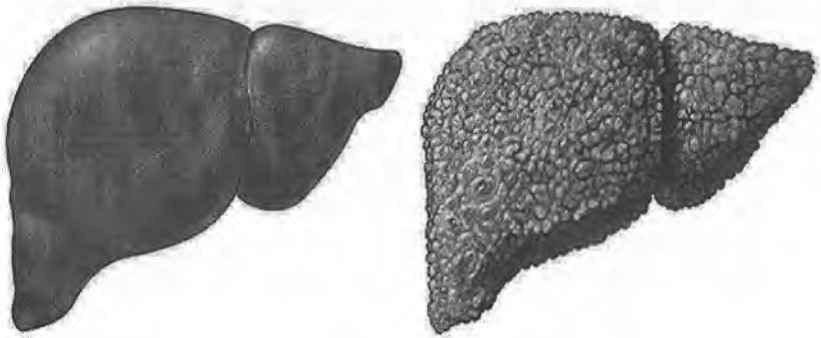
XVIII. JIGAR SIRROZI ALOMATLARI, KASALLIKNING BELGILARI, DAVOSI, KECHISHI VA BOSQICHLARI

Jigar sirrozi – bu surunkali kasallik, vaqt o'tgan sari a'zo to'qimasi qayta tiklab bo'lmaydigan o'zgarishlarga uchrab, yemirilib boradi. Yemirilgan hujayralar o'rnini chandiq biriktiruvchi to'qima egallaydi (140-rasm). Shu tariqa asta-sekinlik bilan jigar o'z vazifalarini bajara olmaydigan holatga tushib qoladi.

Bu xastalik bemor odamga dastlabki bosqichlarda sezilarli noqulayliklar tug'diradi, oxirgi bosqichlarda esa og'ir o'limga olib keladi. Jarayonni afsuski orqaga qaytarishning iloji yo'q, lekin sifatli va o'z vaqtida ko'rsatilgan tibbiy yordam kasallikning rivojlanishini to'xtatib turishning ilojisi bor.

Shu sababli kasallikka erta tashxis qo'yish va oldini olish muhim ahamiyatga ega. Jigar sirrozi alomatlari xastalikning turli bosqichlarida turli tuman ko'rinishda namoyon bo'ladi. Ularni o'z

vaqtida payqash va shifokorga murojaat etish inson hayotini saqlab qolishi mumkin.



140-rasm. Sogʻ va sirroz bilan kasallangan jigar.

Xastalikni keltirib chiqaradigan asosiy sabablar quyidagilar.

- Virusli hepatit, turli taxminlarga koʻra, 10-24% hollarda jigar patologiyasi shakllanishiga olib keladi. Gepatitning B, C, D kabi turlari va yangi aniqlangan hepatit G ham bu kasallikni chaqiradi; Ayniqsa hepatit C uzoq muddat belgilersiz kechishi, shu sababli kech aniqlanishi tufayli xavflidir. 97% holatlarda bu kasallik uzoq muddat kechib sirrozga olib keladi.

- 10 yil va undan koʻproq muddat davomida katta miqdordagi spirtli ichimliklarni isteʼmol qilish. Ichkilikning biron bir turiga bogʻliqlik yoʻq, asosiy omil – bu tarkibida etil spirtining mavjudligi va uning organizmga muntazam ravishda tushib turishi.

Oʻrtacha miqdorda uchraydigan sabablar

- Immun tizimining buzilishi. Koʻpchilik autoimmun kasalliklar sirrozning rivojlanishiga olib keladi;

- Oʻt yoʻllarning turli kasalliklari, shu jumladan buyrakdan tashqaridagi obstruksiya, oʻt-tosh kasalligi va boshlangʻich sklerozli xolangit. Bunda koʻpincha oʻt yoʻllarini oʻtkazuvchanligi buziladi, oʻt suyuqligi turib qolib, dimlanadi va aʼzoga zaharli taʼsir koʻrsatadi. Oʻt yoʻllari oʻtkazuvchanligi buzilganda 3 oydan 18 oygacha boʻlgan muddatlarda xastalik rivojlanadi.

- Portal gipertenziya
- Jigarda qon aylanishi buzilishi va venoz qon turib qolishi (dimlanishi) yoxud Baddi-Kiarri sindromi ham sabab bo‘ladi.

Kam uchraydigan sabablar

- Irsiy kasalliklar, xususan genetik jihatdan moddalar almashinuvi buzilishi (glikogen to‘planish anomaliyalari, Vilson-Konovalov kasalligi, a-antitripsin va galaktoz-1-fosfat-uridiltransferaza yetishmovchiligi) sabab bo‘ladi.
- Organizmga toksik ta‘sir ko‘rsatadigan kimyoviy moddalardan zaharlanish. Bu kabi moddalar orasida sanoat zaharlari, og‘ir metallar tuzlari, aflatoksinlar va qo‘ziqorin zaharlari ayniqsa jigarga qattiq zarar etkazadi;
- Iprazid, anabolik steroidlar («baquvvat bo‘laman deb»), izoniazid, androgenlar, metildofa, inderal, metotreksat va boshqa shu kabi gepatotsik preparatlarni uzoq muddat iste‘mol qilish.
- Juda kam uchraydigan Randyu-Osler xastaligi ham sirrozga olib kelish ehtimoli bor.

Agar kasallik sabablari aniqlanmagan bo‘lsa kriptogen (noma‘lum sababli) sirroz deb ataldi. Bu 12% – 40% holatlarda kuzatiladi. Kasallik rivojlanishi ehtimoli yuqoridagi faktorlar birga kelganda yana ham ortadi. Masalan gepatitga chalingan kishi, uni ustiga alkogolni ham haddan ortiq iste‘mol qilsa xavf bir necha barobar ortadi

Dastlabki bosqichdagi jigar sirrozi alomatlari

Har doim ham sirrozning ilk bosqichlarida, kasallik belgilariga qarab tashxis qo‘yishning iloji yo‘q. Chunki 20 % holatlarda xastalik latent (yashirin) ko‘rinishda kechadi va o‘zini hech qanday namoyon qilmaydi. Undan tashqari yana 20% bemorlarga ancha kech faqat o‘limidan so‘nggina tashxis qo‘yiladi. Shunday bo‘lsa ham qolgan 60% bemorlarda xastalik o‘zini ilk bosqichlarda namoyon qiladi va tashxis qo‘yishga imkon beradi.

Jigar sirrozi alomatlari ichida quyidagilari xastalik haqida oldindan ogohlantiradi.

- Ba‘zi-ba‘zida o‘ng qovurg‘alar ostida paydo bo‘ladigan og‘riq. Og‘riq ko‘pincha jismoniy zo‘riqishdan yoki qovurilgan, yog‘li taomlar va alkagol iste‘molidan keyin kuchayadi.

- Og'izda achchiq ta'm va quruqlik hissi paydo bo'lishi, ayniqsa tong vaqtida.

- Odamni surunkali ich ketishi va kuchli qorin dam bo'lishi (meteorizm) bezovta qiladi

- Bemor birmuncha vazn yo'qotadi, tajang va tez charchaydigan bo'lib qoladi.

- Kasallikning ba'zi formalari, masalan postnekrotik sirroz dastalabki bosqichni o'zidayoq yaqqol alomat teri sariqligini chaqiradi.

Ayrim hollarda xastalik darrov o'tkir ko'rinishda, hech qanday alomatlarisiz boshlanadi.

Oxirgi bosqichlardagi jigar sirrozi kasalligi belgilari

Xastalik belgilari kasallik rivojlangan sari ko'payib yaqqollashib boradi.

- O'ng tomonda qovurg'alar ostida jigar og'rig'i uning kapsulasi kengayib kattalashgani, tufayli kuchayib boradi. Og'riq kolik xarakterga ega, o'ng yonbosh xuddi og'irroq bo'lib qolgandek his paydo bo'ladi.

- Bemorda ko'pincha ko'ngil aynishi, qusish kuzatiladi. Qusganda qusiqqa qon aralashib chiqishi, me'da va qizil o'ngachdan qon ketayotgani ko'rsatadi.

- Qonda ortiqcha miqdorda o't kislotalari to'planib qolish sababli teri qichishadi.

Tashqi ko'rinishida sezilarli o'zgarishlar sodir bo'ladi.

- Tana vaznini yo'qotish, kuchli holsizlikka olib keladi.

- Mushaklar tonusini pasayishi, ularning atrofiyasi (oziqlanishi buzilishi sababli, o'z funktsiyalarini bajara olmay qolishi).

Teri va barmoqlarda kasallik belgilari namoyon bo'la boshlaydi.

- Ksantalezmalarning hosil bo'lishi. Ular yog'dan tashkil topgan dog'lar, odatda yuqori qovoqlar sohasida joylashadi.

- Barmoqlar oxiri qalinlashadi, baraban tayoqchalari shaklini oladi, tirnoqlari yaqinidagi teri qizaradi.

- Bo'g'imlar shishib qolib, og'riy boshlaydi Teri sarg'ish rangga kiradi, ko'chib tusha boshlaydi. Yaqqol sariqlik jigar sirrozi oxirgi bosqichi belgilarida hisoblanadi. Birinchi ko'z sariq tusga kiradi, so'ngra shilliq qavatlar oxirida esa butun teri. Sariqlik a'zo

billuriben pigmentini o'zlashtira olmasligi bilan bog'liq.

Jigar sirrozida odam tanasidagi o'zgarishlar.

- Qorindagi vena tomirlari kengayadi. Bunday shishgan venalar ko'karib kindik atrofidan hamma tarafga tarqalgan bo'ladi, xuddi «meduza boshi»ga o'xshab qoladi

- Xastalikda gavdaning yuqori qismida, kindikdan teparoqda qizil yulduzchalarga o'xshash toshmalar ko'rinadi. Bu toshmalar aslida organning darvoza qon aylanish tizimida gipertenziya – bosim ortib ketishi sababli yorilib ketgan teridagi mayda kapilyar qon tomirlardir.

- yuqoridagilar jigar sirrozi kasalligi belgilari ichida eng taniqlilaridan.

- Tsirozning xarakterli xususiyati «telangiektaz» (qizil toshma) hech qachon kindik zonasidan pastroqda shakllanmaydi. Bu hussiyat uni boshqa shunday o'xshash belgili kasalliklardan farqlashga yordam beradi. Kasallikning o'tkir bosqichida yulduzchalar kattaroq va juda sezilarli ko'rinadi;

- Burunning burchagi va ko'zning burchaklarini angiomalar (qizil xollar) qoplaydi;

- Qo'l kafti va kamroq oyoq kaftini qizarishi.

Quyidagi belgilar tufayli inson tashqi ko'rinishi va o'zini tutishi bemorga xos chuqur o'zgarishlarga uchraydi.

- Til shishib , yorqin rangga kiradi;

- Erkaklarda sut bezlari o'sa boshlaydi va jinsiy organlar funktsiyalari sussayib atrofiyaga uchraydi. Ikkilamchi jinsiy belgilar (masalan erkaklar uchun xarakter, soqol va tuklar, qomat, ovoz va hk.) kamayadi.

- Astit – qorin bo'shlig'ida suyuqlik to'planishidir. Jigar sirrozining kech asoratlaridan biri.

- yuz nosog'lom qizil tusda. Yanoqlar bo'rtib chiqib, so'lak bezlari kattalashgan ketgan.

- Markaziy nerv tizimi tomonidan yaqqol buzilishlar: Uyqusizlik, xotira susayishi, titroq va atrofdagilarga befarqlik (apatiya) rivojlanadi.

Jigar sirrozi bosqichlari

Kasallik bir necha bosqichlarda boradi, har bir bosqich o'ziga xos klinik belgilarga ega bo'ladi. Xastalik qanchalik rivojlanganligiga qarab, nafaqat bemorning ahvoli, balki davolanish yo'llari ham farq qiladi.

1-bosqichi, kasallikning kompensator fazasi.

Rivojlanishning ushbu bosqichida jigar sirrozi alomatlari o'zini hech qanday yo'l bilan namoyon qilmaydi. Agar kasallik bu vaqtda aniqlanadigan bo'lsa, unda paydo bo'gan a'zo yetishmovchiligini dori vositalari yordamida kompensatsiya qilsa bo'ladi. Shuning uchun ham shifokorlar bu bosqichni kompensatsiya bosqichi deb atashadi.

Bemorda o'zida hech qanday kasallik belgilarni sezmasa ham, a'zoda allaqachon o'zgarishlar boshlangan. Bu fazada jigar hujayralari – gepatotsitlar nekrozga (o'limga) uchrab yemirilib, ularning o'rniga fibroz chandiqliq to'qimasi hosil bo'lib boradi. Agar o'z vaqtida davolanish boshlanmasa tez orada a'zo o'z funksiyalarini to'liqlik bajara olmay qoladi.

Bu vaqtda laboratoriya analizlar billuribin darajasi ortgani, protrombik indeks esa 60 gacha pasayadi. Lekin odam o'zini umuman sog'lom xis qiladi, faqat ba'zida o'ng qovurg'alar osti og'rib turadi. Shu sababli shifokor ko'rigidan doimo o'tib turish lozim.

2-bosqich kasallikning subkompensator fazasi

Keyingi bosqich subkompensatsiya deb ataladi. Nomdan kelib chiqqan holda tushunricsish mumkinki, xastalik belgilari yaqqolroq ko'zga tashlanadi. Bu esa o'lik gepatotsitlar (jigar hujayralari) sonining ortishiga bog'liq.

Ushbu bosqichda har bir kishi o'z organizmida nimalar sodir bo'layotgan o'zgarishlarni sezishi mumkin. Bemor zaiflik, apatiya (befarqlik), samaradorlikning kamayishi, ko'ngil aynish, vazn yo'qotish va kasallikning boshqa erta belgilari tufayli qiynaladi. Erkaklar bu bosqichda o'zida ginekomastiyaning birinchi belgilari mavjud.

Laboratoriya ko'rsatkichlariga kelsak, albuminning darajasi kamayib boradi va protrombik indeks 40 ga yetadi. Ammo, agar davolash o'z vaqtida boshlangan bo'lsa, bu bosqichni kompensatsiya bosqichiga o'tkazishga umid qilsa bo'ladi.

3-bosqich kasallikning dekompensatsiya fazasi.

3-bosqichda normal ishlayotgan gepatositlar soni o'ta kamayadi. Bu esa jigar yetishmovchiligining rivojlanishiga va kasallik belgilari ortishiga olib keladi. Teri sariq tusda, qorinda og'riqlar odamni ko'proq qiynaydi. Tez-tez bu bosqichda astit (qorin bo'shlig'ida suyuqlik to'planishi) rivojlanadi.

Labatoriya analizida albuminlar darajasi va protrombik indeks juda ham pasayib ketadi.

Ushbu bosqichda davolanish kam samara beradi, lekin oz bo'lsada dori-vositalari xastalikni yengishi ehtimoli yo'q emas. Bemor shifokor nazorati ostida stantsionarda bo'lishi kerak.

Ushbu bosqichda sirroz asoratlari katta xavf tug'diradi. Eng yomon asoratlarga – jigar komasi, saratoni, ichki qon ketish, peritonit va pnevmoniya kiradi.

4-bosqich kasallikning oxirgi fazasi

Kasallikning yakuniy bosqichida a'zo shunchalik qattiq shikastlanganki u endi o'z vazifasini bajara olmaydi. Judayam kuchli og'riq kuzatiladi, bemorga kuchli og'riq qoldiruvchi vositalar tayinlanadi.

Ushbu bosqichda kasallikning rivojlanishini to'xtatishning imkoniyati yo'q. Prognoz, odatda, salbiy. Yangi jigar ko'chirib o'tkazilmasa odam kasallikning og'ir asoratlaridan nobud bo'ladi.

Jigar sirrozi prognozi

Vaqtida boshlangan yetarli darajadagi davolash bilan patologik jarayonning rivojlanishini to'xtatish mumkin. Yo'ldosh kasalliklarning mavjudligi, asoratlar, bemorning turmush tarzi, sirrozning kasalligining bosqichi ham muhim yashab qolish ko'rsatkichida muhim rol o'ynaydi.

Agar gepatotsitlarning (jigar hujayralarining) katta qismi o'z faoliyatini saqlab qolgan bo'lsa. Undan tashqari bemor turmush tarzini qayta ko'rib chiqib zararli odatlaridan voz kechsa va shifokor tomonidan belgilab qo'yilgan terapevtik sxemaga rioya qilsa, bemorning umr ko'rish ko'rsatkichi 7 yil va undan ko'p. Bunday qulay prognoz faqat kasallikning kompensatsiyalangan formasiga nisbatan amal qiladi.

Subkompensatsiya formasida o'rtacha umr ko'rish muddati

taxminan 5 yilni tashkil etadi. Buning sababi, gepatotsitlar asta-sekin kamayib borishi va oxiri ularning miqdori a'zoning normal ishlashi uchun yetarli bo'lmay qoladi.

Dekompensatsiya bosqichidagi bemorlarning 40% dan ko'prog'i uch yil yashaydi.

Bundan tashqari, ayrim kriteriyalarga ko'ra, xastalikda yashab qolish muddat prognozini hisoblash uchun maxsus ishlab chiqilgan tizimlar mavjud. Bular orasida «Chayld-Pyu» prognostik tizimi, Koxning proporsional xavf modellari va boshqalar mavjud. Ularning hammasi kasallikning kechishi va oqibatlari haqida nisbatan yuqori aniqlikda taxmin qilishga imkon beradi.

Chayld-Pyu bo'yicha jigar sirrozi kasalligi klassifikatsiyasi

Xastalikning o'g'irlik darajasini shifokorlar Child and Pyu tomonidan tavsiya etilgan tasnif bo'yicha baholash imkoniyati mavjud. Ushbu metodda har bir jigar sirrozi kasalligi belgilariga ma'lum miqdorda ballar beriladi. Mutaxassislar to'plangan ballarga qarab kasallikni uchta sinfga bo'ladilar A, B va C. Har bir sinf uchun o'ziga mos og'irlik darajasi bor.

yuqoridagi ma'lumotlarni aks ettiruvchi jadval.

| Baholanadigan belgilar | Child-Pyu bo'yichalar guruhlar | | |
|--|--------------------------------|---|---|
| | A (1ball) | B (2 ball) | C (3 ball) |
| Plazmadagi umumiy bilirubin, mmol / l | <34 mmol / l | 34-50 mmol / l | > 50mol / l |
| Qon plazmasi albumin , g | > 3.5 g | 2.8-3.5 g | <2.8 g |
| Astit (qorin bo'shlig'ida suyuqlik to'planishi) | Yo'q | Davolash osonroq | Og'ir, nazorat qilish murakkab |
| Jigar ensefalopatiyasi | Yo'q | I-II darajali (engil, terapevtik nazorat ostida) | III-IV darajali (og'ir, nazorat qilish murakkab) |
| Protrombin indeksi (PTI),% | > 60% | 40-60% | <40% |
| protrombin vaqti (PTV), p | 1-4 b | 4-6 soniya | > 6 soniya |
| xalqaro normallashtirilgan munosabatlar (INR) | > 1.70 | 1.71-2.20 | > 2.20 |

Ballarni hisoblash va baholash

1. Agar bemor to'plagan ballar 5 dan 6 gacha bo'lsa, 1 yil davomida yashab qolish darajasi 100% ni tashkil qiladi, ikki yil ichida omon qolish ehtimoli esa 85% ga teng.

2. Bemor 7-dan 9-gacha ball to'plasa u B sinfiga kiradi: 1 yil mobaynida yashab qolish darajasi 81%, ikki yillik yashovchanlik darajasi esa 57% ni tashkil etadi.

3. C sinfi 10 dan 15 ballgacha teng bo'lsa, prognoz sezilarli darajada yomonlashadi. Omon qolishning yillik darajasi 45 foizni tashkil etadi, ikki yillik omon qolish darajasi esa 35 foizga yetadi.

Ta'kidlash kerakki, ushbu baholash tizimi to'liq haqqoniy emas. U kasallikning barcha barcha alomatlarini hisobga olmaydi. Masalan qizilo'ngach tomirlarining varikoz kengayishi, ichki qon ketish va hk.

Jigar sirrozi diagnostikasi.

Bunday jiddiy tashxisni shifokor bemorni keng ko'lamli tekshiruvdan o'tkazmasdan qo'ya olmaydi. Avvalo, bemor biokimyoviy tahlilga qon topshirishi kerak bo'ladi. Agar natijalar shifokorni xavotirga solsa, u bemorni chuqurroq ko'rikdan o'tkazishga yuboradi.

Koagulogramma qon ivish tizimida muammolar bor yoki yo'qligini ko'rsatadi. Umumiy qon tahlilida gemoglobin miqdori o'lchanadi, ko'pincha, jigar sirrozi bilan og'rikan bemorlarda gemoglobin miqdori kamaygan bo'ladi. Anemiya – kam qonlik aniqlanadi. Bundan tashqari, leykotsitlar va trombotsitlar soni sezilarli darajada kamaygan bo'ladi.

Kasallikning virusli tabiatini tasdiqlash yoki inkor qilish maqsadida, gepatit – A, B, C, D va E ga tekshiriladi. Oshqozon-ichak traktidan yashirin qon ketayotganligini tekshirib ko'rish uchun tahlilga najas topshiriladi.

Buyrak yetishmovchiligi elektrolitlar va kreatin darajasida aniqlanadi. Jigar saratoniga shubha tug'ilsa, bemorga alfa-fetoproteinga qon topshirishi kerak bo'ladi.

Bundan tashqari, qorin bo'shlig'ining barcha a'zolarini va organing portal tomirlarni ultratovush tekshiruvidan o'tkaziladi. Astsit va taloqning kattalashgani aniqlashi muhim ahamiyatga ega.

Ezofagoskopiya yordamida shifokor qizilo'ngach va me'daning

venalarining varikoz kengayishi haqida xulosa qiladi.

Tashxisni aniqlashtirish va kasallikning bosqichini aniqlash maqsadida organning biopsiyasi tayinladi. Kerak bo'lsa, shifokor bemorni jigar sintigrafiyasiga yoki KT, doplerografiya va angiografiya, splenoportografiya, teri va jigar orqali portografiya tekshiruviga yuboradi.

Bemorlarning ko'pchiligi, shifokorning dahshatli tashxisini eshitgandan so'ng, kasallikdan butunlay qutulish mumkinmi degan savolni beradi. Zamonaviy tibbiyotda afsuski bunday imkoniyatga hozircha ega emas. To'liq tuzalib ketishning birdan bir imkoni yangi donor a'zoni ko'chirib o'tkazishdir. Ammo, jigar transplantatsiyasi har bir bemorga ham to'g'ri kelavermaydi, undan tashqari juda ham murakkab operatsiya.

Shunga qaramay, umidsizlikka tushish kerak emas, chunki agar sirroz dastlabki bosqichlarda aniqlangan bo'lsa, uni rivojlanishini to'xtatib qo'yishni iloji bor. Xastalik kechikkan bosqichlarda aniqlangan bo'lsa, shifokorlar kasallikning rivojlanishini biroz sekinlashtirishga va og'ir asoratlarning boshlanishini mumkin qadar ortga surishga qodirlar.

Davolanishga keladigan bo'lsak, u har bir bemor uchun, har bir vaziyatda qat'iy individual ravishda belgilanadi. sirrozning kompensatsiyalangan bosqichidagi bemorlarda xastalik sababi aniqlandi va uni bartaraf etishga qarshi choralar ko'riladi. Masalan gepatitga qarshi dorilar tayinlanadi yoki alkogolizmdan qutulishiga yordam beriladi.

Bemor aniq bir parhezga rioya qilishi zarur, dieta tarkibida yetarli darajada oqsil va uglevodlar bo'lishi shart. Alkogol va zararli mahsulotlar butunlay iste'mol qilmaslik kerak. Barcha dori vositalari faqat shifokor tavsiyasi bilan qo'llaniladi.

Odatda, bemorga fizioterapevtik vositalar, jismoniy mashqlar, issiqlik yordamida davolanish tavsiya etilmaydi. Hech bir xalq tibbiyoti vositalaridan davolovchi mutaxassis maslahatisiz foydalanish kerak emas.

Agar bemor dekompensatsiya bosqichida yordam so'rab murojaat qilsa, jiddiy asoratlar paydo bo'lish ehtimoli yuqoriligi sabab u shifoxonada davolanadi. Ushbu davrda shifokorning asosiy maqsadi

kasallikning rivojlanishining sekinlashtirishga qaratilgan. Buning uchun bemorning ahvoriga va sirroz shakli va bosqichiga qarab alohida sxema bo'yicha tanlab olingan dorilar ishlatiladi.

Mutaxassis tomonidan gepatoprotektorlar, ursodeoksikolik kislova, nitratlar va b-adrenoblokerlarni tayinlanish mumkin.

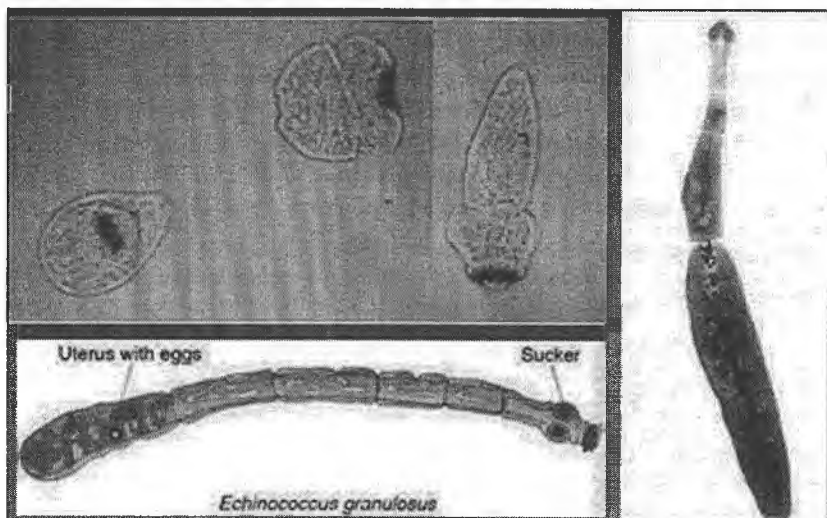
Jigar sirrozini oldini olish proflaktikasi.

Sirroz – muayyan profilaktik chora-tadbirlarga amal qilish yo'li bilan oldini olish mumkin bo'lgan kasallik, shu jumladan:

- Gepatitni malakali gepatolog yordamida davolash va belgilangan terapevtik rejimga rioya qilish;
- Dori-darmonlarni o'zboshimchalik bilan qabul qilishni cheklash, zararli sanoat korxonalarida ishlashdan qochish;
- Vitamin va mineral komplekslarni qabul qilish;
- Yog'li, qovurilgan va achchiq ta'mli , konserva va yarim tayyor mahsulotlarini iste'mol qilmaslik
- Yomon odatlardan, ayniqsa, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilishdan bosh tortish;
- Gepatitning tarqalishini oldini olishga qaratilgan profilaktik chora-tadbirlar;
- Ovqat hazm qilish tizimining endoskopik tekshiruvini har yili o'tkazish;
- Shaxsiy gigienaga rioya qilish va shaxsiy gigiena vositalaridan foydalanish;
- Virusli gepatit B ga qarshi emlash.

XIX. EXINOKOKKOZ

Exinokokkoz - Echinococcus granulosus oilasiga mansub gijjaning lichinkalik bosqichining odamning turli a'zolarida rivojlanishidan kelib chiqadigan kasallikdir. U turli a'zolarini birlamchi va disseminatsiya yo'li orqali zararlashi mumkin. Gijjaning eng ko'p uchraydigan lokalizatsiyasi bu jigar (80% gacha) va o'pkadir. Exinokokkoz a'zolarining destruktivizatsiyasi, organizmning allergizatsiyasi va og'ir asoratlar bilan xarakterlanib, ko'p hollarda nogironlik va o'lim holatlariga olib keladi (Ras. 141).



141-rasm. *E. Granulosus* ko‘rinishi.

Oxirgi yillarda jigar exinokokkozi (JE) bilan bemorlar sonining ortib borishi bir qator omillarga bog‘liqdir. Birinchi o‘rinda, klinik amaliyotga yuqori informativ tekshiruv usullarining tatbiq etilishi va shuning oqibatida ushbu patologiya bilan bemorlarning ko‘proq aniqlanishi. 90-yillarda katta tibbiyot muassasalarining ilg‘or usullari hisoblangan rentgenografiya va ultrasonografiya kabi vizual tekshiruv usullarining oxirgi yillarda sog‘liqni saqlash tizimining hattoki tuman zvenolarining diagnostik arsenalida ham ajralmas qism bo‘lib qoldi.

Jigar exinokokkozining kliniko-morfologik tasnifi

Larvotsistaning morfologiyasiga ko‘ra:

- *Echinococcus veterinarum*;
- *Echinococcus hominis*;
- *Echinococcus acephalocystis*.

Kistalar soniga ko‘ra:

- yakka;
 - ko‘plamchi:
- bitta bo‘lakning zararlanishi bilan;

ikkala bo‘lakning zararlanishi bilan.

Boshqa a‘zolarining qo‘shilib kelgan zararlanishiga ko‘ra:

- faqatgina jigarning zararlanishi;
- boshqa a‘zolarining qo‘shilib kelgan zararlanishi.

Kistaning diametriga ko‘ra:

- kichkina (5 sm gacha);
- o‘rta (6-10 sm);
- katta (11-20 sm);
- gigant (21 sm va undan katta).

Kistaning segmentar joylashuviga ko‘ra:

- I-YIII segmentlar.

Kista joylashuvining xususiyatiga ko‘ra:

- chekka joylashuv;
- diafragmal yuza kistalari;
- vistseral yuza kistalari;
- parenxima ichidagi kistalar;
- jigar darvoza sohasi kistalari;
- jigarning butun bir bo‘lagini egallagan kistalar.

Asoratlar borligi va turlariga ko‘ra:

- asoratlanmagan shakli;
- asoratlangan shakli:
 - kistaning yiringlashi;
 - o‘t yo‘llariga yorilishi (1 tip – yaqqol klinika bilan,
 - 2 tip – yaqqol bo‘lmagan klinika bilan,
 - 3 tip - simptomsiz);
 - qorin bo‘shlig‘iga yorilishi;
 - plevra bo‘shlig‘iga va ko‘krak qafasi a‘zolariga yorilishi;
 - o‘t yo‘llarining bosilishi va mexanik sariqlik;
 - portal gipertenziya;
 - ohaklanish;
 - qo‘shilib kelgan asoratlar;
 - kam uchraydigan asoratlar.

Kelib chiqishiga ko‘ra:

- birlamchi;
- rezidual;
- reinvaziv;

- petsidiv

Jigar exinokokkozi diagnostikasining protokollari

JE diagnozi bilan murojaat etadigan bemorlarning barchasini guruhlarga bo'linadi:

- Birlamchi jigar exinokokkozi (solitar, birlamchi-ko'plamchi, qo'shilib kelgan)
- Retsidiv jigar exinokokkozi (etiologik omilga ko'ra: retsidiv, rezidual, implantatsion, metastatik, reinvaziv).

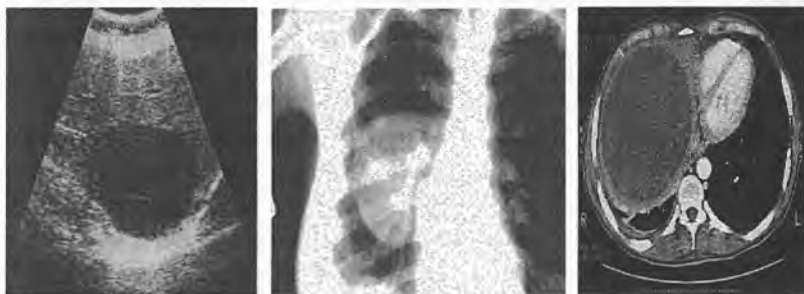
Jigar exinokokkozi diagnostikasi mezonlari:

1. Bemorlarning statsionarga yotgandagi shikoyatlari: o'ng qovurg'a ostida og'riqlar, qorinning turli sohalarida diskomfort, tana haroratining davriy ko'tarilib turishi, umumiy holsizlik, ko'ngil aynishi, epigastral sohadagi og'riqlar, ozish, teri qichishi, shikoyatlar yo'qligi.

2. Fizikal tekshiruvlar (qorin palpatsiyasi): jigar sohasida og'riqlar, gepatomegaliya, paypaslanadigan jigar va qorinning boshqa qismlari EK si. Anamnezda exinokokkoz sababli operatsiyalar o'tkazilgan bo'lsa – operatsiyadan keyingi chandiqlar xarakteri.

3. Laborator tekshiruvlar: qonning umumiy tahlili (eozinofillar, leykotsitlar va EChT ga alohida e'tibor), siydik umumiy tahlili, qonning bioximik tahlili, qon guruhi, rezus-omil, RW, koagulogramma, KIM. Maxsus laborator tekshiruvlar: lateks-agglyutinatsiya reaksiyasi (LAR), bevosita gemaglyutinatsiya reaksiyasi (BGAR), geldagi ikki qavatli diffuziya reaksiyasi (GIQDR) va immunoferment tahlil (IFA).

4. Instrumental tekshiruv usullari: rentgenologik tekshiruv (ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i sharxlovchi rentgenogrammasi), jigar va qorin bo'shlig'i boshqa a'zolari UTT (sonografik belgilariga ko'ra jigar exinokokk kistalarini H.Gharbi va mualliflar tasnifi (1981y.) bo'yicha bo'lish), qorin bo'shlig'i a'zolarining kompyuter tomografiyasi (ko'plamchi zararlanishda, JE ning retsidiv shakllarida), EGDFS, UTT, KT, EKG(Ras. 142).



142-rasm. UTT, Rentgenografiya, KT.

Xirurgik bo‘limda jigar exinokokkozida diagnostika-davo taktikalari protokollari

1. “Jigar exinokokkozi” deb qo‘yilgan diagnoz (EK larining o‘lchami 5 sm dan katta bo‘lganda) rejali operatsiyaga – jigardan exinokokkektomiyaga ko‘rsatma bo‘lib xizmat qiladi.

2. Operatsiyadan oldingi tekshiruv davrida sonografik va KT ma‘lumotlariga ko‘ra tuzilgan polipozitsion rekonstruktiv-sxema parazitlar kistalarning soni, o‘lchami va joylashuvini baholab, operatsiya yo‘lini, operativ aralashuv hajmini va olib tashlanadigan kistalar sonini prognoz qilish muhim ahamiyatga ega.

3. Operatsiyadan oldingi diagnostikada shubhalar paydo bo‘lganda va mexanik sariqlik fonidagi shoshilinch holatlarda quyidagi ko‘rsatmalar bor:

- sariqlik etiologiyasini aniqlashtirish uchun differentsial diagnostika o‘tkaziladi (EK si bilan magistral o‘t yo‘llarining bosilib qolishi, kistaning o‘t yo‘llariga yorilishi, O‘TK, xoledoxolitiaz);

- endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya (ERXPG) o‘tkazish.

4. Jigar exinokokkozining qaytalangan shakllarida retsidivning etiologiyasi va xarakterini aniqlashda zarur: birinchi operatsiyadan keyingi muddatni aniqlash, birlamchi exinokokk kistalarining soni, o‘lchami va lokalizatsiyasi xarakteri, birlamchi operatsiya (exinokokkektomiya yo‘li va usuli) xarakteri, drenajlovchi naychani olib yurish muddati, operatsiyadan keyingi davrda profilaktik

antiretsidiv ximioterapiya maqsadida albendazol hosilalarini qabul qilganlik.

5. Katta bo'lmagan (5 sm gacha) EK larining diagnostika qilinishi mustaqil davo usuli sifatida albendazolni ishlatishga imkon beradi.

Jigar va qorin bo'shlig'i boshqa a'zolari exinokokkozida xirurgik taktika protokoli

1. Jigar va qorin bo'shlig'ining boshqa a'zolari exinokokkozi tufayli qilinadigan operatsiyalar endotraxeal narkoz ostida qilinishi zarur.

2. JE ning retsidiv shakllarida (xususan ko'p marta, ko'plamchi zararlanish, disseminirlangan shakllarida) operatsiya rejasini aniqlashda va uning bajarilishida tajribali xirurgning ishtiroki shart.

3. Adekvat xirurgik yo'lni tanlash: kistalar jigarda joylashganda - yuqori-o'rta laparotomiya, o'ng qovurg'a ostidan, pararektal, kombinirlangan, burchaksimon, ko'ndalang, torakoabdominal va sh.k. Qorin bo'shlig'i a'zolarining disseminirlangan zararlanishida total o'rta kesim eng ma'qul yo'l hisoblanadi.

4. Jigar va qorin bo'shlig'ining boshqa a'zolari exinokokkozi tufayli bajariladigan operatsiya ikki etapdan iborat bo'lishi lozim – parazitni olib tashlash va qoldiq bo'shliqni yo'qotish, hamda quyidagi topshiriqlarni birin-ketin hal etilishini nazarda tutadi:

- jigar va qorin bo'shlig'i reviziyasi;
- parazitlar kistani topish, uning o'lchamlarini, lokalizatsiyasini, kistalar sonini va parazitlar zararlanish xarakterini aniqlash;
- aparazitlik va antiparazitlikning ma'lum printsiplariga qat'iy rioya qilgan holda fibroz kapsulani ishlov berishda standart antiparazitlar vositalardan foydalanish;
- qoldiq bo'shliqni yo'qotish usullarini qo'llash.

5. Exinokokkektomiya usullari:

- yopiq – kista bo'shlig'ini ochmasdan ("ideal", a'zoni kista bilan birga rezektsiya qilish, a'zoni kista bilan birga olib tashlash, sistperitsistektomiya);
- ochiq – kistani punktsiya qilib yoki bo'shlig'ini ochgan holda ichidagilarni olib tashlash ;
- qo'shma – ko'plamchi exinokokkozda – ba'zi kistalarni yopiq

olib tashlash va boshqalarini ochiq olib tashlashni qo'shma qo'llagan holda.

6. Qoldiq bo'shliqni yo'qotish usullari:

- qoldiq bo'shliqni to'liq yo'qotish yo'llari: kapitonaj, fibroz kapsula invaginatsiyasi, katta charvi bilan tamponlash, fibroz kapsulani total yoki subtotal rezektsiyasi;

- qoldiq bo'shliqni noto'liq yo'qotish va uni tashqi drenajlash: kapitonajdan keyin, fibroz kapsula invaginatsiyasidan keyin, charvi bilan tamponlashdan keyin va h.k.;

- qoldiq bo'shliqni faqat tashqi drenajlash.

7. Atipik rezektsiya va peritsistektomiya faqatkina kistalar chekka va yuzaki joylashganda, hamda jigarning portal va kaval darvozasi bilan bog'liq bo'lmaganda bajarilishi lozim.

8. Jigarning ko'plamchi zararlanishida exinokokkektomiya operatsiyasini bajarish uchun xirurgik aralashuv taktikasini va hajmini aniqlash maqsadida, hamda EK larini topish uchun intraoperatsion UTT o'tkazilishi kerak. Operatsiyadan keyingi davrda ratsional kuzatuv taktikasini ishlab chiqish va qoldiq bo'shliq tomondan asoratlarning oldini olish uchun qoldiq bo'shliq fibroz kapsulasining lokalizatsiyasi sohasini exotomoskopik kartinasining boshlang'ich holatini aniqlab olish uchun intraoperatsion UTT o'tkazilishi lozim.

9. Jigardan laparoskopik exinokokkektomiya bajarish uchun ko'rsatmalar:

- hayot tarzining birinchi ikki davridagi solitar va yuzaki joylashgan 5 sm dan kattaroq bo'lgan EK lari. Operatsiya qoldiq bo'shliqni drenajlash bilan tugatilishi kerak.

10. Qorin bo'shlig'i exinokokkozida qoldiq bo'shliqni yo'qotishda magistral qon tomirlar, qorin bo'shlig'i kovak a'zolari yaqinida bo'lganda fibroz kapsulani maksimal olib tashlab uning katta bo'lmagan qismini qoldirish mumkin.

11. Taloq exinokokkozida: a'zoning katta qismi zararlanganda, kistaning yuqori qirg'oqda yoki darvoza sohasida joylashganida, a'zoni saqlovchi operatsiya bajarish imkonini bo'lmaganda splenektomiya bajarilishi mumkin.

12. Jigar va qorin bo'shlig'ining boshqa a'zolaridan exinokokkektomiya qorin bo'shlig'ini drenajlash bilan tugatilishi lozim.

Operatsiyadan keyingi davrda olib borish protokollari

Jigardan exinokokkektomiya bajarilganda erta operatsiyadan keyingi davrda quyidagilar amalga oshirilishi lozim:

1. Infuzion terapiya (0.9% li natriy xlori, 5% li glyukoza, kristalloid eritmalarni vena ichiga 2-2.5l gacha quyish).

2. Antibakterial terapiya (Aminoglikozidlar II-III avlodi yoki sefalosporinlar III avlodi, ftorxinolonlar, metronidazol).

3. Laborator tekshiruvlar ko'rsatmaga ko'ra va chiqaruv oldidan bajariladi.

4. Jigar va qoldiq bo'shliqning holatini kuzatib borish uchun UTT monitoringi olib boriladi.

5. Qoldiq bo'shliqda ishlab turgan drenaj mavjudligi va undan: yiring, o't, seroz ajralmaning kelib turishi boshqa asoratlar bo'lmagan holda, bemorni ambulator kuzatuv va davo uchun drenaj bilan chiqarib, ambulator tartibda UTT monitoringi olib borish mumkin.

Jigardan exinokokkektomiya operatsiyasi bajarilgan bemorlarni operatsiyadan keyingi uzoq davrda olib borish quyidagilarni o'z ichiga oladi:

1. Exinokokkoz bilan bemorlarni davolash maqsadida kasallikning qaytalanishini oldini olish uchun retsdivga qarshi maxsus medikamentoz davo choralari kompleks tarzda bajarilishi lozim. Retsdivga qarshi davoni o'tkazishda tanlov preparati bu albendazol bo'lib, sutkasiga o'rtacha 10-13 mg/kg dozirovkada tavsia etiladi.

2. Albendazol preparatining gepatotoksik xususiyatini hisobga olgan holda, uni qabul qilayotgan davrda tegishli nazorat va gepatotrop preparatlar (masalan: essentsial fosfolipidlar 1-2 tabletkadan uch mahal, L-ornithine L-aspartate o'rtacha sutkalik dozasi 15-20 g).

3. Xirurgik davodan keyingi davrda exinokokkoz retsdivining erta aniqlanishi uchun tuman (shahar) poliklinikalarida bemorlarning dispanser nazorati tashkil qilinishi kerak. Dispanserizatsiya vaqtida takroriy tekshiruvlar (qorin bo'shlig'i a'zolari UTT, ko'krak qafasi rengenologik tekshiruvi va IFA) 3-5 yil davomida har 6 oyda olib borilishi kerak. Erta bosqichlardagi retsdiv kistalar aniqlanganda bemorlar ixtisoslashgan markazlarga yuborilishi lozim. Diagnostik

tekshiruvlar kompleksiga esa takroriy polipozitsion UTT, zarurat bo'lganda – KT kiritilib, 6 oy davomida kuzatilishi kerak. Bundan tashqari albendazol bilan “provokatsion” davo o'tkazilishi lozim.

Exinokokkoz profilaktikasi. Profilaktika chora tadbirlarni umumiy va shaxsiy turlarga bo'lish mumkin. Umumiy profilaktika parazit biologik siklini buzishiga qaratilgan. Bu sikl zanjirlari quyidagi: 1) itlar ichagida joylashgan parazit lentasimon formasi; 2) itdan chiqadigan tuxumlar (tuproq, ogorodlar, yaylov); 3) oraliq xo'jayini organlari, birinchi navbatda exinokokk lentasimon formasi bilan zararlangan so'yiladigan xayvonlar.

Shaxsiy profilaktika chora tadbirlari: ovqat maxsulotlari, mevasabzavotlar, ko'katlarni yuvib istemol qilish; ovqatlanishdan oldin qo'lni sovunlab yuvish; bolalar o'yinchoqlari va buyumlarini ozoda saqlash; uy xayvonlarini (it, mushuk) toza saqlash va ularni ushlagandan so'ng qo'lni yuvish.

XX. O'TKIR PERITONIT

O'tkir peritonit - visseral va pariyetal qorin pardalarining yallig'lanishi bo'lib, u inson organizmi kasallanishining og'ir umumiy va mahalliy belgilari bilan o'tadi, hamda qisqa vaqt ichida hayotiy muhim a'zolar va sistemalar faoliyatining birmuncha jiddiy, ortga qaytmas buzilishlariga olib keladi. Bu holat, qorin bo'shlig'i a'zolarining turli o'tkir kasalliklari va jarohatlarining eng og'ir asoratlaridan biri hisoblanadi. Qorin pardasi jarohatlanishlari odatda ikki turda: ochiq va yopiq bo'ladi.

Ochiq jarohatlanishlar (kesib kiruvchi, teshib o'tuvchi jarohatlar), odatda ichki a'zolarining jarohati yoki yaralanishi bilan birga uchraydi, hamda bu holat shoshilinch xirurgik operatsiya (laparotomiya va qorin bo'shlig'i a'zolari reviziyasi) ni o'tkazish zaruratini taqazo etadi. Ochiq jarohatlarning klinik kechishi va belgilari, ichki a'zoga yetkazilgan jarohat turi va hajmiga bog'liq bo'ladi. Qorinning yopiq jarohatlarida, ko'pincha qorin pardasining jarohatlanishlari ichki a'zolarining shikastlanishi bilan birga uchraydi. Jarohatlanish turi va hajmiga ko'ra ichga qon ketishi, posttravmatik

yoki postgemorragik shok, peritonit kabi belgilar majmuasi birinchi o'rinni egallaydi. Qorin bo'shlig'iga bakteriyalarning tushishi bilan bog'liq bo'lgan bakterial (mikrobli) peritonitlardan tashqari, qorin bo'shlig'iga, qorin pardasiga agresiv ta'sir ko'rsatadigan turli xil infeksiyalanmagan agentlar: qon, siydiq, o't, pankreatik shira - tushishidan kelib chiqadigan aseptik (abakterial) peritonitlar farq qilinadi.

Klassifikatsiyasi (B.D. Savchuk 1979 yil)

I. Mahalliy peritonit:

1 Chegaralangan – qorin bo'lig'ining bitta yoki ikkitagacha anatomi sohalarida aniq chegaralangan yallig'lanish (yiringlash) jarayonining bo'lishidir. Bu abscess tushunchasiga to'g'ri keladiyu

2 Chegaralanmagan – qorin bo'lig'ining bir yoki ikkitadan ko'p bo'lmagan anatomik sohalarini egallab, atrof to'qimalardan aniq chegara (kapsula) bilan ajralmagan holdagi yallig'lanish (yiringlash) jarayonidir.

II. Tarqalgan peritonit:

1 Diffuz – qorin bo'shlig'ining ikkitadan beshtagacha anatomik sohalarini qamrab olgan yallig'lanish (yiringlash) jarayonidir.

2 Tarqalgan peritonit – qorin bo'shlig'ining beshtadan ortiq anatomik sohalarini, ko'pincha esa butun qorin bo'shlig'ini egallagan yallig'lanish (yiringlash) jarayonidir.

Rasm 1 Qorin bo'shlig'ining anatomik sohaları Qorin bo'shlig'iga yig'iladigan eksudat xarakteriga ko'ra: seroz, seroz-yiringli, yiringli, fibrinoz-yiringli, gemorragik, ixoroz, anaerob, siydik, o't yoki me'da osti bezi shirasiga xos, yoinki quruq bo'lishi mumkin.

Kelib chiqishi bo'yicha peritonit:

-birlamchi peritonit – juda kamdan kam uchraydigan turi. Bunda kasallikning boshlanishiga inson organizmida bo'lgan biror-bir infeksiya sabab bo'lishi mumkin. Infeksiyani quyidagi tushish yo'llari mavjud:

gematogen;

limfogen;

kriptogen;

yiringli jarayonning yorilishi (abscessning atrofidagi a'zolar va tuqimalardan ozod qorin bo'shlig'iga yorilishi).

- ikkilamchi peritonit;
- appendikulyar;
- xoletsistopankreatit;
- perforativ (oshqozon va 12 barmoq ichak yara kasalligi, Kron kasalligi va b.);

- travmatik (qorin bo'shlig'idagi kavak a'zolarining jarohatlanishi yoki jarohatlanmagani bilan o'tadigani);

- nekrotik (ichakning o'tkir tutilishida, me'da-ichak yo'llari flegmonasida, mezenterial limfa tugunlari yiringli yallig'langanda, qorin bo'shlig'i a'zolarining kam uchrayigan yallig'lanishida (Mekkel divertikuli);

- operatsiyadan keyingi (me'da, ingichka va yo'g'on ichaklar, o't yo'llari va boshqa a'zolaridagi operatsiyalardan keyingi);

- ginekologik (naylar, tuxumdonlar, bachadon yallig'langanda, nay yorilganda, bachadon perforatsiyasida, bachadon tug'ruq payti shikastlanganda, tuxumdon kistalari va o'smalari buralib qolganda).

Ko'pchilik hollarda peritonit polimikrob kasallik hisoblanadi. Bakteriyalar orasida - ichak tayoqchasi (*B. coli*) guruhi asosiy o'rin tutadi, biroq so'ngi paytlarda oddiy protey va boshqa shartli patogen bakteriyalar ahamiyati ko'proq bo'lmoqda, anaeroblar roli sezilarli oshdi. Pnevmonokokklar va Kox tayoqchalari kamroq uchraydi.

Peritonitning klinik kechishida o'tkir yiringli peritonit rivojlanishining uch bosqichi tafovut qilinadi.

1- Peritonitning reaktiv bosqichi (yallig'lanishda dastlabki 24 soat, perforativ peritonitda 12 soat) – ko'proq mahalliy belgilar yuzaga chiqqan bosqich: keskin og'riq sindromi, mushaklarning taranglashishi, qayt qilish (qayt qilish), majburiy holat va b. Umumiy belgilar: pul'sning 120 martagacha tez urishi, arterial qon bosimi (AQB) ning oshishi, nafas

olishning tezlashuvi va boshqa belgilari, intoksikatsiyaga nisbatan ko'proq og'riq shoki uchun xos.

2- Peritonitning toksik bosqichi (yallig'lanishda 24 - 72 soat, perforativ peritonitda 24 soat) – mahalliy belgilarning so'nishi va intoksikatsiyaga xos umumiy reaksiyaning yaqqol ustunlik qilishi bilan namoyon bo'ladi: yuz qiyofasi o'tkirlashgan, rangpar, bemorda kamharakatlik, eyforiya, pul's 120 oshgan, AQB pasaygan, kech

qayt qilish, haroratning yektik xarakteri, qon formulasida yiringli - toksik surilish. Toksik bosqich uchun mahalliy belgilardan og'riq sindromining pasayishi, qorin mushaklarining taranglashuvi yoki qorinning shishishi, metiorizmning ortib borishi xos.

3- Terminal bosqich (yallig'lanishda 72 soat, perforativ peritonitda 24 soatdan ortiq) – qaytishi gumon chegaradagi chuqur intoksikatsiya bosqichi: Gippokrat yuzi, adinamiya, ruhiy holat tonusi va harakatlarning pasayishi, aksariyat intoksikatsiyadan deliriy, nafas olish va yurak-qon tomir faoliyatining talaygina buzilishlari, qo'lansa hidli ko'p qayt qilish, qon formulasidagi keskin yiringli – toksik siljish, haroratning tushib ketishi, ba'zan bakteremiya. Mahalliy belgilardan peristal'tikaning butunlay yo'qolishi, qorin dam bo'lishi va shishishi, butun qorin bo'ylab tarqalgan og'riq kuzatiladi.

Diagnostika. Peritonitli bemorlarni tekshirish muntazam, xar tomonlama bo'lishi va kasallik anamnezi, bemor shikoyatlari kuzdan kechirish, paypaslab ko'rish auskultatsiya va perkussiya natijalari zarur bioximiyaviy tekshiruvlarni o'rganishni o'z ichiga olish kerak. Analiz – avvalo kasallikni yotqizishgacha qo'llanishgan davo tadbirlari to'g'risidagi aniq ma'lumotlarni kiritish kerak, og'riq uning joylashuvi kuchi va xarakteri og'riqning kuchayib borishi kasallik og'irlashgandan darak beradi. Peritonitda tish chotka kabi quruq buladi.

Ko'zdan kechirishda qorinning shakliga, nafas vaktida ishtirokiga teri qoplamlari rangiga ko'tarilib chiqqaniga yoki ichiga botganiga ahamiyat beriladi.

Palpatsiya- yuza va chuqur paypaslab ko'rishda qimmatli ma'lumotlar og'riq, oldingi qorin mushaklarining tarangligi qorin parda ta'sirlanishi simptomi borligini bilish mumkin.

Qorinni perkussiya qilish pnevmoperitoneum, quyilgan qon, suyaklik borligini aniklashga imkon beradigan tekshirish metodi xisoblanadi.

Auskultatsiyada peristaltik shovqinlar bo'lmasligi paralitik ichak tutilib qolish borligidan dalolat beradi.

Qorin bo'shlig'ining rentgenografiyasi. Bu tekshiruvda, ayniqsa kovak a'zolar (me'da, 12 barmoqli ichak, ingichka ichak yarasi yoki o'smasining) perforatsiyasida diafragmaning o'ng yoki chap gumbazi

ostida gaz (el) yig'ilganini, jarohat tomonida diafragmaning yuqori turganligini topish mumkin. Ayrim hollarda yallig'lanish o'chog'ida yondosh ichaklarning paretik holati yoki yeldan shishganini, peritonitning kechki bosqichlarida - ichak qovuzlarida, o'tkir ichak tutilishiga xos, suyuqlik sathlari (to'ng'arilgan Kloyber kosachalari) ni aniqlash mumkin.

Qorin bo'shlig'ini ultratovush yordamida skanerlash: Bu usul - qorin bo'shlig'i a'zolarining holati, ulardagi o'zgarishlar, hamda bo'shliqning biror bo'limida ekssudat yig'ilganini aniqlashga yordam beradi, ayrim hollarda esa o't pufagi yoki me'da osti bezi sohasidagi infil'tratsiya yoki destruktiv jarayoni, yeldan shishib ketgan, paretik ichakni yoki destruktiv jarayonni aniqlashga imkon beradi.

Reografiya - diastolik to'lqin balandligining sistolik to'lqinga nisbatan keskin oshganini (normada aksincha) aniqlashga imkon beradi, bu me'da-ichak sistemasining qon tomirlaridagi dimlanish hodisalari to'g'risida xulosa qilishga yordam beradi.

Invaziv usullar: laparotsentez, "izlovchi" kateter usuli, diagnostik laparoskopiya va diagnostik laparotomiya. Laparotsentez tekshirishning birmuncha oddiy usuli bo'lib, qorin devorini teshib, qorin bo'shlig'iga ingichka kateter kiritish yo'li bilan amalga oshiriladi. Laparoskopiyada qorin bo'shlig'ining deyarli hamma a'zolarini ko'zdan kechirish, pariyetal va visseral qorin pardasining holatiga baho berish, ekssudat bor yoki yo'qligini topish mumkin. Diagnostik laparotomiya va qorin bo'shlig'i a'zolarini qiyin hollarda taftish qilish o'z vaqtida to'g'ri tashxis qo'yishga yordam beradi.

Differensial diagnostikasi. Taxminan 85% hollarda qorin bo'shlig'ining birorta a'zodagi patomorfologik o'zgarishlar belgilari bilan parallel holda rivojlanadi va tashxis qo'yishni osonlashtiradi. Biroq, o'tkir xirurgik kasalliklarning taxminan 15% hollarda mahalliy belgilar noaniq xarakterda bo'ladi, ba'zida umumiy belgilar ham noaniq bo'lishi mumkin. Bunday hollarda og'riq xuruji xarakteriga alohida etibor berish kerak. O'tkir xirurgik kasalliklarda og'riq cho'qqisi, me'da-ichak yo'li faoliyati buzilishlariga qaraganda, bir muncha yaqqolroq namoyon bo'ladi. Ikkinchi muhim differensial belgi dispeptik belgilarning kanday tabiatga ega ekanligi hisoblanadi. Destruksiya bo'lmaganda anamnezdagi qayt qilish kamdan kam

bo'ladigan hodisa hisoblanadi, vaholanki. destruksiya bo'lganda dispeptik belgilar kasallikni yetakchi belgilari bo'lib ahisoblanadi. Shetkin-Blyumberg belgisi muhim belgi hisoblanadi, uning musbat bo'lishi, destruktiv jarayonga qorin pardasining aloqadorligi haqida dalolat beradi.

Peritonitning toksik va terminal bosqichida differensial diagnoz, odatda, jiddiy qiyinchiliklar tug'dirmaydi, biroq xuddi shu bosqichlarda peritonitni davolash ko'pincha kam foydali bo'ladi. Peritonitning boshlang'ich bosqichida aniqlash birmuncha qiyin bo'ladi, chunki uning klinik belgilari peritonit manbai bo'lgan (o'tkir appenditsit, o'tkir xoletsistit yoki b.) kasallik belgilaridan kam farq qiladi.

O'tkir pankreatitda peritonit uchun xos qator belgilarni aniqlash mumkin. Ayni vaqtda pankreatitda to'xtamaydigan qayt qilish ta'sirida, qorin old devori mushaklari taranglashuvi yaqqol namoyon bo'lmasligi mumkin. Qorin pardasining alohida ta'sirlanish belgilari yo'q, kasallik boshlanishida harorat normalligicha qoladi. Qon va siydik tahlilida diastaza fermenti miqdorini oshganligi aniqlanadi.

O'tkir mexanik ichak tutilishi klinik jihatdan peritonitdan faqat boshlang'ich davrlarida farq qiladi, keyinchalik to'g'ri muolaja bo'lmaganda, ichak perforatsiyasi rivojlanadi va ichak tutilishi belgilariga peritonit ham qo'shiladi. Agar o'tkir ichak tutilishining boshlang'ich davrida og'riqlar kuchli (xurujsimon) xususiyatga ega bo'lsa, peritonit uchun doimiy og'riqlar xos bo'ladi. Ichak tutilib qolganda peristal'tika avvaliga keskin kuchaygan, hattoki ba'zan ko'zga ilg'ab olinadigan darajada peristal'tika aniqlanadi. Peritonitda ham rentgenologik tekshiruvda, ichak tutilishiga xos belgi - Kloyber "kosachalari"ni aniqlash mumkin.

Jigar sanchig'i uchun o'ng qovurg'alar ostida, o'ng kurak osti yoki o'ng yelka ustiga irradiatsiya beradigan (o'tadigan) xurujsimon og'riqlar, tarkibiga o't aralashgan oz miqdorda me'da suyuqligini qayt qilish xos bo'ladi. O'ng qovurg'alar ostida mushak taranglashuvi ba'zan yaqqol emas, qorin pardasining ta'sirlanish belgilari bo'lmaydi. Issiq tutish va muolaja jigar sanchig'i xurujini tezda yuqotadi.

O'tkir xoletsistit va peritonit o'rtasida differensial diagnoz o'tkazish ancha qiyin kechadi. O'tkir flegmonoz xoletsistitda ma-

xalliy peritonit uchun xos belgilar: doimiy og‘riqlar, mushaklar taranglashuvi, qorin pardasi ta’sirlanish belgilari, ichak peristal’tikasi aktivligining pasayishi, gipertermiya, leykotsitozni aniqlash mumkin. Bemorlarni soat sayin qunt bilan kuzatish, yallig‘lanish jarayoni ob’yektiv belgilarini – harorat, pul’s tezligi, arterial bosim darajasi, leykotsitozni bemor shikoyatlaridagi o‘zgarishlarni va ob’yektiv tekshirish ma’lumotlarini hisobga olgan xolda, bir necha marta aniqlash vrachga o‘t qopchasidagi o‘tkir jarayonining kechish bosqichini bilib olish, samarali davo o‘tkazish va keyingi muolajani qanday olib borishga yordam beradi.

Me’da va 12 barmoqli ichak yarasi kasalligi xurujida, ayniqsa yirik kallez yoki yoyilgan yaralarda yallig‘lanish jarayoniga qorin pardasi qo‘shilganda, qorinda doimiy kuchli og‘riklar, mushaklar taranglashishi, ba’zan musbat Shchetkin-Blyumberg belgisini ko‘rish mumkin. Ayni vaqtda peritonitdan farqli ravishda ovqatdan so‘ng og‘riqlarning bir oz kamayishi, peristal’tikaning yuqolmaganini aniqlash mumkin. Tana harorati normalligicha qoladi, taxikardiya xos bo‘lmay, bemorning tili nam, qon formulasidagi o‘zgarishlar odatda kam bo‘ladi.

Buyrak sanchig‘i qorinda og‘riq sezgilari, uning dam bo‘lishi, ich kelish va yel chiqishning tutilishi bilan o‘tishi mumkin, bu peritonitda ham bo‘ladi. Biroq og‘riqlarning o‘ziga xos joylashuvi (asosan bel sohasida), ularning xurujsimon tabiati va songa, jinsiy a’zolariga berilishi (irradiatsiyasi), og‘riqlarning bemor tana vaziyatini o‘zgartirishiga aloqador emasligi, bemorning bezovtaligi, gipertermiya, qorin pardasi ta’sirlanish belgilarining yuqligi, shuningdek siydik tahlilidagi o‘zgarishlar (gematuriya, leykotsituriya), bu ikala kasallik o‘rtasida aniq differensial diagnostik tafovut o‘tkazishga imkon beradi.

Qorin bo‘shlig‘i a’zolarining kasalliklariga aloqador bo‘lmagan ba’zi bir boshqa kasalliklar (bazal plevrit, pnevmoniya, miokard infarkti, qovurg‘alarning ko‘plab sinishi) peritonitga xos belgilar bilan o‘tishi mumkin. Bunday hollarda ko‘krak bo‘shlig‘i a’zolarini qunt bilan instrumental tekshirish usullari va rentgenologik tekshiruvdan foydalalanish yordam beradi.

Keksa yoshdagi shaxslarda peritonitni diagnostika qilish jiddiy

qiyinchiliklar tugʻdirishi mumkin. Bunda ham anamnez yigʻish qiyin, organizm reaktivligini pasayib ketishi hisobiga ogʻriq sezgilari va kasallikning baʼzi obʼyektiv belgilari (mushak himoyasi, gipertermiya, leykotsitoz) pasayganligi sababli, kam yuzaga chiqishi mumkin.

Bolalarda peritonitni diagnostika qilishda bemor bilan oʻzaro muloqat yoʻqligi, kasallikning qimmatli anamnezini yigʻib boʻlmasligi, tashxis qoʻyishni qiyinlashtiradi. Bolalarda peritonit koʻpincha yaqqol ogʻriq sezgilari, qorin mushaklarining keskin taranglashuvi, yuqori gipertermiya va leykotsitoz bilan giperergik reaksiya tipi boʻyicha kechishini unutmazlik lozim boʻladi.

Diagnostika qilishda operatsiyadan keyingi peritonitlar alohida qiyinchilik tugʻdiradi, chunki bu dahshatli kasallik operatsiyadan keyingi davrni kechishini ogʻirlashtiradi. Mazkur holda, infeksiyaning asosiy manbai qorin boʻshligʻi aʼzolari oʻrtasida qoʻyilgan anastomoz choklarining nobopligi (etishmovchiligi), qon yoki eksudat yigʻilishi, keyin esa ularning yiringlashi hisobiga boʻlishi mumkin. Chunki operatsiya vaqtida aseptika qoidalariga qanchalik rioya qilinmasin, operatsiya maydoniga mikroblarning tushishini batamom oldini olib boʻladi deb boʻlmaydi. Diagnostika qilishning qiyinligiga sabab shuki, operatsiyadan keyingi davrda organizm oʻz himoya kuchlarini operatsiya jarohatiga javoban safarbar qilganidan, peritonit belgilari yaqqol namoyon boʻlmasligi mumkin.

Davolash. Bemorlarni shoshilinch operatsiyadan oldin tayyorlash individual, birga qoʻshilib kelgan hamroh kasalliklarini hisobga olgan holda va intensiv, suv-elektrolitlar muvozanatini tiklagan holda, oqsil almashinuvi va gemodinamik buzilishlarni toʻgʻrilashga qaratilgan boʻlib, barcha tekshirishlar tahlilining nazorati ostida boʻlish kerak. Premedikatsiya va meʼda-ichak sistemasining dekompressiyasi (suyuqligini chiqarish) alohida oʻrin tutadi. Operatsiyadan oldingi tayaylash davomligi 2 soatdan oshmasligi kerak.

Peritonitda anesteziyani tanlash usuli ogʻriq sindromini bartaraf etishga, organizmning neyrotsirkulyator va neyrogumoral reaksiyalarini tuzatishga va normallashtirishiga imkon beradigan, sunʼiy boshqarib turiladigan nafas olish, umumiy endotraxeal narkoz

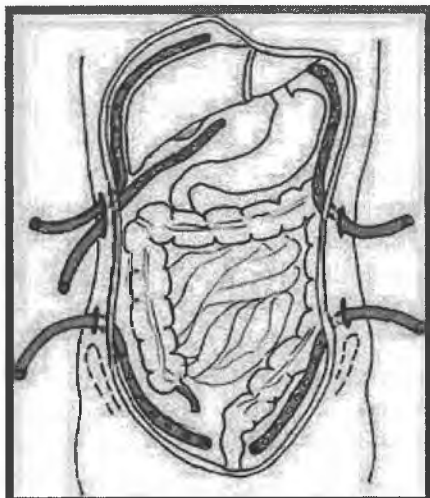
hisoblanadi.

Ko'pchilik bemorlarda o'tkir peritonit tashxisi qo'yilganda operatsion kesma (qorin bo'shlig'iga kirish yuli) sifatida o'rta-o'rta laparotomiyadan foydalaniladi. Chunki bu kesma, qorin bo'shlig'i a'zolarini to'liq taftishdan o'tkazishga va kamroq shikast yetkazishga imkoniyat beradi.

Agar peritonitning manbai, olib tashlanishi mumkin bo'lgan a'zo (chuvalchangsimon o'simta, o't qopchasi) bo'lsa va texnik sharoitlar shunday qilishga imkon bersa, infeksiya o'chog'ini qorin bo'shlig'idan radikal olib tashlash maqsadga muvofiq. Kavak a'zolar perforatsiyasida (me'da, 12 bar- moqli ichak yarasi, yug'on ichak divertikuli, me'da yoki yo'g'on ichak o'smasi), perforativ teshik ko'pincha tikib qo'yiladi. Agar perforatsiya bo'lgan vaqtdan 6 soatdan ko'proq vaqt o'tgan bo'lsa, qorin bo'shlig'ini bakteriyemiyasi mumkinligini va yiringli peritonit rivojlanishini kutish mumkin. Divertikul yallig'langanida yoki rak o'smasi teshilganda, a'zo nuqsonini tikish, odatda bajarib bo'lmaydi. Bunday hollarda zararlangan a'zo (agar bu texnik jihatdan mumkin bo'lsa) rezeksiya qilinishi yoki ichak dekompressiyasini beruvchi stoma qo'yish kerak bhladi. Ilgari qo'yilgan anastomoz choklarining nobopligini keltirib chiqargan - operatsiyadan keyingi peritonitda, anastomozdagi nuqsonni atrof to'qimalardagi yaqqol yallig'lanish infil'trativ o'zgarishlari sababli odatda tikishga muvaffaq bo'linmaydi, shuning uchun aksariyat hollarda, uning teshigiga ichak suyuqligini tashqariga chiqarish maqsadida drenaj naycha qo'yib, infeksiya o'chog'ini chegaralash maqsadida ko'p kanalli naychalar qo'yib drenajlanadi yoki anastomozning o'zini (ichaklararo) qorin bo'shlig'idan stoma tarzida qorin old devoriga chiqariladi. Qorin bo'shlig'i quritiladi va fibrin qoldiqlaridan tozalanadi. So'ngra qorin bo'shlig'ini furatsilin, rivanol yoki dioksidin kabi antiseptik eritmalar bilan yuviladi.

Qorinning old devori laparotom jarohatini tikishdan oldin, qorin bo'shlig'i orqali qovurg'alar osti va yonbosh sohalardagi kontraperturalar orqali drenajlash asosiy shartlardan hisoblanadi. Qorin bo'shlig'ini drenaj qilish usullari qorin pardasining zararlanish darajasiga bog'liq bo'ladi (143-rasm). Chunonchi, mahalliy

peritonitda - drenaj yallig‘langan sohaga qo‘yilishi, diffuz peritonitda esa yallig‘langan sohaga 2 yoki 3 drenaj nazorat va antibiotiklarni qorin ichiga yubrish uchun qo‘yladi.



143-rasm. Diffuz peritonitda qorin bo‘shlig‘ini drenajlash.

Tarqalgan peritonitda nafaqat drenajlash, balki muolaja usullari murakkabroq hisoblanadi. Amaliyot vrachi uchun shoshilinch xirurgik operatsiya qilishga mutloq ko‘rsatma hisoblangan tarqalgan yiringli peritonit alohida qiziqish tug‘diradi. Peritonitning erta turlarini o‘z vaqtida diagnostika qilish va mos ravishda xirurgik amaliyot o‘tkazish, bu xatarli kasallikni davolashning garovi hisoblanadi.

Bu o‘rinda operatsiya aralashuvi o‘z ichiga quyidagilarni qamrab olishi kerak bo‘ladi:

- qorin bo‘shlig‘i a‘zolarini taftish qilish va peritonit sababini bartaraf etish,
- antibiotiklarga sezuvchanlikni aniqlash uchun ekspress-bakterioskopik, bakteriologik tahlillari va mikroflorani undirish maqsadida qorin bo‘shlig‘idagi eksudatdan namuna olish,
- eksudat evakuatsiyasi, qorin bo‘shlig‘ini 5-8 l antiseptik eritmalar (furatsilin, Ringer eritmasi, fiziologik eritma yoki rivanol) bilan yuvish yoki lavaji,

- ingichka ichak tutqichi ildizini novokainlash yoki ichak atoniyasini profilaktika qilish maqsadida, novokain eritmasini tomchilab yuborish uchun mikroirrigator o'rnatish,

- me'da-ichak yo'li suyuqligini evakuatsiya qilish maqsadida nazoentral zond kiritib (intubatsiya qilish) aktiv aspiratsiya qilish va bemorni operatsiyadan keyingi davrda ichagini lavaj qilish, zond orqali enteral ozuqalantirish,

- Qorin bo'shlig'ini nazorat qilish yoki yuvish uchun drenajlash va operatsiyadan keyingi davrda peritoneal lavaj yoki dializ o'tkazish.

Operatsiya tugagach, kesma ko'rsatmalar buyicha: jarohatni odatdagidek qavatma-qavat tikish yoki barcha qavatlariga birvarakayiga chok qo'yib bilan tugatiladi.

Operatsiyadan keyingi davrda parvarishlash maqsadga yo'naltirilgan antibakterial terapiya, gomeostaz buzilishlarini tiklash, detoksikatsion va diurezni tezlashtiradigan muolaja, hamroh kasalliklarni korreksiyalash, shuningdek immunitetni tiklaydigan muolajalardan iborat. Bu jaroyonda bemorlarga qilinishi lozim bo'lgan peritoneal dializ (PD) yoki qorin bo'shlig'i lavaji, ichak lavaji (IL) bilan monand ichak dekompressiyasi (ID) va enteral zond orqali ozuqalantirish (EZOO) ga katta e'tibor berilishi kerak bo'ladi.

XXI. QALQONSIMON BEZ KASALLIKLARI

Qalqonsimon bez inson tanasida modda almashinuvini nazorat qilish markazi hisoblanadi. Uni ko'pincha sog'liq qo'riqchisi deb atashadi, chunki u biron qanday muammo yuz berishi bilan o'zini ham shunday tutadi: bezovtalanish, kayfiyatning yo'qligi, charchoq va uyquchanlik. Qalqonsimon bez bilan bog'liq muammolar ayollarda ko'proq uchrashi mumkin bo'lsada, erkaklarda ham bunday xastalik tez-tez qayd qilinadi.

Buqoq (Zob) qalqonsimon bezning kattalashishidir. Bu kasallik ko'pincha yod yetishmasligi kuzatiladigan mamlakatlarda keng tarqalgan, biroq, yod preparatlaridan ortiqcha foydalanish fonida yodning oshib ketishi natijasida ham rivojlanishi mumkin. Ayollarda ushbu kasallik erkaklarga qaraganda 5 marta ko'proq uchraydi. Paydo

bo'lgan tugunlar qalqonsimon bez to'qimalarida shakllanadigan juda ko'p fibroz chandiqlardan iborat (144-rasm).



144-rasm. Aralash bo'qoq.

Ushbu kasallikning dunyo bo'ylab eng keng tarqalgan shakli endemik buqoq hisoblanadi. Bunga yod tanqisligi sabab bo'ladi. Yodlangan tuz ishlatiladigan mamlakatlarda odatda Xasimoto buqoqi shakllanadi, uning muqobil nomi **autoimmun tireoidit**.

Boshqa sabablarni ikkita shartli guruhga bo'lish mumkin:

1. Gipotireoz:

- Endokrin bezi gormonlarini qayta ishlashining genetik kasalliklari (masalan, kretinizm);

- Strumogenik mahsulotlarni iste'mol qilish;

- Dori vositasidan foydalanilgandan keyingi nojo'ya ta'sirlar.

Gipotireozning alomatlari — soch to'kilishi, terining quruq va oqimtir bo'lishi, tirnoqlarning mo'rtligi, qoshlarning ingichkalashi, ishtahani buzilishi, vazn ortishi. Qalqonsimon bez kasalliklarida nutq sekinlashadi, xotira yomonlashadi, deyarli doimiy uyquchanlik mavjud, hayz sikli buziladi. Bunday holatda, ushbu barcha belgilar mavjud bo'lishi kuzatilmasligi mumkin, 2-3 ta belgilar mavjud, biroq ular yanada aniqroq seziladi.

2. Gipertireoz:

- Greyvs kasalligi deb ataladigan diffuz (tarqoq) tipdagi toksik bo'qoq;

- Tireoidit (faol yallig‘lanish jarayonlari);
- Qalqonsimon bez onkologiyasi.

Gipertiroz — qalqonsimon bez ishlab chiqaradigan gormonlarning ko‘payib ketishidir. Ushbu kasallikda uyqusizlik, umumiy zaiflik, bezovtalik, yurak urishining tezlashishi, ortiqcha terlash kuzatiladi. Ushbu kasallik bilan xastalangan bemor ishtahasi yaxshi bo‘lishi mumkin, ammo vazn yo‘qota boshlaydi. Bundan tashqari yuqori qon bosimi, ko‘zlarning bo‘rtib chiqishi, qo‘llarda qaltirash (titroq) ham kuzatiladi.

Klassifikatsiyasi. Morfologiyasiga ko‘ra diffuz, tugunli va aralash (diffuz-tugunli) buqoq farqlanadi.

Joylashishi bo‘yicha:

- Standart joylashgan;
- Ko‘krak qafasining qisman orqasida;
- Halqasimon;
- Distopiriv.

Bundan tashqari, kasallik bezning kattalashishi darajasiga qarab ham farqlanadi. JSST (Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti) tasnifiga ko‘ra, uni uch turga ajratish mumkin:

- Nolli daraja;
- Birinchi daraja;
- Ikkinchi daraja.

Birinchi bosqichda bez kattalashmagan, ikkinchi bosqichda u kattalashgan, biroq faqat paypaslab ko‘rilganda seziladi, uchinchi bosqichda — u shu darajada kattalashganki, hatto qurollanmagan ko‘z bilan ko‘rinadigan holatda bo‘ladi.

Kattalashtirish darajasi bo‘yicha batafsil tasnifni O.V. Nikolaev keltirgan, uning ta‘rifiga ko‘ra, kerakli davolashsiz kasallik quyidagi bosqichlardan o‘tadi:

- Birinchi darajali — qalqonsimon bez sezilmaydi;
- Ikkinchi — qalqonsimon bez ko‘rinadi;
- Uchinchisi — bo‘ynining sezilarli qalinlashuvi;
- To‘rtinchisi — bo‘yin shaklining o‘zgarishi;
- Beshinchisi — jiddiy kattalashgan buqoq.

Klinikasi. Dastlabki bosqichlarda bemorlarda kasallikning hatto eng kichik belgilari ham sezilmaydi. Kasallikning shakllanib

borishi sayin bo'yin old qismining bo'rtib chiqishi sezila boshlaydi. Kattalashgan endokrin bez atrofidagi traxeyani, asab oxirlari va qon tomirlarni eza boshlaydi. Diffuziv buqoq qalqonsimon bezning bir xil kattalashgani bilan tashxislanadi. Agar tugunli shakli haqida gapiradigan bo'lsak, ko'pincha bo'yinning bir tomonida kattalashgani seziladi. Ya'ni u nafaqat bir xilda, balki notekis kattalashishi ham mumkin.

Yaqinda joylashgan a'zolariga ta'siri quyidagi belgilar orqali namoyon bo'lishi mumkin:

- Nafas qisilishi;
- Ovozning birdaniga o'zgarishi va xirillab qolishi;
- Bo'g'ilishlar, ayniqsa kechasi kuzatiladi;
- Holdan toydiradigan yo'tal;
- Yutunishdagi qiyinchiliklar;

Bosh aylanishi, og'irlik.

Gipotireoz bilan birga kechadigan o'simtalar mavjud bo'lganda, pnevmoniya, bronxit yoki O'RVI ning atipik shakli yuzaga kelishi mumkin. Bundan tashqari, ko'pincha ayollarda gipotoniya (past qon bosimi) kuzatiliadi, yurak sohasidagi yengil qisilish va umuman yoqimsiz hislar seziladi. Kasallik rivojlanib borishi bilan nafas qisilishi, har qanday taomga ishtahaning yo'qolishi, oshqozonning damlanishi, ko'ngil aynishi va uyquchanlik kabi alomatlar qo'shiladi. Yakuniy bosqichlarida xotiraning yomonlashuvi va oshqozon-ichak trakti bilan bog'liq barcha muammolarga qaramay, vazn ortishi rivojlanadi.

Erkaklarda qonda yod darajasi past bo'lganida jinsiy qiziqishning pasayishi, jinsiy funksiyalarning beqarorligi kuzatiladi. Ayollarda esa bunday o'zgarishlar natijasida hayz siklining buzilishi shakllanadi, bu esa o'z navbatida bepustlik va homila tushishining katalizatori hisoblanadi.

Bazedov kasalligi yoki giperplaziya kabi shakllarida quyidagi belgilar mavjud:

- Tana haroratining uzoq vaqt davomida yengil ko'tarilganligi;
- Tana vaznining kamayishi;
- Ko'zlarning bo'rtib qolishi (chaqchaygan ko'zlar);
- Darhol och qolish;

- Holdan toydiruvchi uyqusizlik;
- Vaqti-vaqti bilan bezovtalik;
- Qo‘llarda progressiv qaltirash.

Diagnostikasi. Buqoqni tashxislash uchun laborator qon va siydik tahlillari qo‘llaniladi. Kasallikning har qanday klinik belgisi bo‘lgan odamning qoni TTG, T3, T4 va tireoglobulin kabi gormonlar nisbati uchun tekshiriladi. Tashxis, kasallikning turiga duch kelganlarda odatda tireoid gormonlar muvozanatining buzilishi va tireoglobulinning ko‘payishi bilan bog‘liq. Shu bilan birga, siydik orqali yodning ajralishi qisqargan bo‘ladi.

Buqoqni tashxislashning instrumental usuli ultratovush tekshiruv (UTT, UZI) hisoblanadi. Uning yordamida, kasallikning shakli, masalan, diffuz yoki tugunli buqoqni farqlash mumkin. Radioizotop skanerlash yordamida endokrin bezining funksional holati baholanadi.

Endemik buqoqning tugunli shaklida qo‘shimcha tekshiruv usuli sifatida mutaxassislar bez biopsiyasiga murojaat qiladilar. Bu kasallikning xususiyatini aniqlashga imkon beradi. U yaxshi yoki yomon sifatli bo‘lishi mumkin.

Agar palpatsiya natijasida qalqonsimon bez buqog‘i gumon qilinsa, aniq tashxis qo‘yish uchun va kasallikning etiologiyasi va rivojlanish bosqichini aniqlab olish uchun quyidagi majburiy tekshiruvlarni o‘tkazish kerak:

- Gormonlar nisbati va darajasini aniqlash uchun qon tahlilini o‘tkazish (tahlilni davolash boshlanishidan boshlab ikki-uch oy ichida qayta topshirish tavsiya etiladi);
- Elektrokardiogramma (EKG);
- Pay reflekslarni vaqtga sinab ko‘rish;
- Tiroid bezi UT tekshiruvi.

Davolash. Kasallik alomatlarini o‘z vaqtida aniqlash muvaffaqiyatli davolanishning kalitidir, bu kasallik bilan imkon qadar tezroq kurashishga yordam beradi. Shunday qilib, agar qalqonsimon bezining kattalashishi sezilsa, endokrinolog shifokor bilan maslahatlashish kerak. Aynan endokrinologga murojaat qilish juda muhimdir, chunki boshqa mutaxassislar alomatlarni shunchaki ch‘archoqqa yo‘yishi mumkin.

Buqoqni davolashning asosiy usuli gormonlarni oʻrnini bosish hisoblanadi. Buning uchun tirozinning turli xil faol unumlari ishlatiladi. Bunday preparatlar endokrin bezi tomonidan ishlab chiqariladigan gormonlarning fiziologik parametrlari bilan tenglashadi. Nafaqat preparatning kerakli miqdorini, balki salbiy natijalarga olib kelmaydiganini ham tanlash juda muhimdir. Davolash, dori moddalarini muntazam isteʼmol qilish koʻpincha hayotning oxirigacha davom etadi. Gormonlar nisbatini nazorat qilishni unutmazlik tavsiya etiladi.

Qalqonsimon bez gipofunksiyasi ham gormonlar darajasini meʼyorlashtirish bilan tuzatiladi. Biroq, giperfunksiyasida hammasi ancha murakkabroq boʻladi. Masalan, har qanday kelib chiqishli oʻsmalar shakllanishi xavfi mavjud boʻlsa, bezni jarrohlik yoʻli bilan olib tashlash kerak boʻlishi mumkin. Bunday amaliyot mavjud holatni gipotireozga oʻzgartiradi. Oʻz navbatida, bu holatni gormon terapiyasidan kelib chiqqan holda oson va qulayroq davolash imkoni mavjud.

Endokrin bez gipofunksiyasining yanada ogʻir shaklida kishi komatoz holatiga tushishi mumkin. Giperfunksiyasi esa, toksik kriz natijasida halokatli oqibatlariga (oʻlim) olib kelishi mumkin. Shu nuqtai nazardan, qatʼiy parhezga rioya qilish va organizmda yodning zarur nisbatini saqlash lozim. Shu bilan birga, doimiy ravishda mutaxassis koʻrigidan oʻtib turish va tanadagi yod miqdori uchun tahlillarni topshirish kerak. Chunki yodning yetishmasligi ham, ortiqchaligi ham kasallikka sabab boʻlishi mumkinligi bir necha bor taʼkidlanib oʻtildi.

Qalqonsimon bezda jarrohlik aralashuvini oʻtkazish juda qiyin, chunki u juda koʻp qon tomirlarni oʻz ichiga oladi. Bu jarrohlikni yanada muammoli qiladi. Biroq, ayrim hollarda jarrohlik oʻtkazmasdan boshqa iloj boʻlmaydi, shuning uchun buqoqda jarrohlik aralashuvi eng koʻp qoʻllaniladigan davolash usullaridan biridir.

Jarrohlikda narkoz ostida bezning katta tugunlari yoki potentsial xavfli qismlari olib tashlanadi. Eng murakkab va eʼtibordan chetda qolgan hollarda qalqonsimon bezning bir qsimini yoki uni butunlay olib tashlash talab qilinadi. Shu bilan birga, hatto bir yoki bir nechta tugunlarni olib tashlashda ham dori-darmonlar bilan tiklanish

zarurati mavjud.

Buqoq kasalligini davolashning muqobil usullaridan biri radioaktiv yoddan foydalanishdir. Bu eritma qalqonsimon bezning to'qimalarini yo'q qilish uchun ishlatiladi. Optimal dozani tanlash juda qiyin. Ushbu maqsad uchun qo'shimcha tahlillar amalga oshiriladi. Bunday amaliyot qo'llangach, birinchi yilda 25% odamlarda gipotireoz paydo bo'ladi. Ammo radioaktiv yod hozirgi vaqtda muqobil shakllari mavjud bo'lmagan yagona vositadir.

Buqoq (zob) ni oldini olish. Buqoq kasalligini oldini olish uchta shaklda amalga oshirilishi mumkin — ular ommaviy, guruh va individual bo'lishi mumkin. Eng samarali chora birinchisi hisoblanadi, u har bir shaxs iste'mol qiladigan mahsulotlarga kichik miqdorda yod qo'shish orqali amalga oshiriladi. Gap yodlangan tuz haqida bormoqda.

Ushbu usulning afzalliklari shundaki, bunday mahsulot juda arzon, biroq ta'sir samarasi aniq. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, bunday profilaktik chora natijasida har yili buqoq kasalligining rivojlanishi 20%ga kamaymoqda. Profilaktik ommaviy yodlash uchun boshqa mahsulotlar, masalan, non yoki suv ham ishlatiladi.

Buqoq kasalligini oldini olishda guruhli choralarni qo'llashda bu xastalikka chalinish xavfi yuqori bo'lgan shaxslar orasida yod preparatlarini ishlatish tushuniladi. Bu birinchi navbatda bolalar va o'smirlarni o'z ichiga oladi.

Fiziologik jihatidan eng yaqin shakl kaliy yodid bo'lib, u turli dozirovkalarda ishlab chiqariladi va muayyan algoritm bo'yicha ishlatiladi. Bunday oldini olish maqsadlari uchun yodga boy oziq-ovqat mahsulotlaridan foydalanish ham mumkin.

Buqoq shakllanishi uchun xavf guruhining alohida toifasi har qanday homiladorlik davridabo'lgan ayollardir. Ularda ushbu komponentga eng yuqori talab mavjud bo'ladi — kuniga 200 mkg. Shu munosabat bilan homilador ayollar uchun alohida profilaktik choralarni amalga oshirish kerak.

XXII. PLASTIK JARROHLIK

Plastik jarrohlik -bu inson tanasini tiklash, qayta tiklash yoki o'zgartirish bilan bog'liq bo'lgan jarrohlik ixtisosligi. Uni ikkita asosiy toifaga bo'lish mumkin: rekonstruktiv jarrohlik va kosmetik jarrohlik. Rekonstruktiv jarrohlik kraniofasiyal jarrohlik, qo'l jarrohligi, mikroxiirurgiya va kuyishni davolashni o'z ichiga oladi. Rekonstruktiv jarrohlik tananing bir qismini qayta qurish yoki uning faoliyatini yaxshilashga qaratilgan bo'lsa, kosmetik (yoki estetik) jarrohlik uning ko'rinishini yaxshilashga qaratilgan. Ushbu ikkala usul ham butun dunyoda qo'llaniladi.

Anesteziya qo'llanilgunga qadar sog'lom to'qimalarni qamrab oladigan operatsiyalar juda ko'p og'riqni boshdan kechirdi. Jarrohlik yo'li bilan infeksiyani steril usullar va dezinfektsiyalash vositalarini kiritish orqali kamaytirildi. Antibiotiklarni ixtiro qilish va qo'llash, sulfanilamid va penitsillindan boshlab, rejali operatsiyani amalga oshirishda yana bir qadam bo'ldi.

Birinchi amerikalik plastik jarroh Jon Petr Mettauer bo'lib, u 1827 yilda o'zi yaratgan asboblardan yordamida birinchi tirsakli operatsiyani amalga oshirgan. 1845 yilda Yoxann Fridrix Dieffenbax operativ Xirurgiya deb nomlangan rinoplastika haqida keng qamrovli matn yozdi va rekonstruksiya qilingan burunning kosmetik ko'rinishini yaxshilash uchun reoperatsiya tushunchasini taqdim etdi.

Plastik jarrohlik keng sohadir va u quyidagilarni o'z ichiga oladi:

-Estetik jarrohlik plastik jarrohlikning ajralmas qismidir va yuz va tanaga estetik operatsiyalarni o'z ichiga oladi. Plastik jarrohlar kosmetik jarrohlik printsiplarini barcha rekonstruktiv jarrohlik muolajalarida, shuningdek tashqi ko'rinishini yaxshilash uchun izolyatsiya qilingan operatsiyalarda qo'llashadi.

-Mikroxiirurgiya umuman yo'qolgan to'qimalarni rekonstruksiya qilish joyiga o'tkazish va qon tomirlarini qayta ulash bilan bog'liq. Ko'krakni qayta tiklash, bosh va bo'yinni qayta tiklash, qo'l jarrohligi, rekonstruksiya qilish va brakiyal pleksus jarrohligi mashhur populyatsiya hisoblanadi.

- Bolalar uchun plastik jarrohlik. Bolalar ko'pincha tibbiy muammolarga duch kelishadi, bu katta yoshli bemorning tajribasidan

juda farq qiladi. Tug‘ilishda mavjud bo‘lgan ko‘plab tug‘ma nuqsonlar yoki sindromlar bolalik davrida eng yaxshi davolanadi va bolalar plastik jarrohlari bolalarda ushbu holatni davolashga ixtisoslashgan. Odatda bolalar plastik jarrohlari tomonidan davolanadigan holatlarga kraniofatsial anomaliyalar, Sindaktilya (barmoqlar va oyoq barmoqlarining o‘rni), Polidaktilya (tug‘ilishda ortiqcha barmoqlar va oyoq barmoqlari), lablar va tanglay yaralari va qo‘lning tug‘ma nuqsonlari kiradi.

-Rekonstruktiv plastik jarrohlik kuyishdan kelib chiqadigan funktsional buzilishlarni tuzatish uchun amalga oshiriladi; shikastlanishlar, masalan, yuz suyagi sinishi va sinishi; tug‘ma anomaliyalar, masalan, yoriq tanglay yoki ochiq lablar; rivojlanish anormalliklari; infeksiya va kasallik; va saraton yoki o‘smalar. Rekonstruktiv plastik jarrohlik odatda funktsiyani yaxshilash uchun amalga oshiriladi, ammo bu odatiy ko‘rinishni taxmin qilish uchun bajarilishi mumkin.

Eng keng tarqalgan rekonstruktiv muolajalar o‘simtalarni olib tashlash, jarohatlarni tiklash, yuz-jag‘ jarrohligi, chandiqlarni qayta ko‘rib chiqish, qo‘l jarrohligi va ko‘krakni qisqartirishdir.

Boshqa keng tarqalgan rekonstruktiv jarrohlik muolajalar saraton kasalligini davolash uchun mastektomiyadan so‘ng ko‘krakni qayta tiklash, yara lablari va tanglay jarrohligini davolash, kuyishdan tirik qolganlarni kontraktatsiya qilish va tug‘ma bo‘lmaganda yangi tashqi quloqni yaratishdir.

Kosmetik jarrohlik bu tananing normal qismlarida insonning tashqi qiyofasini yaxshilash va qarish belgilarini yo‘q qilish uchun qilinadigan ixtiyoriy yoki tanlovli operatsiya. Amalga oshirilgan kosmetik muolajalar soni asr boshidan buyon deyarli ikki baravar ko‘paydi. Kosmetik protseduralarning ko‘pchiligi ayollarda o‘tkazilgan, bunda eng ko‘p uchraydigan beshta operatsiya ko‘krakni kattalashtirish, liposaksiya, ko‘krakni qisqartirish, ko‘z qovoqlari va abdominoplastika hisoblanadi.

Abdominoplastika (“qorin bo‘shlig‘i”): qorin bo‘shlig‘ini qayta tiklash va mahkamlash (rasm 145)

145-rasm.



Blepharoplastika (“ko‘z qopqog‘idagi jarrohlik”): yuqori va pastki qovoqlarni qayta shakllantirish.

Phalloplastika (“penis jarrohligi”): jinsiy olatni qurish (yoki qayta qurish) yoki ba’zida jarrohlik yo‘li bilan jinsiy olatni sun’iy ravishda o‘zgartirish, ko‘pincha kosmetik maqsadlar uchun.



146-rasm. Mammoplastika.

Ko‘krakni kattalashtirish (“ko‘krak implantatsiyasi” yoki “boob ishi”): dastlab mikromastiyaga chalingan ayollar uchun amalga oshirilgan yog‘ payvandlash, sho‘r yuvish yoki silikon gel protezlari yordamida ko‘krakni kattalashtirish (146-rasm).

Kamaytirish mammoplastikasi (“ko‘krakni qisqartirish”): gigan-tomastiya bilan og‘rigan ayollarda va jinekomastiya bilan og‘rigan

erkaklarda bel va elka og'rig'ini kamaytirish uchun qilinadigan teri va bez bezlarini olib tashlash.

Mastopeksiya (“ko'krakni ko'tarish”): Ko'pincha vazn yo'qotgandan keyin (masalan, homiladorlikdan keyin) ko'kraklarni ko'tarish yoki qayta shakllantirish. Glandular to'qimalardan farqli o'laroq, ko'krak terisini olib tashlashni o'z ichiga oladi.

Tugmani kuchaytirish (“dumba implanti”): tananing boshqa joylaridan yog' o'tkaziladigan silikon implantlar yoki yog' payvandlash yordamida dumlarni kuchaytirish.

Kriyolipoliz: yog' hujayralarini yo'q qilish uchun ishlatiladigan tibbiy asbobja ishora qiladi. Uning printsiptan tananing konturini o'zgartirish uchun yog' birikmalarini mahalliy invaziv bo'lmagan kamaytirish uchun boshqariladigan sovutishga asoslanadi.

Kryoneuromodulyatsiya: yuzaki va teri osti to'qimalarining tuzilmalarini gazsimon azot oksidi yordamida davolash, shu bilan ajinlarni vaqtincha kamaytirish, og'riqni vaqtincha kamaytirish, dermatologik sharoitlarni davolash va to'qimalarni fokusli kroodavolash.

Labioplastika: jarrohlik qisqarish va labiyani qayta tiklash

Dudoqlar kengayishi: lablar implantlari yordamida jarrohlik yo'li bilan kattalashtirish yoki in'eksion plomba yordamida jarrohlik yo'li bilan kattalashtirish orqali dudoqlar tashqi qiyofasini o'zgartirish.

Cheiloplastika: labni jarrohlik yo'li bilan tiklash

Rinoplastika (“burun ishi”): ba'zida burunning tuzilishi, tuzilish nuqsonlari bilan buzilgan nafasni tuzatish uchun ishlatiladi.

Otoplastika (“quloqni jarrohlik qilish” / “quloqni mixlash”): quloqni qayta tiklash, aksariyat chiqadigan quloqni boshga yaqinroq qo'yish orqali amalga oshiriladi.

Ritidektomiya (“yuzni ko'tarish”): yuzdagi ajinlar va qarish belgilarini olib tashlash (rasm. 147)



147-rasm. Ritidektomiya.

Bo'yinni ko'tarish: bo'yin bo'shlig'idagi to'qimalarni siqish. Ushbu protsedura ko'pincha pastki yuzni yoshartirish uchun fasil bilan birlashtiriladi.

Surplastika ("qoshni ko'tarish" yoki "peshonani ko'tarish"): qoshlarni ko'taradi, peshonadagi terini silliqlaydi

yuzaki ko'tarish ("yonoqlarni ko'tarish"): yonoqlarni siqish

Genioplastika: iyagini odamning suyaklari yordamida yoki implantatsiya yordamida, odatda silikon bilan yumshoq to'qimalarni tikish orqali.

Yonoqning kengayishi ("yonoq implantatsiyasi"): yonoqqa implantlar

Ortografik jarrohlik: jag'ning tekislanishi masalasini hal qilish va tishlarni to'g'rilash uchun yuqori va pastki jag' suyaklarini (osteotomiya orqali) o'zgartirish

Plomba in'ektsiyalari: gialuron kislotasi kabi kollagen, yog 'va boshqa to'qimalarni to'ldiruvchi in'ektsiyalar

Braxioplastika ("Qo'l ko'tarish"): qo'llar va tirsaklar orasidagi ortiqcha terini va yog'ni kamaytirish

Lazerli terini yoshartirish yoki lazer yordamida qayta tiklash: yuzning teshiklari chuqurligini kamaytirish va o'lik yoki shikastlangan teri hujayralarini qirish.

Liposaktsiya (“so‘rish lipektomiyasi”): an‘anaviy assimilyatsiya usuli yoki yog‘ olib tashlashga yordam beradigan ultrasonik energiya yordamida yog‘ to‘planishini olib tashlash

Zigoma qisqarish plasti: osteotomiya va zigomatik suyak va arkning rezektsiyalangan qismini bajarish orqali yuz kengligini kamaytirish.

Jag‘ning qisqarishi: burchakli jag‘ni yumshatish va ingichka jag‘ni yaratish uchun majburiy burchakni qisqartirish.

Eng mashhur operatsiyalar Botoks, liposuction, ko‘z qopqog‘idagi jarrohlik, ko‘krak implantlari, burun bo‘shlig‘i va fasetalardir.

Plastik operatsiyalar barcha operatsiyalardagi kabi asorat, xavf va retsidivga ega. Kosmetik jarrohlikning umumiy asoratlariga gematoma, asab ziyoni, infektsiya, skarlasma, implantatsiya etishmovchiligi va organlarning shikastlanishi kiradi. Ko‘krak implantlari ko‘plab asoratlarga, shu jumladan yorilishga olib kelishi mumkin.

XXIII. TRANSPLANTATSIYA

Transplantatsiya — odam va hayvonlarda patologik jarayon natijasida shikastlangan yoki olib tashlangan to‘qimalar va organlar o‘rniga sog‘lomini ko‘chirib o‘tqazish. Xirurgiya usuli sifatida qadimdan ma‘lum. Teri, muskul, nervlar, ko‘zning muguz pardasi, yog‘ va suyak to‘qimasi, yurak, buyrak va boshqa organlar ko‘chirib o‘tqaziladi. Kon quyish — T.ning alohida turi.

Ko‘chirib o‘tqaziladigan to‘qima yoki organ kimdan olinganiga qarab transplantantlar quyidagicha farqlanadi: autotransplantant — bemorning o‘zidan, allotransplantant — odamdan odamga, ksenotransplantant — boshqa individdan. Hozirgi buyrak T.si juda keng yo‘lga qo‘yilgan. Boshqa organlar: yurak, jigar, endokrin bezlar, o‘pka va boshqa organlarni ko‘chirib o‘tqazish maxsus klinikalarda bajariladi.

Transplantatsiya tarixiga nazar tashlaydigan bo‘lsak dastlabki transplantatsiya operatsiyalari sichqon, kalamush, quyon, it kabi hayvonlar ustida amalga oshirilgan. Amaliyot muvaffaqiyatli amalga oshirilganidan so‘ng, odamlarda ham qo‘llanila boshlangan.

Birinchi buyrak transplantatsiyasi 1954-yil 23-dekabrda Boston gospitalida o'tkazilgan va operatsiya muvaffaqiyatli kechgan. Bemor operatsiyadan so'ng, 8 yil yashagan. Birinchi jigar transplantatsiyasi doktor Tomas Starlz tomonidan AQSH da 1963-yilda amalga oshirilgan. Afsuski, bemor operatsiyadan bir necha kun o'tib vafot etgan. 4 yildan so'ng yana Starlz tomonidan shunday operatsiya bajarilgan. Operatsiya muvaffaqiyatli kechgan, bemor bir yildan ortiq yashagan. Yurak transplantatsiyasi juda ham qiyin transplantatsiya operatsiyalaridan bo'lib, birinchi marta 1967-yil muvaffaqiyatli amalga oshirilgan, lekin bemor 18 kundan keyin zotiljam kasalligi sababli vafot etgan. Yurakni ko'chirib o'tkazish bilan bog'liq muammolar juda ham ko'p bo'lib, amaliyot o'tkazish hali ham xavfli hisoblanadi. Chunki operatsiya ko'pgina hollarda o'limga olib kelishi mumkin. Odatda, yurak ko'chirib o'tkazilgandan keyin 5-7 yil xizmat qilib bera oladi. Lekin, bu borada ham navbat kutayotganlar kamayayotgani yo'q. Chunki hamma ham bir nafas bo'lsada ko'proq yashashni xohlaydi.

Yurak transplantologiya bozorida eng qimmat organlardan bo'lib, Evropada 250 ming dollar atrofida baholangan. Buyrak transplantatsiyasi ham muhim transplantatsiyalardan hisoblanadi. Buyraklarni mashina yoki kvartiraga almashish haqidagi hazillar asosga ega. Buyrak narxi Evropada 50-70 ming dollarga baholanmoqda. Transplantatsiya amaliyotida bo'ladigan operatsiyalarning 70 % ini buyrak ko'chirib o'tkazish amaliyotlari tashkil qiladi. Shundan kelib chiqib donorlar ham buncha pulni so'rashlari ajablanarli emas. Inson bitta buyrak bilan ham yashaydi, faqat bitta buyragi 75 % atrofida ishlashi kerak. O'pka-odam tanasi bo'ylab kislorod etkazib beradigan muhim organ. Afsuski, keyingi paytlarda o'pka kasalliklari ko'payib bormoqda, donorlar esa etarli emas. Chunki, odam o'lganidan 2 soat o'tganidan so'ng, o'pkadan foydalanish mumkin bo'lmay qoladi. Shuning uchun, shifokorlar donorning o'pkasini ko'chirib o'tkazish jarayonida mo'jizakor ravishda tez ishlashlari kerak. Bu a'zoning narxi qimmatligining sabablaridan biri ham shunda. Ildiz hujayralari transplantologiyasi saratonni davolashda keng foydalaniladi. Ildiz hujayralari juda qimmat turadi, sabablaridan biri shuki, mos keladigan donor topishning o'zi ham katta muammo.

Mustaqil Respublikamizda 2018-yil 11-iyun kuni “Inson organlari, to‘qimalari va hujayralarini transplantatsiya qilish to‘g‘risida” gi qonun qabul qilindi. Yangi qonunga ko‘ra transplantatsiya amaliyotlari Akademik V.Vohidov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy jarrohlik markazi, Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi, Toshkent shahar nefrologiya shifoxonasida amalga oshirilmoqda. Hukumatning mazkur qarorida kim donor bo‘la olishi yoki bo‘la olmasligi masalasiga ham aniqlik kiritilgan. Jumladan, quyidagi yaqin qarindoshlar donor bo‘lishi mumkin: ota-ona, tug‘ishgan yoki tutingan aka-uka va opa-singillar, er-xotinlar, farzandlari (shu jumladan, asrab olinganlar), shuningdek er-xotinning ota-onalari. Lekin ushbu yaqin qarindoshlar 18 yoshga to‘lmagan, belgilangan holatda o‘zini o‘zi boshqara olmaydigan deb topilgan, ozodlikdan mahrum qilingan, I va II guruh nogironlari, homilador ayollar hamda narkomaniya, surunkali alkogolizm va toksimaniyadan azob chekayotgan bo‘lsa, ulardan transplantatsiya maqsadida buyrak yoki jigar bo‘lagini olishga yo‘l qo‘yilmaydi. Transplantatsiya bajarilganidan so‘ng, donor va retsipient kamida uch yil davomida profilaktik dispanser ko‘rigi bilan ta‘minlanadi. Yurtimizda o‘zbek va chet el shifokorlari hamkorligida birinchi marta jigar serroziga uchragan bemorda jigar transplantatsiyasi amaliyoti amalga oshirildi. Amaliyotda 21 nafar shifokor, 10 nafar o‘rta tibbiyot xodimlari ishtirok etishdi. Operatsiya jarayoni qariyb 15 soat davom etdi. Birinchi marta o‘tkazilgan murakkab operatsiya muvaffaqiyatli o‘tdi.

Xulosa qilib aytadigan bo‘lsak, hozirgi kunda jahonda rivojlanib borayotgan transplantologiya operatsiyalarining Markaziy Osiyo davlatlaridan faqatgina bizning respublikamizda amalga oshirilayotgani yurtimizda tibbiyot sohasiga katta e‘tibor berilayotganligining haqiqiy isbotidir.

XXIV. UMUMIY QON TAHLILI — ME'YOR JADVALI, O'ZGARISHLAR SABABI, XUSUSIYATLARI, MA'LUMOTLAR

Umumiy qon tahlili — qonning fizik va kimyoviy xossalari haqida ma'lumot olish uchun foydalaniladigan laboratoriya tekshiruvi. Qonni tekshirish odatda qo'ning barmog'idan yoki quloqdan olingan kapillyar qon namunasi bo'yicha amalga oshiriladi. Ba'zi hollarda, suyak iligi qon hujayralari ham tekshirilishi mumkin. Bizning vaqtimizda yuzlab gematologik testlar va muolajalar ishlab chiqildi va avtomatizator yordamida bir xil qon misolida bir vaqtning o'zida turli qon tekshiruvlarini o'tkazish mumkin.

Barchamiz hayotimizda hech bo'lmaganda bir marta, umumiy qon tahlilini topshirganmiz. Va har bir kishi noto'g'ri tushunchaga duch kelib, natijada yozilgan narsalar, ularning barchasi nimani anglatishini tushunmagan. Ushbu ko'rsatkich nima uchun ko'tarilganligi yoki tushganligini qanday tushunish kerak? Masalan, limfotsitlar ortishi yoki kamayishi nimaga olib kelishi mumkin? Har bir narsani tahlil qilamiz.

Ushbu maqola maxsus tibbiy adabiyotlardan foydalangan holda yozildi. Qo'llaniladigan barcha materiallar tibbiy atamalardan minimal foydalanish bilan tahlil qilinadi va mavjud bo'lgan tilda taqdim etiladi. Ushbu maqolaning maqsadi umumiy qon tahlili qiymatlari, uning natijalarini talqin qilishning tushunarli ta'rif etish.

Qonning xususiyatlari

Qon plazma va qon hujayralaridan (shaklli elementlardan) iborat. Qon hujayralari — eritrotsitlar (qizil qon hujayralari), leykotsitlar va trombositlardan iborat. Qon plazmasi shaffof suyuqlikdir, u qon hajmining yarmidan ko'pini tashkil etadi (55-60%). Qon plazmasini shaklli elementlardan ajratish uchun sentrifuga ishlatiladi.

Qonning o'lchovli tarkibiy qismlari

Ko'pgina sinovlar qondagi eritrotsitlar va leykotsitlar sonini, shuningdek, eritrotsitlardagi sedimentatsiya tezligi (EChT) va eritrotsitlardagi gemoglobin kontsentratsiyasini aniqlash uchun mo'ljallangan. Bundan tashqari, ayrim qon tahlillari rezus omillari, Rh yoki qon guruhlarini aniqlash uchun qo'llaniladi. Boshqa

holatlarda qon hujayralarining shakli va tizimli detallari, gemoglobin va boshqa qon oqsillari aniqlanadi. Qon qon hujayralari bilan bogʻlangan yoki qon plazmasidan topilgan turli fermentlarni yoki protein katalizatorlarining faoliyatini aniqlash uchun tahlil qilinishi mumkin.

Qon yana umumiy hajm, aylanish vaqti, yopishqoqligi, ivishi va ivish kasalliklari, kislotalilik muhiti (pH), kislorod va karbonat anhidrid miqdori va turli moddalarning tozalanish xususiyatlari asosida tahlil qilinishi mumkin. Maxsus infeksiyalarga xos boʻlgan moddalarni aniqlash, masalan, sifilis (zahm), gepatit va inson immunitet tanqisligi virusi (OIV, OITS) uchun maxsus serologik testlar mavjud.

Umumiy qon tahlili koʻrsatkichlari meʼyorlari jadvali

| Tahlil koʻrsatkichi | Meʼyor |
|--|---|
| Gemoglobin | Erkaklar: 130-170 gr/l |
| | Ayollar: 120-150 gr/l |
| Qizil qon hujayralari(eritrositlar) soni | Erkaklar: 4,0-5,0·10 ¹² /l |
| | Ayollar: 3,5-4,7·10 ¹² /l |
| Leykotsitlar soni | Qiymat oraligʻi 4,0-9,0 x10 ⁹ /l |
| Gematokrit (qonning shaklli elementlari va plazma nisbati) | Erkaklar: 42-50% |
| | Ayollar: 38-47% |
| Eritrositning oʻrtacha hajmi | Qiymat oraligʻi 86-98 mkm ³ |
| Leykotsitar formula | Neytrofillar: Segmentyadroviy formalar 47-72% Tayoqchayadroviy formalar 1- 6% Limfositlar: 19-37% Monositlar: 3-11% Eozinofillar: 0,5-5% Bazofillar: 0-1% |
| Trombotsitlar soni | Qiymat oraligʻi 180-320·10 ⁹ /l |
| Eritrositlar choʻkich tezligi (EChT) | Erkaklar: 3 — 10 mm/soat |
| | Ayollar: 5 — 15 mm/soat |

Gemoglobin (Hb) — bu kislorodni biriktira oladigan va tashiydigan, temir atomini oʻz ichiga olgan oqsildir. Gemoglobin qizil qon hujayralari (eritrosit)da boʻladi. Gemoglobin miqdori gramm/ litr (gr/ l) da oʻlchanadi. Gemoglobin miqdorini aniqlash juda muhim, chunki uning miqdorining pasayishi butun tananing toʻqimalari va organlariga kislorod yetishmasligiga olib keladi.

Eritrositlar — kichik o'lchamli qizil qon tanachalari. Bular qonning eng ko'p miqdordagi hujayralari. Ularning asosiy vazifasi — kislorodni tashish va uni organlarga va to'qimalarga yetkazishdir. Eritrositlar ikki tomondan botiq disklar shaklidir. Eritrosit ichida katta miqdorda gemoglobin bo'ladi — qizil diskning katta qismi ular tomonidan ishg'ol qilinadi.

Bolalarda va kattalarda eritrosit miqdorining me'yorlari(normalari)

| Yosh | Ko'rsatkich x 10 ¹² /l |
|------------------------|-----------------------------------|
| Yangi chaqaloq | 3,9-5,5 |
| 1-3 kunlik | 4,0-6,6 |
| 1 haftalik | 3,9-6,3 |
| 2 haftalik | 3,6-6,2 |
| 1 oylik | 3,0-5,4 |
| 2 oylik | 2,7-4,9 |
| 3-6 oylik | 3,1-4,5 |
| 6 oylikdan 2 yoshgacha | 3,7-5,3 |
| 2-6 yosh | 3,9-5,3 |
| 6-12 yosh | 4,0-5,2 |
| 12-18 yosh(o'gillar) | 4,5-5,3 |
| 12-18 yosh(qizlar) | 4,1-5,1 |
| Katta erkaklar | 4,0-5,0 |
| Katta ayollar | 3,5-4,7 |

| | |
|---|--|
| <p>Qizil qon hujayralarini kamayishi sabablari</p> <p>Qizil qon hujayralari sonining kamayishi anemiya deb ataladi. Bu holatning rivojlanishi uchun juda ko'p sabablar bor va ular doimo ham qon hosil qilish tizimi bilan bog'liq emas.</p> <p>Oziqlanishdagi xatolar (vitaminlar va proteinlarga kam ega bo'lgan oziq-ovqat)</p> <p>Qon yo'qotish</p> <p><u>Leykemiya</u> (oq qon kasalligi)</p> <p>Irsiy fermentopatiya (gemotopoezda ishtirok etadigan fermentlarning nuqsonlari)</p> <p>Gemoliz (toksik moddalar va autoimmun kasalliklar ta'sir qilish oqibatida qon hujayralarining o'libirpi)</p> | <p>Qizil qon hujayralari sonining ortishi sabablari</p> <p>Organizm suvsizlanishi (qusish, diareya, haddan tashqari terlash, suyuqlikni kam ichish)</p> <p>Eritremiya (gematopoetik tizim kasalliklari)</p> <p>Nafas olish va yurak yetishmovchiligiga olib keladigan yurak-qon tomir yoki nafas olish tizimining kasalliklari</p> <p>Buyrak arteriyasi stenoz</p> |
|---|--|

Leykotsitlar — qon oqimi bilan aylanib yuradigan tanamizning tirik hujayralari. Bu hujayralar immunitetni nazorat qiladi. Infektsiya, toksik yoki boshqa begona moddalar tanaga zarar yetkazsa, bu hujayralar zarar yetkazuvchi omillar bilan kurashadi va ularni yo'q qilishga harakat qiladi. Leykotsitlar shakllanishi qizil suyak iligida va limfa tugunlarida kechadi. Leykotsitlar bir nechta turlarga bo'linadi: *neytrofillar*, *bazofillar*, *eozinofillar*, *monotsitlar*, *limfotsitlar*. Leykotsitlarning turfa turlari tashqi ko'rinishida bir-biridan farq qiladi va immun javob berish funksiyalarini amalga oshiriladi.

Bolalarda va kattalarda leykotsitlar miqdorining normasi

| Yosh | 1 yoshgacha | 1-2 yosh | 2-4 yosh | 4-6 yosh | 6-10 yosh | 10-16 yosh | 16 yoshdan keyin |
|--------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|
| Ko'rsatkich $\times 10^9/l$ | 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>Oq qon hujayralari (leykositlarning) ortishi sabablari</p> <p>Leykotsitlar sonining fiziologik o'sishi</p> <p>Ovqatdan so'ng</p> <p>Faol jismoniy faoliyatdan keyin</p> <p><u>Homiladorlikning ikkinchi varmida</u></p> <p>Emlashdan keyin</p> <p>Hayz paytida</p> <p>Yallig'lanish reaksiyasi fonida</p> <p>Yiringli yallig'lanish jarayonlari (abtsess, flegmona, <u>bronxit</u>, sinusit, <u>gaymorit</u>, appenditsit va boshqalar)</p> <p>Yumshoq to'qimalarga shikast etkazadigan kuyish va shikastlanishlar</p> <p>Operatsiyadan keyin</p> <p>Revmatizmning kuchayishi paytida</p> <p>Onkologik jarayonlarda</p> <p><u>Leykemiya</u> kasalligida</p> | <p>Leykotsit miqdorining pasayishi sabablari</p> <p>Virusli va yuqumli kasalliklar (yuqumli kasalliklar, <u>gorin tifi</u>, <u>virusli gepatit C</u>, sepsis, qizamiq, bezgak, qizilcha, <u>O'RVI</u>, OITS)</p> <p>Revmatik kasalliklar (revmatik artrit)</p> <p>Ba'zi leykemiya turlari</p> <p>Gipovitaminoz</p> <p>Radiatsion kasallik</p> |
|--|---|

Gematokrit — eritrotsitlar tomonidan ishg'ol etilgan hajmning tahlil qilinayotgan qonga bo'lgan foiz nisbatidir. Bu ko'rsatkich foizda hisoblanadi. Umumiy qon tahlilining ajralmas qismi.

Bolalarda va kattalarda gematokrit ko'rsatkichining me'yor (normasi)

| | |
|---|--|
| <p>Gematokrit ko'rsatkichining oshishi sabablari</p> <p>Eritremiya</p> <p>Yurak yoki nafas yetishmovchiligi</p> <p>Qattiq qusish, diareya, keng kuyish, diabet oqibatidagi organizm suvsizlanishi</p> | <p>Gematokrit ko'rsatkichining pasayishi sabablari</p> <p>Anemiya</p> <p><u>Buvrak yetishmovchiligi</u></p> <p>Homiladorlikning ikkinchi yarmi</p> |
|---|--|

MCh, MChC, MCV, rang ko'rsatkichi (RK) — norma

MCh—meancorpuscular hemoglobin. Ushbu indeks pikogramalardagi (pg) bir eritrositda gemoglobinning mutlaq tarkibini aks ettiradi. MCh quyidagi formula bo'yicha hisoblanadi:

MCh = gemoglobin (g / l) / eritrotsitlar soni = qiymat (pg)MCh normasi - 24 – 33 *pg*.

Rang ko'rsatkichi (RK) — eritrotsitlarda gemoglobin konsentratsiyasini aniqlash uchun qo'llaniladigan klassik usul. Hozirgi vaqtda qon tekshiruvlarida RK asta-sekin MCh indeksiga almashtirilmoqda. Ushbu indekslar turli xil birliklarda ifodalanadi.

Rang ko'rsatkichi normasi - 0,9-1,1

MChC— meancorpuscular hemoglobin concentration. Ushbu ko'rsatkich eritrositning gemoglobin bilan to'yinganligini aks ettiradi va foiz(%) bilan ifodalanadi. Ya'ni, bu indeksga ko'ra, bir eritrositda qancha foiz gemoglobin miqdori bor ekanligini aytish mumkin. MChC quyidagi tarzda hisoblanadi: $MChC = (\text{gemoglobin (g / l)} / \text{gematokrit (\%)}) * 10 = \text{qiymat (\%)}$

MChC normasi - 30 – 38%

MCV — meancorpuscular volume. Bu ko'rsatkich eritrositning o'rtacha hajmini mikron kub (mkm^3) yoki femtolitrd (fl) aks ettiradi. MCV quyidagi formula bo'yicha hisoblanadi: $MCV = \text{gematokrit (\%)} * 10 / \text{eritrotsitlar soni (T / l)} = \text{qiymat (mkm}^3(\text{fl}))$

MCV normasi - 80-95 $\text{mkm}^3(\text{fl})$

Leykotsitar formula — qonda turli xil leykotsitlar sonining umumiy leykotsitlar soniga bo'lgan foiz nisbati. Infektsion, qon kasalliklarida, onkologik jarayonlarda turli xil leykotsitlar turlari nisbati o'zgaradi. Ushbu laboratoriya ko'rsatkichlari tufayli shifokor sog'liq muammolari sabablarni aniqlashi mumkin.

Leykotsitlarning turlari, norma

| Neytrofillar | Segmentyadroviy formalar 47-72% |
|--------------|---------------------------------|
| | Tayoqchayadroviy formalar 1- 6% |
| Eozinofillar | 0,5-5% |
| Bazofillar | 0-1% |
| Monositlar | 3-11% |
| Leykositlar | 19-37% |

Neytrofillar ikkita turda bo'lishi mumkin — yetilgan neytrofillar, ular segmentyadroviy deb ham nomlanadi va yetilmagan — tayoqchayadroviy deb ataladi. Odatda, tayoqchayadroviy neytrofillarning soni minimal bo'ladi (umumiy sonning 1-3%).

| | |
|---|--|
| <p>Qonda neytrofililar darajasining ortishi — neytrofiliya deyiladi.</p> <p>Neytrofil sonining ortishi sabablari</p> <p>Infektsion kasalliklar (<u>angina</u>, <u>gaymorit</u>, ichak infektsiyasi, <u>bronxit</u>, <u>pnevmoniya</u>)</p> <p>Infektsion jarayonlar — abstsess, flegmona, gangrena, yumshoq to‘qimalarning shikastlanishlari, osteomielit</p> <p>Ichki organlarning yallig‘lanish kasalliklari (<u>pankreatit</u>, peritonit, tiroidit, artrit)</p> <p>Infarkt (<u>miokard</u>, buyrak, taloq infarkti)</p> <p>Surunkali metabolik kasalliklar (<u>qandli diabet</u>, uremiya, eklampsiya)</p> <p>Saratonli o‘smalar</p> <p>Immunostimulyatsiya qiluvchi preparatlarni qo‘llash, emlash</p> | <p>Neytrofillar miqdorining kamayishi neytropeniya deyiladi. Neytrofil sonining kamayishi sabablari</p> <p>Infektsion kasalliklar: qorin tifi, <u>brutsellyoz</u>, <u>gripp</u>, qizamiq, <u>suvchechak</u>, virusli gepatit, qizilcha</p> <p>Qon kasalliklari (aplastik anemiya, o‘tkir leykemiya)</p> <p>Tug‘ma neyropeniya</p> <p>Tirotoksikoz — yuqori darajadagi tiroid gormonlari ishlab chiqarilishi</p> <p>Kimyoterapiya natijalari</p> <p>Radioterapiya natijalari</p> <p>Antibakterial, yallig‘lanishga qarshi, antivirus preparatlarni qo‘llash</p> |
|---|--|

Leykotsitar formulaning chapga va o‘ngga siljishi nima?

Leykotsitlar formulaning chapga siljishi — bu qonda yosh, yetilmagan neytrofililar paydo bo‘lishidir. Odatda bunday neytrofililar faqat suyak iligida mavjud bo‘ladi. Bunday hodisa yuqumli kasalliklar va yallig‘lanish jarayonlari (masalan, angina, bezgak, appenditsit), shuningdek, o‘tkir qon yo‘qotish, difteriya, pnevmoniya, qizilcha, toshmalif, sepsis, zaharlanish kabi hollarda kuzatiladi. Leykotsitlar formulaning o‘ngga siljishi — bu qonda «qari» (segmentyadroviy) neytrofililar sonining oshishi degani. «Eski» neytrofil yadrolar besh segmentdan ko‘proq bo‘ladi. Bunday surat radiatsion chiqindilar bilan ifloslangan hududlarda yashovchi sog‘lom odamlarda ko‘p uchraydi. Surunkali o‘pka kasalligi bo‘lgan yoki obstruktiv bronxit bilan og‘rigan bemorlarda, foliy kislotasi yetishmovchiligi, B12 yetishmaydigan insonlarda ham uchrashi mumkin.

Eozinofililar — bu toksik moddalarni, parazitlarni tozalash bilan shug‘ullanadigan leykotsitlarning bir turi, saraton hujayralariga qarshi kurashda ishtirok etadi. Ushbu turdagi leykotsitlar gumoral immunitetni shakllantirishda ishtirok etadi (antitanalar bilan bog‘liq immunitet)

| | |
|--|--|
| <p>Qonda eozinofillerining oshishi sabablari <u>Allergiya (bronxial astma, oziq-ovqatga allergiya, pollinoz, atopik dermatit, allergik rinit, preparatlarga allergiya)</u> Parazitar kasalliklar — ichak parazitlari (lyamblyoz, askaridoz, enterobioz, opistorxoz, exinokokkoz) Infektsion kasalliklar (sil, mononukleoz, vena kasalliklari) Saratonli o'smalar Gematopoez tizimi kasalliklari (leykemiya, limfoma, limfogranulematoz) Revmatik kasalliklar (<u>revmatoid artrit</u>)</p> | <p>Qonda eozinofillarning kamayishi sabablari Og'ir metallar bilan zaharlanish Yiringli jarayonlar, sepsis Yallig'lanish jarayonining boshlanishi</p> |
|--|--|

Monotsitlar — tananing eng katta o'lchamli immunitet hujayralaridir. Ushbu oq qon hujayralari begona moddalarni tanib olish va boshqa leykotsitlarni ularni tanib olishni o'rgatish bilan shug'ullanadi. Ular qondan tananing to'qimalariga ko'chib o'tishlari mumkin. Qon oqimidan tashqarida, monositlar o'z shakllarini o'zgartiradi va makrofaglarga aylanadi. Makrofaglar yallig'langan to'qimalarni o'lik hujayralardan, leykotsitlardan, bakteriyalardan tozalashda ishtirok etish uchun yallig'lanish markaziga to'planadi. Makrofaglarning bu ishi tufayli shikastlangan to'qimalarning tiklanishi uchun sharoit yaratiladi.

| | |
|--|--|
| <p>Monotsitlar ortishining sabablari (monotsitoz) Viruslar, zamburug'lar (<u>kandidoz</u>), parazitlar va sodda hayvonlar tufayli kelib chiqqan infeksiyalar O'tkir yallig'lanish jarayonidan keyin tiklanish davri Spetsifik kasalliklar: sil, bezgak, brutsellyoz, sarkoidoz Revmatik kasalliklar Gematopoetik kasalliklar: o'tkir leykemiya, mieloma, limfogranulematoz Fosfor, tetraxloroetan bilan zaharlanish.</p> | <p>Monositlarning kamayishi sabablari (monotsitopeniya) Aplastik anemiya Tukli hujayrali leykemiya Yiringli jarohatlar (abstsesslar, flegmonalar, osteomiyelitlar) Tug'ruq Jarrohlkdan so'ng Steroid preparatlarini qabul qilish (deksametazon, prednizolon)</p> |
|--|--|

Bolalarda va kattalarda monositlar miqdorining normasi

| Yosh | Ko'rsatkich (foizlarda) |
|-----------------------------|-------------------------|
| Yangi tug'ilgan chaqaloqlar | 3 — 12 |
| 2 haftalikkacha | 5 — 15 |
| 2 haftalikdan 1 yoshgacha | 4 — 10 |
| 1-2 yosh | 3 — 10 |
| 2-5 yosh | 3 — 9 |
| 6-7 yosh | 3 — 9 |
| 8-9 yosh | 3 — 9 |
| 9-11 yosh | 3 — 9 |
| 12-15 yosh | 3 — 9 |
| 16 yosh va undan kattalar | 3 — 9 |

Bazofillar — qonning eng kamyob immun hujayralari. Odatda, ular qon tahlilida aniqlanmasligi mumkin. Bazofillar sekinlashgan turdagi immunologik yallig'lanish reaksiyalarining shakllanishida ishtirok etadi. To'qimalarning yallig'lanishiga olib keladigan ko'p miqdordagi moddalarni o'z ichiga oladi.

Qonda bazofillar miqdorining me'yori - 0-0,5%

Qonda bazofillarining ortishining sabablari

Surunkali miyeloid leykemiya (SML)

Qalqonsimon bez gormonlarining kamayishi (gipotireoz)

Suvchechak

Oziq-ovqat va dorilarga allergiya

Nefroz

Gemolitik anemiya

Taloq olib tashlanganidan keyin

Hodjkin kasalligi

Gormonal dorilar bilan davolash (estrogenlar, tiroid bezining faoliyatini kamaytiruvchi preparatlar)

Yarali kolit

Limfotsitlar leykotsitlarning ikkinchi yirik sonli qismidir. Limfotsitlar immunitet (antitanalar orqali) va hujayrali (hujayraning bevosita aloqasi va limfosit vayron qilinganidan) immunitetda

muhim rol o'ynaydi. Qonda turli xil limfotsitlar — yordamchilar, bosimchilar va qotillar tarqaladi. Har bir oq qon hujayrasi muayyan bosqichda immunitetni shakllantirishda ishtirok etadi.

| | |
|---|---|
| <p>Limfotsitlar sonining oshishi sabablari (limfotsitoz)</p> <p>Virusli kasalliklar: infeksiyon mononukleoz, virusli gepatit, sitomegalovirus infeksiyasi, gepatit infeksiyasi, qizilcha</p> <p>Toksoplazmoz</p> <p>O'RV</p> <p>Qon tizimi kasalliklari: aktiv limfotsitik leykemiya, surunkali limfotsitik leykemiya, limfosarkoma;</p> <p>Tetraxloroetan, qo'rg'oshin, mishyak, uglerodli disulfid bilan zaharlanish</p> <p>Dori vositalaridan foydalanish: levodopa, fenitoin, valproik kislota, giyohvandlik vositalari</p> <p>Leykoz</p> | <p>Limfotsitlar sonining kamayishi sabablari (limfopeniya)</p> <p>Tuberkulyoz</p> <p>Limfoganulematoz</p> <p>Aplastik anemiya</p> <p>Buyrak yetishmovchiligi</p> <p>Onkologik kasalliklarning terminal bosqichi</p> <p>OITS</p> <p>Radioterapiya</p> <p>Kimyoterapiya</p> <p>Glukokortikoidlarni qo'llash</p> |
|---|---|

Bolalar va kattalarda limfositlar miqdori.

| Yosh | Ko'rsatkich (foizlarda) |
|-----------------------------|-------------------------|
| Yangi tug'ilgan chaqaloqlar | 15 — 35 |
| 2 haftalikkacha | 22 — 55 |
| 2 haftalikdan 1 yoshgacha | 45 — 70 |
| 1-2 yosh | 37 — 60 |
| 2-5 yosh | 33 — 55 |
| 6-7 yosh | 30 — 50 |
| 8-9 yosh | 30 — 50 |
| 9-11 yosh | 30 — 46 |
| 12-15 yosh | 30 — 45 |
| 16 yosh va undan kattalar | 20 — 40 |

Trombotsitlar kichik, yadrosiz hujayralardir. Ushbu qon tarkibiy qismining asosiy vazifasi qonning ivishida ishtirok etishdir. Trombotsitlar ichida koagulyatsion (ivish) omillarning aksariyati

mavjud bo‘lib, kerak bo‘lganda qonga quyiladi (masalan tomir devoriga zarar yetkazilganda). Ushbu xususiyat tufayli shikastlangan tomir tromb tashkil etuvchi tromb tomonidan tiqilib qoladi va qon ketish to‘xtaydi.

| | |
|--|--|
| <p>Qonda trombositlarning ortishi sabablari (trombositoz, 320×10^9 hujayra / l dan ortiq trombositlar soni) Taloqni olib tashlash Yallig‘lanish jarayonlari (revmatizmni kuchayishi, osteomiyelit, sil kasalligi, absstess) Turli kamqonlik turlari (qon ketishdan keyin, temir tanqisligi, gemolitik) Jarrohlikdan so‘ng Saraton kasalligi Jismoniy charchoq Eritremiya</p> | <p>Qonda trombositlarning kamayishi sabablari (trombositopeniya — 180×10^9 hujayra/l dan kam bo‘lishi) Tug‘ma qon kasalliklari (<u>gemofiliya</u>) Idiopatik autoimmun trombositopenik purpura Tizimli qizil yugurigi Infektsiya (virusli va bakterial infeksiyalar, bezgak, toksoplazmoz) Aplastik anemiya Paroksimal kechki gemoglobinuriya Evans sindromi (autoimmun gemolitik anemiya va trombositopeniya) Qon quyish Bolalarda muddatidan oldin tug‘ilish Yurak yetishmovchiligi Buyrak venalarining trombozi</p> |
|--|--|

Qonda trombositlar miqdorining me‘yori - $180 - 320 \times 10^9$ hujayra/l

Eritrositlar cho‘kishi tezligi (EChT) — bu qonning plazmasi va eritrotsitlarini ajralish tezligini aniqlashga imkonini beruvchi laboratoriya tahlillari.

Tadqiqotning mohiyati: eritrotsitlar plazma va leykotsitlardan og‘irroqdir, shuning uchun ular tortishish kuchi ta‘sirida sinov naychasining tubiga tushadi. Sog‘lom odamlarda eritrosit membranalari salbiy zaryadga ega bo‘lib, bir-birlarini chalg‘itadi, bu esa pasayish tezligini susaytiradi. Ammo qondagi kasallik davrida bir qator o‘zgarishlar mavjud:

- Fibrinogen tarkibining, shuningdek alfa va gamma globulinlar va C-reaktiv oqsilning ortishi. Ular eritrotsitlar yuzasida to‘planib, tangalar shaklida bir-biriga yopishadi;
- Albumin konsentratsiyasini kamayishi, bu eritrotsitlar yopishishiga to‘sqinlik qiladi;

- Qon elektrolitlar balansining buzilishi. Bu qizil qon hujayralari zaryadini o'zgartirishga olib keladi, shuning uchun ular bir-birini itarishni to'xtatadilar.

Natijada, eritrotsitlar bir-biriga yopishadi. Yig'indilar eritrotsitlarga nisbatan og'irroq, bu esa cho'kish tezligini oshiradi. EChT o'sishiga sabab bo'lgan to'rtta kasallik guruhi mavjud:

- Infektsiyalar;
- Yomon sifatli o'simtalar;
- Revmatologik (tizimli) kasalliklar;
- Buyrak kasalliklari.

ECHT haqida nimalarni bilishingiz kerak

1. ECHT plazma oqsillarida miqdoriy va sifat o'zgarishlariga olib keladigan ko'plab kasalliklarda ortishi mumkin.

2. Bemorlarning 2 foizida (hatto jiddiy kasalliklarda ham) ECHT darajasi normal darajada qoladi.

3. ECHT birinchi soatlarda emas, balki kasallikning 2-kunida ortadi.

4. Kasallikdan so'ng, ECHT bir necha hafta, ba'zan oylar davomida baland bo'ladi. Bu shifo haqida dalolat beradi.

5. Ba'zida ECHT sog'lom odamlarda 100 mm / soat gacha ko'tariladi.

6. ECHT ovqatdan keyin 25 mm / soatga ortadi, shuning uchun sinovlar och qoringa olingan qonda o'tkazilishi kerak.

7. Laboratoriyada harorat 24 darajadan yuqori bo'lsa, eritrotsitlarning yopishish jarayoni buziladi va ECHT kamayadi.

8. ECHT umumiy qon tahlilining ajralmas qismi hisoblanadi.

Eritrotsitlar cho'kish tezligini aniqlash usulining mohiyati

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) Vestergren usulini tavsiya qiladi. EChTni aniqlash uchun zamonaviy laboratoriyalar tomonidan qo'llaniladi. Ammo shahar poliklinikalarida va shifoxonalarda an'anaviy tarzda Panchenkov usulidan foydalaniladi.

Vestergren usuli. 2 ml venoz qon va qonning ivishiga to'sqinlik qiladigan 0,5 ml natriy sitrat, antikoagulyant aralastiriladi. Aralashma nozik silindrsimon sinov naychasiga 200 mm sarajagacha yig'iladi. Naycha vertikal holatda shtativga o'rnatiladi. Bir soatdan so'ng yuqori plazma chegarasidan eritrotsitlar darajasigacha qadar

bo'lgan masofa millimetrlarda o'lchanadi.

Panchenkov usuli. Umumiy qon tahlili uchun barmoqdan olinga kapilyar qon tekshiriladi. 1 mm diametrli shisha naychaga 50 mm gacha natriy sitrat eritmasi yig'iladi. U tajriba trubkasiga solinadi. Shundan so'ng, pipetka bilan 2 marta qon olinadi va qon natriy sitrati turgan trubkaga solinadi. Shunday qilib, 1:4 nisbatdagi antikoagulyant olinadi. Ushbu aralashma shisha kapillyarga 100 mm darajasigach to'planadi va tik holatida shtativga o'rnatiladi. Natijalar bir soatdan keyin Vestergren usuli kabi baholanadi.

| EChT me'yorlari (normalari) | |
|--|-----------------------------------|
| Vestergren usuli, norma: | Panchenkov usuli, norma: |
| 0-16 yoshdagi bolalar – 2-10 mm/soat | 0-12 oylik bolalar – 2-10 mm/soat |
| 50 yoshgacha erkaklar – 15 mm/soat | 1-16 yosh bolalar– 2-12 mm/soat |
| 50 yoshdan katta erkaklar – 20 mm/soat | Erkaklar– 1-10 mm/soat |
| 50 yoshgacha ayollar – 20 mm/soat | Ayollar– 2-15 mm/soat |
| 50 yoshdan katta ayollar– 30 mm/soat | |

Vestergren usuli sezgirliroq usul hisoblanadi, shuning uchun bu usldagi tahlilda ko'rsatkichlar yuqoriroq bo'ladi.

| | |
|--|---|
| <p>Fiziologik (kasallik bilan bog'liq bo'lmagan) EChT o'zgarishlari Hayz sikli. EChT hayz qon ketishidan oldin keskin ravishda oshadi va hayz paytida me'yorga tushadi. Bu siklning turli davrlarida qonning gormonal va oqsil tarkibi o'zgarishi bilan bog'liq.</p> <p>Homiladorlik. EChT homiladorlikning 5-haftasidan to tug'ruqdan keyingi 4-haftagacha yuqori bo'ladi. EChTning maksimal darajasi bola tug'ilgandan keyin 3-5 kun o'tgach kuzatiladi, bu tug'ruq vaqtidagi jarohatlar bilan bog'liq. Normal homiladorlik davrida eritrotsitlarning cho'kish tezligi 40 mm / soat ga yetishi mumkin.</p> | <p>Fiziologik (kasallik bilan bog'liq bo'lmagan) EChT o'zgarishlari Yangi tug'ilgan chaqaloqlar. Kichkintoylarda EChT darajasi fibrinogen darajasining pasayishi va qonda ko'p miqdorda qizil qon hujayralari bo'lganligi sababli past bo'ladi.</p> |
|--|---|

Eslatib o'tamiz, murakkab bo'lmagan virusli infeksiyalar EChT o'sishiga olib kelmaydi. Ushbu diagnostika belgisi kasallikning bakteriyalarga bog'liqligini aniqlashga yordam beradi. Shuning uchun EChTning ko'payishi bilan ko'pincha antibiotiklar buyuriladi.

Eritrotsitlarning cho'kish tezligi sekinlashgani 1-4 mm / soat ni tashkil qiladi. Bunday reaksiya qonning ivishi uchun javobgar bo'lgan fibrinogen miqdori pasayganda paydo bo'ladi. Shuningdek, qonning elektrolitlar muvozanatining o'zgarishi natijasida qizil qon hujayralarining manfiy zaryadining ortishi bilan.

XXV. UMUMIY SIYDIK TAHLILI — ME'YORIY KO'RSATKICHLAR, O'ZGARISHI SABABLARI VA PATOLOGIYASI

Umumiy siydik tahlili (analizi)- bugungi kunda deyarli har qanday kasallik tashxisida standart laboratoriya tekshiruvidir. Ushbu tahlil shifokorga kasalliklarini tashxislashda juda foydali bo'ladi. Ma'lum bo'lgan toksik moddalarning aksariyati siydikda, bular tuzlar, organik moddalar va hujayra tarkibidagi moddalar erigan holda bo'ladi. Ushbu elementlarning konsentratsiyasini o'rganish natijasida buyraklar, yurak-qon tomir tizimi va immunitet tizimining holatini aniqlash mumkin bo'ladi. Ushbu maqolada biz sizni umumiy siydik tahlilining barcha ko'rsatkichlari me'yoriy (normal) qiymatlari bilan tanishtirishga harakat qilamiz va ushbu indikatorlarning buzilgan sabablarini qisqacha bayon qilamiz.

| Umumiy siydik tahlili- me'yoriy ko'rsatkichlar | |
|---|----------------------------------|
| Siydik rangi | Sariq somon rang |
| Siydik shaffoligi | Shaffof |
| Siydik hidi | O'tkir emas |
| Siydik reatsiyasi yoki pH | pH 4-7 oralig'ida |
| Siydik zichligi | 1012 gr/l – 1022 gr/l oralig'ida |
| Siydikdagi oqsil | bo'lmaydi, 0,033 gr/l gacha |
| Siydikdagi glyukoza | bo'lmaydi, 0,8 mmol/l gacha |
| Siydikdagi keton tanalar | bo'lmaydi |
| Siydikdagi bilirubin | bo'lmaydi |
| Siydikdagi urobilinogen | 5-10 mg/l oralig'ida |

| | |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| Siydikdagi gemoglobin | bo'lmaydi |
| Siydikdagi eritrotsitlar | kuzatuv maydonida 0-3 ta(ayollarda) |
| | kuzatuv maydonida 0-1 ta(erkaklarda) |
| Siydikdagi leykotsitlar | kuzatuv maydonida 0-6 ta(ayollarda) |
| | kuzatuv maydonida 0-3 ta(erkaklarda) |
| Siydikdagi epiteliyal hujayralar | kuzatuv maydonida 10 tagacha |
| Siydikdagi silindrlar | bo'lmaydi |
| Siydikdagi tuzlar | bo'lmaydi |
| Siydikda bakteriyalar | bo'lmaydi |
| Siydikda zamburug'lar | bo'lmaydi |
| Siydikda parazitlar | bo'lmaydi |

Siydik rangi iste'mol qilingan oziq-ovqat, dori-darmonlar, suyuqliklar sabab o'zgarishi mumkin. Ammo siydikning to'q rangi jigar kasalliklari (gepatit C, gepatit A, xolesistit) yoki qon (gemolitik anemiya, Villebrand kasalligi) haqida guvohlik berishi mumkin.

Siydik rangining o'zgarishi sabablari

| | |
|---|--|
| To'q rangdagi siydik (achechiq qora choy rangi) | Jigar kasalliklari (<u>gepatit</u> , tsiroz, jigar yetishmovchiligi, xolesistit), qizil qon hujayralarining ommaviy nobud bo'lishi (qon quyishdan keyin, infeksiyalarning ko'pligi, bezgak). |
| To'q sariq rang | Suvsizlanish, <u>ich ketishi</u> , suyuqlikni kam ichish, <u>yurak yetishmovchiligi</u> fonida tananing suvsizlanishi. |
| Oqish yoki rangsiz | <u>Qandli diabet</u> , qandsiz diabet, ko'p suv ichish, buyrak patologiyasi. |
| Qizg'ish rang siydik | Pigmentli meva va sabzavotlarni (chernika, sabzi, lavlagi, uzum) iste'mol qilish. |
| Qizil rang siydik | To'yingan qizil rang siydikda qon mavjudligini ko'rsatishi mumkin. Ushbu alomatlar siydik tosh kasalliklari, qovuq saratoni, buyrak infarkti, <u>pielonefrit</u> , glomerulonefritda kuzatilishi mumkin. |
| Go'sht yuvindisi rangida | Jigarrang kulrang siydik, xira. Mumkin bo'lgan sabablar: o'tkir glomerulonefrit, surunkali glomerulonefrit, buyrak toshlari, buyrak infarkti, buyraklar va siydik yo'llarining tuberkulyozi, eritrotsitlarni tezda nobud bo'lishi, dori vositalaridan foydalanish (<u>streptotsid</u> , sulfonal, <u>antipirin</u> , <u>piramidon</u> , <u>trional</u>). |
| Qizil-jigarrang | Preparatlarni qo'llash: metronidazol, sulfonilamid preparatlari, yong'oqdan olingan dorilar. |
| Qora rang | Bunga Makiyafa Mikelli kasalligi, alkaptonuriya, melanoma kabi kasalliklar sabab bo'ladi |

Siydikning shaffofligi. Odatda siydik to'lganidan keyin bir necha soat davomida tiniq bo'lishi kerak. Unda kam miqdorda epitelial hujayralar yoki shilliq borligi sababli biroz xiralashishi mumkin.

Xira siydik sabablari

Qizil qon hujayralarining mavjudligi (buyrak toshi, pielonefrit, glomerulonefrit, qovuq saratoni, prostatit)

Leykotsitlar mavjudligi (pielonefrit, sistit)

Siydik tarkibidagi bakteriyalarning yuqori darajasi (pielonefrit, sistit)

Siydik tarkibida oqsil mavjudligi (pielonefrit, glomerulonefrit, amiloidoz)

Siydikdagi epiteliya miqdori (pielonefrit)

Tuzlar (urat, fosfat, oksalat)

Siydikning maxsus zichligi

| | | |
|---|-------------|-----|
| Yangi tug'ilgan chaqaloqlar(10 kunlikakcha) | 1008-1018 | g/l |
| 2-3 yoshli bolalar | 1010-1017 | g/l |
| 4-12 yoshli bolalar | 1012 – 1020 | g/l |
| 12 yoshdan katta bolalar va kattalar | 1010 – 1022 | g/l |

Siydikning nisbiy zichligi undagi moddalarning konsentratsiyasiga bog'liq. Siydik tanadan qanchalik konsentratsiyalangan bo'lib ajralib chiqsa, shunchalik zichroq bo'ladi. Siydikning zichligini uning tarkibidagi tuzlar, shuningdek organik moddalar (oqsil, shakar, bilirubin) va hujayralar (bakteriyalar, leykotsitlar, eritrotsitlar) mavjud bo'lishi aniqlaydi.

| | |
|---|--|
| <p>Siydik zichligining oshishi sabablari (1030 g/l ko'p)</p> <p><u>Qandli diabet</u></p> <p>Glomerulonefrit, nefrotik sindrom</p> <p>Siydik bilan chiqariladigan dorilarni yuqori dozalarda qo'llash (antibiotiklar, diuretiklar)</p> <p>Kam suyuqlik ichish</p> <p>Ko'p miqdorda suyuqlik yo'qolishi (qusish, diareya, ko'p terlash)</p> <p><u>Homilador ayollarning toksikozi</u></p> <p>Buyrak va siydik yo'llaridagi infeksiyon jarayon (pielonefrit, sistit)</p> | <p>Siydik zichligining pasayishi sabablari (1010 g/l dan kam)</p> <p>Qandsiz diabet</p> <p>Buyrak etishmovchiligi</p> <p>Diuretiklarning ayrim turlarini qo'llash</p> <p>Ko'p suv ichish</p> |
|---|--|

Zichlik tekshiruvi uchun aniq natija olish uchun yana bir marta Zimnitskiy tahlili qilinishi mumkin. Ushbu tahlil buyraklar faoliyati va aniq tashxisni batafsil o'rganishga imkon beradi.

Siydik nordonligi

Siydik nordonligi me'yor - Siydik pH 4-7 oralig'ida

Siydikning nordonligi eng ko'p o'zgaruvchan indeksdir. Hatto kun davomida bu ko'rsatkich sezilarli darajada farq qilishi mumkin. Bu o'zgaruvchanlikning sababi buyraklar qonning nordonligini saqlab turishda ishtirok etish va filtrlash jarayonida qondan ortiqcha vodorod ionlarini olib tashlashidir.

| | |
|---|---|
| <p>Siydik nordonligining kamayishi sabablari (pH >7)</p> <p>Qonning kislota-ishqor muvozanati buzilishi (nafas olish yoki metabolik alkaloz)</p> <p><u>Surunkali buyrak yetishmovchiligi</u></p> <p>Buyrak kanali asidozi</p> <p>Qonda kaliy miqdorining ortishi</p> <p>Paratiroid gormonlari darajasining oshishi (paratgormon)</p> <p>O'simlik ovqatlarining ustunligi</p> <p>Uzoq muddatli qusish</p> <p>Siydik chiqarish tizimining ayrim kasalliklari (ureaplazmoz)</p> <p>Preparatlardan foydalanish — nikotinamid, adrenalin</p> <p>Buyraklar, qovuq saratoni</p> | <p>Siydik nordonligining ortishi sabablari (pH >7)</p> <p>Qonning kislota-ishqor muvozanati buzilishi (nafas olish yoki metabolik atsidoz)</p> <p>Qonda kaliy darajasining kamayishi</p> <p>Suvsizlanish</p> <p>Ochlik</p> <p>Qandli diabet</p> <p>yuqori harorat</p> <p>Preparatlarni qo'llash: aspirin, metionin, diakarb</p> <p>Ko'p go'sht iste'mol qilish</p> |
|---|---|

Siydikdagi oqsil miqdori

Siydikda oqsil miqdori normasi - Oqsilning siydikdagi konsentratsiyasi 0,033 g/l dan oshmasligi kerak

Siydikdagi oqsilning mavjudligi sabablari

Har doim ham siydikda oqsil bo'lishi buyrak shikastlanishi bilan bog'liq emas. Siydikda oqsil bo'lishi (albuminuriya) siydik pufagida va siydik yo'llarida yallig'lanish bo'lganda namoyon bo'ladi. Ba'zan siydikdagi protein(oqsil) sog'lom odamlarda jiddiy jismoniy zo'riqish, uzoq yurish, shamollash va ko'p terlashda paydo bo'ladi. Bundan tashqari, siydikdagi oqsil 7-16 yoshdagi jismonan kam rivojlangan bolalarda va homilador ayollarda aniqlanadi. Buyrak bilan bog'liq bo'lmagan albuminuriya:

-Allergik reaksiyalar;

Leykemiya (oq qon kasalligi);

Epilepsiya;

Yurak yetishmovchiligi.

yuqoridagi barcha holatlar bu funktsional albuminuriya. Buyrak bilan bog'liq albuminuriya:

- Bu har doim buyrak kasalligini ko'rsatadi
- Albuminuriya 3-5% hollarda o'tkir glomerulonefritga xosdir
- Surunkali pielonefrit va glomerulonefrit uchun 0,5-1% hollarda

Nefrozlarda (homilador ayollarning sifilisi, nefropatiya) siydikdagi protein miqdori yuqori ko'rsatkichlarga (3% dan ortiq) yetadi.

Shuning uchun siydikdagi oqsillarni aniqlash juda muhim diagnostik testdir.

Siydikdagi glyukoza(qand) miqdori

Siydikdagi glyukoza miqdori me'yori - Normada siydikda glyukoza bo'lmaydi, biroq uning miqdori 0,8 mmol/l gacha bo'lishi me'yoriy hisoblanadi.

Siydikda glyukoza(qand)ning aniqlanishiga qandli diabet yoki buyrak yetishmovchiligi sabab bo'lishi mumkin. Bu holatda qo'shimcha tadqiqotlar zarur bo'ladi. Siydikdagi qandning bo'lishiga diabet xizmat qilgan bo'lsa, qonda glyukoza konsentratsiyasi qabul qilinishi mumkin bo'lmagan 10,0 mmol/l ga etadi. Va bu endokrinolog

shifokorga murojaat qilishga keskin sabab bo'lishi kerak.

Siydikda glyukoza(qand)ning bo'lishi sabablari

- Nefrotik sindrom
- Qandli diabet

O'tkir pankreatit

Buyrak diabeti

Kushinga sindromi

Feoxromositoma

Homiladorlik

Shirinliklarni me'yordan ortiqcha iste'mol qilish

Atseton tanalar — Keton tanalar

Atseton(keton) tanalarning me'yoriy ko'rsatkichi - Atseton(keton) tanalar mavjud emas

Keton tanalari bu aseton, asetosirka kislota va oksimoy kislota. Keton tanalarning siydikda mavjud bo'lishining sababi tanadagi metabolik jarayonlarning buzilishi. Bu holat turli xil patologiyalarda kuzatilishi mumkin.

Siydikda keton tanalarning bo'lishi sabablari

- Qandli diabet
- Spirtli ichimliklardan zaharlanish(intoksikatsiya)
- O'tkir pankreatit
- Bolalardagi asetemik qusish
- Uzoq muddatli ochlik
- Oqsilga boy va yog'li ovqatlarni haddan ortiq iste'mol qilish
- Markaziy asab tizimiga ta'sir qiladigan shikastlanishlar

natijasida

• Qalqonsimon bez gormonlari darajasining oshishi (tireotoksikoz)

- Itsenko Kushinga kasalligi

Siydikdagi bilirubin miqdori

Siydikdagi bilirubin me'yori - Normada siydikda bilirubin aniqlanmaydi

Bilirubin — odatda bilirubin ichakga o't suyuqligi orqali ajralishi kerak. Ammo ba'zi hollarda qonda bilirubin darajasining keskin o'sishi kuzatiladi, bu holda bu organik moddani tanadan ajratish funksiyasi qisman buyraklarga to'g'ri keladi.

Siydikda bilirubinning bo'lishi sabablari:

- Gepatit
- Jigar sirozi
- Jigar yetishmovchiligi
- O't xalta tosh kasalligi
- Villebrand kasalligi
- Qizil qon hujayralarining tezda ko'p miqdorda nobud bo'lishi

(bezgak, toksik gemoliz, gemolitik kasallik, o'roqsimon hujayrali anemiya)

Siydikdagi urobilinogen miqdori

Siydikdagi urobilinogen miqdori me'yoriy ko'rsatkichlar - Normada siydikda urobilinogen aniqlanmaydi

Urobilinogen- bu o't suyuqligidagi bilirubindan ichakda hosil bo'lgan organik moddadir. Urobilinogen qisman ichakning qon oqimiga qaytariladi. Qon oqimi bilan urobilinogen jigarga tushadi, u yerda u yana bir necha marta o't suyuqligi bilan chiqariladi. Bir qator holatlarda jigar barcha kelgan urobilinogenni biriktirishga qodir emas va uning bir qismi umumiy qon oqimiga ketadi. Bunday hollarda urobilinogen buyrak orqali siydik bilan tanadan chiqariladi.

Siydikda urobilinogenning bo'lishi sabablari:

- Eritrotsitlarni tezda ko'p miqdorda nobud bo'lishi (gemolitik anemiya, qon quyish, turli infeksiyalar, sepsis, ma'lum dorilarni qo'llash)

- Ichakning yallig'lanishi (enterokolit, kolit, ileyit)

Jigar yetishmovchiligi (gepatit, jigar sirrozi)

Siydikda gemoglobin bo'lishi

Siydikdagi gemoglobin miqdori me'yori - Normada siydikda gemoglobin bo'lmaydi

Gemoglobin kislorod almashishida ishtirok etadigan oqsildir. Gemoglobin odatda eritrosit ichida joylashgan. Eritrotsitlarning ommaviy nobud bo'lishi bilan ko'p miqdordagi gemoglobin qon oqimiga chiqishi mumkin, jigar va taloq ko'p miqdordagi gemoglobinni parchalashga ulgurmaydi. Bu holda erkin gemoglobin siydik orqali buyraklar tomonidan qisman chiqariladi. Mushak to'qimasining qisilishi, miokard infarkti kabi bir qator holatlarda gemoglobinga o'xshash bo'lgan mioglobin ko'p miqdorda qonda

erkin holda uchrashi mumkin. Miogloblin qisman qonning bir qismi sifatida tanadan buyraklar tomonidan chiqariladi.

Siydikda gemoglobin bo'lishi sabablari

- Gemolitik kasalliklar
- Bezgak
- Qon quyish
- Mushak to'qimalarining keng ko'lamli shikastlanishi (krash

sindromi, massiv gematomali kontuziya)

Keng ko'lamli miokard infarkti

Kuyishlar

Zamburug'lar, fenollar, sulfanilamid preparatlar bilan zaharlanish

Siydikda eritrotsitlar uchrashi buyraklarga shikast yetkazilganda (yorilishi, jarohati), buyrak saratonida, o'tkir nefrit (glomerulonefrit, pielonefrit) bilan paydo bo'ladi. Shuningdek, siydik bilan qon ajralishi uretrit, sistit, siydik yo'llarida yoki buyrak kanallarida qon ketishi, buyrak toshlari bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Siydik cho'kmasi

Siydik cho'kmasi (cho'kindisi) — siydikning umumiy tahlilida cho'kindi qisqa muddatli santrifuga natijasida cho'kkan hujayralar, silindrlar, tuz kristallari kabilar tushuniladi. Siydik cho'kmasini o'rganishda nimalar aniqlanishi haqida batafsilroq quyidagi boblarda o'qiyamiz:

- Siydikdagi leykotsitlar
- Siydikdagi eritrotsitlar
- Siydikdagi silindrlar
- Siydikdagi epiteliy
- Siydikdagi tuzlar
- Siydikdagi bakteriyalar

Siydikda leykotsit bo'lishi

| | | |
|-------------------------------------|--------------------|--------------------------|
| Siydikdagi leykosit miqdori me'yori | Erkaklar | Kuzatuv maydonida 0-3 ta |
| | Ayollar va bolalar | Kuzatuv maydonida 0-6 ta |

Leykotsitlar tanadagi himoya (immun) funksiyasini bajaradigan oq qon hujayralari. Leykotsitlar toksinlarni zararsizlantirishda, bakteriyalar, parazitlar, viruslar va saraton hujayralarining yo'q

qilinishida ishtirok etadi. Siydikda oq qon hujayralari normada uchrashi mumkin, faqat kam — kuzatish maydonida 3 dan ortiq bo‘lmagan miqdorda. Leykotsitlar soni kuzatish maydonida 3-10 ta bo‘lsa, unda bunday natija shubhali hisoblanadi. Kuzatish maydonida 10 tadan yuqori bo‘lgan siydikdagi oq qon hujayralari darajasining ortishi shifokorning siydik tizimining patologiyasiga shubha qilishiga sabab bo‘ladi. Ko‘p hollarda siydik ichidagi oq qon hujayralarining ko‘payishi sabablari tasodifan yoki tashxis paytida aniqlanadi. Siydikda leykosit paydo bo‘lishining sabablari nima? Ushbu laboratoriya alomatlari buyrakning turli kasalliklari, siydik pufagi yoki uretra, erkaklardagi kasalliklarda, prostatit kasalligida siydikdagi leykotsitlar miqdorining o‘shishi kuzatilishi mumkin.

Siydikdagi leykotsitlarning uchrashi sabablari

- Buyrak kasalligi: pielonefrit (surunkali yoki o‘tkir), buyrak tuberkulyozi, urolitioz, buyrak saratoni.
- Siydik yo‘li kasalliklari: urolitioz, infeksiyali yallig‘lanish
- Qovuq jarohati: sistit, qovuq saratoni.
- Prostata bezi kasalliklari: prostatit, prostata saratoni.
- Uretranning kasalliklari: uretrit, siydik tosh kasalliklari.

Ba’zi hollarda siydikdagi leykotsitlarning mavjudligi siydik tahlili uchun namuna olayotganda gigiena qoidalariga rioya qilmaslik yoki tashqi tanosil organlarining yallig‘lanishi (vulvovaginit) bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin.

Siydikda leykotsitlar miqdori yuqori bo‘lsa nima qilish kerak?

Agar sizning tahlil natijalaringiz siydikdagi oq qon hujayralari sonini yuqori ekanligini ko‘rsatsa, siz maslahat uchun urolog shifokirga murojaat qilishingiz kerak. Qo‘shimcha tadqiqotlar o‘tkazish kerak bo‘lishi mumkin: umumiy qon tahlili, buyraklarning ultratovush tekshiruvi(UTT), Nechiporenko usuli bo‘yicha siydik tahlili.

Siydikda eritrosit bo'lishi

| | | |
|---|--------------------|--------------------------|
| Siydikdagi eritrositlar miqdori me'yori | Erkaklar | Kuzatuv maydonida 0-1 ta |
| | Ayollar va bolalar | Kuzatuv maydonida 0-3 ta |

Eritrositlar kichik o'lchamli qizil qon tanachalari. Bu qonning eng ko'p miqdordagi hujayralari. Ularning asosiy vazifasi — kislorodni uzatish va uni organlarga va to'qimalarga yetkazishdir. Odatda, siydikda qizil qon hujayralari mavjud bo'lmasligi kerak, ularning mavjudligi normal hodisa, lekin juda kam miqdorda (kuzatuv maydonida 3 dan oshmaydi). Ko'proq qizil qon tanachalarini aniqlanishi buyrak va siydik yo'llarining jiddiy patologiyasini ko'rsatishi mumkin.

Siydikda eritrositlar miqdorining ko'payishining sabablari:

- O'tkir glomerulonefrit
- Nefrotik sindrom
- Buyrak infarkti

Buyrak, siydik pufagi, prostata saratoni

Siydikda epiteliy miqdori

Siydikda epiteliy miqdori me'yori - Kuzatuv maydonida 10 tagacha

Siydik cho'kmasida turli xil epiteliy hujayralari — buyrak epiteliysi, qovuq epiteliysi va boshqalar mavjud. Buyraklar epiteliysining siydikda mavjudligi buyraklarning nefrozi yoki o'tkir nefritlarning mavjudligini ko'rsatadi. Siydik yo'li va qovuq epiteliya hujayralarining bo'lishi kuzatilganda sistit yoki siydik yo'llarining yallig'lanishi haqida gap boradi. Siydikda ayollarda tekis epiteliya hujayralari bo'lishi mumkin — bu hujayralar genital traktidan chiqadi va buyrak kasalligi haqida gap bormaydi.

Siydikdagi silindrlar

Siydikdagi silindrlar miqdori me'yori - Silindrlar bo'lmaydi, yakka gialinli silindrlar mavjudligi me'yoriydir

Silindrlar buyrak to'qimasida (buyrak kanallarida) jiddiy patologiya vaqtida paydo bo'lgan silindrsimon jismlardir. Silindrlar tarkibi turli xil bo'lishi mumkin va quyidagi elementlarni o'z ichiga olishi mumkin: eritrositlar, buyrak kanallarining kesma xujayralari, oqsil. Tashqi ko'rinishida esa ular farqlanadi: donador (tarkibida eritrositlar

va buyrak kanallari hujayralari ustun), gialinsimon (buyrak kanallari hujayralari va oqsil ustun), eritrotsitar (bu silindrlarning asosi qizil qon hujayralaridir).

Silindrlarning miqdorini oshishi va patologik shakllarning paydo bo'lishining sabablari

Gialin silindrlarining soni 1 ml da 20 tadan ko'p bo'lishi va boshqa turdagi silindrlarni aniqlanishi buyrak patologiyasining belgisi hisoblanadi.

Gialin silindrlarining sonini ko'payishi (1 ml da 20 gacha)

Bu silindrlar buyrak kanallari orqali birlamchi siydik o'tishi paytida qayta sintezlana olmagan (birlamchi siydikdan qonga qaytib o'tmagan) oqsildan hosil bo'ladi.

- Pielonefrit
- Surunkali yoki o'tkir glomerulonefrit

Gipertoniya

Diuretik preparatlarni qabul qilish

Donador silindrlar (har qanday miqdorda bu silindrlarni aniqlanishi patologiya hisoblanadi)

Ushbu turdagi silindrlar buyrak kanallarining ichki yuzasini qoplab turuvchi hujayralarning jarohatlanishi natijasida hosil bo'ladi.

- Glomerulonefrit
- Pielonefrit
- Qo'rg'oshindan zaharlanish

Virusli kasalliklar

Mumsimon silindrlar (har qanday miqdorda bu silindrlarni aniqlanishi patologiya hisoblanadi)

Mumsimon silindrlar gialin yoki dondaor silindrlarning buyrak kanallarida uzoq vaqt turishi natijasida hosil bo'ladi.

- Surunkali buyrak yetishmovchiligi
- Buyraklar amiloidozi

Nefrotik sindrom

Eritrotsitar silindrlar (bu silindrlarni har qanday sonda aniqlanishi patologiyadir)

Normada buyrak kanallarida eritrotsitlar bo'lmasligi kerak. Ammo, buyrak tomir devorining o'tkazuvchanligi buzilganligi natijasida, eritrotsitlar buyrak kanaliga kirib borishi mumkin. Buyrak

kanaliga kirgan barcha qizil qon hujayralari siydik bilan birga chiqariladi. Biroq, eritrotsitlar buyrak kanaliga katta miqdorda kirib kelganda, kanalda tiqilish yuzaga keladi va eritrositar silindrlarining shakllanishi kuzatiladi.

- O'tkir glomerulonefrit
- Buyrak infarkti
- Buyrak venalarning trombozi

Yomon sifatli gipertenziya Epitelial silindrlar (bu silindrlarni har qanday sonda aniqlanishi patologiyadir)

Ular buyrak kanalchalari epiteliasining begona qilinishi natijasida hosil bo'ladi. Ushbu silindrlar jiddiy buyrak patologiyasini ko'rsatadi.

- O'tkir kanalchalar nekrozi
- O'tkir virusli infeksiya
- Og'ir metallar tuzlari va boshqa nefrotoksik moddalar (etilen glikol, fenollar) bilan zaharlanish

Buyraklar uchun zararli dorilarning peredozirovkasi (salitsilatlar)

Siydikdagi tuzlar miqdori

Siydikdagi tuzlar miqdori me'yori - Tuzlar bo'lmaydi

Siydikda juda ko'p miqdorda minerallar mavjud. Ushbu jarayon tufayli organizmda doimiy kislota va elektrolit muvozanati saqlanadi. Qonning ortiqcha moddalari yoki organik moddalari siydik bilan birga chiqariladi. Minerallarning yetishmovchiligi bilan siydikda elektrolitlar tarkibi kamayadi. Ba'zi hollarda siydikdagi noorganik moddalar ma'lum nordonlik, konsentratsiya va siydik chiqarishning tezligi sharoitida bir-biri bilan o'zaro ta'sirlasha oladi siydikda cho'kma sifatida tushadi. Ushbu jarayonlarning natijasida buyrak toshlari shakllanishi mumkin.

Siydikda siydik kislotasining tuzlari (uratlar)

| | |
|--|--|
| <p>Siydik tarkibida siydik kislotasi tuzining ko'payishi sabablari</p> <p>Tananing suvsizlanishi</p> <p>Mahsulotlar iste'moli: go'sht, baliq, dukkaklilar, kakao, achchiq choy, qo'ziqorin</p> <p>Siydik muhitining nordonligi</p> <p><u>Podagra</u></p> <p>Siydik diatezasi</p> <p>Surunkali buyrak yetishmovchiligi</p> <p>O'tkir va surunkali nefrit</p> <p>Yangi tug'ilgan chaqaloqlik davri</p> | <p>Siydikda urata miqdorini qanday kamaytirish mumkin?</p> <p>Iste'mol qilingan suyuqlik miqdorini oshirish kerak</p> <p>Mahsulotlarni ratsiondan olib tashlash: tuxum, dukkallilar va ko'p purinli birikmalar mavjud bo'lgan boshqa mahsulotlar.</p> <p>Ratsionni A va B vitaminlariga boy mahsulotlar bilan boyitish</p> |
|--|--|

Siydikdagi oksalatlar (kaltsiy oksalat)

| | |
|--|---|
| <p>Siydik tarkibidagi oksalatning ortishi sabablari</p> <p>Vitamin C ga boy mahsulotlar iste'moli (ismaloq, jo'xori, pomidor, qushqo'nmas, sitrus, smorodina)</p> <p>Pielonefrit</p> <p>Qandli diabet</p> <p>Etilen glikol bilan zaharlanish</p> | <p>Siydikda oksalat konsentratsiyasini qanday kamaytirish mumkin?</p> <p>Kundalik suyuqlik iste'moli hajmini oshirish (2 litr dan ortiq)</p> <p>Tarkibida magniy mikroelementi mavjud bo'lgan mahsulotlar- dengiz mahsulotlari, dengiz karami, jo'xori yoki bug'doy kabilarni ko'proq iste'mol qilish.</p> <p>B guruhi (B1 va B6) vitaminlariga boy ovqatlarni iste'mol qilish — go'sht mahsulotlari, tuxum, jigar.</p> |
|--|---|

Siydikdagi gippura kislotasi kristallari**Kristallar uchrashi sababi**

- yuqori darajada benzoy kislotasi bo'lgan mahsulotlar (yovvoyi bodom, brusnika)

- Qandli diabet

Ichak disbakteriozi

Jigar yetishmovchiligi

| Siydikdagi fosfatlar | |
|--|--|
| <p>Siydikda fosfatlar darajasining oshishi sabablari</p> <p>Siydikdagi fosfat darajasining oshishi baliq, ikra, sut, kefir, jo‘xori, murabbo, karamelga o‘xshash oziq-ovqat mahsulotlari iste‘mol qilishidan kelib chiqadi.</p> <p>Fosfat tuzlarining oshishi sababi ishqoriy siydik reaksiyasi va siydikda yuqori kaltsiy miqdori bo‘lishidir.</p> | <p>Siydikdagi fosfat konsentratsiyasini qanday kamaytirish mumkin?</p> <p>Siydikda fosfatning yuqori miqdori sabab tosh shakllanishiga yo‘l qo‘ymaslik uchun:</p> <p>Kaltsiy va D vitaminiga boy bo‘lgan ovqatlanishni cheklash: yog‘li baliq, sut va sut mahsulotlari, tuxum, jigar</p> <p>Siydik nordonligini oshirish uchun — nordon sharbatlar, mineral suvlarni iste‘mol qilish</p> |

Siydikdagi bakteriyalar

Siydikdagi bakteriyalar bo‘lishining normal ko‘rsatkichlari — bo‘lmaydi.

Siydikdagi bakteriyalarning mavjudligi sabablari

Siydik chiqarish tizimidagi bakterial kasalliklar siydikdagi bakteriyalar aniqlashining sababi bo‘lishi mumkin:

- Uretrit

- Sistit

- Prostatit

- Pielonefrit

- Siydik tahliliga namuna topshirishda gigiena qoidalariga rioya qilmaslik

Vulvovaginit (siydik namunasini olayotganda noto‘g‘ri tayyorgarlik)

Odatda siydik yo‘lini yallig‘lanishlarida siydikdagi bakteriyalarning mavjudligi yallig‘lanish belgilari va siydikda ko‘p miqdorda leykotsitlarning mavjudligi bilan birga keladi.

Siydikda zamburug‘larning uchrashi

Siydikdagi zamburug‘lar me‘yori — bo‘lmaydi

Siydikda zamburug‘ mavjudligi sabablari

1. Siydik yo‘llarining **zamburug‘li kasalliklari:**

- Sistit

- Prostatit

- Uretrit
- 2. Tashqi genital organlarning zamburug‘lar bilan zararlanishi:
 - Zamburug‘li vulvovaginit
 - Zamburug‘li balanopostit
- 3. Immunitet tanqisligi sharoitlari
- 4. Antibiotiklardan uzoq vaqt foydalanish

Sidyikdagi amilaza(diastaza) miqdori me‘yori

Sidyikdagi amilaza(diastaza) konsentratsiyasi me‘yori - 1-17 birlik/litr.

Siydik diastaziyasi (amilaza) katta diagnostik ahamiyatga ega. Ushbu tahlil tufayli pankreatit kabi kasalliklarni aniqlash mumkin. Amilaza hazm qilish vaqtida uzun zanjirlardagi karbongidratlarning parchalanishida qatnashadigan ferment. Sintez qiluvchi me‘da osti bezi hisoblanadi va pankreatik sharbatlarda bu fermentning eng yuqori konsentratsiyasi mavjud. Oshqozon osti bezining yallig‘lanishi bilan amilazaning bir qismi qon oqimiga kiradi. Qonda erigan amilaza buyraklarga etib boradi, filtratsiya tufayli u siydikda qoladi va tanadan ajralib chiqadi. Shunday qilib, tana toksik ta’sirga ega bo‘lgan amilazadan tozalanadi.

Siydikda diastazaning oshishi sabablari

yuqorida aytib o‘tilganidek, siydikda amilaza ko‘payishi qonda amilazaning ko‘pligini ko‘rsatadi. Ammo siydik tahlili qon namunasisiz amilaza konsentratsiyasini kuzatish imkonini beradi. Diastaz indeksidagi sezilarli o‘sish — 8000 birlikdan dan yuqori surunkali pankreatitning rivojlanishi yoki o‘tkir pankreatit mavjudligini ko‘rsatadi.

MUNDARIJA

| | |
|-------------|---|
| Kirish..... | 3 |
|-------------|---|

UMUMIY QISM

| | |
|---|-----|
| I. Xirurgiya rivojlanish tarixi | 4 |
| II. Antiseptika va aseptika va ularning tarixi | 14 |
| III. Aseptika, endogen va ekzogen infeksiya, sterilizatsiya usuli, havo-tomchi infeksiyasi | 33 |
| IV. Operatsiyalar | 41 |
| V. Operatsiyaga tayyorgarlik davri va bemorni operatsiyaga tayyorlash..... | 54 |
| VI. Desmurgiya | 72 |
| VII. Qon ketishi va qon quyish..... | 104 |
| VIII. Qon guruhlari..... | 142 |
| IX. Shikastlanish sindromi..... | 152 |
| X. Jarohatlar | 175 |
| XI. Xirurgik infeksiya..... | 193 |

XUSUSIY QISM

| | |
|---|-----|
| XII. Qorin churralari | 280 |
| XIII. O'tkir appenditsit | 288 |
| XIV. Me'da va 12 barmoqli ichak yara kasalliklari..... | 297 |
| XV. O't yo'llari va o't pufagi kasalliklari, diagnostika va davolash...320 | |
| XVI. Mexanik sariqlik | 325 |
| XVII. O'tkir pankreatit | 330 |
| XVIII. Jigar sirrozi alomatlari, kasallikning belgilari, davosi, kechishi va bosqichlari | 339 |
| XIX. Exinokokkoz..... | 349 |
| XX. O'tkir peritonit..... | 357 |
| XXI. Qalqonsimon bez kasalliklari..... | 367 |
| XXII. Plastik jarrohlik | 374 |
| XXIII. Transplantatsiya..... | 379 |
| XXIV. Umumiy qon tahlili — me'yor jadvali, o'zgarishlar sababi, xususiyatlari, ma'lumotlar | 382 |
| XXV. Umumiy siydik tahlili — me'yoriy ko'rsatkichlar, o'zgarishi sabablari va patologiyasi..... | 396 |

ERGASHEV U.Y.

XIRURGIK KASALLIKLAR

*5510300 – tibbiy profilaktika va 5510900 – tibbiy biologiya
ta'lim yo'nalishi talabalari uchun darslik*

*Muharrir: S. Abdunabiyeva
Badiiy muharrir: K. Boyho'jayev
Sahifalovchi: A. Muhammadiyev*

Nashr. lits № 0038.

Bosishga ruxsat etildi 22.02.2021 y.

Bichimi 60x84 $\frac{1}{16}$. Ofset qog'ozi. "Times New Roman"
garniturasida. Hisob-nashr tabog'i. 25,5.

Adadi 100 dona. Buyurtma № 3.

«DAVR MATBUOT SAVDO» bosmaxonasida chop etildi.

100198, Toshkent, Qo'yliq 4 mavze, 46.



Ergashev Ulug'bek Yusufjanovich Toshkent tibbiyot akademiyasi 2-son umumiy xirurgiya kafedrasini mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor. 1962-yil Navoiy viloyatida tug'ilgan.

1990-yildan beri Toshkent tibbiyot akademiyasida assistent, dotsent, professor, kafedra mudiri lavozimlarida ishlab kelmoqda. Mazkur davrda 100 dan ortiq ilmiy maqola va tezislari, 1 ta darslik va bir nechta o'quv qo'llanmalari chop etilgan.

ISBN 978-9943-6857-0-3



9 789943 685703