

XIRURGIYADA HAMSHIRALIK ISHI

B.Z. Hamdamov,
S.S. Davlatov,
I.A. Arziyev

DARSLIK



Toshkent
“Mutafakkir”

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH
VAZIRLIGI**

TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI

BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

Hamdamov B.Z., Davlatov S.S., Arziyev I.A.

XIRURGIYADA HAMSHIRALIK ISHI

D A R S L I K

Bilim sohasi: 500000-Sotsial ta'minot va sog'liqni saqlash

Ta'lim sohasi: 510000-Sog'liqni saqlash

5510700 – Oliy hamshiralik ishi

Toshkent – 2022

Buxoro davlat tibbiyot instituti

UDK: 614.235.5:617(075)

KBK 54.5ya7

H 24

Xirurgiyada hamshiralik ishi [Matn]: darslik / B.Z. Hamdamov, S.S. Davlatov, I.A. Arziyev. - Toshkent: Mutafakkir, 2022.- 432 b.

Annotatsiya. Mazkur darslik oliy toifali hamshiralik ishi talabalariga mo'ljallab tuzilgan va yangi o'quv dastur asosida yaratilgan. Hozirgi kunda xirurgik kasalliklar bilan og'riqan bemorlarda hamshiralik parvarishini yanada oshirishga erishish yuqori darajada talab qilinayapti. Ushbu darslik shu masalalarni hal qilishda yordam beradi.

Darslik 5510700 – Oliy hamshiralik ishi yo'nalishudagi talabalariga mo'ljallangan.

Taqrizchilar:

Hakimov M.Sh.

TTA tibbiy pedagogika fakulteti fakultet va gospital xirurgiya kafedrasini mudiri, t.f.d., professor

Safoyev B.B.

BuxDTI umumiy xirurgiya kafedrasini professori, t.f.d.

*Mazkur darslik O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligining 2022 – yil 19 – iyuldagi 233 - raqamli buyrug'iga binoan chop etishga ruxsat etilgan. Qayd raqami 233-1269.
ISBN 978-9943-6956-5-8*

© Toshkent: Mutafakkir, 2022
© B.Z. Hamdamov va boshq. Darslik.

SO'Z BOSHI

Insonning har tomonlama rivojlanishi, kamol topishi, farovon yashashi uchun uning salomatligini muhofaza qilish Sog'liqni saqlash tizimida amalga oshirilayotgan islohatlarning asosiy maqsadidir.

Mustaqil respublikamizga hozirgi zamon talabiga javob bera oladigan, chuqur nazariy bilimga ega bo'lgan, amaliy ko'nikmalarni aniq, puxta, yuqori malakali bilim bilan bajara oladigan, zamonaviy texnika bilan ishlay oladigan, kasallik belgilari asosida "Hamshira tashxisi" ni qo'yib, bemor ahvolini baholay oladigan, mustaqil reja asosida bemorga tibbiy yordam ko'rsata oladigan, xirurgik muolajalarni yaxshi bilgan oliy toifali hamshira mutaxassisi kerak.

Yetuk kadrlar tayyorlash oliy o'quv yurtining moddiy-texnika bazasiga, uning o'quv qurollari bilan ta'minlanganligiga ko'p jihatdan bog'liq. Talabalarni muntazam o'z ustida mustaqil ishlashga, o'z kasbi doirasida yangicha fikrlay olishga o'rgatish har bir pedagogning burchi hisoblanadi.

Ushbu darslik yangi o'quv dastur asosida yozilgan.

Jarrohlik yordamiga muhtoj bo'lgan bemorlar statsionar sharoitda parvarishlash alohida amaliy kasb etadi. Bunday bemorlarning katta guruhi aynan parvarishlashda yo'l qo'yiladigan xatolar tufayli ayrim asoratlarning kelib chiqishiga sabab bo'ladi.

"Xirurgiyada hamshiralik ishi" darsligida kundalik turmushimizda uchrab turadigan va ko'pincha xirurgik yo'l bilan davolanadigan kasalliklar, ularning kelib chiqish sabablari, klinik kechishi, davolash, oldini olish, aseptika, antiseptika, sterilizatsiya, xirurgik infeksiya, qon ketishlar, bemorlarni operatsiyaga tayyorlash, og'riqsizlantirish, operatsiyadan keyin parvarish qilish, desmurgiya hamda jarohatlanish, "o'tkir qorin" yallig'lanish va o'sma kabi kasalliklar yoritilgan. "Xirurgiya" fani boshqa tibbiyot fanlar bilan bir qatorda anatomiya, fiziologiya, terapiya, hamshiralik ishi, farmakologiya, lotin tili hamda tibbiyot terminologiyasi kabi fanlar bilan uzviy bog'liq holda o'qitiladi.

Ushbu darslik oliy hamshiralik ishi talabalari uchun mo'ljallangan, dasturdagi bo'lim va mavzular juda ixcham, sodda, mutaxassis foydalanishi uchun qulay qilib yozilgan.

I-QISM

UMUMIY XIRURGIYA

I. XIRURGIK YO‘L BILAN DAVOLANAYOTGAN BEMORLARNING XUSUSIYATLARI

Kirish. Xirurgiya fani haqida tushuncha

Xirurgiya so‘zi yunoncha so‘z bo‘lib, cheir-qo‘l va ergon-harakat, qo‘lda bajarish, mohirlik degan ma‘noni anglatadi. Hozirgi vaqtda xirurgiya deganda davolash uchun to‘qimalarga asosan mexanik ta‘sir ko‘rsatish yo‘li bilan qo‘llaniladigan va patologik o‘choqni kesib, ochish bilan o‘tadigan kasalliklarni o‘rganadigan tibbiyot fanining yetakchi ixtisosliklaridan biri tushuniladi.

Xirurgik davoga muxtoj bo‘lgan bemorlarga tashxis qo‘yishda bemorlarni operatsiyaga tayyorlash va operatsiyadan so‘ng davolashda anatomiya, fiziologiya, terapiya, klinik farmakologiya, immu-nologiyaning yangi yutuqlaridan foydalaniladi.

Bugungi kunda xirurgik davoga muxtoj bo‘lgan bemorlarni davolashda murakkab va zamonaviy tibbiyot texnikasi, asbob uskunalari ishlatiladi.

Xirurgik kasalliklarni quyidagi guruhlariga ajratish mumkin.

1. Rivojlanish nuqsonlari va norasoliklar, mayib-majruxliklar (qizilo‘ngach, ingichka va yo‘g‘on ichak, orqa chiqaruv teshigi atreziyasi, quyon lab, yurakning tug‘ma nuqsonlari) va h.k.
2. Orttirilgan va parazitar kasalliklar (jigar, o‘pka exinokokkozi).
3. Shikastlanishlar (jarohatlar, suyaklarning chiqishi, sinishi, kuyish, sovuq olishi, elektrdan shikastlanishlar) va h.k.
4. Xirurgik infeksiyalar (Absess, flegmona, osteomiyelit, karbunkul, furunkul) va h.k.
5. O‘smalar (xavfsiz va xavfli) va h.k.
6. Endokrin a‘zolar kasalliklari (tireotoksik bo‘qoq) va h.k.
7. Jonsizlanishlar (nekroz, gangrena) va h.k.

Xirurgiya fanining rivojlanishi munosabati bilan ba'zi terapevtik kasalliklar ham xirurgik yo'l bilan davolanadi. (Masalan tug'ma va orttirilgan yurak nuqsonlari).

Bugungi kunda xirurgiya fanining yuksak yutuqlaridan biri bu a'zo va to'qimalarni (buyrak, jigar, yurak) transplantatsiya qilish ya'ni ko'chirib o'tkazish operatsiyalari yo'lga qo'yildi.

Hozirgi zamon xirurgiyasida to'qimalarga mexanik ta'sirni kamaytirish maqsadida laparoskopik usulda xirurgik muolajalar bajarilib kelinmoqda. Xirurgiyada to'qimalarga faqat mexanik ta'sir ko'rsatish vositalaridan emas, balki fizika, kimyo, biologiya va tibbiyotning nazariy fan sohalari (anatomiya, fiziologiya, immunologiya, mikrobiologiya, farmakologiya) ning eng yangi yutuqlariga asoslangan turli boshqa usullardan ham foydalaniladi.

Xirurgik operatsiyalar ko'p hollarda nihoyat murakkab bo'ladi va u o'z ichiga nafaqat davolashni, balki selektiv tashxislashni ham o'z ichiga oladi. Bugungi kunda operatsiyalarni yengillashtirish maqsadida ko'pgina murakkab apparatlardan shuningdek, ultratovush, lazer, magnit maydoni, mikro optika, radioaktiv izotoplardan foydalaniladi, bundan tashqari sun'iy qon aylanish, gemodializ va plazmoforez usullari ham ishlatilmoqda.

Xirurgik operatsiyalar haqida tushuncha.

Xirurgik operatsiya - bemor to'qima va a'zolariga davolash va tashxis qo'yish maqsadida mexanik ta'sir ko'rsatishdir.

Operatsiyalarning turlari. Bajarilish mudatiga ko'ra:

Rejali - bemorni puxta tekshirib tayyorlagandan keyin bir necha kun o'tgach (masalan asoratlanmagan jigar va o'pka exinokokkozi, qalqonsimon bez kasalliklari).

Shoshilinch - bemorni kasalxonaga yotqizilishi bilan minimal tayyorgarlikdan keyin qilinadigan operatsiyalar (o'tkir appenditsit, me'da yarasidan qon ketishlarda) bajariladi.

Xirurgiyaning qisqacha tarixi

Xirurgiyaning ilk kurtaklari juda qadim zamonlarda paydo bo'lgan. Tosh asridagi odamlarning trepanatsiya qilingan (sun'iy teshiklar) kalla suyaklari qazilmalarda topilgan. Qadimgi misrliklar oyoq-qo'llarni kesib tashlashni (amputatsiya), bichib qo'yishni bilishgan, singan uzun naysimon

suyaklarni qimirlamaydigan qilib bog'lash texnikasidan xabardor bo'lishgan. Qadimiy hindlar xirurgik ignalarni ishlatish va to'qimalarni tikish usullarini ishlab chiqishgan. Ularda turli-tuman xirurgik asboblardan bo'lib, shular yordamida burunni tiklash bo'yicha plastik operatsiyalar bajarishgan. O'sha vaqtlarda tabiblar juda katta hurmat - e'tiborga sazovor bo'lganlar. Ko'hna Yunonistonda va Rimda xirurgiya yuksak darajada rivoj topgan.

Yunonistonlik Gippokrat ilmiy tibbiyotga va xirurgiyaga asos solgan. Gippokrat yiringli jarohatlarni davolash, qon to'xtatish usullarini ishlab chiqqan. U operatsiyaga tayyorgarlik ko'rishda ozodalikka qat'iy rioya qilish, toza yomg'ir suvini ishlatishni tavsiya etadi. Singan suyaklarni davolashda shinalar, taxtachadan foydalangan, massaj, badantarbiyani joriy qilgan, xirurgik texnika esa juda yuksak darajada bo'lgan.

Qadimgi Rim tabibi Avl Korneliy, Sels o'z davrining tibbiyot bilimlarini o'z asarlarida batafsil bayon qilgan. U hozirgi vaqtda o'z ahamiyatini yo'qotmagan. Unda churrani kesish, qovuqdagi toshlarni olish, kalla suyagini trepanatsiya qilish, qon ketishini to'xtatish usullari tasvirlab berilgan.

Eramizning II asrida yashagan Klavdiy Galen fiziologiya, anatomiya va amaliy xirurgiyaga doir talaygina qimmatli ma'lumotlar yozib qoldirgan. Galen tomirni burash yo'li bilan qon oqishini to'xtatish usulini bilgan. Choklarni tikishda ipak ip ishlatgan, tirtiq labni operatsiya qilish usulini va boshqa ko'pgina operatsiyalarni o'z kitoblarida tasvirlab bergan.



**Abu Ali
Ibn Sino
(980-1037)**

Buxorolik buyuk olim va hakim, 100 dan ortiq ilmiy asarlarning muallifi Abu Ali Ibn Sino xirurgiyaning rivojlanishiga katta hissa qo'shdi. Ibn Sinoning o'sha davrning nazariy va amaliy tibbiyot darajasini ta'riflab bergan (Tib qonunlari) asari alohida diqqatga sazovordir. Ibn Sino o'zining ushbu kitobida og'riq va og'riqsizlantirish, shikastlanish, yiringli yallig'lanish jarayonlari va jarahotlar sohasida o'zining chuqur bilimni namoyish etgan. Tibbiyotga oid asarlarida (ularning soni 40 dan ortiq), xususan, "Tib qonunlari"da Ibn Sino butun o'rta asrlardagi Yevropa va Sharq tibbiyotining o'zigacha bo'lgan asosiy

yutuqlarini umumlashtirib va bir tizimga solibgina qolmay, balki o'zining ser mashaqqat shaxsiy tadqiqotlari natijalari bilan boyitilgan va ularni ko'p jihatdan rivojlantirishga muvaffaq bo'lgan.

Rus olimi V. D. Petrovning e'tirofi bo'yicha "Tib qonunlari" o'z davrida odamning sog'ligi va kasalliklarga taalluqli bilimlarni o'ziga to'lato'kis qamrab olgan butun bir tibbiy qomusdir.

O'rta asrlarda din hukmronligi tufayli xirurgiya fani keng rivojlanmagan. Chunki inson ichki a'zolarini to'liq va mukammal bo'lishi, o'lim sababini aniqlash uchun murdalarni yorib ko'rish va qon chiqarish bilan bog'liq bo'lgan operatsiyalar ta'qiqlangan bo'lib, buning uchun o'lim jazosi berilar edi. Xirurgiya, xususan, harbiy xirurgiya hunarmandlar, sartaroshlar ixtiyorida edi. Mashhur fransuz xirurgi Ambruaz

Pare (1517-1590 y) o'q tekkan jarohatlarni davolash to'g'risida ta'limot yaratdi. Amputatsiya texnikasi takomillashtirish va qon tomirlarni bog'lash ususlarini yaratishda uining xizmatlari katta.

Jarohatlarni davolashda Para sels (1253-1541 y) kimyoning yutuqlaridan foydalandi. U jarohatni bitiradigan vositalar va ko'pgina dori preparatlarni qo'llash usullarini ishlab chiqdi. A. Vezaliyning (1514-1564y) anatomik tadqiqotlar, Garveyning (1578-1657y) qon aylanish qonunlarini kashf qilishi, Levenguk (1632-1723y) tomonidan mikroskopning ixtiro qilinishi xirurgiyaning jadal sur'at bilan rivojlanishi uchun sharoit yaratib berdi. 1731 yilda Parijda xirurgik akademiya ta'asis qililib, u o'sha davr ilmiy xirurgiyasining markaziga aylangan edi.

XVII asrgacha qon ketish, yiringlagan joyni kesish, kuydirib davolash hollarida tamponada qilishga doir ma'lumotlar ahyon-ahyonda uchrab turar edi. Xirurgik yordam, asosan, mutaxassis tabiblar, shikastbantlar tomonidan ko'rsatilar edi. XVII asrdagina polk shifokorlari, ularning qo'l ostida esa dorixonachilar va sartaroshlar paydo bo'la boshladi. 1654- yilda birinchi rus tibbiyot maktabi ("shikastbandlar") va ikkita muvaqqat harbiy gospital ochildi.

1706 yilda Moskvada Pyotr I farmoniga ko'ra birinchi gospital ochildi. Bu "Rossiyadagi tibbiyot maktabi yoki tibbiyot-xirurgiya bilim yurti" edi. XVIII asrda Peterburgda tibbiyot akademiyasi va Moskvada tibbiyot fakulteti bo'lgan universitet ochildi. Bu muassasalar

keyinchalik yirik tibbiyot markaziga aylantirildi va xirurgiyaning rivojlanishiga ulkan ta'sir ko'rsatdi.

Moskva universitetida "xirurgik operatsiyalar bayoni" kitobining muallifi, professor E. O. Muxin salmoqli o'rin egallagan edi.

1846 yilda kimyogar Jekson va tish vrachi Morton efir bug'larida nafas olinsa, kishi bexush bo'lishini va mutlaqo og'riq sezmasligini isbotladilar.

1847 yilda xirurg-akusher Simpson xloroform narkozini amaliyotga joriy qildi. O'sha davrda kasalxona ichidagi yuz beradigan infeksiya chinakam ofat hisoblanib, ko'pchilik hollarda ajoyib tarzda bajarilgan operatsiyalarning natijasini puchga chiqarar edi. Bemorlar jarohatning yiringli zararlanishidan nobud bo'lar edilar.

Ingliz xirurgi Lister Pasterning (1827-1912y. y) moyli va sirkali bijg'ishning rivojlanishida mikroorganizmlarning roliga doir ishlariga asoslanib, jarohatning yiring boylashiga jarohatga havodan tushadigan tirik mikroorganizmlar sabab bo'ladi degan xulosaga keladi. Lister bu mikroblarga qarshi kurashish uchun karbol kislota qo'llashni taklif etadi. Shu maqsadda operatsiya xonasiga va xirurg qo'lga purkatilar edi. Operatsiya choklari, operatsiya jarohatiga karbol kislota shimdirib olingan maxsus bog'lam qo'yiladigan bo'ldi.

Antiseptik usul xirurgiyaning rivojlanishiga turtki bo'lib xizmat qildi, biroq uning bir qancha kamchiliklari ham bor edi. Karbol kislota jarohat regeneratsiyasini sekinlashtiradi va so'rilib, zaharlanishga sabab bo'lishi mumkin. Bu xavfni kamaytirish maqsadida Bergman aseptika usulini taklif qildi. Bunga, asosan, yara bog'lov materiali va xirurgik asboblarni yuqori haroratda bug' bilan sterillash shuningdek, operatsiyaning o'zini va operatsiya blokini aseptik holatda tutishni alohida tashkil etish prinsipi yotadi.

Landshteynerning qon guruhlarini kashf etishi va Yanskiy tomonidan qon quyish usullarining ishlab chiqilishi xirurgiyaning yanada rivojlanishiga sabab bo'ldi.

XX asrning o'rtalarida qizilo'ngach, o'pka, yurak, tayanch-harakat apparatlarida, shuningdek, miya va nervlarda muvaffaqiyatli ravishda operatsiyalar o'tkazish usuli ishlab chiqildi va amaliyotga keng joriy qilindi.

Peterburg Tibbiyot akademiyasida "klinik xirurgiyadan qo'llanma" yozgan professor I. F. Bush yetakchi olimlardan edi. Uning shogirdi, professor I. V. Buyalskiy xirurgik anatomiya atlasini yaratdi.

N.I Pirogov Moskva universitetining tibbiyot fakultetini tamomlagandan so'ng Yuref (hozirgi tartu) universitetining professorlik faoliyatiga maxsus tayyorgarlikdan o'tib, 26 yoshida xirurgiya kafedrasiga boshchilik qilgan. "Arteriya o'zagi va fatsiyalarining xirurgik anatomiyasi" nomli asarini nashr qildirgan.

N. I. Pirogov anatomiyani ayniqsa turli a'zo va to'qimalar orasidagi o'zaro munosabatni o'rganadigan topografik anatomiyaning yaxshi bilishlari lozimligini uqtirib o'tadi. U topografik anatomiya atlas yaratdi. Keyinchalik tibbiyot fakultetlarida yangi topografik anatomiya va operativ xirurgiya kafedralari paydo bo'ldi.

N. I. Pirogov jarohatlarning yiringlashining oldini olish maqsadida xirurgiya bo'limining maxsus tartibini ishlab chiqqan. U bemorlar yotadigan xonalarning yaxshi shamollatilishini, shifokorlarning qo'l va asboblarning tozaligi ustidan nazorat qilinishini talab qilgan, jarohatni qaynagan suvda yuvish uchun maxsus choynaklar tutishni joriy etgan. Shuningdek, yiringlashning sababchisi Gippokrat eslatib o'tganidek, mikroblar ekanligini uqtirgan.

N. I. Pirogov o'zining "umumiy harbiy-dala xirurgiyasining asoslari" kitobida jarohatlarning oldini olish va davolash choralari bilan birga "jang maydonida" yaradorlarni saralash alohida ahamiyat berish kerak, degan. U Rossiyada birinchi bo'lib singan suyaklarni davolashda gips bog'lamlari ishlatishni taklif etgan.

Xirurglarning bundan keyingi avlodi o'z orasidan bir qancha yirik olimlarni yetishtirib chiqardi. Ular orasida aseptika va antiseptikaning tarqalishi va rivoji uchun ko'p hissa qo'shgan N. B. Sklifosovskiy alohida o'rinni egallaydi.

XX asming boshida Peterburgda - V. A. Opper va U. N. Turner, Moskvada - A. V. Martinov va P. P. Dyakonov, Qozonda V. I. Razumovskiy, Saratovda - S. I. Spasokukotskiy, Tomskda - P. I. Tixovning xirurgik maktablari vujudga keldi.

S. P. Fyodorov (1869-1936y) buyraklar, siydik yo'li va qovuq xirurgiyasini ishlab chiqishga katta hissa qo'shdi. O't pufagi xiurgiyasiga doir bir qancha asarlar yaratgan.

P. I. Dyakonov (1855-1908y) zemstvo xirurgligidan Moskva universitetining operativ va gospital xirurgiyasi klinikasi rahbari lavozimigacha bo'lgan ulkan yo'lni bosib o'tdi. U xloroform narkozining xususiyatlarini har tomonlama o'rganib chiqib dunyoda birinchilardan bo'lib o'pkani operatsiya qildi va ayni paytda o'pka tomirlarining ayrim anatomik elementlarini bog'lash yoki kesishni, qizilo'ngachni kesib olib tashlashni muvaffaqiyatli amalga oshirdi.

A. A. Bobrov (1850-1904y) P. I. Dyakonovning ustoz edi. U mohir xirurglar avlodini tayyorladi. Ularning orasida C. P. Fyodorov ham bor edi. A. A. Bobrov churrani kesishning original usulini ishlab chiqdi, miya churrasini operatsiya qilish va suyak silini davolash usulini tavsiflab berdi. Suyuqlik yuborish uchun mo'ljallangan Bobrov apparatidan hozirgi kunda ham foydalanilmoqda.

S. I. Spasokukokotskiy (1870-1943y) o'pka va plevraning yiringli kasalliklari xirurgiyasi, qon quyishga doir klinik-eksperimental tadqiqotlar, xirurg qo'lga ishlov berish usuli va boshqa sohalarga oid yozgan qimmatli asarlari bilan mashhur edi.

1944 yilda tibbiyot fanini rivojlantirish maqsadida sobiq Ittifoqda Tibbiyot Fanlari akademiyasi ta'sis qilinib, u atoqli olimlarni birlashtirdi. Xirurgiya II jahon urushi yillarida ayniqsa, katta yutuqlarni qo'lga kiritdi. Yaradorlarning 70% idan ko'prog'i davolangandan so'ng safga qaytdi, vaholanki, birinchi jahon urushi davrida jarohatlanganlarning atigi 40-50% safga qaytgan edi. Keyinchalik xirurgiyaning eng yirik namoyandalari, ya'ni quyidagi olimlar yetishib chiqdi:

P. A. Gersin (1871-1946y) ning nomi bilan ataladigan bir qancha original operatsiyalar bor: son churrasini kesish, qovuqqa ichakni ulash, to'g'ri ichakni fiksatsiya qilish, qizilo'ngach plastikasi shular qatoriga kiradi.

N. N. Burdenko (1878-1946y) shok, jarohatlarni davolash, harbiy-dala xirurgiyasi, neyroxirurgiya masalalarini ishlab chiqishga ko'p hissa qo'shdi. U neyroxirurgiya institutiga asos solgan.

Yu. Yu. Janelidze (1883-1950y) yurak xirurgiyasiga asos solganlardan biri edi. U pay va suyak plastikasi, ichakning tutilib qolishi, shoshilinch xirurgiyaga bag'ishlangan original ishlar muallifidir.

N. N. Petrov (1876-1964y) taniqli onkolog, onkologiyadan fundamental qo'llanma asarining muallifi. U rakka qarshi kurash sistemasini tashkil qilish ishiga katta hissa qo'shgan.

A. V. Vishnevskiy (1874-1948y) mahalliy og'riqsizlantirish usullari, moy-balzamlı bog'lamlar va bir qancha operatsiyalarni ishlab chiqib, tibbiyot amaliyotiga joriy qildi. Uning ishlarini o'g'li A. A. Vishnevskiy (1906-1974y) davom ettirdi.

A. N. Bakulev (1890-1967y) yurak va yirik tomirlar xirurgiyasining asoschisi hisoblanadi. U yurak-tomirlar xirurgiyasi institutini tashkil qildi va Tibbiyot Fanlari akademiyasining prezidenti bo'ldi.

S. S. Yudin (1891-1954y) me'da-ichak xirurgiyasiga doir ko'pgina asarlar muallifi hisoblanadi. Uning qizilo'ngach plastikasi, orqa miya anesteziyasiga doir ishlari ayniqsa tahsinga loyiq.

Respublikamizda kattalar xirurgiyasini rivojlantirishga akademik olim B. V. Petrovskiy, A. A. Vishnevskiy, V. I. Struchkov, N. M. Amosov o'zlarining salmoqli hissalarini qo'shgan bo'lsalar, bolalar xirurgiyasini rivojlantirish va kadrlar bilan boyitishda akademik Yu. F. Isakov, professorlardan G. A. Bairov va A. I. Lenyushkinlarning xizmatlari kattadir.

O'zbekistonda xirurgiya fanlarining rivojlanishi

Turkiston o'lkasi ruslar tomonidan istilo qilinganidan keyin birinchi tibbiy davolash muassasasi 1861 yilda Toshkentda ochilgan har bir lazaret (1870 yilda u harbiy gospitalga aylantirilgan) edi. 1872 yilga kelib Samarqandda 20 o'rinli shahar kasalxonasi ochildi. Keyinchalik Kattaqo'rg'on, Farg'ona, Marg'ilon, Qo'qon (1883), Petro-Aleksandrovskiy (hozirgi To'rtko'lda, 1886) da shifoxonalar ish boshladi.

1903 yilda Toshkentda Xalqaro Qizil Xoch va Qizil Yarim oy jamiyatlari xirurgik kasalxonasi, 1906 yilda esa Toshkent shahar kasalxonasida xirurgik bo'lim tashkil etildi.

1913 yilda Xalqaro Qizil Xoch va Qizil Yarim oy jamiyati yo'nalishi bo'yicha P. F. Borovskiy Toshkent va Sirdaryo viloyatlarida yagona xirurg bo'lib ishladi. P. F. Borovskiy (1863-1932y) yirik olim va Turkistonda

birinchi bo'lib, Tibbiyot instituti qoshiga gospital xirurgiya kafedrasini ochgan tashkilotchi edi. U o'z umrining ko'p qismini xavfli o'smalar ("Turkistonda xavfli o'smalar", 1924y) "Xavfli o'smalar etiologiyasiga zamonaviy qarashlar", (1930y), o't yo'llari, me'da va o'n ikki barmoqli ichak yarasi xirurgiyasini o'rganishga bag'ishlagan. O'zbekistonda xirurgiyaning rivojlanishiga katta hissa qo'shgan olimlardan M. S. Astrov, I. I. Orlov, S. A. Ma'sumov, L. D. Vasilenko va boshqalar uning shogirdlari edilar.

1917 yilda Turkiston (hozirgi O'zbekiston milliy universiteti) universiteti tarkibida tibbiyot fakulteti tashkil qilindi. Ko'p o'tmay O'rta Osiyo Tibbiyot instituteti tashkil etildi. 1930-1940 yillarda Samarqand, keyinchalik esa Andijon, Buxoro va Nukusda Tibbiyot oliy o'quv yurtlari tashkil topdi.

1917 yildan boshlab atoqli olim, professor V. F. Voyno-Yasenskiy (1877-1961y) Toshkent shahar kasalxonasining bosh shifokori va xirurgi etib tayinlandi. U 1920-1923 yillarda topografik anatomiya va operativ xirurgiya kafedrasini tashkil qildi. Uning "yiringli xirurgiya ocherklar" (1934y) nomli amaliy asari Davlat mukofotiga sazovor bo'lgan, u regionar anesteziya, uch shoxli nervni etil spirti bilan og'riqsizlantirish usulini ishlab chiqqan.

P. F. Sitkovskiy (1883-1933y. y) - Turkiston universiteti tibbiyot fakultetining tashkilotchisi, davolash fakultetining birinchi dekani edi, u fakultet xirurgiyasi kafedrasini tashkil qilib, ushbu kafedrada 1920-1931 yillar davomida faoliyat ko'rsatgan. U sariq kasalligida operatsiyadan keyingi qon oqishlarni o'rganishga (qon ivishiga) katta hissa qo'shgan, qon ivishini o'rganish uchun kaogulometrni ixtiro qilgan. Olim o'tkir appenditsitning klinik belgisi-"Sitkovskiy simptomi"ni tasvirlagan (1922y), ketgutga yod bug'lari bilan ishlov berish usulini taklif qilgan (1926y). U shuningdek O'zbekistonda yuz -jag'ning plastik xirurgiyasi, Toshkent ilmiy xirurgiya jamiyati va "Turkistonning tibbiy tafakkuri" nomli birinchi tibbiy oynoma tashkilotchisi sanalar edi. Uning klinikasidan professorlardan U. A. Irlin, P. P. Garenko, dotsentlardan V. M. Paradoksov, F. Ya. Sokolov, L. M. Obuxova va boshqalar yetishib chiqdi.

Toshkent Davlat Tibbiyot instituti umumiy xirurgiya kafedrasini 1920 yilda N. S. Pereshivkin tashkil qilib, 1920-1933 yillarda kafedraga

mudirlilik qilgan. U "plastik sistoskopiya atlasini"ning muallifi edi. O'rta Osiyoda endemik bo'qoqni o'rganishni boshlab bergan, Turkistonda urologiya bo'limiga asos solgan va unga tashkilotchilik qilgan. Uning shogirdlari D. L. Vvedenskiy, U. A. Rotenberg, E. A. Frakman va boshqalardir.

Samarqand Davlat Tibbiyot institutida hospital xirurgiya kafedrasini prof. S. P. Shilovsev (1934-1939y), keyinchalik prof. U. B. Monoshkin (1939-1925y), fakultet xirurgiyasi kafedrasini prof. B. E. Pankratov (1934-1945y), prof. A. V. Sushevskiy, umumiy xirurgiya kafedrasini prof. A. A. Kozirevlar (1932-1936y) boshqardilar. Ushbu institutning operativ xirurgiya va topografik anatomiya kafedrasini tashkilotchisi prof. A. V. Sushevskiy (1887-1951y. y) bo'lgan. U kafedrani 1932-1938 yillarda boshqargan. Keyinchalik uni prof. U. N. Aleksandrov (1938-1972y) yillarda boshqargan.

O'zbekistonning xirurgiya fani bo'yicha ko'zga ko'ringan olimlari I. I. Orlov, S. A. Ma'sumov, M. P. Postolov, M. A. Ashrapova, V. V. Vohidov, O'. O. Oripov, S. M. A'zamxo'jayev, Sh. I. Karimov, F. F. Nazirovlar respublikamizda tarqalgan regionar xirurgik patologiyani davolashning muommolarini ishlab chiqishga samarali hissa qo'shdilar.

S. A. Ma'sumov (1902-1980y) tibbiyot fanlari doktor, professor, O'zbekistonda xizmat ko'rsatgan fan arbobi, respublikamizda dastlabki mahalliy xirurg olimlarni tarbiyalashda, endemik bo'qoq va o't - tosh kasalliklarni xirurgik usulda davolash va xirurgiyani tashkil etishda katta hissa qo'shgan olim hisoblanadi. Uning rahbarligida beshta doktor va 25 ta nomzodlik disertatsiyasi yoqlangan. U 100 dan ortiq ilmiy ishlarning muallifi edi. Qilgan salmoqli mehnatlari evaziga bir necha bor orden va medallar bilan taqdirlangan.

M. A. Ashrapova (1919-1992y. y) - tibbiyot fanlari doktor, professor, O'zbekistonda xizmat ko'rsatgan vrach va fan arbobi, II jahon urushi qatnashchisi. U xirurgiya sohasida birinchi o'zbek olimasi, bosh miya jarohatlaridagi biokimyoviy o'zgarishlar, jigar va portal gipertenziya xirurgiyasi sohasida ilmiy ishlar qilib, respublikamizda xirurgiyani rivojlantirishga salmoqli hissa qo'shganlardan edi. Uning rahbarligida 8 ta nomzodli disertatsiyasi yoqlangan, 100 dan ortiq ishlar muallifi va

respublika xirurglar uyushmasining raisi bo'lgan. Xalq oldidagi xizmatlari uchun qator orden va medallar bilan taqdirlangan.

S. M. A'zamxo'jayev (1917 yilda tug'ilgan) tibbiyot fanlari doktori, professor, O'zbekistonda xizmat ko'rsatgan fan arbobi. U shoshilinch xirurgiya, me'da va o'n ikki barmoqli ichak, jigar va portal gipertenziya, nospesifik yarali kolitni xirurgik usulda davolash bo'yicha ko'pgina ilmiy izlanishlar olib borgan, 5ta doktorlik va 15 nomzodlik disertatsiyasiga rahbarlik qilgan, 250 dan ortiq ilmiy ishlarning muallifi. U respublikada bosh xirurg bo'lib ishlagan.

V. V. Vohidov (1917-1996y. y) tibbiyot fanlari doktori, professor, O'zbekiston Respublikasi Fanlar akademiyasining akademigi-o'pka, ko'ks oralig'i, jigar, o't yo'llari, yurak, magistral qon tomirlar xirurgiyasi va qorin bo'shlig'i a'zolari shoshilinch xirurgiyasining rivojlanishiga katta hissa qo'shgan olim. Uning rahbarligida 20 ta doktorlik va 40 nomzodlik disertatsiyasi yoqlangan, 200 dan ortiq ilmiy ishlarning muallifi edi. V. V. Vohidov butun jahon xirurglar assotsiyatsiyasining haqiqiy a'zosi, "O'zbekiston Tibbiyot jumali" uning bosh muharriri, "xirurgiya" jurnalining muharririyat a'zosi bo'lgan. 1974 yilda uning tashkilotchiligi tufayli Butunittifoq xirurgiya ilmiy markazining Toshkent filiali (hozirgi O'zbekiston Respublikasi akad. V. V. Vohidov nomidagi Xirurgiya ilmiy markazi) ochilishi respublikamiz xirurgiyasi tarixida muhim voqea bo'ldi. Bu markazga V. V. Vohidov uzoq yillar mohirlik bilan rahbarlik qilib keldi. Uning boshchiligida aorta va magistral qon tomirlari, yurak, o'pka, o'n ikki barmoqli ichak, jigar va o't yo'llari xirurgik kasalliklarini davolash ilmiy markazi tashkil etildi. Olim respublikamizda xirurgiyaning rivojlanishiga katta hissa qo'shdi. Hozirgi paytda bu markazda jigar sirrozi va portal gipertenziya xirurgiyasi (prof. F. F. Nazirov), lazer xirurgiyasi (prof. O'zbekistonda xizmat ko'rsatgan fan arbobi Yu. I. Kalish), me'da-ichak xirurgiyasi (prof. A. M. Hojibekov), qizilo'ngach xirurgiyasi (prof. A. X. Yangiev) va mikroxirurgiya bo'yicha qilingan operatsiyalar jahon standartlariga mos keladi va bu maskan respublikamizda xirurgiya fanini rivojlantirishda ulkan maktab bo'lib hisoblanadi.

O'.O. Oripov (1924-2001y. y) tibbiyot fanlari doktori, professor, O'zbekiston Fanlar akademiyasining akademigi-jigar, me'da osti bezi,

me'da-ichak tizimi xirurgiyasi, buyrak va me'da osti bezini ko'chirib o'tkazish koloproktologiya markazlarning tashkilotchisi hisoblanadi. 25 ta doktorlik va 80 nomzodlik ilmiy ishlarga rahbarlik qilgan, 30 dan ortiq ilmiy ixtirolarga mualliflik qilgan.

Sh. I. Karimov 1943 yilda tug'ilgan. Tibbiyot fanlari doktori, professor, O'zbekiston Fanlar akademiyasining akademigi, O'zbekistonda xizmat ko'rsatgan fan arbobi. Uning rahbarligi ostida 15 dan ortiq doktorlik va 50 ta nomzodlik disertatsiyasi yoqlangan, 300 dan ortiq ilmiy ishlarning muallifi. Sh. I. Karimov aorta va qon-tomir kasalliklari, endovaskulyar va endobliar xirurgiya, o'tkir peritonit, surunkali o'pka, plevra va qandli diabet kasalliklari xirurgiyasini rivojlantirishga katta hissa qo'shgan. Rossiya tibbiyot Fanlari akademiyasining akademigi, butun jahon xirurglari va Pirogov nomidagi xirurglar assotsiatsiyasining a'zosi, "O'zbekiston tibbiyot jurnali"ning bosh muharriri, 1989-1991 yillarda SSVning birinchi o'rinbosari, 1991-1998 yillarda SSV vaziri lavozimlarida ishlab, O'zbekistonda xirurgiya (ambulator xirurgiya)ni rivojlantirishga salmoqli hissa qo'shdi.

F. G. Nazirov 1950 yilda tug'ilgan, tibbiyot fanlari doktori, professor, Rossiya Tibbiyot Fanlari lazer akademiyasining akademigi. 1998 yildan boshlab O'zbekiston SSV vaziri lavozimida ishlagan. Uning rahbarligida 15 ta doktorlik va 25 nomzodlik disertatsiyasi yoqlangan. Jigar, me'da osti bezi, me'da, o't yo'llari xirurgiyasiga doir xirurgiyaning eng murakkab sohalari bo'yicha ish olib borib, xirurgiyani zamon talablari darajasiga olib chiqishda astoydil mehnat qilmoqda.

F. G. Nazirov rahbarligida Respublika miqyosida tibbiy tizimda yangi islohatlar joriy qilindi. Toshkentda Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy-tekshirish instituti tashkil topdi, viloyat va tumanlarda aholiga tez tibbiy yordam ilmiy markazi filiallari shakllantirildi va bu markazlarda aholiga tibbiy yordam berish davlat qaramog'ida qoldi. Respublikamizda yagona Salomatlik instituti tashkil topdi. Yangi davlat ta'lim standartlari ishlab chiqilib, amaliyotga tatbiq qilindi. Sog'liqni saqlash tizimidagi birlamchi zvenodagi qishloq shifokorlik punkti va ambulatoriyalarning texnik-ta'minot bazalari mustahkamlandi va aholiga xizmat ko'rsatish tizimi sifati tubdan o'zgartirildi. Xususiy tibbiy

muassasalarni shakllantirishga va ularni rivojlantirishga katta imkonioyatlar yaratildi.

Tomirlar xirurgiyasining rivojlanishi O'zbekiston Respublikasi SSVning I-klinik kasalxonasi bazasida 1969 yilda ixtisoslashgan bo'lim tashkil etilgandan keyin boshlandi. Hozirgi vaqtda bu yo'nalishni akademik SH. I. Karimov va uning shogirdlari, O'zbekiston Respublika Xirurgiya ilmiy markazining tomirlar xirurgiyasi bo'limida akad. V. V. Vohidovning shogirdlari, limfa tomirlar xirurgiyasini prof, S. U. Jumaboyevning shogirdlari muvaffaqiyatli rivojlantirmoqda.

Tomirlar xirurgiyasida qo'lga kiritilgan yutuqlar tufayli akademik O'. O. Oripov, prof. D. L. Arustamov va N. I. Paklar tomonidan buyrakni muvaffaqiyatli ko'chirib o'tkazish va gemodialis respublika markazi 1974 yilda Toshkentdagi birinchi klinik kasalxonada ochilgan.

Turkistonda endemik bo'qoq muommolarini o'rganish va uni rivojlantirish, davolash ishlariga prof. S. A. Ma'sumov rahbarligida uning shogirdlari-O'zbekiston Respublikasi Fanlar akademiyasining akademigi Yo. X. To'raqulov, professorlar R. K. Islombekov, R. Yu. Omirov, A. Saidxonovlar katta hissa qo'shgan.

Respublikada Operativ nefrologiya va urologiya markazini prof. D. L. Arustamov tomonidan tashkil etilishi, endo-urologik operatsiyalarining bajarilishi (prof. F. A. Oqilov) va litotripsiyasining ishlatilishi zamonaviy xirurgiya texnologiyalariga yaqinlashganligidan dalolat beradi. Hozirgi paytda respublikamiz miqyosida tibbiyot institutlari qoshidagi klinika, ixtisoslashtirilgan ilmiy xirurgiya va ambulator xirurgiya markazlarida laporoskopik, endoskopik operatsiyalarning bajarilishi, zamonaviy tez tibbiy markazlarining viloyat va tuman darajasida tashkillashtirilishi jahon standartlariga tenglashganidan dalolat beradi.

Bolalar xirurgiyasining qisqacha tarixi. O'zbekistonda bolalar xirurgiyasi kafedrasining tashkil topishi va bolalar xirurgiya maktabining shakllanishi K. X. Tagirov nomi bilan bog'liq.

K. X. Tagirov (1907-1987y. y) tibbiyot fanlari doktori, professor, O'zbekiston va Qoraqalpog'iston Respublikasida xizmat ko'rsatgan vrach, O'zbekistonda bolalar xirurgiyasini 1974 yil kurs tariqasida tashkil qilib, uni rivojlantirishda poydevor qurgan. Bolalarda buyrak-tosh kasalligi va

anomal nuqsonlar muommolarini yechishga doir 100 dan ortiq ilmiy ishlarning muallifi.

1971 yilda respublikamizda O'rta Osiyo Pediatriya institutining tashkil topishi, bolalar xirurgiyasining rivojlanishida muhim o'rin egalladi.

A. S. Sulaymonov (1937 yilda tug'ilgan), tibbiyot fanlari doktori, professor, Rossiya tabiiy fanlar akademiyasi va Qozog'iston Milliy akademiyasining akademigi. U bolalarda uchraydigan buyrak-tosh, o'pka va jigar exinokokkozi, yo'g'on ichakning tug'ma kasalliklari muommollarini yechishda, bolalar xirurgiyasini rivojlantirish va milliy kadrlarni tayyorlash, bolalar xirurgiyasi sohasida mutaxassis shogirdlarni yetishtirishda xizmarlari katta bo'lib, 3ta doktorlik va 30 nomzodlik ilmiy ishlarga rahbarlik qilgan. Prof. A. S. Sulaymonov tahriri ostida o'zbek tilida birinchi "Bolalar xirurgiyasi" darsligi chop etildi va olim tomonidan bolalar xirurgiyasi respublika uyushmasi va bolalar xirurgiya markazining (1994y) tashkil topishi diqqatga sazovordir. Uning shogirdlari tibbiyot fanlari doktori J. B. Beknazarov tomonidan bolalar urologiyasi va tibbiyot fanlari doktori A. J. Hamroyev tomonidan bolalar proktologiyasining shakllantirilishi Respublikamizda bolalar xirurgik xizmatini yuqori pog'onalariga ko'tarilayotganidan dalolat beradi.

1980 yilda II bolalar xirurgiyasi kafedrasining prof. E. M. Xodiyev tomonidan tashkil topishi va rivojlantirilishi, 1991 yildan boshlab esa prof. N. Sh. Ergashev tomonidan boshqarilishi va respublikada chaqaloqlar xirurgiyasining yo'lga qo'yilishi diqqatga sazovordir.

Samarqand Davlat tibbiyot instituti qoshida prof. M. A. Ahmedov bolalar xirurgiyasi kafedrasini tashkil etdi va keyinchalik uning shogirdlari prof. I. A. Ahmedjonov, M. K. Azizov, Yu. M. Ahmedovlar tomonidan rivojlantirildi. Ushbu institut qoshida 1983 yilda bolalar xirurgiyasi kafedrasining prof. A. M. Shamsiyev tomonidan va 1993 yilda esa Samarqandda Bolalar xirurgiyasining viloyat markazining tashkil topishi, bu yerda prof. J. A. Otaqulovning faoliyat ko'rsatishi, respublikamizda bolalar xirurgiyasining rivojlanishida katta ahamiyat kasb etdi.

Andijonda 1971 yilda prof. S. R. Rahimov va uning shogirdlari tomonidan bolalar xirurgiyasining kafedrasini tashkil topdi. Keyinchalik prof. B. M. Qilichov tomonidan ikkinchi bolalar xirurgiya kafedrasini ochildi.

Hozirgi kunda Toshkent tibbiyot akademiasi bolalar xirurgiya kafedrasiga prof. Sh. T Salimov rahbarlik qilib kelmoqdalar.

Ortopediya va travmatologiyaning qisqacha tarixi. 1931 yilda O'zbekiston ortopediya va travmatologiya instituti tashkil etilib, unda shu ixtisoslashgan sohani rivojlantirishda katta hissa qo'shgan prof. B. I. Berliner, O. Sh. Shokirov, N. M. Shomatov va boshqalar ko'p yil samarali mehnat qilganlar. Ayniqsa, II jahon urushi yillarida nogironlarga ortopedik- travmatologik yordam berish bo'yicha samarali ishlar qilganlar. Tibbiyot institutlari qoshida ortopediya va travmatologiya kafedralarining ochilishi mutaxassislar yetishtirib berish bilan birga, tibbiyot fanining bu sohasini rivojlantirishga imkon yaratdi.

Onkologiyaning qisqacha tarixi. Turkistonda onkologiya xizmati prof. P. F. Borovskiy nomi bilan bog'liq, biroq muntazam davolash va onkologiyaga qarshi profilaktik ishlar, onkologiya, rentgenologiya va radiologiya sohasidagi ilmning taraqqiy etishi 1931 yilda O'zbekiston rentgen- radiologiya va onkologiya instituti va dispanserning ochilishidan boshlandi.

1946 yilda Toshkent shifokorlar malakasini oshirish instituti qoshida, so'ngra tibbiyot institutlari qoshida ham onkologiya va rentgen- radiologiya kafedralari tashkil etildi. Hozirgi Onkologiya ilmiy-tekshirish instituti prof. S. N. Navro'zov tomonidan boshqarilib kelinmoqda.

Neyroxirurgiyaning qisqacha tarixi. O'zbekistonda, dastlab II jahon urushi davrigacha neyroxirurgik shoshilinch yordamni mutaxassislar M. S. Astrov, M. A. Zaxarchenko, L. Ya. Shargorodskiylar keyinchalik nerv o'smalarning operativ davosini I. I. Orlov va A. S. Umarovlar nevrologiya bo'limlari ichida tashkil etganlar va birinchilardan bo'lib asab kafedrasida faoliyat ko'rsatganlar. Neyroxirurgiya fan sifatida II jahon urushi davrida rivojlana boshladi.

I. I. Orlov katta evakogospitallarda neyroxirurgiya bo'limini tashkil qilishda va ularda yuqori malakali ixtisoslashgan yordam ko'rsatishda katta xizmat ko'rsatishgan. Bu davrda P. O. Emdin, G. A. Rexter, Yu. Ya. Kalujniylar neyroxirurgik xizmatni rivojlantirishga katta hissa qo'shganlar. 1946 yilda respublikada Travmatologiya va Ortopediya ilmiy - tekshirish instituti qoshida 60 o'rinli neyroxirurgiya bo'limi ochilgan va unga prof. A. G. Tishin rahbarlik qilgan. Bu bo'limda mutaxasislardan A. A.

Bukeyxonova, M. M. Maqsudov, M. H. Qoriyev, A. S. Mirsodiqov va boshqalar faoliyat ko'rsatganlar. 1968 yilda Respublika viloyatlarida neyroxirurgiya bo'limlari ochildi. 1982 yilda Respublika neyroxirurgiya ilmiy markazi prof. M. H. Qoriyev tomonidan tashkil qilindi va hozirgacha faoliyat ko'rsatib kelmoqda. Respublikamizda bolalar neyroxirurgiyasining tashkil topishi va rivojlanishi prof. A. S. Mirsodiqov nomi bilan bog'liq.

Mamlakatimizda xirurgik yordamning tashkil etilishi

O'zbekistonning viloyat ko'p tarmoqli tibbiyot markazlarida ixtisoslashtirilgan xirurgik bo'limlar mavjud.

Ularda xirurgik yordam quyidagicha tashkil etilgan:

- Qishloq vrachlik punkti (QVP)da xirurg ko'rgunga qadar kechiktirib bo'lmaydigan birinchi tibbiy xirurgik yordam ko'rsatiladi.
- Qishloq vrachlik punkti (QVP) tuman tibbiyot birlashmalari nazorati ostida faoliyat ko'rsatadi.
- Tuman tibbiyot birlashmalari va ularning tarkibidagi shoshilinch tibbiy markazlarda kechiktirib bo'lmaydigan va rejali xirurgik hamda travmatologik ixtisoslashtirilgan yordam ko'rsatiladi.
- Viloyat, shahar va respublika kasalxonalarida kechiktirib bo'lmaydigan va rejali xirurgik yordamdan tashqari, tor ixtisoslashtirilgan xirurgik yordam ham ko'rsatiladi.
- Respublika tibbiyot institutlari, Ilmiy-tekshirish institutlari, Xirurgiya ilmiy markazlarida va respublika shoshilinch yordam markazlarida kechiktirib bo'lmaydigan xirurgik va ixtisoslashtirilgan xirurgik yordam ko'rsatilishi bilan bir qatorda, xirurgiyaga oid ilmiy muommolar ham hal qilinadi.

Shoshilinch hamda kechiktirib bo'lmaydigan xirurgik va travmatologik yordamni tashkil qilish

Kechiktirib bo'lmaydigan birinchi xirurgik yordam- shahar, viloyat va tuman poliknikasi, travmatologiya punkti va tez tibbiy yordam brigadasi tomonidan ko'rsatiladi. Qishloqda bu yordam qishloq vrachlik punktida umumiy amaliyot shifokori, tez tibbiy yordam brigadasida-xirurgik va travmatologik, tuman shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish markazlarida - mutaxassis xirurg tomonidan ko'rsatiladi. Yuqori malaka talab qiladigan

keng ko'lamdagi xirurgiya yordami maxsus operatsiya xonasi bo'lgan tuman, shahar, viloyat kasalxonalarining xirurgiya bo'limlarida viloyat va respublika kichik tibbiy xodimi aviatsiyasi orqali tajribali ixtisoslashgan mutaxassis xirurg, travmatolog, neyroxirurg, anesteziolog va reanimatologlar chaqiruvi bilan amalga oshiriladi. Respublika va viloyat ko'p tarmoqli tibbiyot markazlarida esa tor xirurgik ixtisoslashgan bo'lim, ilmiy markaz va maxsus ilmiy-tekshirish institutlarida-yuqori malakali mutaxassis, dotsent, professor va akademiklar tomonidan amalga oshiriladi.

Hozirgi vaqtda respublikamizda milliy dastur rejalari asosida aholiga tibbiy xizmat ko'rsatish ikki yo'nalishda, kechiktirib bo'lmaydigan va rejali tibbiy yordam orqali amalga oshirilmoqda. Bu borada respublika markazida tez tibbiy yordam ko'rsatish ilmiy-tekshirish instituti markazi faoliyat ko'rsatmoqda. Viloyatlarda uning filiallari tashkil qilingan va ular tuman shoshilinch tibbiyot markazlari faoliyatini ham o'z ichiga oladi. U yerda og'ir kasallarga barcha tibbiy yo'nalishlar bo'yicha bir joyda (bo'limda, kasalxonada) shoshilinch yordam ko'rsatiladi. Bemorlar davolanib bo'lganidan (uyida javob berilgandan) keyin lozim bo'lsa, maxsus ixtisoslashtirilgan bo'limlarda va reabilitatsiya markazlarida qo'shimcha davolanib, asoratsiz tuzalib ketadilar.

Shoshilinch tibbiy xizmatga muhtoj bo'lmagan rejali kasallar esa maxsus ixtisoslashgan xirurgik (torakal, abdominal, yiringli, urologiya, proktologiya, ortopediya, ginekologiya) bo'limlarda va ilmiy-tekshirish institutlarida xirurgik yo'l bilan to'liq davolanib chiqadilar.

Ixtisoslashtirilgan xirurgik yordam ko'rsatish

Maxsus xirurgik yordam ko'rsatish xirurgiyaning ayrim sohalarida, shu jumladan, onkologiya, ginekologiya, suyak-bo'g'im sili, travmatologiya, ortopediya, neyroxirurgiya, endokrinologiya, bolalar xirurgiyasi, o'pka, yurak va qon-tomirlar xirurgiyasi, mikro va yirik xirurgiya klinikalarida, shuningdek, ko'pincha, respublikadagi ixtisoslashtirilgan ilmiy markazlarda to'la-to'kis olib boriladi.

Xirurgik yordam ko'rsatishda

Oliy toifali hamshiraning tutgan o'rni

To'satdan avj oladigan og'ir kasalliklar va baxtsiz hodisalar (jarohatlanish, zaharlanish, kuyish, qon ketish, hushdan ketish) hayotda doimo uchrab turadi. Bunday holatda shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish hamshiralardan yuqori malaka talab qiladi. Oliy toifali hamshira, tez tibbiy yordam mashinasida mustaqil davolash-profilaktika ishlarini bajarishda, hamshira tashxisini o'tkazishda, birlamchi tibbiy yordam berishda va bemorni tegishli tibbiy- davo muassasalariga yuborish kabi asosiy xizmatlarni bajaradi.

Oliy toifali hamshira xirurgik xizmatni amalga oshirishdagi umumiy tadbirlariga quyidagilar kiradi:

1. Xavfli xirurgik kasal guruhlarni aniqlash, ommaviy axborot vositalari yordamida aholi o'rtasida tushuntirish ishlarini olib borish, o'sma bilan kasallangan bemorlarni aniqlash.

2. Oliy toifali hamshira quyidagi hollarda bemorni umumiy amaliyot shifokori yoki tor mutaxasislarga yo'llaydi: shikastlar, kuyishlar, sovuq urush, elektr tokidan shikastlanish, aerob va anaerob infeksiya, sepsis sil, qon ketishi, "o'tkir qorin"og'rig'i, churra qisilishi sindromi, ichak tutilishi, assit, o'smalar, gangrena, tromboz, emboliya, yaralar, oqmalar, buyrak va siydik yo'llari tosh kasalliklari, qovuq shikastlari, sistit, prostatit, obliteratsiyalovchi endartrit, venalarning varikoz kengayishi va h. k

3. Oliy toifali hamshira quyidagi amaliy ko'nikmalarni bajara olishi lozim bo'ladi: qo'l va operatsiya maydonini zararsizlantirish, sterillash, bemorni narkozdan so'ng parvarishlash, infuziya va transfuziy, qon guruhi, Rh omilni va biologik moslikni aniqlash, bog'lov usullari, qorin va plevra bo'shlig'ini punksiya qilish, yiringli bo'shliqlarni ochish, jarohatni drenajlash, qovuqni kateterlash, sistoskopiyaga steril asboblarni tayyorlash.

4. Reabilitatsiya va dispanserizatsiyada faol qatnashish. Yallig'lanishga qarshi dori-darmonlarni qo'llash, fizioterapevtik davolash, amputatsiyadan keyingi cho'ltoqni, iliostoma, kolostoma, gastrostoma, episistostomani parvarish qilish.

Oliy toifali hamshira bilishi kerak bo'lgan amaliy ko'nikmalarga quyidagilar kiradi:

- psixologik muloqot, narkotik vositalar yuborish; ingalyator qo'llash; jgut qo'yish; qon ketgan vaqtda uni to'xtatish; ko'krak qafasini massaj qilish; kislorod berish; oshqozonni yuvish; tibbiyot hujjatlarini to'ldirish; huqnaning turli usullarini qo'llash; sun'iy nafas oldirish; analgetiklarni qo'llash; aseptik bog'lam qo'yish; antigistamin preparatlarini qo'llash; yurakni bilvosita massaj qilish; til tutqichni qo'llash; og'ir bemorlarni parvarishini to'g'ri tashkil etish; shifokor tomonidan buyurilgan davolash va tekshirish muolajalarini to'g'ri va aniq bajarish; jarohatlanishni oldini olish hamda yotoq yaralarini to'g'ri parvarish qilish va h. k

Qishloq vrachlik punkti Oliy toifali hamshira quyidagi hollarda tayinlanadi:

- qishloq vrachlik punkti hamshirasi lavozimiga tibbiyot bilim yurtining "davolash ishi", "hamshiralik ishi" Oliy toifali hamshiralik ishi mutaxassisligi bo'yicha bitirgan mutaxassis tayinlanadi.

- Hududiy boshqaruv sog'liqni saqlash muassasasi rahbari mavjud tadbirlar asosida hamshira mutaxassisni lavozimga tayinlaydi va bo'shatadi.

QVPda Oliy toifali hamshiraning umumiy vazifalari:

- qishloq vrachlik punktiga binktirilgan aholiga shifokor ko'rigigacha bo'lgan tibbiy yordam ko'rsatish;
- shifokor bo'lmaganda bemorlarni ambulatoryaga qabul qilish, kasallarga va homiladorlarga uyda tibbiy yordam ko'rsatish;
- qishloq vrachlik punktida shifokor yo'qligida kasalning oldida boshqa davolash-profilaktika muassasalaridan kerak bo'lgan mutaxassisni chaqirish yoki kasalni shifokor oldiga olib borish;
- shifokor tavsiyalarini bajarish;
- bemorni shifokor ko'rigiga tayyorlash;
- sog'lom aholi va kasallar dispanserizatsiyada qatnashish;
- laboratoriya tekshiruv usullarini o'zlashtirib, uni qishloq vrachlik punktida o'tkazish;
- qishloq vrachlik punktidagi fizioterapiya apparatlarining ishlatilishini o'zlashtirib, bemorlarni davolashda qo'llash;

- epidemiyaga qarshi kurash muassasalari ma'lumotlariga binoan yuqumli kasalliklar bilan kasallanganlarni, ular bilan muloqotda bo'lganlarni va yuqumli kasallikka chalingan deb gumon qilingan bemorlarni aniqlash maqsadida uyma-uy yurishlarda qatnashish;
- sog'lom turmush tarzini targ'ibot qilishda tibbiy tushuntirish ishlarini olib borish;
- nazoratdagi muassasalar va korxonalaridagi joriy kichik tibbiy xodimlar nazoratiga qatnashish;

Oliy toifali hamshiraning huquqlari:

- o'z sohasidagi va mutaxassislik talablariga rioya qilgan holda bemorlar tekshiruvini o'tkazish, tashxis qo'yish, davolashni tavsiya qilish, davolash, shifokor muolajalarini bajarish va profilaktik ishlar olib borish;
- qishloq vrachlik punktida shifokor yo'qligida O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan o'matilgan tartibda kasallik varaqalarini, ma'lumotlarni va boshqa tibbiy hujjatlarni tayyorlab berish;
- qishloq vrachlik punktida bo'lim boshlig'i yo'qligida o'rta tibbiy xodimlarga farmoyishlar va ko'rsatmalar berish;

QVP Oliy toifali hamshiraning umumiy vazifalari:

- homiladorlarga va ginekologik kasallarga tibbiy yordam ko'rsatish;
- homiladorlarni va ginekologik kasallarni vaqtida aniqlash;
- ayollarning ambulator qabulini olib borish;
- homilador va tuqqan ayollarni uyida patronaj qilish;
- ayollarda kechiktirib bo'lmaydigan akusherlik va ginekologik yordam ko'rsatish, shifokorni maslahatga chaqirish va keyinchalik davolash-profilaktika muassasalariga kuzatib borish;
- qishloq vrachlik punktida va uyda ginekologik kasallarni nazorat qilish;
- o'tkir xirurgik kasalliklarda va noxush hodisalar (jarohatlanish, qon ketishi, zaharlanish va boshqalar)da va bemorlarga birinchi yordam ko'rsatish, keyinchalik shifokorni chaqirib yoki yaqinroqda joylashgan davolash-profilaktika muassasasiga yetkazish, zarurat bo'lganda kuzatib borish;

- homiladorlarni va ginekologik kasallarni shifokorlarga va davolash-profilaktika muassasalariga o'z vaqtida yuborish;
- shifokor tavsiyalarini bajarish;
- ayollarni profilaktika ko'riklaridan o'tkazishda qatnashish;
- shifokorning rejali ko'rigiga homiladorlarni va ginekologik kasallarni tayyorlash;
- homiladorlarga va ginekologik kasallarga davolash-profilaktika yordami bilan bog'liq bo'lgan ayrim laboratoriya tekshiruvlarni o'tkazish;
- ginekologik kasallarga fizioterapiya muolajalarini o'tkazish;
- aholi orasida onalik va bolalikni muhofaza qilish, istalmagan homildorlikning oldini olish, oilani rejalashtirish, tabiiy ovqatlantirish, homiladorlik va emizish paytida sifatli ovqatlantirish, bolalarda tug'ma nuqsonlarni va nasl kasalliklarining oldini olish haqida tibbiy-oqartuv ishlarini targ'ibot qilish;

QVP Oliy toifali hamshiranig huquqlari:

- o'z sohasidagi va mutaxassislik huquqlariga tegishli tartibda tekshiruvlar o'tkazish, tashxis qo'yish, homiladorlikning muddatini aniqlash, davolanishni tavsiya qilish va davolash, shifokor muolajalarini bajarish;
- o'qmatilgan tartibda ma'lumotnomalarni va boshqa tibbiy hujjatlarni berish;
- Oliy toifali hamshira qishloq vrachlik punkti mudiriga bevosita bo'ysunadi. Oliy toifali hamshira ishini qishloq (shahar) shifokorlik punktining faoliyat doirasiga kiradigan akusher-ginekolog yordamini ko'rsatish mas'uliyati yuklatilgan akusher-ginekolog va boshqa shifokorlar boshqaradi;
- Oliy toifali hamshira o'z mutaxassisligi bo'yicha saviyasini oshirib borishi lozim.
- Oliy toifali hamshira o'z sohasiga tegishli bo'lgan hujjatlarni tartib bilan yuritadi, qishloq vrachlik punkti mudiriga akusher-ginekolog yordami bo'yicha hisobotlar taqdim etadi;
- qishloq vrachlik punktida hamshira yo'qligida Oliy toifali hamshira o'zining vazifalaridan tashqari, 1 yoshgacha bo'lgan bolalarning sog'ligini va rivojlanishini nazorat qiladi;

Favqulotda holatlarda Oliy toifali hamshiraning faoliyati

Qisqa muddatga hushdan ketish - bosh miyada qon aylanishining o'tkir yetishmovchiligi oqibatida sodir bo'ladi. Bu holat odam qattiq charchaganda, qo'rqqanida, havosi og'ir xonada bo'lganda ro'y beradi. Bu holat, ko'pincha qamoqda, yuqumli kasalliklardan endi tuzalgan bemorlarda bo'ladi. Bunda bemorning boshi aylanadi, ko'ngli ayniydi, ko'z oldi qorong'ilashib hushini yo'qotadi. Bemorning rangi keskin oqarib, badan terisi sovuq ter bilan qoplanadi, oyoq-qo'llari soviydi, tomir urushi tez va kuchsiz bo'lib qoladi. Odatda, xuruj 20-40 sek davom etadi va bemor hushiga keladi. Bunday hollarda bemorning yostig'i olinib, kravotining oyoq tomoni ko'tarilib qo'yiladi.

Deraza ochilib, bemor ko'ylagining yoqalari ochiladi, yuziga, ko'kragiga sovuq suv purkaladi. Navshadil spirti hidlatiladi. Tadbirlar samara bermasa, shifokor chaqiriladi.

Shok so'zi- "turtki" degan ma'noni anglatadi. Bu atama shartli ravishda keib chiqishi har xil bo'lgan qator o'xshash klinik holatlarni bildiradi. Shok organizmning asosiy hayotiy funksiyalari bo'lmish qon aylanish va nafas olishning buzilishi bilan belgilanadi. Shokka qon yo'qotish, og'riq, qonsizlanish, to'qimalardan so'rilgan parchalanish mahsulotlaridan zaharlanish kabi omillar sabab bo'ladi. Klinika amaliyotida kardiogen, travmatik, anafilaktik, kuyish, gemorragik jarohat va boshqa shok turlari uchrab turadi.

Shok bosqichli jarayon bo'lib, unda erektillik va torpid bosqichlar bir-biridan farqlanadi.

Erektillik bosqich jarohatdan keyin birdan rivojlanadi va bunda bemorda o'ziga va atrofidagi voqealarga tanqidiy munosabat yo'qoladi. Terining rangi oqaradi, tomir urushi tezlashgan, qon bosimi normal, ba'zan yuqori bo'ladi. Erektillik bosqich 10-20 daqiqa davom etadi va torpid bosqichga o'tadi.

Torpid bosqichda bemorning qon bosimi pasayadi, qo'zg'alish karaxtlik bilan almashinadi. Shok dinamik jarayon bo'lib, yengil bosqichida davolanmasa u og'ir bosqichga o'tishi mumkin.

Birinchi yordam:

- nafas yo'llarini tozalash va havo o'tishini ta'minlash;
- tashqi qon ketishini to'xtatish;

- og'riqsizlantirish;
- immobilizatsiya;
- tez fursatda kasalxonaga yetkazib borish.

Qon ketish ichki, tashqi va yashirin bo'lishi mumkin. Ichki qon ketishi- organizm bo'shliqlariga qon ketganda, tashqi qon ketishi- butunligi buzilgan teri va shilliq qavatlardan qon oqqanda, yashirin qon ketishi- ichaklardan qon ketganda sodir bo'ladi.

Me'dadan qon ketganda qon qusish kuzatiladi. U me'da va o'n ikki barmoq ichak yarasining yoki jigar kasalliklarining asorati sifatida yuzaga chiqadi. Qon ko'p ketganda bemorning ahvoli yomonlashadi, darmoni quriydi, ko'z oldi qorong'ulashadi, boshi aylanadi, ko'ngli ayniydi, tashna bo'ladi va hatto qisqa muddatda xushidan ketishi mumkin. Bemorning rangi oqargan, tomir urushi tezlashgan, kuchsiz holatda bo'ladi. Bunday hollarda tezda shifokorni chaqirish kerak. Shifokor kelguncha bemorni o'tkazib, me'da sohasiga muzli xaltacha qo'yib, unga dori-darmon, ovqat bermasdan tinchlantirishga harakat qilish kerak. Ichakdan qon ketganda axlatga qon aralashib kelishi yoki axlat o'miga qon kelishi ham mumkin. Bunda bemorni o'miga yotqizib, qomiga sovuq narsa qo'yib, axlatni esa shifokor kelguncha saqlash kerak bo'ladi.

O'pkadan qon ketganda og'izdan och qizil rangda ko'piksimon qon ajralib chiqadi. Bu o'pka silida, o'smalarda, yurak parogida va qator bronx kasalliklarida uchraydi. Agar qon ketish kuchli bo'lsa, ketayotgan qon bronxlarni bekitib qo'ymasligi uchun bemorni qomi bilan yotqizib, karavotning oyoq tomonini 40-60-sm baland qilib ko'tarib qo'yiladi.

Agar bemorning ahvoli unchalik og'ir bo'lmasa, uning qaddini baland qilib o'tqaziladi. Bemorga muz bo'lakchalari yutish, sovuq suv ichish to'sh sohasida muzli xaltacha qo'yish tavsiya qilinadi. Xirurgiya boshqa tibbiyot fanlaridan farqli o'laroq o'z fursatiga ega bo'lib, bunda bemorni operatsiya qilish kerak bo'ladi. Operatsiya qilishda aseptika va antiseptika qoidalarga katta e'tibor beriladi. Aksincha, uning muhimligiga yetarlicha baho bermaslik operatsiya jarohatining yiringlab ketishiga va boshqa og'ir oqibatlariga sabab bo'ladi.

Xirurgik xizmatni ko'rsatish va uni tashkillashtirish jarayoni bo'yicha shoshilinch, kechiktirib bo'lmaydigan (appenditsit, ichak tutilishi,

peritonit va b.) hamda rejali (kasalliklarni obdon tekshirib, keyin operativ davvo o'tkazish) turlariga bo'linadi.

Xirurgiyada tibbiyot etikasi va deontologiyasi

Har bir tibbiyot xodimi inson va jamiyat oldidagi katta javobgarlik hissini har doim sezib turmog'i lozim. Shuni yodda tutish kerakki, davolashning muvafaqqiyati va samaradorligi bemorning tibbiyot xodimlariga bo'lgan ishonchiga bog'liq, vaholanki tibbiyot kasallikni emas balki bemorni davolaydi. Davolashning har bir pog'onasida bemor ongiga sog'ayishga ishonch hissini singdirib borish har bir tibbiyot xodimining burchidir. Insonparvarlik esa tibbiyot kasbining ajralmas xususiyatidir.

Etika so'zi grekcha –“aethos” degan so'zdan kelib chiqqan bo'lib, urf-odat, axloq degan ma'noni bildiradi. Tibbiyot etikasi esa tibbiyot xodimlari faoliyatidagi insonparvarlikda aks etadi.

Tibbiyot insoniyat tarixidagi eng dastlabki kasblardan bo'lib, insonni davolashda u juda boy tajriba to'pladi hamda insoniyat faoliyatidagi boshqa kasblardan o'ziga xosligi bilan alohida ajralib turadi.

O'rta asrlarda ijod qilgan buyuk hakim Abu Ali Ibn Sino tibbiyot xodimlarining xulqiga katta e'tibor berib, tibbiyot xodimining alohida jismoniy va ruhiy fazilatlariga ega bo'lishi to'g'risida quyidagi fikrlarni aytgan “hakimda burgutning ko'zi, qizlarning mohir qo'li, ilonning donoligi va sherning yuragi bo'lishi kerak”. Bundan tashqari tabiblar axloq fazilatlarini va bemor bilan bo'ladigan muomalasidagi xususiyatlari haqida to'xtalib, hakimlarga kasallikdan va uni davolashda qo'rqish hissini bemor ongidan uzoqlashtirish uchun qo'lidan kelgan barcha zarur chora-tadbirlarni ko'rishni maslahat bergan va hatto musiqadan davolash vositasi sifatida foydalanishni tavsiya etgan. Alloma “bemor borki, so'z bilan davolasa bo'ladi”, degan edi.

Tibbiyot etikasi qadimgi Yunonistonda rivojlangan. Buni Gippokrat qasamyodida ham ko'rish mumkin. Tibbiyot qasamyodi bo'lgusi tibbiyot xodimlarini tayyorlashda katta tarbiyaviy ahamiyatga ega bo'lib, tibbiyot etikasining rivojlanishiga katta ijobiy ta'sir ko'rsatadi va keyinchalik tibbiyot institutlari, bilim yurtlarini bitirib chiqqan talabalarning qasamyodiga aylangan.

Tibbiyot etikasining asosiy vazifalari-jamiyat va fuqarolarning farovon yashashi yo'lida halol mehnat qilish, hamisha va har qanday sharoitda bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatish va ularga diqqat e'tibor va g'amxo'rlik bilan munosabatda bo'lish, o'zining barcha hatti-harakatlarida, muomolasida oliyjanoblik, insoniylik, qonun-qoidalariga rioya qilish, tibbiyot xodimlarining yuksak vazifasi va burchini anglab yetish, o'z vataniga, hukumatiga mehr-muhabbat va sadoqatni tarbiyalash, yuksak insonparvarlik kasbining oliyjanob an'analarini davom ettirish, uni saqlash hamda boyitish, tibbiyot xodimini ko'tarinki mehnat ruhida tarbiyalashning mavjud barcha vositalarini umumlashtirish va yangilarini ishlab chiqishdir.

Tibbiyot xodimining tashqi qiyofasi ham katta ahamiyatga ega. Kiyimlarni pala-partish kiyish, xalatning iflosligi, timoqlarning kirligi va o'sib ketganligi tibbiyot xodimlari faoliyatida yo'l qo'yib bo'lmaydigan holatlardir. Ajoyib shifokor va yozuvchi A. P. Chexov: "shifokorlik kasbi bu jasoratdir, u hamma narsadan voz kechishni, qalb musoffoligi va fikr sofligini talab etadi. U aqlan dono, ma'nan pok va jismonan tetik bo'lishi lozim"-deb yozgan edi.

Deontologiya (yunoncha dentos- zarur, lozim bo'lgan narsa, logos fan)-tibbiyot etikasining bir qismi bo'lib, tibbiyot xodimining axloq-odobi, o'zini tuta bilishi va muomalasini amaliy faoliyatida qo'llashni bilishidir.

Tibbiy deontologiyaning asosiy vazifalari:

- tibbiyot xodimlari xulq-atvorini, bemorlarni davolash natijalarini yana ham yangilashga qaratilgan yo'l-yo'riqlarni o'rganish;
- tibbiyot faoliyatidagi noqulay omillarga chek qo'yish;
- tibbiyot xodimlar bilan bemor o'rtasida o'rnatiladigan o'zaro munosabatlar mazmunini o'rganish;
- samarali bo'lmagan tibbiy faoliyatning zararli oqibatlarini tugatish.

Yer yuzida tibbiyot xodimi faoliyatidek mehr, yurak hissi, aql-idrok, bilim bilan qo'shib ketgan birorta kasb yo'q. Gyote shunday deb yozgan edi: "buyuk va oliyjanob aql-idrok, bilim oldida bosh egmaganman, oliyjanoblik, insonparvarlik oldida esa tiz cho'kaman". Xushmuomolalik va odoblilikda namoyon bo'ladigan mehr issiqligidek, inson fazilati boshqa kasblarga nisbatan tabobat uchun suv va havodek zarurdir. Xitoy maqollaridan birida: "dono bo'lmasa ham, odobli bo'lish mumkin, ammo

odobli bo'lmay turib dono bo'lish mumkin emas", -deyiladi. Gippokrat tibbiyot xodimlar o'zini qanday tutishi kerakligi haqida shunday degan edi: Nima ish qilmoqchi bo'lsang uni xotirjam va puxta bajar. Bemorni kerak paytida ko'nglini ol, yaxshi, quvnoq gaplar bilan kayfiyatini ko'tar, ayrim paytlarda - sharoit shuni taqozo qilsa, bemorning talablarini qat'iy rad qil, boshqa vaqtlarda esa uni tinchlantir. "

Deontologiya jarayonlari takomillashtirishda shifokorning o'mi alohidadir. U bemorni tekshiradi, tashxish qo'yadi, unga dori-darmon, parxez buyuradi, maslahatlar beradi, kasallikning kechishini kuzatadi, o'rta tibbiyot xodimi esa shifokor tayinlagan topshiriq va ko'rsatmalarni bajaradi. Bemor bilan shifokor o'rtasida ishonch paydo bo'lishida hamshiraning roli juda kattadir. Hamshira g'amxo'r, shirinso'z bo'lib, etika meyorlariga rioya qilishi, sabr-toqatli va o'z-o'zini tuta bilishi, shifokor va davolash muassasasi obro'- e'tiborini oshirishga hissa qo'shishi, tabobat sirini saqlab bilishi shart. Tibbiyot xodimining so'zi bemorning davolanishida doim muhim o'rin tutib kelgan. Bemorga aytiladigan har bir shirin so'z uning ko'nglini tinchlantirish, sog'ayishiga umid uyg'otishi lozim. Ba'zan tibbiyot xodimlarining o'ylamasdan aytib yuborgan so'zlari bemorda kasallik chaqiradi, bu yatrogeniya deb ataladi. Yatrogen kasalliklarning asosiy sababchisi-umumiy tibbiy madaniyatning yetishmasligi, shoshma-shosharlik, vaqtning kamligi, bemorga kasallikning yomon tashxisi yoki oqibatini, tahlillarning natijalarini aytib qo'yish va boshqalardir. Bemorlar odatda tezda ko'ngli og'riydigan va tibbiyot xodimining har bir so'zini o'ziga oladigan bo'lib qoladi. Ko'p martalab ruhiyatning ta'sirlanishi va kasallanishi, atrof-muhitni esa noto'g'ri talqin qilishi tufayli bemorga tibbiyot xodimi aytgan har bir qo'pol so'z katta zarar keltiradi. Ayrim paytlarda tibbiyot hamshirasi bemor bilan bo'lgan suhbat chog'ida bemorga kasallikning yomon oqibati, tekshirishlarininig yomon natijalari haqida aytib yuboradi va ko'pincha, bemorlar qo'lga hatto xavfli, og'ir kasallikdan darak beruvchi tahlil natijalarini ham berib qo'yadi. Bemor qanday kasallik bilan kasalxonaga yotmasin har doim tibbiyot hamshirasi uning ruhiy holati va kechinmalarini tushunishi, anglab yetishi va gaplashganda ehtiyotlik bilan, tibbiy sirini saqlab gapirishi kerak. Agar bemorda onkologik kasallik bo'lsa, ehtiyotkorlik va xushfe'llik bilan muomala qilish zarur. Bemor tibbiy yordam so'rab

murojaat qilgan bo'lsa uni tibbiy yordamga kech kelgani uning kasallikning o'tib ketgani va uni davolash qiyin ekanligini achinish yoki afsus bilan aytish yoki yuz ko'rinishida ifoda qilish umuman mumkin emas. Bu paytda tabobat unda to'laqonli yordam bera olmasligini sezdirmasligi kerak. Hamshira o'layotgan bemor oldida uning hushsizligini nazarda tutib, bemorning kasalligi, kechishi va salbiy oqibati to'g'risida kasalxonada shu tashxis bilan yotgan bemorlar oldida gapirib yubormasligi lozim. Bemorlar eshitganini o'ziga qattiq oladi va natijada ularning kasalligi og'irlashadi. Shuning uchun tibbiyot hamshirasi "so'z-ham davolashi, ham ko'ngilni jarohatlashi" mumkinligini doimo yodda tutishi kerak. Bemor oldida nimaiki gapirilsa, xotirjamlik, vazminlik bilan gapirilishi lozim. Bemorga yoki uning oldiga, qo'shnixonada qanday bemorlar yotgani haqida gapirmaslik yoki uni tahlil qilmaslik kerak. Ko'pincha tibbiyot xodimlari tekshirish natijalaridan bemorni xabardor qilib qo'yadilar. Bu noto'g'ri, albatta.

Qadimgi yunon maqolida shunday deyiladi: "bir so'z aytishdan oldin ikki marta o'ylasang, unda sen ikkita yaxshi so'z aytgan bo'lasan". Buni har biitta tibbiyot xodimi doimo esda tutushi zarur.

Shuni e'tirof etish kerakki tabobat ishi qanchalik yaxshi yo'lga qo'yilmasin, biron bir shifokor yo'qki, kattagina ilmiy amaliy tajribaga ega bo'la turib, go'yat e'tiborli va jiddiy bo'lishiga qaramay, o'z faoliyatida har qanday kasallikni bexato davolagan bo'lsin. Xatoning har bir turiga qarab shifokor tegishli ravishda o'z jazosini oladi, ya'ni fuqarolik xatosi bo'lsa, ko'rsatilgan zararning o'mi qoplashda sud yo'li bilan va ma'muriy jamoatchilik tartibida amalga oshiriladigan javobgarlikka tortish, agar ma'muriy xato bo'lsa jarima solish, buyumlarni musodara qilish, vaqtincha vazifasidan bo'shatish bilan chegaralanadi. Agar intizomga doir xato bo'lsa, ogohlantirish, hayfsant, qattiq hayfsant, quyi lavozimga o'tkazish, ishdan bo'shatish, o'quv yurtidan haydash choralari qo'llaniladi.

Tibbiyot deontologiyasining muhim masalaridan biri bu shifokorlikning siri masalasidir. Gippokrat qasamyotida: "men davolash chog'ida, shuningdek boshqa paytlarda ham bemorlarning hayotiga taalluqli bo'lgan oshkor qilish mumkin bo'lmagan narsalarni ko'rmasam yoki eshitmasam, demak, bular sir saqlanadigan qarorlardan deb hisoblayman. Qasamyodimni so'zsiz bajarayotganim uchun men hayotda

va faoliyatimda baxtiyor bo'lay, odamlar orasida abadiy hurmat qozonay, qasamyoddan chekinuvchi va yo'lg'on qasam ichuvchilar uchun buning teskarisi bo'lsin", deb yozilgan.

Xirurg ishining xususiyati shundaki, u har doim bemorning hayoti yoki sog'ligi hal bo'ladigan qisqa vaqt va hatto sanoqli daqiqalarda qiyin muommolarni yechish kerak bo'ladi. Bularga faqat tashxish qo'yishgina emas, balki operatsiya xavfi darajasini, u yoki bu tashxis qo'yuvchi yoki davo muolajalarining kerak yoki keraksizligini aniqlash, shoshilich operatsiyaga bemor va uning yaqinlarining roziligini olish va boshqalar kiradi. Bunday muommolarni hal qilishda xirurgdan zo'r ma'naviy kuch, bilim va tajribalarni ishga solish, bemor, jamoa va jamiyat oldidagi burchining naqadar mas'uliyatli ekanligini tushunib yetish kabilar kiradi.

Xirurgning imkoniyati ko'pincha operatsiyaning muvaffaqiyatli chiqishiga har doim ham kafillik bera olmaslik, operatsiya xavfi darajasini imkoni boricha qaytarish muommosi va boshqalar bilan mushkullashib turadi. Bunday hollarda xirurg o'z bilamonlik qilmay, ustozlari, hamkasblari, tajribaliroq xirurglardan maslahat olishi, kerak bo'lsa ularni yordamga chaqirish lozim. Albatta, bunga yordamga kelgan shifokor bemorni ko'rganda, operatsiya paytida yoki undan keyingi davrda ta'na qilmasligi, xirurg obro'yiga putur yetkazmasligi kerak.

Ayrim paytlarda, kasallik tufayli azob ko'rgan bemorlar poliklinikadagi xirurg xonasi yoki bog'lashxonasiga, kasalxonaning qabul bo'limiga boshqa xonalarning kichik tibbiy xodimlar holatiga, uning jihozlariga e'tibor beradi. Masalan, kushetkadagi g'ijimlangan choyshab, kasallik tarixi yoki ambulatoriya kartalarining sochilib yotishi va boshqalar bemorning g'ashiga tegadi.

Tez tibbiy yordamga murojaat qilganlar ko'pincha ro'y bergan hodisa yoki kasallik tufayli hayojonlangan yoki kayfiyatlari buzilgan bo'lishi mumkin, tibbiyot xodimlari bu holatni doim yodda tutishlari zarur. Bemor yoki uning yaqinlari tez yordam brigadasini albatta sabrsizlik bilan kutadilar va ular uchun qisqa fursat ham juda uzoqdek tuyuladi. Bunday paytda tibbiyot xodimning hatti-harakati, muomolasi, yuz ifodasi katta rol o'ynaydi. Bir-ikki og'iz shirin so'z bilan bemor va uning yaqinlarini tinchlantirish, sog'ayishiga ishonch va umid uyg'otish zarur. Ammo bemor

og'ir ahvolda bo'lsa, yaqinlari bilan suhbat chog'ida hech qachon uning sog'ayishiga yuz foiz kafillik berish kerak emas.

Ayrim hollarda bemorning yaqinlari tabobat bilimlaridan xabarsizligi, ma'daniy saviyasi pastligidan, xirurglarni xush ko'rmasligidan "bularga faqat kesish bo'lsa bas" yoki "balki o'tib ketar" degan fikrga borib, operatsiyadan voz kechadilar yoki bemorni kasalxonaga yotqizishdan bosh tortadilar. Bunga deontologik va kasal nuqsoni deb qarash kerak.

Odamlar orasida "qo'li yengil xirurg ekan" "ishi doim o'ngidan keladi", degan iboralarni eshitamiz. Albatta, is'tedod bilan bilimni inkor etib bo'lmaydi, har ikkalasi xirurgda mujassam bo'lsa, "xirurg baxt"ning paydo bo'lishiga sabab bo'ladi. Afsuski, shundaylar ham borki, ular o'zlarining xirurgik faoliyatida faqat yengil xirurgik bemorlarni tanlab qiladilar va og'ir bemorlardan uzoqroq bo'lib, shu tariqa obro'-e'tibor qozonmoqchi bo'ladilar. Afsuski, bunday xirurglar xalq oldida ham, hamkasblari orasida ham to'la shon-shuxratga ega bo'la olmaydilar.

Xirurgik statsionarda ishlaydigan barcha xodimlar, dars o'tayotgan shifokorlar, hamshiralar, talabalar o'zlarining tashqi ko'rinishi, shirinsuxanligi bilan boshqalarga o'mak bo'lishi kerak.

Bemorlar ko'pincha o'rta va kichik tibbiyot xodimlaridan o'zining tashxisi va qanday natija bilan tugashini so'rashadi. Bemorning dardi og'ir bo'lsa, ayniqsa unda xavfli o'smalar (rak) kasalligi bo'lganda, buni unga aytish mutlaqo yaramaydi. Kasallikning qanday yakunlanishiga kelganda, hamisha ishonch bilan "tuzalib ketasiz" deb aytish kerak.

Bemorning oldida u yaxshi tushunmaydigan va ko'nglida vahima va qo'rqinch uyg'otadigan: "shok", "agoniya", "qon tuflash", "gematoma", "kollaps" singari iboralarni ishlatmaslik kerak. Narkotik uyqu va hatto yuzaki koma holatidagi bemorlar ham ba'zan palatadagi gap-so'zlarni eshitib, ko'ngliga tugib qo'lishini esidan chiqarmaslik kerak. Chunki bemor ko'ngliga ozor yetadigan bo'lsa, bu uning ahvolini og'irlashtirib qo'yishi, ba'zi hollarda esa davolanishdan bosh tortib, hatto o'z joniga qasd qilishga urinib qo'yishiga sabab bo'lishi mumkin.

Oliy toifali hamshira tashqi qiyofasi katta ahamiyatga ega bo'lib, ishga kelgandan keyin u dazmollangan toza xalat yoki mazkur muassasada odat bo'lgan kiyimlarni kiyib oladi. Ko'chada kiyib kelgan poyafzalini

oson tozalanadigan va yurganda tovush chiqarmaydigan shippak yoki alohida tufliga almashtiriladi. Sochlarini maxsus qalpoq tagiga bostirib oladi. Saranjom va ozoda hamshira qiyofasi bemor ko'nglida zavq uyg'otadi.

Aksincha, kiyim-kechakdagi pala-partishlik, xalatning kir bo'lishi, qalpoq yoki ro'mol tagidan sochlarning chiqib turishi, haddan oshiq pardozi-andoz qilish, timoqlarni o'stirish, bo'yash esa bemor ko'nglida tibbiyot hamshirasining yuqori malakasiga uning aniq, toza ishlay olishiga shubha paydo qiladi. Bemor shubhalari bunday hollarda ko'pincha o'rinli bo'ladi. Ba'zan bemor og'irlashib qolishi mumkin, lekin bu vaqtda o'rta va kichik tibbiyot xodimlari sarosimaga yoki vahimaga tushmasliklari kerak.

Qanday hodisa ro'y bermasin (ko'p qon ketishi, yurak ritmining to'satdan izdan chiqishi, shok, agoniya, klinik o'lim holatlarida) tibbiyot xodimlarining barcha hatti-harakatlari juda aniq va ishonchli bo'lishi kerak. Vaziyat qanchalik xavotirli bo'lsa, shunchalik past tovushda gapirish kerak. Hushidan ketmagan, bemorga, baqiriq-chaqiriqlar yomon ta'sir ko'rsatadi; bu boshqa bemorlarning tinchini buzadi, hayajonlantiradi, ularning sog'ligiga zarar yetkazadi; bular bemorga o'z vaqtida va malakali yordam ko'rsatishga halaqit beradi.

Oliy toifali hamshira ko'pincha bemorning qarindosh-urug'lari, yaqin odamlari bilan muloqotda bo'lishiga to'g'ri keladi. Bunda ham ehtiyotkorlik talab etiladi. Bemordan dardining tuzalmasligini yoki ahvolining og'irlashib qolganligini yashirgan holda buni uning qarindoshlariga yotig'i bilan tushuntirish kerak. Biroq, ular orasida ham bemor odamlar bo'lishi mumkinligini hisobga olib, ular bilan gaplashganda nihoyatda ehtiyotkor bo'lishi lozim. Bemorni ko'rgani kelgan odamlar bilan gaplashishdan oldin shifokor bilan masalahlashish kerak.

Ayniqsa, hamshira telefonda ehtiyot bo'lishi, xususan biror jiddiy xabarni aytmaslik, balki shifoxonaga kelib shifokor bilan shaxsan gaplashish kerakligini tushuntirish lozim.

Tibbiyot hamshirasi malakasini doimo oshirib borishi, davolash muassasasidagi umumiy muhit esa bunga yordam berishi kerak.

Xirurgik ishni tashkil qilish

Xirurgiya boshqa tibbiyot fanlaridan farqli o'laroq o'z xususyatlariga ega bo'lib, bu xirurgik xizmat asosida ishlashni talab etadi. Operatsiya vaqtida aseptika va antiseptika qoidalariga katta e'tibor beriladi. Aksincha uning muhimligiga yetarlicha baho bermaslik operatsiya jarohatining yiringlab ketishiga va boshqa og'ir oqibatlariga sabab bo'ladi.

Toza va yiringli xirurgiya haqida tushuncha

Xirurgiya muassasalarida bemorlarni "toza" va "yiringli" bemorlarga bo'linadi, shu munasabat bilan toza va yiringli xirurgiya tafovut qilinadi. Xirurgiyaning boshqa tibbiyot fanlaridan farqli ravishda o'ziga xos xususyati bo'lib, bunga ko'ra xirurgik xizmat asosini operatsiya qilib davolash tashkil etadi. Operatsiya qilish davomida aseptika va antiseptikaga juda katta e'tibor beriladi. Bu qoidalarga to'la rioya qilmaslik operatsion jarohatning yiringlab ketishiga va og'ir asoratlarga sabab bo'ladi.

Toza xirurgiya – yiringli va yallig'lanish kasalliklari bo'lmagan, lekin xirurgik davoni talab qiladigan kasalliklarga aytiladi. Masalan: tireotoksik bo'qoq, xavfli va xavfsiz o'smalar, suyaklarning chiqishi va sinishi.

Yiringli xirurgiya – yiringli va yallig'lanish kasalliklari bor va xirurgik davoni talab qiladigan kasalliklarga aytiladi. Masalan: osteomielit, o'pka Absessi, yiringli plevrit.

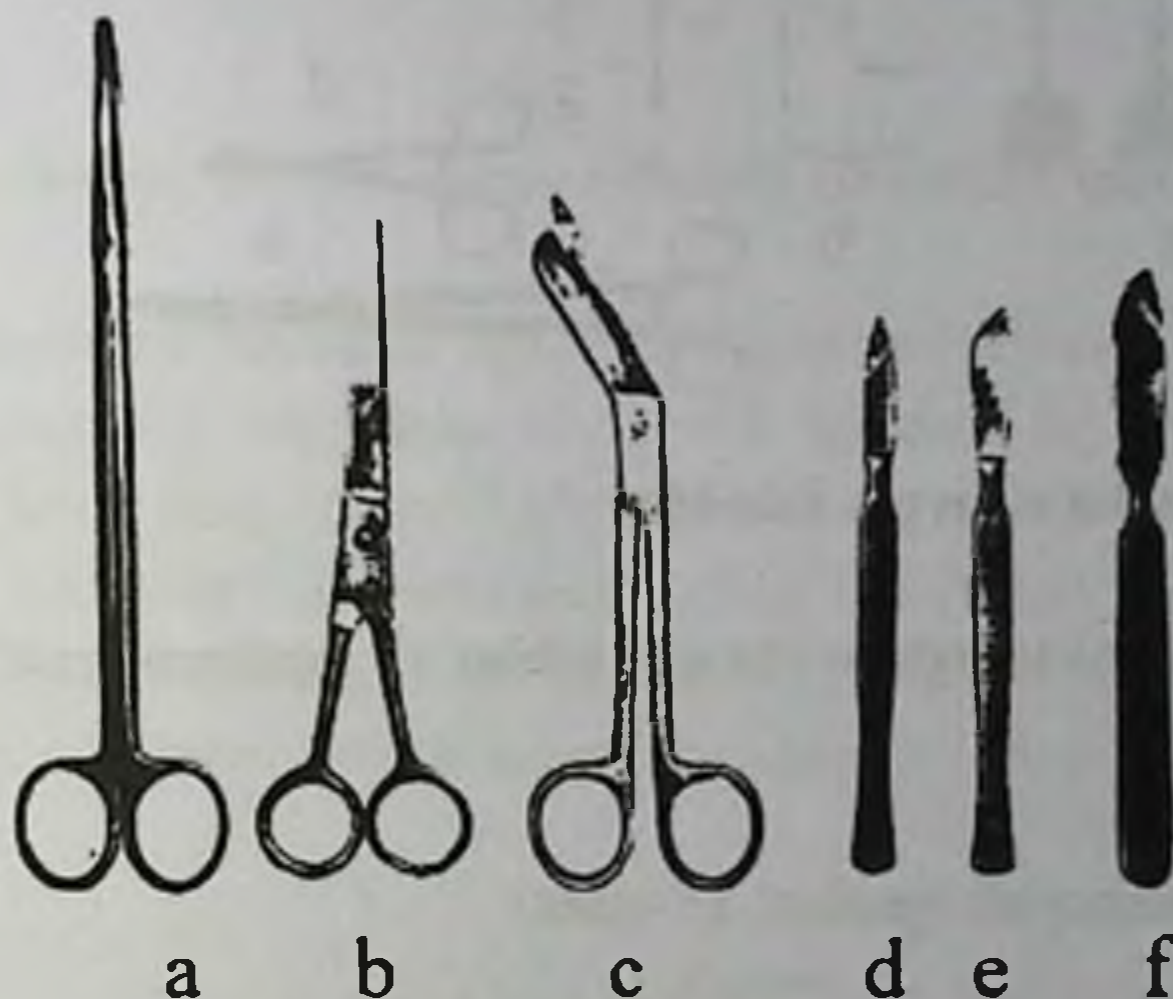
Infeksiyaning bir bemordan ikkinchisiga (kasalxona ichi inyeksiyasi) ayniqsa yiringli bemorlardan toza jarohatli bemorlarga otish ehtimolini nazarda tutib, yiringli kasalliklari bor bemorlarni alohida palatalarda yotqiziladi. Bunday bemorlar soni ko'p bo'lganda tegishli davo choralari o'tkaziladigan maxsus yiringli xirurgiya bo'limi tashkil etiladi. Bu bo'limda aseptika va antiseptikaga rioya qilishga qo'yiladigan talablar toza bo'limdagilarga nisbatan bir muncha yuqori bo'ladi.

Xirurgik asboblari. Operatsiyalar uchun ishlatiladigan asboblari ikkita katta guruhga bo'linadi.

1) deyarli hamma operatsiyalarda ishlatiladigan umumiy asboblarga (to'qimalarni kesish uchun skalpel, pinsetlar, ilmoqlar, zondlar, sapkalar korsanglar; jarohatdan qon oqishini to'xtatish uchun qisqichlar.

2) operatsiyaning ayrim turlaridagina foydalaniladigan maxsus asboblari yiringli, abdominal, torakal xirurgiya, neyroxirurgiya, urologiya va proktologiya asboblariga bo'linadi. Quyida eng ko'p ishlatiladigan asboblarni ilova qilamiz.

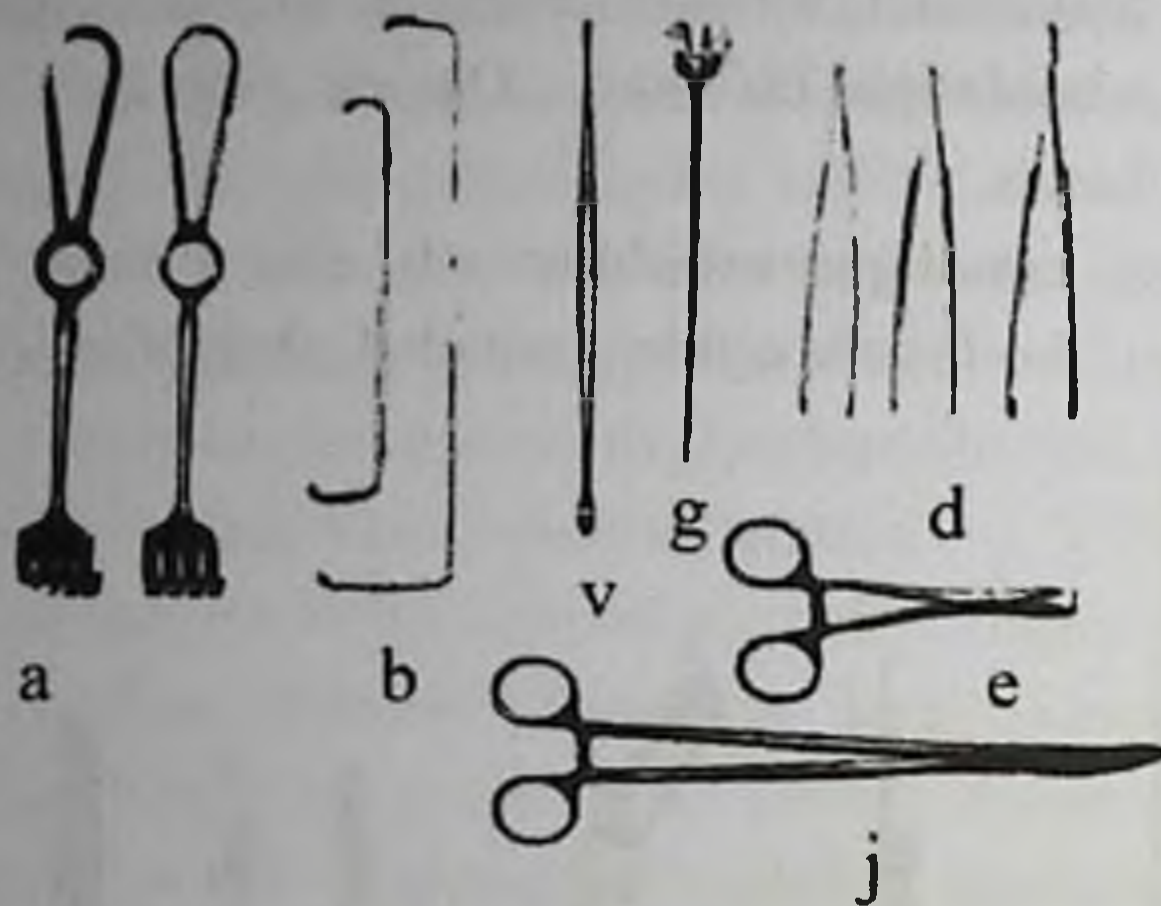
To'qimalarni kesadigan asboblari: a-b) uchi o'tkir to'g'ri qaychilar
c) Kuper qaychilari, d-e-f) uchi o'tkir, qorinchali skalpellar. (1-rasm)



1. Rasm. To'qimalarni kesuvchi asboblari

Qo'shimcha xirurgik asboblari:

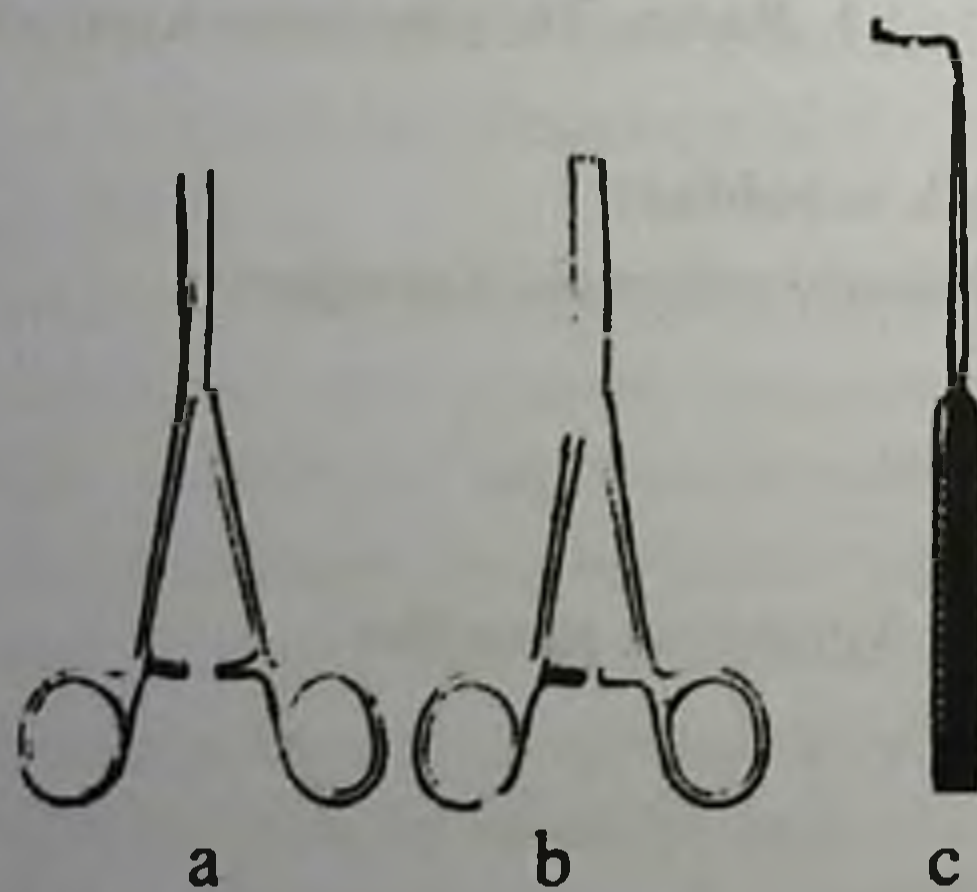
- a) ko'p tishchali jarohatni ochuvchi ilmoqlar,
- b) Farabef ilmog'i,
- v) folkman qoshiqchasi,
- g) tarnovsimon zond,
- d) anatomik, xirurgik, kurakchali pinsetlar,
- e) sapkalar,
- j) kornsang,
- z) zondlar. (2-rasm).



2. Rasm. Qo'shimcha xirurgik asboblar

Qon oqishini to'xtatuvchi qisqichlar va ligatura ignalari:

- a) Bilrot;
- b) Koxer; qisqichlari,
- c) Deshan kombinatsiyali ignalari. (3-rasm).



3. Rasm. Qon to'xtatuvchi qisqichlar va ligatura ignasi.

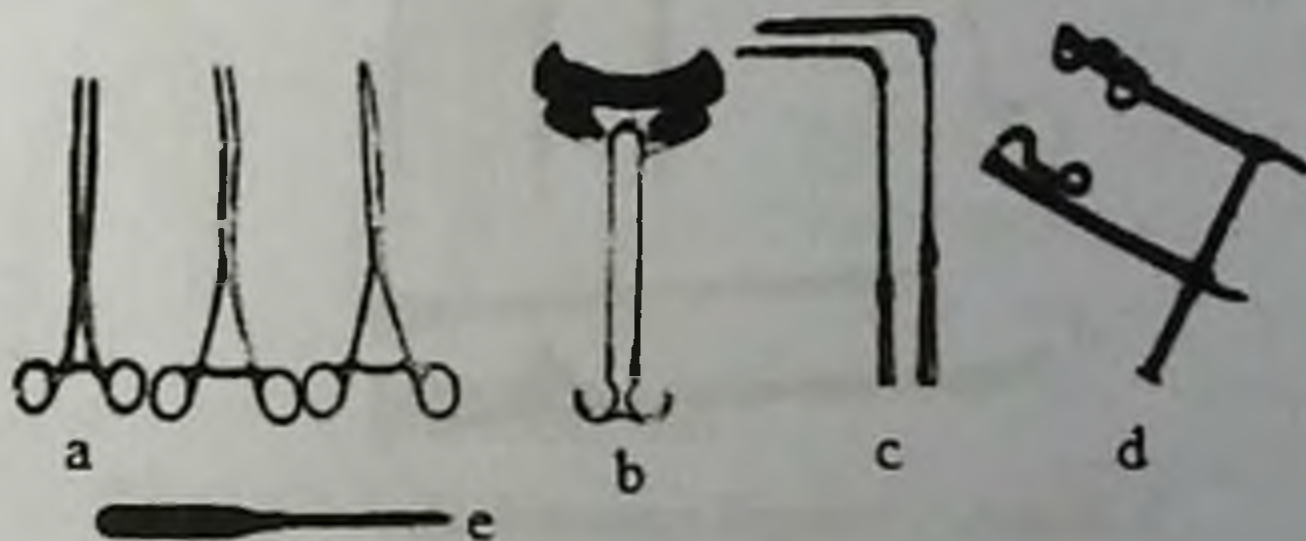


4. Rasm. To'qimalarni tikishda ishlatiladigan asboblari.

To'qimalarni tikishda qo'llanadigan asboblari: a) Gegar igna tutqichi, b) yumaloq, kesadigan, atravmatik ignalar. (4- rasm).

Shipritslari: jare, "rekord" shpitslari.

Qorin bo'shlig'i operatsiyasi uchun asboblari: jarohat kergichlari, a) ichakning yumshoq, bosib turadigan jomlari. b) qorin ko'zgulari, c) jigar ko'zgusi, d) Gosse jarohat kergichi e) troakar, (5- rasm).



5. Rasm. Qorin bo'shlig'i operatsiyasi uchun asboblari.

Suyaklarda o'tkazadigan operatsiyalar uchun asboblari: raspatorlari: a) Suyak arrasi. b) Lyuer suyak tish-lovichi. c) metall bolg'acha, d) Yassi iskana, e) amputatsion pichoq, olening fiksasion qisqichlari, lyuer qisqichi, liston qisqichlari. (6- rasm).



6. Rasm. Suyak operatsiyalari uchun asboblari



7. Rasm. Urologik operatsiyalar uchun asboblari

Traxeostomiya uchun asboblar: a) traxeostomik kanyula, (yig'ilgan va qismlarga ajratilgani); b) trussoning traxeya ker-gichi; c) bir tishli ilmoq kabi asboblar ishlatiladi.

Ko'krak qafasi va bo'shlig'i operatsiyalari uchun asboblar:

a) duayn raspatori;

b) duayn qisqichlari;

c) shumaxer;

d) Shtille;

e) lyuer qisqichi;

- f) jarohat ken gaytirgich;
- j) fridrix qisqichi

Neyroxirurgik operatsiyalar uchun asboblari:

1) parma frezlari bilan; 2) Jiglining sim arrasi; 3) raspatorlar; 4) miya shpateli; 5) dissektor; 6) qaychilar; 7) klipsalar.

Urologik operatsiyalar uchun asboblari; a) feodorov qisqichi; b) metal bujlar; c) metall kateter; d) sistoskop; e) kateterlash uchun sistoskop. (7-rasm).

To'g'ri ichakdagi operatsiyalar uchun asboblari; a) rektal ko'zgular (8-rasm).

Zamonaviy operatsiya xonalari, ayniqsa maxsus profildagi operatsiya



8. Rasm. To'g'ri ichakni tekshirish uchun asboblari

xonalari, murakkab yurak operatsiyalari uchun sun'iy qon aylanish apparatlari, bosh miya biyopotensiallarini yozib borish uchun elektor ense-falografiya, yurak ishini nazorat qilib turadigan elektor kardios-kop, kardiomonitorlar va sun'iy nafas berish narkoz apparatlari bilan jihozlangan. Bundan tash-qari, ko'p operatsiyalar uchun zarur apparatlar; termokoagul-yatorlar

(qon oqishini to'xtatish va to'qimalarni elektr pichoq bilan keshish), elektr so'rg'ich (suyuqliklarni aspiratsiya qilish uchun) apparatlari va shu kabilar bo'ladi.



9. Rasm. Multisrezli kompyuter tomografiya. MSKT.



10. Rasm. UTT tekshirish usuli.



11. Rasm. Statsionar universal raqamli rentgen apparati

Bu zamonaviy tekshirish usullari barcha xirurgik kasalliklarga erta tashxis, kasalliklarni o'z vaqtida aniqlash va davolashda katta rol o'ynaydi. (9, 10, 11 rasmlar).

Operatsion hamshiraning ish faoliyati

Operatsiya xonasini tayyorlash va operatsiya xonasi ishini aniq tashkil qilishda operatsion hamshiraning o'mi nihoyatda katta. Operatsion hamshira ixtiyorida:

1. Operatsiya, operatsiya oldi xonasi, avtoklav va materiallar xonasi.
2. Asboblar va ularni operatsiyaga tayyorlash.
3. Operatsiya uchun kerakli jihozlar, bog'lov materiallari hamda ularning sterilligini nazorat qilish.
4. Tikish uchun materiallar va ularni tayyorlash.
5. Operatsiya xonasida operatsiya vaqtida kerakli dori - darmonlar bilan ta'minlanganligini kuzatish.

Xirurgik statsionarlarda bir nechta operatsiya hamshirasi o'mi mavjud bo'lganda hamshiralarning vazifalari o'zaro taqsimlanadi. Ulardan biri operatsiya xonasining katta hamshirasi asosiy tashkilotchi hisoblanadi. Xodimlar uning kuzatuvi ostida operatsiya xonasini ishga tayyorlaydi.

Asbob-uskunalar uning ixtiyorida bo'ladi. U operatsion materiallarni (salfetkalar, tamponlar, sharchalar, chok materiallari) tayyorlash va ularning sterilligi ustidan kuzatib boradi.

Operatsion hamshiralarning qolganlari material tayyorlashda va operatsiyada bevosita ishtirok etadi. Operatsiya hamshirasi kichik tibbiyot xodimlari ustidan diqqat bilan kuzatuv olib borish va aseptikaning operatsiyada qatnashayotgan (shifokor, talabal) lar tomonidan har qanday buzilishi to'g'risida xirurgga xabar qilishi shart. Operatsiya hamshirasi operatsiya xonasida tartib bo'lishini kuzatib borishni, baland ovozda gapirmaslikni, ishlatilayotgan asboblardan va bog'lov materiallarini hisobga olib borish, ishlatilgan asboblardan va materiallarni hisobga olib borishi, ishlatilgan asboblardan va materiallarni artib tayyorlab qo'yishi lozim.

Operatsiya vaqtida qon tegib nam bo'lib qolgan oqliqlarni, butunligi buzilgan qo'lqoplarni o'z vaqtida almashtirib turish, qo'lqoplarni antiseptik eritmalar bilan yuvib turish, jarohatdan tamponlarni olib tashlanishiga qarab borishi zarur. Operatsion jamoa tartib bilan ishlaganda operatsiya bir muncha tez tugallanadi. Agar operatsiya vaqtida asboblardan birorta nosteril narsaga tegib ketsa, bu haqda xirurgga ma'lum qilishi, asboblarni esa olib qo'yishi kerak. Chok materiallarini uzatish katta tajriba va chaqqonlikni talab etadi. Materialni qo'l bilan emas, asbob bilan olgan yaxshi. Pinset bilan ipning uchidan ushlanadi, ip sterilizatsiya qilingan g'altakdan asta tortib bo'shatiladi. Kerakli uzunlikdagi ipni bo'shatilgandan so'ng qaychida qirqiladi. Ketgutdan foydalanishni, qulay qilish uchun uni oldindan kesib, kerakli uzunlikdagi iplar tayyorlab qo'yiladi. Ipni xirurgga uzatishdan oldin operatsion hamshira uning pishiqligini tekshirib ko'radi.

Chok qo'yish uchun ignani to'g'ri tanlash juda muhim. Ignaning o'lchami va uning turi chokka qo'yiladigan talablarni hisobga olib tanlanadi. Tomirlarni bo'g'lash yoki ichi kovak a'zolar (ichaklar va me'da) devorini tikish uchun yumaloq ichak ignalaridan foydalaniladi. Choklarni germetik qilish talab etilmaydigan bir qadar qattiq to'qimalarni tikishda uchi qirrali, keskir ignalar ishlatiladi. Chok materialining yo'g'onligini ham nazarda tutish kerak. Ip qancha yog'on bo'lsa ignaning ham yo'g'oni tanlanadi. Operatsion hamshira xirurgning qo'lini tutmay ipni ignaga tez va to'g'ri taqab bilishi kerak. Chok materiali o'tkazilgan

igna, igna tutqich orqali xirurgga branshlarini old tomonga qaratib uzatiladi.

Operatsiya hamshirasi operatsiya vaqtida operatsion jarohatda salfetka, sharchalar birorta asbob yoki boshqa yot jismning tasodifan qolib ketmasligi ustidan ham kuzatib turadi. Operatsiya tamom bo'lgandan keyin hamshira asboblarni soni, butunligi, ishlatilgan material miqdorini yaxshilab tekshirib chiqishi, operatsiya xonasini tozalab yigishtirilishini kuzatib turadi. Ertangi kunga zarur asboblarni tayyorlab qo'yishi, bikslarga materiallarni joylab chiqish va tikish uchun ishlatiladigan chok materiallarining yetish yetishmasligini tekshirib ko'rish kerak. Xirurgga yordamchi xodimlar yetishmagan hollarda operatsion hamshirasi istisno tariqasida assistent vazifasini bajarib turishi mumkin. Tajribali va vijdonan xizmat qiladigan hamshira xirurgning inson hayotini qutqarib qolishdagi qiyin, faxrli va mas'ulyatli ishidan uning birinchi yordamchisi hisoblanadi.

Xirurgiya bo'limida hamshira yuritadigan tibbiy hujjatlar

Dastlab tibbiyot hamshirasi tez yordam mashinasida keltirilgan bemorning rasmiy hujjatlari yoki shahar poliklinikalari yo'llanmalari bilan kelgan bemorlarning rasmiy hujjatlari bilan davolash tash-kilotlarining qabulxonasida tanishadi.

Qabulxona bo'limida bemorlarni ro'yxatga olish uchun hujjatlar:

- kasalxonaga yotqizishni rasmiylashtirish jumallari.
- konsultatsiyalarni rasmiylashtirish jumallari.
- har xil sabablarga ko'ra kasalxonaga yotishdan bosh tortgan yoki yotishi man qilingan bemorlarni rasmiylashtirish jumallari.

Tibbiy hamshira xirurgik bo'lim ish faoliyati uchun rasmiy hujjatlar tuzishda qatnashadi: bularga kasallik tarixining tituli va dorilarni qayd qilish varaqlarni to'ldirish, bemorlarni og'irligi va bo'yini o'lchash, kasallik tarixiga barcha tahlillarni yopishtirish; bir yoshgacha bo'lgan bolalarda necha marta ich kelishi, uning xususiyatini, miqlorini nazorat qilish varag'ini to'ldirishlar kiradi.

Xirurgiya bo'limi katta hamshirasi tomonidan yuritiladigan hujjatlar:

- kasallarning o'limini qayd qilish jumallari

- dorilarni va ularning sarflanishini ro'yxatga olish jumallari
- kuchli ta'sir etuvchi va narkotik dorilarni ro'yxatga olish jumallari.

Operatsiya va bog'lamlarni ro'yxatga oladigan jurnallar:

- operatsiyalarni qayd qiladigan jurnal
- bog'lamlarni ro'yxatga olish jumallari
- qon, plazma va qon o'mini bosadigan suyuqliklarni ro'yxatga olish to'g'risidagi hujjatlar jurnallari.

Statsionarlarda yuritiladigan hujjatlar:

- xodimlarning kelib-ketishini nazorat qilish jumallari
- bemorlarni ro'yxatga olish jumallari
- dori darmonlar hisoboti jumali
- shikoyat va takliflar jumali
- 5 daqiqalik yig'ilish jumali
- bo'limning tekshiruv jumali
- ma'ruzalar, xodimlar saviyasini oshirish uchun suhbatlar jumali
- mehnat xavfsizligi va yong'inga qarshi kurash jumali.

Postda yuritiladigan hujjatlar:

- bemorlarni ro'yxatga olish jumali
- tahlillar jumali
- parhez jumali
- bemorlar harakati hisobot jumali
- HBS antigeniga olingan qonlarni qayd qilish jumali

Muolaja xonasida yuritiladigan hujjatlar:

- muolajalarni qayd qilish jumali
- kvarslash jumali
- bo'limdagi xona va karidorlarga uzil-kesil ishlov berishni qayd qilish jumali
- qon quyishni qayd qilish jumali
- dori-darmonlar, paxta, spirt, shpris va bir martalik sistemani qayd qilish jumali.

Bog'lov xonasida yuritiladigan hujjatlar:

- bog'lamlarni qayd qilish jumali
- bog'lov uchun ishlatiladigan materiallarni (bint, dori-darmonlar spri
sni) qayd qilish jumali
- kvarslash jumali

-bog'lov xonaga to'la to'kis ishlov berishni qayd qilish jurnali

- asboblarni qayd qilish jurnali

Xirurgiyada profilaktika yo'nalishi. Zamonaviy xirurgiya profilaktika yo'nalishga, ya'ni biror kasallik yoki shikastlanishning oldini olishga katta e'tibor beradi. Shu maqsadda profilaktik ko'riklar o'tkaziladi.

Tekshirilayotgan kishida o'pkaning biror surunkali kasalligi (surunkali bronxit, o'pkaning surunkali pnevmoniyasi), gastrit, polipoz, kolit va boshqa qator kasalliklar topilsa, u dispanser hisobiga olinib, vaqt-vaqti bilan tekshirib turiladi.

Dispanser sistemasi rak singari jiddiy kasalliklarning boshlang'ich shaklini aniqlashga va o'z vaqtida radikal davo o'tkazishga imkon beradi. Shikastlanishning oldini olish uchun ish joyiga, xavfsizlik texnikasiga, mehnatni ilmiy asosda tashkil qilinishiga, og'ir yallig'lanish jarayonlariga olib kelish ehtimoli bo'lgan kichik shikastlanishlarda (timalish, urib olish, mayda jarohatlarda) tibbiy yordamga o'z vaqtida murojaat qilinishga ahamiyat beriladi.

Xirurgik statsionarning tuzilishi

Xirurgik bemorlarni maxsus jihozlangan va uskunalar bilan ta'minlangan xirurgik bo'limlarda davolanadi. Davolanishi lozim bo'lgan bemorlar guruhini, qo'llaniladigan operatsiya turlarini hisobga olgan holda xirurgik bo'limlar tashkil qilinadi.

Xirurgik bo'limda bemorlar uchun palatalardan tashqari bo'g'lov, muolaja xonasi, oshxona, vanna xonasi, ich kiyimlar uchun xonalar, tibbiyot xodimlari uchun kichik tibbiy xodimlar qismi, hamshira va shifokorlar xonalari bo'lishi kerak. Umumiy xirurgik bo'limlarda bemorlar yotadigan xonaning kengligi bir o'rinli 6, 5-7, 5m² ni tashkil qilish lozim. Xonalarda 2-4 tadan o'rin, izolyatorlarda 1-2 ta o'rin bo'lishi va ularda alohida hojatxona ham bo'lishi kerak. Umumiy xirurgik bo'limning asosiy qismi o'tkir xirurgik patologiya va qolgan qismini shikastlanish, suyak-bo'g'im apparati kasalliklariga chalingan bemorlar tashkil qiladi. Yirik klinikalarda va ilmiy tekshirish institutlarida ixtisoslashgan onkologiya, urologiya, proktologiya, torakal, abdominal va yurak-tomirlar xirurgiyasi, mikroxirurgiya bo'limlari tashkil qilinadi. Bundan tashqari umumiy xirurgiya bo'limida o'tkir xirurgik infeksiyasi bo'lgan bemorlar ham

davolanadi va bunday bemorlarni alohida bo'limga joylashtirish maqsadga muvofiq. Chunki bunday bemorlar umumiy xirurgik bo'limda aseptik operatsiyalarni boshdan kechirgan bemorlarga infeksiya tarqatuvchi manba bo'lib katta xavf tug'diradi. Umumiy xirurgiya bo'limida toza va yiringli jarohati bor bo'lgan bemorlar uchun alohida bog'lov xonasi tashkil qilinadi.

Zamonaviy xirurgiya bo'limlari 60 o'ringa mo'ljallangan bo'ladi. Ayrim hollarda 25-40 o'rinli maxsus xirurgiya bo'limlari ham ochishga ruxsat etiladi. Zamonaviy xirurgiya bo'limlarida quyidagi xonalar ko'zda tutiladi: navbatchi hamshira posti (4 m^2), muolaja xonasi (18 m^2), bog'lov xonasi (22 m^2), oshxona (o'rinlar soni o'rinlar umumiy sonining 50-60 foizini tashkil qilishi kerak), oqliqlarni saqlash va ishlatilgan oqliqlarni, tozalash vositalarni saqlash xonasi (15 m^2), vanna xonasi (12 m^2), huqna bajarish xonasi (8 m^2), hojatxona (erkaklar, ayollar va tibbiy xodimlar uchun alohida).

Bo'limda bo'lim mudirining xonasi (12 m^2), ordinatorlar xonasi (10 m^2), katta hamshira xonasi (10 m^2), xo'jalik bekasi xonasi (10 m^2) va hokazolar bo'lishi kerak. Har bir klinikada professor, dotsentlar uchun ish kabineti va 10-12 kishiga mo'ljallangan o'quv xonalari ham bo'lishi lozim.

Qabulxona bo'limi. Bemorlarni qabulxona bo'limi orqali qabul qilinib, bu yerdan ularni birlamchi saralab, kasallikning turiga qarab tegishli bo'limlarga yotqiziladi. Qabulxona bo'limida qayd qilish, bemorlarni birlamchi ko'zdan kechirish xonalari, vanna xonasi (erkaklar va ayollar uchun) kasalxonaning toza kiyimini saqlash xonasi, 1-2 tashxislash palatalari shuningdek yuqumli bemorlar uchun izalyator xonasi bo'lishi kerak. Qabulxona bo'limida bemorlar kichik tibbiy xodimlar ishlovidan o'tkazilib (gigiyenik vanna qabul qilish, ularning sochlari pedikulyozga tekshirilib) keyin bemorga kasalxona kiyimlari kiydiriladi va statsionarga yuboriladi.

Umumiy xirurgiya bo'limi. Xirurgik bemorlar maxsus jihozlangan va uskunalari bilan ta'minlangan xirurgiya bo'limlarda davolanadi. 20-25 o'ringa mo'ljallangan kichik uchastka va tuman kasalxonalarida xirurgiya bo'limi bo'ladi. Ularda shoshilinch xirurgik yordam ko'rshatish, kichik rejali operatsiyalar bajarish imkonini beradigan operatsiya va yara bo'g'lash uchun maxsus xonalar bo'ladi. Xirurgiya bo'limida bemorlar

uchun palatalar, operatsiya bloki, bog'lash xonasi va qo'shimcha xonalar - vanna, oshxona, bufet bo'ladi. Xirurgiya bo'limida sovuq va issiq suv markazdan isitish sistemasi, kanalizatsiya va havoni tozalab turadigan ventilyatsiyalar bo'lishi lozim.

Travmatologiya bo'limi. Shikastlangan bemorlarni davolash uchun moslashtirilgan xirurgik bo'limdir. Odatdagi bo'limdan farqli ravishda travmatologiya bo'limida rentgen, gips bog'lash, apparat xonalari, davo fizkulturasi, mexanoterapiya va fizioterapiya xonalari bo'lishi zarur.

Travmatologiya punkti. Bir qancha kasalxonalar va poliklinikalarda maxsus davolash-profilaktika birligi sifatida travmatologiya punkti bo'lib, unda shikastlangan bemorlarga travmatologik yordam ko'rsatiladi. Travmatologiya punktida travmatolog uchun maxsus xona, operatsiya, gips-bog'lov va rentgenologiya xonalari bo'lishi lozim.

Travmatologiya punktida birlamchi shifokorlik darajasidagi tibbiy yordam ko'rsatiladi. Bunda suyak siniqlari repozitsiya qilinadi, oddiy gips bog'lamlari qo'yiladi, chiqqan suyaklar o'miga solinadi, kichikroq jarohotlarga xirurgik ishlov beriladi. Bemor statsionarda davolanishga muhtoj bo'lganda uni travmatologiya bo'limiga yuboriladi. Travmatologiya punkti o'z hududidagi travmatologik bemorlarni hisobga oladi, ular statsionardan uyiga jo'natilganidan keyingi reabilitatsiya ishlarini olib borish, shuningdek, travmatologik bemorlarni mehnatga layoqatli qilish ishlari bilan shug'ullanadi.

Gips-bog'lov xonasida odatda singan joy og'riqsizlantiriladi, chiqqan suyaklar joyiga solinadi, gips bog'lamlar qo'yiladi, singan suyaklar harakatsizlantiriladi. Aseptika nuqtai nazaridan gips va yara bog'lov xonasi operatsiya xonasiga qo'yiladigan talablarga mos kelishi kerak. Gips-bog'lov xonasida singan suyaklarni joy-joyiga solish, suyaklarni taxtakachlash, gips bog'lamlarini qo'yish uchun maxsus apparatura, ko'chma rentgen apparati va boshqalar bo'lishi kerak. Katta hajmdagi uskunalar (shitlar, karavot oyoqchasiga qo'yiladigan tagliklar, bosh ostida qo'yiladigan moslamalar, yon tomondan tortish uchun moslamalar va hokazolar) apparatxonada saqlanadi.

Operatsion blok. Operatsiya blok maxsus ajratilgan joyda bo'lib xirurg hamda intensiv terapiya bo'limlari bilan koridor orqali tutashgan va xirurgiya bo'limi hamda oshxona, hojatxona, yuvinish xonalaridan uzoqda

bo'lishi kerak. Uning derazalari shimol va shimoliy-g'arb tomonga qaratilgan bo'lishi kerak. Operatsiya bloki tarkibiga operatsiya xonasi, operatsiya xonasidan oldingi xona, yuvinish xonasi, kiyinish xonasi, narkoz xonasi, steril materiallar saqlash xona, operatsiyadan keyingi kutish xonalari kiradi. Operatsiya bloki chang va shovqindan xoli bo'lishi uchun binoning yuqori qavatlariga (2-3-4chi qavatlarda) bo'lishi kerak. Operatsiya bloki yiringli zonadan imkoni boricha chetda bo'lishi shuningdek, toza va yiringli xirurgik zonalar uchun alohida xonalar, kiyim-kechak, jihozlash materiallari va asboblari bo'lishi kerak. Xirurgik yordamning hajmi va maqsadiga qarab qo'shimcha rentgen, sun'iy buyrak, endoskopiya bo'limlari tashkil qilinadi.

Operatsiya blokida 3ta zona tafovut qilinadi:

Umumiy rejim zonasi: Zahira asboblarni, apparatlar, choyshab va boshqa oqliqlarni saqlash uchun qo'shimcha xonalar, xirurg va hamshiralari xonasi kiradi.

Qat'iy rejim zonasi: Operatsiyaga qatnashadigan xodimlar kiyinadigan xonalar, operatsiya va anesteziologiya xizmatiga kerakli apparatlar va materiallar turadigan xona. Bu zonaga kirishda tibbiyot xodimlari ustiga xalat, boshiga qalpoq, oyoqlariga shippak kiyib olgan holda ruxsat beriladi.

Steril rejim zonasi: Operatsiya zali, operatsiyaga tayyorlanib qo'llar yuviladigan xona, sterillash xonasi, sterillangan materiallar saqlash xonasi, narkoz xonasi kiradi. Sterillash rejim zonasida operatsiya davomida kerak bo'lib qoladigan asboblarga ishlov beriladi va sterillanadi. Bu xonalarga kirishdan oldin yuzga niqob taqib, oyoqlarga baxillalar kiyib olinadi.

Ikkita operatsiya xonasi bo'lgan hamda umumiy operatsiyadan oldingi va sterillash xonalari mavjud bo'lgan operatsiya bloki bo'lishi maqsadga muvofiq hisoblanadi. Zamonaviy xirurgik statsionarlardagi palatalar operatsiya bloki va xonalariga qo'yiladigan talablar boshqa profildagi tibbiy yo'nalishlardan farq qiladi. Xirurgiya bo'limidagi ishning hajmiga ko'ra bir necha operatsiya xonalari bo'lishi mumkin, biroq toza va yiringli operatsiya xonalari bo'lishini ko'zda tutish lozim. Birgina operatsiya xonasi bo'lgan joylarda dastlab toza operatsiyalarni otkazish va keyin yiringli operatsiyalarni o'tkazish kerak. Bu operatsiyalardan keyin xonani to'la-to'kis yig'ishtirib tozalash shart. Operatsiya xonasiga yetarli

miqdorda tabiiy yorug'lik tushib turadigan bo'lishi kerak. Operatsion xona keng vrach va hamshira bemaol harakatlanadigan hamda harorati doimiy 22-24°C atrofida bo'lishi lozim. (12-rasm). Operatsion blok devorlari va shiplarida chang ushlanib qoladigan hech qanday do'ngliklar va chuqurchalar bo'lmasligi, devorlari silliq materiallardan va shiplari moyli bo'yoqlar bilan bo'yalgan, pollari ham silliq materiallardan tayorlangan bo'lishi kerak.

Isitish. Xonalar radiatorlar bilan bug'da isitilsa yaxshi. Radiatorlarni chang bosmasligi uchun o'rab qo'yish kerak. Hozirda zamonaviy isitgich va konditsionerlardan foydalanilmoqda.

Yoritish. Operatsiya xonasi yetarlicha yorug' bo'lishi va rangni buzib ko'rsatmasligi lozim. Tik tushadigan quyosh nurlari xirurg va hamshira ishini qiyinlashtiradi va xonani yozda qizitib yuboradi. Shuning uchun operatsiya xonalarining derazalari shimoliy-g'arbga yo'naltirilgan, derazalar och rangli bo'yoq bilan bo'yalgan bo'lishi kerak. Operatsiya xonasida operatsion maydonni yoritish uchun shipga o'rnatilgan 4-7-9 va 12 reflektorli soyasiz yoritish sistemalardan foydalaniladi. Bu yoritish sistemalari uchun akkumlyator bo'lishi lozim. Chunki ularni umumiy elektr tok kelmay qolganda qo'llash mumkin. Operatsiya jarohatlari chuqur bo'lsa, soyasiz lampa bilan hatto yon tomondan qo'shimcha yorug'lik berilganda ham ularni yaxshi yoritib bo'lmaydi. Shuning uchun statsionar yoritish sistemasidan tashqari, 1-3-4 va 6 reflektorli, yon tomondan yoritadigan harakatlantiruvchi yoritish sistemalari ham bo'lishi shart. Shuningdek, qorin, ko'krak bo'shlig'i operatsiyalarda maxsus optikasi bo'lgan, yorug'ligi 17, 6 Voltli lampalarning nuridan foydalaniladi. Operatsiya xonasining mebeli ko'chma, yengil, silliq, tuzulishi sodda, oson yuviladigan bo'lishi kerak.

Ventilyatsiya. Operatsiya xonasi yaxshi shamollatilishi kerak. Buning uchun ko'proq havo oqib keladigan havo almashtirgich moslamalar qo'llaniladi. Faqat havoni sovutadigan, isitadigan, namlab beradigan emas, balki uni sterilizatsiya ham qiladigan maxsus konditsanerlarning bo'lishi ma'qul hisoblanadi.

Jihozlar. Operatsiya xonasida ishga zarur apparatlar va mebellargina bo'lishi kerak. Operatsiya vaqtida bemorga har qanday zarur holatni egallash imkoni beradigan operatsiya stoli, asboblari va yara bog'lash

materiali qo'yiladigan operatsiya hamshirasi stollari, xirurg uchun stolcha, qon oqishini to'xtatish uchun termokaogulyator, elektr so'rg'ich va anesteziologik apparatlar shular jumlasiga kiradi. Kislородli ballonlar va narkotik gazli ballonlar operatsiya xonasidan chiqarib qo'yiladi. Gaz maxsus gaz o'tkazgichlar yordamida berilishi lozim.

Operatsiya xonasini tozalash. Operatsiya bo'lmagan kunlari operatsiya xonasiga hech kim kiritilmaydi, eshiklari yopib qoyiladi va operatsiya xonasiga kirish man etiladi. Ish paytida tozalik va tartibga rioya qilingan holda kiriladi.

Operatsiya xonalari hamma vaqt nam usulda (1% li xloramin B, 0,5% li yuvush vositasi, 0,2%li dezoksan) tozalanadi. Bundan tashqari tarkibiga turli xil dezinfeksiya qiladigan moddalar (masalan 50gr soda, 50gr ko'k sovun va 1 chelak issiq suvga 150gr lizol solingan aralashma) dan tashkil topgan eritmalar bilan ham nam usulda tozalash mumkin. Devorlar, ship, polga kimyoviy moddalar bilan ishlov berilgandan so'ng iliq suv bilan yuviladi. Yig'ishtirib tozalab bo'lgandan keyin 6-8 soat davomida bakteriotsit lampalar yoqib qo'yiladi.

Operatsiya xonasini tozalash usullari:

1) Operatsiya paytida tozalash (kunadalik yoki joriy). Hamshira polga tasodifan tushgan salfetka, sharchalarni yig'ishtiradi va qon yoki ekssudatdan ifloslangan polni artadi. Sharcha va salfetkarni hamshira qo'lqop yoki qisqich bilan olishi kerak. Operatsiya tugaganidan so'ng qondan, ekssudat, yiringdan ifloslangan tog'oracha, ifloslangan oq choyshablar yig'ishtiriladi.

2) Operatsiya tugagandan so'ng xonani tozalash (yakuniy). Operatsiya kuni oxirida pol va mebellar tozalab yuviladi, devorlari odam bo'yi yetadigan joygacha artib chiqiladi, kvars lampasi yoqib qo'yiladi. Bu bilan navbatdagi operatsiya uchun operatsiya xonasining tozaligiga erishiladi.

3) Batamom yig'ishtirib tozalash. Ship, devorlar, pol, derazalar reja asosida haftasiga bir marta mexanik va kimyoviy tozalanadi.

4) Oldindan yig'ishtirib tozalash. Har bir operatsiya kuni operatsiyadan oldin gorizontalsathlar ho'l latta bilan 2 marta artib, o'tirib qolgan changdan tozalanadi.

Operatsiya xonasining bakterial holatini teksirish shuni ko'rsatadiki, operatsiya kuni oxirida bakteriyalar soni keskin ko'payadi, o'z vaqtida shamollatish va nam usulda tozalash esa mikroblarni keskin kamaytiradi. Ammo bu usullarning o'zi yetarlicha emas, shuning uchun operatsiya xonasiga bakteriotsid lampalar qo'yiladi. Bu lampalar poldan 2m balandlikda yoki shipga osiladi. Lampalarni operatsiya xonasiga kirish eshigi tepasiga, operatsiya stolidan 2m dan uzoq masofada joylashtirish kerak.

Operatsiya xonasining harorati 24°C, havo namligi 50% va mikroblarning soni har 1m³da 500 dan oshmasligi kerak. Murakkab operatsiyalarni bajarish uchun hozirgi kunda yuqori atmosfera bosimi ostida kislorodga to'yingan havo yordamida operatsiya qilishga imkon beradigan baro operatsiya xonalari mavjud. Ularda murakkab uskunalarning to'g'ri ishlashini ta'minlash uchun maxsus qo'yilgan tibbiy va texnik xodimlar kerak.

Operatsiya oldi xonasi. Operatsiya hamshirasi, xirurg va uning yordamchilari operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish uchun xizmat qiladi. Tayyorgarlik qo'l yuvishdan boshlanadi. Buning uchun sovuq va issiq suvli maxsus rakovinalar, qo'l yuviladigan tog'oralar, soat kerak bo'ladi. Kichikroq stulchada steril salfetkalar solingan bikslar va cho'tkalar solib qo'yilgan kastyulkalar bo'ladi. Xalatlarni osib qo'yish uchun maxsus joylar bo'ladi.

Narkoz xonasi. Odatda maxsus xona bo'lib, unda anesteziolog ishlatadigan narkoz apparatlari, dori vositalari, hujjatlar saqlanadi. Ba'zan bu xonada bemorda narkozning boshlang'ich bosqichlari o'tkazilib, so'ngra bemorni operatsiyaga olib kiriladi.

Sterillash (avtoklav) xonasi. Operatsiya uchun ishlatiladigan doka, oq choyshablar va asboblarni sterillash uchun avtoklav, sterilizator va qaynatgichlar o'rnatilgan bo'ladi.

Instrumentlar xonasi. Bu xona xirurgik instrumentlar va apparatlarni saqlash uchun xizmat qiladi. Ular maxsus shisha shkaflarda saqlanadi. Operatsiya turiga qarab kerakli asboblarni tanlab olinib, tayyorlanadi va keyin sterillanadi.



12. Rasm. Operatsiya xonasi.

Materiallar xonasi. Operatsiya uchun ishlatiladigan doka, oq choyshablar, yara bog'lash va chok qo'yish materiallarini tayyorlashda foydalaniladi. Unda spirt, efir va boshqa dori-darmonlarning ortiqchasi saqlanadi.

Yara bog'lash xonasi. Yara bog'lash xonasi jarohatni bog'lash, ayrim kichik xirurgik muolajalar o'tkazishga mo'ljallanib, maxsus jihozlangan bo'ladi. Bog'lash xonasi maydoni bitta bog'lash uchun 15m² ga to'g'ri kelishi kerak. Bog'lash xonasiga operatsiya xonasiga qo'yiladigan talablar qo'yiladi. (devorlari moyli bo'yoq bilan bo'yalgan yoki plitka yopishtirilgan yorug' xona bo'lishi kerak). Bog'lash xonasining harorati 18-20°C dan kam bo'lmasligi kerak. Bog'lash xonasi jihozlari: bemor yarasini bog'lash uchun stol, instrumentlar va yara bog'lash materiallari uchun stol, o'tiradigan bemorlar uchun bir nechta stul, yechilgan bog'lamlar uchun konteyner, asboblari va dori moddalari uchun shkaflardan iborat bo'ladi. Asboblari qo'shni xonada sterillanadi. Asboblari va yara bog'lash materiallari turadigan stolning usti yopib qo'yiladi, lozim

bo'lganda avval toza yaralar, so'ng esa yiringli yaralar bog'lanishi mumkin. Ish kuni oxirida xona nam usulda artib tozalanadi va bakteriotsid lampalar yoqib qo'yiladi, eshiklar yopib chiqiladi.

Palatalar. Zamonaviy palata - bo'limlarga o'tib ketilmaydigan ikkita seksiyadan iborat bo'lishi kerak va ular zal, shlyuz yoki koridor bilan tutashtirilgan bo'ladi. Har bir seksiyada 30 tadan o'rin, bir yoshgacha bo'lgan bolalar uchun esa 24 o'rin bo'lishi kerak. Xirurgik bo'limlar rejasida 2-4 o'rinli palatalar ajratish ko'zda tutiladi.

Bundan tashqari, og'ir ahvoldagi yoki alohida yotqizilishi zarur bo'lgan bemorlar uchun 1-2 o'rinli palatalar ajratiladi. Kasalxona mebeli quyidagi talablarga javob berishi kerak: 1) bemor uchun qulay bo'lishi, 2) bemorlarni oson parvarish qilishni ta'minlashi, 3) bir joydan ikkinchi joyga oson surilishi, 4) saqlash uchun qulay bo'lishi, 5) mebellar kasallarning turli yoshdagi guruhlarga muvofiq bo'lishi, yuvilganda va dezinfiksiyalanganda ishdan chiqmasligi kerak. Kasalxonada metall karavot asosiy buyum hisoblanadi, uning g'ildiraklisi juda qulay (karavot g'ildiragiga richag o'matilgan, uning o'mini o'zgartirish va bir joyda surilmaydigan ham qilish mumkin). Bunday karavotni kichik hamshiraning o'zi ham osongina sura oladi. Har bir karavotda bemor o'zi o'tirib turishi uchun karavot ustida maxsus osilma moslama ham o'matilgan bo'ladi. Bundan tashqari, palatada stol -tumbochka va kursu bo'ladi. Og'ir bemorlarni ovqatlantirish uchun olib qo'yiladigan karavot usti stolchasi, qon va suyuqlik ampulalari osib qo'yiladigan taglik, yurgiziladigan nosilka (zambil), kreslo va shu kabilar bo'lishi kerak. Xirurgiya bo'limidagi palatalarda bitta o'ringa kattalar uchun 7m², bolalar uchun esa 6m² maydon ajratiladi. Xirurgik statsionarda ahvoli og'irlashib qolgan operatsiyadan chiqqan bemorlar uchun zarurat bo'lganda reanimatsion tadbirlarni bajarish imkonini beradigan maxsus apparatlari bo'lgan palata yoki intensiv terapiya palatasi jihozlangan holda bo'lishi zarur. Palatalar va umuman, bo'limda havo haroratini o'lchash asboblari yordamida doimiy bir xil harorat ya'ni 20°C, bolalar bo'limida esa 22°C atrofida ta'minlanib turuladi. Havoning nisbiy zichligi sekundiga 15 m atrofida bo'lishi zarur. Bo'limdagi hamma palatalar tabiiy yorug'lik bilan yaxshi yoritilishi, derazalari janubga qaragan bo'lishi kerak.

Ordinatorlar xonasi. Bu yerda har xil tibbiy hujjatlar to'ldiriladi. Stollar, stullar, kitob va kiyim-kechak uchun shkaf, qo'l yuvish joyi, oynadan tashqari bu yerda kitob javonlari bo'lishi kerak. E'lonlar taxtachasi, navbatchilar ro'yxati, haftada qilinishi lozim bo'lgan operatsiyalar, bemorlarni teksirish va davolashning har xil sxemalari osib qo'yiladi. Ordinatorlar xonasi bo'lim amaliy faoliyatini (qilingan operatsiyalar soni, asosiy kasalliklar bo'yicha o'lim hollari soni, bir necha yil davomida va oxirgi yil choraklar bilan) ko'satuvchi stendlar, diagrammalar va boshqa ko'satgichlar qo'yiladi.

Kitob javoniga xirurgiya, anesteziologiya va reanimatsiyaga oid asosiy qo'llanmalar qo'yilishi kerak. Bo'limda ilm fan bilan shug'ullanish uchun kerakli adabiyotlar va materiallar bo'lishi kerak. Bo'limdagi barcha tibbiy xodimlarning to'liq manzilgohi va telefon raqamlari yozilgan varaq stol oyna tagida turishi lozim.

Xonadagi mavjud kompyuter, telefon va selektorlar shifokorlar ishini osonlashtirish uchun xizmat qiladi.

Muolaja xonasi. Bu xonada xirurgik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarda in'yeksiyalar amalga oshiriladi, bo'shliqlarga punksiya qilinadi, dori darmonlarni uzoq muddat yuborish uchun doimiy kateterlar qo'yiladi.

Hamshira posti. Odatda koridorda palatalarga yaqin joyda navbatchi hamshira stoli qo'yilgan bo'ladi. Stol yoniga yorug'lik yoki tovush signalizatsiyasi va bo'lim ichi dori xonasi uchun maxsus shkaf joylashtirilgan bo'ladi. Bu shkafda bemorlarni davolash uchun zarur dori-darmonlar saqlanadi. Hamshira postida telefon va qog'ozlar bo'lishi kerak. Oyna tagida muolaja tartibi va parhez ko'rsatilgan kasallar ro'xati, haroratni qayt qilish varaqasi bo'lishi kerak. Bundan tashqari post yonidagi shkafda dorilardan tashqari termometr, shpatel, bankalar, isitgichlar, me'dani yuvush uchun zondlar bo'lishi kerak. Post yoniga tarozi, bo'y o'lchagich va muzlatkich qo'yiladi. A va B ro'xatidagi dorilar muolaja xonasidagi seyflarda saqlanadi. Shkafda anafilaktik shok holatida yordam berish uchun mo'ljallangan dorilar turadi.

Poliklinikaning jarrohlik bo'limi

Yirik poliklinikalarda mustaqil xirurgik bo'lim ajratiladi. Qabul qilinadigan kasallar soniga qarab poliklinikada bitta yoki ikkita xirurgiya kabineti bo'lishi mumkin. Uning vazifasi bemorlarni birlamchi ko'zdan kechirish, bemorlarni statsionarda va QVPda davolash uchun tanlashdan iborat. Statsionardan uyiga jo'natilgan bemorlar poliklinikaning xirurgiya bo'limida qo'shimcha davo olishlari mumkin. Poliklinikaning xirurgik bo'limida 3 xona: shifokor xonasi, operatsiya xonasi va yara bog'lash xonasi bo'lishi kerak. Xonalarning soni, ularning rejalashtirilishi aholining soni, xirurgik bo'limlarning faoliyati va hajmiga bog'liq (shahar, viloyatlardagi ixtisoslashtirilgan poliklinikalar va hokazolar). Tuman markaziy poliklinikasida xirurg kabineti va u bilan tutashgan bog'lov xonashi bo'ladi. Ish hajmi katta bo'lganda operatsiya xonasida qilinishi mumkin bo'lgan toza operatsiyalar uchun qo'shimcha operatsiya xonasi ajratiladi. Agar operatsiya xonasi bitta bo'lsa, unda avval aseptik muolajalar bajariladi (jarohatlarga birlamchi xirurgik ishlov berish), keyin esa yiringli operatsiyalar (absess, flegmona, chipqon, xasmol) bajariladi.

Yirik poliklinikalar (shahar, viloyat klinik poliklinikalari)da ikkita operatsiya xonasi va operatsiya oldi xonasi bo'lgan operatsiya bloki ajratiladi. Operatsiya xonalarining birida yiringli, ikkinchisida esa toza operatsiyalar bajariladi. Hozirgi paytda poliklinikalarning xirurgiya bo'limida yorg'oq istisqosi, lipomalarni olib tashlash operatsiyalari bajariladi. Poliklinika xirurgik bo'limining jihozlanishi statsionardagidan ko'ra soddaroq bo'ladi. Xirurgiya kabinetida xirurg va hamshiraning ishlashi uchun stol, bemorni ko'zdan kechirib tekshirib ko'riladigan kushetka, stullar, taburetkalar, shirma, iflos bo'lgan bo'g'lov materiallar uchun tog'oralar bo'lishi zarur. Bundan tashqari xirurg kabinetida rentgen suratini o'qish uchun negatoskop bo'ladi. Bog'lov xonasining jihozlariga steril xirurgik asboblari uchun stol, dori darmonlar va eritmalar uchun stolcha, shkaf, steril choyshablar, bog'lov materiallari, bikslar, sterilizatorlar, qo'l yuvgich, narkoz uchun kerakli asbob uskunalar va boshqalar kiradi. Operatsiya, operatsiya oldi va sterilazatsiya qilish xonalarining jihozlariga operatsiya stoli, asboblari uchun ko'chma stol, choyshablar va bog'lov materiallari uchun bikslar, narkoz uchun ko'chma apparat, avtoklav, shkaf, xirurgik asboblari kiradi. Poliklinikalarning

xirurgik bo'limida rejali operatsiyalar oldindan belgilab qo'yilgan kunlarda toza operatsiya xonalarda o'tkaziladi. Qayta bog'lovlar xirurg tomonidan yoki vrach nazorati ostida bog'lov xonasida hamshira tomonidan bajariladi.

O'zbekiston Respublikasi SSV ning 2012 yil 15-maydagi San PiN 0304-12-sonli buyrug'iga binoan xirurgiya kabinetiga ishga kelgan har bir tibbiy xodimlar ishga kirishdan oldin teri, tomoq, burun, tish kasalliklarini, patogen stafilokokk tashuvchanligini, HbsAglarni aniqlash maqsadida to'liq tibbiy ko'rikdan o'tishlari lozim. Poliklinikaning xirurgiya kabinetida ishlaydigan tibbiy xodimlar yiringli kasalliklar, isitmalash, o'tkir ichak kasalliklari va boshqa kasalliklarning o'tkir simptomlari kuzatilsa vaqtinchalik ishdan chetlashtirilishi kerak. Poliklinikaning xirurgiya kabinetida ishlaydigan xirurg va hamshira operatsiya (bog'lash) dan oldin qo'llarini sovunlab yumshoq shyotka bilan yuvishlari, keyin antiseptik vosita bilan ishlov berishlari va zararsizlantirilgan xirurgik qo'lqopni kiyishlari lozim. Xodimlarning timoqlari kalta qilib olingan bo'lishi shart.

Xirurgik kabinetga boshqa bo'limlar xodimlari kelishlari, xirurgiya kabinetining tibbiy xodimlari poliklinikaning boshqa bo'limlari kabinetlariga borishlari, poliklinikaning hududida, ko'chada maxsus kiyimlarda yurishlari mumkin emas. Kabinetdan chiqish zarur bo'lsa, maxsus kiyimlarni yechib chiqishi zarur. Poliklinikaning xirurgiya kabinetiga keluvchi bemorlar uchun maxsus ajratilgan kiyim ilgichlar bo'lishi kerak. Xirurgiya kabinetining barcha jihozlari, maxsus kiyimlari sterillangan holda ishlatilishi kerak. Xirurgiya kabineti kuniga 3 marta namlab tozalanadi, shundan 1 martasi dezinfeksiyalovchi eritmadan foydalangan holda o'tkaziladi. Xirurgiya kabinetida haftasiga bir marta mukammal tozalash ishlari o'tkaziladi.

Xirurgik infeksiyaning organizmga tushishi va tarqalish yo'llari

Xirurgik infeksiya va uning qo'zg'atuvchilari to'g'risida tushuncha.

“Infeksiya“ termini ostida makroorganizm (odam organizmi) bilan mikroorganizmlar (mikroblar) o'rtasidagi o'zaro patalogik jarayon tushuniladi.

Xirurgik infeksiya deganda odam organizmidagi jarohatlar yoki organizm himoya kuchlari pasayishi natijasida yuzaga keladigan yiringli

yallig'lanish jarayonlari (furunkul, karbunkul, osteomiyelit, jarohatlar yiringlashi va h. k) tushuniladi. Xirurgik infeksiya haqida so'z yuritilganda quyidagi tushunchalarni bilish lozim bo'ladi.

- 1) Birlamchi infeksiya – jarohatga birlamchi infeksiya tushishi.
- 2) Reinfeksiya – birlamchi infeksiyaning tugashi fonida infeksiyaning takroriy yuqishi.
- 3) Superinfeksiya – tugallanmagan infeksiyon jarayon sharoitida takroriy infeksiya yuqishi va uning shiddatli kechishi tushuniladi.

Mikroblarning odam organizmiga tushishi uchun “kirish darvozasi” bo'lishi ya'ni teri va shilliq pardalar butunligi buzilishi kerak.

Xirurgik infeksiyaning rivojlanishi uchun odam organizmiga tushgan mikroblar soni, virulentligi ya'ni chidamliligi yuqori va odam organizmi himoya kuchlari past bo'lishi kerak. Xirurgik infeksiyaning oldini olish asosini organizm himoya kuchlarining kuchayishi, teri va shilliq pardalarning mikroblardan ifloslanish darajasi kamayishi va o'z vaqtida jarohatlarga xirurgik ishlov berish tashkil etadi. Organizmda rivojlanib bo'lgan xirurgik infeksiyaga avvalo organizmning immun faoliyatini imkon boricha oshirish va mikroblar rivojlanishini to'xtatish uchun sharoitlar yaratish yo'li bilan davolash qilinadi.

Operatsiya qilingan maydonda infeksiya rivojlanishining oldini olish uchun quyidagi tadbirlar kompleksi ishlab chiqilgan.

- 1) Qo'llarni yuqumsizlantirish, O'zbekiston Respublikasi SSV ning 2012 yil 15-maydagi San PiN 0304-12-sonli buyrug'iga binoan
- 2) Yara bog'lash materiallari va xirurgik instrumentlarni sterillash.
- 3) Operatsiyadan keyin jarohatda va umuman organizmdagi mikroblarni yo'qotish maqsadida tegishli antibakterial davoni to'g'ri tanlab bilish.

Yuqorida sanab o'tilgan tadbirlar kompleksi puxtalik bilan bajarilganda yiringli asoratlarning rivojlanishining oldini olish mumkin.

Xirurgik infeksiyalarning jarohatga tushish yo'llari

Jarohatga infeksiya ekzogen va endogen yo'llar bilan tushishi mumkin.

Ekzogen yo'l bilan infeksiya qo'zg'atuvchilari tashqi muhitdan: havo – tomchi yo'li bilan yuqadigan infeksiyalar (kishi gaplashganda,

yo'talganda, aksirganda infeksiya havoga sachrab chiqqanda so'lak tomchilari) va turli xil tashqi muhit faktorlari ta'siri natijasida paydo bo'ladi.

Kontakt yo'li bilan yuqadigan infeksiyalar juda ko'p uchraydi. Tanaga shikast yetkazgan predmetlardan jarohatga mikroblar tushib qoladi. Masalan ishlab chiqarish, turmushdagi jarohatlanish holatlari.

Implantatsion infeksiya. Protezlar qo'yish, to'qimalardagi chok, drenajlar, tamponlardan jarohatga infeksiya tushishi.

Endogen yo'l bilan infeksiya bemor organizmidagi birlamchi infeksiyon o'choqlaridan (terining yiringli kasalliklari, bodomcha bezlarining yallig'lanishi, otitlar, gaymoritlar, kariyes tishlar). Infeksiya qozg'atuvchilari jarohatga operatsiya vaqtida, shuningdek, operatsiyadan keyingi davrda qon tomirlar (gematogen yo'l) va limfa tomirlari (limfogen yo'l) orqali tushishi mumkin. Xirurgiyada jarohatga mikroblarning tushish xavfini kamaytirish imkonini beradigan izchil tadbirlar sistamasi ishlab chiqilgan. Bunga hozirgi zamon xirurgiyasining asosi hisoblangan aseptika va antiseptika usullarining qo'llanilishi bilan erishiladi.

Yiring hosil qiluvchi mikroblar. Patologik jarayonlarni keltirib chiqarishiga ko'ra yiringlatuvchi mikroblar aerob (atmosfera kislorodi bo'lganda yashaydi va rivojlanadi) va anaerob (kislorodsiz muhitda rivojlanadi) bo'lishi mumkin.

S t a f i l a k o k k (staphylococcus aureus) - anaerob sharoitlarda rivojlana oladigan aerob mikroblar hisoblanadi. Keng tarqalgan va havoda, buyumlarda, kiyim - boshlarda, odam tanasi va shu kabilarda bo'ladi. Oq va tilla rang stafilakokklar farq qilinadi. Bu mikroblar ko'pincha yiringli jarayonlarning qozg'atuvchisi bo'lib xizmat qiladi. Stafilakokk quritishga yaxshi chidamli va qaynab turgan suvda bir necha daqiqadan keyingina halok bo'ladi.

S t r e p t o k o k k (streptococcus pyogenes) - stafilakokk singari keng tarqalgan, bir muncha chidamli yiringli jarayonlarga sabab bo'ladi, aksariyat seroz pardalar va bo'gimlarning sinovial pardalarini yallig'lantiradi.

P n e v m a k o k k (pneumococcus) aerob sharoitlarda yashaydi. O'pkaning va bo'gimlarning sinovial pardalarini ayniqsa ko'p yallig'lantiradi.

I ch a k t a y o q c h a s i (*B. coli communis*) ichaklarda va najasda, ifloslangan joylarda bo'ladi. Aerob va anaerob sharoitlarda ko'payadi. Ko'pincha, yiringli jarayonlarning o'tishini og'irlashtiradi. Bu mikroba ta'sirida to'qima, mushaklar, paylar va fatsiyalar irib ketishi mumkin.

Xirurgiyada aerob bakteriyalardan gazli gangrena va qoqshol qo'zg'atuvchilari nihoyatda xavflidir.

G a z l i g a n g r e n a t a y o q c h a s i (*Clostridium perfringens*) gazli gangrenaning eng ko'p tarqalgan qo'zg'atuvchisidir. U spora hosil qiladi, toksinlar va gaz ishlab chiqaradi. Toksinlari gemoliz, umumiy intoksikatsiya va nerv sistemasining zararlanishini keltirib chiqaradi.

X a v f l i s h i s h t a y o q c h a s i (*Clostridium oedematiens*) spora hosil qiladigan mikroba. To'qima va mushaklar shishishiga sabab bo'ladigan toksinlar ajratadi.

S e p t i k v i b r i o n (*Clostridium vibron septicum*) uning toksinlari seroz va seroz-gemorragik yallig'lanish hisobiga avj olib boradigan shishga sabab bo'ladi. Mushaklar va to'qimalarning nekroziga olib keladi. Toksinlari tomirlarni zararlantiradi.

T o ' q i m a n i e r i t a d i g a n b a t s i l l a (*Clostridium hystoliticum*) spora hosil qiladigan, harakatchan mikroba. To'qimalarni nekrozga uchratadigan va eritib yuboradigan toksinlar ajratadi.

Q o q s h o l t a y o q c h a s i (*Clostridium tetani*) spora hosil qiladigan mikroba. U tetanogemolizin va tetanospazmin toksinlarini ishlab chiqaradi, keyingi toksin markaziy nerv sistemasini spesifik zararlantirib, qoqshol kasalligini keltirib chiqaradi. Tibbiyot xodimlariga yuqori gigienik talablar qo'yiladi. Ushbu talablar tufayli xirurgik stasionarga infeksiya olib kirilishi va uni tashqariga olib chiqish hamda tarqatishning oldi olinadi. Natijada bu **kasalxona ichi infeksiyalarining** nospesifik profilaktikasi bo'yicha tadbirlarni samarali olib borishga ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

Kasalxona ichi infeksiyalari. O'z. Res. SSV ning 2012-yil 15 maydagi San PiN 0304-12-sonli buyrug'iga muvofiq kasalxona ichi infeksiyasi-bu bemorlarning kasalxonada bo'lgan paytida, QVP sharoitida tibbiy yordam olgan vaqtida yoki tibbiy xodimning ish faoliyatida kelib chiqqan va klinik aniqlangan infeksiyali kasalliklardir.

Asosiy infeksiya manbai bo'lib bemorlar va tibbiy xodimlar, qo'shimcha manba bo'lib esa bemorga qarovchi kishilar va xabar oluvchilar hisoblanadi. Xirurgik klinikalarda hozirgi zamon kasalxona ichi infeksiyalarini turli mikroblar (tilla rang stafilokokk, ko'k yiringli tayoqchalar, protey, ichak tayoqchasi, klebsiellalar, kandida zamburug'lari, KOS va boshqalar) keltirib chiqaradi. Klinik jihatdan ular asosan yiringlash va septik sindrom ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Kasalxona ichi infeksiyalarining turlari ko'p hollarda patologik jarayonning joylashuviga bog'liq bo'ladi. Masalan: kasalxona ichi siydik yo'llari infeksiyasida ichak tayoqchalari, o'pka yiringli yallig'lanishlarida ko'k yiringli tayoqchalar, stafilokokklar, qon yo'li infeksiyalarida KOS (koagulyaotrisatelniy stafilokokk) va enterokokklar yetakchi ro'l o'ynaydi.

Yiringli septik infeksiyalarning keng tarqalishida aseptika qoidalari va epidemiyaga qarshi rejimning buzulishi bilan bir qatorda, bir qancha ob'yektiv sabablar, ya'ni qiyin tashxislar va davolash muolajalari, operativ aktivlikning o'sishi va ko'pgina bemorlarning immun tizimining pasayishi muhim ro'l o'ynaydi. Ko'p tarmoqli davolash diagnostika komplekslarning bir joyda bo'lishi, bemorlar va tibbiy xodimlarning o'zaro aralashuvi mikroblarning keng ko'lamda aylanib yurishiga olib keladi.

Xirurgik kasalxonalarda kasalxona ichi infeksiyalari quyidagi kasalliklarni o'z ichiga oladi.

1. Chaqaloqlar yiringli septik infeksiyalari:

- sepsis;
- osteomielit;
- limfadenit;
- yiringli otit;
- mastit;
- flegmona;
- frunkulyoz;
- Absess;
- panaritsiya;
- piodermiya;

2. Tuqqan ayollardagi yiringli septik kasalliklar:

- sepsis;
- peritonit;

- mastit;
- Absess;
- piodermiya;

3. Operatsiya va tibbiy muolajalardan keyingi infeksiyalar.

- sepsis;
- peritonit;
- mastit;
- Absess;
- piodermiya;
- narkozdan keyingi bronxopnevmoniya ;
- flegmona;
- infiltrat;
- choklar so'kilishi;

4. Shifoxonada yuqtirilgan yuqumli kasalliklar.

- virusli gepatit "B";
- virusli gepatit "S";
- OITS.

Xirurgik statsionarda ichki infeksiyaning manbai yiringli septik kasalliklarning o'tkir va surunkali turi bilan kasallangan katta va kichik yoshdagi bemorlar yoki patogen mikroorganizmlarni simptomlarsiz tarqatuvchilari (tibbiyot xodimlari) hisoblanadi. Kasalxona ichi infeksiyasini qo'zgatuvchilari asosan havo-tomchi, qo'llar, choyshab, yostiq jildi, bog'lov materiallari, asbob-uskunalar, apparaturalar orqali yuqishi mumkin. Kasalxona ichi infeksiyasi statsionar, poliklinika, tashxis va davolash fizkulturasi xonalari orqali tarqalishi mumkin.

Palatalar, maxsus yoki ixtisoslashgan infeksiya bo'limlari, operatsiya bo'limlarining "iflos" zonalari, kirxonalar, dush va hojatxonalar, qo'l ko'p tegadigan joylar (jo'mraklar, eshik tutquchlari, oyoq kiyimlar) infeksiya xavfi yuqori bo'lgan zonalari hisoblanadi. Patogen mikroorganizmlarning bir kasaldan ikkinchisiga o'tishi kasallarning statsionarda uzoq muddat bo'lishi bilan bog'liq bo'ladi. Shuning uchun kasallarni statsionarda imkoni boricha qisqa vaqt ichida-operatsiyadan oldingi davrda tekshirib, operatsiyadan keyingi davrda esa tezkor uyga javob berishi talab qilinadi.

Bundan tashqari, kasalxona ichi infeksiyasining oldini olishda kichik tibbiy xodimlar-gigiyena tadbirlari keng ko'lamda olib boriladi. Bunga ayni paytda patogen mikroblar (stafilokokk) tashuvchilarni o'z vaqtida aniqlash, surunkali infeksiya o'choqlarini sanatsiya va bartaraf qilish, tibbiyot xodimlarining qo'llarini mikrobsizlantirishning takomillashtirilgan usullarini qo'llash, umumiy ovqatlanish obyektlarida kichik tibbiy xodimlar-gigiyena qoidalarini saqlash va dezinfeksiya vositalaridan foydalanish asosiy omillardan hisoblanadi. Kasalxona ichi infeksiyasiga qarshi kurash tadbirlarini amalga oshirishda bosh shifokor, xirurg va profilaktika muassasalarining mudirlariga javobgarlik yuklatiladi va bular bosh, katta, o'rta tibbiyot xodimlari va kichik tibbiy xodimlar ishtirokida amalga oshiriladi. Kasalxona ichi infeksiyasiga qarshi kurashish uchun xirurgiya bo'limlarida muntazam nazorat olib borish, bo'limda, bog'lov va operatsiya xonalarida aseptika va antiseptikaga kichik tibbiy xodimlar-gigiyena qoidalariga qat'iy amal qilish lozim.

Xirurgiya ixtisosligidagi bo'limlarga ishga kirishi uchun har bir xodim to'liq tibbiy ko'rikdan (stamotolog, otorinolaringolog ko'rigi va patogen stafilokokk bor-yo'qligiga bakteriologik usul yordamida) o'tadi va kichik tibbiy xodimlar-epidemiologiya talab va tadbirlarini o'tkazish bo'yicha ko'rsatmalarni oladi. Ishga qabul qilinadigan tibbiy xodim dispanser hisobiga olinadi, u har uch oyda bir marta tibbiy ko'rikdan o'tadi. Agar batsilla va mikrob tashuvchilar aniqlansa, mikrob o'choqlari sanatsiya qilinib, bemor butunlay sog'aygandan keyin ishga qabul qilinadi. Agar kasalxona ichki infeksiyasi tarqalsa, bunday hollarda tibbiy xodimlar darhol navbatdan tashqari qayta tibbiy ko'rikdan o'tkaziladi.

Tibbiy xodimlarning shaxsiy gigiyenasiga badani, kiyim boshi, jinsiy a'zolarini pokiza saqlash, soch va timoqlarini o'z vaqtida olib yurish, tishlarni har kuni tozalash, og'iz bo'shlig'ini chayib turish kiradi. Tibbiy xodim ishga kelganida gigienik dush qabul qilish, tahorat qilish, ich kiyimlarini almashtirishi lozim. Infeksiya tushgan bemorning axlati, siydigi, qusug'i, balg'ami, qoni va yiringi tekkan asbob, choyshab, xalatlarni tozalashga, pol, devor va shiftlarni yuvishda, tahlilga na'muna olishda tibbiy xodim klyonka fartuk, rezina qo'lqop kiyib olishi lozim, ish bajarilgandan keyin ularni mikroblardan bakteriotsid eritmalar orqali

yuqumsizlantiradi. Qo'l sovun bilan obdon yuviladi va shaxsiy sochiqqa artiladi.

Agar xodimning qo'li infeksiya tushgan narsalarga tekkan bo'lsa, u qo'llarini etil spirtining 80% li, xlor geksidin biglyukanatning 70% li eritmasi yoki xloraminning 0.5% li eritmasi bilan ikki daqiqa davomida yuviladi.

Xalat va qalpoqlar har kuni almashtirib turiladi. Erkak va ayollarning tor shim kiyishlariga ruxsat berilmaydi. Dezinfeksiya qilishga qulay yumshoq charm poyafzal kiyish tavsiya qilinadi. Tibbiy xodim bog'lov xonasiga, intensiv terapiya va jonlantirish bo'limlariga, operatsiya bloklariga kirishi oldidan yuqoridagilarga qo'shimcha ravishda og'iz va burunga niqob taqib, oyog'iga baxilla kiyishi, qalpoq va xalatini almashtirishi lozim. Ko'pincha ba'zi bir monipulyatsiya yoki muolajalarni bajarishda bir marta kiyiladigan kiyim-kechaklarni kiyish maqsadga muvofiq. Tibbiy xodim bo'limda chekmasligi va spirtli ichimlik ichmasligi lozim.

Aseptika

Aseptika deb – operatsion jarohatga mikroblar tushushining oldini olishni ta'minlaydigan chora tadbirlar kompleksiga aytiladi.

Aseptika keng ma'noda choyshab va oqliqlar, bog'lov materiallari, asboblarni, operatsiya xonasi, bog'lov xonalarining havosini tozalash, xodimlar qo'llarini tayyorlashga taaluqli chora-tadbirlarni amalga oshirish tushuniladi.

Shu maqsadda fizikaviy omillar, ayrim antiseptik va kimyoviy preparatlardan foydalaniladi.

Sterilizatsiya deb mikroblar va ularning sporalarini yo'qotishga aytiladi. Sterillashning turli xil usullari mavjud bo'lib, bularga: kuydirish, cho'g'lantirish, avtoklavlash, qaynatish, kimyoviy moddalar yordamida ishlov berish kiradi.

Quruq issiqlik bilan sterilizatsiya qilish (cho'g'lantirish). Metalldan yasalgan instrumentlarni sterilizatsiya qilishda bir muncha keng tarqalgan usuldir. Sterilizatsiya qilish usulida quruq issiqlik beradigan maxsus shkafdan foydalaniladi. Shkaf berkitiladi va elektr tarmog'iga ulanadi, 10-15 daqiqa o'tgach shkafdagi harorat 120 -140°C gacha ko'tariladi. Haroratning doimiyligini kontakt termometr bilan boshqarib

turiladi. 200 °C da instrumentlar 40 daqiqa mobaynida sterilizatsiya qilinadi. Bu usulda sterilizatsiyaning ishonchli bo'lishiga erishiladi, biroq bu usulda instrumentlar qaynatish usuldagiga nisbatan ko'proq ishdan chiqadi.

Kuydirib sterilizatsiya qilish. Bu usul bilan sterilizatsiya qilinganda instrumentlar tez ishdan chiqadi. Lekin bu usulning afzallik tarafi shundaki tayyor steril instrumentlar bo'lmaganda shoshilinch operatsiyalarda qisqa muddat ichida steril holatga keltiradi. Buning uchun tog'orachaga ishlatilishi kerak bo'lgan instrumentlarni qo'yib, ozroq miqdorda 96 ° li spirt quyiladi va yoqiladi. Spirt yonib bo'lgandan so'ng instrumentlarni ishlatish mumkin.

Avtoklavlash. Katta bosim ostida bug' bilan sterillash avtoklavlash deyiladi. Operatsiya uchun ishlatiladigan choyshablar, bog'lov materiallari, rezina qo'lqoplar, asboblari, drenaj naylar, kateterlar, qon quyish uchun sistema va boshqalarni avtoklavlash mumkin. Avtoklav odatda qo'sh devorli metall qozondan iborat bo'lib, devorlari orasiga suv quyiladi. Sterillanadigan materiallar maxsus bikslarga solinib avtoklavga qo'yiladi. Avtoklav qopqog'i yopiladi va richaklari burab qo'yiladi. Avtoklavda suv qizdirilganda qaynab bug' hosil bo'ladi. Bunda kameradagi bosim va shunga muvofiq holda harorat oshadi. 1 atm (atmosfera bosim) da -120°C, 1.5 atmdan -127°C, 2 atmdan -134°C ga teng. Shunday qilib bosim qancha yuqori bo'lsa harorat ham shunchalik yuqori bo'ladi. 1 atm bosimda sterilizatsiya 1 soat, 1,5 atmda 45 daqiqa, 2 atmda esa 30 daqiqa davom ettirish kerak. Avtoklav ishlamay turganda suvi to'kib qo'yiladi.

Avtoklavlash uchun:

- a) bug' chiqadigan kranni ochish;
- b) qizdirish manbaini ulash;
- c) avtoklav kameradagi hamma havo o'miga bug' kiritish uchun 15-20 daqiqagacha bug' chiqarishni davom ettirish;
- d) kranni berkitib, bosimni talab etiladigan darajaga (1,5-2 atm) yetkazish zarur.

Zamonaviy avtoklavlarda bu bosim avtomatik tarzda saqlab turiladi.

Rezina qo'lqoplarni sterillashda ularning ustiga va ichiga talk sepiladi, juft-juft qilib qo'yiladi, yopishib qolmasligi uchun doka

salfetkaga o'raladi va alohida barabanga joylanadi va ular 1, 5 atm bosimda 30 daqiqa davomida sterilizatsiya qilinadi.

Kateterlar, drenajlar shuningdek qon quyish sistemalarini yig'ma holda sterilizatsiya qilishda ular sochiqqa o'rab biksga joylanadi va 1 atmda 1 soat davomida sterilizatsiya qilinadi. Sterillangan materiallar bikslarda ko'pi bilan 3 sutkagacha saqlanishi mumkin.

Sterillash muddati tugallangandan so'ng: a) uning isitgichini ulash; b) bug' chiqadigan jo'mragini asta sekin oxirigacha ochib, bosimning nolga qadar tushishini kutib turish; v) avtoklav qopqog'ini ochish; g) bikslarni olish va darhol ulardagi bug' chiqadigan teshiklarni bekitish ; d) avtoklav qopqog'ini yopish zarur.

Sterillash ustidan nazorat o'matish shart. Buning uchun muayyan haroratda suyuqlanadigan moddalar: oltingugurt kukuni(117°C), antiprin amidopirin (110°C), rezortsin (119°C), kaxrabo kislota xlorid (120°C), askorbin kislota (187-192°C), pilokarpin gidroxlorid (120°C), benzoat kislota (121°C)dan foydalaniladi. Bu moddalardan biri probirkaga solinadi. Sterillash tugagandan so'ng modda suyuqlansa, bu jarayon to'g'ri o'tkazilgan hisoblanadi. Kukun batamom suyuqlanmasa, sterillashni takrorlash kerak bo'ladi. Bundan tashqari, kam deganda 10 kunda bir marta bakteriologik tekshiruv o'tkaziladi. Buning uchun materiallarning kichik bo'laklari probirkaga solinadi, doka tiqin bilan berkitiladi va probirka baroban ichiga qo'yiladi. Sterillash tugagandan so'ng bu probirkalar bakteriologiya laboratoriyasiga joylashtiriladi. Laboratoriyadan oldin xulosa maxsus papkada saqlanishi kerak.

Operatsiya uchun choyshablar, kiyim-boshlar hamda bog'lov materiallarini sterillash. Operatsiya uchun xirurg, assistentlar va opetarsiya hamshirasi maxsus kiyimlar kiyadi. Ko'pchilik xirurgik muassasalarda tibbiy xodimlar salat rangli yoki havo rang maxsus kiyim kiyiladi.

Tibbiy niqoblar. Tomchi infeksiyasi xavfini kamaytirish uchun xodimlar og'iz va buruniga maxsus niqob tutib yuradi. Niqoblar o'lchami 16x20 sm bo'lgan 4 qavatli dokadan tayyorlanib, burchaklariga 4ta bog'ich tikib qo'yiladi. Niqoblarning boshqa turlari ham ishlatiladi, biroq ular qanday shaklda tikilgan bo'lmasin, burun, og'iz, iyakni berkitib turishi shart. Niqoblar ishlatishdan oldin sterillanadi. Niqoblarni tutishda uning

ustki bog'ichlarini xirurgning qo'liga tegib ketmasligidan ehtiyot bo'lib ushlab turish kerak. Hamshira orqa tomonga o'tib bog'ichlarini uchidan ushlaydi va ularni quloq chig'anoqlari orqasidan o'tkazib, boshining tepa qismiga bog'laydi.

Xalatlari. Operatsiya uchun maxsus yopiq xalatlari pishiq oq, pushti yoki havo rang matodan tikiladi. Xalatning rangi turli holda bo'lishi mumkin. Operatsiya uchun mo'ljallangan xalatlari nozik matodan tikilmasligi kerak, chunki bir-ikki marta ishlatilgandan keyin ulardan ter va bakteriyalar o'tadigan bo'lib qoladi. Operatsiya brigadasidagi xodimlarning terisida operatsiya boshlangandan 30 daqiqa o'tmasdan oq mikroblar paydo bo'ladi. Yaxshisi, choyshab va xalatlari uchun zich impreiginatsiya qilinadigan gazlamadan (paxtali) foydalangan ma'qul. Kastumning manjetlari va bog'lamlari qo'lni qismaydigan, elastik, yumshoq bo'lishi kerak. Niqob og'iz va burunni yopib turishi lozim. Sterillashdan oldin xalatning yengi va bog'ichlari ichiga qilib taxlanadi.

Qalpoqchalar va ro'mollar. Operatsiyada qatnashadigan xodimlar sochini batamom bekitib turadigan gazmoldan tikilgan qalpoqlar kiyishi yoki uchburchak shaklidagi ro'mol (kosinka) o'rashi shart.

Baxillalar. Boldir sohasigacha shippak va operatsion bryuk ustidan kiyiladigan matodan tikilgan paypoqlar.

Choyshablar. Asboblar qo'yiladigan stolga bir necha qavat qilib taxlangan steril choyshab yozib qo'yiladi. Uni yozishda nosteril buyumlarga tegib ketmasligiga qarab turiladi. Xodim choyshabni qo'lini uzatib turgan holda havoda yozadi. Bemorni choyshabga o'raganda uning chetlarini operatsiya stolidan kamida 0,5 metr pastga tushib turishi kerak.

Sochiqlar. Operatsiya maydonchasiga ishlov berilganidan so'ng ajratib qo'yish uchun ishlatiladi.

Salfetkalar. Salfetkalar gigroskopiklik xususiyati yuqori bo'lgan, yog'sizlantirilgan dokadan tayyorlanadi. Dokadan bintlar, tamponlar va sharchlar qilinadi. Salfetkalar har xil o'lchamdagi kvadrat yoki to'rt burchakli doka parchalaridan iborat; katta salfetkalar -2 dona, 1m dokadan (50x70sm), o'rtacha salfetkalar -4 dona, 1m dokadan (50x35sm), kichik salfetkalar-8dona, standart, eni 70sm bo'lgan 1m dokadan (25x35 sm) tayyorlanadi. Dokaning chetlari ikkala tomondan 1,5-2 sm. dan ichiga qaytariladi, so'ngra salfekta uzunasiga ikki buklab qo'yiladi. Salfetkalarni

operatsiya vaqtida jarohatni quritish, jarohat chetlarini bekitish, ya'ni bog'lash, jarohat ustiga yopib qo'yish uchun ishlatiladi.

Tamponlar. Uzun doka tilishlari salfetka singari chetlarini qaytarib, eni bo'ylab ikki qavat qilib buklab tayyorlanadi. Tampolarning uzunligi har xil. Ular jarohatdan qon oqishini to'xtatish va yiringli bo'shliqlarni drenajlashda ishlatiladi.

Sharchalar. 4 xil qilib tayyorlanadi; o'rtacha sharchalar (5x7sm) va kichik sharchalar (2. 5x3. 5, 5x5va 2x2sm). Bir parcha doka uchga buklanadi va markazini cho'qqili burchak qilib taxlanadi. Asosida qolgan qismi ichiga qayirib qo'yiladi.

Rezina qo'lqoplarni sterillash. Qo'lga har qanday usulda ishlov berilib tozalangan bo'lsa ham, ayniqsa, uzoq davom etadigan operatsiyalarda sterilligi buziladi, chunki qo'l terisining teshiklari, bumalari, jun xaltachalari, ter va yog' bezlaridan mikroblar chiqishi mumkin. Shuning uchun yuqorida aytib o'tilgan usullardan birortasi bilan qo'lni obrabotka qilinganidan keyin steril rezina qo'lqop kiyib olinadi. Qo'lqoplar har xil usullar bilan sterillanadi. Avtoklavda qo'yib olish ularni ishonchli qilib sterillashni ta'minlab beradi. Qo'lqoplarning tashqi va ichki tomoniga talk sepilib, bitta-bittadan qilib doka salfetkaga o'raladi va sterillash uchun biksga joylanadi. Qo'lqoplarni 15 min davomida suvda qaynatish yo'li bilan sterillash mumkin. Qo'lqoplarni qo'lga kiyib olinganidan keyin spirt bilan artiladi. Qo'lqoplardan operatsiya jarohatiga talk tushib qolishiga yo'l qo'yib bo'lmaydi, chunki bu narsa yallig'lanish granulemalari paydo bo'lishiga olib keladi. Qo'lqoplar yirtilib yoki teshilib qolgudek bo'lsa ularni darhol almashtirish kerak, aks holda qo'lqopdan jarohatga ter, ya'ni "qo'lqop suvi" tushib qoladi. Operatsiya tugagandan keyin qo'lqoplar qonini ketkazish uchun tashqi va ichki tomonidan iliq suvda sovun bilan yaxshilab yuviladi, artiladi va quritiladi. Qo'lqopga yiring tekkan bo'lsa (peritonit, flegmonadan), u vaqtda qo'lqopni yuvib bo'lgandan keyin dizenfeksiyalovchi erutma (lizol, sulema) ga solib qo'yiladi, chiqarib olgandan so'ng issiq suv bilan sovunlab yuviladi va yana dizenfeksiyalovchi eritmaga 30 min solib qo'yiladi, keyin olib yuviladi va 20 min qaynatiladi, qo'lqoplarning butunligi sterillash oldidan tekshirib qo'yiladi. Teshilgan joylari topilsa, bu qo'lqop yaroqsiz hisoblanib tashlab yuboriladi.

Avtoklavda sterillangan qo'ldoplar tez ishdan chiqadi, pishiqligi va elastikligini yo'qotib, salga yirtilaveradigan bo'lib qoladi. Shu munosabat bilan ba'zan qo'ldoplarni sovuqlayin obrabotka qilish usullaridan foydalanish ma'qulroq.

Odatdan tashqari, hollarda (yaradorlarni ko'plab obrabotka qilishda) bitta qo'ldop bilan bir necha operatsiya qilsa bo'ladi (ravshanki, bu operatsiyalar anaerob, irigan yoki juda ifloslangan jarohatlarni obrabotka qilish bilan aloqador bo'lmasa). Har bir operatsiyadan keyin qo'ldopni qo'ldan yechmay, tuz eritmasiga ho'llangan doka bilan artib tozalanadi, so'ngra qo'ldop bilan ammiyak eritmasi solingan toshalarda yuviladi (Spasokukotskiy- Kochergin usuli), quruq qilib artiladi va spirt bilan obrabotka qilinadi.

Salfetkalar, tamponlar, sharchalar va bintlar yiringli operatsiyalardan va bemorning anaerob infeksiyali yarasini bog'lagandan so'ng albatta kuydiriladi. Faqat qon tekkan materiallarni 0, 5% nashatir spirt eritmasida 2-3 soat mobaynida bo'ktirib qo'yiladi va 30 daqiqa mobaynida soda eritmasida qaynatilgandan so'ng odatdagi usulda yuvish va yana qaytadan ishlatish (yara bog'lash xonasida) mumkin.

Oq paxta suyuqlikni yaxshi shimadi. Uni jarohatga salfetka ustidan qo'yish mumkin. Bu – suyuqlikning jarohatdan bog'lamga yaxshi oqib chiqishini ta'minlaydi.

Xalatlar, tibbiy niqoblar, choyshablar va yara bog'lash materiallarning hammasi albatta sterillanadi. Buning uchun hamma materiallar maxsus metall barobanlarga –bikslarga joylanadi. Bikslar qopqog'i zich bekitiladigan turli hajmdagi yumaloq metall idishlardir. Biksning yon tomonida biksga bug' kirishiga imkon beradigan teshiklari bo'ladi. Bu teshiklar suruluvchi bandaj bilan bekitilgan bo'lishi mumkin. Sterillash vaqtida biks teshiklari albatta ochib qo'yiladi, strelizatsiyadan keyin esa bandaj bilan bekitiladi. Sterillanadigan material bikslarda ma'lum tartibda joylashtiriladi. Biksga material joylashning uch xil usuli mavjud:

1. Kichikroq operatsiya xonalarida **universal joylash** usulidan foydalaniladi. Biksga operatsiya uchun talab qilinishi ehtimoli bo'lgan materiallarning hamma turi qavatma-qavat qilib har bir qavatga sektorlar bilan joylanadi. Birinchi qavatga qo'l salfetkalari, xalatlar, niqoblar, paxta

bo'laklari, ikkinchi qavatga choyshab va sochiqlar, uchinchisiga esa salfetskalar, tamponlar, sharchlar va shu kabilar joylanadi.

2. Operatsiyalarning muayyan turi uchun **maqsadga muvofiq joylash** usuli qo'llanilishi mumkin (masalan, ichak rezeksiyasi uchun zarur materiallarning hammasi joylanadi).

3. Katta operatsiya xonalarida ko'pincha **ma'lum turda joylash** usulidan foydalaniladi. (materiallarning ma'lum turi bitta bixsga: xalatlar, choyshablar, tamponlar, va shu kabilar joylanadi).

Baraban ichiga bug' bermalol o'tishi uchun hamma buyumlar g'ovak qilib joylanadi. Baraban qopqog'i dastasiga sterilizatsiya qilingan vaqt va sterilizatsiyani o'tkazgan mas'ul shaxsning familiyasi yozilgan yorliq (etiketka) yopishtirib qo'yiladi.

Qaynatib sterilizatsiya qilish. Bu usul bilan odatda metallardan yasalgan asboblari, shisha va rezina buyumlar sterillanadi. Asboblarni sovun bilan tozalab yuvgandan so'ng, 2% li soda eritmasida suv qaynatib chiqqan vaqtdan boshlab 45 daqiqa mobaynida qaynatish yo'li bilan sterilizatsiya qilinadi. Yiringli infeksiya va ayniqsa anaerob mikroorganizmlardan ifloslangan asboblarni qismlarga ajratib qaynatish lozim. Sterillash qopqog'i zich bekitiladigan va elektr isitgichi bo'lgan metall qutidan iborat maxsus sterilizatorlarda bajariladi. Asboblari maxsus turga joylanadi va sterilizatorlarga solinadi. Sterillash tugagandan so'ng maxsus ilmoqlar bilan olinadi va steril stolga qo'yib, shu yerda tartibga solinadi.

Shisha buyumlar: shpritslar, probirkalar, menzurkalar alohida qaynatib sterillanadi. Shisha buyumlarni sterillashdan oldin dokaga o'raladi sovuq yoki issiq suvga solinadi, orqa miya anesteziyasi uchun ishlatiladigan shprits va ignalar distillangan suvda alohida qaynatiladi.

Asboblarni sterillash. Operatsiya uchun ishlatiladigan asboblari 1% li vodorod peroksid eritmasi va 2% li soda eritmasi yoki suvda u qaynab chiqqan paytidan boshlab 45 daqiqa davomida qaynatish yo'li bilan sterillanadi. Sterillashning bu usuli eng oddiy va keng tarqalgan usul hisoblanadi. Asboblari qopqog'i zich yopiladigan, tubiga to'r to'shalgan turli metall sterilizatorlarda sterillanadi. Suyuqlik qaynab chiqqach, har bir asbob qismlarga ajratilgan holda sterilizatorlarga to'ri bilan tushiriladi. Suvning qayta qaynash vaqti sterilizatsiyaning boshlanish vaqti hisoblanadi.

Hozirgi kunda sterilizatorlar avtomatik tarzda ishlaydi. Sterillash tugagandan keyin asboblari solingan to'rt sterilizatoridan chiqarib olinadi (undagi suv oqib ketguncha kutib turish lozim), keyin asboblari steril stolga terib qo'yiladi. Operatsiya paytida ifloslangan xirurgik asboblari oqar suv tagida yaxshilab yuviladi. 1% li vodorod peroksid va shunga barobar miqdordagi sovun kukunli eritmada 50 °C da ivitiladi. Keyin tampon yoki maxsus cho'tka bilan yana yuviladi. Oxirgi bosqichda asboblari oqar suv va distillangan suv bilan yana yuvilib, keyin quritiladi. Ishlatilgan asboblari issiq suvda 30 sekund davomida cho'tka bilan yuviladi va yuvuvchi eritma solingan maxsus idishga (suyuqlikning harorati 50 °C bo'lishi kerak) 15 daqiqa davomida ivitib qo'yiladi, keyin asboblari cho'tka, paxta, doka tampon bilan yuvuvchi eritmada 30 sekund davomida tozalab yuviladi va oqib turgan suvda chayiladi, keyin esa 5 daqiqa distillangan suvda qaynatiladi va 85°C da quritiladi.

Asboblarning tozalik darajasi amidopirin, benzidin va fenolftalein sinamallari bilan tekshiriladi. Bu sinamalar qoniqarsiz bo'lsa, asboblari qayta yuqumsizlantiriladi.

Yiringli operatsiyalardan keyin hamma tibbiyot asbob-uskunalari dezinfeksiya qilinishi kerak. Korroziyaga uchraydigan asboblari 30 daqiqa davomida 2% li soda eritmasida qaynatiladi, anaerob infeksiya bo'lganda qaynatish muddati 90 daqiqaga uzaytiriladi. Siydik yo'llari kateterlari, sistoskoplar va tibbiyot anjomlari 1% li xloramin eritmasida 30 daqiqa, 0.5% li yuvish vositalari bilan vodorod peroksidida 80 daqiqa, 0.1% li dezoksanda 15 daqiqa dezinfeksiya qilinadi. Bu holda havoni sterilizatsiyalashda tegishli haroratni saqlash va sterilizatsiyani 60 daqiqa davom ettirish kerak. Kesadigan uchli asboblari (skalpel, igna, qaychi, ustara pichog'i) havo yordamida sterillansa, ular o'tmaslashmaydi. Asbob to'plamlari ham 1.1 atm. bosimda avtoklavda 45 daqiqa yoki 2 atmda. 20 daqiqa sterillanadi. Sterillangan asboblari 3 sutkagacha sterilligini yo'qotmaydi.

Korroziyaga uchraydigan xirurgik asboblari va plastmassa (rezina) buyumlar 18°C haroratda 6% li vodorod peroksid eritmasida 360 daqiqa va 50% li vodorod peroksidida 10 daqiqa saqlab turilsa bas. Rezina va plastik materiallardan yasalgan tibbiyot jihozlari 1% li dezokson-1 eritmasida 45-50 daqiqa dezinfeksiya qilinadi.

Kimyoviy sterilizatsiya qilish. Kesadigan instrumentlar ishqoriy suvda yuvilgandan so'ng oqar suvda chayiladi, qaynab turgan suvga 5 daqiqa solib sterillanadi, keyin spirtida (30 daqiqa) yoki tarkibida 3 xil modda bor eritmada (3 soat) saqlanadi. Turli maqsadlarda ishlatiladigan yarim qattiq (ipak, loklangan) materiallar maxsus bug'-formalinli sterilizatorlarda yoki qopqog'i yopiq berkitiladigan shisha slindirga solib qo'yilgan holda sterillanadi. Sterillash formalin bug'lari bilan 2 sutka mobaynida bajariladi. Shu maqsadda silindr tubiga 2-3 tabletka formalin qo'yiladi yoki 20-30 daqiqa suyuq formalin quyuladi.

Optik sistemali priborlar (sistoskop, rektoskop va boshqalar) ni sterillashda priborning har xil qismini 1:1000 konsentratsiyadagi simob oksitsianid eritmasi bilan yuvib, so'ngra spirt va izotonik natriy xlorid eritmasi bilan (optikasiga tegmasdan) artiladi. Bir qancha probirkalarni sterillashda ularni dezinfeksiyalaydigan 1:5000 nisbatdagi diotsit eritmasiga 3-4 soatga solib qo'yishdan ham foydalanilsa bo'ladi.

Rezina qo'lqoplarni "sovuq" usullarda sterillash quyidagilardan iborat: a) tarkibida 3 xil moddasi bor eritmada 3 soat mobaynida sterillash; b) 2% li xloramin eritmasida bir soat mobaynida sterillash; c) 1:1000 nisbatdagi sulema eritmasida ham 1 soat mobaynida sterillash; g) 1:5000 nisbatdagi diotsit eritmasida 30 daqiqa mobaynida sterillash. Ularni steril sochiq bilan artish quritilgandan va steril talk sepilgandan so'ng steril barobanda saqlash mumkin. Bu usul poliklinikalar va ambulatoriya sharoitlarida ayniqsa qulay. So'nggi vaqtlarda instumentlar, rezina ashyolar (kateterlar, qo'loplar va hokazolar) va optik qismi bor instrumentlarni sterillashda maxsus apparatlar "Ultra-eyes" ham qo'llanilmoqda. Apparatning ishi ultratovush ta'siri prinsipiga va dezinfeksiya qilinadigan maxsus vositalarga asoslangan, sterillash vaqti 30 sekunddan 1 daqiqagacha.

Chok materiallari va ularni sterillash. Chok solish va qon oqib turgan tomirlarni bog'lab qo'yish uchun tikish va ligatura solishga mo'ljallangan materiallar ishlatiladi. Hozirgi vaqtda xirurgiya amaliyotida chok materiallari sifatida ipak, kapron, lavsan, kanop, qog'oz iplar, ot yoli, ayollar sochi va ketgutlar ishlatiladi. Ipak iplar pishitilgan va to'qilgan ip ko'rinishida chiqariladi. Ipak ip yo'g'onligi 00 dan 16 nomergacha bo'ladi. Ingichka (0 va 1) nomerlar tomirlarga, (2) ichaklarga, (3-4) o'rta ligatura,

(5-16) yo'g'on ligaturalar asosan laparotomiyada, qorin to'gri muskuli aponevrozini tikishda va suyaklardagi operatsiyalarda ishlatiladi.

Ipak ip ko'proq Koxer usulida sterillanadi. Ipak ip kalavasi sovunli iliq suvda 2-3 marta 10 daqiqa davomida yuviladi. So'ngra toza suvga chayib olinadi va steril sochiq bilan quritiladi. Ipak iplar 3-5-10 metr uzunlikda shisha g'altaklarga o'raladi va yog'sizlantirish uchun efirga solib qo'yiladi. Bir kecha-kunduzdan so'ng ipak ip kalavasi suvi qurutish uchun 24 soat spirtga solib qo'yiladi, keyin 1:1000 nisbatdagi sulema eritmasida 10 daqiqa davomida qaynatiladi. Ipak kalavasi qopqog'i zich bekitiladigan 96° li spirt solingan bankalarda saqlanadi. Ipak ip ishlatilguncha shu bankada saqlanadi. Ipak ip sterilligi 96° li spirtga solib qo'yilgandan 2 kun keyin tekshirib ko'riladi. Har 10 kunda bakteriologik tekshirish o'tkazib turiladi, shundan keyin spirt almashtiriladi.

Kapron va lavsan iplarni sterillash. Kalavalar 1:5000 nisbatdagi diotsid eritmasiga 24 soatga solib qo'yiladi, so'ngra ustidan 96 ° li spirt quyiladi.

Ketgut. Qo'y ichagining mushak va shilliq parda osti qatlamlaridan tayyorlanadi. Yog'on ingichkaligiga qarab 00 dan 9 raqamgacha o'lchamlari bo'ladi va 3-4 metrdan qilib o'ralgan holda bo'ladi. Jarohatda ketgut ipning yog'on ingichkaliligi va sterillanish usuliga qarab 8- kundan 20-kungacha bo'lgan muddatda so'nilib ketadi.

Ketgutni yod bug'larida sterillash. (Sitkovskiy bo'yicha). Ketgut 24 soat davomida efirga solib qo'yib yog'sizlantiriladi, so'ngra ketgut o'rami kesib qismlarga bo'linadi va 1:1000 nisbatdagi sulema eritmasiga ho'llangan doka tampon bilan ishqalab artiladi. Shu tariqa obrabotka qilingan iplar 2% li kaliy yodid eritmasida 30 daqiqaga tushiriladi, keyin chiqarib olinib steril sochiq bilan qurutiladi. Ketgutni kichik-kichik o'ram ko'rinishda o'rab orasidan ip o'tkazib tubiga kristallik yod solingan tiqini ishqab bekitiladigan steril shisha banka ichiga solib qo'yiladi. Banka tiqini ustidan parofin qo'yiladi. Bankani har kun silkitib turish zarur. (0-4) ketgut kalavasi 3 kundan keyin, (5-6) ketgut kalavalari esa 5 kundan keyin tayyor bo'ladi.

Klaudze usuli. 24 soat davomida efirda saqlab ketgut yog'sizlantiriladi. So'ngra ketgut o'ramlari 1gr toza yod, 2gr kaliy yodid, 100ml distillangan suvdan iborat eritmaga 7 sutkadan 2marta qayta solib

qo'yiladi. Shundan qilib, sterillash muddati 15 kunni tashkil etadi. Ketgut suvda bo'kib, cho'ziluvchan bo'lib qoladi.

Ketgutni lyugolning spirtli eritmasida sterillash. Ketgut kalavasi 24 soat efirga solib qo'yiladi. Keyin efir to'kiladi. Ketgutga har 8 kunda 2marta lyugolning spirtli eritmasi (1000 ml 96° li spirt, 10gr kaliy yodid, 10gr sof yod) quyib turiladi. Ketgut bakteriologik nazoratdan o'tkaziladi, so'ngra lyugol eritmasida saqlanadi.

Ketgutni lyugolning suvli eritmasida sterillash. Bunda spirtli eritma o'miga suvli eritma ishlatiladi. (spirt o'miga shuncha miqdorda distillangan suv ishlatiladi). Sterillashdan keyin ketgut 96° li spirtida saqlanadi. Hozirgi paytda xirurgiyada ishlatiladigan chok materiallari ampulalarda quruq holda yoki eritmalar bilan maxsus paketchlarda steril holda ishlab chiqariladi.

Ot yolidan odatda plastik operatsiyalarda, ayniqsa yuzdagi operatsiyalarda chok materialni sifatida foydalaniladi. Ot yolini iliq suvda sovunlab yuviladi. Suvni ko'pigi oppoq paxtadek bo'lgunga qadar yangilab turiladi. Yolni quritiladi, halqa-halqa qilib qo'yiladi va yog'sizlantirish uchun 7 sutkagacha benzinda saqlanadi. Steril sochiq bilan quritiladi va 7 sutkaga 96% li spirtga solib qo'yiladi. Spirtni yangi spirt bilan almashtirib yana 7 sutka qolidiriladi. Ot yolini spirtli bankada saqlanadi.

Sterilizatsiyadan keyin chok materialini laboratoriyaga ekish uchun yuboriladi. Bakteriyalarning o'sishi haqida manfiy javob bo'lganda chok materialini ishlatishga ruxsat beriladi.

Qo'lni operatsiyaga tayyorlash. O'z Res SSVning 2012 yil 15-maydagi San PiN 0304-12-sonli buyrug'iga ko'ra xirurg va operatsiya hamshirasi qo'llari, operatsiya qilinadigan joylarni zararsizlantirish.

1. operatsiyada qatnashuvchi xodimlar: jarrohlari, anesteziolog, reanimatologlar, operatsiya hamshiralari, anesteziolog hamshiralari qo'llariga ishlov berishlari zarur.

2. tibbiy xodimlar qo'llarini operatsiyadan oldingi xonada yuvishlari zarur.

3. "C-4" retsepturasi yetarli miqdorda vodorod peroksidi va chumoli kislotasini shisha idishda aralashtirib tayyolanadi va 1-1, 5 soat davomida sovuq suvga solinib, vaqti-vaqti bilan chayqab turiladi.

“C-4” retsupturasini tayyorlash uchun ishlatiladigan ingrediyentlar miqdori

Ishchi eritma soni	Ingridientlar miqdori			Suv (litr)
	30-33% li vodorod peroksidi (ml)	Chumoli kislotasi		
		100% (ml)	85% (ml)	
1	17, 1	6, 9	8, 1	1 litrgacha
2	34, 2	13, 8	16, 2	2 litrgacha
5	85, 5	34, 5	40, 5	5 litrgacha
10	171, 0	69, 0	81, 4	10 litrgacha

4. eritma og'zi germetik yopilgan shisha idishda salqin joyda 1 sutkaghacha saqlanadi.

5. operatsiyadan oldin qo'llar suvda sovunlab yaxshilab yuviladi, ayniqsa barmoqlar va ularning oralari, timoqlar ostiga e'tibor berish lozim. Qo'l yuvish cho'tkalari yumshoq bo'lishi va avtoklavlash yo'li bilan zararsizlantirilishi lozim, timoqlariga bir marta ishlatiladigan maxsus tayoqchalar bilan ishlov beriladi. Keyin sovunni ketkazish uchun suvda chayilib zararsizlantirilgan salfetskada yaxshilab artib quritiladi va antiseptik eritmalar bilan qo'lga ishlov beriladi.

6. xirurglar qo'lga ishlov berish uchun yana xlorgeksidin bigmokonatning 0. 5% li spirtli eritmasidan ham foydalaniladi (preparat 70% spirtida 1:40 nisbatda eritiladi). Qo'lga xlorgeksidin bilan paxtali tampon yordamida 5 daqiqa davomida ishlov beriladi. Antiseptik eritma qo'lning butun yuzasiga tirsakkacha surtiladi va 2 daqiqadan kam bo'lmagan vaqt davomida qo'llar tirsakkacha yaxshilab ishqalanadi. Qayta ishlov berishda yangi tampon ishlatiladi.

7. shuningdek, qo'llarga 1% li degmin yoki 0. 1% yodoperon-yodofor eritmaları bilan tog'oroda 4 daqiqa davomida ishlov beriladi.

8. operatsiya joyiga yodonat, yodopiron, xlorgeksidin, bigmokonat eritmaları bilan ishlov beriladi.

O'z Res SSVning 2012 yil 15-maydagi San PiN 0304-12-sonli buyrug'iga ko'ra hamshiralar qo'llarini yuvish va dezinfeksiyaning standartlash uslubi.

Qo'llar iliq oqar suv ostida, suyuq sovun yordamida, 10-15 sekund davomida yuviladi. Sovun bilan quyida keltirilgan harakatlar tartibi bo'yicha yaxshilab yuvib tashlanadi va bir martalik salfetka bilan arilib, quntiladi va o'sha salfetka yordamida suv jo'mragi berkitiladi. Qo'llar 30 sek davomida dezinfeksiya qilinadi. Sil kasali ehtimoli bo'lgan hollarda bu jarayon bir daqiqa davom etishi kerak. Dezinfeksiya maxsus eritma yordamida qo'llarni tirsakka qadar artish bilan amalga oshiriladi. Unutmaslik kerakki, qo'llar ushbu suyuqlik bilan arilayotganda doimo nam bo'lishi zarur. Qo'llar yuvilayotganda ham, dezinfeksiya qilinayotganda ham bir xil harakatlar amalga oshiriladi. Har bir harakat 3-5 marta takrorlanadi (13-rasm).



1. Kaftlar bir- biriga ishqalanadi



2. O'ng qo'l kafti chap qo'l kaftining ustki tomoniga, chap qo'l kafti esa o'ng qo'l kaftining ustki tomoniga



3. Ikkala kaft bir-biriga, barmoqlar bir-birini changallagan va bo'sh qo'ygan holda



4. Bir qo'lning barmoqlari yig'ilgan holatda ikkinchi qo'l kafti tozalanadi.



5. O'ng qo'l bosh barmog'ini chap qo'l kaftining aylanma harakatlari bilan, chap qo'l bosh barmog'ini esa o'ng kaft aylanma harakatlari bilan



6. Barmoqlar uchini qarama-qarshi qo'l kaftida aylanma harakatlar yordamida ishqalab tozalaniladi.

13-rasm. Qo'lni yuqumsizlantirish

Operatsiyada bevosita ishtirok etadigan tibbiyot xodimi qo'lining tozaligini qunt bilan kuzatib borishi lozim. Qo'l terisi tirmalgan bo'lmasligi, tirnoqlar olingan bo'lishi va unga lak bo'yoq surtmasligi lozim. Qo'l dastlab oqar suvda 5 daqiqa cho'tka bilan yuviladi. Xirurgik muolajalarni bajarishda qo'l yuvilgandan keyin, 96% li spirt shimdirilgan salfetka bilan yaxshilab artiladi. Timoq sohalari va teri burmalariga 2-5% li yodning spirtli eritmasi surtiladi. Operatsiya muolajalari uchun esa qo'lni mexanik ravishda yuvilganidan keyin quyidagi usullar bilan ishlov beriladi.

Spasokukotskiy-Kochergin usuli. Qo'lni yuvish uchun mo'ljallangan quruq tog'oraga 5 ml 96° li spirt quyilib, yoqiladi. Tog'orani har tomonga qiyshaytirib, uning ichki sathi kuydiriladi, keyin unga 1 litr distillangan suv quyiladi va 5 ml 0,5% li sof navshatir spirti qo'shiladi. Bunda qo'lni oldin cho'tka bilan sovunlab yuvish shart bo'lmay, uning amalda toza bo'lishining o'zi kifoya qiladi: 1) dastlab qo'l bilakning uchidan yuqori qismigacha eritmada salfetkalar yordamida 3 daqiqadan 2ta tog'orada yuviladi. Yuvish vaqtida qo'l doimo suvda bo'lishi va uni birin-ketin tozalab yuvish lozim. Barmoqlar orasi va kaft yuzalarini yuvishga alohida ahamiyat beriladi; 2) keyin qo'l steril sochiq bilan quritib artiladi; 3) qo'lga 96° li spirtga ho'llangan salfetka bilan 5 daqiqa mobaynida ishlov beriladi; 4) teri burmalari va timoq yuzalariga yodning 5% li spirtidagi eritmasi surtiladi.

Qo'lga diotsid bilan ishlov berish. Qo'l 40°C gacha isitilgan 1:5000 nisbatdagi diotsid eritmasiga ho'llangan steril salfetka bilan 3 daqiqa mobaynida yuviladi, steril sochiq bilan quritiladi va 96° li spirtga botirib olingan salfetka bilan unga 2 daqiqa mobaynida ishlov beriladi. Yiringdan ifloslangan qo'lga ishlov berish uchun 1:2500 nisbatdagi diotsid eritmasi qo'llaniladi.

Qo'lga serigel bilan ishlov berish. Qo'lning quruq terisiga 3-4gr serigel qo'yiladi va preparat kaft va kaft orqa yuzalarini, barmoq oralarini va bilakning pastki uchdan bir qismini qoplaguncha 8-10 sekund davomida unga obdon ishlov beriladi. So'ngra qo'l havo yoki ventilyator tagida quritiladi.

Qo'lga degmin bilan ishlov berish. Bu maqsadda degminning suvdagi 1% li eritmasi qo'llaniladi. Qo'l 2-3 daqiqa mobaynida iliq suv

bilan sovunlab yuviladi va degminga botirilgan (har birini 3 daqiqadan) 2 ta tampon bilan ishqalanadi, steril sochiq bilan artiladi va steril qo'lqop kiyib olinadi.

Qo'lga degmitsid bilan ishlov berish. Buning uchun 1:30 konsentratsiyadagi 29 qism suv va 1 qism degmitsid qo'llaniladi. Ishlov berish usuli yuqorida bayon qilinganidagi kabi.

Qo'lga C-4 (chumoli kislota) yoki pervomur bilan ishlov berish. Eritma qo'l yuvish oldidan tayyorlanadi. Buning uchun 85 ml 100% li chumoli kislota 170 ml 33% li vodorod peroksid eritmasi aralashtirilib, shisha idishga solinadi va 1 soat muzlatkichda saqlanadi. Bu davrda eritma chumoli kislota aylanadi. Keyin eritma 10 litr qaynagan suvga aralashtirilib, ishchi eritma tayyorlanadi. Keyin qo'l 1 daqiqa davomida oqar suv tagida sovunlab yuviladi va steril latta bilan artiladi. Tog'oraga solingan (5l) chumoli kislota ishchi eritmasi bilan qo'l bir daqiqa yuviladi va steril salfetka bilan artiladi. So'ngra qo'l spirtga botirilgan salfetka bilan arilib, steril qo'lqop kiyiladi.



14. Rasm. Operatsiyadan oldin qo'lni yuvish

Operatsiya maydonini tayyorlash. Operatsiyadan bir kun oldin bemor gigiyenik vanna yoki dushga tushiriladi. Operatsiyadan oldin bemorning ich kiyimlari, choyshablari almashtiriladi. Operatsion maydonni operatsiya kuni ustarada yoki maxsus kremlar surtib operatsion maydon

sochlardan tozalaniladi. Operatsion maydonga ishlov berishning bir necha usullari mavjud.

Filonchikov- Grossix usuli. Operatsion maydon terisi avval spirt eritmasi bilan ishlov beriladi, keyin 5-10% li yod eritmasi bilan quyidagi ketma-ketlik bilan yuqumsizlantiriladi.

1. operatsion maydonni steril oqliqlar bilan bekitilgunga qadar keng miqyosda ishlov berish.

2. steril oqliqlar bilan bekitilgandan so'ng ishlov berish (kesishdan oldin).

3. jarohatga chok solishdan oldin, jarohat chetlariga ishlov berish.

4. jarohatga chok solishdan keyin choklar ustidan ishlov berish.

Terisi nozik kishilar va bolalarda terini kuydirib qo'ymaslik uchun yodning spirtidagi eritmasi bilan qisman tozalaniladi.

Bakkal usuli. Bu usul terisi nozik kishilarda qo'llaniladi. Operatsion maydonga brilliant yashilining 1% li eritmasi bilan ishlov beriladi.

Yodonat bilan ishlov berish. 5% li yodanat eritmasini olib, distillangan yoki qaynatilgan suvda 5 marta suyultiriladi va shu eritma bilan operatsion maydonga ishlov beriladi.

Bemorning terisida yiringli tirnalgan joylar, yaralar bo'lsa ishlov berishning har qanday usuli ham jarohatni infeksiya tegishidan saqlab qola olmaydi. Shoshilinch qilinadigan operatsiyalarda infeksiya tekkan joylar chegaralanib, yuqumsizlantirib ajratib qo'yilishi kerak.

Sterilizatsiya sifatini tekshirish. Modda va buyumlar maxsus o'ralgan bo'lib, sterillash indikatori ta'sirlangan bo'lsagina sterillangan hisoblanadi. Havo va bug' sterilizatorlari maksimal termometrlar va kimyoviy test indikatorlar yordamida nazorat qilinadi. Sterilizatorlarning sifatli ishlash ko'rsatkichlari kimyoviy test-indikatorlar (rangi, agregat holati) bilan tekshiriladi. Havo sterilizatorlar ishining ko'rsatkichi bo'lib rangli termoindikator, TIK-6 va gidroksinon hisoblanadi. Qog'ozga tushirilgan och-salat rangli TIK-6d markali termoindikator 175°C -180°C haroratda to'q qo'ng'ir rangga kiradi. Gidroksinon 0.3 gr miqdorida shisha flakonlarga solinadi. 170°C-175°C da sarg'ish rangdagi kukun erib, qora rangli massaga aylanadi.

Bug' sterilizatorini esa har kuni mochevina va fuksinli benzoat kislota test indikatori yordamida nazorat qilib turiladi.

Oq kukunli mochevina 132°C da 2 atm bosimda erib, shu rangli eritma hosil qiladi (bikslarga 0.3 gr li mochevina flakonlarda qo'yiladi). 120°C va 1-1.1 atm bosimida sterilizatsiya nazoratini fuksin, benzoat kislota bajarishi mumkin. Ularni shisha naychaga to'ldirib, sterilizatsiyadan oldin bikslarga qo'yiladi. Harorat yetarli bo'lganda fuksin erib, benzoat kislota bilan qizil rang, achchiq turi esa ishqoriy fuksin bilan ko'k amorf massani hosil qiladi.

Avvallari test indikator sifatida qo'llanilgan kukunsimon oltingugurt, antipirin, piramidon (110-120°C da eriydi) hozirgi kunda kam ishlatiladi. Shuningdek, Mikulich sinovi bo'lib bunda qog'ozga "steril" so'zi yozilib unga kraxmalning 3% li eritmasi surtiladi va ustidan Lyugol eritmasi (yod-1.0 kaliy yod-2.0, distillangan suv 97.0) yuritilganda yod kraxmal bilan birikib qog'oz ko'karadi va yozuvlar ko'rinmaydi. Uni sterilizatsiya qilinadigan materiallar bilan bikslarga solinadi. Yuqori harorat ta'sirida yod bug'lanib ketib, qog'oz usti rangsizlanadi va undagi harflar yana ko'rinadigan (steril) so'zi bo'lib qoladi. Keyingi ko'rsatilgan usul hozirda qo'llanilmaydi va tarixiy ahamiyatga ega. Etilen oksid bilan glitserin eritmasi (I - suyuqlik) va bromid litiy, bromkrezol purpuri bilan etanol (II - suyuqlik) eritmasi qo'llaniladi.

Sterilizatsiya sifatini har kuni tekshirishdan tashqari, tanlash yo'li bilan har 6-10 kunda sterilizatsiya qilingan materiallar bakteriologik tahlildan o'tkazilishi zarur. Bakteriologik nazorat o'ta aniq bo'lib, uning kamchiligi - uzoq vaqtda javobi ma'lum bo'ladi va bajarilishi qiyindir. Shuning uchun klinik amaliyotda ekspress usullari keng qo'llaniladi.

Sog'liqni saqlash vazirligining 2012 yil 15-maydagi San PiN 0304-12-sonli buyrug'i xirurgik yo'nalishidagi shifoxonalarda shuningdek, jarrohlik blokida, palatalarda, jonlanlantirish va intensiv terapiya bo'limlarda kichik tibbiy xodimlar – gigenik, epidemiyaga qarshi va dezinfeksiya tadbirlari to'g'risida bo'lib, xirurgik yo'nalishidagi muassasalar hamda kichik tibbiy xodimlar–epidemiologiya xodimlari uchun mo'ljallangan. Bu buyruqqa asosan jarrohlik yo'nalishidagi bo'limlarda barcha asboblari, bog'lov materiallari, bemor va tibbiy xodimlar foydalanadigan boshqa materiallar zararsizlantirilgan bo'lishi lozim.

Sog'liqni saqlash vazirligining 2007 yil 30-oktabr 480 buyrug'i xirurgik yo'nalishlardagi shifoxonalarda ya'ni jarrohlik bo'limi, jarrohlik blokida o'tkaziladigan turli xil operatsiyalarda qon quyishga ko'rsatma bo'lgan holatlarda quyilayotgan donor qoni IFA usulida 3-4 avlod test sistemalarida tekshiriladi.

Har bir xirurgik operatsiyalarda bemorlardan OIV infeksiyasiga tekshirish uchun qon olinadi.

Sog'liqni saqlash vazirligining 1985-yil 25-avgustdagi 0044 95 qarori "davolash praktika muassasalarida zararsizlantirish ishlarini o'tkazish" to'g'risidagi buyrug'iga binoan davolash- profilaktika muassasalaridagi sterillash punktlarini loyihalash, qurish, undan foydalanish kichik tibbiy xodimlar me'yor va qoidalari, xonalarning joylashish tartibi, anjomlarini yuvish qoidalari va sterilizatsiya qilish usullari, sterilizatsiya punktidagi xonalarni tibbiy anjomlar bilan ta'minlash, sterilizatsiya vaqtida ketma-ketlikka amal qilish to'g'risida ko'rsatma beriladi.

1994 yilning 10 apreldagi 173 sonli buyruq "Xirurgik" yo'nalishdagi davolash- profilaktika muassasalarida xirurgik bemorlarga tibbiy yordamni tashkil etish va kasalxona ichi infeksiyalariga yo'l qo'ymaslikda kichik tibbiy xodimi- gigiyena chora-tadbirlari to'g'risida bo'lib, xirurgik yo'nalishdagi muassasalar hamda kichik tibbiy xodimi epidimiologiya markazi xodimlari uchun mo'ljallangan. Bunda davolash profilaktika muassasalarida xirurgik muolajalar o'tkazilgandan keyin yiringli asoratlar kelib chiqishining oldini olish va kamaytirish, xirurgik shifoxonalarning tuzilishi, jihozlanishi, shifoxona ichi infeksiyalariga qarshi kurashish olib boriladigan majburiy tartib va muolaja xonalar kichik tibbiy xodimi- gigiyena rejimi to'g'risida to'xtab o'tadi.

2012 yilning 5 yanvardagi 5 sonli O'zbekiston Respublikasida virusli gepatit kasalligini kamaytirish chora tadbirlari to'g'risidagi buyruq "virusli gepatit kasalligi bilan kasallanishning oldini olish chora-tadbirlari" to'g'risida bo'lib, respublikamizda virusli gepatit kasalliklarining A, B, C, D, E turlari ro'yxatga olinayotganligini hisobga olib, gepatitning ushbu turining oldini olishga qaratilgan. Buyruqqa binoan barcha davolash- profilaktika muassasalarida kichik tibbiy xodimi-gigiyena va epidemiyaga qarshi dezinfeksiya va sterilizatsiya talabiga rioya qilishi,

shifoxona ichi infeksiyaning oldini olish tadbirlari ustidan nazorat o'tkazish hamda donorlar, homilador ayollar, laboratoriya xonasini gepatitning "B" turini tashuvchanlikka tekshirilishi ko'rsatilgan.

O'zbekiston Respublikasi OIV infeksiyasini tarqalishini oldini olish maqsadida vazirlar mahkamasining 2000 yilning 31 maydagi 1-sonli qaroriga asosan 78 sonli buyruq "OITS kasalligi virusining qon orqali yuqishini oldini olish" to'g'risida bo'lib, unda barcha profilaktik masalalar nazarga olingan.

Operatsiya stolini tayyorlash

Hamshira steril operatsiya stolini tayyorlashdan oldin quyidagi ishlarni bajarishi lozim:

1. Qabul qilingan usul yordamida hamshira qo'lini yuvadi.

2. Sterillangan xalatni kiyishda uni biksdan yuqumsizlangan qo'l bilan birorta ham nostril narsaga tekkizmay olinib, dastlab niqob burunga bog'lanadi, keyin xalatni yozib birin – ketin ikkala yengi kiyiladi va xalatni old tomoniga tashlaydi.

Xalatning bog'ichlarini boshqa odam orqa tomonidan bog'lab qo'yadi. Sterillash oldidan cho'ntakka solib qo'yilgan belbog'ni hamshiraning o'zi oladi va belbog' uchlarini pastga osiltirib, o'ziga mos qilib tortib turadi.

Kichik tibbiy xodim belbog'ining uchlarini hamshiraning orqa tomonidan bog'lab qo'yadi.

Xalatning yenglari uzungina bo'lib, bilakni panjaga qadar to'la-to'kis bekitib turishi kerak.

3. Hamshira steril qo'lqopni kiyishdan oldin uning butunligini tekshirib ko'radi. Hamshiraning steril qo'lqop kiyish boqichlari quyidagicha:

a) Qo'lqopning cheti ochiladi.

b) Chap qo'lning bosh va ko'rsatkich barmog'i bilan qo'lqopning cheti ochilib, dastlab chap qo'lga kiyiladi.

v) Qo'lqop kiyilgan qo'l bilan qo'lqop chetidan ushlanib o'ng qo'lga kiyiladi.

g) Barmoqlar yordamida qo'lqopning bukilgan qismlari to'g'irlanadi.

d) Ushbu usul o'ng qo'lqop chetlarini to'g'irlashda ham ishlatiladi.

e) Hamshira 96° li spirtga namlangan sharcha bilan qo'lqopdagi talk qoldiqlarini yaxshilab artadi.

Shundan so'ng operatsiya hamshirasi quyidagi usullar yordamida steril operatsiya stolini tayyorlaydi.

A) Maxsus asboblarni stolini 1 qavatli steril choyshab bilan shunday yopish kerakki, choyshab stol atrofidan 15-20 sm pastga tushib tursin.

B) Yana bir choyshab 2 buklanib, 1 choyshab ustiga yopiladi, birinchi choyshabning tushib turgan chetlari ikkinchi choyshab ustiga qayiriladi.

Stol ustiga asboblarni, chok materiallarni, salfetka, tamponlarni joylashtiriladi.

4. Asboblarni ustidagi ikkita steril choyshab hamma tomondan yopiladigan qilib yoziladi va pastdagi choyshab bilan qisqichlar yordamida bekitiladi.

Shundan keyin operatsiya hamshirasi xirurgga steril xalatni ochib, uning teskari tomonidan ikki qo'lga tashlab, dastlab qo'llarini kiydiradi, keyin xalatni uning yelkasiga tashlab, kiydiradi.

Kichik tibbiy xodim kiyilgan xalatning orqasidan iplari va belbog'ini bog'laydi.

Shundan keyin hamshira steril qo'lqopni xirurgning qo'lga kiydiradi, ba'zi hollarda xirurg xalatni xuddi operatsiya hamshirasi kiydirgandek qilib o'zi kiyadi.

So'ngra operatsiya hamshirasi xirurgga qo'lqopni quyidagi tartibda kiydiradi.

1. Dastlab steril qo'lqop chetini kerib ochadi.

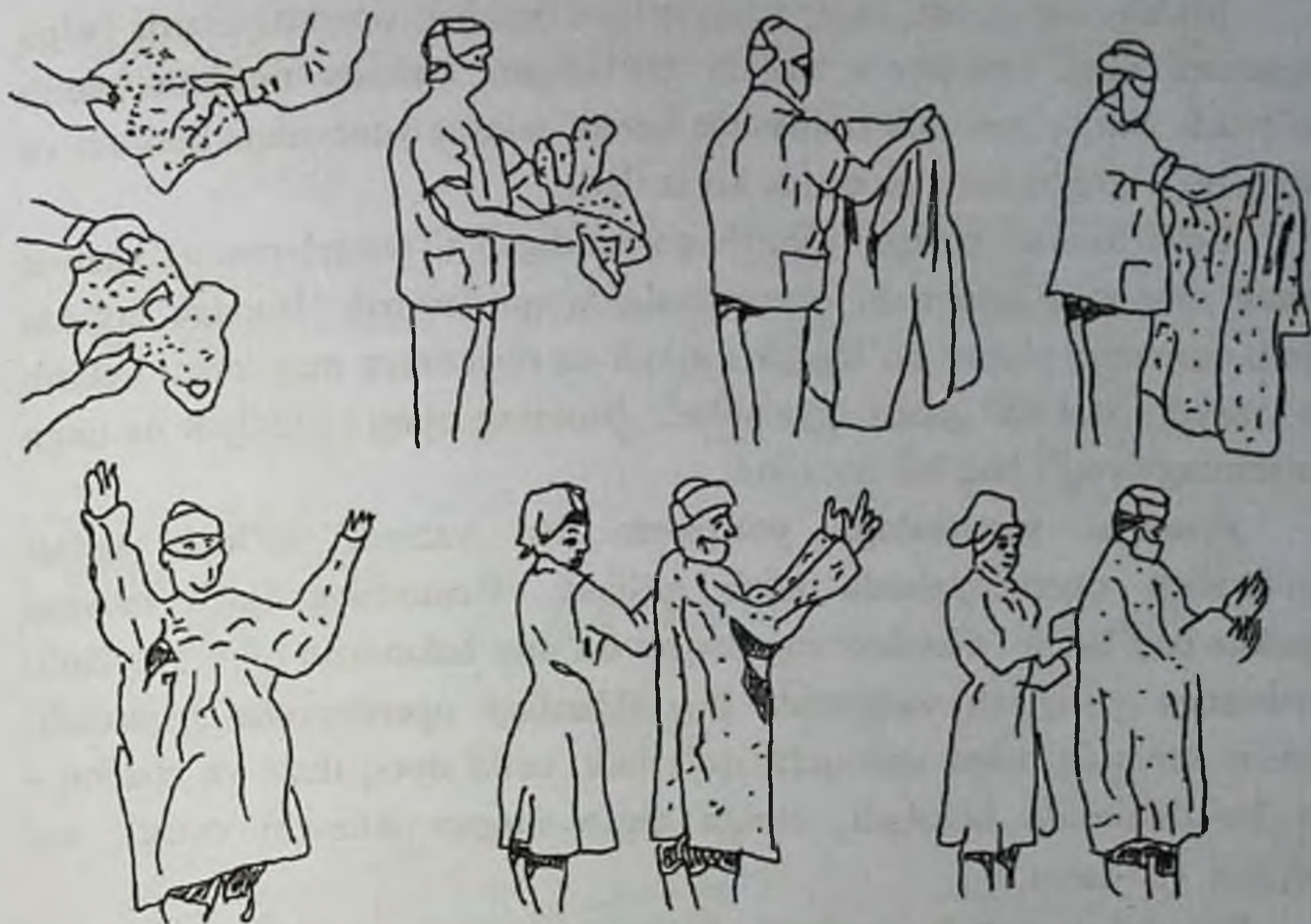
2. Xirurgning kerilgan barmoqlarini mo'ljallab qo'lqopni kiydiradi.

Xirurg qo'lqopni kiya turib barmog'ini yuqoriga ko'tarib kiyishi kiyishni yengillashtiradi.

Keyin hamshira xirurgga qo'lqopni tozalash uchun 96° spirtga shimdirilgan sharchani beradi. Ba'zi hollarda xirurg o'zi hamshira yordamisiz steril xalatni kiyadi.

Buning uchun steril xalat buklangan holatdan asta-sekin ochiladi. Keyin xalatning yenglari dastlab o'ng, keyin chap qo'l kiyilib, yelkaga ilinadi.

Xirurg yenglarini boylagandan keyin, qo'lqopni hamshira kiydiradi.



15. Rasm. Xirurgik xalatni kiyish.

Bemorning operatsiya stolidagi vaziyati

Bemor ko'pincha chalqancha -gorizontal vaziyatda yotadi. Bu vaziyat me'da -ichak yo'llari, ko'krak qafasi, oyoq -qo'llardagi operatsiyalar uchun qulay. Bemor choyshab yozilgan qattiq rezina to'shakka, ya'ni operatsiya stoliga yotqiziladi, boshiga klyonka yostiq qo'yiladi (16-rasm, a). Bemor albatta fiksatsiya qilinadi (bog'lab qo'yiladi). Odatda, oyog'ining tizzadan yuqori qismi maxsus kamar yoki choyshab bilan bog'lanadi. Bir qo'li bog'lanadi, ikkinchisini esa bog'lamay undan puls, arterial bosim aniqlanadi va kerakli inyeksiyalar qilinadi. Bemorning bexosdan harakatlar qilishiga yo'l qo'ymaslik va ayniqsa uning narko'z vaqtida yiqilib tushmasligi uchun shunday qilinadi.

Bemorning boshi tepasiga maxsus ravoq o'matilib, unga steril choyshab qo'yiladi - bu moslama bemorning nafas yo'llarini operatsiya jarohatidan to'sib turadi.

Bo'yinda qilinadigan operatsiyalarda (traxeostomiya, qalqonsimon bezni kesish va hakovolar) bemor chalqancha yotadi, yelkalari tagiga bolishcha qo'yilib boshini orqaga engashtirib yotqiziladi.

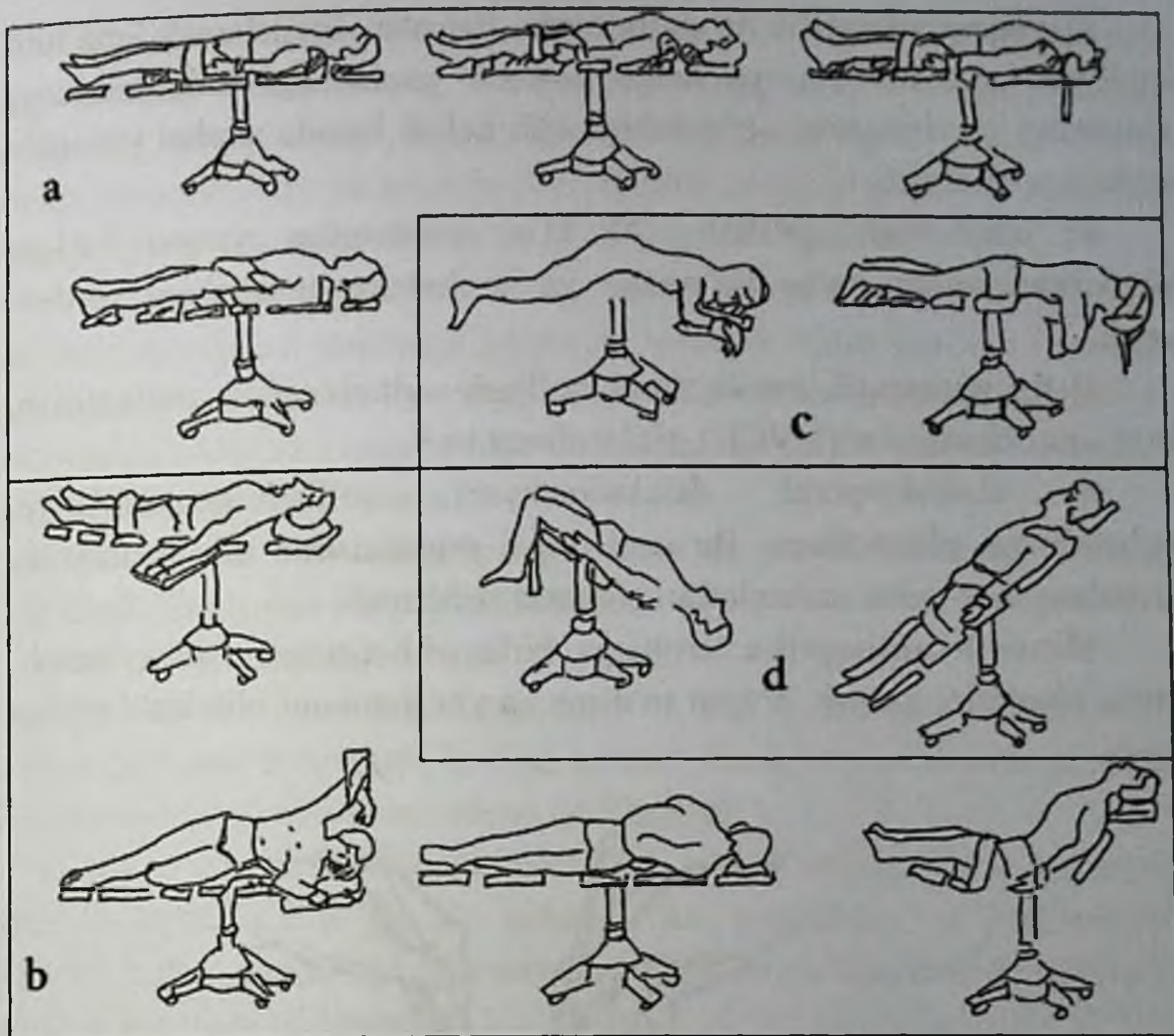
Me`da, me`da osti bezi, jigar, o`t yo`llaridagi operatsiyalarda belga bolishcha yoki operatsiya stolida bo`ladigan maxsus moslama surib qo`yiladi. Sut be`zini olib tashlashda bemor salgina yonboshga buriladi va uning qo`li to`g`ri burchak ostida ko`tariladi.

Bosh tomoni pastga tushirib qo`yiladigan (Trendelenburg) vaziyat kichik chanoq a`zolaridagi operatsiyalarda qo`llaniladi. Bunday holatda ichak qorinning yuqori bo`limiga suriladi va operatsiya maydonini bekitib qo`ymaydi. Stol 45° gacha qiyalatiladi. Stolning oyog`i bukiladi va unga bemorning oyog`i bog`lab qo`yiladi.

Bemorni yonboshiga yotqizish. Bu vaziyat ko`krak qafasi a`zolaridagi operatsiyalarda talab qilinadi. Bemorning qo`li maxsus tirgakka bog`lanadi. Gavdasining yuqori bo`limi balandroq qilib qo`yiladi. Yonboshga yotqizish vaziyatida buyraklardagi operatsiyalar bajariladi. Bunday hollarda belga yostiqcha qo`yiladi, ustki oyoq tizza va chanoq - son bo`g`imlarida bukiladi, stolga tegib turgan ikkinchi oyog`i esa uzatiladi. (16-rasm, b).

Yuz bilan yotish vaziyati. Umurtqa pog`onasi, kalla suyagining orqa chuqurchasi, dumba va boshqa a`zolardagi operatsiyalarda qo`llaniladi. Bemorning boshi maxsus taglikka mahkamlanadi yoki chetga burib qo`yiladi. (16-rasm, s).

Oraliq (ginekologik) vaziyati. Bemor oraliq, orqa chiqaruv teshigi, qinda bajariladigan operatsiyalarda shu vaziyatda yotadi. Bu vaziyatda bemorning dumbasi stolning chekkasida bo`lib, oyoqlari ko`tariladi va kerib, maxsus tirgakka qo`yiladi. (16 – rasm, d).



16. Rasm. Bemorni operatsion stolda yotqizish holatlari.

Antiseptika

Antiseptika deb –jarohatdagi, patologik tuzilmadagi mikroblarni yo‘qotish yoki ularning sonini kamaytirishga qaratilgan chora-tadbirlar kompleksiga aytiladi.

Antiseptikaning quyidagi turlari mavjud: fizikaviy, kimyoviy, mexanik, biologik va aralash.

Fizikaviy antiseptika infeksiyalangan jarohatni tamponlash va drenajlash yordamida tashqariga ochish (drenaj qilish), jarohatga fizikaviy usullar bilan (steril tampon, sharchalar, ultrabinafsha nurlar va infra qizil lazer nurlar) ta’sir ko’rsatiladi. Bunday fizikaviy vositalar yordamida jarohatdagi toksin va yiringlarni chiqarib tashlashga erishiladi.

Fizikaviy antiseptikaning zamonaviy usullariga quyidagilar kiradi:

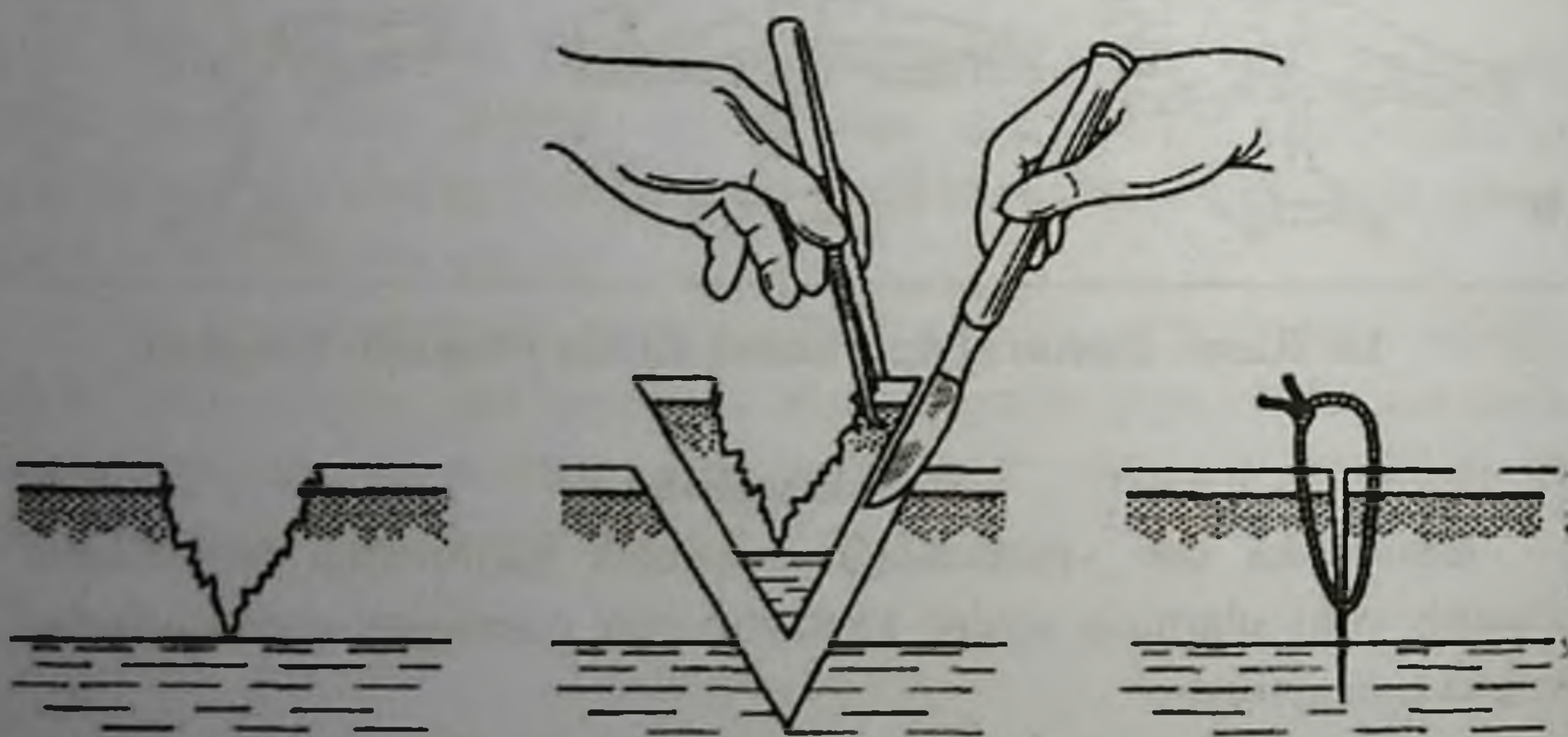
a) yuqori energetik ta'sir qiluvchi lazerdan foydalanish -ma'lum miqdorda lazer nurlarini jarohatga yo'llash jarohatdagi mikroblarning, nekrozning va yiringning yo'qolishiga olib keladi hamda jarohat yiringsiz bitishini ta'minlaydi;

b) ultratovush qo'llash -20 kGs chastotadan yuqori to'lqin mikroorganizmlarga ta'sir ko'rsatadi va jarohatning tuzalishiga yordam beradi;

d) fizioterapevtik muolajalarni qo'llash -ultrabinafsha nurlantirish, ultrayuqori chastotalar (UVCH), elektroforez va b. ;

e) ekstrakorporal detoksikatsiyani qo'llash-gemasorbsiya, limfasorbsiya, plazmofarez. Bu usul orqali organizmdan toksin, mikroob, parchalangan to'qima mahsulotlari chiqarib tashlanadi.

Mexanik antiseptika jarohatga birlamchi xirurgik ishlov berish, jarohat cheklarini qirqish, o'lgan to'qima va yot jismlarni olib tashlashdan iborat.



Birlamchi xirurgik ishlov berish bosqichlari: jarohat ko'rinishi, jarohat chekkalarini kesish, jarohatni tikish.

Kimyoviy antiseptika mikroblarni yo'qotish (bakteritsid) yoki jarohatda uning rivojlanishini to'xtatish (bakterostatik) xususiyatga ega bo'lgan turli kimyoviy yo'l bilan qilinadigan antiseptik (furatsillin, demiksid, xloramin, borat kislota) moddalarni ishlatishdan iborat.

Biologik antiseptika turli biologik dori moddalar yordamida organizmdagi mikroblarni yo'qotish tushiniladi. Bularga maxsus vaksinalar, qon plazmasi, immunoglobulinlar, anatoksinlar va antibiotiklar kiradi. Antibiotiklar va anatoksinlar mikroblar to'qimalariga yoki ularning zaharlariga to'g'ridan to'g'ri ta'sir qilib, ularni yo'q qiladi.

Aralash antiseptika bu usulga ko'ra tibbiyot amalyotida jarohatni tez davolash uchun jarohatga birlamchi xirurgik ishlov beriladi (mexanik antiseptika) va jarohat antiseptik eritmalar bilan yuviladi (kimyoviy antiseptika). Bir vaqtning o'zida bir necha antiseptik usullar ishlatilishi aralash antiseptika hisoblanadi.

Antiseptik vositalar. Hozirgi vaqtda ko'p sonli antiseptik vositalar ishlatiladi. Shulardan ko'p ishlatiladigani.

1. Galloidli moddalar.

Xloratsid (chloracidum) 0, 5% li eritmasi xirurg qo'lini zararsizlantirish, rezina qo'l qoplar, kateter, drenajlarni sterilizatsiya qilish, yiringli bo'shliqlarni yuvish uchun qo'llaniladi.

Xloramin B (chloraminum) 0, 5-1-2% li eritmasi bilan jarohatlar, yiringli bo'shliqlarni yuvish uchun yoki tamponlar va bog'lamlarni ho'llash uchun ishlatiladi. Xloramin asboblarni va qo'lqoplarni dezinfeksiya qilish uchun ham ishlatiladi.

Xlorgeksidin (chlorhexidinium) 0, 5% spirli xlorgeksidin biglyukanat eritmasi xirurg qo'lini yuvish uchun ishlatiladi.

Yodanati (yodanati) yodning natriy alkilsulfat bilan suvdagi 1% li eritmasi operatsion maydonni yuqimsizlantirish maqsadida ishlatiladi.

Yodning spirtdagi eritmasi (Solutio yodi spirituosa) spirtdagi 5-10% li eritmasidan operatsiya maydonini, qo'l terisini, jarohatlar atrofini zararsizlantirish uchun ishlatiladi.

Yodopiron (yodopironium) 1% li suvdagi eritmasi xirurg qo'lini va operatsiya maydonini yuqimsizlantirishda hamda yiringli jarohatlarni davolashda ishlatiladi.

Lugol eritmasi (solution lugoli) yod va kaliy yodidning spirt yoki suvdagi eritmasi. Ketgutni sterilizatsiya qilish va shilliq pardalarga surtish uchun ishlatiladi.

2. Oksidlovchilar.

V o d o r o d p e r o k s i d e r i t m a s i (hydrogenii peroxydatidiluta) 3% li eritmasi jarohat va bo'shliqlarni chayish va anaerob infeksiya keltirib chiqargan jarohatlarni obrobotka qilish uchun ishlatiladi. Bundan tashqari jarohatdagi badbo'y hidlarni yo'qotish maqsadida qo'llaniladi. Bunda hosil bo'ladigan ko'pik bilan o'lgan to'qimalar mexanik ravishda tozalanadi.

K a l i y p e r m a n g a n a t (kalii permanganas) kaliy permanganat kuchli oksidlovchi 0, 1-0, 5% li eritmasi jarohatni, 0, 01-0, 1% li eritmasi tomoq va og'izni yuvish uchun, 0, 02-0, 1 % li eritmasi chayish uchun, 2-5% li konsentratsiyasi yara va kuygan yuzaga surtish uchun ishlatiladi.

B o r a t k i s l o t a (acidum boricum) 2-3% li eritmasi ko'k yiring tayoqchasidan zararlanishda jarohatni yuvish uchun ishlatiladi. Malham va sepma dorilar ko'rinishida ham chiqariladi.

3. Og'ir metall tuzlari.

S i m o b d i x l o r i d (hydrargini dichloridum) juda zaharli bo'lib, 0, 1% li eritmasi kiyim-kechaklar, bemorga tutiladigan buyumlarni dezinfeksiya qilish, qo'lqoplarni yuvish va ipak tayyorlash uchun ishlatiladi. Uni ishlatishda ehtiyotkorlikka rioya qilish zarur.

D i o t s i d (diocidum) kuchli antiseptik ta'sirga ega.

1:5000 nisbatdagi eritmasi qo'lga surtiladi. 1:1000 nisbatdagi eritmasi bilan instrumentlarni sterilizatsiya qilish uchun ishlatiladi.

P r o t a r g o l (protargolum) 1-3% li eritmasi qovuq yallig'langanda unga yuborish uchun, antiseptik va yallig'lanishga qarshi vosita sifatida ishlatiladi.

K u m u s h n i t r a t (argenti nitras) 2-10 % li eritmasi bo'shliqlarni chayish, 5-10 % li eritmasidan granulyatsion to'qimalarni kuydirish uchun ishlatiladi.

K o l l a r g o l (collargolum) 0, 2% li eritmasi yiringli jarohatlarni yuvish uchun hamda dezinfeksiyalaydigan va yallig'lanishga qarshi vosita sifatida ishlatiladi.

4. Spirtlar.

E t i l y o k i v i n o s p i r t i (spiritus aethylicus) 70-96 % li eritmalari qo'llarni, kesuvchi asboblarni, operatsion maydonni zararsizlantirish uchun va tikuv materiallarini sterillash maqsadida ishlatiladi.

5. Formaldegidlar.

F o r m a l i n (formaldehydum solutum) formaldegidning suvdagi 40% li eritmasidan iborat bo'lib, 0, 5% li eritmasidan instrumentlarni dezinfeksiya qilish uchun qo'llaniladi.

6. Fenol.

F e n o l - k a r b o l k i s l o t a (acidum carbolicum) 3-5% li eritmasi instrumentlar, rezina qo'lqoplarni sterillash uchun ishlatiladi.

K a t r o n (picis liquidae) antiseptik va yallig'lanishga qarshi ta'sir ko'rsatadi.

7. Bo'yoq moddalar.

E t a k r i d i n l a k t a t R i v a n o l (aethocridini lactase) 1:500 va 1:1000 nisbatdagi eritmasi yiringli jarohatlarni davolash, yiringli bo'shliqlarni yuvish uchun ishlatiladi.

B r i l l i a n t y a s h i l i (viridis nitentis) 1% li eritmasi xirurg qo'llarini, operatsiya maydonini yuqumsizlantirish uchun ishlatiladi. 0, 1-0, 2% li eritmasi yiringli kasalliklarda teriga surtish uchun qo'llaniladi.

M e t i l i n k o' k i (methyulenum coeruleum). Spirdagi 1-3% li eritmasi kuyishda va terining yiringli kasalliklarida ishlatiladi.

8. Nitrofuran unumlari.

F u r a t s i l l i n (furacilinum) 1:5000 nisbatdagi eritmasi yiringli jarohatlarni davolash, bo'shliqlarni yuvish uchun ishlatiladi.

F u r a g i n (furaginum) 0, 1% li eritmasi og'iz bo'shlig'ini va jarohatni yuvishda kuchli antiseptik vosita sifatida ishlatiladi.

9. Sulfanilamid preparatlari.

Streptotsid (Streptocidum)-turli sohalarda joylashgan yallig'lanish jarayonlarida ishlatiladi. Kuniga 4-6 marta 0, 5-1g dan ichish uchun buyuriladi.

Sulfadimetoksin (Sufadimethoxinium)- sulfanilamid qatoridagi preparat. G'oyat faol. Prolongirlovchi tasirga ega. Avvaliga kuniga 1g dan 2marta, keynroq kuniga 1g dan tayinlanadi.

10. Antibiotiklar.

Antibiotiklar biologik antiseptik vositalardir. Ular mikroblar, o'simliklar, hayvon to'qimalaridan va sintetik yo'l bilan olinishi mumkin. Antibiotiklardan foydalanishning asosiy qoidalari mavjud.

1. antibiotiklar faqat o'rinli bo'lganda buyuriladi.

2. antibiotikni buyurishda, shu antibiotikka mikroorganizmlarning qay darajada sezgirligini hisobga olish.

3. antibiotiklar bilan davolash kursi uzoq davom etadigan bo'lsa, bu preparatni boshqasiga o'zgartirish kerak, chunki mikroblarda preparatga nisbatan virulentlik paydo bo'lib qoladi.

4. antibiotik aktivligini oshirish uchun aralash ishlatish (kombinatsiyalash) zarur.

5. davolashda antibiotiklarni organizmga yuborish yo'llarini kombinatsiyalash (umumiy va mahalliy), antibiotiklar bilan birga boshqa antiseptiklarni ishlatish.

Antibiotiklarni organizmga kiritishning zamonaviy usullari:

1) jarohatga antibiotiklar kukunini sepish;

2) antibiotikli eritmalar bilan tamponlash;

3) bo'shliqlarga drenaj orqali antibiotiklarni kiritish;

4) bo'shliqlar punksiyasidan so'ng shu ignalar orqali antibiotiklar yuborish;

5) endotraxeal va endobronxial -bronxoskop, kateter orqali traxeya va bronxlarga yuborish;

6) suyak ichiga yuborish (osteomiyelitlarda);

7) vena ichiga yuborish, organizm uchun nojo'ya ta'sir kordatmaydigan maxsus antibiotiklar tomchilab yuboriladi;

8) mushak orasiga yuborish;

9) arteriya ichiga yuborish-qo'l-oyoqlarning va ichki a'zolarining og'ir yiringli kasalliklarida qo'llaniladi;

10) og'iz orqali (tabletkalardan foydalanish);

11) endolimfatik usul- bu usul orqali antibiotiklarning ta'siridan yuqori natijalar olishga erishiladi.

Aktiv immunizatsiya-organizmga antigenlarni kiritishdan iborat bo'lib, unga qarshi anatoksin va vaksinalardan foydalaniladi, shu yo'l orqali organizm immune sistemasi ko'tarilishiga erishiladi.

Passiv immunizatsiya-organizmga tayyor antitelalar kiritishdan iborat (Y-immunoglobulin, zardoblar va h.)

Penitsillin guruhi. Bu guruhda Penitsillinning ko'pgina tuzlari bo'ladi. Preparatlar turli mikroorganizmlarga nisbatdan keng ta'sir doirasiga ega. Penitsillin fiziologik eritmada, ko'proq 0, 25-0, 5% li

novokain eritmasida eriydi. Penitsillin organizmdan tez chiqariladi, shuning uchun uni sutkasiga 4-6 marta yuboriladi. Kattalar uchun o'rtacha bir martalik dozasi 500ming -1mln. TB, sutkalik dozasi 2-3mln. TB gacha. Penitsillinning teri ostiga, mushak orasiga, vena, arteriyaga, turli bo'shliqlarda (qorin, plevra bo'shlig'iga, bo'g'imga), intratraxéal va orqa miya kanaliga yuborish mumkin. Penitsillin finoksimetilinpenitsillin (Phenoxymet-hylpencllinum) holida ichish uchun qo'llaniladi, bu modda me'da shirasi ta'sirida parchalanmaydi.

Bitsillin. (bicillinum)-benzillinpenitsillinning kristallik tuzi yuborilgan sohadan juda sekin – 2 haftacha so'riladi yoki 2 haftada 1 marta 1-2mln. TB dozada yuboriladi.

Ampitsillin. (ampicillinum)- penitsillin qatoridagi antibiotik. Ta'sir doirasi keng yarimsintetik preparat. Aralash infeksiya qo'zg'atgan kasalliklarda qo'llaniladi. 0, 25-0, 5g dan 4-6 soat oralatib ichish tavsiya etiladi.

Sefalosporinlar guruhi

Sefaloridin- mikroblarga qarshi ta'sir mexanizmi penitsillina o'xshaydi, ammo u mikroorganizm hujayralari qobig'i hosil bo'lishiga to'sqinlik qiladi va bakteriotsid ta'sir ko'rsatadi. 20-60 mk/kgdan 2-3 marta mushak orasiga yuboriladi. Ba'zan og'ir kasalliklarda 60 mg/kg hisobida vena ichiga har 6 soatda distillangan suvda eritilgan eritmasi yuboriladi.

Sefazolin. (kefzol)- keng ta'sir doirasiga ega bo'lgan antibiotik bo'lib, u grammusbat va grammanfiy mikroblarga bakteriosit ta'sir ko'rsatadi. 0, 25-0, 5g dan 3 marta mushak orasiga, bolalarga 20-50 mg/kgdan sutkasiga 3-4 marta yuboriladi.

Tetratsiklin guruhi.

Oksitetratsiklin (oxytetracuclini hydrochloridum)-tuzilishi va ta'siriga ko'ra tetratsiklin va biomitsin (agromitsin) ga ya'qin. Tabletkada holida bir qabulga 100-500 ming TB dan kuniga 3-4 marta yuboriladi. Sutkalik eng yuqori dozasi 2g.

Morfotsiklin (Morphocyclinum) –sutkasiga 1-2 marta venaga 75-150 ming TB dan 20-30 ml 40% li glyukozada eritib, asta-sekin yuboriladi.

Og'ir infeksiyalarda (sepsis, o'pka Absessi, plevra empiemasi va h.k.) yuboriladi.

Sigmomitsin (Sigmomycinum) tetratsiklin va oleandomitsindan iborat kombinatsiya qilingan preparat. Ichishga 0. 25 gr dan mushak orasiga 0, 1 g dan venaga, 0, 25-0, 5 g dan qo'llaniladi. Ta'sir doirasi va qo'llanilishi olitetrin kabi.

Streptomitsin guruhi.

Streptomitsin. (Streptomycinum)- turli- tuman mikroblarga, shuningdek sil mikrobakteriyalarga halokatli ta'sir ko'rsatadi. Sutkasiga 1-2 marta 500 ming 1mln. TB dozada mushak orasiga yuboriladi.

Streptomitsillin (Streptomicillinum)-benzitsillin va streptomitsin tuzlari aralashmasidan iborat preparat. Streptomitsinllinda penitsillin bilan streptomitsin xossalari mavjud, shunga ko'ra aralash infeksiyali bemorlarni davolashda ta'sirchan vosita.

Makrolidlar guruhi

Eritromitsin (erytromycinum)-grammusbat mikroblarga, jumladan boshqa antibiotiklarga rezistent mikroblarga va ayrim yirik viruslarga (troxoma) halokatli ta'sir qiladi. Har 4-5 soatda 100-200 ming TBdan ovqatdan oldin qo'llaniladi. Sutkalik dozasi 800 ming -2mln. TB. 1g dan 100 ming TB tutgan malhamida mahalliy foydalaniladi. Venaga kuniga 2 marta 200 ming TB dan eritromitsin – askorbat 5% li glyukoza eritmasi qo'llaniladi.

Oleandomitsin fosfat (Oleandomycinum phosphas)- ta'sir doirasi keng preparat. Pnevmoniya, plevrit, o'pka Absessi, empiema, yiringli bronxoektazlar, stafilakokk, streptokokk va pnevmakokk sepsis, osteomielit, siydik hamda o't pufaklari kasalliklarini davolashda ishlatiladi. Sutkasiga 4-6 marta 125-250 ming TB dan tabletka hoida ichish uchun yuboriladi.

Kanamitsin – anaerob va sil tayoqchalariga ta'sir qiladigan aminogkilozid. 0, 5-1 gr dan tabletkalari ichishga, eritmalari mushak va tomirlarga yuboriladi.

Gentamitsin- grammusbat va grammanfiy kokklarga, protey, salmonella, ichak tayoqchasiga bakteriostatik ta'sir qiladi. Sutkasiga 1-3 mg/kg miqdorida 7-8 kun mobaynida mushak ichiga yuboriladi.

Aminoglikozidlar guruhi.

Monomitsin (Monomycinum) - tasir doirasi keng preparat. Tetratsiklin, levomitsitin streptomitsinga chidamli mikroorganizimlarga nisbatan faol. Mushak orasiga (sutkasiga 3marta 250 ming TB dan) bo'shliqlarga yuboriladi, mahalliy va ichish uchun qo'llaniladi. Uzoq vaqt qo'llanilganda eshituv nervi zararlanadi, ba'zan buyraklar zararlanishi ham kuzatilishi mumkin.

Kolimitsin yoki neomitsin sulfat (Colimycinum)- ta'sir doirasi keng preparat. Qorin va plevra bo'shlig'idagi yiringli jarayonlarni, infeksiya tushgan jarohatlarni davolash uchun qo'llaniladi. Bo'shliqlarni 700 ming-1, 4 mln. TB gacha 10-20 ml 0. 5% li novokain eritmasida suyultirib yuboriladi. Jarohatlarga davo qilish uchun 0, 25-0, 5% li kolimitsin eritmasida ho'llangan tamponlar, teriga esa srtan qo'llaniladi.

Turli guruhlardagi antibiotiklar. Polimiksin M sulfat (polymixini M sulfas). Grammanfiy mikroblarga, ayniqsa ko'k yiring tayoqchasiga ta'sir qiladi. Sekin bitadigan jarohatlar Absess, yaralarni yuvish, ularga doka bosish uchun faqat mahalliy qo'llaniladi. 100 ml da 500 ming-1 mln. TB preparat saqlagan suvdagi eritmasi ishlatiladi.

Ristomitsin (Ristamycinum) - ta'sir doirasi keng preparat. Faqat venaga sutkasiga 2 marta 500 ming TB dan 250-500 ml fiziologik eritmada tomchilab yuboriladi. Uzoq vaqt qo'llanilganda leykopeniya va trombositopeniya paydo bo'lishi mumkin.

Linkomitsin (lincomycini hydrochloridum) - penitsillin, streptomitsin, tetratsiklin, neomitsin va boshqa antibiyotiklarga chidamli mikroorganizimlarga nisbatan faol. Mushak orasiga sutkasiga 2marta 0, 5 gr dan yuboriladi. O'tkir holatlar o'tib ketgandan so'ng kuniga 3 marta qo'llaniladi.

0, 5gr dan kapsulada buyuriladi. Ko'p ishlatilishi bemorda ko'pincha disbakterioz holatini keltirib chiqaradi.

Levomitsetin guruhi.

Levomitsetin (laevomycetinum) – ta'sir doirasi keng sintetik preparat. Kuniga 3-4 marta 0, 5 gr dan, ovqatdan 20-30 daqiqa oldin ichishga buyiriladi.

Sintamitsin (synthomycinum) – ta'sir qilinadigan qismi levomitsitin hisoblanadi. 1-5-10 % li emulsiyasi yiringli jarohat, kuygan yuza, yara kabilarni davolash uchun sirdan qo'llaniladi.

Zamburug'ga qarshi antibiotiklar.

Nistatin (nystatinum) - patogen zamburug'larga, ayniqsa, Candida turkumiga kiradigan achitqisimon zamburug'larga ta'sir qiladi. Bakteriyalarga chidamsiz. Turli sohalarda joylashgan kandidamikozni davolash va oldini olishda qo'llaniladi. Kuniga 3-4 marta 500 ming TB dan tabletkada yoki kuniga 6-8 marta 250 ming TB dan qo'llaniladi. Og'ir kandidamikozda dozasi oshiriladi.

Levorin (levorium) - bu ham kandidamikozda kuniga 2-3 marta 500 ming TB dan kapsulada ichish yoki shilliq pardalariga surtish uchun malham holida qo'llaniladi.

Amfoterisin B (amphotericium B) – yuqorida sanab o'tilgan preparatlar bilan davo qilish naf bermagan turli xil zamburug' kasalliklarida qo'llaniladi. Kun ora 50 ming TB dan 40 ml 5% li glyukoza eritmasida eritib venaga yuboriladi.

Antibiyotiklar turining ko'pligi biror preparatni yoki ularni birgalikda qo'llash imkonini beradi. Biroq, u yoki bu antibiotiklarni birgalikda qo'llashda ularning birga ta'sir qilish xususiyatini hisobga olish zarur. Ba'zi hollarda antibiotiklar bir - birining ta'sirini kuchaytiradi, boshqa hollarda esa ular ta'sirida antogonizm kuzatiladi.

Bemorlarning antibiotiklarni ko'tara olishini aniqlash. Antibiotiklarga ortiqcha sezuvchanlikni aniqlash uchun teri ichi sinmasi qilib ko'riladi. Shu maqsadda 1 ming TB antibiotik saqlagan 0, 1 ml fiziologik eritma bilakning ichki yuzasi terisiga yuboriladi. Nazorat tariqasida antibiotiksiz shuncha miqdordagi fiziologik eritmadan foydalaniladi. Sezuvchanligi yuqori bo'lgan shaxslarda antibiotik yuborilgan sohada anchagina shish, giperemiya, toshmalar paydo bo'ladi. Bemorda antibiotikka musbat reaksiya bo'lganda unga antibiotik yuborib bo'lmaydi.

Antibiotiklarning hammasi zamburug'ga qarshi preparatlar – nistatin, levorin va amfoterisin B bilan yaxshi aralashadi.

Antibiotiklar bilan davolashdagi xato va xavflar. Antibiotik-ning optimal dozasini aniqlash. Antibiotiklarning terapevtik dozasi asossiz

ko'paytirilganda ta'sir qilish xavfi paydo bo'ladi. Masalan, streptomisin, kanamitsin, monomitsin dozasi oshirib yuborilganda ularning ototoksik ta'siri kuchayib, bemor eshituv qobiliyatini batamom yoqotib qo'yishi mumkin. Dozasi yetarlicha bo'lmaganda davo ta'siri kam bo'ladi va kasallikning kechishi surunkali tus olishi mumkin.

Antibiotiklarni noto'g'ri tanlash. Antibiotik ta'sir doirasining har bir aniq holda ajratib olingan qo'zg'atuvchisiga mos kelishi antibiotiklar bilan muvoffaqiyatli davolashning asosiy sharti hisoblanadi. Ko'p hollarda ta'sir doirasi tor preparatlarni qo'llash zarur. Ta'sir doirasi keng antibiotik buyurilganda toksik hodisalarni kuzatish va disbakterioz vujudga kelishi mumkin. Antibiotikning farmakodinamikasini va uning patalogik o'choqqa kirish yo'llarini ham nazarda tutish zarur.

Antibiotiklar kombinatsiyasini asossiz qo'llash. Antibiotik-lardan foydalanishda monoterapiyaga, ya'ni mikrofloraning sezuvchanlik xususiyatini hisobga olgan holda bitta preparatni qo'llashga asoslanish kerak. Antibiotiklarni aralash infeksiyada tashxis bakterologik tasdiqlanganda kombinatsiya qilib buyuriladi. Antibiotiklar kombinatsiyasi asossiz qo'llanilganda qo'shimcha toksinli va allergik ta'sir yuzaga kelish xavfi ortadi.

Yaroqlilik muddati o'tgan va noto'g'ri saqlangan antibiotiklarni ishlatish mumkin emas.

Antibiotiklarning asoratlari

Allergik reaksiyalar – antibiotikka sezuvchanligi oshgan bemorlarda paydo bo'ladi. Sensibilizatsiya reaksiyaga sabab bo'lgan antibiotikning o'zidagina emas, balki sezuvchanlikni yuzaga keltiradigan boshqa dori moddalaridan ham paydo bo'lishi mumkin. Allergik reaksiyalar "eshakem" toshishi, hiqildoq va traxaeyaning shishishi, astma xuruji (bo'g'ilish), allergik tumov, konyuktivit, o'tkir diareya (kolit) bilan namoyon bo'ladi. Lekin shularning ichida eng og'iri anafilaktik shokdir. U inyeksiya qilingandan bir necha daqiqa o'tgach rivojlanadi. Bunda kasalning darmoni quriydi, badan terisi oqaradi va sovuq ter bosadi, qo'l va oyog'i muzlab, ko'kara boshlaydi, arterial qon bosimi keskin pasayadi, pulsi ipsimon bo'lib qoladi, talvasa tutadi, bemor xushidan ketadi. Ba'zan

yuz va shilliq pardalarida shish paydo bo'lib, "eshakem" toshishi, ko'ngli aynib, qusishi yoki ichi ketishi mumkin.

Og'ir holatlarda esa bemorning ichidan qon ketishi, dispnoe, miya shishishi va jigaming zaharlanishi hisobiga komatoz holat kuzatilishi yoki bemor qisqa muddatda o'lib qolishi mumkin. Bu holatlarda zudlik bilan quyidagi choralarni ko'rish lozim bo'ladi:

a) dori yuborilgan joy yuqorisidan jgutni arteriyalar va venalar bosiladigan qilib qo'yish kerak. Bunda jgut to'g'ri qo'yilgan bo'lsa, tekshirganda periferiyada puls aniqlanmaydi;

b) ikkinchi qo'l venasiga allergiyaga qarshi preparat (dimedrol, diprazin, suprastin, gidrokortizon, deksametazon va b.) yuborish;

v) jgutni yechmay, preparat yuborilgan joy atrofidagi teri ostiga adrenalin eritmasi yuborish (0, 1 % li 1 ml adrenalin 0, 9 % li natriy xlorid eritmasida eritiladi) lozim bo'ladi. Bu eritma tomirlarni toraytiruvchi ta'sir ko'rsatib, anafilaktik shokka sabab bo'lgan preparatlarning so'rilishini sekinlashtirishga xizmat qiladi.

Bu og'ir asoratning oldini olish uchun bemordan ilgari shu preparatga bo'lgan reaksiya xususida so'rashdan tashqari, birinchi inyeksiyani bitta qo'l yoki oyoq sohasiga qilish, reaksiya paydo bo'lgan taqdirda jgut qo'yishga imkon bo'lishi uchun) va bemorni birinchi kun mobaynida, ayniqsa, inyeksiyadan keyingi dastlabki daqiqalarda sinchkovlik bilan kuzatib borish kerak.

Tayinlangan dori o'miga teri ostiga yanglishib boshqa dorini yuborish dorining kimyoviy xossalariga qarab turli ko'ngilsiz hollarga sabab bo'lishi mumkin. Shprintsni to'ldirish (quruq ampula ignada qolgan bo'lsa), inyeksiyadan oldin doridagi yozuvni qayta tekshirish yo'li bilan buning oldini olish mumkin. Bordi-yu xato qilib qo'yilsa, preparat yuborilgan joy yuqorisidan jgut bog'lanadi va qanday dori yuborilgani ma'lum bo'lsa, o'sha joyga qarama-qarshi ta'sir qiladigan preparat yuboriladi. Agar ma'lum bo'lmasa, dori yuborilgan joy atrofidagi teri ostiga 0, 9 % li natriy xlor eritmasidan hammasi bo'lib 50-100 ml gacha yuboriladi, bu yuborilgan preparat konsentratsiyasini pasaytirishga va shu bilan uning zararli ta'sirini kamaytirishga imkon beradi.

Og'ir holatlarda venaga dori yuborish tavsiya etiladi. Venaga tomchi usulida noradrenalin (500 ml fiziologik eritmada 5 mg dozada

kortikosteriodlar va mezaton bilan birga) yuborish mumkin. Prednizaloni venaga asta-sekin 50-100 mg dozada, gidrokortizonni 100-250 mg, kalsiy xloridning 10% li eritmasi 10 ml dozada yuboriladi.

Hiqildoq shishida traxeostomiya qilinadi, sun'iy nafas oldiriladi, kislorod beriladi. Venaga eufillinning 2, 4 % li eritmasidan 10 ml va dimedrollning 1 % eritmasidan 1 ml yuboriladi. Penitsillin yuborilganda vujudga keladigan anafilaktik shokni mushak orasiga 800 000 TB penitsillinaza yuborib davolash zarur. Bundan tashqari, amaliyotga hayot uchun unchalik xavf tug'dirmaydigan boshqa reaksiyalar ham kuzatilishi mumkin. Bunday reaksiyalarga: zardob kasalligini eslatuvchi sindrom, eozinofiliya, leykopeniya va agranulositar, toshmalar, dermatit, eshakem, angionevrotik shish (Kvinke shishi), rinit, bronxit, stomatit, gastrit, enterokolit, nevrit, pleksit, nefrit va ularning birga uchraydigan xillari kiradi.

Toksik reaksiyalar har qanday antibiotik ayniqsa, katta dozalarda qo'llanilgandan paydo bo'lishi mumkin. Klinik jihatdan eshituv nerviga (qisman yoki batamom eshitmaydigan bo'lib qolish), vestibulyar apparatga (vestibulyar buzilishlar), ko'ruv nerviga (ko'zning xiralashuvi) ta'sir etib, polinevrit, paresteziya, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, markaziy nerv sistemasi, me'da ichak yo'llarining turli xildagi zararlanishida namoyon bo'ladi.

Superinfeksiya. Antibiotiklar bilan davolash jarayonida asosiy kasalikka sabab bo'lgan flora yo'qotiladi. Bu vaqtda boshqa kasallik qo'zg'ata olish ehtimoli bo'lgan shartli patogen mikrofloraning tez rivojlanishi kuzatilishi mumkin (endogen superinfeksiya).

Kandidozlar. Candida turkumiga kiradigan achitqisimon zamburug'lar qo'zgatadi. Antibiotikoterapiya (ayniqsa, ta'sir doirasi keng preparatlar bilan) normal mikrofloraning turli xil vakillari o'rtasida bo'ladigan odatdagi nisbatini buzadi (bakteriyalar o'sishini to'xtatish va achitqisimon zamburug'larning jadal sur'ati ko'payishi) va Candida ning faollashishiga imkon beradi. Kandidozlarda tashqi qoplamlar (teri shilliq pardalar) va ichki a'zolar (nafas yo'llari, me'da-ichak yo'llari, siydik-tanosil sistemasi va hokazolar) ning zararsizlanishi kuzatiladi. Davolash antibiotikni bekor qilish va nistatin buyurishdan iborat.

Bakterioliz - (Yarish - Gerksgeymer) reaksiyasi. Ba'zan ko'p miqdorda antibiotiklar yuborilganda mikroblar tezda halokatga uchrab, bir talay endotoksin ajralib chiqishi mumkin. Klinik jihatdan bu et junjikishi, isitma, taxikardiya, terlash, ba'zan diareya bilan yuzaga chiqadi.

Og'ir hollarda haroratning pasayishi, kollaps, hushdan ketish, oliguriya, anuriya qayd qilinadi, davo qilinmasa, bemor olamdan o'tishi mumkin. Yurak dorilari yuborish, ko'p miqdorda suyuqlik quyish, antigistamin preparatlar berish lozim.

II. BOB

XIRURGIK YO'L BILAN DAVOLANAYOTGAN BEMORLARDA HAMSHIRA PARVARISHINING XUSUSIYATLARI

Operatsiyadan oldingi va keyingi davrlar haqida tushuncha

Operatsiyadan oldingi davr deganda – operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davri bo'lib, bemorning xirurgik statsionarga kelgan kunidan boshlab, toki xirurgik muolaja bajarilgan kungacha bo'lgan davr tushuniladi.

Operatsiyadan oldingi davr bir necha soatdan bir necha kungacha davom etishi mumkin.

Operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davri ikkiga bo'linadi.

1 Diagnostik davr, organ va sistemalar holati aniqlanadi, bemorlarga tashxis qo'yiladi va bemorlarni xirurgik yo'l bilan davolashga tayyorlanadi.

2 Operatsiyadan oldingi tayyorlov davri, bu davrda asosiy kasallik bilan birga qo'shib keladigan kasalliklar operatsiyadan oldin aniqlanib, operatsiyaning og'ir kechishini pasaytirishga, organizm holatini yaxshilashga qaratilgan davo chora- tadbirlar yig'indisidir. Kasallikning qandayligiga qarab operatsiyadan oldingi davr kechiktirib bo'lmaydigan va bir necha kungacha davom etishi mumkin.

Kechiktirib bo'lmaydigan davrda – bemordan qisqa anamnez yig'iladi, qon, siydik umumiy tahlili olinadi.

Agar bemor ahvoli qoniqarli bo'lsa hatto ko'rsatma bo'yicha rentgenologik tekshirishlar o'tkazilishi mumkin. Masalan, bunday kasalliklarga o'tkir appenditsit, oshqozonning teshilgan yarasi va boshqalar kiradi.

Bir necha kun davom etadigan davrda – bunda bemorlarni barcha laborator tekshirishlar va kerakli instrumental tekshirishlar o'tkazilib, tashxis yanada oydinlashtiriladi va operatsiya davomida xavf- xatarni imkon boricha kamaytirish choralari ko'riladi.

Bunday kasalliklarga masalan, (yurak nuqsonlari, jigar, o'pka exinokokkozi, bronxoektaz) kasalliklari kiradi.

Operatsiyadan oldingi davrning umumiy maqsad va vazifasi har qanday operatsiyaning muvaffaqiyatli o'tishini ta'minlashdir.

Operatsiyadan oldingi davrda bemorlarni gigiyenik ko'rikdan o'tkazish.

Qabul bo'limida kasal to'la kichik tibbiy xodimi ishlovidan o'tadi: dush yoki vanna qabul qiladi (og'ir bemorlarni ho'l sochiq bilan artiladi), timoqlari olinadi, sochlari pedikulyozga qarshi tekshiriladi. Xirurgik statsionarda bemorlar terisini parvarish qilish hamshiralarning asosiy vazifalaridan biri hisoblanadi. Bemorlar gigiyenik manipulyatsiyalarni o'z kuchi va vositalar yordamida amalga oshira olmaydigan holatlarda bu ishlarni hamshira bajaradi. Statsionarda bemorlar badan gigiyenasini muntazam amalga oshirishlari shart. Keyingi bosqichda esa bemor operatsiyaga tayyorlanadi. Operatsiyadan oldin bemorning me'da-ichak sistemasi tozalanadi.

Me'da va ichakning dam bo'lishi yurak va o'pkaning (sistemasining ham) funksiyasini buzadi. Operatsiya me'da-ichak sistemasida bajarilayotgan bo'lsa, ulardagi moddalar qorin bo'shlig'iga tushib, qorin pardasini yallig'lantiradi. Operatsiya paytida me'daning to'la bo'lishi narkozda ko'ngil aynib, operatsiya paytida asfiksiyaga olib kelishi mumkin.

Ovqatning me'dadan ichaklarga o'tishi buzilmagan hollarda uni operatsiyaga tayyorlashning o'zi kifoya qiladi. Agar me'dada ovqat evakuatsiyasi buzilgan bo'lsa, operatsiyadan oldin u so'rib olinadi. Buning uchun yo'g'on me'da zondidan va katta shprisdan (Jane) foydalaniladi. Me'dada quyuc ovqat qoldiqlari va shilliq bo'lsa, uni yuvish kerak bo'ladi. Bunday hollarda shprints o'miga zond uchiga katta shisha varonka kiygiziladi.

Bemorni operatsiyaga tayyorlashda uning badan terisini tayyorlash katta ahamyatga ega, chunki teri burmalarida, teshikchalarida ko'plab mikroblar to'plangan bo'ladi. Shuning uchun ham bemorni operatsiya arafasida cho'miltirib, kiyimlari almashtiriladi.

Operatsiya kuni bemorning sochlari, timoqlari olinib, soqolmo'ylovlari qiriladi. Operatsiyadan bir kun oldin bemor umumiy vanna

qabul qiladi. Har bir bemorni cho'miltirish uchun vannani issiq suvda mochalka va cho'tkalarni qaynatib sterillash tavsiya qilinadi.

Vannada cho'milgandan keyin u 3% li lizol eritmasi va iliq suv bilan chayib tashlanadi. Bemorni cho'miltirishdan oldin 37-38°C li suv bilan vannaning 2/3 qismigacha to'ldiriladi. Yuvishda bemorga yordam berib turish kerak.

Umuman, bemorni operatsiyaga tayyorlashning mahalliy, umumiy va maxsus turlari bor.

Mahalliy tayyorgarlikda bemor tozaligiga alohida ahamiyat beriladi. Uning operatsiya maydoni atrofidagi tuklari qiriladi. Masalan, appenditsitda qorin oldingi devorining (qov sohasini qo'shib) 2/3 qismining tuklari qiriladi. Buning uchun terini jarohatlamaydigan o'tkir ustarlardan foydalanish zarur. Teri operatsiya arafisida qirilgan bo'lsa, terining kesilgan joylariga infeksiya tushib, yiringlab ketishi va operatsiyani kechiktirishga sabab bo'lishi mumkin. Tuklar qirilgandan keyin terini spirt, diotsid yoki boshqa antiseptik eritma bilan artish kerak.

Umumiy tayyorgarlik muhim hayotiy funksiyalarni normallashtirishga qaratilgan bo'lib, xirurg bilan anesteziolog birga hal qiladi. Inson organizmining ichki imkoniyatlarini aniqlash uchun sodda, aniq ma'lumot olish mumkin bo'lgan usullardan foydalaniladi. Nafas chiqarib tutib turish 10-12 s dan kam bo'lsa, bu yurak-tomirlar, nafas olish sistemalarining funksional holati va imkoniyatlarining pastligini bildirib, narkoz va operatsiyaning xavfi katta ekanligidan dalolat beradi.

Bemorni kichik tibbiy xodimi va gigiyenik jihatdan ozoda qilish to'la va qisman bo'ladi. To'la kichik tibbiy xodimi ishlovida rejali operatsiya arafasida bemor timoqlarini olish, dush yoki vanna qabul qilib operatsiya qilinishi kerak bo'lgan sohani tozalab yuvish kerak. Bemor operatsiyaga tayyorlanayotgan palata poli, hamma narsa kechqurun xloramining 0.5% li eritmasi bilan artilishi, shamollatilishi va ultrabinafsha nurlar bilan nurlantirilishi kerak.

Bemorga qisman kichik tibbiy xodimi ishlov berish shoshilinch operatsiyalardan oldin amalga oshiriladi. U timoqlarni olish, qo'lni, oyoqlarni va tananing boshqa ifloslanadigan qismlarni geksaxloran suspensiyada ho'llangan sochiq bilan artishni va operatsiya maydonidagi sochni qirishni o'z ichiga oladi. Operatsiya arafasida bemor qo'l soati,

uzuklari va qimmat baho buyumlarni saqlash uchun topshiradi. Premedikatsiyadan oldin bemor qovug'ini bo'shatishi, ko'z oynak, olinadigan kontak linza va protez tishlarini olib, ularni palatada qoldirishi lozim. Operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davrining qancha davom etishi kasallikning xususiyatiga, bemoming umumiy ahvoliga, operatsiyaning shoshilinch darajasiga va xirurgik yo'l bilan davolashning ko'lamiga bog'liq ravishda o'zgarib turadi. Kechiktirib bo'lmaydigan operatsiyalarda (qon ketishini to'xtatish, appenditsitda, me'da yarasi teshilganda, homila bachadondan tashqarida 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, qorin bo'shlig'ini rentgenologik tekshirish) amalga oshiriladi. Og'ir ahvoldagi bemorlar uchun zudlik bilan operatsiya qilinadigan bo'lsa suv muolajalari qo'llanilmaydi. Yurak va tomirlar transplantologiya xirurgiyasida, me'da va o't 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. Xirurgik operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davridayoq xirurgik yo'l bilan da'vo qilinayotgan paytda ehtimol kutilgan qiyinchiliklarni oldindan ko'ra bilishi kerak. Bu qiyinchiliklar shartli ravishda og'riqsizlantirishning turi, qon ketish ehtimoli, operatsiya shoki yoki hayotiy muhim a'zolarining shikastlanishi ehtimoli bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Bemorni operatsiyaga tayyorlash davrida o'zgarishga uchragan a'zolar faoliyati korreksiya qilinadi. Katta hajmdagi radikal operatsiya polliativ operatsiyaga nisbatan katta zahiralarni 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 bemorda bo'qoq yoki tug'ma yurak kasali bo'lsa, sanatoriy davosi qo'llaniladi, bodomchasimon bez va chirigan tishlar sanatsiya qilinadi. Yaqin oradagi operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davrida (7-15 kun davomida) somatik sistemaning umumiy holati yaxshilanadi, bevosita operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davrida esa kichik tibbiy xodimi ishlovi o'tkaziladi, qovuq va to'g'ri ichakdagi moddalar chiqarib yuboriladi.

Operatsiyadan oldin bemorning og'irligi va qon bosimi o'lchanadi. Bemor kiyimlari yechilib, oq xalat kiydiriladi va hamshira bemorning o'zini, kasallik tarixi va tekshirish natijalariga oid hujjatlarni olib operatsiya xonasiga kiradi.

Bevosita operatsiyaga tayyorgarlik davri tadbirlari va belgilangan turdagi (stenoza me'dani tozalash, yo'g'on ichakni rezeksiya qilishdan avval uni sifonli huqna 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 (gigiyenik suvli vanna, sochni olish, huqna qilib tozalash, qovuqni bo'shatish) bevosita operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davri uchun tegishlidir.

Bemorni ruhan tayyorlash. Xirurgik operatsiyadan oldin bemor u yoki bu darajada ruhan ezilishi mumkin. 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. Shuning uchun savollarga to'liq, ishonchli javob berib, ulardagi qo'rquvni yo'qotish lozim.

Operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davrida bemor bilan shifokor o'rtasidagi aloqa ayniqsa kuchayadi. Vrachning bemorni operatsiya yaxshi tugashiga ishontira olish qobiliyati ega bo'lishi hamda davolash bemorga yangidan-yangi kuch bag'ishlay olishi zarur. 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 umidini ham yo'qotadi va kasallik yanada tezlik bilan avj ola boshlaydi.

Operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish davrida uyqusizlikka va og'riqqa qarshi kurash muhim ahamiyatga ega. Shu maqsadda uyqu, asabni tinchlantiruvchi (trankvilizatorlar) va og'riqsizlantiruvchi dori-darmonlar (analgin, promedol, amnopen, morfin) qo'llaniladi. Bemorning sog'ayishiga o'zini-o'zi ishontira olishi, shuningdek, sog'ayishi haqiqat

ekaniga ishonтира olish va tibbiy gipnoz katta ahamiyatga molikdir. Belgilangan operatsiya kunini bolalarga va his-tuyg'uga tez beriladigan bemorlarga bildirmagan ma'qul; bunday bemorlarga narkoz berishni palatadayoq yoki operatsiya xonasidan oldingi xonada (operatsiya tayyorlanish xonasida) boshlash maqsadga muvofiq.

Har bir holda ham operatsiyaga bemorning roziligini olish zarur. Agar bemor hushini yo'qotgan bo'lsa yoki ruhiy kasallik tufayli muayyan javobni bera olmasa, u holda xirurgik yo'l bilan davolash masalasi shifokorlar konsiliumi bilan hal etiladi. Bemor bolani operatsiya qilish uchun uning ota-onasi roziligini olish zarur. Juda shoshilinch operatsiyalarda, bemor bolaning ota-onasi bo'lmasa, u holda bu masala ham konsilium yo'li bilan hal etiladi.

Me'da-ichak sistemasini rentgenologik tekshiruvga tayyorlash.

Bunda rentgenokontrast moddalarning qizilo'ngach, me'da, o'n ikki barmoqli ichak, ingichka va yo'g'on ichaklar orqali yuborib, rentgenologik tekshiruv o'tkaziladi. Bu tekshirishlar bemorning me'da, ichagini axlat va yeldan tozalashga qaratilgan maxsus tayyorgarlikdan keyin amalga oshiriladi. Bemor tekshiruv arafasida qattiq ovqat (qora non, kartoshka, bodom, o'rik va boshqalar) yemasligi kerak. Kechqurun va tekshirish kuni ertalab tozalovchi huqna qilinadi. Tekshirish arafasida va shu kuni ichakda yel hosil bo'lishi (meteorizm)ning oldini olish uchun surgi dori berilmaydi. Me'dada ko'p suyuqlik yig'ilib qolganda uni bir necha kun davomida yuvib turish kerak. Ichilgan kontrast (dori) moddalar odatda yo'g'on ichakka bir kecha kunduzdan keyin o'tadi va shuning uchun bemorni huqna qilmasdan tekshirish kerak.

Agar bemor tekshirishga yaxshi tayyorlangan bo'lsa, rentgenologik usul diagnostika uchun qimmatli ma'lumotlar beradi.

O't pufagi va o't yo'llarini rentgenologik tekshirishga tayyorlash.

Xolesistografiya – jigarda yodning ayrim birikmalari qonga singib, ularning o't bilan ajralib chiqarish qobiliyati va o't pufagida yig'ilishini o'rganishga asoslangan.

Xolesistografiyaga xipagnost, osbil, xolevit va boshqa dorilardan birontasini kechqurun bir marta va bo'lib-bo'lib qabul qilish yo'li orqali tayyorlanish mumkin.

Xolesistografiya o't yo'llarni rentgenologik tekshirish usulidir. Yuqoridagi tekshirishlar yaxshi natija berishida bemorlarni to'g'ri tayyorlashning ahamiyati katta.

Tekshirishdan 15-20 soat va 1-1, 5 soat oldin bemorga tozalovchi huqna qilinadi, chunki ichak axlat va yeldan xoli bo'lishi kerak.

Bemorni rejali operatsiyaga tayyorlash.

Rejali operatsiya o'tkazish uchun majburiy va maxsus tekshirish turlari belgilanadi. Majburiy minimum tekshirishga: ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkutsiya, auskultatsiya kiradi. Shu bilan birga qon, siydik va najasning umumiy tahlili, qon bosimini o'lchash, ayrim hollarda ko'krak qafasining umumiy rentgen tasviri, qon guruhi va rezus omillarni aniqlash lozim. Keksa yoshdagi bemorlarni tekshirishda elektrokardiografiya va terapevt maslahati qo'shiladi. Maxsus tekshirishlarda, masalan qon tekshirish lozimligini inobatga olib: a) bakteriologik, serologik, b) biokimyoviy, v) morfolig tekshirishlar o'tkaziladi. Shu jumladan, siydikni tekshirishda Zimnitskiy-Aburje, Addis-Kakoviskiy, Necheparenko sinamallari, qand miqdorini aniqlash va biokimyoviy tekshirishlar qo'llaniladi.

Yurak-qon tomir sistemasi. Yurak-qon tomir sistemasini tekshirishda biror xil kasallik (yurak parogi, gipertoniya kasalligi va h. k) aniqlanadi. Bemorlarda arterial bosim (ayrim hollarda venoz bosim ham), puls albatta o'lchanadi. Elektrokardiografiya, oksigemometriya (qonning kislorodga to'yinishini aniqlash) va umumiy qon tahlili qilinadi. Birorta patologiya aniqlanganda shifokor kerakli dori- darmonlarni bemorga buyuradi va uni bartaraf qilish choralarini ko'rib davolanadi.

Nafas a'zolari. Nafas a'zolarini tekshirishda yuqori nafas yo'llari katari, bronxit, o'pka yallig'lanishini aniqlash, operatsiyadan oldingi davrda bu yallig'lanish jarayonlarini yo'qotish kerak. Og'riqsizlantirish turini tanlashda O'TS (o'pkaning tiriklik sig'imi: normada 3500-4500 ml) aniqlanadi. Shtange sinamasi (bemor maksimal nafas olishda qancha vaqt nafasni tutib tura oladi; normada 40-50-sek) va Goobraze sinamasi

(o'shaning o'zi, biroq maksimal nafas chiqarilganda normada 15-20 sek) qilib turiladi. Murakkab operatsiyalarda, ayniqsa, o'pka va yurak operatsiyalariga tayyorlashda spirografiya, yurak bo'shlig'ini zondlash va tekshiruvlar o'tkazish shart.

Hazm a'zolari. Og'iz bo'shlig'ini sog'lomlashtirishda (kichik tibbiy xodimlarga) milklarning yallig'lanishi va chirigan tishlarini oldirishga katta ahamiyat beriladi. Me'da-ichak yo'llarida biror kasallik (gastriit, me'da va o'n ikki barmoqli ichakning yara kasalligi, kolit, bavoasil va h. k lar) borligi aniqlanganda ular dori-darmonlar bilan davolanadi. Operatsiya umumiy narkoz ostida olib borilgan hollarda jigar funksiyasini tekshirib turish zarur (zardobning umumiy oqsili va uning fraksiyalari, Takata-Ara, timol va farmolinli sinamalar).

Siydik-tanosil sistemasi. Siydikning umumiy tahlili va Zimnitskiy sinamasi qilinadi, qoldiq azot aniqlanadi. Kerak bo'lganda urologik tekshirish o'tkaziladi. Bularga vena ichiga dori yuborib ekskretor urografiya, uretroma yuborib, sistografiya yoki sistoskopiya qilish kiradi. Ayollar operatsiyadan oldin albatta ginekologik tekshiriladi. Patologiya topilganda tegishlicha davo olib boriladi. Operatsiya vaqtida va operatsiyadan keyingi davrda qon ketish xavfining kuchayishi sababli hayz ko'rish davrida operatsiya qilinmaydi.

Qon va qon yaratuvchi a'zolar. Operatsiyadan oldin qonning umumiy tahlilidan tashqari qon oqishi va qon ivishi vaqti aniqlanadi. Murakkab operatsiyalardan oldin koulografiya va tromboelastografiya qilinadi. Operatsiya vaqtida va operatsiyadan keyin bemorda qon ivishi pasayadi, bemor ko'p qon yo'qotishi mumkin. Qonning ivish xususiyati oshganda trombozlar va emboliya paydo bo'ladi. Qonda yuz bergan o'zgarishlarni nazarda tutib operatsiyagacha kerakli o'zgartirish qilinadi.

Asab-ruhiy sfera. Bemor psixikasini ehtiyot qilish zarur, chunki unga ozor yetkazish kasallik kechishini og'irlashtiradi. Ayrim bemorlar o'zida rak kasalliklari borligini bilgandan keyin ruhan eziladi: o'ychan bo'lib qoladi, ishtaha va uyquni yo'qotadi.

Tibbiyot hamshirasining vazifasi bemorni tinchlantirish va unga tasalli berish. Unga bo'lajak operatsiyaning nechog'li zarurligini tushuntirish, operatsiyaning yaxshi natija bilan tugashiga ishontirish, misol tariqasida shunday operatsiyani boshidan kechirgan bemorlarni tuzalib

ketganligi to'grisida so'zlab berish kerak. Tibbiyot hamshirasining biror holatni tushuntirishi davolovchi shifokorning gaplariga asoslanishi lozim. Ma'lumotlar bir-biriga to'g'ri kelmagan hollarda bemor tibbiyot xodimiga ishonmay qoladi.

Kasallik tarixining bemor qo'liga tushib qolishiga aslo yo'l qo'ymaslik kerak, chunki maxsus bilimi bo'lmagan bemor undagi ma'lumotlarga tushunmay, o'zicha noto'g'ri xulosa chiqarishi mumkin.

Teri qoplamalari. Teri qoplamalarini ko'zdan kechirilganda yiringlagan joy, yallig'langan infiltratlar borligiga ahamiyat berish kerak. Teridagi hamma yallig'lanish jarayonlarini tugatish zarur, chunki operatsiyadan keyin bu kasalliklar endogen infeksiya manbai bo'lib qolishi va hatto yiringli jarohatni avj oldirib, og'ir asoratni keltirib chiqarishi mumkin. Operatsiyadan bir kun oldin bemor gigiyenik vanna qabul qiladi, operatsiya maydoni sohasidagi tuk-junlar faqat operatsiya qilinadigan kuni tozalanadi.

Yoshi ulg'aygan va keksa yoshdagi bemorlarni operatsiyaga tayyorlashning ba'zi bir xususiyatlari. Bemorlarni operatsiyaga tayyorlashning umumiy prinsplari ularning yoshidan qat'iy nazar hammasi uchun bir xil, biroq organizmning kompensator imkoniyatlari kamayib ketishi va operatsion jarohatga qarshilik kuchining pasayishi sababli yoshi ulg'aygan va keksa kishilar bir muncha puxta tekshirishi hamda tegishli medikamentos tayyorlashga muhtoj bo'ladilar.

Keksa kishilarning nerv sistemasiga tez ozor yetadi va tibbiyot xodimining vazifasi uni avaylashdan iborat. Yoshi ulg'aygan kishilarning yurak-tomirlar sistemasida ko'pincha yoshga oid o'zgarish kuzatilib, qon aylanishi yetishmovchiligi alomatlar bilan o'tadi. Ularni albatta elektokardiogramma qilinib, keyin terapevt konsultatsiyasidan o'tkaziladi, kardiotrop vositalar tayinlanadi. Ularda aksariyat pnevmoskleroz va o'pka emfizemasi kuzatiladi. Bularning hammasi kasallikning o'tishini ancha og'irlashtiradi va operatsiyadan oldingi tayyorgarlik muddatini uzaytirib yuboradi. Bunday bemorlar uchun nafas gimnastikasi operatsiyadan keyin yuz beradigan pnevmoniyalarning oldini olishda muhim vosita bo'lib xizmat qiladi.

Yoshi ulg'aygan bemorlar ichak funksiyasi yetarli bo'lmaganidan aksari qabziyatdan nolib yuradilar. Operatsiyadan oldin ularga tegishli yumshoq parhez ovqatlar tayinlanadi, vaqtida tozalash huqnasi qilinadi.

Bemorni iliq dush xonasida kichik tibbiy xodimlar obrabotkasidan o'tkaziladi. Vannaga tushishi buyirilgan bo'lsa, suv harorati 37-38 °C dan oshmasligi kerak. Organizmning qarshilik kuchi kamayganligini hisobga olib bemorlarni sovqotishdan saqlash lozim.

Bunday turdagi bemorlarga barbituratlarni ehtiyotkorlik bilan yuborish kerak (nafas markazi ishining kamayishi, jigar va buyrak funksiyasining buzilishi). 60 dan oshgan kishilarga har qanday dori vositalarni buyurishda yuqori doza emas, balki kattalarga beriladigan umumiy dozaning 1/2 qismini qo'llash lozim. Bunday kishilarga narkotik vositalarni tanlash ham g'oyat qiyin. Morfin nafasning buzilishiga sabab bo'lgani uchun tavsiya qilinmaydi. Pantopon va promedol qo'llangan ma'qul.

Holsizlangan bemorlarni operatsiyaga tayyorlash xususiyatlari.

O'pka, me'da-ichak yo'llari surunkali yallig'lanishi natijasida organizmning himoya kuchi kamayib, suv- elektolit balansi buziladi va anemiya oqibatida ozib ketadi. Natijada operatsiyadan so'ng shok paydo bo'lishiga, jarohatning yaxshi bitmasligiga va a'zolarida asoratlar avj olishiga moyillik tug'diradi. Bunday bemorlarda takroran qon quyiladi. Vitaminlardan B, C, A, 40% li glyukoza eritmasi yuboriladi, temir preparatlari ferrakal, feromaks, globeks, tardiferonlar tayinlanadi. Organism suvsizlanganda 1-2-3 litr fiziologik eritma (Ringer-Lokk) yoki 5-10 % li glyukoza eritmalaridan quyish buyuriladi. Yurak ishi susayganda yurak glyukozidlari, kamfora, kardiomin qilinadi.

Bemor juda ozib ketgandan va odatdagi usulda ovqatlantirilib bo'lmaganda oziqlantiruvchi huqnalardan foydalaniladi. Avval ichaklarni tozalash maqsadida oddiy tozalovchi huqna qilinadi. Yo'g'on ichak orqali suv, osh tuzi, glyukoza va spirtgina so'rilishi mumkinligini esdan chiqarmaslik kerak, shuning uchun oziqlantiruvchi huqna tarkibi (0, 85 % li osh tuzi eritmasi, teng miqdorda olingan 5 % li glyukoza va 4-5 % li spirtli eritma) 37-40° gacha isitilib sutkasiga 2 litrgacha yuboriladi.

To'g'ri ichak orqali gemodez, jelatinol polidez va boshqa standart eritmalar yuborish mumkin.

Biroq, bunday holarda parenteral ovqatlantirish usulini qo'llagan yaxshi. Shu maqsadda venaga 300-500 ml dan albudakika, protein, kazein, gidrolizat va qon o'mini bosadigan suyuqliklar, 40% li glyukoza eritmasi insulin bilan venaga yoki teri ostiga yuboriladi. Vitaminlar kompleksini qo'llash zarur. Yog' preparatlaridan introlipid va lipofundin qo'llaniladi.

Bolalarni operatsiyaga tayyorlash xususiyatlari

Tibbiyot hamshiralarning kasal bolaga g'amxo'rlik qilib, uni qunt bilan parvarish qilishi bolaning tez sog'ayib ketishiga imkon beradi.

Bolalarda operatsiya o'tkazish uchun ota-onasi yoki qarindoshlarining yozma roziligini olish shart. Ularga operatsiyaning xususitayati, og'ir-yengilligi, xavfli, shuningdek qanday natija bilan tugashi mumkinligini tushuntirish lozim. Ota-onasi yo'qligidan oshig'ich yoki kechiktirib bo'lmaydigan operatsiya qilishga zarurat tug'ilganda bu qoidaga amal qilinmaydi. Bunday holatlarda kamida ikki kishidan iborat shifokorlar konsiliumi o'tkazilib operatsiya qilish-qilmaslik masalasi hal qilinib, kasallik tarixiga akt qilib yozib qo'yishi lozim. Kasalxonalarining bo'lim mudiri va bosh shifokoriga qanday qarorga kelgani to'g'risida xabar qilinadi.

Operatsiya qilish muddati kasalliklarning xususiyatiga bog'liq. Operatsiyani har qanday yoshda, hatto chaqaloqlarda ham o'tkazish mumkin.

Operatsiyaga tayyorlash kasallik xususiyatiga, bemorning yoshi va umumiy ahvoriga bog'liq. Murakkab operatsiyalarda funksional diagnostikadan foydalanib, batafsil tekshirishlar o'tkazish lozim. Bemorni operatsiyaga tayyorlashda ruhiy tushuntirishning o'mi katta. Bu masalalarda ota-onalar va tarbiyachilar yordam berishi kerak.

Ko'krak yoshidagi bolalar operatsiyadan bir kun oldin kech soat o'ngacha odatdagicha ovqatlantiriladi. Kattaroq yoshdagi bolalarga yengil kechki ovqat yeyishga ruxsat beriladi. Operatsiyadan 3 soat oldin bemorga shirin choy berish mumkin. U ikki soatdan so'ng so'nilib ketadi va qusishga sabab bo'lmaydi. Bemorni operatsiyaga tayyorlash uchun surgi dorilar tayilanadi. Tozalovchi huqna bir kun avval kechqurun va operatsiya kuni ertalab qilinadi.

Bemorlarni shoshilinch operatsiyaga tayyorlash.

Qisqa anamnez yig'iladi, bemor umumiy ko'zdan kechiriladi, perkutsiya, auskultatsiya, palpatsiya qilinadi. Agar bemorning ahvoli imkon bersa, qon, siydikning umumiy tahlillari, rentgenoskopiya yoki rentgenografiya, maxsus ko'rsatmalar bo'lganda qo'shimcha tekshirishlar o'tkaziladi.

Qabulxona bo'limida bemor ahvolining og'ir yengilligiga va operatsiyaning nechog'li shoshilinch suratda o'tkazilishiga ko'ra to'liq yoki qisman kichik tibbiy xodimlar ishlovi o'tkaziladi. Shoshilinch hollarda bemorning kiyimlari yechiladi, tuk (junlari) qirib tashlanadi. Bemorning me'dasi to'lib ketgan taqdirda undagi modda zond bilan chiqariladi, huqna qilinmaydi. Siydik ajratish qiyinlashgan bo'lsa, kateter bilan chiqariladi, odatdagi hollarda esa bemorning mustaqil siyishi kifoya qiladi.

Operatsiyadan keyingi davr

Bu davr operatsiya tugallanib bemorni xirurgik bo'limdan chiqarilgunga va mehnat qobiliyati qayta tiklangungacha bo'lgan davrni o'z ichiga oladi.

Operatsiyaning xarakteri, hajmiga, bemorning umumiy ahvoliga qarab bu davr 4 bosqichga bo'linadi:

1) Reanimatsion bosqich – operatsiyadan keyingi dastlabki 1-3 sutkani o'z ichiga oladi.

2) Erta bosqich – operatsiyadan keyingi 3-5 sutkani o'z ichiga oladi.

3) Kechki bosqich – operatsiyadan keyingi 2-3 haftadan iborat bo'lib, ko'pincha bu bosqich bemor kasalxonadan chiqib ketguncha davom etadi.

4) Kelajak bosqich – bemor ish qobilyati qayta tiklangunicha davom etadi.

Operatsiyadan keyingi davr bir necha kundan, bir necha oygacha davom etishi mumkin.

Operatsiyadan keyingi davr reanimatsion bosqichida narkozga aloqador asoratlarni kuzatilishi mumkin. Bunday asoratlarda gipertermiya, talvasa tutishi, o'tkir nafas yetishmovchiligi, o'tkir yurak - qon tomir yetishmovchiligi kabi asoratlarni yuzaga kelishi mumkin.

Operatsiyadan keyingi davrning erta va kechki bosqichlarida operatsiyaga aloqador asoratlarning paydo bo'lishi mumkin. Bu davrlarda yuzaga keladigan asoratlardan ko'proq jarohatning yiringlashi, choklar ochilishi, jarohatdan qon ketish kabi holatlar kuzatiladi. Bunday asoratlarning odatda, bemor hayoti uchun xatarli bo'ladi va zo'r berib davolash – choralarini ko'rish hamda bemorni e'tibor bilan parvarish qilishni talab qiladi. Bemorga to'g'ri parvarish qilish, davolash – choralarini o'z vaqtida olib borish, aseptika va antiseptika qoidalariga to'la amal qilish, bemor ruhiyatini ko'tarish ko'p holatlarda operatsiyadan keyingi davrda hech qanday asoratlarsiz tugallanishiga olib keladi.

Bemorlarni operatsiya xonasidan transportirovka qilish.

Kasalning ahvoli qay darajada og'irligiga, kasallik yoki operatsiyaning xususiyatiga, patologik o'choqning anatomik joylashishiga bog'liq holda xirurgik kasallarni transportirovka qilishning turli usullaridan foydalanish mumkin.

Bemorni operatsiya xonasidan palataga anesteziolog – vrach va hamshira boshchiligida kichik tibbiy xodimka bilan birgalikda tashishdan boshlanadi. Bemorlarni operatsiya stolidan olib, ehtiyotkorlik bilan aravchaga (katalkaga) yotqiziladi. Buning uchun zambil qoyilgan aravachaning bosh tomoni karavotning oyoq tomoni to'g'ri burchak ostida qo'yiladi. Aksincha aravachaning oyoq tomoni karavotning bosh tomoniga to'g'ri burchak ostida qo'yish mumkin. O'zi yura oladigan bemorlar kichik hamshira yoki kichik tibbiy xodim kuzatuv ostida operatsiya xonasidan ehtiyotkorlik bilan palataga yuboriladi.

Og'ir kasallar maxsus – g'ildirakli aravachalarda (katalkalar) palataga olib boriladi. Shuningdek, kreslo – katalkalar va maxsus tashish vositalaridan ham foydalaniladi. Bemorni katalkadan palata karavotiga ma'lum qoidalariga amal qilgan holda ehtiyotkorlik bilan ko'chirib yotqiziladi. Katalkaning oyoq uzatilgan tomoni bilan karavotning bosh qo'yiladigan tomoniga qaratib qo'yiladi va bemorni ikki yoki uch tibbiyot xodimi yordamida ko'tarib karavotga yotqiziladi. Agar katalka karavot bilan yonma – yon qo'yilsa xodimlar ular o'rtasida bemorga yuzma – yuz turadilar. Bordi-yu, kasalni ikki tibbiyot xodimi ko'chirib yotqizayotgan bo'lsa, birinchisi bir qo'li bilan bemorning boshi va bo'ynidan ikkinchi

qo'li bilan orqasidan ko'taradi. Ikkinchi yordamchi qo'llarini bemorning dumbasi bilan beliga hamda taqim chuqrchasiga qo'yib ko'taradi. Uch kishi ko'chirib o'tkazayotgan bo'lsa, birinchi xodim kasalning boshi va bo'ynidan ushlaydi, ikkinchisi uning belidan, uchinchisi esa dumbasida va oyog'idan ko'tarib oladi va sekinlik bilan bir xil harakat bilan karavotga yotqiziladi. Bunda bemorga qo'shimcha jarohat yetkazmaslik, uning yiqilmasligi, bog'lamning surulib ketmasligi, choklarning ochilib ketmasligiga hamda gips bog'lamning sinib ketmasligi kabi ehtiyot choralariga katta e'tibor berish lozim bo'ladi.

Hozirgi vaqtda unumli og'riqsizlantiruvchi dori vositalar ostida o'tkazilgan o'ta murakkab operatsiyalardan keim bemorlar 2 - 4 kungacha reanimatsiya bo'limiga yotqiziladi. Keyinchalik bemorning umumiy ahvoli yaxshilanishi bilan operatsiyadan keyingi yoki umumiy palataga o'tkaziladi. Operatsiyadan keyingi davrda palatada kislorodni markaziy uzatish sistemasi va reanimatsiya tadbirlari o'tkazish uchun zarur asboblar, apparatlar hamda dori-darmonlar bo'lishi zarur.

Odatda bemorga qulay vaziyat yaratish imkonini beradigan funksional karavotlar qo'yiladi. Karavotga toza choyshab yoziladi, choyshab ostiga kleyonka solinadi. Bolalarni karavotga yotqizishda operatsiya jarohatiga qo'yilgan bog'lam va drenajlarni yulib olmasligi tinch yotishini ta'minlash uchun operatsiyadan keyingi davrda qo'l - oyog'i bog'lab qo'yiladi. Bemorni karavotga yotqizishdan oldin isitgichlar bilan isitiladi. Lozim bo'lganda ahvoli og'ir bemorning boshi, oyog'i va oraliq sohasi yuvib turiladi.

Agar bemor umumiy narkoz ostida operatsiya qilingan bo'lsa, uni bir joydan ikkinch joyga ko'chirib olib borib yotqizishda va o'ziga kelgan dastlabki soatlarda qayt qilishi mumkin, shuning uchun uning yonida maxsus tog'ora, qog'oz, ro'mol va og'iz boshlig'ini tozalash uchun asboblar bo'lishi kerak. Bemor qayt qilayotganda qusug'ini chiqara olmay nafasi qaytib, asperatsiya bo'lib o'lib qolishi, tili tiqilib nafas olishishi qiyinlashishi yoki yurak faoliyati to'satdan yomonlashishi mumkin.

Bemorni operatsiyadan so'ng o'ziga kelish zali, intensiv terapiya palatasi yoki reanimatsiya bo'limiga yotqizish kerak. Bu yerda bemorni muntazam ravishda kuzatib turish va zarur shoshilinch yordam ko'rsatish imkoniyati to'liq taminlangan bo'ladi. Bemor operatsiyadan o'ziga kelgan

paytidan ko'pincha asabiylashadi, baqiradi, o'midan turib ketmoqchi bo'ladi, bo'g'lovni yulib olishga urinadi. Bemorni karavotga to'g'ri o'ringa chalqanchasiga, ba'zan yarim o'tirgan holda (qalqonsimon bez va ko'krak qafasi a'zolari operatsiyalarida) yoki yuzi pastga qaragan holda (umurtqa va orqa miya operatsiyalarida) yotqizib qo'yiladi. Reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limlarida tomir urishi, nafas olish ritmi, tana harorati doimo kuzatiladi, venoz va arterial bosim aniqlanadi, qon va siydik tahlillari, suv elektrolit balansi aniqlanadi, yurak faoliyati nazorat qilinadi, zaruriyat tug'ilib qolsa EKG yoki miya EEG qilinadi, qon oqimi tezligi va yurakning bir daqiqada qancha urushi kuzatiladi. Bemorning ahvolini yaxshilash uchun kuzatishni va intensiv terapiya bo'limi xodimlarning ishini yengillashtiradigan monitorlar sistemasidan foydalaniladi.

Operatsiyadan keyingi davrda bemorlar ko'p terlaydi, shunga ko'ra ich kiyimlarini tez-tez almashtirishga to'g'ri keladi. Ichki kiyimlarni yechish muayyan tartibda, ya'ni avval ko'ylakning orqa etagi ehtiyotlik bilan tortiladi va boshni chiqarib ko'krakka tushiriladi. So'ngra ichki kiyim yenglarini oldin sog'lom qo'ldan, keyin kasal qo'ldan yechiladi. Bemorga ko'ylak kiydirish teskari tartibda, ya'ni avval kasal qo'lga, so'ngra sog'lom qo'lga undan keyin boshdan o'tkazib yelkaga tortiladi va burmalari to'g'irlanadi. Bemorning choyshabi kir bo'lganda almashtirish kerak. Buning uchun bemor karavotda yonboshiga buriladi va ozroq chetga suriladi. Choyshabning bo'sh turgan qismi bemorning yelkasiga qadar yig'ishtiriladi. To'shakning bo'shab qolgan qismiga esa toza choyshab o'ram shaklida yoziladi va bemorni birlamchi holatiga aylantirib, toza choyshabga chalqanchasiga yotqiziladi. Kir choyshab olinadi va o'miga toza choyshab to'shaladi. Bemor tanasida yotoq yaralar paydo bo'lishiga yo'l qoymaslik uchun bemorni choyshabga o'ralgan ichiga havodamlangan rezina chanbarga yotqizish mumkin yoki vaqti-vaqti bilan bemorning karavotidagi holati o'zgartirilib turiladi. Bemorning ustiga adioli yopib qo'yiladi, ammo juda ham issiq qilib o'rab-chirmash yaramaydi.

Operatsiyadan keyingi davrning dastlabki kunlarida bemorlarni kuzatish va parvarish qilishda tibbiyot hamshirasining tutgan o'rnini kattadir. Bunda hamshira asosiy funksional ko'rsatkichlar: puls, nafas, arteriyal bosim, harorat, ichilgan suyuqlik va ajratilgan siydik, plevral yoki qorin bo'shlig'idagi suyuqlik miqdorini yozib borishi kerak.

Bundan tashqari bemorning shikoyatlarini albatta inobatga olish lozim. Bemorning yuz qiyofasi (oqargan, tetik) terisining rangi (oqargan, qizargan, ko'kargan) va ushlab ko'rilganda ularning haroratiga ahamiyat berishi zarur. Tana haroratini o'lchab turish (pasaygan, normal, oshgan), bemorni muntazam ravishda umumiy ko'zdan kechirib borish lozim. Eng muhimi, bemor organizmi a'zo va sistemalarning holati ustidan sinchiklab kuzatib turish lozim bo'ladi. Bemorga o'z to'shagida sudno berish, sifonli huqna qilish, siydirish yoki qovuqqa kateter qo'yish lozim. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlar nazoratini to'g'ri va aniq uyushtirish turli xil asoratlarning oldini olishga qaratilgan eng yaxshi chora-tadbir hisoblanadi.

Yurak-tomirlar sistemasi. Yurak-tomirlar sistemasining ishi to'g'risida puls, arterial bosim, terining holatiga qarab xulosa chiqariladi. Pulsning sekinlashishi va tarangligining oshishi, shish va miyaga qon quyulushi, meningit sababli markaziy nerv sistemasi faoliyatining buzilganligidan dalolat berishi mumkin. Arterial bosimning pasayib ketishi va terining bo'zarishi pulsning tezlashishi va zaiflashishi (daqiqasiga 100 martadan ko'p uradi) ikkilamchi shok rivojlanganda yoki qon ketganda yuz berishi mumkin. Agar xuddi shunday manzara to'satdan yuz bersa va ko'krakda og'riq paydo bo'lishi, qon tupurish bilan o'tsa, bu holda bemorda o'pka arteriyasi emboliyasi borligi to'risida fikr yuritish mumkin. Bu patologiyada bemor bir necha sekundlar ichida halok bo'lishi mumkin. Shokka qarshi tadbirlar o'tkazish (qon va qon o'mini bosadigan suyuqliklar quyish, yurak va tomirlar tonisini oshiradigan vositalar) ikkilamchi shok oldini olish va davosining asosi hisoblanadi.

Nafas a'zolari. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarda operatsion sohaning qayerdaligidan qat'iy nazar, nafas ekskursiyasining kamayishi (og'riq, bemorning majburiy holat egallashi), bronxial balg'amning yig'ilib qolishi (balg'amning yetarlicha ajralmasligi) hisobiga o'pka vetilyatsiyasining kamayishi (tez va yuzaki nafas olish) sodir bo'ladi. Bunday holat o'pka yetishmovchiligi va o'pkaning yallig'lanishiga olib kelishi mumkin. Tibbiyot hamshirasi yordamida bemorlarning erta aktiv harakat qilishi, davo fizkulturasi, massaj, muntazam ravishda kislorodli ingalyatsiya qilish, antibiyotiklar bilan davolash va vaqti-vaqti bilan balg'am ajratib turish o'pka yetishmovchiligi va operatsiyadan keyingi o'pka yallig'lanishini oldini olish hisoblanadi.

Hazm qilish a'zolari. Har qanday operatsiya, hatto u hazm a'zolarida o'tkazilmagan bo'lsa ham hazm a'zolari funksiyasiga ta'sir qiladi. Markaziy nerv sistemasining tormozlovchi ta'siri, bemorlarning kam harakat qilishi hazm a'zolarida muayyan disfunktsiya hujudga keltiriladi. Hazm a'zolari ahvoli haqida muhim ma'lumotni tilni ko'zdan kechirilganda olish mumkin.

Til quruqligi. Organizmning suyuqlik yo'qotganida va suv almashinuvining buzilishidan dalolat beradi. Quruq va yoriqlari bo'lgani holda tilning quyuq, qo'ng'ir karash bilan qoplanishi qorin bo'shlig'idagi patologiyada - etiologiyasi turlicha bo'lgan peritonitda, me'da-ichak yo'llari parezida kuzatilishi mumkin. Og'iz quruqshaganda og'iz bo'shlig'ini nordon suv bilan yoriqlar paydo bo'lganda esa soda eritmasi bilan (1 stakan suvga 1 choy qoshiq), 2% li borat kislota eritmasi, vodorod peroksid (1 stakan suvga 2 choy qoshiq), 1:400 kaliy permanganat eritmasi bilan chayish va artish, glitserin surtish tavsiya qilinadi. Og'iz bo'shlig'i quruq bo'lganda stomatit (shilliq pardasining yallig'lanishi) yoki parotit (quloq oldi bezining yallig'lanishi) ro'y berishi mumkin. Solivatsiyani (so'lak ajralishi) kuchaytirish maqsadida suvga limon suvi yoki klyukva suvidan qo'shiladi. 3-4 tomchi 1% li pilokarpinni til ostiga tayinlash mumkin.

Ko'ngil aynishi va qusish narkoz, organism intoksikatsiyasi, ichaklarning tutilib qolishi, peritonit oqibatida yuz berishi mumkin. Ko'ngil aynish va qusish sababini aniqlash lozim. Qusishda birinchi yordam: boshni chetka burib engashtirish, burun orqali ingichka zond kiritish va me'dani yuvishdan ibotat. Dori vositalari (atropin, novokain, aminazin, etaperazin, serukal, aeron, pipolfen) qo'llash ham mumkin. Qusuq massalarining aspiratsiyasi yuz bermasligini kuzatib turish zarur.

Hiqichoq. Diafragmal yoki adashgan nerv ta'sirlanishi natijasida diafragmaning tortishib qisqarishidan paydo bo'ladi. Ta'sirlanish reflektor xarakterda bo'lganda atropin, dimedrol, aminazin, vagosimpatik blokada, me'dani yuvish yaxshi natija berishi mumkin.

Meteorizm (qorin dam bo'lishi). Operatsiyadan keyin ichaklar parezi meteorizm sabablaridan biri hisoblanadi. Meteorizmni yo'qotish maqsadida quyidagi tadbirlarni amalga oshirish tavsiya qilinadi: 1) bemorni vaqti-vaqti bilan o'midan turg'uzish, to'g'ri ichagiga gaz

haydaydidan naycha qo'yish, tozalash huqnasi yoki gipertonik huqna (1-10 % li natriy xlorid eritmasidan 150-200 ml) qilish, venaga 10% li kaliy xlorid eritmasidan 30-50 ml, teri ostiga 0, 05% li prozerin eritmasidan 1-2 ml yuborish kerak; 2) parezning og'ir hollarida sifonli huqna buyuriladi. Sig'mi 1-2 litrli voronkaga rezina naycha kiygizib, uning ikkinchi uchini to'g'ri ichakka kiritiladi, voronkaga uy haroratidagi suv quyilib, voronkani yuqoriga ko'tariladi, shu paytda suv yog'on ichakka boradi, voronka pastga tushurilganda suv axlat massalari va gazlar bilan voronkaga tushadi, huqna uchun 10-12 litr suv talab etiladi. Qator hollarda paranefral novokain blokadasida foydalaniladi. (100 ml 0, 25% li novokain eritmasini paranefral kletchatkaga yuboriladi), blokadani ikki tomonlama qilish ham mumkin. Bu tadbirlardan tashqari, quyosh chigaliga UVCh galvanizatsiya yoki diatermiya qilish, venaga prozerinning 10 % li glyukozadagi eritmasida davo dozasini 2-4 qismga bo'lib tomchilab yuborish mumkin. Ognev bo'yicha huqna (30 ml glitserin, 3 % vodorod peroksid, 10 % li natriy xlorid va 150 mg suv).

Qabziyat. Erta aktiv harakatlar qilish qabziyatning oldini olishda eng yaxshi chora hisoblanadi. Ovqatda ko'p miqdorda kletchatka bo'lishi va ichni yumshatadigan ta'sir ko'rsatishi (prostokvasha, kefir, mevalar) kerak. Bundan tashqari qabziyatni bartaraf qilishda ich yurgizuvchi doridarmonlar, vazelin moyi bemorga beriladi yoki gipertonik, moyli va ba'zan sifonli huqna qilish mumkin.

Ich ketishi. Sabablari turli tuman: nerv-reflektor, axolik (me'da shirasi kislotaligi pasayib ketganda), enteritlar, kolitlar, peritonitlar, ichak disbakteriozi va boshqalar bo'lishi mumkin. Ich ketishni davolash asosiy kasallikka qarshi kurashishdan iborat. Axolik ich ketishida xlorid kislota bilan pepsin yuborish yaxshi natija beradi.

Siydik ajratish sistemasi. Normada odam sutkasiga 1500 ml siydik ajratadi. Biroq qator hollarda buyrak funksiyasi buzilib (nerv-reflektor, intoksikatsiya sababli va h. k) siydik ajratishi hatto uzul-kesil to'xtab qolishgacha boradi (anuriya). Ba'zan buyrak normal ishlab turgan hollarda siydik ajrashini tutilishi-ishuriya kuzatilib, bu aksariyat nerv-reflektor harakterda bo'ladi.

Anuriyada paranefral blokoda, buyrak sohaga diatermiya qilish, pilokarpin siydik haydovchi dorilar yordam beradi. Anuriya davom

etaverganda va uremiya paydo bo'lganda bemorni "sun'iy buyrak" apparati bilan gemodializ qilinadi. Anuriyada, bemorning ahvoli imkon bersa, uni o'tqazib yoki hatto tik turg'izib qo'yish, qomining pastiga grelka qo'yish, bemorni isitilgan sudnaga o'tkazish yoki yotqizib qo'yish, tog'oraga suvni tomchilab tushirish (refleks yo'li bilan ta'sir qilish) mumkin. Shu tadbirlar yaxshi natija bermaganda vrach ko'rsatmasi bo'yicha qovuqni kateterizatsiya qilinadi. Narkotik preparatlar (morfin, omnopon) qo'llanilgandan keyin ko'pincha siydaik ushlanib qoladi.

Nerv-psixik sistemasi. Operatsiyadan keyingi davrda psixikaning holati katta ahamiyatga ega. Injiq, besaranjom bemor rejim va muolajalarni yaxshi bajarmaydi. Bu asoratlarga sabab bo'lishi mumkin. Operatsiyadan keyingi davrda nerv-psixik zo'riqishni bartaraf etish zarur, bunga medikamentoz davo buyurish bilangina emas, balki yaxshi parvarish qilish bilan ham erishiladi.

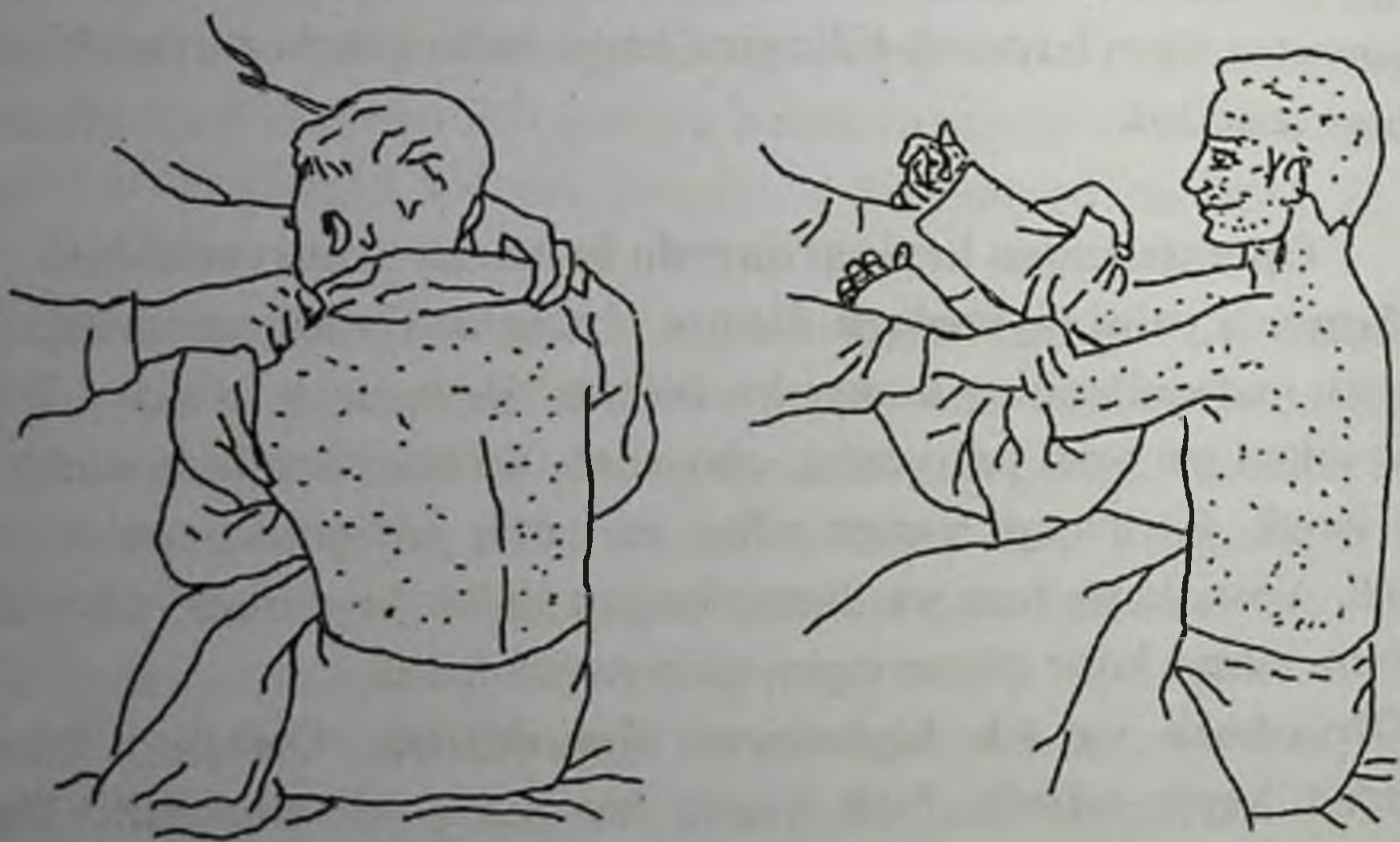
Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarni parvarishlash.

Bemor o'rnini tayyorlash. Bemor o'rni tayyorlash uchun oqliq va o'rin-bosh materiallarining komplekti bo'lishi zarur, unga to'shak, jildlari bo'lgan ikkita pat yoki par yostiq, choyshab, ko'rpa bilan ko'rpa jildi va sochiq kiradi. Karavotga yuzasi silliq va qattiq jun yoki paxta to'shak qo'yiladi. Yostiqlarga toza va dazmollangan jildlar kiydiriladi. Choyshab va jildlarni burma hosil qilmaydigan qilib yozish kerak.

O'rin-bosh va ich kiyimlarni almashtirish. Oqliqlarni yuvib-taragandan keyin odatda 7-10 kunda bir marta almashtiriladi. Og'ir bemorlarda buni katta ehtiyotkorlik bilan bajariladi. Bemorni asta-sekin karavot chetiga surib qo'yiladi. Agar ahvoli imkon bersa, yonboshi bilan yotqiziladi, kir choyshabning bo'sh turgan yarmini eni bo'ylab orqaga tomon o'raladi, bo'shab qolgan joyga esa yarmi o'ralgan toza choyshab yoziladi. Toza va kir choyshab o'ramlari yonma-yon yotadi. So'ngra bemorni choyshabning toza yarmiga yotqiziladi, kirini yig'ishtiriladi, tozasini yoziladi va shu bilan choyshab solish tugallanadi. Agar bemorga o'rinda harakatlar qilishga ruxsat berilmagan bo'lsa, choyshabni boshqa usul bilan almashtiriladi. Avvaliga bemorning boshini bir oz ko'tariladi, choyshabning bosh tomonini belga burma hoida yig'iladi, so'ngra oyoqlarini ko'tariladi va shu tariqa belga choyshabning ikkinchi uchini

yig'iladi, shundan so'ng uni bemor tagidan ehtiyotlik bilan chiqariladi. Ayni vaqtda ikkinchi tomondan uzunasiga ikkita o'ram qilib o'ralgan toza choyshabni bel ostiga kiritiladi, so'ngra uni ikkala tomondan- bosh va oyoqlar tagiga yoziladi. (18-rasm).

Ich kiyimlarni almashtirishda muayyan ketma-ketlikka rioya qilish kerak: ko'ylakni yelkadan yuqoriga ko'tariladi, avval boshdan, so'ngra qo'llardan chiqariladi, uni teskari tartibda kiyintiriladi, ko'ylakning oldin yengi, so'ngra bosh tomoni kiyiladi. Oyoq-qo'l kasalliklarida yoki shikastlarida ich kiyimni avval sog'lom oyoq-qo'ldan, keyin kasal oyoq-qo'ldan yechiladi. Kiyimni teskari tartibda, ya'ni avval shikastlangan oyoq-qo'lga kiyiladi. (17-rasm).



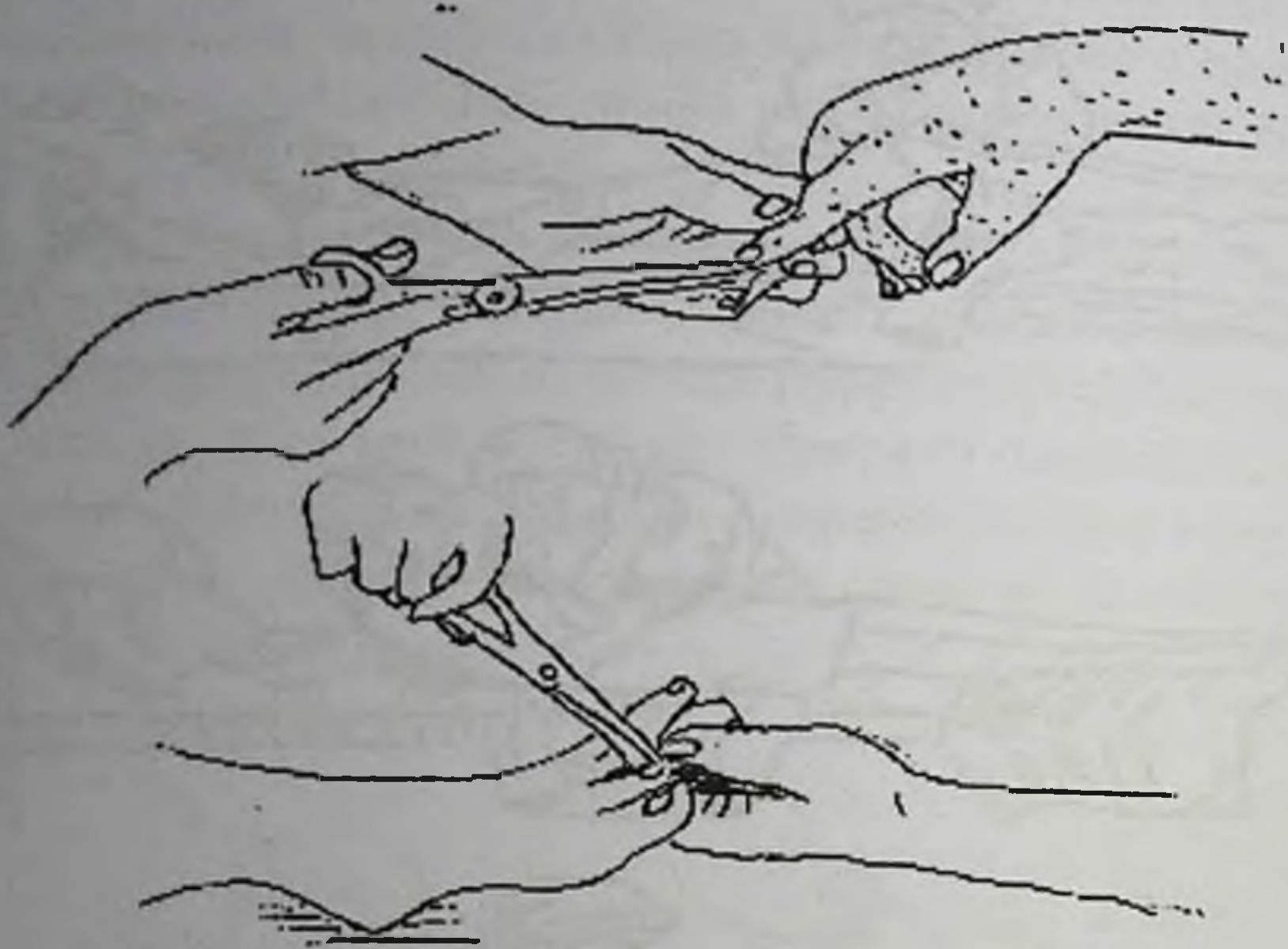
17. Rasm. Ich kiyimni almashtirish.

Bemorning soch, tirnoqlarini parvarishlash. Boshni 7-10 kunda iliq suv bilan sovunlab yuviladi, so'ngra sochlari quruq qilib artiladi va taraladi. Sochni metalldan yasalgan taroqlar bilan taramaslik kerak, chunki ular bosh terisini ta'sirlantiradi. Uzun sochlarni qism-qism qilib taraladi. Timoqlarni hamisha toza tutish: natriy gidrokarbonatning issiq 2% li eritmasida yuvish va vaqti-vaqtida etil spirt, sirka bilan artib turish kerak. Qo'l va oyoqlardagi tirnoqlar muntazam oldirib (qirqib) turiladi. (19-rasm).



18. Rasm. Oqliqlarni almashtirishni turli xil usullari.





19. Rasm. Bemorning o'ringda boshini yuvish va qo'l, oyoqdagi tirnoqlarni olish

Bemorning og'iz bo'shlig'ini parvarishlash. Og'iz shilliq pardasida va tishlarda hosil bo'ladigan karash, shuningdek, ovqat qoldiqlari tish cho'tkasi yoki steril doka salfetka bilan kechqurun va ertalab mexanik tozalab turiladi. Tish cho'tkasi bilan tish oraliqlarini ovqat qoldiqlaridan va tishlarning o'zini karashdan tozalash uchun tishlar o'qi bo'ylab, yuqori jag'da- yuqoridan pastga va pastki jag'da- pastdan yuqoriga tomon yurgiziladi. So'ngra tish cho'tkasini iliq toza suv bilan sovunlab yuviladi, sovun surtib, keyingi gal foydalanishga qadar qoldiriladi.

Qattiq ovqatni chaynashda og'iz bo'shlig'ining o'z-o'zidan tozalanishi yuz beradi. Og'ir ahvoldagi bemorlarda bu jarayon buziladi. Og'iz bo'shlig'ini parvarish qilish tish cho'tkasidan foydalanishda shilliq parda shikastlanishining oldini olish, uni ishqalash, yuvish yoki chayishdan iborat.

Tishlar va til 2% li natriy gidrokarbonat eritmasi, 3% li vodorod peroksid eritmasi, kuchsiz kaliy permanganat eritmasi, fiziologik eritmaga

ho'llangan doka yoki paxta pilikchali pinset yordamida artiladi. Har bir tishni alohida- alohida, ayniqsa bo'yin qismini qunt bilan artiladi. Yuqori jag' tishlarini artishda lunj shilliq pardasidagi bezlarning chiqaruv yo'liga infeksiya tushushining oldini olish uchun lunjni shpatel bilan obdon tortib turish lozim.

Og'ir ahvoldagi bemorlarda og'iz bo'shlig'ini har gal ovqatlangandan so'ng rezina ballon yordamida yuviladi. Buning uchun og'izni artishda ishlatiladigan dori eritmalaridan foydalaniladi. Suyuqlikning nafas yo'llariga tushmasligi uchun bemorning boshini bir oz engashtirib o'tqaziladi. Bo'yni va ko'ksini klyonka fartuk bilan berkitiladi, iyangiga esa buyraksimon tog'orachani tutib turiladi. Og'iz burchagini shpatel bilan tortib turiladi va o'rtacha bosimdagi suyuqlik oqimi bilan avval lab burmalarini, so'ngra esa og'iz bo'shlig'ining o'zini yuviladi.

Burun, quloqlar va ko'zlarni parvarishlash. Burun bo'shlig'i ajralmalaridan nafas olishni qiyinlashtiradigan qatqaloqlar hosil bo'ladi. Ularni tozalash uchun vazelin moyi surtilgan doka pilikcha kiritiladi va 2-3 daqiqa o'tgach qatqaloqlar aylanma harakatlar bilan chiqariladi. Bolada burun yo'llarini paxta pilikcha bilan tozalanadi.

Quloqlarni parvarish qilish ularni iliq suv bilan sovunlab yuvish va tashqi eshituv yo'lini quloq serasi (kiri) dan paxta pilikcha yordamida ehtiyotlik bilan tozalashdan iborat. (20-rasm).

Agar ko'zdagi ajralmalar kiprik va qovoqlarni yopishtiradigan bo'lsa, ko'zni yuvish talab etiladi. Buning uchun borat kislotaning 2% li eritmasi, fiziologik eritma, sovutilgan qaynagan suv ishlatiladi. Ko'zni shisha idish - undinka, pipetka, ho'llangan steril doka pilikcha yordamida yuviladi.

Muolajadan oldin parvarish qilayotgan hamshira qo'lini yaxshilab yuvadi, so'ngra suyuqlik oqimi bilan ko'zning yumuq holatdagi qovoqlari chetini, keyin ko'z soqqasini yuvadi, bunda chap qo'l barmoqlari bilan qovoqlarni ochadi va suyuqlik oqimini chekkadan kansharga tomon ko'z yoshi yo'li bo'ylab yo'naltiradi. (21-rasm).



20. Rasm. Quloqni parvarish qilish.



21. Rasm Ko'zni parvarish qilish.

Bog'lamga qarab turish. Narkoz ta'siri o'tib bo'lgandan so'ng bemor bezovtalanib turli harakatlar qilsa, u bog'lamni tasodifan yechib yoki surib yuboradi, natijada qon oqish yoki jarohatga infeksiya tushib, yiringlashi mumkin.

Bemor tinch holatda yotganida bog'lamga qon shimilib qolishi mumkin. Bunday hollarda hammasidan ham tibbiyot hamshirasi zudlik bilan vrachga xabar berishi shart. Odatda bunday bog'lamlar almashtiriladi.

Terini parvarish qilish. Badan terisiga yaxshi e'tibor bermaganda ko'pincha suyaklarning do'ng joylarida (ensa, kurak, tirsak, dumg'aza, tovon) yotoq yaralari paydo bo'ladi. Bu asoratlarda og'ir yotgan bemorlarda tashqi (ekzogen) va ichki (endogen) omillarning qo'shib ketish ta'sirida paydo bo'ladi. Birinchi omillarga matras, choyshab burmalarining dumg'aza, tovon sohasida, ya'ni suyak bilan teri o'rtasida teri osti klechatkasi sust rivojlangan joyda mexanik bosim tushishi natijasida yuzaga keladi.

Ikkinchi omillarga trofikaning buzilishi: mikrosirkulyatsiyaning izdan chiqishi, metabolik atsidoz, gipoproteinemiya kiradi. Klinik jihatdan bu terining qizarishi (giperemiya) bilan ifodalanadi. Keyinchalik bu soha jonsizlanadi, terisi ko'chadi, to'qimalar yiringlab, erib ketadi. Bu asoratning oldini olish uchun avvalo parvarish qilish zarur: bemorlarning tez-tez tana vaziyatini o'zgartirib turish, choyshabdagi burmalarni tekislab turish, tagga chambar qo'yish lozim. Ayrim-ayrim seksiyalardan tashkil

topgan va kompressor yordamida havo bilan galma-gal to'ldirib turiladigan antidikubital (yotoq yaraga qarshi) matraslar o'zini yaxshi oqlaydi. Bunda matraslarning bir joyida o'zini bosib turishiga yo'l qo'ymaydi. Badan terisini komfora spirti bilan muntazam artib turish zarur.

Yotoq yaralar paydo bo'lganda birinchi navbatda ularga infeksiya tushishining yani ho'l nekrozga o'tishining oldini olish kerak. Buning uchun yotoq yarasiga va uning atrofidagi teriga 5 % li kaliy permanganat eritmasi, 5-10 % li yod eritmasi surtiladi, bir muncha chuqur nekrozlarda esa Lassar pastasi yoki Vishnevskiy malhami surtilgan bog'lamlar qo'yiladi. Nekrotik to'qimalarni kesish yaxshi natija beradi. Ichi bo'shalgandan so'ng bemorning ostini yuvish zarur. Ayollarning ichi kelmagan bo'lsa ham har kuni ostini yuvish shart.

Operatsiyadan keyin yuz beradigan asoratlari. Qon oqishi - operatsiyada qon oqishini to'xtatish yetarlicha o'tkazilmaganda, qon tomirdan ligatura surilib tushganda, qon ivishi buzilganda ro'y beradi. Qon oqishini yetarlicha to'xtatilmaganda yoki ligatura surilib tushganda bemorni operatsion stolga qaytadan yotqiziladi, jarohatni sinchiklab ko'zdan kechiriladi va qon oqishini uzil-kesil to'xtatiladi. Qonning ivish xususiyati buzilganda koagulyant terapiya (kalsiy xlorid, vikasol, aminakopron kislota, yangi sitratli qon va boshqalar) qo'llash kerak.

Hiqildoq shishi aksariyat intratraxéal narkozdan keyin paydo bo'ladi. Bunda tovush bo'g'iq bo'lib chiqadi yoki butunlay yo'qoladi, nafas olish va chiqarish qiyinlashadi, bezovtalik oshib boradi, nafasda qo'shimcha muskullar qatnasha boshlaydi.

Bu xatarli asoratlari profilaktikasi - texnik jihatdan to'g'ri o'tkazilgan intubatsiya hisoblanadi.

Davolash - antigistamin preparatlar (dimedrol, pipolfen, suprastin), shishga qarshi dorilar (kalsiy xlorid, gidrokortizon) qo'llash, mental, sodali eritma, namlangan kislorod ingalyatsiyasi - ko'krakka xantalma (garchichnik)lar, oyoqqa grelkalar tayinlanadi (chalg'ituvchi terapiya). Konservativ davolash bermaganda traxeostomiya qilinadi.

Parotit-quloq oldi bezining yallig'lanishi; aksari operatsiyadan keyingi davrda darmonsizlangan va ulg'aygan kishilarga, hazm yo'llari a'zolaridagi katta onkologik operatsiyalardan keyin paydo bo'ladi. Og'iz orqali ovqatlantirilmaydigan yoki suyuq ovqat ichadigan bemorlarda

chaynov mushaklari funksiyasi yo'qoladi, so'lak bezlari sekretsiyasi buziladi, og'iz bo'shligida mikroblar o'sishi va ularning so'lak yo'llari orqali bezga o'tishi uchun sharoitlar yaratiladi. Bunda bezning ikkalasi yoki bittasi yallig'lanadi: og'riydi, shishadi, og'izni ochish, chaynash, gaplashish mumkin bo'lmay qoladi, bemorning umumiy ahvoli yomonlashadi, tana harorati ko'tariladi.

Parotit profilaktikasi uchun so'lak bezlari funksiyasini quvvatlab turishga e'tibor berish: og'izni limon bo'lakchasi bilan artish, qora suxari chaynab uni idishga tuflash, og'izni kuchsiz antiseptik eritma bilan chayib turish, til ostiga 1% li pilokarpin eritmasidan 3-4 tomchidan kuniga 3 marta tomizish kerak.

Davolash mahalliy isituvchi kompresslar, kontrikal yoki trasilolni 20000-30000 TB dan venaga tomchilab yuborish, fizioterapiya, kasallikning boshlang'ich davrlarida antibakterial preparatlar tayinlashdan iborat, yiringlab ketganda kesiladi va yiringli bo'shliq drenaj qilinadi.

Operatsiyadan keyin yuz beradigan pnevmoniya aksari ko'krak qafasidagi va qorin bo'shligining yuqori bo'limidagi operatsiyalardan so'ng paydo bo'ladi. Operatsiyadan keyin bemorlar yuzaki nafas oladilar, operatsion choklar sohasidagi og'riq sababli yo'talib balg'am ajratishdan qo'rqadilar. Nafas yo'llarida balg'am yutilib qoladi, natijada operatsiyadan so'ng zaiflashib qolgan organizmda o'pka yallig'lanishi boshlashi mumkin. Profilaktika maqsadida bemorning o'zini aktiv tutish, balg'amini ajratib turish, nafas gimnastikasi bilan shug'ullanishi ustidan kuzatib borish zarur. Og'riq qoldiradigan vositalarni o'z vaqtida yuborish kerak. Teri ostiga 3ml 20% li kamfora eritmasi bilan 1ml efirni (shprintsda qunt bilan aralashtirib) yuboriladi, gir aylantirib bankalar, xantalmalar qo'yiladi, nam kislorod hidlatiladi.

Bemorlarda pnevmoniya payda bo'lganda tana harorat ko'tariladi, umumiy holat va nafas olish qiyinlashadi, yo'tal paydo bo'ladi, o'pkada nam xirillagan tovush eshitiladi.

Davolash umuman qabul qilingan usullar bo'yicha o'tkaziladi (sulfanilamidlar, antibiotiklar, katta dozada kamfora preparatlari, bankalar, balg'am ko'chiruvchi vositalar va boshqalar buyiriladi).

Operatsiyadan keyin yuz beradigan peritonit aksariyat qorin bo'shlig'ida ichi kovak organlardagi choklarning ochilishi sababli sodir

bo'ladi. Tibbiyot hamshirasi bu xatarli asoratni aniqlay bilishi va bu haqida vrachga o'z vaqtida xabar berishi lozim. Bemorlarning qornida to'satdan o'tkir og'riq paydo bo'ladi, ba'zan og'riq sohasi aniq bilinadi, umumiy ahvoli yomonlashadi, tana harorati ko'tariladi, pulsi tezlashadi, qattiq tashnalik azob beradi, ko'ngli ayniydi, qusadi, qorinning oldingi devoridagi muskullar taranglashadi. Keyinchalik intoksikatsiyaning kuchayishi fonida qorindagi og'riq bir oz kamayishi mumkin, bemor qusadi, ich to'xtab, yel chiqmay qo'yadi. Ichaklar dam bo'lib, diafragmani ko'tarib yuboradi, natijada nafas olish qiyinlashadi, yurak ishi buziladi. Organizm suvsizlanadi, yuz qiyofasi o'tkirlashadi, ko'zlar ichiga botadi. Zaiflashgan bemorlarda klinik manzara bir muncha boshqacha o'tishi mumkin.

Davolash qayta operatsiya qilishdan iborat, bu operatsiyadan keyin bemorlar ayniqsa diqqat bilan parvarish qilishga muxtoj bo'ladilar.

Operatsiyadan keyingi psixozlar. Zaiflashgan va oson qo'zg'aladigan bemorlarda operatsiyadan keyingi psixozlar nomini olgan holat paydo bo'lishi mumkin, ular qo'zg'algan holatda kuchli harakatlar qilish, makonda harakat qilishning buzulishi, gallyutsinatsiya va alahlash bilan ifodalanadi. Bunday holatdagi bemor karavotdan sakrab tushishi, bog'larni yechib tashlashi, o'ziga va atrofidagi kishilarga tan jarohati yetkazishi mumkin. Bemorga nasihat qilish, uni yotqizishga, tinchlantirishga urunish foyda bermaydi. Bemorni o'ringa, to'g'ri nazorat ostida yotqizish choralarini ko'rish kerak. Bemor terisi ostiga aminazin (1-2ml 2.5% li eritmasi) yoki huqnada xloralgidrat (50ml 4% li eritmasi) yuboriladi. Bemorni tinmay kuzatib turish va psixiatr konsultatsiyasini tashkil etish zarur. Ba'zan psixoz operatsiyadan keyingi intoksikatsiya, choklarning yetishmasligi kabilardan bo'lishi mumkin. Bu asoratlarni tugatish bemorning psixik holatini normaga keltiradi.

Tromboembolik asoratlarni. Trombozlar rivojlanishiga venalarning varikoz kengaygan, qon ivishi buzilgan, qon oqimi sekinlashgan, operatsiya vaqtida tomirlari shikastlangan shaxslar moyil bo'ladilar. Vena trombozga uchraganda (tiqilib qolganda) va yallig'langanda tromboflebit vujudga keladi. Venalarning varikoz kengayishi bilan kasallangan shaxslar bilan birga bu asoratga semiz, shuningdek zaiflashgan, ayniqsa onkologik

bemorlar, ko'p tuqqan ayollar moyil bo'ladilar. Bemorlarning bu kontingentida tromb hosil bo'lishi xavfi saqlanib qoladi.

Tromboflebit yuza (aksari boldir) va chuqur venalarda (boldir chanoq) vujudga kelishi mumkin. Yuza venalar tromboflebiti uchun teri osti venalari proyeksiyasida og'riq xarakterli hisoblanadi. Bu zona ostida yotgan to'qimalarda yallig'lanish infiltratsiyasi, ba'zan terining shnursimon qizarishi, harorat ko'tarilishi kuzatiladi. Boldir chuqur venalari tromboflebiti uchun oyoqdagi shish, chuqur venalari proyeksiyasida og'riq, harorat ko'tarilishi xarakterli. Chanoq venalari tromboflebiti uchun oyoqdagi tutash shish, chanoq bog'lamini palpatsiya qilishda og'riq, harorat ko'tarilishi xarakterli.

Birinchi yordam trombnig uzulib va uning (emboliyaning) qon oqimi bilan qon tashuvchi sistemasining yuqorida joylashgan bo'limlariga, hatto o'pka arteriyasigacha yetib, asosiy o'zakda tiqilib qolishi va to'satdan o'lim yuz berishining oldini olish uchun bemorni o'rindan turmay yotishini ta'minlashdan iborat.

Agar shunday yo'lni kichikroq embol bosib o'tganda va asosiy o'zakda tiqilib qolmaganda o'pka infarkti paydo bo'lib, bu o'ziga xos pnevmoniya tipi bo'yicha kechadi (ko'krakda og'riq, nafas qisishi, qon tuflash).

Trombozlarni profilaktika qilishda to'qimalarda qon dimlanishini kamaytirish maqsadida bemorning operatsiyadan keyingi davrdagi aktivligi, suvsizlanishga qarshi kurash, venalarning varikoz kengayishida oyoqlarga elastik paypoqlar kiyish yoki ularni elastik bintlar bilan bintlashning ahamiyati katta. Tromboflebitga mahalliy davo qilish moy-balzamli bog'lamlar qo'yish (Vishnevskiy malhami), oyoq vaziyatini baland qilib qo'yishdan iborat (Beler shinasi, bolish). Qonning ivish xususiyatini pasaytiradigan preparatlar (antikoagulyant), antibiotiklar, fibrinolizin keng qo'llaniladi. Antibiotiklar va fibrinolizin qon ivish sistemasi ko'rsatkichlarini xususan protrombinni nazorat qilib turgan holda qo'llaniladi. Tromboflebitda antibiotiklar, qon ivishini pasaytiruvchi preparatlar ta'yinlanadi. O'tkir hodisalar tugagandan keyin birlamchi o'tkazilgan operatsiyalar xarakteriga va bemorning umumiy ahvoliga ko'ra tromboflebitni bundan keyingi davolash haqidagi masala hal qilinadi (fizioterapiya, operatsiya qilib davolash).

Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarni ovqatlantirish.

Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarning ovqatlanishiga alohida e'tibor berilishi juda ham zarur. Bemorlarning ahvoriga, operatsiya hajmiga, davomiyligiga, anatomik joylashuviga, bemor yoshiga qarab vrach ko'rsatmasiga ko'ra parhez stollari buyuriladi. Operatsiyadan keyin bemorlar ba'zan o'z-o'ziga xizmat qila olmasliklari mumkin, shu jumladan ovqatlana olmasligi ham mumkin. Shuning uchun bunday bemorlarning qo'llarini yuvish, quritib, tayinlangan ovqat yoki boshqa mahsulotlar yediriladi. Og'ir ahvoldagi bemorlarni ovqatlantirishdan oldin karavot bosh tomonini biroz ko'tarib qo'yish kerak. Ovqatlantirishdan oldin palatalar yuvilgan, shamollatilgan, yig'ishtirilgan bo'lishi kerak. Bemorni ovqatlantirayotganda hamshira chap qo'li bilan bemor boshini yostiq bilan birga ko'taradi, o'ng qo'li bilan esa bemorni qoshiq bilan ovqat yediradi. Bemor ovqat yeyishni hohlamasa uni majburlamaslik kerak, chunki ovqatning nafas yo'llariga tushib qolish ehtimoli yuqori bo'lganligi sababli ko'ngilsiz oqibatlariga olib kelishi mumkin.

Og'ir yotgan bemorlarni parvarishlashning qiyin tomoni-uning ishtahasi yo'qligidir. Ammo shunga qaramasdan o'tkazilgan operatsiyalarning turiga, og'irligiga qarab shifokor tavsiyasiga binoan parvez taom berish maqsadga muvofiqdir. Bu o'rinda operatsiya qilingan bemorga bir necha aniq parhez taomlar tavsiya qilinadi.

0-parhez

Operatsiyadan keyin 2-3 kunga ta'yinlanadi. Bunga suyuq va yelimshak, tez hazm bo'ladigan, me'da-ichak yo'llarini qitiqlamaydigan ovqatlar kiradi. Bunga go'sht bulyoni, suzilgan kompot, na'matak qaynatmasi, mevalar yelimshagi (jele) kiradi.

0 "b" parhez- 0 parhezga nisbatan bir oz kengaytirilgan – sovuq bo'tqa, bug'da pishirilgan pudding, oqsilli quymoq (omlet), chala pishirilgan tuxum kiradi. Parhez 3-4 kunga ta'yinlanadi.

0 "v" parhez-bunda oldingi parhezga qo'shimcha tvorog, yog'siz baliq yoki tovuqni qaynatib pishirib, bug'latib beriladi. Meva pyurelarini yoki suyuq ovqat, limonli choy, qo'shimcha ravishda vitaminlar beriladi.

1-parhez

Birinchi parhezga-1a, 1b, 1v, 1 va boshqa parhezlar kiradi. Bu parhezda chegaralangan ovqatlanishdan ancha kengaytirilgan ovqatlanishga o'tish asta-sekinlik bilan olib boriladi.

Birinchi parhez ovqat hazm qilish tizimini mexanik, kimyoviy, termik jihatdan avaylash uchun harakat va sekretor funksiyalarni ehtiyot qilish ko'zda tutiladi. U 0-parhezdan keyin asosan qorin bo'shlig'ida bajariladigan, urologik va ginekologik operatsiyalardan keyin me'da va o'n ikki barmoq ichak yara kasalliklarida, surunkali gastritlarda tayinlanadi.

1-"a" parhez-me'da va o'n ikki barmoq ichak yara kasalliklarida ta'yinlanadigan boshlang'ich parhez bo'lib, operatsiyadan keyingi davrda 10-12 kunga bemor to'shakda yotganda tayinlanadi. Buning tarkibiga qaynatilgan yorma (krupa), qaynatilgan go'sht yoki baliq suflesi, sutda pishirilgan suyuq bo'tqa, chala pishgan tuxum yoki uning quymog'i (omlet), tvorog, kompot kiradi.

1-"b" parhez tarkibiga 1-"a" parhezdagi ovqatlar kirib, unga 80-100 gr. oq non, go'sht va baliq qiymasi kuniga 2 marta beriladi. Qirg'ichdan o'tkazib pishirilgan bo'tqa ham qo'shiladi. 1-"b" parhezi 10-14 davomida beriladi.

1-"v" parhez bu asosan 1-parhezga o'tish arafasida tayinlanadi. Bu parhezning tarkibiga oq non, sabzavot va meva pyurelari (kartoshka, sabzi, olma va boshqalar), bug'da pishirilgan go'sht va baliq kotletlari kiradi. Qarshi davolash parhezi quyidagilardan iborat: 1-"a" parhezi (2 hafta davomida), 1-"b" parhezi (5-7 kun). Bu parhezlardan keyin ancha vaqt 1-parhez asosiy parhez qilib tayinlanadi. Bu parhez yara kasalligini davolashda yakunlovchi hisoblanadi.

2- parhez

Bu parhezda vitaminlar ozgina yetishmasligi mumkin. Vitaminlar sabzavotlat va mevalar hisobiga to'ldiriladi. 1-parhezni ambulatoriyada va uy sharoitida ham qo'llash mumkin. 1-parhez kamida 2-3 oy davomida tayinlanadi.

3-parhez

Bu umumiy ovqatlanishga o'tishdagi parhez hisoblanib, 1 va 5-parhezlardan keyin tayinlanadi va yetarli darajada chegaralanganligi bilan

ajralib turadi. 2-parhez surunkali gastrit, sekretor funksiyalar yetishmovchiligida ta'yinlanadi (gipoatsid holati bo'lganda).

Bu parhez payli go'sht, o'simlik to'qimasiga boy qovurilgan ovqatlar, somsalar ta'qiqlanib, go'sht qiymasi, sho'rva go'shti yog'siz baliq, chala pishiriladigan tuxum, sut mahsulotlari, sho'rvaga solingan sabzavot, oq non tavsiya qilinadi.

4-parhez

Har xil sababli ich ketishlarda; alimentar sababli, ichakning harakati pasayishida, bavoasil yoki paraproktik yorilganda va boshqa hollarda qo'llaniladi. O'z tarkibi bo'yicha 3-parhez oddiy, umumiy ovqatning o'rtacha aralash ratsioni bo'lib, faqat issiq suyuqliklar (quyuq choy, kofe, kakao) hamda oq non, tortlar chegaralangan bo'ladi. To'qimalarga boy, ichak harakatini yaxshilaydigan oziq-ovqatlar sholg'om, sabzi, sabzavotlar, mevalar va boshqalar tavsiya etiladi.

5-parhez

Bu parhez jigar, o't yo'llari va ichakning surunkali kasalliklarida tavsiya etiladi. 5-parhez jigar funksiyasini normaga keltirish, o't ajralishni yaxshilaydi va lipotrop xususiyatini ko'paytirib, yog'lar va xolesterin almashinuvini yengillashtiradi.

Bunda yog'lar, tuxum sarig'i iloji boricha kamaytirilib, qovurilgan taomlar, obdon pishirilgan ovqatlar ta'qiqlanadi.

Uglevodlar miqdori ko'paytiriladi. Jigar va o't yo'llari kasalliklari xuruj qilganda 5-"a"parhezi, 5-parhezga kiradigan "p"parhezi asosan pankreatitlarda tayinlanadi. Bu asosan 4 ta parhezdan tashkil topib, yallig'lanishning davriga qarab belgilanadi.

6-parhez

Buyrak kasalliklari-nefrolitiaz, oksaluriya va podagrada tayinlanadi. Bu parhezning xarakteri uning kaloriyasiga qarab aniqlanadi; 1-kuni kundalik ratsionda 5"p" parhezi tayinlanadi.

14-parhez

Siydikda fosfaturiya bo'lib tosh paydo bo'lish sharoiti tug'ilganda, fosfor kalsiy tuzlarining organizmda chiqishini tezlashtirish uchun qo'llaniladi. Bu parhezni siydikning ishqoriy reaksiyasi nordonga o'tishi uchun tayinlaniladi. Shuning uchun 14-parhez tarkibiga go'sht, baliq, non mahsulotlari kirib, kaloriyali ovqatlar keskin chegaralangan bo'ladi (sut,

sut mahsulotlari va sabzavotlar). Bundan tashqari, ishtahani qitiqlaydigan ovqatlar ham chegaralanadi, (o'tkir ziravorlar-tuzli, sirkali ovqatlar, shirinliklar). Bu parhezning umumiy kaloriyasi oqsillar, yog'lar va uglevodlar miqdori organizmning fiziologik talablariga yaqin bo'ladi.

15-parhez

Umumiy ovqatlanish ratsioni bo'lib, sog'lom odamga mo'ljallangan. Parhez ovqatga ehtiyoji bo'lmagan operatsiya qilingan bemorlarga tayinlanadi.

Bemorlarga ovqat turini belgilash operatsiyaning hajmi va harakteriga, kasallik turiga va kechishiga bog'liq. Shuning uchun ularni umumlashtirilgan holda quyida keltiramiz.

1. Me'da-ichak operatsiyalardan keyingi dastlabki kunlari bemor umumiy enteral ovqatlantirilmasligi mumkin, so'ngra unga ballast moddalari cheklangan ovqat (bulyon, kisel, suxari va boshqalar), stol 1-A yoki stol 1-B berila boshlaydi, keyinchalik bemor umumiy stolga (15) o'tkaziladi. Sut berish mumkin emas, qorinni dam qiladi (meteorizm).

2. Me'da-ichak yo'llarining yuqori qismidagi (qizilo'ngach, me'da) operatsiyalardan so'ng dastlab 2 kun ichida bemorga og'iz orqali hech narsa berilmaydi. Parenteral usulda ovqatlantiriladi: teri ostiga va venaga qon o'mini bosadigan turli xil suyuqliklar, glyukoza, qon yuboriladi, oziqlantiruvchi huqnalar qilinadi. 2-3 kundan boshlab, stol № 0 (bulyon, kisel), 4-5-kundan stol № 1-A (suxari qo'shiladi), 6-7 kundan stol № 1-B (bo'tqasimon ovqat), 10-12 kundan asoratlar bo'lmaganda bemorni umumiy stolga (№ 15) o'tkaziladi.

3. Hazm yo'llarining butunligi buzilmay, qorin bo'shlig'i a'zolarida (o't pufagi, me'da osti bezi, taloq) qilinadigan operatsiyalardan so'ng stol №13 (bulyon, eziltirib pishirilgan sho'rvalar, suxari bilan, kisel, pechda pishirilgan olma va boshqalar) buyuriladi.

4. Yo'g'on ichakdagi operatsiyalardan so'ng 4-5 sutkagacha bemorning ichi kelmaydigan sharoitlar yaratish zarur. Bemorga kraxmali kam suyuq ovqatlar har kuni beriladi.

5. Og'iz bo'shligidagi operatsiyalardan so'ng burun orqali zond qilinadi va bemorga zond orqali suyuq ovqat (bulyon, qaymoq, sut, kisel) beriladi.

6. Me'da-ichaklarga aloqador bo'lgan operatsiyalardan keyin bemorga dastlabki 1-2 kun stol № 1-A yoki № 1-B, keyinchalik stol № 15 buyriladi.

7. Yuqorida keltirilgan parhezlar bilan operatsiyadan keyingi davrda ko'krak yoshidagi va undan katta yoshdagi bolalarni ovqatlantirish maqsadga muvofiqdir. Ammo ko'krak yoshidagi bolalarda yuqorida ko'rsatilgan stollar o'miga ona suti, sun'iy ovqatlantiruvchi aralashmalar, glyukoza eritmasi va suv beriladi.

Bemorga parhez taomlarini choynak, qoshiq, zond yordamida berish mumkin.

Og'riqsizlantirish

Og'riq. Og'riq hissi bu - sezuvchanlikning ma'lum bir qismi bo'lib, organizmda patologik jarayonlar bor bo'lganda, tashqi va ichki kuchli faktorlar ta'siri ostida yuzaga keladigan himoyalaniş reaksiyasidir.

Og'riqqa kishining ko'rsatadigan reaksiyasi tashqi ko'rinishi, reflektor o'zgarishlari jihatdan har xil bo'ladi. Og'riqni his qilish organizmning turli xil morfologik strukturalarida nerv oxirlari borligiga bog'liq. Ektodermal to'qimalar (teri, muguz parda, tishlar) va endodermal to'qimalar (shilliq pardalar, pariyetal qorin pardalar, qon tomirlar devori) nerv oxirlariga boydir. Har qanday kuchli ta'sirot hujayra sitoplazmasining denaturatsiyasiga olib keladi. Buning natijasida hujayralarda H-moddalar (gistamin, atsetilxolin, gistaminsimon moddalar va ksantin) ning ayrim unumlari ozod bo'lib, og'riq retseptorlarining bevosita yoki bilvosita qo'zg'alishiga sabab bo'ladi. Og'riq nerv oxirlariga nerv tolalari bo'ylab o'tkaziladi va orqa miyaga boradi. Og'riq impulslari orqa miya bo'ylab yuqoriga ko'tarilib, bosh miya po'stlog'iga boradi va u yerda impulslar shakllanib og'riq reaksiyasi paydo bo'ladi.

Og'riq odatda, boshqa sezgilar bilan birga paydo bo'ladi. Masalan, og'riq ko'pincha ko'rish, eshitish sezgilari bilan o'zaro ta'sir qilib effektni kuchaytiradi yoki kamaytiradi. Og'riq bo'ladi deb kutilganda u yaqqolroq yuzaga chiqadi. Og'riqqa qarshi kurashish tibbiyot sohasining asosiy vazifasidir. Og'riqni yo'qotmasdan turib xirurgik muolajalarni bajarish va xirurgiya sohasida rivojlanib borish mumkin emas. Organizm og'riq sezgisiga befarq qola olmaydi. Asab sistemasi tomonidan og'riqqa (skelet

muskullarining taranglashishi, himoyalaniş va tovush reaksiyalari) javob reaksiyasi tarzida kuzatiladi. Og'riq ta'sirida organizmda turli xil o'zgarishlar yuz beradi. Masalan, yurak tez urishi, tomir tonusining o'zgarishi, nafas olishning tezlashishi, so'lak bezlar sekretsiasining kamayishi va h.k. lar.

Og'riqsizlantirish va narkoz haqida tushuncha.

Bugungi kunda birorta ham operatsiya og'riqni bartaraf qilmasdan turib bajarilmaydi. Shu maqsadda og'riqsizlantirish usullari qo'llaniladi.

Og'riqsizlantirish – bu markaziy nerv sistemasi va uning tarmoqlarini vaqtinchalik narkoz dori vositalari yordamida og'riq sezgisini yo'qotish maqsadida qo'llaniladigan chora-tadbirlar yig'indisidir.

Og'riqsizlantirishning quyidagi turlari farqlanadi.

1) Maxsus narkoz vositalari (efir, azot (I)- oksid va boshqalar). Hidlatib, venaga, to'g'ri ichakka maxsus preparatlar- (tiopental-natriy, geksenal, narkolonlar) yuborib yuzaga keltiriladigan umumiy og'riqsizlantirish.

2) Og'riq sezgisi faqat operatsion maydonda yo'qotiladigan va maxsus moddalar –novokain, sovkain, lidokain, trimekain, dikain, markainlarni yuborish yo'li bilan yuzaga keltiriladigan mahalliy og'riqsizlantirishdir.

3) Og'riqsizlantirishning aralash va kombinatsiya qilingan turlari - bunda turli xil narkoz moddalarni ingalyatsiya qilish va umumiy og'riqsizlantirish bilan o'tkazish; ingalyatsiya qilish va venaga yuborish; umumiy og'riqsizlantirish, mahalliy og'riqsizlantirish birgalikda qo'llaniladi.

Og'riq va uning oqibatlariga qarshi kurash bilan anesteziologiya shug'ullanadi. Anesteziologiya og'riqsizlantirish bilangina shug'ullanib qolmay, balki operatsiya vaqtida va operatsiyadan keyingi davrning dastlabki kunlarida organizmda ba'zi bir organik va funksional o'zgarishlarni boshqarib turadi.

Tibbiyot fanining bu sohasi bilan shug'ullanuvchi shifokorlar **anesteziologlar**, o'rta tibbiyot xodimlari esa **anestezistlar** deyiladi. Mahalliy anesteziyani operatsiya qiladigan xirurg bajaradi. Anesteziolog bunda bemorning holatini kuzatib turadi. Operatsiyadan keyingi davrda

yoki shikastlanish, zaharlanish kabi holatlardan so'ng og'ir ahvolda keltirilgan bemorlarni tanglik holatidan va klinik o'limdan qutqarish bo'yicha tadbirlar ko'rish zaruriyati vujudga keladi. Bu holatlarni o'rganadigan fan **reanimatologiya**, shifokor esa **reanimatolog** deb ataladi. Amaliyotda anesteziologiya va reanimatologiya bilan bitta shifokor **anesteziolog-reanimatolog** shug'ullanadi. Tibbiyot fanining shu sohasi bilan shug'ullanuvchi anesteziologlar va anesteziologlar narkoz vositalarning nomi, qancha dozada yuborilishi, qachon ta'sir qilishi va ta'sir davomiyligi, qaysi yo'l bilan yuborilishini eng muhimi narkoz bosqichlari va narkoz asoratlarini bilishi zarurdir.

"Narkoz"termini yunoncha so'z bo'lib, "karaxt bo'lib qolish" degan ma'noni anglatadi. Narkoz deganda kishining es-hushi va og'riq ta'sirotlariga reaksiyasi yo'qolib qoladigan holat tushuniladi. Narkotik dori vositalari hujayra membrasiga ta'sir ko'rsatib, natriy va kaliy o'tkazuvchanligini pasaytirib qo'yadi. Narkoz paydo bo'lishining mexanizmi narkoz dori vositalari turiga, tipiga bog'liqligini va asosan har xil asab strukturalarining faoliyatini buzish bilan erishiladi. Yirik davolash muassasalarida reanimatsiya bo'limi ajratiladi. Bo'limda anesteziolog-reanimatologlar, anesteziolog hamshiralar va kichik tibbiyot xodimlari faoliyat ko'rsatadilar. Bo'lim maxsus zamonaviy asbob-uskunalar, apparaturalar va dori-darmonlar bilan ta'minlangan bo'ladi.

Umumiy og'riqsizlantirish. Umumiy og'riqsizlantirish deganda narkoz dori vositalarini qo'llash yo'li bilan markaziy nerv sistemasini chuqur tormozlantirish tushuniladi.

Narkoz vaqtida uzunchoq miyadagi nafas va tomirlarni harakatlantiruvchi faoliyatlar saqlanib qoladi. Narkoz dori vositalari yuborilish miqdori yanada kuchaytirilganda bu markaz falajlanib qolishi mumkin va narkoz qilinayotgan kishining o'limiga sabab bo'ladi.

Narkoz turlari. Og'riqsizlantirish xususiyati bo'lgan dori vositalari asosan ikki guruhga bo'linadi.

1. Mahalliy og'riqsizlantiruvchi dori vositalar.
2. Umumiy og'riqsizlantiruvchi narkoz dori vositalari.

Umumiy og'riqsizlantiruvchi narkoz dori vositalari organizmga kiritish yo'liga ko'ra **ingalyatsion** va **noingalyatsion** guruhlarga ajratiladi.

Ingalyatsion narkoz deb, narkoz dori vositalari yuqori nafas yo'llari orqali yuboriladigan umumiy og'riqsizlantirish turiga aytiladi.

Noingalyatsion narkoz deb, narkoz dori vositalarini vena ichi, teri osti, to'g'ri ichak yo'llari orqali yuboriladigan umumiy va mahalliy og'riqsizlantirish turiga aytiladi. Narkoz uyquning chuqurligiga ko'ra yuzaki va chuqur bo'lishi mumkin. Narkoz dori vositalarning bir o'zi yoki ularning aralashmasi yuborilishiga ko'ra farqlanadi. Bitta narkoz dori vositasi beriladigan narkoz **sof narkoz** (azot (I) oksid, efir, ftorotan va boshqalar) deyiladi. Narkoz dori vositalari aralashmasi qo'llaniladigan narkoz **aralash narkoz** deyiladi. Narkoz dori vositalarini tirli xil yo'llar bilan bir vaqtda ishlatilsa **kombinatsiyali narkoz** deyiladi.

Narkozning bosqichlari va darajalari.

Narkoz vaqtida narkoz dori vositasining konsentratsiya va turiga bog'liq holda uning bosqichlari va darajalarini farqlash mumkin.

Narkoz bosqichlari.

I-bosqich: analgeziya bosqichi- narkoz dori vositasini yuborishdan boshlab anesteziyaning xirurgik bosqichi paydo bo'lguncha bo'lgan davrni o'z ichiga oladi. Bu bosqich 3-4 daqiqa davom etadi va bemorning es-hushi saqlangan holda og'riq sezgisining yo'qolishi, nafas olishning susayishi ro'y beradi. Qorachiqlar yorug'likka reaksiyasi, reflekslar saqlanib qoladi, arterial bosim, puls o'zgarmaydi. Bu bosqichda kichikroq operatsiyalar (yiringli joyni kesish) qilish mumkin.

II-bosqich: qo'zgalish bosqichi- biroz uzoq vaqt davom etadi va bemorlarda harakat reaksiyasining oshishi, nutq markazining qo'zg'alishi (bemor nima deyayotganligini bilmaydi) kuzatiladi. Keksalar, zaiflashib qolgan bemorlarda harakat reaksiyalari sust yoki umuman bo'lmasdan o'tishi ham mumkin. Alkogoliklar, giyohvandlarda keskin qo'zgalish va harakat reaksiyasi bilan birga boradi. Arterial bosim ko'tarilib, puls tezlashadi, nafas tez va notekis bo'ladi. Muskullar tonusi bilan reflekslar kuchayib ketadi. Bemor qayd qilishi va hatto qusuq massalari nafas yo'llariga tiqilib qolishi ham mumkin.

III- bosqich: xirurgik bosqich- xirurgik muolaja boshlanib, jarohat tikilib bo'lguncha davom etadi. Bu bosqichning 4 darajasi farqlanadi:

Birinchi darajasi (III₁); Es-hushi batamom yo'qolgan. Og'riq va taktil (teri) sezuvchanligi yo'qolgan. Qorachiqlar toraygan biroq muguz

parda refleksi va muskullarning tarangligi saqlanib qoladi. Ko'z soqqalarining "suzib yuradigan" harakatlari saqlanib qoladi.

Ikkinchi darajasi (III₂); Qorachiqalar toraygan, muguz parda refleksi saqlanib qolib, muskullar qisman bo'shashadi. Bu davrda tilning halqumga tiqilib qolish xavfi bo'ladi. Bu davr biroz xavfli bo'lib, arterial bosim me'yorida.

Uchinchi darajasi (III₃); Ko'z qorachig'i kengaygan, muguz parda refleksi yo'qoladi, arterial bosim pasayadi, puls sekinlashadi. Muskullar batamom bo'shashadi.

To'rtinchi darajasi (III₄); Qorachiqning yorug'likka reaksiyasi yo'q, qorachiqalar kengaygan, muguz parda nursiz, nafas yuzaki va notekis, puls tez va to'liqsiz bo'ladi. Arterial bosim tobora pasayib boradi. Narkozning bu darajasi o'lim bilan tugashi ham mumkin, shuning uchun bunga yo'l qo'yib bo'lmaydi.

IV- bosqich: jarrohlik aralashuvi tugatilganidan boshlanib, bemor es-hushini tiklanishi, nafas olish va qon aylanish faoliyatlarining turg'unlashishigacha davom etadi. Bu davrga kelib narkoz dori vositasi yuborish to'xtatiladi. Bu bosqich uxlab qolish davridan uzoqroq davom etadi.

Ingalyatsion narkoz.

Narkozning bu turiga turli xil narkoz dori vositalarini nafas olish yo'li orqali kiritish yo'li bilan erishiladi.

Ingalyatsion narkozlarga: efir, ftoratan, xloretil, azot (I) oksid, siklopropanlar kiradi. Ingalyatsion narkoz dori vositalar quyidagi talablarni qondirishi kerak.

- a) Nafas yo'llarini ta'sirlamaydigan bo'lishi kerak.
- b) Organizmdan o'zgarmagan holda tez chiqib ketadigan bo'lishi kerak.
- c) Organizmga zaharli ta'sir qilmasligi kerak.
- d) Qon aylanishi, gaz almashinuvi va to'qimalardagi moddalar almashinuviga yomon ta'sir ko'rsatmaydigan bo'lishi kerak.

Ingalyatsiya uchun amaliyotda quyidagi narkoz dori vositalari keng qo'llaniladi.

A. Suyuq narkotik moddalar.

Efir (aether pro narcosi)- o'ziga xos hidi va achituvchi ta'mi bo'lgan rangsiz, tiniq suyuqlik. Oson alangalanadi. Efirning havo bilan aralashgan bug'lari portlash xususiyatiga ega. Efirning sifati quyidagi usullar orqali sinab ko'riladi: 1) filtr qog'ozda bug'langandan so'ng hidi qolmasligi kerak; 2) oynaga bug'latilgandan so'ng nordon reaksiya beradigan cho'kma qolmasligi kerak; 3) eritilganda ko'k lakmus qog'ozni qizartiradi. Zarg'aldoq rangli shisha flakonlarda 100 ml hajmda chiqariladi. Issiqdan uzoqda, yorug'lik tushmaydigan joyda saqlanadi.

Xloroform (Chloroformium)-tiniq, rangsiz suyuqlik. Yorug'likda parchalanadi. Organizmdan asosan, siydik bilan chiqariladi. Sofligini sinash: 1) filtr qog'ozidan bug'langanda hidi qolmasligi; 2) ko'k lakmus botirilganda qizartirmasligi kerak. Zarg'aldoq rangli shisha flakonlarda 50 ml hajmda chiqariladi. Salqin joyda saqlanadi.

Xloretil (Aethylicum chloratum)- o'ziga xos hidli, juda uchuvchan, rangsiz suyuqlik. Oson alangalanadi. Shisha ampulalarda 20 ml dan chiqariladi. Yorug'lik tushmaydigan salqin joyda saqlanadi.

Ftorotan (floyutin narkotan) (Phtorotanium)- yoqimli hidga ega bo'lgan rangsiz suyuqlik. Alangalanmaydi va portlamaydi. Efirdan bir muncha kuchli zaharli modda. Bemor 1-2 daqiqa o'tgach hushidan ketadi, narkoz tezda yuz beradi. Ko'pincha azot (I) oksid bilan birga qo'llaniladi. Zarg'aldoq rangli flakonlarda chiqariladi.

Pentran (Pentran)- metoksifluran, ingalan- o'ziga xos meva hidi keladigan tiniq suyuqlik, alangalanmaydi va portlamaydi. Narkotik faolligi jihatidan efir va xloroformdan yuqori turadi. Ozgina miqdori bilan nafas olish analgeziyani keltirib chiqaradi. Narkoz apparatlarining rezina detallariga shimilib qolish va keyin qayta diffuziyalanish xossasiga ega, shuning uchun operatsiya tugashidan 10-20 daqiqa oldin anestetik ezib qo'yiladi. To'q qora rangli zich berkitiladigan idishda saqlanadi.

Trixloretilen (Trichlorethylum)-trilen, narkogen, rangsiz, o'ziga xos hidli, tiniq suzuvchan suyuqlik. Kuchli narkotik ta'sirga ega, 0, 4-0, 7 hajm % konsentratsiyaga analgeziya hosil qiladi, 2-3 hajm % da narkotik ta'sir beradi. Qisqa muddatli operatsiyalarda analgeziya uchun qo'llaniladi. Zich bekitilgan idishda, yorug'lik tushmaydigan salqin joyda saqlanadi.

Vineten (Wineten)- tiniq, benzin hidini eslatadigan eruvchan suyuqlik. Kuchli anestetik. Nafas olinadigan aralashmada 0, 2 hajm % konsentratsiyada analgeziyani keltirib chiqaradi. 2-3 hajm % da esa og'riq yo'qoladi, 4 hajm % da narkozning xirurgik bosqichini hosil qiladi. To'q rangli idishda past haroratda saqlanadi.

B. Gzsimon narkotik moddalar. Azot (I) oksid (Nitrogenium oxydalatum)-kuldiruvchi gaz. Po'lat ballonlarda saqlanadi. Yonmaydi, hidi yo'q. Ko'pincha 70-80 % da azot (I) oksid va 30-20 % kislorod hisobidagi aralashmasi ishlatiladi.

Siklopropan (C₃H₆)-tez yonuvchan gaz bo'lib, portlash xususiyatiga ega. Ballonlarda saqlanadi. Tez ta'sir qiladi, ko'pincha boshqa vositalar (azot (I) oksid, efir) bilan birga qo'llaniladi.

V. Kuraresimon narkotik moddalar.

a) Depolyarizatsiyalovchi relaksantlar

Tubokurarin- uzoq ta'sir etuvchi relaksant, vena ichiga yuboriladi, 15-20 mg miqdori katta odamlarda yaxshi relaksatsiya beradi. 30 mg dan yuborilsa, nafas olish to'xtaydi. Uning ta'siri 2-3 min da boshlanib, 30-40 daqiqagacha davom etadi. Bu preparat uzoq qo'llanilganda ba'zan gipotoniya va bronxospazm ro'y berishi mumkin. Tubokurarin gistomina o'xshash ta'sir etgani uchun uni bronxial astma kasalligida ishlatish mumkin emas. Tubokurarinning antogonisti prozerin hisoblanadi.

Diplatsin- tubokurarinning analogi, suvda yaxshi eriydigan oq kukun. U 2 % 5 ml ampulada chiqariladi, narkoz uchun vena ichiga 100-150 mg dan yuboriladi. 1-2 daqiqadan keyin reaksiya boshlanib 1 soatgacha davom etadi. U katta dozalarda atropinga o'xshab ta'sir etadi. Gistaminga o'xshab ta'siri bo'lmagani uchun uni bronxial astmada qo'llash mumkin; tubokurarindan 3 marta kuchsiz. Diplatsinning antogonisti sifatida prozerin saqlanadi.

Pirolakson(analogi flaksedil)- oq kristal kukun bo'lib, suvda yaxshi eriydi, 4 % 1ml ampulada saqlanadi. Relaksatiya dozasi -80 mg bo'lib, 3 daqiqa o'tgach ta'siri boshlanadi, 25-30 daqiqagacha davom etadi. 110-120 mg miqdori esa faol nafas olishni 5-8 daqiqagacha to'xtadi. Bu preparat ganglioblokli ta'sir etib, arterial qon bosimini bir oz pasaytiradi (ba'zan oshirishi ham mumkin) va yurak urishini tezlashtiradi. Buyrak kasalligi,

measteniyaya, gipotoniya, skleroz, yurak faoliyatining dekompensatsiyasida qo'llanilmaydi. Pirolaksonning antagonisti-prozerin.

Paramidon. 0, 1 % li eritmasi 5 ml dan ampulada chiqariladi. Bemorga 3-5 ml yuborilsa, relaksatsiya yuz berib, 30-60 daqiqagacha davom etadi. Agar 10 ml yuborilsa, bemorning nafasi to'xtaydi. Bu preparat diplatsinga nisbatan 10 marta kuchli bo'lib, bir oz toraytiruvchi ta'sirga ham ega. Paramidonning antagonisti-prozerin

Milaksen- relaksatsiya beruvchi dozasi 12-12, 5 mg, venadan yuborganda, 3-5 daqiqadan keyin ta'sir etib, 20-30 daqiqagacha davom etadi. Bu preparat buyrak orqali chiqarilmaydi. Gistaminga o'xshash ta'sir etmaydi. Yurak qon tomirlariga va vegetativ nerv sistemasiga ta'sir etmaydi. Shuning uchun buyrak kasalliklarida ham qo'llanilishi mumkin. Milaksen ditilinning ta'sirini kuchaytiradi.

Depolyarizatsiyaga qarshilik qiluvchi relaksantlar

Tubarin- miorelaksantlar avlodining boshi bo'lib, anesteziologiya tajribasida ishlatilgan birinchi relaksant hisoblanadi. Bu preparat hozirgi kunda ham keng qo'llaniladi, kuchli relaksantlar qatorida turadi. Tubarin 1 % li eritma shaklida 0, 3-0, 5 mg/kg dozada qo'llaniladi. Venaga yuborilgandan keyin 3-5 daqiqa o'tgach, fibrilyatsiyasiz relaksatsiya vujudga keladi va bu holat 30-40 daqiqa davom etadi.

Birinchi navbatda yuz muskullari bo'shashadi, so'ngra bo'yin, qo'llar, ko'krak qafasi, qorin va oxirida oyoqlar muskullarining relaksatsiyasi paydo bo'ladi. Mushaklar tonusining tiklanishi oyoqlardan boshlanadi, yuz muskullari relaksatsiyaning tarqalishi bilan tugaydi.

Tubarinning ganglioblokator xususiyati arterial qon bosimini bir oz pasaytiradi. Gistominogen xususiyati esa loringo va bronxospazm, har xil allergik asoratlarning ro'y berishiga sababchi bo'lishi mumkin. Tubarin turli - tuman jarrohlik aralashuvini miorelaksiatsiya bilan ta'minlash maqsadida keng qo'llaniladi.

Diplatsin-3-4 mg/kg hisobidan yuboriladi. Venaga yuborilgandan 5-6 daqiqa o'tgach, relaksatsiya va apnoe ro'y beradi, bu holat 30-40 daqiqa davomida kuzatiladi. Diplatsin kummulyatsiyalanish xususiyatiga ega. Shu tufayli ham preparatning keyingi dozalari birlamchi dozasiqaraganda 2-4 marta kamaytirilgan holda yubortiriladi. Diplatsin ham tubarin singari

yengil gangliolitik samara beradi. Ayrim bemorlar tomonidan diplatsinga nisbatan yuqori sezuvchanlik kuzatiladi. Diplatsinga yuqori sezgirlik uzoq davom etuvchi relaksatsiya va apnoe ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Pavulon-steroiy relaksant, ammo gormonal xususiyatlarga ega emas. 2ml ampulada chiqariladi, 1ml eritmada 2 mg pavulon bo'ladi. Qisqa vaqtli jarrohlik amaliyotlarini relaksatsiya bilan ta'minlash uchun pavulon 0,05 gr /kg hisobida yubortiriladi. Uzoq vaqt davom etadigan jarrohlik aralashuvlari relaksatsiyasi uchun pavulonning birinchi dozasi 0,08-0,09 mg/kg. Pavulon relaksatsiyasining doimiyligi uning yuborilgan dozasi bog'liq. Preparat 0,06-0,07 mg/kg dozada yuborilganda relaksatsiya davri 50-60daqqa, 0,08-0,09 mg/kg dozada yuborilsa relaksatsiya davri 80-90 daqiqagacha cho'ziladi. Pavulon venaga yuborilgandan keyin 2-3 daqiqa o'tgach relaksatsiya boshlanadi. Measteniya va buyrak funksiyasining yetishmasligi holatlarida pavulon qo'llanilmaydi.

Arduan – 2 % li eritma ko'rinishi 2 ml ampulada chiqariladi. Preparat venaga yuborilgach, 15-40 sek o'tishi bilan miorelaksatsiyani vujudga keltiradi. Qorin bo'shlig'idagi jarrohlik aralashuvlarini ta'minlash uchun arduan 0,07-0,08 mg/kg hisobidan yuboriladi. Arduanning keyingi dozalari 2-3 marta kamaytirilgan holda berilishi lozim. Arduanning 1-1,5 mg dozasi tubarin kabi mushaklar fibriliyatsiyasining oldini oladi. Traxeya va bronxlar intubatsiyasini bajarish uchun arduan 0,075 mg/kg da undan yuqoriroq dozalarda ishlatiladi. Arduan organ va sistemalarga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi va asoratlar qoldirmaydi.

Ingalyatsion anesteziya uchun asboblari va apparatlar.

“Polinarkon-2”, “Polinarkon-2P” asboblari reversiv sistemali bo'lib, yarim ochiq, yarim yopiq va yopiq nafas konturlari orqali anesteziya o'tkazish uchun sharoit yaratib beradi. “Anestezist” deb ataluvchi universal bog'lagich va rotametrlil dozimetriga ega. Nafas qopchig'i va mexi vositasidan sun'iy o'pka ventilyatsiyasi o'tkaziladi.

“Polinarkon-4” zamonaviy ingalyatsion asbob. Uning “Anestezist-1” bug'latkichi anestetiklarni bir xil miqdorda uzatib turadi. “Polinarkon-4” asbobi uzatilayotgan kislorod bosimining 2 atmosferadan tushib ketganini bildiruvchi signalga va bu holatda azot oksidi uzatilishini to'xtatuvchi

moslamaga ega. Bundan tashqari, bu asbob rezervdagi ballondan kislorod uzatilishini ta'minlovchi avtomatik moslamaga ham ega. Asbobning ejeksion tuzilmasi bemorning chiqargan nafasini amaliyot xonadan tashqariga chiqarib tashlashga sharoit yaratib beradi. Anesteziya asbobiga havoni filtrlovchi va arterial qon bosimini o'lchovchi moslamalar o'rnatilgan.

Noreversiv nafas konturi anesteziya asboblariga "Narkon", "NAPP", "Trilan" va "Ftoroteklar" kiradi. Bularning vositasiga ochiq va yarim ochiq nafas konturlaridan foydalangan holda anesteziya o'tkaziladi. "Narkon" asbobi efir, ftorotan, trilen, metoksifluran anesteziyalarini bajarishga mo'ljallangan. "NAPP" asbobi esa azot oksidi, trilen va ftorotanlarning bo'lib-bo'lib uzatib turilishini ta'minlaydi. Homiladorlarni ko'z yorishi jarayonida og'riqsizlantirish davo analgeziyasi va autoanalgeziya kabilarni o'tkazishda "NAPP" asbobi juda qulay. "Trilen" va "Ftorotek" jihozlari trilen yoki ftorotan hamda havodan tashkil bo'lgan aralashmani hosil qiluvchi moslamadan iborat. Bu moslamalar yordamida ko'z yorish jarayoni, kichik hajmli jarrohlik aralashuvlarida og'riqsizlantiradi, autoanalgeziya o'tkaziladi. Tringal jihozi vositasida trilen va metoksifluran anesteziyasi o'tkaziladi.

Ingalyatsion anesteziya va uning usullari.

Niqobli anesteziya

Niqobli ingalyatsion anesteziya oddiy moslamalar yoki maxsus anesteziya jihozlari yordamida o'tkaziladi. Esmarx niqobi, ftorotan va trilen bug'latkichlari kabi oddiy moslamalar bilan o'tkaziladigan anesteziya oddiy niqobli ingalyatsion anesteziya deb ataladi.

Niqobli anesteziyaning zamonaviy ko'rinishi maxsus bug'latkich va dozometri, sun'iy nafas oldirish moslamalari bor jihozlar yordamida o'tkaziladi va jihoz-niqob usuli ingalyatsion deb ataladi.

Anesteziyani boshlashdan oldin ballondagi kislorod miqdori, jihoz va moslamalarining ishiga yaroqliligi, nafas olish sistemasining germetikligi, barcha zarur dori-darmonlarning borligi tekshiriladi.

Niqobli anesteziyani o'tkazish uchun bemorni amaliyot stoliga bir qo'li va oyog'i sonining o'rta qismidan enlik tasma yordamida bog'lab qo'yiladi. Bog'lanmagan qo'l arterial qon bosimi va pulsni nazorat qilish, venaga infuziya qilish hamda anesteziya preparatlarini yuborish uchun

ishlatiladi. Bemor 1-2 daqiqa davomida toza kisloroddan nafas oladi. So'ngra anestetikli aralashmadan ingalyatsiya qilinadi. Ingalyatsiyaning boshida aralashma tarkibidagi anestetikning miqdori kam bo'lishi shart. Bemor niqob orqali nafas olishiga moslashgan va anestetikka ko'nikkach, aralashma tarkibidagi anestetikning miqdori oshirib boriladi. Nafas yo'llari o'tkazuvchanligini ta'minlash uchun og'iz yoki burun havo o'tkazgich naylari ishlatiladi.

Niqobli ingalyatsion anesteziya qisqa vaqt davom etuvchi mushaklar relaksatsiyasi talab qilinmaydigan amaliyot va muolajalarini og'riqsizlantirishda keng foydalaniladi. Niqob vositali anesteziyada nafas yo'llari o'tkazuvchanligining buzilishi mexanik asfiksiyaga olib keladi. Tilning tanglayiga tegib qolishi, pastki jag'ning osilib qolishi, traxeya va bronxlarning qusuq massalari, so'lak, shilliq moddalar bilan tutilishi, laringospazm bronxospazmlar, kislorod tanqisligi-gipoksiya sababchisi bo'ladi. Til tanglayiga yopishganda va pastki jag' osilib qolganda havo yetkazuvchi nay qo'yiladi. Pastki jag'ni oldinga surish va yuqoriga ko'tarish bilan ham nafas yo'llari o'tkazuvchanligini tekshirish mumkin. Nafas yo'llari qusuq massalari, so'lak va shilliq moddalardan dokali tampon, so'rgich va boshqa moslamalar yordamida tozalanadi. Gipoksiya kuchayib borsa anestetik ingalyatsiya to'xtatilib, toza havo va kislorod aralashmasi uzatilib turiladi. Zudlik bilan traxeya ingalyatsiya qilinadi, sun'iy o'pka ventilyatsiyasi zaminida gipoksiya oqibatlarini yo'qotishga qaratilgan tadbirlardan foydalaniladi.

Intubatsion narkoz

Anesteziyaning intubatsion usuli traxeya yoki bronxlarga maxsus havo o'tkazgich nayi kirgizish orqali amalga oshiriladi. Intubatsion nay yordamida bemorning o'pkasiga kislorod va anestetik aralashma uzatiladi hamda sun'iy o'pka ventilyatsiyasi o'tkaziladi. Intubatsion nay traxeyaga (endotraxeal) va ayrim hollarda bronxlarga (endobronxial) qo'yiladi. Intubatsion usul qo'llanilganda qusuq massalari, so'lak va shilliqning traxeya va bronxlarga tushish ehtimoli yo'qoladi. Anesteziya jarayonida traxeya va bronxlar sanatsiyasini o'tkazish uchun sharoit yaratadi. Intubatsion usul zaminida miorelaksantlar qo'llanishi sun'iy o'pka ventilyatsiyasi o'tkazish uchun qulaylik yaratadi.

Nafas yo'llarining to'silib qolish xavfi bor, miorelaksantlardan foydalanish zarur bo'lgan, hayot uchun muhim a'zolar faoliyatini boshqarib turish zaruriyati tug'ilgan paytlarda intubatsion anesteziyadan foydalaniladi.

Intubatsion anesteziya o'tkazish

Intubatsion anesteziya o'tkazish bosqichlariga premedikatsiya, indukatsiya, sun'iy mioplegiya, traxeya va bronxlar intubatsiyasi, sun'iy o'pka ventilyatsiyasi, amaliyot anesteziyasini saqlab turish va anesteziyadan chiqarish kiradi.

Premedikatsiya uchun analgetiklardan omnopon (10-20 mg) yoki fentanil (0,05-0,1 ml), M-xolinolitik preparatlardan atropin sulfat (0,2-1,0 mg) yoki metatsin (0,2-1,0 ml), antigistamin moddalardan dimedrol (10-20 mg) yoki diprazin (25-50 mg) anesteziya boshlashdan 30-40 daqiqa oldin teri ostiga yoki mushaklar orasiga yuboriladi. Ayrim hollarda, premedikatsiya tarkibiga seduksen (10-20 mg), droperidol (2,5-5,0 mg) kabilar kiritiladi.

Induktiv anesteziya- anesteziyaning qo'zg'alish bosqichining oldini olishga va intubatsion jarayonni og'riqsizlantirishga qaratilgan bosqich hisoblanadi. Induktiv anestetik sifatida natriy tiopental yoki geksenal (5-6 mg/kg dozada), sombrevin (5 mg/kg dozada), kalipsol (2,5 mg/kg dozada) ishlatiladi. Ftrotan, azot oksidi aralashmalari ham mustaqil ravishda yoki analgetik va boshqa anestetiklar bilan birga ishlatilishi mumkin. Induktiv anestetik vositasi yordamida jarrohlik bosqichiga erishilgach, miorelaksantlar yuborib sun'iy mioplegiya vujudga keltiriladi. Miorelaksantlardan ditillin, miorelaksin yoki listenon (1-1,5 mg/kg) ishlatiladi. Bu relaksantlarni qo'llashdan avval, bemorning venasiga 3-5 mg tubarin yuborilsa, mushaklar fibrillyatsiyasining oldi olinadi. Mioplegiya vujudga kelishi bilanoq, to'g'ri laringoskopiya yordamida traxeyaga intubatsion nay kiritiladi. Intubatsion nay bemorning og'iz yoki burun bo'shlig'ida maxsus moslama yordamida mustahkamlanadi va sun'iy o'pka ventilyatsiyasi o'tkazish uchun anesteziya jihoziga ulanadi.

Intubatsion jarayonini bajarish uchun bemorning boshi stol sathidan 6-8 sm ko'tarilgan va orqa tomonga tashlagan holda bo'lishi lozim. Jarrohlik bosqichi va mioplegiya vujudga keltirilgach, anesteziolog chap qo'lga laringoskopni ushlaydi va o'ng qo'lining bosh va ko'rsatkich

barmoqlari yordamida bemorning og'zini ochadi. Laringoskop kurakchasi tilning o'rta chizig'i bo'ylab tanglay tomonga yuboriladi. To'g'ri kurakcha ishlatilganda kichik til yuqoriga ko'tarilishi kerak va shundan keyin ovoz naylari ko'rinadi. Laringoskopning qiyshiq kurakchasi qo'llanilganda esa tilning asosi yuqoriga surilishi bilan ovoz paylari ko'rinadi.

Intubatsion nayning uchi ovoz naylari oralig'idan 2-3 sm ichkariga kiritiladi. (22-rasm). Intubatsion anesteziya mobaynida sun'iy o'pka ventilyatsiyasi o'tkazish uchun qo'l kuchi yoki avtomatik rejimda ishlaydigan jihozlardan foydalaniladi.

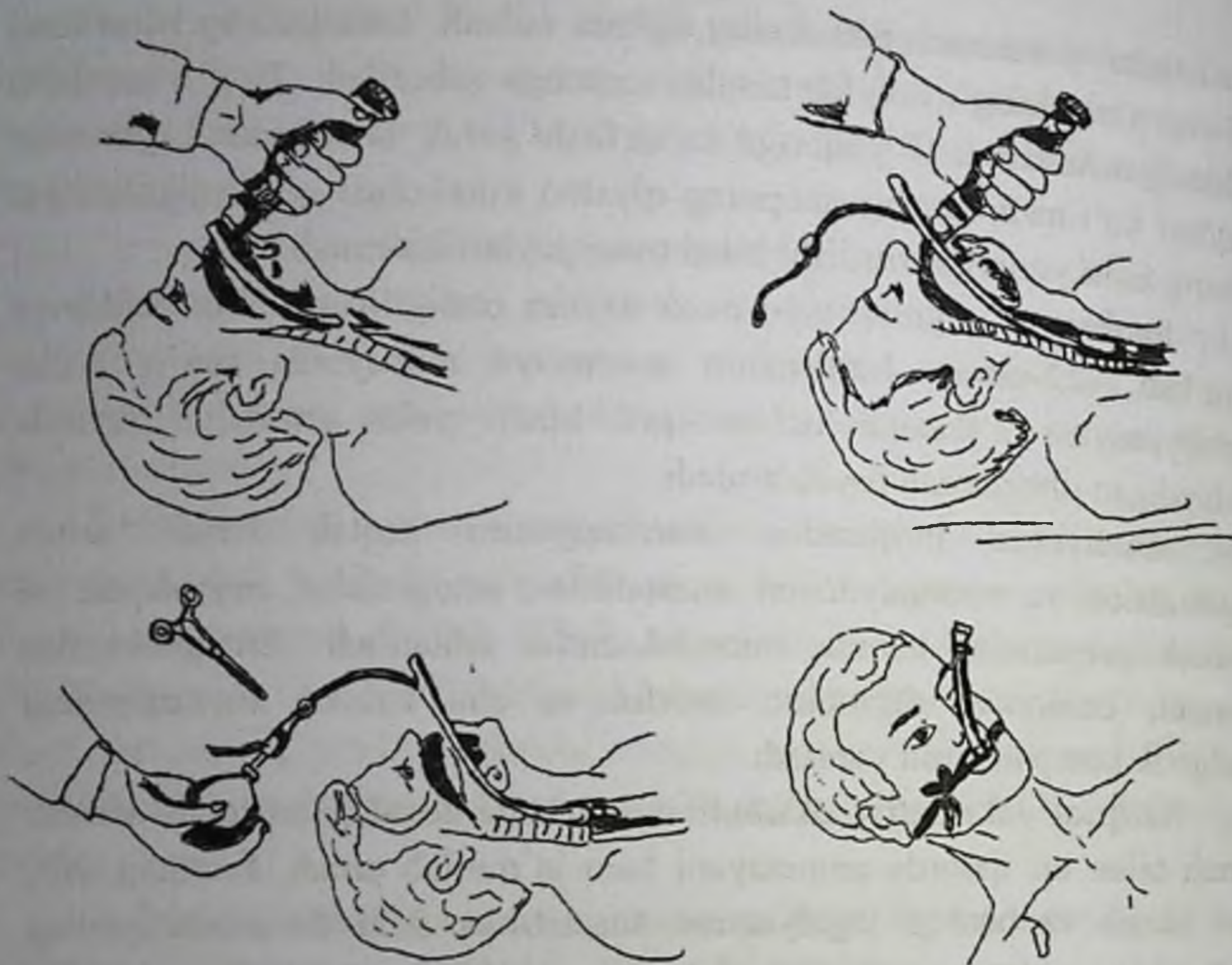
Amaliyotda intubatsion anesteziyasini saqlab turish uchun ingalyatsion va noingalyatsion anestetiklar, analgetiklar, neyroleptik va atraktik preparatlar hamda miorelaksantlar ishlatiladi. Analgetiklardan fentanil, omnopon, dipidolor, morfin va shu kabilar anesteziyaning analgetik komponentini yaratadi.

Kalipsol yoki natriy oksibutiratning katta dozalari analgetik samara berish bilan bir qatorda amneziani ham ta'minlab turadi. Ftorotan, efir, azot oksidi va boshqa ingalyatsion anestetiklar ta'sirida anesteziyaning analgeziya, amneziya va miorelaksatsiya kabi komponentlari vujudga keltiriladi. Mioplegiyani vujudga keltirish uchun tubarin (0, 3-0, 5 mg/kg), pavulon (0, 05 mg/kg) yoki arduan (0, 07-0, 08 mg/kg) ishlatiladi. Bemorni anesteziya holatidan chiqarish masuliyatli bosqich hisoblanadi.

Amaliyotning tugatilishiga 10-15 daqiqa qolganda analgetik, anestetik va relaksantlar yuborilish to'xtatiladi. Bemorning nafas yo'llari so'rgich yordamida tozalanadi.

Sun'iy yoki yordamchi o'pka ventilyatsiyasi uchun kislorod uzatib turiladi. Mustaqil nafas olish, mushaklar tonusi va bemorning hushi tiklangandan so'ng nafas yo'llaridan intubatsion nay olib tashlanadi-ekstubatsiya bajariladi.

Anesteziyaning chiqish davrida turli asoratlar, jumladan nafas va qon aylanishining depressiyasi, rekurarizatsiya, qon ketishi, nafas yo'llari obstruksiyasi ro'y berishi mumkin. Shu tufayli ham bemor uzoq vaqt mobaynida nazorat ostida bo'lishi shart.



22. rasm. Orotraxeal intubatsiya bajarish.

O'zbekiston Respublikasi SSV ning 2012 yil 15-may San PiN № 0304-12 buyrug'iga binoan har bir xirurgik muolajalarni bajarishda ishlatiladigan narkoz va nafas oldirish apparatlarining hamda jihozlarning yaroqliligini, ularning tozaligini nazorat qilishga erishish to'g'risida.

Ingalyatsion narkoz va o'pkani sun'iy ventilyatsiya qilish apparatlari ishlatilishi davomida to'g'ri keladigan maxsus zararsizlantiruvchi eritmalar bilan ishlov berilmasa nafas yo'li kasalliklarini (bronxit, zotiljam, absess va boshqalar) o'tkazish manbalaridan biri bo'lishi mumkin. Shu maqsadda yuvuvchi eritma tayyorlash uchun 5, 0 gr yuvuvchi modda, 20 ml (30-33%) vodorod peroksidi va 975 ml suv olinadi.

Eritmani tayyorlashda vodorod peroksidi yuvuvchi eritmaga quyiladi, yuvuvchi eritmaning boshlang'ich harorati 50 C bo'lishi kerak. Tayyorlangan eritma yordamida barcha jihozlar artiladi va yuvuvchi moddalarning qoldiqlari qotib qolmasligi uchun tezlikda iliq oqar suv tagida 15 daqiqa davomida yuviladi.

Bemorlarni narkozga tayyorlashda hamshiraning vazifalari.

Bemorni narkozga tayyorlash operatsiyaga umumiy tayyorlash vaqtiga to'g'ri keladi. Anesteziya va amaliyot o'tkazishdan oldin bemor umumiy va medikamentoz tayyorgarlikdan o'tishi kerak. Umumiy tayyorgarlikning asosini me'da va ichak yo'lini tozalash tashkil qiladi. Jarrohlik amaliyoti rejalashtirilgan kun arafasidagi oqshomdan boshlab bemor taom yemasligi shart. Bemor huqna qilinib, ichaklari yuviladi, ketidan bemor gigiyenik vanna qabul qilishi zarur. Bemorning xirurgik operatsiya o'tkaziladigan maydon terisi tuklardan tozalanadi. Anesteziya boshlanishdan oldin bemorning me'dasi bo'shatilgan bo'lishi kerak. Buning uchun me'daga zond yuboriladi va toza suv chiqquncha yuviladi.

Bemorni bevosita anesteziyadan oldin medikamentlar vositasida tayyorlash **premedikatsiya** deyiladi. Premedikatsiyada anesteziyadan 30-40 daqiqa oldin teri ostiga yoki mushaklar orasiga inyeksiya qilinadi va 5-10 daqiqa oldin esa vena ichiga dorilar yuboriladi. Premedikatsiya uchun uxlatuvchi, neyroplegik va neyroleptik, ataraktik, analgetik, antigistamin va xolinolitik preparatlar qo'llaniladi.

Uxlatuvchi dorilardan lyuminal (0, 1g), noksiron (0, 25-0, 5g) va shu guruhdagi boshqa preparatlar xirurgik amaliyot arafasida, uxlashdan 30-40 daqiqa oldin qabul qilinadi. Ataraktik samaraga erishish uchun elenium (10-15 mg), diazepam, seduksen (5-10 mg) yoki shu singari boshqa preparatlar ta'yinlanadi. Bu guruhdagi preparatlar amaliyot arafasida, uxlashdan oldin yoki anesteziyani boshlashdan 2-3 soat avval beriladi. Premedikatsiya maqsadida droperidol keng ishlatiladi, mushaklar orasiga yoki vena ichiga 5, 0-7, 5 mg dozalarda yuboriladi. Narkotik analgetiklardan promedol (10-20 mg), omnopon (10-20 mg), morfin (5-10mg), fentanil (0, 05-0, 1mg) va droperidol (10-15 mg) kabilar ishlatiladi. Ular anesteziyadan 30-40 daqiqa oldin yuboriladi. Antigistamin dorilardan diprazin (25-50 mg), suprastin (20-40 mg), dimedrol (20-50 mg) qo'llaniladi.

Premedikatsiyaning keng tarqalgan ko'rinishi quyidagicha o'tkaziladi. Bemor nahorda, anesteziyadan 2 soat oldin 5-10 mg seduksen yoki 0, 3-0, 6 gr trioksazin ichadi. Anesteziyani boshlashga 30-40 daqiqa qolganda teri ostiga yoki mushak orasiga 10-20 mg dimedrol, 0, 2-1, 0 mg atropin sulfat, 10-20 mg promedol yuboriladi. Bemorning tinch yotishi,

uyqusirashi, tashqi muhitga loqaydligi, og'iz qurishi, yurak urushining tezlashishi, arterial qon bosimning turg'unligi kabilar premedikatsiya samarali bo'lganligidan dalolat beradi.

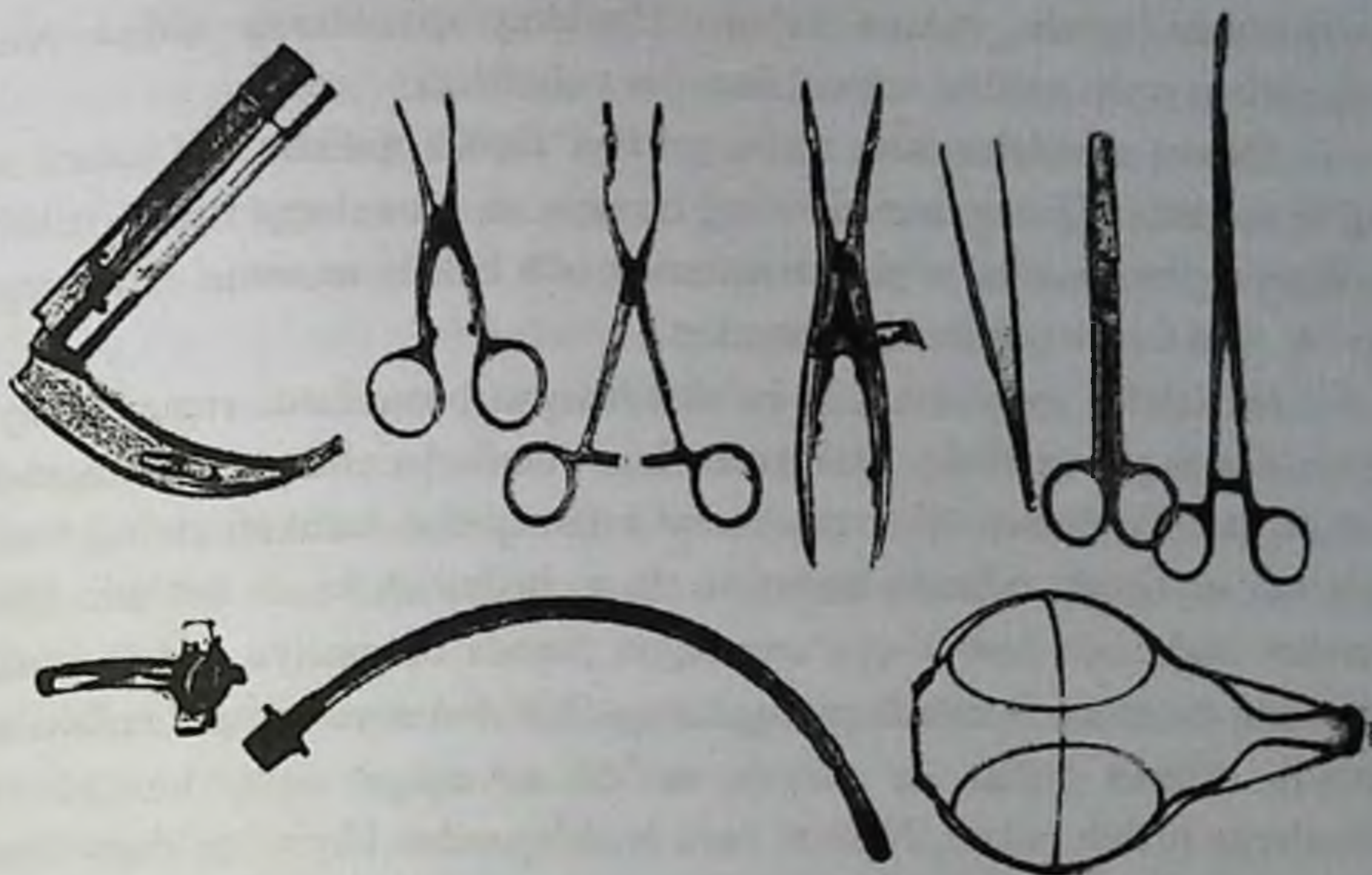
Narkoz vaqtida hamshiraning vazifalari. Anestizeya qilishda hamshira narkoz apparatini tayyorlaydi, intubatsion naychalar, maskalar o'tkazuvchanligini, narkoz apparatining germetikligini, elektr so'rib olgich asbobning ishini, narkoz stolchasining barcha asboblari bilan jarohatlanganligini tekshiradi, yetarli miqdorda kislorod, azot (II)-oksid va boshqalar to'ldirilgan ballonlarni tayyorlaydi va anestizeolog vrach yoki xirurg ko'rsatmasi bilan narkoz oldidan bemor tanasiga dori moddalari yuboradi.

Narkoz stolchasida quyidagilar bo'lishi kerak:

- efir yoki boshqa suyuq narkoz modda;
- teopental-natriy yoki geksenal, 2 marta distillangan suv yoki fiziologik eritma (noingalyatsion narkozni suyultirish uchun);
- mushak relaksant (bo'shashtiruvchi) lari - ditilin (Dithylinum), tubokurarin (Tubacurarinum) va boshqalar;
- yurak-tomir dorilari: kofein (Coffeinum), kamfora (Camphora), kordiamin (Cordiaminum), adrenalini (Adrenalinum), mezaton (Mesatonum), noadrenalin (Noradrenalinum) va boshqalar.
- Nafas oldiruvchi analeptiklar- lobelin (Lobeletnum), sititon (Cititonum) va boshqalar;

Narkoz maskalari, kattaligi va diametri har xil manjetlar bilan endotraxeal naychalar;

- Kornsang, qaychi, havo yuborish asbobi, shipritslar va ine'ksion ignalar;
- To'g'ri va egilgan laringoskop;
- Tanometr va fonendoskop;
- Og'izni ochib, tilni ushlab turadigan asbob (og'iz kergich, til ushlagich);
- buyraksimon jomcha;
- Sochiq, sterillangan bog'lov materiallari, salfetkalar, sharchalar (23-rasm).



23. Rasm. Narkoz berishda ishlatiladigan kerakli jihozlar.

Narkoz va narkozdan keyin yuz beradigan asoratlari.

Tibbiyot xodimi operatsiya vaqtida va operatsiyadan keyin yuz berishi mumkin bo'lgan asoratlarni va ularning oldini olish yo'llarini bilishi kerak. Narkozda yuz beradigan asoratlari asosan narkoz o'tkazish vaqtida va narkozdan keyin yuz beradi.

Narkoz vaqtidagi asoratlari- narkoz texnikasini noto'g'ri o'tkazish, zarur apparatlarning nosozligi, anesteziologning befarqligi, bemorning ahvoli og'irligi natijasida sodir bo'lishi mumkin.

Narkoz vaqtida yuz beradigan asoratlarning sabablari:

- 1) Mexanik sabablari- tilning orqaga ketishi, qusuq massalarining nafas yo'liga tiqilib qolishi.
- 2) Toksinli sabablari- narkoz dori vositalari dozasini oshirib yuborish.
- 3) Reflektor sabablari- yurak va nafasning to'xtab qolishi.

Hiqildoq spazmi. Narkoz ta'siri ostida hiqildoq shilliq qavatlarining kuchli torayishidir. Bunda bemorda nafas olish davomida xirillovchi ovoz eshitiladi. Spazm asosan sovuq efir bug'larini nafasga olish, efir konsentratsiyasini oshirib yuborish, hiqildoqning intubatsion naydan

ta'sirlanishi ostida yuzaga keladi. Hiqildoq spazmining oldini olish maqsadida atropin sulfat, miorelaksantlar yuboriladi.

Qusuq massalarining nafas yo'liga tiqilib qolishi. Bu xatarli va og'ir asoratdir. Qusuq massalarining traxeya va bronxlarga tushib qolishi asfiksiya, pnevmoniya, o'pka atelektaziga olib kelishi mumkin. Traxeyaga so'lak, qon tushib qolishi ham mumkin.

Narkozdan avval me'dasi bo'shatilmagan bemorlarda regurgitatsiya bo'lishi ayniqsa xavflidir. Odatda, narkoz yetarlicha chuqur bo'lmaganda bemor qusib yuboradi. Shu munosabat bilan qusish harakatlarining biroz belgilari ko'rinishi bilanoq narkozni chuqurlashtirish kerak bo'ladi. Efir, ftorotan narkozida bemor uyg'onayotgan paytda operatsiya stolida qusib yuborishi mumkin. Bemorda regurgitatsiya boshlansa-yu, traxéal reflekslar susayib qolgan bo'lsa, u vaqtda me'da suyuqligi oqib, traxeya va bronxlarga tushib qoladi. Narkoz bera boshlagandan keyin me'daga zond solib qo'yish asperatsiya xavfini kamaytiradi. Bordiyu har qanday bemor qusib yuborsa, darhol niqobni olib, stolning bosh tomonini pastga tushurish, suyuqliklarni so'rgich asboblar bilan, qattiq ovqat bo'laklarini esa doka tubferlar yoki barmoq bilan olib tashlash, bemorning boshini yonboshga burib qo'yish kerak. Nafas yo'llarini tozalab bo'lgandan keyin narkoz berishni davom ettirish lozim. Bemor narkozning eng boshidayoq qusib yuborgan bo'lsa operatsiyani bir necha kunga kechiktirish lozim.

Traxeyaga doka bo'laklari yoki tamponlar tushib qolganida, og'iz bo'shlig'i noto'g'ri tamponada qilinganida ham nafas yo'llari tiqilib qolishi mumkin.

Intubatsion nayning bukilib yoki shilimshiq bilan tiqilib qolishi natijasida ham bronxlar o'tkazuvchanligi buzilib qoladi. Asfiksiyani bartaraf etish uchun nayni tez almashtirish yoki uni to'g'ri holatda qo'yib qo'yish zarur.

Nafas to'xtab qolishi (apnoe). Narkotik modda dozasini oshirib yuborish nafas markazining susayib falaj bo'lib qolishiga olib keladi. Klinik jihatdan bu holat nafasning to'xtab qolishi va sianoz bilan namoyon bo'ladi. Tajriba kam bo'lsa, narkozning boshida nafas to'xtab qolishini anestetik dozasi oshirib yuborilganligidan deb o'ylash mumkin.

Nafas markazi falajlangan taqdirda narkotik modda berishni to'xtatib, intubatsiyalash va sun'iy nafas bera boshlash zarur. Relaksantlar

yuborilmaydi, chunki muskullar oxirigacha bo'shashgan bo'ladi. Sun'iy nafas narkoz apparati xaltachasi yordamida berib boriladi. Suniy nafasni uzoq muddat beriladigan bo'lsa, har xil modeldagi respiratorlardan foydalaniladi. Apparat yordamida nafasni zarur hajm va tezlikda qilib to'g'irlab qo'yish mumkin. Maxsus moslamalar va apparatlar bo'lmasa, darhol og'izni og'izga qilib nafas oldira boshlash kerak.

Nafasni stimullaydigan dori-darmonlarni ehtiyot bo'lib ishlatish kerak, chunki og'ir gipoksiya vaqtida ular boshqacha ta'sir qilishi yoki ta'sir qilmay qo'yishi mumkin. Sun'iy nafas oldirishni bemor o'z holicha bemalol nafas oladigan bo'lib, sianoz yo'qolib ketguncha davom ettirib borish kerak.

Yurak-qon tomirlar faoliyatining buzilishi. Narkoz vaqtida va narkozdan keyingi davrda yurak faoliyati har xil tarzda buzilib qolishi mumkin.

Eng xavfli asorat yurakning to'xtab qolishidir. Yurak narkozning har qanday davrida ham to'xtab qolishi mumkin. Dastlabki narkoz vaqtida yurak reflektor ta'sirlar va to'satdan kuchli gipoksiya boshlanishi natijasida to'xtab qoladi. Yurakning narkoz oxirida va undan chiqish paytida to'xtab qolishi miokardning narkotik moddalar bilan qattiq zaharlanganligi, tomirlar markazining susayib qolganligi, aylanib yurgan qon hajmining kamayib ketganligiga bog'liq bo'lishi mumkin.

Yurak faoliyati yomonlashib borayotganini vaqtida payqay bilish va uning oldini olish, yurakning to'xtab qolishiga yo'l qo'ymaslik zarur. Yurak to'xtab qolishining darakchilari tomir urishining keskin tezlashib ketishi yoki, aksincha, muzlab qolishi, muzdek ter chiqib, terining oqarib ketishi, arterial bosimning pasayib qolishidir. Mana shu davrda narkoz darajasini kamaytirish, gemodinamik ta'sir ko'rsatadigan qon o'mini bosuvchi suyuqliklar, yurakka va tomirlarga kor qiladigan dorilar (kordiamin, noradrenalin) yuborish yurak faoliyatini asliga keltirish va asistoliyaning oldini olishga imkon beradi. Gipertoniya, yurak poroklari bilan og'rikan bemorlar miokard infarktini boshidan kechirgan odamlar yurak to'xtalib qolishiga moyil bo'lishini esda tutish kerak.

Noingalyatsion narkoz.

Noingalyatsion narkoz- bu narkoz dori vositalarini vena ichiga, teri ostiga, to'g'ri ichakka, og'iz orqali yuborib og'riqsizlantirish tushuniladi.

Hozirgi paytda narkoz dori vositalarini yuborish yo'llari orasida vena ichiga uzatish ko'p qo'llaniladi. Vena ichiga yuboriladigan narkoz mahalliy og'riqsizlantirish yoki ingalyatsion narkoz qo'llash mumkin bo'lmagan hollarda ishlatiladi. Vena ichi narkozi o'pka-yurak yetishmovchiligining III bosqichida, jigar va buyrak yetishmovchiligida, sepsis holatlarida qo'llanilmaydi. Vena ichi narkozi uchun geksenal, tiopental-natriy, viadril, natriy oksibutirat (GOMK), va boshqalar qo'llaniladi. Kerakli konsentratsiyadagi narkoz dori vositasi glyukoza yoki fiziologik eritmaga aralashtirib tayyorlanadi, ya'ni bemor ahvoliga qarab 300-800 mg hisobiga 5 % li glyukoza eritmasi bilan suyultirib vena ichiga yuboriladi. Katta yoshdagi bemorlar uchun 1 gr dan oshmasligi kerak. Narkoz dori vositalar sekinlik bilan vena ichiga yuboriladi va yuborilish davomida bemorga raqamlarni baland ovoz bilan sanash buyuriladi. Shunda 1 daqiqa o'tmasdan bemor hisoblashda adashadi va tez orada sanashdan to'xtaydi. Uzoq davom etuvchi narkoz uchun tomchilab yuborish usuli qo'llaniladi.

Vena ichi narkozida bemor tez uxlaydi, ko'ngil aynish, qusish va nafas olish qiyinlashishi kuzatilmaydi. Geksenal narkoz dori vositasini mushak orasiga 10 % 20 ml eritmasi bo'lib- bo'lib yoki birdaniga yuborish mumkin. Bu narkozda 20-30 daqiqa o'tgach chuqur uyquga ketadi.

To'g'ri ichak narkozi. Bu narkoz turi jarrohlik amaliyotida juda kam qo'llaniladi. Asosan bolalar jarrohligida ko'proq ishlatiladi. Bu narkoz turida narkoz dori vositasini yuborishdan oldin ichaklarni tozalovchi huqna qilib ichaklar tozalanadi. Shundan so'ng bemorni yonboshiga yotqizib to'g'ri ichakka 10-15 sm li rezina kateter kiritiladi, keyin esa narkoz dori vositasini shpris yoki rezina ballon orqali ilitib yuboriladi. Narkoz dori vositasi yuborilgandan so'ng 15-20 daqiqa o'tgach bemor uxlab qoladi. Uyqu bir necha soatgacha cho'ziladi. Narkoz dori vositasi dozasi bemor massasining har bir kg 0, 1-0, 2 g hisobida belgilanadi. Bu narkoz dori vositalarining kamchiligi kolit, proktitlarga sabab bo'lishi mumkin.

Narkozdan ochilish davrida bemor uyg'onishining cho'zilib ketishi, apnoe, regurgitatsiya, gipoventilyatsiya, o'pka atelektazi, arterial

gipotenziya, gipertenziya, nafas va yurak aritmiyalari, titroq, tutqanoq, qusish kabi asoratlar kuzatilishi mumkin. Narkozdan keyingi davrda turli a'zolarida asoratlar paydo bo'lishi mumkin.

Nafas a'zolarida yuz beradigan asoratlar asosan narkozdan keyingi davrda ko'p uchraydi. Bemorlarda narkoz ta'sirida nafas aktining yuzaki va sekinlashishi, gipodinamiya holatlari, nafas a'zolari sistemalarida turli xil kasalliklar (pnevmoniyalar, atelegtazlar, bronxitlar) kuzatilishi mumkin. Bu davrda bemorlarga aktiv yordam ya'ni davo fizkulturasi, nafas gimnastikasi, erta o'rindan turish shuningdek antibiotiklar va immun faoliyatni yaxshilovchi vositalarning ahamiyati kattadir.

Yurak ishining buzilishi narkoz dori vositalarining zaharli ta'siri ostida paydo bo'ladi. Bu asoratlar asosan siklopropan va efir qo'llanishidan so'ng ko'proq kuzatiladi. Narkoz ta'sirida yurak ritmi buzilishi, yurak yetishmovchiligi, yurak to'xtab qolishi kabi asoratlar kuzatilishi mumkin. Bunday holatlarning oldini olish uchun yurak faoliyatini yaxshilovchi dori vositalar ishlatiladi.

Jigardagi asoratlar aksariyat efir va xloroform qo'llanishidan so'ng paydo bo'ladi. Asosan jigarda yog'li distrofiya va o'tkir sariqlik holatlari kuzatiladi.

Buyraklarda yuz beradigan asoratlar asosan oliguriya, albuminuriya ko'rinishida yuzaga keladi. Odatda bu holatlar tez o'tib ketadi.

Moddalar almashinuvi buzilishi narkoz va operastiyadan keyin ko'proq uglevodlar almashinuvi buziladi, natijada atsidoz rivojlanadi. Atsidozning klinik ko'rinishi bosh og'rish, ko'ngil aynish, qusish, uyqusizlik bilan namoyon bo'ladi. Bu holatning oldini olish uchun ko'p miqdorda suyuqlik, fiziologik eritmalar quyish zarur.

Periferik nervlar falaji narkoz vaqtida birorta nerv o'zagining mexanik shikastlanishi natijasida va birmuncha kamroq hollarda narkoz dori vositalarining markaziy nerv sistamasini toksinli ta'siri oqibatida ro'y berishi mumkin. Ko'pincha yelka chigali yoki qo'l ayrim nervlari (bilak, tirsak, o'rta nerv) ning falajlanishi kuzatiladi, bu – narkoz vaqtida qo'lni yozib qo'yish yoki nerv o'zagining operastion stol qirrasini bilan suyak o'rtasida bosilib qolishi sababli o'sha nervlarning cho'zilib ketishi oqibatida yuz beradi. Falajlikning yengil darajasi tez tuzaladi. Bir muncha og'ir falajlanish hollarida maxsus davolash qilinadi.

Ingalyatsion narkozning qo'llanilishi va qo'llashga moneliklar.
Hozirgi vaqtda ingalyatsion narkoz qo'llanilishi birmuncha kamroq.

Ingalyatsion narkozni qo'llanishga monelik qiladigan hollari absolyut va nisbiy bo'ladi.

Narkozni qo'llanganda o'lim yuz berish ehtimoli bo'lgan hollar absolyut monelik qiladigan hollar hisoblanadi. Asoratlar yuz berish ehtimoli bo'lgan hollar nisbiy monelik qiladigan hollarga kiradi. Absolyut monelik qiladigan hollar quyidagilar: 1) dekompensatsiya bosqichidagi yurak-tomir sistemasi kasalliklari, dori-darmonlar bilan davolash foyda qilmaydigan gipertoniya kasalligi, shok, kollaps, o'tkir anemiya hamda intoksikatsiya bilan bog'langan og'ir turdagi gipotoniya; 2) ro'y - rost ko'ringan o'pka yetishmovchiligi bilan o'tadigan nafas a'zolari kasalliklari - o'tkir zotiljam; 3) jigar funksiyasini qattiq buzadigan jigar kasalliklari - gepatit va sirroz va boshqalar; 4) buyrak kasalliklar-o'tkir nefritlar; 5) kaxeziya va anemiyaning og'ir bosqichlari; 6) kalla suyagi ichidagi bosimni oshiradigan kasalliklar-o'smalar va boshqalar. Funktsional buzilishlari kamroq yuzaga chiqqan yuqorida sanab o'tilgan kasalliklar narkozga nisbiy monelik qiladigan hollar hisoblanadi.

Mahalliy og'riqsizlantirish va uning turlari

Mahalliy anesteziya (mahalliy og'riqsizlantirish) es- hush to'la saqlanib qolgani holda og'riqsizlantirishni ta'minlaydi, xirurgik operatsiyalar manipulyatsiyalarni bajarishga imkon beradi. Mahalliy anesteziyaning asosiy afzalliklari-uning bexatarligi va qo'llanilishga osonligidir. Mahalliy anesteziyani neyroleptanalgeziya bilan birga olib borish operatsiyalar doirasini kengaytirishga hamda ruhiy travmani bartaraf etishga imkon beradi. Mahalliy anesteziya uchun novokain, sovkain, dikain, lidokain kabi preparatlar ishlatiladi.

Mahalliy anesteziya turlari

Infiltratsion anesteziya og'riq sezgilarini idrok etadigan lekin nerv retseptorlarning ishlamay qo'yishini taminlab beradigan usul. Anesteziya terini kesish chizig'i bo'ylab novokain bilan infiltratsiya qilishdan boshlanadi. So'ngra ayrim to'qima qatlamlari kesib borilgan sayin chuqur yotgan to'qimalar birma-bir va qatlam-qatlam qilib infiltratsiyalab boriladi. Infiltratsion anesteziya uchun 0, 25-0, 5% li novokain eritmasi ishlatiladi.

Infiltratsion anesteziya bilan appendektomiya, churrani kesib tashlash, me'da rezeksiyasi va boshqa operatsiyalarni bajarish mumkin. To'qimalarni novokain bilan infiltratsiyalash operatsiyaning texnik tomonlarini bajarishni yengillashtiradi.

G'ilof anesteziyasi qo'l - oyoqlar, asosan muskularning fatsiyalari yaxshi rivojlangan jo'ylarda qilinadi. Novokain fatsiya bo'shliqlari bo'ylab tarqalib, ishochli anesteziyani ta'minlab beradi. Bu usul suyagi singan yaradorlarni transportda olib borish vaqtida shokning oldini olish uchun qo'llaniladi.

Regionar anesteziya. 10-20 ml 1-2% li novokain erimasini nerv stvoliga yoki perinevral tarzda yuborish yo'li bilan og'riqsizlantirishga erishiladi. Regionar anesteziya samarali bo'ladi va mazkur nerv innervatsiya qilib turadigan butun sohada og'riq sezuvchanligi yo'q bo'lib turishini ta'minlab beradi. Bu usul nerv stvollari anatomiyasini yaxshi bilish va novokain yuborish texnikasini aniq bajarishni talab qiladi. Regionar anesteziya qo'l, oyoq, qovurg'alar travmasida og'riqsizlantirish maqsadida ham qo'llaniladi.

Anestetik preparatni vena va arteriyaga yuborib og'riqsizlantirish usulidan faqat qo'l yoki oyoq operatsiyalarida foydalaniladi. Novokain eritmasi bog'lab qo'yilgan jgutning pastrog'idan tomirga yuboriladi. Qo'lni anesteziya qilish uchun 60-80 ml, oyoqni anesteziya qilish uchun esa 100-200 ml 1% eritma zarur. Jgutning to'g'ri qo'yilganini tekshirib ko'rish kerak, chunki asosiy qon oqimiga ko'p miqdorda novokain o'tishi qon bosimining pasayib ketishiga olib keladi.

Anestetikni suyak ichiga yuborib og'riqsizlantirish (suyak ichiga qilinadigan anesteziya) travmalar, suyak operatsiyalarida qo'llaniladi. Xuddi venaga yuboriladigan miqdorda va konsentratsiyada olingan novokain maxsus igna yordamida suyakning g'ovak moddasiga : tovon suyagi, son do'mbog'i, tirsak va bilak suyaklarining boshchasiga yuboriladi. Oldin jgut solib qo'yiladi, suyak singan bo'lsa novokain suyak siniqlari orasidagi gematomaga yuboriladi.

Paravertebral anesteziyaga umurtqalar aro teshikdan nerv stvollari chiqadigan sohaga 5-10 ml 5% li novokain eritmasini yuborish yo'li bilan erishiladi.

Davo maqsadidagi novokainli blokadalar operatsiyadan oldin anesteziyaning tarkibiy qismi tariqasida qo'llaniladi va mustaqil ahamyatga ega bo'ladi. Paranebral blokada, g'ilof anesteziyasi, retromammar blokada hammadan ko'p qo'llaniladi.

Sovitib anesteziya qilish. Shu maqsadda xloretil oksidatini og'riqsizlantirish kerak bo'lgan to'qimalar sohasiga yo'naltiriladi. Xloretil bug'langanda harorat keskin ko'tariladi. Mana shu sovitish og'riqsizlantiruvchi ta'sirni keltirib chiqaradi. Og'riqsizlantirish faqat to'qima yuzasida, xususan, terida yuz beradi. Kichikroq operatsiyalarda, masalan, yuza joylashgan yiringlagan sohani kesishda qo'llaniladi.

Peridural anesteziya. Og'riqsizlantirishning bu turida anesteziya qiladigan moddani orqa miya anestiziyasi kabi subaroxnoidal bo'shliqqa emas, balki peridural bo'shliqqa yuboriladi. Anesteziya qilnadigan modda sifatida 3:1000 fiziologik dikainning eritmasi (20-30 ml), 1% li trimekain eritmasi (20-20 ml) yoki 1% li lidokain eritmasidan (20-30 ml) foydalaniladi.

Orqa miya anestiziyasiga qaraganda og'riqsizlantirishning bu turida xavf – xatar kam bo'ladi. Og'riqsizlantiruvchi ta'sir 4-5 soat davom etadi. Ichaklar operastiyasidan keyingi parezlari yuz bermaydi. Hozirgi vaqtda uzoq davom etadigan peridural anesteziya qilinadi. Og'riqsizlantirishning bu turi torakal operatsiyalardan so'ng bemorlarda og'riqni yo'qotishda qilinadi. Kamchiligi shuki, bajarish uchun ko'p vaqt sarf qilinadi, relaksatsiya yetarli bo'lmaydi. **Kaudal anesteziya** peridural anesteziyaning bir ko'rinishi hisoblanadi. Bu usul gistoskopiya, gemorroidektomiya va ayrim urologik amaliyotlarda og'riqsizlantirish hamda homiladorlarning ko'zi yorishi paytida qo'llaniladi. Kaudal anesteziya uchun 2% - 20, 0 ml markain, 1% - 20, 0 ml dikain eritmalari ishlatiladi. Kaudal anesteziya hosil qilish uchun dumg'aza bo'shlig'ining distal qismiga anestetik yuboriladi. Yuborilgan anestetik 1-bel umurtqasi sathigacha tarqaladi va shu soha anesteziya qilinadi.

Presakral anesteziya paravertebral anesteziyaning bir ko'rinishi bo'lib, dumg'aza suyagining beshala teshigidan chiquvchi nerv tolalarining o'tkazuvchanligini blokada qilishga asoslangan. Anesteziyaning bu usuli kichik chanoq orqali, urologiya va proktologiya amaliyotlarini bajarishda

keng qo'llaniladi. Anestetik sifatida trimekain, lidokain va novokainning 0,5% li eritmalari ishlatiladi.

Kuchli og'riq sindromi va vegetativ nerv sistemasini jarohatlash hollarida mahalliy anestetiklarni yuzaga keltiruvchi blokadalar keng ishlatiladi. Blokada vositasi nosinoptik signallarining uzatilishini to'sadi, simpatik reflektor mexanizmi va ko'ndalang targ'il mushaklar faolligi kuchayishining oldini olishi akusherlik tajribasida jinsiy nerv blokadasi, oyoq va qo'llardagi operatsiyalarda oziqlantirish uchun quymich son nervlari blokadalari ishlatiladi. Bo'yinning vagosimpatik blokadasi ko'krak qafasi va a'zolari jarohati hamda kasalligida og'riq sindromini chetlashtirishda samarali tadbir hisoblanadi.

Paraneural blokada reflektor anuriya, me'da-ichak yo'li parezi va shu singari holatlarni davolash tadbiri sifatida ishlatiladi. Blokada qilish uchun novokainning 0,2% li eritmasidan 80,0 ml miqdorida paraneural sohaga yuboriladi.

Orqa miya anesteziyasi. Og'riqsizlantirishning bu turida anesteziya qiladigan vosita orqa miyaning subaroxnoidal bo'shlig'iga yuboriladi.

U orqa miya suyuqligi bilan aralashib, orqa miya nervlari ildizini namlaydi, natijada og'riqsizlanturuvchi ta'sir yuzaga keladi. Anesteziya qiladigan modda yuborilgan joyning pastida og'riq-sizlantirish yuzaga keladi. Anesteziya uchun 1-2 ml 5% novokain, 0,5-1 ml 1% li sovkain, 1-2 ml, 2% li trimekain, 1-2 ml, 2% lidokain eritmasi qo'llaniladi.

Anesteziya boshlangandan so'ng sezuvchanlikning hamma turi (og'riq, taktil sezgi, haroratni sezish) yo'qoladi. Orqa miya anesteziyasi arterial bosimni birmuncha tushirib yuborishi mumkinligini unutmash kerak. Shuning uchun bemor ko'pincha yotgan holda bo'lishi zarur.

Preparat yuborilgandan so'ng bemor chalqancha yotqiziladi. Boshi balandroq ko'tarib qo'yiladi. 10-15 daqiqadan so'ng anesteziya yuz beradi. Novokain ishlatilganda anesteziya taxminan 1-1,5 soat, lidokain ishlatilganda 2-5 soatga cho'ziladi. Orqa miya anesteziyasidan qorin bo'shlig'i, kichik chanoq a'zolari va oyoqda turli xil operastiyalarni o'tkazish mumkin.

Operatsiya paytida quyidagi asoratlar kuzatilishi ehtimoli bor: 1) punktsiya vaqtida igna uchi sezuvchan nerv ildiziga tegib ketganda qattiq

og'riq paydo bo'lishi; 2) arterial bosim pasayib ketib, hatto kollaps ro'y berishi mumkin.

Asoratlarda davo qilish uchun qon va qon o'mini bosadigan suyuqliklar quyiladi, mezaton, efedrin, adrenalin, yurak dorilari yuboriladi.

Anesteziya darajasi yuqori bo'lganda nafas to'xtashi mumkin, buni sun'iy nafas oldirish yo'li bilan bartaraf qilinadi, bundan tashqari, lobelin yuboriladi.

Ba'zan bemorning harorati bir oz ko'tariladi, ko'ngli ayniydi, qusadi, boshi og'riydi, siydigi tutiladi. Bunday hollarda simptomatik davo qo'llaniladi.

III. DESMURGIYA

Desmurgiya (grekcha - «desmos» - aloqa, bog'lam, ish; sinonimi desmologiya) umumiy xirurgiyaning asosiy bo'limlaridan biri bo'lib, bog'lamlar turi va qo'yish qoidalari to'g'risidagi ma'lumotlar yig'indisidir.

Bog'lamlarni qo'yishdan maqsad - bog'lam materiallarini tana sathida ushlab turish (ushlab turuvchi bog'lamlar), davolash uchun lozim bo'lsa, masalan, jarohatdan qon oqayotgan bo'lsa uni qattiq bosib turish (bosib turadigan bog'lamlar), tananing ma'lum bir qismini immobilizatsiya (harakatsizlantirish) qilish yoki qo'l-oyoq, bosh suyagi va boshqalardan tortib turish (tortib turuvchi bog'lamlar) dan iboratdir. Parda hosil qiluvchi bog'lamlar maxsus bog'lamlarga kiradi.

Bog'lam keng ma'noda ma'lum davr ichida davolash va tashqi muhitdan keluvchi salbiy ta'sirlardan jarohat yoki patologik o'choqni saqlaydigan vosita hisoblanadi.

Qisqa ma'noda esa bog'lam-bog'lov materiali xomashyosidir (bint, plastir, doka va b.).

Bog'lam atamasining uchinchi ma'nosi davolash maqsadida qo'yilgan yoki ifloslangan bog'lov materialini almashtirish, shuningdek ularni fiksatsiya qilish harakatidir.

Yumshoq bintli bog'lamlarni ishlatish (leykoplastir, kleol, plastmassalar, sintetika va b.) eng ko'p tarqalgan davolash usuli hisoblanadi. Shuni yodda tutish kerakki, to'g'ri qo'yilgan boglam jarohatlangan kasalning tezroq sog'ayib ketishiga yordam beradi.

Noto'g'ri qo'yilgan bog'lam esa ikkilamchi salbiy ta'sir qiladi: bemorda kuchli og'riq va turli asoratlarni keltirib chiqaradi.

Desmurgiya tarixi

Bog'lamlarni qo'llash to'g'risidagi birinchi ma'lumotlar qadim zamonlardan ma'lum. Ular har xil jarohat va shikastlanishlarni davolash tarixi bilan uzviy bog'langan. Gippokrat davrida bog'lam materiallarini ushlab turish uchun yopishqoq plastir, qoramoydan foydalanilgan. Boshdagi boglamni ushlab turuvchi bintli bog'lamni Gippokrat qo'llagan.

O'sha davrda singan-chiqqanlarni, qiyshiq umurtqa pog'onasini to'g'rilash uchun ishlatiladigan maxsus asbob-uskunalar bo'lganligi to'g'risida ma'lumotlar bor.

Qadimgi Hindistonda bog'lam materiali sifatida paxta, o'simlik yaprog'i va ipak ishlatilgan.

Abu Ali ibn Sino birinchi bo'lib suyak shikastlanishini davolash uchun gips-kraxmal bog'larni qo'lladi. Burunning shaklini plastika qilish, shuningdek qo'llarni fiksatsiya qilish Tadlikossa (1597) kitobida keltirilgan. O'rta asrda tamponli bog'lamlar, turundalar, XVIII asrda esa leykoplastir bog'lamlari ishlatiladigan bo'ldi.

XIX asrda tez-tez bo'lib turgan urushlar hamda har bir jarohatni tashqi muhitning salbiy ta'siridan saqlash rioyasining paydo bo'lishi desmurgiya san'atining keng rivojlanishiga olib keldi.

Desmurgiyani rivojlantirishda N. I. Pirogovning hissasi katta. O'zining «Umumiy harbiy-dala xirurgiyasining boshlanishi» (1866) va «Sodda va murakkab sinishlarni alebastr bilan yopishtirish bog'larni hamda ularni urush maydonidan transportirovka qilish» kitoblarida desmurgiyaga oid ma'lumotlar bergan hamda birinchilardan bo'lib gipsli bog'lamni urush maydonida qo'llagan. Hozirgi kunda ham desmurgiya - bog'lam to'g'risidagi ta'limot bo'lib, XIX asrning oxirida ishlab chiqilgan klassik prinsiplarga asoslangan va deyarli o'zgarmagan. Bintli bog'lamlar hamon desmurgiyaning asosi bo'lib qolmoqda.

Bog'lam Turlari

1. Bog'lamlar vazifasi va turlari bo'yicha quyidagilarga bo'linadi:

1. 1. Oddiy yumshoq bog'lamlar: himoyaviy va davolash xillari.

1. 2. Bosib turuvchi.

1. 3. Harakatsizlantiruvchi (immobilizatsiya qiluvchi); transportirovka qilish va davolash xillari.

1. 4. Ekstenzion (tortib turuvchi bog'lamlar).

1. 5. To'g'rilovchi, tuzatuvchi - suyak va bo'g'imlarga yengillik beruvchi, qiyshiq holatlarni to'g'irlovchi.

2 Fiksatsiya uchun ishlatiladigan materiallarning turi bo'yicha:

2. 1. Yumshoq bog'lamlar (bintli, konturli, kosinkali, iyaksimon va b.).

2. 2. Qattiq bog'lamlar (transport va davolash shinalari, ekstenzion moslamalar, ortopedik apparatlar, protezlar, tutorlar, korsetlar).

2. 3. Qotib qoluvchi bog'lamlar (gips, rux-jelatinli polimer materiallardan, kraxmaldan tayyorlangan bog'lamlar).

Yumshoq bog'lamlar

1. Bintlar

1. 1. Doka, bintlar

1. 2. Trikotajli, naychali, turli bintlar.

1. 3. Elastik to'qimali bintlar.

2. Yelimlar.

2. 1. Sintetik yelimlar (kleol, kollodiy, BF va b.).

2. 2. Leykoplastir.

2. 3. Parda hosil qiluvchi bog'lamlar.

3. Kosinkali.

4. Iyaksimon.

5. Konturli.

5. 1. Standart konturli (retelast, suspensoriy, bandaj va b.).

5. 2. Individual konturli – ma'lum jarohat joyiga mo'ljallab tayyorlanadigan.

Bintli bog'lamlar

Bint yo'l-yo'l qilib kesilgan, doka yoki gazmoldan tayyorlangan bo'lib, bog'lov materialini ushlab turish yoki oyoq-qo'l shikastlanganda immobilizatsiya qilish (gips, kraxmal kabi qotiruvchi moddalar bilan) xususiyatiga ega.

Qo'l va barmoqlarni bog'lash uchun eni 3-7 sm (kambar bintlar) dokali bint, bosh, bilak, yelka uchun 8-12 sm (eni o'rtacha bintlar), son va tana uchun 14-20 sm (serbar) bint ishlatiladi. Aseptik bog'lamlardan

so'ng ularni qayta ishlatish mumkin. Ular 0, 5 % yuvuvchi moddalar bilan 3% li vodorod peroksid eritmasida botirib qo'yiladi, keyin yuvib avtoklavda sterillanadi. Bintlarni sovun ko'pigida harorati 37°C suvda yuviladi, yaxshilab chayiladi va xona haroratida quritiladi.

Trikotajli tur - naychasimon elastik bintlar tananing istalgan joyida bog'lamni ushlab turadi. Ular elastik, sintetik va ip-gazlama tolalaridan tashkil topib, rulon ko'rinishda 5-20 metr uzunlikda chiqariladi. Ko'rsatilgan bint 7 ta o'lchamda chiqariladi.

Elastik bint travmatologiya va sport meditsinasida keng qo'llaniladi. Yelimli bog'lamlar ochiq jarohatlarni va yuzada joylashgan yallig'lanish jarayonlarini himoya qilish uchun ishlatiladi. Ularga kleol, rezinali yelim va kollodiy, BF-6 kabilar kiradi.

Kleolli bog'lam

Kleol yupqa qilib teriga surtiladi va 1-2 daqiqada qurigach bog'lamdan 2-3 sm tashqariga chiqib turuvchi doka yoki salfetka bilan teriga bosib turiladi. Uning afzalligi shundaki, u yengil bajariladi, bunda bog'lam materiali tejaladi va bir necha marta ishlatiladi. Uning salbiy tomonlari ham bor. Masalan, tukli joyda yelimlab bo'lmaydi, bog'lam qo'llanganda teridan tez ko'chadi. Kleolning tarkibi - 40 g kanifol, 33 g 90° etil spirti, 25 g efir va 2 g kungaboqar yog'idan iborat.

Kollodiyli bog'lam - mayda jarohatlarni, tikilgan operatsiya jarohatlarini, tez ochilmaydigan bog'lamlarni ushlab turishda qo'llaniladi. Uning tarkibi: 4g kolloksilin, 76 g efir va 20 g 96° etil spirtidan iborat. Kamchiligi shundaki, tez yonadi, terini burushtirib tortadi va teriga ko'p marta ishlatiladigan bo'lsa, salbiy ta'sir qiladi. Rezinali kleol sifatida ishlatiladi. Suyuqlik tekkanda yelimli bog'lamning ko'chmasligini hisobga olib (masalan, siydik tekkanda) u bolalarda keng qo'llaniladi.

Tikilgan, kichik aseptik operatsiyadan keyingi jarohatlarni himoya qilish uchun unga doka qo'ymasdan, kollodiy, BF-6 surtilsa bo'ladi, ular nafis himoya pardasini qoplaydi.

Yelimli bog'lamlarni ko'chirish uchun efir yoki benzin ishlatilishi mumkin. Uncha katta bo'lmagan leykoplastir ifloslanmagan jarohatlarni himoya qilish va bog'lov materiallarini fiksatsiyalash uchun

qo'llaniladi. Bu bog'lam kengayib ketgan granulyatsiya bilan bitayotgan jarohat chekkalarini yaqinlashtirish uchun ishlatiladi. (24 rasm)



a- Yelimli bog'lam



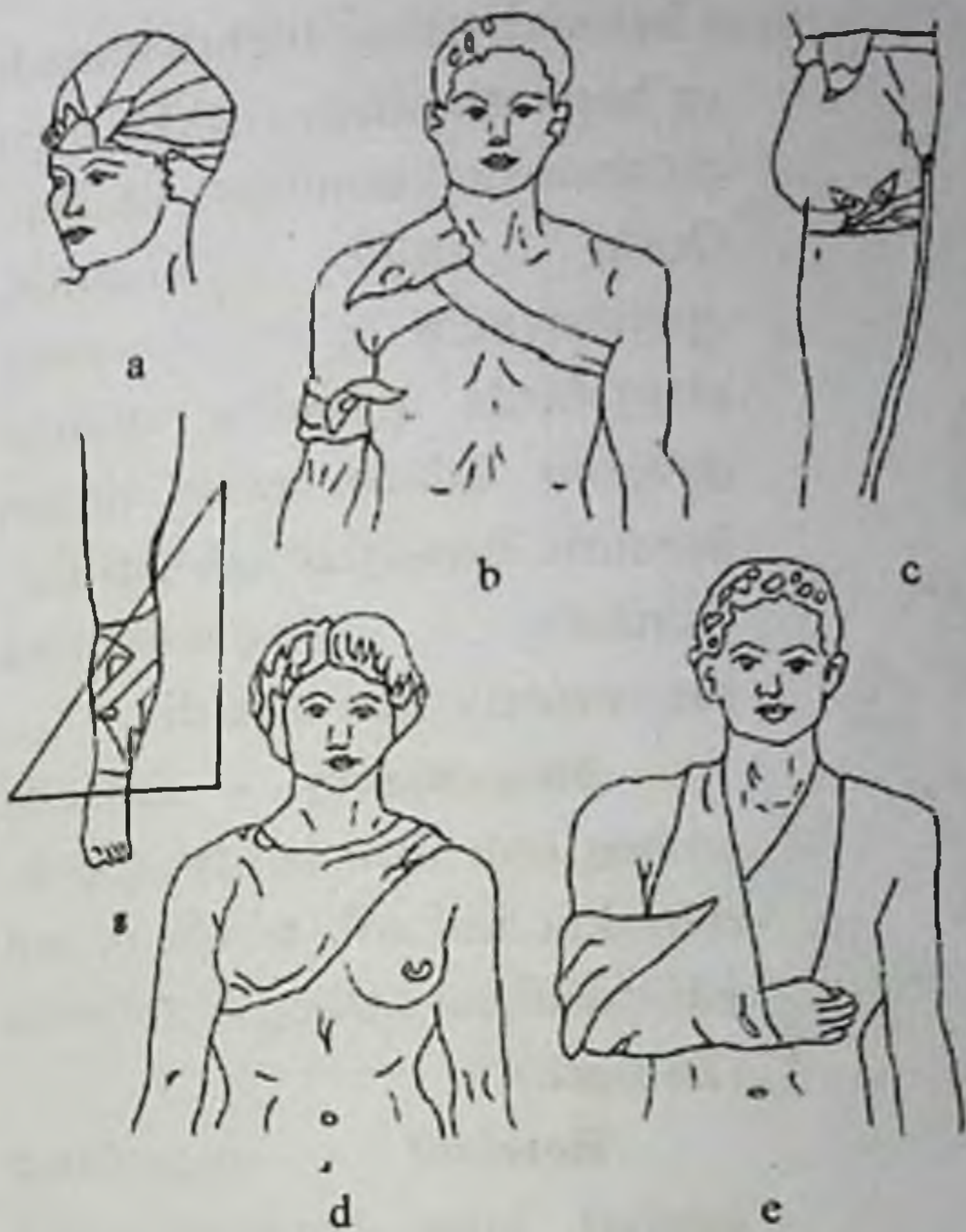
b-Leykoplastirli bog'lam

24. Rasm. Yelimli bog'lam.

Bolalar xirurgiyasida naysimon suyaklar singanda ularni tortib davolash uchun leykoplastirdan foydalaniladi. Bu holda katta yoshdagi kasallarda albatta skeletdan-suyakdan sim o'tkazib tortish lozim.

Kosinkali bog'lam.

Kosinkaga o'xshash bog'lam kvadratsimon gazlamaning diagonali bo'yicha kesilganda hosil bo'luvchi uchburchak materialdir. Uning uzun qismi asosi hisoblanadi. Unga qarama-qarshi burchagi yuqori qismi yoki o'rtasi, qolgan ikkita burchagi esa bog'lamlarning uchlari deyiladi. Kosinkali bog'lam bog'lov materialini tana to'qimalariga qattiq bosib turmasa-da, ammo birinchi yordam ko'rsatishda bemor uchun qulay. Masalan, qo'lni osib qo'yish uchun kosinkaning o'rtasini to'g'ri burchak hosil qilib, bukilgan bilakka qo'yiladi, asosi esa tananing o'rta chizig'iga to'g'ri kelishi kerak, yuqori qismi tana bilan qo'l o'rtasidan tirsakka yo'naltirilgan bo'ladi va kosinka uchlari bo'yinda bog'lanadi. Yuqori qismi tekislab, to'g'nog'ich bilan biriktiriladi. Kosinkali bog'lamni tananing boshqa qismlariga ham qo'yish mumkin. (25- rasm).



25. Rasm. Kosinkali bog'lamlar.

- a) boshga
- b) yelkaga
- c) chanoq sohasiga
- g) boldirga
- d) ko'krak beziga
- e) kaft va bilakka

To'rt bog'ichli sop-qonsimon bog'lam - burun va iyakni bog'lash uchun ishlatiladi. Uni tay-yorlash uchun bint yoki boshqa yumshoq ip-gaz-lama olinadi va ikkala che-tidan uning

o'rtasigacha ke-siladi.

Bintning kesilmagan qismini burun ustiga (burunni bog'lash lozim bolsa) qo'yiladi va bog'lam uchlari yonoq suyaklari ustida bir-birini kesib o'tadi. Unda pastki uchi quloq ustidan o'tib bog'lanadi, yuqorisi esa pastdan o'tib, bo'yinda bog'lanadi. Bundan tashqari iyakka, ensa, tepa, peshona sohasiga qo'yish mumkin.



26. Rasm. Suspenzoriy

Konturli bog'lamlar - ma'lum joyni bekitish uchun bichib olinadi



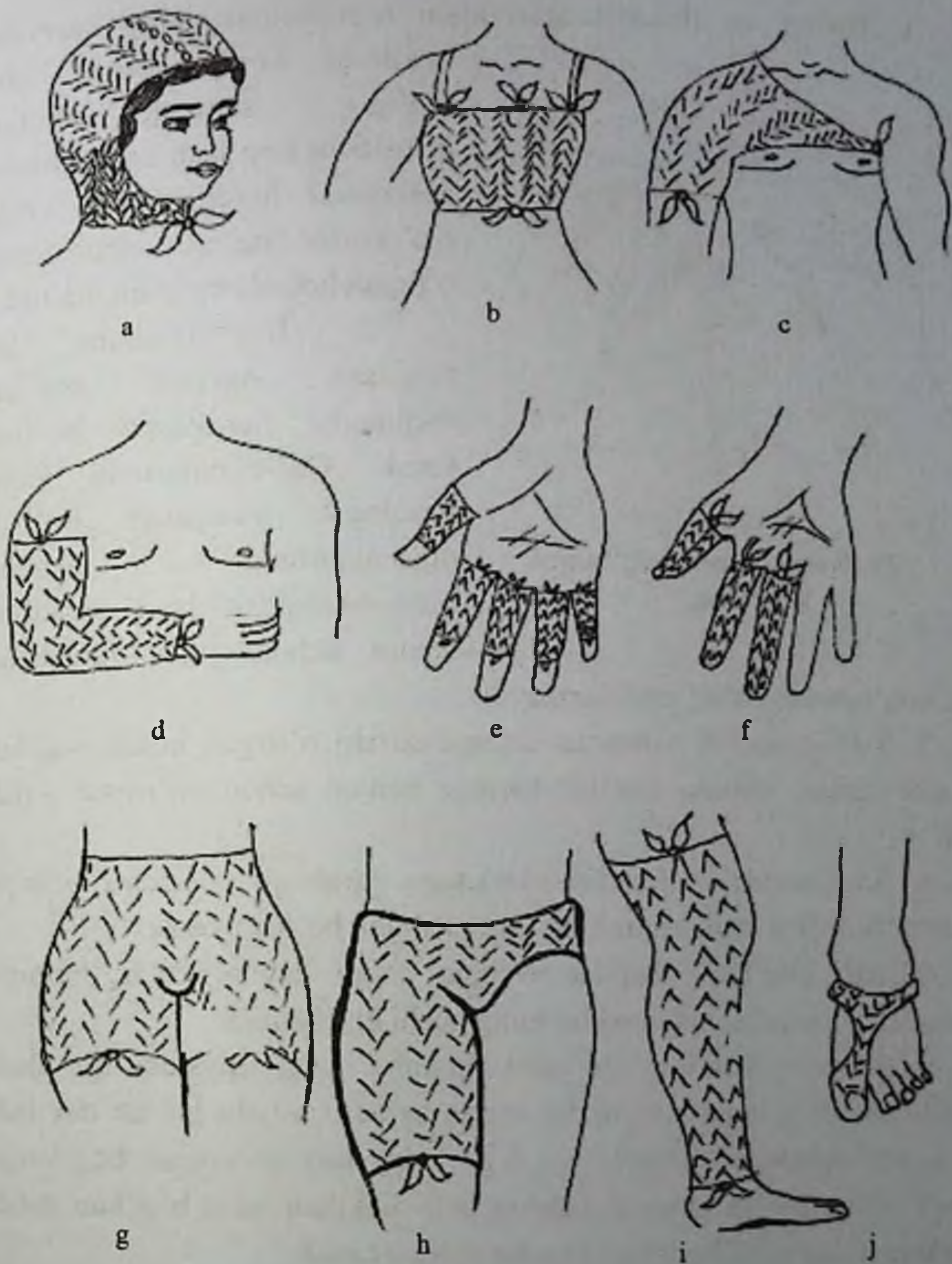
27. Rasm. Retelast qo'llash sohalari.

va bog'lash uchun chekkalariga qo'shimcha tasmalar tikiladi. Qorin osilib turganda, operatsiyadan ke-yingi churralarda qorinning oldingi devorini ushlab turish uchun konturli bandajlar ish-latiladi. Konturli bog'lamlarga suspensoriy ham kira-di.

Suspensoriy - xaltacha va bog'lash tasmalaridan iborat, moyakni ko'tarib turish uchun ishlatiladigan belbog'li xaltacha (26-rasm).

Retelast - ip-gazlama tolalari bilan rezinani o'rab olgan elastik naychasimon bintlar (27-rasm).

Paypoq sifatida to'qilgan bog'lamlar 5 metrdan 20 metrgacha bo'ladi va kishi tanasining istalgan joyini bog'lash uchun qo'llaniladi. Retelast va paypoq sifatida to'qilgan bog'lamlar qulay bo'lib, hozirgi kunda ko'p ishlatiladi (28-rasm).



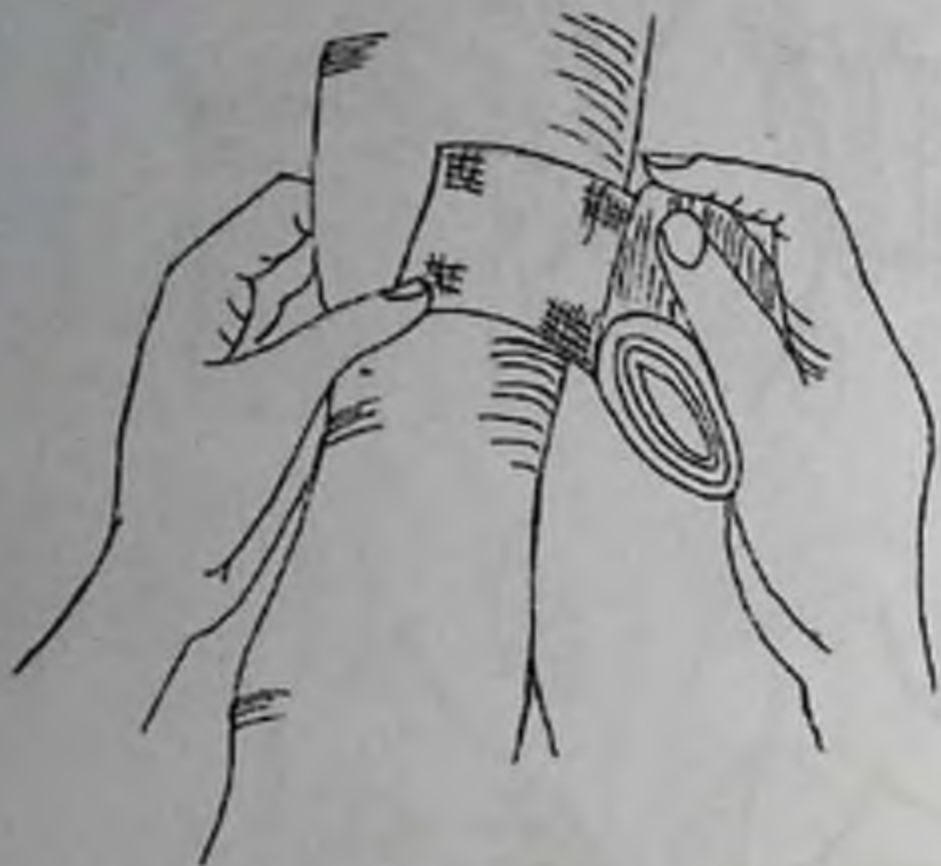
28. Rasm. Turli naysimon bog'lamlar;

a) boshga, b)ko'krak qafasiga, c)yelka sohasiga, d)yelka va bilaklar, e-f) kaft va barmoqlarga g) qoringa, h) chov sathiga, i) tizza va boldirga, j) bosh barmoqqa.

Yumshoq bog'lamlarni qo'yish texnikasi

Yumshoq ushlab turuvchi bog'lamlarni qo'yishga bo'lgan talablar:

1. Bemor va shikastlangan kishi o'zi uchun qulay vaziyatni egallashi kerak. Qorin, chot oralig'i, sonning yuqori qismlarini bog'lash uchun bemor gorizontal holda yotishi kerak. Ko'krakni bog'lash uchun bemor o'tirgan holatda bo'lgani ma'qul.



29. Rasm. Bintli bog'lamni bog'lash.

2. Bog'lanadigan joy bog'lash paytida ma'lum vaqtgacha harakatsiz bo'lishi kerak. Qol-oyoqlarning yarim fiziologik vaziyatda bo'lishi mushaklarning maksimal osoyishtaligidan darak beradi va bemor uchun qulay funksional

holat bog'lamdan so'ng azob bermaydi.

3. Tibbiy xodim bemorga qarama-qarshi o'tirgan holda bog'lam qo'yishi lozim, chunki har bir harakat bemor uchun og'riqsiz o'tishi kerak.

4. Bog'lamlar chekkadan markazga qarab qo'yiladi va birinchi aylanma bint bog'lamlarni ushlab tura oladigan bo'lishi kerak.

5. Bintli bog'lam chapdan o'ngga qarab davom etadi, bintning boshlanish uchi qulay aylanma bintning boshi hisoblanadi.

6. Birinchi bog'lam (o'ram) hamma vaqt qiyshiq qo'yiladi, ikkinchi tur (bog'langan joyni bir marta aylanib o'tishi bir tur deyiladi, ikki marta aylanishi ikkinchi va h.k.) qiyshiq qo'yilgan bog'lamga yetgach uning ostiga birinchi turning uchi bukiladi va u bog'lam ostida qolib ketadi. Bu holat bog'lamni qattiq ushlab turadi.

7. Spiral bintli bog'lamda ikkinchi tur bog'lami birinchi tur bog'laming yarmini yoki uchdan bir qismini bekitib borishi kerak.

Yumshoq bog'lam ishlatilganda uni mustahkam va harakatsiz qilish uchun bog'laming uchi teriga kleol yelimi bilan qotirib qo'yiladi. Bog'lamni fiksatsiya qilish uchun uning oxirini ikkiga bo'lib, jarohatdan uzoqroq joyga tugun qilib bog'lanadi. Ba'zan leykoplastir bilan ham qotirish mumkin.

Tayyor yumshoq bog'lamlarga qo'yiladigan talablar

1. Shikastlangan joyni bog'lam bir kungacha ushlab tura oladigan bo'lishi kerak.
2. Qo'yilgan bog'lam bemorga ozor bermaydigan darajada qattiq bog'lanishi kerak.
3. Bog'lam tekis, burmasiz va tugunsiz, shuningdek chiroyli bog'lanishi kerak.
4. Bog'lam bir xil bog'lanishi bilan u yechilib, sirpanib tushib ketmasligi kerak.
5. Bog'lam oxiridagi tugun jarohat ustida bo'lmasligi va ishga xalaqit bermasligi kerak.

Bintli bog'larning asosiy xillari

1. Aylanma (sirkulyar) bog'lam aylanma sathlarini bog'lash uchun qulay. Unda bintning bir turi ikkinchisi bilan berkitilib turadi. Qo'yiladigan joylari - peshona, qo'l-oyoq, son, boldir va boshqalar. Aylanma bog'lam tez bo'shashib ketishi mumkin, bu uning kamchiligidir. (30-rasm).

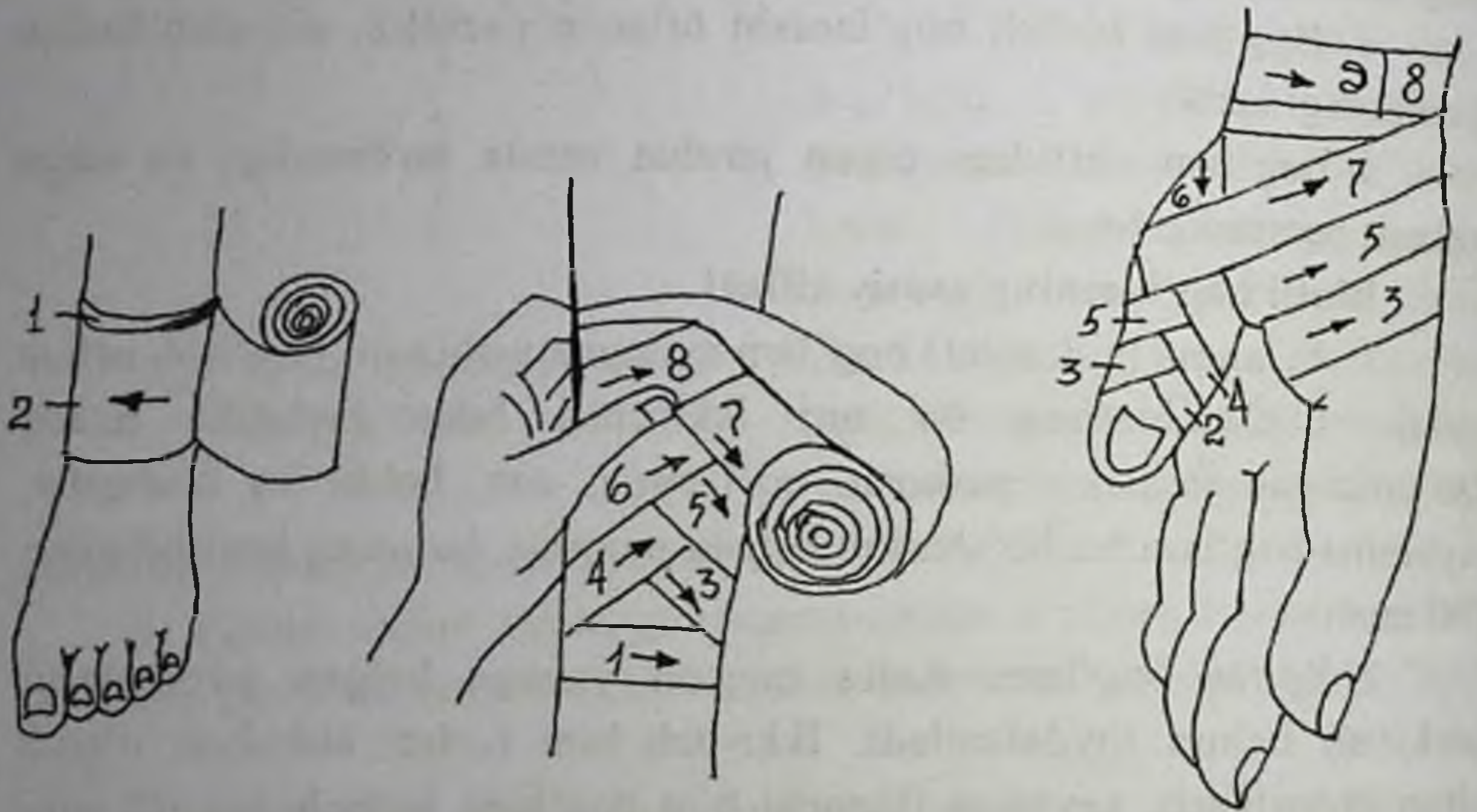
2. Spiral bog'lam. Katta nuqson yuzaga kelgan jarohatlarni berkitish uchun foydalaniladi. Ikki-uch bint turlari sirkulyar o'rash bilan qotirilgach, keyiniga ikkinchi bint bog'lami birinchisini 1/2 yoki 2/3 bint kengligini qoplab ketaveradi. Bu bog'lam tana, oyoq-qo'l, ko'krak qafasini bog'lashda ishlatiladi. Bog'lam bo'shashib ketmasligi uchun, ayniqsa konik shakldagi joyga bog'lam qo'yilganda, ikkinchi qayta tur boshlanishida bog'lam bukiladi (31-rasm).

3. O'rmalovchi bog'lam oyoq-qo'l, bosh barmoqlarni bog'lash uchun qo'llaniladi. Avval 2-3 aylanma bint bog'lami qilib, keyin aylanma bint bog'lami qiyshiq holda qo'yiladi, ular bir-birini bint kengligicha yopib turmaydi (32 -rasm).

4. Xochga o'xshagan yoki bir-biri bilan kesishgan «8» raqamiga o'xshash bog'lam. Bintning yurishi «8» raqamini eslatadi. Masalan, ensa sohasini bog'lash uchun avvaliga ikki-uch tur bosh atrofida sirkulyar bog'lam qo'yiladi, keyin quloq orqasidan bo'yinga tushiladi, bo'yinni oldidan aylanib o'tib, o'rtadan quloq orqasidan yuqoriga ko'tariladi, so'ngra bosh atrofiga sirkulyar bog'lam qo'yiladi. Bog'lam quloqdan to ensa sohasini berkitguncha davom ettiriladi.

5. Boshqosimon bog‘lam qisman «8» simon bog‘lamni eslatadi, uning farqi shundaki, bintning keyingi o‘ramlari (turi) qisman bir-birini berkitadi va bir chiziqda kesishadi.

6. Toshbaqasimon bog‘lam ikki variantda qo‘llaniladi. U tarqaluvchi va qaytalanuvchi bog‘lamlardan iborat bo‘lib, katta bo‘g‘imlarga tirsak, tizza, boldir, panja kabilarga qo‘yiladi.



30. Rasm. Aylanna bog‘lam

31. Rasm. Bilakka qo‘yiladigan spiral bog‘lam.

32. Rasm. Barmoqlardagi spiral bog‘lam.

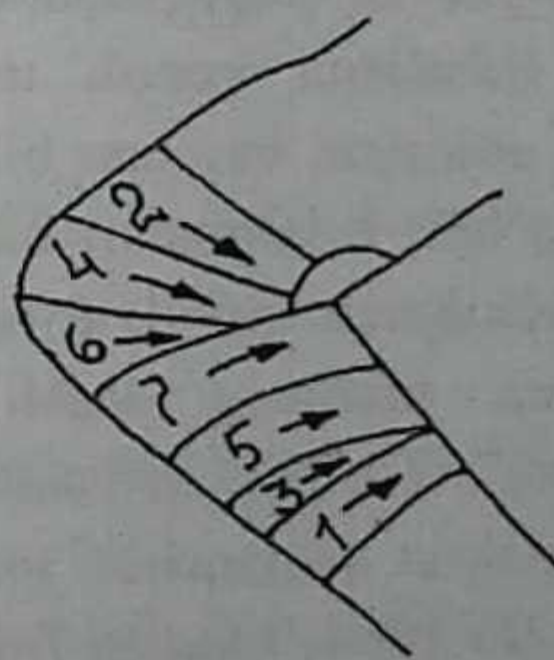
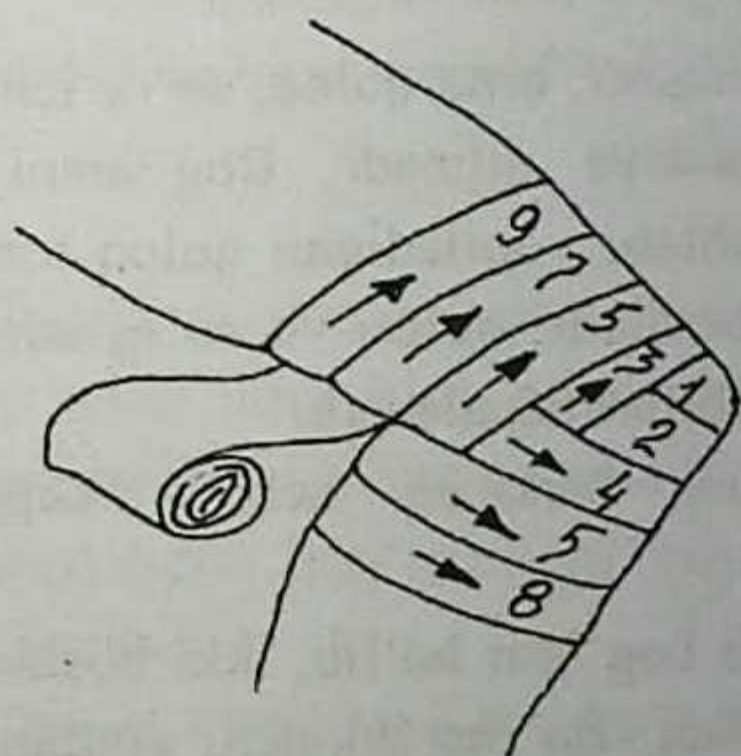
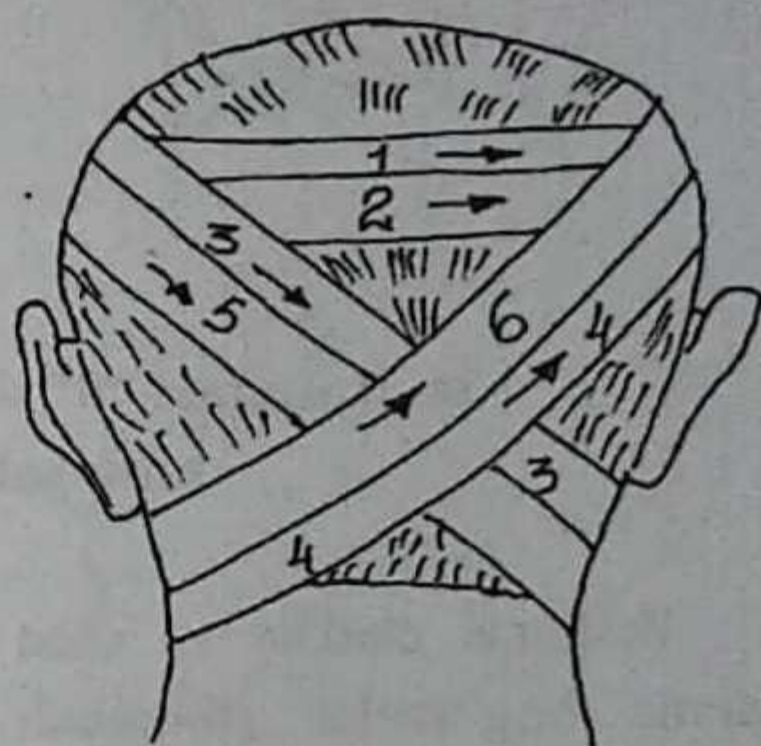
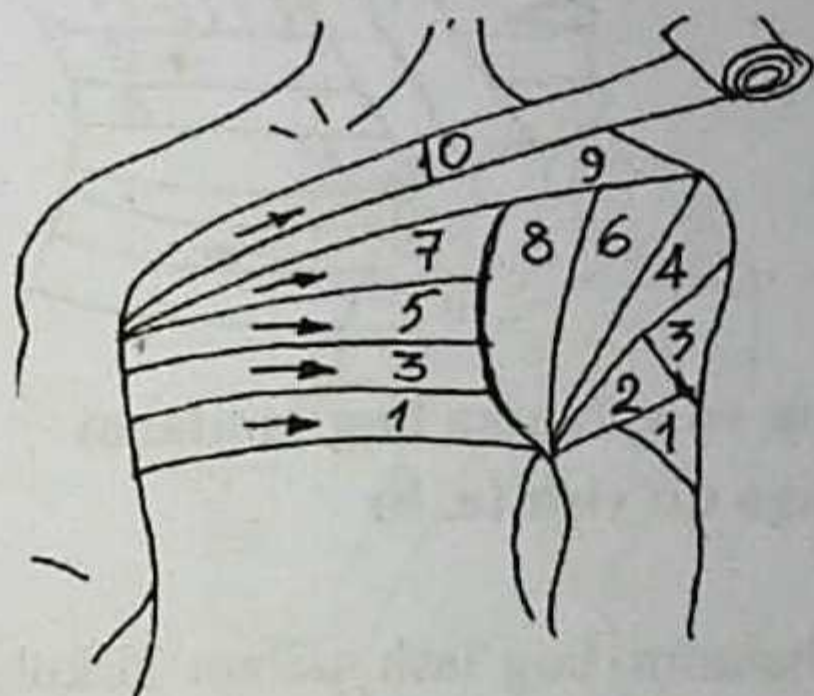
Tarqaluvchi bint bog‘lamini bog‘lash lozim bo‘lgan bo‘g‘im o‘rtasidan 2-3 tur bir joyda bog‘lam qilib, keyin o‘rtadan chekkaga qarab pastga, yuqoriga qarab yuritiladi. Qaytalanuvchi bog‘lamning tarqaluvchi bog‘lamdan farqi chekkadan markazga - o‘rtaga qarab yuritiladi va o‘rtada bog‘lam to‘xtaydi (33-rasm).

7. Qaytuvchi bog‘lam qo‘l-oyoq kesib tashlangandan (amputatsiyadan) so‘ng qolgan qismi cho‘ltoq‘iga qo‘yiladi.

Cho‘ltoq, oyoq yoki qo‘lning yuqori qismida 3-4 sirkulyar bint bog‘lami bog‘lanadi, so‘ngra sirkulyar bint bog‘lamining yurishini o‘zgartirib bukiladi. Unga perpendikulyar yo‘nalishda cho‘ltoqning orqa

va oldiga o'tib aylanma bint bilan fiksatsiya qilib o'tiladi. Bog'lam tushib ketmasligi uchun qo'shimcha kleol ishlatiladi.

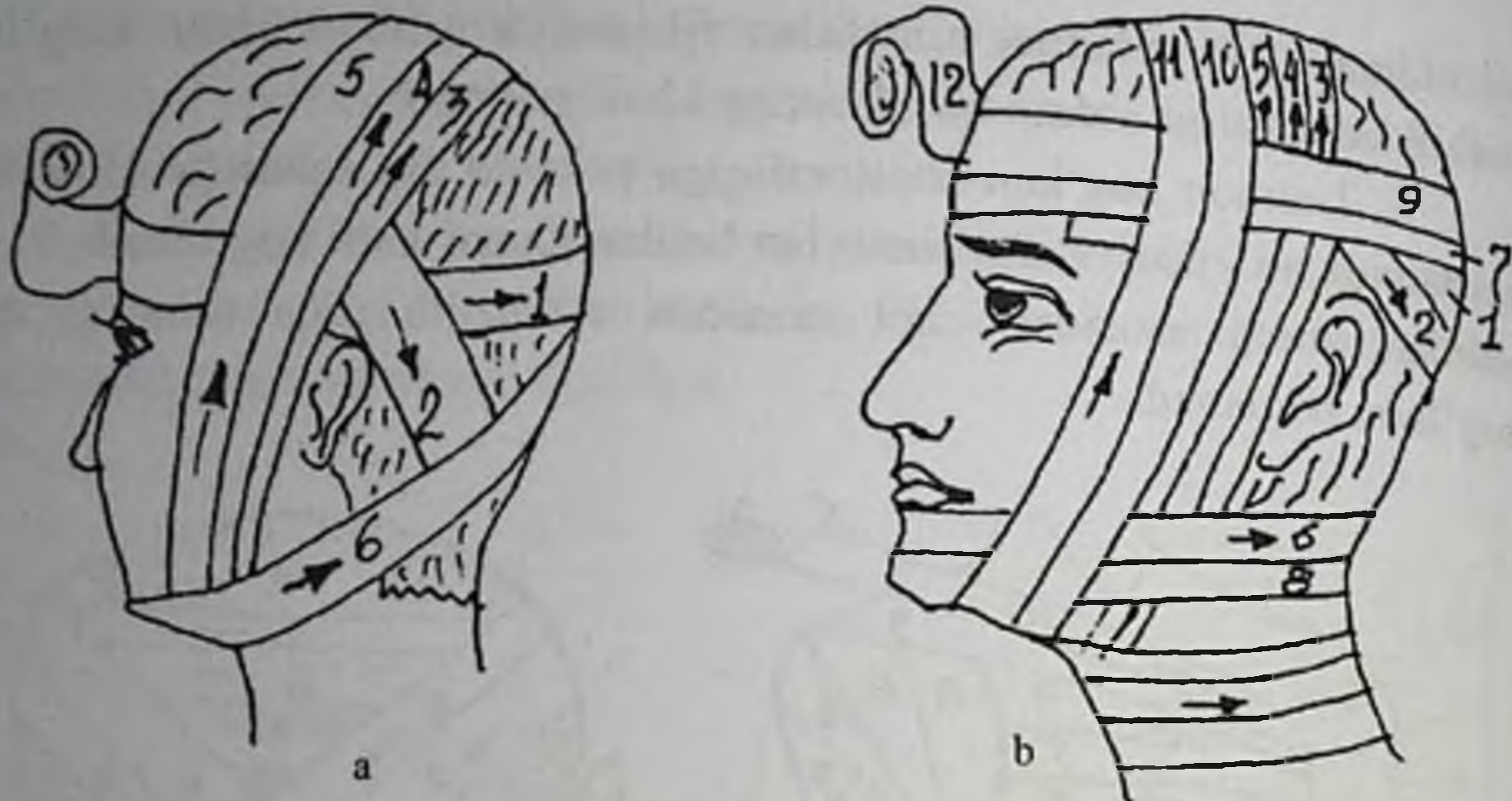
8. T-simon bog'lam chot(oraliq)ga yoki qo'ltiq sohasiga ikkita bint yordamida qo'yiladi. Bitta bint bilan beldan kamar kabi bog'lanadi, keyin oldidan uning asosidan chot orasidan o'tkazilib orqa tomonga bint bog'lami boglanadi.



33. Rasm. Qo'ltiq sohasiga qo'yiladigan boshqosimon bog'lam. Ensaga qo'yiladigan "8" simon bog'lam. Tizza va bilak sohasiga qo'yiladigan toshbaqasimon bog'lam.

Mahalliy bog'lam turlari

Boshga va bo'yinga qo'yiladigan bog'lamlar. Boshni bog'lash uchun o'rtacha kattalikdagi eni 10-12 sm doka bintlardan foydalaniladi.



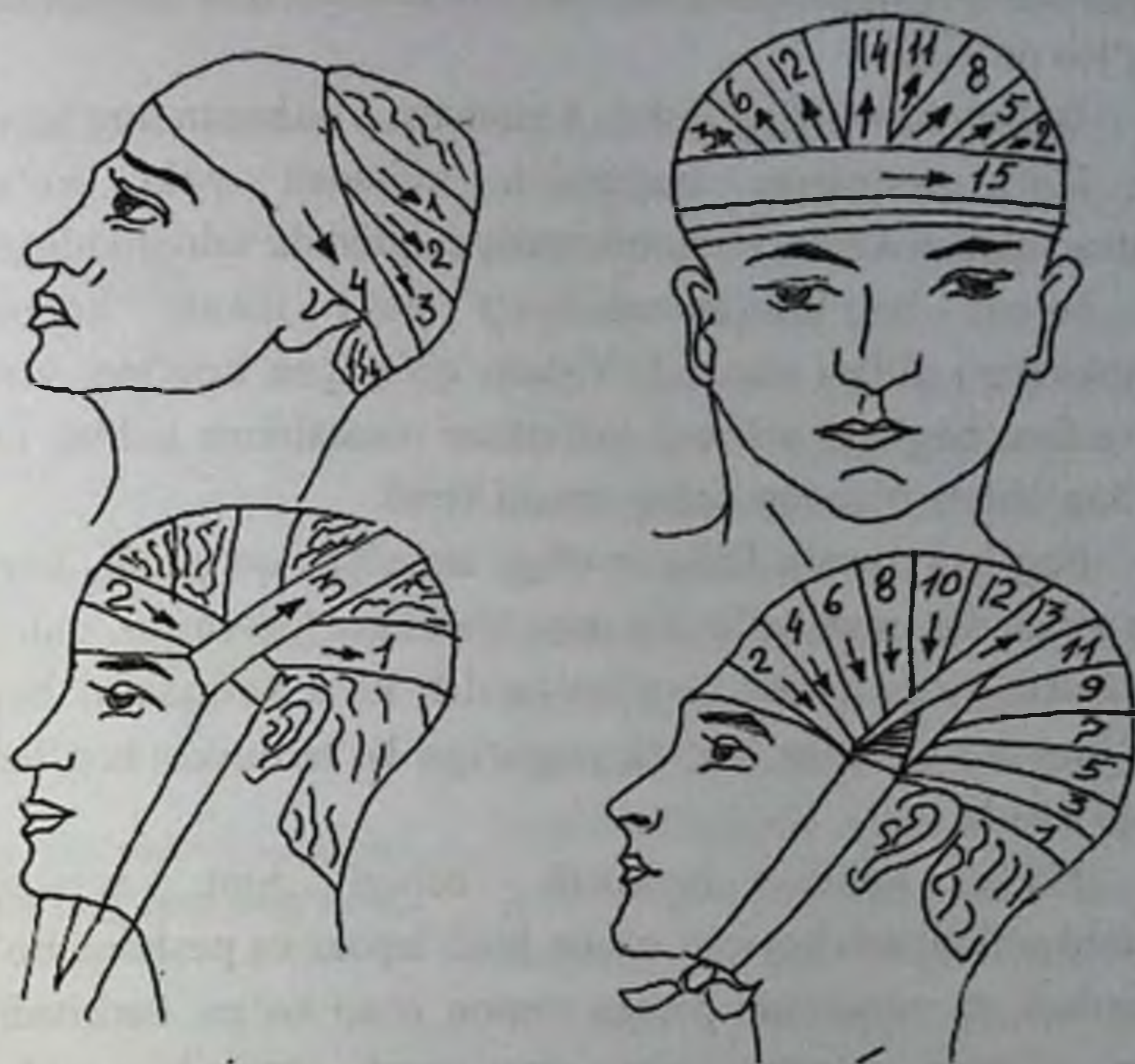
34. Rasmlar. "8" simon va aylanma bog'lamlarni bosh sohasiga qo'yish (a, b)

Peshona, chakka va ensa sohaslarini bog'lash uchun sirkulyar - aylanma bog'lamlar ishlatiladi (34-rasm). Katta jarohatlarni (ensa sohasini) himoya qilish uchun har xil qalpoqchalar, qaytalanuvchi bog'lamlar ishlatiladi.

Neopolitan qalpoqchasi ensa sohasini, bitta quloq, so'rg'ichsimon o'simta sohaslarini yopish uchun tavsiya qilinadi. Bog'lamni bosh atrofidan sirkulyar bog'lam bilan boshlab, yopiladigan quloq tomonga asta-sekin bint aylanmalari tushirib boriladi, quloq va so'rg'ichsimon o'simta bekilgach, sirkulyar bog'lam bilan tugallanadi.

Butun boshning sochli qismini berkitish uchun "Gippokrat qalpoqchasi", "Chepes" qo'llaniladi.

Gippokrat qalpoqchasi murakkab bog'lam bo'lib, ikki boshli bitta bintdan yoki ikkita bintdan foydalaniladi. Ba'zan ikkinchi yordamchini talab qiladi. Oldin oda'tdagidek peshona atrofiga sirkulyar bog'lam qo'yib olinadi va 2-3 turdan keyin oldingi va orqa tomonga qaytuvchi tur aylanma bog'lam qo'yiladi. Har bir qaytuvchi tur aylanma bog'lam bilan qotirib boriladi.



35. Rasmlar. Boshning sochli qismini berkitish uchun foydalaniladigan neopolitan, Gippokrat qalpoqchasi va chepes bog'lamlari.

Gippokrat qalpoqchasini qo'yishda ikkita bintdan ham foydalansa bo'ladi, unda bitta bint bilan aylanma bog'lam qo'yilsa, ikkinchisi bilan qaytuvchi bog'lam qo'yiladi.

Qaytuvchi bog'lamning borib kelishi sirkulyar bog'lam bilan qotirib boriladi.

Chepes - boshning eng ko'p tarqalgan bog'lami hisoblanadi. Buning uchun bitta bint tasmasi (uzunligi 20-30 sm) tepa-ensa sohasidan pastga tortib turiladi (35-rasm).

Ikkinchi bint peshona atrofiga aylanma bog'lam qo'yib, ikkinchi turdan boshlab tepa-ensa sohasidan o'tkazilgan bint tasmasiga chapdan o'ngga, o'ngdan chapga bog'lam qilib turiladi.

Oldingi va keyingi yarim turlarni ketma-ket bog'lab, boshning sochli sohasini butunlay qoplanguncha davom ettiriladi. Undan so'ng tepa-ensa

sohasidan iyakkacha tortib turilgan bint tasmasi iyak pastiga tuguncha qilib bog'lab qo'yiladi.

Ba'zan boshni bog'lashda kosinkaga o'xshagan bog'lam ishlatiladi.

Ko'z soqqasini operatsiya qilganda yoki ko'zning og'ir kontuziyasidan keyin immobilizatsiya qilishda ishlatiladigan bog'lov - bir ko'zni bog'lash(monokulyar) yoki ikkala ko'zni bog'lash (binokulyar) xillari mavjud. Yaxshi qo'yilgan bog'lam ko'z soqqasini ezmasdan, bog'lam ostidagi salfetkani mustahkam ushlab turishi kerak. Bu bog'lamda quloqlar ochiq qolishi kerak.

Bog'lam avvalo kalla atrofiga sirkulyar qo'yiladi, keyin boshning tepa sohasidan ensa-kallaning orqa qismidan (36-rasm), quloqning pastki tomonidan yuzga o'tadi va u ko'tarilib ko'z soqqasini berkitadi. Bu bog'lamda sirkulyar hamda yuqoriga ko'tariluvchi bog'lamlar ketma-ket qo'yiladi.

Ikkala ko'zni berkitish uchun bint aylantirib o'rab mustahkamlangach keyingi o'ram bosh tepasi va peshona bo'ylab pastga tushiriladi va yuqoridan pastga tomon chap ko'zni berkitadigan qiyshiq o'ram qilinadi, so'ngra bintni ensa orqali o'tkazib, pastdan yuqoriga tomon o'ng ko'zni berkitadigan qiyshiq o'ram qilinadi. Buning natijasida bintning keyingi hamma o'ramlari qanshar sohasida kesishib, ikkala ko'zni berkitadi va tobora pastga tushaveradi. Bintlash oxirida bog'lam gorizontaal doira shaklida o'rash bilan mustahkamlanadi (37-rasm).



36. Rasm. Bir ko'zga bog'lam bog'lash.



37. Rasm. Ikki ko'zga bog'lam bog'lash.

«Tugunchali» bog'lam qisman murakkab bo'lsada ensa sohasini yaxshi fiksatsiya qiladi. Bu bog'lam iyak sohasida yiringli jarayonlar

bo'lganda, shuningdek pastki jag' suyagi singanda birinchi yordam sifatida qo'llaniladi.

Bo'yinning orqa chakka sathi sirkulyar tur bint-doka bog'lam bilan



38. Rasm. Bo'yin va orqaga krestsimon bog'lam bog'lash.

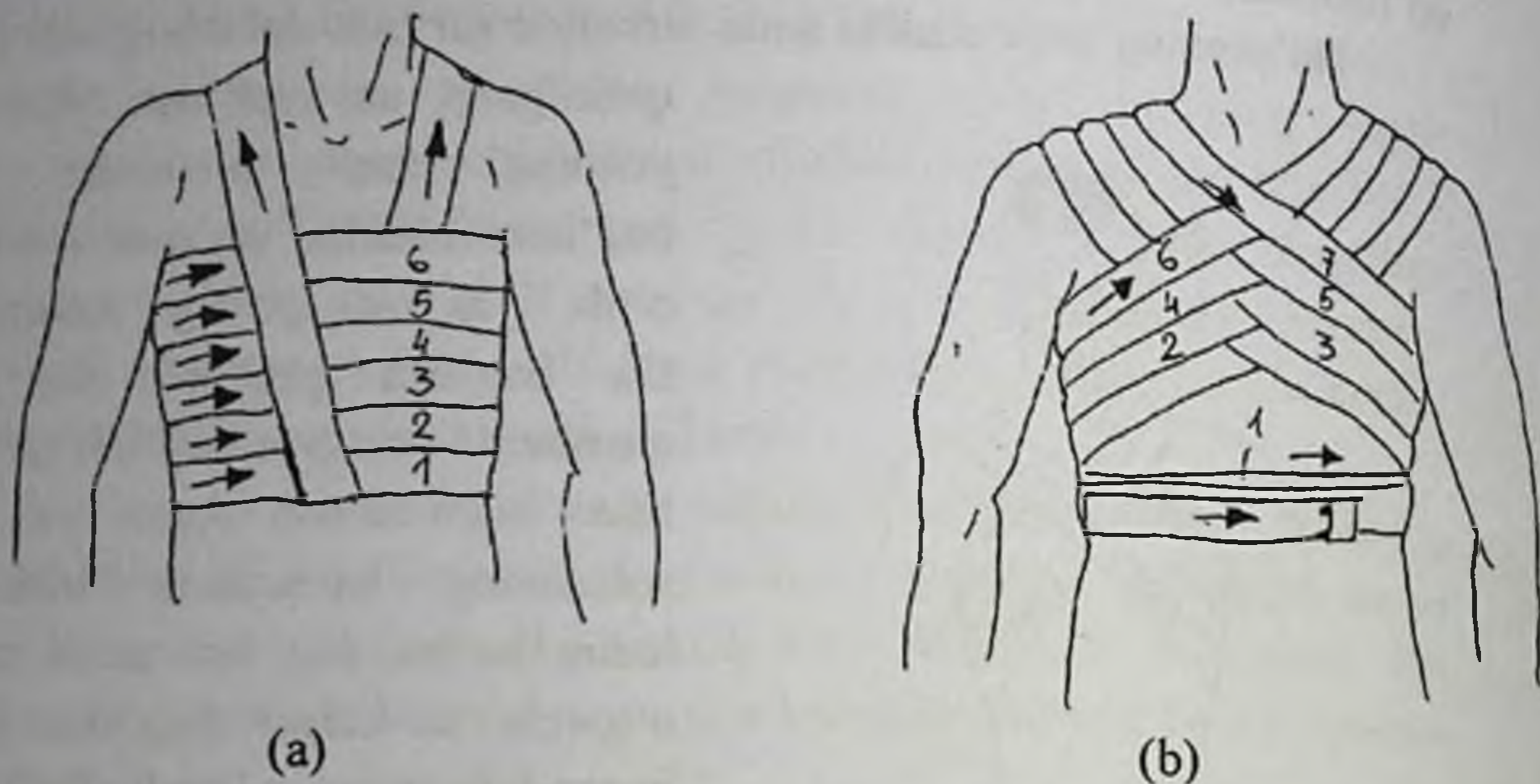
qotirilgach, uni iyak osti qismidan, yuzning chap tomonidan bint bog'lami chakka va ensa sohasiga o'tib, iyak osti qismiga tushiriladi. Bu bog'lam peshona va ensa qismlarida sirkulyar bog'lab qo'yish bilan tugallanadi. Agar iyak osti sohasining hammasini berkitish lozim bo'lsa, bog'lam miya orqali o'tuvchi sirkulyar bog'lam bilan immobilizatsiya qilinadi. Bo'yinga qo'yiladigan bog'lam ensa sohasi va bo'yinni yiringli jarayonlar bo'lganda berkitish uchun qo'llaniladi (38-rasm).

laniladi (38-rasm).

Buning uchun «8» simon kombinatsiyalangan bog'lam yoki xochsimon bog'lam ishlatiladi, chunki boshqa bog'lamlar bir-birining ustiga yig'ilib, uni yaxshi ushlab tura olmaydi. Undan tashqari, bo'yindagi bog'lam nafas olishni qiyinlashtirmasligi, shuningdek, qon tomirlarni ezib qo'ymasligi kerak. Shuning uchun xochga o'xshash bog'lam turi «8» simon boglam bilan qotirib boriladi. Ba'zan bo'yinga qo'yiladigan birinchi va ikkinchi bint turi bog'lam yechilib ketmasligi uchun yelim bilan yopishtiriladi.

Ko'krak qafasi va yelka sohasi bog'lami murakkab bo'lsada, bog'lov materiallarini tanada qattiq ushlab turishga muvaffaq bo'linadi. U ikki variantda bajariladi va bog'lam shikastlangan tomondan boshlanadi. Birinchi variantda bint bog'lam odatdagi spiral bog'lamdan iborat bo'lib, yelkani ko'krak qafasiga qattiq qisish uchun bir necha tur qo'yiladi (65-rasm, a). Ikkinchi yo'li boshlang'ich bog'larning davomi bo'lib, unda shikastlangan qo'ltiq osti qismidan pastga tushib, tirsakning orasidan old tomoniga tanaga yaqinlashtiradi va sog' qo'ltiq osti

sohasi tananing orqa qismiga o'tadi. Yelka va bilak yaxshi bint bog'lami bilan qotirilguncha ikki-uch marta bog'lam qaytariladi.



39. Rasm. Ko'krak qafasiga qo'yiladigan spiral (a) va 8-simon (b) bog'lam.

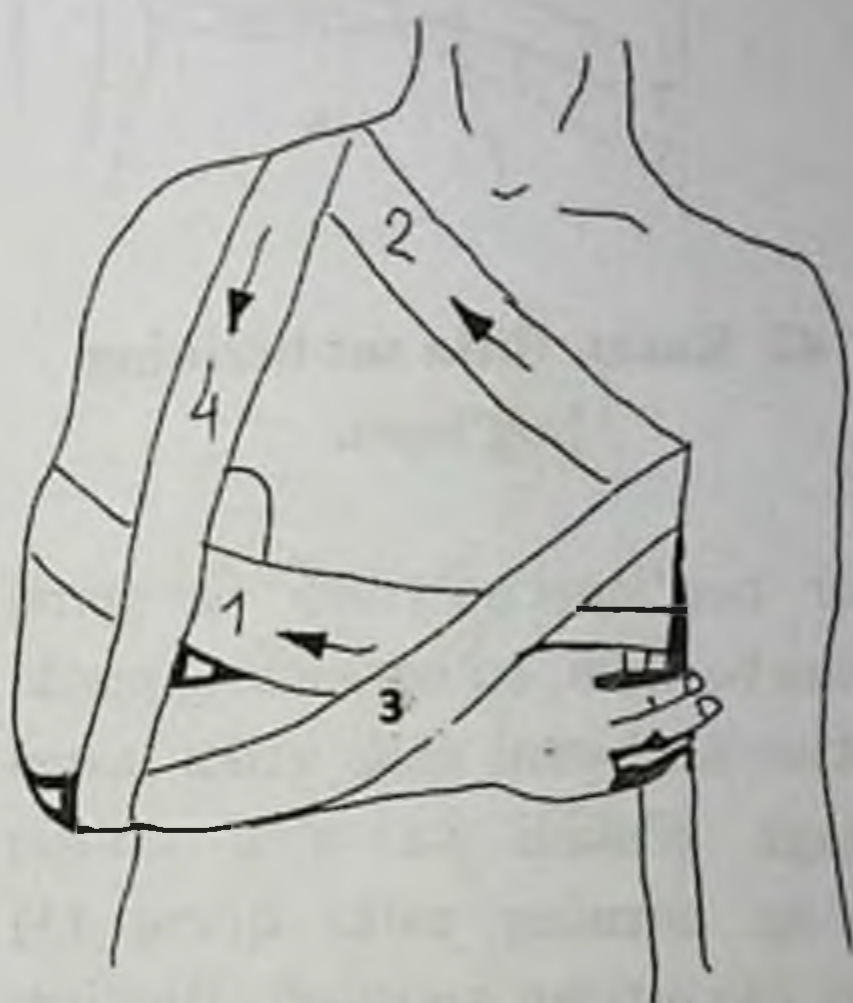
Bu bog'lam ikkinchi variantida avvalo birinchi variantdagidek bog'lanadi, ikkinchi yo'nalishi esa bilakni ushlab turgan holda sog' bilak usti qismiga qiyshaytirib yuqoriga ko'tariladi.

Bu bog'lam o'mrov suyagi, yelka-bilak suyaklari singanda va yelka, tirsak bo'g'imlari shikastlanganda (immobilizatsiya uchun shina bo'lmasa) qo'llaniladi (39-rasm, b).

Dezo bog'lami

Shikastlangan qolni fiziologik holatda ushlab turgan holda qo'ltiqqa paxtalik gardish bolish qo'yiladi va tirsak bo'g'imi to'g'ri burchak hosil qilguncha bukiladi (40-rasm) va qo'lni ko'krakka tekkuncha keltiriladi. Dezo bog'lami to'rt marta yuritiladi va bintlash kasal qo'l tomon yuritiladi. Birinchi bintlashda bint turi sog' tomondan shikastlangan soha tomonga sirkulyar yo'l bilan yelkani ko'krak qafasiga qotiriladi. Ikkinchi bog'lam yo'li sog' qo'ltiqdan shikastlangan qo'l yelkasi ustiga bintni yo'naltirib, yelka ustidan orqaga va pastga tushadi, uchinchi yo'naltirishda bint bog'lami tirsak bo'g'imini aylanib o'tib, bilakni ushlab turadi. So'ngra qiyshiq yo'nalishda yuqoriga sog' tomonning qo'ltig'iga o'tiladi, undan ko'krak qafasining orqasiga Dezo

bog'lam bog'lam yuritiladi. To'rtinchi yo'nalish shikastlangan yelka usti sathdan tirsak bo'g'imiga o'tadi; u bilakning yuqori qismidan aylanib ko'krak qafasining orqa tomoniga o'tadi va sog' tomonning qoltig'idan bog'lam chiqadi. Aytib o'tilgan 4 bint yo'nalishi takroran bir necha marta shikastlangan qo'l yaxshi qotirilguncha yuritiladi.



40. Rasm. Dezo bog'lami

Dezo bog'lami asosan o'mrov suyagi singanda birinchi yordam sifatida keng qo'llanilsada, ayrim kamchiliklarga ham ega. Ikkinchi va to'rtinchi bint yurishlari shikastlangan o'mrov suyagi ustidan o'tadi, bemorda og'riq paydo qilishi va siniqlarining siljishiga olib kelishi mumkin.

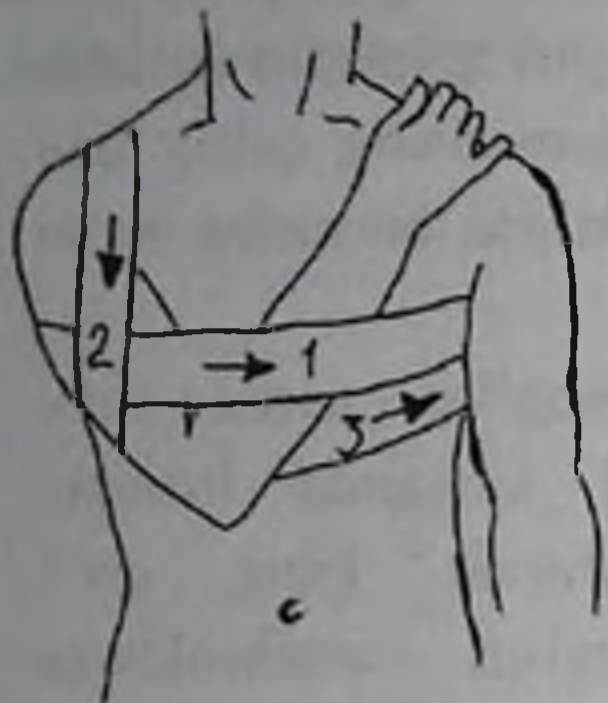
Velpo bog'lami

Shikastlangan qo'l tirsak ko'tarilgan holda qo'l panjalari sog' yelka ustiga qo'yiladi. Bog'lam ikki yo'nalishga ega

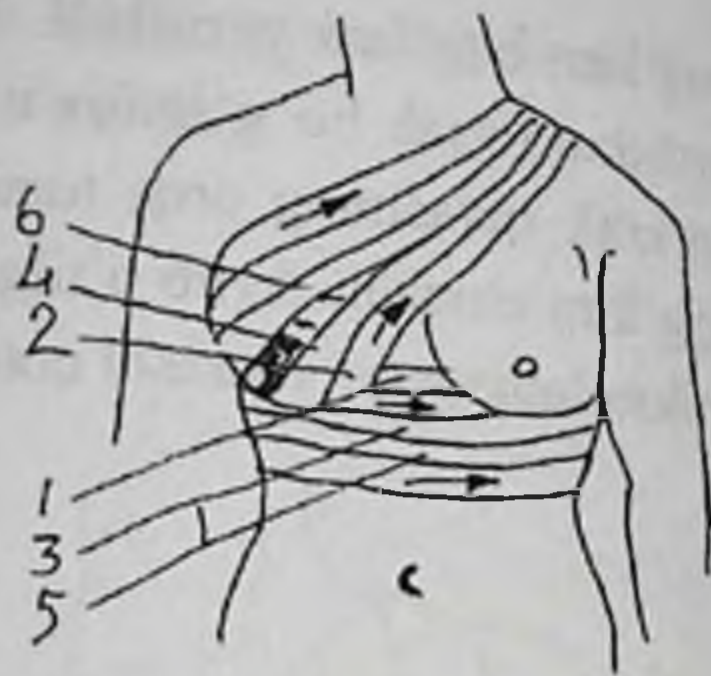
bo'lib, kasal tomondan qiyshiq holda shikastlangan yelka ustidan o'tadi.

Birinchi bint turi sirkulyar bo'lib, qo'lni ko'krakka mahkamlaydi (41-rasm) va sog' tomining qoltig'idan o'tadi. So'ngra orqa sathdan shikastlangan yelka ustiga yo'naltiriladi. Ikkinchi tur kasal yelka usti sathidan, yelkaning tashqi tomonidan tirsakni aylanib o'tadi, so'ngra qiyshaygan holda qaytib, sog' tomonning qoltig'iga o'tadi va birinchi sirkulyar bog'lam ustidan chiqadi. Bint turlari bir necha marta, to qo'l mustahkamlanguncha davom ettiriladi. Bu bog'lam ko'krak bezi olib tashlanganda va yelka chiqishi qayta tiklanganda ishlatiladi.

Sut bezini (ko'krakni) ushlab turuvchi bog'lamlar. Bitta sut bezini ushlab turuvchi bog'lam. O'ng sut bezini (42-rasm) bog'lashda bint yo'nalishi odatda chapdan o'ngga, chap sut bezini bog'lashda o'ngdan chapga bo'ladi.



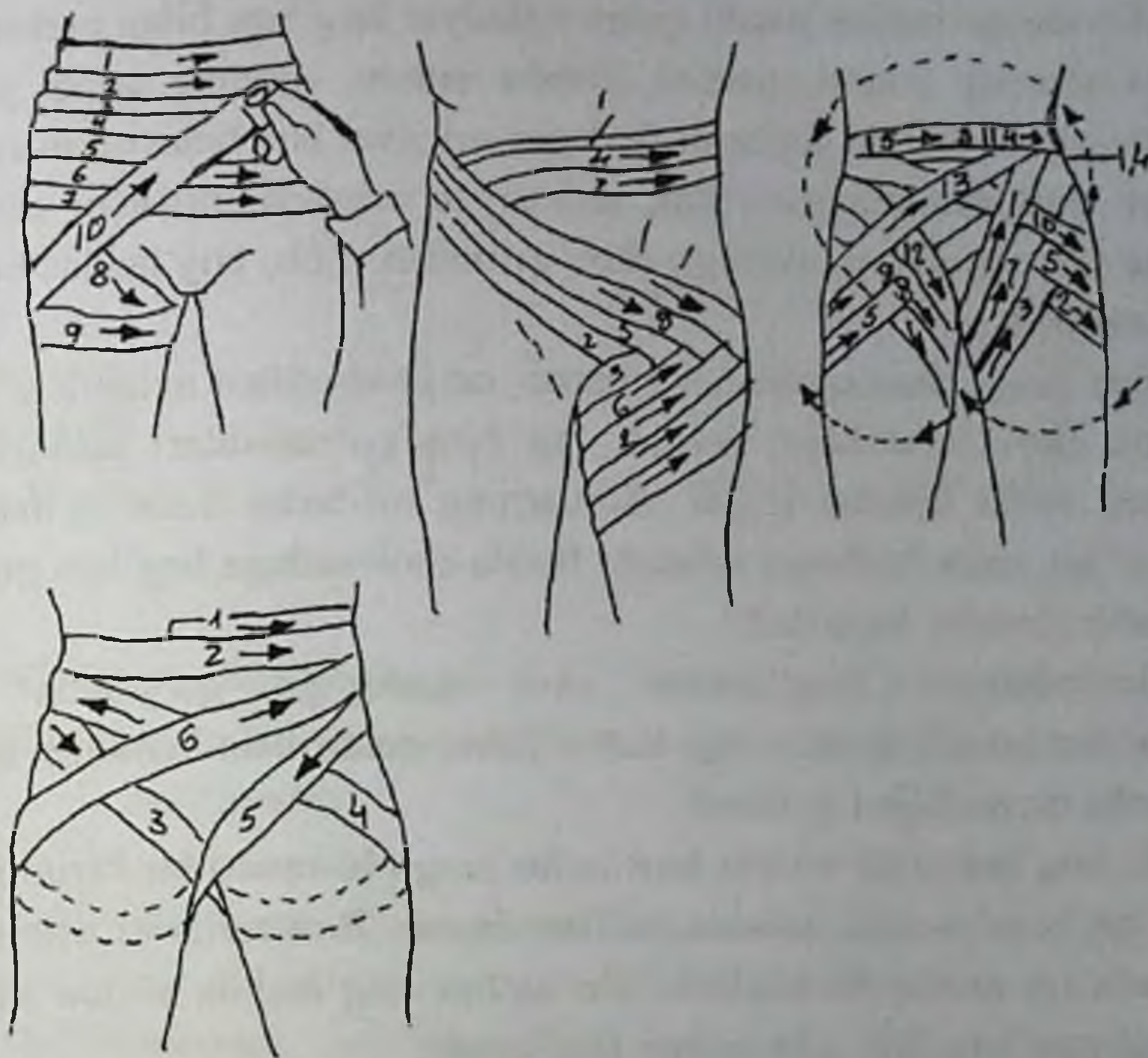
41. Rasm. Vello bog'lami.



42. Rasm. Bitta sut bezining bog'lami.

Avvalo bezning ostidan sirkulyar bog'lam qo'yiladi va spiral bog'lam bilan ko'tarilib, o'ng sut bezigacha boriladi, so'ngra uning pastki va ichki sathini bog'lam bilan mustahkamlab bintni chap yelka ustiga yuritiladi, undan qiyshiq holda orqaga o'tiladi va o'ng qo'ltiq chuqurchasidan chiqiladi. Undan so'ng bezning ostki qismi (3) bog'lanib, yana yuqoriga, kasal sut bezi (4) ustidan yuritiladi. Bog'lam yoli 3-4 marta takrorlanadi. Keyin bog'lam sut bezining ostki qismida qotirib qo'yiladi.

Ikkala sut bezini bog'lash Bu bog'lamda ham avvalo sirkulyar yo'nalish qilinadi (1). o'ng ko'krak bezining asosiga yetgach, bintni qiyshaytirib chap yelka ustiga yuritiladi (2) keyin orqadan o'ng qo'ltiq chuqurchasi orqali ko'krakning yon tomonidan gorizontaal yo'nalishga o'tiladi (3). Chap ko'krak bezining ostidan o'tib, bintni orqa tomondan qiyshaytirib o'ng yelka ustidan ikkala bez oralig'idan pastga tushiriladi (4). Unda sut bezi bog'lam bilan berkitiladi, so'ngra gorizontaal bint bog'lamlari qo'yiladi. Ikkala bez bekilguncha yuqorida qaydqilingan bog'lam yurishi bajariladi.



43. Rasm. Qoringa qo'yiladigan boshosipmon bog'lam.

44. Rasm. Chanoq-songa qo'yiladigan boshosimon bog'lam.

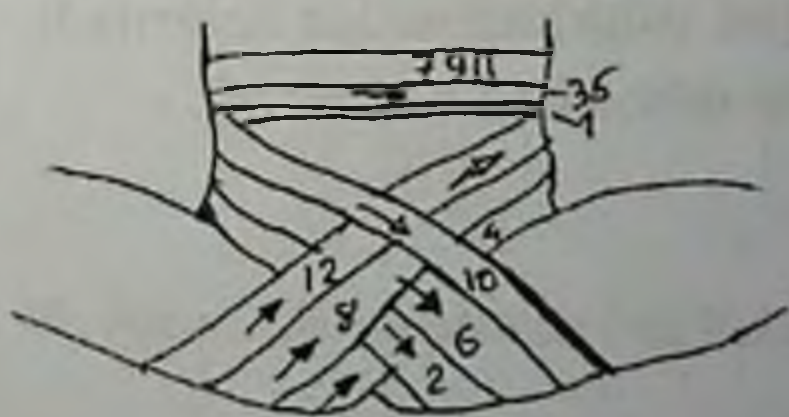
45. Rasm. Ikki chov sohasiga qo'yiladigan bog'lam.

Qorin va chanoqqa qo'yiladigan bog'lamlar

Qorinning yuqori qismiga oddiy spiral bog'lam qo'yish mumkin, pastki qismidagini esa albatta songa mustahkamlash kerak bo'ladi (43-rasm).

Boshosimon bog'lam.

Chanoq, chov sohasi, oraliq va chanoq-son bo'g'imiga har xil turdagi boshosimon bog'lamlar qo'yiladi (44-45 rasm). Bu bog'lamlar chov va son churralari bo'lganda, chanoq-son bo'g'imlari kasalligida, kuyishda, shikastlanish, yallig'lanish jarayonlarida ishlatiladi.



46. Rasm. Oraliqqa qo'yiladigan boshosimon

Avvalo qorinning pastki qismi sirkulyar bog‘lam bilan berkitiladi, so‘ngra sonning yuqori qismini, dumba sathini, sonning tashqi yuqori qismini va chov sathini qoplaydi. So‘ngra sirkulyar bint bilan qorin sathiga bog‘lam mustahkamlangach bint teskari yo‘nalishda, orqadan oldinga, sonning yon va oldingi qismiga chov qismidan o‘tib, bog‘lamlar bir-biri bilan kesishadi.

Bog‘lamni chanoq oldidan o‘tkazib, qorin atrofdani aylanib o‘tiladi va yana chov sohasidan qaytadi, bu bint yo‘nalishlari ikkinchi va to‘rtinchi turlar ustidan o‘tadi. Bintlarning bir-birini kesib o‘tishi bir joyda bo‘lsa, unda boshoqni eslatadi. Ikkala chov sathiga bog‘lam qo‘yish ham xuddi shunday bajariladi.

Boshoqsimon bog‘lamdan chot oraliq‘iga qo‘yishda ham foydalanilsa boladi, ammo orqa teshik ochiq qoldirilishi kerakligi uchun birmuncha qiyinchilik tug‘diradi.

Bu bog‘lamni qo‘yishda bint turlarining (46-rasm) bir-birini kesib o‘tishi qat‘iyan medial holatda bo‘lishi lozim. Bint turlarini asta-sekin yaqinlashtirib oraliq berkitiladi. Bu sathni bog‘lashda sodda va tez bajariladigan bog‘lam «T» simon bog‘lamdir

U kam material talab qiladi va tez bajariladi. Bintning bir turi bel atrofida kamar ko‘mishida sirkulyar aylantiriladi va bog‘lanadi. So‘ngra ikkinchi bint bog‘lami chot sathiga perpendikulyar holda bel atrofidagi bog‘lamdan oldindan orqaga aylantirib o‘tiladi va oraliq berkitilib, orqaga birinchi tur bog‘lamga bog‘lanadi.

Qo‘lni bog‘lash. Bitta barmoqni bog‘lash. Bog‘lam kaft ustida mustahkamlaydigan doira o‘ramlar qilishdan boshlanadi. So‘ngra bint qo‘l panjasining orqasi osha barmoq uchiga qiyshiq holda yo‘naltiriladi va shu yerda pastdan yuqori tomonga barmoq asosigacha spiralsimon bog‘lam qilinadi, keyin qo‘l panjasining orqasi osha kaft ustiga keltiriladi, bu yerda mustahkamlovchi sirkulyar o‘ramlar qilinadi (47-48 rasm).



47. Rasm. Barmoqlarga qo'yiladigan spiral va qaytuvchi bog'lamlar.

48. Rasm. Kaftdagi 8-simon va barmoqdagi spiralsimon bog'lam.

Bosh barmoqni bog'lash boshoqsimon tipda bajariladi, bitta barmoqni qaytuvchi, spiral bog'lamlar bilan bajarish mumkin.

Qo'lqopsimon bog'lam. Bitta barmoqni bintlash prinsipidan foydalanib panjaning hamma barmoqlarini birin-ketin «qolqop» shaklida bintlab chiqish mumkin. Chap qo'lni bintlashni qulaylashtirish maqsadida bog'lamni jimjiloqdan, o'ng qo'lni bintlashda bosh barmoqdan boshlash kerak (49-rasm).



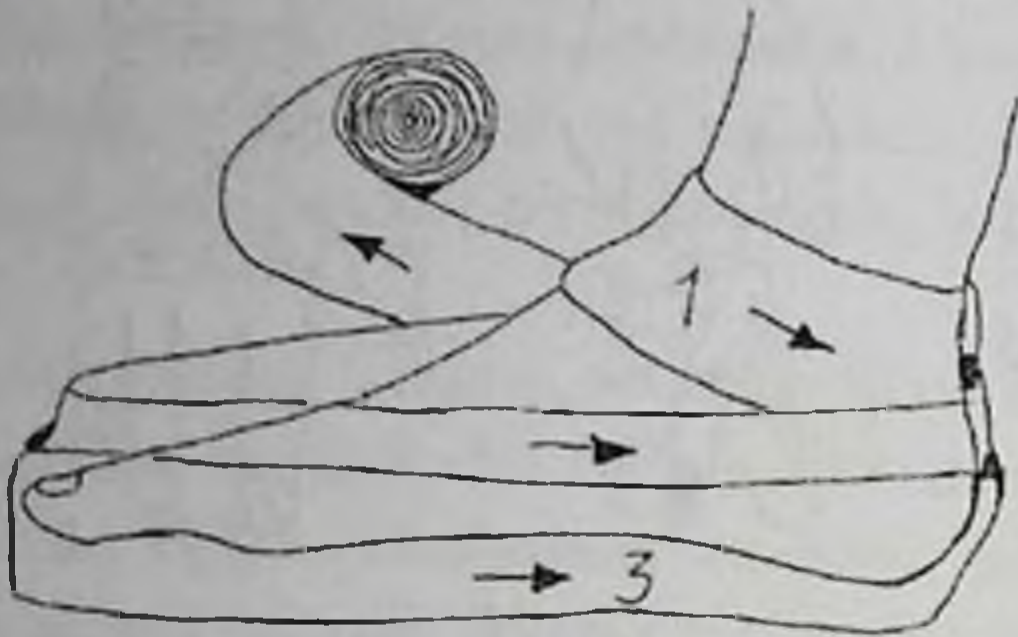
49. Rasm. Qo'lqopsimon bog'lam.

Sonning yuqori qismini bog'lash uchun yuqoriga ko'tariluvchi boshoqsimon bog'lamdan foydalaniladi.

Bint chanoq sathi atrofidan aylanib, chanoq-son bo'g'imini qotirish uchun ishlatiladigan bog'lamni yoki bir tomonlama chov sohasiga qo'yiladigan bog'lamni eslatadi.

Oyoq panjalarining bittasini bog'lash uchun qaytuvchi bog'lam qo'llaniladi (50-rasm) va u sirkulyar

bint turlari bilan qotiriladi. Bint bog'lami tushib ketmasligi uchun uni boldir-panja bo'g'imi atrofidan aylantirib o'tilsa ham bo'ladi.



50. Rasm. Qaytuvchi bog'lam.

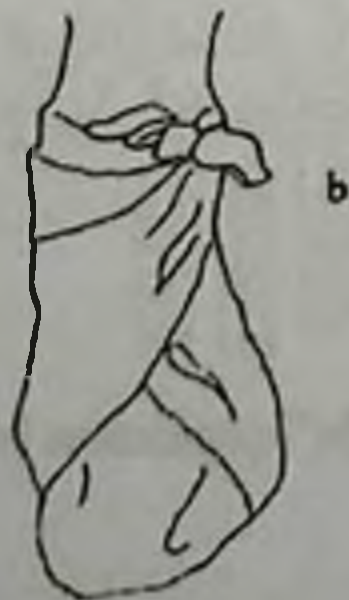
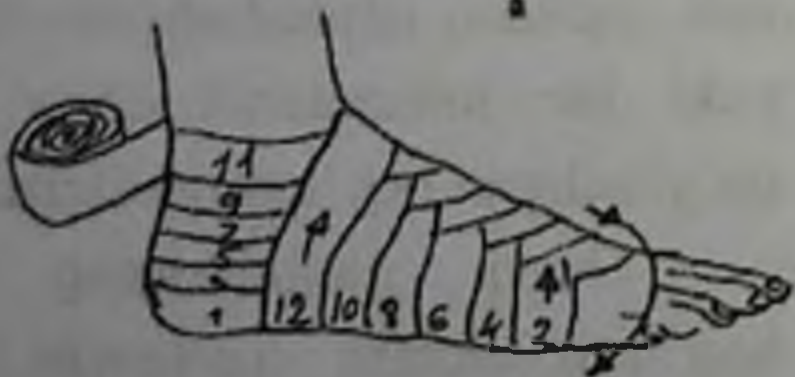
Shuningdek, qaytuvchi, boshoqsimon, spiral va kosinkali bog'lamdan foydalanish mumkin (51-54rasmlar).



51. Rasm. Tovon bo'g'imiga qo'yiladigan krestsimon bog'lam.

52. Rasm. Boldirga qo'yiladigan spiralsimon bog'lam.

53. Rasm. Panja bosh barmog'iga qo'yiladigan bog'lam.



54. Rasm. Tovon sohasiga qo'yiladigan 8-simon (a) va toshbaqasimon bog'lam (b).

Qattiq bog'lamlar

Qattiq yoki ushlab turuvchi bog'lamlar shikastlangan joyga osoyishtalik berish va ehtiyotlash uchun ma'lum muddatga ishlatiladi. Bu bog'lamlar bo'g'imlar shikastlanganda, suyaklar singanda hamda suyak sili kasaliga chalingan bemorlarda bajariladi, ular bir joydan ikkinchi joyga bemorni transportirovka qilishda hamda davolash uchun foydalaniladi. Suyak va bo'g'imlar operatsiya qilinganda, ularning butunligi buzilmaganda ham bu bog'lamlar ishlatiladi. Qattiq va ushlab turuvchi bog'lamlarga odatda standart shinalar, qo'l ostidagi ushlab tura oladigan materiallar, protez va ortopediya apparatlari kiradi.

Qattiq bog'lamlarni qo'yishe tartibi

Yumshoq bog'lamlarni qo'yish shartlariga qattiq bog'lamlardan foydalanilganda ham qattiq rioya qilish kerak. Ular uzoq muddatga qo'yilgani uchun (1, 5-2 oygacha) shifokor tomonidan qo'yilgan xato bemorni og'ir asoratlarga olib keladi. Ba'zan qattiq bog'lamlar uzoq muddatga qo'yilib, ular olinganda ham qo'l-oyoq harakatlari bajarilmasligi mumkin. Shuning uchun qo'l-oyoq qotirilganda ular bemorga bog'lama olingandan so'ng kam noqulaylik keltiradigan qilib qo'yishi lozim. Bundan tashqari qattiq bog'lamlardan foydalanilganda tananing nozik joylarini ham hisobga olish kerak, chunki shu sathlarda bog'lamlarning qattiq bitishi natijasida nekrozlar, yara-chaqalar paydo bo'lishi mumkin. Bu asorat ko'proq suyak bo'rtib chiqqan teri osti yog' qavati kam joylarda uchraydi. Bu asoratlarni bo'lmasligi uchun paxta-dokamoslamlaridan foydalansa bo'ladi.

Transport va davolash shinalari

Ular asosan qo'l-oyoqni bir me'yorda ushlab turish, taxtakachlash va immobilizatsiya qilish uchun ishlatiladi.

Ko'pincha transport shinalari qo'llaniladi. Davolash shinalaridan kasalxona sharoitida suyaklar singanda davolash uchun uzoq muddatga foydalaniladi.

Shinalar yengil, mustahkam, yaxshi tozalanadigan bo'lishi kerak, ular karton, taxta bo'laklaridan (Diterixs shinasi), plastmassadan, polietilendan (shishirish iloji bo'lgan pnevmatik shinalar) yoki metallardan (narvonsimon simli Kramer shinasi, to'rsimon Esmarx shinasi, Braun, Beller, Chaklin tiplaridagi standart shinalar va skeletdan tortib

ishlatiladigan shinalar) tayyorlanadi, ba'zida ular moslashtirilgan bo'lishi mumkin (kartonli, taxtali).

Transport taxtakachlash

Bemorni bir joydan boshqa manzilga o'tkazish uchun transport immobilizatsiyasi, ya'ni taxtakachlash alohida ahamiyatga ega. Chunki uning tartibining buzilishi, bir-biriga to'g'rilab qo'yilgan suyak siniklarining siljishiga, shokning transportirovka vaqtida og'irlashishiga, katta magistral tomirlarning suyak siniqlari bilan birga shikastlanishiga, siljishiga va shunga o'xshash asoratlarga sabab bo'ladi.

Transport shinalariga qo'yiladigan shartlar quyidagilardan iborat:

1. Ular mustahkam, yengil va qo'llash uchun sodda bo'lishi lozim.
2. Ular bilan faqatgina shikastlangan joy mustahkamlashidan tashqari, yaqin oradagi bo'g'im ham taxtakachlanishi kerak. Masalan, son suyagi singanda oyoqning uchta bo'g'imi qotirilishi kerak.

3. Shinalardan foydalanganda tomir, nerv tolalari qisilmasligi kerak.

Yopiq suyak shikastlarida transport taxtakachlar kiyim ustidan qo'yilsa, ochiq suyak shikastlarida avvalo jarohatga sterillangan bog'lami qo'yiladi, keyin taxtakachlanadi. Buning uchun, shaxsiy individual paketlardan foydalanilsa bo'ladi, u bilan bog'langach, ustidan shina qo'yiladi. Simli shinalarni bemorga qo'yishdan oldin ular paxta va doka bilan o'rab chiqiladi. Suyak va bo'g'imlarning bo'rtib chiqqan sathlarida yara-chaqa bo'lmasligi uchun qo'shimcha paxtadan yostiqlar qo'yiladi. Qo'l-oyoq shinalar bilan fiksatsiya qilinganda barmoq va panjalar ochiq qoldiriladi.

Shinalar bint bog'lami bilan qotiriladi, bu holda singan suyak siniqlari bir-biridan siljimasligi kerak. Iloji bo'lsa, qo'l-oyoqqa funksional holat beriladi.

Transport shinalar fiksatsiya va distraksiya qiluvchi shinalarga bo'linadi.

Fiksatsiya shinalaridan tananing ma'lum qismini ushlab turish uchun foydalaniladi. Buning uchun standart hisoblangan narvonsimon simli Kramer shinasi, to'rsimon Esmarx shinasi, plastmassali yoki shishadigan pnevmatik shinalarni misol qilib keltirsa bo'ladi.

Bularga tez, ma'lum bir shakl keltirsa bo'ladigan Kramer shinasini kiradi. Undan faqat fiksatsiya qilish uchun emas, balki davolash uchun ham foydalaniladi.

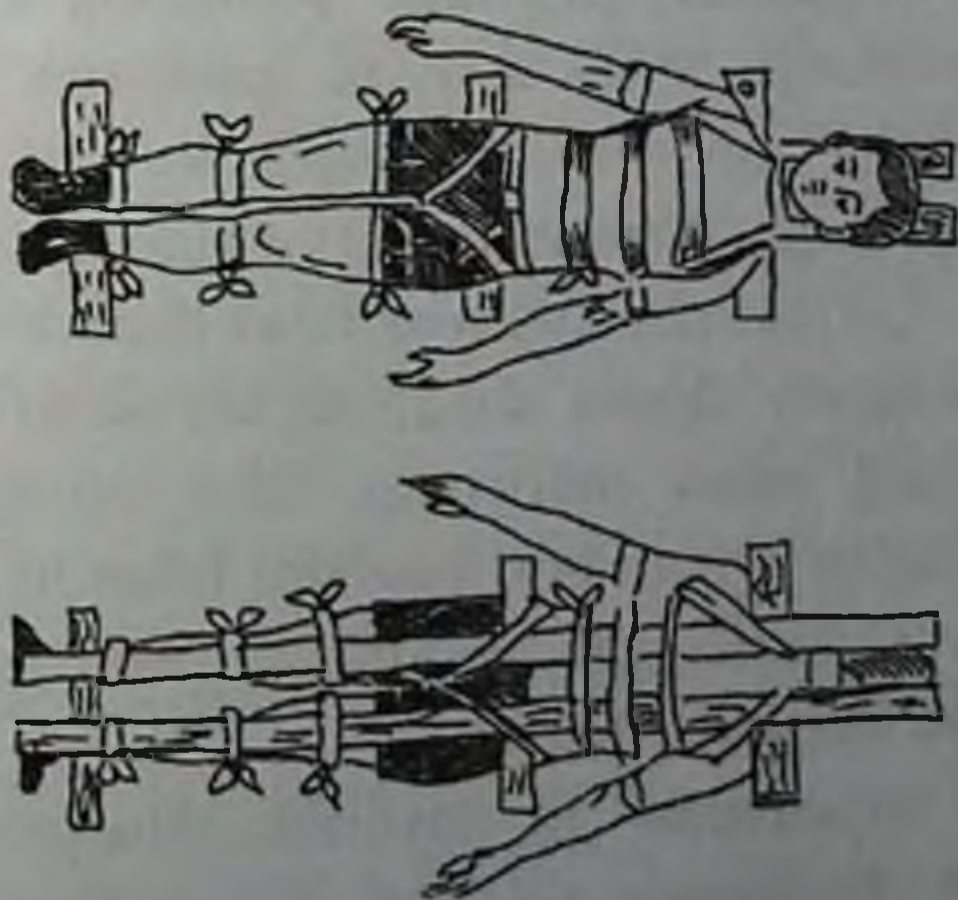
Bilak, barmoqlar va tovon shikastlanganda Esmarx shinasini "ishlatish maqsadga muvofiqdir.

Issiq suvga solinganda kishi tanasining kerak bo'lgan sathiga moslashtirish iloji bo'lgan sintetik plastik shinalar amaliyotda keng qo'llanilmoqda. Shina asta-sekin sovib, qurigach, uzoq vaqt davomida keltirilgan shaklni saqlab turadi.

Shishirish, havo yuborish natijasida kerakli shaklni oluvchi pnevmatik shina klapanli polietilen qopchalardan tashkil topgan. Qo'l yoki oyoqqa qo'yilgan shina havo bilan shishiriladi, shinalar tomondan shikastlangan joyni mustahkam tutib turadi.

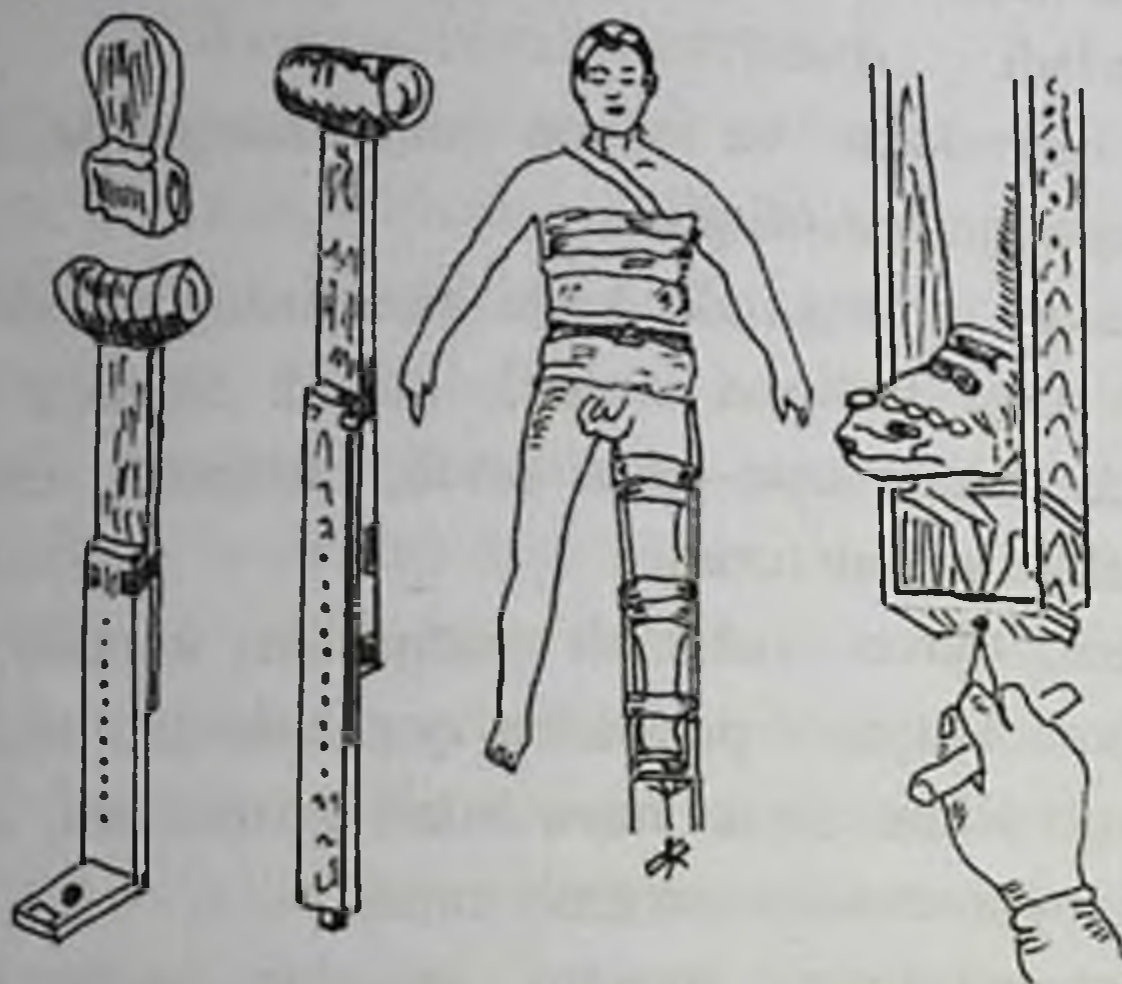
Agar ixtisoslashgan maxsus shinalar topilmasa, qo'l ostidagi narsalardan ham foydalansa bo'ladi, buning uchun fanera, taxtacha, daraxt novdasi, to'g'ri tayoq va shu kabilarni, ya'ni moslashtirilgan shinalarni qo'llash mumkin. Bu narsalar bolmasa, shikastlangan qo'lni bemor tanasiga, oyoqni sog' oyoqqa fiksatsiya qilish mumkin.

O'mrov suyagi singanda paxta-doka bilan moslashtirilgan halqadan foydalanish mumkin. Umurtqa pog'onasi yoki chanoq suyagi shikastlansa bemorni transport taxtakachlash uchun uzun serbar taxtalardan foydalanilib (55-rasm) yotgan holatida davolash muassasasiga olib boriladi.



55. Rasm. Umurtqalar singanda ishlatiladigan transport shinasini

Son va chanoq-son bo'g'imi shikastlanganda tortuvchi Diterixs shinasi qo'llaniladi (56-rasm).



56. Rasm. Diterixs shinasi va uni qo'llash.

Bu shina ikkita yassi taxtadan iborat bo'lib, uzuni oyoq va tananing tashqi tomoniga, kichigi esa oyoqning ichki tomoniga moslashgan. Tashqi va ichki taxtakachlarda teshiklar bo'lib, shikastlangan oyoqni qo'yish uchun 1, 5 m uzunlikdagi enli bint o'tkaziladi, tashqi shina bo'lagi bemorning qo'ltig'idan tovonini 10-15 sm yopib turguncha qo'yiladi, kichik qismi esa ichki tomondan, chov sohasidan boshlab tomondan 10-15 sm chiqib turguncha qo'yiladi. Shinaning suyak bo'rtmalariga qo'ltiq, chov sathlariga tegib turuvchi qismlariga qo'shimcha paxta-dokali yostiqlar qo'yiladi, so'ngra ko'krak qafasiga, belga, chanoq-son bo'g'imiga, tizza va boldir sathlariga sirkulyar bint turlari bilan qotiriladi. Qo'shimcha kamarlar bilan shina bo'yin va bel sathlari orqali mustahkamlanadi. Ikkala shina qismlari (ichki va tashqi qismlari) uchidan ko'ndalang shina moslamasi bilan bir-biriga biriktiriladi, o'rtasidagi teshikdan o'tgan bint boglami bilan oyoq me'yorda tortib turiladi. Ba'zan shikastlangan oyoqning pastki tomonidan Kramer shinasi qo'shimcha fiksatsiya qilinadi.

Ekstenzion moslamalar va davolash shinalari travmatologiyada keng qo'llaniladi. Ekstenzion shinalar qo'l-oyoqni tortib turish bilan birga, davolash davrida ularni uzunasiga cho'zish imkonini beradi.

Masalan, yelka suyagi diafizar singanda abduksion tanadan uzoqlashtiruvchi shina qo'yiladi. Bu shina yelka suyagini uzunasiga cho'zishi ham mumkin. Shuningdek, tanadan uzoqlashtiruvchi tanaga maxsus kamarlar bilan qotiriladigan SITO shinasidan foydalaniladi.

Protez va ortopedik apparatlar

Ular ortopedik zavodlarda tayyorlanadi va bemorlarga uzoq muddat yordam berish uchun foydalaniladi. Ko'p tarqalgan protezlardan biri qo'ltiq tayoqdir, oyoq yetishmovchiligini to'ldiruvchi ortopedik poyafzal va moslamalar ham bo'ladi. Ular metallardan, plastmassa va teridan tayyorlanadi.

Qotuvchi bog'lamlar

Qotib qoluvchi bog'lamlar guruhiga gipsli, rux-jelatinli, kraxmalli hamda yelimli, suyuq shisha, selluloid va polimer materiallar kiradi.

Qotib qoluvchi bog'lamlar ichida gips bog'lami keng tarqalgan. U ko'pdan buyon ishlatiladi. Avvalo gipsni Abu Ali ibn Sino ishlatgan. N. I. Pirogov esa 1851-1852-yillarda harbiy-dala sharoitida yaradorlarda qo'llagan. Gipsdan qilingan bog'lam yaxshi shakl beradi, bir me'yorda, mustahkam tanaga yopishadi, tez qotadi, olish oson va uni har xil sharoitlarda qo'ysa boladi. Gips bog'lamlarini yaxshi qo'yish uchun maxsus xona va turli asboblarni yig'indisi bo'lishi kerak.

Gips bog'lamni qo'yish uchun gips, doka va paxta kerak. Gips - kalsiyning suvli sulfat tuzi bolib, tibbiyot gipsi gips toshini xumdonda 120-180° S issiqlikda

qizdirish yo'li bilan olinadi. Gips bog'lamlarini tayyorlashda ishlatiladigan gips oq rangdagi yumshoq kukun bo'lib, mayda toshchalari, kristallari bo'lmasligi kerak. Gips namlikni tez o'ziga tortadi, shuning uchun uni shisha yoki boshqa yopiq idishda, quruq joyda saqlash lozim. Gipsning sifatini tekshirish uchun quyidagi sinovlar bor:

1. Quruqligini aniqlash uchun sinama. Quruq gipsning bir qismi olinadi va barmoqlar orasida qisiladi - barmoqlar orasidan gips «oqqandek» chiqadi, agar barmoqlar yozilsa, hosil bo'lgan gips bolagi yengil sochiladi.

2. Suv bilan sinama. Emal idishga yoki shisha idishga ozroq sovuq suv quyiladi (3 qism suvga 5 qism gips) va asta-sekin gips solinadi va shisha, yog'och tayoqcha

bilan aralashtirib turiladi. Qaymoq singari bir xil massa hosil bolgach, u 5-7 daqiqa ichida qotishi kerak. Bu massa qiyin sinadi, barmoqlar orasida ezilmaydi va undan nam chiqmaydi.

3. Barmoq izi sinamasi. Agar bosh yoki ko'rsatkich barmoq bilan yangi qotgan gipsni bosib ko'rsak, bunda nam chiqmasligi kerak. Agar nam chiqib ezilib ketsa, unda gipsning sifati yomon bo'ladi.

4. Gipsdan qilingan qotgan kichik yumaloq sharni 1, 5 metr balandlikdan tashlaganda sinmasa, u yaxshi sifatli gips sanaladi. Namlangan gipsning sifatini yaxshilash uchun u pechda qizdirib olinadi. Uning qotishini tezlashtirish uchun natriy xloridning kuchsiz eritmasi, natriy va kaliy, sulfat, achchiq tosh, nashatir spirt va issiq suv qo'shish mumkin (bunday gips suyak siniqlari repozitsiya qilinganda ayniqsa, qo'l keladi).

Amaliyotda bir chelak iliq suvga 30 g achchiqtosh solinsa gips yaxshi qotadigan bo'ladi. Shu eritmada gips bintlari ho'llanadi.

Ba'zan gips tez qotib qolishi mumkin, unda tana sathiga bog'lamni moslash qiyin boladi.

Gipsning tez qotishini kamaytiruvchi moddalar - osh tuzining to'yintirilgan eritmasi, sovuq suv, suyuq ustachilik yelimi, kraxmal kleysteri, jelatinlar tashkil etadi. Travmatologik bo'limlarda gips qo'yish xonalari mavjud, shuningdek hozirgi kunda gigroskopik dokaga kalsiy sulfat to'yintirilib, tayyor holdagi gips bintlari ishlatiladi. Gips xonalarida maxsus instrumentlar va moslamalar bo'ladi. Gips bog'lamlarini quyishdan oldin xodimlar polietilen fartuk tutib oladilar, qo'llariga rezina qolqop kiyadilar.

Gips bintlari yoki tayyorlangan longetalar ikkala qo'l orasiga olinib iliq suvga botiriladi va havo pufakchalari chiqquncha kutib turiladi. Suvdan olingan bint ikki tomonidan qisiladi (57-rasm), so'ngra uzunasiga tortib tekislanadi va shikastlangan qo'l yoki oyoqqa qo'yiladi.



57. Rasm. Gips longetasini tayyorlash.

Gips bog'lamlarini qo'yishdan oldin qo'l-oyoq sathiga vazelin surtiladi yoki gazmol paypoq kiydiriladi, barmoqlar albatta ochiq qoldirilishi kerak. Shikastlangan a'zo o'rtacha fiziologik holatda bo'lishi kerak. Gips bog'lami qo'yilgach, kaftlar bilah tekislanadi va unga shikastlangan a'zo shakli beriladi hamda qo'shimcha gips suyuqligi yoki bint bilan qotiriladi.

Gips bintlarini tayyorlash. Agar tayyor gips bintlari bo'lmasa, tezda qo'lda tayyorlash mumkin (58-rasm).



58. Rasm. Gips bintini tayyorlash.

Shu maqsadda gips yot narsalardan, bo'lakchalardan tozalash uchun elanadi. Bintni tekis stolga tortib, ustiga chapdan o'ngga gips kukuni yotqiziladi, u 6-8 qavat bo'lishi kerak. Tayyorlangan gips bintlari ehtiyot qilib o'ng va chap tomondan o'rtasiga dumaloq qilib o'raladi.

Longeta tayyorlash. Longetalar bir necha qavat gips kukuni bo'lgan dokadan tayyorlanadi, shikastlangan a'zoga qarab, uning eni har xil boiishi mumkin. Longetalar bilan gips bog'lamlari sinish xavfi bo'lgan joylarda ishlatiladi.

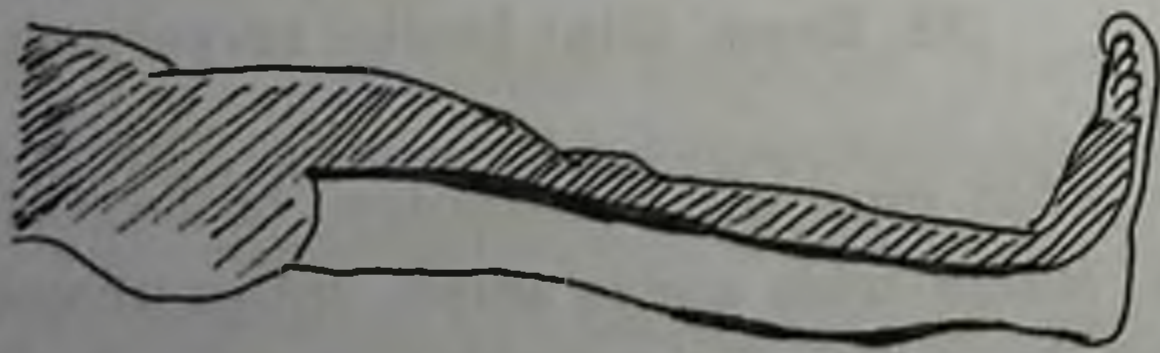
Qo'l-oyoqlar singanda gips bog'lami to'g'ridan-to'g'ri teri sathiga qo'yiladi, boshqa hollarda esa suyakning bo'rtib chiqqan joylariga doka-paxta yostiqchalari bog'lami qo'yilgach 2 kun davomida shikastlangan a'zo nazorat qilinadi. Og'riq paydo bo'lib, barmoqlar ko'karsa, sovisa, shish paydo bo'lsa, gips bog'lami maxsus qaychilar bilan kesiladi, chekkalari kengaytiriladi. Har bir gips bog'lamiga kimyoviy qalam bilan belgi qilinadi. Singan suyak yoki yallig'lanish o'chog'ining sxematik tasviri, gips qo'yilgan va olinadigan vaqti yozib qo'yiladi. Gips 24 soat ichida ko'rinadi va u butunlay qotguncha bog'lam yopilmagani ma'qul, ba'zan u elektr nuri ta'sirida quritiladi.

Gips boglamlarining quyidagi turlari ma'lum:

1. Sirkulyar (yopiq) gips bog'lami. Undan qo'l-oyoq va tanani, suyaklar singanda immobilizatsiya qilishda ishlatiladi.

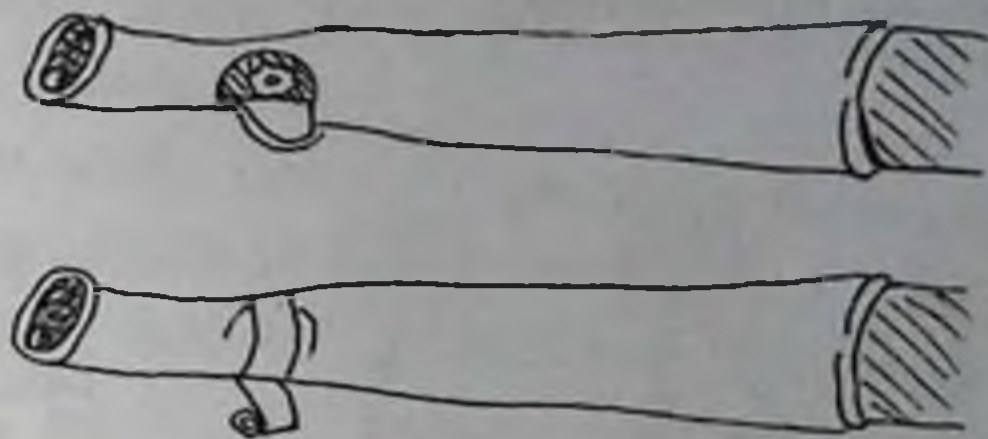
2. Tutor (gilza) gips bog'lami ma'lum bir bo'g'imga yoki ajratilgan oyoq segmentiga osoyishtalik berish uchun singan-chiqqanda, shikastlanganda yiringli jarayonlarda qo'yiladi. U olinuvchi yoki olinmaydigan bo'lishi mumkin (olinuvchi tutor qaychi bilan kesib olinib, uni qayta qo'yish mumkin).

3. Longeta gips bog'lami qo'l yoki oyoqqa qo'yilib, u orqaga, oldinga – kaftga qo'yiladi, «U» (P) ko'rinishida bo'lishi mumkin (59-rasm).



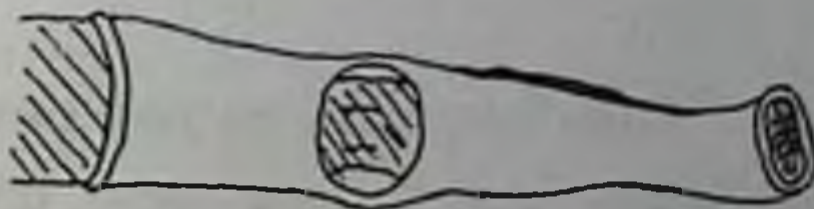
59. Rasm. Orqa gipsli longeta.

4. Longetali-sirkulyar bog'lam. U longeta bog'lami bo'lib, qo'shimcha sirkulyar bog'lam bilan qotirilishi mumkin (60-rasm).



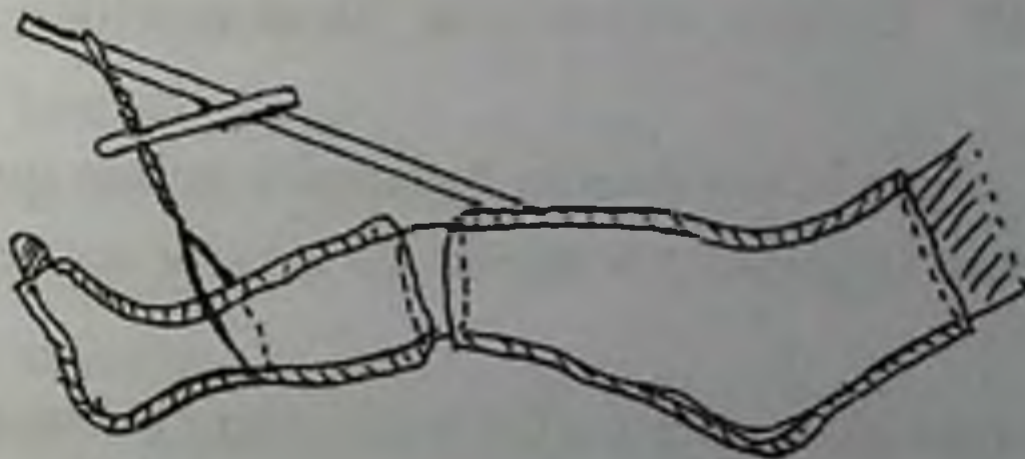
60. Rasm. Darchaligipslibog'lam.

5. Darchali yoki ko'priksimon bog'lamlar. Qo'l-oyoqdagi jarohatlarni-immobilizatsiya qilingandan so'ng maxsus darcha orqali kuzatish va davolash, fiksatsiya mustahkam bo'lishi uchun maxsus moslama ishlatiladi (61-rasm).



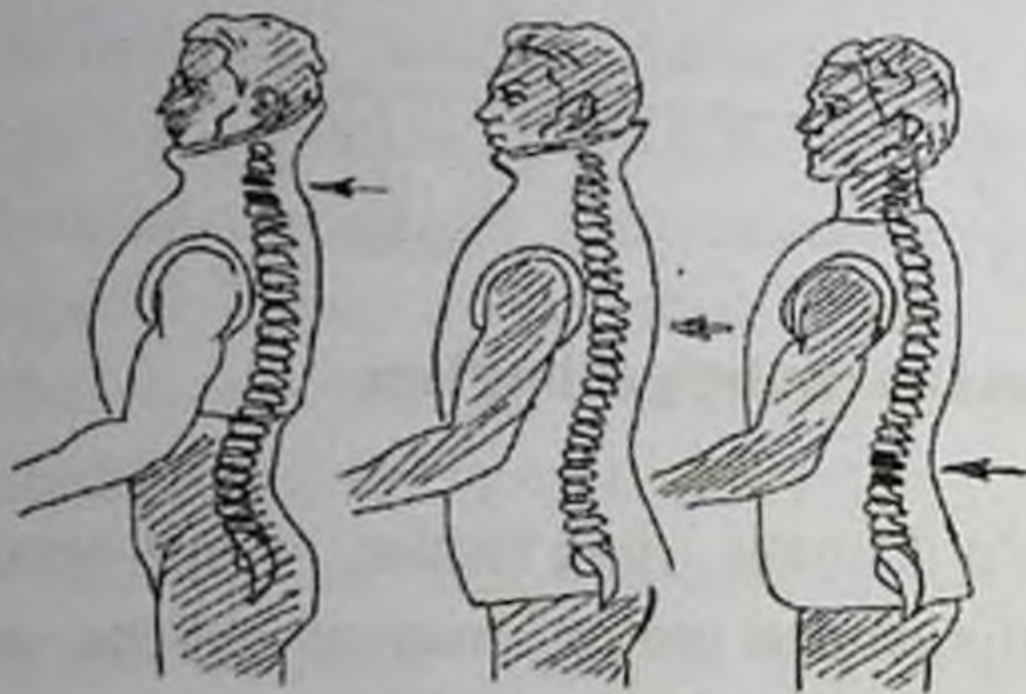
61. Rasm. Ko'priksimon gipsli bog'lam.

6. Shamirli gips bog'lami bo'g'im harakati uchun ishlatiladi (62-rasm).



62. Rasm. Tortiluvchi gips bog'lami.

7. Gips korsetlari oyoqlari va bog‘lam-karavotlar ortopedik va suyak-bo‘g‘im sili kasalligini davolashda, umurtqa pog‘onasi singandan keyingi davrlarda ishlatiladi (63-64 rasmlar).



63. Rasm. Gipsli korset



64. Rasm. Chanoq-son gipsli bog‘lam.

Gips longetani qo‘yish tartiblari:

Qotuvchi bog‘lamlar qo‘yilganda qayd qilinganidagidek umumiy qoidalarga rioya qilinadi. Ular quydagilardan iboratdir:

1. Qo‘l-oyoq uchun bemorga osoyishta holat bermoq zarur, agar gips uzoq vaqt davomida qo‘yilsa uning ishlashiga xalaqit bermasligi kerak.

Taxtkachlash, ayniqsa sinishlarda harakatsizlikni bajo keltirmoq zarur.

2. Gips qo‘yilganda suyaklarga botmaslik uchun qo‘yiladigan paxta oddiy bo‘lishi kerak (gigroskopik emas) va u terni so‘rib, ifloslanmasligi lozim.

3. Bog‘lam haddan tashqari erkin yoki qattiq bo‘lmasligi zarur.

4. Gips bog‘lami ishchi sohaga qo‘yilgandan keyin 1-2 kundan so‘ng shishiqaytgach bu bog‘lam bo‘sh, erkin bo‘lsa uni qayta gipslash lozim bo‘ladi. Shuning uchun bemor 2 kun shifokor nazoratida bolishi lozim.

Gips bog‘lamlarining asoratlari

1. Gips bog‘lami oyoq-qo‘lni siqib turganda qon va limfa yurishi buzilib mushak, tomir va nerv tolalari qisiladi, og‘riq paydo bo‘ladi. Shu

sabablarga ko'ra, shikastlangan joyda sezgirlik 1-3 soat ichida kamayadi.

2. Barmoqlar harakati kamayadi.

3. Gips bog'lami tirsak bo'g'imini tortishi natijasida ishemik kontraktura paydo bo'lishi mumkin.

4. Bog'lamning ezishi natijasida qon aylanishi buzilishi va yara-chaqa (to'qima nekrozi) paydo bo'lishi mumkin.

Gips bog'lami qo'yilganda bu asoratlarning bo'lishini hamma vaqt yodda tutish zarur.

Rux – jelatinali bo'lam

Bu bog'lam uzoq bitmaydigan, singandan keyin paydo bo'lgan varikoz yaralarni, yiringli jarohatlarni davolashda ishlatiladi.

Unna pastasi rux-jelatina massali suv hammomida eritib, teri ustidan tortilgan bint o'ramlariga surtib chiqiladi. Tortib turuvchi bog'lamlar quyidagicha bajariladi: avvaliga qotiriladigan qo'l-oyoq segmentiga sirkulyar bint turi qo'yilib, quyuq qilib unna pastasi surtidadi (birinchi qavat), keyin uzunasiga tortib iloji boricha taram-taram qilib doka yoki flanel parchalari yopishtiriladi (ikkinchi qavat), so'ngra ular bintning sirkulyar turlari bilan ko'rsatilgan pasta yordamida yelimlanadi. Rux-jelatinali Unna pastasining tarkibi rux oksidi - 100 g, jelatina - 200 g, glitserin 400 ml va suv 300 ml dan tashkil topgan.

Kraxmal bog'lamni qo'yishda kraxmallangan doka bintlaridan foydalaniladi. U yengil, ammo kuchsizroq bo'ladi, shuning uchun bu bog'lam gips longetasi bilan qo'shimcha qotiriladi.

Yelimli bog'lamlar, suyuq shisha natriy silikat, selluloid, dekstranli bog'lamlarni tez olib quyish kerak bo'lganda ishlatiladi (longeta, korset, tutor va b.)

Polimer materiallardan tayyorlangan bog'lamlar

Ularga plastubol, bumetol va boshqalar kiradi hamda ularni qo'yganda operatsiyadan keyingi jarohatlarga qo'yilgan bog'lam ustiga aerozol sifatida purkaladi. Bir necha sekund ichida bog'lam yoki jarohat ustida tiniq parda hosil qiladi, u fiksatsiya qilishdan tashqari jarohatni kuzatish imkonini beradi. Agar aerozol tarkibiga shifobaxsh moddalar qo'shilsa davolash ta'siri yanada oshadi.

IV. QON KETAYOTGAN BEMORLARDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

Qon ketish haqida tushuncha

Qon ketish - qon tomir devori butunligi buzilishi natijasida qonning organizmdagi mavjud anatomik bo'shliqlarga va tashqariga oqib chiqishiga aytiladi.

Qon ketish sabablari. Qon tomir devorining shikastlanishi, qon tomir devorining patologik o'zgarishi, qon tomir devori o'tkazuvchanligining buzilishi va qon tarkibining buzilishlari sabab bo'ladi.

Qon ketish jarrohlik amaliyotida doimo uchraydi. Qon ketish faqatgina jarrohlikda emas, balki doyalikda ya'ni bachadondan turli sabablar ta'sirida qon ketish, qon bosimi oshgan bemorlarda birdaniga miyaga qon quyilishi ham mumkin. Qon ketishining mexanizmiga qarab quyidagi turlarga bo'linadi: yorilish natijasida qon ketish, tomir devori emirilganda qon ketish, eroziyalar natijasida qon ketish. Qonning qon tomirlardan tashqariga chiqishiga, uning oz va ko'pligiga, to'qimalarga tarqalishiga ko'ra uch guruhga bo'lish mumkin: 1. Qon ketish 2. Qon quyilish 3. Gematoma.

Qon ketish tasnifi

Qon ketishining tasnifi shikastlangan qon tomirlarning anatomik tuzilishi, sabablari va tashqi muhitdan olgan ta'sirotiga ko'ra quyidagi turlarga bo'linadi.

Qon ketish turlari. Qanday tomirdan qon ketayotganiga qarab arteriyadan, venadan, arterial -venadan (aralash), kapilyar va parenximatoz qon ketish tafovut qilinadi.

Arterial qon ketish. Ko'p holatlarda arterial tomir devori shikastlanishi tufayli yuzaga keladi. Qon oqishning bu turi eng xavfli hisoblanadi. Aorta va yirik arteriya tomirlar shikastlanganda bir necha daqiqa ichida o'lim yuz berishi mumkin. Arterial qon ketish belgilari: och qizil rangda, qon oqimi turtkisimon bosim bilan otilib chiqishi, tomir markazi bosilganda ya'ni tomir shikastlangan joy yuqorirog'idan siqib qo'yilganda qon ketishining to'xtashiga olib kelishi.

Venoz qon ketish. Vena qon tomir devori shikastlanishi natijasida bir tekisda oqim holatida, to'q - qizil rangli qon oqib chiqishi tushuniladi.

Venoz qon ketish arterial qon ketishdan farqli ravishda bir muncha sekin oqadi. Tomir markaziy oxiri bosilganda ya'ni shikastlangan tomir yuqorisidan bosilganda ham qon oqishi to'xtamaydi. Yirik venoz tomirlar, ayniqsa bo'yin sohasidagi tomirlar shikastlanganda havo emboliyasi kuzatilishi mumkin. Havo tiqini yurak o'ng bo'lmasiga, o'pka arteriyasiga yoki miya tomirlariga hamda boshqa a'zolar mayda tomirlariga tiqilib og'ir asoratlarga olib kelishi mumkin.

Kapilyar qon ketish. Jarohat yuzasidagi qil tomirlarning shikastlanishi natijasida jarohatdan qonning sizib chiqishiga kapilyar qon oqish deyiladi. Qon ko'rinishi jihatidan arterial va venoz qon orasidagi oraliq qon oqishi bo'lib hisoblanadi. Bunda bemor ko'p qon yo'qotmaydi va odatda o'z-o'zidan to'xtab qoladi. Ba'zi kasalliklar, masalan gemofiliya, leykoz, sepsislarda kapilyar qon oqishi xavfli hisoblanadi. Chunki bu kasalliklarda qon ivish xususiyati pasayib ketgan bo'ladi.

Parenximatoz qon ketish. Bunday qon oqish ichki a'zolar-jigar, taloq, o'pka, buyrak singari a'zolarining tomirlari shikastlanganda va kasalliklarida kuzatiladi. Bu qon oqish juda ham xavfli, chunki bu a'zolarining parenximasi (mag'zi) juda ko'p qon tomirlar bilan ta'minlangan va ancha ko'p miqdorda qon oqishga moyil. Chunki, parenximatoz a'zolarida antikoagulyant moddasi yetarli bo'lmaganligi tufayli qon oqishi o'z-o'zidan to'xtamaydi.

Qon ketishi paydo bo'lish davriga qarab uchga bo'linadi:

A) Birlamchi qon ketish - tomirlar shikastlangan zaxoti qon tomirlardan qon ketishi tushuniladi.

B) Ikkilamchi erta qon ketish - birinchi soatlardan ikki sutkagacha bo'lgan davrni o'z ichiga oladi, odatda shu davr orasida jarohatga infeksiya tushgan, yiringli jarayon rivojlanmagan bo'ladi. Bu holat qon bosimi birdaniga ko'tarilgan va tomir devori bo'shashgan holatlarda yuzaga keladi.

V) Ikkilamchi kechki qon ketish - jarohatga infeksiya tushgan va jarohat yiringlab, tomir devori emirilishi natijasida ikki kundan so'ng yuzaga keladi.

Qon ketish tashqi va ichki turlarga bo'linadi. Tashqi qon ketishda qon jarohatdan oqib tashqariga chiqadi. Ichki qon ketishda qon yopiq

bo'shliqlarga qon oqishi masalan, qorin bo'shlig'iga, plevral bo'shliqqa, to'qimalarga qon oqishi tushiniladi.

Qon ketishning keyingi turi jigar, taloq, buyrak, o'pka kabi ichki a'zolar shikastlangandan so'ng kuzatiladi.

O'tkir qon ketish belgilari

O'tkir qon yo'qotish holatlari yuzaga kelganda bemorlarda turli xil klinik belgilar paydo bo'ladi. Bemorni umumiy ko'zdan kechirganda teri va shilliq pardalar oqargan, sovuq ter bosgan, yuzlari so'lg'in, ko'zlari kirtaygan bo'ladi.

Ob'yektiv tekshirganda arterial va venoz bosim pasayadi, puls tezlashadi, keyinchalik to'liqligi sust (ipsimon) bo'ladi. Nafas yuzaki va tez bo'ladi, bosh aylanishi, butun tana bo'shashishi, og'iz qurishi, tashnalik, ko'z oldi qorong'ulashishi, ko'ngil aynishi, qusish kabi belgilar kuzatiladi.

Ichki qon ketish tashqi qon ketishga qaraganda xafvli. Chunki ichki qon ketishda teri satxida hech qanday jarohat va qon ketish kuzatilmaydi. Ichki qon ketish qaysi a'zo zararlanganiga qarab xavfi oshib boradi.

Masalan oshqozon va o'n ikki barmoq ichak yara kasalligining asorati sifatida yara teshilishi (perforatsiya) kuzatilganda bemorda: yuqoridagi klinik belgilar bilan birgalikda qorinni perkutsiya qilganda perkutor tovush bo'g'iqligi aniqlanadi. Qorin paypaslanganda qorinning taranglashishi kuzatiladi.

Qorin pardaning ta'sirlanish simptomlari paydo bo'ladi. Ko'krak bo'shlig'iga qon ketishda umumiy belgilardan tashqari bemorda nafas olishning qiyinlashishi, ko'krak sohasida og'riq bo'lishi, nafas faoliyati izdan chiqib, yurakning qarama - qarshi tomonga surilib qolib yurak ish faoliyati buzilishi mumkin. Qon yo'qotishda og'ir kislorod etishmovchiligi zaminida nafas va yurak faoliyati markazlari falajlanib o'lim bilan tugashi mumkin.

Qon ketishni to'xtatish usullari.

Yordam berish sharoitlari va tibbiyot xodimining malakasiga ko'ra qon oqishini to'xtatish vaqtinchalik yoki uzil-kesil bo'lishi mumkin. Odatda o'rta tibbiyot xodimi xodisa sodir bo'lgan joyda bemorni

statsionarga olib kelishdan oldin qon ketishni vaqtinchalik to'xtatadi. Qon ketishini uzil -kesil to'xtatish statsionar sharoitida va qator hollarda operatsiya yo'li bilan bajariladi.

Qon ketishini vaqtincha to'xtatish usullari.

Qon oqishni vaqtincha to'xtatishning bir qancha usullari mavjud.

Bosib turuvchi bog'lam. Qo'l - oyoqqa bosib turuvchi bog'lamni qo'yish vena va kichikroq arteriyalardan qon oqishni vaqtincha to'xtatishda samarali vosita hisoblanadi.

Bunda jarohatga steril doka bir necha qavat qilib qo'yiladi va ustiga yana steril doka qatlami qo'yilib, uning ustidan mahkam o'rab bintlanadi yoki jgut qo'yiladi.

Oyoq-qo'lni bo'g'imdan bukish. Taqim, chov, son, elka arteriyasi, chov bo'g'imidagi son arteriyalari jarohatlanganda yuz beradigan qon oqishini ba'zan oyoq -qo'lni maksimal bukish yoki bog'lab tortib qo'yish yo'li bilan to'xtatish mumkin.

Jarohatda tomirni bosib turish. Qo'lga steril qo'lqop kiyiladi va u spirt, yod bilan artiladi. Ko'rsatgich barmoq jarohatga kiritilib sizib chiqayotgan qon tomir bosilib qon ketishi to'xtatiladi.

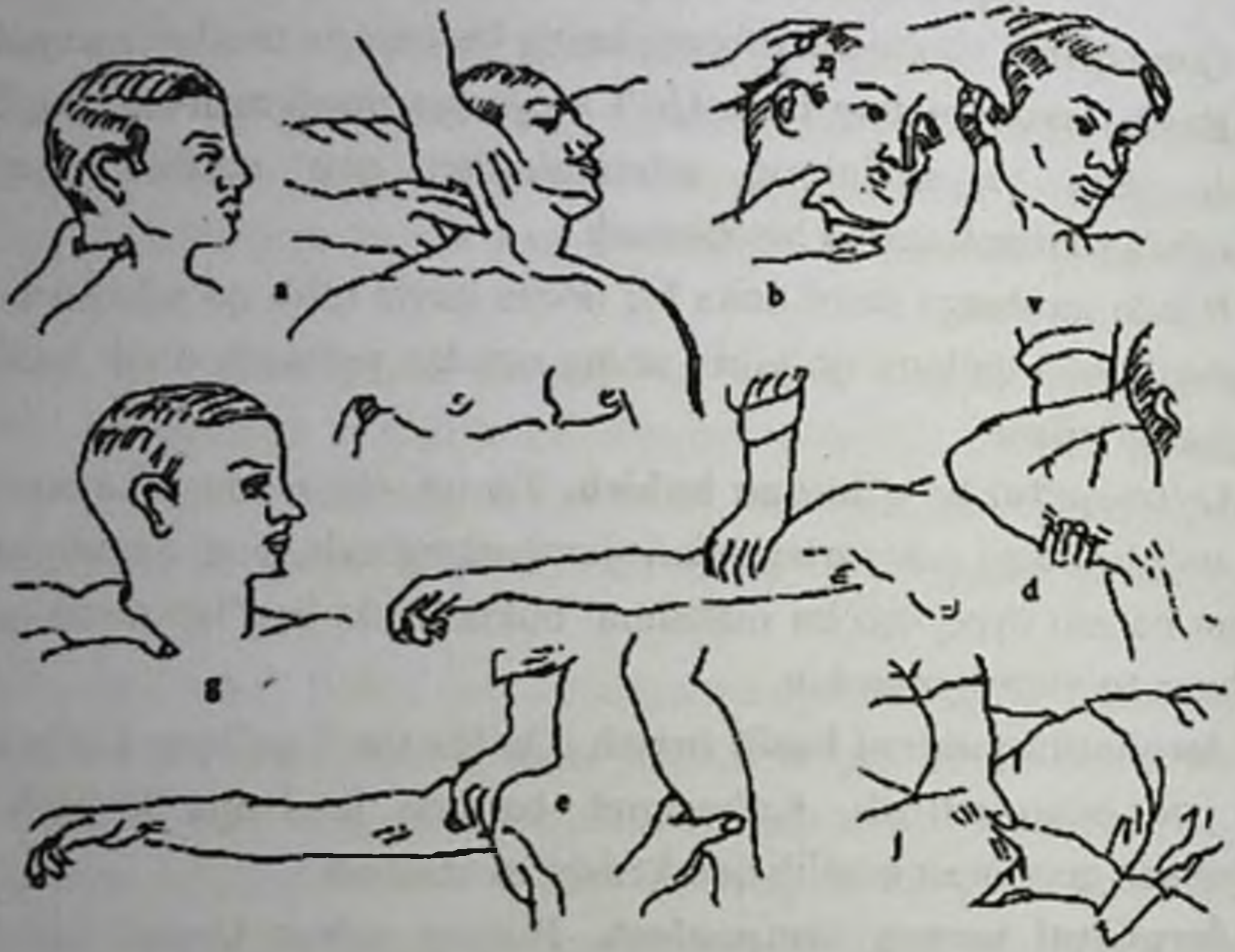
Jarohatni tarang tamponlash. Buning uchun tampon olinib uni komsang bilan jarohatni birin-ketin va tarang qilib to'ldirish orqali qon to'xtatiladi. Odatda bu usul burun shikastlanganda qo'llaniladi.

Qonab turgan tomirga qisqich qo'yish. Oyoq-qo'l, chanoq, qorin bo'shlig'ida chuqur joylashgan tomirlardan oqayotgan qonni to'xtatish imkoni bo'lmaganda qo'llaniladi. Bunda jarohat orqali qisqich yoki komsang kiritilib qonayotgan qon tomir qisilib qon to'xtatiladi.

Tomir bo'ylab bosib turish. Bu usulda ayrim yirik arteriyalardan oqayotgan qonni to'xtatishga tomirni o'sha tomir yaqinida joylashgan nuqtalar orqali suyakka bosish yo'li bilan amalga oshiriladi.

a) o'mrov osti arteriyasini o'mrov suyagi ostida joylashgan nuqtadagi birinchi qovurg'aga, imo-ishora mushagi to'sh suyagi dastasiga yopishish joyi tashqarisidan bosiladi b) uyqu arteriyasini barmoq bilan VI-bo'yin umurtqasining ko'ndalang o'simtasiga (bu imo ishora muskuli ichki tomoni uzunligining o'rta nuqtasiga mos keladi) bosish mumkin; V) son arteriyasini pupart boylamidan pastroqda qov suyagining gorizantal

tarmog'iga bosiladi; G) taqim arteriyasi yarim bukilgan tizza bo'g'imi chuqurchasidan bosiladi; D) pastki jag' arteriyasidan qon ketganda jag' suyagiga bosiladi; J) elka arteriyasidan qon ketishda qo'ltiq ostini bosib turish bilan qon ketish vaqtinchalik to'xtatiladi. (65-rasm).



65. Rasm. Uyqu(a), jag' osti (b), chakka (v), o'mrov osti(g), yelka (d), qo'ltiq osti (e) va son (j) arteriyalarini barmoq bilan bosib turib qon oqishini to'xtatish.

Jgut bog'lash

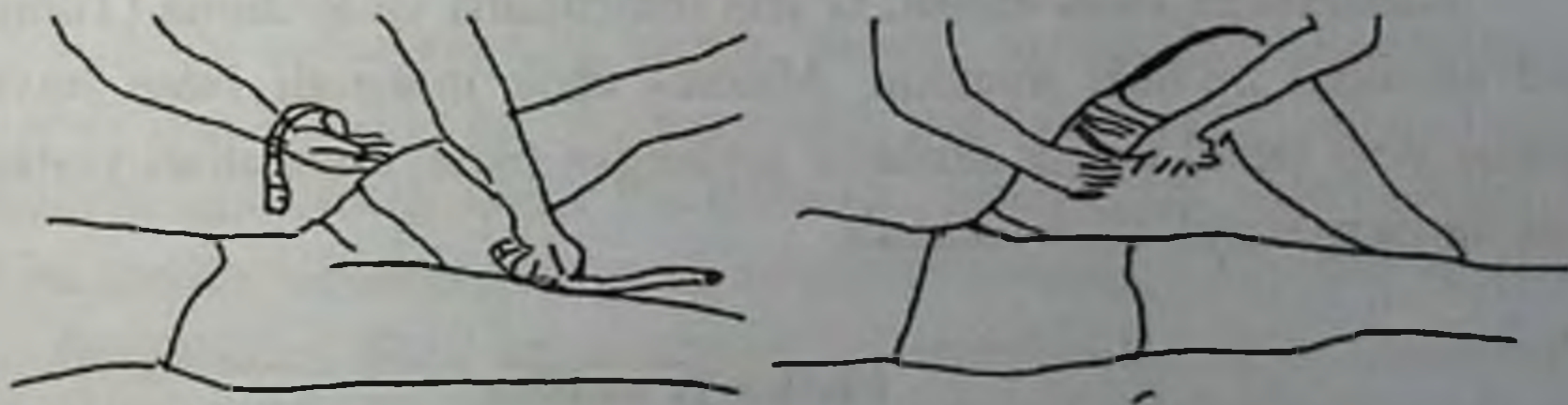
Bu ayniqsa arterial qon ketishini to'xtatishda asosiy usul hisoblanadi. Arterial qon ketishda jgutni jarohatga nisbatan markaziy tomonga qo'yiladi. Jgut solishdan oldin jgut solinadigan terini qisib qo'ymaslik uchun oyoq yoki qo'lga sochiq yoki bint o'raladi. Jgutni cho'zib, oyoq yoki qo'l atrofidan aylantiriladi. Jgut o'ramlarining kesishmay, balki, yonma –yon joylanishiga e'tibor berish zarur. Jgut uchlari mahkamlanadi va uning o'ramlaridan birining tagiga jgut solingan vaqt yozilgan qog'oz qistirib quyiladi.

Arteriyaga qo'yilgan jgut to'g'ri solinganda oyoq yoki qo'lning jgutdan chetroqdagi qismi oqaradi, jgutdan pastda puls yo'qoladi qon oqishi to'xtaydi. Yetarlicha tortilmaganda oyoq yoki qo'l ko'karib ketadi, puls yo'qolmaydi, qon oqishi kuchayadi. Qattiq qisib bog'langanda nervlarning shikastlanishi sababli oyoq yoki qo'l falaj bo'lib qolishi mumkin. Arteriyaga qo'yilgan jgut oyoq yoki qo'lda ko'pi bilan 1, 5-2 soat qoldirilishi mumkin. Shu vaqt ichida operatsiyani amalga oshirib bo'lmasa, jgut echiladi, arteriya qo'lda bosiladi va jgutni bir oz yuqoriroqdan yoki pastroqdan yana qayta solinadi.

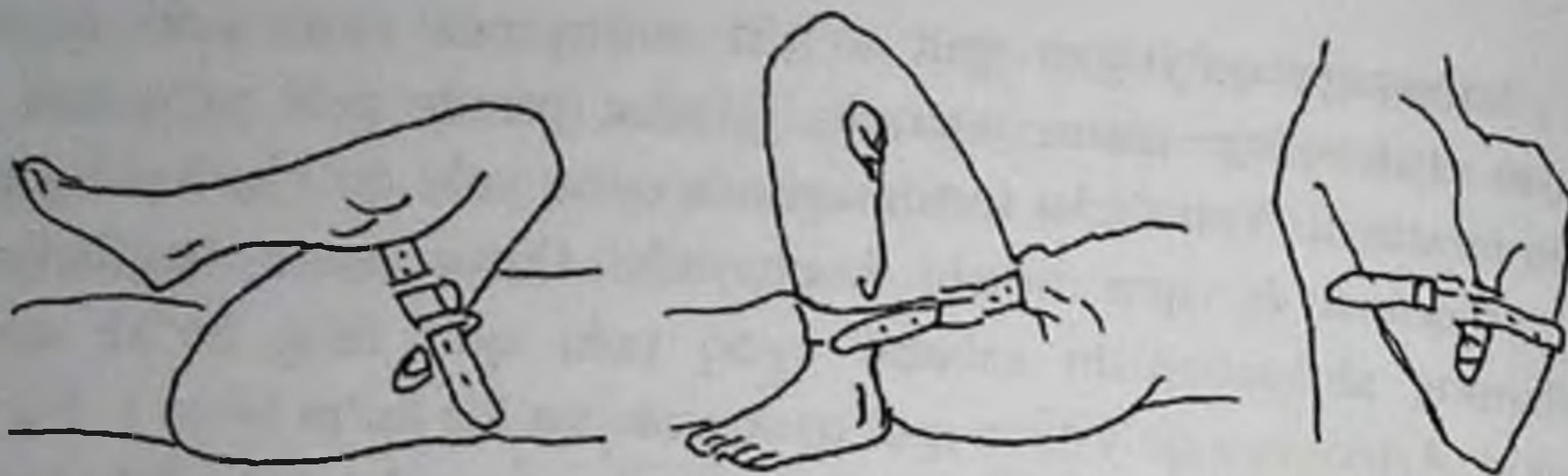
Maxsus jgut bo'lmaganda tasma, tizimcha, dasro'mol, kabilarni ishlatish mumkin. Yasama jgutning bosish kuchini oshirish uchun unga tayoqcha suquladi va burash yo'li bilan qon oqishni, uzil-kesil to'xtatiladi.

Bo'yin tomirlaridan arterial qon oqayotganda bo'yinning qon oqayotgan tomoni qarshisiga egilgan Kramer shinasi qo'yiladi, agar shina bo'lmasa bemorning qo'li yoki taxtakach qo'yiladi va undan tirkak sifatida foydalanilib, jgut solinadi.

Venoz qon oqishida venoz jgut deb ataladigan jgut ishlatiladi. U shikastlangan joydan pastroqqa chamasi 6 soat muddatga solinadi va qattiq tortilmaydi. Venoz qon oqishini to'xtatishda oyoq yoki qo'l ko'karadi arteriyada puls saqlanib qoladi, qon oqishi to'xtaydi.



66. Rasm. Esmarx jguti yordamida tizza osti arteriyasidan qon oqishini to'xtatish



67. Rasm. Oyoqni o'rtacha bukib sonda, tizzada va bilakda qonni vaqtincha to'xtatish

Qon ketishni uzil-kesil to'xtatish. Xirurgik statsionarda operastiyaga qo'yiladigan hamma talablarni hisobga olgan holda qon oqishi uzil-kesil to'xtatiladi.

Mexanik usullar

Jarohatlangan tomirni bog'lash. Qonayotgan tomir istalgan chok materialini (ipak, lavsan, ketgut) bilan bog'lanadi. Bu keng tarqalgan usullardan hisoblanadi.

Tomir bo'ylab bog'lash. Jarohat qattiq infeksiyalanganda yoki jarohatlangan tomirni topish qiyin bo'lganda va texnik noqulayliklar vujudga kelganda qo'llaniladi.

Tomirlarga chok solish. U yon tomonlama va aylanma (Tomirning gird atrofida) bo'lishi mumkin. Maxsus chok materialini bilan travmatik ignalar yoki tantal tayyor skobalar joylangan tikish apparatlari yordamida tomirlarda mexanik chok solinadi.

Fizikaviy usullar

Sovuqni mahalliy qo'llash.

Bu maqsadda aksariyat muz solingan rezina yoki polietilen xaltachalar ishlatiladi. Bu usuldan ko'pincha kichikroq kapilyar qon ketish hollarida foydalaniladi.

Elektrokoagulyatsiya. Maxsus apparat qo'llaniladi. Koagulyatsiya operastiya vaqtida mayda tomirlardan qon ketishida qo'llaniladi.

Issiq fiziologik eritmani qo'llash. Izotonik eritma 60-80 S⁰ gacha qizdiriladi. Eritmaga ho'llangan salfetka qonayotgan sohaga bir necha

daqiqaga qo'yiladi. Bu usulni asosan bo'shliqlardagi (ko'krak va qon bo'shlig'idagi) operatsiyalarda va neyroxirurgiyada qo'llaniladi.

Kimyoviy usullar

Tomirlarni toraytiradigan preparatlar. Bunday preparatlarga adrenalin, suprarenin preparatlari kiradi. Preparat turiga ko'ra mahalliy, parenteral yoki enteral holda qo'llaniladi.

Qonning ivish xususiyatini oshiradigan preparatlar. Bu maqsadda vodorod peroksid, kalsiy xlorid, aminokapron kislota, vikasol ishlatiladi. Vodorod peroksid mahalliy sharoitda qo'llaniladi. Boshqa preparatlar qon oqishi hollarida (bachadondan qon ketishida, me'daning qonab turadigan yarasida) asosan venaga yuboriladi.

Biologik usullar

Gemostatik vositalarni mahalliy qo'llash. Bu maqsadda ot zardobi, gemostatik bulut, fibrin pardasi kabilardan foydalaniladi.

Gemostatik vositalarni venaga qo'llash. qon, plazma, gemofibrin, antigemafil globulin (AGP) va antigemofil plazma (AGG), fibrinogen va boshqa preparatlarni kichik dozalarda bo'lib, quyish yaxshi natija beradi.

Qon ketishiga olib keluvchi kasalliklar

Gemofiliya

Qon ivishi xususiyatining keskin pasayib ketishi bilan kechadigan tug'ma irsiy qon kasalligi bo'lib, bu kasallik ona avlodidan o'tadi va faqat o'g'il bolalar kasallanadi, qizlar esa tashuvchi hisoblanadi. Qon ivishining u yoki bu omillar yetishmasligiga ko'ra gemofiliyaning «A», «B» va «C» turlari farqlanadi. Bu kasallikning rivojlanishida qon ivishning boshlang'ich etaplari buzilishi kuzatiladi, trombositlar funksiyasi buziladi va qon ivish jarayoni amalga oshmay qoladi.

Klinik belgilari: Bu yosh o'g'il bolalarda kuzatilib, hatto kichkina travmalar oqibati (tish torttirish, labni tishlash va h.) da ham ko'p qon ketishiga sabab bo'ladi. Bu kasallik oqibatida bo'g'imlarga qon quyilishi, bo'g'imlar shishi va artrozlar natijasida bo'g'imlar harakati cheklanib, muskullar atrofiyasi nogironlikka olib kelishi mumkin. Ichak va ichki a'zolaridan qon ketishi oqibatida bemorlarning o'limiga sabab bo'ladi. Gemofiliyaning klinik belgilari kichik shikastlanishlarda ham (lat yeyish.

pichoq kesishi, tish oldirish va hokazo) ko'p qon oqishi, qon oqishining to'xtamasligi belgilari bilan kechadi. Kasallikka tashxis qo'yishda klinik belgilar, qonda trombin testi, qon ivish vaqtini tekshirish asosiy rol o'ynaydi.

Davosi: Qonni almashlab quyish, toza plazma, trombositlar massa quyish yaxshi natija beradi. «A» gemofiliyasida antigemofil globulin (ATT), antigemofil zardobi (ATZ), quruq va yangi zardob quyish yaxshi natija beradi. «B» va «C» gemofiliyasida yangi massasi, fibrinogen, vitaminlar «C» va «P», rutin, kalsiy xlorid yuborish yaxshi natija beradi. Qon oqishi juda qiyinchilik bilan to'xtatiladi. Hozirgi kunda bu kasallikni davolash masalalari hal qilingan. Gemartrozlarning oldini olish uchun qon quyilishining boshlang'ich bosqichlarida punksiya qilib, bo'g'imga gormonlar yuborish (gidrokortizon, prednizolon, kenalog), erta jismoniy mashqlar bilan shug'ullanish kerak bo'ladi.

Splenogen trombositopeniya

Taloqning turli kasalliklari (shikastlanish, yallig'lanish) oqibatida splenomegaliyasida (kattalashuvi) trombositlar miqdorining kamayib ketishidir. Tashxis taloq kattalashganda qonda trombositlar miqdori kamayishi, suyak ko'migida megakariosit hujayralari me'yorida ekanligiga qarab qo'yiladi.

Davolash: Kasallik patogeneziga asoslaniladi, ya'ni splenektomiya (taloqni olib tashlash) operatsiyasi o'tkaziladi.

Qon ketishning asoratlari

Xushdan ketish Xushdan ketish deganda bosh miya tomirlarining qisqa muddatli spazmi natijasida yuz beradigan holat tushuniladi. Ko'p qon yo'qotish og'riq, charchash, ruhiy kechinmalar va shu kabilar xushdan ketishga sabab bo'ladi.

Bemorning to'satdan xushdan ketishi natijasida teri va shilliq pardalarning keskin oqarishi, yuzaki nafas olish, tomir urushining sustlashuvi kuzatiladi.

Davosi xushdan ketish sababini bartaraf qilish lozim. Shikastlangan kishining boshini past qilib, oyoqlarini esa baland qo'yib yotqiziladi,

nashatir spirti hidlatiladi. Og'ir hollarda sun'iy nafas oldiriladi, 20% li kofein, 1, 0 ml 1% li lobelin eritmasi inektsiya qilinadi.

Kollaps. Kollaps deb arterial va venoz bosimining keskin tushib ketishi va aylanib yuradigan qon massasining kamayishi bilan ifodalanadigan o'tkir yurak tomirlar etishmovchiligiga aytiladi.

Kollapsga to'satdan qon yo'qotish, shikastlanish, gavda vaziyatini gorizontal holatdan vertikal holatga tez burish (ortostatik kollaps) plevra va qorin bo'shlig'idan suyuqlikni tez chiqarish, og'ir intoksikatsiya (ovqatdan zaharlanish, o'pka yallig'lanishi, tif va h. k) sabab bo'lishi mumkin.

Kollapsda bemor a'zoyi badanining bo'shashishi, sianoz, sovuq ter chiqishi, pulsning ipsimon bo'lishi, arterial bosimning tushib ketishi, tez-tez yuzaki nafas olishi kuzatiladi. Xushdan ketishdan farqli o'laroq bemor xushini yo'qotmaydi.

Davosi. Eng avvalo kollaps sababini bartaraf qilish zarur. Bemorni isitish, 0, 5 -0, 1% li adrenalin, 1, 5% efedrin, 0, 5 1% li lobelin eritmalaridan birini yuborish, kislorod berish zarur. Og'ir hollarda qon quyishga kirishiladi. Venaga 1ml, 1% li mezaton eritmasi 1-2ml 02% li noradrenalin eritmasi quyish yaxshi natija beradi.

Gemorragik shok Gemorragik shokning kelib chiqishi o'tkir qon ketishi bilan bog'liq. Ammo qon hajmining yo'qolishi bilan birga, uning qancha vaqt davomida yuzaga kelgani ham katta ahamiyatga ega. Agar kattalarda 1000-1500 ml qon asta sekin yo'qotilsa, organizmning himoya kuchlari ta'sirida asorat ro'y bermasligi mumkin. Ammo shu miqdordagi qon qisqa vaqt ichida ayniqsa kichik bolalarda yo'qotilsa, bemor organizmi og'ir asoratlanadi va keyinchalik gemoragik shokga olib kelishi mumkin.

Gemorragik shokning klinikasi uch bosqichda kechadi: Kompensatsiya, sub kompensatsiya va Dekompensatsiya.

Shokning kompensatsiya bosqichida yurak-tomirlar sistemasining himoya -kompensator funksiyalarini yaxshi bajarishi natijasida markaziy gemodinamika uzoq vaqt o'zgarmasdan turadi, qon ketishi bartaraf etilganda organizmda o'zgarish sezilmaydi.

Subkompensatsiya bosqichi ancha og'ir kechadi va kerakli dori vositalar yordamida zudlik bilan gemodinamikani tiklashning iloji bo'lmasa dekomensatsiya yuzaga kelishi mumkin. Unda pereferik qon

tomirlarning qisqarishi ham yetarli foyda bermaydi, bemorda qon bosimi pasayib, arterial gipotoniya yuzaga keladi.

Dekompensatsiya bosqichida esa a'zolarida yetishmovchilik yuzaga kela boshlaydi. Ichki a'zolarida tomirlar qisqarishi bilan arterial gipotoniya kuchayadi, to'qimalar gipotoniyasi tez kuchayadi, To'qimalar gipotoniyasi tez rivojlanadi. Organizmda mikrotser-kulyatsiyaning kuchli buzilganligidan bemorda akrotsionoz paydo bo'ladi. Oldinlari reflektor xarakterga ega bo'lgan oliguriya (siydikning kam ajralishi), anuriya (siydikning butunlay ajralmasligi) ga o'tadi. Bu esa buyrakda qon aylanishi buzilganligidan darak beradi.

O'tkir qon ketishni tashxislash qiyin emas. Bemorning rangi keskin oqarib ketadi, taxikardiya paydo bo'ladi. Yo'qotilgan qon hajmini aniqlash birmuncha qiyin bo'ladi. Buning uchun tanada aylanib yurgan qon hajmini va uning tarkibiy qismlarini aniqlash kerak bo'ladi. Shu maqsadda yuqori kovak venaga polietilen kateter yuboriladi. Normada markaziy vena bosimi 35-100 mm suv ustini (2-8 simob ustuni) ga teng. Uning pasayishi qonning umumiy hajmi kamayishi natijasida yurakka qonning kam oqib kelayotganini bildiradi, oshishi esa avvalo gipervolimiyadan yoki yurak dekompensatsiyasidan darak beradi.

Emboliya. Qon tomirga havo kirib qolishi —**emboliya** deyiladi. Avval bu asorat yirik vena tomirlar shikastlanganda ro'y beradi va bemorni og'ir ahvolga solib qo'yadi. Ko'pincha bo'yintiriq venasi, o'mrov va qo'ltiq osti, nomsiz venalarda havo emboliyasi paydo bo'ladi. Uning yuzaga kelishida aytib o'tilgan vena tomirlar yurakka yaqinligi, devorlarning qo'shni a'zo to'qimalariga birikkanligi natijasida shikastlanganda puchayib qolmasligi va nisbiy bosim sabab bo'ladi. Oz miqdordagi havo qon tomirlar orqali o'ng yurak bo'lmachasidan o'pkaga o'tadi va unga zarar yetkazmaydi. Qon tomirga havo ko'p tushadigan bo'lsa, unda o'ng yurak bo'lmachasi kattalashib uch tavaqali klapanlar etishmovchiligi paydo bo'ladi. Bu yurakning falajlanishiga olib keladi.

Bemor rangsizlanib, ko'karib ketadi, qon bosimi pasayadi, pulsi sekin urib, nafas olishi to'xtaydi. Ba'zida tirishish belgisi paydo bo'ladi. Agar havo emboliyasi belgilari asta sekin boshlansa bemor sovuq terga botadi, tomir urushi sekinlashib, es-hushi yo'qoladi, ko'z qorachiqdari kattalashadi. Yurakka yaqin venalar shikastlanganda tomirga so'rilayotgan

havo xushtaksimon tovush chiqaradi. Bunday holda nafas chiqarilayotgan paytda qon havo aralash chiqadi.

Havo emboliyasini davolash murakkab bo'lib, bunday hollarda tomirga havo kelishini to'xtatish kerak. Bunda vena tomirining markaziy perefirik uchlari bog'lanadi, o'ng yurak bo'lmachasiga nina bilan punktsiya qilinadi.

Qon ketishi asoratlaridan yana biri pulsastiyalovchi gematoma hisoblanadi. Bu asorat yig'ilib qolgan gematoma bevosita shikastlangan qon tomir atrofida bo'lsa yuzaga keladi. Vaqt o'tishi bilan gematoma atrofi biriktiruvchi to'qima bilan qoplanadi va soxta shikastlanish anevrizmini paydo qiladi, shuningdek operatsiya paytida qon tomirlar yaxshi bog'lanmasa, qon to'planib qolib gematomani hosil qiladi. U esa yiringlab keyinchalik og'ir asoratlarga olib kelishi mumkin.

Qon ketganda birinchi tibbiy yordam ko'rsatish

Qon ketganda tibbiy yordam ko'rsatilmasa u 2 xil tugashi mumkin: Qonning o'z-o'zidan to'xtashi yoki ko'p qon yo'qotish natijasida bosh miya qonsizlanib, yurak-tomirlar ishi buzilishidan bemorlar og'ir ahvolga tushishi va hatto o'lim yuz berishi mumkin.

Qon ketishini to'xtatuvchi dori-darmonlar

Hozirgi kunda qon ivishini kuchaytiruvchi moddalardan 10% li kaltsiy xlorid, 10% kaltsiy glyukanat, 1% gemofobin eritmalaridan foydalaniladi. Kapilyardan qon ketganda ularning devorini mustahkamlovchi moddalar-12, 5% li etamzilat natriy, ditsinon, 0, 025% li adroksan ishlatiladi. Qonning fibrinolitik faolligi oshganligi natijasida qon ketishi ro'y bergan bo'lsa, gipoplastik anemiya, operatsiyalardan oldin, yo'ldosh tushganida, jigar kasalliklarida fibrinolizni kamaytiruvchi E – aminokapron kislotaning 1-5% li eritmasi yuboriladi. Qon ivishini tezlashtiruvchi moddalardan –lagoxiluz (qichitqi o't) eritmasi ishlatiladi.

Infuziya va transfuziya

Qon quyish-bir organizmdan ikkinchi organizmga bevosita yoki bilvosita yo'llar orqali tirik to'qimani ko'chirib o'tkazishdir. Qon quyish bu operatsiyaning bir turi bo'lib hisoblanadi.

Bu operatsiyani bajarish juda murakkab bo'lib, o'ta ehtiyotkorlikni talab qiladi. Shuning uchun bunday operatsiyalar mutloq ko'rsatmalar bo'lgandagina bajarish mumkin.

Qon quyish operatsiyasi to'g'ri ko'rsatma bo'lganda va ushbu operatsiya to'g'ri bajarilganda moulaja juda samarali bo'ladi.

Masalan ko'p qon yo'qotish natijasida kelib chiqadigan o'tkir kam qonlikda qonning o'miga eritrositar massani transfuziya qilish mumkin.

Bugungi kunda transfuziologiya alohida fan sifatida ajralib chiqdi. Hozirda qon quyish o'miga bemorlarga etishmaydigan ma'lum bir faktor, qon derivantlarini quyish tavsiya qilinmoqda.

Qon quyish tarixi. Odamning yo'qotgan qoni o'mini to'ldirish g'oyasi qadim zamonlarda paydo bo'lgan. O'sha davrlarda faqat qon shifobaxsh vosita sifatida ichish uchun qo'llanilgan. 1628 yilda Garvey qon aylanish to'g'risidagi qonunlarni kashf etgandan keyin odamga hayvonlar qonini quyib ko'rishga urinishlar bo'lgan. Odamdan odamga qon quyish birinchi marta 1819 yilda Angliyada Blandell va 1832 yilda Volf tomonidan amalga oshirilgan. Faqat XX asrning boshlarida qon quyishning ilmiy negizlari vujudga keldi. 1901 yil Landshteyner qonning uch guruhini, 1907 yilda Yanskiy va 1910 yilda Mayes to'rtinchi guruhni kashf qildilar. Shu kashfiyotlardan keyingina qon quyishning klinik amaliyotlarda xavfsiz qo'llanishga imkoniyat vujudga keldi. O'zbekistonda qon quyish xizmatining tashkilotchisi professor V. K Yasevich (1894-1965y) hisoblanadi. 1933 yilda Toshkent Markaziy qon quyish stantsiyasi tashkil etilgan bo'lib, u Moskvadagi Markaziy qon quyish institutining filiali hisoblanar edi. 1940 yilda markaziy qon quyish stantsiyasi O'zbekiston gematologiya va qon quyish institutiga aylantirildi. Keyinchalik Samarqand davlat tibbiyot institutida, Buxoro viloyat kasalxonasida, Qo'qon tumanlar aro kasalxonasida, Surxandaryo viloyatida qon quyish bo'limlari tashkil qilindi. O'zbekistonda ommaviy donorlik harakati tashkil etilgan, unga "Qizil Xoch va Qizil yarim oy" jamiyatlari uyushmasi rahbarlik qiladi. Har bir sog'lom odam umri davomida kamida bir - ikki marta qon topshirsa, qonga muxtoj bo'lgan bemorlar sog'ligiga sog'liq qo'shgan bo'ladi. Qon quyish hozirgi vaqtda juda ehtiyotkorlik bilan quyiladi. Chunki qon quyish davrida turli xil og'ir asoratlari va turli xil qon orqali yuquvchi kasalliklarni yuqtirib olish ehtimoli mavjud.

Donorlik. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash vazirligining 2007 yil 30 oktyabrdagi №480 buyrug'iga binoan donor qonlarini tekshirganda birinchi yo'nalish ya'ni (bitta tahlil, qayta tasdiqlovchi musbat natijasiz). Tekshirish birlamchi IFA usulida 3-4 avlod test sistemalarida o'tkaziladi. Namunani bitta tashxis o'tkazish bilan tekshiriladi. Agar tekshirilayotgan tahlil "manfiy" natija bersa, "manfiy" deb xulosa beriladi. Agar musbat natija bersa, donor qonidan olingan namuna Respublika SPID markaziga qayta tekshirish va tasdiqlash uchun yuboriladi. Donor qon namunasi IFA usulida birlamchi tekshirilganda "musbat" natija bersa, donordan olingan qon zudlik bilan yaroqsiz qilinib, zararsizlantiriladi va donor vaqtincha donorlikdan chetlashtiriladi. Ikki haftadan keyin qayta tekshirish davrida yana musbat natija bersa, donor umrbod donorlikdan chetlashtiriladi. Davolash muassasalarini qon, uning komponentlari va suyak iligi bilan ta'minlaydigan kishilar donorlar hisoblanadi. Donorlar 3 guruhga bo'linadi: Faol, zahiradagi va qarindosh donorlar.

Vaqt vaqtida qon xizmati muassasalariga muntazam qon topshiruvchi kishilar **faol donorlar** deyiladi.

Qon va uning komponentlari va suyak iligi maxsus ko'rsatmalarga asoslanib olinadi, u donorning hohishiga qarab pullik yoki bepul bo'lishi mumkin. Bir marta yoki bir necha marta qon topshiruvchi odamlar **zahiradagi donorlar** hisoblanadi. Bu donorlar bepul qon topshiradilar.

Qarindosh donorlar- davolash muassasalarida davolanuvchi qarindosh urug'lariga qon quyish bo'limiga bir marta kelib qon topshiruvchi kishilardir. Shuningdek aholi o'rtasida kam uchraydigan qon guruhiga ega bo'lgan donorlar besh martagacha qon topshiradilar. Bir marta olinadigan qon miqdori 400-500 ml, 20 yoshgacha bo'lgan va 55 yoshdan oshgan donordan 300 ml dan ko'p qon olinmasligi lozim.

Donorda quyidagi tekshirishlar albatta o'tkaziladi:

1) qonni tekshirish donor ayollarda gemoglobin miqdori 120 g/l, eritrotsitlar 4000 000, leykotsitlar 5000, EChT (SOE) 14mm/g, erkaklarda gemoglobin miqdori 123 g/l, eritrotsitlar 4200 000, leykotsitlar 5500-8000 dan kam bo'lmasligi, SOE 10 mm/gr dan yuqori bo'lmasligi kerak;

2) siydik tahlili;

3) qonni bezgak plazmodiylariga tekshirish;

4) qonni zaxmga reaksiyasini aniqlash;

5) qonni OITS ga tekshirish. Donorlarni terapevtlar va venorologlar albatta tekshirishlari shart. Boshqa mutaxassislar zarurat bo'lganda maslahat uchun jalb etiladi.

Donorlikka monelik qiladigan hollar:

1) Yuqumli kasalliklar (zaxm, brutsellyoz, sil, bezgak va boshqalar)

2) Holsizlanish, shishlarga moyillik, xavfli o'smalar, gipertoniya va boshqalar

3) Me'da va o't pufagida o'tkazilgan operatsiyalar. Botkin kasalligi va OITS ni boshidan kechirgan kishilarda qon olish mutlaqo monelik qiladigan hol hisoblanadi.

Qon guruhlari, rezus faktor va uni aniqlash



Hammaga ma'lumki, qon guruhlari har xil bo'ladi, lekin u nimani anglatishini ko'pchilik bilmaydi.

Keyingi vaqtlarda aniqlanishicha qon guruhlari insonlarning xarakteri, nimaga moyilligi, hattoki uning kelajakdagi o'mini belgilaydi. Insonlar o'z qon guruhlarini bilishlari shart.

Qon guruhi – bu qonning immun - genetik belgisi bo'lib, eritrositlar tarkibidagi agglyutinogen (antigen) AB, hamda plazma tarkibidagi agglyutin (antitelo) $\alpha\beta$ ga asoslanib 4 guruhga bo'linadi. Qon guruhi agglyutinogen va agglyutinlarning bo'lishiga ko'ra insonlarda turlicha individual xarakterga ega bo'ladi, bu embrional davrda rivojlanadi. I, II, III qon guruhlari 1900 yilda Landshteyner tomonidan, IV qon guruhi 1907 yilda Yanskiy tomonidan aniqlangan.

I qon guruhida eritrositlar tarkibida agglyutinogenlar bo'lmaydi, plazma tarkibida agglyutin $\alpha\beta$ bo'ladi, O $\alpha\beta$ bilan belgilanadi. Bu qon guruhi juda qadimdan mavjud bo'lib, eramizdan avvalgi 60000-40000 yillarda neandartallar va kroman'onlar davriga to'g'ri keladi.

II qon guruhida eritrositlar tarkibida agglyutinogen A, plazma tarkibida agglyutin β bo'ladi, A β . Ushbu qon guruhining yaralishi

eramizdan avvalgi 25000-15000 yillarga, ya'ni odamlar dehqonchilik bilan shug'ullana boshlagan davrga to'g'ri keladi. Bu guruh Yevropa mamlakatlarida ko'p uchraydi, I guruhga nisbatan odamlar bilan muloqotga tez kirishadi.

III qon guruhida eritrositlar tarkibida agglyutinogen B, plazma tarkibida agglyutinini α bo'ladi, B α . III qon guruhi eramizdan avvalgi 15000 yillarda mongoloid irqiga mansub odamlarda paydo bo'lgan. Keyinchalik bu Yevropaga, hozirgi kunda Osiyo va Sharqiy Yevropa mamlakatlariga keng tarqalgan. Ushbu qon guruhi a'zolari juda chidamli va itoatkordirlar.

IV qon guruhida eritrositlar tarkibida agglyutinogen AB bo'lib, plazma tarkibida esa agglyutinini bo'lmaydi, ABO bilan belgilanadi. IV qon guruhi guruhlar ichida yangisi hisoblanib, 1000 yil ilgari indoyevropaliklar, mongoloidlar va III guruh tashuvchilari qo'shilishi natijasida yuzaga kelgan. Bu qon guruhi juda kam uchraydi, ular tirishqoq va kashfiyotchi hisoblanishadi.

Bir xil nomdagi agglyutinogen va agglyutinini uchrashganda (Antigen antitelolaming ustiga tushganda A α , B β) eritrositlar bir-biriga yopishib, tromblar hosil bo'lishi kuzatiladi – bu agglyutinatsiya reaksiyasi deyiladi. Donor – qon beruvchi, retsiyent – qon oluvchi odam hisoblanadi. Noto'g'ri qon guruhi quyilganda eritrositlar yopishib, kichkina qon tomirlar va kapillyarlarga tiqilib qolishi oqibatida buyrak yetishmovchiligi rivojlanadi, bemorlarni og'ir ahvollarga tez yordam ko'rsatilmasa hattoki o'limga olib kelishi mumkin.



Turli xil qon guruhlarini quyish sxemasi.

Donor va retsiyentlar bir-birlariga mos kelishlari kerak bo'ladi.

Eritrositlar mos kelish sxemasi								
Retseptiyent	Donor							
	0 (I) Rh-	0 (I) Rh+	B (III) Rh-	B (III) Rh+	A (II) Rh-	A (II) Rh+	AB (IV) Rh-	AB (IV) Rh+
AB (IV) Rh+	X	X	X	X	X	X	X	X
AB (IV) Rh-	X		X		X		X	
A (II) Rh+	X	X			X	X		
A (II) Rh-	X				X			
B (III) Rh+	X	X	X	X				
B (III) Rh-	X		X					
0 (I) Rh+	X	X						
0 (I) Rh-	X							

Qon guruhlarining ba'zi mamlakatlarda tarqalganligi
% hisobida

Mamlakatlar	O+ <input checked="" type="checkbox"/>	A+ <input checked="" type="checkbox"/>	B+ <input checked="" type="checkbox"/>	AB+ <input checked="" type="checkbox"/>	O- <input checked="" type="checkbox"/>	A- <input checked="" type="checkbox"/>	B- <input checked="" type="checkbox"/>	AB- <input checked="" type="checkbox"/>
Avstraliya	40 %	31 %	8 %	2 %	9 %	7 %	2 %	1 %
Avstriya	30 %	33 %	12 %	6 %	7 %	8 %	3 %	1 %
Belgiya	38 %	34 %	8,5 %	4,1 %	7 %	6 %	1,5 %	0,8 %
Braziliya	36 %	34 %	8 %	2,5 %	9 %	8 %	2 %	0,5 %
Kanada	39 %	36 %	7,6 %	2,5 %	7 %	6 %	1,4 %	0,5 %

Daniya	35 %	37 %	8 %	4 %	6 %	7 %	2 %	1 %
Estoniya	30 %	31 %	20 %	6 %	4,5 %	4,5 %	3 %	1 %
Finlandiya	27 %	38 %	15 %	7 %	4 %	6 %	2 %	1 %
Fransiya	36 %	37 %	9 %	3 %	6 %	7 %	1 %	1 %
Germaniya	35 %	37 %	9 %	4 %	6 %	6 %	2 %	1 %
Xitoy	40 %	26 %	27 %	7 %	0,31 %	0,19 %	0,14 %	0,05 %
Islandiya	47,6 %	26,4 %	9,3 %	1,6 %	8,4 %	4,6 %	1,7 %	0,4 %
Irlandiya	47 %	26 %	9 %	2 %	8 %	5 %	2 %	1 %
Isroil	32 %	34 %	17 %	7 %	3 %	4 %	2 %	1 %
Yangi Zelandiya	38 %	32 %	9 %	3 %	9 %	6 %	2 %	1 %
Norvegiya	34 %	42,5 %	6,8 %	3,4 %	6 %	7,5 %	1,2 %	0,6 %
Polsha	31 %	32 %	15 %	7 %	6 %	6 %	2 %	1 %
Saudiya Arabistoni	48 %	24 %	17 %	4 %	4 %	2 %	1 %	0,23 %
Ispaniya	36 %	34 %	8 %	2,5 %	9 %	8 %	2 %	0,5 %
Shvetsiya	32 %	37 %	10 %	5 %	6 %	7 %	2 %	1 %
Gollandiya	39,5 %	35 %	6,7 %	2,5 %	7,5 %	7 %	1,3 %	0,5 %
Turkiya	29,8 %	37,8 %	14,2 %	7,2 %	3,9 %	4,7 %	1,6 %	0,8 %
Buyuk Britaniya	37 %	35 %	8 %	3 %	7 %	7 %	2 %	1 %
AQSh	37,4 %	35,7 %	8,5 %	3,4 %	6,6 %	6,3 %	1,5 %	0,6 %

Agglyutinogen A agglyutinini α bilan va agglyutinogen B agglyutinini β bilan duch kelganda probirkada agglyutinatsiya (eritrotsitlarning bir-biriga yopishishi) reaksiyasi yuzaga keladi. Shunday holat kishi organizmda sodir bo'lsa, qonda eritrotsitlarning gemolizi yuz beradi. Qon quyilganda donor eritrotsitlari retsipient zardobi bilan gemolizga uchraydi,

lekin buning aksi bo'lmaydi. Ottenburg qoidasiga ko'ra donor plazmasidagi agglyutinlar retsipient qonida juda ham suyuladi. Shu sababli organizmda ularning titri juda kichik bo'ladi va retsipient eritrotsitlari gemolizini yuzaga keltira olmaydi. Ko'p qon quyilgan taqdirdagina retsipient eritrotsitlarining gemolizi yuz berishi mumkin. Shunga ko'ra qon quyilganda donor qoni agglyutinogenlari va ritseipient agglyutinlarigina emas, balki quyiladigan qon agglyutinogenlari va agglyutinlarini ham nazarda tutish kerak. Xulosa qilib aytganda, O (I) guruh qonini noilojlikdan har qanday kishiga quyish mumkin. (Universal donor). Ammo qonni shu guruhdagi kishiga birinchi guruh qoninigina quyish mumkin. Faqat bir guruhdagi qonni quyishga harakat qilish zarur.

Ikkinchi guruh A (II) qonini ikkinchi guruhdagi bemorga va noilojlikdan to'rtinchi guruhdagi retsipientga quyish mumkin.

Uchinchi guruh qonuni- B (III) guruhdagi bemorlarga va kamdan-kam hollarda qonni to'rtinchi guruhdagi retsipientlarga quyiladi.

To'rtinchi guruh-AB (IV) qonini faqat shu guruhga mansub bemorga quyish mumkin. Kamdan-kam hollarda qoni shu guruhdagi bemorga hamma guruhdagi qonni quyish mumkin.

Qon guruhlari orasidagi munosabatlar va ularning tarifi

Qonning guruhlarga bo'linish xususiyati, ya'ni izogemagglyutinatsiya reaksiyasi immunitet reaksiyasi asosida bo'lib, eritrositlarning agglyutinatsiyasini boshlab berishi ularning antigen sifatida ro'yobga kelishi bilan bog'liq. Eritrotsitlarda agglyutinogenlar, zardobda esa agglyutinlar bor. Agglyutinatsiya reaksiyasi vujudga kelishi uchun eritrotsitlardagi agglyutinogenlar, zardobda ularni tanlovchi agglyutinlar bo'lishi zarur. Masalan, agglyutinogen A bilan agglyutin α , agglyutinogen B bilan agglyutin β , ya'ni bir nomli agglyutinogen va agglyutinlar bilan uchrashganda g'uj yopishish reaksiyasi (agglyutinatsiya) sodir bo'ladi. Bir guruhga mansub kishilar eritrotsitlarining yopishishiga olib keluvchi qizil qon tanachalari bilan zardobi o'rtasidagi reaksiya izogemagglyutinatsiya deb ataladi.

Qon guruhlarini aniqlash

Qon guruhini aniqlash unchalik qiyin bo'lmasa ham, juda ehtiyotkorlikni talab qiladi. Tekshirish oldidan avvalo izogemagglyutinatsiya xususiyati bo'lgan standart zardoblarni tekshirish, ularni shtativga to'g'ri qo'yilganligini aniqlash zarur. Qon guruhini aniqlashning quyidagi usullari mavjud: **standart zardoblar bo'yicha** (to'g'ri reaksiya) va **standart eritrotsitlar bo'yicha** (teskari reaksiya).

Standart zardoblarning yaroqliligi quyidagi belgilardan ma'lum bo'ladi.

1. Zardob tiniq, loyqalanmagan va chirish belgilarisiz bo'ladi.
2. Har bir ampula etiketkasida titri, tayyorlangan joyi va muddati ko'rsatilgan bo'lishi kerak.

Loyqalangan zardobdan uning titri past yoki muddati o'tgan bo'lsa, foydalanish mumkin emas, chunki u bilan qon guruhini aniqlanganda og'ir oqibatlar kelib chiqishi mumkin.

Qon guruhini standart zardoblar bo'yicha aniqlash. Bu usulda qon guruhini aniqlashda turli xil xatoliklarga yo'l qo'ymaslik uchun uch guruh: O (I), A (II), B (III) standart zardoblarining ikki seriyasidan foydalaniladi. Zardoblar flakonlar yoki ampulalarda chiqariladi, ularda zardoblarning guruhi, seriya nomeri, tayyorlangan vaqti va yaroqlilik muddati yozib qo'yilgan yorliqlari bo'ladi. Har bir zardobning o'z ranggi bor: O (I)-rangsiz (oqish), A (II)-ko'k rangda, B (III)-qizil rangda, AB (IV)-sariqrangda bo'ladi.

Tekshirib ko'rish uchun maxsus buyum oynasi yoki chinni tarelkaga har bir seriyadan standart zardob tomiziladi, ya'ni chapga O guruh zardobi, o'rtaga A(II) guruh zardobi va o'ng tomonga B(III) guruh zardobi tomiziladi. Zardoblar albatta alohida-alohida pipetkalar bilan olib tomiziladi. Tekshiriladigan bemor chap qo'l nomsiz barmog'ini spirt bilan artiladi va maxsus skarifikator igna bilan teshiladi. Keyin oltita kichik qon tomchi olinadi va ularni standart zardoblari bo'lgan tarelkaga yonma-yon tushuriladi. Qon va zardoblarni alohida shisha tayyoqchalar yordamida aralashtiriladi. 5 daqiqa o'tgach, soxta agglyutinatsiyaning oldini olish uchun bir tomchidan fiziologik eritma qo'shiladi va aralashtiriladi.

Tekshirish natijalari:

a) uchala aralashtirilgan tomchilarda agglyutinatsiya ro'y bermasa u holda tekshirilayotgan qon O (I) birinchi guruhga kiradi.

b) agar O (I) va B (III) zardoblar bilan agglyutinatsiya ro'y bersa, qon guruhi A (II) ikkinchi guruhga kiradi.

v) agar O (I) va A(II) zardoblar bilan agglyutinatsiya ro'y bersa, B (III) qon guruhi bo'ladi.

g) agar uchala aralashtirilgan zardoblarda agglyutinatsiya reaksiyasi ro'y bersa, AB (IV) qon guruhi bo'ladi.

Xato qilib qo'ymaslik uchun qon guruhini ikki seriyadagi standart zardoblar bilan aniqlanadi. Agar uchala zardob bilan agglyutinatsiya ro'y bersa, AB (IV) qon guruhini AB (IV) qon guruhi zardobi bilan qo'shimcha aniqlash o'tkazish zarur bo'ladi. Shubhali hollarda tekshiruvni boshqa seriyadagi zardoblar bilan takrorlanadi yoki standart eritrotsitlar yordamida aniqlash lozim bo'ladi.

Qon guruhini standart eritrotsitlar bo'yicha aniqlash

Buning uchun O (I), A (II), B (III) standart eritrotsitlar va retsipient zardobidan foydalaniladi. Chinni tarelkaga retsipient qonidan tayyorlangan 3 tomchi zardob tomiziladi. Zardoblarga O (I), A (II), B (III) standart eritrotsitlarning to'g'nog'ich boshchasidek keladigan tomchialr qo'shiladi. 5 daqiqadan so'ng bir tomchidan fiziologik eritma qo'shiladi.

Tekshirish natijalari: a) O (I) standart eritrotsitlar manfiy reaksiya, A (II) hamda B (III) standart eritrotsitlar bilan musbat reaksiya ro'y berganda-birinchi qon guruhi; b) O (I) va A(II) standart eritrotsitlar bilan agglyutinatsiya reaksiyasi ro'y bermasa va B (III) eritrotsitlar bilan musbat reaksiya ro'y bersa – ikkinchi qon guruhi; v) O (I) va B (III) standart eritrotsitlar bilan agglyutinatsiya reaksiyasi ro'y bermasa va A(II) eritrotsitlar bilan musbat reaksiya ro'y bersa – uchinchi qon guruhi g) hamma standart eritrotsitlar bilan agglyutinatsiya reaksiya ro'y bermaganda qon guruhi to'rtinchi bo'ladi.

Qon guruhlarini aniqlashda uchraydigan xatoliklar quyidagilarga bog'liq bo'lishi mumkin.

a) zardoblarni tarelkaga noto'g'ri joylashtirilishga

b) Haddan tashqari ko'p miqdorda eritrotsitlar qo'shishga (agglyutinatsiya bilinmay qoladi.)

v) iflos tarelka va tayyoqchalar ishlatishga

g) kuchsiz standart zardoblar ishlatishga (bunda agglyutinatsiya sust bo'ladi va yaxshi bilinmaydi).

d) buzilib qolgan va yaroqlilik muddati o'tib ketgan har qanday qon bilan ham panagglyutinatsiya beraveradigan (uchala zardobning hammasida ham standart zardoblar ishlatishga)

e) tekshirilayotgan qonda autoagglyutinatsiya borligiga (tekshiriladigan qon eritrotsitlari xuddi o'sha guruhi qon zardobi bilan agglyutinatsiyalanadi)

j) agglyutinatsiyaning juda sustligiga tekshiriladigan qonda kuchsiz tipdagi A agglyutinogen (A_2 yoki A_2 kenja guruh) bo'lsa agglyutinatsiya shunaqa sust bo'lib chiqishi mumkin.

Reaksiya pala-partish qo'yilganida, natijalarga noto'g'ri baho berilganda va hujjatlar pala partish yurg'izilganda ham xatolar bo'lishi mumkin.

Rezus - omil va uni aniqlash usullari

Rezus omil – bu eritrotsitlar tarkibida mavjud bo'lgan oqsil tabiatli antigen.

Odam eritrotsitlarida izoserologik tadqiqotlar turli xil antigenlar mavjudligini ko'rsatadi. Ammo ularning kuchsiz izoantigenlik xususiyatlari klinika uchun unchalik xavf tug'dirmaydi. 1939-yilda amerikalik olim Vinner odamlar eritrotsitlarida makak rezus (maccacus rhesus) maymunning eritrositlari bilan emlangan quyonlar zardobi orqali birinchi marta yangi antigenni topdi va uni **rezus-omil** deb atadi. 1940 yilda Landshteyner tomonidan bu yangi antigen kengroq o'rganildi. Rezus-omil hech qaysi serologik sistemalarda, ya'ni ABO, bemor yoshi va jinsiga bog'liq bo'lmaydi. U 85% odamlarda uchraydi, ularning qoni "rezus-musbat" (Rh^+), 15% kishilarda bo'lmaydi, shuning uchun ularning qonini "rezus-manfiy" (Rh^-) deyiladi. Rezus-antigenlar sistemasi o'zgarmaydi va nasldan-naslga o'tadi. Rezus manfiy (Rh^-) retsiptiyentga rezus musbat (Rh^+) qon quyilganda va qoni rezus manfiy homilador ayol qornida rezus-musbat homila bo'lganda rezus konflikt kelib chiqadi.

Birinchi holda retsiyent organizmi izosensibilizatsiyaga uchrashi natijasida posttransfuziya reaksiyasini keltirib chiqarsa, ikkinchi holda homiladorlik xastalik bilan davom etadi, bola chala yoki o'lik tug'iladi, bola tug'ilganda ham gemolitik kasallikka duchor bo'ladi.

Shuningdek bolasi bilan sensibilizatsiyaga uchragan ayollar xavfli retsiyentlar hisoblanib, ularga rezus-musbat qonning quyilishi og'ir posttransfuziya reaksiyasiga olib keladi. Shuning uchun rezus-omil ta'sirida posttransfuziya oqibatlarini yuzaga kelmasligi uchun quyidagi qoidalarga rioya qilish kerak.

1. Bemorlarga qayta qon quyiladigan bo'lsa, albatta rezus-omil antigenini aniqlash darkor. Rezus-manfiy odamlarga faqat rezus-manfiy qon quyiladi.

2. Bu ko'rsatmani anamnezida akusherlik asoratlari bo'lgan retsiyent ayollar va bo'lajak onalar- qizlarga qon quyilayotganda, shuningdek, avval posttransfuziya reaksiyasi bo'lgan retsiyentlarga qon quyilayotganda hisobga olish kerak.

400 ml rezus-musbat qon birinchi marta rezus-manfiy retsiyentga quyilsa, ularning 50%da rezus antitanalar paydo bo'ladi. Shu retsiyentga qayta rezus-musbat qon quyilsa, tomir ichida eritrotsitlar gemolizga uchrashi natijasida kuchli posttransfuziya asorati kelib chiqadi.

Rezus-omilni aniqlash usullari bir qancha, shulardan keng tarqalgani poliglyukin tomizib, rezus-omilni aniqlash usulidir.

Rezus-omilni aniqlash usullari

Tuzli muhitda agglyutinatsiya usuli.

Ringer (1941) usuli Umnova (1948) tomonidan o'zlashtirilgan.

Buning uchun to'la rezus-antitanaga ega bo'lgan (antirezus) zardoblardan foydalaniladi.

Kichik probirkalarga (2x0.5 sm) antirezus zardob olinadi va uni natriy xloridning izotonik eritmasida tayyorlangan 2% eritrotsitlarning quyilmasi qo'shiladi. Probirkalarni 37°C li termostatga 1 soatga qo'yiladi va eritrotsitlarning ingichka notekis ipsimon, donachlarga o'xshagan ko'rinish berishi rezus-musbat, bir tekis joylashib, eritrotsitlar chekkalari tekis bo'lishi rezus-manfiy hisoblanadi.

Kumbsning bevosita antiglobulin sinovi-o'ta aniq laboratoriya usuli.

Kichik probirkalarga (4x0.5 sm) yuqori aktivlikka ega bo'lgan antirezus zardobi tomizilib, unga natriy xloridning izotonik eritmasi bilan uch marta yuvilgan eritrotsitlar quyilmasi qo'shiladi. Probirkalarni 37° C li termostatga 1 soatga qo'yilgach yana uch marta yuviladi. Reaksiyani o'qishni yassi sathga ko'chiriladi. Yuvilgan eritrotsitlar quyilmasini 1 tomchisiga shu miqdorda antiglobulinli zardob qo'shib, aralashtiriladi. Agar agglyutinatsiya ro'yobga kelsa, rezus-musbat, bo'lmasa rezus-manfiy deb hisoblanadi.

Bu usul o'ta aniq bo'lganligi uchun rezus-omilni aniqlashning boshqa usullari noaniqlik berganda foydalaniladi.

Rezus-omilni aniqlashning eksperss usuli. Bir tomchi tekshirilayotgan eritrotsitlarga 30-33% poliglyukinda eritilgan 1 tomchi antirezus zardob tomiziladi. Aylanma harakat qilib, probirka devorlariga qo'shilma qo'shiladi. Tekshirish parallel holatda rezus-musbat va rezus-manfiy eritrotsitlar yordamida nazorat qilinadi. 3 daqiqa o'tgach probirkalarga 2-3 ml natriy xloridning izotonik eritmasi qo'shiladi va ular bir necha marta teskari ag'darilib aralashtiriladi. So'ng agglyutinatsiya bor yo'qligiga qarab, musbat yoki manfiy deyiladi.

1. Jelatina eritmasi bilan rezus-omilga moslik sinovini o'tkazish. Probirkaga bemorning 2 tomchi zardobi olinadi va unga 2 tomchi 10% jelatina eritmasi tomiziladi, so'ngra donorning 1 tomchi eritrotsit quyulmasi quyilib, probirka chayqatiladi va harorat 46°-48°C suv hammomiga qo'yiladi; keyin 4-8 ml 0,85% li fiziologik eritma tomiziladi va o'tayotgan yorug'likka qarab tekshiriladi. Agar eritrotsitlar g'uj-g'uj bo'lib, agglyutinatsiyaga uchrasa, qon rezus mos emas, agglyutinatsiya reaksiyasi bo'lmasa, qonni bemorga quysa bo'ladi.

2. Rezus-moslikni tez aniqlash usuli. Probirkaga bemorning 2 tomchi zardobi olinib, unga 1 tomchi 33% poliglyukin eritmasi va 1 tomchi donor eritrotsitlari tomiziladi. Xona temperaturasida tekshirilib, probirkani 5 sek davomida chayqatiladi, so'ngra 4-5 ml fiziologik eritma quyilib, probirka ikki marta to'ntariladi va o'tayotgan yorug'likka solinadi. Agglyutinatsiya reaksiyasi bo'lsa, qon bir-biriga mos emas, reaksiya manfiy bo'lsa, qonni bir-biriga quysa bo'ladi.

Qonning mos kelish-kelmasligini sinash. Mos kelmagan qon quyilganda yuz beradigan oqibatlarining og'irligini hisobga olib, har gal qon quyishda qonning mos kelishiga sinamalar o'tkazilishi lozim.

Individual mos kelish-kelmasligini sinash. Quyiladigan donor qoni qonning retsipyent qoni bilan individual mos kelish-kelmasligi quyidagicha sinab ko'riladi. Bemor venasidan olingan qonni (5 ml) natriy sitrat bilan sentrifugalanadi yoki tindirib qo'yiladi. 1-2 tomchi bemor qoni plazmasi 1-tomchi donor qoni bilan arlashtiriladi. Agglyutinatsiya reaksiyasi ro'y bersa, donor qoni bemor qoni bilan mos kelmaydi, agglyutinatsiya ro'y bermasa, mos keladi.

Biologik mos kelish-kelmasligini sinash. Biologik moslikka sinash donor qoni retsipyentga quyishning boshida uni bo'lib-bo'lib yuborishdan iborat (qonni 25 ml dan 3 daqiqalik tanaffus bilan 3 marta yuboriladi). retsipyentda gemodinamika buzilishlari qayd qilinmasa va shikoyatlar bo'lmasa, sinama manfiy sanaladi, qon quyish mumkin bo'ladi. Bemor bezovtalansa, beli og'risa, eti uvishsa va shu kabi hodisalar ro'y bersa sinamaga musbat baho beriladi, qon quyishni zudlik bilan to'xtatiladi, bemorni esa maxsus kuzatib boriladi.

Qonni konservalash, uni asrash va yaroqliligini aniqlash

Qonni konservalashdan maqsad uni uzoq muddat tarkibi buzilmagan holda saqlashdan iborat. Qonni uzoq muddat saqlash uchun 2 usul bor: 1. Uni suyuq holda 0°C da yoki yuqori (+4+6°C) haroratda saqlash. 2. 0°C dan past haroratda muzlatilgan holda saqlash.

Qon stabilizatorlari

Qonni ivishdan saqlab turadigan moddalar stabilizatorlar deyiladi. Stabilizatsiya paytida qonning ivish sistemasidagi ma'lum bir komponentga ta'sir qilib, uni suyuq holda asrab turiladi. Hozirgi kunda kalsiy ionlarini yo'qotuvchi stabilizatorlar qonni konservlashda keng qo'llaniladi. Stabilizatorlardan anionlar ichida kalsiy ionlarini saqlovchi limon kislota va natriy sitrat keng ishlatiladi. Sitratning bu biologik xususiyati uning stabilizator sifatida keng qo'llanilishiga olib keldi. Ammo o'tkir qon ketganda 500 ml dan ortiq sitratli qon quyiladigan bo'lsa,

venasiga 0,5g kalsiy xlorid yoki 5-10% li 10 ml kalsiy glyukonat eritmasi quyilishi kerak.

Qonni konservlash usullarlari

Qonning ivishini to'xtatuvchi stabilizatorlardan tashqari, konservalaydigan eritmalarga eritrotsitlar va uning metabolizmida ishtirok etuvchi (glyukoza, anorganik fosfat va h. k) moddalar kiradi. Shuningdek konservlaydigan eritmaga qon hujayralari metabolizmiga ta'sir etmaydigan, ammo eritrotsitlar membranasini mustahkamlovchi, osmotik bosimda chidashga yordam beruvchi, gemolizdan saqlovchi moddalar - disaxaridlar, saxaroza, laktoza, mannit, sorbitlar qo'shiladi. Hozirgi kunda ikki bosqichli konservlash usuli qo'llaniladi. Birinchi bosqichda kimyo-farmasevtika zavodlarida steril flakonlarda gemokonservantlar tayyorlanadi va ular bilan qon xizmati muassasalari ta'minlanadi. Ikkinchi bosqichda shu konservantlarga qon donorlardan olinadi.

Keng ishlatiladigan gemokonservantlar bo'lib, uning tarkibi 2g natriy sitrat, 3g suvsiz glyukoza, 100 ml gacha bidistillangan suv, pH-5, 0.

Konservalash eritmasi 250 ml hajmdagi shisha idishlarga 50 ml dan quyiladi, u 200 ml qonni asrashga yetadi. Keyingi yillarda konservalangan qonga turli antiseptiklar va antibiotiklar (asosan levomitsetin) qo'sha boshladilar, bu qonni saqlash muddatini va xirurgik infeksiyaga chidamliligini oshiradi.

Konservalash uchun qonni donorlardan aseptika talablariga rioya qilgan holda operatsiya xonasida vrach tomonidan Dyufo tipidagi (I-51 yoki I-52) ninalar bilan venapunksiya qilib olinadi.

Qon oluvchi vrach sterillangan flakonlarni ko'zdan kechiradi, flakonlarning butunligini, germetikligini, eritmaning tashqi ko'rinishi va tayyorlangan vaqtiga ahamiyat beriladi.

Qon flakonga olingach unga pasport yopishtiriladi. Qon pasportida tayyorlangan qon massasi, qon guruhi va rezus-omili, flakonning nomeri, qon miqdori, tayyorlangan vaqti, stabilizator turi, vrach va donorning ismi sharifi yoziladi, O (I) guruh qon pasporti etiketasining rangi oq, (tabiiy) A (II) uchun ko'k, B (III) uchun qizil va AB (IV) uchun sariq yo'l chiziladi. Konservlangan qon 7 kundan 21 kungacha 4-6°C haroratda sovutgichda

saqlanadi. Har gal qon quyishdan oldin, qonning tayyorlangan muddatidan qat'iy nazar uning quyishga yaroqliligini aniqlash zarur.

Qon yaroqliligini tekshirish

Qonni sovutgichdan olib, chayqatishdan oldin uning yaroqliligini tekshirish lozim. Qon plazmasi tiniq, loyqalik, ipir-ipir, noma'lum pardalardan holi bo'lishi kerak.

Globulyar massasi bir xil bo'lishi kerak, unda quyqalar paydo bo'lishi qonning yaroqsizligini ko'rsatadi.

Qon quyish usullari

To'g'ridan-to'g'ri (bevosita) qon quyish. Qon donor venasidan retsiptiyent venasiga bevosita quyiladi. Bemor ahvoli og'ir bo'lganda bu juda qulay usul hisoblanadi (to'satdan ko'p miqdorda qon yo'qotish, sepsis, gemofiliya).

Bilvosita qon quyish. Donor qoni avvaliga maxsus idishlarga yig'iladi, stabilizatsiya qilinadi, konservalanadi va keyinchalik zarur bo'lganda uni quyiladi.

Qon quyishning quyidagi usullari mavjud:

1. **venaga qon quyish:** ko'p qon yo'qotilganda qon oqim qilib yoki bemorning holati imkon berganda va ko'p miqdorda (1-1,5 l) qon quyish talab etilganda tomchilatib (daqiqasiga 20-30 tomchidan) quyiladi. Tomchilatib quyish usulida yurak-tomirlar sistamasining zo'riqib ishlash xavfi kamayadi;

2. **arteriyaga qon quyish:** klinik o'lim holatidagi yoki shunga yaqin holatdagi bemorlarga qon bosim ostida quyiladi;

3. **suyak ichiga qon quyish:** qon suyakning g'ovak moddasiga (to'sh suyagi, tovon suyagi, yonbosh suyagi qanoti va boshqalarga) quyiladi. Venaga texnikaviy jihatdan qon quyib bo'lmaganda, (masalan, bolalarda), qon ishlab chiqaruvchi a'zolar kasalliklarida qo'llaniladi;

4. **almashlab qon quyish:** qon olib o'miga donor qonini quyish gemolitik zaharlardan (mishyak, qo'ziqorinlar va h. k) zaharlanishda, ovqatdan va medikamentoz zagharlanishlarda qo'llaniladi;

5. **qayta qon quyish (reinfuziya, autotransfuziya)**-bemorning seroz bo'shliqlariga oqib tushgan o'z qonini, masalan, taloq, ichaktutkich

yirtilganda, naychadagi homiladorlik buzilganda o'ziga quyiladi (oqib tushgan qon yig'iladi, natriy sitrat shimdirilgan 4 qavat dokadan filtrlab o'tkaziladi);

6. **murda qonini quyish** (noinfeksion kasalliklar, miyaga qon quyilishi, og'ir shikast sababli, miokard infarktidan o'lgan kishilarning jasadidan olinadi). Murda qoni ivimaydi, shuning uchun uni stabilizatorsiz (fibrinogen yo'qligi) ko'p miqdorda tayyorlanadi.

Qon quyish texnikasi

Qon quyish qat'iy tartib bilan amalga oshiriladi. Retsipiyentning qon guruhi va rezus mansubligi aniqlanadi. Donor qoni to'g'risida ham ana shunday ma'lumotlar bo'lishi kerak.

Qon quyishdan oldin bu ko'rsatkichlar yana qayta aniqlanadi. Mos kelish-kelmaslikka, rezus mos kelish-kelmaslikka va biologik sinamaga bevosita reaksiya o'tkaziladi. Qonni quyishdan oldin uy haroratigacha isitiladi.

LIPK flakonidan quyish. Qon solingan flakon probirkasi orqali oldindan spirt bilan artilgan ikkita maxsus igna (uzun va kalta) kiritiladi. Kalta ignaga qon quyiladigan sistemaning bir uchi ulanib, flakon probirkasi pastga qilib to'nkariladi, tomizgichning bir qismida havo bo'ladigan, naychada esa havo bo'lmaydigan qilib to'ldiriladi; sistemaning ikkinchi uchi esa bemor venasiga kiritilgan ignaga ulanadi. Qon quyish uchun maxsus tayyorlangan bir marta foydalaniladigan sistema steril holatda maxsus o'ramda saqlanadi va qon quyishda ishlatiladi.

SIPK ampulasidan quyish. Ampulaning pastki uchidan rezina qalpoqcha olinadi. Unga qon quyish sistemasining naychasi kirgiziladi. Ampulaning ustki tubusidagi rezina qalpoqcha kesiladi va ustiga steril doka salfetka yopib qo'yiladi.

Sistemani qonga to'ldirish va undan havoni chiqarish uchun sistemaning igna qo'yiladigan oxiri qon solingan ampula sathidan yuqoriga ko'tariladi. Keyin sistemadan qisqich olinadi va tomizgich yarmigacha qonga to'ldirilib, naychadan havo chiqib, qonga to'lishi uchun (naycha ichida qon oqimi paydo bo'lguncha) naycha tomizgich asta-sekin pastga tushiriladi.

Polietillen xaltachadan qon quyish. Qon quyish uchun tomizgichi bo'lgan sistemaning ikkala tomonida ignalari bo'ladi. Qon solinadigan xaltacha bitta igna bilan maxsus naycha orqali teshiladi. Ikkinchi naycha orqali xaltacha tubiga 1-2 sm yetmaydigan uzun igna kiritiladi.

Sistema flakondan quyish qoidasi bo'yicha to'ldiriladi. Sistemaning ikkinchi ignasi bemor venasiga kiritiladi. Ikkita flakon (xaltacha) dan qon quyish. Bu usul ko'p miqdordagi qonni tez quyish yoki ko'p miqdordagi qonni uzoq muddat quyish zarur bo'lganda qo'llaniladi. Shu maqsadda tomizgich bilan ikkala flakon o'rtasiga shisha tronik o'rnatiladi.

Yuqorida aytib o'tilgan usul bo'yicha avval sistemaning birinchi qismi tomizgichgacha bir flakondan, keyin ikkinchi flakondan to'ldiriladi. Sistemaning ikkinchi qismi odatdagi usulga binoan to'ldiriladi. Ikkita flakondan quyishda ulardan birida qon o'rmini bosadigan eritma bo'lishi shart.

Aytib o'tilgan usullarning hammasida sistema qonga to'ldirilgandan so'ng pastki uchiga qisqich kiygiziladi, qon quyish uchun idishlar maxsus tirgakka (shtativga) o'rnatiladi, venaga igna kiritiladi, sistemadan qisqich olinadi, uzoq muddatda qon chiqariladi (havo haydalib) va sistemaga igna ulanadi.

Arterial qon quyishda uzun igna uchiga (flakon), ustki tubusga (ampula) yoki qo'shimcha ignaga (xaltacha) ballon naychasi kiygiziladi, ballondan qon quyish uchun ishlatiladigan idishga havo 160-180 ml simob ustunidagi bosim ostida haydaladi. Qon quyish 100-150 ml daqiqa tezlik bilan o'tkaziladi.

Qon quyishga ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatma

Qon quyishdan oldin har bir davolovchi vrach va hamshira quyilayotgan qon bemor uchun befarq emasligini, davolash usuli va parvarishlashni aniq ko'rsatmalar bilan amalga oshirilishini bilishi kerak.

Qon quyishdan oldin vrach va hamshiralar quyidagilarni bilishi lozim:

1. bemor uchun zarur transfuzion moddani aniqlash (to'liq konservlangan qon va yoki uning fraksiyalari: plazma, eritrositar va leykositar massalar).

2. quyilayotgan qon miqdori va uning tezligini nazorat qilish.

3. qon quyish texnikasi va usulini to'g'ri tanlab bilish.

4. qonni reja bilan yoki tezkor amalga oshirish kerakligi, bemorda qon quyishga qarshi ko'rsatmalar borligini aniqlash.

Qon quyishga ko'rsatmalar.

1. ko'p qon yo'qotish natijasida ro'y bergan o'tkir kamqonlik.
2. bemorlarni og'ir ahvoldan olib chiqish ya'ni sepsis holatlarda.
3. qonni to'xtatish uchun zarur bo'lgan operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish maqsadida (oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yarasidan qon ketganda).

4. travmatik yoki operatsiya natijasida paydo bo'ladigan shoklarda.

5. xirurgik yiringli-septik asoratlarda.

6. kuyish kasalligining hamma fazalarida.

7. kardioxirurgik operatsiyalarda.

8. qon ivishning o'tkir buzilishidan paydo bo'ladigan kamqonliklarda.

Qon quyishga qarshi ko'rsatmalar.

Qon quyilishi natijasida paydo bo'ladigan asoratlarning oldini olish uchun unga qarshi ko'rsatmalarni hisobga olish zarur. Ular quyidagilardan iborat.

1. o'tkir septik endokardit.

2. diffuz glomerulonefrit va qon aylanishi dekompensatsiyasi.

3. II - III darajali, umumiy qon aylanishi yetishmovchiligini keltirib chiqaruvchi yurak parogi, miokarditlar, miokardiofibroz xastaliklari.

4. qon bosimi ko'tarilishi kasalligining III bosqichi, miyaga qon quyilishi, nefroskleroz.

5. miyada qon aylanishining og'ir buzilishi.

6. tromboembolik xastalik.

7. jigar funksiyasining og'ir buzilishi.

8. o'pka shishi.

9. keng tarqalgan umumiy amiloidoz.

10. miliar va disseminar o'pka sil kasalligi.

11. konservlangan qon quyilganda bemor organizmiga foydali moddalar bilan birga ko'p miqdorda oqsilning parchalanish moddalari ham kiradi. Bu esa qon quyilgan izosensibilizatsiya yoki asosiy kasallik

(bronxial astma, allergiya holati natijasida kuchli reaksiyani) keltirib chiqaradi.

Ammo monelik qiladigan hollarda ba'zan hisobga olinmasligi kerak. Chunki, o'tkir qon yo'qotish, travmatik va operatsion shok va qon quyilishi, o'tkir zaharlanish va shunga o'xshash hollar qon quyilgandagina bemorlarni ko'ngilsiz oqibatlardan saqlab qolish mumkin.

Qon quyishda yuz beradigan asoratlari va ularning oldini olish.

Qon quyishdan keyin yuz beradigan asoratlarni 3 guruhga bo'lish mumkin:

1. mexanik xarakterdagi asoratlari.
2. reaktiv xarakterdagi asoratlari.
3. infeksiyon xarakterdagi asoratlari.

Mexanik xarakterdagi asoratlari- qon quyish qoidalari buzilganda ro'y beradi. Havo, qon laxtalari tiqilib qolishi (emboliya), zo'r berib ko'p miqdorda yuborilganda yurak o'ng qorinchasining birdan kengayib ketishi.

Reaktiv xarakterdagi asoratlari- mos kelmaydigan (guruhi, rezus-omili yoki boshqa xususiyatlari to'g'ri kelmasa) qon quyilganda birdan yoki qon quyib bo'lgandan keyin tez orada posttransfuzion shok boshlanadi.

Infeksiyon xarakterdagi asoratlari - qon quyishda yuz beradigan asoratlari orasida eng xavfli asoratlari ya'ni gepatit B, D, C turlari, SPID, zaxm, bezgak, qizamiq kabi kasalliklarni yuqtirib olish mumkin.

1. Gemotransfuzion shok. Bu mos kelmaydigan qon quyishdan keyin yuz beradi (qon guruhini aniqlashdagi xato). Simptomlari: bemorda ko'krak ezilishi, bosh, qorin va bel og'rish, puls tezlashishi, arterial bosimning tushib ketishi, ba'zan ko'tarilishi, beixtiyor siyishi yoki ich ketish hollari kuzatiladi. Bunday hollarda qon quyish darhol to'xtatiladi, plazma, shokka qarshi eritmalar, 5% li glyukoza eritmasi quyiladi. Mos keladigan bir xil guruhdagi qon almashtirib quyiladi va paranefral blokada qilinadi. Uremiya paydo bo'lganda me'da yuviladi, "sun'iy buyrak" apparati yordamida gemodializ qilinadi.

2. Rezus-omili mos kelmaydigan qonni quyishda ba'zan reaksiya birmuncha kechikib yuz berishi mumkin. Albuminuriya va gematuriya paydo bo'lishi tashxisni isbotlaydi. Davosi mos kelmaydigan qon quyishdagi kabi.

3. Ifloslangan qonni quyish. Klinik simptomlari qisqa muddatdan (bir necha soatda) keyin paydo bo'ladi. Bemor qalt-qalt titrab pulsi susayadi, teri va shilliq pardalari ko'karadi, arterial bosim pasayadi. Davosi - mos kelmaydigan qonni quyishdagi kabi, ba'zan antibiotiklar ham qo'llaniladi.

4. Anafilaktik shok. Turli xil oqsillarga nisbatan organizmda sensibilizatsiya paydo bo'ladi. Simptomlari: arterial bosimning pasayib ketishi, puls tezlashishi, teri va ko'rinib turadigan pardalarning oqarishi, nafasning yuzaki bo'lishidir. Davo- shokka qarshi tadbirlar ko'rish, antigistamin preparatlar qo'llashdan iborat.

5. Sitrat shoki. Natriy sitrati ko'p bo'lgan katta miqdordagi qon quyilganda paydo bo'ladi. Klinikasi: gemodinamik buzilishlar, talvasa tutishi bilan ifodalanadi. Davolash uchun 10 % li kalsiy xlorid eritmasi venaga yuboriladi.

6. Pirogen reaksiyalar. Faqat qon emas, balki qon o'mini bosadigan suyuqliklar quyilganda ham paydo bo'lishi mumkin. Bunga ko'pincha turli xil bakteriyalarning hayot faoliyati mahsulotlari bo'lgan pirogen moddalarning organizmga tushishi sabab bo'ladi. Simptomlari: et uvishishi, harorat ko'tarilishi, holsizlik, nafas olishning buzilishi, teriga toshmalar toshishidir.

Pirogen reaksiyalarning oldini olish uchun qon quyishda ishlatiladigan idish va sistemalarni toza tutish yuzasidan ko'rsatmalarni puxtalik bilan bajarish, qo'llaniladigan preparatlarning yaroqlilik muddatini tekshirish va nazorat qilish kerak bo'ladi.

7. Yurakning to'satdan kengayishi. Haddan tashqari tez qon quyilganda yuz beradi. Simptomlari: bemor ko'ksida ezilish hissini sezadi, nafas olish qiyinlashadi, teri va shilliq pardalar ko'karadi.

8. Havo emboliyasi. Havo sistemasi ham qon bilan birga o'ng yurakka va o'pka tomirlarida havo kirganda yuz beradi. Simptomlari: bemor ko'ksida og'riq sezadi, bezovta bo'ladi, ko'karadi, nafas olishi qiyinlashadi, yurak urishdan to'xtaydi.

9. Tromb emboliyasi. Sistemadan va ignalardan qon ivindilari o'pka tomirlariga tushishi va ularda infarkt hosil qilishi mumkin. Simptomlari: ko'krakda og'riq, qon tuflash, ezilish, isitmalash kabi holatlar ro'y beradi. Tromblar bosh miya tomirlariga ham tushishi (arteriovenoz

kommunikatsiyalarda) mumkin. Bunda: bemor hushini yo'qotadi, arterial va venoz bosim tushib ketadi, yuzaki nafas olish paydo bo'ladi.

Tromb tushgan ignalarni sistema orqali "yuvish" (tromboemboliya xavfli bo'lganligi sababli) mutlaqo man qilinadi. Qon quyilgandan keyin asoratlarni ro'y berishini nazarda tutib, tagida ozgina qon qoldiriladi.

10. Qon aylanish sistemasidagi og'irlik va yurak-tomir yetishmovchiligi. Yurakning tez kattalashishi va uning to'xtashi bemor vena tomiriga ko'p miqdorda qon yuborish natijasida o'ng yurak yetishmovchiligiga sabab bo'ladi. Bu hol yurak xastaligi bo'lgan bemorlarda ro'y beradi va uning oldini olish uchun qonni tomchilab quyish zarur.

Ko'p qon quyilganda uni 37°C gacha ilitib quyish yurakning birdan to'xtab qolishi oldini oladi.

11. Kaliydan zaharlanish. Uzoq saqlangan qonda kaliy miqdori oshib ketadi va bu yurak ishini susaytiradi. Bu asoratning oldini olish uchun yangi tayyorlangan eritrositar massa, 10% li kalsiy xlorid eritmasi ishlatiladi. Massiv transfuziya deganda bemorning qon tomiriga 24 soat ichida aylanib yurgan qon hajmining 40-50% i quyilishi tushuniladi. B. V. Petrovskiy fikricha, massiv qon quyish sindromiga quyidagilar kiradi:

12. Yurak-tomir sistemasi asoratlari:

- tomir kollapsi, asistoliya, bradikardiya, yurak to'xtashi va qorinchalar fibrillyatsiyasi;
- qonda kalsiy miqdorining kamayishi, kaliy ko'payishi;
- qonning ivishi va ivishiga qarshi sistemaning buzilishi;
- organizm himoya kuchlarining kamayib ketishi va ichki a'zolar devoriga mayda qon quyilishi.

Bu sindromning oldini olish uchun bemor hayoti xavf ostida bo'lmagan hollarda qonni kam miqdorda quyish va uning tayyorlangan vaqti 3 sutkadan oshmagan bo'lishi kerak.

Quyilgan qon orqali yuqumli kasalliklar yuqishi. Yuqumli kasalliklar bemorga konservlangan qon orqali o'tadi va og'ir asoratlarga sabab bo'ladi. Odatda donorda kasallik inkubatsion davrda bo'lganda yoki uni tekshirishda diagnostik xatoliklarga yo'l qo'yilganda kuzatiladi. Ba'zan kalsallik donorda noaniq belgilar bilan o'tishi mumkin (bezzgak, qizamiq, toshmali va qaytalanuvchi terlama, gripp, virusli gepatit, SPID va b) va

qon orqali retsipiyentda xastaliklarni keltirib chiqaradi. Bunday asoratlarning oldini olish uchun qon quyish muassasalari donorlar yashab va ishlab turgan tumanlardagi kichik tibbiy xodimlar va epidemiologik sharoitdan xabardor bo'lishlari kerak.

Zaxmni yuqtirish. Birlamchi va ikkilamchi zaxm davrlari xavfli hisoblanadi. Bunda qon quyilgach 15 kundan 150 kungacha bemorda zaxm kasalligi belgilari paydo bo'la boshlaydi. Bu asoratni davolash zaxm kasalligini davolash usuli kabi bajariladi. Hozirgi kunda OITS (SPID) kasalligidan saqlanish asosiy muammo bo'lib qolayapti.

Gepatit "B"ning yuqishi. Hozirgi kunda hepatit "B" ning haddan tashqari ko'payib ketishi tibbiyot uchun ma'lum muammolarni tug'dirmoqda. Bu asoratning kelib chiqishiga virus sababli ekanligi ma'lum bo'lsa-da, hanuzgacha u ajratib olinmagan. Qon orqali, to'g'rirogi uning zardobidan o'tadigan xastalik hepatit "B" deyilib, tadqiqotchilarning fikricha, 5-13 dan 40-50 % gacha uchraydi. Teri tashqi qavatining shikastlanishi, shuningdek qon va xirurgik davo usullari natijasida hepatit "B" bemorlarga yuqib qolishi mumkin, bu sabablar orasida qon quyish asosiy rol o'ynaydi. Bu asorat yuz bermasligi uchun donorlar tekshirilishi zarur.

Gemotransfuziya asoratlarini davolash

Gemotransfuzion shokni davolash. Gemotransfuzion shok zudlik bilan davolashni talab qiladi va hayotiy a'zolar funksiyasini buzmasdan bajarilishi lozim. Quyidagi davolash usullari qo'llaniladi:

1. Yurak-tomirlarga spazmolitik va antigistamin dori moddalari qo'llash (2 ml kordiaminni 40% li glyukoza eritmasida eritib, 0,06 mg korglyukon va 2,4% li eufillin), vena ichiga kortikosteroidlar, furosemid preparatlarini yuborish.
2. Reopoliglyukin (400-800 ml), gemodez (400 ml), 10-12 % li (200-300 ml) laktasol.
3. 15% li mannitol yoki sorbitol quyish (200-400 ml).
4. Kumbs reaksiyasiga asoslangan holda yangi tayyorlangan qon (250-300 ml), tez muzlatilgan plazma quyish.

Mannitolning gipertonik eritmasi buyrak filtratsiyasini yaxshilaydi va to'qimalardagi suyuqlikni umumiy qon o'zaniga o'tishiga yordam

beradi. Reopoliglyukin esa mikrosirkulyatsiyani yaxshilab bemorlarni qisqa vaqt ichida shokdan chiqarishga yordam beradi.

Qon preparatlari

Hozirgi zamon tibbiyotida qon komponentlari keng tarqalgan. Qator kasalxonalarda sof qon o'rniga ularni qo'llash birmuncha maqsadga muvofiq hisoblanadi.

Qon komponentlarining turli xillari mavjud bo'lib, xirurgiya amaliyotida ko'p qo'llaniladi.

Plazma olishda 48 soat tindirib qo'yib, keyin olinadi.

Zardob plazma yaratilgandan so'ng olinadi. Plazma va zardob suyuq (nativ plazma va zardob) quruq holda chiqariladi. Quruq plazma 5 yilgacha saqlanishi mumkin. Ishlatilishdan oldin steril distillangan suvda (yorug'likda ko'rsatilgan nisbatda 25-30% li) suyultiradi.

Plazma quyish turli sabablar natijasida yuz bergan shokdan qon ketganda, gemostaz maqsadda, organizm oqsil yo'qotganda (gipoproteinemiya) va boshqa hollarda qo'llaniladi.

Eritrositar massa 80-90% li eritrosit va 20-10 % plazmadan tashkil topgan xaltacha yoki flakonlarda chiqariladi. Kamqonlik gipo va disproteinemiya, intoksikatsiya hollarida qo'llaniladi. Monelik qiladigan hollar qon quyishdagi kabidir.

Leykositar massa tarkibida ko'p miqdorda leykosit bo'lgan preparat. U qon paydo bo'lishining gipoplastik va aplastik hollarida dorilar agranulotsitozi va sepsisda qo'llaniladi. Monelik qiladigan hollarga bemorlardagi antileykositar antitelalar borligi misol bo'ladi.

Trombositar massa suyuq va quruq holda chiqariladi. Bu qonning ivish xususiyati buzilganda (Verlgof kasalligi, aplastik anemiya va boshqalarda) gemostatik vosita sifatida venaga quyish uchun qo'llaniladi.

Monelik qiladigan hollar. Tromb hosil bo'lishiga moyillik.

Qon oqishini, ayniqsa, parenximatoz qon oqishini mahalliy to'xtatish uchun quyidagi preparatlar birmuncha keng qo'llaniladi. Bunga quruq trombin, gemostatik bulut, biologik antiseptik tampon va fibrin pardasi kiradi. Qon ivishiga qarshi preparatlar jumlasiga fibrinolizin va trombolitin kiradi.

Qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar

Qon o'rnini bosadigan suyuqliklar o'zining maqsadiga, yo'nalgan ta'siri, ya'ni arterial bosimni oshirishi, dezintoksikatsiya, plazma oqsillari sintezini tiklashi tufayli keng qo'llaniladi. Ularning ba'zilari kompleks ta'sir ko'rsatadi. Masalan, poliglyukin qon bosimini oshiradi va organizmning zaharlanishini kamaytiradi. Qon o'rnini bosadigan eritmalar odatda venaga tomchilab, ko'pincha qon yoki uning komponentlari bilan birga yuboriladi.

I. Shokka qarshi ta'sir qiladigan qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar: poliglyukin, reopoliglyukin, gemovinil, o'rtacha molekulali polivinil.

II. Dizentoksikatsiya qiladigan qon o'rnini bosuvchi suyuqliklar: gemodez, polidez, gemosob.

III. Parenteral ovqatlanish uchun preparatlar: gidrolizin, kazeingidrolizati, aminopeptid, aminokrovin, lipofundin, nefrovin, vamin, infezol.

Yuqoridagi aytib o'tilgan o'ta ta'sirchan preparatlar bilan birga, tuzli kristallsimon eritmalar: 0,85% li natriy xlorid eritmasi-fiziologik eritma, Ringer-Lokk eritmasi (9g natriy xlorid, 0,25 g kaliy xlorid, 0,23 g kalsiy xlorid, 0,2 g soda, 1 g glyukoza, 1000 ml suv), Ringer-Lokk eritmasi (8 g natriy xlorid, 0,1 g kaliy xlorid, 0,075 g kalsiy xlorid, 0,3 g natriy fosfat, 100 ml suv) va standart tuzli eritmalar: disol, trisol, atsesol. Tuzli eritmalar asosan organizm suvsizlanganda, intoksikatsiyada, ko'p qon yo'qotganda qo'llaniladi. Tuzli insuzin ayniqsa samarali. Tez tayyorlanishi tuzli eritmalarining afzalligi hisoblanadi.

Muolaja hamshirasining ish xususiyatlari

Yirik xirurgik statsionarlarda turli xil dori moddalarini parenteral yuborish bilan bog'liq bo'lgan muolajalarni bajarish uchun maxsus xona ajratiladi.

Operatsion blokda aseptika qoidalariga nechog'li qattiq amal qilinsa, muolaja hamshirasi o'z ishida bu qoidalarga xuddi shunday amal qilishi kerak. Dori moddalarni parenteral yuborish (teri ostiga, mushak orasiga, venaga) iganlari yaxshi o'rnatilgan har xil tipdagi shprislar yordamida

bajariladi. Bemorning inyeksiya qilinadigan sohasidagi terisi spirt bilan yaxshilab artiladi.

Inyeksiya qilishdan oldin hamshira qo'lini albatta oqib turgan suv tagida sovunlab yuvadi. Dori moddasini yuborishdan oldin xatoga yo'l qo'ymasligi uchun dori moddasi solingan ampuladagi yozuvni tekshirib ko'rish kerak. Ampula boshchasi keskichda arralanib, shu joyi spirtga ho'llangan paxta bilan artiladi va sindiriladi. Ampula ichiga igna kiritiladi va ampulani pastga qiyshaytirib, undagi eritma tortib olinadi. Shpris ignasi yuqoriga qilib ko'tariladi va shprisdagi havo chiqariladi.

Inyeksiyalarning har xil turlarini (teri ichiga, teri ostiga va vena ichiga) bajarish usullari bemorlarni parvarish qilishga doir tegishli qo'llanmalarda tasvirlangan. Mikrokateter yordamida vena va arteriya punksiyasi yoki venaga stelet qo'yish, suyak ichiga dori yuborish kabi shifokor bajaradigan muolajalar ham bo'lib, u maxsus qo'llanmalarda yoritilgan.

OITS haqida tushuncha va tibbiyot xodimlarning OITS dan himoyalanihi.

Bu virus retrovirus guruhiga mansub bo'lib, odamlarda immun tanqislik sindromini (OITS) qo'zg'atadi. OITS ni birinchi marta 1981 yili AQSH da Besoqolbozlardan topilgan. Bir yildan so'ng bu kasallik yevropa va boshqa mamlakatlarda ham qayd qilingan. Hozir OITS deyarli barcha davlatlarda tarqalganligi uchun u XX asr vabosi deb ham ataladi. Virusni birinchi bo'lib OITS bilan kasallangan 1983 yili bir-biridan mustaqil ravishda Fransiyada E. Montane va AQSHda R. Gallolar ajratib oladilar va LAY (lymphadenopathy associated virus) limfadenopatiya qo'zg'atuvchi virus yoki HTLV-III deb ataydilar.

O'zbekiston Respublikasi SSV 2007 yil 30 oktabr № 480 buyrug'iga muvofiq tibbiy xodimlar OIV yuqushidan saqlanish choratadbirlari.

Davolash-profilaktika muassasalarining har bir xodimi, ular tomonidan bemorlarga yordam ko'rsatish mobaynida OITS virusining yuqish xavfi mavjudligini ish jarayonida yodda tutish lozim.

Shifoxonaning har bir bo'limida tibbiy asbob anjomlari zararsizlantirish, sterillashdan avvalgi tozalash, sterillash tartib qoidalari va

tibbiy xodimlarning virus yuqishidan ehtiyot choralariga rioya qilinishi ustidan nazorat qiluvchi javobgar shaxs ta'yinlanishi kerak.

Tibbiy xodimlarda SSV tomonidan chiqarilgan direktiv xujjatlar, ko'rsatmalar va uslubiy qo'llanmalardan kerakli ko'chirmalar bo'lishi talab etiladi. Undan tashqari tibbiy muolajalar paytida yuz berish mumkin bo'lgan avariya holatlarida shoshilinch yordam ko'rsatish uchun aptechka va kerakli vositalar bo'lishi shart.

Tibbiy muolajalar paytida OIV yuqishining oldini olishda quyidagi ehtiyot choralariga e'tibor berish lozim. Barcha muolajalar rezina qo'lqoplarda va maxsus kiyimlarda o'tkazilishi zarur (xalat, qo'lqop, niqob zarur bo'lganda muhofaza ko'zoynagi). Shpris ignalar va boshqa o'tkir asboblardan foydalanilganda ularni egmaslik, sindirmaslik talab etiladi.

Bir martalik shpris ishlatilgandan so'ng ignasi chiqarilmasdan darrov yuvish, keyin uning uchi dez eritma to'ldirilgan zararsizlantiruvchi eritmada ko'miladigan holatda 1 soat muddatga solib qo'yiladi yoki bir marta ishlatiladigan shpris, igna, sistema va boshqalar foydalanilgandan so'ng qaytarib olib bo'lmaydigan maxsus yashiklarda to'planib ish kunning oxirida Mufil pechida yoqib yuboriladi.

O'tkir kesuvchi va sanchiluvchi asbob anjomlardan iloji boricha kamroq foydalanish maqsadga muvofiqdir.

Bemor qonini teriga, shilliq qavatlarga va jarohatlangan joylariga tushishini oldini olish uchun quyidagilarga rioya qilish darkor:

- bemor qoni jarohatlangan (timalgan, yorilgan, kesilgan, qirilgan) joylarga tushishini oldini olish maqsadida terining jarohatlangan qismini lekyoplastir bilan o'rash kerak;
- qon yoki organizmning boshqa suyuqliklari sachrashi ehtimoli bo'lganda hamda qon va qon mahsulotlari bilan muolajalar o'tkazilayotganda himoya ko'zoynagi va niqob (maska) taqib olish lozim;
- qon yoki organizmning boshqa biologik suyuqliklari laboratoriyaga jo'natilganga qadar og'zi yaxshi berkitiladigan biks yoki kontinerlarda saqlanishi lozim;
- jarrohlik muolajalarida, abortlarda, tug'ruqni qabul qilishda, stomotolog muolajalarida umuman ko'p qon ketishi bilan olib boriladigan muolajalarda tibbiy xodimlar albatta rezina qo'lqop kiyishi, xirurgik xalat

ustidan rezina fartuk taqishi, himoya ko'zoynagida va niqobda ishlashi zarur;

- "og'izdan-og'izga" sun'iy nafas oldirish boshqa nafas oldirish usuliga almashtirilishi lozim.

Shifoxonada OIV kasalligiga shubhali shaxs topilsa quyidagi choratadbirlar ko'riladi:

- ushbu kasallikka shubha qilingan shaxslar uchun alohida shpris va boshqa tibbiy asbob-anjomlardan foydalanish lozim. Shubhali shaxslarga tibbiy yordam ko'rsatish uchun maxsus tayyorgarlikdan o'tgan tibbiy xodimlar biriktiriladi;

- kasallikka shubha qilingan shaxslarda tashxis tasdiqlanishi bilan yuqumli kasalliklar shifoxonasiga yotqizilishi zarur;

- bemor yotgan xona rezina qo'lqop kiygan holda tozalanadi va dezinfeksiya qilinadi, uning palatada kiygan kiyimlari, o'rin-ko'rpasi, idish-tovog'i va shaxsiy buyumlari zararsizlantiriladi.

II-QISM

XUSUSIY XIRURGIYA

I. YIRINGLI YALLIG'LANISH KASALLIKLARIDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

Xirurgik infeksiya deganda – davolash asosan xirurgik yo'l bilan olib boriladigan aerob va anaerob infektsiyalarning spesifik hamda nospesifik turlari keltirib chiqaradigan xirurgik kasalliklar tushuniladi.

Klinik kechishiga ko'ra:

1. o'tkir xirurgik infeksiyalar.

A) stafilokokkli.

B) streptokokkli.

V) ko'k yiring tayoqchali.

G) qoqshol.

D) gazli gangrena.

2. Surunkali xirurgik infeksiya.

A) spesifik – tuberkulyoz, aktinomikoz.

B) nospesifik infektsiyalar.

Xirurgik infeksiya joylashgan joyiga ko'ra: teri, teri osti klechatkasi, mushaklar, pay qinlari, bo'g'imlar, suyak, seroz bo'shliqlar.

Mexanik va boshqa omillar ta'sirida terining ustki qavati va shilliq pardalar zararlanadi, ana shu yo'l bilan infektsiyalar to'qimalarga tushib ko'payadi va to'qimalar aro bo'shliqlar bo'yicha tarqalib borib, zaharli moddalar- toksinlar ishlab chiqaradi. Toksinlar atrofdagi to'qimalarga to'g'ridan –to'g'ri hamda markaziy nerv sistemasi orqali reflektor tarzda ta'sir qiladi. Xirurgik infektsiyaning avj olishi, yiringli jarayonning yovilishi organizmning immunologik holati va mikroblarning virulentligiga bog'liq. Xirurgik infektsiyaning avj olishida to'qimalarning anatomik- fiziologik xususiyatlari katta o'rin tutadi. Yallig'lanishni keltirib chiqargan agentlar ta'sirida tomirlar o'zgarib ular dastlab torayadi, keyin esa tezda kengayadi. Klinik jihatdan bu yallig'lanish zonasida **mahalliy giperemiya** (qizarish) bilan namoyon bo'ladi. Kengaygan tomirlardan atrofdagi to'qimalarga qonning suyuq qismi leykositlar sizib chiqadi,

mahalliy to'qimalarning hujayralari ko'paya boshlaydi. Bu esa shish - yallig'lanishli infiltrat hosil bo'lishiga olib keladi. Bu zonadan o'tadigan nerv tutamlari yallig'lanishli o'zgarishlar hisobiga bosiladi va ta'sirlanadi, bu - og'riq reaksiyasiga sabab bo'ladi. Qon to'liqligining mahalliy oshishi va to'qimalarning ko'p parchalanishi natijasida hosil bo'lgan bioximik o'zgarishli moddalar tana haroratining ko'tarilishiga olib keladi. To'qimalarning shishishi va og'riq shu qism funksiyasini buzadi.

O'tkir yiringli infeksiyaning avj olishiga quyidagi omillar sharoit yaratadi.

1. Kirish darvozasi sohasida teri trofikasi (oziqlanishi)ning buzilishi
2. Poliinfeksiya (bir necha turdagi mikroblarning birgalikda ta'sir etishi)
3. Superinfeksiya (virulentligi bilan farq qiluvchi mikroblarning yangi turlari kirishi yoki to'planishi)

Mahalliy xirurgik infeksiya

Furunkul (chipqon) deb, bitta soch xaltachasi va teri yog' bezining yiringli yallig'lanishiga aytiladi.

Etiologiyasi. Shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilmaslik, qashinish, organizm umumiy zaiflashishi, qandli diabet bilan org'rgan bemorlar, vitamin yetishmasligi (avitaminoz) chipqon chiqishiga imkon yaratuvchi asosiy sabablardir.

Klinikasi. Avvaliga teri qichishadi, keyin sezilar sezilmas og'riq paydo bo'ladi. Soch xaltachasi yoki yog' bezi atrofida qizarish, o'rtacha kattalikda shish paydo bo'ladi. Bu simptomlar 1-2 kecha-kunduz davomida rivojlanadi. Keyinchalik yallig'lanish yuz bergan joydagi terining rangi ko'kish och qizil tus oladi, infiltrat kattalashadi, og'riq zo'rayib boradi. Yallig'lanish o'chog'i markazida yiringli pufakcha yuzaga keladi. Yiring tufayli halok bo'lgan to'qimalarda nekrotik o'q o'zak rivojlanadi. Birinchi haftaning oxirida ichiga yiring to'plangan pufakcha yoriladi, yiring u bilan birga esa, nekrotik o'q ham chiqib ketadi. Ana shundan so'ng infiltratsiya va shish pasayadi, asta-sekin og'riq ham qoladi. Chipqon odamning yuziga, ayniqsa, ustki labi sohasiga chiqsa xatarlidir, chunki yallig'lanish o'chog'idan infeksiya bosh suyagining venoz sinuslariga tarqalib ketishi miya pardalarining yallig'lanishiga va oxir oqibatda o'limga olib kelishi ham mumkin.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlarga asoslanadi.

Davolash. Chipqonga umumiy va mahalliy davo qilinadi. Mahalliy davo qilishda to'qimalar o'chog'i atrofi 70% li spirt yoki 5% li kaliy permanganant, 0, 5-1% li brilliant yashil eritmasi va boshqalar surtiladi. Yallig'lanish o'chog'i bor joydagi sochlar yaxshilab qirib tashlanadi. Dastlabki bosqichda fizioterapevtik muolajalar, jumladan, ultrabinafsha va lazer nurlari, UVCh terapiya va boshqalar o'tkaziladi. Shuningdek o'rab olgan yumshoq to'qimalarni novokain va ta'sir doirasi keng antibiotiklar bilan infiltrativ blokada qilinadi. Agar jarayon yuqori harorat va zaharlanish bilan davom etsa, u holda yotib davolaniladi. Xirurgik usul bilan yiringlagan chipqon kesilib, o'zagi va yiringli suyuqlik chiqarilib tashlanadi. Keyin jarohat bo'shlig'i antiseptik eritmalar bilan yuviladi va quritiladi. Jarohatga levomekol malhami qo'yilib, jarohatga steril bog'lam qo'yiladi.

Furunkulyoz - tananing turli sohalarida bir nechta soch xaltachalarining yiringli yallig'lanishiga aytiladi.

Etiologiyasi. Shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilmaslik, vitamin yetishmovchiligi, infeksiyon kasalliklar bilan kasallanish.

Klinikasi. Dastlabki bosqichlarda soch xaltachasida maddali do'mboqcha paydo bo'ladi. Avvaliga shu do'mboqcha paydo bo'lishidan oldin terida qichishish, keyin sezilar - sezilmas og'riq paydo bo'ladi. Kasallikning uchinchi kundan boshlab soch xaltachasi atrofida qizarish va shish paydo bo'ladi. Keyinchalik yallig'lanish yuz bergan joydagi terining rangi ko'kish och-qizil tus oladi, infiltrat kattalashadi. Og'riq zo'rayib boradi. Chipqondan farqli ravishda, tananing turli sohalarida asta-sekin, yallig'lanishli infiltratlar paydo bo'ladi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlarga asoslanadi.

Davolash. Furunkulyozga umumiy va mahalliy davo qilinadi. Mahalliy davoga zararlangan soha terisini antiseptik eritmalar bilan (70 % li spirt, furatsillin eritmasi) zararsizlantiriladi. Umumiy davoga autogemoterapiya (mushaklar orasiga bemorning 5-10 ml qoni yuboriladi) davolash kursi uchun 3-5 marta inyeksiya qo'llaniladi. Bundan tashqari

oqsillar va vitaminlarga boy ovqatlar, ultrabinafsha va lazer nurlari qo'llaniladi, umumiy antibiotik terapiya va boshqalardan foydalaniladi.

Karbunkul - yonma-yon joylashgan bir necha soch xaltachalari va yog' bezlarining o'tkir yiringli – nekrotik yallig'lanishi.

Etiologiyasi. Kasallik qo'zg'atuvchisi ko'proq tillarang stafilokokkdir. Ba'zan stafilokokk va streptokokk infeksiyasi bir-biri bilan aralashib ketadi. Kasallik kelib chiqishida gipovitaminozlar, semizlik, qandli diabet bilan og'rishlar sabab bo'ladi.

Klinikasi. Karbunkul haroratning sezilarli darajada ko'tarilishi va qattiq og'riq bilan boshlanadi. Qizarib shishib chiqqan joy tez kattalashib boradi. Teri ko'kimtir qizil rangga kiradi, yallig'langan joy atrofi shishib, teridan bo'rtib chiqadi. Zararlangan sohada bir nechta tuynukchalar paydo bo'lib ulardan yiring ajralib chiqa boshlaydi. Ayrim tuynukchalar bir-biriga qo'shib ketadi. Yallig'lanish jarayoni chuqurlashib, mushak pardasigacha yetib boradi. Bemorlarda tana harorati 40° C gacha ko'tariladi va u et uvishishi, behuzur bo'lish, qayt qilish, boshning qattiq og'rish, uyqusizlik bilan kechadi. Karbunkul ko'proq yuqori labda, bo'yin orqasida, bel va dumg'aza qismlariga chiqadi. Karbunkul odamning yuzida ayniqsa, yuqori labida bo'lsa xatarlidir. Yiring chiqib nekrotik to'qimalar tushib ketgach, bemorning umumiy ahvoli sezilarli darajada yaxshilanadi. Karbunkulning furunkuldan farqli tomonlari shundaki, karbunkulda bir nechta soch xaltachalari yallig'lanadi, yallig'langan soha chandiqli hosil qilish bilan tugaydi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlarga asoslanib qo'yiladi.

Davolash. Bemor jarrohlik bo'limiga albatta yotqizilishi kerak. Dastlabki bosqichda novokain - ampitsillin eritmali infiltrativ blokadani qo'llash mumkin. Bundan tashqari og'riqsizlantirish va antibiotiklarni sulfanilamidlar bilan birga qo'shib, mushak orasiga yuborish buyuriladi. Karbunkul odamning yuzida paydo bo'lgan hollarda suyuq ovqatlar bilan cheklaniladi, gaplashish man etiladi. Chipqondan farq qilib, karbunkulda ko'pincha jarrohlik yo'li bilan davolash qo'l keladi. Zararlangan soha X-simon yoki xochsimon qilib kesiladi. Nekrotik to'qima, teri va yumshoq to'qimalarning hammasi to sog'lom joygacha qirqib olinadi. Keyin jarohat bo'shlig'i antiseptik eritmalar bilan (gipertonik eritma-furatsillin) bilan

yuviladi va jarohat quritiladi. So'ngra jarohat bo'shlig'iga Vishnevskiy mazi surtilgan tamponlar qo'yiladi va jarohat steril bog'lam bilan bog'lanadi.

Gidradenit - ter bezlari, ayniqsa, qo'ltiq osti ter bezlarining o'tkir yiringli yallig'lanishidir.

Etiologiyasi. Ushbu kasallikning qo'zg'atuvchisi odatda tillarang stafilokokk bo'ladi. Teri kasalliklari (ekzema, toshma), haddan tashqari ko'p terlash, terining ifloslanishi sabab bo'ladi.

Klinikasi. Gidradenit ko'proq qo'ltiq sohasida, jinsiy va anal teshik atrofi sohaslarida esa kamroq kuzatiladi, ayollarda sut bezlari sohasida ham paydo bo'lishi mumkin. Kasallik teri osti kletchatkasida bezillab turadigan tuguncha paydo bo'lishi bilan boshlanadi, uning ustidagi teri asta-sekin ko'kimtir qizg'ish rangga kiradi. Infiltrat kattalashib, flyuktuatsiya paydo bo'ladi, yiringli oqma yara paydo bo'lib qaymoqsimon modda ajralib chiqib boshlaydi. Kasallik uzoq cho'zilib, tez-tez qo'zib turadi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlarga asoslanadi.

Davolash. Dastlabki bosqichda ultrabinafsha nurlari, UVCh, novokain-ampitsillinni infiltratsion blokadalar ko'proq foyda beradi. Davo qilishda antibiotiklar sulfanilamidlar bilan birga qo'shib qo'llaniladi, shuningdek, autogemoterapiya qo'llaniladi.

Absess - to'qimalarning piogen parda bilan qoplangan chegaralangan yiringli yallig'lanishidir.

Absess teri osti kletchatkasida, mushaklarda, suyaklarda va ichki a'zolarida (o'pka, jigar, buyraklarda va bosh miyada) uchraydi.

Etiologiyasi - odatda kasallik qo'zg'atuvchisi stafilokokk yoki streptokokk ba'zan ichak tayoqchasi, saprofitlar, anaerob mikroorganizmlar hisoblanadi. Kasallikka asosiy sabab gipovitaminoz, organizm reaktivligining pasayib ketishidir.

Klinikasi. Kasallik boshlangan davrda Absess sohasida to'xtab-to'xtab turadigan og'riq paydo bo'ladi. Keyin asta-sekin shish va qizarish ortib, tungi og'riq yuzaga keladi. Absessning keyinchalik avj olishida bemorning umumiy ahvoli sezilarli darajada og'irlashadi. Tana harorati 39-40° C gacha ko'tariladi. Umumiy darmonsizlik, ishtahasizlik, uyqu buzilish kabi umumiy belgilar ham qo'shiladi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlar, laboratoriya tahlili va instrumental tekshirishlarga asoslanadi.

Davolash. Dastlabki davolash davrida Absessni chegaralash maqsadida: issiq muolajalar (isituvchi kompresslar, grelka, UVCh) va tinchlik rejimi buyuriladi. Flyuktuatsiya aniqlangan hollarda jarrohlik yo'li bilan davolash ya'ni Absessni kesish zarur. Operatsiyani mahalliy og'riqsizlantirish yoki venaga yuboriladigan narkoz ostida amalga oshiriladi. Jarohat ochilib yiring chiqarilgandan so'ng jarohat bo'shlig'iga drenaj yaxshilab qo'yiladi. Drenaj uchun dokadan qilingan tamponlardan, turli o'lchovlardagi naychalardan yoki rezina qo'lqop drenajlaridan foydalaniladi. Jarohatga qo'yilgan drenajlar har kuni, ba'zan 12 soatda 2 marta almashtirilishi lozim. Jarohatda drenajlar yiring butunlay ajralib chiqmaguncha turadi. Absess bo'shlig'i antiseptik eritmalar bilan yuviladi, keyin unga antibiotiklar va proteolitik fermentlar yuboriladi va jarohat sohasidagi teriga steril bog'lam qo'yiladi.

Flegmona – deganda to'qimalarning asosan teri osti, muskullararo, qorin parda osti kletchatkasining tarqoq yiringli yallig'lanishi tushuniladi.

Etiologiyasi. Kasallik qo'zg'atuvchisi ko'proq stafilokokklar va streptokokklar

Klinikasi. Kasallik birdaniga boshlanib, og'riq, et uvishishi, darmonsizlik va tana haroratining 40° C gacha ko'tarilishi bilan kechadi. Yallig'lanish o'chog'ida shish paydo bo'ladi, og'riqli madda yuzaga keladi, oyoq qo'li zararlangan bemorlarda ularning bajaradigan funksiyasi keskin pasayib ketadi. Nekrotik o'choqning asta-sekin bitib ketmasligi natijasida jarohat o'ziga xos tus oladi – uning chetlari do'ppayib chiqadi, qing'ir-qiyshiq shakl oladi. Flegmona Absessdan farqli ravishda tez tarqalishi va bemor ahvolini og'irlashtirish bilan xarakterlanadi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlar, laboratoriya tahlili va instrumental tekshirishlarga asosan qo'yiladi.

Davolash. Kasallikning dastlabki bosqichida mahalliy novokainli blokadalar qo'llaniladi. To'qimalarning yiringli irishida yiringli bo'shliqni yetarlicha kattalikda kesib ochiladi, shundagina yiringning ravon chiqishiga sharoit bo'ladi. Jarohat cho'ntaklari ochiladi, bo'shliqlar yiringli suyuqlikdan tozalanadi va gipertonik eritma shimdirilgan doka bilan

yumshoq tamponlanadi. Bundan tashqari, umumiy davo sifatida antibiotik terapiya, immun sistemani kuchaytiruvchi terapiya va vitamin terapiya o'tkaziladi.

Saramas – terining, ba'zan shilliq pardaning kuchayib boruvchi o'tkir yallig'lanishidir.

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchisi – streptokokk A dir. Terining ifloslanishi va kichik jarohatlar kasallikning avj olishi uchun qulay sharoit hisoblanadi.

Klinikasi. Kasallik to'satdan boshlanib, tana haroratining ko'tarilishi va et uvishishi, bosh og'rig'i, ba'zan qayt qilish bilan kechadi. Terida tez kattalashuvchi yallig'lanish paydo bo'ladi. Sog'lom va yallig'langan to'qimalar o'rtasidagi chegara aniq bilinib turadi. Qizarib shishgan joylar sog'lom teri ustidan ko'tarilib turadi. Kasallik o'rta hisobda 5-10 kun davom etadi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlarga asoslaniladi.

Davolash. Sulfanilamidlardan (streptotsid) sepma dori hoida qo'llash mahalliy davo qilishga kiradi. Bundan tashqari zararlangan joyga yod eritmasi yoki vishnevskiy malhami bilan kamfora moyi, furatsillin eritmasi surtiladi. Antibiotiklar va sulfanilamid preparatlar bilan umumiy davo olib boriladi.

Limfangoit – limfa tomirlarining yallig'lanishidir.

Etiologiyasi. Limfa tomirlarining yallig'lanishiga stafilokokklar sabab bo'ladi. Ko'pincha oqma yaralar yoki mahalliy yiringli jarayonlar paydo bo'lishi natijasida ikkilamchi yuzaga keladi.

Klinikasi. Kasallikning klinik manzarasi jarayonning oldini olishga, infeksiyaning virulentligiga shuningdek mahalliy to'qima reaksiyasiga bog'liq. Yuza mayda limfa tomirlar yallig'langanda saramasga o'xshab terining qizarishi kuzatiladi. Teri qichishadi, sal-pal achishadi. Yirikroq limfa tomirlari zararlanganda ingichka qizil yo'llar paydo bo'lib, ular dastlabki o'choqdan regional limfa tugunlariga cho'zilib borgan bo'ladi. Og'riq kuchayadi, shish kattalashadi, bemorda lohaslik paydo bo'ladi, tana harorati ko'tariladi va bezovtalik kuzatiladi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlar va laborator tahlilga asosan qo'yiladi.

Davolash. Yuqoriga ko'tarilib qo'yilgan qo'l yoki oyoqni osoyishta tutish zarur. Zararlangan qism qimirlamaydigan qilib qo'yiladi. Isituvchi kompresslar va boshqa fizioterapevtik muolajalar qo'llaniladi. Antibiotiklar va sulfanilamidlar ham ishlatiladi. Agar jarayonga yiring ham qo'shilsa o'choq kesilib, jarohat drenaj qilinishi zarur.

Limfadenit – limfa tugunlarining yallig'lanishidir.

Etiologiyasi. Kasallikni qo'zg'atuvchilar yiringlatuvchi mikroblardir.

Klinikasi. Limfa tugunining o'tkir yallig'lanishi mahalliy og'riq va shish bilan kechadi. Kasallikning dastlabki bosqichida kattalashgan ayrim limfa tugunlarini paypaslab ko'rish mumkin, keyinchalik ular bir-biri bilan qo'shib, yagona konglomeratga aylanadi. Ba'zan jarayon yiringlash va parchalanish oqibatida murakkablashishi ham mumkin, bu holda bemorlarning ahvoli yomonlashadi, tana harorati ko'tariladi va eti uvishadi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlar, qon tahliliga asoslaniladi.

Davolash. Yallig'lanishning birlamchi o'chog'ini bartaraf qilishga harakat qilinadi. Buning uchun bemorga tinch yotish, issiq muolajalar, spirtli kompresslar, antibiotiklar va sulfanilamidlar buyuriladi. Agar jarayon yiringlasa, yiring ochilib, yiringdan tozalanadi va jarohat bo'shlig'iga drenaj nay qo'yiladi.

Mastit deb, sut bezining yallig'lanishiga aytiladi.

Ko'pincha emizuvchi ayollarda, ayniqsa, birinchi marta tuqqan ayollarda kuzatiladi. Shuningdek, mastit chaqaloqlarda va balog'atga yetish davrida ham kuzatiladi.

Etiologiyasi. Odatda mastit stafilokokk va enterobakteriyalar tufayli kelib chiqadi. Ko'krak uchlarining yorilishi, shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilmaslik ham sabab bo'ladi.

Klinikasi. Kasallik jadallik bilan boshlanadi. Yallig'lanish eti uvishishi, sut bezining tez kattalashishi va sut bezida qattiq shish paydo bo'lishi bilan kechadi. Sut bezi kattalashganda usti qizargan teri ostidagi qattiqlik paypaslanadi. Tungi og'riqlar, uyqusizlik, umumiy darmonsizlik yuzaga keladi. Tana harorati 40° C gacha ko'tariladi. Qonda leykositoz ko'payadi. Mushak osti limfa tugunlari kattalashganini aniqlash mumkin.

Agarda mastit o'z vaqtida davolanmasa, infiltratning yiringga aylanishi yuz beradi va mastitning flegmanoz-gangrenoz turi avj oladi. Bemorning ahvoli yomonlashadi. Yallig'lanish o'chog'i ustidagi teri qizaradi, ko'krak uchining ichiga botib ketgani ko'rinadi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlar, qon tahlili va sut bezi rentgenogrammasiga asosan qo'yiladi.

Davolash. Birinchi navbatda bolani ko'krak-ona suti bilan boqish to'xtatiladi, biroq sutni muntazam sog'ib tashlanadi, fizioterapevtik davolash tadbirlari qo'llaniladi. Kasallik o'z vaqtida davolansa, doridarmonlar foyda berib, tez sog'ayishga olib keladi. Bu davrda antibiotik terapiyani sulfanilamidlar bilan birga qo'llaniladi. Sut bezining infiltratsiyasiga novokainli antibiotiklar: ampitsillin bilan birga 0,5% li novokain 200 ml miqdorda (500 000 TB) yuborilsa yaxshi foyda beradi. Agar sut bezi yiringlasa darhol jarrohlik yo'li bilan davolash tavsiya etiladi. Sut bezida radiar kesim o'tkaziladi, bu kesim ko'krak uchi atrofidagi pigmentli sohaga tegmasligi kerak, aks holda sut chiquvchi yo'lchalar shikastlanadi. Absess bo'shlig'i barmoq bilan tekshirib ko'riladi, bo'shliq keng ko'lamli drenaj qilinadi. Absess bo'shlig'i antibiotiklar, antiseptik eritmalar bilan doimiy yuvib turiladi.



68. Rasm. Sut bezidagi absess bo'shliqlari



69. Rasm. Mastit operatsiyasi

Parotit deb quloq oldi bezining yiringli yallig'lanishiga aytiladi.

Etiologiyasi. Stafilokokklar va aralash flora kasallik qo'zg'atuvchilardir.

Klinikasi. Quloq oldi soʻlak bezi sohasida ogʻriq va shish paydo boʻladi. Bemorning ahvoli asta-sekin yomonlashadi, tana harorati 38-39° C gacha koʻtariladi. Bemor ogʻizni ochishga, ovqat eyishga qiynaladi. Boʻyin sohasida shish paydo boʻlib, lunjga, yumshoq tanglayga, halqum devoriga tarqalishi mumkin. Ayrim hollarda yuz nervi ham falajlanishi mumkin. Bemorda darmonsizlik, ishtahaning pasayishi kabi belgilar kuzatiladi. Jarayon umumiy tus olgan hollarda oʻlim bilan ham tugashi mumkin. Bu hol qachonki quloq oldi bezi yalligʻlanishiga yiringli jarayon qoʻshilsagina yuzaga keladi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, obʻyektiv va subʻyektiv tekshirishlar, qon tahliliga asoslanadi.

Davolash. Ogʻiz boʻshligʻi gigiyenasi muhim ahamiyatga ega. Ogʻiz boʻshligʻini antiseptik suyuqliklar bilan chayish lozim. Kasallikning dastlabki bosqichlarida issiq muolajalar (isituvchi kompresslar, UVCh) va antibiotiklar qoʻllaniladi. Bez yiringlaganda jarrohlik yoʻli bilan davolanadi. Kesim pastki jagʻning orqa tomoni boʻylab oʻtkaziladi, bunda yuz nervlarini shikastlantirmaslik uchun uning tarmoqlari va yoʻli hisobga olinadi. Quloq oldi bezi kapsulasi ochiladi, yiring chiqariladi va yiringli boʻshliq vodorod peroksid, xlorgeksidinning 0, 02 % li eritmasi bilan yuviladi va keng koʻlamda drenaj qilinadi. Jarohat boʻshligʻiga Vishnevskiy malhami yoki sintomitsin malhami singdirilgan bogʻlamlar qoʻyiladi. Bemorga parhez buyuriladi, quvvatga kirituvchi dori-darmonlar va vitamin terapiya buyuriladi.

Osteomielit – suyak koʻmigining yiringli yalligʻlanishi.

Etiologiyasi. Kasallikni stafilokokk, streptokokk va boshqa mikroblar qoʻzgʻatadi. Infeksiya asosan gematogen yoʻl bilan oʻtadi. Kasallikning kelib chiqishida turli xil travmalar ham sabab boʻladi.

Klinikasi. Kasallik birdan boshlanib, tana harorati 39-40° C gacha koʻtariladi, kamquvvatlik, et uvishishi bilan davom etadi. Bemor bosh ogʻriyotganidan, koʻp chanqashdan, koʻngil aynishi qusishga shikoyat qiladi. Kasallikning dastlabki kunlarida ogʻriq tutib-tutib turadi. Yalligʻlanishga mahalliy toʻqima shishi qoʻshilgandan keyingina ogʻriq kuchaya boshlaydi. Qoʻl-oyoqlar harakati cheklanib qoladi. Salgina harakat ham kuchli ogʻriqni yuzaga keltiradi. Yalligʻlangan joy ustidagi

teri qizaradi, shishadi, keyinroq esa flyuktuatsiya (chayqalish) paydo bo'ladi

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlar, qon tahlili va suyaklar rentgenografiyasiga asoslaniladi.

Davolash. Kasallangan joyni bezovta qilmaslik, kasallangan qo'l yoki oyoqni immobilizatsiya qilish (gipsli longetalar, ba'zan tortish usuli qo'llaniladi) zarur. Antibiotiklar, sulfanilamidlar va nitrofuran doridarmorlar keng qo'llaniladi. Antibiotiklarni yuborish va yiringni chiqarib tashlash uchun suyakka igna yoki mikroirrigatorlarni kiritish bilan suyak mikroperforatsiya usuli qo'llaniladi. Og'ir holatlarda suyak treponatsiyasi (suyakni teshish) o'tkaziladi va suyak kanalini yuvish uchun irrigatorlar kiritiladi. Jarohatga bir necha kun davomida eng yuqori dozalarda antibiotiklar tinimsiz yuborib turiladi.

Tendovaginit – pay qinlarining yallig'lanishidir.

Etiologiyasi. Stafilokokklar va aralash infeksiyalar sabab bo'ladi.

Klinikasi. Infilttratli madda yuzaga kelishi, terining qizarishi, og'riq va harakatlarning cheklanganligi - yiringli tendovaginit uchun xos xususiyatdir. Bemorda tana harorati ko'tariladi, tez-tez eti uvishib turadi. Bemor paydagi og'riqni yengillashtirish maqsadida kasallangan qo'l yoki oyog'ini bukib oladi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlar, qon tahliliga asosan.

Davolash. Harakatlantirmaslik va immobilizatsiya qilish, yiringli o'choqni darhol kesish va yiringni chiqarib tashlash zarur. Jarohat bo'shlig'i yiringdan tozalangandan so'ng, antiseptik eritmalar bilan yuviladi va jarohat bo'shlig'iga levomekol malhami surtilgan bog'lamlar qo'yiladi. Antibiotiklar, immun faoliyatni yaxshilovchi vositalar, vitamin terapiya buyuriladi.

Panaritsiy (xasmol) deb barmoq to'qimalarining yiringli yallig'lanishiga aytiladi. Joylashgan joyiga ko'ra: teri, teri osti kletchatkasi, suyak, bo'g'im va pay qini xasmollari tafovut qiladi.

Xasmol odatda qo'l kafti yuzasiga, tuklar va yog' bezlari bo'lmagan joylarga chiqadi.

Etiologiyasi. Kasallik qo'zg'atuvchisi ko'proq stafilokokklar, ba'zan aralash infeksiyalardir. Kasallik ko'pincha mayda shikastlardan, yot jismlarning kirib qolishidan keyin paydo bo'ladi.

Klinikasi. Barmoqda qattiq og'riq va shish kuzatiladi. Ko'pincha yiringli jarayon boshlanganda lo'qillovchi og'riq paydo bo'ladi. Bunda nafaqat barmoq, balki butun panja hamda bilak funksiyalari buziladi. Yallig'lanish jarayoni qanchalik yuza joylashsa, u qo'lga shunchalik yaxshi paypaslanadi. Og'riq esa sust bo'ladi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlar, qon tahliliga asoslanadi.

Davolash. Barmoqda infiltratsiya va shish aniqlanganda yarim o'tkazgichli lazer, UVCh, novokain blokadasi, spirtli kompress va issiq vanna qilish tavsiya qilinadi. Yiring paydo bo'lganda, o'choq jarrohlik yo'li bilan kesib ochiladi, yiring chiqariladi va drenaj qo'yiladi. Antibiotiklar, vitamin terapiya o'tkaziladi.

Umumiy xirurgik infeksiya

Sepsis

Sepsis - bu turli-tuman mikroflora va ularning toksinlari qo'zg'atadigan og'ir umumiy xirurgik infeksiyon kasallikdir. Sepsis birlamchi va ikkilamchi bo'ladi.

Agar mikroblar to'g'ridan-to'g'ri organizmga qon orqali tushishi bilan kasallik paydo bo'lsa, birlamchi sepsis, agar birlamchi yallig'lanish o'choqlari (chipqon, karbunkul, osteomielit, flegmona va Absesslar) orqali rivojlanadigan bo'lsa, ikkilamchi sepsis deyiladi. Sepsis bir necha soatdan (yashin tezligida o'tadigan) uzoq yillargacha (surunkali turi) davom etadi.

Sepsis turlari va klinik belgilarining turli-tumanligi uni tasniflashda birmuncha qiyinchiliklar tug'diradi. Sepsisning quyidagi turlari bor.

1. **Qo'zg'atuvchisi bo'yicha** - stafilokokkli; streptokokkli; pnevmaokokkli; gonokokkli; kolibatsillyar; aralash va boshqalar.

2. **Manbai bo'yicha** - jarohat sepsisi; ichki a'zolar kasalligi (angina, zotiljam va boshqalar) dan keyingi, operatsiyadan keyingi kriptogen (manbai aniqlanmagan).

3. **Birlamchi o'choqning joylashishi bo'yicha** - ginekologik; urologik; otogen va hokazo.

4. Klinik kechishi bo'yicha - yashin tezligida o'tadigan; o'tkir; yarim o'tkir; qaytalanuvchi; surunkali.

5. Klinik-anatomik jihatdan – septisemiya – yiringsiz, metastaz bermaydigan, septikopiemiya – yiringli, metastaz beradigan.

Sepsisning o'ziga xos simptomlari yo'q. Yiringli zaharlanish sepsisga yaqin klinik manzarani yuzaga keltirib, tashxis qo'yishni qiyinlashtiradi.

Sepsisda eng ko'p uchraydigan klinik belgilar:

Markaziy nerv sistemasi tomonidan yuz beradigan buzilishlar: bosh og'rishi, tajanglik, uyqusizlik, asab sistemasi faoliyatining pasayishi;

Organizmning umumiy reaksiyasi: haroratning 40°C gacha ko'tarilib, ertalab va kechqurunlari anchagina o'zgarib turishi, yiringli metastazlarda et uvishishi va tez-tez terlash, ozib ketishi;

Yurak-tomirlar sistemasi tomonidan pulsning keskin tezlashuvi, to'lishuvining kamayishi, arterial va venoz bosimning pasayishi;

Anemiya rivojlanishi, EChT va leykositozning oshishi, limfositlar yo'qligi yoki oz miqdorda bo'lgani holda leykositar formulaning chapga surilishi. Qator hollarda qon ekilganda bakteremiyani (bakteriyalar borligini) aniqlash mumkinligi;

Parenximatoz a'zolar tomonidan siydik nisbiy zichligining pasayishi va unda oqsil hamda shaklli elementlar paydo bo'lishi bilan birga buyraklar va jigar funksiyasining yomonlashishi, sariqlik va gepatitga xos belgilarning paydo bo'lishi, taloqning kattalashishi;

Ovqat hazm qilish sistemasi tomonidan; ishtaha yo'qligi, septik ich ketishi, ko'ngil aynishi va qusish hisoblanadi. Septik jarohat uchun: granulyatsiyalarning yumshoqligi, loyqa tusli va ko'pincha irigan suyuqlikning juda kam ajralishi, tomirlar trombozi, limfangoitlar, limfadenitlar qayd qilinadi. Aytib o'tilgan hamma simptomlar barqarorligi bilan ajralib turadi.

Yashin tezligidagi sepsis jadal rivojlanib, simptomlarning to'liq kompleksi bir necha soat ichidayoq namoyon bo'ladi.

O'tkir sepsisda to'liq klinik manzaraning rivojlanishi uchun bir necha kun talab etiladi.

Yarim o'tkir sepsisda simptomlar sepsis uchun xarakterli bo'ladi, biroq dastlabki ikki shaklidagi kabi aniq bo'lmaydi. Jarayon bir necha hafta davom etadi va rivojlanadi.

Surunkali sepsis sust kechadi va kasallik alomatlari bilinar-bilinmas bo'lib, bir necha oygacha cho'ziladi.

Qaytalanuvchi sepsisda zo'rayish davri remissiya (so'nish) davri bilan almashinadi.

Metastazli sepsis (septikopiyemiya) turli to'qimalar va a'zolarida ko'p sonli yiring bog'lagan joylar paydo bo'lishi bilan, simptomatik belgilar zo'raygan holda o'tadi.

Metastazsiz sepsis (septisemiya) odatda birmuncha og'ir va doimiy bo'ladi. Bunda remissiyalar kuzatilmaydi va simptomatika aniq namoyon bo'ladi.

Davosi. Statsionar sharoitda shifokor nazoratida kompleks bo'lishi va qo'zg'atuvchiga qarshi kurashga, zaharlanishni kamaytirishga, organizmning immunitetini oshirishga, moddalar almashinuvi va ichki a'zolar funksiyalari, shuningdek qon tarkibini yaxshilashga qaratilishi lozim. Bemorlarga choy, vitaminli ichimliklar, sutni ko'p miqdorda ichirish, teri ostiga yoki venaga fiziologik eritma va 5% li glyukoza eritmasi, qon, plazma va oqsil preparatlari yuboriladi. Bemorning ovqati vitaminlarga boy va sifatli bo'lishi kerak. Shuning uchun go'sht ekstrakti, qaynatilgan baliq, tuxum, tvorog beriladi. Ularga yangi sabzavotlar va mevalar iste'mol qilish tavsiya etiladi. Antibiotiklar ularning sepsis keltirib chiqargan mikrofloraga sezuvchanligini hisobga olgan holda tayinlanadi.

Profilaktikasi. Infeksiya o'chog'ini faol davolash, jumladan, yiringli va metastatik o'choqlarni o'z vaqtida ochish, yot jismlarni olib tashlash alohida ahamiyatga ega.

Bemorni parvarish qilishda qo'rquv va his-hayajonlarni bartaraf etishning ahamiyati katta. Bemor xonasining havosi toza bo'lishi lozim.

Bemorda yotoq yaralar paydo bo'lmasligi va ichi yaxshi yurishib turishini kuzatib borish kerak.

Gazli gangrena

Gazli gangrenani shu guruhdagi (gazli gangrena tayoqchasi) mikroblar keltirib chiqaradi.

Uning rivojlanishida shikastlangan va nekrotik yumshoq to'qimalarning borligi hamda qon aylanishining buzilishi katta ahamiyatga ega. Ushbu kasallik ko'pincha mushaklarga ko'p shikast yetgan, ifloslangan va yirtilgan, lat yegan jarohatlarda paydo bo'ladi. Inkubatsiya davri 7 kungacha davom etadi.

Anaerob infeksiya yallig'lanish reaksiyasi ro'y bermasdan o'tadi va to'qimalarning irishi, shish paydo bo'lishi va to'qimalarda mikroblar ajratadigan zaharlar ta'sirida gaz hosil bo'lishi bilan ta'riflanadi.

Patologoanatomik o'zgarishlar va klinik kechishi bo'yicha gazli gangrenaning quyidagi turlari bor.

shish shakli - to'qimalarning qattiq shishishi va zaharlanish hodisalari bilan o'tadi;

emfizematoz shakli - to'qimalarda gaz hosil bo'lishi bilan o'tadi;

aralash shakli - qattiq shish bilan birga ko'p miqdorda gazlar ham hosil bo'ladi;

nekrotik shaklida - to'qimalar nekrozi ustunlik qiladi;

flegmanoz shakli - klinik jihatdan oldingilaridan yengilroq kechadi (yiring paydo bo'ladi);

gangrenoz shakli - to'qimalarning ko'proq irishi, kuchli zaharlanish bilan o'tadi va xatarli kechadi.

Klinikasi. Umumiy klinik manzarasi markaziy nerv sistemasining qo'zg'alishi yoki tormozlanishi bilan ta'riflanadi. Bemor odatda es-hushini yo'qotmaydi, uxlamaydi, harorati 39°C gacha ko'tariladi, tomiri daqiqasiga 120 - 160 martagacha uradi. Yurak faoliyati susayib ketadi. Arterial bosimi 80 - 90 simob ustunigacha pasayadi. Nafas ko'pincha yuzaki bo'ladi.

Jarohatda kuchli og'riq paydo bo'ladi, yumshoq to'qimalar shishib ketadi. Teri avvaliga rangsizlanadi, teri ostidagi venalar yaxshi ko'rinadi, keyin qo'ng'ir, qip-qizil va ko'k dog'lar bilan qoplanadi, to'qimalar paypaslanganda g'ijirlaydi va qo'lga sovuq seziladi. To'qima barmoq bilan bosilganda gaz pufakchalari ajralib chiqadi. Mushaklar qaynatilgan go'shtga o'xshab qoladi, so'ngra ko'kimtir tusga kirib keyinchalik qoramtir bo'lib qoladi.

Profilaktikasi. Qon yurishi yaxshi bo'lgan to'qimalarda anaerob infeksiya kamdan-kam rivojlanadi, shuning uchun bog'lamlar qo'yishda qon aylanishi buzilmasligi zarur. Jarohatga o'z vaqtida va to'g'ri xirurgik

ishlov berish katta ahamiyatga ega, ezilgan va ifloslangan jarohatlarga antibiotiklar yuborish zarur bo'ladi.

Gangrenaga qarshi zardobning profilaktik dozasi 30 ming AE ni tashkil qiladi (antiperfrens, antiadematikum va antiseptikum zardoblardan 100 ming AE dan). Dastlab zardobga sezuvchanlikni aniqlash uchun 1:100 suyultirilgan teri ichi sinamasi qo'yiladi.

Davosi. Rivojlanib borayotgan gazli gangrenada statsionar sharoitda yumshoq to'qimalar ichiga uzunasiga suyakka qadar kesiladi, unga vodorod peroksidli bog'lam qo'yiladi (kislород ajralib chiqishi uchun), jarohat yuzasi aeratsiya qilinadi. Venaga tomchilab gangrenaga qarshi zardob quyiladi (150—200 ming AE dan bir necha kungacha).

Bemorga sutkada 3—4 litrgacha suyuqlik vena orqali yuboriladi. Qon quyiladi, yurakni quvvatlovchi dorilar, antibiotiklar beriladi. Gazli infeksiya bilan kasallangan bemorlar doimiy kuzatuvga va parvarishga muhtoj bo'ladi. Kasalxonada infeksiya yuqishining oldini olish maqsadida bemorlar alohida palataga yotqiziladi, ishlatilgan bog'lov materiallari yoqiladi, ishlatilgan asboblari bo'lib-bo'lib sterilanadi.

Qoqshol

Kasallikni qoqshol tayoqchasi ajratadigan zaharlar keltirib chiqaradi. Bunday tayoqchalar tabiatda keng tarqalgan, ular tuproqda, go'ngda ko'p bo'ladi. Qoqshol sporalari fizik-kimyoviy ta'sirlarga juda chidamli va uzoq muddatgacha saqlanishi mumkin. Qon aylanishining buzilishi, organizmning himoya kuchlari susayishi qoqshol rivojlanishi uchun qulay sharoit hisoblanadi. Qoqshol zahari nerv sistemasiga ta'sir qiladi. Inkubatsiya davri o'rta hisobda 7—10 kun, ba'zan 1 - 1, 5 oygacha cho'zilishi mumkin.

Bunda bemorning avvaliga chaynov muskullari tortishib qisqaradi, natijada bemor suv icha olmaydi (trizm), yuzning mimika muskullari tortishib qisqaradi, bu yuzga azob chekayotgan qiyofa (sardonik tabassum) ni beradi.

Keyinchalik tortishib-qisqarish tana, qo'l-oyoq muskullarini egallaydi, natijada bemor o'ziga xos holatni oladi: bemor boshini orqaga tashlab, yoy kabi egilgan (opistotonus) holatda yotadi. Halqum mushaklari, qovurg'alararo mushaklar va diafragmaning spazmi qayd qilinishi mumkin (nafas qiyinlashadi). Qattiq tortishib-qisqarishda suyaklar sinib ketishi,

paylar uzilishi mumkin. Tortishib-qisqarishlar qattiq og'riq beradi. Ular qandaydir tashqi ta'sir - yorug'lik, shovqin, og'riq va hokazo sababli yuzaga keladi. Harorat 40°C va bundan yuqori bo'ladi, tomir urishi va nafas tezlashgan bo'ladi. Bemor bo'g'ilish, yurak va diafragma mushagi falajlanishidan o'lib qoladi.

Profilaktikasi. Spesifik profilaktika quyidagi hollarda o'tkaziladi:

-teri qoplamlari va shilliq pardalarning butunligi buzilgan har qanday shikastlanishlarda;

-II va III darajali kuyish va sovuq urishlarida;

-ayollar tibbiy yordamsiz uyda tuqqanda;

-kasalxonadan tashqarida qilingan abortlarda;

-me'da-ichak yo'llaridagi operatsiyalarda;

-hayvon tishlaganda.

A. Ilgari emlangan bolalar va katta yoshdagi kishilarda qoqsholning shoshilinch profilaktikasi.

Qoqsholga qarshi ilgari emlangan kishilarga shikastlanishning og'ir-yengilligidan qat'i nazar, faqat 0,5 ml tozalangan AS anatoksini yuboriladi. Qoqsholga qarshi birinchi revaksinatsiyadan keyin olti oydan, ikkinchi revaksinatsiyadan keyin esa bir yildan ko'p vaqt o'tmagan bo'lsa, shikastlanishlarda qoqsholga qarshi anatoksin yubormaslik kerak.

B. Emlanmagan bolalarda va katta yoshdagi odamlarda qoqsholning shoshilinch profilaktikasi.

Bunday hollarda 1 ml tozalangan AS qoqsholga qarshi anatoksin yuboriladi va teri ichi sinamasi o'tkazilgandan keyin boshqa shpris bilan tananing boshqa qismiga tozalangan qoqsholga qarshi zardob 3000 ME dozada yuboriladi. Qoqsholga qarshi faol va sust profilaktika o'tkazilgandan 30—40 kun keyin immunizatsiyani davom ettirish uchun 0,5 ml AS anatoksinni in'ekstiya qilish, keyinchalik esa barqaror immunitet hosil qilish uchun preparatning xuddi shunday dozasini (0,5 ml) 9—12 oy o'tgach revaksinatsiya qilinadi.

Zardob yuborish turli reaksiyalar bilan o'tishi mumkin. Bu reaksiyalar uch turda bo'ladi: a) zardob yuborilgan zahoti yuz beradigan, b) erta (4—6 kun), v) kechikib yuz beradigan reaksiya (2 hafta va bundan ko'proq vaqt o'tgach). Reaksiya harorat ko'tarilishi, et uvishishi, mushaklarning tortishib-qisqarishi, turli xil toshmalar toshishi va yurak-

tomirlar faoliyatining buzilyshi bilan namoyon bo'ladi. Bunday hollarda venaga 1 ml adrenalin (1:100) yoki mo'ljallangan dozasi yo'riqnomada ko'rsatilgan bo'yicha yuboriladi. 3 yoshgacha bo'lgan bolalarga katta yoshli kishi dozasining yarmi, 3 yoshdan 10 yoshgacha bo'lgan bolalarga 75% i buyuriladi. 5 ml dozadagi vaksina oradan kamida 20—30 daqiqa o'tkazib turib, ikki in'eksiya bilan yuborilishi shart.

Antirabik vaksina qorin o'rta chizig'idan 2—3 sm chetga yoki sal pastroqqa ingichka signali steril shpris bilan teri ostiga yuboriladi. Ayrim hollarda kuraklar sohasi terisi ostiga yuborilishi mumkin. Vaksinatseyadan keyin bemor 5-10 daqiqa yotib turishi tavsiya etiladi.

Mustahkam immunitet hosil bo'lishi va asoratlarning oldini olish uchun emlanayotganlarga butun emlash kursi va undan keyingi 6 oy davomida, so'ngra yana 1 oy davomida spirtli ichimliklar ichish taqiqlanadi. Emlash kursi davomida bemor ortiqcha toliqmasligi, sovuq qotish, issiqlab ketishdan o'zini ehtiyot qilishi zarur. Ular erta tongda emlanmasligi kerak. Antirabik vaksina bilan emlangandan keyin 2 oy mobaynida bemorga boshqa emlashlar o'tkazilmaydi.

Antirabik gamma-globulin (immunoglobulin). Shifokor buyurgan dozadagi antirabik gamma-globulinning hammasi bir kunda yuboriladi. Quturgan bo'ri va go'shtxo'r hayvon yuz va boshning kattagina qismini tishlaganda, badanni qattiq g'ajiganda antirabik immunoglobulinni 2 chi kuni takror yuborish mumkin. Gamma-globulin dozasining bir qismini, agar jarohatlangan joy qaltis bo'lmasa, uning atrofidagi teri ostiga yuborish mumkin.

Bemor organizmining zardobga sezgirligini tekshirib ko'rish uchun bilakning ichki yuzasi sohasiga 0, 1 ml 1% li (1:100) antirabik gamma-globulin yuborib ko'riladi va reaksiya natijasi 20—30 daqiqadan keyin hisobga olinadi. Papula diametri 1 sm dan oshmasa va qizargan joy cheklangan bo'lsa, natija manfiy hisoblanib, bunda bemorning bilak terisi ostiga 0, 7 ml 1% li antirabik gamma-globulin yuboriladi; reaksiya bo'lmasa davolash profilaktika maqsadida buyurilgan dozada, ya'ni antirabik gamma-globulinning hammasi, 37° C gacha ilitilib, dumbaning ustki tashqi kvadrantiga 2—3 marta bo'lib (har safar oradan 10—15 daqiqa o'tkazib turib) yuboriladi.

Surunkali spesifik infeksiya

Surunkali spesifik infeksiyaga spesifik qo'zg'atuvchilar vujudga keltiradigan yallig'lanish jarayonlari - sil, aktinomikoz, brutsellyoz kiradi.

Aktinomikoz

Aktinomikoz to'qimalarning nursimon zamburug' - aktinomitsetdan zararlanishidir. Organizmga aktinomikoz nafas yo'llari orqali yoki me'da-ichak yo'llaridan tushadi. Aktinomitsit tushgan maydonda spesifik yallig'lanish reaksiyasi paydo bo'ladi, uning asosini periferiyaga nur shaklida tarqaladigan va to'g'nag'ich boshidek yo'g'onlashib tugaydigan (druzalar) ingichka tolalar turidan iborat zamburug'lar koloniyasi tashkil qiladi. Druza atrofida zich infiltrat hosil bo'ladi. Uning ustidagi teri qizg'ish-ko'kimtir tusga kiradi. Ayrim joylarida u yupqalashadi, oqmalar hosil qiladi, ulardan druzalar bilan och sariq suyuqlik ajralib chiqadi.

O'pka aktinomikozida klinik manzara o'tkir yoki surunkali Absess, bronxopnevmoniya ko'rinishida o'tadi. Aktinomikoz ko'krak devorini ham egallaydi va qon tomirlar, shuningdek, limfa yo'llari bo'ylab metastaz beradi.

Davosi. Antibiotiklar (penitsillin, streptomitsin, agromitsin) ning katta dozalari va aktinomikoz bilan spesifik davo (0, 1 dan 2 ml gacha har 2 - 3 kunda, jami 20 tagacha in'eksiya), shuningdek rentgenterapiya buyuriladi.

Silning xirurgik turlari

Sil xirurgiyasiga sil mikobakteriyalari qo'zg'atgan, xirurgik va davolash usullarini talab etadigan, tananing turli sohalarda joylashadigan qator kasalliklar kiradi.

Sil mikobakteriyalari organizmga quyidagi yo'llar bilan tushadi: nafas yo'llari - chang va sil mikobakteriyalari tutgan havodan nafas olganda; hazm yo'llari - sil mikobakteriyalarini tutgan ovqat (suv, go'sht) iste'mol qilinganda, teri va shilliq pardalar orqali - shikastlanganda va hokazo.

Nospetsifik infeksiyadagi singari spetsifik infeksiya avj olishi aksari yaxshi ovqatlanmaslik, turar joy sharoitining og'irligi, ruhan zo'riqish va shu kabilar sabab bo'ladi.

Sil mikobakteriyalari ta'sirida u joylashgan maydonda birlamchi sil o'chog'i hosil bo'ladi. O'choq ichida kazeoz nekroz qayd qilinadi. Kazeoz massaning irib suyuqlanishi yiring bo'shlig'i hosil bo'lishiga olib keladi. Sil yiring bo'shlig'i nospetsifik yiring bo'shlig'idan farqli o'laroq odatda jadal va o'tkir, yaqqol simptomlar bilan ajralib turmaydi.

Xirurgik silda: suyak-bo'g'imlar, limfa tugunlari, seroz pardalar (qorin pardasi, plevra, miya pardalari), me'da-ichaklar, buyrak, qovuq, moyak va o'pka silining ayrim turlari kiradi.

Suyak-bo'g'im sili. Kasallik hamisha ikkilamchi bo'ladi, birlamchi o'choq esa o'pkada yoki qorin bo'shlig'ida joylashadi. Suyak va bo'g'imlar sili asosan bolalarda, ba'zan katta yoshdagi kishilarda ham uchraydi. Ko'pincha umurtqa pog'onasi zararlanadi - sil spondiliti, chanoqson bo'g'imi sili - koksit va tizza bo'g'imi sili - gonit uchraydi.

Suyak shaklida kasallik suyakning g'ovak moddasida boshlanadi (epifizar - metafizar soha) va sil o'chog'i hosil bo'ladi, so'ngra suyak moddasining irib, mayda sekvestrlar va suyak bo'shliqlari hosil bo'lishi kuzatiladi. To'plangan yiring suyak bo'shlig'idan chiqadi va to'qimalararo bo'shliqlar (sovuq kamgaklar) bo'ylab tarqaladi. Jarayon bo'g'imga ham o'tishi mumkin. Bo'g'im silida sinovial parda shishadi, giperemiyalanib qoladi, vorsinka (tuk)lari bo'ladi, bo'shlig'ida yiringga aylanadigan seroz-fibrinoz suyuqlik hosil bo'ladi, bu yiring tashqariga yoriladi va oqma hosil qiladi.

Bo'g'imlar zararlanganda quyidagi shakllari farq qilinadi: a) sinovial-eksudativ jarayon sinovial pardada rivojlanadi, u giperemiyalanadi, shishadi va fibringa boy suyuqlik ajratadi; b) fungus shaklida (granulyatsiya to'qimasi hosil bo'ladi, sil do'mboqchalarida kazeoz parchalanishi — yamoqlanish jarayoni bo'ladi; v) jarayon suyak epifizidan boshlanadi, mayda sekvestrlari bo'lgan kazeoz parchalanish mahsulotlari bilan to'lgan bo'shliq hosil bo'lib, keyin-chalik sinovial pardaga o'tadi.

Sil spondilitida zararlanish o'chog'i hamisha umurtqa tanasi oldingi qismining g'ovak moddasida boshlanadi, bu g'ovak modda, so'ngra mag'iz moddaning suyuqlanishiga olib keladi. Hosil bo'lgan yiring sizib o'tib, Absesslarga yo'l ochadi. Yemirilgan umurtqaning „shakli o'zgaradi“, bu umurtqa pog'onasining bukri ko'rinishida qiyshayib qolishiga olib keladi.

Bo'g'imlar sili uchun kasallikning zimdan boshlanishi, asta-sekin rivojlanishi va surunkali kechishi xos. Kasallik avj olgan davrda quyidagi xarakterli simptomlar paydo bo'ladi:

a) og'riqning doimiy bo'lishi yoki jismoniy harakatda paydo bo'lishi; ko'pincha og'riq boshqa sohaga tarqaladi, masalan, sil koksitida og'riq tizza bo'g'imida qayd qilinishi mumkin;

b) bo'g'im funksiyasining buzilishi - og'riqni kamaytirish maqsadida kasallik bemorga atayin tana og'irligini kamaytirishga majbur qiladi;

v) mushaklarning atrofiyga uchrashi neyrotrofik o'zgarishlarga va qisman oyoq-qo'lning harakatsiz bo'lishiga olib keladi;

g) teri burmasi va teri osti qatlamining qalinlashuvi, bu teri osti yog' qatlamini kasal oyoq-qo'lning simmetrik sohalarida burma ko'rinishida yig'ish yo'li bilan aniqlanadi - kasal tomonda burma qalinroq bo'ladi;

d) bo'g'im shishi bo'g'imga avvaliga seroz, so'ngra esa yiringli suyuqlik (bo'g'im empiemasi) shimilishiga bog'liq;

e) proliferativ shaklida fibroz to'qima yig'ilishi hisobiga "oq o'sma" hosil bo'ladi;

j) yiring tashqariga yorilganda yumshoq, oqimtir granulyatsiyalar bilan qoplangan oqmalar, aksari ko'p sonli oqmalar hosil bo'ladi;

z) sovuq yiring bo'shlig'i yumshoq to'qimalarning yiring to'planishiga faol reaksiyasi natijasi hisoblanadi, tarqalganda ular „yiringli sovuq oqmalar“ hosil qiladi;

i) deturgiya, qiyshayish, kalta tortish, patalogik sinish va chiqishlar silning og'ir shakllarida uchraydigan kechki simptomlar hisoblanadi.

Sil spondilit klinikasi asosan bo'g'im shakllari bilan mos keladi. Zararlangan umurtqa sohasida mushaklarning taranglashishi va „jilov simptomi“, bukrilik ko'rinishidagi deturtsiya va ba'zan orqa miyaning zararlanishi ajratib turadigan belgilardan hisoblanadi.

Davosi. Sil bilan og'rikan odamlar maxsus dispanser va sanatoriy tipidagi dam olish maskanlarida davolanadi. Bemorlarga umumiy tadbirlar - yaxshi va to'yimli ovqatlanish, ul'trabinafsha nurlar bilan nurlantirish dozasiga amal qilingan havo va quyosh vannalari qo'llaniladi.

Bemorlar dori-darmonlardan streptomitsin, PASK, fitivazid, refodin va boshqalarni qabul qiladi. Gavdaning kasallangan qismi immobilizatsiya qilinadi: sil spondilitida gipsli karavotcha, chanoq-son bo'g'imi

zararlanganda gipsli koksit bog'lam, tizza bo'g'imi zararlanganda gonit bog'lam ishlatiladi.

Hozirgi vaqtda suyak-bo'g'im silini davolashning xirurgik usullaridan tobora keng foydalanilmoqda. Sil spondilitida zararlangan umurtqaning nekrotik to'qimalari olinib, u suyak transplantati bilan fiksatsiya qilinadi. Bo'g'im silida zararlangan sinovial parda suyak destruksiyasi o'chog'i bilan birga olinadi, so'ngra oyoqning funktsional qulay vaziyatida ankiloz vujudga keltiriladi.

Suyak-bo'g'im silini davolashda parhezning o'rni nihoyatda katta. Suyak-bo'g'im silida ko'pincha 11- parhez stoli buyunladi. Bu parhezdagi ovqatlarning ko'p xususiyatlari va uning biologik qimmati, kaloriyasi 15- parhezdan uchdan bir barobar yuqoriligi ta'riflanadi. Kaloriyasi- 3700kkal, oqsillar 150 gr, yog'lar 130 gr, uglevedlar 500 gr.

Bu parhezda ovqatlanishni kuchaytirib, organizmning infeksiyaga bo'lgan qarshiligini ko'tarish uchun qo'llaniladi. Ko'pincha bu parhez sil kasalligida, kamqonlikning ayrim turlarida, qon yo'qotilgandan keyin, umuman kasalliklardan keyin bemorlar ozib ketgan hollarda qo'llaniladi.

Xirurgik infeksiya bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari

Xirurgiyada, umuman olganda tibbiyotda kichik va katta kasallik bo'lmaydi. Bemorni noto'g'ri davolash va vaqtni qo'ldan boy berilganda yuz sohasidagi kichkina chipqon ham o'limga olib kelishi mumkin. Shuning uchun xirurgik infeksiyalarni davolashda bemorning o'z vaqtida shifokorga murojaat qilishi va mumkin qadar asoratsiz davolanishi, ularni yaxshi parvarishlash muhim ahamiyatga ega. Umumiy parvarish tadbirlari quvidagilardan iborat.

Mahalliy yiringli infeksiyasi bo'lgan bemorlarni parvarish qilish. Chipqon (yuz sohasidan tashqari), gidradenit, limfadenit bo'lgan bemorlar odatda ambulatoriyada davolanadi. Chipqon, karbunkul, Absess va flegmonasi bo'lgan katta va kichik yoshdagi bemorlar ko'pincha shifoxonada davolanadi.

Davolashda jarohatning joylashishi va yallig'lanish jarayonining bosqichi hisobga olinadi. Bemorni parvarishlashda avvalo jarohatlarni o'z vaqtida bog'lash lozim bo'ladi.

Agar yiringli jarayon oraliq sohasida yoki anus atrofida bo'lsa, davolovchi antiseptik dorilar bilan vanna har bir defekatsiyadan keyin qilinadi.

Kasalning ichi yaxshi yurishmasa, tozalovchi huqna qilinadi. Bunday vaziyatda ovqatlanish me'yoriy holatga keltiriladi. Organizmning himoya kuchlarini oshirish uchun yuqori kaloriyali, turli-tuman va vitaminli ovqatlar berilishi lozim bo'ladi. Agar bo'limda yiringli maxsus bog'lov xonasi bo'lmasa, avval nisbatan toza bog'lovlar, keyin yiringli bog'lovlar o'tkaziladi.

Umumiy yiringli infeksiyali bemorlarni parvarish qilish. Xonani muntazam ravishda shamollatib turish va toza saqlash kerak. Ich kiyim, choyshablarning tozaligiga e'tibor berish zarur.

Nam ich kiyim, choyshab va ularning burmalari yotoq yaralar paydo bo'lishiga imkon beradi, bemorni kuniga bir necha marta yotgan holatida harakatlantirib turish lozim va ho'l sochiq bilan badan artiladi.

O'pkadagi asoratlarning oldini olish uchun bemorni qaddi baland qilib yotqiziladi, nafas gimnastikasi qildiriladi, balg'am tupurishga o'rgatiladi. Bemor bolalarga shar puflash tavsiya qilinadi.

Yuqori harorat va organizmning suvsizlanishi me'da-ichak yo'llari ishining buzilishiga olib keladi. Shunga ko'ra og'iz bo'shlig'ini sinchiklab tozalash (og'izni chayish, nam tampon bilan artish) kerak.

Ich yaxshi kelishi uchun ikki sutkadan kam deganda bir marta tozalovchi huqna qilinadi yoki ichak peristaltikasini kuchaytirishga qaratilgan boshqa tadbirlar, ya'ni gipertonik huqna, 10 % li natriy xlorid eritmasini venaga yuborish, prozerinni mushak orasiga yuborishdan iborat. Albatta sutkalik diurez miqdoriga qarab buyraklar funksiyasi tekshirib turiladi.

Sog'ayish davrida bemorni tez-tez to'yimli ovqatlantirishga, asta-sekin o'midan turib faollashtirish, davo gimnastikasi va mushaklarni massaj qilishga katta ahamiyat beriladi.

Anaerob infeksiya bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilish. Anaerob infeksiyali bemorlar sepsis bo'lgan bemorlar kabi parvarishga muhtoj bo'ladilar. Uyqusizlikni davolash uchun uxlatadigan dimedrol, lyuminal, noksiron, tinchlantirish uchun andaksin, brom,

valeriana, og'riq qoldiruvchi promedol, droperidol, pantopon, fentanil dorilari buyuriladi. Qoqshol kasalligiga uchragan bemorlar reanimatsion sharoitda sun'iy nafas berish apparatiga ulanadi va narkoz dori vositalar ta'siri ostida parvarishlanadi.

O'zbekiston Respublikasi SSV ning 2012 yil 15 may San PiN № 0304-12 buyrug'iga binoan anaerobli infeksiya bilan og'rikan bemorlar palatalarida va xirurgiya bo'limlarida kichik tibbiy xodimlar-gigiyena choralarini ko'rish. Anaerob infeksiya bilan kasallangan bemorlarni boshqa bo'limdagi bemorlardan alohidalab qo'yish zarur.

Bu kasallik bilan kasallangan bemorlar palatalari yuvishga qulay bo'lishi uchun devorlari, pollari va shiftlari silliq materiallardan tayyorlangan bo'lishi kerak. Bemorlar palataga yotqizishdan oldin va javob berilgandan keyin karavotlar, tumbochkalar 6% li vodorod peroksidi bilan 0,5 % li yuvuvchi eritmada yaxshilab namlangan vetosh (dez eritma shimdirilgan doka) bilan artib chiqiladi. Bemorlar ovqatlanishda foydalangan idishlar 2% li soda eritmasida ivitiladi va 20 daqiqa davomida qaynatilib, keyin oqar suvda chayiladi va shkafda yopiq holda saqlanadi.

Palatalar bir kunda 2 marta 6 % li vodorod peroksid bilan 0,5 % li yuvuvchi eritmadan foydalangan holda namlanib tozalanadi. Jarroh va muolaja hamshirasi bog'lov xonasiga kirishdan oldin niqob, baxilla kiyishi shart.

Operatsiya yoki bog'lov paytida klyonkali fartuk taqishadi va fartuk har bir operatsiya yoki bog'lovdan keyin 6 % li vodorod peroksidi bilan 0,5 % li yuvuvchi eritmada namlangan vetosh (dez eritma shimdirilgan doka) bilan tozalanadi. Gangrena operatsiyasida ishlatilgan har bir bog'lov materiallarini zararsizlantirmasdan turib tashlab yuborish qat'iyan man etiladi.

Anaerob infeksiya boshqa bemorlarga oson yuqadi, shuning uchun bemor alohida xonada yotishi kerak. Xizmatchi xodimlar bunday xonada maxsus kiyim - xalat kiyadilar, ularning bu xalatida boshqa bemorlar yotgan xonaga kirishi man qilinadi. Bog'lov materiali ishlatilgandan so'ng yoqib tashlanadi. Bemorning ich kiyimi va choyshablari maxsus tozalanadi.

Qoqsholga uchragan bemorlarni parvarish qilish

Bemorga osoyishtalik sharoitini yaratish zarur. Bemorlar organizmi anchagina suvsizlanib qolishi sababli ularga parenteral oziqlanish uchun tomchili davolovchi va oziqlantiruvchi huqnalarda 3–4 L suyuqlik berilishi lozim bo'ladi.

Bemorning qovug'i o'z-o'zidan bo'shalib turmasa, uretra oldin, anesteziya (dikain, sovkain) qilingandan so'ng siydikni kuniga ikki marta kateter orqali chiqarish kerak.

Talvasa sindromi bor bemor burniga kiritilgan doimiy ingichka zond orqali ovqatlantiriladi.

U yuqori kaloriyali na servitamin bo'lishi kerak. Sepsisdagi kabi muntazam ich kelishi vaqtida siydik ajralishi, badan terisi tozaligi ustidap kuzatib borish, yotoq yara kabilarning oldini olish zarur.

Suyak-bo'g'im sili bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilish. Ko'pgina bolalarda shu kasallik uchraydi. Bola dori-darmonlor, ayniqsa achchiq, taxir dorilar ichishdan bosh tortadi. Bunday bemorlarning uzoq vaqtgacha majburiy holatda gipsli bog'lam bo'lishini ham unutmashlik kerak. Shunga ko'ra, yotoq yaralar, zotiljam, mushaklar atrofiyasi kabi ikkilamchi kasalliklarning oldini olishga jiddiy e'tibor berish lozim.

Berilayotgan dori-darmonlar dozasiga rioya qilib muolaja qilish lozim. Bemorning ovqatlari vitaminlarga, oqsillarga boy va xilma-xil bo'lishi kerak.

Oqmalar bo'lganda nospetsifik yiringli infeksiya kirishiga qarshi barcha tadbirlarni o'tkazish zarur. Spetsifik va nospetsifik infeksiyaning birgalikda sodir bo'lishi asosiy kasallikni keskin og'irlashtiradi va maxsus davo qilishni talab etadi.

Operatsiyadan chiqqan bemorlar xuddi suyak sili tufayli operatsiya qilingan bemorlar kabi parvarish qilib boriladi, biroq bunda kasallikning uzoqqa cho'zilganligi va surunkali zaharlanish sababli orgarizm quvvatining pasayib ketganligi hisobga olinadi.

Yiring mikroflorasining antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash

Oldindan tayyorlangan steril probirkadan foydalaniladi. Probirka ichida steril paxta bo'lakchasi qo'yilgan sim yoki cho'p bo'lib, ular probirkaning tiqini orqali o'tkazilgan bo'ladi.

Tampon probirkadan olinadi, unga tekshirish uchun olingan material qo'yiladi, devorlariga tekkizmay yana probirkaga solinadi va probirka tiqin bilan mahkam bektiladi.

Probirka zudlik bilan (mikroblarning qurish va autolizga uchrash xavfi bor) bakteriologik laboratoriyaga kichkina xat bilan birgalikda jo'natiladi, unda bemorning familiyasi, ismi va otasining ismi, bo'limning nomi, tashxisi, surtma olingan joy va tekshiruvning maqsadi (mikrofloraning xarakteri, uning antibiotiklarning muayyan turiga sezuvchanligi va hokazo) yozilgan bo'ladi.

II. TAYANCH-HARAKAT APPARATINING XIRURGIK KASALLIKLARIDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

Tayansh - harakat apparatining anatomo-fiziologik xususiyatlari
Organizmning harakatini bajaradigan harakat a'zolari-skelet, muskullar va ularni biriktirib turadigan boylamlardan iboratdir.

Skelet organizmda tayanch ahamiyatga ega bo'lgan zich to'qimalardan iborat. Skelet organizmda asosan uch vazifani bajaradi. Bular tayanch, harakat va organizmni himoya qilish. Bulardan tashqari, suyaklar o'zida organizmning biologik muhofazasini bajaradigan va to'qimalarga kislorod eltuvchi qon tanachalarini vujudga keltiradigan suyak iligini ham saqlaydi.

Shikastlanish tushunchasi.

Shikastlanish deb-tashqi agentning kishi organizmiga (mexanik, kimyoviy, termik va nurlaming) o'ta kuchli ta'siridan a'zo va to'qimalarda anotomik va funksional o'zgarishlar paydo bo'lishiga aytiladi.

Organizmga ta'sir qiluvchi agentlarga yuqoridagilardan tashqari ma'lum bir guruhini ruhiy shikastlar tashkil qiladi. Shikastlanishlarda mahalliy o'zgarishlar bilan bir qatorda og'ir umumiy o'zgarishlar yuzaga keladi. Shikastlanishlar ochiq va yopiq bo'lishi mumkin. Ochiq va yopiq shikastlanishlarning mavjudligi bemor organizmida har xil og'ir holatlarni yuzaga keltiradi.

Shikastlarning og'ir, yengilligi to'qima va a'zolarning nechog'lik chuqur va keng jarohatlanganligiga hamda qaysi joy shikastlanganligiga ham bog'liqdir.

Shikastlangan bemorlarni tekshirishda, badaniga shikast yetgan bemorlarni darhol davo choralarini ko'rishga kirishish uchun imkon boricha tezroq tekshirish usullarini o'tkazish zarur. Og'ir jarohlardan keyin bemorlarda klinik simptomlar tez rivojlanib, ko'pincha travmatik shok yoki postgemorragik shok vujudga kelishi mumkin. Bularning hammasi xirurg va hamshiradan zudlik bilan tashxis qo'yishni va kerakli birlamchi tibbiy yordam berishni, o'sha joyning o'zida hal qilishni taqozo etadi. Buning uchun hamshira birinchi galda shikastlangan kishining o'zidan yoki bemorning atrofidagi kishilardan so'rab- surishtirib, anamnez yig'ib olishi zarur. Agar shikastlangan kishi yonida hech kim bo'lmasa va bemor hushsiz bo'lsa, bunda hamshira darhol bemor tanasining qaysi qismi shikastlanganligini bilishi zarur. Buning uchun hamshira bemor tanasini ko'zdan kechirishi kerak. Ba'zan shikastlangan joyning tashqi ko'rinishi hamma vaqt ham bemorning ahvoliga mos kelavermaydi. Masalan: katta bo'lmagan qorin bo'shlig'iga yetkazilgan jarohat ichki a'zolarning butunligi buzilishiga va ichki qon ketishlariga olib kelishi mumkin. Shuning uchun hamshira umumiy ko'zdan kechirishda jarohatning kattakichikligiga, qaysi sohadaligiga, jarohat xarakteriga, bemor teri rangiga e'tibor berishi kerak. Bunday bemorlarning pulsi tezlashishi, arterial bosimning pasayib borishi va teri rangining o'zgarishlari og'ir shokdan, qon ketayotganligidan darak beradi. Shuning uchun hamshira tekshirish usullarini tez va aniq bajarishi kerak. Bemorlarning tez-tez yuzaki nafas olishi, majburiy vaziyatni egallashi ko'krak qafasining og'ir shikastlanishi belgisi bo'lishi mumkin. Ko'zdan kechirib ko'rilganda tekshilayotgan sohaning konfiguratsiyasi, bemor qo'l yoki oyog'ining ko'zga ko'rinarli darajada kalta tortib qolishi, badan terisi shikastlanib jarohatlar paydo bo'lgani va bularning tabiati ma'lum bo'ladi. Paypaslab ko'rish ma'lum bir joyning bezillab turganini aniqlashga, krepitatsiya, suyak siniqlari borligini topishga, tana haroratini, muskullar taranglashganligini aniqlashga imkon beradi. Tana bo'shlig'iga qon quyilganda perkutor tovushning bo'g'iqlashishi, qorin, plevra bo'shlig'iga havo o'tib qolganida (kovak a'zolar yorilishida, pnevmotoraks) timpanik tovush eshinishi aniqlanadi.

Auskultatsiya qilganda ko'krak qafasidagi shovqinlar, yurak tonlarining o'zgarishini, ichak peristaltikasining tabiatini aniqlab beradi.

Rentgenologik tekshirish bemorlarni ob'yektiv yo'l bilan tekshirib bo'lgandan keyin o'tkaziladi. Rentgenogrammada suyaklarning qay tarqqa singanini aniqlash bilan birga bo'laklarning nechog'lik surilib qolganini ham aniqlashga imkon beradi.

Shifokor kelguncha birinchi yordam ko'rsatish va davo muolajalarini samarali o'tkazish uchun tibbiyot hamshirasi quyidagi tekshirish usullarini bilishi lozim. Buning uchun hamshira bo'g'imdagi harakatlar hajmini maxsus asbob-uglomer bilan aniqlaydi va uning patologik holati darajasini qayd qiladi. Buning uchun uglomer branshlari oyoq yoki qo'l o'qi bo'ylab qo'yiladi, uglomerning o'qi esa shu bo'g'imning aylanish o'qiga muvofiq joylashtiriladi. Hisob oyoq yoki qo'lning dastlabki vaziyatiga nisbatan olinadi. Dastlabki vaziyat deganda tana va oyoq- qo'llarning erkin vertikal vaziyatida bo'g'imning holati (chanoq- son va tizza bo'g'implari uchun 180° , boldir- tovon bo'g'imi uchun 90° burchak) tushuniladi.

Sagital tekistlikdagi harakat bukish va yozish deb yuritiladi. Bunda oyoq va qo'l panjasi uchun oyoq- kaft, kaft orqasi va kaftni bukish degan so'zlarni qo'yish lozim.

Frontal tekistlikdagi harakatlar uzoqlashtirish va yaqinlashtirish deb ataladi. Bilak- panja bo'g'imidagi harakat (bukish) ulnar (bilak suyagi tomoniga) bo'lishi mumkin. Bo'ylama o'q atrofidagi harakatlar tashqi va ichki rotatsiya nomi bilan yuritiladi.

Bo'g'implarda harakatchanlikning buzilish darajasi quyidagi tushunchalar bilan ifodalanadi:

1. ankiloz – bo'g'imning butunlay harakatsiz bo'lib qolishi;
2. rigidlik – bo'g'imda siljish harakatlarining 5 gradusdan oshmasligi;

3. kontraktura – bo'g'imda harakatning cheklanishi;

Patologik harakatchanlik deb bo'g'im bo'lmagan sohada (singan, soxta bo'g'im) harakatchanlikka (bukilish paydo bo'lishi) aytiladi.

Oyoq- qo'llarning uzunligi va aylanasini o'lchash uchun santimetrli lenta ishlatiladi. O'lchashda kasal soha albatta sog'lom soha bilan taqqoslanadi. Solishtirma o'lchashda suyak do'nglari tanish nuqtalar bo'lib xizmat qiladi. Bundan tashqari mushak kuchini aniqlashning ham muhim

ahamiyati bor. Mushak kuchiga shartli ravishda 5 balli sistema bo'yicha baho beriladi:

1- mushak kuchi normal, 2-mushak kuchi oz-moz pasaygan, 3-mushaklarda ro'yi-rost parezi mavjud, 4- mushak kuchi anchagina pasaygan, 5- mushak to'liq falajlangan.

Mushak kuchi odatda gavdaning qarama- qarshi tomondagi kuch bilan taqqoslanadigan va maxsus asbob- dinamometr bilan o'lchanadi.

Shikastlar tasnifi. Shikastlarning quyidagi turlari farq qilinadi.

I. Shikastga sabab bo'lgan sharoitlarga ko'ra:

1. Ishlab chiqarishga aloqador bo'lmagan:

A) Transportdan shikastlanish (temir yo'l, avtomobil, tramvay);

B) Piyoda yurishda yuz beradigan;

V) Maishiy;

G) Sport;

D) Boshqa shikastlar.

2. Ishlab chiqarish shikastlari (sanoat, qishloq xo'jaligi).

3. Ataylab qilingan shikastlar (harbiy va hokazo).

II. Shikastlovchi omilning turi bo'yicha:

A) Mexanik;

B) Termik;

V) Kimyoviy;

G) Operatsion;

D) Nur va boshqalar ta'sirida.

III. Shikastlanish xarakteri bo'yicha:

A) Yopiq (teri va shilliq pardalar shikastlanmagan);

B) Ochiq (teri va shilliq pardalar shikastlangan);

V) Bo'shliqlarga teshib kirgan (qorin, plevra, sinovial pardalar shikastlangan);

G) Bo'shliqlarga teshib kirmagan (qorin, plevra, sinovial pardalar shikastlanmaydigan);

D) Onda- sonda;

E) Ko'p sonli;

J) Oddiy (to'qimalarning bir qismi shikastlangan);

Z) Kombinatsiyali shikastlanish (bir qancha a'zolar shikastlanganda).

IV. shikastlaydigan kuch ta'siriga ko'ra:

1. Bevosita (shikastlanish kuch tushgan sohada yuz beradigan);
2. Bilvosita (shikastlanish kuch tushgan sohadan uzoqda sodir bo'ladigan).

V. Ta'sir qilish vaqti bo'yicha:

1. O'tkir kuch ta'sir qilgan zahoti yuz berganda;
2. Surunkali (shikast yetkazuvchi omil ko'p marta ta'sir etganda paydo bo'lgan) turlarga bo'linadi.

Travmatizm va uning oldini olish

Travmatizm deganda- shikastlanishga olib kelgan sabablar tushuniladi. Shikastlanish yuz bergan sharoit va joyiga ko'ra: 1. Sanoat; 2. Qishloq xo'jaligi; 3. Transport; 4. Sport; 5. Maishiy; 6. Harbiy travmatizm tafovut qilinadi. Sanoatda, qishloq xo'jaligida, ishlab chiqarishning turli sohalarida, texnika va transport harakatida esa yo'l harakati qoidalariga rioya etmaslik natijasida shikastlanishlar ko'payib bormoqda. Bu shikastlanishlar oqibatida kishi uzoq vaqtgacha ish qobiliyatini yo'qotadi, ba'zan nogiron bo'lib qoladi. Sanoat travmatizmiga sanoat korxonalarida ishlab chiqarish bilan shug'ullanish vaqtida yuz bergan zararlanishlar kiradi. Qishloq xo'jaligi ishlab chiqarish travmatizmiga qishloq xo'jalik mahsulotlarini ishlab chiqarishga aloqador bo'lgan shikastlar kiradi.

Transport xavfsizligini to'g'ri yo'lga qo'yilishi uchun chorralardan tortib piyoda o'tish joylari, tunnellar xavfsizligi va transport vositalarini doimo texnik nazorat qilish zarur. Travmadan zararlanishlar umumiy xirurgik kasalliklarning 30-35 % ni tashkil etadi. Ma'lumki ishchilarning malakasi qancha yuqori bo'lsa, shikastlanish shuncha kam bo'ladi.

Travmatologik xizmat ko'rsatish 3 bosqichdan iborat:

1. Shikastlanish ro'y bergan joyda birinchi tibbiy yordamni tashkil qilish;
2. Ambulatoriya- poliklinikada shikastlanganlarga yordam ko'rsatish;
3. Travmatologik yordamni statsionarda tashkil qilish.

Travma yuz bergan joydayoq, birinchi yordam ko'rsatish quyidagi maqsadlarni ko'zda tutadi;

A) Shifokor kelgunicha bo'lgan birinchi oddiy yordam. Bu ko'pincha maxsus kasbi bo'lmagan kishilar (o'z-o'ziga va bir-biriga yordam) tomonidan ko'rsatiladi. Ular- shikastlangan kishining o'rtoqlari, kichik tibbiy xodimlar drujinasi vakillari, qarindoshlari yoki begona kishilar, yo'l harakati va militsiya xodimlari, o'rta ma'lumotli tibbiyot xodimlari bo'lishi mumkin;

B) Yuqori malakali yordamni maxsus tayyorgarlikka ega bo'lgan vrach bajarishi kerak.

Birinchi travmatologik yordamni tashkil qilishda quyidagilarga rioya qilish kerak:

1. Shikastlangan kishiga iloji boricha zudlik bilan yordam berish zarur.

2. Birinchi malakali yordam tezroq ko'rsatilishi uchun, avvalo oddiy tibbiy yordamdan so'ng bemor maxsus davolash muassasasiga olib borilishi zarur.

3. Keyingi bosqichda yordam beruvchi travmatologiya xodimlariga har bir qilingan davolash usullarini keng va batafsil bayon qilishi kerak.

4. Har bir kishi shikastlanish yuz berganda qayerga, qachon so'rab murojaat qilishni bilishi kerak.

5. Shikastlangan kishini to'g'ri evakuatsiya qilish travmatologik yordamning asosiy bo'g'inlaridan biri hisoblanadi.

Shikastlanganlarga maxsus davolash usuli kasalxona va poliklinika qoshida ochilgan travmatologik punktlarda bajariladi. Statsionar davolash esa maxsus travmatologik kasalxonalarda yoki bo'limlarda olib boriladi.

Yopiq shikastlar

Teri qoplami va shilliq pardalar butunligi buzilmasdan yuzaga keladigan shikastlarning hamma turiga yopiq shikastlar deyiladi.

Yopiq shikastlar quyidagi turlarga bo'linadi: lat eyish, shikastlanish, uzilish, ezilish, yorilish va yirtilish.

Lat eyish. Lat eyish deb, teri butunligi buzilmagan holda to'qima va a'zolarining anatomik o'zgarishlarsiz shikastlanishiga aytiladi. Qo'l-oyoqlar va bosh ko'proq lat yeydi. Lat yegan joyda mayda qon tomirlar va limfa tomirlar yoriladi.

Etiologiyasi. Turli xil jismlar bilan urilganda, yiqilganda va halokatlar sabab (to'ntoq, o'tmas jismlar bilan urilganda) bo'lishi mumkin.

Klinikasi. Lat yegan sohada shish, og'riq, ko'karish, funktsiya buzilish holatlari, qon quyilishi (gematoma) paydo bo'ladi. Gematomaning katta- kichikligi jarohatlangan tomir o'lchamiga bog'liq bo'ladi. Tananing ko'pgina qismlariga katta-katta qon quyilish bo'lganda bemorning umumiy ahvoli og'irlashib, parchalanish mahsulotlari qonga so'rilib tana haroratining ko'tarilishiga olib keladi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv tekshirishlar (paypaslab ko'rish va perkutsiya), zarur bo'lsa rentgenologik tekshirish, kompyuter tomografiyalarga asoslanadi.

Davolash. Tananing shikastlangan qismiga orom beriladi. Agar qo'l-oyoqlar zararlangan bo'lsa, u holda balandroq vaziyat beriladi, shu sohaga bosib turuvchi bog'lam qo'yiladi. Lat eyishning birinchi sutkasida lat yegan sohaga sovuq suv yoki muzli xaltacha qo'yiladi. Agar gematoma katta bo'lsa punktsiya qilinib yoki to'qimalarni kesib gematoma chiqariladi. Lat yeyishning 2-3 kunidan boshlab gematomaning yaxshiroq so'rilishi uchun issiq muolajalar (grelka, isituvchi kompress, UVCh) qilinadi.

Muskullarning yirtilishi

Etiologiyasi. Muskullar tez qisqarganda, qattiq cho'zilganda va unga zo'riqish bo'lganda (odam to'satdan yiqilganda, og'ir yuk ko'targanda) yirtilishi mumkin. Ko'proq qorin muskullari va oyoq- qo'llarni yozuvchi muskullar yirtilishga moyil bo'ladi.

Klinikasi. Zararlangan sohada og'riq paydo bo'ladi, qon quyiladi (gematoma), muskul funktsiyasi buziladi. Zararlangan soha paypaslab ko'rilganda muskul nuqsoni aniqlanadi (deformatsiya). Keyinroq gematoma hosil bo'lishi hisobiga o'smasimon hosila paydo bo'ladi. Odatda shu muskul funktsiyasi pasayadi yoki butunlay yo'qoladi.

Tashxis. Paypaslab ko'rilganda zararlangan sohada yirtilgan muskul orasida kemtik borligi aniqlanadi.

Davolash. Zararlangan sohaga orom beriladi. Muskulning yirtilgan qismlarini maksimal darajada yaqinlashtirilgan holatda bog'lam qo'yiladi.

Dastlab sovuq muolaja buyuriladi. Keyinroq issiq muolajalar qo'llaniladi. Muskul to'liq yirtilganda operatsiya yo'li bilan yirtilgan qismlar tikiladi.

Boylamlarning cho'zilishi va yirtilishi.

Etiologiyasi. Bo'g'imlarni ushlab turuvchi boylam apparatining normal harakatchanlik chegarasidan oshib ketadigan harakatlar bo'lganda boylamlar cho'ziladi va yirtiladi.

Klinikasi. Bo'g'im sohasida og'riq va keyinchalik gematoma(to'qima orasiga qon quyilish) paydo bo'ladi. Bo'g'im funksiyasi buziladi, harakatlar cheklanadi. Shish, qizarishlar paydo bo'ladi. Agar boylamlar to'liq yirtilgan bo'lsa, bo'g'imda harakatlar keragidan ortiqcha bo'ladi.

Tashxis. Paypaslanganda zararlangan sohadan og'riq va kemtik aniqlanadi.

Davolash. Zararlangan oyoq va qo'lga orom beriladi. Bo'g'im sohasiga bosib turadigan bog'lam qo'yiladi. Dastlabki kunlarda sovuq, keyinchalik issiq muolajalar qo'llaniladi. Boylamlar yirtilganda gipsli bog'lam qo'yiladi, bu ham foyda bermasa operatsiya yo'li bilan boylamlar tikiladi.

Bosilish yoki Krash sindromi

Bosilish sindromi deganda oyoq- qo'llar yumshoq to'qimalarining zilzila vaqtida va boshqa holatlarda uzoq muddatgacha turli narsalar (daraxt, toshlar, tuproq) ostida bosilishi oqibatida yuz beradigan ma'lum simptomlar kompleksi tushuniladi.

Klinikasi. Klinik belgilar bemor tana qismining qancha muddatgacha bosilib qolganligiga bog'liq bo'ladi. Zararlangan sohada shish, qizarish va ko'karish, zararlangan soha sezuvchanligining pasayishi yoki umuman yo'qolishi, harakatning cheklanganligi kuzatiladi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, ob'yektiv tekshirishlar (paypaslash, perkussiya va auskultatsiya) ga asoslaniladi.

Davolash. Bosilish sindromining profilaktikasi va uni davolash oyoq yoki qo'lni bosib turgan narsalardan ehtiyotkorlik bilan asta- sekin ozod qilish, bosilgan joy yuqorisidan jgut bog'lash, futlyar novokain blokadasi va shokka qarshi tadbirlar o'tkazishdan iborat. Keyinchalik rivojlanayotgan buyrak yetishmovchiligi, toksikoz va oyoq- qo'llardagi mahalliy o'zgarishlarga davo qilinadi.

Oyoq – qo'l suyaklarining chiqishi va sinishi

Yelka suyagining chiqishi. Boshqa suyaklarning chiqishiga qaraganda ko'p uchraydi. Sababi yelka bo'g'imining anatomik tuzilishiga bog'liq. Bu bo'g'im sharsimon bo'g'implar jumlasiga kiradi, bu harakatlar ko'laminig keng bo'lishi uchun sharoitlar yaratadi. Bo'g'im kapsulasi kuchsiz. Boylamlar miqdori cheklangan boshchasining tog'ay yuzasi kurakning bo'g'im chuqurchasi bilan kichik masofada tutashadi. Suyak boshchasining siljish xarakteriga ko'ra yelka suyagi boshchasi chiqishining quyidagi turlari farq qilinadi: oldinga (tumshuqsimon o'siq ostiga), pastga va orqaga chiqish. Chiqish hamma vaqt bo'g'im xaltasi va boylam apparatining uzilishi bilan o'tadi.

Etiologiyasi. Uzatilgan qo'l bilan yiqilish, ko'pincha yelka suyagining chiqishiga yelkaga kuchli zarb tegishi, yonboshga yiqilish sabab bo'ladi.

Klinikasi. Klinik manzarasi o'ziga xos xarakterli. Bemor yelka bo'g'imidagi rosmang og'riqdan noliydi. Bo'g'imda aktiv harakatlar mutlaqo bo'lmaydi, passiv harakatlar - keskin cheklanadi. Qo'l tanadan uzoqlashgan holatda turadi. Bemor qo'lini tanaga yaqinlashtirishi prujinasimon qarshilikka sabab bo'ladi. Yelka bo'g'imi sohasi yassi tortadi, akromial o'siq turtib chiqib turadi. Oldinga chiqishda yelka kalta tortadi. Suyak boshchasi tumshuqsimon o'siq yoki o'mrov ostida palpatsiya qilinadi. Orqaga chiqishda suyak boshchasi kurakning old tomonida paypaslanadi, qo'l kalta tortadi. Pastga chiqishda boshchasi qo'ltiqda palpatsiya qilinadi, qo'l nisbatan uzunlashadi. Bo'g'imni ikki proyeksiyada rentgenografiya qilish talab etiladi.

Tashxis. Bemor shikoyati, anamnezi, ob'yektiv tekshirishlar (chiqqan sohani paypaslab ko'rish), rentgenolgik tekshirishlarga asoslanadi.

Davosi. Suyakni joyiga solishning bir necha usullari bor. Suyakni joyiga solishdan oldin albatta og'riqsizlantirish o'tkaziladi. Bo'g'im bo'shlig'iga 10—20 ml 2% li novokain eritmasi yuboriladi (ignani tumshuqsimon o'siq ostiga yo'naltiriladi). Mahalliy og'riqsizlantirish kifoya qilmaganda miorelaksantlar bilan umumiy og'riqsizlantirish qo'llaniladi.

Gippokrat–Kuper usuli. Bemorni polga yotqiziladi. Xirurg polga o'tiradi va o'z tomonini bemorning suyagi chiqqan tomonidagi qo'ltig'iga kiritadi. Ikkala qo'li bilan bemorning qo'l panjasidan ushlaydi. Qo'lni bir tekis, biroq kuchli ravishda traktsiya qiladi- ayni vaqtda xirurg yelka suyagining boshchasiga tovonini tirab turib, uni o'z joyiga soladi.

Janelidze usuli. Bemorni stolga chiqqan qo'li tomoni bilan yonboshga yotqiziladi. Qo'li stolning bosh tomoni chekkasidan osilib turishi kerak. Bemor boshini balandligi stol bilan barobar tumbochkaga qo'yiladi yoki uni yordamchi ushlab turadi. Bemor yuqori yelka kamari muskullarining toliqishi va bo'shashishi uchun 10-15 daqiqagacha shunday vaziyatda yotishi kerak. So'ngra xirurg ikkala qo'li bilan bemorning bilagidan ushlab, qo'lini tirsak bo'g'imida 90° burchak ostida bukadi, shundan so'ng yelkani pastga va tashqariga, keyin esa ichkariga bir tekis hamda kuchli ravishda buraydi.

Koxer usuli. 4 bosqichdan iborat.

Bemorni stulga o'tqiziladi (chalqancha yotqizish ham mumkin). Xirurg bemorning 90° burchak ostida tirsak bo'g'imida bukilgan bilak-kaft bo'g'imi ustidan ikkala qo'li bilan ushlaydi va bemor yelkasini pastga tortib, ayni vaqtda tanasiga yaqinlashtiradi.

Yelkani tashqariga rotatsiya qilinadi - yelkaning bilak-kaft yuzasini gavdaning frontal yuzasigacha buriladi. Bu bosqichda suyak boshchasi ko'pincha joyiga tushadi. Suyak joyiga tushmasa, keyingi bosqichga o'tiladi.

Tortishni va tashqi rotatsiyani bo'shashtirmasdan bemor tirsagini ko'krak qafasining oldingi yuzasi bo'yicha o'rta chiziqqa suriladi.

Chaqqon harakat bilan bilakni sog'lom yelka ustiga tashlanadi, ayni vaqtda tirsakni yuqoriga surib turiladi.

Chiqqan suyak joyiga solingandan so'ng yelkani yumshoq bint yoki kosinka bilan ponasimon paxta-doka yostiqa 7-8 kunga fiksatsiya qilinadi. So'ngra fizioterapevtik muolajalar, davo fizkulturasi tayinlanadi.

Bilak suyaklarining chiqishi. Chiqqan suyak segmentining qaysi yo'nalishda siljiganiga qarab suyak chiqishining quyidagi turlari tafovut qilinadi: bilak ikkala suyagining orqaga, oldinga, tashqariga va ichkariga chiqishi, bilak suyagi boshchasining oldinga, tashqariga yoki orqaga chiqishi, tirsak suyagi boshchasining orqaga, ichkariga yoki oldinga

chiqishi, bolalarda bilak suyagi boshchasining pronatsion chiqishi shular jumlasidandir.

Suyak chiqishi aksari uzatilgan qo'l bilan yiqilganda ro'y beradi. Suyak chiqishi vaqtida bo'g'im kapsulasi va yon tomondagi boylam apparati yirtiladi.

Etiologiyasi. Bilak ikkala suyagining orqaga chiqishi yoki tashqariga yoki ichkariga bir vaqtning o'zida chiqishi eng ko'p (93%) uchraydi. Oldinga va faqat yon tomonga chiqishi g'oyat kam ko'riladi. Bilak suyagi va tirsak suyagi boshchasining chiqishi bundan ham kam uchraydi.

Klinikasi. Qo'l vaziyati passiv, qo'l tirsak bo'g'imida bir oz bukilgan bo'lib, bemor uni sog'lom qo'li bilan ushlab turadi. Tirsak bo'g'imi sohasida deformatsiya va hajmining kattalashuvi qayd qilinadi. Suyak chiqishining turiga ko'ra deformatsiya turli-tuman bo'lishi mumkin. Orqaga chiqishda bo'g'imning oldingi-orqa o'lchami kattalashgan, tirsak o'sig'i orqaga va yuqoriga chiqib turadi, yon tomonga chiqish bilan birga uchraganda esa yon tomonga ham chiqadi. Bilak o'qi yelka o'qiga nisbatan orqaga surilgan. Oldinga chiqishda bilak o'qi oldinga surilgan. Tirsak bo'g'imida aktiv harakatlar bo'lmaydi. Passiv bukishda qo'lning prujinasimon harakatlanish simptomi aniqlanadi: bukish momentida bilakda prujinasimon qarshilik borligi qayd qilinadi.

Tashxis. Bemor shikoyati, anamnezi, ob'yektiv tekshirishlar (chiqqan sohani paypaslab ko'rish), rentgenolgik tekshirishlarga asoslanadi.

Davosi. Bo'g'im bo'shlig'iga 5-10 ml 2% li novokain eritmasi yuboriladi. Suyakni bemor o'tirgan yoki yotgan holatida joyiga solish mumkin. Suyakning orqaga chiqishida xirurg yelkaning pastki bo'limini shunday ushlaydiki, bosh va ko'rsatkich barmoqlari bemorning tirsak o'sig'i tepasida, qolganlari esa yelkasining oldingi yuzasida turishi kerak. Yordamchi bemor bilagini uzunasiga traktsiya qilib, ayni vaqtda tirsak bo'g'imida bir tekis bukadi. Bu vaqtda xirurg bosh barmoqlari bilan tirsak o'sig'ini bosadi. Suyak yon tomonlama chiqqanda tirsak o'sig'ini bu surilishni hisobga olgan holda bosish kerak.

Oldinga chiqishda bemorni stolga yotqiziladi. Yordamchi yelkani stolga fiksatsiya qiladi, xirurg esa bilakni asta-sekin tirsak bo'g'imida bukadi. Bu vaqtda ikkinchi yordamchi bilakning proksimal uchini mato

petlya bilan tortib turadi. Bilak yetarli darajada bukilgandan so'ng xirurg uni yozishga kirishadi.

Chiqqan suyak joyiga solingandan keyin 7-10-kuni orqa tomonga gipsli longeta qo'yiladi. So'ngra davo fizkulturasi, issiq muolajalar buyuriladi.

Bu vaqt davomida bo'g'imlar sohasini massaj qilishga ruxsat etilmaydi.

Barmoqlarning chiqishi. Ko'pincha bosh barmoqning kaft-falanga bo'g'imida chiqishi kuzatiladi.

Etiologiyasi. Barmoqqa bevosita zarb tushishidir. Barmoq aksariyat orqa tomonga chiqadi.

Klinikasi. Kaft-falanga bo'g'imi sohasida nayzasimon deformatsiya bo'ladi, barmoq radial tomonga surilgan, oxirgi falanga bukilgan. Palpastiyada kaft tomondan kaft suyagining boshchasi, orqa tomondan - birinchi falanganing bo'g'im uchi chiqib turganligi aniqlanadi. Barmoqda harakatlar bo'lmaydi.

Tashxis. Bemor shikoyati, anamnezi, ob'yektiv tekshirishlar (chiqqan sohani paypaslab ko'rish), rentgenologik tekshirishlarga asoslanadi.

Davosi. Anesteziyani Lukashevich-Oberts usulida o'tkaziladi. Bir qo'l bilan bilakni bilak-kaft usti bo'g'imi sohasida fiksatsiya qilinadi, bunda bosh barmoq bilan chiqqan falanga asosini bosib turiladi. Ikkinchi qo'l bilan barmoqni traksiya qilib, uni to'g'rilanadi. Falanga asosining distal yo'nalishida siljigani sezilgandan so'ng timoq falangasi yoziladi va barmoq bukiladi. Barmoq joyiga solingandan keyin uni shina yoki gips bog'lam bilan 7 kunga fiksatsiya qilinadi. Keyinchalik davo fizkulturasi buyuriladi.

Son suyagining chiqishi. Son suyagi boshchasining qanday yo'nalishda siljishiga ko'ra son suyagi chiqishining quyidagi turlari farq qilinadi: 1) yonboshdan chiqishi (orqaga-yuqoriga chiqishi); 2) quymichdan chiqishi (orqaga-pastga chiqishi); 3) yopqich teshikdan chiqishi (oldinga-pastga chiqishi); 4) qov ustidan chiqishi (oldinga-yuqoriga chiqishi). Son suyagining yonboshdan chiqishi eng ko'p (80—85%) uchraydi.

Etiologiyasi. Chanoq-son bo'g'imida suyak chiqishi asosan oyoq bilan yiqilishdan va bu sohaning bevosita shikastlanishidan yuzaga keladi.

Klinikasi. Shikastlangan bo'g'im sohasidagi deformatsiya va oyoq suyaklarininig chiqishi har bir turi uchun tipik bo'lgan vaziyati son suyagi travmatik chiqishining asosiy simptomlaridir.

Son suyagi chiqishining orqa turini (yonboshdan va quymichdan chiqishi) uchun sonning bukilishi, tanaga yaqinlashishi va ichkariga buralishi (ichki rotatsiya) xarakterlidir. Suyak boshchasi nechog'li past joylashgan (quymichdan chiqishi) bo'lsa, sonning bukilganligi shu qadar ochiq-ravshan bilinadi.

Oldinga chiqishiga (yopqich teshikdan va qov ustidan chiqishi) oyoqning bukilishi, tanadan uzoqlashishi va tashqi rotatsiya xarakterlidir, qov ustidan chiqishida bu komponentlar o'rta darajada bilinadi, berkituvchi teshikdan chiqishida esa - birmuncha keskin ifodalanadi.

Normada katta ko'st Rozer - Nelaton chizig'i sathida (yonbosh suyagining oldingi-ustki o'sig'i bilan quymich do'mbog'i uchini tutashtirib turadigan shartli chiziq) joylashadi. Orqaga chiqishida katta ko'st bu chiziqdan yuqorida turadi. Son suyagi chiqishining hamma turlarida bemorlarning chanoq-son bo'g'imida aktiv harakatlar bo'lmaydi.

Tashxis. Bemor shikoyati, anamnezi, ob'yektiv tekshirishlar (chiqqan sohani paypaslab ko'rish), rentgenolgik tekshirishlar (bo'g'im sohasi) ga asoslanadi.

Davosi. Suyakni joyiga solishni miorelaksantlar bilan umumiy og'riqsizlantirishdan yoki orqa miya anesteziyasidan foydalanib bajariladi.

Kollen-Janelidze usuli. Bemorni chanog'i stolda, shikastlangan tomonidagi oyog'i esa pastga bermalol osilib turadigan qilib yuz tuban yotqiziladi. 5-10 daqiqa o'tgach oyoq o'z og'irligi ta'sirida chanoq-son bo'g'imida deyarli to'g'ri burchak ostida turadi. Oyoqni tizza bo'g'imidan 90° burchak ostida bukiladi. Xirurg qo'li bilan boldir-panja bo'g'imidan ushlab, shikastlangan kishining taqimini o'z tizzasi bilan bosadi. Sonni pastga tizza bilan traktsiya qilib, u ayni vaqtda sonni tashqariga rotatsiya qiladi. Suyakning yonboshdan, quymichdan va yopqich teshikdan chiqishini shu usulda joyiga solinadi.

Koxer usuli. Bemorni chalqancha yotqiziladi, yordamchi bemor chanog'ini fiksatsiya qiladi, xirurg esa boldirni ikkala qo'li bilan ushlab,

avvaliga asta-sekin bukadi va sonni yaqinlashtiradi. Bunda maksimal darajada tashqi rotatsiya qilinadi, shundan keyin sonni tezda yoziladi, ayni vaqtda uni chetlantiriladi va ichkariga rotatsiya qilinadi. Qov ustidan chiqishni ana shu usulda joyiga solinadi.

Suyak chiqishini biror usulda joyiga solingandan keyin bemorni karavotga yotqiziladi, oyog'ini Beler shinasiga joylanadi va 5-6 kunga teri ustidan tortib qo'yiladi. Keyinchalik davo gimnastikasi, massaj o'tkaziladi. 2 hafta o'tgach bemor qo'ltiqayoqda yurishi mumkin. 3 haftadan keyin yurishga ruxsat etiladi.

Boldirning chiqishi. Kamdan-kam uchraydi. Boldir chiqqanda oldinga, orqaga, ichkariga va tashqariga siljishi mumkin.

Etiologiyasi. Ko'pincha, oyoq kaft-panja sohasidan osilib qolganda, tizza bilan yiqilganda va turli xil avto halokatlarda kuzatiladi.

Klinik manzarasi. Tizza bo'g'imi sohasida keskin deformatsiya kuzatiladi. Son va katta boldir suyaklarining qarama-qarshi tomonlarga siljigan bo'g'im uchlarini paypaslash mumkin. Boldir o'qi siljishning lokalizatsiyasiga ko'ra son o'qidan oldinda, orqada, ichkarida va tashqarida turadi. Tizza bo'g'imida aktiv harakatlar bo'lmaydi.

Tashxis. Bemor shikoyati, anamnezi, ob'yektiv tekshirishlar (chiqqan sohani paypaslab ko'rish), rentgenolgik tekshirishlarga asoslaniladi.

Davosi. Suyakni umumiy og'riqsizlantirish ostida joyiga solinadi. Suyak chiqishiga qarama-qarshi yo'nalishda boldirmi o'qi bo'yicha traktsiya qilinadi va uni bosiladi. Boldir joyiga solingandan so'ng orqa tomoniga gipsli longeta qo'yib, uni gipsli bint bog'lamlar bilan gir aylantirib mahkamlanadi. Fiksatsiya muddati 1 $\frac{1}{2}$ oy. Keyinchalik funksional va fizioterapevtik muolajalar tatbiq qilinadi.

Qo'l suyaklari sinishi

Yelka suyagining sinishi. Sinish sathiga ko'ra bo'g'im ichida sinishi (yelka suyagi boshchasining sinishi va anatomik bo'ynining sinishi), bo'g'imdan tashqarida sinishi (do'mboqchasi orqali sinishi va bolalardagi epifizioliz); xirurgik bo'ynining sinishi, yelka suyagi diafizining sinishi, yelkaning uchdan bir pastki qismida esa - do'ng ustining va do'ng orqali sinishi, do'nglarining sinishi (tashqi va ichki), do'ng ustidagi ko'tarilgan

joylarning (tashqi va ichki) uzilishi, yelka suyagi distal uchining T-simon va Y-simon sinishlari farq qilinadi.

Sinishlar xarakteriga ko'ra ko'ndalang, qiyshiq, parchasimon va qoqilgan turlarga bo'linadi.

Siljishning ayrim turlaridan suyak siniqlarining eniga, o'qi bo'yicha, kamroq hollarda uzunasiga siljishi kuzatiladi.

Etiologiyasi. Bevosita yelkaga berilgan zarb, shuningdek yozilgan qo'lga yiqilish hamda yelkaning ustiga yiqilganda kuzatiladi.

Klinikasi. Klinik manzarasi sinishning lokalizatsiyasiga va suyak siniqlarining siljish turiga bog'liq. Bo'g'im ichida sinishda suyak boshchasi bo'g'imda erkin yotadi. Distal (periferik) siniq uzun muskullarning tortishi hisobiga yuqoriga tortilgan, kalta bir boshli muskullar ta'sirida tanaga yaqinlashgan va tashqariga burilgan bo'ladi. Katta do'mboq uzilganda u orqaga va tashqariga tortiladi, yelkaning o'zi esa oldinga va ichkariga suriladi. Kichik do'mboq uzilganda siljish teskari yo'nalishda sodir bo'ladi.

Yelka suyagining uchdan bir yuqori qismi bo'g'imdan tashqarida singanda adduksion va abduksion sinish farq qilinadi. Adduksion sinishda markaziy siniq tanadan uzoqlashgan va tashqi rotatsiya holatini oladi, periferik siniq esa ichkariga, proksimal (markaziy) yo'nalishda, oldinga siljiydi va ichkariga rotatsiya qilinadi. Ikkala siniq orqaga va ichkariga ochilgan burchak hosil qiladi. Abduksion sinishda markaziy siniq tanaga yaqinlashgan va ichkariga burilgan, periferik siniq esa tanadan uzoqlashgan holatda bo'ladi.

Tirsak bilan yiqilganda qoqilgan sinish kuzatilishi mumkin, bunda periferik suyak sinig'i markaziy siniq ichiga kiradi.

Diafizar sinishlarda suyak siniqlarining siljishida qanday bo'lmasin qonuniyat yo'q. Siljish sinish chizig'iga, suyak siniqlariga va sinishni keltirib chiqargan kuch ta'siriga bog'liq.

Shikastlanish mexanizmiga ko'ra do'ng usti sinishlari ekstenzion va fleksion sinishlariga bo'linadi. Ekstenzion sinish qo'lning tirsak bo'g'imida yozilgan kafti bilan yiqilganda kuzatiladi. Bunda sinish yuzasi oldindan va pastdan orqaga hamda yuqoriga boradi. Periferik suyak sinig'i bunda orqaga siljiydi. Fleksion sinish maksimal bukilgan tirsak bo'g'imi

bilan yiqilganda sodir bo'ladi, sinish yuzasi oldindan va yuqoridan orqaga hamda pastga boradi. Distal siniq oldinga siljiydi.

Klinik simptomlariga kelganda shuni aytish kerakki, suyak siniqlari siljiydigan sinishda sinishning absolyut belgilari: qo'lning deformatsiyasi, suyak siniqlarining krepitatsiyasi, qo'lning patologik harakatchanligi va kaltalanib qolishi kuzatiladi. Suyak siniqlari siljimaydigan sinishlarda (qoqilgan va urilgan) bu alomatlar bo'lmasligi mumkin. Sinishlardagi nisbiy alomatlar esa (qo'l funksiyasining buzilishi, lokal og'riq, gematoma va shikastlangan zonada og'riq) hamisha bo'ladi. Bo'g'im ichidagi sinishlarda albatta gemartroz qayd qilinadi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, yelka suyagining ikki tomonlama rentgenografiyasiga asoslanadi.

Davosi. Suyak siniqlari unchalik ko'p siljimaydigan bo'g'im ichidagi sinish, qoqilgan va urilgan sinish hollarida bemorlar qo'lini ponasimon yostiqda fiksatsiya qilish usuli bilan davolanadi. Funktsional terapiyani imkon boricha erta boshlash kerak. Bemor birinchi kundan boshlab qo'l barmoqlarini va bilak-kaft usti bo'g'imini, bir necha kundan keyin esa tirsak va elka bo'g'imlarini aktiv xarakatlantira boshlashi kerak. 2 hafta o'tgach, ponasimon yostiq olib tashlanadi va bemor katta ko'lamda aktiv harakatlar bajarishga kirishadi.

Adduksion va abduksion sinishlarda mahalliy ogriqsizlantirishdan foydalanib, suyak siniqlari joy-joyiga solinadi, so'ngra qo'lni uzoqlashtiruvchi SITO shinasida fiksatsiya qilinadi.

Bir vaqtning o'zida suyak siniqlarini joy-joyiga solishning iloji bo'lmaganda, shuningdek diafizar sinishlarda suyak siniqlarini joy-joyiga solish uchun teri ustidan yoki skeletdan tortib qo'yish tatbiq etiladi.

Katta yoshdagi kishilarda xirurgik bo'yincha singanda qo'lni fiksatsiya qilib qo'yish muddati 4-5 hafta, bolalarda 2-2 1/2 hafta, yelka diafizi singanda esa tegishlicha kattalarda 6-7 hafta, bolalarda 3-4 1/2 hafta davom etadi.

Konservativ davo muvaffaqiyatsiz chiqqanda osteosintez operatsiyasini qilish zarur.

Suyak siniqlari siljimasdan turib sinishlarida, do'ng usti sinishlarida orqa tomoniga gips longeta qo'yish yo'li bilan davolanadi. Suyak siniqlari siljigan sinishlarda avval suyak siniqlarini joy-joyiga solinadi. Ekstenzion

sinishda bilakni traksiya qilib, ayni vaqtda tirsak bo'g'imida 90° burchak ostida bukiladi va shu vaqtning o'zida markaziy suyak sinig'ini orqaga siljiriladi. Suyak siniqlarini tirsak bo'g'imida joy-joyiga solingandan keyin qo'lni $60-70^\circ$ burchak ostida bukiladi va shu holatda orqaga chuqur gipsli bog'lam (longeta) qo'yiladi. Fleksion sinishda tirsak bo'g'imining to'liq yozilgan holatida bilak-kaftdan tortib qo'yish qo'llaniladi, ayni vaqtda markaziy siniq oldinga tortiladi. Yozilgan qo'l orqasiga chuqur gips bog'lam (longeta) qo'yiladi. Fiksatsiyaning o'rtacha muddati 4-5 hafta. Keyinchalik davo fizkulturasi va massaj qo'llaniladi.

Suyak siniqlarini bir vaqtning o'zida joy-joyiga solishning iloji bo'lmaganda G. A. Ilizarov usuli yoki tirsak o'sig'idan yon tomonlama tayanchlar bilan skeletdan tortib qo'yish tatbiq etiladi. Skeletdan tortib qo'yish muvaffaqiyatsiz chiqqanda operatsion davo - osteosintez qilinadi.

Suyak do'ngchalari singanda va do'ngcha usti uzilganda ularni reponatsiya qilinadi. So'ngra yelka sohasiga Y-simon gipsli longeta qo'yiladi. Bu muvaffaqiyatsiz chiqqanda metallardan yasalgan mixlar bilan operatsion fiksatsiya qilinadi.

Bilak suyaklarining sinishi. Lokalizatsiyasiga ko'ra sinishlarning quyidagi turlari farq qilinadi: tirsak o'sig'ining sinishi, toj o'sig'ining sinishi, bilak suyagining boshchasi yoki bo'ynining sinishi, bilak suyaklarining diafizar sinishi, bilak suyagining tipik joyidan sinishi. Sinishlar bevosita, shuningdek bilvosita shikastlanishda yuz berishi mumkin.

Etiologiyasi. Bilak sohasiga beriladigan to'g'ridan-to'g'ri zarb, bilakni qoringa tortgan holda yiqilish va turli xil shikastlanishlar sabab bo'ladi.

Klinikasi. Tirsak o'sig'i singanda og'riq, qon quyilish, shish paydo bo'lishi qayd qilinadi. Siniqlar orasini palpatsiya qilinganda diastaz aniqlanadi, bilakni yozish cheklangan bo'ladi.

Toj o'sig'i tirsak bukimi sohasida singanda (uzilganda) shish, ba'zan qon quyilishi qayd qilinadi, tirsak bo'g'imida maksimal bukilish cheklangan bo'ladi.

Bilak suyagining boshchasi va bo'yni singanda lokal og'riq, shish va tegishli proyeksiyada gematoma, tirsak bo'g'imida harakatlarning, ayniqsa

rotatsion harakatlarning cheklanganligi kuzatiladi. Ikki proyeksiyada rentgenogramma qilish talab etiladi.

Bilakning ikkala suyagi diafizar singanda patologik harakatchanlik, bilak deformatsiyasi va sinishning hamma nisbiy simptomlari aniqlanadi. Diagnostikasi qiyin emas. Tirsak yoki bilak suyagi yakka singanda saqlanib qolgan butun suyak tayanch funksiyani bajaradi, shu munosabat bilan qo'lning deformatsiyasi va funksiyasining buzilishi unchalik bilinmaydi. Sinish zonasidagi rotatsiyada (bilak o'qi bo'yicha aylanma harakat) lokal og'riq bo'lishi katta diagnostik ahamiyatga ega.

Ba'zan turli xil lokalizatsiyada sinish va chiqishning birga uchrashi kuzatiladi. Ular orasida quyidagilar eng ko'p uchraydi: 1) tirsak suyagi boshchasining chiqishi bilan o'tadigan bilak suyagining sinishi (Galeatsi sinishi); 2) tirsak suyagining sinishi va bilak suyagi boshchasining sinishi (Montej sinishi). Sinishning bu turlarida klinik manzara tegishli lokalizatsiyadagi suyak sinishi va chiqishi simptomlarining birga uchrashidan tashkil topadi.

Bilak suyagining tipik joyidan sinishi (bilak suyagining distal uchi) ikki turga bo'linadi: ekstenzion - distal siniq orqaga va radial siljiydi, fleksion - distal siniq kaft tomonga siljiydi. Siniqlari ko'p siljimagan sinishlarda lokal og'riq va shish aniqlanadi. Ko'p siljiganda sinishning turiga ko'ra orqaga yoki kaft tomonga yo'nalgan o'ziga xos nayzasimon deformatsiya aniqlanadi.

Tashxis. Bemor shikoyati, ob'yektiv tekshirishlar (singan sohani paypaslab ko'rish), bilak suyagini ikki proyeksiyada rentgenografiya qilishga asoslanadi.

Davosi. Suyak siniqlari siljimagan tirsak o'sig'i sinishida uning maksimal yozilgan holatida orqasiga 2-3 haftaga gipsli longeta qo'yiladi. Keyinchalik davo fizkulturasi buyuriladi. Suyak siniqlarini joy-joyiga solishning iloji bo'lmaganda xirurgik davolashga - suyak sinig'ini tirsak suyagiga tikishga kirishiladi.

Toj o'sig'i uzilganda tirsak bo'g'imida maksimal bukiladi, keyin yumshoq bog'lam yoki gipsli bog'lam bilan fiksatsiya qilinadi: fiksatsiya muddati 2-3 hafta. So'ngra davo fizkulturasi va issiq muolajalar qilinadi. Bu vaqt davomida massaj qilishga ruxsat etilmaydi. Agar suyak sinig'ini

joyiga solishning imkoni bo'lmasa, uni olib tashlanadi, chunki u tirsak bo'g'imida bukilishga xalaqit beradi.

Bilak suyagi boshchasi yoki bo'ynining suyak siniqlari siljimagan sinishida mahalliy og'riqsizlantirish tatbiq etiladi va qo'lni tirsak bo'g'imida to'g'ri burchak ostida bukib fiksatsiya qilinadi. Bilakka supinatsiya (kaft yuqoriga qaragan) bilan pronatsiya (kaft pastga qaragan) o'rtasidagi oraliq holati beriladi. Fiksatsiya 2 hafta muddatga qilinadi. Keyinchalik davo fizkulturasi qo'llaniladi. Suyak siniqlari siljiganda ularni joy-joyiga solinadi. Buning uchun qo'lni tirsak bo'g'imida yoziladi va bilakni anchagina uzoqlashtirilgan holatda qo'yiladi. Fragment (siniqni) bosib, uni joyiga solinadi. Qo'lni yana bukiladi va uni fiksatsiya qilinadi. Joyiga solish muvaffaqiyatsiz chiqqanda operatsion davo o'tkaziladi - fiksatsiya qilib joyiga solinadi, suyak boshchasi maydalanib ketganda esa uni olib tashlanadi.

Suyak siniqlari siljigan diafizar sinishlarda esa ularni joy-joyiga solinadi. Avvaliga distal siniqlarning rotatsion siljishi bartaraf etiladi, so'ngra eniga va uzunasiga siljishini tuzatiladi. Ikkita gipsli longeta (orqasiga va kaft tomonga) qo'yiladi, ularning ustiga esa bittadan yumaloq cho'p («chillak») tashlab, ularni bilak suyaklarini bir-biridan siljitish uchun gipsga botirib qo'yiladi. Longetalarni gipsli bintlar bilan gir aylantirib fiksatsiya qilinadi. Fiksatsiya muddati 7—8 hafta. Agar suyak siniqlarini joy-joyiga solib bo'lmasa, operatsion davo - osteosintez qilinadi (bitta suyak singanda - Bogdanovning bitta shtifti bilan, ikkita suyak singanda — ikkita shtifti bilan). Metall simlar yaxshi suyak qadog'i hosil bo'lgandan keyin olib tashlanadi.

Bilak suyagi tipik joyidan singanda mahalliy og'riqsizlantirishdan so'ng suyak siniqlari repozitsiya qilinadi (to'g'rilanadi). Buning uchun bilakni panjadan ushlab (bosh barmoqni va qolgan barmoqni alohida ushlanadi) uzunasiga traksiya qilinadi; bu vaqtda bilak stolda turadi. Panjani bilak-kaft usti bo'g'imida stol cheti orqali pastga bukiladi. Xirurg suyak fragmentini yuqoridan pastga siqadi va u joyiga tushadi. Fiksatsiya uchun orqa gipsli longeta qo'llaniladi. Fiksatsiya muddati 3 hafta.

Barmoq suyaklarining sinishi. Bunday shikastlar anchagina ko'p uchraydi. Suyak apparatining anatomik butunligini ayniqsa sinchiklab

tekshiriladi, aks holda bemor panja funksiyasining buzilishi oqibatida nogiron bo'lib qolishi mumkin.

Barmoq falangalarining sinishi.

Etiologiyasi. aksariyat bevosita travmadir.

Barmoq falangalarining sinishi bo'g'im ichida sinish, bo'g'im oldida sinish va falanga tanasining sinishiga bo'linadi.

Klinikasi. Shish, qon quyilishi, suyak fragmentlari siljiganda esa deformatsiyadan iborat bo'ladi. Barmoqni to'liq yozib bo'lmaydi. Rentgenogramma qilish shart. Repozitsiyani Lukashevich-Obert usulida anesteziya qilib bajariladi. Barmoq va panjaning kaft yuzasiga shina qo'yiladi va bint bilan fiksatsiya qilinadi.

Tashxis. Bemor shikoyati, ob'yektiv tekshirish (singan sohani paypaslab ko'rish), bilak-kaft sohasining ikki tomonlama rentgenografiyasiga asoslanadi.

Davosi. Barmoqni shina bilan birga suyak siniqlarini tegishlicha korreksiya qilib bukiladi. Suyak siniqlari joy-joyiga solingandan keyin bo'g'im ichidan sinishdan 5-7 kun, falanga tanasidan sinishda 2 hafta mobaynida qo'shimcha fiksatsiya qilinadi.

Oyoq suyaklari sinishi

Son suyagining sinishi. Son suyagining sinishi og'ir va nisbatan ko'p uchrab turadigan shikastlanishdir. Sinish hollarining 3, 5-6, 5% ini tashkil qiladi. Sababi - ko'pincha bevosita travmadir.

Son suyagi bo'ynining sinishi. Medial (subkapital, bo'yni orqali) va lateral (son suyagi bo'ynining asosi, ko'st orqali va ko'stlararo) sinish farq qilinadi.

Etiologisi. Aksariyat yoshi ulg'aygan kishilarda katta ko'st bilan yiqilganda uchraydi.

Klinikasi. Lokal og'riq, oyoq funksiyasining buzilishi, suyak siniqlari siljigan sinishda oyoqning nisbatan kalta bo'lib qolishi kuzatiladi. Katta ko'st Rozer-Nelaton chizig'idan yuqorida joylashadi. Oyoq tashqariga buralgan (rotatsiya) holatida bo'ladi.

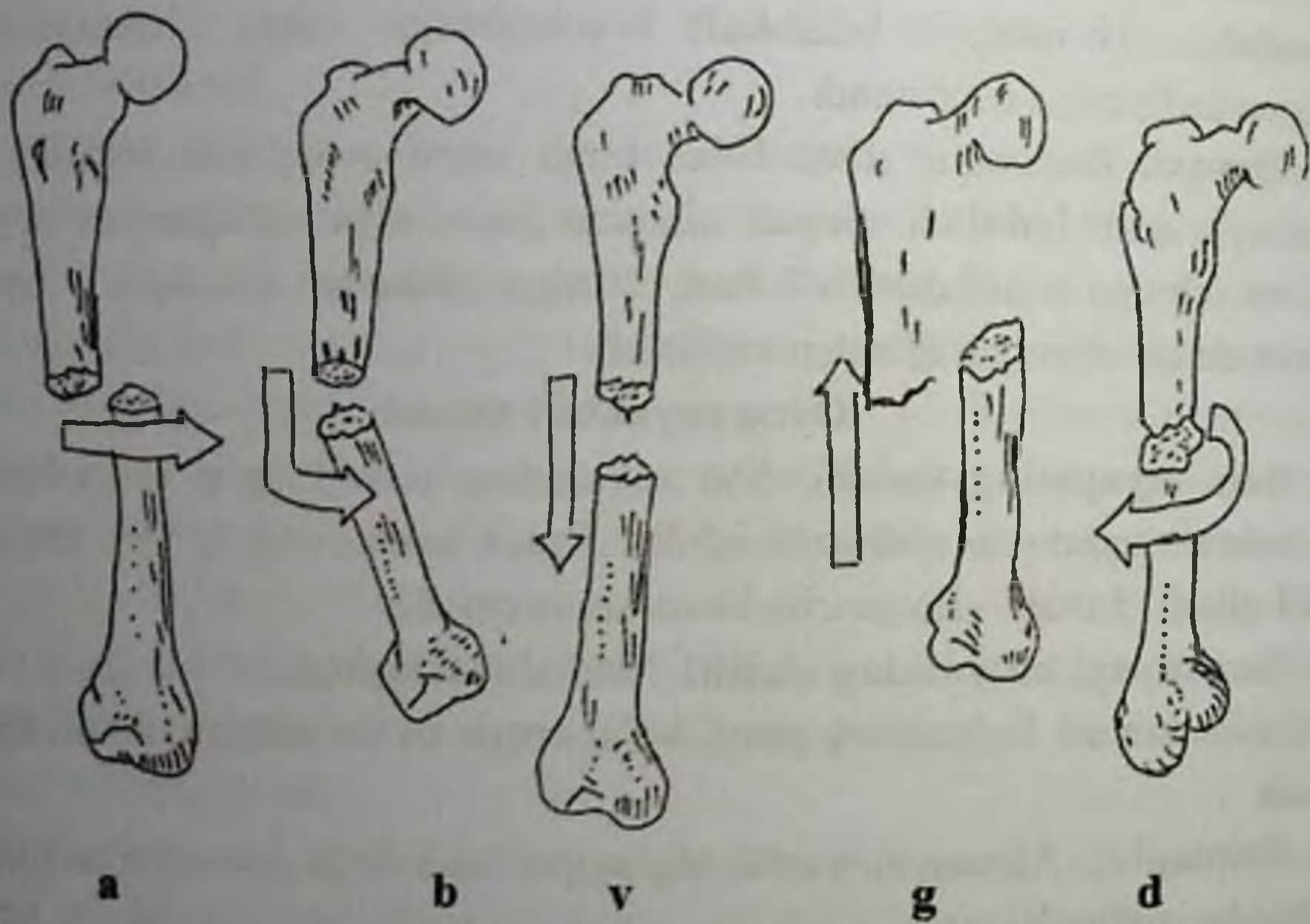
Tashxis. Ikki proyeksiyada rentgenografiya qilish tashxisni oydinlashtiradi.

Davosi. Oldin og'riqsizlantirilgandan so'ng siniqlarni bir momentda joy-joyiga solish va gipsli koksit bog'lam bilan fiksatsiya qilishga harakat

qilinadi. Siniqlarni bir momentda joy-joyiga solish muvaffaqiyatsiz chiqqanda skeletdan, yaxshisi son suyagi metafizidan yoki katta boldir suyagining egri qismidan tortib qo'yish tatbiq etiladi. Oyoqni Beler shinasiga qo'yiladi. Davoning bu turi lateral sinishlarda qo'llaniladi.

Medial sinishlarda tezda operatsion davoga kirishish zarur. Shu maqsadda suyak siniqlari joy-joyiga solinadi va uch parrakli metall mix bilan biriktiriladi. Mixni maxsus yo'naltirgich yordamida kiritiladi.

Son suyagi diafizining sinishi Son suyagi qayerdan singanligiga qarab, yuqori, o'rta va pastdagi uchdan bir qismidan sinishi farq qilinadi. Umuman son suyagi sinishida suyak parchalarining siljishiga ko'ra quyidagi rasmlarda turlicha farqlanadi.



70. Rasm. Sinishda suyak parchalarining siljish variantlari; a-yonboshga siljish; b-suyak o'qi bo'yicha (burchak hosil qilib); v-uzunasiga siljib cho'zilishi; g- uzunasiga siljib qisqarishi; d-rotatsion (buralib).

Klinikasi. Sinishning nisbiy va absolyut belgilari bilan xarakterlanadi. Suyak qayerdan singanligiga bog'liq holda muskullar ta'sirida suyak siniqlarining turli xil siljishlari kuzatiladi. Son suyagining

yuqoridagi uchdan bir qismi singanda markaziy suyak sinig'i oldinga va tashqariga, periferik sinig'i - yuqoriga, ichkariga va orqaga (galife shaklidagi deformatsiya) siljiydi. O'rtadagi uchdan bir qismidan singanda siljish xuddi shu tipda boradi, biroq kamroq ifodalangan bo'ladi.

Pastdagi uchdan bir qismidan singanda markaziy siniq ichkariga, periferik siniq esa orqaga siljiydi. Sinishni davolashda tegishli korreksiyani amalga oshirish uchun suyak siniqlarining siljish xarakterini bilish zarur.

Tashxis. Son suyagining hamma sinishlarida ikki proyeksiyada rentgenogramma qilishga asoslaniladi.

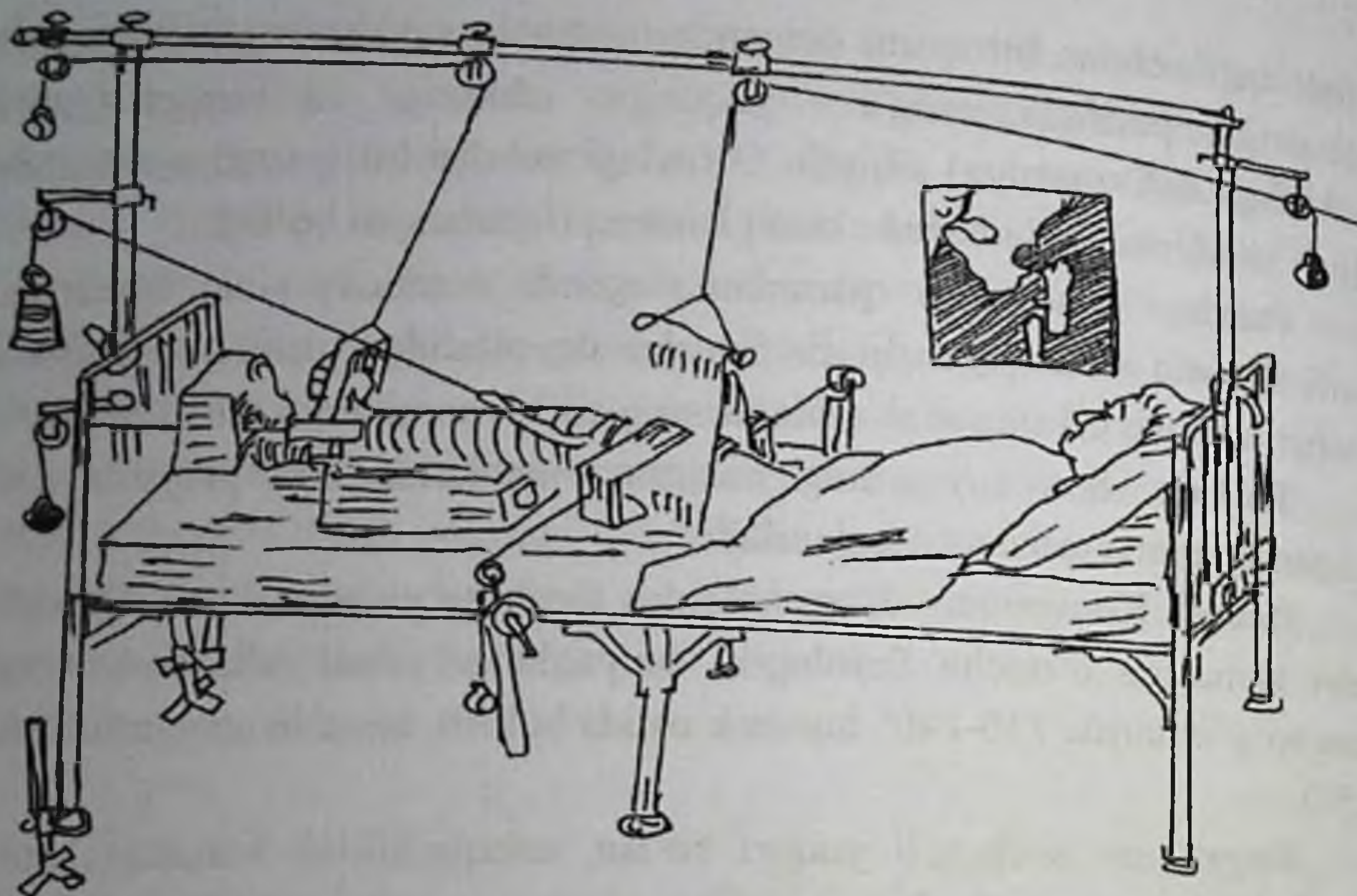
Davosi. Konservativ davo skeletdan tortib qo'yishdan iborat. Oyoqni Beler shinasiga o'rtacha fiziologik vaziyatda qo'yiladi (chanoq-son va tizza bo'g'imlarida $130-140^\circ$ burchak ostida bukish, tanadan uzoqlashtirish $- 15^\circ$).

Singan joy nechog'li yuqori bo'lsa, uzoqlashtirish burchagi ham shunchalik katta bo'ladi. Simni son suyagining metafizi yoki katta boldir suyagining egri-bugriligi orqali o'tkaziladi va 9-10 kg yuk osib qo'yiladi. Son suyaginiig pastdagi uchdan bir qismi singanda taqimga bolishcha va son suyagining pastdagi uchdan bir tashqi qismini manjetka yordamida yon tomondan qo'shimcha ravishda tortib qo'yiladi. Sinishning bu turida simni son suyagi metafizidan o'tkazgan va sondan tortish vektorini son o'qidan birmuncha yuqoriga ko'chirgan yaxshi (periferik suyak sinig'ini markaziy siniqqa keltirish). Tortib qo'yishning o'rtacha muddati 5-7 hafta. (71-rasm). Birlamchi suyak qadog'i hosil bo'lgandan so'ng gipsli bog'lam qo'yish mumkin. G. A. Ilizarov usulini qo'llash mumkin.

Ko'mik kanali orqali maxsus metall sim o'tkazib osteosintez qilish operatsiyasi odatda ochiq sinishlarda, yumshoq to'qimalar interpozitsiyasida, noto'g'ri bitgan sinishlarda va soxta bo'g'imlarda o'tkaziladi.

Boldir suyaklari sinishi. D i a f i z a r s i n i s h l a r. Aksari ikkala (katta va kichik) boldir suyagining sinishi uchraydi. Suyak siniqlari uzunasiga, eniga, burchak ostida va o'z o'qi atrofida siljiydi. Bitta suyak singanda ikkinchisi go'yo fiksatsiyalovchi shina vazifasini bajaradi, shunga ko'ra suyak siniqlarining siljishi unchalik yaqqol ko'rinmaydi.

Etiologiyasi. Travma mexanizmi - bevosita zarb tegishi yoki oyoq bilan yiqilishdir.



71. Rasm. Son suyagining pastki qismi singanda suyakdan tortish.

Klinik manzarasi suyak siniqlarining siljish darajasiga bog'liq. Sinishning nisbiy va absolyut belgilari bo'ladi. Rentgenografiya yordamida sinishning turi va suyak siniqlarining siljish xarakteri aniqlanadi.

Tashxis. Bemor shikoyati, ob'yektiv tekshirishlar (singan sohani paypaslash va perkutsiya qilib ko'rish), boldir suyagi rentgenografiyasiga asoslanadi.

Davosi. Suyak siniqlarini bir momentda repozitsiya qilib, aylanma gipsli bog'lam qo'yishga harakat qilish zarur. Agar bunda suyak siniqlarini joy-joyiga solib bo'lmasa, tovon suyagini skeletdan tortib qo'yish tatbiq etiladi. Ochiq sinishlarda yumshoq to'qimalar interpozitsiyasida va suyak siniqlarini yuqorida aytilgan usullar bilan joy-joyiga to'g'ri solib bo'lmaganda operatsion davo o'tkaziladi.

To'piqlarning sinishi. Ko'p uchraydi va boldir suyaklari sinishining qariyb 40 % ini tashkil qiladi.

To'piqlarning sinishi quyidagicha bo'ladi: 1) to'piqlardan birining yakka sinishi; 2) ikkala to'piqning adduksion sinishi (oyoq panjasining ichkariga buralib ketishi) (Malgen sinishi); 3) ikkala to'piqning abduksion sinishi (oyoq panjasining tashqariga buralib ketishi) (Dyupyuitren sinishi);

4) ikkala to'piq sinib, katta boldir suyagining chetidan uzilishi (Dest sinishi). Ikkala to'piq sinishini sinish-chiqish guruhiga kiritish lozim, chunki bunday hollarda oyoq panjasi o'midan siljiydi.

Etiologiyasi. To'piqlarning sinishiga oyoq panjasi fiksatsiya qilingani holda boldirni burib yuborish yoki oyoq panjasining tashqariga yoki ichkariga buralib ketishi sabab bo'ladi.

Klinikasi. Shikastlangan to'piq zonasida shish, qon quyilishi va bezillash qayd qilinadi. Ikkala to'piq singanda, ayniqsa bu katta boldir suyagi chetining uzilishi bilan o'tganda oyoq panjasi u yoki bu tomonga o'midan siljiydi.

Tashxis. Oyoq-kaft sohasining ikki tomnlama rentgenografiyasiga asoslanadi.

Davosi. Mahalliy og'riqsizlantirishdan keyin oyoq panjasini boldir o'qi bo'yicha bo'ylama traksiya qilib, oyoq panjasini shikastlanishning qarama-qarshi tomoniga buriladi. V-simon longeta qo'yiladi. Shish qaytgandan so'ng «etikcha» shaklida gips qo'yiladi. Konservativ davo muvaffaqiyatsiz chiqqan hollarda operatsiya qilishga kirishiladi - to'piqni joyiga solib, metall vintlar yoki P-simon metall chetlar bilan fiksatsiya qilinadi.

Protezlash

Protezlar deganda turli materiallar (yog'och, metall, plastmassalar) dan yasalgan va gavdaning ayrim qismlari o'mini bosish hamda ularni korrektsiya qilishga mo'ljallangan maxsus moslamalar tushuniladi.

Protezlarning bajaradigan vazifasiga ko'ra kosmetik va funksional yoki ishchi protezlarga bo'linadi. Kosmetik protezlarga birorta kosmetik nuqsonni (masalan, sun'iy ko'z, burun va hokazo) tuzatadigan protezlar kiritiladi. Gavdaning yo'q qismi (qo'l, oyoq va hokazo) funksiyasini bajara oladigan protezlarga ishchi protezlar deyiladi.

Protezlar vaqtinchalik va doimiy bo'ladi. Vaqtinchalik protezlar gavdaning mazkur sohasini doimiy protez (masalan, cho'ltoqni shakllantirish uchun gipsli protezlar, gipsli korsetlar va hokazo) taqish uchun tayyorlash maqsadida qo'llaniladi. Doimiy protezlar yog'och, metall va boshqa materiallardan tayyorlanib, doimiy hamda uzoq muddat taqish uchun xizmat qiladi.

Ortopedik apparatlarga texnikaviy jihatdan birmuncha murakkab apparatlar kiritiladi. Masalan, charm, metall shinalardan tayyorlangan korset, biopotenstiallar yordamida ishlaydigan qo'l protezi va boshqalar shular- jumlasiga kiradi.

Umurtqa pog'onasi va chanoq suyaklari shikastlari

Umurtqa pog'onasi shikastlari

Umurtqa pog'onasi shikastlari yopiq bo'lishi (lat eyish, boylam apparatining cho'zilishi, sinishi, chiqishi) va sovuq hamda o'q otadigan quoldan yaralanishda ochiq bo'lishi mumkin. Umurtqa pog'onasining boshqa a'zolar bilan birga shikastlanishiga umurtqa pog'onasining birgalikda shikastlanishi deyiladi.

Etiologiyasi. Umurtqa pog'onasining sinishi. Umurtqa pog'onasining fiziologik harakatchanligi chegaradan chiqadigan tananing ortiqcha kuch bilan egilishi umurtqa pog'onasi sinishida tipik mexanizm hisoblanadi. Bosh yoki oyoq bilan yiqilganda umurtqa tanalarining ortiqcha qisilishi sinishning ikkinchi mexanizmi bo'ladi. Umurtqa pog'onasining bevosita yuz beradigan travmadan sinishi kamroq uchraydi.

Umurtqa tanalarining yakka sinishi (kompression), yoylari va o'siqlarining sinishi, ko'ndalang o'siqlari, o'tkir qirrali o'siqlari sinishlari tafovut qilinadi. Ba'zan bunday sinishlarning birga uchrashi yoki umurtqaning sinish bilan birga chiqishi kuzatiladi. Yakka chiqishi aksariyat umurtqa pog'onasining bo'yin bo'limida uchraydi. Sinish orqa miyaning yoki ildizlarining shikastlanishi bilan ro'y berishi mumkin.

Kompression sinish. Bunday sinishlar uchun umurtqa spongioz moddasining asosan oldingi, ventral bo'limida ponasimon qisilishi xarakterlidir. Kompressiya darajasi turlicha: arang bilinadigan darajadan umurtqa pog'onasi o'qini buzadigan keskil ponasimon deformatsiyagacha bo'lishi mumkin. Eng ko'p uchraydigan joyi umurtqa pog'onasining ko'krakdan pastki va beldan yuqori bo'limlaridir.

Klinik manzarasi. Shikastlangan umurtqaning o'tkir qirrali o'sig'i zonasida keskin og'riq, ro'y-rost do'mboq yoki o'tkir qirrali o'sig'ining turtib chiqishi ko'rinishidagi deformatsiya, orqa muskullarining taranglashishi, funksiyasi yo'qolishi, ya'ni umurtqa pog'onasining shu bo'limida harakatlar bo'lmasligi kuzatiladi. Tashxisni aniqlash uchun

umurtqa pog'onasining shu bo'limini ikki proyeksiyada rentgenografiya qilish zarur.

Birinchi yordam ko'rsatish va transportirovka qilish. Bemorni qattiq nosilkaga yuz tuban yotqiziladi. Uni davolash muassasasiga olib borish va nosilkadan turishida umurtqalarining qo'shimcha ravishda siljimasligi va orqa miya butunligining buzilmasligi uchun ehtiyotkorlikka qat'iy rioya qilinadi.

Davosi. Umurtqalar tanasining ro'y-rost kompression sinishida davolashning asosi qisilgan umurtqani yozish hisoblanadi (reklinatsiya). Reklinatsiya bir momentda bajarilishi mumkin. Bunda bemorni ikkita stolga yotqiziladi, tananing o'rta qismi osilib turadi. Birin-ketin qilinadigan reklinatsiyada bemorni karavotga chalqancha yotqiziladi. Singan zona ostiga qum solingan xalta yoki maxsus tirgak qo'yilib, uning yordamida reklinatsiyani asta-sekin me'yori bilan oshira borish mumkin. Unchalik katta bo'lmagan kompression sinish reklinatsiyani talab etmaydi. Reklinatsiyadan so'ng gipsli korset qo'yiladi va funksional davo usuli qo'llaniladi. Bu usul orqa muskullarini baquvvat qilish va rivojlantirishga qaratilgan maxsus mashqlarni baja-rishda «muskul korseti» ni vujudga keltirishdan iborat.

Og'ir jismoniy mehnat bilan shug'ullanmaydigan bemorlarda 6–8 oydan so'ng, og'ir jismoniy ishda 8–12 oydan keyin mehnat qobiliyati tiklanadi.

Umurtqalarning chiqishi. Umurtqaning chiqishi ko'pincha umurtqa pog'onasining bo'yin bo'limida uchraydi. Yuqorida joylashgan umurtqalar bo'g'im yuzasining siljish darajasiga ko'ra chiqishning oldingi ikki tomonlama, oldingi o'ng yoki chap, orqadagi ikki tomonlama, orqadagi o'ng yoki chap turlari tafovut qilinadi.

Klinik manzarasi. Oldingi ikki tomonlama chiqishda bosh go'yo oldinga chiqib qoladi va picha pastga egiladi. Oldingi o'ng tomonlama chiqishda o'ngga burilgan, orqadagi ikki tomonlama chiqishda birmuncha orqaga tashlangan, orqadagi o'ng tomonlama chiqishda o'ngga burilgan, chap tomonlama chiqishda chapga burilgan bo'ladi.

Umurtqa pog'onasi bo'yin bo'limidagi chiqishning hamma turlarida aktiv harakatlar bo'lmaydi, passiv harakatlar esa juda cheklangan bo'ladi. Umurtqa pog'onasining bo'yin bo'limi rosmansa og'rib turadi.

Tashxis. Tashxisni aniqlash uchun ikki proyeksiyada rentgenografiya va tomografiya qilish zarur.

Davosi. Bosh tomoni baland qilib ko'tarilgan karavotda Glisson ilmog'i yordamida cho'zish eng ko'p tarqalgan usul hisoblanadi. Qator hollarda ayni vaqtda joyiga solish usulini qo'llash mumkin. Davolashning bu turida boshni chiqqan tomondan qarama-qarshi tomonga burib, uni asta-sekin bo'ylama traksiya qilishdan foydalaniladi.

Umurtqa o'siqlari va yoylarining sinishi. Sinish mexanizmi aksariyat bevosita travmadir. Ko'pchilik hollarda ko'ndalang o'siqlarning sinishi kuzatiladi.

Klinik manzarasi. O'siqlar singanda paravertebral chiziq bo'ylab lokal og'riq, singan zonadan qarama-qarshi tomonga egilishning qiyinlashib qolganligi qayd qilinadi. O'tkir qirrali o'siqlari singanda lokal og'riq va ko'rinib turadigan gematoma aniqlanadi. Suyak siniqlarining krepitatsiyasi va o'tkir qirrali o'siqning patologik harakatchanligi kuzatilishi mumkin. Yoychalari singanda og'riq lokal bo'ladi.

Tashxis. Tashxisni aniqlash uchun ikki proyeksiyada rentgenografiya qilish zarur.

Davosi. Shit qo'yilgan karavotda 2—3 hafta mobaynida yotish kerak. Belgilangan gimnastika mashqlari bajariladi.

Umurtqa pog'onasining asoratlangan sinishi. Umurtqa pog'onasining orqa miya, uning pardalari va ildizlarining shikastlanishi bilan asoratlangan sinishlari anchagina ko'p uchraydi. Orqa miya umurtqalarning sinish-chiqishida ayniqsa ko'p shikastlanadi.

Klinik manzarasi. Shikastlanishning darajasiga va turiga bog'liq: epidural, subdural va subaraxnoidal gematomalar, gematomieliya (miya moddasiga qon quyilishi), miya pardasining qisman yoki to'liq yemirilishi kuzatiladi. Harakat va sezgi a'zolarining ishi buziladi, siyish va defekatsiya akti o'zgaradi, yotoq yara va oyoq-qo'llarning shish ko'rinishidagi trofik o'zgarishlar paydo bo'ladi. Shikastlangandan so'ng dastlabki soatlarda va kunlarda bemorda shok ro'y berishi mumkin.

Tashxis. Umurtqa pog'onasining ikki tomonlama rentgenografiyasi, kompyuter tomografiyalarga asoslanadi.

Davosi. Travmadan so'ng dastlabki soatlarda shokka qarshi terapiya olib boriladi. Asoratlanmagan sinishdagi kabi reklinatsiya amalga

oshiriladi, biroq bir momentli reklinatsiya qilish tavsiya etilmaydi. Orqa miyaning bosilishi kuchayib borgan hollarda operatsion davolaminiyektomiya qilinib, orqa miyaning bosilishi sababi bartaraf etiladi. Orqa miya butunlay yorilganda operatsiya natija bermaydi. Operatsiyani odatda travmadan keyin dastlabki kunlarda qilinadi. Orqa miyaning qisman shikastlanishida prognoz, odatda, yaxshi bo'ladi. Orqa miyaning to'liq shikastida keyinchalik bemor, odatda, siydik yo'llarining qo'shilib kelgan infeksiyasi (yuqoriga ko'tariladigan urosepsis) natijasida nobud bo'ladi.

Chanoq suyagi va chanoq a'zolari shikastlari

Etiologiyasi. Bunday shikastlar odatda og'ir avariya oqibatidir. Chanoq suyaklari sinishi chanoq suyaklari bosilganda, shuningdek tabiiy ofatlardan shikastlanishda ro'y beradi. Ular quyidagi turlarga bo'linadi.

I. Chanoq halqasi butunligi buzilmasdan sinishlar:

- 1) dumg'azaning ko'ndalang sinishi;
- 2) dum suyagining sinishi;
- 3) ko'st chuqurchasining sinishi;
- 4) yonbosh suyak qanotining ko'ndalang sinishi;
- 5) qov yoki quymich suyagi tarmog'idan birining sinishi;
- 6) yonbosh suyak qirrasining sinishi;
- 7) o'siqlarning sinishi (uzilishi);
- 8) quymich suyak do'mbog'ining sinishi.

II. Chanoq halqasi butunligini buzadigan sinishlar:

- 1) oldingi yarim halqaniig vertikal sinishi: a) qov suyagi ikkala tarmog'ining sinishi; b) qov va quymich suyagining sinishi (bir va ikki tomonlama);
- 2) orqa yarim halqaning vertikal sinishlari: a) yonbosh suyak qanotining sinishi; b) dumg'azaning qiyshiq va vertikal sinishi;
- 3) orqa va oldingi yarim halqaning vertikal sinishlari; a) yonbosh suyak qanotining sinishi; b) dumg'azaning qiyshiq va vertikal sinishi;
- 4) orqa va oldingi yarim halqaning Malgen tipida qo'shaloq vertikal sinishi.
- 5) chanoq halqasining ko'p sonli sinishlari;
- 6) chanoq suyaklarining sinish-chiqishi va chiqishi.

Klinik manzarasi. Tashxis qo'yishda, klinik manzaradan tashqari, bemorni to'g'ri tekshirish katta rol o'ynaydi. Sinchiklab va asta-sekin palpatsiya qilishda yonbosh suyaklarning qirrasini va oldingi o'siqlari, simfiz, quymich va qov suyaklari, quymich do'mbog'i, dumg'aza-yonbosh birikmasi, dumg'aza va dum suyagining holati to'g'risida xulosani chiqarish mumkin. Bunda eng ko'p og'riydigan joy, suyak siniqlarining siljishi, krepitatsiya aniqlanadi. Yonbosh suyaklari qanotlarini va katta ko'stlarini bosish yo'li bilan bir-biriga tomon qisiladi, shuningdek yonbosh suyaklari qirrasini cho'zish yo'li bilan chanoq halqasini yoziladi. Tekshiruvning bu usullari qalin muskullar qatlami ostidagi, birmuncha chuqur joylashgan sinishlarni aniqlash imkonini beradi. Oldingi-ustki o'siq bilan kindik o'rtasidagi, oldingi-ustki o'siq bilan tizza qopqog'i o'rtasidagi masofalarni u tomondan ham bu tomondan ham taqqoslab o'lchash zarur. Qo'shimcha ravishda ichki (rektal) tekshirish o'tkaziladi, bunda ko'st chuqurchasi tubini, dumg'aza, dum suyagi va qov birikmasi sohasini paypaslab ko'rish mumkin. Chanoq suyaklarini rentgenografiya qilish shart.

Chanoq suyaklari og'ir shikastlangan bemorlarda travmatik shokning manzarasi birinchi o'ringa chiqadi.

Dumg'aza va dum suyagi singanda tegishli joylarning o'zida og'riq bo'ladi. Rektal tekshiruv yo'li bilan sinish zonasini va suyak siniqlarining siljish xarakterini aniqlash mumkin.

Ko'st chuqurchasi singanda yurish vaqtida chanoq-son bo'g'imi qattiq og'riydi. Bir qator hollarda bemor yura olmay qoladi. Oyoqning o'qi bo'ylab bosilganda chanoq-son bo'g'imida og'riq, paydo bo'ladi.

Yonbosh suyagining qanoti singanda bu suyak yuqoriga siljib ketadi. Shu tufayli og'riq reaksiyasi bilan birga kindik bilan kasal tomondagi oldingi-ustki o'siq o'rtasidagi masofaning qisqarganligi aniqlanadi.

Qov suyagi tarmog'i singanda son arteriyasida pulsatsiyaning gematoma tufayli sog'lom tomondagi arteriyaga nisbatan pasayganligi spetsifik simptom hisoblanadi.

Quymich suyagi singanda bemor o'tira olmaydi. Palpatsiyada ba'zan bosqichsimon deformatsiya topiladi.

Quymich suyagi qirrasining sinishi shu zonada shish, gematoma va lokal og'riq bilan ta'riflanadi.

Oldingi-ustki o'siq kasal tomondan uzilib tushganda kindik bilan o'siq o'rtasidagi masofa oshadi, shuningdek o'siq bilan tizza qopqog'i o'rtasidagi masofa sog'lom tomondagiga nisbatan kamayadi (o'siq pastga siljiydi).

Qov suyagining ikkala tarmog'i singanda uning tarmoqlaridan biri sinishidan farqli ravishda chanoqning pastki apperturasi kengayadi, oraliq sohasida ro'y-rost gematoma paydo bo'ladi. Qov va quymich suyaklari singanda klinik manzara bundan oldingi holdagidan kam farq qiladi, gematoma dumba sohasiga tarqaladi.

Orqadagi yarim halqasi (yonbosh suyagi va dumg'aza) vertikal singan bemorlarda chanoqning orqa tomoni kengayadi, chanoq oldingi tomoni torayadi, sinish zonasida katta gematoma bo'ladi. Chanoq halqasi bosilganda va cho'zilganda sinish zonasida og'riq reaksiyasi bilinadi.

Malgen tipidagi sinishlarda chanoq halqasi ikki tomonga kengayib, yonbosh suyaklari yuqoriga ko'tariladi. Bemorlar odatda shok holatida bo'ladilar.

Tashxis. Bemor shikoyati, anamnezi, ob'yektiv tekshirishlar, rentgenologik tekshirishlar va kompyuter tomografiyalarga asoslanadi.

Davosi. Chanoq suyaklari singanda birinchi yordam - og'riqdan shok yuz berishining oldini olishdan iborat. Bemor chalqancha yotqiziladi, oyoqlarini tizzasidan bukilib, taqimiga bolishcha qo'yiladi va og'riq qoldiradigan vositalar yuboriladi. Davo taktikasi asosini chanoq halqasining anatomik butunligini to'g'ri tiklash printsipi tashkil etadi. Uni yetarli darajada tiklamaslik og'ir nogironlikka olib keladi. Ayollarda chanoq shaklining buzilishi homiladorlik va tug'ruqning normal o'tishiga to'sqinlik qilishi mumkin.

Chanoq halqasining butunligi buzilmagan birinchi guruhga mansub sinishlarda bemorlarni shtichli karavotga yotqiziladi, taqimiga bolish qo'yiladi («baqa vaziyati»).

O'rinda yotish muddati 3—4 hafta. Suyak siniqlari ko'p siljigan hollarda operatsion davo qilinadi, uzilgan fragment (bo'lak) lari fiksatsiya qilinadi. Dumg'aza va dum suyagi singanda, agar suyak fragmentlari siljigan bo'lsa, bir momentli joyiga solish bajariladi, shundan keyin 3—4 haftagacha qimirlamay yotish tayinlanadi.

Ikkinchi guruhdagi sinishlarda, ya'ni chanoq halqasining butunligi buzilishi ro'y berganda suyak fragmentlari muskullarning tortish kuchi ta'sirida yuqoriga yoki yon tomonlarga siljiydi, bu - chanoqning o'ng yoki chap yarmi asimmetriyasigacha va siljigan tomondagi oyoqning nisbatan kaltalanib qolishiga olib keladi. Bunday hollarda bemorni ramaga osilgan gamachokka (belanchakka) yotqiziladi (chanoq suyaklari joy-joyiga keltiriladi) va shikastlangan tomondagi son suyagi metafizidan 2 oyga tortib qo'yiladi (chanoqning tegishli yarmini qimirlatmaslik).

Chanoq suyaklarining asoratlangan sinishlari. Chanoq suyaklarining sinishi qovuq yoki siydik chiqarish kanalining shikastlanishi bilan asoratlanishi mumkin. Qovuq qorin pardasi ichida yirtilganda siydik qorin bo'shlig'iga tushadi, klinik jihatdan bu qorin og'rishi bilan namoyon bo'ladi. Qorin muskullari taranglashgan bo'ladi. Qorin bo'shlig'ining qiya joylarida perkutsiya qilinganda perkutor tovushning bo'g'iqlashganligi qayd qilinadi. Qovuq qorin pardasi sirtida yirtilganda siydik qovuq oldidagi kletchatkaga tarqaladi. Bemor qorinning pasti og'rishidan shikoyat qiladi. Simfiz ustida va oldingi-ustki o'siqlar yo'nalishi bo'ylab perkutor tovushning bo'g'iqlashganligi aniqlanadi («kapalak simptomlari»). Har ikkala holda ham kateterlashda siydik kam chiqadi. U qorin bo'shlig'ida yoki qovuq oldi kletchatkasida tutilib qoladi.

Uretra qisman va to'liq yirtilishi mumkin: oraliq sohasida keskin og'riq va qovuqning cho'zilganligi sababli qov ustida perkutor bo'g'iq tovush qayd qilinadi. Siydik chiqarish kanalining nuqsonli teshigidan tomchilab qon chiqib turadi. Oraliqda va yorg'oq sohasida gematoma hosil bo'ladi. Kateterlashda (faqat operatsiyadan oldin qilinadi) kateter qovuqqa tushmaydi.

Tashxisni aniqlash uchun siydik chiqarish kanaliga 10 dan 150 ml gacha 20% li sergozin eritmasi, kardiotrast yoki diopin yuboriladi va rentgen surati olinadi. Uretra yirtilganda kontrast modda uning tashqi tomoniga chiqadi, qovuq qorin pardasi sirtida yirtilganda qovuq oldidagi kletchatkaga, qorin pardasi ichida yirtilganda qorin bo'shlig'iga tarqaladi.

Qovuq qorin pardasi ichida yirtilganda laparotomiya (qorin bo'shlig'ini ochish), qovuq jarohatini tikish va siydik chiqarish kanali orqali qovuqqa doimiy kateter kiritish tavsiya etiladi.

Qovuq qorin pardasi sirtida yirtilganda qorin bo'shlig'ini yormasdan qovuqni qov usti sohasidan ochiladi, tikiladi va qov usti fistulasi qilinadi.

Uretra yirtilgani holda bemorning ahvoli yaxshi bo'lsa, siydik chiqarish kanalini yirtilgan zonada tikiladi. Uretraga doimiy kateter yuboriladi. Bemorning ahvoli og'ir bo'lganda qov usti fistulasini qo'yish bilan kifoyalanib qolinadi. Uretra 1 - 2 oy o'tgach tiklanadi.

Qin yirtilganda qindan qon ketadi. Tashxis qinni ko'zdan kechirib aniqlanadi. Yirtilgan sohani tikib qo'yiladi.

To'g'ri ichak yirtilganda oraliqda og'riq bo'ladi, najasda qon, rektoromanoskopiyada to'g'ri ichakning yirtilgan qismi topiladi. Bunday hollarda sigmasimon ichakda g'ayritabiiy orqa chiqaruv yo'li hosil qilinadi va orqa chiqaruv yo'li yaqinidagi kesmadan to'g'ri ichak kletchatkasi drenaj qilinadi.

Chanoq suyaklarining asoratlangan sinishida asoratlari bilan birga davo muolajalari olib boriladi.

Umurtqa pog'onasi va chanog'i shikastlangan bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari.

Umurtqa pog'onasining asoratlanmagan sinishlarida davolash gips korset yordamida olib boriladigan hollarda uni uzoq vaqtga 2 oygacha saqlab turishga katta ahamiyat beriladi. Korsetning yotoq yaralar paydo qilmasligi ustidan kuzatib borish zarur. Shu maqsadda korset ostidagi terini har kuni kamfora spirti bilan artib turiladi. Bemorlar qo'l va oyoqlar uchun aktiv gimnastika mashqlarni bajaradilar.

Umurtqa pog'onasining shikastlangan bo'limini mahkam ushlab turadigan «muskul korset» vujudga keltirishga mo'ljallangan qiya tekislik bo'yicha tortib qo'yish yo'li bilan o'tkaziladigan funksional davo usulidan foydalanishda davo gimnastikasi ayniqsa muhim rol o'ynaydi. Dastlabki kunlarda bosh, qo'l va oyoqlarni bir oz harakatlantirish, nafas gimnastikasi tavsiya etiladi. 7 - 10 kun o'tgach bemorlar ko'proq jismoniy kuch sarflanadigan harakatlarni aktivroq bajara boshlaydilar. 18—20 sutkaga kelib, bemor ehtiyotlik bilan burilib qomini bosib yotadi, so'ngra orqa muskullarini taranglashtirib, boshi va oyoq-qo'llarini baland ko'taradi («qaldirg'och vaziyati»). Ikkinchi oying oxirida bemor bu mashqni boshi, qo'l va oyoqlarini ko'targanida faqat qomiga tayanib turib bajarishi kerak. Mashqlar kuniga 5—6 marta, avvaliga 5—10 daqiqadan keyin 20—30

daqiqadan qilinadi. 2 oy o'tgach o'rindan turishga ruxsat etiladi, biroq bemor old tomonga egilmasligi kerak. 4 oydan so'ng o'tirish mumkin.

Umurtqa pog'onasining asoratlangan sinishida ham bemorning matrasi ostiga taxta shit qo'yilgan karavotga yotqiziladi. Bunday bemorlarning trofik buzilishlarga (yotoq yaralarga) juda ham moyilligini nazarda tutib, ichiga dam berilgan rezina matras yoki rezina chambardan (albatta g'ilofli) foydalanish maqsadga muvofiqdir. Choyslab va ko'rpachalarni tekis qilib yoziladi, burmalar hosil bo'lmasligi uchun bog'ichlaridan karavotga bog'lab qo'yiladi. Tovonlari va kuraklari ostiga teshik kulchaga o'xshash paxta-doka yostiqlar qo'yiladi. O'rin-ko'rpani har kuni yig'ishtirib, qayta solinadi, ho'l ko'rpachalarni esa zarurat bo'lganda almashtiriladi.

Bemor vaziyatini o'zgartirish deganda qorni bilan yotgan bemorni chalqanchasiga yotqizish tushuniladi. Badan terisini puxta parvarishlash, massaj, vannalar, fizioterapevtik muolajalar yotoq yaralarni profilaktika qilishga qaratilgan.

Bunday bemorlarda siydik ajratishning buzilishi ro'y berishini hisobga olib, qovuqni muntazam bo'shatib turish (7—10 kun mobaynida sutkasiga 2 marta), aseptika qoidalariga puxta amal qilish, siydik tutolmaslikda doimiy kateter qo'yish zarur. Orqa miyaning katta shikastlarida stistostoma qo'yish lozim. Monro sistemasi qo'yiladi. Qovuqni muntazam yuvib turiladi. Haftasiga 2—3 marta huqna qilinadi. Ichakni bo'shatishda rezina sudno (tuvak) dan foydalaniladi, bunda bel ostiga umurtqa pog'onasining osilib turishiga to'sqinlik qiladigan bolish qo'yiladi. Yumaloq qattiq najaslar qo'l bilan chiqarib olinadi.

Orqa miyasi shikastlangan bemorlar o'pka asoratlariga juda moyil bo'ladi, shunga ko'ra nafas gimnastikasi, kislorod ingalyatsiyasi, burun-halqumni yaxshilab tozalab turish zarur.

Oyoq panjalari osilib qolishining oldini olish uchun ularni 90° burchak ostida tirgakka tirab qo'yiladi.

Kontrakturalar va oyoqlar noto'g'ri qo'yilishining oldini olish uchun olib qo'yiladigan gips longetalar tatbiq qilinadi. Bemorni yaxshi ovqatlantirish zarur.

Mehr bilan parvarish qilinganda bemorning keyinchalik o'midan turishiga va ortopedik apparatlardan foydalanib yurib ketishi uchun

anchagina imkoniyatlar vujudga keladi. Kasalxonada uzoq muddat yotgan bemorning o'z-o'ziga xizmat qilish ko'nikmalarini egallashi juda muhimdir.

Chanoq suyaklarining ayniqsa asoratlangan sinishlarida bemorlarni parvarish qilish printsipli umurtqa pog'onasining sinishidagi kabidir. Bemor birinchi kunlardan boshlab, umumiy muskul tonusini oshirishga mo'ljallangan gimnastika mashqlari va nafas gimnastikasini bajarishi kerak. Badan terisi massaj qilinadi va artiladi. Stistostoma qo'yilganda yuqoriga ko'tariladigan infeksiya paydo bo'lishining oldini olish uchun qovuqni kuchsiz antiseptik eritmalar bilan vaqti-vaqtida yuvib turiladi. Ichak funksiyasi va siydik ajratilishi ustidan kuzatib borish zarur. Bemorlarga yuqori kaloriyali va vitaminlarga boy ovqatlar tayinlanadi.

Bemorga sudnoni uch kichik tibbiy xodimka birgalikda qo'yishi kerak: ikkitasi ehtiyotlik bilan (gamakni ushlab turib) bemor chanog'ini ko'tarib turadi, uchinchi esa bu vaqtda sudnoni qo'yadi.

Shikastlangan bemorlarni transportirovka qilish

Tayanch-harakat apparatining zararlanishi bilan kasalxonaga kelgan bemorlarga o'z vaqtida va to'g'ri birinchi yordam ko'rsatish turli xil asoratlarning oldini olishga va tez sog'ayib ketishiga imkon beradi. Skelet suyaklarining sinishida va qon tomirlar shikastlanishida transport immobilizatsiyasi va qonni to'xtatish asosiy ahamiyatga ega. Suyaklar singanda, chiqqanda, yumshoq to'qimaning keng zararlanishida, bo'g'imlar, paylar, yirik nerv ustunlari, magistral qon tomirlar shikastlanganda va uzoq vaqt oyoq-qo'llarning ezilish sindromida transport immobilizatsiyasi qo'llaniladi.

Transport immobilizatsiyasining maqsadi singan suyak bo'laklari keyinchalik siljib ketmasligi uchun uni ushlab turish, nerv-tomir tutami va teri qoplamlari suyak fragmentining o'tkir uchlari bilan zararlanishining oldini olish, shuningdek, kalla suyagi sinishida bosh miyaning qo'shimcha jarohatlanishi, umurtqa pog'onasi singanda orqa miya va chanoq suyagi singanda chanoq a'zolari (siydik pufagi, uretra, to'g'ri ichak) jarohatlanishining oldini oladi, og'riqni kamaytiradi va ikkilamchi shok rivojlanishiga yo'l qo'ymaydi. Shikastlanganlarni transportirovka qilishni odatda tibbiy hamshira uyushtiradi. Bemorni transportirovka qilishda

gavdaning shikastlangan qismini ehtiyot qilish va qolgan barcha ishlar tez hamda aniq bajarilishi lozim. Kichik tibbiy xodimlar o'rtta tibbiyot xodimlarining ko'rsatmalarini so'zsiz bajarishi kerak. Har bir shikastlangan bemorda avvalo shikast turi aniqlanib, unga immobilizatsiyalovchi shinalar qo'yiladi va keyin transportirovka qilishga tayyorlanadi.

Transport immobilizatsiyasi standart shinalar bilan amalga oshiriladi.

Transport shinalarini qo'yishning asosiy qoidalari:

Ikkita bo'g'imdan kam bo'lmagan soha fiksatsiya qilinadi. Suyakning bo'rtib chiqqan joyiga paxta dokali tampon qo'yiladi. Zararlangan oyoq-qo'lga iloji boricha o'rtta fiziologik holatni berish kerak. Qon ketishi bilan kechuvchi ochiq sinishlarda steril bog'lama va jgut qo'yiladi. Transport immobilizatsiyasi zararlanish o'chog'ining joylashishiga ko'ra quyidagicha bajariladi.

O'mrov suyagi, kurak singanda va yelka suyagi chiqqanda bunda Dezo yoki Delbe bog'lami qo'yiladi.

Yelka suyagi singanda immobilizatsiya qilish. Bu asosan narvonsimon Kramer shinasi bilan bajariladi. Shina qo'yishdan oldin qo'ltiq ostiga paxta bintli bolishcha qo'yiladi va u ko'krak orqali sog'lom yelkaga bog'lanadi. Bilak supinatsiya holatda va tirsak bo'g'imi 90° burchak ostida bukilib, barmoqlar asosidan zararlangan qo'lga orqa yuzasi bo'ylab Kramer shinasi qo'yiladi. Yelkani 30° oldinga chiqarib, tanadan uzoqlashtiriladi. Shinaning yuqorigi uchlari ikkita dokali tasma bilan sog'lom tomonga qo'shib bog'lanadi. Shina oyoq yoki qo'lga yumshoq doka bintli bog'lama bilan fiksatsiyalanadi. Qo'lni qo'shimcha ro'molga osib tanaga mustahkamlanadi.

Bilak suyagi singanda transport immobilizatsiyasini qo'yish.

Bunda narvonsimon yoki to'rsimon shina barmoqlar asosidan to yelkaning yuqori $1/3$ qismigacha orqa yuzasi bo'ylab qo'yiladi. Bilakka prolokatsiya va supinatsiya o'rtasidagi holat beriladi. Tirsak suyagining tojsimon o'sig'i singanda yoki bilak suyagi bo'yinchasi singanda tirsak bo'g'imining bukilib burchagi o'tkir bo'lishi kerak. Tirsak o'sig'i ajralganda $110 - 120^\circ$, diafizar sinishda 90° burchak ostida bo'lishi kerak. Keyin shina bint bilan yengil bog'lab qo'yiladi.

Bilak-kaft bo'g'imi suyaklari va barmoqlar singanda immobilizatsiya qilish. Bu narvonsimon yoki fanerli shinalar bilan amalga oshiriladi. Kaft o'rta fiziologik holatda qoldiriladi. Paxtali dokadan tayyorlangan bolishcha butun shina bo'ylab qo'yiladi. Shinani kaftning orqa yuzasiga tirsak bo'g'imigacha qo'yiladi va bint spiral qilib o'raladi.

Son suyagi singanda va chiqqanda, chanoq-son va tizza bo'g'imi shikastlanishida transport immobilizatsiyasi. Bu maxsus Diterixs shinasi orqali amalga oshiriladi:

a) yon taxtachalar oyoqning zararlangan joyi o'lchamiga qarab tanlanadi va tayoqchanning biri qo'ltiq osti chuqurchasiga, ikkinchisi oyoq kaftidan 10 - 15 sm chiqib turishi kerak. So'ng ikkalasi qo'shib bog'lanadi;

b) siqilib qolish va nekrozning oldini olish uchun suyakning bo'rtib chiqqan va oyoq kaftining tashqi sohalariga paxtali yostiqcha qo'yiladi;

v) taxtali "tovon" oyoq kiyimiga, oyoq kaftiga zich qilib bog'lanadi;

g) yon taxtachalar tanaga tasma bilan bog'lanadi, pastki yon taxtachalar ko'ndalang taxtachalarga mustahkamlanadi. Oyoqqa shina alohida bog'lanmaydi;

d) keyin tortmaga o'tiladi, bunda taxta „tovon"ga mahkamlangan ipni ko'ndalang taxta teshigidan o'tkazib, burama tayoqcha yordamida buraladi. Buramani ko'ndalang to'siqlar qo'ltiq osti chuqurchasida teng, zich yopishguncha va jarohatlangan oyoq uzunligi sog' oyoq uzunligiga teng kelguncha davom ettiriladi;

e) son va boldirning orqa qismidan oyoq osilib qolmasligi uchun fanerli yoki Kramer shinalari qo'yiladi. Shinalar oyoqqa bint bilan zich qilib aylana shaklda bog'lanadi.

Boldir suyaklari singanida immobilizatsiya qilish. Buning uchun uchta Kramer shinasi yordamida bitta modellashtirilgan shina oyoq kafti tagidan, to boldirning 1/3 qismigacha qo'yiladi. Keyin ikkita yon shina qo'yilib, aylana bint bilan mustahkamlanadi. Bunda oyoq kafti to'g'ri burchak ostida bo'lishi kerak.

Boldir, oyoq kafti va barmoqlar singanda transport immobilizatsiyasi. Oyoq kafti va boldirga paxta qo'yilib, spiralsimon shaklda bint bilan bog'lanadi. Suyak bo'rtmalariga paxtali yostiqcha qo'yiladi. Pnevmatik, narvonsimon yoki to'rsimon va maxsus shinani boldirning orqa tizza bo'g'imidan to oyoq barmoqlari uchigacha qo'yilib,

jarohatlangan oyoqqa yumshoq bint bilan fiksatsiyalanadi. Bemor zambilda tashiladi.

Bosh va umurtqa pog'onasi singanda immobilizatsiya qilish. 1961 yilda A. N. Gerasimov universal shinani taklif etgan. Shinani jarohatlangan bemorga kiyimini yechmasdan qo'yish mumkin. Shina - taxtadan yasalgan ramka bo'lib, unda belbog', ikkita qo'lqiqtasmasi, taxtali boshga qo'ygich bo'ladi, yana aylanma to'siq va Glisson ilmog'i ham bo'lib, amortizatsiya uchun xizmat qiladi. Butun ramka bo'ylab yarim aylana jiloblar bo'lib, uning chuqurligi 1 - 1,5, kengligi 2,5 sm. Bu jiloblar ramka umurtqalarining o'tkir o'siqlariga qo'yiladi. Belbog'ning oldingi qismiga ikkita tasma tikilgan bo'lib, son bo'rtmalaridan o'tadi. Ikkita tasma teshiklardan o'tib, qo'lqiqtasi osti sohasiga boradi va u yelka bo'g'imining old qismiga qadaladi. 30x30 o'lchamli taxtacha yopishtirilgan Glisson qovuzlog'ida faqat oldingi tasma bo'lib, u ilgakni qamrab olib boshdagi taxtaga mustahkam rezinka bilan mahkamlanadi. Boshdagi taxtaga aylana taglik qo'yiladi va u shina qo'yishdan oldin shishiriladi.

Shikastlangan bemorlarni tashishni tashkil qilish

Bemorni statsionarga olib kelishda transport immobilizatsiyasi vaqtinchalik tadbiriq (bir necha soatdan bir necha kungacha) etiladi va u katta ahamiyatga ega. Bemorning jarohatlangan sohasi immobilizatsiya qilingandan so'ng u quyidagi usullar yordamida tashiladi.

Bundan tashqari, bemorlarni pnevmatik, plastmassali, qo'l ostidagi buyumlar: (faner, karton, taxta)dan foydalanib shina qo'yiladi va har qanday transportda jumladan, maxsus sanitar avtomashinalarida, samolyotlarda va vertolyotlarda bemorga iloji boricha ozor yetkazmay tashish mumkin.

Bemorni suyab yurgizish. Bunda shikastlangan kishining qo'li yordamchining bo'ynidan o'tkazilib bemorning shikastlanmagan qo'li panjasidan ushlanadi.

Qo'lda ko'tarish. Shikastlangan kishini qo'lda ko'tarishda bir qo'lni tanadan, ikkinchi qo'lni taqimdan o'tkazib ko'tariladi, bemor qo'lini yordamchining bo'ynidan o'tkazadi.

Opichib ko'tarish. Bunda bemor yordamchining yelkasiga opichadi va qo'lini uning bo'ynidan o'tkazib oladi. Yordamchi esa bemorning taqimidan ushlab ko'taradi.

Ikki kishining qo'lini „qulf“ qilib ko'tarishi. Bunda to'rtta qo'l „qulf“ qilib ushlanadi. Kichik tibbiy xodimlardan har biri chap panjasi bilan o'zining o'ng qo'li bilagidan, o'ng qo'li bilan esa ikkinchi kichik tibbiy xodimning chap qo'li bilagidan ushlaydi. Bemor shu „o'rindiqqa“ o'tiradi va qo'lini kichik tibbiy xodimlarning yelkasiga qo'yadi.

Bemorni yarim o'tirgan holatda ko'tarish. Kichik tibbiy xodimlardan biri shikastlangan kishining orqa tomoniga o'tib, qo'ltig'idan, ikkinchisi bemorning oyoqlari orasiga o'tib uning tizzasidan ushlab ko'taradi.

Zambilda ko'tarish. Bemorni tashishda zambil eng qulay vosita hisoblanadi. U hamma kasalxonalarining qabulxona bo'limida, tez tibbiy yordam stansiyalarida va tez yordam mashinalarida bo'ladi. Zambilni turli narsalardan, hatto qo'lda ham yasash mumkin.

Bemorni zambilda ko'tarishda bitta kichik tibbiy xodim zambilning bosh tomonida, ikkinchisi oyoq tomonida turadi. Kichik tibbiy xodimlar zambil belbog'ini yelkaga taqib, zambil dastasini qo'lga tutishadi va ayni vaqtda bemor yotgan zambilni silkitmasdan ehtiyotlik bilan ko'tarib borishlari kerak. Zinaga ko'tarib chiqayotganda va undan olib tushayotganda bemorning gorizontal holatini saqlab qolish zarur. Shu maqsadda kichik tibbiy xodimlardan biri zambilning orqa tomonini baland ko'tarsa, ikkinchisi pastga tushiradi.

Shikastlanishning turiga qarab, bemorlar zambilga turli vaziyatda yotqiziladi.

Bemorning odatdagi vaziyati chalqancha yotishdir, bunda u boshini balandroq ko'tarib, qo'l-oyoqlarini uzatib yotadi. Bemor hushsiz bo'lganda boshini baland ko'tarmaslik lozim.

Boshi yaralangan bemor chalqancha yotqiziladi, biroq tanasining yuqori qismi va boshi balandroq qilib qo'yiladi. Boshi tagiga tarnovsimon qilib buklangan adyol qo'yiladi.

Bo'yinning oldingi qismi va yuqori nafas yo'llari yaralanganda bemorning qaddi baland ko'tarib o'tqiziladi, boshi pastga engashtiriladi, iyagi esa ko'kragiga tekkiziladi.

Ko'kragi yaralanganda bemorning qaddi baland qilib o'tqaziladi yoki yaralangan yonboshi bilan yotqizib ko'tariladi.

Qorin yaralanganda bemorning oyoqlarini tizzadan bukib, chalqancha yotqizish tavsiya qilinadi. Shu maqsadda bemorning taqimiga bolishsimon buklangan adyol qo'yiladi.

Umurtqa pog'onasi va chanoq yopiq shikastlanganda bemor chalqancha vaziyatda yoki yuztuban yotishi lozim.

Qo'llari shikastlangan bemor sog'lom yonboshi tomonga ozroq burilgan holda chalqancha yotishi kerak. Bunda bilak ko'krakka yoki qoringa qo'yiladi.

Oyoqlari va boshi shikastlanganda shikastlangan oyoqqa shina qo'yilib, bemor chalqancha yotqiziladi.

Oyoq suyagi singanda Diterixs shinasi qo'yilib, bemor zambilga chalqancha yotqiziladi.

Boldir suyagi singanda dastlab shina qo'yilib, keyin zambilga chalqancha yotqiziladi.

Gipsning xususiyatlari, sifatini tekshirish usullari va gipsli bog'lam turlari

Gips 140°C da qizdirilgan kalsiy sulfatdir. Qizdirilgandan so'ng u osongina mayda oq kukunga aylanadi va suv bilan aralashmasi tezda qotadi. Gips havodagi namni o'ziga tez tortadi, shunga ko'ra uning sifati tezda yomonlashadi. Bunga yo'l qo'ymaslik uchun u zich bekitiladigan ruxlangan qutilarda quruq joyda saqlanadi.

Gips sifatini tekshirish uchun bir necha sinamalar mavjud: 1) gips bilan suv teng miqdorda olinib aralashtiriladi, hosil bo'lgan massa 5 - 7 daqiqa ichida qotishi, bosib ko'rilganda sinishi, biroq kukunga aylanmasligi kerak; 2) gips kukuni qismlab siqiladi, sifati yaxshi bo'lsa u sochiladi, yomon bo'lsa yopishib (qumoq-qumoq bo'lib) qoladi.

Gips kukunida qumoqlar bo'lsa, uni elash yoki dokadan o'tkazish kerak. Namiqib qolgan gips 140°C dagi maxsus idishda qizdiriladi. Gipsning qotish xususiyatini pasaytirish uchun u sovuq suv bilan suyultiriladi yoki unga kraxmal kleyseri qo'shiladi. Qotishini tezlashtirish uchun iliq suvda ($30 - 35^{\circ}\text{C}$) qoriladi va unga achchiq-tosh (1 l suvga 10 g) yoki suyuq ohak qo'shiladi.

Gips bog‘lamning quyidagi xossalari bor: yaxshi immobilizatsiya qiladi, ochiq sinishlarda jarohatni bekitadi, va u jarohatni drenaj qilishga xalaqit bermaydi, chunki jarohat suyuqligi gipsga yaxshi shimiladi.

Gips bog‘lamlarning quyidagi turlari farq qilinadi: 1) sirkulyar (yopiq); 2) olib qo‘yiladigan; 3) darchali; 4) ko‘priksimon; 5) shinali; 6) longetali; 7) longetali-sirkulyar; 8) torakobraxial (qo‘l va ko‘krak qafasiga qo‘yiladigan); 9) koksitli (oyoqqa, chanoq, qorin bilan ko‘krak qafasiga); 10) gonitli bog‘lamlar (koksitli bog‘lam chegarasi faqat yuqori kindikkacha etadi); 11) korsetlar.

Gipsli bog‘lamlar gipsli bintlardan tayyorlanadi. Gipsli bintlar uchun faqat gigroskopik doka yoki teshiklari o‘rtacha bintlar ishlatiladi. Ruxlangan tunika qoplangan yoki kleyonka qoplangan stolga bint yoziladi, ustiga gips sepiladi va gips kuch bilan bintga iylanadi. Gips sepilgan bint g‘ovak qilib o‘raladi. Kerakli uzunlik va qalinlikdagi (5 - 8 qavat) gips longetalarni oldindan taxt qilib qo‘yish mumkin. Fabrikada ishlab chiqariladigan gipsli bintlar ham bo‘ladi. Gips bog‘lamlar qo‘yishning quyidagi qoidalari mavjud: gavdaning tegishli qismiga o‘rtacha fiziologik yoki funksional jihatdan qulay vaziyat beriladi. Gavdaning shikastlangan qismidan tashqari, ikkita qo‘shni bo‘g‘im immobilizatsiya qilinadi, gipsli bog‘lam taglik bilan qo‘yiladigan bo‘lsa, bu maqsad uchun gigroskopik bo‘lmagan paxtadan foydalaniladi va uni suyak do‘ngchalariga qo‘ygan ma‘qul. Bog‘lam to‘qimalarni bosmasligi, biroq haddan tashqari bo‘sh ham bo‘lmasligi kerak. Bog‘lam qo‘yilgandan so‘ng uning yirik tomirlarni bosmayotganligini (ko‘karib ketish, shish, et junjikishi, badanda chumoli yurgandek sezgi paydo bo‘lishi, uvishish, quyida joylashgan bo‘g‘imlarning shishuvi) tekshirib ko‘rish zarur. Gips bog‘lamlarni qo‘yish va olishda ishlatiladigan maxsus moslamalar va asboblari bor: ekstenzion stol, tog‘ora qo‘yiladigan taglik, korsetlar qo‘yish uchun apparat, gips uchun arracha, qaychi, skalpellar, Shtilu omburi, elektr arralar.

Aylanma bog‘lam qo‘yish. Gipsli bint suv solingan tog‘oraga tushiriladi. U suvni shimib olgandan (gaz pufakchalari ajralib chiqishi to‘xtagandan) so‘ng bir oz siqiladi. Bintdan gips bo‘tqasi oqib chiqishiga yo‘l qo‘ymaslik uchun bint uchlarini mahkam ushlab, bint qo‘l bilan bosib turiladi. Bintni qattiq va noto‘g‘ri bosib turilganda gipsning bir qismi bintdan oqib chiqadi. Bintlashda mahkamlaydigan o‘ramdan so‘ng keyingi

o'ramlar oldingi o'ramning yarmini yoki bundan ko'prog'ini bekitib turadigan o'ram o'raladi. Bintlash periferiyadan markazga tomon bajariladi. Bog'lam bir tekisda, buklamasdan o'raladi. Zarur bo'lganda bint o'rtasidan qirqiladi. Bog'lamning bir tekisda yopishib turishi uchun (uning pishiqligi ana shunga bog'liq bo'ladi) bintni bir me'yorda va tez o'rash kerak. Birinchi bintni o'rash vaqtida u tekislab turiladi va bog'lamni gavdaning shu qismidagi anatomik tuzilmalariga moslash orqali puxtalik bilan qoliplanadi.

Olib qo'yiladigan shina bog'lam. Bog'lamni yangilash, massaj va boshqa tibbiy tadbirlarni amalga oshirish zarur bo'lgan hollarda qo'llaniladi. Shu maqsadda odatdagi sirkulyar gips bog'lam qo'yiladi va qotib qolmasdan oldin qarama-qarshi ikki tomonidan qirqiladi. Bog'lamni mahkamlash uchun keyinchalik tavaqalari bint bilan tortib qo'yiladi.

Darchali bog'lam. Bog'lam qo'yilgandan so'ng jarohat sohasidan darcha o'yiladi. Bog'lamning bu turida gips bog'lam pishiqligini saqlab qoladi va zarurat bo'lganda jarohatni qayta bog'lash mumkin.

Ko'priksimon bog'lam. Gavdaning biror qismini gir aylantirib ochiq qoldirish zarur bo'lgan hollarda qo'llaniladi. Shu maqsadda gipsli sirkulyar bog'lamlar gavdaning tegishli qismi yuqorisidan va pastidan qo'yiladi. Gipslangan qismlar bir-biriga taxta yoki metallardan yasalgan ko'priksimon chalar bilan birlashtirilib, ustidan gipslangan bint bilan bekitiladi.

Shamirli bog'lamlar kartondan tayyorlanadi. Kartonga kerakli shakl berilgach, u gipslangan ho'l bintga o'raladi (Volkovich shinasini). Bunday bog'lam gavdaning tegishli qismiga qo'yilib modellanadi va bint bilan fiksatsiya qilinadi.

Longetali bog'lam. Immobilizatsiya uchun longetani fiksatsiya qilish kifoya qiladigan hollarda yoki sirkulyar gipsli bog'lamni mahkamlash uchun qo'llaniladi. Longetalar (tegishli uzunlikdagi bir necha qavat gipslangan bint) gipsli bintlarni tayyorlashda oldindan tayyorlab qo'yiladi yoki gips uchun ho'llangan bintlardan tayyorlanadi.

Longetali sirkulyar bog'lam. Avval sirkulyar gipsli bog'lam bilan fiksatsiya qilinadigan longetalardan foydalaniladi. Odatda longetalar gipsning sinishi ehtimoli bo'lgan gavdaning qismlariga, masalan, bo'g'imlar sohasiga qo'yiladi.

Torakobraxial bog'lam. Yelka va yelka bo'g'imi shikastlanganda qo'llaniladi. Odatda uni longetali-sirkulyar gipsli bog'lam prinsipiga binoan qo'yiladi. Bunda ko'krak qafasi va qo'lning tegishli qismi tanadan uzoqlashtirilgan, oldinga yaqinlashtirilgan va tirsak bo'g'imidan bukilgan vaziyatda gipslanadi. Qo'lni hosil qilgan vaziyatda tutib turish va bog'lamni mustahkamlash uchun bilakning uchdan bir o'rta qismi bilan ko'krak qafasidagi gipsli korset orasiga tayoqcha gipslab qo'yilishi mumkin.

Koksitli bog'lam. Son suyagi va chanoq-son bo'g'imi shikastlanganda qo'llaniladi. Bu bog'lamni qo'yish uchun ekstenzion stoldan foydalangan ma'qul. Longeta-sirkulyar bog'lam qo'yiladi. Chanoq-son bo'g'imi va sonning orqa sathi longetalar bilan mahkamlanadi. Sirkulyar bintlarni o'rashda oyoq panjasi, boldir, son, chanoq-son bo'g'imi, qorin va ko'krak qafasi ko'krak uchi sathiga qamrab olinadi.

Gonitli bog'lam. Tizza bo'g'imi va boldir shikastlanganda qo'llaniladi. Bog'lamni qo'yish qoidasi koksitli bog'lam qo'yish kabidir, biroq yuqori sathi kindikkacha yetkaziladi, xolos.

Gipsli korset. Umurtqa pogonasi kasalliklarida va shikastlarida qo'llaniladi. Korset sirkulyar gipsli bintlardan tayyorlanadi. Uning quyi chegarasi yonbosh suyaklar hisoblanadi, ustki chegarasi oldingi sath bo'ylab to'sh suyagi o'yig'igacha boradi, orqa chegarasi birinchi ko'krak umurtqasining qirrali o'sig'idir. Umurtqani shikastlanish joyiga qarab, korsetning balandligi o'zgartirilishi mumkin.

Gipsli karavotcha umurtqa pog'onasi silida va deformatsiyasida qo'llaniladi. Undan umurtqa pog'onasi shikastlanishlarida transportirovka qilish uchun foydalanish ham mumkin. Bemor qorni bilan yotqiziladi. Gipsli karavotcha enlik bintdan yoki oldindan gipslab qo'yilgan ayrim doka qavatlaridan tayyorlanadi. Tana bo'ylab sinchiklab modellanadi. Qurigandan so'ng karavotcha olinadi va chetlari qirqiladi. Karavotcha 1—2 sutka mobaynida quriydi, shundan so'ng unga bemor yotqiziladi. Gips o'z vazifasini bajarib bo'lgandan so'ng olish zarur, qotib qolgan gips qiyinchilik bilan ko'chadi. Yumshatish uchun u issiq suv, natriy xlor eritmasi yoki kuchsiz xlorid kislota eritmasi bilan ho'llanadi. Bog'lamni yumshatmasdan qirqish ham mumkin, buning uchun maxsus arracha, qaychi yoki elektr arradan foydalaniladi.

Teri ustidan yoki skeletdan tortish. Suyak siniqlarini, ayniqsa u qiyshiq singanda hamma vaqt ham gipsli bog'lam bilan ushlab turib bo'lmaydi. Bunday hollarda teri ustidan yoki skeletdan tortib qo'yish qo'llaniladi. Teri ustidan tortishning mohiyati shundan iboratki, ayniqsa bolalarda shikastlangan qo'l yoki oyoqning distal qismiga bo'z, paxmoq yoki boshqa yengil matodan (yopishqoq plastirdan foydalansa ham bo'ladi) maxsus bogichlar qo'yiladi. Bog'ichlar teriga maxsus yelimlar bilan yopishtiriladi va ularning orqasidan po'latli sim tortgich (troscha) yordamida maxsus tanlangan yuk bilan tortib qo'yiladi. Oyoq unga fiziologik vaziyat beradigan maxsus shinaga tortiladi. Qo'l suyaklari singanda abduksion shinadan, oyoq suyaklari singanda Beler shinasidan foydalaniladi.

Beler shinasini qo'llashdan oldin ustki parallel qismlar orasiga matodan qilingan to'r belanchak tortilib, oyoqlar ana shunga joylanadi. Shinani kerakli yo'nalishda tortish uchun maxsus bloklari bo'ladi. Pastki blok boldimi tortib turish uchun, ustkisi sonni tortib turish uchun, oldingisi oyoq panjalarini ushlab turish uchun xizmat qiladi.

Suyak siniqlarini ushlab turishga katta yuk talab etiladigan hollarda teri ustidan tortib qo'yish o'miga skeletdan tortish qo'llaniladi. Buni amalga oshirish uchun mahalliy og'riqsizlantirish ostida suyakdan maxsus drel yordamida metall kegay o'tkaziladi. Kegayga yoy mahkamlanadi, bu kegayni tarang tortib turishga xizmat qiladi. Yoyga yuk osilgan troscha bog'lab qo'yiladi. Oyoq bundan oldingi holatdagi kabi shinaga joylashtiriladi. Boldir suyaklari singanda kegay tovon suyagidan, son suyagi singanda esa katta boldir suyagining g'adir-buduridan yoki son suyagining metafizidan o'tkaziladi.

Davolashning xirurgik usullari. Suyak siniqlarini joy-joyiga solib bo'lmaganda va suyak siniqlarini bundan oldin aytilgan usullar bilan davolashning imkoniyati bo'lmaganda xirurgik usul qo'llaniladi. Suyak siniqlari orasiga yumshoq to'qimalar qisilib qolganda (interpozitsiya) va suyakning ochiq sinishlarida ko'pincha operatsiya yo'li bilan davo qilishga kirishiladi. Operatsiya qilib davolashning mohiyati shundaki, suyak siniqlari ochiladi, to'g'rilanadi va ular zanglamaydigan po'latdan yasalgan maxsus metall shtiftlar, plastinkalar, shuruplar, sim va boshqalar yordamida fiksatsiya qilinadi. Suyak siniqlari bitib ketgandan so'ng

(odatda 6 - 8 oy o'tgach) uni fiksatsiya qilib turgan metall kegay olib tashlanadi.

Suyak siniqlarini operatsiya yo'li bilan to'g'rilashda maxsus yelim qo'llaniladi, u suyak siniqlarini yaxshi fiksatsiya qilib turadi va keyinchalik uni olib tashlamasa ham bo'ladi.

Ochiq suyak sinishlarini davolash. Birinchi yordam jarohat chetlariga yod eritmasi surtish, aseptik bog'lam qo'yish, bemorni immobilizatsiya qilish va travmatologik statsionarga yotqizishdan iborat. Agar jarohatdan suyak siniqlari ko'rinib turgan bo'lsa, birinchi yordam ko'rsatishda ularni to'g'rilashga mutlaqo ruxsat etilmaydi, chunki chuqur joylashgan to'qimalarga infeksiya tushib qolishi mumkin. Statsionarda jarohat birlamchi xirurgik tozalanadi, suyak siniqlari to'g'rilanadi. Infeksiya tushish belgilari bo'lmasa, jarohat yaxshilab tikib qo'yiladi.

Ko'rsatma bo'lganda va bemorning ahvoli imkon berganda ochiq suyak siniqlarini birlamchi xirurgik tozalash vaqtida yuqorida ko'rsatib o'tilgan xirurgik usullar bilan fiksatsiya qilish mumkin. Bemorning ahvoli og'ir bo'lganda yoki xirurgik tozalangandan va suyak siniqlari to'g'rilangandan so'ng, gipsli bog'lamda tortib qo'yishdan foydalaniladi.

Infeksiya tushgan ochiq suyak siniqlarida nekrozga uchragan to'qimalar olib tashlanadi, yiringli cho'ntaklar ochiladi, jarohatga drenaj qo'yiladi, lekin tikilmaydi. Immobilizatsiya qilish maqsadida skelet tortib qo'yiladi yoki ko'priksimon gipsli bog'lamdan foydalaniladi.

Suyak sinishlarida yuz beradigan asoratlar

Ularni erta va kechki turlarga ajratish mumkin. Erta asoratlarga quyidagilar kiradi:

1. Travmatik shok. Profilaktika uchun yaxshilab og'riqsizlantirish, qo'l yoki oyoqni to'g'ri immobilizatsiya qilish va bemorni davolash muassasasiga o'z vaqtida transportda olib borish zarur.

2. Yog' emboliyasi. Profilaktikasi - singan sohani avaylash, yaxshi immobilizatsiya qilishdan iboratdir.

3. Suyak sinishlarida yirik tomirlarning shikastlanishi hisobiga ikkilamchi qon ketishi.

4. Oyoq-qo'l gangrenasi, bu yirik tomirlarni bosib turadigan gipsli aylana bog'lamlarni qo'yishda ko'proq uchraydi. Profilaktikasi gipsli bog'lamni to'g'ri qo'yish va uni vaqtida olib tashlash kerak.

Kechki asoratlari:

1. Suyak do'mboqlari sohasida yotoq yaralar paydo bo'lishi. Profilaktikasi - bemorni faol parvarishlash, massaj qilishdan iborat.

2. Kesim o'tkazilgan sohada yoki operatsiya qilingan sohaning yiringlashini oldini olish uchun aseptikaga qat'iy rioya qilish va profilaktik antibakterial davo o'tkazish lozim. Kegayni suyak tanasidan o'tishini ta'minlash, skeletdan tortib qo'yishni, o'z vaqtida yechish va uning o'miga boshqa usullarni qo'llash kerak.

3. Sekinlik bilan bitishi (konsolidatsiyasi) bu suyak siniqlari noto'g'ri solinganda, yumshoq to'qimalar interpozitsiyasida, avitaminoz va shu kabilarda kuzatiladi.

4. Uzoq vaqt davom etgan sekinlashgan konsolidatsiyada soxta bo'g'im hosil bo'ladi. Bunda ko'mik kanali bekilib qolib, u tog'ayni eslatadigan tolasimon to'qima bilan qoplanadi, unga operatsiya yo'li bilan davo qilinadi.

Bolalarda suyak sinishining xususiyatlari. Suyak to'qimasining birmuncha elastikligi, suyak usti pardasining yetarlicha pishiqligi va o'sish zonasi borligi tufayli bolalarda suyak sinishi o'ziga xos xususiyatlar bilan kechadi. Aksariyat bolalarda suyak usti pardasining ostidan sinishi uchraydi. Bunda suyak usti pardasi shikastlanmagan holda suyak sinadi (ko'k novda tipida). Bunda suyak siniqlari siljimasligi mumkin. Epifizar o'sish sohasi borligi uning yirtilishi - *epifizeoliz* uchun sharoit yaratadi va shunga ko'ra suyak siniqlari kattalardagi ko'ndalang suyak sinishi kabi siljiydi. Bunday suyak sinishlarida suyak fragmentlarining konsolidatsiyasi o'zgacha kechadi. Bolalarda oyoq yoki qo'l majburiy holda qo'yilganda bo'g'im xaltachalari va boylam apparatining bujmayishi hamda bo'g'imda biriktiruvchi to'qimaning rivojlanishi unchalik tez sodir bo'lmaydi. Shu sababli ularda bo'g'imlar harakatining qiyinlashib qolishi kattalarga nisbatan sekinroq rivojlanadi.

Bolalarda suyak sinishini davolash ham o'ziga xos bo'ladi. Skeletdan tortib qo'yish odatda katta yoshdagi bolalarda qo'llaniladi. Yosh bolalarda teridan tortib qo'yish - Shade usuli bilan cheklanadi. Katta yuk qo'yish talab qilinmaydi. Ularda oyoq yoki qo'lning fiziologik holati boshqacha: chunonchi, oyoq uchun chanoq-son bo'g'imida bukish burchagi 90° , tizza bo'g'imida 180° ga teng. Shunga ko'ra, oyoq terisidan tortib qo'yilgandan

so'ng po'latli sim tortgich (troscha) romga o'matilgan bloklardan oshirib o'tkaziladi (bola go'yo karavot yoki maxsus shinaga „osib qo'yiladi"). Bola bunday vaziyatga asta-sekin ko'nikib qoladi va keyinchalik kam bezovta bo'ladi. Badan terisi bichilishini oldini olish, bolaning ichi kelganidan va qovug'i bo'shagandan so'ng, vaqti-vaqtida uning ostini yuvib turish zarur.

Jarohatlar haqida tushuncha

Jarohat deganda teri yoki shilliq pardalarning mexanik shikasti tushunilib, bunda ichkaridagi to'qimalarga ham shikast yetgan bo'lishi mumkin.

Jarohat turlari. Jarohatlagan narsaning xususiyatiga ko'ra quyidagi jarohatlar tavofut qilinadi.

Kesilgan jarohatlar to'qimalarga birorta o'tkir pichoq, shisha, temir va boshqa asboblari ta'sir qilganda paydo bo'ladi. Jarohatning atrofi tekis, ostidagi to'qimalarga odatda kamroq shikast yetadi, jarohat ochiq bo'ladi, qonab turadi. Boshqa jarohatlarga qaraganda birmuncha tez tuzaladi.

Shilingan jarohatlar kesilgan jarohatning bir turi, bo'lib, bunda teri uning ostki qavatidagi to'qimalardan ajralib chiqqan bo'ladi. Bunday jarohatlar urunma chiziq bo'yicha harakat qilayotgan kesuvchi narsalardan shikastlanish yoki terining teri osti to'qimasidan ajralishi oqibatida yuz berishi mumkin.

Chopilgan jarohatlar o'tkir va og'ir narsa bolta, qilich va hokazolar bilan urilganda hosil bo'ladi. Ostidagi to'qimalarning anchagina shikastlanishi kuzatiladi. Birmuncha sekin bitadi.

Sanchilgan jarohatlar sanchiladigan o'tkir buyumlar: bigiz, mix, nayza va hokazolar sanchilishidan hosil bo'ladi. Bu jarohatlar teriga ozroq shikast yetkazishi va ichkaridagi a'zolar hamda to'qimalar (yirik qon tomirlar, o'pka, yurak, jigar va h.k.) ning ko'proq shikastlanishi bilan xarakterlanadi. Tashqariga qon kam chiqadi, biroq chuqur joylashgan to'qimalardan ko'p miqdorda qon oqishi mumkin. Bunday jarohatlar g'oyatda xavflidir. Davo qilishda ichki a'zolarga shikast yetgan-yetmaganligini aniqlash maqsadida jarohat kanalini keng ko'lamda taftish qilish talab etiladi.

Chopilgan-kesilgan jarohatlar chopilgan va kesilgan jarohatlarning qo'shma turi bo'lib, ham tashqi, ham ichki tomondan anchagina qon oqishi bilan xarakterlanadi. Davolash uslubi chopilgan jarohlardagiga o'xshaydi.

Urilgan jarohatlar birorta to'rttoq buyum tayoq, tosh va hokazolar bilan urilganda paydo bo'ladi. Ular yumshoq to'qimalarning anchagina ezilishi va ozroq qonashi bilan xarakterlanadi. To'qimalarning og'ir ezilishi sababli jarohat atrofining jonsizlanishi kuzatiladi va infeksiya osonlikcha tushib, yiringlash yuz beradi. Jarohatni xirurgik tozalashda yashab ketmaydigan to'qimalarni batamom olib tashlash talab qilinadi.

Yulingan jarohatlar urib olingan jarohlarga yaqin turadi. Odatda mashinalar va mexanizmlarning harakatlanadigan qismlaridan vujudga keladi. Bunda jarohatning o'lchamlari katta, chetlari notekis bo'ladi, osonlikcha infeksiya tushadi. Uzoq muddat mobaynida turli asoratlar bilan kechib bitadi.

Tishlangan jarohatlar odam yoki hayvonlar tishlashidan yuzaga keladi. Bunda teri va uning ostidagi to'qimalarga ancha shikast yetadi. Jarohat hamisha infeksiyalangan bo'ladi va kechki asoratlar bilan bitadi.

O'q teginshdan yuz bergan jarohatlar o'q otar quoldan zararlanish natijasida yuz beradi. O'q, sochma o'q, snaryad parchasi kabilardan yuz berishi mumkin. Jarohatlaydigan snaryad masofasiga va hokazolarga ko'ra turli-tuman xarakterda bo'ladi. O'q yoki snaryad parchasidan ro'y bergan jarohatlar ayniqsa og'ir kechadi. Bu jarohatlar teshib o'tgan bo'ladi, bunda jarohatlar uchun tananing turli qismidan teshib o'tadi, uning kirish va chiqish teshiklari bo'ladi. Bunda kirish teshigi chiqish teshigidan kichik va berk bo'ladi yoki faqat kirish teshigi bo'lib, jarohatlovchi buyum to'qimalarda qoladi.

O'qning bo'shliq ichkarisiga kirishiga ko'ra:

1. Teshib kirmaydigan, bunda bo'shliq (qorin, plevra, miya, bo'g'imning sinovial pardasi) to'sig'i shikastlanmaydi.

2. Teshib kiruvchi (bo'shliq to'sig'ini shikastlaydigan) jarohatlar bo'lishi mumkin.

O'q tegishidan vujudga kelgan jarohatda quyidagilar farq qilinadi:

– jarohat kanal sohasida nekrotik to'qimalar, o'q parchasi, kiyim parchalari va shu kabilar bo'ladi;

– nekroz sohasi to'qimalarning harorat ta'sirida shikastlanishi

natijasida hosil bo'ladi;

molekulyar silkinish sohasi. Ko'zga ko'rinadigan o'zgarishlar kuzatilmaydi, biroq shu sohada to'qimalar qarshiligini kamaytiradigan nekrobiotik o'zgarishlar uchraydi.

Tasodifan yuz bergan jarohatlarga jarohatlarning yuqorida sanab o'tilgan hamma turi kiradi. Ular odatda birlamchi infeksiyalangan va ataylab qilingan (operatsiya) - aseptik bo'ladi.

Tasodifan yuz beradigan hamma jarohatlar, jumladan o'q tekkan jarohatlar ham birlamchi infeksiyalangan hisoblanadi va to'qimalarga ko'p shikast yetishi bilan o'tadi, bu esa ularning bitishini qiyinlashtiradi.

Zaharlangan jarohatlar - jarohatning zaharlovchi modda (iprit, lyuizit va boshqa tushgan har qanday zaharli moddalar ta'sirida zararlanish. Zaharlovchi modda jarohat teshigi orqali organizmga tez so'rilib, og'ir oqibatlariga olib keladi.

Davolash - yuvish, antidotlar qo'llash, jarohatni birlamchi xirurgik tozalashdan iborat.

Infeksiyaning tushish darajasi bo'yicha aseptik va septik jarohatlar farq qilinadi.

Ikkilamchi infeksiyalangan jarohatlar - odatda operatsiya jarohatlari bo'lib, noto'g'ri parvarish qilinganda (tibbiyot xodimlarining yoki bemorlarning aybi bilan) ular jarohat paydo bo'lishidan bir necha soat yoki kun o'tgach infeksiyalanishi mumkin. Jarohatlar yakka-yakka va ko'p sonli bo'lishi mumkin.

Jarohatning **klirik manzarasi** og'riq, jarohat chetlarining ochilib turishi, qon oqishi va gavdaning shu qismlarida yuz beradigan funksional buzilishlar bilan xarakterlanadi.

Jarohatlarning bitishi. Jarohatlarning bitishi murakkab patofiziologik jarayon bo'lib, u shartli ravishda uch bosqichga ajratiladi.

Gidratatsiya bosqichi. Bevosita travmadan so'ng yuz beradi va bir necha sutka davom etadi. Yallig'lanish alomatlari bilan o'tadi. Jarohat suyuqligining oqib chiqishi uchun sharoitlar (jarohatni kesish, drenajlash, gipertonik eritmalar qo'llash) yaratish zarur.

Degidratatsiya bosqichi. Jarohatning tozalanishi, yallig'lanishning kamayishi, yashab ketmaydigan to'qimalar va fibrin ivindilarining lizisi va granulyatsiyalar hosil bo'lishi bilan ro'y beradi. Granulyatsiya to'qimasi

hosil bo'lishi uchun sharoitlar (antiseptik eritmalar, malhamli bog'lamlar, bog'lamlar, bog'lamni kam yangilash) yaratish zarur.

Epitelizatsiya bosqichi jarohat nuqsonini berkitadigan epitelial to'qima hosil bo'lishi bilan xarakterlanadi. Ayni vaqtda chandiqli to'qima hosil bo'ladi. Sabablari - harakatlar, issiq muolajalar, malhamli bog'lamlarni qo'llashdir. Har bir bosqichning davom etish muddati jarohatning xarakteriga, davolash usullariga, organizmning umumiy holatiga va infeksiya borligiga bog'liq. Jarohat bitishining quyidagi turlari farq qilinadi.

Birlamchi tortilib bitish. Jarohat chekkalari bir-biriga tegib (choklar bosib turadigan bog'lam), jarohatda infeksiya rivojlanmaganda va yashashga layoqatsiz to'qimalar juda kam bo'lganda ro'y beradi. Jarohat taxminan 6- kunda bitib, ingichka chiziqli chandiqli qoladi.

Ikkilamchi tortilib bitish. Jarohat ochiq, unda yiringlash bo'lganda ro'y beradi. Jarohatning yashab ketmaydigan to'qimalardan tozalanishi, yallig'lanishning yo'qolishi, granulyatsiyalar paydo bo'lishi, chandiqli to'qima hosil bo'lishi va epitelizatsiya qayd qilinadi.

Ikkilamchi tortishib bitish uzoq davom etadigan jarayondir. Bunda dag'al chandiqli qoladi. U burushganda bo'g'im kontrakturasi yuz berishi va gavdaning shu sohasi deturatsiyaga uchrashi mumkin.

Jarohatning po'stloq ostidan bitishi. Teri yuza shikastlanganda jarohat sohasiga chiqqan qon va limfa to'q jigari rang po'st hosil qiladi. Po'st ostida bitish jarayoni jarohat regeneratsiyasining qoidalari bo'yicha, biroq birmuncha tezroq boradi, chunki po'st jarohatni infeksiyadan va shikastlanishdan saqlaydigan biologik bog'lam vazifasini bajaradi.

Jarohatning mikrobdan ifloslanishi. Har qanday tasodifiy jarohatlanishda jarohatga mikroblar tushib ifloslanadi. Mikroblar flora jarohatga jarohatlovchi qurol, kiyim parchalari, teri atroflari orqali tushadi.

Jarohatda infeksiya rivojlanishiga mikrofloraning virulentligi, jarohat kanali sohasidagi to'qimalar yemirilib, qon aylanishi va innervatsiya buzilishi, organizmning himoya kuchlari pasayishi holatlari sabab bo'ladi.

Jarohatning yiringlashi. Jarohatdagi yiringli jarayon muayyan klinik manzara - jarohat atrofining qizarishi, shishishi, qattiqlashishi, mahalliy va umumiy haroratning ko'tarilishi, qattiq og'riq, gavdaning shu qismi funksiyasining buzilishi bilan xarakterlanadi.

Jarohatdagi yallig'lanish yiringli ekssudat xarakteriga ega bo'ladi (leykotsitlarning miqdori ko'payib ketishi hisobiga). Ochiq jarohatda yiringli modda to'qimalararo bo'shliqlar bo'yicha tarqalib, katta yiringli xaltalar hosil qiladi.

Yiringlagan jarohatlarni davolash, yiringni oqib chiqishi uchun qulay sharoit yaratish va antibakterial davo o'tkazishdan iborat.

Jarohatlanganda *birinchi yordam* ko'rsatishni asosan qon oqishini vaqtincha to'xtatish (bog'lam, jgut) va infeksiya tushishining oldini olish (bog'lam qo'yish oldidan jarohat chekkalariga yod eritmasi surtish) dan iborat bo'ladi.

Jarohatga bog'lam qo'yishdan oldin gavdaning shu qismidagi kiyim yoki poyafzalni ehtiyotlik bilan yechish lozim.

Vaqtinchalik qon to'xtatishdan so'ng transport immobilizatsiyasi tegishli bo'limlarda bayon etilgan qoidalar asosida bajariladi va bemor davolash muassasasiga yotqiziladi.

Shifokor kelguncha jabrlanganga beriladigan yordamni tibbiyot hamshirasi jarohat yuz bergan joyda to'g'ri ko'rsata bilishi kerak. Keyin bemorga qoqsholga qarshi zardob yuborish, uni ixtisoslashgan davolash muassasasiga jo'natish lozim.

Davolash. Jarohat yuzasini tozalash va birlamchi chok solish. Muolajalarning bu turi kichikroq yuza jarohatlari (lat eyish, teri ekskoriatsiyasi) bo'lgan bemorlarda yoki atroflari tekis, ifloslanmagan va ichkarida joylashgan to'qimalar hamda anchagina shikastlangan kesilgan jarohatlarda bajariladi.

Jarohat atrofidagi soch yoki tuklar tozalanadi, teri spirt bilan artiladi va yod eritmasi surtiladi. Bemorda faqat teri ekskoriatsiyasi bo'lsa, aseptik bog'lam qo'yiladi. Bunday hollarda bakteriatsid ta'sirga ega bo'lgan maxsus leykoplastirli bog'lam qo'ysa ham bo'ladi.

Jarohatga birlamchi xirurgik ishlov berish. Jarohatga birlamchi xirurgik ishlov berish asosida jarohat chekkalari, devorlari va tubini sog'lom to'qimalargacha kesish, uni aseptik jarohatga aylantirish printsiipi yotadi.

Shikastlangan soha va uning og'ir-yengilligiga qarab birlamchi xirurgik ishlov berish mahalliy yoki umumiy og'riqsizlantirish ostida o'tkaziladi. Jarohat tozalanadi, qon oqishi uzil-kesil to'xtatiladi. Ichki tomondan ketgut chok solish va terini ipak bilan choklash yordamida

jarohat chekkalari bir-biriga yaqinlashtiriladi. Jarohat chekkalariga antibiotiklar qo'yiladi. Jarohatga birlamchi xirurgik ishlov berish jarohatlangandan so'ng dastlabki soatlarda bajarilishi kerak. Antibiotiklarni parenteral qo'llash xirurgik tozalashni kechroq muddatda (bir sutkagacha) o'tkazish imkonini beradi. Chuqur kamgaklar va infeksiya rivojlanishi xavfi bo'lganda jarohat drenajlanadi, yordamchi choklar solinadi yoki umumiy choklanmasdan aseptik bog'lama bilan bektiladi. Yallig'lanish jarayonlari bo'lmasa 3 — 4 kundan keyin chok solinadi (birlamchi tikilgan chok). Jarohat yiringlaganda yallig'lanish jarayonlari tugagandan keyingina uni tikib qo'yish mumkin. Bu vaqtga kelib jarohatda granulyatsiyalar paydo bo'ladi. Ular kesiladi va chok solinadi (ikkilamchi tikilgan chok).

Yuz, til, qo'l panjasi jarohatlanganda, ya'ni qon ta'minoti yaxshi sohalarda jarohat chekkalari minimal darajada kesilib, unga chok solinadi va zarurat bo'lganda immobilizatsiya qilinadi. Jarohat birlamchi xirurgik tozalangandan so'ng normal bitayotgan choklar 7 - 8 sutkada olinadi.

Yiringli jarohatlarni davolash. Jarohat o'z vaqtida tozalanmasa shu joy yiringlay boshlaydi. Klinik jihatdan u jarohat atroflarining qizarishi hamda umumiy haroratning ko'tarilishi, bemorning umumiy holsizlanishi, jarohat sohasining qattiq og'rishi bilan ifodalanadi. Bunday hollarda jarohatga drenaj qo'yish lozim bo'ladi (jarohatga ikkilamchi xirurgik ishlov berish). Bu maqsadda ilgari choklar solingan bo'lsa, ular olinadi va yiringli xaltalar kesib ochiladi. Yiring chiqishini yaxshilash uchun qo'shimcha kesmalar - kontraperturalar qilinadi. Bu davrda (gidratatsiya bosqichi) katta-kichikligiga qarab rezina lentalar, drenaj naychalar, natriy xloridning gipertonik eritmalariga botirilgan g'ovak tamponlar bilan jarohat ichidagi yiring so'rib olinadi. Antibiotiklar, fermentlar, antiseptik vositalar yuboriladi.

Zaharlanishga qarshi kurashish va organizmning immunbiologik reaksiyalarini faollashtirish uchun katta miqdorda suyuqliklar yuboriladi, vitaminlarga boy, yuqori kaloriyali ovqatlar tayinlanadi, bo'lib-bo'lib qon quyiladi.

O'tkir hodisalar bosilgandan keyin (degidratatsiya bosqichi) malhamli bog'lamlar qo'llaniladi, bog'lama kam yangilanadi, fizioterapevtik muolajalar tayinlanadi. Jarohatni davolashda immobilizatsiya qilish zarur

va qoqsholga, gazli gangrena va quturishga qarshi tadbirlarni darhol o'tkazish lozim bo'ladi (yallig'lanish sindromiga qarang).

Kuyish

Kuyish deb, to'qimalarning yuqori harorat (termik), kimyoviy moddalar (kimyoviy), elektr toki (elektrdan) va nur energiyasi (nurdan) ta'sirida kelib chiqqan jarohatga aytiladi.

Kuchli kuyishlarda bemorda jiddiy umumiy buzilishlar kuzatiladi va kuyish kasalligi rivojlanadi.

O'tkir kuyish kasalligining kechishida shok, toksemiya, septikotoksemiya va rekonvalesentsiya davrlari farq qilinadi.

Shok davri kuyishda travmatik shokni eslatadi, biroq organizmning yaqqol zaharlanishi va plazma yo'qotilishi hisobiga birmuncha og'ir kechadi. Travmatik shokdagi singari bemor erektel bosqichda qo'zg'algan bo'ladi, arterial bosimi oshib, pulsi tezlashadi.

Torpid bosqichda hayotiy funksiyalar keskin pasayib ketadi: bemor harakatsiz, tana harorati va arterial bosimi pasayadi, terisi rangsizlanadi, yuz qiyofasi jiddiylashib, akrosianoz paydo bo'ladi. Siydik ajralishi kamayib, to'liq anuriyagacha boradi.

Toksemiya davri kuyishdan keyin bir necha soat o'tgach boshlanadi. Kuygan yuzada ko'p miqdorda plazma yo'qotilishi bilan birga zaharli moddalarning so'rilishi boshlanadi, bu moddalar organizm to'qimalari va bakteriyalarning parchalanishi hisobiga yuzaga keladi. Bu davrda bemorning ahvoli nihoyatda og'ir, harorati juda yuqori, ishtahasi va uyquasi bo'lmaydi, qusadi, ichi kelmaydi. Qon quyushgani sababli (plazma yo'qotilishidan), gemoglobin va eritrostitlar miqdori ko'payadi. Leykositlar formulaning chapga siljiganligi qayd qilinadi. Siydikda eritrosit va oqsillar paydo bo'ladi.

Septikosemiya davri kuygan yuzada infeksiya rivojlangandan keyin kuzatiladi. Bu davr klinik jihatdan bundan oldingi davrdan kam farq qiladi. Kuygan yuzada ko'p yiringli suyuqlik bilan qoplanadi. Harorat septik xarakterga ega bo'ladi (sepsis). Granulyatsiyalar och rangli, sust bo'lib, yotoq yaralar, yiringli metastazlar hosil bo'ladi (tananing boshqa sohalarida yiringli o'choqlar vujudga keladi). Ba'zan esa areaktiv holat ham kuzatilib, bu organizmning himoya kuchlari pasayib ketganidan dalolat beradi.

Rekonvalesentsiya (sog'ayish) davri. Tana harorati, qon va siydik normaga keladi, bemoming ishtahasi yaxshilanadi, to'qimalarning nekrotik qismlari ko'chib tushadi, kuygan yuzada pushti rang sog'lom granulyatsiyalar paydo bo'ladi.

Kuygan bemorlarda kuyishning klinik o'tishini davrlarga ajratish juda muhim. Bemor ahvolining og'ir-yengilligi asosan kuyish darajasiga va kuygan yuzaga, shuningdek, organizmning umumiy holatiga bog'liq (avitaminoz, gipotrofiya, immunodefitsit holat).

Termik kuyish. To'qimalarga yuqori harorat, issiq bug', suv va boshqalar ta'sir etganda sodir bo'ladi. Kuyishda to'qimalarning shikastlanish darajasi haroratning ko'tarilganligi va termik omilning qancha vaqt davomida ta'sir qilishiga bog'liq. Harorat nechog'li yuqori bo'lsa va termik omil qancha uzoq ta'sir qilsa, to'qimalar shuncha ko'p shikastlanadi. Erigan metall ta'sirida ayniqsa chuqur kuyish hollari kuzatiladi.

To'qimalarning shikastlanish xarakteri va nechog'li chuqur shikastlanishiga ko'ra kuyishning bir necha darajasi kuzatilishi mumkin.

Kuyishning 1- darajasi uncha yuqori bo'lmagan termik omilning tez muddatli ta'sirida kuzatilib, terining qizarishi va picha shishishi bilan xarakterlanadi (eritematoz). Kuyishning bu darajasida teri kapillyarlari kengayadi va ularning porozligi oshishi hisobiga qonning suyuq qismi (plazmasi) atrofdagi to'qimalarga chiqadi.

1- darajali kuyishning o'tish muddati 2 - 3 kun. Kuygan joyda teri pigmentatsiyasi va keyinroq epidermisning ko'chib tushishi kuzatiladi.

Kuyishning 2- darajasi pufaklar paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi (bullyoz shakl). Kuyishning bu darajasida yallig'lanish birmuncha yaqqol yuzaga chiqadi. Talaygina suyuqlik chiqadi, shunga ko'ra u epidermis ostiga yig'iladi va epidermisni ko'chirib pufaklar hosil qiladi. Pufaklar kuyishdan keyin bir necha minut o'tgach, ba'zan esa ertasiga paydo bo'lishi mumkin. Terining yuza qatlami (epidermal qavati) jonsizlanadi. Pufak yorilganda terining tiniq-qizil so'rg'ichsimon qavati ko'rinadi. Kuyish asoratsiz o'tganda 4 — 6-sutkaga kelib pufakdagi suyuqlik so'rilib ketadi. Yangi, yosh epidermis avvaliga pushti rangli va oson shikastlanadigan bo'ladi.

Infeksiya tushib og'irlashganda pufakdagi suyuqlik yiringlaydi. Keyinchalik granulyatsiyalar va chandiqli to'qima hosil bo'lishi bilan bitadi, bu tuzalish vaqtini uzaytiradi va bemor ahvolini og'irlashtiradi.

Kuyishning 3- darajasi terining yuza qatlami, shu jumladan o'sish sohasi (A guruhli) yoki barcha ichki qavatlarining (B guruhli) jonsizlanishi bilan xarakterlanadi. Kuygan yuzada to'q rangli po'stloq paydo bo'ladi. Po'stloq oqsillar koagulyatsiyasi (ivishi) va aylanishining to'xtatishi hisobiga vujudga keladi.

Kuyishning bu darajasida po'stloq ko'chgandan keyin o'sha joy ikkilamchi chandiqli bo'lib bitadi. Epiteliylanish kuygan joy atrofidan boshlanadi. Terining yuza qatlami kuyganda shikastlangan qismi to'la-to'kis epitelizatsiyalanishi mumkin. Terining hamma qavati jonsizlanganda epitelial to'qima asta-sekin rivojlanadi va kuygan yuzani umumiy bekitmaydi va dag'al kolloid chandiqlik hosil bo'ladi.

Kuyishning 4 darajasida teridan tashqari, birmuncha ichkarida joylashgan to'qimalar (teri osti, mushak, suyaklar) ning jonsizlanishi kuzatiladi. Bu juda sekinlik bilan bitib, katta chandiqlar hosil qiladi. To'qimalarning ayrim joylari ko'chib tushib, hatto oyoq-qo'llar o'z-o'zidan uzilib tushishi mumkin.

Kuyishning klinikasi kuygan yuzaning darajasi va maydoniga bog'liq. Kuygan yuza nechog'li katta bo'lsa, bemorning ahvoli shunchalik og'ir bo'ladi. Tananing 30 % i va bundan ko'proq qismi kuysa, kuyish kasalligi kelib chiqib, unda ko'pincha bemor o'lishi mumkin.

Kuyish maydonini o'lchash. Kaftlab o'lchash – odamning kafti teri yuzasining taxminan 1 - 2 % ini tashkil qiladi.

To'qqizlik qoidasiga muvofiq o'lchash. Bunda bosh va bo'yinning maydoni jami yuzaning 9 %, qo'l yuzasi 9 %, tananing oldingi yuzasi 18 % (9+2), orqa yuzasi ham 18 % (9+2) va oyoq 18 % (9+2) ni tashkil qiladi. Bularning jami 99% (o'n bitta to'qqizlik) ni tashkil etadi; 100% ning 1% ini oraliq sohasi tashkil etadi.

B. N. Postnikov usuli. Kuygan yuzaga steril sellofan yopiladi. Kuyish sohasi atrofiga brilliant yashili bilan chizib chiqiladi va o'lchanadi. O'rta bo'yli odam tanasining umumiy maydoni taxminan 100 % - 16000 sm² ni tashkil qiladi.

Kuyishda birinchi yordam berishdan asosiy maqsad - termik omil ta'sirini yo'qotishdir: issiq suv va bug' kelishini to'xtatish, kiyim-kechak yonib ketganda o't-olovni o'chirish uchun shikastlangan kishini adyolga yoki qanday bo'lmasin biror matoga o'rash kerak.

Kuyishda aseptik bog'lam qo'yiladi, og'riqsizlantiruvchi dori yoki narkotiklar yuboriladi, tananing shikastlangan qismi immobilizatsiya qilinadi va shok profilaktikasi o'tkaziladi. Agar havo sovuq bo'lsa, bemor issiq qilib o'rab qo'yiladi va davolash muassasasiga olib boriladi.

Davolash ikki yo'nalishda - kuygan joyni mahalliy va umumiy davolash bilan olib boriladi. Umumiy davolashga shok, plazma yo'qotilishi va qon quyushishi, infeksiyalar, toksemiyaning oldini olishga qaratilgan tadbirlar kiradi. Hozirgi vaqtda kuyishni davolash uchun maxsus ixtisoslashgan markaziy shifoxonalar barpo etilgan.

Kuygan yuzaga ishlov berish. Kuygan yuzaga ishlov berishdan oldin badanining katta qismi kuygan bemorlar kaliy permanganat eritmasi solingan iliq vannaga tushiriladi, keyin bog'lamlar ho'llab yechiladi. Uncha katta bo'lmagan kuygan joyga ishlov berishdan oldin bemorga analgetiklar yuboriladi. Katta kuygan yuzaga ishlov berishda esa narkoz beriladi.

Kuygan joy atrofidagi terini tozalash uchun, efir, spirtga ho'llangan doka tamponlar ishlatiladi, pufaklar antiseptik dorilar bilan tozalanib, ko'chgan epidermis ehtiyotlik bilan qaychida qirqiladi. Jarohat yuzasi quritiladi. Keyingi davo ochiq, yopiq yoki aralash usullarda olib boriladi.

Ochiq usulda bemorni steril choyshablar yozilgan o'ringa, elektr lampalar bilan yoritilgan karkas ostiga yotqiziladi va karkas ustiga steril choyshab tashlanadi. Bu usulda kuygan yuzasi bir me'yorda quritiladi va uning o'mida po'stloq hosil bo'ladi, bu plazma yo'qotishdan va kuygan yuzani yiringlanishdan saqlaydi. Po'stloq ostida epitelial to'qima hosil bo'ladi. Po'stloq hosil bo'lishini tezlashtirish uchun ba'zan oshlovchi moddalar qo'llaniladi. Buning uchun 10% li kaliy permanganat eritmasi, 5% li tanin eritmasi kuygan yuzaga surtiladi. Kuygan yuzaga infeksiya tushishi xavfi borligi ochiq usulning kamchiligi hisoblanadi. Bundan tashqari, po'stloqda yoriqlar paydo bo'ladi va bitguncha uzoq muddatda undan plazma oqib turadi.

Yopiq usulda turli-tuman bog'lamlar qo'llaniladi. Bu uchun sintomitsin yoki streptomitsin emulsiyasi, Vishnevskiy malhami, baliq moyi kabilar ishlatiladi. Har 1 - 2 kunda jarohat qayta bog'lanadi. Nekroz o'choqlari aniq

ko'rinib turadigan 3 - 4 darajali katta kuyishlarda ular kesiladi, jarohat nuqsoni esa tananing sog'lom qismidan dermatomda qirqib olingan teri parchasi bilan yopiladi (autotransplantatsiya).

Terining juda katta nuqsonlarida gomotransplantantsiya usulidan foydalaniladi. Ko'p hollarda teri nuqsonini yopishda auto va aumotransplantatsiya usullari qo'llaniladi.

Aralash usulda kuyish jarohatini davolashda ochiq va yopiq usullardan bir vaqtning o'zida foydalaniladi. Bo'g'imlarning chandiqli kontrakturalari oldini olish maqsadida va davolash uchun parafin va ozokerit applikatsiyalari, balchiqli va vodorod sulfidli vannalar, galvanizatsiya, massaj, jismoniy mashg'ulotlar tadbiriq qilinadi.

Kuyishda qo'llaniladigan umumiy davo tadbirlari

Kuyishda boshqa ochiq shikastlardagi kabi bemorlarga majburiy tartibda qoqsholga qarshi zardob va qoqshol anatoksini yuboriladi. Shok paydo bo'lishi oldini olish uchun analgetiklar va neyroleptanalgetiklar (droperidol, fentanil) va novokainli blokadalarning har xil turlari, jumladan: oyoq-qo'l sohasi kuyganda g'ilofli, ko'krak qafasi sohasi kuyganda - vagosimpatik va qorin, bel sohasi kuyganda - paranefral blokada qo'llaniladi.

Shok, toksemiya va plazma yo'qotilishiga qarshi kurashish uchun venaga shokka qarshi suyuqlik, qon, fiziologik eritma va boshqa preparatlar quyiladi. Bir kecha-kunduzda yuboriladigan suyuqlikning umumiy miqdori 500 - 3000 ml ni tashkil qilishi mumkin. Yurak-tomirlar sistemasi ishini yengillashtirish maqsadida yurak faoliyatini yaxshilovchi va siydik haydovchi preparatlar yuboriladi.

Toksemiya natijasida buyraklar ishlamay qolishi mumkin. Buyraklar ishini nazorat qilib turish uchun qovuqqa doimiy kateter qo'yiladi. Siydik miqdorining kamayishi buyrakning kasallanishi hisoblanadi. Anuriya bilan asoratlanganda suyuqlik quyishdan tashqari, paranefral novokain blokada o'tkaziladi, buyraklar sohasiga diatermiya qo'llaniladi, siydik haydovchi vositalar yuboriladi. Tuz ishqorli aralashma (1 l suvga 1 choy qoshiq natriy xlor va 1/2 choy qoshiq natriy bikarbonat) ichirish yaxshi natija beradi. Og'ir hollarda "sun'iy buyrak" apparatini ishga solish va gemodializdan foydalanish mumkin.

Infeksiyalarga qarshi kurashish uchun kuygan yuzaga mikrofloraga sezuvchanligini hisobga olgan holda antibiotiklar qo'llaniladi.

Kuygan bemorlarning ovqati yuqori kalloriyali, oqsilli, vitaminli va mineral tuzlarga boy bo'lishi kerak.

Kimyoviy kuyish

Kimyoviy kuyish to'qimalarga kimyoviy moddalar - kislotalar, ishqorlar, og'ir metall tuzlari, fosfor va boshqalar ta'sir etganda ro'y beradi. Kimyoviy moddalardan kuyish ishlab chiqarishda ham, turmushda ham kimyoviy moddalarni betartib ishlatish oqibatida yuz beradi.

Kislotalar va og'ir metall tuzlaridan kuyishda to'qima oqsillarining ivishi va ularning suvsizlanishi ro'y beradi. Koagulyatsion nekroz yuz berganligi sababli zichlashgan po'stloq hosil bo'ladi. Xlorid kislotadan kuyishda po'stloqning rangi oq, nitrat kislotadan kuyishda sariq, sulfat kislotadan kuyishda qoramtir rangda bo'ladi.

Og'iz, qizilo'ngach, me'da shilliq pardalari kuyganda kimyoviy moddalar ta'siri mahalliy kuyish reaksiyasi yuz berishidan tashqari, ular organizmga zaharli rezorbtiv ta'sir qiladi.

Birinchi yordam. Kimyoviy moddani suv oqimi bilan tez yuvib tashlash, qoldiqlarini esa neytrallash kerak. Kislotalarni neytrallash uchun 2% li soda eritmasi qo'llaniladi.

Qattiq kuyishda bu sohaga bor poroshogi kuydirilgan magneziyadan sepiladi. Ishqorlar 2% li sirka kislota yoki limon eritmasi bilan neytrallanadi.

Teriga yonib turgan fosfor bo'lakchalari tushganda tananing shu qismini suvga botirib turish, fosfor qoldig'ini pintset bilan olib tashlash kerak. Shikastlangan sohaga 5% li mis kuporosi eritmasiga ho'llangan bog'larni qo'yiladi yoki talk sepiladi.

Keyingi davolash bosqichlari termik kuyishni davolashdagi singari olib boriladi. Malhamli bog'larni qo'yish tavsiya etilmaydi, chunki yog'lar fosfoming so'nilishiga yordam beradi.

Bolalardagi kuyish. Birmuncha ko'p uchraydi. Statsionarda davolashni talab etadigan bemor bolalarda uchraydigan maishiy travmalarning 20%i kuyishga to'g'ri keladi. Kuyganlar orasida 3 yoshgacha bo'lgan bolalar ko'pchilikni tashkil etadi.

Oz-moz kuyganda go'dak og'riqni yig'lash va qichqirish bilan ifodalaydi. Aksincha, tanasining ko'proq qismi kuyganda bolaning ahvoli og'ir bo'lishi mumkin.

Bolaning rangi o'chib, atrofdagi hodisalarga befarq bo'ladi. Hushi joyida, sianoz, tomirning tez-tez urishi va sustligi, oyoq-qo'llarning muzlashi va tashnalik - og'ir kuyish belgilari bo'lib, shok borligini ko'rsatadi. Ayrim hollarda qusish ham kuzatiladi, bu shikastlanishning ancha og'irligidan dalolat beradi.

Davolash xususiyatlari. Davolash qonun-qoidalari katta yoshdagi bemorlardagi kabi. Bemorlar ochiq va yopiq usulda davolanadi.

Elektr tokidan shikastlanish

Elektr tokidan shikastlanish darajasi:

a) tok kuchiga, uning kuchlanishiga, ta'sir qilish davomiyligiga, tokning doimiy va o'zgaruvchanligiga;

b) organizmning fiziologik holatiga, nerv sistemasiga, yurak mushak holatiga, ta'sir mexanizmiga;

v) a'zo va terining chidamliligiga (zaiflashgan a'zo, nam teri shikastlanish kuchini oshiradi);

g) tok ta'sir qilgan atrof-muhitga bog'liq.

Elektrotravmada to'qimalarning mahalliy o'zgarishlari aksariyat 3 - 4 darajali kuyish bilan ifodalanadi. Nekroz keng yuzada ichkarida joylashgan to'qimalarda bo'ladi. Shuning uchun uni dastlabki ko'zdan kechirganda aniqlash qiyin bo'ladi. Ko'pincha kuyish simmetrik joylashgan yo'llar, ya'ni sochlarning kuyishi ko'rinishida kuzatiladi. Ba'zan kuygan soha oq rangda bo'ladi. Elektr toki kirgan va chiqqan joyda terining kuygan sohalari ko'zga tashlanadi.

Elektr tokining umumiy ta'siri miya chayqalishiga o'xshash klinik ko'rinishni beradi. Ba'zan falajlik, ko'rish qobiliyatining pasayishi, yutishning qiyinlashuvi kuzatiladi. Og'ir hollarda nafas va yurak markazlari falaji ro'y beradi, bu soxta o'lim holatini yuzaga keltiradi. Bunday hollarda zudlik bilan reanimatsiya tadbirlarini to'liq o'tkazish lozim bo'ladi.

Birinchi tibbiy yordam. Zudlik bilan elektr toki ta'sirini to'xtatish lozim. Shikastlangan kishi ko'pincha usti ochiq simni ushlab olib, muskullari qisqarganidan uni qo'yib yubora olmaydi. Shuning uchun tezda elektr tokini o'chirish yoki uning iloji bo'lmaganda shikastlangan kishini tortib olish lozim bo'ladi. Bunda elektr tokini o'tkazmaydigan rezina qo'lqop, kalish yoki etik, jun adyol, ipak gazlamalar, quruq yog'ochdan foydalanish zarur.

Elektrdan kuyishni mahalliy davolash termik kuyishni davolashdagidek. Umumiy belgilar yuz berganda simptomatik davo qo'llaniladi, sun'iy nafas oldiriladi, yurak donlari beriladi. Tokdan shikastlangan bemorlar qunt bilan parvarish qilish va kuzatib turishga muhtoj bo'ladilar, chunki ularda nafas falajlanishi, yurak ishining to'xtashi oqibatida to'satdan o'lim yuz berishi mumkin.

Elektrotravmaning oldini olishda texnika xavfsizligi qoidalarini bilish va ularga rioya qilish muhim ahamiyatga ega.

Sovuq urishi

Sovuq urishi past harorat ta'sir etganda kelib chiqadi. Bunda bemor a'zolarini noqulay sharoitlarda ho'l, tor poyafzal kiyish, holdan toyish, -40°C da va hatto bundan past haroratda ham sovuq urishi mumkin. Ko'pincha qo'l va oyoqlarning barmoqlari, quloq, burun uchini sovuq uradi. Sovuq urishining to'rtta darajasi farq qilinadi.

1- darajasida terining oqarishi (tomirlar spazmi) va sezuvchanligining yo'qolishi bilan xarakterlanadi. Bemor isitilgandan keyin badan terisining shu qismi qizg'ish-ko'kimtir tusli bo'lib qoladi (tomirlar falaji), ozgina shishadi va quriydi. Sog'ayishdan oldin odam sovuqqa sezgir bo'lib qoladi, ba'zan terining ko'kimtir rangi saqlanib qoladi.

2- darajasida qon aylanishining birmuncha chuqur buzilishi kuzatilib, keyinroq tiniq suyuqlik bilan to'lgan pufaklar hosil bo'ladi. Pufaklar atrofidagi teri ko'kimtir-qizil tusga kiradi. Infeksiya tushmasa, o'rta hisobda 2 hafta ichida bitadi.

3- darajasida teri va uning ostidagi to'qimalar inib nekrozlanadi. Jonsizlanish gemorragik suyuqlik bilan to'lgan yumshoq pufaklar hosil bo'lishi bilan xarakterlanadi. Bu pufaklar po'stloq paydo bo'lishiga olib keladi. Ko'pincha unga yiringlash qo'shiladi. O'lgan to'qimalar ko'chib tushgandan so'ng ularning o'mida granulyatsiyalar vujudga kelib, chandiqlanish va epiteliyatsiya boshlanadi. Jarohat 1 - 2 oy ichida bitadi.

4- darajasida nekroz chuqur joylashgan to'qimalar, shu jumladan suyaklarni ham qamrab oladi. Tananing shikastlangan qismi to'q ko'kimtir rangga, qoramtir suyuqlikka to'la pufaklar bilan qoplanadi. Odatda pufaklar sovuq olishidan 2 haftadan keyin paydo bo'ladi (ikkilamchi pufaklar). Demorkatsiya chizig'i asta-sekin ko'rinadi va unchalik yaqqol sezilmaydi.

Sovuq olgan sohalarda sezuvchanlikning hamma turi yo'qoladi. Keyinroq shikastlangan qism qurib (mumifikatsiya) ko'chib tushadi va chandiq hosil bo'ladi.

Sovuq urishida bemorning umumiy ahvoli uning darajasiga bog'liq. Sovuq urishning dastlabki ikki darajasida bemorning umumiy ahvoli unchalik yomon bo'lmasa, keyingi darajalarida toksemiya va infeksiya qo'shilishiga bog'liq holda klinikasi namoyon bo'ladi (yuqori harorat, holsizlik, ishtaha yo'qligi, leykositoz, EChT oshishi va h.k.).

Birinchi yordam va davosi. Bemor issiq xonada yotqiziladi. Unga issiq choy, yurak faoliyatini yaxshilovchi va og'riq qoldiruvchi dorilar beriladi, bemorni vannaga tushirib, suv haroratini 18 — 20°C dan asta-sekin 37°C gacha ko'tariladi. Vannada qon ta'minoti, sezuvchanlik tiklangunga qadar ehtiyotlik bilan massaj qilish lozim. Oyoq yoki qo'lterisi spirt bilan artiladi va unga qalin doka bog'lam qo'yiladi.

Terining sovuq olgan sohasini qor bilan uqalash tavsiya etilmaydi, chunki mayda muz parchalari shikast yetkazishi va infeksiya tushishiga sabab bo'lishi mumkin.

Davolash rejasiga qon aylanishining buzilishini bartaraf qilish, infeksiyaning oldini olish tadbiri kiritiladi. Sovuq urishining 1- darajasida birinchi yordamning o'zi kifoya qiladi, 2- darajasida esa pufaklar olinadi va aseptik yoki malhamli bog'lam qo'yiladi, 5 - 7 kun o'tgach, fizioterapevtik muolajalar qo'llaniladi (UVCh, lazer va ultrabinafsha nurlar bilan nurlantirish, mahalliy darsonvalizatsiya). Sovuq urishining 3 - 4 darajasida shish va zaharlanishni kamaytirish uchun ba'zan nekroektomiya o'tkazilib, keyin termik kuyishdagi singari ochiq usul bilan davolashga kirishiladi. Granulyatsiyalar paydo bo'lgandan so'ng malhamli bog'lamlar qo'yiladi. Demarkatsiya chizig'i hosil bo'lganda nekroektomiya o'tkaziladi: nekrozlangan to'qimalar olib tashlanadi, oyoq-qo'llar esa amputatsiya qilinadi. Sovuq urishini umumiy davolashda yuqori kaloriyali oqsillar va vitaminlarga boy ovqatlar buyurish zarur. Infeksiyaga qarshi kurashish uchun antibiotiklar qo'llaniladi. Toksikozni kamaytirish uchun qon, qon o'mini bosadigan suyuqliklar quyish, ko'p suyuqliklar ichish tavsiya etiladi.

Muzlash. Organizmga past harorat umumiy ta'sir qilishi natijasida sodir bo'ladi. Bunda hayot uchun muhim a'zolar (miya, yurak, o'pka, jigar, buyrak) da chuqur, qaytmas o'zgarishlar sodir bo'ladiki, bular o'limga olib kelishi

mumkin. Shikastlangan kishi bo'shashadi, eti uvishadi, charchaydi, uyqudan boshini ko'tarmaydi. Puls susayadi, nafas yuzaki bo'lib qoladi.

Qaltirash. Past harorat uzoq muddatda'sir qilishi natijasida paydo bo'ladi. Ko'pincha oyoq-qo'l uchlari qaltiraydi. Urush davrida bunday hodisalar askarlarda kuzatilgan va bu holat „transheya oyoq panjasi“ degan nom olgan.

Terida to'q qizil yoki ko'kimtir-qizil dog'lar paydo bo'ladi. Teri sal shishadi, qichishadi, achishadi va oz-moz bezillab og'riydi. Yuqoridagi jarohlardan keyin qoqshol, gazli gangrena va quturish kasalliklarini oldini olish maqsadida profilaktik tadbirlar o'tkaziladi.

III. BOB

NAFAS A'ZOLARI, KO'KRAK QAFASINING XIRURGIK KASALLIKLARIDA, BOSH MIYANING SHIKASTLARI VA MIYAGA QON QUYILISHLARIDA HAMSHIRALIK PARVARISHI. KO'KRAK BO'SHLIG'I A'ZOLARINING SHIKASTLARI

Nafas a'zolarining anatomo-fiziologik xususiyatlari.

Odamda nafas a'zolari burun bo'shlig'i, hiqildoq, traxeya (kekirdak), bronx, bronxiolalar va o'pkalardan iborat. Bular, odatda, kislorodni o'pka alveolariga yetkazib beruvchi havo yo'llari hisoblanadi. Odam organizmidagi havo almashish jarayoni ko'krak qafasi va uni harakatga keltiruvchi muskullar (ko'krak qafasi muskullari, diafragma va qorin devori muskullari), o'pka va uning havo yo'llari orqali bajariladi. Muskullar qisqarib, ko'krak qafasini va o'pkani kengaytirib kislorodga boy havo bilan o'pkaning boyishini ta'minlasa, ko'krak qafasining torayishi o'pka hajmini toraytirib, natijada, o'pkadan karbonat angidridga boy havo tashqariga chiqishi jarayonini bajaradi. Shunday qilib, tirik odam organizmi bilan atrof-muhit o'rtasidagi aloqa nafas jarayonini bajaradi.

Ko'krak qafasining yopiq shikastlari

Qovurg'alarning sinishi. Ko'krak qafasining ezilishi va bosilishi oqibatida qovurg'alarning yorilishi, suyak usti pardasi ostidan sinishi va bitta yoki bir necha qovurg'alarning to'liq sinishi, siniqlarning o'midan siljishi yoki siljimasligi bilan kechishi mumkin. Ba'zan qovurg'alar sinib, plevra yoki o'pkaning shikastlanishi bilan birga kechishi mumkin.

Etiologiyasi. Ko'krak qafasiga beriladigan zarb ta'sirida, ko'kragi bilan yiqilganda, ko'krak qafasiga og'ir predmetlar tushishi va turli xil avtohalokatlar sabab bo'ladi.

Klinikasi. Qovurg'alar yakka singanda o'tkir, siniq chegarasi sohasida og'riq kuzatiladi, bu nafas olganda, yo'talganda va gavda vaziyatini o'zgartirganda kuchayadi. Paypaslash yo'li bilan og'riq nuqtasi

aniqlanadi, suyak siniqlari siljigan sinishda qovurg'alarning shakli pog'onasimon bo'lib o'zgaradi.

Qovurg'alar ko'p joyidan singanda klinik belgi yomonlashib, bemor shok holatida bo'lishi mumkin. O'pka to'qimasi zararlanganda havo teri yog' qatlamiga chiqib emfizemani paydo qiladi, teri bosilganda g'ijirlash seziladi, bemor qon tuflab, nafas olishi qiyinlashadi, akrosianoz (lab, burun uchi, quloq chig'anog'i, barmoqlarning uchi ko'karadi) va taxikardiya bo'ladi. Plevra bo'shlig'iga qon quyilganda gematoma kelib chiqadi. Bunda bemorni o'tirgan vaziyatida perkussiya qilib gorizontal sathdagi suyuqlik aniqlanadi. Agar o'pka teshilib plevra bo'shlig'iga havo to'plansa, havoli pnevmotoraks kelib chiqadi. Bunda o'pka siqilib, perkussiyada baland perkutor tovush qayd qilinadi, auskultatsiyada esa o'pkaning nafas olishi eshitilmaydi.

Tashxis. Qovurg'alarning sinishi faqat klinik jihatdan aniqlansada, tashxisni tasdiqlash uchun rentgenologik tekshiruvning ahamiyati katta, lekin qator hollarda sinish faqat klinik tekshiruvda aniqlanadi. Tashxis qo'yishda kasallikning klinik belgisi asos qilib olinadi.

Davosi. Singan sohaga 5-10 ml 2% li novokain eritmasi yuborilib blokada qilinadi. Agar qovurg'a ko'p joyidan sinsa, sohaga 0, 5% li novokain eritmasi bilan mahalliy og'riqsizlantiriladi yoki shu tomonning o'ziga vagosimpatik blokada qilinadi.

Og'riqsizlantirishni chuqur va davomli bo'lishi uchun sinish sohasiga 5-10 ml 2% li novokain eritmasi yuboriladi. 10 daqiqa o'tgach ignani chiqarmay turib qo'shimcha ravishda 5 ml dan 0, 2-2% li lidokain eritmasi yuborish lozim bo'ladi.

Bemorda o'pka yallig'lanishining oldini olish uchun nafas gimnastikasi bajariladi, antibiotiklar va sulfanilamidlar buyuriladi. Qovurg'alar singanda pnevmoniyaning oldini olish uchun bemorning ko'krak qafasini bintlamagan ma'qul.

O'mrov suyagining chiqishi

Etiologiyasi. O'mrov suyagining chiqishi aksariyat yelka bilan yiqilganda sodir bo'ladi. O'mrov suyagi akromial va to'sh uchlarining chiqishi farq qilinadi. Ko'pincha o'mrov suyagi akromial uchining chiqishi kuzatiladi. Boylam apparatining yirtilish darajasiga ko'ra uning to'la va

qisman chiqishi tavofut qilinadi. To'la chiqishda shu sohadagi boylam apparati batamom yirtiladi yoki qisman saqlanib qoladi.

Klinikasi. O'mrov suyagi akromial uchidan chiqqanda yelka usti sohasida akromial uchining chiqib qolishi sababli pog'onasimon deformatsiya ko'zga tashlanadi. Yelka suyagi uzoqlashtirilganda va o'mrovning chiqib turgan uchi bosilganda o'mrov joyiga tushadi, yelka suyagi pastga tushirilganda uning bu uchi yana yuqoriga ko'tariladi („klavisha simptomi“).

Tashxis. Tashxis rentgenologik tekshiruvda tasdiqlanadi. Yelka suyagi qisman chiqqanda o'mrovning akromial uchi ro'y rost turtib chiqmaydi.

Davosi. O'mrov suyagining chiqqan uchi joyiga solinadi. Kramer shinasi yoki gips bog'lam bilan fiksatsiya qilinadi. Qator hollarda, ayniqsa o'mrovning akromial uchi chiqqanda bu usul g'oyat yaxshi natija berishi mumkin. O'mrovning chiqqan uchini tutib turishning iloji bo'lmagan hollarda operatsiya yo'li bilan davolanadi. Operatsiyaning mohiyati shundan iboratki, o'mrov suyagining akromial uchi chiqqanda uni kurakning akromial uchiga, o'mrovning to'sh uchi chiqqanda uni to'sh suyagiga fiksatsiya qilinadi.

O'mrov suyagining sinishi

Etiologiyasi. Bevosita zarb tushganda yoki yozilgan qo'lga, tirsakka, yelkaning yon yuzasiga yiqilganda o'mrov suyagi sinadi.

Klinikasi. Bolalarda aksari suyak ustki pardasining ostidan sinib, suyak siniqlarining unchalik siljimasligi kuzatiladi.

Katta yoshdagi kishilarda ko'ndalang, qiyshiq va parchalanib sinish qayd qilinadi. Odatda o'mrov sinishi suyak siniqlarining siljishi bilan o'tadi.

Markaziy suyakning sinishi to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushakning tortishishi hisobiga yuqoriga va oldinga, periferik siniq o'mrov mushagining tortishishi hisobiga pastga va ichkariga siljiydi. Suyak siniqlari tomir-nerv tutamini, plevra gumbazi yoki terini shikastlashi ham mumkin. Singan tomon yelka pastga osiladi, shu tomon harakatlari cheklanadi. Singan o'mrov suyak sohasida shish, deformatsiya va patologik harakatlar kuzatiladi.

Tashxis. Bemor shikoyati, ob'yektiv tekshirishlar (singan sohani paypaslab ko'rish), ko'krak qafasi rentgenografiyasiga asoslanadi.

Davosi. Davolashda shikastlangan sohaga novokain yuboriladi yoki uzoq ta'sir qiladigan blokada qilinadi. Bemorning yelkaları iloji boricha uzoqlashtiriladi va ikkala yelka uchi sohasiga ikkita doka halqa kiygizilib, ular rezina naycha bilan bog'lanadi – Delbe usuli.

Kerilgan yelkalar ustiga halqalar o'rniga sakkizsimon bog'lam qo'yilsa ham bo'ladi. Suyak siniqlari 3-4 hafta ichida bitadi.

Suyak siniqlarini ko'rsatilgan usullar bilan joy-joyiga solib bo'lmasa, xirurgik yo'l bilan davolanadi. Operatsiya suyak siniqlarini lavsan ip yoki sim bilan, shuningdek, o'mrov suyagining ikkala uchidan o'tkazilgan po'lat kegay bilan biriktirishdan iborat bo'ladi.

Ko'krak qafasining teshib kiradigan ochiq shikastlari

Ko'krak qafasining teshib kiradigan shikastlari deganda teri, teri osti kletchatkasi va muskul qavati bilan birga pariyetal plevra ham shikastlanadigan zararlanishlari tushuniladi. Bunday zararlanishda o'pka shikastlanmasligi ham mumkin. Ko'krak qafasining teshib kiradigan yaralanishi sovuq qurol yoki o'q otadigan qurollardan sodir bo'ladi.

Ko'krak qafasining teshib kiradigan yaralanishlarida ko'pincha pnevmotoraks – plevra bo'shlig'ida havo yig'ilishi, gemotoraks – plevra bo'shlig'ida qon yig'ilishi va pnevmogemotoraks – havo va qon yig'ilishi kuzatiladi.

Pnevmotoraks. Plevral bo'shliqqa ko'krak devoridagi jarohat teshigi orqali yoki shikastlangan o'pka orqali havo kirishi natijasida pnevmotoraks hosil bo'ladi. Havo plevral bo'shliqqa tushganda o'pka qisiladi (kollabirlanadi). Plevral bo'shliqda havo nechog'li ko'p bo'lsa, o'pka shunchalik ko'p qisiladi.

Pnevmotoraks uch turga: yopiq, ochiq va klapanli pnevmotoraksga bo'linadi. Yopiq pnevmotoraksda plevral bo'shliqqa kirgan havo tashqi muhit bilan tutashmaydi, chunki ko'krak qafasi yoki o'pkadagi jarohat kanali bekilib qoladi. Ochiq pnevmotoraksda jarohat kanali ochilib turadi va plevral bo'shliqqa tushgan havo tashqi atmosfera bilan bemalol tutashadi. Klapanli (avj oluvchi) pnevmotoraksda jarohat kanalining xususiyatlariga ko'ra havo plevral bo'shliqqa bemalol kiradi, biroq qaytib

chiqa olmaydi. Shunga ko'ra har gal nafas olgan sayin plevra bo'shlig'ida tobora ko'proq havo yig'ila boshlaydi. Bunda o'pkaning anchagina qisilishi va ko'ks oralig'idagi a'zolarning sog'lom tomonga siljishi kuzatiladi. Qator hollarda (ko'pincha klapanli pnevmotoraksda) havo teri ostidagi kletchatkaga kira boshlaydi, bu teri osti emfizemasining paydo bo'lishiga olib keladi.

Etiologiyasi. Sovuq qurollar (pichoq, nayza, o'q otar qurollar) ishlatish, tasodifan o'tkir uchli predmetlarning ko'krak qafasiga sanchilishi, ko'krak qafasiga berilgan kuchli zarb ta'sirida qovurg'alarning sinib ko'krak qafasiga sanchilishi va turli xil shikastlar sabab bo'ladi.

Klinikasi. Ko'krakda qisilish sezgisi, nafas qisishi paydo bo'ladi, bemor ko'karib ketadi, ko'krak qafasining shikastlangan tomonida nafas olish yo'qoladi va birmuncha sustlashadi, tovush titrab chiqadi. Ochiq va klapanli pnevmotoraksda uchragan bemorlarning ahvoli ayniqsa og'ir bo'ladi.

Tashxis. Bemor shikoyati, ob'yektiv tekshirishlar (zararlangan tomon ko'krak qafasini paypaslash va perkussiya qilish), ko'krak qafasi rentgenografiyasida zararlangan tomon o'pka sur'atining kuchayishi va yurak-tomir tutamining sog'lom tomonga siljishi kuzatiladi.

Gemotoraks. Ko'pincha qon plevral bo'shliqqa jarohatlangan o'pka tomirlaridan, biroq ba'zan ko'krak devorining shikastlangan tomirlaridan oqib tushadi. Oqib tushgan qon miqdori 1, 5-3 l ga yetishi mumkin. Infeksiya qo'shilgan hollarda plevra empiyemasi rivojlanadi.

Klinik manzarasi. Ichki qon oqish alomatlari paydo bo'ladi: teri va shilliq pardalar bo'zaradi, sovuq ter chiqadi, puls tezlashadi, arterial bosim tushib ketadi. Bu hodisalarga nafas qisishi va nafasning qiyinlashuvi qo'shiladi. Perkussiyada qon oqib tushgan zonada perkutor tovushning bo'g'iqligi qayd qilinadi.

Pnevmoqemotoraks klinik jihatdan pnevmotoraks va gemotoraksning birga uchrashi bilan xarakterlanadi.

Tashxis. Bemor shikoyati, ob'yektiv tekshirishlar (zararlangan sohani paypaslash va perkussiya qilish), ko'krak qafasi rentgenografiyasida plevral bo'shliqda suyuqlikning gorizontalsathi aniqlanadi.

Birinchi yordam va davosi. Ko'krak qafasining teshib kiradigan jarohatlariga uchragan bemorlarga beriladigan birinchi yordam ochiq

pnevotoraksni bartaraf qilishga qaratilishi kerak. Shu maqsadda jarohat sohasiga germetiklikni ta'minlaydigan aseptik bog'lam qo'yiladi, buning uchun (jarohatga cherepitsa ko'rinishida qo'yilgan) leykoplastir yoki individual paketdagi rezina aralashtirib tayyorlangan qopchiqdan foydalaniladi, ustidan paxta-doka bog'lam yopiladi. Bemorlarga og'riq qoldiradigan va yurak dorilari yuboriladi.

Bunday bemorlarni davolash ko'krak devoridagi jarohatni xirurgik tozalash, uni qavatma-qavat, jips qilib tikish, plevral bo'shliqdan havo va qonni tortib olishdan iborat.

Klapanli pnevotoraksda takroriy plevral punksiyalar qilib, havoni tortib olinadi yoki Byulau usulida suv osti drenaji qo'yiladi. Biroq bunday hollarda klapan mexanizmini darhol-operativ bartaraf qilgan yaxshi. Gemotoraksda qon oqishini operatsiya yoki konservativ yo'l bilan to'xtatiladi va plevral bo'shliqdagi qonni haydaladi.

O'pka absessi va gangrenasi

O'pka absessi deb o'pka to'qimasining chegaralangan yiringli yallig'lanishiga aytiladi.

O'pka gangrenasi deganda o'pka to'qimasining chegarasiz yallig'lanib irib ketishi tushuniladi.

Etiologiyasi. O'pka absessini yiring hosil qiluvchi mikroorganizmlar, o'pka gangrenasini esa chirituvchi mikroblar vujudga keltiradi. O'pka absessida balg'amdan xilma-xil mikroblar- stafilokokk, streptokokk, pnevmokokk va boshqa bir qancha mikroblar aralashmasi topiladi. O'pka gangrenasida anaerob mikroblardan duksimon tayoqcha ham uchraydi. O'pka absessi va gangrenasi ko'pincha turli kasalliklar: zotiljam, bronxoektaziya, pnevmoniya, o'pka raki va boshqalardan ikkimlamchi asorat sifatida ro'y beradi.

Klinikasi. O'pka absessining klinik ko'rinishi ikki davrga bo'linadi: birinchi davrda o'pka to'qimasi irib, bronxga ochilguncha Absess shakllanadi. Ikkinchi davrda esa absess bronxga ochiladi va kasallikning kechishi davom etadi. Birinchi davr qisqa bo'lishi yoki o'n kungacha cho'zilishi mumkin. Bu davrning doimiy belgilaridan biri gavda temperaturasi ko'tarilib, ko'p terlashidir. Bemor yo'taladi, yonbosh sohasida og'riq bo'ladi, umumiy ahvoli og'irlashadi.

Qoni tekshirilganda neytrofil leykotsitoz qayd qilinadi, (1mm³da 18000 leykotsit), EChT tezlashdi. Bemor ob'yektiv tekshirilganda ko'krak qafasining zararlangan tomoni nafas olganda orqada qolishi kuzatiladi.

Auskultatsiya va perkussiya qilinganda aytarli o'zgarish kuzatilmaydi. Faqat o'pkaning zararlangan qismida o'tmas tovush eshitiladi, shuningdek bronxial nafas va oz miqdorda mayda, ba'zan quruq xirillash eshitiladi. Balg'am esa shilimshiq yiringli bo'lib, qo'llansa hidli bo'lmaydi. Miqdori ham kam bo'ladi.

Ikkinchi davrda kuchli yo'tal paydo bo'lib, bemor ko'p balg'am tashlaydi (sutkada 50-100ml, hatto 1-2 l gacha yetadi). Balg'am massasi quyuk, yiringli, ba'zan xira yashil yoki qon aralash bo'ladi. Ba'zi hollarda badbo'y bo'lib, bu hol Absessning gangrenaga aylanishidan darak beradi. Balg'am turib qolsa, ikki qatlamga ajraladi. Pastki qatlam bir xil gomogen yiringli, jigar rang yoki ko'k rangda bo'ladi. Yuqori qatlami esa suyuq bo'lib, shilimshiq ko'pik massadan iborat. Mikroskopda tekshirilganda ko'p miqdorda leykotsitlar, eritrositlar, bronxial epiteliylar, yog'tomchilari, xolesterin krisstallari va har xil bakteriyalar uchrashi mumkin.

O'pka gangrenasi. O'pka Absessidagi kabi temperatura yuqori bo'lishidan tashqari. Absess plevruga ham o'tib, yonboshda og'riq paydo bo'ladi va uzoq birday turaveradi. Ayniqsa, yo'talganda og'izdan keladigan qo'lansa hid gangrenaning doimiy va dastlabki belgisidir. Yo'tal azobli bo'lib, ko'p miqdorda ajralgan balg'am kul, ba'zan shokolad rangini eslatadi. Balg'am turib qolsa, uch qatlamga ajraladi. Yuqori qatlami-suyuq, ko'piruvchan, o'rta qatlami- loyqa, qo'ng'ir tusli pastkisi esa uvoqsimon massali bo'ladi. Balg'am, ayniqsa ertalab ko'p ajraladi (500-800 ml).

Ob'yektiv tekshirilganda o'pkaning zararlangan ustida perkutor tovush o'tmasligi, tovush titrashining kuchayishi va ko'p, quruq yoki ho'l xirillash eshitiladi.

Oqibat va asorati. O'pka Absessi aksariyat hollarda terapevtik davolashga moyil bo'lib, 4-5 hafta davomida bemor sog'ayib ketadi. Ba'zida o'pkadan qon ketishi mumkin.

O'pka gangrenasini esa davolash qiyin. Kasallikda yiringli plevrit asorati qoladi. Jiddiy asoratlardan biri piopnevmoreaks (yiringning plevra bo'shligida yorib o'tishi) bo'lib, bunda bemor yonboshida to'satdan og'riq

paydo bo'ladi. Ba'zan kollaps ro'y beradi, hatto bemor o'lib qolishi ham mumkin.

Davolash va parvarish qilish: bemor darhol kasalxonaga yotqiziladi. Asosan, antibiotiklar: pensillin qatori guruh antibiotiklar, sefazolin, sefamed, seftriakson, tetrasiklin, streptomitsin, monimitsinlarning biri bilan davolanadi. Bunda mikroblarning antibiotiklarga nisbatan sezuvchanligini aniqlash katta ahamiyatga ega. Bundan tashqari, sulfanilamid preparatlari (sulfadimezin) ham beriladi. Ular, ba'zan bemorda ko'ngil aynish, teriga toshmalar toshish, qichima kabi qo'shimcha ta'sir ko'rsatishi mumkin. Bunday hollarda sulfanilamid preparatlari dozasi kamaytiriladi, ba'zan butunlay berilmaydi. Antibiotiklar sulfanilamid preparatlari bilan birga ishlatilganda yaxshi natija beradi. Bemorni parvarish qilishda dastavval terisining tozaligiga katta ahamiyat berish lozim. Yotoq yara paydo bo'lishining oldini olish, bemorni balg'am ko'chirishga qulay holatda yotqizish ya'ni vaqti-vaqti bilan karavotning oyoq yoki bosh tomonini 20-30 smga ko'tarib qo'yish lozim. Bemor taomi yuqori kaloriyali ayniqsa oqsilga boy bo'lishi kerak.

Profilaktikasi. O'pkaning yallig'lanishiga olib keladigan faktorlar bartaraf etiladi: spirtli ichimliklar ichish qat'iy man etiladi; to'g'ri rejim tutiladi va o'pka bronxlarning o'tkir va surunkali kasalliklarini o'z vaqtida ratsional davolash choralari ko'riladi. Ayniqsa keksalardagi o'tkir pnevmoniya kasalligini o'z vaqtida davolashda katta ahamiyat berish zarur.

Yurak jarohatlari

Yurak jarohatlangan hollarning uchdan bir qismida o'lim to'satdan yuz beradi. Bemorlarning qolgan qismi 1-3 kun ichida qon ketishidan va yurak pardasi ichiga to'plangan qon orqali yurak qisilishidan (tamponada) vafot etadi. Ba'zan esa o'lim uning asoratlari perikardit, plevrit, pnevmotoraks, emboliya sababli ham kelib chiqishi mumkin.

Etiologiyasi. Yurak jarohatlari aksari sovuq va o'q otar quoldan foydalanish natijasida kelib chiqadi. Ko'krak qafasining bosilishi, yurak sohasiga beriladigan kuchli zarb, singan qovurg'alarining yurakga suqilishi. Ko'proq yurak qorinchalari, ayniqsa chap qorincha sohasi jarohatlanadi.

Klinikasi. Perikardga qon to'planishi hisobiga yurak tamponadasi simptomi bilan xarakterlanadi. Bemorlar yurak sohasidagi og'riqdan, bosh

aylanishi, nafas siqishidan noliydi va o'lim vahimasiga tushadi. Bunda teri oqarib ketadi, ko'zi kirtayadi, puls sal to'lishadi, tez-tez, daqiqasiga 120-160 marta uradi. Arterial bosimi tushib, venoz bosimi ko'tariladi. Nafas tezlashib, yuzaki bo'ladi. Og'riq chap kurak, yelka va qoringa o'tishi mumkin. Yurak tonlari deyarli eshitilmaydi. Yurak chegaralari perikardda qon to'planishi hisobiga kattalashadi, bu rentgenologik tekshiruvda yaxshi ko'rinadi.

Tashxis. Bemor shikoyati, ob'yektiv tekshirishlar(ko'krak qafasini perkussiya qilib yurak chegaralarini aniqlash), ko'krak qafasi rentgenografiyasi, kompyuter tomografiyasiga asoslanadi.

Davosi. Bemorni bunday hollarda zudlik bilan operatsiya qilish lozim. Operatsiyadan maqsad - yurakdagi jarohatni tikishdir. Operatsiyadan oldin va transportirovka qilish vaqtida bemorga maksimal darajada tinchlik beriladi, yurak sohasiga sovuq muz qo'yiladi, og'riqsizlantiruvchi dorilar yuboriladi.

Yurak nuqsonlari

Yurak nuqsoni yurak klapanlari funksiyasining turg'un buzilganligidir. Bu buzilish yurakning organik o'zgarish oqibatida ro'y beradi. Yurak nuqsoni revmatik, sklerotik va sifilitik jarayonlar natijasida paydo bo'ladi. Bunda qon aylanish izdan chiqadi. nuqsoni tug'ma va hayotda orttirilgan bo'ladi. Tug'ma nuqson bola ona qornidaligida normal o'smasligi va yurak-tomir sistemasining noto'g'ri shakllanishi oqibatida paydo bo'ladi. Hayotda orttirilgan nuqsonlari 90% ga yaqini revmatizm kasalligi sababli bo'ladi.

Klapanlar va tomirlarning zararlanishiga qarab, nuqsonlar turlicha bo'ladi. Tug'ma nuqsonlar - bo'lmalararo to'siqlar nuqsoni, qorinchalararo to'siqlar nuqsoni, Batallov yo'lining tug'ma bitmasligi, Triada Fallo, Tetrada Fallo.

Orttirilgan nuqsonlar - mitral klapan nuqsoni, uch tabaqali kalapan nuqsoni, o'pka arteriyasi teshigining torayishi va h. klar.

Yurak nuqsonlari va ularning kechishi. Yurak klapanlarining organik o'zgarishlarini bartaraf etib bo'lmaydi. Har qanday konservativ davo choralari klapanlardagi organik o'zgarishlarni qayta tiklash imkoniyatiga ega emas. Biroq, bemor uzoq vaqt davomida o'zini yaxshi

his etib, mehnat qobiliyatini to'la saqlab qola oladi. Chunki yurak qismlari shiddatli ishlashi tufayli porok oqibatida qon aylanishining izdan chiqishi sezilmay, yurak o'z faoliyatini qoniqarli suratda davom ettiraveradi. Kompensatsiya deb ana shunga aytiladi. Bunday bemorlar davolanishga muhtojlik sezmaydi. Biroq ularni butunlay sog'lom shaxslar deb qarash ham yaramaydi. Bu kasallik 10-15, hatto 20 yillab davom etishi, oqibatda yurak muskullarning bo'shashuviga olib kelishi mumkin, natijada yurak dekompensatsiyasi ro'y beradi. Bunda nafas qisiladi, terida sianoz holati paydo bo'lib, vena dimlanadi, tana shishib, suyuqlik to'plana boshlaydi. Ayniqsa revmatik endokardit retsidivi uchun xavflidir. Chunki bu kasallik bora-bora yurak dekompensatsiyasiga sabab bo'ladi. Yurak dekompenatsiyasi uzoq davom etganda, moddalar almashinuvi va hamma a'zolarining qon bilan ta'minlanishi buzilib, bemor ozib ketadi (yurak kaxeksiyasi).

Strajesko va Vasilenko klassifikatsiyasiga muvofiq, yurak nuqsoni uch bosqichga bo'linadi.

Birinchi bosqichda katta va kichik qon aylanish doirasida qon dimlanishi belgilari bo'lmaydi. Faqat jismoniy ish qilganda hallovlash, yurak o'ynashi seziladi.

Ikkinchi bosqichda qon aylanishning buzilganligidan dalolat beruvchi belgilar (hallovlash, venoz qon dimlanishi, oyoqlarga shish kelishi) namoyon bo'lib, ish qobiliyati juda pasayib ketadi.

Uchunchi – distrofik bosqichda qon aylanishning buzilishi simptomlardan tashqari, barcha organlar funksional va morfologik jihatdan o'zgaradi. Bemor ozib ketadi. Ishga yaroqsiz bo'lib qoladi. Ba'zi bir bemorlarda mehnat qilish qobiliyati bir oz saqlanib qoladi.

Davolash va parvarish qilish. Yurak dekompensatsiyasi qancha barvaqt aniqlansa, davolash shuncha yaxshi foyda beradi. Yurak porogini davolash quyidagi sxema bo'yicha olib boriladi: birinchi bosqichda bemor kamida ikki hafta o'rinda yotishi kerak. Unga xilma-xil yengil hazm bo'ladigan taomlar beriladi. Tuz va suyuqlik miqdori cheklab qo'yiladi. Dori-darmonlardan Adonis preparatlari, siydik haydovchi va nerv sistemasini tinchlantiruvchi preparatlar buyuriladi. Ikkinchi bosqichda bemor 1-2 oy davomida o'rinda yotishi lozim. Bu vaqtda yotoq yara paydo bo'lishiga yo'l qo'ymaslik kerak. Buning uchun dumg'aza sohasi kamfora

spirti bilan artib turiladi. Bemorning nafas olishini yengillashtirish choralari ko'riladi. Sutkalik siydik miqdorini aniqlab turish ham katta ahamiyatga ega. Chunki sutkalik siydik miqdorining kamayib ketishi bemorning ahvoli yomonlashayotganligini ko'rsatadi. Suyuqlik miqdorini cheklab, yog'siz taomlar, baliq, tuxum va boshqalar buyuriladi. Rezavor mevalar, sabzavotlar, ulardan tayyorlangan taomlar qancha ko'p bo'lsa, shuncha yaxshi. Dori-darmonlardan digitalis preparatlari poroshok holida yoki damlamasi osh qoshiqda ichiriladi, kuniga 3marta 15 tomchidan korvalol beriladi, ba'zan strofantin 0, 025% li eritmasi glyukoza bilan qo'shib venaga yuboriladi.

Yurak glikozidlari bilan davolash davomida bemorga siydik haydaydigan dorilar gipotiazit berib turilishi shart, yurak nuqsoni revmatik endomiokardning og'irlashishi bilan borsa, bunday hollarga yuqoridagi davo choralardan tashqari, revmatizmga qarshi davo vositalari buyuriladi. Yurak nuqsonining uchinchi bosqichida bemorlar kasalxonada, ba'zan sharoit bo'lsa, uyda davolanishi kerak. Shunda ham doim vrach nazoratida bo'lish lozim.

Bemorga parhez buyuriladi (3kungacha har kuni 5-6 stakan sut ichiladi), ertalab soat 9 dan boshlab har 3 soatda 1 stakandan siydik haydashga ta'sir etadigan taomlar-tvorog, kartoshka va boshqalar tavsiya etiladi. sutkasiga 2-3g tuz istemol qilish kerak.

Suyuqlik miqdori kuniga 4 stakangacha yetkaziladi. Bu bosqichda ham ikkinchi bosqichda buyriladigan dori-darmonlar berilib, qattiq nafas qisganda eufillin, sulfakamfokain kamfora, kofein, kordiamin, narkotik dorilar (promedol, omnopon) ning birortasi inyeksiya qilinadi.

Ko'krak qafasi va ko'krak bo'shlig'i a'zolari shikastlari bor bo'lgan bemorlarni parvarishlash qilish xususiyatlari

Yurak va o'pkadagi operatsiyalarda bemorlarni parvarish qilish

Narkozdan uyg'ongandan so'ng bemorning qaddini baland qilib yotqiziladi, uning vaziyati nafas olish va balg'am ajratish uchun qulay bo'lishi kerak, bemorga nam kislorod bilan nafas oldiriladi, kateter va aspirator bilan vaqti-vaqtida balg'amni tortib olinadi.

Ko'krak qafasidagi operatsiyalardan keyin suyuqlik va havoni evakuatsiya qilish uchun plevra bo'shlig'iga ko'pincha drenaj naycha

kiritiladi. Drenajning germetikligi buzilganda pnevmotoraks va o'pkaning kolibirlanishi (taxikardiya, nafas tezlashishi, sianoz) yuz berishi mumkin. Bunday hollarda drenaj almashtiriladi, plevra bo'shlig'idagi suyuqlik tortib olinadi va o'pkaga to'g'rilanadi. Drenajdan ko'p miqdorda (soatiga 50 ml dan ortiq) qon ajralganda tibbiyot hamshirasi zudlik bilan vrachga xabar berishi shart. Plevra bo'shlig'idan olingan suyuqlikdagi gemoglobin miqdorini vaqti-vaqti bilan aniqlab turiladi. Gemoglobin miqdori asta-sekin kamayib borishi lozim. U kamaymagan taqdirda plevra bo'shlig'iga ikkilamchi qon oqayotganligi haqida o'ylash kerak. Konservativ terapiya yordam bermaganda qon oqishini to'xtatish uchun qaytadan operatsiya qilinadi.

Hozirgi vaqtda operatsiyadan keyingi (qon dimlanishidan kelib chiqadigan) pnevmoniyalar, shuningdek tromboz va emboliyani profilaktika qilish maqsadida operatsiyadan keyin bemorlarni parvarish qilishni aktiv boshqarish tatbiq etilmoqda. Bemorlarni balg'am tashlashga majbur qilinadi va bemorni operatsiyadan keyin ertasi kuniyoq o'miga yotqizib qo'yiladi. Drenaj naychani operatsiyadan keyin 2—3 sutkada chiqarib olinadi. Shundan so'ng yurishga ruxsat etiladi. Operatsiyadan keyin 2-kuni bemor nafas gimnastikasi bilan shug'ullana boshlaydi. 3-kuni esa umuman baquvvat qiladigan jismoniy mashqlar bajaradi. Gavidani umumiy massaj qilish tayinlanadi. O'pkaning yozilishini yaxshilash maqsadida bemorga rezina kameraga puflash buyuriladi.

Bemorlarni mastektomiyadan keyin parvarish qilish.

Mastektomiyadan keyin odatda qon va limfa oqib chiqishi uchun qo'ltiqda drenaj qoldiriladi. Bemorni o'ringa bosh tomonini baland qilib yotqiziladi, yelka ostiga (matrasga) klyonka yoziladi, chunki bog'lam odatda juda ivib ketadi. Sut bezining olib tashlanishi yosh juvonlarni qattiq ruhiy iztirobga soladi. Birinchi marta yara bog'lashda bemordan operatsion jarohatni to'sib turiladi va sut bezi shaklini hosil qiladigan bog'lam qo'yiladi. 2-kundan boshlab, tegishli qo'l bo'g'imlarini ishlatishga yordam beradigan mashqlarni bajarish kerak. Uni uzoq vaqtgacha avaylab saqlash ayniqsa yelka bo'g'imi sohasida kontrakturalar hosil bo'lishiga olib kelishi mumkin.

Mastit kasalligida bemorlarni parvarish qilish. Mastit fazasidan va qo'llaniladigan davo usullaridan (konservativ, xirurgik) qat'iy nazar, sut bezida sut dimlanib qolishining oldini olishga e'tibor berish lozim. Shu maqsadda faqat shu ko'krakdan emizish, sutni sog'ib tashlash yoki sut so'rgich bilan sog'ib olish qat'iy tavsia etiladi. Venoz dimlanishning oldini olish uchun sutni sog'ib olishdan tashqari, ko'krak bezini kosinkali bog'lam yoki loyiq qilib tikilgan siynaband (lifchik) bilan ko'tarib qo'yish lozim. Navbatdagi yechib bog'lashlarda ko'krak beziga bog'lamni venoz dimlanish hosil qilmaydigan qilib va ko'krak uchini emizish uchun ochiq qoldirib bog'lanadi. Kasallikning flegmonali va gangrenali fazalarida operatsiya qilinadi va to'g'ri parvarish olib boriladi.

Bosh miyaning lat yeyishi

Etiologiyasi. Bosh va yuzning yumshoq to'qimalariga to'mtoq narsa bilan urilganda lat yeyish sodir bo'ladi. Bunda teri va teri osti hujayrasi o'ziga xos tuzilganligi sababli shikastlangan tomirlardan chiqqan qon har tomonga tarqalmay, lat yegan joyda to'planib qontalash – gematomani hosil qiladi.

Klinikasi. Lat yegan sohada o'smasimon hosila, bolalarda esa "g'urra"- tuguncha paydo bo'ladi. Yuzning yumshoq to'qimalari, ayniqsa ko'z kosasi lat yeganda teri ko'k- qo'ng'ir tus oladi va ko'pincha bir tomonlama bo'ladi, buni kalla asosi singanda kuzatiladigan "ko'zoynak simptomi" dan ajrata bilish zarur. Qontalash keyinchalik ko'k- sarg'ish, yashil sarg'ish ranga aylanib, asta- sekin so'rilib yo'qolib ketadi.

Bosh miyaning og'ir chayqalishini eslatadi: bunda bemorning es-hushini tiklash davri uzoq vaqtgacha cho'zilib, bir necha kun, hatto haftagacha tormozlanish bilan kechishi mumkin. Retrograd amneziya birmuncha ro'yrost yuzaga chiqqan bo'ladi. Bemorning harorati ko'tariladi, qonda neytrofil leykositoz qayd qilinadi, likvorda doim qon aralashmasi bo'ladi.

Bosh miya lat yeganda o'choqli markaziy simptomlar ustunlik qiladi. Bu asosan bosh miya va oyoq- qo'l nervlari falaji, parezi, gematomasi va potologik reflekslar bilan kechadi.

Tashxis. Bemorning shikoyati (agar bemor es-hushi o'zida bo'lsa), rentgenologik va kompyuter tomografik tekshirishlarga asoslanadi.

Davosi. Davo konservativ usulda olib boriladi. Buning uchun jarohat olgan joy yoki a'zoga harakatsiz holat beriladi. Keyin sovuq narsa qo'yiladi va bosib turuvchi bog'lam bog'lanadi. Agar gematoma katta bo'lsa, u punksiya qilinib, to'plangan qon shpris bilan so'rib olinadi. Holbuki, gematoma sohasida pulsatsiya sezilib yoki u kattalashib keta boshlarsa, operatsiya qilinib, qonayotgan tomir bog'lanadi va kesilgan teri tikiladi.

Bosh miya lat eyishi yuz va bosh yumshoq to'qimilarning jarohatlanishi bilan birga kelsa, ko'p qon oqadi. Boshning sochli qismi (sochi uzun kishilarda) bironta mexanizmning harakatdagi qismiga tushib qolganda sidirilgan (skalplangan) jarohatlar kuzatilishi mumkin. Bunda boshning yumshoq to'qimalari sochlar bilan birga kalladan butunlay sidirilib tushadi.

Birinchi yordam ko'rsatishdan asosiy maqsad, hodisa ro'y bergan joyda zudlik bilan qon oqishini to'xtatishdir. Buning uchun kichik jarohatlarda bosib turuvchi bog'lamning o'zi kifoya qiladi, yirik arterial tomirlar shikastlanganda tomirni uning yo'li bo'yicha bosish va shikastlangan kishini xirurgik statsionarga zudlik bilan olib borish zarur. Tashqi chakka arteriyasi shikastlanganda quloq suprasi oldi sohasi bosiladi, tashqi jag' arteriyasi shikastlanganda esa pastki jag'ning pastki chekkasidan 1-2 sm yuqoridan bosiladi. Keyinchalik xirurgik statsionarda jarohatga birlamchi ishlov beriladi.

Shilingan jarohatlarda terining shilingan qismini saqlab qolish shart, bunda sochlar va majaqlangan to'qimalar o'z vaqtida olib tashlanadi va shilingan terining ko'p joyidan teshilib o'z joyiga tikib qo'yiladi.

Miya chayqalishi

Miya silkinishi yoki miya chayqalishi miya moddasining zararlanishi bo'lib, bunda sezilarli funksional o'zgarishlar yuzaga keladi. Qattiq silkinishlar vaqtida gidrodinamik zarb tegishidan miyada nuqta-nuqta qontalashlar paydo bo'lib, miya po'stlog'i va pardalari shishib ketadi.

Etiologiyasi. Bosh miyaning qattiq chayqalishi, silkinishlarida va boshga berilgan zarblar ta'sirida kelib chiqadi.

Klinikasi. Miya silkinishining yengil, o'rtacha va og'ir darajalari tafovut qilinadi. Yengil darajada odam faqat qisqa vaqtga hushdan ketib

qolib, boshi og'rib turgani, darmonsizligi, ko'ngli ayniyotganidan noliydi. O'rta darajali miya silkinishi uchun bir necha soat davomida behush bo'lib qolish xarakterlidir, amneziya (xotira yo'qolishi), qayt qilish, umumiy darmonsizlik, reflekslarning susayib qolishi, bradikardiya kuzatiladi. Og'ir darajadagi miya silkinishida odam komatoz holatga tushib, uzoq davom etadigan retrograd amneziya boshlanadi (travma oldidan bo'lib o'tgan hodisalarni odam eslay olmay qoladi). Ko'z qorachiq-lari kengayib, yorug'likka reaksiya ko'rsatmaydi, puls sust, nafas yuza bo'ladi, reflekslar yo'qolib ketadi, odam siydigi bilan axlatni tutolmay qoladi. Miya silkinishidan keyin bemorlar ancha vaqtgacha boshi og'riydigan, aylanadigan, qulog'i shang'illaydigan, umuman bequvvat, jizzaki, muvozanatni yaxshi saqlay olmaydigan bo'lib qoladi.

Tashxis. Bemorning shikoyati (agar bemor es-hushi o'zida bo'lsa), rentgenologik va kompyuter tomografiya tekshirishlariga asoslanadi.

Davosi. Davo asosini 1-2 hafta o'rinda yotish rejimi tashkil etadi. Lozim bo'lsa neyroplegik, antigistamin va vitamin preparatlari keng qo'llaniladi. Bosh miya bosimi oshganda ko'rsatma asosida venaga 40-60 ml 40% li glyukoza eritmasi, 10-20 ml 10 % li natriy xlorid eritmasi, 10ml 40 % li urotropin eritmasi, mushak orasiga 10 ml 25 % li magniy sulfat eritmasi va siydik haydovchi dorilar yuboriladi. Suyuqlik miqdori chegaralanadi va tuzsiz ovqatlar berish tavsiya etiladi.

Bosh miyada shish kuzatilganda qo'shimcha ravishda venaga 5-10 ml 2 % li geksoniy, 1-2 ml 2 % li dimedrol, 50-100 ml kortizon yoki gidrokortizon eritmalari yuboriladi.

Bosh miyaning ezilishi

Bunda kasallik boshqalariga qaraganda birmuncha og'ir kechadi. Patologoanatomik o'zgarishlar miya shishi, o'sib boruvchi gematoma (tomir yorilganda) va suyak qismlari bosishi hisobiga tobora ko'proq ezilishidan iborat bo'ladi. Gematomalar joylashishiga ko'ra subdural (qattiq miya pardasi osti), epidural (qattiq miya pardasi usti), subaraxnoidal (yumshoq miya pardasi osti) va inrtaserebral (miya moddasiga) turlarga bo'linadi.

Etiologiyasi. Turli xil halokatlar, og'ir predmetlar ostida bosilishlar va boshga berilgan to'g'ridan-to'g'ri zarblar sabab bo'lishi mumkin.

Klinikasi. Bosh miya ezilganda yoki gematoma hisobiga qisilganda bir necha minutdan bir necha soatgacha tinch davr bo'lib, so'ngra bemor hushidan ketadi. Pulsi sekinlashib, minutiga 40-50 martagacha uradi. Ko'z qorachiq-lari avvaliga toraygan, keyin kengaygan bo'ladi. Bemor qusadi, yutinishi buziladi. Tinch davrida boshi og'riydi va aylanadi. Gematoma turlarini taqqoslashda kasallikning klinikasi va orqa miya punksiyasi ko'rsatkichlari katta ahamiyatga ega.

Epidural gematomada bemor tez orada hushini yo'qotadi, likvor bosimi oshadi. *Subdural* gematomada bemorning holati birmuncha davomli va tinch, likvorda qon bo'ladi. *Subaraxnoidal* gematomaning tinch davri bemorda bir necha sutkagacha davom etadi, bemor hushini yo'qotmasligi mumkin. Likvorda qon aralashmasi ko'p bo'ladi.

Umumiy miya simptomlari oshgan sayin miya ezilishi va dislokatsiyasining o'choqli simptomlari quyidagicha bo'ladi: qon quyilgan tomonda bosh miya nervlarining parezlari va falajlari (anizokoriya, ustki qovoq ptozi, qorachiqning torayib keyin kengayishi, g'ilaylik), qarama-qarshi tomonda oyoq –qo'l mushaklari parezi va falajlari (monoplegiya patologik reflekslar bilan, epileptik talvasa) birmuncha aniq yuzaga chiqadi.

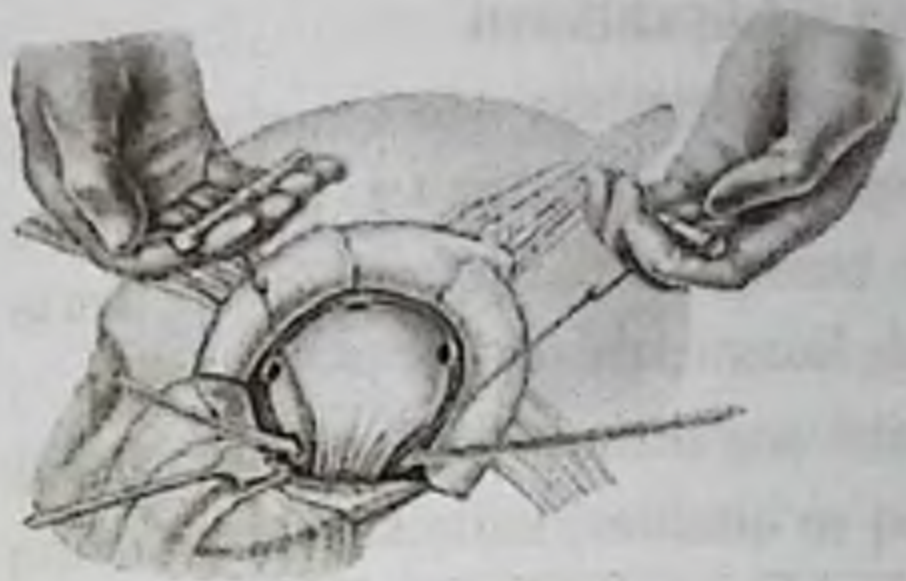
Tashxis. Bemorning shikoyati (agar bemor es-hushi o'zida bo'lsa), rentgenologik va kompyuter tomografiya tekshirishlariga asoslanadi.

Davosi: Davolash operatsiya usulida olib boriladi. Operatsiyaning mohiyati kalla suyagini trepanatsiya qilish (ochish), gematomani bo'shatish va qon oqishini to'xtatishdan iborat.

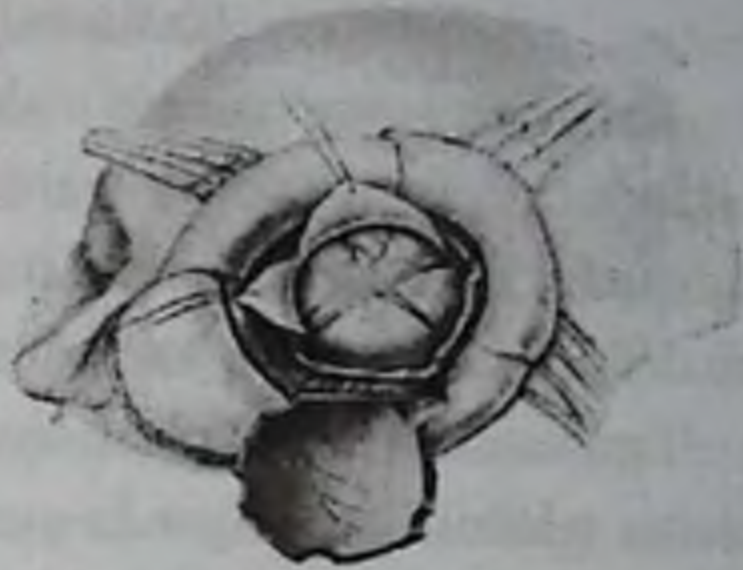
Bosh miyaning yopiq shikastlanishlarida bemorga birinchi yordam ko'rsatish va transportirovka qilish.

Ochiq shikastlanishlarda hodisa ro'y bergan joyda jarohatga steril bog'lam qo'yiladi. Darhol og'riqsizlantirish choralari ko'rib, zudlik bilan kasalxonaga yotqiziladi. Transportirovka qilishda bemorni boshi zambilga balandroq qilib yotqizilib, uni avaylab ushlab ketish zarur.

Bemor hushsiz holatda bo'lsa, tilning halqumga tiqilib qolishi oldini olish maqsadida tiltutkich bilan tortiladi yoki ipak ip o'tkazib, iyakka yoki bemor kiyimiga fiksatsiya qilib qo'yiladi.



72. Rasm. Kalla suyagini trepanatsiya qilish



73. Rasm. Bosh miya qattiq pardasini ochish

Kalla asosining sinishi

Etiologiyasi. Travma mexanizmi - odamning baland joydan boshi yoki oyog'i bilan yiqilishidir. Bunda kalla asosining suyaklari (asosiy va chakka suyaklar) shikastlanadi.

Klinikasi. Kallaning oldingi chuqurchasi shikastlanganda qovoqlar sohasi va ko'z atrofida qontalash ko'riladi – «ko'zoynak simptomi», shuningdek burun qonaydi, kallaning o'rta va orqa chuqurchalari shikastlanganda burun-halqum sohasida qon talash bo'lib quloqlaridan qon oqadi. Kallaning orqa chuqurchasi shikastlanganda so'rg'ichsimon o'siqlarda qontalashlar kuzatiladi. Ba'zan burun va quloqlardan likvor chiqadi. Kalla asosi singanda ko'pincha kalla-miya nervlari: yuz nervi, uzoqlashtiruvchi va ko'zni harakatlantiruvchi nerv zararlanadi. Miya pardalarining ta'sirlanishi hisobiga meningizm hodisalari (ensa muskullarining taranglashishi) paydo bo'ladi.

Tashxis. Kalla suyagini ikki proyeksiyada rentgenografiya va kompyuter tomografiya qilishga asoslanadi.

Davosi. Bosh miya silkinishini davolashga o'xshash prinsipda olib boriladi. Orqa miyani punksiya qilib, likvorni chiqarish orqali kalla ichi bosimini pasaytiriladi, bu – bosh og'rig'i va bosh aylanishini kamaytiradi. Infeksiyani profilaktika qilish maqsadida antibiotiklar buyuriladi. Infeksiya kirish xavfining oldini olish maqsadida qon oqayotganda eshituv yo'li va burunni yuvish tavsiya etilmaydi. Ko'p qonagan taqdirdagina burunga tamponlar tiqiladi.

Kalla-miyaning ochiq shikasti

Kalla-miyaning ochiq shikastida yumshoq to'qimalar, kalla suyaklari, miyaning qattiq pardasi, qator hollarda miya pardasi ham zararlanadi. Shikastlanishning bu turi boshga o'tkir qirrali qattiq narsa bilan urilganda, o'q tegib yaralanishlarda kuzatiladi.

Tashxisni oydinlashtirish qiyinchilik tug'dirmaydi. Operatsion stolda jarohatni tekshirib ko'rilganda yumshoq to'qimalar, kalla suyaklari, qattiq miya pardasi va miya moddasining shikastlanish ko'lami hamda xarakteri aniqlanadi.

Davosi. Jarohatni birlamchi xirurgik tozalab, majaqlangan va yashab ketmaydigan to'qimalar olib tashlanadi. Infeksiya qo'shilishining oldini olish maqsadida umumiy antibakterial terapiya qilish tavsiya etiladi.

Yopiq va ochiq kalla-miya shikastiga uchragan bemorlarga birinchi yordam berish va transportirovka qilish. Hodisa ro'y bergan joyda ochiq shikastlanishlarda bog'lam qo'yiladi. Bemorni nosilkaga boshini balandroq qo'yib yotqiziladi. Transportirovka qilish vaqtida bemorning boshini avaylab ushlab ketish zarur. Bemor hushsiz holatda bo'lsa, tilning halqumga tiqilib qolishini profilaktika qilish maqsadida undan ipak ip o'tkazib, iyakka yoki kiyimga fiksatsiya qilib qo'yiladi.

Yuz va bosh yumshoq to'qimalarining shikastlari

Lat yeyish. Bunda teri va teri osti kletchatkasi o'ziga xos tuzilganligi sababli shikastlangan tomirlardan chiqqan qon har tomonga tarqalmay, lat yegan qismda to'planadi.

Etiologiyasi. Lat yeyish bosh va yuzning yumshoq to'qimalariga o'tmas predmet bilan urilganda sodir bo'ladi.

Klinikasi. Lat yegan sohada o'smasimon tuzilma – ko'pincha bolalarda kuzatiladigan «g'urra» paydo bo'ladi. Yuzning yumshoq to'qimalari, ayniqsa ko'z kosasi sohasi ko'k-qizg'ish tus oladi, buni kalla asosi singanda kuzatiladigan ko'zoynak simptomidan ajrata bilish zarur (quyiroqqa qarang). Keyingi kunlarda ko'k-sarg'ish tus yashilroq tusga, keyin sariqqa aylanib, asta-sekin yo'qoladi.

Tashxis. Bemor shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlarga asoslanadi.

Davolash konservativ usulda olib boriladi: orom beriladi, lat yegan joyga sovuq muzli xaltacha qo'yiladi, bosib turadigan bog'lam bilan

bog'lanadi, gematoma katta bo'lganda uni punksiya qilib, qondan bo'shatiladi. Gematoma zonasida pulsatsiya (arteriyaning shikastlanishi) bo'lganda, u kattalashganda operatsiya qilinadi: gematoma ochiladi, qonayotgan tomir bog'lanadi, terini choklab tikiladi.

Jarohatlar. Bunday joylashgan jarohatlarning xususiyatlaridan biri shu sohaning qon bilan yaxshi ta'minlanishi natijasida ko'p qon oqishidir. Sochi uzun kishilarda sochlari bironta mexanizmning harakatdagi qismiga tushib qolganda sidirilgan (skalplangan) jarohatlar kuzatilishi mumkin. Bunda boshning yumshoq to'qimalari sochlar bilan birga kalladan butunlay sidirilib tushadi (skalp).

Birinchi yordam va davosi. Birinchi yordamning asosi hodisa ro'y bergan joyda zudlik bilan qon oqishini to'xtatish hisoblanadi. Kichik jarohatlarda bosib turadigan bog'lamning o'zi kifoya qiladi. Yirik arterial tomirlar shikastlanganda tomirni uning yo'li bo'yicha bosish va shikastlangan kishini xirurgik statsionarga olib borish zarur. Tashqi chakka arteriyasi shikastlanganda uni quloq suprasi oldida bosiladi, tashqi jag' arteriyasi shikastlanganda pastki jag'ning pastki chekkasida uning burchagidan 1-2 sm oldindan bosiladi. Xirurgik statsionarda jarohatni birlamchi tozalanadi.

Yuz va bosh sohasidagi jarohatlarni tozalash xususiyati yashab ketmasligi aniq va ko'p ifloslangan jarohatlarning o'zinigina tejab kesib, birlamchi choklar qo'yish hisoblanadi. Qon ta'minotining yaxshiligi jarohatlarning silliq bitib ketishiga imkon beradi.

Skalplangan jarohatlarda skalpni saqlab qolish shart. Sochlar va majaqlangan to'qimalar olib tashlanadi, skalpel bilan terining ko'p joyidan teshiladi va skalpni o'z joyiga tikib qo'yiladi.

Yuz qismi suyaklari va bo'g'imlarning shikastlanishi

Burun suyaklarining sinishi.

Etiologiyasi. Burunga berilgan bevosita travma va yuz bilan yiqilishlar.

Klinik manzarasi. Burun sohasida qattiq og'riq bo'lishi, burundan ko'p qon oqishi, burun shakli o'zgarishi kuzatiladi. Asta-sekin paypaslashda suyak siniqlarining bir-biriga ishqalanishidan ba'zan spetsifik tovush – krepitatsiya paydo bo'ladi.

Tashxis. Tashxisni oydirlashtirish uchun ikki proyeksiyada rentgenogramma qilish zarur.

Birinchi yordam va davosi. Birinchi yordam qon oqishini to'xtatishdan iborat. Shu maqsadda bemorni stulga boshini picha burib o'tqiziladi. Burniga sovuq kompress qo'yiladi, buning yo'llariga esa steril paxta bo'lakchalari kiritiladi. Buning qonaganda bemorni boshini orqaga engashtirib chalqancha yotqizishga ruxsat etilmaydi. Bunda qon oqishi to'xtamaydi, balki qon traxeya va qizilo'ngachgacha oqib tushadi, natijada bemor yo'talaverib azoblanib ketadi va qusib yuboradi.

Ko'p qon oqqanida doka tamponlar yordamida oldingi yoki orqa tamponada qo'llaniladi. Tamponada va suyak siniqlarini joy-joyiga solishni mutaxassis-vrach bajaradi.

Pastki jag'ning chiqishi

Etiologiyasi. Pastki jag'ga yon tomondan urish, kulish, esnash, ashula aytish va shu kabilarda og'izni juda katta ochib yuborishdir. Jag'ning oldinga chiqishi ko'p uchraydi, bunda bo'g'im o'sig'ining boshchasi bo'g'im xaltasidan chiqib ketadi va bo'g'im do'mboqchasidan oldinda ushlanib qoladi. Pastki jag' bir va ikki tomonlama chiqishi mumkin.

Klinik manzarasi. Ikki tomonlama chiqishda og'iz yarim ochilgan bo'lib, uni bekitib bo'lmaydi. Yonoq ravog'i pastidagi teri ostida chiqqan bo'g'im boshchalaridan iborat yumaloq qabariqlik aniqlanadi. Tashqi eshituv yo'lga barmoqni normal holatdagiga nisbatan ancha ichkariroqqa kiritish mumkin. Jag' suyagi bir tomonlama chiqqanda jag' (iyak) sog'lom tomonga burilgan bo'ladi.

Tashxis. Bemor shikoyati, anamnezi, ob'yektiv tekshirish (chiqqan sohani paypaslab ko'rish)ga asoslanadi.

Davosi. Chiqqan jag' suyagi joyiga solinadi. Bemorni stulga o'tqaziladi. Yordamchi orqa tomonda bemor boshini ushlab turadi. Xirurg bosh barmoqlariga sochiq yoki doka salfetka o'rab, bemorning ro'parasida turadi, bosh barmoqlarini bemorning og'ziga tiqib, jag' tishlari ustiga qo'yadi, qolgan barmoqlar bilan jag'ning pastki chekkasini tashqi tomondan ushlaydi. Bosh barmoqlarni asta-sekin qattiqroq bosib, iyakni picha oldinga ko'tariladi va pastki jag'ni pastga va ayni vaqtda orqaga

tortiladi, so'ngra jag'ni orqaga surib, boshchalarini joyiga solinadi. Bo'g'im boshchasi bo'g'im xaltasiga sirg'alib tushganda jag'lar kuch bilan yumiladi, agar jag' suyagini joyiga solayotgan kishi qo'lga sochiq o'ramagan bo'lsa, bemor uni bexosdan tishlab olishi mumkin.

Yuqori jag'ning sinishi. Yuqori jag'ning tipik sinishlari Lefor bo'yicha uch tipga bo'linadi.

Birinchi tipda (Lefor I) sinish chizig'i alveolyar o'siq bilan jag'tanasi chegarasida noksimon o'yiqdan jag' do'mboqchasiga tomon gorizontol o'tadi.

Ikkinchi tipda (Lefor II) sinish chizig'i qanshar sohasida ko'z kosasining ichki devori va qisman orbita tubi bo'ylab ko'ndalang o'tadi, ko'z kosasi ostining chekkasidan o'tib, jag'-yonoq choki bo'ylab deyarli vertikal pastga tushadi, so'ngra alveolyar o'siqning orqa tomoniga to asosiy suyakning qanotsimon o'sig'igacha boradi.

Uchinchi tipda (Lefor III) sinish chizig'i avvaliga ikkinchi tipning sinish chizig'iga mos keladi, ya'ni qanshardan boshlanadi, ko'z kosasining ichki devoriga o'tadi, so'ngra ko'z kosasining tubi bo'yicha ko'z kosasining pastki yorig'igacha boradi, so'ngra peshona-yonoq choki bo'yicha yonoq ravog'i orqali o'tadi, undan jag' do'mboqchasiga va ponasimon suyakning qanotsimon o'siqlariga o'tadi.

Klinik manzarasi ko'p jihatdan suyak siniqlarining siljish tipiga bog'liq. Deyarli hamma hollarda yuqori jag' uzilgan qismining pastga osilib tushishi kuzatiladi. Buning natijasida yuz cho'zinchoq bo'lib qoladi, ko'zlar kirtayib qolgandek bo'ladi. Ikkinchi va uchinchi tipdagi sinishlar uchun jag'larni yumilganda yuz yuqori yarmining harakatlanishida ifodalanadigan simptomlar xarakterlidir. Sinish chizig'i bo'yicha anchagina qon quyilishi qayd qilinadi.

Tashxis. Tashxis ikkita proyeksiyada rentgenografiya qilish yo'li bilan tasdiqlanadi.

Pastki jag'ning sinishi. Pastki jag' qayeridan singanligiga qarab quyidagi turlarga bo'linadi: 1) markaziy yoki o'rtadan sinishi – kurak tishlar orasidagi o'rta chiziq bo'yicha; 2) mental (yon tomondan) sinishi – jag'tanasining uchdan bir o'rta qismidan sinishi; 3) jag' burchagi sohasida sinishi; 4) bo'g'im o'sig'i bo'yni sohasida (servikal) sinishi. Tojsimon

o'siq sinishi va yuqori ko'tariluvchi tarmog'ining uzunasiga sinishi kam uchraydi.

Singan joy bo'yicha turlarga ajratishdan tashqari, sinishning quyidagi turlari farq qilinadi: to'liq va chala sinish, to'g'ri va bilvosita sinish, yakka, qo'shaloq va ko'p sonli sinish, chiziqli, zigzagsimon va parchalanib sinish, asoratlanmagan (shilliq parda shikastlanmaydigan yopiq) sinish va asoratlangan (shilliq parda shikastlanadigan ochiq) sinish, suyakning nuqsonli va nuqsonsiz sinishi.

Klinik manzarasi ma'lum darajada suyak siniqlarining siljish xarakteri bilan belgilanadi. Suyak siniqlarining siljishi zarb kuchining yo'nalishi, muskullarning tortish kuchi va jag'ning og'irlik kuchiga bog'liq.

Markaziy sinishda suyak siniqlari deyarli siljimaydi. Mental sinishda kalta siniq yuqoriga, uzuni esa pastga surilib tushadi. Pastki jag' burchagi sohasidagi sinishda va sinishning boshqa turlarida suyak siniqlari amalda siljimaydi.

Sinishning boshqa turlaridagi singari pastki jag' singanda absolyut simptomlar (deformatsiya, suyak siniqlarining krepitatsiyasi va patologik harakatchanligi), shuningdek nisbiy simptomlar (shish, qon quyilishi, og'riq va chaynashning buzilishi) kuzatilishi mumkin.

Jag'i singan bemorlarga birinchi yordam ko'rsatish, ularni transportirovka qilish va davolash. Bunday kategoriyadagi bemorlarga birinchi yordam berish bosib turadigan bog'lam qo'yish yo'li bilan qon oqishini to'xtatishdan iborat. Agar bemor hushsiz bo'lsa, asfiksiya yuz berishi mumkinligini unutmaslik zarur. Asfiksiyaning oldini olish uchun og'iz bo'shlig'idan shilliq, qon, suyak siniqlari, tish va shu kabilar chiqarib olinadi. Tilni ip bilan tikiladi yoki to'g'nag'ich bilan to'g'nab, bemorning kiyimiga tortib qo'yiladi (tilning halqumga ketib qolishining oldini olish uchun). Yuqori jag'ni immobilizatsiya qilish maqsadida og'izga ingichka tayoqcha yoki taxtacha solish va uning uchini boshga yumshoq bintlar bilan fiksatsiya qilib qo'yish kerak. Pastki jag' singanda iyakka sopqonsimon bog'lam qo'yish mumkin. Yuqori jag' singanda ham pastki jag' singanda ham immobilizatsiya qilish maqsadida pastki jag'ni fiksatsiya qilib, oddiy bog'lam qo'yish mumkin. Immobilizatsiya qilish maqsadida Entinning standart iyak shina-sopqonini, Limbergning fanerdan

yasalgan standart shina-taxtachasini va Limbergning og'izdan tashqarida turadigan sterjenlari bo'lgan standart yuqori jag' shina-qoshig'ini ishlatish mumkin. Bemorga narkotiklar va yurak-tomir dorilari yuboriladi.

Bemorning ahvoli qoniqarli bo'lsa, yarim o'tirgan holatida transportirovka qilinadi. Bemor hushsiz yotgan bo'lsa, uni nosilkaga ko'kragi ostiga va boshi tagiga yumaloqlangan kiyim, adyol kabi narsalar qo'yib, yuz tuban yotqiziladi.

Suyak siniqlari sinmagan holda pastki jag'ning sinishini davolashda alyumin simdan yasalgan bir jag'ni mahkamlovchi shinalar qo'llaniladi. Simni tishlarning tashqi yuzasida yotadigan qilib egiladi, sim uchlarini esa tishlarning oxirgi qatorini qamrab oladigan qilib qayiriladi. Shinani tishlarga bronza-alyuminiydan yasalgan ingichka maxsus sim bilan fiksatsiya qilinadi. Simdan shpilkalar tayyorlanadi; ularning uchlarini tishlararo oraliqlardan o'tkaziladi va alyuminiy shina atrofida burab qo'yiladi. Suyak siniqlari siljib yuz bergan sinishda yoki yuqori jag' singan hollarda jag'larni bir-biriga jiplashtirish uchun ilgakli (petlyalari bo'lgan) shina qo'llaniladi. Shu maqsadda yuqori va pastki jag' uchun ikkita alyuminiy shinadan foydalaniladi. Bu shinalarning uchini qayirish yo'li bilan ularga ilgakli petlyalar qilinadi. Yuqori va pastki jag' shinalarining ilgakli petlyalariga oddiy drenaj naychadan qirqib olingan rezina halqalar kiygiziladi, bular jag'larning suyak siniqlarini elastik jiplashtirib turadi.

Yuqori jag' singanda bunday hollarda iyakni Entin shinasi bilan fiksatsiyalab qo'yish shart. Limbergning yuqori jag' uchun standart shina qoshig'ini qo'llash ham mumkin. Fiksatsiyaning o'rtacha muddati 4-6 hafta.

Bo'yin, kekirdak va qizilo'ngach shikastlari hamda kasalliklari

Bo'yin yaralanishlari

Etiologiyasi. Bo'yin yaralanishlari birmuncha kam uchraydi. Ular asosan sovuq qurol (pichoq, ustara, nayza) yoki o'q otadigan qurol (o'q, sochma o'q, snaryad parchasi) dan yuzaga keladi.

Klinik manzarasi. Bo'yindagi biror a'zoning shikastlanish turiga bog'liq. Ko'pincha traxeya, qizilo'ngach va bo'yin tomirlari yaralanadi.

Traxeya yaralanganda nafas qisman odatdagi yo'llardan va qisman jarohat teshigidan chiqadi. Bemorlar juda qo'rqqan bo'ladi. O'z vaqtida davo qilish batamom sog'ayib ketish imkonini beradi.

Qizilo'ngach shikastlanishi ko'pincha traxeya shikasti bilan birga uchraydi. Qizilo'ngach shikastlanganda bemorlar yutishda og'riq paydo bo'lishidan noliydilar, suv va ovqat jarohatga kiradi.

Bo'yinning arterial tomirlari shikastlanganda juda ko'p qon oqishi qayd qilinib, bu tezda o'lim bilan tugallanishi mumkin. Bo'yin venalari yaralanganda havo emboliyasi sodir bo'lishi ehtimoli yuqori bo'ladi.

Birinchi yordam va davosi. Birinchi yordam berish asosida qon oqishini to'xtatish yotadi. Shu maqsadda jarohatdagi tomirni uni uzunasiga bosiladi. Jgut solish mumkin.

Jarohatga qattiq bolishcha qo'yiladi, yaralanish zonasiga qarama-qarshi tomondagi qo'lni boshga tashlanadi yoki bo'lmasa Kramer shinasi qo'yiladi.

Jgutni bolishcha va bemor qo'lini qamrab olib gir aylantirib solinadi (Kramer shinasi). Tomirlar yaralanganda statsionarda ularni qayta o'rab bog'lanadi. Yuqori malakali tibbiyot xodimi va zarur shart-sharoitlar bo'lganda tomirga chok solinadi.

Traxeya yaralanganda traxeyadagi jarohat tikiladi. Qizilo'ngach yaralanganda uning devori tikiladi va jarohat kanali drenaj qilinadi.

Qalqonsimon bez kasalliklari

Tireotoksikoz (Bazedov kasalligi). Qalqonsimon bezning funksional buzilishlari (gipertireoz va gipoterioz) va nerv-visseropatik simptomlar kompleksi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Aksariyat, neyro-gormonal sistemaning ish faoliyati buzilishlari ya'ni ruhiy travmalar, hayz ko'rish siklining buzilishlari, takroriy abortlar va turli xil infeksiyon kasalliklar bilan kasallanishlar sabab bo'ladi.

Klinikasi. Tireotoksikoz kasalligi ko'p hollarda 20-40 yoshgacha bo'lgan ayollarda kuzatiladi. Bemorlarda umumiy holsizlik, tez charchash, ko'p terlash, tez asabiylashish, badanda issiq sezish, qo'l titrashi(tremor), yurakning tez urishi (taxikardiya), yig'loqilik, ozib ketish kabi belgilar kuzatiladi.

Tireotoksikoz kasalligi uchun quyidagi oftalmologik simptomlar xarakterli: **ekzoftalm** - (ko'z olmasining bo'rtib chiqib chaqchayib qolishi), **Shtellvag simptomi** - (ko'z kam pirpirab, chaqchayib turishi), **Grefe simptomi** - (bemor yuqoridan pastga qaraganda ustki qovoq qorachiqning yuqori chetidan keyinda qolishi), **Melixov simptomi** - (bemorning darg'azab tikilib turishi), **Zenger simptomi** - (qovoqlar salqib, xaltasimon osilib turishi) kabi simptomlar kuzatiladi. Bundan tashqari yonoqlarning yaltirab turishi, qo'l barmoqlarning uzun va ingichka tortib qolishi, lab va tilning rangi tiniqlashishlari ham kuzatiladi.

Tashxis. Bemor shikoyati, anamnezi, ob'yektiv tekshirish (bezni paypaslab ko'rish), laboratoriyada qonda tiroksin gormoni miqdorining oshishi va UZI tekshirishlarga asoslanadi.

Davosi. Avval konservativ davolanadi ya'ni bemorga to'liq jismoniy va ruhiy tinchlik sharoitini yaratiladi. Yod preparatlari, yurak glikozidlari, tinchlantiruvchi, uyqu chaqiruvchi dori vositalari tavsiya etiladi. Konservativ davo foyda bermasa operatsiya yo'li bilan qalqonsimon bez subtotal rezeksiya qilinadi.

Qalqonsimon bez raki. Odatda tugunsimon bo'qoqning aynishi kuzatiladi. Erkaklarga qaraganda ayollarda ko'p uchraydi. Tugunsimon bo'qoq bilan kasallikning ilk bosqichidagi rak o'rtasida differensial diagnostika o'tkazish qiyin.

Davosi. Tugunli bo'qoqning hamma formalarida tugunlarni albatta gistologik tekshirib, xirurgik davo qilish tavsiya etiladi. Rakli aynishga shubxa tug'ilganda operatsion stolda zudlik bilan biopsiya qilinadi. Tashxis tasdiqlanganda qalqonsimon bez batamom olib tashlanadi. Regional limfa tugunlariga metastas berganda, bunday tugunlar kletchatkasi bilan birga olib tashlanadi. Operatsiyadan so'ng radiaktiv yod bilan qo'shimcha davo qilish yoki rentgenoterapiya tavsiya etiladi.

Nafas yo'llari va qizilo'ngachga tushgan yot jismlar

Nafas yo'llari va qizilo'ngachga tushgan yot jismlar (pista, tangalar, tugmachalar, mixlar, sharchalar, suyaklar) odatda ovqat yeyish vaqtida, kulganda, o'ynaganda va shu kabilarga kirib qoladi.

Klinikasi. Klinik manzarasi yod jismning qaysi a'zoga kirganiga shuningdek yot jismning o'zi qandayligiga bog'liq.

Yot jism nafas yo'llariga tushganda qattiq yo'tal tutadi, yuz ko'karib ketadi, yo'tal bosiladi, biroq yot jism surilganda yo'tal yana boshlanadi. Bronx bekilib qolganda o'pkaning tegishli qismida atelektaz ro'y beradi.

Tashxis. Tashxislashda bronxoskopiya, laringoskopiya va rentgenogroafiyaning roli katta.

Qizilo'ngachdagi yot qismlarning klinik manzarasi mutlaqo boshqacha. Qizilo'ngach ancha yirik va o'tkir narsalarni unchalik shikastga uchramay o'tkazib yuborish xususiyatiga ega. O'tkir uchi bilan qizilo'ngach devoriga teshib kirgan o'tkir narsalar (baliq qiltanog'i) ko'pincha tiqilib qoladi. Yutishda og'riq paydo bo'ladi, qattiq ovqat qizilo'ngachdan o'ta olmaydi.

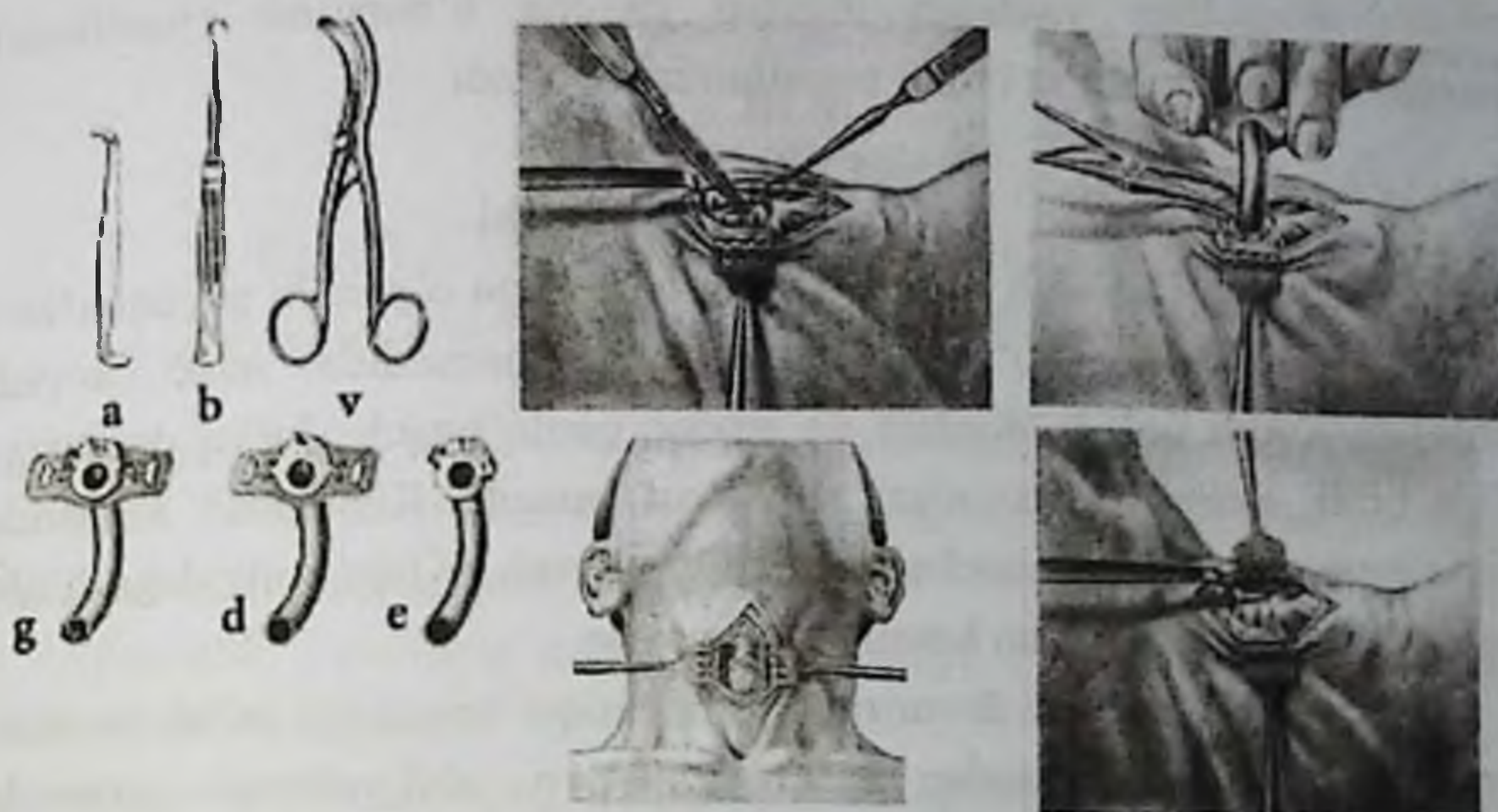
Davosi. Yot jismlar laringoskopiya, bronxoskopiya yoki ezofagoskopiya yo'li bilan chiqariladi. Yot jismning ko'rsatib o'tilgan usullar bilan chiqarishning iloji bo'lmagan hollarda uni operatsiya qilib olib tashlanadi. Shu maqsadda qizilo'ngach traxeyani kesiladi yoki o'pkaning yot jism turgan qismi olib tashlanadi.

Hiqildoq stenoz va traxeostomiya to'g'risida tushuncha

Etiologiyasi. Hiqildoq stenoz (torayishi) yaralanishda, yallig'lanish prosesslarida va shu kabilarda yuz berishi mumkin. O'tkir hollarda stenoz yumshoq to'qimalarning shishishi natijasida, birmuncha kech muddatlarda chandiqli to'qima rivojlanishi hisobiga sodir bo'ladi.

Klinikasi. Klinik jihatdan bu nafas olishning qiyinlashuvi bilan namoyon bo'ladi. Og'ir hollarda bo'g'ilib qolish natijasida o'lim yuz berishi mumkin. O'tkir hollarda zudlik bilan traxeostoma qo'yish zarur. Kechikkan muddatlarda plastik operatsiyalar qilishga kirishiladi.

Birinchi yordam. Traxeostomiya qilish texnikasi quyidagicha. Mahalliy og'riqsizlantirilgan holda bo'yin terisi va uning ostidagi to'qimalar uzunasiga kesiladi. Traxeya bir tishli ikkita ilmoq bilan fiksatsiya qilinadi, shundan so'ng bemor traxeostomik naycha orqali nafas oladi. Traxeostomiyada ishlatiladigan instrumentlar to'plami rasmda ko'rsatilgan. Traxeostomiya hosil qilingandan keyin bemorni gapira olmasligini unutmaslik kerak. (tovush boylamlaridan havo o'tmaydi), lekin naychadagi teshik bekitib turilsa, u gapirishi mumkin.



74-rasm. Traxeotomiya o'tkazish. a-uchi to'mtoq ilmoq. b-o'tkir uchli ilmoq. v-Trussoning jarohat kergichi. g, d, e-traxeotomik kanyula.

Qizilo'ngach raki

Eng ko'p uchraydigan joyi: qizilo'ngachning uchdan bir pastki bo'limidir. Metastazlar limfa yo'llari bo'ylab qalqonsimon bez oldidagi, traxeal va bronxial limfa tugunlariga tarqaladi. Gemotagen yo'l bilan metastazlari o'pka va jigarga o'tadi. Aksariyat erkaklar kasallanadi.

Klinikasi. Bemor qizilo'ngachdan ovqat qiyinlik bilan o'tayotganligidan noliydi (disfagiya). Avvaliga qattiq ovqatning o'tishi qiyinlashadi, keyin suyuq ovqat ham tutilib qoladi. Bunga so'lak oqishi qo'shiladi. Bemorlar juda ozib-to'zib ketadi.

Tashxis. Kontrast modda qabul qilinganda rentgenda qizilo'ngachning toraygan zonasini aniqlash mumkin. Toraygan joyning tishsimon chekkalari ko'rinib turadi. Ezofagoskop yordamida o'smani ko'zdan kechirish va to'qima bo'lakchasini gistologik tekshirish uchun olish mumkin.

Davosi. Radikal operatsion davo qo'llaniladi. Kasallikning ilk bosqichlarida qizilo'ngachni batamom olib tashlash, o'mini oldingi, ko'ks oralig'ida yoki to'sh oldining teri osti kletchatkasida eski qizilo'ngach o'midan o'tkazilgan ingichka yoki yo'g'on ichak bo'lagi bilan to'ldiriladi. Ba'zan operatsiya qilib bo'lmaydigan hollarda o'sma zonasi orqali

polivinil-alkagoldan yasalgan maxsus naycha o'tkaziladi (tunellash), natijada bemorlarni og'iz orqali ovqatlantirsa bo'ladi.

Qizilo'ngach kuyishi

Odatda qizilo'ngach ishqor, kislota va boshqa o'yuvchi suyuqliklarni tasodifan yoki atayin (o'z joniga qasd qilish maqsadida) ichib qo'yish natijasida kuyib qoladi. Kislota va ishqor qizilo'ngach shilliq pardasiga ta'sir qilib, uning strukturasi ro'y rost buzadi. Kislotadan kuyishda qizilo'ngach devori birmuncha yuza shikastlanadi. Kislota me'daga o'tib, uning shilliq pardasini ham kuydirishi mumkin.

Ishqor qizilo'ngach devorining juda chuqur kuyishiga sabab bo'ladi. Jarohatlangan joy bitgandan keyin kimyoviy shikastlanish zonasida chandiqli to'qima hosil bo'lib, bu- qizilo'ngach yoki me'da bo'shlig'ini qisib qo'yadi.

Klinikasi. Og'iz, halqum, qizilo'ngach, to'sh orqasidagi og'riq birinchi o'ringa chiqadi, ba'zan bo'g'ilish (ayni vaqtda hiqildoq ham kuyganda) sodir bo'ladi. Og'iz burchaklarida va tilda kuyish alomatlari bo'ladi. Bemordan va uning atrofidagi kishilardan uning nima ichganini surishtirib aniqlash zarur.

Tashxis. Bemor shikoyati, anamnezi, ko'krak qafasi rentgenoskopiyasiga asoslanadi.

Birinchi yordam va davosi. Kuyishdan so'ng o'tkir davrda qizilo'ngach va me'da neytrallaydigan eritmalar kislotadan kuyishda 2-3 %li soda eritmasi bilan, ishqordan kuyishda 1-2 %li sirka, limon yoki tartrat kislotalar eritmasi bilan yuviladi.

Bemorga 0,5% li novokain eritmasi, o'simlik moyi beriladi. 7-10 kun o'tgach, qizilo'ngachni maxsus bujlar bilan bujlanadi (kengaytiriladi). Chandiqlanishni profilaktika qilish uchun prednizolon, gidrokortizon tayinlanadi. Chandiqli striktura paydo bo'lgan va bujlash naf bermagan hollarda operatsiya yo'li bilan davo qilishga kirishiladi- sun'iy qizilo'ngach vujudga keltiriladi.

IV. BOB

YURAK VA QON-TOMIRLARNING XIRURGIK KASALLIKLARIDA HAMSHIRA PARVARISHI

Yurak va qon-tomirlarning anatomo-fiziologik xususiyatlari

Qon - tomirlar sistemasi yurak, arteriya, vena va kapillyarlar singari murakkab tuzilmalardan tashkil topgan.

Tomirlar sisitemasi organizmda boshqa a'zolar sistemasi singari muhim vazifani bajaradi.

Tomirlar ichidagi suyuqliklar (qon va limfa suyuqliklari) hujayra va to'qimalarning hayotiga zarur bo'lgan barcha (kislород va oziqa) moddalarni yetkazib beradi: bu bilan birga organizm tarkibidagi karbonat anhidrid va boshqa keraksiz gaz va moddalarni ma'lum a'zolarga (buyraklarga, teriga) olib boradi va ular orqali tashqariga chiqaradi.

Tomirlar sistemasi umumiy qilib aytaganda qon tomirlar, limfa sistemasi va qo'shimcha (limfa tugunlari va limfoid to'qimalardan) tuzilmalardan tashkil topgan.

Venalarning varikoz kengayishi.

Venalarning varikoz kengayishi deb oyoq teri osti yuzaki venalarining ilon izisimon varikoz kengayishiga aytiladi.

Ko'proq oyoq vena tomirlari sistemasi zararlanadi.

Etiologiyasi. Endokrin bezlar faoliyati buzilishlari, tomirlar o'tkazuvchanligi buzilishi, homiladorlik, uzoq vaqt tik turib mehnat qilish, muskullarning zaifligi, kam haraktililik kasallikka sabab bo'ladi.

Klinikasi. Bemorlar avvaliga faqatgina kosmetik nuqson-boldir va son venalarining kengayib ketgani ko'nglini g'ash qilishidan shikoyat qiladi. Biroq tez orada oyoq panjalarida, ayniqsa, ish kunining oxiriga kelib, shish paydo bo'ladigan bo'lib qoladi.

Boldir muskullarida charchoqlik hissi, og'riq, tortishish singari sezgilar paydo bo'ladi.

Bundan tashqari, kasallikning oxirgi bosqichlarida sezuvchanlikning buzilishi, salga charchab qolish, shishning zo'rayishi va bemorda oqsoqlanish kabi belgilar kuzatiladi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlar, laborator tekshirishning maxsus usullari, flebografiya va suvda eriydigan preparatlar yordamida vena kontrastlanishiga asoslanadi.

Davolash. Konservativ va operatsiya usullarida olib boriladi. Konservativ davo qilishda elastik bintlar taqish, elastik bintlar bilan bog'lam qo'yish taklif etiladi. Kichkina varikoz kengayishlarida venaga sklerozlaydigan moddalar yuboriladi. Vena sklerozlanadi va uning bo'shlig'i obliteratsiyalanib bitadi. Katta varikoz kengaygan venalarga operatsiya yo'li bilan davo qilinadi. Bunda kengaygan vena zond yordamida olinadi (Bebkok operatsiyasi) ochiq usulda qirqiladi (Madelung operatsiyasi), katta teri osti venasi quyilish sohasidan bog'lab qo'yiladi (Troyanov-Trendelenburg operatsiyasi) va ichkariga kiradigan venalar guruhi boldir to'pig'i ustidan bog'lanib kesiladi (Linton operatsiyasi).

Obliteratsiyalovchi endarteriit

Obliteratsiyalovchi endarteriit- arterial tomirlar ichki devorining asta-sekin bekilishi bilan o'tadigan kasallikdir.

Asosan yosh erkaklar kasallanadi. Obliteratsiyalovchi endarteriit kasalligida arterial tomir ichki qismidan biriktiruvchi to'qima o'sishi bilan xarakterlanadi. Asta-sekinlik bilan tomir ichki yuzasi biriktiruvchi to'qima bilan butunlay bekilib, turli xil morfologik o'zgarishlar yuzaga keladi.

Etiologiyasi. Oyoqlarning sovuq qotishi, asab buzilishi, surunkali zaharlanishlar, tamaki, spirtli ichimliklarni ko'p ichish kasallikka sabab bo'ladi.

Klinikasi. Kasallikning boshlang'ich davrida terining rangsizlanganligi qayd etiladi. Teri po'st tashlaydi, tirnoqlar mo'rt bo'lib qoladi, zaralangan oyoq sohasida tuklar to'kilishi kuzatiladi. Oyoqlar paypaslanganda qo'lga sovuq unmaydi, oyoq panjasining dorsal arteriyasi va katta boldimning orqa arteriyasida puls yo'qoladi. Keyinchalik oyoq panjasining bosh barmog'ida kichkina trofik yaralar paydo bo'ladi, bu kattalashib barmoq gangrenasiga, so'ngra esa oyoq panjasi gangrenasiga aylanadi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlar, qon tahlili, arterial tomirga kontrast modda yuborib tomirni tekshirish (angiografiya)ga asoslanadi.

Davolash. Qon ta'minotini yaxshilashga qaratilgan bo'lib, bemorlarga ko'proq zararlangan oyoq yoki qo'lni harakatlantirmaslik tavsiya etiladi. Dorilardan spazmolitiklar va tomirni kengaytiruvchi vositalar: diprofen, paxikarpin, padutin yoki angiotrofin, vitaminlardan B₁, B₆. Buyrak atrofi to'qimasiga novokainli blokada qilish va barokamerada davolash yaxshi samara beradi. Konservativ davo yetarlicha natija bermaganda, operatsiya yo'li bilan davolanadi. Tomirning chegaralangan joyida morfologik o'zgarishlar yuz berganda tromb tomirning intim qavati bilan birga olib tashlanadi (intimtrombektomiya), transplantat yordamida aylanma anastamoz qo'yiladi yoki tomirning shu qismi rezeksiya qilinib, tomir transplantatini ko'chirib o'tkazish yo'li bilan qon ta'minoti tiklanadi.

Obliteratsiyalovchi ateroskleroz

Obliteratsiyalovchi ateroskleroz – arterial tomir ichki devoriga aterosklerotik pilakchalar o'tirib qolishidan, tomir ichki yuzasining bekiilib borishi bilan xarakterlanuvchi kasallikdir.

Bu kasallik organizmda xolisterin va yog' almashunivining buzilishi bilan bog'liq. Ateroskleroz asosan yoshi ulg'aygan kishilarda uchraydi.

Etiologiyasi. Semizlik, qiyin hazm bo'ladigan va yog'li mahsulotlarni ko'p iste'mol qilish, kam harakatlilik, qon quyushlar sabab bo'ladi.

Klinikasi. Kasallik vaqti- vaqti bilan qo'zib turib, uzoq davom etadi. Sekin o'tganida oyoq pastki qismlarida qon bilan ta'minlanib boruvchi, yaxshi rivojlangan kollateral tomirlar tarmog'i paydo bo'ladi. Bemorlar yurganda oyoqlarida og'riq paydo bo'lishi, tez charchab qolishi, quvvatsizlik kabi belgilar bezovta qiladi. Qon aylanishining buzilishi tizza bo'g'imidan ham yuqoriga tarqalishi mumkin. Kasallik tekshirib ko'rilganida faqatgina oyoq panjasi arteriyalaridagina emas, balki son arteriyalarida ham puls yo'qligi ma'lum bo'ladi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlar, qon tahlili, arterial tomirga kontrast modda yuborib tomirni tekshirish (angiografiya) ga asoslanadi.

Davolash. Bemorlarga ko'proq harakat qilmaslik tavsiya etiladi. Kasallikning boshlang'ich davrida tomirlarni kengaytiruvchi dorilar, spazmolitik vositalar va B guruh vitaminlari, askorbinat kislota buyuriladi. Qattiq og'riq vaqtida arteriya ichiga 10 ml 1% li novokain va 1 ml morfin yuborish yo'li bilan yaxshi natijaga erishiladi. Tomirlarni kengaytirish uchun arteriya ichiga no-shpa, spazmolgen kabi preparatlar yuboriladi. Giperkoagulyatsiyasi bor bemorlarga geparin buyuriladi. Og'riq zo'rayib oyoqda qon aylanishi yomonlashib qolganda operatsiya yo'li bilan davolash qilinadi. Operatsiyaning nomi trombintimektomiya.

Flebit va tromboflebit. Flebit deb vena devorining yallilanishiga aytiladi. Tromboflebit – yallilangan vena ichida tromb yuzaga kelgan bo'lsa, bunga tromboflebit deyiladi.

Etiologiyasi – vena devoriga yiringlatuvchi mikroblarning to'g'ridan-to'g'ri, shuningdek venaning yaqindagi yallig'lanish o'choqlaridan (flegmona, saramas yallig'lanishi, tomirlar) yallig'lanishi yuz berganda o'tadi. Bundan tashqari, venalarning yallig'lanishiga venalarning kengayishi, vena qon aylanishining buzilishi, qon ivishining buzilishi kabi omillar imkon tug'diradi.

Klinikasi. Yuza venalari yallig'langanda ularning ustidagi teri qizaradi, yumshoq to'qimalar infiltratsiyaga uchraydi, mahalliy og'riq reaksiyasi yuzaga keladi. Tromboflebitda tomirning ayrim qismlari zichlashgan bo'ladi. Chuqur venalar shikastlanganda, bemorning oyog'i shishadi. Bundan tashqari tana haroratining ko'tarilishi, et uvishishi, sezuvchanlikning pasayishi, harakatning cheklanishi kabi belgilar kuzatiladi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlar, qon tahlili, flebografiyalarga asoslanadi.

Davolash. Vena devorlari yallig'langanda va tromb o'tirganda zararlangan oyoq yoki qo'lga tinchlik beriladi. Oyoqlarni balandroq qilib qo'yiladi, bundan maqsad qon oqishini osonlashtirish. Haddan tashqari jismoniy zo'riqishdan va ortiqcha hatti-harakatlardan ehtiyot bo'lish lozim, chunki tromb ajralib, emboliyani keltirib chiqarishi mumkin. Zararlangan oyoq yoki qo'lni massaj qilish yaramaydi. Mahalliy issiq muolajalar qo'llaniladi. Yallig'lanishga qarshi va og'riqsizlantiruvchi dori-darmonlar buyuriladi. Harorati yuqori bo'lsa, antibiotiklar tayinlanadi. Qonni

suyultirish maqsadida antikoagulyantlar (geparin, neodikumarin) buyuriladi. Spirtli kompresslar va Vishnevskiy malhami, geparin malhami shimdirilgan bog'lamlar qo'llaniladi.

Tromboz va emboliya

Tromboz - tomir ichki devorining shikastlangan qismiga qon tarkibiy qismlarining o'tirib tromb hosil qilish va shu trombning tomir yo'lini bekitib qo'yishiga aytiladi.

Emboliya – trombning bir qismi uzilib, qon oqimi orqali oqib borib ma'lum bir zonada tomir ichki yuzasini bekitib qo'yishiga aytiladi.

Etiologiyasi. Semizlik, qiyin hazm bo'ladigan va yog'li mahsulotlarni ko'p iste'mol qilish, kam harakatlilik, qonning quyushishi sabab bo'ladi.

Klinikasi. Emboliyada qon aylanishi to'satdan buziladi. Kasallikning klinik belgisi tromb hosil bo'lishi tezligiga, tomirning katta-kichikligi va kollaterallar miqdoriga bog'liq. Venalar trombozidan qon aylanishining buzilishi, qon dimlanishi hodisalari kuzatiladi ya'ni zararlangan vena sohasida sianoz, shish, og'riq, sezuvchanlikning o'zgarishi, haroratning biroz ko'tarilishi kabi belgilar bilan kechadi. Arteriyalar trombozida qon tomir yo'li batamom bekilib, qon aylanishining buzilishi asta-sekin ro'y beradi va keyinchalik gangrenaga olib kelishi mumkin. Arteriyalar emboliyasida to'satdan keskin og'riq paydo bo'ladi, oyoqlari sovuq qotadi, tomir urmay qoladi va gangrena paydo bo'ladi. Bosh miya, o'pka, yurak emboliyasida ularning funksiyasi to'satdan to'xtab qoladi. Emboliya qisman yuz berganda a'zolarning ishi batamom to'xtamaydi va davo to'g'ri olib borilganida bemorning hayotini saqlab qolish mumkin bo'ladi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlar, qon tahlili, arterial tomirga kontrast modda yuborib tomimi tekshirish (angiografiya) ga asoslanadi.

Davolash. Bemorlarga zararlangan oyoqni harakatlantirish tavsiya etilmaydi. Davolash asosan konservativ va operatsiya usullarida olib boriladi. Konservativ davolash tadbirlari tomir spazmini yo'qotishga qaratilgan bo'lib, bunda asosan, papaverin, novokain, spazmolgen, spazgan, novokain va antikoagulyantlardan geparin, neodikumarin, fibrinolizin va boshqalarni yuborishga qaratilgan, oyoq tomirlari trombozida oyoqni baland ko'tarib mutloq tinch holatda qo'yiladi. Yirik

arterial tomirlar emboliyasida zudlik bilan embolektomiya operatsiyasi bajariladi.

Nekrozlar

Nekroz ichki va tashqi omillar ta'sirida to'qimalarda qon ta'minoti va oziqlanishning buzilishi natijasida hosil bo'ladi. Nekrozga sabab bo'ladigan tashqi omillarga: to'qima (mushaklar, nervlar, tomirlar) ni chuqur shikastlantiruvchi o'tkir jarohatlar; to'qimalarning jgut yoki gipsli bog'lam ostida uzoq vaqt bosilib yotishi; ichaklarning churra darvozasida qisilishi; termik va kimyoviy omillarning ta'siri (sovuq urishi, kuyish) kiradi. Ichki omillarga: qon tomirlar emboliyasi, trombozi, tomirlarni obliteratsiyalovchi endarteriit yoki aterosklerozdan torayib bekilib qolishi, mikroblarning zaharlari (gazli gangrena) ta'sirida kelib chiqadigan nekrozlar, periferik va markaziy nerv sistemasining kasalligi yoki shikastlanishi sababli to'qimalar innervatsiyasining buzilishi kiradi.

Nekroz turlari. Gangrena qo'l yoki oyoqdagi yirik qon tomirlar o'tkazuvchanligining buzilishi natijasida yuz beradi. Gangrenaning quruq va ho'l turlari farq qilinadi.

Quruq gangrena nekrotik to'qimalarning asta-sekin zichlashuvi va qurishi (mumifikatsiya) bilan ta'riflanadi. Sog'lom to'qimalar bilan nekrozga uchragan to'qimalar chegarasida granulyatsion to'qimadan iborat demarkatsiya chizig'i hosil bo'ladi. To'qimaning nekrozlangan qismi o'z-o'zidan ko'chishi mumkin.

Ho'l gangrena venoz qon aylanishi buzilganda va yiringli yoki irigan infeksiya qo'shilganda arterial tomir bo'shlig'i tez bekilib qolganda (emboliya) kuzatiladi. Klinik jihatdan u to'qimalarning shishganligi, terida qoramtir qo'ng'ir-qizil yoki kulrang dog'lar va badbo'y suyuklik bilan to'lgan pufaklar paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Kasallik og'ir zaharlanish bilan kechadi.

Davosi. O'z vaqtida davolanmasa bemor o'ladi. Nekroz turlarini davolashda uni keltirib chiqargan omillarni ham bartaraf etish kerak. Qon tomir shikastlanganda tromb tiqiladi. Tomir tromb yoki emboldan bekilib qolganda ular olib tashlanadi.

Nekrozda ho'l gangrena rivojlanishining oldini olish zarur. Shu maqsadda nekroz maydonida to'qimalarni quritishni ko'zda tutadigan ochiq usul bilan davo qilinadi.

Ho'l gangrenani quruq gangrenaga aylantirishga harakat qilish zarur. Buning uchun spirtli bog'lamlar qo'yiladi, nobud bo'lgan to'qimalarga yod eritmasi surtiladi. Demarkatsion chiziq paydo bo'lganda nekrektomiya qilinadi (jonsizlangan maydon olib tashlanadi).

Yaralar. Yara deb, teri yoki shilliq pardaning ba'zan ichkarida joylashgan to'qimalarga o'tadigan, bitishga moyilligi kam nuqsoniga aytiladi. Yaraning surunkali kechishi uning xarakterli xususiyati hisoblanadi.

Yaralarning hosil bo'lish sabablari turli-tuman. Biroq ularning asosida to'qimalar oziqlanishining buzilishi yotadi, bu distrofik jarayonga va nekrozga olib keladi. Yaralar ko'proq oyoq venalarining varikoz kengayishi, obliteratsiyalovchi endarteriit va ateroskleroz zaminida paydo bo'ladi. Ba'zan trofik yaralar nerv ustunlari shikastlanganda, masalan, quymich nervi shikastlanganda tovon yoki oyoq kafti sohasida hosil bo'ladi. Zahm va sil yaralari uchraydi.

Davosi. Yarani hosil qilgan sababni aniqlash zarur. Yaralar odatda konservativ yo'l bilan davolanadi yoki operativ yo'l bilan yara kesiladi va hosil bo'lgan teri nuqsoni teri transplantati bilan bekitiladi. Nerv ustunlari shikastlanishi natijasida paydo bo'lgan yaralarda ular chandiqli to'qimalardan xalos qilinadi. Keyinchalik yara o'z-o'zidan bitib ketishi mumkin.

Oqmalar

Oqma (fistula) deganda chuqur joylashgan to'qimalar, a'zolar va bo'shliqlardan gavdaning tashqi yuzasi (tashqi) yoki boshqa a'zoga (ichki) keladigan patologik yo'l tushuniladi.

Kelib chiqishiga ko'ra embrional davrda yoriqlar va uning yo'llarining o'sib yetilmasligidan hosil bo'ladigan tug'ma (bo'yin, kindik, qovuq, ichak va oraliq) va yiringli yallig'lanish jarayonlari (flegmona, Absess, osteomielit yoki turli xil sabablar) natijasida yuz bergan orttirilgan oqmalarga bo'linadi. Muayyan ko'rsatmalarga binoan xirurg tomonidan

hosil qilingan sun'iy oqmalar (qizilo'ngach, me'da, qovuq, yo'g'on ichak) alohida guruhni tashkil etadi.

Tashqi oqmalarni tashxislash qiyinchilik tug'dirmaydi. Bunday hollarda fistula kanalini zondlash va unga kontrast modda (yodolipol, sergozin, kardiotrast) yuborish, keyin esa rentgenografiya, fistulografiya qilish buyuriladi.

Davosi. Oqmaning davosi uni hosil qilgan sababni bartaraf etishga qaratiladi. Tug'ma, orttirilgan va sun'iy oqmalarda ko'pincha ularni xirurgik yo'l bilan bekitishga harakat qilinadi.

Nekrozlar, tomir kasalliklari, yaralar va oqma yaralar bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari

Bemorlarning bu kategoriyasi eng og'ir guruhga kiradi. Parvarish qilishning asosiy prinsiplari yiringli infeksiyasi bor bemorlarni parvarish qilishdagi kabidir. Bemorning psixik holatini normaga solishga katta ahamiyat beriladi. Unga mehr va diqqat bilan qarash kerak. Palatani yaxshi shamollatish va top-toza tutish kerak.

Obliteratsiyalovchi endarteriit va aterosklerozli bemorlarni parvarish qilish.

Bunday bemorlarga davo qilishning asosiy sharti - bemorning tamaki chekishdan voz kechishidir. Chekish tomirlar spazmiga olib keladi.

Oyoqlarni issiq tutish va ozoda saqlash kerak. Mayda timalish va shilinish trofik yara chiqishiga sabab bo'lishi mumkin. Poyabzal oyoqqa yarasha va issiq bo'lishi lozim. Trofik yara bo'lganda aseptikaga qattiq amal qilgan holda bog'lamlarni muntazam almashtirib turish zarur.

Og'riq tutganda uni yo'qotish uchun tomir kengaytiradigan preparatlarni qo'llanish va ular yetarlicha naf bermaganda esa narkotiklar tatbiq qilish lozim.

Venalari varikoz kengaygan bemorlarni parvarish qilish. Oyoqlarni elastik bint bilan o'z vaqtida va to'g'ri bintlash hamda elastik paypoq kiyish kasallik rivojlanishini anchagina kechiktiradi. Tor poyabzal kiyimaslik kerak; oyoq terisining shilinishiga yo'l qo'ymaslik lozim. Bu kasallik ba'zan venadan anchagina qon oqishiga sabab bo'ladi, bosib turadigan bog'lam qon oqishini to'xtatishi mumkin.

Trofik yaralarni davolashda aseptikaga nihoyatda qattiq amal qilish shart. Uzoq vaqt tik turib ishlashga to'g'ri keladigan kasblar bilan shug'ullanmaslik kerak.

Gangrenali bemorlarni parvarish qilish «Xirurgik infeksiyali bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari» degan bo'limda, fistulali bemorlarni parvarish qilish «Me'da-ichak yo'llari a'zolarining kasalliklari» bobida bayon etilgan.

V. BOB

OVQAT HAZM QILISH A'ZOLARINING XIRURGIK KASALLIKLARI VA SHIKASTLARIDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

Ovqat hazm qilish a'zolarining anatomo-fiziologik xususiyatlari

Organizmda moddalar almashinuvi jarayoni avvalo ovqat hazm qilish a'zolaridan boshlanib, keyin iste'mol qilingan ovqat moddalari fizik, kimyoviy va fiziologik xossalari yordamida hujayralar va to'qimalarning o'zlashtirishi uchun moslashadi. Ovqat hazm qilish a'zolari ichi bo'sh kovak a'zolaridir. Ovqat hazm qilish a'zolar ketma-ketligi: og'iz bo'shlig'i, halqum, qizilo'ngach, me'da, ingichka ichaklar (o'n ikki barmoqli ichak, och ichak, yonbosh ichak), yo'g'on ichaklar (ko'richak, ko'tariluvchi, ko'ndalang, pastga tushuvchi chamber ichaklar, sigmasimon ichak va to'g'ri ichak) dan iborat.

Qorin devorining yopiq shikastlari

Etiologiyasi. Qorinda yopiq shikastlar bevosita travmada ham, bilvosita travmada, masalan, odam baland joydan yiqilib tushganida ham ro'y beradi. Zarbning kuchi, qorin bo'shlig'idagi a'zolarining nechog'li to'lib turganiga qarab, faqat qorinning oldingi devori yoki qorindagi parenximatoz va kovak a'zolar shikastlanishi mumkin.

Klinikasi. Qorin oldingi devorining shikastlanishi. Qorin oldingi devori lat eyishi va qorin muskullari yorilib ketishi mumkin. Lat yeganda travmaga uchragan joy bezillab turadi, paypaslab ko'rilganda gematoma qo'lga unmaydi, ba'zan teri osti kletchatkasiga qon quyilib qoladi. Kattagina travma etgan bo'lsa, qorin pardasining reflektor yo'l bilan ta'sirlanishiga aloqador simptomlar kuzatiladi. Bemorning umumiy ahvoli uncha o'zgarmaydi, pulsi yanayam to'lishib turadi.

Qorin oldingi devori muskullari yorilganida chetlari batamom yoki qisman ajralib turishi mumkin, bunda muskul nuqsoni borligi aniqlanadi. Gematoma qorin to'g'ri muskullarining qini ichida yuzaga kelgan bo'lsa, ko'ndalang fatsiya va qorin pardasi oldidagi kletchatka tagidan qorin devorining orqa yuzasi bo'ylab yoyilgan bo'lsa, aniq chegaralarsiz, tarqoq

bo'lishi mumkin. Katta gematoma paydo bo'lganida qorin pardasining ta'sirlanishiga aloqador simptomlar kuzatiladi, zararlangan muskul sohasi bezillab turadi, reflektor yo'l bilan ichak parezi boshlanib, gaz va siydik ushlanib qoladi.

Tashxis. Bemor shikoyati, ob'yektiv tekshirishlar, zarur bo'lsa UZI tekshirishlar o'tkaziladi.

Davosi. Konservativ: bemor tinch qo'yilib, qorniga sovuq narsa bosiladi. Gematoma kattalashib boradigan bo'lsa, bo'shlig'i punksiya qilinib yorilib, qon laxtalari olib tashlanadi, tomirlar bog'lanib, zararlangan muskullar tikiladi.

Qorin bo'shlig'i a'zolarining yopiq shikastlari.

Etiologiyasi. Ko'pincha transport travmasida, odam baland joydan yiqilib tushganda ro'y beradi.

Klinik manzarasi. Jigar, taloq yorilganida, ichak tutqichi uzilib ketganida ichki qon ketishiga xos alomatlar topiladi. Shikastlangan odam rangi oqarib, qimirlamay yotadi, qorin bo'shlig'ida og'riq turib, og'riqning yoyilayotganidan noliydi (diafragmani qoplab turadigan qorin pardasining qon bilan ta'sirlanishi). Pulsi yaxshi to'lishmagan, tez bo'ladi, arterial bosimi asta-sekin pasayib boradi. Qorin palpatsiya qilib ko'rilganida, muskullarning bezillashi va taranglashib turgani ma'lum bo'ladi, perkussiya qilib ko'rilsa, qorinning pastki qismlaridan bo'g'iqroq ovoz chiqadi.

Kovak organlar yorilganida qorin devorining hamma joyi bezillab, tarang tortilib turadi, Shchyotkin - Blyumberg simptomi musbat bo'lib chiqadi, perkussiya qilib ko'rilganida jigardan chiqadigan bo'g'iq ovoz bilinmay, qoladi, butun qorin bo'shlig'i tepasidan timpanik ovoz eshitiladi, pastki qismlaridan esa ichak suyuqligi to'planib qolgani uchun bo'g'iq ovoz chiqadi. Qorin bo'shlig'ining obzor rentgenografiyasida diafragma gumbazlari tagida gaz borligi ko'riladi. Peritonit zo'rayib boradigan bo'lsa, taxikardiya tobora kuchayadi, qorin dam bo'lib ketadi, peristaltika yo'qoladi.

Tashxis. Qorin a'zolarining shikastlangani anamnez, klinik tekshirish ma'lumotlari, qorin bo'shlig'i rentgenografiyasi va laboratoriya tahlillarining natijalariga qarab bilib olinadi. Noaniq hollarda laparoskopiya qilib ko'riladi, bunda qorin bo'shlig'idagi suyuqliq

xarakteri, parenximatoz yoki kovak a'zolaridagi o'zgarishlar aniqlab olinadi.

Davosi. Qorin bo'shlig'i a'zolari zararlangan deb gumon qilinganida shikastlangan odamni darhol xirurgiya bo'limiga yetkazib borish va operatsiya qilish-qilmaslik to'g'risidagi masalani hal qilish uchun xirurglar kuzatuv ostiga bo'lishi kerak. Tashxisni aniqlamasdan avval narkotiklar (morfin, pantopon) berish yaramaydi, chunki peritonit yoki qon ketishi manzarasi o'zgarib, yaxshi bilinmaydigan bo'lib qolishi mumkin.

Operatsiyadan keyingi davrda shikastlangan odamni shok holatidan chiqarib olish choralari ko'riladi: poliglyukin va reopoliglyukin quyiladi, og'riq qoldiradigan vositalar yuboriladi, blokada qilinadi.

Qorin a'zolari travmasida shoshilinch operatsiya qilish kerak bo'ladi. Parenximatoz a'zolar zararlangan bo'lsa, taloq yoki jigarning bir qismi olib tashlanadi. Jigar to'qimasi chuqur yorilgan bo'lsa, jarohati choklanib, charvidan tampon qilib qo'yiladi. Ichak tutqichning yorilib ketgan joylari, oldin tomirlarini bog'lab chiqib, tikib qo'yiladi. Kovak a'zolar yorilganida nuqsoni tikiladi. Qorin bo'shlig'i a'zolarini sinchiklab tekshirib ko'rish, ichak qovuzloqlari va barcha a'zolari birma-bir ko'zdan kechirib chiqish zarur, chunki ko'p joylar shikastlangan bo'lishi mumkin.

Qorinning ochiq shikastlari

Ochiq shikastlar qorin bo'shlig'idagi a'zolari shikastlantirib yoki shikastlantirmasdan teshib kirgan va teshib kirmagan bo'lishi mumkin.

Etiologiyasi. Sovuq qurollar ishlatish, o'tkir uchli predmetlar ustiga qorin bilan yiqilish, qastdan o'tkir uchli predmetlar bilan qoriga sanchish.

Qorinning teshib kirmagan jarohatlari. Qorin pardasining butunligi buzilmagan holda qorin devorining zararlanishidir.

Klinikasi Epigastral arteriya jarohatlangan bo'lsa, anchagina qon ketib qoladi. Klinik jihatdan a'zolarida faqat jarohatlangan joy bezillab turadi va shishib chiqadi. Qorin pardasining ta'sirlanayotganiga xos simptomlar bo'lmaydi. Uzil-kesil tashxis jarohatga birlamchi xirurgik ishlov berish va reviziyadan o'tkazish (tekshirib ko'rish) vaqtida aniqlab olinadi.

Qorinning teshib kirgan jarohatlari. Odatda, parenximatoz yoki kovak a'zolarining shikastlanishi bilan birga uchraydi.

Klinikasi. Parenximatoz a'zolar jarohatlanganida ichki qon ketish manzarasi kuzatiladi ya'ni zararlangan a'zo sohasida kuchli og'riq, bosh aylanish, ko'z oldi qorong'ulashishi, teri rangining oqarishi, sovuq ter bosishi, havo yetishmasligi, ko'ngil aynishi va es-hushning xiralashishi kuzatiladi. Kovak a'zolar zararlanganda peritonit sptomlari (qorinning taxtasimon taranglashishi, qorinning nafas aktida qatnashmasligi, qorinda kuchli og'riq bo'lishi, tana haroratining gektik ko'tarilishi kabi belgilar) paydo bo'ladi. Charvi, ichak qovuzloqlarining jarohatdan chiqib qolganligi qorin bo'shlig'ida teshib kirgan jarohat borligini ko'rsatadi.

Tashxis. Bemor shikoyati, ob'yektiv tekshirish (zararlangan sohani paypaslab ko'rish) ga asoslanadi. Zarur bo'lsa UZI va rentgenologik tekshirishlar o'tkaziladi.

Davosi. Birinchi yordam aseptik bog'lam bilan bog'lab, narkotiklar in'yeksiya qilishdan iborat. Qorin bo'shlig'i a'zolari zarar ko'rgan degan gumon bo'lganda shoshilinch operatsiya qilish lozim bo'ladi. O'rta chiziq bo'ylab laparotomiya qilinib, qorin bo'shlig'i ochiladi: mana shunday qilinganida barcha a'zolari tekshirib chiqish mumkin bo'ladi. Shikastlar katta bo'lsa, a'zoni olib tashlash zarur bo'ladi, kishi ko'p joyidan yaralanganida ichakning bir qismini kesib olib tashlanadi va nihoyat, nuqsonlar kichik bo'lsa, ularni tikib qo'yiladi. Qorin bo'shlig'idagi suyuqlikni obdon chiqarib olish, qorin bo'shlig'ini antibiotiklar qo'shilgan novokain yoki natriy xloridning izotonik eritmasi bilan yuvish va shu bo'shliqni antibiotiklar eritmasi bilan doim chayib turish uchun unga drenaj nay solib qo'yish bilan operatsiya tugallanadi.

Qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlari

Qorinning to'mtoq travmasida ko'pincha teri osti qavatlari shikastlari kuzatiladi. Kirib boradigan jarohatlarda shikastlar deyarli hamisha qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlanishi kuzatiladi.

Klinik manzarasi. Parenximatoz a'zolar (jigar, taloq) shikastlanganda simptomlar kompleksida ichga qon oqish yetakchi o'rin tutadi. Butun qorin bo'ylab diffuz og'riq ro'y beradi, bemor yotgan vaziyatda bo'lganda qorinning chekka joylarida perkutor tovushning bo'g'iqligi, arterial bosimning pasayib ketganligi, gemoglobin va eritrositlar miqdorining kamayganligi, o'rtacha leykositoz qayd qilinadi.

Kovak a'zolar (me'da-ichaklar) shikastlanganda o'tkir peritonitning (qorin pardasining yallig'lanishi) klinik manzarasi rivojlanadi: butun qorin bo'ylab tutash og'riq bo'ladi, qorin muskullari taranglashgan, Shchyotkin—Blyumberg simptomi musbat, tana harorati ko'tariladi.

Tashxis. Bemor shikoyati, ob'yektiv tekshirish (paypaslash va perkussiya qilish), laborator tahlilda qonda leykositozning bo'lishi, UZI, rentgenoskopik tekshirish, kompyuter tomografiyalarga asoslanadi.

Davosi. Unchalik ko'p qon oqmaganda (bemorning ahvoli qoniqarli) konservativ davo qo'llaniladi: bemorga orom beriladi, qoringa sovuq muolajalar qilinadi, gemostatik vositalar (kalstiy xlorid, vikasol, gemofobin, epsilon-aminokapron kislota va hokazo) ishlatiladi. Qolgan hollarda operatsiya qilishga kirishiladi. Jigar yorilganda yoriqni tikiladi. Ba'zan jigardagi jarohatni charvi bo'lakchasi bilan qo'shimcha choklar yordamida tamponlanadi (gemostatik effektni yaxshilash). Taloq yorilganda uni olib tashlanadi (splenektomiya). Kovak organlar yorilganda yorilgan joyni tikiladi, qattiq shikastlanganda shu sohasini rezeksiya qilinadi.

O'tkir qorin og'rig'i sindromi- kovak a'zolar yoki parenximatoz a'zolar zararlanishgi natijasida qorin bo'shlig'iga qon, o't, siydik, najas oqib chiqib turishi yoki qorin devorining o'tkir yallig'lanishi oqibatida qorin pardaning yallig'lanishi tushuniladi.

Peritonit deb qorin pardaning yallig'lanishiga aytiladi.

Peritonitlar klassifikatsiyasi.

1. Etiologiyasi bo'yicha: infeksiyon va noinfeksiyon.
2. Qo'zg'atuvchining turiga ko'ra: stafilokokkli, streptokokkli, enterokokkli, ichak tayoqchasi, aralash flora.
3. Paydo bo'lish sababiga ko'ra: perforativ, travmatik, gematogen, operatsiyadan keyingi, kriptogen.
4. Jarayonning tarqalishiga ko'ra: tarqalgan va chegaralangan.

Tarqalgan peritonit. Peritonitning bu turida yallig'lanish jarayoni erkin qorin bo'shlig'ida chegaralarsiz tarqaladi, jarayonga butun qorin pardasi qo'shiladi.

Klinikasi. Qorinda og'riq bo'lishi, qorin muskullarining taranglashishi (taxtasimon qorin) bilan xarakterlanadi. Bemorda

darmonsizlik, tashnalik, ko'ngil aynish, og'iz qurishi, ketma-ket qusish kuzatiladi.

Oshqozon yoki o'n ikki barmoqli ichak yarasi teshilishida avvaliga "xanjar sanchgandek" og'riq qayd qilinadi. Bemorni umumiy ko'zdan kechirilganda: bemor majburiy holatda ya'ni oyoqlarini qomiga tortib yotadi. Yuz qiyofasi o'tkirlashgan, ko'zlari kirtaygan bo'ladi. Qorin muskullari nafas aktida qatnashmaydi. Tana harorati avvaliga 38-39° C ga ko'tariladi, so'ngra esa pasayadi. Tana haroratining pulsdan orqada qolishi xarakterli bo'lib, bu "qaychi simptomi" deyiladi. Puls bir daqiqada 120-140 martagacha uradi. Arterial bosim pasayadi. Qorin pardaning yallig'lanishi hisobiga Shchyotkin-Blyumberg simptomi musbat bo'ladi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlar, qon tahliliga asoslanadi.

Davolash. Bemor zudlik bilan statsionarga yotqizilib, peritonitni keltirib chiqargan sabab aniqlanadi va bartaraf qilish uchun tezlik bilan operatsiya qilinadi. Qorin bo'shlig'i a'zolari taftish qilinib, yuvilib, o'choq bartaraf qilinadi. Yiringli suyuqlikni chiqarish uchun qorin bo'shlig'iga drenaj qo'yiladi va antibiotiklar yuboriladi.

Mahalliy peritonit. Mahalliy peritonit deganda qorin pardaning chegaralangan yallig'lanishi tushuniladi.

Etiologiyasi. Mahalliy peritonitga qorin bo'shlig'i jarohatlari, me'da va o'n ikki barmoqli ichakning teshilgan yarasi, o'tkir appenditsitlar sabab bo'ladi. Yallig'lanishning chegaralanib qolishiga charvi, ichak qovuzloqlari va shu lokalizatsiyaning anotomik xususiyatlari imkon beradi.

Klinikasi. Zararlangan sohada og'riq, qorin muskullarining taranglashishi xarakterli. Duglas bo'shlig'idagi Absessda defikatsiya akti og'riqli bo'ladi va to'g'ri ichak devori osilib turadi (barmoq bilan tekshirishda). Tana harorati va qonda leykositoz oshadi. Absess qorin bo'shlig'iga yorilganida chegaralangan peritonit tarqalgan peritonitga o'tishi mumkin.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlar, qon tahliliga asoslanadi.

Davolash. Qorin bo'shlig'i ochilib, yiringli o'choq bartaraf qilinadi. Duglas bo'shlig'i Absesslarida to'g'ri ichak orqali yoki ayollarda qin

orqali dastlab punksiya qilinib, joyi aniqlanadi, kesib yiring chiqariladi va drenaj qo'yiladi. Umumiy davolash yiringli jarohlardagidek olib boriladi.

O'tkir appendisit

O'tkir appendisit – bu chuvalchangsimon o'simtaning yallig'lanishidir.

Chuvalchangsimon o'simtaning joylashgan joyiga ko'ra: Tipik ya'ni qorin o'ng yonbosh sohasida, atipik - ko'richak orqasida, jigar ostida, chanoq bo'shlig'ida va kamdan-kam hollarada chap tomonda joylashishi mumkin.

Appenditsit kasalligi kechishiga ko'ra: O'tkir va surunkali bo'ladi.

Etiologiyasi. O'tkir appenditsit tipik bakterial yallig'lanish prinsipi bo'yicha rivojlanadi, unda avvalo o'simtada bo'ladigan ichak tayoqchasi, enterokokklar, shartli patogen mikrofloralar qatnashadi. Ko'p hollarda chuvalchangsimon o'simtaning yallig'lanishiga boshqa a'zoldagi yallig'lanish o'choqlarining mavjudligi, ko'p ovqat yeyish, bijg'ish jarayonlari bo'lishiga imkon beradigan oqsilli maxsulotlarni qabul qilish, shuningdek keksa kishilarda appendikulyar o'simtada trombozlarning bo'lishi ham sabab bo'ladi.

Klinikasi. O'tkir appenditsitning klinik manzarasi turli-tumanligi bilan ajralib turadi, bu chuvalchangsimon o'simtaning joylashgan joyiga va xususiyatlariga ham bog'liqdir. Tipik hollarda kasallik epigastral sohada o'rtacha og'riq bilan boshlanadi, bu og'riq 4-6 soatdan keyin o'ng yonbosh sohaga o'tadi (Koxer – Volkovich simptomi).

Og'riqlar butun qorin bo'ylab yoki kindik atrofida boshlanib, keyin o'ng yonbosh sohasida bo'ladi. O'tkir appenditsitda og'riq doimiy, ba'zan turib-turib og'riydi.

Og'riq ko'ngil aynish yoki bir marta qusish, tana haroratining ko'tarilishi (asoratlangan bo'lsa) bilan o'tadi. Qorinni paypaslab ko'rilganda o'ng yonbosh sohasida og'riq va mushaklarning taranglashganligini aniqlash mumkin.

O'tkir appenditsit uchun quyidagi simptomlar xos.

Shchyotkin – Blyumberg simptomi – qo'lni bemorning qorin o'ng pastki yonbosh devoriga bosib, keskin tortib olishda og'riqning kuchayishi.

- Voskresenskiy yoki ko'ylak simptomi – bunda bemor ko'ylagi ustidan qorin devori bo'ylab keskin paypaslanganda qorin o'ng yonbosh sohasida og'riqning paydo bo'lishi.

- Razdolskiy simptomi – yallig'lanish o'chog'i ustida perkussiya qilinganda og'riqning paydo bo'lishi.

- Rovzing simptomi – bemorni chap yonboshga yotqizib, oyoqlarini tizza bo'g'imidan biroz bukkan holda qorin chap yonbosh devori turtkilanganda o'ng yonbosh sohada og'riqning paydo bo'lishi.

- Sitkovskiy simptomi – bemor chap yonbosh tomonga yotqizilganda o'ng yonbosh sohada og'riqning paydo bo'lishi.

- Bortome – Mixelson simptomi – bemor chap yonboshini bosib yotgan holatida o'ng yonbosh sohasida paypaslanganda og'riq kuchayishi.

O'tkir appenditsitning atipik kechishi: Chuvalchangsimon o'simta retrosekal joylashganda og'riqlar odatdagiday bo'ladi, lekin songa va chov sohasiga ham tarqaladi. O'simta ko'richak orqasida joylashganda og'riq bel sohasida paydo bo'ladi va Pasternatskiy simptomi musbat bo'lishi mumkin. Chuvalchangsimon o'simta chanoq bo'shlig'ida joylashganda og'riq asosan qov ustida bo'ladi va dizurik belgilar bilan o'tadi. Aksariyat hollarda ich ketish, tenezmalar kuzatiladi.

Yosh bolalarda o'tkir appeditsitning kechishi chuvalchangsimon o'simtada destruktiv o'zgarishlarning tez rivojlanishlaridan, ko'pincha peritonit rivojlanadi va quyidagi belgilar bilan kechadi. Bolalarda og'riq o'qtin-o'qtin kechadi, ko'p marta qusish, ich ketishi ustunlik qiladi, tana haroratining 39-40 C ga ko'tariladi. Kasallik jadal kechadi, o'tkir zaharlanish, gastroenterit klinikasiga o'xshab ketadi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, o'tkir appendisit uchun xos bo'lgan simptomlarni bemorda o'tkazish va laborator tekshirishlarga qonda leykositlar sonining oshishi-leykositoz (10000-18000), leykositar formulaning chapga surilishi, EChT oshishi kuzatiladi.

Davosi. Operatsiyaga o'trik appenditsit tashxisini qo'yish ko'rsatma hisoblanib, appendektomiya ya'ni chuvulchangsimon o'simtani olib tashlash operatsiyasi bajariladi. Buning uchun qorin o'ng yonbosh sohasini qiyshiq-ko'ndalang kesim (Mak-burney, Volkovich-Dyakonov sohasi) bo'yicha o'tkaziladi.



Ko'r ichak gumbazini chiqarish



Chuvalchangsimon o'simtani jarohatga chiqazish



Chuvalchangsimon o'simta tutqichini bog'lash



Kisset chokini qo'yish



Appendektomiya



O'simta cho'ltog'ini cho'kurish

**75. rasm. Appendektomiya operatsiyasi.
(appendikulyar o'simtani olib tashlash).**

Qorin churralari

Churra – deb qorin bo'shlig'i a'zolarining qorin pardaga o'ralgan holda qorin devorida mavjud bo'lgan tug'ma va orttirilgan anatomik zaif joylardan teri ostidan bo'rtib chiqishiga aytiladi.

Qorin churralari tashqi va ichki bo'ladi.

Joylashgan joyiga ko'ra: chot, son, qov, kindik, qorin o'rta chizig'i churrasi va boshqalar.

Churra 3 elementdan tashkil topgan: 1. Churra darvozasi- churra o'tadigan teshik; 2. Churra xaltasi- churra darvozasi orqali do'ppayib chiqadigan va churra hosilasini o'rab turadigan qorin pardasi; 3. Churra xaltasidagi hosila- ichak, ingichka ichak qovuzlog'i va charvidan iborat bo'ladi. Churra darvozasining spastik qisqarish holatiga ko'ra: harakatchan va qisilgan churralar farq qilinadi.

Churralar kelib chiqishiga ko'ra: tug'ma va orttirilgan bo'ladi.

Qisilgan churra

Etiologiyasi. Doimiy og'ir jismoniy mehnat bilan shug'ullanish, kam harakatlilik, doimiy ich qotishi, avval qorin devorida o'tkazilgan operatsiyalar, ayollarda tug'ruqdan keyin qorin devori muskullarining zaiflashib qolishi, qorin devori muskullarining zaifligi.

Klinikasi. Qisilgan churra xavfli bo'lib, shoshilinch operatsiyani talab qiladi. Bunda churra xaltasini o'rab turgan to'qimalar yallig'lanishli o'zgarishlarga uchraydi.

O'sha soha terisi qizaradi, mahalliy temperatura ko'tariladi, to'qimalarning mahalliy zichlashuvi yuz beradi va og'riq paydo bo'ladi.

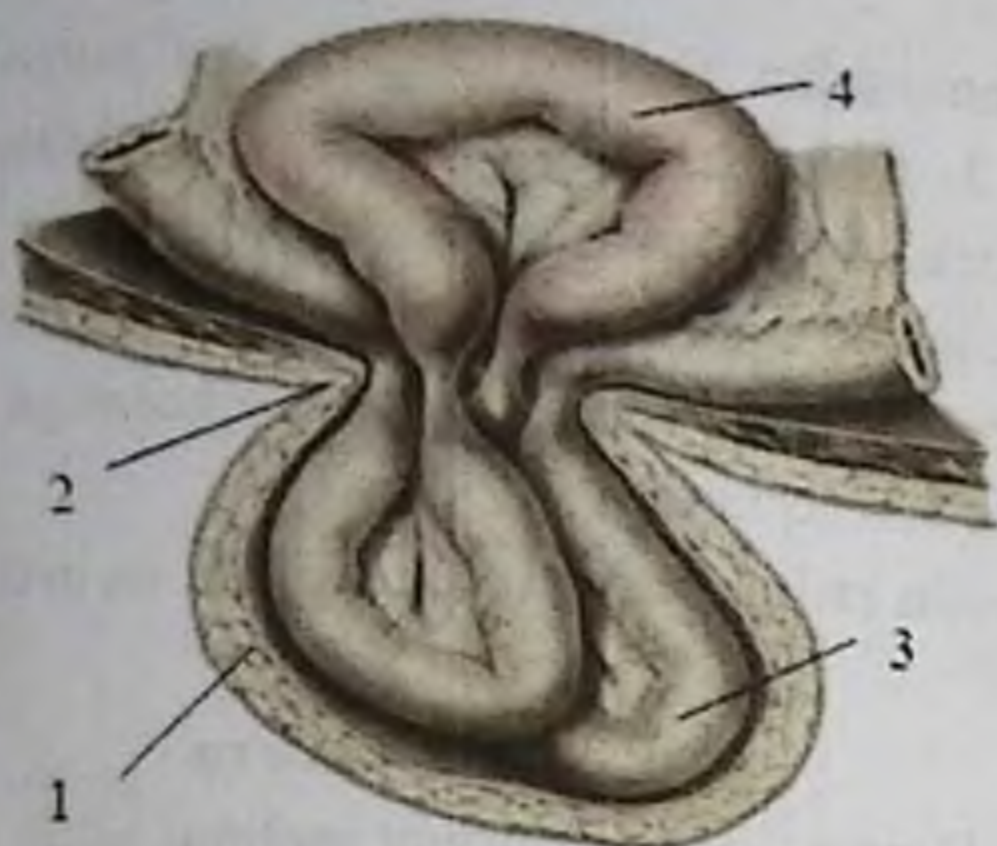
Churra paydo bo'lgan soha paypaslanganda shu soha terisi taranglashganligi va bezillab turganligi aniqlanadi. churra qisilib qolganda churrani joyiga kiritishga harakat qilmaslik kerak. Harakatchan churrada bemor og'ir jismoniy mehnat qilganda, yo'talganda, sakraganda paydo bo'ladi, bemor yotganda churra yo'qolib ketadi.

Harakatchan churrada churra paydo bo'lgan vaqtda spastik og'riq paydo bo'ladi, ko'ngil aynish va qusish kuzatiladi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlar, laboratoriya tahliliga asoslanadi.

Davolash. Churra qisilib qolganda shoshilinch operatsiya qilinadi. Churra xaltasi topilib, xalta ichidagi hosila aniqlanadi, so'ngra aniqlangan hosila yashovchanlik qobiliyati saqlanganmi yo'qligini tekshiriladi.

Agar hosila yashovchanlik qobiliyati saqlangan bo'lsa, hosila ya'ni ichak qorin bo'shlig'iga tushirib yuboriladi va churra darvozasini atrofidagi to'qimalar yoki sintetik material (kapron, lafsan) dan ishlangan to'r bilan plastika qilib tikib chiqiladi.



76-Rasm. Qisilgan churra.

1-Churra xaltasi. 2-Churra darvozasi. 3-Ichak qovuzlog'i. 4-Qisilgan a'zo (ichak qovuzlog'i).

Chov churralari. Asosan ko'proq erkaklarda uchraydi, keksayib qolgan kishilarda chov churrasi bolalar va o'smirlardagiga nisbatan ko'proq uchraydi. chov kanali elementlariga nisbati bo'yicha: qiyshiq va to'g'ri turlarga bo'linadi. Chov churrasi bir tomonlama va ikki tomonlama bo'lishi mumkin.

Etiologiyasi. Doimiy og'ir jismoniy mehnat bilan shug'ullanish, muskullar zaifligi sabab bo'ladi.

Klinikasi. Kasallikning dastlabki davrida qiyshiq chov churrasida chov kanalining kirish qismi do'ppayib turadi. Bemor jismoniy ish qilganda va noaniq harakat qilganda simmillovchi og'riq paydo bo'ladi. Tashqi tomondan churra ko'zga tashlanmaydi, barmoqni chov kanaliga uning tashqi teshigi orqali kiritilganda, yo'talganda yengil turtkini sezish mumkin. To'liq qiyshiq chov churrasida churra bo'rtmasi chov kanalining tashqi teshigi zonasida aniq tashqariga chiqib turadi yoki yorg'oqqa tushadi. Churra ichidagi a'zo bemor yotgan vaziyatda ham odatda o'zicha joyiga kirib to'g'rilanmaydi. Bu churra bo'rtmasini qo'l bilan bosib to'g'rilanadi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlar, laboratoriya tahliliga asoslanadi.

Davolash. Keksa kishilarda va hayot uchun muhim a'zolarida jiddiy o'zgarishlari bor bo'lgan bemorlarda operatsiya qilib davolashga monelik qiladi. Bunday bemorlarga maxsus bandaj taqish buyuriladi. Davolashning radikal usuli operatsiya bo'lib hisoblanadi.

Son churrasi. Chov churrasiga qaraganda ancha kam uchraydi. Pupart boylamidan pastda son venasidan ichkarida son kanalidan chiqadi.

Etiologiyasi. Doimiy og'ir jismoniy mehnat bilan shug'ullanish, muskullar zaifligi sabab bo'ladi.

Klinikasi. Son churrasi hech qachon tug'ma bo'lmaydi, ayollarda erkaklarga nisbatan ko'proq uchraydi, sababi ayollar chanog'ining anatomik tuzilishi xususiyatlari bilan bog'liq bo'ladi. Churra ikki tomonlama bo'lishi mumkin, lekin chap tomonda ko'proq kuzatiladi. Churra xaltasi birmuncha kichikroq bo'ladi. Bemorda zararlangan oyoqda og'riq, tez charchash, kamdan kam hollarda nerv tolasini bosib qo'yishi hisobiga sezuvchanlikning buzilish holatlari kuzatiladi.



76-rasm. Kindik churrasi.

1-Teri. 2-Teri osti kletchatkasi. 3-Churra xaltasi ichidagi hosila (qisilgan ichak). 4-qorin to'g'ri muskuli. 5-Fascia transversalis. 6-Peritoneum. 7-Churra xaltasi

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlar, laboratoriya tahliliga asoslanadi.

Davolash. Faqat operatsiya yo'li bilan davolanadi. Son churralari ko'pincha qisilib qoladi, bunda qisilgan a'zo tez nekrozlanib qolishi mumkin.

Kindik churrasi. Kindik churralari tug'ma va orttirilgan bo'ladi. Tug'ma churralar homila

ona qomida rivojlanish davrida homilaning qorin devori rivojlanishida nuqsonlar paydo bo'lishi bilan bog'liqdir.

Tug'ma churra bola tug'ilgan zahoti ma'lum bo'ladi. U g'alati ko'rinishga ega bo'ladi.

Kindik sohasida kindik tizimchasiga o'tib boradigan tagi keng sharsimon do'mpayma ko'zga tashlanadi. Bola yig'laganda churra do'mpaymasi kattalashadi.

Etiologiyasi. Doimiy og'ir jismoniy mehnat bilan shug'ullanish, muskullar zaifligi, qorinning doimiy dam bo'lishi, kam harakatlilik sabab bo'ladi.

Klinikasi. Kindik churrasi ko'pincha yoshi 40 dan oshgan, ko'p tuqqan, semiz ayollarda paydo bo'ladi. Kindik sohasida churra do'mpaymasi topiladi.

Churra xaltasi ichida ingichka ichak qovuzloqlari, charvi, me'da bo'lishi mumkin. Kindik churralari ko'pincha to'g'rilanmaydigan bo'ladi va qisilib qoladi. Bemorda me'da sohasida doimiy og'riq, ishtahasizlik, ko'ngil aynishi va qusish kuzatiladi.

Davolash. Tug'ma churra bilan tug'ilgan chaqaloqlar tug'ilganidan keyin dastlabki soatlarda operatsiya qilinadi. Churra darvozalarini aponevroz chetlarini tikish yoki aponevrozning bir chetini ikkinchisining ustiga qo'yib, dublikatura hosil qilish yo'li bilan bekitiladi.

Qorin oq chizig'i churrasi. Ko'pincha katta yoshdagi erkaklarda uchraydi. Churra hosil bo'lishi qorin o'rta oq chizig'ini hosil qiladigan pay tolalarining bir biridan ajrashi va hosil bo'lgan yoriqdan avval qorin pardasi oldidagi yog'ning do'ppayib chiqishi kuzatiladi, keyinchalik churra xaltasi va ichidagi a'zo bilan haqiqiy churra hosil bo'ladi.

Etiologiyasi. Doimiy og'ir jismoniy mehnat bilan shug'ullanish, kam harakatlilik, doimiy ich qotish, avval qorin devorida o'tkazilgan operatsiyalar, ayollarda tug'riqdan keyin qorin devori muskullarining zaiflashib qolishi, qorin devori muskullarining zaifligi.

Klinikasi. Qorinning oq chizig'i bo'yicha, ko'pincha



77-rasm. Qorin oq chizig'i churrasi.
1-Teri. 2-Teri osti yog' qavati. 3-Qorin to'g'ri muskuli.
5- Fascia transversalis. 6-Peritoncum. 7- Churra xaltasi
ichidagi hosila (Qisilgan ichak charvisi) 8-Churra xaltasi.

epigastral sohada paypaslan-ganda og'riydigan o'smasimon hosila aniqlanadi. Qorinning oq chizig'i churrasini me'da yara kasalligi, xolesistit, pan-kreatitning klinik belgilari bilan taqqoslash lozim. Be-morda dispeptik o'zgarish-lar ya'ni ishtahasizlik, ko'ngil aynish, qusish kuzatiladi.

Davolash. Operatsiya yo'li bilan davolanadi. Churra darvozalari tikib qo'yiladi.

Operatsiyadan keyingi ventral churralar. Nomidan ham ma'lumki qorin bo'shlig'i va qorin devorida o'tkazilgan operatsiyalardan so'ng va operatsion jarohat yiringlash natijasida kuzatiladi.

Etiologiyasi. Ko'pincha operatsiyadan keyin bemorlar og'ir jismoniy mehnat bilan shug'ullanish, tana vaznining oshishi, doimiy qorinning dam bo'lishi operatsiyadan keyingi ventral churralar paydo bo'lishiga sabab bo'ladi.

Klinikasi. Bemorlardan jismoniy ish qilganda kuchayadigan og'riq birinchi o'ringa chiqadi. Ko'pincha dispeptik buzilishlar, qorin dam bo'lishi (meteorizm) kuzatiladi. Ingichka ichak qovuzloqlari va charvi ko'pincha qorin devori bilan bitishma hosil qiladi, bu – ichak tutilishiga olib kelishi mumkin.

Davolash. Operatsiya yo'li bilan olib boriladi. Chandiqli to'qimalarni kesib tashlanadi. Qorin devoridagi nuqson tikib qo'yiladi.

Churralarning kam uchraydigan turlari. Churralarning kam uchraydigan xillariga yarim oysimon chiziq (spigel chizig'i) bo'ylab paydo bo'ladigan qorinning yon churralari, bel churralari, Pti uchburchagi churralari, shuningdek, chanoq churralari: bekitkich, quymich teshiklari va oraliq churralari kiradi.

Me'da va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi- bu sikl bilan davom etadigan surunkali retsdivlanuvchi kasallik bo'lib, oshqozon, o'n ikki barmoqli ichakni va boshqa ovqat hazm qilish a'zolarini bemor hayotiga xavf soluvchi asoratlarning rivojlanishi bilan kechuvchi kasallikdir.

Etiologiyasi. Kasallikning kelib chiqish sabablari ko'p bo'lganligi uchun bu kasallik polietiologik hisoblanadi. Qattiq, dag'al, achchiq, sho'r, yomon chaynalgan ovqatlarni iste'mol qilish, tamaki va spirtli ichimliklar ko'p ichish, ko'p asabiylashish, nosteroid yalliglanishga qarshi vositalar

(aspirin, diklofenak, ortofen, dikloberl) ni palapartish qabul qilish, bosh miya jarohatlari, bundan tashqari hozirgi vaqtda yara kasalligining kelib chiqishida spiralsimon bakteriya Helicobacter pilori ning oshqozonda yara hosil bo'lishida ishtirok etishi ilmiy tekshirishlarda isbotlangan.

Kasallik turlari. 1. Klinik morfologik belgilariga ko'ra: oshqozon yara kasalligi va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi.

2. Yaraning joylashgan joyiga ko'ra: me'daga kirish qismida, chiqish qismida, kichik egrilik sohasida, o'n ikki barmoqli ichak sohasida

3. Kasallikning kechishiga ko'ra: qaytalanuvchi, pasayib qaytalanuvchi, pasayuvchi.

4. Kasallikning og'ir yengilligiga ko'ra: yengil kechadigan, surunkali kechadigan, kuchayib boradigan.

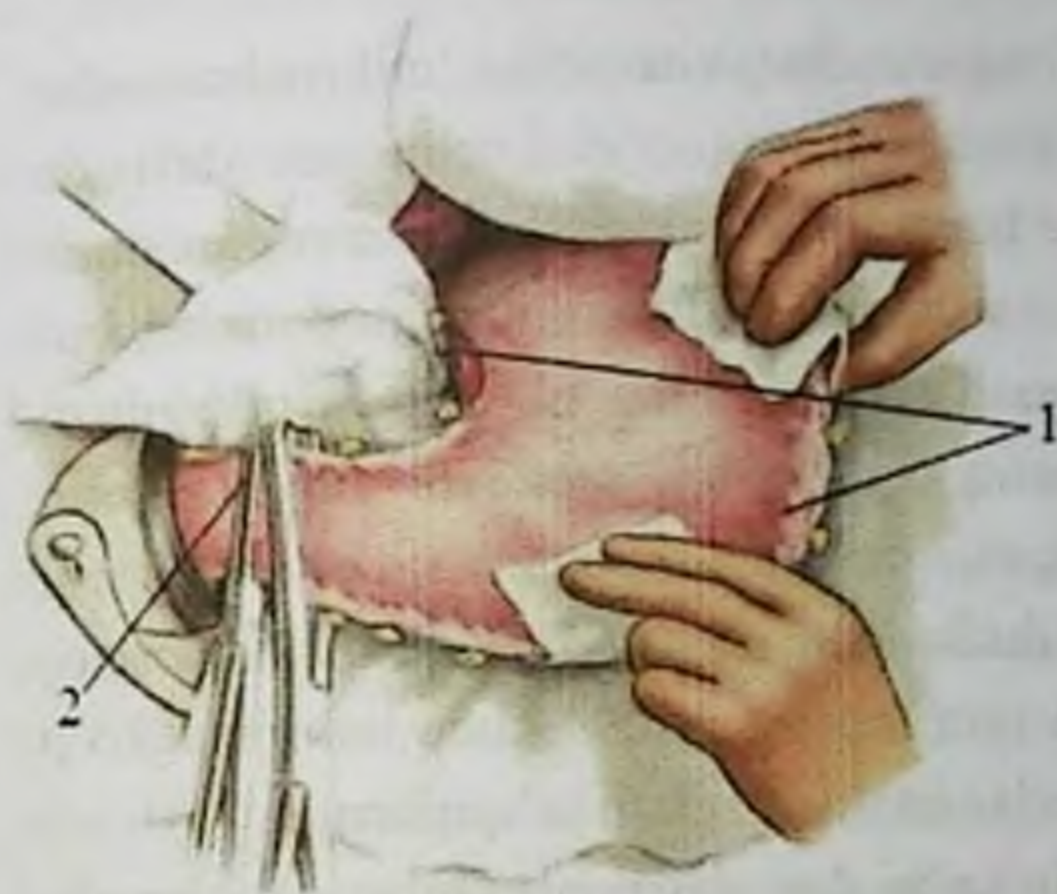
5. Asoratlariga ko'ra: asoratli, asoratsiz.

Klinikasi. Ba'zida kasallik belgilarisiz kechadi va tasodifan rentgen nurlari yoki endoskopik tekshirishlarda aniqlanadi. ko'p bemorlarda me'da sohasida og'riq kuzatiladi. Og'riq xarakteri turlicha bo'lishi mumkin: Kesuvchi, sanchuvchi, siquvchi va ba'zida kuchsiz og'riqlar kuzatiladi. Bemorlarda og'riq me'da yoki o'n ikki barmoqli ichak sohasida bezovta qiladi. Og'riq xuruji davrida bemorlar majburiy holatini (qorniga yotib, oyoqlarni qorin tomonga bukib, oldinga engashib) egallashga harakat qiladilar va og'riqning biroz pasayishiga erishadilar.

Yara kasalligida og'riq ko'proq ovqatlanishga bog'liqdir. Ovqatlanish bilan bog'liq holda og'riq erta, kech, och qoringa va tungi turlari kuzatiladi. Ovqatlanishdan keyin qisqa muddatda (20-30 daqiqada) paydo bo'ladigan erta og'riqlar me'da yara kasalligiga xos. Och qoringa bezovta qiladigan tungi va kech (ovqatlanishdan 1-2 soat o'tgach paydo bo'ladigan) og'riqlar o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligiga xos bo'lib, ovqatlanish og'riqning pasayishiga olib keladi. Yara kasalligida og'riqlar bilan birga dispeptik belgilar: ko'ngil aynishi, qusish, zarda qaynashi, kekirish va qabziyatlar kuzatiladi.

Yara kasalligi bilan kasallangan bemorlarda ishtaha yo'qolmaydi, ammo ovqatlanish bilan doimiy takrorlanuvchi og'riq tufayli bemorlar ovqatlanishdan yuz o'giradilar. Shu sababli kasallik qaytalanish davrida bemorlar yana ham ozib ketadilar. Bemorlarni ko'zdan kechirganda ularning ozg'inligi, asabiyligini, ko'p terlashga moyilligini aniqlash

mumkin. Til ko'zdan kechirilganda oq karash qoplanganligini, yonilishini, trofik o'zgarishlarni aniqlash mumkin. Me'da va o'n ikki barmoqli ichak sohasi yuzaki va chuqur paypaslanganda og'riq, qorin old devori mushaklarining biroz taranglashganligi aniqlanadi.



77-Rasm. Me'daning 2/3 qismi rezeksiyasi (Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak mobilizatsiyasi).

1-Oshqozon katta va kichik egriligidagi qon tomirlarini bog'lash. 2-Oshqozonning o'n ikki barmoqli ichakga o'tish qismidan ichak jomlari bilan qisib turish.



78. Rasm. Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakni kesib ajratish

Asoratlari. A) yaradan qon ketish; B) perforatsiya-yaraning teshilishi; V) penetratsiya-yaraning qo'shni a'zolarga bitishma hosil qilib o'tishi. G) Maleginizatsiya-yaraning rakka aylanishi; D) stenoz-yaraning chandiqlanib bitib qolishi (pilorik stenoz).

Tashxis. Tashxis qo'yish uchun bemorning shikoyati, kasallik tarixi, turmush tarixi ma'lumotlarini yig'ish zarur.

Laboratoriya tekshirish: qon va siydik umumiy tahlili, axlatni yashirin qonga tekshirish, qon guruhi va rezus faktorini, qon zardobidagi temir va qondagi qand miqdorini aniqlash muhim.

Instrumental tekshirish: Ezofagogastroduodenofibroskopiya, oshqozonni rentgen nuri yordamida, gastrofibroskop vositasi yordamida tekshirish, ureyazalitest (Heli-cobacter pilorini aniqlash uchun S 10-test) kabilarni o'tkazish mumkin.

Davosi. Oshqozon yarasi bilan og'riqan bemorlar yara xuruji kuchaygan bosqichda kasalxonada davolanadilar. Kun tartibiga, ovqatlanish tartibiga qat'iy rioya qilishlari shart.

Parhez ovqatlar buyuri-ladi.

№-1 (a, b) parhez stoli.

Yara kasalligida oqsil, yog', uglevodlar, vitaminlar, mikroelementlar me'yorida bo'lishi shart. Yara kasal-ligining o'ta kuchaygan davri-da qizilo'ngach, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavatini mexanik va kimyoviy ta'sirlardan saqlash zarur. Ov-qatlanish kuniga 5 marta buyurilib, ovqatlar yaxshi qaynatilgan, maydalangan va bug'da pishirilgan bo'lishi kerak. Yog'liq go'sht, baliq, sho'rvalar, sabzavot va qo'ziqorin quyuc qaynatma-lari, pishirilmagan, maydalan-magan va sho'r ta'mli sabzavot va mevalar, tuzlan-gan, dudlangan meva va go'sht mahsulotlari, achitqi, xamir mahsulotlari, qora non, sovuq ichimliklar, tarkibida ko'p miqdorda CO saqlagan mineral suvlar iste'mol qilish ta'qiqlanadi.

Kasallik avvaliga konservativ ya'ni dori darmonlar bilan davolanadi. Agar foyda bermasa kasallik qayta-qayta xuruj qilsa, bunda operatsiya yo'li bilan kasallik davolanadi.

Operatsiya asosan me'da va o'n ikki barmoqli ichak yaralarida me'da va ichak rezektsiyasi qilinib, qonab turgan yara olib tashlanadi. Kamdan-kam hollarda oshqozon rezektsiyasi amalga oshiriladi.

Me'da raki

Me'da raki aksariyat erkaklarda kuzatiladi. Rak ko'pincha me'daning piloris qismini va kichik egrilik sohasini, kamroq hollarda kardial bo'limni, juda kamdan-kam katta egriligini zararlantiradi.

Etiologiyasi. Oshqozon yara kasalligi bilan kasallanish, tarkibida konserogen moddalari ko'p bo'lgan maxsulotlarni iste'mol qilish, spirtli ichimliklarni ko'p ichish, nos, tamaki chekish, oshqozonda avval o'tkazilgan operatsiyalar, jarohatlar sabab bo'lishi mumkin. Umuman rak kasalliklarining kelib chiqish sabablari ko'p ya'ni polietiologik.

Klinikasi. Kasallikning boshlang'ich davrida kasallik alomatlari unchalik yaqqol namoyon bo'lmaydi, shuning uchun bemorlarning ko'pchiligi kasallik metastaz ya'ni boshqa a'zolarga tarqalgandan so'ng shiforkorga murojaat qilishadi. Bu kichik alomatlariga ishtaha yo'qolishi, jizzakilik, ovqat diskomforti sezgisi (bemor yaxshi ko'rgan ovqatini egani

bilan lazzatlanmaslik), ozib ketishlar, kichik alomatlar kiradi. Birmuncha kechikkan bosqichlarida to'sh osti sohasida og'riq paydo bo'ladi va bu sohani paypaslanganda o'sma qo'lga sezilishi mumkin. Rak me'daning pilorus bo'limida joylashganda ko'pincha me'dada ovqat evakuatsiyasining ushlanib qolishi kuzatiladi, bu esa me'dada ovqat massasining dimlanishiga sabab bo'ladi. (Bemorning og'zidan tuxum palag'da hid keladi, kofe quyqasiga o'xshash qayd qiladi, ovqat massasida avval yeilgan ovqat qoldiqlari topiladi). Bundan tashqari bemorda umumiy dispeptik belgilar darmonsizlik, ishtahasizlik, ko'ngil aynish, qusish, uyqu bosish kabi belgilar kuzatiladi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, fizikal, labarator va instrumental tekshirishlarga asoslanadi. Bemorning qorin yuqori qismi paypaslab ko'rilganda o'sma qo'lga unmaydi va biroz og'riq seziladi. Me'da shirasi tahlil qilinganda kislotalikning to'liq axeliyaga qadar pasayib ketganligi aniqlanadi. Me'dada ovqat massasi uzoq vaqt qolib ketganda me'dada sut kislotasining hosil bo'lishini aniqlash mumkin. Eng asosiy tekshirish usullaridan biri me'dani rentgenoskopik tekshirishdir. Bary eritmasi ichirilib rentgenoskopiya qilinganda me'da peristaltikasining shilliq parda relfining o'zgarishini va o'sma zonasidagi to'liq deffektni aniqlash mumkin. Tashxis qo'yishning asosiy usullaridan biri bu me'dani gastroskopiya qilishdir.

Davosi. Me'da rak kasalligini faqat operatsiya qilish zarur. Qachonki, boshqa a'zolarga metastaz bermagan bo'lsa, bunda me'dani keng rezektsiya qilib, o'sma kichik va katta charvilar bilan birga olib tashlanadi.

Operatsiya qilib bo'lmaydigan hollarda me'daning pilorus qismi sohasida me'da bilan ingichka ichak qovuzloqlari o'rtasida anastomoz (gastroenteroanastomoz, kardial soha rak kasalligida gastrostoma) qilinadi. Bu operatsiyalardan maqsad bemor umrini bir oz bo'lsa ham uzaytirishdir.

O'tkir xolesistit

Xolesistit – bu o't pufagining yallig'lanishidir. Bu kasallik ko'p tarqalgan bo'lib, ayollarda tez - tez uchrab turadi.

Etiologiyasi. Xolesistitning kelib chiqishida har xil bakterial floraning (ichak tayoqchasi, stafilokokk, enterokokk, streptokokk) ahamiyati katta, ba'zi hollarda iyamblioz ham ta'sir qiladi.

Xolesistit kelib chiqishida asosiy moyillik qiluvchi omil o't pufagida o't suyuqligining dimlanib qolishidir. O't- toshlari, o't chiqaruvchi yo'llarning buralib qolishi va siqilishi, turli xil emotsional holatlar, kam harakatlilik, ovqatlanish rejimining buzilishi, achchiq, sho'r va spirtli ichimliklarni ko'p iste'mol qilish kabi omillar sabab bo'ladi.

Klinikasi. O'tkir xolesistit o'ng qovurg'a osti va qorin usti sohasida birdaniga paydo bo'ladigan og'riqlar bilan boshlanadi. Ko'pincha og'riqlar o'ng yelkaga va o'ng kurak sohasiga tarqaladi. Bir necha soat davomida og'riq kuchayadi, lekin o't-toshi sanchig'ida uchraydigan og'riqlar kabi kuchli bo'lmaydi. Harakat, chuqur nafas olish og'riqni yanada kuchaytiradi.

Bemor ko'pincha o'ng tomonga va orqaga egilgan bo'lib, majburiy holatda o'tiradi. Tana harorati ko'tariladi. Yuz terisi rangpar, ahvoli og'ir, ingraydi.

Qaltirish paydo bo'ladi. Til quruqlashadi, oq karash bilan qoplanadi. Xuruj og'izning achchiq bo'lishi, ko'ngil aynish, qayta-qayta qusish, qorin dam bo'lishi, qabziyat bilan o'tadi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, fizikal tekshirishlar, laborator va instrumental tekshirishlarga asoslanib tashxis qo'yiladi. Qorin yuzaki paypaslanganda, o'ng qovurg'a ostida, ayniqsa, o't pufagi proyeksiyasida qattiq og'riq kuzatiladi, mana shu sohada qorin oldingi devori mushaklarining taranglashuvi aniqlanadi.

Qonning klinik analizida o'zgarishlar, yallig'lanishga xos bo'lgan belgidir (tayoqcha yadroli siljish bilan boradigan neytrofil leykositoz, EChT oshishi) bular asosiy ko'rsatkichlar bo'lib, bemorda o'tkir xolesistit borligi haqida ma'lumot beradi.

Ultratovush va kompterli tomografiya kasallikka aniq tashxis qo'yadi.

Davolash. O'tkir xolesistit bilan kasallangan bemorlarni jarrohlik bo'limlariga yotqiziladi. Kasallikning oldini olishni cho'zmaslik va uyda o'z bilganicha davolamaslik kerak, chunki bu kasallik yomon oqibatlarga olib keladi.

Kasallik o'rtacha kechganda va asoratlari kuzatilmasa, ta'sir doirasi keng antibiotiklar katta miqdorda beriladi, ampitsillin (har 4-6 soatda 0.5-1 g ichishga), oletetrin (0.5 g har 4-6 soatda ichishga) yoki tetraolean (0.1 g dan kuniga 3 marta muskul orasiga), vena ichiga 500 ml preparat 25-30 ml suvda (inektsiya uchun), levomitsetin (0.5-0.75 g) kuniga 4-6 marta tayinlanadi.

Spazmolitiklar, atropin sulfat, no-shpa kabi preparatlar buyuriladi. Parxezga rioya qilish, issiq shirin choy, mineral suvlar, yog'li ovqatdan o'zini tiyish kabilar tavsiya etiladi.

Agar yuqoridagi konservativ davolash foyda bermasa, jarrohlik yo'li bilan o't pufagini olib tashlash operatsiyasi-xolesistektomiya operatsiyasi bajariladi.

O't-tosh kasalligi

O't-tosh kasalligi – gepatobiliar tizim kasalligi bo'lib, biluribin va xolesterin almashinuvining buzilishi natijasida paydo bo'lib, o't pufagidagi va o't yo'llarida tosh hosil bo'lishi bilan xarakterlanadi.

O't-tosh kasalligi asosan 40 yoshdan oshgan kishilarda uchraydigan tarqalgan kasallikdir. Aksariyat ayollar kasallanadi.

Etiologiyasi. Modda almashinuvining buzilishi-qonda xolesterin va biluribin almashinuvining buzilishi, o't pufagining yallig'lanish kasalliklari, o't pufagida o't suyuqligining uzoq vaqt dimlanib qolish holatlari, ovqatlanish rejimining buzilishi, sho'r va achchiq maxsulotlarni ko'p iste'mol qilish.

Klinikasi. O't pufagi tosh kasalligida qorin o'ng yuqori kavdrantida, ayrim hollarda epigastral sohada ya'ni qorin yuqori qismida og'riqlar kuzatiladi. Og'riq ko'pincha o'ng kurakga va belga tarqaladi.

Og'riq aksariyat parxez buzilganda, jismoniy zo'riqishda ya'ni harakatdan keyin kuchayadi. Xuruj to'xtagandan keyin bemorlar hech nimadan shikoyat qilmay, o'zlarini sog'lom his qilishlari mumkin. Biroq ularda o'ng qovurg'a ostida og'irlik va simillovchi og'riq bo'lib, u ovqatlanishdan keyin kuchayadi, qorin dam bo'ladi, ich ketadi, og'iz achchiq bo'ladi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, fizikal, laborator va instrumental tekshirishlarga asoslanadi.

O't-tosh kasalligida yuza paypaslanganda o't pufagi proyeksiyasida og'riq va shu soha qorin devori muskullarining taranglashganligi, Ortner-Gregorov simptomi-o'ng qovurg'a ravog'i ustiga qo'l kaft qirrasini bilan Myussekin urilganda o't pufagi proyeksiyasida og'riqning bo'lishi, Georgevskiy simptomi- bemor boshini chap tomonga qaratib, o'ng tomon imo-ishora muskulining to'sh o'mrov suyagiga birikish joyidagi oyoqchalari orasiga bosh barmoq bilan bosilganda o't pufagi proyeksiyasida og'riqning bo'lishi.

Laborator tekshirish: qon va siydik tahlili, qondagi xolesterin, amilaza, qondagi qand miqdori, koprogramma, duodenal shirani bakteriologik tekshirish, umumiy bilirubin va uning fraksiyalari, AsAt, AlAt, IfA, umumiy oqsil va oqsil fraksiyalari, S-reaktiv oqsil tekshiriladi. Qorin bo'shlig'i rentgenografiyasi, UTT tekshirishlar o'tkaziladi.

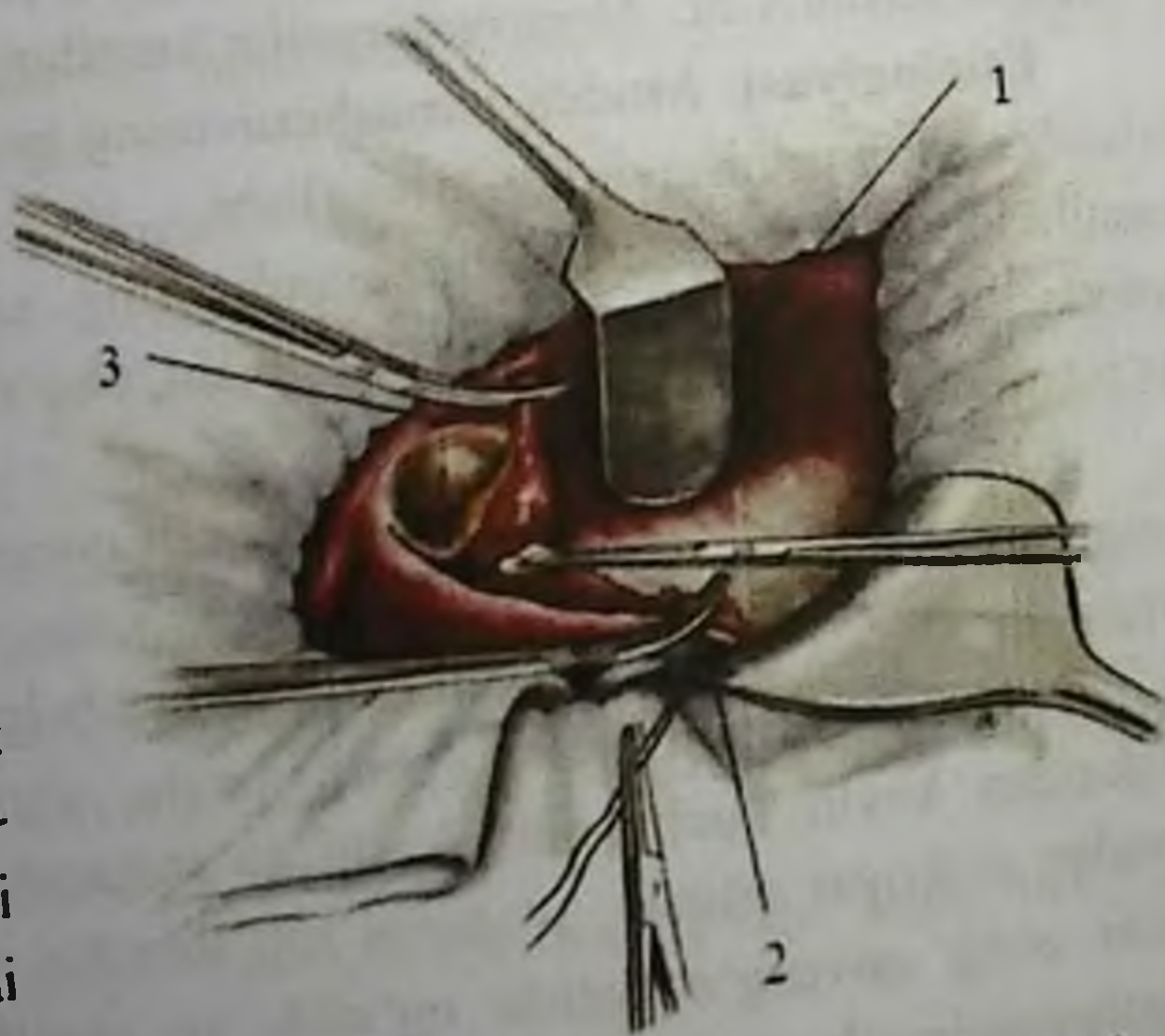
Davolash. Bemorga parhez tayinlanadi. Bemorlarga avval konservativ davo o'tkaziladi.

1. Me'dani nazogastral zond bilan bo'shatiladi, chunki me'da parezi o't puqagida va o't yo'llarida dimlanishni battar qiyinlashtiradi.

2. Paranebral novokainli blokadasini.

3. Spazmolitiklar. Kuniga 2 marta til ostiga 1/2 tabletka nitroglitsirin ta-yinlanadi, arterial bosimini nazorat qilgan holda, chunki u Oddi sfinkteriga tanlab spazmolitik ta'sir ko'rsatadi. Atropin sulfat 1ml 0,1% li eritmasi, no-shpa, gali-dor o't pufagi bo'ynidagi sfinkterni o'shashtiruvchi ta'sir ko'rsatadi.

4. Infuzion terapiya 5% li glyukoza eritmasi va Ringer eritmasi



79-rasm. Xolesistektomiya operatsiyasi
1-Ko'zgu yordamida jigarni ko'tarib turish. 2-Ductus cystica va a. cysticani bog'lash. 3-O't pufagini bo'yinchasidan ajratish.

yubori-shni o'z ichiga oladi.

5. Simptomatik davvo o'tkaziladi ya'ni og'riqqa va isitmaga qarshi chora-tadbirlar ko'riladi.

Agar konservativ davvo foyda bermasa, og'riq xurujlari tez-tez qaytalanib tursa jarrohlik yo'li bilan o't pufagini olib tashlash operatsiyasi ya'ni xolesistektomiya operatsiyasi bajariladi. (79-rasm).

Jigar absessi

Jigar Absessi - jigar parenximasiga mikroblar yoki parazitlar tushishi hisobiga chegaralangan yiringli yalliglanishdir.

Jigar Absessi birlamchi va ikkilamchi, bakterial va parazitlar bo'ladi.

Etiologiyasi. Jigar bakterial Absesslari qorin bo'shlig'idagi ko'p yalliglanish kasalliklarining asorati hisoblanadi. Qorin bo'shlig'i a'zolarining yalliglanish kasalliklari (destruktiv appenditsit, nospesifik yarali kolit, destruktiv xolesistit), umumiy septik holatlar (bakterial sepsis, osteomielit, yarali kolit, me'da yarasi penetratsiyasi va jigarning ochiq shikastlanishlari) sabab bo'lishi mumkin.

Klinikasi. Jigarning bakterial Absesslari rivojlanishining ilk bosqichlarida turli-tuman klinik belgilar bo'lishi mumkin. Kasallikning asosiy belgilari: tana haroratining ko'tarilishi, g'araq-g'araq terlash, o'ng qovurg'a ostida simillovchi og'riqning bo'lishi kuzatiladi. Taxikardiya, nafas qisilishi kuzatilib bemorning umumiy ahvoli og'irlashadi. Yirik va ko'p sonli jigar Absesslarida gepatomegaliya ya'ni jigarning kattalashishi kuzatiladi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv, labarator, instrumental tekshirishlar o'tkaziladi. Ob'yektiv ya'ni paypaslash va perkussiyada Absess proyeksiyasida maksimal perkutor yoki palpator og'riq zonasini aniqlash mumkin. Qonning umumiy tahlilida yiringli intoksikatsiya ko'rsatkichlari va kamqonliklar aniqlanadi. Jigarning ultratovushli tekshirishlarida Absess joylashgan joy va uning o'lchamlarini hamda jigardagi boshqa patologik tuzilmalarni ham aniqlash mumkin.

Davosi. Favat jarrohlik yo'li bilan davolanadi. Opearatsiyaning asosiy usuli-yiringli bo'shliqni ochish va drenaj nay qo'yib chiqish. Bu usul yakka yoki bir necha yirik Absess o'choqlari bo'lganda qo'llaniladi. Agar Absess joylashgan joy aniq bo'lsa, yiringli bo'shliq ichidagi yiring

chiqarib uning bo'shlig'iga antibiotiklar yuboriladigan takror punksiyalardan ham foydalaniladi.

Jigar exinokokkozi

Jigar exinokokkozi og'ir parazitar kasallik bo'lib, hozirgi vaqtda ham tibbiyotda, xalq xo'jaligida jiddiy muammolar tug'dirmoqda. O'rta Osiyo mamlakatlari shu jumladan O'zbekistonning ko'pgina viloyat va tumanlarida bu kasallik keng tarqalgan. Exinokokkozning ikkita formasi: kistoz va alveolyar formalari farq qilinadi. Exinokokkozning kistoz formasi exinokokkoz tasmaimon gijjasi (*Echinococcus granulosus*) rivojlanishining kistali yoki lichinkali bosqichi bilan bog'liq kasallik hisoblanadi.

Etiologiyasi. Gijjaning asosiy xo'jayini - it, mushuk, bo'ri; oraliq xo'jayini - odam, qoramol, qo'ylar. Odam organizmiga suv, yuvilmagan meva, sabzavotlar bilan tushgan gijja tuxumlari me'da yoki ingichka ichak devoriga kiradi va qon tomirlar hamda limfatik yo'llar orqali jigar yoki o'pkaga yetib boradi va zararlaydi. Jigar exinokokkozining klinik kechishi bo'yicha kasallikning asosiy uch bosqichi farq qilinadi.

1-bosqich-yashirin, simptomsiz

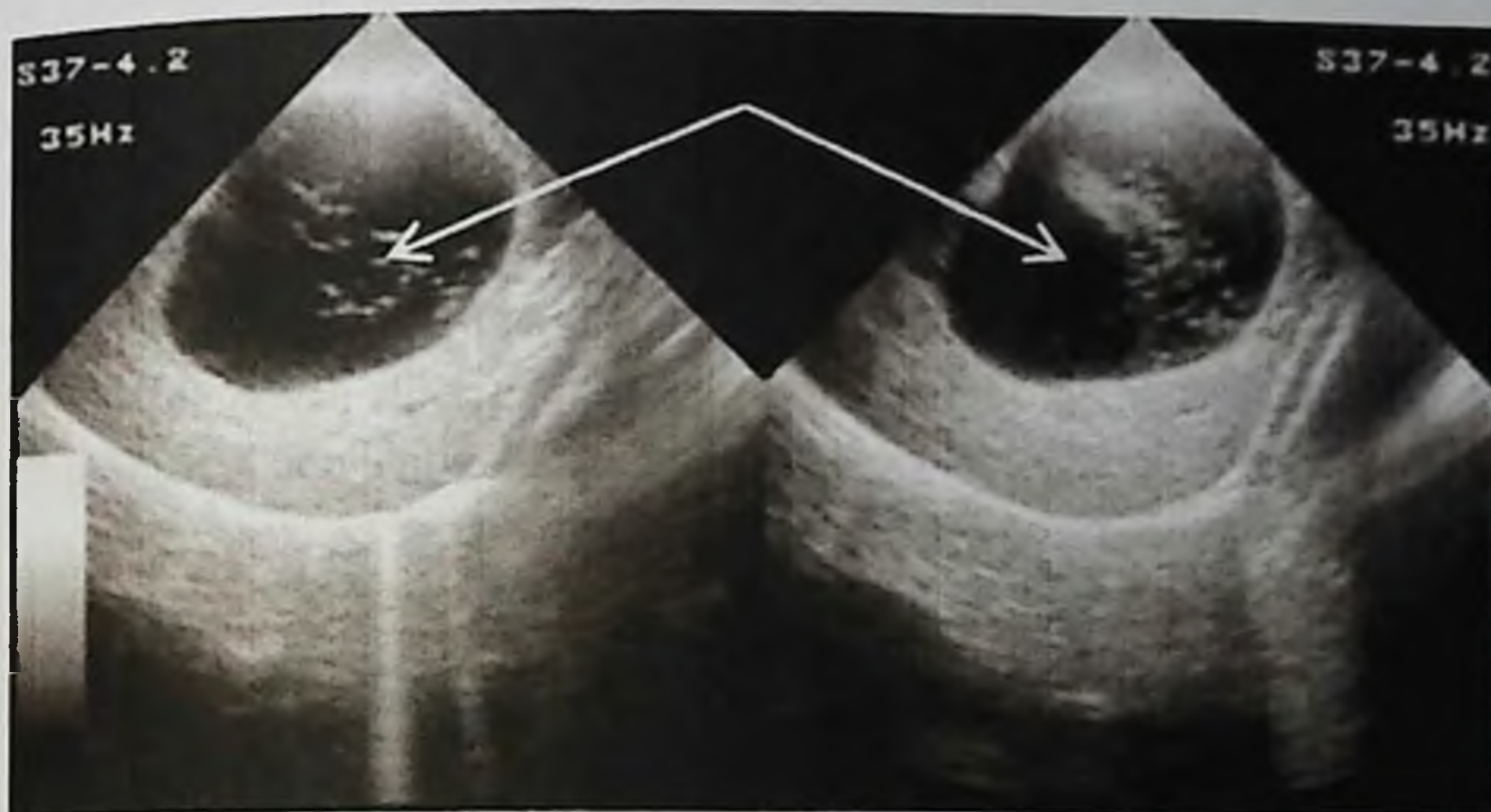
2-bosqich- klinik simptomlar paydo bo'lishi

3-bosqich-asoratlar bosqichi.

Klinikasi. Odatda exinokokk pufaklari asta-sekin o'sadi va besh oy o'tgandan keyin o'lchami 5-20 mm ga etadi. Jigar exinokokkozi bir necha yillar davomida rivojlanadi. Kasallikning boshlang'ich davrida bemorni hech narsa bezovta qilmaydi. Bu davr odatda yashirin kechadi va bemorni boshqa a'zolar kasalligini tekshirish paytida va operatsiya qilish vaqtida tasodifan aniqlanadi. Keyinchalik bemorda o'ng qovurg'a ostida og'riq va og'irlik hissi paydo bo'ladi. Og'riq o'ng kurakga, orqaga va belga tarqaladi. Bemorlar behollikga, tez charchab qolishga, ko'ngil aynish, qusishga va hatto ozib ketishga shikoyat qiladilar. Ba'zan og'iz achchiq bo'lishi, ko'z sklerasining va terining sarg'ayishi ham kuzatiladi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamneziga, fizikal, laborator va instrumental tekshirishlarga asoslanib tashxis qo'yiladi. Jigar sohasi paypaslab ko'rilganda o'ng qovurg'a osti sohasida og'riqning bo'lishi, laborator tekshirishda qonda eozonofillarning miqdori oshganligi, UZI

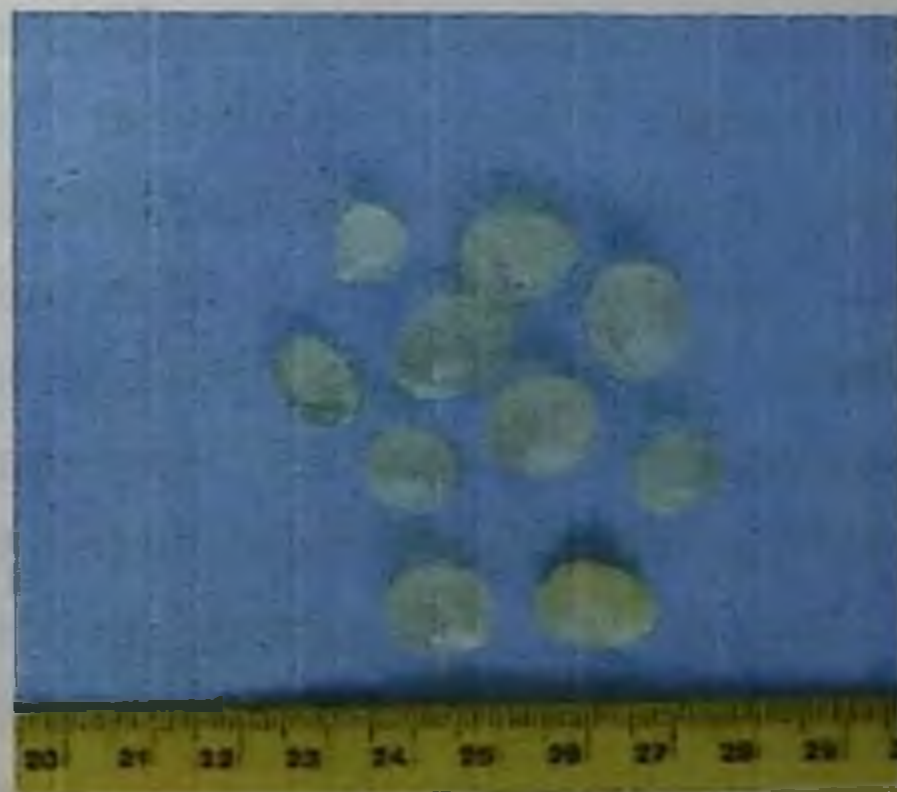
tekshirishda exinokokk pufakchasi joylashgan soha va uning o'lchamlarini aniqlash mumkin. (80-rasm).



80. Rasm. Jigar parenximasida aniq konturli gomogen hosila (jigar exinokokkozi UTTda ko'rinishi)



81-rasm. Jigar exinokokkozining xitin qobig'i.



82-rasm. Qiz pufakchalar.

Davosi. Kistaning joylashuvi, o'lchami, shuningdek kasallikning klinik kechish bosqichiga ko'ra operatsiyaning bir necha usullari qo'llaniladi. Agar exinokokk puqakchasi yorilmagan va ideal bo'lsa,

exinokokkektomiya-butun kistani xitin va fibroz pardalari bilan birga bo'shlig'ini ochmasdan olib tashlash operatsiyasi bajariladi.

Meda osti bezi shikastlari

Meda osti bezi uning anatomik tutgan o'rni muvofiq holda kamdan-kam shikastlanadi va qorin bo'shlig'i a'zolari hamda qorin pardasi orqasidagi bo'shliqning hamma shikastlari orasida 1-3%ni tashkil etadi.

Etiologiyasi. Yopiq shikastlar aksariyat (60% hollarda) avtomobil halokatida rul dastagining qoringa bevosita zarbi natijasida paydo bo'ladi. Bundan tashqari balandlikdan yiqilib tushganda umurtqa pog'onasining ortiqcha va tez egilishi hamda yozilishida uchraydi.

Klinikasi. Meda osti bezi shikastlarining klinik manzarasi shikast olgan odam ahvolining nihoyatda og'irligi bilan xarakterlanadi. Bevosita shikastlanish natijasida bemorlarda og'ir shok holati rivojlanadi (teri qoplamlari oqaradi, sovuq ter bosadi, taxikardiya, arterial va venoz bosimning pasayishi), tez orada bemorda og'ir intoksikatsiya belgilari qo'shiladi. Qorinning yuqori va bel sohasida keskin og'riq paydo bo'ladi, og'riq o'rta chiziqdan chap tomonda bo'ladi, qorin devorida nafas xarakatlari cheklanadi, paypaslaganda mushaklar tarangligi aniqlanadi.

Tashxis. Bemor shikoyati anamnezi, fizikal, laborator va instrumental tekshirishlarga asoslanadi. Fizikal tekshirishda bemor qorin yuqori qismi mushaklarning taranglashganligi, qon va siydikda tripsin, amilaza, lipaza va elestazaning anchagina oshganligi aniqlanadi. Instrumental tekshirishlardan, laparoskopiya va selektiv angiografiya kabi tekshirishlar o'tkazilib, kasallikga aniq tashxis qo'yiladi.

Davosi. Qorin shikastlangan bemorlarni zudlik bilan kasalxonaga yotqizish zarur. Qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlarida puxtalik bilan taftish qilish zarur. Buning uchun qorin o'rta chizig'i bo'yicha laparotomiya kesimi o'tkaziladi. Bezning tanasi va dumi shikastlanganda chap tomonlama rezeksiya qilish lozim. Agar me'da osti bezi boshchasi shikastlangan bo'lsa, qorin parda orqasidagi klechatkani silikon naychalar bilan drenaj qilish va o't yo'llarini dekompressiya qilish maqsadida xolistoma qo'yish lozim.

Me'da osti bezi kistasi

Me'da osti bezi kistalari bezning o'zida hamda uni o'rab turgan to'qimalarda kapsula bilan chegaralangan suyuqlik yig'ilgan bo'shliqdir.

Kasallik turli yoshga oid guruhlarda, erkaklar va ayollar o'rtasida bir xilda uchraydi.

Etiologiyasi. Kelib chiqishiga ko'ra kistalami quyidagi 5 guruhga bo'lish mumkin:

1) Embrional davridagi rivojlanish negizida kelib chiqqan kistalar (bularga dermoid kistalar, oddiy kistalar, bezdagi fibroz-kistoz o'zgarishlar va polikistozlar);

2) Yalig'lanish jarayoni sababli kelib chiqqan kistalar (bez bo'laklarining chiqaruv yo'li bekilib qolishidan paydo bo'lgan soxta, ko'p kamerali retension kistalar);

3) Shikastlanishlardan keyin paydo bo'lgan kistalar;

4) O'sma kistalar (sistadenoma, sistadenokarsinoma, teratoma);

5) Parazitar kistalar (exinokokk);

Klinikasi. Me'da osti bezi kistalarining belgilari kista etiologiyasiga, uning o'lchamlariga, joylashuviga va qancha vaqtdan buyon mavjudligiga bog'liq. Kista o'lchami kattalashmasdan ilgari og'riq sezgilari kuzatilmasligi mumkin. Me'da osti bezi o'smalarida ko'pincha to'sh osti sohasida og'riq paydo bo'ladi. O'g'riq orqaga yoki belning chap yarmiga o'tadi, bu ko'pincha yalig'lanishga aloqador psevdokistalarda uchraydi. Kista me'da osti bezi boshchasida joylashganda umumiy o't yo'li bosilishi va sariqlik paydo bo'lishi mumkin. Kista asta-sekin o'sib boradi va epigastral soha paypaslaganda to'sh ostida og'riq, konsistensiyasi elastik, kam siljiydigan sharsimon o'sma aniqlanadi. Keyinchalik kista tez o'sadi va boshqa a'zolarida asoratlari paydo qiladi. Me'da osti bezining eng ko'p uchraydigan asoratlari bular kista bo'shliqlariga qon quyilish, yiringlashi, yonilib peritonit rivojlanishi, tashqi va ichki oqmalar, qo'shni a'zolari bosib qo'yishi kabilardir.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, fizikal, laborator tekshirish va instrumental tekshirishlar o'tkaziladi.

Fizikal tekshirishda qorin epigastral sohasi paypaslanganda og'riqning bo'lishi, to'sh ostida kam siljiydigan sharsimon hosilaning aniqlanishi, qon va siydikda me'da osti bezi fermentlarining oshishi,

rentgenologik tekshirishda me'da, ko'ndalang chambar ichakning odatdagi vaziyatidan oldinga va yuqoriga yoki pastga surilganligi aniqlanadi.

Kompyuter tomografiyasi va ultratovush bilan skanerlash me'da osti bezi bilan bog'liq bo'lgan kistaning suyuqlikka to'lganligini aniqlash mumkin.

Davosi. Me'da osti bezi kistalarida operatsion yo'l bilan davo qilinadi. Bu operatsiyalarda kistani oddiy drenaj qilish, kistani kesish va bezni qisman kista bilan rezeksiya qilish. Me'da osti bezi boshchasida joylashgan unchalik katta bo'lmagan kistalarda transduodenal sistoduodenostomiya qilinadi, bu kista bilan o'n ikki barmoqli ichak o'rtasida anastamoz hosil qilishdan iborat.

O'tkir pankreatit

O'tkir pankreatit- me'da osti bezining bez to'qimalari o'z fermentlari bilan autolizi ya'ni o'z-o'zini yemirish natijasida kelib chiqadigan o'tkir kasallikdir.

Bu kasallik ko'p uchraydi va qorin bo'shlig'i a'zolarining boshqa kasalliklari orasida o'tkir appenditsit va o'tkir xolesistit kasallilaridan keyingi o'rinni egallaydi.

Etiologiyasi. O'tkir pankreatitning rivojlanish sabablari turli tumandir. Me'da osti bezining shikastlanishlari, jumladan operatsiya vaqtidagi shikasti ham ahamiyatga ega. Bundan tashqari turli xil stress faktorlar ham pankreatit kasalligining kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Turli xil garmonal dori vositalarni qabul qilish, toksikoallergik guruhga kiruvchi infeksiyalar, allergiyalar, immunologik buzilishlar ko'p va qiyin hazm bo'luvchi ovqatlarni istemol qilish, spirtli ichimliklar ichish kasallikni keltirib chiqaradi.

Klinikasi. Kasallik aksariyat to'sh osti sohasida va chap qovurg'alar ostida og'irlik sezgisi, og'riq, kekirish, qorinning dam bo'lishi ko'rinishidagi dispeptik buzilishlar bilan namoyon bo'ladi. Og'riq o'tkir pankreatitning asosiy va doimiy simptomi hisoblanadi. Og'riq ko'pincha to'satdan paydo bo'ladi. Xarakteriga ko'ra og'riq juda kuchli, simillovchi, doimiy, kamroq hollarda vaqti-vaqti bilan tutib turuvchi og'riqlar bezovta qiladi. Og'riq shu qadar qattiq bo'ladiki, bemorlar ba'zan hushdan ketib qoladi. Og'riq chap va o'ng qovurg'alar ostida joylashishi mumkin ya'ni belbog'simon ko'rinishdagi og'riqlar kuzatiladi. Og'riq orqaga, elkalar

ustiga, to'sh suyagi orqasiga tarqalishi mumkin. Og'riq xuruj qilganda gavda vaziyati ko'pincha majburiy holatda bo'ladi. Tana harorati normal yoki subnormal bo'ladi, qachonki bemorning tana harorati ko'tarilsa me'da osti bezida qandaydir asorat borligini bildiradi. Bemorni ko'rganda teri va shilliq qavatlar rangi oqargan, sianotik tusli bo'lishi mumkin. Til quruq, gungurt-kulrang karash bilan qoplangan bo'ladi. Qorin bir tekis ko'tarilgan, qorin devori mushak himoyasi kuchsiz, qorinning yon devorlari va kindikda sianoz belgilari kuzatiladi.

O'tkir pankreatit uchun xos bo'lgan simptomlar

Voskresenskiy simptomi – epigastral sohada qorin aortasida pulsatsiyaning yo'qolishi.

Meyo-Robson simptomi – chap qovurg'a-umurtqa burchagiga turtkilab ko'rganda og'riqning bo'lishi.

Kuller simptomi – qorin yon devorlarida va kindikda ko'karishning paydo bo'lishi.

Grey-Turner simptomi – qorin bir tekis ko'tarilgan, lekin mushak himoyasi kuchsiz.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, fizikal, laborator va instrumental tekshirishlarga asoslanib tashxis qo'yiladi. O'tkir pankreatit tashxisini yanada oydinlashtirishda quyidagi simptomlar ahamiyatli. Bularga qorinning yuqori bo'limlarida gir aylanib o'rab oladigan og'riq, taxikardiya va arterial bosimning pasayishi kiradi. Qorin paypaslab ko'rilganda qorin ko'tarilgan lekin taranglashmagan va ichak peristaltikasi bo'lmaydi. Kompyuter tomografiya va UZi bilan tekshirganda me'da osti bezining o'lchamlarini, strukturasiining bir xil emasligini aniqlab beradi.

Davosi. Bemorlarda eng avvalo me'da osti bezi fermentlaridan zaharlanishning oldini olish chora-tadbirlar ko'riladi:

1) Me'da suyuqligini aspiratsiya qilish ya'ni so'rib olish va me'dani sodali sovuq eritma bilan yuviladi. Oddi sfinkteribagi spazmni yo'qotish uchun atropin sulfat yuborish mumkin.

2) Spazmolitiklar yuborib ishlab chiqarilgan fermentlarning normal evakuatsiyasini ta'minlash. (no-shpa, papaverin, platifillin).

3) Qon o'zaniga yoki qorin bo'shlig'iga tushgan fermentlarni yo'qotish; qorin bo'shlig'ini drenajlash va siydik haydovchi vositalarni qo'llash.

4) Ishlab chiqarilgan fermentlar aktivligini pasaytirish (kontrikol, gordoks, stadol va boshqalar).

Konservativ davo 36-48 soat mobaynida foyda bermasa va me'da osti bezi strukturasi buzilishlari bo'lsa, bunda jarrohlik yo'li bilan davolanadi. O'tkir pankreatitni jarrohlik yo'li bilan davolashning bir necha xil tiplar mavjud:

1) charvi xaltasini drenajlash;

2) me'da osti bezi dum va tanasini rezeksiya qilish;

pankreatektomiya-me'da osti bezini olib tashlash kabi operatsiyalar bajariladi.

Qorin bo'shlig'i a'zolarining kasalliklari va shikastlari bo'lgan bemorlarni parvarish qilish

Qorin bo'shlig'i a'zolarining yopiq shikastlarida va teshib o'tadigan jarohatlarda operatsiyadan oldingi tayyorgarlik iloji boricha qisqa bo'lishi kerak. Gigienik vanna, tozalash huqnasi, me'dani yuvish kabi tadbirlarni qo'llash mumkin emas. Umumiy tayyorgarlikka kelganda faqat qorindagi tuklar qiriladi va teri iliq suv bilan artiladi. Bemorning qovug'i bo'shatiladi. Operatsiyadan oldingi tayyorgarlikning qolgan qismi shokka, yurak tomirlar shishining susayib ketishiga va anemiyaga qarshi qaratilishi lozim. Operatsiyadan so'ng bemor karavotning bosh tomonini balandroq qilib chalqancha yotqizib qo'yiladi. Operatsiyadan keyingi parvarish qaysi a'zo xastalanganiga qarab olib boriladi.

Me'da-ichak operatsiyalaridan keyin birinchi kuni og'iz orqali ovqatlantirish mumkin emas. Operatsiyadan keyingi kunlarda bemorga bir-ikki litrgacha 5% li glyukoza, shuncha miqdorda fiziologik eritmani parenteral yuborish, 250-500 ml plazma, yog' emulsiyasi quyish maqsadga muvofiq. Bundan tashqari, yurak dorilari, antibiotiklar, narkotiklar tayinlanadi. Bemor me'da va ichak rezeksiyasidagi kabi ovqatlantiriladi. Birinchi kunlari me'dada suyuqlik yig'ilib qolishi mumkin. Suyuqlikni burun orqali chiqarish uchun me'daga ingichka zond tushiriladi, suyuqlik shpris orqali tortib olinadi. Ichak peristaltikasini kuzatish uchun uchinchi

kundan boshlab tozalovchi huqna qilinadi. Operatsiyadan so'nggi 2 kunda bemor suwab o'tkaziladi, 4-kuni yurishga ruxsat beriladi. 8-10kuni choklar olinadi.

Peritonitli bemorlarni parvarish qilish

Operatsiyadan keyingi davrda dezintoksikatsion terapiya: suyuqlik, glyukozani ko'p miqdorda parenteral yuborish, qon, plazma, gidrolizatni transfuziya qilish, antibiotiklar va novokainni qorin bo'shlig'iga drenaj orqali va muskul ichiga yuborish tavsiya etiladi. O'pkadagi asoratlar, yurak-tomirlardagi buzilishlarga qarshi kurash olib boriladi.

Bemor o'mida boshini baland qilib yotqiziladi (Fovlor holati). Qoringa sovuq muzli xaltacha qo'yiladi. Ich dam bo'lishiga qarshi choralar ko'riladi. Bemorni me'da va ichak operatsiyalaridagi qoida bo'yicha ovqatlantiriladi.

Churrani kesishdan so'ng bemorlarni parvarish qilish

Katta churralari operatsiya qilingan bemorlarni parvarish qilishga alohida etibor beriladi. Bunday bemorlarda operatsiyadan keyin qorin ichidagi bosim birmuncha ko'tariladi. Natijada diafragma yuqorida turib qolib, yurak ishi va o'pkaning nafas olishdagi harakati qiyinlashadi. Bu holatning oldini olish uchun operatsiyadan ikki-uch hafta oldin bemorga Trendelenburg vaziyati beriladi (karavotning oyoq tomoni ko'tarib qo'yiladi) va churra ichidagi a'zo to'la-to'kis to'g'rilanadi. Operatsiyadan keyin nafas gimnastikasi muhim o'rin tutadi.

Churrani kesishda ichakni tayyorlashga katta ahamiyat beriladi. Chunki aksari bunday bemorlarning ichi kelmasligi kerak. Operatsiyadan 3-4 kun oldin surgi dori beriladi. Operatsiyadan bir necha kun oldin ichakni tozalash uchun huqna qilinadi. Operatsiyadan keyingi davrda og'riq, shish, orxit va epididimitning oldini olish uchun suspensoriy taqish kerak. Bir haftadan so'ng bemorga o'rindan turishga ruxsat beriladi.

Me'dasi operatsiya qilingan bemorlarni parvarish qilish

Operatsiyaga umumiy tayyorgarlik bemorning ahvoli, kasallikning turi va asoratlariga qarab belgilanadi. Asoratlanmagan turida tayyorgarlik umumiy qoidaga binoan olib boriladi, bunga qo'shimcha qilib bir kun oldin kechqurun me'da yuviladi. Kamqon bemorlarni operatsiyaga tay-

yorlashda qon, eritrositar massa quyish yo'li bilan kamqonlikka qarshi kurash olib boriladi.

Me'daning chiqish bo'limi torayganda me'da cho'ziladi. Bemor ko'p qusadi, suv, fermentlar, tuzlar yo'qotiladi. Me'da tonusini oshirish va intoksikatsiyani kamaytirish uchun operatsiyadan bir necha kun ilgari bemorning me'dasi har kuni 0, 25% li xlorid kislota eritmasi bilan yuviladi.

Suv-tuz balansini tiklash maqsadida oqsilli, qon o'rmini bosadigan suyuqlik, tuzlar, suv, vitaminlar parenteral yuboriladi.

Operatsiyadan 3 kun o'tgach bemor to'sh osti sohasida og'irlik sezishidan, noxush kekirishdan va qusishdan shikoyat qilishi mumkin. Bunga anastomoz shish, me'da kulturasi parezi sabab bo'lishi mumkin. Yordam ko'rsatish me'da ichidagi suyuqlikni vaqt-bevaqt evakuatsiya qilishdan iborat.

Me'dasi operatsiya qilingan bemorning parhezga rioya qilishini qat'iy kuzatib borish zarur. Operatsiyadan keyingi birinchi kuni bemor ovqatlantirilmaydi. Suv-tuz, oqsil va vitamin balansini quvvatlab turish uchun suv, tuzlar, oqsil va vitaminlar parenteral yo'l bilan yuboriladi.

Ikkinchi kuni (asorat bo'lmasa) kun mobaynida taxminan 2 stakan suv yoki qandsiz choy ichishga ruxsat beriladi. Ikkinchi kundan boshlab mexanik ozor yetkazmaydigan 1-a (qand, moy, xom tuxum, kisel va hokazo) stol buyuriladi. Keyinchalik parhezni kengaytirib, odatdagidek 1-b, 1-stolga o'tkaziladi. Me'da kislotaliligi pasayishi sababli me'da rezeksiyasidan so'ng ovqat hazmini me'yorga solish uchun bemorga suyultirilgan xlorid kislota, pepsin va me'da shirasi beriladi. Me'da rezeksiyasidan so'ng bemorga har 2-3 soatda oz-ozdan ovqat beriladi.

Jigar va o't-yo'llari operatsiya qilingan bemorlarni parvarish qilish

Jigar funksiyasi buzilganda operatsiyaga tayyorgarlik - o'mida yotish qoidasi va parhezga rioya qilish (yog'larni cheklash), vitaminlarni katta miqdorda yuborish (5-stol), glyukozani insulin bilan birga yuborishdan iborat. Jigar funksiyasining chuqur buzilishlari bilan o'tadigan obturatsion sariq kasalligi bor bemorlarni ayniqsa sinchiklab tayyorlash talab etiladi. Obturatsion sariq kasalligida o'tning jigarga normal oqib kelishi to'xtaydi.

Shu tariqa yog'lar va vitamin K ning singishi buziladi, bu esa o'z navbatida protrombin ishlab chiqarilishining buzilishiga va qon ivish jaryonining izdan chiqishiga olib keladi.

Bunday holda operatsiya qilinganda operatsiya ancha qon oqishi bilan o'tadi. Bu asoratlarning oldini olish uchun vitamin K yoki uniig o'mini bosadigan vikasol, kalstiy xlorid yuboriladi, plazma oz-ozdan quyiladi. Umumiy o't yo'li drenaj qilinadigan operatsiyalarda tibbiyot hamshirasi operatsiyadan keyingi davrda drenaj naychani jarohatdan tushib qolmasligi, drenaj sistemasi buzilmaganligi ustidan kuzatuv olib borishi kerak. O'tkir hodisalar bosilgandan so'ng o't suyuqligining xususiyati o'zgaradi. U birmuncha tiniq, ipir-ipirsiz va yiringsiz bo'lib qoladi. Shu paytdan boshlab drenaj uchun avval 1-2 soatga, so'ngra bundan ko'proq vaqtga yuqoriga ko'tarib qo'yiladi. Bemorning ahvoli yomonlashsa, sariqlik ko'paymasa, odatda 10-12 kundan so'ng drenaj olinadi.

To'g'ri ichak va orqa chiqaruv yo'li kasalliklari va tekshirish usullari

To'g'ri ichak tekshirish uchun qulay. Bemorni defekatsiya aktidagi kabi cho'qqayib o'tqazib qo'yilganda to'g'ri ichakning chiqqanini, tashqi bavoil tugunlarini ko'rish mumkin. Barmoq bilan tekshirishni bemor oyoqlarini qorniga tortib, yonboshi bilan yotgan holatda o'tkaziladi. Buning uchun rezina qo'lqop kiyiladi. Ko'rsatkich barmoqqa mo'l qilib vazelin surtiladi va asta-sekin to'g'ri ichakka kiritiladi. Barmoq bilan tekshirish to'g'ri ichakdagi gemorroidal tugunlarni, to'g'ri ichak yoriqlarining zichlashgan chetlarini va shu kabilarni aniqlash mumkin. Asboblar bilan tekshirish o'tkazishdan oldin bemorning yo'g'on va ingichka ichaklari huqna qilib tozalanadi. Tekshiruv tizza-tirsak vaziyatida olib boriladi. Rektal ko'zguga vazelin surtiladi va ehtiyotlik bilan 8-10 sm ichkariga kiritiladi. Uni asta-sekin chiqara turib, to'g'ri ichak ko'zdan kechiriladi. Rektoromonoskopiyadan ko'pgina ma'lumotlar olish mumkin. Rektoramonoskopiyaga vazelin surtiladi va u 25-30 sm ichkariga kiritiladi. Ballon yordamida ichakka havo yuboriladi va asbobni chiqarayotganda ichak shilliq pardasi ko'zdan kechiriladi. To'g'ri ichak shilliq pardasigina emas, balki, yo'g'on ichak pardasi ham kolonofibraskop yordamida

tekshiriladi. Elastik optikasi bor bu asbob kerakli burchak ostida egiladi va yo'g'on ichakning anchagina bo'limlarini ko'zdan kechirish imkonini beradi.

Orqa chiqaruv yo'lining yorig'i

Etiologiyasi. Anal teshik sohasida zich najas massalari, yot jimlar to'planishi, mikroshikastlanishlar natijasida orqa chiqaruv yo'li yoriqlari yuzaga keladi.

Klinikasi. Defekatsiya vaqtida kuchli og'riq bo'ladi, ozroq qon yoki seroz qon aralash suyuqlik paydo bo'ladi. Bemorlar og'riq hisobiga defikatsiya aktini bajarishga qo'rqib qoladilar va ichning reflektor qotishiga olib keladi. Ichning qotishi o'z navbatida defikatsiya aktida og'riqning yanada kuchayishiga olib keladi. Ko'pincha og'riq hisobiga sifinkter tonusi oshib, yoriq atroflari va uning ichi zichlashganligi qayd qilinadi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlarga asoslanadi.

Davolash. Yoriq yangi bo'lganda konservativ davo qilinadi. Birinchi navbatda qabziyatning oldini olish, buning uchun parxez ovqatlar tanlash kerak. Bu ichning muntazam yumshoq kelishini ta'minlaydi. Bemorga kanakunjut qaynatmasi yoki vazelin moyi ichiriladi. To'g'ri ichakka 50-100 ml dan iliq zaytun moyi yuboriladi, novokainli shamcha buyuriladi, kaliy permanganant yoki ichimlik soda solingan vannaga o'tirish, mikrohuqnalar tayinlanadi. Konservativ davo foyda qilmasa, operatsiya yo'li bilan davolanadi.

Paroproktit

Paroproktit - to'g'ri ichak yon atrof to'qimasining yiringli yallig'lanishiga aytiladi.

Etiologiyasi. Kasallikni ko'pincha stafilokokk, stretokokk, enterokokk, ichak tayoqchasi va boshqalar keltirib chiqaradi. Bundan tashqari anal teshik atrofidagi yoriqlar, lat eyishlar, jarohatlar, qabziyatlar va bichilishlar ham sabab bo'ladi.

Paroproktit kechishiga ko'ra: o'tkir va surunkali bo'ladi.

Paroproktitning joylashgan joyiga ko'ra quyidagi turlari farq qilinadi: 1. Teri osti; 2. Shilliq parda osti; 3. Quymich-rektal; 4. Chanoq-to'g'ri ichak; 5. Retro-rektal.

Klinikasi. O'tkir paropraktitning klinikasi uning turiga va joylashgan joyiga bog'liq bo'ladi. Teri osti shaklida yallig'lanish chegarasida teri sohasining qizarishi, shishishi, defikatsiya vaqtida og'riqning kuchayishi kuzatiladi. Bu sohani paypaslab ko'rilganda unchalik qattiq bo'lmagan og'riqli infiltrat aniqlanadi. Shilliq osti shaklida defikatsiya vaqtida og'riq kuzatiladi. Rektal tekshiruvda to'g'ri ichak shilliq pardasida infiltratsiya sohasi aniqlanadi. Quymich-rektal shaklida yallig'lanish jarayoni to'g'ri ichak atrofidagi chanoq kletchatkasini egallaydi. Bemorda lo'qillovchi og'riq, yuqori harorat, et uvishishi bilan o'tadi. Rektal tekshirishda to'g'ri ichak atrofida infiltratsiya aniqlanadi va dumbaning pastki sohasida sezilarli asimmetriya kuzatiladi. Chanoq-to'g'ri ichak shaklida jarayon chanoq tubidan yuqoriga tarqaladi va orqa chiqaruv yo'li yallig'lanishining tashqi belgilari bo'lmagan holda og'ir septik holat bilan kechadi. Retro-rektal shaklida jarayon to'g'ri ichakning orqa tomonida joylashadi va tevarak atrofidagi to'qima yiringlab iriydi. Kasallik oraliq sohasining og'rishi, haroratning ko'tarilishi, et uvishishi, leykositoz va shu kabilar bilan kechadi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlar, laborator tekshirishlar, chanoq bo'shlig'i rengenografiyasiga asoslanadi.

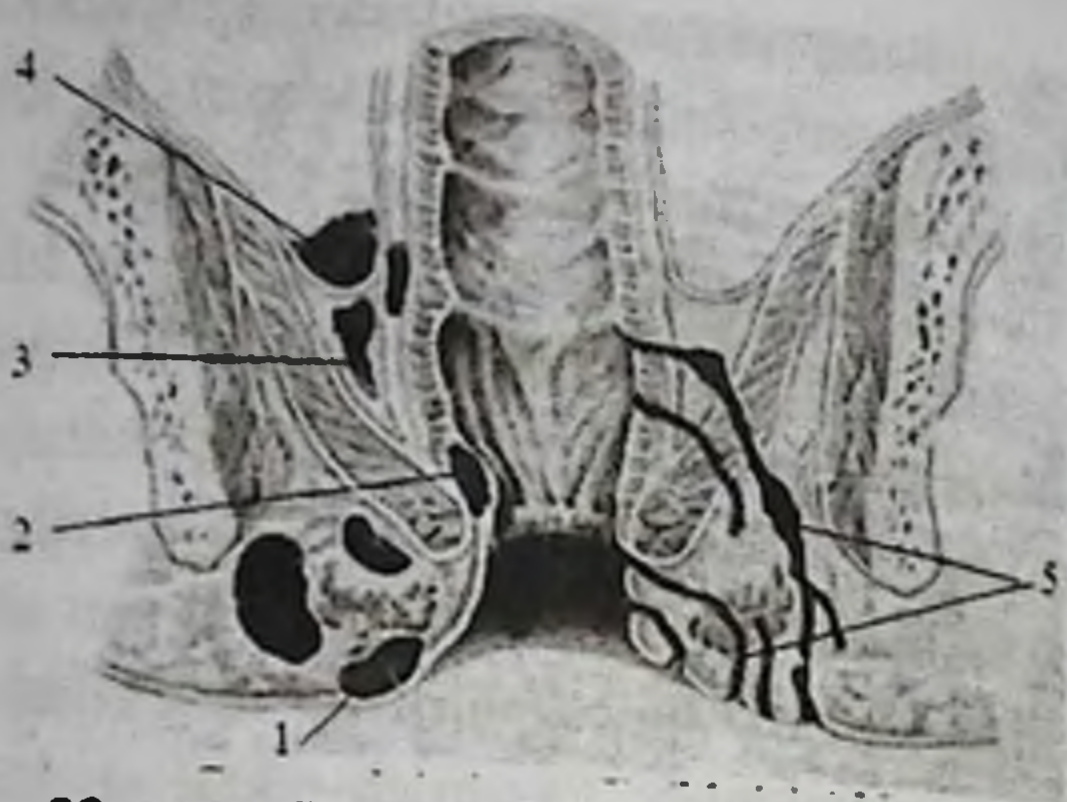
Davolash. Kasallik boshlanishida, hali to'qimalar yiringlab iriy boshlamagan paytda umumiy davo choralari ko'riladi. Bularga antibiotiklar, UVCh, mahalliy yarim o'tkazgichli lazerlar va kaliy permanganant solingan iliq vannachalarda o'tirish buyuriladi. Konservativ davo naf bermagan hollarda paropraktitning hamma turlarida yiringli bo'shliq kesilib, kriptoektomiya qili-nadi va yiringli bo'shliq dre-najlanadi. Bemorga operatsi-yadan keyin 3-4 sutkagacha defikatsiya to'xtatib turish uchun shlaksiz parxez ov-qatlar beriladi. Umumiy anti-bakterial va dezintoksikatsion davo olib boriladi.

Davolash. Kasallik boshlanishida, hali to'qimalar yiringlab iriy boshlamagan paytda umumiy davo choralari ko'riladi. Bularga antibiotiklar, UVCh, mahalliy yarim o'tkazgichli lazerlar va kaliy

permanganant solingan iliq vannachalarda o'tirish buyuriladi. Konservativ davonaf bermagan hollarda paropraktitning hamma turlarida yiringli bo'shliq kesilib, kriptoektomiya qilinadi va yiringli bo'shliq drenejlanadi. Bemorga

operatsiyadan keyin 3-4 sutkagacha defikatsiya to'xtatib turish uchun shlaksiz parxez ovqatlar beriladi. Umumiy antibakterial va dezintoksikatsion

davo olib boriladi. O'tiriladigan davolovchi vannachalar tayinlanadi. Har bir defikatsiyadan keyin, albatta, yara bog'lanadi. Surunkali paropraktit o'tkir paropraktitning asorati bo'lib, unda oqma orqali doim yiring yoki suyuqlik ajralib turadi. Davosi – rejali ravishda oqmani bartaraf qilish operatsiyasini o'tkazishdir.



83-rasm. Paropraktitning turli xil ko'rinishi va oqma yaralari.

1-Perianal paropraktit. 2-Shilliq osti.
3-Isheorektal. 4-Pelviorektal paropraktit.
5-Anarektal oqmalar

Bavosil

Bavosil – to'g'ri ichak venoz chigallarining muayyan varikoz kengayishiga aytiladi. Joylashgan joyiga ko'ra: ichki va tashqi bavosil farq qilinadi. Ichki bavosilni ko'z bilan ko'rib bo'lmaydi, uni barmoq yoki rektoskop usuli bilan tekshirish mumkin. Tashqi bavosil tugunlari anal teshik yaqinlarida ko'rinadi. Ko'pgina hollarda bu tugunlarning yallig'lanishi kuzatiladi.

Etiologiyasi. Doimiy bir xil vaziyatda o'tirish (haydovchilar, hisobchilar), doimiy ich qotish, homiladorlik, kam haraktlilik bavosilga sabab bo'ladi.

Bu kasallikni kuchaytiruvchi omillar: sho'r, achchiq va spirtli ichimliklarni ichishdir.

Klinikasi. Kasallikni boshlanish davrida bemorlarni hech narsa bezovta qilmaydi. Ko'pgina hollarda ichki bavosil tugunlari katta bo'lganda va sfinkterni bekkitish funksiyasi etarli bo'lmaganda tashqariga chiqib qoladi, bu – sfinkter funksiyasini yanada pasaytirib, najasning

tashqariga chiqishiga olib keladi, bu esa o'z navbatida anal teshik sohasini qichishtiradi, terisi bichiladi va og'riydi. Qator hollarda defikatsiya paytida kuchli og'riq yuzaga keladi, najas ustiga toza qon tomchilaydi va shundan so'ng bemorlar o'zlarini yaxshi his qiladilar. Bavosil tugunlarida tez-tez qon ketish kamqonlikka olib kelishi mumkin. Bavosil kasalligi o'z vaqtida davolanmasa, sfinkter etishmovchiligiga va bavosil tugunlari tromboflebitiga olib keladi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlar, laborator, bimanual va rektal ko'zgu yordamida tekshirishlarga asoslanadi.

Davolash. Asoratlanmagan bavosilda ich qotishining oldini olish uchun parxez buyuriladi. Ich qotganda kanakunjut moyi yoki vazelin moyi ichishga buyuriladi. Teri bichilganda kaliy permanganant solingan vannaga kuniga 2-3 marta defikatsiya aktidan keyin o'tirish buyuriladi. Qon ketishi kamroq bo'lganda gemostatik vositalar - vikasol, ditsinon, kalsiy xlorid, gemofobin va boshqalar qo'llaniladi. To'g'ri ichakka og'riqni qoldirish maqsadida defikatsiya aktidan 30-40 daqiqa oldin novokainli shamchalar qo'yish buyuriladi. Bavosil tugunlari trombozida 5% li kaliy permanganant eritmasi solingan iliq vannaga o'tirish buyuriladi. Agar bavosilda qonashga va yallig'lanishga moyillik bo'lsa operatsiya qilib davolanadi. Yallig'lanishning o'tkir davrida operatsiya qilish mumkin emas. Operatsiyadan keyingi davrda ich kelishini bir necha kunga to'xtatib qo'yilishi shart. Buning uchun bemorga kletchatkasi kam ovqatlar beriladi.



84-rasm. Tashqi bavosil operatsiyasi.
1-Bavosil tugunini gemmoroidal qisqichi bilan ushlab turish. 2-Bavosil tugunini bog'lash.



85. rasm. To'g'ri ichak anatomik ko'rinishi

Bular xavfsiz o'smalardir. Ular yakka va ko'p sonli tariq donidan toki yong'oq kattaligigacha bo'ladi.

Klinikasi. To'g'ri ichak poliplari ko'pincha tug'ma bo'ladi. To'g'ri ichak pastki qismlarida joylashgan poliplar orqa chiqaruv yo'li orqali chiqib qolishi ham mumkin. Bemorlarda tenezma, ba'zan qon ketishi kuzatiladi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlar, bimanual, rektoskopiya va rektaromonoskopiya, agar to'g'ri ichak yuqorisida joylashgan bo'lsa, kolonoskopiya kabi tekshirishlarga asoslanadi.

Davolash. To'g'ri ichak yuqori qismlarida joylashgan poliplarda ichakning tegishli bo'lagi kesib olib tashlanadi. Pastki qismlarda joylashgan poliplarda polipning o'zi olib tashlanadi.

To'g'ri ichak raki

To'g'ri ichak raki anchagina ko'p uchraydi. Ko'proq ayollarga nisbatan erkaklar kasallanadi. Orqa chiqaruv yo'li raki kamroq uchraydi, biroq xatarli bo'lib hisoblanadi. To'g'ri ichak raki kasalligi gematogen va limfogen yo'li bilan metastazlanadi.

Etiologiyasi. To'g'ri ichakda o'tkazilgan ko'p bor operatsiyalar, to'g'ri ichak shikastlanishlari, ichak oqmalari, to'g'ri ichak o'sma kasalliklarini o'z vaqtida davolamasliklar sabab bo'ladi.

Klinikasi. To'g'ri ichak rak kasalligi klinikasi kasallikning bosqichiga bog'liq bo'ladi. Bemorda avvaliga kasallik simptomlarsiz o'tadi. Keyinchalik ich ketishi bilan almashilib turadigan qabziyat, tenezmalar, to'g'ri ichakdan shilimshiq, qon va yiring ajralishi kuzatiladi. O'sma o'sib qalinlashganda to'g'ri ichak bo'shlig'i bekilib qoladi, bu — quyi ichak tutilishiga sabab bo'lishi mumkin.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlar, bimanual, rektoskopiya va rektaromonoskopiya, agar to'g'ri ichak yuqorisida joylashgan bo'lsa, kolonoskopiya, gistologik tekshirishlarga asoslanadi.

Davolash. Kasallikning dastlabki bosqichlarida radikal operatsion davo qilinadi — to'g'ri ichakni o'sma bilan birga sog'lom to'qimalar

chegasigacha olib tashlanadi. Ichakning qolgan qismini oraliq orqali o'tkaziladi yoki qorin devoriga chiqariladi. Kasallikka radikal xirurgik davo qilishning iloji bo'lmaganida, kasallik zo'rayganda sigmasimon ichak bo'lagini qorin chap yonbosh sohasida tashqariga chiqarib qo'yish yo'li bilan g'ayritabiiy orqa chiqaruv yo'li (anus pretenaturavis) yasaladi. Bundan tashqari nurterapiya radikal davo qilishga imkon bermasada, rak o'smasining o'sishini birmuncha sekinlashtiradi. Polleativ davolashda bemor ikki-uch yilgacha yashashi mumkin.

Yo'g'on va ingichka ichak operatsiyalaridan keyin bemorlarni parvarish qilish

Jarohatga infeksiya tushishi, choklar so'kilib ketishining oldini olish uchun ichaklar najas massalaridan qunt bilan tozalanishi katta ahamiyatga ega. Bemor operatsiyaga 3-5 kun tayyorlanadi. Parhezga alohida ahamiyat beriladi. Ovqatning kaloriyasi yetarli bo'lishi kerak. Operatsiyadan 2-3 kun oldin surgi dorilar beriladi.

30% li magniy sulfat eritmasidan kuniga 6-8 marta bir osh qoshiqdan ichishga beriladi. Ertalab va kechqurun tozalovchi huqna qilinadi. Infeksiyani yo'qotish uchun 3 kun oldin bemorga ichak florasiga ta'sir qiladigan antibiotiklar (kolomitsin, streptomitsin, tetratsiklin) beriladi. To'g'ri ichakdagi operatsiyadan bir kun oldin ichaklar qunt bilan tozalanadi (tozalovchi huqna qilinadi). Ertalab ichaklarni chayishda suvlardan xoli qilish uchun rezina naycha kiritilib, tozalovchi huqna qilinadi, oraliq yuviladi.

Yo'g'on ichakdagi operatsiyadan keyin to'g'ri ovqatlanish tartibining ahamiyati katta, ichaklarni to'ldirib yuborish va peristaltikani erta yuzaga keltirish xavfli (choklarning so'kilib ketishi xavfi bor). Operatsiyadan keyingi birinchi kundan boshlab suyuqlik ichishga ruxsat etiladi. Ikkinchi kundan boshlab bemorga kletchatkasi kam suyuq ovqat bera boshlash mumkin. Sut mahsulotlari, non, mevalar bermay turiladi. Besh kun mobaynida opiy nastoykasi beriladi, tunda ichishga vazelin moyi tayinlanadi. 7-8-kunga tozalovchi huqna qilinadi.

To'g'ri ichakdagi operatsiyadan keyin bemorni parvarish qilish yo'g'on ichak operatsiyasidagi singari bo'lib, unga qo'shimcha ravishda to'g'ri ichakka Levamikol va Vishnevskiy mazi surtilgan tamponga

o'ralgan rezina naycha kiritiladi. O'rin-ko'rpa qon va malhamdan ifloslanmasligi uchun kleyonka solinadi. Tamponlar 3-kunida almashtiriladi. Almashtirishdan 10 daqiqa oldin og'riqsizlantiruvchi dori vositalardan in'ektsiya qilinadi. Defekatsiya aktidan keyin esa kuchsiz kaliy permanganat eritmasi solingan vannaga o'tiriladi va anal teshik sohalarini steril sochiq yoki marli bilan quritiladi. So'ngra shu sohaga bog'lam qo'yiladi.

Najas fistulasi bor bemorlarni parvarish qilishning o'ziga xos usuli bor. Fistula va fistula atrofidagi teri muttasil parvarish qilishni talab etadi. Fistula atrofidagi terining shilinishiga yo'l qo'ymaslik uchun bunday bemorlarda jarohatdagi bog'lamni tez-tez almashtirib turish kerak.

Bog'lamni bemor harakat qilganda sirg'alib ketmaydigan qilib qo'yish kerak. Har gal ichak bo'shatilgandan so'ng ichak shilliq pardasining chiqib qolgan qismiga vazelin moyiga botirilgan salfetka qo'yish, ustiga paxtali boshqa salfetka yopish, so'ngra bint yoki maxsus bandaj bilan mahkamlash kerak.

Kleol yoki yopishqoq plastir ishlatish tavsiya etilmaydi. Chunki bog'lamlarni tez-tez almashtirishda teri shilinishi mumkin. Fistula atrofidagi teriga Lassar pastasi yoki boshqa endiferinit mazini surtish lozim.

Fistula shakllangandan va operatsion jarohat bitgandan so'ng terining ta'sirlanishini kamaytirish uchun har kuni vanna qilib turish kerak. Najas ushlanib qolganda huqna qilish zarurati tug'iladi. Buning uchun qo'lqop kiyish, barmoqni fistula orqali o'tkazib, ichakning yuqoridagi bo'limi bo'shlig'ini aniqlash, unga uchlik kiritish va ehtiyotlik bilan 500-600 ml suv quyish kerak. Bu tadbir najas massalarining chiqishiga imkon beradi.

Me'dani yuvish davo maqsadlarida bajariladi. Me'dani stenozlaydigan yaralari ichak tutilishi, sifatsiz mahsulotlar va kuchli ta'sir qiladigan moddalardan zaharlanish me'dani yuvishga ko'rsatmalar hisoblanadi.

Me'dani yuvish yurak-tomir kasalliklari, yurak etishmovchiligi, miokard infarkti bor bo'lgan bemorlarga monelik qiladigan hol hisoblanadi. Me'daniyuvish uchun yo'g'on me'da zondi, sig'imi 0, 5-1 litrli voronka va me'da zondi bilan voronkani tutashtiradigan rezina naycha ishlatiladi. Bemor stulga yotqiziladi va kleyonka fartuk taqiladi. Undan

og'izni ochish va burun orqali chuqur nafas olish so'raladi. Suvga ho'llangan meda zondi og'iz orqali qizilo'ngachga kiritiladi. Shu vaqtda bemor yutish harakatlarini bajarishi kerak. Agar zondlashning iloji bo'lmasa, Kotter usulidan foydalanish mumkin. Ko'rsatkich barmoq halqumga maksimal kiritiladi. U bilan til bosiladi va barmoqning yonidan zond kiritiladi, ba'zan burun-halqum o'ta sezuvchan bo'lganda zondlashdan 2-3 minut oldin 10% li novokain eritmasi ham surtiladi. Voronkani bemorning tizzalari orasida tutib turgan holda suv bilan to'ldiriladi va bemor og'izdan sekin-asta 25 ml yuqoriga ko'tariladi. Voronkadagi suv sathi naychaga yetishi bilan voronkani pastga tushirib avvalgi holda tutib turiladi. Me'dadagi suv bilan suyultirilgan me'da suyuqligi to'kib tashlanadi. Bu muolaja me'da suyuqligi to'liq haydalguncha bir necha marta takrorlanadi.

Ovqat hazm qilish a'zolarining xirurgik kasalliklarini davolash va parvarishlashda parhezning ahamiyati nihoyatda kattadir.

Ovqat hazm qilish a'zolarining xirurgik kasalliklariga tegishli parhezlar:

0-parhez

Operatsiyadan keyin 2-3 kunga ta'yinlanadi. Bunga suyuq va yelimshak, tez hazm bo'ladigan, me'da-ichak yo'llarini qitiqlamaydigan ovqatlar kiradi. Bunga go'sht bulyoni, suzilgan kompot, na'matak qaynatmasi, mevalar yelimshagi (jele) kiradi.

Kaloriyasi-1100kkal, uglevodlar 210gr, oqsillar 10gr, yog'lar 12gr, osh tuzi 3gr. Ovqat har 2 soatda yeyiladi.

0 "b" parhez

o parhezga nisbatan bir oz kengaytirilgan -sovuq bo'tqa, bug'da pishirilgan pudding, oqsilli quymoq (omlet), chala pishirilgan tuxum kiradi. Uglevodlar 310gr, oqsillar 30gr, yog' 12 gr. Parhez 3-4 kunga ta'yinlanadi.

0 "v" parhez

Shu parhezdan so'ng keyingi parhezlarga o'tiladi: bunda oldingi parhezga bug'langan tvorog, yog'siz baliq yoki tovuqni qaynatib pishirib, bug'latib beriladi, meva pyurelari yoki suyuq osh, limon choy. Qo'shimcha vitaminlar beriladi. Kaloriyasi 1700 kkal. Tarkibi- 340gr uglevod, 60 gr

oqsil va 30 gr yog'dan iborat. Bu parhez balansli ovqatlanishga o'tish davridagi parhez deb qaraladi.

1-parhez.

Birinchi parhezga-1a, 1b, 1v, 1 va boshqa parhezlar kiradi. Bu parhezda chegaralangan ovqatlanishdan ancha kengaytirilgan ovqatlanishga o'tish asta-sekinlik bilan olib boriladi. Birinchi parhez ovqat hazm qilish tizimini mexanik, kimyoviy termin jihatdan avaylash uchun harakat va sekretor funksiyalarni ehtiyot qilishi ko'zda tutadi. U 0-parhezdan keyin asosan qorin bo'shlig'ida bajariladigan urologik va ginekologik operatsiyalardan keyin me'da va o'n ikki barmoq ichak yara kasalliklarida, surunkali gasteritlarda tayinlanadi.

1-"a" parhez

Oshqozon va o'n ikki barmoq ichak yara kasalliklarida ta'yinlanadigan boshlang'ich parhez bo'lib, operatsiyadan keyingi davrda 10-12 kunga bemor to'shakda yotganda tayinlanadi. Buning tarkibiga qaynatilgan yorma (krupa), qaynatilgan go'sht yoki baliq suflesi, sutda pishirilgan suyuq bo'tqa, chala pishgan tuxum yoki uning quymog'i (omlet), tvorog, suv bilan aralashtirilgan achchiq bo'lmagan meva shirasi kiradi. Non berilmaydi. Kuniga 6 marta oz-ozdan ovqat beriladi. Kaloriyasi 2100kkal, oqsillar 60gr, yog'lar 100gr, uglevodlar 220gr.

1-"b" parhez

Ko'pincha bemor ikki hafta 1-"a" parhezida bo'lgandan keyin tayinlanadi. Tarkibiga 1-"a" parhezdagi ovqatlar kirib, unga 80-100gr oq non, go'sht va baliq qiymasi kuniga 2 marta beriladi. Qirg'ichdan o'tkazib pishirilgan bo'tqa ham qo'shiladi. 1-"b" parhezi 10-14 davomida beriladi. Kaloriyasi 2500 kkal, oqsillar 100gr, yog'lar 100gr, uglevodlar 330gr, osh tuzi 4gr.

1-"v" parhez

Asosan 1-parhezga o'tish arafasida tayinlanadi. Bu parhezning tarkibiga oq non, sabzavot va meva pyurelari (kartoshka, sabzi, olma va boshqalar), bug'da pishirilgan go'sht va baliq kotletlari, qiymalari qo'shiladi. Shunday qilib, yara kasalligiga qarshi davolash parhezi quyidagilardan iborat: 1-"a" parhezi (2 hafta davomida), 1-"b" parhezi (5-7 kun). Bu parhezlardan keyin ancha vaqt 1-parhez asosiy parhez qilib

tayinlanadi. Bu parhez yara kasalligini davolashda yakunlovchi hisoblanadi.

2-parhez

Bu umumiy ovqatlanishga o'tishdagi parhez hisoblanib, 1 va 5-parhezdalardan keyin tayinlanadi va yetarli darajada chegaralanganligi bilan ajralib turadi. 2-parhez surunkali gastrit, sekretor funksiyasi yetishmovchiligida ta'yinlanadi (gipoatsid holati bo'lganda). Bu parhez payli go'sht, o'simlik to'qimasiga boy ovqatlar, qovurilgan somsalar ta'qiqlanib, chopilgan go'sht qiymasi, sho'rva go'shti yog'siz baliq, chala pishirilgan tuxum, sut mahsulotlari, sho'rvaga solingan sabzavot, oq non tavsiya qilinadi. Kaloriyasi 3000kkal, oqsillar 100gr, yog'lar 100gr, uglevodlar 400-450gr. 2-parhezni uzoq vaqtga ta'yinlash mumkin.

3-parhez

Tarkibi har xil sabzavotli bo'lib, ich ketishlarda, alimentar sababli ichak harakatining pasayishi, bavo sil va orqa chiqaruv teshigi yorilganda va boshqalarda qo'llaniladi. O'z tarkibi bo'yicha 3-parhez oddiy, umumiy ovqatning o'rtacha aralash patsioni bo'lib, faqat issiq suyuqliklar (quyuq choy, kofe, kakao) hamda oq non, tortlar chegaralangan bo'ladi. To'qimalarga boy, ichak harakatini yaxshilaydigan oziq-ovqatlar (sholg'om, sabzi, sabzavotlar, mevalar va boshqalar) tavsiya etiladi.

4-parhez

Keng miqyosida (4-parhez) va chegaralangan holda (4-"a"parhezi) qo'llaniladi. Keng miqyosda 4-parhez enterokolit va surunkali kolitlarda, xuruj bo'lmagan vaqtlarda ta'yinlanadi. To'qimalarga boy oziq-ovqatlarni qo'shmasdan (sabzavot, qora non) ta'yinlanadi. Kimyoviy avaylashga quyuq bulyonlarni, sous, shirinliklar va sutli ovqatlarni ta'qiqlash bilan erishiladi. 4-parhez ancha keng, balans qiladigan taomlarni o'z ichiga olganligi uchun uzoq vaqtga ta'yinlashishi mumkin.

5-parhez

Balanslangan ovqatlar tarkibiga kirib, organizmning asosiy oziq-ovqatga bo'lgan talabini to'la qondiradi. Bu parhez jigar, o't yo'llari va ichakning surunkali kasalliklarida tavsiya etiladi. Bundan tashqari, Botkin kasalliginida, gepatit, sirroz, xolesistitlarda, gastrit va kolitlarda tavsiya etiladi. 5-parhez jigar funksiyasini normaga keltirish, o't ajralishni

yaxshilaydi va lipotrop xususiyatini kuchaytirib, yog'lar va xolesterin almashinuvini yengillashtirish uchun tavsiya etiladi. Yog'lar, tuxum sarig'i iloji boricha kamaytirib, qovurilgan taolar, obdon pishirilgan ovqatlar ta'qiqlanadi. Uglevodlar miqdori ko'paytiriladi 500gr, shular hisobidan shakar 100gr, metionin va sabzavotlar beriladi. Kaloriyasi 3000kkal, oqsillar 100 gr, yog'lar 70gr, uglevodlar 500gr. Kuniga 5 marta ovqatlantiriladi.

Jigar va o't yo'llari kasalliklari xuruj qilganda 5-"a"parhezi, 5-parhezning kiradigan 5"p"parhezi asosan pankreatitlarda tayinlanadi. Bu asosan 4 ta parhezdan tashkil topib, yallig'lanishning davriga qarab tayinlanadi.

VI. BOB

Buyrak va siydik yo'llarining xirurgik kasalliklarida hamshiarlik parvarishi

Buyrak va siydik yo'llarining anatomo-fiziologik xususiyatlari

Siydik a'zolari bir juft buyrak, ularning siydik yo'llari, qovuq va tashqi siydik chiqarish kanalidan iborat. Siydik ajratish a'zolarining asosiy vazifasi moddalar almashinuvi natijasida hosil bo'lgan organizmga keraksiz moddalarning chiqib ketishini ta'minlaydi.

Buyraklar va siydik yo'llarining shikastlari.

Buyrak jarohatlari siydik bilan qon kelib turishi, gematoma hosil bo'lishi, jarohatdan siydik kelib turishiga olib boradi. Buyraklarning jarohatlanishi, odatda, qon yo'qotish va shok bilan birga o'tadi.

Buyrakning jarohatlanib qolgani operatsiyani shak-shubhasiz zarur qilib qo'yadi. Operatsiya hajmi to'qimalarning nechog'li ko'p shikastlanganiga bog'liq bo'ladi. Parenxima ezilib ketgan bo'lsa, buyrak olib tashlanadi, kichikroq jarohatlar yetganida esa shikastlangan joyi ketgut iplar bilan tikib qo'yiladi yoki buyrak qutbi olib tashlanadi.

Buyraklarning yopiq shikastlari.

Etiologiyasi. Odam baland joydan yiqilib tushganida, bel sohasi siqilib qolganida, lat yeganida ro'y beradi. Pastki qovurg'alarining sinishi ham buyrak parenximasining shikastlanishi bilan birga davom etishi mumkin.

Klinikasi. Buyrak parenximasi yoriladi yoki ezilib ketadi, kapsula tagida gematomalar paydo bo'ladi, buyrak jomlari yorilib, buyrak oyoqchasi uzilib ketadi.

Buyraklarning shikastlanganini ko'rsatadigan asosiy alomatlar gematuriya, bel sohasida og'riq paydo bo'lib, uning siydik yo'li bo'ylab sezilishi, belda gematoma hosil bo'lishidir.

Gematuriya siydikning ko'rinishiga qarab belgilanadi, siydik qizil-qo'ng'ir tusga kirib qoladi. Buyrak oyoqchasi uzilib ketgan yoki siydik yo'lga qon laxtasi tiqilib qolgan bo'lsa, gematuriya kuzatilmaydi. Kletchatkaga siydik singib ketishi flegmona paydo bo'lishiga olib keladi.

Tashxis. Qorin va bel sohasini tekshirib ko'rish, siydikni makroskopik va mikroskopik yo'l bilan tekshirib chiqish, venadan yoki retrograd yo'l bilan kontrast moddalar yuborib, pielografiya, stistografiya qilib ko'rish natijalariga qarab qo'yiladi.

Davosi. Buyrak lat yeganida, unda gematomalar bo'lganida konservativ davo qilinadi: bel sohasiga sovuq narsa qo'yiladi, gemostatik, ya'ni qonni to'xtatadigan dori-darmonlar (kalsiy xlorid, vikasol) beriladi, gematuriya butunlay yo'qolib ketmaguncha bemorga o'midan turmay yotish buyuriladi.

Buyrak parenximasi yorilgan va ichki qon ketish hodisasi boshlangan bo'lsa, xirurgik operatsiya zarur bo'lib qoladi. Bez sohasini katta qilib kesib, buyrak yalang'ochlanadi. To'qimasining ko'p joyi ezilib ketgan bo'lsa, buyrak olib tashlanadi, parenximasining kichik-kichik joylari yorilgan bo'lsa, choklar qo'yilib, drenaj qoldiriladi.

Qovuq shikastlari

Etiologiyasi. Qorin pastki bo'limlari, oraliq bevosita shikastlanganida, chanoq suyaklari singanida qovuqqa shikast yetadi, bundan tashqari turli xil sovuq qurollarni ishlatish natijasida ham kuzatiladi.

Qovuqning yorilishi. Qovuq ikki tipda: qorin pardasi bilan qoplangan joyidan va qorin pardasi bilan qoplanmagan joyidan yorilishi mumkin.

Qorin pardasi bilan qoplangan joylardan yorilganida qovuqning ustki va orqa tomondagi devori zararlanadi.

Qovuq qorin pardasi bilan qoplanmagan joylardan suyak parchalari bilan yorilganida muskul qatlami va shilliq pardasi shikastlanadi, bu qov, oraliq, son sohasiga siydik oqib tushib, keyin flegmonalar boshlanishiga olib boradi.

Klinik manzarasi. Qovuqning yorilishi ko'pincha shok bilan birga davom etadi. Odamni tez-tez zahartang qilgani bilan siydik kelmaydi. Ba'zan bir oz miqdor qon aralash siydik keladi yoki uretradan qon tomchilari chiqadi. Qovuq qorin pardasi bilan qoplangan joylardan yorilgan bo'lsa, tez orada peritonit simptomlari paydo bo'ladi.

Qovuq qorin pardasi bilan qoplanmagan joylardan yorilganda qov tepasida infiltrat topiladi. Siydik oqib tushganligi va teri osti kletchatkasida

yiringli yallig'lanish boshlangani 2—3 kundan keyin aniq belgi beradi (qorin, yorg'oq, son, oraliq terisi qip-qizarib shishib ketadi). Intoksikatsiya belgilari (taxikardiya, temperatura ko'tarilishi, organizmning suvsizlanishi) zo'rayib boradi.

Uretra yorilib ketgan bo'lsa, siydik butunlay to'xtab qoladi. Uretradan qon keladi.

Tashxis.. Anamnez va ob'yektiv tekshirish ma'lumotlariga asoslanadi. Shubhali hollarda kateter orqali qovuqqa suvda eriydigan kontrast preparat (kardiotrast, venografin) yuborib ko'rish yo'li bilan tashxis aniqlab olinadi. Stistografiyada kontrast moddaning qorin bo'shlig'i yoki qovuq oldi kletchatkasiga oqib tushgani topiladi. Qovuqqa kateter solib ko'rish diagnostik jihatdan ahamiyatga ega.

Davosi. Qovuq yorilishiga faqat xirurgik yo'l bilan davo qilinadi. Qovuq qorin pardasi bilan qoplanmagan joylardan yorilgan bo'lsa, siydik o'tib ketgan kletchatkada shikastlangan joyini topish ba'zan qiyin bo'ladi. Qovuq qorin pardasi bilan qoplanmagan joylardan yorilganida operatsiya qovuq atrofidagi kletchatkaga drenaj qo'yib qo'yish va stistostoma solish bilan tugallanadi. Nay atrofidagi teriga neytral mazlar surilib, uni ta'sirlanishdan saqlanadi.

Qovuqning ochiq shikastlari. Tinchlik vaqtida ginekologik operatsiyalar hamda churra operatsiyalarida uchraydi. Qovuqning o'q tekkan jarohatlari qorin pardasi bilan qoplangan joylarida ham, bu parda bilan qoplanmagan joylarida ham bo'lishi mumkin. Xarakterli simptomi jarohatga siydik oqib chiqib turishidir. Qovuqning ochiq shikastlari ko'pincha chanoq suyaklarining sinishi, qorin bo'shlig'idagi boshqa a'zolarining shikastlanishi bilan birga uchraydi.

Davosi. Qovuq jarohatlanganda faqat xirurgik yo'l bilan davo qilinadi.

Buyrak va siydik yo'llarini tekshirish usullari. Buyrak kasalliklari.

Urologiya xirurgiyaning siydik-tanosil a'zolari (buyrak, siydik yo'llari, qovuq, siydik chiqarish kanali, prostata bezi, moyaklar, jinsiy olat) dagi kasalliklari bor bemorlarni davolash bilan shug'ullanadigan qismidir.

Sistoskopiya - Bunda qovuq maxsus stistoskop asbobi yordamida vizual tekshiriladi. Qovuq shilliq pardasidan tashqari siydik yo'li teshiklari ko'zdan kechiriladi, ularning funksiyasi aniqlanadi va siydik yo'llarini kateterlash yordamida ko'tariluvchi pielografiya qilinadi.

Xromosistoskopiya. Bu usul buyraklar funksiyasini aniqlash imkonini beradi. Shu maqsadda venaga 4 ml 0,4% li indigokarmin eritmasi yuboriladi.

Qovuqqa stistoskop kiritiladi. Normada 3 - 5 minut o'tgach, siydik yo'llaridan ko'k rangga bo'yalgan siydik ajraladi.

Indigokarmin ajralib chiqishi ushlanib qolganda buyrak yoki siydik yo'llari funksiyasining buzilganligi to'g'risida fikr yuritish mumkin.

Siydik yo'llarini kateterizatsiya qilish. Tekshirish uchun maxsus kateterizatsion gistoskop qo'llaniladi.

Uning yordamida siydik yo'lga maxsus kateter kiritiladi. Siydik yo'li chandiqli torayganda yoki unga tosh tiqilib qolganda kateter to'siq oldida to'xtab qoladi. Siydik yo'li kateteri orqali siydik bevosita buyrak jomidan olish mumkin.

Ko'tariluvchi pielografiya. Siydik yo'li kateteri orqali buyrak jomiga kontrast modda - 20%li sergozin, verografin, kardiotrast, urotrast yoki kislorod kiritilib rentgen surati olinadi. Kontrast modda fonida toshlar va o'sma yaxshi ko'rinadi.

Venaga kontrast modda yuborib uroografiya qilish. Venaga 40% li sergozin eritmasidan 50 ml yuboriladi va 10, 20, 30 daqiqadan keyin siydik yo'llarining rentgen surati olinadi. Bu usul buyraklarning ajratish funksiyasi va to'siqlar borligini aniqlash imkonini beradi.

Sistografiya. 10 - 20 % li sergozin, verografin yoki kardiotrast eritmasidan 150 - 100 ml quyib to'ldirilgan qovuqni rentgenografiya qilishdir. Bu usul qovuqdagi o'smalar va shikastlarni tashxislash uchun qo'llaniladi.

Uretroografiya. Bunda uretraga 10 - 20 % li sergozin, verografin yoki kardiotrast eritmasidan 10 - 20 ml yuborilgandan keyin rentgenografiya qilinadi. Bu tekshirish usuli uretra shikastlari va o'smalarini tashxislash uchun amaliyotda ko'p qo'llaniladi.

UZI. Bu usul bugungi kunda keng tarqalgan usul bo'lib, qisqa muddat ichida keng miqiyosdagi va eng asosiysi bemorga hech qanday

ruhiy shikast yetkazmasdan kasalliklari to'g'risida ma'lumotlarni aniq qilib ko'rsatadi.

UZI tekshirish usuli yordamida buyrak va siydik yo'llarining o'lchamlari, joylashgan joyi va eng asosiysi turli xil yallig'lanish hamda xirurgik kasalliklarni o'z vaqtida aniqlab beradi.

Urologik terminologiyalar

Normal sutkalik diurez (bir sutkada ajraladigan siydik miqdori) o'rta hisobda 1,5 l (700 dan 3000 ml gacha) ga teng.

Buyrak va siydik yo'llarining o'tkir va surunkali yallig'lanish kasalliklarida siydikning miqdor va sifat jihatdan o'zgarish kuzatiladi.

Urologik kasalliklarda siydikning miqdor jihatdan o'zgarishlari.

Poliuriya diurezning ko'payishidir. U haddan tashqari ko'p suyuqlik ichganda, qonda qand miqdori oshganligi natijasida qonning osmotik bosimi ko'tarilganda (qandli diabet), gipofiz antidiuretik gormonlarining faolligi yetarlicha bo'lmasligi natijasida kanalchalarda suv reabsorbtsiyasi buzilganda (qandsiz diabet), surunkali nefritlarda buyraklarning konstantatsion xususiyati pasayganda kuzatiladi.

Oliguriya - diurezning barqaror pasayishi. Sog'lom odamda bir kunlik ichadigan suyuqlik miqdori 500 ml dan kam bo'lgan hollarda, havoning issiq kunlarida oliguriya kuzatilishi mumkin.

Buyrakning o'tkir va surunkali etishmovchmlik kasalliklarida, turli xil infeksiyon kasalliklarda (ich qotish, ko'p miqdorda takror-takror qusish, turli xil qon ketishlar, tana haroratining baland bo'lishlarida) kuzatiladi.

Anuriya - siydikning butunlay ajralmay yoki chiqmay qolishi. U buyrak kasalliklari oqibatida organizm sustlashganda, siydik yo'liga tosh, shilliq tiqilib qolganda yoki uni o'sma bosib qo'yganda, shuningdek qon aylanishi buzilganda yoki reflektor tarzda sodir bo'lishi mumkin. Normada qovuqning sig'imi me'yorida bo'lganda (200-300 ml), qovuq sutkasiga 5-6 marta bo'shatib turiladi.

Pollakiuriya -siydik chiqarish ritmining tezlashuvi, u aksari poliuriya bilan birga uchraydi. Bunday hollarda tez-tez siydik qistashi qovuqning to'lishiga bog'liq. Pollakiuriyaning og'riqli va qiynalib siyish -

dizuriya bilan birga kechishi qovuq yallig'langanda yoki unda toshlar bo'lganda shilliq pardasining ta'sirlanishida kuzatiladi.

Urologik kasalliklarda siydikning tarkibiy jihatdan o'zgarishlari.

Proteinuriya (albuminuriya) - siydikda oqsil paydo bo'lishi, sog'lom kishilarda ham jismoniy charchashdan, ko'p ovqat eyishdan, sovqotishdan keyin kuzatilishi mumkin. Ba'zi kishilarda proteinuriya tana vertikal holatda bo'lganda ro'y beradi va gorizontal holatda yo'qoladi (ortostatik proteinuriya).

Proteinuriya aksariyat nefrit, pielonefrit (3—6%) va nefrozda (10—50%) kuzatiladi.

Gemoglobinuriya - siydikda erkin gemoglobin paydo bo'lishi eritrositlarning jadal yemirilishi (gemoliz) dan dalolat beradi. Bunda siydik undagi gemoglobin miqdoriga ko'ra pushti rangdan qora ranggacha bo'yaladi. Siydikda qon paydo bo'lishi gematuriya deyiladi.

Piuriya-buyrak va siydik yo'llarining yiringli, yallig'lanish kasalliklarida kuzatiladi. Ba'zan buyrak yallig'lanish kasalliklarida siydikda makroskopik yiringni ko'rish mumkin. Ko'pgina hollarda siydikni mikroskopik tekshirganda ko'p miqdorda leykositlar aniqlanadi (**leykosituriya**).

Gematuriya-siydikda qonning paydo bo'lishi. Siydikda qon mikroskopik va makroskopik ko'rinishda bo'ladi. Makroskopik ko'rinishdagi gematuriyada siydikning rangi *go'sht yuvindisiga* o'xshash bo'ladi. Mikroskopik ya'ni mikrogematuriyada siydik mikroskop orqali tekshirilganda eritrositlar (**eritrosituriya**) aniqlanadi. Gematuriya ko'pincha buyrakning yomon sifatli o'sma kasalliklarida, buyrak va siydik yo'llari tosh kasalliklarida kuzatiladi.

Lipuriya- siydikda yog' dog'larining paydo bo'lishi. Bu holat ko'pincha naysimon suyaklarning shikastlanishlarida buyrak kapillyarlarida massiv yog'li emboliya kuzatildi va buning natijasida siydikda yog' dog'lari paydo bo'ladi.

Siydikda yog'ning paydo bo'lishi qandli diabet kasalligida ham kuzatiladi.

Xiluriya- siydikda limfa suyuqligining paydo bo'lishi. Xiluriyada siydikning rangi *quyuq sut* ko'rinishda bo'ladi. Siydikda limfa

suyuqligining paydo bo'lishi ko'pincha ko'krak qafasidan o'tuvchi limfa yo'llarini bosib qo'yuvchi (travma, rak) kasalliklar natijasida kuzatiladi.

Bakteriuriya- siydikda turli xil mikroblarning paydo bo'lishi. Ko'pincha spesifik va nospesifik yallig'lanish kasalliklarda kuzatiladi. Spesifik yallig'lanish kasalliklarda (tuberkulyoz), nospesifik yallig'lanish kasalliklarda patogen mikroblar (ichak tayoqchasi, stafilokokk, streptokokk, proteylar) siydikda aniqlanishi mumkin.

Buyrakning yallig'lanish kasalliklari.

Pielonefrit.

Buyrak jomi, kosachalari hamda parenximasining yallig'lanishi pielonefrit deb ataladi.

Etiologiyasi. Hozirgi vaqtda antibiotiklar va boshqa uroseptiklar keng qo'llanilishiga qaramasdan, pielonefrit bolalar orasida keng tarqalgan kasalliklar jumlasiga kiradi. Bu kasallikning kelib chiqishi sabablari angina, pnevmoniya, furunkulyoz, sepsis kabi kasalliklar, organizmda surunkali yiringli o'choqlarning mavjudligi, uzoq vaqt sovuq qotish va sovuq ichimliklarni ko'p iste'mol qilish.

Klinikasi. Bolaning funksional va immunobiologik holati hamda ilk davrlarining o'ziga xosligi bilan chambarchas bog'liq. Kichik yoshdagi bolada pielonefritning umumiy belgilari yaqqol ko'zga tashlanadi, mahalliy belgilar noaniq bo'lib, o'ziga xosligi kuzatilmaydi. Siydik sindromi elas-elas bilinib, tashxis qo'yishda tez-tez xatoliklarga yo'l qo'yiladi.

Chaqaloqlarda va ko'krak yoshidagi bolalarda siyish jarayoni buzilib, tana harorati ko'tariladi. Bolaning ishtahasi yo'qolib rangi oqaradi, qayd qilib, ichi ketishi mumkin. Yuqorida ko'rsatilgan belgilar asosida og'ir toksikoz va dehidratatsiya rivojlanadi, siydikda leykosituriya, makrogematuriya (mikrogematuriya), proteinuriya, stilindruriya qayd etiladi. Qonda anemiya, EChTning kuchayishi, leykositoz ro'y beradi. Katta yoshdagi bolalarda ham toksikoz simptomlari paydo bo'ladi. Ular bel sohasidagi og'riqdan shikoyat qiladi. Biroq, bu og'riq qorin sohasida bo'lishi ham mumkin. Ayrim hollarda bemor tizza va son bo'g'imlarini bukkan holatda ushlab yotishga majbur bo'ladi. Odatda bu belgilar buyrak

o'lchamlari ancha kattalashib, yiringli jarayon buyrak atrofiga o'tganda kuzatiladi.

Surunkali pielonefrit o'zining to'liqsimon kechishi bilan ta'riflanadi. Ayrim bemorlarda bu xastalik latent bo'lib, u juda xavfli. Latent pielonefritning simptomi aniq emas. Talaygina bemorlarda bu xastalik dispanser ko'rigidan o'tayotganda tasodifan aniqlanadi. Ayrim bemorlarda ishtaha yo'qligi, behollik, tana haroratining subfebril bo'lishi, vaqti-vaqti bilan qo'tarilib turishi, qorin sohasida sim-sim og'riq aniqlanadi. Bolalarda siyish jarayo-nida qisqa muddatli og'riq bo'lishi, tana haroratining ko'tarilishi, beldagi uvishgan og'riq ota-onalarning diqqatini o'ziga jalb qilishi mumkin. Ammo bu simptomlar tez o'tib ketadi. Shu sababli ota-onalar bu shikoyatlar bilan kamdan-kam murojaat qiladilar.

Tashxis. Bemor shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlar, siydik va qonning umumiy tahlili, UZI va rentgenologik tekshirishlarga asoslanadi.

Davosi. Pielonefritni davolash uning bosqichiga bog'liq. Birlamchi pielonefritda bemorga parhez, antibakterial va stimullovchi davo buyuriladi. Pielonefritni davolashda nefrotoksik ta'siri bo'lmagan, pielonefritda eng ko'p uchraydigan mikroblarga ta'siri kuchli, konstantratsiya yetarli darajada yuqori bo'lgan dorilar qo'llaniladi.

Pielonefritni davolash uchun eng kam nefrotoksik ta'sirga ega penitsillin guruhi, geparin, eritromitsin va levomitsetin kabilarni qo'llash maqsadga muvofiq. Nitrofuranlar (furadonin, furazolidon, furagin) va nolidaksin kislota hosilalari (negram, nevigarmon) yaxshi natija beradi. Pielonefritni davolashda gramm musbat va gramm manfiy mikroblarga nisbatan antibakterial dori 5-Nok qo'llanadi. Pielonefritni kompleks davolashda dorivor giyohlar (dalachoy, moychechak, marvarak, pa'matak, oqqayin kurtagi, buyrakchoyi vah. k) ham yaxshi natija beradi. Kasallikni davolash uzoqmuddatni talab qiladi.

Buyrak-tosh kasalligi

Buyrak-tosh kasalligi nisbatan ko'p uchrab, bir yoki ikki tomonlama bo'lishi mumkin. Toshning buyrakdagi soniga nisbatan yagona buyrak toshi yoki bir necha buyrak toshi farqlanadi. Tojsimon - korall tosh yoki

toshlar buyrak kosachalariga o'sib kirib, davolashda ancha qiyinchiliklarni tug'diradi. Buyrakdagi toshlar har xil o'lcham va shakllarga ega bo'lishi mumkin. Bu sifatlarni aniqlash amaliy jihatdan katta ahamiyatga ega. Bundan tashqari, toshlar bitta yoki ikkita buyrakda, siydik yo'llarida hamda qovuqda birdaniga paydo bo'lishi mumkin.

Etiologiyasi. Nerv-gumoral sistema ish faolitining buzilishlari, ko'pincha qalqonsimon bez va qalqon oldi bez kasalliklari, buyrakning turli xil yallig'lanish kasalliklari natijasida, doimiy sho'r va achchiq maxsulotlarni ko'p iste'mol qilish, kam harakatlilik oqibatida kelib chiqadi.

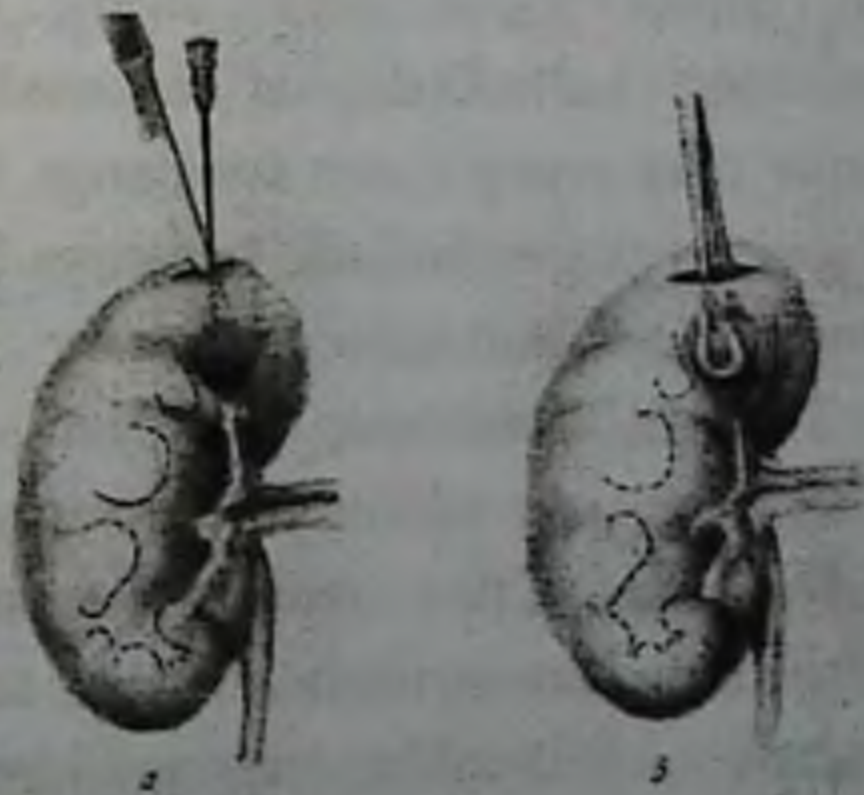
Klinikasi. Buyrak-tosh kasalligi (nefrolitiaz) ning asosiy klinik belgilari quyidagilardir: belda og'riq bo'lishi, gematuriya, leykosituriya, piuriya, dizuriya va mayda toshlarning siydik bilan chiqishi. Yuqorida ko'rsatilgan belgilarning bo'lishi tosh yoki toshchalarning o'lchami, shakli, joylashgan o'rni hamda yallig'lanish jarayoni bor yoki yo'kligi, shuningdek uning faolligi bilan chambarchas bog'langan.

Kichkina tosh buyrak kosachalarida joylashgan bo'lsa, urodinamika kamdan-kam izdan chiqadi, demak, og'riq simillagan tusda bo'ladi. Harakatchan toshda esa buyrak kosachasi bo'yni yoki buyrak jomchasi teshigiga tosh tiqilib qolishidan buyrak ichki bosimi oshadi va bunda buyrak sanchig'i kuzatiladi. Nefrolitiazda buyrak sanchig'i ko'pincha to'satdan boshlanadi, bemorning bel sohasida to'satdan qattiq og'riq turib, sonning old yuzasiga, chov va qovga, o'g'il bolalarda olat va urug'donlarga.

Buyrak sanchig'i xuruji davrida ko'ngil aynishi yoki qayt qilish kuzatiladi.

Tashxis. Bemor shikoyati, anamnezi, ob'yektiv va sub'yektiv tekshirishlar, siydik tahlili, UZI va rentgenologik tekshirishlarga asoslanadi.

Davosi. Nefrolitiazni davolash hozirgi kunda eng



21. Rasm. Nefrolitoektomiya operatsiyasi

dolzarb muammolardan biri bo'lib qoldi. Toshning joylashgan o'ri, shakli, katta-kichik-ligi, asoratlangan yoki aso-ratlanmaganligiga qarab ko'pgina davo usullari mavjud. Bemorlarni dorilar bilan davolash konservativ usul hisoblanadi.

Operativ davolanishga vaqtincha moneliklar bo'l-sa.

Konservativ davo operatsiyaga tayyorlash va operatsiyadan keyingi davr-larda ham qo'llaniladi. Ushbu vaziyatda konservativ davo orqali tosh yoki toshlarni operatsiya qilmasdan tushirish, operatsiyadan keyin har xil asoratlarning oldini olish tushunilishni unutmaslik kerak.

Qovuq kasalliklari.

Sistit.

Qovuqning yallig'lanishiga sistit deyiladi. Odatda siydik steril bo'ladi. Qovuqqa infeksiya jomlardan, ular yallig'langanda (pielit), siydik chiqarish kanalidan (infeksiyaning retrograd tarqalishi va qovuqni kateterlashda) kiradi.

Etiologiyasi. Organizmda mavjud birlamchi infeksiyon o'choqlar(karies tish, otit, gaymorit) bo'lishi, buyrak va siydik yo'lining turli xil yallig'lanish kasalliklari, jinsiy yo'l bilan yuquvchi kasalliklar bilan kasallanish, uzoq vaqt sovuq qotish, siydik qopida siydikni uzoq vaqt saqlab yurishlar sabab bo'ladi.

Klinikasi. O'tkir va surunkali sistit farq qilinadi. O'tkir sistit bo'lgan bemor qovuq sohasidagi og'riqdan va tez-tez siyishdan shikoyat qiladi. Siydik loyqa, unda yiring, ba'zan qon bo'ladi. Bemor tana haroratining ko'tarilishi, et uvishishi, lohasliklar kuzatiladi. Ba'zan og'riqlar chot oralig'i, son sohalariga ham tarqaladi. Surunkali sistitda bu hodisalar o'zgargan bo'ladi. Infeksiya buyrakka tarqalsa bemorning ahvoli birdaniga og'irlashib qoladi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv tekshirishlar, siydikning umumiy tahlili, UZI va rentgenolgik tekshirishlarga asoslanadi.

Davosi. O'tkir sistitda o'rinda yotish rejimi, qovuqning ta'sirlanishini kamaytirish uchun sut - o'simlikli parhez ovqatlar buyuriladi. Antibiotiklar, uroseptiklar va sulfanilamidlar bilan davo qilinadi. Ko'p suyuqlik ichiriladi. O'tkir og'riqlar bosilgandan so'ng qovuq

kumush nitrat (1:5000), simob oksigianid (1:5000) kuchsiz eritmasi bilan yuviladi.

Qovuq toshlari

Qovuqqa kichikroq toshlar buyrak jomlaridan tushishi mumkin, biroq ko'pincha ular o'z-o'zidan hosil bo'ladi.

Etiologiyasi. Epiteliy, shilimshiq, yot jism va boshqalar tosh uchun o'zak bo'lishi mumkin. Siydik chiqarish kanalining chandiqli torayishida va prostata bezi adenomasida qovuqdagi dimlanish hodisalari toshlar hosil bo'lishiga sharoit yaratadi. Toshlar bitta, ko'p, mayda (bir necha millimetr keladigan) yoki qovuq bo'shlig'ini to'liq bekitib turadigan darajada katta bo'lishi mumkin. Kimyoviy tarkibiga ko'ra fosfat, urat va oksalatli toshlar farq qilinadi.

Klinikasi. Qovuq sohasida og'riq, tez-tez siydik qistashi va siyib bo'lish bilanoq og'riq paydo bo'lib, uning jinsiy olat boshchasiga tarqalishi, siydik chiqarish kanali teshigining tosh, qon laxtasi va shilliq bilan bekilib qolishi natijasida siydik chiqishining to'satdan to'xtab qolishi qayd qilinadi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anamnezi, ob'yektiv tekshirishlar, UZI larga asoslanadi. Bundan tashqari, Qovuqni metall kateter bilan kateterlashda metallni toshga urilishida chiqadigan o'ziga xos tovush sezgisi paydo bo'ladi. Uzil-kesil tashxis sistoskopiya, stistografiya va umumiy rentgenografiyadan keyin qo'yiladi.

Davosi. Qovuqdagi toshlar maxsus asboblari: litotriptor yoki URAT-1 apparati yordamida maydalanib, so'ngra yuvib turiladi. Davoning boshqa usulida qovuq operatsiya yo'li bilan ochilgandan keyin toshlar olib tashlanadi.

Prostata bezi kasalliklari

Prostata bezi adenomasida bezsimon to'qima va biriktiruvchi to'qimaning o'sishi bilan xarakterlanadi. Prostata bezi kattalashadi va o'sib qalinlashadi. Prostata bezi kattalashganda siydik chiqarish to'silib qoladi, natijada qovuq, siydik yo'llari va hatto jomlarida siydik doim dimlanib turadi. Dimlangan siydikka infeksiya qo'shilsa, sistit va pielonefrit paydo bo'ladi. Prostata adenomasi rakka aylanishi mumkin. Kasallik asosan yoshi ulg'aygan kishilarda uchraydi.

Etiologiyasi. Neyro-gormanal sistema ish faoliyatining buzilishi, surunkali prostatit kasalligini o'z vaqtida davolamslik yoki chala davolanishlar, uzoq vaqt davomida namli sharoitda ishlash, zararli odatlarning bo'lishi, achchiq va sho'r maxsulotlarni ko'p iste'mol qilish.

Klinikasi. Kasallikning dastlabki bosqichida siydik chiqarish qiyinlashadi va tez-tez siydik qistaydi, bu holat tunda kuchayadi. Keyinchalik siydik butunlay ushlanib qoladi. Qovuq cho'zilib ketadi. Siydik chiqarish kanalidan siydik to'xtovsiz tomchilab chiqib turadi. Palpatsiyada prostata bezining kattalashganligi aniqlanadi. Rakka aylangan prostata bezi egri-bugri, juda berch konsistensiyaga ega bo'ladi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, ob'yektiv tekshirishlar (prostata bezini palpatsiya qilish), UZI. Stistoskopiya katta prostata bezi qovuq bo'shlig'iga chiqib turganligi aniqlanadi..

Davosi. Siydik birdan tutilib qolganda kateterizatsiya qilinadi. Avvaliga yumshoq kateter kiritiladi, uni kiritishning iloji bo'lmasa, metall kateter kiritiladi. Issiq muolajalar tavsiya etilmaydi. Sinestrol, sustanon, endokrin preparatlari qo'llaniladi. Odatda konservativ davo qisqa mudstat ta'sir etadi.

Radikal davo prostata bezini olib tashlash (adenomektomiya) dan iborat. Bemorning ahvoli og'ir bo'lganda, qov usti fistulasi qo'yish bilan kifoyalaniladi.

Moyak kasalliklari. Moyak istisqosi

Istisqo - moyakning asl pardasi bo'shlig'ida suyuqlik yig'ilishidir. U tug'ma va orttirilgan bo'lishi mumkin.

Etiologiyasi. Orttirilgan turlarida uning qo'shni to'qimalardagi jarohat yoki surunkali yallig'lanish jarayoni etiologik omil hisoblanadi.

Klinikasi. Yorg'oqda tiniq sarg'imtir tusli suyuqlik bo'ladi. Uning miqdori 1 - 2 l gacha etishi mumkin.

Yorg'oqning tegishli yarmi kattalashadi. Moyak pardalari istisqosida butun yorg'oq kattalashadi. Bemorda jinsiy aktning pasayishi, noqulaylik kabi belgilar kuzatiladi. Palpatsiya qilishda og'rimaydigan elastik tuzilma anilanadi. Flyuktuatsiya paydo bo'ladi. Perkussiyada bo'g'iq tovush aniqlanadi. Moyak orqali yorug'lik dastasi o'tganda bu soha ko'rinadi

(diafanoskopiya). Bolalarda moyak va urug' tizimi istisqolari juda ko'p uchraydi.

Tashxis. Bemorning shikoyati, anmnezi, ob'yektiv tekshirish (moyaklarni va ularni o'rab turgan pardalarni paypaslab ko'rish).

Davosi. Radikal operatsiya tuzalishga imkon beradi Vinkelman usuli pardalarni qirqish va ularning ichki yuzasini tashqariga ag'darishdan iborat. Pardalar Bergman usulida kesiladi Bolalarda esa aksariyat Ross usulida operatsiya bajariladi.

Orxit. Urug'donning yallig'lanishi orxit deyiladi. Bu kasallik sil yoki boshqa mikobakteriyalar tomonidan vujudga kelishi mumkin.

Epididimit – moyak ortiqlarining yallig'lanish. Etiologiyasi orxitdagi kabi. Kasallik qo'zg'atuvchi turiga qarab davolanadi.

Siydik chiqaruv yo'liga aloqador kasalliklar. Epispadiya.

Epispadiyada siydik chiqarish kanalining dorsal devori yirilib, olat g'ovak tanalari ham bir-biri bilan zich yopishmagan bo'ladi. Asosan epispadiya shakliga bog'liq.

Klinikasi. Olat boshi epispadiyasida olat boshi yassilangan bo'ladi. Siyish jarayoni ham buzilmagan, lekin siydik turli tomonga sachraydi. Ereksiyada olat tanasi oz yoki ko'proq qorin tarafga egilgan bo'ladi. Tana epispadiyasida uretra teshigi olat tanasida joylashadi. Qov suyaklari simfizdan uzoqlashgan, qorinning to'g'ri mushagi yo'q yoki kam rivojlangan bo'ladi. Olat ereksiyalanganida qorin tomonga ancha egiladi. Ayrim hollarda bola kulganda, kuchanganda siydik tomchilaydi. Siyish paytida bola tizzasiga suyanadi (siydik sachramasligi uchun).

Total epispadiyada uretraning dorsal devori bo'lmaydi, olat haddan tashqari egilgan bo'ladi. Qov suyaklari birlashadigan simfiz sohasida dahansimon teshik bo'lib, undan to'xtovsiz siydik chiqib turadi. Ayrim hollarda qovuq shilliq qavati ham shu teshikdan ko'rinadi. Qov suyaklari orasidagi diastaza 8-12 sm gacha boradi. Bemor "o'rdak yurish" qilib yuradi. Yorg'oq rivojlanmagan, uning atrofi va son terilari chaqalangan. Epispadiyaga uchragan bemorlarning 30 % ida kriptorxizm, yuqori siydik yo'llari nuqsonlari kuzatiladi.

Davosi. Epispadiyaning olat boshi va klitor turlarida davo tadbirlari ko'rilmaydi. Tana va total shakldagi epispadiyalarni operatsiya qilish

zarur. Agar siydik tuta olmaslik aniqlansa eng avvalo shu nuqsonni bartaraf etish lozim.

Gipospadiya

Gipospadiyada uretra old devorining bo'lmashligi, siydik chiqarish kanali tashqi teshigining qisman yoki olat volyar yuzasining turli joylarida bo'lishi kuzatiladi.

Siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi olat boshi cho'qqisida bo'lmay, olat toj egati yoki tanasining turli joylarida hamda yorg'oq va oraliqda bo'lsa, buni gipospadiya deb tushunmoq kerak. Bunda uretra teshigi qayerda joylashganligiga ko'ra uning shakli aniqlanadi.

Klinikasi. Shunisi muhimki, gipospadiya teshigidan to olat boshigacha xorda tortqisi va fibroz chandiqlar mavjud bo'lib, ular olatning volyar yuza tomonga egilishini ta'minlaydi. Shuning uchun ham gipospadiyaga uchragan olat xuddi vergulga yoki o'roqqa o'xshab egiladi.

Yillar o'tishi bilan g'ovak tanalar o'saveradi, biroq xorda tortqisi va fibroz chandiqlar uzunligi o'zgarmasdan qolaveradi. Shu sababli olatning egikligi tobora orta boradi. Shu egiklik tufayli gipospadiyaning yorg'oq, tana-yorg'oq va oraliq turlarida bolalar o'tirib siyishga majbur bo'ladilar.

Davosi. Gipospadiyani davolash asosan 3 bosqichda olib boriladi. 1. Olat egriligi to'g'rilanadi. 2. Uretroplastika o'tkaziladi. 3. Neouretra bilan uretra ulanadi.

Gipospadiya teshigi stenozini bartaraf qilish bujlash yoki operatsiya yo'li bilan ham bajarilishi mumkin.

Olatni to'g'rilash - birinchi bosqich operatsiyasi bo'lib, bunda olat volyar yuzasidagi xorda tarmoqlari va fibroz chandiqlar olib tashlanadi va olat egriligiga barham beriladi. Bu operatsiya bola 1 - 2 yasharligida bajarilgani ma'qul. Ikkinchi bosqich operatsiyasi - uretroplastika deb ataldi.

Odatda bu operatsiya 2 - 3 yoshlarda amalga oshiriladi. Uretroplastika quyidagi talablarga javob berishi kerak: a) olat ereksiya bo'lganida u egik bo'lmashligi shart; b) uretraning tashqi teshigi olat boshida bo'lishi zarur; v) uretraning tashqi teshigi yetarli darajada keng bo'lib, siyishda siydik oqimining erkin chiqishini ta'minlashi kerak.

Balanopostit

Bu olat boshi va kertmak varaqlarining yallig'lanishidir. Xastalik asosan tug'ma va orttirilgan fimoz natijasida kertmak xaltachalari ichida yallig'lanish boshlanib, olat boshiga ham o'tishi sababli kelib chiqadi.

Klinikasi. Yallig'lanish hamda fimoz tufayli siydik tutilishi kuzatiladi. Ba'zan kertmak teshigining torayishidan (yallig'lanish tufayli) siydik ingichka oqim bilan chiqadi.

Yallig'langan joylar siydik ta'sirida bezillab, achishib og'riydi va bundan bolalar qiynaladi. Shu sababli ular siyishdan qo'rqib, siydikni sun'iy ravishda tutib turishga harakat qiladi. Ammo uddasidan chiqa olmasdan siyishga majbur bo'ladi va bunda ular qattiq chinqirib yig'laydi.

Davosi. Yallig'lanish jarayoniga qarshi dorilar qo'llanadi. Olat iliq antiseptik (furatsillin yoki kaliy permanganat eritmaları bilan) vanna qilinadi. 5-10 % li sintomitsin emulsiyasini qo'llash yaxshi natija beradi. Balanopostitning tez-tez qaytalanishi stirkumstiziyadan dalolat beradi.

Fimoz

Kertmak teshigiga to'qima o'sishi yoki chandiq hisobiga torayishi oqibatida siyishning qiyinlashishi fimoz deyiladi, bu jinsiy olat boshchasining ochilishiga to'sqinlik qiladi. Fimoz bolalarda ko'p uchraydi va tug'ma xarakterda bo'ladi.

Klinikasi. Kattalarda fimoz kertmak jarohatidan yoki yallig'lanishdan (ko'pincha so'zakli yallig'lanishdan) keyin yuzaga keladi.

Kertmak teshigi torayganda siyish qiyinlashadi (siydik ichki oqim bilan chiqadi).

Siydik tutilishida yallig'lanish qo'shilishi mumkin, bu og'riqli siyishni keltirib chiqaradi.

Davosi. Fimozda antiseptikli mahalliy vannachalar buyuriladi yoki kertmak aylantirib kesiladi.

Parafimoz

Kasallik fimozning asorati hisoblanadi. Jinsiy olat boshchasi toraygan chekka kertmakdan sirg'alib chiqadi va qisilib qoladi, bu o'z navbatida qon aylanishining buzilishiga olib keladi.

Olat boshchasi shishadi va ko'karib ketadi. O'z vaqtida tibbiy yordam ko'rsatilmasa, olat boshchasi nekrozlanishi (irishi) mumkin.

Davosi. Olat boshchasiga vazelin surtiladi, uni 2 va 3 barmoqlar bilan ushlab turib, bosh barmoq bilan uning boshchasi bosib to'g'irlanadi yoki kertmak orqa (dorsal) yuzasi bo'yicha kesib to'g'irlanadi.

Urologik bemorlarni parvarish qilish

Urologik bemorlarni parvarish qilishning asosiy usullari umumiy ixtisoslikdagi xirurgik bemorlarni parvarish qilishdagi kabi bo'ladi. Biroq uning o'ziga xos tomonlari ham bor. Operatsiyadan oldin buyraklar funksiyasini yaxshilashga alohida ahamiyat beriladi. Shu maqsadda oqsillar va tuzi kam parhez taomlar (stol №6, 7, 14) tayinlanadi. Bu parhezlarning xususiyatlari quyidagicha.

6-parhez

Buyrak kasalliklari-nefrolitiaz, oksaluriya va podagrada ta'yinlanadi. Bu parhezning xarakteri uning kaloriyasiga qarab aniqlanadi: 1-kuni kundalik ratsionda 5-"p"parhezi ta'yinlanadi -910kkal, 2-ratsion-1200kkal, 3-ratsion-1500kkal va 4-ratsion 2250kkal. Shunday qilib, 5-"p"parhezi ovqatlanishning balanslashmagan turiga kiradi.

7-parhez

Gipertoniya kasalligida, ayrim buyrak kasalliklarida (nefrozlar) va yurak-tomir tizimi kasalliklarida ta'yinlanadi. Bu parhezda osh tuzi va suyuqliklar, ekstaktiv moddalar, kofe, kakao, shirinliklarning organizmga tushishi chegaralanadi. Bargak, o'rik, kartoshka hisobidan kaliyning tushishi, tvorog hisobidan lipotrop (mitionin) tushishi kuchytiriladi. Kaloriyasi-2500 kkal, oqsillar 80gr, yog'lar 70gr, uglevodlar 350-400gr.

14-parhez

Siydikda fosfaturiya bo'lib, tosh paydo bo'lishi sharoiti tug'ilganda, fosfor-kalsiy tuzlarining organizmdan chiqishini tezlashtirish uchun qo'llaniladi. Bu parhezni siydikning ishqoriy reaksiyasi nordonga o'tishi uchun ta'yinlaniladi. Shuning chun 14-parhez tarkibiga go'sht, baliq non mahsulotlari kirib kelib kalsiyli ovqatlar keskin chegaralangan bo'ladi (sut, sut mahsulotlari va sabzavotlar). Bundan tashqari, ishtahani qitiqlaydigan ovqatlar ham chegaralanadi, (o'tkir ziravorlar-tuzli, sirkali ovqatlar, shirinliklar). Bu parhezning umumiy kaloriyasi oqsillar, yog'lar va uglevodlar miqdori organizmning fiziologik talablariga yaqin bo'ladi.

Diurezni ko'paytiradigan vositalar (40 %li glyukoza eritmasi) yuboniladi. Siydik infeksiya bilan zararlanganda mikroblarning dori

moddalariga sezuvchanligini hisobga olgan holda antibakterial davo tavsiya etiladi.

Urologik kasalliklari bor bemorlarning ko'pchiligini yoshi ulg'aygan va keksa kishilar tashkil qiladi, shu sababli ular organizmining ayniqsa operatsion jarohatga kompensator imkoniyatlari pasayib ketishini nazarda tutish zarur. Yoshi katta odamlarning nerv sistemasi tez charchaydi. Tibbiyot xodimining vazifasi bemordan operatsiyaning qanday natija bilan tugashidan qo'rqish hissini yo'qotish maqsadida uning ruhini ko'tarishdan iborat.

Keksa yoshdagi kishilarning ko'pchiligida yurak-tomir sistemasi faoliyati o'zgarib, qon aylanishi etishmovchiligi, jigar va boshqa a'zolar ishining buzilishi alomatlari kuzatiladi. Bularning hammasi kasallik o'tishini ancha og'irlashtiradi va operatsiyadan oldingi tayyorgarlikni uzaytiradi.

Operatsiyadan keyingi davrda qon oqayotgani, shuningdek drenajning bekilib qolgani yoki surilganini o'z vaqtida aniqlash uchun bog'lam va drenajlarni nazorat qilib borish zarur. Odatda urologik operatsiyalardan, jumladan gistotomiyadan keyin siydik oqib chiqishi uchun drenaj qoldiriladi va kateterlar kiritiladi. Karavotga shisha bog'lab qo'yiladi, unga drenajdan chiqadigan suyuqlik yig'iladi.

Ichidagi suyuqlikni kuzatib turish uchun shishalar tiniq va infeksiya tushishining oldini olish uchun steril bo'lishi shart. Siydik hidini yo'qotish maqsadida odatda shishaga oz miqdorda dezodoratsiya qiladigan moddalar (kaliy permanganat va boshqalar) quyiladi. Uzaytirgich sifatida har er-har erida shisha naychalari bo'lgan rezina naychalar ishlatiladi.

Diurezning aniq hisobini olib borish tabiiy yo'l va drenaj orqali chiqadigan siydik miqdorini hamda naycha yonidan sizib chiqqan siydik miqdorini alohida-alohida aniqlash zarur. Odatda drenajlar doka bog'ichlar bilan mahkamlanadi, bunda tanaga aylantirib bog'lanadi yoki unga plastir yopishtirib qo'yiladi. Masteratsiyani profilaktika qilish uchun drenajlar atrofidagi teriga indifferent maz surtiladi.

Yorg'oqdagi operatsiyalardan keyin dokadan tayyorlangan steril suspensoriy ishlatiladi. Kateter va drenajlarni shifokor almashtiradi. Hamshiraga qovuqni drenaj yoki kateter orqali yuvish vazifasi topshiriladi.

Qovuqni yuvish uchun Esmarx krujkasi yoki Jane shprisidan foydalaniladi. Odatda biror antiseptikning kuchsiz eritmasi qo'llaniladi: qovuqqa 50—100 ml eritma yuboriladi, so'ngra chiqariladi. Bunday muolajalar bir necha marta, to sof suyuqlik paydo bo'lguncha qilinadi. Sutkasiga kam deganda 3 marta yuviladi. Choklar olingandan keyin vannalar tavsiya etiladi. Drenaj yetarlicha bo'lmaganida siydik cho'ntaklari hosil bo'ladi. Ajralmalarning drenaj orqali chiqmay qolishi va haroratning ko'tarilishi siydik cho'ntaklari paydo bo'lganidan dalolat beradi.

Qovuqni kateterlash usuli. Yumshoq (rezina) va qattiq (metall) kateterlar bo'ladi. Kateterlar 30 xil bo'lib, ular bir-biridan o'lchami bo'yicha (diametri 1/3 mm) dan farq qiladi. Odatda o'rtacha raqamlari (14—18) ishlatiladi. Avvaliga yumshoq kateter bilan kateterlanadi, bu natija bermaganda metall kateter qo'llaniladi.

Erkaklarga kateter qo'yish: bemor oyoqlarini kerib chalqancha yotadi. Oyoqlari orasiga toza tuvak qo'yiladi.

Chap qo'l bilan jinsiy olat ushlanib, uning boshchasiga dezinfeksiya qiladigan eritma (0, 1% li sulema, kaliy permanganat eritmasi) surtiladi. Steril kateter uchiga steril glitserin yoki vazelin moyi quyiladi. Yumshoq kateter pinstet bilan qo'yiladi, metall kateter qarama-qarshi uchidan ushlanadi va avvaliga deyarli pastga tushirilib, kateter uchi qovuqqa kiritiladi va siydik yig'iladi.

Ayollarga kateter qo'yish. Buning uchun chap qo'l bilan jinsiy lablar keriladi, vulva dastlab furatsillin eritmasi bilan yaxshilab artiladi va kateter siydik chiqarish kanaliga kiritiladi.

VII. BOB

O'smalar to'g'risida tushuncha

O'sma deganda, to'qimalarning patologik o'sishi tushuniladi, u ko'zga ko'rinmaydigan sabablarga ko'ra hosil bo'ladi va normal to'qimalardan tuzilishi, rivojlanishi, o'sishi, oziqlanishi va moddalar almashinuvi jarayonlari bilan farq qiladi. O'smaning xususiyati hujayralarning beto'xtov ko'payishi hisoblanadi.

O'smalar tuzilish jihatidan ko'pgina a'zo va to'qimalarga o'xshash. O'sma to'qima (parenxima), uni ushlab turadigan to'qima, tomir, nervlar, biriktiruvchi to'qima, stomalardan iborat. Shu bilan birga o'smaning tuzilishi sog'lom a'zo to'qimaning tuzilishidan katta farq qiladi.

O'smalarining tasnifi

O'smalar. Ularni tashkil etgan to'qimalarning tuzilishiga ko'ra quyidagi guruhlariga bo'linadi:

I. Epitelial o'smalar.

a) xavfsiz o'smalar: papillomalar (so'rg'ichsimon), adenomalar (bezsimon), kistalar (bo'shliqdi o'smalar).

b) xavfli o'smalar: kartsinoma yoki rak.

II. Biriktiruvchi to'qima o'smalari.

a) xavfsiz o'smalar - fibromalar.

b) xavfli o'smalar – sarkomalar.

III Tomirdagi o'smalar.

a) xavfsiz o'smalar - gemangioma, limfangioma.

b) xavfli o'smalar gemangio-sarkoma.

IV. Yog'li o'smalar.

a) xavfsiz o'smalar - lipomalar.

b) xavfli o'smalar - liposarkomalar.

V. Nerv to'qimasi o'smalari.

a) xavfsiz o'smalar - nevrinoma.

b) xavfli o'smalar - xavfli nevrinoma.

VI. Pay qinlaridagi o'smalar: xavfli va xavfsiz sinovi o'smalar farqlanadi.

Aralash o'smalar deganda yetilmagan to'qimadan tuzilgan o'smalar tushuniladi.

Xavfli o'smalar ham yetilmagan to'qimadan tuzilgan o'smalar bo'lib, ular tez o'sishi, to'qimalarga o'sib kirishi va o'sma hujayralarining limfa (limfogen) yoki qon tomirlari (gematogen yo'l) sistemasi orqali boshqa a'zo va to'qimalarga o'tishiga (metastazlanish) moyilligi bilan ajralib turadi.

O'sma olib tashlansa, u yana shu sohada paydo bo'lishi mumkin.

Xavfli o'smaning rivojlanishida 4 davr farqdanadi:

1. O'smaning mahalliy o'sishi.
2. Uning limfa po'llari bo'ylab" yaqin limfa tugunlariga tarqalishi.
3. Metastazlarning gematogen yo'l bilan tarqalishi.
4. O'smaning butun organizm bo'ylab tarqalishi. Xavfsiz o'smalar yetilgan to'qimadan tashkil topgan bo'lib, ularga qo'shni to'qimalarni nari-beri surib o'sadigan, ularga kirmaydigan, metastaz bermaydigan, umumiy holsizlikka sabab bo'lmaydigan va yemirmaydigan o'smalar kiradi.

O'smalarning ayrim turlari

Papillomalar - epiteley bilan qoplangan, biriktiruvchi to'qima asosidan iborat so'rg'ich qavatning xavfsiz o'smalaridir. Ular terida yoki pardalarda kuzatilishi va xavfli o'smalarga aylanib ketishi mumkin.

Adenomalar bez to'qimalarida hosil bo'ladi. Ba'zan bezsimon rakka aylanishi mumkin. U gavdaning bez to'qimalari, sut bezida, qalqonsimon bez, tuxumdon va hokazolarla uchraydi.

Dermoid kistalar xaltasimon tuzilma bo'lib, embrional rivojlanish davrida teri kichikroq bo'lakchalarning ichkariga kirishi natijasida paydo bo'ladi. Ularning zich pardasi bo'lib, bu parda teri yog'i bilan ko'chgan epiteley tanachalari aralashmasi, tuk (soch) dan iborat bo'tqasimon massani o'rab turadi. Ko'proq chanoq sohasida va oldingi ko'ks oralig'ida joylashadi.

Rak

Epiteliy hujayralaridan rivojlanib, eng ko'p uchraydigan xavfli o'smadir. Rak epiteliy hujayralari bor hamma a'zolari zararlantiradi. Epiteliyning o'zgarib atipik tuzilishiga ega bo'lishi rak o'smaning alomati hisoblanadi.

Onkologik xizmatning asosiy bo'g'ini dispanser hisoblanadi. Onkologik kabinetlar (bo'linmalarning) vazifasi onkologik bemorlarni hisobga olish, ularning ustidan dispanser kuzatuvini olib borish, tegishli davo bilan ta'minlash va o'zi ishlab turgan territoriyada rakning profilaktikasi hamda uni erta tashxis qilish bo'yicha turli xil tadbirlarni amalga oshirish hisoblanadi. Xavfli o'smalarni aniqlashda profilaktik tekshiruvlarning ahamiyati katta.

Qalqonsimon bez raki

Odatda tugunsimon buqoqning aynishi kuzatiladi, erkaklarga qaraganda ayollarda ko'proq uchraydi. Tugunsimon bo'qoq bilan kasallikning ilk bosqichidagi rak o'rtasida differensial tashxis o'tkazishi qiyin.

Klinikasi. bez parenximasida juda ko'p zich tugunlar bo'lishi xosdir. Bo'yin, ko'ks oralig'ining limfa tugunlariga, o'pkaga, suyaklarga metastaz beradi.

Tashxis. Bemor shikoyati, ob'yektiv tekshirishlar, UZI, o'smadan biopsiya olib tekshirish va gistologik tekshirishlarga asoslanadi.

Davosi. Tugunli bo'qoqning hamma turida tugunlarni gistologik tekshirib, unga xirurgik davo qilish tavsiya etiladi. Rakli aynishga shubha tug'ilganda operatsiya stolida zudlik bilan biopsiya qilinadi.

Tashxis tasdiqlanganda qalqonsimon bez batamom olib tashlanadi. Regionar limfa tugunlariga metastaz berganda tugunlar kletchatkasi bilan birga olib tashlanadi. Operatsiyadan keyin radioaktiv yod bilan qo'shimcha davo qilish yoki rentgenoterapiya tavsiya etiladi.

Me'da raki

Me'da raki aksariyat erkaklarda kuzatiladi. Gistologik jihatdan adenokarstinomalar ustunlik qiladi. Rak ko'pincha me'daning pilorus qismini va kichik egriligi sohasini, kamroq kardial bo'limini, juda kamdan-kam holda katta egrilikni zararlantiradi. Kichik va katta charvining limfa tugunlarida metastazlar sodir bo'ladi. Ko'pincha jigarga megastaz berishi qayd qilinadi.

Klinikasi. kasallikning ilk bosqichlarida tashxis qo'yishda katta ahamiyati bo'lgan «kichik alomatlar sindromi» ga e'tibor berish kerak. Bu

alomatlarga ishtaha yo'qolishi, jizzakilik, ovqat diskomforti sezgisi, oriqlab ketish kiradi.

Birmuncha kechikkan bosqichlarda to'sh osti sohasida og'riq paydo bo'ladi, shu soha paypaslanganda o'sma qo'lga unmaydi. Rak me'daning pilorus bo'limida joylashganda ko'pincha me'daga ovqat evakuatsiyasining ushlanib qolishi ro'y beradi. Bu esa dimlanish hodisalariga sabab bo'ladi.

Me'daning kardial bo'limi rakida qizilo'ngach patologiyasiga o'xshash belgilar bo'ladi (disfagiya, so'lak oqishi, tez ozib ketish va hokazo). Me'da shirasi tekshirilganda kislotaliligi pasayib ketganligi aniqlanadi. Dimlanish hodisalarida me'dada sut kislota topiladi. Tekshirishning eng muhim qo'shimcha usullaridan biri rentgenoskopiyadir.

Tashxis. Bemor shikoyati, anamnezi (avval me'da yara kasalligi bilan kasallanganligi), ob'yektiv tekshirishlar, FGS, biopsiya olish va gistologik tekshirishlarga asoslanadi.

Davosi faqat operatsiya. Radikal operatsion davo o'tkazilmaganda bemorlar o'rta hisobda 1 - 1,5 yil umr ko'radi.

To'g'ri ichak raki. Anchagina ko'p uchraydi va boshqa raklar o'rtasida ko'pligi jihatdan beshinchi o'rinni egallaydi. Bemorlar o'rtasida erkaklar bilan ayollarning nisbati 3:2, orqa chiqaruv yo'li raki kam uchraydi va juda xatarli o'tadi.

Klinikasi. Kasallik boshlanishida deyarli alomatlari sezilmaydi. Keyinchalik ich ketishi bilan almashinib turadigan qabziyat, tenezmalar, to'g'ri ichakdan shilimshiq, qon va yiring ajralishi kuzatiladi. O'sma o'sib qalinlashganda to'g'ri ichak bo'shlig'i tiqilib qolishi va quyi ichak tutilishiga sabab bo'lishi mumkin.

Tashxis. Bemor shikoyati, anamnezi, barmoq bilan tekshirish va rektoromanoskopiyaning katta tashxisiy ahamiyati bor.

Davosi faqat operatsiya bo'lib, to'g'ri ichak sog'lom to'qima chegarasigacha olib tashlanadi. Ichakning qolgan qismi oraliq orqali o'tkaziladi. Buning iloji bo'lmasa, chap yonbosh sohasidan ichakni tashqariga chiqarib qo'yish yo'li bilai g'ayritabiiy orqa chiqaruv yo'li hosil qilinadi.

Onkologik bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari

Onkologik kasalligi bor bemorlarni parvarish qilishning o'ziga xos tomonlari bor. Bemordan haqiqiy tashhisni yashirish, ya'ni bemor psixikasini avaylash zarur. «Rak», «Sarkoma» terminlari o'miga «yara» torayishi, «qattiqlashish» kabi so'zlarni ishlatish mumkin. «Kanster», «TSet», «Blastoma», «Neoplazma» kabi lotincha terminlarni ham qo'llamaslik kerak. Chunki bemorlar terminologiyaga yaxshi tushunishadi. Bemor ahvoli yomonlashganda ham u o'zining sog'ayib ketishiga ishonishi va buni vaqtinchalik tanglik deb tushunishi kerak.

Ko'pchilik onkologik bemorlarning psixikasi nozik bo'ladi. Ular juda ta'sirchan bo'lib qoladilar. Shuning uchun o'sma kasalligi bilan og'irlashgan bemorlarni davolashning boshidayoq boshqa kasallardan ajratgan ma'qul.

Bemorga tegishli hujjatlarni uning qo'liga tasodifan tushib qolishidan ehtiyot bo'lish kerak. Haqiqiy tashxis haqida bemorning eng yaqin qarindoshlariga ma'lumot berish, biroq ularning bemorga haqiqiy tashxisni aytib qo'ymasliklarini tayinlash zarur. Yaqin qarindoshlariga onkologik kasalliklarning yuqumli emasligi tushuntiriladi.

Radikal operatsiyadan keyin bemorlarni davolash boshqa xirurgik kasalligi bor bemorlarni davolashdan farq qilmaydi.

Davolashning polliativ usullaridan keyin va operatsiya qilib bo'lmaydigan bemorlarni statsionardan uyiga jo'natilganda u kuzatib turiladi. Buni bemorning qarindoshlari va patronaj hamshira amalga oshiradi.

Bemorga turli-tuman yuqori kaloriyali ovqatlar berilishi kerak. Rak intoksikatsiyasi hisobiga ularda ishtaha yo'qolishini nazarda tutib, ishtahani yaxshilash maqsadida ularga xlorid kislota bilan pepsin va musallas buyuriladi. Odatda, bunday bemorlarda qabziyat kuzatiladi. Bunday hollarda haftasiga 2 - 3 marta tozalovchi hukna qilinadi.

O'sma parchalanganda qon ketish xavfi bo'ladi, bunda gemostatik vositalar berilishi kerak. Sirtida joylashgan o'sma parchalanib, unga infeksiya qo'shilsa, dezodoratsiya qiladigan vositalar (5 % li kaliy permanganat eritmasi) tavsiya etiladi.

Balg'am bo'lsa, uni og'zi mahkam berkitadigan maxsus banka yoki tufdonga yig'ish kerak. Ular 10 % li xlorli ohak eritmasi bilan yuviladi,

qusishda aminazin, sarkoserin buyuriladi. Og'riqni qoldirish uchun darhol narkotik moddalarga o'tish yaramaydi, ular bemorni holdan toydiradi va bemor unga o'rganib qoladi. Davoni analgetiklardan boshlagan ma'qul. Perfokal yallig'lanish reaksiyasidan og'riq bo'lganda antibiotiklar va sulfanilamidlar qo'llanadi.

Bosh miyasida o'smalar bo'lgan bemorlarni parvarish qilish

Bosh miya o'smalari bosh og'riig'i xurujlari, bosh aylanishi, ko'ngil behuzur bo'lishi, qusish, yurak-tomirlar buzilishi, nafasining avj olib boradigan buzilishlari va epidemik tutqanoqlar bilan o'tadi. Vrach ko'rsatmalarining puxtalik bilan ado etish shart. Tibbiy hamshira bemorni yotqizib qo'yishi, unga tegishli holat berishi (o'tkazib qo'yishi yoki nafas yo'llariga aspiratsiya bo'lmasligi va qusuq massalaridan asfiksiya bo'lmasligi uchun boshini yon tomonga burishi) kerak. Zudlik bilan vrachni chaqirishi kerak. Epileptik xuruj tutib qolganda jag'ning yumulib qolishi va tilning orqa ketib qolishining oldini olish kerak. Buning uchun lablar orasiga cho'p qistirish va tilni instrument bilan ushlab turish lozim. Operatsiyadan keyin narkoz ta'siri batamom to'xtaguncha nafas, tomir urishi va qon bosimi ustidan kuzatib borishi kerak.

Og'iz bo'shligi shilliq qavati rak bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilish

Bu sohadagi o'smalar og'izdan badbo'y hid kelishi bilan o'tib, yaralar hosil qilishga moyil bo'ladi, qonaydi, jag'ga o'sib kiradi va uning yutish funksiyasini buzadi. Agar bemor o'zicha udallay olmasa, tibbiy hamshira ertalab va kechqurun tishlarini yuvib qo'yishi lozim. Har gar u ovqatdan keyin og'zini artishi, uy haroratdagi dizenfeksiya qiladigan eritmalar bilan chayishi kerak. O'smadan qon oqquday bo'lsa, tampon bilan bosib vrachni chaqirish darkor. Agar tashqi uyqu operatsiyasiga kimyoterapiya uchun, kateter qo'yilgan bo'lsa, u orqali dori yuborish, tushib ketmasligi va tromb hosil qilmasligi ustida kuzatib borish kerak.

Qizilo'ngach raki bo'lgan bemorlarni parvarish qilish

To'liq disfagiya (qizilo'ngach tutilib qolganda) metastazlardan yoki ko'ks oralig'i organlariga o'sib kirgandan, ezofagotraxael oqmalar hosil bo'lganda operatsiya usulida da'vo qilinganda bemorlar passiv bo'lib qoladilar va doimiy parvarishga muhtoj bo'ladilar. Bemor jismonan zaiflashib qolganida o'rin-boshini va oqliqlarini hamshira bilan kichik

tibbiy xodimka almashtirib turishlari kerak. O'rin-bosh tugun va yamoqlarsiz, yaxshi dazmollangan va silliq bo'lishi lozim. Bichilish ro'y bermasligi uchun badan terisini toza tutish kerak. Hamshira bemorning terisini kamfora spirti, oshxona sirkasi bilan (1stakan suvga 1 osh qoshiq) artib turish lozim. So'ngra terini quruq qilib artib vazelin surtib qo'yiladi. Ayniqsa chov oralig'ini iliq kaliy permanganat eritmasi va dezinfeksiya qiladigan oshqa eritmalar bilan artishga ahamiyat berish zarur. Yuz, bo'yin va gavdaning yuqori qismini har kuni oyoqlarini haftasiga 2-3 marta yuvish kerak. Bemorda gastrostoma bo'lsa va u sun'iy ovqatlantirilsa, unga naycha orqali suyuq ovqat beriladi. Har gal ovqatlantirishdan so'ng naycha bo'lagini ovqat qoldiqlaridan tozalash va gastrostom naychani toza tutish uchun naychaga suv bilan chayish kerak.

Me'da raki bo'lgan bemorlar parvarishi

Odatda bunday bemorlar operatsiyaga qadar me'dani yuvish va toza suv tushguncha tozalash klizmasi qilinishiga muhtoj bo'ladilar. Operatsiyadan keyin bemorning es-hushi joyiga kelguncha hamshira uning pulsi va nafas olishi ustidan kuzatib borishi kerak. Agar me'dada zond qoldirilgan bo'lsa, ajratmalarini kuzatib boriladi. Zond yaxshi ishlamay qolganda jane shpritsi bilan me'da suyuqligini vaqti-vaqtida olib turish kerak. Agar zond orqali yangi qon chiqsa, bu vaqtda zudlik bilan vrachga xabar berish lozim.

Ichaklar raki bo'lgan bemorlar parvarishi

Ichaklar raki bo'lgan bemorlarda ko'pincha ichak tutilib qolish hodisalari, qon ketishi, qora qatronsimon ko'rinishidagi axlat, rangparlik, tomirning tez-tez urishi, arterial bosimning pasayishi kuzatiladi. Bunday hollarda hamshira vrachni chaqirishi kerak. Ko'rsatmalar bo'yicha me'dani yuvish va tozalash huqnasini qilish lozim. Agar operatsiya vaqtida g'ayritabiiy anus shakllanayotgan bo'lsa, hamshira anus funksiyasi va uning atrofining tozaligi ustidan kuzatishi lozim. Keyinchalik u bemorga va qarindoshlariga tuvakdan foydalanish usullarini o'rgatishi kerak.

Hiqildoq raki bo'lgan bemorlar parvarishi

Hiqildoq raki bor bo'lgan bemorlarga ayniqsa tungi vaqtlarda bo'ladigan asfiksiya tahdid soladi. Tibbiy hamshira buni unutmasligi va vaqti-vaqtida bemordan xabar olib turishi kerak. Asfiksiya belgilari paydo bo'lgandan keyin (nafas olish qiyinlashuvi, sianos, nafas qisishi) zudlik

bilan vrachni chaqirishi kerak. Bemorni o'tkazib qo'yish, fortochka(deraza) ni ochish va namlangan kislorod berish lozim. Traxeostoma qo'yish operatsiyadan keyin hamshira bemorning nafasi va pulsi ustidan kuzatib borishi, naychanning tushish ketmasligi va ichi ifloslanib qolmasligiga qarab borishi kerak. Zaruriyat bo'lganda traxeostoma naychasini tozalashni va almashtirishni o'rgatish kerak. Bu usullarni bemorga va qarindoshlariga ham o'rgatish lozim.

O'pka raki bo'lgan bemorlar parvarishi

O'pka raki ko'pincha nafas qisihsi va havo yetishmasligi sezgisi bilan o'tadi. Nafas qisayotganda tibbiy hamshira bemorning boshi tagiga bir necha yostiqlar qo'yib qaddini baland qilib o'tqazishi: qisib turgan kiyimlarni yechishi, palatada derazani (fortochkani) ochib qo'yishi, kislorod berishi va bemor ahvoli bo'yicha zudlik bilan vrachga xabar berishi kerak. Agar bemor qon tupirayotgan bo'lsa, tezda vrachga xabar berishi va uning ko'rsatmalarini bajarishi kerak.

Operatsiyadan keyingi bemorlarning es-hushi joyiga kelguncha nafas olishi, pulsi va bosimi ustidan kuzatib borishi lozim. Agar operatsiya vaqtida plevra bo'shligida drenaj naycha qolgan bo'lsa, hamshira uning funksiyasi, xarakteri va ajaratma miqdori ustidan kuzatib borishi kerak.

Sut bezi raki bo'lgan bemorlarni parvarishlash

Sut bezi raki ulg'ayib ketib parchalanganda ko'pincha badbo'y hid chiqadi, qon oqadi. Tibbiy hamshira navbatchiligi vaqtida bog'lamni bir necha marta almashtirishi kerak. Jarohatni vodorod peroksid, furatsillin, rivanol, kaliy permanganat eritmasi bilan yuviladi. Malhamli bog'lamlar qo'yiladi.

Operatsiyadan keyin puls, nafas olish va bosim ustidan kuzatiladi. Drenajlar funksiyasini tekshirish va ularni o'z vaqtida bo'shatib turish lozim. Agar ulardan biri ishlamayotgan bo'lsa, bu haqida vrachga aytishi kerak. Ertasiga bemorlarning vaziyati aktiv bo'ladi. Hamshira bemorga va qarindoshlari drenaj naychalarni bo'shatib turish usullarini o'rgatish kerak.

Onko-urologik bemorlar parvarishi

Buyrak jarohatidan ko'pincha siydik-tanosil yo'llaridan ko'p qon oqadi. Hamshira buni kuzatish bilan birga siydikni toza idishga yig'ishi va tezda vrachni chaqirishi lozim.

Qovuq va prostata bezi rakida ajralayotgan siydik miqdori uning rangi ustidan kuzatib borish, siydikdan qon bo'lganda qovuq va chov sohasiga sovuq muzli xaltacha qo'yishi kerak. Qovuq rezeksiyasi, prostata bezi o'smasi olib tashlangandan ketin, drenaj naycha yoki kateterning tozaligi, funksiyasini va operatsion jarohatni kuzatib turish kerak. Qovuq – qin oqmalari shakllanganda desinfeksiya qiluvchi eritma bilan yuviladi.

Onko-ginekologik bemorlar parvarishi

Onko-ginekologik bemorlar ko'pincha jinsiy organlarda ajralmalar kelishi va qon ketishidan shikoyat qiladilar. Bunday vaqtlarda hamshira kichik tibbiy xodimka bilan birga jinsiy yo'llarini qunt bilan yuvishi, qorin ostiga sovuq muzli xaltacha qo'yishi, bachadon yo'lini malhamli tampon bilan tamponlashi kerak. Operatsiyadan keyingi davrda dastlabki kunlari kateter qovuqda qoldiriladi. Uning funksiyasini, ajralib chiqayotgan siydik miqdorini kuzatib borish lozim. Agar jinsiy a'zolaridan ajralmalar chiqayotgan bo'lsa, ehtiyotkorlik bilan sprinsevanie qilish (chayish) kerak. To'g'ri ichak –vaginal oqmalari shakllanganda dezinfeksiya qiladigan eritmalar bilan yuvish kerak bo'ladi.

Chidab bo'lmaydigan og'riq bo'ladigan rakda narkotik moddalar kiritiladi. Og'riq qoldiradigan ta'sirini yuzaga keltirish uchun dorining dozasini, ta'sir muddatini va necha marta yuborish kerakligini bilib olish kerak. Avvalgi odatda promidol inyeksiyalari ta'yinlanadi. Uni dimedrol, renalium analgitiklar bilan qo'shgan holda ta'sirini kuchaytirish mumkin. Ta'siri yetarli bo'lmaganda omnopon, morfin buyriladi. Narkotiklar dozasini ularning ta'siriga ko'ra oshirish mumkin. Narkotiklar to'g'ri qo'llanilganda bemorlar unga o'rganib qolmaydilar. Tibbiy hamshira va yuqori kurs talablarining vazifasi bemorlarga og'riq qoldiradigan vositalar yuborish va ularning dardini yengillashtirshdir.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Ахмедов Р.М., Эшонов О.Ш. Операциядан кейинги интенсив терапия. Бухоро-2010.
2. Блинов С.А., Ведерников В.Г., Владимиров А.А., Гребнев А.Г., Яговкин В.Ф. Сестринское дело в хирургии 2006.
3. Броновец И.Н., Гончарик И.И., Демидчик Е.П., Сакович М.Н. Справочник по гастроэнтерологии, "Беларусь" – Минск 2003 г.
4. Колб Л.И., Леонович С.И., Яромич И.В. Общая хирургия для медицинских училищ, "Высшая школа" – Минск 2003 г.
5. Осадчук А.М., Милова-Филипова Л.А., Кветной И.М. Научно-практический журнал Клиническая медицина Москва "Издательство Медицина" 2009.
6. Профилактика внутри больничных инфекций. СанПин РУз № 0304-12. Ташкент, 2012 г.
7. Савельева В.С., Кириенко А.И. Хирургические болезни "ГЭОТАР – Медия", Москва 2006 г.
8. Намгаев А. J. Xirurgiya. T. O'qituvchi 2002 y.
9. Намганев А. J. Xirurgiya. Toshkent – O'qituvchi 2002 y.
10. Karimov Sh. I. Xirurgik kasalliklar. T., Ibn Sino. 1991 y.
11. Karimov Sh. I. Xirurgik kasalliklar. T., Ibn Sino. 1991 y.
12. Muratov S. N. Xirurgik kasalliklar va bemorlarni parvarish qilish. Meditsina, 1985 y.
13. Muratov S. N. Xirurgik kasalliklar va bemorlarni parvarish qilish. Meditsina, 1985 y.
14. Nesterenko Yu. V. Xirurgik kasalliklar. M., «Meditsina», 1978
15. Nesterenko Yu. V. Xirurgik kasalliklar. M., «Meditsina», 1978
16. Ochilov O'.B., Raximov G'.R., Mirjonov N.M. Klinik patologiya va birinchi tibbiy yordam. Toshkent – "Ilm ziyo"-2007 y.
17. Ochilov O'.B., Ziyayeva M.F., Xod M.D. Klinik patologiya va birinchi tibbiy yordam. Toshkent – "Ilm ziyo"-2007 y.
18. Oripov O'.O. Umumiy xirurgiya. Ibn Sino, 1994 y.
19. Oripov O'.O. Umumiy xirurgiya. Ibn Sino, 1994 y.

20. Siromyatnikova A. V., Brukmen M. S. Xirurgiyadan amaliy mashg'ulotlar bo'yicha qo'llanma. T., "Meditsina", 1988
21. Siromyatnikova A. V., Brukmen M. S. Xirurgiyadan amaliy mashg'ulotlar bo'yicha qo'llanma. T., "Meditsina", 1988
22. Tursunov B. S. va b. Xirurgik kasalliklarni parvarishlash. T., Ibn Sino. 2001 y.
23. Tursunov B. S. va b. Xirurgik kasalliklarni parvarishlash. T., Ibn Sino. 2001 y.
24. Umarova T. Y., Qayumova I. A. Hamshiralik ishi Toshkent "ZAR-QALAM"-2005y.
25. Umarova T. Y., Qayumova I. A. Hamshiralik ishi Toshkent "ZAR-QALAM"-2005y.

MUNDARIJA

Soʻz boshi	2
------------------	---

I-QISM. UMUMIY XIRURGIYA

I. Xirurgik yoʻl bilan davolanayotgan bemorlarning xususiyatlari

Kirish. Xirurgiya fani haqida tushuncha.....	4
Xirurgik operatsiyalar haqida tushuncha.	5
Xirurgiyaning qisqacha tarixi	5
Oʻzbekistonda xirurgiya fanlarining rivojlanishi.....	11
Mamlakatimizda xirurgik yordamning tashkil etilishi.....	19
Shoshilinch hamda kechiktirib boʻlmaydigan xirurgik va travmatologik yordamni tashkil qilish	19
Ixtisoslashtirilgan xirurgik yordam koʻrsatish.....	20
Xirurgik yordam koʻrsatishda hamshiraning tutgan oʻrni	21
QVPda hamshiraning umumiy vazifalari:	22
Favqulotda holatlarda hamshiraning faoliyati	25
Xirurgiyada tibbiyot etikasi va deontologiyasi.....	27
Xirurgik ishni tashkil qilish	34
Toza va yiringli xirurgiya haqida tushuncha	34
Operatsion hamshiraning ish faoliyati	41
Xirurgiya boʻlimida hamshira yuritadigan tibbiy hujjatlar.....	43
Xirurgik statsionarning tuzilishi	45
Poliklinikaning jarrohlik boʻlimi	55
Xirurgik infeksiyaning organizmga tushishi va tarqalish yoʻllari	56
Xirurgik infeksiya va uning qoʻzgʻatuvchilari toʻgʻrisida tushuncha.	56
Xirurgik infeksiyalarning jarohatga tushish yoʻllari.....	57
Aseptika.....	63
Operatsiya stolini tayyorlash	81
Bemoming operatsiya stolidagi vaziyati	83
Antiseptika	85
Sefalosporinlar guruhi	91
Tetratsiklin guruhi.	91
Streptomitsin guruhi.	92
Makrolidlar guruhi	92
Aminoglikozidlar guruhi.	93
Levomitsetin guruhi.	93
Zamburugʻga qarshi antibiotiklar.	94

Antibiotiklarning asoratlari	95
------------------------------------	----

II. Xirurgik yo'l bilan davolanayotgan bemorlarda hamshira parvarishining xususiyatlari

Operatsiyadan oldingi va keyingi davrlar haqida tushuncha	99
Holsizlangan bemorlarni operatsiyaga tayyorlash xususiyatlari.	108
Bolalarni operatsiyaga tayyorlash xususiyatlari	109
Bemorlarni shoshilinch operatsiyaga tayyorlash.	110
Operatsiyadan keyingi davr	110
Bemorlarni operatsiya xonasidan transportirovka qilish.	111
Og'riqsizlantirish.....	131
Og'riqsizlantirish va narkoz haqida tushuncha.	132
Narkozning bosqichlari va darajalari.	134
Narkoz bosqichlari.	134
Ingalyatsion narkoz.	135
Depolyarizatsiyaga qarshilik qiluvchi relaksantlar.....	138
Ingalyatsion anesteziya uchun asboblari va apparatlar.	139
Ingalyatsion anesteziya va uning usullari.	140
Niqobli anesteziya	140
Intubatsion narkoz	141
Intubatsion anesteziya o'tkazish.....	142
Bemorlarni narkozga tayyorlashda hamshiraning vazifalari.	145
Narkoz va narkozdan keyin yuz beradigan asoratlari.	147
Noingalyatsion narkoz.	150
Mahalliy og'riqsizlantirish va uning turlari	152
Mahalliy anesteziya turlari	152

III. Desmurgiya

Desmurgiya tarixi	157
Bog'lam Turlari	157

IV. Qon ketayotgan bemorlarda hamshiralik parvarishi

Qon ketish haqida tushuncha.....	190
Qon ketish tasnifi.....	190
O'tkir qon ketish belgilari	192
Qon ketishni to'xtatish usullari.	192
Qon ketishini vaqtincha to'xtatish usullari.	193
Jgut bog'lash	194
Mexanik usullar	196

Fizikaviy usullar	196
Sovuqni mahalliy qo'llash.	196
Kimyoviy usullar	197
Biologik usullar	197
Qon ketishiga olib keluvchi kasalliklar	197
Qon ketishning asoratlari	198
Qon ketganda birinchi tibbiy yordam ko'rsatish	201
Qon ketishini to'xtatuvchi dori-darmonlar	201
Infuziya va transfuziya	201
Qon guruhlari, rezus faktor va uni aniqlash	204
Qon guruhlari orasidagi munosabatlar va ularning tarifi	208
Qon guruhlarini aniqlash	209
Qon guruhini standart eritrotsitlar bo'yicha aniqlash	210
Rezus - omil va uni aniqlash usullari	211
Rezus-omilni aniqlash usullari	212
Tuzli muhitda agglyutinatsiya usuli.	212
Kumbsning bevosita antiglobulin sinovi-o'ta aniq laboratoriya usuli. ...	213
Qonni konservalash, uni asrash va yaroqliligini aniqlash	214
Qon stabilizatorlari	214
Qonni konservlash usullarlari	215
Qon yaroqliligini tekshirish	216
Qon quyish usullari	216
Qon quyish texnikasi	217
Qon quyishga ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatma	218
Qon quyishda yuz beradigan asoratlari va ularning oldini olish.	220
Gemotransfuziya asoratlari davolash	223
Qon preparatlari	224
Qon o'mini bosuvchi suyuqliklar	225
Muolaja hamshirasining ish xususiyatlari	225
OITS haqida tushuncha va tibbiyot xodimlarning OITS dan himoyalaniishi.	226

II-QISM. XUSUSIY XIRURGIYA

I. Yiringli yallig'lanish kasalliklarida hamshiralik parvarishi

Mahalliy xirurgik infeksiya	230
Umumiy xirurgik infeksiya	240
Sepsis	240
Gazli gangrena	242

Qoqshol	244
Surunkali spesifik infeksiya	247
Aktinomikoz	247
Silning xirurgik turlari	247
Xirurgik infeksiya bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari	250
Umumiy yiringli infeksiyali bemorlarni parvarish qilish	251
Anaerob infeksiya bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilish	251
Qoqsholga uchragan bemorlarni parvarish qilish	253
Suyak-bo'g'im sili bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilish	253
Yiring mikroflorasining antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash	253

II. Tayanch-harakat apparatining xirurgik kasalliklarida hamshiralik parvarishi

Tayansh - harakat apparatining anatomo-fiziologik xususiyatlari	254
Travmatizm va uning oldini olish	258
Yopiq shikastlar	259
Muskullarning yirtilishi	260
Boylamlarning cho'zilishi va yirtilishi.	261
Bosilish yoki Krash sindromi	261
Oyoq – qo'l suyaklarining chiqishi va sinishi	262
Qo'l suyaklari sinishi	267
Oyoq suyaklari sinishi	273
Protezlash	277
Umurtqa pog'onasi va chanoq suyaklari shikastlari	278
Shikastlangan bemorlarni transportirovka qilish	287
Gipsning xususiyatlari, sifatini tekshirish usullari va gipsli bog'lam turlari	292
Suyak sinishlarida yuz beradigan asoratlar	297
Jarohatlar haqida tushuncha	299
Kuyish	305
Kimyoviy kuyish	310
Elektr tokidan shikastlanish	311
Sovuq urishi	312

III. Nafas a'zolari, ko'krak qafasining xirurgik kasalliklarida, bosh miyaning shikastlari va miyaga qon quyilishlarida hamshiralik parvarishi. Ko'krak bo'shlig'i a'zolarining shikastlari

Nafas a'zolarining anatomo-fiziologik xususiyatlari.	315
Ko'krak qafasining yopiq shikastlari	315
O'mrov suyagining chiqishi	316

O'mrov suyagining sinishi	317
Ko'krak qafasining teshib kiradigan ochiq shikastlari	318
O'pka absessi va gangrenasi	320
Yurak jarohatlari	322
Yurak nuqsonlari	323
Ko'krak qafasi va ko'krak bo'shlig'i a'zolari shikastlari bor bo'lgan bemorlarni parvarishlash qilish xususiyatlari	325
Bosh miyaning lat yeyishi	327
Miya chayqalishi	328
Bosh miyaning ezilishi	329
Kalla asosining sinishi	331
Kalla-miyaning ochiq shikasti	332
Yuz va bosh yumshoq to'qimalarining shikastlari	332
Yuz qismi suyaklari va bo'g'imlarning shikastlanishi	333
Burun suyaklarining sinishi	333
Pastki jag'ning chiqishi	334
Bo'yin, kekirdak va qizilo'ngach shikastlari hamda kasalliklari	337
Qizilo'ngach raki	341
Qizilo'ngach kuyishi	342

IV. Yurak va qon-tomirlarning xirurgik kasalliklarida hamshira parvarishi

Yurak va qon-tomirlarning anatomo-fiziologik xususiyatlari	343
Obliteratsiyalovchi ateroskleroz	345
Tromboz va emboliya	347
Nekrozlar	348
Oqmalar	349

V. Ovqat hazm qilish a'zolarining xirurgik kasalliklari va shikastlarida hamshiralik parvarishi

Ovqat hazm qilish a'zolarining anatomo-fiziologik xususiyatlari	352
Qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlari	355
Peritonitlar klassifikatsiyasi	356
O'tkir appendisit	358
O'tkir appenditsit uchun quyidagi simptomlar xos.	358
Qorin churralari	360
Me'da raki	368
O'tkir xolesistit	369
O't-tosh kasalligi	371
Jigar absessi	373

Jigar exinokokkozi	374
Meda osti bezi shikastlari	376
Me'da osti bezi kistasi	377
O'tkir pankreatit	378
O'tkir pankreatit uchun xos bo'lgan simptomlar	379
Qorin bo'shlig'i a'zolarining kasalliklari va shikastlari bo'lgan bemorlarni parvarish qilish	380
Peritonitli bemorlarni parvarish qilish	381
Churrani kesishdan so'ng bemorlarni parvarish qilish	381
Me'dasi operatsiya qilingan bemorlarni parvarish qilish	381
Jigar va o't-yo'llari operatsiya qilingan bemorlarni parvarish qilish.....	382
Orqa chiqaruv yo'lining yorig'i.....	384
Paroproktit.....	384
Bavosil.....	386
To'g'ri ichak raki.....	388
Yo'g'on va ingichka ichak operatsiyalaridan keyin bemorlarni parvarish qilish	389

VI. Buyrak va siydik yo'llarining xirurgik kasalliklarida hamshiarlik parvarishi

Buyrak va siydik yo'llarining anatomo-fiziologik xususiyatlari	395
Qovuq shikastlari.....	396
Urologik terminologiyalar	399
Urologik kasalliklarda siydikning miqdor jihatdan o'zgarishlari.	399
Urologik kasalliklarda siydikning tarkibiy jihatdan o'zgarishlari.	400
Buyrakning yallig'lanish kasalliklari.	401
Pielonefrit.	401
Buyrak-tosh kasalligi.....	402
Qovuq kasalliklari.	404
Sistit.	404
Qovuq toshlari	405
Prostata bezi kasalliklari.....	405
Moyak kasalliklari. Moyak istisqosi.....	406
Siydik chiqaruv yo'liga aloqador kasalliklar. Epispadiya.	407
Gipospadiya.....	408
Balanopostit.....	409
Fimoz.....	409
Parafimoz	409
Urologik bemorlarni parvarish qilish	410

VII. O'smalar to'g'risida tushuncha

O'smalarning tasnifi	413
O'smalarning ayrim turlari	414
Rak	414
Qalqonsimon bez raki	415
Me'da raki	415
Onkologik bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari.....	417
Bosh miyasida o'smalar bo'lgan bemorlarni parvarish qilish	418
Og'iz bo'shligi shilliq qavati rak bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilish.....	418
Qizilo'ngach raki bo'lgan bemorlarni parvarish qilish.....	418
Me'da raki bo'lgan bemorlar parvarishi	419
Ichaklar raki bo'lgan bemorlar parvarishi	419
Hiqildoq raki bo'lgan bemorlar parvarishi	419
O'pka raki bo'lgan bemorlar parvarishi	420
Sut bezi raki bo'lgan bemorlarni parvarishlash	420
Onko-urologik bemorlar parvarishi	420
Onko-ginekologik bemorlar parvarishi	421
Foydalanilgan adabiyotlar	422

O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligining 2022 yil "19" iyul dagi "233" -sonli buyrug'iga asosan

B.Z. Hamdamov, S.S. Davlatov, I.A. Arziyev

(muallifning familiyasi, ismi-sharifi)

510000-Sog'liqni saqlash, 5510700 – Oliy hamshiralik ishi

(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

ning

talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan

Xirurgiyada hamshiralik ishi nomli darsligi

(o'quv adabiyotining nomi va turi: darslik, o'quv qo'llanma)

ga

O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi tomonidan litsenziya berilgan nashriyotlarda nashr etishga ruxsat berildi.



Vazir

A. Toshkulov

(imzo)

Ro'yxatga olish raqami

233-1269



Hamdamov B.Z., Davlatov S.S., Arziyev I.A.

XIRURGIYADA HAMSHIRALIK ISHI

Darslik

Redaktor I.Subxonov

Tex. Redaktor J.Urokov

Korrektor V.Jalolova

Kompyuter dizayner

va pechatga tayyorlovchi M.Raxmatova

“BUXORO NASHR” nashriyot-matbaa ijodiy uyi: guvohnoma raqami: 831681.

26.03.2020 Nashriyot litsenziyasi 0660. 29.08.2020

Chop etish uchun ruxsat berilgan 22.09.2022 yil. Format 60x84. Pinlar 16 pin.

"Times New Roman" shrifti ofset nashrida chop etilgan.

Ofset qog'oz. Konv. Pech. varaq 9.7. Aylanma 100 dona. Buyurtma № 458.

“BUXORO NASHR” nashriyoti: Buxoro Navoiy shoh ko'chasi, 5-uy.

“Matbaa” bosmaxonasida bosilgan

Buxoro, Ibn Sino, 306

ISBN 978-9943-6956-5-8



9 789943 695658